



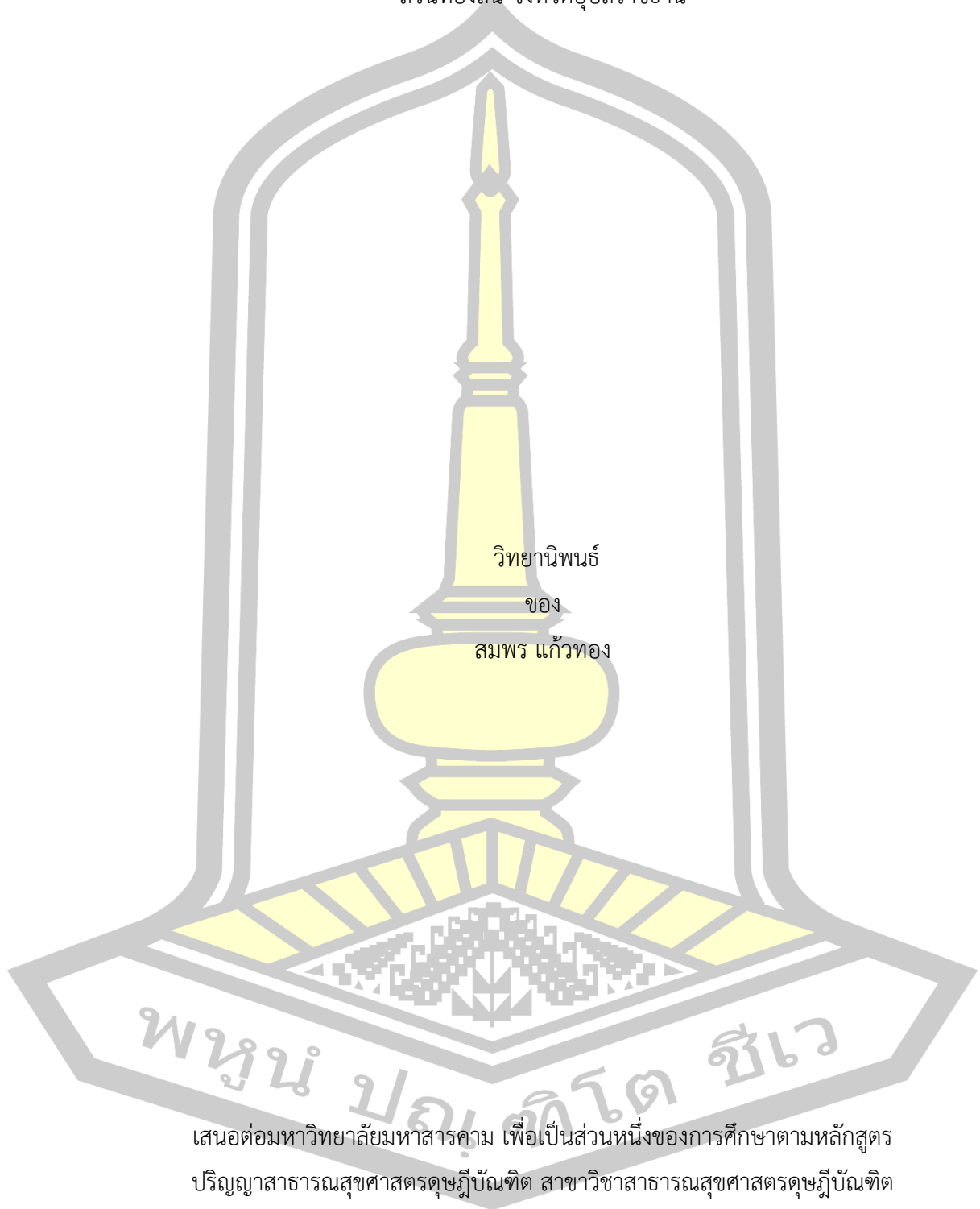
การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยานิพนธ์  
ของ  
สมพร แก้วทอง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
พฤษภาคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

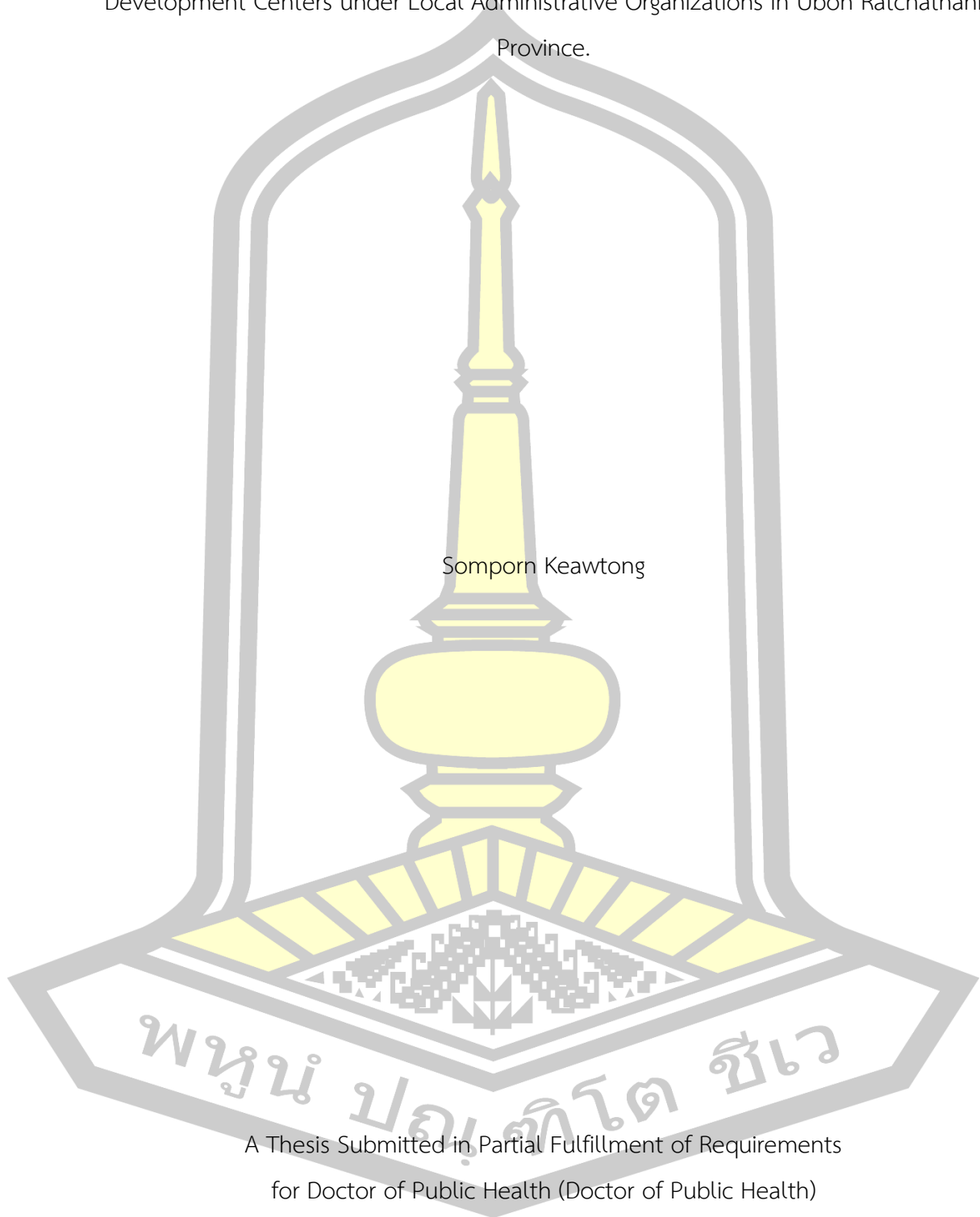


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

พฤษภาคม 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Oral Health Care System for Preschool Children in Child  
Development Centers under Local Administrative Organizations in Ubon Ratchathani  
Province.



Somporn Keawtong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements  
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

May 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนายสมพร แก้วทอง แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาขารณศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. นิรุวรรณ เทิรินโบล )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. อติศร วงศ์คงเดช )

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. ชาญวิทย์ มณีนิล )

กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล )

กรรมการ

(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ )

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. ญาณ นามวงศ์ )

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารณศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาขารณศาสตรดุษฎีบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร )

คณบดีคณะสาขารณศาสตร

(ผศ. ดร. พลเดช เขาวรัตน์ )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	การพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี		
<b>ผู้วิจัย</b>	สมพร แก้วทอง		
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>	รองศาสตราจารย์ ดร. นิรุวรรณ เทิรินทร์โบล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติศร วงศ์คงเคช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชาญวิทย์ มณีนิล		
<b>ปริญญา</b>	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	<b>สาขาวิชา</b>	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
<b>มหาวิทยาลัย</b>	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	<b>ปีที่พิมพ์</b>	2568

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาทันตสุขภาพ ความรอบรู้ทางทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart โดยดำเนินการใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการพัฒนา และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็ก จำนวน 270 คน และ 2) ผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก 498 คน โดยใช้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต สังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีโค เป็นพื้นที่พัฒนาระบบต้นแบบ การเก็บข้อมูลใช้วิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สหสัมพันธ์เพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพรวบรวมผ่านการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีอัตราการเกิดฟันผุร้อยละ 57.83 โดยค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 4.36 ซึ่งต่อคน ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 51.61) ด้านพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 61.24) การศึกษาสะท้อนปัญหาสำคัญในระบบการดูแลทันตสุขภาพ ได้แก่ การขาดระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 8.15) ข้อจำกัดด้านงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (ร้อยละ 60.37) ปัญหาการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม (ร้อยละ 58.89) และการขาดระบบการแจ้งเตือนผู้ปกครองเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก (มีเพียงร้อยละ 22.22) ระยะที่ 2 พบว่า กระบวนการพัฒนาระบบตามวงจร PAOR ได้เริ่มจากการวางแผน (Planning) โดยจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 4 ประการคือ การสร้างการมีส่วนร่วม

ร่วมของชุมชน การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กต้นแบบ การพัฒนาความรู้ของผู้ปกครองและครู และการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพที่ชุมชนมีส่วนร่วม ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ได้ปรับระบบการตรวจคัดกรองจาก 1 ครั้งเป็น 2 ครั้งต่อปี จัดตั้งทีมแกนนำเยี่ยมบ้านจาก 5 ภาคส่วน และดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพขั้นสังเกตการณ์ (Observation) พบว่าครูและทันตบุคลากรมีส่วนร่วมสูงสุด ขณะที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมระดับปานกลางแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และขั้นสะท้อนผล (Reflection) ปัจจัยความสำเร็จคือภาวะผู้นำของผู้บริหารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ระยะที่ 3 พบว่า หลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ย ฟู ถอน อุด ลดลงเหลือ 2.56 ซีต่อคน (ร้อยละ 41.28) อัตราการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 100 และเด็กได้รับบริการทันตกรรมเชิงรักษาและป้องกันอย่างครอบคลุม

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำของผู้บริหารท้องถิ่นและผู้นำชุมชน ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนอุปสรรคที่พบคือระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษายังไม่สมบูรณ์ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือควรเน้นพัฒนาความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครู โดยเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจและการสื่อสาร พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ขยายการสนับสนุนงบประมาณ และพัฒนาระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : การดูแลทันตสุขภาพ, เด็กก่อนวัยเรียน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก



<b>TITLE</b>	Development of Oral Health Care System for Preschool Children in Child Development Centers under Local Administrative Organizations in Ubon Ratchathani Province.		
<b>AUTHOR</b>	Somporn Keawtong		
<b>ADVISORS</b>	Associate Professor Niruwan Turnbull , Ph.D. Assistant Professor Adisorn Wongkongdech , Ph.D. Assistant Professor Chanwit Maneenin , Ph.D.		
<b>DEGREE</b>	Doctor of Public Health	<b>MAJOR</b>	Doctor of Public Health
<b>UNIVERSITY</b>	Maharakham University	<b>YEAR</b>	2025

#### ABSTRACT

This action research aimed to investigate dental health problems, dental health literacy, dental care behaviors, and develop a comprehensive dental health care system for preschool children in child development centers under local administrative organizations in Ubon Ratchathani Province. The study employed Kemmis and McTaggart's approach through three distinct phases: situation analysis, development implementation, and evaluation. The research participants comprised: 1) 270 stakeholders affiliated with child development centers, and 2) 498 parents and caregivers. Ban Mad Child Development Center under Mueang Si Khai Subdistrict Municipality served as the model system development site. The study utilized mixed methods for data collection. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis). Qualitative data were gathered through participatory observation, in-depth interviews, and focus group discussions, and subjected to content analysis.

Phase one findings revealed that preschool children exhibited a dental caries rate of 57.83%, with a mean decayed, missing, and filled teeth (dmft) index of 4.36 teeth per child before intervention. Dental health literacy among parents and caregivers was predominantly at a moderate level (51.61%). Regarding dental health care behaviors, the majority of parents and caregivers demonstrated excellent overall practices (61.24%). The study identified critical systemic deficiencies in the dental healthcare system. These included insufficient regular monitoring and evaluation mechanisms (only 8.15%),

constrained budget allocation from local health security funds (60.37%), challenges in referring children with oral health issues for appropriate treatment (58.89%), and inadequate parental notification systems when children's oral health problems were detected (only 22.22%). In the action phase, the system enhancement process followed the PAOR (Planning, Action, Observation, Reflection) cycle. The Planning stage involved organizing stakeholder meetings to establish four shared objectives: fostering community participation, developing a model child development center, enhancing knowledge for parents and teachers, and creating a community-involved dental health care system. The Action phase entailed modifying the screening protocol from annual to biannual assessments, establishing a multisectoral home visit team comprising five key stakeholder groups, and implementing targeted dental health promotion initiatives. The Observation phase revealed that teachers and dental personnel demonstrated the highest levels of engagement, while parental participation was moderate but showed increasing trends. The Reflection phase identified key success factors, including administrative leadership and effective inter-agency collaboration. Results from the evaluation phase demonstrated significant improvements: the average dmft index decreased from 4.36 to 2.56 teeth per child (representing a 41.28% reduction), access to screening services increased from 61.11% to 100%, and children received comprehensive preventive and curative dental services.

Key success factors encompassed leadership from local administrators and community leaders, inter-agency collaboration, parental capacity development, and community participation. Primary challenges included incomplete referral and treatment follow-up systems. Research recommendations emphasize enhancing dental health literacy among parents and teachers—particularly regarding knowledge comprehension and communication—developing efficient monitoring and evaluation systems, expanding budget support, and establishing integrated referral systems that facilitate information exchange between relevant agencies.

Keyword : Dental Health Care, Preschool Children, Child Development Center, Local Administrative Organization, Action Research

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2567 ประเภทนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อ รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิศร วงศ์คงเดช และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ มณีนิล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเจตน์ ทองดำรงธรรม อาจารย์ ดร.นิธิธานี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลเมืองศรีไค ผู้นำชุมชนตำบลเมืองศรีไค และทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค ที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุน พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาของการวิจัย

สมพร แก้วทอง



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	11
2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทันตสุขภาพ.....	11
2.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of health).....	20
2.3 นิยามและแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	22
2.4 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 3-5 ปี.....	25
2.5 แนวคิดเชิงระบบและการพัฒนาระบบ.....	29
2.6 ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน.....	46
2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ.....	50
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
2.9 กรอบแนวความคิดของการวิจัย.....	64

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	65
3.1 ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Preliminary Phase) .....	65
3.2 ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ (Action Phase).....	78
3.3 ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation Phase).....	81
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	84
4.1 ผลการศึกษาด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน.....	84
4.2 ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนดำเนินการ .....	94
4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก .....	95
4.4 ผลการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน.....	120
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	138
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	138
5.2 อภิปรายผล.....	140
5.3 ข้อเสนอแนะ .....	151
บรรณานุกรม.....	153
ภาคผนวก.....	165
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย .....	166
ภาคผนวก ข ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย.....	199
ภาคผนวก ค หนังสือขอตกลงเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย .....	206
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย .....	213
ภาคผนวก จ รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย .....	216
ประวัติผู้เขียน.....	219

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงบันไดของการมีส่วนร่วม 8 ชั้นของอาร์นสไตน์(อรัญญา ศรีสุนาครีว, 2547).....	48
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามเขตอำเภอ.....	68
ตารางที่ 3 ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง.....	68
ตารางที่ 4 ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้เกี่ยวข้อง.....	71
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้เกี่ยวข้องกับผู้พัฒนาเด็กเล็ก (n=270) .....	85
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัย เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n =270).....	87
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับ ระบบบริการด้านทันตสุขภาพ (n =270).....	90
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแล ทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน (n =270).....	93
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของพินัยกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แยกรายอำเภอ (n = 498).....	95
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n = 498) 96	
ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก ด้านความรู้ความเข้าใจ(n = 498).....	100
ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านทันตสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n = 498) 102	
ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง ข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน (n = 498).....	111

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและ  
ครูผู้ดูแลเด็ก (n = 498)..... 112

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของ  
ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n = 498)..... 115

ตารางที่ 16 แสดงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านปัจจัยด้านระบบบริการ ด้านสังคม และด้าน  
สิ่งแวดล้อม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) (n=270)..... 116

ตารางที่ 17 สรุปแบบจำลองการถดถอยพหุคูณ (Model Summary) (n=270)..... 118

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรที่ทำการศึกษา (Coefficients)  
(n=270)..... 119

ตารางที่ 19 แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
บ้านแมต สังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีไค ..... 124

ตารางที่ 20 แผนการดำเนินกิจกรรมโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต 126

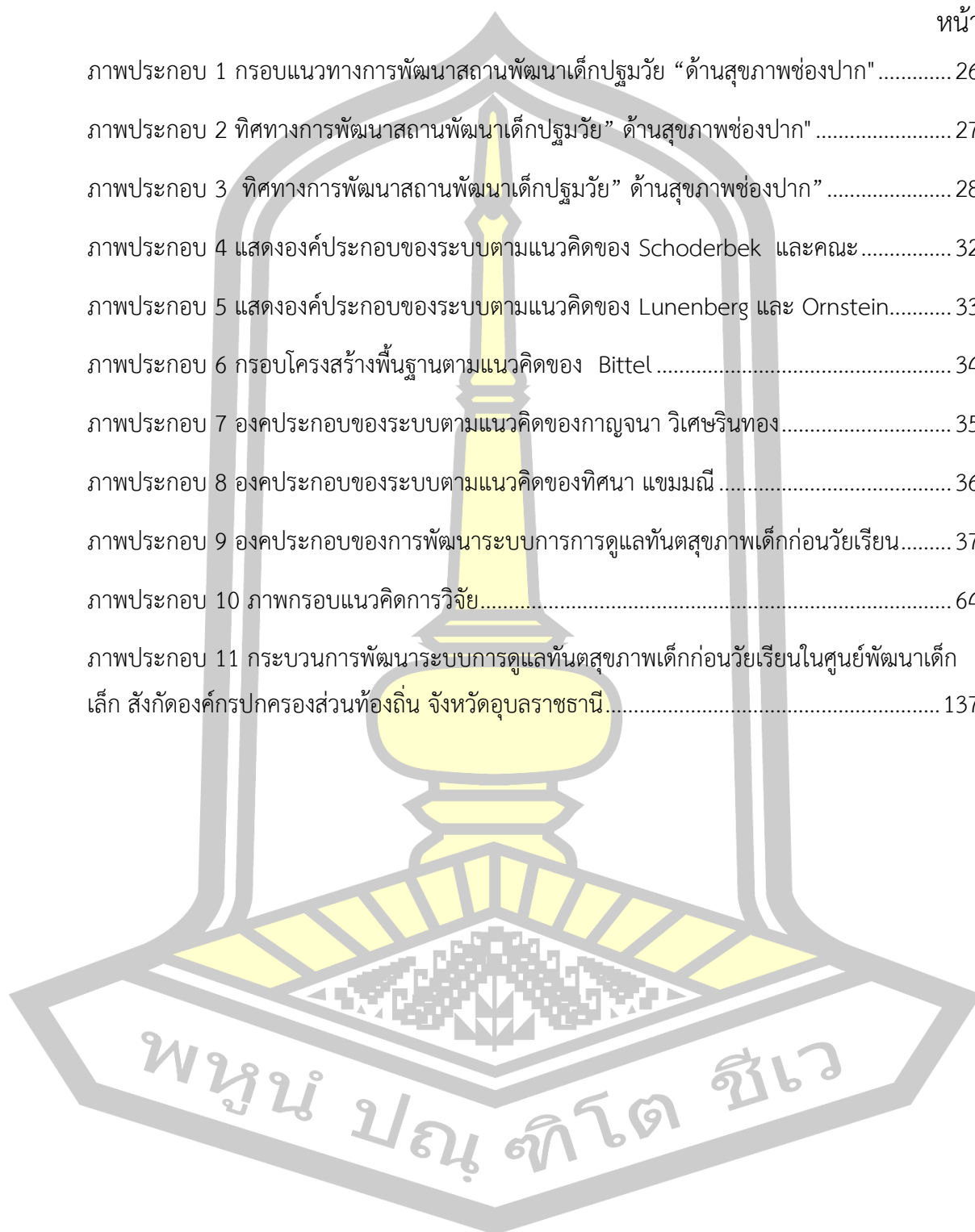
ตารางที่ 21 ร้อยละความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพหลังการดำเนินการ .... 135



## สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย “ด้านสุขภาพช่องปาก” .....	26
ภาพประกอบ 2 ทิศทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย” ด้านสุขภาพช่องปาก” .....	27
ภาพประกอบ 3 ทิศทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย” ด้านสุขภาพช่องปาก” .....	28
ภาพประกอบ 4 แสดงองค์ประกอบของระบบตามแนวคิดของ Schoderbek และคณะ .....	32
ภาพประกอบ 5 แสดงองค์ประกอบของระบบตามแนวคิดของ Lunenberg และ Ornstein.....	33
ภาพประกอบ 6 กรอบโครงสร้างพื้นฐานตามแนวคิดของ Bittel .....	34
ภาพประกอบ 7 องค์ประกอบของระบบตามแนวคิดของกาญจนา วิเศษรินทอง.....	35
ภาพประกอบ 8 องค์ประกอบของระบบตามแนวคิดของศิศนา แคมมณี .....	36
ภาพประกอบ 9 องค์ประกอบของการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน.....	37
ภาพประกอบ 10 ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย.....	64
ภาพประกอบ 11 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี.....	137



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ภูมิหลัง

ปัญหาทางด้านทันตสุขภาพเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งในงานสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกยอมรับว่าเป็นปัญหาเนื่องจากอัตราป่วยด้วยโรคเหงือกและฟันของประชาชนอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง ซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ในระยะยาวทำให้มีการสูญเสียฟันและการติดเชื้อในระบบร่างกายได้ (WHO, 2020) จากการสำรวจสุขภาพช่องปากขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2019 พบว่า โรคในช่องปากที่เป็นปัญหาสำคัญคือโรคฟันผุ โดยผลการสำรวจทั่วโลก พบว่าเด็กอายุ 1-9 ปี มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 42.71 โดยในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ในระดับปานกลาง พบความชุกมากที่สุด ถึงร้อยละ 44.61 รองลงมาคือกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางในระดับต่ำ พบความชุกของฟันผุร้อยละ 42.92 (World Health Organization, 2022) ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ในระดับปานกลาง

โรคฟันผุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่ง ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่ปัญหาร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่ก็บั่นทอนสุขภาพทั้งต่อร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังกระทบต่อบุคคลและครอบครัว ต่อเศรษฐกิจสังคม โรคฟันผุที่เกิดขึ้นในเด็กก่อนวัยเรียนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก โดยปัญหาฟันน้ำนมผุและการถูกถอนฟันน้ำนมก่อนกำหนดนอกจากจะมีผลเสียต่อสุขภาพในด้าน การเจริญเติบโตของเด็กแล้ว ยังส่งผลทำให้เด็กมีพัฒนาการในการพูด การสมาคมซ้ำกว่าปกติ และมีโอกาสเป็นโรคทางกายอื่นๆ ได้ง่าย นอกจากนี้ยังเกิดผลเสียในเรื่องการขึ้นของฟันแท้ด้วย ซึ่งฟันน้ำนมมีหน้าที่ช่วยให้ฟันแท้ขึ้นเป็นระเบียบ ถ้าฟันน้ำนมถูกถอนก่อนกำหนดกระดูกขากรรไกรมีแรงกระตุ้นน้อยกว่าปกติ และฟันแท้ไม่มีตัวควบคุมตำแหน่งการขึ้น จะส่งผลให้ฟันแท้ขึ้นบิดเกไม่เป็นระเบียบ การซ้อนเกของฟันแท้จะทำให้เศษอาหารติดง่าย ทำความสะอาดลำบาก จึงเกิดโรคเหงือกและฟันได้ง่ายในอนาคตเมื่อเด็กโตขึ้น (จันทรา ปานทอง, 2558)

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พบว่าเด็กอายุ 5 ปีในประเทศไทยมีความชุกของโรคฟันผุสูงถึงร้อยละ 75.6 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.5 ซี่ต่อคน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565) ซึ่งสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จากรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560) พบว่าโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนเป็นปัญหาทางทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในภาพรวมทั้งประเทศเมื่อพิจารณาแนวโน้มความชุกโรคฟันผุ โดยเปรียบเทียบการสำรวจย้อนหลัง 3 ครั้งที่ผ่านมาคือครั้งที่ 6 (2550), 7 (2555) และ 8 (2560) พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี มีความชุกของฟันน้ำนมผุร้อยละ 61.4, 51.1 และ 52.0 ตามลำดับ ส่วนเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 5 ปี พบว่า มีความชุกของฟันน้ำนมผุร้อยละ 80.6, 78.5 และ 75.6 ตามลำดับ ซึ่งแม้จะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ความชุกยังอยู่ในระดับที่สูงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) ด้านปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กพบว่าเมื่อมีเด็กอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่มี

พฤติกรรมรับประทานอาหารที่มีรสหวานและมีส่วนผสมของน้ำตาลเป็นจำนวนมาก ร้อยละ 11.9 ที่ยังคงดูตนมาจากขวด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและพบเด็กถูกปล่อยให้แปรงฟันเอง ถึงร้อยละ 80.4 มีเพียงร้อยละ 14.4 ที่ผู้ปกครองยังคงแปรงให้ (สุจิตรา ผิวสว่าง et al., 2017)

ในบริบทที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับอัตราการเกิดที่ลดลง โดยในปี 2564 มีเด็กเกิดเพียงประมาณ 5 แสนคน รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของเด็กปฐมวัยควบคู่ไปกับการส่งเสริมการเกิด กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยจึงได้ผลักดันนโยบาย 4D (Development, Diet, Dental, Disease) และตั้งเป้าหมายให้เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ร้อยละ 75 นอกจากนี้ ยังได้มีการพัฒนาความร่วมมือของ 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการจัดทำ "มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ" เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาและยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด โดยมาตรฐานดังกล่าวครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กด้วย (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565) โดยประเทศไทยกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) 2559 -- 2579 แผนงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข คือแผนงานที่ 1 ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ในโครงการที่ 2 เรื่องการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น โดยมีเป้าหมายที่ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ และได้กำหนดมาตรการที่สำคัญ ประกอบด้วย การผลักดันให้เกิดความร่วมมือด้านนโยบาย สร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง โรงเรียน ชุมชน ผู้ปกครองและการพัฒนาสื่อคู่มือ เครื่องมือและสภาพแวดล้อมในการเสริมสร้างศักยภาพเด็ก (ปิยะดา ประเสริฐสม, 2562; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560)

ในปีงบประมาณ 2565 สำนักทันตสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ประจำปีงบประมาณ 2565 ไว้ที่ร้อยละ 75 นอกจากนี้ยังได้กำหนดผลผลิตที่ควรเกิดขึ้นเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2565 ทั้งในด้านการพัฒนา ผลักดันนโยบาย ส่งเสริมสุขภาพช่องปากและกำกับ ติดตาม ประเมินผล การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริหารและวิธีการทำงาน การพัฒนาระบบส่งเสริม ป้องกัน และการบริการสุขภาพช่องปาก การพัฒนาแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยในรูปแบบ e-learning และการพัฒนาเครือข่ายสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก ระดับเขต (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

ระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนเป็นกลไกสำคัญในการวางรากฐานสุขภาพช่องปากที่ดีตลอดชีวิต ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตในระยะยาว ระบบที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องบูรณาการทั้งด้านนโยบาย การบริหารจัดการ การดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน และการติดตามประเมินผล โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งเป็นสถานศึกษาที่มีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ที่ได้รับการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565) การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคฟันผุ ลดความเสี่ยงต่อ

การสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร และป้องกันผลกระทบต่อการเจริญเติบโต การพูด การรับประทานอาหาร และพัฒนาการด้านอื่นๆ การพัฒนาระบบดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน หากระบบได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมและมีการขยายผลไปยังศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศ จะส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาประเทศในระยะยาว

ผลการสำรวจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ากลุ่มอายุ 5 ปี มีผู้ปราศจากโรคฟันผุ ร้อยละ 24.4 มีฟันผุระยะเริ่มต้น ร้อยละ 31.3 มีฟันผุยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 73.8 มีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 6.5 มีฟันอุด ร้อยละ 8.0 รวมเป็นผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ ร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ฟันน้ำนม) 4.5 ซี่ต่อคน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560) ในระดับเขตสุขภาพนั้น ผลการสำรวจในภาพรวมจากรายงานระบบคลังข้อมูลด้านสุขภาพระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่า เด็ก 3 ปี จำนวน 34,296 คน ได้รับการตรวจช่องปาก 2,308 คน คิดเป็นร้อยละ 6.73 พบว่ามีฟันผุร้อยละ 18.80 ส่วนในจังหวัดอุบลราชธานี จากเด็ก 14,509 คน พบว่าได้รับการตรวจช่องปากเพียง 961 คน คิดเป็นร้อยละ 6.62 พบว่าในกลุ่มที่ตรวจมีฟันผุ 162 คน คิดเป็นร้อยละ 16.86 โดยอำเภอที่มีฟันน้ำนมผุสูงที่สุด ได้แก่ อำเภอม่วงสามสิบ อำเภอดอนมดแดง และอำเภอน้ำยืน คือ 50, 35.78, 33.33 ตามลำดับ ส่วนในอำเภวารินชำราบ จากเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี จำนวน 1,116 คน ได้รับการตรวจ 24 คนคิดเป็นร้อยละ 2.15 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งจากข้อมูลรายงานจากคลังข้อมูลด้านสุขภาพช่องปาก พบว่าข้อมูลดังกล่าวยังคงคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงค่อนข้างมาก ทำให้ไม่ทราบปัญหาโรคที่แท้จริง

จากการทบทวนข้อมูลสถานการณ์พบว่าระบบการรายงานข้อมูลทางด้านโรคในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด ทำให้ไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ที่แท้จริงได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก เช่น การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การดูดนมจากขวด และการที่เด็กแปรงฟันเองโดยขาดการกำกับดูแลจากผู้ปกครอง ประกอบกับทิศทางและนโยบายการดำเนินงานของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2565 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบส่งเสริม ป้องกัน และการคัดกรองเฝ้าระวังโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแบบบูรณาการจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อแก้ไขปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนให้บรรลุเป้าหมายตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ของโรคที่แท้จริง รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและบริบทของศูนย์พัฒนาเด็ก การศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (S. Kemmis & R McTaggart, 1988) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ทั้งในการพัฒนา ผลักดันนโยบาย ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และกำกับติดตามประเมินผล ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการวิจัยนี้คือการได้ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นประโยชน์ต่อศูนย์พัฒนา

เด็กที่เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัยเท่านั้น แต่ยังสามารถขยายผลไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กแห่งอื่นในจังหวัดอุบลราชธานีและพื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ในปัจจุบันเป็นอย่างไร

1.2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ในปัจจุบันเป็นอย่างไร

1.2.3 สภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานีในปัจจุบันเป็นอย่างไร

1.2.4 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

## 1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

### 1.3.1 ความมุ่งหมายทั่วไป

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

### 1.3.2 ความมุ่งหมายเฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.2 เพื่อศึกษาสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังดำเนินการ

1.3.2.3 เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

1.3.2.4 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

## 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ด้านเนื้อหาการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (S. Kemmis & R McTaggart, 1988) มุ่งเน้นการพัฒนาบทบาทเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการสร้างความเข้าใจและวิเคราะห์ การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาระบบและการ

ประเมินผลระบบการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้การมีส่วนร่วม เพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันโรครายในช่องปากของของเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานี

#### 1.4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

##### 1.4.2.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 กลุ่ม

1) กลุ่มที่ 1 ศึกษาในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร ครูผู้ดูแลเด็ก ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานี

2) กลุ่มที่ 2 ศึกษาด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดอุบลราชธานี

3) กลุ่มที่ 3 ศึกษาสภาวะทันตสุขภาพเด็ก อายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดอุบลราชธานี

4) กลุ่มที่ 4 ศึกษากระบวนการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่เป็นต้นแบบ ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร ครูผู้ดูแลเด็ก ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานี

1.4.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระยะของการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งได้ดังนี้

##### 1) ระยะที่ 1: ระยะเริ่มต้น (Preliminary Phase)

กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะทันตสุขภาพ ความรอบรู้ พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย:

(1) เด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 498 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จาก 3 อำเภอ ได้แก่

-อำเภอวารินชำราบ (เขตเมือง) จำนวน 283 คน

-อำเภอม่วงสามสิบ (เขตกิ่งเมือง) จำนวน 145 คน

-อำเภอนาเยีย (เขตชนบท) จำนวน 70 คน

(2) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 498 คน เป็นผู้ปกครองของเด็กกลุ่มตัวอย่างข้างต้น

(3) ครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 51 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จาก:

-อำเภอวารินชำราบ จำนวน 24 คน

-อำเภอม่วงสามสิบ จำนวน 20 คน

-อำเภอนาเยีย จำนวน 6 คน

(4) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลทันตสุขภาพ รวม 270 คน ประกอบด้วย:

- ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 30 คน
- กรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 60 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร จำนวน 30 คน
- ครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 30 คน
- ตัวแทนผู้ปกครอง จำนวน 60 คน

## 2) ระยะที่ 2: ระยะปฏิบัติการ (Action Phase)

กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านแมต ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 15 คน ประกอบด้วย:

- (1) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- (2) คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก
- (3) ครูผู้ดูแลเด็ก
- (4) ทันตบุคลากร
- (5) อาสาสมัครสาธารณสุข
- (6) ผู้ปกครองเด็ก

โดยกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้จะเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

## 3) ระยะที่ 3: ระยะประเมินผล (Evaluation Phase)

กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะทันตสุขภาพหลังดำเนินการและความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้พัฒนาเด็กบ้านแมต ที่ใช้ในการดำเนินการระยะที่ 2 รวมจำนวน 51 คน ประกอบด้วย:

- (1) เด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 18 คน
- (2) ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 18 คน
- (3) ครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 2 คน
- (4) คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก จำนวน 5 คน
- (5) ผู้บริหารเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จำนวน 2 คน
- (6) อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5 คน
- (7) ทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค จำนวน 1 คน

### 1) กลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

(1) ผู้ปกครองเด็กและเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดอุบลราชธานี คำนวณได้จากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) กลุ่มตัวอย่างนี้ใช้ด้านผู้ปกครองใช้เพื่อศึกษาความรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนและพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มเด็กใช้เพื่อเพื่อสำรวจสภาวะโรคฟันผุและแผ่นคราบจุลินทรีย์ จำนวนกลุ่มละ 498 คน โดยการแบ่งเป็น 3 กลุ่มอำเภอ ได้แก่

(1.1) กลุ่มตัวอย่างในอำเภอเขตเมือง จำนวน 283 คน

(1.2) กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอกิ่งเมือง จำนวน 145 คน

(1.3) กลุ่มตัวอย่างในอำเภอเขตชนบท จำนวน 70 คน

(2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับศูนย์พัฒนาเด็ก ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน, อาสาสมัครสาธารณสุขและครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) จาก อำเภอเขตเมือง อำเภอกิ่งเมืองและอำเภอเขตชนบท รวมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีไค ที่คัดเลือกเป็นศูนย์พัฒนาต้นแบบ ประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน, ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้บริหารเทศบาลตำบล คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขและทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยทำการเลือกศูนย์พัฒนาเด็กและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive Sampling) โดยเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต จำนวน 1 แห่ง เพื่อใช้เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพ

1.4.3 พื้นที่ทำการศึกษา ทำการวิจัยในเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดอุบลราชธานี

1.4.4 ระยะเวลาในการศึกษา : 16 เดือน ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2566 – กุมภาพันธ์ 2568

## 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 การดูแลทันตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากและฟันของเด็กก่อนวัยเรียน (อายุ 3-5 ปี) ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ การฝึกทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง การควบคุมและลดการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรมป้องกันและรักษาตามความจำเป็น รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี ปราศจากโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ มีพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมตามวัย อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตั้งแต่วัยเด็กและต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่

1.5.2 ระบบการดูแลทันตสุขภาพ หมายถึง กลไกการบริหารจัดการและการดำเนินงาน อย่างเป็นระบบและมีความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่างๆ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยประกอบด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้

- นโยบายและแผนการดำเนินงาน ได้แก่ การกำหนดนโยบาย เป้าหมาย แผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดด้านทันตสุขภาพที่ชัดเจน สอดคล้องกับมาตรฐานและนโยบายระดับประเทศ

- โครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนงาน ได้แก่ คณะกรรมการ ผู้รับผิดชอบงาน การกำหนดบทบาทหน้าที่ และแนวทางการประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และผู้ปกครอง

- กระบวนการและกิจกรรม ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก การประเมินความเสี่ยง การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันภายใต้การดูแลของครู การควบคุมอาหารว่าง และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การให้ความรู้และทักษะการดูแลทันตสุขภาพแก่เด็ก ครู และผู้ปกครอง และการส่งต่อเพื่อรับบริการทันตกรรมตามความจำเป็น

- ทรัพยากรสนับสนุน ได้แก่ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ วัสดุอุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก งบประมาณ สื่อการเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลทันตสุขภาพ

- ระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผล ได้แก่ การบันทึกข้อมูลสถานะทันตสุขภาพของเด็ก การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานผล และการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา

- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน ในการวางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผลการดูแลทันตสุขภาพเด็ก

โดยระบบดังกล่าวมีเป้าหมายให้เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี ปราศจากโรคฟันผุ เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1.5.3 เด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปี ถึง 5 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนเข้าเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อยู่ในช่วงพัฒนาการสำคัญทั้งด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา เป็นวัยที่กำลังเรียนรู้และซึมซับพฤติกรรมต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งในช่วงวัยนี้เด็กยังขาดทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องได้รับการดูแล แนะนำ และช่วยเหลือจากผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

1.5.4 ผู้ปกครอง หมายถึง บิดา มารดา หรือบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแล อบรมเลี้ยงดู และให้การศึกษาแก่เด็กก่อนวัยเรียนที่เข้ารับการศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับเด็ก และมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก ทั้งการดูแลที่บ้าน การรับรู้และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านทันตสุขภาพที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดขึ้น รวมถึงการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข

1.5.5 ครูผู้ดูแลเด็ก หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่หลักในการอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์การเรียนรู้ และส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา ให้แก่เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี โดยผ่านการศึกษาหรือได้รับการอบรมด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามหลักสูตรที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก ทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากประจำวัน การจัดกิจกรรมการแปรงฟัน การควบคุมอาหารและเครื่องดื่มที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก การจัดประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การประสานงานกับผู้ปกครองและหน่วยงานสาธารณสุข ตลอดจนการบันทึกข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงาน

1.5.6 เด็กเล็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ซึ่งเข้ารับการศึกษและการดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในช่วงวัยของการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการในอัตราที่รวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม เด็กในวัยนี้มีฟันน้ำนมครบชุด 20 ซี่ และอยู่ในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฟันผุ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก และยังมีอยู่ในวัยที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

1.5.7 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง สถานศึกษาที่จัดการศึกษาในระดับปฐมวัย สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้รับการถ่ายโอนจากหน่วยงานต่างๆ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2552 มีภารกิจหลักในการอบรมเลี้ยงดู จัดประสบการณ์ และส่งเสริมพัฒนาการการเรียนรู้ให้เด็กเล็กมีความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์-จิตใจ สังคม และสติปัญญา รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก มีการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้ช่วยครูผู้ดูแลเด็ก ตามโครงสร้างการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.5.8 คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง คณะบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ทำหน้าที่ในการกำหนดแนวทาง ให้คำปรึกษา ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการที่มาจากหลายภาคส่วน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนผู้ปกครอง ผู้แทนครูผู้ดูแลเด็ก และหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบาย วางแผน และสนับสนุนการดำเนินงานด้าน

การดูแลทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตลอดจนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

1.5.9 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่บุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่การร่วมรับรู้สถานการณ์ปัญหา การร่วมวางแผน การร่วมดำเนินการ การร่วมรับผลประโยชน์ และการร่วมติดตามประเมินผล ในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน

1.5.10 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความสามารถและทักษะของผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างเหมาะสม โดยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทันตสุขภาพ(Access skill), ความรู้และความเข้าใจข้อมูลทันตสุขภาพ(Cognitive skill), ด้านทักษะการสื่อสาร(Communication skill), ทักษะการจัดการตนเอง(Self-management skill), ทักษะการตัดสินใจ(Decision skill) และการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)

1.5.11 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กเล็ก หมายถึง กระทำหรือการปฏิบัติของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี โดยครอบคลุมการปฏิบัติใน 5 ด้านหลัก ประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปาก การควบคุมอาหาร การเฝ้าระวัง การส่งเสริมการเรียนรู้ และการใช้บริการทันตกรรม

1.5.12 โรคฟันผุ หมายถึง ภาวะที่เกิดการทำลายของเนื้อฟันอย่างถาวร เริ่มจากการสูญเสียแร่ธาตุที่ผิวเคลือบฟัน (demineralization) จนเกิดเป็นรอยโรคและลุกลามเข้าสู่เนื้อฟันชั้นในที่ลึกขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการเมแทบอลิซึมของแบคทีเรียในคราบจุลินทรีย์ที่สะสมบนผิวฟัน โดยแบคทีเรียจะย่อยสลายคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะน้ำตาลที่ได้รับจากอาหารและเครื่องดื่ม แล้วผลิตรวดออกมา ทำให้ค่าความเป็นกรด-ด่างในช่องปากลดลงต่ำกว่าค่าวิกฤต (pH 5.5) และเกิดการสลายแร่ธาตุออกจากผิวฟัน

## บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการศึกษาและสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทันตสุขภาพ
- 2.2 แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ(Health determinants)
- 2.3 แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health literacy)
- 2.4 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของปากเด็ก 3-5 ปี
- 2.5 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของปากเด็กปฐมวัย”ด้านสุขภาพช่องปาก”
- 2.6 แนวคิดเชิงระบบและการพัฒนาระบบ
- 2.7 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2.8 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research)
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.10 กรอบแนวคิดการวิจัย

### 2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทันตสุขภาพ (สิทธิชัย ขุนทองแก้ว, 2552)

#### 2.1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

อวัยวะภายในช่องปากประกอบด้วย

- 1) ริมฝีปาก เป็นส่วนนอกระยะของปาก ช่วยในการออกเสียง
- 2) เหงือก เป็นเนื้อเยื่อที่ปกคลุมกระดูกขากรรไกรที่ฝังตัวอยู่ เหงือกปกติมีสีชมพูอ่อนหรือคล้ำตามสีผิวของแต่ละคน

- 3) ฟัน ฟันซี่หนึ่ง ๆ จะประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่เรียกว่าตัวฟัน (Crown) ได้แก่ ส่วนที่โผล่พ้นกระดูกที่ฟันนั้นฝังอยู่ อีกส่วนหนึ่งเรียกว่า รากฟัน (Root) ได้แก่ ส่วนที่ฝังอยู่ในกระดูก มีเยื่อปริทันต์ (Periodontal Membrane) ยึดรากฟันให้ติดกับกระดูก

โครงสร้างของตัวฟัน แบ่งออกเป็นส่วนต่างๆ ได้ดังต่อไปนี้

1. ชั้นนอกสุด เป็นชั้นเคลือบฟัน (Enamel) ส่วนเคลือบฟันนี้จะเจริญปกคลุมส่วนตัวฟันไปจนถึงส่วนที่เป็นราก แต่ไม่คลุมรากฟัน ชั้นเคลือบฟันประกอบด้วยสารประกอบที่เรียกว่า

Hydroxyapatite ซึ่งเป็นอวัยวะที่แข็งแรงที่สุดในร่างกายมนุษย์ แข็งแรงกว่ากระดูกเคลือบฟันทำหน้าที่ป้องกันเนื้อฟัน สีของส่วนเคลือบฟันจะมีสีขาวอมเหลืองผิวฟันเรียบ

2. เนื้อฟัน (Dentine) อยู่ใต้เคลือบฟัน เนื้อฟันนี้จะอยู่ที่ตัวฟันและรากฟันจัดเป็นเนื้อเยื่อชั้นกลางของฟัน ปกติในฟันของเด็กเนื้อฟันจะมีสีเหลืองอ่อน เนื้อฟันนี้จะสามารถยืดหยุ่นได้

เล็กน้อยซึ่งแตกต่างจากเคลือบฟันที่ค่อนข้างเปราะ เนื้อฟันมีความแข็งแรงกว่ากระดูกเล็กน้อย เซลล์

ที่ทำหน้าที่สร้างเนื้อฟัน เมื่อสร้างเนื้อฟันได้ตามที่ต้องการแล้ว เซลล์นั้นจะถอยเข้าไปชิดกับ ส่วนในของฟันซึ่งเป็นที่อยู่ของเส้นเลือด เส้นประสาท และหลอดน้ำเหลืองและเซลล์นี้ยังคงมีชีวิตอยู่ และสามารถสร้างเนื้อฟันเพิ่มขึ้นได้ตลอดชีวิต ซึ่งต่างกับส่วนของเคลือบฟัน เมื่อเซลล์สร้างเคลือบฟัน สมบูรณ์แล้วเซลล์นั้นจะหมดไปไม่มีการสร้างขึ้นมาใหม่อีก

3. ส่วนในของเนื้อฟัน (Pulp Cavity) ส่วนในของตอนรากฟัน เรียกว่า คลองรากฟัน (Root Canal) ตรงปลายรากฟันจะเป็นรูเปิดซึ่งทำให้คลองรากฟันติดต่อกับเนื้อเยื่อภายนอก รูเปิดนี้ สำหรับใช้เป็นทางผ่านของเส้นเลือด เส้นประสาท และหลอดน้ำเหลือง ปกติจะพบเส้นเลือดแดงเส้น เลือดดำ เส้นเลือดแดงจะแยกออกมาจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยงส่วนของขากรรไกรและใบหน้า เมื่อเข้ามา อยู่ภายในแล้วจะแตกแขนงออกมามากมาย เส้นเลือดดำจะนำเลือดเสียกลับ เมื่อออกจากคลองราก ฟันแล้ว เส้นเลือดดำจะไปติดต่อกับเส้นเลือดดำใหญ่ภายนอกในที่สุด เลือดเหล่านี้กลับสู่วงจรโลหิตต่อ กันทั่วร่างกาย ดังนั้นถ้าฟันผุลึกถึงภายในเชื้อโรคต่างๆ ย่อมจะมีโอกาสกระจายไปสู่อวัยวะสำคัญๆ เช่น หัวใจ สมอง และไต เป็นต้น

ฟันมี 2 ชุด คือ

ฟันน้ำนม (Deciduous Teeth หรือ Primary Teeth) มีจำนวน 20 ซี่ ฟันบน 10 ซี่ ฟันล่าง 10 ซี่ หลังจากคลอดประมาณ 6 – 7 เดือน ฟันน้ำนมจะเริ่มงอกโผล่พ้นจากขากรรไกรล่าง บริเวณตรงกลาง ข้างหน้า 2 ซี่ และทยอยขึ้นมาในช่องปากจนครบ 20 ซี่ เมื่อเด็กอายุประมาณ 2 – 3 ปี ฟันน้ำนมมีสีค่อนข้างขาวคล้ายฟันแท้ มีขนาดเล็กกว่าฟันแท้

ฟันถาวร หรือฟันแท้ (Permanent Teeth) มีจำนวน 32 ซี่ ร่างกายจะเริ่มสร้าง หน่อฟัน(Tooth Bud) ของฟันแท้เมื่อแรกเกิด หรือเมื่อเด็กอายุประมาณ 6 เดือน โดยหน่อฟันจะ เจริญอยู่ในกระดูกขากรรไกร ต่อไปจากฟันน้ำนม เมื่อเด็กอายุได้ประมาณ 6 ปี ฟันแท้ 2 ซี่แรก คือ ฟันกรามแท้ล่างซ้าย – ขวา ซี่ที่ 1 จะงอกขึ้นมา โดยมีตำแหน่งถัดจากฟันกรามน้ำนมซี่ที่ 2 เข้าไป จากนั้นฟันแท้ซี่อื่นจะทยอยขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนม ซึ่งค่อยๆ โยกหลุดไปเป็นลำดับ จนฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ เมื่ออายุประมาณ 12 – 13 ปี ส่วนฟันกรามแท้ซี่ที่ 3 อาจจะขึ้นเร็วหรือช้า ยากหรือง่ายต่างกัน ช่วงระยะเวลาการขึ้นตั้งแต่ 18 – 30 ปี เมื่อฟันขึ้นมาครบจะมีทั้งหมด 32 ซี่ แต่บางคนก็อาจจะขึ้นไม่ ครบ 32 ซี่ก็ได้ฟันแท้มีสีออกเหลืองมากกว่าและมีขนาดใหญ่กว่าฟันน้ำนม ในเด็กวัยประถมศึกษาที่ ฟันแท้เริ่มขึ้นในฟันหน้าเห็นปลายฟันมีลักษณะเป็นคลื่น ส่วนฟันหลังจะยังเห็นร่องรอยบนส่วนบด เคี้ยวชัดเจน

ข้อแตกต่างระหว่างฟันน้ำนมกับฟันแท้

1. ฟันน้ำนมมีสีขาวคล้ายสีน้ำนม ส่วนฟันแท้มีสีขาวยาวออกเหลือง
2. ฟันน้ำนมมีจำนวน 20 ซี่ ส่วนฟันแท้มีจำนวน 32 ซี่ (ถ้าอายุ 12 ปีจะมี 28 ซี่)
3. ฟันน้ำนมนับจากกึ่งกลางไปซี่ที่ 4 และ 5 เป็นฟันกรามมีลักษณะเกือบเป็น สี่เหลี่ยมประกอบด้วย 4 ยอด ส่วนฟันแท้ซี่ที่ 4 และ 5 เป็นฟันกรามน้อยที่มีขนาดเล็กกว่า ปลายฟัน ค่อนข้างแหลมชัดเจนเห็นเป็นยอด 2 ยอด
4. ฟันน้ำนมไม่มีซี่ที่ 6-7 และ 8 ฟันแท้จะมีซี่ที่ 6-7 และ 8 เป็นฟันกราม
5. ฟันน้ำนมจะขึ้นเมื่ออายุ 6-7 เดือน ขึ้นครบเมื่ออายุประมาณ 2 ปีครึ่ง เริ่มหลุด เมื่ออายุ 6 – 11 ปี ฟันแท้เริ่มขึ้นเมื่ออายุ 6 ปี จะทยอยขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนมยกเว้นฟันกราม

6. คอฟันของฟันกรามน้ำนมจะคอดกว่าของฟันกรามแท้อย่างเห็นได้ชัด

7. ความหนาของเคลือบฟัน ในฟันน้ำนมจะน้อยกว่าของฟันแท้ แต่จะมีความหนาที่สม่ำเสมอตลอด

8. ในฟันน้ำนมความหนาของเคลือบฟันและเนื้อฟันรวมกันจะน้อยกว่าของฟันแท้ทำให้มีการป้องกันอันตรายให้กับประสาทฟันน้อยกว่า ดังนั้นในการกรอฟันต้องคำนึงถึงความหนาของเนื้อฟันด้วย

9. รากของฟันน้ำนมจะแคบกว่าของฟันแท้ และคอฟันคอดมากกว่ารูปร่างต่างๆของฟันและหน้าที่ของฟันตามรูปร่าง

ลักษณะของฟัน

ฟันหน้า (Incisors) มี 8 ซี่ ขากรรไกรละ 4 ซี่ ปลายตัดตรง เพื่อให้เหมาะสำหรับตัดฉีกอาหาร

ฟันเขี้ยว (Canine) มี 4 ซี่ ขากรรไกรละ 2 ซี่ ปลายแหลมคม และยาวกว่าฟันหน้า ใช้ฉีกอาหาร

ฟันกรามน้อย (Premolars) มี 8 ซี่ ซึ่งมีเฉพาะในฟันแท้ มีหน้าที่ช่วยบดเคี้ยว

ฟันกราม (Molars) มี 12 ซี่ในฟันถาวรและ 8 ซี่ ในฟันน้ำนม ฟันชนิดนี้ Crown กว้าง มีปุ่มเล็กแหลมยื่นขึ้นไปปลายปุ่ม เพื่อให้เหมาะกับการบดเคี้ยวอาหาร และจะมีฟันกรามใหญ่ขึ้นทีหลังสุด เมื่ออายุประมาณ 17 – 25 ปี บางคนอาจไม่ขึ้นก็ได้

หน้าที่ของฟัน ฟันมีหน้าที่ ดังนี้

1. บดเคี้ยวอาหาร ทำให้อาหารเป็นชิ้นเล็กๆ กระจายอาหารทำงานได้สะดวก
2. ออกเสียงได้ชัดเจน เช่น เสียง ส ซ ฟ
3. ทำให้ใบหน้าสวยงาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูญเสียฟันหน้าจะทำให้หมดความสวยงาม การสูญเสียฟันกรามจะทำให้แก้มตอ เพราะการยุบตัวของขากรรไกรบริเวณที่ไม่มีฟัน
4. ฟันน้ำนมช่วยให้ฟันถาวรขึ้นได้อย่างเป็นระเบียบ ถ้าฟันน้ำนมถูกถอนก่อนกำหนด ฟันที่ขึ้นมาใหม่จะซ้อนเก ซึ่งทำให้มีโอกาสเป็นโรคฟันผุ หรือโรคเหงือกอักเสบได้ง่าย

โครงสร้างของฟัน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ตัวฟัน ได้แก่ ส่วนของฟันทั้งหมดที่มองเห็นในช่องปาก
2. รากฟัน ได้แก่ ส่วนที่ต่อจากตัวฟันอยู่ใต้เหงือก มองไม่เห็นในช่องปาก โครงสร้างภายในของฟัน

### 2.1.2 โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน

โรคฟันผุมีสาเหตุหลายปัจจัยที่ร่วมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพของโฮสต์ พฤติกรรมสภาพแวดล้อมและสภาวะทางจิตใจและสังคม โดยเชื้อจุลินทรีย์ในไบโอฟิล์มเป็นส่วนสำคัญ พร้อมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและแป้งที่ไม่เหมาะสม การขบวนการสูญเสียแร่ธาตุและการคืนกลับแร่ธาตุเข้าสู่ฟันมีบทบาทสำคัญ โดยน้ำลายเป็นตัวปรับสภาพเป็นกลางในช่องปาก เมื่อสภาพเป็นกรดมากขึ้นจนถึงค่าพีเอชต่ำกว่า 5.2-5.5 (critical pH) การสูญเสียแร่ธาตุจะเกิดขึ้น แต่น้ำลายมีบทบาทในการคืนค่าพีเอชให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งกระบวนการนี้เกิดขึ้นตลอดเวลาเพื่อรักษา

สมดุลของฟัน หากสมดุลขัดข้องเป็นเวลานาน อาจเกิดการสูญเสียของผิวเคลือบฟันและการเกิดรูบนฟันได้

### 2.1.1.1 ปัจจัยทางชีวภาพของโฮสต์ (host)

#### 1) ฟัน

ฟันที่เพิ่งขึ้นมาในช่องปากจะมีความต้านทานต่อการเกิดฟันผุน้อยกว่าฟันที่อยู่ในช่องปากมาแล้วเป็นระยะเวลาหนึ่ง เนื่องจากการสะสมแร่ธาตุจากน้ำลายเข้าสู่ผิวเคลือบฟันมากขึ้น การใช้ฟลูออไรด์จากผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของฟันด้วยการแทนที่ผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์ด้วยผลึกฟลูออโรอะพาไทต์ที่ทนทานต่อกรดมากกว่า ลักษณะกายภาพของฟัน เช่น การมีหลุมและร่องที่ลึกทำให้สะสมจุลินทรีย์ได้ยาก ตำแหน่งของฟันในขากรรไกรที่ไม่ปกติเช่น ซ้อนเกหรืออยู่นอกตำแหน่งปกติ ส่งผลให้เกิดการสะสมของจุลินทรีย์และเป็นที่เกิดฟันผุได้มากขึ้น ความผิดปกติขององค์ประกอบของฟัน เช่น (enamel hypoplasia) ยังส่งผลกระทบต่อ การเกิดฟันผุได้ด้วย

#### 2) น้ำลาย

น้ำลายมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการสูญเสียแร่ธาตุจากฟัน โดยช่วยลดความเป็นกรดในช่องปาก และมีสารประกอบที่ช่วยในการต้านเชื้อจุลินทรีย์ และส่งเสริมกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุเข้าสู่ฟันได้ดี

#### 3) ไบโอฟิล์ม (dental biofilm) หรือคราบจุลินทรีย์ (dental plaque)

ไบโอฟิล์มหรือคราบจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคฟันผุจะมีความรวมตัวกันของจุลินทรีย์หลากหลายชนิดจัดเรียงอย่างมีระเบียบในเมทริกซ์นอกเซลล์และในเซลล์ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในช่องปากเช่นการบริโภคแป้งและน้ำตาลสูงหรือการลดการไหลของน้ำลายสามารถส่งผลให้เชื้อโรคสามารถเพิ่มขึ้นในไบโอฟิล์ม เช่น Streptococcus mutans และ Lactobacilli ที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคฟันผุ จุลินทรีย์เหล่านี้สามารถสร้างกรดอย่างต่อเนื่องหรืออาศัยอยู่ในสภาวะเป็นกรดได้ โดยการสร้างพอลิแซ็กคาไรด์และกลูแคนทำให้ไบโอฟิล์มยึดกับผิวฟันแน่น การเรียงตัวแบบนี้ยังช่วยส่งเสริมโรคฟันผุโดยขัดขวางการเข้าถึงของสารเคมีที่มีฤทธิ์ในการกำจัดเชื้อโรคได้ดีขึ้น

### 2.1.1.2 ปัจจัยด้านอาหาร

การบริโภคอาหารมีบทบาทสำคัญในการเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ โดยเฉพาะอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตที่สามารถย่อยสลายในช่องปากได้ เช่น แป้งและน้ำตาล มีความถี่ในการรับประทานเพิ่มขึ้นจะเสี่ยงทำให้เกิดฟันผุมากขึ้น น้ำตาลซูโครสมีฤทธิ์ส่งเสริมให้เกิดฟันผุมากที่สุด เนื่องจากจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุสามารถใช้ซูโครสเป็นแหล่งอาหารในการสร้างกลูแคนที่ช่วยให้ไบโอฟิล์มยึดกับผิวฟันได้แน่น นอกจากนี้ลักษณะทางกายภาพของอาหารเช่น ลักษณะที่เหนียวติดฟันยิ่งทำให้กรดที่สร้างขึ้นสัมผัสกับฟันได้นานขึ้น

### 2.1.2 รอยโรคฟันผุในระยะต่างๆ

การเกิดโรคฟันผุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและใช้เวลานาน ลักษณะทางคลินิกของโรคฟันผุแตกต่างกันไปในแต่ละระยะการดำเนินไป ปัจจุบันมีการแยกแยะระยะโรคฟันผุที่อยู่ในระยะลุกลาม (caries active) และไม่ลุกลาม (caries inactive) เพื่อช่วยในการวางแผนที่จะ

ป้องกันและหยุดยั้งโรคได้ทันที การจำแนกโรคฟันผุในระยะต่างๆ มักใช้ลักษณะที่พบบนผิวฟัน เช่น ความเรียบ ความโปร่งและทึบแสง การเปลี่ยนสี และลักษณะและความหนาของคราบจุลินทรีย์ที่ปกคลุมบนผิวฟันด้วย

#### 2.1.2.1 รอยโรคฟันผุในระยะเริ่มต้น (Early lesion)

การเปลี่ยนแปลงในระยะแรกนี้เริ่มต้นเกิดจากการสูญเสียแร่ธาตุออกจากผิวเคลือบฟันเมื่อค่า pH ในคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าค่าวิกฤต (pH 5.2-5.5) ซึ่งระยะนี้ไม่สามารถตรวจพบได้ทางคลินิก แต่อาจสังเกตได้จากการมีคราบจุลินทรีย์หนาที่ปกคลุมอยู่บนฟันในบริเวณนั้น การประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุเป็นสิ่งสำคัญที่ทันตแพทย์ใช้ในการพิจารณาให้การป้องกันที่เหมาะสมกับบุคคลนั้นๆ

#### 2.1.2.2 รอยโรคจุดขาว (White spot lesion)

รอยโรคฟันผุระยะแรกที่สามารถสังเกตเห็นได้ทางคลินิกคือรอยขุ่นขาวที่เกิดจากการสูญเสียแร่ธาตุและเคลือบฟันด้านใต้ไปบางส่วน การที่รอยโรคจุดขาวนี้อยู่ในระยะลุกลามหรือไม่สามารถสังเกตได้จากความเรียบของผิวเคลือบฟันนั้น การตรวจพบรอยโรคในระยะนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นระยะที่สามารถหยุดยั้งหรือผันกลับได้ก่อนจะเกิดการสูญเสียโครงสร้างของฟัน การรักษาอาจรวมถึงการหาและปรับเปลี่ยนสาเหตุของการเกิดฟันผุ การให้ฟลูออไรด์เพื่อส่งเสริมการคืนกลับแร่ธาตุ และการรักษาอนามัยช่องปากอย่างเคร่งครัด

#### 2.1.2.3 รอยโรคฟันผุที่เป็นรู (Frank cavity)

หากโรคฟันผุไม่ได้รับการหยุดยั้งไว้ทันที จะทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุและโครงสร้างฟันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดการแตกหักหรือการทะลุของผิวฟันเข้าสู่ชั้นเนื้อฟัน (dentin) บริเวณนี้เป็นจุดสะสมของคราบจุลินทรีย์ที่ทำให้ความสะอาดยาก นอกจากนี้ เนื้อฟันที่มีส่วนใหญ่เป็นสารอินทรีย์ที่ไม่ทนต่อกรด จึงทำให้โรคฟันผุในระยะนี้มีแนวโน้มที่จะลุกลามอย่างรวดเร็ว การรักษาโรคฟันผุในระยะนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลุกลามไปถึงเนื้อเยื่อในโพรงฟัน (dental pulp)

#### 2.1.2.4 รอยผุที่หยุดยั้ง (Arrested lesions)

รอยโรคฟันผุที่หยุดลุกลามและได้รับมาตรการทางทันตกรรมป้องกันเพิ่มเติมมักมีลักษณะเป็นรอยโรคสีดำที่แข็งแรงและเรียบเนียน บางครั้งไม่จำเป็นต้องทำการบูรณะเนื่องจากไม่มีผลกระทบต่อความสวยงามหรือผู้ป่วยยอมรับได้ การใช้สารซิลเวอร์ไดอะไมน์ฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride) มีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนรูโรคฟันผุระยะลุกลามให้หยุดยั้ง ช่วยลดความเจ็บปวดและค่าใช้จ่ายในการรักษาทันตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพรักษาทางทันตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 2.1.3 ลักษณะของโรคฟันผุที่พบได้ในแต่ละช่วงอายุ

ลักษณะของโรคฟันผุที่พบในแต่ละวัยของเด็กจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุในช่วงเวลานั้น ๆ อาจแบ่งได้ตามชุดฟันที่พบในช่องปากออกได้ดังนี้

### 2.1.3.1 ฟันผุในระยะชุดฟันน้ำนม

ลักษณะการผุของชุดฟันน้ำนมที่พบได้บ่อยที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญทางทันตสาธารณสุขคือ ฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน (Early Childhood Caries, ECC) เป็นปัญหาสำคัญทางทันตสาธารณสุขที่พบบ่อย มีลักษณะเป็นรอยผุที่เริ่มต้นที่บริเวณพื้นผิวฟันเรียบ (smooth surface), โดยเฉพาะฟันหน้าบน และมักไม่พบที่ฟันหน้าล่างเนื่องจากน้ำลายช่วยชะล้างกรดได้ดี โรคนี้สามารถลุกลามได้รวดเร็วและส่งผลกระทบต่อชุดฟัน มีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดฟันผุทั้งในชุดฟันน้ำนมและฟันแท้ การรักษาต้องใช้วิธีการที่ใช้ยาสลบหรือการทำให้สงบ เพิ่มค่าใช้จ่ายและเสี่ยงจากการรักษาได้สูง

สาเหตุหลักของการเกิดฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนมีหลายปัจจัย เช่น การให้อาหารทารกด้วยนมที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลับคาขวดนมในเวลากลางคืนที่น้ำลายไหลลงต่ำ และการดูดนมจากเต้าตลอดเวลาที่ต้องการ นอกจากนี้ฟันที่มีโครงสร้างผิดปกติตั้งแต่กำเนิดและระดับเชื้อก่อโรคฟันผุสูง เช่น เชื้อ Mutans streptococci (MS) ในช่องปาก ซึ่งสามารถถูกส่งต่อจากผู้ดูแลเด็กที่มีระดับเชื้อสูง มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อฟันผุจากสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน

การบริโภคน้ำตาลเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน เด็กมักมีนิสัยชอบบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดโรคนี้ตั้งแต่อายุ 12 เดือน และนำมาเป็นนิสัยตลอดวัยเด็ก ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลหรือสารหวานลงในอาหารและเครื่องดื่มของเด็ก จำกัดการบริโภคอาหารว่างหรือเครื่องดื่มที่ทำให้เกิดโรคฟันผุไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน เพื่อลดโอกาสที่กรดจะสัมผัสกับฟัน ภายหลังการรับประทานอาหาร

โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนสามารถป้องกันได้ด้วยการให้คำแนะนำและมาตรการทางทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสม การศึกษาพบว่าเด็กหลายร้อยละได้รับการตรวจจากกุมารแพทย์ในช่วงขวบปีแรก ในขณะที่มีน้อยกว่า 2% ที่ได้รับการตรวจจากทันตแพทย์ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุควรได้รับคำแนะนำเพื่อการป้องกันที่เหมาะสมในช่วงขวบปีแรกของการทารก

AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020) ได้กำหนดแนวทางทางทันตกรรมป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยดังนี้

1) หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลบ่อยครั้ง โดยเฉพาะน้ำผลไม้ น้ำอัดลม เครื่องดื่มเกลือแร่ น้ำชาที่ใสในขวดนมหรือแก้วหัดดื่ม รวมถึงการดูดนมมารดาจากเต้าเมื่อต้องการภายหลังฟันซี่แรกขึ้นและเด็กเริ่มทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตแล้ว และควรเลิกการใช้ขวดนมเมื่อเด็กอายุได้ 12-18 เดือน

2) เริ่มแปรงฟันให้เด็กทันทีที่ฟันซี่แรกขึ้น ผู้ปกครองควรเป็นผู้แปรงฟันให้เด็กด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้งในปริมาณยาสีฟันที่แนะนำตามอายุ โดยใช้แปรงขนนิ่มหัวแปรงขนาดพอเหมาะ

3) เด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุควรได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิชโดยทันตแพทย์

4) ผู้ปกครองควรพาเด็กมาพบทันตแพทย์ภายใน 6 เดือนหลังจากฟันซี่แรกขึ้น และไม่ควรเกินขวบปีแรกเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดฟันผุและให้คำแนะนำทางทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสม

5) ทันตแพทย์ควรประสานความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่นเพื่อให้ทารกและเด็กก่อนวัยเรียนได้รับการตรวจ คำแนะนำและมาตรการทางทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสมกับวัยนอกจากโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยที่มีลักษณะเฉพาะแล้ว ในช่วงฟันน้ำนมยังอาจพบการผุตามหลุมร่องฟันที่ลึก และการผุด้านซอกฟันได้ด้วย

#### 2.1.3.2 ฟันผุในระยะชุดฟันผสม

ฟันกรามถาวรล่างซี่ที่หนึ่งก่อนมักมีความลึกของหลุมร่องทางด้านบดเคี้ยวมากขึ้น ซึ่งทำให้เป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์ได้ง่าย การอุดหลุมร่องฟัน (dental sealant) เป็นมาตรการที่สามารถช่วยป้องกันการผุในฟันนี้ได้โดยทำให้หลุมร่องฟันเรียบขึ้นและลดความเสี่ยงจากคราบจุลินทรีย์ที่สะสม ทำให้ง่ายต่อการทำความสะอาดและรักษาความสุขภาพฟันได้ดียิ่งขึ้น

#### 2.1.3.3 ฟันผุในระยะชุดฟันถาวรระยะต้น

ช่วงอายุ 10-14 ปีเป็นช่วงที่เด็กมีฟันกรามน้อยและเริ่มมีฟันกรามถาวรซี่ที่สองขึ้นในช่องปาก ซึ่งเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคฟันผุ เพื่อป้องกันการผุนี้ ควรได้รับการฉีกหลุมร่องฟันในเวลาที่เหมาะสม นอกจากนี้ การเข้าสู่วัยรุ่นมักมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและสภาวะอารมณ์ เช่น การละเลยการดูแลอนามัยช่องปาก นิสัยการชอบทานจุบจิบ และปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในช่วงชุดฟันถาวรของวัยเริ่มต้น (วลีรัตน์ ศุภวรรณ, 2564)

ดังนั้น หากควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยทางจุลชีววิทยา สภาพแวดล้อม สภาวะทางจิตใจ สังคม และสุขนิสัยในการรักษาอนามัยช่องปากก็จะสามารถช่วยลดโอกาสของการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนได้ รวมถึงการสังเกตลักษณะของการเกิดโรคฟันผุ เพื่อให้ทราบระยะการเกิดโรคฟันผุ ทำให้สามารถทำการรักษาได้ทันที่ เมื่อเราสามารถยับยั้งการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยได้ เด็กก็จะสามารถเคี้ยวอาหารได้ละเอียด มีอาการออกเสียงที่ชัดเจน มีการเจริญเติบโตที่สมวัย

#### แนวทางการดูแลรักษาโรคฟันผุ

ฟันผุระยะที่ 1 เป็นการผุในชั้นเคลือบฟัน หากตรวจพบควรแนะนำให้ใส่ใจดูแลรักษา ความสะอาดของช่องปากให้มากขึ้น โดยแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และแปรงบริเวณที่มีรอยขาวขุ่น หรือเป็นจุดสีน้ำตาลให้สะอาดทั่วถึง กรณีที่สามารถทาฟลูออไรด์ให้ได้ ควรทาหรือเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่บริเวณนั้น ผิวฟัน จะกลับแข็งแรงขึ้น และ หยุดการลุกลามของโรคได้ นอกจากนี้ควรให้คำแนะนำพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมด้วย เช่น ลด ละ เลิก การรับประทานจุบจิบ ขนมหวานควรรับประทานพร้อมอาหารมื้อหลัก แล้วแปรงฟันให้สะอาด และ แนะนำให้รับประทานผลไม้เป็นอาหารว่าง เพื่อลดโอกาสที่ฟันจะผุเพิ่มขึ้น

ฟันผุระยะที่ 2 และ 3 เป็นระยะที่เกิดรูผุแล้ว บางครั้งเห็นเป็นรูผุชัดเจน บางครั้งเห็นเป็น รอยดำ และอาจลุกลามจนทะลุโพรงประสาทฟันแล้ว หากตรวจพบฟันผุระยะนี้ แต่ผู้ป่วยยังไม่มีการอักเสบ รุนแรง ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรีบเข้ารับการรักษาจากทันตบุคลากร เพราะหากทิ้งไว้การผุจะลุกลามจนต้อง ถอนฟันทิ้ง หรืออาจเกิดการอักเสบที่รุนแรงได้ ในรายที่ผู้ป่วยมีอาการปวด ควรให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น โดยเชยเศษอาหารออกจากรูผุ ให้ผู้ป่วยบ้วนน้ำให้สะอาด ใช้สำลีสะอาดปั่นเป็นก้อนเล็กๆ ซึบน้ำในรูผุให้แห้ง แล้วใช้สำลีซึบน้ำมันกานพลู (clove oil) พอหมาดๆ ใส่ในรูผุ

จ่ายยาระงับปวด และส่งต่อไปทำฟัน หากพบการอักเสบติดเชื้อควรให้ ยาปฏิชีวนะ ในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติแพ้ยา ให้จ่ายยา Amoxycillin 500 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้ง เนื่องจาก ใช้ได้ผลดีกับการติดเชื้อในช่องปาก นอกจากให้การดูแลรักษาเบื้องต้นแล้ว ควรแนะนำให้ไปรับการรักษา ต่อกับทันตบุคลากร และในครั้งต่อไปที่มารับการตรวจรักษาควรสอบถาม ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลรักษา ความสะอาดในช่องปาก และให้คำแนะนำเรื่องพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมด้วย

### 2.1.3 การทำความสะอาดช่องปาก

#### 2.1.3.1 การแปรงฟันที่ถูกวิธี (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556)

ช่องปากที่ไม่สะอาด จะเป็นแหล่งสะสมของคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคในช่องปาก การกำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ไม่หมด ทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรค เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคทั้งโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบการแปรงฟันถูกวิธี ช่วยให้ปากสะอาด ฟันและเหงือกสมบูรณ์แข็งแรง ช่วยขจัดคราบอาหารและเศษอาหารที่ตกค้างอยู่ตามซอกฟัน ไม้ให้หมักหมมบูดเน่า ซึ่งทำให้เกิดกลิ่นปากและขจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบเวลาที่ควรแปรงฟัน

เวลาที่ควรแปรงฟัน ได้แก่ เวลาตื่นนอน หลังอาหาร และก่อนนอน ตอนกลางคืน ส่วนการแปรงฟันที่ให้ผลในการป้องกันโรคได้มากที่สุด คือ แปรงฟันทันทีหลังกินอาหาร และก่อนนอน เวลาหลังอาหารถ้าไม่สามารถแปรงฟันได้ ควรใช้น้ำสะอาดบ้วนปากแรงๆ หลาย ๆ ครั้ง เพื่อล้างเศษอาหารที่ติดอยู่ตามซอกฟัน ให้หลุดออกมากที่สุดก็จะช่วยทำความสะอาดฟันได้บ้างซึ่งดีกว่าไม่ทำความสะอาดฟันเลย ก่อนเข้านอนควรแปรงฟันเพราะขณะหลับอวัยวะในช่องปาก เช่น ลิ้น กระพุ้งแก้มและขากรรไกร ไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้น้ำลายไหลออกมาน้อย ไม่มีโอกาสได้ชะล้างเศษอาหาร เศษอาหารจะตกค้างอยู่ที่ฟันและเหงือกตลอดคืน อาหารแป้งและน้ำตาลที่ตกค้างอยู่ตามซอกฟันจะถูกเชื้อโรคภายในปากเปลี่ยนเป็นกรดภายใน 10 นาที กรดที่มีความรุนแรง จะกัดจนทำให้ฟันผุเกิดการระคายเคืองต่อเหงือก ทำให้เหงือกอักเสบด้วย

#### 2.1.3.2 ลักษณะแปรงสีฟันที่ดี

แปรงสีฟันเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นมากในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ถ้าเลือกแปรงสีฟันที่ไม่ถูกสุขลักษณะจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำความสะอาดลดลง แปรงสีฟันที่ดีควรใช้ขจัดคราบจุลินทรีย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟัน ดังนั้นควรเลือกแปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อน มีสปริง ขนาดพอเหมาะกับปาก ด้ามตรงตลอดจับถนัดมือ แปรงสีฟันที่ใช้มานานจนแปรงบาน มีขนอ่อนจนไม่สามารถทำความสะอาดได้ดี หรือแปรงสีฟันที่มีความสกปรกสะสมอยู่เป็นแหล่งของเชื้อโรคไม่ควรใช้ หลังจากการแปรงฟันเสร็จแล้วล้างแปรงสีฟันด้วยน้ำสะอาดหลายๆครั้ง ควรผึ่งให้แห้งในที่ที่มีอากาศถ่ายเท

#### 2.1.3.3 ประโยชน์ของการแปรงฟันที่ถูกวิธี

1. สามารถกำจัดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ได้ดีที่สุดทำให้ฟันสะอาดและเหงือกมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
2. ป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ

3. ทำให้ช่องปากสะอาด ปราศจากกลิ่น โดยเฉพาะกลิ่นบูดเน่าของเศษอาหาร

#### 2.1.3.4 โทษของการแปร่งฟันผิดวิธี

1. เหงือกร่น บริเวณคอฟันสึก เมื่อคอฟันสึกมากๆ จะเกิดอาการเสียวฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ไม่อยากแปร่งฟัน ถ้าฟันสึกมากจนทะลุโพรงประสาทฟัน จะมีอาการปวดฟันเกิดการอักเสบในโพรงฟันและคลองรากฟัน

2. ทำอันตรายเหงือก โดยเฉพาะบริเวณของเหงือกเกิดฉีกขาดเป็นบาดแผล

#### 2.1.3.5 วิธีการแปร่งฟัน วิธีการแปร่งฟันในปัจจุบันมี 3 วิธี

##### 1. วิธีบาส (Bass Method)

วิธีนี้การแปร่งฟันจะวางขนแปรงแนบกับฟัน โดยให้ทำมุมประมาณ 45 องศา กับผิวเคลือบฟัน ตำแหน่งของแปรงสีฟันนั้น ปลายขนแปรงจะอยู่บริเวณขอบเหงือกออกแรงกดเล็กน้อย เพื่อให้ขนแปรงเข้าไปอยู่ในช่องขอบเหงือกและขอบฟัน จากนั้นขยับแปรงไปมาเหมือนกับการสั่นไปมาโดยการขยับแปรงนั้น จะทำเป็นช่วงสั้น ๆ เพื่อต้องการให้ขนแปรงเคลื่อนที่ไปมาภายในช่องปากเท่านั้น ไม่ให้หลุดมาภายนอก

สำหรับการแปร่งฟันด้วยวิธีบาสที่ฟันกรามใหญ่ และกรามน้อย ด้านแก้มและด้านลิ้นพยายามวางแปรงโดยให้ด้ามของแปรงอยู่ในแนวขนานกับด้านบดเคี้ยวของฟัน ส่วนฟันหน้าให้วางแปรงในลักษณะด้ามแปรงอยู่ในแนวตั้ง และการแปรงด้านบดเคี้ยว จะยังใช้วิธีเดียวกันกับการขัดแปรง การแปร่งฟันด้วยวิธีบาสนี้แต่ละตำแหน่ง จะใช้เวลาประมาณ 10 – 15 วินาที จึงขยับที่ต่อไป และควรแปรงเป็นระยะต่อเนื่องเพื่อกันการลึม

##### 2. วิธีแปร่งโดยวิธีโมดิฟายบาส (Modified Bass Method)

โดยการวางแปรงให้ปลายขนแปรงอยู่ตรงรอยต่อระหว่างเหงือกและฟันและทำมุม 45 องศา กับตัวฟัน ออกแรงกดเบาๆ แล้วขยับไปมาเล็กน้อยเป็นช่วงสั้นๆ จากนั้นบิดข้อมือปิดขนแปรงจากบริเวณโคนฟันมาทางปลายฟัน ทำเช่นนี้กับฟันทุกซี่ทั้งด้านนอกและด้านใน ส่วนบริเวณด้านบดเคี้ยวให้วางแปรงบนด้านบดเคี้ยว ถูแปรงไปมา การแปร่งฟันวิธีนี้ บริเวณที่ให้ความสำคัญในการแปร่งฟันคือ บริเวณคอฟันใกล้เหงือกและซอกฟัน ซึ่งต้องได้รับการแปร่งฟันให้สะอาดอย่างทั่วถึงทั้งด้านเพดาน ด้านใกล้ลิ้น ด้านใกล้ริมฝีปากของฟันหน้าและด้านใกล้แก้มของฟันหลัง

##### 3. วิธีโรล (Roll Method)

วิธีนี้ให้วางขนแปรงแนบกับผิวฟัน ให้ขนแปรงสัมผัสเหงือกในจุดสูงสุดที่ทำในกรณีเป็นฟันบน และจุดต่ำสุด กรณีฟันล่าง และให้ออกแรงกดพอสมควรจนเหงือกซีดขาวจากนั้นหมุนแปรงให้แปรงปิดลงในฟันบน หมุนแปรงปัดขึ้น กรณีฟันล่างให้ปลายของขนแปรงเคลื่อนที่เป็นรูปโค้งผ่านจากเหงือกไปยังตัวฟัน และขณะที่ขนแปรงผ่านผิวตัวฟัน ขนแปรงจะตั้งฉากกับผิวเคลือบฟันพอดี ให้แปรงในตำแหน่งเดิม 8 – 12 ครั้ง จึงขยับไปทำในจุดใหม่ต่อไปควรทำต่อเนื่องเพื่อไม่ให้มีการลึมในบางจุดหรือบางซี่ ส่วนด้านบดเคี้ยวให้วางขนแปรงลงตั้งฉากกับฟัน พร้อมทั้งออกแรงกดแปรงเล็กน้อย และขยับไปมาเช่นการขัดตามปกติ

### 2.1.3.6 ยาสีฟัน

ยาสีฟันช่วยให้การทำความสะอาดฟันขณะแปรงฟันรู้สึกดีขึ้น แต่ยาสีฟันก็ไม่ใช่ว่าจำเป็นในการแปรงฟัน

(1) ลักษณะของยาสีฟันที่ดีที่สุดที่สมควรเลือกใช้ ดังนี้

1. มีผงขัดที่ละเอียด อาจเป็นผง หรือครีม ถ้าผงขัดไม่ละเอียด จะทำให้ฟันสึกได้
2. มีส่วนผสมของสารฟลูออไรด์ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับผิวเคลือบฟัน

เคลือบฟัน

3. กลิ่น และรสของยาสีฟัน เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้แต่ละคน สิ่งที่ควรระวังไว้เสมอ คือ ยาสีฟันที่ดีไม่จำเป็นต้องมีราคาแพง

(2) ข้อควรระวังในการใช้ยาสีฟัน

การแพ้ยาสีฟัน อาจพบได้จากการแพ้สารประกอบบางอย่างในยาสีฟัน โดยมีอาการชาที่ริมฝีปาก เนื้อเยื่ออ่อนในปากและลิ้น หรือเป็นแผลพุพองที่ริมฝีปาก ใ้หงัดใช้ยาสีฟันชนิดนั้นถ้าเป็นเรื้อรังมากให้ปรึกษาแพทย์

(3) ข้อแนะนำในการใช้ยาสีฟันชนิดครีมที่มีฟลูออไรด์ผสมอยู่

ฟลูออไรด์ที่ผสมอยู่ในยาสีฟันความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในยาสีฟันขนาดที่เหมาะสมคือ 1,000 ppm. โดยพบว่าความสามารถในการลดโรคฟันผุได้ร้อยละ 20 – 40 สารฟลูออไรด์ที่นิยมผสมในยาสีฟันในปัจจุบันคือ Sodium Monofluorophosphate (MEP) เพราะสามารถให้ฟลูออไรด์ไอออนอิสระที่จะทำปฏิกิริยากับเคลือบฟันได้ดี หากในเด็กเล็กอาจกลืนยาสีฟันขณะแปรงฟันจึงไม่จำเป็นต้องใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กเล็ก หรือถ้าใช้ก็ใช้แต่น้อย ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเสื่กรับฟลูออไรด์มากเกินไปจนขนาดพอเหมาะการผสมฟลูออไรด์กับสิ่งสัมผัสฟันโดยตรงได้มีการทดลองผสมฟลูออไรด์กับสิ่งที่จะสัมผัสกับฟัน และอยู่ในช่องปากได้นานเพื่อให้ฟลูออไรด์ซึมเข้าทางผิวเคลือบฟัน เช่น การเคลือบฟลูออไรด์บนเส้นใยขัดฟัน (Dental floss) หมากฝรั่งผสมฟลูออไรด์ ซึ่งจะค่อยๆ ปล่อยฟลูออไรด์ขณะที่เคี้ยวอยู่ในช่องปากเป็นเวลานานๆ

## 2.2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of health)

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้มีการให้ความหมายและแนวคิดดังนี้

เพ็ญ สุขมาก (2563) ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) สุขภาพของมนุษย์ มีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางเศรษฐกิจ และสังคม ที่เกิดจากการพัฒนาและการดำเนินโครงการพัฒนา จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (เดชรัตน์ สุขกำเนิด et al., 2545) เนื่องจากสุขภาพมิได้ถูกกำหนดโดยระบบบริการสุขภาพและวิถีชีวิตเท่านั้น แต่เงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านอื่น ๆ นอกเหนือด้านสุขภาพที่ประชาชนอาศัยอยู่เช่นระบบการขนส่ง การจ้างงาน การอยู่อาศัย ฯลฯ ย่อมมีผลต่อสุขภาพเช่นกัน

WHO (2022) ได้อธิบายองค์ประกอบปัจจัยกำหนดสุขภาพ(Determinants of health) ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม, สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและลักษณะและพฤติกรรมส่วนบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม : รายได้และสถานะทางสังคมที่สูงขึ้นเชื่อมโยงกับสุขภาพที่ดีขึ้น ยิ่งช่องว่างระหว่างคนที่ร่ำรวยที่สุดและยากจนที่สุดมากเท่าไร ความแตกต่างด้านสุขภาพก็จะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนที่มากขึ้นจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนจะเชื่อมโยงกับสุขภาพที่ดีขึ้น ขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อของครอบครัวและชุมชนล้วนส่งผลต่อสุขภาพ

(2) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ น้ำสะอาด อากาศ บริสุทธิ์และสถานที่ทำงานเพื่อสุขภาพ บ้านปลอดภัย ชุมชนและถนน ล้วนมีส่วนทำให้มีสุขภาพที่ดี

(3) ลักษณะและพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ จะเชื่อมโยงกับสุขภาพที่ไม่ดี ความเครียดที่มากขึ้น และความมั่นใจในตนเองที่ลดลง ด้านกรรมพันธุ์มีส่วนกำหนดอายุขัย สุขภาพแข็งแรง และโอกาสเกิดโรคบางชนิด ส่วนพฤติกรรมส่วนบุคคลและทักษะการเผชิญปัญหา การรับประทานอาหารที่สมดุล การรักษาความกระฉับกระเฉง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และวิธีที่เราจัดการกับความเครียดล้วนส่งผลต่อสุขภาพ

เกษแก้ว เสียงเพราะ (2563) ปัจจัยกำหนดสุขภาพมีหลายปัจจัย โดยบางปัจจัยอยู่นอกเหนือการควบคุม หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นปัจจัยที่ติดตัวมาแต่กำเนิดที่ระบุว่าคุณคือใคร ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เพศ อายุและพันธุกรรม เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้แม้ส่งผลให้บุคคลมีสถานะสุขภาพที่แตกต่างกันแต่ไม่ถือเป็นความแตกต่างทางสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม ขณะเดียวกันมีหลายปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งเป็นสถานะที่แวดล้อมของบุคคลตั้งแต่เกิด เติบโต ทำงาน แก่ชราและเสียชีวิต โดยสถานะแวดล้อมเหล่านี้ถูกกำหนดหรือทำให้มีและให้เป็นได้ จากหลายเหตุปัจจัยกล่าวได้ว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านี้สามารถปรับเปลี่ยนได้หรือทั่วไปเรียกว่า “social determinants of health : SDH” ด้วยเหตุนี้หากบุคคลมีสถานะสุขภาพที่แตกต่างกันก็ถือเป็นความแตกต่างทางสุขภาพที่สามารถยอมรับได้ ดังนั้นเพื่อลดความเหลื่อมล้ำความแตกต่างของสถานะสุขภาพทั้งระดับบุคคลและประชากร จึงควรเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนไทยเพราะปัจจัยกำหนดสุขภาพเป็นสาเหตุหรือที่มาของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพระหว่างคนในสังคมที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งประเภทของปัจจัยกำหนดสุขภาพ(Determinants of health) จำแนกได้ 5 กลุ่มได้แก่ 1) ชีววิทยาและพันธุกรรม 2) พฤติกรรมส่วนบุคคล 3) ปัจจัยด้านสังคมที่ครอบครัวทั้งสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและด้านกายภาพ 4) ปัจจัยด้านบริการสุขภาพและ 5) ปัจจัยด้านกำหนดนโยบาย

ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล (2564) ได้อธิบายว่า หลักการของการส่งเสริมสุขภาพ เน้นที่จะใช้การดำเนินการ (Action) และการให้ข้อเสนอแนะ (Advocacy) เพื่อที่จะชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่มีศักยภาพที่จะกำหนดสุขภาพ ไม่เพียงแต่การดำเนินการที่ตัวบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตเท่านั้น แต่หมายรวมถึง ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น รายได้ สถานะทางสังคม การศึกษา การมีงานทำ สภาวะแวดล้อมของการทำงาน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งปัจจัยตามที่กล่าวมาจะส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ (Living condition) ซึ่งมีความแตกต่างกันไปขึ้นกับแต่ละบุคคล โดยสถานะทางสุขภาพดีหรือไม่ ถูกกำหนดจากปัจจัยดังกล่าว โดยปัจจัยกำหนดสุขภาพเหล่านี้ถูกเรียกว่า *Intermediate health outcome* ซึ่งอยู่ระหว่าง *Health promotion outcome* กับ *Health Outcome* โดยการวัดความสำเร็จของ *Health Promotion Action* นั้นควรในระดับ *Health Promotion Outcome* หรือ *Intermediate*

*Health outcome* ที่จะเชื่อมโยงไปสู่ *Health outcome* เท่านั้น เพราะการที่จะไปถึงระดับ *Health Outcome* นั้นต้องบูรณาการทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การวินิจฉัยและรักษา และการฟื้นฟูสภาพ กล่าวคือปัจจัยกำหนดสุขภาพ (*Health Determinant*) คือ ขอบเขตของปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพของบุคคลหรือประชาชนในชุมชน

แม้ว่าจะมีกรอบคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพหลายแบบ แต่สามารถสรุปได้ 3 ปัจจัยสำคัญคือ

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคล เช่น พันธุกรรม พฤติกรรม ความเชื่อจิตวิญญาณ ที่ทำให้สุขภาพของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน เช่นกลุ่มเด็ก กลุ่มเยาวชน ผู้สูงอายุ สตรี ผู้ด้อยโอกาส ผู้อพยพ กลุ่มคนชายขอบ คนไทยพลัดถิ่นกลุ่มชาติพันธุ์ และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันเช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เสพยาเสพติด การออกกำลังกาย การบริโภค เป็นต้น

2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เช่นสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ศาสนา การศึกษา เทคโนโลยีการเมืองกฎหมาย นโยบาย ประชากร การเดินทางขนส่ง การสื่อสาร ที่ทำให้มีสุขภาพที่แตกต่างกันในเรื่องสิทธิมนุษยชน การกีดกัน ความขัดแย้ง ความรุนแรง ความมั่นคงปลอดภัย ความยากจน ความมั่นคงทางอาหารรวมถึงภัยทางธรรมชาติ เป็นต้น

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบและกลไก หมายถึงการทำงานร่วมกันของแต่ละหน่วยงาน ไม่เพียงแต่ภาคสาธารณสุขเท่านั้น อาจเป็นบุคคล กลุ่มองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบ (พื้นที่หรือหน่วยปฏิบัติ) โดยมีการทำงานในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน เช่น ระบบบริหารจัดการชุมชน ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบนิการสุขภาพ ระบบการแพทย์ทางเลือกระบบประกันสุขภาพ ระบบสุขภาพชุมชน ระบบสาธารณสุขมูลฐาน ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ เป็นต้นระบบเหล่านี้จะส่งผลต่อความครอบคลุมการบริการคุณภาพบริการความเท่าเทียม เสมอภาคประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพของระบบ (เพ็ญ สุขมาก, 2563)

โดยสรุปปัจจัยกำหนดสุขภาพ เป็นปัจจัยหลายๆด้านที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกสนใจศึกษา ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล, ปัจจัยระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม มาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

## 2.3 นิยามและแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนามาจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแนวคิดการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อมาเป็นแนวทางในการจัดทำเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

### 2.3.1 นิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 7 เมื่อ 26-30 ตุลาคม 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศ

เคนยา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy-HL) ซึ่ง WHO (1988) ได้ให้ความหมายว่า เป็นทักษะทาง ปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและ บริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและ บำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ

Nutbeam D (2008) ได้กำหนดนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทาง ปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึงและ เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2565) ให้ความหมาย “ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ” หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปรความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จาก สิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิด การจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการ สุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคง รักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วน บุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อ สุขภาพที่ดี

จากนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถแบ่ง ได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม โดยมีรายละเอียดของทักษะ(skill) และ ความสามารถ(ability) ทางด้านสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วยความสามารถในการเข้าถึงและเข้าใจ ข้อมูลด้านสุขภาพ ประเมินตัดสินใจในการนำเข้าสู่ข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ดูแลสุขภาพตนเองให้มี สุขภาพดีอยู่เสมอ ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็นหลายประเภท เช่น Nutbeam (2000) เสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน คือทักษะพื้นฐาน(basic skills) ด้านการอ่านและเขียนที่ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ความรอบรู้ขั้นปฏิสัมพันธ์(communicative / interactive literacy) คือทักษะทางปัญญาและความ รอบรู้ขั้นที่สูงขึ้น รวมถึงทักษะทางสังคม ที่พบในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้และการแปล ความหมายข้อมูลที่ได้จากการสื่อสารและการประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ๆตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง 3) ความรอบรู้ขั้นวิจารณ์ญาณ(critical literacy) คือทักษะทางปัญญาที่สูงขึ้น รวมถึงทักษะทางสังคม ที่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลในการควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้มาก ขึ้น

### 2.3.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กองสุขศึกษา กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ(2561) ให้ความหมายของ “ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (Health literacy) คือความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจเพื่อ วิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดีคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้าน สุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในเลือกแหล่งข้อมูลวิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
2. ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูดอ่านเขียนรวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน
4. ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายวางแผนและปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง
5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติโดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่นรวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

### 2.3.3 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก(oral health literacy ) ในระยะแรกส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบการประเมินด้วยเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการอ่านจดจำคำความเข้าใจคำศัพท์ทางทันตกรรมจึงทำให้ความหมาย ครอบคลุม จดจำคำความเข้าใจการศึกษาในระยะต่อมา มีการกำหนดนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากตามนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความหมายว่า “ระดับความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจกระบวนการและข้อมูลทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานข้อมูลทางด้านสุขภาพช่องปากและการได้รับบริการที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสมกับการตัดสินใจด้านสุขภาพ” (Horowitz & Kleinman, 2008)จากนิยามดังกล่าวจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีการวัดทักษะหลายด้านมากขึ้น

### 2.3.4 เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนามาจากการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีการกำหนดองค์ประกอบในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากหลายแนวคิดดังนี้

Jones et al. (2014) ได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่มีชื่อว่า Health literacy in dentistry scale (HeLD) ทำการศึกษาในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี โดยมีองค์ประกอบและรายละเอียดของข้อคำถามมาจากแบบวัด HeLMS และปรับข้อคำถามจากความ

รอบรู้ด้านสุขภาพมาเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดย HeLD ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยศูนย์วิจัยสุขภาพช่องปากประเทศออสเตรเลีย (Australian Research Centre for Population Oral Health) และทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในบริบทสุขภาพช่องปาก มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเปิดรับข้อมูล 2) ความเข้าใจ 3) การสนับสนุน 4) ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ 5) การเข้าถึง 6) การสื่อสาร และ 7) การใช้ประโยชน์ โดยแบบวัดมีข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าเช่นเดียวกับแบบวัด HeLMS แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

อนุพงษ์ สีสอดและคณะ (2019) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา โดยการพัฒนาแบบวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามนิยามของ Nutbeam (2008) มาใช้ในบริบทของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยมีองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับทันตสุขภาพและการป้องกันโรค 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจ แบบวัดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคระหว่าง 0.87

Sodsee Anuphong et al. (2020) ได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย โดยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก 2) ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก 3) การประเมินค่าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก 4) การใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก 5) การสื่อสารกับวิชาชีพทันตกรรม และ 6) การสนับสนุนจากสังคม มีค่าดัชนี IOC เท่ากับ 0.6 - 1.0 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 แบบวัดมีความตรงเชิง โครงสร้างมีค่า  $\chi^2/df$  เท่ากับ 1.648 RMSEA เท่ากับ 0.046 และ SRMR เท่ากับ 0.059 และมีความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์

โดยสรุปผู้วิจัยเลือกใช้องค์ประกอบในการสร้างเครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ประเด็นโดยประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดความรู้ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนระบบบริการ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565.) ประกอบด้วยทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ, การสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจและด้านการรู้เท่าทันสื่อ

## 2.4 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 3-5 ปี (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561)

เด็กในกลุ่มนี้จะอยู่ใน Setting ของโรงเรียน ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอายุ 4-6 ปี ยกเว้นเด็กในโรงเรียนสังกัด เอกชนที่มีอายุน้อยกว่า 4 ปี ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญของเด็กกลุ่มนี้คือโรคฟันผุ รายงานผลสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศปี 2555 พบอัตราการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 75.8 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 4.4 ซี่/คน จากการศึกษาความสัมพันธ์ฟันผุกับภาวะโภชนาการในเด็กไทยอายุ 5 ปี พบว่าเด็กที่มีฟันผุมากกว่า 4 ซี่ มีโอกาส เป็นเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ 1.4 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟันผุ และมีโอกาสต่ำกว่าเกณฑ์ 1.5 เท่าของเด็กที่ไม่มีฟัน เด็กในกลุ่มนี้แม้จะอยู่ในโรงเรียน แต่ทันตบุคลากรมักให้ความสำคัญน้อยกว่าเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1-6 ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก ประกอบกับเด็กในวัยนี้ยังไม่สามารถแปรงฟันอย่างมีคุณภาพด้วยตนเอง กิจ

กรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนต้องอาศัยครูประจำชั้นช่วยสร้างกระบวนการเรียนรู้ รวมทั้งเป็นบุคคล ต้นแบบ (Role model) อีกทั้งผู้ปกครองยังเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กที่บ้านและ นำเด็กไปรับบริการทันตกรรมที่สถานบริการ

#### 2.4.1 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย “ด้านสุขภาพช่องปาก”

(สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

2.4.1.1 นิยามศัพท์: การพัฒนาต้นแบบสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย “ด้านสุขภาพช่องปาก” สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.) หมายถึง สถานที่รับดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์เรียนรู้ และการศึกษา สำหรับเด็กปฐมวัยครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง 6 ปีหรือก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทุกสังกัด เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กซึ่งมีอายุแรกเกิดถึงหกปีบริบูรณ์ ต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก หมายถึง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่พร้อมจะยกระดับคุณภาพการดูแลเด็ก ด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปาก ทั้งการบริหารจัดการ กระบวนการและขับเคลื่อนงาน และผลลัพธ์ ด้านสุขภาพให้ดีขึ้น

2.4.1.2 กรอบแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย “ด้านสุขภาพช่องปาก” การดูแลและเฝ้าระวังเด็กปฐมวัยสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กมีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยกลุ่มสำคัญ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งแต่ละ setting จะมีรายละเอียดที่สำคัญในการดำเนินงานดังนี้

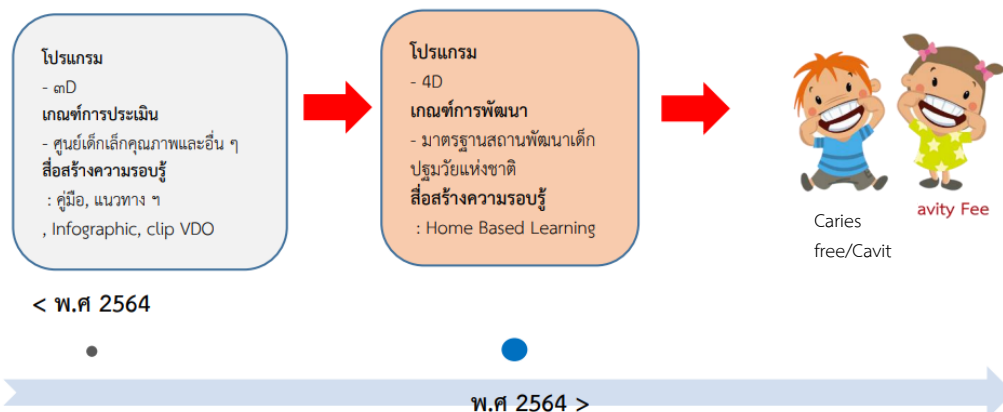


ที่มา : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2565)

2.4.1.3 ทิศทางการขับเคลื่อนงานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย “ด้านสุขภาพช่องปาก” เพื่อให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีคุณภาพกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้ขับเคลื่อนงานเพื่อ พัฒนาและยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมาโดยตลอดโดยมีการขับเคลื่อนนโยบายศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ซึ่งมีกิจกรรม 3D (Development, Dental and Diet) และ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน มีการจัดทำสื่อเพื่อสร้างความรอบรู้ไม่ว่า

จะเป็น คู่มือ, แนวทาง ฯ หรือ Infographic, clip VDO และในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการบูรณาการความร่วมมือด้านเด็กปฐมวัย 4 กระทรวง ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ เพื่อร่วมกันยกระดับและพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั่วประเทศร่วมกัน โดยเป้าหมายที่สำคัญคือ เด็กปฐมวัยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งในส่วนของด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกันขับเคลื่อนนโยบาย 4D : Development ,Dental, Diet and Disease) ขึ้นเพื่อใช้เป็นกิจกรรมสำคัญในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย มีการพัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ให้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็ก มีการนำเอาเทคโนโลยี มาใช้ร่วมด้วย เป้าหมายสำคัญคือเด็กไทยสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ

### ทิศทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย “ด้านสุขภาพช่องปาก”



ภาพประกอบ 2 ทิศทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย” ด้านสุขภาพช่องปาก”

ที่มา : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2565)

ในปี พ.ศ. 2565 สำนักทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนงาน จึงได้มีการร่วมกัน พัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (สพด.) ต้นแบบ “ด้านสุขภาพช่องปาก” และติดตามถอดบทเรียน สพด.ต้นแบบ จำนวน 13 แห่ง เพื่อนำข้อเสนอแนะจากการนำแนวทางการพัฒนาและยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านสุขภาพช่องปากไปใช้ในการดำเนินงานรวมถึงสื่อสร้างความรอบรู้ เพื่อจะใช้อย่างผลใน สพด.อื่นๆ ต่อไป

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาพประกอบ 3 ทิศทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย” ด้านสุขภาพช่องปาก”

ที่มา: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2565)

#### 2.4.2 การยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย “ด้านสุขภาพช่องปาก”

จากข้อมูลการประเมินตนเองประมาณ 20,000 แห่ง ในปี พ.ศ. 2564 เข้ามาในระบบของกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผลลัพธ์การดำเนินงานในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากในภาพรวมแต่ละด้านมีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ประมาณร้อยละ 12 ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ดังตารางที่ 1-4 ส่วนผลการประเมินสุขภาพช่องปากภาพรวมพบว่า สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีเด็กปราศจาก ฟันผุ มากกว่าร้อยละ 55 คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานเด็กไม่มีฟันผุน้อยกว่าร้อยละ 40 คิดเป็นร้อยละ 25.51

จากสถานการณ์จะเห็นได้ว่าเราต้องช่วยกันยกระดับและพัฒนาให้ความช่วยเหลือสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานให้ยกระดับตนเองเพื่อการพัฒนาต่อไปได้รายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 2.4.2.1 มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

ช่องปากในเด็กปฐมวัย : (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565)

##### 1) มาตรฐานด้านที่ 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

- ตัวบ่งชี้ 1.4 การจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้

- ตัวบ่งชี้ย่อย 1.4.5 จัดบริเวณห้องน้ำห้องส้วมที่แปร่งพื้น ล้างมือ ให้เพียงพอ สะอาดปลอดภัย และเหมาะสมกับการใช้งานของเด็ก

##### 2) มาตรฐานด้านที่ 2 ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนา เด็กปฐมวัย

ตัวบ่งชี้ 2.2 การส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกายและดูแลสุขภาพ

- ตัวบ่งชี้ย่อย 2.2.2 จัดกิจกรรมให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพ

สุขภาพ ความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน

- ตัวบ่งชี้ย่อย 2.2.3 ตรวจสอบสุขภาพอนามัยของเด็กประจำวัน ความสะอาดของร่างกาย ฟัน

และช่องปากเพื่อการคัดกรองโรคและการบาดเจ็บ

- ตัวบ่งชี้ย่อย 2.2.5 จัดให้มีการตรวจสุขภาพร่างกาย ฟันและช่องปาก สายตา หู ตามกำหนด

3) มาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย

3.1) ตัวบ่งชี้ 3.1 ข เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัยและมีสุขนิสัยที่เหมาะสม

3.2) ตัวบ่งชี้ย่อย 3.1.3 ข เด็กมีสุขภาพช่องปากดี ฟันไม่ผุ ระดับ 0 เด็กไม่มีฟันผุ

น้อยกว่าร้อยละ 40 ระดับ 1 เด็กไม่มีฟันผุร้อยละ 40 - 50 ระดับ 2 เด็กไม่มีฟันผุมากกว่าร้อยละ 50 ระดับ 3 เด็กไม่มีฟันผุมากกว่าร้อยละ 55

## 2.5 แนวคิดเชิงระบบและการพัฒนาระบบ

### 2.5.1 ระบบและการพัฒนาระบบ

ทฤษฎีระบบ (Systems Theory) เริ่มปรากฏเมื่อ ค.ศ. 1920 ผู้ริเริ่มคนแรกคือ Batalanfy นักชีววิทยาชาวออสเตรีย ต่อมาแนวคิดนี้เริ่มเป็นที่รู้จักกันแพร่หลายใน ค.ศ. 1940 และพัฒนาไปสู่สาขาอื่นๆ เช่น ฟิสิกส์ Cybernetics (เช่น งานของ Frederic Vester) ในช่วงหลังนี้แนวคิดได้พัฒนาเป็น Complexity Theory นั่นเอง และบางส่วนพัฒนาให้เป็นทฤษฎีไร้ระเบียบ หรือ Chaos theory ขณะเดียวกันทฤษฎีระบบได้เข้ามามีบทบาทในการศึกษาทางสังคมศาสตร์ด้วยเช่นกัน โดยถือได้ว่าจุดสำคัญของทฤษฎีระบบเป็นแนวคิดพื้นฐานของระบบที่มีความซับซ้อนและมีความเป็นไปได้ในหลายๆอย่าง ดังนั้นทฤษฎีระบบจึงไม่ได้อยู่ที่การวิเคราะห์ วิจัยเฉพาะส่วนนั้นๆ เท่านั้น แต่เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยของสิ่งต่าง ๆ ทั้งหมดว่าสัมพันธ์กัน (ศิริพงษ์ เสาภายน . 2556 : 1)

เนื่องจากทฤษฎีระบบ (Systems Theory) เป็นทฤษฎีที่ครอบคลุมระบบทุกระดับ จึงได้มีผู้นำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาระบบต่างๆ ในการบริหารการศึกษา ทฤษฎีนี้ให้ประโยชน์หลายด้านที่สำคัญ เช่น การวิเคราะห์ระบบโรงเรียน การศึกษาความเปลี่ยนแปลง การวิเคราะห์นโยบาย และการทำงานร่วมกับกลุ่ม ทฤษฎีระบบ คือ แนวความคิดที่เชื่อว่า เอกภพนี้ (The Universe) เป็นหนึ่งหน่วยระบบและแต่ละหน่วยย่อย ๆ ภายในเอกภพก็ล้วนมีความเป็นหนึ่งหน่วยระบบทั้งสิ้น ทั้งตัวเอกภพ และแต่ละสิ่งย่อยๆ ล้วนมีคุณสมบัติของความเป็นหน่วยระบบ คือ เน้นหน่วยทำงาน มีขอบเขตมีผลผลิต มีกระบวนการทำงาน มีปัจจัยนำเข้า มีบริบท ประกอบขึ้นจากหน่วยย่อยระบบจำนวนหนึ่งเป็นหน่วย อนุระบบหนึ่งของหน่วยอภิระบบหนึ่งมีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดบนมิติเวลา (โก้วฉ้วน เทศบุตร. 2555 : 100-107)

### 2.5.2 ความหมายของระบบ

จากการศึกษาข้อมูลมีนักวิชาการจำนวนมากให้ความหมายคำว่า “ระบบ” ไว้ในลักษณะ ที่ใกล้เคียงกัน ดังนี้

Smith (1982 : 1130) ให้ความหมายของระบบว่า หมายถึง ชุดของ ส่วนประกอบย่อยที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกันและทำหน้าที่ร่วมกันภายใต้ข้อจำกัดของตนเองโดยมุ่ง ไปสู่จุดหมายอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน

Kast และ Rosenzweig (1985 : 4) ได้สรุปความหมายว่า ระบบ คือ สิ่งที่ถูกจัด ให้เป็นระบบอยู่รวมกันเป็นหนึ่งเดียวกัน ซึ่งประกอบด้วยส่วนย่อย (Parts) อันเป็นองค์ประกอบ (Components) หรือระบบย่อย (Subsystems) ตั้งแต่ 2 ส่วนขึ้นไปที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน

Bedeian (1993 : 712) ให้ความหมายว่า ระบบ หมายถึง ชุดของส่วนประกอบ ย่อยที่มีการพึ่งพาอาศัยกัน ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่การบรรลุผลสำเร็จตามจุดหมาย

Lunenberg และ Ornstein (2004 : 14) ให้ความหมายของระบบว่า คือ ชุด ขององค์ประกอบต่างๆ (Parts) ที่มีความสัมพันธ์กัน ทำหน้าที่ในลักษณะเป็นหน่วย (Unit) เพื่อบรรลุ วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

อังคณา ตุงคะสมิต (2550 : 45) ได้สรุปความหมายของระบบไว้ว่า ระบบเป็น หน่วยย่อยหรือองค์ประกอบย่อยต่างๆ ที่ถูกจัดรวมเข้าเป็นโครงสร้างเดียวกัน มีกระบวนการทำงาน ร่วมกันและมีความสัมพันธ์กันเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้วางไว้

อนงค พิชสิงห (2553 : 29) ให้ความหมายของระบบว่า คือ บทบาทและ ภารกิจขององค์ประกอบต่าง ๆ ตั้งแต่สองส่วนขึ้นไป มีลักษณะที่เชื่อมโยงต่อกัน สัมพันธ์กัน พึ่งพา อาศัยกัน ภายใต้ข้อจำกัดขอบเขตหรือระเบียบที่กำหนดไว้ร่วมกัน เมื่อนำองค์ประกอบมารวมกันก็จะ ปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

กาญจนา วิเศษรินทอง (2555 : 20) กล่าวว่า ระบบ หมายถึง กลุ่ม หรือ ชุด หรือผลรวมขององค์ประกอบย่อยๆ ที่ถูกจัดรวมเข้าไว้ในโครงสร้างหรือข้อจำกัดเดียวกันมี ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันหรือพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในกระบวนการทำงาน อย่างต่อเนื่องตลอด แแนว เพื่อไปสู่เป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน ทั้งนี้ถ้าขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วจะมีผลกระทบต่อกลุ่ม ทั้งหมด

สรุปได้ว่า ระบบ หมายถึง การนำปัจจัยต่างๆ อันได้แก่ คน (People) ทรัพยากร (Resource) แนวคิด (Concept) และกระบวนการ (Process) มาผสมผสานการทำงานร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ได้วางแผนไว้ โดยภายในระบบอาจประกอบไปด้วย ระบบย่อย (Subsystem) ต่างๆ รวมกันเป็นองค์ประกอบหรือปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยง และปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมกันอย่างเป็นเอกภาพ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบ มีการปฏิบัติงานและการ ประสานงานกัน ในการดำเนินงานร่วมกันโดยมีวัตถุประสงค์เดียวกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของ องค์การ

จากความหมายของระบบที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ระบบ หมายถึง องค์ประกอบ (ชุดองค์ประกอบ)หรือปัจจัยต่างๆ ที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขหรือข้อจำกัดเดียวกันที่มีความสัมพันธ์กัน มีกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกัน รวมถึงเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมเพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ และถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบจะมีผลกระทบต่อส่วนอื่นๆด้วย

### 2.5.3 องค์ประกอบของระบบ

ระบบเกี่ยวกับการรวมตัวกันขององค์ประกอบต่างๆ ในการดำเนินการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ มีนักวิชาการจำนวนมากได้ทำการศึกษาวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของระบบและนำมาอธิบายไว้ในหลายแนวทาง ดังนี้

Smith (1982 : 33) ได้จำแนกองค์ประกอบของระบบไว้ 5 ประการ คือ

1. แหล่งทรัพยากร (Sources) หมายถึง แหล่งทรัพยากรต่างๆ สำหรับปัจจัยแต่ละปัจจัยที่นำเข้าสู่ระบบ
2. ปัจจัย (Input) หมายถึง แหล่งของวัตถุดิบหรือปัจจัยแต่ละปัจจัยที่นำเข้าสู่ระบบ ซึ่งจะมีผลต่อกระบวนการปฏิบัติงานและผลผลิตที่ได้รับตามลำดับต่อไป
3. กระบวนการและการแปรสภาพ (Process and Transformation) หมายถึง กรรมวิธีในการแปรสภาพวัตถุดิบหรือปัจจัยนำเข้าไปสู่ผลผลิตที่ต้องการ กระบวนการที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยนำเข้าที่เหมาะสม
4. ผลผลิต (Output) หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่ออกมาจากกระบวนการของระบบและเข้าไปสู่สิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งอาจจะออกมาในรูปแบบสาร พลังงาน หรือข้อมูลสารสนเทศทั้งที่เป็นรูปธรรม และนามธรรม
5. ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) หมายถึง สารสนเทศที่ได้มาจากการดำเนินงานของระบบซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเลือกปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตต่อไปในอนาคต

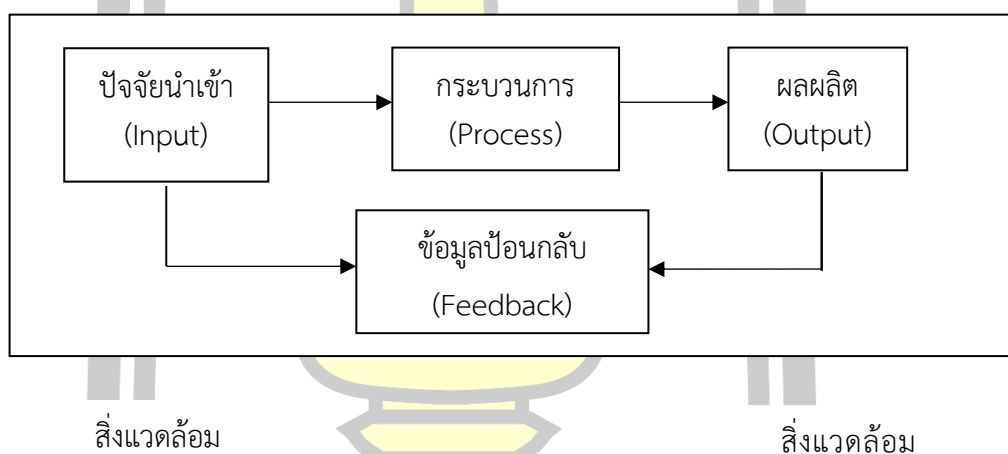
Schoderbek และคณะ (1990 : 22) กล่าวว่า องค์ประกอบของระบบที่สำคัญประกอบด้วย

1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs) หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่เริ่มเข้าไปในระบบ เพื่อให้ระบบเกิดการดำเนินงานขึ้นโดยมีระบบย่อยๆ คือ บุคลากร วัสดุ ปัจจัย ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินงานในระบบ
2. กระบวนการ (Process) หมายถึง ขั้นตอนที่จะทำให้ปัจจัยนำเข้าต่างๆ ไปสู่ผลผลิต ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องจักรที่เดินเครื่องอยู่ และให้ผลผลิตออกมาตามที่ต้องการ เป็นกระบวนการ จัดกระทำกับปัจจัยนำเข้าเพื่อให้ได้ผลผลิตตามที่ต้องการ

3. ผลผลิต (Outputs) หมายถึง ผลที่ได้จากกระบวนการจัดกระทำกับปัจจัยนำเข้าต่างๆ ซึ่งอาจเป็นวัสดุสิ่งของต่างๆ การใช้บริการข่าวสารต่างๆ และผลผลิตสามารถนำมาเป็นปัจจัยนำเข้าของระบบอีกระบบหนึ่ง ซึ่งมีการเชื่อมโยงติดต่อสัมพันธ์กัน

4. ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากผลผลิต เพื่อที่จะนำไปปรับปรุงองค์ประกอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงผลผลิตให้มีคุณภาพมากขึ้น

5. สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง สภาพที่เป็นอยู่ทั้งภายในและภายนอกของระบบ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับระบบเป็นอย่างมาก สามารถชักนำให้ระบบดำเนินไปได้อย่างดี บรรลุวัตถุประสงค์ หรือทำให้ระบบนั้นไม่สามารถก้าวเดินไปได้ เกิดความล้มเหลว ซึ่งเป็นผลจากสภาพแวดล้อมของระบบ



ภาพประกอบ 4 แสดงองค์ประกอบของระบบตามแนวคิดของ Schoderbek และคณะ

Lunenberg และ Ornstein (2004 : 15-16) ได้ให้แนวคิดขององค์ประกอบของระบบไว้ 5 ประการ คือ

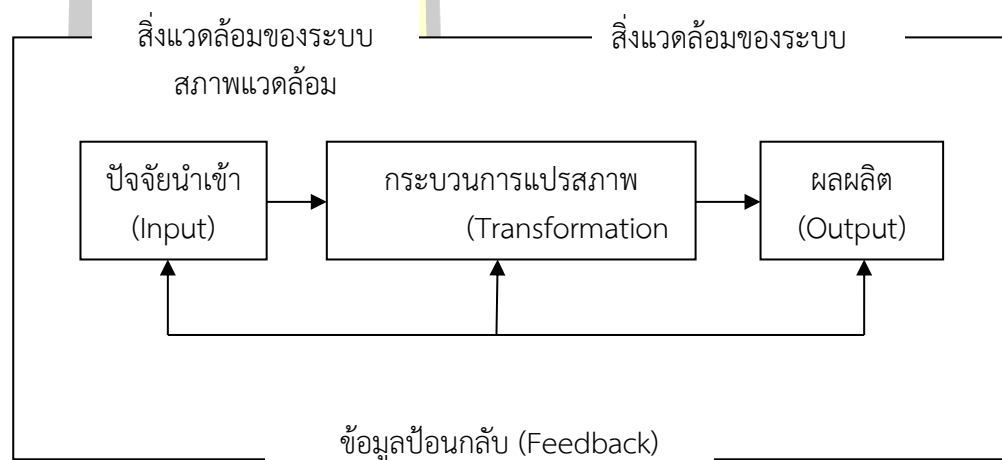
1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs) หมายถึง องค์ประกอบของระบบในด้านของวัสดุ อุปกรณ์ กำลังคน ปัจจัยต่างๆ เพื่อใช้ในการผลิต

2. กระบวนการแปรสภาพ (Transformation Process) ซึ่งเป็นการนำเอาองค์ประกอบต่างๆ ในปัจจัยนำเข้าไปดำเนินการด้วยวิธีการขั้นตอนต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของระบบนั้นๆ ซึ่งในระบบของโรงเรียนก็จะมีระบบการเรียนการสอน

3. ผลผลิต (Outputs) ประกอบด้วยผลผลิตขององค์การ ซึ่งเกิดจากระบบและการรับใช้ในด้านต่างๆ ซึ่งในระบบการเรียนการสอน ผลผลิตคือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน พฤติกรรมต่างๆ ของนักเรียนที่แสดงออกมา

4. ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เป็นการให้ข้อมูลซึ่งเป็นผลมาจากผลผลิตที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยองค์กรให้มีการปรับปรุงพัฒนาทางด้านปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ ให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

5. สิ่งแวดล้อมของระบบ (Environment) เป็นสภาพของบรรยากาศทั่วไปขององค์กรนั้นๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อระบบด้วย เช่น สภาพของสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ดังภาพประกอบ 5

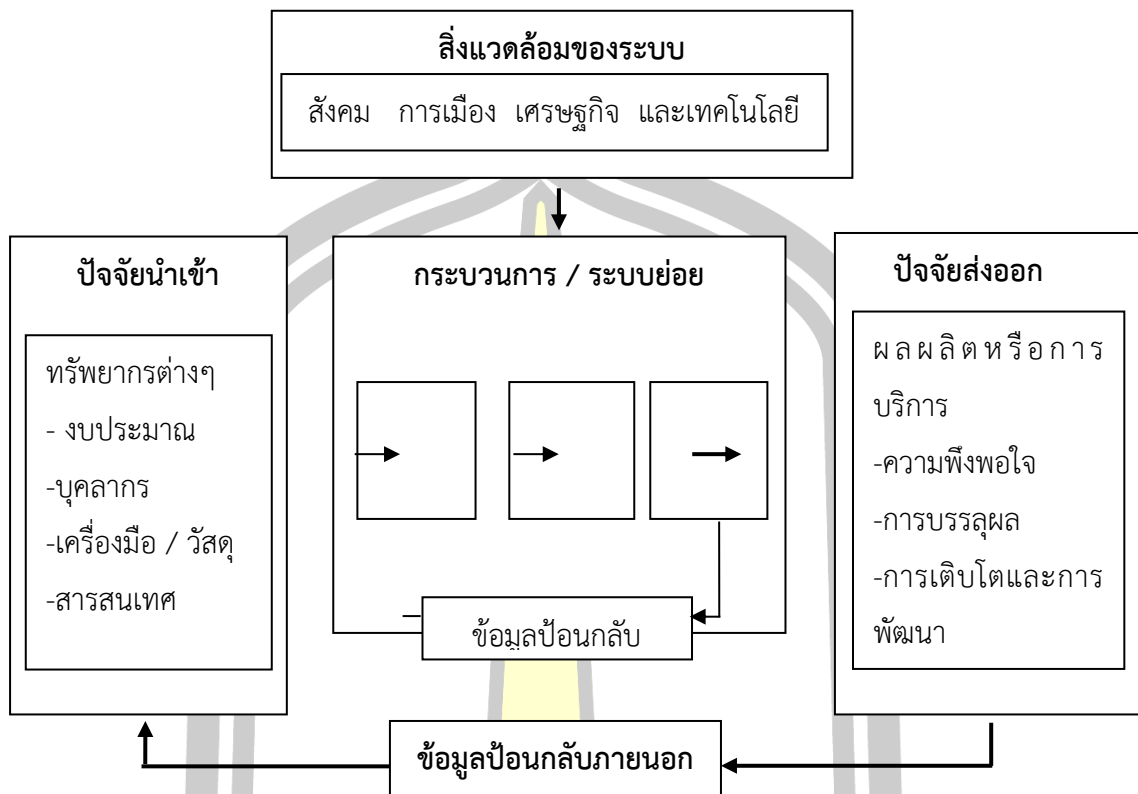


ภาพประกอบ 5 แสดงองค์ประกอบของระบบตามแนวคิดของ Lunenberg และ Ornstein

Bittel (1978) กล่าวว่า องค์ประกอบของระบบสามารถพิจารณาได้จากกรอบโครงสร้างพื้นฐานของระบบ (the basic system framework) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่เป็นโครงสร้างหลัก 5 ส่วนต่อไปนี้ ดังภาพประกอบ 6

1. ปัจจัยนำเข้า (input)
2. กระบวนการหรือระบบย่อย (process/subsystem)
3. ปัจจัยส่งออก (output)
4. ข้อมูลป้อนกลับ (feedback)
5. สิ่งแวดล้อมของระบบ (environment)

พหุ ม โท ชี เว

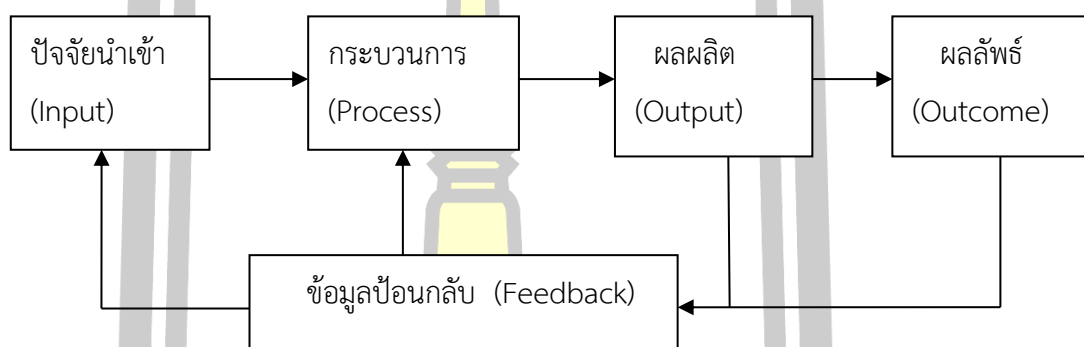


ภาพประกอบ 6 กรอบโครงสร้างพื้นฐานตามแนวคิดของ Bittel

จันทรานี สงวนนาม (2554 : 86-87) ได้จำแนกองค์ประกอบของระบบ (System) ไว้ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง ทรัพยากรทางการบริหารทุก ๆ ด้าน ได้แก่ บุคคล (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Materials) การบริหารจัดการ (Management) และแรงจูงใจ (Motivations) ที่เป็นส่วนเริ่มต้นและเป็นตัวจักรสำคัญในการปฏิบัติงานขององค์การ
2. กระบวนการ (Process) หมายถึง การนำเอาปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารทุกประเภทมาใช้ในการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เนื่องจากในกระบวนการจะมีระบบย่อยๆ ร่วมกันอยู่หลายระบบครบวงจร ตั้งแต่การบริหาร การจัดการ การนิเทศ การวัดและประเมินผล การติดตามตรวจสอบ เป็นต้น เพื่อให้ปัจจัยทั้งหลายเข้าไปสู่กระบวนการทุกกระบวนการได้อย่างมีประสิทธิภาพบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ
3. ผลลัพธ์ (Product or Output) เป็นผลที่เกิดจากการนำเอาสิ่งที่ป้อนเข้าและเกิดกระบวนการเรียบร้อยแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เป็นเกณฑ์ในการประเมินว่าผลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่
4. ผลกระทบ (Outcome or Impact) เป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากผลลัพธ์ได้ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่คาดหวังหรือไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าจะเกิดขึ้นก็ได้

กาญจนา วิเชชรินทอง (2555 : 28) ได้สรุปองค์ประกอบของระบบไว้ ดังนี้ องค์ประกอบของระบบโดยทั่วไปที่เหมือนกันจะประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) และข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ส่วนองค์ประกอบที่แตกต่างกันคือ สภาพแวดล้อม (Environment) และกลไกควบคุม (Control) นอกจากนี้ยังได้เพิ่มการศึกษาผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบเป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบ โดยแสดงในภาพประกอบ 7 ดังนี้



ภาพประกอบ 7 องค์ประกอบของระบบตามแนวคิดของกาญจนา วิเชชรินทอง

ศิริพงษ์ เคาภายน (2556 : 3) ได้กล่าวว่า ทุกระบบจะต้องมีองค์ประกอบหรือสิ่งต่างๆ เพื่อดำเนินงานสัมพันธ์กันเป็นกระบวนการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้นภายในระบบจึงมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. สิ่งที่ป้อนเข้า (Input) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ และองค์ประกอบแรกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานของระบบ รวมถึงสภาพแวดล้อมของสถานศึกษา เช่น ตัวนักเรียน โรงเรียน อุปกรณ์การเรียน

2. กระบวนการ (Process) เป็นองค์ประกอบที่ 2 ของระบบ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่จะนำไปสู่ผลงานหรือผลผลิตของระบบในทางการศึกษาได้แก่วิธีการบริหารของผู้บริหาร วิธีการสอนของครู เป็นต้น

3. ผลงาน/ผลผลิต (Output/Produce) เป็นองค์ประกอบสุดท้ายของระบบ หมายถึงความสำเร็จในลักษณะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพในระบบการศึกษา ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน ความพึงพอใจของครู การมีงานทำหลังจบการศึกษา ฯลฯ เป็นต้น

ทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ นอกจากนั้น ทั้ง 3 องค์ประกอบยังมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์การด้วยในขณะที่องค์การต้องดำเนินกิจกรรมนั้น สิ่งที่จะช่วยให้องค์การสามารถตรวจสอบว่ากิจกรรมต่างๆ บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ มีส่วนใดที่ต้องแก้ไขปรับปรุง จึงต้องอาศัยข้อมูลย้อนกลับ

(Feedback) ซึ่งจะช่วยให้องค์ประกอบทั้ง 3 สามารถปรับปรุงตัวป้อน (Input) และกระบวนการ (Process) ได้ถูกต้อง

ทศนา แคมมณี (2557 : 199-200) ได้กล่าวว่า ระบบควรประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

1. ตัวป้อน (Input) คือ องค์ประกอบต่างๆ ของระบบนั้นหรืออีกนัยหนึ่งก็คือสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบนั้น องค์ประกอบต่างๆ ของระบบใดระบบหนึ่งจะมีจำนวนและความสำคัญมากน้อยเพียงใด มักขึ้นอยู่กับความรู้ ความคิด และประสบการณ์ของผู้จัดระบบ

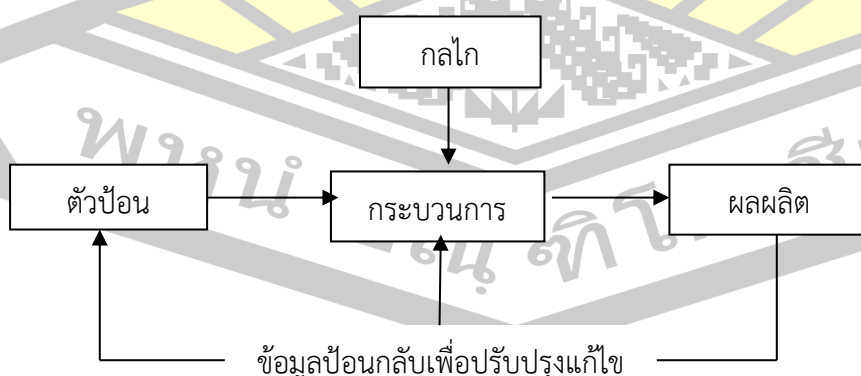
2. กระบวนการ (Process) หมายถึง การจัดการความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ของระบบให้มีลักษณะที่เอื้ออำนวยต่อการบรรลุเป้าหมาย ระบบใดระบบหนึ่งอาจมีองค์ประกอบเหมือนกัน แต่อาจมีลักษณะของการจัดการความสัมพันธ์แตกต่างกันได้ แล้วแต่ความคิด ความรู้ และประสบการณ์ ของผู้จัดระบบ

3. ผลผลิต (Product) ผลผลิต คือ ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดำเนินงาน หากผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แสดงว่า ระบบนั้นมีประสิทธิภาพ หากผลที่เกิดขึ้นไม่เป็นที่คาดหวัง แสดงว่าระบบนั้นยังมีจุดบกพร่อง ควรที่จะพิจารณาแก้ไขปรับปรุงกระบวนการหรือตัวป้อนซึ่งเป็นเหตุให้เกิดผลนั้น

ส่วนประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้ ถือว่าเป็นส่วนประกอบเบื้องต้นของระบบ ระบบที่สมบูรณ์ ควรจะมีส่วนสำคัญเพิ่มขึ้นอีก 2 ส่วน คือ

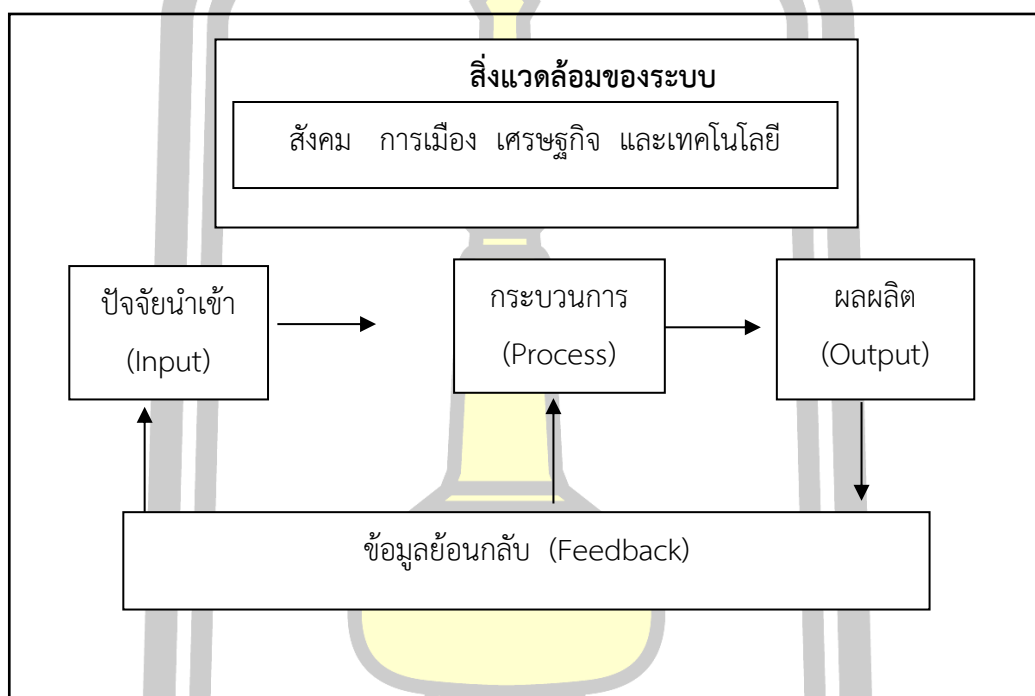
1) กลไกควบคุม (Control) คือกลไกหรือวิธีการที่ใช้ในการควบคุมหรือตรวจสอบกระบวนการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลผลิตกับจุดมุ่งหมายซึ่งจะเป็นข้อมูลป้อนกลับไปสู่การปรับปรุงกระบวนการและตัวป้อน ซึ่งสัมพันธ์กับผลผลิตและเป้าหมายนั้น ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 องค์ประกอบของระบบตามแนวคิดของทศนา แคมมณี

จากการศึกษาข้อมูลผู้วิจัยสรุปได้ว่าองค์ประกอบของระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) และสิ่งแวดล้อมของระบบ โดยผู้วิจัย ได้เพิ่ม ผลลัพธ์ (Outcome) ในการพัฒนาระบบการดูแลระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน และได้นำแนวคิดของ Schoderbek และคณะ (1990), Lunenberg และ Ornstein (1996), Bittel (1998), จันทราณี สงวนนาม (2554) และกาญจนา วิเศษรินทอง (2555) สรุปเป็นแผนภาพ ดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 องค์ประกอบของการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

#### 2.5.4 การพัฒนาระบบ

การพัฒนาระบบนั้นเมื่อองค์กรยังขาดระบบที่จะนำไปสู่การดำเนินงานตามวัตถุประสงค์

อย่างใดอย่างหนึ่งจำเป็นต้องริเริ่มสร้างและนำมาพัฒนาขึ้น หรือระบบที่มีอยู่แล้วไม่สามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ก็จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบเพื่อให้ระบบนั้นๆ มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นการพัฒนาระบบหรือการสร้างระบบขึ้นมาใหม่ เพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งมีนักการศึกษาได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบไว้ดังนี้

Biggs และคณะ (1980 : 45-46) ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนของการพัฒนาระบบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวางแผนระบบ (System Planning) เป็นขั้นตอนแรกของการพัฒนาระบบ โดยการทำใหเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดอย่างเป็นทางการวามีการร้องขอเพื่อใหม่ระบบใหม่ ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 2 ขั้นตอน คือ

- 1.1 การสำรวจเบื้องต้น
- 1.2 การศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบ

2. ขั้นการศึกษาความต้องการของระบบ (System Requirement) ได้การจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างแนวทางที่ต้องการพัฒนา ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย คือ

- 2.1 การวิเคราะห์ระบบและการปฏิบัติการ
- 2.2 การสำรวจความต้องการของผู้ใช้ระบบ
- 2.3 การใช้วิธีการสนับสนุนในด้านเทคนิค
- 2.4 การออกแบบและทบทวนเกี่ยวกับแนวความคิดที่ต้องการให้เป็นทางเลือกต่างๆ
- 2.5 การประเมินทางเลือกและจัดทำแผนพัฒนา

3. ขั้นการพัฒนาระบบ (System Development) เป็นขั้นตอนตอนซึ่งเริ่มต้นด้วยการยอมรับแนวความคิดซึ่งได้มีการออกแบบและประเมินในขั้นตอนที่ผ่านมา และจะจบลงด้วยการพัฒนาให้เป็นระบบมีความสมบูรณ์ ซึ่งสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยดังนี้

- 3.1 การกำหนดลักษณะเฉพาะทางเทคนิคของระบบ
- 3.2 การพัฒนาเทคนิคที่ใช้ในการสนับสนุนระบบ
- 3.3 การประยุกต์ลักษณะเฉพาะให้เข้ากับโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์
- 3.4 การทดสอบโปรแกรม
- 3.5 การพัฒนาคู่มือการดำเนินการและการควบคุมระบบ
- 3.6 การฝึกฝนผู้ไช้ระบบ
- 3.7 การปฏิบัติตามแผน
- 3.8 การทดลองเปลี่ยนแปลงตามแผน
- 3.9 การทดสอบทั้งระบบ

4. ขั้นการนำระบบไปปฏิบัติ (System Implementation) เป็นขั้นตอนตอนสำคัญหลังจากที่มีการทดสอบระบบแล้ว ก็นำไปสู่การปฏิบัติจริง ในขั้นนี้จะต้องมีการปรับแต่งเพื่อให้ระบบ มีความเหมาะสมกับการใช้งานอีกครั้งหนึ่ง และจะต้องมีการปรับแต่งเพื่อให้ระบบมีความเหมาะสม กับการใช้งานอีกครั้งหนึ่ง และจะต้องมีการทบทวนผลการปฏิบัติหลังจากที่ได้มีการนำเอา

ระบบไปสู่การดำเนินการจริง ทั้งนี้เพื่อให้ระบบมีการพัฒนาขึ้น มีความสมบูรณ์มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อีกทั้งยังเป็นการรักษาระบบให้คงอยู่ต่อไปอีกด้วย

Smith (1982 : 81-85) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบโดยได้แบ่งขั้นตอนการพัฒนาระบบออกเป็นขั้นต่างๆ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ระบบ (System analysis) ซึ่งหมายถึงการวิเคราะห์องค์ประกอบ

ต่างๆ ที่อยู่ในระบบว่ามีลักษณะอย่างไร มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด ควรลดหรือเพิ่มองค์ประกอบใดให้เหมาะสมกับสภาพของระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

2. การออกแบบระบบ (System design) หมายถึง การนำองค์ประกอบต่างๆ ที่วิเคราะห์แยกแยะไว้ นำมารวบรวมเพื่อออกแบบระบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าระบบเดิมที่เป็นอยู่

3. การวัดและตรวจสอบระบบ (System measurement) โดยที่หลังจากทำการร่างหรือออกแบบระบบแล้วจะต้องทำการตรวจสอบว่าระบบมีความเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้หรือไม่

Stair (1996 : 411-412) ได้สรุปหลักการของวงจรพัฒนาระบบ (System development life cycle: SDLC) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาระบบ (Systems investigation) เป็นขั้นตอนแรกของการพัฒนาระบบ โดยผู้พัฒนาระบบจะทำการศึกษาสำรวจหาข้อมูลในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับระบบที่จะทำการพัฒนา เช่น สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบที่ต้องการ สิ่งที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ประมาณค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่ง ข้อมูลต่าง ๆ นำมาใช้เป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจ ว่าสมควรที่จะพัฒนาระบบ หรือไม่ และระบบที่พัฒนาขึ้นควรจะมีลักษณะอย่างไร

2. การวิเคราะห์ระบบ (Systems analysis) เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์การดำเนินงานของระบบแต่ละขั้นตอนประกอบด้วยอะไรบ้างมีความเกี่ยวข้อง หรือมีความสัมพันธ์กับสิ่งใดบ้างรวมถึงความต้องการของผู้ใช้ และจุดเด่นของการใช้งานแต่ละด้านของระบบใหม่เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจว่าระบบควรได้รับการพัฒนาในลักษณะใด

3. การออกแบบระบบ (Systems design) เป็นขั้นตอนของการออกแบบรายละเอียดในส่วนต่างๆ ของระบบซึ่งได้แก่ การแสดงผลลัพท์ การป้อนข้อมูล กระบวนการเก็บรักษา รวมถึงการปฏิบัติงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการวัสดุอุปกรณ์สำหรับนำมาพัฒนาให้เป็นระบบใหม่ต่อไป

4. การใช้ระบบ (Systems implementation) เป็นขั้นตอนของการนำระบบมาสู่การปฏิบัติจริงตามวัตถุประสงค์ และรูปแบบที่ได้ทำการออกแบบไว้

5. การดูแลรักษาและการตรวจสอบระบบ (Systems maintenance and review) เป็นขั้นตอนของการปรับปรุงแก้ไขระบบหลังจากที่ได้มีการติดตั้งและใช้งานแล้ว รวมถึงการตรวจประเมินผลการทำงานของระบบอันจะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาให้ระบบสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยาวนานมากที่สุด

เฉลิมชัย หาญกล้า (2545 : 29) ได้นำเสนอกระบวนการพัฒนาระบบ 4 ขั้นตอน คือ

1. การวิเคราะห์ระบบ (Systems analysis) เป็นขั้นตอนในการศึกษาวิเคราะห์สภาพของระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคในการใช้ระบบอย่างไรและหากจะมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมควรมีแนวทางอย่างไร

2. การออกแบบระบบ (Systems design) เป็นขั้นตอนในการสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงหรือออกแบบรายละเอียดภายในองค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบเสียใหม่เพื่อให้ระบบใหม่ที่เกิดขึ้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติและเป็นไปตามหลักการแนวคิดที่ถูกต้อง

3. การตรวจสอบระบบ (Systems verification) เป็นขั้นตอนในการตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องตามเนื้อหา/โครงสร้าง โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในเรื่องนั้นเป็นผู้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบระบบ

4. การประเมินระบบ (Systems evaluation) เป็นขั้นตอนในการประเมินผลระบบ

หลังจากที่ได้มีการนำไปให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบนั้นในสถานการณ์จริงได้ทดลองใช้หรือได้พิจารณาตรวจสอบถึงความเหมาะสมหรือข้อบกพร่องอีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อเป็นการยืนยันว่าระบบที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้วนั้นมีความเป็นไปได้กับการนำไปใช้จริง

พรเทพ รุ่งแผน (2546 : 41-43) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบไว้ 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ระบบ (System analysis) เป็นการศึกษาวិเคราะห์องค์ประกอบต่างๆ ภายในระบบว่ามีอะไรบ้างโดยการจำแนกองค์ประกอบ ตลอดจนพิจารณาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบให้เข้าใจ และเปลี่ยนแปลงปรับปรุงแก้ไของค์ประกอบนั้นให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของระบบอันจะนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติต่อไป ดังนั้น การวิเคราะห์ระบบจึงเป็นการวางแผนระบบซึ่งประกอบด้วย การนิยามพฤติกรรมของระบบที่สนใจ ในอนาคต การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง การพยากรณ์ผลของทางเลือกตามที่เสนอขึ้นมา และการประเมินโอกาสที่มีอยู่ ซึ่งการวิเคราะห์ดังกล่าวจะนำไปสู่การนิยามขอบเขตและจำแนก

ประเภทวัตถุประสงค์ของระบบตลอดจนให้แนวทางการปฏิบัติเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของระบบ และการวัดประเมินประสิทธิผลของระบบ

2. การสังเคราะห์ระบบ (System synthesis) เป็นขั้นตอนการรวมองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเข้าด้วยกันอย่างมีเหตุผล และหรือกำหนดเป็นองค์ประกอบใหม่โดยใช้สารสนเทศที่ได้จากการวิเคราะห์ระบบ ลำดับขั้นตอนของการสังเคราะห์ระบบนี้จะรวมไปถึงกลยุทธ์และวิธีการที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาตามลำดับความสำคัญตลอดจนจำแนกแนวทางหรือวิธีการประเมินผลและติดตามการนำไปปฏิบัติด้วย

3. การออกแบบระบบ (System design) เป็นขั้นตอนการกำหนดโครงสร้างของระบบหรือสร้างรูปแบบจำลองของระบบ โดยแสดงให้เห็นการเคลื่อนไหวขององค์ประกอบ (Flowchart) รวมทั้งลำดับขั้นสำคัญ ๆ และที่รองลงมาในลักษณะขั้นต่อขั้น (Step by step) โดยใช้แผนภูมิแท่ง มีเส้นเชื่อมโยงหรือแสดงด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งสามารถแสดงได้หลายวิธี

4. การตรวจสอบระบบ (System verification) เป็นขั้นตอนการพิจารณาว่าระบบที่สร้างขึ้นมีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการสร้างระบบมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบเป็นสำคัญ

5. การปรับปรุงระบบ (System improvement) เป็นขั้นตอนเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งต่อเนื่องจากการตรวจสอบระบบ โดยทำการปรับปรุงและพัฒนาองค์ประกอบต่างๆ ในระบบที่ยังขาดความสมบูรณ์ถูกต้องให้มีความสมบูรณ์ถูกต้องมากที่สุด เพื่อการบรรลุพันธกิจของระบบเป็นสำคัญ ดังนั้นส่วนประกอบย่อยทุกส่วนจะต้องได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงพัฒนาเพื่อระบบจะสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่คาดหวังไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยกระบวนการทดสอบในสถานการณ์ ที่เป็นพลวัต

6. การนำระบบไปใช้ (System implementation) เป็นขั้นตอนการนำระบบไปใช้ในสถานการณ์จริง (Live Circumstance) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีลำดับขั้นตอนในการผสมผสาน

แบบจำลองที่ได้รับการพัฒนาและระบบย่อยตามที่เราสงเกตใจกับแผนที่เรากออกแบบไว้ล่วงหน้า เพื่อบรรลุผลประโยชน์ตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าระบบจะใช้ได้ดีในสถานการณ์จริงจากนั้นจึงทำการประเมินผลการปฏิบัติงานโดยรวมของระบบ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นจากการออกแบบระบบโดยปกติแล้วการประเมินผลการใช้ระบบจะใช้พหุเกณฑ์ (Multi-criteria) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของเกณฑ์ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ อย่างไรก็ตามในการประเมินระบบโดยทั่วไปจะมุ่งเน้นกระบวนการและผลที่ได้รับจากการปฏิบัติกิจกรรมของระบบเป็นสำคัญ

ปรัชชาจันทรี (2553 : 73-74) ได้ทำการสรุปและ กำหนดขั้นตอนสำคัญในการพัฒนา ระบบแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1. การวิเคราะห์ระบบ (Systems Analysis) เป็นขั้นตอนตอนในการศึกษา วิเคราะห์สภาพของระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการใช้ ระบบอย่างไรและหากจะมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ควรมีแนวทางอย่างไร

2. การออกแบบระบบ (Systems Design) เป็นขั้นตอนตอนในการสร้าง ความสัมพันธ์เชื่อมโยง หรือออกแบบรายละเอียดภายในองค์ประกอบต่างๆ ของระบบเสียใหม่เพื่อให้ ระบบใหม่ ที่เกิดขึ้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ และเป็นไปตามหลักการแนวคิดที่ถูกต้อง

3. การตรวจสอบระบบ (Systems Verification) เป็นขั้นตอนตอนในการ ตรวจสอบ ความเหมาะสมและความถูกต้องตามเนื้อหา / โครงสร้าง โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องนั้นเป็นผู้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบระบบ

4. การทดลองใช้และประเมินระบบ (Systems Try-out and Evaluation) เป็นขั้นตอนตอนในการประเมินผลระบบทั้งในระหว่าง(Formative Evaluation) และหลังการทดลอง ใช้ (Summative Evaluation) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบนั้นในสถานการณ์จริงหรือได้พิจารณา ตรวจสอบถึงความเหมาะสมหรือขอבקพรองอีกครั้งหนึ่งทั้งนี้เพื่อเป็นการยืนยันวาระบบที่ผ่านการ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้วนั้นมีความเป็นไปได้กับการนำไปใช้จริง

อนงค พิซสิงท (2553 : 34) สามารถสังเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบ 3 ขั้นตอน คือ

1. การศึกษาและการวิเคราะห์ระบบ (Systems Investigation and Analysis) เป็นขั้นตอนการศึกษาสภาพการบริหารที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่ามีลักษณะอย่างไร มีปัญหาอุปสรรค ใน การดำเนินการอย่างไร พร้อมทั้งศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การออกแบบระบบ (Systems Design) เป็นขั้นตอนตอนในการสร้าง ความสัมพันธ์เชื่อมโยงหรือออกแบบรายละเอียดภายในองค์ประกอบต่างๆ ของระบบเพื่อให้ระบบ ใหม่ที่เกิดขึ้น มีความเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติและเป็นไปตามหลักการแนวคิดที่ถูกต้อง

3. การนำระบบไปใช้และการตรวจสอบทบทวน (System Implementation and Verification) เป็นขั้นตอนตอนการนำระบบไปใช้ในสถานการณ์จริงเพื่อพิจารณาวาระบบที่สร้างขึ้นมี ความสมบูรณ์ถูกต้องเหมาะสมและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการสร้างระบบหรือไม่อย่างไร โดย ผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ตรวจสอบระบบหลังการนำไปใช้วาระบบที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ได้ดีในสถานการณ์ จริง

ศรีฐาน สุขะวงศ (2554 : 38-40) ได้ทำการสรุปและกำหนดขั้นตอนสำคัญในการ พัฒนาระบบเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

1. การวิเคราะห์ระบบ (Systems Analysis) เป็นการศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบภายในระบบว่ามีอะไรบ้างโดยการจำแนกองค์ประกอบตลอดจนพิจารณาความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบให้เข้าใจและเปลี่ยนแปลงปรับปรุงแก้ไขขององค์ประกอบนั้นให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของระบบอันจะนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติต่อไป การวิเคราะห์ระบบจึงเป็น การวางแผนระบบซึ่งประกอบด้วยการนิยามพฤติกรรมของระบบที่สนใจในอนาคตการวิเคราะห์สภาพปัจจุบันการพยากรณ์ผลของทางเลือกตามที่เสนอขึ้นมาและการประเมิน โอกาสที่มีอยู่ ซึ่งการวิเคราะห์ดังกล่าวจะนำไปสู่การนิยามขอบเขตและจำแนกประเภทวัตถุประสงค์ ของระบบตลอดจนให้แนวทางการปฏิบัติเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของระบบและการวัดและ การประเมินผลของระบบ การวางแผนระบบ (System Planning)

2. การสังเคราะห์ระบบ (Systems Synthesis) เป็นขั้นตอนตอนการรวมองค์ประกอบ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเข้าด้วยกันอย่างไม่มีเหตุผลและหรือกำหนดเป็นองค์ประกอบใหม่โดยใช้สารสนเทศ ที่ได้จากการวิเคราะห์ระบบ ลำดับขั้นของการสังเคราะห์ระบบนี้จะรวมไปถึงกลยุทธ์และวิธีการที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาตามลำดับความสำคัญตลอดจนจำแนกแนวทางหรือวิธีการประเมินผลและติดตามการนำไปปฏิบัติด้วย

3. การออกแบบระบบและคู่มือแนะนำการไ้ระบบ (Systems Design) เป็นขั้นตอนตอนในการสร้างความสัมพันธ์ เชื่อมโยงหรือออกแบบรายละเอียดภายในองค์ประกอบต่างๆ ของระบบขึ้นใหม่ เพื่อให้ระบบใหม่ที่เกิดขึ้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ และเป็นไปตามหลักการ แนวคิดที่ถูกต้อง

4. การตรวจสอบระบบและคู่มือแนะนำการไ้ระบบ (Systems Verification) เป็นขั้นตอนตอนในการตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องตามเนื้อหา /โครงสร้างโดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวข้องในเรื่องนั้นเป็นผู้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบระบบ

5. การปรับปรุงระบบ และคู่มือแนะนำการไ้ระบบ (Systems Improvement) เป็นขั้นตอนตอนเชิงสร้างสรรค์ซึ่งต่อเนื่องจากการตรวจสอบระบบโดยทำการปรับปรุง และพัฒนาองค์ประกอบต่างๆ ในระบบที่ยังขาดความสมบูรณ์ถูกต้องให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดทั้งนี้ เนื่องจากโดยปกติแล้วระบบที่ได้รับการยอมรับทั่วไปหรือมีความเที่ยงสูงจะให้ความสำคัญกับวิธีการ เพื่อการบรรลุ พันธกิจของระบบเป็นสำคัญ ดังนั้นส่วนประกอบย่อยทุกส่วนจะต้องได้รับ การตรวจสอบและปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้แน่ใจว่าระบบจะสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่คาดหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยอาศัยกระบวนการทดสอบในสถานการณ์ที่เป็นพลวัต การสร้างคู่มือแนะนำการไ้ระบบเป็นกระบวนการหนึ่งในการพัฒนาระบบการประเมินการปฏิบัติงาน ทั้งเพื่อระบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ทั้งเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การประเมินการปฏิบัติงานของอาจารย์ โดยให้เป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

6. การนำระบบไปทดลองใช้ (Systems Implementation) เป็นขั้นตอนตอนการนำระบบไปใช้ในสถานการณ์จริง (Live Circumstance) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ลำดับขั้นตอนในการผสมผสาน แบบจำลองที่ได้รับการพัฒนาและระบบย่อยตามที่เราสงสัยกับแผนที่เราก่อแบบไว้ล่วงหน้าเพื่อบรรลุผลประโยชน์ตามที่กำหนดไว้ ทั้งทำให้เกิดความมั่นใจว่าระบบจะใช้ได้จริงในสถานการณ์จริง จากนั้นทำการประเมินการปฏิบัติงานโดยรวมของระบบ ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นจากการออกแบบระบบโดยปกติแล้วการประเมินผลการใช้ระบบจะใช้พหุเกณฑ์ (Multi-Criteria) ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบของเกณฑ์ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ อย่างไรก็ตามในการประเมินระบบโดยทั่วไปจะมุ่งเน้นกระบวนการและผลที่ได้รับจากการปฏิบัติกิจกรรมของระบบเป็นสำคัญ

7. การประเมินและปรับปรุงระบบหลังการทดลองใช้ (System Evaluation and Improvement) เป็นการนำระบบที่ผ่านการทดลองใช้กลับมาปรับปรุงอีกครั้งหนึ่งด้วยการประเมินหรือ การตรวจสอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อให้มีความมั่นใจในระบบที่ได้พัฒนาขึ้นมาว่ามีความเหมาะสมมากที่สุดที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กาญจนา วิเศษรินทอง (2555:37-38) สรุปขั้นตอนในการพัฒนาระบบ 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นการศึกษาและวิเคราะห์ระบบ (Systems Investigation and Analysis) เป็นขั้นตอนในการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้องของ สำนวน ศึกษา วิเคราะห์สภาพของระบบ ที่เป็นปัจจุบันว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร มีความต้องการ มีปัญหาอุปสรรคในการใช้ระบบอย่างไรและหากจะมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมควรมีแนวทางอย่างไร แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อกำหนดและพัฒนาระบบการจัดการขั้นเรียนในขั้นตอนต่อไป

2. ขั้นการออกแบบและตรวจสอบระบบ (System Design and Verification) เป็นขั้นตอนตอนการออกแบบระบบโดยการนำเอาองค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเข้าด้วยกันอย่างไรมีเหตุผล ซึ่งเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ระบบข้อมูลที่นำมาใช้ในการสร้างระบบใหม่หรือสร้างรูปแบบจำลองของระบบให้เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน โดยแบบจำลองระบบนั้นต้องผ่านการตรวจสอบและประเมินว่ามีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ตามสถานการณ์จริง ได้มากน้อยเพียงใด แล้วทำการปรับปรุงและพัฒนาองค์ประกอบต่างๆ ในระบบ ที่ยังขาดความสมบูรณ์ถูกต้องใหม่มีความสมบูรณ์ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งจะต้องมีการดำเนินการหลายครั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้อง

3. ขั้นการนำระบบไปใช้และประเมินผลระบบ (System Implementation and Evaluation) เป็นการนำเอาระบบที่ออกแบบใหม่ ไปทดสอบโดยการทดลองใช้ระบบดังกล่าว ในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความจริง เพื่อทดสอบดูว่าระบบนั้นมีประโยชน์ มีความเหมาะสม และความเป็นไปได้จริงหรือไม่ รวมทั้งมีการประเมินผลระบบเพื่อทำการประเมินผลว่าระบบที่พัฒนาขึ้นนั้น

มีขอบกพรองหรือสิ่งที่ควรปรับปรุงประการใด ทั้งนี้เพื่อเป็นการยืนยันวาระบบที่ผ่านการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้วนั้นมีความเป็นไปได้กับการนำไปใช้จริง

พันธเทพ พัฒนจรีพันธ์ (2557 : 30-31) ได้ทำการสรุปและกำหนด ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาระบบที่ใช้ในการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ ระยะเวลาที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ระบบ (Systems Investigation and Analysis) ระยะเวลาที่ 2 การออกแบบและตรวจสอบระบบ (Systems Design and Verification) ระยะเวลาที่ 3 การใช้ระบบและประเมินผล (Systems Implementation and Evaluation) ในการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงสำหรับโรงเรียนเอกชนประเภทสามัญศึกษาในครั้งนี้ การพัฒนาระบบจึงหมายถึงกระบวนการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงรายละเอียดขององค์ประกอบในระบบให้เป็นระบบใหม่ที่มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในระบบการบริหารความเสี่ยงสำหรับโรงเรียนเอกชนมากยิ่งขึ้น โดยมีขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ

1. การศึกษาและวิเคราะห์ระบบ (Systems Investigation and Analysis) เป็นขั้นตอนตอนในการศึกษาวิเคราะห์สภาพของระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคในการใช้ระบบอย่างไร และหากจะมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ควรมีแนวทางอย่างไร

2. การออกแบบและตรวจสอบระบบ (Systems Design and Verification) เป็นขั้นตอนตอนในการสร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงหรือออกแบบรายละเอียดภายในองค์ประกอบต่างๆ ของระบบเสียใหม่เพื่อให้ระบบใหม่ที่เกิดขึ้นมีความเหมาะสมต่อการนำไปปฏิบัติ และเป็นไปตามหลักการแนวคิดที่ถูกต้อง การตรวจสอบระบบ เป็นขั้นตอนตอนในการตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องตามเนื้อหา หรือโครงสร้าง โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในเรื่องนั้นเป็นผู้ทำหน้าที่ในการตรวจสอบระบบ

3. การใช้ระบบและประเมินผลระบบ (Systems Try-out and Evaluation) เป็นขั้นตอนตอนในการประเมินผลระบบทั้งในระหว่าง (Formative Evaluation) และหลังการทดลองใช้ (Summative Evaluation) โดยบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบนั้นในสถานการณ์จริงหรือได้พิจารณาตรวจสอบถึงความเหมาะสมหรือขอบกพรองอีกครั้งหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อเป็นการยืนยันวาระบบที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้วนั้นมีความเป็นไปได้กับการนำไปใช้จริง

ศิริพงษ์ เสาภายน (2556 : 15-16) ได้สรุปขั้นตอนในการจัดระบบที่เป็นการวางแผนในการพัฒนาระบบใหม่ไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ระบบ เป็นการหาข้อมูลของระบบหรือการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อหาจุดเด่น จุดด้อย และสภาพการณ์ทั่วไปก่อนจะทำการเปลี่ยนแปลงหรือจัดระบบใหม่

ได้แก่ การวิเคราะห์ ปณิธาน (Mission) จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ หน้าที่ ภารกิจ เครื่องมือ สื่อ หรือช่องทาง วิธีการตรวจสอบ การควบคุมและการประเมิน

ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์ระบบ เป็นการนำข้อมูลที่ได้มาสร้างระบบใหญ่ โดยการกำหนดองค์ประกอบ ความสัมพันธ์ ทิศทางและลำดับขั้นตอนของระบบใหม่

ขั้นตอนที่ 3 สร้างแบบจำลองระบบ เป็นขั้นตอนการสื่อสารระบบที่สร้างใหม่เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ โดยการเขียนแบบจำลองแบบใดแบบหนึ่ง เช่น

1. แบบรูปภาพหรือหุ่นจำลองของจริง (Iconic Model)
2. แบบจำลองเปรียบเทียบ (Analogue Model)
3. แบบจำลองสัญลักษณ์ (Symbolic Model)
4. แบบจำลองแนวคิด (Conceptual Model) เช่น แทนด้วยแผนภูมิ แผนภาพ

ในรูปแบบต่างๆ แบบจำลองระบบจะช่วยอธิบายขั้นตอนสำคัญของระบบ ช่วยในการสื่อสารให้ทราบขั้นตอนและการควบคุมและทำนายได้ว่าจะเกิดผลอะไรขึ้นเมื่อได้ดำเนินการไปตามระบบ

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบ เป็นการนำต้นแบบระบบ (System Prototype) ไปทดสอบในสถานการณ์จำลอง (System Simulation) ซึ่งเป็นสถานการณ์ใกล้เคียงความจริง เนื่องจากถ้านำไปใช้ในสถานการณ์จริง ในทางปฏิบัติมักมีปัญหาในด้านค่าใช้จ่าย เวลา และความเสียหาย โดยเฉพาะ ถ้าระบบนั้นเกี่ยวข้องกับคน และทรัพย์สิน นักจัดระบบจึงทดสอบระบบในสถานการณ์จำลองแทน

จากการทบทวนแนวคิดเชิงระบบผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการงานวิจัยด้านการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้กรอบแนวคิดจากนักวิชาการหลายท่าน โดยกำหนดองค์ประกอบของระบบไว้ 5 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์) กระบวนการ (กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ) ผลลัพธ์ (สุขภาพช่องปากที่ดี) ข้อมูลย้อนกลับ (การประเมินผลเพื่อปรับปรุง) และสิ่งแวดล้อม (ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อระบบ) ทั้งนี้ กระบวนการพัฒนาระบบประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ การศึกษาและวิเคราะห์ระบบ การออกแบบและตรวจสอบระบบ และการนำระบบไปใช้และประเมินผล ซึ่งการใช้แนวคิดเชิงระบบทำให้การพัฒนางานมีความครอบคลุม เป็นขั้นตอน และสามารถบูรณาการองค์ประกอบต่างๆ อย่างเป็นองค์รวม ส่งผลให้การดูแลทันตสุขภาพเด็กมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

## 2.6 ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2553)

### 2.6.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัยและสวัสดิการทั้งชุมชน

และที่อยู่อาศัย โดยเน้นในเรื่องการพัฒนาความรู้ความสามารถของประชาชน ในการพัฒนาชุมชนตนเอง

การมีส่วนร่วม (Participatory) หมายถึง กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนหรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในท้องถิ่นมีความร่วมมือ ทำกิจกรรมต่างๆ รับผิดชอบในการพัฒนาท้องถิ่น แก้ไขปัญหาของชุมชนให้ตรงกับความต้องการที่แท้จริงและเอื้อประโยชน์ต่อชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามสมควร การมีส่วนร่วมของประชาชนในสังคมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพอนามัย นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอันดับแรกของความสำเร็จ การดำเนินงานในรูปแบบที่ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาช่วยไม่ว่าจะในขั้นตอนของการวิเคราะห์ปัญหา พัฒนารูปแบบหรือลงมือดำเนินการ พบว่าประสบความสำเร็จมากกว่ารูปแบบอื่นๆ การมีส่วนร่วมในการพัฒนา แสดงถึงการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด (อรัญญา ศรีสุนาครัว, 2547)

### 2.6.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2553)

การมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่ดีที่สุดจะนำไปสู่ความสำเร็จในการทำงานร่วมกันในทุกๆ กิจกรรมตลอดจนการที่จะให้ชุมชนสามารถสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเอง จะต้องเริ่มต้นของการให้ความสำคัญต่อกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ดังนี้

- 2.6.2.1 ประชาชนตระหนักในปัญหาของตนเองและตระหนักในความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา
- 2.6.2.2 ประชาชนมีโอกาสที่จะได้ใช้และพัฒนาความสามารถของตนเอง
- 2.6.2.3 เป็นการระดมทรัพยากรบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- 2.6.2.4 ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคงถาวรและต่อเนื่อง
- 2.6.2.5 เป็นกระบวนการส่งเสริมระบอบประชาธิปไตย ทำให้ประชาชนมีความคิดอิสระในการตัดสินใจ
- 2.6.2.6 เพื่อให้ประชาชนมีส่วนรับผิดชอบและมีอำนาจสูงสุดในการพัฒนาชุมชนของตนเองกล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่ประชาชนพึงกำหนดนโยบายในการตัดสินใจและกิจกรรมต่างๆ ของรัฐบาล อาจถือได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นเกณฑ์ที่จะพิจารณาว่าระบบการปกครองหรือระบบการเมืองของประเทศใด เป็นเผด็จการ หรือประชาธิปไตย หลักการมีส่วนร่วมนี้นักปราชญ์ทางสังคมศาสตร์หลายท่านยืนยันว่าเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะสังคมประชาธิปไตย ในงานพัฒนาชนบท ในองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ แม้แต่ในสถาบันครอบครัว การมีส่วนร่วมในภาพกว้าง ของการพัฒนาชุมชนจึง หมายถึง การมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชน ในการพัฒนาชุมชนต่อหมู่บ้านของตนเอง ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ระหว่างสมาชิกกับองค์กร ด้วยข้อเท็จจริงและความเชื่อที่ว่า งานสำเร็จได้ก็ด้วยการมีส่วนร่วมของสมาชิก ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือที่ดีต่อกัน

### 2.6.3 ลักษณะการมีส่วนร่วม Jose ได้จัดลักษณะการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

- 2.6.3.1 ประชาชนต้องมีความสามารถในการมีส่วนร่วม กล่าวคือประชาชนจะต้องมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

2.6.3.2 ประชาชนต้องมีความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วม กล่าวคือประชาชนต้องมีสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และกายภาพ เอื้ออำนวยให้เข้ามามีส่วนร่วม

2.6.3.3 ประชาชนต้องมีความประสงค์ที่จะเข้าร่วม กล่าวคือประชาชนต้องมีโอกาสที่จะเข้าร่วม โดยเป็นการกระจายอำนาจให้แก่ประชาชนในการตัดสินใจ และกำหนดกิจกรรมของตนในระดับที่เหมาะสม

2.6.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม (Participation Ladder) 8 ขั้น ดังตารางต่อไปนี้  
ตารางที่ 1 แสดงบันไดของการมีส่วนร่วม 8 ขั้นของอาร์นสไตน์(อรัญญา ศรีสุนทรวิ, 2547)

8 ขั้นควบคุมโดยประชาชน( Citizen Control )	การมีส่วนร่วมระดับอำนาจ เป็นของประชาชน
7 ขั้นใช้อำนาจผ่านตัวแทน(Delegated Power )	
6 ขั้นเป็นหุ้นส่วน( Partnership )	
5 ขั้นให้แสดงความคิดเห็น( Placation )	การมีส่วนร่วมบางส่วน
4 ขั้นปรึกษาหารือ( Consultaion )	
3 ขั้นให้ข้อมูลข่าวสาร( Informing )	
2 ขั้นชี้แจง ( Therapy )	การมีส่วนร่วมเทียม/ไม่มีส่วน ร่วม
1 ขั้นถูกจัดกระทำ(Manipulation)	

ในขั้นต่ำของบันไดคือขั้นถูกจัดกระทำ และขั้นที่สองคือขั้นชี้แจงนั้นเรียกว่า การมีส่วนร่วมเทียมหรือไม่มีส่วนร่วม เป็นขั้นที่ประชาชนเข้าไม่ถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการตัดสินใจ ในกรณีนี้จะมีกลุ่มบุคคลจำนวนน้อยที่อยู่ในอำนาจเท่านั้นทำหน้าที่ตัดสินใจ โดยไม่มีการพูดถึงเนื้อหาวิธีการของการตัดสินใจหรือตำแหน่งและอำนาจหน้าที่ของผู้มีอำนาจหน้าที่ของผู้มีอำนาจตัดสินใจนั้น ขั้นที่สองนี้สร้างขึ้นมาก็เพื่อที่จะทดแทนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของสองขั้นนี้ไม่ใช่เป็นการทำให้ประชาชนเข้าถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนหรือควบคุมโครงการ แต่จะช่วยให้ผู้กุมอำนาจอยู่ดำเนินการให้การศึกษา (Educate) หรือการชี้แจงแก่ผู้ที่เข้ามาร่วมบันไดขั้นที่ 3 ถึง 5 ก้าวหน้าถึงระดับที่เรียกว่า การมีส่วนร่วมแบบพิธีกรรมหรือการมีส่วนร่วมบางส่วน โดยขั้นที่ 3 ขั้นให้ข้อมูลข่าวสาร และขั้นที่ 4 ขั้นปรึกษาหารือ นั้น ความเห็นหรือข้อคิดของประชาชนได้รับการรับฟังจากผู้กุมอำนาจมากขึ้น แต่ภายใต้เงื่อนไขเหล่านี้พวกเขาไม่มีอำนาจที่จะรับประกันได้ว่าความคิดเห็นของพวกเขาจะได้รับการเอาใจใส่จากผู้มีอำนาจเต็ม เมื่อการมีส่วนร่วมถูกจำกัดอยู่ที่ระดับเหล่านี้ จึงไม่มีทางที่จะทำการเปลี่ยนแปลงสภาพตามข้อเรียกร้องของผู้มีส่วนร่วมได้ ส่วนในขั้นที่ 5 ขั้นให้แสดงความคิดเห็น เป็นขั้นสูงของการมีส่วนร่วมบางส่วนนี้คือยอมให้คนใช้อำนาจ (Have-nots) ให้คำแนะนำได้ แต่ก็ยังคงไว้ซึ่งสิทธิในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจต่อไป บันไดลำดับสูงขึ้นไปเป็นระดับที่เรียกว่า อำนาจเป็นของประชาชนซึ่งเพิ่มระดับของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น ประชาชนสามารถเข้าไปสู่ขั้นที่ 6 ขั้นเป็นหุ้นส่วนซึ่งจะทำให้สามารถเข้าร่วมในการเจรจาเพื่อผลได้ผลเสีย (Tradeoffs) กับผู้มีอำนาจดั้งเดิม ส่วนในขั้นที่ 7 และ 8 เป็นขั้นการใช้อำนาจผ่านตัวแทนหรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจนั่นเอง แนวคิดการมีส่วนร่วมนี้มองความเข้มของการมีส่วนร่วม

ในแง่ของการมีอำนาจในการตัดสินใจของประชาชน ซึ่งมีพิสัยของความเข้มตั้งแต่การไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเลยไปจนถึงการมีอำนาจในการตัดสินใจอย่างเต็มที่

### 2.6.5 ชนิดหรือแบบการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมที่สำคัญ 4 รูปแบบ คือ

2.6.5.1 การมีส่วนร่วมแบบกลุ่มงาน ซึ่งประกอบด้วยผู้บังคับบัญชา และได้บังคับบัญชาบุคคลเหล่านี้ทำงานร่วมกันและประสานงานกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินงานแบบประชาธิปไตย

2.6.5.2 การมีส่วนร่วมแบบโครงการ หรือ เมทริก (Matrix or Project Management) เกี่ยวข้องกับการจัดโครงสร้างองค์กรโดยส่วนรวมเสียใหม่ ผู้อำนวยการทำหน้าที่ประสานงานกับพนักงาน จากแผนงานตามที่วางไว้ เพื่อร่วมเผชิญกับโครงการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การบริหารแบบโครงการหรือแบบเมทริกมีความจำเป็นมากขึ้น

2.6.5.3 การมีส่วนร่วมแบบมีการเจรจาต่อรอง (Collective Bargaining) การร่วมเจรจาต่อรอง ผู้บริหารบางคนไม่ยอมรับการที่พนักงานเลือกสหภาพแรงงานให้เป็นตัวแทนของพวกเขาในการเจรจาต่อรองกับฝ่ายบริหาร แสดงว่าพวกเขากำลังมีส่วนร่วมอาจเป็นค่าจ้าง ชั่วโมงการทำงาน การเจรจาต่อรองเป็นตัวแทนของความต้อการ เพื่อให้มีข้อมูลบางอย่างในการตัดสินใจแทนที่จะให้นายจ้างกำหนดค่าจ้างชั่วโมงการทำงานแต่เพียงฝ่ายเดียว

2.6.5.4 การมีส่วนร่วมแบบประชาธิปไตยในทางอุตสาหกรรม (Industrial Democracy) องค์กรที่มีลักษณะเป็นประชาธิปไตย การให้ความสำคัญของพนักงานในการตัดสินใจมากกว่าหรืออย่างน้อยก็เท่ากับความต้อการของบริษัท คณะกรรมการวางแผนและนโยบายอาจจะประกอบขึ้นด้วยคนที่แต่งตั้ง โดยฝ่ายบริหารหรือคนงานอื่นๆ พนักงานจะมีส่วนเกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก โดยกระบวนการทางประชาธิปไตย ในการบริหารงานของบริษัท

### 2.6.6 ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 1 ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การพิจารณาปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการค้นหาและพิจารณาแนวทางวิธีการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 5 ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการประเมินกิจกรรมการพัฒนา

### 2.6.7 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม

2.6.7.1 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ย่อมก่อให้เกิดการพึ่งตนเอง เนื่องจากการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาและสร้างความเจริญให้กับชุมชนหรือหมู่บ้านของตนเองผ่านกระบวนการทำงานตามโครงการ

2.6.7.2 การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา เป็นการสะท้อนความจริงใจของรัฐที่มีต่อการสนับสนุนให้ประชาชนมีเสรีภาพในการตัดสินใจ และกำหนดชะตากรรมของท้องถิ่น

2.6.7.3 เป็นช่องสะท้อนปัญหาความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่นได้ถูกต้องตรงประเด็นเป็นการสร้างฉันทามติร่วมกัน ซึ่งก่อให้เกิดความชอบธรรมในการตัดสินใจ เนื่องจากเป็นการสร้างข้อตกลง ที่เกิดจากการยอมรับกันภายในกลุ่ม

2.6.7.4 เป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพราะในกระบวนการมีส่วนร่วม ย่อมจะต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้ และข้อคิดเห็นระหว่างกัน ดังนั้น การมีส่วนร่วมของประชาชนจึงเป็นเสมือนเวทีในการเรียนรู้ที่มีประโยชน์มาก

2.6.7.5 เป็นการสนับสนุนการพัฒนาความรักท้องถิ่นและความรับผิดชอบต่อสังคมให้เกิดขึ้นในพฤติกรรมของประชาชนในท้องถิ่น

2.6.7.6 ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน อันเนื่องมาจากโครงการพัฒนาที่จัดขึ้นในหมู่บ้านและช่วยแบ่งเบาภาระของรัฐในการดูแลบำรุงรักษา

จากความหมายต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทำให้ทราบว่าชุมชนมีความหมายที่แตกต่างกันและคล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตความหมายและรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้บริบทของศูนย์พัฒนาเด็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดอุบลราชธานี ว่าการมีส่วนร่วมหมายถึง การที่ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารศูนย์ ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง ทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องในการร่วมกันเฝ้าระวังและดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ร่วมดำเนินกิจกรรม ตั้งแต่ ค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา วางแผนและดำเนินการแก้ปัญหา

## 2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

### 2.7.1 ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

คำว่า “Action Research” มีผู้ให้ความหมายทั้งกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์และนักวิจัย ส่วนหนึ่งที่น่าแนวคิดของกลุ่มนักวิจัยทางสังคมศาสตร์ไปประยุกต์ใช้กับงานด้านการศึกษาที่มีผู้สรุป ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

องอาจ นัยพัฒน์ (2554) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หมายถึงการวิจัยที่ทำโดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานองค์กรหรือชุมชนโดยมี จุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไข ปัญหาหรือพัฒนา คุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไขรวมทั้ง กลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงานตลอดจนบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่นๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่ เหล่านั้น

### 2.7.2 รูปแบบของการวิจัยปฏิบัติการ

สุวิมล ว่องวานิช (2544) ได้เสนอแนวคิดการแบ่งประเภทของการวิจัยปฏิบัติการดังนี้

2.7.2.1 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ (Formal and Informal Research)

1) การวิจัยแบบเป็นทางการ (Formal Research) เป็นงานวิจัยที่มีแบบแผนการ วิจัย เครื่องครัดมีลักษณะการดำเนินงานและการนำเสนอเหมือนงานวิจัยเชิงวิชาการ (Academic

Research) ของนักวิจัยมืออาชีพนักวิชาการในมหาวิทยาลัยหรือของนักศึกษาที่ทำเป็นวิทยานิพนธ์ มีการออกแบบการวิจัยที่รัดกุมเพื่อ ให้ตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจนและมีรูปแบบการนำเสนอรายงานผลการวิจัยที่กำหนดชัดเจนส่วนใหญ่จำแนกเนื้อหาสาระออกเป็น 5 บท

2) การวิจัยแบบไม่เป็นทางการ (Informal Research) เป็นงานวิจัยที่ไม่ยึดแบบ การวิจัยอย่างเคร่งครัดเหมือนการวิจัยเชิงวิชาการมุ่งเน้นการตอบคำถามวิจัยมากกว่าการยึดรูปแบบการ วิจัยแบบเป็นทางการข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยก็พยายามใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากการเรียนการสอนตามปกติ การนำเสนอผลการวิจัยครอบคลุมเพียงประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยต้องการนำเสนองานวิจัยแบบนี้ บางครั้งพบว่า มีการรายงานผลเพียง 1 - 2 หน้า

### 2.7.2.2 รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการ

1) การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) การวิจัยตามรูปแบบนี้มีเป้าหมายของการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานโดยอาศัย บุคคลภายนอกมาช่วยในการทำวิจัยในหน่วยงานผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัย ภายนอกบุคคลภายนอกเล่นบทของผู้วิจัยหลักโดยที่ผู้ปฏิบัติไม่ค่อยมีบทบาทในการนำเสนอความคิด วิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่เน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุมข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

2) การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical Action Research) เป็นการวิจัย ที่มีนักวิจัยภายนอกแสดงบทบาทของที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (Process Consultancy Role) มีเป้าหมายของการวิจัยที่มากกว่าแบบแรกคือนอกจากช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานแล้วยัง มุ่งสร้างความเข้าใจและมุ่งพัฒนาวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติด้วยในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนผลและคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเองดังนั้นผู้ปฏิบัติในหน่วยงานมีโอกาสที่จะ เรียนรู้กระบวนการวิจัยและมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดในประเด็นปัญหาวิจัยที่มาจาก การปฏิบัติจริง และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้

3) การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์หรืออิสระ (Critical/Emancipatory Action Research) เป็นการวิจัยที่มีการทำร่วมกันระหว่างนักวิจัยภายนอกและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน เป้าหมายของการวิจัยเพิ่มเติมจากการวิจัยปฏิบัติการแบบที่ 1 และ 2 คือนอกจากพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาปรับปรุงการทำงานแก่ผู้ปฏิบัติแล้วยังต้องการ ให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานที่เป็นอยู่ในองค์กรให้ดีขึ้นกว่าเดิมแม้จะมีบุคคลภายนอก ร่วม ด้วยแต่ทุกคนต่างมีสิทธิมีเสียงในการแสดงความคิดเห็นเท่าเทียมกันจะไม่มีผู้แสดงบทบาทเป็นที่ปรึกษา การวิจัยเหมือนแบบที่ 2 การวิจัยแบบนี้เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาความสามารถด้านการวิจัยแก่ ผู้ปฏิบัติและนักวิจัยจะเป็นอิสระจากความรู้กฎเกณฑ์และพันธนาการทางความคิดเดิมจะเห็นว่าแนว ทิศทางการทำวิจัยปฏิบัติการทั้ง 3 แบบมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการทำงานจากผู้ปฏิบัติถูกครอบ ความคิดโดยนักวิจัยภายนอก (Cooption) เป็นแบบแรกมาเป็นการทำงานร่วมกัน (Cooperation) ในแบบที่ 2 และรูปแบบการทำงานที่ 3 เป็นการทำงานแบบร่วมมือ (Collaboration) เป็นแนวทาง การวิจัยปฏิบัติการที่กำลังเป็นที่นิยมและยอมรับกันว่าจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพของผู้ปฏิบัติมากกว่า แบบอื่น ๆ

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research Process) ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (Spiral of Steps) (องอาจ นัยวัฒน์, 2554) ในแต่ละวงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือขั้นตอนเตรียมการเบื้องต้น (Pre-step) ได้แก่การกำหนดจุดมุ่งหมายโดยทั่วไปขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นการลงมือปฏิบัติการ (Action) และขั้นการค้นหาค้นหาข้อเท็จจริง (Fact Finding) การดำเนินการวิจัยในสามขั้นตอนสุดท้ายถือเป็นกิจกรรมหลักของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Core Activities) นักวิจัยวิทยาการวิจัยแต่ละบุคคลหรือคณะที่มีความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้ทำการประยุกต์แนวคิดของ Kurt Lewin ไปใช้ในการศึกษาวิจัยและการเรียบเรียงตำราโดยจำแนกกิจกรรมหลักทั้งสามขั้นตอนในลักษณะแตกต่างกันไปตามแนวคิดความเชื่อและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีต่อ การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการดังนี้ Kemmis และ McTaggart จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) (S. Kemmis & R. McTaggart, 1988)

#### 2.7.2.3 ประโยชน์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการการวิจัยที่เชื่อมช่องว่างทฤษฎี การวิจัยและ ปฏิบัติการ ในตลอดกระบวนการตั้งแต่การกำหนดปัญหาการวิจัย การประสานงาน ร่วมมือกันพัฒนา รูปแบบปฏิบัติการแทรกแซง ตลอดจนถึงการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ที่การวิจัย ปฏิบัติการเป็นการวิจัยให้เข้าไปถึงพื้นที่ที่จะวิจัยโดยตรง ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการวิจัย ปฏิบัติการ ดังนั้นความรู้ที่ พัฒนาขึ้นจากการวิจัยปฏิบัติการ จึงเป็นความรู้ที่เป็นรากฐานใน สถานการณ์ปฏิบัติจริง เป็นข้อค้นพบที่ได้จากกระบวนการสืบค้นที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ทำให้ สามารถนำไปปรับปรุงและตัดแปลงความรู้ พื้นฐานที่มีอยู่เดิมได้และยังให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องขอบเขต ของการใช้ความรู้ในการปฏิบัติด้วย การวิจัย ปฏิบัติการจึงเป็นวิธีการที่มีคุณค่าในการสร้างองค์ความรู้ ใหม่ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการปฏิบัติอย่าง แท้จริง นอกจากนี้แล้วด้วยหลักการสำคัญของการ วิจัยปฏิบัติการที่เน้นการสะท้อนผลทำให้การวิจัย แบบนี้ส่งเสริมบรรยากาศของการทำงานแบบ ประชาธิปไตยที่ทุกฝ่ายเกิดการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ และยอมรับในข้อค้นพบร่วมกัน (สุวิมล ว่องวานิช, 2544)

#### 2.7.2.4 ข้อจำกัดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

แม้การวิจัยเชิงปฏิบัติการจะมีคุณประโยชน์มากมาย แต่โดยธรรมชาติและหลักการของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการก็ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดของการวิจัยแบบนี้ หลายประการ(สุวิมล ว่องวานิช, 2544)การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการวิจัยส่งผล กระทบต่อขอบเขตและ ขนาดของงานวิจัย การวิจัยแบบนี้มักจะมีขนาดเล็กซึ่งมีผลต่อความเป็นตัวแทน ของข้อค้นพบจึง ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงผลการวิจัย งานวิจัยทั่วไปไม่ยอมให้มีตัวแปร ภายนอกส่งผล รบกวน โดยมีการออกแบบการวิจัยให้สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกได้และก็สามารถ ดำเนินการจัด กระทำได้เนื่องจากงานวิจัยแบบนี้ไม่ได้ทำให้ส่วนหนึ่งของการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน แต่สำหรับ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการมักมีประเด็นปัญหานี้ เนื่องจากสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะปล่อยให้ เป็นไป ตามธรรมชาติข้อค้นพบที่ได้รับในบางครั้งไม่สามารถยืนยันได้ได้หนักแน่นว่าเนื่องมาจากปัจจัยใด แต่

ตราบไต่ที่ปัญหาเกิดขึ้นนั้นหมดไปก็ถือว่าการวิจัยครั้งนั้นประสบความสำเร็จตามธรรมชาติของงานวิจัย ถูกกำหนดด้วยเงื่อนไขที่มีเรื่องของคุณธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องในการทำงาน ทำให้การทดลองต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานอาจทำได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากสิ่งทดลองก็ยังไม่ได้มีการตรวจสอบยืนยันในผลที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นในทิศทางใดมีการวิพากษ์กันมากเกี่ยวกับเจ้าของผลงานวิจัย และมีการหวั่นเกรงว่ากันว่า จะมีการแย่งผลงานการวิจัยเนื่องจากเป็นผลงานที่กระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้วิจัย ภายนอกเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ว่าจะเป็นครูนักวิจัย หรือนักวิชาการ ต้องทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนและตกลงในเรื่องนี้ให้เข้าใจตรงกัน

## 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสังเคราะห์งานวิจัยแยกตามองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อย ได้ 4 องค์ประกอบดังนี้

### 2.8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

กลุ่มเด็กเด็กก่อนวัยเรียนเป็นกลุ่มช่วงอายุที่มีความสำคัญในการดูแลทันตสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีฟันน้ำนมขึ้น อีกทั้งเด็กกลุ่มนี้เป็นวัยที่อาจมี ปัญหาโรคในช่องปากตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือโรคฟันผุ(Panitan Sonpanao และ Santisith Khlewkhern (2019))จากการรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560 ในกลุ่มเด็กอายุ 5 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่สำรวจเพื่อเป็นตัวแทนข้อมูลการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม ซึ่งเกิดการผุอย่างรวดเร็วและเป็นกลุ่มที่เริ่มเข้าโรงเรียน พบว่ามีความชุกในการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 75.6 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560) ซึ่ง Jantorn Supak (2018)ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนมีฟันผุร้อยละ 58.11 และ Srihanu Ravadee (2022) ได้ศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลพระบุ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 76 คน ในเด็กก่อนวัยเรียนพบว่ามีฟันนมผุ คิดเป็นร้อยละ 80.26 ซึ่ง Zhou และคณะ(2019) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพของเด็กพบว่าโรคฟันผุเกี่ยวข้องกับประสบการณ์การไปพบทันตแพทย์ของเด็กในอนาคตต่อไป

### 2.8.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

การดูแลทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต พัฒนาการ และสุขภาพโดยรวมของเด็ก การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนมีความสำคัญในการวางแผนและพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพ เอกสารนี้รวบรวมข้อค้นพบด้านความสัมพันธ์จากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ดังนี้

### 1) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

งานวิจัยจำนวนมากแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครอง การศึกษาของ Parichat Thawornwong(2021) พบว่าความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร แก้วทอง และคณะ(2022) ที่พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ( $\rho = 0.236$ ,  $p = 0.003$ ) และปัจจัยนำด้านทัศนคติ ( $\rho = 0.171$ ,  $p = 0.035$ ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง นอกจากนี้ ฉัตรนภา จบศรี และ ภัทรพล มากมี (2565) พบว่าความรอบรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองใน 3 มิติ ได้แก่ การจัดการตนเอง (Beta = 0.257) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Beta = 0.179) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Beta = 0.184) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนได้ร้อยละ 31.6 (Adjusted  $R^2 = 0.305$ )

ในต่างประเทศ Baskaradoss และคณะ(2022) พบว่าระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ดูแลที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับคราบจุลินทรีย์ที่สูงในเด็ก ( $\beta$  [95% CI] = -0.26 [-0.41, -0.13];  $p < 0.001$ ) และ Al-Sane และคณะ (2021) พบว่าอายุ การศึกษา จำนวนบุตร ความถี่ในการไปพบทันตแพทย์ และความถี่ในการใช้ไหมขัดฟันของมารดาที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความรู้เกี่ยวกับฟันผุในวัยเด็กตอนต้น ( $p < 0.05$ )

### 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครอง การศึกษาของ สมพร แก้วทอง และคณะ(2022) พบว่าปัจจัยเอื้อ ( $\rho = 0.318$ ,  $p = 0.000$ ) และปัจจัยเสริม ( $\rho = 0.328$ ,  $p = 0.000$ ) มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Chaninpong Suksawang และคณะ, 2023) พบว่าปัจจัยเอื้อการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.14$ ,  $p = 0.03$ ) และปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = 0.32$ ,  $p = 0.01$ ) Parichat Thawornwong (2021) ยังพบว่าปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและรายได้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

### 3) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูกับสถานะฟันผุ

พฤติกรรมการเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับสถานะฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน การศึกษาของสุไรยา หมานระโตะ (2021) พบว่าปัจจัยด้านความรู้ของผู้ปกครอง การเลิกขวดนม และความถี่ในการกินขนมกรุบกรอบมีความสัมพันธ์กับสถานะฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 20.931$ ,  $12.222$  และ  $12.742$  ตามลำดับ,  $p < .001$ ) Zhang และคณะ(2020) พบว่าวิธีการให้นมใน 6 เดือนแรกหลังเกิดมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี (OR: 3.39, 95% CI:

1.41-8.17) ในขณะที่ความถี่ในการบริโภคอาหารหวานก่อนนอนมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อฟันผุในเด็กอายุ 5 ปี (OR: 3.22, 95% CI: 1.03-10.06) เดือนเพ็ญ แก้วประสาร และคณะ(2022) พบว่าความรู้ของผู้ดูแลเด็กเรื่องการเลิกดูดขวดนมอยู่ในระดับน้อย โดยค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 2.2 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) และทัศนคติเฉลี่ยอยู่ที่ 17.1 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การเลิกดูดขวดนมส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก

#### 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการแปรงฟันและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองกับทันตสุขภาพเด็ก

พฤติกรรมการแปรงฟันและการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับทันตสุขภาพของเด็ก Khan และคณะ(2021) พบว่าพฤติกรรมการแปรงฟันในด้านเทคนิค ระยะเวลา รูปแบบและความถี่ ชนิดแปรงสีฟัน ชนิดยาสีฟันและปริมาณ การบ้วนปากหลังแปรงฟัน และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงของคราบจุลินทรีย์ (ร้อยละ 86) สภาวะฟันผุ (ร้อยละ 73) ดัชนีเหงือกอักเสบ (ร้อยละ 66) และคราบจุลินทรีย์ก่อนแปรงฟัน (ร้อยละ 31) การศึกษาของอิทธิพัทธ์ ยางธิสาร และคณะ(2567) พบว่านวัตกรรมแปรงสีฟันเล่นสนุก ฟันสวย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีผลให้เด็กมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการแปรงฟันสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และ Sneha และคณะ(2022) พบว่าการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางการได้ยินส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก และแนะนำให้มีการเสริมแรงมาตรการด้านทันตสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

#### 5) ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกับทันตสุขภาพเด็ก

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาทันตสุขภาพของเด็ก Manratoh Suraiya และคณะ(2022)พบว่าหลังการใช้โปรแกรม KNfun ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีความรู้ทางทันตสุขภาพและทักษะการแปรงฟันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เด็กก่อนวัยเรียนมีปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และอัตราการนำขวดนมมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กลดลงจากร้อยละ 74.10 เป็นร้อยละ 0 Srihanu Ravadee (2022) พบว่าการพัฒนาระบบงานโดยกระบวนการ A-I-C ที่มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน จัดอาหารที่มีประโยชน์ การเรียนรู้ด้านทันตสุขภาพ ทำให้ค่าเฉลี่ยปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์หลังดำเนินกิจกรรม 1 และ 3 เดือน มีค่าเฉลี่ยลดลงจากก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) Angarita-Díaz และคณะ(2024)พบว่ากลยุทธ์ทางการศึกษาประสาทวิทยาที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก: การทดลอง ความแปลกใหม่และการเล่น และการเรียนรู้ ส่งผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อความรู้และทัศนคติของผู้ปกครอง และดัชนีคราบจุลินทรีย์ในเด็ก โดยกลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงแบบพบหน้าโดยตรง (G1) มีผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการแทรกแซงแบบผสมผสานทั้งพบหน้าและเสมือนจริง (G2)

#### 6) ความสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจสังคมกับทันตสุขภาพเด็ก

สถานะทางเศรษฐกิจสังคมมีความสัมพันธ์กับทันตสุขภาพของเด็ก Mohammed Al-Dahan (2023) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับฟันผุในวัยเด็กตอนต้น โดยผู้ปกครองในค่ายผู้ลี้ภัยมีคะแนนความรู้ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 5.1) และมีทัศนคติที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (ค่าเฉลี่ย 3.87, SD = 1.29) Gulcan และ Sahiner (2023) พบ

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างคะแนนเฉลี่ยของมารดาในแบบวัดการจัดการใช้ (PFMS-TR) กับสถานะทางการศึกษาและเศรษฐกิจ ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาและเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพของเด็ก

## สรุป

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ปกครอง ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม ปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร พฤติกรรมการเลี้ยงดู การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการแปรงฟัน การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และสถานะทางเศรษฐกิจสังคม ล้วนมีความสัมพันธ์กับทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ข้อค้นพบเหล่านี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมทันตสุขภาพแบบบูรณาการที่คำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะการเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก การส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตกรรม และการพัฒนานวัตกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก

### 2.8.3 วิจัยด้านความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

ความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากเด็กในวัยนี้ยังไม่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยได้สังเคราะห์แยกประเด็นการศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้

#### 1) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับสุขภาพช่องปากของเด็ก

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าความรู้ทางทันตสุขภาพ (Oral Health Literacy: OHL) ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพช่องปากของเด็ก โดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียน การศึกษาของ Adil และคณะ(2020)พบความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับค่า dmft ของเด็กก่อนวัยเรียน ( $r = -0.753$ ) กล่าวคือเมื่อผู้ปกครองมีความรู้ทางทันตสุขภาพสูงขึ้น เด็กจะมีปัญหาฟันผุลดลง ในทำนองเดียวกัน Sowmya และคณะ(2021) พบว่าคะแนน REALD-30 (เครื่องมือวัดความรู้ทางทันตสุขภาพ) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนน DMFT และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ (KAP) ของผู้ปกครอง ซึ่งส่งผลต่อประสบการณ์การเกิดฟันผุในเด็ก การศึกษาของฉัตรนภา จบศรี และ ภัทรพล มากมี (2565) พบว่าความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองใน 3 มิติ ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนได้ร้อยละ 31.6

## 2) ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ทางทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

### (1) ปัจจัยด้านการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจ

การศึกษาของ Adil และคณะ(2020) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ทางทันตสุขภาพ ( $r = 0.865$ ) โดยเด็กที่มีผู้ปกครองจบการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยมีค่า dmft ต่ำกว่าเด็กที่มีผู้ปกครองจบการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ สถานะการจ้างงานของผู้ปกครองยังมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางทันตสุขภาพ โดยเด็กที่มีผู้ปกครองมีงานทำมีค่า dmft ต่ำกว่าเด็กที่มีผู้ปกครองว่างงาน Chawtowska และคณะ(2022) ยังพบว่าสถานะสุขภาพช่องปากและสุขอนามัยช่องปากของเด็กมีความสัมพันธ์กับการศึกษาและสถานะทางเศรษฐกิจของผู้ปกครอง

### (2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

วีชรพล วิวรรณเถาว์ พันธุ์ และคณะ(2024)พบว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.025$ ) ในขณะที่ Baskaradoss และคณะ(2022)พบว่าเด็กที่แปรงฟันวันละสองครั้งหรือมากกว่ามีคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

### 3) ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางทันตสุขภาพ

การศึกษาของเก่งนิตี ทิละบาล (2024) แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครองของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p < 0.001$ ) โดยด้านความรู้ความเข้าใจเพิ่มจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ด้านการสื่อสารและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงจากระดับมากเป็นระดับน้อย

### 4) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

(1) การส่งเสริมความรอบรู้ทางทันตสุขภาพในผู้ปกครอง: ฉัตรนภา จบศรี และ ภัทรพล มากมี (2565)เสนอแนะให้ส่งเสริมให้ผู้ปกครองสามารถจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และเน้นให้ข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่ายแก่ผู้ปกครองที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี

(2) การส่งเสริมในสถานศึกษา:วีชรพล วิวรรณเถาว์ พันธุ์ และคณะ(2024) เสนอให้โรงเรียนมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และจัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

(3) การขยายผลโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้: เก่งนิตี ทิละบาล (2024) เสนอให้นำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ทันตสุขภาพไปใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น เนื่องจากมีประสิทธิผลในการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง ส่งผลให้เด็กมีสถานะความสะอาดช่องปากดีขึ้น

(4) การมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ: Chawtowska และคณะ(2022) เสนอว่าการปรับปรุงความรอบรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองสามารถทำได้ผ่านการมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ เช่น สูตินรีแพทย์ ผดุงครรภ์ และบุคลากรปฐมภูมิในความพยายามที่จะเพิ่มความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาด้านความรอบรู้ สรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองมีผลโดยตรงต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก โดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียน ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ทางทันตสุขภาพ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ และการจ้างงานของผู้ปกครอง การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครองและการสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรสุขภาพ สถานศึกษา และผู้ปกครอง จะช่วยปรับปรุงสุขภาพช่องปากของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 2.8.4 วิจัยที่เกี่ยวข้องด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

ปัญหาทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต พัฒนาการ และสุขภาพโดยรวมของเด็ก โดยเฉพาะในช่วงอายุ 3-5 ปีซึ่งเป็นระยะสำคัญของการพัฒนาการเรียนรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ในประเทศไทยและทั่วโลก โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนยังคงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีความชุกสูง แม้จะเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน ทั้งพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม และระบบบริการสุขภาพ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานที่สำคัญที่มีบทบาทในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่เด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากเด็กในวัยนี้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือสถานศึกษาระดับปฐมวัย การส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาทันตสุขภาพ และการพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสม

การทบทวนข้อค้นพบจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งจะนำไปสู่การออกแบบแนวทางและมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทันตสุขภาพในเด็กกลุ่มนี้ต่อไป เนื้อความส่วนนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งสรุปข้อค้นพบจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างรอบด้านเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งค้นพบประเด็นที่สำคัญดังนี้

##### 1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

ปัญหาทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการแปรงฟันที่ขาดประสิทธิภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก Panitan Sonpanao และ Santisith Khlewkhern (2019) การบริโภคอาหารรสหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยนี้ สุจิตรา ผิวสว่าง, ไพลิน อ่ำไพ, จุฑามาส ขุมทอง, วิจิตร ประดิษฐ์ศิลป์โชติ, และคณะ(2017) นอกจากนี้ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองมีอิทธิพลอย่างมากต่อทันตสุขภาพของเด็ก ซึ่งการศึกษาของ Kumar และคณะ(2021) พบว่าร้อยละ 98.5 ของผู้ปกครองไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ แม้ว่าเด็กถึงร้อยละ 76.8 ต้องการการรักษาทันตกรรมอย่างเร่งด่วน

##### 2. ปัจจัยด้านผู้ปกครองและผู้ดูแล

ผู้ปกครองและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อทันตสุขภาพของเด็ก ทั้งในแง่ของการรับรู้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพช่องปาก การศึกษาของ Sakamoto และคณะ

(2023) ยังพบว่าการศึกษาที่มารดาได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากในช่วงตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อตนเองและบุตร เช่น การพาบุตรเข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำหลังคลอด

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กพบว่า ความรู้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับทักษะและการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Parichat Thawornwong (2021) และทักษะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.265, p < 0.001$ ) (เหมพรหมราช, 2019)

### 3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลอย่างมากต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก การศึกษาของ (2017) พบว่าอายุของมารดา ระดับรายได้ และสถานะการทำงานมีผลต่อความชุกของฟันผุในวัยเด็ก โดยเฉพาะระดับการศึกษาของมารดาที่สูงกว่าระดับวิทยาลัยมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการเกิดฟันผุในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldfeld และคณะ(2019) ที่พบว่าเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมีโอกาสเกิดฟันผุสูงกว่าเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง (adjusted OR 1.92, 95% CI 1.49-2.46)

นอกจากนี้ Juliana Ribeiro Francelino Sampaio และคณะ(2023) ยังพบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำของหญิงตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพช่องปากทั้งก่อนและหลังคลอด (-0.19 และ -0.26 ตามลำดับ) รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย และการคลอดก่อนกำหนด

### 4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบายสาธารณะ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อสุขภาพช่องปากของเด็กรวมถึงการมีน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์และพฤติกรรมสุขภาพในครอบครัว การศึกษาของ Goldfeld และคณะ(2019) พบว่าการมีน้ำประปาที่เติมฟลูออไรด์ในระดับที่แนะนำช่วยลดโอกาสการเกิดฟันผุในเด็ก (adjusted OR 0.53, 95% CI 0.43-0.64) และเมื่อพิจารณาพร้อมกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่าเด็กในกลุ่มที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำที่ได้รับน้ำประปาที่มีฟลูออไรด์มีโอกาสเกิดฟันผุน้อยกว่าเด็กในกลุ่มเดียวกันที่ไม่ได้รับน้ำประปาที่มีฟลูออไรด์อย่างมีนัยสำคัญ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของมารดาหรือสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี Sakamoto และคณะ(2023) และการศึกษาของ Juliana Ribeiro Francelino Sampaio และคณะ(2023) พบว่าการใช้ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพช่องปากของมารดาทั้งก่อนและหลังคลอด

### 5. ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข

การเข้าถึงบริการทันตสุขภาพและการให้บริการแบบบูรณาการมีผลต่อทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน Juliana Ribeiro Francelino Sampaio และคณะ(2023) แสดงให้เห็นว่าการให้บริการทันตกรรมแบบบูรณาการและการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิดและการคลอดก่อนกำหนด บ่งชี้ว่าการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในระหว่างการฝากครรภ์มีส่วนช่วยให้ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์เป็นไปในทางบวก นอกจากนี้ การตรวจสุขภาพช่องปากประจำของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเกิดฟันผุในเด็ก Juliana Ribeiro Francelino Sampaio และคณะ(2023) และการสำรวจของ Kumar และคณะ

(2021)สะท้อนให้เห็นช่องว่างในระบบบริการทันตสุขภาพ เมื่อพบว่าเด็กส่วนใหญ่ต้องการการรักษาทางทันตกรรมอย่างเร่งด่วน แต่ผู้ปกครองเกือบทั้งหมดไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์

#### 6. ข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบ

จากข้อค้นพบด้านปัจจัยต่างๆ มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ดังนี้

1) การส่งเสริมให้ผู้ปกครองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก โดยส่งเสริมอาหารที่ไม่ก่อให้เกิดโรคฟันผุ และหลีกเลี่ยงขนมหวาน เหนียว ติดฟัน ปณิธาน สนพะเนา and คงเดช กล้าผจญ (2018)

2) การสร้างความตระหนักแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของอาหารที่มีน้ำตาลซูโครส สุจิตรา ผิวสว่าง, ไพลิน อำไพ, จุฑามาส ชุมทอง, วิจิตร ประดิษฐ์ ศิลปะโชติ, และคณะ(2017)

3) สถานศึกษาควรมีมาตรการในการกำกับดูแลการบริโภคขนมหวานของเด็ก และจัดให้มีการแปร่งฟันที่มีผู้สอนกำกับดูแลอย่างสม่ำเสมอ Negussie และคณะ(2024)

4) หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนอย่างเป็นประจำ และส่งเสริมการตรวจสุขภาพช่องปากของมารดาตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ (Sakamoto และคณะ, 2023; สุจิตรา ผิวสว่าง, ไพลิน อำไพ, จุฑามาส ชุมทอง, วิจิตร ประดิษฐ์ ศิลปะโชติ และคณะ 2017)

#### 2.8.5 วิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลวิธีการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถสรุปแนวทางสำคัญได้ 2 แนวทางหลัก ดังนี้

##### 2.8.5.1 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนาระบบดูแลทันตสุขภาพเด็กโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพซึ่งได้รับการยืนยันในหลายการศึกษา(กชปิญา ผดุงพันธ์ และคณะ, 2019; แดงแก้ว ธนัชพร & สุธีรวิทย์ พงศ์เทพ, 2022; ัญพิชชญา พิมพ์ดี, 2021; วิไลวรรณ เวียงดินคำ, 2021) กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 8 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทพื้นที่ 2) การวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกันและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) การดำเนินการตามแผน 5) การสังเกต ติดตามและประเมินผล 6) การเปรียบเทียบผล 7) การสรุปผล และ 8) การสะท้อนผลลัพธ์ร่วมกัน Panitan Sonpanao และ Santisith Khlewkhern (2019)

การศึกษาเหล่านี้ใช้วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยส่วนใหญ่ข้อมูลเชิงคุณภาพถูกวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ในบริบทจริง ชูเลิศ สีแสด และคณะ(2017)

##### 2.8.5.2 การจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

การทบทวนรูปแบบและประสิทธิผลของการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างกรอบแนวคิดวิจัยที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการที่ได้ผลและข้อจำกัดที่พบในบริบทต่างๆ การเข้าใจความหลากหลายของรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็นโปรแกรมการพัฒนาความรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หรือการบูรณาการเข้ากับระบบที่มีอยู่ จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถออกแบบการศึกษาที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของพื้นที่ และเหมาะสมกับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งการพัฒนาที่ตั้งอยู่บนฐานของการทบทวนรูปแบบและประสิทธิผลอย่างรอบด้านนี้จะนำไปสู่การสร้างระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความยั่งยืนและสามารถตอบสนองความท้าทายด้านทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพบรูปแบบและกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมทันตสุขภาพ ดังนี้

### 1) การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพ

การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลทันตสุขภาพเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ดังการศึกษาของอิตารัตน์ หมีแก้ว (2021) ที่พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง พบการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคฟันผุ ความคาดหวังในความสามารถ ความคาดหวังในประสิทธิผล และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฌักทพงษ์ หงษ์ทอง (2023) ที่ใช้โปรแกรมทันตสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มทดลองมีความสะอาดของฟันมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### 2) การส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพ

การส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพเป็นอีกแนวทางที่มีประสิทธิผล โดยเก่งนิติติละบาล (2024) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ทันตสุขภาพในผู้ปกครอง พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ( $p < .001$ ) รวมทั้งปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงจากระดับมากเป็นระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา จิตจง (2024) ที่พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากซึ่งมุ่งพัฒนาทักษะทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มควบคุม 2.80 คะแนน ( $p = .001$ ) และมีคะแนนคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 8.71 คะแนน ( $p < .001$ )

### 3) การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นอีกแนวทางที่มีประสิทธิผล ดังการศึกษาของศรสวรรค์ จันทร์ประเสริฐ (2022) ที่พบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ย

คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chompoovises Manassanunt และคณะ(2022) ที่พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย ประสบการณ์ความสำเร็จ การชักจูงด้วยคำพูด การเรียนรู้จากตัวแบบ การสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน และการฝึกทักษะการแปรงฟัน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก ( $p < .001$ )

#### 4) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ดังการศึกษาของวิไลวรรณ เวียงดินดำ (2021) ที่ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้น เด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีค่าฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวรลักษณ์ ยศพล และคณะ(2024) ที่พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผู้ปกครองมีคะแนนความรู้และเจตคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มสูงขึ้น และมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับดีมาก

#### 5) การบูรณาการทันตสุขภาพเข้ากับระบบการดูแลเด็กที่มีอยู่

การบูรณาการทันตสุขภาพเข้ากับระบบการดูแลเด็กที่มีอยู่เป็นแนวทางที่มีประสิทธิผล ดังการศึกษาของ Divyalalitha และคณะ(2020) ที่พบว่า การบูรณาการโมดูลทันตกรรมเข้ากับโครงการบริการพัฒนาเด็กแบบบูรณาการ (ICDS) ที่มีอยู่ ส่งผลให้เกิดการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนคราบจุลินทรีย์ ( $p = .001$ ) และความชุกของฟันผุ การอุดฟัน ฟันที่สูญเสีย เลือดออกที่เหงือก และรอยโรคในเยื่อเมือกช่องปาก ( $p = .001$ ) นอกจากนี้ Yusof และคณะ(2021) ได้เสนอโปรแกรม 'Senyuman Indah Milik Semua' (SIMS) หรือ 'รอยยิ้มสวยเพื่อทุกคน' ที่เน้นการทำงานร่วมกันของกลุ่มสามด้านประกอบด้วยทันตบุคลากร-ครู-ผู้ปกครอง ในการปรับปรุงระดับสุขอนามัยช่องปากของเด็ก

#### 6) การเพิ่มกิจกรรมระดับชุมชนเพื่อลดฟันผุในเด็ก

การเพิ่มกิจกรรมระดับชุมชนเป็นอีกแนวทางที่มีประสิทธิผล ดังการศึกษา Deghatipour และคณะ(2021) ที่พบว่า การดำเนินการแทรกแซงสุขภาพช่องปากตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึง 24 เดือนหลังคลอด โดยมีการส่งข้อความเกี่ยวกับโภชนาการและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากผ่านวิธีการที่หลากหลาย ทั้งวิธีแบบครอบคลุม การอภิปรายกลุ่มโดยทันตแพทย์ การให้ความรู้แบบตัวต่อตัวโดยผู้ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และการใช้เครือข่ายสังคม สามารถช่วยป้องกันฟันผุในเด็ก

#### 7) การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการเข้าถึงความรู้ด้านทันตสุขภาพ

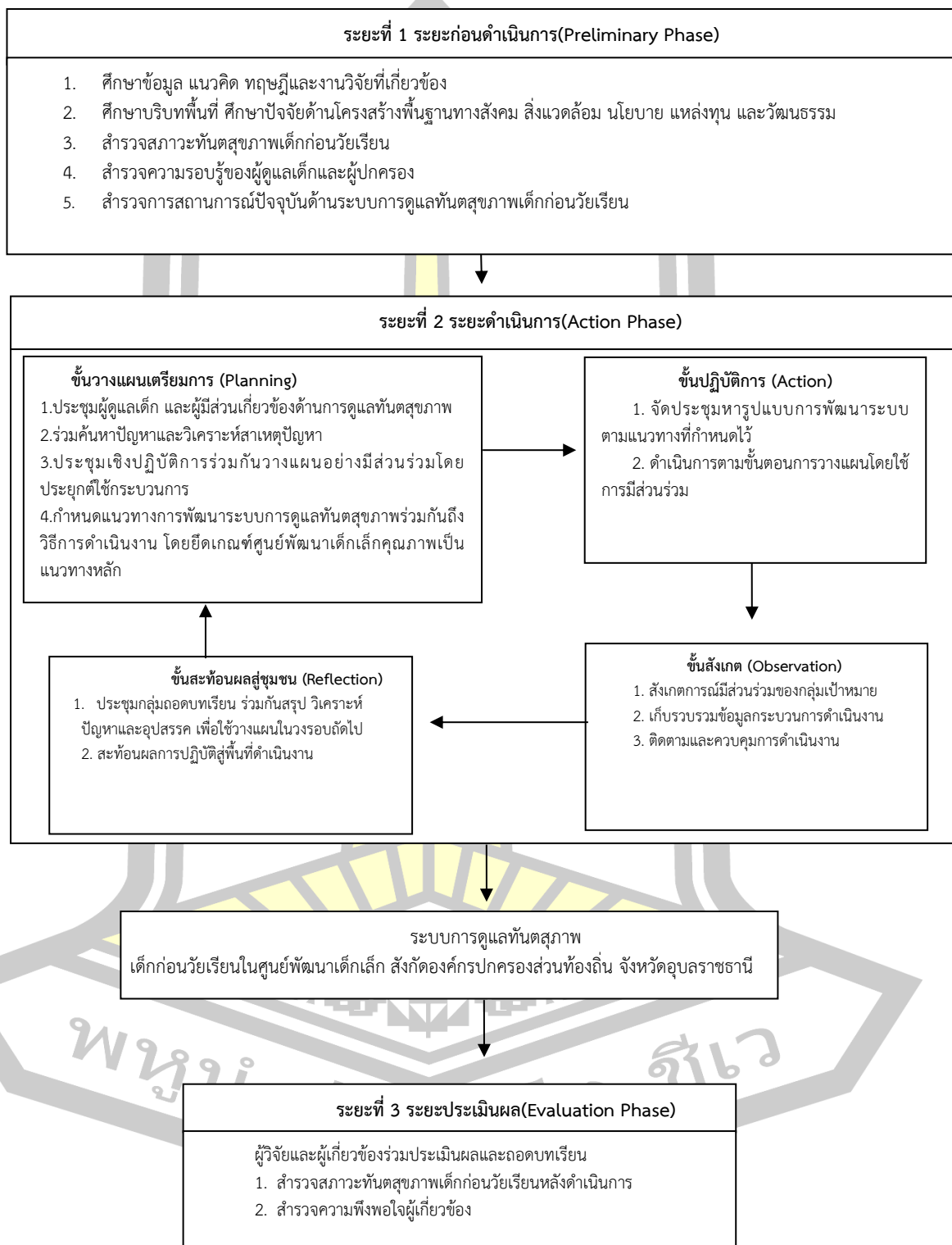
การใช้เทคโนโลยีเป็นอีกแนวทางที่มีประสิทธิผล ดังการศึกษาของ Thearawiboon Sunithi (2024) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยโดยใช้ Line Official Account "ดูแลฟันประชาธิปไตย" ในสถานการณ์โควิด-19 ได้รับความพึงพอใจในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 8.5 จาก 10 คะแนน) และมีความสะดวกในการใช้งานในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 8.7 จาก 10 คะแนน)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ารูปแบบและกิจกรรมที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนมีหลากหลาย ทั้งการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพ การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การบูรณาการทันตสุขภาพเข้ากับระบบการดูแลเด็กที่มีอยู่ การแทรกแซงระดับชุมชน และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการเข้าถึงความรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยรูปแบบและกิจกรรมเหล่านี้มีเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครองและเด็ก เพื่อลดปัญหาทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน

#### 2.8.5.3 สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาเชิงระบบในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายประการ ได้แก่ (1) การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสาธารณสุข ท้องถิ่น และสถานศึกษา ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง (2) ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีข้อจำกัดด้านความรู้ทางทันตสุขภาพ ส่งผลให้ขาดทักษะในการดูแลทันตสุขภาพเด็กอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลพบว่าความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองสามารถอธิบายพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กได้ถึงร้อยละ 31.6 (3) ขาดระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้งด้านนโยบาย สภาพแวดล้อม และกิจกรรมประจำวัน (4) ระบบการเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาทันตสุขภาพยังไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการดูแลอย่างทันที่ (5) ระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับบริการทันตกรรมยังไม่มีประสิทธิภาพ ดังข้อมูลพบว่าร้อยละ 98.5 ของผู้ปกครองไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ แม้เด็กจะมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา และ (6) การมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวในการดูแลทันตสุขภาพเด็กยังมีข้อจำกัด จากปัญหาเชิงระบบดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนแบบบูรณาการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่คำนึงถึงการพัฒนาความรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาระบบที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

## 2.9 กรอบแนวความคิดของการวิจัย



ภาพประกอบ 10 ภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

## บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาบทบาทผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการสร้างความเข้าใจและวิเคราะห์ การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี 4 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งมีระยะการดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

- 3.1 ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Preliminary Phase)
- 3.2 ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ (Action Phase)
- 3.3 ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล(Evaluation Phase)

### 3.1 ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น (Preliminary Phase)

ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการศึกษาบริบท สภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านโครงสร้างพื้นฐาน นโยบาย แหล่งทุนและวัฒนธรรม ที่ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีรายละเอียดขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### 3.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 3.1.1.1 เพื่อศึกษาปัญหาสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดอุบลราชธานี
- 3.1.1.2 เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
- 3.1.1.3 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยด้านระบบบริการที่ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

#### 3.1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กก่อนวัยเรียน, ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน, ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

- 3.1.1.1 ประชากร ได้แก่ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียน จากศูนย์พัฒนาเด็ก ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 45,887 คน และครูผู้ดูแล ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอม่วงสามสิบ อำเภอวารินชำราบ และอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 51 คน

#### 3.1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังนี้

- (1) เด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดอุบลราชธานี คำนวณได้

จากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) กลุ่มตัวอย่างนี้ใช้เพื่อสำรวจสถานะโรคฟันผุและแผ่นคราบจุลินทรีย์ จำนวน 498 คน โดยการแบ่งเป็น 3 กลุ่มอำเภอ รายละเอียดแสดงดังตาราง 3.1

- (1.1) เด็กก่อนวัยเรียนในอำเภอเขตเมือง จำนวน 283 คน
- (1.2) เด็กก่อนวัยเรียนในอำเภอเขตกึ่งเมือง จำนวน 145 คน
- (1.3) เด็กก่อนวัยเรียนในอำเภอเขตชนบท จำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร ดังนี้ปัญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2556)

$$n = \frac{[NZ^2\alpha/2\sigma^2]}{[e^2(N-1)+ Z^2\alpha/2\sigma^2]}$$

N = จำนวนประชากรทั้งหมด คือเด็กก่อนวัยเรียน ทั้งหมด 45,887 คน

n = ขนาดตัวอย่าง

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (5% ของ x เท่ากับ .05)

$\alpha$  = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % โดย  $\alpha/2 = .025$ ,  $Z^2\alpha/2 = 1.96$

$\sigma$  = ระดับของความแปรปรวน ได้จากการศึกษาของอติธยา ชุมศรี and วันเพ็ญ สมหอม (2019) เรื่องสถานะทันตสุขภาพนักเรียน พบความชุกของโรคฟันผุที่ร้อยละ 57.22 ( $\sigma = 0.572$ )

จากสูตรแทนค่าได้ดังนี้

$$n = \frac{[(45,887) \times (1.96)^2] \times (.572)^2}{[(0.05)^2 \times (45887-1)] + [(1.96)^2 \times (.572)^2]}$$

$$n = 57,675.83/116.00 = 497.21$$

ฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียนที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งสิ้น 498 คน การสุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียนใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi stage random sampling) ดังนี้

1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

(1) ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ เด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดอุบลราชธานี

(2) กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากอำเภวารินชำราบ อำเภอม่วงสามสิบ และอำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 498 คู่ (เด็กและผู้ปกครอง) ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1: การแบ่งชั้นภูมิตามลักษณะพื้นที่ (Stratified Sampling) ผู้วิจัยแบ่งอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานีออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะพื้นที่ ได้แก่ เขตเมือง เขตกึ่งเมือง และเขตชนบท โดยใช้เกณฑ์ด้านความหนาแน่นของประชากร ระบบสาธารณสุขพื้นฐาน และระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ จากนั้นเลือกอำเภอตัวแทนในแต่ละกลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ได้ดังนี้

เขตเมือง: อำเภอวารินชำราบ (ประชากรเด็กก่อนวัยเรียน 3,648 คน)

เขตกึ่งเมือง: อำเภอม่วงสามสิบ (ประชากรเด็กก่อนวัยเรียน 1,860 คน)

เขตชนบท: อำเภอนาเยีย (ประชากรเด็กก่อนวัยเรียน 905 คน)

ขั้นที่ 2: การกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ (Proportional Allocation) การกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ (อำเภอ) ใช้วิธีการจัดสรรตามสัดส่วนของประชากร (Proportional Allocation) โดยคำนวณจากสัดส่วนของประชากรเด็กก่อนวัยเรียนในแต่ละอำเภอ เทียบกับประชากรทั้งหมดในสามอำเภอ ได้ขนาดตัวอย่างดังนี้ อำเภอวารินชำราบ: 283 คน , อำเภอม่วงสามสิบ: 145 คน อำเภอนาเยีย: 70 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 498 คน (ตามตารางที่ 3.1)

ขั้นที่ 3: การสุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Cluster Sampling) ในแต่ละอำเภอที่เป็นตัวแทน ผู้วิจัยทำการสุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยแบ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประเภท (เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล) และสุ่มเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด ในแต่ละอำเภอด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

ขั้นที่ 4: เลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด ที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากทั้ง 3 อำเภอ

ขั้นที่ 5: การสุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและผู้ปกครอง (Systematic Random Sampling) ในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากขั้นที่ 4 ผู้วิจัยทำการสุ่มเด็กก่อนวัยเรียนโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ตามสัดส่วนจำนวนเด็กในแต่ละศูนย์ฯ เทียบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละอำเภอ โดยดำเนินการดังนี้:

- จัดทำรายชื่อเด็กก่อนวัยเรียนทั้งหมดในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- คำนวณช่วงของการสุ่ม (Sampling Interval) โดยหารจำนวนเด็กทั้งหมดในศูนย์ด้วยจำนวนตัวอย่างที่ต้องการจากศูนย์นั้น
- สุ่มตัวเลขเริ่มต้น (Random Start) ระหว่าง 1 ถึงค่าช่วงของการสุ่ม
- เลือกรายชื่อเด็กที่ตรงกับตัวเลขเริ่มต้น และนับต่อไปตามค่าช่วงของการสุ่มจนครบจำนวนที่ต้องการ

สำหรับผู้ปกครอง จะเลือกผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการสุ่มในข้างต้น โดยกำหนดให้เป็นบิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลักที่พาเด็กมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นประจำ ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามเขตอำเภอ

ลำดับที่	ประเภทอำเภอ	ชื่ออำเภอ	จำนวนเด็กก่อนวัยเรียน(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
1	อำเภอเขตเมือง	อำเภวารินชำราบ	3,648	283
2	อำเภอเขตกึ่งเมือง	อำเภอม่วงสามสิบ	1,860	145
3	อำเภอเขตชนบท	อำเภอนาเยีย	905	70
รวม			6,413	498

(2) กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน เป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการสุ่มวิธีการเดียวกับกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน มีจำนวนทั้งสิ้น 498 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi stage random sampling) เช่นเดียวกัน แสดงดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง

ลำดับที่	ประเภทอำเภอ	ชื่ออำเภอ	จำนวนผู้ปกครอง(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
1	อำเภอเขตเมือง	อำเภวารินชำราบ	3,648	283
2	อำเภอเขตกึ่งเมือง	อำเภอม่วงสามสิบ	1,860	145
3	อำเภอเขตชนบท	อำเภอนาเยีย	905	70
รวม			6,413	498

(3) กลุ่มครูผู้ดูแลเด็ก คำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบเดียวกันกับกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและกลุ่มผู้ปกครอง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย(Simple random sampling) มีรายละเอียดดังตาราง 4

ตารางที่ 3.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่างครูผู้ดูแลเด็ก

ลำดับที่	ประเภทอำเภอ	ชื่ออำเภอ	จำนวนผู้ดูแล(คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(คน)
1	อำเภอเขตเมือง	อำเภวารินชำราบ	34	24
2	อำเภอเขตกึ่งเมือง	อำเภอม่วงสามสิบ	28	20
3	อำเภอเขตชนบท	อำเภอนาเยีย	8	6
รวม			70	51

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

##### 1) เด็กก่อนวัยเรียน

- เด็กอายุ 3-5 ปีที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน จังหวัดอุบลราชธานี

- เด็กที่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย
- เด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการศึกษาได้

### 2) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน

- บิดา มารดา หรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กเป็นหลักในครอบครัว
- มีความเกี่ยวข้องกับเด็กกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งการพูด อ่าน และเขียน
- สมารถใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

### 3) ครูผู้ดูแลเด็ก

- เป็นครูที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วน จังหวัด  
อุบลราชธานี

- มีประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนไม่น้อยกว่า 1 ปี
- สมารถใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

#### 1) เด็กก่อนวัยเรียน

- เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม  
กิจกรรมหรือการประเมินผล

- เด็กที่มีโรคประจำตัวรุนแรงที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
- ผู้ปกครองยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ

#### 2) ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน

- ผู้ปกครองที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้อย่างต่อเนื่อง
- ผู้ปกครองที่ย้ายภูมิลำเนาออกนอกพื้นที่วิจัยระหว่างดำเนินการ
- ผู้ปกครองยกเลิกความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

#### 3) ครูผู้ดูแลเด็ก

- ครูผู้ดูแลเด็กที่มีแผนจะลาออกหรือย้ายสถานที่ทำงานภายในระยะเวลาทำการวิจัย
- ครูที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการ
- ครูยกเลิกความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

(4) กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการบริหาร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็กและตัวแทนผู้ปกครอง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน คัดเลือก  
กลุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน(Multi stage random sampling) มีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

#### วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) มี  
รายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1: การสุ่มอำเภอตามลักษณะพื้นที่ (Area-based Stratified Sampling)  
ผู้วิจัยได้แบ่งอำเภอในจังหวัดอุบลราชธานีออกเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะพื้นที่ ได้แก่ เขตเมือง เขตกึ่ง  
เมือง และเขตชนบท จากนั้นทำการคัดเลือกอำเภอตัวแทนในแต่ละกลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

(Simple Random Sampling) ได้อำเภอตัวแทนดังนี้ อำเภอวารินชำราบ (เขตเมือง), อำเภอม่วงสามสิบ (เขตกึ่งเมือง) และอำเภอนาเยีย (เขตชนบท)

ขั้นที่ 2: การสุ่มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยจำแนกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในแต่ละอำเภอที่สุ่มได้ตามประเภท (เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล) และทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากตามสัดส่วนจำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละประเภท อปท.

ขั้นที่ 3: การสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสุ่มในขั้นที่ 2 ผู้วิจัยทำการสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยจำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สุ่มในแต่ละ อปท. คำนวณตามสัดส่วนของจำนวนศูนย์ฯ ทั้งหมดในแต่ละประเภทพื้นที่

ขั้นที่ 4: การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 270 คน ประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ดังนี้:

1) กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกนายกและรองนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสุ่มในขั้นที่ 2 จำนวน 30 คน

2) กรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกประธานและกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการสุ่มในขั้นที่ 3 จำนวน 60 คน

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกทันตแพทย์ ทันตภิบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันตสุขภาพในพื้นที่ที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการสุ่มในขั้นที่ 3 จำนวน 30 คน

4) ครูผู้ดูแลเด็ก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกครูทุกคนที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการสุ่มในขั้นที่ 3 จำนวน 30 คน

5) ตัวแทนผู้ปกครอง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อผู้ปกครองจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการสุ่มในขั้นที่ 3 ตามสัดส่วนจำนวนเด็กในแต่ละศูนย์ฯ จำนวน 60 คน

6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับการสุ่มในขั้นที่ 3 ตามสัดส่วนจำนวนเด็กในแต่ละศูนย์ฯ จำนวน 60 คน

ทั้งนี้ การสุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอนดำเนินการภายใต้เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 270 คนนี้จะเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ตารางที่ 4 ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่าง	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	รวม
	วารินชำ ราบ(คน)	ม่วง สามสิบ (คน)	นาเยีย (คน)	(คน)
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือผู้อำนวยการ กองการศึกษา	10	14	6	30
กรรมการบริหารศูนย์ฯ	20	28	12	60
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร	10	14	6	30
ครูผู้ดูแลเด็ก	10	14	6	30
ตัวแทนผู้ปกครอง	20	28	12	60
อาสาสมัครสาธารณสุข	20	28	12	60
รวม	90	126	54	270

## เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
  - ดำรงตำแหน่งนายก รองนายก ปลัด หรือรองปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่การศึกษา
  - มีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งไม่น้อยกว่า 1 ปี
  - มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายด้านการดูแลสุขภาพเด็ก
  - สนับสนุนเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) กรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
  - เป็นประธานหรือกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่การศึกษา
  - มีประสบการณ์ในการเป็นกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่น้อยกว่า 6 เดือน
  - สนับสนุนเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
  - เป็นทันตบุคลากร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันตสุขภาพในพื้นที่การศึกษา
  - ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมการวิจัย
  - มีประสบการณ์ทำงานด้านทันตสุขภาพหรือสุขภาพเด็กไม่น้อยกว่า 1 ปี
  - สนับสนุนเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 4) ครูผู้ดูแลเด็ก
  - เป็นครูหรือผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่การศึกษา
  - มีประสบการณ์การดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่น้อยกว่า 6 เดือน

## การศึกษา

- สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาการวิจัย
- สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 5) ตัวแทนผู้ปกครอง
  - เป็นบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่กำลังศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่
  - ดูแลเด็กในชีวิตประจำวันและพาเด็กมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างสม่ำเสมอ
  - สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
  - สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
  - เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ
  - มีประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. อย่างน้อย 1 ปี
  - อายุระหว่าง 25-60 ปี
  - มีภูมิลำเนาหรือพักอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบอย่างน้อย 2 ปี

## เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) กลุ่มผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
  - มีแผนจะย้ายออกนอกพื้นที่หรือพ้นจากตำแหน่งในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย
  - ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง
  - ขอลถอนตัวจากการวิจัย
- 2) กรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
  - มีแผนจะลาออกจากตำแหน่งกรรมการในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย
  - ไม่สามารถเข้าร่วมการประชุมและกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้
  - ขอลถอนตัวจากการวิจัย
- 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
  - มีแผนจะย้ายสถานที่ปฏิบัติงานออกนอกพื้นที่วิจัยในช่วงดำเนินการวิจัย
  - ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง
  - ขอลถอนตัวจากการวิจัย
- 4) ครูผู้ดูแลเด็ก
  - มีแผนจะลาออกหรือย้ายสถานที่ทำงานในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย
  - ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง
  - ขอลถอนตัวจากการวิจัย
- 5) ตัวแทนผู้ปกครอง
  - มีแผนจะย้ายถิ่นที่อยู่หรือย้ายเด็กออกจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย
  - ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง
  - ขอลถอนตัวจากการวิจัย

#### 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้อย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาการศึกษา
- มีความบกพร่องทางการสื่อสารที่ไม่สามารถให้ความรู้และคำแนะนำแก่ชุมชนได้

อย่างมีประสิทธิภาพ

- ปฏิเสธการให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ยินดีให้ข้อมูลสำหรับการวิจัย

### 3.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนนี้ รายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน คือ แบบสำรวจโรคฟันผุและแบบบันทึกการตรวจหาแผ่นคราบจุลินทรีย์

2) เครื่องมือสำหรับผู้เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็ก ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก ทันตบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย 3 ชุด

ดังนี้

(1) ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบ

3) การดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ใช้สำหรับ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก ทันตบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด และแบบเลือกตอบ (Check list) ถ้ามีให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มี ให้ 0 คะแนน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ

การแปลความหมายของการได้รับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ด้านระบบบริการสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน และ ด้านสิ่งแวดล้อมโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนโดยแบ่งเกณฑ์ตามแนวคิดของ Bloom et al. (1971) ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง ดังนี้

เกณฑ์	ความหมายระดับการมีปัจจัยกำหนดสุขภาพ		
น้อยกว่า 60%	ของคะแนนเต็ม	หมายถึง	อยู่ในระดับต่ำ
≥ 60 - < 80%	ของคะแนนเต็ม	หมายถึง	อยู่ในระดับปานกลาง
≥ 80%	ของคะแนนเต็ม	หมายถึง	อยู่ในระดับสูง

(2) ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

ของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 58 ข้อ ประยุกต์ใช้จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565.) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert Type) คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลยประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพ ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน อาชีพ การศึกษาและรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้และความเข้าใจข้อมูลทันตสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการประเมินและสื่อสารสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 6 ข้อ

ส่วนที่ 7 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 4 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์	หมายถึง	คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	1 คะแนน

การแปลความหมายของข้อมูลระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพ

การแปลผลคะแนนโดยกำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนโดยแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565.) ดังนี้

เกณฑ์	ระดับความรู้
น้อยกว่า 60% ของคะแนนเต็ม	หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ระดับไม่ดี
≥ 60 - < 70% ของคะแนนเต็ม	หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ระดับพอใช้
≥ 70 - < 80% ของคะแนนเต็ม	หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ระดับดี
มากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของคะแนนเต็ม	หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก

(3) ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคอร์ท (Likert Type) คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์	หมายถึง	คะแนน
ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	1 คะแนน

การแปลความหมายระดับพฤติกรรมใช้เกณฑ์การแบ่งตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W. and Kahn, 1988) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดและหารด้วยจำนวนขั้นที่กำหนด โดยกำหนดจำนวนขั้นเป็น 3 ระดับ ดังนี้  $5-1/3 = 1.33$  จะได้เกณฑ์ระดับพฤติกรรม ดังนี้

ผลรวมคะแนนเฉลี่ย	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเหงือกอักเสบ
คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00	มีความหมาย มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67	มีความหมาย มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33	มีความหมาย มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพระดับปรับปรุง

### 3.1.4 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยพิจารณารายละเอียดจากความมุ่งหมายของการวิจัย ขั้นตอนนี้มีดังนี้

3.1.4.1 ศึกษาจากทฤษฎี ข้อบังคับ ระเบียบ แผนการปฏิบัติงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1.4.2 พิจารณารายละเอียดจากกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.1.4.3 สร้างและปรับปรุงเครื่องมือแล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบ

3.1.4.4 นำเครื่องมือไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในด้าน ความตรงเชิงเนื้อหา(Validity) รูปแบบและความเหมาะสมของภาษา

3.1.4.5 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ศูนย์พัฒนาเด็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเดชอุดม จำนวน 30 คน และนำเครื่องมือไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือทางสถิติแล้วนำมาปรับปรุง

3.1.4.6 วิธีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามสำหรับข้อความที่ใช้วัดความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพ นำมาวิเคราะห์คุณภาพข้อความ โดยวิเคราะห์หาความเที่ยง(Reliability) ด้วยวิธี KR20 (Kuder-Richardson method) และสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาช (Cronbach ,s Alpha Coefficient)(บุญชม ศรีสะอาด, 2543)

3.1.4.7 นำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ

3.1.4.8 นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

### 3.1.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยในขั้นตอนนี้ มีขั้นตอนดังนี้

3.1.5.1 ความตรง (Validity) โดยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ ในการทำวิจัยตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความตรงเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์ (Criterion-related Validity) และตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการหาความตรง และครอบคลุมตามเนื้อหา และโครงสร้างที่ต้องการจะวัด ของแบบสอบถาม แต่ละข้อและรวมทุกข้อเป็นเครื่องมือทั้งหมด จากผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ โดย กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาตัดสิน ดังนี้

ให้ +1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือสามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถาม คำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย จากผลการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้นำไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาและ โครงสร้างได้จากสูตรของ Rowinelli และ Hambleton (Rovinelli & Hambleton, 1977)

$$IOC = \sum R / N$$

เมื่อ IOC = ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนความคิดเห็นรวมของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ซึ่งสูตรของ Rovinelli and Hambleton (1977) กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหา หากข้อคำถาม คำตอบใดที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะทำการพิจารณาสร้างข้อคำถามนั้นๆใหม่โดยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหา ที่ต้องการศึกษา ก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในการสร้างแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาเอกสาร จากตำราวิชาการ วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทันตสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน มากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ซึ่งได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ

3.1.5.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) การหาค่าความเชื่อมั่นของข้อมูล ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพและความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2543) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านระบบบริการ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.725 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.709 ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.794 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.858

### 3.1.6 ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังการตรวจสอบปรับปรุง และแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วจึงดำเนินการศึกษาวิจัยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 3.1.6.1 ศึกษาบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน
- 3.1.6.2 สํารวจข้อมูลเชิงปริมาณด้านปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน นโยบาย แหล่งทุน และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนสำหรับผู้บริหารโรงเรียน ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร ผู้ปกครองและผู้นำชุมชน
- 3.1.6.3 สํารวจแผ่นคราบจุลินทรีย์และความชุกของโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน
- 3.1.6.4 สํารวจความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมกาการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนกับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก
- 3.1.6.5 ศึกษารูปแบบและสภาพระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
- 3.1.6.6 ศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่มีผลต่อการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

### 3.1.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

- 3.1.7.1 สถิติวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง(IOC)(บุญชม ศรีสะอาด, 2543)
- 3.1.7.2 สถิติการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือใช้ KR20 (Kuder-Richardson method) และสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2543)
- 3.1.7.3 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics Analysis) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย(mean) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standart divation)
- 3.1.7.4 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) (อรุณ จิรวัด นกุล, 2552) ประกอบด้วย
  - 1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson's product moment correlation coefficient ) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
  - 2) วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis: MRA) ซึ่งเป็นการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม (Dependent Variable) หนึ่งตัวแปร กับตัว แปรอิสระ (Independent Variable) ตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้ ในการทดสอบสมมุติฐานหากทราบค่าตัวแปรหนึ่งก็จะทำนายอีกตัวแปรหนึ่งได้

## 3.2 ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ (Action Phase)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาข้อสรุปและแนวทางการพัฒนาระบบระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน มีรายละเอียดดังนี้

### 3.2.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

3.2.1.1 เพื่อพัฒนาระบบระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

### 3.2.2 ประชากร

3.2.2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก ทันตบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน จากศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

3.2.2.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากรและผู้นำชุมชน โดยคัดเลือกจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กที่สุ่มได้จากขั้นตอนที่ 1(Preliminary phrase) จำนวน 1 ศูนย์พัฒนาเด็ก โดยคัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กบ้านแมต ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion Criteria) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับศูนย์พัฒนาเด็ก มีดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือก

1. คุณสมบัติด้านสถานที่
  - เป็นศูนย์พัฒนาเด็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
  - มีระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กอยู่แล้ว
  - ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามยินยอม
2. คุณสมบัติด้านบุคลากร
  - มีคณะกรรมการผู้บริหารศูนย์ฯและครูผู้ดูแลเด็กพร้อมให้ความร่วมมือ
  - มีทันตบุคลากรประจำพื้นที่
  - มีอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน
3. คุณสมบัติด้านข้อมูล
  - มีข้อมูลพื้นฐานด้านทันตสุขภาพเด็ก
  - สามารถเปิดเผยข้อมูลเพื่อการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ด้านการบริหาร
  - ผู้บริหารถอนตัวจากโครงการ

- ขาดความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย
- เปลี่ยนผู้รับผิดชอบหลักระหว่างการวิจัย
- 2. ด้านข้อมูล
  - ข้อมูลไม่สมบูรณ์
  - ไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
  - มีการปกปิดข้อมูลที่สำคัญ
- 3. ด้านการปฏิบัติ
  - ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด
  - มีอุปสรรคที่ขัดขวางการดำเนินงานวิจัย
  - เกิดเหตุสุดวิสัยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาวิจัย

### 3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

- ระบบ
- เรียน
- 3.2.3.1 แบบสนทนากลุ่ม (Group Discussions) เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการพัฒนา
- 3.2.3.2 แบบสังเกต (Observation) การมีส่วนร่วมด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัย
- 3.2.3.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เกี่ยวกับแนวทางร่วมกันในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ประเด็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างประกอบด้วย 1)ระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก 2)บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน 3)การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน 4) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยกำหนด รหัสผู้ถูกสัมภาษณ์ ดังนี้
1. ADM01 = ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
  2. TD01 = ทันตบุคลากร
  3. TCH01-2 = ครูผู้ดูแลเด็ก
  4. CHC01-5 = คณะกรรมการบริหารศูนย์
  5. HV01-5 = อาสาสมัครสาธารณสุข
  6. PC01-18 = ผู้ปกครองเด็ก

### 3.2.4 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยพิจารณารายละเอียดจากความมุ่งหมายของการวิจัย ขั้นตอนนี้มีดังนี้

- 3.2.4.1 ศึกษาจากทฤษฎี ข้อบังคับ ระเบียบ แผนการปฏิบัติงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 3.2.4.2 พิจารณารายละเอียดจากกรอบแนวคิดในการวิจัย

3.2.4.3 สร้างและปรับปรุงเครื่องมือแล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านเพื่อตรวจสอบ

3.2.4.4 นำเครื่องมือไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในด้าน ความตรงเชิงเนื้อหา(Validity) รูปแบบ และความเหมาะสมของภาษา

3.2.4.5 นำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ

3.2.4.6 นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

### 3.2.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)(Cohen L. (1994)) ดังนี้

3.2.5.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการ (Multiple methods) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธี คือ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต เพื่อศึกษาสภาพการณ์และความต้องการของการพัฒนา

3.2.5.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลมากกว่า 1 แหล่ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวลา สถานที่ และบุคคลที่แตกต่างกัน

### 3.2.6 ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

การดำเนินการพัฒนาในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้เลือกใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis&McTaggart (S. Kemmis & R McTaggart, 1988) ประกอบด้วยขั้นตอนดำเนินการพัฒนาดังนี้

#### 3.2.6.1 ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วย

- 1) ดำเนินประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อประชุมกลุ่มย่อย
- 2) จัดเตรียมเอกสารแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกการประชุมและแบบสังเกต
- 3) ดำเนินการจัดการประชุมกลุ่มย่อย เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยกำหนดเป้าหมายของแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพพร้อมกับชุมชน ซึ่งเป้าหมายที่ต้องการคือ

- (1) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
- (2) มีศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก
- (3) ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
- (4) มีระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่ชุมชนมีส่วนร่วม
- 4) สัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการดำเนินงานที่ผ่านมา

### 3.2.6.2 ชั้นลงมือปฏิบัติ(Action)

1) จัดประชุมหารูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลทันตเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดยการประชุมประกอบด้วย ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย เพื่อร่วมกันเสนอแนวคิดในการจัดทำแผนการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ให้มีรูปแบบชัดเจน ให้เป็นแผนการดำเนินงานที่สามารถนำไปปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมต่อไป โดยเน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง

2) ดำเนินการตามขั้นตอนที่ได้กำหนดแผนโดยใช้การมีส่วนร่วม

### 3.2.6.3 ชั้นสังเกตการณ์(Observation)

1) สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายระหว่างการดำเนินการพัฒนาระบบ  
2) เก็บรวบรวมข้อมูลกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

3) ติดตามและควบคุมการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพ

### 3.2.6.4 ชั้นสะท้อนผล(Reflection)

1) ประชุมกลุ่มย่อยถอดบทเรียนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สรุปและสะท้อนผลการดำเนินการสู่พื้นที่

### 3.2.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในขั้นตอนนี้ เป็นการนำข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(Content analysis) โดยการนำข้อมูลจากแนวคำถามจากการสังเกต การสัมภาษณ์ มารวบรวมตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และพิจารณาเชิงเหตุผล พร้อมทั้งสรุปประเด็นเขียนตามกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาหาวิธีการแก้ไขและพัฒนาให้ดีขึ้น

## 3.3 ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาประเมินผล (Evaluation Phase)

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์ผลการพัฒนาระบบมีรายละเอียดดังนี้

### 3.3.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

3.3.1.1 เพื่อศึกษาสถานะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนหลังดำเนินการ

3.3.1.2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพหลังการดำเนินการพัฒนา

**3.3.2 ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้ เป็นประชากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กบ้านแมต ที่ใช้ในการดำเนินการระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลหลังดำเนินการพัฒนา จำนวน 51 คน ประกอบด้วย

- 1) เด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 18 คน
- 2) ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 18 คน
- 3) ครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 2 คน
- 4) คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก 5 คน
- 5) ผู้บริหารเทศบาลตำบลเมืองศรีโค จำนวน 2 คน
- 6) อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5 คน
- 7) ทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค จำนวน 1 คน

### 3.3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนหลังดำเนินการ ประกอบด้วย แบบสำรวจโรคฟันผุ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจ ในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนสำหรับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) มีจำนวน 14 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน		ความพึงพอใจ
5	หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
4	หมายถึง	พึงพอใจมาก
3	หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
2	หมายถึง	พึงพอใจน้อย
1	หมายถึง	พึงพอใจน้อยที่สุด

การแปลผลของช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน		ความหมายระดับความพึงพอใจ
3.50 – 5.00	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
3.50 – 3.49	หมายถึง	ระดับมาก
2.50 – 3.49	หมายถึง	ระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	หมายถึง	ระดับน้อย
1.00 – 1.49	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด

### 3.3.4 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย พิจารณารายละเอียดจากความมุ่งหมายของการวิจัยซึ่งได้ดำเนินการเสร็จสิ้นในขั้นการดำเนินการวิจัยขั้นที่ 1

### 3.3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยในขั้นตอนนี้ ใช้ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากขั้นตอนการดำเนินการวิจัยขั้นที่ 1 โดยการหาค่าความตรง(Validity) ซึ่งกำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป(Rovinelli and Hambleton (1977) และมีความเชื่อมั่น (Reliability) ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (บุญชม ศรีสะอาด, 2543)

### 3.3.6 ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นดังต่อไปนี้

3.3.6.1 สํารวจสภาวะโรคฟันผุและแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนหลังดำเนินการ

3.3.6.2 ประเมินความพึงพอใจ

### 3.3.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

3.3.7.1 สถิติการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)(บุญชม ศรีสะอาด, 2543)

3.3.7.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือใช้ KR20 (Kuder-Richardson method) และสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2543)

3.3.7.3 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics Analysis) ได้แก่ จำนวนร้อยละ(percentage) ค่าเฉลี่ย(mean) และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation )

## 3.8 จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 423-410/2566 รับรอง ในวันที่ 18 ตุลาคม 2566 ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เลขที่ 286-069/2568 รับรองในวันที่ 23 เมษายน 2568 ในระหว่างยังไม่สิ้นสุดการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับให้ผู้ปกครองและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบอย่างชัดเจน พร้อมทั้งขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยเน้นย้ำว่าการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่ระบุตัวบุคคล และใช้รหัสแทนชื่อจริงในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจและให้บริการทันตกรรมแก่เด็กดำเนินการโดยทันตบุคลากรที่มีทันตแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพควบคุมดูแล และคำนึงถึงความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุดของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นสำคัญ

## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การศึกษาพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ(Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน สภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็ก และกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็ก จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม 1) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก ทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็กและตัวแทนผู้ปกครองเด็กเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพ จำนวน 270 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงและอย่างง่าย 2) กลุ่มผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 498 คน 3) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านแมด จำนวน 15 คน ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบของตารางประกอบการบรรยาย และการพรรณนากระบวนการพัฒนา โดยผลการวิจัยจะนำเสนอผลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 4.1 ผลการศึกษาด้านข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
- 4.2 ผลการศึกษาสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
- 4.3 ผลการศึกษาความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก
- 4.4 ผลการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

### 4.1 ผลการศึกษาด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

4.1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 270 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.07) มีอายุเฉลี่ย 42.26 ปี (S.D. = 6.76) โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 43.33) มีสถานภาพสมรส/คู่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.93) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด (ร้อยละ 37.78) มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-17,490 บาทเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.63) โดยมีรายได้มีฐาน 10,000

บาท และกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายในด้านสถานะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วยกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในสัดส่วนที่เท่ากัน (กลุ่มละร้อยละ 22.22) รวมทั้งครูผู้ดูแลเด็ก ทันตบุคลากร ผู้อำนวยการกองการศึกษา นายกองค้การบริหารส่วนท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสัดส่วนที่น้อยลงตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้เกี่ยวข้องับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n=270)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
- ชาย	43	15.93
- หญิง	227	84.07
<b>2. อายุ</b>		
- ต่ำกว่า 31 ปี	7	2.59
- อายุระหว่าง 31 – 40 ปี	112	41.48
- อายุระหว่าง 41 – 50 ปี	117	43.33
- มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	34	12.59
MEAN = 42 ปี ,SD= 6.76 ,Range = 32 ปี Min = 28 ปี , Max = 60 ปี		
<b>3. สถานภาพ</b>		
- โสด	59	21.85
- คู่, สมรส	178	65.93
- หม้าย, หย่า, แยก	33	12.22
<b>4. ระดับการศึกษา</b>		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	6	2.22
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	36	13.33
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	22	8.15
- อนุปริญญา (ปวส.)	70	25.93
- ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	102	37.78
- ปริญญาโท	20	7.41
- อื่นๆ เช่น ประถมศึกษา	14	5.18
<b>5. อาชีพ</b>		
- ไม่ได้ทำงาน	3	1.11
- รับจ้าง	82	30.37
- เกษตรกรรม	48	17.78
- ค้าขาย	26	9.63
- แม่บ้าน	1	0.37
- รับราชการ	58	21.48
- อื่นๆ เช่น ธุรกิจส่วนตัว	35	12.96

ตารางที่ 5 (ต่อ)จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n =270)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>6. รายได้</b>		
- 5,000 – 17,490 บาท	188	69.63
- 17,491 – 29,980 บาท	39	14.45
- 29,981 – 42,470 บาท	31	11.48
- 42,471 – 54,960 บาท	12	4.44
Median = 10,000 บาท , Range= 49,960, Min = 5,000 บาท , Max = 54,960 บาท		
<b>7. สถานะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน</b>		
- ครูผู้ดูแลเด็ก	30	11.11.
- กรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก	60	22.22
- อาสาสมัครสาธารณสุข	60	22.22
- ทันตบุคลากร	28	10.37
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2	0.74
- นายกองค้การบริหารส่วนท้องถิ่น	10	3.71
- ผู้อำนวยการกองการศึกษา	20	7.41
- ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน	60	22.22

#### 4.1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n=270) พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้ามีความพร้อมในเชิงบุคลากรอย่างมาก โดยมีทันตบุคลากรรับผิดชอบดูแลเด็กโดยเฉพาะ (ร้อยละ 99.63) มีการพัฒนาศักยภาพครูและผู้ดูแลเด็ก (ร้อยละ 100.00) และมีบุคลากรเพียงพอ (ร้อยละ 97.04) ขณะที่มิจุดอ่อนด้านงบประมาณ โดยเฉพาะงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (ร้อยละ 60.37) และงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ (ร้อยละ 59.26) ด้านกระบวนการให้บริการมีจุดแข็งในกิจกรรมส่งเสริมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน (ร้อยละ 100.00) การประสานงานกับทันตบุคลากรในพื้นที่ (ร้อยละ 94.44) การให้ความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (ร้อยละ 94.81) และการควบคุมอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (ร้อยละ 96.67) แต่มีข้อจำกัดสำคัญคือขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 8.15) ส่วนด้านผลลัพธ์การให้บริการพบว่าเด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ (ร้อยละ 100.00 ทั้งสองรายการ) มีการรายงานสรุปสถานการณ์โรคในช่องปากประจำปี (ร้อยละ 96.30) แต่ยังมีข้อจำกัดในการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม (ร้อยละ 58.89) และการติดตามผลการรักษาและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 48.89) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n =270)

ข้อ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ	มี		ไม่มี		ไม่แน่ใจ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ด้านปัจจัยนำเข้าระบบการบริการทันตสุขภาพ</b>							
1	มีทันตบุคลากร (ทันตแพทย์/ทันตบุคลากร) ที่รับผิดชอบดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยเฉพาะ	269	99.63	1	0.37	0	0.00
2	มีการพัฒนาศักยภาพครูและผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้และทักษะในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก	270	100.00	0	0.00	0	0.00
3	มีบุคลากรเพียงพอในการให้บริการทันตสุขภาพแก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	262	97.04	8	2.96	0	0.00
4	มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานทันตสุขภาพเด็กในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	244	90.37	26	9.63	0	0.00
5	มีงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นสำหรับโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก	163	60.37	107	39.63	0	0.00
6	มีงบประมาณเพียงพอในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทันตสุขภาพสำหรับเด็ก	160	59.26	110	40.74	0	0.00
7	มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็ก	269	99.63	1	0.37	0	0.00
8	มีสื่อให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับเด็กก่อนวัยเรียน	212	28.52	58	21.48	0	0.00
9	มีวัสดุอุปกรณ์ส่งเสริมทันตสุขภาพเพียงพอสำหรับเด็กทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	254	94.07	16	5.93	0	0.00

ตารางที่ 6 (ต่อ)จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n =270)

ข้อ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ	มี		ไม่มี		ไม่แน่ใจ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>ด้านกระบวนการให้บริการทันตสุขภาพ</b>						
10	มีแผนงานและกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กที่ชัดเจนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	236	87.41	34	12.59	0	0.00
11	มีระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านทันตสุขภาพเด็กเมื่อแรกรับเข้าศูนย์	243	90.00	27	10.00	0	0.00
12	มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการแปรงฟันที่ถูกวิธีหลังอาหารกลางวันทุกวันในศูนย์	270	100.00	0	0.00	0	0.00
13	มีระบบการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปยังหน่วยบริการทันตกรรม	216	80.00	54	20.00	0	0.00
14	มีการประสานงานกับทันตบุคลากรในพื้นที่เพื่อวางแผนการดูแลทันตสุขภาพเด็ก	255	94.44	15	5.56	0	0.00
15	มีการให้ความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก	256	94.81	14	5.19	0	0.00
16	มีระบบควบคุมอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	261	96.67	2	3.33	0	0.00
17	มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพเด็กอย่างสม่ำเสมอ	22	8.15	248	91.85	0	0.00
18	มีการพัฒนาศักยภาพครูและผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมและดูแลทันตสุขภาพเด็ก	234	86.67	36	13.33	0	0.00

ตารางที่ 6 (ต่อ)จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (n =270)

ข้อ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ	มี		ไม่มี		ไม่แน่ใจ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
19	มีแนวทางช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเด็กมีปัญหาเร่งด่วนด้านทันตสุขภาพในศูนย์	226	83.70	44	16.30	0	0.00
	<b>ด้านผลลัพธ์การให้บริการด้านทันตสุขภาพ</b>						
20	เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	100	0.00	0	0.00	0	0.00
21	เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ	100	0.00	0	0.00	0	0.00
22	มีรายงานสรุปสถานการณ์โรคในช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประจำปี	260	96.30	10	3.70	0	0.00
23	เด็กที่ตรวจพบปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม	159	58.89	111	41.11	0	0.00
24	มีการติดตามผลการรักษาและป้องกันโรคในช่องปากของเด็กอย่างต่อเนื่อง	132	48.89	138	51.11	0	0.00

#### 4.1.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพแสดงให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของผู้ปกครอง (ร้อยละ 75.56) โดยใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลัก (ร้อยละ 53.70) รองลงมาคือรถยนต์ส่วนตัวและรถรับจ้าง (ร้อยละ 19.63 และ 18.15 ตามลำดับ) ในด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่เคยได้รับการติดตามและดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 87.04) และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.07) เคยได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และสื่อทางทันตสุขภาพสำหรับกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยได้รับอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากครบทุกศูนย์ (ร้อยละ 100) และได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 96.30) และบริการทาฟลูออไรด์วานิช (ร้อยละ 96.67) ในสัดส่วนที่สูงเช่นกัน แหล่งสนับสนุนหลักมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 81.48) และองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น (ร้อยละ 60.37) อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 9.63 ที่รายงานว่ามีความเพียงพอของอุปกรณ์และสื่อทางทันตสุขภาพที่ได้รับ ขณะที่ร้อยละ 53.33 รายงานว่าเพียงพอ ที่เหลือรายงานว่าเพียงพอบางส่วนหรือไม่เพียงพอ (ร้อยละ 18.15 และ 18.19 ตามลำดับ) ทั้งนี้ ทุกศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ร้อยละ 100) เคยได้รับการตรวจเยี่ยมจากหน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ (n =270)

ตัวแปรปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม	จำนวน	
	คน	ร้อยละ
<b>การเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ</b>		
1. กรณีที่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กต้องไปรับบริการบริการด้านทันตกรรมใครเป็นผู้พาเด็กไปรับบริการ		
. ครูผู้ดูแลเด็ก	66	24.44
ผู้ปกครองของเด็ก	204	75.56
2. กรณีที่พาเด็กไปรับบริการด้านทันตกรรม ท่านเดินทางด้วยพาหนะชนิดใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
รถจักรยาน	23	8.52
รถจักรยานยนต์	145	53.70
รถยนต์ส่วนตัว	53	19.63
รถรับจ้าง	49	18.15
<b>การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</b>		
3. ศูนย์พัฒนาเด็กเคยได้รับการติดตาม ตรวจเยี่ยม การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ จากบุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล หรือชุมชน หรือไม่		
ไม่เคย	35	12.96
เคย	235	87.04
4. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่านเคยได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และสื่อทางทันตสุขภาพสำหรับดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือไม่		
ไม่เคย	16	5.93
เคย	254	94.07

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ (n =270)

ตัวแปรปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม	จำนวน	
	คน	ร้อยละ
5. การสนับสนุนด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่ท่านเคยได้รับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน)	270	
- สื่อให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ (แผ่นพับ โปสเตอร์ วิดีโอ)	157	58.15
- การอบรมให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก	258	95.56
- การจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	175	64.81
- บริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กโดยทันตบุคลากร	260	96.30
- บริการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ	261	96.67
- บริการเคลือบหลุมร่องฟัน	118	43.70
- งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	139	51.48
- การส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปยังสถานพยาบาล	176	65.19
- ระบบการนัดหมายและติดตามการรักษาทางทันตกรรม	169	62.59
- การจัดอาหารว่างและอาหารกลางวันที่เหมาะสมต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	194	71.85
- คู่มือการดูแลทันตสุขภาพเด็กสำหรับผู้ปกครองและครู	96	35.56
6. หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนอุปกรณ์และสื่อทางทันตสุขภาพแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่าน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	220	81.48
- โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป	101	37.41
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	78	28.89
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	77	28.52
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	163	60.37
- สถาบันการศึกษา (มหาวิทยาลัย/วิทยาลัย)	90	33.33
- องค์กรไม่แสวงผลกำไร/มูลนิธิ	12	4.44
7. ความเพียงพอของอุปกรณ์และสื่อทางทันตสุขภาพที่ได้รับ		
- เพียงพอมาก	26	9.63
- เพียงพอ	144	53.33
- เพียงพอบางส่วน	49	18.15
- ไม่เพียงพอ	51	18.19

ตารางที่ 7 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ (n =270)

ตัวแปรปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม	จำนวน	
	คน	ร้อยละ
8.ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เคยได้ออกมาให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กของท่าน หรือไม่		
- ไม่เคย	0	0.00
- เคย	270	100.00

#### 4.1.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลทันตสุขภาพ โดยพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กมีนโยบายหรือแผนงานด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร (ร้อยละ 85.93) มีผู้รับผิดชอบหลักด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็ก (ร้อยละ 87.41) มีระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กเมื่อแรกรับเข้าศูนย์ (ร้อยละ 84.44) และมีแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากเป็นรายบุคคล (ร้อยละ 92.96) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีระบบส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปยังหน่วยบริการทันตกรรม (ร้อยละ 95.19) มีแนวทางการจัดการเมื่อเด็กมีอาการปวดฟันหรือมีปัญหาสุขภาพช่องปากในเวลาเรียน (ร้อยละ 93.33) และมีระบบการให้ข้อมูลและคำแนะนำด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครอง (ร้อยละ 97.04) ที่น่าสนใจคือมีการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กในระดับสูง (ร้อยละ 97.41) และการบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับทันตสุขภาพในหลักสูตรการเรียนการสอน (ร้อยละ 90.41) ส่วนปัจจัยที่มีความพร้อมต้องปรับปรุง ได้แก่ ระบบการแจ้งเตือนผู้ปกครองเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก (ร้อยละ 22.22) ระบบการจัดเก็บข้อมูลด้านทันตสุขภาพเด็กในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (ร้อยละ 54.81) ระบบการประเมินความรู้และพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 74.44) และมาตรการเฝ้าระวังโรคในช่องปากอย่างเป็นระบบ (ร้อยละ 72.22) ดังตารางที่ 8

พูน ปรน ทิโต ชิว

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแล  
ทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน (n =270)

ข้อ	ข้อความคำถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้าน ทันตสุขภาพ	มี		ไม่มี	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	นโยบายหรือแผนงานด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร	232	85.93	38	14.07
2.	ผู้รับผิดชอบหลักด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	236	87.41	34	12.59
3.	ระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กเมื่อแรกรับเข้าศูนย์	228	84.44	42	15.56
4.	แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากของเด็กเป็นรายบุคคล	251	92.96	19	7.04
5.	ตารางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพประจำปี	229	84.81	41	15.19
6.	ระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพ	244	90.37	41	9.63
7.	ระบบส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปยังหน่วยบริการทันตกรรม	257	95.19	13	4.81
8.	ระบบการประสานงานกับหน่วยงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่	224	82.96	46	17.04
9.	ทะเบียนเครือข่ายทันตบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	243	90.00	27	10.00
10.	ตารางการเยี่ยมให้บริการของทันตบุคลากรที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	220	81.48	50	18.52
11.	แผนการจัดอบรมให้ความรู้ครูและผู้ดูแลเด็กด้านทันตสุขภาพ	254	94.07	16	5.93
12.	ระบบการจัดเก็บข้อมูลด้านทันตสุขภาพเด็กในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์	148	54.81	122	45.19
13.	ระบบการแจ้งเตือนผู้ปกครองเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก	60	22.22	210	77.78
14.	แนวทางการจัดการเมื่อเด็กมีอาการปวดฟันหรือมีปัญหาสุขภาพช่องปากในเวลาเรียน	252	93.33	18	6.67
15.	ระบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานด้านทันตสุขภาพของบุคลากรในศูนย์	158	58.52	112	41.48
16.	แผนการจัดสรรงบประมาณสำหรับวัสดุอุปกรณ์ด้านทันตสุขภาพประจำปี	219	81.11	51	18.89

ตารางที่ 8 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน(n =270)

ข้อ	ข้อความคำถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ	มี		ไม่มี	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ระบบบริหารจัดการอุปกรณ์ทางทันตสุขภาพให้เพียงพอและเหมาะสม	236	87.41	34	12.59
18.	ระบบการประเมินความรู้และพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กอย่างสม่ำเสมอ	201	74.44	69	25.56
19.	ระบบการให้ข้อมูลและคำแนะนำด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครอง	262	97.04	8	2.96
20.	การประชุมร่วมกันระหว่างบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและทันตบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ	260	96.30	10	3.70
21.	มาตรการการเฝ้าระวังโรคในช่องปากอย่างเป็นระบบ	195	72.22	75	27.78
22.	การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็ก	263	97.41	7	2.56
23.	การบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับทันตสุขภาพในหลักสูตรการเรียนการสอน	244	90.37	26	9.63
24.	การประเมินผลความสำเร็จของระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กประจำปี	181	67.04	89	32.96

#### 4.2 ผลสำรวจสถานะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนดำเนินการ

ผลการสำรวจสถานะโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนใน 3 อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 498 คน พบว่า โรคฟันผุยังคงเป็นปัญหาทันตสุขภาพที่สำคัญ โดยมีเด็กที่มีฟันผุจำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 57.83 ของเด็กทั้งหมด เมื่อพิจารณาแยกรายอำเภอพบว่า อำเภอม่วงสามสิบมีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงที่สุด (ร้อยละ 68.28) รองลงมาคืออำเภอนาเยีย (ร้อยละ 55.71) และอำเภวารินชำราบมีอัตราการเกิดโรคฟันผุต่ำที่สุด (ร้อยละ 53.00) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของพินัยมบุตรของเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แยกรายอำเภอ (n = 498)

อำเภอ	พินัยมบุตร		ไม่มีพินัยมบุตร	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อำเภวารินชำราบ	150	53.00	133	47.00
อำเภอม่วงสามสิบ	99	68.28	46	31.72
อำเภอนาเยีย	39	55.71	31	44.29
รวม	288	57.83	210	42.17

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

#### 4.3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n=498) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 85.82 และเพศชายเพียงร้อยละ 14.18 มีอายุเฉลี่ย 40.45 ปี (S.D. = 12.17) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 35.94) รองลงมาคือ 51 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 21.89) และ 41-50 ปี (ร้อยละ 20.88) ตามลำดับ

ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 77.51) รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 12.05) และม่าย, หย่าร้าง, และแยกกันอยู่ มีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 3.82, 3.61 และ 3.01 ตามลำดับ)

ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 36.55) รองลงมาคืออาชีพอื่นๆ เช่น ว่างาน ช่างไฟ (ร้อยละ 30.92) ค้าขาย (ร้อยละ 11.25) และเกษตรกร (ร้อยละ 10.64) ส่วนอาชีพอื่นๆ มีสัดส่วนที่น้อยกว่า

ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 32.53) รองลงมาคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 21.69) มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 19.48) และมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 16.47) ตามลำดับ

ด้านรายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 7,875-15,249 บาท (ร้อยละ 52.41) รองลงมาคือ 500-7,874 บาท (ร้อยละ 43.17) โดยมีค่ามัธยฐานของรายได้อยู่ที่ 9,000 บาท

ความสัมพันธ์กับเด็กและการเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 54.62) รองลงมาคือญาติอื่นๆ เช่น ตายาย ป้า ลุง น้ำ อา (ร้อยละ 37.15) และบิดา (ร้อยละ 8.23)

ประสบการณ์การเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ปกครอง พบว่าส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการ (ร้อยละ 83.94) มีเพียงร้อยละ 16.04 ที่ไม่เคย โดยประเภทบริการทันตกรรมที่เด็กเคยได้รับ โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ตรวจฟัน (ร้อยละ 60.64) เคลือบฟลูออไรด์ (ร้อยละ 52.41) อุดฟัน (ร้อยละ 46.39) ขูดหินปูน (ร้อยละ 10.00) และถอนฟัน (ร้อยละ 7.23) โดยไม่มีผู้ใดเคยได้รับการรักษารากฟัน

ในกรณีที่เด็กต้องไปรับบริการทันตกรรม พบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองเด็กเป็นผู้พาไป (ร้อยละ 74.90) และครูผู้ดูแลเด็กพาไป (ร้อยละ 25.10) โดยใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลัก (ร้อยละ 59.24) รองลงมาคือรถยนต์ส่วนตัว (ร้อยละ 25.30)

ด้านการรับข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับข้อมูลจากสื่อออนไลน์ (ร้อยละ 71.49) รองลงมาคือโทรทัศน์ (ร้อยละ 42.18) แผ่นพับ/ป้ายไว้นิล (ร้อยละ 20.49) นิตยสารทั่วไป (ร้อยละ 13.25) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 3.21) ส่วนทันตบุคลากรหรือทันตแพทย์เป็นแหล่งข้อมูลที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 1.20)

ด้านการอบรมความรู้ด้านทันตสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 62.45) โดยได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด (ร้อยละ 78.31) รองลงมาคือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 37.35) และโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลประจำอำเภอ (ร้อยละ 6.83) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n = 498)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	77	14.18
- หญิง	421	85.82
2. อายุ		
- อายุต่ำกว่า 31 ปี	106	21.29
- 31 – 40 ปี	179	35.94
- 41 – 50 ปี	104	20.88
- 51 ขึ้นไป	109	21.89
Mean = 40.45, S.D. = 12.17, Max = 77, Min = 21		
3. สถานภาพสมรส		
- โสด	60	12.05
- สมรส	386	77.51
- หย่าร้าง	18	3.61
- ม่าย	19	3.82
- แยกกันอยู่	15	3.01

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n = 498)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. อาชีพหลักของผู้ปกครอง		
รับจ้าง	182	36.55
เกษตรกร	53	10.64
- ค้าขาย	56	11.25
- ลูกจ้าง(โรงงาน)	7	1.41
- ผู้สูงอายุ	23	4.62
- แม่บ้าน	14	2.81
- รับราชการ	4	0.80
- รัฐวิสาหกิจ	5	1.00
- อื่นๆ ได้แก่ ว่างาน ช่างไฟ	154	30.92
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	0.60
ประถมศึกษา	108	21.69
มัธยมศึกษาตอนต้น	82	16.47
มัธยมศึกษาตอนตอนปลาย	97	19.48
ปวส./ อนุปริญญา	21	4.21
ปริญญาตรี	25	5.02
สูงกว่าปริญญาตรี	162	32.53
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
500 - 7,874 บาท	215	43.17
7,875 - 15,249 บาท	261	52.41
15,250 - 22,624 บาท	18	3.61
22,625 บาทขึ้นไป	4	0.81
Median = 9,000 , Range =29,500 , Max = 30,000 , Min = 500		
7. ความสัมพันธ์กับเด็ก		
-บิดา	41	8.23
-มารดา	272	54.62
-อื่นๆ ระบุ ตา ยาย ป้า ลุง น้ำ อา	185	37.15
8. การเข้ารับบริการทางทันตกรรมของผู้ปกครอง		
-เคย	418	83.94
-ไม่เคย	80	16.04

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 498)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. การรับบริการทางทันตกรรมที่เด็กเคยได้รับ		
-ตรวจฟัน		
-เคย	302	60.64
-ไม่เคย	196	39.36
-เคลือบฟลูออไรด์		
-เคย	261	52.41
-ไม่เคย	237	47.59
-อุดฟัน		
-เคย	267	46.39
-ไม่เคย	231	53.61
-ขูดหินปูน		
-เคย	50	10.00
-ไม่เคย	448	90.00
-ถอนฟัน		
-เคย	36	7.23
-ไม่เคย	462	92.77
-รักษารากฟัน		
-เคย	0	0.00
-ไม่เคย	498	100.00
10. กรณีที่เด็กต้องไปรับบริการด้านทันตกรรม ใครเป็นผู้พาเด็กไปรับบริการ		
ครูผู้ดูแลเด็ก	125	25.10
ผู้ปกครองเด็ก	373	74.90
11. กรณีที่พาเด็กไปรับบริการด้านทันตกรรม ท่านเดินทางด้วยพาหนะชนิดใด		
รถจักรยาน	24	4.82
รถจักรยานยนต์	295	59.24
รถยนต์ส่วนตัว	126	25.30
รถรับจ้าง	24	4.82
12. ในรอบ 1 ปี ท่านเคยได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน หรือไม่		
ไม่เคย	187	37.55
- เคย	311	62.45
13. ท่านเคยได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนจากหน่วยงานใดบ้าง		
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	390	78.31
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	186	37.35

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 498)

ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลประจำอำเภอ	34	6.83
- สำนักงานสาธารณสุข	2	0.40
14. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- โทรทัศน์	210	42.18
- สื่อออนไลน์โซเชียลมีเดีย เช่น เฟสบุค ยูทูบ	356	71.49
- แผ่นพับ ป้ายไวนิล	102	20.49
- นิตยสารทั่วไป	66	13.25
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	16	3.21
- ทันตบุคลากร หรือทันตแพทย์	6	1.20

#### 4.3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ด้านที่ 1 ด้านความรู้ความเข้าใจทางทันตสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในด้านความรู้ความเข้าใจทางทันตสุขภาพ (n=498) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจถูกต้องมากที่สุด คือ การพาเด็กก่อนวัยเรียนไปรับการตรวจช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 82.73) รองลงมาคือ การแนะนำให้พาเด็กไปพบทันตแพทย์เมื่อพบว่ามีอาการเหงือกบวมแดงหรือมีเลือดออก ร้อยละ 76.91 และทราบว่าเด็กควรแปรงฟันในช่วงเวลาหลังอาหารเช้าและก่อนนอน ร้อยละ 76.51 ดังตารางที่ 4.7

ประเด็นที่มีความรู้ความเข้าใจถูกต้องน้อยที่สุด คือ การเลือกใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 38.55 รองลงมาคือ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบ้วนปากหลังรับประทานอาหารช่วยทำความสะอาดฟันและเศษอาหาร ร้อยละ 34.34 และความเข้าใจว่าการแปรงฟันไม่สามารถรักษาโรคฟันผุได้ ร้อยละ 34.94 ดังตารางที่ 4.7

นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถูกต้องในระดับปานกลางเกี่ยวกับลักษณะของแปรงสีฟันที่ดี ร้อยละ 73.09 การใช้เวลาในการแปรงฟันสำหรับเด็กอย่างน้อย 2 นาที ร้อยละ 66.87 (และความรู้เรื่องฟันแท้ซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ 6-7 ปี ร้อยละ 65.06 ดังตารางที่ 4.7

ประเด็นเรื่องการจัดเก็บอุปกรณ์แปรงสีฟันอย่างถูกวิธี มีผู้ตอบถูกร้อยละ 51. และการใช้ยาสีฟันในปริมาณที่เหมาะสมสำหรับเด็กอายุ 3-5 ขวบ มีผู้ตอบถูกร้อยละ 42.57 สำหรับการเปลี่ยนแปรงสีฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนเมื่อขนแปรงบานหรือทุกๆ 3 เดือน มีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 14.66 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก  
ด้านความรู้ความเข้าใจ (n = 498)

ข้อความ	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ฟันน้ำนมมีทั้งหมด 20 ซี่	317	63.65
2. ฟันแท้ซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ 6-7ปี	324	65.06
3. ยาสีฟันที่ควรเลือกใช้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนควรมีส่วนผสมของฟลูออไรด์	192	38.55
4. เด็กอายุ 3-5 ขวบ ควรใช้ยาสีฟันขนาดเท่ากับ ความยาวของแปรง	212	42.57
5. การทำแปรงฟันที่เหมาะสมของเด็กก่อนวัยเรียนควรแปรงด้วยวิธีถูไป - ถู มา สั้นๆ ในแนวนอน	294	59.04
6. ควรใช้เวลาในการแปรงฟันสำหรับเด็กอย่างน้อย 2 นาที	333	66.87
7. แปรงสีฟันที่ดีควรมีลักษณะ ด้ามแปรงตรง ขนแปรงไม่แข็งหรืออ่อนเกินไป	364	73.09
8. วิธีการจัดเก็บอุปกรณ์ แปรงสีฟัน แก้วน้ำ และผ้าเช็ดหน้าของเด็กคือ เก็บ แยกกันในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น และตั้งหัวแปรงสีฟันขึ้น	256	51.41
9. เราควรเปลี่ยนแปรงสีฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนเมื่อขนแปรงบานหรือทุกๆ 3 เดือน	73	14.66
10. เด็กควรแปรงฟันในช่วงเวลาหลังอาหารเช้าและก่อนนอน เท่านั้น	117	23.49
11. ถ้าท่านตรวจพบเด็กก่อนวัยเรียนเป็นโรคฟันผุควรให้เด็กแปรงฟัน จะ สามารถรักษาโรคฟันผุได้	174	34.94
12. การบ้วนปากหลังรับประทานอาหารจะช่วยทำความสะอาดฟันและเศษ อาหาร	171	34.34
13. ถ้าเด็กก่อนวัยเรียน มีเหงือกลักษณะบวมแดง มีเลือดออก เราควรพาเด็กไป พบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษา	115	23.09
14. อาหารประเภท ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ ไม่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็ก	331	66.47
15. เราควรพาเด็กก่อนวัยเรียนไปรับการตรวจช่องปาก อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง	412	82.73

4.3.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ด้านที่ 2 - 6 ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และความรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก

ด้านการเข้าถึงข้อมูลการบริการสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางด้านทันตสุขภาพ พบประเด็นที่น่าสนใจที่สุด คือ การตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยผู้ปกครองและครูมีพฤติกรรมการตรวจสอบข้อมูลทุกครั้งร้อยละ 36.14 และบ่อยครั้งร้อยละ 37.15 ( $\bar{X} = 4.00$ , S.D. = 0.97) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์ก่อนการใช้งาน อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในการค้นหาและ

เลือกแหล่งข้อมูลทันที โดยร้อยละ 37.75 แทบไม่ได้ทำเลย และร้อยละ 32.53 ทำนานๆ ครั้ง ( $\bar{X} = 4.00$ , S.D. = 0.98) และยังประสบปัญหาในการค้นหาข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็กจากแหล่งต่างๆ โดยร้อยละ 17.07 พบปัญหาทุกครั้งและร้อยละ 29.92 พบปัญหาบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 2.62$ , S.D. = 1.09) ดังตารางที่ 4.8

#### ด้านการสื่อสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ การเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟังจนเข้าใจ โดยร้อยละ 22.89 ทำทุกครั้งและร้อยละ 28.71 ทำบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.63$ , S.D. = 0.99) ส่วนประเด็นการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพื่อประเมินสุขภาพช่องปากเด็กยังมีน้อย โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 41.36 ทำนานๆ ครั้ง และร้อยละ 21.08 แทบไม่ได้ทำเลย ( $\bar{X} = 2.29$ , S.D. = 0.96) นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการเข้าใจเอกสารแนะนำเรื่อง การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยร้อยละ 5.62 ไม่เข้าใจทุกครั้งและร้อยละ 16.87 ไม่เข้าใจบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 2.91$ , S.D. = 0.97) ดังตารางที่ 4.8

#### ด้านการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ประเด็นที่น่าสนใจที่สุด คือ การมีวิธีการจัดการเพื่อให้เด็กยอมแปรงฟันด้วยวิธีที่ดีที่สุด เด็ก โดยร้อยละ 29.32 ทำทุกครั้งและร้อยละ 32.93 ทำบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.85$ , S.D. = 0.93) การ ทบทวนวิธีการแปรงฟันเด็กตามที่ได้ตั้งใจไว้ก็อยู่ในระดับที่ดี โดยร้อยละ 27.31 ทำทุกครั้งและร้อยละ 36.95 ทำบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.79$ , S.D. = 0.98) ซึ่งจะช่วยให้การแปรงฟันของเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่ากังวล คือ การหมั่นสังเกตความผิดปกติของสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนและการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมเมื่อพบปัญหา ทั้งสองประเด็นนี้มีผู้ทำทุกครั้งเพียง ร้อยละ 7.83 และทำบ่อยครั้งร้อยละ 13.05 ( $\bar{X} = 2.72$ , S.D. = 1.10) ดังตารางที่ 4.8

#### ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ การหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อสินค้าเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็ก โดยร้อยละ 28.71 ทำทุกครั้งและร้อยละ 35.14 ทำบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.80$ , S.D. = 1.02) และการพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนด้วยเหตุผลก่อนนำไปทำตามก็อยู่ในระดับที่ดี โดยร้อยละ 29.92 ทำทุกครั้งและร้อยละ 30.92 ทำบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.71$ , S.D. = 1.12) อย่างไรก็ตาม การประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพก่อนที่จะทำตามยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 10.84 ทำทุกครั้ง และร้อยละ 20.08 ทำบ่อยครั้ง ในขณะที่ร้อยละ 12.85 แทบไม่ได้ทำเลย ( $\bar{X} = 2.98$ , S.D. = 1.16) ดังตารางที่ 4.8

#### ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน

ประเด็นที่น่าสนใจที่สุด คือ การเลือกวิธีดึงดูดความสนใจเด็กโดยให้เลือกแก้วหัดดื่มหรือ ตกแต่งแก้วเองเพื่อช่วยเด็กที่ยังเลิกขวดนมไม่ได้ โดยร้อยละ 35.94 ทำทุกครั้งและร้อยละ 35.74 ทำ

บ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.96$ , S.D. = 1.01) และ การตักเตือนและให้เด็กเลี้ยงไปทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปากแทนเมื่อพบเด็กรับประทานอาหารที่มีรสหวานก็อยู่ในระดับที่ดี โดยร้อยละ 33.53 ทำทุกครั้งและร้อยละ 26.71 ทำบ่อยครั้ง ( $\bar{X} = 3.82$ , S.D. = 1.04) อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่ากังวล คือ การให้ความร่วมมือแก่เจ้าหน้าที่เมื่อมีทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินกิจกรรมตรวจฟันแก่เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 18.27 ทำทุกครั้งและร้อยละ 13.65 ทำบ่อยครั้ง ในขณะที่ร้อยละ 13.86 แทบไม่ได้ทำเลย ( $\bar{X} = 3.04$ , S.D. = 1.27) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านทันตสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n = 498)

ข้อความ	ระดับความถี่การปฏิบัติ					Mean	S.D.
	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	แทบ ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)		
<b>ตอนที่ 2 การเข้าถึง</b>							
<b>ข้อมูลการบริการสุขภาพ</b>							
<b>ช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>							
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลทันต สุขภาพเด็ก ท่านสามารถ ค้นหาและเลือก แหล่งข้อมูลได้ที่ บ่อยครั้งแค่ไหน	188 (37.75)	162 (32.53)	112 (22.49)	30 (6.02)	6 (1.21)	4.00	0.98
2. เมื่อท่านต้องการข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลทันต สุขภาพเด็ก ท่านสามารถ ค้นหาและเลือก แหล่งข้อมูลได้ที่ บ่อยครั้งแค่ไหน	129 (25.90)	183 (36.75)	133 (26.71)	44 (8.84)	9 (1.81)	3.76	0.99
3. เมื่อต้องการข้อมูล สุขภาพช่องปากเด็ก ผู้ปกครองสามารถค้นหา ข้อมูลหรือ สอบถามผู้อื่น จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย บ่อยครั้งแค่ไหน	21 (4.22)	86 (17.27)	157 (31.53)	149 (29.92)	85 (17.07)	2.62	1.09

ตารางที่ 12 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n=498)

ข้อความ	ระดับความถี่การปฏิบัติ					Mean	S.D.
	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	แทบ ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)		
4. ท่านตรวจสอบข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็ก เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองให้ถูกต้อง โดยสืบค้นหรือสอบถามข้อมูลจากหลายแหล่งบ่อยครั้งแค่ไหน	128 (25.70)	141 (28.31)	177 (35.54)	52 (10.44)	0 (00.00)	3.69	0.97
5. ท่านตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กจนเชื่อว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน	180 (36.14)	185 (37.15)	97 (19.48)	27 (5.42)	9 (1.81)	4.00	0.97
6. เมื่อต้องการรับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ท่านจะไปพบทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรบ่อยครั้งแค่ไหน	145 (29.12)	173 (34.74)	101 (20.28)	70 (14.06)	9 (1.81)	3.75	1.08
7. ท่านจะเลือกช่องทางติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากกับผู้รู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้หายสงสัยได้เป็นอันดับแรกบ่อยครั้งแค่ไหน	106 (21.29)	164 (32.93)	171 (34.34)	44 (8.83)	13 (2.61)	3.61	0.99

ตารางที่ 12 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n=498)

ข้อความ	ระดับความถี่การปฏิบัติ					Mean	S.D.
	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	แทบ ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)		
<b>ตอนที่ 3 การสื่อสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>							
1. เมื่อท่านรับฟังคำแนะนำเรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จากบุคคลต่าง ๆ แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจ เนื้อหาบ่อยแค่ไหน	88 (17.67)	77 (15.46)	219 (43.97)	64 (12.85)	50 (10.04)	3.18	1.17
2. ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟัง จนเขาเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน	114 (22.89)	143 (28.71)	191 (38.35)	41 (8.23)	9 (1.80)	3.63	0.99
3. ท่านขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อประเมินสุขภาพช่องปากเด็กบ่อยครั้งแค่ไหน	10 (2.01)	44 (8.84)	133 (26.71)	206 (41.36)	105 (21.08)	2.29	0.96
4. ท่านได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่อง การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจบ่อยครั้งแค่ไหน	28 (5.62)	84 (16.87)	249 (50.00)	91 (18.27)	46 (9.24)	2.91	0.97
5. ท่านโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านการดูแลทันตสุขภาพในเด็กที่ถูกต้อง บ่อยครั้งแค่ไหน	65 (13.05)	156 (31.33)	189 (37.95)	63 (12.65)	25 (5.02)	3.35	1.02

ตารางที่ 12 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n=498)

ข้อความ	ระดับความถี่การปฏิบัติ					Mean	S.D.
	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	แทบ ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)		
<b>ตอนที่ 4 การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>							
1. ท่านวางแผน ทำกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับเด็ก เช่น ตรวจช่องปากเด็ก จัดอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพปากของเด็ก บ่อยครั้งแค่ไหน	83 (16.67)	84 (16.87)	154 (30.92)	78 (15.66)	99 (19.88)	2.95	1.34
2. ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ เพื่อป้องกันปัญหาโรคในช่องปากที่อาจเกิดขึ้นได้ บ่อยครั้งแค่ไหน	39 (7.83)	65 (13.05)	178 (35.74)	148 (29.72)	68 (13.66)	2.72	1.10
3. เมื่อท่านพบว่า เด็กไม่ยอมแปรงฟัน ท่านมีวิธีการจัดการ เพื่อให้เด็กยอมแปรงฟัน ด้วยวิธีที่ดีต่อเด็ก บ่อยครั้งแค่ไหน	146 (29.32)	164 (32.93)	155 (31.12)	32 (6.43)	1 (0.20)	3.85	0.93
4. ท่านทบทวนวิธีการแปรงฟันเด็กตามที่ตั้งใจไว้ เพื่อป้องกันโรคฟันผุ และการมีสุขภาพช่องปากที่ดี บ่อยครั้งแค่ไหน	136 (27.31)	184 (36.95)	119 (23.89)	57 (11.45)	2 (0.40)	3.79	0.98
5. ท่านจัดหาเปลี่ยนแบบอ่อนนุ่มให้เด็ก บ่อยครั้งแค่ไหน	113 (22.69)	197 (39.56)	139 (27.91)	34 (6.83)	15 (3.01)	3.72	0.99

ตารางที่ 12 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n=498)

ข้อความ	ระดับความถี่การปฏิบัติ					Mean	S.D.
	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	แทบ ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)		
6. ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก เพื่อให้เกิดการแปรงฟัน และ ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้สำเร็จได้มากขึ้น บ่อยครั้งแค่ไหน	122 (24.50)	175 (35.14)	123 (24.70)	71 (14.26)	7 (1.40)	3.67	1.04
7. ท่านจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน โดยไม่จัดอาหารที่อาจทำให้เกิดโรคฟันผุ บ่อยครั้งแค่ไหน	112 (22.49)	197 (39.56)	138 (27.71)	36 (7.23)	15 (3.01)	3.71	0.99
8. เมื่อท่านตรวจพบปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ ท่านพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม บ่อยแค่ไหน	39 (7.83)	65 (13.05)	178 (35.74)	148 (29.72)	68 (13.66)	2.72	1.10
<b>ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>							
1. ท่านประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ เช่น ทันตแพทย์ ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนที่จะทำตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	54 (10.84)	100 (20.08)	188 (37.75)	92 (18.48)	64 (12.85)	2.98	1.16

ตารางที่ 12 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n=498)

ข้อความ	ระดับความถี่การปฏิบัติ					Mean	S.D.
	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	แทบ ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)		
2. ท่านพิจารณาข้อดี ข้อเสียของข้อมูลด้านการ ดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อน วัยเรียนที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะนำไปทำตาม บ่อยครั้งแค่ไหน	149 (29.92)	154 (30.92)	111 (22.29)	71 (14.26)	13 (2.61)	3.71	1.12
3. เมื่อท่านเห็นโฆษณา สินค้า เกี่ยวกับสุขภาพ ช่องปากเด็ก ทางโทรทัศน์ หรือทางอินเทอร์เน็ตและ เกิดความสนใจ ท่านหา ข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อ ตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้ง แค่ไหน	143 (28.71)	175 (35.14)	127 (25.50)	43 (8.64)	10 (2.01)	3.80	1.02
4. เมื่อเห็นโฆษณาสินค้า ในที่สาธารณะ หรือจาก เว็บไซต์และเกิดความ สนใจในสินค้านั้น ท่าน ตั้งใจไปหาข้อมูลเพิ่มเติม จากแหล่งอื่น เพื่อ ประเมินความ น่าเชื่อถือ ก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้ง แค่ไหน	106 (21.29)	171 (34.34)	143 (28.71)	67 (13.45)	11 (2.21)	3.59	1.04

ตารางที่ 12 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n=498)

ข้อความ	ระดับความถี่การปฏิบัติ					Me an	S.D.
	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	แทบ ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)		
5. ท่านได้แลกเปลี่ยน พูดคุย วิพากษ์ วิचारณ์ แนวทางการดูแลทันต สุขภาพเด็กที่เหมาะสมกับ ผู้อื่น โดยที่มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับ ก่อนตัดสินใจเชื่อและ ปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ ไหน	88 (17.67)	141 (28.31)	188 (37.75)	63 (12.65)	18 (3.62)	3.44	1.04
6. ท่านได้แลกเปลี่ยน พูดคุย วิพากษ์ วิचारณ์ แนวทางการดูแลทันต สุขภาพเด็กที่เหมาะสมกับ ผู้อื่น โดยที่มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับ ก่อนตัดสินใจเชื่อและ ปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ ไหน	134 (26.91)	168 (33.73)	138 (27.71)	48 (9.64)	10 (2.01)	3.74	1.02
<b>ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>							
1. เมื่อเด็กในการดูแล ของท่านมีอาการปวดฟัน ท่านจะตัดสินใจปรึกษา ทันตแพทย์ หรือ ทันต บุคลากรทันที บ่อยแค่ไหน	163 (32.73)	128 (25.70)	133 (26.71)	59 (11.85)	15 (3.01)	3.7	1.1

ตารางที่ 12 (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง (n=498)

ข้อความ	ระดับความถี่การปฏิบัติ					Mean	S.D.
	ทุกครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	แทบ ไม่ได้ทำ จำนวน (ร้อยละ)		
2. เมื่อพบเด็กของท่าน รับประทานอาหารที่มีรส หวาน เหนียวติดฟัน ท่าน จะตัดสินใจโดยการ ตักเตือน พร้อมให้เด็ก เสีงไปทานอาหารที่ดีต่อ สุขภาพช่องปากแทน	167 (33.53)	133 (26.71)	147 (29.52)	43 (8.63)	8 (1.61)	3.82	1.04
3. ผู้ปกครองเลือกวิธี ดึงดูดความสนใจเด็ก โดย ให้เลือกแก้วหัดดื่มหรือ ตักแต่งแก้วเอง เพื่อช่วย เด็กที่ท่านดูแลไม่ยอม เลิกขวดนม แต่ยังไม่ เลิก	179 (35.94)	178 (35.74)	87 (17.47)	49 (9.84)	5 (1.01)	3.96	1.01
4. เมื่อมีทันตบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ดำเนินกิจกรรมตรวจ ฟันแก่เด็กก่อนวัยเรียนใน ศูนย์พัฒนาเด็ก ท่านยินดี ให้ความร่วมมือเจ้าหน้าที่	91 (18.27)	68 (13.65)	177 (35.54)	93 (18.68)	69 (13.86)	3.04	1.27

4.3.4 ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านทัศนสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n=498) พบว่า

ด้านความรู้ความเข้าใจทางทัศนสุขภาพ พบว่า ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางทัศนสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี ถึงร้อยละ 58.84 รองลงมาคือมีความรู้ระดับพอใช้ร้อยละ 28.91 มีเพียงร้อยละ 4.62 เท่านั้นที่มีความรู้ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 1.58$ , S.D. = 0.82)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า มีความรอบรู้ในระดับดีมากร้อยละ 33.53 และระดับดีร้อยละ 25.30 รวมกันเป็นร้อยละ 58.83 ( $\bar{X} = 2.83$ , S.D. = 1.01)

ด้านการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับพอใช้ถึงร้อยละ 62.85 และระดับไม่ดีร้อยละ 28.51 มีเพียงร้อยละ 0.61 เท่านั้นที่อยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 1.81$ , S.D. = 0.59)

ด้านการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 42.77 รองลงมาคือระดับดีร้อยละ 22.69 ระดับดีมากร้อยละ 18.07 และระดับไม่ดีร้อยละ 16.47 ( $\bar{X} = 2.42$ , S.D. = 0.97)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ด้านนี้มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ในระดับดีมากร้อยละ 26.91 และระดับดีร้อยละ 32.73 รวมกันเป็นร้อยละ 59.64 ( $\bar{X} = 2.69$ , S.D. = 1.05)

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ด้านนี้มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ในระดับดีมากร้อยละ 31.53 และระดับดีร้อยละ 35.74 รวมกันเป็นร้อยละ 67.27

ความรอบรู้โดยรวม เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านทัศนสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 51.61 รองลงมาคือระดับดีร้อยละ 28.51 ระดับไม่ดีร้อยละ 12.45 และระดับดีมากร้อยละ 7.43 ( $\bar{X} = 2.31$ , S.D. = 0.78) ดังตารางที่ 13

พหุ ประถมศึกษา

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ ระดับความรอบรู้ด้านทัศนสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง ข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน (n = 498)

ความรอบรู้รายด้าน	ระดับความรอบรู้				Mean	S.D.
	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)		
1. ด้านความรู้ความเข้าใจทางทัศนสุขภาพ	23 (4.62)	38 (7.63)	144 (28.91)	293 (58.84)	1.58	0.82
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	167 (33.53)	126 (25.30)	157 (31.53)	48 (9.64)	2.83	1.01
3. ด้านการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	3 (0.61)	40 (8.03)	313 (62.85)	142 (28.51)	1.81	0.59
4. ด้านการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	90 (18.07)	113 (22.69)	213 (42.77)	82 (16.47)	2.42	0.97
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวและสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	134 (26.91)	163 (32.73)	115 (23.09)	86 (17.27)	2.69	1.05
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	157 (31.53)	178 (35.74)	105 (21.08)	86 (17.27)	2.87	0.99
ความรอบรู้โดยรวม	37 (7.43)	142 (28.51)	257 (51.61)	62 (12.45)	2.31	0.78

#### 4.3.5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพทันตสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n=498) พบว่า

##### ด้านการทำความสะอาดช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน

พฤติกรรมที่ผู้ปกครองและครูปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การแปรงฟันให้เด็กหลังรับประทานอาหารกลางวัน (ร้อยละ 64.86) รองลงมาคือการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แปรงฟันให้เด็ก (ร้อยละ 45.78) และการแปรงฟันให้เด็กซ้ำอีกครั้งหลังจากที่เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง (ร้อยละ 44.98) การตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กทุกครั้งหลังการแปรงฟัน (ร้อยละ 40.96) และการให้เด็กบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากเพียงอย่างเดียวแทนการแปรงฟัน (ร้อยละ 42.77) อย่างไรก็ตามพบว่า มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในสัดส่วนที่สูง เช่น การปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงลำพัง

(ร้อยละ 27.11 ปฏิบัติเป็นประจำ และร้อยละ 30.92 ปฏิบัติบ่อยครั้ง) และพบว่าการใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดช่องปากเด็กยังมีน้อยมาก โดยร้อยละ 54.82 ไม่เคยปฏิบัติเลย ดังตารางที่ 14

#### ด้านการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน

พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การให้เด็กดื่มนมรสจัดแทนนมที่มีรสหวานหรือเปรี้ยว (ร้อยละ 39.36) รองลงมาคือการกักคุดแล้ให้เด็กดื่มนมจากแก้วแทนการดูดนมจากขวด (ร้อยละ 26.50) และการให้เด็กรับประทานขนมถุง ขนมกรุบกรอบสำเร็จรูป (ร้อยละ 23.89)

พบว่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การให้รางวัลเด็กด้วยขนมหวานหรืออาหารที่มีรสหวาน (ร้อยละ 19.07 ปฏิบัติเป็นประจำและร้อยละ 39.56 ปฏิบัติบ่อยครั้ง) การยอมให้เด็กนอนหลับโดยมีขวดนมคาในปาก (ร้อยละ 8.43 ปฏิบัติเป็นประจำและร้อยละ 29.92 ปฏิบัติบ่อยครั้ง) และการให้เด็กรับประทานขนมหวาน ลูกอม หรืออาหารที่เหนียวติดฟัน (ร้อยละ 13.05 ปฏิบัติเป็นประจำและร้อยละ 9.04 ปฏิบัติบ่อยครั้ง) ดังตารางที่ 14

#### ด้านการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน

พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อรับการตรวจฟันทุก 6 เดือน (ร้อยละ 35.54) รองลงมาคือการพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อรับการเคลือบฟลูออไรด์ (ร้อยละ 14.46) และการพาเด็กไปพบหมอฟันเมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน (ร้อยละ 13.86) และยังพบว่าการพาเด็กไปรับบริการที่จำเป็น เช่น การอุดฟันและการถอนฟันยังมีน้อย โดยมีผู้ปฏิบัติเป็นประจำเพียงร้อยละ 7.83 และ 7.03 ตามลำดับ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ( $n = 498$ )

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติ					Mean	S.D.
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ	ไม่เคย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน ครั้ง (ร้อยละ)	ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)		
<b>ด้านการทำความสะอาดช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน</b>							
1) ในแต่ละวัน ท่านมีการแปรงฟันให้เด็กหลังการรับประทานอาหารกลางวัน	323 (64.86)	89 (17.87)	32 (6.43)	339 (7.83)	15 (3.01)	4.34	1.09
2) ท่านมีการแปรงฟันให้เด็กซ้ำอีกครั้ง หลังจากที่ได้แปรงฟันด้วยตนเองเสร็จสิ้น	224 (44.98)	91 (18.27)	96 (19.28)	66 (13.25)	21 (4.22)	3.87	1.24
3) ท่านมีการตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็กทุกครั้งหลังการแปรงฟัน	204 (40.96)	110 (22.09)	83 (16.67)	73 (14.66)	28 (5.62)	3.49	1.32

ตารางที่ 14 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n = 498)

ข้อคำถาม	ความถี่ของการปฏิบัติ					Mean	S.D.
	ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)		
4) ท่านปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงลำพัง	135 (27.11)	154 (30.92)	86 (17.27)	68 (13.65)	55 (11.04)	3.78	1.27
5) ท่านให้เด็กบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากเพียงอย่างเดียว แทนการแปรงฟัน	213 (42.77)	82 (16.47)	96 (19.28)	51 (10.24)	56 (11.24)	3.69	1.40
6) ท่านแปรงลิ้นให้เด็ก หลีกเลี่ยงการแปรงฟันจากแปรงฟันให้เด็กเสร็จ	102 (20.48)	91 (18.27)	171 (34.34)	71 (14.26)	63 (12.65)	3.20	1.27
7) ท่านใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แปรง ฟันให้เด็ก	228 (45.78)	122 (24.50)	31 (6.22)	47 (9.44)	70 (14.06)	3.79	1.46
8) ท่านใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาด ช่องปากเด็ก	43 (8.63)	34 (6.83)	64 (12.85)	84 (16.87)	273 (54.82)	1.98	3.74
<b>ด้านการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน</b>							
9) ท่านให้เด็กรับประทานขนมหวาน ลูกอม หรืออาหารที่เหนียวติดฟันให้เด็ก	65 (13.05)	45 (9.04)	60 (12.05)	128 (25.70)	2200 (40.16)	3.71	1.41
10) ท่านให้เด็กดื่มน้ำอัดลม	95 (19.08)	179 (35.94)	121 (24.30)	39 (7.83)	64 (12.85)	3.41	1.25
11) ท่านให้เด็กรับประทานขนมถุง ขนมกรุบกรอบสำเร็จรูป	119 (23.89)	171 (34.34)	145 (29.12)	43 (8.63)	20 (4.02)	3.65	1.06
12) ท่านให้เด็กรับประทานอาหารว่าง เป็น ผลไม้ แทนขนมหวาน	73 (14.66)	188 (37.75)	121 (24.30)	92 (18.47)	24 (4.82)	3.39	1.10
13) ท่านให้เด็กดื่มนมรสหวาน	71 (12.28)	138 (27.71)	159 (31.93)	110 (22.09)	20 (4.02)	3.26	1.08

ตารางที่ 14 (ต่อ) จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก( $n = 498$ )

ข้อคำถาม	ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย ปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.
14) ท่านให้เด็กดื่มนมรสจืด แทนนมที่มี รสหวานหรือเปรี้ยว	196 (39.36)	130 (26.10)	61 (12.25)	46 (9.24)	65 (13.05)	3.69	1.40
16) ท่านควบคุมให้เด็ก รับประทาน อาหารเป็นเวลา ไม่ กินจุบจิบ	93 (18.68)	160 (32.13)	130 (26.10)	54 (10.84)	61 (12.25)	3.34	1.25
17) ท่านให้รางวัลเด็กด้วยขนม หวาน หรืออาหารที่มีรสหวาน	95 (19.07)	197 (39.56)	141 (28.31)	44 (8.84)	21 (4.22)	3.60	1.03
18) ท่านไม่ให้เด็กรับประทาน อาหาร ภายหลังจากการแปรง ฟันก่อนนอนเสร็จแล้ว	75 (15.06)	170 (34.14)	128 (25.70)	99 (19.88)	26 (5.22)	3.34	1.11
19) ท่านยอมให้เด็กนอนหลับ โดยมีขวดนมคาในปาก	42 (8.43)	149 (29.92)	234 (46.99)	61 (12.25)	12 (2.42)	3.30	0.88
20) ท่านกำกัับดูแลให้เด็กดื่มนม จากแก้ว แทนการดูดนมจาก ขวด	132 (26.50)	129 (25.90)	165 (33.13)	31 (6.22)	41 (8.23)	3.56	1.18
<b>การเข้ารับบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน</b>							
21) ท่านพาเด็กไปพบหมอฟัน เมื่อเด็กมีอาการปวดฟัน	69 (13.86)	183 (36.75)	162 (32.53)	42 (8.43)	42 (8.43)	3.39	1.09
22) ท่านพาเด็กไปพบหมอฟัน เพื่อรับการเคลือบฟลูออไรด์	72 (14.46)	208 (41.77)	164 (32.93)	42 (8.43)	12 (2.42)	3.57	0.92
23) ท่านพาเด็กไปพบหมอฟัน เพื่อรับการอุดฟัน	39 (7.83)	210 (42.17)	153 (30.72)	84 (16.87)	12 (2.41)	3.36	0.93
24) ท่านพาเด็กไปพบหมอฟัน เพื่อรับการถอนฟัน	35 (7.03)	197 (39.56)	170 (34.14)	87 (17.47)	9 (1.80)	3.33	0.95
25) ท่านพาเด็กไปพบหมอฟัน เพื่อรับการตรวจฟันทุก6เดือน	177 (35.54)	135 (27.11)	75 (15.06)	52 (10.44)	59 (11.85)	3.64	1.66

#### 4.3.6 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n=498) พบว่า

ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 61.24) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.72) และระดับที่ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 9.04)

เมื่อพิจารณาแยกตามรายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียนมีผู้ที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมากสูงสุด (ร้อยละ 65.46) รองลงมาคือด้านการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน (ร้อยละ 64.06) และด้านการทำความสะอาดช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (ร้อยละ 60.84)

ในขณะเดียวกัน ด้านที่มีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงมากที่สุดคือ ด้านการทำความสะอาดช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน (ร้อยละ 15.66) รองลงมาคือด้านการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน (ร้อยละ 13.46) และด้านการเข้ารับบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน (ร้อยละ 11.65) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก (n = 498)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน	ระดับพฤติกรรม					
	ดีมาก		ปานกลาง		ปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการทำความสะอาดช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน	303	60.84	117	23.50	78	15.66
ด้านการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน	323	65.46	105	21.08	67	13.46
การเข้ารับบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน	319	64.06	121	24.29	67	11.65
พฤติกรรมโดยรวม	305	61.24	148	29.72	45	9.04

#### 4.3.7 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation Analysis)

ตัวแปรที่นำเข้าเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพระบบการดูแลทันตสุขภาพประกอบด้วย ตัวแปรปัจจัยนำส่วนบุคคล ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการให้บริการ การได้รับสิ่งสนับสนุน พาหนะการเดินทาง การเยี่ยมบ้าน การได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก การไปรับบริการทันตกรรม โดยกำหนดความหมายของตัวแปรดังนี้

ความหมายตัวแปร

SUME = มีปัจจัยสิ่งแวดล้อม

THS = พาหนะสำหรับการเดินทาง

SUMI = ปัจจัยนำเข้า

CHS = การเยี่ยมบ้าน

SUMP = กระบวนการเข้าถึงระบบบริการ

FOHS = การได้รับสนับสนุนอุปกรณ์

HE = การได้รับสิ่งสนับสนุน

SUMO = ประสิทธิภาพระบบการดูแลทันต

WHS = การไปรับบริการบริการด้านทันตกรรม

สุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านปัจจัยระบบบริการ สังคมและสิ่งแวดล้อม พบว่าประสิทธิภาพระบบการดูแลทันตสุขภาพ (SUMO) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยสิ่งแวดล้อม (SUME) ( $r=.129, p<.05$ ) ปัจจัยนำเข้า (SUMI) ( $r=.186, p<.01$ ) และกระบวนการเข้าถึงระบบบริการ (SUMP) ( $r=.258, p<.01$ ) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพระบบการดูแลทันตสุขภาพกับการได้รับสิ่งสนับสนุน (HE) การไปรับบริการด้านทันตกรรม (WHS) พาหนะสำหรับการเดินทาง (THS) การเยี่ยมบ้าน (CHS) และการได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ (FOHS) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างตัวแปรอื่นๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน (CHS) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับกระบวนการเข้าถึงระบบบริการ (SUMP) ( $r=.750, p<.01$ ) และการได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ (FOHS) ( $r=.650, p<.05$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการเข้าถึงระบบบริการมีบทบาทสำคัญต่อประสิทธิภาพของระบบการดูแลทันตสุขภาพ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 แสดงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านปัจจัยด้านระบบบริการ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ ) ( $n=270$ )

		SUME	SUMI	SUMP	HE	WHS	THS	CHS	FOHS	SUMO
SUME	Pearson correlation	1.000								
	Sig.(2 tailed)									
SUMI	Pearson correlation	.368**	1.000							
	Sig.(2 tailed)	.000								
SUMP	Pearson correlation	.637**	.454**	1.000						
	Sig.(2 tailed)	.000	.000							
HE	Pearson correlation	-.342**	-.425**	-.476**	1.000					
	Sig.(2 tailed)	.000	.000	.000						
WHS	Pearson correlation	-.311**	.097	-.226**	.367*	1.000				
	Sig.(2 tailed)	.000	.111	.000	.000					

ตารางที่ 16 (ต่อ) แสดงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านปัจจัยด้านระบบบริการ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ( $r$ ) ( $n=270$ )

		SUME	SUMI	SUMP	HE	WHS	THS	CHS	FOHS	SUM O
THS	Pearson						-			
	correlation	.267**	-.116	.187**	-.003	.599**	1.000			
	Sig.(2 tailed)	.000	.002	.000	.959	.000				
CHS	Pearson									
	correlation	.549**	-.403**	-.750**	.546**	.220**	-.126*	1.000		
	Sig.(2 tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000			
FOHS	Pearson									
	correlation	.323**	.159**	.387**	.426**	.143**	.135*	.650*	1.000	
	Sig.(2 tailed)	.000	.009	.000	.000	.019	.027	.000		
SUMO	Pearson									
	correlation	.129*	.186**	.258**	-.072	.007	.001	.074	.013	1.000
	Sig.(2 tailed)	.034	.002	.000	.240	.904	.863	.223	.000	

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). ,

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.3.8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ของปัจจัยด้านระบบบริการ ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้สถิติ Multiple Regression

4.3.8.1 สรุปแบบจำลอง การถดถอยพหุคูณ (Model Summary) ปัจจัยที่ส่งผลต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นแบบจำลองที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) เท่ากับ 0.333 ซึ่งบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลางระหว่างตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม (SUMO) ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R Square) เท่ากับ 0.111 หมายความว่าประมาณร้อยละ 11.1 ของความแปรปรวนในตัวแปรตามสามารถอธิบายได้โดยตัวแปรอิสระทั้งแปดตัวที่รวมอยู่ในแบบจำลอง (FOHS, THS, SUMI, SUME, HE, SUMP, WHS และ CHS) ค่า R Square ที่ปรับแล้ว (Adjusted R Square) มีค่าต่ำกว่าเล็กน้อยที่ 0.084 (ร้อยละ 8.4) ซึ่งคำนึงถึงจำนวนตัวแปรทำนายในแบบจำลองเทียบกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณค่า (Standard Error of the Estimate) เท่ากับ 0.771 ซึ่งแสดงถึงค่าเบี่ยงเบนเฉลี่ยของค่าที่สังเกตได้จากค่าที่ทำนายโดยสมการถดถอย

โดยภาพรวม แบบจำลองนี้แสดงให้เห็นถึงอำนาจการอธิบายที่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่ค่อนข้างจำกัด ด้วยการอธิบายความแปรปรวนได้เพียงร้อยละ 11.1 จึงมีแนวโน้มว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้รวมอยู่ในแบบจำลองนี้มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม สิ่งนี้บ่งชี้ว่าแม้ตัวแปรทำนายที่ระบุจะมีค่าการทำนายบางประการ แต่สามารถอธิบายได้เพียงบางส่วนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่กำลังศึกษาดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 สรุปแบบจำลองการถดถอยพหุคูณ (Model Summary) (n=270)

Model	R	R Square	Adjusted Square	R Std. Error of the Estimate
1	0.333	0.111	0.084	0.771

หมายเหตุ Predictors : (Constant), FOHS, THS, SUMI, SUME, HE, SUMP, WHS, CHS  
Dependent Variable SUMO

#### 4.3.8.2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรที่ทำการศึกษา (Coefficients)

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณนี้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อตัวแปรตาม โดยผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

จากการวิเคราะห์พบว่ามีปัจจัยสองประการที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ต่อตัวแปรตาม ได้แก่:

1) ปัจจัยด้านกระบวนการดูแลทันตสุขภาพ (SUMP) - มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ 0.458 และค่า p-value เท่ากับ .000 แสดงว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกที่แข็งแกร่งที่สุดในแบบจำลอง

2) การติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตบุคลากร (CHS) - มีค่า Beta เท่ากับ 0.303 และค่า p-value เท่ากับ .008 ซึ่งแสดงถึงอิทธิพลเชิงบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยอื่นๆ ที่ศึกษาไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อตัวแปรตาม ( $p > .05$ ) ได้แก่

- 1) ปัจจัยนำเข้า (SUMI) -  $p = .114$
- 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (SUME) -  $p = .678$
- 3) การได้รับการสนับสนุนสื่อทันตสุขภาพ (HE) -  $p = .678$
- 4) การได้รับบริการทันตกรรม (WHS) -  $p = .952$

สมการการถดถอยจากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนได้ดังนี้

$$Y = 2.021 + 0.249(\text{SUMP}) + 0.725(\text{CHS})$$

ประสิทธิผลการดูแลทันตสุขภาพ =  $2.021 + 0.249(\text{ปัจจัยด้านกระบวนการ}) + 0.725(\text{การเยี่ยมบ้าน})$

ผลการวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่า ภาระบวการดูแลทันตสุขภาพและการติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์มีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวแปรตาม(ประสิทธิผลการดูแลทันตสุขภาพ) โดยเมื่อคะแนนของปัจจัยด้านภาระบวการดูแลทันตสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ตัวแปรตามเพิ่มขึ้น 0.249 หน่วย และเมื่อมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ตัวแปรตามเพิ่มขึ้น 0.725 หน่วย

จากผลการวิเคราะห์นี้ การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงภาระบวการดูแลทันตสุขภาพและการเพิ่มการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากร เนื่องจากทั้งสองปัจจัยนี้มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านทันตสุขภาพ ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรที่ทำการศึกษา (Coefficients)

(n=270)

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E.	Beta	t	p-value
ค่าคงที่(Constant)	2.021	0.618	-	3.269	.001*
ปัจจัยด้านภาระบวการดูแลทันตสุขภาพ (SUMP)	0.249	0.055	0.458	4.523	.000*
ปัจจัยนำเข้า(SUMI)	0.076	0.048	0.119	1.588	.114
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม(SUME)	-0.010	0.021	-0.036	0.416	.678
การได้รับการสนับสนุนสื่อทันตสุขภาพ(HE)	0.032	0.076	0.036	0.416	.678
การได้รับบริการทันตกรรม(WHS)	0.010	0.165	0.005	0.061	.952
การติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตบุคลากร(CHS)	0.725	0.270	0.303	2.689	.008*

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสรุป จากผลการวิจัยระยะที่ 1 พบข้อค้นพบสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณชี้ให้เห็นว่าภาระบวการดูแลทันตสุขภาพและการติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่มีอิทธิพลสำคัญต่อประสิทธิผลของระบบ ประกอบกับพบอัตราฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนสูงถึงร้อยละ 57.83 โดยเฉพาะในอำเภอม่วงสามสิบที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 68.28 ขณะที่ความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น จากข้อมูลเหล่านี้ นำไปสู่การพัฒนาระบบในระยะดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งเน้นการปรับปรุงภาระบวการดูแลทันตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ผ่านการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองที่เป็นระบบ การพัฒนาแบบฟอร์มสำหรับการตรวจและติดตาม การจัดระบบการส่งต่อและการนัดหมายที่ชัดเจน รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างทันตบุคลากร ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดการดูแลทันตสุขภาพเด็กอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคฟันผุและความรุนแรงของโรคในเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่เป้าหมาย

#### 4.4 ผลการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

##### 4.4.1 ผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ(Action Phase)

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี” ครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ S. Kemmis and R McTaggart (1988) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนา ระบบการดูแลทันตสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน อันประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบล และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

การศึกษานี้ได้เลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต สังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีโค เป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกรณีศึกษาในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็ก โดยกระบวนการวิจัยครอบคลุมตั้งแต่การสร้างความเข้าใจและวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดเป้าหมายการพัฒนาระบบ ตลอดจนการประเมินผลระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน การวิจัยนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง การนำเสนอสรุปผลการวิจัย สรุปตามตามกระบวนการ PAOR มีรายละเอียดดังนี้

##### 4.4.1.1 ชั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

###### 1) การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดประชุมกลุ่มย่อย โดยติดต่อประสานงานกับ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการกองการศึกษาของเทศบาลตำบลเมืองศรีโค คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนผู้ปกครอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุม การประสานงานดำเนินการผ่านการทำหนังสือราชการจากจากหน่วยงานผู้วิจัย การประชุมชี้แจงและการโทรศัพท์ประสานงาน ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทุกภาคส่วน

###### 2) การเตรียมเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

การเตรียมเครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

(1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก พัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยประเด็นคำถามครอบคลุม สภาพปัญหาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กในปัจจุบัน บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็ก และ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

(2) แบบบันทึกการประชุม จัดทำขึ้นเพื่อบันทึกประเด็นสำคัญจากการประชุมกลุ่มย่อย ข้อเสนอแนะ และมติที่ประชุม โดยแบบบันทึกมีองค์ประกอบสำคัญคือ รายชื่อผู้เข้าร่วม ประเด็นการประชุม ข้อสรุป และแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพ

(3) แบบสังเกต ออกแบบเพื่อใช้สังเกตพฤติกรรมและปฏิสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วมประชุม รวมถึงบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น โดยมีประเด็นการสังเกตที่สำคัญคือ สังเกตการมีส่วนร่วมในกระบวนการประชุมวางแผน การแสดงความคิดเห็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและการให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน จากหลากหลายสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข, ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยทางสาธารณสุข, ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และได้นำไปทดลองใช้ในศูนย์พัฒนาเด็ก อำเภอดงหลวง และการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกข้อมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

#### 4.4.1.2 การจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา

การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนจัดขึ้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2567 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 15 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการกองการศึกษา คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต ครูผู้ดูแลเด็ก ทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนผู้ปกครองเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต การประชุมผู้วิจัยใช้การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินการดำเนินการโดยเริ่มจากผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กบ้านแมต ที่พบปัญหาโรคฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 72.73 โดยมีค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด เท่ากับ 4.36 ซึ่งต่อคน จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นและร่วมกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพ โดยที่ประชุมได้กำหนดเป้าหมายร่วมกัน 4 ประการ ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยมุ่งเน้น กลไกการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องและให้ทุกคนมีบทบาทในการร่วมกันแก้ไขปัญหา

2) การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนต้นแบบด้านการดูแลทันตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย เด็กก่อนวัยเรียนมีปัญหาโรคฟันผุลดลงเป็นไปตามมาตรฐานที่ 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย ในตัวบ่งชี้ย่อย 3.1.3 ข เด็กมีสุขภาพช่องปากดี ฟันไม่ผุ ระดับ 3 เด็กไม่มีฟันผุมากกว่าร้อยละ 55

3) การพัฒนาความรู้ของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดย จัดกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ สร้างความตระหนักให้ผู้ปกครอง

4) การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่ชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การส่งต่อ การกระตุ้นผู้ปกครอง การจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านด้วยทีมสุขภาพและการติดตามผลการรักษา และการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กปีละ 2 ครั้ง

#### 4.4.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค

หลังจากการประชุมกลุ่มย่อย ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการกองการศึกษาจากเทศบาลตำบลเมืองศรีโค คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนผู้ปกครอง เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยเรียบเรียงข้อมูลผลการสัมภาษณ์ตามประเด็นหลักที่ปรากฏในเครื่องมือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interviews) กำหนด รหัสผู้ให้สัมภาษณ์และผลการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. ADM01 = ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. TD01 = ทันตบุคลากร
3. TCH01-2 = ครูผู้ดูแลเด็ก
4. CHC01-5 = คณะกรรมการบริหารศูนย์
5. HV01-5 = อาสาสมัครสาธารณสุข
6. PC01-18 = ผู้ปกครองเด็ก

1) การสัมภาษณ์เพื่อศึกษาเรื่อง : ระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

##### 1.1 สภาพระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

1.1.1 งบประมาณและการดำเนินงาน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปฏิบัติงาน (รหัส ADM01 และ TCH01) พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 20,000 บาทต่อศูนย์ต่อปี เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การดูแลทันตสุขภาพเด็กยังขาดความต่อเนื่องและระบบที่ชัดเจน ส่วนผู้ปกครอง รหัส PC01-1 ให้ข้อมูลว่า “ ไม่มีเวลาพาเด็กไปรับการรักษาทันตกรรม เนื่องจากต้องทำงานหารายได้ วันพาไปต้องหยุดงานขาดรายได้ “ การตรวจคัดกรองและติดตาม ทันตบุคลากร (รหัส TD01) ให้ข้อมูลว่า “ มีการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กเพียงปีละ 1 ครั้ง ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กกับหน่วยบริการสาธารณสุข และ ไม่มีการติดตามและเยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก “ อาสาสมัครสาธารณสุข รหัส HV01 ได้ให้สัมภาษณ์ว่า “ การติดตามเด็กและผู้ปกครองลำบากเนื่องจาก เด็กมาเรียนจากต่างหมู่บ้าน ระยะทางไกล “ และ ครูผู้ดูแลเด็ก (รหัส TCH01) ให้ข้อมูลว่า “ ถ้าสามารถมาให้บริการทันตกรรมที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะดียิ่งขึ้น ”

##### 1.2 ปัญหาและอุปสรรค

###### 1.2.1 ข้อจำกัดด้านระบบ

- 1) ความถี่ของการตรวจคัดกรองไม่เพียงพอ
- 2) ระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานขาดประสิทธิภาพ
- 3) ขาดการติดตามผลอย่างเป็นระบบ

1.2.2 ข้อจำกัดด้านการปฏิบัติ ครูผู้ดูแลเด็ก (รหัส TCH01) ระบุว่า “ สามารถควบคุมการแปรงฟันและอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กได้ แต่ ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพช่องปากเมื่อเด็กกลับบ้าน “ ส่วนผู้ปกครอง รหัส PC01-4 ให้ข้อมูลว่า “ ตรวจช่องปากประจำ และควบคุมแปรงฟันเพราะกลัวลูกปวดฟัน “ อาสาสมัครสาธารณสุข รหัส HV01-1 กล่าวว่า “ เวลาไปเยี่ยมบ้าน พบเด็กอยู่แต่กับ ตา ยา หรือปู่ ย่า ซึ่งตามใจเด็กในการซื้อขนมหวาน “

### 1.3 ข้อจำกัดของระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็ก จาก รหัส TCH01

- 1) การตรวจสุขภาพปีละครั้ง
- 2) ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน
- 3) ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหา

หมายเหตุ: ข้อมูลได้รับความยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์และปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล

### 2. บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

ในด้านบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ให้สัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างของบทบาทในแต่ละกลุ่มหลายส่วน กลุ่มคณะกรรมการบริหารศูนย์ CHC01 ได้กล่าวว่า “ ฟังได้ทราบว่า ปัญหาในช่องปากของบุตรหลานของตนเองมีปัญหาขนาดนี้ ต้องมีการช่วยกันเพิ่มขึ้น ” ด้านครูผู้ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญในการดูแลการแปรงฟันและสังเกตปัญหาสุขภาพช่องปากเบื้องต้น ดังที่ครู TCH01-2 กล่าวว่า ‘เราได้คอยสอนและควบคุม ดูแลเด็กๆ ให้แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน แต่เมื่อกลับบ้านเราไม่สามารถควบคุมได้ต้องเน้นที่ผู้ปกครองเด็ก ’ ขณะที่บทบาทของทันตบุคลากรจะเน้นการให้บริการตรวจและรักษา แต่มีข้อจำกัดด้านกำลังคนและการเข้าถึงศูนย์พัฒนาเด็กในพื้นที่ห่างไกล ส่วนบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข รหัส HV01-2 กล่าวว่า “ เด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเป็นเด็กจากหมู่บ้านอื่นที่ไม่ใช่จากชุมชน จึงไม่สามารถติดตามพูดคุยกับผู้ปกครองเด็กได้สะดวก ”

### 3. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ศูนย์พัฒนาเด็กในเขตเทศบาลตำบลมีความร่วมมือ ประสานงานกับกลุ่มงานด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพร่วมกัน การดูแลทันตสุขภาพเด็กเป็นหน้าที่ของครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเป็นหลัก นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุข รหัส HV01-5 ให้ข้อมูลว่า “ ผู้ปกครองบางส่วนยังไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กเท่าที่ควร ”

### 4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กมีหลายประการ ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือขาดความร่วมมือจากผู้ปกครองในการควบคุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้าน ดังที่ครูผู้ดูแลเด็ก รหัส CH01-1 ท่านหนึ่งกล่าวว่า ‘ที่ศูนย์มีการควบคุมเรื่องอาหารเสี่ยง ห้ามนำขนมหวานมากินที่ศูนย์เด็กมีตรวจกระเป๋าทุกคน แต่เมื่อเขากลับบ้านเราไม่สามารถควบคุมได้ เด็กอยู่ที่บ้านอาจถูกตามใจ ’ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านระบบการคัดกรอง การติดตามผลการส่งต่อ ดังทันตบุคลากร รหัส TCH01 ให้ข้อมูลว่า “มีการตรวจช่องปากปีละ 1 ครั้ง ตรวจเสร็จแจ้งผลปัญหาโรคในช่องปากไปที่เทศบาล แต่ไม่ได้ติดตามว่าผู้ปกครองพาไปรับบริการรักษาหรือไม่ ” ส่วนปัญหาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในเด็กเป็นประเด็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์หลายท่าน ทั้ง ผู้ให้สัมภาษณ์ รหัส TCH01-2 , CHC01-5 , HV01-5 และ PC01-18 ในข้อมูลตรงกันว่า “ผู้ปกครองที่บ้านขาดความตระหนักถึงอันตรายของปัญหาโรคฟันผุในเด็ก คิดว่าแค่ฟันน้ำนม ”

#### 5. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

จากปัญหาและอุปสรรคที่พบ ผู้ให้สัมภาษณ์ได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็ก โดยเน้นการเพิ่มบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่บ้าน ดังที่ผู้เกี่ยวข้องเห็นตรงกันว่า “หากผู้ปกครองมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลฟันน้ำนม ปัญหาฟันผุในเด็กจะลดลงได้มาก” นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอเกี่ยวกับ การปรับปรุงระบบการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม และการเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้าน โดยผู้ให้สัมภาษณ์ รหัส ADM01 และ รหัส HV01-5 เสนอว่า “ให้มีทีมเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย ทันตบุคลากรร่วม ครูผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน”

สรุปผลการสัมภาษณ์การดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กปัจจุบันมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากเพียงปีละครั้ง ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหา โดยมีอุปสรรคหลักคือขาดความร่วมมือจากผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้าน ผู้เกี่ยวข้องเสนอแนะให้เพิ่มบทบาทผู้ปกครอง สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลฟันน้ำนม ปรับปรุงระบบส่งต่อ และเพิ่มประสิทธิภาพการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดปัญหาฟันผุในเด็กและพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ

#### สรุปผลการวางแผน

จากการดำเนินการวางแผนทั้งหมด สามารถสรุปแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมด สังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีไค ได้ดังตารางที่ 19 นี้

ตารางที่ 19 แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมด สังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีไค

แผนงาน/กิจกรรม	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1. การพัฒนาทีมเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ	1. จัดอบรมให้ความรู้แก่ทีมเยี่ยมบ้าน 2. ฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านจริง	ไตรมาสที่ 1	3,000 บาท	ทันตบุคลากรจากรพ.สต., ครูผู้ดูแลเด็ก, อสม.
2. การสร้างเครือข่ายผู้ปกครองแกนนำ	1. คัดเลือกและอบรมผู้ปกครองแกนนำ 2. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้	ไตรมาสที่ 2	5,000 บาท	ครูผู้ดูแลเด็ก, ทันตบุคลากร, ผู้ปกครองแกนนำ

ตารางที่ 19 (ต่อ)แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต สังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีไค

แผนงาน/กิจกรรม	วิธีการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
3. การสร้างระบบการส่งต่อและติดตามการรักษา	1. พัฒนาแนวทางการส่งต่อ ทดลองและปรับปรุงระบบ	ไตรมาสที่ 2-3	5,000 บาท	ทันตแพทย์, ทันตบุคลากร, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
4. การจัดตั้งคณะกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็ก	1. คัดเลือกและแต่งตั้งคณะกรรมการ 2. ประชุมวางแผนการทำงาน	ไตรมาสที่ 1	6,000 บาท	นายกเทศมนตรี, ผอ.รพ.สต., ผอ.ศูนย์เด็กเล็ก
5. การจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	1. จัดวันทันตสุขภาพและนิทรรศการ 2. จัดการประกวดเด็กฟันดี	ไตรมาสที่ 3	20,000 บาท	คณะกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็ก, ทันตบุคลากร

การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่ครอบคลุมทั้ง 5 ด้านนี้ จะช่วยให้เกิดการดูแลทันตสุขภาพเด็กแบบองค์รวม มีความต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืน อันจะส่งผลให้เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี มีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีในอนาคต แนวทางการพัฒนาดังกล่าวนำไปสู่การกำหนดแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่มีการระบุกิจกรรม ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาดำเนินการ และทรัพยากรที่ต้องใช้อย่างชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการขั้นต่อไป

#### 4.4.2 ชั้นลงมือปฏิบัติ(Action)

ชั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการนำแผนที่ได้จากขั้นตอนการวางแผน (Plan) มาดำเนินการในพื้นที่จริง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน การดำเนินงานในขั้นตอนนี้เริ่มจากการจัดประชุมเพื่อหารูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นรูปธรรม และนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้

การจัดประชุมเพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนได้จัดขึ้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 15 คน ประกอบด้วยนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จำนวน 1 คน ผู้อำนวยการกองการศึกษาจากเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จำนวน 1 คน นักวิชาการศึกษา จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้ประกอบการจำนวน 4 คน ครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 คน คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กจำนวน 2 คน ทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน และผู้วิจัย การประชุมมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันเสนอแนวคิดและจัดทำแผนการ

พัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนให้มีรูปแบบที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ที่ประชุมได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 - 5 ปี เข้ารับการตรวจสุขภาพโดยทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค่ จำนวน 11 จากทั้งหมด 18 คน พบมีฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 72.73 โดยมีค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด เท่ากับ 4. ซึ่งต่อคน และยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมคือการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในขณะที่อยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ ยังได้สำรวจความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ต้องการให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก ต้องการให้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทันตสุขภาพในชุมชนโดยให้ผู้ปกครองทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม มีการประกวดเกี่ยวกับทันตสุขภาพ ต้องการให้มีเยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก รวมทั้งที่ไม่ได้รับการรักษาและมีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง

จากการระดมความคิดเห็น ที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต ประกอบด้วย การให้ความรู้ การส่งต่อ และการติดตามผล การเยี่ยมบ้าน และได้จัดทำแผนการดำเนินงานซึ่งทำในลักษณะของโครงการภายในโครงการประกอบด้วย ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล โดยใช้ชื่อโครงการว่า “โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต โดยเน้นการมีส่วนร่วม ตำบลเมืองศรีไค่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2567 มีรายละเอียดกิจกรรมดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 แผนการดำเนินกิจกรรมโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การพัฒนาศักยภาพบุคคลที่เกี่ยวข้อง	กองการศึกษาเทศบาลตำบลเมืองศรีไค่และรพสต.ศรีไค่	1เดือน	อสม.มีความรู้เพิ่มขึ้น ผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มมากขึ้น
การพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพ	กองการศึกษาเทศบาลตำบลเมืองศรีไค่	6 เดือน	มีระบบการดูแลที่ทุกส่วนมีส่วนร่วม
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน	กองการศึกษาเทศบาลตำบลเมืองศรีไค่	1 ปี	มีสมุดการเยี่ยมบ้าน
การพัฒนาระบบการส่งต่อ ติดตามและประเมินผล	กองการศึกษาเทศบาลตำบลเมืองศรีไค่ และรพสต.ศรีไค่	6-12 เดือน	- การติดตามโดย ทันตบุคลากร และอสม. - แบบฟอร์มการติดตาม

#### 4.4.2.2 ผลการดำเนินการพัฒนา แยกสรุปรูปตามด้านต่างๆดังนี้

##### 1) ด้านการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพได้ดำเนินการดังนี้

(1) การจัดระบบการคัดกรองทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดำเนินการโดยทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค วิธีการตรวจคัดกรอง ปรับการตรวจจากเดิม 1 ครั้ง ในเดือน มิถุนายน เพิ่มตรวจครั้งที่ 2 ในเดือนธันวาคม เพื่อติดตามผลการเข้ารับบริการทันตกรรมในเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบฟอร์มสำหรับการตรวจและติดตาม ที่ร่วมกันสร้างและพัฒนาโดยประยุกต์ใช้แบบฟอร์มของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย อ้างอิงบางส่วนมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สถานที่สำหรับตรวจคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต ตำบลเมืองศรีโค ส่วนสถานที่ให้บริการนัดมารับบริการรักษาที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค ผลการดำเนินงานพบว่า ครั้งที่ 1 พบเด็กก่อนวัยเรียนเข้ารับการตรวจ 11 คน จากนักเรียนทั้งหมด 18 คน พบฟันผุทั้งสิ้น 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.73 และทันตบุคลากรได้สรุปผลการตรวจแจ้งไปยังเทศบาลตำบลเมืองศรีโคและศูนย์พัฒนาเด็ก รวมทั้งแนะนำให้ผู้ปกครองพาเด็กไปพบทันตบุคลากร การตรวจครั้งที่ 2 มีเด็กก่อนวัยเรียนเข้ารับการตรวจ ทั้งหมด 18 คน พบฟันผุทั้งสิ้น 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.78 มีค่า ผุ ถอน อุด(dmt) เท่ากับ 2.56 ซึ่งต่อคน โดยเด็กก่อนวัยเรียนได้รับการอุดฟัน จำนวน 11 ราย ถอนฟันจำนวน 4 ราย เคลือบฟลูออไรด์ 18 ราย เคลือบหลุมร่องฟัน จำนวน 23 ซึ่งซึ่งค่าฟันผุ ถอน อุด ลดลงจากก่อนดำเนินการพัฒนา โดยการตรวจครั้งที่ 1 เดือนมิถุนายน 2567 มีค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด (dmt) เท่ากับ 4.36 ซึ่งต่อคน สืบเนื่องจากการจัดระบบการส่งต่อ การนัดหมาย วันเวลาเข้าไปรับบริการรักษา ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยนัดไปทำการรักษาช่วงเวลา 09.00 น. ถึง 12.00 น. ในวันพุธ ทุกสัปดาห์

(2) จัดทำโครงการโครงการ...“ฟันสวย ยิ้มใส ใสใจสุขภาพช่องปาก” ประจำปี พ.ศ. 2567..ดำเนินการโดย โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเมืองศรีโค เป็นเงิน...22,000 บาท.. ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ 6 พฤษภาคม 2567 – 30 กันยายน 2567 โดยผู้รับผิดชอบโครงการคือ ผู้อำนวยการกองการศึกษา เทศบาลตำบลเมืองศรีโค ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ปกครองและเด็กเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 38 คน และได้รับความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี เกิดการซักถามแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ปกครองด้วยตนเอง และจากวิทยากร ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากดีขึ้น สามารถดูแลสุขภาพช่องปากลูกของตนเองให้ดีขึ้น นอกจากนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีการให้บริการทางทันตกรรมเชิงป้องกัน โดยเด็ก 18 คนได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ และมีการเคลือบหลุมร่องฟันจำนวน 23 ซึ่ง ซึ่งมาตรการเหล่านี้เป็นการส่งเสริมทันตสุขภาพในเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพสำหรับเด็กปฐมวัย

ปัญหาโรคฟันผุกับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กลดน้อยลง โดยเมื่อสิ้นสุดโครงการ เด็กได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน จำนวน 11 ราย จากเด็กที่มีฟันผุ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.57 และเด็กได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน จำนวน 4 ราย

## 2) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดำเนินการผ่านกิจกรรมต่างๆ

ดังนี้

การจัดตั้งคณะทำงานด้านทันตสุขภาพเด็ก ดำเนินการเมื่อเดือนเมษายน 2567 โดยได้จัดตั้งทีมแกนนำเยี่ยมบ้านด้านทันตสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ส่วน มีบทบาทแตกต่างกันดังนี้

### (1) ผู้ประสานงานหลัก (ทันตบุคลากรจาก รพ.สต.)

- วางแผนและกำหนดตารางการเยี่ยมบ้าน
- ประเมินความเสี่ยงด้านทันตสุขภาพของเด็ก
- ให้คำแนะนำทางวิชาการด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครองและสมาชิกทีม
- บันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากและจัดทำรายงานผลการเยี่ยมบ้าน

### (2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- ประสานงานกับชุมชนและครอบครัวเป้าหมาย
- ให้ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพช่องปากและการดูแลที่บ้าน
- ช่วยติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตบุคลากร
- รายงานปัญหาหรือความผิดปกติด้านทันตสุขภาพที่พบระหว่างเยี่ยมบ้าน

### (3) ครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่ศูนย์ฯ
- สร้างความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างบ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- สังเกตและรายงานการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพของเด็กหลังการเยี่ยมบ้าน

เด็กที่ศูนย์ฯ

เด็กหลังการเยี่ยมบ้าน

### (4) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- สนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณสำหรับกิจกรรมเยี่ยมบ้าน
- ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่เพื่อบูรณาการการทำงาน
- ช่วยแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อทันตสุขภาพของเด็ก

### (5) ผู้ปกครองเครือข่าย/แกนนำชุมชน

- แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลทันตสุขภาพเด็กที่ประสบความสำเร็จ
- สร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจแก่ครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยม
- ช่วยเผยแพร่ความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องทันตสุขภาพในชุมชน

โดยทีมเยี่ยมบ้านจะดำเนินการประชุมวางแผนก่อนการเยี่ยม จัดทำแผนการเยี่ยมเป็นรายครอบครัวเด็กทั้งที่มีปัญหาและไม่มีปัญหา และมีการติดตามประเมินผลหลังการเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ปีละ 2 ครั้ง ทุกๆ 6 เดือน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กอย่างยั่งยืน

การดำเนินงานในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Action) ได้ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นรูปธรรม โดยมีการดำเนินกิจกรรมครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล ผลการ

ดำเนินงานพบว่า มีทีมสำหรับเยี่ยมบ้านเด็ก 3-5 ปี ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือปัญหาที่ยังไม่ได้รับการรักษา และชุมชนผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมให้การแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ปัญหาโรคฟันผุลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่มาตรฐานศูนย์เด็กกำหนด คือเด็กมีสุขภาพช่องปากดี ฟันไม่ผุมากกว่าร้อยละ 55 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2565) และพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ปกครองให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

#### 4.4.3 ชั้นสังเกตการณ์(Observation)

ชั้นสังเกตการณ์ผู้วิจัยดำเนินการควบคุมและต่อเนื่องจากชั้นลงมือปฏิบัติ เพื่อรวบรวมข้อมูล ติดตามความก้าวหน้า และประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละด้าน ดังนี้

##### 4.4.3.1 การสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายระหว่างการดำเนินการ

###### พัฒนาระบบ

การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมได้ดำเนินการในทุกกิจกรรมของการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต โดยมุ่งเน้นการสังเกตพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก และทันตบุคลากร ผลการสังเกตพบว่า

1) ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มครูผู้ดูแลเด็กและทันตบุคลากรมีระดับการมีส่วนร่วมสูงสุด โดยเฉพาะในกิจกรรมการตรวจคัดกรองและการสอนแปรงฟัน ส่วนผู้ปกครองมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพ ส่วนผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในช่วงท้ายของการดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็ก

2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเป้าหมาย เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างครูผู้ดูแลเด็กกับทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ด้านทันตสุขภาพ ขณะที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทันตบุคลากรกับผู้ปกครองเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดผ่านกิจกรรมการให้ความรู้และการเยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหาโรคในช่องปากและยังไม่ได้รับการแก้ไข

3) ความมุ่งมั่นและกระตือรือร้น สังเกตเห็นความมุ่งมั่นและกระตือรือร้นในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเมื่อเห็นผลลัพธ์เชิงบวกของการดำเนินงาน เช่น พฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กที่ดีขึ้น ฟันผุได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม และเด็กลดลงของการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

##### 4.4.3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลกระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอดกระบวนการพัฒนา โดยใช้วิธีการและเครื่องมือที่หลากหลาย ดังนี้

1) บันทึกข้อมูลการดำเนินกิจกรรม ในทุกกิจกรรมมีการบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน ผู้เข้าร่วม ระยะเวลา ทรัพยากรที่ใช้ ปัญหาอุปสรรค และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยใช้แบบบันทึกที่ออกแบบให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญตามแผนการดำเนินงาน

2) ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นระยะเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อกระบวนการพัฒนาระบบ โดยครอบคลุมประเด็นด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล

3) ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพช่องปากเด็กในระยะก่อนดำเนินโครงการและหลังดำเนินโครงการ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสถานะทันตสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะฟันผุ สุขอนามัยช่องปาก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก

4) ดำเนินการสำรวจความรู้ของครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนและหลังการพัฒนาระบบ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

5) ดำเนินการบันทึกภาพ เสียงและวิดีโอของกิจกรรมต่างๆ เพื่อใช้เป็นหลักฐานและประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

#### 4.4.3.3 การติดตามและควบคุมการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพ

การติดตามและควบคุมการดำเนินงานมีความสำคัญในการตรวจสอบความก้าวหน้า แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีการดำเนินการดังนี้

1) การจัดประชุมติดตามความก้าวหน้า โดยจัดให้มีการประชุมคณะทำงานทุกๆ 6 เดือน เพื่อรายงานความก้าวหน้า แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการวิจัยครั้งนี้ จัดประชุมจำนวน 2 ครั้ง เมื่อผ่านไป 6 เดือน และเมื่อสิ้นสุดกระบวนการพัฒนาฯ เพื่อเป็นการระดมความคิดและปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์

2) การประเมินผลระหว่างดำเนินการ จัดให้มีการประเมินผลระหว่างดำเนินการ (Formative Evaluation) เพื่อตรวจสอบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ และนำผลการประเมินมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน

3) การติดตามการใช้ทรัพยากร มีการติดตามการใช้ทรัพยากร ทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินงานพบปัญหาและอุปสรรคบางประการ เช่น การขาดแคลนทรัพยากรบางอย่าง และข้อจำกัดด้านเวลาในการดำเนินกิจกรรม คณะทำงานได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยการปรับกลยุทธ์การสื่อสาร การระดมทรัพยากรเพิ่มเติมโดยการขอสนับสนุนจากภาคเอกชนในพื้นที่ตำบลเมืองศรีไค ซึ่งเป็นชุมชนขนาดใหญ่ติดกับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี และการปรับแผนการดำเนินงานในด้านเวลาการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยปรับการติดตามในเวลาราชการในช่วงปิดเทอม เพื่อความสะดวกของทีมสหวิชาชีพให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของชุมชนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมตตั้งอยู่

ผลจากการดำเนินงานในขั้นสังเกตการณ์ทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับการวิเคราะห์และประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน และนำไปสู่การสะท้อนผลและการปรับปรุงในขั้นตอนต่อไป ข้อมูลที่รวบรวมได้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งในด้านระบบการดูแลทันตสุขภาพ พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ

ของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องนี้ ไม่เพียงช่วยในการประเมินความสำเร็จของการพัฒนาระบบ แต่ยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนและพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในระยะต่อไป

#### 4.4.4 ชั้นสะท้อนผล(Reflection)

ในการขั้นตอนการสะท้อนผลช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน การสะท้อนผลดำเนินการผ่านกิจกรรมหลัก 2 ประการ ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อถอดบทเรียน และการสรุปและสะท้อนผลการดำเนินการสู่พื้นที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### 4.4.4.1 การประชุมกลุ่มย่อยถอดบทเรียนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต ตำบลเมืองศรีไค

การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อถอดบทเรียนจัดขึ้นหลังจากดำเนินกิจกรรมตามแผนเสร็จสิ้น โดยจัดขึ้นวันที่ 31 มกราคม 2568 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชน คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก ทันตบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้วิจัย การประชุมใช้เทคนิคการถอดบทเรียนแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ผลจากการประชุมถอดบทเรียนสามารถสรุปได้ดังนี้

#### 1) ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

(1) ด้านกระบวนการดูแลทันตสุขภาพ การส่งต่อเด็กที่มีปัญหาทันตสุขภาพที่เกินขอบเขตการรักษาของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปทำการรักษาในโรงพยาบาลประจำอำเภอ ยังขาดระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่ทราบว่าเด็กได้รับการรักษาครบถ้วนหรือไม่ และปัญหาด้านการเยี่ยมบ้านนอกเวลาทำการ ส่งผลให้บุคลากรในทีมงานบางส่วนไม่สะดวกในช่วงเวลาดังกล่าว

(2) ด้านทรัพยากรและงบประมาณ มีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาสื่อการสอนด้านทันตสุขภาพที่ทันสมัยและเหมาะสมกับเด็กก่อนวัยเรียน เพราะงบประมาณที่ได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพใช้สำหรับการดำเนินงานด้านสุขภาพโดยรวม ไม่ใช่เฉพาะด้านทันตสุขภาพอย่างเดียว

#### 2) ปัจจัยความสำเร็จ

(1) ภาวะผู้นำของผู้บริหารเทศบาลตำบลเมืองศรีไค คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กและผู้นำชุมชนในบ้านแมต ผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบ

(2) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การบูรณาการความร่วมมือระหว่างศูนย์พัฒนาเด็ก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

(3) การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะด้านทันตสุขภาพ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและสามารถดูแลทันตสุขภาพบุตรตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(4) การมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรม ช่วยให้การพัฒนาระบบมีความยั่งยืน

### 3) บทเรียนที่ได้รับ

(1) การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน และต้องมีการบูรณาการเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวม

(2) การสร้างความตระหนักและความรู้ให้กับผู้ปกครองเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กที่บ้าน

(3) การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพช่วยให้สามารถประเมินความสำเร็จและปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

### 4) การสรุปและสะท้อนผลการดำเนินการสู่พื้นที่

หลังจากการประชุมถอดบทเรียน ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน จากนั้นได้นำผลการสรุปกลับไปสะท้อนสู่พื้นที่ผ่านการประชุมนำเสนอผลการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย นายยกเทศมนตรีเทศบาลตำบลเมืองศรีไค ผู้อำนวยการกองการศึกษาของเทศบาล กรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้แทนผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุข และทันตบุคลากร การสะท้อนผลสู่พื้นที่มีประเด็นสำคัญดังนี้

(1) ผลการพัฒนาด้านศักยภาพบุคลากร บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

(2) ผลการพัฒนาด้านกระบวนการดูแลทันตสุขภาพ มีการจัดระบบการคัดกรองการส่งต่อ และการติดตาม ทำให้เด็กได้รับการดูแลทันตสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่องมากขึ้น

(3) ผลการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลทันตสุขภาพเด็กมากขึ้น ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การรณรงค์ลดการบริโภคอาหารเสี่ยงต่อฟันผุผ่านโครงการ ฟันสวย ยิ้มใส ผู้นำชุมชนให้การสนับสนุนการเยี่ยมบ้านเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

(4) ผลการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล มีการพัฒนาฐานข้อมูลทันตสุขภาพเด็กและระบบการติดตามประเมินผล ทำให้สามารถติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 5) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การนำเสนอผลการพัฒนาระบบได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ข้อเสนอแนะที่สำคัญ ได้แก่

(1) ควรมีการบูรณาการงานด้านทันตสุขภาพเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวม เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

(2) ควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูลทันตสุขภาพที่เชื่อมโยงระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กและหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้เป็นกรณีศึกษายังไม่ถ่ายโอนมายังสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(3) ควรมีการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

(4) ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมทั้งที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแม่ต และที่บ้านของผู้ปกครอง

6) การกำหนดแนวทางการพัฒนาในระยะต่อไป

จากการสะท้อนผลสู่พื้นที่ ที่ประชุมได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแม่ต ในระยะต่อไป ดังนี้

(1) การขยายผลการพัฒนาระบบไปยังศูนย์พัฒนาเด็กอื่นๆ ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(2) การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กต้นแบบด้านการดูแลทันตสุขภาพ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

(3) การสร้างเครือข่ายการดูแลทันตสุขภาพเด็กระหว่างเทศบาลตำบลเมืองศรีไค โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และชุมชน

(4) การพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก จากข้อเสนอผลนี้ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแม่ต แต่ก็นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนา ระบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการกำหนดทิศทางการพัฒนาในระยะต่อไปที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว

### 4.3 ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation Phase) นำเสนอผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

#### 4.3.1 เพื่อศึกษาสถานะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนหลังดำเนินการ

การศึกษาสถานะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนหลังดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพ ดำเนินการโดยทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค โดยจัดให้มีการตรวจคัดกรองครั้งที่ 2 ในเดือนธันวาคม เพื่อประเมินผลการดำเนินงานและติดตามผลการรักษาในเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า:

4.3.1.1 อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรอง: เด็กก่อนวัยเรียนเข้ารับการตรวจทั้งหมด 18 คน จากนักเรียนทั้งหมด 18 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการตรวจครั้งแรกที่มีเด็กเข้ารับการตรวจเพียง 11 คน (ร้อยละ 61.11)

4.3.1.2 อัตราการเกิดโรคฟันผุ: พบเด็กมีฟันผุทั้งสิ้น 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.78 ซึ่ง เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากการตรวจครั้งแรกที่พบร้อยละ 72.73 ทั้งนี้เนื่องจากมีจำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจเพิ่มขึ้น

4.3.1.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft): หลังการดำเนินการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ย dmft เท่ากับ 2.56 ซึ่งต่อคน ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญจากก่อนดำเนินการพัฒนาที่มีค่าเท่ากับ 4.36 ซึ่งต่อคน คิดเป็นการลดลงร้อยละ 41.28

4.3.1.4 การได้รับบริการทันตกรรม:

- เด็กได้รับการอุดฟัน จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.57 ของเด็กที่มีฟันผุ
- เด็กได้รับการถอนฟัน จำนวน 4 ราย
- เด็กได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ ครบทั้ง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 100
- มีการเคลือบหลุมร่องฟัน จำนวน 23 ซี่

4.3.1.5 ประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อ การจัดระบบการส่งต่อและการนัดหมาย อย่างชัดเจน โดยกำหนดให้เด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองศรีโค ในวันพุธทุกสัปดาห์ ช่วงเวลา 09.00-12.00 น. ส่งผลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า แม้จะพบอัตราการเกิดโรคฟันผุที่สูงในกลุ่มเด็ก ก่อนวัยเรียน แต่การพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพที่เน้นการตรวจคัดกรอง การจัดระบบการส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ และการให้บริการทันตกรรมที่ครอบคลุม ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็ก ลดลงอย่างชัดเจน

#### 4.3.2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพหลังการดำเนินการพัฒนา

การศึกษาความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพหลังการดำเนินการ โดยทำการสำรวจความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก ทันตบุคลากร คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการสำรวจความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 38 คน พบว่า โดยภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 97.37) โดยประเด็นที่ได้รับความพึงพอใจระดับมากที่สุดมากที่สุดคือ ความเหมาะสมของงบประมาณและทรัพยากร (ร้อยละ 57.89) รองลงมาคือความเหมาะสมของกิจกรรมการพัฒนาระบบ (ร้อยละ 47.37) และความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม (ร้อยละ 44.74) ตามลำดับ ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและกระบวนการวางแผนค้นหาปัญหา ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป (ร้อยละ 100) ในขณะที่ความเหมาะสมของระบบกับบริบทพื้นที่ได้รับความพึงพอใจระดับมากขึ้นไปร้อยละ 92.11 ดังตารางที่ 21

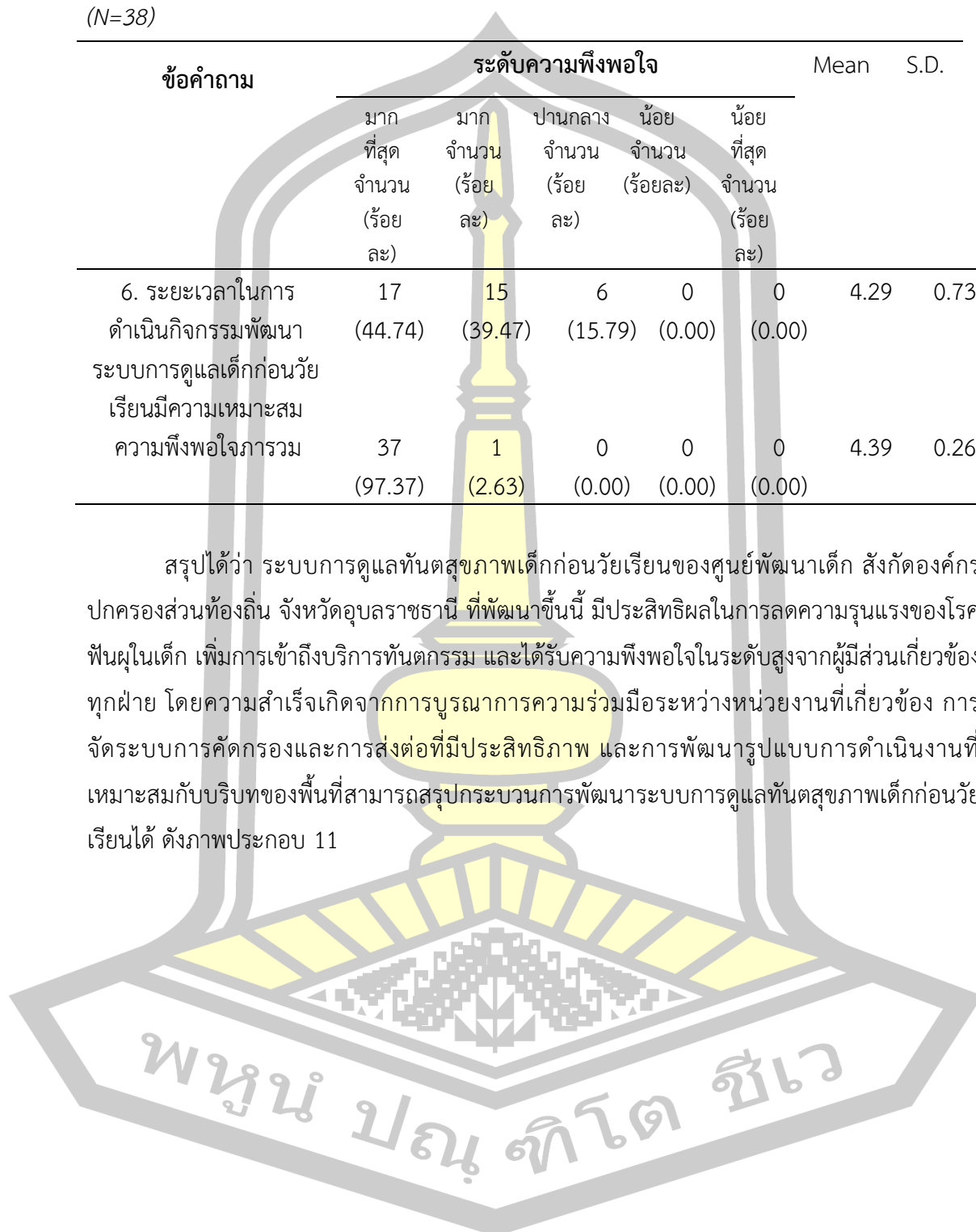
ตารางที่ 21 ร้อยละความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพหลังการดำเนินการ  
(N=38)

ข้อความถาม	ระดับความพึงพอใจ					Mean	S.D.
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
1. กระบวนการวางแผน ค้นหาปัญหาด้านระบบ การดูแลทันตสุขภาพเด็ก ก่อนวัยเรียน ในศูนย์ พัฒนาเด็กมีความ เหมาะสม	13 (34.21)	25 (65.79)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.34	0.48
2. การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินกิจกรรมการพัฒนา ระบบการดูแลทันต สุขภาพเด็กมีความ เหมาะสม	14 (36.84)	24 (63.16)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.37	0.49
3. ระบบการดูแลทันต สุขภาพเด็กในศูนย์เด็กมี ความเหมาะสมกับบริบท พื้นที่	11 (28.95)	24 (63.16)	3 (7.89)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.21	0.58
4. กิจกรรมการพัฒนา ระบบการดูแลทันต สุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ความเหมาะสม	18 (47.37)	20 (52.63)		0 (0.00)	0 (0.00)	4.47	0.51
5. งบประมาณ ทรัพยากร ที่ใช้ในการพัฒนาระบบ การดูแลทันตสุขภาพเด็กมี ความเหมาะสม	22 (57.89)	12 (31.58)	4 (10.53)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.47	0.69
ความพึงพอใจโดยรวม	37 (97.37)	1 (2.63)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.39	0.26

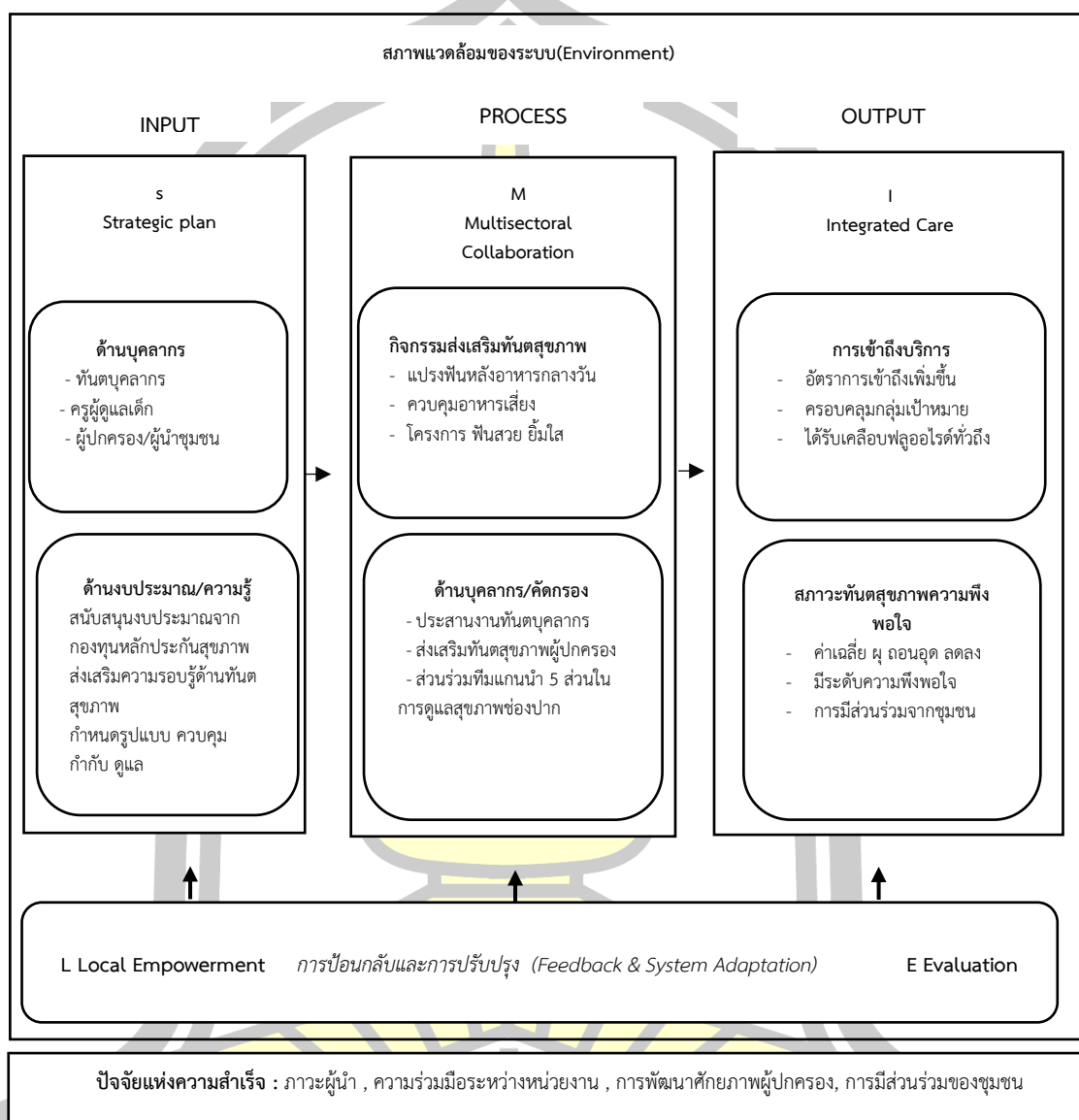
ตารางที่ 21 (ต่อ) ร้อยละความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพหลังการดำเนินการ (N=38)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ					Mean	S.D.
	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	น้อย ที่สุด จำนวน (ร้อยละ)		
6. ระยะเวลาในการ ดำเนินกิจกรรมพัฒนา ระบบการดูแลเด็กก่อนวัย เรียนมีความเหมาะสม	17 (44.74)	15 (39.47)	6 (15.79)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.29	0.73
ความพึงพอใจโดยรวม	37 (97.37)	1 (2.63)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.39	0.26

สรุปได้ว่า ระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของศูนย์พัฒนาเด็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็ก เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม และได้รับความพึงพอใจในระดับสูงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยความสำเร็จเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดระบบการคัดกรองและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่สามารถสรุปกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนได้ ดังภาพประกอบ 11



การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี



ภาพประกอบ 11 กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี" เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่มุ่งศึกษาสภาพปัญหาทันตสุขภาพและพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การวิจัยดำเนินการใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการพัฒนา และระยะประเมินผล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทันตบุคลากร ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บทนี้จะนำเสนอสรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลโดยเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ทั้งข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.2 อภิปรายผล

##### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

##### 5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 270 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.07) มีอายุเฉลี่ย 42 ปี โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ 43.33) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 65.93) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 37.78) และมีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-17,490 บาท (ร้อยละ 69.63) โดยมีมีฐานรายได้ เท่ากับ 10,000 บาท กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายในด้านสถานะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วยกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในสัดส่วนที่เท่ากัน (กลุ่มละร้อยละ 22.22)

**5.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี**

**ปัจจัยนำเข้า** ระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนมีความพร้อมด้านบุคลากรสูง มีทันตบุคลากรรับผิดชอบดูแลเด็กโดยเฉพาะ (ร้อยละ 99.63) มีการพัฒนาศักยภาพครูและผู้ดูแลเด็ก (ร้อยละ 100) และมีบุคลากรเพียงพอ (ร้อยละ 97.04) แต่ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (ร้อยละ 60.37) และงบประมาณสำหรับจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ (ร้อยละ 59.26)

**ปัจจัยด้านกระบวนการ** มีกิจกรรมส่งเสริมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน (ร้อยละ 100) มีการประสานงานกับทันตบุคลากรในพื้นที่ (ร้อยละ 94.44) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (ร้อยละ 94.81) และควบคุมอาหารเสี่ยงต่อฟันผุ (ร้อยละ 96.67) แต่ขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 8.15)

**ปัจจัยด้านผลลัพธ์** เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ (ร้อยละ 100) มีรายงานสถานการณ์โรคในช่องปากประจำปี (ร้อยละ 96.30) แต่มีข้อจำกัดในการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาเพื่อรับการรักษา (ร้อยละ 58.89) และการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 48.89)

**ปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อม** ผู้ปกครองเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพาเด็กไปรับบริการทันตสุขภาพ (ร้อยละ 75.56) โดยใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะหลัก (ร้อยละ 53.70) ศูนย์พัฒนาเด็กส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากรพ.สต. (ร้อยละ 81.48) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 60.37) แต่มีเพียง ร้อยละ 9.63 ที่รายงานว่าอุปกรณ์ที่ได้รับมีความเพียงพอมาก

**ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็ก** มีนโยบายด้านทันตสุขภาพที่ชัดเจน (ร้อยละ 85.93) มีผู้รับผิดชอบหลัก (ร้อยละ 87.41) มีระบบคัดกรอง (ร้อยละ 84.44) และส่งต่อ (ร้อยละ 95.19) แต่ยังขาดระบบการแจ้งเตือนผู้ปกครอง (เพียง ร้อยละ 22.22) ระบบจัดเก็บข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (ร้อยละ 54.81) และมาตรการเฝ้าระวังโรคอย่างเป็นระบบ (ร้อยละ 72.22)

### 5.1.3 สรุปความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 51.61) โดยด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีผลลัพธ์ดีที่สุด (ร้อยละ 67.27 อยู่ในระดับดีถึงดีมาก) และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศก็อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 59.64) เช่นเดียวกับด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ (ร้อยละ 58.83) ส่วนด้านที่มีข้อจำกัดมากที่สุดคือด้านความรู้ความเข้าใจทางทันตสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 58.84) และด้านการสื่อสารที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยประเด็นที่น่ากังวลคือการสังเกตความผิดปกติและการพาเด็กไปรับบริการทันตกรรมเมื่อพบปัญหา (ทำทุกครั้งเพียงร้อยละ 7.83) รวมถึงการประเมินข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปปฏิบัติและการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในกิจกรรมตรวจฟันที่ยังอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะมีการตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์ก่อนใช้งานและการหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง รวมทั้งมีวิธีการจัดการให้เด็กยอมแปรงฟันและการทบทวนวิธีการแปรงฟันในระดับที่ดีก็ตาม

### 5.1.4 สรุปกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

จากผลการศึกษาวิจัยระยะที่ 2 (Action Phase) ของการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต สังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีไค จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart ที่มุ่งเน้นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ได้สร้างการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ โดยเริ่มจากการวางแผนร่วมกัน เพื่อกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระบบที่ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วม

ของชุมชน 2) การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กต้นแบบด้านทันตสุขภาพ 3) การพัฒนาความรู้ของผู้ปกครอง และครูผู้ดูแลเด็ก และ 4) การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพที่ชุมชนมีส่วนร่วม

ในขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ได้มีการดำเนินกิจกรรมสำคัญหลายประการ ทั้งการจัดระบบการคัดกรองทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยปรับการตรวจจากเดิมปีละ 1 ครั้ง เป็น 2 ครั้งต่อปี การจัดทำโครงการ "ฟันสวย ยิ้มใส ใสใจสุขภาพช่องปาก" ซึ่งได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเมืองศรีโค และการจัดตั้งทีมแกนนำเยี่ยมบ้านด้านทันตสุขภาพที่ประกอบด้วยบุคลากรจาก 5 ภาคส่วน ได้แก่ ทันตบุคลากร อสม. ครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปกครองเครือข่าย

ผลลัพธ์ของการดำเนินงานพบว่า เด็กได้รับการดูแลทันตสุขภาพอย่างครบวงจรมากขึ้น โดยหลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) ลดลงจาก 4.36 ซี่ต่อคน เหลือ 2.56 ซี่ต่อคน และเด็กได้รับบริการทางทันตกรรมทั้งเชิงรักษาและป้องกัน โดยมีเด็กได้รับการอุดฟัน 11 ราย ถอนฟัน 4 ราย เคลือบฟลูออไรด์ 18 ราย และเคลือบหลุมร่องฟัน 23 ซี่ ผู้ปกครองและชุมชนมีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้น มีการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ และมีระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การถอดบทเรียนจากการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทันตบุคลากรและผู้นำชุมชน ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง และการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น ระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษายังไม่สมบูรณ์ และข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาสื่อการสอนที่เหมาะสมกับเด็ก

## 5.2 อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต สังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีโค จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

### 5.2.1 วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็ก จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปและสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.07) อายุเฉลี่ย 42 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และมีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-17,490 บาท โดยมีมีฐานรายได้ เท่ากับ 10,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาริฉัตร ถาวรวงษ์ (2021) ที่พบว่าปัจจัยเสริมด้านรายได้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยรายได้ที่ค่อนข้างต่ำอาจเป็นข้อจำกัดในการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ พบว่ามีความพร้อมด้านบุคลากรสูง แต่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและการติดตามประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย

ของ ปณิธาน สนพะเนา และคณะ (2019) ที่พบว่าปัญหาทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดการติดตามและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการดูแลทันตสุขภาพ ทั้งนี้ บุคลากรที่เพียงพอเป็นจุดแข็งที่สำคัญที่จะช่วยในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็ก

การมีกิจกรรมส่งเสริมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การประสานงานกับทันตบุคลากรในพื้นที่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และการควบคุมอาหารเสี่ยงต่อฟันผุเป็นจุดแข็งของระบบบริการที่พบในการศึกษานี้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สุจิตรา ฝิวสว่าง และคณะ (2017) และ กันทิมา เหมพรหมราช (2019) ที่ระบุว่า การดูแลทันตสุขภาพควรเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องอาหารรสหวานที่เป็นสาเหตุของฟันผุและส่งเสริมการแปรงฟันที่ถูกวิธี รวมถึงการห้ามรับประทานขนมหวานในโรงเรียนและการแปรงฟันที่ต้องมีผู้สอนรายวัน ตามที่ Samuel และคณะ (2020) เสนอแนะไว้

อย่างไรก็ตาม พบว่าการสำรวจความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กมีข้อจำกัด โดยเฉพาะด้านความรู้ความเข้าใจทางทันตสุขภาพที่อยู่ในระดับไม่ดีถึงร้อยละ 58.84 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกันทิมา เหมพรหมราช (2019) ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคฟันผุอยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.90 ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากบริบทพื้นที่และลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน รวมถึงช่วงเวลาของการศึกษาที่อาจส่งผลต่อระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ ยังพบว่าด้านการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาสินี มูลศรี (2559) ที่ระบุว่า การได้รับข่าวสารและการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครอง ซึ่งหมายความว่า การพัฒนาด้านการสื่อสารเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยยกระดับการดูแลทันตสุขภาพเด็ก

ด้านปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม พบว่าการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบของผู้ปกครอง และยังพบว่าแหล่งสนับสนุนหลักมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่มีเพียงร้อยละ 9.63 ที่รายงานว่ามีเพียงพอมากของอุปกรณ์และสื่อทางทันตสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jantorn Supak (2018) ที่พบว่าปัจจัยเอื้อของผู้ปกครองเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้สภาวะทันตสุขภาพไม่ดี

ผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกชปิญา ผดุงพันธ์ และคณะ (2019) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน

โดยสรุป ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปและสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี แสดงให้เห็นถึงจุดแข็งด้านบุคลากรและกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ การติดตามประเมินผล และความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ และชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กแบบบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปกครองและชุมชน

## 5.2.2 วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังดำเนินการ

จากผลการศึกษาพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการเกิดฟันผุร้อยละ 57.83 โดยมีความแตกต่างกันในแต่ละอำเภอ ได้แก่ อำเภอม่วงสามสิบพบอัตราการเกิดฟันผุสูงที่สุด (ร้อยละ 68.28) รองลงมาคืออำเภอนาเยีย (ร้อยละ 55.71) และอำเภวารินชำราบ (ร้อยละ 53.00) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพที่ยังคงมีอยู่อย่างมีนัยสำคัญในเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะในเขตกึ่งเมือง (อำเภอม่วงสามสิบ) ที่มีอัตราการเกิดฟันผุสูงที่สุด

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 ที่พบความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 75.6 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Srihanu Ravadee (2022) ที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลพระบุ อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนมีฟันน้ำนมผุร้อยละ 80.26 อย่างไรก็ตาม อัตราการเกิดฟันผุในการศึกษานี้ต่ำกว่าการศึกษาดังกล่าว ซึ่งอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของพื้นที่ศึกษาและการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพที่ผ่านมาในแต่ละพื้นที่ ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาของ Jantorn Supak (2018) ที่ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งพบความชุกของฟันผุร้อยละ 58.11 แต่ใกล้เคียงกับผลการศึกษาในครั้งนี้ (ร้อยละ 57.83) ความแตกต่างของอัตราการเกิดฟันผุในแต่ละอำเภออาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ ดังนี้:

1) ปัจจัยด้านสถานะทางเศรษฐกิจสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจสังคมมีความสัมพันธ์กับทันตสุขภาพของเด็ก Mohammed Al-Dahan (2023) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับฟันผุในวัยเด็กตอนต้น และ Goldfeld และคณะ(2019) พบว่าเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมีโอกาสเกิดฟันผุสูงกว่าเด็กที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง (adjusted OR 1.92, 95% CI 1.49-2.46) ซึ่งอาจอธิบายความแตกต่างระหว่างอำเภอเมือง (วารินชำราบ) ที่มีอัตราฟันผุต่ำกว่าอำเภอกึ่งเมือง (ม่วงสามสิบ)

2) การเข้าถึงบริการทันตกรรม อำเภวารินชำราบซึ่งเป็นเขตเมืองอาจมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaninpong Suksawang และคณะ(2023) ที่พบว่าปัจจัยเอื้อการเข้าถึงแหล่งบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = 0.14, p = 0.03$ )

3) ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครอง การศึกษาของ Adil และคณะ(2020) พบความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความรอบรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองกับค่า dmft ของเด็กก่อนวัยเรียน ( $r = -0.753$ ) และ Baskaradoss และคณะ(2022) พบว่าระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ดูแลที่ต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับคราบจุลินทรีย์ที่สูงในเด็ก ซึ่งผู้ปกครองในเขตเมืองอาจมีระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพที่สูงกว่า

4) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร: ความแตกต่างในพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทอาจส่งผลต่ออัตราการเกิดฟันผุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang

และคณะ(2020) ที่พบว่าความถี่ในการบริโภคอาหารหวานก่อนนอนมีความสัมพันธ์กับความถี่สูงต่อฟันผุในเด็กอายุ 5 ปี (OR: 3.22, 95% CI: 1.03-10.06)

5) ความแตกต่างของนโยบายและการบริหารจัดการ ความแตกต่างในนโยบายและการบริหารจัดการด้านทันตสุขภาพในแต่ละอำเภออาจส่งผลต่ออัตราการเกิดฟันผุที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Divyalalitha และคณะ(2020) ที่พบว่าการบริหารงานทันตสุขภาพเข้ากับระบบการดูแลเด็กที่มีอยู่สามารถลดความชุกของฟันผุได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kumar และคณะ(2021) ที่พบว่าร้อยละ 76.8 ของเด็กก่อนวัยเรียนต้องการการรักษาทันตกรรมอย่างเร่งด่วน ซึ่งสูงกว่าอัตราฟันผุในการศึกษาครั้งนี้ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน รวมถึงระบบบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันระหว่างประเทศ

### 5.2.3 วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในในศูนย์พัฒนาเด็ก จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัยสามารถตอบคำถามวิจัยเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กได้อย่างครอบคลุมโดยอภิปรายทั้งภาพรวมและรายด้าน ที่ทำให้เห็นจุดแข็งและจุดอ่อนของการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่วิจัยดังนี้

#### 1) ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพโดยรวมของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ มีเพียงร้อยละ 7.43 ที่อยู่ในระดับดีมาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรนภา จวบศิริ และภัทรพล มากมี (2565) ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพในระดับพอใช้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชากรไทยในหลายพื้นที่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ เมื่อพิจารณาความรอบรู้เป็นรายด้าน พบประเด็นที่น่าสนใจ คือ

#### 1.1) ด้านความรู้ความเข้าใจทางทันตสุขภาพ

ผู้ปกครองและครูส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจทางทันตสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยของวัชรพล วิวรรตน์เกล้าพันธ์ และคณะ (2024) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากกลุ่มประชากรที่ศึกษา ซึ่งงานวิจัยของวัชรพลศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีโอกาสได้รับความรู้ด้านทันตสุขภาพในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง ขณะที่การศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้ปกครองและครูที่อาจมีความหลากหลายทางภูมิหลังและโอกาสในการเข้าถึงความรู้ การที่ผู้ปกครองและครูมีความรู้ด้านทันตสุขภาพที่จำกัดสอดคล้องกับงานวิจัยของ Adil และคณะ (2020) ที่พบว่า ระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ฟันผุในเด็ก โดยเด็กที่มีผู้ปกครองที่มีความรู้ไม่เพียงพอมีค่าเฉลี่ย dmft สูงกว่า ปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อความรู้ด้านทันตสุขภาพที่จำกัดคือแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับข้อมูลจากสื่อออนไลน์ ในขณะที่ทันตบุคลากรหรือทันตแพทย์เป็นแหล่งข้อมูลที่น้อยที่สุด

## 1.2) ด้านการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปาก

ผู้ปกครองและครูส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับพอใช้ มีเพียงร้อยละ 0.61 เท่านั้นที่อยู่ในระดับดีมาก ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ปกครองและครูยังมีข้อจำกัดในการสื่อสารเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเก่งนิตี ตีละบาล (2024) ที่พบว่าคะแนนด้านการสื่อสารของผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะการสื่อสารเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริม

## 1.3) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ด้านนี้เป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด โดยผู้ปกครองและครูมีความรอบรู้ในระดับดีมาก และระดับดีรวมกันเป็นร้อยละ 67.27 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรนภา จบศรี และภัทรพล มากมี (2565) ที่พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ปกครองและครูอาจเป็นผลมาจากการที่ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมความรู้ด้านทันตสุขภาพ โดยได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการอบรมให้ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาความรู้ด้านทันตสุขภาพ)

## 2) พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาคือระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยของฉัตรนภา จบศรี และภัทรพล มากมี (2565) ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในระดับพอใช้ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกัน รวมถึงการมีนโยบายส่งเสริมทันตสุขภาพในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีที่มีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเป็นรายด้าน พบประเด็นที่น่าสนใจ คือ

### 2.1) ด้านการทำความสะอาดช่องปาก

พฤติกรรมที่ผู้ปกครองและครูปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือการแปรงฟันให้เด็กหลังรับประทานอาหารกลางวัน (ร้อยละ 64.86) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพช่องปากเด็ก อย่างไรก็ตาม ยังพบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียงลำพัง (ร้อยละ 27.11 ปฏิบัติเป็นประจำ) และการใช้ไหมขัดฟันยังมีน้อยมาก (ร้อยละ 54.82 ไม่เคยปฏิบัติเลย) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chawtowska และคณะ (2022) ที่พบว่า การกำกัับดูแลการแปรงฟันเป็นหนึ่งในประเด็นที่ผู้ปกครองปฏิบัติตามคำแนะนำน้อยที่สุด

### 2.2) ด้านการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือการให้เด็กดื่มนมรสจืดแทนนมรสหวาน (ร้อยละ 39.36) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ดี แต่ยังพบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การให้รางวัลเด็กด้วยขนมหวาน และการยอมให้เด็กนอนหลับโดยมีขวดนมคาปาก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tyagi และคณะ (2017) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านทันตสุขภาพของมารดา

### 2.3) ด้านการเข้ารับบริการทันตกรรม

พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือการพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อรับการตรวจฟันทุก 6 เดือน (แต่การพาเด็กไปรับบริการที่จำเป็น เช่น การอุดฟันและการถอนฟันยังมีน้อย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรนภา จบศรี และภัทรพล มากมี (2565) ที่พบว่าการเคียวพาเด็กไปรับบริการตรวจฟัน และเคลือบฟลูออไรด์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

#### 4) ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพและพฤติกรรม

##### 4.1) ระดับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ซึ่งอาจส่งผลให้มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในระดับดี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Adil และคณะ (2020) ที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ และการเกิดฟันผุในเด็กมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้ปกครอง โดยเด็กที่มีผู้ปกครองจบการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยมีค่าเฉลี่ย dmft ต่ำที่สุด

##### 4.2) แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับข้อมูลจากสื่อออนไลน์ (ร้อยละ 71.49) ซึ่งอาจเป็นทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและรวดเร็ว แต่ข้อเสียคือข้อมูลอาจไม่ถูกต้องหรือไม่น่าเชื่อถือ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chawłowska และคณะ (2022) ที่เสนอแนะว่าการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองมีความสำคัญต่อการเพิ่มความรู้และความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ

##### 4.3) ประสบการณ์การเข้ารับบริการทันตกรรม

ผู้ปกครองส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งอาจทำให้มีประสบการณ์และความเข้าใจในการดูแลทันตสุขภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Baskaradoss และคณะ (2022) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับคราบจุลินทรีย์ที่สูงขึ้นในเด็ก

#### 5.2.4 วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในจังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี" ได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย วงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ผลการวิจัยประกอบด้วยดังต่อไปนี้

##### 5.2.4.1 กระบวนการวางแผน (Planning)

ในขั้นตอนการวางแผน การศึกษาได้ดำเนินการ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม 1) การโดยสำรวจสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแมต พบว่าเด็กมีอัตราการเกิดโรคฟันผุร้อยละ 72.73 โดยมีค่าเฉลี่ย ผุ ถอน อุด เท่ากับ 4.36 ซึ่งต่อคน 2) การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนา โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกัน 4 ประการคือ 1) การมี

ส่วนร่วมของชุมชน 2) การพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กต้นแบบ 3) การพัฒนาความรู้ของผู้ปกครองและครู และ 4) การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพที่ชุมชนมีส่วนร่วม กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ เวียงดินดำ (2021) ที่ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งพบว่าการมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น และเด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น เช่น มีคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรลักษณ์ ยศพล และคณะ (2024) ที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยพบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ปกครองมีความรู้และเจตคติที่ดีขึ้น และสามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้ในระดับดีมาก

อย่างไรก็ตาม กระบวนการวางแผนในการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Deghatipour และคณะ(2021) ที่เน้นการวางแผนกิจกรรมด้านสุขภาพช่องปากตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึง 24 เดือนหลังคลอด ในขณะที่การศึกษานี้มุ่งเน้นเฉพาะเด็กอายุ 3-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากขอบเขตการวิจัยที่ต่างกัน และข้อจำกัดด้านระยะเวลาและทรัพยากรในการดำเนินการวิจัย

#### 5.2.4.2. กระบวนการลงมือปฏิบัติ (Action)

ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ การศึกษาได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพใน 3 กิจกรรมหลัก คือ

1) กิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยจัดภายใต้โครงการ "ฟันสวย ยิ้มใส ใส่ใจสุขภาพช่องปาก" โดยได้รับงบประมาณ 22,000 บาท จากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเมืองศรีไค เป็นการพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

2) กิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพ ปรับการตรวจคัดกรองจาก 1 ครั้ง/ปี เป็น 2 ครั้ง/ปี (มิถุนายนและธันวาคม) จัดระบบการส่งต่อและนัดหมายที่ชัดเจน โดยกำหนดให้เด็กที่มีปัญหาไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันพุธทุกสัปดาห์ เวลา 09.00-12.00 น.

3) กิจกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดตั้งทีมแกนนำเยี่ยมบ้านด้านทันตสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ทันตบุคลากรจาก รพ.สต. 2) อสม. 3) ครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 5) ผู้ปกครองเครือข่าย/แกนนำชุมชน กระบวนการลงมือปฏิบัติในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chompoovises และคณะ (2022) ที่ใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย ประสบการณ์ความสำเร็จ การซักจูงด้วยคำพูด การเรียนรู้จากตัวแบบ การสนับสนุนทางสังคม และการฝึกทักษะการแปร่งฟัน โดยพบว่าโปรแกรมห้ผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และสภาวะสุขภาพช่องปากเด็ก ( $p < .001$ ) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Divyalalitha

และคณะ(2020) ที่พบว่า การบูรณาการโมดูลทันตกรรมเข้ากับโครงการบริการพัฒนาเด็กแบบบูรณาการที่มีอยู่ ช่วยลดคะแนนคราบจุลินทรีย์และความชุกของฟันผุอย่างมีนัยสำคัญ ( $p=.001$ )

กระบวนการลงมือปฏิบัติในการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Thearawiboon Sunithi (2024) ที่เน้นการใช้เทคโนโลยี Line Official Account เป็นเครื่องมือหลักในการเข้าถึงความรู้ด้านทันตสุขภาพ ในขณะที่การศึกษานี้เน้นการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพแบบดั้งเดิมผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีในพื้นที่ชนบทของจังหวัดอุบลราชธานี หรือการให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมแบบพบปะกันโดยตรงมากกว่าผ่านช่องทางออนไลน์

#### 5.2.4.3. กระบวนการสังเกตการณ์ (Observation)

ในขั้นตอนการสังเกตการณ์ การศึกษาได้ดำเนินการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย เก็บรวบรวมข้อมูลกระบวนการดำเนินงาน และติดตามควบคุมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าครูผู้ดูแลเด็กและทันตบุคลากรมีระดับการมีส่วนร่วมสูงสุด ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในระดับปานกลางแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการหลากหลาย เช่น การบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลทันตสุขภาพ และการสำรวจความรอบรู้ มีการติดตามความก้าวหน้า ประเมินผลระหว่างดำเนินการ และติดตามการใช้ทรัพยากร

ในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ หมี่แก้ว (2021) และ ณิชพรพงษ์ หงษ์ทอง (2023) ที่มีการติดตามและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างเป็นระบบ โดยใช้การวัดผลทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม และสภาวะสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศรสวรรค์ จันทร์ประเสริฐ (2022) ที่มีการสังเกตและประเมินผลการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนและการควบคุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการควบคุมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ )

การศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของเก่งนิติ ทิละบาล (2024) และอัจฉรา จิตจง (2024) ที่เน้นการประเมินผลความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพเป็นหลัก ในขณะที่การศึกษานี้มีการสังเกตและเก็บข้อมูลที่หลากหลายมากกว่า โดยเฉพาะการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการศึกษานี้เน้นการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงให้ความสำคัญกับการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์มากกว่าการประเมินผลเฉพาะด้านความรอบรู้

#### 5.2.4.4 กระบวนการสะท้อนผล (Reflection)

ในขั้นตอนการสะท้อนผล การศึกษาได้จัดการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อถอดบทเรียนและสะท้อนผลการดำเนินการสู่พื้นที่ โดยพบปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การส่งต่อเด็กไปโรงพยาบาลประจำอำเภออย่างขาดระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ การเยี่ยมบ้านนอกเวลาทำการทำให้บุคลากรบางส่วนไม่สะดวก ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาสื่อการสอน แต่ก็พบปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำของผู้บริหารและผู้นำชุมชน ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การพัฒนา

ศักยภาพผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมของชุมชน บทเรียนที่ได้รับคือ การพัฒนาระบบต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การสร้างความตระหนักและความรู้ให้ผู้ปกครองเป็นกลยุทธ์สำคัญ และการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพช่วยในการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง กระบวนการสะท้อนผลในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเวอร์ธ เวียงดินดำ (2021) ที่มีการประเมินและถอดบทเรียนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยพบว่าการมีส่วนร่วมในการประเมินและสะท้อนผลช่วยให้เกิดความยั่งยืนของโครงการ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จิตจง (2024) ที่ประเมินและสะท้อนผลประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยพบว่าการประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะช่วยในการพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กระบวนการสะท้อนผลในการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Yusof และคณะ(2021) ที่เน้นการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขอนามัยช่องปากเป็นหลัก โดยไม่ได้เน้นการถอดบทเรียนและการสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของวิธีวิทยาการวิจัย โดยการศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เน้นการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงให้ความสำคัญกับการสะท้อนผลและถอดบทเรียนมากกว่า

#### 5.2.4.5 ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ

ผลการประเมินหลังการพัฒนาระบบพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 100 แม้ว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุยังอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77.78) แต่ความรุนแรงของโรคฟันผุลดลง โดยค่าเฉลี่ย dmft ลดลงจาก 4.36 ซี่ต่อคน เหลือ 2.56 ซี่ต่อคน คิดเป็นการลดลงร้อยละ 41.28 เด็กได้รับบริการทันตกรรมอย่างครอบคลุม โดยร้อยละ 78.57 ของเด็กที่มีฟันผุได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน และทุกคนได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกประเด็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เก่งนิติ ตีละบาล (2024) และ ศรสวรรค์ จันท์ประเสริฐ (2022) ที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพช่วยลดปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Divyalalitha และคณะ(2020) ที่พบว่าการบูรณาการโมดูลทันตกรรมเข้ากับโครงการบริการพัฒนาเด็กแบบบูรณาการที่มีอยู่ ช่วยลดความชุกของฟันผุและปัญหาสุขภาพช่องปากอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของสุกัญญา ฆารสินธุ์ และคณะ (2021) ที่เน้นการวัดผลด้านทักษะการแปรงฟันเป็นหลัก โดยไม่ได้วัดผลลัพธ์ด้านสภาวะทันตสุขภาพ (เช่น ค่า dmft) และไม่ได้วัดความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากขอบเขตและวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต่างกัน โดยการศึกษานี้มุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพทั้งระบบ จึงมีการวัดผลลัพธ์ที่หลากหลายและครอบคลุมมากกว่า

#### 5.2.4.6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการวิจัย

##### 1.) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลเวอร์ธ เวียง

ดินดำ (2021) ที่พบว่าการใช้กระบวนการ AIC ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่ดีขึ้น และช่วยลดคราบจุลินทรีย์และเพิ่มค่าฟันดีไม่มีผุในเด็ก ในการศึกษา การจัดตั้งทีมแกนนำเยี่ยมบ้านที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 5 ส่วน ช่วยให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้อัตราการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.11 เป็นร้อยละ 100 และเด็กได้รับบริการทันตกรรมอย่างครอบคลุม

#### 2) ปัจจัยด้านการพัฒนาระบบการคัดกรองและการส่งต่อ

การปรับระบบการคัดกรองจาก 1 ครั้ง/ปี เป็น 2 ครั้ง/ปี และการจัดระบบการส่งต่อที่ชัดเจน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ความรุนแรงของโรคฟันผุลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Divyalalitha และคณะ(2020) ที่พบว่ากระบวนการโมดูลทันตกรรมเข้ากับระบบการดูแลเด็กที่มีอยู่ช่วยลดคะแนนคราบจุลินทรีย์และความชุกของฟันผุอย่างมีนัยสำคัญ ในการศึกษา การกำหนดวันและเวลาที่ชัดเจนสำหรับการรับบริการทันตกรรม (วันพุธทุกสัปดาห์ เวลา 09.00-12.00 น.) ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ปกครองและเด็ก ส่งผลให้ร้อยละ 78.57 ของเด็กที่มีฟันผุได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน และทุกคนได้รับการเคลือบฟลูออไรด์ ซึ่งเป็นการส่งเสริมทันตสุขภาพเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการคัดกรองและส่งต่อที่ชัดเจนนี้ช่วยลดช่องว่างของการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในระบบเดิมที่ขาดการติดตามหลังการตรวจคัดกรองและไม่มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน ดังที่ทันตบุคลากรได้ให้สัมภาษณ์ไว้ว่า "มีการตรวจช่องปากปีละ 1 ครั้ง ตรวจเสร็จแจ้งผลปัญหาโรคในช่องปากไปที่เทศบาล แต่ไม่ได้ติดตามว่าผู้ปกครองพาไปรับบริการรักษาหรือไม่"

#### 3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้บริหารและงบประมาณ

การสนับสนุนจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเมืองศรีไค เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การพัฒนาระบบสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการถอดบทเรียนที่พบว่า "ภาวะผู้นำของผู้บริหารเทศบาลตำบลเมืองศรีไค คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กและผู้ปกครองในบ้านแมด ผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบ" การได้รับงบประมาณ 22,000 บาท สำหรับโครงการ "ฟันสวย ยิ้มใส ใส่ใจสุขภาพช่องปาก" ช่วยให้ผู้ปกครองและเด็กเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ปกครองและเด็กเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 40 คน และได้รับความรู้เกี่ยวกับการแปรงฟันที่ถูกวิธี เกิดการซักถามแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ปกครองด้วยกันเองและจากวิทยากร

อย่างไรก็ตาม การศึกษายังพบข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาสื่อการสอนด้านทันตสุขภาพที่ทันสมัยและเหมาะสมกับเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจาก "งบประมาณที่ได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพใช้สำหรับการดำเนินงานด้านสุขภาพโดยรวม ไม่ใช่เฉพาะด้านทันตสุขภาพอย่างเดียว" ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

#### 4) ปัจจัยด้านความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

การบูรณาการความร่วมมือระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yusof และคณะ(2021) ที่เสนอโปรแกรม 'Senyuman

Indah Milik Semua' (SIMS) หรือ 'รอยยิ้มสวยเพื่อทุกคน' ที่เน้นการทำงานร่วมกันของกลุ่มสามด้าน ประกอบด้วยนักสุขอนามัยทันตกรรม ครู และผู้ปกครอง ในการปรับปรุงระดับสุขอนามัยช่องปากของเด็ก ในการศึกษา การจัดตั้งทีมแกนนำเยี่ยมบ้านที่ประกอบด้วย 5 ส่วน (ทันตบุคลากร อสม. ครู ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้ปกครองเครือข่าย) ช่วยให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ และมีการประสานงานที่ตระหว่างหน่วยงาน ทำให้สามารถดูแลทันตสุขภาพเด็กได้อย่างครอบคลุม และต่อเนื่อง

#### 5) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองและการสร้างความตระหนักเรื่องทันตสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของเก่งนิตี ตีละบาล (2024) และอัจฉรา จิตจง (2024) ที่พบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านทันตสุขภาพในผู้ปกครองช่วยเพิ่มคะแนนด้านความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และช่วยลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็ก ในการศึกษา การจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและการมีผู้ปกครองเครือข่ายเป็นส่วนหนึ่งของทีมแกนนำเยี่ยมบ้าน ช่วยให้ผู้ปกครอง "มีความรู้ความเข้าใจ การดูแลรักษาสุขภาพช่องปากดีขึ้น สามารถดูแลสุขภาพช่องปากลูกของตนเองให้ดีขึ้น" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็ก ทั้งนี้ การศึกษาก็พบปัญหาในการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองบางส่วน โดยผลการสังเกตพบว่า "ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพ" ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และสร้างความตระหนักอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

#### 5.2.4.7 สรุปการอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี" ได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ผลการวิจัยได้ตอบสนองวัตถุประสงค์ในการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน โดยพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาระบบการคัดกรองและการส่งต่อที่ชัดเจน และการสร้างความตระหนักและความรู้ให้กับผู้ปกครอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงของโรคฟันผุในเด็กและเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม

ผลการวิจัยส่วนใหญ่สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ โดยเฉพาะการศึกษาของวิไลวรรณ เวียงดินดำ (2021) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการศึกษาของ Divyalalitha และคณะ(2020) ที่เน้นการบูรณาการทันตสุขภาพเข้ากับระบบการดูแลเด็กที่มีอยู่ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาของ Thearawiboon Sunithi (2024) ที่เน้นการใช้เทคโนโลยี Line Official Account และการศึกษาของ Deghatipour และคณะ(2021) ที่เน้นการเพิ่มกิจกรรมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึง 24 เดือนหลังคลอด

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในการศึกษานี้ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาระบบการคัดกรองและการส่งต่อที่

ชัดเจน การสนับสนุนจากผู้บริหารและงบประมาณ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในขณะที่ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ การขาดระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพในการส่งต่อเด็กไปโรงพยาบาลประจำอำเภอ การเยี่ยมบ้านนอกเวลาทำการทำให้บุคลากรบางส่วนไม่สะดวก และข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาสื่อการสอน

บทเรียนที่ได้รับจากการศึกษานี้คือ การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มีการบูรณาการเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวม เน้นการสร้างความตระหนักและความรู้ให้กับผู้ปกครอง และมีระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถลดปัญหาทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนได้อย่างยั่งยืน

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. ด้านการพัฒนาความรู้ด้านทันตสุขภาพ ควรเน้นการพัฒนาด้านความรู้ความเข้าใจทางทันตสุขภาพและการสื่อสาร ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยพัฒนาสื่อการสอนที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่
2. ด้านระบบการติดตามประเมินผล ควรพัฒนาระบบการติดตามแลประเมินผลให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาจใช้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาและสามารถให้คำแนะนำได้อย่างทันท่วงที
3. ด้านการสนับสนุนงบประมาณ ควรขยายการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นและแหล่งงบประมาณอื่นๆ เช่น ภาคเอกชน มูลนิธิ เพื่อจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์และสื่อการสอนให้เพียงพอ
4. ด้านการพัฒนาระบบส่งต่อ ควรพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

#### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1.3.2.1 สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรกำหนดนโยบายและแผนงานด้านทันตสุขภาพที่ชัดเจน สนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่อง
- 1.3.2.2 สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรจัดระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่มีประสิทธิภาพ เน้นการคัดกรองสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และควบคุมอาหารและขนมที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 1.3.2.3 สำหรับสถานบริการสาธารณสุข ควรจัดระบบบริการทันตกรรมที่เหมาะสมและเข้าถึงง่ายสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน จัดกิจกรรมเสริมทักษะการดูแลทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งพัฒนาระบบการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 1.3.2.4 สำหรับชุมชนและผู้ปกครอง ควรจัดตั้งเครือข่ายผู้ปกครองเพื่อร่วมกันดูแลทันตสุขภาพเด็กในชุมชน โดยมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามช่วยเหลือ และการส่งต่อเมื่อพบปัญหา

1.3.2.5 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากเบื้องต้น และดำเนินการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อติดตามการดูแลทันตสุขภาพเด็กในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

### 5.3.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

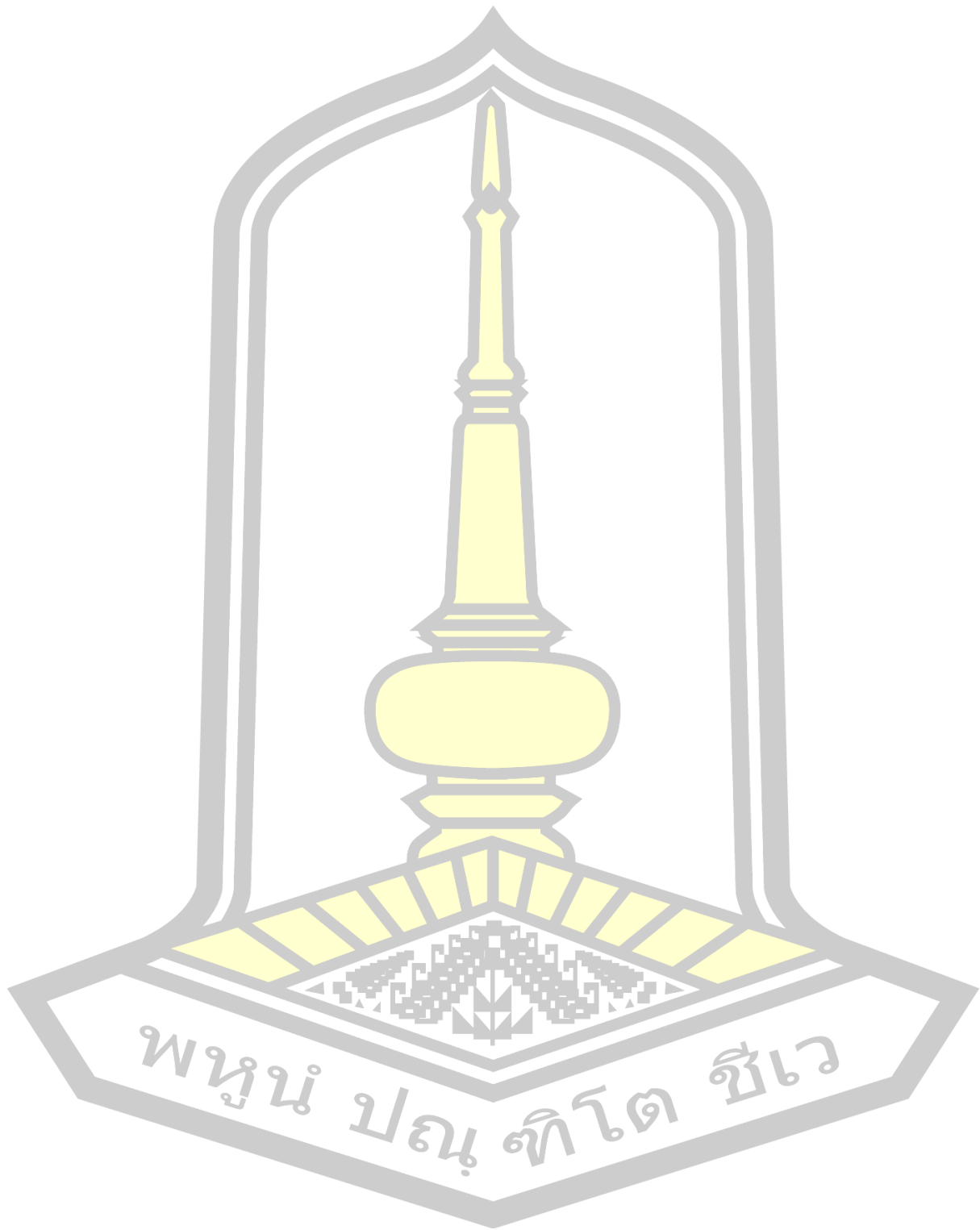
5.3.3.1 ควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของระบบและผลกระทบในระยะยาวต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก รวมถึงติดตามพัฒนาการด้านทันตสุขภาพของเด็กเมื่อเข้าสู่วัยเรียน

5.3.3.2 ควรศึกษาวิจัยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันมือถือ ระบบการติดตามทางออนไลน์ หรือสื่อการเรียนรู้ดิจิทัล ในการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในบริบทของพื้นที่ชนบทในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลทันตสุขภาพ

5.3.3.3 มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่แตกต่างกันในบริบทที่หลากหลาย เช่น เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท หรือเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนกับรูปแบบที่เน้นการใช้เทคโนโลยี เพื่อค้นหารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับแต่ละบริบท



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กชปิญญา ผดุงพันธ์, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว, & สุพัตรา วัฒนเสน. (2019). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากเด็ก ในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก องค์การ บริหารส่วน ตำบลโพนแพง อำเภอรัตน วาปีจังหวัด หนองคาย. *Thai Dental Nurse Journal*, 30(1), 39-54.
- กชปิญญา ผดุงพันธ์, เวียงดินดำ, แดงแก้ว, ณีรัฐกฤตา ผลอ้อ, และ ธัญพิชชญา พิมพ์ดี. (2019). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2559). มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ 2559
- กรรณิกา นำสม. (2560). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (*Health Data Center: HDC*)  
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). แนวทางการพัฒนาแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.  
<http://www.hed.go.th/linkHed/445>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565.). แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
- กันทิมา เหมพรหมราช. (2019). ความรู้ ทักษะคติ เกี่ยวกับโรคฟันผุ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง.
- กาญจนา วิเศษรินทอง. การพัฒนาระบบการบริหารจัดการชั้นเรียนสำหรับโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2555.
- แก่นิติ ตีละบาล. (2024). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ทันตสุขภาพของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสิ่งแวดล้อม ศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 9(4), 576-585.
- เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ. (2563). ทฤษฎี แนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข (Vol. 1). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โกวัฒน์ เทศบุตร. คู่มือการจัดการศึกษา. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 0511902 การประยุกต์ทฤษฎีระบบในการบริหารและพัฒนาการศึกษา. มหาสารคาม : ภาควิชาการบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2555.
- จันทรา ปานทอง. (2558). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็ก โดยผู้ปกครอง บ้านหินเหล็กไฟ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จันทรานี สงวนนาม. ทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารสถานศึกษา. กรุงเทพฯ: บุ๊คพอยท์, 2545.

- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2553). การจัดการสาธารณสุขในชุมชน (พ. 10, Ed.). สารคามการพิมพ์ สารคามเปเปอร์.
- ฉัตรนภา จบศรี, & ภัทรพล มากมี. (2565). ความรอบรู้ทางทันตสุขภาพของผู้ปกครองที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ปกครองของเด็ก อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ [Naresuan University].
- เฉลิมชัย หาญกล้า. การพัฒนาระบบการตรวจติดตามคุณภาพภายในของสถาบันราชภัฏ. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา . กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- ชูเลิศ สีแสด และคณะ. (2017). การวิเคราะห์เนื้อหาในการวิจัยเชิงคุณภาพ.
- ชูเลิศ สีแสด, นิรุวรรณ เทิร์นโบล, & สุพัตรา วัฒนเสน. (2017). รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพ ในศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารทันตภิบาล, 28(2), 58-71.
- ณภัทรพงษ์ หงษ์ทอง. (2023). ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาในผู้ปกครองต่อสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล, 34(2), 84-96.
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร, & และ ปิติพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2545). การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อสร้างนโยบายสาธารณะหรือสุขภาพ: แนวคิด แนวทาง และการปฏิบัติ. (Vol. 2).
- เดือนเพ็ญ แก้วประสาร, ศิริพร คำสะอาด, อรวรรณ นามมนตรี, & จุลพันธ์ สุวรรณ. (2022). ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการเลิกดูดขวดนมของเด็ก อายุ 6-36 เดือน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(01), 123-123.
- แดงแก้ว ธนัษพร, & สุธีรฤทธิ พงศ์เทพ. (2022). รูปแบบการจัดการปัญหาการเข้าถึง บริการสุขภาพช่องปากใน พื้นที่ห่างไกลโดยการใช้ ส่วนร่วมของ ท้องถิ่นและ ชุมชนกรณี ศึกษาบ้าน เกาะโคกตำบล เกาะหมาก อำเภอปากพะยูนจังหวัด พัทลุง. *Thaksin University Online Journal (TSU OJ)*, 2022(1), EHST-017 (017).
- ทิตนา แคมมณี. ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557.
- ธัญญธร ศรีวิเชียร. การพัฒนาระบบการบริหารงานบัญชีสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2556.
- ธัญพิชชญา พิมพ์ดี. (2021). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การส่งเสริม พัฒนาการเด็ก เล็กกรณี ศึกษา:ตำบล นิคมคำสร้อย อำเภอนิคมคำสร้อย จังหวัด มุกดาหาร. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบ สุขภาพ, 14(2), 320-332.
- ฉัตรรัตน์ หมี่แก้ว. (2021). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น, 18(2), 304-320.

- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2564). *Concept and Principle of Health and Health Promotion System*. <http://doh.hpc.go.th/bs/issueDisplay.php?id=514&category=A00&issue=Health%20Promotion>
- บุญชม ศรีสะอาด. (2543). การวิจัยเบื้องต้น (Vol. 6). สุวีริยาสาส์น.
- ปณิธาน สนพะเนา, & คงเดช กล้าผจญ. (2018). ปัญหาทันตสุขภาพและการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก ก่อนวัยเรียน. วารสาร วิจัย และ พัฒนา ด้าน สุขภาพ, 4(2), 4-14.
- ปณิธาน สนพะเนา, สันติสิทธิ์ เขียวเงิน, และ สุพัตรา วัฒนเสน. (2019). ปัญหาทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน.
- ปรีชา จันทวี. การพัฒนาระบบการประเมินและการควบคุมความเสี่ยงทางการศึกษาสำหรับโรงเรียน : การประเมินแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ. วิทยานิพนธ์ ป.ด. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.
- ปาริฉัตร ถาวรวงษ์. (2021). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก.
- ปิยะดา ประเสริฐสม. (2562, 21 ตุลาคม 2561). <แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี.pdf> การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานทันตสุขภาพภาพรวม ปี 2562 โรงแรมเบสท์เวสเทิร์นพลัสแวนดาแกรนด์.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. . วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ(*Thaksin University Journal*), 16(2).
- พรเทพ รุ่งแผน. การพัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. วิทยานิพนธ์ ค.ด กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- พันธเทพ พัฒนจรัสพันธ์ . การพัฒนาระบบการบริหารความเสี่ยงสำหรับโรงเรียนเอกชน ประเภทสามัญศึกษา . วิทยานิพนธ์ กศ.ด. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2557.
- เพ็ญ สุขมาก. (2563). สุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ. สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. [http://hsmi.psu.ac.th/hiarc/wp-content/uploads/2020/11/mod\\_1\\_1.pdf](http://hsmi.psu.ac.th/hiarc/wp-content/uploads/2020/11/mod_1_1.pdf)
- เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชน กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. <http://www.hed.go.th/linkHed/450>
- วรลักษณ์ ยศพล, กอบกุล อาปะมะกา, & สุมาลี เจริญบุญ. (2024). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการใช้มีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกุ้ง อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3), 276-288.
- วลีรัตน์ ศุภรารณ. (2564). โรคฟันผุและการป้องกันในเด็ก. ค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2565, จาก <https://shorturl.asia/AXB7x>

- วัชรพล วิวรรณเกล้า พันธ์, จุฬนารินทร์ วิทยวรรณกุล, อนงนารถ คำเชียง, พลอยนิล อันทะศรี, ยูวธิดา พลหมอม, & รัตนกร จำปากุล. (2024). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอหนองบัว จังหวัดนครพนม. วารสารทันตภิบาล, 35(1), 13-24.
- วิลาสินี มูลศรี. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน.
- วิไลวรรณ เวียงดินดำ. (2021). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 3(1), 117-130.
- ศรสวรรค์ จันทร์ประเสริฐ. (2022). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการควบคุมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองกุลา อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสาร สาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 16(1), 28-39.
- ศิริพงษ์ เสาภายน. หลักทฤษฎีระบบและการจัดการ. กรุงเทพฯ : บริษัทมิตรภาพการพิมพ์และสตีวดี โอ จำกัด, 2556.
- สมพร แก้วทอง, เปมิกา นิมคง, อมลวรรณ แก้วละมุล, ดุขฎี เจริญสุข, & วรรณนิมล เมฆนิมล กิ่งแก้ว. (2022). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครอง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี: Factors Related to Oral Health Care Behaviors in Pre-School Children among Parents in Child Development Centers, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. วารสาร สห เวชศาสตร์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏ สอนสุนันทา, 7(2), 56-70.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2560). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2556). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัย ANC คุณภาพ WCC คุณภาพ ศพด. คุณภาพ. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2560). รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2565). การจัดทำแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ต้นแบบ “ด้านสุขภาพช่องปาก” (Vol. 1). สถาบันพัฒนาเด็กประถมวัย. [https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/download?id=97481&mid=35799&mkey=m\\_document&lang=th&did=28603](https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/download?id=97481&mid=35799&mkey=m_document&lang=th&did=28603)
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2565,). แนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบ “ด้านสุขภาพช่องปาก”. สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา. <https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/down>

- สำนักทันตสาธารณสุข. (2561). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากแม่และเด็กปฐมวัย.  
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สิทธิชัย ขุนทองแก้ว. (2552). วิทยาการโรคฟันผุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรู๊ปเพลส.
- สุจิตรา ผิวสว่าง และคณะ. (2017). พฤติกรรมการบริโภคอาหารกับการเกิดโรคฟันผุ.  
สุจิตรา ผิวสว่าง, ไพลิน อำไพ, จุฑามาส ชุมทอง, วิจิตร ประดิษฐ์ศิลป์โชติ, & ญัฐธิกา ศรีมกุฎพันธ์.  
(2017). พฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลต่อสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์  
พัฒนาเด็กเล็กบ้านตานบ ตำบลทุ่งกุลา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยและ  
พัฒนามหาวิทยาลัย ราชภัฏสวนสุนันทา, 9(3), 20-20.
- สุจิตรา ผิวสว่าง, ไพลิน อำไพ, จุฑามาส ชุมทอง, วิจิตรประดิษฐ์ ศิลป์โชติ, & ญัฐธิกา ศรีมกุฎพันธ์.  
(2017). พฤติกรรมการบริโภคที่ส่งผลต่อสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน ณ ศูนย์  
พัฒนาเด็กเล็ก บ้านตานบ ตำบลทุ่งกุลา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดสุรินทร์. *Research and  
Development Journal Suan Sunandha Rajabhat University*, 9(3 SUP), 20-20.
- สุโรยา หมายระโตะ. (2021). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟัน ผุของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์  
พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา. วารสารทันตภิบาล, 32(1), 103-114.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2544). การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน (Vol. 3). อักษรไทย.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). การออกแบบงานวิจัย : วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสาน  
วิธีการ. (Vol. 2). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. .
- อติธยา ชุมศรี, & วันเพ็ญ สมหอม. (2019). สภาวะโรคฟันผุความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตนด้าน  
ทันตสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนประถม ศึกษาอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.  
*Thai Dental Nurse Journal*, 30(1), 55-68.
- อนงค์ พีชสิงห์. การพัฒนาระบบการบริหารที่มุ่งประสิทธิผลในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์. วิทยานิพนธ์  
กศ.ด. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.
- อนงค์ ภูมชาติ. (2019). กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนด้วยแผนการจัดประสบการณ์.  
อนุพงษ์ สอดสี, นลินี ณ นคร, & สังวรณ์ ังตระโทก. (2019). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ  
ช่องปากของนักเรียน ประถมศึกษา. *Thai Dental Nurse Journal*, 30(2), 80-91.
- อรัญญา ศรีสุนาคร้ว. (2547). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคขนมของ  
นักเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น].
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2552). ชีวิติตีสำหรับงานวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Vol. 1). วิทยพัฒน์.  
อังคณา ตุงคะสมิต. การพัฒนาระบบการวัดและประเมินผลระดับชั้นเรียนตามหลักสูตรการศึกษาขั้น  
พื้นฐาน พุทธศักราช 2544 โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษา  
โรงเรียนบานนาศรีตงเค็ง จังหวัดขอนแก่น. ปริญญาโท กศ.ด. กรุงเทพฯ :  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2550
- อัจฉรา จิตจง. (2024). ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย  
ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอร่องวาง จังหวัดแพร่. *Thailand Journal of  
Health Promotion and Environmental Health*, 47(4), 26-42.

- อิทธิพัทธ์ ยางธิสาร, นฤเบศร์ อภัยโส, พิชรินทร์ หนั่นลี, จารุวิษณุ แก้วฝาย, วีรภัทร แสนทวีสุข, จิราภรณ์ ทองแพ, ระพีพรรณ ใจสว่าง, ปณิตา บุญโท, สударัตน์ โคตรศรีเมือง, ขวัญฤดี ลีสีสุข, สударัตน์ ชินชาติ, & เนตรฤทัย ภูนาทอม. (2567). ผลของนวัตกรรมแปรงสีฟัน เล่นสนุก ฟันสวย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมการแปรงฟันของเด็กก่อนวัยเรียน. *Journal of Health Science of Thailand*, 33(2), 241-253.
- Adil, A. H., Eusufzai, S. Z., Kamruddin, A., Wan Ahmad, W. M. A., Jamayet, N. B., Karobari, M. I., & Alam, M. K. (2020). Assessment of parents' oral health literacy and its association with caries experience of their preschool children. *Children*, 7(8), 101.
- Angarita-Díaz, M. D. P., Durán-Arismendy, E., Cabrera-Arango, C., Vásquez-Aldana, D., Bautista-Parra, V., Laguna-Moreno, J., & Mondragón-López, W. (2024). Enhancing knowledge, attitudes, and practices related to dental caries in mothers and caregivers of children through a neuroeducational strategy. *BMC Oral Health*, 24(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03734-0>
- Baskaradoss, J. K., AlSumait, A., Behbehani, E., & Qudeimat, M. A. (2022). Association between the caregivers' oral health literacy and the oral health of children and youth with special health care needs. *Plos one*, 17(1), e0263153.
- Bedeian, Arthur G. *Management*. 3<sup>rd</sup> ed. Orlando : Harcourt Brace Javanavich College, 1993.
- Best John W. and Kahn, J. V. (1988). *Research in Education*. (Vol. 8th). Allyn and Bacon.
- Biggs, C. L., Birks, E. G. and Atkins, W. *Managing the systems development process*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1980.
- Bloom, B. S., Hastings, T. J., & Madaus, G. F. (1971). *Hand Book on Formative and Summative*
- Chaninpong Suksawang, Panitan Grasong, & Kotchakorn Boonma. (2023). Factors Affecting Oral Health Care Behaviors for Preschool Children Among Guardians in Takhro Subdistrict, Phaisali District, Nakhon Sawan Province, 1(2), 21-28.
- Chawłowska, E., Karasiewicz, M., Lipiak, A., Cofta, M., Fechner, B., Lewicka-Rabska, A., Pruciak, A., & Gerreth, K. (2022). Exploring the relationships between children's oral health and parents' oral health knowledge, literacy, behaviours and adherence to recommendations: a cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11288.

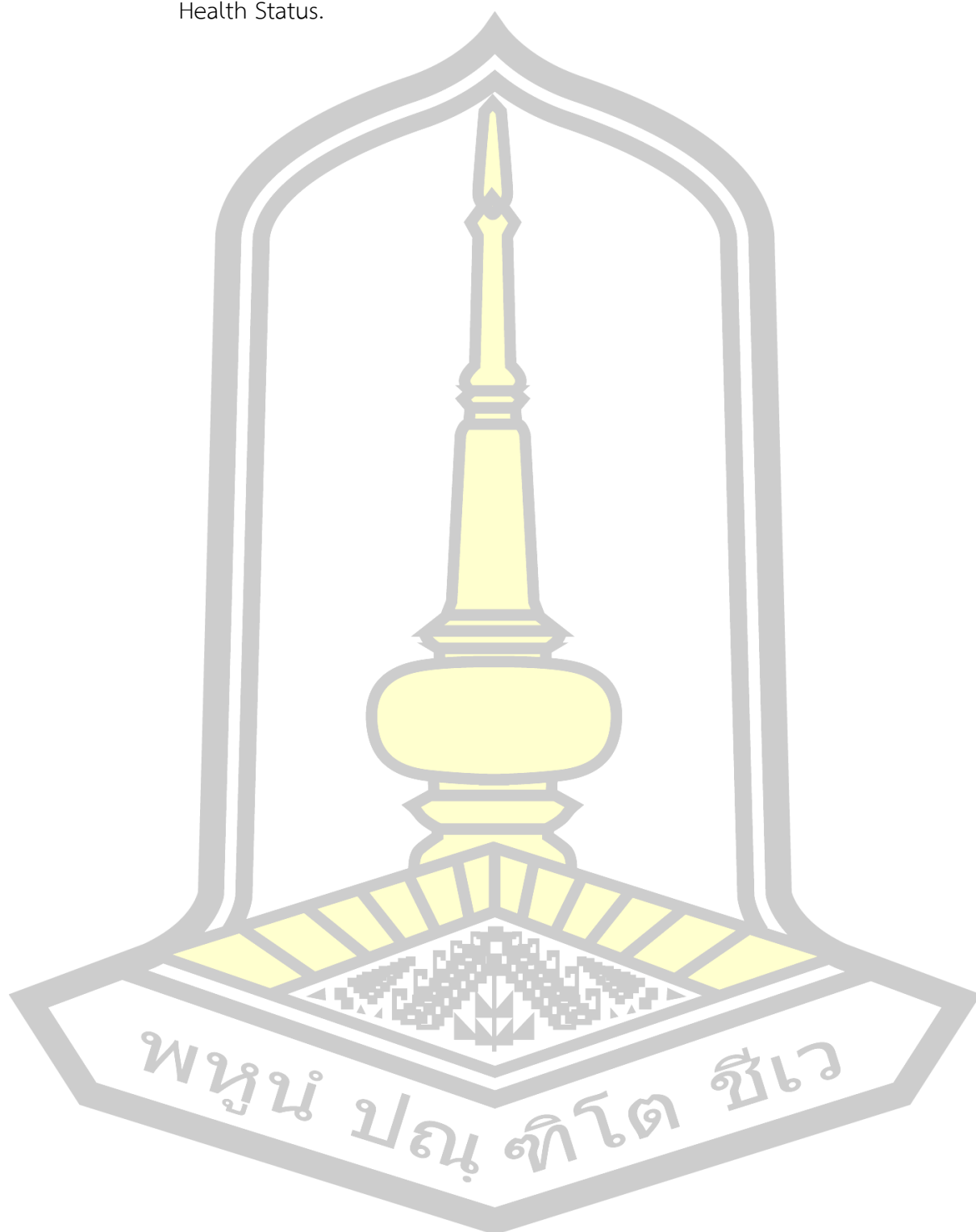
- Chompoovises Manassanunt, Kaeodumkoeng Kwanmuang, & Sompopcharoen Malinee. (2022). The effects of oral health care behavior modification program applying self-efficacy theory in child development center, Nongyasai district, Suphanburi province. *Thai Dental Public Health Journal*, 27, 88-105.
- Cohen L., L. M. (1994). *Research Method in education*. Routledge.
- Deghatipour, M., Ghorbani, Z., Mokhlesi, A. H., Ghanbari, S., & Namdari, M. (2021). Community-based interventions to reduce dental caries among 24-month old children: a pilot study of a field trial. *BMC Oral Health*, 21(1), 637.
- Divyalalitha, N., Manipal, S., Bharatwaj, V., & Prabu, D. (2020). The impact of integration of a dental module into the existing integrated child development services scheme in Chennai, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(9), 4841-4846.
- Evaluation of Student Learning*. . Hill Book Company Inc.
- Gao, X., Chen, L., Lin, C.P., & Lo, E.C.M. (2020). Innovative interventions to promote positive dental health behaviors and prevent dental caries in preschool children: Study protocol for a randomized controlled trial.
- Goldfeld, S., Francis, K. L., Hoq, M., Do, L., O'Connor, E., & Mensah, F. (2019). The Impact of Policy Modifiable Factors on Inequalities in Rates of Child Dental Caries in Australia. *Int J Environ Res Public Health*, 16(11).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16111970>
- Gulcan, M. K., & Sahiner, N. C. (2023). Determining the fever-related knowledge and practices of mothers with children aged 1-5 years presenting to a child emergency service with fever complaints in Turkiye. *J Pediatr Nurs*, 69, e13-e20. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.11.024>
- Horowitz, A. M., & Kleinman, D. V. (2008). Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dental Clinics of North America*, 52(2), 333-344.
- Jantorn Supak. (2018). Factors Associated with Dental Health Status of Preschool Children in Child Development Centers, Wichian Buri District, Phetchabun Province
- Jantorn Supak. (2018). Factors Associated with Dental Health Status of Preschool Children in Child Development Centers, Wichian Buri District, Phetchabun Province, 12(1), 11-19.
- Jones, K., Parker, E., Mills, H., Brennan, D., & Jamieson, L. (2014). Development and psychometric validation of a Health Literacy in Dentistry scale (HeLD). *Community Dent Health*, 31(1), 37-43.

- Juliana Ribeiro Francelino Sampaio, Suely Arruda Vidal, Paulo Savio Angeiras de Goes, Paulo Felipe R. Bandeira, & José Eulálio Cabral Filho. (2023). Sociodemographic, Behavioral and Oral Health Factors in Maternal and Child Health: An Interventional and Associative Study from the Network Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3). <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/3895>
- Kang, B. W., Ahn, E., & Kim, M.-Y. (2017). Relationship among maternal sociodemographics, oral health behavior, and the prevalence of early childhood caries. *Journal of dental hygiene science*, 17(3), 250-256.
- Kano, T., Shimasaki, A., Okada, K., Matsuo, T., & Ikejima, K. (2020). Caregivers' Perception of Eating Behaviors Among 4-Year-Old Kindergarten Children in Adachi City, Tokyo, Japan.
- Kast, F.E. & Rosenzweig, J.E. Organization and Management : A System and Contingency Approach. 4<sup>th</sup> ed. New York : McGraw Hill, 1985.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (Vol. 3). Deaken University Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (Vol. 3). Deaken University Press.
- Khan, I. M., Mani, S. A., Doss, J. G., Danaee, M., & Kong, L. Y. L. (2021). Pre-schoolers' tooth brushing behaviour and association with their oral health: a cross sectional study. *BMC Oral Health*, 21(1), 283.
- Kumar, V., Ankola, A., Sankeshwari, R., Jalihal, S., Atre, S., & Mallineni, S. K. (2021). Determination of the oral health status and behaviors, treatment needs, and guardians' perception of oral health among preschool children attending Integrated Child Developmental Scheme Anganwadi centers of Belagavi, South India: A cross-sectional study. *J Clin Transl Res*, 7(4), 436-442.
- Lunenburg, F.C. and Ornstein, A.C. Education Administration Concepts and Practice. 4<sup>th</sup> ed. Belmont, Calif : Thomson , 2004.
- Manratoh Suraiya, Palanukunwong Onchinee, & Like Yulithi. (2022). Effects of the KNfun Program on Dental Health Knowledge and Dental Care Behaviors of Guardians and Plaque Levels in Preschool Children. *Journal of Nursing and Public Health Research*, 2(2), 12-24.
- Mohammed Al-Dahan, H. A. I. S. (2023). Early childhood caries: parents' knowledge, attitude and practice towards its prevention in refugee camps in Erbil, Iraq. *BMC Oral Health*, 23(1), 792. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03516-8>

- Negussie, A. S., Dehan, M. F., Mekonnen, S. A., & Zelleke, T. G. (2024). Knowledge, attitudes, and practices of caregivers with children diagnosed with epilepsy attending a pediatric outpatient clinic: a descriptive, cross-sectional, questionnaire-based study in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Neurol*, *24*(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12883-024-03766-1>
- Nutbeam D. (2008). *The evolving concept of health literacy* (Vol. 67).
- Panitan Sonpanao, & Santisith Khlewkhern. (2019). Development of Oral Health Promotion Model for Preschool Children by the People Participation in Child Development Center of Muenwai Subdistrict Administration Organization, Muenwai Subdistrict, Muang District, Nakhonratchasima Province. *Thai Dental Nurse Journal*, *30*(1), 103-119.
- Parichat Thawornwong. (2021). Parents of Preschool Children in Child Development Centers: Oral Care Behaviors and Associated Factors Phaphrom District, Nakhon Si Thammarat *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, *1*(2), 69-82.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, *2*.
- Sakamoto, H., Fukui, M., Doi, T., Yoshioka, M., & Hinode, D. (2023). Factors Affecting Dental Caries in 3-Year-Old Children: Effectiveness of Dental Health Examinations for Pregnant Women on Behavioral Change. *JOURNAL OF DENTAL HEALTH*, *73*(1), 31-41. [https://doi.org/10.5834/jdh.73.1\\_31](https://doi.org/10.5834/jdh.73.1_31)
- Samuel, S.R., Acharya, S., & Rao, J.C. (2020). School Interventions-based Prevention of Early-Childhood Caries among 3 –5 -year-old children from very low socioeconomic status: Two-year randomized trial.
- Schoderbek, P. P. and others. Management systems : Concept consideration. Boston, MA : Richard D. Irwin, 1990.
- Smith, August W. Management Systems : Analysis and Application. Japan : CBS College publishing, 1982.
- Sneha, K., Praveen, P., & Anantharaj, A. (2022). An assessment of the effectiveness of oral health education on oral health-related knowledge and attitudes of caregivers of children with hearing impairment. *Eur J Paediatr Dent*, *23*(1), 10-14. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2022.23.01.02>
- Sodsee Anuphong, Na Nakorn Nalinee, & Ngudgratoke Sungworn. (2020). Development of Oral Health Literacy Assessment Tool for Upper Elementary School Students. *KKU Research Journal (Graduate Studies) Humanities and Social Sciences*, *8*(1), 52-64.

- Sowmya, K., Puranik, M. P., & Aparna, K. (2021). Association between mother's behaviour, oral health literacy and children's oral health outcomes: A cross-sectional study. *Indian Journal of Dental Research*, 32(2), 147-152.
- Srihanu Ravadee. (2022). Oral Health Status and Oral Health Promotion for Preschool Children in Phra Bu Subdistrict Child Development Center, Phra Yuen District, Khon Kaen Province, 4(1), 1-16.
- Srihanu Ravadee. (2022). Oral Health Status of Preschool Children in Phra Bu Subdistrict Child Development Center, Phra Yuen District, Khon Kaen Province
- Stair, Ralph M. Principles of information systems : A managerial Approach. 2<sup>nd</sup> ed. Danvers: Boyd & Fraser publishing Co, 1996.
- Thearawiboon Sunithi. (2024). Developing a model for accessing dental health knowledge for parents of early childhood children at early childhood development centers under Rangsit Municipality in the COVID-19 situation. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 8(15), 148-160.
- WHO. (1988). *Health promotion Glossar*. WHO Publications.
- WHO. (2020). *Oral Health*. WHO. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/oral-health>
- WHO. (2022). *Determinants of health*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>
- World Health Organization. (2022). Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
- Yusof, Z. Y. M., Anwar, N. H., Mohd Nor, N. A., Nor, M. M., & Mustafa, S. E. (2021). The effect of the SIMS Programme versus existing preschool oral healthcare programme on oral hygiene level of preschool children: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 22, 1-11.
- Zhang, M., Zhang, X., Zhang, Y., Li, Y., Shao, C., Xiong, S., Lan, J., & Wang, Z. (2020). Assessment of risk factors for early childhood caries at different ages in Shandong, China and reflections on oral health education: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 20(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01104-8>
- Zhou, N., Wong, H. M., & McGrath, C. (2019). Oral health and associated factors among preschool children with special healthcare needs. *Oral diseases*, 25(4), 1221-1228.

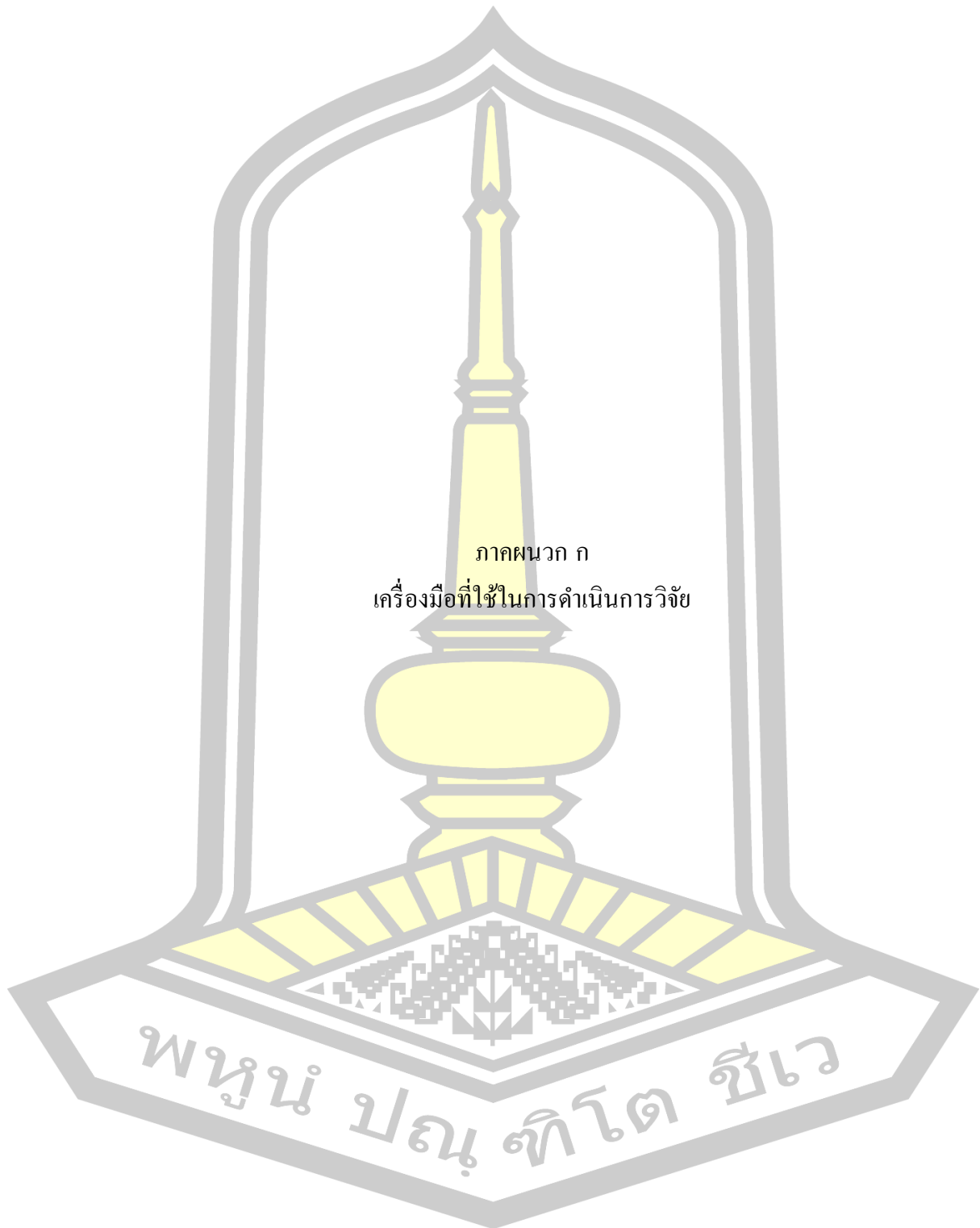
Zhou, Y., Yang, J.Y., Lo, E.C.M., & Lin, H.C. (2019). Factors Related to Children's Dental Health Status.



## ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
- ภาคผนวก ข ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย
- ภาคผนวก ค หนังสือขอตกลงเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
- ภาคผนวก ง หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย
- ภาคผนวก จ รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
- ภาคผนวก ฉ ประวัติผู้วิจัย

พูนัน ปณฺ ทิโต ชีเว





เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....ครั้งที่

## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย ชุดที่ 1

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

### คำชี้แจง

- 1) แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ทั่วไปและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) เครื่องมือชุดนี้ใช้สำหรับสอบถาม ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการบริหาร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็กและตัวแทนผู้ปกครอง
- 3) เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบสอบถามปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย 3 ตอน
  - ตอนที่ 1 ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านปัจเจกบุคคล จำนวน 6 ข้อ
  - ตอนที่ 2 ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านระบบบริการทันตสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ
  - ตอนที่ 3 ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จำนวน 34 ข้อ

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

สมพร แก้วทอง

นิสิตปริญญาเอก สาขาสังคมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหุณ ปญ ทิต

ตอนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล จำนวน 7 ข้อ

**คำชี้แจง :** ให้ทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  ลงใน  $[\ ]$  หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ  $[\ ]$  1.ชาย  $[\ ]$  2.หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี (เศษของปีนับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส  
 $[\ ]$  1.โสด  $[\ ]$  2.คู่  $[\ ]$  3. ม่าย, หย่า, แยก
4. ระดับการศึกษา  
 $[\ ]$  1. มัธยมศึกษาตอนต้น  $[\ ]$  2. มัธยมศึกษาตอนปลาย  
 $[\ ]$  3. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)  $[\ ]$  4. อนุปริญญา (ปวส.)  
 $[\ ]$  5. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า  $[\ ]$  6. ปริญญาโท  
 $[\ ]$  7. อื่นๆ โปรดระบุ .....
5. การประกอบอาชีพในปัจจุบัน  
 $[\ ]$  1.รับจ้าง  $[\ ]$  2. เกษตรกรรม ( ทำไร่ ทำนา และทำสวน )  
 $[\ ]$  3. ค้าขาย  $[\ ]$  4. ลูกจ้าง ( โรงงาน )  
 $[\ ]$  5. ผู้สูงอายุ  $[\ ]$  6. แม่บ้าน  
 $[\ ]$  7.รับราชการ  $[\ ]$  8. รัฐวิสาหกิจ  
 $[\ ]$  9. ไม่มีอาชีพ  $[\ ]$  10. อื่น ๆ .....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. สถานะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน  
 $[\ ]$  1. ครูผู้ดูแลเด็ก  $[\ ]$  2. กรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก  
 $[\ ]$  3. อาสาสมัครสาธารณสุข  $[\ ]$  4. ทันตบุคลากร  
 $[\ ]$  5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข  $[\ ]$  6. นายกองค้การบริหารส่วนท้องถิ่น  
 $[\ ]$  7. ผู้อำนวยการกองการศึกษา  $[\ ]$  8. ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน  
 $[\ ]$  9. อื่นๆ ระบุ.....

พหุบัน ปณ ทิโต ชีเว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านทันตสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ

ชี้แจง : ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] ในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีตัวเลือกตอบแบบ มี ไม่มี และไม่แน่ใจ

ข้อ	ข้อความคำถามด้านปัจจัยระบบบริการทันตสุขภาพ				รหัส สำหรับ ผู้วิจัย
		มี	ไม่ มี	ไม่ แน่ใจ	
<b>ด้านปัจจัยนำเข้าระบบการบริการทันตสุขภาพ(Input)</b>					
1	มีทันตบุคลากร (ทันตแพทย์/ทันตบุคลากร) ที่รับผิดชอบดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยเฉพาะ				I1 [.....]
2	มีการพัฒนาศักยภาพครูและผู้ดูแลเด็กให้มีความรู้และทักษะในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก				I2 [.....]
3	มีบุคลากรเพียงพอในการให้บริการทันตสุขภาพแก่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก				I3 [.....]
4	มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานทันตสุขภาพเด็กในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น				I4 [.....]
5	มีงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นสำหรับโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก				I5 [.....]
6	มีงบประมาณเพียงพอในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทันตสุขภาพสำหรับเด็ก				I6 [.....]
7	มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากเด็ก				I7 [.....]
8	มีสื่อให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับเด็กก่อนวัยเรียน				I8 [.....]
9	มีวัสดุอุปกรณ์ส่งเสริมทันตสุขภาพเพียงพอสำหรับเด็กทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก				I9 [.....]
<b>ด้านกระบวนการให้บริการทันตสุขภาพ(Process)</b>					
10	มีแผนงานและกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กที่ชัดเจนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก				P1 [.....]
11	มีระบบการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านทันตสุขภาพเด็กเมื่อแรกรับเข้าศูนย์				P2 [.....]
12	มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการแปรงฟันที่ถูกวิธีหลังอาหารกลางวันทุกวันในศูนย์				P3 [.....]

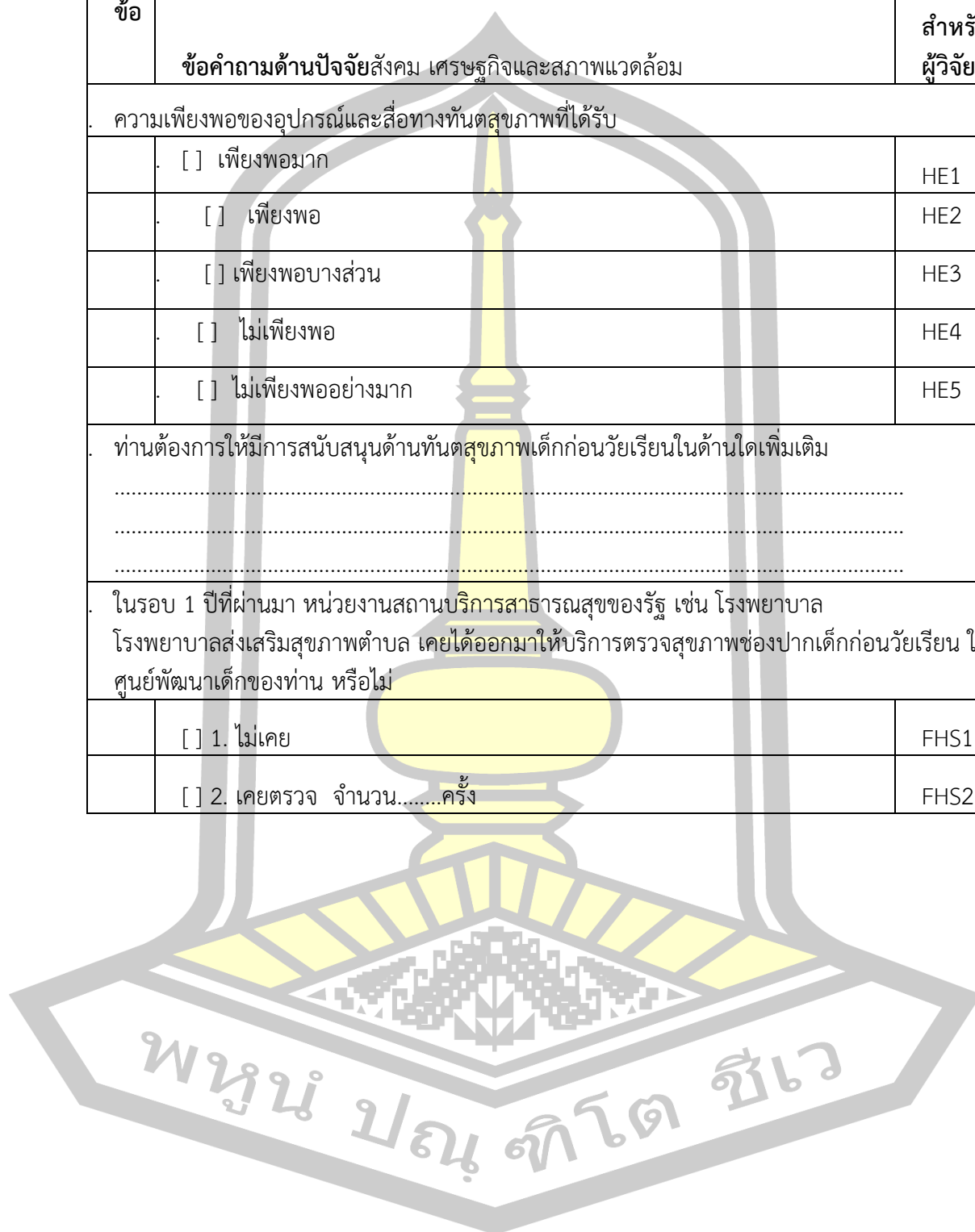
ข้อ	ข้อความคำถามด้านปัจจัยระบบบริการทันตสุขภาพ				รหัส สำหรับ ผู้วิจัย
		มี	ไม่ มี	ไม่ แน่ใจ	
13	มีระบบการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปยังหน่วยบริการทันตกรรม				P4 [.....]
14	มีการประสานงานกับทันตบุคลากรในพื้นที่เพื่อวางแผนการดูแลทันตสุขภาพเด็ก				P5 [.....]
15	มีการให้ความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก				P6 [.....]
16	มีระบบควบคุมอาหารและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก				P7 [.....]
17	มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพเด็กอย่างสม่ำเสมอ				P8 [.....]
18	มีการพัฒนาศักยภาพครูและผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมและดูแลทันตสุขภาพเด็ก				P9 [.....]
19	มีแนวทางช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเด็กมีปัญหาเร่งด่วนด้านทันตสุขภาพในศูนย์				P10 [.....]
<b>ด้านผลลัพธ์การให้บริการด้านทันตสุขภาพ(Output)</b>					
20	เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง				O1 [.....]
21	เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ				O2 [.....]
22	มีรายงานสรุปสถานการณ์โรคในช่องปากของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประจำปี				O3 [.....]
23	เด็กที่ตรวจพบปัญหาสุขภาพช่องปากได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม				O4 [.....]
24	มีการติดตามผลการรักษาและป้องกันโรคในช่องปากของเด็กอย่างต่อเนื่อง				O5 [.....]

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม จำนวน 34 ข้อ  
**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงตาม  
 ความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ชื่อ	ข้อคำถามด้านปัจจัยสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม		รหัส สำหรับ ผู้วิจัย	
<b>ส่วนที่ 1 การเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ</b>				
. กรณีที่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กต้องไปรับบริการบริการด้านทันตกรรม ใครเป็นผู้พาเด็กไปรับบริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
<input type="checkbox"/>	1. ครูผู้ดูแลเด็ก	<input type="checkbox"/>	5. อาสาสมัครสาธารณสุข	WHS
<input type="checkbox"/>	2. ผู้ปกครองของเด็ก	<input type="checkbox"/>	6. ผู้นำชุมชน	
<input type="checkbox"/>	3. ญาติ	<input type="checkbox"/>	7. อื่นๆ ระบุ.....	
<input type="checkbox"/>	4. เพื่อนบ้าน			
. กรณีที่พาเด็กไปรับบริการด้านทันตกรรม ท่านเดินทางด้วยพาหนะชนิดใด				
<input type="checkbox"/>	1. เดิน	<input type="checkbox"/>	5. รถโดยสารประจำทาง	THS
<input type="checkbox"/>	2. รถจักรยาน	<input type="checkbox"/>	6. รถรับจ้าง	
<input type="checkbox"/>	3. รถจักรยานยนต์	<input type="checkbox"/>	7. อื่นๆ ระบุ.....	
<input type="checkbox"/>	4. รถยนต์ส่วนตัว			
<b>ส่วนที่ 2 การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</b>				
. ศูนย์พัฒนาเด็กเคยได้รับการติดตาม ตรวจสอบ การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ จาก บุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล หรือชุมชน หรือไม่				
<input type="checkbox"/>	1. ไม่เคย	<input type="checkbox"/>	2. เคย ระบุ.....ครั้ง ล่าสุด เมื่อเดือน/ปี	CHS
. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่านเคยได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และสื่อทางทันต สุขภาพสำหรับดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือไม่				
<input type="checkbox"/>	1. ไม่เคย			FOHS
<input type="checkbox"/>	2. เคย			
. การสนับสนุนด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่ท่านเคยได้รับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)				
<input type="checkbox"/>	. อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน)		Sup1	
<input type="checkbox"/>	. สื่อให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ (แผ่นพับ โปสเตอร์ วีดีโอ)		Sup2	

ข้อ	ข้อคำถามด้านปัจจัยสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม	รหัส สำหรับ ผู้วิจัย
.	[ ] การอบรมให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก	Sup3
.	[ ] การจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	Sup4
.	[ ] บริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กโดยทันตบุคลากร	Sup5
.	[ ] บริการทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ	Sup6
.	[ ] บริการเคลือบหลุมร่องฟัน	Sup7
.	[ ] งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	Sup8
.	[ ] การส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปยังสถานพยาบาล	Sup9
0.	[ ] ระบบการนัดหมายและติดตามการรักษาทางทันตกรรม	Sup10
1.	[ ] การจัดอาหารว่างและอาหารกลางวันที่เหมาะสมต่อทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	Sup11
2.	[ ] คู่มือการดูแลทันตสุขภาพเด็กสำหรับผู้ปกครองและครู	Sup12
3.	[ ] อื่นๆ (โปรดระบุ) _____	Sup13
.	หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนอุปกรณ์และสื่อทางทันตสุขภาพแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่าน (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	
.	[ ] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	Hs1
.	[ ] โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป	Hs2
.	[ ] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	Hs3
.	[ ] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	Hs4
.	[ ] องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)	Hs5
.	[ ] สถาบันการศึกษา (มหาวิทยาลัย/วิทยาลัย)	Hs6
.	[ ] ภาคเอกชน/บริษัท	Hs7
.	[ ] องค์กรไม่แสวงผลกำไร/มูลนิธิ	Hs8
.	[ ] อื่นๆ (โปรดระบุ) _____	Hs9

ชื่อ	ข้อคำถามด้านปัจจัยสังคม เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม	รหัส สำหรับ ผู้วิจัย
. ความเพียงพอของอุปกรณ์และสื่อทางทันตสุขภาพที่ได้รับ		
	<input type="checkbox"/> เพียงพอมาก	HE1
	<input type="checkbox"/> เพียงพอ	HE2
	<input type="checkbox"/> เพียงพอบางส่วน	HE3
	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ	HE4
	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพออย่างมาก	HE5
. ท่านต้องการให้มีการสนับสนุนด้านทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในด้านใดเพิ่มเติม ..... ..... .....		
. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เคยได้ออกมาให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ใน ศูนย์พัฒนาเด็กของท่าน หรือไม่		
	<input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย	FHS1
	<input type="checkbox"/> 2. เคยตรวจ จำนวน.....ครั้ง	FHS2



ส่วนที่ 3 สิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเกี่ยวกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็ก จำนวน 25 ข้อ  
คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่าน

รายการข้อคำถาม	มี	ไม่มี	รหัส สำหรับ ผู้วิจัย
1.นโยบายหรือแผนงานด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่ชัดเจนเป็น ลายลักษณ์อักษร			En1 [.....]
2.ผู้รับผิดชอบหลักด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก			En2 [.....]
3. ระบบการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กเมื่อแรกรับเข้าศูนย์			En3 [.....]
4. แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากของเด็กเป็นรายบุคคล			En4 [.....]
5. ตารางการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพประจำปี			En5 [.....]
6. ระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านทันต สุขภาพ			En6 [.....]
7.ระบบส่งต่อเด็กที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากไปยังหน่วยบริการทัน ตกรรม			En7 [.....]
8. ระบบการประสานงานกับหน่วยงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่			En8 [.....]
9. ทะเบียนเครือข่ายทันตบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่			En8 [.....]
10. ตารางการเยี่ยมให้บริการของทันตบุคลากรที่ศูนย์พัฒนาเด็ก เล็ก			En10 [.....]
11. แผนการจัดอบรมให้ความรู้ครูและผู้ดูแลเด็กด้านทันตสุขภาพ			En11[.....]
12.ระบบการจัดเก็บข้อมูลด้านทันตสุขภาพเด็กในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์			En12[.....]
13.ระบบการแจ้งเตือนผู้ปกครองเมื่อพบปัญหาสุขภาพช่องปากของ เด็ก			En13[.....]
14.แนวทางการจัดการเมื่อเด็กมีอาการปวดฟันหรือมีปัญหาสุขภาพ ช่องปากในเวลาเรียน			En14 [.....]
15.ระบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานด้านทันตสุขภาพของ บุคลากรในศูนย์			En15 [.....]
16.แผนการจัดสรรงบประมาณสำหรับวัสดุอุปกรณ์ด้านทันต สุขภาพประจำปี			En16 [.....]
17.ระบบบริหารจัดการอุปกรณ์ทางทันตสุขภาพให้เพียงพอและ เหมาะสม			En17[.....]
18.ระบบการประเมินความรู้และพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็ก			En18

อย่างสม่ำเสมอ			[.....]
19. ระบบการให้ข้อมูลและคำแนะนำด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครอง			En19[.....]
20. การประชุมร่วมกันระหว่างบุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและทันตบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ			En20[.....]
21. มาตรการการเฝ้าระวังโรคในช่องปากอย่างเป็นระบบ			En21[.....]
22. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็ก			En22[.....]
23. การบูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับทันตสุขภาพในหลักสูตรการเรียนการสอน			En23[.....]
24. การประเมินผลความสำเร็จของระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กประจำปี			En24[.....]

ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

---



---



---



---





เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....ครั้งที่



## เครื่องมือดำเนินการวิจัย ชุดที่ 2

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

### คำชี้แจง

- 1) เครื่องมือชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เครื่องมือชุดนี้ใช้สำหรับสอบถาม ผู้ปกครองเด็กและครูผู้ดูแลเด็ก
- 3) เครื่องมือชุดนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่
  - (1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป จำนวน 14 ข้อ
  - (2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน มีจำนวน 50 ข้อ
  - (3) ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 24 ข้อ

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

สมพร แก้วทอง

นิสิตปริญญาเอก สาขาสังคมศาสตร์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหุ ประถม ศึกษา

**ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [ ] หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความคำถาม	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ [ ] 1.ชาย [ ] 2.หญิง	Sex [ ]
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี (เศษของปีนับเป็น 1 ปี)	Age.....
3. สถานภาพสมรส [ ] 1.โสด [ ] 2.คู่ [ ] 3. ม่าย, หย่า, แยก	Stat [ ]
4. ระดับการศึกษา [ ] 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ [ ] 2. ประถมศึกษา [ ] 3. มัธยมศึกษาตอนต้น [ ] 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย [ ] 5. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) [ ] 6. อนุปริญญา (ปวส.) [ ] 7. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า [ ] 7. ปริญญาโท [ ] 8. อื่นๆ โปรดระบุ .....	EDU [ ]
5. อาชีพหลักในปัจจุบัน [ ] 1.รับจ้าง [ ] 2. เกษตรกรรม [ ] 3. ค้าขาย [ ] 4. ลูกจ้าง ( โรงงาน ) [ ] 5. ผู้สูงอายุ [ ] 6. แม่บ้าน [ ] 7.รับราชการ [ ] 8. รัฐวิสาหกิจ [ ] 9. ไม่มีอาชีพ [ ] 10. อื่น ๆ .....	OCC [ ]
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท	INC .....
7. ท่านมีความสัมพันธ์กับเด็กในฐานะ [ ] 1. พ่อ [ ] 2. แม่ [ ] 3. ปู่ [ ] 4. ย่า [ ] 5. ตา [ ] 6. ยาย [ ] 7. ลุง [ ] 8. ป้า [ ] 9. น้า [ ] 10.อา [ ] 11. ครูผู้ดูแลเด็ก [ ] 12. อื่นๆ ระบุ.....	REL [ ]
8. เด็กที่ท่านดูแลเคยเข้ารับบริการทันตกรรม เช่น ตรวจฟัน อุดฟัน รักษาโรคฟัน ถอน ฟัน หรือไม่ [ ] 1. เคย (ต่อข้อ 9) [ ] 2. ไม่เคย (ข้ามไปทำต่อข้อ 12)	PSER [ ]
9. ถ้าเคยท่านเคยพาเด็กเข้ารับบริการอะไรบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	DHS1 [ ]

<input type="checkbox"/> 1. ตรวจฟัน <input type="checkbox"/> 3. อุดฟัน <input type="checkbox"/> 5. ถอนฟัน <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. เคลือบฟลูออไรด์ <input type="checkbox"/> 4. ชูดหินปูน <input type="checkbox"/> 6. รักษาารากฟัน	DHS2 [ ] DHS3 [ ] DHS4 [ ] DHS5 [ ] DHS6 [ ] DHS7 [ ]
10. กรณีที่เด็กต้องไปรับบริการบริการด้านทันตกรรม ใครเป็นผู้พาเด็กไปรับบริการ <input type="checkbox"/> 1. ครูผู้ดูแลเด็ก <input type="checkbox"/> 3. ญาติ <input type="checkbox"/> 5. อาสาสมัครสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. ผู้ปกครองของเด็ก <input type="checkbox"/> 4. เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> 6. ผู้นำชุมชน	HDS [ ]
11. กรณีที่พาเด็กไปรับบริการด้านทันตกรรม ท่านเดินทางด้วยพาหนะชนิดใด <input type="checkbox"/> 1. เดิน <input type="checkbox"/> 3. รถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> 5. รถโดยสารประจำทาง	<input type="checkbox"/> 2. รถจักรยาน <input type="checkbox"/> 4. รถยนต์ส่วนตัว <input type="checkbox"/> 6. รถรับจ้าง	TDS [ ]
12. ในรอบ 1 ปี 7ท่านเคยได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน หรือไม่ (หากตอบข้อ 2 ให้ทำต่อข้อ 13-14 ) <input type="checkbox"/> 1) ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2) เคย ได้รับจำนวน.....ครั้ง		HE1 [ ] HE2.....
13. ท่านเคยได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนจากหน่วยงานใดบ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <input type="checkbox"/> 3. โรงพยาบาลชุมชน <input type="checkbox"/> 5. ศูนย์อนามัย	<input type="checkbox"/> 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ <input type="checkbox"/> 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ ระบุ.....	WHE [ ]
14. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนจากแหล่งใด(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. โทรทัศน์ <input type="checkbox"/> 3. แผ่นพับ ,ป้ายไว้นิล <input type="checkbox"/> 5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> 2. สื่อโซเชียลมีเดีย เช่น เฟสบุ๊ก, ยูทูบ <input type="checkbox"/> 4. นิตยสารทั่วไป <input type="checkbox"/> 6. ทันตบุคลากรหรือทันตแพทย์	DHE1 [ ] DHE2 [ ] DHE3 [ ] DHE4 [ ] DHE5 [ ] DHE6 [ ] DHE7 [ ]

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็ก ประกอบด้วย 6 ตอน

ตอนที่ 1 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

เรียน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ใช่ ถ้าเห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องและ ✓ ลงในช่อง ไม่ใช่ ถ้าเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
1. ฟันน้ำนมมีทั้งหมด 20 ซี่			K1 [ ]
2. ฟันแท้ซี่แรกขึ้นเมื่ออายุ 6-7ปี			K2 [ ]
3. ยาสีฟันที่ควรเลือกใช้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนควรมีมีส่วนผสมของฟลูออไรด์			K3 [ ]
4. เด็กอายุ 3-5 ขวบ ควรใช้ยาสีฟันขนาดเท่ากับความยาวของแปรง			K4 [ ]
5. การทำแปรงฟันที่เหมาะสมของเด็กก่อนวัยเรียนควรแปรงด้วยวิธีถูไป - ถูมา สั้นๆ ในแนวนอน			K5 [ ]
6. ควรใช้เวลาในการแปรงฟันสำหรับเด็กอย่างน้อย 2 นาที			K6 [ ]
7. แปรงสีฟันที่ดีควรมีลักษณะ ด้ามแปรงตรง ขนแปรงไม่แข็งหรืออ่อนเกินไป			K7 [ ]
8. วิธีการจัดเก็บอุปกรณ์ แปรงสีฟัน แก้วน้ำ และผ้าเช็ดหน้าของเด็กคือ เก็บแยกกันในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น และตั้งหัวแปรงสีฟันขึ้น			K8 [ ]
9. เราควรเปลี่ยนแปรงสีฟันให้เด็กก่อนวัยเรียนเมื่อขนแปรงบานหรือทุกๆ 3 เดือน			K9 [ ]
10. เด็กควรแปรงฟันในช่วงเวลาหลังอาหารเช้าและก่อนนอนเท่านั้น			K10 [ ]
11. ถ้าท่านตรวจพบเด็กก่อนวัยเรียนเป็นโรคฟันผุควรให้เด็กแปรงฟัน จะสามารถรักษาโรคฟันผุได้			K11 [ ]
12. การบ้วนปากหลังรับประทานอาหารจะช่วยให้ทำความสะอาดฟันและเศษอาหาร			K12 [ ]
13. ถ้าเด็กก่อนวัยเรียน มีเหงือกลักษณะบวมแดง มีเลือดออก เราควรพาเด็กไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษา			K13 [ ]
14. อาหารประเภท ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ ไม่ทำให้เกิดโรคฟันผุในเด็ก			K14 [ ]
15. เราควรพาเด็กก่อนวัยเรียนไปรับการตรวจช่องปาก อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง			K15 [ ]

ตอนที่ 2-6 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และ การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 31 ข้อ

คำชี้แจง ท่านปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้เพียงใด โปรดอ่านข้อความและใส่เครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยเลือกเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้ง

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้ง

แทบไม่ได้ทำ หมายถึง ท่านแทบไม่มีหรือไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		ทุก ครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	แทบ ไม่ได้ ทำ (1)
<b>ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>						
1	เมื่อท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็ก ท่านสามารถค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลได้ทันที บ่อยครั้งแค่ไหน					
2	เมื่อต้องการข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็ก ผู้ปกครองสามารถค้นหาข้อมูลหรือ สอบถามผู้อื่น จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย บ่อยครั้งแค่ไหน					
3	ท่านพบปัญหาเกี่ยวกับการค้นหา ข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็กจากแหล่งต่างๆไม่ว่าจะถามจากผู้อื่นจากสื่อสิ่งพิมพ์ หรืออินเทอร์เน็ต บ่อยครั้งแค่ไหน					
4	ท่านตรวจสอบข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็ก เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง ให้ถูกต้อง โดยสืบค้นหรือสอบถามข้อมูลจากหลายแหล่งบ่อยครั้งแค่ไหน					
5	ท่านตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กจนเชื่อว่าข้อมูล นั้นน่าเชื่อถือ บ่อยครั้งแค่ไหน					
6	เมื่อต้องการรับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ท่านจะไปพบทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร บ่อยครั้งแค่ไหน					

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		ทุก ครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	แทบ ไม่ได้ ทำ (1)
7	ท่านจะเลือกช่องการติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากกับผู้รู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้หายสงสัยได้เป็นอันดับแรก บ่อยครั้งแค่ไหน					
<b>ตอนที่ 3 การสื่อสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>						
1	เมื่อท่านรับฟังคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก จากบุคคลต่าง ๆ แล้วพบว่า ไม่ค่อยเข้าใจ เนื้อหาบ่อยแค่ไหน					
2	ท่านเล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคฟันผุและการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ให้กับคนในครอบครัวหรือเพื่อนฟังจนเขาเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน					
3	ท่านขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อประเมินสุขภาพช่องปากเด็ก บ่อยครั้ง แคไหน					
4	ท่านได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่อง การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน					
5	ท่านโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติด้านการดูแลทันตสุขภาพในเด็กที่ถูกต้อง บ่อยครั้งแค่ไหน					
<b>ตอนที่ 4 การจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>						
1	ท่านวางแผน ทำกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับเด็ก เช่น ตรวจช่องปากเด็ก จัดอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพปากของเด็กก่อนวัยเรียน บ่อยครั้งแค่ไหน					
2	ท่านหมั่นสังเกตความผิดปกติของสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ เพื่อป้องกันปัญหาโรคในช่องปากที่อาจเกิดขึ้นได้ บ่อยครั้งแค่ไหน					
3	เมื่อท่านพบว่า เด็กไม่ยอมแปรงฟัน ท่านมีวิธีการจัดการ เพื่อให้เด็กยอมแปรงฟัน ด้วยวิธีที่ดีต่อเด็ก บ่อยครั้งแค่ไหน					
4	ท่านทบทวนวิธีการแปรงฟันเด็กตามที่ได้ตั้งใจไว้					

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		ทุก ครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	แทบ ไม่ได้ ทำ (1)
	เพื่อป้องกันโรคฟันผุและการมีสุขภาพช่องปากที่ดี บ่อยครั้งแค่ไหน					
5	เมื่อท่านพบว่าแปรงสีฟันของเด็ก ใหญ่ หรือแข็งเกินไป ท่านจัดหาเปลี่ยนแบบอ่อนนุ่มให้เด็ก บ่อยครั้งแค่ไหน					
6	ท่านปรับปรุงสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก เพื่อให้เกิดการแปรงฟันและ ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้สำเร็จได้มากขึ้น บ่อยครั้งแค่ไหน					
7	ท่านจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ต่อฟัน โดยไม่จัดอาหารที่อาจทำให้เกิดโรคฟันผุ บ่อยครั้งแค่ไหน					
8	เมื่อท่านตรวจพบปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ ท่านพาเด็กไปรับบริการทันตกรรม บ่อยแค่ไหน					
<b>ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>						
1	ท่านประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสุขภาพ เช่น ทันตแพทย์ ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนที่จะทำตาม บ่อยครั้งแค่ไหน					
2	ท่านพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับด้วยเหตุผล ก่อนที่จะนำไปทำตาม บ่อยครั้งแค่ไหน					
3	เมื่อท่านเห็นโฆษณาสินค้า เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเด็ก ทางโทรทัศน์ หรือทางอินเทอร์เน็ตและเกิดความสนใจ ท่านหาข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
4	เมื่อเห็นโฆษณาสินค้าในที่สาธารณะ หรือจากเว็บไซต์และเกิดความสนใจใน สินค้า นั้น ท่านตั้งใจไปหาข้อมูล เพิ่มเติมจากแหล่งอื่น เพื่อประเมิน					

ข้อ	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		ทุก ครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	แทบ ไม่ได้ ทำ (1)
	ความ น่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ ไหน					
5	ท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิचारณ์ แนวทางการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่เหมาะสมกับผู้อื่น โดยที่มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับ ก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ ไหน					
6	ท่านได้แลกเปลี่ยนพูดคุย วิพากษ์ วิचारณ์ แนวทางการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่เหมาะสมกับผู้อื่น โดยที่มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้รับ ก่อนตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม บ่อยครั้งแค่ ไหน					
	<b>ตอนที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน</b>					
1	เมื่อเด็กในการดูแลของท่านมีอาการปวดฟัน ท่านจะตัดสินใจปรึกษาทันตแพทย์ หรือ ทันตบุคลากรทันที บ่อยครั้งแค่ไหน					
2	เมื่อพบเด็กของท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เหนียวติดฟัน ท่านจะตัดสินใจโดยการตักเตือน พร้อมให้เด็กเลี่ยงไปทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปากแทน					
3	ผู้ปกครองเลือกวิธีดึงดูดความสนใจเด็ก โดยให้เลือกแก้วหัดดื่มหรือตักแต่งแก้วเอง เพื่อช่วยเด็กที่ท่านดูแลไม่อยากเลิกขวดนม แต่ยังไม่เลิกไม่ได้					
4	เมื่อมีทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ดำเนินกิจกรรมตรวจฟันแก่เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก ท่านยินดีให้ความร่วมมือแก่เจ้าหน้าที่					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการณ์ดูแลทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็ก จำนวน 23 ข้อ

คำชี้แจง: ท่านปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้เพียงใด โปรดอ่านข้อความและใส่เครื่องหมาย

- ✓ ลงในช่องที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยเลือกเกณฑ์ ดังนี้
- ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 6-7 วัน/สัปดาห์
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 4-5 วัน/สัปดาห์
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 3 วัน/สัปดาห์
- ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
- ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
		ทุก ครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
<b>1 ด้านการทำความสะอาดช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียน</b>						
1	ในแต่ละวัน ท่านมีการแปรงฟันให้เด็กหลังการ รับประทานอาหารกลางวัน					
2	ท่านมีการแปรงฟันให้เด็กซ้ำอีกครั้ง หลังจาก ที่เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเสร็จสิ้น					
3	ท่านมีการตรวจดูความสะอาดช่องปากของเด็ก ทุกครั้งหลังการแปรงฟัน					
4	ท่านปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองเพียง ลำพัง					
5	ท่านให้เด็กบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วน ปากเพียง อย่างเดียว แทนการแปรงฟัน					
6	ท่านแปรงลิ้นให้เด็ก หลังจากแปรงฟันให้เด็ก เสร็จ					
7	ท่านใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์แปรง ฟันให้เด็ก					
8	ท่านใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาด ช่องปากเด็ก					
<b>2 ด้านการบริโภคอาหารของเด็กก่อนวัยเรียน</b>						
1	ท่านให้เด็กดื่มน้ำอัดลม					
2	ท่านให้เด็กรับประทานขนมถุง ขนม กรูบ กรอบสำเร็จรูป					
3	ท่านให้เด็กรับประทานอาหารว่าง เป็น ผลไม้ แทนขนมหวาน					

ข้อ	ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
		ทุก ครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
4	ท่านให้เด็กดื่มนมรสหวาน					
5	ท่านให้เด็กดื่มนมรสจืด แทนนมที่มี รสหวาน หรือเปรี้ยว					
6	ท่านควบคุมให้เด็กรับประทาน อาหารเป็น เวลา ไม่กินจุบจิบ					
7	ท่านให้รางวัลเด็กด้วยขนมหวาน หรืออาหาร ที่มีรสหวาน					
8	ท่านไม่ให้เด็กรับประทานอาหาร ภายหลังจาก การแปรงฟันก่อนนอนเสร็จแล้ว					
9	ท่านยอมให้เด็กนอนหลับโดยมีขวดนมคาใน ปาก					
10	ท่านกำกับดูแลให้เด็กดื่มนมจากแก้ว แทนการ ดูดนมจากขวด					
<b>3 การเข้ารับบริการทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียน</b>						
1	ท่านพาเด็กไปพบหมอฟัน เมื่อเด็กมีอาการ ปวดฟัน					
2	ท่านพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อรับ การเคลือบ ฟลูออไรด์					
3	ท่านพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อรับ การอุดฟัน					
4	ท่านพาเด็กไปพบหมอฟันเพื่อรับ การถอนฟัน					
5	ท่านพาเด็กไปพบหมอฟัน เพื่อรับการตรวจฟัน ทุก 6 เดือน					

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว



เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....ครั้งที่



### แบบสอบถามเพื่อการวิจัย ชุดที่ 3

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

#### คำชี้แจง

1. เครื่องมือชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เครื่องมือชุดนี้ใช้สำหรับตรวจความชุกของโรคฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้วิจัย  
(1) เครื่องมือประกอบด้วย ส่วน คือ แบบสำรวจความชุกโรคฟันผุ

เครื่องมือชุดนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

สมพร แก้วทอง

นิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พญัน ปญุ ทิต สีเว

ชุดที่ 3 แบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1) แบบสำรวจโรคฟันน้ำนมผุ

1.1) เกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยและการลงรหัส มีดังต่อไปนี้(องค์การอนามัยโลก, 2540)

รหัส A : ตัวฟันปกติ(Sound crown)

รหัส B : ฟันผุที่ตัวฟัน (Decayed crown)

รหัส C : ตัวฟันแล้วมีการผุอีก(Filled crown, with decay)

รหัส D : ตัวฟันอุดแล้วไม่ผุอีก(Fill crown, with no decay)

รหัส E : ฟันถอนเนื่องจากฟันผุ (Missing tooth, as a result of caries)

1.2) หลักเกณฑ์ในการตรวจสอบสถานะโรคฟันผุ

(1) ตรวจฟันน้ำนมทุกซี่ที่มีส่วนใดส่วนหนึ่งของฟันงอกโผล่พ้นเหงือกโดยขณะที่ตรวจนั้นเชี่ยวชาญฟันผุ(Explorer) ต้องไม่รบกวนเหงือก

(2) ตรวจในเวลากลางวันโดยใช้แสงสะท้อนของธรรมชาติและไม่ใช้วิธีทางรังสีในการวินิจฉัยสภาพฟันผุ

(3) ตรวจแฉงนับเป็นรายซี่ โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยและลงรหัสในแบบบันทึกการตรวจ ตามแผนภูมิดังนี้

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว



เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....ครั้งที่

#### เครื่องมือดำเนินการวิจัย ชุดที่ 4

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

#### คำชี้แจง

- 1) เครื่องมือชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เครื่องมือชุดนี้ ใช้สำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็ก ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร ผู้นำชุมชนและตัวแทนผู้ปกครอง
- 3) เครื่องมือแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้
  - ส่วนที่ 1 แนวการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างด้านสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน
  - ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อการวิจัย
  - ส่วนที่ 3 แบบสังเกตการณ์ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

เครื่องมือชุดนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

สมพร แก้วทอง

นิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ชิต ชิต

ส่วนที่ 1 แนวการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างด้านสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาเกี่ยวกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ใช้สำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากร ผู้ปกครองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อมูลเบื้องต้น

1. ชื่อผู้ให้การสัมภาษณ์.....
2. ชื่อผู้สัมภาษณ์.....
3. สถานที่ให้สัมภาษณ์.....
4. วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....

1. ระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็ก ในปัจจุบันเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. บทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคืออะไร

.....

.....

.....

3. การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคืออะไร

.....

.....

.....

5. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

.....

.....

.....



ส่วนที่ 3 แบบสังเกตการณ์ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประเด็นการสังเกต	รายละเอียด
การประชุมกระบวนการ <b>Planning</b> - การเสนอความคิดเห็น	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
การร่วมอภิปราย  - การวิเคราะห์ปัญหา	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
- การสรุปประเด็นสำคัญ	..... ..... ..... ..... ..... .....
- การชี้แนะผู้มีส่วนร่วมใน กลุ่ม	..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>กระบวนการปฏิบัติตามแผน            (Action)</b> - การให้ความร่วมมือในการ ดำเนินกิจกรรม	..... ..... ..... ..... .....

<p><b>กระบวนการสังเกต</b> (Observation)</p> <p>-การมีส่วนร่วมของครูผู้ดูแล เด็ก ผู้ปกครอง กรรมการบริหารศูนย์พัฒนา เด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน การดำเนินงานพัฒนาระบบ การดูแลทันตสุขภาพเด็ก</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>กระบวนการสะท้อนผล</b> (Reflection)</p> <p>- การสรุปผลและถอด บทเรียน</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>- การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน พัฒนาระบบการดูแลทันต สุขภาพเด็กตั้งแต่เริ่ม วางแผน ถึงสรุปผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>อื่นๆ</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>





เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....ครั้งที่

### เครื่องมือดำเนินการวิจัย ชุดที่ 5

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

#### คำชี้แจง

1. เครื่องมือชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี
2. เครื่องมือชุดนี้ใช้สำหรับสอบถาม ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการบริหารศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ปกครองเด็ก
3. เครื่องมือชุดนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่
  - (1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป จำนวน 14 ข้อ
  - (2) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 24 ข้อ
  - (3) ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม จำนวน 3 ข้อ

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการศึกษาเพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัย ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

สมพร แก้วทอง

นิสิตปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	สำหรับ ผู้วิจัย
1. เพศ <input type="checkbox"/> 1.ชาย <input type="checkbox"/> 2.หญิง	Sex <input type="checkbox"/>
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี (เศษของปีนับเป็น 1 ปี)	Age.....
3. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1.โสด <input type="checkbox"/> 2.คู่ <input type="checkbox"/> 3. ม่าย, หย่า, แยก	Stat <input type="checkbox"/>
4. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย <input type="checkbox"/> 5. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) <input type="checkbox"/> 6. อนุปริญญา (ปวส.) <input type="checkbox"/> 7. ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า <input type="checkbox"/> 7. ปริญญาโท <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ โปรดระบุ .....	EDU <input type="checkbox"/>
5. อาชีพหลักในปัจจุบัน <input type="checkbox"/> 1.รับจ้าง <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 4. ลูกจ้าง ( โรงงาน ) <input type="checkbox"/> 5. ผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> 6. แม่บ้าน <input type="checkbox"/> 7.รับราชการ <input type="checkbox"/> 8. รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 9. ไม่มีอาชีพ <input type="checkbox"/> 10. อื่น ๆ .....	OCC <input type="checkbox"/>
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท	INC .....
7. ท่านมีความสัมพันธ์กับเด็กในฐานะ <input type="checkbox"/> 1. พ่อ <input type="checkbox"/> 2. แม่ <input type="checkbox"/> 3. ปู่ <input type="checkbox"/> 4. ย่า <input type="checkbox"/> 5. ตา <input type="checkbox"/> 6. ยาย <input type="checkbox"/> 7. ลุง <input type="checkbox"/> 8. ป้า <input type="checkbox"/> 9. น้า <input type="checkbox"/> 10.อา <input type="checkbox"/> 11. ครูผู้ดูแลเด็ก <input type="checkbox"/> 12. อื่นๆ ระบุ.....	REL <input type="checkbox"/>
8. เด็กที่ท่านดูแลเคยเข้ารับบริการทันตกรรม เช่น ตรวจฟัน อุดฟัน รักษาโรคฟัน ถอน ฟัน หรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. เคย (ต่อข้อ 9) <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคย (ข้ามไปทำต่อข้อ 12)	PSER <input type="checkbox"/>
9. ถ้าเคยท่านเคยพาเด็กเข้ารับบริการอะไรบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. ตรวจฟัน <input type="checkbox"/> 2. เคลือบฟลูออไรด์ <input type="checkbox"/> 3. อุดฟัน <input type="checkbox"/> 4. ขูดหินปูน	DHS1 <input type="checkbox"/> DHS2 <input type="checkbox"/> DHS3 <input type="checkbox"/>

ข้อความ	สำหรับ ผู้วิจัย
<input type="checkbox"/> 5. ถอนฟัน <input type="checkbox"/> 6. รักษาโรคฟัน <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ.....	DHS4 [ ] DHS5 [ ] DHS6 [ ] DHS7 [ ]
10. กรณีที่เด็กต้องไปรับบริการบริการด้านทันตกรรม ใครเป็นผู้พาเด็กไปรับบริการ <input type="checkbox"/> 1. ครูผู้ดูแลเด็ก <input type="checkbox"/> 2. ผู้ปกครองของเด็ก <input type="checkbox"/> 3.ญาติ <input type="checkbox"/> 4. เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> 5. อาสาสมัครสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 6. ผู้นำชุมชน <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....	HDS [ ]
11. กรณีที่พาเด็กไปรับบริการด้านทันตกรรม ท่านเดินทางด้วยพาหนะชนิดใด <input type="checkbox"/> 1. เดิน <input type="checkbox"/> 2. รถจักรยาน <input type="checkbox"/> 3. รถจักรยานยนต์ <input type="checkbox"/> 4. รถยนต์ส่วนตัว <input type="checkbox"/> 5. รถโดยสารประจำทาง <input type="checkbox"/> 6. รถรับจ้าง	TDS [ ]
12. ในรอบ 1 ปี 7ท่านเคยได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน หรือไม่ (หากตอบข้อ 2 ให้ทำต่อข้อ 13-14 ) <input type="checkbox"/> 1) ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2) เคย ได้รับจำนวน.....ครั้ง	HE1 [ ] HE2.....
13. ท่านเคยได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนจากหน่วยงานใดบ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล <input type="checkbox"/> 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ <input type="checkbox"/> 3. โรงพยาบาลชุมชน <input type="checkbox"/> 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <input type="checkbox"/> 5. ศูนย์อนามัย <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ.....	WHE [ ]

พหุบัณฑิต ชีวะ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจปัจจุบันต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ใน ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนของท่าน

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับระดับความพึงพอใจของท่านมากที่สุด

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ ดังนี้

5 = พึงพอใจมากที่สุด, 4 = พึงพอใจมาก, 3 = พึงพอใจปานกลาง, 2 = พึงพอใจน้อย,

1 = พึงพอใจน้อยที่สุด

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
<b>1. ด้านกระบวนการและขั้นตอนการให้บริการทันตสุขภาพ</b>					
มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการทันตสุขภาพแก่เด็กก่อนวัยเรียนอย่างชัดเจน					
2. มีการจัดลำดับการให้บริการอย่างเหมาะสม					
3. ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม					
4. การประสานงานระหว่างผู้เกี่ยวข้องมีความสะดวกและรวดเร็ว					
5. มีการติดตามประเมินผลหลังการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ					
<b>ด้านบุคลากรผู้ให้บริการทันตสุขภาพ</b>					
6. ทันตบุคลากรมีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน					
7. ทันตบุคลากรมีทักษะในการสื่อสารและการอธิบายที่เข้าใจง่าย					
8. ทันตบุคลากรมีความเอาใจใส่และเป็นมิตรต่อเด็ก					
9. ครูผู้ดูแลเด็กมีความรู้และทักษะในการดูแลทันตสุขภาพเด็กอย่างเหมาะสม					
10. มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอในการให้บริการ					
<b>ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและสภาพแวดล้อม</b>					
11. สถานที่ให้บริการทันตสุขภาพมีความสะอาดและปลอดภัย					
12. มีอุปกรณ์ และเครื่องมือทางทันตกรรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน					

รายการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
13. มีสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับเด็กก่อนวัยเรียน					
14. มีอุปกรณ์ในการดูแลทันตสุขภาพ (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ) ที่เพียงพอสำหรับเด็ก					
<b>ด้านการให้ความรู้และการมีส่วนร่วม</b>					
15. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอ					
16. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่น่าสนใจและเหมาะสมกับเด็กก่อนวัยเรียน					
17. มีการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทันตสุขภาพเด็ก					
18. มีการจัดประชุมระหว่างผู้ปกครอง ครู และบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพเด็ก					
19. มีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายในการให้ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ					
<b>ด้านผลลัพธ์การให้บริการ</b>					
20. เด็กมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่ดีขึ้น (การแปรงฟัน การบริโภคอาหาร)					
21. ปัญหาทันตสุขภาพของเด็กลดลง (ฟันผุ เหงือกอักเสบ)					
22. ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการดูแลทันตสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้น					
23. ครูมีความสามารถในการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กได้ดีขึ้น					
24. มีการพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน					

#### ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในปัจจุบัน

.....

.....

.....

2. ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

.....

.....

.....

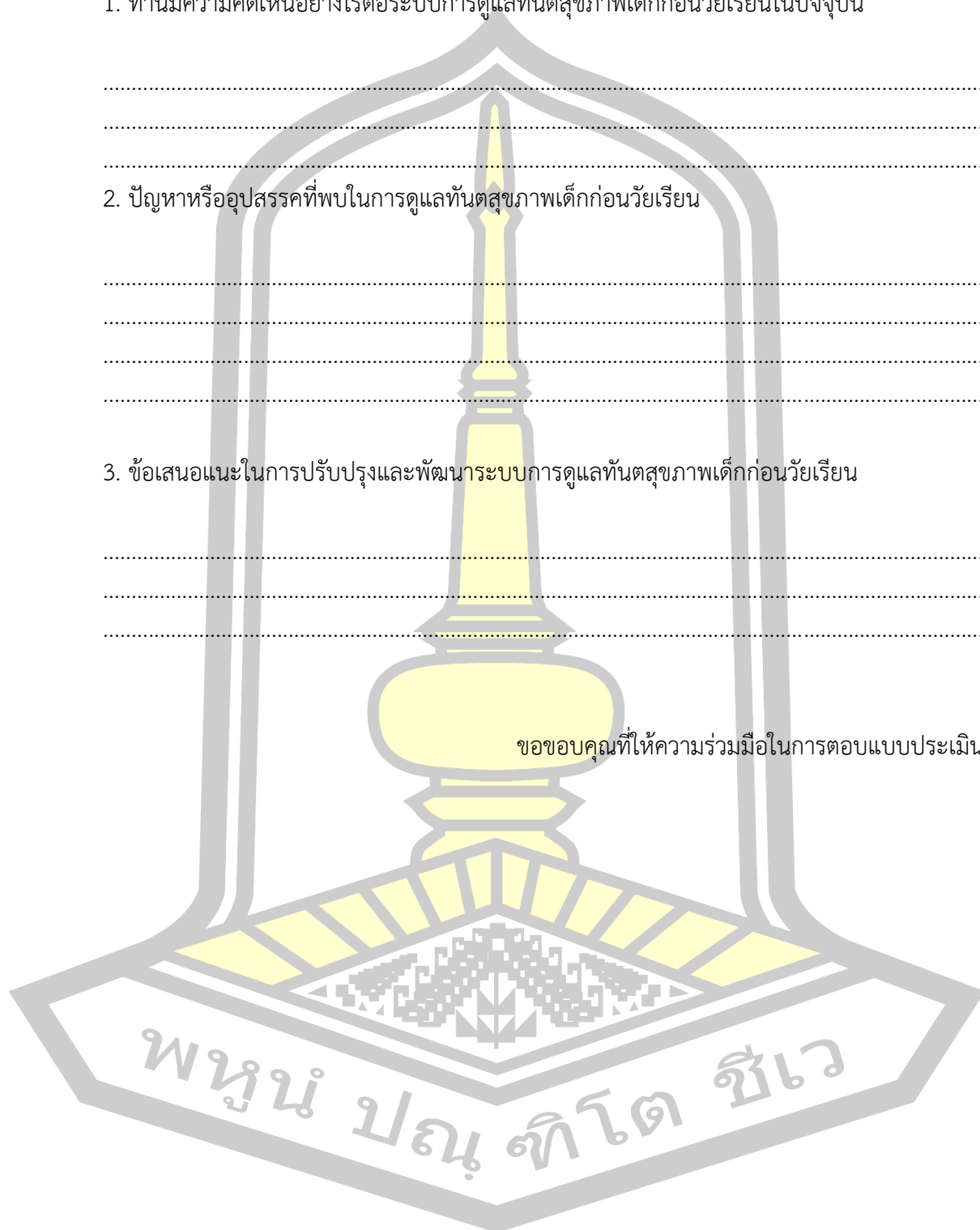
3. ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงและพัฒนาาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

.....

.....

.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน





ภาคผนวก ข  
ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

พหุ ประจักษ์ ชัย

### ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(Reliability)

ชุดที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน

1) ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ ของระบบบริการทันตสุขภาพ

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Number of Items
.725	24

#### Item-Total Statistics

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
I1	19.05	7.165	-.022	.727
I2	19.05	7.161	.000	.727
I3	19.08	7.143	-.011	.730
I4	19.14	6.652	.277	.716
I5	19.44	6.798	.048	.746
I6	19.46	5.491	.619	.676
I7	19.05	7.142	.047	.726
I8	19.26	5.563	.736	.667
I9	19.11	6.944	.130	.725
P1	19.17	6.672	.220	.720
P2	19.15	6.268	.534	.696
P3	19.05	7.161	.000	.727
P4	19.25	6.827	.083	.735
P5	19.10	6.495	.525	.702
P6	19.10	6.522	.520	.703
P7	19.08	6.670	.494	.708
P8	19.97	7.043	.029	.732
P9	19.18	6.194	.502	.696
P10	19.21	5.781	.699	.675
O1	19.05	7.161	.000	.727
O2	19.05	7.161	.000	.727
O3	19.09	6.941	.185	.722
O4	19.46	6.450	.187	.731
O5	19.56	6.329	.231	.726

2) ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือ : ด้านปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	of Items
.770	12

Item-Total Statistics

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SUP1	7.42	6.728	.000	.777
SUP2	7.84	5.312	.514	.741
SUP3	7.46	6.540	.138	.775
SUP4	7.77	7.464	-.369	.842
SUP5	7.46	6.390	.315	.766
SUP6	7.45	6.412	.311	.766
SUP7	7.98	4.858	.740	.708
SUP8	7.90	5.098	.610	.727
SUP9	7.77	5.302	.545	.737
SUP10	7.79	4.975	.702	.715
SUP11	7.70	5.393	.541	.738
SUP12	8.06	4.780	.819	.698



## 3) ค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือ : ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อม

Reliability Statistics				
Cronbach's				
	Alpha	N of Items		
	.709	24		
Item-Total Statistics				
	Mean if Item Deleted	Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EN1	18.76	8.027	.478	.682
EN2	18.74	8.013	.515	.679
EN3	18.77	8.644	.148	.709
EN4	18.69	8.520	.338	.696
EN5	18.77	7.932	.509	.678
EN6	18.71	8.264	.436	.688
EN7	18.67	8.706	.268	.701
EN8	18.79	7.729	.583	.670
EN9	18.72	8.389	.352	.693
EN10	18.80	7.906	.473	.680
EN11	18.68	8.628	.293	.699
EN12	19.07	8.713	.044	.725
EN13	19.40	11.013	-.758	.785
EN14	18.69	8.425	.417	.691
EN15	19.03	7.475	.509	.672
EN16	18.81	7.732	.553	.672
EN17	18.74	8.094	.469	.683
EN18	18.87	7.099	.774	.644
EN19	18.65	8.705	.357	.699
EN20	18.66	8.643	.371	.697
EN21	18.90	8.904	-.005	.727
EN22	18.64	8.750	.336	.700
EN23	18.71	8.472	.309	.696
EN24	18.95	10.153	-.428	.768

### ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(Reliability)

เครื่องมือชุดที่ 2-1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	of Items
.794	45

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
L11	107.78	152.920	.357	.786
L12	108.02	148.016	.558	.778
L13	109.16	168.674	-.261	.810
L14	108.08	149.590	.506	.781
L15	107.77	150.715	.456	.782
L16	108.02	148.217	.501	.780
L17	108.16	149.477	.492	.781
L21	111.14	160.024	.184	.792
L22	111.13	162.050	.019	.795
L23	111.39	160.058	.179	.792
L24	111.20	163.566	-.103	.797
L25	111.19	159.524	.220	.791
L26	111.11	161.855	.036	.794
L27	111.05	158.716	.321	.790
L28	111.26	162.074	.014	.795
L29	111.63	162.052	.036	.794
L210	111.01	162.326	.000	.795
L211	111.13	164.875	-.212	.799
L212	111.43	159.964	.192	.792
L213	111.55	161.757	.053	.794
L214	111.44	163.229	-.079	.796
L215	110.95	159.875	.260	.791
L31	108.60	168.997	-.259	.811

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
L32	108.15	150.362	.463	.782
L33	109.48	178.109	-.643	.819
L34	108.86	162.782	-.049	.800
L35	108.43	151.823	.383	.785
L41	108.83	160.878	-.005	.803
L42	109.06	162.709	-.050	.802
L43	107.93	148.158	.598	.778
L44	107.98	147.312	.597	.777
L45	108.06	145.973	.652	.775
L46	108.11	148.389	.514	.780
L47	108.06	145.964	.650	.775
L48	109.06	162.709	-.050	.802
L51	108.80	163.970	-.095	.804
L52	108.06	144.225	.635	.774
L53	107.98	146.830	.595	.777
L54	108.19	146.120	.612	.776
L55	108.34	146.422	.599	.776
L56	108.04	147.719	.553	.778
L61	108.04	149.773	.415	.783
L62	107.96	148.994	.487	.781
L63	107.82	147.509	.570	.778
L64	108.74	158.781	.066	.799

พหุ ประถมศึกษา

### ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ(Reliability)

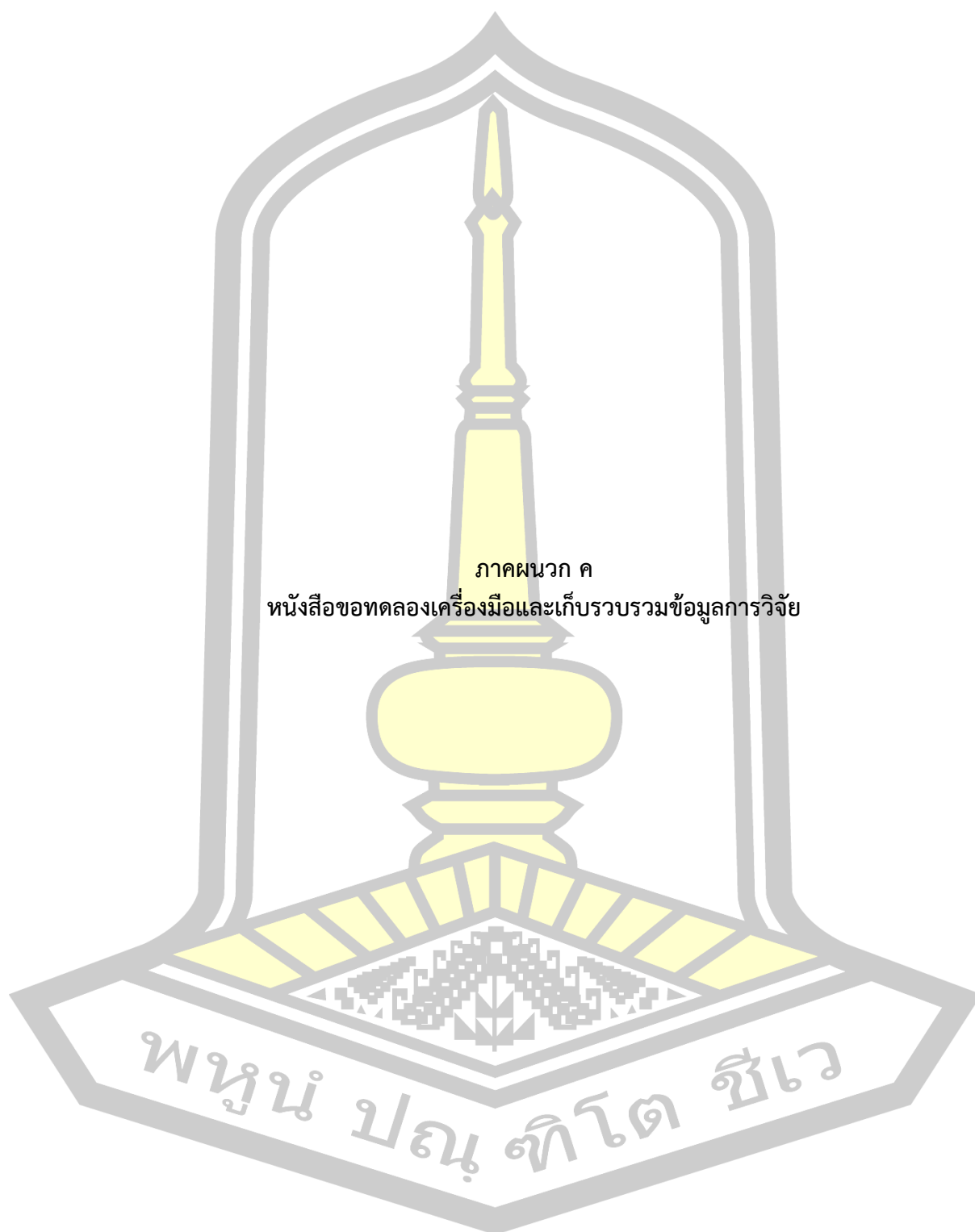
เครื่องมือชุดที่ 2-2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Number of Items
.858	24

#### Item-Total Statistics

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
h11	79.34	.83.876	.226	.858
h12	79.82	.73.865	.500	.850
h13	80.19	.85.528	.125	.863
h14	79.90	.74.795	.455	.851
h15	79.99	.84.253	.146	.863
h16	80.48	.71.292	.566	.847
h17	79.90	.65.414	.646	.843
h18	81.70	.89.569	.012	.867
h21	79.97	.62.498	.761	.839
h22	80.28	.70.687	.599	.846
h23	80.03	.78.046	.445	.852
h24	80.29	.83.651	.233	.858
h25	80.42	.79.528	.382	.854
h26	79.99	.62.501	.762	.839
h27	80.34	.73.368	.513	.849
h28	80.08	.80.811	.358	.854
h29	80.34	.84.402	.202	.859
h210	80.38	.82.684	.350	.855
h211	80.12	.71.469	.610	.846
h31	80.29	.76.612	.480	.851
h32	80.11	.83.154	.310	.856
h33	80.32	.85.035	.230	.858
h34	80.36	.84.700	.253	.857
h35	80.04	.64.687	.719	.841



ภาคผนวก ค

หนังสือขอตกลงเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ อว ๐๖๐๕.๓๘/นสพ๗๕



คณะกรรมการสุเคราะห์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ด้วยนายสมพร แก้วทอง มีบัตรระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุธรรม เทิร์นโบล์ อาจารย์ ดร.อดิศร วงศ์คงเคษ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ มณีนิล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ซึ่งได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดียิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ชัยเป็น)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๙-๓๒๔๒ ต่อ ๔๕๐

หมายเลข : ผู้ประสานงาน นสพพร แก้วทอง โทร. ๐๘๐-๕๖๔๖๖๒๒๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๓๘/๖๒๗๓



คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๖๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบขออนุญาตฯ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ด้วยนายสมพร แก้วทอง นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุธรรม เทิร์นโบล อาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเคษ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ มณีนิล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ซึ่งพิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดียิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม)  
รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๖๗-๓๒๕๒ ต่อ ๔๕๐

หากเหตุ : ผู้ประสานงาน นายสมพร แก้วทอง โทร. ๐๘๐-๕๖๔๖๖๒๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๓๒๗๑



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ด้วยนายสมพร แก้วทอง นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล อาจารย์ ดร.อดิศร วงศ์คงเคช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ มณีนิล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ อาจารย์ ดร.นิธิศ ปรีสุรา เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ซึ่งได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดียิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์จิตน์ ชัยอิน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗-๓๒๕๒ ต่อ ๔๕๐

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายสมพร แก้วทอง โทร. ๐๘๐-๕๖๔๖๖๒๖



ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/งค๗๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

สค  
สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้วิจัย

เรียน คณบดีวิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ด้วยนายสมพร แก้วทอง นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิรินทร์โบล์ อาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเคช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ มณีนิล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ใคร่ขอความอนุเคราะห์เชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ซึ่งพิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดียิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์รัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗-๓๒๔๒ ต่อ ๔๕๐

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นาสสมพร แก้วทอง โทร. ๐๘๐-๕๖๕๖๖๖๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๒๗๗



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย

เรียน คณะบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ด้วยนายสมพร แก้วทอง นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เฑียรนโบล อาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ มณีนิล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเจต ทองคำวงธรรม เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ซึ่งได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดียิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั้งปิ่น)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗-๓๒๔๒ ต่อ ๔๕๐

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายสมพร แก้วทอง โทร. ๐๘๐-๕๖๔๖๖๖๖๖

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/สุ๒๗๑



คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
อำเภอกันทรวิชัย  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย  
เรียน คณะสัตวแพทย์ศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ด้วยนายสมพร แก้วทอง นิสิตระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์เรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต(ส.ด.) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ อาจารย์ ดร.อดิสร วงศ์คงเดช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ มณีนิล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุตามวัตถุประสงค์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเจตน์ ทองคำรงค์ธรรม เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ซึ่งได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรอบรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้อย่างดียิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

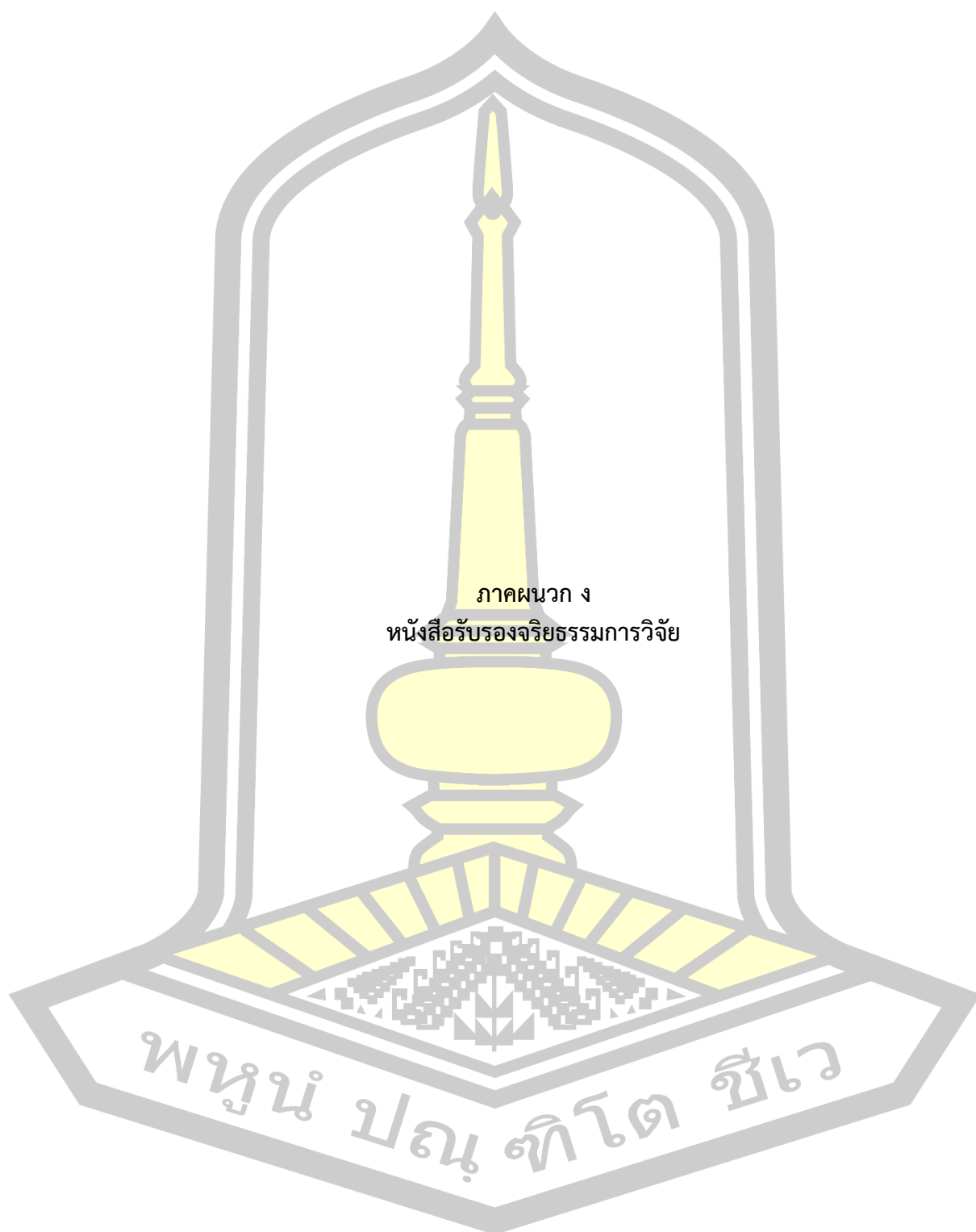
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุนันต์ ชัยอิน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ  
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๔๓๗-๓๒๔๒ ต่อ ๔๕๐

หมายเหตุ : ผู้ประสานงาน นายสมพร แก้วทอง โทร. ๐๘๐-๕๖๔๖๖๒๖





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 423-410/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of Oral Health care Program for pre-school children under Local Administrative organization in Ubonratchathani province.

ผู้วิจัย : นายสมพร แก้วทอง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 18 ตุลาคม 2566

วันหมดอายุ : 17 ตุลาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

*ภรณ์ สว่างจิตร์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 286-069/2568

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Development of Oral Health care Program for pre-school children under Local Administrative organization in Ubonratchathani province.

ผู้วิจัย : นายสมพร แก้วทอง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 23 เมษายน 2568

วันหมดอายุ : 22 เมษายน 2569

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

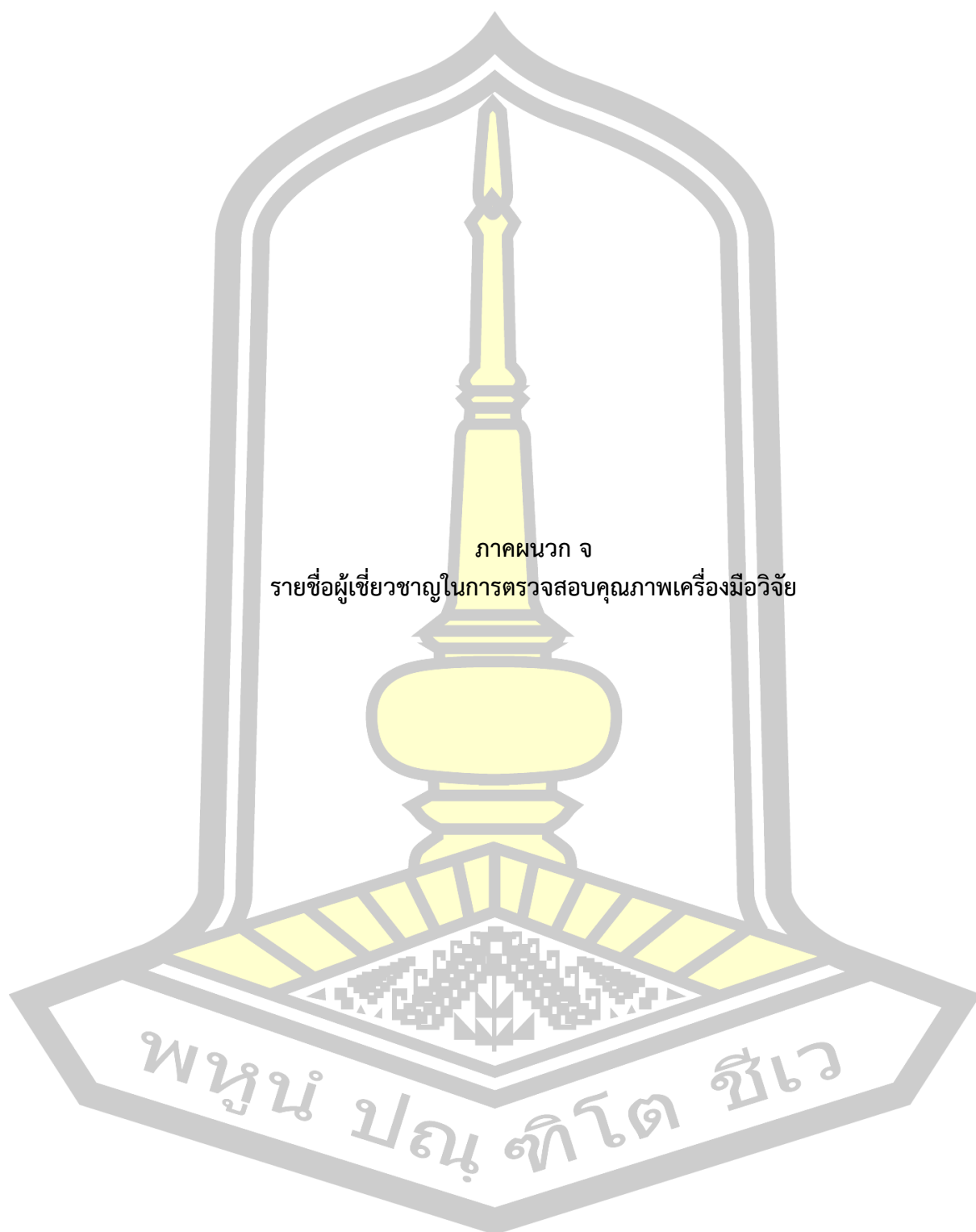
.....*ภรณ์ สว่างจิตร์*.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกศิขกรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



## รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

## ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1

ชื่อ นามสกุล ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม  
 ประวัติการศึกษา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (Ph.D.) (Public Health)  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
 ตำแหน่ง รองศาสตราจารย์  
 สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

## ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2

ชื่อ นามสกุล ดร.นิธิศ ธานี  
 ประวัติการศึกษา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (Ph.D.)  
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
 ตำแหน่ง อาจารย์ (ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร  
 จังหวัดอุบลราชธานี)  
 สถานที่ทำงาน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี  
 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
 สถาบันพระบรมราชชนก

## ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3

ชื่อ นามสกุล ดร.ภคิน ไชยช่วย  
 ประวัติการศึกษา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (Ph.D.) สาขาวิจัยและประเมินผล,  
 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี  
 ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
 สถานที่ทำงาน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี  
 คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
 สถาบันพระบรมราชชนก

## ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 4

ชื่อ นามสกุล	ดร.วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว
ประวัติการศึกษา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (Ph.D.) การพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตำแหน่ง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วิทยาเขตจังหวัด สมุทรสงคราม

## ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 5

ชื่อ นามสกุล	ดร.สมเจตน์ ทองดำรงธรรม
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (Dr.P.H.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ตำแหน่ง	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นายสมพร แก้วทอง
วันเกิด	1 มิถุนายน 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดอำนาจเจริญ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	187 หมู่ 3 ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34190
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2535 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอำนาจเจริญ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ พ.ศ. 2537 ประกาศนียบัตรทันตภิบาล (ป.ทันตภิบาล) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2552 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พ.ศ. 2556 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2568 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	ทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปีงบประมาณ 2567 ประเภทนิสิตระดับ บัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทุนวิจัย

พ.ศ. ๒๕๖๘