



กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ปี: กรณีศึกษาในอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

นาริศา หีมสุหรี ท.บ., วท.ม. (วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก)¹

จรัญญา นุ่นศรีสกุล ท.บ., Ph.D.²

อัจฉรา วัฒนาภา ท.บ.²

¹ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี

²ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปีของผู้ปกครองในชุมชนมุสลิม

วัสดุและวิธีการ ศึกษาและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมภายใต้แนวคิดงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา และวิธีการเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ในรูปร้อยละ

ผลการศึกษา ทีมวิจัยส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชนภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วม โดยเน้นการปฏิบัติจริงควบคู่กับการสะท้อนการเรียนรู้และการชื่นชมเป็นระยะ ซึ่งแกนนำชุมชนเกิดการเรียนรู้และเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งของเด็กและตนเองตลอดถึงสามารถทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยแกนนำชุมชนสามารถจัดกิจกรรมให้กับผู้ปกครองและชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเข้าถึงชุมชนในรูปแบบที่ง่ายเป็นกันเองและเน้นการปฏิบัติจริงที่สัมพันธ์กับแนวทางการดำเนินชีวิตของมุสลิม ได้แก่ การให้ความรู้และเสริมทักษะแก่ผู้ปกครอง ตามความต้องการเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กและตนเองได้ดีขึ้น โดยผู้ปกครองมีพฤติกรรมแปรงฟันให้ลูกทุกวัน โดยเฉพาะช่วงเช้าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 90 และก่อนนอนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 60 ในขณะที่ผู้ปกครองเองแปรงฟันก่อนนอนทุกครั้งเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 40 และผู้ปกครองแปรงฟันทันทีหลังจากรับประทานอาหารที่มีรสหวานเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 70

สรุป กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้แกนนำชุมชนมีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและแกนนำชุมชนสามารถส่งเสริมให้ผู้ปกครองเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปีได้ โดยผ่านกระบวนการพัฒนาหลักคือ การสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยทีมวิจัยและการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนโดยแกนนำชุมชน ผ่านการเสริมศักยภาพที่เน้นการปฏิบัติจริงที่สอดคล้องกับความต้องการควบคู่กับสะท้อนผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณภายใต้การเสริมแรงเชิงบวก

(วทันต จุฬาฯ 2557;37:299-316)

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก 0-3 ปี; กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผู้รับผิดชอบบทความ นาริศา หีมสุหรี

teedent2011@hotmail.com

บทนำ

โรคฟันผุสูงในกลุ่มเด็กเล็กนับเป็นปัญหาที่สำคัญ จากผลการสำรวจสุขภาพช่องปากอำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ในปี 2548-2549 และ 2551-2552 พบว่า เด็กกลุ่มอายุ 3 ปี มีอัตราการปราศจากฟันผุเท่ากับร้อยละ 1.9 2.9 7.4 และ 13.4 ตามลำดับ¹ นับว่า ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศ จากการสำรวจสุขภาพช่องปากครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2549-2550 (ร้อยละ 38.6)² และเมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมของจังหวัดปัตตานี (ร้อยละ 32.9)¹ ซึ่งสะท้อนว่า แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา การใช้มาตรการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก การทำงานแบบตั้งรับของทันตบุคลากรและการป้องกันโรคที่มีรูปแบบตายตัวและเหมือน ๆ กันในทุกพื้นที่ไม่สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ได้กับประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย และไม่สามารถสอดคล้องกับการดำรงชีวิตของประชาชน ทำให้ประสิทธิผลของโครงการต่างๆ ที่ประเมินผลได้ค่อนข้างต่ำ³ ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากควรให้ความสำคัญกับโลกทัศน์ของตัวบุคคลนั้นๆ และผู้มิอิทธิพลต่อการเลี้ยงดูเด็ก ดูแลให้เหมาะสมต่อบริบทที่หลากหลาย มิใช่เพียงการใช้มุมมองของทางการแพทย์ รวมถึงการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยทำให้เกิดการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืนและมีความเหมาะสมกับบริบท⁴

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการศึกษาเพื่อแก้ไขปรับปรุงปัญหาที่เกิดขึ้น หรือเพื่อพัฒนาส่งเสริมสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ดีขึ้น ด้วยการให้นักวิจัยและกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยร่วมมือ ร่วมใจ ดำเนินการวิจัยร่วมกันทุกขั้นตอนของการทำวิจัย⁵ เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน นับตั้งแต่การศึกษาบริบท ระบุโจทย์วิจัย ค้นหาปัญหาสำคัญในโจทย์วิจัยนั้นและระบุความต้องการที่จำเป็น ร่วมกำหนดและปฏิบัติตามแผน มีการกำกับติดตาม นำข้อมูลและข้อสังเกตต่างๆ มาสะท้อนร่วมกัน จนถึงดำเนินการประเมินผล ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการปฏิบัติในสนามวิจัยที่ไม่ยึดทฤษฎี ด้วยความเชื่อในความสามารถของมนุษย์ ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อตัดสินใจและกระทำอย่างเท่าเทียม โดยนักวิจัยเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ด้วย⁶

แนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยอาศัยแกนนำชุมชน ซึ่งเป็นวิธีการใหม่ที่ยังไม่เคยนำมาใช้ในการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะในบริบทของชุมชนมุสลิม

ในจังหวัดปัตตานี เพราะการแก้ปัญหาที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานโดยทันตบุคลากรเป็นหลัก จึงอาจไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในพื้นที่และขาดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี ของผู้ปกครอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวเปิดโอกาสให้ชุมชน/กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหของชุมชน/กลุ่มเป้าหมายด้วยความสมัครใจและมีโอกาสที่จะสอดคล้องกับบริบทของชุมชน อันจะเอื้อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็งได้ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 ถึงเดือนกันยายน 2554 พื้นที่ศึกษาคือ ชุมชนหัวเลี้ยว หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย (รูปที่ 1) ที่มุ่งพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยทีมวิจัย และพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดยแกนนำชุมชน ตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินผล โดยมีการสะท้อนกลับการปฏิบัติเป็นระยะ เพื่อแก้ไขปรับปรุง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครอง

กลุ่มศึกษา

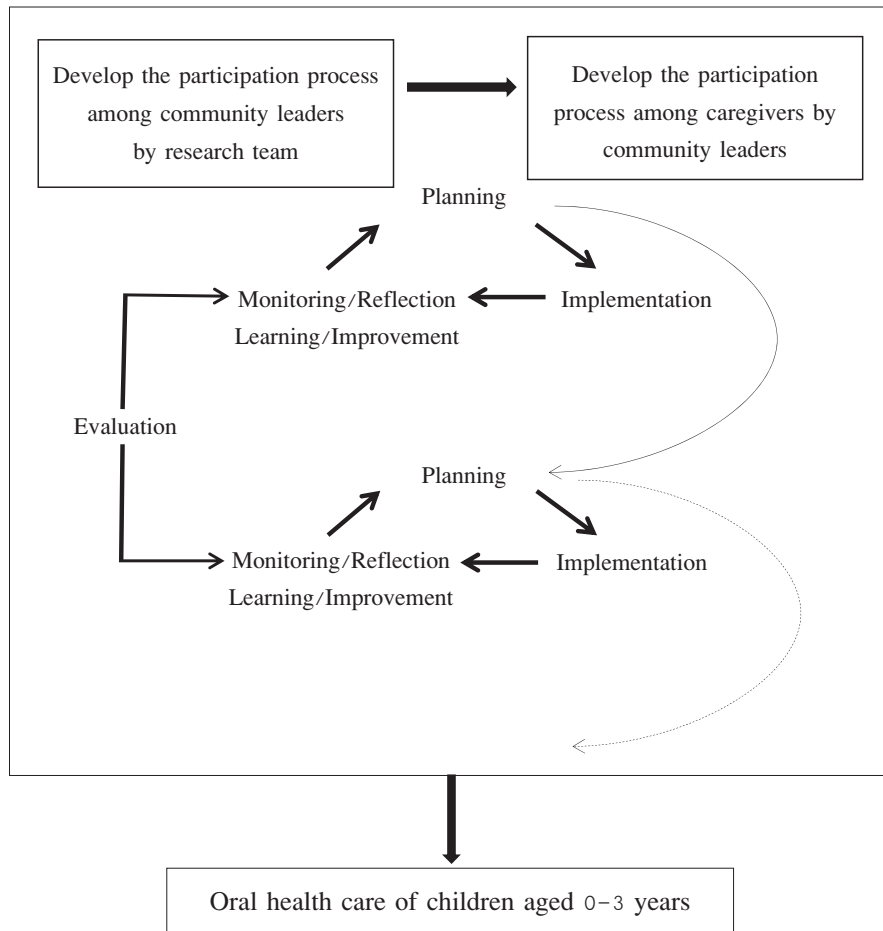
1. แกนนำชุมชน เป็นทีมร่วมวิจัยภายใน จำนวน 6 คน
2. ผู้ปกครองที่มีลูกอายุ 0-3 ปี จำนวน 20 คน
3. เด็กอายุ 0-3 ปี จำนวน 20 คน
4. ประชาชนในพื้นที่ศึกษาที่ร่วมในการสนทนากลุ่มและเวทีประชาคม ซึ่งได้แก่ ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้นำศาสนา ตัวแทนผู้ปกครองเด็ก ตัวแทนผู้เลี้ยงดูเด็ก รวมถึงตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 50 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม และการเปลี่ยนแปลงที่



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

Fig. 1 Conceptual framework

เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง โดยใช้การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ซึ่งแกนนำชุมชนร่วมกันปรับปรุงแนวคำถามจากฉบับร่างที่ผู้วิจัยทำขึ้น และใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรม และแบบบันทึกสนาม โดยมีการบันทึกภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและบันทึกเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ด้วยการจับประเด็นสำคัญ ตามแนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอข้อมูลในรูปการบรรยายและนำเสนอข้อความคำพูดประกอบ

การควบคุมคุณภาพข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย 1) ใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยตรวจสอบข้อมูลซ้ำจากแหล่งที่มามากกว่า 1 แหล่ง ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้ปกครอง ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันมากกว่า 1 วิธี ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตแบบมี

ส่วนร่วม ในช่วงเวลาและสถานที่ที่ต่างกัน 2) จัดสิ่งที่มีผลทำให้ข้อมูลบิดเบือนจากตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ปกครอง ใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร ตรวจสอบจากแบบบันทึกสนาม และเทปบันทึกเสียง และตรวจสอบข้อมูลซ้ำโดยแกนนำชุมชน

ข้อมูลเชิงปริมาณ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครองและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง โดยแกนนำชุมชนเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ปกครองทุกคน ซึ่งแกนนำชุมชนร่วมกันปรับปรุงแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครองจากฉบับร่างที่ผู้วิจัยทำขึ้น

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การควบคุมคุณภาพเชิงปริมาณ ผู้ปกครองและแกนนำชุมชนออกแบบแบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง โดยนักวิจัยพิจารณาความตรงของเนื้อหา

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้รับความยินยอมจากกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

วิธีดำเนินงาน

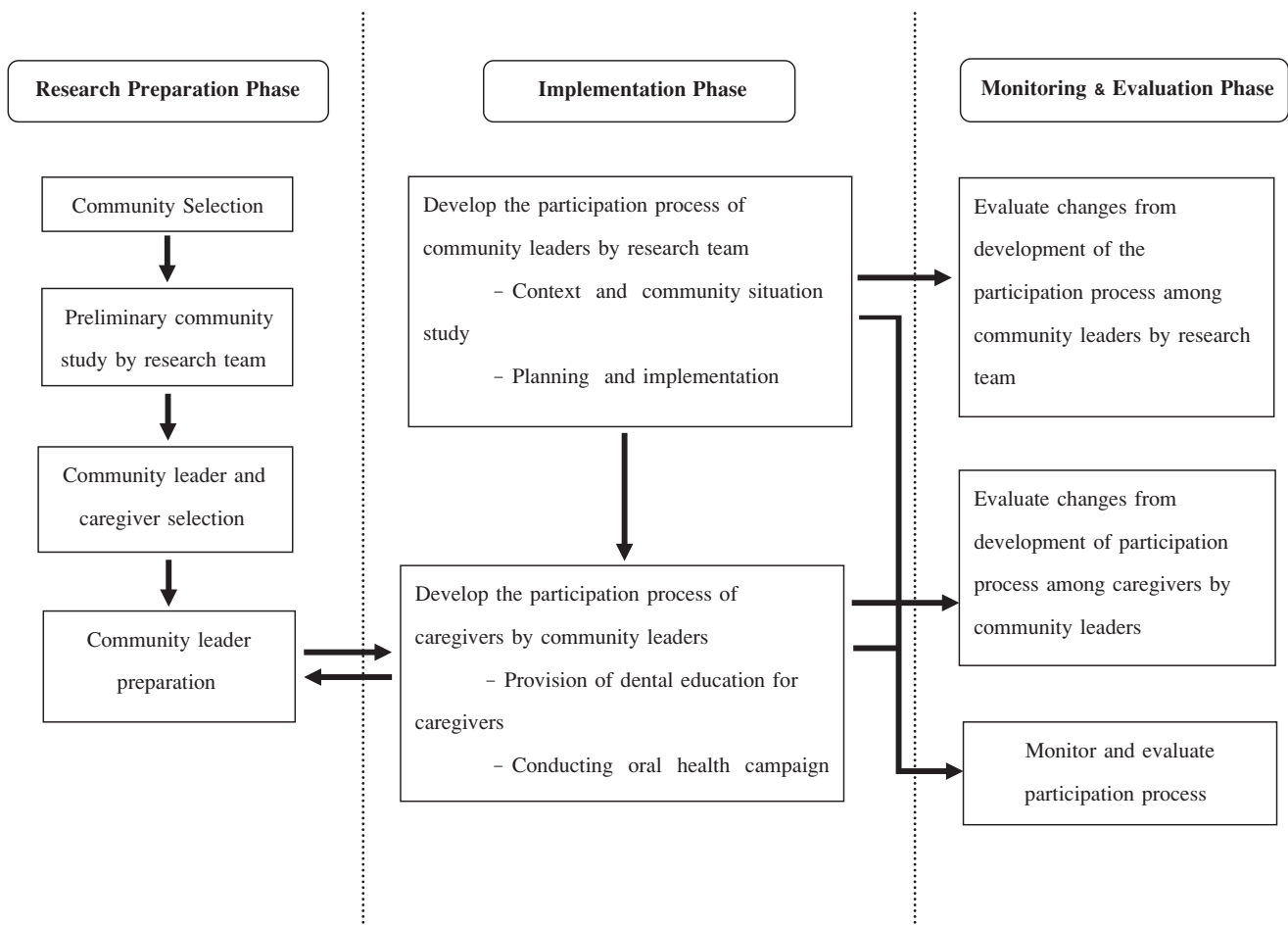
การศึกษานี้อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง การดำเนินงานเป็นไปตามกรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีการดำเนินงาน และเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินผล แบ่งตามระยะการวิจัยได้ 3 ขั้นตอนหลัก (รูปที่ 2 และตารางที่ 1)

ผลการศึกษา

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ขั้นตอนการคัดเลือกชุมชน ผู้วิจัยและทันตบุคลากรในฝ่าย ได้คัดเลือกชุมชนแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ คือ เป็นชุมชนเขตเทศบาล การคมนาคมสะดวกต่อการเข้าถึง เพื่อลดความเสี่ยงจากปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาให้ความร่วมมือ ซึ่งพื้นที่ศึกษา คือ ชุมชนหัวเลี้ยว หมู่ 1 ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี เข้าพบผู้นำชุมชนหัวเลี้ยวเพื่อบอกเล่าถึงเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากผู้นำชุมชนและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

1.2 ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ชุมชนเบื้องต้น โดยผู้วิจัย พบว่า บั้จจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพช่องปากขึ้น



รูปที่ 2 กิจกรรมต่างๆ แบ่งตามระยะการวิจัย
Fig. 2 Activities categorized by research phases

ตารางที่ 1 แสดงประเภทของข้อมูล วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในแต่ละขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย

Table 1 Type of data, data collection methods and tools in each activity of research phases

Research phases	Type of data	Data collection methods/informants	Data collectors	Tools
- preliminary community study by research team	- preliminary community situation	- focus group discussion for 2 times including 10 informants as representative of community leaders, religious leaders, parents, caregivers and village health volunteers	research team	- guideline question for focus group discussion
- context and community situation study by community leaders	- context and community situation in relation to oral health behavior of children aged 0-3 years	- focus group discussion including 10 informants as representative of community leaders, religious leaders, parents, caregivers and village health volunteers - in-depth interviews including 4 representative of caregivers (2 caregivers had children with high dental caries and the others had low dental caries)	community leaders	- guideline question for focus group discussion improved from draft set made by researcher - guideline question of in-depth interviews improved from draft set made by researcher
- context and community situation study by community leaders	- oral health situation of children aged 0-3 years	- interview including all caregivers	community leaders	- questionnaires concerning oral health behavior of children aged 0-3 years improved from draft set made by researcher
- evaluate changes from development of the participation process among community leaders by research team	- learning outcomes and the improvement of community leaders concerning implementation with caregivers	- focus group discussion including all community leaders - in-depth interviews including 2 representative of community leaders who joined the activities every time - participant observations	research team	- guideline question for focus group discussion - guideline question of in-depth interviews - participant observations form
- evaluate changes from development of participation process among caregivers by community leaders	- learning outcomes from participation process - changes of oral health behavior of caregivers	- focus group discussion including all caregivers conducted in small groups in the community - interview including all caregivers	community leaders	- guideline question for focus group discussion improved from draft set made by researcher - questionnaires concerning oral health behavior of children aged 0-3 years improved from draft set made by researcher
- monitor and evaluate participation process	- participation process	- focus group discussion including all community leaders - participant observations	research team	- guideline question for focus group discussion - participant observations form

กับทั้งปัจจัยภายในของผู้ปกครองแต่ละคน และปัจจัยภายนอกที่หลากหลายที่มีผลต่อผู้ปกครอง ทั้งความเชื่อ ค่านิยม ของพ่อ แม่ ปู่ย่า ตายาย ที่ส่งต่อถ่ายทอดกันมานาน ประกอบกับลักษณะวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน สภาพสังคม วัฒนธรรม ภาระหน้าที่การงานที่ต้องทำงานนอกบ้านทำให้ไม่มีเวลา จึงควรอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการร่วมแก้ปัญหา เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและธรรมชาติของชุมชน มากกว่ากระทำโดยผู้วิจัยเป็นหลัก

1.3 ขั้นตอนการคัดเลือกแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง
ทันตภิบาลซึ่งเป็นคนในพื้นที่เป็นผู้คัดเลือกแกนนำชุมชน โดยใช้เกณฑ์ คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมที่สนใจสุขภาพช่องปาก มีลูกอายุ 0-3 ปีหรือเคยมีประสบการณ์การดูแลเด็กอายุ 0-3 ปี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ได้แกนนำชุมชน จำนวน 6 คน ซึ่งแกนนำชุมชนทุกคนเป็นผู้หญิง โดยแต่ละคนมีคุณลักษณะดังนี้

แกนนำชุมชนคนที่ 1 อายุ 35 ปี มีลูก 3 คน ลูกคนเล็กอายุประมาณ 2 ปี เป็นญาติกับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในฝ่ายทันตสาธารณสุข อรัญชัยดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีสนใจเรื่องฟันของลูก และเลี้ยงลูกเองเพราะเป็นแม่บ้าน

แกนนำชุมชนคนที่ 2 อายุ 23 ปี มีลูกอายุประมาณ 4-6 เดือน ซึ่งเป็นลูกคนแรก ทำธุรกิจส่วนตัว ดูแลลูกเอง เป็นคนที่กระตือรือร้น เอาใจใส่ลูกมาก มีมารดาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพ และค่อนข้างให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพ

แกนนำชุมชนคนที่ 3 อายุ 29 ปี มีลูก 2 คน ซึ่งลูกคนเล็กอายุประมาณ 7 ปี สนุกกับแกนนำชุมชนคนที่ 1 จึงได้รับการชักชวนให้มาร่วมทีมวิจัย เป็นคนคล่องแคล่ว มีความรับผิดชอบ

แกนนำชุมชนคนที่ 4 อายุ 40 ปี เป็นน้องสาวของประธานชุมชน มีลูก 2 คน ลูกคนเล็กอายุประมาณ 3 ปี เป็นผู้ที่ให้ความสนใจเรื่องฟัน มาทำฟันและตรวจสุขภาพช่องปากของตนเองและลูกอย่างสม่ำเสมอ ประกอบอาชีพส่วนตัวและเป็นเลขานุการจึงรู้จักคนในชุมชนเป็นอย่างดี

แกนนำชุมชนคนที่ 5 อายุ 49 ปี มีลูก 2 คน ลูกคนเล็กอายุ 13 ปี เป็นผู้ขอเข้าร่วมเป็นทีมวิจัยเอง มีอาชีพเป็นช่างตัดเย็บเสื้อผ้าอยู่กับบ้าน เป็นคนช่างคุยและรู้จักคนในชุมชน

แกนนำชุมชนคนที่ 6 อายุ 40 ปี มีลูก 4 คน ลูกคนเล็กอายุ 7 ปี เป็นแม่บ้านและเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนประจำชุมชนหัวเลี้ยว

หลังจากนั้นแกนนำชุมชนร่วมกันเลือกผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ ผู้ปกครองเป็นบิดา มารดา ญาติ พี่น้องหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีเวลาดูแลเด็กได้มาก และเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดแนวทางการดูแลเด็กและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ได้ผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน โดยกลุ่มผู้ปกครองทุกคนนับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา มีอาชีพแม่บ้าน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 2,001-4,000 บาท โดยกลุ่มผู้ปกครองเป็นมารดาของเด็ก 11 คน เป็นญาติและผู้เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 9 คน โดยเด็กที่เข้าร่วมเป็นผู้หญิง 9 คน ผู้ชาย 11 คน ซึ่งจากการตรวจสุขภาพช่องปากพบเด็กที่ฟันยังไม่ขึ้น 2 คน เด็กที่ไม่มีฟันผุ 2 คน และเด็กที่มีฟันผุ 16 คน

1.4 ขั้นตอนการเตรียมทีมแกนนำชุมชน โดยผู้วิจัยกับแกนนำชุมชน ร่วมวางแผนและผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์แต่ละระยะของการทำงาน โดยประชุมแกนนำชุมชนครั้งแรกเพื่อพบปะพูดคุย สร้างความรู้จัก ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมด โดยใช้ทั้งภาษาไทยและภาษามลายูท้องถิ่น เพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และแสดงถึงความเป็นกันเอง เป็นพวกเดียวกัน นับเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้แกนนำชุมชนเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย หลังจากนั้นให้แกนนำชุมชนแสดงความต้องการในการพัฒนาตนเองอย่างอิสระควบคู่กับการสังเกตโดยผู้วิจัย และส่งเสริมศักยภาพของแกนนำชุมชน ในเรื่องนั้น ๆ ตามความต้องการให้สอดคล้องกับระยะของการดำเนินงานจริง

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 แกนนำชุมชนร่วมศึกษาบริบทชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี

จากการศึกษาบริบทชุมชน พบว่า ชุมชนหัวเลี้ยวเป็นชุมชนที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท ชาวบ้านทุกคนนับถือศาสนาอิสลาม มีแนวทางการดำเนินชีวิตโดยยึดหลักคำสอน

ในคัมภีร์อัลกุรอานและอัลฮาดิษ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพส่วนตัว มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติและให้ความเคารพกลุ่มผู้นำศาสนา ระบบการแก้ไขปัญหของชุมชนที่ผ่านมายังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและยังไม่พบปัญหารุนแรงในชุมชนในเรื่องการเลี้ยงดูเด็ก ชาวบ้านส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า เด็กสมัยนี้เลี้ยงยากกว่าสมัยก่อน เนื่องจากมีสิ่งยั่วยุมากมาย ทั้งชนิดและประเภทของอาหาร รวมทั้งโฆษณาจากโทรทัศน์และสิ่งแวดล้อมล้นล้นนม่น้ำวจิตใจเด็กให้ต้องการทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ผู้ใหญ่ต้องตามใจเด็ก ส่วนหนึ่งเชื่อว่า การที่เด็กไม่เชื่อฟังและดื้อนั้น มาจากการที่รับประทานอาหารที่ไม่สะอาด (อนุมัต) และไม่ดื่มน้ำเย็น (มีคุณค่า มีคุณประโยชน์) ตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์จนเด็กโต ด้านพฤติกรรมกรการบริโภค ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานและมีกะทิเป็นส่วนประกอบ โดยเฉพาะในช่วงเดือนที่ถือศีลอด รับประทานผักน้อย จึงนำไปสู่ปัญหาสุขภาพด้านต่างๆ รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก ส่วนบทบาทบัญญัติทางศาสนาที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก คือ การอาบน้ำละหมาดนั้นมีขั้นตอนของการบ้วนปาก 3 ครั้งแต่ก็ไม่ได้เป็นเกณฑ์บังคับ แต่ถ้าเป็นไปได้อีกก็แนะนำให้แปรงฟันทุกครั้งก่อนละหมาด ในการดูแลสุขภาพช่องปากนั้น ชาวบ้านเห็นว่า ความเอาใจใส่และความตระหนักของผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญ

การศึกษาบริบทชุมชนโดยแกนนำชุมชนนั้นทำให้แกนนำชุมชนได้รับรู้ถึงสภาพของปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ได้เห็นชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อตั้งแต่อดีต ความเชื่อมโยงและความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพช่องปากกับปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ซึ่งทำให้เห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหที่ต้ออาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งจากผู้ปกครองและชุมชน

2.2 แกนนำชุมชนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-3 ปี โดยแกนนำชุมชนวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาบริบทและสถานการณ์ปัญหาในเวทีประชาคม และให้ผู้ปกครองทุกคนที่เข้าร่วมโครงการและตัวแทนชุมชน ซึ่งได้แก่ ตัวแทนผู้นำศาสนา ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 50 คน ร่วมกันระดมสมอง วิเคราะห์และกำหนดปัญหา สาเหตุ

และค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา

ในเวทีประชาคม ตัวแทนแกนนำชุมชน นำเสนอผลการศึกษาบริบทชุมชน และสถานการณ์ปัญหา และร่วมกันระดมสมอง วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาโรคฟันผุในเด็ก โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยๆ 4 กลุ่ม โดยมีแกนนำชุมชนเป็นวิทยากรประจำกลุ่ม และร่วมกันสรุปกิจกรรมในการแก้ปัญหา ดังนี้

1. กิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กอย่างสม่ำเสมอ
2. จัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพฟันอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

2.3 แกนนำชุมชน ชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

2.3.1 กิจกรรมแกนนำชุมชนอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้งโดย 3 ครั้งแรกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลยะหริ่งและ 2 ครั้งหลังจัดในชุมชน ซึ่งใน 3 ครั้งแรกใช้การผสมผสานการให้ความรู้โดยผู้รู้หรือวิทยากรร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง โดยวิทยากรบรรยายในหัวข้อ ตามความต้องการของผู้ปกครองได้แก่

ครั้งที่ 1 บทบัญญัติทางศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยโต๊ะอิหม่าม

ครั้งที่ 2 การดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและเด็ก โดยทันตบุคลากร

ครั้งที่ 3 อาหารเพื่อสุขภาพฟันเด็กอายุ 0-3 ปี โดยนักโภชนาการ

ซึ่งเป็นการบรรยายเป็นกลุ่มใหญ่ทั้งหมด โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองและแกนนำชุมชน สามารถซักถามข้อสงสัยได้แบบกันเอง หลังจากนั้นจึงแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 5 คน โดยมีแกนนำชุมชนซึ่งผ่านการพัฒนาศักยภาพแล้วเป็นวิทยากรประจำกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่มย่อย ดังนี้

ครั้งที่ 1 สอนและสาธิตการแปรงฟันที่ถูกวิธี/การใช้ไหมขัดฟัน/การทดสอบการแปรงฟันด้วยการใช้สีย้อมสีฟัน/การตรวจฟันด้วยตนเอง และฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธี

ครั้งที่ 2 สอนและสาธิตการแปรงฟัน เช็ดฟัน และการตรวจฟันให้เด็กอย่างถูกวิธีและฝึกปฏิบัติจริงและร่วมกันคิดวิธีการติดตามการเช็ดฟัน/การแปรงฟันให้เด็กและตนเองที่บ้าน

ครั้งที่ 3 ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นการนำความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพฟันเด็กอายุ 0-3 ปี ไปปรับใช้ในการเลี้ยงดูเด็ก

จากการสังเกตในภาพรวมนั้น ผู้ปกครองให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ทั้งในกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย โดยเมื่อแบ่งกลุ่มย่อยและมีแกนนำชุมชนเป็นวิทยากรประจำกลุ่มนั้น จะมีการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน มากกว่าในรูปแบบกลุ่มใหญ่

หลังจากการจัดการอบรมผู้ปกครอง ครั้งที่ 3 ได้มีการติดตามผลการดำเนินงานผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ปกครอง พบว่า แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง เสนอให้แกนนำชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบการอบรมผู้ปกครองครั้งที่ 4 และ 5 โดยจัดในชุมชนและแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ในวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวก โดยครั้งที่ 4 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ “การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-3 ปี” และครั้งที่ 5 เป็นการทบทวนความรู้เรื่อง การแปรงฟันที่ถูกวิธีและฟลูออไรด์วานิช ซึ่งพบว่า ทำให้ผู้ปกครองกล่าวพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่าการจัดกิจกรรมกลุ่มใหญ่และมีความสุขสนทน เพราะมีบรรยากาศกันเอง ได้ทั้งสาระความรู้ และความสัมพันธ์ที่ดี

จากการสังเกตการทำงานของแกนนำชุมชนในการจัดอบรมผู้ปกครองและเป็นวิทยากรกลุ่มนั้นพบว่า แกนนำชุมชนใช้ความเป็นกันเองในการนำกระบวนการกลุ่ม ประยุกต์ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่ายในการสื่อสารระหว่างกัน ทำให้ผู้ปกครองเข้าใจเนื้อหาความรู้ได้ง่ายกว่าผู้วิจัย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายใต้เสียงหัวเราะ อย่างสนุกสนาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือต้องเปลี่ยนคำพูดของหมอเป็นคำพูดของตัวเองตามที่เราเข้าใจ” (แกนนำชุมชนคนที่ 1) “ก็รู้สึกที่เราเป็นส่วนที่ทำให้เขามีสุขภาพฟันที่ดี รู้สึกว่าตัวเองได้บุญที่ได้ไปช่วยเขาด้วยความเต็มใจไม่ได้มีบังคับอะไร และรู้สึกสนุกด้วย” (แกนนำชุมชนคนที่ 2)

การจัดอบรมผู้ปกครองโดยแกนนำชุมชนแต่ละครั้ง ใช้การร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติจริง ร่วมทำตามแนวทางที่กำหนดขึ้น ร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติและนำไปปรับปรุงในครั้งถัดไป ร่วมติดตามประเมินผลการปฏิบัติ โดยเป็นไปอย่างเรียบง่าย ค่อยเป็นค่อยไป มีการปรับแผนไปตามสถานการณ์และสอดคล้องกับบริบท ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็น กระบวนการที่แกนนำชุมชนได้รับจากการส่งเสริมศักยภาพที่ผ่านมา นอกจากนี้ พบว่า แกนนำชุมชนสามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในชุมชน นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และเป็นแบบอย่างที่ดีในชุมชน และพูดคุยให้ข้อเสนอแนะ/คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปกครองจนได้รับการกล่าวขานให้เป็นหมอฟันประจำชุมชนหัวเลี้ยว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ได้เรียนรู้และนำความรู้ที่ได้รับไปฝึกปฏิบัติกับตนเอง รวมถึงถ่ายทอดทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากกับผู้เข้าร่วมโครงการพร้อมปฏิบัติตามโดยการฝึกปฏิบัติการแปรงฟันอย่างถูกวิธี” (แกนนำชุมชนคนที่ 2)

“ถ้าใครมีปัญหาอะไรเกี่ยวกับเรื่องฟัน ก็จะมาหาเรา หมอฟันคนนี้ คือเป็นที่ปรึกษาได้ คือจะเรียกว่า หมอฟันประจำหมู่บ้าน...” (แกนนำชุมชนคนที่ 1)

2.3.2 แกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ร่วมกันจัดงานรณรงค์สุขภาพฟัน ภายใต้ชื่องานว่า “มหกรรมครอบครัวฟันดีที่... หัวเลี้ยวยามู” โดยมีกิจกรรม บรรยายให้ความรู้ เรื่อง “การดูแลสุขภาพช่องปากตามวิถีอิสลาม” ประกวดฟันสวย/วาดภาพระบายสี/แปรงฟันถูกวิธีตามกลุ่มอายุต่างๆ ฐานการตรวจฟันฟรีและการสาธิตและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธี ฐานแสดงตัวอย่างอาหารที่มีประโยชน์ และไม่มีประโยชน์ ฐานแสดงอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงการตอบคำถาม/เล่นเกมมหาสนุกชิงรางวัล และการจับหางบัตรของรางวัล ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เกิดจากแกนนำชุมชนและผู้ปกครองประชุมอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการดำเนินงานโดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ และร่วมดำเนินงานอย่างเต็มที่ ซึ่งแกนนำชุมชนสะท้อนว่า รู้สึกสนุกและพอใจกับการจัดกิจกรรมมาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“พึงพอใจมาก เพราะไม่คิดว่าคนในชุมชน จะให้ความสนใจในกิจกรรมนี้ แม้กระทั่งคนแก่ที่ลุกเดินไม่ค่อยไหวยังมาร่วมกิจกรรม” (แกนนำชุมชนคนที่ 5)

ผลการปฏิบัตินำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขในขั้นตอนถัดไป และแกนนำชุมชน ให้เหตุผลที่ทำให้แกนนำชุมชนนำแนวทางนี้ไปใช้ เกิดจากการที่แกนนำชุมชนได้ดูวีดิทัศน์ตัวอย่างการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้เห็นรูปธรรมของการทำงาน ร่วมกับเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงและเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้จะสังเกตได้ว่ากิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้น ในระยะต้น ยังมีลักษณะคล้ายคลึงกับกิจกรรมทั่วไปที่เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากตามวิธีที่ทันตบุคลากรเคยใช้ เช่น การสอนการแปรงฟัน การย้อมสีฟัน แต่ในระยะหลังพบว่า กิจกรรมมีรูปแบบที่สัมพันธ์กับลักษณะบริบทของชุมชนมากขึ้น เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การจัดประชุมเป็นกลุ่มย่อย 4-5 คนต่อกลุ่มในชุมชนตามความสะดวกของแต่ละกลุ่มโดยมีแกนนำชุมชนเป็นวิทยากรกลุ่มโดยกำหนดหัวข้อในการพูดคุยเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นพัฒนาการของการทำงานที่มีความสอดคล้องกับบริบทและอิงกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคิดกำหนดกิจกรรมมากขึ้น

ตารางที่ 2 ร้อยละของพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครอง (n=20)

Table 2 Percentage of the oral health behavior of caregivers (n=20)

Activities	Before (%)	After (%)
1. Time for tooth brushing of caregivers		
Morning	100	100
Lunch	25	55
Evening	15	5
Before bedtime	90	90
Before every praying time	15	40
Before praying time sometimes	15	15
2. Tooth brushing immediately after having sugary food	35	70
3. Fluoride usage of caregivers		
Fluoridated toothpaste	80	100
Fluoride mouthwash	30	50
4. Floss usage of caregivers		
Everyday	20	30
Sometimes, 4-5 days/week	10	25
Seldom, 2-4 days/week	5	20
Never	65	25

3.2 แกนนำชุมชนประเมินผล “การเปลี่ยนแปลงของผู้ปกครองจากการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดยแกนนำชุมชน” ในประเด็นต่อไปนี้

1. ผลการเรียนรู้ของผู้ปกครองที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม จากการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง ผู้ปกครองคิดว่า การทำให้ชุมชน ได้ร่วมคิด ร่วมทำ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน นำความรู้มาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดความเป็นกันเอง สนับสนุนมากขึ้น และพึงพอใจมากต่อการมีส่วนร่วมในกลุ่มเล็ก ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทำให้ทุกคนยังสนับสนุนกันมากขึ้น กล้าที่จะพูดปัญหาในช่องปาก” (ผู้ปกครองกลุ่มที่ 1)

“เป็นการแลกเปลี่ยนในกลุ่มเล็ก ๆ แบบนี้ก็ดีโครงการนี้ดีมากเลย...” (ผู้ปกครองกลุ่มที่ 2)

2. ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ปกครอง

2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้ปกครอง จากการเปรียบเทียบผลการประเมินก่อนและหลังโครงการโดยใช้แบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองรายงานว่า แปรงฟันก่อนนอนทุกครั้งเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 40 และผู้ปกครองแปรงฟันทันที หลังจากรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 70 นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ รวมถึงการใช้ไหมขัดฟันเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง ซึ่งสะท้อนว่า มีความตระหนักและแรงกระตุ้นในการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ตัวเองก็แปรงฟันบ่อยขึ้น หลังจากรู้ว่า ท่านนบี (ท่านศาสดามุฮัมมัด (ศ็อลฯ)) แปรงฟันประจำก่อนนอน” (ผู้ปกครองกลุ่มที่ 1)

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครอง จากการประเมินก่อนและหลังโครงการโดยใช้แบบสอบถามการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการแปรงฟันให้ลูกทุกวัน โดยเฉพาะช่วงเช้าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 90 และก่อนนอนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 60 (ตารางที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง ซึ่งสะท้อนว่า มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในทางที่ดีขึ้น ทั้งการแปรงฟันให้เด็ก และการควบคุมอาหารของเด็ก ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เมื่อก่อนลูกจะทานนมรสหวานแต่เดี๋ยวนี้เปลี่ยนไปเป็นนมรสจืดแทน เวลาตีมนมก็จะให้ลูกดื่มในแก้วที่มีหูจับ เปลี่ยนจากที่ให้ดื่มด้วยขวดนม และเวลาตีมนมเสร็จก็จะให้ดื่มน้ำตาม ตอนนี้อย่าให้ลูกหลับคาขวดนมแล้ว เวลาลูกอาบน้ำ ก็จะให้แปรงฟันด้วยตนเองก่อน แล้วค่อยแปรงซ้ำแต่ตอนนอนจะใช้ผ้าก๊อซเช็ดฟันลูก คอยตรวจดูฟันลูกอยู่เสมอ

ตารางที่ 3 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครอง (n=20)

Table 3 Percentage of children oral health care behavior of caregivers (n=20)

Content	Before (%)	After (%)
1. Tooth brushing pattern of children		
Children brushed their teeth by themselves	25	15
Caregivers brushed children's teeth	25	20
Caregivers brushed their children's teeth after children brushed their own teeth	50	65
2. Time for tooth brushing of children		
Morning	75	90
Lunch	20	25
Evening	10	15
Before bedtime	45	60
After meal time every time	-	10

“ได้รับความรู้มากยิ่งขึ้น ทำให้สนใจที่จะดูแลมากขึ้น...”
(ผู้ปกครองกลุ่มที่ 2)

“เวลาให้ลูกแปรงฟันก็จะแปรงซ้ำให้อีกครั้ง แล้วก็ตรวจดูว่า แปรงสะอาดไหม” (ผู้ปกครองกลุ่มที่ 3)

ช่วงก่อนสิ้นสุดโครงการแกนนำชุมชนจัดกิจกรรมเวทีประชาคมครั้งที่ 2 และได้นำเสนอผลการดำเนินงานและร่วมระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่ยั่งยืน นำเสนอและสรุปผล ซึ่งได้เสนอกิจกรรมที่จะทำต่อไป ได้แก่ 1) จัดให้มีคู่มือ (การบรรยายธรรมโดยผู้นำศาสนา) ในช่วงการละหมาดทุกวันศุกร์ที่เกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) จัดเสียงตามสายโดยเยาวชน ที่บาหลีซาอะ (สถานที่ละหมาดและเรียนศาสนา) 3) จัดกลุ่มให้ความรู้โดยแกนนำชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง 4) จัดรณรงค์เรื่องฟัน ปีละครั้งโดยใช้งบประมาณของชุมชน 5) ให้ทีมหมอพื้นน้อย (แกนนำชุมชน) ในชุมชนหัวเลี้ยว จัดกิจกรรมให้เด็กในชุมชน 6) สร้างบุคคลต้นแบบในการดูแลสุขภาพช่องปาก 7) ขยายผลไปสู่กลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่า กิจกรรมต่างๆ นั้นมีลักษณะสอดคล้องกับบริบทชุมชนมุสลิมมากขึ้น

3.3 สรุปกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม

กระบวนการหลักได้แก่ การสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยทีมวิจัยและการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนโดยแกนนำชุมชน จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มแกนนำชุมชน พบว่า สิ่งที่เกิดการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยทีมวิจัยเกิดจากการได้เรียนรู้เห็นตัวอย่างจากการชมวิดีโอเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาตั้งแต่ต้นทำให้เห็นความเป็นไปได้และเข้าใจถึงบทบาทตัวเองได้ง่ายขึ้น โดยสิ่งสำคัญคือ การได้ศึกษาสถานการณ์ที่แท้จริงของชุมชนด้วยตัวเอง รวมถึงการคืนข้อมูลให้ร่วมคิดแก้ไขปัญหาด้วยกัน การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงซ้ำๆ โดยให้มีการร่วมกันทบทวน กระบวนการ ผลที่เกิดขึ้นสิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัญหาอุปสรรค และนำไปปรับปรุงในการดำเนินการครั้งต่อไป โดยใช้วิธีการพูดคุยกันแบบกันเอง ชวนคิดชวนคุย ตั้งคำถามให้ช่วยกันแสดงความคิดเห็น เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นแต่ละคนก่อนแล้ว ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำซ้ำไปซ้ำมา โดยในระยะแรกนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้คอยตั้งประเด็นคำถาม และให้ช่วยกันแสดง

ความคิดเห็นกัน ซึ่งบรรยากาศในการประชุมจะเงียบๆ ไม่ค่อยมีใครพูดมากนัก เนื่องจากยังไม่เคยชินกับการที่จะต้องพูดแสดงความคิดเห็น และไม่คุ้นชินกับวิธีการเช่นนี้ แต่ในระยะหลังๆ แกนนำชุมชนก็เริ่มแสดงความคิดเห็นกันมากขึ้น และสามารถช่วยกันตั้งประเด็นในการพูดคุยกันเองได้ ซึ่งผู้วิจัยได้เห็นถึงพัฒนาการของแกนนำชุมชนในทางที่ดีขึ้นโดยเฉพาะแกนนำชุมชนคนที่ 1 2 3 และ 4 ซึ่งในการจัดอบรมผู้ปกครองเป็นกลุ่มย่อยในชุมชนนั้น แกนนำชุมชนสามารถเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งหมดได้ โดยหากผู้ปกครองถามคำถามที่แกนนำชุมชนตอบไม่ได้ก็จะสอบถามทันตบุคลากร หรือ ศึกษา ค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ต แล้วกลับไปอธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจ

การดำเนินการดังกล่าวทำให้แกนนำชุมชนเกิดการเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหา ร่วมกับการทำงานแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชนเอง ร่วมกับการชื่นชมผลการดำเนินงานของแกนนำชุมชนเป็นระยะๆ นับเป็นการเสริมพลังอำนาจและเพิ่มคุณค่าในตัวของแกนนำชุมชน ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในผลงานที่ตัวเองได้ ร่วมคิด ร่วมทำ ในทุกขั้นตอน ทำให้รู้สึกถึงความสำคัญของตัวเองและรู้สึกเป็นเจ้าของ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้ดียิ่งขึ้น ทำให้เกิดวงจรของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและค่อยเป็นค่อยไป

ส่วนกระบวนการที่แกนนำชุมชนพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนั้น แกนนำชุมชนและผู้ปกครองสะท้อนว่า เริ่มจากการร่วมคิด วางแผน ร่วมทำตามแนวทางที่กำหนดขึ้น ร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติและนำไปปรับปรุงในครั้งถัดไป ร่วมติดตามประเมินผลการปฏิบัติ โดยใช้ความเป็นกันเองในการนำกระบวนการกลุ่ม ประยุกต์ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่ายในการสื่อสารระหว่างกัน ใช้การร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เน้นการฝึกปฏิบัติจริงที่สัมพันธ์กับแนวทางการดำเนินชีวิตของมุสลิม โดยเป็นไปอย่างเรียบง่าย ค่อยเป็นค่อยไป และมีการปรับแผนตามสถานการณ์และตามความต้องการเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

สรุปกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนและผู้ปกครองที่สอดคล้องกับบริบท มีดังนี้ 1) การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชนในเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 2) การส่งเสริมการ

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาโดยแกนนำชุมชนเองทำให้เห็นปัญหาที่แท้จริงเกิดความตระหนักในการแก้ปัญหาและรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริง 3) การคืนข้อมูลสู่ชุมชนโดยแกนนำชุมชนผ่านเวทีประชาคมเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมคิด วิเคราะห์และวางแผนการแก้ปัญหาของชุมชนโดยชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับแนวทางในการแก้ไขปัญหา 4) การพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากที่จำเป็นแก่แกนนำชุมชนและผู้ปกครองตามระยะของการทำงานและความต้องการ 5) การส่งเสริมการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงที่สอดคล้องกับบริบทและมีการสะท้อนผลการปฏิบัติงานเพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุงทั้งในกลุ่มแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง 6) การเสริมสร้างขวัญกำลังใจและความภาคภูมิใจแก่แกนนำชุมชนในการทำงานแบบมีส่วนร่วม ทั้งนี้ในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมของแกนนำชุมชนนั้น อยู่บนพื้นฐานของความเป็นกันเอง ค่อยๆ สร้างความไว้วางใจต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายใต้ความสมัครใจและสนใจในสุขภาพช่องปากของแกนนำชุมชน

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เน้นเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทของทันตบุคลากร จากผู้ปฏิบัติเป็นผู้ให้การสนับสนุน กระตุ้น เป็นที่เลี้ยง ให้กับแกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา^{7,8-11} อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เริ่มต้นจากทันตบุคลากรเป็นผู้ศึกษาข้อมูลปัญหาแล้วนำเสนอต่อแกนนำ/เจ้าของพื้นที่ จากนั้นจึงร่วมวิเคราะห์/หาแนวทางการแก้ปัญหา ซึ่งต่างจากการศึกษาที่เริ่มต้นสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ให้แกนนำเป็นผู้ที่ศึกษาบริบทชุมชนหรือข้อมูลปัญหาด้วยตนเอง นอกจากนี้ส่วนใหญ่แกนนำเป็นผู้ที่มีตำแหน่งอย่างเป็นทางการ เช่น อสม. ผู้ดูแลเด็ก อบต. เป็นต้น ในขณะที่การศึกษานี้แกนนำชุมชนเป็นเพียงชาวบ้านที่สมัครใจเข้าร่วม ซึ่งการส่งเสริมศักยภาพแกนนำชุมชน ทำให้มีความพร้อมและมั่นใจมากขึ้น ส่งผลให้สามารถดำเนินการได้และได้รับความเชื่อถือจากผู้ปกครอง โดยแกนนำชุมชนสามารถเข้าถึงผู้ปกครองได้เหมาะสมกับบริบท สื่อสารและทำงานได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ปกครอง ซึ่งจากการที่ผู้วิจัยได้สร้างการมีส่วนร่วม

ของแกนนำชุมชนโดยให้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผลนั้นพบว่า สิ่งสำคัญที่เอื้อให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วม มีดังนี้ 1) การคัดเลือกแกนนำชุมชน ซึ่งคัดเลือกโดยทันตภิบาลที่เป็นคนในพื้นที่ เนื่องจากมีความใกล้ชิดสนิทสนม รู้จักเป็นกันเองกับคนในชุมชน จึงสามารถคัดเลือกแกนนำชุมชน ที่มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการแก้ปัญหา มีความรับผิดชอบ มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้¹² 2) การได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาในพื้นที่ ส่วนนี้อาจเนื่องจากการที่แกนนำชุมชนคนที่ 4 นั้นเป็นน้องสาวของประธานชุมชนหัวเลี้ยว ซึ่งความสัมพันธ์ทางเครือญาติหรือการมีบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้นำในชุมชน เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม¹³⁻¹⁴ 3) การศึกษาบริบทชุมชนโดยแกนนำชุมชน ทำให้แกนนำชุมชนได้เห็นข้อมูลสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงด้วยตนเอง ทำให้เห็นความสำคัญของปัญหาและเกิดความรู้สึกรู้สึกที่อยากแก้ปัญหาของชุมชน¹⁵⁻¹⁶ 4) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเองและมีความไว้วางใจต่อกัน ผ่านการร่วมกันทบทวนและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน เปิดโอกาส ให้คิดเป็นรายบุคคลก่อน หลังจากนั้นจึงร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน โดยทำในทุกครั้ง จนทำให้แกนนำชุมชนมีความกล้าในการแสดงความคิดเห็น

จุดเด่นของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำชุมชนและผู้ปกครองในการศึกษานี้ คือ แกนนำชุมชนส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยนำหลักศาสนามาให้เห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากของตนเองและเด็ก ทำให้เกิดการยอมรับได้มากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นการแปรงฟันตามแบบอย่างท่านศาสดามุหัมมัด (คือลฯ) ซึ่งสอดคล้องกับบทบัญญัติของศาสนาอิสลามที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากโดยถือว่าความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของความศรัทธา และถือว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพ่อแม่ในการอบรมเลี้ยงดูลูกทั้งทางกาย จิต สติปัญญา รวมถึงให้อาหารที่ฮาลาลและมีคุณประโยชน์ โดยผ่านทางผู้นำศาสนาให้ความรู้ในการอบรมผู้ปกครองครั้งแรก ซึ่งโดยปกติผู้นำศาสนาเป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความเชื่อถือ เคารพศรัทธาและเชื่อฟัง ส่งผลให้ผู้ปกครองเปิดใจที่จะยอมรับและพร้อมที่จะปฏิบัติตามได้โดยง่าย ซึ่งนับเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน นอกจากนี้ แกนนำ

ชุมชนและผู้ปกครอง อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน บ้านเรือนอยู่ในบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ มีความใกล้ชิดกันและสนิทสนมเป็นกันเอง ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงสามารถที่จะแนะนำให้ความรู้กัน ในภาษาที่เข้าใจกัน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของศาสนาอิสลามที่ให้ความสำคัญกับเครือญาติ เพื่อนบ้านที่ต้องดูแลเอาใจใส่กัน หรือตักเตือนซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้ การที่ผู้ปกครองได้เห็นสภาพช่องปากของตนเองและเด็ก ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม รวมถึงจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการ/สนใจของผู้ปกครอง เน้นการปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความเชื่อมโยงกับสภาพปัญหาของตนเอง และมีศักยภาพในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับตนเองร่วมกับการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ปกครองด้วยกันเองและแกนนำชุมชน และการที่แกนนำชุมชนติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและเด็ก ผ่านการเยี่ยมบ้าน พูดคุยในบรรยากาศที่เป็นมิตร ช่วยเหลือและชื่นชมมากกว่าเพียงการสำรวจข้อมูล ซึ่งกระบวนการดังกล่าว เป็นการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมประเมินผลด้วยวิธีการที่เรียบง่ายเหมาะสมกับบริบทของชุมชน นอกจากนี้ข้อดีสำคัญอีกประการหนึ่งของการที่แกนนำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเองนั้น คือ ความสามารถที่จะทำงานตามวันเวลาที่สะดวกของชุมชนและของแกนนำชุมชนด้วย ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ทั้งเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ซึ่งอาจจะไม่ใช่เวลาที่ผู้วิจัยสะดวก⁷

ในการให้ความรู้ต่างๆ แก่ทั้งแกนนำชุมชนและผู้ปกครองนั้น เนื้อหาความรู้ที่สอนนั้นเป็นเรื่องที่เกิดจากการอยากรู้ของแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง เช่น อาหารเพื่อสุขภาพฟันเด็ก การฝึกทักษะการตรวจฟัน การแปรงฟันที่ถูกรวิธี/การแปรงฟันให้เด็ก ทำให้ทั้งแกนนำชุมชน และผู้ปกครองสามารถนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งเนื้อหาวิชาการที่จะนำไปใช้ให้สำเร็จผลได้ในระดับชุมชน ควรที่จะสั้น กระชับ และสามารถทำได้จริงในชีวิตประจำวัน¹⁰⁻¹¹ อีกทั้งรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองที่เป็นการให้ความรู้เป็นระยะๆ และตามความต้องการของผู้ปกครอง เหมาะสมกับบริบทด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ซึ่งแตกต่างจากการให้ทันตสุขศึกษาแบบเดิมๆ ที่ให้ความรู้ทุกเรื่องในครั้งเดียวจบ ซึ่งการชักจูงด้วยวิธีง่ายๆ จะทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะสั้นๆ แต่ถ้าใช้

วิธีที่พิถีพิถันบนฐานของการมีส่วนร่วมและใช้ประเด็นทางสังคมวัฒนธรรม ค่านิยมและบรรทัดฐานของบุคคล โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมและค้ำถายๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการเข้าใจผิด จะทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้เป็นเวลานานขึ้น¹⁷ นอกจากนี้การพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยแกนนำชุมชนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้ผู้ปกครองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กไปในทางที่ดีขึ้น^{8,18}

นอกจากนี้แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของชุมชนที่เกิดจากการร่วมระดมความคิดเห็นในเวทีประชาคม ครั้งที่ 2 นั้น ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมดมุ่งไปที่ส่งเสริมศักยภาพของผู้ปกครอง และขยายผลสู่กลุ่มอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งรูปแบบการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการวิเคราะห์ปัญหาผ่านผู้ที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพช่องปากในชุมชนทั้งจากมุมมองของผู้ปกครองและชุมชน ทำให้แนวทางการแก้ปัญหาจึงมีลักษณะที่สัมพันธ์กับปัจจัยทั้งสิ่งแวดล้อมและการปรับพฤติกรรมของผู้ปกครองโดยตรง อันแตกต่างกับการแก้ปัญหาโดยผ่านการให้ความรู้ หรือการอบรมผู้ปกครองอย่างเดียว ที่อาจจะให้ผลระยะสั้น¹⁷

ผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถสะท้อนถึงผลการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กได้ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการศึกษานี้ใช้เวลาไม่มากนัก แต่สิ่งที่เกิดขึ้นจากการศึกษานี้ ทำให้แกนนำชุมชนและผู้ปกครองเกิดความตระหนักและมีการปรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและสามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองในชุมชน¹⁰

หลักการสำคัญของการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นั้น คือ การเกิดการเรียนรู้ การเติบโตของทั้งส่วนของชุมชนและผู้วิจัย ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่า ในส่วนของแกนนำชุมชนเกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง ซึ่งถึงแม้ว่าจะเป็นกรร่วมคิดร่วมทำ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆ โดยที่แกนนำชุมชนอาจจะยังไม่สามารถที่จะดำเนินการต่างๆ ได้ด้วยตนเองทั้งหมด โดยอาจจะยังเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีสัดส่วนของการนำพาของผู้วิจัยในระยะต้นที่สูงและลดน้อยลงในตอนท้าย แต่ผู้วิจัยก็ได้เห็นถึงพัฒนาการที่แตกต่างกันของแกนนำชุมชน

แต่ละคน โดยแกนนำชุมชน ได้เรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการในการแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูล การเข้าใจคนและเงื่อนไขทางสังคม การทำงานเป็นทีม การทำงานกับคนในชุมชน ในส่วนของตัวผู้วิจัยเองนั้น ในฐานะที่เป็นทันตบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาเป็นเวลานาน นับเป็นครั้งแรกที่ได้นำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งนับเป็นการเปลี่ยนวิธีการทำงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแบบใหม่ ผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงวิธีการทำงานกับชุมชนอย่างแท้จริงที่แตกต่างไป ผู้วิจัยไม่สามารถใช้ “อำนาจหรือสิทธิในการบังคับบัญชา” ที่สามารถใช้ได้กับการทำงานกับทันตบุคลากร/บุคลากรทางสาธารณสุขได้เลย ผู้วิจัยต้องเปลี่ยนทั้งวิธีการพูดคุย สื่อสาร อากัปกิริยา ที่เคยเป็นเชิงสั่งการมาเป็นการมีความเป็นกันเอง ให้ความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน นอกจากนี้แกนนำชุมชนยังทำให้ผู้วิจัยได้เห็นถึงศักยภาพของคนในชุมชน เห็นความรักของแกนนำชุมชนที่มีต่อคนในชุมชนที่เยือกเย็นเห็นใจ จริงจังในการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยไม่ได้หวังผลตอบแทนใด ๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นการเน้นย้ำให้ผู้วิจัยเชื่อมั่นในแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากโดยชุมชน หากเราเห็นคุณค่าของการทำงานร่วมกับชุมชนแล้วเริ่มต้นทำ ไม่ว่าจะประสบความสำเร็จเพียงใด แต่ทั้งชุมชนและตัวผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและสามารถข้ามก้าวปัญหาได้อย่างแน่นอน

การศึกษานี้เลือกพื้นที่เดียวที่เจาะจงดังนั้นผลการศึกษาก็จะสะท้อนได้ในบริบทของชุมชนหัวเลี้ยว ตำบลยาสูบ อำเภอหริ่ง จังหวัดปัตตานี ดังนั้นการนำไปใช้อาจจะต้องพิจารณาบริบทของแต่ละพื้นที่

จากผลการศึกษา นี้ อาจกล่าวได้ว่า เป็นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาในเรื่องสุขภาพช่องปากได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษา^{7,9-10,19-20} อีกทั้งยังเป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแนวใหม่²¹ ซึ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์แนวราบระหว่างทันตบุคลากรและชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนา ทั้งในตัวแกนนำชุมชนและผู้ปกครอง รวมถึงชุมชน

ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก 0-3 ปี และที่สำคัญ นับเป็นครั้งแรกที่ชุมชนหัวเลี้ยวแห่งนี้มีการร่วมมือกันในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากเด็กในชุมชน และเอื้อให้เกิดการตื่นรู้ลุกขึ้นมาแก้ปัญหาด้วยปัญญา และนำประสบการณ์ที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาอื่นๆ ในชุมชนต่อไป

จากการศึกษานี้กลุ่มผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1) การแก้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากในชุมชนนั้น ควรให้ความสำคัญกับคนในพื้นที่ซึ่งมีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และควรส่งเสริมให้ทันตบุคลากรและทีมสุขภาพมีศักยภาพในการทำงานแบบมีส่วนร่วมได้ 2) การศึกษาวิจัยนี้ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไปในระยะยาว เพื่อให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพช่องปากเด็กและเกิดความยั่งยืนของการแก้ปัญหา

สรุป

การศึกษานี้ สามารถสรุปได้ว่า 1) ผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กและตนเอง 2) แกนนำชุมชน ผู้ปกครอง และชุมชนสามารถร่วมแก้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากด้วยชุมชนเองที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม 3) แกนนำชุมชนได้รับการยอมรับจากชุมชนในการเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพช่องปาก โดยกระบวนการหลักในการสร้างการมีส่วนร่วม ได้แก่ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนโดยทีมวิจัยและการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชนโดยแกนนำชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง ที่ได้ให้องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และขอขอบคุณแกนนำชุมชนและสมาชิกชุมชนหัวเลี้ยวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและร่วมเรียนรู้ไปด้วยกัน อย่างดีและมีความสุข และขอขอบคุณโรงเรียนทันตแพทย์สร้างสุข (ทพ.สส.) ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Pattani Dental Public Health. Oral Health Survey Report, 2005-09. Pattani: Pattani Provincial Public Health Office; 2009.
2. Dental Health Division, Department of Health. The 6th Thailand National Oral Health Survey, 2006-07. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2008.
3. Tungyinyon N. Dental caries and oral health care of children age 3-12 years. *Th J DPH*. 2004;9:47-9.
4. Pimpisan J, Thongkerd V. Community participation in oral health care of early childhood amphur Chockchai, Nakornrachasima province. *Th J DPH*. 2008;13:72-80.
5. Akakul T. Action Research. Ubonrachatani: Yongsawat intergroup LTD. Company, 2008: 67-80.
6. Nopkesorn T. Qualitative Methods: Book 2. A Field Guide for Research In Human/Organization/Community and Social Development. 2th Ed. Nakhon Ratchasima: Chokcharoen Marketing Publishing House, 2006:39-44.
7. Kasetsinsombat M. Community participation in health and oral health promotion in primary school students, Ban Nafang, Tambon Satharn, amphure Pua, Nan. *Th J DPH*. 2008;13:63-75.
8. Sakolwasan C, Sanpakaew S, Promboon C, Wannasri R. Oral health promotion network development for preschool children in child development center. *Th J DPH*. 2011;16:9-17.
9. Supawiriyakit S. Participatory approach for dental health promotion in pre-school children at Thama-o day care center, Chiangmai province. *Th J DPH*. 2011;16:25-32.
10. Thuannadee P, Mongkolnchairunya S. The oral health promotion program in preschool children through community participation in Ban Phang district, Khon Kaen province. *KDJ*. 2007;10:12-20.
11. Gherunpong S, Choursuwan W. School oral health promotion programme: a holistic and participatory approach. *CU Dent J*. 2007;30:11-28.
12. Tanauswanont K. On establishing a community-participation model health-promoting village in Denchai district, Phrae province. *J of Health Systems Research*. 2007;1:505-15.
13. Papan J, Kittitornkool J, Pengmuan S. The process of PAR for development of the learning source on cultural environment: a case study of Kasemrat temple, Sapanmaikaen subdistrict, Chana district, Songkhla province. *Songklanakarin J of Social Sciences & Humanities*. 2006;12:1-19.
14. Junthamas M, Kittitornkool J, Phungmark P. Women in the community development groups and environment management: a case study of Tamot community, Tamot subdistrict, Tamot district, Phatthalung province. *Songklanakarin J of Social Sciences & Humanities*. 2007;13:572-94.
15. Watson MR, Horowitz AM, Garcia I, Canto MT. A community participatory oral health promotion program in a inner-city Latino community. *J Public Health Dent*. 2001;61:34-41.
16. Lekswat P, Pintakrua A, Punyayuen A, Thakamfoo L. The development of networking for health promotion in preschool children. *Th J DPH*. 2007; 12:7-26.
17. Sprod AJ, Anderson R, Treasure ET. Effective oral health promotion: literature review. Cardiff: Dental Public Health Unit, Health Promotion Wales, 1996:10-8.
18. Kay EJ, Locker D. Effectiveness of oral health promotion: a review. London: Health Education Authority. 1997;2-3.

19. Teemuangsong T, Kompor P. Prevention and control of dengue hemorrhagic fever through community participation: case study of Ban Khamin Kudsasubdistrict, Muang district, Ubon Thani province. *Udonthani Hospital Medical J.* 2008; 16:873-83.
20. Khasetsinsombat K, et al. Community participation for health promotion 0-12 year old in Namka village, Payakaew subdistrict, Chiangkhang district, Nan province. [Research Reports]. Nan: Health Systems Research Institute; 2004.
21. Chaiprasit S. Oral Health, Social health from new health promotion theories to practice. Chiang Mai: Nuntapun, 2001:43-144.

Participation process of a Muslim community for improving oral health care of children aged 0–3 years; a case study in Yaring district, Pattani province

Narisa Heemsuree D.D.S., M.Sc. (Oral Health Science)¹

Jaranya Hunsrisakhun D.D.S., Ph.D.²

Achara Watanapa D.D.S.²

¹Dentist, Expert level, Department of Dental Public Health, Yaring Hospital, Pattani

²Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Hatyai, Songkhla

Abstract

Objectives To study and develop the participation process in order to improve oral health care of children aged 0–3 years by caregivers in a Muslim community.

Materials and methods The participation process was developed and implemented under the Participatory Action Research concept. Qualitative data collection methods were employed through focus group discussion, in-depth interviews, and participant observations. Content analysis was used to analyze the data. Quantitative data was also collected through interviewing and use of questionnaires. Frequency distribution was illustrated.

Results With the participatory approach, the research team encouraged the community leaders mainly through the use of reflective learning and providing periodical moral support. Community leaders reported that they had higher abilities, not only in taking care of their own oral health, but also in working with the community. Subsequently, community leaders were able to conduct oral health-related activities for caregivers and their community based on community participation with cordial approach. They implemented these activities in relation to Muslim lifestyle and responded to caregivers and community's needs periodically and continuously. In addition, the caregivers reported that they were better able to take care of their children's oral health and their own. They expressed that they brushed their children's teeth every day, especially in the morning increasing from 75 to 90% and before bed time from 45 to 60% percent. Moreover, the percentages of caregivers who brushed teeth before praying time increased from 15 to 40%, and immediately after having sugary foods increased from 35 to 70%.

Conclusions The participation process could increase the abilities of community leaders in terms of taking care of their own oral health supporting the caregivers to change their oral health caretaking behavior for children aged 0–3 years. These are accomplished through 2 main key processes; 1) the development of participation process among community leaders by the research team and 2) the development of participation process among caregivers by community leaders, which were implemented mainly through learning by doing according to their needs with reflective learning to improve their critical thinking skills under positive reinforcement.

(CU Dent J. 2014;37:299–316)

Key words: community participation process; oral health care of children aged 0–3 years

Correspondence to Narisa Heemsuree, teedent2011@hotmail.com