

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยนำแนวความคิดวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพมารวมกัน และใช้กระบวนการการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ตามกระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)
2. การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research)
3. แนวคิดการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และการใช้เหตุผลในการคิดแก้ปัญหา
4. แนวคิดเรื่องการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม
 - กระบวนการ P-A-R (Participatory Action Research)
 - กระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control)
5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

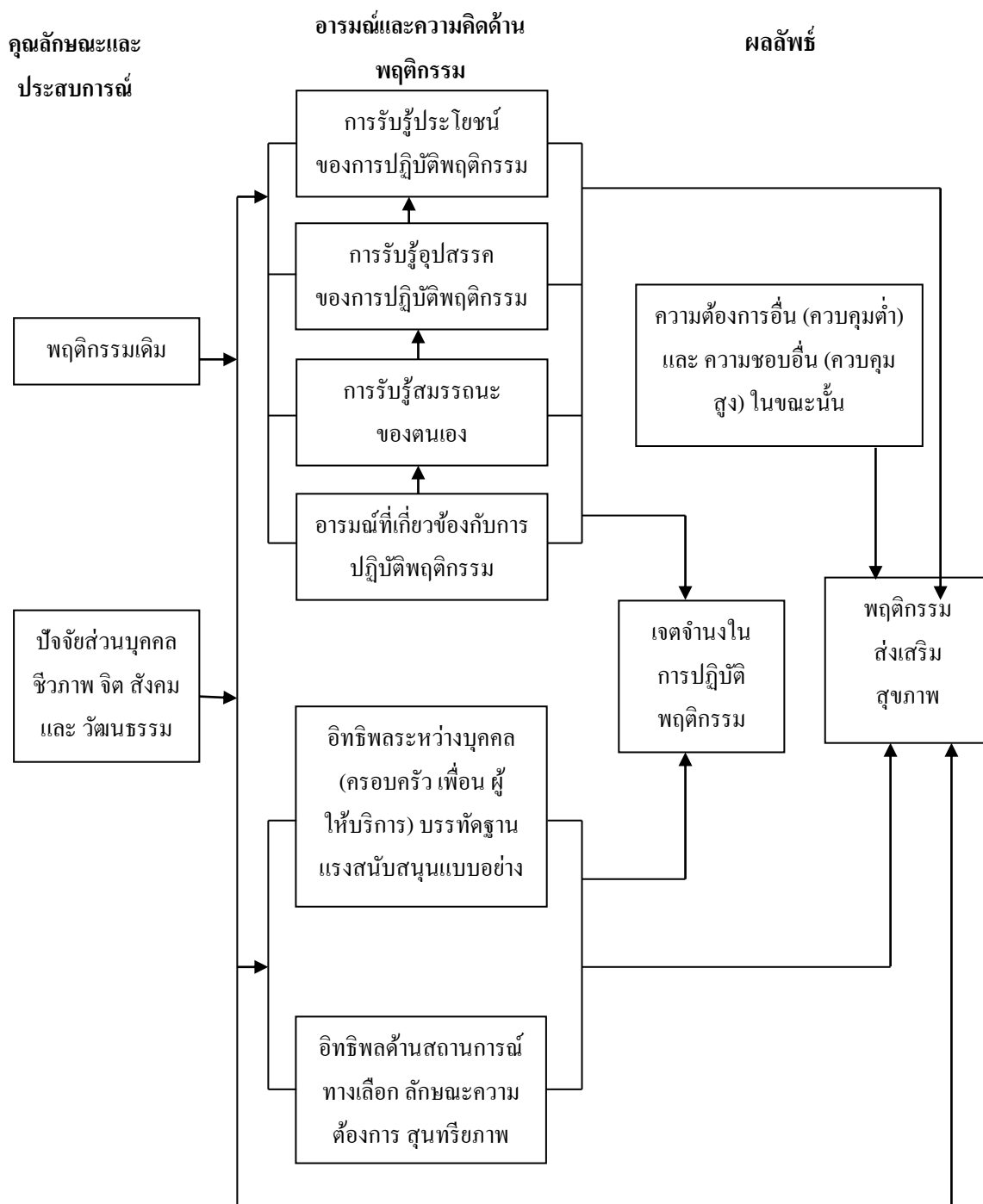
1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพถูกพัฒนาขึ้นโดย Nola J. Pender มาตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 เป็นการผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์ และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่ออธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996 อ้างถึงใน นริศรา ศรีกุลวงศ์, 2555: 23-33) ซึ่งบุคคลพยายามที่จะทำการคิดสร้าง และพัฒนาสภาพความเป็นอยู่ เพื่อสุขภาพที่ดีที่สุดของตนเอง โดยบุคคลแต่ละคนจะมีความสามารถในการไตร่ตรอง หรือนึกคิดเพื่อรู้จักตนเอง (Self-Awareness) บุคคลสามารถทำการวิเคราะห์ตนเองได้ และสามารถรักษาความสมดุลระหว่างความเปลี่ยนแปลง ความคงที่ และความกระตือรือร้นในการปรับพฤติกรรม มีการบูรณาการทาง กาย จิต สังคม และวิญญาณ เน้นให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับบุคคล และการปรับเปลี่ยนจากสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่อนามัยเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมทางด้านบุคคล (Interpersonal Environment) ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลในระยะต่างๆ ในช่วงชีวิตซึ่งการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม บุคคลต้องมีความริเริ่มปรับเปลี่ยนแบบแผนของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเอง และสิ่งแวดล้อม ความเชื่อพื้นฐานดังกล่าวข้างต้นสามารถสะท้อนให้เห็นถึงบุคคลผู้มีบทบาทอย่างแข็งขันในการกำหนด และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของบุคคล

สำหรับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการคิดค้น และพัฒนาขึ้นนั้นอาศัยผลการวิจัยในกลุ่มประชากรต่างๆ จากงานวิจัยทั่วโลก ผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว ทำให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อันมีองค์ประกอบของแบบจำลองสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์ และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นต้น ดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 ภาพแสดงแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่



(Pender, 1966 อ้างถึงใน เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์ และคณะ, 2553: 18)

1.1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

บุคคลมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะในแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำที่ตามมาภายหลังคุณลักษณะและประสบการณ์ดังกล่าวคือ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องและปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

1.1.1 พฤติกรรมเดิมที่มีความเกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) ลักษณะของพฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติ หรือกระทำมาก่อน อันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งอิทธิพลทางตรงนั้น เกิดจากการปฏิบัติเป็นลักษณะนิสัย ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างอัตโนมัติโดยไม่ต้องสนใจรายละเอียดของการปฏิบัตินั้นมากเกินไป สำหรับอิทธิพลทางอ้อมสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีในการเรียนรู้ทางสังคมอันเป็นพฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติจริง และการป้องกันการสะท้อนกลับจากพฤติกรรม ถือได้ว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะ หรือพฤติกรรมเดิม อันเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรู้คิด และอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรมที่ผ่านมา มุ่งเน้นที่ประโยชน์ของพฤติกรรม ด้วยการสอนวิธีการเอาชนะอุปสรรค เพื่อให้สามารถกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ และส่งเสริมให้รับรู้สมรรถนะและอารมณ์ของตนเองในทางบวก ผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และการป้อนกลับทางบวก

1.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ปัจจัยส่วนบุคคลสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ จิต และสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่ออารมณ์และความคิดเฉพาะกับพฤติกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.1.3 ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกายของร่างกาย ภาวะของการเจริญพันธุ์ (วัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน) ชีตความสามารถในการทำงาน ความแข็งแรง ความคล่องแคล่ว ว่องไว หรือการทรงตัว เป็นต้น

1.1.4 ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจในตนเอง สมรรถนะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการนิยามสุขภาพ เป็นต้น

1.1.5 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ชนชาติ ลักษณะทางวัฒนธรรม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งสามารถระบุได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีมากมาย บางปัจจัยมีอิทธิพลเฉพาะบางพฤติกรรมเท่านั้น อาทิเช่น ชีตความสามารถในการทำงานแบบต่อเนื่อง มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนั้นในการให้การบำบัดทางการพยาบาล ควรพิจารณาเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีข้อสนับสนุนเชิงทฤษฎีว่าสามารถอธิบาย หรือทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายได้ และควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะสั้นสำหรับอารมณ์ และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ถือได้ว่าเป็นปัจจัยทางด้านอารมณ์ และความคิดที่เฉพาะกับ

พฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และยังเป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับการบำบัด เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการทางพยาบาลซึ่งมีปัจจัยดังกล่าว คือ

1) การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) ในการวางแผนพฤติกรรมนั้น บุคคลมักจะคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ดังกล่าวเป็นการวางมโนภาพของผลด้านบวก หรือผลที่เสริมแรง อาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้น หรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น ซึ่งบุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์ ซึ่งประโยชน์ดังกล่าวมีทั้งประโยชน์ภายใน อาทิเช่น ความรู้สึกดีในตัวเอง ความอ่อนล้าลดลง เป็นต้น สำหรับประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มในสังคม เป็นต้น ซึ่งในการรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจสำคัญทำให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในเป็นแรงจูงใจในที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นนั้นจึงมีอิทธิพลโดยตรงกับการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน แต่มีอิทธิพลมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ดังกล่าว และระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติ และการเกิดประโยชน์นั้นๆ

2) การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barrier to Action) เป็นพฤติกรรมในการคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรม ที่มีผลต่อความตั้งใจ และการลงมือปฏิบัติของบุคคล ซึ่งในอุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคล นึกคิด หรือวาทะมโนภาพไปเอง หรืออาจมีอยู่จริง เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การสูญเสียเวลา เป็นต้น อุปสรรคดังกล่าวจะถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้น และกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งทำให้บุคคลเกิดการสูญเสีย เช่น การสูญเสียความพึงพอใจส่วนบุคคล การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติ และรับรู้อุปสรรคสูง แต่หากมีความพร้อมสูง และรับรู้อุปสรรคต่ำ จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมทำให้เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง

3) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self Efficacy) เป็นแนวคิดที่นำมาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ที่มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง กล่าวคือมีอารมณ์ด้านบวกมากขึ้น จะยิ่งรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงขึ้น และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองมากขึ้นจะสามารถรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพล

ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และโดยอ้อม ผ่านทางการรับรู้อุปสรรค และเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

4) อารมณ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity Related Affect) ในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะมีอารมณ์ หรือความรู้สึกด้านบวก และด้านลบเกิดขึ้นร่วมด้วย โดยอาจเกิดขึ้นก่อนหรือหลังก็ได้

5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) คือ อิทธิพลระหว่างบุคคล อันเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลอื่น ซึ่งความนึกคิดอาจตรงกับความเป็นจริง สำหรับแหล่งสำคัญที่สุดของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นต้น อันเป็นสิ่งที่กำหนดมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติที่บุคคลส่วนใหญ่ยอมรับหรือไม่ยอมรับได้เสมอ แรงสนับสนุนทางการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพส่วนตัวแบบอย่างสามารถแสดงให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมบุคคลไวต่อความปรารถนาแบบอย่างและความชื่นชมของบุคคลอื่นซึ่งมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามหากมีแรงจูงใจเพียงพอบุคคลจะปฏิบัติตามวิถีทางที่สอดคล้องกับอิทธิพลของบุคคลอื่น มักจะปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งได้รับการชื่นชมการที่อิทธิพลของบุคคลอื่นจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลใดได้ บุคคลนั้นจะต้องให้ความสนใจและซึมซับสิ่งเหล่านั้นเข้าสู่โมโนภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ การยอมรับอิทธิพลของบุคคลอื่นอาจแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ดังจะเห็นได้ชัดเจนในเด็กวัยรุ่น นอกจากนี้พบว่าในบางวัฒนธรรมมีการเน้นอิทธิพลของผู้อื่นค่อนข้างมาก

6) อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situation Influences) อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้ และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สามารถส่งเสริม หรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมได้ เช่น การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้องการ และความสุนทรีย์ภาพของสิ่งแวดล้อมที่พฤติกรรมดังกล่าวจะถูกปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

7) ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Commitment to a plan of action) โดยทั่วไปเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่ม และปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบ แต่หากมี

ความต้องการ หรือความชอบอื่นที่เหนือกว่าเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ความคิดซึ่งประกอบด้วย คือ

(1) ความต้องการและความชื่นชอบในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) เป็นความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น ซึ่งมีความหมายถึงพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกซึ่งเข้ามาอย่างกะทันหัน ก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ มีความแตกต่างไปจากอุปสรรค กล่าวได้ว่าความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อน ขึ้นอยู่กับความต้องการภายนอก หรือเพราะความบังเอิญทางด้านสภาพแวดล้อม เช่น มิงานด่วนต้องทำ ต้องดูแลครอบครัว บุคคลจำเป็นต้องปฏิบัติไม่อย่างนั้นจะเกิดผลเสียต่อตนเองหรือผู้อื่นที่มีความสำคัญ เป็นต้น สำหรับความชอบอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดัน ซึ่งบุคคลควบคุมได้ค่อนข้างสูง ความชื่นชอบในสิ่งนั้นสามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ในการที่จะต้านทานความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกัน ความต้องการและความชอบอื่นที่เข้ามาขณะนั้น ผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งลดเจตจำนงในการปฏิบัติทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งใจไว้ อย่างไรก็ตามการมีเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนอย่างสิ้นสมบูรณ์แม้จะมีความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น

8) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน แนวทางการประยุกต์ในการปฏิบัติแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ ซึ่งแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ได้อธิบายให้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม ตลอดจนการประยุกต์แบบจำลองนี้ในการปฏิบัติกรพยาบาลจึงควรมีการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียดรอบคอบ จากการศึกษาของเพ็นเดอร์ (Pender อ้างถึงใน นริศรา ศรีกุลวงศ์, 2555: 23-33) ได้กล่าวถึงแนวทางการประเมินสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งตัวอย่างเครื่องมือประเมินซึ่งสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติได้ สำหรับการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพนั้นประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ซึ่งผู้ให้บริการควรมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน และพยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้ให้การช่วยเหลือไม่ใช่เป็นผู้ควบคุมกำกับ ได้แก่ การทบทวน และสรุปข้อมูลจากการประเมินทั้งหมด การเสริมแรงหรือสนับสนุนความแข็งแกร่ง และสมรรถนะของผู้ให้บริการที่มีอยู่แล้ว การระบุเป้าหมายด้านสุขภาพและทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง การระบุผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมหรือด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ตามทัศนคติของผู้ให้บริการการพัฒนาแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยอาศัยความชอบของผู้ให้บริการ ระยะของความเปลี่ยนแปลง

และศาสตร์ที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นพื้นฐาน การทบทวนประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงและค้นหาสิ่งล่อใจที่จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในทัศนคติของผู้ใช้บริการ การระบุปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยระหว่างบุคคลที่เอื้ออำนวย และที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการกำหนดกรอบระยะเวลาของการนำไปใช้ปฏิบัติให้เป็นผลสำเร็จ และการยึดมั่นในเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และจัดหาสิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเปรียบเสมือนกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมทุกฝ่าย ของระบบการทำงานโดยต้องใช้ความร่วมมือจากทั้งกลุ่มทำงาน ไม่ว่าส่วนใดของระบบเกิดปัญหาในการทำงาน ทำให้เกิดการขัดแย้งในการทำงานในขั้นต่อไปของการทำงาน และจำเป็นต้องใช้คนจำนวนมากในการทำงาน โดยต้องอาศัยความแข็งแรงขององค์กรในการทำงาน ทุกภาคส่วนจึงจะดำเนินงานได้อย่างเต็มที่

2. การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research)

รัตนะ บัวสนธ์ (2554: 7-20) ได้ให้ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสานไว้ว่า การวิจัยแบบผสมผสานเป็นกระบวนการในการวิเคราะห์ หรือเก็บข้อมูล ในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ อาจเกิดในในช่วงเวลาเดียวกันได้ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้วิเคราะห์และบูรณาการข้อมูลเอง

ธีระวงศ์ สายนาโก และคณะ (2556: 16-30) ได้ทำการให้ความหมายของการวิจัยแบบผสมผสานไว้ว่า เป็นกระบวนการวิจัยในแนวทางแบบผสมผสานการวิจัยหลากหลายวิธี ซึ่งเป็นการผสมผสานวิธีคิด และระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ ใช้กระบวนการสังเกตในพื้นที่ การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะ ๆ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้กำหนดนโยบาย ผู้รับผิดชอบ และกลุ่มผู้ดำเนินงาน โครงการนี้ในพื้นที่ปฏิบัติการ

พวงศกา คงวัฒนานนท์ (2556: 648-657) ได้ทำการสรุปกระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) โดยจำแนกเป็นสองลักษณะ คือ การประยุกต์ลักษณะเดียว และการประยุกต์ลักษณะพหุ โดยการผสมนั้นเกิดขึ้นภายในขั้นตอนของการวิจัยอันเป็นกระบวนการที่สนักการวิจัยที่ใช้อาจเป็นเชิงปริมาณ แต่การรวบรวมข้อมูลอาจเป็นเชิงคุณภาพ หรือในทางกลับกันเป็นข้อมูลที่รวบรวมมาอาจเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ แต่อาจวิเคราะห์ให้เป็นเชิงปริมาณ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเชิงปริมาณ หรือข้อมูลเชิงปริมาณ แต่วิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการปรับข้อมูลเชิงปริมาณให้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ความแตกต่างของการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ วรณี แกมเกตุ (2551: 35-39) ได้สรุป ความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ไว้ว่า คุณลักษณะของข้อมูลที่นักวิจัยรวบรวมมาใช้ในการศึกษาวิจัย เรียกว่าเป็นแนวทางศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ การวิจัยที่เกี่ยวกับปริมาณที่สามารถวัดได้ หรือเรียกว่า เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ตัวแปรสามารถวัดได้โดยตรง และแปลงไปใช้ในรูปของตัวเลขได้ง่าย จากนั้นก็ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ การวิจัยเชิงคุณภาพ มีเป้าหมายที่จะศึกษาในเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดได้ คือ ไม่สามารถลดทอนลงเป็นตัวเลขได้ เช่น ความรู้สึก ความคิด ประสบการณ์ เป็นต้น ได้แก่ มโนทัศน์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับแนวทางศึกษาความรู้แบบนัยนิยม การวิจัยเชิงคุณภาพใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์ที่ไม่ใช่ตัวเลข เพื่อที่จะบรรยายและเข้าใจมโนทัศน์เหล่านั้น ข้อมูลเชิงปริมาณหรือคุณภาพ ในการตัดสินใจที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพขึ้นอยู่กับธรรมชาติ หรือลักษณะของคำถามการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1.1 การผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การใช้ข้อมูลผสมระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณกับข้อมูลเชิงคุณภาพ อาจมีข้อจำกัดด้านเวลา ความจำเป็นที่จะจำกัดขอบเขตของการศึกษา และความยุ่งยากของการตีพิมพ์ผลการศึกษา เป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัยที่ใช้ข้อมูลผสมผสานทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การผสมผสานระหว่างวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ อาจทำให้ได้ผลผลิตสุดท้ายที่สามารถแสดงให้เห็นคุณประโยชน์อย่างสำคัญของวิธีการวิจัยทั้งสองแบบอย่างเด่นชัด

2.1.2 คุณค่าของการวิจัยแบบผสมผสาน รัตนะ บัวสนธ์ (2555: 7-20)

- 1) ทำให้ได้คำตอบที่การวิจัยเพียงวิธีเดียวไม่สามารถตอบได้อย่างครอบคลุม และรอบด้าน
- 2) ทำให้ได้คำตอบที่กว้างขวาง และลุ่มลึก ครอบคลุม
- 3) ผสมผสานสอดคล้องกับธรรมชาติของศาสตร์ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์
- 4) ช่วยให้นักวิจัยสามารถตั้งคำถาม วัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างหลากหลายและเปิด โอกาสให้นักวิจัยใช้เครื่องมือ/เทคนิควิธีในการหาคำตอบได้อย่างหลากหลาย ซึ่งสรุปได้ว่าเป็นการช่วยขจัดเขยจุคออ่อน และเพิ่มจุดแข็งของงานวิจัยแต่ละวิธี และช่วยให้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยแต่ละแนวได้อย่างเต็มที่มากขึ้น

2.1.3 ข้อจำกัดของการวิจัยแบบผสมผสาน วิชуда กิจจรธรรม และหัตถกานต์ มีหิรัญ (2555: 155-160)

- 1) มีความยุ่งยากในการดำเนินการกรณีที่มีนักวิจัยคนเดียว

2) ผู้วิจัยต้องเรียนรู้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพและต้องรู้จักการผสมผสานวิธีที่เหมาะสม

3) เสียค่าใช้จ่ายสูง และ ใช้ระยะเวลานาน

4) ความไม่ชัดเจนในวิธีวิทยาของการวิจัยแบบผสมผสาน

5) รูปแบบการเขียนรายงานการวิจัยที่ไม่ชัดเจน และปัญหาในการสรุปผลการทำความเข้าใจกับผู้อ่านเมื่อผลการวิจัยของสองวิธีการขัดแย้งกัน

2.1.4 จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบผสมผสาน การใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อแก้จุดอ่อนของแต่ละวิธีด้วยการเสริมจุดแข็ง พวงผกา คงวัฒนานนท์ (2556: 648-657) คือ

1) เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ให้เพิ่มความเชื่อมั่นในผลของการวิจัย

2) เพื่อเป็นการเสริมให้สมบูรณ์หรือเติมให้เต็ม (Complimentarily) เช่น ตรวจสอบประเด็นที่ซ้ำซ้อนหรือประเด็นที่แตกต่างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เป็นต้น

3) เพื่อเป็นการริเริ่ม (Initiation) เช่น ค้นหาประเด็นที่ผิดปกติ ประเด็นที่ขัดแย้งหรือทัศนะใหม่ๆ เป็นต้น

4) เพื่อเป็นการพัฒนา (Development) เช่น นำเอาผลจากการศึกษาในขั้นตอนหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์กับในอีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นต้น

5) เพื่อเป็นการขยาย (Expansion) ให้งานวิจัยมีขอบข่ายที่กว้างขวางขึ้น

2.1.5 ความสำคัญของการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) (พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2556: 648-657)

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) มีความสำคัญตามแนวคิดของ Geene and others (1989, 255-274), Trocim W.M. (2002), Creswell (2003; 8-10) และ Punch H (2005: 277-295) ดังนี้

1) ผลการวิจัย จากวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธีสามารถเสริมต่อกัน โดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่ง อธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว

2) การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งไปช่วยพัฒนาการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง หรือการใช้ผลการวิจัยวิธีหนึ่งไปตั้งคำถามการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง

3) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างมีจุดเด่นในตนเอง สามารถนำจุดเด่นมาใช้ในการแสวงหาความรู้ความจริงได้ถูกต้องแม่นยำยิ่งขึ้น

4) การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพต่างก็มีจุดอยู่ในตนเอง ผู้วิจัยสามารถใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงปริมาณ มาแก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะเดียวกันอาจใช้จุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพ มาใช้แก้ไขจุดด้อยของการวิจัยเชิงปริมาณ

5) สามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมวิธีมาสร้างความรู้ความจริง ที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน

2.1.6 รูปแบบของการผสมวิธีระหว่างวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ

รูปแบบหลักของการวิจัยในปัจจุบันมี 3 รูปแบบ คือ รัตนะ บัวสนธ์ (2554: 7-20)

1) การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยแบบผสมวิธี โดย Mixed Methods เป็นเทคนิควิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์แบบผสมวิธีระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน จุดมุ่งหมายของการผสมวิธี เพื่อการแก้ไขข้อจำกัดของแต่ละวิธีให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รูปแบบที่นิยมทำทั้งไทยและต่างประเทศ คือ ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณเป็นตัวตั้งก่อนแล้วตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ยกเว้นกรณีที่เป็นอุบัติการณ์ หรือเหตุการณ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้น จึงจะใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นตัวตั้งแล้วค่อยมาตรวจสอบ สมมติฐานหรือทฤษฎีด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ลักษณะการผสมผสาน แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่หนึ่ง ระเบียบวิธีแบบผสมวิธี และลักษณะที่สอง คือ การผสมวิธีกันระหว่างการวิจัย 2 รูปแบบ อาจเป็นการผสมผสานแบบครั้งต่อครั้ง การผสมผสานแบบมีรูปแบบหลักร่วมกับรูปแบบรอง หรือแบบผสมผสานทุกขั้นตอน มีวิธีออกแบบดังนี้

(1) การวิจัยแบบ 2 ภาค (Two Hase Design) เป็นการวิจัยในรูปแบบที่ แยกการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอนอย่างชัดเจนด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน (การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งต่อครั้ง) แล้วนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ตอน โดยเอกเทศ แต่ละตอน ตอบคำถามวิจัยต่างประเด็นกัน โดยมีบทสรุปเป็นตัวเชื่อมโยงการวิจัยทั้งสองตอนเข้าด้วยกัน

(2) การวิจัยแบบนำแบบรอง (Dominant Less Dominant Design) เป็นการวิจัยที่ดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยหลักแนวทางใดแนวทางหนึ่ง แล้วเสริมด้วยอีกแนวทางหนึ่ง เช่น ใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นหลัก และใช้วิธีการบางอย่างของการวิจัยเชิงคุณภาพมาเสริม เพื่อขยายความ เพื่อตรวจสอบยืนยัน หรือเพิ่มความลึกของข้อมูล ในทางตรงกันข้ามอาจใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักเสริมด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ

2) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology Design หรือ Integrated Approach) รูปแบบนี้เป็นการผสมทั้งระดับมหภาค และจุลภาคระหว่าง 2 กระบวนทัศน์และแนวทางการวิจัย รูปแบบการวิจัยนี้จัดว่าเป็นการวิจัยลูกผสม (Hybrids) ในทางปฏิบัติเป็นการวิจัยที่ดำเนินการได้ยาก เนื่องจากต้องมีการผสมผสานทุกขั้นตอนของการวิจัยตั้งแต่นำเสนอปัญหา (ใน

บทนำของการวิจัย) จนถึงบทสรุปของการวิจัย ซึ่งในบางขั้นตอนอาจมาสามารถผสมผสานกันได้ เต็มที่ด้วยข้อจำกัดของความแตกต่างในกระบวนการวิจัย ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ

2.1.7 ขั้นตอนการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research Process)

ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

- 1) ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดคำถามการวิจัย ผู้วิจัยอาจจะตั้งคำถามการวิจัยเพียงหนึ่งคำถามซึ่งมีลักษณะที่เป็นทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หรือจะตั้งคำถามการวิจัยหลายคำถามซึ่งอาจจะแยกเป็นคำถามเชิงปริมาณและคำถามเชิงคุณภาพ
- 2) ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัยทางผู้วิจัยสามารถตั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ข้อเดียวหรือหลายข้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคำถามการวิจัย
- 3) ขั้นตอนที่ 3 การเลือกระเบียบวิธีในการวิจัยนั้นผู้วิจัยต้องพิจารณาเลือกรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการตอบคำถามการวิจัย ให้ถูกต้อง แม่นยำน่าเชื่อถือ และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติงานวิจัย โดยคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ เวลาที่เหมาะสม การให้ค่าน้ำหนักของข้อมูลเชิงปริมาณหรือคุณภาพ การผสมผสานวิธีการ ความลึกซึ้งในทฤษฎีหรือวิธีการเปลี่ยนแปลงไป
- 4) ขั้นตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 6) ขั้นตอนที่ 6 การตีความหรือแปลผลข้อมูล
- 7) ขั้นตอนที่ 7 การกระทำข้อมูลให้ถูกต้อง
- 8) ขั้นตอนที่ 8 การสรุปผลและการจัดทำรายงานการวิจัย

2.1.8 ข้อจำกัดของวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี วิชญา กิจจรธรรม และหัตถกานต์ มีหิรัญ (2555: 155-160) ในทางปฏิบัติ พบว่า การวิจัยแบบผสมวิธีมีข้อพึงระวัง และมีข้อจำกัดบางประการ คือ วิธีการวิจัยเชิงปริมาณนั้นเป็นวิธีการที่เข้มงวด เป็นระบบและเป็นแบบแผน ส่วนวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเป็นวิธีการที่แนบเนียน ละเอียดอ่อน และยืดหยุ่น เมื่อนำวิธีการทั้งสองมาใช้ในการวิจัยเรื่องเดียวกันจะต้องใช้ให้เหมาะสม อย่าปล่อยให้ความรู้สึกนึกคิดเชิงคุณภาพไปผ่อนคลายความเข้มงวดและความเป็นแบบแผนของวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ในขณะเดียวกันก็อย่าปล่อยให้ความรู้สึกนึกคิดเชิงปริมาณมีอิทธิพลทำให้วิธีการเชิงคุณภาพกลายเป็นการสำรวจหาข้อมูลเพิ่มเติมอย่างฉาบฉวย ซึ่งจะเป็นผลทำให้คุณภาพของงานวิจัยชิ้นนั้นลดลง

ดังนั้นกระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน เป็นขั้นตอนในการนำวิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มาใช้ในการวิจัยเรื่องเดียวกัน เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่รอบคอบ รัดกุม

โดยใช้จุดแข็งของงานวิจัยเชิงปริมาณมาแก้ไขจุดอ่อนของงานวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้จุดแข็งของงานวิจัยเชิงคุณภาพมาแก้ไขจุดอ่อนของงานวิจัยเชิงปริมาณ

3. แนวคิดการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และการใช้เหตุผลในการคิดแก้ปัญหา

3.1 ผังก้างปลา จีร โรจน ศรินนัทธนะ และสราวุธ อาจมาลา (2555: 14-15) เป็นวิธีและกระบวนการแก้ปัญหานั้นต้องรู้จักถึงลักษณะ ประเภทของปัญหา จากนั้นจึงทำการตั้งคำถามในการหาวิธี และสาเหตุในการแก้ปัญหา โดยบุคคลจะมีการรู้ในระดับที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งวิธีที่นิยมใช้กันคือ การวิเคราะห์ผังแผนภูมิเหตุและผล ที่นิยมเรียกกันว่า ผังก้างปลา ดังนี้

3.1.1 ผังก้างปลาจากการระดมสมองครั้งแรก มักจะมีทั้งจริง และความรู้สึกหรือบางครั้งมีเงื่อนไขการเกิดผลลัพธ์อยู่ด้วย คือ อาจส่งผลหนึ่งครั้ง แล้วก็จำได้มาพูดต่อๆ กันมา

3.1.2 ผังก้างปลา ที่บอกจำนวนเปอร์เซ็นต์ การเกิดขึ้นที่ก้างปลา หรือผลกระทบที่มีต่อหัวปลา

3.1.3 ผังก้างปลาที่มีการพิสูจน์ก้างทางสถิติแล้วว่าส่งผลต่อหัวปลาจริง

3.2 วิธีการไล่หาสาเหตุทางพุทธศาสตร์ ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล (2552: 188-208) ได้สรุปไว้ว่า วิธีปฏิบัติสมุปบาท มี 2 วิธี คือ วิธีไล่จากผลไปหาเหตุ (หยั่งรู้อดีต) และวิธีไล่จากเหตุไปหาผล (หยั่งรู้อนาคต) แต่ส่วนใหญ่มักนิยมไล่จากผลไปหาเหตุมากกว่า ซึ่งมีวิธีแก้ดังนี้

3.2.1 วิธีการแก้ปัญหา พฤติกรรมแก้ปัญหาของมนุษย์ เมื่อพบปัญหา บางคนก็หนี บางคนก็ทนให้มันชิน และบางคนก็ทนไม่ได้มันต้องแก้ไขวิธีการแก้ปัญหา

3.2.2 แก้ที่อาการ (แก้ด้วยความไม่รู้) เป็นแค่ดับอาการ แต่เหตุยังอยู่ พร้อมจะเกิดปัญหาอีก เรียกว่าการแก้ดับอาการ (Corrective)

3.2.3 แก้ด้วยความกลัว เป็นการแก้ที่เกินจริง หรือเป็นการแก้ด้วยความวิตกกังวล (Over Protection)

3.2.4 แก้ด้วยปัญญา เป็นการแก้ที่เหตุ แก้ด้วยความรู้ทุกข์ รู้ปัญหา เป็นการแก้แบบป้องกัน (Preventive)

3.3 การแก้ปัญหาทางด้วยอริยมรรค อานาจ ขนฺติโก (ภคคหาญ) (2554: 17) ได้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

3.3.1 การแก้ปัญหาทางด้วยปัญญา (รู้ดี คิดเป็น) ทางปัญญาจะประกอบด้วย ฐิติ (Knowledge) และคิดเป็น (Thought) ฐิติ คือ ต้องรู้จักปัญหาเป็นอย่างดี รู้ว่าสิ่งไหนดี สิ่งไหนไม่ดี รู้วิธีไล่ปฏิบัติสมุปบาท ในการไล่ล่าหาสาเหตุ รู้เรื่องความเป็นไปของธรรมชาติ ทั้งทางฟิสิกส์ เคมี จิตใจ คุณธรรม เป็นต้น โดยมีความคิดเป็น คือ คิดถึงตัววัดด้านคุณภาพ ความปลอดภัย สิ่งแวดล้อม

คิดถึงความพึงพอใจลูกค้า คิดพัฒนาปรับปรุงพัฒนาแก้ไข คิดแสวงหาโอกาส คิดแก้ปัญหาที่เหตุ รากเหง้า ไม่คิดว่าปัญหาเกิดจากพระเจ้าหรือดวงชะตาเป็นผู้ลิขิต หรือบันดาล สามารถนำความรู้ ประสบการณ์มาประยุกต์ใช้แก้ปัญหาทางงานได้ สามารถนำวิชาการความรู้มาใช้อธิบายเหตุได้ คิด พึ่งพาตนเองเป็นหลัก การแก้ปัญหาด้วยทางกายประกอบด้วย สื่อสารดี (Communication) เลี้ยงชีพ สุจริต (Integrity) และปฏิบัติดี (Implement) การสื่อสารดี คือ พูด เขียน แสดงท่าทาง ใช้เอกสารที่จะ สื่อความหมายให้ถูกเรื่อง ถูกคน ถูกสถานที่ ถูกเวลา และเร้าใจให้เกิดความอยากที่จะทำความดี เลี้ยงชีพสุจริต คือ ไม่ทุจริต ซื่อตรง มีจริยธรรม เว้นอาชีพต้องห้าม ปฏิบัติดี คือ ไม่เบียดเบียน ทำตาม แผน ทำอย่างมีประสิทธิภาพ ทำแล้วไม่รู้ว่าไหลสูญเสีย ทำแล้วมีความยึดหยุ่นเพียงพอ เพื่อปรับให้ เข้ากับสถานการณ์

3.3.2 การแก้ปัญหาทางใจ มีความเพียรดี (Monitoring) สติดี (Warning) และมุ่งเป้า (Focus) เพียรดี มีดังนี้ (RIMP)

- 1) ลดสิ่งไม่ดี (Reduction) เช่น ต้นทุน ค่าใช้จ่าย ข้อบกพร่อง
- 2) เพิ่มสิ่งดีไว้ให้มากขึ้น (Improvement) เช่นคุณภาพดีขึ้น ส่งมอบเร็วขึ้น
- 3) รักษาสิ่งดีไว้ (Maintain) คือ การรักษามาตรฐานคุณภาพ ความดี ชื่อเสียง ทัศนียภาพสิ่งแวดล้อมที่งดงาม

3.3.3 ป้องกันสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น (Prevention) เช่น Breakdownความเพียรดีนี้ จะมี หลักการคล้ายๆ กับการดูแล (Monitoring) ใน Daily Management ใน TQM สติดีในการทำงานนั้น สามารถใช้หลักสติปัญญา 4 คือ กาย เวทนา จิต และธรรมมาประยุกต์ใช้งาน และควรใช้สติทุก ขณะจิตที่ทำงาน ถ้าขาดสติอาจทำให้บกพร่อง หรือก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย หรือการใช้สติปัญญา 4 ในการทำงาน คือ

- 1) การแก้ปัญหาทางใจด้วยอริยสังข์ เป็นส่วนหนึ่งของพุทธวิธีบริหารที่จะ นำเสนอวิธีการบริหารเชิงพุทธ ซึ่งเป็นหลักความจริงอันประเสริฐ หรือเป็นรูปแบบการบริหารด้วย ความจริง (Management by Facts) การแก้ปัญหาทางใจในยุคปัจจุบันต้องแก้ด้วยวิชาการด้วยความรู้ ความความสามารถ ด้วยปัญญา และใช้หลักความจริง อริยสังข์ในมุมมองของโลกุตตรธรรม นั้นมุ่ง ไปสู่การบรรลุนิพพาน แต่ในมุมมองของโลกียธรรมนั้น เอาแก่นนำหลักการของโลกุตตรธรรม มา ประยุกต์ใช้งานไม่ว่าจะเป็นวิธีการแก้ปัญหาแบบไหน ก็มีหลักการคล้ายๆ กัน การแก้ปัญหา เป็น ความสามารถในการเปลี่ยนด้านลบให้เป็นด้านบวก กล่าวคือ เป็นการใช้สมองในการคิด เรียนรู้และ ยังเป็นกระบวนการลดความเบี่ยงเบน (ด้านลบ) ของปัญหาให้เป็นวัตถุประสงค์ (ด้านบวก) และลด ความเบี่ยงเบน (ด้านลบ) ของสาเหตุ ให้เป็นเป้าหมาย (ด้านบวก) โดยประกอบด้วยกิจกรรมหลาย

อย่างต่อเนื่องกัน ผู้แก้ปัญหาต้องพยายามปรับปรุงตัวเองและสิ่งแวดล้อมให้ผสมกลมกลืนกลับเข้าสู่สถานะสมดุลหรือสถานะที่เราคาดหวังเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.4 กระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์

ลีทวิชย์ ชมพูพาทย์ (2553: 3-8) สังเคราะห์แนวความคิดการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ของนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งสรุปขั้นตอนการแก้ปัญหาทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 ขั้นตอนที่ 1 การเข้าถึงปัญหา คือ การทำความเข้าใจ ทำความรู้จักกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา โดยศึกษารายละเอียดของสถานการณ์อย่างรอบด้าน เพื่อระบุปัญหาที่จะต้องแก้ไข สืบหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูล กำหนดกรอบของปัญหา ประกอบด้วย

1) เห็นความสำคัญ คือ ระบุและอธิบายความสำคัญของปัญหาทั้งในความคิดของตนเองและผู้อื่น รวมถึงมีความคิดที่เหมาะสมต่อปัญหา

2) การสืบหาข้อมูล คือ การสืบหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์อย่างรอบด้าน

3) การระบุปัญหา คือ การตัดสินใจว่าปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งหมดนั้นปัญหาใดคือปัญหาที่แท้จริงที่ต้องนำมาแก้ไข และมีความคิดที่เหมาะสมต่อการแก้ปัญหา

3.4.2 ขั้นตอนที่ 2 การคิดวิธีการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการ A-I-C คือ การใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการหาวิธีแก้ปัญหาให้มากที่สุด โดยไม่มีการตัดสินใจว่าความคิดที่ผิดหรือถูกยึดปริมาณของความคิดว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการแก้ปัญหา รวมถึงการสร้างวิธีการแก้ปัญหาใหม่จากวิธีเดิมที่มี

3.4.3 ขั้นตอนที่ 3 การเลือกและการเตรียมการ คือ การประเมินวิธีการแก้ปัญหาด้วยเกณฑ์ที่สร้างขึ้นจนได้วิธีที่ดีที่สุด จากนั้นจึงพิจารณาสิ่งสนับสนุนและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในการบวนการแก้ปัญหาและการวางแผนใหม่โดยมีขั้นตอนได้แก่

1) การเลือกวิธีการแก้ปัญหา โดยการสร้างเกณฑ์คัดเลือกวิธีแก้ปัญหาที่ดีที่สุดทำการประเมินวิธีการแก้ปัญหาและเลือกวิธีการแก้ปัญหา

2) การคาดการณ์ผลกระทบ เป็นการระบุสิ่งสนับสนุน และอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในการบวนการแก้ปัญหา ระบุทรัพยากรที่ใช้ในการแก้ปัญหา

3.4.4 ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนการแก้ปัญหา คือ การวางแผนการแก้ปัญหา เป็นการประกันความเป็นไปได้ของวิธีการแก้ปัญหา ตรวจสอบ ติดตาม ปรับปรุงกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้ในการแก้ปัญหา การวางแผนการแก้ปัญหา โดยใช้ความสามารถข้อจำกัดของบุคคล บริบท เงื่อนไขทรัพยากร และอุปสรรค ซึ่งมีขั้นตอนคือ

1) การประเมินทรัพยากร คือระบุแนวทางและทรัพยากรในการแก้ปัญหา

2) การออกแบบกระบวนการ เป็นการวางขั้นตอน และกิจกรรมการแบ่งหน้าที่ของสมาชิกในกลุ่ม พร้อมกับระบุขั้นตอนการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ

3.4.5 ขั้นตอนที่ 5 การลงมือปฏิบัติ คือ การนำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติจริง การกำกับ และติดตามการแก้ปัญหา เปรียบเทียบกับผลลัพธ์ หรือเป้าหมายที่วางไว้ มีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมกรรมการแก้ปัญหา เมื่อเป็นไปตามที่วางแผนไว้ก็ให้การเสริมแรงตนเอง ในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

1) การลงมือปฏิบัติเป็นการลงมือปฏิบัติตามแผนสังเกต สะท้อนและปรับปรุงกระบวนการแก้ปัญหา

2) การเผชิญปัญหา คือการจัดการกับความรู้สึกของตนเองระหว่างการแก้ปัญหาประกอบด้วย การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมของตน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ การควบคุมตน เสริมแรงตนเอง

3) ความแตกต่างระหว่างการแก้ปัญหากับการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์

4) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการแก้ปัญหากับการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์นั้น พบว่า กระบวนการทั้งสองอย่างมีส่วนที่เหมือนและแตกต่างกัน ส่วนที่เหมือนกันคือการทำปัญหาให้ชัดเจน การหาสาเหตุของปัญหา การตั้งจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหา การคิดหาวิธีแก้ปัญหา การลงมือปฏิบัติตามวิธีการแก้ปัญหา การสรุปผลการแก้ปัญหา แต่กระบวนการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์มีสิ่งที่เพิ่มเติมจากการแก้ปัญหาคือ กล่าวคือ การแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์เน้นการคิดระดับสูง 3 อย่างที่ทำงานร่วมกันคือการแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ และการคิดวิจารณ์ญาณ ส่วนการแก้ปัญหาคิดอาจจะมีการคิดระดับสูงเพื่อให้ได้คำตอบของปัญหาอยู่บ้าง แต่ไม่ปรากฏอย่างชัดเจน

5) การแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์ จะเน้นวัตถุประสงค์ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ตั้งแต่ขั้นต้นๆ คือ ความรู้ความจำไปจนถึงขั้นสูงสุดคือการประเมิน เช่นนักเรียนที่มีความสามารถพิเศษจะเป็นคนที่สร้างเกณฑ์การประเมินวิธีการแก้ปัญหา และนำมาประเมินการแก้ปัญหาคือที่ดีที่สุด ส่วนการแก้ปัญหาคิดนั้นยังไม่มีคะแนนชัดเจนในเรื่องของการสร้างเกณฑ์ประเมินวิธีการแก้ปัญหา

6) การแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์ ในการวิจัยครั้งนี้มองที่การมีความคิดที่เหมาะสม ต่อปัญหากล่าวคือ มีความคิดว่าปัญหาเป็นเรื่องปกติสามารถแก้ไขได้ และต้องใช้ความพยายามและระยะเวลาในการแก้ไข ซึ่งเป็นกระบวนการลดความวิตกกังวลในการแก้ปัญหา สร้างความมั่นใจและความพยายามในการแก้ปัญหา ซึ่งถ้าไม่มีความคิดที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ก็จะ

ไม่สามารถแก้ปัญหาได้มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเป็น แต่การแก้ปัญหาปกติไม่ได้กล่าวถึงกระบวนการเหล่านี้

7) การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จะกล่าวถึงการทำความเข้าใจกับองค์ประกอบของการแก้ปัญหา ซึ่งในการแก้ปัญหามุ่งแก้ปัญหาบางเป้าหมาย หรือทำความเข้าใจใน 2 ลักษณะคือ

(1) เน้นการจัดการที่ตัวปัญหา คือเน้นการแก้ไขตัวปัญหาให้ประสบผลสำเร็จ

(2) การจัดการกับอารมณ์ที่มีต่อปัญหา และการแก้ปัญหานั้น โดยกระบวนการแก้ไข จะเน้นอารมณ์ของผู้แก้ปัญหามีต่อสถานการณ์เป็นปัญหา ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างไม่เครียด ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ส่วนการแก้ปัญหามาตามปกตินั้น ขั้นตอนการทำความเข้าใจกับองค์ประกอบของการแก้ปัญหามิชัดเจน

3.5 วิธีการเขียนแผนที่ความคิด หรือ Mind Mapping

ระวีวรรณ ขวัญศรี และคณะ (2550: 251-268) สรุปแผนที่ความคิดไว้ว่า เป็นวิธีการบันทึกความคิดเห็น เพื่อให้เห็นภาพของความคิดที่หลากหลายมุมมอง ที่กว้าง และที่ชัดเจน เป็นการเขียนตามความคิดที่เกิดขึ้นขณะนั้น การเขียนมีลักษณะเหมือนต้นไม้แตกกิ่งก้านสาขาออกไปเรื่อยๆ ทำให้สมองได้คิด ได้ทำงานตามธรรมชาติ และมีการจินตนาการกว้างไกล การเขียนแผนที่ความคิดให้ใช้กระดาษแผ่นเดียวใช้สีเส้นหลากหลายโดยใช้โครงสร้างตามธรรมชาติที่แผ่กระจายออกมาจตุศูนย์กลาง ใช้เส้นโยง มีเครื่องหมาย สัญลักษณ์ และรูปภาพที่ผสมผสานร่วมกันอย่างเรียบง่าย สอดคล้องกับการทำงานตามธรรมชาติของสมอง

3.5.1 วิธีเขียนแผนที่ความคิด ดังนี้

- 1) เตรียมกระดาษเปล่าที่ไม่มีเส้นบรรทัด โดยวางกระดาษในแนวนอน
- 2) วาดภาพหรือเขียนข้อความที่สื่อถึงเรื่องที่จะทำไว้กลางหน้ากระดาษ
- 3) คิดถึงหัวเรื่องสำคัญที่เป็นส่วนประกอบของเรื่องที่ทำ Mind Map โดยให้เขียนเป็นคำ ที่มีลักษณะเป็นหน่วย หรือเป็นคำสำคัญ (Keyword) เส้นๆ ที่มีความหมาย บนเส้นซึ่งแต่ละเส้น จะต้องแตกออกมาจากศูนย์กลางไม่ควรเกิน 8 กิ่ง

4) แยกความคิดของหัวเรื่องสำคัญแต่ละเรื่องในข้อ 3 ออกเป็นกิ่งๆ หลายกิ่ง โดยเขียนคำหรือวลีบนเส้นที่แตกออกไป ลักษณะของกิ่งควรเอนไม่เกิน 60 องศา

5) แยกความคิดรองลงไปที่เป็นส่วนประกอบของแต่ละกิ่ง ในข้อ 4 โดยเขียนคำหรือวลีบนเส้นที่แตกต่างออกไปซึ่งสามารถแตกความคิดออกไปเรื่อยๆ

6) การเขียนคำ ควรเขียนด้วยคำที่เป็นคำสำคัญ (Keyword) หรือคำหลักที่มีความหมายชัดเจน

7) คำวลี สัญลักษณ์ หรือรูปภาพใดที่ต้องการเน้น อาจใช้วิธีการทำให้เด่น เช่น การตีกรอบ

8) ตกแต่ง Mind Map ที่เขียนด้วยความสนุกสนานทั้งภาพและแนวคิดที่เชื่อมโยงต่อกัน ประโยชน์ของการเขียนแผนที่ความคิด เมื่อต้องการคิดแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และคิดอย่างเป็นระบบ

แผนที่ความคิดเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการบันทึกความคิดของการอภิปรายกลุ่ม หรือการระดมความคิด โดยให้สมาชิกทุกคนเสนอความคิดเห็นเพื่อรวบรวมความคิดที่หลากหลายของทุกคนไว้ในแผ่นกระดาษแผ่นเดียวทำให้ทุกคนได้เห็นภาพความคิดของตนเองและผู้อื่น ได้ชัดเจน และเกิดความคิดใหม่ๆ และสร้างสรรค์ในการทำงานในเชิงการบริหาร การทำแผนที่ความคิดถือว่าได้รับความนิยมอย่างมาก โดยเฉพาะในหมู่ผู้บริหารขององค์กร แผนที่ความคิดไม่เพียงแต่สามารถแสดงแผนผังการบังคับบัญชา หรือการแสดงสายงานได้อย่างดี และชัดเจนเท่านั้น แต่แผนที่ความคิดเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหา เพื่อนำไปสู่การสร้างแนวทางการแก้ไข และแนวทางการปฏิบัติการได้อย่างชัดเจน ข้อดีของการใช้แผนที่ความคิดในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และการคิดอย่างเป็นระบบ การทำแผนที่ความคิดนั้น ไม่จำเป็นจะต้องอาศัยคนจำนวนมากในการทำ เพียงแค่บุคคลเดียวก็สามารถที่จะทำได้ และเป็น กิจกรรมประเทืองปัญญา

ดังนั้น การวิจัยแนวคิดการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์และการใช้เหตุผลในการคิดแก้ปัญหาเป็นภาพฝันในการทำงาน โดยใช้การทำงานหลากหลายความคิดมาผสมรวมกัน โดยทำให้จากความคิดทุกส่วนเป็นภาพวาดแบบย่อๆมารวมกัน และผสมรวมกันโดยใช้ความต้องการที่ต้องการให้เป็นหรือคิดฝันให้เป็นภาพจะให้เห็นว่าจะต้องทำอะไร ในแนวทางไหนโดยที่อยากให้เป็น

4. แนวคิดเรื่องการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

4.1 กระบวนการ PAR (Participatory Action Research)

สุพิมล ขอผล และคณะ (2557: 313-324) ได้สรุปกระบวนการ PAR ไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) คือ รูปแบบหนึ่งของการแสวงหาความรู้ ความจริง ที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ตรวจสอบได้ เกี่ยวกับปรากฏการณ์ต่างๆ ในสังคม ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ส่วนคำว่าเชิงปฏิบัติการ คือ การปฏิบัติงานในกิจกรรมการพัฒนาที่

ควบคู่ไปกับการวิจัย และคำว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลในขั้นตอนต่างๆ ของการดำเนินกิจกรรมอย่างหนึ่ง

คือชัย ศรีเงินยวง (2554, สิงหาคม) ได้สรุปความหมายว่า กระบวนการ PAR ไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) คือ การวิจัย ค้นคว้าและหาความรู้ตามหลักการของการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์แบบเดิมๆ มีวัตถุประสงค์มุ่งไปที่การแก้ปัญหาในการพัฒนา และเป็นการวิจัยที่ดำเนินไปด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ร่วมงาน รวมทั้งในกระบวนการวิจัย และในการมีหุ้นส่วนใช้ประโยชน์ของการวิจัย

ชัยวัฒน์ รัตนวงศ์ และคณะ (2555: 95-102) ได้สรุปความหมายกระบวนการ PAR ไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) หมายถึง วิธีการที่ให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย นับตั้งแต่การกำหนดปัญหา การดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาหรือส่งเสริมกิจกรรม

ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ก็คือ การแสวงหาความรู้ ความจริง ที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ตรวจสอบได้ โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีกลุ่มบุคคลเข้ามาร่วมกันเรียนรู้ เพื่อรู้จักตัวเอง ชุมชน สิ่งแวดล้อม ให้เห็นปัญหาของตัวเอง และเห็นทางแก้หรือทางออกจากปัญหา โดยลงมือปฏิบัติจริง ได้ผลจริง แก้ปัญหาได้จริง

4.1.1 รูปแบบของกระบวนการ P-A-R (Participatory Action Research)

(อุยามาศ ธเนศานนท์ และคณะ, 2555: 47-61) คือ

1) การวิจัยแบบเดิม (Tradition Research) การวิจัยที่ผู้วิจัยเป็นศูนย์กลาง (Researcher Center) องค์ความรู้ (Body of Knowledge) อยู่ที่นักวิจัยที่เป็นคนนอกชุมชน วิจัยเพื่อรู้ปัญหาของคนอื่น ผลการวิจัยจึงไม่ได้นำไปใช้แก้ปัญหา ส่วนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยโดยคนในชุมชน (Community Center) ร่วมกันเรียนรู้เรื่องชุมชนของตนเอง เห็นปัญหาของตัวเอง เห็นทางออก หรือทางแก้ปัญหของชุมชนร่วมกัน และทุกคนในชุมชนร่วมกันแก้ปัญหา และรับผลของการแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งเป็นการปรับปรุงวิธีการวิจัยดั้งเดิมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นการมองภาพในองค์รวมให้ความเคารพและให้ความสำคัญแก่คุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย เป็นการศึกษาแบบเจาะลึก และใช้ระยะเวลาศึกษายาวนาน สร้างข้อสรุปจากหลักฐานและสิ่งที่ค้นพบ นำมารวบรวมอธิบายเป็นภาพรวมในเชิงนามธรรมมิใช่ตัวเลขทางสถิติ

3) การวิจัยแบบมีส่วนร่วม เป็นการศึกษาร่วมกัน โดยให้สมาชิกของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งเป็นผู้ร่วมวิจัยด้วยแต่ไม่มีการปฏิบัติการใดๆ และยังไม่มีการนำไปประยุกต์แก้ปัญหา”

4) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยจะเลือกหรือกำหนด กิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ขึ้นมา ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้พิจารณาว่าดีและเหมาะสมแล้ว จากนั้นก็นำ กิจกรรมนั้นๆ มาทดลองปฏิบัติการว่าใช้ได้หรือไม่ตามสมมติฐานของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะกำหนด เกณฑ์ในการติดตามและประเมินผล ตลอดจนควบคุมแนวทางการปฏิบัติและนำผลนั้นมาปรับปรุง รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงาน แล้วนำไปทดลองใช้ใหม่จนกว่าจะได้ผลที่ผู้วิจัยพึงพอใจ จากนั้นก็นำไปใช้และเผยแพร่ต่อไป ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้อาจมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมก็ได้

4.1.2 แนวคิดพื้นฐานของ PAR

- 1) PAR เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง
- 2) เชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพที่จะร่วมกันเรียนรู้
- 3) เริ่มจากความรู้อีกของคนที่มาต่อปัญหา
- 4) กระบวนการวิจัยต้องทำอย่างต่อเนื่อง

4.1.3 วัตถุประสงค์ของ PAR

- 1) เพื่อปลุกจิตสำนึกให้คนในชุมชนตระหนักในปัญหา หน้าที่ และ ร่วมกันแก้ปัญหาของตนเอง
- 2) เพื่อให้ชุมชนได้เรียนรู้แบบพหุภาคี (Steak Holder)
- 3) เพื่อให้ชุมชนร่วมกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง
- 4) เพื่อส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม และการทำงานร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนา อย่างต่อเนื่อง

4.1.4 แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ภาวิณี เอี่ยมตระกูล และคณะ (2555: 61-81) ได้สรุปแนวคิดของการวิจัย เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) เกิดจาก

- 1) เชื่อว่า PAR เป็นกระบวนการที่เอนเอียงไปทางประชาธิปไตย เพราะ PAR เป็นกระบวนการทำงานร่วมกัน
- 2) PAR เชื่อว่า คนต้องพัฒนาตนเอง และ PAR เกิดจากประชาชนต้องการ แสวงหาความรู้ในการแก้ปัญหาของตนเอง เป็นเครื่องมือหนึ่งในการช่วยคนยากจนและด้อยโอกาส ด้วยการวางพื้นฐานร่วมกันระหว่างหน่วยงานพัฒนาทั้งหลายกับชุมชน

3) PAR เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ เพราะ PAR อาศัยการยอมรับของประชาชนได้สืบทอดต่อเนื่องเป็นประสบการณ์หลากหลาย โดยมีหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม คือ

(1) ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้าน ตลอดจนระบบการสร้างความรู้ และกำเนิดความรู้ในวิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการ

(2) ปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของชาวบ้านด้วยการส่งเสริมยกระดับและพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวเองของเขา ให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของตนเอง

(3) ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับชาวบ้านและคนยากจน โดยให้สามารถได้รับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขาและสามารถที่จะทำความเข้าใจ แปลความหมาย ตลอดจนนำไปใช้ได้เหมาะสม

(4) สนใจปริทัศน์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้าน

(5) ปลดปล่อยความคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชาวบ้านและคนยากจนสามารถใช้ความคิดเห็นของตนอย่างเสรี

ดังนั้น ภาวณี เอี่ยมตระกูล และคณะ (2555: 61-81) ได้สรุปว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีประชากรผู้ทำการวิจัย ได้เปลี่ยนจากผู้วิจัยภายนอก โดยให้ประชาชนในชุมชนได้มีโอกาสเข้ามาเป็นนักวิจัยร่วมกันในการร่วมคิด วางแผนและตัดสินใจในการวิจัยโดยมีขอบเขตของการมีส่วนร่วม จากเดิมที่การมีส่วนร่วมจะอยู่ในวงจำกัดเพียงบางขั้นตอน มาสู่การมีส่วนร่วม ตลอดกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การศึกษาชุมชน วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผล โดยให้ประชาชนตัดสินใจร่วมกัน มีชาวบ้านเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด การสร้างองค์ความรู้ เนื่องจากการผสมผสานความรู้ของนักวิชาการกับความรู้พื้นบ้านให้เกิดความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน และการผสมผสานความรู้จากทฤษฎีและการปฏิบัติเข้าด้วยกัน ความรู้ที่ประชาชนได้รับ PAR เป็นการปฏิบัติที่ไม่ใช่การเข้าใจเพียงอย่างเดียวดังการวิจัยที่ผ่านมามากแต่ต้องลงมือกระทำให้ความเข้าใจที่เป็นนามธรรมออกมาสู่การปฏิบัติที่เป็น รูปธรรมและพัฒนาความรู้ที่ได้รับอย่างต่อเนื่อง และการวิจัยนำไปสู่การพัฒนา PAR เป็นการวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาทั้งวิธีการวิจัยและการพัฒนามนุษย์

4.1.5 ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

- 1) ชาวบ้าน ประชาชน จะตื่นตัว ได้รับการศึกษามากขึ้น สามารถคิดและวิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง
- 2) ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหาด้วยการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ มีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น
- 3) ผู้วิจัยและนักพัฒนาจะได้เรียนรู้จากชุมชน และได้ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชน อันก่อให้เกิดความเข้าใจชุมชนได้ดีขึ้น และเกิดแนวคิดในการพัฒนาตนเองอย่างแท้จริง

4.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมและการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ A-I-C

การมีส่วนร่วมและการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการของ AIC เป็นกระบวนการของบุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลในชุมชนที่มีปฏิสัมพันธ์กันในการที่จะดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสุข และยังเป็นการพัฒนาความสามารถของชุมชนเอง จักรพงษ์ พวงงามชื่น และคณะ (2556: 215-234) ได้สรุปความหมายไว้ว่า การมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิคหรือกระบวนการ A-I-C (Appreciation, Influence, and Control) ซึ่งมีลำดับในการศึกษา คือ ขั้นแรกการเห็นคุณค่า (A) โดยการจัดพื้นที่ให้รับทราบถึงสถานการณ์ และปัญหา ขั้นที่สองการปฏิสัมพันธ์ (I) ขั้นตอนนี้เป็นการระบุเป้าหมายในการจัดการตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมหรือโครงการรวมไปถึงการจัดลำดับความสำคัญ และขั้นที่สามการควบคุม (C) มี 2 ขั้นตอนคือ การแสวงหาผู้ดำเนินการ และขึ้นวางแผนดำเนินงาน โดยมีการกำหนดกิจกรรม

4.2.1 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

เนื่องจากการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งซึ่งโดยหลักการแล้วการมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญ ดังนี้ (ณรงค์ กุลนิเทศ และคณะ, 2555: 6-7)

- 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานและเป็นสิทธิมนุษยชน ดังนั้นการดำเนินการพัฒนาจึงควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม
- 2) การมีส่วนร่วมของประชาชน ให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยเหตุผลสำคัญได้แก่
- 3) การมีส่วนร่วมในการกำหนดความจำเป็นพื้นฐาน ช่วยให้ผู้ถูกกีดกันทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ได้มีโอกาสเสนอสิ่งที่ตนเองต้องการต่อผู้จัดทำนโยบายการพัฒนา และมีโอกาสได้รับการพัฒนา ยกกระตือรือร้นให้สูงขึ้นหลุดพ้นจากการถูกเอารัดเอาเปรียบ

4) การมีส่วนร่วมของประชาชน ช่วยให้ผู้รัฐบาลสามารถระดมทรัพยากรในท้องถิ่น เช่น ความรู้ ทักษะ บุคคลและแม้แต่ที่ดินและทุนที่ต้องใช้ใน โครงการพัฒนา

5) การมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยปรับปรุงการกระจายสินค้าและบริการ ตลอดจนการกระจายรายได้ให้ดีขึ้น และการมีชีวิตสาธารณะที่มีสุขภาพดี

6) การมีส่วนร่วมของประชาชนจะช่วยสนองความต้องการในทางจิตวิทยาของประชาชน จากการศึกษาที่ได้มีอิทธิพลในการตัดสินใจต่อเนื่องที่มีผลกระทบต่อชีวิตและการทำงาน

7) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาอย่างจริงจังทุกขั้นตอนจะช่วยให้ประชาชนมีพลังการต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์อื่นๆในสังคม

8) การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาแสดงนัยถึงการช่วยเหลือตนเองซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการพึ่งตนเองได้ในที่สุด

9) การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการยอมรับและการใช้ความคิดใหม่ วิธีการใหม่ หรือนวัตกรรมบางอย่าง ซึ่งการยอมรับและใช้นวัตกรรมนี้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนา เป็นต้น

10) การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา จะทำให้ประชาชนสามารถแสดงศักยภาพที่มีอยู่ และช่วยให้ได้หนทางการแก้ไขปัญหาเชิงนวัตกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชนมากกว่าการให้บุคคลภายนอกเข้ามาช่วยแก้ปัญหา สำหรับวิธีการจำแนกการมีส่วนร่วมมีนักวิชาการสาขาต่างๆ ได้พยายามศึกษา จำแนกลักษณะพฤติกรรมการมีส่วนร่วมไว้หลายแบบ โดยใช้เกณฑ์ในการจำแนกต่างกันคือ การจำแนกขั้นตอนการมีส่วนร่วม คือส่วนขั้นตอน และระดับของการมีส่วนร่วม มีนักวิชาการสาขาต่างๆ ได้ พยายามศึกษาจำแนกลักษณะพฤติกรรมการมีส่วนร่วมไว้หลายแบบ โดยใช้เกณฑ์ในการจำแนกแตกต่างกัน

4.2.2 การจำแนกการมีส่วนร่วม ธนเสฏฐ์ สุภาภาศ และคณะ (2557: 45-60) สรุปไว้ดังนี้

1) ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกระบวนการของการตัดสินใจ นั้น ประการแรกที่สุดที่จะต้องทำก็คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้น ก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้องการตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วงดำเนินการตามแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้

2) ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการ ได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้ด้วยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือทางด้าน

ทรัพยากร การบริหารงาน และการประสานงาน การให้การช่วยเหลือด้านแรงงานหรือข้อมูลเป็นต้น

3) ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์หรือในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทั้งนอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย รวมผลที่เป็นประโยชน์ในทางบวก และผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ และเป็นโทษต่อบุคคลในสังคม

4) ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล หรือการมีส่วนร่วมในการประเมินผลสิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตก็คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ นอกจากนี้ขั้นตอนการมีส่วนร่วม 8 ขั้น (Participation ladder) จากแผนภูมิ การมีส่วนร่วมในขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 รวมเรียกว่าเป็นขั้นที่มีส่วนร่วมเทียมหรือไม่มีส่วนร่วม หมายถึง ประชาชนยังไม่เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างแท้จริง

4.2.3 การจำแนกระดับความเข้มของการมีส่วนร่วม

อาทิศย์ ผดุงเดช และคณะ (2552, มกราคม) ได้สรุปการจำแนกระดับความเข้มของการมีส่วนร่วม ไว้ว่า

1) ระดับการตัดสินใจ (Decision Making) ในระดับนี้ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดการกับกิจกรรมการพัฒนาด้วยตัวของเขาเอง ดังนั้นจึงถือว่าการมีส่วนร่วมระดับนี้เป็นระดับการรับผิดชอบด้วยตัวเอง (Level of Responsibility by Themselves)

2) ระดับการร่วมมือ (Cooperation) ในระดับนี้ประชาชนจะให้ความร่วมมือต่อแผนงานที่ริเริ่มโดยหน่วยงานภายนอกซึ่งอาจต้องการความเสถียรจากประชาชนในด้านเวลา ทรัพยากร และแรงงาน เพื่อช่วยให้โครงการประสบผลสำเร็จ การมีส่วนร่วมในระดับนี้ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่ยอมรับได้ (Acceptable Level of Participation)

3) ระดับการใช้ประโยชน์ (Utilization) ในระดับนี้ประชาชนจะยอมรับและใช้ประโยชน์จากบริการที่ได้วางโครงการไว้ให้เป็นการมีส่วนร่วมในระดับการยอมรับบริการเท่านั้นโดยที่ระดับความเข้มของการมีส่วนร่วมกว้างๆ เป็น 3 ระดับ คือ

(1) ระดับที่ 1 ระดับการมีส่วนร่วมเทียม (Pseudo Participation) คือการมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive Participation) ซึ่งในการมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมไม่มีอำนาจใดๆ ในการตัดสินใจแต่เป็นฝ่ายกระทำตามการตัดสินใจของบุคคลอื่นเท่านั้น

(2) ระดับที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมบางส่วน (Partial Participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นแต่อำนาจในการตัดสินใจจะอยู่ที่บุคคลอื่น

(3) ระดับที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง (Genuine Participation) การมีส่วนร่วมในระดับนี้ความคิดเห็นของบุคคลที่เข้าร่วมได้รับการฟัง และยอมรับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้เข้าร่วมนั่นเอง

การมีส่วนร่วมในการพัฒนานั้น วัตถุประสงค์ที่สำคัญคือให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาเพื่อให้โครงการพัฒนาประสบความสำเร็จ การพิจารณาถึงประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาจึงพิจารณาจากความพยายามที่บุคคลทุ่มเทให้กับการทำงานในโครงการพัฒนาจนโครงการนั้นประสบความสำเร็จ ยิ่งบุคคลทุ่มเทความพยายามในการกระทำกิจกรรมในโครงการพัฒนานั้นๆ มากเท่าใด ถือว่าบุคคลนั้นเข้าร่วมโครงการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่านั้น การวัดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยใช้ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมเป็นตัววัดนี้ เป็นลักษณะการมีส่วนร่วมในมิติเชิงคุณภาพตามแนวคิดของคูลาห์ เพราะเป็นลักษณะของการกระทำ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายของบุคคลหรือของกลุ่ม อย่างไรก็ตามการวัดลักษณะการกระทำที่บุคคลทุ่มเทให้แก่โครงการพัฒนานั้นไม่สามารถวัดออกมาเป็นปริมาณความสามารถที่บุคคลทุ่มเทให้กับโครงการได้ การวัดการมีส่วนร่วมประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมในทางปฏิบัติ อาจวัดจากการรับรู้ของบุคคลอื่นๆ ในลักษณะของสังคมมิติว่าการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอนนั้น มีบุคคลใดบ้างที่ทุ่มเทความพยายามจนการดำเนินโครงการในแต่ละขั้นตอนนั้นประสบผลสำเร็จ

4.2.4 การจำแนกการมีส่วนร่วมตามลักษณะของการปฏิบัติการ แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1) ประเภทที่ 1 การมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive Participation) ขึ้นนี้เป็นขั้นเริ่มแรกซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการยอมรับ (Accepting) การเพิ่ม (Gaining) การเข้าถึงผลประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมหรือการช่วยเหลือปัจจัยการดำรงชีวิตเฉพาะบางประการสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการพัฒนา ซึ่งหมายถึงการบริการหรือสิ่งอำนวยความสะดวกเฉพาะ ที่ไม่เคยมีมาก่อนหรือหมายถึงการปรับปรุง หรือการแนะนำรูปแบบการผลิตตามแนวทางเศรษฐกิจใหม่

2) ประเภทที่ 2 การมีส่วนร่วมในรูปแบบของการสะท้อนกลับของการถูกกระทำ (Passive/Reflective) การมีส่วนร่วมประเภทนี้เป็นส่วนต่อเนื่องจากประเภทที่ 1 โดยถือว่าการมีส่วนร่วมเป็นกิจกรรมทางการศึกษาบางประการ ที่สามารถจะช่วยให้ประชาชนเข้าใจสาเหตุ

ของสภาพการณ์ต่างๆ เช่น การด้อยพัฒนา และเข้าใจปัญหา ซึ่งจะต้องแก้ไขโดยการจัดทำโครงการพัฒนา

3) ประเภทที่ 3 การมีส่วนร่วมแบบกระตือรือร้น (Active Participation) การมีส่วนร่วมในขั้นที่ 3 นี้เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์กรหรือบุคคลระดับพื้นฐาน (Gross root) ซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์จากโครงการการมีส่วนร่วมในระดับนี้คือ การส่งเสริม(Promote) หรือ การร่วมผลักดันองค์กรที่เกี่ยวข้องกับชุมชนเข้าดำเนินการควบคุม หรือติดตามผลของโครงการหรือทำการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับกว้างๆ จากกลุ่มอื่นๆ ทั่วๆไปที่มิอยู่ในส่วนต่างๆ ของสังคมนอกเหนือไปจากกลุ่มผลประโยชน์เอง โดยปกติแล้วการมีส่วนร่วมในมิตินี้รวมไปถึงองค์กรในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว และมีขอบข่ายที่ขยายความครอบคลุมไปถึงกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบด้วย

4) ประเภทที่ 4 การมีส่วนร่วมในรูปแบบการสะท้อนความกระตือรือร้น (Active/Reflective Participation) ขั้นตอนนี้เสริมต่อจากขั้นการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น เป็นการสะท้อนหรือการประเมินเกี่ยวกับข้อจำกัด และทางเลือกต่างๆ ของโครงการ ภายใต้บริบทระดับชาติภายใต้เงื่อนไขเดิมของโครงการที่มีอยู่โดยปกติจะรวมถึงการออกแบบการก่อรูปหรือการประเมินเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ทางเลือกของโครงการพัฒนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะความจำเพาะของโครงการและลักษณะทั่วไปของสังคมที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วม โดยเน้นการเข้าร่วมตั้งแต่การศึกษาตัดสินใจ ไปจนถึงการประเมินผลควบคุม

4.2.5 รูปแบบของการมีส่วนร่วม

สุรศักดิ์ บุญเทียน (2555: 133-163) ได้สรุปไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนต่างๆ จะมีความแตกต่างกันออกไปตามลักษณะเฉพาะและรูปแบบต่างๆ ของการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง ซึ่งเป็นไปโดยการอาสาสมัครหรือรวมตัวกันขึ้นเองเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง โดยเน้นการกระทำที่มีได้รับการช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งมีรูปแบบที่เป็นเป้าหมายการมีส่วนร่วมแบบชักนำ ซึ่งเป็นการเข้าร่วม โดยต้องการความเห็นชอบหรือสนับสนุนโดยรัฐบาลซึ่งเป็นรูปแบบโดยทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา การมีส่วนร่วมแบบบังคับซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินนโยบายของรัฐบาล ภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลทันที แต่จะไม่ให้ผลระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

รูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์แท้จริงซึ่งจะต้องประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ มีส่วนร่วมในการวางแผน การวิเคราะห์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามประเมินผล และที่

สำคัญคือ การร่วมตัดสินใจด้วยในทุกขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโดยจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรรควบคุมการเงิน และการบริการการร่วมใช้ผลประโยชน์ ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งเป็นการยกระดับการพึ่งพาตนเองและการควบคุมทางสังคม การได้รับผลประโยชน์ ประชาชนต้องได้รับการจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่ากัน มาตรฐานระดับแรกของการจำแนกว่า การกระทำจึงถือเป็นการมีส่วนร่วมซึ่งพอสรุปได้ 3 ประการ คือ การกระทำโดยแต่ละบุคคลมิใช่เป็นการกระทำโดยกลุ่มซึ่งอาจจะทำให้การวิเคราะห์ หรือการได้ข้อสรุปที่อาจไม่ถูกต้องเพราะการแสดงออกของแต่ละบุคคล ในกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น กริยาที่แสดงต่อผลของการกระทำนั้น โดยตรงของแต่ละบุคคล ความหนาแน่นของการกระทำซึ่งแสดงออกโดยการร่วมปฏิบัติที่บ่อยครั้ง ระยะเวลาของกิจกรรมที่ยาวนานหรือความผูกพันที่มีแรงจูงใจต่อการกระทำคุณภาพของการเข้าร่วม ซึ่งดูจากผลและผลกระทบของการกระทำในเบื้องต้น เช่น ความรับผิดชอบ การตัดสินใจและการเปิดกว้างยอมรับความสามารถและความคิดเห็น และการประเมินผล

4.2.6 ระดับความเหมาะสมของการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจพิจารณาว่าการมีส่วนร่วมวิธีใดในระดับใดจึงจะเหมาะสมใช้หลักในการพิจารณา คือความต้องการในการมีส่วนร่วมของชุมชนและระดับความยึดมั่นผูกพัน (Need for Public Commitment) พิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชาชน การมีส่วนร่วมรับผิดชอบของกลุ่มต่างๆ และชุมชน ความต่อเนื่องยั่งยืนของงาน อีกทั้งความมีประสิทธิภาพของงาน

4.2.7 ระดับความขัดแย้งและผลประโยชน์ (Level of Conflict) หากมีความขัดแย้งซึ่งเกิดจากผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากกิจกรรมของโครงการ หรือโครงการกิจกรรมนั้น ก่อให้เกิดผลประโยชน์แก่กลุ่มต่างๆ มากมายหลายกลุ่ม ย่อมต้องการมีส่วนร่วมในระดับของการเจรจาและการตัดสินใจมากขึ้น ธรรมชาติหรือความซับซ้อนของประเด็นปัญหา (Nature and Complexity of the Issues) หากมีความซับซ้อนของประเด็นปัญหามีมาก แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย การตัดสินใจมีผลต่อเนื่อง และความขัดแย้งของกลุ่มทำให้ต้องส่งเสริมให้มีการประชาสัมพันธ์ การได้รับทราบข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง และการนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาและมีการตัดสินใจร่วมกัน อุปสรรคหรือข้อจำกัดด้านเวลาหรือทรัพยากร (Time and Resource Constraints) อุปสรรคด้านทรัพยากร ถ้าหากยังต้องการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ ส่งผลต่อการพิจารณากลุ่ม หรือองค์กรหรือบุคลากรที่จะเข้าร่วม รวมทั้งข้อจำกัดเวลาจะส่งผลต่อการพิจารณาระดับความเหมาะสมของการมีส่วนร่วม ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Range of Interested Parties) ความสามารถในการระบุผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจำนวนผู้เกี่ยวข้องในกิจกรรมต่างๆ เสรีภาพในการตัดสินใจของผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ความเป็นตัวแทนความมีเสรีภาพในการตัดสินใจ และความมีอำนาจในการตัดสินใจ

ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ หากชุมชนไว้วางใจในผู้แทนหรือผู้นำของตนเองอาจมอบหมายให้คนเหล่านี้ดำเนินการแทน

4.2.8 ปัจจัยของการมีส่วนร่วม คือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนานั้น จะเกิดขึ้นได้ในลักษณะต่างๆ ต้องมีปัจจัยที่เหมาะสมและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนสรุปได้ดังนี้ คือ (ประชากรณ์ ทัพโพธิ์, 2557: 475-491)

1) การปฏิบัติตนให้คล้อยตามความเชื่อพื้นฐานของตนเอง และความเชื่อพื้นฐานของกลุ่ม

2) การปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานของตนเองและกลุ่ม

3) การส่งเสริมปกป้องและรักษาเป้าหมายของตนเองและกลุ่ม

4) ประสบการณ์ของบุคคลบางครั้งพฤติกรรมของบุคคลอาจประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา

5) ความคาดหวัง บุคคลหรือกลุ่มจะกระทำในสิ่งที่คาดหวังว่าควรจะทำในสถานการณ์เช่นนั้นและมักปฏิบัติต่อผู้อื่นตามที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วย

6) การมองแต่ตนเอง บุคคลหรือกลุ่มบุคคล มักจะกระทำในสิ่งที่คิดว่าตนควรจะทำเช่นนั้น

7) โอกาสสำหรับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคมเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวนและ โอกาสซึ่งโครงสร้างทางสังคมเอื้ออำนวยให้เขาได้กระทำเช่นนั้น

8) ความสามารถบุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างที่ตนเห็นว่าสามารถทำได้

9) การสนับสนุน บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขาารู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนที่ดีพอให้กระทำเช่นนั้นปัจจัยพื้นฐานในการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้คือ ปัจจัยสิ่งจูงใจจากสภาพความเป็นจริงของประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมใดๆ ทั้งในแง่การร่วมแรง การร่วมทรัพยากรและอื่นๆ นั้นมีเหตุผลอยู่ 2 ประการคือ

(1) ประการแรก การมองเห็นว่าตนเองจะได้รับผลประโยชน์ตอบแทนในสิ่งที่ตนเองทำลงไป ซึ่งถือเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดมีสิ่งจูงใจเป็นตัวนำ

(2) ประการที่สอง ตนเองมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมนั้นได้เป็นอย่างดี อีกปัจจัยหนึ่งคือการที่ประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมนั้นจะต้องมีการจัดรูปแบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสม เช่นภาวะผู้นำ กฎระเบียบและลักษณะการทำงาน ควรเป็นลักษณะที่เปิดโอกาสให้ทุกคนหรือทุกกลุ่มในชุมชนมีโอกาสเข้าร่วมโดยตรงก็ได้ ควรมีเวลากำหนดชัดเจน เพื่อผู้

ที่เข้าร่วมจะสามารถกำหนดเงื่อนไขตามสภาพความเป็นจริงของตนและกำหนดลักษณะของกิจกรรมที่แน่นอน

4.2.9 การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ AIC

กุลวรงค์ ว่องวิไลรัตน์ และพรทิพย์ คำพอ (2555: 19-29) ได้สรุปไว้ว่า การพัฒนาเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนซับซ้อนและเข้าใจได้ยากจึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้จากการกระทำเมื่อมีการกระทำความรู้จริง จึงจะเกิดเป็นความรู้เกี่ยวกับโลกของความเป็นจริง ไม่ใช่ทฤษฎี หรือจินตนาการ และเป็นการเรียนรู้ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกระบวนการทัศน์ใหม่ในการพัฒนา เป็นกระบวนการความคิดที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะความร่วมมือจากองค์กรประชาชน ภาครัฐบาล ภาคธุรกิจ องค์กรเอกชน และนักวิชาการ เข้ามาร่วมในกระบวนการพัฒนาเพื่อเสริมพลังของแต่ละฝ่ายให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น โดยการศึกษาและเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีปฏิสัมพันธ์โดยการปฏิบัติอย่างจริงจัง

4.2.10 ความเป็นมาของกระบวนการ AIC

สุฉนิรัตน์ ยั่งยืน และคณะ (2556: 25-26) ได้สรุปไว้ว่ากระบวนการของ AIC เป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลัง และการกระตุ้นการยอมรับของชาวบ้าน ให้เกิดการร่วมพัฒนาชุมชนและยังมีศักยภาพที่จะขยายผลได้ กระบวนการ AIC ที่นำมาประยุกต์สำหรับการประชุมระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน คือ เทคนิคการระดมความคิดที่ให้ความสำคัญต่อความคิดและการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน บนพื้นฐานของความเท่าเทียมกันเป็นกระบวนการที่นำเอาคนเป็นศูนย์กลาง โดยที่คนเป็นผู้ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน (Village Stakeholders) มาคิดมาทำงานร่วมกันในรูปของการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมความคิดในการวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน และเป็นการสร้างแนวทางการพัฒนาหมู่บ้าน โดยพลังประชาชน

4.2.11 ขั้นตอนการระดมความคิดตามกระบวนการ AIC

กระบวนการ AIC เป็นเทคนิคที่ง่ายและสามารถนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมสำหรับการวางแผนพัฒนาหมู่บ้านและการกำหนดแผนปฏิบัติ นอกจากนี้กระบวนการ AIC ยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการระดมความคิดเห็นและมีขั้นตอนวิธีการที่จะรวบรวมความคิดและความต้องการไว้ในแผนได้ เพราะในส่วนรายละเอียดของกระบวนการมีเทคนิควิธีการประชุมระดมความคิดที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมระดมความคิดได้มีส่วนร่วมอย่างเป็นประชาธิปไตย

มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพของผู้ที่ร่วมระดมความคิดทุกคน โดยทั่วไปวิธีระดมความคิดตามกระบวนการ A-I-C แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

1) เป็นขั้นตอนการสร้างความรู้ความเข้าใจในสภาพของหมู่บ้าน (Appreciation หรือ A)

2) เป็นขั้นตอนที่สร้างการรับรู้ การเรียนรู้ และการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อเท็จจริง จากมุมมอง ความคิดเห็น และประสบการณ์ของบุคคลต่างๆ ที่เข้าร่วมประชุม วัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ เน้นการสร้างการยอมรับและความเข้าใจ โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็น พร้อมทั้งหาข้อสรุปที่ทุกคนเข้าใจและยอมรับร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย หัวใจของการเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมอย่างเสรีจะช่วยให้อุณหภูมิของความเข้าใจสถานการณ์มากขึ้น ซึ่งจะให้เกิดการปรับทัศนคติและเจตคติ (Paradigm Shift) และจุดเด่นของขั้นตอนนี้คือการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกโดยไม่มีการวิพากษ์ หรือการต่อต้าน สำหรับการประชุมในขั้น Appreciation แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านในปัจจุบัน (A_1)

(2) การกำหนดอนาคตของหมู่บ้านว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาไปในทิศทางใด (A_2)

3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางพัฒนา (Influence หรือ I) เป็นขั้นตอนที่สมาชิกได้มีโอกาสคิดแนวทางในการพัฒนาร่วมกัน โดยสมาชิกทุกคนจะร่วมกันคิดหาวิธีการ หรือโครงการ/กิจกรรม ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ในช่วง (A_2) ในการกำหนดโครงการ/กิจกรรม ผู้เข้าร่วมระดมความคิดทั้งหมดจะต้องช่วยกันคิดวิเคราะห์ร่วมกันว่าโครงการ/กิจกรรมใดบ้างที่มีความสำคัญ เหมาะสม และเป็นประโยชน์ต่อชุมชนมากที่สุด และที่สำคัญต้องเป็นโครงการ/กิจกรรมที่เป็นที่ยอมรับของบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนด้วยประชุมแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ การคิดโครงการ/กิจกรรมที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ (I_1) และการคัดเลือกและการจัดลำดับความสำคัญของโครงการ/กิจกรรม (I_2) แยกออกเป็น 3 ประเภท คือ

(1) โครงการ/กิจกรรมที่ชาวบ้านทำเอง โครงการ/กิจกรรมที่ชาวบ้านทำเองบางส่วนและขอความช่วยเหลือจากแหล่งทุนภายนอก และโครงการ/กิจกรรมที่สามารถขอจากภาครัฐโดยผ่านตำบล

(2) ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติ (Control หรือ C) เป็นการนำเอาแนวความคิดในการพัฒนามาวางแผนปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม นำเอาโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ที่ร่วมตก

ลง และยอมรับมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติอย่างละเอียด เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินงานซึ่งจะต้องรับผิดชอบ โครงการ/กิจกรรม ขั้นตอนนี้แบ่งเป็นออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ (C₁) และการตกลงรายละเอียดในการดำเนินงาน (C₂)

4.2.12 ความสำคัญของกระบวนการ AIC

การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือการเปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มองค์กร ต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชนร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ AIC จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับความรับผิดชอบ ในฐานะสมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชนจึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูงจากประสบการณ์ในการพัฒนา มีข้อสรุปที่ได้จากการนำเอากระบวนการประชุมนี้มาใช้ซึ่งพบว่า กระบวนการ AIC ช่วยให้ประชาชน และกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมมีความกระตือรือร้น ในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ประชาชน โดยเฉพาะผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้หญิง และเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนดแนวทางการพัฒนา และจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม และเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์ ประชาชนกลุ่มองค์กรต่างๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรม โครงการ ผลของการพัฒนาและความเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดความมีพลัง รู้ถึงศักยภาพในการพึ่งตนเอง องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้องนับได้ว่ากระบวนการ AIC ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์ มีส่วนร่วม และเสริมพลังของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา

กระบวนการ AIC เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจ ถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาวิเคราะห์พัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น เพราะกระบวนการ AIC มีขั้นตอนสำคัญ คือขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิด โอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง และหา

ข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็น และแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1: การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ในปัจจุบัน

A2: การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์อันพึงประสงค์ในการพัฒนาว่ามีความต้องการอย่างไร โดยการวาดภาพมีความสำคัญคือ

1) การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการ คิดวิเคราะห์ จนสรุปมาเป็นภาพ และช่วยให้ผู้ไม่ถนัดในการเขียนสามารถสื่อสารได้

2) ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูด เพื่ออธิบายภาพซึ่งตนเองวาด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอื่นๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพ เป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนและกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูดให้มีโอกาสนำเสนอ

3) การรวมภาพของแต่ละบุคคลเพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่มจะช่วยให้มีความง่ายต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วม ประชุมและสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพ (ความคิด) และส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

4) จะช่วยเสริมสร้างบรรยากาศการประชุมให้มีความสุข และเป็นกันเอง ในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุมมักมองว่าการวาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้นวิทยากร กระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและนำเกมต่างๆ เกี่ยวกับการวางแผน การละลายพฤติกรรมกลุ่มหรือการวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเองหรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบ หรือไม่ชอบ มาใช้อุ่นเครื่องเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

4.1.13 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) คือขั้นตอนในการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ (A₂) เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

1) I1: การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

2) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการโดย

(1) กิจกรรมหรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ต้องถิ่นทำเองได้เลย

(2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่

(3) กิจกรรมที่หมู่บ้าน ชุมชน ตำบล ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน

4.1.14 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) คือ การยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ สู่อุปกรณ์ปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินการซึ่งจะรับผิดชอบโครงการโดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

1) C1: การแบ่งความรับผิดชอบ
2) C2: การตกลงใจในรายละเอียดการดำเนินการทำแผนปฏิบัติ นอกจากนี้ ผลลัพธ์ที่ได้จากการประชุมคือ

(1) รายชื่อกิจกรรมหรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้ ภายใต้ความรับผิดชอบ และเป็นแผนปฏิบัติการ ของหมู่บ้าน ชุมชน

(2) กิจกรรม โครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชน เสนอขอรับการส่งเสริม สนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน

(3) รายชื่อกิจกรรม โครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากร และประสานงานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่างๆ จากภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น

3) ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้การประชุม AIC ประสบความสำเร็จได้ ต้องมีการจัดประชุมกระบวนการ AIC เน้นความเป็นกระบวนการจะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอนไม่ได้เน้นการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้มีความสำคัญกับการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตร่วมกันเน้นการสร้างพลังความคิด วิเคราะห์และเสนอทางเลือกในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ ในการพัฒนา

4) การศึกษาและเตรียมชุมชน เพื่อให้เข้าใจสภาพของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่างๆ ทราบความสามารถศักยภาพของกลุ่มสภาพการพึ่งตนเอง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอเป็นข้อเท็จจริงในการกำหนดอนาคตทางเลือกรวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาและการประสานความร่วมมือ

5) การเตรียมชุมชนเพื่อทำให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชนประชาชนเข้าใจและส่งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่มรวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่างๆ เป็นต้น

6) วิทยากรกระบวนการเข้าใจกระบวนการ AIC มีประสบการณ์ ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถ

ไกล่เกลี่ยหรือมีวิธีการในการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสมในกรณีที่สามารถทำหน้าทีได้เป็นอย่างดี

- 7) เตรียมชุมชน เตรียมการประชุม ดำเนินการประชุม และสรุปผล
- 8) สร้างบรรยากาศในการประชุม เพื่อคลายความตึงเครียดของผู้เข้าร่วมประชุม
- 9) ความคืบหน้าขั้นตอนและเวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตามกระบวนการ
- 10) สรุปความเห็นที่แท้จริงของผู้เข้าร่วมประชุมโดยไม่สอดแทรกความเห็นหรือทัศนคติของตนเองลงไป
- 11) ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้ดำเนินการประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติให้ได้
- 12) วิเคราะห์และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุมอาจมีเพียงคนเดียวก็ได้เป็นผู้นำการประชุมซึ่งจะมีข้อดี คือกระบวนการประชุมเป็นเอกภาพมากกว่าแต่หากไม่มั่นใจในการดูแลบรรยากาศการประชุมควรจัดคณะมาช่วยโดยแบ่งหน้าที่เป็น
 - (1) ผู้จัดการประชุมและคอยดูแลอำนวยความสะดวกทั่วไป ได้แก่ การลงทะเบียน อาหาร เครื่องดื่ม
 - (2) ผู้นำการประชุม
 - (3) ผู้จัดการกิจกรรมเกมส์สร้างบรรยากาศเพื่อการละลายพฤติกรรม คลายเครียดและการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน
 - (4) ผู้เตรียมวัสดุอุปกรณ์ ทั้งนี้คณะจะต้องทำความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกันสอดคล้องขั้นตอนกระบวนการ AIC กับประสบการณ์ที่นำไปใช้
- 13) ขึ้นเตรียมการ ได้แก่
 - (1) การศึกษาชุมชนเพื่อให้ทราบประวัติการพัฒนาโครงสร้างทางสังคม บัญชีพื้นฐาน แหล่งทรัพยากรของหมู่บ้าน โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้วในรายงานการสำรวจของราชการ การพูดคุยกับชุมชนและการสำรวจ
 - (2) การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้ตัวแทนของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนประมาณ 30-50 คน โดยการสอบถามกลุ่มต่างๆ และผู้นำของหมู่บ้าน

(3) การชี้แจงวัตถุประสงค์ต่อผู้นำและกรรมการหมู่บ้านและขอความเห็นในการจัดการประชุมให้สะดวกราบรื่นทุกฝ่าย (แจก Mind Map ให้กับทุกคนเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า)

(4) การเตรียมตัวของผู้นำการประชุมเพื่อดำเนินการประชุมให้ราบรื่น (เตรียมด้วย Mind Map เพื่อมองเห็นภาพรวมของงาน)

(5) การเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุมได้แก่ สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องเขียนและการจัดบันทึกต่างๆ

4.1.15 ขั้นตอนจัดประชุมและปฏิบัติการตามกระบวนการ AIC การจัดการประชุมในระยะเวลา 2 วัน (คูลวรงค์ ว่องวิไลรัตน์ และพรทิพย์ คำพอ, 2555: 19-29) ดังนี้

1) Appreciatio (วันที่ 1 ของการประชุม) A-0 เป็นการศึกษาความเป็นมาจากอดีตเพื่อให้เข้าใจสภาพปัจจุบันการทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมาจะช่วยให้สมาชิกมองเห็นภาพปัจจุบันและอนาคตชัดเจนขึ้นวิทยากร ผู้รู้ร่วมให้ประสบการณ์เพิ่มเติมซึ่งกิจกรรมนี้ถือเป็นกิจกรรมอุ่นเครื่องก่อนเข้าสู่กระบวนการ A-1

2) A-1.1 สภาพ สถานการณ์ ปัจจุบัน (60 นาที)

(1) สมาชิกทุกคนในกลุ่มย่อย วาดภาพลงบนแผ่นกระดาษ จากมุมมองของตนเอง กลุ่มย่อยอาจใช้กลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้หญิงล้วน กลุ่มผู้ชายล้วน กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มข้าราชการ ให้ความวาดภาพประมาณ 10-15 นาที

(2) สมาชิกแต่ละคนเล่าภาพของตน สมาชิกคนอื่นตั้งใจฟัง และสอบถามได้แต่ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์เพื่อเปิดโอกาส ให้รับฟังรับรู้ จดจำ ข้อมูล ประสบการณ์ ความรู้สึกของผู้อื่นอย่างเต็มที่

(3) ทุกคนนำภาพของตัวเองมารวม บนกระดาษแผ่นใหญ่ และช่วยกันเติมให้เป็นภาพรวมเพียงภาพเดียวของกลุ่ม เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม และยอมรับความคิดซึ่งกันและกัน วิทยากรพยายามกระตุ้นให้ทุกคนร่วมกันวาดภาพ

3) A-1.2 นำเสนอความเข้าใจสภาพปัจจุบัน (30 นาที) ผู้แทนกลุ่มนำเสนออภิปรายความหมายภาพรวมของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มอื่นจะซักถามหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม วิทยากรควรช่วยตั้งคำถาม เพื่อให้การอธิบายชัดเจนขึ้น

4) A-2.1 เป้าหมายอนาคตที่ปรารถนา (60 นาที) สมาชิกทุกคนในกลุ่มย่อยวาดภาพจินตนาการถึงภาพชุมชนสภาพที่ตนเองอยากเห็นในอนาคตใช้เวลาวาดภาพ 10-15 นาที (เขียนแผนที่ความคิด-Mind Map) แต่ละคนเล่าถึงภาพของตนแล้วจึงนำภาพของทุกคนมา

รวมกันเป็นภาพเดียว โดยช่วยกันต่อเติมให้เป็นภาพเดียวของกลุ่มที่สมบูรณ้นำเสนอภาพรวมของแต่ละกลุ่มโดยให้มีผู้แทนกลุ่มคนใหม่นำเสนอ

5) A-2.2 วิสัยทัศน์ร่วม (75 นาที) วิทยากรนำภาพของทุกกลุ่มมาให้กลุ่มพิจารณาเลือกภาพใดภาพหนึ่ง เพื่อต่อเติมให้เป็นภาพตัวแทนของอนาคต ที่ต้องการของกลุ่มทุกๆ กลุ่มคัดเลือกอาสาสมัครช่วยกันเพิ่มเติมภาพ สมาชิกชวนกันบอกความต้องการเพิ่มเติม การรวมภาพของทุกกลุ่มให้เป็นภาพเดียวกันเป็นขั้นตอนสำคัญที่จำเป็นเพื่อให้สมาชิกทุกคนได้สร้างทิศทางไปสู่อนาคตร่วมกันเป็นภาพเดียวกันรู้สึกเป็นเจ้าของความคิดร่วมกัน วิทยากรกระตุ้นให้แต่ละคนในใจไว้ว่าถ้าจะให้จริงตามภาพจะทำอย่างไรบ้าง

6) (วันที่ 2 ของการประชุม)

(1) I-1 แนวทางการพัฒนาวิสัยทัศน์ร่วม (90 นาที) วิทยากรทบทวนวิสัยทัศน์ร่วม (Vision) และให้โอกาสสมาชิกปรับปรุงเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ (เสนอด้วย Mind Map แดกแขนงเพิ่มเติมได้) สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มย่อยเขียนแนวทาง กิจกรรม ลักษณะ โครงการบนแผ่นกระดาษเพื่อให้เสนอให้กลุ่มย่อยพิจารณาให้เวลาคิดส่วนตัว 10-15 นาที แต่ละคนนำเสนอแนวทาง โดยชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ประโยชน์ (แต่ละคนเสนอ Mental Model ด้วย Mind Map) รวบรวมข้อเสนอแต่ละคนจัดเป็นหมวดหมู่ โดยต้องเป็นแนวทางที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นข้อเสนอของกลุ่มผู้แทนกลุ่มนำเสนอสมาชิกกลุ่มและซักถามให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

(2) I-2 วิเคราะห์และจัดลำดับพัฒนาวิสัยทัศน์ (75 นาที) พิจารณาแนวทางกิจกรรมแต่ละข้อ โดยจัดลำดับความสำคัญ ความต้องการการเกื้อหนุนจากองค์กรใดที่เห็นว่าสำคัญและควรคำนึงถึงความสำเร็จในการปฏิบัติ ผู้แทนกลุ่มคัดเลือก จัดกิจกรรมไว้เป็นประเภท โดยรวมกิจกรรมที่เหมือนกันไว้ด้วยกันและจัดประเภทกิจกรรม ที่สมาชิกทำตัวเอง กิจกรรมที่ร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรในท้องถิ่น กิจกรรมที่ขอความร่วมมือจากองค์กรนอกท้องถิ่นเมื่อแยกประเภทแล้วพิจารณาว่าหากมีทรัพยากรจำกัดจะเลือกโครงการใดที่สำคัญที่สุด 3-5 กิจกรรมโดยเขียนลำดับบนกระดาษแล้วรวมคะแนนกิจกรรมที่ได้คะแนนมากที่สุดให้เป็นลำดับหนึ่ง

7) Control C-1 เลือกแนวทาง/กิจกรรม (30 นาที) กิจกรรมที่สามารถทำตัวเอง สมาชิกตัดสินใจเลือกที่จะทำโดยลงชื่อในกระดาษของแต่ละกิจกรรมแบ่งกลุ่มย่อยตามกิจกรรมที่สมาชิกลงชื่อไว้กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับองค์กรอื่นๆ สมาชิกร่วมกันเสนอมอบหมายให้บุคคลหรือกลุ่มดำเนินการประสาน ติดตามหรือยื่นข้อเสนอ

(1) C-2.1 ทำแผนปฏิบัติการ (120 นาที) จัดทำแผนปฏิบัติการที่ทำได้เองโดยนำแนวทางหรือกิจกรรมต่างๆ ที่จำแนกกลุ่มไว้แล้วทำแผนปฏิบัติการโดยตอบคำถาม ดังนี้

Q ทำอะไร (ชื่อโครงการ)

Q ทำแล้วได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ เกิดขึ้น)

Q ทำอย่างไร (กิจกรรม วิธีดำเนินการ)

Q ต้องใช้ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณเท่าใด

Q ทำที่ไหน (สถานที่ที่จะดำเนินโครงการ)

Q ทำเมื่อไร (วันเวลาที่จะดำเนินโครงการ)

Q ใครบ้างจะช่วยทำ

Q ใครรับผิดชอบ (ผู้ดูแลหรือประสานงาน).

(2) C-2.2 เสนอแผนปฏิบัติการ (30 นาที) นำเสนอรายละเอียดของกิจกรรม อภิปรายเพิ่มเติม และตกลงดำเนินงาน มอบหมายงาน กำหนดวันเวลา สถานที่ ขั้นสุดท้ายคือ การเตรียมการเพื่อเสนอแผนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประสานรับการสนับสนุนหรือส่งเสริมและเข้าร่วมพัฒนา

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้ให้ความหมายคำว่าทันตสุขภาพ (Oral health) ว่าหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยช่องปากที่ดี ปราศจากโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ (กองทันตสาธารณสุข, 2553) และอธิบายเกี่ยวกับทันตสุขภาพไว้ว่าโรคฟันผุ คือโรคที่เกิดกับเนื้อเยื่อแข็งของฟัน ซึ่งได้แก่ ส่วนของฟันที่โผล่ขึ้นมาในช่องปากพบโรคนี้ได้ทุกเพศทุกวัย โดยจะมีการทำลายของเนื้อฟันส่วนนั้นให้สลายตัวเปื่อยยุ่ยเป็นโพรงหรือรูขึ้น การทำลายนี้จะเป็นการถาวร หมายความว่าร่างกายจะไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไปให้เป็นปกติเหมือนเดิม นอกจากการใช้วัสดุสังเคราะห์อื่นๆ มาบูรณะทดแทนเนื้อฟันส่วนที่เสียไปให้ทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม โรคฟันผุไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดยเฉพาะแต่เกิดจากหลายๆ สาเหตุร่วมกันสาเหตุของโรคฟันผุมี 4 ประการ ได้แก่ ฟันที่เหมาะสม (Susceptible Teeth) สารอาหาร (Substrate) จุลินทรีย์ (Microorganisms) และระยะเวลาที่เหมาะสม (Time)

การที่จะเกิดโรคฟันผุได้นั้นจะต้องมีองค์ประกอบทั้ง 4 ครบถ้วน หากขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งก็จะไม่เกิดโรคฟันผุ กระบวนการเกิดฟันผุก่อนข้างยุ่งยาก แต่อาจสรุปคือ เชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในปากจะย่อยสลายอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลที่รับประทานเข้าไป

และติดที่ผิวฟันและเกิดเป็นกรดขึ้นซึ่งกรดนี้เมื่อสัมผัสฟันในระยะเวลาหนึ่ง จะทำให้แร่ธาตุในเนื้อฟันละลายหายไปกลายเป็นโพรงหรือรู

5.1 สาเหตุของการเกิดฟันผุ การจะเกิดฟันผุได้มากหรือน้อยขึ้นกับลักษณะของสาเหตุต่างๆ เหล่านี้ (ยุทธนา คุวุฒยากร, 2557: 69-81) คือ

5.1.1 ฟันที่เหมาะสม (Susceptible Teeth) ลักษณะโครงสร้างของฟันถูกสร้างขึ้นมาจากด้วยลักษณะแข็งแรงสมบูรณ์ ประกอบด้วย แร่ธาตุที่จำเป็นครบถ้วนหรือไม่ ฟันที่ถูกสร้างขึ้นมาจากแข็งแรงสมบูรณ์มีลักษณะ แข็ง เรียบ เป็นเงา ทนทานแต่ถ้าฟันที่ถูกสร้างขึ้นมาจากไม่สมบูรณ์จะมีลักษณะอ่อนนุ่ม ทำให้ไม่ทนทาน เกิดฟันผุได้อย่างดี ทำให้เกิดฟันผุได้เร็วขึ้นปริมาณของฟลูออไรด์ที่มีอยู่ในชั้นเคลือบฟันถ้ามีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบอยู่ก็จะทำให้มีความต้านทานต่อกรดและการละลายตัวได้มากขึ้น ความสะอาดของฟันถ้าอนามัยช่องปากไม่สะอาดมีการสะสมของแผ่นคราบฟันมากมายก็จะทำให้จุลินทรีย์และเศษอาหารสะสมที่ตัวฟันมากขึ้นก็จะผุมากขึ้น สารอาหาร (Substrate) โดยเฉพาะพวกแป้งและน้ำตาลมีลักษณะอ่อนเหนียวติดฟันง่าย เป็นอาหารอย่างดีที่เชื้อจุลินทรีย์ใช้ในการเติบโตและเพิ่มจำนวน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นอาหารที่มีรสหวานมากเกินไป จะเพิ่มกรดที่ไปทำลายเนื้อฟันมากขึ้น ความบ่อยครั้งในการบริโภค เช่น การอมลูกอมตลอดเวลา การรับประทานของขบเคี้ยวตลอดเวลาฟันก็จะผุมากขึ้นและรวดเร็วยิ่งขึ้น

5.1.2 จุลินทรีย์ (Microorganism) ที่มีอยู่ในช่องปากมีอยู่หลายชนิดบางชนิดก็มีส่วนในการทำให้เกิดฟันผุและต้องมีจำนวนมากพอถ้ามีจำนวนมากก็จะทำให้เกิดฟันผุง่าย รวดเร็ว และรุนแรง

5.1.3 ระยะเวลาที่เหมาะสม (Time) การเกิดฟันผุนั้นจะไม่เกิดขึ้นที่ทันใดหลังจากรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือน้ำตาล กรดที่เกิดขึ้นนั้นจะต้องสัมผัสกับตัวฟันหรือผิวฟันในระยะเวลาหนึ่งและการทำลายของเนื้อฟันจะค่อยเป็นค่อยไปตั้งแต่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าจนสามารถมองเห็นว่าเป็นรูหรือโพรงขึ้นนั้นจะใช้เวลาอย่างน้อย ปีครึ่ง - 2 ปี ขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของสาเหตุ

5.1.4 โรคฟันผุและอาการของโรคฟันผุ แบ่งได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่

- 1) ระยะที่ 1 การเกิดโรคในชั้นเคลือบฟัน
- 2) ระยะที่ 2 การเกิดโรคในชั้นเนื้อฟัน
- 3) ระยะที่ 3 การเกิดโรคในชั้นโพรงเนื้อฟัน
- 4) ระยะที่ 4 การเกิดโรคในที่ปลายรากฟัน แสดงรายละเอียดโรคเหงือกอักเสบหรือโรคปริทันต์หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นรอบๆ ฟันที่ไม่เกี่ยวข้องกับตัวฟัน เช่น เหงือกเนื้อเยื่อปริทันต์ และกระดูกรากฟัน โรคนี้เป็นโรคที่ลุกลามอย่างเงียบๆ บางคนไม่ทราบด้วยซ้ำว่าเป็นโรคนี

พอรู้ตัวว่าฟันโยก ปวดและต้องสูญเสียฟันไปแล้วซึ่งมีสาเหตุมาจากเกิดจากการแปรงฟันไม่ถูกวิธี ฟันจึงไม่สะอาดทำให้มีคราบอาหารและเชื้อจุลินทรีย์หรือแผ่นคราบฟัน หมักหมมอยู่บนตัวฟัน และบริเวณขอบเหงือก ตัวจุลินทรีย์ในแผ่นคราบนั้นนอกจากจะขับถ่ายของการเสี้ออกมาเป็นกรดแล้วยังปล่อยสารพิษอย่างอื่นออกมา ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ลักษณะ อาการและการรักษาในระยะต่าง ๆ ของโรคฟันผุ

ลักษณะ	อาการ	การรักษา
ระยะที่ 1 การผุในชั้นเคลือบฟัน รอยผุไม่ชัดเจนอาจเห็นเป็นรอยผุดำในหลุมและร่องฟัน	ไม่มี	อุดฟัน
ระยะที่ 2 การผุลุกลามถึงฟันเนื้อฟัน เป็นรูหรือเป็นโพรงเห็นชัดเจน	มีอาการเสียวฟันเมื่อถูกของเย็นของร้อน ของหวาน ของเปรี้ยว	ขึ้น อยู่กับ ความ ลึก ของการผุ
ระยะที่ 3 การลุกลามถึงโพรงฟัน ฟันผุเป็นโพรง มีกลิ่นบูดเน่า	ปวดฟันรุนแรงเมื่อมีเศษอาหารไปกุดในรูผุ	รักษาลongรากฟันและบูรณะ
ระยะที่ 4 การผุลุกลามถึงปลายรากฟันเกิดถุงหนองที่ปลายรากฟัน และกระดูก ขากรรไกรถูกทำลาย ตุ่มหนองนี้อาจแตก	มีอาการปวดรุนแรงอาจบวมในช่องปากหรือใบหน้าบริเวณใกล้เคียงปลายรากฟันที่ผุเห็นเป็นเลือดหรือหนองไหลออกมา	รักษาลongรากฟันแล้วบูรณะด้วยการอุดคลองรากฟันหรือถอน

(กองทันตสาธารณสุข, 2553)

จุลินทรีย์คือคราบสีขาวขุ่น นุ่ม ที่ประกอบด้วยเชื้อโรคติดอยู่บนตัวฟันสาเหตุร่วมอื่นๆ เช่น มีเศษอาหารติดแน่นหรือค้างตามซอกฟันเนื่องจากฟันเกฟันไม่อยู่ในระดับเดียวกัน การใส่ฟันปลอมที่หลวมหรือแน่นเกินไปสาเหตุร่วมทางกาย เช่น วัณโรค ตั้งครรภ์ หมดประจำเดือน ฯลฯ การเคี้ยวอาหารโดยใช้ฟันข้างเดียว การหายใจทางปาก หรือริมฝีปากปิดไม่สนิท ทำให้เหงือกแห้ง การแปรงฟันที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เหงือกเป็นแผลและร่นได้

5.1.4 การลุกลามของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ แต่ละระยะจะแสดงอาการและการรักษาดังนี้

- 1) ระยะที่ 1 เป็นระยะของโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งพบในเด็กวัยประถมศึกษา พืชของจุลินทรีย์ทำให้เกิดการอักเสบของเหงือกและเนื้อเยื่อเยื่อรากฟัน
- 2) ระยะที่ 2 นอกจากพืชของจุลินทรีย์แล้ว ลักษณะเหงือกที่บวมอักเสบทำให้มีเศษอาหารมาเกาะรอบฟันมากขึ้น ทำความสะอาดยาก
- 3) ระยะที่ 3 โรคลุกลามมากขึ้น มีหินปูนจับหนาและขยายไปตามรากฟัน

5.1.5 พฤติกรรมทันตสุขภาพ การดูแลสุขภาพช่องปาก

พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของช่องปาก ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลรักษาอนามัยในช่องปาก พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการบริโภคตามชนิดรูปแบบและแบบแผนที่มีประโยชน์ต่อทันตสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคที่หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อทันตสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ฟันอย่างถูกต้อง พฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ พฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา และพฤติกรรมการใช้ฟันอย่างถูกต้อง พฤติกรรมการตรวจและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมการให้บริการและรับบริการด้านทันตสุขภาพ การทำความสะอาดช่องปาก ระยะเวลาการแปรงฟัน ยาสีฟัน การตรวจ และดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเอง การรักษาความสะอาดอย่างถูกต้อง หลังการรับประทานอาหารและรวมถึงการใช้ฟลูออไรด์ การทำความสะอาดช่องปาก เพื่อกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ เนื่องจากแผ่นคราบจุลินทรีย์ถ้าเลือกแปรงฟันไม่ถูกสุขลักษณะทำให้ประสิทธิภาพการทำความสะอาดลดลงซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญคือ

- 1) แปรงสีฟัน แปรงสีฟันเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นมากในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ถ้าเลือกแปรงสีฟันไม่ถูกสุขลักษณะจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำความสะอาดลดลง แปรงสีฟันที่ควรใช้มีลักษณะหน้าขนแปรงเรียบเสมอกัน ด้ามแปรงตรงตลอดขนาดพอเหมาะกับปากขนแปรงไม่อ่อนหรือแข็งจนเกินไปเวลาที่ควรแปรงฟัน ได้แก่ เวลาตื่นนอน หลังอาหารและก่อนนอน ตอนกลางคืนส่วนการแปรงฟันที่ให้ผลในการป้องกันโรคได้มากที่สุด
- 2) การแปรงฟันได้ถูกวิธีจะให้ผลดังนี้ คือ สามารถกำจัดเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ได้ดีที่สุดทำให้ฟันสะอาดและเหงือกมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบทำให้ช่องปากสะอาด ปราศจากกลิ่น โดยเฉพาะกลิ่นบูดเน่าของเศษอาหาร
- 3) การแปรงฟันผิดวิธีจะให้ผลคือ เหงือกกรน บริเวณคอพื่นสีส้ม เมื่อคอพื่นสีส้มมากๆ จะเกิดอาการเสียวฟันทำอันตรายเหงือก โดยเฉพาะบริเวณของเหงือกเกิดลักษณะเป็นบาด

แผล ยาสีฟันช่วยให้การทำความสะอาดฟันและรู้ลักษณะแปรงฟันดีขึ้น แต่ยาสีฟันก็ไม่ใช่ว่าจำเป็นในการแปรงฟัน ลักษณะของยาสีฟันที่ดีที่สมควรเลือกใช้คือ มีผงขัดที่ละเอียดอาจเป็นผงหรือครีม ถ้าผงขัดไม่ละเอียด ทำให้ฟันสึกได้มีส่วนผสมของสารฟลูออไรด์ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับผิวเคลือบฟัน กลิ่นและรสของยาสีฟัน เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้แต่ละบุคคลสิ่งที่ควรระลึกไว้เสมอ คือ ยาสีฟันที่ดีไม่จำเป็นต้องมีราคาแพง การใช้เส้นใยขัดฟัน (Dental Floss) ทำด้วยไนลอน มีลักษณะเป็นเส้นแบบ มีทั้งชนิดเคลือบด้วยขี้ผึ้งเพื่อใช้ได้สะดวกเหมาะสำหรับผู้เริ่มใช้ และชนิดไม่เคลือบด้วยขี้ผึ้ง ยาข้อมสีฟันเป็นสีที่ละลายได้ในน้ำ มีลักษณะเป็นเม็ดหรือน้ำยาข้อมสีฟันไม่มีความจำเป็นต้องใช้ในการแปรงฟันตามปกติสมควรใช้เมื่อต้องการตรวจหาบริเวณที่ยังมีคราบจุลินทรีย์เหลือค้างอยู่ภายหลังการแปรงฟัน

4) การดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 6 ประการ คือ

- (1) การเพิ่มพูนความรู้ทางทันตสุขภาพที่ถูกต้อง
- (2) การตรวจสภาวะช่องปากเบื้องต้นของตนเองได้
- (3) การปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารเพื่ออนามัยช่องปากที่ดี
- (4) การรักษาความสะอาดช่องปากอย่างถูกต้องหลังรับประทานอาหาร

อาหาร

- (5) การใช้ฟลูออไรด์ส่วนบุคคล
 - (6) การไปพบทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขทุก 6 เดือน
- การที่จะสามารถดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองได้นั้น สิ่งสำคัญ

ประการแรก คือ ผู้นั้นจะต้องมีความรู้พื้นฐานทางทันตสุขภาพหรืออนามัยช่องปากอย่างถูกต้อง เพื่อจะได้ตระหนักถึงคุณค่าของการมีอนามัยช่องปากที่ดี การที่บุคคลสามารถตรวจสภาวะช่องปากของตนเองได้ในระดับหนึ่ง ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองซึ่งการตรวจสภาวะช่องปากโดยทั่วไปกระทำได้โดยการตรวจเหงือก ฟัน กระจกแก้ม ลิ้น เพดานและเนื้อเยื่ออ่อนทั่วปาก การตรวจเหงือกเพื่อดูว่าเหงือกอักเสบหรือไม่ ลักษณะเหงือกที่อักเสบคือ บวมแดง มีเลือดออก เหงือกมีหินน้ำลายเกาะที่ฟันตามขอบเหงือกหรือไม่ ลักษณะฟันผุถ้าผุเล็กน้อยจะเห็นเป็นจุดสีดำถ้าผุมากจะเห็นเป็นร่องหรือหลุมชัดเจน โดยต้องมีการดูแลรักษา คือ

1) การรักษาความสะอาดช่องปากอย่างถูกต้องภายหลังรับประทานอาหาร โดยปกติภายหลังรับประทานอาหารแล้วควรแปรงฟันทันทีเพราะจะช่วยกำจัดเศษอาหารและเชื้อโรคในช่องปากให้หมดไปก่อนที่จะเกิดคราบมาทำลายฟัน จึงเป็นช่วงเวลาที่มียผลต่อการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบได้ดีที่สุด ภายหลังรับประทานอาหาร ถ้าไม่สามารถแปรง

ฟันได้ ควรใช้น้ำสะอาดบ้วนปากแรงๆ หลายๆ ครั้ง ล้างเศษอาหารที่ติดอยู่ตามซอกฟันให้หลุดออกมากที่สุด ก็จะช่วยทำความสะอาดฟันได้บ้าง ซึ่งจะดีกว่าไม่ทำความสะอาดฟัน การดูดนมขวดที่มีรสหวานในเด็กเล็กควรจะดูน้ำตาลตามเพื่อล้างคราบ และน้ำตาลที่เกาะตามตัวฟันออกทุกครั้ง เพื่อให้ น้ำช่วยในการทำความสะอาดในช่องปาก อันจะทำให้ไม่มีสิ่งที่จะก่อให้เกิดกรดในช่องปากเหลืออยู่ การใช้เส้นใยขัดฟัน ขัดผ่านระหว่างซอกฟันทุกซี่ จะช่วยทำความสะอาดซอกฟันทุกซี่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพการใช้ฟลูออไรด์ควรจะต้องปรึกษาและอยู่ภายใต้การดูแลจากทันตแพทย์หรือบุคลากรที่มีความรู้เข้าใจลึกซึ้ง มิฉะนั้นอาจเกิดผลเสียต่อฟันคือฟันตกกระได้ และถ้าได้รับมากเกินไปอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ สำหรับเด็กวัยร่นอายุ 12-19 ปี ไม่จำเป็นต้องให้กินยาเม็ดฟลูออไรด์เพราะฟันแท้ขึ้นครบหมดทุกซี่แล้ว แต่การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่มีความสำคัญมากในช่วงอายุนี้นี้ เพราะจะช่วยเพิ่มฟลูออไรด์ให้แก่ผิวเคลือบฟันทำให้ฟันแข็งแรงมีผลในการป้องกันฟันผุเด็กวัยร่นสามารถใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ได้ด้วยตนเองที่บ้านในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ได้แก่ น้ำยาอมบ้วนปาก และฟลูออไรด์เจล เป็นต้น

2) หน้าที่ของทันตสาธารณสุข สุขบทยาทหน้าที่ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/ทันตภิบาลหน้าที่ความรับผิดชอบของในโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข ด้านงานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพสามารถแบ่งงานในการให้บริการคือ

(1) ให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ ให้บริการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ โดยการทำงานผสมผสานไปพร้อมๆกับงานส่งเสริมสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยกิจกรรมที่ทำเช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก การฝึกควบคุมคราบจุลินทรีย์ในหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น รวมทั้งการดำเนินงานเชิงรุกนอกสถานบริการ เช่น การออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้การป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และมารดา เป็นต้น ให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กวัยก่อนเรียนที่คลินิกเด็กดี (Well Baby Clinic) และบริการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล เป็นการให้บริการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กปฐมวัย ทั้งในคลินิกเด็กดี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล กิจกรรมที่ควรครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปาก การฝึกและส่งเสริมการแปรงฟัน การควบคุมพฤติกรรมกรับริโภคที่เหมาะสม และการใช้ฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ เป็นต้น รวมทั้งการดำเนินงานเชิงรุกนอกสถานบริการเช่น การออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้การป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กปฐมวัย การร่วมกับครูผู้ดูแลเด็กจัดกิจกรรมทางทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

(2) ให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กประถมศึกษาและเด็กมัธยมศึกษาเป็นการให้บริการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กประถมศึกษาและเด็กมัธยมศึกษาโดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนสามารถดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องทั้งในด้านกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปาก การส่งเสริมการแปรงฟัน การควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม เป็นต้น รวมทั้งการจัดบริการรองรับการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน เช่น การบริการเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์ตามความเหมาะสม การอุดฟัน ขูดหินปูน เป็นต้น

(3) การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่ประชาชนในวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุเป็นการให้บริการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มประชาชนวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ กิจกรรมที่อาจเป็นการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพผ่านชมรมหรือเครือข่ายสุขภาพต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น

(4) การบริการทางทันตกรรม เป็นการจัดการบริการทางทันตกรรมที่ดำเนินการภายใต้ความควบคุมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมเท่านั้น โดยสามารถให้บริการทันตกรรมป้องกัน ได้แก่ ใช้สารฟลูออไรด์เพื่อป้องกันโรคฟันผุ ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันโรคฟันผุ ขูดหินปูนและทำความสะอาดฟันเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ ทันตกรรมบำบัด ได้แก่ ตรวจวินิจฉัยและคัดแยกโรคภายในช่องปาก อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน ถอนฟันที่ขึ้นปกติซึ่งไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน รักษาโรคเหงือกอักเสบ โดยการขูดหินปูน ทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน ได้แก่ การบำบัดฉุกเฉินทางทันตกรรมเบื้องต้นเพื่อลดความเจ็บปวด เช่น การจ่ายยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ การช่วยเหลือฉุกเฉินเบื้องต้น เนื่องจากการรักษาทางทันตกรรม ทั้งในช่วงก่อน ระหว่างและหลังการรักษา เช่น ภาวะเลือดออกมาก หมดสติ การส่งต่อทางทันตกรรม เป็นต้น

(5) งานทันตสาธารณสุขในชุมชน เน้นการสนับสนุนตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน โดยผสมผสานไปกับงานสาธารณสุขอื่นๆ วางแผนปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ ประชุมหรืออบรม อสม. ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก และการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในหมู่บ้าน ให้ชุมชนมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยมี อสม. และผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการหลัก สรุปงานในหน้าที่หลักของทันตสาธารณสุขจะแบ่งงานออกเป็น งานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นหัวใจหลักในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุขที่ทันตสาธารณสุขทุกคนต้องปฏิบัติงานในการส่งเสริมทันตสุขภาพ งานบริการทางทันตกรรมเป็นการจัดการบริการทางทันตกรรมที่

ทันตสาธารณสุขดำเนินการภายใต้ความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม เท่านั้น งานทันตสาธารณสุขในชุมชนเน้นการสนับสนุนตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน โดยผสมผสานไปกับงานสาธารณสุขอื่นๆ โดย กลุ่มสหวิชาชีพที่ต้องดำเนินการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาพยาบาลฟื้นฟู

(6) การปฏิบัติงานทางทันตสุขภาพของทันตสาธารณสุขไม่ได้ รับผิดชอบเฉพาะการรักษาเท่านั้นยังมีงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและต้องปฏิบัติในงานด้วย

(7) งานด้านบริหารจัดการประกอบด้วยการจัดทำแผนปฏิบัติงานทันต สาธารณสุข เป็นกิจกรรมสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานต้องกำหนดวิธีการทำงานไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติให้บรรลุผลตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำเอาข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่มาทำการวิเคราะห์และกำหนดทางเลือกที่จะปฏิบัติต่อ กลุ่มเป้าหมายสำคัญทรัพยากรที่ต้องใช้รวมทั้งให้เป็นไปตามกรอบแนวทางการดำเนินงานและ ตัวชี้วัดของจังหวัดและตามสภาพปัญหาโรคในช่องปากของชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบโดยมีวิธีการ กระบวนการและขั้นตอนดังนี้

ก กระบวนการจัดทำแผนงานทันตสาธารณสุขภายใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์บริการสาธารณสุขเมื่อแผนได้รับการอนุมัติให้ ดำเนินการแล้วต้องจัดทำตารางการปฏิบัติการรายปีรายเดือนเพื่อบริหารเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มี ประสิทธิภาพ

ข การประสานงานกับหน่วยงาน ต้องประสานกับทีมงานใน หน่วยบริการซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานโรคไม่ติดต่อ บูรณาการ งานในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันรวมทั้งหน่วยงานภายนอกได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพต่างๆ

ค การบริหารงานพัสดุทันตกรรมและบำรุงรักษาครุภัณฑ์ทาง ทันตกรรม จัดทำข้อมูลประมาณการ/ชนิด/ปริมาณวัสดุและเวชภัณฑ์ทันตกรรมที่จำเป็นต้องใช้ในการ จัดบริการส่งเสริมป้องกัน สุขภาพช่องปาก และบริการทันตกรรมให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน จัดทำบัญชีควบคุม วัสดุทันตกรรม ดำเนินการบำรุงรักษาครุภัณฑ์ทันตกรรมตามมาตรฐานวิชาชีพ จัดทำทะเบียน บันทึกข้อมูลการซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ทันตกรรมจัดทำข้อมูลขอครุภัณฑ์ทันตกรรม ใหม่หรือทดแทนในกรณีครุภัณฑ์มีอายุการใช้งานนานซ่อมบ่อย

ง การควบคุมป้องกันการติดเชื้อทางทันตกรรมดำเนินการ จัดเตรียมครุภัณฑ์และเครื่องมือทันตกรรมให้ปราศจากเชื้อพร้อมใช้งานรวมทั้งตระหนักในการ ป้องกันตนเอง โดยใส่อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัด

ช การจัดระบบข้อมูลข่าวสารทันตสาธารณสุข จัดทำบันทึกผล และจัดเก็บข้อมูลการบริการส่งเสริมทันตสุขภาพและบริการทันตกรรมและรวบรวมส่งรายงาน ตามกำหนด จัดเก็บข้อมูลปริมาณสารฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การ จำหน่ายขนม เครื่องดื่ม ในร้านค้าชุมชน โรงเรียน และรวบรวมข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญต่างๆ ทั้งในส่วนที่จัดเก็บได้ด้วยตนเองและข้อมูลข้างเคียงจากจังหวัด ประเทศ หรือเอกสารทางวิชาการ วิเคราะห์เชื่อมโยงให้ชุมชนเห็นปัญหาและระดมความคิดเห็น เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ทุก 3, 5, 10 ปี เพื่อให้เห็น การเปลี่ยนแปลงของดำเนินงานในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำเสนอให้ผู้บังคับบัญชา ชุมชน โรงเรียน เห็นประโยชน์และผลสำเร็จของการดำเนินงาน โครงการ กิจกรรมต่างๆ

5.2 งานเฝ้าระวังส่งเสริมทันตสุขภาพ

วันเพ็ญ มีสัจย์ (2557: 260-271) สรุปเกี่ยวกับงานเฝ้าระวังส่งเสริมทันตสุขภาพว่า การเฝ้าระวังทันตสุขภาพ (Oral Health Surveillance) คือ การติดตามดูแลสุขภาพในช่องปากอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปาก หรือถ้าหากเกิดโรคขึ้นแล้วสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่วะยะเริ่มแรก ทำให้สามารถป้องกันและควบคุมไว้ได้อย่างทันท่วงทีก่อนที่โรคจะถูกถามจนยากที่จะแก้ไขซึ่งสภาวะหรือโรคที่จะต้องเฝ้าระวังคือ โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ การดำเนินงานตามโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพใน โรงเรียน อาศัยหลักการและแนวคิดวางแผนเฝ้าระวัง และส่งเสริมทันตสุขภาพใน โรงเรียนประถมศึกษาเป็นวิธีการให้โรงเรียนเข้ามามีบทบาทในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียน โดยอาศัยครูเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อกระตุ้นให้นักเรียนตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจากแนวคิด ครูมีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังพฤติกรรมที่ดีทางด้านทันตสุขภาพ เนื่องจากครูเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับนักเรียนมาก และมีโอกาสถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ได้ดีกว่าทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ โรงเรียนจึงเป็นหน่วยงานที่เหมาะสมที่สุดในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพโดยมีหน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนในด้านวิชาการและบริการที่จำเป็นซึ่งในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของนักเรียน โรงเรียนควรจัดให้มีกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน เพื่อค้นหาปัญหาอนามัยในช่องปากในระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยตนเอง ด้วยการป้องกันส่งเสริมที่เหมาะสมโดยมีการตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 2 ครั้ง โดยครูและมีการวิเคราะห์รายงานผลส่งต่อ ขณะเดียวกันทันตบุคลากรก็ให้การสนับสนุนในการบำบัดรักษา ด้านวิชาการ วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา และความจำเป็น อันจะทำให้เด็กวัยประถมวัยศึกษาได้รับการดูแลครอบคลุมกว้างขวางมากขึ้น และในการ

ดำเนินงานดังกล่าวจะอาศัยครูและนักเรียนในโรงเรียนเพียงฝ่ายเดียวไม่ได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทางครอบครัว/ชุมชนของนักเรียนด้วย

โรงเรียนถือได้ว่าเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน โดยมี ครอบครัว ชุมชน ร่วมสนับสนุนซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลักการบริหาร โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน โดย Assessment of School Based Management การบริหารโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานเป็นการกระจายอำนาจควบคุมจากส่วนกลางไปยังชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษามากขึ้น ผู้มีอำนาจตัดสินใจในระดับโรงเรียนไม่ใช่มีแต่เพียงผู้บริหารเท่านั้นแต่ยังมีตัวแทนคณะครูและผู้ปกครองร่วมอยู่ด้วย คณะบุคลากรเหล่านี้มีอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบเกี่ยวกับหลักสูตรการจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในโรงเรียน งานบุคลากรและงบประมาณ เป็นต้น ซึ่งในการบริหารงานในลักษณะนี้จะให้ความสำคัญกับการร่วมมือการพัฒนาซึ่งโรงเรียนเป็นสถานที่ๆ นักเรียน ครูและผู้บริหาร โรงเรียนอยู่ร่วมกัน ทุกคนมีสิทธิ์ในการร่วมกันพัฒนาโรงเรียน โดยมีรูปแบบในการพัฒนาที่สร้างขึ้นเอง เพื่อพัฒนาทั้ง โรงเรียน ครูและนักเรียนมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน จากหลักการบริหารโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการบริหาร โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพใน โรงเรียน ได้เป็นอย่างดีเนื่องจากทุกฝ่ายมุ่งเน้นการพัฒนา และแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน ทำให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ โรงเรียนที่เป็น โรงเรียนดีเด่นด้านเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ มีการดำเนินการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพครบสมบูรณ์ทุกขั้นตอน ผู้บริหาร โรงเรียนให้ความสนใจและสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่ ขณะที่โรงเรียนที่ไม่ได้เป็น โรงเรียนดีเด่นด้านเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพยังไม่มีวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจนรวมทั้งการประสานในระดับจังหวัดและอำเภอพบว่า โรงเรียนที่เป็นโรงเรียนดีเด่นด้านเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ จะมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในระดับจังหวัดและอำเภออย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่า

การเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ อาจทำได้ทุกกลุ่มอายุ แต่ควรเริ่มทำในกลุ่มอายุที่มีความสำคัญที่สุดก่อน อันได้แก่ กลุ่มเด็กในวัยเรียนซึ่งการดูแลในกลุ่มอายุนี้นี้จะมีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคในช่องปากที่จะเกิดกับฟันถาวรเป็นสำคัญ

ปัญหาเรื่องโรคในช่องปากในระยะแรกเริ่ม ลักษณะของโรคค่อนข้างยากต่อการสังเกตจำเป็นที่จะต้องให้ครูซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดเด็กที่สุด เป็นผู้ดำเนินการตามระบบการเฝ้าระวัง

การเฝ้าระวังจัดให้มีขึ้นเพื่อให้เกิดมีการแก้ปัญหา มิใช่เพียงเพื่อรายงานเพียงอย่างเดียว ดังนั้นในการเฝ้าระวังโรคในช่องปากจะเฝ้าระวังเฉพาะในภาวะหรือโรคที่มีความสำคัญและสภาวะหรือโรคที่เฝ้าระวัง จะต้องมียุทธวิธีแก้ปัญหาที่ง่าย และมีประสิทธิภาพชุมชนสามารถแก้ปัญหาได้ในระดับหนึ่ง

ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวัง จะต้องสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน และประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ได้

5.3 หลักการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

การเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา อธิบายเกี่ยวกับ หลักการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาไว้ ดังนี้ (พรทิพย์ สุกรเวทย์ศิริ, 2557: 236-244)

หลักการของกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ที่มุ่งเน้นให้ชุมชน (ซึ่งในที่นี้หมายถึง โรงเรียน) พึ่งตนเองได้ทั้งในด้านการค้นหาปัญหาด้วยดัชนีง่ายๆ การดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและการบริการทันตกรรมที่ถูกต้องในกรณีที่เป็น การส่งเสริม ป้องกันและรักษาแบบเบ็ดเสร็จและครบวงจร

5.3.1 การจัดแบ่งงานให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1) การส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ที่นักเรียนสามารถทำได้ เป็นบทบาทหน้าที่ของนักเรียน ภายใต้การควบคุมดูแลของครูและผู้ปกครอง

2) กิจกรรมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมป้องกันรักษาหรือฟื้นฟูสภาพที่ชุมชนไม่สามารถดำเนินการเองได้แต่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากรการติดตามการเกิดโรคในช่องปาก เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคในช่องปากแต่เนิ่นๆ ก่อนที่จะลุกลามเป็นปัญหาหนักขึ้นในภายหลัง

3) งานเฝ้าระวังทันตสุขภาพตรวจสอบสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาทุกคน โดยครู และลงบันทึกที่กำหนดปีละ 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 เดือนมิถุนายน และครั้งที่ 2 เดือนธันวาคม) เพื่อให้ครูตระหนักและดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากของนักเรียน นอกจากนี้สามารถประเมินผลดำเนินงาน โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนจากการตรวจในปีการศึกษาเดียวกัน หรือการตรวจของปีการศึกษาที่แตกต่างกันได้ โดยในกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน มีเกณฑ์คะแนนที่ใช้ในการตรวจดังนี้

(1) การตรวจอนามัยช่องปาก (สภาวะเหงือกอักเสบ) มีเกณฑ์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2551: 29-31) คือ

0 (ระดับ ก) หมายถึง สภาวะเหงือกปกติของนักเรียนที่ไม่มีลักษณะการอักเสบใดๆ ในช่องปาก

1 (ระดับ ข) หมายถึง สภาวะเหงือกอักเสบและไม่มีสภาวะช่องปากที่ต้องการรักษาเร่งด่วน

7 (ระดับ จ) หมายถึง สภาพช่องปากที่ต้องการการรักษาเร่งด่วน ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาทางทันตกรรมซึ่งมีลักษณะมีหินปูนคลุมด้านใดด้านหนึ่งเต็มด้านและมีเหงือกอักเสบ รากฟันยื่นแหลมขึ้นมาทางเหงือกเป็นแผล ฟันถาวรขึ้นมาเต็มที่แล้วซ้อนทับฟันน้ำนมซึ่งยังคงอยู่ ทำให้ฟันถาวรเก มีอาการปวดฟันและเกิดการอักเสบอย่างรุนแรงขณะตรวจ บริเวณปลายรากฟันมีหนองและเป็นแผลทะลุมาที่เหงือก และมีก้อนเนื้ออยู่ในรูฟันที่ผุ

(2) การตรวจฟันถาวรผุ เป็นการตรวจการฟันผุในฟันถาวรหรือฟันแท้ โดยครูต้องแยกให้ได้ว่าซี่ใดเป็นฟันน้ำนม ซี่ใดเป็นฟันแท้ซึ่งการตรวจจะตรวจเสีาระวังเฉพาะการผุในฟันแท้ มีเกณฑ์ดังนี้

0 หมายถึง ไม่มีฟันถาวรผุในช่องปาก

1 หมายถึง นักเรียนมีฟันถาวรผุในช่องปากตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป

การจัดระดับปัญหาเป็นปัญหาระดับกลุ่ม จะพิจารณาเฉพาะ ค,ง,จ และ ฟันถาวรผุ คือ ถ้า ค+ง+จ มีเกินร้อยละ 50 หรือ จ มีเกินร้อยละ 10 หรือมีฟันผุเกินร้อยละ 20 ถือว่ามีปัญหาในระดับกลุ่มและนำปัญหาในระดับกลุ่มนี้ไปจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อวางแผนการให้บริการทันตกรรม โดยระบุให้มีการวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกันระหว่างสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน

5.3.2 งานส่งเสริมทันตสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมของการปฏิบัติดังนี้

1) แปร่งฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพของการแปร่งฟัน คือมีการจัดระบบและควบคุมดูแลให้นักเรียนทุกคนแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันที่มาโรงเรียน โดยฝึกให้การแปร่งฟันถูกวิธี และไม่เป็นอันตรายต่อเหงือกและฟัน

(1) ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อมเหงือกและฟัน งดหรือจำกัดความถี่และปริมาณของการรับประทานอาหารหวานเหนียวติดฟันและฝึกให้ทำความสะอาดช่องปากหลังรับประทานอาหารหรืออาหารว่างทุกครั้งด้วยการแปร่งฟัน ดื่มน้ำ บ้วนปากหลายๆครั้ง ด้วยน้ำสะอาด

(2) ตรวจสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อดูแลสุขภาพสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่องปาก เช่น อาการเลือดออกหลังแปร่งฟัน เลียวฟันมีกลิ่นปาก เป็นต้น

(3) ให้ทันตสุขศึกษาตามหลักสูตรการเรียนการสอนของกระทรวง การศึกษาธิการด้วยวิธีการที่เหมาะสมเพื่อสร้างพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้องถ้าเป็นไปได้ ควรมีการจัดทำแผนการสอนร่วมกันระหว่างหน่วยงานในพื้นที่

(4) จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลทันตสุขภาพและลดการเสี่ยงต่ออุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นกับปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

(5) ดำเนินมาตรการทางสังคมที่จะช่วยเสริมสร้างทัศนคติและพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้องงานบริการทันกรรมคือ การให้บริการทันกรรมโดยเจ้าหน้าที่ สาธารสุขหรือทันตบุคลากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ (2550: 34) ทำการศึกษาเรื่อง การวิจัยนโยบายสาธารณะ ประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในระดับพื้นที่ โดยทำการสำรวจตัวอย่างของกองทุน 99 แห่งใน 51 จังหวัด พบว่าการดำเนินงานเป็นไปตามเกณฑ์ของ สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การมีกองทุนช่วยให้สถานอนามัย ประชาคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำงานร่วมกันมากขึ้น บางพื้นที่ประชาคมมีการเสนอโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุน มีกิจกรรมเชิงรุกด้านส่งเสริมสุขภาพใหม่ๆ นอกจากนี้ พบว่าผู้บริหารท้องถิ่นส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าการมีกองทุนเป็นเรื่องดี ทำให้เกิดมุมมองใหม่ๆ เห็น โอกาสการทำงานสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าในอดีตและควรขยายผลต่อไป ในส่วนความคิดเห็นของประชาชนพบว่าส่วนใหญ่รับรู้การจัดตั้งกองทุน ตระหนักในประโยชน์ของกองทุนและมีความเชื่อถือกองทุน ส่วนปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากความล่าช้าในการจัดตั้งกองทุน เนื่องจากทัศนคติของเจ้าหน้าที่และระเบียบการจ่ายเงินเพื่อซื้ออุปกรณ์ครุภัณฑ์ แต่เป็นปัญหาที่แก้ไขได้หากได้การทดลองที่ยาวนานขึ้นเน้นการค้นหาตัวแบบกองทุน การขยายกองทุนควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป เน้นขยายเพื่อครอบคลุมพื้นที่ชุมชนเมืองที่หนาแน่น รวมทั้งชนบทที่ห่างไกลเพื่อสร้างความเป็นธรรม

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2551: 112-135) ศึกษาเรื่องการกระจายทันตภิบาลไทย และภาระงานที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพ พ.ศ. 2549 พบว่า สถานการณ์การจัดบริการบูรณาการและการผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย ผลการสอบถามความคิดเห็นของทันตภิบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) 188 แห่งในปี 2551 พบว่าการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทันตภิบาลในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เห็นว่าให้การสนับสนุนในระดับดีคือ การซื้อนมจืด (ร้อยละ 63.3) การจัดการเรื่องอาหารกลางวันให้แก่เด็กในศูนย์เด็ก (ร้อยละ 48.4) การจัดการอาหารกลางวันให้เด็กนักเรียน (ร้อยละ 42) และสนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟัน ที่แปรงในศูนย์เด็ก (ร้อยละ 23.4) ส่วนการสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพช่องปากในด้านอื่นพบน้อยมากในความเห็นของผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เห็นว่าให้การสนับสนุนได้แต่ขอให้ศูนย์สุขภาพชุมชนจัดทำ

โครงการเข้ามาขอให้ทันช่วงเวลาและจังหวะการทำแผนของอบต.คือ ช่วงกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคมของทุกปี

วีระศักดิ์ พุทธาศรี และเพ็ญแข ลากยัง (2552: 1080-1090) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย ทำการศึกษาวิเคราะห์การใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยใน พ.ศ. 2549 จำแนกตามกลุ่มอายุ สิทธิสวัสดิการด้านสุขภาพ เขตที่อยู่อาศัยและลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนไทยจากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการใน พ.ศ.2550 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยการสัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนตัวอย่าง 69,679 คน ในเดือนเมษายน พ.ศ.2550 เลือกร้อยละแบบ Stratified Two Stage Sampling และประมวลผลข้อมูลดำเนินการตามหลักสถิติศาสตร์โดยการถ่วงน้ำหนัก ผลการศึกษาพบว่า ในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2549 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 ประชาชนไทยใช้บริการสุขภาพช่องปากร้อยละ 8.69 และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการใช้บริการเท่ากับ 0.13 ครั้งต่อคนต่อปี ลดลงจากการสำรวจในพ.ศ.2546 ที่ใช้บริการร้อยละ 10.19 และเฉลี่ย 0.16 ครั้งต่อคนต่อปี ประชากรในเขตเมือง/เทศบาล และเทศาภิบาล ใช้มากกว่ากลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราและจำนวนครั้งเฉลี่ยของการใช้บริการน้อยที่สุด คือร้อยละ 7.57 และ 0.11 ครั้งต่อคนต่อปี สถานพยาบาลที่มีผู้ไปใช้บริการมากที่สุด คือโรงพยาบาลชุมชนและคลินิกเอกชน การไม่ใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพที่มีในการใช้บริการครั้งสุดท้ายเป็นเพราะเวลารอรับบริการนาน และสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมบริการที่ต้องการ สำหรับกลุ่มคนที่ไม่ได้ใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมาทั้งหมดยกเว้นให้เหตุผลว่าไม่มีอาการใด ๆ

ธิดารัตน์ ตั้งกิตติเกษม และ วัชรพงษ์ หอมวุฒิวงศ์ (2553: 10-23) ได้ทำการศึกษาเรื่องสภาวะช่องปากและพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของเด็กนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี โรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดหนองคาย ประจำปี2553 โดยทำการศึกษาสภาวะช่องปากและพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดหนองคายจากการสำรวจความชุกของโรคฟันผุ สภาวะปริทันต์ ฟันตกกระ และพฤติกรรมทันตสุขภาพโดยการศึกษาภาคตัดขวางที่ดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคมปี พ.ศ.2553 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้โรงเรียนประถมศึกษา 24 แห่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนอายุ 12 ปีจำนวน 672 คน โดยเป็นหญิง 342 คน ชาย 330 คน ใช้แบบสอบถามและแบบตรวจสุขภาพช่องปากในการสัมภาษณ์และตรวจโดยทันตบุคลากร ใช้สถิติไคสแควร์ในการทดสอบหาความสัมพันธ์ทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีสภาวะปราศจากฟันผุร้อยละ 41.96 มีค่าเฉลี่ยฟันผุถลอก 1.53 ซี่/คน มีฟันตกกระร้อยละ 3.57 เด็กนักเรียนมีสภาวะเหงือกปกติร้อยละ 50.45 เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กพบว่า เด็กจำนวนร้อยละ 66.96 ดื่มน้ำอัดลมอย่างน้อยที่สุด 1 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 11.46

ในช่วงที่อยู่โรงเรียนเด็กได้เงินมาโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 15.10 บาท ใช้ซื้อขนมเฉลี่ยวันละ 9.18 บาท ขณะช่วงวันหยุด เสาร์ อาทิตย์ เด็กใช้เงินเฉลี่ยเพิ่มวันละ 9.95 บาท จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าเด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันร้อยละ 29.36 ขณะที่แปรงฟันก่อนเข้านอนร้อยละ 60.36 จากการทดสอบสถิติไคสแควร์พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มน้ำอัดลมและโรคฟันผุที่ระดับนัยสำคัญ 0.001 (P-value <0.05) พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและสภาวะการเกิดโรคฟันที่ระดับนัยสำคัญ 0.016 (P-value <0.05) โดยเพศหญิงมีโรคฟันผุมากกว่าเพศชาย

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2552: 1-6) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการบูรณาการ และการผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย ผลการสอบถามความคิดเห็นของทันตภิบาลในศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) 188 แห่งในปี 2551 พบว่า การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทันตภิบาลใน ศสช.เห็นว่าให้การสนับสนุนในระดับดีคือ การจัดซื้อนมจืด (ร้อยละ 63.3) การจัดการเรื่องอาหารกลางวันให้แก่เด็กในศูนย์เด็ก (ร้อยละ 48.4) การจัดการเรื่องอาหารกลางวันให้เด็กนักเรียน (ร้อยละ 42) และสนับสนุนแปรงสีฟันยาสีฟัน ที่แปรงในศูนย์เด็ก (ร้อยละ 23.4) ส่วนการสนับสนุนการส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพช่องปากในด้านอื่นพบน้อยมาก ในความเห็นของผู้แทน อบต.ต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เห็นว่าให้การสนับสนุนได้แต่ขอให้ศูนย์สุขภาพชุมชนจัดทำโครงการเข้ามาขอให้ทันช่วงเวลาและจังหวะการทำแผนของอบต.คือ ช่วงกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคมของทุกปี

วีระศักดิ์ พุทธาศรี และเพ็ญแข ลากยั้ง (2552: 1080-1090) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์การใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยใน พ.ศ.2549 จำแนกตามกลุ่มอายุ สัทธิ สวัสดิการด้านสุขภาพ เขตที่อยู่อาศัยและลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนไทยจากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในพ.ศ.2550 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยการสัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนตัวอย่าง 69,679 คน ในเดือนเมษายน พ.ศ.2550 เลือกร้อยละแบบ Stratified Two Stage Sampling และประมวลผลข้อมูลดำเนินการตามหลักสถิติศาสตร์โดยการถ่วงน้ำหนัก ผลการศึกษาพบว่า ในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2549 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2550 ประชาชนไทยใช้บริการสุขภาพช่องปากร้อยละ 8.69 และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการใช้บริการเท่ากับ 0.13 ครั้งต่อคนต่อปี ลดลงจากการสำรวจในพ.ศ.2546 ที่ใช้บริการร้อยละ 10.19 และเฉลี่ย 0.16 ครั้งต่อคนต่อปี ประชากรในเขตเมือง/เทศบาล และเพศหญิงใช้มากกว่า กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราและจำนวนครั้งเฉลี่ยของการใช้บริการ น้อยที่สุด คือร้อยละ 7.57 และ 0.11 ครั้งต่อคนต่อปี สถานพยาบาลที่มีผู้ไปใช้บริการมากที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชนและคลินิกเอกชน การไม่ใช้สิทธิสวัสดิการสุขภาพที่มีในการใช้บริการครั้งสุดท้ายเป็นเพราะเวลารอรับบริการนาน

และสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมบริการที่ต้องการ สำหรับกลุ่มคนที่ไม่ได้ใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมาขึ้นเกือบทั้งหมดทำให้เหตุผลว่า ไม่มีอาการใด ๆ

ชิตารัตน์ ตั้งกิตติเกษม และ วัชรพงษ์ หอมวุฒิวงศ์ (2553: 9-21) ได้ทำการศึกษาเรื่องสภาวะช่องปากและพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดหนองคายจากการสำรวจความชุกของโรคฟันผุ สภาวะปริทันต์ ฟันตกกระและพฤติกรรมทันตสุขภาพโดยการศึกษาภาคตัดขวางที่ดำเนินการในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคมปี พ.ศ. 2553 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้โรงเรียนประถมศึกษา 24 แห่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักเรียนอายุ 12 ปี จำนวน 672 คน เป็นหญิง 342 คน ชาย 330 คน ใช้แบบสอบถามและแบบตรวจสุขภาพช่องปากในการสัมภาษณ์และตรวจโดยทันตบุคลากร ใช้สถิติไคสแควร์ในการทดสอบหาความสัมพันธ์ทางสถิติ ผลการศึกษาพบว่า เด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 41.96 ค่าเฉลี่ยถอนอุด 1.53 ซี่/คน มีฟันตกกระ ร้อยละ 3.57 เด็กนักเรียนมีสภาวะเหงือกปกติร้อยละ 50.45 เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กพบว่า เด็กจำนวนร้อยละ 66.96 ดื่มน้ำอัดลมอย่างน้อยที่สุด 1 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 11.46 ในช่วงที่อยู่โรงเรียนเด็กได้เงินมาโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 15.10 บาท ใช้ซื้อขนมเฉลี่ยวันละ 9.18 บาท ขณะช่วงวันหยุด เสาร์ อาทิตย์ เด็กใช้เงินเฉลี่ยเพิ่มวันละ 9.95 บาท จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าเด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันร้อยละ 29.36 ขณะที่แปรงฟันก่อนเข้านอนร้อยละ 60.36 จากการทดสอบสถิติไคสแควร์พบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มน้ำอัดลมและโรคฟันผุที่ระดับนัยสำคัญ 0.001 (P-value<0.05) พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและสภาวะการเกิดโรคฟันที่ระดับนัยสำคัญ 0.016 (P-value<0.05) โดยเพศหญิงมีโรคฟันผุมากกว่าเพศชาย

พรรณชนก สังขฤทธิ์และคณะ (2557: 174-180) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา โรงเรียนบ้านบักจรัส ตำบลกาบเชิง อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า กระบวนการพัฒนาการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา บ้านบักจรัส ต้องอาศัยกระบวนการหรือความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยมีรูปแบบการดำเนินงานของ PSFM Model ประกอบด้วย 1) Policies คือการกำหนด แผนนโยบายเรื่องการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ และการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน และชุมชนที่ชัดเจน 2) Support คือ การบริหารจัดการด้วยชุมชนเอง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ร่วมค้นหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกันที่สอดคล้องตามบริบทชุมชนสามารถไปสู่การดำเนินการร่วมกันโดยหน่วยงานราชการเป็นเพียงส่วนเสริมเติมเต็มให้สมบูรณ์เท่านั้น 3) Finance คือระบบบริหารงานการเงินที่ได้รับมาเพื่อการดำเนินงาน อย่างสอดคล้องกับนโยบาย เช่นกองทุนทันตกรรมโรงเรียนที่บริหารจัดการด้านทันตสุขภาพโดยชุมชนเพื่อชุมชน 4) Man คือความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกจากนี้ พบว่านักเรียนสามารถร่วมอยู่ในทีมดำเนินงานได้เช่นกัน

วัชรารักษ์ เชื่อมกลาง และพรทิพย์ คำพอ (2556: 51-62) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครองศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนพิทักษ์ภูเบนทร์ อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้เทคนิควางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยมีกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงเรียนพิทักษ์ภูเบนทร์ ทั้งหมดจำนวน 34 คน ครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ตัวแทนแกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจำนวน 19 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยใช้ 1) แบบสอบถาม 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แบบสังเกตการมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการให้ความรู้และการปฏิบัติตนเรื่องการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองพบว่าผู้ปกครองมีความรู้และการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นำไปสู่การร่วมกันแก้ปัญหาของชุมชนในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองเพื่อให้เกิดผล ต่อเนื่อง และยั่งยืน

รุ่งลดา ศรีพระจันทร์ และพรทิพย์ คำพอ (2557: 99-110) ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ของนักเรียนระดับประถมศึกษาโรงเรียนหิน โงมวิทยา ตำบลหินโงม อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) กลุ่มเป้าหมายคือ ตัวแทนนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 43 คน ตัวแทนผู้ปกครอง ตัวแทน ผู้นำชุมชน ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง 21 คน ผลการวิจัยการตรวจราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน โดยการย้อมสีฟันพบว่าก่อนพัฒนามีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในระดับปานกลาง หลังจากพัฒนา ส่วนใหญ่มีแผ่นคราบจุลินทรีย์เล็กน้อย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.812$, $p\text{-value} < 0.001$ ที่ 95%CI=1.11 ถึง 1.46) ผลการจัดประชุมการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมโดยเทคนิคกระบวนการ AIC ได้ 5 โครงการ คือ 1) โครงการจัดทำสื่อทันตสุขภาพ 2) โครงการพบหมอฟันกันเถอะ 3) โครงการอบรมนักเรียนเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของนักเรียน (ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว) 4) โครงการประกวดคู่มือฟันดี 5) โครงการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของนักเรียน ได้ดำเนินการแล้วอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ชุมชน เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน โดยการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและมีส่วนช่วยกระตุ้นการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของนักเรียน ขณะนักเรียนอยู่ที่บ้าน และสามารถนำเทคนิค กระบวนการ AIC ไปแก้ปัญหาสุขภาพอื่นได้

อุดมพร รักเถาว์ และจารุวรรณ วงษ์เวช (2558: 52-63) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาขั้นตอนที่ 2 การคืนข้อมูลแก่ผู้ปกครองและ

ครู ชั้นตอนที่ 3 ดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยแผนการ เรียนรู้ ชั้นตอนที่ 4 จัดเวทีคืนข้อมูล ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติเกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ได้แก่ ปัญหาการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องของผู้เลี้ยงดู ปัญหาการรับประทานนมหวานและปัญหาการเลี้ยงดูด้วยขวดนม และ 3) แนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพในช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนในระดับครอบครัวเน้นการเสริมแรงจูงใจ การใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก สำหรับในระดับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมระหว่างครูและผู้ปกครอง การจัดทำสื่อการสอนประชุมเครือข่ายผู้ปกครองและการประกาศนโยบายศูนย์ปลอดขวดนม