



แนวทาง

การจัดบริการ

ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน
โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



**แนวทาง
การจัดบริการ
ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก**

แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก

กองบรรณาธิการ

สุณี วงศ์คงคาเทพ

วรางคณา อินทโลहित

สุรียา รักเจริญ

จินดา พรหมทา

เสกสรรค์ พวกอินแสง

ทีมงานทันตบุคลากรตามรายชื่อในเอกสารบทผนวก

ที่ปรึกษา

สุธา เจียรณณีโชติชัย

โกเมศ วิชชาวุธ

จัดพิมพ์โดย : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม 2554 จำนวน 3,000 เล่ม

จำนวนหน้า : 80 หน้า

ISBN : 978-616-11-0777-2



คำนำ	4
กิตติกรรมประกาศ	5
บทที่ 1 ปรัชญาแนวคิดการทำงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก	6
บทที่ 2 นิยามและหลักการการทำงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก	11
บทที่ 3 รูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก ในแต่ละกลุ่มวัย	29
บทที่ 4 ทักษะและทักษะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของ ผู้ทำงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก	71
บทผนวก รายชื่อทีมทันตบุคลากรผู้ร่วมจัดทำเอกสาร	78



คำนำ

กรมอนามัย อนุมัติให้สำนักทันตสาธารณสุขดำเนินโครงการพัฒนา กลไกนโยบายและระบบการบริหารจัดการระดับจังหวัด เพื่อสนับสนุนการจัด บริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิให้มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ โดยมีจุดเน้นสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในเรื่อง 1) สนับสนุนการขยายบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิให้ครอบคลุมทุกตำบล ที่เชื่อมโยงประสานการทำงานร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างมี ประสิทธิภาพ 2) พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัด บริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดให้เข้มแข็ง และ 3) สนับสนุนการจัดบริการ สุขภาพช่องปากใน รพ.สต. และ 4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ประกาศนโยบาย การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในรูปแบบ การบริหารจัดการแบบ “กองทุนทันตกรรม” ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป

เพื่อให้การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกในชุมชน ในหน่วย บริการปฐมภูมิมีความต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักทันตสาธารณสุขจึง ได้จัดทำแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกนี้ขึ้น สำหรับ หน่วยงานบริการสุขภาพช่องปากในส่วนภูมิภาค ใช้เอกสารนี้เพื่อประโยชน์ใน การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ต่อไป

สำนักทันตสาธารณสุข

กรมอนามัย

สิงหาคม 2554



กิตติกรรมประกาศ

แนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกในครั้งนี้ สำเร็จได้ ด้วยการสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน สำนักทันตสาธารณสุขขอขอบคุณ ทีมงานทันตบุคลากรตามรายชื่อในเอกสารบทผนวก ที่สละเวลาในการเข้าร่วม จัดแนวทางการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก จนได้เป็นเอกสารที่ สมบูรณ์เล่มนี้ขึ้น และขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ กรมอนามัย ที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเพื่อสังเคราะห์ ความรู้ประสบการณ์การทำงานเชิงรุก และจัดพิมพ์เอกสารครั้งนี้

บทที่ 1

ปรัชญาแนวคิดการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

ประเทศไทยมีการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นเวลายาวนาน เป็นการวางรากฐานแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ และพัฒนางานสาธารณสุขให้สามารถสนับสนุนการแก้ปัญหาสุขภาพพื้นฐานในชุมชนโดยประชาชน ตลอดจนการป้องกันโรคที่พบบ่อยในชุมชน ขณะเดียวกันหน่วยบริการสุขภาพ หรือ สถานพยาบาลระดับต่างๆ ได้รับการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน คือ มีสถานอนามัยในทุกตำบล โรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ และโรงพยาบาลทั่วไปในทุกจังหวัด มีการพัฒนาบริการเฉพาะทางด้านต่างๆ อย่างมาก แต่ก็ยังพบว่าในพื้นที่บางส่วนของประชาชนยังเข้าไม่ถึงบริการ และการดูแลสุขภาพยังขาดคุณภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ซึ่งประชาชนมีความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพตนเองไม่มาก กอปรกับสภาพสังคมของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพความเป็นเมืองมากขึ้น ประชากรย้ายถิ่นจากชนบทไปทำงานในเขตเมือง ประชากรมีอายุยืนมากขึ้น ทำให้แบบแผนปัญหาสุขภาพเปลี่ยนไปเป็นปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ อัมพาต ปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต เช่น ความเครียด ความอ้วน การติดยาเสพติด เอดส์ ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวต้องการระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้พัฒนาให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มุ่งหวังให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม ไม่ว่าจะรวยหรือจน และในระบบหลักประกันสุขภาพนี้ได้ให้ความสำคัญต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ออกแบบให้หน่วยบริการปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำครอบครัว และมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อบริการเป็นลักษณะเหมาจ่ายต่อหัวประชากร ซึ่งทำให้มีกระแสการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในลักษณะที่หลากหลายมากขึ้น หน่วยบริการในสังกัดอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาบริการในลักษณะต่างๆ โดยกำหนดบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิให้สามารถจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการที่ผสมผสานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่ จัดบริการดูแลที่ต่อเนื่องในระดับครัวเรือนและชุมชน รวมทั้งบทบาทในการสร้างเสริมศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน แต่กระแสการพัฒนาบริการปฐมภูมิก็ยังมีลักษณะขึ้นลง ไม่แน่นอน และยังไม่มิติศทาง

การพัฒนาที่ชัดเจน มีลักษณะต่างคนต่างพัฒนาตามความสนใจ บางส่วนยังมุ่งเน้นที่บริการรักษาพยาบาลแบบโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในส่วนกระทรวงสาธารณสุขยังได้รับการพัฒนาไม่เต็มที่ ดังนั้นทิศทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ พัฒนาให้มีความสามารถเป็นที่ปรึกษาของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพ ให้บริการพื้นฐานอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ รวมถึงการเพิ่มความเข้มแข็งของหน่วยบริการที่กระจายอย่างทั่วถึง เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น สนับสนุนการมีส่วนร่วม และเสริมศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน ดังนั้นทีมสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาการดูแลสุขภาพที่มีความเข้าใจมิติความเป็น “คน” ของผู้รับบริการ ช่วยเป็นเพื่อนที่ปรึกษาในการดูแลสุขภาพร่วมกัน และช่วยเสริมศักยภาพของการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

สุขภาพกับชีวิต

เรามักคุ้นเคยกับคำว่า “สุขภาพ” ในมิติขององค์การอนามัยโลก ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลาย ก็คือสุขภาพ 4 มิติ หมายถึง ความสมบูรณ์ทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งนิยามการสร้างเสริมสุขภาพว่า “กระบวนการที่ทำให้ประชาชนมีศักยภาพ หรือมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และการทำให้สุขภาพของตนเองดียิ่งขึ้น” และ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ขยายแนวคิดว่าด้วยสุขภาพ ดังนี้ “สุขภาพ คือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณทางสังคม และทางปัญญา หรืออีกนัยหนึ่ง สุขภาวะ คือ ความเป็นอิสระ หรือการหลุดพ้นจากความบีบคั้นทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา” อันเป็นการให้ความหมายสุขภาพในเชิงปรัชญาสังคมที่ชัดเจน

สุขภาพมีนิยามเดียวกันหรือไม่ เป็นคำถามที่ทำให้ขบคิด ถ้าเช่นนั้น คำว่า “สุขภาพองค์รวม” คืออะไร หากมองออกไปรอบๆ เราจะพบว่า คนยากคนจนหาเช้ากินค่ำในสังคมรอบตัวเราทุกวันนี้มีเยอะมาก ชีวิตของเขาเป็นตัวอย่งของการศึกษาเพื่อที่จะเรียนรู้ว่า คนเราใช้ชีวิตอยู่อย่างไร ให้ความสำคัญกับเรื่องอะไรมากที่สุด “หมอบอกคนไข้เสมอว่าเป็นเบาหวานแล้วรักษาไม่หาย เหมือนจะบอกว่าเป็นเบาหวานแล้ว ชีวิตที่เหลือจะไม่มีความสุข” หรือ “ลูกถีบสามล้อรับส่งคนในตลาด กินยาบ้าวันละ 10 กว่าเม็ด เพื่อให้มีแรงถีบสามล้อ

จะไม่มีรายได้พอกิน” ในชีวิตจริงการมีเรื่องแรงในการทำมาหากิน และเวลาที่ใช้ไปกับการหารายได้ เป็นสิ่งที่ชาวบ้านให้น้ำหนักความสำคัญ นั่นคือการดูแลสุขภาพไม่สามารถแยกโดดๆ เป็นการเฉพาะ เว้นแต่เมื่อสุขภาพไปกระทบกับการดำรงชีวิตเมื่อไร ก็จะเข้าไปดูแลสุขภาพอย่างจำเป็น เช่น เมื่อเจ็บป่วยจนไม่สามารถทำงานได้ เป็นต้น

“เคยให้หมอนามัยมาใส่สายท่ออาหาร (ผู้ป่วยอัมพาตที่บ้าน) สายมันพับใส่อาหารไม่ลง รออยู่หมอนไม่มา เลยเวลาแล้วปากก็ทิว จึงตัดสินใจให้ลูกชายไปซื้อสาย กับเจลหล่อลื่นมาใส่สายเอง... กลางวันต้องไปสวน และกลับมาดูเขาเป็นพักๆ” เพียงแค่วิธีจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ กับชีวิตของตัวเองหรือผู้ป่วยเราก็เห็นว่าชาวบ้านต้องปรับให้พอดีพอเหมาะจัดการตั้งแต่เรื่องเล็กๆ จนถึงเรื่องใหญ่ อย่างใส่สายท่ออาหารด้วยตนเอง ชาวบ้านจึงใช้ภูมิปัญญาของตนเองว่าควรจะจัดการอย่างไรอยู่ตลอด ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างของสุขภาพในมุมมองที่แตกต่าง ระหว่างสาธารณสุข กับชาวบ้าน

นอกจากนี้ สุขภาพไม่เคยแยกส่วนออกจากชีวิตจริง แต่กลับมีความแนบแน่น (Bonding) ต่อกันและกัน ดังนั้น “สุขภาพพอเพียง” จึงเป็นความสมดุลเป็นความพอดีระหว่างพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพและการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพ กับการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ของแต่ละบุคคล โดยอยู่ภายใต้บริบทจำเพาะในชีวิตของเขา ความสมดุลพอดีอย่างไรเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล

เราจะพบว่า ชีวิตต่างหากที่เป็นองค์รวม ไม่ใช่สุขภาพ นั่นเป็นเพราะสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต รวมทั้งชีวิตผู้คนที่ผูกโยงกันเป็นครอบครัวและชุมชนด้วย ชีวิตที่ต้องเผชิญกับปัญหาและความทุกข์นานัปการ ต้องตัดสินใจตั้งแต่ปัญหาปากท้อง การทำมาหากิน ความเป็นอยู่ของครอบครัว ความสงบสุขในชุมชน ล้วนแต่มีผลต่อมุมมองและการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพทั้งสิ้น ... และนี่เป็นนิยามชีวิตกับสุขภาพที่เป็นจริง

การพัฒนาการเรียนรู้และการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน

จะเห็นว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาหลายด้านควบคู่กันไปรวมทั้งการพัฒนาความรู้เพื่อเข้าใจชีวิตและสุขภาพ เพื่อจัดบริการเชิงรุกในชุมชนได้เหมาะสม

เมื่อความเข้าใจชีวิตและสุขภาพ เป็นเรื่องของมุมมองหรือทัศนคติ โดยปกติถ้าชาวบ้านมีศักยภาพและการตัดสินใจในการจัดการปัญหาต่างๆ ด้วยปัญญา อย่างที่เราได้สัมผัสในหลายๆ ชีวิตนั้น ก็ไม่มีความจำเป็นใดที่บุคลากรสาธารณสุขจะเข้าไปมีบทบาทจัดการเรื่องสุขภาพแทนเขา แต่หากเราประเมินด้วยเหตุและผลจากสภาพจริงว่า พฤติกรรมบางส่วนของชาวบ้านอาจจะมีผลเสียต่อสุขภาพของเขาทั้งระยะสั้นและระยะยาวแล้วนั้น เราจึงควรมีบทบาทอย่างเหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของชาวบ้านในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับพฤติกรรมของตนเองอย่างสมดุล หรือเท่าที่เขาเองเห็นว่าเหมาะสม กระบวนการเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจเรื่องดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงควรมีศักยภาพพื้นฐานในการประเมินสภาพจริงได้ ต้องรู้และเข้าใจสภาพจริงในชีวิตและสุขภาพของชาวบ้าน

บทที่ 2

นิยามและหลักการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

การทำงานเชิงรุก หมายถึง การทำงานที่มีการวางแผนงานเพื่อป้องกันปัญหาหรือลดความรุนแรงของปัญหา ที่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าได้ด้วยข้อมูลที่มีอยู่ และพร้อมตอบสนองของความต้องการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มุ่งเน้นที่ความรู้ ทักษะ และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในที่สุด ด้วยการใช้กลยุทธ์ เทคนิค องค์ความรู้และเทคโนโลยีต่างๆ อย่างเหมาะสม โดยไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

การบริการสุขภาพ มี 2 ลักษณะ ได้แก่ การบริการเชิงรับ และการบริการเชิงรุก การบริการเชิงรับ หมายถึง การให้บริการส่วนใหญ่เป็นการให้บริการเพื่อรักษาพยาบาลมากกว่าบริการเพื่อการสร้างสุขภาพ

นิยามการทำงานเชิงรุกในชุมชน

จากเวทีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มทันตบุคลากร เรื่องนิยามการทำงานเชิงรุกในชุมชน พบว่าได้ความคิดเห็นที่หลากหลายดังนี้

ผศ.ดร.จิตติ มงคลชัยอรัญญา เห็นว่า รูปธรรมการทำงานเชิงรุก ขึ้นอยู่กับมุมมองส่วนบุคคล ยกตัวอย่างเช่น การที่จะบอกว่ารัฐธรรมนุญของประเทศไหนดีกว่ากันนั้นไม่ได้ ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละที่ นิยามการทำงานเชิงรุกในชุมชนจึงมีความเป็นพลวัต (Dynamism) ไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ กาลเวลาเปลี่ยนไปนิยามนั้นก็จะเปลี่ยนไปด้วย อาจเพราะประสบการณ์ที่มากขึ้น บริบทต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นนโยบายรัฐ สภาพปัญหา บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและบทบาทขององค์กรประชาสังคม จึงต้องติดตามสถานการณ์ให้ทันทั่วทั้ง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขความหมายหรือนิยามนั้นให้ทันต่อเหตุการณ์ และเกิดความเหมาะสมเป็นระยะ

ทพญ.จินดา พรหมทา เสนอว่า การทำงานเชิงรุก หมายถึง การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองของประชาชน ซึ่งดำเนินการโดยแสวงหาเครือข่ายหรือผู้นำ (Leader) ในพื้นที่แล้วนำมาพัฒนาในด้านการดูแลตนเองเพื่อให้เป็นแบบอย่างในการดูแลตนเอง รวมทั้งตระหนักถึงการดูแลผู้อื่นด้วย การมองหาผู้นำที่มีศักยภาพในชุมชนจึงเป็นจุดเริ่มที่สำคัญ สร้างบรรยากาศการทำงานบนความเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน และร่วมกันค้นหาวิถีทางจากการปฏิบัติด้วยตัวเอง

ร่วมกัน ซึ่งวิถีทางอาจจะนำไปสู่ความสำเร็จหรือล้มเหลวได้ แต่เราต้องพยายามเก็บเกี่ยวขึ้นเป็นวิถีทางแห่งการเรียนรู้ของมนุษย์แต่ละคน

คุณจรรยา พงษ์บุรี เสนอว่า การทำงานเชิงรุก คือ การรุกออกไปข้างนอก เช่น การไปคลุกคลีกับชาวบ้าน เพราะจะทำให้ได้รู้ถึงสภาพแวดล้อม ความเป็นอยู่ของชาวบ้านว่าเป็นอย่างไร ดังเช่น การออกประชาคมหมู่บ้าน เพื่อทราบถึงความต้องการทางด้านสุขภาพของชาวบ้าน โดยประชาชนจะสะท้อนปัญหาให้ได้ทราบ เช่น ปัญหาในการเดินทางไปยังสถานบริการ หรือ ทักษะและประเภทบริการที่ขาดในบริการสุขภาพช่องปาก หรือ การไปตรวจวัดความดันผู้ป่วยติดเตียงตามบ้าน ทั้งยังทำให้ทราบในเรื่องของเด็กว่าในเวลากลางวัน ส่วนใหญ่เด็กจะอยู่กับผู้สูงอายุ ก็จะทำให้ทราบได้ว่าจะสามารถพบกับผู้ปกครองของเด็กได้ในตอนเย็นหลังเลิกงาน ก็จะดำเนินการเชิงรุก โดยออกไปพบผู้ปกครองในช่วงเย็น ซึ่งการที่เราทราบปัญหาแล้วจะทำให้เรารู้ถึงจุดบกพร่อง จึงเป็นที่มาของการดำเนินการเชิงรุกในวิธีต่างๆ ทั้งการออกไปให้บริการ การให้ทันตศึกษา ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นการทำงานเชิงรุกทั้งสิ้น การทำงานเชิงรุกในลักษณะดังกล่าวนี้เป็นการรุกเพื่อทำความเข้าใจและจัดบริการได้อย่างเหมาะสม

ทพญ.วรางคณา อินทโลหิต เสนอว่า การทำงานเชิงรุก คือ **การรุกไปที่สาเหตุของปัญหา** ดังนั้น ถ้ามีปัญหาต้องหาสาเหตุของปัญหาให้พบว่าเป็นอะไร โดยต้องทำความเข้าใจและสนใจมุมมอง ความสนใจ ความต้องการของชาวบ้านเป็นสำคัญ เช่น ชาวบ้านให้ความสำคัญในเรื่องของสติปัญญาของบุตรหลานมากกว่าเรื่องสุขภาพช่องปากและฟัน ดังนั้น อาจเน้นการจัดการเรื่องโภชนาการซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องช่องปากและฟันในทางอ้อม การทำงานต้องศึกษาเรียนรู้ เข้าใจบริบท วิถีคิดและความเข้าใจของชาวบ้านที่เป็นสาเหตุในเชิงลึก จะทำให้เข้าใจสาเหตุของปัญหาได้ ซึ่งปัญหานั้นมีหลายชั้น และจะสามารถหาช่องทาง แนวทางในการจัดการกับสาเหตุของปัญหาได้ ไม่ว่าจะปัญหานั้นจะอยู่ที่ใด ไม่ว่าจะเป็นการออกไปทำงานข้างนอกหน่วยบริการ หรือการอยู่ในสถานบริการก็สามารถทำงานเชิงรุกได้เช่นกัน การทำงานเชิงรุกแบบในที่ตั้งนี้ มีลักษณะคล้ายกับหลักการของคลินิก Counseling ซึ่งเมื่อเราเห็นปัญหาฟันผุของเด็กก็สามารถสัมผัสภาวะจนถึงการเลี้ยงดูและกิจกรรมต่างๆ ของเด็ก ซึ่งเป็นลักษณะคล้ายกับการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลไม่ได้เป็นเพียงการออกไปเก็บข้อมูลใน

ชุมชนเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่สามารถที่จะสัมภาษณ์พูดคุยกับ Case เพื่อเก็บข้อมูลโดยมีการบันทึกข้อมูลด้วย ดังนั้นจึงอาจมีระบบเฝ้าระวังและ Counseling ภายในสถานบริการ ซึ่งเป็นหลักการการทำงานเชิงรุกในที่ตั้งได้เช่นกัน

ทพ.สุริยา รักเจริญ มีความเห็นว่าการทำงานเชิงรุกไม่จำกัดว่าจะเป็นการก้าวออกไปทำงานข้างนอกหรือการอยู่ในสถานบริการ ขอเพียงให้เข้าใจถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาอย่างแท้จริง และยังเห็นว่าเป้าหมายที่ทีมสุขภาพควรจะไปให้ถึงในการทำงานเชิงรุก คือการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองของประชาชน ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงศักยภาพของทีมงานสุขภาพด้วยว่ามีความสามารถในการที่จะกระทำเรื่องดังกล่าวได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งปัจจุบันมีความจำเป็นต้องพัฒนาทีมสุขภาพให้สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะเรื่องของสุขภาพช่องปากเท่านั้น

คุณจุฑารัตน์ จุมพล เสนอว่า การทำงานเชิงรูกนั้นต้องพิจารณาในประเด็นบริบทพื้นที่ด้วย ในแต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน การทำงานย่อมมีความแตกต่างกัน ไม่มีเกณฑ์ในการทำงานที่ตายตัว ซึ่งการทำงานในพื้นที่ ต.ท่าฉนวน อ.มโนรมย์ จ.ชัยนาท ได้ทำงานร่วมกับ อสม. จึงทำให้ทราบว่า อสม. แต่ละคนมีคุณสมบัติอย่างไร และควรที่จะเลือก อสม. คนใดเข้ามาช่วยงานของเรา เพื่อให้สามารถลงปฏิบัติสนับสนุนชาวบ้านให้ได้มากที่สุด เช่นการจัดบริการเสริมใน WBC เริ่มทำในพื้นที่รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน และมีการทำงานในวันเสาร์ อาทิตย์ เพราะได้พบกับผู้ปกครองที่พาเด็กมาตรวจรักษา ก็จะทำให้ได้พบกับปัญหาต่างๆ สามารถให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครองไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการทำงานบูรณาการร่วมกับงานบริการสุขภาพอื่นในสถานีนอมาลัยด้วย โดยมี อสม. เข้ามาร่วมช่วยให้บริการและติดตาม Case ได้

ทพ.สุโรจน์ คงสมัย เสนอว่า การทำงานเชิงรุกควรมีลักษณะเป็นองค์รวม ดำเนินการเป็นสหวิชาชีพ มีการนำข้อมูลต่างๆในพื้นที่ที่มีอยู่มาแบ่งปันกัน เป็นการกลับไปเริ่มต้นที่พื้นฐาน คือกลับไปดูที่ปัญหา ซึ่งควรเป็นลักษณะของการผสมผสานการจัดบริการเพื่อเข้าถึงปัญหา เพราะการส่งเสริมป้องกัน รักษา ที่อยู่ในขอบเขตของงานทันตสาธารณสุขนั้นไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการตั้งรับบริการทันตกรรมไม่ได้ทำให้ปัญหาสิ้นสุดลงได้

ทพญ.จินดา พรหมทา เสนอว่า การตั้งกฎเกณฑ์ที่เข้มงวดเกินไปหรือการกำหนดนโยบายสาธารณะบางอย่างอาจไม่สอดคล้องกับบริบท เมื่อดำเนินงานผ่านไปในระยะหนึ่งก็จะพบคำตอบว่ากฎเกณฑ์หรือนโยบายเหล่านั้นเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งอาจต้องฟังจากมุมมองของผู้รับบริการ เช่น ในงานเกี่ยวกับเด็ก มุมมองของผู้ปกครอง หรือผู้ใหญ่ที่เกี่ยวข้องอาจสะท้อนให้เห็นถึงความเหมาะสมสอดคล้องที่ต้องและได้ผลกว่า นั่นคือมุมมองของทันตบุคลากร อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปกครอง การทำงานของทันตบุคลากรจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับทุกๆ มุมมอง การพัฒนานวัตกรรมหรือวิถีทำงานใหม่ๆ ของทันตบุคลากรต้องคิดบนฐานที่เข้าใจบริบทพื้นที่และวิถีคิดของชาวบ้าน ดังนั้น สิ่งที่จะปรากฏอยู่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนจะต้องไม่มีฝืนธรรมชาติ ด้วยเหตุนี้การทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสม เพราะเป็นการสังเคราะห์ปัญญาจากการปฏิบัติ และบางที่แนวทางที่เรากำลังค้นหากันอยู่อาจเป็นสิ่งที่ชาวบ้านปฏิบัติกันอยู่แล้ว การที่ลงไปเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจชุมชนจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ ซึ่งขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรแต่ละคน เช่น บทบาทของทันตภิบาลในสถานีนอมาลัยจะลงไปสัมผัสกับชุมชน ส่วนทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนอาจเป็นอีกบทบาทหนึ่ง รวมทั้งการเข้าใจองค์รวมของสหวิชาชีพ จึงคาดหวังว่าในอนาคตจะมีการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพจนสามารถเข้าใจบุคคลและชุมชนในพื้นที่แบบองค์รวมมากขึ้นได้ จุดนี้ถือเป็นส่วนขาดของทันตบุคลากรอย่างชัดเจนที่ต้องเร่งพัฒนา

ทพญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ เสนอว่า สิ่งที่สำคัญของการทำงานเชิงรุก คือต้องเห็นและเข้าใจปัญหาที่ชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น ทันตบุคลากรต้องมีความสามารถในการมองเห็นปัญหา โดยเริ่มที่ใจต้องการที่จะเข้าใจ จนถึงการมีทักษะในการประมวล วิเคราะห์ จับประเด็น ซึ่งต้องพิจารณาว่าในปัจจุบันนี้ทันตแพทย์และทันตภิบาลยังขาด ทักษะด้านนี้คือ มีความสามารถดังกล่าวไม่เพียงพอ นอกจากนี้ทีมงานยังต้องมีความสามารถในการสื่อสารถ่ายทอดให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจกับประเด็นปัญหา และ การสร้างความตระหนักในระดับที่ต้องการอยากมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาาร่วมกัน

โดยสรุปนิยามที่ร่วมกันคิดนี้เป็นการมองการทำงานเชิงรุกใน 2 มิติ คือ มิติเชิงเป้าหมายการทำงานสุขภาพช่องปาก ในที่นี้มองการทำงานเชิงรุกในชุมชน เข้าใจในสภาพปัญหา บริบทที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการกินดีอยู่ดี ชุมชนเข้มแข็ง และมีมติเชิงกระบวนการ คือ การทำงานเชิงรุกออกนอกหน่วยบริการเพื่อพัฒนาการบริการให้เข้าถึง รวมทั้งการทำงานเชิงรุกในด้านการระดมทรัพยากร (Resource Mobilization) การระดมทรัพยากร คือดึงทรัพยากรจากชุมชน โดยมีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรนั้นด้วย แทนที่จะไปใช้ทรัพยากรเฉพาะจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นนิยามการทำงานเชิงรุกในชุมชนของแต่ละบริบทจึงไม่เท่ากัน การกำหนดกรอบแนวทางการทำงานเชิงรุกเป็นภาพรวมของประเทศ จึงต้องคำนึงถึงพื้นที่ที่มีทุนพัฒนาน้อยที่ไม่สามารถทำได้ ซึ่งอาจเป็นการบั่นทอนกำลังใจ ทำให้รู้สึกหมดหวังและท้อถอย แต่หากกำหนดกรอบแนวทางต่ำเกินไป อาจไม่เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลง **การบริการเชิงรุก** จึงหมายถึง การช่วยให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพให้ได้ โดยเป็นการบริการที่ต้องครอบคลุมทั้งเรื่องการสร้างสุขภาพและการรักษาพยาบาล มีภารกิจส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการให้บริการทั้งในและนอกสถานที่โดยคำนึงถึง 1) เป็นบริการบนหลักการดูแลแบบองค์รวม 2) ดำเนินการบริการโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ 3) เป็นบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) ได้นำมาตรฐานวิชาชีพ มาสู่การปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิ์และศักดิ์ศรีทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) กับการทำงานเชิงรุก

ความแตกต่างระหว่าง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) กับกลุ่มเป้าหมาย (Target group) หากเรามองที่ Target group จะเป็นเรื่องของกลุ่มผู้รับผลประโยชน์โดยตรง หรือ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่เราจะไปทำงานด้วย และจะเป็นผู้รับประโยชน์จากการทำงานชิ้นนั้น ในส่วนของ Stakeholder นั้นจะมีความหมายที่กว้างกว่า หมายถึง คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการทำงานชิ้นนั้น งานบางงานจะมีส่วนเสียเยอะ เพราะฉะนั้นการทำงานต้องระวังปัจจัยนี้ให้ดีด้วย ยกตัวอย่างเช่น การทำงานให้โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม หรือ ให้ชุมชนปลอดจากขนมกรุบกรอบ ก็จะมีคนที่มีส่วนเสียประโยชน์อยู่เพราะฉะนั้นการทำงานจึงต้อง

คำนึงถึงวิธีการจะสื่อสารสารอย่างไร ซึ่งก็อาจไม่ใช่หน้าที่ของเราที่จะไปสื่อสารโดยตรง เช่น ถ้าเราจะไปสื่อสารโดยตรง และพลังอำนาจของเราเหนือกว่าเค้า เค้าอาจจะยอมจำนนเราชั่วคราว อาจจะทำไปก็คิดขัดแย้งไป และพอเราไม่อยู่ทุกอย่างก็จะกลับคืนสู่สภาพเดิม เพราะพลังอำนาจที่เหนือกว่าได้หมดไปแล้ว หรือหากเรามองหาคนที่จะมา Counter balance ได้จากคนที่อยู่ในชุมชนเอง ทำอะไรที่จะเป็นการสร้างกระแสขึ้นมา ทำอะไรที่จะเป็นการให้คนเขามาร่วม ไม่มีใครที่จะเป็นศัตรูหลัก หรือมิตรถาวร จำเป็นต้องสร้างการยอมรับร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเห็นชัดเจนในงานทันตสาธารณสุขได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ, ครู, ครอบครัว, ส่วนราชการอื่นๆ, อปท., โดยกลุ่มที่ไม่ควรมองข้ามคือกลุ่มกองทุนสวัสดิการชุมชนที่เข้มแข็ง หากทำให้กลุ่มนี้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปากแล้ว จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เพราะชาวบ้านเค้าจะจัดการกันเองโดยทันที

จากข้างต้น Stakeholders ในชุมชนยังมีอีกเยอะ สิ่งที่เราต้องรู้ คือ Who is who? และโครงสร้างอำนาจในชุมชนนั้นเป็นอย่างไร ตัวอย่าง บางคนจากมุมมองของเราไม่เห็นที่ท่าเลยว่าจะเค้าจะเป็นผู้นำ แต่ในความเป็นจริงเค้ากลับได้รับการเคารพศรัทธาจากคนในชุมชนเป็นอย่างมาก จึงเป็นหน้าที่ของเราที่จะต้องสืบเสาะสังเกตค้นหา หรือจะให้เรารู้ก็ทำได้ด้วยการถอดบทเรียน การทำ KM เชิญผู้รู้ในแต่ละสาขาเข้ามา ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้เร็วขึ้น การทำงานกับ Stakeholders ถ้าชัดในหลักการจะทำให้เราสามารถวิเคราะห์ชุมชนได้

คำว่า ชุมชน นั้น โรงเรียน ก็หมายถึงชุมชนได้ หมู่บ้านก็เป็นชุมชน หรือ อบต.ก็เป็นชุมชน หรือชุมชนคนๆไปเข้าวัดด้วยกันนั้นก็ชุมชน ชุมชนย่อยในชุมชนใหญ่ ซึ่งแล้วแต่เราจะวิเคราะห์ชุมชนแค่ไหน ถ้าเราตีกรอบชุมชนใหญ่มากเกินไปก็จะทำให้เรียนรู้ได้ช้า เพราะมีตัวละครเยอะเหลือเกิน การจะมาสืบสาวราวเรื่องก็ทำได้ยาก แต่หากเราตีกรอบชุมชนเล็กเกินไปก็อาจทำให้เราทำงานพลาดได้เช่นกัน เพราะเราจับจุดเล็กแล้วคิดว่าถูก แต่กลับมีส่วนใหญ่ที่เรามองไม่เห็นซึ่งอาจทำให้การทำงานคลุกคลีได้เช่นกัน ซึ่งส่วนนี้ต้องอาศัยประสบการณ์

การแสวงหาผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชน (Change agent) ในทางสุขภาพเรามักจะมองที่ อสม. เป็นหลัก ซึ่งการหา Change agent นั้นต้องเป็น

บุคคลที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลง ไวต่อการเรียนรู้ ไวต่อการผลักดัน เพื่อไปขับเคลื่อนการพัฒนาในชุมชนของตนเอง ซึ่งเค้าเป็นคนในชุมชนนั้นเค้าก็จะเต็มใจที่จะทำงานช่วยเหลือพี่น้องในชุมชนของตัวเอง แต่วิถีคิดขณะนั้นก็กลับทำให้หลงประเด็น กลไกรัฐไทยหรือสังคมไทยเป็นสังคมชนชั้น ยังมีความเป็นชนชั้นอยู่ในหน่วยงานราชการก็มีความเป็นชนชั้น ในชุมชนก็มี แม้แต่ในทางพระพุทธศาสนาเองก็มีเช่นกัน อสม. อพม. หรือกลุ่มที่มี อ. อ่าง นำหน้าทั้งหลายที่หมายถึง อาสาสมัคร... จึงกลายเป็นกลไกของหน่วยงานนั้นๆ บางครั้งมีการฝึกงานซึ่งเกินบทบาทของ Change agent การเป็นผู้นำทางการหรืออาสาสมัครบางครั้งถูกบิดเบือนบทบาทของการเป็น Change agent ไป Change agent อาจเป็นได้ทั้ง อสม. ผู้นำชุมชน ครู ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง แกนนำชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ เพราะฉะนั้นเราต้องกำหนดบทบาทของ Change agent ให้ชัดเจน ยิ่ง อสม. ตอนนี้มีเงินเดือนด้วยแล้วก็ไม่แน่ว่าเค้าจะยังคงเป็น Change agent ที่ดีหรือไม่พอकिनเงินเดือนแล้วหลายกระทรวงก็เริ่มใช้งานเค้า ชาวบ้านเริ่มต่อต้าน อสม. เพราะคิดว่าทำงานเพราะเงิน การที่มีอะไรใส่เข้าไปในชุมชน (Change) ก็จะมีแรงต้าน (Resistant to change) ซึ่งเป็นกฎของธรรมชาติ ชุมชนก็เช่นกัน

บทบาทของ Professionals เราต้องเป็น Technocrat ต้องมีองค์ความรู้บางอย่างที่เหนือกว่าชาวบ้าน และพยายามให้ชาวบ้านเกิดความรู้ตรงนี้ให้ได้ เพื่อที่ว่าเค้าจะได้นำความรู้ตรงนี้ไปใช้ในการดำเนินชีวิต บทบาทตรงนี้ทำให้เราฟังชาวบ้านลดลง ต่างจากนักพัฒนาที่มีภูมิหลังทางสังคมศาสตร์ซึ่งเค้าจะฟังชาวบ้านมากกว่าพวก Technocrat จึงมักจะเอา Technology ไปใส่ให้ชุมชน ยิ่งถ้าเราเชื่อว่า Technology ที่จะไปใส่นั้นเหนือกว่า การที่เราจะฟังเค้าก็น้อยลงจริงอยู่ที่ความรู้หลายๆ อย่างเราเหนือกว่าเค้า แต่ต้องไม่ลืมว่าองค์ความรู้บางอย่างเค้าเหนือกว่าเรา โดยเฉพาะเรื่องบริบท ภูมิปัญญา วิถีคิดที่แตกต่างกัน ซึ่งวิถีคิดคงบอกไม่ได้ว่าใครเหนือกว่ากัน ซึ่งเรามักคิดแบบ Logic แต่ชาวบ้านดูเหมือนไม่เป็น Logic แต่มีความเป็น Logic ในนั้นเหมือนกัน แต่ Logic ของเค้าเป็นแบบสมการหลายชั้น เพราะชาวบ้านเค้าคิดแบบองค์รวมมากกว่าเรา เพราะเรามีเงินเดือน มีภารกิจมอบหมายชัดเจน จึงทำให้เราทำงานแบบแยกส่วน เค้าจึงต้องขึงใจกับสิ่งที่เป็นนวัตกรรมใหม่ๆ ที่ลงไปเช่นกัน อีกทั้งธรรมชาติของมนุษย์มักไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง เพราะการเปลี่ยนแปลงทุกชนิดมีความเสี่ยง

(Risk) เช่น การเลือกรับประทานอาหาร มีอาหารแปลกใหม่ให้เลือกมากมาย แต่ส่วนใหญ่มักเลือกที่จะบริโภคอาหารที่คุ้นเคย เพราะคิดว่ามีความมั่นคงกว่า เพราะฉะนั้นจึงต้องระมัดระวัง บนพื้นฐานของการเปิดรับความรู้ใหม่ๆ บทบาทใหม่ของการ Empowerment ก็ทำได้ยาก บทบาทหลักในการ Empower เป็นของกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งต้อง Empower ตั้งแต่เริ่มต้น เด็กสมัยนี้ คิดไม่เป็น Cut & Place เก่ง IT เก่ง สมาร์ทโฟน การที่จะ Empower เค้าโดยการเรียนการสอนในห้องเรียนคงใช้ไม่ได้ การที่จะ Empower คน ต้องไปเรียนศาสตร์ Andragogy คือ เริ่มต้นจากสิ่งที่เค้าสนใจก่อน เค้าอยากรู้จริงๆ ในเรื่องใด แล้วค่อยเติมในสิ่งที่ควรจะรู้ ด้วยวิธีการต่างๆ นานา เพราะมนุษย์เรียนรู้ได้หลายช่องทาง การเรียนรู้ที่ถาวรคือ การให้เค้าลองทำด้วยตัวเอง และให้คิดมากๆ ให้เขียนจากประสบการณ์เป็นหลัก ไม่ใช่ไปลอกตำราอื่นมาใช้

หัวใจความสำเร็จของงานเชิงรุกในชุมชน

ผศ.ดร.จิตติ มงคลชัยอรัญญา ให้ความคิดเห็นว่า เคล็ดลับความสำเร็จของงานกับการทำงานชุมชน ถ้าตัดสินใจที่จะใช้ Community base หรือ Community approach หลังจากรู้จักชุมชนได้พอสมควรแล้ว ขั้นตอนที่สำคัญคือ ต้องทำให้ชุมชนตระหนักในความสำคัญของปัญหา ในสถานการณ์ของเค้าเอง และคงไม่ยากที่จะทำให้เค้าตระหนักในความสำคัญของสุขภาพช่องปาก จึงต้องหาวิธีเชื่อมโยงไปสู่เรื่องที่ยากให้เค้าตระหนักให้ได้ เช่น อาจเชื่อมโยงกับความเจ็บปวดซึ่งคนก็อาจกลัวแต่คงกลัวได้ไม่นาน แต่หากเชื่อมกับความเก่ง ความฉลาดของเด็ก ผู้ปกครองอาจจะฟัง แต่ต้องพิสูจน์ให้ได้ก่อนว่าสิ่งที่เชื่อมโยงนั้นเกิดขึ้นจริง เช่น สุขภาพช่องปากที่ดีจะส่งผลให้ IQ EQ ดีไปด้วยต้องมีหลักฐานประจักษ์พยานมาพิสูจน์ยืนยันได้ หากเชื่อมโยงกับความงามก็มีกระแสตอบรับดี เชื่อมโยงกับความสุขตัดความทุกข์ความเดือดร้อนยังไง ใช้เรื่องอื่นมาเป็นสะพานก่อนที่จะลงเรื่องสุขภาพช่องปาก บางที่เราสื่อสารตรงๆ ชาวบ้านอาจรับไม่ได้ อาจต้องสื่อในเรื่องอื่นๆ ก่อน

ความสำเร็จของงานกับการทำงานชุมชนจะเกิดขึ้นไม่ได้ หากชาวบ้านขาดความรู้ ความสามารถในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การที่จะทำให้หมู่บ้านไม่ขยายชนมกรูบรอบ ชาวบ้านต้องอาศัยองค์ความรู้ได้บ้าง คำตอบอาจเป็น

รู้เรื่องพิษภัย สุขภาพ เชื้อโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่องปากหลังจากการกินขนม ความหวานมีผลอย่างไรต่อสุขภาพช่องปาก เศรษฐกิจ การจัดการความขัดแย้ง สิ่งทดแทน จิตวิทยาเด็ก ฯลฯ เราจึงต้องใช้ความรู้เยอะแต่บางทีเรามองข้าม การจัดการต้องจัดการโดยใคร กินเวลามากน้อยแค่ไหน เมื่อไหร่ก็ตามที่เรามองข้ามรายละเอียดพวกนี้ไป งานมักจะไม่รอด งานบางอย่างเพียงเราไปนั่งพูดคุยกับชาวบ้านเค้าก็เข้าใจได้ เพียงแคเราไปกระตุ้นเตือนเค้าเท่านั้นเอง ความรู้ทั้งหมดนี้ไม่จำเป็นต้องอยู่กับคนเพียงคนเดียว อาจอยู่กับคนหลายๆ คน เพียงแต่เราจะจัดเวทีอย่างไรให้เค้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ใครถนัดเรื่องใดให้รับผิดชอบเรื่องนั้นๆ ไป แล้วงานโดยรวมก็จะออกมาดี

การมีกลุ่มหรือองค์กรที่เข้มแข็ง ซึ่งเดิมเค้าอาจมีอยู่มาก่อนแล้ว อาจเป็น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน หรือกลุ่มสวัสดิการชุมชน เราต้องตรวจสอบว่ากลุ่มเหล่านั้นขาดอะไร ค่อยหาโอกาสเพิ่มเติมความรู้ พาไปดูงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน บูรณาการร่วมกัน และหาโอกาสนำกลุ่มต่างๆ สร้างเป็นเครือข่ายเริ่มจากเครือข่ายแบบหลวมๆ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ประกาศสิ่งดีๆ ที่กลุ่มทำขึ้น เพราะฉะนั้นการมีเครือข่ายจึงเป็นการเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน หากมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ก็จะเป็นการต่อเติมความรู้ซึ่งกันและกันได้ และจะขยายไปถึงการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การลงทุน ลงแรง ลงสิ่งของ ก็จะเป็นสิ่งที่ง่ายขึ้น เครือข่ายมี 2 แบบ ทั้งเครือข่ายแนวนอนและเครือข่ายแนวตั้ง เครือข่ายแนวนอน คือ ชุมชนกับชุมชน คนกลุ่มเดียวกัน ชาวบ้านด้วยกัน แต่ในอนาคตควรมีเครือข่ายแนวตั้ง ในการผลักดันรัฐบาลให้เกิดในบางเรื่อง

ความลงตัวความสมดุลระหว่าง Technology-led intervention กับ Community initiative efforts ซึ่ง Technology-led intervention คือ กิจกรรมหรือโครงการที่เราคิด เช่น โครงการรอกฟันเทียม โครงการฟลูออไรด์ จากความรู้ทางวิชาการที่เรามี เป็นการคิดแบบแยกส่วน ซึ่งมีจุดอ่อนเหมือนกัน ส่วน Community initiative efforts เป็นความคิดของชาวบ้านที่อยากทำเรื่องต่างๆ ในการแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งหากเรามองในทางวิชาการจะพบแนวโน้มความสำเร็จที่เป็นไปได้ยากเพราะเค้าคิดแบบองค์รวม ยกตัวอย่าง Technology บางอย่างที่ใส่ให้ชุมชนอาจทำให้ชุมชนมีปัญหา เพราะเกิดจากการคิดแบบแยกส่วนทั้งสิ้น

การที่ทำให้เกิดการถกเถียงจะเป็นการสร้างความเข้าใจให้ชาวบ้าน สอนด้วยการถามมีประสิทธิภาพมากกว่าการบรรยาย เชื่อมโยงประสบการณ์ของเค้าเติมข้อมูลโดยการให้พูด ให้อ่าน หรือพาไปดูงาน กระตุ้นโดยการถามตอบ

บทบาทของสาธารณสุขคือเป็นที่เลี้ยง ที่เข้าใจว่าชาวบ้านมีเงื่อนไขอะไร มีวิธีคิดอย่างไร และยอมรับ เชื่อมั่นในชุมชน และสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม บนพื้นฐานการตัดสินใจร่วมกัน ที่เลี้ยงต้องไม่เอางานของตนเองเป็นตัวตั้ง แน่แน่นอนว่าการทำงานแต่ละอย่างต้องมีเป้าหมายเป็นของตนเอง แต่ไม่จำเป็นต้องบอกให้เค้ารู้ ชำราชากรกับนักพัฒนาส่วนใหญ่มักเริ่มต้นจากการประชุมชี้แจงโครงการ นั่นหมายถึงเราเอาตัวเองเป็นตัวตั้ง เท่ากับว่าชาวบ้านชะงักไปแล้วครึ่งหนึ่ง เพราะเราไปจ้อเค้า เปลี่ยน เป็นการพยายามที่จะหยิบยกปัญหาและความต้องการของเค้าเป็นตัวตั้ง นั่งคุยกัน กระตุ้นกัน ถ้าเค้าเห็นชัดแล้วว่าเรื่องต่างๆ เกี่ยวข้องกับตัวเค้า เค้าเองจะเป็นฝ่ายเข้าหาเราแทน ขอให้เราช่วยเหลือ ซึ่งก็จะเป็นการง่ายต่อการทำงานของเรามากยิ่งขึ้น ไม่เคยมีใครเข้าใจชุมชนได้ทั้งหมด แม้แต่คนในชุมชนเอง อย่างขอให้เรารู้เรื่องชุมชนทั้งหมดเพียงเรารู้ระดับหนึ่งก็เริ่มกระตุ้นได้แล้ว เหมือนกับลองผิดลองถูก แต่ต้อง Update ข้อมูลเสมอ เครื่องมือใหม่ๆ ที่เค้าใช้กันในปัจจุบัน ถ้ามีโอกาสลองให้ลอง เพราะเครื่องมือบางอย่างใช้แล้วมันไม่เสียหาย โดยเฉพาะ Conceptual tool ใช้เครื่องมือใดๆ ก็ได้ที่จะช่วยให้มีความคิดรวบยอดหรือเห็นภาพของชุมชนนั้นง่ายขึ้น ยกตัวอย่างเช่น แผนที่ชุมชน เริ่มต้นด้วยแผนที่ทางกายภาพ บอกขนาดทิศต่างๆ มีอะไรที่ติดต่อกัน ทำให้จินตนาการได้ เขียนหลังคาครวเรือนต่างๆ ให้นึกถึงมาตราส่วนบ้าง ขนาดบ้านแบ่งเป็น เล็ก กลาง ใหญ่ ได้ไหม ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ต่อการคาดการณ์เศรษฐกิจได้ ต่อไปเขียนความสัมพันธ์ทางสังคม แก่งนามสกุล ผู้นำ Change agent Stakeholders ฯลฯ ในทางทันตสาธารณสุขก็อาจลองเขียนดูได้เช่นกันซึ่งสามารถหาอ่านเพิ่มเติมได้จากเครื่องมือของหมอโกมาตร หรือ Venn diagram ฯลฯ

การวิเคราะห์ชนบทแบบเร่งด่วน (RRA : Rapid Rural Appraisal) ของจริงได้ตายไปนานแล้วกว่า 10 ปี เพราะทำตามไม่ได้ทั้งหมด ต้องดัดแปลงกันทั้งนั้น ไม่ใช่ RRA ขนานแท้ ดัดแปลงได้แต่ต้องเข้าใจหลักการ RRA ถูกพัฒนาโดยนักเกษตร เพราะอยากก้าวข้ามปัญหาเฉพาะที่ตนมอง เช่น การลงชุมชนก็จะ

มองเฉพาะปัญหาเกษตรในชุมชนเท่านั้น จึงคิดหลักในการทำ ความเข้าใจชุมชนขึ้นมา RRA จึงเป็นการวิจัยที่ไม่มีมาตรฐานสูง แต่เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เข้าใจชุมชนได้รวดเร็วขึ้น RRA จึงคิดอยู่บนฐานคิดที่ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้การตีความที่หลากหลาย RRA ก่อนเข้าชุมชนต้องศึกษา Secondary data ให้ครบถ้วนก่อน เพื่อพัฒนาประเด็นคำถามการสัมภาษณ์ ไม่มี Questionnaire ตายตัว โดยทดลองใช้ประเด็นคำถามแล้วกลับมาทบทวนว่าได้คำตอบจากคำถามนั้นหรือยัง หากยังไม่ได้ก็กลับเข้าไปอีกครั้ง แต่ต้องรู้ว่าจะไปถามอะไร? ถามจากใคร? ถามจากใครให้ใช้หลัก Triangulation ในเมื่อคนไม่เหมือนกันใช้หลัก รวย กลาง จน ถ้าเป็น Technology ก็แบ่งเป็น Advance, Less advance พยายามแบ่งเป็นชั้นๆ 2-3 ชั้น จะได้ศึกษาความต่าง และดูว่าแต่ละชั้นแต่ละกลุ่มมี Population ขนาดไหน พยายามสัมภาษณ์ให้เป็นอัตราส่วน ถ้าหมู่บ้านนี้มีคน 300 คน มีคนรวย 50 มีคนปานกลาง 100 มีคนจน 150 ถ้าจะเก็บก็ต้องตาม Ratio นี้ ต้องกระจายการเก็บแล้วนำมาเปรียบเทียบกัน ถ้าคนอาชีพทำนาเหมือนกัน คนรวยกับคนจนมีอะไรต่างกันบ้าง นอกจากที่ดินต่างกัน เทคโนโลยีต่างกันไหม? บางทีคนจนอาจเรียนรู้ได้จากคนรวยก็ได้ RRA มักใช้ Conceptual tool เยอะ ทำที่สุด RRA เนื่องจากมาจากสายเกษตร ทัศนคติที่จะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจึงเป็น System property 6 ตัว ซึ่งใน 6 ตัวนี้ มีบางตัวที่ไม่เหมาะกับสายสุขภาพช่องปากเลย ดังนี้

สายเกษตรศาสตร์

- 1) Productivity: กำลังการผลิต ผลผลิตต่อไร่เหมาะสมหรือไม่ ทำไม่ถึงผลผลิตต่ำเกิดจากอะไร
- 2) Stability: เสถียรภาพ อาชีพนี้มีถาวรภาพไหม
- 3) Sustainability: การพัฒนาอย่างยั่งยืน ความยั่งยืนระยะยาว ภายใต้ระบบที่มีอยู่

สายสังคมศาสตร์

- 4) Solidarity: ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน
- 5) Equality: ความเสมอภาค
- 6) Autonomy: สามารถพึ่งตนเองได้

RRA จึงต้องเก็บข้อมูลเยอะมาก และเป็นทฤษฎีที่ดีมากหรือดีเกินไป แต่กว่าจะเก็บอย่างนี้ได้ จึงได้แต่เป็นนักวิจัยมิใช่ นักพัฒนา จึงต้องดัดแปลงให้เหมาะสม พยายามฟังชาวบ้าน พยายามดึงภูมิปัญญาเค้าให้ได้ บริบทเค้าเป็นอย่างไร ทำไมเค้าถึงคิดอย่างนั้น มันมีเงื่อนไขปัจจัยอะไร วิเคราะห์จากข้อมูลที่ดึงได้จากเค้า แล้วลองเสนอกลับไปว่าแบบนี้แบบนี้ดีไหม พร้อมกับผสมผสานข้อคิดเห็นของชาวบ้านที่เค้าเสนอเข้าไป สุดท้ายแล้วจะผิดถูกก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง เพราะชาวบ้านเค้าต่างยอมรับกันแล้ว แต่หากเราตัดสินใจแทนชาวบ้านโดยเฉพาะเอาโครงการเราเป็นตัวตั้งด้วยแล้ว เกิดผิดพลาดขึ้นมาเค้าจะตำหนิเราก่อน

การมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์แบบ คือ การที่เราต้องการให้เค้ามีส่วนร่วมตัดสินใจด้วยตัวเค้าเอง และรู้ว่าผลที่จะตามมา (Consequence) อาจเกิดได้ทั้งบวกและลบ แต่เค้าเต็มใจที่จะทดลอง โดยนัยการมีส่วนร่วมจะไม่เกิดถ้าเค้าไม่มีความเข้าใจ ไม่มีความรู้ ไม่มีข้อมูล และไม่มีสมรรถนะในการเข้าร่วม เราต้องให้ข้อมูลที่สมบูรณ์กับเค้าทั้งหมดเท่าที่เรามี ไม่ปิดบัง และเค้าจะร่วมได้แค่ไหนขึ้นกับสมรรถนะทั้งหมดที่เค้ามี การที่จะทำโครงการในโรงเรียนเราต้องเข้าไปคุยกับเค้าก่อน แต่การคุยนั้นต้องไม่ใช่การขายโครงการ ต้องคุยกันในลักษณะเรื่องนั้นมันเป็นปัญหาจริงๆ และโรงเรียนสนใจที่จะทำไหม? โรงเรียนอยากทำอะไรที่เป็นประโยชน์กับเค้าไหม? คุณอยากจะทำสร้างอัตลักษณ์แก่โรงเรียนคุณไหม? แล้วคุณต้องเป็นเจ้าของโครงการนะ เรายกเปลี่ยนบทบาทเป็นคนสนับสนุน ในฐานะที่คุณเป็นเจ้าของโครงการคุณทำอะไรได้บ้าง ครูจะระดมผู้ปกครองจะทำอย่างไรได้บ้าง ครูจะจัดการให้นักเรียนมีส่วนร่วมอย่างไรได้บ้าง อะไรที่คิดว่าเค้าจะต้องทำให้ได้มากกว่านี้ก็จะกระตุ้นไป อาจต้องเติมสมรรถนะของเค้าก่อน การจัดระบบกันเองระหว่างนักเรียนมีไหม จะให้นักเรียนเป็น Change agent ไปยังครอบครัวได้หรือไม่? ซึ่งจะนำไปสู่ผู้มีส่วน Stakeholders ต่างๆ พอที่จะทำอะไรได้บ้าง? และไม่มีสูตรสำเร็จว่าจะดึง Stakeholders ทุกกลุ่มให้เข้ามามีส่วนร่วม การดึงการมีส่วนร่วมกับอปท. ไม่จำเป็นต้องมุ่งที่จะดึงงบประมาณอย่างเดียว ควรให้ความสำคัญกับ Stakeholders ที่เค้าพร้อมและเห็นด้วยมาเข้าร่วม

ข้อดีข้อเสียจากการจำกัด Stakeholders ที่จะเข้าร่วมการจัดเวที Community of Practice: COP มีข้อดีคือ หากนำคนที่ม่ประสบการณ์ในการทำงาน

เข้าร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยน ทุกคนยอมได้รับประโยชน์บางอย่าง ส่วนผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์แต่มีความสนใจจริง ที่อยากจะร่วมฟัง ก็ไม่ใช่เรื่องเสียหายอะไร แต่หากเค้าไม่สนใจ ยัดเยียดให้เค้าเข้าร่วม กระบวนการย่อมช้าลง แต่อาจกระตุ้นให้เค้าเข้าร่วมเรียนรู้แลกเปลี่ยนได้ แต่ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจเข้าร่วมจริงๆ และต้องเข้าใจว่า งานพัฒนาไม่อาจหวังผลได้ร้อยเปอร์เซ็นต์อยู่แล้ว

จากกรณีศึกษา โรงเรียนบ้านนาแก ผลการตรวจสุขภาพช่องปากพบว่ามีจำนวนเด็กฟันผุเกินเป้าตลอด และที่ผ่านมาไม่มีใครที่สามารถทำโครงการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในโรงเรียนนี้ได้สำเร็จ และมีความคิดที่จะริเริ่มทำโรงเรียนอ่อนหวาน โดยเชิญผู้ปกครอง ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการคืนข้อมูลเรื่องผลกระทบที่เกิดจากฟันผุส่งผลเสียต่อสมองทำให้รับอาหารไม่เพียงพอ อาจส่งผลต่อการเรียนรู้ ที่ประชุมต่างเห็นด้วย และตกลงร่วมกันว่า ไม่ให้มีร้านค้าขายขนมในโรงเรียน ทั้งขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลม มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหาร โดยให้ครูช่วยบันทึกการแปรงฟันนักเรียน แต่ไม่อาจจำกัดปัญหาได้ เพราะหน้าโรงเรียนมีร้านค้าขายขนม เด็กแอบไปซื้อขนมและเด็กถูกรถชน จึงมีมาตรการใหม่โดยให้สร้างรั้วรอบขอบชิด แต่ก็มิอาจจำกัดการเข้าถึงขนมของเด็กได้ จึงมีการประชุมร่วมกันกับผู้ปกครองและมีข้อตกลงใหม่ว่า ยอมให้มีการขายขนมในโรงเรียนได้เหมือนเดิม จึงทำให้ปัญหาสุขภาพช่องปากยังคงอยู่ โครงการจึงไม่สำเร็จตามเดิม กรณีศึกษานี้จึงเป็นตัวสะท้อนว่าไม่มีอะไรที่เป็นสูตรสำเร็จตายตัว

จากกรณีศึกษานี้ ควรใช้วิธีถอดบทเรียน เพื่อไล่หาสาเหตุที่แท้จริงตามหลัก อริยสัจ 4 คือ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค กรณีตัวอย่างข้างต้นทำให้เห็นว่าเราหา สมุทัย (เหตุแห่งทุกข์) ไม่ถูก ต้องไปดูที่ปัญหาเด็กกินขนม แท้จริงแล้วเกิดจากอะไร อยู่ที่นิสัยหรืออยู่ที่ปัจจัยใด อาจใช้กระบวนการไปนั่งพูดคุยแลกเปลี่ยนกับชาวบ้าน โดยไม่เป็นทางการ เพราะถ้าประชุมทางการเค้าก็จะให้คำตอบแบบ Mind set จะมีคำตอบแบบสำเร็จรูปทั้งนั้น หากเรานั่งพูดคุยกับปราชญ์ชาวบ้านก็จะพบอะไรใหม่ๆ มากมาย เดินทางตรงไม่ได้ให้เดินทางอ้อมที่สำคัญต้องทำให้เค้าเข้าใจว่าขนมกรุบกรอบจะส่งผลต่อสุขภาพช่องปากมีอิทธิพลต่อความงาม ต่อความฉลาดจริงหรือไม่จริง

ท้ายที่สุดของการทำงานไม่ว่าจะงานใดก็ตามปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วแต่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างทั้งนั้น แต่เราจะเริ่มต้นด้วยการคุยปัญหาทางโครงสร้างไม่ได้ หากเค้าเข้าใจโครงสร้างทางสังคมเค้าก็จะเข้าใจปัญหามากขึ้น ชุมชนที่เป็นชนบทกึ่งเมือง ด้วยระดับ เศรษฐฐานะ และระดับการศึกษา ที่แตกต่างกัน ทำให้ทำงานได้ยาก เปรียบเทียบกับการจะตัดรองเท้าให้เหมาะกับเท้าเรา หรือเราจะตัดเท้าเราให้เหมาะกับรองเท้า เป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นว่าต้นตอของปัญหาอยู่ตรงไหน แล้วอะไรคือสาเหตุ สาเหตุนั้นใช่สาเหตุที่แท้จริงหรือไม่ เช่น กรณีศึกษาข้างต้น การนำขนมกลับมาขายในโรงเรียนอีกเพียงเพื่อแก้ปัญหาเด็กถูกรถชน แท้จริงแล้วแก้ปัญหาได้ถูกหรือไม่ ลักษณะของคนไทยบางครั้ง Logic ใช้ไม่ได้ บางครั้งแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ บางครั้งแก้แล้วแก้แบบผิดๆ ถูกๆ ลองหาสาเหตุของปัญหาแบบ Problem Tree ว่าแท้จริงแล้วสาเหตุอยู่ที่ไหน แดกแขนงให้ชัด อาจใช้การคุยแบบตัวต่อตัว คุยกับปราชญ์ชาวบ้าน พระพุทธศาสนาสอนให้เราแก้ปัญหาที่เหตุ มิใช่แก้ที่ผล ทำให้เค้าเห็นว่าภาวะฟันผุถ้าเกิดกับลูกหลานหรือกับเค้า ผลที่จะตามมาคืออะไร? อาจกระทบต่อความเก่ง ความสวย อาจเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา แล้วถ้าเราไม่รีบแก้ปัญหาก็จะบานปลายอีกเยอะ ดังนั้นแล้วชาวบ้านเห็นด้วยหรือไม่ แล้วต่อด้วยขั้นของการถอดสาเหตุของปัญหาฟันผุว่าเกิดจากอะไร แล้วชี้ให้เห็นว่าการที่ยอมปล่อยให้ขายขนมในโรงเรียนเพียงเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากรถชนกับเด็ก ทางนี้ใช้ทางออกที่เหมาะสมแล้วหรือไม่ ครูผู้สอนเด็กก็มีส่วนช่วยให้เด็กเลิกทานขนมได้ เพราะการเข้าใจจิตวิทยาเด็กเป็นเรื่องที่สำคัญ การห้ามเด็กทานขนม อาจก่อให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านจนเห็นเป็นเรื่องสนุก การแอบกินขนมกลับเป็นเรื่องท้าทาย จึงควรมีการจัดการที่เปลี่ยนไปจากเดิมจากการห้าม มาเป็นการตั้งคำถามแล้วชวนเข้าเรื่อง อาจเป็นแบบ Positive Approach เข้าไปแทน ครูผู้สอนเด็กจึงมีความเข้าใจในเรื่องจิตวิทยาเด็กมากกว่าทันตบุคลากร

จากกรณีศึกษา ปัญหาอาจเกิดจาก Stakeholder ที่มีผู้เสียประโยชน์เป็นผู้มีอำนาจทางสังคมจึงทำให้ปัญหานั้นยังคงอยู่ และสถานการณ์ปัญหาที่เปลี่ยนไป เช่น มีรถมอเตอร์ไซด์ขายขนมเคลื่อนที่ ทำให้การเข้าถึงขนมของเด็กที่ง่ายและสะดวก ราคาไม่แพง และการรับรู้ของผู้ปกครองที่อาจไม่เห็นถึงผลกระทบจากเรื่องนี้มากนักจึงเป็นปัญหาใหม่ที่ควรได้รับการแก้ไข

ในบางบริบทการที่เราห้ามซื้อ ห้ามขาย ห้ามกินขนม อาจไม่ใช่ทางออกที่แท้จริง เราควรปรับเปลี่ยนความคิดและหาวิธีที่จะให้เค้ากินขนมได้แล้วต้องแปร่งฟัน เช่น ให้กินขนมได้หลังอาหารกลางวัน และต้องแปร่งฟันหลังจากนั้น ในเวลาที่กำหนด เพราะเชื่อว่าเด็กทานข้าวอิ่มแล้วจะทานขนมได้น้อย และหลังจากนั้นก็ให้เด็กแปร่งฟันอย่างถูกวิธี ก็จะเป็นการลดการเกิดฟันผุได้ เป็นไปไม่ได้ที่จะห้ามผู้ปกครองไม่ให้ซื้อขนมให้เด็กเพราะเป็นความสุขของคนซื้อ และความสุขของคนกิน ซึ่งขณะนี้เราพยายามด้านความเป็นมนุษย์ของคน เราห้ามไม่ให้ขายของในโรงเรียนแต่เมื่อเด็กออกจากโรงเรียนก็มีร้านขนมในชุมชนอีกมาก ดังนั้นควรปรับกระบวนการทัศน์เน้นการสร้างการมีระเบียบวินัยการกินที่ถูกสร้างให้เค้าควบคุมตนเอง (Self Control) สร้างนิสัยการเลือกกินขนมอะไรที่ควรกินหรือไม่ควรกิน

ผศ.ดร.จิตติ มงคลชัยอรัญญา กล่าว ทางออกของปัญหาสุขภาพช่องปาก มีได้หลายช่องทางไม่ใช่ทางเดียว บางครั้งสำคัญที่การตั้งโจทย์ จะรู้ได้ อย่างไรก็ตามตั้งโจทย์ผิด การลองทำเป็นคำตอบได้ว่าโจทย์ที่ตั้งผิดหรือถูก การมองภาพใหญ่แล้วชี้ให้เกิดการสนธิพลังกันของชุมชน เช่น กลุ่มวิสาหกิจชุมชนผลิตขนมที่มีประโยชน์แทนขนมกรุบกรอบได้ไหม การที่เราจะไล่คนอย่าไล่ให้จนตรอก ควรหาทางออกอย่างอื่นสำหรับเค้าด้วย มนุษย์ต้องการเงิน ต้องการการยอมรับ การหาสิ่งทดแทน เชื่อมโยงสิ่งต่างๆ ให้บูรณาการกันได้อย่างไร ประชาชนชาวบ้านจะช่วยเราคิดได้

ดังนั้นไม่ว่าจะไปคุย ไปแก้ปัญหาเรื่องอะไรเกี่ยวกับชาวบ้าน เราต้องหาจุดเชื่อม (Entry Point) ให้เจอ คุยภาษาเดียวกัน คุยกันให้รู้เรื่อง การคุยกันไม่นานๆ ทำให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ต่างคนต่างเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น การทำงานสายเฉพาะด้านต่างๆ หรือแม้แต่เรื่องสุขภาพช่องปาก ในตอนแรก Entry Point อาจไม่ใช่ที่เรื่องช่องปาก อาจเป็นเรื่องอื่นๆ ก่อน แต่เมื่อไหร่ที่เค้าเริ่มไว้วางใจเรา เชื่อมมันว่าเรามีความจริงใจ พิสูจน์ให้เค้าเห็นว่าเรารับฟังปัญหาเค้าเยอะ แนะนำทางออกปัญหาอื่นได้ก็แนะนำ หากคนช่วยเหลือให้ และให้ประเมินว่าขณะนั้นสามารถที่จะทำเรื่องอื่นๆ ควบคู่ไปด้วยได้หรือไม่ โดยมากชาวบ้านและส่วนราชการมีความคิดคล้ายกันอยู่อย่างหนึ่งคือ ทำอะไรพร้อมๆ กันไม่ค่อยได้ เพราะคุ้นชินกับการทำงานแบบแยกส่วน ซึ่งจริงๆ แล้วในวันหนึ่งๆ เราสามารถ

ทำอะไรได้หลายๆ อย่าง ทำให้เค้าไว้วางใจก่อน เพราะไม่อย่างนั้นเค้าจะคิดว่าเราเอางานเราเป็นตัวตั้ง

การมองแบบแยกส่วน ก็ได้ด้วยการสรุปทเรียนตนเอง และการพูดคุย แลกเปลี่ยนกับผู้รู้หรือประชาชนชาวบ้าน การมี System thinking องค์ความรู้ต่างๆ ให้มองเหมือนอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมนุษย์ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความสำคัญเหมือนกันหมดการที่เราคิดว่าเรารู้เหนือชาวบ้านควรเปลี่ยนวิธีคิด การอ่านให้เยอะ การเปิดรับจากคนในหลายๆ สาขา การเปิดมุมมองตนเอง แลกเปลี่ยนกับเค้า เรียนรู้จากตัวแบบที่ดี ขวนขวายความรู้ให้กับตนเอง จะช่วยให้เรามองปัญหาสุขภาพช่องปากได้ดีขึ้น

การให้บริการเชิงรุกในหน่วยบริการ

การบริการเชิงรุกในหน่วยบริการ อย่างน้อยควรประกอบด้วยบริการ 5 ลักษณะ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม การคัดกรองสุขภาพและการรักษา ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่บริการสุขภาพ ครอบครัวแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของชุมชน และมีทีมสุขภาพดูแลอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะการบริการเชิงรุก คือ การจัดตั้งบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) เพื่อให้บริการแบบครบวงจร ทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแบบองค์รวม โดยมีชุดให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการปฏิบัติให้เหมาะสมกับอาการป่วย ภาวะเสี่ยง และภาวะสุขภาพ

จุดบริการดังกล่าว เช่น กรณีจัดเป็นห้อง ภายในห้องจะเป็นจุดรวมของบริการแบบเบ็ดเสร็จที่จัดไว้สำหรับทุกกลุ่มอายุ โดยอาจแบ่งกลุ่มต่างๆ ได้แก่ สตรีมีครรภ์ เด็ก 0-5 ปี เด็ก 6-12 ปี วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือแบ่งเป็นงานต่างๆ ที่สำคัญ เช่น งานให้คำปรึกษาทั่วไป งานสุขภาพจิต งานทันตกรรม งานป้องกันโรคไม่ติดต่อ ที่จุดบริการจะเน้นการให้ความรู้ หรือ สุขศึกษาเป็นหลัก ร่วมกับการตรวจสุขภาพเชิงรุก (ตรวจค้นหาโรค ก่อนเกิดโรค เพื่อหาภาวะเสี่ยง) หรือการคัดกรองสุขภาพโดยมีมาตรฐานว่า กลุ่มอายุใดควรมีการตรวจสุขภาพเรื่องใดบ้าง (การบริการเชิงรุก รุกกล้าเข้าไปในความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก ของบุคคล เพื่อให้มีความรู้และทัศนคติที่เหมาะสม

นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง)

นโยบายสาธารณะกับการทำงานเชิงรุก

การผลักดันนโยบายสาธารณะเป็นรูปธรรมหนึ่งของการทำงานเชิงรุก ต้องดูด้วยว่าเป็นการผลักดันในระดับใด เช่น ระดับโรงเรียน โดยอาจประกาศให้ชุมชนรับรู้ว่าโรงเรียนจะมีอัตลักษณ์ในเรื่องใด หรือ ในระดับชุมชนโดยผู้นำชุมชนประกาศวิสัยทัศน์หรือเป้าหมายร่วมออกมา หรือ อาจเป็นระดับตำบลที่ อบต./เทศบาลประกาศนโยบายออกมา ส่วนวิธีการสร้างนโยบายสาธารณะ ควรทำจากการมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่ ผสมผสานกับความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และมีความสนใจ ที่จะประกาศออกมาว่ามีเป้าประสงค์และ Commitment ที่ต้องการจะทำเรื่องนั้นเรื่องนี้ ภายในระยะเวลาเท่านี้ และเป็นหน้าที่ต่อที่หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องต้องสนับสนุนเช่น อปท.จะสนับสนุนงบประมาณได้นั้น ต้องมีการบรรจุการใช้จ่ายงบประมาณในข้อบัญญัติก่อน จึงจะสามารถใช้งบส่วนนั้นได้ หากมีนโยบายชัดเจน การกำหนดการใช้จ่ายในข้อบัญญัติก็จะดำเนินการได้ง่าย

บทที่ 3

**รูปธรรมของกิจกรรม
ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก
ในแต่ละกลุ่มวัย**

กลุ่มที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกในกลุ่มแม่และเด็ก

กิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

การให้บริการในกลุ่มนี้มักจะทำในคลินิกฝากครรภ์ และคลินิกเด็กดี คือ มีการตรวจและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์โดยหวังผลว่าจะนำความรู้ที่ได้ไปเลี้ยงดูลูก นอกจากนี้ยังมีการให้การบำบัดรักษาเบื้องต้นเพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ส่วนในคลินิกเด็กดีส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจสุขภาพช่องปากและแจกแปรงสีฟันอันแรกของหนูเพื่อให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก แต่ในความเป็นจริงพบว่า คนที่เลี้ยงดูเด็กมักจะไม่ใช่แม่ ความรู้ที่แม่ได้รับจากคลินิกฝากครรภ์มักจะไม่ถึงผู้เลี้ยงดูซึ่งส่วนใหญ่เป็นยายหรือย่า ส่วนในคลินิกเด็กดี ก็พบว่า ไม่ใช่เวลาที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้ ผู้ปกครองเนื่องจากเด็กที่มารับวัคซีนค่อนข้างมาก และกระจองอแง ฉีดวัคซีนเสร็จก็อยากกลับบ้าน บางครั้งการแจกแปรงสีฟันก็ทำได้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องจัดการกับปริมาณของเด็กที่มารับวัคซีน ประกอบกับผู้ปกครองก็ไม่อยากอยู่เพราะเด็กงอแง ทำให้สถานีอนามัยบางแห่งไม่สามารถแจกแปรงสีฟันอันแรกได้ หรือบางแห่งก็แจกแต่ไม่ได้ฝึกทักษะผู้ปกครองในการแปรงฟันให้เด็ก

กล่าวโดยสรุปที่ผ่านมาเราเน้นการดูแลที่แม่ เพราะเราคาดหวังให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้และฝึกทักษะ สามารถดูแลและสร้างพื้นฐานที่ดีให้กับเด็ก แต่กลับพบว่ากิจกรรมต่างๆ ที่ให้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลับไม่ได้ผลเท่าที่ควรเพราะหลังคลอด ผู้เลี้ยงดูกลับไม่ใช่แม่ที่คลอดเด็ก จึงกลับมามองว่าผู้เลี้ยงดูเด็กหลังคลอดที่แท้จริงแล้วคือกลุ่มไหนกันแน่ ซึ่งผู้เลี้ยงดูเน้นให้เด็ก ดี เก่ง สุข การทำงานเชิงรุกในมิตินี้จึงจำเป็นต้องเข้าใจรากเหง้า บริบทชุมชนทำความเข้าใจผู้เลี้ยงดู รวมไปถึงสังคมด้วย

รูปธรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก

ในแต่ละพื้นที่บนฐานบริบทจริงต้องตอบให้ได้ว่า ใครคือผู้เลี้ยงดูเด็ก 0-3 ปี ซึ่งแน่นอนว่าขบวนการผู้เลี้ยงดูที่แท้จริงเป็นแม่ แต่หลังจากนั้นจะเป็นแม่หรือผู้สูงอายุ เป็นอัตราส่วนเท่าไร ควรให้ความสำคัญในกลุ่มไหน เพราะถ้าเป็น

กลุ่มผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูเด็ก WBC อาจไม่ตอบโจทย์การดูแลเด็กได้ ดังนั้นการทำงานเชิงรุกจะช่วยปิด GAP ตรงนี้ได้ไหม ส่วนในขบวนการปี 2 เป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขที่จะจัดบริการให้เด็กในศูนย์พัฒนาเด็ก

การให้ความรู้ในระบบ WBC ดูเหมือนจะทำให้ได้ความรู้ แต่พอลงมาว่า ได้ความรู้เรื่องอะไร แม่เด็กกลับตอบว่าจำไม่ได้ เพราะความกังวลในประเด็นเรื่องการรับวัคซีนของเด็กจึงมีแนวทางปรับการจัดบริการใหม่เป็น 2 ทาง ดังนี้

1. การจัดระเบียบการให้บริการใหม่ เช่น แยกเสริมบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในช่วงอายุเด็กก่อน 12 เดือน โดยมีกิจกรรม ตรวจช่องปากเด็ก ให้ความรู้ แจกแปรง

2. การจัดบริการเชิงรุกเยี่ยมบ้านในครัวเรือนและชุมชน โดยควรมีกิจกรรมเชิงรุกและเข้าไปทำกิจกรรมในหมู่บ้านหรือในชุมชน คือ ทำความเข้าใจชุมชน ชุมชนในที่นี้ อาจหมายถึง หมู่บ้าน กลุ่มอสม. ผู้ปกครองเด็กไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ญาติ หรือแกนนำที่มีหน้าที่ดูแลเด็ก 0-2 ปี การทำความเข้าใจชุมชนในที่นี้จะใช้คำว่า “ศึกษาชุมชน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่ศึกษาไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จพ.ทันตสาธารณสุข หรือทีมสุขภาพ มีความเข้าใจถึงบริบท วิถีชีวิตของคนในชุมชน เข้าใจสภาพแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาและศักยภาพของกลุ่มคน ชุมชนที่จะไปทำงานด้วย

กระบวนการศึกษาชุมชน

การศึกษาชุมชนทำได้ 2 ระดับ คือ การศึกษาชุมชนทั่วไป เพื่อให้เข้าใจสภาพแวดล้อมชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเชิงกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ สังคม จากนั้นถ้ามีความสนใจประเด็นที่เฉพาะ ก็จะมีการศึกษาชุมชนเฉพาะประเด็น เมื่อศึกษาชุมชนจะได้ 2 เรื่อง คือ ข้อมูลต่างๆ ของชุมชน และแกนนำ (Key person) หรือบุคคลที่เราจะเริ่มทำงานด้วย การศึกษาชุมชนนี้ อาจเริ่มได้ 2 ทาง คือ จากคนนอกชุมชน และจากคนในชุมชน

การเริ่มจากคนนอกชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องการไปทำงานร่วมกับชุมชน จะต้องทำความเข้าใจบริบท วิถีชีวิต วิถีคิดของคนในชุมชน จึงจะสามารถเข้าใจชุมชนได้ และ ถ้าเริ่มจากคนในชุมชน โดยคนในชุมชนอยู่ในกระบวนการศึกษาชุมชน ได้มีการค้นหาข้อมูลในชุมชนด้วยตนเอง ก็จะนำไปสู่

ความเข้าใจและสร้างความตระหนักในปัญหา

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคนในชุมชน ที่เราคำนึงเคยดี คือ การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 ปี โดย อสม. ซึ่ง อสม.จะทำหน้าที่ชี้แจงนำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กในความรับผิดชอบ ทุก 3 เดือน เพื่อส่งข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนำไปประมวลผล การเฝ้าระวังด้านสุขภาพ ที่ผ่านมายังทำไม่ครบขั้นตอนส่วนใหญ่จะทำในส่วนการประเมินสภาวะสุขภาพ ยังไม่ประเมินพฤติกรรม หลังจากประเมินแล้วต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล และประชาสัมพันธ์ให้กับผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดการหากมีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็นระดับบุคคล และระดับชุมชน หากคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเฝ้าระวังครบทุกขั้นตอน ก็จะเป็นการศึกษาชุมชนโดยคนในชุมชน ส่งผลให้คนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่เฝ้าระวังเกิดความตระหนัก และเป็นเจ้าของ

การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

การคืนข้อมูลสู่ชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้รับทราบข้อมูล และวิเคราะห์ร่วมกัน เป็นการนำข้อมูลที่มีอยู่ ไม่ว่าจะ เป็นข้อมูลที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของรัฐ ได้รวบรวมไว้ หรือเป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชน มาคืนให้กับผู้คนในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับปัญหานั้น เพื่อจะได้มาวิเคราะห์ร่วมกัน ถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา หรือศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การวิเคราะห์ปัญหานี้ ถ้าทำโดยคนนอก หรือแกนนำไม่กี่คน จะทำให้ความตระหนักในปัญหาหรือเป็นเจ้าของปัญหามีน้อย ดังนั้น ควรวิเคราะห์อย่างมีส่วนร่วม จากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และที่สำคัญคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับปัญหานั้น ให้เกิดความเข้าใจข้อมูลร่วมกัน อันจะนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหาย่างมีส่วนร่วม เกิดความขัดแย้งน้อย

การคัดเลือกคนที่ จะเข้าร่วมเวทีคืนข้อมูลมีส่วนสำคัญอย่างมาก จากตัวอย่างงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น ของจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การเลือกคนเข้าร่วมที่เริ่มจากคนที่มีจิตสาธารณะเกิดความตระหนักในปัญหา แล้วไปชักชวนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีศักยภาพมาร่วมเวที เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ

การคืนข้อมูลสามารถทำอย่างเป็นทางการคือ นัดประชุมและคืนข้อมูล ส่วนอย่างไม่เป็นทางการคือ พบเห็น Key person หรือผู้มีจิตสาธารณะที่สนใจประเด็นที่เรากำลังทำอยู่ เจ้าหน้าที่ที่แลกเปลี่ยนข้อมูลที่ตนเองมีกับแกนนำให้เข้าใจ แกนนำก็สามารถชักชวนผู้อื่นเข้าร่วมได้ การคืนข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน จะนำไปสู่การตัดสินใจร่วมของชุมชนที่จะเลือกประเด็นปัญหาที่อยากจะแก้ไขร่วมกัน ซึ่งประเด็นหรือปัญหาที่ชาวบ้านเลือกนี้ อาจไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำความเข้าใจว่าประเด็นดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับเรื่องที่ตนเองสนใจอย่างไร ตรงนี้คือเจ้าหน้าที่ต้องปรับกระบวนการตัดสินใจเรื่ององค์รวม

1. การวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยของปัญหา เพื่อที่จะเข้าใจถึงรากเหง้าของปัญหา โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องร่วมกันตั้งคำถามเพื่อขุดค้นจนเข้าใจสาเหตุที่แท้จริง กิจกรรมนี้อาจจะใช้เครื่องมือวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ (Problem analysis) คือ หลังจากได้ประเด็นปัญหาที่ชุมชนสนใจแล้ว ต้องช่วยกันวิเคราะห์ถึงผลกระทบของปัญหาว่า หากไม่แก้ไขแล้ว ปัญหาจะบานปลายอย่างไร หรือมีผลกระทบอย่างไร เพื่อสร้างความตระหนักร่วมกัน จากนั้นก็ร่วมกันระดมความคิดว่า ปัญหานี้เกิดจากอะไรได้บ้าง โดยตั้งคำถามว่า “ทำไม...” ไปเรื่อยๆ เมื่อได้ข้อมูลของสาเหตุของปัญหาแล้ว ไม่ควรรีบด่วนไปกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา เพราะการระดมความคิดในเวทีประชุม สิ่งที่ได้เป็นเพียงบัญชีความรู้สึก หรือความคิดของผู้เข้าประชุม การจะนำไปใช้ในการกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา จะต้องใช้ข้อมูลเป็นคำตอบ (Evidence based)

2. รวบรวมข้อมูลในส่วนของสาเหตุของปัญหา โดยการนำสาเหตุที่ได้ร่วมกันวิเคราะห์ได้มาเป็นประเด็นที่เก็บข้อมูลเพิ่มเติมในพื้นที่จริง เมื่อรวบรวมได้แล้วก็คืนข้อมูลอีกครั้ง เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันอีกครั้ง การเห็นข้อมูลที่ชัดเจนและตรงประเด็นร่วมกัน จะนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกัน ที่จะกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา

3. วางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีกระบวนการวางแผนของชุมชนหลายแบบให้เลือกใช้ได้ เช่น AIC, FSC, การทำแผนชุมชน, แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งควรเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม

4. ดำเนินการตามแผน
5. ประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ข้อมูลสำคัญในการจัดบริการ

ได้แก่ ผลการเฝ้าระวังด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็น เรื่องภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก พัฒนาการเด็ก นอกจากนี้ต้องมีเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก และของผู้เลี้ยงดู

- โครงสร้างองค์กร (ผู้นำอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ)
 - ข้อมูลบริบทชุมชน (ทรัพยากรของชุมชน สิ่งแวดล้อม อาชีพ เศรษฐกิจ รายได้)
 - จำนวนเด็ก ผู้ปกครอง อยู่ที่ไหนบ้าง มีสภาพแวดล้อมอย่างไร
- กลุ่มบุคคลที่ต้องกระตุ้นการมีส่วนร่วม ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก อสม. (มีบทบาทเป็นแม่คนที่สองของเด็ก) อสน. (อาสาสมัครนมแม่) ผู้นำชุมชน ร้านค้า อปท. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ทักษะจำเป็นที่ต้องพัฒนา

1. การเข้าใจ การทำความเข้าใจสิ่งที่ต้องรู้เกี่ยวกับแม่และเด็กนั้น เมื่อไปเยี่ยมบ้านต้องอาศัยทักษะในการรับฟังอย่างลึกซึ้งเพื่อทราบถึงวิธีการในการเลี้ยงดู การบริโภคอาหารของเด็ก ซึ่งทักษะการรับฟังอย่างลึกซึ้ง คือ ต้องไม่ด่วนตัดสิน และรับฟังด้วยใจ ซึ่งการที่จะเข้าใจสภาพทั้งชุมชนนั้นจะต้องประกอบไปด้วยการศึกษาชุมชนและวินิจฉัยชุมชน

2. การเข้าถึง มีบางหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาให้เกิดการเข้าถึง อาทิ Transformative Coaching การเปลี่ยนแปลงตนเองจากภายใน ซึ่งประกอบไปด้วยการรับฟังอย่างลึกซึ้งด้วย นอกจากนี้ยังมีการทำงานเป็นทีมร่วมกัน และ sharing ซึ่งจุดสำคัญของการเข้าถึงคือเกิดความไว้วางใจ คือ กลุ่มเป้าหมายเกิดความไว้วางใจหรือสามารถเข้าถึงภาคีเครือข่ายได้ ซึ่งการเข้าถึงภาคีเครือข่าวนั้น ทันทบุคลากรจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ว่าจะสามารถเข้าถึงได้อย่างไร และเมื่อเข้าถึงผู้ที่เกี่ยวข้องได้จะก่อให้เกิดการพัฒนา

3. การพัฒนา ถ้าสามารถเข้าใจสภาพแวดล้อมของชุมชนหรือบริบทของชุมชน และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้ก็จะนำไปสู่การพัฒนา ร่วมกัน ซึ่งเป็นลักษณะของ Community based คือชุมชนเป็นฐาน การพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วมนั้นประกอบไปด้วย

3.1 การเลือกคน (Key Person) หรือดึงคนเข้ามามีส่วนร่วมในเวทีประชาคม ทั้งทางการและไม่ใชทางการ อาจใช้ แบบวัดการมีจิตสาธารณะ ของอาจารย์อมร เป็นต้น

3.2 Facilitator ต้องการทักษะการเป็นผู้อำนวย คือ การฟัง การสังเกต การจับประเด็น การตั้งคำถาม และการสรุปประเด็น ทำหน้าที่สนับสนุนให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

3.3 การทำแผนชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยเครื่องมือที่กำลังได้รับความนิยมคือ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ นอกจากนี้ยังมีเครื่องมืออื่นๆ ที่น่าสนใจอีกมาก

3.4 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

3.5 การประเมินแบบมีส่วนร่วม

ระบบการสนับสนุน

การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพดังที่กล่าวมานั้น มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับ สสจ. โดยบทบาทระดับ CUP มีความสำคัญมากที่สุดคือดูแลในเรื่องงบประมาณและการพัฒนาบุคลากร โดยเป็นการพัฒนาที่มิกายใต้บริบท (Context based learning) ภายใน CUP มีการพัฒนาศักยภาพของทีมในชุมชนโดยให้มีการแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มต่างๆ เพื่อเสนอแนะสิ่งที่แต่ละกลุ่มมีความชำนาญและพัฒนาสิ่งที่แต่ละกลุ่มไม่ชำนาญ นอกจากนั้น การสนับสนุนจากระดับ CUP นั้นยังต้องสนับสนุนในเรื่องกำลังคนและนโยบายอีกด้วย

กรณีศึกษาที่ 1 : การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนบ้านทุ่งโปรงพัฒนา ต.กุดจิก อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู โดย สอ.ทุ่งโปรงเฉลิมพระเกียรติ จ.หนองบัวลำภู

ศูนย์สุขภาพชุมชนทุ่งโปรงประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน คือ หัวหน้าสถานีอนามัย, พยาบาลวิชาชีพ, เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คน และ ทันตภิบาล 1 คน ดูแลประชากร 9 หมู่บ้าน จำนวน 7,160 คน

ปี 2547 ทีมงานได้รับการชักชวนให้เป็นทีมวิจัยในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กเล็ก ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งทีมงานได้เลือกหมู่บ้านทุ่งโปรงพัฒนา เป็นพื้นที่วิจัย โดยหัวหน้าสถานีอนามัยให้เหตุผลที่เลือกหมู่บ้านนี้ว่า หมู่บ้านทุ่งโปรงพัฒนาเป็นหมู่บ้านแยกใหม่ เมื่อปี 2546 เหมือนเด็ก จะแถมสีอะไรก็ได้ นอกจากนี้ยังเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ ที่สำคัญองค์กรชุมชนในพื้นที่ อาทิเช่น ผู้ใหญ่บ้านเป็นคนขยัน รับผิดชอบสูง สามารถรวมลูกบ้านได้, อสม.เข้มแข็ง ร่วมมือสูง, กลุ่มแม่บ้านและผู้สูงอายุก็มีความพร้อมในการพัฒนา และมีเหตุการณ์สำคัญคือ ในหมู่บ้านมีผู้ป่วยไข้เลือดออก 2 ปี ติดต่อกัน ศูนย์สุขภาพชุมชนจึงถือวิกฤติเป็นโอกาส และทันตภิบาลก็ทำโครงการวิจัยเจ้าหน้าที่ทุกคนจึงปรึกษาหารือกัน ตกลงเลือกบ้านนี้ที่น่าจะเป็นไปได้ในการลงเรื่องสุขภาพ

เริ่มการทำงานจากการศึกษาชุมชน 4 ด้าน คือ ด้านกายภาพ, ชีวภาพ, เศรษฐกิจ และสังคม จากนั้นก็หาแกนนำ (Key person) โดยการปรึกษาหารือกันในทีมสุขภาพของสถานีอนามัยและอสม. จึงได้กลุ่มคนที่จะมาทำงานด้วยประมาณ 45 คน และในเวทีการนำเสนอข้อมูลการศึกษาชุมชน ชุมชนได้ระบุปัญหาของหมู่บ้านซึ่งเป็นผลจากการศึกษาชุมชนจำนวน 3 ปัญหา คือ ปัญหาเศรษฐกิจ, ปัญหาสุขภาพเด็ก และปัญหาสารเคมี ในที่สุดที่ประชุมเลือกที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็ก เนื่องจากที่ประชุมประชาคมได้พิจารณาที่ละปัญหาพบว่า ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นปัญหาที่แก้ยาก แม้แต่ระดับประเทศก็กำลังแก้ไขอยู่ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย จึงไม่เลือก ส่วนปัญหาสารเคมี คือ ปัญหายาฆ่าหญ้ามีปัญหาในหมู่บ้านเพียง 3 คน จึงมาเลือกปัญหาสุขภาพเด็ก (แรกเกิดถึง 5 ปี) เนื่องจาก “ลูกหลานเป็นกำลังสำคัญของบ้านเมือง” ซึ่ง อบต.

ได้จัดสรรงบประมาณให้กับศูนย์เด็ก โดยจัดให้มีที่นอน, สถานที่เรียน, ที่พัก ผ่อนหย่อนใจ, การพัฒนาจิตใจ และสมอง ส่วนปัญหาสุขภาพเด็กที่เสนอที่ประชุมมีหลายเรื่องได้แก่ เด็กไม่สบาย เด็กนอนดิ้น เด็กฉี่รดที่นอน เด็กไม่กินข้าว เด็กทานขนม เด็กฟันผุ ซึ่งเวทีประชาคมยังไม่ตัดสินใจว่าจะเลือกปัญหาใด เนื่องจากยังไม่พร้อมข้อมูลประกอบการตัดสินใจ แกนนำร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจึงตามไปเก็บข้อมูลเด็กในหมู่บ้านว่าปัญหาที่ได้ช่วยกันเสนอมานี้มีจำนวนเท่าไรในหมู่บ้าน เมื่อได้ข้อมูลแล้วได้นำเสนอในเวทีประชาคมอีกครั้ง เมื่อผู้เข้าประชุมเห็นข้อมูลสถิติพบว่า เด็กไม่กินข้าวมีถึง 31 คน เด็กฟันผุมี 29 คน ส่วนปัญหาอื่นพบว่าเด็กที่เป็นปัญหาประมาณ 1-2 คนหรือไม่มีเลย ทำให้เวทีประชาคมเลือกปัญหาสุขภาพเด็กจำนวน 2 เรื่อง เด็กไม่กินข้าว (กินอาหารมื้อหลักในปริมาณที่ไม่เพียงพอ) กับเด็กเล็กฟันผุเป็นจำนวนมาก จะทำอย่างไร

ในการระดมความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาไม่ใช่ประชุมประชาคมครั้งเดียวเสร็จ แต่มีการประชุมกัน 5-6 ครั้ง ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กระบวนการประชุม ใช้ทีมงานจากทีมงานที่อยู่ในสถานีอนามัยไม่ว่าจะเป็นหัวหน้าสถานีอนามัย พยาบาล เป็นผู้นำการประชุม ซึ่งทันตภิบาลของสถานีอนามัยทุ่งโปรงให้ข้อคิดว่าการที่พี่พยาบาลมาช่วยงานด้านทันตฯ นั้นเนื่องจากทันตภิบาลได้ร่วมทำงาน และช่วยงานเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ มาตลอด “ก่อนที่จะคนอื่น จะมาช่วยเรา เราต้องช่วยงานคนอื่นก่อน”

การประชุมใช้ประชุมบ่อยๆ แต่ไม่นาน ชาวบ้านชอบประชุมตอนเช้าตรู่ จะได้ไปทำมาหากินจากการประชุมได้แนวทางแก้ไขปัญหาคือ จัดระเบียบร้านค้า (เป็นการจัดระเบียบให้ขนมที่มีผลเสียต่อฟัน เช่น ลูกอมขนมหวาน อยู่ในที่สูงหรือไม่ลดตาเด็ก), หมอฟันประจำครอบครัว (มาจากผู้ปกครองเด็กหรือคนในครอบครัว 1 คน/ครอบครัว ที่มีจิตอาสาโดยได้รับการอบรมในการตรวจฟันจากทันตภิบาล มีหน้าที่ในการตรวจฟันเด็กและคนในครอบครัว ถ้าพบว่ามีปัญหาก็ส่งให้ทันตภิบาลให้การรักษา)

ทีมงาน (ทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้นำชุมชน และอสม.) ช่วยกันสรุปบทเรียนแห่งความสำเร็จ คือ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การระบุปัญหาในเวทีประชาคม ทำให้เกิดความตระหนักและเป็นเจ้าของปัญหา นอกจากนี้การใช้เครื่องมือการวิเคราะห์ปัญหา Problem Analysis ถือเป็นกระบวนการ

เรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการระบุสาเหตุและผลกระทบของปัญหาเด็กไม่กินข้าว และเด็กฟันผุ ซึ่งสาเหตุที่ได้จาก 2 ปัญหาที่มีตัวร่วม คือ พฤติกรรมการกินของเด็ก หลังจากได้สาเหตุของปัญหา ทีมสุขภาพยังไม่รีบให้ชาวบ้านคิดแนวทางการแก้ไขปัญหาเนื่องจากเป็นการระดมความคิดเห็น ยังไม่มีข้อมูลยืนยันสาเหตุที่แท้จริงในหมู่บ้าน การจะตัดสินใจกำหนดวิธีในการแก้ไขปัญหาให้ตรงจุด ควรใช้ข้อมูลเป็นตัวตอบ ดังนั้นที่ประชุมจึงมีมติให้ผู้ปกครองเก็บข้อมูลการกินของเด็กโดยทีมสุขภาพมุ่งไปร่งได้นำสาเหตุที่ชาวบ้านได้ร่วมกันระดมไปทำเป็นแบบบันทึกข้อมูลการกินเป็นเวลา 7 วัน ซึ่งผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เนื่องจากจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา ทำให้เข้าใจเหตุผลในการเก็บข้อมูล และทีมสุขภาพได้จัดเวทีประชาคมอีกครั้งเพื่อนำเสนอผลการเก็บข้อมูลการกิน 7 วันของเด็ก ในเวทีนี้ชาวบ้านบางคนคาดไม่ถึงกับค่าขนมของเด็กที่มากถึงวันละ 30-40 บาท และมีบางคนที่แข็งขันที่จะกลับไปแก้ไขปัญหาของบุตรหลานตนเอง ซึ่งในเวทีประชาคมของบ้านมุ่งไปร่งพัฒนานั้น ได้รวบรวมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ชุมชนร้านค้า และผู้ปกครอง มาร่วมกันรับทราบข้อมูลและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วม

กรณีศึกษาที่ 2 : เรื่องเล่า ความสุขในงานเชิงรุกที่สระใคร ท้องคาย

โดย นพญ.ธริธภา อุรุษทมา: Thirumpa@hotmail.com โรงพยาบาลสระใคร
อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย 43100

เคยมีเจ้านายเก่าถามว่า “ในโลกนี้อ้อกลัวอะไรบ้างไหม?” แหมๆ ผู้อำนวยการคะ หนูก็คนธรรมดาเนี่ยแหละคะ ก็ต้องมีกลัวอะไรบ้าง แต่ที่แน่ๆ ไม่กลัวการเปลี่ยนแปลง ชอบการบุกเบิก กลางปี 2547 เปิดโรงพยาบาลสระใครครั้งแรก จึงเต็มใจอาสามาเป็น 8 ชีวิตแรกของข้าราชการ เปิดศูนย์สุขภาพชุมชนสระใคร (อาคารผู้ป่วยนอก) ซึ่งสถานะตามกฎหมายยังไม่เป็นโรงพยาบาลด้วยซ้ำ

ไฟแรงอยากทำงานชุมชน พี่สุรัตน์ สมัยยังเป็นกองทันตสาธารณสุขที่ฝน หนองบัวลำภู ชวนทำงานวิจัย จึงชวนพี่อ้อพี่ตุ๊กพี่พยาบาล 2 คน น้องนก

ทันตภิบาลมาจากอนามัยคอกข้าง ของอีกตำบลหนึ่ง ไปหาผู้ใหญ่บ้านบ้านสระใครเหนือ คิดง่ายๆ อยากรู้จักหมู่บ้านที่ติดโรงพยาบาลด้วย ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 3 มอบหมายอสม. หัวหน้าคุ่มพาเดินสำรวจชุมชน ซึ่งจักรยานไปสัมภาษณ์ครอบครัวที่มีเด็กเล็กๆ เพื่อศึกษาการเลี้ยงดูเด็กของแต่ละครอบครัว ได้ข้อมูลมาเกือบ 20 ครอบครัว จากนั้นชวนตั้งวงคุย (“โสเหล”) หาเป้าหมายที่ผู้ปกครองแม่ คนเลี้ยงดูเด็กอยากจะไปให้ถึง และด้วยวิธีการทำอะไร นัดตั้งวงคุยกันหลายรอบ มีความรู้สึกว่าการสร้างเสริมสุขภาพเด็กเล็กโดยชุมชนมีส่วนร่วมล้มเหลว ผู้คนมาร่วมวงคุยน้อยลงๆ ทบทวนดูพบว่า ขาดการประสานงานกับเจ้าหน้าที่อนามัยที่เคยรับผิดชอบพื้นที่นี้ ไม่ได้ไปขอข้อมูลเก่า ขาดประสบการณ์การทำงานกับชุมชน และทำงานแบบแยกส่วน สิ่งที่ตี คือ รู้จักคุ้นเคยกับคนในชุมชนมากขึ้น อย่างน้อยก็มีพ่อแม่พาเด็กที่ร่วมโครงการมาทำฟันบ่อยขึ้น... เจ็บป่วยแล้วก็ต้องรักษากันไป

มาอยู่ใหม่ อยากรู้จักพื้นที่เร็วๆ เป็นฝ่ายแรกของโรงพยาบาลที่ทำแผนที่หมู่บ้านครบ 39 หมู่บ้านในปี 2548 ติดที่ผนังห้องคลินิกมองเห็นชัดเจน คนไข้มาทำฟัน มีเวลาทีคุยไปเรื่อย บ้านอยู่ไหน? โกลไหม? มาอย่างไร? ถนนหนทางเป็นอย่างไร? ใครพามา? ทำนาเป็นอย่างไร? ได้ข้าวดีไหม? แถวบ้านทำอะไรอีก? ได้ข้อมูลอีกมาก รู้ว่าพื้นที่ไหนทำสวนยาสูบ ปลูกมะลิส่งขายตลาด มีกลุ่มทอผ้าที่ไหน กลุ่มหนุ่มสาวฝั่งตำบลคอกข้างและสระใครใกล้อำเภอเพ็ญไปทำงานที่โรงงานเย็บผ้า เป็นต้น ที่สำคัญเชื่อมโยงรู้จักคนที่นี่ที่บ้านนี้ รู้จักกันใหม่ คนมาทำฟันแรกๆ คือ ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ สนใจสุขภาพตนเอง เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นหัวหอก...ว่าจั้นเถอะ ทำบริการให้ประทับใจไว้มากๆ อีกกลุ่มที่แก้มบวม คางโย้ ปวดฟัน...โอดโอยโยเยมา ส่วนใหญ่ก็จะมีช่องปากที่ไม่ค่อยสะอาดอยู่แล้ว เป็นโอกาสที่จะพลิกวิถีการปฏิบัติตัวของเขาให้เข้าที่เข้าทางที่ควรจะเป็น เมื่อรักษาเขาหายหรือแม้แต่โทรศัพท์ประสานการส่งต่อให้เขาวางใจว่าเราดูแลต่อเนื่อง เมื่อเขาหายดี กลุ่มนี้จะดูแลตัวเองดีมาก ครอบครัวญาติพี่น้องชวนกันมาทำฟัน มีตัวอย่างชัดเจนในครอบครัวแล้ว คุยจุดสำคัญให้เขาอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น แปรงฟันก่อนนอน

พักใจไป 2 ปี สร้างระบบรองรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลให้นำมาใช้ รู้จักคนมากขึ้น “รู้ว่าไผเป็นไผ” รู้ใจคนในที่ทั้งโรงพยาบาลและศูนย์

สุขภาพชุมชน รู้ว่าใครชำนาญทักษะด้านใด ก่อร่างสร้างทีมมาพอสมควร ได้เวลาปิดจุดอ่อนขยายจุดแข็ง เริ่มโครงการสายใยรักครอบครัว ชุมชนร่วมสร้างเด็กฟันดี ปลายปี 2550 ร่วมเป็นเจ้าของทีมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก CUP ด้วยกัน ให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเลือกพื้นที่นำร่องแห่งละ 3 หมู่บ้าน รวม 9 หมู่บ้าน เชิญผู้ใหญ่บ้านและตัวแทน อสม.มาคุย เล่าและแสดงข้อมูลเด็กฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแยกรายตำบล วาดภาพอนาคตด้วยกัน อยากให้ลูกหลานเป็นอย่างไร แล้วจะไปถึงจุดนั้น ควรต้องทำกิจกรรมอะไรบ้าง อยากให้หม้อออกไปเยี่ยม... ได้เลย จัดตารางเองจะให้ทีมหม้อไปเยี่ยมที่ชุมชนวันไหน หลังเกี่ยวข้าวเอาข้าวขึ้นเล้าเรียบร้อยแล้ว นัดหมายสบายใจกันทุกฝ่าย เขียนผลการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม ส่งกลับคืนให้ศูนย์สุขภาพชุมชน และผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่บ้านที่ร่วมโครงการ จัดตารางปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระใครและแจ้งแผน สสอ. ศูนย์สุขภาพชุมชน เพราะจะมีพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขหรือน้องทันตภิบาลจาก PCU มาร่วมเป็นทีมเข้าหมู่บ้านด้วยกันหลังเลิกงานตอนเย็น...ตัวพร้อม ทีมพร้อม ใจพร้อม...ลุยเข้าหมู่บ้านครั้งที่ 1 สมาชิกทีมจับ 2 คู่ สัมภาษณ์ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 1-2 ปี ของครอบครัว ตามแนวการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ซักซ้อมกันไว้ คนหนึ่งสัมภาษณ์อีกคนหนึ่งจดบันทึก ครอบครัวที่ 2 สลับกัน จะได้ข้อมูล 4 ครอบครัวต่อวัน และศึกษาประวัติศาสตร์ความเป็นมาของหมู่บ้าน ถามผู้เฒ่าผู้แก่เพิ่มเติมจากข้อมูลที่ PCU มีอยู่แล้ว นัดหมายการเข้าหมู่บ้านครั้งที่ 2 ซึ่งเชิญผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 1-2 ปี มาสนทนากลุ่ม ใช้แนวการสัมภาษณ์เดียวกับที่สัมภาษณ์ครอบครัว มอบหมายผู้จดบันทึก จากข้อมูลครั้งที่ 1 และ 2 วิเคราะห์หาสิ่งดีๆ ที่เอื้อต่อการทำให้สุขภาพช่องปากเด็กสมบูรณ์แข็งแรง เตรียมคืนข้อมูลในการเข้าหมู่บ้านครั้งที่ 3 ซึ่งนอกจากผู้ปกครองเด็กอายุ 1-2 ปี แล้วเชิญผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ทรงคุณวุฒิ กรรมการหมู่บ้าน ส.อบต. อสม. ขาดไม่ได้ คือ ยายหรือแม่ที่ไปสัมภาษณ์มา หากเป็นตัวอย่างเลี้ยงดูลูกหลานได้ดี...เชิญมาให้ได้ มาช่วยกันบอกเล่าขยายสิ่งดีๆ ให้ลูกหลานบ้านหลังอื่น...ดีไปด้วยกัน

เข้าหมู่บ้านครั้งที่ 3 ถ้านั่งพื้นกันนั่งพื้นด้วยกันทั้งหมด ถ้านั่งเก้าอี้กันนั่งเก้าอี้ด้วยกัน จัดน้ำเปล่า ผลไม้สดไม่หวาน หรือของขบเคี้ยวเล็กๆ น้อยๆ ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เมล็ดฟักทอง เมล็ดแตงโม ถั่วลิสงคั่ว เป็นต้น จะได้

ผลิตเพลินในขณะร่วมกิจกรรมระดมสมอง ทั้งด้วยเทคนิคการพูดและการใช้บัตรคำ ค้นหาคำตอบของคำถาม ภาพฝัน 3 ปี ข้างหน้า ลูกหลานมีสุขภาพช่องปากอย่างไร สภาวะสุขภาพช่องปากลูกหลานทุกวันนี้เป็นอย่างไร แล้วทีมหม้อก็เล่าข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ยกย่องวิธีการดูแลช่องปากเด็กเล็กที่ไปพบเห็นมา เช่น การใช้ส้วตั่วต่างๆ ซักชวนเด็กแปรงฟัน การอุ้มเด็กพาเดินเล่นไปทางอื่นที่ไม่ใช่ร้านค้า การใช้เครือข่าย (บอระเพ็ด) ทาจนมให้ขมเด็กจะเลิกดูดนมขวดง่ายขึ้น การบอกเด็กว่านั่งขวดนมจนเปื่อยบิดเปี้ยวทั้งหมดแล้ว เป็นต้น

ขั้นตอนต่อไป เราต้องทำกิจกรรมอะไรบ้าง เพื่อให้ได้ตามภาพที่ฝันร่วมกัน ช่วยกันเลือกจะทำอะไรก่อน ใครจะเป็นแกนนำกิจกรรม เมื่อมีกิจกรรมที่วงเสถียรต้องการความรู้ ทีมหม้อก็จะเล่าให้ฟังเดี๋ยวนั้นเลย ถ้าอยากรู้วิธีปฏิบัติก็จะสาธิตทันที ทุกหมู่บ้านจะเลือกกิจกรรมแปรงฟันให้เด็กเป็นกิจกรรมแรกๆ และมีทีมชุมชนออกติดตามเยี่ยมบ้านที่มีเด็กเล็ก สนับสนุนให้กำลังใจผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้เด็ก ทีมหม้อค่อยออกไปเยี่ยมติดตาม ได้ถามปัญหาอุปสรรค ขจัดข้อข้องขัด สนับสนุนให้กำลังใจทีมชุมชนอีกชั้นหนึ่ง

ผ่านไป 7 เดือน มีทีมบ้านไชยาบอกว่า...ไม่สนุกแล้ว อยากมีกิจกรรมอะไรร่วมกันกระตุ้นผู้ปกครอง รองนายก อบต.อยู่ที่บ้านนี้จึงเขียนโครงการหนุนน้อยฟันสวย หารางวัลจากอบต. ที่ว่าการอำเภอ จัดสถานที่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในวัดไชยาประดิษฐ์ กิจกรรมหลัก คือ แข่งขันผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้เด็ก นายกอบต.สระใครมาเป็นประธานมอบรางวัลให้ทั้ง 33 คู่แม่ลูกที่เข้าร่วมกิจกรรม และเพิ่มพิเศษสำหรับคู่ที่ชนะการแปรงฟันสะอาด ถูกวิธี และมีลูกฟันสวย มีแม่อุ้มลูกน้อยที่ยังไม่มีฟันมาสังเกตการจัดกิจกรรม 6 คู่ สนุกสนานครื้นเครงเก็บลูกโป่งแจกเด็กๆ หลังเสร็จงาน

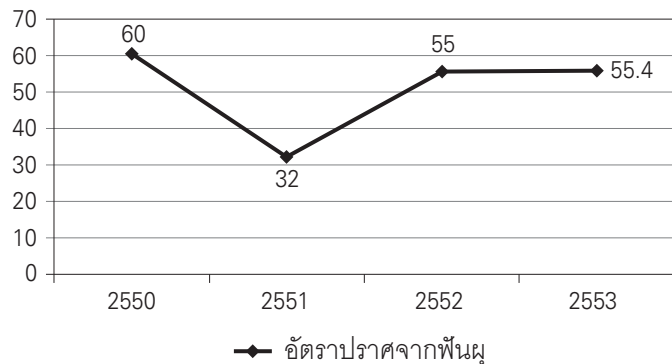
นำความไปเล่าให้อีก 8 หมู่บ้านฟัง ปรากฏว่าอยากจัดงานร่วมกัน โดยกิจกรรมแข่งขันผู้เลี้ยงดูแปรงฟันให้ลูกหลานเป็นกิจกรรมหลัก เสวนาตัวแทน 9 หมู่บ้านบอกเล่ากิจกรรมแต่ละหมู่บ้านบนเวที เป็นกิจกรรมรอง และการแสดงของเด็กๆ จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านไชยาเป็นกิจกรรมเสริม ของขวัญของรางวัล หนังสือนิทาน ของเล่น เกม สมุดภาพ ดินสอสี ผ้าห่ม ฯ เป็นสิ่งสนับสนุนจากที่ว่าการอำเภอสระใคร อบต.ทั้ง 3 แห่ง และคหบดี บุคคลสำคัญ ผู้เห็นความ

สำคัญของเด็กๆ อนาคตของอำเภอเรา

ย่างเข้าปีที่ 2 ลดทอนชื่อโครงการให้กระชับเป็น เครือข่ายชุมชนลูกหลานฟันดี ลดขั้นตอนการสัมภาษณ์ครอบครัว ยกเว้นหมู่บ้านไหนมีครอบครัวที่ลูกหลานฟันผุมากๆ ก็จะตามไปเยี่ยมบ้านสังเกตการเลี้ยงดู สังเกตสภาพแวดล้อม เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งเป็น “โรคติดต่อทางสังคม” มีพหุปัจจัยเกี่ยวโยงกันอย่างซับซ้อน แต่ยังคงกิจกรรมสนทนากลุ่มไว้เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงการเลี้ยงดูเด็กเล็กของแต่ละหมู่บ้าน ส่วน 14 หมู่บ้านที่เริ่มใหม่ เมื่อสนทนากลุ่มแล้ว จึงเริ่มกิจกรรมค้นหาภาพฝัน 3 ปี ช่างหน้าอยากให้ลูกหลานมีสุขภาพช่องปากอย่างไร สภาวะสุขภาพช่องปากลูกหลานทุกวันนี้เป็นอย่างไร และกิจกรรมที่ชุมชนจะทำเพื่อบรรลุภาพฝันนั้น แล้วจึงนัดหมายวันที่ทีมหมอจะออกมาเยี่ยมเยียนติดตามกิจกรรมของชุมชน

ครบรอบปีจัดกิจกรรมตลาดนัด “เครือข่ายชุมชนลูกหลานฟันดี” ทีมชุมชนที่มีกิจกรรมต่อเนื่อง จัดบูทนำเสนอการเปลี่ยนแปลงในชุมชน คู่ผู้เลี้ยงดูและลูกหลานมาร่วมงานกว่า 300 คู่ ใช้ชื่อกิจกรรมว่าแข่งขันผู้เลี้ยงดูแปร่งฟันให้เด็กก็จริง เป็นเพียงกุศโลบายให้ดูสนุก ดึกดึก มีชีวิตชีวาเท่านั้น ผู้ใหญ่ทั้งหลายเตรียมของขวัญรางวัลไว้ให้เด็กทุกคน และผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ก็รู้ว่ารางวัลที่แท้จริง คือ เด็กสุขภาพดี

ปี 2553 รวมจำนวนหมู่บ้านที่สมัครดำเนินการ 27 หมู่บ้าน 8 กันยายน 2553 จึงเชิญผู้ใหญ่บ้านและตัวแทน อสม.มาร่วมสรุปผลปีที่ 3 ของโครงการ พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 3 ปี สุขภาพฟันดีขึ้น



ร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนาโครงการต่อ ชาวบ้านเข้าใจเรื่องสุขภาพองค์รวมดีมากๆจนปรับคร่ำที่ระดมความคิดเป้าหมายสุดท้ายของสุขภาพเด็กเล็กคือ พ่อแม่เอาใจใส่ทุกด้าน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี สุขภาพเด็กแข็งแรง ฟันแข็งแรง พัฒนาการสมวัย ฉลาด ขยันการเรียนรู้ เชื้อฟังพ่อแม่ครูอาจารย์ กิริยามารยาทดีงาม รักษาขนบธรรมเนียม ชุมชนสุขภาพดี แล้วจึงช่วยกันกำหนดกิจกรรมที่จะไปให้ถึงเป้าหมายสุดท้ายนั้น จัดกิจกรรมเป็น 4 กลุ่ม เรียงเป็นบันได 4 ขั้น ให้ประเมินหมู่บ้านตนเองว่าอยู่ขั้นไหนแล้ว ปี 2554 ที่จะร่วมกันพัฒนากิจกรรมต่อไปจะได้ทราบว่าต้องเตรียมอะไรบ้าง แตกต่างกัน เช่น เพิ่มกิจกรรมสาธิตเล่นิทานให้ผู้เลี้ยงดูสามารถลงมือปฏิบัติได้จริง แล้วตลาดนัดเราก็จะเปลี่ยนชื่อเป็น “เครือข่ายชุมชนลูกหลานเด็กดี”

จากอาการออกหักจนต้องพักใจ เก็บเกี่ยวประสบการณ์ไว้ รัก...ออกแบบได้ใหม่เสมอ เดียวนี้สดใส สดชื่น มีความสุข หัวใจพองโต ความสำเร็จเล็กๆ เป็นความชุ่มชื่นในหัวใจ สร้างกำลังใจให้ทุกๆ คีน อยกตื้นเข้ามาพบเพื่อนๆ พบเด็กๆ พบชาวอำเภอสระใครที่น่ารัก สร้างบ้านแปงเมืองด้านหน้าให้น่าอยู่คู่นองคายตลอดไป

กลุ่มที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกในกลุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (3-6 ปี)

ปัจจุบันการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก 3-6 ปี มีฟันผุมาก ทั้งความชุกและความรุนแรงในการเกิดโรคฟันผุสูง ในกลุ่มวัย 3-6 ปี สุขภาพฟันมีความสัมพันธ์อย่างมากกับสุขภาพโดยรวมของเด็กวัยนี้ การมีสุขภาพฟันดี ฟันไม่ผุ ย่อมส่งผลดีต่อการเคี้ยวอาหาร การพูด การยิ้มของเด็ก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกาย และความเชื่อมั่นในตนเองให้แก่เด็ก นอกจากนี้ หากฟันน้ำนมหลุดไปตามวัยที่ควรจะทำให้ฟันแท้ขึ้นได้ตรงตามตำแหน่ง ไม่บิดเกจนเป็นปัญหาในการเคี้ยวอาหารและบุคลิกภาพของเด็กเมื่อเติบโตต่อไป

กิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยภาพรวม

ผู้ปกครองเด็ก ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีส่วนสำคัญในการดูแลส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับเด็ก กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันยังเป็นกิจกรรมหลักที่สำคัญในการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุที่ดีให้กับเด็ก และเด็กในช่วงปฐมวัยนับเป็นช่วงเวลาแห่งการพัฒนาด้านนิสัยในทุกๆ ด้าน ดังนั้นงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีคุณภาพดี จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการสร้างสุขนิสัยในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องให้แก่เด็กตั้งแต่วัยแรกของชีวิต ซึ่งจะพัฒนาเป็นแบบแผนพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีต่อเนื่องจนเติบโตใหญ่และสามารถดูแลทันตสุขภาพได้ด้วยตนเอง

รูปธรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก

การจัดบริการ

- งานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
 - ผู้ดูแลเด็ก ตรวจสอบฟันเด็กและให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง
 - ผู้ดูแลเด็กบันทึกการแปรงฟันของเด็กทั้งในเชิงคุณภาพ (ความสะอาดในการแปรงฟัน) และเชิงปริมาณ (จำนวนครั้งที่เด็กแปรงฟัน/ไม่แปรงฟัน)
 - ทันตบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจปัญหาฟันผุของเด็ก และพฤติกรรมเสี่ยง บันทึกในแบบตรวจเฝ้าระวังปีละ 1 ครั้ง
- การอบรมให้ความรู้ทันตสุขภาพแก่ผู้ดูแลเด็ก ผู้ประกอบอาหาร ผู้ปกครอง
- การรณรงค์ทาฟลูออไรด์วานิชในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุก 6 เดือน
- ให้บริการทันตกรรมในรายที่มีปัญหา
- นิเทศติดตามผลการดำเนินงาน

งานส่งเสริมทันตสุขภาพ

- กระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กแก่ทันตบุคลากร ผู้ดูแลเด็ก ผู้ประกอบอาหาร ผู้ปกครอง อสม. อบต. โดยมีทั้งการจัดกระบวนการกลุ่มแลกเปลี่ยนเป็นกลุ่มใหญ่ทั้งหมดและที่ละส่วน
- กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- การแปรงฟันเด็กโดยผู้ปกครองที่บ้านโดยจัดเป็นลักษณะการประชุม

เชิงปฏิบัติการและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

- เพิ่มเติมงานทันตกรรมเข้าไปในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของรพ.สต. และครูผู้ดูแลเด็ก
- การประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน่ายู่ และศูนย์เด็กเล็กอ่อนหวาน
- สนับสนุนอุปกรณ์ สื่อทันตสุขภาพศึกษา เช่น โมเดลฟัน วีดีโอ เพลง หนังสือการ์ตูน ของเล่นทันตสุขภาพ ไปสเตอร์
- สนับสนุนด้านวิชาการตามความเหมาะสม
- ประสานงานในการจัดหางบประมาณดำเนินการ
- การรณรงค์การแปรงฟันที่ศูนย์เด็กเล็กทั่วประเทศ ซึ่งเป็นการรณรงค์โดยส่วนกลาง
- การจัดประกวดหนูน้อยฟันสวย คู่แม่ลูกฟันดี โดยนำผู้ที่ชนะเลิศจากการประกวดของแต่ละศูนย์เป็นตัวแทนเข้าประกวดในระดับตำบล โดยใช้งบประมาณในการประกวดจากอบต.

ข้อมูลสำคัญในการจัดบริการ

- ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนางานศูนย์เด็ก เช่น
 - บริบทชุมชน วิถีคิด วิถีชีวิตของคนในชุมชน
 - สุขภาพช่องปาก ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมของเด็ก
- แบบบันทึกการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
 - ข้อมูลทั่วไป
 - ข้อมูลโภชนาการ
 - ข้อมูลทันตสุขภาพ
 - ข้อมูลการส่งต่อ

เครือข่ายร่วมในการจัดบริการเชิงรุก

ทันตบุคลากร มีหน้าที่ให้บริการทางทันตกรรม ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและเรื่องอื่นๆ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นวิทยากรให้ความรู้ จัดหางบประมาณในการดำเนินโครงการต่างๆ

ทีมสหวิชาชีพ ประกอบไปด้วย พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน มีหน้าที่ให้คำปรึกษาเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องแต่ละวิชาชีพ และเป็นวิทยากร

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการการศึกษา ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่สนับสนุนด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ พัฒนาผู้ดูแลเด็กโดยการส่งเข้าอบรม และเปิดโอกาสให้นายกเทศมนตรีมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมทันตสาธารณสุขต่างๆ

ผู้นำชุมชน อสม. มีหน้าที่สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างสาธารณสุขและชุมชน

กลวิธีในการสร้างการมีส่วนร่วม

1. ปรับเปลี่ยนทัศนคติของทันตบุคลากร
2. ให้ความสำคัญในกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบวช งานบุญ งานแต่งงาน งานศพ ฯ
3. สร้างความเป็นกันเองในการทำงานร่วมกับชุมชน
4. ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ ในด้านสุขภาพ
5. สร้างแรงจูงใจให้กับบุคคลตัวอย่างในชุมชน เช่น จัดเวทีมอบประกาศเกียรติคุณ
6. ผลักดันการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้กลายเป็นนโยบายสาธารณะ และทุกคนในชุมชนยึดถือปฏิบัติ

ทักษะจำเป็นที่ต้องพัฒนา

ทันตบุคลากรและทีมสหวิชาชีพ ต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะในด้านวิชาชีพ สามารถวิเคราะห์และทำความเข้าใจกับปัญหาได้ เป็นผู้พูดและผู้ฟังที่ดี สามารถวางแผนและการบริหารจัดการได้ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลทุกระดับ และมีการวางตัวที่เหมาะสมในสังคม

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการการศึกษา ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีทักษะในการวิเคราะห์และทำความเข้าใจกับปัญหา การวางแผนและบริหารจัดการ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

ผู้นำชุมชน อสม. ต้องมีความคิดสร้างสรรค์ และความกล้าแสดงออก

ศักยภาพที่ต้องพัฒนา

1. การมีจิตสาธารณะ
2. ความรู้และทักษะเฉพาะด้านในแต่ละวิชาชีพ
3. การสื่อสาร ทั้งการพูดและการฟัง
4. การฝึกปฏิบัติเรื่องทันตสุขภาพ เช่น การแปรงฟัน การย้อมสีฟัน
5. การทำงานเป็นทีม
6. ความอดทนอดกลั้น
7. การปรับตัวให้เข้ากับสังคม
8. การเป็นวิทยากรกระบวนการ

ระบบสนับสนุน

1. ด้านบุคลากร
 - ระบบการผลิตทันตภิบาล เนื่องจากปัจจุบันขาดแคลนทันตภิบาลในการดำเนินงานต่างๆ
 - ระบบการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทั้งในเรื่องของตำแหน่งและการสนับสนุนต่างๆ
 - ระบบการจัดสรรอัตรากำลัง การกระจายตัวของทันตบุคลากรที่เท่าเทียมกันทุกพื้นที่
2. ด้านงบประมาณ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก
 - กองทุนทันตกรรม
 - กองทุนตำบล
 - การบริจาคหรือระดมทุนของชุมชน
3. ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และสิ่งสนับสนุนอื่นๆ
 - ระบบสนับสนุนแปรงสีฟัน ยาสีฟัน สำหรับแจกให้กับประชาชนผู้ยากไร้
 - สื่อทันตสุขภาพและการประชาสัมพันธ์ เพื่อสื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญ

กลุ่มที่ 3 การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกในกลุ่มเด็กวัยเรียน

กิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

กิจกรรมงานทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียนหรือในโรงเรียนประถมศึกษา ประกอบด้วย

1. งานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เป็นการนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังโรคมาศึกษาวิเคราะห์เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงานกิจกรรมดังนี้

1.1 การตรวจฟันโดยครูประจำชั้น หรือครูอนามัย ตรวจปีละ 2 ครั้ง ครูตรวจ ทส.001 ส่งให้ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรวบรวม ทส.002 และรวบรวมเป็นแบบสรุปสภาวะสุขภาพของนักเรียนทั้งอำเภอ เป็นรายงาน ทส.003 จุดเด่นของกิจกรรม คือ ครูได้รู้ถึงสภาวะโรคและปัญหาในช่องปากของเด็กนักเรียน ส่วนจุดอ่อนคือ ครูตรวจไม่ถูกต้อง หรือไม่ตรวจ ส่งผลให้ไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้ได้จริง ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงรูปแบบการตรวจ หรือบางอำเภอได้ยกเลิกการตรวจโดยครู แต่ให้ทันตบุคลากรเป็นผู้ตรวจแทนทั้งหมด

1.2 การจัดบริการทันตกรรม

1.2.1 การรักษา เช่น การถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน มีทั้งการรับเด็กนักเรียนมารับบริการที่โรงพยาบาล หรือไปให้บริการที่โรงเรียน

1.2.2 การบริการทันตกรรมป้องกันทางคลินิก เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน การใช้ฟลูออไรด์

2. งานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน

2.1 การสอนทันตสุขภาพในโรงเรียน การบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อให้ครูเป็นผู้ดำเนินการ การจัดสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมทันตสุขภาพ การจัดเสียงตามสาย การจัดบอร์ดส่งเสริมทันตสุขภาพ

2.2 การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การควบคุมการบริโภคอาหารหวาน และน้ำอัดลม โดยเฉพาะการรณรงค์เรื่องอาหารหวานในโครงการเด็กไทยไม่กินหวาน ได้เปิดมุมมองของทันตบุคลากร สร้างแนวร่วมในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มแม่ค้า

แม่ครัว และกลุ่มครูโภชนาการ กิจกรรมรณรงค์การไม่กินหวานก่อให้เกิดผลงานที่เป็นรูปธรรมในหลายจังหวัด เช่น จังหวัดสระบุรี อุบลราชธานี เป็นต้น

2.3 การส่งเสริมการแปรงฟันที่ถูกต้อง และการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เป็นกิจกรรมคาดหวังให้ทุกโรงเรียนทำอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และมีประสิทธิภาพ เพื่อฝึกวินัยและทักษะการแปรงฟัน บางโรงเรียนดำเนินโครงการได้ดีเป็นแบบอย่าง เช่น “โครงการที่สอนน้องแปรงฟัน” “โครงการนักเรียนแปรงครูปรงด้วย”

3. กิจกรรมเชิงรุกในชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องทั้งเด็กนักเรียน ผู้ปกครอง ชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ยังมีกรดำเนินการค่อนข้างน้อย การบูรณาการหลักสูตรการเรียนการสอนให้แก่เด็กนักเรียน ในบางพื้นที่ เช่น ชมรมผู้สูงอายุอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น เข้าไปสอนและดูแลสุขภาพบุตรหลานในโรงเรียน กลุ่มอสม. อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจฟันเด็กนักเรียนและช่วยครูอนามัยโรงเรียนตรวจและนำการแปรงฟันให้เด็กนักเรียน กลุ่มสตรีแม่บ้านซึ่งมีสูตรขนมดั้งเดิม หรือสูตรสมุนไพร ประชาชนชาวบ้านซึ่งมีความรู้เรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น นำความรู้มาบูรณาการเข้าในหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับเด็กนักเรียน ซึ่งเป้าหมายเชิงรุก มุ่งให้นักเรียนมีความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก และนำไปขยายผลสู่ครอบครัวและชุมชนต่อไป

4. กิจกรรมสนับสนุนจากส่วนกลาง

4.1 การจัดกิจกรรมการประกวดโรงเรียนดีเด่นด้านทันตสุขภาพ โรงเรียนคูสูงเสริมทันตสุขภาพ ต่อมาในปีงบประมาณ 2554 พัฒนาเป็นเครือข่ายเด็กไทยฟันดี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนารูปแบบการทำงาน และนวัตกรรม เป็น “ต้นแบบ” การส่งเสริมทันตสุขภาพ แต่กิจกรรมมีข้อจำกัด เฉพาะในกลุ่มผู้บริหารโรงเรียน และครูอนามัยที่มีความกระตือรือร้น จึงอาจไม่เกิดผลกระทบในวงกว้าง จึงมีข้อเสนอว่า ควรมีการเชิญผู้บริหารระดับสูงในระดับพื้นที่การศึกษา เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างขวัญกำลังใจรับรู้ความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพในโรงเรียน

4.2 การประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยกรมอนามัย จัดให้มี

การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งงานส่งเสริมทันตสุขภาพเป็นเกณฑ์ ส่วนหนึ่งในการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีการแบ่งระดับเป็นระดับของระดับเงิน ระดับทองแดง นอกจากนี้ยังสามารถพัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองเพื่อผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ตามเป้าหมายในปี 2554 ซึ่งมีทันตบุคลากรร่วมเป็นทีมประเมิน ในบางพื้นที่ใช้การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นการ “สร้างทีมทำงาน” ในระดับพื้นที่ ตัวอย่างเช่น อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี สร้างทีมทำงานซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย ศึกษานิเทศก์ และผู้เกี่ยวข้อง ภายหลังเมื่อได้ออกประเมินแล้ว ให้ร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนาการทำงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ประถมศึกษา ในภาพรวมของอำเภอลำลูกกา

รูปธรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกในโรงเรียน

นิยาม การทำงานเชิงรุก ในที่นี้ คือการทำงานเพื่อ “พัฒนาคน” “พัฒนาระบบ” ที่จะเอื้อให้เกิดการดูแลตนเองให้ “คนในพื้นที่” ดูแล “คนในพื้นที่” ด้วยกันได้อย่างยั่งยืน

การทำงานส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นงานภาคปฏิบัติ ที่ดำเนินการในโรงพยาบาลชุมชน และรพ.สต. การทำงานเชิงรุกที่สำคัญคือ การวางแผนในเชิงยุทธศาสตร์เชิงรุก เป้าหมายการทำงาน วิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ผู้ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์บริบทของชุมชน ก่อนลงมือทำงาน และเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ก็เปลี่ยนแปลง ดังนั้นการทำงานเชิงรุกในโรงเรียน จึงต้องเป็นยุทธศาสตร์ที่ยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์

การทำงานเชิงรุกในโรงเรียน คนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ นักเรียน ประถม ส่วนกลุ่มเป้าหมายรอง คือ คนที่อยู่ใกล้ชิดนักเรียน เช่น ผู้ปกครอง ครูประจำชั้น ครูอนามัย ผู้บริหาร ครูโภชนาการ แม่ครัว แม่ค้า บริบทรอบๆ ที่เกี่ยวข้องและให้การสนับสนุนการทำงาน คือ องค์กรต่างๆ ในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน อบต. กลุ่มสตรีฯ ภิภษุ ชมรมผู้สูงอายุ ฯลฯ

ผู้ทำหน้าที่ก่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือเป็น “บัดดี้” ในการทำงานสร้างสุขภาพเชิงรุกร่วมกับทันตบุคลากร อีกหน่วยงาน คือ เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในรพ.สต. และสิ่งที่มีผลต่อการทำงานของทันตบุคลากรที่สำคัญคือนโยบายกระทรวงฯ และทัศนคติของผู้บริหารและทีมงานทันตฯ

เป็นที่ยอมรับกันว่า “กระบวนการมีส่วนร่วม” ก่อให้เกิดการทำงานที่ยั่งยืน แต่กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร? หากย้อนศึกษาประวัติศาสตร์การทำงานของทันตบุคลากร เริ่มจากงานทันตกรรมเพิ่มทวี คือ ทันตบุคลากรลงไปตรวจ ลงไปทำทุกอย่าง ต่อมาเมื่อมีนักเรียนมากขึ้น มีแนวคิดว่าจะมีใครมาทำแทนทันตบุคลากร จึงเกิดระบบในเรื่อง “ครูทำได้” ครูตรวจ ทส.001 ส่งให้ สอ.รวบรวมเป็น ทส.002 ส่งมาที่โรงพยาบาล รวบรวมเป็น ทส.003 ซึ่งผลปรากฏว่า ข้อดี คือ ครูได้เห็นปัญหาได้รู้ถึงปัญหาในช่องปากของเด็ก และอยากให้ครูตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปาก ข้อมูลตรวจเฝ้าระวังเป็นข้อมูลรูปธรรมที่รู้จักตั้งแต่เริ่มทำงาน เป็นข้อมูลที่บางครั้งใช้ บางครั้งก็ไม่ได้ใช้ และค้นพบว่า ช่วงหลังข้อมูลส่วนใหญ่ที่ครูตรวจจะใช้ไม่ได้ทำให้บางพื้นที่ยกเลิกการตรวจโดยครู แต่ในบางอำเภอมีการยืนยันว่ายังใช้ได้ เพราะมั่นใจในครูอนามัยที่ผ่านการอบรมมา ส่วนในบางอำเภอได้ปรับปรุงข้อมูลโดยใช้ทันตบุคลากรลงไปตรวจด้วยตนเองในบางปีเพื่อยืนยันข้อมูล

กระบวนการมีส่วนร่วมกับโรงเรียน ทันตบุคลากรยังทำได้แค่เพียง “บอกให้ทำ” ซึ่งคาดหวังให้ครูเห็นความสำคัญของงานทันตฯ โดยให้ครูตรวจฟันเด็กๆ ให้ครูจัดให้เด็กแปรงฟัน ให้ครูสอนให้ครูทำปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้ง **3 ปัจจัย** ได้แก่ **อาหาร การแปรงฟัน และการสอนทันตสุขภาพศึกษา** ในโรงเรียนให้ดี

ดังนั้นโครงการเฝ้าระวังทันตฯ จึงมีการฝึกอบรมครูอนามัยเป็นประจำทุกปี เพื่อสอนให้ครูตรวจสุขภาพช่องปากได้ถูกต้อง และพยายามให้ครูทำได้อย่างที่หมอมั่นอยากให้เกิดขึ้นในโรงเรียน ซึ่งยังไม่เกิด หรือเกิดขึ้นเพียงอำเภอละ 2-3 โรงเรียนเท่านั้น จึงยังไม่เพียงพอ อาจต้องปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน พยายามที่จะเข้าใจครู เข้าใจนักเรียน และชุมชนมากขึ้น ซึ่งเป็นการวิเคราะห์งานเชิงรุกในโรงเรียนที่ทำอยู่ในปัจจุบัน สำหรับงานสร้างเสริมทันตสุขภาพ ทั้ง 3 ปัจจัยที่งานทันตฯ เกี่ยวข้องและพยายามพัฒนารูปแบบ ดังนี้

เรื่อง “อาหาร” เกิดนวัตกรรมของเมืองไทย คือ “โครงการเด็กไทยอ่อนหวาน” เกิดเรื่อง “โรงเรียนปลอดน้ำตาล” การรณรงค์ในเรื่อง “การลดการบริโภคหวาน” ซึ่งปัจจุบันทันตฯ เข้าไปเกี่ยวข้องมากขึ้น สำหรับ “กลุ่มแม่ค้า

แม่ครัว” และ “กลุ่มครูโภชนาการ” เมื่อเข้าไปสัมผัสผลในเรื่องของอาหารแล้วก็ได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องอื่นๆ ซึ่งเดิมไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องมากนัก เช่นเรื่อง “สุขาภิบาลอาหาร” การเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับคุณภาพของอาหาร ความปลอดภัยทางอาหาร การคุ้มครองผู้บริโภค เมนูที่เหมาะสมสำหรับเด็กในศูนย์เด็ก เมนูเด็กวัยเรียนเป็นอย่างไร แคลอรีควรจะต้องเท่าไร ปริมาณอาหารเท่าไร ผลที่เกิดขึ้น ทำให้ทันตบุคลากรได้เปิดมุมมองด้านสุขภาพได้กว้างมากกว่าเพียงแค่เรื่องในช่องปาก คิดเชื่อมโยงการทำงานกับบุคลากรสาขาวิชาชีพโภชนาการ และเภสัชฯ เกิดแนวร่วมในการทำงานเชิงรุกแบบเป็นรูปธรรม แต่จุดอ่อนยังเป็นเพียงมุมมองของนักวิชาชีพ ยังไม่เปลี่ยนโลกทรรศน์มุมมองจากเรื่องวิชาการไปสู่มิติทางสังคม หรือมุมมอง “โลกของเด็ก” “โลกของชาวบ้าน” ยังทำได้เพียงเป็นการห้าม การแนะนำจากนักวิชาการเท่านั้น

ส่วนเรื่อง “กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน” มีการส่งรายงานแปรงฟันทุกเดือน ซึ่งเป็นรายงานที่ได้ในเชิงปริมาณ แต่คุณภาพต้องยอมรับว่า ประชาชนยังแปรงฟันไม่สะอาด ความรู้เรื่องทักษะการแปรงฟันที่ถูกวิธี ประชาชนยังไม่รู้ ทำไม่เป็น ยังไม่มีสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ แม้กระทั่งครูอนามัย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หลายคนที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเพราะแปรงฟันไม่สะอาด ซึ่ง อธิบดีกรมอนามัย ให้นโยบายว่า ทันตฯ เน้นเรื่อง “การแปรงฟันให้สะอาด” เป็นเรื่องหลัก

งานทันตฯ ในโรงเรียนประถม เน้นฝึกทักษะการแปรงฟันให้สะอาด มีการพัฒนาสื่อพิมพ์ เริ่มจากเม็ดสีซึ่งบางครั้งหายาก บางพื้นที่พัฒนาไปใช้สมุนไพร เช่น ดอกอัญชัน ดอกกระเจี๊ยบ ใช้น้ำมันแทนแต่ยังไม่ได้ผลเป็นที่ยอมรับ มีการจัดประกวดการแปรงฟันสะอาดในระดับประเทศ ส่วนบุคลากรที่เราจะฝึกทักษะให้เป็นต้นแบบ เช่น ครูอนามัย โดยคาดหวังว่าจะให้ไปสอนผู้นำนักเรียน แกนนำเยาวชน ต่อได้ ปัญหาของโรงเรียน คือ เรื่อง “ฝึกวินัยในการแปรงฟัน” ในเรื่องของสัญญาณในการแปรงฟัน ค้นหาวิธีการที่น่าจะได้ผลดี มีเพลงที่จะประกอบการแปรงฟันทีละขั้นตอนมีการดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแปรงฟัน มีก๊อกน้ำและที่แปรงฟันเพียงพอ

กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันการฝึกให้เด็กแปรงฟันให้สะอาด และแปรงฟันเป็นประจำจนเป็นนิสัย เป็นกิจกรรมที่สำคัญมาก แต่ทำให้เกิด

ขึ้นจริงและมีประสิทธิภาพได้ยาก เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ศิลปะในการจัดการ เพราะบริบทปลีกย่อยที่แตกต่างกันในแต่ละโรงเรียน ต้องอาศัยการวิเคราะห์ และการจัดการทั้งในระบบของอำเภอ และการช่วยเหลือเกื้อกูลให้เกิดขึ้นในโรงเรียน จุดแข็งการทำงานที่ผ่านมา เรามีตัวอย่างโรงเรียนที่ทำกิจกรรมนี้ได้ดี ในทุกๆ อำเภอ (ซึ่งอาจจะมีเพียงอำเภอละ 2-3 โรงเรียน) จุดอ่อน คือ ยังไม่มีการวิเคราะห์การทำงานให้ได้ว่าต้องอาศัยปัจจัยใด และจะอย่างไรเพื่อให้ปัจจัยต่างๆ เหล่านั้นเกิดขึ้นในแต่ละอำเภอ และใครควรจะทำอะไร เพราะหากกิจกรรมนี้ได้ผลดี มีประสิทธิภาพ (อธิบดีกรมอนามัยฯ ให้ความสำคัญมากที่สุด) จะส่งผลเป็นอย่างมากต่อทันตสุขภาพของเด็กๆ ในโรงเรียน

สำหรับเรื่องที่ 3 คือเรื่อง “งานทันตศึกษาในโรงเรียน” พยายามให้เข้าไปอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อเริ่มนวัตกรรมในการเรียนรู้หารูปแบบใหม่ๆ ของการที่จะเข้าไปให้ศึกษาในโรงเรียน ในเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ไปเพิ่มทักษะการเรียนรู้ของเด็ก สร้างนวัตกรรม สื่อทาง Computer ทั้งหมด ซึ่งทำให้เห็นเป็นรูปธรรมของงานทันตฯ ในโรงเรียนมากขึ้น

ข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกในกลุ่มเด็กวัยเรียน

ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในกลุ่มเด็กวัยเรียนมีข้อมูลสำคัญดังต่อไปนี้

1. บริบทของโรงเรียน/ชุมชน

เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนที่จะเข้าไปทำงานในโรงเรียนควรมีการเก็บข้อมูล ดังนี้

- ด้านกายภาพที่ตั้งซึ่งสะท้อนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ
- ลักษณะประชากรซึ่งสะท้อนถึงวิถีชีวิตของเด็ก รวมถึงผู้ปกครองที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนนั้นได้
- ประวัติศาสตร์ของโรงเรียนทั้งในแง่การทำงานด้านอนามัยโรงเรียนหรือผลงานเด่นของโรงเรียนที่เคยประสบความสำเร็จ
- โครงสร้างองค์กรผู้บริหารและบุคลากรครูในโรงเรียนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันและขับเคลื่อนการทำงานในระดับนโยบายลงสู่การปฏิบัติ

- สาธารณูปโภคต่างๆ ที่มีในพื้นที่ซึ่งในบางครั้งมีอิทธิพลทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพอนามัย เป็นต้น

ข้อมูลในส่วนนี้ทันตบุคลากรมักมองข้ามหรือไม่ให้ความสนใจ ทั้งที่เป็นข้อมูลที่สำคัญในการที่จะจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่

2. สภาวะทันตสุขภาพ

การได้มาซึ่งข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพนั้นในแต่ละพื้นที่มีรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบต่างกัน โดยการดำเนินงานภายใต้งานเฝ้าระวังซึ่งในบางพื้นที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยพัฒนาศักยภาพครุอนามัยให้สามารถตรวจช่องปากเด็กนักเรียนเบื้องต้นได้และส่งรายงาน ทส.001มายังโรงพยาบาลซึ่งการดำเนินการแบบนี้ทำให้ครูมีความสนใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน ในบางพื้นที่มีการปรับปรุงข้อมูลโดยทันตบุคลากรออกตรวจช่องปากเพื่อทราบสภาวะทันตสุขภาพในระดับอำเภอที่แท้จริง จากนั้นมีการคืนข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล หาค่า DMF, Caries free ในกลุ่มอายุ 6 และ 12 ปี แล้วกลับสู่โรงเรียนแยกรายโรงเรียน รายตำบล และนำข้อมูลในภาพรวมระดับอำเภอไปเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในระดับจังหวัดและในระดับประเทศได้เพื่อการวางแผนการพัฒนางานต่อไป

3. พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

ข้อมูลพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ที่ผ่านมามีการเก็บรวบรวมข้อมูล Rapid survey ในภาพรวม ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นยังไม่เพียงพอและไม่สามารถนำมาใช้ได้จริงในพื้นที่ จึงมีข้อเสนอว่าควรมีการสำรวจพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งการแปรงฟันในโรงเรียนและที่บ้าน และพฤติกรรมการใช้หลอดน้ำอัดลมและขนมหวาน รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระดับพื้นที่ซึ่งอาจมีปัจจัยที่หลากหลายต่างกันไปขึ้นกับบริบทของโรงเรียน

4. สถานการณ์สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน/ชุมชน

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลในส่วนนี้ด้วย เช่น

- การจัดโภชนาการเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่?
- ร้านค้าสหกรณ์ในโรงเรียนจำหน่ายขนมประเภทใด?
- สถานที่แปรงฟันเพียงพอและเหมาะสมกับจำนวนนักเรียน?
- แหล่งน้ำที่ใช้ในโรงเรียนมีเพียงพอกับความต้องการ?
- วัสดุอุปกรณ์ในการแปรงฟันได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณส่วนใด? เป็นต้น

5. ข้อมูลพื้นฐานของภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง

ควรมีการเก็บข้อมูลในส่วนของเครือข่ายผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับโรงเรียนทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และวิเคราะห์ว่าความสัมพันธ์กับเครือข่ายเหล่านี้เป็นไปในทิศทางใด กรณีความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงบวกเป็นโอกาสของโรงเรียนที่จะได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย แต่บางกรณีที่มีความสัมพันธ์เป็นไปในเชิงลบมีความเป็นไปได้ที่เราอาจทำหน้าที่เป็นตัวประสานเพื่อลดการเกิดข้อขัดแย้งลงได้

เครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมกับสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน

การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนกับกลุ่มเด็กวัยเรียนมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจึงจะสามารถดำเนินงานได้ประสบความสำเร็จ ซึ่งภาคีที่เกี่ยวข้องแบ่งออกได้ ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากร มีส่วนเกี่ยวข้องโดยการร่วมเป็นทีมวิทยากร และร่วมดำเนินกิจกรรมในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง การร่วมเป็นทีมผู้ประเมิน และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น

2. บุคลากรในโรงเรียน ได้แก่ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา ครูประจำชั้น ผู้ประกอบอาหารในโรงเรียน แม่ค้าในโรงเรียน ครุอนามัย นักเรียน มีส่วนร่วมในการสร้างแรงจูงใจ เช่น การมอบเกียรติบัตรหรือใบประกาศเพื่อยกย่องผลการดำเนินงาน

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองดีการบริหารส่วนท้องถิ่น ปลัดฯ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม นักวิชาการศึกษา มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการของท้องถิ่น และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

4. ภาควิชาชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน กลุ่มสตรีแม่บ้าน อสม. ผู้สูงอายุ พระภิกษุ ผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และร่วมดำเนินกิจกรรมในระดับชุมชน

สรุปการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายควรเน้นให้เกิดกระบวนการ “ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและร่วมด้วยช่วยกันทำ” โดยมีวิธีการ ดังนี้

1. จัดการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และคืนข้อมูลกลับไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในประเด็น สถานการณ์ช่องปาก พฤติกรรม เป็นต้น
2. จัดการประชุมหรือประชุมวางแผนการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน
3. แต่งตั้งคณะทำงาน/ประสานระดับอำเภอ
4. สร้างต้นแบบในการส่งเสริมทันตสุขภาพ
5. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ
6. สร้างแรงจูงใจโดยเชิญผู้มีบทบาททางสังคม หรือผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ร่วมชื่นชมเป็นกำลังใจ
7. มีการติดตามประเมินผลโดยทีมเครือข่าย/ บุคคลภายนอก
8. มีการสื่อสารในระดับประเทศ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้เรื่องการแปรงฟันที่ถูกวิธี เรื่องอันตรายในการบริโภคขนมที่มากจนเกินไป ที่สำคัญที่สุดคือ ควรสนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนที่เหมาะสม เพียงพอกับเจ้าหน้าที่และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ครู ศพด. มีเพียงพอ หมายความว่า ให้เข้าถึงได้ในทุกๆ ระดับคือ ไม่ใช่เฉพาะโรงเรียนที่ดีเด่น ได้รับรางวัล และทำให้มีกระบวนการแลกเปลี่ยนกัน ไม่เฉพาะในอำเภอของตนเอง หรือต่างอำเภอต่างจังหวัดซึ่งการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนทำให้เกิดการพัฒนาบุคลากรในงานโรงเรียน และทันตบุคลากรได้มาก ยิ่งมากยิ่งดี เพราะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Face to face จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้มากกว่า ตื่นเต้นเข้าใจว่าการพบกับวิทยากรหน้าเดิมๆ ในอำเภอ

ทักษะจำเป็นที่ต้องพัฒนา

คือ วิธีการคิดเชิงระบบ System thinking ทักษะของ Facilitator การเข้าใจเรื่องของ Network Teamwork ทั้งหมด เรื่องของทักษะการทำงานชุมชน

ซึ่งเราคิดว่าทันตบุคลากรควรจะต้องเข้าใจ และใช้ในชีวิตประจำวัน

ระบบการสนับสนุน

การมีนโยบายเรื่องอาหาร ขนม น้ำอัดลม เช่น ป้ายฉลากที่อ่านได้ง่าย อ่านแล้วชาวบ้านเข้าใจได้ ไม่ใช่ักโภชนาการเข้าใจ สามารถบอกเด็กได้ในเรื่องของคำเตือน ข้อจำกัดในการโฆษณา ถ้าหากมีเรื่องนี้จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในเรื่องของอาหาร ช่วยทันตบุคลากร และช่วยประชาชนได้มากขึ้น ในเรื่องกฎหมายในการจำหน่ายอาหารในโรงเรียน ซึ่งในบางประเทศออกกฎหมายจำกัดในโรงเรียนเรื่อง การห้ามขายขนม หากสำนักทันตฯ สามารถผลักดันให้เกิดนโยบายที่ชัดเจนเหล่านี้ น่าจะเป็นสิ่งที่ดี

กรณีศึกษา : เรื่องเล่า การทำงานเชิงรุกในโรงเรียน ที่อำเภอจอมพระ

จังหวัดสุรินทร์ โดยกณญ.จินดา พรหมกา

หากทบทวนการทำงานเชิงรุกในโรงเรียนประถมพบว่า การทำงานส่วนใหญ่จะทุ่มเทพทรัพยากร แรงงานเพื่อพัฒนาครูอนามัย โดยคาดว่าครูอนามัยจะเป็นคำตอบเบิกทางไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กนักเรียน แต่ในบางพื้นที่สะท้อนการทำงานดังเรื่องเล่านี้

“สิ่งที่เห็น คือ มีความพยายามเชิญครูอนามัยเข้ามา อย่างมากก็เชิญผู้บริหารโรงเรียนมาร่วมด้วย และมีการคืนข้อมูล ซึ่งตอนนี้จังหวัด ได้ตัดโอกาสที่ครูจะตระหนักถึงปัญหาเองแล้ว เพราะครูเคยสะท้อนปัญหาในปี 45-46 ว่าเป็นการยกเมฆมา หมอจะเชื่อหรือไม่ แต่ก็มีครูบางโรงเรียนที่ตั้งใจ เราก็เลยต้องลงไปตรวจสอบ เพราะต้องการรู้ข้อมูล เพื่อให้ครูเห็นข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปส่งเสริมป้องกัน ปัญหาจะไม่เกิด”

“ครูอนามัยก็หนักใจเหมือนกัน ถ้าผู้บริหารหรือเพื่อนครูไม่ช่วยครูอนามัยจะทำอะไรได้ แต่ดีที่หมอบรมผู้นำนักเรียนไว้ ถ้าหมอไม่ลงมาตรวจก็ยังไม่ดีทำหรอก ถ้าระบบงานในโรงเรียนมันไม่มีระบบ อะไรมันก็เกิดยาก”

ความเป็นไปได้ การทำงานเชิงรุกในโรงเรียน อีกแนวทางหนึ่ง คือ การสร้าง “กระบวนการมีส่วนร่วม” การทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของงาน

การทำให้เกิดความภาคภูมิใจการทำให้เกิดความรักความผูกพันที่ดีต่อกันในพื้นที่
ที่กล่าวมาแล้วในช่วงต้น จะก่อให้เกิดการทำงานเชิงรุกที่ยั่งยืน ดังตัวอย่าง

“*อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ เริ่มต้นจากการที่ครูอนามัย ได้เล่า
ปัญหาความคับข้องใจ การบีบคั้นในการทำงานอนามัย พลังพลูออกมา เพราะ
ครูอนามัยอยากเล่าๆ ถึงสิ่งที่อยากให้เกิดขึ้น จากนั้นให้ครูอนามัยวางแผนการ
ทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้น วางแผนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แล้วจึง
แบ่งภารกิจหน้าที่ ว่าใครควรทำอะไร ตัวอย่างที่ครูอนามัยอยากให้เกิดขึ้น เช่น
อยากให้ผู้บริหารให้ความสำคัญได้มอบหมายให้หมอฟันไปดำเนินการกับผู้บริหาร
ว่ามีวิธีการอะไรบ้าง ซึ่งกลุ่มครูอนามัยก็ช่วยกันคิด อยากแก้ปัญหาเรื่องแม่ครัว
แม่ค้าในโรงเรียน ควรต้องทำอะไรหรือแก้ปัญหาเพื่อนครูในโรงเรียน หรือผู้นำ
นักเรียนที่ต้องช่วยกันควบคุมการแปรงฟันในโรงเรียน จะทำอย่างไร... การสร้าง
กระแสรักสุขภาพช่องปากในโรงเรียนควรทำอย่างไร... สิ่งเหล่านี้เป็นการเริ่มต้น
สำหรับการทำงานร่วมกันของครูอนามัย*”

จากนั้น ดำเนินการตามแผนงาน เมื่อเสร็จงานอบรมหรือการประชุม
ก็คุยกันทันทีว่าได้ตามที่คาดหวังหรือไม่ เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรในโรงเรียน
บ้างหรือไม่ จึงเป็นการเริ่มต้นในการสร้างเครือข่ายครูอนามัยที่ไร้รูปแบบ ไร้การ
จัดตั้ง ไม่มีคำสั่งการทำงาน เพียงให้ครูได้พูด ได้คิด ทันทบุคคลากรรับฟังสิ่งที่ครู
กังวล เป็นห่วง อยากได้ อยากทำ ให้ครูทำ และช่วยกันทำ ทำในสิ่งที่ครูอยากได้
อาศัยความสัมพันธ์ที่ดี ความเป็นเพื่อนครู อยากทำกิจกรรมร่วมกัน

เมื่อทำงานได้ระยะหนึ่งทำให้เกิดผลงานขึ้นในพื้นที่ แต่ละโรงเรียนล้วน
แล้วแต่มีลักษณะความเด่นที่แตกต่างกัน จึงจัดให้มีตลาดนัดความรู้ “ปัญญา
ปฏิบัติ” ที่เกิดจากการทำงาน การแก้ปัญหาด้านสุขภาพในโรงเรียน เช่น
แก้ปัญหาเรื่องขนม การแก้ปัญหาเรื่องกิจกรรมการแปรงฟัน ส่วนโรงเรียนที่เด็ก
ไม่มีฟันแท้ๆ นำเรื่องเล่า ประสบการณ์มาเล่าสู่กันฟัง เป็นการ Empower เสริม
กำลังใจสำหรับคนทำงานและนำเรื่องราวที่ปฏิบัติได้จริง มาเป็นขวัญกำลังใจให้
คนที่ยังแก้ปัญหาไม่ได้ เพื่อช่วยเหลือกันต่อไป การทำงานเครือข่ายต้องเป็น
กิจกรรมที่ไม่ได้บังคับ เป็นการทำให้สมัครใจ ทำงานมากขึ้นพร้อมกับความสุขที่
มากขึ้นเกิดความรักสามัคคี และเห็นคุณค่าความสุขที่เกิดจากการทำงาน
แม้จะเป็นดังอุดมคติแต่หากมีความตั้งใจของทันตบุคลากรแล้วสิ่งเหล่านี้ก็

สามารถเกิดขึ้นได้

นอกจากนี้ยังมีการขยายผลไปสู่เครือข่ายครูผู้ดูแลเด็กและครูอนุบาล(กลุ่ม
เด็กก่อนวัยเรียน) ซึ่งทำให้น้องครั้นในชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. อสม. และ
ชมรมผู้สูงอายุ มาเกี่ยวข้อง เพราะภาคีเครือข่ายเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์
เป็นองค์รวมมีจุดแข็งที่แตกต่างกันคนทำงานต้องมองทุกสิ่งอย่างเชื่อมโยงสัมพันธ์
และเป็นพลวัต ขึ้นกับเวลาและสภาพสังคม ดังนั้น ต้องอาศัยเวลาในการทำงาน
ทำทีละขั้นตอน อย่างใจเย็นและได้เติบโต เรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน
เป็นตัวอยางการทำงานแบบเครือข่าย ในภาพกว้างของทั้งอำเภอ

การเริ่มต้นทำงานเพื่อให้เกิด “กระบวนการมีส่วนร่วม” มีได้หลายวิธี
ขึ้นอยู่กับบริบทและวิธีที่คนทำงานต้องการเรียนรู้ หรืออยากลองดู นี่เป็นอีกวิธีที่
เริ่มต้นด้วยการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และดึงชุมชนและผู้ปกครองเข้ามาร่วม ผลที่
เกิดขึ้น หมอฟันเรียนรู้ว่า การดึงชุมชนเข้ามาร่วมที่ยั่งยืน ไม่ใช่พบปะทบทวนที่
ของหมอ แต่อาจเป็นหน้าที่ของโรงเรียนหรือพื้นที่ มากกว่า ดังตัวอย่างของเรื่อง
เล่านี้

“*ปีที่แล้วมีการเริ่มงานเครือข่ายโรงเรียนก็เลยเพิ่มกระบวนการไปว่า เชิญ
ครูอนามัยและผู้บริหารโรงเรียนเข้าร่วม จัดกระบวนการ 2 วัน โดยมีกรคืนข้อมูล
คำถามที่เราต้องการคำตอบคือ เมื่อก่อนเด็กในโรงเรียนฟันผุหรือไม่อย่างไรสาเหตุ
เป็นอย่างไร พอเชิญครูอนามัยกับผู้บริหารเข้ามา เราคิดว่าบุคคลเหล่านี้น่าจะรู้
ถึงสาเหตุมากกว่าเพราะมีความใกล้ชิดกับเด็กๆ มากกว่าเรา ปีที่แล้วสิ่งที่ได้มา
อีกแง่มุมหนึ่งคือ หลังจากที่ใช้กระบวนการเสร็จสิ้น มีกรวิเคราะห์ร่วมกันว่า
ผู้ปกครองกับชุมชน ไม่ค่อยได้เข้ามาร่วม ครูไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไร จึงทดลอง
ทำในอีกอำเภอคือ จัดประชุมครู ผลักดันให้ครูนัดผู้ปกครองเข้าร่วม
กระบวนการและมีการคืนข้อมูล สิ่งที่พบจากการบอกเล่าของทันตภิบาลคือ
ผู้ปกครองดูแลเด็กเพียงช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น (ทำจริงจริงประมาณ 1 เดือน) พอ
หม้อออกมาก็เลิกทำ แต่สิ่งที่เห็นอย่างน้อยคือ ทั้งครูและหม้อต่างดำเนินการอยู่
แต่ถ้าชุมชนหรือผู้ปกครองไม่มีส่วนร่วมก็ยาก ปีนี้ประชุมเครือข่ายโรงเรียนให้
เครือข่ายที่ทำในปีที่แล้วมาลองติดตามความก้าวหน้า ผลก็คือ ทางโรงเรียนมี
การทำกิจกรรมหลายอย่าง เช่น กิจกรรมแปรงฟัน ซึ่งสิ่งที่พบคือ ในเชิงปริมาณ
ส่วนใหญ่ก็จะได้ แต่เชิงคุณภาพคือ แปรงฟันสะอาดนั้น ยังไม่ได้ และการ*

แสวงหาความร่วมมือกับชุมชนที่จะคิดต่อว่าจะทำอย่างไรให้ภาคีเครือข่ายได้เข้ามาร่วม แต่ตอนนี้โรงเรียนกับหมอทำงานหนักแล้ว ทำอย่างไรที่จะเป็นจุดเชื่อมต่อ ซึ่งมองว่า ผู้ที่จะนัดหมายกรรมการ โรงเรียน ผู้ปกครอง ควรจะเป็นครู ไม่ใช่เรา แต่ว่าเราจะช่วยอะไรได้บ้างก็เพิ่มเติมในส่วนนี้ มีการคืนข้อมูลและมาวิเคราะห์ร่วมกันทำให้เห็นประเด็นที่ชัดเจนขึ้น เช่น ในเรื่องของคุณภาพการแปร่งฟันยังไม่ได้ ก็จะมาคิดกระบวนการกันและหลังจากนั้นสามเดือน จึงมานำเสนอกัน ดูความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าเป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งเป็นภาพที่พยายามให้เกิด”

จากเรื่องเล่านี้ ได้บทเรียนว่า การชี้แนะ สั่งการ หรือจัดการทุกอย่างอาจไม่ใช่วิธีการที่ถูกต้อง จึงต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้สังเกต ชี้ชวน ให้แก่มคิด สนับสนุน สร้างโอกาสนำเสนอ และเสริมกำลังใจแทน

งานอีกอย่าง เป็นการทำงานเชิงรุกในระดับชุมชน มีทีมงานของจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งบุกเบิกเรื่อง Community Empowerment ค่อนข้างมาก ทำงานโดยเข้าไปเกี่ยวข้องกับภาคี ในชุมชน เช่น ประชาชนชาวบ้านในเรื่องของภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่นำมาประยุกต์ช่วยสอนกลุ่มเด็กในโรงเรียน กลุ่มสตรีแม่บ้านซึ่งมีสูตรขนมดั้งเดิม หรือสูตรสมุนไพร และกลุ่มพัฒนาชุมชน ซึ่งมีผู้เชื่อมประสานเป็นอสม. โดยเชื่อมกลุ่มครูกับภาคีชุมชน ส่วนเป้าหมายเชิงรุกในโรงเรียน คือ เรื่องการบูรณาการหลักสูตรการเรียนการสอน ดูในเรื่องของการแปร่งฟัน ทำให้นักเรียนมีความรู้ และเชื่อว่าเป้าหมายสุดท้ายของงานโรงเรียน คือ ทำให้กลุ่มนักเรียนเหล่านี้มีคุณภาพ ซึ่งจะเป็นบุคลากรที่มีคุณค่าในชุมชนและนำความรู้กลับคืนสู่ชุมชนต่อไป

รูปธรรมงานเชิงรุก ตั้งแต่งาน Basic คือ งานเฝ้าระวังทันตฯ ในโรงเรียนที่มีอยู่ดั้งเดิม งานสร้างเสริมสุขภาพที่เราพยายามทำในโรงเรียน วิธีการสร้างเครือข่าย การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม แรงเสริม แรงสนับสนุนต่างๆ ตลอดจนจุนเจือโลบาย ด้านการประกวดแข่งขัน ตลอดจนจนเรื่องของการพยายามที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นวิธีการต่างๆ ที่นำเสนอเพื่อใช้ในการพัฒนาเด็กๆ ให้เป็นผู้มีคุณภาพกลับคืนสู่สังคม

คนที่ทำงานชุมชนเชิงรุก หรือคนที่มองภาพรวมทั้งหมดจะต้องวางแผนงาน มองเห็นภาพรวม มองเห็นจังหวะก้าว หรือว่าเห็น Road Map ของ

อำเภอแต่ละพื้นที่ว่า เริ่มต้นจากตรงไหน ไปที่ไหน จะต้องพบกับอะไรบ้าง เป็น Road Map ขึ้นอยู่กับบริบทของสิ่งแวดล้อม เวลา สถานที่ บุคลากร โดยคาดเดาความต้องการของกลุ่มคนที่เราเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย หาข้อเท็จจริง ทำความเข้าใจ ยอมรับ และคิดหาวิธีที่จะทำงานร่วมกันให้ได้ คิดหาวิธีที่จะทำในแต่ละบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ที่แยกย่อยลงไป ตั้งแต่ระดับอำเภอ ตำบล โรงเรียน องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน สนับสนุน เกื้อกูลหรือขัดแย้งกัน และจะต้องลงมือทำในบริบทของตนเอง และทบทวนตนเอง ถอดบทเรียนและปรับตาม PDCA ตามปกติที่เราจะต้องทำ

กลุ่มที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุ

กิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

กิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ควรบูรณาการร่วมไปกับงานอื่นๆ เช่น งานคลินิกโรคเรื้อรัง งานคลินิกวัยทอง งานคลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การให้ทันตสุขศึกษาและการฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดฟัน

1.1 เป็นการให้ทันตสุขศึกษาเบื้องต้น วิทยากร หรือรายบุคคล ในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ในกรณีของผู้สูงอายุอาจให้กับผู้สูงอายุโดยตรงเลย หรือผ่านครอบครัวหรือผู้ดูแล แล้วแต่ความเหมาะสมเป็นรายกรณีไป

1.2 เนื้อหาความรู้ POHI (Personal Oral Hygiene Instruction) ควรจะประกอบด้วย เรื่องการดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก การตรวจสุขภาพช่องปากแบบง่ายๆ ด้วยตนเองหรือโดยครอบครัว โรคฟันผุ โรคปริทันต์ โรคมะเร็งช่องปาก และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก พฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง ความเสียหายที่เกิดจากการสูญเสียฟัน ความจำเป็นในการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี ความจำเป็นในการรับบริการทางทันตกรรม การเตรียมตัวกรณีที่ได้รับบริการมีโรคทางระบบแล้วมีความจำเป็นต้องรับการรักษาทางทันตกรรม และการดูแลฟันปลอม(จะเน้นในผู้สูงอายุ) เป็นต้น สื่อการสอนอาจใช้เป็น วิดีทัศน์ ภาพพลิก โปสเตอร์ แผ่นพับ แบบจำลองฟัน หรืออื่นๆ

1.3 การฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะการทำความสะอาดฟัน (ถ้าสามารถทำได้ควรจะเป็นอย่างยิ่ง) เช่น ฝึกแปรงฟัน ฝึกการใช้ไหมขัดฟัน หรือฝึกการใช้อุปกรณ์อื่นๆ เช่น แปรงสีฟันกอดเดียว เป็นต้น

2. ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก

โดยตรวจหาภาวะโรคฟันผุ โรคปริทันต์ รอยโรคหรือแผลในช่องปาก (กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปจะต้องเน้นการคัดกรองมะเร็งช่องปากเป็นพิเศษ) ปัญหาการบดเคี้ยวที่เกิดจากการสูญเสียฟัน หรือการใส่ฟันปลอมที่ไม่ได้คุณภาพ เมื่อตรวจเสร็จแล้วควรประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และโรคปริทันต์ ตลอดจนความจำเป็นในการรักษา ฟันฟูสุขภาพช่องปาก หรือความจำเป็นในการให้ทันตกรรมป้องกันด้วย และควรลงบันทึกรายบุคคลเก็บไว้ด้วย ในกรณีที่ต้องทำการรักษา ฟันฟูหรือให้บริการทันตกรรมป้องกัน ควรมีระบบการนัดที่ชัดเจน รวดเร็ว เพื่อที่จะสามารถให้บริการดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และทันตแพทย์ที่ทำการตรวจสุขภาพช่องปากควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มอาชีพ ชมรม องค์กรต่างๆของชุมชน

ทันตบุคลากรระดับ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มอาชีพ ชมรม หรือองค์กรต่างๆของชุมชน เช่นกลุ่มสตรีทอผ้า กลุ่มอาชีพเครื่องปั้นดินเผา ชมรมแม่บ้าน ชมรมผู้สูงอายุ องค์กร/ชมรมลูกจ้างโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมทันตสุขภาพของสมาชิกในกลุ่ม รวมทั้งช่วยส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มวัยอื่นๆด้วย เพราะว่ากลุ่มอาชีพ ชมรมหรือ องค์กรต่างๆเหล่านี้ มักจะมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน มีความเข้มแข็งด้วยตัวเองอยู่แล้ว และสมาชิกในกลุ่มหรือชมรมมักเป็นบุคคลระดับแกนนำในท้องถิ่นหรือชุมชนนั้นๆ ซึ่งการที่ทันตบุคลากรสามารถเข้าไปก่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มองค์กรเหล่านี้ จะสามารถทำให้เกิดการขยายตัวของกิจกรรมด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพในวงกว้างของชุมชนได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังเป็นการดึงให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมทันตสุขภาพที่เห็นผลชัดเจนและเป็นรูปธรรม ซึ่งการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มอาชีพ ชมรม องค์กรต่างๆของชุมชนนั้นนับเป็นการตอบต่อคำถามที่ทันตบุคลากรมักจะถูกถามกันบ่อยว่า “กลุ่มประชาชนวัย

ทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุจะทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพอย่างไร ไม่เห็นมีกลุ่มเป้าหมายหรือ setting ที่ชัดเจนเหมือนในกลุ่มเด็กปฐมวัย หรือกลุ่มเด็กประถมศึกษาที่ดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนประถมศึกษาเลย” ในส่วนของกลวิธีการดำเนินงานมักจะกระทำโดยการเข้าไปสะท้อนสภาพปัญหาทันตสุขภาพที่พบในชุมชนนั้นๆ แล้วช่วยกันคิด หาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน แล้วมาช่วยกันทำ โดยมีทันตบุคลากรเป็นผู้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่ม ชมรม องค์กรดังกล่าวในการส่งเสริมทันตสุขภาพ ไม่ใช่ผู้ลงมือกระทำเอง

4. การให้บริการทันตกรรม และ ทันตกรรมป้องกันตามความจำเป็น

ในกรณีนี้เป็นการจัดระบบเพื่อรองรับสำหรับบุคคลที่มีความจำเป็นต้องการรักษา ฟันฟูหรือให้บริการทันตกรรมป้องกัน ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุกลับมาสุขภาพช่องปากที่ดีอีกครั้ง

รูปธรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเชิงรุก

1. ช่วงเตรียมออกปฏิบัติงาน ร่วมมือกับทีมสาธารณสุข กำหนดเป้าหมาย และทำความเข้าใจแนวทางการดำเนินการร่วมกัน ศึกษาข้อมูลที่เป็นก่อนลงชุมชนเพื่อทำความเข้าใจชุมชน
2. ช่วงประสานงาน เข้าหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. ผู้นำชุมชน เป็นต้น เพื่อหาแนวร่วมการทำงาน
3. ช่วงดำเนินการ
 - 3.1 สร้างระบบเฝ้าระวัง โดยการตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (ควรใช้กลุ่มจิตอาสา เช่น กลุ่มยุวทันตรักษ์ รพ.แกดำ อสม. พระสงฆ์ หรือผู้สูงอายุเอง โดยนำกลุ่มจิตอาสารับการอบรมจากทันตบุคลากร และกำหนดบทบาทตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำและเสริมทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่งข้อมูลให้ทีมทันตบุคลากร)
 - 3.2 สร้างแนวทางการส่งต่อการรักษา โดยทีมทันตบุคลากรและทีมสุขภาพจะต้องร่วมสร้างแนวทางการส่งต่อตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยนำข้อมูลจากการตรวจสุขภาพช่องปากมาวิเคราะห์

3.3 สร้างความเข้มแข็งและต่อเนื่องให้กิจกรรมของชมรม ค้นข้อมูล การตรวจและรักษาให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประสานงานให้มีการ จัดประชุมที่มการทำงาน แกนนำและผู้เกี่ยวข้องเพื่อก่อให้เกิดกิจกรรมใหม่ๆ ต่อไป จัดเวทีให้กลุ่มผู้สูงอายุมาร่วมพบปะเสนอผลงานเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ จัดเวทีประชาคม เพื่อหาโอกาสพัฒนาชมรมและชุมชน หรือให้ความช่วยเหลือ แก่คนชายขอบ

ข้อมูลที่ควรศึกษาก่อนการปฏิบัติงาน

1. ความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานกลุ่มผู้สูงอายุ ของที่มการทำงาน (ศึกษาตนเอง)
2. บริบทของชุมชน (ใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในวิถีชีวิต ของผู้สูงอายุ
3. ข้อมูลของชมรมผู้สูงอายุ ค้นหาจุดแข็งของชมรม ได้แก่ ศักยภาพของ แกนนำชมรม กิจกรรมชมรมที่ดำเนินการอยู่ Outcome ที่เกิดขึ้นต่างๆ เช่น การ ขายสินค้าต่างๆ ที่ชมรมผลิตเอง
4. หน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุแล้ว ได้แก่ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น วัด หน่วยงานสาธารณสุข NGO เป็นต้น

บทบาทภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

1. ทีมบุคลากรสาธารณสุข ต้องมีความเข้าใจในบทบาทของตนเอง ไม่ ทำตนเป็นผู้กระทำทั้งหมด เน้น Advocate, Mediate, Enable และเป็นผู้ติดตามผล
2. ผู้บริหารโรงพยาบาล/หัวหน้าสสอ. จะอยู่ในบทบาทผู้สนับสนุนการ ทำงานในด้านต่างๆ เช่น กำลังพล วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น
3. แกนนำในชุมชนและแกนนำชมรมผู้สูงอายุ (Key person) เป็นผู้ที่มี บทบาทในชุมชน (ซึ่งอาจเป็นผู้นำจริงๆ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ประชาชนชาวบ้าน ชำราชากรบ้านาญ ผู้มีภูมิความรู้ หรือผู้ที่ได้รับความนับถือเช่น พระภิกษุ ก็ได้) ผู้ปฏิบัติงานจะต้องค้นหาให้พบ การดำเนินงานโดยอาศัยแรงขับเคลื่อนจาก Key person จะช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จได้ง่าย
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการกำหนดนโยบายด้าน

ผู้สูงอายุ และสนับสนุนงบประมาณ

5. หน่วยงานอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น NGO

กรณีศึกษา : เรื่องเล่า การทำงานเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุ

อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดย ทพ. สุโรจน์ คงสมัย

ขอเล่าเป็นลักษณะของเรื่องเล่าจากกรที่ได้ลงไปทำงานร่วมกับ สหวิชาชีพร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ และเกิดผลในอำเภอของตัวเอง ณ ปัจจุบันนี้ อำเภอยางสีสุราชมีทั้งหมดประมาณ 10 ตำบลที่รับผิดชอบ ในแต่ละตำบลจะมี ชมรมผู้สูงอายุซึ่งมาจากนโยบายของท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มหาสารคามว่า ในแต่ละอำเภอ แต่ละตำบล จะต้องมีการจัดตั้งหรือก่อให้เกิด ชมรมผู้สูงอายุขึ้นมาในเขตอำเภอยางสีสุราช ในเขตจังหวัดมหาสารคาม

อำเภอยางสีสุราชเป็นอำเภอที่ก้นดาร์ที่สุดในจังหวัดมหาสารคาม เทคโนโลยีต่างๆ ยังเข้าไม่ถึง เพราะฉะนั้นจึงต้องทำงานตามบริบทของพื้นที่ ในส่วนของชมรมผู้สูงอายุในอำเภอยางสีสุราช จะมีทั้งหมด 10 ชมรมฯ ซึ่งก็จะ แบ่งตามตำบลที่รับผิดชอบ การทำงานในชมรมผู้สูงอายุจะเป็นลักษณะของการ ทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับสหวิชาชีพ ซึ่งจุดกำเนิดเลยก็คั้งจะเป็นที่นโยบาย ของจังหวัดซึ่งเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ เป็นตัวกำหนดทิศทาง กำหนดกฎเกณฑ์ ให้เราต้องทำงานตรงนี้ขึ้นมา ซึ่งแรกๆ อาจจะไม่ค่อยได้ทำด้วยใจ 100% ตรงนี้ต้องยอมรับความจริงซึ่งเป็นการบังคับให้ต้องทำตามกฎระเบียบซึ่งในร้อย เปอร์เซ็นต์อาจทำตามความรู้สึกที่เราอยากทำไม่ถึงครึ่งในตอนเริ่มต้น แต่เป็น สิ่งที่เราต้องทำเพราะต้องมีการรายงานความคืบหน้าให้กับจังหวัด เพราะใน แต่ละชมรมผู้สูงอายุที่ก่อตั้งขึ้นมา จะต้องมีการคัดเลือกของแต่ละอำเภอเพื่อนำ ไปสู่การแข่งขันในระดับจังหวัดซึ่งเราก็ทำเป็นประเพณีในทุกๆ ปีอย่างต่อเนื่อง ขอยกตัวอย่างในการทำงานของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ทำงานอยู่ คือ ใน อำเภอยางสีสุราชซึ่งมีทั้งหมด 10 ชมรมฯ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้บุกเบิก หลีกเลี้ยงไม่ได้ก็คือ โรงพยาบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งในส่วนของ อบต.จะมีตัววัด หรืองานที่ทำเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่แล้ว เพราะฉะนั้นเราก็ มาร่วมมือกัน

อีกสิ่งหนึ่งคือ ท่านนายอำเภอมีนโยบายว่าต้องการที่จะไปพบปะผู้สูงอายุ ควรจะไปที่ไหนดี จึงเกิดโครงการอีกโครงการหนึ่งซึ่งมีต้นกำเนิดมาจากผู้สูงอายุ ก็คือ โครงการอำเภอยิ้ม โดยอำเภอจะมีการเคลื่อนที่ไปตามวัดเพราะวัดจะเป็น ศูนย์รวมของผู้สูงอายุ ก็จะเลือกในวันพระ ในแต่ละเดือนก็จะออกไปประมาณ 2 ครั้ง โดยจะมีกลุ่มเวชฯ ซึ่งจะออกไปตรวจ ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่มาร่วม ฟลายเกสซกรรมก็จะมีการไปแจกยาเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ ฟลายทันตกรรมก็จะตรวจคัดกรองหรือให้คำแนะนำ นักโภชนาการต่างๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่อำเภอก็จะออกไปทำบัตรหรือแจ้งสิทธิ์ของผู้สูงอายุ ลักษณะนี้

ในฝ่ายทันตกรรมของเราเอง ได้รับนโยบายในส่วนของงานทันตกรรม ก็คืองานฟันเทียมพระราชทานและการตรวจช่องปากของผู้สูงอายุ 100% ครอบคลุมทุกคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ปฏิบัติก็ได้รับนโยบายมาจากนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด มีการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน ในตอนแรกจะดูเหมือนต่างคนต่างทำงานของตน ในระยะหลังได้มีการร่วมมือกัน เริ่มจับมือกันในกลุ่มเล็กๆ ก็คือในโรงพยาบาลก่อน ในฝ่ายทันตกรรมและกลุ่ม เวชปฏิบัติ ว่าการทำงานมีเป้าและวัตถุประสงค์เดียวกัน พอที่จะทำงานร่วมกัน ได้หรือไม่ ในการที่เราต้องตรวจคัดกรองเหมือนกันในเบื้องต้น ก็จึงร่วมมือกันใน สองกลุ่มอายุก่อน พอจับมือกันในสองกลุ่มงานแล้วจะต้องมีการขยายผลไปทุก ตำบล ซึ่งกำลังคนของเราไม่เพียงพอจึงได้ดึงกลุ่มสถานีอนามัยในแต่ละแห่งซึ่ง มีงานที่ต้องรับผิดชอบในกลุ่มผู้สูงอายุเหมือนกัน **ก็เป็นการเริ่มต้นที่จะทำงาน แบบบูรณาการ** หลังจากนั้นก็เกิดปัญหาขึ้นก็คือเราไม่สามารถที่จะเกณฑ์ ผู้สูงอายุได้ทั้งหมดในเขตอำเภอเรา จึงได้มีการรวมกลุ่มกันเล็กๆ ก่อน และได้ เข้าไปที่ อบต. ในตอนแรกที่เข้าไปใน อบต. ซึ่งทาง อบต.ได้มีการอธิบายชี้แจง ในแผนงานของ อบต.ว่าเป็นอย่างไร ขั้นตอนที่เราพอจะเข้าไปแทรกในงานของ อบต. หรือการของบ หรือการขอความร่วมมือ เราต้องทำอย่างไร เพราะฉะนั้น จึงเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และหลังจากที่เราได้เรียนรู้กันในทุกกลุ่มงาน มีการ KM เกิดขึ้น และมีการร่วมกันหาแนวทางการปฏิบัติซึ่ง อบต. ก็มีการยินยอมที่จะเป็นกองคลัง เป็น Backup ให้กับทางโรงพยาบาลของเรา

ที่อำเภอยางสีสุราชมีจุดเด่นก็คือ จะมีการเปิดเวทีที่เรียกว่า สภาสภาแพ ซึ่งเริ่มต้นมาจากที่ว่า การอำเภอ คือท่านนายอำเภอท่านสนใจในเรื่องของการ

ทำงานในลักษณะของการบูรณาการ จึงเกิดมีสภาสภาแพเกิดขึ้นเพื่อพบกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ผู้ที่จะเข้าไปสู่สภาสภาแพได้ก็คือ ต้องเป็นหัวหน้าฝ่าย หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ หรือในหน่วยงานใดที่ต้องการทำงานในลักษณะแบบบูรณาการ ก็จะทำให้หัวหน้างานหรือผู้ที่รับผิดชอบได้มีโอกาสขึ้นมาแลกเปลี่ยน ชี้แจงถึง วัตถุประสงค์หรืองานที่ต้องการทำให้เกิดเป็นรูปธรรมขึ้นมาในอำเภอของเรา ซึ่งชมรมผู้สูงอายุตรงนี้ทางผมและหัวหน้ากลุ่มเวชฯ ได้มีโอกาสขึ้นไป Present ให้ท่านนายอำเภอได้ฟังก่อนในลำดับแรกว่าเราจะทำงานลักษณะใด ท่านนายอำเภอ เห็นควรด้วยหรือไม่ หรือมีหน่วยงานอื่นพอที่จะยื่นมือเข้ามาช่วยในส่วนใดบ้าง ตรงนี้คือที่มาของการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุในเขตอำเภอยางสีสุราช ณ ปัจจุบันนี้ ในอำเภอยางสีสุราชมีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 11 ชมรมฯ แบ่งตามตำบล และมี สมาชิกร่วมพันกว่าคน เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้ามาในชมรมฯ จะไม่มีการแบ่งเกณฑ์ที่ชัดเจน ขอให้เป็นการสมัครด้วยใจในเบื้องต้น

การออกตรวจร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ โดยได้รับความร่วมมือมาจาก อบต. ผู้สูงอายุจะเดินทางมาที่โรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก เพราะโรงพยาบาล ยางสีสุราชไม่อยู่ติดถนน ไม่มีรถประจำทางผ่าน ถนนเป็นลูกรัง ซึ่งทาง อบต.ก็ได้รับเรื่องนี้ไปดูแล โดยอบต.สามารถรับส่งผู้สูงอายุในตำบลของตนเองโดยมีรถ รับส่งผู้สูงอายุเข้ามาที่โรงพยาบาล หรือจัดตารางให้บริการให้ออกไปให้บริการ ตามแต่ละตำบล โดยออกคัดกรองร่วมกับสหวิชาชีพ ซึ่งพอคัดกรองได้แล้ว ข้อมูลที่ได้ก็จะมารวมเป็นข้อมูลกลาง กลุ่มเวชฯ ต้องการข้อมูลไปทำอะไรก็จะดึง ข้อมูลไปทำในส่วนของกลุ่มตนเอง ทันตกรรมทำอะไรก็จะดึงไปในส่วนของ ทันตกรรมก็คือการทำฟันปลอม ณ ปัจจุบันกลับบอกได้ว่า ยางสีสุราชไม่มีการ ใส่ฟันปลอมเถื่อนเพราะผู้กำกับจากสถานีตำรวจจากสภาสภาแพ ท่านได้รับ นโยบายในเรื่องการดูแลการทำฟันปลอมเถื่อน ซึ่งมีการจับ และจับจริง จึงไม่มี คนมาใส่ฟันปลอมเถื่อน โดยทั้งกำนัน นายอำเภอ และทุกๆ ฝ่ายร่วมมือกัน ประชาสัมพันธ์

หลังจากมีการคัดกรอง ดึงข้อมูลไปใช้ หลังจากนั้นก็จะมีการคืนข้อมูล ในสภาสภาแพ เพื่อให้รู้ขั้นตอนการทำงานไปถึงจุดใดแล้ว ได้ข้อมูลรูป วิเคราะห์ หรือจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งทางฝ่ายทันตกรรมได้ข้อมูลจากการ ตรวจคัดกรองเสร็จก็จะมาดูแลเกณฑ์ว่าผู้ใดเข้าเกณฑ์ของการทำฟันเทียม

พระราชทาน หรือการเบิก High Cost หรือต้องเตรียมช่องปากก่อน ก็จะมีการจัดลำดับ และมีการออกไปทำฟันเทียมพระราชทานหรือดูแลผู้สูงอายุทุกสถานีนานามัยโดยการหมุนเวียนของทันตแพทย์ ทันตภิบาลและผู้ช่วยฯ ตรงนี้เป็นเนื้อหาของฝ่ายทันตกรรม โดยเราจะไม่ให้ผู้สูงอายุเข้ามาที่โรงพยาบาลเลย จะออกไปทำให้ถึงที่เป็นลักษณะของฟันเทียม Delivery ที่ทำในตำบลของเรา เครื่องมือก็ได้รับการสนับสนุนจากอบต. ส่วนหนึ่งและโรงพยาบาลส่วนหนึ่ง คือจะเป็น Mobile Unit มีเครื่องกรองแก้ไขฟันเทียมพระราชทานที่เราสามารถออกไปทำได้ จึงมีผู้สูงอายุเข้ามาที่โรงพยาบาลเดือนละ 7-8 คน เพราะออกไปทำให้ถึงที่ ก็จะมีการหมุนเวียนกันออกไป

ส่วนในผู้ป่วยรายที่จำเป็น พิกัด ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งเกินขอบเขตที่เราจะทำได้ ก็จะมีการรายงานไปที่สหวิชาชีพโดยจะออกไปร่วมกัน ฝ่ายเวชฯ ก็จะออกไปทำในเนื้อหาของตนเอง แต่ถ้าใครออกไปแล้วพบปัญหาใดๆ ก็ตามที่นอกเหนือจากงานของตนเองก็จะมีการประสานงานกันในทุกๆ ครั้ง และจะออกไปดูแลแก้ไขปัญหาที่พบร่วมกัน ในส่วนของอบต. ก็จะออกไปด้วยเพราะว่าบางคนที่อยู่โดยลำพัง ไม่มีเงิน เบี้ยยังชีพก็ไม่พอ เพราะฉะนั้น อบต.ก็จะรับผิดชอบในส่วนตรงนั้น แต่ต้องบอกอีกอย่างหนึ่งว่า จริงๆ การทำงานในลักษณะนี้ ส่วนหนึ่งที่ขับเคลื่อนได้เกิดจากการที่เรามีเวทีซึ่งส่งผลให้เห็นชัดเจนเลยว่า อบต., สอ. หรือหน่วยงานใดมีส่วนเกี่ยวข้อง เพราะฉะนั้นหน่วยงานที่รู้สึกว่าการดำเนินงานตนไม่มีบทบาทสำคัญก็จะเกิดการกระตือรือร้นเพื่อจะได้ทัดเทียมกับหน่วยงานอื่นๆ

สภากาแฟมาจากที่ว่าเรามาคุยกันแบบ Formal และ Informal ซึ่งจะบอกถึงประสิทธิภาพในการทำงานที่ด้อยกว่าส่วนอื่นหรือไม่ ซึ่งหลักเลี้ยงไม่ได้ อยู่แล้วในส่วนของอบต. เพราะต้องมีการหาเสียงอยู่แล้ว จะสังเกตอย่างหนึ่งว่าในอำเภออย่างสีสุราช คนที่จะมาเป็นนายกอบต. จะเป็นคนเก่าตลอดไป เพราะเข้ามาทำในจุดนี้และทำให้เกิดผลจริงๆ ได้ ประชาชนก็เลือกโดยที่ไม่ต้องหาเสียงเลย ค่อนข้างจะเป็นแรงผลักดันคือ คนเหล่านั้นไม่ค่อยที่จะยอมหน้ากัน แม้ในชมรมผู้สูงอายุมีเวทีที่ให้คนเหล่านั้นมาปะทะกันมาเจอกัน ณ ปัจจุบันมีการ Present ในระดับการใช้ Power Point ในการ Present และมีการแสดงละครเวทีว่าตนเองทำอะไรในชมรมฯ บ้าง มีการเขียนถึงในลักษณะดัชนีชี้วัด มี KPI ว่าชมรมฯ

มีการตรวจช่องปากที่ร้าย ใฝ่ฟันปลอมที่ร้าย ตรวจเบาหวานที่คน มีผลตรวจออกมาว่าเป็นเบาหวานที่คน โรงพยาบาลทำอะไรต่อไป ณ ขณะนั้นเลยที่นำมาแข่งกันซึ่งมีการแข่งขันไปเมื่อเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน 2553

ในส่วนของอำเภอก็มีการพบปะผู้สูงอายุอยู่ เราคิดว่าชมรมผู้สูงอายุ อำเภอได้มีการพบปะกัน ฝ่ายเวชฯ ก็จะแจ้งงานทันตกรรม ทางอำเภอก็จะมีการส่งหนังสือมาให้เราว่ามีอำเภอเยี่ยมในเขตพื้นที่ใด งานทันตกรรมก็จะออกไปก็จะมีการประชุมงานกันแบบนี้

ณ ปัจจุบันมีการประกวดนวัตกรรมในผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุใดมีนวัตกรรมที่เด่นๆ เป็นเหมือนการพัฒนาตนเอง แข่งขันกัน ทำให้เกิดการเลียนแบบเพื่อนำไปพัฒนาชมรมฯ ของตนเอง สังเกตได้ง่ายๆ ว่า ตั้งแต่เริ่มตั้งชมรมฯ มา ตอนที่เริ่มแข่งก็จะมีทั้งชมรมฯ ที่พร้อม และไม่พร้อมแข่งขัน จนกระทั่งถึงทุกวันนี้ทุกชมรมฯ จะมีการลอกเลียนแบบ แต่จะมีการเชื่อมกันระหว่างชมรมผู้สูงอายุ มีการดูงานข้ามตำบลกันเป็นลักษณะนี้

เริ่มต้นที่เราตั้งผู้สูงอายุเข้าไป ในลักษณะของการนำร่อง อาจจะใช้ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งที่สุดของอำเภอ หรือตั้งผู้สูงอายุที่มีศักยภาพที่สุด ลองดูว่าเข้าไปในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ใกล้บ้าน คือ ช่วงบ่ายเด็กจะนอนก่อนนอนผู้สูงอายุก็จะไปเล่านิทานพื้นบ้านให้ฟัง อาจจะเป็นนิทานพื้นบ้านหรือความเชื่อที่ใกล้จะหมดไปตามยุคสมัย ให้เด็กๆ ได้ซึมซับในเรื่องความเชื่อเหล่านั้น และจะมีการจัดสถานที่ทำให้เด็กเห็นว่าทำอย่างไร เด็กก็จะเกิดความสนใจในสิ่งนั้น ที่ละชุมชนจนครบทุกชุมชน

หลังจากมีชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้น มีการขับเคลื่อนโดยมีเวทีให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะมาแลกเปลี่ยนเหมือนกับการทำตลาดนัดผู้สูงอายุ ความกระตือรือร้นที่จะเข้ามา Present หรือเข้ามาสนใจค่อนข้างน้อย เพราะฉะนั้นท่านนายอำเภอก็มีความคิดว่าทำไมไม่สร้างแรงจูงใจโดยมีการจัดประกวดโดยมีรางวัลจาก อบต. หรือ สสจ. หรือแม้กระทั่งอำเภอเองที่มีส่วนสนับสนุนทำให้เกิดแรงจูงใจตรงนั้น และก็ได้อัดตลกอีกอย่างหนึ่งคือ อบต.แต่ละพื้นที่จะรับผิดชอบในชมรมผู้สูงอายุของตนเอง ซึ่งเป็นการยินยอมของสภากาแฟที่เกิดขึ้น จะมีการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุในเขตที่ตนเองรับผิดชอบอยู่ เพราะฉะนั้นชมรมผู้สูงอายุในเขตอำเภออย่างสีสุราชค่อนข้างที่จะเข้มแข็ง ขับเคลื่อนไม่หยุดนิ่ง

ปัจจุบันก็คือชมรมฯสามารถเดินได้ด้วยตัวเอง เพราะว่าเราพร้อมกันหา Key Person ในแต่ละชุมชน ดึงผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ มีความรู้ มี Power ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละชุมชน เพราะฉะนั้นในแต่ละชมรมฯ แต่ละอำเภอ จะมี Key Person อยู่ประมาณ 4-5 คน ซึ่งสามารถติดต่อประสานงานกับเราหรือหน่วยงานต่างๆ ได้ค่อนข้างชัดเจน ทุกปีจะมีการจัดกิจกรรมในชมรมฯ โดยผู้สูงอายุจะเป็นบุคคลที่ค่อนข้างจะถูกสังคมลืม จึงมีแนวคิดที่จะทำอย่างไรที่จะทำให้คนรุ่นเก่ากับคนรุ่นใหม่ได้มาพบกัน ก็จึงมีการทำ KM กันอีกครั้งหนึ่งจึงเกิดแนวคิดว่ามีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นเขตพื้นที่ของ อบต.อยู่แล้ว และมีชมรมที่สามารถที่จะ Link กันได้

ต่อมาได้มีการดึงชมรมเข้าไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการที่อาจจะนัดผู้สูงอายุเข้าไปสอนการจักรสานที่เกิดขึ้นจริง หรือช่วยเล่นนิทาน หรือดูแลเด็ก ผู้สูงอายุก็มีความสุขด้วย และเด็กก็มีความรู้สึกสนใจเพราะผู้สูงอายุเป็นลุงป้าน้าอาของเขาเอง อีกสิ่งหนึ่งคือขณะนี้ชมรมฯ มีสมาชิกเพิ่มขึ้นจำนวนมาก อาจจะไม่ใช่อายุ 60 ปีขึ้นไป อายุ 30-40 ปีก็มีเพราะว่าชมรมฯ เป็นรูปธรรมที่ทำให้บุคคลเหล่านี้เห็นถึงประโยชน์ของการเข้าชมรม อย่างเช่นในแต่ละแห่ง สมมุติมีการเสียชีวิตหรือเกิดความล้มเหลวของบุคคลในชุมชน ก็จะมีเงินบางส่วนที่เก็บสะสมไว้ในชมรมฯ เข้าไป Support เช่น มีค่าทำศพให้ ซึ่งทำให้ประชาชนเห็นถึงความสามารถและเห็นถึงความชัดเจนของรูปแบบในการทำงาน ก็จะมาทำด้วยความสมัครใจ และสิ่งนี้คือลักษณะของการทำงาน

การทำงานในลักษณะเช่นนี้ทำให้ทันตบุคลากรและทีมสุขภาพร่วมมือกันทำงาน มีปฏิสัมพันธ์ช่วยกันทำงาน เรียนรู้ระหว่างกัน สนุกและมีความสุขที่ได้ทำงานโครงการนี้

บทที่ 4

ทัศนคติและทักษะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของบุคลากรส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

การทำงานเชิงรุกต้องการความสามารถในการคิดที่หลากหลาย กล่าวที่ จะคิดในสิ่งแปลกใหม่ สร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆ อยู่ตลอด จึงเป็นกระบวนการคิดที่ ทำทาย ตรงกับคุณสมบัติของบุคคลที่จะทำงานเชิงรุก การพัฒนาทักษะการ ทำงานเชิงรุกมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การทำงาน จากการ เอาหน่วยงาน (Agency base) เป็นตัวตั้ง มาเป็นชุมชน (Community base) เป็นตัวตั้ง จากการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุเปลี่ยนมาแก้ที่ต้นเหตุ จากการแก้ ปัญหาที่ปรากฏการณ์ไปเน้นที่การป้องกันหรือการพัฒนาแทน เลิกวิธีการคิด และทำงานแบบแยกส่วน มาเป็นทำงานแบบบูรณาการ ผสมผสานและทำงาน เชิงองค์รวมมากขึ้น หากอยู่ในพื้นที่ที่บริบทไม่เอื้อ สามารถทำงานในลักษณะ ปรับปรุงวิธีการทำงานให้ดีขึ้น ก็ถือว่าเป็นการทำงานเชิงรุกได้

ทัศนคติและทักษะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของผู้ทำงานส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

จากเวทีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มทันตบุคลากร เรื่องทัศนคติ และทักษะการทำงานเชิงรุก พบว่าได้ความคิดเห็นที่หลากหลายดังนี้

ทพ.พงศ์พันธุ์ ผลประดับเพชร เสนอว่า ความสามารถในการเข้าใจ ปัญหาของแต่ละคนนั้นมีไม่เท่ากัน บางคนจะมองจากมุมมองของตน ซึ่งใน ความเป็นจริงแล้วอาจมีปัญหาที่ซับซ้อนกว่านั้นมาก เช่น สาเหตุของฟันผุที่อาจ มองว่ามีสาเหตุมาจากการทานขนมหรือการไม่แปรงฟัน แต่แท้จริงแล้วอาจมี สาเหตุที่ซับซ้อนกว่านั้น ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจปัญหาจึงควรทำความเข้าใจ สภาพสังคม วัฒนธรรม บริบทของชุมชน แต่ทันตแพทย์และทันตภิบาลนั้นมี ภาระงานมาก ทำให้สามารถทำได้ยาก

ทพญ.วรางคณา อินทโลหิต เห็นว่ามีความจำเป็นในการอบรมนัก สุขภาพครอบครัว พบว่าสาเหตุที่นักสุขภาพครอบครัวไม่เข้าใจชาวบ้าน เพราะ ว่ามีความรู้สึกแบ่งแยกกระหว่างนักสุขภาพครอบครัวกับชาวบ้าน และมีปัญหา ในเรื่องของการรับฟัง เนื่องจากมีนักสุขภาพครอบครัวต้องการที่จะสอนเป็น หลักจึงไม่มีโอกาสที่จะรับฟังการเป็นนักวิชาชีพจึงเสมือนกับสิ่งที่กีดกันอย่างหนึ่ง ดังนั้น การที่จะทำให้ประชาชนมีศักยภาพดูแลตนเองได้คือต้องเชื่อมั่นว่า ประชาชนสามารถทำได้ และทันตแพทย์ไม่ใช่ผู้คอยบอกให้ชาวบ้านทำตาม เพียงอย่างเดียว ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของทันตแพทย์ ซึ่งการอบรม

เพียงอย่างเดียวไม่สามารถช่วยในเรื่องการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ได้ แต่ต้อง ลงไปเรียนรู้และทำความเข้าใจชุมชนจริง

ทพญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ เห็นว่าทันตบุคลากรส่วนใหญ่จะมีมุมมอง ตามมิติของตน คือ ต้องทำหน้าที่ในการดูแลประชาชน ทำให้ไม่ได้ดูในมุมมอง ด้านอื่น เพียงแต่ทำตามหน้าที่ให้เสร็จสมบูรณ์ แต่อาจขาดทักษะในการ ประเมินว่าประชาชนมีพัฒนาการเพียงไร ดังนั้น ทันตบุคลากรควรมีความ สามารถที่จะมองเห็นศักยภาพและการเปลี่ยนแปลงของประชาชน และ ตระหนักว่าเมื่อไรที่ควรปล่อยให้ประชาชนดำเนินการเองได้ และทำหน้าที่เป็น ผู้สนับสนุนเพียงอย่างเดียว ซึ่งต้องมีวิวัฒนาการให้สามารถทำได้อย่างเข้าใจ

ทพญ.วรางคณา อินทโลหิต เสนอว่า การดำเนินการดังกล่าว ต้อง ทดลองทำและเรียนรู้โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม และทันต บุคลากรเป็นเพียงพี่เลี้ยง การลงไปศึกษาชุมชนนั้นจะทำให้พบว่าทันตบุคลากร ขาดทักษะในเรื่องใดก็จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะด้านนั้นมีความเหมาะสม เช่น ทักษะการสื่อสารชุมชน การทำงานเป็นทีม และลงชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีเวทีแลกเปลี่ยนและมีวิทยากรที่ เชี่ยวชาญในการทำงานชุมชนให้ความรู้คำแนะนำ

ทพญ.มาลี วันทนาศิริ เสนอว่า การทำงานเชิงรูกนั้นต้องก้าวข้ามผ่าน ตัวตนของตนเองให้ได้ โดยไม่ได้ยึดติดว่าต้องทำงานบรรลุผลให้ได้ ซึ่งต้อง ประกอบไปด้วย

1. การมีจิตอาสา จิตสาธารณะ จิตเมตตา ต้องก้าวข้ามผ่านการไม่ได้ตั้งใจของตัวเองให้ได้
2. ต้องลงมือทำจริงอย่างไม่มีขีดจำกัด ทั้งขีดจำกัดในเรื่องของเวลา ว่า ต้องทำให้สำเร็จได้ภายในระยะเวลาเท่าไร ไม่มีขีดจำกัดในเรื่องของสถานที่ ซึ่งไม่ว่าจะที่ไหนก็สามารถทำงานเชิงรุกได้ และไม่มีขีดจำกัดว่าทำกับใคร เพราะ สถานการณ์และประสบการณ์ของแต่ละที่มีความแตกต่างกัน ไม่มีขีดจำกัดใน เรื่องของรูปแบบว่าจะต้องทำอะไร เพราะบริบทและข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่มี ความแตกต่างกัน

การทำงานในลักษณะเช่นนี้ไม่มีจุดสิ้นสุดของความสำเร็จ จะต้องทำไป ตลอดเพราะเมื่อยิ่งทำงานก็จะทำให้ยิ่งเห็นภาพที่ลึกและชัดเจนมากขึ้นรวมทั้งคน

สิ่งแวดล้อม สภาพสังคม และองค์ความรู้ก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยและกาลเวลา เพราะฉะนั้น ความสำเร็จจึงไม่มีบทสรุปที่สิ้นสุดและต้องก้าวไปข้างหน้าต่อไป และการที่จะทำงานเช่นนี้ไปตลอดได้ ผู้ทำงานจึงต้องมีจิตสาธารณะและจิตเมตตา และการที่จะพัฒนาทันตบุคลากรให้เป็นเช่นนั้นได้ จำเป็นที่จะต้องอาศัยเวลาเพราะต้องมาจากความคิดจิตใจของคน ซึ่งเวลาทำงานคนมักจะคิดแก้ปัญหาภายใต้ความคิดซึ่งมาจากประสบการณ์ของตนเอง และแต่ละบุคคลก็มีประสบการณ์ที่แตกต่างไปตามประสบการณ์ในการทำงานของตน ซึ่งการที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ในการทำงานของผู้ที่มีประสบการณ์มากไปยังผู้ที่ยังมีประสบการณ์น้อยนั้นต้องอาศัยเวลา

ในเรื่องของการพัฒนาคนในเรื่องของการดูแลสุขภาพนั้นเป็นเรื่องของพฤติกรรมและจิตใจของบุคคล ซึ่งบุคคลจะเกิดความสนใจสุขภาพนั้นก็ต่อเมื่อมีความต้องการจะทำด้วยตนเอง ซึ่งต้องมีความรักในสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีวินัยในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ดังนั้น สิ่งนี้เป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจิตใจของบุคคลซึ่งเป็นเรื่องที่ยากและต้องอาศัยเวลาที่ค่อนข้างมาก ขณะเดียวกันแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ซึ่งในบางเรื่องเดียวกันนั้น ไม่สามารถทำสำเร็จได้กับทุกคน เพราะฉะนั้นต้องสังมประสบการณ์ซึ่งมาจากประสบการณ์ตรง หรือประสบการณ์ทางอ้อมคือ ฟังประสบการณ์จากผู้อื่นแล้วนำมาลองทำจริงด้วยตนเอง ดังนั้น จึงต้องให้โอกาสแต่ละคนสร้างประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งก็ต้องอาศัยเวลา

การที่จะทำให้คนรู้สึกมีจิตสาธารณะนั้นกระบวนการ KM เป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยได้ เพราะทำให้บุคคลเห็นความคิด จิตใจของผู้อื่น และได้กัลยาณมิตร เกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดเครือข่ายเชื่อมโยงกัน และเปิดกว้างต่อการเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องอาศัยเวลาอีกเช่นกัน

คุณสุทัศน์ สิมพราช มีความคิดเห็นว่า โดยมากทักษะของทันตภิบาลที่ยังขาดคือ การเป็นวิทยากรในการพูดให้ประชาชนเชื่อและคล้อยตาม ดังนั้น ควรเพิ่มหลักสูตรสำหรับทันตภิบาลในเรื่องของจิตอาสา, ทักษะการเป็นวิทยากร

ทพ.สุณี วงศ์คงคาเทพ เสนอว่า ควรหาจุดเด่นและจุดด้อยของทันตแพทย์และทันตภิบาลรุ่นใหม่มาจัดการให้เหมาะสม เพราะลักษณะของคน

Generation ใหม่จะแตกต่างจากคน Generation ก่อน สำหรับในเรื่องของจิตสาธารณะนั้นจะสามารถเกิดขึ้นได้โดยมีพื้นฐานมาจากความมีจิตเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ ซึ่งมนุษย์นั้นมีจิตใจที่พร้อมจะทำความดีงามให้เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการหนึ่งที่จะทำให้เกิดขึ้นได้นั้น คือการให้ความสำคัญและคุณค่าแก่งานของทันตบุคลากร จะทำให้ทันตบุคลากรเกิดพลังในการทำงานและความร่วมมือร่วมใจกันในการทำงาน ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของทันตบุคลากรนั้นมีทั้งในเรื่องศักยภาพในการเข้าใจปัญหา ศักยภาพในการ Approach ของแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องของการกระตุ้นและการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจและยอมรับ รวมถึงการพัฒนาในเรื่องของการมีจิตสาธารณะและจิตเมตตา

ทพ.สุรียา รักเจริญ เสนอว่า บรรยากาศในการทำงานมีส่วนสำคัญในการทำงานเชิงรุก การที่จะทำงานเชิงรุกได้ต้องมีความสบายใจ เพราะต้องรับรู้ปัญหาของผู้อื่น โดยส่วนตัวแล้วแบ่งทันตแพทย์ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ทำงานแต่งงานรักษา กลุ่มที่เน้นการทำงานชุมชน และกลุ่ม Compromise ที่ให้ทำอะไรก็ได้ และการทำงานของทันตภิบาลนั้นก็ขึ้นอยู่กับทันตแพทย์ที่เป็นแกนนำว่าเป็นกลุ่มใด ทันตภิบาลก็จะมีการทำงานไปในทิศทางเดียวกับทันตแพทย์ที่เป็นแกนนำ การทำงานเชิงรุกนั้นต้องพิจารณาตนเองว่าสามารถทำได้ในระดับใด โดยตนเห็นว่าการทำงานเชิงรุกนั้นท้ายสุดแล้วคือ ต้องการให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้และมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย ใจ และสังคม ซึ่งทีมสุขภาพควรยึดถือเป็นเป้าหมายของการดำเนินงานเชิงรุก แล้วทีมสุขภาพจึงค่อยๆ มาช่วยกันดำเนินการและพัฒนานับรรลุสู่เป้าหมายดังกล่าว

ทพญ.ณัฐฤกฤตา ผลอ้อ เสนอว่า ทักษะที่ทันตบุคลากรควรได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติม คือ ทักษะการฟัง, การจับประเด็น และการแสดงความคิดเห็นของตนที่แตกต่างจากผู้อื่นได้อย่างนุ่มนวล ไม่เกิดความขัดแย้ง ซึ่งมีผลต่อบรรยากาศในการทำงานต่อไป ที่โรงพยาบาลน้ำพอง จ.ขอนแก่น จะมีการพัฒนาคนคู่กับงานเนื่องจากบุคลากรบางส่วนทำงานมาเป็นเวลานานอาจรู้สึกท้ออยากลาออก หรือมีความขัดแย้งในองค์กร วิธีการ คือ ให้บุคลากรเหล่านั้นพูดถึงงานที่ตนทำเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่างานของตนนั้นมีคุณค่า ซึ่งเรียกว่า “คุณค่าในงาน ความสุขจากการให้บริการ” นอกจากนี้มีกระบวนการพัฒนานคนของมูลนิธิสิดศรี ในฐานะของ HRD ซึ่งเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งเพื่อหล่อเลี้ยงด้านจิตใจ

ของบุคลากร

ทพญ.จินดา พรหมทา เสนอว่า การมุ่งเน้นไปที่เรื่องของความสุขในการทำงาน และความเข้าใจกันระหว่างทันตแพทย์กับทันตภิบาลเป็นสิ่งที่สำคัญ ดังนั้น หากมีเนื้อหาที่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาในเรื่องของความสุขกับการทำงาน การเข้าใจผู้อื่น การเข้าใจทีมงาน และการทำงานเป็นทีมเกิดขึ้นในแต่ละจังหวัดและ CUP ได้ก็จะเป็นเรื่องที่ดี ซึ่งดีกว่าการมุ่งที่การทำงานเพียงอย่างเดียวจนลืมเรื่องของมิติทางด้านจิตใจของคนทำงานไป

คุณจุฑารัตน์ จุมพล มีมุมมองว่าการทำงานร่วมกันของทันตแพทย์กับทันตภิบาลนั้น มักถูกนำไปเปรียบเทียบกับการทำงานร่วมกันของแพทย์กับพยาบาล คือ พยาบาลมีใบประกอบวิชาชีพ ที่สามารถทำงานต่างๆ ได้โดยมีสิ่งที่ปกป้องวิชาชีพของตนเอง แต่การทำงานของทันตภิบาลนั้นเหมือนถูกตีกรอบเพราะไม่มีใบประกอบวิชาชีพ การทำงานของพยาบาลจะรับผิดชอบเฉพาะงานส่งเสริม รักษาพยาบาล และมีการพัฒนางานอยู่เสมอ แต่งานของทันตภิบาลนั้นมีความรู้สึกเหมือนอยู่กับที่และต้องรับผิดชอบต่องานอื่นด้วย และลักษณะการทำงานของแพทย์กับพยาบาลที่มีการร่วมทีมกันไปได้ รวมทั้งการมีความก้าวหน้าในวิชาชีพของพยาบาลที่มีมากกว่าทันตภิบาล

คุณเอมอร เสนานุฤทธิ เสนอแนะว่า ควรมุ่งเน้นไปที่การทำงานตามหน้าที่ของตนอย่างมีความสุข ซึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์จะมีนโยบายที่ไม่มีการแบ่งแยกระหว่างทันตแพทย์กับทันตภิบาล จะเน้นการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุขการอยู่ร่วมกันอย่างพี่น้อง ซึ่งแต่ละปีเมื่อรับทันตแพทย์และทันตภิบาลใหม่เข้ามาทำงานก็จะมีทันตแพทย์และทันตภิบาลรุ่นพี่มาร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงานซึ่งกันและกัน ร่วมทำกิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกัน รวมทั้งมีเครือข่ายที่สามารถให้คำปรึกษากันได้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เป็นการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญ

โดยสรุปทัศนคติและทักษะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ คือ การพัฒนาในเรื่องของการมีจิตสาธารณะและจิตเมตตา อยากรับรู้และเข้าใจปัญหา ด้วยการมีทักษะการฟัง การจับประเด็น และ วิเคราะห์เข้าใจปัญหา เพื่อสามารถช่วยเหลือประชาชน ได้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทสถานการณ์ ตลอดจนมีทักษะการกระตุ้นและการสื่อสารในเรื่องต่างๆ ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความเข้าใจ ยอมรับ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชน

บทผนวก

รายชื่อทีมทันตบุคลากร ผู้ร่วมจัดทำเอกสาร

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	จังหวัด
1	ทพญ.วรางคณา อินทโลหิต	ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	สสจ.หนองบัวลำภู	หนองบัวลำภู
2	ทพญ.จินดา พรหมทา	ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	รพ.จอมพระ	สุรินทร์
3	ทพญ.มาลี วันทนาศิริ	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ	รพ.ลำลูกกา	ปทุมธานี
4	ทพ.สุริยา รักเจริญ	ทันตแพทย์ ชำนาญการพิเศษ	รพ.ปากท่า	อุดรดิตถ์
5	ทพญ.ณัฐกฤตา ผลอ้อ	ทันตแพทย์ชำนาญการ	ศสช.เพี้ยฟาน อ.น้ำพอง	ขอนแก่น
6	ทพ.พงศ์พันธุ์ ผลประดับเพชร	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รพ.คูเมือง	บุรีรัมย์
7	ทพ.ภิญโญ เกิดผลวัฒนา	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รพ.ดอยสะเก็ด	เชียงใหม่
8	ทพญ.นันทิยา เสถียรวุฒิมังค์	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รพ.แม่อาว	เชียงใหม่
9	ทพ.พงษ์มกล กาบบัว	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รพ.พร้าว	เชียงใหม่
10	ทพ.นิศรา วัฒนานันต์	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รพ.จอมทอง	เชียงใหม่
11	ทพ.สุโรจน์ ดวงสมัย	ทันตแพทย์ชำนาญการ	รพ.ยางสีสุราช	มหาสารคาม
12	นางอมอร เสนานุกุทธิ์	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	รพ.คูเมือง	บุรีรัมย์
13	นายอรรถพล กิจรัตน์	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	รพ.ไชโย	อ่างทอง
14	น.ส.อุไรวรรณ ลุนบง	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	รพ.แกดำ	มหาสารคาม

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	จังหวัด
15	นางนวลจันทร์ บุตรโพธิ์	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	รพ.แกดดำ	มหาสารคาม
16	นายสุทัศน์ สิมพราช	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	สสอ.สตึก	บุรีรัมย์
17	นางสาวจงรักษ์ พวงบุรี	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	รพ.สต.พิบูลทอง อ.ท่าช้าง	สิงห์บุรี
18	นางสมใจ ต้นม่วง	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข ชำนาญงาน	รพ.สต.โพสังโฆ อ.ค่ายบางระจัน	สิงห์บุรี
19	นางบุษยมาลย์ ลำโกน	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข	สอ.นาแก อ.นาหวัง	หนองบัวลำภู
20	น.ส.ศศิธร ใฝ่ทรัพย์	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข	ศสช.เพี้ยฟาน อ.น้ำพอง	ขอนแก่น
21	น.ส.จุฑารัตน์ จุฑมพล	เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข	ศสช.ท่าฉนวน ต.ท่าฉนวน อ.มโนรมย์	ชัยนาท