

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา โครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ในฐานะเป็นโครงการที่เกิดขึ้นจากการใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน และการดำเนินงานสาธารณสุขเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

แนวความคิดและกลวิธีการของสาธารณสุขมูลฐาน

ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับของการมีส่วนร่วม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. หลักการสาธารณสุขมูลฐาน

การนำสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care, PHC) มาใช้ในงานสาธารณสุขเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกคือในปี พ.ศ. 2523 ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาสุขภาพตามโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 ขององค์การอนามัยโลก (ไพจิตร ปวบุตร, 2537, หน้า 1) และปัจจัยภายในคือผลงานการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนในประเทศไทยได้ทั้งหมด เพราะทรัพยากรของรัฐมีจำนวนจำกัด ประกอบกับประชากรเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529, หน้า 14-15) ดังนั้นรัฐจำเป็นต้องใช้กลวิธีใหม่เพื่อจะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ โดยมีแนวคิดที่จะเปลี่ยนบทบาทเจ้าหน้าที่ของรัฐจากการเป็นผู้ให้ประชาชน มาเป็นผู้กระตุ้นและ/หรือสนับสนุนประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีบทบาทในการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนเอง ตลอดจนเป็นผู้บริการตนเอง โดยอาศัยหลักการสาธารณสุขมูลฐานเป็นเบื้องต้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529, หน้า 15)

ถึงแม้ว่าการสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นจากการประกาศขององค์การอนามัยโลก แต่เมื่อพิจารณาปัญหาของระบบสาธารณสุขในภาพรวมของประเทศไทย การสาธารณสุขมูลฐานก็น่าจะเป็นทางออกที่ถูกต้องของการแก้ปัญหา เพราะในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน หัวใจสำคัญขึ้นอยู่กับการศึกษาที่ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ กล่าวคือ ถ้าสามารถทำให้ชุมชนรู้จักริเริ่มและดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้แล้ว อุดมการณ์สาธารณสุขมูลฐานคงบรรลุผลสำเร็จอย่างแน่นอน (อุดม ทุมโฆสิต, เรคา เกษตรสุวรรณ, ประกมล พิบูลย์โรจน์, วัลลภ ภูพานิช, และศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, มปป, หน้า 26)

2. แนวความคิดและกลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐาน

2.1 แนวความคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแนวความคิดพื้นฐานของการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วยแนวความคิด 11 อย่างคือ (เมธี จันท์จารุภรณ์ และอุทัยทิพย์ เครือละม้าย, 2541, หน้า 6-7)

แนวความคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับ ตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวความคิดที่ 2 สาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ จึงจะถือได้ว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวความคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้ จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวความคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จะต้องเข้าใจว่าเราไม่ได้ทำงานแทนเขา แต่เขาร่วมมือกันทำงาน เพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน (สาธารณสุขมูลฐานคือ การสาธารณสุขของชุมชนโดยประชาชนเพื่อประชาชน)

แนวความคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชนคือหัวใจของการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นรูปแบบของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เพราะหวังถึงตอบแทน

แนวความคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดี มีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่นๆ เช่น การเกษตร สหกรณ์ การศึกษา และการพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวความคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการที่ง่ายๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ โดยเทคนิคต้องเหมาะสม ประหยัด ราคาถูก ยืดหยุ่นและปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมได้

แนวความคิดที่ 8 สาธารณสุขมูลฐาน จะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวความคิดที่ 9 สาธารณสุขมูลฐานควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 10 บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านได้แก่ การรักษาพยาบาล การอาสาสมัครครอบครัว การสุขภาพาภิบาล การควบคุมโรคติดต่อ การสุขศึกษา

แนวความคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุข ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาล การให้การรักษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

การสาธารณสุขมูลฐานนั้น นอกจากวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ประชาชนดูแลตนเองแล้วยังต้องประกอบด้วยแนวคิดที่กำหนดทิศทางการพัฒนาอีกด้วย โดยแนวคิดหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน อาจเรียกได้ว่าการใช้ชุมชนหรือประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และได้้นำแนวทางมากำหนดกลวิธีที่เป็นหัวใจสำคัญของการทำงาน ดังนั้นกลวิธีที่สร้างขึ้นต้องอิงพื้นฐานจากหลักการที่มีอยู่ โดยรูปแบบงานสาธารณสุขมูลฐาน ยึดถือการให้บริการแบบผสมผสานเข้าถึงประชาชน และให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการจัดบริการ ให้ความสำคัญกับการค้นหาขุมพลังที่มีอยู่แล้วในชุมชน ตามวิถีทางแห่งประชาธิปไตย ในทางปฏิบัติได้ยึดถือการนำ “วิธีสังคมมิติ” (sociometry) มาใช้ในการค้นหาและคัดเลือกประชาชน ซึ่งมีความเสียสละและสมัครใจเข้าร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนที่ตนอาศัยโดยไม่หวังผลตอบแทนต่อรัฐ (อศิศักดิ์ ทัศนัยธรรม, 2530, หน้า 23)

2.2 กลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐาน (strategic PHC) หรือวิธีการสาธารณสุขมูลฐานมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการคือ (ไพจิตร ปวะบุตร, 2537, หน้า 5-6)

2.2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (people participation หรือ community involvement) ซึ่งสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมบริหารงานด้านสาธารณสุขทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มิได้หมายถึงชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการดำเนินกิจกรรม หากแต่หมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา และกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน ทั้งนี้โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการแก้ปัญหาของชุมชน ทั้งนี้โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการแก้ปัญหาใด ประชาชนในชุมชนสามารถแก้ไขได้ วิธีการใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชนก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชน เป็นผู้แก้ปัญหานั้น โดยเฉพาะในส่วนที่แก้ไขได้ ชุมชนจะบริหารจัดการเองไปก่อน

2.2.2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา (appropriate technology) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการหมายรวมถึงแต่วิธีการค้นหาปัญหา ขบวนการในการแก้ไขปัญหาจนกระทั่งถึงเทคนิคในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง เช่น การนำเอาปล้องไม้ไผ่มาทำเป็นระบบประปา การใช้สมุนไพรในชุมชน การใช้ระบบการนวดไทย เพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในชุมชน เป็นต้น เทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมในชุมชนที่ชุมชนมีการถ่ายทอด ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของตนเองมาเป็นเวลานานแล้ว และภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาของชุมชนเช่น การใช้อาหารเสริมในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการ การจัดทำโอ่งน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด ดังนั้นเมื่อมีการเรียนรู้จากชุมชนหนึ่งไปยังอีกชุมชนหนึ่ง ในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนกันเอง อาจเกิดขึ้นโดยธรรมชาติหรือโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยวิธีการที่เรียกว่า การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน หรือ technical cooperation among developing villages (TCDV) จะทำให้ขบวนการเรียนรู้เหล่านี้เป็นไปโดยกว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของชาวบ้านด้วยตนเองต่อไป

2.2.3 มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุข (re-oriented basic health service) หรือ health infrastructure ระบบบริการของรัฐ และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐจะต้องปรับเชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมายดังนี้

- (1) ต้องการให้เกิดการกระจายความครอบคลุมบริการให้ทั่วไป (coverage)
- (2) กระจายทรัพยากรลงสู่ชุมชน (resource mobilization)
- (3) การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (referral system)

2.2.4 การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้องผสมผสานการทำงานไปด้วยกันได้ กับงานพัฒนา ด้านสังคมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นเกษตร การศึกษา การกระจายทรัพยากรทุกระดับ การประสานความร่วมมือกับทุกฝ่าย ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง คือ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอื่นๆ รวมทั้งองค์กรเอกชนต่างๆ อีกด้วย แนวคิดที่สำคัญของการดำเนินงานในด้านนี้คือการประสานงานเพื่อให้หน่วยงานอื่นทำงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้น ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า ไม่ใช่ขอให้บุคลากรของหน่วยงานอื่นมาร่วมกันปฏิบัติงานภาคสาธารณสุข ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การประสานงานระหว่างสาขา เป็นไปอย่างได้ผลคือความสามารถในการวิเคราะห์ว่า การดำเนินการเรื่องอะไร ของหน่วยงานใดที่จะมีส่วนในการส่งเสริมการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เช่น การศึกษา การเกษตร การปรับปรุง ด้านสิ่งแวดล้อม บทบาทขององค์กรชุมชน ฯลฯ

กลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้เป็นหลักในการทำงานสาธารณสุข โดยหัวใจคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาของตนเอง แต่ใน 4 กลวิธีที่กล่าวนั้น มิใช่กลวิธีที่แยก ขาดจากกันอย่างสิ้นเชิงแต่การนำไปใช้นั้นต้องผสมผสานทุกกลวิธีเข้าด้วยกัน การนำสาธารณสุข มูลฐานให้เกิดประโยชน์สูงสุดต้องผ่านกระบวนการชุมชน ตามลำดับดังนี้ (ศูนย์ทันตสาธารณสุข ระหว่างประเทศ, 2529 หน้า, 104)

(1) การที่ชุมชนรับรู้และทราบปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึง แนวทางที่จะแก้ไขปัญหา โดยรัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ ปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง

(2) ชุมชนได้รับการพัฒนาให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองและ ร่วมมือกันจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่

(3) โดยอาศัยเทคนิคที่มีอยู่ซึ่ง เทคนิคดังกล่าวต้องมีพื้นฐานอยู่บนความง่าย ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ได้และต้อง ประหยัด ราคาถูก ยืดหยุ่น ปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ นอกจากนี้จะต้องมีผลต่อการแก้ไขปัญหาโดยตรง

(4) งานของชุมชนจะต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทั้งในด้านการส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษายาบาลต่อ การให้การศึกษาต่อเนื่องและการให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการสาธารณสุขมูลฐาน

เนื่องจากการเกิดขึ้นของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาในภาคใต้เกิดภายหลังจากการดำเนินงานโครงการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และ/หรือเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 นานพอควรดังนั้นจึงมีการศึกษาถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้

ริฟกิน (Rifkin S.B., 1983, page 3-16) ระบุปัจจัยที่ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานล้มเหลวมีอยู่ 2 ประการคือ ความไม่ลึกซึ้งของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขในการมองปัญหาและการหลีกเลี่ยงปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้หลักการสาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จจำเป็นต้องจัดความต้องการตามที่ประชาชนสนใจ ตัวอย่างในประเทศเนปาลและหลายประเทศที่ละเลยภูมิปัญญาชาวบ้าน ปัจจัยทางวัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชน ถูกมองเสมือนความไม่รู้ ทั้งที่ควรจะผนวกให้เข้ากับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

เจมส์ ค็อกซ์ ปิ่นทอง (2526, หน้า 78) กล่าวถึงระบบราชการว่าเป็นอุปสรรคต่อการทำงานกับประชาชน ดังนี้

1) นโยบายในระบบราชการมักมาจากเบื้องบน จึงเป็นการยากลำบากที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในชนบท จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจดำเนินการเอง เมื่อระบบบริหารงานถูกสั่งการมาจากเบื้องบน การประสานงานของเจ้าหน้าที่ระดับสนามของแต่ละกรม จึงเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายมีความเข้าใจแตกต่างกัน และการดำเนินงานก็แตกต่างกันตามไปด้วย

2) เจ้าหน้าที่ราชการ มีแนวโน้มที่จะชอบทำงานในสำนักงาน โดยเฉพาะงานด้านเอกสารที่จะเสนอผู้บังคับบัญชามากกว่างานสนาม อันเนื่องมาจากการที่ราชการต้องปฏิบัติหน้าที่ตอบสนองเบื้องบน และระบบการให้ความสำคัญความชอบ ความเข้าใจชาวชนบท ความเข้าใจข้อมูล

ของชุมชนอย่างแท้จริงจึงเกิดได้ยาก ทำให้การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชนเป็นไปได้ยากยิ่ง

3) บุคคลภายนอก และผู้ที่เกี่ยวข้องบางคน ไม่ต้องการให้ชาวบ้านบงการร่วมกันและรวมตัวกันได้อย่างจริงจัง เพราะคิดถึงงานด้านการปกครองว่าจะทำให้ชาวบ้านปกครองยากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นทัศนคติที่อยู่ในโครงสร้างสังคมของชนชั้นปกครอง โดยเฉพาะผลประโยชน์ระยะสั้น

ฉลาดชาย รมิตานนท์ (2528, หน้า 91-92) กล่าวถึงเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมในการพัฒนา พอสรุปได้ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง โดยปกติต้องมีการกระจายอำนาจใหม่ กล่าวคืออำนาจทางการเมืองจะต้องถูกกระจายออกไปในทุกระดับ การผูกอำนาจ การรวมอำนาจสู่ศูนย์กลาง ลักษณะการปกครองแบบเผด็จการย่อมไม่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

2) ยุทธวิธีในการพัฒนาแบบเก่าๆ จะต้องเปลี่ยนแปลง เพราะถ้าไม่เปลี่ยน การมีส่วนร่วมที่แท้จริงก็จะไม่เกิด และในอีกด้านหนึ่งยุทธวิธีที่ถูกต้องในการพัฒนาจะต้องได้มาจากการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกลยุทธ์ หรือวิธีการพัฒนา

3) การปฏิบัติหน้าที่ของกลไกต่างๆ ที่จะยังผลให้เกิดการมีส่วนร่วมจะเป็นไปได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่างๆ ทางเศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรมที่กลไกเหล่านั้นถือกำเนิดขึ้น (กลไกเหล่านี้ได้แก่ ขบวนการหรือกลุ่มที่เคลื่อนไหวทางการเมืองต่างๆ) ถ้าสภาพเหล่านี้ไม่เอื้ออำนวย กลไกต่างๆ ก็จะมีอยู่แต่เพียงรูปแบบเท่านั้น ไม่อาจทำหน้าที่ที่จะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่แท้จริงได้

4) ชี้อัตราส่วนของประชากรอยู่ในภาวะยากจนสูงมากเท่าไร ก็ยังจะทำให้ความร่วมมือยากขึ้น ยุทธวิธีของการพัฒนาที่จำเป็นต่อการสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริงมีความยากลำบากมากขึ้น นอกจากนั้น จะยิ่งเป็นการยากลำบากมากยิ่งขึ้น สำหรับผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่มาจากภายนอก ไม่ว่าเขาเหล่านั้นจะเป็นตัวแทนของรัฐหรือไม่ก็ตาม ในการที่จะทำหน้าที่หรือสวมบทบาทผู้ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการสาธารณสุขมูลฐานในระดับพื้นที่ อยู่ที่มุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขในการมองปัญหาแบบเก่าคือเป็นผู้ให้ และความไม่เข้าใจปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานที่แท้จริงประสบปัญหา

กับมุมมองของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติที่แตกต่างกัน แท้จริงแล้วภูมิปัญญาชาวบ้าน บังคับทางวัฒนธรรมและความเชื่อของชุมชน ต้องผนวกให้เข้ากับการแก้ปัญหาของชุมชน

นอกจากมุมมองระดับพื้นที่แล้ว การสาธารณสุขมูลฐาน ยังประสบกับปัญหาของระบบราชการหรือมุมมองระดับชาติ ที่มีระบบนโยบาย การสั่งการมักมาจากเบื้องบนที่มีอำนาจในการให้ความดีความชอบ ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ขาดที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วม และตัดสินใจเลือกวิธีดำเนินการเอง เมื่อระบบบริหารงานถูกสั่งการมาจากเบื้องบน มักไม่สั่งด้วยหลักการแต่สั่งเป็นการปฏิบัติ การประสานงานของเจ้าหน้าที่ระดับสนามของแต่ละกรม จึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก และเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่ายมีความเข้าใจแตกต่างกัน และการดำเนินงานก็แตกต่างกันตามไป

เพื่อการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ต้องมีการกระจายอำนาจใหม่ ความสามารถตัดสินใจ ต้องถูกกระจายออกไปในทุกระดับ การผูกอำนาจ การรวมอำนาจสู่ศูนย์กลาง เป็นลักษณะการปกครองที่ไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง รวมถึงวิธีในการพัฒนาแบบเก่าๆ จะต้องเปลี่ยนแปลง โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกลยุทธ์ หรือเลือกวิธีพัฒนาชุมชนของตนเอง โดยที่การปฏิบัติหน้าที่ของกลไกของรัฐ รวมถึงสภาพการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่างๆ ทางเศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรม ต้องเอื้ออำนวยต่อการใช้งานเพื่อการพัฒนาชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชนถือได้ว่าเป็นหัวใจหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์คือการที่ชุมชนพึ่งตนเองเป็นเบื้องต้น การค้นหาปัญหาของชุมชน และหนทางการแก้ไขปัญหา ที่กำหนดโดยชุมชนและกระบวนการทำงานต่างๆ ที่ชุมชนเป็นผู้กระทำ จึงเป็นการใช้หลักสาธารณสุขมูลฐานอย่างแท้จริง แต่เนื่องจากเป็นการขาดที่จะชี้ชัดว่าโครงการที่ทำในพื้นที่อย่างไรถือเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรไม่ถือเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จำเป็นต้องมีการบ่งชี้เพื่อวัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน และระดับของการมีส่วนร่วม

การเข้าใจความหมายของ “การมีส่วนร่วมของชุมชน” นั้นจำเป็นต้องนิยามความหมายของคำว่า “ชุมชน” และ “การมีส่วนร่วม”

3.1 ความหมายของคำว่า “ชุมชน”

มีผู้ให้คำนิยามไว้หลายแบบดังนี้

“ชุมชน” ในความหมายของพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ (2530, หน้า 174) ได้ให้ความหมายว่า หมู่ชน กลุ่มคน ที่อยู่รวมกันเป็นสังคม อาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน

“ชุมชน” ในความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525, หน้า 275) ได้ให้ความหมายว่า หมู่ชน กลุ่มคน ที่อยู่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน

“ชุมชน” ตามความหมายในภาษาไทยหมายถึง กลุ่มชนที่ตั้งบ้านเรือนรวมกันอยู่ตามท้องถิ่นต่างๆ รวมไปถึงการรวมตัวของประชาชนในด้านการปกครองตั้งแต่ จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ซึ่งมีขอบเขตของการปกครองกำหนดไว้แน่ชัดตามกฎหมาย (อำนาจ คอวนิช, 2528, หน้า 269)

ตามความหมายของ จีรพรรณ กาญจนจิตรรา (2528, หน้า 11)

“ชุมชน” หมายถึงกลุ่มบุคคลหลายๆ กลุ่มมารวมกันอยู่ในอาณาเขตและภายใต้กฎหมายหรือข้อบังคับเดียวกัน มีการปะทะสังสรรค์กัน มีความสนใจร่วมกันและมีผลประโยชน์คล้ายๆ กัน และมีแนวพฤติกรรมเป็นอย่างเดียวกันเช่น ภาษา ขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือมีวัฒนธรรมร่วมกันนั่นเอง

ตามความหมายดังกล่าว ถ้าเราจะแยกองค์ประกอบของชุมชนให้เห็นชัดเจนเป็นดังนี้

1. คน (people)
2. ความสนใจร่วมกัน (common interest)
3. อาณาบริเวณ (area)
4. การปฏิบัติต่อกัน (interaction)
5. ความสัมพันธ์ของสมาชิก (relationship)

จากนิยามของคำว่า “ชุมชน” ตามความหมายต่างๆ เพื่อให้ความหมายชัดเจนยิ่งขึ้น จึงนิยามว่า ชุมชนต้องประกอบด้วยคน ที่ตั้ง มีความสัมพันธ์ต่อกันทั้งส่วนตัวคือมีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผลประโยชน์ร่วมกัน และมีความรู้สึกเจ็บร้อนต่อปัญหาาร่วมกัน

3.2 ความหมายของการมีส่วนร่วม

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527, หน้า 182) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ และอารมณ์ (mental and emotional involvement) ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม (group situation) ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้ (contribution) บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มดังกล่าวด้วย

บัวเรศ ประไชโย (2538, หน้า 100) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของกลุ่มมีความสมัครใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน ลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมในลักษณะของกลุ่ม การมีส่วนร่วมในลักษณะของโครงการฯ การมีส่วนร่วมในลักษณะของสถาบัน และการมีส่วนร่วมในลักษณะของนโยบาย

3.3 การมีส่วนร่วมของชุมชน

นำชัย ทนุผล และสุนิลา ทนุผล (มปป, หน้า 143-144) สรุปว่า การมีส่วนร่วมนั้น เป็นกระบวนการที่ประชาชน มีการร่วมมือร่วมใจกันในการระบุปัญหาความต้องการ การวางแผนและการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่ และร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมนั้น ให้ลุล่วงไปเพื่อประโยชน์ของชุมชน นอกจากนั้น การมีส่วนร่วมยังจะช่วยสร้างความรู้สึกรับผิดชอบ และความเป็นเจ้าของให้เกิดขึ้นกับประชาชน ทำให้การดำเนินงานตามโครงการต่างๆ ที่วางไว้ดำเนินไปสู่จุดหมายปลายทางได้ และมีผลให้ประชาชนสามารถช่วยตนเองได้ในระยะยาว โดยไม่ต้องคอยพึ่งความช่วยเหลือจากหน่วยงานทั้งของภาครัฐ หรือเอกชน องค์กรต่างๆ อีกต่อไป

ศุติต เวชกิจ (2535, หน้า 204) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน คือ กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนในท้องถิ่นมีความร่วมมือ การประสานงานและความรับผิดชอบ การพัฒนาท้องถิ่นให้ตรงกับความต้องการของตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

องค์การสหประชาชาติ (1975) อังใน วัลถก เสือดี, จิรศักดิ์ ชูความดี, และ
 สากร สมุทรเพชร (มปป, หน้า 13) ได้กล่าวว่ำ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาต้องมี 3 ลักษณะ ได้แก่

1. มวลชนได้รับส่วนแบ่งในผลประโยชน์ในการพัฒนา
2. มวลชนเข้าร่วมดำเนินการในการใช้ความพยายามในการพัฒนา
3. มวลชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการพัฒนา

3.4 ระดับของการมีส่วนร่วม

มีผู้กล่าวถึงอยู่หลายแง่มุม คือ

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527, หน้า 6-7) ได้กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมของ
 ประชาชนในการพัฒนา ดังนี้

- 1) ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนตลอดจน
 ความต้องการของชุมชน
- 2) ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการในการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหา
 ของ ชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของ
 ประชาชน
- 3) ร่วมนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรม เพื่อจัดและแก้ไขปัญหา
 และสนองความต้องการของสังคม
- 4) ร่วมการตัดสินใจที่เป็นประโยชน์ในการที่จะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด
 ให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
- 5) ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 6) ร่วมลงทุนในกิจกรรมในโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตน
- 7) ร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงาน โครงการ และร่วมบำรุงรักษาโครงการและ
 กิจกรรมที่ได้
- 8) ร่วมติดตาม ควบคุม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้
 กำหนดทำไว้ ให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

องค์การสหประชาชาติ (Department of International Economic and Social Affairs, United Nations, 1981, p. 8) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเอง ซึ่งเป็นไปโดยอาสาสมัคร หรือเป็นการรวมตัวกันเพื่อแก้ปัญหาของตนเองโดยเน้นการกระทำที่มีได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย

2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำ ซึ่งเป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบหรือการสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นลักษณะทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา

3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลในทันที แต่จะไม่ได้รับผลในระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

ตามความหมายของ กรรณิการ์ ชมตี (2524, หน้า 13) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วม ออกเป็น 10 แบบคือ การมีส่วนร่วมประชุม การมีส่วนร่วมออกเงิน การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริจาค การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่มหรือผู้เริ่ม การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์

ตามทฤษฎีของ Arnstein อังใน อุทัยวรรณ กาญจนกามล (2541, หน้า 6-10) ได้ระบุถึงพิสัยและระดับการมีส่วนร่วมไว้ 3 ระดับ 8 ขั้นดังนี้

ระดับแรก การไม่มีส่วนร่วม สามารถแบ่งเป็น

ขั้นที่ 1 ประชาชนถูกจัดแจง (manipulation) ให้ร่วมมือกับโครงการพัฒนาสุขภาพของรัฐตามความประสงค์ที่ทางราชการร้องขอ หรือทำตามใบสั่ง มีการสั่งการลงมาจากหน่วยงานระดับสูงสู่ระดับล่างให้ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือ เช่น เกณฑ์แรงงาน ให้ร่วมบริจาค การเรียโร หรือจัดตั้งกลุ่มเพื่อให้ช่วยปฏิบัติการทางจิตวิทยามวลชน

ขั้นที่ 2 ประชาชนได้รับการเยียวยา (therapy) โดยให้ประชาชนเข้าไปเกี่ยวข้องกับเฉพาะในกลุ่มกิจกรรมสุขศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์จะควบคุมหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบางอย่าง เช่น เข้ารับการอบรม หรือมีการสอนสุขศึกษา เพื่อให้ประชาชนทำตามโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมชุมชน และเศรษฐกิจสังคมของท้องถิ่นที่มีธรรมชาติแตกต่างกัน

ระดับที่ 2 เรียกว่าการมีส่วนร่วมแบบ พอเป็นพิธี

ขั้นที่ 3 คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร (informing) หรือการประชาสัมพันธ์โครงการ (advertising)

ขั้นที่ 4 ประชาชนอยู่ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาโครงการ (consulting) และให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของรัฐ

ขั้นที่ 5 รัฐเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนบางคนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในเชิงปรึกษาหารือ แต่ไม่ให้อำนาจในการตัดสินใจ เป็นการมีส่วนร่วมแบบฉาบฉวย (placation)

ระดับที่ 3 ถือว่าประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

ขั้นที่ 6 ชุมชนเป็น “ผู้ริเริ่มหรือผู้กระทำ” เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง และหน่วยงานภายนอกเป็น “ผู้สนับสนุน” เท่านั้น หรือองค์กรชุมชนได้มีโอกาสได้เข้าเป็นภาคี (partnership) ในการดำเนินงานร่วมกับรัฐมีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกัน โดยทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต่างก็เคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ขั้นที่ 7 เป็นการมอบอำนาจให้ไปดำเนินการ (delegate) รัฐมีความมั่นใจว่าประชาชนมีความพร้อมที่จะดำเนินการ

ขั้นที่ 8 มีการเปิดโอกาสให้เข้าไปร่วมควบคุมดูแล (citizen control) โดยประชาชนในฐานะผู้ตรวจสอบ ผู้ร่วมกำหนดนโยบาย

ตามที่ ริฟกิน (Rifkin, S.B. 1983 , pp. 3-16) แบ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ 2 แบบคือ

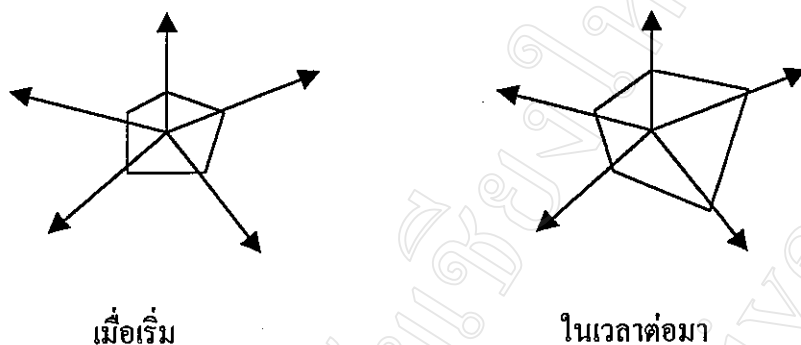
(1) การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบจากเบื้องบนที่วางแผนด้วยการใช้มุมมองของวิชาชีพให้ประชาชนกระทำตามที่กำหนด

(2) การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบการพัฒนาชุมชนจากเบื้องล่างขึ้นไป ซึ่งเป็นมุมมองของสุขภาพและการดูแลสุขภาพตามแบบที่ชุมชนเห็นความจำเป็น และชุมชนจะเข้าควบคุมและรับผิดชอบต่อมาตรฐานชีวิตที่สูงขึ้น

นอกจากการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนดระดับการมีส่วนร่วมไว้แล้ว ยังมีวิธีประเมินการมีส่วนร่วมอีกแบบหนึ่งที่ไม่ใช่การประเมินแบบคงตัว แต่เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมแบบเป็นพลวัตคือ เริ่มจากการเห็นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นพลวัต และอาศัยกรอบการวัดผลของ ริฟกินและคณะ (Rifkin, S.B. , F. Muller & W. Bichman. 1988, pp. 931-940) ที่แบ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนออกเป็น 5 มิติคือ การประเมินความต้องการ

การเป็นผู้นำ การจัดตั้งองค์กร การกระจายทรัพยากร การจัดการ โดยการวัดการมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้องเป็นไปใน 5 มิติดังกล่าวจากลักษณะ แคลไปหากวางขึ้นโดยพัฒนานั้นอาจมากหรือน้อยตามแต่มิติของการประเมิน และเห็นถึงการพัฒนาตามช่วงเวลาที่ผ่านไป ดังภาพ 1

ภาพ 1 การประเมินการมีส่วนร่วมแบบเป็นพลวัต



ที่มา: Rifkin. S.B. et al. 1988, pp. 934

การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นคำศัพท์ในแนวปฏิบัติ ย่อมยากที่จะกำหนดด้วยการใช้ทฤษฎีหรือคำนิยามมาเพื่อจำเพาะต่อความหมาย แต่อย่างไรก็ดีเราสามารถมองได้ทั้ง 2 แง่คือทางสถิตย (static) และ ทางพลวัต (dynamic)

ทางสถิตย (static) คือการวัดประเมินการมีส่วนร่วม ณ จุดของเวลา เช่น การประเมินที่ชี้ถึงชุมชนมีการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมรับผลประโยชน์ในขณะนั้น การวัดประเมินแบบนี้เหมาะสำหรับการวัดศักยภาพของชุมชนต่อการพัฒนา หากมีน้อยจะสะท้อนให้ถึงความยากและเวลายาวนานที่จะพัฒนา

ทางพลวัต (dynamic) คือการวัดประเมินการมีส่วนร่วม เป็นช่วงของเวลา ตามที่ริฟกินและคณะ ได้กล่าวไว้ การวัดประเมินแบบนี้เปรียบได้กับความงอกงามของชุมชน หากมีการงอกงามในมิติต่างๆ มากจะแสดงถึงการพัฒนาที่ยั่งยืนของชุมชน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์ที่อาศัยเอกสารที่จัดพิมพ์ ซึ่งเป็นข้อมูลย้อนหลัง ดังนั้นจึงใช้การวัดประเมินการมีส่วนร่วมตามความหมายขององค์การสหประชาชาติ และการมีส่วนร่วมตามความหมายของกรรณิการ์ ชมดี

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากภาพรวมของการดำเนินงานในพื้นที่ของแต่ละจังหวัดนั้นจะสังเกตได้ว่า สาเหตุซึ่งเป็นที่มาของงานวิจัยซึ่งเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาสามารถสรุปเป็นหัวข้อตามหมวดหมู่ได้ 4 หัวข้อคือ

1. การตั้งคำถามกับ ความเชื่อถือได้ของผลการตรวจโดยครู โดยอาจตรวจสอบหรือไม่ก็ได้และปัญหาความถูกต้องของผล เมื่อนำไปปฏิบัติ

2. การหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลวและปัญหา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน เช่น การอบรม ความสนใจของผู้บริหาร งบประมาณ ผลเมื่อดำเนินโครงการ

3. การพัฒนาโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จากรูปแบบของส่วนกลางให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ และบริบทอื่นๆ ของชุมชนที่จะเหมาะสมต่อการคงอยู่ของโครงการ เช่น การปรับรายงานที่ใช้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น การใช้ไม้จิ้มฟัน ฯลฯ

4. ประเด็นอื่นๆ เช่น ผลของการดำเนินโครงการฯ เทียบกับการไม่ดำเนินโครงการฯ ความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ครูหรือทันตบุคลากร ฯลฯ

1. การตั้งคำถามกับ ความเชื่อถือได้ของผลการตรวจโดยครู โดยอาจตรวจสอบหรือไม่ก็ได้และปัญหาความถูกต้องของผล เมื่อนำไปปฏิบัติดังนี้

การตั้งคำถามกับความเชื่อถือได้ของดัชนีจากผลการตรวจของครู เริ่มตั้งแต่การก่อรูปของดัชนีในปี 2528 อนุศักดิ์ คงมาลัย, สมนึก ชาญด้วยกิจ และศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ ได้พัฒนาการตรวจประเมินความจำเป็นต่อการรับบริการทางทันตสาธารณสุขในเด็กพบว่า ดัชนีมีความเที่ยงตรงน้อยกว่า เมื่อตรวจโดยครูเปรียบเทียบกับทันตบุคลากรแต่ มีความคงที่และสม่ำเสมอในกลุ่มครูด้วยกัน

2529 เรวดี ต่อประดิษฐ์ ได้ทำการวิจัยการจัดระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ได้นำดัชนีดังกล่าวมาพัฒนาต่อ พบผลการตรวจเมื่อเปรียบเทียบกับทันตบุคลากรพบว่า การจำแนกเหงือกอักเสบถูกต้องเพียงร้อยละ 28.6 และฟันผุเพียงร้อยละ 49 ซึ่งแตกต่างจาก อุทัยวรรณ กาญจนกมลพัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ และเฉลิมพงษ์ ชิตไทสง (2529) พบว่าภาพรวมผลการตรวจมีพิสัยเกินร้อยละ 50 และดัชนีคัดกรองโรคฟันผุมีความเที่ยงสูง แต่ดัชนีคัดกรองอนามัยช่องปาก ยังจำเป็นต้องปรับปรุง

2530 อรพินท์ คำสงวนศิลป์, ทัศนาศรี, วัฒนา เทพี, วัฒนา ศิริวัฒน์ และจารีย์ เพ็ชรเกลี้ยง ได้ตั้งคำถามเกี่ยวกับการนำผลการตรวจด้วยดัชนีมาประเมินผลการดำเนินโครงการ เนื่องจากไม่สามารถจะตรวจพบสถานะทั้งฟันผุและเหงือกอักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ

ต่อมาทีมงานวิจัยของ รอ.ชงยุทธ สุทธิศรี (2532) คมขำ พัฒนาการณี (2532) และถาวร เป็รื่องวิทยากุล และเครือวัลย์ ทองพันชั่ง (2535) สอดคล้องกันว่า กลุ่มครุมนั้นตรวจได้โดยเฉลี่ยค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน แต่การคัดแยกฟันผุพบค่าค่อนข้างสูง รวมทั้งงานของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และ ศรีสุดา ถีละศิธร (2534) พบเช่นเดียวกันเสนอแนะว่า ดัชนีที่ใช้จะต้องสามารถจำแนกปัญหาได้ชัดเจนและง่ายพอที่บุคลากรซึ่งไม่ใช่ทันตบุคลากรจะสามารถใช้ได้ถูกต้อง ควรปรับรายละเอียดของดัชนีบางตัวที่มีความคลาดเคลื่อนสูง ด้วยการเพิ่มขึ้นตอนการฝึกอบรมหรือวิธีการอื่นๆ ที่จะได้ประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าการให้ครูศึกษาจากหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียว ในการศึกษาของ ทินกร จงกิตตินฤกร 2535 ครูมีความเห็นว่า หลักเกณฑ์การแยกโรคยังไม่ง่ายนัก ส่งผลถึง การรายงานผลการตรวจผิดพลาดได้

โดยภาพรวมครุมีความถูกต้องตามเกณฑ์การตรวจค่อนข้างต่ำ แต่การศึกษาของ เขียวลักษณะ บวรสันติจิต (2533) พบคะแนนตรวจสุขภาพช่องปากและฟันผุ ตรงกันค่อนข้างสูง เท่ากับร้อยละ 71.2 และ 61.8 ตามลำดับ

2. การหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลวและปัญหา เป็นการมองเพื่อหาดัชนีหรือเครื่องมือในการประเมิน หรือเพื่อเตือนให้ระวังปัจจัยบางชนิดที่ต้องสร้างและต้องระวัง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันในการดำเนินโครงการเช่น การอบรม ความสนใจของผู้บริหารงบประมาณ รวมถึงความรู้สึของผู้เกี่ยวข้องต้องงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ

การศึกษาของ วิลาวลัย วีระอาชากุล (2532) เกี่ยวกับการให้บริการชุดหินน้ำลายที่สถานีอนามัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานพบว่า ความรู้ทัศนคติที่ต่างกันไม่มีผลต่อการให้บริการ แต่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการคือ เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระมาก ไม่มีเวลาดำเนินงาน สถานที่ไม่อำนวย ระบบการซ่อมบำรุงไม่ดี ไม่มีเครื่องชุดหินน้ำลาย รู้สึกเหนื่อย นำเมื่อ ผู้บังคับบัญชาไม่สนับสนุนกลัวการติดเชื่อ น้ำไม่เพียงพอ ไม่มีสิ่งจูงใจในการทำงาน

การศึกษาของกิตติ สุขมงคล และคณะ (2535) ในผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพปีการศึกษา 2532-2534 ศึกษาในเด็กกลุ่มเดียวกันอย่างต่อเนื่อง พบว่าเด็กมีแนวโน้มจะเกิดฟันผุสูงขึ้นเด็กมีแนวโน้มฟันแท้ผุสูงขึ้น และสรุปว่านักเรียนที่อยู่ภายใต้โครงการฯ

อย่างต่อเนื่องมาตลอด มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาฟันผุสูงขึ้นโดยส่วนรวม และวิจารณ์ ว่าสาเหตุเนื่องมาจากการขึ้นของฟันแท้ที่เพิ่มขึ้นตามอายุ

ศุณี วงศ์คงคาเทพ (2533) สรุปปัจจัยที่มีผลต่องานคือ การประสานงานทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ โดยการประสานงานระหว่างศึกษานิเทศก์ สาธารณสุขอำเภอหรือเทศบาล การเข้าร่วมประชุมครูใหญ่ การสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การอบรม การจำหน่ายยาสีฟันราคาถูก การบริการทันตกรรม การกระตุ้นความสนใจให้เกิดความรู้แก่ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ปกครอง นักเรียน การนิเทศก์ติดตามและประเมินผล เป็นปัจจัยที่สำคัญ

จากการศึกษาของ สมนึก ชาญด้วยกิจ (2533) พบว่า สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เห็นว่ารูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวังทันตสุขภาพเด็กประถมศึกษา เป็นรูปแบบที่เหมาะสมต่อการดำเนินการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมร้อยละ 92.7 และปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดคือ เครื่องมือ ทันตบุคลากร ไม่เพียงพอ และความร่วมมือของโรงเรียนไม่ดีพอ

การศึกษาของเยาวลักษณ์ บวรสันติจิต (2533) หาปัจจัยที่มีผลต่อความเที่ยงตรงของการตรวจทันตสุขภาพโดยครูพบว่า มีเพียงความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์ต่อค่าความเที่ยงตรงอย่างมีนัยสำคัญ และจำนวนนักเรียนที่ตรวจไม่สัมพันธ์กับความเที่ยงตรง

สุรพงษ์ จิวโพธิ์เจริญ, สมพิศ ทรัพย์เกษตรริน, วิระวรรณ ถิ่นยืนยง (2533) ได้สรุปว่าการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาให้บรรลุผลสำเร็จนั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากคณะครู และผู้บริหารโรงเรียนที่จะให้ความสำคัญต่อทันตสุขภาพของนักเรียน ในการให้ทันตสุขภาพการกระตุ้นให้นักเรียนสนใจดูแลสุขภาพช่องปาก

การศึกษาของณัฐพงศ์ อนุวัตรรชรงค์ (2534) พบว่าครูมีปัญหาในการตรวจฟัน ซึ่งใช้เวลาตรวจนาน ขาดผู้ประสานงานกับสถานีอนามัย ครูประจำชั้นไม่ยอมตรวจ งานประจำในหน้าที่ของครูมีมาก เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำไม่สอดคล้องกัน

การศึกษาของจันทนา อึ้งชูศักดิ์ และศรีสุภา ถีละศิธร (2534) สรุปว่าความสำเร็จของเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ยังขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุนจากทุกระดับ

การศึกษาของ เฉฉฉันทศิริ โชติคิตก และวิกุล วิสาเสถ์ (2534) พบว่าอุปสรรคสำคัญในการดำเนินการคือครูขาดความรู้ ผู้ปกครองไม่ร่วมมือ และเสนอแนะว่า การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์นั้น จำต้องมีการพัฒนา/ปรับปรุง กลวิธีในการดำเนินงาน การบริหารจัดการ โครงการให้เป็นที่ประสิทธิภาพ นำความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติเป็นส่วนสำคัญที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหา

อุปสรรคในการดำเนินงาน ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงโครงการดังนี้คือ เพิ่มหลักสูตรอบรมครูเพื่อให้ครูมีความมั่นใจในการดำเนินการ ควรเพิ่มขั้นตอนการชี้แจงผู้ปกครองในการดำเนินงานด้วย ควรมีบุคลากรรับผิดชอบในระดับตำบล ควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานโดยการประกวดโรงเรียนดีเด่นด้านทัศนศึกษา ควรมีรางวัลให้กับผู้รับผิดชอบโครงการด้วย

การศึกษาของอนุโรจน์ เล็กเจริญสุข (2534) พบปัญหาว่า การโยกย้ายเปลี่ยนแปลงผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะโรงเรียนพื้นที่กันดารทำให้บทบาทขาดความต่อเนื่อง การจบและการรับเข้าใหม่ของนักเรียนทำให้ปัญหาไม่ลดลง และ ทส 003 มีความคลาดเคลื่อนสูง

การศึกษาของขวัญรักษ์ อยู่สมบูรณ์ (2535) พบว่า ภาวะความรับผิดชอบของครู มีผลอย่างชัดเจนต่อความรู้ ในขณะที่ เพศ อายุ อายุการทำงาน สถานะภาพสมรส ไม่มีผลต่อความรู้และทัศนคติ ปัญหาสำคัญคือขาดงบประมาณ ผู้ปกครองให้ความร่วมมือน้อย ขาดการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับโรงเรียน นักเรียนให้ความร่วมมือน้อย รูปแบบการดำเนินงานไม่ดี ไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแลผู้บริหารไม่ให้ความสนใจตามลำดับ

ความร่วมมือที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับโรงเรียนเป็นปัจจัยสำคัญ รองลงมาคือ การปลูกฝังทัศนคติสุขนิสัยที่ดีแก่นักเรียน ความร่วมมือของผู้ปกครองและครูทุกคน งบประมาณที่เพียงพอและความสนใจของผู้บริหารตามลำดับ

การศึกษาของ สุรพงษ์ จิวโพธิ์เจริญ, สมพิศ ทรัพย์เกษศริน และ วิระวรรณ ถิ่นยืนยง (2535) ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมทัศนศึกษาในนักเรียนพบว่าหลังจัดกิจกรรมส่วนใหญ่มีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมถูกต้อง ยกเว้นความรู้เกี่ยวกับโรคในช่องปาก

วิลาวัลย์ วีระอาชากุล ในวารสารทันตบูร ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 (2535) พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานคือ การประเมินคุณภาพ ปริมาณของข้อมูลของครู ระบบข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ

โสภา ชื่นชูจิตต์ (2540) พบปัญหาคือ ขาดงบประมาณ ความไม่ร่วมมือของผู้ปกครอง ความไม่ครอบคลุมของการให้บริการรักษา ครูอนามัยขาดประสบการณ์ เสนอแนะว่าควรมีการจัดสัมมนาฟื้นฟูความรู้ให้แก่ผู้บริหารโรงเรียนทั้งผู้บริหารและครูอนามัย

การศึกษาของ ทินกร จงกิตตินฤกร 2535 เชื่อว่าความสำเร็จของกิจกรรมเฝ้าระวังฯ ขึ้นกับความคิดเห็นของครูที่มีต่อระบบการเฝ้าระวังทัศนศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา พบว่าครูมีความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังทางทัศนศึกษาอยู่ในระดับพอใช้ มีแนวโน้มไปในทางดีขึ้นและมีข้อควรพิจารณาโดยการดำเนินงานถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติม โดยเฉพาะการตรวจใน

ช่องปาก ครูมีความเห็นว่า หลักเกณฑ์การแยกโรคยังไม่เข้มข้น ส่งผลถึงการรายงานผลการตรวจผิดปกติได้ วิธีการลงแบบฟอร์มและบทบาทของครูในการดำเนินการ ควรมีการอบรมความรู้เพิ่มเติม แต่ไม่พบปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นเช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่รับผิดชอบ ระดับตำแหน่งและขนาดโรงเรียน

การศึกษาของ ดง เป็นสิริวงศ์และคณะ 2536 พยายามหาปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้และความพึงพอใจของครูในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาในจังหวัดนครนายก โดยแบบสอบถามจำนวน 160 คนพบว่า ไม่มีความต่างของเพศ อายุ จำนวนนักเรียนต่อความรู้ในงานเฝ้าระวังฯ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน หากมีประสบการณ์การทำงาน (2 ปีขึ้นไป) จะมีผลต่อความรู้ การอบรมครู หากได้อบรมจะมีผลแตกต่างจากไม่ได้อบรมอย่างมีนัยทางสถิติ แต่อบรมจำนวน 1 ครั้งเทียบกับอบรมมากกว่า 1 ครั้งกลับไม่มีความแตกต่างกัน ครูส่วนใหญ่มีความพึงใจในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพนักเรียน ปัจจัยด้านบริหารจัดการ โดยผู้บริหาร สนใจงานเฝ้าระวังฯ และนโยบายของที่ทำงานมีผลต่อความพึงใจ การอำนวยความสะดวกและระบบการทำงาน ครูมีความพึงใจมาก การทำงานเป็นคณะ ครูจะพอใจมากกว่า รวมถึงการนำผู้นำนักเรียนมาร่วมทำงาน

การศึกษาของโสภา ชื่นชูจิตต์ ในการประเมินโครงการฯ ปี 2540 พบว่ามี 21 จาก 35 โรงเรียนที่มีการดำเนินกิจกรรมเกินค่าเฉลี่ย ปัญหาที่พบคือ ขาดงบประมาณ ความไม่ร่วมมือของผู้ปกครอง ความไม่ครอบคลุมของการให้บริการรักษา ครูอนามัยขาดประสบการณ์ เสนอแนะว่า ควรมีการจัดสัมมนาฟื้นฟูความรู้ให้แก่ผู้บริหาร โรงเรียนทั้งผู้บริหารและครูอนามัย

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือปัจจัยภายนอกแต่ส่งผลต่อโครงการฯ คือ การสนับสนุนบุคลากร สิ่งสนับสนุนต่างๆ จากส่วนกลางรวมถึง การสั่งการและนโยบายของผู้บริหาร การโยกย้าย และปัจจัยภายในโรงเรียนและชุมชนที่สามารถปรับหรือแก้ไขในชุมชน เช่น ความเข้าใจในโครงการ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ปัจจัยสนับสนุนจากทุกส่วนของชุมชน เช่น พ่อแม่ สถานอนามัย และอุปสรรคภายในระบบเฝ้าระวัง เช่น ความยากของการตรวจ ความเข้าใจของครู การส่งต่อ

3. การพัฒนาโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จากรูปแบบของส่วนกลางให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ และบริบทอื่นๆ ของชุมชนที่จะเหมาะสมต่อการคงอยู่ของโครงการ เช่น

การอบรมครู ในฐานะเป็นเครื่องมือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของครู จากการศึกษาของวรรณศรี แก้วปิ่นตา (2532) ได้ศึกษาถึงความจำเป็นในการอบรมครูเพิ่มเติมจากการเรียนด้วยตนเองตามแบบเรียน ผลการศึกษาพบว่า การอบรมมีผลต่อความถูกต้องของการตรวจของครูอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าครูที่ได้รับการอบรมจากทันตแพทย์ ตรวจสุขภาพช่องปากเด็กได้ถูกต้องมากกว่าครูที่ศึกษาด้วยตนเองเพียงอย่างเดียว เช่นเดียวกับ รอ.ชงยุทธ์ สุทธิศรี (2532) และเจดจันทร์ศิริโชติฉิลก และวิกุล วิสาเสสท์ (2534) ที่เสนอให้มีการอบรมก่อนการปฏิบัติงาน หรือวิธีการอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าการศึกษาจากหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียว เพื่อให้ครูมีความมั่นใจในการดำเนินการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และศรีสุดา ทีละศิริ (2534) เพิ่มเติมว่าเมื่อครูตรวจพบปัญหา ควรนำผลการตรวจไปใช้ในการวางแผน และจัดลำดับความสำคัญในการจัดโครงการบริการเพื่อแก้ไขปัญหา ขวัญรักษ์ อยู่สมบูรณ์ (2535) พบครูมีความคิดเห็นว่าครูทุกคนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และควรผ่านการอบรมเกี่ยวกับงานเฝ้าระวังนี้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

แต่โสภา ชื่นชูจิตต์, จินดา ธรรมาภิมุข, ประไพ คำศิริ, และบุรี เชิดชู (2536) ประเมินผลการอบรมครู พบว่าความรู้หลังอบรมเพิ่มขึ้น ครูมีทัศนคติเชิงบวกต่องานเฝ้าระวังแต่ไม่มีความแตกต่างต่อพฤติกรรม ก่อนและหลังการอบรม

ชี้ให้เห็นว่าการอบรมมีผลต่อการเพิ่มความรู้ของครู แต่การนำความรู้ไปใช้เป็นอีกกรณีหนึ่งแยกจากความรู้ และตรงกับที่ ดง เป็นสิริวงศ์และคณะ (2536) พบว่า การอบรมครูจะมีผลแตกต่างจากไม่ได้อบรมอย่างมีนัยทางสถิติ แต่อบรมจำนวน 1 ครั้งเทียบกับอบรมมากกว่า 1 ครั้งกลับไม่มีความแตกต่างกัน

การใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจากการทบทวนพบว่ามีตั้งแต่ระดับนักเรียน จนถึงระดับชุมชน เช่นการศึกษาของของประโยชน์เพ็ญสุด (2532) เรื่องการ ค้นหาปัญหาและวางแผนด้านสุขภาพและสาธารณสุข ได้คัดเลือกนักเรียนชั้นประถมปีที่ 5 และ 6 มาประชุมกันเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพของนักเรียนในโรงเรียน พิจารณาถึงสาเหตุและวิธีแก้ปัญหา รวมถึงตั้งเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ ทำให้เกิดความตื่นตัวและเต็มใจในความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหา

ในการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มอื่นนอกเหนือจากนักเรียนประถม เช่น การศึกษาของสราวดี สายศิลป์ (2534) พยายามหาแนวทางการดูแลทันตสุขภาพในโรงเรียนมัธยมที่จังหวัดนครพนม โดยชุมชนทันตสุขภาพ โดยอาศัยหลักการสาธารณสุขมูลฐาน และอนุโรจน์ เต็กเจริญสุข (2534) การดำเนินงานอนามัยโรงเรียนเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ โรงเรียนกลุ่มป่าหุง โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของคณะครูและเจ้าหน้าที่ทุกระดับ โดยคณะมีส่วนร่วมกำหนด

ตัวควบคุม ตัวชี้วัด สนับสนุนบริการ และวิชาการ เริ่มตั้งแต่ปี 2531 จนถึงปี 2534 พบว่าภาพรวมของงานค่อยดีขึ้นตามระดับ ทั้งความถูกต้องและสภาพช่องปากของนักเรียน

การนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานและหลักการพึ่งตนเองมาใช้ในระดับชุมชน จากงานของกมล เถาหกุล (2533) ในจังหวัดลำพูน โดยใช้ไม้จิ้มฟันในการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ด้วยตนเอง เป็นการป้องกันโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ในชุมชน เพื่อลดปัญหาโรคเหงือกในประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยอาศัยข้อดีของไม้จิ้มฟันที่ ถูก หาง่าย ใช้สะดวก พกง่าย ประสิทธิภาพสูง

การปรับแต่งระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพที่มีอยู่ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยอาศัยระบบเดิมที่มีอยู่ จากงานของ สุภชัย เลิศนิมิตชัย (2534) ได้พยายามเสนอรูปแบบวิธีการประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จากการตรวจของครู โดยใช้ค่าผลต่างของ 2 ครั้งจากการตรวจคือดัชนีฟันผุ ดัชนีเหงือกอักเสบ (กลุ่มที่ได้ระดับ ค+) และความต้องการรักษาเร่งด่วน เพื่อรองรับด้วยกิจกรรมที่กระตุ้นให้มีสุขภาพดีขึ้น และวิลาวัลย์ วีระอาชากุล (2534) ได้เสนอแบบบันทึกรายงานที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การศึกษาของกิตติ สุขมงคล และคณะ (2535) ใช้ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพปีการศึกษา 2532-2534 และจัดทำแนวโน้มนิสภาวะอนามัยช่องปากของนักเรียน อ.แจ้ห่ม โดยเก็บข้อมูลจากรายงาน ทส.002 ทั้ง 3 ปี มาศึกษาในเด็กกลุ่มเดียวกันอย่างต่อเนื่อง และนำเสนอให้ครูเห็นผลการทำงานของตนเอง ได้ชัดเจน

การปรับการบริหารรองรับระบบเฝ้าระวัง ที่เป็นการกำจัดปัญหาที่พบจากการตรวจของครูเพื่อให้การดำเนินโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในส่วนของสาธารณสุขเป็นไปในทิศทางที่ตั้งไว้ โดยคอยเป็นผู้สนับสนุนระบบที่ครูได้ทำตามหน้าที่ในการตรวจตามระบบ เช่น งานของเฉลิมชัย วุฒิพิทยามงคล และพัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ (2534) ในการประเมินผลงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดลำปาง ปี 2529-2533 ที่งานบริการมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นในปี 2530-2533 จาก 33.2, 37.2, 49.3, 54.5 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยดัชนีเหงือกอักเสบ CPITN พบเหงือกปกติในช่องปากเพิ่มสูงขึ้นจาก 0.85 ใน 6 ส่วนเป็น 1.96 ส่วนต่อคนและการศึกษาของวรพันธ์ ลิ้มสินธะโรภาส, ไพเราะ อยู่คง, บุษกร สุขป้อม และสมใจ สอนศรี (2535) แสดงถึงความพยายามในการจัดระบบให้เกิดความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพประสิทธิผลที่สูง โดยวิเคราะห์รูปแบบให้บริการทันตกรรมเพื่อรองรับระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา โดยการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่และการนัดมารักษาต่อ รวมถึงการคิดค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมเฉลี่ยต่อราย และได้เสนอแนะเกี่ยวกับกรอบอัตรากำลัง ใไว้ในแง่ผู้ปฏิบัติงานที่เหมาะสมในพื้นที่จริง

การปรับปรุงโครงการเฝ้าระวังแบบอื่นๆ เช่น การศึกษาของขวัญชัย คันชมรุทรพจน์ และ อุทัยวรรณ กาญจนกามล (2534) เสนอแนะว่าควรมีผู้นำนักเรียนในการทำงานเพื่อแบ่งเบาภาระ จากครู เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าการดูแลด้วยครู และผู้นำนักเรียนไม่แตกต่างกัน และในวารสาร ทันตภูธร ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 (2534) บทความ “ร.ร. ศี ร.ร.เด่น” เขียนโดย ศิริวรรณ หมั่นหัต มีภาพของ นักเรียนโรงเรียนแห่งนี้ นั่งสมาธิ อมน้ำยาฟลูออไรด์ และภาพการใช้กระป๋องน้ำอัดลมแทน แก้วน้ำที่ใช้แปรงฟัน

4. ประเด็นอื่นๆ คือการศึกษาที่ไม่สามารถจัดหมู่กับกลุ่มอื่นได้ แต่มีประโยชน์ในการ ทบทวน เช่น การศึกษาของ ประภาศรี วลัยชัยเสถียร เปรียบเทียบสภาวะฟันผุของเด็กประถมปีที่ 6 ระหว่างโรงเรียนที่ดำเนินและไม่ดำเนินโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม พบว่า ค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าโรงเรียนที่ไม่ดำเนิน กิจกรรมมีความชุกมากกว่าโรงเรียนที่ดำเนินกิจกรรมคือ ร้อยละ 50.24 และ 41.51 จากเด็กนักเรียน 205 คนและ 212 คน ตามลำดับ