

ผลการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการแก้ปัญหาภาวะเด็ก ขาดสารอาหารและเด็กฟันผุ อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน

กิติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ*

บทคัดย่อ

ภาวะขาดสารอาหารและสุขภาพช่องปากในเด็ก เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ซึ่งมีแนวทางการแก้ปัญหาต่างกล่าวยุติกันมาแล้ว แต่ยังพบปัญหาอยู่ตลอด ผู้ศึกษาจึงกำหนดรูปแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการคัดเลือกหมู่บ้านน้ำคา ตำบลพญาแก้ว อำเภอเชียงกลาง จังหวัดน่าน ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม^(๑) ในช่วงเดือนมิถุนายน ๒๕๔๕ - ธันวาคม ๒๕๔๖. ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเริ่มโครงการเดือนมิถุนายน ๒๕๔๕ พบเด็กภาวะขาดสารอาหาร ๗ คน (ร้อยละ ๑๕.๒๒) หลังดำเนินการได้ ๖ เดือนและติดตามมาตลอดต่อเนื่องอีก ๑ ปี ไม่พบเด็กขาดสารอาหาร, ภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้นชัดเจนทั้งระดับประถมศึกษาและในศูนย์เด็กเล็ก. ปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่ร่วมวิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ แนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งร่วมกันดูแลแนวทางที่ชุมชนร่วมกันกำหนด.

คำสำคัญ: ภาวะขาดสารอาหาร, ฟันผุ, จังหวัดน่าน

Abstract

Community Participation in Promoting Health Development among Children in Chiang-Klang District, Nan Province

Kitissak Kasetsinsombat*

**Somdej Phrayuparaj Pua, Nan Province*

Malnutrition and dental problems in children have been identified as important problems in Thailand. Several studies and research activities have been undertaken in order to identify solutions, but the problems still exist. The Chiang-Klang Hospital Health Team conducted a study by involving the community to become concerned about their problems and become a part of the committee to solve problems themselves. Namkha village in Phayakaew sub-district of Chiang-Klang was selected to be a community model. A quality measurement study was conducted as PAR (Participatory Action Research). The study was conducted between June 2002 and December 2003. Seven malnourished children (15.22% of the total) were identified at the start (June 2002). No children (0%) were seen with malnutrition after six months. The study team followed up the result for one year and found that there were no cases of malnutrition. Dental health was significantly improved in both the nursery center and primary school. This study has shown that the community's health problems had been completely solved because of the cooperation of the community itself, which had been involved in all the relevant steps: problem investigation, finding a solution and following up on the health-care procedures adopted by the team.

Key words: community participation, malnutrition in children, oral hygiene

*โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว, จังหวัดน่าน



ภูมิหลังและเหตุผล

เด็กขาดสารอาหารและทันตสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศถึงแม้ภาครัฐจะดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยมีการสนับสนุนทั้งบุคลากร ความรู้และงบประมาณอย่างมากมายมาหลายปี แต่ยังคงมีปัญหาลูกอยู่ เด็กที่มีปัญหาด้านโภชนาการและทันตสุขภาพ โดยเฉพาะเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ย่อมส่งผลต่อพัฒนาการด้านสมอง, วุฒิภาวะทางปัญญา, และวุฒิภาวะทางอารมณ์ ไม่อาจเป็นเยาวชนหรือผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพดีในอนาคตได้.

บ้านน้ำคำเป็นหมู่บ้านหนึ่งในอำเภอเชียงกลาง ที่มีการรวมตัวของชุมชนที่เข้มแข็งมีผลงานที่เคยได้รับรางวัลต่าง ๆ เช่น รางวัลคณะกรรมการหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๒, รางวัลชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านสะอาดในระดับตำบล พ.ศ. ๒๕๓๘ - ๒๕๔๑, เป็นหมู่บ้านปลอดยาเสพติดของอำเภอเชียงกลาง, ได้รางวัลชนะเลิศการประกวดโรงเรียนที่ดำเนินการเรื่องโรคไข้เลือดออกระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๔, รองชนะเลิศการประกวดโรงเรียนสะอาดดอกไม้งามระดับจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๑. ในด้านกองทุนในหมู่บ้าน มีกองทุนออมทรัพย์เครดิตยูเนียนซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๐ ปัจจุบันมีทุนทรัพย์ ๒๕๐,๐๐๐ บาท, และมีการจัดตั้งกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มแม่บ้านกลุ่มเยาวชน, กลุ่มผู้เลี้ยงสุกร. จากข้อมูลที่ยกมาเห็นว่าหมู่บ้านน้ำคำมีความพร้อมของชุมชนเป็นหมู่บ้านหนึ่งที่มีสภาพเป็นชนบท ห่างจากตัวอำเภอ ๓ กิโลเมตร มีจำนวน ๑๗๖ หลังคาเรือน, ๑๙๖ ครอบครัว, ประชากร ๘๐๒ คน (ข้อมูลบัญชี ๑ - ๗ อำเภอเชียงกลาง, ๒๕๔๔), กลุ่มเด็กอายุ ๐ - ๑๒ ปี ๑๗๐ คน. จากการสำรวจภาวะสุขภาพของเด็กบ้านน้ำคำกลุ่มอายุ ๐ - ๕ ปี เมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๔๔ พบเด็กขาดสารอาหาร ระดับ ๑ ร้อยละ ๒๑.๖๗ (๑๓ คน) และระดับ ๒ ร้อยละ ๓.๓๓ (๒ คน), และการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนประถมและประถมศึกษาในโรงเรียนบ้านน้ำคำ เมื่อปีการศึกษา ๒๕๔๔ พบเด็กก่อนประถมศึกษาเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ ๖๙.๔๔, โรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ ๒๗.๗๗, ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ ๖๔ และโรคเหงือกอักเสบ ร้อยละ ๒๒.๖๖. ผู้ศึกษา

จึงคัดเลือกบ้านน้ำคำ เป็นหมู่บ้านนำร่องในการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัย ๐ - ๑๒ ปี โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน^(๒) โดยหวังว่าหากได้ผลดีก็จะทำการเผยแพร่กระบวนการแก้ปัญหาดังกล่าวสู่ชุมชนอื่น ๆ ต่อไป. การศึกษามีวัตถุประสงค์ดังนี้

๑. ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหารและมีปัญหาสุขภาพช่องปาก.
๒. ทำการแก้ปัญหาภาวะเด็กขาดสารอาหาร ในเด็ก ๐ - ๕ ปีของบ้านน้ำคำ ระดับ ๑ ไม่เกินร้อยละ ๕ และระดับ ๒ ไม่มี.
๓. ทำการแก้ปัญหาภาวะทันตสุขภาพ ในเด็ก ๐-๑๒ ปีของบ้านน้ำคำ ไม่เกินร้อยละ ๓๐.

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) ดำเนินการศึกษาในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๔๖.

รูปแบบการพัฒนา หมายถึง วิธีการ กิจกรรม หรือวิธีดำเนินการค้นหาปัญหา หาโอกาสในการพัฒนา หาแนวทางแก้ปัญหา และประเมินผลการดำเนินการในการสร้างสุขภาพเด็ก.

ประชากรและกลุ่มประชากรตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป้าหมายในการพัฒนา คือกลุ่มเด็ก ๐ - ๑๒ ปี ในหมู่บ้านน้ำคำ จำนวน ๑๗๐ คน. กลุ่มประชากรที่ศึกษาในกระบวนการมีส่วนร่วม คือ ผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้านที่มีส่วนในการสร้างสุขภาพเด็ก ๐ - ๑๒ ปี ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน, ผู้ปกครองเด็ก (พ่อบ้าน แม่บ้าน), ครู, พี่เลี้ยงเด็ก รวม ๑๐๒ คน.

เด็ก ๐ - ๑๒ ปี เป็นเด็กที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในหมู่บ้านน้ำคำ โดยมีอายุ ๐ - ๑๒ ปี ในระยะเริ่มต้นการศึกษา และเป็นเด็กที่เข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่เริ่มจนถึงเสร็จโครงการ.

ชุมชน หมายถึง ประชาชนในหมู่บ้านน้ำคำ ที่มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพเด็ก ๐ - ๑๒ ปี ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน, ผู้ปกครองเด็ก, ครูพี่เลี้ยงเด็ก, กลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน, โรงเรียน พระสงฆ์ และประชาชนในชุมชน.

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการคิดหาปัญหา หาโอกาสในการพัฒนา หาแนวทางแก้ปัญหาและประเมินผลการดำเนินการ รวมถึงการร่วมรับผลประโยชน์ในอันที่จะเกิดจากการสร้างสุขภาพเด็กอายุ ๐ - ๑๒ ปี.

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

๑. เพิ่มการดูแลสุขภาพครอบครัวและสรุปข้อมูลภาวะสุขภาพเด็ก ๐-๑๒ ปี ที่มีการติดตามบันทึกทุก ๔ เดือน จากฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลเซียงกลาง.

๒. ข้อมูลการบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปากของทันตภิบาล ในเด็กนักเรียนทุก ๖ เดือน.

๓. การสนทนากลุ่ม ๕ ครั้ง แต่ละครั้งขึ้นอยู่กับกรณีศึกษาในช่วงเวลาที่กลุ่มชาวบ้านมีความพร้อม ทำในช่วงเวลา กลางคืน ๓ ครั้ง กลางวัน ๒ ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ ๒- ๓ ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ ๑ ทีมสุขภาพนำข้อมูลภาวะขาดสารอาหาร และปัญหาสุขภาพช่องปาก ของบ้านน้ำคา เสนอในที่ประชุมหมู่บ้านที่ประกอบด้วยตัวแทนทุกหลังคาเรือน ให้ชาวบ้านได้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชน.

ครั้งที่ ๒ มีการประชุมกลุ่มผู้ปกครองเด็ก และหญิงมีครรภ์ ในชุมชน ๘๐ คน ทีมสุขภาพนำเสนอข้อมูลภาวะสุขภาพของเด็ก และผลกระทบที่เกิดขึ้น มีการแบ่งกลุ่มย่อย ๔ กลุ่มโดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่มดังนี้ เมื่อได้รับฟังข้อมูลแล้วมีความรู้สึกอย่างไร, มีแนวทางแก้ไขอย่างไร, ใครควรมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา, จะเริ่มปฏิบัติอย่างไร.

ครั้งที่ ๓ สนทนากลุ่มร่วมกับครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็ก ถึงปัญหาโภชนาการ สาเหตุ แนวทางการแก้ปัญหาที่ควรเป็นในสถานศึกษาและศูนย์เด็กเล็ก.

ครั้งที่ ๔ สนทนากลุ่มในกลุ่มตัวแทนเยาวชนตัวแทนแม่บ้าน ตัวแทนพ่อบ้าน และตัวแทนผู้สูงอายุ กลุ่มละ ๒๐ คน. แต่ละกลุ่มทำการสนทนาโดยการคืนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มคราวที่ผ่านมาให้แต่ละกลุ่มทราบ, วิเคราะห์สถานการณ์, สาเหตุของปัญหาสุขภาพ, ทางเลือกการแก้ปัญหา.

ครั้งที่ ๕ สนทนากลุ่มในกลุ่มร้านค้าจำนวน ๖ ร้าน

ค้า, คณะกรรมการหมู่บ้านตัวแทนเยาวชน และตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกันกำหนดนโยบายชุมชนในการจดจำหน่ายอาหารทำลายสุขภาพเด็ก และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กในชุมชน.

๓. คณะกรรมการหมู่บ้านร่วมกับทีมงานโรงพยาบาลทำการซื้ออาหารที่ชุมชนตกลงจดจำหน่ายในหมู่บ้าน.

๔. แบบสอบถามเพื่อประเมินผลโครงการแบบปลายเปิด ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังดำเนินโครงการแล้วประมาณ ๑๘ เดือน เป็นคำถามปลายเปิด โดยทีมงานสุขภาพของโรงพยาบาลเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเห็นและความรู้สึกต่อโครงการ, การดำเนินกิจกรรมของโครงการ, การเปลี่ยนแปลงในหมู่บ้านอันเนื่องมาจากโครงการ, และความเป็นไปได้ในการที่หมู่บ้านจะดำเนินการต่อไปในอนาคต. กลุ่มที่เข้าร่วมได้แก่กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มพ่อบ้าน กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มเยาวชน.

ผลการศึกษา

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

กระบวนการแบบมีส่วนร่วมในบ้านน้ำคา ประสบความสำเร็จได้ ด้วยมีองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดหลายอย่างได้แก่

การปรับบทบาทของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

บทบาทของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแต่เดิมเป็นผู้ที่ให้ความรู้และขอแนะนำในการแก้ปัญหา ซึ่งบางครั้งก็บอกให้ทางโรงเรียนดำเนินการแบบนั้นแบบนี้ แต่ไม่ประสบความสำเร็จยังคงพบปัญหาภาวะขาดสารอาหารและปัญหาสุขภาพช่องปาก. เมื่อเจ้าหน้าที่ได้ปรับบทบาทโดยมาเป็นผู้สนับสนุน^(๓) ให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์หาปัญหา รวมถึงการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา รวมทั้งแนวทางการแก้ปัญหาที่ชุมชนจะดำเนินการ. เจ้าหน้าที่ต้องรู้ว่าชุมชนต้องการอะไร เช่น ต้องการให้ลูกหลานตนเองเป็นคนเก่ง มีความรู้. เจ้าหน้าที่ต้องแสดงความรู้เชื่อมโยงของปัญหาเด็กขาดสารอาหารและปัญหาสุขภาพช่องปาก ที่อาจมีผลต่อการเป็นผู้ใหญ่ที่เก่งในอนาคตได้ เพราะส่วนใหญ่พ่อแม่หรือผู้ใหญ่ต้องการให้ลูกหลานเป็นคนที่ดี ฉลาด มีพัฒนาการทางสมองที่ดี จึงจะกระตุ้นให้ชุมชนได้



ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก.

บทบาทของชุมชน

เป็นผู้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ^(๓) ตั้งแต่การวิเคราะห์ถึงปัญหา, สาเหตุของปัญหา รวมทั้งแนวทางการแก้ปัญหา ที่ต้องอาศัยการระดมความคิดในทุกกลุ่มอายุในชุมชน ตั้งแต่กลุ่มเยาวชน, กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพ่อบ้าน, ผู้สูงอายุ และกลุ่มข้าราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครู อาจารย์ ในโรงเรียนของชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม และตระหนักถึงบทบาทที่ทุกคนในชุมชน ต้องร่วมกันแก้ปัญหา หรือเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตนเอง จนเกิดความรู้สึกว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาของตนเอง ไม่ใช่ปัญหาของเจ้าหน้าที่. ดังนั้นการแก้ปัญหาดังกล่าว ชุมชนต้องแสดงบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพอย่างเต็มที่.

นโยบายส่งเสริมสุขภาพเด็ก

เมื่อตัวแทนชุมชนที่ได้เข้าร่วมระดมสมองได้วิเคราะห์ปัญหาต่างๆแล้ว จึงกำหนดเรื่องที่จะดำเนินการ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ๐-๑๒ ปี ของบ้านน้ำคาแล้ว ได้มีการนำเสนอในที่ประชุมของหมู่บ้านที่มีตัวแทนจากทุกหลังคาเรือน เข้าร่วมประชุม และแกนนำได้นำเสนอแนวทางการดังกล่าว ให้ชุมชนได้รับทราบและขอความเห็นชอบจากที่ประชุม. เมื่อที่ประชุมส่วนใหญ่เห็นชอบ แล้วจึงประกาศเป็นมาตรการหรือแนวปฏิบัติของชุมชนขึ้นมา ได้แก่ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากอาหารทำลายสุขภาพเด็ก, การสร้างวัฒนธรรมในการทำบุญวันเกิดของลูกหลานในหมู่บ้าน โดยการเข้าวัดผูกขวัญรับพรจากพระรวมทั้งได้รับเงินขวัญถุง ไม่มีการจัดงานเลี้ยงฉลองเหมือนที่เคยจัด, การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การอ่าน โดยมีหนังสือ สื่อการเรียนการสอนสำหรับเด็กที่พร้อม, เป็นต้น.

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ^(๒)

หลังจากได้ประกาศนโยบายของชุมชนแล้ว จึงได้เชิญเจ้าของร้านค้าในชุมชนที่มีการจำหน่ายอาหารที่อาจจะทำลายสุขภาพเด็กได้ มาพูดคุยและตกลงแนวทางการปฏิบัติ. ในที่สุดที่ประชุมได้เสนอให้มีการจัดซื้อคืนขนมที่ทำลายสุขภาพเด็กพร้อมกันในวันเดียวกัน ในราคาต้นทุน และทุก

ร้านต้องไม่มีการซื้อขนมดังกล่าวมาจำหน่ายอีก. ในวันที่ไปซื้อคืน ได้เชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนออกไปซื้อคืนพร้อมกัน ทำให้ทั้งชุมชนปลอดอาหารทำลายสุขภาพเด็กทันทีในวันเดียว ที่ศูนย์เด็กเล็กเช่นเดียวกันก็ประกาศห้ามเด็กนำอาหารทำลายสุขภาพมายังศูนย์เด็กเล็ก และที่โรงเรียนก็ไม่มีการจำหน่ายอาหารแบบเดียวกัน. ขณะนี้ทุกครอบครัวก็ทราบแนวทางและผลประโยชน์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการกระทำดังกล่าว จึงส่งผลให้ชุมชนบ้านน้ำคาปราศจากอาหารทำลายสุขภาพเด็ก.

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการกำหนดนโยบายนำไปสู่การปฏิบัติ หลังจากกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนได้กำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ๐-๑๒ ปี บ้านน้ำคาแล้ว ได้มีการดำเนินการ และมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นดังนี้

๑. ทางชุมชนได้ตั้งกฎของหมู่บ้านให้ร้านค้าในหมู่บ้านทุกร้านไม่ขายขนมอาหารที่เสี่ยงต่อฟันผุประเภทที่ ๑ และขนมถั่วกรอบแกรบ, จะมีขายเป็นขนมปัง ขนมพื้นบ้านเช่น ข้าวแต๋น กลัวยฉาบ ฯลฯ และเจ้าของร้านบอกว่ายอดขายขนมลดลงอย่างเห็นได้ชัด แต่เพื่อชุมชนก็ขายอย่างอื่นทดแทน. มีอยู่ร้านหนึ่งเสี่ยงปลาตกขาย ขายไก่แทน (ร้านนี้เป็นร้านที่เคยไม่ค่อยพอใจตอนไปเก็บขนมคืน แต่พอไปสัมภาษณ์หลังจากนั้น ๓ เดือนบอกว่าเข้าใจดี เพื่อชุมชน เพื่อเด็ก ก็เลยหารายได้จากการขายอย่างอื่นแทน).

๒. เด็กที่ศูนย์เด็กเล็กไม่นำอาหารที่มีความเสี่ยงประเภทที่ ๑ (หมากฝรั่ง ลูกอม อมยิ้ม ท็อฟฟี่ ลูกกวาด) อาหารเสี่ยงประเภทที่ ๒ ที่เป็นประเภทขนมถั่วกรอบมืออยู่ ๒-๓ คนที่นำขนมปังไปแต่ผู้ปกครองเด็กคนอื่นซื้อผลไม้ประจำฤดูกาลมาให้ เช่น ส้ม มันแกว พุทรา.

๓. ที่ศูนย์เด็กเล็กที่การติดป้ายเตือนห้ามนำขนมมาให้นำผลไม้มาแทนขนม.

๔. ร้านค้าที่สหกรณ์โรงเรียนไม่จำหน่ายอาหารขนมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุระดับที่ ๑ ขนมกรอบแกรบและน้ำอัดลม.

๕. เด็กนักเรียนกินอาหารกลางวันโรงเรียนได้มากขึ้น โดยครูที่รับผิดชอบได้สังเกตจากปริมาณข้าวที่หุงเพิ่มขึ้นจาก

แต่เดิม (ทางโรงเรียนได้จัดทำอาหารกลางวันให้เด็กที่โรงเรียน โดยมีแม่ครัวเป็นผู้ดำเนินการ).

๖. ผู้ปกครองไม่พาเด็กไปซื้อขนมตามร้านค้าในหมู่บ้าน จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ร้านค้า "เดี๋ยวนี้รู้สึกเหงาเด็กไม่ค่อยมาร้าน จะมีแต่ผู้ใหญ่มาซื้อกับข้าวและของใช้เท่านั้น".

๗. จากแต่เดิมชาวบ้าน เมื่อออกไปทำนา เจ้าของนาจะเลี้ยงคนไปช่วยงานเป็นประเภทลูกอม ท็อฟฟี่ แต่ทุกวันนี้ไม่มีแล้วจะมีแต่เลี้ยงเมียงแทน.

๘. ในงานศพ จะไม่เลี้ยงน้ำอัดลม และลูกอม.

๙. ในวันครบรอบวันเกิดของเด็กในหมู่บ้าน จะมีการไปทำบุญที่วัด ผูกขวัญและรับพรจากพระภิกษุ รวมทั้งมีการมอบเงินขวัญถุงให้เด็ก ไม่มีการจัดงานเลี้ยง ซึ่งเดิมมีการจัดงานฉลอง กินเลี้ยง ดื่มสุรากัน อันเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีแก่เด็ก.

๑๐. ในช่วงนี้สังเกตมีร้านก๋วยเตี๋ยวเพิ่มขึ้นอีก ๒ ร้าน รวมเป็น ๓ ร้าน. จากการสุ่มสอบถามผู้ปกครองพบว่า "ขณะนี้ให้เงินเด็กไปโรงเรียน จะนำไปฝากที่สหกรณ์ออมทรัพย์กับคุณครู ไม่ซื้อขนม แต่เมื่อกลับมาบ้าน เจ้า (ผู้ปกครอง) จะซื้อผลไม้ใส่ตู้เย็นไว้ (พวกส้ม มันแกว พุทรา) เด็กก็จะเปิดหยิบกินเอง แล้วไปเล่นฟุตบอลที่โรงเรียน กลับมาหิว แม่ยังทำกับข้าวไม่เสร็จ จะขอเงินไปซื้อก๋วยเตี๋ยว, น้ำเงี้ยว ทานก่อน" และยังบอกว่า "เดี๋ยวนี้ดี ไม่ค่อยมารบเร้าขอเงินไปซื้อขนมเหมือนแต่ก่อน ดีขึ้นจึ้นนัก" (ดีขึ้นมาก) พ่อแม่ก็สบายใจขึ้นเยอะ.

๑๑. ผู้ปกครองสังเกตเห็นว่าที่ ๆ ก็จะไปดูแลน้อง พาน้อง

ไปแปร่งฟัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น.

๑๒. โรงเรียนจัดกิจกรรมประกวดฟันสวยทุกเดือน มีรางวัลให้เด็ก เด็กก็กระตือรือร้นสนใจที่จะดูแลสุขภาพฟันของตนเองมากขึ้น.

๑๓. โรงพยาบาลจัดทำโครงการอุดฟันให้เด็กตอนเย็น หลังเลิกงาน พบว่าผู้ปกครองสนใจพาบุตรหลานมาอุดฟัน และสนใจดูฟันลูกมากขึ้น.

๑๔. เด็กของบ้านน้ำคาแม่จะอยู่นอกชุมชน (เช่นไปแข่งกีฬาฟุตซอลที่โรงเรียนอื่น) เด็กก็จะไม่ซื้อขนมที่เลี้ยง.

๑๕. ได้มอบประกาศนียบัตรให้ร้านค้าทุกร้านที่ได้ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพบุตรหลาน.

๒. ผลการตรวจประเมินภาวะขาดสารอาหารในเด็ก ๐-๕ ปี โดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (ตารางที่ ๑). หลังจากได้ดำเนินการแก้ปัญหาดังกล่าวข้างต้นพบว่าปัญหาเด็กขาดสารอาหารก่อนดำเนินการ (เมษายน ๒๕๔๕) จากร้อยละ ๑๕.๒๒ เหลือร้อยละ ๐ ภายในเวลาไม่ถึง ๑ ปี หลังจากได้ดำเนินการแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหารตามแนวทางที่หมู่บ้านกำหนดขึ้น ซึ่งบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ได้ตั้งเป้าไว้ว่า ลดปัญหาเด็กขาดสารอาหารเหลือไม่เกินร้อยละ ๖.

๓. ผลการประเมินภาวะทันตสุขภาพในเด็ก ๐ -๑๒ ปี ของบ้านน้ำคา (ตารางที่ ๒ และ ๓). จากการติดตามการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ โรงเรียนบ้านน้ำคา พบว่านักเรียนระดับก่อนประถมศึกษา มีสภาพช่องปากเปลี่ยนแปลงไปในทางดี

ตารางที่ ๑ ผลการตรวจภาวะขาดสารอาหารในเด็ก ๐-๕ ปี

ช่วงเวลาที่ตรวจ	จำนวนเด็กที่ตรวจ (คน)	ขาดสารอาหาร (คน)	ร้อยละ
เมษายน ๒๕๔๕	๔๖	๗	๑๕.๒๒
สิงหาคม ๒๕๔๕	๔๔	๒	๔.๖๖
ธันวาคม ๒๕๔๕	๔๕	๐	๐
เมษายน ๒๕๔๖	๔๔	๐	๐
สิงหาคม ๒๕๔๖	๔๕	๐	๐
ธันวาคม ๒๕๔๖	๔๕	๐	๐



(ระดับ ก) จากเริ่มดำเนินการ (มิถุนายน ๒๕๔๕) ร้อยละ ๓๔.๗๘ เพิ่มขึ้นเป็น ๓๘.๑ , ๖๓.๒ และ ๗๒.๗๓ เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๔๕, มิถุนายน ๒๕๔๖ และ ธันวาคม ๒๕๔๖ ตามลำดับ, และภาวะช่องปากที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน (ระดับ จ) เมื่อเริ่มดำเนินการร้อยละ ๔๓.๔๘ ได้ลดลงตามลำดับ จากการตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อธันวาคม ๒๕๔๖ เป็นร้อยละ ๒๒.๗๓. ในการตรวจติดตามฟันน้ำนม พบว่าจากเริ่มดำเนินการ ร้อยละ ๘๒.๖๑ ลดลงเหลือร้อยละ ๗๒.๗๓ เมื่อธันวาคม

๒๕๔๖. ในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา พบว่าสภาวะช่องปากปกติ (ระดับ ก) เพิ่มขึ้นตามลำดับจากมิถุนายน ๒๕๔๕ ร้อยละ ๔๔.๕๙ เป็นร้อยละ ๖๔.๙๔ ในเดือนธันวาคม ๒๕๔๖, และสภาวะช่องปากที่ต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน (ระดับ จ) ลดลงจากร้อยละ ๔๐.๕๔ เป็นร้อยละ ๒๕.๙๗, และฟันผุถาวรมีจำนวนลดลงจากร้อยละ ๒๙.๗๓ เป็นร้อยละ ๑๕.๕๘. สำหรับเด็กที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็กก็พบว่าฟันไม่ผุ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๐.๘๓ เป็นร้อยละ ๕๒.๗ และเด็กที่แปรงฟันไม่

ตารางที่ ๒ ผลการตรวจประเมินภาวะสุขภาพช่องปากเด็กก่อนประถมศึกษา โรงเรียนบ้านน้ำคา

	จำนวนนักเรียน	อนามัยช่องปาก					
		ระดับ ก.	ร้อยละ	ระดับ จ.	ร้อยละ	ฟันน้ำนมผุ	ร้อยละ
มิถุนายน ๒๕๔๕	๒๓	๘	๓๔.๓๕	๑๐	๔๓.๔๘	๑๕	๘๒.๖๑
ธันวาคม ๒๕๔๕	๒๑	๘	๓๘.๑	๑๑	๕๒.๔	๑๘	๘๕.๗
มิถุนายน ๒๕๔๖	๒๒	๑๔	๖๓.๖๔	๖	๒๗.๒๗	๑๖	๗๒.๗๓
ธันวาคม ๒๕๔๖	๒๒	๑๖	๗๒.๗๓	๕	๒๒.๗๓	๑๖	๗๒.๗๓

ตารางที่ ๓ ผลการตรวจประเมินภาวะสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษา โรงเรียนบ้านน้ำคา

	จำนวนนักเรียน	อนามัยช่องปาก					
		ระดับ ก.	ร้อยละ	ระดับ จ.	ร้อยละ	ฟันน้ำนมผุ	ร้อยละ
มิถุนายน ๒๕๔๕	๓๔	๓๓	๙๔.๕๕	๓๐	๘๘.๒๔	๒๒	๖๔.๗๑
ธันวาคม ๒๕๔๕	๘๒	๔๖	๕๖.๑	๑๕	๑๘.๒๗	๑๘	๒๑.๕๕
มิถุนายน ๒๕๔๖	๘๒	๔๗	๕๗.๓	๒๓	๒๘.๐๕	๑๒	๑๔.๖๓
ธันวาคม ๒๕๔๖	๗๗	๕๐	๖๔.๘๑	๒๐	๒๕.๙๗	๑๒	๑๕.๕๘

ตารางที่ ๔ ผลการตรวจประเมินการแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บ้านน้ำคา

มิถุนายน ๒๕๔๕		ธันวาคม ๒๕๔๕		มิถุนายน ๒๕๔๖		ธันวาคม ๒๕๔๖	
ฟันไม่ผุ (%)	แปรงฟันไม่สะอาด (%)	ฟันไม่ผุ (%)	แปรงฟันไม่สะอาด (%)	ฟันไม่ผุ (%)	แปรงฟันไม่สะอาด (%)	ฟันไม่ผุ (%)	แปรงฟันไม่สะอาด (%)
๒๐.๘๓	๑๖.๖๖	๓๐.๐๐	๑๐.๐๐	๓๔.๖๑	๐	๓๖.๐	๐

สะอาดจากเดิมร้อยละ ๑๖.๖๖ ลดลงจนไม่พบเด็กที่แปร่งฟัน ไม่สะอาดเลย.

วิจารณ์

จากผลการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กบ้านน้ำคา และผลสำเร็จในการแก้ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร และปัญหาสุขภาพช่องปาก พบว่าปัจจัยเอื้อที่มีผลความสำเร็จของการดำเนินการแก้ปัญหาเด็ก^(๔) ได้แก่การมีส่วนร่วมของชุมชน.

การมีส่วนร่วมของชุมชน

- ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา ตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาต่อชุมชน สาเหตุของปัญหา การตัดสินใจวางแผนในการแก้ปัญหาของหมู่บ้าน ทำให้เกิดความร่วมมือดี^(๒).

- ชุมชนมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่การอพยพย้ายหมู่บ้าน, จัดสรรที่ดินทำกิน, การร่วมกันค้นหาปัญหาในหมู่บ้าน เรียงลำดับความสำคัญ และการแก้ปัญหา ร่วมกัน เช่น เรื่องโรคไข้เลือดออก ได้มีการณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องมาถึงปัจจุบันซึ่งจะทำการกำจัดลูกน้ำทุกวันศุกร์, เรื่องน้ำกินน้ำใช้มีกลั่นยาฆ่าแมลงจึงได้ร่วมกับทางโรงพยาบาลจัดตั้งเป็นโครงการบ่อน้ำดื่ม, เรื่องปัญหา ยาเสพติดในหมู่บ้าน ทำให้ชาวบ้านตื่นตัวและพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองต่อไป.

การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

- การที่ชุมชนร่วมกันกำหนดนโยบายการไม่มีอาหารที่ทำลายสุขภาพอยู่ในชุมชน เด็กจึงไม่มีโอกาสได้รับอาหารที่ทำลายสุขภาพ และยากต่อการเข้าถึงอาหารดังกล่าว.

- เนื่องจากเป็นหมู่บ้านขนาดเล็กการติดต่อกันทำได้ง่าย การประกาศเสียงตามสายในตอนเช้าได้ผลดีทั้งการกระจายข่าวสารต่าง ๆ หรือใช้เป็นบทลงโทษของผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงต่าง ๆ ของหมู่บ้าน โดยประกาศรายชื่อเพื่อให้เกิดความละอาย, อีกทั้งเมื่อมีงานเช่นงานศพ ชาวบ้านจะไม่ให้ความร่วมมือและไม่ไปร่วมงานด้วย ซึ่งเป็นวิถีของชุมชนที่ยังคงอยู่ได้ถึงปัจจุบัน.

- หมู่บ้านน้ำคาเป็นหมู่บ้านที่อาณาเขตติดต่อชุมชนหรือหมู่บ้านอื่นล้อมรอบด้วยทุ่งนทำให้เหมือนเป็นหมู่บ้านเดี่ยวถึงแม้จะไม่ไกลจากตัวอำเภอ (ประมาณ ๒ กม.). ดังนั้นการคมนาคม หรือการเคลื่อนย้ายอาหารทำลายสุขภาพ ทำได้ค่อนข้างยาก เพราะเมื่อมีการเคลื่อนย้ายหรือเดินทางระหว่างหมู่บ้านประชาชนส่วนใหญ่จะเห็นการเคลื่อนไหวดังกล่าว.

- ในหมู่บ้านมีการประชุมชาวบ้านเพื่อปรึกษาหารือกัน มีการแบ่งพื้นที่ของหมู่บ้านออกเป็นส่วน ๆ เรียกแต่ละส่วนว่าเป็นหมวด แล้วให้มีผู้รับผิดชอบแต่ละหมวดทำให้การประชุมทำได้ง่ายคือ เมื่อประชุมหัวหน้าหมวดแล้วหัวหน้าหมวดก็จะไปกระจายข่าวให้กับสมาชิกในหมวดทราบ หรือถ้ามีข้อเสนอสามารถเสนอผ่านหัวหน้าหมวดได้เช่นกัน.

ลักษณะของผู้นำชุมชน

- ผู้นำแบบเป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน เป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความคิดที่จะพัฒนาหมู่บ้าน พูดจริงทำจริง มีความซื่อสัตย์ ตั้งใจมุ่งมั่นในการทำงาน, เป็นที่ยอมรับนับถือจากชาวบ้าน มีความสามารถในการจูงใจชาวบ้านให้ร่วมมือกันพัฒนาหมู่บ้านได้ดี มีความเป็นประชาธิปไตย เช่น มีการถามความคิดเห็นจากชาวบ้านทุกครั้งที่ดำเนินการดำเนินโครงการต่าง ๆ.

มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับผู้นำคนก่อนทำให้สามารถเรียนรู้งานต่าง ๆ ได้ดี, รวมทั้งสามารถสานต่อโครงการที่เคยมีมาก่อนแล้วได้อย่างต่อเนื่อง.

- ผู้นำแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับความนับถือในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นอดีตกำนันและผู้ใหญ่บ้านมาหลายสมัย. ปัจจุบันมาทำงานในส่วนของการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลเชียงใหม่ มักเป็นผู้ไกลเกลี่ยกรณีเกิดความขัดแย้งกันในหมู่บ้านและให้การสนับสนุนเป็นที่ปรึกษาของผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบัน.

ปัจจัยภายนอกชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก.

การสนับสนุนจากทีมงานสุขภาพโรงพยาบาลเชียงใหม่และนักวิชาการสาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนากระบวนการเรียนรู้มีส่วนร่วม โดยใช้



เทคนิคต่าง ๆ^(๕) เช่น AIC, การจัดให้มีเวทีชาวบ้าน, การหาจุดอ่อนจุดแข็งของชุมชน ทำให้เกิดการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน. ชุมชนมีโอกาสได้คิดวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหของชุมชน ชาวบ้านกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นเพิ่มมากขึ้นและคิดได้เป็นระบบ ซึ่งโครงการที่เด่นชัดได้แก่ โครงการครอบครัวอบอุ่นที่จัดขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๓ โดยทางโรงพยาบาลเชียงใหม่มีบทบาทเป็นเพียงผู้กระตุ้น ตอนทำกิจกรรมเท่านั้น. หน่วยงานของรัฐที่มีบทบาทในการสนับสนุนด้านวิชาการคือ สาธารณสุขจังหวัดซึ่งมีนโยบายในเรื่องสุขภาพโดยจัดเป็นทีม HTPS (Health Team Problem Solving) ให้ชุมชนได้ตระหนักแล้ววิเคราะห์ปัญหา รวมถึงการหาแนวทางแก้ร่วมกันซึ่งทำให้ชุมชนรู้สึกภูมิใจและหวงแหนส่งผลให้เกิดความยั่งยืน. นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานของรัฐที่สนับสนุนด้านงบประมาณได้แก่ เทศบาล.

ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ดังนี้

๑. การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ควรให้ร่วมตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าปัญหาที่ร่วมกันคิดเป็นปัญหาของชุมชนนั้น ไม่ใช่ปัญหาของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เพราะผลประโยชน์ที่ได้จากการร่วมกันคิดแก้ปัญหาานั้น ก็คือชุมชนนั่นเอง.

๒. ควรมีการขยายรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กไปสู่ชุมชนอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับหมู่บ้านน้ำคางหรือชุมชนที่มีแนวคิดคล้าย ๆ กัน อาจจะเริ่มต้นค้นหาหมู่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ก่อน แล้วนำเสนอผลการดำเนินงานของชุมชนบ้านน้ำคาง ให้ชุมชนได้มีความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพเด็ก จนเกิดความรู้สึกถึงความสำคัญของการที่ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ แล้วเกิดการร่วมคิด ร่วมหาแนวทางการดูแลสุขภาพเด็กในบริบทของชุมชนนั้น ๆ ซึ่งการที่ควรมีการขยายเกิดขึ้น เพื่อให้เกิดเครือข่ายหมู่บ้านที่มีความสนใจในการดูแลสุขภาพเด็กสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนเกิดเครือข่ายที่เข้มแข็งและยั่งยืน.

๓. การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือเทศบาล ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้บ้านน้ำคางหรือชุมชนที่ร่วมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การยกเว้นภาษีร้านค้าที่

ร่วมในโครงการ หรือมีการสนับสนุนงบประมาณให้ร้านค้าหรือชุมชนที่ดำเนินการดังกล่าว ตามแต่ช่องทางที่สามารถจะทำได้. เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพเป็นภารกิจอย่างหนึ่งที่ท้องถิ่นต้องดำเนินการอยู่แล้ว หากชุมชนใดทำกิจกรรมส่งเสริมด้วยตนเอง ท้องถิ่นจึงควรสนับสนุนงบประมาณ.

๔. สำหรับชุมชนบ้านน้ำคาง ซึ่งขณะนี้มีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพเด็กแล้ว หากต้องการขยายแนวทางการสร้างสุขภาพต่อไป อาจจะให้ร้านค้างดการจำหน่ายอาหารทำลายสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุรา เหล้า.

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของการศึกษาค้นคว้านี้เกิดจากความร่วมมือของทีมงานสุขภาพโรงพยาบาลเชียงใหม่. นายสวัสดิ์ ยะปัญญา ผู้ใหญ่บ้านน้ำคาง, พ่อถนัด ยะปัญญา อดีตกำนันตำบลพญาแก้ว และอดีตผู้ใหญ่บ้านน้ำคาง, นายชัน เวททำ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)บ้านน้ำคาง, ทันตแพทย์หญิง มยุเรศ เกษตรสินสมบัติ และชาวบ้านน้ำคางทุกท่านเป็นแรงขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพเด็กของชุมชน.

เอกสารอ้างอิง

๑. เขวลักษณ์ อนุรักษ์. กระบวนการสุขศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ก้าวสู่ยุค ๒๐๐๐. กรุงเทพฯ: บริษัทชิกมา ดีไซน์กราฟฟิค จำกัด; ๒๕๔๓.
๒. อุทัยวรรณ กาญจนกมล. การส่งเสริมทันตสุขภาพแนวใหม่ บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน. ใน: หนังสือคู่มือการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาทันตแพทย์ปีที่ ๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๔๘. กระบวนวิชาทันตกรรมชุมชนปฏิบัติ (DCOP ๖๐๒), ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ๒๕๔๘.
๓. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว, วรรณฤทัย เพชรคง. วิถีชุมชน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๔. กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . การดูแล

สุขภาพเด็กแรกเกิด ถึง ๖ ปีในคลินิกระดับสถานีนอนามัยและ
โรงพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ ๑ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด อรุณการพิมพ์;
๒๕๓๔.

๕. อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม, อุทิศ จิตเงิน. วิจัยการเรียนรู้ในชุมชน.
นครสวรรค์: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ
จังหวัดนครสวรรค์; ๒๕๓๖.

ของแถม

แก้ ก. เฉลย, อธิบายให้เข้าใจ, เช่น แก้ปัญหา, แก้กระทู้.

แก้ไข ก. ทำส่วนที่เสียให้คืนดีอย่างเดิม, คัดแปลงให้ดีขึ้น, แก้ที่ว่า.

(พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ:
นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์; ๒๕๔๖. หน้า ๑๔๘.