

สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในตำบลฝายหลวง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นหัวหน้าครัวเรือน ตำบลฝายหลวง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 180 คน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 19 ถึง 30 พฤษภาคม 2535

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวทางสัมภาษณ์ และแนวทางสังเกต ซึ่งหาความเที่ยงตรงของแนวทางสัมภาษณ์และแนวทางสังเกต โดยการเข้าไปศึกษาถึงขอบเขตมีส่วนร่วมซึ่งเกิดขึ้นในชุมชน จากนั้นผู้วิจัยสร้างแนวสัมภาษณ์และแนวทางสังเกต จากนั้นขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบเครื่องมือ ปรับปรุงให้เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมกับพนักงานสัมภาษณ์จำนวน 2 ท่าน ซึ่งได้รับการอบรมและทดลองใช้แบบสัมภาษณ์เจาะลึกจำนวน 10 รายการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลอัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ ใช้อัตราร้อยละ และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval) ของอัตราการมีส่วนร่วมแต่ละกิจกรรม
3. ข้อมูลลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ใช้ สถิติร้อยละ

4. หาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุและรายได้ของหัวหน้าครัวเรือนกับการมีส่วนร่วมใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
5. หาความสัมพันธ์ระหว่าง การศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนกับการมีส่วนร่วมใช้สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของหัวหน้าครัวเรือน ของตำบลฝายหลวง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นเพศชายร้อยละ 94.4 อายุเฉลี่ย 44.53 ปี มีสถานะภาพคูร้อยละ 92.8 ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.4 จบการศึกษา ป.4 ถึง ป.7 ที่เหลือจบต่ำกว่าชั้น ป.4 ร้อยละ 1.7 และสูงกว่า ป.7 ร้อยละ 13.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 73.3 ที่เหลือรับราชการ และรับจ้างร้อยละ 9.4 เท่ากัน ค้าขายร้อยละ 7.4 จำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยเฉลี่ย 4.67 คน จำนวนบุตรต่อครอบครัวโดยเฉลี่ย 2.16 คน ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับพอกินพอใช้ร้อยละ 65 มีเงินเหลือเก็บเพียงร้อยละ 15.6 และมีหนี้สินร้อยละ 19.4 รายได้ของครอบครัวต่ำสุด 5,000 บาทขึ้นไป สูงสุด 200,000 บาทขึ้นไป โดยเฉลี่ย 38,255.56 บาท ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยเฉลี่ย 522.67 บาทต่อปี

2. อัตราการมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ของหัวหน้าครัวเรือน

หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างสมบูรณ์ สูงสุดในงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมคิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมา คือ งานสุขศึกษาคิดเป็นร้อยละ 67.2 งานควบคุมโรคติดต่อ และงานจัดหายาที่จำเป็น ไว้ใช้ในหมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 61.1 เท่ากัน งานโภชนาการคิดเป็นร้อยละ 51.1 งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคคิดเป็นร้อยละ 35.0 งาน

สุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 35.0 งานอนามัยแม่และเด็กคิดเป็นร้อยละ 34.4 งานรักษาพยาบาล
โรคง่าย ๆ ในท้องถิ่นคิดเป็นร้อยละ 25.0 และงานทันตสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 23.9

3. ลักษณะการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

หัวหน้าครัวเรือน มีส่วนร่วมในงานสุขศึกษา อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างมากในทุกชั้น
ตอน เช่นเดียวกับงานควบคุมโรคติดต่อทั่วไป งานจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้านและงานสุขา
ภิบาลสิ่งแวดล้อม และในทางตรงกันข้าม งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
และงานโภชนาการ หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนน้อยในทุกชั้นตอน ส่วนงานรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ
นั้น หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมมากเกือบทุกชั้นตอนยกเว้นในขั้นตอนการวางแผน นอกจากนี้
มีในงานสุขภาพจิตและงานทันตสาธารณสุข หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนน้อยในขั้นตอนการค้นหา
ปัญหาและการวางแผน ส่วนวิธีการดำเนินงานและการประเมินผลนั้น พบว่ามีส่วนร่วมค่อนข้าง
มาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การศึกษา และรายได้ กับการมีส่วนร่วมของหัวหน้า ครัวเรือน ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

พบว่า การมีส่วนร่วมในงานทันตสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการศึกษา
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และระดับรายได้ ($P < 0.01$) นอกจากนี้ยังพบว่า
รายได้ของครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือนในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยรวม
มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

5. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของครัวเรือน

ครัวเรือนมียาไว้ใช้ในบ้านยามฉุกเฉินร้อยละ 33.0 ของหลังคาเรือนลักษณะของ
ยาที่มีไว้ใช้ในบ้านส่วนใหญ่เป็นยาพาราเซทตามอลร้อยละ 31.1 ยาใส่แผลร้อยละ 22.8
ยาแก้ไอร้อยละ 8.3 ยาธาตุร้อยละ 5.6 ยาเขียวร้อยละ 3.3

บ้านพักอาศัยมีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อยร้อยละ 18.3 พบว่าใช้ได้ถุนบ้าน เป็นที่แหวงพันธุ์พืช คิดเป็นร้อยละ 72.2 และใช้เลี้ยงสัตว์ร้อยละ 9.4 การจัดเก็บขยะมูลฝอย ในบริเวณบ้านส่วนใหญ่ มีการดูแลจัดเก็บอย่างสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 81.7 จัดเก็บไม่ สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 8.4 น้ำดื่มที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นประปาหมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 68.9 และ ใช้บ่อนาดาลสูบน้ำมือโยกร้อยละ 31.1 นอกจากนี้ยังพบว่าทุกครัวเรือน มีโถงเก็บน้ำในบ้าน ที่มี ฝาปิดร้อยละ 63.3 ไม่มีฝาปิดร้อยละ 36.7

อภิปรายผล

1. งานสุขศึกษา การมีส่วนร่วมของชาวบ้าน ในงานนี้จะมีได้ใน 2 ลักษณะคือ

- ก. สุขศึกษาระหว่างเจ้าหน้าที่ กับชาวบ้าน โดยตรงหรือผ่านสื่อต่าง ๆ
- ข. ระหว่างชาวบ้านด้วยกันเอง

การมีส่วนร่วมของหัวหน้าครัวเรือน ในขั้นตอนการหาปัญหา โดยร่วมปรึกษาหารือ เรื่องสุขภาพ และในขั้นตอนการดำเนินงาน โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพแก่บุคคลอื่นนั้น การมีส่วนร่วมต่ำกว่าขั้นตอนอื่น ด้วยเหตุผลที่ว่า "ความรู้น้อย กลัวเขาไม่เชื่อ" เป็นคำให้เหตุผลของหัวหน้าครัวเรือน ในการให้สัมภาษณ์

2. งานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น

การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคที่เกิดจากุงเป็นพาหะ ซึ่งได้แก่ ใช้เลือดออก พบว่าหัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมค่อนข้างสูง แต่ปรากฏว่าจากสรุปข้อมูลการเจ็บป่วย ตำบล ฝ่ายหลวงบึงประมาณ 2534 ตำบลฝ่ายหลวง มีผู้ป่วยใช้เลือดออก 3 ราย ใช้มาเลเรีย 6 ราย แสดงว่า การมีส่วนร่วมในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงถึงแม้จะสูง แต่ผลของการกระทำ อาจยังไม่ครอบคลุม ดูได้จากข้อมูลจากการสังเกต พบว่า โถงน้ำที่ใช้ในครัวเรือน ไม่มีฝาปิดร้อยละ 36.7 จากการศึกษาขององอาจ เจริญสุข (2535) พบว่าค่าเฉลี่ยอัตรา

ร้อยละที่พบลูกน้ำยุงลายใน โถงน้ำมีร้อยละ 24.1 ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้เป็นอย่างดี จึงทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่ได้อยู่เสมอประกอบกับสภาพท้องถิ่นเป็นสวน จึงอาจมีปัจจัยอื่นที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดร่วมด้วย โดยที่ชาวบ้านอาจเข้าใจว่าการเกิดยุงลายในบ้าน เท่านั้นที่ทำให้เกิดไข้เลือดออกในเรื่องนี้จึงเสนอแนะให้มีการศึกษาต่อเรื่องต่อไป

3. งานจัดหายาที่จำเป็น ไว้ใช้ในหมู่บ้าน

ขั้นตอนการประเมินผลกองทุนยาหัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมน้อยกว่าขั้นตอนอื่น ๆ อาจเป็นเพราะหัวหน้าครัวเรือนไม่เห็นความสำคัญของการเข้าร่วมในสิทธิของตน ทราบแต่เพียงว่าเจ็บป่วยแล้วมียาใช้เท่านั้น จึงควรส่งเสริมให้ชาวบ้านเห็นความสำคัญของการติดตามประเมินผลจะช่วยให้กองทุนยา มีเสถียรภาพมากขึ้นเพราะจากการศึกษาของรพีพร กล้าสุนทร (2530 : 53) เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในไทย โดยใช้กองทุนยาเป็นกรณีศึกษา พบว่า ความอยู่รอดและควมมีเสถียรภาพของกองทุนยากับการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อกองทุนยาใดมีเสถียรภาพในการดำเนินงานอย่างก้าวหน้า จะขยายงานครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ของงานสาธารณสุขมูลฐานมากยิ่งขึ้น

4. งานอนามัยแม่และเด็ก งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรคและงานโภชนาการ

หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมค่อนข้างต่ำในทุกขั้นตอนเนื่องจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

1). เป็นงานที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในการให้บริการ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ หญิงมีครรภ์ ทารกอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ดังนั้นหากครอบครัวใดไม่มีกลุ่มเป้าหมายนี้ การมีส่วนร่วมจึงน้อย เนื่องจากไม่มีความต้องการในระยษนั้น

2). หัวหน้าครัวเรือนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ฉะนั้นจึงมีบทบาทน้อยในเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว เพราะเป็นเรื่องของเพศหญิงซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีวิเคราะห์

การกระทำของ ฟริตซ์ ไฮเตอร์ ซึ่ง ได้กล่าวว่า การกระทำของบุคคลขึ้นอยู่กับสามารถส่วน บุคคลของบุคคลผู้นั้นด้วย

ดังนั้น หากจะ ให้องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานลงสู่ทุกครัวเรือน ควรหา กลุ่ม เป้าหมายและแนวทางที่เหมาะสม ที่เลือกอำนวยความสะดวกมีส่วนร่วมของประชาชนและมีลักษณะเป็น ธรรมชาติ

5. งานรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ในท้องถิ่น

หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยบ่อยมากอาจ เนื่องมาจากปัจจัยทางด้านการศึกษาและชนบทชนบทนิยมประเพณี วัฒนธรรมแบบเก่า ซึ่งไม่ ให้ความสำคัญต่อการคิดแก้ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง ควรจะต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ ชาวบ้านมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น

6. งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

เป็นงานที่หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสูงที่สุด อาจเนื่องจาก เป็นเรื่องเกี่ยวกับความต้องการด้านร่างกาย (physiological need) ซึ่งเป็นความต้องการ การขั้นพื้นฐานระดับต่ำสุดของมนุษย์ (Abraham M. Maslow 1954 : 90) และจากการศึกษา โดยการสังเกตเกี่ยวกับพฤติกรรมทางด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม พบว่าทุกครัวเรือน มีโถงขนาด ความจุ 10 ปี๊บ บรรจุน้ำดื่ม น้ำใช้ ในเรื่องของความพอเพียงของน้ำดื่ม น้ำใช้ ชาวบ้านบอกว่า "พอเพียง" เพราะมีบ่อน้ำอยู่ใกล้บ้าน ถ้าต้องการน้ำเพิ่มเติมก็ไปตัก ชาวบ้านไม่นิยมเก็บน้ำไว้ จำนวนมาก ๆ ในหน้าฝนชาวบ้านสามารถรองน้ำฝนไว้ดื่มใช้ได้ แต่ในหน้าแล้งชาวบ้านพึ่งบ่อน้ำ เป็นส่วนใหญ่

นอกจากนี้ พบว่า บ้านเรือนมีความสะอาดปลอดภัยถูกหลักสุขาภิบาลเพียงร้อยละ 18.3 เนื่องจาก อาชีพหลักของชาวบ้านตำบลฝายหลวง คือ อาชีพเกษตรกรรม ดังนั้นจึงมีการเก็บ

พืชผลทางการเกษตร และสัตว์เลี้ยงไว้ได้ถนุบ้าน ทำให้อาจเกิดความไม่ปลอดภัยจากสารพิษ ยาฆ่าแมลงและเชื้อโรคจากมูลสัตว์ได้

7. งานสุขภาพจิต

พบว่า หัวหน้าครัวเรือน มีส่วนร่วมน้อยในขั้นตอนการค้นหาปัญหา เนื่องจากหัวหน้าครัวเรือนไม่สามารถบอกได้ว่า บุคคลใดมีปัญหาสุขภาพจิต เพราะความผิดปกติทางจิตเป็นเรื่องบอกได้ยากและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม แต่พบว่าหัวหน้าครัวเรือน มีส่วนร่วมมากในการวางแผนดำเนินงานและประเมินผลแสดงว่า มีความสนใจที่จะแก้ปัญหา ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทางสนับสนุนผลงานวิจัยของชานันท์ ศิริ (2530 : 1 - 10) ที่พบว่าผู้นำชุมชนมีความพร้อมที่จะร่วมมือกับประชาชนในหมู่บ้านของตน ในการดำเนินงานสุขภาพจิตและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต ในรูปแบบของการจัดตั้งกลุ่มแก้ปัญหาทางสุขภาพจิต

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบพฤติกรรมบางอย่างที่ทำให้สุขภาพจิตของชาวบ้านดีขึ้น ได้แก่ ความร่วมมือช่วยเหลืองานซึ่งกันและกัน การยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง

8. งานทัศนสาธารณสุข

หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อยในการค้นหาปัญหา และการดำเนินงานจากการสัมภาษณ์ หัวหน้าครัวเรือนให้เหตุผลในการไปเข้ารับบริการตรวจฟันว่า "ไม่จำเป็น" "ไม่กล้าไปรับบริการตรวจฟันเพราะกลัวเสียเงิน" "ไปหาหมออื่นเสียเวลา" จากคำตอบเหล่านี้ส่งผลให้หัวหน้าครัวเรือนมีส่วนร่วมน้อย เพราะจากสาเหตุ 3 ประการคือ

1. "ไม่เห็นความสำคัญของการรับบริการตรวจฟัน" เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ ในการทำให้เกิดการตระหนักและมองเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพฟันที่ดี

2. การรักษาฟันมีเรื่อง ค่าใช้จ่าย เข้ามาเกี่ยวข้องนับตั้งแต่พฤติกรรมขั้นพื้นฐาน คือ การแปรงฟันเลยที่เดียว ทำให้ความต้องการของบุคคลเราลดลง การมีส่วนร่วมจึงน้อย

3. บุคคลากรทางด้านทันตกรรมสาธารณสุขมีไม่เพียงพอ การสาธารณสุขมูลฐานใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลเป็นผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่เหล่านี้ถึงแม้จะผ่านการอบรมแต่ก็เชื่อว่ายังขาดทักษะและประกอองกับมีงานในความรับผิดชอบหลายงาน ทำให้ขาดความกระตือรือร้นในงานทันตสาธารณสุข ประชาชนจึงขาดแรงสนับสนุนในการมีส่วนร่วม ทำให้การมีส่วนร่วมน้อย

9. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา และรายได้ กับการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานของหัวหน้าครัวเรือน

พบว่า รายได้กับการมีส่วนร่วมใน "งานสาธารณสุขมูลฐานโดยรวม" มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) หมายความว่า ระดับรายได้ของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานของหัวหน้าครัวเรือนเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนุภาพ ธีรลภก ถม ทวีพย์เจริญ และผลการวิจัยโครงการสารภี ที่พบว่า ประชาชนมีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาชุมชน มากกว่าผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า และนอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมในงานทันตสาธารณสุขมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และระดับรายได้ ($P < 0.01$) หมายความว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีส่วนร่วมในงานทันตสาธารณสุขเพิ่มขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ มีดังนี้คือ

1. การนำองค์ประกอบของงานสาธารณสุข ลงสู่ทุกครัวเรือนควรถูกกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางที่เหมาะสมที่ อื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนและมีลักษณะ เป็นรูปธรรม
2. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรทำการศึกษาชุมชนแบบองค์รวม (holistic approach) โดยถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people centered development) เพื่อ ได้ปัญหาที่แท้จริง ในแต่ละชุมชนและพิจารณาดำเนินการเฉพาะองค์ประกอบที่เป็นปัญหา
3. ควรนำการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) มาใช้ในการศึกษาปัญหาชุมชน ซึ่งเป็นการพัฒนาประชาชน โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ น้ำ และคุณภาพของน้ำดื่มมาใช้
2. ควรมีการให้ความรู้ เกี่ยวกับอันตรายของยากำจัดศัตรูพืชและ โรคจากสัตว์ จาก การเก็บพันธ์พืชและ เลี้ยงสัตว์ เลี้ยง ไร่ ได้ถูกบ้าน
3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรม ที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของคน ในหมู่บ้าน และหา ทางแก้ไข โดยศึกษาลักษณะทางสังคม และ เศรษฐกิจของ แต่ละชุมชนเป็นหลัก
4. ควรมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานทางด้านทันตสาธารณสุข เช่น ปัญหาโรคในช่องปาก พฤติกรรมที่มีผลต่อทันตสุขภาพ ในชุมชน เพื่อ เป็นแนวทาง ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมต่อไป