

# โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก



ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

ที่ ..... วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการ โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

เรียน ผู้อำนวยการกองการศึกษา

ด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน จะดำเนินการจัดมอบหมายให้ข้าพเจ้า และคณะรับผิดชอบ โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ นั้น

บัดนี้ข้าพเจ้าและคณะได้ศึกษา พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๔๒ ได้กำหนด มาตรฐานการส่งเสริมให้ผู้เรียนแสดงออก และมีสุขภาพฟันในเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหาร ส่วนตำบลโคกจาน ตระหนักถึงความสำคัญ โดยมีการกำหนดเป้าหมายของผู้เรียน ให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพฟันแข็งแรงสวยงามศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน มีการจัด นวัตกรรมแปรงสีฟันเด็กปฐมวัย เพื่อให้นักเรียนได้ได้ถูกต้องเหมาะสมตามวัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)

( นางสาวปริญญ์ โสบุญ )

ครูผู้รับผิดชอบโครงการ

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

เห็นควร



อนุมัติ



ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ)

( นางอุไรวรรณ สุวรรณพิมพ์ )

หัวหน้าสถานศึกษา

โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

วัน เดือน ปี ที่ปฏิบัติ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
วันที่ ๑๐ ส.ค ๖๖	-กิจกรรมการตรวจสุขภาพฟัน -กิจกรรมการเคลือบฟลูออไรด์ -กิจกรรมการแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร -กิจกรรมการแปรงฟันที่ถูกรวิธี	คณะศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

(ลงชื่อ).....*Sudo*.....ครูผู้รับผิดชอบโครงการ

( นางสาวปริญญ์ โสบุญ )

ชื่อโครงการ	ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
สนองมาตรฐานฯ (ขั้นพัฒนา)	มาตรฐาน ที่ ๑๐, ๑๙
แผนงาน	บริหารทั่วไป
ลักษณะโครงการ	( / ) ต่อเนื่อง ( ) ใหม่
ผู้รับผิดชอบ	นางสาวปริยาณี โสบุญ , นางสาวเทียมใจ บัวผัน นางสาวเจนจิรา ชูสิทธิ์ , นางสาวน้ำฝน ผาชัย
ระยะเวลาดำเนินการ	ปีการศึกษา ๒๕๖๖

---

#### ๑. หลักการและเหตุผล

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๔๒ ได้กำหนดมาตรฐานการส่งเสริมให้ผู้เรียนแสดงออก และมีสุขภาพฟันในเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน ตระหนักถึงความสำคัญ โดยมีการกำหนดเป้าหมายของผู้เรียน ให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพฟันแข็งแรงสวยงาม

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน มีการจัดนวัตกรรมประสงชีฟันเด็กปฐมวัย เพื่อให้นักเรียนได้ได้ถูกต้องเหมาะสมตามวัย

#### ๑. วัตถุประสงค์

เพื่อลดหรือยับยั้งอัตราเพิ่มของโรคฟันน้ำนมผุของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

#### ๒. กลุ่มเป้าหมาย/พื้นที่เป้าหมาย

เด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน.....๓๒.....คน

#### ๓. วิธีดำเนินการ/รายละเอียดกิจกรรม

##### ๓.๑ ส่งเสริมการแปรงฟัน

๓.๑.๑ จัดให้มีแปรงสีฟัน (๒ อันต่อ ๖ เดือน) และแก้วน้ำ สำหรับเด็กแต่ละคน และจัดยาสีฟันไว้เป็นส่วนกลางที่ใช้ร่วมกัน และฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก

๓.๑.๒ เด็กทุกคนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ครูผู้ดูแลเด็กดูและตรวจความสะอาดในการแปรงฟันของเด็ก

๓.๑.๓ จัดสภาพแวดล้อม ให้อำนวยความสะดวกการแปรงฟันของเด็ก

๓.๑.๔ แนะนำพ่อแม่/ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กวันละ ๒ ครั้ง โดยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง ก่อนแล้วจึงแปรงซ้ำ และให้งัดหรือเลิกดูตูดขูดนม

๓.๒.๑ ครูผู้ดูแลเด็ก ตรวจความสะอาดช่องปากของเด็กทุกวัน

๓.๒.๒ ตรวจและบันทึกผลการตรวจฟันผุ เดือนละ ๑ ครั้ง

๔. ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่...๘...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ...๒๕๖๖...- วันที่...๘...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ...๒๕๖๖...

รายละเอียดการดำเนินโครงการ

กิจกรรม	งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. ประชุมครู	-	๘ สิงหาคม ๒๕๖๖	นางสาวปริยาณี โสบุญ
๒. เขียนโครงการ		๙ สิงหาคม ๒๕๖๖	นางสาวปริยาณี โสบุญ
๓. แต่งตั้งคณะกรรมการ		๙ สิงหาคม ๒๕๖๖	นางสาวเทียมใจ บัวผัน
๔. ดำเนินกิจกรรม กิจกรรมระเบียบวินัยในห้องเรียน -กิจกรรมการมีระเบียบวินัยในการ รับประทานอาหาร -กิจกรรมการมีความรับผิดชอบในหน้าที่ -กิจกรรมนั่งสมาธิ -ระเบียบวินัยในการต่อแถวทำกิจกรรม		๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖	คณะกรรมการ โครงการ
๕. สรุป-ประเมิน และรายงานผล		๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖	นางสาวปริยาณี โสบุญ

๕. งบประมาณ - บาท

๖. ผู้ดำเนินงาน/ผู้รับผิดชอบ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- เด็กปฐมวัยมีนวัตกรรมที่สวยงาม ประหยัด ใช้งานได้จริงเหมาะสม
- นักเรียนมีสุขภาพฟันที่ดีเพราะมีการดูแลฟันที่ถูกรวิธี

ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ .....*Julia*.....ผู้ดูแลเด็ก  
( นางสาวปริญญ์ โสบุญ )

ผู้เห็นชอบโครงการ

.....  
ลงชื่อ .....*พร. 25*.....  
( นางสาวเทียมใจ บัวผัน )  
ตำแหน่งครู

ผู้อนุมัติโครงการ

.....  
ลงชื่อ .....*[Signature]*.....  
( นางอุไรวรรณ สุวรรณพิมพ์ )  
หัวหน้าสถานศึกษา



แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง  
ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน  
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด  
 ๕ หมายถึง มากที่สุด      ๔ หมายถึง มาก      ๓ หมายถึง ปานกลาง  
 ๒ หมายถึง น้อย      ๑ หมายถึง น้อยที่สุด

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (๕)	มาก (๔)	ปานกลาง (๓)	น้อย (๒)	น้อยที่สุด (๑)
๑. มีการประชาสัมพันธ์โครงการให้รับทราบก่อนเริ่มโครงการ		✓			
๒. ความพอใจของท่านต่อการดำเนินการของเจ้าของโครงการ		✓			
๓. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดโครงการ		✓			
๔. ความสำเร็จและประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ		✓			
๕. ความรับผิดชอบของเจ้าของโครงการ		✓			
๖. การแสดงออกของเจ้าของโครงการ เช่นกิริยามารยาท การพูด การแต่งกาย เป็นต้น		✓			
๗. ความต้องการให้มีกิจกรรมนี้อีกในอนาคต		✓			

ถ้ามีการจัดโครงการอีกในอนาคต ท่านมีข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการนี้อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

ขอบคุณที่ตอบแบบสอบถาม  
นางสาวปริยาณี โสบุญ



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

ที่ ..... วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รายงานการติดตามผลงานระหว่างดำเนินการตามโครงการ/ กิจกรรม

เรียน ผู้อำนวยการศึกษา

ด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน ได้มอบหมาย ให้ข้าพเจ้ารับผิดชอบ ประเมินระหว่างดำเนินการโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ นั้น

บัดนี้ข้าพเจ้าได้ติดตามประเมินผลเมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ เพื่อประเมินกิจกรรมนั้น  
ปรากฏว่า

๑. การดำเนินการ  
- จัดให้มีแปรงสีฟัน (๒ อันต่อ ๖ เดือน) และแก้วน้ำ สำหรับเด็กแต่ละคน และจัดยาสีฟันไว้เป็น ส่วนกลางที่ใช้ร่วมกัน และฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก

๒. บุคลากร

- ครูจำนวน ๔ คน นักเรียนจำนวน ๓๒ คน

๓.งบประมาณที่จำดำเนินการ

- จำนวนเงิน.....บาท

๔.ระยะเวลา

- จำนวน ๑ วัน วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖

๕.วัสดุอุปกรณ์

๖.เรื่องอื่นๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....

( นางสาวปริญญ์ โสบุญ )

ครูผู้รับผิดชอบกิจกรรม

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ชอบ

ลงชื่อ.....

( นางอุไรวรรณ สุวรรณพิมพ์ )

หัวหน้าสถานศึกษา





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

ที่ ..... วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ

เรียน ผู้อำนวยการกองการศึกษา

ด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจานได้มอบหมาย ให้ข้าพเจ้ารับผิดชอบ ประเมินผลหลังสิ้นสุด โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ นั้น ปรากฏว่า

### ๑. ประเมินผลโดย

สังเกต  สัมภาษณ์  สอบถาม

ตรวจสอบงาน  ทดสอบ  เก็บข้อมูล

### ๒. งาน/กิจกรรมของโครงการ

### ๓. โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

### ๔. การปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย

ยังไม่บรรลุผลตามวัตถุประสงค์  บรรลุบางรายการ

ยังไม่เสร็จสิ้นโครงการต้องการต่อเนื่องอีก  บรรลุทุกรายการ

### ๕. การได้รับความร่วมมือจากบุคลากร

	มาก	ปานกลาง	น้อย
๑. นักเรียน	✓		
๒. คณะครูในโรงเรียน	✓		
๓. ผู้บริหารโรงเรียน	✓		
๔. ผู้ปกครองนักเรียน ชุมชน	✓		
ร้อยละ			

๕. ผลสัมฤทธิ์ของโครงการ  สูง  ปานกลาง  น้อย

๖. ปัญหา อุปสรรค .....

๗. การแก้ไขปัญหา .....

๘. ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....*Eda*.....ครูผู้รับผิดชอบโครงการ  
( นางสาวปริญญ์ โสบุญ )



## บันทึกข้อความ

สวนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน

ที่ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รายงานผลการดำเนินโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

เรียน ผู้อำนวยการกองการศึกษา

ด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน ได้มีคำสั่งที่ ๑๒ / ๒๕๖๖ ให้ข้าพเจ้าและคณะจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ นั้นปรากฏว่านักเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน ตำบลโคกจาน จึงทำโครงการนี้ขึ้น และการบริหารจัดการให้เป็นไปอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

สิ่งที่ได้รับจากการจัดทำ

- เด็กปฐมวัยมีวินัยที่สวยงาม ประหยัด ใช้งานได้จริงเหมาะสม
- นักเรียนมีสุขภาพฟันที่ดีเพราะมีการดูแลฟันที่ถูกวิธี

ปัญหาอุปสรรค.....ไม่มี.....

การแก้ไขปัญหา.....ไม่มี.....

ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน.....

ผลสัมฤทธิ์ของโครงการ  สูง  ปานกลาง  น้อย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....*Indra*.....ครูผู้รับผิดชอบโครงการ

( นางสาวปริญญ์ โสบุญ )

สื่อนวัตกรรมการประดิษฐ์ที่เก็บแปรงสีฟันสำหรับเด็ก





คุณครูตรวจสอบสภาพฟันหลังแปรงฟันเสร็จ



คุณหมอมาให้ความรู้การแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี





เคลือบฟลูออไรด์นักเรียน





เด็กๆแปรงฟันหลังรับประทานอาหารเช้า





## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจาน  
ที่ วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖  
เรื่อง การนำผลการประเมินกิจกรรมมาปรับปรุงแก้ไข

เรียน ผู้อำนวยการกองการศึกษา

ตามคำสั่งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโคกจานที่ ๑๒ / ๒๕๖๖ ได้แต่งตั้งและมอบหมายให้ข้าพเจ้าและคณะเป็นผู้รับผิดชอบวันกิจกรรมโครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ นั้น

บัดนี้ การดำเนินงานได้เสร็จสิ้นเรียบร้อยทุกประการแล้ว และพบปัญหาที่จะเสนอแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขในปีต่อไปดังนี้

ควรจัดกิจกรรมที่มีผู้ปกครองมาร่วมชมและช่วยสอนลูกหลานของตน ๒ ครั้ง

(ลงชื่อ).....*Enko*.....ครูผู้รับผิดชอบโครงการ  
(นางสาวปริยาม์ โสบุญ)

ความเห็นของผู้บริหารโรงเรียน

ลงชื่อ.....*Enko*.....  
(นางอุไรวรรณ สุวรรณพิมพ์)  
หัวหน้าสถานศึกษา

รับทราบและดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....*Enko*.....ครูผู้รับผิดชอบโครงการ  
(นางสาวปริยาม์ โสบุญ)

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ลงชื่อ.....*Enko*.....  
(นางอุไรวรรณ สุวรรณพิมพ์)  
หัวหน้าสถานศึกษา