

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2544

VOL.6 NO.2 JUL - DEC 2001

บทวิชาการ

- ☐ สภาวะโรคฟันผุของประชาชนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง พ.ศ.2526-2540
- ☐ สภาวะปริทันต์ของประชาชนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง พ.ศ.2526-2540
- ☐ พัฒนาการและแนวโน้มของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ
- ☐ สถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย ปี 2540-2541
- ☐ สถานการณ์การจัดบริการทันตสาธารณสุข โดยทันตภิบาลในสถานอนามัย พ.ศ.2540-2541
- ☐ พัฒนาการและสถานการณ์ของการพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ
- ☐ สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน
- ☐ การวิเคราะห์ผลกระทบจากปัจจัยภายนอกต่อระบบบริการทันตสาธารณสุข ระดับอำเภอในอนาคต

กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2544 VOL.6 NO.2 JUL - DEC 2001

กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

**วิทยาลัยทันตสาธารณสุข
(ว. ทันต.สธ)**

เจ้าของ

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร.590-4209 โทรสาร 590-4203

ที่ปรึกษา

อธิบดีกรมอนามัย
รองอธิบดีกรมอนามัย (สายส่งเสริมสุขภาพ)
ดร.ทวีสุข พันธุ์เพ็ง
ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ
ทันตแพทย์หญิงเรวดี ต่อประดิษฐ์

ฝ่ายจัดการ

กัญญลักษณ์ ศักราญกูร
สุรางค์ เชษฐพฤษท์
ดำรงค์ ฉั่วภักดี

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ

พิมพ์ - จัดรูปเล่ม

บริษัทไซเบอร์เพรส จำกัด

บรรณาธิการ

เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นนทินี ตั้งเจริญดี
ดารณี รัตมรัตน์

กองบรรณาธิการ

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์
จันทนา อึ้งชูศักดิ์
มัลลิกา ตันกุลเวศม์
วราภรณ์ จิระพงษา
พวงทอง ผู้กฤตยาคามี
สุพรรณิ ศรีวิริยกุล
วิกุล วิสาลเสสธ์
ปิยะดา ประเสริฐสม
เพ็ญแข ลาภยั้ง
สุณี ผลดีเยี่ยม
สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา
อุษา มีเสถียร
บุบผา ไตรโรจน์

**THAILAND JOURNAL OF DENTAL
PUBLIC HEALTH (Th. J. DPH.)**

OWNER

Dental Health Division, Department of Health,
Ministry of Public Health

OFFICE

Dental Health Division, Department of Health,
Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000
Tel. 662-5904209, FAX 5904203

ADVISORY BOARD

Director General, Department of Health
Deputy Director General, Department of Health

Dr. Twisuk Punpeng

Dr. Somnuk Chanduaykit

Dr. Rawadee Taupradist

MANAGER

Kunyaluk Sakrangkool

Surang Chettaprin

Damrong Chuapakdee

PUBLISHED

Semi - annual

PUBLISHER - ARTWORK

CYBER PRESS CO.,LTD.

EDITOR

Penthip Chitchumnong

ASSISTANT EDITORS

Nontinee Tangcharoendee

Darane Ratsameerat

EDITORIAL BOARDS

Siripen Arunpraphan

Chantana Ungchusak

Mallika Tuntoolvest

Waraporn Jirapongsa

Puangtong Pukrittayakamee

Supanee Sriviriyakul

Wikul Visalseth

Piyada Prasertsom

Phenkhoe Lapying

Sunee Pholdeeyiam

Surat Mongkolnchai-arunya

Uta Meesathian

Bubpa Triroj

วิทยาลัยทันตสาธารณสุข THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

สารบัญ
 ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2544

บทวิทยากร

1	□	สภาวะโรคฟันผุของประชาชนไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระหว่าง พ.ศ.2526-2540	หน้า
		ศรีสุดา ลีละศิริ, ปิยะดา ประเสริฐสม, อังศนา ฤทธิอยู่, ขนิษฐา รัตนรังสิมา.....	7
2	□	สภาวะปริทันต์ของประชาชนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง พ.ศ.2526-2540	
		ปิยะดา ประเสริฐสม, ศรีสุดา ลีละศิริ, วราภรณ์ จิระพงษา.....	25
3	✓	□	พัฒนาการและแนวโน้มของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ
		ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, สุณี ผลดีเยี่ยม, เพ็ญแข ลาภยั้ง, แพร จิตตินันท์, พินธุสร เหมพิสุทธิ.....	45
4	✓	□	สถานการณ์ การจัดการบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย
		สมนึก ชาญด้วยกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุณี ผลดีเยี่ยม, ปราณี เหลืองวรา.....	63
5	✓	□	สถานการณ์ การจัดการบริการทันตสาธารณสุข โดยทันตภิบาลในสถานอนามัย พ.ศ.2540-2541
		จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ดาวเรือง แก้วขันตี, บุญเอื้อ ยงวานิชกร, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ.....	75
	✓	□	พัฒนาการและสถานการณ์ของการพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ
		ทิพาพร สุโสมิต, สมกมล พิจารณา.....	90
	□	สถานการณ์ การดูแลสุขภาพช่องปากและการให้บริการทันตกรรมของประชาชน	
		บุญเอื้อ ยงวานิชกร, ดาวเรือง แก้วขันตี, วราภรณ์ จิระพงษา, ผุสดี จันทร์บาง.....	105
	✓	□	การวิเคราะห์ผลกระทบจากปัจจัยภายนอกต่อระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอในอนาคต
		สุวัฒน์ กิตติติลกกุล, ณิชกร ศิริกนกวิไล.....	119

เกณฑ์รับเรื่องของวิทยาสารกับตสาธารณสุข

วารสาร ยินดีรับบทความวิชาการ ทางทันตสาธารณสุขและวิชาการสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำ ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิชาการ (Original Articles) ได้แก่รายงานผลการวิจัย และรายงานผู้ป่วยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสืออื่น ควรประกอบด้วยหัวเรื่อง ตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่องและบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลการศึกษา วิจัย วิเคราะห์ผล บทสรุป คำขอบคุณ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์ A4

บทความปริทัศน์ (Review Articles) คือ บทความที่รวบรวมนำเอาความรู้ทางวิชาการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น

ปกรณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความทั่วไป บทความพื้นวิชา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข่าวที่เป็นประโยชน์ เรื่องแปลย่อความวิจัยใหม่และวิจารณ์หนังสือใหม่ที่น่าสนใจ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

เรื่องที่จะมาเพื่อการตีพิมพ์ต้องส่ง 3 ชุด ที่บรรณาธิการหรือกองบรรณาธิการ และควรเตรียมบทความดังต่อไปนี้

1. พิมพ์เรื่องอย่างชัดเจน โดยมีระยะห่างระหว่างบรรทัด 2 ช่อง (double space) ใช้กระดาษพิมพ์สันให้พิมพ์หน้าเดียวโดยพิมพ์ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว โดยตลอด ใส่เลขหน้าอยู่ทางมุมขวาบน และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette

2. จำนวนหน้าทั้งหมดไม่เกิน 15 หน้า รวมรูปภาพและตารางด้วย

3. รูปภาพ (Illustrations) ใช้สีดำ-ขาว ภาพทุกภาพต้องมีอ้างอิงในบทความ ใส่หมายเลขของภาพ ชื่อผู้เขียน ตลอดจนเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพ โดยเขียนด้วยดินสอเบาๆ ไว้ด้านหลังของแต่ละภาพ ส่วนคำบรรยายของแต่ละภาพต้องพิมพ์โดยเรียงลำดับและแยกแผ่นจากเนื้อเรื่อง ในกรณีที่ภาพเป็นรูปกราฟให้เขียนลงในกระดาษมัน (glossy paper) คำบรรยายแกนตั้ง (ordinate) และแกนนอน (abscissa) ของแต่ละกราฟต้องมีไว้ชัดเจนโดยใช้ภาษาอังกฤษ

4. ตาราง (Tables) ทุกๆ ตารางจะต้องมีอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ให้พิมพ์ตารางแยกไว้ต่างหากโดยพิมพ์ 1 ตารางต่อ 1 หน้า ในแต่ละตารางต้องมีหัวข้อ (title) และเชิงอรรถ (footnote) บรรยายตัวย่อในตารางตลอดจนนัยสำคัญทางสถิติอย่างครบถ้วนในแต่ละตารางโดยใช้ภาษาอังกฤษ

5. เมื่อมีการเปรียบเทียบผลการศึกษา ต้องมีการทดสอบทางสถิติที่ถูกต้องสนับสนุนด้วย

6. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ตัวเลขกำกับหลังข้อความที่อ้างอิงตามลำดับก่อนหลังของเนื้อเรื่อง

7. รูปแบบการเขียนเรื่องเป็นดังนี้

7.1 **ชื่อเรื่อง** ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นที่บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหาของตัวบทความ ซึ่งไม่ควรยาวเกินไป และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ

7.2 **ชื่อผู้เขียน** ให้มีภาษาไทย, ภาษาอังกฤษ วุฒิการศึกษาและสถาบันที่ทำงานชัดเจนพร้อมด้วยที่อยู่ ซึ่งจะติดต่อโดยทางไปรษณีย์ได้ ในกรณีที่มีหลายคนให้เขียนเรียงตามลำดับความสำคัญในการร่วมกันทำวิจัย หรือค้นคว้า

7.3 **เนื้อเรื่อง** ใช้ได้ทั้งภาษาไทยล้วนหรือภาษาอังกฤษล้วน ถ้าใช้ภาษาไทย ศัพท์ภาษาอังกฤษที่มีใช้ปนกับภาษาไทยนั้นให้พยายามแปลเป็นภาษาไทยเท่าที่จะทำได้ โดยเขียนตัวเดิมกำกับไว้ในวงเล็บเฉพาะครั้งแรกที่กล่าวถึง หากคำใดที่รับรองโดยราชบัณฑิตยสถานแล้วก็ให้ใช้คำนั้นในการอธิบาย เนื้อหาของเรื่องแบ่งออกเป็นตอนๆ ดังนี้

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นบทความสั้นๆ ที่กล่าวถึงวิธีการศึกษา (Materials and Methods) ผลของการศึกษา (Results) โดยกล่าวแต่เพียงย่อๆ แต่ให้ได้ใจความ บทคัดย่อ จะต้องไม่มีข้อสรุปจากการวิจารณ์ (Discussion) บทคัดย่อต้องไม่เป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยต้องมีคำสำคัญด้วย (เป็น keyword ในภาษาอังกฤษ)

บทนำ (Introduction) บทนำบอกถึงลักษณะของปัญหาที่นำมาศึกษาวิจัย โดยกล่าวถึงสถานภาพของความรู้ในตอนเริ่มวิจัย มีการปริทัศน์ (Review) เอกสารชิ้นใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังทำการวิจัย เพื่อแสดงความสัมพันธ์ของงานที่เสนอในบทความนี้กับความรู้เดิมเท่าที่ทราบกันอยู่ บทนำควรบอกวัตถุประสงค์ ขอบเขต และวิธีการดำเนินการวิจัย โดยเขียนให้อ่านเข้าใจง่ายและไม่ยาวจนเกินไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ (Materials and Methods) กล่าวถึงวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งสารเคมีต่างๆ วิธีดำเนินการทดลองอย่างชัดเจน (การสังเกตหรือการกระทำอื่นๆ ที่ทำให้ได้ข้อมูลมา) ที่จะสามารถทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติเองตามได้หากต้องการ

ผลการศึกษา (Results) ประกอบด้วยผลการทดลอง ซึ่งอาจจะบรรยายด้วยตาราง แผนภูมิ ภาพหรือรูปต่างๆ ที่แสดงและรวบรวมผลการทดลองเอาไว้ ตารางหรือแผนภูมิต่างๆ ที่ใช้ต้องชัดเจน จัดทำแยกต่างหากดังที่กล่าวไว้ในข้อ 3 และ 4 ของการเตรียมบทความ

บทวิจารณ์ (Discussion) เป็นการประเมินผลการทดลองและค้นพบโดยผู้เขียนจะเปรียบเทียบผลการทดลองที่ตนค้นพบกับผลการทดลองที่ผู้อื่นค้นพบและรายงานไว้ นอกจากนี้ในบทวิจารณ์อาจเขียนเสนอแนะข้อดีข้อเสีย ตลอดจนข้อผิดพลาดของการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้อื่นทำการวิจัยในเรื่องคล้ายคลึง หรือต่อเนื่องต่อไปได้ด้วย

บทสรุป (Conclusion) เป็นการสรุปผลของงานวิจัยและข้อสรุปการวิจารณ์

7.4 **คำขอบคุณ (Acknowledgement)** เป็นส่วนที่กล่าวขอบคุณต่อองค์กรหน่วยงานหรือบุคคลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

7.5 **เอกสารอ้างอิง (References)** เป็นการรวบรวมชื่อเอกสารต่างๆ ที่ผู้เขียนได้อ่านเองและนำมาใช้อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง หากตอนใดที่ผู้เขียนมิได้อ่านเองโดยตรง แต่นำข้อความมาใช้ในการอ้างอิงด้วย ต้องแจ้งให้ชัดเจนว่า ผู้ใดอ้างไว้ รวมทั้งแหล่งที่มาของเอกสาร วิธีการเขียนใช้ระบบ Vancouver ส่วนการย่อชื่อวารสารใช้ตาม Index Medicus

7.5.1 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้เขียน (ทั้งหมด) (ถ้าเป็นภาษาไทยให้ใช้ชื่อตัวแล้วตามด้วยนามสกุล), ชื่อเต็มของเรื่อง, ชื่อย่อของวารสาร, ปีที่ตีพิมพ์ หมายเลขเล่มของปีที่พิมพ์ (Volume), หมายเลขหน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้ายของเรื่อง (วารสารภาษาไทยให้ใช้ปีพุทธศักราช) ถ้าผู้เขียนมากกว่า 6 คนใส่ชื่อ 6 คนตามด้วย et al (และคณะ)

1. Wyoff, S.J. Morris, M.E, and Newbrun, E. The effect of mouthrinse containing calcium glycerophosphate on the chemical composition and development of plaque in humans. J. dent. Res. 1980; 59: 23-28

2. กติกา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, วิษย์ศักดิ์ สุขสะอาด, กนกวรรณ แสนชัยสุริยา และคณะ การตรวจกรองฮีโมโกลบินในเลือด โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536; 51: 39-43

7.5.2 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง, ระดับของวิทยานิพนธ์, ภาควิชาที่ทำวิทยานิพนธ์, มหาวิทยาลัย, ประเทศ, และปีที่วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

Thiradilok, S. Effects of fluoride, bicarbonate and magnesium ions on the acid resistance of recrystallized and remineralized surfaces of enamel. Ph.D. Dissertation of Alabama : University of Alabama in Birmingham, Dec.1977

7.5.3 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากหนังสือ

ก. ชื่อผู้แต่ง (ทั้งหมด), ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์ (edition), เล่มที่พิมพ์ (Vol.1 หรือ 11...) หากมี, สำนักพิมพ์, เมือง, ปีที่พิมพ์ และหมายเลขหน้าที่อ้างอิง

1. Richard, E.B., Victor, C.V. Nelson Textbook of Pediatrics. 12th ed., Philadelphia : W.B. Saunders, 1987, p 93-95

2. ศิริกุล อิศรานุกฤษ และคณะ : รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริมการพัฒนาของเด็กโดยครอบครัว, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพมหานคร, 2543

ข. หนังสือที่แยกผู้เขียนเฉพาะบท : ชื่อผู้เขียนบทที่อ้างอิง, ชื่อเรื่องของบทนั้น, ชื่อบรรณาธิการ (ทั้งหมด), ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์ (edition), เล่มที่พิมพ์ (Vol. 1 หรือ 11....) หากมี, สำนักพิมพ์, เมือง, ปีที่พิมพ์ และหมายเลขหน้าที่อ้างอิง

7.5.4 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากรายงานที่ได้พิมพ์เป็นชุด

ชื่อผู้เขียนจากรายงานที่ได้พิมพ์เป็นชุด

ชื่อผู้เขียน (หากมี), ชื่อเรื่องของรายงานฉบับนั้น, ชื่อรายงาน, ปีที่พิมพ์

Fluoride and Human Health. WHO Monograph, series no.59, 1970.

7.5.5 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากเรื่องที่เสนอในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้เสนอรายงาน, ชื่อเรื่องที่เสนอต่อที่ประชุม, ชื่อหัวข้อของการประชุมนั้น, วันเดือนปีที่จัดประชุม, สถานที่จัดการประชุม

Royce, J.C. Finches of Du Page County. Paper read at 2nd Annual Conference on practical bird - watching. 24-26 May 1986, at Midland University, Flat Prairies, Illinois.

สภาวะโรคฟันผุของประชาชนไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง พ.ศ. 2526-2540

ศรีสุดา ถิระศิริ *

ปิยะดา ประเสริฐสม *

อังสนา ฤทธิอยู่ *

ชนินทร์ รัตนรังสิมา *

ท.บ., ส.ม.

ท.บ., วท.ม.

ศษ.บ.

ศษ.บ.

บทคัดย่อ

ข้อมูลการเป็นโรคฟันผุซึ่งวัดด้วยดัชนี ฟันผุ ถอน อุด (DMFT&dmft) จากการสำรวจในระดับจังหวัดจำนวน 72 จังหวัด และการสำรวจระดับประเทศ 4 ครั้ง ระหว่าง พ.ศ. 2526-2541 ได้ถูกรวบรวมประมวลผลและวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุ เพื่อให้ได้สภาวะโรคฟันผุของประชาชนไทย การศึกษาพบว่า ความชุกของการเป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนมมีสูงและการกระจายทั่วประเทศ มากกว่าร้อยละ 80 ของเด็กอายุ 6 ปี เป็นโรคฟันผุ โดยมีค่าเฉลี่ย dmft ประมาณ 6 ซี่/คน ส่วนโรคฟันผุในฟันแท้ของเด็กและเยาวชนค่อนข้างคงที่ ในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา โดยเด็กอายุ 12 ปี พบมี ค่าเฉลี่ย DMFT 1.5 ซี่/คน ลักษณะการกระจายของโรคไม่สม่ำเสมอในประชากร โดยพบ ร้อยละ 25 ของเด็กโรคฟันผุอยู่ในเกณฑ์สูง (DMFT $\geq$ 3 ซี่/คน) ปัญหาที่พบในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเป็นปัญหาการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุมีฟันที่คงเหลือในปากเฉลี่ยเพียง 18 ซี่/คน ฟันผุที่วัดได้ส่วนใหญ่จะเป็นฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษา การบริโภคอาหารหวาน การเลี้ยงดูบุตรที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาการรับรู้โรคของประชาชน และการไม่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรม เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้โรคฟันผุและการสูญเสียฟันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขต่อไป ภาครัฐควรจัดให้มีบริการขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาค บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการเพิ่มสมรรถภาพในการเป็นนักส่งเสริมป้องกัน และประชาชนควรได้รับการปลูกฝังให้มึนึสัยการทำความสะอาดช่องปากและดูแลตนเองอย่างถูกต้องตั้งแต่วัยเด็ก

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการสำรวจสุขภาพช่องปากอย่างกว้างขวางทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ในปัจจุบันได้มีการสำรวจสุขภาพช่องปากในระดับจังหวัดแล้ว 72 จังหวัด และในบางจังหวัดมีการสำรวจมากกว่า 1 ครั้ง มีการสำรวจระดับประเทศแล้ว 4 ครั้ง ในการสำรวจทุกครั้งจะมีการสำรวจสภาวะโรคฟันผุ เนื่องจากเป็นโรคที่พบได้มากในประชาชนทั่วไปและนับเป็นปัญหาที่สำคัญทางทันตสาธารณสุข ข้อมูลเหล่านี้ ส่วนหนึ่งได้ถูกใช้เพื่อการวางแผนและประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของผู้สำรวจ

อย่างไรก็ดี ข้อมูลที่มีอยู่มากมายเหล่านี้ยังไม่ได้มีการนำมาประมวลและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อที่จะสามารถอธิบายภาพการเป็นโรคฟันผุของประชาชนไทยอย่างชัดเจน การทราบถึงพัฒนาการของโรคฟันผุจะทำให้สามารถวางแผนเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรค การบูรณะเพื่อเก็บรักษาฟัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียดที่ได้จากการสำรวจในระดับต่างๆ จะช่วยทำให้การมองแนวโน้มได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น ตลอดจนข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคฟันผุซึ่งได้มีการรวบรวมไว้ทั้งจากการสำรวจสุขภาพช่องปากเอง และจากแหล่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะอธิบายโรคได้ชัดเจนขึ้น

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลระบาดวิทยาของโรคฟันผุที่ได้มีรายงานไว้และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มาทำการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อแสดงปัญหาโรคฟันผุของประชาชนไทย และแนวโน้มของการเป็นโรคฟันผุ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจัดบริการทันตสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชน

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

1. ทบทวนเอกสาร และประมวลข้อมูล

การเป็นโรคฟันผุ ซึ่งวัดโดยดัชนีฟันผุ ถอน อุด (dmft ในฟันน้ำนมและ DMFT ในฟันแท้) และความชุกการเป็นโรคฟันผุในกลุ่มอายุต่างๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคฟันผุขององค์การอนามัยโลก¹ จากเอกสารรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในทุกะดับนับตั้งแต่ พ.ศ. 2526 - 2541

2. รวบรวม และประมวลข้อมูลที่อธิบายถึงเหตุผล ความเชื่อและปัจจัยต่างๆตลอดจนพฤติกรรมบางประการที่เกี่ยวกับโรคฟันผุจากเอกสารผลการสำรวจ รายงานการวิจัยและรายงานสถิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. ข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้บริการการดูแลสุขภาพในช่องปาก และ การเลี้ยงดูบุตรบางส่วนได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ และอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดและคาดการณ์แนวโน้มสภาวะโรคฟันผุของประชาชนไทย

ผลการศึกษา

1). การดำเนินการสำรวจ

ข้อมูลการสำรวจในระดับจังหวัดมีทั้งสิ้น 72 จังหวัด² และการสำรวจในระดับประเทศ 3 ครั้ง คือ พ.ศ. 2527³ 2532⁴ และ 2537⁵ การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพทั้งหมดได้ใช้ลักษณะของความ เป็นเมืองเป็นเกณฑ์ในการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็น เขตเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตเทศบาล และเขตชนบท

วิธีการสำรวจทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดเป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก¹ คือ วิธี Path Finder Survey โดยการใช้กลุ่มอายุดัชนีที่เป็นตัวแทนของสภาวะที่สนใจในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ 6 ปี 12 ปี 18 ปี 35-44 ปี และ 60 ปีขึ้นไป โดยมีการสำรวจเด็ก

3 ปี ในการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2532 และ 2537

2). โรคฟันผุในฟันน้ำนม

2.1 ความชุกและความรุนแรง

เด็กอายุ 3 ปี เป็นช่วงที่มีฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ ในขณะที่เด็กอายุ 6 ปี จะเป็นระยะท้ายของชุดฟันน้ำนมก่อนเข้าสู่ชุดฟันแท้ มากกว่าครึ่งของเด็กอายุ 3 ปีเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 66.5 และ 61.7 ในการสำรวจ พ.ศ. 2532³ และ 2537⁴ ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด 4 ซี่/คน และ 3.4 ซี่/คน (ตารางที่ 1)

การสำรวจในระดับจังหวัดพบมีความชุกกระจายตั้งแต่ร้อยละ 27.5-88.7² โดยเด็ก

แต่ละคนจะเป็นโรคฟันผุประมาณ 4 ซี่ ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2,3) โดยจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดน้อยที่สุดคือ 1.3 ซี่/คน

อัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมากและเมื่อเด็กอายุ 6 ปี ร้อยละ 80 เป็นโรคฟันผุ ข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2527³ พบเด็กอายุ 6 ปี ร้อยละ 71.6 เป็นโรคฟันผุ โดยมีฟันในช่องปากที่เป็นโรคอยู่ 4.9 ซี่/คน และเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในการสำรวจอีก 2 ครั้งถัดมา จนพบว่าในการสำรวจระดับประเทศครั้งล่าสุดปี 2537⁵ ร้อยละ 85.1 ของเด็กอายุ 6 ปี มีโรคฟันผุโดยเฉลี่ย 5.7 ซี่/คน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 สภาวะโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี จากการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2532, 2537

Table 1 Caries status of 3 yrs. children in National Oral Health Survey 1989,1994

พื้นที่ (เขต/ภาค)	ความชุกของโรค		ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด	
	2532	2537	2532	2537
เขตเมือง	62.6	59.4	3.9	3.2
เขตชนบท	66.8	67.8	3.9	3.8
กลาง	82.6	70.4	5.2	4.2
เหนือ	66.4	60.4	3.8	3.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	56.7	58.1	3.2	3.0
ใต้	73.6	66.8	4.4	3.9
ทั้งประเทศ	66.5	61.7	4.0	3.4

ตารางที่ 2 ความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมเด็กอายุ 3 ปี จากการสำรวจระดับจังหวัด ระหว่างปี 2534 - 2541

Table 2 Prevalence of dental caries in deciduous dentition of 3 yrs. children, data from provincial level 1991-1998

ภาค (จำนวนจังหวัด)	ช่วงความชุกของโรคฟันผุ (%)
กลาง (4)	57.3 - 80.8
เหนือ (10)	27.5 - 81.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ (14)	40.0 - 88.7
ใต้ (4)	72.4 - 80.4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนมเด็กอายุ 3 ปี จากการสำรวจระดับจังหวัด ระหว่างพ.ศ. 2534 - 2541
Table 3 Mean dmft of children aged 3 yrs., data from provincial level 1991-1998

Dmft (ซี่/คน)	จำนวนจังหวัด	ร้อยละ
1.1-2.0	2	7.4
2.1-3.0	3	11.1
3.1-4.0	10	37.0
4.1-5.0	5	18.5
5.1-6.0	5	18.5
6.1-7.0	2	7.4
รวม	27	100

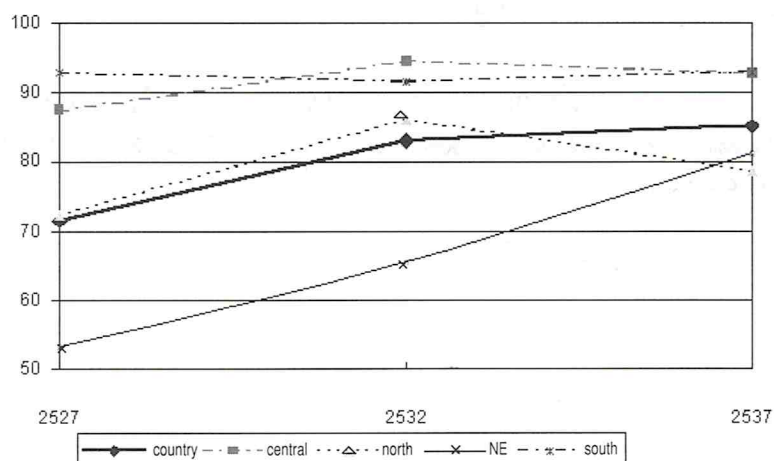
ตารางที่ 4 ความชุกโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 6 ปี จากการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2527, 2532, 2537
Table 4 Prevalence of dental caries in deciduous dentition of 6 yrs. children in National Oral Health Survey 1984,1989,1994

ภาค	ความชุกของโรคฟันน้ำนมผุ			ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด		
	2527	2532	2537	2527*	2532	2537
กลาง	87.3	94.4	92.7	6.5	6.9	6.8
เหนือ	72.4	86.1	78.8	5.7	5.8	5.0
ตะวันออก	53.1	65.5	81.0	2.7	3.6	5.0
ใต้	92.8	91.5	92.9	7.2	7.0	6.9
รวม	71.6	83.1	85.1	4.9	5.6	5.7

* เฉพาะฟันผุ ถอน

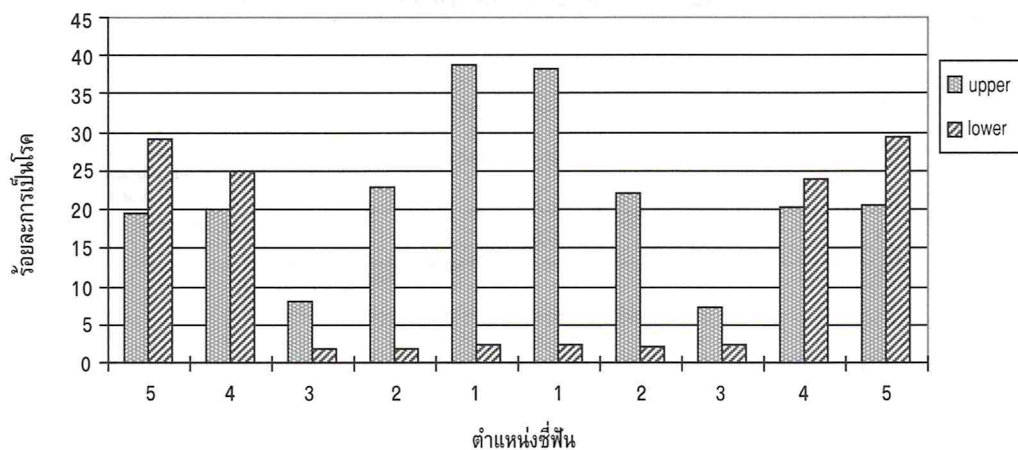
ภาพที่ 1 ความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมเด็ก 6 ปี จำแนกตามภาค

Figure 1 Prevalence of dental caries in 6 yrs. Children by region



ภาพที่ 2 การกระจายโรคฟันผุในฟันน้ำนมตามซี่ฟันในช่องปากของเด็กอายุ 3 ปี พ.ศ. 2537

Figure 2 Distribution of dental caries in deciduous dentition of 3 yrs. children by tooth type, 1994



ฟันที่เป็นโรคเหล่านี้เป็นการผุในระยะลุกลาม และเกือบทั้งหมดไม่ได้รับการรักษา (%dt/dmft > 90%) การเปลี่ยนแปลงของโรคฟันผุในฟันน้ำนมเป็นไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงถึงแนวโน้มการเพิ่มของโรคที่ชัดเจน (ภาพที่ 1)

ข้อมูลของการสำรวจในระดับจังหวัดในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา (2527-2541) ยืนยันให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคอย่างรวดเร็วในเกือบทุกภาคของประเทศได้อย่างชัดเจนมากขึ้น²

2.2 ลักษณะการผุในฟันน้ำนม

การผุของฟันน้ำนมที่พบเป็นปัญหา มากคือการผุแบบ rampant caries คือ มีการผุเกือบทุกด้านและทุกซี่บนตัวฟัน บริเวณฟันหน้าบนจะเป็นตำแหน่งที่พบว่าการผุแบบนี้มากที่สุด ข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศทั้ง 3 ครั้ง³⁻⁵ แสดงให้เห็นว่าการกระจายของโรคฟันผุนี้จะอยู่บริเวณฟันหน้าบน 4 ซี่ และรองลงมาคือบริเวณฟันกรามล่าง (ภาพที่ 2) และพบว่าเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท

3). โรคฟันผุในฟันแท้

3.1 ความชุกและความรุนแรง

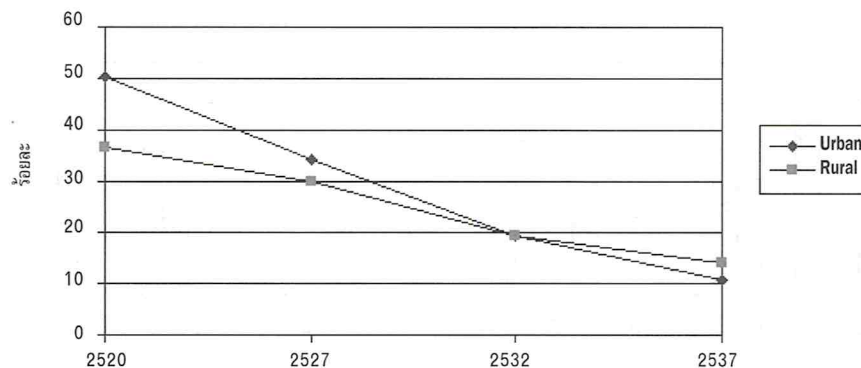
การศึกษาการเกิดโรค ฟันผุในฟันแท้ จะเริ่มตั้งแต่อายุ 6 ปีเป็นต้นไป โดยพบว่าความชุกของโรคฟันผุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และจะมีปัญหาการสูญเสียฟันเมื่อเข้าสู่วัยทำงานและผู้สูงอายุ

(1) กลุ่มอายุ 6 ปี ความชุกของโรคจากการสำรวจระดับประเทศ ลดจากร้อยละ 30.3 ในการสำรวจ พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 19.2 ในพ.ศ. 2532⁴ และ 11.1 พ.ศ. 2537⁵ ตามลำดับโดยที่ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด ก่อนข้างคงที่ เด็กในเขตเมืองจะมีฟันแท้ผุสูงกว่าเด็กในชนบท (ภาพที่ 3) ความชุกของโรคฟันผุในฟันแท้ของเด็กกลุ่มนี้ลดลงในทุกภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคกลางและกรุงเทพฯ

(2) กลุ่มอายุ 12 ปี เป็นอายุดัชนีที่ใช้ในการประเมินสุขภาพช่องปากระหว่างประเทศ เด็กวัยนี้จะมีฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ และเป็นช่วงปลายของวัยประถมศึกษา จะทำให้สามารถประเมินสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนต่อสุขภาพในช่องปากได้ จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 1 ปี 2520⁶ พบว่าร้อยละ 66.7 ของเด็กกลุ่มนี้เป็นโรคฟันผุ โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน

ภาพที่ 3 ความชุกโรคฟันผุในฟันแท้ของเด็กอายุ 6 ปี จากการสำรวจทันตสุขภาพ พ.ศ.2520⁶ 2527³ 2532⁴ และ 2537⁵

Figure 3 Prevalence of dental caries in permanent dentition of 6 yrs. children



ตารางที่ 5 ระดับฟันผุของเด็กอายุ 12 ปี จากข้อมูลการสำรวจระดับจังหวัดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

Table 5 Dental caries level of 12 yrs. children in provincial survey by WHO classification

ปีสำรวจ(พ.ศ.)	ระดับฟันผุ เกณฑ์ WHO	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (ซี่ต่อคน)	ภาค				รวม (จังหวัด)
			กลาง	ตอ.เฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	
2532-2536	ต่ำมาก	0-1.1	-	14	5	-	19
	ต่ำ	1.2-2.6	10	1	9	7	27
	ปานกลาง	2.7-4.4	2	-	-	3	5
	สูง	4.5-6.5	-	-	-	-	-
	สูงมาก	6.6ขึ้นไป	-	-	-	-	-
2537-2541	ต่ำมาก	0-1.1	-	4	3	-	7
	ต่ำ	1.2-2.6	12	9	9	8	38
	ปานกลาง	2.7-4.4	6	-	1	1	8
	สูง	4.5-6.5	-	-	-	-	-
	สูงมาก	6.6ขึ้นไป	-	-	-	-	-

อุด 2.9 ซี่/คน และค่าเฉลี่ยนี้ลดลงเกือบครึ่งหนึ่งในอีก 7 ปี ต่อมา เป็น 1.5 ซี่/คน และค่อนข้างคงที่จนถึงปัจจุบัน ในขณะที่ความชุกของโรคเพิ่มมากขึ้น ความชุกที่เพิ่มขึ้นนี้พบอย่างชัดเจนเขตชนบท ในขณะที่เขตเมืองมีแนวโน้มลดลง²⁻⁵

ข้อมูลการสำรวจระดับจังหวัดระหว่าง พ.ศ. 2526-2541² พบว่าค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด

จากการสำรวจทั้งหมดกระจายอยู่ในเกณฑ์ ต่ำมาก ถึงปานกลาง ตามการจัดระดับความรุนแรงของ องค์การอนามัยโลก⁶ โดยจังหวัดที่พบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (DMFT 2.7 - 4.4 ซี่/คน) จะพบในภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 6 ความชุกของโรคฟันผุ ของเด็กอายุ 12 ปี จากการสำรวจระดับจังหวัด ระหว่าง พ.ศ.2527-2541
เปรียบเทียบกับผลการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2527 2532 2537

Tables 6 Dental caries prevalence of 12 yrs. from provincial surveys performed during 1984-1998
compare to national data in 1984,1989 and 1994.

ภาค	ความชุกของโรคฟันผุระดับจังหวัด			ความชุกของโรคฟันผุระดับประเทศ		
	2527-2531	2532-2536	2537-2541	2527	2532	2537
กลาง	66.5	66.0	65.8	62.5	61.4	65.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	28.1	41.5	50.2	23.8	33.1	45.3
เหนือ	53.7	54.6	57.5	49.8	48.1	49.0
ใต้	-	59.6	69.5	58.2	62.8	69.2
รวม	-	53.1	59.6	45.8	49.2	53.9

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของกลุ่มอายุ 12 ปี จากการสำรวจระดับจังหวัด ระหว่าง พ.ศ. 2527 -
2541 เปรียบเทียบกับการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2527 2532 2537

Table 7 Mean DMFT of 12 yrs. from provincial surveys performed during 1984-1998 compared to
national data 1984,1989,1994

ภาค	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ระดับจังหวัด			ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ระดับประเทศ		
	2527-2531	2532-2536	2537-2541	2527	2532	2537
กลาง	2.4	2.0	2.3	2.3	1.8	1.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.7	0.9	1.4	0.5	0.8	1.3
เหนือ	1.5	1.4	1.7	1.4	1.5	1.3
ใต้	-	1.8	2.1	2.3	1.9	2.1
รวม	-	1.4	1.8	1.5	1.5	1.6

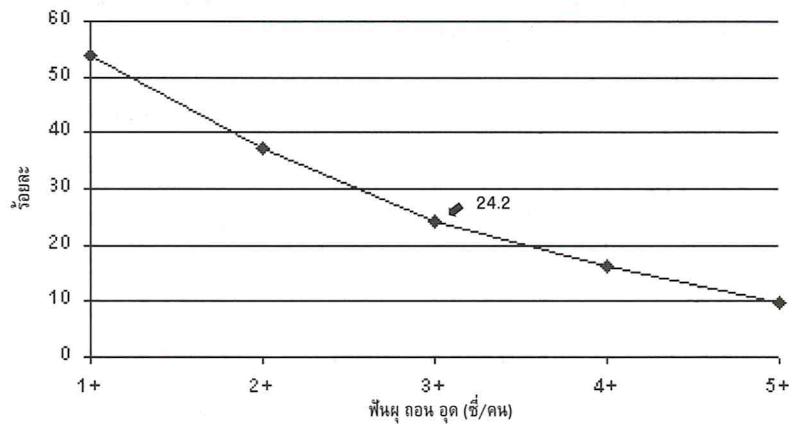
ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ข้อมูลจากการสำรวจระดับประเทศแสดงให้เห็นแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของโรคฟันผุอย่างช้าๆ แต่ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในระดับจังหวัด จะเห็นทิศทางเพิ่มขึ้นของโรคชัดเจนกว่า ในระดับภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มการเพิ่มของฟันผุสูงกว่าภาคอื่น (ตารางที่ 6,7)

3.2 ลักษณะการผุฟันแท้ในอายุ 12 ปี

มากกว่าครึ่งของฟันผุเกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ ซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 25 ของเด็กทั้งหมด⁷ (DMFT ตั้งแต่ 3 ขึ้นไป) (ภาพที่ 4-5)

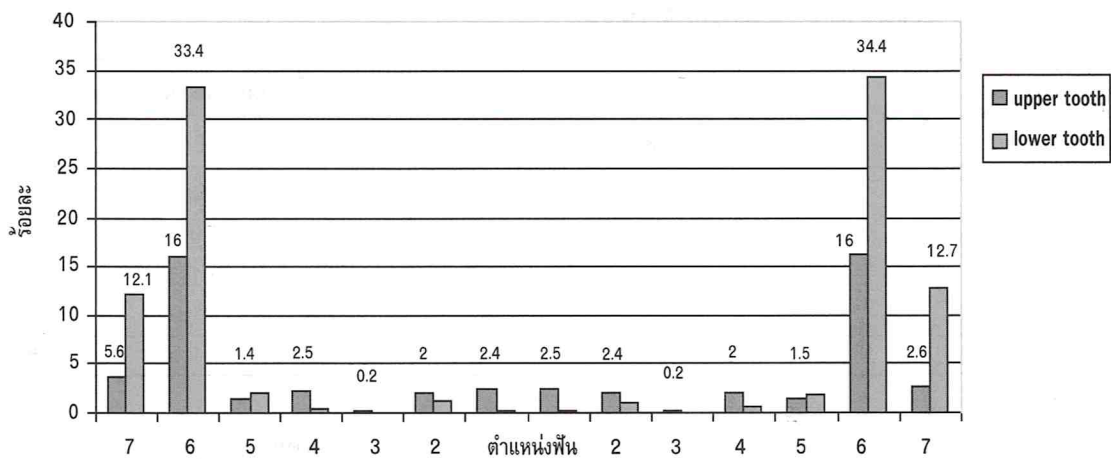
ภาพที่ 4 ร้อยละสะสมของการกระจายของค่าเฉลี่ย DMFT ในเด็กอายุ 12 ปี พ.ศ. 2537

Figure 4 Cumulative percentage of DMFT distribution in 12 yrs. in National Survey 1994



ภาพที่ 5 การกระจายของโรคฟันผุตามซี่ฟันในฟันถาวรของเด็กอายุ 12 ปี พ.ศ. 2537

Figure 5 Distribution of dental caries by tooth type of 12 yrs. in 1994



ลักษณะการผุของฟันในช่องปาก ส่วนใหญ่เป็นการผุที่ฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งทั้ง 4 ซี่ (ภาพที่ 5) โดยที่ฟันที่เป็นโรคส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบรอยโรคที่พบในช่องปากพบว่า สัดส่วนของฟันที่ได้รับการรักษา มีมากขึ้น⁷ นับจากการสำรวจ พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา และเป็นการรักษาด้วยการอุดฟันมากขึ้น

(3) กลุ่มอายุ 18 ปี เป็นตัวแทนของเยาวชน ปัญหาโรคในช่องปากของอายุนี้อย่างเป็นโรคฟันผุ (ตารางที่ 8) จำนวนฟันที่ผุในช่องปากเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าฟันที่ผุเพิ่มขึ้นนี้จะเป็นฟันกรามซี่ที่ 2

ตารางที่ 8 ความชุกของการเกิดโรคฟันผุและค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน และ อุด ในกลุ่มอายุ 18 ปี จากการสำรวจทันตสุขภาพระดับประเทศ พ.ศ. 2527 2532 และ 2537

Table 8 Prevalence and mean DMFT of 18 yrs. in National Oral Health Survey 1984, 1989, 1994

ภาค	ความชุกของโรคฟันผุ			ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด		
	2527	2532	2537	2527	2532	2537
กลาง	82.9	79.7	75.4	4.5	3.9	3.2
ตอ/เหนือ	40.1	49.9	49.4	1.1	1.4	1.6
เหนือ	61.4	55.0	59.2	2.5	2.4	2.1
ใต้	68.8	73.2	78.6	3.8	3.4	3.2
กทม.	90.0	85.0	85.0	5.3	4.6	4.3
รวม	63.1	63.3	63.7	3.0	2.7	2.4

ตารางที่ 9 ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ ในอายุ 18 ปี จากการสำรวจทันตสุขภาพระดับจังหวัด ระหว่าง พ.ศ. 2527-2541 และการสำรวจระดับประเทศ 2527 2532 และ 2537

Table 9 Percentage of 18 yrs. with 28 functional teeth, data from provincial and national surveys during 1984-1994

ภาค	การสำรวจระดับจังหวัด			การสำรวจระดับประเทศ		
	2527-2531	2532-2536	2537-2541	2527	2532	2537
กลาง	62.2	47.3	52.4	44.2	70.9	54.7
ตอ/น	82.7	82.5	84.5	87.0	89.7	81.6
เหนือ	86.8	70.0	76.1	74.1	77.4	65.9
ใต้	-	56.6	65.2	60.0	64.6	59.3
รวม	81.3	64.9	70.3	65.0	79.0	66.5

เป้าหมายที่ใช้เป็นตัวชี้วัดในระดับประเทศของกลุ่มอายุนี้นี้คือการมีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ ซึ่งกำหนดที่ร้อยละ 75 ในพ.ศ. 2543⁹ ข้อมูลการสำรวจพบว่า ประมาณร้อยละ 70²⁻⁵ ของเยาวชนมีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ การสูญเสียฟันตั้งแต่อายุยังน้อยนี้จะทำให้มีผลต่อระบบการบดเคี้ยวอาหารและจะมีผลตามมาทั้งทางสุขภาพโดยรวมและทางเศรษฐกิจด้วย (ตารางที่ 9)

(4) กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี ความชุกของการเกิดโรคฟันผุค่อนข้างสูง ประมาณร้อยละ

80 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เพิ่มขึ้นจาก 5.4 ซี่/คน พ.ศ. 2532⁴ เป็น 6.5 ซี่/คน ในพ.ศ. 2537⁵ ลักษณะแนวโน้มของโรคเพิ่มสูงมากขึ้น ปัญหาที่พบตามมา คือ ภาวะการสูญเสียฟัน อัตราการสูญเสีย(% M/DMFT) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แสดงให้เห็นว่าการบริการที่ประชาชนได้รับบริการถอนฟัน (ตารางที่ 10) ทำให้ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานครบ 20 ซี่ ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายชาติที่ตั้งไว้ในปี 2543⁹ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) และสัดส่วนของค่าฟันผุ ฟันถอน และฟันอุด ในกลุ่มอายุต่างๆ จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537

Table 10 Mean DMFT and proportion of each component in different indexed age group in National Oral Health Survey 1994

กลุ่มอายุ	จำนวนฟันในช่องปาก(ซี่/คน)	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด	%DT/DMFT	%MT/DMFT	%FT/DMFT
12	24.7	1.6	75.0	6.2	18.8
17-19	28.2	2.4	58.3	16.7	25.0
35-44	28.2	6.5	32.2	55.4	12.3
60-74	18.1	15.8	11.4	88.0	0.6

ตารางที่ 11 ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2527 2532 2537 เปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 เป้าหมายทันตสุขภาพแห่งโลก พ.ศ. 2543

Table 11 Dental health status from National Oral Health Survey 1984,1989,1994 compared to National and Global Goal at the year 2000

กลุ่มอายุ	เป้าหมาย	เป้าหมายโลก 2543	เป้าหมายชาติ 2543	สถานภาพ 2527	สถานภาพ 2532	สถานภาพ 2537
5-6	ร้อยละผู้ปราศจากฟันผุ	50	30	25.6	17.2	14.7
12	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ไม่เกิน (ซี่/คน)	3	1.5	1.5	1.5	1.6
18	ร้อยละของผู้มีฟันครบ 28 ซี่ ไม่น้อยกว่า	85	75	65.0	79.0	66.5
35-44	ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่		95	92.5	91.7	91.9
60 ปีขึ้นไป	ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่		52	47.2	40.8	47.7

(5) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการสูญเสียฟันเฉลี่ย 14 ซี่/คน และร้อยละ 16.3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้สูญเสียฟันทั้งปาก มีเพียงครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ใส่ฟันปลอมและใช้งานได้ดี ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประการ พิบูลโรจน์ และ คณะ¹⁰ (2540) แสดงให้เห็นสถานภาพในช่องปากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านความรู้สึกเป็นสุขต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่ปราศจากปัญหาในช่องปาก เช่น ปัญหาการเคี้ยวอาหาร ปัญหาเกี่ยวกับฟันปลอม มักมีความรู้สึกเป็นสุขได้

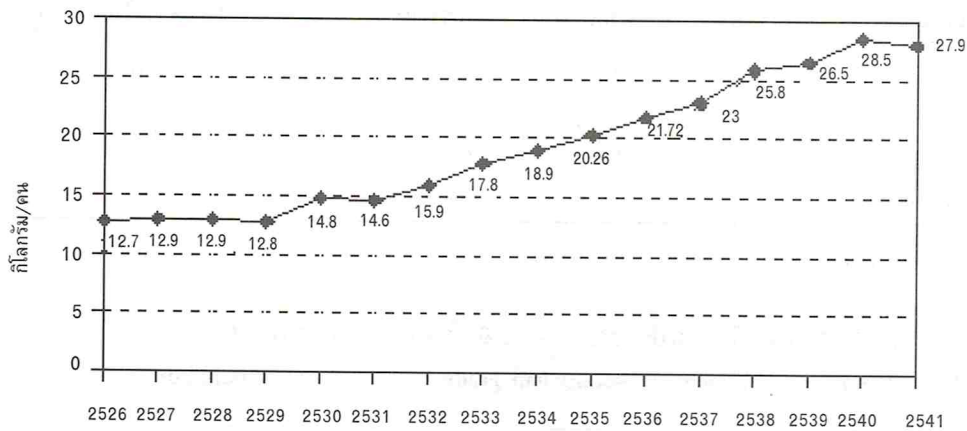
มากกว่าผู้สูงอายุที่ประสบปัญหานี้ นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานในช่องปากอย่างน้อย 20 ซี่ ยังพบ จำนวนน้อยกว่าเป้าหมายทันตสุขภาพ พ.ศ. 2543⁹ (ตารางที่ 11)

4). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคฟันผุ

นอกจากปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ค่าความเป็นกรด-ด่าง ของน้ำลาย อัตราการไหลของน้ำลาย , จำนวนเชื้อแบคทีเรียแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค และการดูแลอนามัยในช่องปากของประชาชนซึ่งเป็นสิ่งที่มี

ภาพที่ 6 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ.2526-2541

Figure 6 Sugar consumption of Thais during 1983-1998



ที่มา รายงานปริมาณการผลิตและการจำหน่ายน้ำตาลทรายในประเทศ ปี 2526-2541

สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย

ความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเกิดโรคฟันผุ และปัจจัยเหล่านี้จะแปรตามสภาวะเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนวิถีชีวิต ความเชื่อของประชาชน และเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ในระดับบุคคลเอง และระดับชุมชน

4.1 พฤติกรรมการบริโภค

การบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยแป้ง และน้ำตาลเป็นหลัก จะทำให้เกิดโรคฟันผุได้มาก ข้อมูลปริมาณการบริโภคน้ำตาลของคนไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2528-2541¹¹ พบว่าอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคน เพิ่มขึ้นโดยตลอด โดยเพิ่มจาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี 2528 เป็น 27.9 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี 2541 (ภาพที่ 6) ซึ่งลักษณะของการบริโภคนี้เป็นทั้งทางตรงและทางอ้อม

การบริโภคขนม ซึ่งเป็นขนมบรรจุเสร็จมีแนวโน้มมากขึ้นตามความสะดวกสบายและชนิดของขนมที่เพิ่มความหลากหลายมากขึ้นเรื่อยๆ ขนมเหล่านี้จะขาดคุณค่าทางโภชนาการและ

ส่งเสริมการเกิดโรคฟันผุ ชมรมทันตสาธารณสุข ภูธร (2535)¹² แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของโฆษณาขนมทางโทรทัศน์ต่อเด็กอายุ 10 - 12 ปี ที่รู้จักและเคยบริโภคขนมเฉลี่ย 36.5 ชนิดจาก 39 ชนิดที่มีการโฆษณา พิษณุ อุดตมะเวทินและคณะ (2535)¹³ พบว่าเด็กเริ่มบริโภคขนมครั้งแรกเมื่ออายุ ต่ำกว่า 6 เดือน ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพในการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537⁵ พบว่า ประชาชนทุกกลุ่มอายุจะนิยมรับประทานอาหารว่าง โดยมักจะเลือกรับประทานขนมบรรจุถุง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก (ร้อยละ 40) (ตารางที่ 12) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจเพื่อประเมินผลปรีณรงค์ทันตสาธารณสุขแห่งโลกของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2537¹⁴ ซึ่งพบว่า มีนักเรียนน้อยกว่าร้อยละ 30 ที่ไม่รับประทานขนมเลย (ตารางที่ 13) ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมองเห็นโทษของทอฟฟี่ ร้อยละ 90.5 จะห้ามปรามเด็กไม่ให้กินทอฟฟี่แต่มีเพียงร้อยละ 69.6 และ 62 ที่เคยห้ามเด็กในการ กินขนมกรอบ

ตารางที่ 12 ร้อยละของผู้ชอบบริโภคอาหารว่าง ประเภทต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มอายุ

Table 12 Percentage of people eating between meal in different age group

กลุ่มอายุ	ไม่กิน	น้ำอัดลม	ขนมบรรจุถุง	คุกกี้	ขนมหวานไทย	ลูกอม
12	4.1	22.8	43.3	14.9	15.0	32.7
17 - 19	7.8	26.8	35.1	18.0	21.8	35.7
35 - 44	22.2	26.3	20.9	8.3	30.2	13.6
60 - 74	23.2	19.5	20.3	7.4	32.1	5.6

ที่มา การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537

ตารางที่ 13 ร้อยละของนักเรียน สปช. ชั้น ป.3 - ป.6 กับพฤติกรรมการบริโภค

Table 13 Percentage of primary school student grade 3-6 about eating behavior

	ประเภท	กินทุกวัน	กินบางวัน	ไม่กิน
ประเภทที่ 1	ผลไม้	23.0	67.3	9.7
	นม	23.8	57.1	19.1
ประเภทที่ 2	ขนมกรอบ	3.9	68.1	28.0
	ทอฟฟี่	2.7	64.2	33.1
	น้ำอัดลม	2.6	53.6	43.8

ที่มา รายงานการประเมินผลปริญญะบัณฑิตสาธารณสุขแห่งโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2537

บรรจุถุงและน้ำอัดลม จารุวรรณ ตันกูรอนันท์ (2539)¹⁵ พบว่าเด็กที่ชอบน้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยวจะมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงกว่าเด็กกลุ่มอื่น

ในการประเมินผลแผนงานทันตฯ ในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539)¹⁶ ได้มีการสำรวจร้านค้าในโรงเรียนประถมศึกษาและในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มากกว่า ร้อยละ 80 มีการขายขนมบรรจุถุงซึ่งมีส่วนประกอบหลักเป็นแป้งและน้ำตาล อย่างไรก็ตามก็ตีพบว่า ทุกร้านมียาสีฟันผสมฟลูออไรด์ขายด้วย

4.2 พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร

การเลี้ยงดูบุตรหลานเป็นปัจจัยสำคัญต่อสภาวะโรคฟันผุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในฟันน้ำนม การที่ผู้ปกครองมักนิยมเลี้ยงดูบุตรด้วยการใช้ขวด

นมหรือการดูดนมแม่เป็นการกล่อมเด็กให้หลับ ทำให้เด็กหลับคาขวดนมหรือหลับคาอกแม่โดยยังคงมีนมเอ่ออยู่ในช่องปากส่งผลให้เกิดโรคฟันผุในปฐมวัย ตั้งแต่เริ่มมีฟันในช่องปาก ลักษณะการผุมักพบว่าจะผุที่ฟันหน้าบนด้านลิ้นทั้ง 4 ซี่และมีการลุกลามรอบตัวฟัน (Nursing Caries, Early Childhood Caries) สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์และคณะ (2534)¹⁷พบว่า มารดาของเด็กวัย 0-3 ปี ยังมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรไม่ถูกต้อง โดยให้เด็กรับประทานอาหารหวาน บริโภคนมรสหวาน ละเลยการทำความสะอาดช่องปากบุตร จากการประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์และเด็กก่อนวัยเรียน¹⁸ ซึ่งสอบถามแม่และผู้ดูแลเด็กพบว่า มีถึงร้อยละ 48 ที่ปล่อยให้เด็กหลับคาขวดนม และมีเพียงร้อยละ 12 และ 11

ตารางที่ 14 ร้อยละของผู้แปรงฟันเป็นประจำทุกวัน จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2527 และ 2537

Table 14 Percent of people who brushing teeth everyday, in National Oral Health Survey 1984,1994

กลุ่มอายุ	ปี 2527	ปี 2537
12	67.8	89.0
18	95.9	96.0
35-44	86.1	89.4
60+	36.8	59.3

ตารางที่ 15 ร้อยละของผู้ได้รับการบริการในรอบปีที่ผ่านมา ในแต่ละกลุ่มอายุ จากการสำรวจทันตสุขภาพ พ.ศ. 2537

Table 15 Percent of people visiting dental clinic in the preceding year in 1994 by age group

กลุ่มอายุ	ตรวจฟัน	ขูดหินปูน	อุดฟัน	รักษารากฟัน	ถอนฟัน	ใส่ฟัน
17-19	18.0	37.3	40.3	2.0	45.6	1.3
35-44	11.9	28.3	29.2	3.0	66.0	10.5
60-74	8.1	7.8	5.5	0.9	76.7	20.1

ที่เด็กเล็กกินนมมอดึก เมื่ออายุ ไม่เกิน 1 ปี และ เด็กที่เลิกกินนมขวดเมื่ออายุไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน ทั้งนี้ยังพบเด็ก ร้อยละ 30 ที่กินขนมหวานทุกวัน

4.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ของประชาชน คือ การแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ทั้ง 3 ครั้ง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการสำรวจครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.2527³กับ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537⁵ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ข้อมูลจากการสำรวจครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2532 ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกับได้เนื่องจากมีวิธีการและข้อคำถามที่แตกต่างออกไป จากผลการสำรวจพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของประชาชนไทย (ยกเว้น ผู้สูงอายุ) จะแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน(ตารางที่ 14) และผู้ที่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ยังคงเป็นกลุ่มใหญ่อยู่เช่นกัน

การแปรงฟันเพื่อป้องกันโรคฟันผุนั้น จะต้องเป็นการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยทั่วไปประชาชนส่วนใหญ่จะแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง แต่มักจะให้ความสำคัญกับการแปรงฟันในตอนเช้ามากกว่าการแปรงฟันก่อนนอน โดยให้เหตุผลว่าจะต้องไปพบติดต่อกับคนอื่น ส่วนการแปรงฟันก่อนนอนนั้นบางครั้งจะลืมหรือขี้เกียจ

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการได้มีการจัดกิจกรรมให้เด็กประถมศึกษาได้แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียน และอมน้ำยาโซเดียมฟลูออไรด์ 0.2% ทุก 2 สัปดาห์มาตั้งแต่ปี 2520¹⁹ และได้มีโครงการ การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเด็กวัยเรียน ในรูปของยาน้ำ และยาเม็ดฟลูออไรด์เพิ่มในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคฟันผุนสูง ในช่วงแผนฯ 7²⁰ จากผลการประเมินการดำเนินงานพบว่าในเด็กวัยก่อนเรียน ร้อยละ 56 กินยาน้ำฟลูออไรด์ โดยมีร้อยละ 25 ที่กินอย่าง

ต่อเนื่อง ร้อยละ 85.8 ของเด็กประถมศึกษา
แปดพันวันละ 2 ครั้งขึ้นไป ด้วยยาสีฟันผสม
ฟลูออไรด์¹²

4.4 พฤติกรรมการใช้บริการของ ประชาชน

การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการของ
ประชาชนพ.ศ.2537⁵ พบว่าประชาชนไทยยังไม่
ตระหนักถึงความสำคัญของการไปรับบริการ
รักษาเหงือกและฟัน โดยพบว่ามีประมาณร้อยละ 40
ที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา โดย
การบริการที่ได้รับ ยังคงเป็นการถอนฟัน (ตาราง
ที่ 15) ซึ่งแสดงว่า ประชาชนจะไปรับบริการเมื่อมี
อาการมากแล้ว ลักษณะเช่นนี้จะมีผลทำให้การสูญเสียฟันของประชาชนเป็นอย่างรวดเร็ว

การเลือกใช้สถานบริการจะเป็นการใช้
บริการในภาครัฐเป็นหลัก โดยเป็นโรงพยาบาล
ใกล้บ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย
และ โรงพยาบาลทั่วไป การใช้บริการในภาค
เอกชนจะมีสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 30-40 ขึ้น
อยู่กับกลุ่มอายุ กลุ่มเด็กและเยาวชนจะมีสัดส่วน
การใช้สถานบริการของรัฐ สูงกว่ากลุ่มอื่น โดย
ภาคกลางจะมีสัดส่วนการใช้บริการของภาคเอกชน
สูงกว่าภาคอื่น

อภิปรายและเสนอแนะ

ข้อมูลโรคฟันผุที่มีการรายงานไว้นั้น จะเป็น
ข้อมูลที่มีการรายงานไว้ตามคำแนะนำขององค์การ
อนามัยโลก ดังนั้นจะไม่ให้ภาพที่เป็นรายละเอียด
แบบแผนการดำเนินของโรค (pattern of disease)
รายละเอียดข้อมูลในส่วนนี้ได้มาจากการประมวล
ผลเพิ่มเติมจากข้อมูลการสำรวจระดับประเทศ ที่
ยังคงมีข้อมูลติดอยู่ แสดงให้เห็นแนวโน้มการเกิด
โรคฟันผุและการสูญเสียฟันของประชาชนไทย
เป็นดังนี้ คือ

1. ในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน การเกิดโรคฟัน

ผุในฟันน้ำนมยังคงอยู่ในสภาวะที่มีปริมาณตลอด
จนความรุนแรงของโรคสูงอยู่ต่อไป เนื่องจากการ
เปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เป็นเมืองมากขึ้นตลอดจน
พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรที่ยังไม่ถูกต้อง ปัจจัยใน
การเลี้ยงดูบุตรด้วยการใช้นมเป็นเครื่องมือในการ
ทำเด็กให้หลับ และการเลิกนมเมื่อเด็กซ้าจะส่งผล
ทำให้เด็กมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากขึ้น แม้ว่า
จะจัดให้มีการใช้ฟลูออไรด์เสริมทั่วประเทศมาแล้ว
เป็นเวลา 3 ปี ก็ตาม แต่ก็ยังเป็นการยากที่จะ
ทำให้เกิดความร่วมมือจากผู้ปกครองในการดูแลให้
เด็กได้รับฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น อัตราการ
เพิ่มของโรคฟันผุในฟันน้ำนมนี้จะเพิ่มด้วยอัตราเร่ง
หรือจะเพิ่มช้าลงขึ้นอยู่กับกับการกำกับให้มีการใช้
ฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่องตลอดจนการปรับพฤติกรรม
ความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็ก และควรมีทางเลือก
ที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตคนไทยในการเลี้ยงดูเด็กด้วย

2. แนวโน้มการเกิดโรคฟันผุในเด็ก
ประถมศึกษา(อายุ 12 ปี) แม้ว่าจะสามารถ
ควบคุมค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ให้ค่อนข้างคงที่
ประมาณ 1.5 ซี่/คน แต่มีความชุกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
ในทุกการสำรวจ แบบแผนการเป็นโรคแสดงให้เห็น
ถึงภาวะการเสี่ยง ต่อการเป็นโรคที่ไม่เท่ากัน
ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน(high risk group) เขต
ชนบทมีแนวโน้มของการเป็นโรคฟันผุเพิ่มสูงขึ้น
อย่างรวดเร็ว แม้จะมีการดำเนินโครงการส่งเสริม
ทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาามากกว่า 20 ปี
แล้วก็ตาม ประสิทธิภาพของโครงการในการทำให้
เด็กสามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้
เป็นสิ่งที่ต้องเร่งพัฒนา เพื่อต้านกับกระแสของ
การบริโภคอาหารและขนม ซึ่งขาดคุณค่าทาง
โภชนาการ

3. ในกลุ่มเยาวชน ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
พบว่า อัตราการเป็นโรคฟันผุและการสูญเสียฟัน
จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันโดย
เฉลี่ย 14 ซี่/คน ซึ่งแม้ว่าในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

ประชาชนจะได้รับการบริการมากขึ้น แต่เป็นบริการถอนฟันเป็นหลัก ลักษณะเช่นนี้แตกต่างจากในประเทศยุโรป Marthaler T.M.(2539)²¹ ได้รายงานผลการรวบรวมข้อมูลการเกิดโรคฟันผุของประเทศในยุโรประหว่างพ.ศ. 2533-2538 พบว่า สภาวะโรคฟันผุในประเทศเหล่านี้มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและยังคงจะลดลงต่อไปเนื่องจากประเทศยุโรปมีการใช้มาตรการการป้องกันโรคฟันผุด้วยการปรับระดับฟลูออไรด์ในน้ำประปา และการใช้ผลิตภัณฑ์ ทันตสุขภาพที่ผสมฟลูออไรด์อย่างกว้างขวาง ประกอบกับความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อทันตสุขภาพของประชาชนอย่างได้ผล เช่นเดียวกับประเทศออสเตรเลียซึ่ง Spencer และคณะ (2537)²² ได้รายงานไว้ว่า โรคฟันผุของประชาชนลดลงอย่างต่อเนื่อง และการสูญเสียฟันของประชาชนและผู้สูงอายุมีน้อยลง อย่างไรก็ตามก็ยังมีกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคฟันผุอยู่แต่เป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ คือน้อยกว่าร้อยละ 5

อาจกล่าวได้ว่าสาเหตุที่ประเทศไทยยังไม่สามารถควบคุมการเกิดโรคฟันผุได้เนื่องจากโรคนี้ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก การบริโภคอาหารหวาน และการใช้ฟลูออไรด์ ซึ่งยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนในการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ภาครัฐยังไม่มียกวิธีที่ชัดเจนในการควบคุมโรคให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ประชาชนยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการเนื่องจากการบริการทันตกรรมเป็นบริการที่ค่อนข้างแพงเมื่อเทียบกับบริการสุขภาพอื่นๆ การกระจายของทันตบุคลากรที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งทัศนคติและสมรรถนะของทันตบุคลากรที่จะเก็บรักษาฟันของประชาชนไว้

ข้อเสนอแนะเพื่อการควบคุมโรคฟันผุ

การควบคุมโรคฟันผุจะต้องเริ่มตั้งแต่ชุดฟันน้ำนมเป็นต้นมา และจะต้องมุ่งเน้นที่การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันเพื่อที่จะไม่เกิดโรคขึ้นและมีความสามารถในการแสวงหาบริการที่จะหยุดยั้งโรคตั้งแต่ในระยะต้น ภาครัฐจะต้องจัดให้มีบริการและประชาชนอย่างเสมอภาคกันโดยมุ่งเน้นที่การบริการเพื่อป้องกันโรค ควรมีการพิจารณาใช้ฟลูออไรด์ในระดับชุมชนโดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความชุกของโรคฟันผุสูง ปลุกฝังให้เด็กมีนิสัยการแปรงฟันที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้ประชาชนเลือกใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ครูควรมีความสามารถในการแนะนำเด็กและประชาชนในการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะและบริโภคอาหารรสหวานให้น้อยลง

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาเพื่อตอบสาเหตุของการเป็นโรคและปัจจัยที่สำคัญซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาเพื่อที่จะวางแผนการควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่เป็นข้อมูลโรคฟันผุที่วินิจฉัยการเป็นโรคในระยะที่ฟันผุนถึงเนื้อฟันและมีฟันนุ่มแล้ว ซึ่งการผุในระยะนี้จะต้องทำการรักษาด้วยการบูรณะฟันเท่านั้น แต่ในปัจจุบันพบว่าโรคฟันผุในระยะที่ไม่เป็นรูฟันผุจะสามารถรักษาให้หายกลับเป็นฟันปรกติได้^{23,24} ดังนั้นการสำรวจเพื่อหาโรคตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้สามารถเก็บรักษาฟันไว้ได้ และยังเป็นข้อมูลเพื่อประมาณทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการรักษาเพื่อการป้องกันด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ขอบคุณ บุคคลที่
เกื้อหนุนให้ความอนุเคราะห์งานวิจัยสำเร็จด้วยดี
ดังนี้

1. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้จุด
ประกายความคิด ผู้นำ และผู้ชี้แนะ แก่ทีมผู้วิจัย
โดยตลอด
2. ทันตแพทย์สมนึก ซาญด้วยกิจ ผู้อำนวยการ
การกองทันตสาธารณสุข ที่อนุญาตและสนับสนุน
ในงานวิจัยชิ้นนี้ด้วยดี
3. รองศาสตราจารย์ ทพ.ญ. ดร. ยุพิน ส่ง

ไพศาล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพ. ดร. สุปรีดา
อดุลยานนท์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริวรรณ ไกร
สรพงศ์ และอาจารย์ทพ.ญ. ดร. นงลักษณ์ พันธ
จารุณี คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่กรุณาให้คำชี้แนะในการเขียนรายงานการวิจัย

4. เจ้าหน้าที่ในฝ่ายทันตสาธารณสุขชุมชน
ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมและ
ประมวลผลข้อมูลและเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization . Oral health surveys basic methods, WHO, Geneva 1987.
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. สถานภาพของโรคฟันผุ จากการสำรวจทันตสุขภาพระดับจังหวัด พ.ศ.
2526-2541. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2542
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี
พ.ศ. 2527 (เอกสารโรเนียว)
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 3 ประเทศไทย 2532 พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ : กันยายน
2532
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพ : 2537
6. ปิยะดา ประเสริฐสม สถานะการเกิดโรคฟันผุและแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุของประชาชนไทย เอกสาร
ประกอบการสัมมนา ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2520-2537 และการคาดการณ์
แนวโน้มในอนาคต ระหว่างวันที่ 15 -16 สิงหาคม 2538 ณ. โรงแรมริชมอนด์ อ.เมือง นนทบุรี .
กองทันตสาธารณสุข นนทบุรี 2538
7. ปิยะดา ประเสริฐสม โครงการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 เอกสารเสนอ
เพื่อการสอบอนุมัติเป็นผู้ชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาทันตสาธารณสุข. มกราคม 2541
8. World Health Organization. Planning Health Services, WHO Geneva 1980 (WHO Offset Publi-
cation No. 53)
9. ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. เป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทย
และแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543. บุรพาติลปีการพิมพ์ กรุงเทพฯ: มิถุนายน
2529 : 97-105
10. ประกล พิบูลโรจน์, วราภรณ์ เวชวิธ, ดาวเรือง แก้วขันตี, วิกุล วิสาลเสสธ. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้
สูงอายุด้านทันตสุขภาพ. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : 2540

11. ศูนย์บริหารการผลิต การจำหน่ายและการขนย้ายน้ำตาลทราย สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย รายงานปริมาณการผลิตและการจำหน่ายน้ำตาลทรายในประเทศ ปี 2526-2541
12. ชมรมทันตสาธารณสุขสุราษฎร์. ขนบเด็กกับการโฆษณา จุลสารศูนย์ข้อมูล คปอส. ปีที่2 ฉบับที่ 3 ตุลาคม - ธันวาคม 2535
13. พิษณุ อุตตะมะเวทิน และคณะ พฤติกรรมการบริโภคขนมเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น : 2535
14. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย การประเมินผลโครงการรณรงค์ปีทันตสาธารณสุขแห่งโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2537 . มกราคม 2539 (เอกสารอัดสำเนา)
15. จารุวรรณ ตันกูรานนท์ ปิยวัฒน์ พันธุ์โกศล. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับการบริโภคและการดูแลอนามัยในช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 : 2539; 103-113
16. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2541
17. สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์ และคณะ พฤติกรรมการเลี่ยนดูทารกที่มีผลต่อทันตสุขภาพ. วารสารอนามัย พฤษภาคม-มิถุนายน 2535 : 21(3); 209-218
18. เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ และคณะ การประเมินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน 0-3 ปี ระดับประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2535-2537 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ 2538: หน้า 17
19. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดโครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ : 2521; หน้า 73
20. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ : 2540; หน้า 62-66
21. Marthaler T.M. The prevalence of dental caries in Europe 1990-1995. Caries res. 1996;30:237-255
22. Spencer A.J., Davies M., Slade G., and Brennan D. Caries prevalence in Australasia. Int Dent J. 1994 44:415-423
23. Smail A.I. Clinical diagnosis of precavitated lesions. Community Dent Oral Epidemiol 1997 25: 13-23
24. Pitts N.B. Diagnostic tools and measurements-impact on appropriate care. Community Dent Oral Epidemiol. 1997 25: 24-35



Caries prevalence and related factors in Thailand 1983-1997

*Srisuda Leelasithorn
Piyada Prasertsom
Angsana Rityoue
Khanit Rattanasimsa*

*D.D.S., M.P.H.
D.D.S., M.Sc. (Med.Epi)
B.Ed.
B.Ed.*

Abstract

Data of DMFT & dmft surveys at provincial and national level during 1983-1997 were collected and analysed together with some factors related to dental caries. Dental caries in primary dentition was generally found in preschool children. More than 80% of 6 year-old children was affected with dental caries with average 6 teeth/person. The prevalence of dental caries in permanent teeth of 12 year-old seemed to be stable since 1984 at DMFT 1.5 per person. However, one forth of the children may be considered a high risk with an unacceptably large number of teeth with caries experience. High prevalence of tooth loss was in adult and elderly. There were on average only 18 teeth presented in elderly. Most of decayed teeth were not treated which reflected the problem of inadequate service accessibility. The higher sugar consumption, inappropriate child feeding were significant contributing factors of dental caries. It was recommended that package of basic dental service should be made available and accessible by all Thais. However it was considerable in health personnel capacity building for the oral health promotion and people's ability in oral self care.



* Dental Health Division Department of Health Ministry of Public Health.

สภาวะปริทันต์ของประชาชนไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2526-2540

ปิยะดา ประเสริฐสม *

ศรีสุตา ลีละศิธร *

วราภรณ์ จิระพงษา *

ท.บ., ส.ม.

ท.บ., ส.ม.

ท.บ., พบ.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์)

บทคัดย่อ

สภาวะปริทันต์ซึ่งวัดด้วยดัชนี CPITN (Community periodontal index of treatment need) ในการสำรวจระดับจังหวัด 72 จังหวัด และระดับประเทศ 4 ครั้ง ระหว่าง พ.ศ. 2526-2540 ได้ถูกรวบรวมและวิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค เพื่อเป็นประโยชน์ในการแสดงสภาวะเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ในคนไทย ซึ่งสามารถสะท้อนผลกระทบของงานโครงการ และการเข้าถึงบริการของประชาชน ปัญหาเหงือกอักเสบเป็นปัญหาที่พบโดยทั่วไปในประชาชนไทยมากกว่าร้อยละ 75 ของประชาชนไทยมีเหงือกอักเสบ โดยพบบริเวณฟันหลังล่างเป็นบริเวณวิกฤตที่จะพบการอักเสบสูงกว่าบริเวณอื่น ร้อยละ 50 ของกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี มีปัญหาโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่ และเพิ่มเป็นร้อยละ 74.4 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ความชุกนี้ลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจ พ.ศ. 2527 แต่สัดส่วนของการเป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั้ง 2 กลุ่มอายุ การสูบบุหรี่และโรคทางระบบ โดยเฉพาะโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ประชาชนยังได้รับการรักษาน้อยกว่าปัญหามากทั้งนี้เนื่องมาจากทันตบุคลากรที่สามารถให้บริการงานปริทันต์ที่ยู่ยากมีอยู่น้อย และประชาชนยังไม่ให้ความสำคัญต่อการรับบริการในระยะแรกของโรค ประชาชนยังไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญในการทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันเป็นทีมและดูแลสุขภาพประชาชนโดยองค์รวมจะเป็นการควบคุมและป้องกันการเป็นโรคปริทันต์และโรคอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

การใช้ข้อมูลระบาดวิทยาจะแสดงให้เห็นภาพความชุก (prevalence) ขนาด (extent) และความรุนแรง (severity) ของความผิดปกติที่เกิดขึ้น การทำความเข้าใจในข้อมูลระบาดวิทยาสามารถเป็นเครื่องมือที่ค่อนข้างยุ่งยาก เนื่องจากความแตกต่างของระดับการเป็นโรค ซึ่งโดยทั่วไปจะวินิจฉัยความผิดปกติของปริทันต์เป็น 2 ชนิดด้วยกัน คือ สภาวะเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์ โดยทั่วไปการวัดโรค (โดยการมองด้วยตาและการตรวจร่องลึกปริทันต์ด้วยเครื่องมือ) จะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากร สภาวะเหงือกอักเสบจะวินิจฉัยจากการมีเหงือกบวมแดงและมีเลือดออกโดยไม่มีการสูญเสียเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal attachment loss) และเป็นสภาวะที่สามารถหายได้เมื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย โรคปริทันต์เป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายต่อเชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดการสูญเสียเอ็นยึดปริทันต์และกระดูกรอบตัวฟัน สภาวะเหงือกอักเสบส่วนใหญ่จะไม่เปลี่ยนเป็นโรคปริทันต์ แต่การเกิดโรคปริทันต์มักจะผ่านสภาวะเหงือกอักเสบมาก่อน โรคปริทันต์ที่พบได้มากจะเป็นโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่ (adult periodontitis) ซึ่งมีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายเป็นปัจจัยเหตุที่สำคัญ โรคปริทันต์ชนิดนี้จะมีการดำเนินของโรคอย่างช้าๆ นอกจากนี้จะสามารถพบการมีเหงือกบวมได้เนื่องจากการเป็นโรคปริทันต์

การสำรวจทันตสุขภาพโดยทั่วไปจะมีการวัดสภาวะปริทันต์ด้วย โดยจะวัดสภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มเด็กและเยาวชน และวัดโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดัชนีที่ใช้วัดจะมีหลากหลาย แต่ดัชนีส่วนใหญ่จะเป็นการวัดร่องลึก ปริทันต์ (periodontal pocket) และการสูญเสียของเอ็นยึดปริทันต์หรือการสูญเสียกระดูกรอบตัวฟัน ข้อจำกัดในการวัดทางระบาดวิทยาของโรคปริทันต์คือ

ยังไม่มีวิธีการที่จะวัดแยกโรคปริทันต์ที่เป็นภาวะลุกลาม ดัชนีที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นการวัดประสิทธิภาพการเป็นโรคตั้งแต่อดีต ซึ่งจะรวมทั้งโรคที่อยู่ในระยะลุกลามและร่องรอยของโรคที่หยุดการลุกลามแล้ว ดัชนีที่นิยมใช้กัน คือ ดัชนี CPITN (Community periodontal index of treatment need) ซึ่งแนะนำโดยองค์การอนามัยโลก² การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในประเทศไทยเกือบทั้งหมดในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาจะใช้ดัชนีตัวนี้ในการวัดสภาวะปริทันต์

ประเทศไทยมีการสำรวจทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดอยู่จำนวนมาก ปัจจุบันได้มีการสำรวจระดับประเทศแล้ว 4 ครั้ง และการสำรวจในระดับจังหวัดอีกจำนวนมาก ในช่วง พ.ศ. 2526-2541 ได้มีจังหวัดที่ทำการสำรวจไปแล้ว 72 จังหวัด โดยในจำนวนนี้มี 35 จังหวัด ที่สำรวจ 2 ครั้ง 17 จังหวัด สำรวจ 3 ครั้ง ในการสำรวจแต่ละครั้งมีการรายงานผลไว้ โดยการรายงานจะเป็นไปตามที่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้คู่มือการสำรวจ (Oral Health Survey, Basic Method)³ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนเอกสารและประมวลข้อมูลสภาวะปริทันต์ที่ได้มีการรายงานไว้ ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะปริทันต์ เพื่อฉายภาพแนวโน้มสภาวะปริทันต์ของประชาชนไทย ซึ่งจะไปสู่การวางแผนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคปริทันต์ ตลอดจนเป็นประโยชน์ในการจัดบริการทันตสาธารณสุขที่เหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการ

ทบทวนเอกสารและประมวลข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะปริทันต์ ทั้งในสภาวะเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ ซึ่งวัดโดยดัชนี CPITN ความชุกของการเกิดโรค ข้อมูลปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะปริทันต์จากรายงานผลการสำรวจในระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระหว่าง พ.ศ. 2526- 2541

รายงานการวิจัยและรายงานสถิติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
ทำการวิเคราะห์ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติม
จากฐานข้อมูลของกองทันตสาธารณสุข ในส่วนที่
ได้มีการรวบรวมไว้ และฉายภาพแนวโน้มสภาวะ
ปริทันต์อักเสบของประชาชนไทย

ผลการศึกษา

สภาวะเหงือกอักเสบ

ข้อมูลสภาวะเหงือกอักเสบมีการศึกษามาก
ในเด็กอายุ 12 ปี ทั้งนี้เนื่องจากเด็กในอายุนี้อจะมี
ฟันแท้ครบ 28 ซี่ และเป็นวัยที่ผู้ปกครองปล่อยให้
ให้เด็กดูแลสุขภาพของตัวเอง ข้อมูลจากการ

สำรวจระดับประเทศใน พ.ศ. 2527⁴ และ 2532⁵
พบว่า มีเพียงร้อยละ 6 ของเด็กกลุ่มนี้ที่มีเหงือก
ปกติ และ พ.ศ. 2537⁶ พบร้อยละ 2.3 เท่านั้น
ทุกภาคมีปัญหเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อน
ปัญหาที่พบ คือ การมีหินน้ำลายและเหงือกบาง
ส่วนมีเลือดออก (ตารางที่ 1)

เด็กอายุ 12 ปี มีเหงือกปกติในช่องปาก
เฉลี่ยคนละ 1.4 ส่วน ข้อมูลการสำรวจระดับจังหวัด
ที่มีการสำรวจแล้ว 72 จังหวัด⁷ พ.ศ. 2526-2540
จะพบว่าค่าเฉลี่ยประมาณคนละ 2 ส่วน (ตารางที่
2)

ตารางที่ 1 ร้อยละและค่าเฉลี่ยส่วนในช่องปากที่มีสภาวะปริทันต์ต่างๆ ในเด็กอายุ 12 ปี พ.ศ.
2527 2532 และ 2537

Table 1 Percentage and mean sextants of different periodontal status in 12 yrs. children from
national oral health survey 1984,1989,1994

พ.ศ.	สภาวะปริทันต์					
	ปกติ		เลือดออก		หินน้ำลาย	
	ร้อยละ	ส่วนในช่องปาก	ร้อยละ	ส่วนในช่องปาก	ร้อยละ	ส่วนในช่องปาก
2527	5.9	1.5	2.2	0.4	84.4	3.6
2532	6.2	1.4	4.6	0.8	89.1	3.6
2537	2.3	1.4	9.8	1.1	87.5	3.5

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนในช่องปากในเด็กอายุ 12 ปี จากการสำรวจระดับจังหวัด ช่วง พ.ศ. 2526-
2540

Table 2 Healthy sextants of 12 yrs. children in Provincial survey held between 1983-1997

ภาค	ค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ปกติจากการสำรวจใน พ.ศ.		
	2526-2531	2532-2536	2537-2540
กลาง	2.1	2.2	2.8
ตอ/น	0.9	1.9	1.5
เหนือ	1.2	2.0	2.2
ใต้	-	2.1	1.8
รวม	1.4	2.0	2.0

ตารางที่ 3 ร้อยละของสภาวะเหงือกอักเสบและการมีหินน้ำลายตามตำแหน่งของช่องปากในเด็ก
อายุ 12 ปี พ.ศ. 2537

Table 3 Percentage of gingivitis and calculus sextant by area of mouth in 12 yrs. children in 1994

ส่วนในช่องปาก (sextant)	จำนวนส่วนที่ได้ตรวจ	ร้อยละของส่วนในช่องปาก			
		เหงือกปกติ	มีเลือดออก	มีหินน้ำลาย	มีหินน้ำลาย และมีเลือดออก
ฟันหลังบนขวา	2,784	20.51	21.51	21.33	36.63
ฟันหน้าบน	2,795	47.97	21.96	18.56	11.48
ฟันหลังบนซ้าย	2,790	20.00	21.68	23.18	35.12
ฟันหลังล่างซ้าย	2,763	11.76	18.53	25.47	44.22
ฟันหน้าล่าง	2,799	27.11	4.75	42.51	25.61
ฟันหลังล่างขวา	2,755	12.34	19.71	24.06	43.88
รวม	16,686	23.17	17.88	25.68	32.54

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้มีหินน้ำลายและเลือดออกจำแนกตามกลุ่มอายุ ภาคจากการสำรวจทันตสุขภาพ
ปี 2532 และ 2537

Table 4 Percentage of calculus with bleeding in different age groups distributed by region in 1989 and 1994

ภาค	อายุ 12 ปี		อายุ 17-19 ปี		อายุ 35-44 ปี		อายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	2532	2537	2532	2537	2532	2537	2532	2537
ทั่วประเทศ	55.5	74.9	52.1	74.1	50.7	67.4	41.4	60.7
กลาง	45.8	69.1	50.0	66.0	62.4	55.9	58.2	56.8
เหนือ	50.0	70.6	52.0	72.6	50.8	72.7	34.8	78.0
ตอ/เหนือ	67.5	83.8	56.4	86.6	47.6	74.7	37.9	70.4
ใต้	54.0	68.4	51.2	68.8	58.2	70.0	40.5	69.0

บริเวณในช่องปากที่มีเหงือกอักเสบจะเป็นบริเวณฟันหลังล่างด้านซ้าย และขวาตามลำดับ ส่วนบริเวณที่มีเหงือกปกติมากที่สุดจะเป็นบริเวณฟันหน้าบน และฟันหน้าล่างตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ในปัจจุบันพบว่า การมีหินน้ำลาย ไม่ใช่ระยะของพัฒนาการการเป็นโรคปริทันต์ อย่างไรก็ตาม การมีหินน้ำลายเป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งที่จะทำให้เกิดเหงือกอักเสบขึ้นได้ การสำรวจ พ.ศ. 2532⁵ พบว่าประมาณ ครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีหินน้ำลายจะมี

เหงือกอักเสบ ซึ่งสัดส่วนนี้จะแตกต่างกันในแต่ละภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเขตชนบทจะมีผู้ที่มีหินน้ำลายและเป็นเหงือกอักเสบร่วมด้วยสูงที่สุด และสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในการสำรวจ พ.ศ. 2537⁶ (ตารางที่ 4)

สุวิน วิสุทธิสิน และจันทนา อึ้งชูศักดิ์⁷ (2540) ได้วิเคราะห์รายละเอียดของส่วนเปรียบเทียบสภาวะเหงือก ในแต่ละส่วนของช่องปากในช่องปากเด็กอายุ 12 ปี จากการสำรวจ พ.ศ. 2537 พบว่า ส่วนของช่องปากที่มีหินน้ำลาย

โดยไม่มีเลือดออกกับส่วนของช่องปากที่มีหินน้ำลายและมีเลือดออกจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพฯ และพบว่าส่วนในช่องปากที่มีหินน้ำลายจะมีโอกาสที่มีเหงือกเลือดออกมากกว่าที่ไม่มีหินน้ำลาย (Odds ratio = 1.64, 95% CI = 0.700-2.703)

โรคปริทันต์

เป็นภาวะที่มีการอักเสบของอวัยวะปริทันต์ และมีการทำลายของอวัยวะปริทันต์ เรียกว่า ปริทันต์อักเสบ (Periodontitis) ข้อมูลระบาดวิทยาของโรคปริทันต์ในประเทศไทยนั้นได้จากการสำรวจซึ่งมีการดำเนินการทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด เกณฑ์ตัดสินการเป็นโรคจะใช้การมีร่องลึกปริทันต์ซึ่งแสดงถึงพยาธิสภาพของโรคตามระดับความรุนแรง โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ร่องลึกปริทันต์ชนิดต้น (ความลึก 4-5 มิลลิเมตร CPI=3) และร่องลึกปริทันต์ชนิดลึก (ความลึกตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป CPI=4) ข้อมูลการสำรวจในระดับประเทศ 3 ครั้ง⁴⁻⁶ (พ.ศ. 2527 2532 2537) พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่ (อายุ 35-44 ปี) และ ประมาณร้อยละ 80 ในผู้

สูงอายุเป็นโรคปริทันต์ แนวโน้มของการเป็นโรคลดลงเล็กน้อยจาก พ.ศ. 2527 (ตารางที่ 5)

แม้ว่าความชุกของโรคจะมีแนวโน้มลดลงก็ตาม แต่สัดส่วนของการเป็นโรคที่รุนแรงมีมากขึ้น ผู้เป็นโรคที่มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร ขึ้นไปมีเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบในการสำรวจทั้ง 3 ครั้ง โดยเขตชนบทจะมีแนวโน้มการเพิ่มมากกว่าในเขตเมือง ภาคกลางและภาคใต้มีปัญหามากกว่าภาคอื่นๆในทุกการสำรวจ (ตารางที่ 6)

เมื่อพิจารณาส่วนของช่องปากที่เป็นโรคพบว่า จำนวนส่วนในช่องปากที่มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับการสำรวจครั้งก่อน โดยพบว่าบริเวณที่เป็นโรคมากที่สุดจะเป็นบริเวณ ฟันหลังบน⁹ (ตารางที่ 7)

การเปลี่ยนแปลงการเกิดโรคปริทันต์ในทุก 2 ปี ของช่วงอายุ 35-44 ปีแสดงให้เห็นการเพิ่มของตำแหน่งที่เป็นโรคตามอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการสำรวจ พ.ศ. 2537 พบมีส่วนของช่องปากที่เป็นโรคเพิ่มจาก 1.35 ส่วน ในอายุ 35-36 ปี เป็น 1.8,3 ส่วนในอายุ 43-44 ปี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 0.47 ส่วน หรือประมาณร้อยละ 8 ต่อปี (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 5 ร้อยละของเหงือกอักเสบ และ/หรือมีหินน้ำลาย และผู้เป็นโรคปริทันต์ จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2527 2532 และ 2537

Table 5 Percentage of gingivitis calculus and periodontitis in age groups 35-44 & 60+ in National Oral Health Survey 1984,1989 & 1994

กลุ่มอายุ	ปีที่สำรวจ	เหงือกอักเสบและ/หรือหินน้ำลาย	โรคปริทันต์
35-44	2527	41.5	58.2
	2532	53.6	45.3
	2537	46.2	50.0
60+	2527	15.8	84.1
	2532	28.2	71.2
	2537	24.1	74.4

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้เป็นโรคปริทันต์ในกลุ่มอายุ 35-44 และ 60 ปีขึ้นไป ในระดับประเทศ
เขตเมือง และเขตชนบท

Table 6 Percentage of person with shallow and deep pocket in age groups 35-44 & 60+ yrs. in urban and rural area

ปีที่สำรวจ	ทั้งประเทศ			เขตเมือง			เขตชนบท		
	CPI3	CPI4	รวม	CPI3	CPI4	รวม	CPI3	CPI4	รวม
2527 (35-44 ปี)	46.9	11.3	58.1	49.2	8.3	57.5	49.2	12.2	61.4
2532	34.5	10.8	45.3	33.4	10.7	44.1	34.8	10.7	45.5
2537	36.9	23.1	50.0	33.1	16.1	49.2	41.3	20.7	62.0
2527 (60+ปี)	56.4	27.7	84.1	70.3	12.5	72.8	54.2	31.0	85.2
2532	47.9	23.3	71.2	46.9	19.2	65.1	48.7	23.5	72.2
2537	41.3	33.1	74.4	35.6	31.8	67.4	42.5	35.6	78.1

หมายเหตุ CPI 3 = ร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร

CPI 4 = ร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป

ตารางที่ 7 ร้อยละของโรคปริทันต์กระจายตามตำแหน่งในช่องปาก ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537

Table 7 Percentage of sextant with pocket in age group 35-44 yrs. distributed by area in the mouth, 1994

บริเวณในช่องปาก	จำนวนส่วน (sextant)	CPI3	CPI4
ฟันหลังบนด้านขวา	1,196	28.0	6.8
ฟันหน้าบน	1,196	21.8	6.3
ฟันหลังบนด้านซ้าย	1,196	25.5	8.8
ฟันล่างด้านซ้าย	1,196	22.2	4.9
ฟันหน้าล่าง	1,196	13.6	3.8
ฟันหลังล่างด้านขวา	1,196	20.5	6.9
รวม	7,176	21.9	6.2

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดสภาวะ
เหงือกอักเสบและโรคปริทันต์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคปริทันต์
มีจำนวนมาก ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. ปัจจัยพื้นฐาน (Primary factor) ได้แก่
การบจุลินทรีย์ ภาวะการเสียสมดุลของ ระบบภูมิ
ต้านทานของร่างกาย เช่น ความผิดปกติของ
ระบบเลือด โรคของเม็ดเลือดขาว ความผิดปกติ

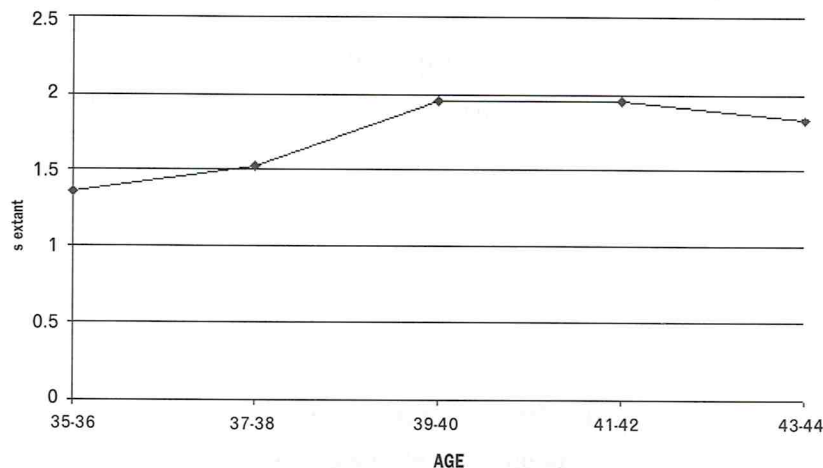
ทางพันธุกรรม เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้ออย่างอื่น (Contributing Factors or Plaque Retentive Factors)

2.1 หินน้ำลาย (Calculus) การบูรณะ
ฟันที่ไม่ดี มีขอบเกิน (Overhanged margin) ไม่
เรียบ ทำให้เป็นที่กักของคราบจุลินทรีย์ ที่จะนำ
ไปสู่การเป็นโรคปริทันต์ได้

2.2 ฟันบางซี่ที่มีร่องลึกเข้าไปใน

ภาพที่ 1 แนวโน้มของการเป็นโรคปริทันต์ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี จากการสำรวจ พ.ศ. 2537
Figure 1 Periodontal disease in age 35-44 yrs. in 1994



รากฟันทำให้เป็นที่กักเก็บเชื้อเกิดปริทันต์อักเสบได้มากกว่าตำแหน่งอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีการร่นของเหงือกมีรากฟันโผล่ ทำให้ทำความสะอาดฟันได้ยากและเป็นบริเวณที่กักเก็บเศษอาหารและคราบจุลินทรีย์ ซึ่งสาเหตุ ให้เกิดฟันผุที่รากฟันและโรคปริทันต์ได้

2.3 การได้รับยาบางชนิด เช่นยากดภูมิคุ้มกันจะมีปฏิกิริยาต่อเชื้อรุนแรงกว่า ทำให้บางคนมีคราบจุลินทรีย์น้อยแต่พบมีการทำลายของเนื้อเยื่อรุนแรงกว่า

2.4 โรคทางระบบ บางชนิด เช่นโรคเบาหวาน โรคเอดส์

2.5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า การสูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวน/วัน ขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์สูงขึ้น

ดังนั้น พฤติกรรมการทำความสะอาดฟันจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมสภาวะปริทันต์อักเสบ

พฤติกรรมในการทำมาสะอาดฟัน

การแปรงฟันเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดเหงือกอักเสบ โดยปกติแล้ว คราบจุลินทรีย์ที่เกาะบนตัวฟันจะยังไม่ทำให้เกิดอันตรายกับเหงือกจนกว่าจะมีการสะสมของเชื้อเหล่านี้มากในระดับหนึ่ง คราบจุลินทรีย์ที่อยู่ในช่องปากนานเกินกว่า 48 ชั่วโมงขึ้นไปจะเริ่มมีอันตรายต่อเหงือกและกำจัดออกได้ยาก ดังนั้น จึงแนะนำให้แปรงฟันอย่างสะอาดและทั่วถึงทุกวัน ข้อมูลการสำรวจระดับประเทศพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของทุกกลุ่มแปรงฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ข้อมูลของการสำรวจในระดับจังหวัดจะน้อยกว่าจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชาชนแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวันน้อยกว่าในภาคอื่น¹¹⁻⁴² (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัดในช่วงพ.ศ. 2526 - 2540

Table 8 Percentage of person who brushing teeth at least once a day , from provincial oral health survey held between 1983-1997

ภาค	ร้อยละของผู้แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง			
	อายุ 12 ปี	อายุ 18 ปี	อายุ 35-44 ปี	อายุ 60+ ปี
กลาง	42.1-93.0 (7)	70.8-99.0 (7)	65.9-85.2 (7)	38.8-64.0 (6)
เหนือ	62.1-83.3 (4)	81.0-98.8 (5)	71.3-94.3 (5)	47.7-85.2 (6)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	18.8-64.7 (6)	42.1-86.3 (6)	42.2-80.0 (5)	15.0-62.9 (5)
ใต้	57.7 (1)	61.3-87.1 (2)	58.0-77.3 (2)	28.8-52.5 (2)

() จำนวนจังหวัดที่มีการสำรวจ

ตารางที่ 9 ประสิทธิภาพการแปรงฟันของนักเรียนประถมศึกษา

Table 9 The cleanliness of tooth brushing in elementary school children

จำนวนบริเวณฟันที่สะอาด	ประสิทธิภาพการแปรงฟัน	เกณฑ์	ร้อยละ
ต่ำกว่า 15 แห่ง	ต่ำกว่า 65%	ควรปรับปรุง	27.1
15-17 แห่ง	65-74%	พอใช้	21.4
18-20 แห่ง	75-84%	ดี	26.2
21-24 แห่ง	85-100%	ดีมาก	25.3

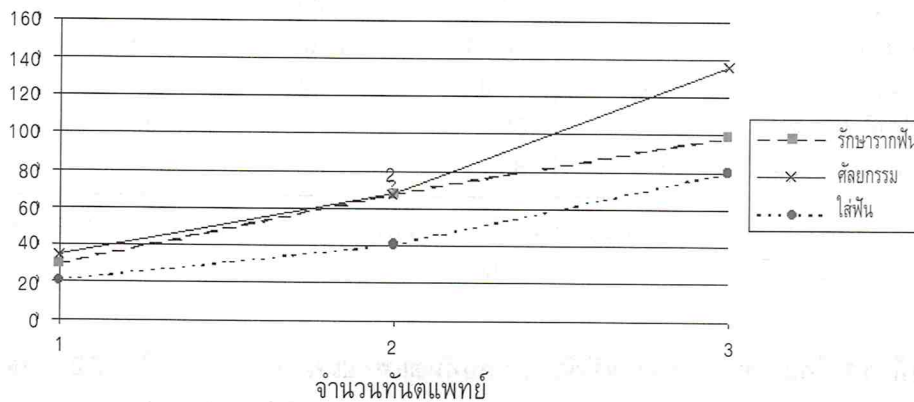
สำหรับเด็กวัยประถมศึกษา กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการปลูกฝังนิสัยในการแปรงฟันเป็นประจำทุกวันซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้ในการควบคุมโรคฟันผุและเหงือกอักเสบในเด็ก โครงการต่างๆเพื่อให้เด็กได้แปรงฟัน สม่ำเสมอทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งมาเป็นเวลา กว่า 20 ปี โครงการต่างๆเหล่านี้ ได้แก่

1. โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา⁴³ กิจกรรมในโครงการจะเน้นให้เด็ก แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หลังอาหารกลางวันทุกวัน ให้ครูตรวจอนามัยในช่องปากเด็ก และมีการจัดกิจกรรมการฝึกแปรงฟันเป็นรายกลุ่มตามระดับปัญหาที่พบในเด็กแต่ละคน เด็กที่มีปัญหาในระดับที่ต้องได้รับการรักษาจากทันตบุคลากรก็จะมีระบบส่งต่อไป

รับการรักษาที่สถานบริการที่รับผิดชอบในการดูแลโรงเรียนแห่งนั้น การแปรงฟันของเด็กในวัยนี้ ความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้นมาก โดยพบว่า เด็กแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.7 ในพ.ศ. 2532⁵ เป็นร้อยละ 89.0 ในพ.ศ. 2537⁶ แต่ยังคงพบปัญหาด้านคุณภาพในการแปรงฟัน เนื่องจากยังคงพบเด็กมีเหงือกอักเสบค่อนข้างสูง ข้อมูลจากการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7⁴⁴ พบว่า เมื่อให้เด็กชั้น ป.4-6 (อายุ 10-12 ปี) แปรงฟันและตรวจวัดความสะอาด มีเด็กร้อยละ 51.5 ที่สามารถแปรงฟันได้สะอาดในเกณฑ์ที่ดีมาก และยังคงมีเด็กอยู่ ร้อยละ 27.1 ที่ยังต้องปรับปรุงการแปรงฟันอยู่ (ตารางที่ 9)

ภาพที่ 2 ปริมาณการให้บริการงานยากในโรงพยาบาลชุมชน 655 แห่งทั่วประเทศ พ.ศ. 2540-2541*
Figure 2 Complicated services provided by 665 community hospitals

จำนวนคนไข้เฉลี่ย



* ข้อมูลจากการสอบถามฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ

2. โครงการประกวดโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา⁴⁵ เริ่มดำเนินการ พ.ศ. 2534 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นการทำงานของโรงเรียนให้มุ่งเน้นกิจกรรมโครงการให้มีคุณภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามโครงการนี้เป็นเพียงการกระตุ้นได้เป็นระยะเท่านั้นไม่สามารถทำให้เกิดความยั่งยืนได้

3. โครงการรณรงค์ฟันดีมีสุข เริ่มดำเนินโครงการมาตั้งแต่ปี 2532 เน้นการรณรงค์ให้ความรู้และการแปรงฟัน มีการดำเนินการปีละประมาณ 5 จังหวัด

พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม

ประชาชนจะรับรู้โรคในช่องปากเมื่อมีอาการปวด หรือในกรณีของการเป็นโรคปริทันต์จะเป็นระยะที่มีหนองหรือฟันโยกเป็นระยะสุดท้ายของโรคแล้ว จึงมักทำให้การบริการที่ได้รับเป็นการถอนฟันเป็นหลัก⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ โรคปริทันต์เป็นโรคที่เป็นไปช้าๆและไม่เกิดอาการที่ชัดเจน นอกจากนี้การรักษาโรคจะ

ต้องใช้เวลาและความร่วมมือของบุคลากรและผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้น การกำจัดปัจจัยเอื้อของการเป็นโรคจึงเป็นการป้องกันการพัฒนาของโรคไปสู่ระดับความรุนแรงได้ การจัดให้มีบริการทันตกรรมเบื้องต้นที่สถานอนามัยจะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีโครงการเพิ่มขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการขูดหินน้ำลายและสนับสนุนครุภัณฑ์เครื่องขูดหินน้ำลาย มอบให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถขูดหินน้ำลายเหนือเหงือกได้ ในช่วงแผนฯ 7⁴⁶ สามารถ สนับสนุนได้ประมาณร้อยละ 58.2 ของสถานอนามัยทั่วประเทศ มาตรการนี้ช่วยกำจัดให้ปัจจัยเอื้อที่ทำให้เกิดเหงือกอักเสบและเป็นโรคปริทันต์ลดลงได้ อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการรักษาโรคปริทันต์ที่เป็นในระยะรุนแรงแล้วในสถานบริการของรัฐยังขาดแคลนอยู่ งานยากที่ทันตแพทย์ ให้บริการอยู่ในปัจจุบันจะเป็นงานด้านศัลยกรรม งานรักษาโรคฟันและการใส่ฟัน (ภาพที่ 2)

ตารางที่ 10 ค่าใช้จ่ายประเภทต่างๆของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

Table 10 The household expenditure per month in 1988,1990,1992,1994 & 1996

ค่าใช้จ่าย	2531	2533	2535	2537	2539
ค่าใช้จ่ายรวม	4161	5437	6529	7567	9190
- ด้านสุขภาพ	111.91	185.48	226.09	261.53	301.72
- ด้านทันตกรรม	2.19	3.43	4.24	7.34	8.54
- ค่าเครื่องมือที่มี alc	80	80	174	123	227
- ค่ายาสูบ หมาก ยานัตถ์	78	83	112	93	143

แหล่งที่มา : รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2531, 2533, 2535, 2537 และ 2539 ทั่วราชอาณาจักร สำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 11 ร้อยละของประชาชนที่ต้องการพบทันตแพทย์เพื่อรับบริการ ในปี 2527 และ 2532

Table 11 Percentage of person who want to visit dentist in 1984 & 1989

อายุ	เขต	ต้องการบริการทันตกรรม	
		2527	2532
18	กทม.	76.8	67.1
	เมือง	83.3	51.4
	ชนบท	75.1	70.2
	รวม	75.9	69.9
35-44	กทม.	63.1	54.0
	เมือง	72.6	62.9
	ชนบท	80.0	73.1
	รวม	77.6	69.7
60+	กทม.	28.6	29.8
	เมือง	54.2	47.1
	ชนบท	58.6	50.4
	รวม	55.4	48.0

นอกจากนี้สัดส่วนของการใช้จ่ายเงินเพื่อใช้บริการด้านทันตกรรมเฉลี่ยต่อเดือนจากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนตั้งแต่ปี 2531 ถึง 2539 พบว่า การใช้จ่ายเงินด้านทันตกรรมค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายรวม และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ตาราง 10)

โอกาสที่ประชาชนจะได้พบกับทันตบุคลากรเพื่อรับการตรวจและรักษามีน้อย ความถี่ในการพบทันตบุคลากรได้ถูกใช้เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ โดยพบว่าคนที่ไม่ไปรับบริการทางทันตกรรมตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปจะพบว่ามีโอกาสในการเป็นโรคปริทันต์ขั้นรุนแรงสูงกว่าผู้ที่

ตารางที่ 12 ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ที่ต้องได้รับการขูดหินน้ำลายเมื่อตรวจด้วยทันตแพทย์ กับ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ว่าต้องการขูดหินน้ำลาย พ.ศ.2532

Table 12 Comparison between treatment need for scaling and perceived need of people, 1989

อายุ	เขต	สภาวะปริทันต์	ผู้ต้องการขูดหินน้ำลายจากแบบสัมภาษณ์
18	กทม.	87.2	14.3
	เมือง	85.4	7.7
	ชนบท	95.4	17.5
	รวม	94.0	16.7
35-44	กทม.	97.8	9.1
	เมือง	98.2	6.6
	ชนบท	98.9	6.5
	รวม	98.6	7.1
60+	กทม.	96.5	0.8
	เมือง	97.3	1.7
	ชนบท	98.8	0.9
	รวม	98.4	1.0

ได้รับการบริการทันตกรรม⁴⁷ ข้อมูลการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2537⁶ พบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 40-50 ของประชาชนที่เคยไปรับบริการในรอบปีที่ผ่านมา โดยมีเพียง 1/3 ของคนกลุ่มนี้ที่ได้รับการขูดหินน้ำลาย โดยลักษณะการใช้บริการเหมือนกันในทุกภาค กลุ่มอายุที่ไปรับบริการมากที่สุดเป็นกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 35-44 ปี สัดส่วนดังกล่าวค่อนข้างคงที่เมื่อเทียบกับการสำรวจ พ.ศ. 2532⁵ แต่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการสำรวจ พ.ศ. 2527⁴

การที่ประชาชนมาใช้บริการทันตกรรมด้วยอัตราที่ค่อนข้างคงที่ สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมที่ได้ ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของประชาชนในการเข้าถึงบริการทันตกรรม สาเหตุหลักที่ประชาชนไม่ไปใช้บริการเนื่องจากระดับการรับรู้โรคของประชาชน ในขณะที่เมื่อสำรวจด้วยทันตบุคลากร มากกว่าร้อยละ 90 ต้องได้รับการบริการด้วยการขูดหินน้ำลายและ/หรือรักษาโรคปริทันต์ หรือ รักษาโรคฟันผุ แต่ความ

ต้องการในการใช้บริการทันตกรรมมีน้อยกว่ามาก (ตารางที่ 11, 12) ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้พบโรคปริทันต์ในระดับรุนแรงมีมากขึ้น

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการเกิดโรคปริทันต์ได้มีมากกว่า 50 ปี นักสูบบุหรี่ (heavy smoker) จะมีโอกาสเกิดโรคปริทันต์ที่รุนแรงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 5-7 เท่า และจะมีโอกาสเกิดโรคซ้ำใหม่ภายหลังการรักษา (recurrent and refractory periodontitis) สูงกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่⁴⁷ ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่วันละ 10 มวนขึ้นไปจะมีโอกาสเป็นโรคปริทันต์มากกว่าและรุนแรงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ โดยอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันด้วย⁴⁷⁻⁴⁹ ผลของบุหรี่ต่อสภาวะปริทันต์นี้จะแสดงให้เห็นได้ตั้งแต่ในเยาวชน ซึ่งสภาวะปริทันต์นี้จะดีขึ้นได้หากสามารถเลิกบุหรี่ได้ อัตราเสี่ยงของผู้เคยสูบบุหรี่จะลดลง แต่อย่างไร

ก็ตามจะยังคงมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย

การสำรวจในประเทศไทยที่ผ่านมาไม่ได้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับโรคปริทันต์ ปัญหาการสูบบุหรี่เป็นปัญหาร่วมของทุกคนในสังคม อัตราการบริโภคบุหรี่เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากรายได้จากการจำหน่ายบุหรี่ เป็นรายได้ของรัฐที่ค่อนข้างสูง ใน พ.ศ. 2541 ภาษีสรรพสามิต บุหรี่สูงถึง 28,691 ล้านบาท แม้ว่าจะได้มีการรณรงค์และใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อให้มีการบริโภคบุหรือน้อยลงก็ตาม อัตราการสูบบุหรี่ยังคงค่อนข้างคงที่ โดยผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่จะเป็นในเพศชายและช่วงอายุ 40 - 59 ปี⁵⁰ สถานการณ์ดังกล่าวจะเป็นปัจจัยเสริมทำให้พบผู้เป็นโรคปริทันต์ในอายุที่น้อยลงและโรคปริทันต์ที่พบจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น

โรคทางระบบ

1. โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีการศึกษาพบความสัมพันธ์กับการเป็นโรคปริทันต์มากที่สุด⁴⁷ การเป็น เบาหวานจะส่งเสริมให้เกิดโรคปริทันต์ได้

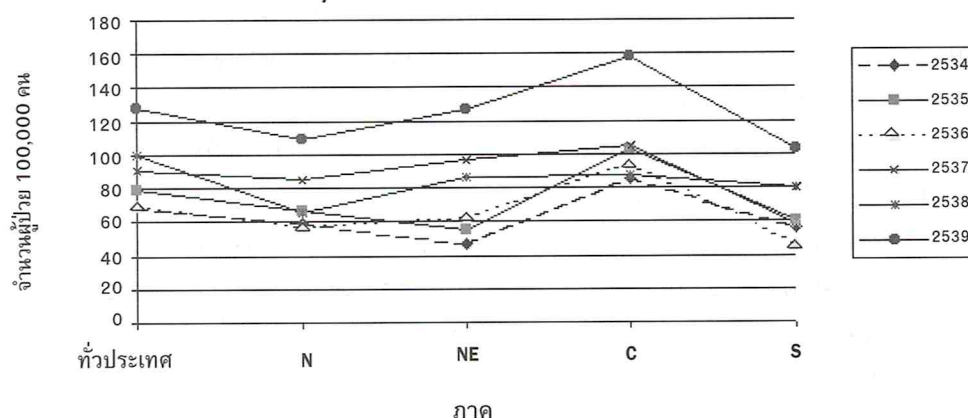
ง่ายขึ้นและเป็นโรคปริทันต์ที่มีพัฒนาการของโรคอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานจะไวต่อการมีสิ่งระคายเคืองที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปริทันต์มากกว่าผู้ไม่เป็นโรค เช่น การมีหินน้ำลาย เป็นต้น

ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นนับจาก พ.ศ. 2534-2539⁵¹⁻⁵⁵ โดยอัตราผู้เป็นโรคเพิ่มจาก 68.7:100,00 คน เป็น 127.5 :100,00 คน (ภาพที่ 3) โดยที่พบอัตราการเป็นโรคสูงในภาคกลาง และเป็นที่น่าสังเกตว่า ช่วงปี 2538-2539 การเพิ่มของผู้เป็นโรคค่อนข้างสูงในทุกภาค

สุวรรณา วัฒนวิทย์ และจินตนา โพคะรัตน์ ศิริ พ.ศ. 2538⁵⁶ ได้ทำการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและสภาวะโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 200 คน อายุระหว่าง 55 - 64 ปี ซึ่งป่วยเป็นเบาหวานมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 6.4 ปี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกคนมีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 57.1 มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 5 มิลลิเมตรขึ้นไป และ ร้อยละ 93.3 มีการสูญเสียเยื่อยึดปริทันต์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีฟันเฉลี่ยในปากเพียง 16.45 ซี่ โดยมีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุตุ ถึง 15.39 ซี่/คน

ภาพที่ 3 ความชุกของโรคเบาหวานระหว่าง พ.ศ.2534-2539

Figure 3 Prevalence of Diabetes between 1991-1996



แสดงให้เห็นว่า ภาวะการเป็นเบาหวานนั้นเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคในช่องปากและมีผลทำให้เกิดการสูญเสียฟันได้มาก

2. โรคทางระบบอื่นๆ

นอกจากโรคเบาหวานแล้วได้มีการศึกษาพบว่า โรคทางระบบอื่นๆมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคปริทันต์ เช่น ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) และผู้ป่วย HIV positive ปัจจุบันการติดเชื้อ HIV ได้ถูกใช้เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์ และพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์จะมีโรคปริทันต์ที่มีการลุกลามและมีการทำลายเนื้อเยื่ออย่างรวดเร็วผู้ป่วยพวกนี้จะไม่ตอบสนองต่อการรักษา ข้อมูลการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ HIV ระหว่าง พ.ศ. 2532-2540⁵⁷ พบว่าชายไทยอายุ 21 ปี มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ.2532 และสูงสุดในพ.ศ. 2536 โดยพบร้อยละ 4 หลังจากนั้นผู้ติดเชื้อลดลง จนล่าสุดพบร้อยละ 2.2 ในเดือนมิถุนายน 2540 (ภาพที่ 4)

ลัคนา เหลืองจามิตร และคณะ⁵⁸ พ.ศ.

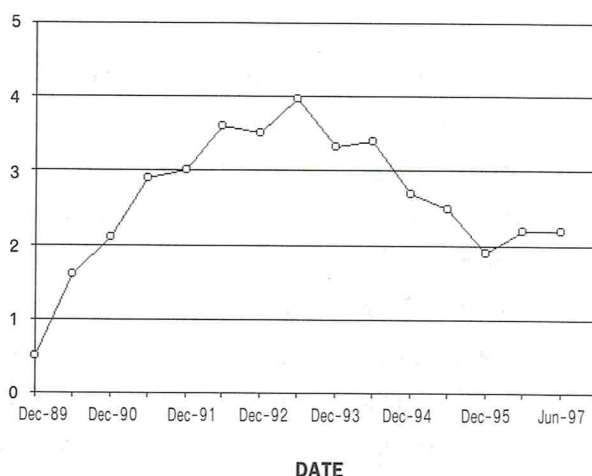
2537 ได้รายงานว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV คนไทยประมาณครึ่งหนึ่งมีอาการในช่องปาก ได้แก่ การมีแผล เหงือกอักเสบ ปากแห้ง ติดเชื้อรา และมะเร็งในหลอดเลือด แม้ว่า สัดส่วนของผู้ติดเชื้อจะดูไม่มากนักในภาพรวมของประชากรทั้งประเทศ แต่เป็นปัญหาที่ยากและซับซ้อน การจัดการ การรักษาจะไม่ค่อยประสบผลนัก จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทันตบุคลากรต้องให้ความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมไปกับการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของประชาชนด้วย

แนวโน้มของสภาวะปริทันต์อักเสบ

สภาวะเหงือกอักเสบเป็นสภาวะที่พบได้ในประชาชนไทยทุกกลุ่มอายุ แนวโน้มของโรคเพิ่มขึ้นในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่มีเหงือกอักเสบ (ประมาณ 3 ใน 4) ในขณะที่พบการเป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในอายุที่น้อยลง โดยพบร้อยละของผู้มีกระเปาะปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไปเพิ่มขึ้น

ภาพที่ 4 ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV พ.ศ.2532-2540

Figure 4 Hiv surveillance between 1989-1997



จากร้อยละ 10.8 ในพ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 23.1 ในพ.ศ. 2537 ค่าเฉลี่ยส่วนในช่องปากที่เป็นโรคเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 6) ลักษณะเช่นนี้จะทำให้แนวโน้มการสูญเสียฟันด้วยโรคปริทันต์เร็วขึ้นในอนาคต รายงานขององค์การอนามัยโลกซึ่งจัดทำโดย Miyazaki H. และคณะ พ.ศ. 2534⁵⁹ ซึ่งรวบรวมข้อมูลของประเทศต่างๆ ทั่วโลก 50 ประเทศ 100 การสำรวจ พบว่า ลักษณะการเป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงจะมีความชุกประมาณร้อยละ 5-20 ของประชากร และการสูญเสียฟันจากการเป็นโรคปริทันต์จะไม่เกิดขึ้นก่อนอายุ 50 ปี อย่างไรก็ตาม สถานการณ์โรคปริทันต์ในผู้ใหญ่ไทย (อายุ 35-44 ปี) จัดเป็นระดับปานกลางเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของผู้เป็นโรคปริทันต์เพียงร้อยละ 5⁶⁰ สถานการณ์เช่นนี้ส่วนหนึ่งสืบเนื่องมาจากความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วย ซึ่งไม่สามารถแปร่งฟันได้สะอาด และสม่ำเสมอ ตลอดจนสถานการณ์ของปัจจัยเอื้อต่างๆ ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในประชาชน เช่น โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ และโรคเอดส์ ซึ่งมีผลรบกวนต่อภูมิคุ้มกันของร่างกายและส่งเสริมให้เกิดโรคปริทันต์เพิ่มขึ้น

อภิปรายและเสนอแนะ

ข้อมูลสภาวะปริทันต์ที่ได้จากการวัดโรคด้วยดัชนี CPITN เป็นข้อมูลที่วัดรอยโรคที่ปรากฏอยู่ทั้งหมดรอยโรคเหล่านี้บางส่วนอยู่ในระยะลุกลามบางส่วนเป็นร่องรอยที่หายจากการรักษา ดังนั้น ข้อมูลที่ได้จะเป็นการประมาณมากกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม การมองภาพเปรียบเทียบเพื่อดูแนวโน้มการเป็นโรคสามารถทำได้เนื่องจากการเปรียบเทียบข้อมูลที่วัดจากดัชนีเดียวกัน สภาวะเหงือกอักเสบมีความชุกสูงมากในทุกกลุ่มอายุทั้งๆที่เป็นสภาวะที่หายได้ด้วยการแปร่งฟัน

อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าการมีสภาวะเหงือกอักเสบไม่จำเป็นที่จะต้องพัฒนาเป็นโรคปริทันต์ แต่ตำแหน่งที่เป็นโรคปริทันต์จะผ่านการมีเหงือกอักเสบมาก่อน⁴⁷

แบบแผนการเป็นโรคทั้งในระดับของเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์แสดงให้เห็นถึงตำแหน่งวิกฤตที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค คือ บริเวณตำแหน่งฟันหลังบน⁷⁹ ทั้งนี้เป็นเพราะความถนัดในการวางแผนแปรงสีฟันและลักษณะทางกายวิภาคของฟันกรามบนซึ่งมีหลายราก บริเวณรอยแยกของรากฟัน (tooth furcation) จะเป็นตำแหน่งที่เกิดโรคปริทันต์ได้ง่ายเมื่อมีการร่นของเหงือกเกิดขึ้น ดังนั้น การฝึกทักษะในการแปรงฟันจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญ การสร้างค่านิยมในการมีช่องปากที่สะอาด มีใช้เพียงเพื่อความสวยงามและการเข้าสังคมเป็นประเด็นสำคัญ การทำงานเพื่อควบคุมโรคจะต้องสอดประสานในหลายสาขาวิชา (multidiscipline) เนื่องจากปัญหาโรคปริทันต์มีความเกี่ยวข้องกับ การเสียสมดุลของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และ ความสมบูรณ์ของกระดูก ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ โรคทางระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน โรคเอดส์^{47,61} ภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis)⁶² ภาวะทุพโภชนาการ การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด* ล้วนมีผลต่อความรุนแรงของโรคปริทันต์ ดังนั้น การควบคุมโรคเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อ การควบคุมโรคปริทันต์ด้วย หรือในมุมกลับกัน ทันตบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคปริทันต์หรือดำเนินโครงการเพื่อป้องกันโรคปริทันต์จะต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย เพราะฉะนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขทุกสาขาควรจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพในองค์รวมของสุขภาพโดยไม่มุ่งเน้นเฉพาะงานในสาขาของตนเท่านั้น

เนื่องจากลักษณะปัญหาของโรคปริทันต์มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโดยที่ความชุกของการ

เป็นโรคลดลง ในขณะที่ผู้เป็นโรคมีปัญหาความรุนแรงของโรคมากขึ้น (ตารางที่ 6) ตลอดจนอายุเริ่มต้นของการเป็นโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่เริ่ม น้อยลง ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์เป็นสิ่งจำเป็น การรักษาโรคปริทันต์ที่รุนแรงเป็นงานที่ต้องอาศัยทักษะทางการแพทย์พยาบาลและการดูแลตัวเองของผู้ป่วย (meeting of the two experts) ควรมีการพัฒนาศักยภาพในการรักษาโรคปริทันต์ชนิดยากแก่ทันตแพทย์ และพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อมูลระบาดวิทยาของสภาวะปริทันต์อักเสบในประเทศจำกัดอยู่เพียงการแสดงถึงสถานการณ์ของโรค ความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ มีผู้ทำการศึกษาไว้น้อยมาก มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษามากพอที่จะยืนยันถึงอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการจำแนกกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์ เพื่อสามารถใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้นหาแนวทางในการสื่อสารกับประชาชนเพื่อเปลี่ยนเจตคติและค่านิยมในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นภาระกิจที่สำคัญของบุคลากรสาธารณสุขทุกคน

บทสรุป

ปัญหาเหงือกอักเสบเป็นปัญหาที่พบในประชาชนไทยอย่างกว้างขวาง (ประมาณ ร้อยละ 75) ประชาชนสามารถจะดูแลตนเองได้หากสามารถทำความสะอาดเหงือกและฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ ในขณะที่พบว่าความชุกของโรคปริทันต์มีแนวโน้มลดลงทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยผู้เป็นโรคปริทันต์ชนิดรุนแรงมีมากขึ้น การทำงานเพื่อป้องกันและควบคุมสภาวะปริทันต์อักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ

จะต้องเป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ขอบคุณ บุคคลที่เกี่ยวข้องให้ความอนุเคราะห์งานวิจัยสำเร็จด้วยดี ดังนี้

1. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้นำและผู้ชี้แนะ แก่ทีมผู้วิจัยโดยตลอด
2. ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข ที่อนุญาตและสนับสนุนให้งานวิจัยชิ้นนี้ลุล่วงด้วยดี
3. รองศาสตราจารย์ ทพ.ญ. ดร. ยุพิน ส่งไพศาล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพ. ดร. สุปรีดา อุดุลยานนท์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นในการเขียนรายงานการวิจัย
4. นางสาวนนทวัน วงศ์ขวัญ, นางสาววิภาวรรณ โทชน์ ที่ช่วยเหลือในการรวบรวม, ประมวลผลข้อมูลและสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. รัตนา อัมไพวรรณ, ทฤษฎีโรคปริทันต์แนวใหม่ ใน: การส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพในทศวรรษหน้า , พิมพ์ครั้งที่ 1 บริษัท ไชเบอร์เพรส จำกัด , กรุงเทพฯ, 2542, หน้า 51-55.
2. Ainamo J., Barms DE., Beagrie G. et al. Development of the World Organization (WHO) Community Index of Treatment Needs (CPTN) . Int Dent J. 1982; 32: 281-291
3. World Health Organization. Oral health surveys basic methods. Edition 3, Geneva, 1987: 49 - 50
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ปี พ.ศ. 2527 (เอกสารอัดสำเนา)
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประเทศไทย 2532 พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ : กันยายน 2532
6. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ : 2537
7. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ฐานข้อมูลสภาวะปริทันต์อักเสบ
8. สุวิน วิสุทธิสิน และ จันทนา อึ้งชูศักดิ์. สภาวะปริทันต์และความสัมพันธ์ระหว่างการมีหินน้ำลายกับเหงือกอักเสบ ของเด็กไทย อายุ 12 ปี. ว.ทันต.สธ. 2540; 1 : 47-55
9. ปิยะดา ประเสริฐสม. โครงการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 เอกสารเสนอเพื่อการสอบ อนุมัติบัตรเป็นผู้ชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาทันตสาธารณสุข มกราคม 2541 (เอกสารอัดสำเนา)
10. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ สภาวะปริทันต์และแนวโน้มการเกิดโรคปริทันต์ของประชาชนไทย เอกสารประกอบการสัมมนาผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2520-2537 และการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต ระหว่างวันที่ 15-16 สิงหาคม 2538 ณ. โรงแรมริชมอนด์ อ.เมือง นนทบุรี กองทันตสาธารณสุข นนทบุรี : 2538
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นนทบุรี การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนจังหวัด นนทบุรี พ.ศ. 2530 . (เอกสารอัดสำเนา)
12. วรพันธ์ ลิ้มสินะโรภาส และคณะ การสำรวจสภาวะสุขภาพในช่องปาก จังหวัดพิษณุโลก ปี 2531 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลก , 2531.
13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัด ราชบุรี ปี 2531
14. ฝ่ายทันตสาธารณสุข ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 3 นครราชสีมา รายงานการสำรวจทันตสุขภาพ เขต 3 : 2532
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กาฬสินธุ์ รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพ จังหวัด กาฬสินธุ์ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2536
16. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ และคณะ รายงานการวิจัย การศึกษาการเปลี่ยนแปลงสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 2532
17. ชลธิชา พุทธรังษีนันท์ ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดสมุทรปราการ ปี 2533 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ 2533
18. สถาพร จันทร รายงานผลการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนจังหวัด ฉะเชิงเทรา 2533 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา 2533
19. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปาก ครั้งที่ 1 2533
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพ จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2534

21. ปริญญา คงทวีเลิศ รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชากร จังหวัดสุโขทัย ปี 2534 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
22. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 8 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ รายงาน การสำรวจทันตสุขภาพ จังหวัดระนอง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง 2534
23. วรพันธ์ ลีมีสินธโรภาส รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัด พิษณุโลก ปี 2534 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก 2534
24. ประจวบ จันทาคิต รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชากรจังหวัด เพชรบูรณ์ ปี 2534 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ 2534
25. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พะเยา รายงานการวิจัยเชิงสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพะเยา 2535
26. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รายงานการสำรวจทันตสุขภาพประชาชน ปี 2535
27. ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2535
28. วิชัย ตันทุลกนกกรัษต์ และบัญชา ตั้งสกุล รายงานผล การสำรวจทันตสุขภาพเขต 5 ครั้งที่ 2 ปี 2535 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 5 นครราชสีมา
29. ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี รายงานสำรวจทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดลพบุรี ปี 2537
30. เสริมสุข พิษเซอร์ รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง สภาวะทันตสุขภาพของประชากร จังหวัดกระบี่ ปี 2538 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
31. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของ ประชากร จังหวัดเพชรบุรี ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2539
32. สุขจิตตรา วนาภิรักษ์ รายงานผลการวิจัยเชิงสำรวจ การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดแพร่ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2539 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
33. งานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองบัวลำภู รายงานการสำรวจสุขภาพช่องปากประชาชน จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งที่ 1
34. รัชณี จดสันติวรวัักษ์ และวรพันธ์ ลีมีสินธโรภาส รายงานการวิจัย เรื่อง การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก ปี 2539 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
35. สันติ ศรีสมทรัพย์ รายงานการวิจัย เรื่อง การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2539 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
36. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปากประชาชน จังหวัด กาฬสินธุ์ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2539
37. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2540
38. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง ผลการ สำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปี 2540
39. ปรรณนา อุ้มผลเอิบ รายงานการวิจัยเชิงสำรวจ การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพประชาชนจังหวัดอ่างทอง ปี 2540 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

40. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2540
41. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สภาวะทันตสุขภาพจังหวัดสกลนคร ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2540
42. งานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ รายงานผลการสำรวจ สภาวะทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุดรดิตถ์ ครั้งที่ 3 ปี 2540
43. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ : ไม่ระบุปีที่พิมพ์; 7.
44. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (2535-2539) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2541; 121
45. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย โครงการประกวดโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังทันตสุขภาพ (เอกสารอัดสำเนา)
46. ฝ่ายแผนงาน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2539. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรกฎาคม 2538
47. Page R.C. Beck J.D. Risk assessment for periodontal disease. J. Int.dent 1997 47: 61-87
48. Watt R., Robinson M. Helping smoker to stop a guide for the dental team. Health Education Authority, England. 1999; 9-11.
49. Grossi S.G., Zambon J., Machtei E.E., Schifferle R., Andreana S., Genco R.J., Cummins D., Harrap G. Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy. JADA. 1997; 128: 599-607
50. ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถานการณ์การสูบบุหรี่ในคนไทย
51. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2534. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2537 หน้า 210
52. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2535. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2537 หน้า 15, 210
53. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2538 หน้า 210
54. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2537. กรุงเทพฯ: 2537 หน้า 129
55. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ: 2539 หน้า 160
56. สุวรรณ วัฒนวิทย์และจินตนา โพคะรัตน์ศิริ สภาวะทันตสุขภาพและสภาวะโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ว.ทันต.จุพฯ 2538; 18(2) : 119-129
57. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ : ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย ประจำปี 2540 (รอบที่ 15). 19 ธันวาคม 2540 ; 51: 741.

58. ลัคนา เหลืองจามิกร และคณะ : Oral status of Thai-HIV persons; เอกสารประกอบการนำเสนอในการประชุม The International conference AIDS in Asia and the Pacific เมืองโยโกฮาม่า ประเทศญี่ปุ่น พ.ศ. 2537
59. Miyazaki H., Pilot T., Leclercq MH., Barmes DE. Profile of periodontal conditions in adults measured by CPITN. Int Dent J. 1991; 41:74-80
60. Oliver RC., Brown LJ., Loe H. Periodontal diseases in the United States population. J. periodontol. 1998; 2:269-278.
61. Vrotsos JA., Vrahopoulos TP. Effect of systemic diseases on the periodontium. Curr Opin Periodontol. 1996; 3:19-26.
62. Loza JC., Carpio LC., Dziak R. Osteoporosis and its relationship to oral bone loss. Curr Opin Periodontol . 1996;3:27-33.

Periodontal status and related factors in Thais during 1983-1997

Piyada Prasertsom *

Srisuda Leelasithorn *

Waraporn Jirapongsa *

D.D.S., M.Sc.(Med.Epi)

D.D.S., M.P.H.

D.D.S., M.P.A.

Abstract

Results of CPITN surveys from provincial and national level during 1983-1997 were assembled. Significant factors related to periodontal condition were collected to explain the disease. Over 75% of Thai people had gingivitis. Lower posterior areas were found to be critical areas with high prevalence of disease compared to the other. 50% of the age group 35 - 44 years had periodontal pocket (CPITN3 & 4). Although the prevalence was diminished compared to the data from 1984 national oral health survey but the percentage of people with severe pocket ≥ 6 mm. was increased. Smoking and systemic disease especially diabetes had been identified as risk factors. Dentists were still lack of capability in complicated periodontitis treatment. Moreover people were not concerned in their oral health and unable to effectively clean their own teeth. Enabling people in oral health care and working as a good health team were important to periodontal disease control.

* Dental Health Division Department of Health Ministry of Public Health.

พัฒนาการและแนวโน้มของระบบบริการ ทันตสุขภาพพระดัตบอำเภอ

ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ *

สุณี พลดีเยี่ยม **

เพ็ญแข ลากย้ง **

แพรว จิตตินันท์ ***

พินิจสร เหมพิสุทธิ ****

ท.บ., วท.ม.

ท.บ., ส.ม.

ท.บ., ส.ม., ศ.บ., ศค.ด.

ท.บ., M.Sc.

วท.ม., ศศ.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันในภาพรวมของการกำหนดนโยบาย แผนงานและระบบสนับสนุน และผลต่อการจัดบริการทันตสุขภาพพระดัตบอำเภอ โดยศึกษาจากเอกสาร และสัมภาษณ์บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอเริ่มขึ้นจากนโยบายการผลิตทันตภิบาลให้ไปปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 และได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็งขึ้นจากโครงการกระจายทันตแพทย์โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ ซึ่งมีผลตั้งแต่ พ.ศ.2532 และต่อมาได้ขยายบริการไปสู่ระดับตำบลโดยการกำหนดให้มีทันตภิบาลไปประจำในสถานอนามัยขนาดใหญ่ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย (พ.ศ.2535-2544) ผลจากนโยบายนี้ โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย จึงเป็นสถานบริการภาครัฐที่ให้บริการทันตสุขภาพครอบคลุมประมาณร้อยละ 90 ของพื้นที่เขตชนบททั้งหมด

การสนับสนุนด้านกำลังคน ซึ่งมีบุคลากรหลักคือทันตแพทย์ ทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์ แม้มีการสนับสนุนกำลังคนเพิ่มขึ้นโดยตลอด แต่การขาดแคลนทันตบุคลากรยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะทันตภิบาลระดับตำบล ขณะที่ปัจจุบันรัฐได้กำหนดมาตรการจำกัดกำลังคนที่เข้มงวด โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ยุติการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ.2541 และยุติการบรรจุข้าราชการใหม่ตั้งแต่ พ.ศ.2543 รวมทั้งการยกเลิกระบบสัญญาผูกพันการเรียนด้วย จึงเริ่มเกิดความไม่แน่นอนของระบบสนับสนุนกำลังคนในอนาคต สำหรับการสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรม ยังมีปัญหาความเพียงพอของการสนับสนุน อันเป็นผลจากการปรับลดงบประมาณในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ

* กองสาธารณสุขภูมิภาค

** กองทันตสาธารณสุข

*** โรงพยาบาลบางใหญ่ จ.นนทบุรี

**** สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

โดยภาพรวมแม้พัฒนาการโดยรวมจะดีขึ้น และมีผู้รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นทุกปี แต่สภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนกลับมีแนวโน้มเลวลง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก จึงควรทบทวนเพื่อพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติงานในด้านการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นในอนาคต ทิศทางการปรับระบบบริการทันตสุขภาพในอนาคต ควรเน้นการกระจายอำนาจการบริหารจัดการไปยังระดับพื้นที่ และควรดึงภาคเอกชนซึ่งมีทรัพยากรที่ยังถูกใช้ไม่เต็มที่ ให้เข้ามามีบทบาทมากขึ้น

Keywords District dental health system, Dental personnel , Dental nurse, Dentist .



บทนำ

ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศกำลังอยู่ในระยะของการปรับเปลี่ยน อันเป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมในทุกด้าน โดยเฉพาะการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่เมื่อ พ.ศ. 2540 และภาวะวิกฤติเศรษฐกิจที่เริ่มมีผลกระทบอย่างรุนแรงตั้งแต่ปลาย พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ จึงจำเป็นต้องเตรียมกำหนดทิศทางการปรับตัวด้วย โดยเริ่มจากการศึกษาบทบาทพัฒนาการที่สำคัญในอดีต เพื่อนำไปพิจารณาประกอบกับผลการศึกษาอื่นๆ ก่อนนำสู่การสรุปเพื่อกำหนดทิศทางต่อไป

ในประเทศไทย ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ที่สุดของประเทศ โดยโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่จัดบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอ มีการกระจายครอบคลุมร้อยละ 90 ของพื้นที่นอกเขตอำเภอเมืองทั่วประเทศ และนับแต่ พ.ศ. 2536 ก็ได้เริ่มขยายบริการทันตสุขภาพลงไปสู่ระดับตำบล ส่วนบริการในภาคเอกชนแม้จะมีจำนวนสถานบริการเพิ่มขึ้น แต่มักกระจุกตัวในเขตเมืองใหญ่ ระบบบริการทันตสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นกลไกหลักในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนในชนบทมาโดยตลอด การศึกษานี้จึงเน้นระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเป็นหลัก

การศึกษาดังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบัน ของการกำหนดนโยบาย แผนงานและระบบสนับสนุน รวมทั้งแนวโน้มการขยายบริการทันตสุขภาพของเอกชนในเขตชนบท และผลต่อการจัดบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ

วิธีการศึกษา

ศึกษา และรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร นโยบายและโครงการที่เกี่ยวข้อง แผนพัฒนาการสาธารณสุขทุกฉบับ อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน รายงานประจำปีของกองสาธารณสุขภูมิภาค ทำเนียบสถานพยาบาลเอกชน รายงานวิจัยและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ แล้ววิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นต่อระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ

ผลการศึกษา

ผู้ศึกษาได้แบ่งพัฒนาการของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ เป็น 3 ช่วงเวลาใหญ่ๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนมีระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ (อดีต - พ.ศ. 2513)

ระยะที่ 2 ระยะมีระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ (พ.ศ. 2513 - 2534)

ระยะที่ 3 ระยะขยายระบบบริการทันตสุขภาพไปสู่ระดับตำบล (พ.ศ. 2535 - ปัจจุบัน)

พัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันในทั้ง 3 ช่วงเวลา มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการและสถานการณ์ของการกำหนดนโยบายและแผนงานของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ

1.1 ระยะที่ 1 ช่วงก่อนมีระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ (อดีต - พ.ศ. 2513)

1.1.1 ภาวะขาดแคลนผู้ให้บริการทันตกรรม

ในอดีตผู้ให้บริการทันตกรรมในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นชาวศรีลังกาหรือชาวจีนที่ได้ฝึกฝนถ่ายทอดความรู้จากช่างทำฟันประเภท

เดียวกัน แล้วมาเปิดร้านทำฟันให้บริการถอนฟัน และตัดฟันให้ปลายเรียบเสมอกัน จนถึง พ.ศ. 2434 จึงเริ่มมีทันตแพทย์ที่จบปริญญาจากต่างประเทศ มาเปิดร้านให้บริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างช้าๆทั้งในกรุงเทพมหานคร และหัวเมืองใหญ่ เนื่องจากผู้ให้บริการทันตกรรม มีไม่เพียงพอ ใน พ.ศ. 2460 โรงเรียนแพทย ทันตกรรมจึงทำการผลิตทันตแพทย์หลักสูตร 2 ปีขึ้น 1 รุ่น แล้วเลิกผลิต¹

1.1.2 เริ่มผลิตทันตแพทย์และทันตอนามัย

ผลจากภาวะที่มีผู้ให้บริการทันตกรรมอยู่น้อย ใน พ.ศ. 2483 รัฐบาลจึงตั้ง **แผนกทันตแพทยศาสตร์ขึ้นเป็นแผนกอิสระในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** เพื่อผลิตทันตแพทย์ระดับปริญญา แต่เนื่องจากมีผู้สมัครเข้าเรียนน้อยมาก เมื่อมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. 2485 กรมการแพทย์จึงจัดการฝึกอบรมทันตแพทย์ขึ้น 2 ชั้น โดยใช้หลักสูตร 2 ปี (ผู้เข้าอบรมต้องมีวุฒิมัธยมศึกษาตอนต้น) จบแล้วได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรมชั้น 2 โดยขอให้แผนกทันตแพทยศาสตร์ (สังกัดมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น) ดำเนินการฝึกอบรม² ต่อมาได้โอนกิจการนี้ให้กับคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเปลี่ยนชื่อเป็นหลักสูตรทันตอนามัยใน พ.ศ. 2495 หลักสูตรนี้ได้ยกเลิกไปใน พ.ศ. 2516 โดยผลิตทันตอนามัยได้ทั้งสิ้น จำนวน 549 คน (ข้อมูลจากทะเบียนสมาชิกของทันตแพทยสภา)

1.1.3 บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลระดับจังหวัด

รัฐมนตรีโยบายให้กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดตั้งแต่ พ.ศ.2490 ซึ่งทำได้สำเร็จใน พ.ศ. 2499³ การให้บริการทันตกรรมในส่วนภูมิภาคจึงเริ่มขึ้นใน

โรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยใน พ.ศ. 2507 มีทันตแพทย์ในโรงพยาบาล 32 แห่ง และมีทันตอนามัยในโรงพยาบาล 55 แห่ง⁴

1.2 ระยะที่2 ช่วงการจัดระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ (พ.ศ. 2513-2534)

1.2.1 การผลิตทันตภิบาลเพื่อไปปฏิบัติงานในระดับอำเภอ

พ.ศ. 2503 องค์การอนามัยโลก ได้สำรวจสภาวะทันตสุขภาพพร้อมกับภาวะโภชนาการของคนไทย⁵ และพบว่ามี การขาดแคลนทันตบุคลากรในระดับอำเภออย่างมาก และไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารงานทันตสาธารณสุขของประเทศ จึงเสนอให้ตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาทางทันตกรรมขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาดังกล่าวใน พ.ศ. 2503 และ 2506⁶ คณะกรรมการฯ ได้เสนอให้เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กเพื่อป้องกันไม่ให้โรคฟันแพร่ขยายมากขึ้นในอนาคต และได้เสนอให้ผลิตทันตภิบาลเพื่อให้บริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กในระดับอำเภอ กระทั่ง พ.ศ. 2511 จึงเริ่มเปิดหลักสูตรผลิตทันตภิบาลที่วิทยาลัยการสาธารณสุขชลบุรี เป็นหลักสูตร 2 ปี (สำหรับผู้จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย) จบแล้วมีสัญญาใช้ทุนกับกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมดูแลของทันตแพทย์⁶

พ.ศ. 2513 ทันตภิบาลได้เริ่มบรรจุทำงานในสถานอนามัยชั้น 1³ (ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นโรงพยาบาลชุมชน) นับเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ และโดยที่การตั้งโรงเรียนทันตภิบาลเป็นโครงการความช่วยเหลือจากนิวซีแลนด์ มี Dr.C.H.Leslie อธิบดีกรมทันตสุขภาพของนิวซีแลนด์² เป็นที่ปรึกษาหลักสูตรและบทบาทหน้าที่จึงคล้ายกับในนิวซีแลนด์ คือ ให้บริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวี (Increment-

tal dental care) แก่นักเรียนประถมศึกษาทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและรักษา บริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวี ได้ปรากฏในโครงการทันตสาธารณสุข ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) และมีการดำเนินการต่อในระยะแผนฯ 5 (พ.ศ.2525-2529) เมื่อถึงระยะแผนฯ 6 (พ.ศ.2530-2534) จึงได้นำมาตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษามาดำเนินการแทนเนื่องจากบริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวีมีความครอบคลุมนักเรียนได้เพียงร้อยละ 0.9⁷

ในช่วงนั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกระเบียบ เพื่อรองรับการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาล นับแต่เริ่มจบการศึกษา และปรับแก้ไขใน พ.ศ. 2518⁸ โดยกำหนดให้สามารถรักษาทางทันตกรรมบางอย่างได้เฉพาะในเด็กที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี ซึ่งมีความขัดแย้งกับสภาพการทำงานจริงเป็นอย่างมาก เนื่องจากในช่วงเวลานั้นมีทันตแพทย์รับราชการในระดับอำเภอน้อยมาก (พ.ศ. 2519 มีทันตแพทย์ เพียง 9 คน ในโรงพยาบาลอำเภอ)⁴ แต่มีประชาชนจำนวนมากที่ต้องการรักษาโรคในช่องปาก ทันตภิบาลที่โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง จึงต้องให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนด้วย

1.2.2 การพัฒนาฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน

พ.ศ.2515 มีการเปลี่ยนชื่อสถานีอนามัยชั้น 1 เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย ต่อมาใน พ.ศ.2518 รัฐบาลมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาล ขึ้นทุกอำเภอ จึงปรับปรุงยกฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยที่มีปริมาณและคุณภาพผลงานสูงขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และก่อสร้างโรงพยาบาลอำเภอเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งกำหนดให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลอำเภอขนาด 30 เตียงขึ้นไป⁹ เป็นครั้งแรกใน พ.ศ.2522 ต่อมาใน พ.ศ.2525 โรงพยาบาลอำเภอได้เปลี่ยนชื่อ

เป็นโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงาน ก.พ. ได้กำหนดกรอบอัตรากำลังให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนทุกขนาด¹⁰ โดยมีกรอบอัตรากำลังสำหรับทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็นองค์ประกอบของทีมบุคลากรฝ่ายทันตสาธารณสุข ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอจึงขยายไปทั่วประเทศ พร้อมๆ กับการเติบโตของโรงพยาบาลชุมชน

1.2.3 โครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ

ตลอดช่วงแผนฯ 4 ความก้าวหน้าของบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอเป็นไปอย่างเชื่องช้า เนื่องจากสาเหตุสำคัญข้อหนึ่งคือการขาดแคลนทันตแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอ คณะกรรมการทันตสาธารณสุขแห่งชาติ จึงได้เสนอโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ และคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ดำเนินการตามโครงการที่เสนอตั้งแต่ พ.ศ.2526¹¹ ซึ่งมีผลให้ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาตั้งแต่ พ.ศ.2532 ต้องรับราชการในส่วนภูมิภาคเป็นเวลา 3 ปี ผลจากการนี้ช่วยให้ทันตแพทย์ในระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะแผนฯ 6

1.2.4 การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 - 6

ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขชัดเจนเป็นครั้งแรก และกองทันตสาธารณสุขได้ประสานและผลักดันให้มีโครงการทันตสาธารณสุขขึ้นในแผนนี้¹² โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานทันตกรรมเพิ่มทวีในร.ร.ประถม โดยทันตภิบาลและกำหนดกิจกรรมเน้นหนักด้าน

ส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษา เริ่มนำมาตรการป้องกันฟันผุโดยการอมน้ำยาฟลูออไรด์ บ้วนปากในนักเรียนประถมศึกษามาใช้ ซึ่งในแผนฯ 5 และ 6 ก็ยังคงยึดแนวทางนี้ต่อมา

เมื่อเริ่มแผนงานทันตสาธารณสุข ในแผนฯ 5 ได้มีการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการ อบรม อสม. เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การตั้งกองทุน แปรงสีฟัน/ยาสีฟันในโรงเรียนและหมู่บ้าน และการอบรมให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สามารถตรวจวินิจฉัยและบรรเทาโรคเหงือกและฟันในเบื้องต้นได้ จากแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนฯ 5 นี้เอง มีผลให้ทันตบุคลากรในระบบบริการทันตสุขภาพพระตำบลดอนแก้ว เริ่มเข้าไปทำงานร่วมกับ สถานีอนามัย ชุมชน และหน่วยงานด้านการศึกษา อย่างกว้างขวาง

ในช่วงปลายแผนฯ 5 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนำโครงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในหน่วยงานส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการทุกระดับ¹³ โดยใน พ.ศ. 2529 ได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานสำหรับงานบริการทุกด้าน ผลจากเกณฑ์นี้ช่วยให้ฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนทราบถึงศักยภาพขั้นต่ำที่ต้องพัฒนาให้มีขึ้น พร้อมทั้งมีการแต่งตั้งคณะทำงาน พ.บ.ส. เพื่อทำหน้าที่พัฒนาสถานบริการให้มีศักยภาพตามมาตรฐานที่กำหนด มีผลให้ทันตแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ได้เข้ามาร่วมในคณะทำงาน พ.บ.ส. ทันตกรรม และมีส่วนช่วยพัฒนาวิชาการให้กับทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยมากขึ้น พร้อมกับพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมภายในจังหวัดให้ชัดเจนขึ้น

ในระยะแผนฯ 5 เช่นกัน มูลนิธิแพथ์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) โดยพระเมตตาของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่ทรงปรารถนาให้ประชาชนในท้องถิ่น

ห่างไกล ปลอดภัยจากทุกข์ทรมานด้วยโรคฟัน ได้จัดให้มีการรณรงค์ทางทันตสาธารณสุขขึ้นทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งร่วมรณรงค์ให้บริการแก่ประชาชน ในวันที่ 21 ตุลาคม อันเป็นวันคล้ายวันพระราชสมภพของพระองค์ โดยเริ่มรณรงค์เป็นรูปแบบชัดเจนครั้งแรกใน พ.ศ. 2529 และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ผลจากการนี้ช่วยหนุนเสริมให้งานทันตสาธารณสุขได้รับการให้ความสำคัญจากหน่วยงานต่างๆ มากขึ้น และใน พ.ศ. 2532 คณะรัฐมนตรีได้ประกาศให้วันที่ 21 ตุลาคมของทุกปี เป็นวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ¹⁴

เมื่อเริ่มแผนฯ 6 ได้มีการยกเลิกดำเนินงานทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวี และจัดทำโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา เพื่อขยายความครอบคลุมงานทันตสาธารณสุข และกองทันตสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินโครงการ ทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุข มูลฐานระยะที่ 2 (ทสสม.2) โดยเน้นการพัฒนาขีดความสามารถให้เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยชุดหินน้ำลายได้ มีกลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนตามโครงการเฝ้าระวัง ฯ เนื่องจากทันตบุคลากรยังมีไม่เพียงพอให้บริการรองรับนักเรียนที่จะส่งต่อจากระบบเฝ้าระวัง ฯ ในระยะต่อมาได้ปรับปรุงโครงการ ทสสม. 2 โดยให้ใช้เครื่องชุดหินปูนไฟฟ้าแทนการชุดด้วยเครื่องมือปกติ โครงการนี้ยังคงมีการดำเนินการอยู่จนถึงปัจจุบัน

1.3 ระยะที่ 3 ขยายระบบบริการทันตสุขภาพไปสู่ระดับตำบล (พ.ศ. 2535 - ปัจจุบัน)

● จัดให้มีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยตามโครงการ ทสอ.

คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้ดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) ระหว่าง พ.ศ. 2535-2544 ซึ่งมี

วัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาศักยภาพรวมทั้งคุณภาพบริการระดับสถานีนอนามัย โดยกำหนดให้สร้างสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อเป็นต้นแบบและเป็นแม่ข่ายการพัฒนาสถานีนอนามัยข้างเคียง มีเป้าหมายครอบคลุมร้อยละ 20 ของสถานีนอนามัยทั้งหมด พร้อมทั้งกำหนดให้มีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยขนาดใหญ่แห่งละ 1 คน¹⁵ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ และขยายโอกาสเข้าถึงบริการทันตสุขภาพสำหรับประชาชนในระดับตำบล เริ่มมีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 จึงเป็นจุดเริ่มต้นการขยายบริการทันตสุขภาพไปสู่ระดับตำบล

ในระยะที่เริ่มมีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานประจำสถานีนอนามัย ยังมีปัญหาทั้งเรื่องตำแหน่งบรรจุและระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2518 ที่กำหนดให้ทันตภิบาลทำฟันได้เฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ขณะเดียวกันในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากยังมีทันตภิบาลไม่ครบตามกรอบ และจังหวัดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการบรรจุทันตภิบาลลงในโรงพยาบาลชุมชนก่อน กระทั่ง พ.ศ. 2539 มีการออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับใหม่ให้ทันตภิบาลสามารถให้บริการทันตกรรมได้โดยไม่จำกัดอายุ แต่กำหนดขอบเขตบริการไว้เท่าที่จำเป็น¹⁶ ระเบียบนี้ได้รับความเห็นชอบจากทันตแพทยสภา (ตั้งขึ้นตามพรบ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537) และในปีเดียวกัน สำนักงาน ก.พ. ได้เห็นชอบให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เปลี่ยนตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 ตำแหน่ง ในกรอบอัตรากำลังของสถานีนอนามัย เป็นตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ชื่อตำแหน่งของทันตภิบาล) ได้¹⁷ พร้อมๆ กับทันตภิบาลเริ่มเต็มกรอบในโรงพยาบาลชุมชน จำนวนสถานีนอนามัยที่มี

ทันตภิบาลประจำ จึงเพิ่มในอัตราที่เร็วขึ้น

1.3.2 การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 - 8

ในระยะแผนฯ 7 และ 8 แผนงานทันตสาธารณสุขได้เปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายหลักจากนักเรียนประถมเป็นกลุ่มวัยก่อนเรียน เนื่องจากสภาพปัญหาโรคฟันผุในกลุ่มนี้มีแนวโน้มเลวลง ส่วนกลุ่มเป้าหมายรองลงมายังคงเป็นกลุ่มนักเรียนประถมและยังใช้มาตรการเฝ้าระวังทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้เริ่มนำมาตรการเคลือบร่องฟัน(sealant)ในนักเรียนประถมปีที่ 1 มาใช้เพื่อป้องกันฟันกรามถาวรซี่แรกผุ

2. พัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันของการสนับสนุนทรัพยากร

การสนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญ มี 2 ด้าน คือด้านกำลังคน และด้านครุภัณฑ์ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

2.1 การสนับสนุนด้านกำลังคน

บุคลากรหลักในระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งมีพัฒนาการที่สำคัญ ดังนี้

2.1.1 ทันตแพทย์

ทันตแพทย์ที่ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในระยะแรกๆ เป็นผู้ที่มีศรัทธาใญ่ราชการ แต่ระบบงานและแรงจูงใจที่สนับสนุนให้เข้ารับราชการในเวลานั้นมีน้อย จึงมีทันตแพทย์ในระดับอำเภอน้อยมาก กระทั่งเริ่มมีการบรรจุทันตแพทย์ใช้ทุนตั้งแต่ พ.ศ. 2532 ความครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนที่มีทันตแพทย์จึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลชุมชนที่มีทันตแพทย์ประจำอย่างน้อย 1 คน เพิ่มจากร้อยละ 16.5 ใน พ.ศ. 2531 เป็นร้อยละ 94.1 ใน พ.ศ. 2542 โดยมีโรงพยาบาลชุมชน 42 แห่งที่ไม่มีทันตแพทย์ปฏิบัติงาน และร้อยละ 53.3 ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ เป็นกลุ่มที่

อยู่ในระยะผูกพัน 3 ปี¹⁸

ในช่วง พ.ศ. 2535-2539 เป็นระยะที่เศรษฐกิจของประเทศมีการเติบโตอย่างมาก ค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในภาคเอกชนสูงมากมีผลให้เกิดภาวะ “สมองไหล” โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากขาดแคลนแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ใน พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขจึงแก้ปัญหาโดยจ่ายค่าตอบแทนพิเศษเดือนละ 10,000 บาท สำหรับแพทย์และทันตแพทย์ ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เพื่อจูงใจให้อยู่ในระบบราชการ และใน พ.ศ. 2541 ได้เพิ่มมาตรการจูงใจให้แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเขตพื้นที่ทุรกันดารมากขึ้น โดยให้แพทย์และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลนสูงสุด (ระดับ 2) ได้รับเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเดือนละ 20,000 บาท และในพื้นที่ทุรกันดารรองลงมา (ระดับ 1) เดือนละ 10,000 บาท¹⁹

2.1.2 ทันตภิบาล

ทันตภิบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นช้าๆ ตามปริมาณการผลิต กระทั่ง พ.ศ. 2524 เริ่มมีทันตภิบาลจบเพิ่มขึ้นจากวิทยาลัยการสาธารณสุขที่ขอนแก่น ปริมาณจึงเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน จากตารางที่ 1 ประมาณได้ว่าใน พ.ศ. 2529 ทุกโรงพยาบาลชุมชน มีทันตภิบาลอย่างน้อย 1 คน

ในช่วง พ.ศ. 2535-2539 ซึ่งเป็นครั้งแรกของโครงการ ทสอ. ที่มีนโยบายให้ทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานอนามัยขนาดใหญ่ จำนวนทันตภิบาลที่ไปประจำการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ด้วยปัญหาดังได้กล่าวไว้ในตอนต้น ประกอบกับการผลิตทันตภิบาลไม่สามารถเพิ่มขึ้นตามแผนที่วางไว้ กระทั่ง พ.ศ. 2539 ปัญหาต่างๆ เริ่มคลี่คลายลง จึงเริ่มมีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานประจำสถานอนามัยเพิ่มขึ้นตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเพิ่มปริมาณของทันตบุคลากรเปรียบเทียบกับสถานบริการ ระหว่างปี 2514 - 2542

Table 1 Number of Oral Health personal VS community hospitals and large health centers, during 1971-1999

หน่วยงาน	รายการ	ปีงบประมาณ							
		2514*	2519*	2524*	2529	2534	2539	2541	2542
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	จำนวน รพช..	233	254	313	521	640	699	708	714
	จำนวนทันตแพทย์	3	9	59	90**	340	638	797	1046
	จำนวนทันตภิบาล	30	75	89	525**	836**	1220	1491	1554***
	จำนวนผู้ช่วย ฯ	0	0	0	115	435	799	787	811***
	อัตราส่วน ทพ.:รพช.	0.01	0.05	0.18	0.17	0.53	0.91	1.13	1.37
	อัตราส่วน ทภ.:รพช.	0.13	0.30	0.28	1.01	1.3	1.75	2.11	2.18
	อัตราส่วน ผช.:รพช.	0	0	0	0.22	0.68	1.14	1.11	1.14
สถานอนามัยขนาดใหญ่	จำนวน สถานอนามัย	-	-	-	-	-	672	1600	1,655
	จำนวน สอ. ที่มี ทภ.	-	-	-	-	-	144	316	430

ที่มา กองสาธารณสุขภูมิภาค

* อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2485-2525

** คาดประมาณจากข้อมูลในรายงานประจำปีกองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ. 2529 และ 2534

*** กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย “รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2542”

ผลการสำรวจโดยกองสาธารณสุข ภูมิภาคใน พ.ศ. 2542 มีทันตภิบาลปฏิบัติงาน ประจำสถานอนามัยขนาดใหญ่แล้ว 430 คนคิด เป็นร้อยละ 26.0 ของสถานอนามัยขนาดใหญ่ 1,655 แห่ง ที่เปิดดำเนินการใน พ.ศ.2542

2.1.3 ผู้ช่วยทันตแพทย์

ผู้ช่วยทันตแพทย์เริ่มบรรจุลง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ใน พ.ศ. 2524²⁰ และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างช้าๆ จากตารางที่ 1 จะเห็น ว่าในช่วง พ.ศ. 2539-2541 จำนวนผู้ช่วย ทันตแพทย์ลดลง ซึ่งเป็นผลจากการหยุดผลิตใน พ.ศ. 2538 1 ปี ด้วยขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้พัฒนาหลักสูตรนักเรียนทุนที่มีเวลา เรียน 1 ปี เป็น 2 ปี ทั้งหมด สถาบันทันตกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานผลิตจึงต้องใช้เวลาปรับหลักสูตร และเริ่มผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร 2 ปี ใน พ.ศ. 2539 และ 2540 เพียง 2 รุ่น และนับจาก พ.ศ. 2541 กระทรวงสาธารณสุขได้ยุติการผลิตผู้ช่วย ทันตแพทย์เนื่องจากผลกระทบจากภาวะวิกฤติ เศรษฐกิจ และรัฐเข้มงวดนโยบายการจำกัดกำลัง คนภาครัฐ

จากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ส่งผลให้รัฐบาลเริ่มเร่งรัดมาตรการจำกัด กำลังคนภาครัฐมากขึ้น มติ ครม. เมื่อ 28 เมษายน 2541 ไม่ให้มีการเพิ่มจำนวนข้าราชการตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2541 และให้ยุบตำแหน่งเกษียณ อายุราชการ ร้อยละ 80 ส่วนที่เหลือร้อยละ 20 ให้คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและกำลังคน ภาครัฐ (คปร.) พิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการ ต่างๆ ตามความจำเป็น ซึ่งใน พ.ศ. 2542 และ 2543 กระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้รับจัดสรรอัตรา เพิ่มใหม่เลย ส่งผลให้มีอัตราไม่เพียงพอบรรจุ นักเรียนทุนเกือบ 8,000 คน ใน พ.ศ. 2543 มี ผลให้นักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2543 รวมถึงแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต้อง

บรรจุเข้าเป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขทั้งหมด ทั้งนี้สำหรับหลักเกณฑ์และ เงื่อนไขการปฏิบัติงานและสัญญาการปฏิบัติงานใน เบื้องต้น จะเป็นการจ้างปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง ซึ่งมีกำหนดเวลาแน่นอน และจะต่อสัญญาเมื่อผ่าน การประเมินผลการปฏิบัติงาน นอกจากนั้น คปร. ยังได้มีมติเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2543 ให้ผู้ที่ จะ เข้าศึกษาในหลักสูตรการผลิตต่างๆ ของกระทรวง สาธารณสุขรวมถึงทันตภิบาล ตั้งแต่ พ.ศ.2543 ไม่ต้องทำสัญญาขอใช้ทุนอีกต่อไป (แต่มีมติดังกล่าว เริ่มมีผลบังคับใช้กับผู้เข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆของ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ.2544 เป็นต้นไป) ส่งผลให้การสนับสนุนกำลังคนทั้งทันตแพทย์และ ทันตภิบาลในอนาคตมีความไม่แน่นอนอย่างมาก

2.2 การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรม

2.2.1 ช่วงก่อนแผนพัฒนาการ สาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ.2513 - 2519)

ในช่วงนี้ เป็นระยะที่หน่วยงาน ส่วนกลางมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง และ กระทรวงสาธารณสุขยังมีงบประมาณค่อนข้างน้อย ประกอบกับยังมีทันตบุคลากรจำนวนน้อยที่ไป ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ การสนับสนุนครุภัณฑ์ ทันตกรรม ส่วนใหญ่เป็นไปตามโครงการผลิต ทันตภิบาล โดยมีการสนับสนุนครุภัณฑ์ในแต่ละ ปีได้เพียงพอกับจำนวนทันตภิบาลที่จบการศึกษา

2.2.2 ช่วงแผนพัฒนาการ สาธารณสุข ฉบับที่ 4-6 (พ.ศ.2520 - 2534)

ในช่วงแผนฯ 4 - 5 การ สนับสนุนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ครุภัณฑ์หลักที่มี การสนับสนุนในช่วงนั้น ได้แก่ ยูนิตทำฟันสำหรับ ทันตแพทย์ และชุดเครื่องมือทันตกรรมสำหรับ ทันตภิบาล โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคจะตั้ง งบประมาณสนับสนุนครุภัณฑ์ตามไปหลังมีทันต บุคลากร ไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนแล้ว

ประมาณ 1 ปี

ในช่วงแผนฯ 6 นับแต่ พ.ศ. 2530 การสนับสนุนมีระบบที่ชัดเจนมากขึ้น โดยมีครุภัณฑ์ที่สนับสนุน 5 รายการ คือ ยูนิตทำฟัน เครื่องมือทันตกรรมเคลื่อนที่พร้อมเก้าอี้สนาม เครื่องเอกซเรย์ฟัน เครื่องขุดหินปูนด้วยไฟฟ้า เครื่องปั่นผสมสารอุดฟัน ระบบการสนับสนุนในช่วงเวลานี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เพื่อเตรียมการรองรับทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาที่จะเริ่มไปรับราชการตั้งแต่ พ.ศ. 2532 โดยเริ่มใช้วิธีสำรวจข้อมูลครุภัณฑ์ทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งระหว่าง พ.ศ. 2530-2534 ทุกปี เพื่อประกอบการจัดสรรครุภัณฑ์ทันตกรรมให้โรงพยาบาลชุมชนเดิม ขณะเดียวกันก็เริ่มระบบจัดสรรครุภัณฑ์ทันตกรรมทั้ง 5 รายการเป็น package สำหรับโรงพยาบาลสร้างใหม่ และมี package ครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณก่อสร้างเพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้น โดยจัดสรรให้ในปีถัดจากปีที่ได้รับงบประมาณก่อสร้าง

2.2.3 ช่วงแผนพัฒนาการ

สาธารณสุข ฉบับที่ 7 - 8 (พ.ศ.2535 - ปัจจุบัน)

แบ่งการสนับสนุนเป็น 2 ส่วน คือ การสนับสนุนสำหรับโรงพยาบาลชุมชน และการสนับสนุนสำหรับสถานีอนามัย ดังนี้

1) การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรม สำหรับโรงพยาบาลชุมชน(ดูตารางที่ 2 ประกอบ)

ในช่วงแผนฯ 7 และ 8 การสนับสนุนครุภัณฑ์ยังคงเป็นระบบที่ต่อเนื่องจากแผนฯ 6 คือสนับสนุนลักษณะ package ตามหลังโรงพยาบาลชุมชนที่สร้างใหม่และยกฐานะ แต่มีการปรับระบบสนับสนุนสำหรับโรงพยาบาลชุมชนเดิม โดยการตั้งวงเงินสำหรับครุภัณฑ์ทุกชนิดที่จะสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนเดิมจังหวัดละประมาณ 2-4 ล้านบาท แล้วให้แต่ละจังหวัดจัดลำดับความต้องการครุภัณฑ์เสนอมาตามระบบคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช. ปัจจุบันคือ คณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาค

ตารางที่ 2 แสดงผลการสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนระหว่างปีงบประมาณ 2530 - 2542
Table 2 Supporting of dental equipment in community hospitals during 1987-1999

รายการ	ระยะแผนฯ 6 (พ.ศ.2530-2534)			ระยะแผนฯ 7 (พ.ศ.2535-2539)			ระยะแผนฯ 8 (พ.ศ.2540-2542)		
	จำนวน ครุภัณฑ์	จำนวน รพช. พ.ศ.2534	% ครุภัณฑ์/ รพช.	จำนวน ครุภัณฑ์	จำนวน รพช. พ.ศ.2539	% ครุภัณฑ์/ รพช.	จำนวน ครุภัณฑ์	จำนวน รพช. พ.ศ.2541	% ครุภัณฑ์/ รพช.
ยูนิตทำฟัน	378	640	59.1	374	699	53.5	333*	708	47.0
เครื่องมือทันตกรรมเคลื่อนที่	186	640	29.1	372	699	53.2	128	708	18.1
เครื่องเอกซเรย์	185	640	28.9	344	699	49.2	71	708	10.0
เครื่องขุดหินปูน	185	640	28.9	458	699	65.5	158	708	22.3
เครื่องปั่นผสมสารอุดฟัน	207	640	32.3	136	699	19.5	123	708	17.4
เครื่องฉายแสงวัสดุอุดฟัน	0	640	0	253	699	36.2	94	708	13.3

ที่มา : รายละเอียดประกอบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2530 - 2542

หมายเหตุ * รวมการสนับสนุนยูนิตทำฟันตามโครงการเงินกู้เดนมาร์ก 100 ชุด ซึ่งติดตั้งใน พ.ศ. 2541

และท้องถิ่น หรือ กนภ.) แทนที่ระบบการสำรวจ และจัดสรรครุภัณฑ์ทันตกรรมเป็นรายปีที่เคยทำ ในแผนฯ 6¹

ในช่วงปลาย พ.ศ. 2540 ประเทศไทยเริ่มได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งรุนแรงและกินเวลายาวนานจนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้การสนับสนุนครุภัณฑ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2542 ลดลงอย่างมาก หนึ่งใน พ.ศ. 2541 ได้มีการสนับสนุนยูนิตทำฟันตาม โครงการเงินกู้เดนมาร์กให้กับโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 100 ชุด สภาพปัจจุบันของการมียูนิต ทำฟันใช้ในโรงพยาบาลชุมชนดูได้จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่ามีโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 6.4 ที่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับยูนิตทำฟันซึ่งเป็น ครุภัณฑ์สำคัญสำหรับการจัดบริการทันตกรรม (ตารางที่ 3)

2) การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับสถานอนามัย

ในช่วงแผนฯ 7 เมื่อเริ่มโครงการ ทสอ. ได้มีการจัดสรร package ของครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับสถานอนามัยขนาดใหญ่ โดย

จัดสรรให้ในปีถัดจากปีที่ได้รับงบประมาณก่อสร้าง สถานีอนามัยขนาดใหญ่ และเริ่มจัดสรรตั้งแต่ พ.ศ. 2536-2538 และหยุดสนับสนุนตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เนื่องจากมีการสนับสนุนครุภัณฑ์เกินกว่าจำนวน ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานอย่างมาก อันเป็นผลจากการผลิตทันตภิบาลไม่ได้เพิ่มขึ้นตามแผนที่ กำหนดไว้ตามโครงการ ทสอ.¹⁵

พ.ศ. 2540 เริ่มมีบางจังหวัดที่มี ทันตภิบาลไปบรรจุเกินจากกรอบอัตรากำลังใน โรงพยาบาลชุมชน และเริ่มกระจายลงในสถานี อนามัยเพิ่มขึ้น โดยจำนวนครุภัณฑ์ทันตกรรมที่ จัดสรรระหว่าง พ.ศ. 2536-2538 จะไม่ เพียงพอต่อจำนวนทันตภิบาลที่จะไปปฏิบัติงาน กองสาธารณสุขภูมิภาคจึงได้ทำคำขอสนับสนุน ครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับสถานอนามัยเพิ่มขึ้น ใน งบฯ พ.ศ. 2541 และ 2542 แต่ไม่ได้รับการ สนับสนุน กระทั่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 จึง ได้รับงบฯสนับสนุนจำนวน 300 ชุด โดยได้ปรับปรุง คุณสมบัติครุภัณฑ์จากที่เคยสนับสนุนใน พ.ศ. 2536-2538 ใหม่ ให้มีสภาพเหมาะสมกับการใช้ งานและมีราคาลดลงจากเดิม

ตารางที่ 3 : แสดงการมียูนิตทำฟันใช้งานในโรงพยาบาลชุมชน ใน พ.ศ. 2541
(มีโรงพยาบาลชุมชนตอบแบบสำรวจ 629 แห่ง จากที่เปิดดำเนินการ 708 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 89)

Table 3 Availability of Dental Unit Community hospitals in 1998

การมียูนิตทำฟัน	จำนวน รพช.	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนยูนิตที่ใช้งานได้/พอใช้
ไม่มี	3	0.5	0
มี 1 ชุดที่ชำรุด	40	6.4	(40 ชุด ใช้งานได้บางส่วน)
มี 1 ชุดที่ใช้งานได้	243	38.6	243
มี 2 ชุดที่ใช้งานได้	252	40.1	404
มี 3 ชุดที่ใช้งานได้	84	13.4	252
มี 4 ชุดที่ใช้งานได้	5	0.8	20
รวม	629	100.0	919

ที่มา : กลุ่มงานวิชาการ กองสาธารณสุขภูมิภาค (สำรวจ พ.ศ. 2541)

¹ จากการสัมภาษณ์ทันตแพทย์ที่ดำเนินการเรื่องนี้ในช่วงเวลานั้น

จากผลการสำรวจโดยกองสาธารณสุข
ภูมิภาคใน พ.ศ.2541 พบว่าในสถานอนามัย
ขนาดใหญ่ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำที่ตอบ
แบบสำรวจ 289 แห่ง มีสถานอนามัยร้อยละ 4.8
ไม่มียูนิตทันตกรรมใช้ และร้อยละ 9 มียูนิต
ทันตกรรมที่อยู่ในสภาพชำรุดหรือรอจำหน่าย มี
สถานอนามัยร้อยละ 76.8 ที่มียูนิตทันตกรรมที่ใช้
งานได้ดี

3. สถานการณ์และแนวโน้มการกระจายสถาน บริการทันตกรรมภาคเอกชนนอกเขตอำเภอเมือง

ผลการรวบรวมข้อมูลคลินิกทันตกรรม
เอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับกองการประกอบ
โรคศิลปะ และตั้งอยู่นอกเขตอำเภอที่ตั้งของ
โรงพยาบาล ศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ใน พ.ศ.
2536 มีจำนวน 218 แห่ง ใน 119 อำเภอ หรือ
ประมาณร้อยละ 17 ของอำเภอเขตชนบท ขณะที่
ผลการสำรวจโดยกองสาธารณสุขภูมิภาคใน พ.ศ.
2541 มีคลินิกทันตกรรมที่ตั้งอยู่ในพื้นที่แบบ
เดียวกันรวม 338 แห่ง ใน 153 อำเภอ หรือ
ประมาณร้อยละ 22 ของอำเภอเขตชนบท (ตารางที่

4) แต่เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวมีที่มาต่างกันจึงไม่
อาจเปรียบเทียบกันได้โดยตรง แต่ก็แสดงให้เห็น
แนวโน้มว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนคลินิก
ทันตกรรมเพิ่มขึ้นในพื้นที่นอกเขตอำเภอเมืองใน
ทุกภาค แต่จำนวนอำเภอที่มีคลินิกเอกชนมีการ
เพิ่มขึ้นน้อยกว่ามาก โดยอำเภอที่มีคลินิกส่วน
ใหญ่ตั้งอยู่ในเขตภาคกลาง

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. ด้านการกำหนดนโยบายและแผนงาน

องค์กรที่มีบทบาทผลักดันนโยบายที่มีผล
โดยตรงต่อระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ
ในระยะแรกๆ (พ.ศ.2510-2530) (การผลิต
ทันตภิบาลและโครงการทันตแพทย์ใช้ทุน) เป็น
องค์กรในลักษณะคณะกรรมการ ซึ่งโดยโครงสร้าง
ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการ การนำ
นโยบายไปสู่การปฏิบัติจึงขึ้นกับการให้ความ
สำคัญของผู้บริหารและการประสานงานของหน่วย
งานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาในระยะ
หลัง(การขยายบริการทันตฯ ไปสู่ระดับตำบลตาม

ตารางที่ 4 แสดงการกระจายของคลินิกทันตกรรม และโรงพยาบาลชุมชนใน พ.ศ.2536 และ 2541
Table 2 Distribution of private dental clinic and community hospitals in 1993 and 1998

เขต	อำเภอใน พ.ศ.2536						อำเภอใน พ.ศ.2541					
	ไม่มี รพศ./ รพท.	มี รพช.		มีคลินิก**			ไม่มี รพศ./ รพท.	มี รพช.		มีคลินิก***		
		อำเภอ	%	อำเภอ	%	แห่ง		อำเภอ	%	อำเภอ	%	แห่ง
ภาคกลาง	162	150	92.6	57	35.2	139	179	166	92.7	70	43.2	207
ภาคต่อ./น.	263	237	90.1	28	11.6	31	304	256	84.2	33	12.5	43
ภาคเหนือ	156	150	96.2	20	13.8	29	173	157	90.8	29	18.6	48
ภาคใต้	124	109	87.9	14	11.3	17	132	121	91.7	21	16.9	40
รวมทั้งประเทศ	705	646	91.6	119	16.9	218	788	700	88.8	153	21.7	338

ที่มา * กองสาธารณสุขภูมิภาค

** ทำเนียบสถานพยาบาลเอกชน 2536 กองการประกอบโรคศิลปะ

*** สำรวจโดยกองสาธารณสุขภูมิภาค 2541 (ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นผู้ให้ข้อมูล)

หมายเหตุ % คัดร้อยละของอำเภอเทียบกับอำเภอที่ไม่มี รพศ./รพท.

โครงการ ทสอ. พ.ศ.2535-2544) องค์การที่มีบทบาทกำหนดนโยบาย เป็นหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ด้านบริหารจัดการโดยตรง จึงสามารถผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาไม่พบว่ามี การถ่ายทอดนโยบายในลักษณะการชี้แจงหรือเน้นความสำคัญของนโยบายต่างๆ ดังกล่าว โดยตรงต่อผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัด คงมีเพียงผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้นที่เป็นผู้รับนโยบายไปจากส่วนกลาง ผลของการดำเนินงานจึงขึ้นกับศักยภาพของทีมงานทันตฯ ในระดับจังหวัดเป็นด้านหลัก ซึ่งหากมีปัญหาในทีมงาน ก็จะเป็นจุดอ่อนในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ นอกจากนี้แนวโน้มการกระจายอำนาจที่มีความชัดเจนมากขึ้น ทำให้ความจำเป็นที่จะต้องมีการสนับสนุนจากระดับจังหวัดมีมากขึ้น ทีมงานทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัดจึงควรได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพสูงขึ้น

อนึ่ง เนื่องจากหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทันตสุขภาพ กระจายอยู่ในหลายกรมกองและมีแนวนโยบายที่ต่างกัน การประสานโดยกองทันตสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทด้านวิชาการ เพื่อจัดทำแผนงานทันตสาธารณสุขระดับชาติทุกแผนฯ ที่ผ่านมาจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก ขาดการกำหนดทิศทางร่วม และขาดพลังการหนุนเสริมกันและกันในการสนับสนุนการจัดบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ จึงควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการกำหนดนโยบายและแผนงานสาธารณสุข อันได้แก่ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขเข้ามาเป็นแกนในการประสาน เพื่อรวมศูนย์ให้มีการจัดทำแผนแม่บทในการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพในระยะต่อไปให้มีทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับแนวนโยบาย

การกระจายอำนาจและการปฏิรูปภาคราชการ

2. ด้านการสนับสนุนทรัพยากร

2.1 ด้านกำลังคน

โครงการกระจายทันตแพทย์โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ มีผลชัดเจนในการกระจายทันตแพทย์ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน แต่การหยุดผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ แม้จะมีผลดีในแง่การลดกำลังคนภาครัฐ แต่เนื่องจากไม่มีมาตรการแก้ปัญหาที่ตามมา จึงเป็นที่แน่นอนว่าประสิทธิภาพการให้บริการทันตสุขภาพระดับอำเภอจะลดลง จึงควรพิจารณาแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน โดยหามาตรการสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถจ้างลูกจ้างมาช่วยงานแทนผู้ช่วยทันตแพทย์ในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงาน และส่วนกลางอาจสนับสนุนการจัดอบรมลูกจ้างดังกล่าวเพื่อให้ช่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เช่นเดียวกับการผลิตทันตภิบาลตามระบบนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุข ที่ช่วยให้มีการขยายบริการทันตสุขภาพลงสู่ระดับตำบล แต่การที่ คปร. มีมติให้ยุตระบบนักเรียนทุนตั้งแต่ พ.ศ.2543 ตามมาตรการจำกัดกำลังคนภาครัฐ ซึ่งส่งผลต่อระบบการผลิตและใช้ทันตภิบาลในอนาคต และส่งผลกระทบรุนแรงต่อระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอด้วย จึงมีความจำเป็นต้องเร่งศึกษาหาทางออก ในทิศทางที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งกำลังมีความชัดเจนมากขึ้นในขณะนี้

อนึ่ง แม้จำนวนทันตภิบาล จะเพิ่มขึ้นโดยตลอด แต่จากผลการสำรวจทันตบุคลากรทั่วประเทศใน พ.ศ. 2542 โดยกองทันตสาธารณสุขพบว่าทันตภิบาลหายไปจากระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอระหว่างปี 2540-2542

ประมาณ 80 คน ซึ่งส่วนใหญ่ได้เปลี่ยนสายงานไปเป็นนักวิชาการสาธารณสุขในช่วงเวลาดังกล่าว อันเป็นผลจากการขาดโอกาสก้าวหน้าในสายงานเดิม แม้ว่าจะศึกษาต่อเนื่องถึงระดับปริญญาตรี มีผลให้ต้องสูญเสียทันตภิบาลที่มีประสบการณ์และความสามารถออกไปจากระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภออยู่เสมอ และผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบถูกบั่นทอนขวัญกำลังใจจากปัญหานี้ตลอดมา แนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาเรื่องนี้ อาจใช้แนวทางเดียวกับการเปลี่ยนสายงานของพยาบาลเทคนิค (หลักสูตร 2 ปี) เป็นพยาบาลวิชาชีพ เมื่อได้ศึกษาจบหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่องแล้ว)

2.2 ด้านครุภัณฑ์

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เฉพาะการสนับสนุนยูนิตทำฟัน (สามารถใช้เป็นตัววัดที่สำคัญถึงความเพียงพอในการสนับสนุนครุภัณฑ์เนื่องจากมีราคาสูงและมีความจำเป็นมากในการจัดบริการทันตกรรม) ในช่วงแผนฯ 6, 7 และ 8 (ถึง พ.ศ. 2542) มีการสนับสนุนยูนิตทำฟันเพียงครั้งหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดดำเนินการในแต่ละช่วง 5 ปี ของแผนฯ (ตารางที่ 2) ประกอบกับผลการสำรวจใน พ.ศ. 2541 โดยกองสาธารณสุขภูมิภาค พบว่ายูนิตทำฟันส่วนใหญ่มีอายุใช้งานเพียง 5-7 ปี ดังนั้นการสนับสนุนที่เหมาะสมจึงควรมีการทดแทนตัวเดิมทุก 7 ปี ซึ่งเท่ากับว่ามีการเสื่อมสภาพปีละ 14.3% การสนับสนุนต่อ 5 ปี ในแต่ละแผนฯ จึงควรทดแทนเป็น 71.5 % ของยูนิตที่มีทั้งหมด

สำหรับสถานื่อนามัยขนาดใหญ่ ผลการสนับสนุนด้านกำลังคนและครุภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องกันในช่วง พ.ศ. 2536-2538 ทำให้เกิดความสูญเสียของการลงทุนมาก ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้เสมอจากระบบการบริหารแบบรวมศูนย์ ในอนาคตอันใกล้ เมื่อการกระจายอำนาจมีความ

ชัดเจนมากขึ้น การสนับสนุนและการใช้ทรัพยากรควรเป็นกลไกการพิจารณาและตัดสินใจในระดับพื้นที่ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การส่งเสริมป้องกัน บทบาทที่ต้องการการพัฒนา

ตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีการเพิ่มกำลังคนและทรัพยากรอื่นๆในระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง และผลให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนเพิ่มขึ้น โดยตลอดจาก 1.49 ล้านราย ในปีงบประมาณ 2535 เป็น 2.97 ล้านรายในปีงบประมาณ 2541²¹ แต่ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก กลับมีแนวโน้มเลวลง กล่าวคือความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 6 ปี และ 12 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.6 และ 45.8 ใน พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 85.1 และ 53.9 ใน พ.ศ. 2537 ตามลำดับ²² แสดงให้เห็นว่าแม้ประชาชนจะได้รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นแต่สภาวะสุขภาพช่องปากมิได้มีพัฒนาการที่ดีขึ้นด้วย จึงควรมีการทบทวนเพื่อปรับและพัฒนาบทบาทด้านส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพแก่ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ในการลดปัญหาสุขภาพช่องปากได้มากขึ้นในอนาคต

4. การสนับสนุนให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ

แม้จะมีแนวโน้มการกระจายคลินิกทันตกรรมมากขึ้นในพื้นที่นอกเขตเมือง ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา แต่ก็ยังคงหนาแน่นเฉพาะในเมืองใหญ่ๆ โดยเฉพาะในภาคกลางและเขตปริมณฑล นอกจากนี้ผลการสำรวจที่อ้างถึงในการศึกษาค้างนี้มิได้แบ่งแยกคลินิกที่ทำการโดยทันตแพทย์ที่รับราชการอยู่แล้วกับคลินิกที่ทำการเต็มเวลา ซึ่งในส่วนหลังนี้เองที่เป็นทรัพยากรที่อาจดึงเข้ามามีส่วนร่วม ในระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ

ในอนาคตได้ จึงควรมีการศึกษาข้อมูลส่วนนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น พร้อมทั้งศึกษาถึงกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรค เพื่อเตรียมหาวิธีบริหารจัดการที่เป็นไปได้ต่อไป

บทสรุป

ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอมีพัฒนาการที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นับจากมีทันตบุคลากรไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน กระทั่งขยายบริการ ให้มีทันตภิบาลไปประจำในสถานอนามัยขนาดใหญ่ โดยมีเครือข่ายของสถานอนามัยอื่นๆ ดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ และมีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและสนับสนุนด้านบริการและวิชาการ ในส่วนการกำหนดแผนงานในเชิงกลวิธีดำเนินงานด้านส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ กองทันตสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักประสานการจัดทำแผนฯ มาโดยตลอดนับจากระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 เป็นต้นมา และมีการนำกลวิธีดังกล่าวไปดำเนินการในทุกพื้นที่ ทั้งนี้ทีมงานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีส่วนสำคัญอย่างมากในการนำนโยบายที่กำหนดจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติ

การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรมที่ผ่านมา ยังมีความไม่เพียงพอของยูนิตทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน และมีปัญหาการสนับสนุนครุภัณฑ์ในสถานอนามัยขนาดใหญ่ที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ และปัจจุบันครุภัณฑ์ดังกล่าวเริ่มชำรุดและหมดสภาพใช้งาน ซึ่งต้องการการสนับสนุนทดแทน พร้อมๆ ไปกับการสนับสนุนชุดครุภัณฑ์ใหม่สำหรับสถานีอนามัยขนาดใหญ่ที่มีทันตภิบาลลงไปปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การสนับสนุนด้านกำลังคนก็เป็นปัญหาที่ต้องเร่งหาคำตอบโดยเร็ว เพราะ

ความไม่ชัดเจนของอนาคตการผลิตทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบบริการทันตสุขภาพทันตสุขภาพระดับอำเภอโดยตรง

แม้ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และมีการดำเนินมาตรการด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่องนับจากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - 2524) เป็นต้นมา แต่สภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเด็กมีแนวโน้มเลวลง เหล่านี้เป็นสิ่งชี้บ่งถึงความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนเพื่อพัฒนาศักยภาพและบทบาทด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ของทีมงานทันตบุคลากรระดับอำเภอโดยเร่งด่วน พร้อมๆ กับการทบทวนการบริหารจัดการของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อกำหนดทิศทางการปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาวะที่ส่วนราชการต่างๆ ต้องลดขนาดลงและมีการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรท้องถิ่น และประชาชน รวมถึงการดึงภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบมากขึ้น เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดของประเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและกองสาธารณสุขภูมิภาค คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณในการให้การสนับสนุนของหน่วยงานทั้งสอง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขภูมิภาคทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล และขอขอบคุณ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ทพ.ญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการจัดทำบทความฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อิศระ ยุกตะนันท์. ปัญหาทางทันตสาธารณสุขของประเทศไทย. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 15 ปีการศึกษา 2515-2516 เอกสารวิจัยส่วนบุคคล, เอกสารโรเนียว.
2. ทวีศักดิ์ สุทกาทิน. การพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข 46 ปีแห่งการแสวงหาคำตอบ. วารสารทันตสาธารณสุข 2529; ปีที่ 8 ฉบับที่ 2: 18 - 23.
3. กระทรวงสาธารณสุข. อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2485 - พ.ศ.2525. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์, 2525.
4. พระบำราศนราดูร. ทันตอนามัยบริการ. ใน : วัฒนะ มธุราสัย สารานุกรม. ท.บ.อนุสรณ์รุ่นที่ 21 ปีการศึกษา 2507-2508. พระนคร : หจก.ไทยสงเคราะห์ไทย, 2508. ไม่มีเลขหน้า
5. Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense. The Kingdom of Thailand Nutrition Survey October-December 1960. February 1962.
6. สมนึก ชาญด้วยกิจ. ทันตภิบาลในประเทศไทย, วารสารทันตสาธารณสุข 2524; ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 : 31- 35.
7. กองทันตสาธารณสุข. แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 - 2534) . ไม่ปรากฏปีและสถานที่พิมพ์
8. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งทางราชการ เทศบาล สุขาภิบาล หรือสภาเทศบาลไทย มอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2518 .
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ฝ่ายบริหารงานทั่วไป. ไม่ปรากฏปีและสถานที่พิมพ์.
10. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลอำเภอ . กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2522.
11. จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ. 10 ปี ทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาของกระทรวงสาธารณสุข. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2541; ปีที่ 3 ฉบับที่ 1: 54 - 62.
12. กองทันตสาธารณสุข. โครงการทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2521.
13. สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข งานพัฒนาบริการทันตกรรม พบส. 2539 . ไม่ปรากฏปีและสถานที่พิมพ์.
14. กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ0201/01/2439 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2532 เรื่องวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ.
15. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. อนาคตสถานอนามัยไทย พ.ศ.2539. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.
16. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม

กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2539.

17. สำนักงาน ก.พ. หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 0707.9/1048 ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2539 เรื่องการกำหนดตำแหน่ง
18. กลุ่มงานวิชาการ กองสาธารณสุขภูมิภาค. สรุปผลสำรวจความจําแนกปฏิบัติงานของทันตแพทย์ประจำปี 2543. เอกสารประกอบการปฏิบัติงาน.
19. สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล, ณิชากร ศิริกนกวิไล. เบี่ยงเลียงเหมาจ่ายกับการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ: แก้อหรือสร้างปัญหา. วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ 2542; ปีที่1 ฉบับที่ 1: 3-12.
20. กรมการแพทย์. 50 ปี กรมการแพทย์ : สถาบันทันตกรรม. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
21. กลุ่มงานแผนงาน กองสาธารณสุขภูมิภาค. รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน.
22. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2537.

Development and Trend of oral health service system in District level

Sirikiat Leangkobkit *

Sunee Pholdeeyiam **

Phengkhae Lapying **

Prae Jittinun ***

Pintusorn Hempisut *****

D.D.S., M.Sc. (Public Dental Health)

D.D.S., M.P.H.

D.D.S., M.P.H., B.Econ, Ph.D.

D.D.S., M.Sc.

M.Sc., M.A.

Abstract

The purpose of this study was to review the development and situation of the 'District oral health system' (DOHS) in term of policy, plan and supporting system as well as their effects to the system. Literature review of related documents and key informants interview gave the following over view. DOHS was initiated by the ministry of public health's policy of founding a dental nurse school in 1970 and the graduated dental nurse were under compulsion to work in the district hospital, designed to provide basic oral health care for the children in the district level. The system was strengthen by the dissemination of new graduated dentists to rural area, mainly in the community hospitals at the district level, according to the dentist compulsory project since 1989. Later the decade of health center development project (1991-2001) had extended the DOHS to health center at sub-district level. So the coverage of oral health provision in rural area in Thailand was nearly 90% by means of provision in community hospitals and health centers.

The deficiency of oral health personnels and equipments were still problems in DOHS, though the centralized supporting system had increased the number of both resources annually. This situation was worsen by government zero growth manpower policy, starting by closure of MOPH dental assistance school in 1998, then the cessation of MOPH compulsory system for all health personel students in 2000, leading to uncertainty of human resource support. At the same time, supporting of dental equipments had not met the need for it due to budget decrease resulted from economic crisis since 1997.

As a whole, the DOHS had developped quite well in the past 3 decades. Though the number of people received oral health care increased annually, however the oral health status showed trend of deteriorate, especially in children. So it's time to revise the roles of oral health personnels to make them more effective in prevention, promotion and empowerment of people participation. The future trend of DOHS shaping should stress on decentralization and transfer more roles of provision to private sectors.

Keywords

District oral health system, Dental personnel, Dental nurse, Dentist.

* Rural Health Division

** Dental Health Division, Department of Health

*** Bangyai Hospital District Health center

***** Bureau of Health Policy and Planning

สถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพ ในระดับอำเภอของประเทศไทย ปี 2540-2541

สมนึก ชาญด้วยกิจ *

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ *

สุณี ผลดีเยี่ยม *

ปราณี เหลืองวรา *

ท.บ., ส.ม.

ท.บ., M.P.H

ท.บ., ส.ม.

กศบ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระดับมหภาคของการบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ในการครอบคลุมประชากร ศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการ ประเภทบริการ และความเชื่อมโยงของการบริการในระดับอำเภอและตำบล การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ ทันตแพทย์ และทันตภิบาลจำนวน 17 คน จากพื้นที่ 4 จังหวัด พร้อมทั้งวิเคราะห์การให้บริการจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า 1) โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานพยาบาลหลักที่ให้บริการทันตสุขภาพแก่ประชาชนในชนบท โดยมีสถานพยาบาลอื่นเสริมได้แก่คลินิกเอกชน โรงพยาบาลในสังกัดหน่วยราชการอื่น และสถานอนามัยที่มีทันตภิบาล ร้อยละ 32.9, 8.7 และ 28.0 ของอำเภอตามลำดับ 2) โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 88.5 มีทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล จึงมีศักยภาพให้บริการได้ทั้งงานด้านการส่งเสริมป้องกัน การรักษาทั่วไป และการรักษาที่ยุ่ยากได้ระดับหนึ่ง 3) โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการด้านการรักษาทางทันตกรรมได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ พบส. แต่ปริมาณงานและประเภทบริการมีความแตกต่างกันมากในระหว่างโรงพยาบาล นอกจากนี้พบว่าทันตแพทย์และทันตภิบาลยังให้บริการด้านการรักษาทั่วไปส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอว่า 1) การจัดบริการทันตสาธารณสุขในอำเภอที่มีใช้อำเภอเมือง โรงพยาบาลชุมชนจะยังคงเป็นสถานพยาบาลหลัก โดยมีสถานอนามัยที่มีทันตภิบาลเป็นเครือข่าย 2) ระบบดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพได้จำเป็นต้องพัฒนาทันตบุคลากรให้เกิดทักษะทั้งด้านระบาดวิทยา การจัดทำแผนงานเพื่อแก้ปัญหาของอำเภอ การประเมินผล นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชน ควรมีศักยภาพด้านการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน เพื่อรับการส่งต่อจากระดับตำบล และสามารถเป็นพี่เลี้ยงด้านทันตสาธารณสุขให้แก่ระดับตำบลได้ 3) ควรพัฒนาตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพบริการและผลผลิตของบุคลากร เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่า 4) นโยบายจำกัดบุคลากรภาครัฐ การยกเลิกระบบทันตแพทย์คู่สัญญา รวมทั้งลดจำนวนการผลิตทันตภิบาลลง อาจส่งผลต่อปัญหาเรื่องการกระจายทันตบุคลากรในชนบทได้ หากไม่มีการจัดการใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

บทนำ

ธรรมชาติของโรคในช่องปาก หากเกิดขึ้นแล้วประชาชนไม่สามารถรักษาตัวเองได้ ต้องพึ่งพาบริการด้านทันตการจากทันตบุคลากรไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง ปัญหาโรคในช่องปากของประชาชนไทยจากการสำรวจทันตสุขภาพ 4 ครั้ง จาก ปี 2520-2537^(1,2,3) แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยยังคงมีความชุกสูง และปัญหาส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการบำบัด โดยเฉพาะประชาชนในเขตชนบท แม้ว่าประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อการจัดบริการแก่ประชาชนในชนบทมาตลอด นับจากแผนพัฒนาฉบับที่ 4⁽⁴⁾ เป็นต้นมา โดยได้พยายามปรับเปลี่ยนรูปแบบ และเพิ่มการกระจายทันตบุคลากรลงสู่ชนบทอย่างทั่วถึง กระนั้นก็ตาม การได้รับบริการของประชาชนก็ยังอยู่ในระดับต่ำ และปัญหาที่สะสมมานานทำให้การบริการยังไม่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากตามที่ตั้งเป้าหมายไว้⁽⁵⁾

ปัจจุบัน ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต่างยอมรับความจำเป็นในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น รัฐธรรมนูญมาตรา 52 ก็ได้แสดงเจตนารมณ์ไว้อย่างชัดเจนว่า การได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานเป็นสิทธิของประชาชนที่ควรได้รับเสมอกัน ปัจจุบันโรงพยาบาล ชุมชนเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหลักที่ช่วยกระจายบริการทันตสาธารณสุขไปสู่ประชาชนเป็นสถานพยาบาลที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีทันตบุคลากรเป็นผู้ให้บริการ ทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลมีศักยภาพตามข้อกำหนดแห่งวิชาชีพ การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อสังเคราะห์แนวทางสู่การพัฒนาบริการในอนาคตจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับการจัดบริการโดยองค์กรหลักที่มีอยู่ดังกล่าว

การศึกษาเรื่องสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอ ปี 2540-2541 เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการศึกษาวิจัย เรื่องการ

พัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอในอนาคต มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระดับมหภาคของการบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ในแง่การครอบคลุมประชากร ศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการ ประเภทบริการ และความเชื่อมโยงของการบริการในระดับอำเภอและตำบล การเข้าใจสถานการณ์จริงจะนำไปสู่การวางแผนทางเรื่อง การปฏิรูประบบบริการทันตสุขภาพได้ชัดเจนและเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ นอกจากข้อมูลเรื่องการกระจายของสถานพยาบาลทุกประเภทในระดับอำเภอแล้ว จำกัดขอบเขตเฉพาะการจัดบริการโดยกระทรวงสาธารณสุขในระดับอำเภอเท่านั้น ส่วนองค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ จะศึกษา รวมถึงบทบาทของหน่วยงานระดับจังหวัด เพราะเป็นหน่วยงานสำคัญที่จะกำหนดรูปแบบการจัดบริการและการสนับสนุนทรัพยากรจากภาครัฐไปสู่ระดับอำเภอ

ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีดำเนินการ

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ทำการศึกษานำร่อง 1 จังหวัด เพื่อให้ได้แนวคิดในการสร้างแบบสอบถามสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ และแนวคำถามสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วนคือ

1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงหัวหน้างานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อสอบถามเรื่องการจัดบริการ และการสนับสนุนการจัดบริการทันตสาธารณสุขในระดับอำเภอ

2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ในพื้นที่ 4 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ ผู้ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วย

2.1. ทันตแพทย์หัวหน้างานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.2. ทันตแพทย์หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และทันตภิบาล

3) บันทึกข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2540 เพื่อให้ทราบภูมิสำเนา บริการที่ได้รับ ผู้ให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยการหาความถี่ แสดงค่าเป็นจำนวน ร้อยละ พิสัยและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถามจากฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน 658 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.5 ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 17 คน ประกอบด้วย ทันตแพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 คน ทันตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน 5 คน ทันตภิบาลจากโรงพยาบาลชุมชน 8 คน

1. สถานพยาบาลในระดับอำเภอ

สถานพยาบาลที่ให้บริการทันตสาธารณสุข ในอำเภอที่มีใช้อำเภอเมือง ประกอบด้วย

โรงพยาบาลชุมชน มีอยู่ในทุกอำเภอ เป็นโครงสร้างระดับฝ่าย มีกรอบอัตรากำลังประกอบด้วย ทันตแพทย์ 2 คน ทันตภิบาล 2 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ 2 คน กรอบอัตรากำลังนี้เท่ากันหมด ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-120 เตียง สถานพยาบาลภาคเอกชน มีร้อยละ 32.9 ของอำเภอทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอำเภอละ 1 แห่ง มักอยู่ในอำเภอขนาดใหญ่ในภาคกลาง สถานพยาบาลของหน่วยราชการอื่น มีร้อยละ 8.7 และสถานอนามัยที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแบบอยู่ประจำ พบว่ามี 318 แห่ง กระจายอยู่ในอำเภอต่างๆ ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่มีอำเภอละ 1 แห่ง (ตารางที่ 1)

2. ทัศนบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

ข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่าโรงพยาบาลร้อยละ 99.6 มีทันตภิบาลอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 87.1 มีทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล ส่วนใหญ่มีทันตแพทย์ 1 คน ทันตภิบาล 2 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คน เป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ (Operating personnel) มีมากกว่าบุคลากรผู้ช่วยในโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ โดยเป็นสัดส่วนตั้งแต่ 2.6 ถึง 3.2 คนต่อผู้ช่วยหนึ่งคน (ตารางที่ 2)

3. การครอบคลุมบริการ

ในปีงบประมาณ 2540 โรงพยาบาลชุมชนให้บริการด้านการรักษาแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุเฉลี่ย 5,453 คนต่อแห่งต่อปี ครอบคลุมร้อยละ 8.9

ตารางที่ 1 แสดงการกระจายของสถานพยาบาลในอำเภอชนบท ที่ให้บริการด้านทันตสาธารณสุข ปี 2541
Table 1 Distribution of dental service institutes in district area, a postal survey in August 1998.

สถานพยาบาล	ร้อยละของอำเภอ
โรงพยาบาลชุมชน	100
เอกชน (โรงพยาบาล คลินิก)	32.9
หน่วยราชการอื่น	8.7
สถานอนามัยที่มีทันตภิบาล	26.7

ตารางที่ 2 จำนวนทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จากการสำรวจทางไปรษณีย์ สิงหาคม 2541
Table 2 Number of dental personnel in community hospital survey in August 1998.

จำนวนทันตบุคลากร	จำนวน รพ. ทั้งหมด		โรงพยาบาลที่มีทันตบุคลากร			
	จำนวน	ร้อยละ	10 เตียง	30 เตียง	60 เตียง	90-150 เตียง
ทันตแพทย์ ไม่มี	82	12.5	39	39	3	1
1 คน	441	67.0	65	303	65	8
2 คน	125	20.0	5	36	46	38
3 คน	10	1.5	1	4	1	4
รพ.ที่มีทพ. (แห่ง)	576	87.5	71	343	112	50
ทพ. ทั้งหมด (คน)*	721		78	387	160	96
ทันตภิบาล ไม่มี	3	0.4	1	1	1	0
1 คน	71	10.8	32	34	5	0
2 คน	485	73.7	67	295	86	37
3 คน	84	12.8	8	46	20	10
4 คน	15	2.3	2	6	3	4
รพ.ที่มีทภ. (แห่ง)	655	99.5	109	381	114	51
ทภ. ทั้งหมด (คน)*	1,353		218	786	249	120
ผู้ช่วยฯ ไม่มี	80	12.2	28	44	8	0
1 คน	436	66.3	74	282	63	17
2 คน	135	20.4	8	56	43	28
3 คน	8	1.2	1	1	3	3
รพ.ที่มีผู้ช่วย (แห่ง)	579	88.0	83	339	109	48
ผู้ช่วยทั้งหมด (คน)*	730		93	397	158	82
สัดส่วน ทพ+ทภ : ผช	2.8 : 1		3.2 : 1	3 : 1	2.6 : 1	2.6 : 1

หมายเหตุ ข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน 658 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.5 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด

* จำนวนทันตบุคลากรทั้งหมด = จำนวนโรงพยาบาล x จำนวนบุคลากรต่อโรงพยาบาล

ของประชากรระดับอำเภอ^A ปริมาณงานของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันตั้งแต่ประมาณ 1,000 คน จนถึง 13,000 คนต่อปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.9 สามารถให้บริการระหว่าง 2,000-8,000 คนต่อปี (ตารางที่ 3) เป็นบริการในเด็ก 0-5 ปี ร้อยละ 6.2 กลุ่ม 6-14 ปี ร้อยละ 40.9 และกลุ่มอายุมากกว่า 14 ปี ร้อยละ 52.9

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยทันตกรรมของ

โรงพยาบาล 4 แห่งที่ศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผู้มารับบริการ เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอนั้น และร้อยละ 9.4 - 32.3 มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล(ตารางที่4)

4. ประเภทบริการ

4.1 บริการทันตกรรมในสถานพยาบาล

จากการสำรวจด้วยแบบสอบถามพบ

ว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่สามารถให้บริการ

^A ฐานข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ทำเนียบท้องที่พุทธศักราช 2541 ประชากรระดับอำเภอเฉลี่ย 61,368 คน

(6)

ตารางที่ 3 ปริมาณงานบริการทันตกรรมระดับต่างๆ ในโรงพยาบาลชุมชน การสำรวจทางไปรษณีย์ : สิงหาคม 2541

Table 3 Amount of dental services provided in community hospitals, a postal survey in August 1998.

ผู้ป่วยเฉลี่ย คน/ปี	จำนวนทันตบุคลากร (ทพ. + ทก.)							ร้อยละของ รพช.
	1	2	3	4	5	6	รวม	
< 2,000	10	24	24	5	1		64	10.0
2,000-4,000	8	48	99	24	3	2	184	28.8
4,000-6,000		17	101	39	6		163	25.5
6,000-8,000		6	60	41	9	3	119	18.6
8,000-10,000		5	22	29	5	2	63	9.9
10,000-12,000		1	11	11	1		24	3.8
>12,000			8	5	6	2	21	3.3
รวม	18	101	325	154	31	9	638	100

หมายเหตุ ข้อมูลจากแบบสอบถาม 638 โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.6 ของโรงพยาบาลทั้งหมด
ค่าเฉลี่ย (Mean) = 5,453 คนต่อปี

ตารางที่ 4 บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษาเชิงลึก 4 แห่ง สิงหาคม 2541

Table 4 Oral health services in 4 selected hospitals, August 1998.

ประเภท	รพช.แม่ทะ	รพช.ครบุรี	รพช.รัตนภูมิ	รพช.บางบ่อ
จำนวนผู้ป่วย (คน)	2,854	11,416	8,876	7,065
เพศ ชาย (%)	40.7	37.0	31.9	40.5
หญิง (%)	59.3	63.0	64.9	59.5
ภูมิลาเนา (%)				
ตำบลที่ตั้งรพช	19.3	19.3	32.3	9.4
ตำบลอื่นในอำเภอ	76.2	78.0	56.1	45.4
อำเภออื่น	4.5	2.7	11.6	45.6

หมายเหตุ โรงพยาบาลรัตนภูมิ และ โรงพยาบาลบางบ่อ เป็นข้อมูลผู้ป่วย 10 เดือน

ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของ
สถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.)
บริการที่มากที่สุดคือการถอนฟัน รองลงมาได้แก่
การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย และการรักษาอื่นๆ
งานรักษาในระดับที่ย่างยากซับซ้อน^๖ พบร้อยละ

14.2 ส่วนใหญ่เป็นงานด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก
อย่างไรก็ตาม บางกิจกรรมยังไม่มีให้บริการใน
โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ เช่นโรงพยาบาลชุมชน
ร้อยละ 45.3 และ 62.3 ไม่มีบริการทำฟันปลอม
บางส่วนและฟันปลอมทั้งปากตามลำดับ ร้อยละ

^๖ งานรักษาที่ย่างยากซับซ้อน ในที่นี้ให้ความหมายว่าเป็นงานยากที่จำเป็นต้องให้ทันตแพทย์เป็นผู้ให้การรักษา ได้แก่งานบริการที่
นอกเหนือจากการตรวจวินิจฉัย จ่ายยา อุดฟันปกติ ถอนฟันปกติ ขูดหินน้ำลาย และงานส่งเสริมป้องกัน ใดๆก็ตาม การอุดฟัน
และถอนฟันปกติยังมีทั้งในระดับยากและง่าย ซึ่งไม่สามารถแยกได้จากการศึกษานี้

21.0 ไม่มีบริการการรักษารากฟัน เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยทันตกรรมที่มารับบริการในระหว่างปีงบประมาณ 2540 จากโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง (ตารางที่ 5) ช่วยให้เห็นรายละเอียดบริการระดับยากที่สามารถให้บริการได้ในระดับอำเภอ ส่วนใหญ่เป็นงานด้านศัลยกรรมหัตถการช่องปาก นอกจากนี้มีงานด้านทันตกรรมหัตถการและวิทยาเอนโดดอนต์ การรักษาโรคปริทันต์ระดับ

ยาก และการทำฟันปลอม คิดรวมเป็นสัดส่วนร้อยละ 15.2 ของบริการทุกประเภท

4.2 บริการด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ

จากแบบสอบถามพบว่างานทันตกรรมป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน มีกลุ่มเป้าหมายหลักอยู่ 4 กลุ่ม มีปริมาณงานตามตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ปริมาณงานบริการทันตกรรม (ราย) จำแนกตามประเภทงานและทันตบุคลากร ข้อมูลจากการศึกษาเชิงลึกในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง

Table 5 Types and amount of dental services provided in 1 year, data recorded from 4 selected hospitals.

ประเภทบริการ	ทันตแพทย์ (7 คน)		ทันตภิบาล (9 คน)		รวม	
	จำนวน	% ของงาน	จำนวน	% ของงาน	จำนวน	% ของงาน
ตรวจ, ตรวจ+เอกซเรย์	580	3.9	682	4.7	1,262	4.3
ให้ยา	241	1.6	498	3.4	739	2.5
ทันตกรรมป้องกัน	1034	6.9	271	1.9	1305	4.4
อุดหินน้ำลาย	2666	17.9	1883	13.0	4549	15.5
อุดฟัน	3187	21.4	3642	25.2	6829	23.3
ถอนฟันปกติ	3764	25.3	6429	44.5	10193	34.8
* หัตถการระดับยาก ^C	88	0.6	1	0	89	0.3
* ปริทันต์ระดับยาก ^D	63	0.4	7	0	70	0.3
* ศัลยกรรมยาก ^E	1,043	7.0	306	2.1	1,349	4.7
* การบริการฉุกเฉิน	802	5.4	511	3.5	1313	4.5
* รักษาโพรงประสาทฟัน ^F	1,173	7.9	152	1.0	1,325	4.6
* ฟันปลอม ^G	212	1.4	34	0.2	246	0.8
อื่นๆ	35	0.2	25	0.1	60	0.2
รวม	14,888	100	14,441	100	29,329	100

หมายเหตุ ปริมาณงานต่อทันตแพทย์ 1 คน = 2,127 ราย ต่อปี ปริมาณงานต่อทันตภิบาล 1 คน = 1,605 รายต่อปี

* รวมงานยาก 15.2 %

^C ทันตกรรมหัตถการระดับยาก ได้แก่ Pin/post and filling, inlay , stainless steel crown

^D ปริทันต์ระดับยาก ได้แก่ Subgingival curratage, root planing, Gingivoplasty

^E ศัลยกรรมยาก ได้แก่ ถอนฟันยาก , ผ่าฟันชน ฟันคุด, Frenulectomy, I&D, debride & suture, alveoloplasty, fracture (closed reduction), root resection, other complex surgery

^F รักษาโพรงประสาทฟัน หมายถึง Pulpotomy, pulpectomy, RCT รากเดียวหรือหลายราก

^G ฟันปลอม หมายถึง Temporary plate, Partial denture, Full denture, Crown and bridge, Pin tooth, Repair, Impression

ตารางที่ 6 ปริมาณงานด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน จากการสำรวจทางไปรษณีย์ : สิงหาคม 2541

Table 6 Oral health promotion and prevention provided by community hospitals, a postal survey in August 1998.

กิจกรรม	ปริมาณงาน	หมายเหตุ
1) ร้อยละของรพช.ที่มีกิจกรรมการตรวจช่องปาก และให้ทันตสุขภาพแก่หญิงมีครรภ์	90.1	
2) ร้อยละของรพช.ที่มีกิจกรรมการตรวจช่องปาก มอบแปรงสีฟัน และให้ทันตสุขภาพแก่เด็กอายุ 1 ปีครึ่ง ที่มารับวัคซีน	85.7	
3) การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล (แห่ง/รพ.)	9	
4) การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา - โรงเรียนประถมศึกษาในความรับผิดชอบ (แห่ง / รพ.)	22	บริการหน่วยเคลื่อนที่และนิเทศ ปีละ 1 ครั้งต่อ รร.
- โรงเรียนในตำบลที่ตั้งของรพ. (แห่ง / รพ.)	4	ดูแลต่อเนื่อง ปีละ 4-5 ครั้ง ต่อ รร.

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง พบว่ากิจกรรมในเด็กวัยก่อนเรียนและเด็กประถมศึกษา เน้นการตรวจช่องปากนักเรียนซ้ำจากที่ครูได้ตรวจไว้แล้ว และจัดบริการด้านการรักษาเพื่อรองรับการตรวจตามระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ โดยเป็นบริการด้านการถอนฟันเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด ส่วนกิจกรรมด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจริง ๆ เช่นการแปรงฟัน การใช้ฟลูออไรด์ เป็นกิจกรรมที่ถ่ายโอนให้ครูเป็นผู้ดำเนินการ และบริการทันตกรรมป้องกันในคลินิก เช่นการจัดคลินิกทันตกรรมป้องกัน การทำเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 4.4 ของงานทั้งหมด (ตารางที่ 5)

4.3 ปริมาณงานของทันตบุคลากร

เมื่อวิเคราะห์ปริมาณงานด้านการรักษาแปรตามจำนวนทันตบุคลากร จากข้อมูลผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลชุมชน 638 แห่ง พบว่าปริมาณผู้ป่วยเพิ่มจาก 1,883 คนเมื่อมีทันตบุคลากร 1 คน จนถึง 9,062 คนเมื่อมีทันต

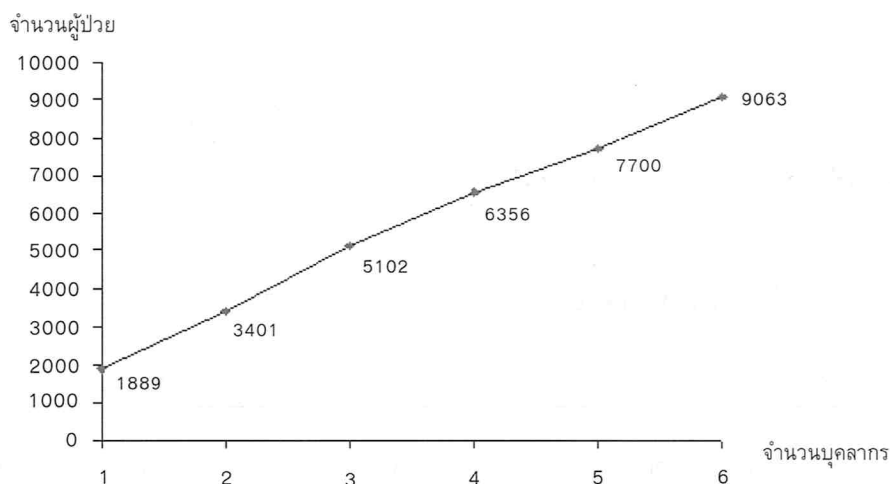
บุคลากร 6 คน (ภาพที่ 1) เมื่อวิเคราะห์แยกตามประเภททันตบุคลากร จากฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง พบว่าทันตแพทย์ 1 คนให้บริการเฉลี่ย 2,127 รายต่อปี ทันตภิบาล 1 คนให้บริการเฉลี่ย 1,605 รายต่อปี บริการด้านการตรวจและการรักษาทั่วไป ทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการร้อยละ 46.1 ทันตภิบาลให้บริการร้อยละ 53.9 งานในระดับยาก ทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการร้อยละ 76.7 (ตารางที่ 5) เป็นที่น่าสังเกตว่าทันตแพทย์และทันตภิบาล ให้บริการการรักษาทั่วไปส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน และทันตภิบาลให้บริการระดับยากบางอย่างด้วย จากการสังเกตและสัมภาษณ์ทันตบุคลากร พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีผู้ป่วยทันตกรรมค่อนข้างมาก ต้องให้บริการผู้ป่วยตามปัญหาเฉพาะหน้า จึงมีเวลาทำงานเชิงคุณภาพน้อย

5. ปัจจัยเอื้อต่อการจัดบริการทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน

5.1 ทันตบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 88.5 มีทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล จึง

ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยทันตกรรมต่อปีของ โรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามจำนวนทันตแพทย์ และทันตภิบาล การสำรวจทางไปรษณีย์ : สิงหาคม 2541

Figure 1 Number of Dental patients in community hospitals VS number of dental personnel, a postal survey in August 1998.



หมายเหตุ ข้อมูลจากแบบสอบถาม 638 โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.6 ของโรงพยาบาลทั้งหมด

เอื้อต่อการให้บริการครบทุกด้าน ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 3.8 ได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทาง ทันตภิบาลร้อยละ 33.0 ศึกษาต่อเนื่องในระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุข สุขศึกษา หรือการศึกษา การอบรมหลักสูตรระยะสั้นในรอบปี 2540 ทันตแพทย์ร้อยละ 61.4 ได้รับการอบรมหรือประชุมฟื้นฟูวิชาการทั่วไป ร้อยละ 10.2 ได้รับการอบรมด้านบริหาร ทันตภิบาล ร้อยละ 50.8 ได้รับการอบรมฟื้นฟูวิชาการ และผู้ช่วยทันตแพทย์ ร้อยละ 43.9 ได้รับการอบรมเรื่อง การบำรุงรักษาเครื่องมือ และครุภัณฑ์ทันตกรรม ข้อสังเกตเกี่ยวกับหลักสูตรการอบรมระยะสั้น ส่วนใหญ่เป็นการประชุมฟื้นฟูวิชาการทั่วไปมากกว่าการอบรมหลักสูตรเฉพาะเรื่อง

5.2 การแบ่งบทบาทหน้าที่พบว่า ทันตแพทย์และทันตภิบาลมีการแบ่งบทบาทหน้าที่กัน

ชัดเจนพอควร ทันตแพทย์มีบทบาทหลักด้านการบริหารและการรักษา โรงพยาบาลที่มีทันตแพทย์ 2 คน จะรับผิดชอบหลักด้านบริหาร 1 คน ด้านบริการ 1 คน โดยเฉพาะการรักษาในระดับยาก ส่วนทันตภิบาลมีบทบาทหลักในเรื่องงานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ เช่น การตรวจและให้ทันตสุขศึกษาแก่หญิงมีครรภ์ การตรวจช่องปากเด็กที่มารับวัคซีนและให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดา งานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน เด็กประถมศึกษา และมัธยมศึกษา งานระเบียบงาน การออกหน่วยเคลื่อนที่ ส่วนงานด้านการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก ทันตแพทย์และทันตภิบาลร่วมกันรับผิดชอบ

6. ความเชื่อมโยงของบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนและ สถานีอนามัย

โรงพยาบาลชุมชนให้การสนับสนุน

สถานีนอนามัยในด้านต่างๆได้แก่การพัฒนาบุคลากรในสถานีนอนามัยให้มีขีดความสามารถด้านทันตสาธารณสุขและการให้บริการบางอย่าง เช่นการขูดหินน้ำลาย การตรวจและจ่ายยา สนับสนุนการจัดบริการ เช่นจัดทันตภิบาลไปให้บริการในสถานีนอนามัยที่มีชุดยูนิตทันตกรรมแต่ไม่มีทันตภิบาลอยู่ประจำ สำหรับอำเภอที่มีทันตภิบาลในสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชนจะทำหน้าที่สนับสนุนด้านวัสดุเวชภัณฑ์ และการนิเทศงาน

7. การจ่ายค่าบริการของประชาชน

โดยภาพรวมแล้วผู้รับบริการทันตกรรมยังต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรจ่ายด้วยระบบอื่นๆ และผู้มีสิทธิ์ต่างๆเช่นเด็กและผู้สูงอายุ ยังต้องจ่ายค่าบริการเองเป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 7)

8. ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่ายังมีทักษะด้านการรักษาไม่เพียงพอ และยังขาดด้านระบาดวิทยา การวางแผน และคอมพิวเตอร์ จากการสังเกตการทำงานและสัมภาษณ์ทันตบุคลากร ทันตแพทย์หัวหน้าฝ่ายบางคน รู้สึกว่าตนเองขาดความ

สามารถด้านการบริหารงานและบริหารบุคลากร ทำให้ไม่สามารถจัดการให้เกิดงานตามแผนได้ โรงพยาบาลบางแห่งมีผู้ป่วยทันตกรรมค่อนข้างมากต้องให้บริการผู้ป่วยตามปัญหาเฉพาะหน้า จึงมีเวลาทำงานเชิงคุณภาพน้อย การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมักไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากผู้ป่วยต้องไปรอคิวนานและต้องเดินทางไปหลายครั้ง

อภิปรายผลและเสนอแนะ

จากการจัดการด้านโครงสร้างของสถานบริการเพื่อให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่แผนพัฒนาฯฉบับที่ 4⁽⁴⁾ มาตรการด้านทันตแพทย์คู่สัญญาและการบริหารจัดการต่าง ๆ^(7,8) รวมทั้งการมีทันตภิบาลปฏิบัติงานในระดับตำบลตามนโยบายทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย^(9,10) ช่วยให้การกระจายของทันตบุคลากรดีขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ และนโยบายจำกัดคนของภาครัฐทำให้ต้องลดจำนวนการผลิตทันตภิบาล และอาจส่งผลให้ต้องมีการยกเลิกหรือลดจำนวนบุคลากร

ตารางที่ 7 แสดงการจ่ายค่าบริการทางทันตกรรมของประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนข้อมูลจากการศึกษาเชิงลึกในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง

Table 7 Payment mechanism of dental patients in community hospitals, a specific survey in 4 selected hospitals.

ระบบการจ่ายเงิน	ร้อยละ แยกตามกลุ่มอายุ			
	0-12 ปี	13-59 ปี	60 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
จ่ายเอง	25.9	55.7	33.7	45.8
ฟรีเด็ก 0-12 ปี	25.5	-	-	7.0
ฟรีสำหรับผู้สูงอายุ	-	-	33.6	2.3
บัตรสปร.	12.4	17.4	4.6	15.1
ข้าราชการ	6.0	3.8	4.1	4.2
บัตรสุขภาพ	25.6	14.4	5.9	16.9
บัตรประกันสังคม	-	1.3	0.1	0.9
อื่นๆ (บัตรอสม. ทหารผ่านศึก ฯลฯ)	4.6	7.5	20.0	7.4

ในลักษณะคู่สัญญาลง ดังนั้นหากไม่มีมาตรการทดแทนที่มีประสิทธิภาพ อาจก่อให้เกิดปัญหาการกระจายต้นทุนบุคลากรเช่นเดียวกับในอดีตได้

โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่สามารถให้บริการด้านการรักษาได้ครบถ้วน ตามหัวข้อในเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.)⁽¹¹⁾ แต่การครอบคลุมบริการยังค่อนข้างต่ำ ทันตแพทย์และทันตภิบาลยังคงทำงานด้านการรักษาทั่วไป คล้ายคลึงกัน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพพบว่าโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งมีปริมาณผู้ป่วยต่อวันจำนวนมาก จึงต้องให้บริการเฉพาะหน้ามากกว่าการให้บริการตามแผนการรักษาที่ควรจะเป็น ซึ่งเป็นปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆที่พบอยู่ในปัจจุบัน⁽¹²⁾

จากข้อค้นพบและสถานการณ์ดังกล่าว จึงน่าจะมีการเตรียมการดังนี้

1. เร่งสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับมาตรการที่เหมาะสม เพื่อให้มีการกระจายต้นทุนบุคลากรอย่างเพียงพอในระดับ โรงพยาบาลชุมชน

2. สร้างความเข้มแข็งกับการจัดบริการทันตสาธารณสุขในระดับตำบล โดยอาจมีทันตภิบาลใน สถานีอนามัยบางแห่ง และจัดระบบเครือข่ายโดยคำนึงถึงความเหมาะสมของพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ (Catchment area / population)

3. พัฒนาทักษะทันตบุคลากรที่ยังขาดได้แก่ด้านระบาดวิทยา การจัดทำโครงการและการประเมินผล รวมทั้งศักยภาพด้านการรักษาที่ยากขึ้นเพื่อรองรับการส่งต่อจากระดับตำบล

4. พัฒนามาตรฐานงานทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการและบุคลากร เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ คุ่มค่า และตรวจสอบได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ไม่สามารถ

แยกแยะความยากง่ายของงานบริการบางประเภทได้ เนื่องจากใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการบันทึกของโรงพยาบาลชุมชน เช่นการอุดฟันหรือถอนฟัน ซึ่งมีระดับความยากง่ายที่แตกต่างกันอยู่แล้วตามธรรมชาติ จึงไม่สามารถแสดงความแตกต่างของบริการโดยทันตแพทย์และทันตภิบาลได้ชัดเจน นอกจากนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ ไม่มีระบบการบันทึกผลงานเชิงคุณภาพ จึงเห็นภาพเพียงการครอบคลุมประชากรและความถี่ของบริการบางประเภทเท่านั้น นอกจากนี้การศึกษานี้ เป็นการศึกษานี้ สถานการณ์ปัจจุบัน มิได้เป็นคำตอบสำหรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตทั้งหมด อย่างไรก็ตามความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นจริง จะช่วยให้การสังเคราะห์ทางเลือก มีความเหมาะสมและเป็นไปได้มากยิ่งขึ้นในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.นพ.วิชัย โปษยจินดา และนพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย ขอขอบคุณทันตแพทย์และทันตภิบาลทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และท้ายที่สุดขอขอบคุณผู้ร่วมเก็บข้อมูลทุกท่าน ที่ทำให้การศึกษารั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์. ผลการสำรวจทัศนสุขภาพของประเทศไทย. ว.ทันต. ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 พค.-มีย. 2530, หน้า 109-118
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประเทศไทย 2532. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2534
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พค. 2537 ประเทศไทย. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2537.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดโครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พค. 2520-2524. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด พค. 2521
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. เป้าหมายทางทัศนสุขภาพของประเทศไทย
6. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ทำเนียบท้องที่พุทธศักราช 2541. โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น กรมการปกครอง กทม. 2541
7. จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ. 10 ปีทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาของกระทรวงสาธารณสุข. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มค.-มีย. 2541, หน้า 54-63
8. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, อุษา มีเสถียร, ปิยะดา ประเสริฐสม. สถานการณ์การได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศ. ใน ทันตแพทยสภา. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง สิทธิเสมอมากของประชาชนในการรับบริการสุขภาพช่องปาก. ห้องประชุมกระทรวงสาธารณสุข ถนนบุรี 2541, หน้า 48-64
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการประชุมเรื่อง การพัฒนาสถานีอนามัยในแผนฯ 7. โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ 9-10 เมษายน 2533.
10. กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในสถานีอนามัยขนาดใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2542
11. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข งานพัฒนาบริการทันตกรรม. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พค. 2539
12. อำพล จินดาวัฒนะ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สมชัย ศิริกนกวิไล. และคณะ ข้อเสนอเรื่องทิศทางการกลวิธีในการพัฒนา สถานีอนามัยในแผน 7 (2535-2539) เอกสารเสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนา สถานีอนามัยในแผน 7, โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ 9-10 เมษายน 2533

Macro situation of dental care delivery services at district level of Thailand during 1997-1998

*Somnuk Chanduaykit **

D.D.S., M.P.H.

*Chantana Ungchusak **

D.D.S., M.P.H.

*Sunee Pholdeeyiam **

D.D.S., M.P.H.

*Pranee Loungvara **

B.Ed.

Abstract

The objectives of this study was to analyse the present situation of dental health care delivery services at district level of Thailand which include oral care coverage, types of oral care delivered, service utilization, and the service-linkages between district hospital and sub-district health center. Quantitative data were collected through mailing questionnaire to all district hospitals during August 1998. Qualitative data including in-depth interview of 17 dentists and dental nurses from 4 selected provinces were collected, and analyzed 1-year workload of dental personnel. The returned rate of questionnaire was 93.5 %. The result showed that 1) District hospitals were the main providing institute in rural area. There were private clinic, dental clinic under other ministries and sub-district health center covered at 32.9 %, 8.7% and 28.0 % respectively. 2) 88.5% of district hospitals had both dentists and dental nurses. 3) Dental services provided in district hospitals were met service standard. However, the quantity or service load was quite different among hospitals after adjusted by number of dental personnel. The qualitative data from 4 specific study hospitals showed that both dentists and dental nurses provided almost the same types of basic dental care. It was recommended that 1) district hospitals and the connection to sub-district health centers are the core structure for delivering oral health care services to rural people. 2) To support this model of service delivery, dentists and dental nurses at the district hospitals should be trained to acquire epidemiological and managerial skill for a better community dental health problem solving. Dental health personnel at this level should also receive further training to handle complicated conditions referred from the sub-district level. 3) A set of performance indicators should be developed for regular evaluation and improvement of dental care services at this level. 4) The policy of public sector reform, which may lead to terminate 3-year compulsory dentist program and decrease dental nurse production, may effect the distribution of dental personnel in rural area.

* Dental Health Division, Department of Health

สถานการณ์การจัดบริการทันตสาธารณสุข โดยทันตภิบาลในสถานอนามัย พ.ศ. 2540-2541

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ *
ดาวเรือง แก้วขันดี *
บุญเอื้อ ยงวานิชกร *
ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ **

ท.บ., M.P.H.
ท.บ., ส.ม., นศ.บ., อท.
ท.บ., ส.ม., อท.
ท.บ., วท.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบสถานการณ์การกระจายของทันตภิบาลในสถานอนามัย การบริหารจัดการของจังหวัด ศักยภาพในการให้บริการ การใช้บริการของประชาชน และความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องตลอดจนความคิดเห็นของประชาชนต่อการจัดบริการ เพื่อเป็นข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพในระดับตำบลและอำเภอในอนาคต การศึกษาเป็นเชิงพรรณนา เก็บข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงทันตภิบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานอนามัย จำนวน 318 คน ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ ทันตแพทย์ทันตภิบาล สาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าสถานอนามัย ในพื้นที่ 4 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ/ตำบล รวมทั้งสิ้น 29 คน ผลการศึกษาพบว่า ในปี 2541 มีทันตภิบาลกระจายอยู่ร้อยละ 18.9 ของสถานอนามัยใหญ่ การปฏิบัติงานของทันตภิบาลเป็นบทบาทผสมผสานทั้งงานทันตสาธารณสุขและงานสาธารณสุขอื่นๆ แต่ใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อการทำงานทันตสาธารณสุข ทันตภิบาลมีบทบาทด้านการรักษาชัดเจน ข้อมูลผลงานย้อนหลัง 1 ปีแสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใหญ่ และเป็นกิจกรรมการถอนฟันเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายการให้บริการในสถานอนามัย การดำเนินการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่สถานอนามัยแม้อยังไม่ชัดเจน แต่สามารถทำได้ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลชุมชน ปริมาณงานของสถานอนามัย ยังขึ้นกับความหนาแน่นของประชากร ประสิทธิภาพการทำงานของทันตภิบาล และประสิทธิภาพของเครื่องมือ การกำกับจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและนโยบายของหัวหน้าสถานอนามัย มีผลต่อการปรับทิศทาง การให้บริการค่อนข้างมาก การจัดบริการทันตสาธารณสุขโดยมีทันตภิบาลประจำที่สถานอนามัย เป็นรูปแบบที่พึงพอใจของผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล รวมทั้งผู้รับบริการด้วย เป็นรูปแบบหนึ่ง

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

** กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ที่ช่วยให้ประชาชนมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และน่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมของ
การจัดบริการทันตสาธารณสุขในสถานบริการระดับต้น ตามแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
อย่างไรก็ตามควรมีมาตรการทั้งด้านการพัฒนาบุคลากรและการบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนให้
ทันตภิบาลทำบทบาทหลักด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ทันตสุขภาพระดับอำเภอ, กำลังคนด้านทันตสุขภาพ, สถานการณ์กำลังคน

บทนำ

การจัดบริการทันตสาธารณสุขของประเทศไทย มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่เป็นผู้กระจายบริการไปสู่ประชาชน โดยเฉพาะบริการในระดับอำเภอและตำบล จุดเริ่มต้นของการจัดบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอที่ชัดเจนเป็นครั้งแรก เริ่มจากการมีทันตภิบาลบรรจุเข้าทำงานในสถานอนามัยชั้น 1 ในปี 2513⁽¹⁾ การจัดบริการได้ขยายมากขึ้นเมื่อเริ่มมีทันตแพทย์เข้ารับราชการในโรงพยาบาลอำเภอในปี 2520

พัฒนาการของการขยายบริการทันตสาธารณสุขไปสู่ระดับตำบล เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบริการในพื้นที่ชนบทนั้น มีความพยายามริเริ่มมาตั้งแต่ปี 2523 โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้ทำโครงการวิจัยในพื้นที่ 1 จังหวัด เพื่อหารูปแบบการพัฒนาบริการทันตสาธารณสุขในระดับตำบลและหมู่บ้าน⁽²⁾ มีการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้บริการพื้นฐานทางทันตกรรม เช่น การถอนฟันโยกคลอน การขูดหินน้ำลาย การอุดฟันด้วยวัสดุอุดชั่วคราว การทำงานด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ ต่อมาในปี 2529 ได้อบรมเพิ่มศักยภาพให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถขูดหินน้ำลายด้วยเครื่องไฟฟ้า การประเมินผลในปี 2537⁽³⁾ พบว่า แม้จะใช้เครื่องขูดหินน้ำลายไฟฟ้า เจ้าหน้าที่ยังไม่สามารถทำงานได้ตามเป้าหมายเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เห็นว่างานทันตสาธารณสุขเป็นงานที่ละเอียดอ่อนค่อนข้างยาก และต้องใช้เวลามาก แม้จะเห็นด้วยว่าประชาชนมีปัญหาเรื่องนี้มาก แต่ยังไม่พร้อมที่จะทำงานนี้เพราะมีภาระหน้าที่มากอยู่แล้ว

ในช่วงปี 2535-2544 ภายใต้โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย^(4,5) ได้มีเป้าหมายพัฒนาสถานอนามัยเดิมบางแห่งซึ่งมีประชากรในความรับผิดชอบมาก เป็นเขตทุรกันดารหรือเสี่ยงภัย หรือเป็นศูนย์กลางของตำบลข้างเคียง

ให้เป็นสถานอนามัยขนาดใหญ่ มีขีดความสามารถในการจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานที่สูงขึ้น เพื่อทำหน้าที่เป็นสถานพยาบาลด่านแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้การรักษาพยาบาลเป็นจุดนำในการเรียกศรัทธาจากประชาชนให้มากขึ้นกว่าเดิม พร้อมทั้งเสนอให้เพิ่มทันตภิบาลด้วยแห่งละ 1 คน เพื่อทำงานแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในระดับตำบลซึ่งยังเป็นปัญหามาก และเป็นงานที่ต้องการเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน จึงได้เริ่มบรรจุทันตภิบาลให้ประจำอยู่ในสถานอนามัยตั้งแต่ปี 2537

การศึกษาวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลการทำงานของทันตภิบาลในสถานอนามัย มีการดำเนินการในพื้นที่บางแห่งแต่ยังขาดการศึกษาในระดับประเทศ การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การกระจายของทันตภิบาลในสถานอนามัย การบริหารจัดการของจังหวัด ศักยภาพในการให้บริการ การใช้บริการของประชาชน และความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนความคิดเห็นของประชาชนต่อการจัดบริการ เพื่อเป็นข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพในระดับตำบลและอำเภอต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีดำเนินการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงทันตภิบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานอนามัยจำนวน 318 คน ได้รับการตอบกลับ 292 คน คิดเป็นร้อยละ 91.8 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาจำนวน ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล สาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าสถานอนามัยในพื้นที่ 4 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ/ตำบล รวมทั้งสิ้น 29 คน และสัมภาษณ์ประชาชนที่เคย

ไปใช้บริการที่สถานอนามัย จำนวน 87 คน พื้นที่
ที่ศึกษาได้แก่สถานอนามัยนาควาง ตำบลดอนไฟ
อ.แม่ทะ จ.ลำปาง สถานีอนามัยตำบลโคกกระชาย
อ.ครบุรี จ.นครราชสีมา สถานีอนามัยตำบลคลอง
ด่าน อ.บางบ่อ จ.สมุทรปราการ และสถานอนามัย
ตำบลพะตง อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ในระดับตำบล มีรอบทันตบุคลากรเป็น
ทันตภิบาลประจำอยู่ในสถานอนามัยขนาดใหญ่ 1
คน การสำรวจในเดือนเมษายน 2541 มีสถานี
อนามัยที่มีทันตภิบาล 318 แห่ง คิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับทันตภิบาลผู้ปฏิบัติงานในสถานอนามัยขนาดใหญ่ จากการสอบถามทาง
ไปรษณีย์ สิงหาคม 2541

Table 1 General information of dental nurses who worked in sub-district health center, a postal survey in
August 1998.

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n=292)		
ชาย	20	6.9
หญิง	261	89.7
อายุ (n=282)		
20 และต่ำกว่า	37	13.1
21 - 25	193	68.4
26 - 30	40	14.2
31 - 35	15	5.3
36 - 40	3	1.1
41 และมากกว่า	3	1.1
ไม่ตอบ	10	
เริ่มปฏิบัติงานที่สถานอนามัย (n=283)		
ก่อนปี 2540	104	36.7
ปี 2540	81	28.6
ปี 2541	98	34.6
ไม่ตอบ	9	
สถาบันที่จบการศึกษา (n=262)		
วสส.ชลบุรี	121	46.0
วสส.ขอนแก่น	96	36.5
วสส.พิษณุโลก	11	4.2
วสส.ยะลา	30	11.4
สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์	4	1.5
ไม่ตอบ	30	

หมายเหตุ คิดร้อยละจากจำนวนทันตภิบาลที่ตอบในแต่ละข้อ

18.9 ของสถานื่อนามัยขนาดใหญ่ทั้งหมด กระจายอยู่ร้อยละ 31.8 ของอำเภอทั่วประเทศ ส่วนใหญ่มีอำเภอละ 1 ตำบล โดยอยู่ในภาคกลางร้อยละ 31.5 ภาคเหนือร้อยละ 26.0 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 22.6 และภาคใต้ร้อยละ 19.9

ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในสถานื่อนามัยร้อยละ 89.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 มีอายุระหว่าง 21-25 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในช่วงปี

2539-2541 และมาปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยเป็นแห่งแรก จึงมีประสบการณ์การทำงานมาเพียง 1-2 ปี หรือน้อยกว่านั้น (ตารางที่ 1)

สถานื่อนามัยที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ ส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่ 3-4 คน ร้อยละ 62.7 มีการจ้างลูกจ้างช่วยงานในสถานื่อนามัยอย่างน้อย 1 คน และร้อยละ 17.2 มีการจัดลูกจ้างมาช่วยงานในห้องทันตกรรมด้วย

ตารางที่ 2 การปฏิบัติงานของทันตภิบาลในสถานื่อนามัย จากการสอบถามทางไปรษณีย์ สิงหาคม 2541
Table 2 Job and time allocation of dental nurses who worked in sub-district health center, a postal survey in August 1998.

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. การแบ่งเวลาสำหรับงานทันตสาธารณสุข (n=283)		
มากกว่าร้อยละ 80 ของเวลาการทำงานทั้งหมด	89	31.4
ประมาณร้อยละ 60-80 ของเวลาการทำงานทั้งหมด	135	47.7
ประมาณร้อยละ 50 ของเวลาการทำงานทั้งหมด	39	13.8
น้อยกว่าร้อยละ 50 ของเวลาการทำงานทั้งหมด	20	7.1
ไม่ตอบ	9	
2. มีความรับผิดชอบอื่นใน สอ.นอกเหนือจากงานทันตสาธารณสุข		
ไม่มี	82	28.1
มี ได้แก่ (คิดร้อยละจาก n=210)	210	72.2
อยู่เวรประจำ สอ.	107	51.0
มีหมู่บ้านรับผิดชอบ ทำงานสาธารณสุขผสมผสาน	90	42.8
งานด้านธุรการ เอกสาร การเงิน	93	44.3
รักษาผู้ป่วยอื่นนอกจากผู้ป่วยทันตกรรม	40	37.4
ให้สุขศึกษา	37	17.6
3. รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขนอกเขตตำบลที่รับผิดชอบ		
ไม่มี	93	31.6
มี ได้แก่ (ตอบได้ >1 คิดร้อยละจาก n= 199)	199	68.4
งานทันตฯในร.ประถม	117	58.8
หน่วยเคลื่อนที่	66	33.2
งานฝึกอบรม เช่น อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำนักเรียน	22	11.1
ตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์	2	1.0
ให้ทันตสุขศึกษาในคลินิกเด็กดี	4	2.0
ให้บริการทันตกรรมใน สอ.อื่น	12	6.0
ให้ทันตสุขศึกษาแก่ประชาชน	25	12.6

หมายเหตุ คิดร้อยละจากจำนวนทันตภิบาลที่ตอบแต่ละข้อ

2. บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลในสถานอนามัย

ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยรับผิดชอบทั้งงานทันตสาธารณสุข และงานสาธารณสุขอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย เวลาส่วนใหญ่ให้เวลาเพื่อการทำงานทันตสาธารณสุข นอกจากงานในเขตรับผิดชอบของตำบลแล้ว ร้อยละ 68.4 ยังต้องรับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขของตำบลใกล้เคียงอีก 2-4 ตำบล ได้แก่งานทันตสาธารณสุขในโรงเรียน หน่วยเคลื่อนที่งานฝึกอบรม การไปให้บริการทันตกรรมในตำบลอื่น เป็นต้น

นอกเหนือจากงานทันตสาธารณสุขแล้ว ร้อยละ 72.2 รับผิดชอบงานอื่นๆของสถานี

อนามัยด้วย ได้แก่ การอยู่เวรประจำสถานีอนามัย การมีหมู่บ้านรับผิดชอบเพื่อทำงานสาธารณสุข ผสมผสาน ช่วยงานด้านธุรการ เอกสาร การเงิน ให้สุขศึกษา และให้การรักษาผู้ป่วยอื่นบ้างกรณีที่เจ้าหน้าที่คนอื่นไม่อยู่ นอกจากนี้ได้แก่งานเยี่ยมบ้าน งานอนามัยโรงเรียน งานประกันสุขภาพ งานวางแผนครอบครัว และงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ในพื้นที่ศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าทันตภิบาลทุกคน ยกเว้นจังหวัดสมุทรปราการ มีหมู่บ้านรับผิดชอบคนละ 1 หมู่บ้าน ดูแลงานสาธารณสุขทุกอย่างเหมือนเจ้าหน้าที่คนอื่น จังหวัดนครราชสีมา ทันตภิบาลเป็นเพศชาย มีบทบาทร่วมออกปฏิบัติงานอื่นค่อนข้างมาก เช่นการรณรงค์เมื่อมี

ตารางที่ 3 ผลการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2540 ในตำบลที่มีทันตภิบาล
Table 3 Oral health services provided by dental nurses who worked in sub-district health center in 1 fiscal year, a postal survey in August 1998.

รายการ	ผลงาน
งานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในสถานอนามัย (เฉลี่ยราย/ปี)	
ตรวจช่องปากและให้สุขศึกษาหญิงที่มาฝากครรภ์	60.1
ตรวจช่องปากเด็กที่มารับวัคซีน	103.4
ให้ทันตศึกษาผู้ปกครองเด็ก	148.0
งานทันตสาธารณสุขในโรงเรียน	
จำนวนโรงเรียนประถมศึกษาที่รับผิดชอบ (รร.)	4.6
ติดตามงานทันตฯในโรงเรียน (ครั้ง/ปี)	19.0
จำนวนศูนย์เด็กที่รับผิดชอบ (แห่ง)	1.5
ติดตามงานทันตฯในศูนย์เด็ก (ครั้ง/ปี)	5.4
ร้อยละของงานบริการ แยกตามประเภทบริการ	
ตรวจ	0.9
จ่ายยา	6.8
ชุดหินน้ำลาย	22.7
อุดฟัน	13.7
ถอนฟัน	50.1
เคลือบหลุมร่องฟัน	5.8

หมายเหตุ 1) ข้อมูลจากสถานอนามัยที่ทันตภิบาลปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี 185 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 63.3
2) ใช้ตัวเลข 890 ครั้ง เป็นฐานการคิดร้อยละ

ใช้เลือดออกกระบาด การออกติดตามงานในหมู่บ้าน
ต่าง ๆ การประชุมกับผู้นำชุมชน เป็นต้น

3. การให้บริการทันตสาธารณสุข

จากข้อมูลปริมาณผู้ป่วยทันตกรรมในรอบปี
2540 ของสถานีอนามัย 283 แห่งที่ทำงานเป็น
เวลา 1 ปี สามารถให้บริการเฉลี่ยปีละ 890 ราย
การบริการที่มากที่สุดได้แก่การถอนฟัน รองลงมา
คือการขูดหินน้ำลาย การอุดฟัน การบำบัดรักษา
ด้วยยา และการเคลือบหลุมร่องฟัน (ตารางที่ 3)

งานทันตกรรมป้องกันและส่งเสริมทันต
สุขภาพของตำบลที่มีทันตภิบาล มีลักษณะเช่น
เดียวกับโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ งานทันต
สาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษาครอบคลุมทุก
โรงเรียนในตำบล เฉลี่ย 4.6 โรงเรียน และโรงเรียน
อนุบาลหรือศูนย์เด็กเล็ก 1.5 แห่ง ให้บริการเฉลี่ย
โรงเรียนละ 5 ครั้งต่อปี นอกจากนั้นได้แก่การ
ตรวจสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษา แก่
หญิงที่มาฝากครรภ์ การตรวจช่องปากเด็กที่มารับ
วัคซีน การออกหน่วยเคลื่อนที่ และการอบรม

บุคลากรต่าง ๆ

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยของสถานีอนามัย 4
แห่งที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ 2540
มีผู้ป่วยทันตกรรมเฉลี่ย 1,258 คนต่อแห่งต่อปี
จำนวนผู้ป่วยแตกต่างกันตั้งแต่ 698-1977 คน
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่ตั้งของ
สถานีอนามัย เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วน
ใหญ่เป็นการให้บริการแก่กลุ่มผู้ใหญ่ (ตารางที่ 4)
และกิจกรรมที่ให้บริการมากที่สุดเป็นการถอนฟัน

การสัมภาษณ์ทันตภิบาลของสถานีอนามัย
4 แห่งที่ศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าลักษณะงาน
การแบ่งเวลา และประเภทบริการ คล้ายคลึงกับ
ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม งานด้านการป้องกัน
และส่งเสริมสุขภาพสามารถผสมผสานไปได้ดีกับ
งานส่งเสริมสุขภาพของสถานีอนามัย โดยเฉพาะ
การตรวจและให้ความรู้ในกลุ่มหญิงมีครรภ์และเด็ก
เล็ก ส่วนในศูนย์เด็กหรือโรงเรียน เป็นบทบาท
ด้านการออกหน่วยให้บริการหรือนัดมารับบริการ
เพื่อรองรับโครงการต่างๆเป็นหลัก ส่วนด้านการ

ตารางที่ 4 การให้บริการทันตกรรมในรอบปี 2540 ของสถานีอนามัย 4 แห่งที่ศึกษาเชิงลึก

Table 4 Oral health services provided by dental nurses who worked in 4 specific sub-district health centers in 1 fiscal year.

รายการ	ร้อยละ				
	นางวาง (n=698)	โคกกระชาย (n=1,192)	พะตง (n=1,166)	คลองด่าน (n=1,977)	รวม (n=5,033)
กลุ่มอายุผู้ป่วย					
0-5	9.7	14.6	4.4	3.8	7.3
6-14	16.3	21.9	17.2	33.5	24.5
15-59	57.3	57.5	47.7	56.1	54.5
60 +	16.6	6.0	30.8	6.6	9.1
เพศ					
หญิง	54.3	56.2	59.3	66.2	60.5
ชาย	45.7	43.8	40.7	33.8	39.5
ภูมิลำเนา					
ในตำบลที่ตั้งสอ.	97.0	70.8	ไม่มีข้อมูล	89.8	ไม่มีข้อมูล
นอกตำบลที่ตั้ง	3.0	29.2		10.2	

ส่งเสริมป้องกันเน้นให้เป็นบทบาทครู

การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในระดับตำบล อำเภอและจังหวัด พบว่าการกำกับจากทันตแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและนโยบายของ หัวหน้าสถานื่อนามัย มีผลในการปรับทิศทางและ วิธีการให้บริการเป็นอย่างมาก เช่น จังหวัด สมุทรปราการกำหนดให้สถานื่อนามัยที่มีทันตภิบาล จำลองจ้างเพื่อมาช่วยงานทันตกรรมโดยเฉพาะ และหัวหน้าสถานื่อนามัยมีนโยบายเน้นการให้ บริการในคลินิก ปริมาณผู้ป่วยจึงสูงถึงปีละ 1,977 ราย หรือจังหวัดนครราชสีมา เน้นการทำงานเป็นทีม จึงมีการผสมผสานบทบาทของบุคลากรในตำบล ให้ดูแลงานบางระดับแทนกันได้ เช่นเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมชุดหินน้ำลายไปร่วม ให้บริการทันตกรรมในนักเรียน และทันตภิบาล ช่วยงานอนามัยโรงเรียนด้านอื่นๆด้วย การศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ 4 จังหวัด ยังพบว่าปริมาณ งานบริการของสถานื่อนามัย ขึ้นกับความหนาแน่น ของประชากรในตำบล ประสพการณ์การทำงาน ของทันตภิบาล และประสิทธิภาพของเครื่องมือ เนื่องจากบริการทันตกรรมเป็นงานหัตถการที่ต้อง อาศัยเครื่องมือเป็นอุปกรณ์สำคัญ

4. ความพึงพอใจและปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

ร้อยละ 75.3 ของทันตภิบาลที่ตอบ

แบบสอบถาม พอใจกับการทำงานที่สถานื่อนามัย ปัญหาสำคัญที่พบคือเรื่องครุภัณฑ์ชำรุดบ่อยมาก และการซ่อมบำรุงล่าช้า วัสดุเวชภัณฑ์จากการสั่งซื้อหรือการเบิกจ่ายล่าช้า การทำงานโดยไม่มีผู้ช่วยข้างเก้าอี้ ขาดความรู้ความสามารถในงาน สาธารณสุขอื่นๆ ปัญหาอื่นๆได้แก่ขาดที่ปรึกษา ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความไม่มั่นใจใน สถานภาพและความก้าวหน้าในวิชาชีพ รู้สึกว่าความก้าวหน้าด้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ทันตภิบาลบางคน จึงคิดว่าหากมีโอกาสก็อยากย้ายมาปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนมากกว่า

ทันตภิบาลได้ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา คือ ควรมีผู้ช่วยข้างเก้าอี้เพื่อให้ทำงานได้ มาตรฐานด้านการทำให้ปราศจากเชื้อ และเพิ่ม ผลผลิตของงาน ควรเพิ่มเติมความรู้ในเรื่องงาน สาธารณสุขอื่นๆ ควรให้เจ้าหน้าที่คนอื่นได้เรียนรู้ งานทันตสาธารณสุขด้วย จะได้เข้าใจและทำงาน แทนกันได้ และอยากให้มีการเยี่ยม ดูแลและส่ง ข่าวสารเป็นประจำ

5. ทศนะของผู้เกี่ยวข้องต่อการมีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำที่สถานื่อนามัย

การสัมภาษณ์ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ที่โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง จำนวน 5 คน 3 ใน 5 ของผู้ให้สัมภาษณ์ เห็นด้วยกับการมีทันตภิบาล

ตารางที่ 5 ทศนะของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีทันตภิบาลปฏิบัติงานในสถานื่อนามัย

Table 5 Opinion of concerned parties regarding to dental nurses working in sub-district health centers

ผู้ให้สัมภาษณ์	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
ทันตแพทย์สสจ. (4)	4	0
ทันตแพทย์รพช. (5)	3	2
สสอ. (4)	4	0
หัวหน้าสอ. (4)	4	0
ทันตภิบาล รพช. + สอ. (12)	9	3

ประจำที่สถานื่อนามัย โดยมีความคิดเห็นเพิ่มเติมว่าควรเน้นงานในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ เด็กวัยก่อนเรียนและเด็กประถมศึกษา ส่วนผู้ที่ไม่เห็นด้วย เห็นว่าการทำงานประจำที่สถานื่อนามัยจะไม่คุ้ม เพราะดูแลตำบลเดียว จึงควรให้อยู่ประจำที่โรงพยาบาลชุมชนและหมุนเวียนออกหน่วยไปสนับสนุนสถานื่อนามัย

สาธารณสุขอำเภอและหัวหน้าสถานื่อนามัยที่สัมภาษณ์ทั้ง 8 คน เห็นด้วยกับการมีทันตภิบาลประจำที่สถานื่อนามัย ทันตภิบาลที่ให้สัมภาษณ์ 12 คน ไม่เห็นด้วย 3 คน เพราะเห็นว่าอยู่โรงพยาบาลชุมชนทำงานได้มากกว่า และไม่อยากทำงานคนเดียว (ตารางที่ 5)

เหตุผลของผู้ที่เห็นด้วยกับการมีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำที่สถานื่อนามัย ได้แก่

5.1. สามารถทำงานด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ ในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนและเด็กประถมศึกษา ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการออกหน่วยเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลชุมชน สามารถจัดกิจกรรมให้สอดคล้องและผสมผสานกับโปรแกรมปกติของสถานื่อนามัย เช่นการตรวจช่อง

ปากหญิงมีครรภ์ในวันนัดตรวจครรภ์ของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ การตรวจช่องปากเด็กในวันคลินิกเด็กดี

5.2 ประชาชนได้รับความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ไม่ต้องรอนาน และประหยัด

5.3 มีความใกล้ชิดกับชาวบ้านมากกว่าอยู่โรงพยาบาลชุมชน ทำให้เข้าใจสภาพต่างๆ รู้ปัญหาที่แท้จริง และสามารถทำงานชุมชนได้ดีกว่า

5.4 ช่วยเพิ่มความเชื่อถือของประชาชนต่อสถานื่อนามัย เพราะทันตภิบาลเป็นผู้มีความรู้โดยตรงสามารถให้บริการทันตสาธารณสุขที่เป็นปัญหาหลักๆ ได้ค่อนข้างครบถ้วน

5.5. เป็นตัวเชื่อมระหว่างฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอและสถานื่อนามัย ให้ทำงานเป็นทีมและใกล้ชิดกันมากขึ้น

5.6 เพิ่มรายได้ให้แก่สถานื่อนามัย การศึกษาครั้งนี้พบว่าสถานื่อนามัย 4 แห่งที่ศึกษามีเงินบำรุงเพิ่มขึ้นจากงานทันตสาธารณสุขเดือนละ

ตารางที่ 6 ประเภทของผู้ป่วยทันตกรรมที่มารับบริการที่สถานื่อนามัยแยกตามระบบการจ่ายค่าบริการ
Table 6 Payment mechanism of dental patients in sub-district health center.

ระบบการจ่ายเงิน	ร้อยละของการจ่ายตามระบบต่าง ๆ				
	นางวาง	โคกกระชาย	พะตง	คลองด่าน	รวม
จ่ายเอง	15.1	17.3	24.3	71.8	38.3
ฟรีเด็ก 0-12 ปี	27.6	34.6	29.3	9.5	23.3
ฟรีสำหรับผู้สูงอายุ	13.5	5.0	3.6	2.8	5.2
สปร.	6.3	0.3	0.2	0.2	1.2
ข้าราชการ	0.3	3.7	0.7	0.3	1.3
บ.ประกันสุขภาพ	26.8	31.3	31.7	11.0	23.3
บัตรประกันสังคม	1.0	0.3	4.5	0.3	1.3
อื่นๆ (บัตรอสม. ทหารผ่านศึก ฯลฯ)	9.3	7.4	5.6	4.1	6.1

2,000 - 14,000 บาท

6. การรับบริการของประชาชน

การวิเคราะห์ข้อมูลในรอบ 1 ปีจากทะเบียนผู้มารับบริการที่สถานอนามัย 4 แห่ง พบว่าผู้ที่มารับบริการทันตกรรมในพื้นที่ชนบท ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีระบบประกันหรือสวัสดิการอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะเด็กอายุ 0-12 ปีและผู้มีบัตรประกันสุขภาพ แต่ในพื้นที่เขตเมืองเช่น จังหวัดสมุทรปราการ เป็นกลุ่มที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 6)

การสัมภาษณ์ประชาชนที่เคยไปรับบริการที่สถานอนามัย มีความพอใจต่อผลการรักษา เพราะทำให้หายปวดซึ่งเป็นปัญหาหลักได้ ระบบการเข้ารับบริการไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องรอนาน มีเครื่องมือทันสมัย (มีชนิดทันตกรรม) และสะอาด (ใส่ถุงมือเวลาให้บริการ) รู้สึกคุ้นเคยต่อสถานที่และผู้ให้บริการ นอกจากนี้การให้บริการแก่บุตรหลานในโรงเรียนทำให้เกิดความเชื่อมโยงและเชื่อมั่นมากขึ้น

7. การสนับสนุนการปฏิบัติงานของทันตภิบาลในสถานอนามัย

จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ 4 จังหวัด พบว่าในการบริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากร มี 3 จังหวัดไม่ได้จัดสรรงบประมาณทันตกรรมเป็นตัวแทนให้แก่สถานอนามัย แต่ตั้งเพดานงบประมาณไว้เช่น จังหวัดนครราชสีมา ต่ำลงละ 30,000 - 35,000 บาท จังหวัดสงขลา 40,000 บาท โดยตั้งเป็นค่าวัสดุการแพทย์ จัดซื้อที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชน หากไม่พอสามารถขอเบิกเพิ่มเติมจากที่โรงพยาบาลชุมชนหรือซื้อเพิ่มโดยเงินบำรุงของสถานอนามัย เฉพาะจังหวัดลำปางมีการจัดซื้อวัสดุเวชภัณฑ์ให้และมีงบประมาณเป็นเงินให้เพิ่มเติมอีกสถานอนามัยละ 3,000 บาท

โรงพยาบาลชุมชนที่สัมภาษณ์ทั้ง 4

แห่ง ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ทันตภิบาลที่สถานอนามัย ทั้งโดยการนิเทศ การสนับสนุนวัสดุเวชภัณฑ์ทางทันตกรรม และรับการส่งต่อผู้ป่วย บางแห่งมีการฟื้นฟูความรู้โดยการมาฝึกงานที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นครั้งคราว

อภิปรายผล

สถานอนามัยเป็นสถานบริการระดับต้นของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคาดหวังให้เป็นสถานพยาบาลด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เข้าใจปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน มีศักยภาพสูงในการทำงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และมีความสามารถให้บริการด้านการรักษาเบื้องต้นที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สถานอนามัยจึงถูกกำหนดให้มีบทบาทในการให้บริการผสมผสาน 5 สาขา ได้แก่ 1)การส่งเสริมสุขภาพ 2)การควบคุมและป้องกันโรค 3)การรักษาพยาบาล 4)การฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ 5) การสนับสนุนบริการ รวมทั้งการสนับสนุนการพัฒนาชุมชนอย่างเหมาะสม⁽⁶⁾

เป้าหมายตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย กำหนดให้มีทันตภิบาลในสถานอนามัยขนาดใหญ่แห่งละ 1 คน และได้เริ่มบรรจุทันตภิบาลให้ประจำอยู่ในสถานอนามัยตั้งแต่ปี 2537 โดยตั้งเป้าหมายว่าเมื่อถึงปี 2544 จะมีทันตภิบาลครบตามกรอบอัตรากำลังในสถานอนามัยขนาดใหญ่ คือประมาณ 1,678 คน แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า จนถึงปี 2541 มีทันตภิบาลในสถานอนามัยขนาดใหญ่เพียงร้อยละ 18.9 เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากในช่วงปี 2535-2539 ซึ่งเป็นระยะต้นของการจัดสรรบุคลากรและครุภัณฑ์ทันตกรรม ยังมีความไม่ลงตัวในเรื่องตำแหน่งรองรับทันตภิบาลในสถานอนามัย ประกอบกับทันตภิบาลในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งยังไม่ได้เพิ่มกรอบอัตรากำลัง จังหวัดจึงเน้นการจัดสรรคนลงในโรงพยาบาลชุมชนให้เต็มก่อน รวมทั้งได้

บริหารจัดการเรื่องครุภัณฑ์ทันตกรรมและบุคลากร โดยบางจังหวัดได้จัดทั้งคนและเครื่องมือให้ไปประจำที่สถานือนามัย บางจังหวัดที่ไม่พร้อมได้จัดเครื่องมือไปไว้ที่สถานือนามัย และให้มีทันตภิบาลจากโรงพยาบาลชุมชนเวียนไปให้บริการสัปดาห์ละ 1-3 วัน บางแห่งได้โยกย้ายเครื่องมือไปติดตั้งไว้ที่โรงพยาบาลชุมชนหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวนทันตภิบาลในสถานือนามัยจึงเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ จนกระทั่งปี 2539 คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) อนุมัติให้เปลี่ยนตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 ตำแหน่งในสถานือนามัย เป็นตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับทันตภิบาลได้ ประกอบกับปี 2540 จำนวนทันตภิบาลในโรงพยาบาลชุมชนเริ่มเต็มกรอบ จึงมีการจัดสรรให้ไปอยู่สถานือนามัยมากขึ้น

ทันตภิบาลที่ประจำสถานือนามัย มีหน้าที่รับผิดชอบ 4 ด้านได้แก่ 1) การจัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสาน 2) งานทันตสาธารณสุขตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน 3) งานฝึกอบรมและพัฒนาวิชาการ และ 4) งานบริหารจัดการและงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย⁽⁷⁾ ผลการศึกษาพบว่าทันตภิบาลได้ทำบทบาทครบทั้ง 4 ด้าน โดยใช้เวลาส่วนใหญ่กับงานทันตสาธารณสุข การจัดบริการที่สถานือนามัยสามารถผสมผสานงานทันตสาธารณสุขเข้ากับงานส่งเสริมสุขภาพอื่นๆได้กลมกลืนกว่าบริการโดยหน่วยเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเช่นหญิงมีครรภ์ เด็กเล็ก และนักเรียนประถมศึกษา อย่างไรก็ตาม กิจกรรมในกลุ่มเด็ก กลับมีความชัดเจนด้านการจัดบริการการรักษารองรับโครงการต่างๆ มากกว่าการดำเนินงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และบทบาทการให้บริการทันตกรรม ส่วนใหญ่เป็นการรักษาผู้ใหญ่และยังคงเป็นการถอนฟันเป็นหลัก

แม้ว่าตามคู่มือการปฏิบัติงานได้กำหนดให้เน้นการดูแลเด็กและการรักษาเพื่อป้องกันการสูญเสียฟันก็ตาม ในด้านการรับรู้ต่อปัญหาการทำงาน ทันตภิบาลจะตระหนักเกี่ยวกับปัญหาด้านการรักษาเป็นเรื่องหลัก เช่นเครื่องมือชำรุด วัสดุมาล่าช้า สาเหตุประการหนึ่งอาจมาจากความจำเป็นเมื่อต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการบริการ แต่เนื่องจากการงานด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นหัวใจของการบริการในสถานือนามัย จึงควรมีมาตรการทั้งด้านการพัฒนาบุคลากรและการบริหารจัดการ เพื่อให้ทันตภิบาลหันกลับมาทำบทบาทหลักของตนอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านความพึงพอใจและปัญหาอุปสรรคในการทำงาน ผลการศึกษานี้มีข้อค้นพบคล้ายคลึงกับการศึกษาอื่นๆ การศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ⁽⁸⁾ ในจังหวัดลพบุรี พบว่าทันตภิบาลสามารถปฏิบัติงานได้ผลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ โดยมีสัดส่วนของงานทันตสาธารณสุขและงานด้านอื่นๆประมาณ 70 ต่อ 30 การศึกษาของบุญเอื้อ ยงวานิชกร และคณะ⁽⁹⁾ รายงานว่าทันตภิบาลที่เพิ่งจบการศึกษาจะมีปัญหาการปรับตัวและความสามารถในการให้บริการ ขณะที่ทันตภิบาลที่เคยทำงานในโรงพยาบาลชุมชนมาก่อน จะแก้ไขปัญหาคิดได้และปรับตัวในการทำงานกับเจ้าหน้าที่คนอื่นได้ดีกว่า การทำงานในโรงเรียนประถมศึกษา มีการรองรับชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากกว่าบริการที่เคยมีโดยหน่วยเคลื่อนที่ การศึกษาของศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์⁽¹⁰⁾ ในจังหวัดขอนแก่น รายงานว่า ทันตภิบาลส่วนใหญ่มีปัญหาที่ต้องทำงานบางอย่างตามที่ได้รับมอบหมายโดยไม่เคยเรียนรู้มาก่อน เพื่อนร่วมงานไม่เข้าใจศักยภาพ ทำให้คาดหวังสูงเกินความเป็นจริง

อย่างไรก็ตาม แม้ตัวทันตภิบาลเองจะมีอุปสรรคในการทำงาน แต่การจัดบริการทันตสาธารณสุขโดยมีทันตภิบาลประจำที่สถาน

อนามัยก็เป็นรูปแบบที่พึงพอใจของผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล รวมทั้งผู้รับบริการด้วย และสามารถให้บริการครอบคลุมได้ดีกว่ารูปแบบอื่นๆ

การพิจารณาเชิงเศรษฐศาสตร์เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ผู้เกี่ยวข้องให้ความสนใจ การศึกษาค้นคว้าพบว่าทันตภิบาลให้บริการได้เฉลี่ย 890 รายต่อปี ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่เคยประมาณการผลิตทันตภิบาลไว้ปีละ 1,380 รายต่อปี⁽¹¹⁾ การศึกษาของนางลลภณ จิรัชโยภิต⁽¹²⁾ เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ของการจัดให้มีบริการทันตสาธารณสุขในสถานอนามัย พบว่าผู้รับบริการจะมีผลได้มากกว่าผู้ให้บริการในทุกกรณี เนื่องจากลดต้นทุนด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเสียโอกาส และค่ารักษาที่มักต่ำกว่าการไปโรงพยาบาลชุมชน เมื่อคิดเฉพาะงานทันตสาธารณสุข ในปีที่ 1 ของการจัดบริการ จุดคุ้มทุนอยู่ที่จำนวนผู้ป่วย 1,300 รายต่อปี และจะลดลงเป็น 332 รายต่อปี ในปีที่ 10 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สรุปว่าการจัดให้มีบริการทันตสาธารณสุขที่สถานอนามัย ถ้าคิดผลได้ระยะสั้นจะไม่คุ้มทุน หากคิดผลได้ระยะยาวพบว่ามีความเป็นไปได้ทางเศรษฐศาสตร์ในการจัดบริการที่สถานอนามัย การศึกษานี้มิได้วิเคราะห์ผลได้ที่เกิดจากงานด้านการส่งเสริมป้องกัน เช่นการ ลดอุบัติการณ์ของโรคหรือการเพิ่มผลผลิตของผู้ป่วยจากการลดเวลาการมารับบริการ ซึ่งหากวิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าวด้วย จุดคุ้มทุนจะอยู่ที่จำนวนผู้ป่วยต่ำกว่า 1,300 รายต่อปี อย่างไรก็ตาม การคิดเชิงเศรษฐศาสตร์จะต้องคำนึงถึงประเด็นอื่นๆเช่น เวลาที่ทันตภิบาลต้องปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่อื่น หรือการทำงานคนเดียวโดยไม่มีผู้ช่วย เป็นต้น

ข้อดีประการหนึ่งของการจัดบริการในสถานอนามัยที่มีทันตภิบาล คือการกระจายบริการไปสู่ประชาชน ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญและแนวทาง

การปฏิรูประบบสุขภาพ⁽¹³⁾ นอกจากนี้ทันตภิบาลสามารถทำงานบริการพื้นฐานที่เป็นความต้องการหลักของประชาชน จึงแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลชุมชนไปได้ระดับหนึ่งอย่างไรก็ตามแม้ว่าในภาพรวมประเภทบริการที่ให้และสัดส่วนของงาน สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในสถานอนามัยขนาดใหญ่ แต่ผลการปฏิบัติงานยังมีความแตกต่างกันมากในระหว่างสถานอนามัย

รูปแบบการจัดบริการทันตสาธารณสุขระดับตำบล น่าจะเป็นรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมของการจัดบริการทันตสาธารณสุขระดับต้น ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยมีหลักการว่า บุคลากร ผู้ให้บริการควรมีความสามารถให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นและไม่ซับซ้อน เป็นบริการที่เน้นคุณภาพเชิงสังคมควบคู่กับเทคนิคบริการ มีความครบถ้วนในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการรักษาเพื่อป้องกัน และมีความเชื่อมโยงกับบริการทุติยภูมิในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในบริการแบบบูรณาการ

การบริการด้านการป้องกันระดับบุคคลและการรักษา มีกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นงานหัตถการ (Operation) ถือเป็นบริการที่จำเป็นต้องใช้บุคลากรซึ่งได้รับการฝึกอบรมให้มีทักษะเฉพาะ แม้ว่าสถานบริการระดับสถานอนามัย ควรทำหน้าที่จัดบริการระดับต้นแบบผสมผสาน แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มีลักษณะเฉพาะมากขึ้น ประชาชนมีการศึกษาดีขึ้น บุคลากรผู้ให้บริการแม้มิใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา แต่ควรมีความรู้ความสามารถเฉพาะด้านในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี ขณะเดียวกันสามารถทำงานร่วมกับประชาชนและผู้อื่นได้อย่างกลมกลืน

อนึ่ง ด้วยการเปลี่ยนแปลงของสังคม การศึกษา และแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ยังมีความจำเป็นต้องปรับปรุงในเรื่อง

ต่างๆอีกหลายประการ อุกฤษฏ์ มิลินทางกูรและคณะ⁽¹⁵⁾ ได้เสนอไว้ในรายงานเรื่อง ภาพลักษณ์ของสถานื่อนามัยในสองทศวรรษหน้าและกลยุทธ์ในการพัฒนาว่า ควรปรับวิธีการทำงานของสถานื่อนามัย จากลักษณะการกำหนดรูปแบบเบ็ดเสร็จเหมือนกันทั่วประเทศ ไปสู่วิธีที่ทำให้เกิดความยืดหยุ่นหลากหลายและเหมาะสมกับสภาพจริงของพื้นที่ การจะทำเช่นนั้นได้ บุคลากรจะต้องได้รับการพัฒนาวิธีการทำงานที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งได้รับการพัฒนาเทคโนโลยีและวิชาการอย่างจริงจัง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษา ณ สถานการณ์ปัจจุบัน มิได้เป็นคำตอบสำหรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นจริง จะช่วยให้การสังเคราะห์ทางเลือก มีความเหมาะสมและเป็นไปได้มากยิ่งขึ้นในอนาคต

สรุป

สถานการณ์การจัดบริการทันตสาธารณสุขโดยทันตภิบาลในสถานื่อนามัย ในช่วงปี 2540-2541 มีทันตภิบาลกระจายอยู่ในสถานื่อนามัยขนาดใหญ่ร้อยละ 18.9 ส่วนใหญ่เป็นทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในสถานื่อนามัยมาเพียง 1-2 ปี หรือน้อยกว่านั้น บทบาทในสถานื่อนามัยมีการผสมผสานทั้งงานทันตสาธารณสุขและงานสาธารณสุขอื่นๆ แต่ใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อการทำงานทันตสาธารณสุข ทันตภิบาลมีบทบาทด้านการรักษาชัดเจนทั้งเพื่อการรองรับโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ และการรักษาตามความต้องการของประชาชน ข้อมูลผลงานย้อนหลัง 1 ปีแสดงให้เห็นว่าเป็นบริการในกลุ่มผู้ใหญ่ และเป็นกิจกรรมการถอนฟันเป็นหลัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายการให้บริการในสถานื่อนามัย แต่ผู้เกี่ยวข้องให้ความเห็นว่าสามารถ

ดำเนินการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่สถานื่อนามัยได้ดีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตามควรมีมาตรการทั้งด้านการพัฒนาบุคลากร และการบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนให้ทันตภิบาลทำบทบาทหลักด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปริมาณงานของสถานื่อนามัยยังขึ้นกับความหนาแน่นของประชากร ประสิทธิภาพการทำงานของทันตภิบาล และประสิทธิภาพของเครื่องมือ นอกจากนี้การกำกับจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและนโยบายของหัวหน้าสถานื่อนามัย มีผลต่อการปรับทิศทางกรให้บริการค่อนข้างมาก

การจัดบริการทันตสาธารณสุขโดยมีทันตภิบาลประจำที่สถานื่อนามัยก็เป็นรูปแบบที่พึงพอใจของผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล รวมทั้งผู้รับบริการด้วย เป็นรูปแบบที่ช่วยกระจายบริการไปสู่ประชาชน ทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และน่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมของการจัดบริการทันตสาธารณสุขในสถานบริการระดับต้น ตามแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

กติกรรูปประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.นพ.วิชัย โปษยจินดา นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และทพ. สมนึก ชาญด้วยกิจ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกและกรมอนามัยที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย ขอขอบคุณทันตภิบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าสถานื่อนามัย และทันตแพทย์ ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และทำยที่สุดขอขอบคุณผู้ร่วมเก็บข้อมูลทุกท่าน ที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ บทที่ 3 การศึกษาพัฒนาการและสถานการณ์ในภาพรวมของระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอ ใน ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย กระทรวงสาธารณสุข หน้า 49-91 เอกสารโรเนียว
2. บุญเอื้อ ยงวานิชากร สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา พชรินทร์ เล็กสวัสดิ์. รายงานการวิจัยประเมินผลงานทันตสาธารณสุข ตามโครงการนำพระทัยจากในหลวง. กรุงเทพฯ 2533
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการปฏิบัติงานโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการให้บริการทันตสาธารณสุข ระดับตำบลและหมู่บ้าน. กรุงเทพฯ 2525
4. อำพล จินดาวัฒน์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สมชัย ศิริกนกวิไล. และคณะ ข้อเสนอเรื่องทิศทางและกลวิธีในการพัฒนา สถานือนามัยในแผน 7 (2535-2539) เอกสารเสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนา สถานือนามัยในแผน 7, โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ 9-10 เมษายน 2533
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการประชุมเรื่อง การพัฒนาสถานือนามัยในแผนฯ 7. โรงแรม เอเชีย กรุงเทพฯ 9-10 เมษายน 2533.
6. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่และมาตรฐานบริการของสถานีน อามัย โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานือนามัย (ท.ส.อ) พศ. 2535-2544 กันยายน 2535. เอกสาร โรเนียวเย็บเล่ม
7. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในสถานีน อามัยขนาดใหญ่. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ 2542
8. สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. การประเมินผลการปฏิบัติงานของทันตภิบาลในสถานือนามัยขนาดใหญ่ 7 แห่ง จังหวัดลพบุรี ปี 2539. ว.ทันต.สธ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 สด.-ธค. 2540 หน้า 20-38
9. บุญเอื้อ ยงวานิชากร, ปิยะดา ประเสริฐสม, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, อังศณา ฤทธิ์อยู่. เจ้าพนักงานทันต-สาธารณสุขในสถานือนามัย : กรณีศึกษาใน 3 สถานือนามัยขนาดใหญ่. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2538
10. ศิริวรรณ พิทยรังษฤษฎ์. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการทันตสาธารณสุขระดับตำบล. สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น หจก.ขอนแก่นการพิมพ์, 2539
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ภาคที่ 2 รายละเอียดการดำเนินงานตามกลวิธีหลัก ข้อ ก. การดำเนินงาน เฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กประถมศึกษาในแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พศ. 2530-2534) หน้า 31-41
12. นงลักษณ์ จิรัชย์โสภิต. การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ของการจัดให้มีบริการทันตสาธารณสุขในสถานือนามัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537
13. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. โรงพิมพ์พิมพ์ดี กรุงเทพฯ .พศ. 2541
14. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัว กรณีศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา. พิมพ์เผยแพร่ โดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. ฟรีแมก กรุป จำกัด (ไม่ระบุปีที่พิมพ์)
15. อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร. อำพล จินดาวัฒน์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สุทธิสิทธิ์ ไมตรีจิตร, นาฏวิมล พรหมชนะ. ภาพลักษณ์ของสถานือนามัยในสองทศวรรษหน้าและกลยุทธ์ในการพัฒนา. วารสารการวิจัยระบบ สาธารณสุข ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 พศ. 2539, หน้า 310-321

Oral care delivery by dental nurse at sub-district health centers during 1997-1998

Chantana Ungchusak *

Dowrueng Kaewkhuntree *

Boonaur Yongvanichakorn *

Sirikiat Liengkobkit **

D.D.S., M.P.H.

D.D.S., M.P.H., B.A. in Communication

D.D.S., M.P.H.

D.D.S., M.Sc.

Abstract

This descriptive study aimed at exploring the distribution and productivity of dental nurses at sub-district health centers including provincial support, type of oral care provided, service utilization, and the attitude of the concerned personnel in the study area. The questionnaires were mailed to 318 dental nurses who worked in health centers. The dentists, dental nurses, director of district health centers and the chief of sub-district health centers in 4 selected provinces were interviewed. The result showed that dental nurses were distributed in 18.9 % of large health centers. More than 60% of the time were consumed for oral care activity. Besides, 72.2 % of dental nurses were in charge of other role, such as primary health care in specific village, paper work, health education, training, and patient care for general health problems. Although the types of activity followed the assigned job, the curative part was prominent, particularly extraction for adult. The promotion and prevention activities were more effective when compared to mobile clinic from district hospital. However, the productivity was depended on dental nurse's skill, the effectiveness of dental equipment, policy of the health center and population density. The in-depth interview data showed that this model satisfied the administrators at provincial, district and sub-district level as well as the people. This model can provide a better distribution of oral health care in rural area, and corresponded with the principle of primary. It was recommended that policy and strategy to strengthen the promotion and prevention role of dental nurse is needed. They should be further trained and be supported to strengthen their attitude and skill in this area.

* Dental Health Division, Department of Health

** Rural Health Division, Office of the Permanent Secretary

พัฒนาการและสถานการณ์ของการพัฒนากำลังคน ด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ

ทิพาพร สุโสมิต *

สมกมล พิจารณา *

ท.บ., ส.ม.

พ.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอในอนาคต 20 ปี ข้างหน้า ดังนี้

ข้อสรุป ระบบบริการทันตสุขภาพในอนาคต มีแนวโน้มที่จะให้บริการอย่างครอบคลุม ทั่วถึงเป็นธรรม โดยเน้นคุณภาพและประสิทธิภาพ ประชาชนมีส่วนร่วม โดยจะต้องมีการปรับกระบวนการผลิตใหม่ กำลังคนด้านทันตสุขภาพต้อง มีความเป็นนักวิชาการ มีทักษะในการสื่อสารมากขึ้น มีคุณธรรมและจริยธรรม แนวโน้มจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาลมีความพอเพียง แต่ต้องกระจายให้เกิดความเสมอภาค การพัฒนากำลังคน ยังขาดระบบที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

ข้อเสนอ 1) ด้านการผลิต ควรปรับหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับงานที่ต้องปฏิบัติในพื้นที่ชนบทและระบบบริการในอนาคต โดยเน้นการฝึก การคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาเชิงรุก และการฝึกปฏิบัติงานเป็นทีม สำหรับหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์จะต้องผลิตให้พอเพียงและไม่ผูกมัดเป็นนักเรียนทุน และสำหรับทันตภิบาล กระทรวงสาธารณสุขควรเตรียมการผลิต หรือจัดการศึกษาต่อเนื่องให้แก่ทันตภิบาลในระดับปริญญาตรีเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบที่ค่อนข้างสูง และปฏิบัติงานหลากหลาย 2) ด้านการพัฒนา กระทรวงสาธารณสุขต้องจัดระบบการพัฒนาบุคลากรกลุ่มนี้อย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับความก้าวหน้าในวิชาชีพ การพัฒนาองค์กรและพัฒนางานทันตสุขภาพ ทั้งการอบรมระยะสั้นและการศึกษาต่อเนื่อง

Key words: ทันตสุขภาพระดับอำเภอ, กำลังคนด้านทันตสุขภาพ, สถานการณ์กำลังคน

* สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

กำลังคนด้านทันตสุขภาพเป็นส่วนสำคัญสำหรับการดำเนินกิจกรรมบริการด้านทันตสาธารณสุขของประเทศ ประเทศไทยมีการกำหนดประเภทและบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรในระบบทันตสุขภาพและมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์มาเป็นระยะ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการวางแผนกำลังคนด้านทันตสุขภาพและกำหนดกลวิธีการดำเนินงานในแผนงานทันตสุขภาพตลอดมา⁽¹⁾

ปัจจุบันสถานการณ์ต่างๆ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพ การปรับเปลี่ยนการดำเนินงานทันตสุขภาพ เพื่อให้ครอบคลุมประชาชนมากที่สุด เช่น การกำหนดให้งานทันตสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย⁽²⁾ การที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์โดยกำหนดเงื่อนไขเข้ารับราชการ⁽³⁾ การเปลี่ยนแปลงกลวิธีการบริการในกลุ่มเด็กประถมศึกษาจากบริการทันตกรรมแบบเพิ่มทวีเป็นรูปแบบการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ⁽⁴⁾ และโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย⁽⁵⁾ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมภายนอกต่าง ๆ เช่น การปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูปทางการเมือง การปฏิรูประบบสาธารณสุข การกระจายอำนาจ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ล้วนมีผลกระทบต่อกำลังคนด้านทันตสุขภาพ

ดังนั้น เพื่อเป็นการรองรับสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาพัฒนาการและสถานการณ์ของการพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ เพื่อให้เห็นวิวัฒนาการและแนวโน้มของการพัฒนากำลังคนและกลยุทธ์ในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับรูปแบบของระบบบริการทันตสุขภาพ

ในระดับอำเภอในอนาคต

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาพัฒนาการและสถานการณ์การพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เฉพาะในส่วนของกำลังคนด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ และตำบลของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น โดยดำเนินการดังนี้

1. ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับวิวัฒนาการสถานการณ์เกี่ยวกับการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านทันตสุขภาพ บทบาทหน้าที่ การกระจาย การสูญเสียในระดับอำเภอ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและพัฒนา ทั้งภายใน และภายนอก

2. จัดทำแบบสอบถามเพื่อสอบถามเกี่ยวกับการผลิต, การพัฒนาปัจเจกบุคคล ตลอดจนบทบาทหน้าที่และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ของทันตบุคลากรระดับอำเภอ จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คือ ทันตแพทย์ 719 คน ทันตภิบาล 1,336 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ 148 คน

3. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สังเกตการณ์ในพื้นที่ระดับอำเภอ ที่ทันตบุคลากรปฏิบัติงานจริง โดยสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติจริง และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานใน 4 ภาค ภาคละ 1 จังหวัด ได้แก่ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา อำเภอรัตนภูมิและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

4. สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลิตและพัฒนาทันตบุคลากรในระดับอำเภอ จำนวน 11 คน

ผลการศึกษา

1. พัฒนาการและสถานการณ์กำลังคนด้านทันตสุขภาพระดับอำเภอและบทบาทหน้าที่

1.1 ทันตแพทย์

ทันตแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในเขตชนบทมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก นับตั้งแต่มีทันตแพทย์คู่สัญญารัฐบาลออกมาใช้ทุนใน พ.ศ. 2532 โดยความครอบคลุมของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนและสัดส่วนทันตแพทย์เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 18.8 และ 9.4 ใน พ.ศ. 2531 เป็นร้อยละ 85.8 และ 55.6 ใน พ.ศ. 2541 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ซึ่งในช่วงแรกมีการโอนย้าย ลาออกของทันตแพทย์ค่อนข้างสูง มีการสูญเสียโดยรวมจากกระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่มีทันตแพทย์คู่สัญญามาใช้ทุน ใน พ.ศ. 2532 - 2539 ร้อยละ 48.7 สำหรับใน พ.ศ. 2541 ความครอบคลุมของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสูงขึ้นมากและมีแนวโน้มจะเต็มกรอบอัตรากำลังของกระทรวง

สาธารณสุขภายใน พ.ศ. 2545⁽³⁾

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงการกระจายในเขตชนบท พบว่า ยังมีความแตกต่างกันอยู่ โดยใน พ.ศ. 2541 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในเขตชนบทเฉลี่ยเท่ากับ 1 : 52,206 และเขตที่มีอัตราส่วนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย คือเขต 5, 6, 7 (ทันตแพทย์ดูแลประชากรสูงกว่าค่าเฉลี่ย) (ตารางที่ 2) เมื่อเทียบกับความต้องการกำลังคนทางทันตสุขภาพในอีก 20 ปีข้างหน้า⁽⁷⁾ ซึ่งมีอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรประมาณ 1 : 7,124 - 7,798 คน พบว่า ยังห่างไกลอยู่มาก

สำหรับทันตแพทย์เฉพาะทางในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มีเพียงร้อยละ 15 ของทันตแพทย์ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานอยู่ และส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป⁽¹²⁾

เมื่อพิจารณาถึงบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์

ตารางที่ 1 จำนวนและความครอบคลุมของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ.2531-2541
Table 1 Number and coverage of dentists in community hospital 1988-1998

ปีงบประมาณ	จำนวนรพช. ที่เปิดดำเนินการ	จำนวนรพช. ที่มี ทพ.	% ความครอบคลุม	จำนวนกรอบอัตรากำลังทันตแพทย์	จำนวน ท.พ. ใน รพช.	% เทียบกับกรอบฯ
2531	543	102	18.8	543	102	9.4
2532	561	197	35.1	1,122	197	17.6
2533	566	328	58	1,132	328	29
2534	574	340	59.2	1,148	340	29.6
2535	592	422	71.3	1,184	422	35.6
2536	644	443	68.8	1,288	515	40
2537	649	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	1,298	571	43.3
2538	674	526	78	1,348	626	46.4
2539	698	556	79.7	1,396	638	45.7
2540	707	551	77.9	1,404	708	50.1
2541	709	608	85.8	1,418	788	55.6

ที่มา (1) เอกสารการวิเคราะห์ปัญหาและการปรับปรุงโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ฯ, 2541⁽³⁾

(2) เอกสารจัดสรรทันตแพทย์ใช้ทุน พ.ศ. 2542 กองสาธารณสุขภูมิภาค⁽⁶⁾

ตารางที่ 2 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในเขตชนบท พ.ศ.2541 จำแนกเป็นรายภาค
Table 2 Dentist-population ratio in rural 1998

ภาค	เขต	จำนวนประชากร นอกเขต อ.เมือง	จำนวนทันตแพทย์ ใน รพช.	ประชากรต่อ ทันตแพทย์ 1 คน
กลาง	1	2,189,755	59	37,114
	2	1,907,986	48	39,750
	3	2,780,200	61	45,577
	4	2,195,550	52	42,222
รวมภาคกลาง		9,073,491	220	41,243
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	6,418,081	86	74,629
	6	5,775,899	95	60,799
	7	5,308,763	70	75,839
รวมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		17,502,743	251	69,732
เหนือ	8	2,385,980	48	49,708
	9	2,932,741	67	43,772
	10	3,637,065	83	43,820
รวมภาคเหนือ		8,955,786	198	45,231
ใต้	11	2,772,307	62	44,715
	12	2,833,734	57	49,715
รวมภาคใต้		5,606,041	119	47,110
รวมทุกภาค		41,138,061	788	52,206

ที่มา : เอกสารจัดสรรทันตแพทย์ใช้ทุน พ.ศ. 2542⁽⁶⁾

ในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นสถานบริการระดับอำเภอ พบว่า ทันตแพทย์เป็นผู้นำทีมงานทันตสุขภาพในระดับอำเภอ ปฏิบัติงานด้านบริหารจัดการ การประสานงาน สำหรับงานด้านทันตกรรมปฏิบัติงานรักษามากกว่าส่งเสริมป้องกัน นอกจากนี้ยังสนับสนุนการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขในสถานอนามัยด้วย ส่วนการปฏิบัติงานด้านวิชาการค่อนข้างน้อย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ทันตแพทย์ส่วนใหญ่จะขาดความรู้ทักษะด้านการบริหารจัดการ

1.2 ทันตภิบาล

จำนวนทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน มีมากกว่ากรอบอัตราที่กำหนดไว้ แต่

ที่สถานอนามัยจำนวนมากอีกมาก โดยมีเพียงร้อยละ 18.8 ของสถานอนามัยขนาดใหญ่ ใน พ.ศ. 2541 (ตารางที่ 3)

เป็นที่น่าสังเกตว่า สัดส่วนทันตภิบาลที่สถานอนามัยในภาคอีสาน และภาคใต้มีเพียงร้อยละ 13.1 และ 16.7 เมื่อเทียบกับภาคเหนือ และภาคกลางที่มีถึงร้อยละ 22.2 และ 24.7 ตามลำดับ

สำหรับการสูญเสียทันตภิบาล พบว่า ตั้งแต่เริ่มผลิตใน พ.ศ. 2512 จนถึงปี 2541 มีการสูญเสียจากวิชาชีพไปร้อยละ 7.6 เมื่อเทียบกับกำลังการผลิตปัจจุบันที่แม้จะลดลงจาก 330 คนต่อปี เป็น 145 คนต่อปีแล้ว จึงมีแนวโน้มว่า ทันตภิบาลจะเต็มกรอบอัตรากำลังในสถาน

ตารางที่ 3 จำนวนทันตภิบาลที่มีในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย
แยกเป็นภาคและเขต พ.ศ.2541

Table 3 Number of dental nurses in provincial health offices, community hospital and health centers,
1998

ภาค	เขต	สสจ.			รพช.			สอ.		
		กรอบ	จำนวน	ร้อยละ	กรอบ	จำนวน	ร้อยละ	กรอบ	จำนวน	ร้อยละ
กลาง	1	16	18	112.5	72	72	100	110	18	16.0
	2	19	21	110.5	80	82	102.5	106	32	30.2
	3	23	24	104.3	104	116	111.5	123	35	28.5
	4	24	24	100	86	82	95.3	130	31	23.9
รวมภาคกลาง		82	87	106.1	342	352	102.9	469	116	24.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	20	25	125	158	171	108.2	198	24	12.1
	6	26	29	111.5	186	190	102.2	212	33	15.6
	7	25	26	104	164	180	109.8	200	23	11.5
รวมภาคตะวันออก เฉียงเหนือ		71	80	112.7	508	541	106.5	610	80	13.1
เหนือ	8	17	20	117.6	82	86	104.9	109	18	16.5
	9	21	26	123.8	104	118	113.5	127	29	22.8
	10	21	23	109.5	128	137	107	129	34	26.4
รวมภาคเหนือ		59	69	116.9	314	341	108.6	365	81	22.2
ใต้	11	23	24	104.3	128	115	89.8	104	28	22.9
	12	23	27	117.4	126	142	112.7	130	11	8.5
รวมภาคใต้		46	51	110.9	254	257	101.2	234	39	16.7
รวมทุกภาค		258	287	111.2	1,418	1,491	105.1	1,678	316	18.8

ที่มา (1) ทันตแพทย์ปริญา คงทวีเลิศ 2541⁽⁸⁾

(2) กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541⁽⁹⁾

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข พ.ศ.2541 จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน

Table 4 Number of dental auxiliaries in health offices of the Permanent Secretary, 1998

สถานที่ปฏิบัติงาน	กรอบ	จำนวน	ร้อยละ
สสจ.	-	75	-
รพศ. / รพท.	675	557	82.5
รพช.	1,418	791	55.8
รวม	2,093	1,423	67.9

ที่มา : ทันตแพทย์ปริญา คงทวีเลิศ, 2541⁽⁸⁾

ตารางที่ 5 การพัฒนาทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยการอบรมและสัมมนา ปี 2540
Table 5 Percentage of dentists working in community hospital, had trained, 1997

หัวข้อ	ร้อยละของทันตแพทย์ที่เข้าอบรม
ฟื้นฟูวิชาการ	61.4
ด้านการรักษาทางทันตกรรม	16.8
ด้านทันตสุขภาพ	2.7
ด้านบริหารจัดการ	10.2
ด้านคอมพิวเตอร์	2.1
อื่น ๆ	6.8

ตารางที่ 6 สาขาวิชาที่ควรศึกษาต่อเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ในปัจจุบันของทันตภิบาลในโรงพยาบาลชุมชน ปี พ.ศ.2540 ตามความคิดเห็นของทันตภิบาล
Table 6 Subjects needed for training of the community dental nurses, 1997

สาขาวิชา	ร้อยละ
- สาขาบริการทันตกรรม	54.60
- สาขาสารสนเทศศาสตร์	32.10
- อื่น ๆ	10.30
- ไม่จำเป็นต้องมีการศึกษาต่อ	3.00
รวม	100.0

อนามัยในเวลาไม่เกิน 10 ปี อย่างไรก็ตามการบรรจุทันตภิบาลลงในสถานื่อนามัย โดยเปลี่ยนตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนในสถานื่อนามัย เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 ตำแหน่งนั้น ยังไม่สามารถดำเนินการได้จริงในบางจังหวัด⁽¹⁰⁾ อาจเป็นปัญหาเนื่องจากกรอบอัตรากำลังในสถานื่อนามัยเต็ม หรือปัญหาอื่น ๆ

สำหรับบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนและสถานื่อนามัยแตกต่างกัน โดยที่โรงพยาบาลชุมชนรับผิดชอบงานบริการเฉพาะงานรักษาพยาบาลทั้งเด็กและผู้ใหญ่ งานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนในชุมชน ส่วนที่สถานื่อนามัยต้องรับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขทั้งหมดในสถานื่อนามัย ทั้งงานบริหารจัดการ งานบริการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน

ทันตสุขภาพ งานบริการวิชาการ นอกจากนี้ยังช่วยเหลืองานบริการสาธารณสุขทั่วไปด้วย โดยจากการศึกษาพบว่า ทันตภิบาลส่วนใหญ่ ให้เวลากับงานทันตสาธารณสุขประมาณร้อยละ 60 - 80 และยังไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขผสมผสานได้อย่างแท้จริง⁽¹⁰⁾ เนื่องจากหลักสูตรการเรียนเน้นการให้บริการทันตกรรมในคลินิกค่อนข้างมาก

1.3 ผู้ช่วยทันตแพทย์

ใน พ.ศ. 2541 มีผู้ช่วยทันตแพทย์อยู่ในสถานบริการสาธารณสุขของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 67.9 ของกรอบอัตรากำลัง และอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 55.8 ของกรอบอัตรากำลัง (ตารางที่ 4) โดยที่การให้บริการทันตกรรมจำเป็นต้องใช้ผู้ช่วยทันตแพทย์ ไม่ว่าผู้ให้บริการนั้นจะเป็นทันตแพทย์

หรือทันตภิบาล สำหรับสัดส่วนทันตแพทย์ต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ และทันตภิบาลต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ที่เหมาะสมคือ 2:3 และ 2: 1 ตามลำดับ⁽¹¹⁾ ในขณะที่อัตราส่วนทันตบุคลากรผู้ให้บริการทันตกรรมต่อผู้ช่วยทันตแพทย์เป็น 2.4 : 1 ใน พ.ศ. 2540 และมีโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีผู้ช่วยทันตแพทย์อยู่ถึง 95 แห่ง โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือขาดผู้ช่วยทันตแพทย์มากที่สุด และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยทั้งหมดไม่มีผู้ช่วยทันตแพทย์⁽¹²⁾

บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานช่วยทันตแพทย์ และทันตภิบาลในการปฏิบัติงานบริการทันตกรรมเช่นเดียวกับบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่ง

2. พัฒนาการและสถานการณ์เกี่ยวกับการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพระดับอำเภอ

2.1 ทันตแพทย์

2.2.1 การผลิต นับตั้งแต่มีทันตแพทย์คู่สัญญารัฐบาลออกมาใช้ทุนใน พ.ศ. 2532 ปริมาณการผลิตได้เพิ่มขึ้นทุกปี และในอีก 20 ปีข้างหน้า⁽⁷⁾ ประเมินว่าอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรจะอยู่ที่ประมาณ 1 : 7,000 ด้วยอัตราการผลิตในปัจจุบันน่าจะพอเพียงต่อความต้องการ สอดคล้องกับแผนการผลิตของทบวงมหาวิทยาลัย⁽¹³⁾ ประเด็นปัญหาที่สำคัญอยู่ที่การบริหารจัดการให้มีการกระจายทันตแพทย์ในเขตชนบทที่เหมาะสม

ในด้านหลักสูตรมีการพัฒนาเป็นระยะ เพื่อให้การผลิตบัณฑิตทันตแพทย์สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ปรับการฝึกคลินิกเป็นแบบผสมผสาน ปรับลดวิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐาน และเพิ่มการฝึกภาคสนามให้

แก่นักศึกษามากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตามแต่ละมหาวิทยาลัยมีความแตกต่างกันในรายละเอียดหรือจุดเน้น ซึ่งทำให้บัณฑิตที่จบมาจากแต่ละมหาวิทยาลัยมีคุณลักษณะในรายละเอียดที่แตกต่างกัน

2.2.2 การพัฒนาบุคลากร

ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถระยะสั้นค่อนข้างมากในพ.ศ. 2540 พบว่า ทันตแพทย์ได้รับการอบรมฟื้นฟูประจำปีโดยหลักสูตร ระยะสั้นร้อยละ 80.6 ส่วนใหญ่เป็นการอบรมหรือประชุมฟื้นฟูวิชาการ เทคนิคการรักษาทางทันตกรรม (ตารางที่ 5) ส่วนการศึกษาต่อมีเพียงร้อยละ 3.8 ทั้งนี้เนื่องจากสถาบันการศึกษารับเข้าศึกษาต่อค่อนข้างน้อย และมักให้ออกากับทันตแพทย์โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ก่อน

การพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ พบว่า ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถเติบโตได้ถึงระดับ 8 การพัฒนาองค์กร พบว่า สภาพแวดล้อมและบรรยากาศการทำงานที่อยู่กันแบบพี่น้อง ผู้บังคับบัญชาให้อิสระในการทำงาน ให้เกียรติ ให้การสนับสนุนจะทำให้เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานได้นานสำหรับความต้องการของทันตแพทย์ในการพัฒนาระยะสั้น ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ต้องการอบรมทันตกรรมเฉพาะทางมากที่สุด รองลงมาคือ การบริหารจัดการทั่วไป และการทำวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากทันตแพทย์ประสบปัญหาในเรื่องการให้การรักษาระดับยากที่ตัวทันตแพทย์เองยังมีศักยภาพไม่พอ เช่นเดียวกับเรื่องการบริหารจัดการและการทำวิจัย ผู้บังคับบัญชาต้องการให้ทันตแพทย์ได้รับการพัฒนาในเรื่องการบริหารจัดการ รองลงมาคือ การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ความรู้ความสามารถทั่วไป และด้านวิชาการ ตามลำดับ ด้านการศึกษาต่อ ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่

ต้องการศึกษาต่อในสาขาทันตแพทย์เฉพาะทางมากกว่าสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งตรงข้ามกับความเห็นของผู้บังคับบัญชาที่ต้องการให้ทันตแพทย์ศึกษาต่อในด้านสาธารณสุขศาสตร์มากกว่าทันตแพทย์เฉพาะทาง

2.2 ทันทาภิบาล

2.2.1 การผลิต เริ่มมีการผลิตทันตภิบาล เพื่อมาร่วมให้บริการทันตกรรมกับทันตแพทย์ ตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2511) และเพิ่มการผลิตเรื่อยมาทุกแผน จนถึง พ.ศ. 2541 ผลิตได้ทั้งสิ้น 2,826 คน⁽¹⁴⁾ จากการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในสองทศวรรษหน้า พ.ศ. 2558⁽⁷⁾ พบว่าทันตภิบาลยังขาดอยู่ แต่ขาดไม่มากนัก ประกอบกับประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤติเศรษฐกิจอย่างรุนแรง และรัฐมีนโยบาย จำกัดกำลังคนภาครัฐ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงลดการผลิตทันตภิบาลลง ใน พ.ศ. 2542 จากเดิม 330 คนต่อปี เหลือ 145 คนต่อปี อัตราการผลิตขนาดนี้น่าจะมีทันตภิบาลลงปฏิบัติงานในสถานอนามัยขนาดใหญ่ได้ครบทุกแห่ง ในอีก 10 ปีข้างหน้าหลักสูตรการเรียนการสอนมีพัฒนาการตลอดเวลาเพื่อให้เหมาะสมกับงานที่จะต้องปฏิบัติ และปัญหาทันตสุขภาพของประเทศ อย่างไรก็ตามพบว่าหลักสูตรการเรียนการสอน ขณะนี้ยังไม่สอดคล้องกับนโยบาย เช่น กรณีให้ทันตภิบาลไปปฏิบัติงานที่สถานอนามัย เป็นต้น

2.2.2 การพัฒนาบุคลากร

การอบรมระยะสั้น ใน พ.ศ. 2540 มีทันตภิบาลได้รับการอบรมสัมมนาร้อยละ 58.1 โดยส่วนใหญ่เป็นการอบรมฟื้นฟูวิชาการ การศึกษาต่อเนื่อง ทันตภิบาลในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย จบการศึกษาระดับปริญญาตรีแล้ว ร้อยละ 33 และกำลังศึกษาอยู่ ร้อยละ 41.8 ที่ยังไม่ได้ศึกษาต่อ ร้อยละ 24.81 การศึกษาต่อส่วน

ใหญ่ศึกษาด้านสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกทันตสาธารณสุข ที่มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช การพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ ในปัจจุบันตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขสามารถก้าวหน้าได้ถึงระดับ 6 ส่วนผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ยังไม่สามารถเติบโตและก้าวหน้าในสายงานทันตสาธารณสุข มีส่วนน้อยที่มีโอกาสสอบเข้าเรียนต่อทันตแพทย์ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้ การพัฒนาองค์กร พบว่า สภาพแวดล้อมและบรรยากาศการทำงานที่อยู่กันแบบพี่น้อง มีอิสระในการทำงาน ค่าตอบแทนล่วงเวลาและสวัสดิการการต่าง ๆ ช่วยให้เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้สิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือ เพิ่มโอกาสทางการศึกษาต่อเนื่อง โดยจบปริญญาตรีแล้วมีตำแหน่งรองรับ สำหรับความต้องการของทันตภิบาลในการพัฒนาระยะสั้น ต้องการอบรม เพิ่มเติมความรู้การบริการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งเป็นบทบาทภาระกิจที่ทันตภิบาลให้บริการอยู่ เช่นเดียวกับการศึกษาต่อที่จะให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน ในสาขาบริการทันตกรรมและสาขาสาธารณสุขศาสตร์ (ตารางที่ 6) เหตุผลเพราะการปฏิบัติงานต้องรับผิดชอบสูงและปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง ควรมีความรู้และปฏิบัติงานถูกต้องมีคุณภาพ

2.3 ผู้ช่วยทันตแพทย์

2.3.1 การผลิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์มาตั้งแต่ พ.ศ. 2520 เพื่อช่วยปฏิบัติงานทันตกรรมในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มแรกรับนักเรียนจบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 เข้าศึกษาและฝึกอบรม 1 ปี ต่อมามีการเปลี่ยนแปลงใน พ.ศ. 2537 ได้รับนักเรียนจบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 5 หรือมัธยม 6 เข้าศึกษา 1 ปี และต่อมาเพิ่มหลักสูตรเป็น 2 ปี ใน พ.ศ. 2539⁽¹⁵⁾ การเกิดเหตุการณ์ภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ตลอด

จนมาตรการจำกัดกำลังคนภาครัฐ ได้ส่งผลให้มีการยุติการผลิตบุคลากรกลุ่มนี้ลงในปีการศึกษา 2541 ทั้ง ๆ ที่ยังมีความขาดแคลน และเพื่อให้การบริการผู้ป่วยยังคงมีประสิทธิภาพเช่นเดิม สถานบริการบางแห่งจึงจ้างลูกจ้างเพิ่มเพื่อมาทำหน้าที่ ผู้ช่วยทันตแพทย์โดยมีทันตแพทย์ เป็นผู้สอนให้

2.3.2 การพัฒนาบุคลากร ที่ผ่านมาบุคลากรกลุ่มนี้ได้รับการพัฒนาทักษะเฉพาะด้านน้อยมาก จากการศึกษาพบว่า มีการศึกษาต่อเนื่องน้อยมาก เนื่องจากอายุมาก มีภาระครอบครัว และที่สำคัญคือ เรียนต่อแล้วไม่สามารถนำมาปรับตำแหน่งได้ สำหรับการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพในปัจจุบัน ผู้ช่วยทันตแพทย์เป็นบุคลากรที่อยู่ในกลุ่มงานที่ใช้ทักษะ และความชำนาญเฉพาะด้าน สามารถกำหนดตำแหน่งได้ถึงระดับ 6 สำหรับการพัฒนางานที่ช่วยให้ผู้ช่วยทันตแพทย์เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน คือ การได้มีโอกาสปฏิบัติงานล่วงเวลาในคลินิกบริการทันตกรรมนอกเวลาราชการทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น, การทำงานใกล้บ้าน และการให้กำลังใจที่ดีที่สุด คือ ทีมทำงานที่ดี อย่างไรก็ตามความต้องการในการพัฒนาคือ ขอให้มีโอกาสพัฒนาดตนเองจากการอ่านข่าวสาร วารสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง และถ้าจะต้องอบรมหรือศึกษาต่อ ส่วนใหญ่ต้องการศึกษาอบรมในด้านการบำรุงรักษาเครื่องมือทันตกรรม และการควบคุมการติดเชื้อในคลินิก

3. ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ต่อการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพ

3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพ

3.1.1 ปัญหาทันตสาธารณสุขในอนาคต ปัญหาทันตสุขภาพยังไม่ลดลง และในอนาคตผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น ต้องเพิ่มการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุโดยเฉพาะการใส่ฟัน

3.1.2 นโยบายและแผนงานด้านการผลิตและพัฒนา นโยบายของรัฐบาลที่จำกัดกำลังคนภาครัฐและการปรับบทบาทหน่วยงานภาครัฐ ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งอาจต้องปรับเป็นองค์กรมหาชน ดังนั้น แนวคิดด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเปลี่ยนไปให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของระบบบริการภาครัฐ ทั้งในด้านปริมาณ คุณภาพ และภาระทางการเงินในการศึกษา นอกจากนี้อาจผลิตให้ตลาดแรงงานตามความต้องการของตลาดด้วยอีกทางหนึ่ง ส่วนบทบาทด้านการพัฒนาจะต้องเพิ่มมากขึ้นเพื่อพัฒนาคนที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3.2 แนวโน้มด้านการผลิต และพัฒนาทันตบุคลากร

3.2.1 ทันตแพทย์

(1) ความต้องการทันตแพทย์ เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังของกระทรวงสาธารณสุข ทันตแพทย์จะเต็มกรอบใน 2-3 ปีนี้ แต่ถ้าดูในปัจจุบันสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรยังไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามด้านอัตรากำลังผลิตในปัจจุบันเพียงพอแล้วที่จะให้มีทันตแพทย์ต่อประชากร = 1 : 7,000 คน ในอีก 20 ปีข้างหน้าตามสัดส่วนที่ควรเป็น ประเด็นปัญหาหลักจะอยู่ที่การกระจายอย่างเสมอภาค นอกจากนี้ยังจะมีประเด็นการพัฒนาทันตแพทย์ส่วนหนึ่งให้เป็นทันตแพทย์เฉพาะทางด้วย

ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านให้ความเห็นว่าตามรัฐธรรมนูญใหม่ ประชาชนมีสิทธิเลือกบริการที่มีคุณภาพ ฉะนั้นควรเพิ่มการผลิตทันตแพทย์เพราะเป็นบุคลากรที่มีคุณภาพสูงสุดและงดการผลิตทันตภิบาล โดยมุ่งกระจายทันตแพทย์ไปให้ทั่วถึง

(2) ลักษณะของทันตแพทย์ในอนาคต ต้องเป็นผู้นำ มีความสามารถในการ

บริหารจัดการองค์กร ประสานความร่วมมือกับ
ทีมงาน และบุคลากรอื่นๆ ได้ มีความคิดริเริ่ม
สร้างสรรค์ และมีความเป็นนักวิชาการที่มีภูมิปัญญา
ในการแก้ปัญหา

(3) การพัฒนาทันตแพทย์ ควร
พัฒนาทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนให้
เหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติ สำหรับการศึกษา
ต่อเนื่องน่าจะศึกษาเป็น Super G.P. (เฉพาะทาง
ทั่วไป) หรือสาขาสาธารณสุข ส่วนทันตแพทย์
เฉพาะทางสาขาอื่นๆ นั้น จะต้องพิจารณาให้
พัฒนาไปในสัดส่วนที่เหมาะสม และให้กระจายไป
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
และมหาวิทยาลัยเท่านั้น ไม่ควรอยู่ที่โรงพยาบาล
ชุมชน

3.2.2 ทันตภิบาล

(1) ความต้องการทันตภิบาล

แนวคิดแรก ถ้าดูตามกรอบอัตรา
กำลัง การผลิตต้องลดลง แต่ถ้าวิเคราะห์ปัญหา
ทันตสุขภาพในภาพรวมของประเทศและความ
ต้องการบริการในชนบทก็จะต้องผลิตต่อไป
ผลผลิตที่จบมาส่วนหนึ่งเป็นข้าราชการกระทรวง
สาธารณสุข ส่วนหนึ่งอาจเป็นลูกจ้าง/พนักงาน
ขององค์การมหาชน/องค์การปกครองท้องถิ่นและ
อีกส่วนหนึ่งไปทำงานที่ในภาคเอกชน (ซึ่งต้อง
แก้ไขกฎหมายด้วย)

แนวคิดที่สอง ควรยุติการผลิต
เนื่องจากวิกฤติทางเศรษฐกิจ และรัฐธรรมนูญฉบับ
ปัจจุบันที่ระบุว่า ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้บริการที่
มีคุณภาพจากรัฐ ในอนาคตเราต้องใช้บุคลากรที่มี
คุณภาพสูงสุด คือ ทันตแพทย์

2) ลักษณะของทันตภิบาลใน
อนาคต ต้องสามารถให้คำแนะนำ คำปรึกษา และ
ให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้ถูกต้อง
เหมาะสม มีคุณภาพ นอกจากนี้ต้องมีความรู้ใน
เรื่องปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลต่อระบบบริการ

ทันตสุขภาพ ทั้งเรื่องสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ฯลฯ
และต้องคิดอย่างเป็นระบบ แก้ปัญหาได้

(3) การพัฒนาทันตภิบาล
ทันตภิบาล ควรมีการพัฒนาตนเอง ฝึกคิดเป็น
ระบบ มีศักยภาพในการเป็นผู้แนะนำให้คำปรึกษา
ส่วนด้านการพัฒนาสายอาชีพ คงต้องยอมรับ
ความจริงที่จะเกิดคำถามว่าไปได้ไกลแค่ไหน ถ้า
สามารถพัฒนาตนเองและเปลี่ยนสายงานใหม่ ก็
เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ทางด้านวิทยาลัยการ
สาธารณสุขที่รับผิดชอบในเรื่องการพัฒนาควรจะ
ได้วางแผนที่จะจัดอบรม/ประชุมระยะสั้น ๆ โดย
สำรวจหาส่วนขาดจากหัวหน้างานของทันตภิบาล
และจากตัวทันตภิบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน
และควรจะเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพมากกว่า
ด้านการรักษา

(4) หลักสูตรทันตภิบาลควร ผลิตในระดับ 2 ปี หรือ 4 ปี

แนวคิดแรก คิดว่าควรผลิตในระดับ 2
ปีด้วย เนื่องจากยังจำเป็นอยู่ใน 5 ปี ข้างหน้า
เพราะต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตอยู่ในระดับที่จะ
รับได้และคุณภาพ ความรู้ ความสามารถ ความ
รับผิดชอบยังอยู่ในระดับที่รับได้

แนวคิดที่สอง คิดว่าควรปรับเป็น 4 ปี
เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในด้านความรู้ ความคิด
อย่างไรก็ตามต้องวางแผนกันไว้ล่วงหน้า ต้อง
ปรึกษาทั้งผู้ผลิตและผู้ให้บริการว่าจะให้เขาทำอะไร
อย่างไร เพื่อไม่เป็นการเหลื่อมล้ำกับทันตแพทย์

3.2.3 ผู้ช่วยทันตแพทย์

(1) ความต้องการผู้ช่วยทันตแพทย์
ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นว่า มีความจำเป็นสำหรับ
การบริการทันตสุขภาพ จึงควรผลิตผู้ช่วย
ทันตแพทย์ต่อไป

(2) การผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์
ในแง่การผลิต มี 2 แนวคิด

แนวคิดแรก เห็นว่าควรนำลูกจ้าง

ของโรงพยาบาลมาบรมระยะสั้น ช่วง 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพิ่มเติม โดยยังคงดำรงตำแหน่งเป็นลูกจ้างเหมือนเดิม แต่มาทำหน้าที่ผู้ช่วยทันตแพทย์ ส่วนงานเดิมที่ทำอยู่ควรจ้างเอกชนทำแทนได้

แนวคิดที่สอง เห็นว่าควรผลิตโดยรับนักเรียนที่จบในระดับมัธยมศึกษามาเรียนในหลักสูตรที่สถาบันพระบรมราชชนกผลิตอยู่ เมื่อจบแล้วถ้าไม่มีกรอบอัตรากำลังรองรับ โรงพยาบาลจะต้องจ้างเป็นลูกจ้างของโรงพยาบาล

(3) **การพัฒนาผู้ช่วยทันตแพทย์** ผู้ช่วยทันตแพทย์ ควรมีการพัฒนาตนเอง เพื่องานที่ทำมากกว่าการพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในสายงาน

อภิปรายและข้อเสนอ

1. อภิปราย

1.1 **ระบบบริการสุขภาพในอนาคต** มีแนวโน้มที่จะให้บริการอย่างครอบคลุมเสมอภาคและทั่วถึง โดยเน้นคุณภาพและประสิทธิภาพ ประชาชนมีทางเลือกและตรวจสอบได้ การกระจายทันตบุคลากรในชนบทจึงมิได้ขึ้นกับการกำหนดของกระทรวงสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป แต่จะขึ้นกับระบบการจัดบริการสุขภาพของท้องถิ่นนั้น ๆ ด้วย⁽¹⁶⁾ โดยเฉพาะการจัดการในระบบประกันสุขภาพที่มีการบริการด้านสุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบอยู่ด้วย

1.2 **คุณลักษณะของกำลังคนด้านทันตสุขภาพในอนาคต** นอกเหนือจากทักษะพื้นฐานของวิชาชีพแล้ว ควรจะต้องมีคุณลักษณะดังนี้

- **ปรับกระบวนการทัศน์** มุ่งพัฒนาศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ต้องมีความรู้พื้นฐานทางสังคมศาสตร์ รวมทั้งทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยการมีส่วนร่วมจากชุมชน ครอบครัว

และสังคม

- **มีความเป็นนักวิชาการ** ต้องรู้จักคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

- **มีทักษะในการสื่อสารดี** มีศิลปะในการพูดและฟังเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อนร่วมงานได้

- **มีคุณธรรมและจริยธรรม** มีจิตใจกว้างขวาง มุ่งพัฒนางานและตนเอง เพื่อความสำเร็จขององค์กรและสังคมมากกว่าเพื่อประโยชน์ส่วนตน

1.3 **ความต้องการกำลังคนด้านทันตสุขภาพในอนาคต** ใน พ.ศ. 2558 ต้องการทันตแพทย์ในอัตราส่วนทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 7,124-7,798 คน หรือต้องการทันตแพทย์เป็นจำนวน 8,924 - 9,768 คน ในขณะที่อัตราากำลังการผลิตของประเทศสามารถผลิตได้ 10,100 คน ซึ่งเกินความต้องการเล็กน้อย ส่วนทันตภิบาลต้องการในอัตราส่วนทันตภิบาล 1 คน ต่อประชากร 6,341 - 22,846 หรือจำนวน 3,046 - 10,974 คน ในขณะที่กำลังการผลิตสามารถผลิตทันตภิบาลได้ 7,718 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน 13,994 - 14,772 คน ในขณะที่ยุติผลิตไปแล้ว

2. **ข้อเสนอต่อการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพในอนาคต**

2.1 ทันตแพทย์

2.1.1 **ด้านการผลิต** ปริมาณการผลิตในปัจจุบันมีความพอเพียงกับความต้องการในอนาคตแล้ว หากแต่จะต้องคำนึงถึงคุณภาพของทันตแพทย์ที่ผลิตได้จะต้องเหมาะสมที่จะปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทของประเทศ และเหมาะสมกับระบบบริการทางทันตกรรมในอนาคต

2.1.2 **ด้านการพัฒนา** ต้องดำเนินการพัฒนาอย่างเป็นระบบทั่วถึงและต่อเนื่องตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาทันตสุขภาพและ

ระบบบริการ รวมทั้งความก้าวหน้าในวิชาชีพ การพัฒนาองค์กรและการพัฒนางานทันต สาธารณสุข โดย

- ฝึกอบรมระยะสั้นเพื่อพัฒนา ศักยภาพที่จะปฏิบัติงานในหน้าที่รับผิดชอบ ได้แก่ อบรมวิชาชีพทันตแพทย์เฉพาะทางที่จำเป็นต้อง ใช้ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ใช้ สถานบริการที่มีอยู่ในการจัดอบรมให้ทั่วถึง พัฒนาศักยภาพทางด้านวิชาการ งานวิจัย โดย การอบรมหรือพัฒนาในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ มีการฝึกปฏิบัติ และจัดเวทีให้มีการนำเสนอผล งานอย่างเหมาะสม

- การศึกษาต่อเนื่อง มุ่งเน้น หลักสูตร Super G.P. (เฉพาะทางทั่วไป) และ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ สำหรับหลักสูตร เฉพาะทางอื่น ๆ ผู้บังคับบัญชาควรพิจารณา ความเหมาะสมสำหรับหน่วยงาน ที่จะจัดบริการ ให้ประชาชนด้วย

2.2 ทันตภิบาล

2.2.1 ด้านการผลิต ทันตภิบาล ยังขาดมากที่สถานเอนามัย และคาดว่าจะเต็ม กรอบอัตรากำลังทั้งหมดภายใน 10 ปี โดยต้อง พัฒนาหลักสูตรให้ทันตภิบาลเข้าใจงาน สาธารณสุขผสมผสานที่จะต้องปฏิบัติในสถานเอนามัย เน้นการทำงานเชิงรุกเพื่อส่งเสริมป้องกัน ปัญหาทันตสุขภาพมากขึ้น และเน้นการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สถานเอนามัยและชุมชน ต่าง ๆ ร่วมกับนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาอื่นๆ อย่างเป็นทีม นอกจากนี้ กระทรวง สาธารณสุขควรเตรียมการที่จะผลิตหรือจัดการ ศึกษาต่อเนื่องให้บุคลากรกลุ่มนี้ในระดับปริญญา ตริเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ก่อนข้างสูงซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจงาน สาธารณสุขทั่วไปเป็นอย่างดีจึงจะสามารถปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในสถานเอนามัยได้อย่างเหมาะสม

สำหรับการจัดการเรียนการสอนกลุ่มนี้ อาจเรียน ร่วมกับกลุ่มนักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ของสถาบันพระบรมราชชนก แล้วแยกวิชาเฉพาะ เป็นทันตสุขภาพ

2.2.2 ด้านการพัฒนา

- การอบรมระยะสั้น พัฒนาความรู้ ใหม่ในด้านการบริการทันตสุขภาพโดยเฉพาะองค์ ความรู้ในด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ พัฒนา ศักยภาพความเป็นนักวิชาการ และความรู้ใหม่ๆ ด้านการปฏิรูปต่างๆ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขควร แสวงหาความร่วมมือจากสถาบันการศึกษาและ หน่วยงานสาธารณสุขต่าง ๆ ให้มีส่วนร่วมในการ พัฒนาดังกล่าว

- การศึกษาต่อเนื่อง โดยเฉพาะ การศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี โท ควรจัดการให้ เป็นระบบ ตามความต้องการของหน่วยงาน และ ทำให้ผู้เรียนสามารถกลับมาพัฒนางาน และพัฒนา หน่วยงานได้อย่างเหมาะสม และกระทรวง สาธารณสุขควรพิจารณาประเด็นความสอดคล้อง กับการพัฒนาความก้าวหน้าในตำแหน่งด้วย

2.3 ผู้ช่วยทันตแพทย์

2.3.1 การผลิต ปริมาณยังไม่ พอเพียงและมีความต้องการสูง ทั้งในโรงพยาบาล และสถานเอนามัย ควรดำเนินการผลิตบุคลากรกลุ่ม นี้โดย

- ปรับหลักสูตรการเรียนการสอน ผู้ช่วยทันตแพทย์เดิม ทำเป็นหลักสูตรการอบรม ลูกจ้างของสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ให้ทำ หน้าที่เป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ได้ โดยเป็นหลักสูตรการ อบรมระยะสั้น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี ตาม ความต้องการของสถานบริการ หรือ

- ใช้หลักสูตร 1 ปี เดิม รับนักศึกษา เข้ามาเรียน โดยไม่มีสัญญาผูกพันให้รับราชการ เมื่อจบแล้วให้สถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ รวม ทั้งสถานเอนามัยจ้างทำงานตามความเหมาะสม

2.3.2 ด้านการพัฒนา ควรมีการพัฒนาฟื้นฟูความรู้ หรือให้ความรู้ใหม่ ๆ ระยะสั้น 3 - 5 วัน เพื่อการพัฒนาต่อเนื่องให้บุคลากรกลุ่มนี้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

สรุป

การศึกษาพัฒนาการและสถานการณ์ของการพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ ได้ข้อสรุปและข้อเสนอในการผลิตและพัฒนาากำลังคนที่เหมาะสมกับระบบบริการทันตสุขภาพใน

ระดับอำเภอในอนาคตที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรม ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ สามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อเตรียมการให้กำลังคนด้านทันตสุขภาพสามารถปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ และประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพในอนาคต อย่างไรก็ตามควรจะได้มีการศึกษา ทบทวนความสำคัญและความจำเป็นของประเภทและจำนวนกำลังคนด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับระบบบริการสุขภาพในอนาคตในระยะต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะทันตแพทยศาสตร์. การวางแผนพัฒนากำลังคนทางทันตสาธารณสุขในระบบทันตสาธารณสุขไทย. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทันตแพทยศาสตร์ศึกษา ครั้งที่ 1 ประจำปี 2537.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการอบรมการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานระดับตำบล. ตุลาคม, 2530 (เอกสารอัดสำเนา).
3. บุญฤทธิ์ สุวรรณโณภาส, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ. เอกสาร “การวิเคราะห์ปัญหาและการปรับปรุงโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์โดยการกำหนดเงื่อนไขการเข้าศึกษาและรับราชการของประเทศไทย”. 2541 ; (เอกสารอัดสำเนา).
4. สำนักคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ, กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, (มปป.).
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข. การประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 . 2530 - 2534.
6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค. เอกสารจัดสรรทันตแพทย์ใช้ทุนปี 2542. (เอกสารอัดสำเนา).
7. คมสรรพ บุญยสิงห์, สุณี ผลดีเยี่ยม, โกเมศ วิชชาวุธ และคณะ. การวางแผนพัฒนาทันตบุคลากรในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาของทันตแพทยสภา เรื่องสิทธิเสมอภาคของประโยชน์ในการรับบริการสุขภาพในช่องปาก 4 - 6 มีนาคม 2541 ห้องประชุมกระทรวงสาธารณสุข : นนทบุรี. 2541.
8. ปริญญา คงทวีเลิศ. จำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์. จำแนกเป็นรายจังหวัด รายเขต ภูมิภาค ทั่วประเทศ. สุขุทัย : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2541.

9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค. สถานการณ์ทันตภิบาลในสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค. : นนทบุรี. 2541.
10. ศิริวรรณ พิทยรังษะภู, จินดา วรพฤษ์จารุ, ลลิตา ผิวเกลี้ยง และคณะ. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการทันตสาธารณสุขระดับตำบล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2539.
11. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การวางแผนพัฒนากำลังคนทางทันตบุคลากรในระบบทันตสาธารณสุขไทย. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทันตแพทยศาสตร์ศึกษา ครั้งที่ 1 ประจำปี 2537.
12. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ประทีป พันธุมวนิช, ยุพิน ส่งไพศาล และคณะ. “สถานการณ์ของการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศ” . เอกสารประกอบการสัมมนาของทันตแพทยสภา เรื่องสิทธิเสมอภาคของประชาชนในการรับบริการสุขภาพช่องปาก วันที่ 4 - 6 มีนาคม 2541 ห้องประชุมกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2541.
13. ทบวงมหาวิทยาลัย. ข้อมูลการผลิตทันตแพทย์ ปี 2540 - 2549. เอกสารโครงการพัฒนาอาจารย์สาขาวิชาทันตแพทยศาสตร์ ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม. พ.ศ. 2540 - 2550.
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข. สถานการณ์ทันตสาธารณสุข. ฝ่ายแผนงาน. 2540. (เอกสารอัดสำเนา).
15. พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. พัฒนาการศึกษาด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารการประชุมวิชาการกึ่งศตวรรษการศึกษา และการพัฒนากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ณ บางกอกคอนเวนชั่น เซ็นเตอร์ เซ็นทรัลพลาซ่า ลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร, 2540.
16. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2541.
17. ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์, สมนึก ชาญด้วยกิจ. ทิศทางการพัฒนางานทันตสาธารณสุขในศตวรรษใหม่. เอกสารประกอบการประชุมเสวนาทันตกรรมชุมชนในศตวรรษใหม่ 9 - 11 พ.ค. 2542. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2542.
18. ประทีป พันธุมวนิช, ยุพิน ส่งไพศาล จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ. บริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย : การคาดการณ์ในอนาคต. เอกสารประกอบการสัมมนาของทันตแพทยสภา เรื่องสิทธิเสมอภาคของประชาชนในการรับบริการสุขภาพช่องปาก วันที่ 4 - 6 มีนาคม 2541 ห้องประชุมกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2541.

Trend and Situation of District Dental Health Manpower Development

Tipaporn Sukosit *

Somkhamol Pijarana *

D.D.S., M.P.H.

M.P.A.

Abstract

The purposes of this study are to analyse the situation and propose policy options on the production and development of dental health personnel in appropriate with dental health service system at district level in the next two decades.

Dental health service system in the future tends to be universal coverage concurrent with equity, efficiency and quality of services as well as more people participation. Dental health personnel should be characterized by having new paradigm of services, academic competence, communication skill, moral and ethic. The number of dentists and dental nurses will meet the demand; nevertheless, they should be equitably distributed. Personnel development still lacks of a distinct and continual system.

Proposal :

1) Production: The curriculum including the process of teaching and learning should be revised in order to properly work not only in rural area, but also in the future setting. The practicum should be emphasized on critical thinking, proactive problem solving and team working. In case of dental assistants, the amount of production should meet the requirement and should be non-scholarship. Furthermore, for dental nurses, the Ministry of Public Health (MOPH) should provide bachelor degree continuing education regarding to their high responsibility and variety of works.

2) Development: The MOPH must evenly and continuously organize personnel development system relevant to their professional career, organizational and dental health services development by means of either short-course training or continuing education.



* Praboromarajchanok Institute

สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน

บุญเอื้อ ยงวานิชกร *
ดาวเรือง แก้วขันธ์ *
วรากรณ์ จิระพงษ์ *
ผุสดี จันทร์บาง *

ท.บ., ส.ม., อท.
ท.บ., ส.ม., นศ.บ., อท.
ท.บ., พบ.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์), อท.
ศษ.บ., วท.ม.(สุขภาพศึกษา)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาและความผิดปกติของช่องปาก พฤติกรรมการแสวงหาบริการ ตลอดจนความพึงพอใจในบริการทันตกรรมที่ได้รับของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึกในแม่ที่มีลูกอายุ 0 - 12 ปี, ประชาชนอายุ 20 - 59 ปีที่เคยและไม่เคยรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยขนาดใหญ่ และการสนทนากลุ่มแม่ที่มีลูกอายุ 0 - 5 ปี จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ 224 คน ในพื้นที่ 12 หมู่บ้านของ 4 อำเภอจากจังหวัดลำปาง นครราชสีมา สมุทรปราการและสงขลา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 4 ภาคที่ศึกษาทั้งเหนือ ใต้ ตะวันออกเฉียงเหนือ และกลาง มีความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมทันตสุขภาพคล้ายคลึงกัน โดยผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทุกคนแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอทุกเช้า ในขณะที่ตอนเย็นหรือก่อนนอนแปรงบ้างไม่แปรงบ้าง ผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมแปรงฟันสม่ำเสมอกว่าผู้ที่เป็นเกษตรกร

เด็กอายุ 0 - 5 ปี ยังไม่ได้รับการทำความสะอาดฟันอย่างสม่ำเสมอ เพราะถึงแม้ผู้ปกครองให้สัมภาษณ์ว่าเริ่มแปรงฟันให้ลูกเมื่ออายุขวบครึ่งแต่เด็กจะไม่ค่อยยอมและผู้ปกครองก็จะไม่บังคับ เมื่อเด็กเริ่มได้รับอาหารเสริมผู้ปกครองก็จะให้ขนมเด็กด้วย ในกรณีที่เด็กมีฟันผุหากยังไม่ปวดมากผู้ปกครองส่วนใหญ่ก็จะรอจนลูกเข้าโรงเรียน เนื่องจากครูที่โรงเรียนมีระบบจัดการพาเด็กไปรับการรักษา ส่วนเด็กอายุ 6 - 12 ปี ผู้ปกครองบอกว่าเด็กแปรงฟันตอนกลางวันที่โรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ แต่ที่บ้านไม่ได้มีการติดตามให้แปรงทุกวัน ผู้ปกครองมีความเข้าใจและคุ้นเคยว่าการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปากและการพาเด็กไปรับบริการทางทันตกรรมเป็นภาระของครู

เรื่องของการรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาและแสวงหาบริการทันตกรรมของประชาชน พบว่าทุก

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คนคิดว่ามีปัญหาเมื่อมีอาการปวดฟัน และพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยการกินยาแก้ปวด หรือใช้สมุนไพร หรือสิ่งใกล้มือที่มีอยูุ่ดในรูฟันที่ปวดเพื่อบรรเทาอาการ และเมื่ออาการปวดที่เป็นๆ หายๆ กำเริบจนรบกวนการดำเนินชีวิตปกติ จึงจะเริ่มแสวงหาบริการจากสถานเอนามัย โรงพยาบาล หรือคลินิกเอกชนโดยขึ้นอยู่กับสิทธิประโยชน์ เศรษฐฐานะ บริการที่ใกล้บ้านเดินทางสะดวก และ ประสิทธิภาพของผู้ให้สัมภาษณ์ และไม่ว่าจะไปรับบริการที่สถานบริการของรัฐหรือเอกชนก็จะ ตอบว่ารู้สึกพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพราะได้รับการแก้ปัญหาจากอาการที่เป็นปัญหา เห็นว่า เครื่องมือทันตแพทย์ทันสมัยและสะอาด ปัญหาที่พบเมื่อไปที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาล จังหวัดคือต้องรอนาน



บทนำ

การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติที่ผ่านมา ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักคือเด็กวัยประถมศึกษาและเด็กวัยก่อนเรียน โดยนอกจากมีการเน้นการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการทุกระดับแล้ว ยังมีการดำเนินโครงการที่มุ่งเน้นการส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือก เช่น โครงการเฝ้าระวังและดูแลทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพแม่และเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) โครงการแปรงสีฟันของเด็กขวบครึ่ง (โครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู) เป็นต้น สำหรับกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ก็จะมีกิจกรรมการให้ทันตสุขภาพผ่านสื่อและรายการกลุ่ม โดยทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด ตั้งแต่ปี 2520-2537⁶⁻⁹ พบว่าประชาชนยังมีปัญหาเรื่องของการเป็นโรคฟันผุ และการสูญเสียฟันสูงในทุกกลุ่มอายุ พฤติกรรมการทำความสะอาดอนามัยในช่องปากและพฤติกรรมการแสวงหาบริการก่อนโรคจะลุกลามยังอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่น่าพอใจ ดังตัวอย่าง การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กประถมศึกษา โรงเรียนเอกชนในเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่น ของสมบุรณ์ ชินบุตร พบว่าโรคฟันผุมีความชุกสูงและรุนแรง นักเรียนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากยังไม่ถูกต้อง กล่าวคือ เด็กอายุ 7 ปีมีฟันผุร้อยละ 93.3 อายุ 11 ปีมีฟันผุร้อยละ 58.5 มีการแปรงฟันก่อนนอนร้อยละ 74.5 แปรงฟันถูกวิธีร้อยละ 55.43 การไปรับบริการทันตกรรมพบมากที่สุดคือการถอนฟัน สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน มีการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กของผู้ปกครอง จังหวัด

กาฬสินธุ์ ของศิริวรรณ สุตาจันทร์ พบว่านมที่เด็กดื่มประจำมีส่วนผสมของน้ำตาล ผู้ปกครองทุกคนซื้อนมให้เด็กรับประทานทุกวัน ฤๅละ 2-3 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นนมกรอบบรรจุถุงมากที่สุดร้อยละ 45.5 มีการแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าเพียงร้อยละ 29.5 และแปรงฟันก่อนนอนร้อยละ 1.4 เท่านั้น เด็กมีฟันสะอาดเพียงร้อยละ 4.4 มีฟันไม่สะอาดร้อยละ 95.6

การศึกษาเรื่องสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนนี้ เป็นการลงไปหาข้อมูลในมุมมองด้านผู้ใช้บริการในพื้นที่โครงการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอในอนาคต” ซึ่งเป็นการศึกษาหาข้อมูลในส่วนของผู้ให้บริการ การศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลของประชาชนเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาและความผิดปกติของช่องปาก การแสวงหาบริการทันตกรรมและความพึงพอใจในการบริการทันตกรรมที่ได้รับ เพื่อนำไปเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนารูปแบบระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอในอนาคตที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกจังหวัดอย่างเจาะจงจาก 4 ภาค ฤๅละ 1 จังหวัด จำนวน 4 จังหวัด โดยเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ที่มีหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติงานต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 5 ปี

2. หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คัดเลือกอำเภอ จังหวัดละ 1 อำเภอ จำนวน 4 อำเภอ โดยเป็นอำเภอที่มีสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ

3. หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน คัดเลือกหมู่บ้าน อำเภอละ 3 หมู่บ้าน จำนวนรวม 12 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งโรงพยาบาลชุมชน, หมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ และหมู่บ้านห่างไกลที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ (รายละเอียดตามตารางที่ 1)

4. อาสาสมัครสาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น และเมื่อลงพื้นที่ผู้สัมภาษณ์มี

การคัดเลือกอีกครั้งด้วย snow ball technic โดยกำหนดจำนวนตัวอย่างที่ต้องการจากแต่ละหมู่บ้านดังนี้

1) กลุ่มแม่ที่มีลูกอายุ 0-12 ปี ให้เลือกแม่ที่มีลูกอายุ 0-5 ปี จำนวนไม่ต่ำกว่า 2 คน และแม่ที่มีลูกอายุ 6-12 ปี จำนวนไม่ต่ำกว่า 2 คน

2) ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20-59 ปี คัดเลือกผู้ที่เคยรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลชุมชน, ผู้ที่เคยรับบริการ ที่สถานีนอนามัยขนาดใหญ่ และผู้ที่ไม่เคยรับบริการจากทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ ในแต่ละเงื่อนไขให้คัดมาจำนวนไม่ต่ำกว่า 2 คน

3) ผู้นำหมู่บ้าน (Key informant)

ตารางที่ 1 พื้นที่ศึกษา
Table 1 Study site

อำเภอ/จังหวัด	หมู่ที่ตั้ง รพช.	หมู่ที่ตั้ง สอ.ขนาดใหญ่	หมู่ห่างไกล สอ.ขนาดใหญ่
บางบ่อ / สมุทรปราการ	หมู่ที่ 1 ต.บางเพรียง	หมู่ที่ 13 ต.คลองด่าน (สอ.คลองด่าน)	หมู่ที่ 12 ต.คลองด่าน (สอ.คลองด่าน)
ครบุรี / นครราชสีมา	หมู่ที่ 1 ต.บ้านแซะ	หมู่ที่ 1 ต.โคกกระชาย (สอ.โคกกระชาย)	หมู่ที่ 4 ต.โคกกระชาย (สอ.โคกกระชาย)
แม่ทะ / ลำปาง	หมู่ที่ 2 ต.แม่ทะ	หมู่ที่ 2 ต.ดอนไฟ (สอ.นาขวาง)	หมู่ที่ 6 ต.ดอนไฟ (สอ.นาขวาง)
รัตนบุรี / สงขลา	หมู่ที่ 1 ต.กำแพงเพชร	หมู่ที่ 1 ต.เขาพระ (สอ.นาสีทอง)	หมู่ที่ 9 ต.เขาพระ (สอ.นาสีทอง)

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง
Table 2 Samples

จังหวัด	จำนวนตัวอย่าง (คน)	แม่ที่มีลูก		ผู้ให้ข้อมูลบริการอายุ 20-59 ปี	
		ลูก 0-5 ปี	ลูก 6-12 ปี	เคยใช้บริการ	ไม่เคยใช้บริการ
สมุทรปราการ	39	15	8	13	3
นครราชสีมา	41	12	12	8	9
ลำปาง	32	7	7	8	10
สงขลา	112	24	12	58	18
รวม	224	58	39	87	40

สัมภาษณ์บุคคลผู้เป็นแกนนำของหมู่บ้าน กำหนด
ผู้ใหญ่วัยบ้าน อสม. ฯลฯ เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป
เศรษฐกิจและสังคม

เครื่องมือที่ใช้

1. แนวสัมภาษณ์ผู้นำหมู่บ้าน
2. แนวสัมภาษณ์แม่
3. แนวสัมภาษณ์ผู้ที่เคย/ไม่เคยรับ
บริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลชุมชนและสถานี
อนามัยขนาดใหญ่
4. แนวสนทนากลุ่มเรื่อง “พฤติกรรมกา
รเลี้ยงดูและดูแลอนามัยช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี”

วิธีการเก็บข้อมูล

หลังจากจัดทำ ทดสอบ ปรับปรุงเครื่องมือ
และประชุมปรับมาตรฐานผู้เก็บข้อมูลแล้ว จึง
ลงมือเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก
(Indept interview) กลุ่มตัวอย่างทุกคน
นอกจากนี้ในแต่ละอำเภอให้อาสาสมัคร
สาธารณสุขหมู่บ้านนัดแม่ที่มีลูกอายุ 0-5 ปี 5 - 6
คนเข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Focus group) โดย
พยายามให้กลุ่มที่มาไม่มีความแตกต่างในด้าน

สถานะทางสังคมและอายุ เพื่อให้เกิดบรรยากาศ
การสนทนาที่เป็นกันเอง และไม่มีการชี้นำจากคน
ใดคนหนึ่งภายในกลุ่ม และบันทึกความคิดเห็นที่
เป็นข้อสรุปของกลุ่ม

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการตีความ
สร้างข้อสรุปแบบอุปมัย (Induction) จากข้อมูล
การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หมู่บ้านที่ลงไปศึกษามีขนาดตั้งแต่ 60 -
1000 หลังคาเรือน (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้นำ
ชุมชน) ประชาชนมีอาชีพแตกต่างกันตามภาค
และหมู่บ้าน คือเป็นเกษตรกร ทำนาทำไร่ ค้าขาย
รับจ้าง งานฝีมือ ข้าราชการ ทำบ่อปลา นาุ้ง
ประมงน้ำเค็ม สภาพพื้นที่มีลักษณะเป็นแบบ
ชนบทเป็นที่ราบ ภูเขาล้อมรอบอย่างล่ำปาง หรือมี
ลักษณะที่ค่อนข้างเป็น เขตเมืองอย่างสมุทรปราการ
สถานบริการของรัฐที่จัดบริการแก่ประชาชนใน
ระดับอำเภอได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนและสถานี

ตารางที่ 3 บุคคลสำคัญผู้ให้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน จำแนกจังหวัด

Table 3 Key informants

จังหวัด	บุคลากรผู้ให้ข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน (Key informant)		
	หมู่บ้านใกล้โรงพยาบาล	หมู่บ้านใกล้สถานีอนามัย	หมู่บ้านใกล้สถานีอนามัย
ลำปาง	อสม. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อดีตกำนัน คนขายของ	ผู้ใหญ่บ้าน อดีตผู้ใหญ่บ้าน อสม. จนส.	อสม. อดีตผู้ใหญ่บ้าน อดีต อสม.
นครราชสีมา	อสม. สารวัตรกำนัน	กำนัน อสม. ผู้ช่วยกำนัน	ผู้ใหญ่ อสม. พระ
สมุทรปราการ	อสม.	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	อสม.
สงขลา	อสม. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จนท.ฝ่ายส่งเสริมฯ รพช.	อสม. เจ้าของร้านค้า ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน พนักงานการประปา	อสม. กรรมการอบต.. ภรรยาผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

อนามัย โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ศึกษา มี
ทันตแพทย์ 1-3 คน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข
2-3 คน ส่วนสถานีอนามัยขนาดใหญ่มีเจ้า
พนักงานทันตสาธารณสุขชุมชน 0-1 คน ตาม
รายละเอียดเปรียบเทียบลักษณะพื้นที่และสถาน
บริการของรัฐ ที่ทีมวิจัยลงไปศึกษาในตารางที่ 4

รูปแบบการจัดบริการทันตสาธารณสุขใน
โรงพยาบาลชุมชน มีการจัดบริการทันตกรรมผู้
ป่วยที่โรงพยาบาลในทุกกลุ่มอายุ การให้ทันต
สุขศึกษากลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การออกหน่วย
โรงเรียนซึ่งมีกิจกรรมให้ทันตสุขศึกษา ตรวจฟัน

ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟันและขูดหิน
น้ำลาย หรือนัดเด็กที่มีปัญหามารับบริการที่
โรงพยาบาล และงานออกหน่วยแพทย์ร่วมกับ
สถานีอนามัย ฯลฯ โดยทั่วไปทันตแพทย์เป็น
ผู้รับผิดชอบหลักในการจัดให้บริการทันตกรรมใน
สถานบริการ ส่วนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
รับผิดชอบหลักในงานอนามัยโรงเรียน

ในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ 4 แห่งที่เป็น
พื้นที่ศึกษามี 3 แห่งที่มีเจ้าพนักงานทันต
สาธารณสุขปฏิบัติงานประจำ อีก 1 แห่งเจ้า
พนักงานทันตสาธารณสุขจะเวียนมาปฏิบัติงานที่

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของหมู่บ้านและสถานบริการของรัฐในพื้นที่ศึกษา
Table 4 General characteristics of the villages and government health offices.

อำเภอ/จังหวัด	ลักษณะทั่วไป	ขนาด รพช. (เตียง)	จำนวน ทพ (คน)	จำนวน ทก. (คน)	มีทก. ใน สอ.ขนาด ใหญ่ (แห่ง)	อาชีพ/เศรษฐกิจ ประชากร (หลังคาเรือน/คน)
แม่ทะ/ลำปาง	พื้นที่เป็นที่ราบสูง มีภูเขาล้อมรอบสอง หมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลและ สถานีอนามัยขนาดใหญ่ขาดแคลนน้ำเพื่อ การเกษตร ถ้าทำนาต้องใช้เครื่องสูบ หมู่บ้านที่ตั้งใกล้โรงพยาบาล อยู่ในพื้นที่รับ ฝุ่นพิษจากโรงไฟฟ้าแม่เมาะ ทำให้ใช้น้ำ ฝนไม่ได้ แต่หมู่บ้านห่างไกลสถานีอนามัย อยู่ข้างอ่างเก็บน้ำทำให้อุดมสมบูรณ์ อำเภอแม่ทะแบ่งเป็น 10 ตำบล 78 หมู่บ้าน	30 เตียง	1 คน	3 คน	1 แห่ง	มีอาชีพค้าขาย,ทำนาเพื่อบริโภค ,ประดิษฐ์กระเช้าตะกร้า ทั้งอำเภอ มีประชากร 15,039 หลังคาเรือน /63,674 คน หมู่บ้านใกล้ โรงพยาบาลมี 1,000 หลังคาเรือน / 2,253 คน หมู่บ้านที่ตั้ง สอ. มี 149 หลังคาเรือน / 601 คน หมู่บ้านห่างไกล สอ. มี 61 หลังคาเรือน / 235 คน
ครบุรี/ นครราชสีมา	เป็นชุมชนเมืองต่างจังหวัดค่อนข้าง เจริญถ้าเป็นหมู่บ้านใกล้โรงพยาบาล จะ เป็นบ้านตึกแถวเป็นสถานที่ราชการ มี ถนนซีเมนต์ หมู่บ้านที่ตั้งสอ. และที่ห่าง ไกล สอ.จะเป็นหมู่บ้านจัดสรรโดยรัฐ จากการสร้างเขื่อน บ้านค่อนข้างใหม่ ม.ที่ตั้งสอ. มีรถอีแต่นทุกครัวเรือน หมู่บ้านห่างไกลสถานีอนามัย เกือบทุก บ้านปลูกผักสวนครัว และเลี้ยงไก่	60 เตียง	2 คน	2 คน	1 แห่ง	หมู่บ้านที่ตั้งโรงพยาบาลมีราย ได้น้อยกว่าหมู่บ้านห่างไกล คือเฉลี่ย 20,000-30,000 บาท/ปี ในขณะที่หมู่บ้านห่าง ไกลสอ. รายได้ 50,000- 60,000 บาท/ปี หมู่บ้านใกล้ โรงพยาบาลมี 18 คุ่ม หมู่บ้าน ที่ตั้งสอ. 10 คุ่ม 244 หลังคา เรือนและหมู่บ้านห่างไกลสอ.มี 2 คุ่ม 80 หลังคาเรือน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของหมู่บ้านและสถานบริการของรัฐในพื้นที่ศึกษา
Table 4 General characteristics of the villages and government health offices.

อำเภอ/จังหวัด	ลักษณะทั่วไป	ขนาด รพช. (เตียง)	จำนวน ทพ (คน)	จำนวน ทก. (คน)	มีทก. ใน สอ.ขนาด ใหญ่ (แห่ง)	อาชีพ/เศรษฐกิจ ประชากร (หลังคาเรือน/คน)
บางบ่อ/ สมุทรปราการ	สภาพเป็นที่ลุ่ม มีลำคลองมาก ตั้งอยู่ ชานเมืองรอบนอก แบ่งเป็น 8 ตำบล 74 หมู่บ้าน ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำ ปอปลานา กุ้ง มีการทำนาบ้างไม่มาก มี น้ำ-ไฟฟ้า จากประปานครหลวง ยกเว้น หมู่บ้านไกล สอ.มีปัญหาเรื่องน้ำกินน้ำใช้	90 เตียง	3 คน	3 คน	2 แห่ง	ทั้งอำเภอมีประชากร 20,338 หลังคาเรือน/ 83,382 คน หมู่บ้านที่ตั้งโรงพยาบาลมี 30- 40 หลังคาเรือน หมู่บ้านที่ตั้ง สอ. มี 672 หลังคาเรือน/ 2,768 คน หมู่บ้านห่างไกลสอ.มี 334 หลังคาเรือน/ 2,043 คน
รัตนภูมิ/สงขลา	หมู่บ้านไกลโรงพยาบาลเป็นเขตเทศบาล ลักษณะบ้านหลังใหญ่ ร้านค้ามาก มี ไฟฟ้า ประปา คนในหมู่บ้านครึ่งหนึ่ง ทำงานโรงงานทำยางแผ่น หรือโรงงาน ทำถุงมือ รายได้ 130-160 บาท /วัน ที่เหลือทำนา หรือค้าขาย หมู่บ้านที่ตั้ง สถานีอนามัย หมู่บ้านขนาดใหญ่ ตั้งอยู่ ริมถนนใหญ่ ที่ต่อเชื่อมกับตัวอำเภอ อาชีพส่วนใหญ่ทำสวนยาง หมู่บ้านไกล สถานีอนามัย เพิ่งแยกจากหมู่ที่ 2 ได้ ประมาณ 2 ปี มีไฟฟ้าประมาณครึ่งปี ไม่มีน้ำประปา ต้องใช้น้ำบ่อหรือน้ำคลอง บ้านเรือนส่วนใหญ่ตั้งอยู่ห่างๆ กัน มี ถนนลูกรังทอดผ่านหมู่บ้าน (หมู่บ้านอื่น มีถนนลาดยางหมดแล้ว) สภาพความเป็นอยู่มีลักษณะชนบท อาชีพส่วนใหญ่ทำนา มีรายได้เสริม รับจ้าง บางส่วนทำโรงงาน	30 เตียง	1 คน	3 คน	ไม่มี (ทันต บุคลากร เวียนมา ปฏิบัติงาน ทุกวันศุกร์ ของ สัปดาห์)	- หมู่บ้านที่ตั้งโรงพยาบาล มี ประชากร 400 หลังคาเรือน / 3,000 คน - หมู่บ้านที่ตั้ง สอ.มี 800 หลังคาเรือน/ 2,533 คน หมู่บ้านห่างไกลสอ.มี 113 หลังคาเรือน/ 500 คน

สถานีอนามัยสัปดาห์ละ 1 วัน จากการสัมภาษณ์
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำ
พบว่างานส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติ คือการให้บริการ
ทันตกรรมในสถานีอนามัยซึ่งมีการจัดบริการ
สัปดาห์ละ 3 - 5 วัน ประชาชนใกล้เคียงพอใจมาก
เพราะสะดวก ไม่ต้องรอนาน หวัหน้าสถานี

อนามัยทุกแห่งพอใจที่มีการจัดบริการที่สถาน
อนามัยเพราะเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่สถานีอนามัย
จากข้อมูลสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบ
ว่าประชาชนในแต่ละภาคถึงแม้จะมีความเป็นอยู่
อาชีพ และขนบธรรมเนียมที่แตกต่างกัน แต่จะมี
ความเข้าใจ ความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับเรื่อง

ทันตสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน ผลการวิเคราะห์
ข้อมูลที่ได้แบ่งเป็น 5 ประเด็น ดังนี้คือ

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ประชาชนให้สัมภาษณ์ว่ามีการ
ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันวันละ 2
ครั้ง เช้าและก่อนนอน แต่เมื่อซักในรายละเอียด
พบว่าการแปรงสม่ำเสมอในตอนเช้า ส่วนการ
แปรงในช่วงเย็นหรือก่อนนอนมักลืมหรือขี้เกียจ
แปรง บางรายเท่านั้นที่ตอบว่าแปรงเฉพาะตอนเช้า
หรือไม่ได้แปรงทุกวัน เพิ่มครั้งหรือน้อยลงตาม
เหตุผลส่วนตัวหรืออาชีพ การทำความสะอาดช่อง
ปากของประชาชนมีเหตุผลที่ต้องการการยอมรับ
จากผู้อื่น มากกว่าเหตุผลของสุขภาพโดยตรง

วิธีการแปรงมีทั้งที่แปรงถูไปมา และ
แปรงปัดขึ้นลง ผู้ที่แปรงตามขวางจะบอกว่าแปรง
มานาน พ่อแม่สอนให้ ส่วนผู้ที่แปรงปัดขึ้นลง
ได้ความรู้จากครูหรือหมอที่ทำฟันสอนให้ บางส่วน
ได้จากสื่อโทรทัศน์ เวลาที่ใช้ในการแปรงและความ
สะอาดจากการแปรงฟันผู้ตอบไม่สามารถประเมินได้
นอกจากนี้มีการใช้ไหมจิมฟันช่วยในกรณีที่มีเศษ
อาหารติดฟัน มากกว่าครึ่งที่นิยมใช้น้ำเกลืออม
บ้วนปากเพราะเชื่อว่าช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรค
เหงือก มี 2 รายที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ
ช่องปากเป็นพิเศษโดยการแปรงฟันมากกว่า 2 ครั้ง
และใช้ไหมขัดฟันด้วย

การเลือกซื้อแปรงสีฟัน ประชาชนรู้จัก
เลือกซื้อแปรงสีฟันชนิดที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม เพราะ
แปรงแล้วไม่เจ็บ การเลือกซื้อแปรงสีฟันและ
ยาสีฟันไม่เจาะจงยี่ห้อ เลือกซื้อตามที่ได้จากร้าน
ค้าแถวบ้านหรือที่ตลาดซึ่งมีให้เลือกไม่มากนัก
บางหมู่บ้านร้านค้าจัดหาสินค้าวางขายเพียงยี่ห้อเดียว
แปรงหนึ่งอันใช้นานประมาณ 3-5 เดือน และ
เปลี่ยนแปลงสีฟันใหม่เมื่อขนแปรงบานหรือสกปรก

2. พฤติกรรมการบริโภค

ประชาชนในพื้นที่นิยมปรุงอาหาร

รับประทานภายในครอบครัว มักเป็นอาหารพื้นเมือง
ทางเหนือไม่เติมน้ำตาล ทางใต้มีการเติมน้ำตาล
มากน้อยไม่แน่นอน ไม่นิยมรับประทานอาหารว่าง
ระหว่างมื้อ นานๆ ปรุงขนมรับประทานเองซึ่งมัก
จะเป็นขนมไทย ขนมที่ซื้อรับประทานมีขนมกรอบ
บรรจุถุง ขนมปังนิ่มๆ ขนมลูกเต๋า ฯลฯ น้ำอัดลม
จะดื่มในโอกาสพิเศษ เช่นงานบุญ งานเลี้ยง หรือ
เวลาไปเที่ยวเป็นหมู่คณะ เพราะราคาแพง

3. การดูแลสุขภาพช่องปากลูก

เด็กในพื้นที่ที่ศึกษาได้กินนมแม่ในช่วง
อายุ 4 เดือน-1ปี พอเลิกนมแม่แล้วเด็กได้กินนม
โดยดูดจากขวด ซึ่งอาจเป็นนมผง หรือนมกล่องเท
ใส่ขวด โดยแม่ที่มีลูกอายุต่ำกว่า 4 ปี มากกว่า
ครึ่งหนึ่งตอบว่าลูกกลับไปทั้งที่มีขวดนมอยู่ในปาก
เมื่อเด็กอายุ 3 - 5 ปี จึงให้ดูดนมจากกล่องซึ่งจะ
ได้กินตามโอกาส ไม่มีเวลาหรือปริมาณแน่นอน

เด็กเริ่มกินขนมเมื่อได้รับอาหารเสริม
ผู้ปกครองบอกว่าขนมที่เด็กชอบรับประทานคือ
ขนมกรอบบรรจุถุง ขนมปังกรอบเคลือบน้ำตาล
ลูกอม ซึ่งหาซื้อได้ง่ายตามร้านค้าในหมู่บ้านและ
โรงเรียน

แม่ผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีลูกอายุ 0-5 ปีได้
รับความรู้เรื่องการทำความสะอาดฟันและเหงือก
ของลูกตอนไปฝากครรภ์และเมื่อพาลูกไปฉีด
วัคซีนที่โรงพยาบาล และสถานอนามัย ส่วนใหญ่มี
ความรู้ว่าหลังดูดนมควรให้น้ำตาม และเด็กเล็ก
ควรได้รับการเช็ดทำความสะอาดฟันและเหงือก
แต่ในทางปฏิบัติแม่มีน้อยคนมากที่มีการทำความสะอาด
ให้ลูกประจำ การแปรงฟันของเด็กส่วนใหญ่
เริ่มเมื่อรู้สึกลูกมีฟันขึ้นมากแล้ว คืออายุ
ประมาณ 2 ขวบโดยแม่เป็นผู้แปรงให้ แต่ส่วนใหญ่
จะไม่ทำให้เด็กถำร่องให้หรือไม่ยอม เด็กใน
หมู่บ้านภายใต้การดูแลของสถานอนามัยจะได้รับการ
แจกแปรงเมื่อพาลูกไปฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1
ตอนอายุ 1 ขวบครึ่ง พอเด็กโตอายุประมาณ 3

ขอพ่อแม่ก็จะปล่อยให้เด็กแปร่งเอง

เด็กอายุ 6-12 ปีที่เข้าโรงเรียนแล้ว พ่อแม่บอกว่าทุกคนมีการแปร่งฟันเป็นประจำที่โรงเรียน แต่การแปร่งฟันที่บ้าน พ่อแม่ไม่สามารถระบุได้แน่นอนว่าลูกมีการแปร่งสม่ำเสมอแค่ไหน แต่ให้ข้อมูลว่าเด็กไม่ค่อยชอบแปร่ง ต้องเคี้ยวข้าว ช่วงเช้าได้แปร่งก่อนล้างสม่ำเสมอ ก่อนนอนได้แปร่งเป็นบางวัน

4. การรับรู้ปัญหา และการแสวงหาบริการของประชาชน

ผู้ปกครองรับรู้ปัญหาในช่องปากของลูก เมื่อลูกมีอาการปวดหรือเมื่อเห็นรอยบุ๋มที่ฟันของเด็ก หรือได้รับแจ้งจากครู เด็กทุกคนที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบ (3 ขวบ) จะเคยมีฟันผุ และมีอาการปวดมาแล้ว แม่ส่วนใหญ่คิดว่าฟันน้ำนม ไม่สำคัญ ถึงเวลา ก็หลุดเอง เมื่อรู้ว่ามีอาการแหม้มักให้กินยาแก้ปวด หรือใช้ยาสีฟัน (ดอกบัวคู่) หรือยาอื่นๆ ใส่ในรูฟันที่ผุ หรืออาจใช้สมุนไพรมาต้มน้ำอมบ้วนปาก หรือปล่อยให้หายเอง ฟันผุไม่ปวดจะปล่อยทิ้งไว้ ถ้าปวดจะพาไปรักษา ถ้าเด็กเข้าโรงเรียนแล้วผู้ปกครองจะปล่อยให้เป็นที่หน้าของครูที่โรงเรียน ช่วยดูแลทั้งเรื่องการแปร่งฟันและพาไปรักษาเมื่อมีปัญหา

การรับรู้ปัญหาและสิ่งผิดปกติในช่องปากของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง โดยทั่วไปผู้ให้สัมภาษณ์จะรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น อาการต่างๆที่ผู้ให้สัมภาษณ์รู้ว่าตนเองเป็น เช่น ฟันผุ ฟันลาย มีกลิ่นปาก มีหินปูน เสียวฟัน เลือดออกที่เหงือก และปวดฟันแต่อาการต่างๆเหล่านี้ผู้ให้สัมภาษณ์รู้สึกไม่ได้เป็นปัญหาจริงจึงต้องไปรักษาเมื่อมีอาการแล้วก็มักปล่อยทิ้งไว้ให้หายเอง หรือแก้ไขด้วยตนเอง เช่น ถ้าปวดก็กินยาแก้ปวด หรือใส่ยาในรูฟัน เป็นต้น

กลุ่มผู้ใหญ่เริ่มแสวงหาบริการเมื่อมีอาการมากจนทนไม่ไหวหรืออาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตปกติ ผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทุกคนเคย

ปวดฟันมาแล้ว บางคนรู้ว่าฟันผุเมื่อมีอาการปวดฟัน มีจำนวนมากที่มีอาการปวดเป็นๆหายๆ และคิดว่าปล่อยก่อนไว้เป็นมากแล้วจึงถอนออกเนื่องจากประชากรที่ศึกษาไปสถานบริการเพื่อรับบริการเมื่อมีอาการมากแล้ว ดังนั้นบริการที่ต้องการจึงเป็นการถอนฟัน รองลงมาคือการขูดหินน้ำลาย การบริการอีกประเภทหนึ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์มีความต้องการและไม่มีการจัดบริการในสถานพยาบาลของรัฐ คือการใส่ฟัน ชาวบ้านต้องไปใส่ฟันที่คลินิกเอกชน และมีจำนวนมากที่ใช้บริการจากช่างทำฟัน ซึ่งมาให้บริการตามบ้าน ชาวบ้านนิยม เพราะราคาไม่แพงและใช้งานได้ดี

5. ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยังนิยมไปรับบริการที่สถานบริการของรัฐ ทั้งที่สถานื่อนามัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน คนที่ไปรับบริการตอบว่าพอใจในบริการทันตกรรมที่ได้รับ โดยให้เหตุผลว่าเดินทางสะดวก ผู้ให้บริการใจดี เครื่องมือสะอาด ทำแล้วไม่เจ็บ รอไม่นาน เบิกค่ารักษาได้ ขูดหินน้ำลายแล้วฟันสะอาดดี ถอนฟันแล้วหายปวด คนที่ไม่พอใจมักมาจากประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรักษาครั้งก่อน เช่น ถอนฟันแล้วหลุด ทำแล้วเจ็บซึ่งพบน้อยมาก ผู้ให้สัมภาษณ์ไม่สามารถระบุว่า รับบริการจากทันตแพทย์หรือทันตภิบาลผู้มีฐานะเศรษฐกิจดีมักจะเข้าไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนโดยให้เหตุผลว่าไม่ต้องรอนาน ไปวันไหนก็ได้ การใส่ฟันมักจะใช้บริการจากช่างทำฟันเพราะราคาไม่แพง มาทำให้ที่บ้านหรือที่ตลาด รวดเร็ว ให้คำแนะนำในการดูแลฟันปลอม บางทีไปใช้บริการที่คลินิก เพราะโรงพยาบาลไม่มีบริการ เหตุผลในการเลือกสถานบริการ มักขึ้นกับความสะดวก/รวดเร็ว สิทธิประโยชน์/สวัสดิการ ค่าบริการ ทัศนคติ และประสบการณ์ที่มีต่อสถานบริการนั้น

อภิปรายและข้อเสนอแนะ

1. ประเด็นน่าสนใจที่พบจากการศึกษา คือ

1.1 ประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ว่าการแปรงฟัน 2 ครั้งต่อวัน สอดคล้องกับการประเมินผลแผนฯ 7¹⁰ ที่พบว่า ร้อยละ 86 ของประชาชนตอบว่ามีการแปรงฟันอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน อย่างไรก็ตาม ประชาชนไม่มีความรู้ในรายละเอียดที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เช่น ควรจะแปรงอย่างไร แปรงช่วงเวลาไหน เปลี่ยนแปรงเมื่อใด เป็นต้น ประการสำคัญ จากการศึกษพบว่า ประชาชนแปรงฟันสม่ำเสมอเฉพาะตอนเช้า ส่วนตอนก่อนนอนซึ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันโรคในช่องปาก กลับแปรงบ้างไม่แปรงบ้าง ประชาชนให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ของตนเองและความจำเป็นในการพบปะพูดคุยกับคนอื่น มากกว่าการป้องกันโรคในช่องปาก

1.2 แม่ที่มีลูกอายุ 0-12 ปีมีความรู้ถึงข้อควรปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากลูก คือต้องทำความสะอาดช่องปากลูกด้วยการให้กินน้ำหลังกินนม ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดฟัน เลิกนมเมื่อเด็กมีลูกอายุ 4 - 6 เดือน แปรงฟันให้ลูกหรือคอยควบคุมดูแลให้ลูกแปรงฟันให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอทุกเช้าและก่อนนอน แต่จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ปกครองยังไม่สามารถดูแลลูกได้ตามความรู้ที่ได้รับ เด็กอายุ 0-5 ปียังไม่ได้รับการทำความสะอาดช่องปากจากแม่เป็นประจำ พอฟันลูกเริ่มขึ้น ผู้ปกครองเกือบทุกคนกลับให้ลูกกินขนมที่มีลักษณะหวานเหนียวติดฟัน นอกจากนี้เกือบทุกบ้านยังมีโทรทัศน์ทำให้เด็กได้เห็นโฆษณาขนมที่เป็นโทษต่อฟัน ซึ่งอิทธิพลของโฆษณามีผลต่อการรับประทานขนมของเด็กมาก ใน พ.ศ.2535 ชมรมทันตสาธารณสุขฯ ได้ทำการศึกษา พบว่าเด็กอายุ 10-12 ปี รู้จักและบริโภคขนมเฉลี่ย 36.5 ชนิดจาก 39 ชนิดที่มีการโฆษณา รายงานการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผน

พัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 ปี 2540¹⁰ พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของร้านค้าในโรงเรียนประถมศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีการขายขนมถุงที่มีส่วนประกอบหลักเป็นแป้งและน้ำตาลซึ่งเป็นโทษต่อฟัน ดังนั้น จึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้ปกครองเกือบทุกคนบอกว่า เด็กที่อายุมากกว่า 3 ปีเกือบทุกคนในหมู่บ้านมีประสบการณ์ฟันผุหรือปวดฟันเนื่องจากฟันผุ

จากการสัมภาษณ์ในกลุ่มแม่พบว่ามีความรู้มากกว่าครั้งที่ลูกอายุต่ำกว่า 4 ปียังหัดคาซวดนม ซึ่งจากการสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid survey) เพื่อประเมินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในหญิงมีครรภ์และเด็กก่อนวัยเรียน¹² พบว่า ร้อยละ 48 ของแม่และผู้ดูแลเด็ก ปล่อยให้เด็กหัดคาซวดนม

1.3 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าการแปรงฟันและการพาลูกไปรับการรักษาทันตกรรมเป็นหน้าที่ของโรงเรียนและครู ทำให้ลูกมีสุขภาพช่องปากดีเป็นหน้าที่ของหมอฟัน เมื่อพบว่าเด็กมีฟันผุ หากยังไม่ปวดมากจนต้องถอน ผู้ปกครองจะรอจนลูกเข้าโรงเรียนเพื่อให้ครูพาไปรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาที่มีกิจกรรมการตรวจและส่งต่อนักเรียนไปรับการรักษาทันตกรรมเพื่อการควบคุมและแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากของนักเรียนสามารถทำให้ผู้ปกครองเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน ส่วนกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีเป้าหมายที่จะสร้างความเข้มแข็งของชุมชน สร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของนักเรียนยังเห็นไม่เด่นชัด

1.4 ประชาชนส่วนใหญ่จะรับรู้ว่ามีปัญหาหรือความผิดปกติในช่องปากต่อเมื่อมีอาการปวด และแก้ไขเองด้วย การบรรเทาอาการนอกจากว่าอาการนั้นทำให้ไม่สามารถมีชีวิตอย่างปกติสุขได้ จึงจะเริ่มแสวงหาบริการ แต่เนื่องจาก

ไปรับการรักษาในระยะสุดท้ายของโรค บริการที่มักจะได้รับจึงเป็นการถอนฟัน ข้อค้นพบนี้ได้รับการยืนยันด้วยการประเมินผลแผนฯ 7¹⁰ ที่พบว่า การถอนฟันเป็นประเภทบริการทันตกรรมที่ให้แก่ประชาชนกลุ่มผู้ใหญ่มากเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 57

1.5 ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไปรับบริการทันตกรรมจากโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือ สถานีอนามัย มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ โดยบอกว่า ทันสมัย สะอาด ใกล้เคียงบ้าน หมอบริการดี เกสร อังศุสิงห์¹³ สัมภาษณ์ผู้ใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน พบว่า ผู้ใช้บริการมีเกณฑ์ในการตัดสินใจเลือกสถานบริการตามลำดับดังนี้ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลา และความสะอาด ตามลำดับ ประชาชนจะมีความพึงพอใจในค่าใช้จ่ายของสถานบริการภาครัฐสูง (ร้อยละ 30.9) ในขณะที่ความพอใจในคุณภาพบริการ อรรถาัยของเจ้าหน้าที่ จะน้อยกว่าร้อยละ 20

2. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนไม่ตระหนักในศักยภาพของตนเองและไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ โดยคิดว่าเป็นเรื่องของทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากการจัดบริการทันตสาธารณสุขทุกระดับ นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันยังเน้นให้ความสำคัญกับการรักษาและฟื้นฟูสภาพในช่องปากทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่พบโดยทั่วไปคือ คนไข้ทันตกรรมมาก รอคิวนาน ได้รับบริการเฉพาะตามอาการและไม่ต่อเนื่อง ทันตบุคลากรไม่เพียงพอ วัสดุครุภัณฑ์ขาดแคลน จึงมีข้อเสนอแนะจากการศึกษาว่า

- ทันตบุคลากรต้องตระหนักว่า การดำเนินงานทันตสาธารณสุขต้องเน้นการส่งเสริมป้องกันเป็นสำคัญ คือต้องเป็น Good Health

Approach

- สถานบริการทุกระดับ ต้องมีบทบาทที่ชัดเจนในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันที่มีประสิทธิภาพ เน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน การสร้างทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน และต้องตอบสนองตามความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน

- ภาครัฐต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการควบคุมและส่งเสริมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อทันตสุขภาพ เช่น การควบคุมการโฆษณาขนมและอาหารว่างที่มีผลเสียต่อทันตสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณสำหรับการศึกษาพัฒนาและการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนมากขึ้น เป็นต้น

- ผู้ผลิตบุคลากรต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการฝึกอบรมบุคลากร ให้มีทัศนคติและสมรรถนะในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การสอดประสานการดูแลสุขภาพที่ดีระหว่างประชาชนและผู้ให้บริการ

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชาชนยังมีความเชื่อว่าการมีอาหารปวดฟันหรือฟันโยกและอื่นๆ เป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน และเลือกที่จะไปรับบริการทันตกรรมในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งบริการที่ได้รับส่วนใหญ่คือการถอนฟัน และประชาชนรู้สึกพึงพอใจกับบริการที่ได้รับจากสถานบริการของรัฐ แสดงว่า การจัดบริการทันตสาธารณสุขในส่วนของการส่งเสริมทันตสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคในช่องปากที่ผ่านมายังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือสร้างพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมให้เกิดขึ้นกับประชาชนทุกกลุ่มอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการทบทวนแนวคิดและวิธีการทำงานของผู้ให้บริการ โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาชุมชนและการพัฒนากลวิธี

ใหม่ ๆ ที่จะสามารถทำให้ประชาชนดูแลตนเองได้
อย่างเป็นจริงและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ

1. องค์การอนามัยโลก สนับสนุนงบประมาณ
ดำเนินงาน

1. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
หัวหน้าโครงการวิจัยร่วม

2. ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ ผู้อำนวยการ
การกองทันตสาธารณสุข

3. ทันตแพทย์หญิงอรพินท์ คำสงวนศิลป์
ทันตแพทย์หญิงพรรณณี ผานิดานันท์ ทันตแพทย์
เฉลิมชัย วุฒิวิทย์ยามงคล ทันตแพทย์หญิงชลธิชา
พุดผิงศันันท์ งานทันตสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
นครราชสีมา ลำปาง สมุทรปราการ และทีมงาน
ของจังหวัดทั้ง 4 แห่ง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ
อย่างดีในการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

4. ทีมงานเก็บข้อมูลจังหวัด กองทันต
สาธารณสุข กรมอนามัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดโครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ: 2521
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่
5 (พ.ศ. 2525-2529) . ไม้ระบุรีที่พิมพ์ (เอกสารอัดสำเนา)
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่
6 (พ.ศ. 2530- 2534) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: ไม้ระบุรีที่พิมพ์.
4. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่
7 (พ.ศ. 2535-2539). โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ : 2540.
5. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนา
สถานอนามัย. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง การประเมินผลเบื้องต้นโครงการทศวรรษแห่งการ
พัฒนาสถานอนามัย, โรงแรมแอมบาสเดอร์ซิตี้ ชลบุรี, 2-3 กรกฎาคม 2539.
6. Inferri J.S., Barms DE. Epidemiology of oral disease-differences in national problems. Reprint
from Oral Health Unit, World Health Organization. Geneva.
7. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2
ปี พ.ศ. 2527 (เอกสารอัดสำเนา)
8. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3
ประเทศไทย 2532 พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: กันยายน 2532.
9. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่ง
ชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกกรุงเทพฯ : 2537
10. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผน
พัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535-2539) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ:
2541

11. ชมรมทันตสาธารณสุขสุราษฎร์. ขนบเด็กกับการโฆษณา จุลสารศูนย์ข้อมูล คปอส. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 ตุลาคม-ธันวาคม 2535
12. เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ และคณะ. การประเมินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน 0-3 ปี ระดับประเทศระหว่าง พ.ศ. 2535-2537 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ: 2538.
13. เกษร อังศุสิงห์. ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล, ประเทศไทย, พ.ศ. 2536.

A Study on Oral Care Behaviors and Oral Health Services Utilization of Thai People

Boonaur Yongvanichakorn *

Dowrueng Kaewkhuntee *

Waraporn Jirapongsa *

Pusadee Junbang *

D.D.S., M.P.H., Thai Board in DPH

D.D.S., M.P.H., B.A., Thai Board in DPH

D.D.S., M.P.A., Thai Board in DPH

B.Ed., M.Sc.

Abstract

This study aimed to assess Thai people's oral care behaviors, perception of the oral health disordered and problems, oral health care services utilization and their satisfactions. Data was collected from in-depth interview of mothers having children aged 0-12 years old, people aged 20-59 years old who ever used and never used the dental services from community hospitals or health centers and focus group discussion with mothers who had children aged 0-5 years old. Altogether there were 224 interviewed people from 12 villages in 4 districts of 4 provinces.

Results revealed that majority of the interviewees were similar in knowledge, understanding and oral care behaviors. Nearly all of them stated that they brushed their teeth in the morning regularly where as they occasionally brushed in the evening or at bed time. Commercial people and factory workers brushed their teeth more regularly than farmer.

Children aged 0-5 years old mostly were not received regular teeth cleaning. Moreover their guardians started the tooth brushing from the age of one and a half year because health personnel provided toothbrushes for their children at that age. In contrast children started to take sweet snacks when they started to have supplementary meal. Most of young children who had tooth decayed would not be sent for treatment until they reached the school age where teachers would send them for treatments. The interviewees said that children aged 6-12 years old brushed their teeth at school regularly but they were not sure at home. Mostly parents and guardians understood that teachers were responsible in bringing children to get dental treatment.

Nearly all interviewees perceived that they had dental health problems only when they had toothache. They took care of themselves by taking pain killer medicine or filled it into the decayed teeth. They would seek for dental treatment in case that they could not stand the pain. The places that they would go for oral health services were either health centers, community hospitals or private clinics depended on their insurance benefits, economic status and past experience of the interviewees. However, they mainly got the services from health centers and community hospitals. Most of them satisfied with the services provided because of service modernization, cleanliness, and near home but did not satisfy with the long waiting time.

*Dental Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health.

การวิเคราะห์ผลกระทบจากปัจจัยภายนอกต่อระบบบริการ ทันตสาธารณสุขระดับอำเภอในอนาคต

สุวัฒน์ กิตติฉิลกุล *

ณิชากร ศิริกันทวิไล *

พ.บ.

รป.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายนอก ระบบบริการทันตสาธารณสุข ได้แก่ ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ นโยบายการปฏิรูประบบราชการและนโยบายราชการและนโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐและการกระจายอำนาจของรัฐบาล ว่ามีผลกระทบต่อระบบบริการทันตสาธารณสุขในระดับอำเภออย่างไรบ้าง วิธีการศึกษากระทำโดยการทบทวนเอกสารการสัมภาษณ์ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิในด้านที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่า ระหว่างช่วงปี 2540-2542 ประเทศไทยประสบภาวะเศรษฐกิจ ทำให้รัฐบาลต้องปรับลดงบประมาณประจำปี 2540 2541 และ 2542 เป็นผลให้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขลดลงด้วย โดยเฉพาะงบประมาณการจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เช่น ยูนิตทำฟัน เป็นต้น ส่วนการปฏิรูประบบราชการจะทำให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขรวมทั้งด้านทันตสาธารณสุขในชุมชนให้องค์กรปกครองท้องถิ่นดำเนินการ และเพื่อความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการบริหารงานโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอาจจะออกไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ และนโยบายการจำกัดขนาดกำลังคนภาครัฐทำให้สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะต้องจ้างบุคลากรที่ขาดแคลนมาปฏิบัติงานในลักษณะเป็นลูกจ้างชั่วคราวของสถานบริการ สำหรับด้านการกระจายอำนาจการบริหารงานสู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าขณะนี้องค์กรฯส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินงานจัดบริการทางด้านสาธารณสุขน้อยมาก และการศึกษาวิจัยมากมายพบความไม่พร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลที่จะดำเนินการ และที่ดำเนินการก็เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานสุขาภิบาล อนามัยสิ่งแวดล้อมและงานสาธารณสุขมูลฐานเท่านั้น

การศึกษา ได้สรุปผลและมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ (1) ระบบบริการสาธารณสุขในอนาคตจะมี

* สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

แนวโน้มการปรับตัวไปสู่การปรับการบริหารจัดการที่เน้นประสิทธิภาพ และเป็นองค์กรที่มีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน (2) แนวโน้มการเปลี่ยนสถานบริการเป็นองค์กรในกำกับของรัฐ หรือให้อยู่ในการกำกับดูแลขององค์กรท้องถิ่น ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านการปรับโครงสร้าง การบริหารบุคคล และการพัฒนากำลังคนให้เหมาะสม รูปแบบของการปรับสังกัดขององค์กรหรือการปรับกระบวนการดำเนินงานอาจเป็นการให้องค์กรท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการให้ประชาชนในท้องถิ่น และ (3) กำลังคนด้านสาธารณสุขที่จะปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ นอกจากส่วนหนึ่งจะดำรงสถานะเป็นข้าราชการเหมือนในปัจจุบันแล้ว กำลังคนส่วนหนึ่งอาจต้องเป็นพนักงานของรัฐ เป็นพนักงานขององค์กรท้องถิ่นหรือเป็นลูกจ้างเงินนอกงบประมาณของสถานบริการสาธารณสุข ตามระบบงบประมาณของประเทศที่จะมีการปรับเปลี่ยนไปเช่นเดียวกัน



บทนำ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายนอกระบบบริการทันตสาธารณสุขที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ นโยบายการปฏิรูประบบราชการและนโยบายการจำกัดกำลังคนภาครัฐ และการกระจายอำนาจของรัฐบาล ว่ามีผลกระทบต่อบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภออย่างไรบ้าง วิธีการศึกษากระทำโดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิในด้านที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่า ระหว่างช่วงปี 2540-2542 ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจากที่เคยเติบโตในอัตราเฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ 8 ต่อปีติดต่อกันมานานเกือบ 10 ปี เหลือเพียงร้อยละ 0.3-0.6 ในปี 2540 และอัตราเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นลบในปี 2541 และ 2542 จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้รัฐบาลต้องปรับลดงบประมาณประจำปี 2540 2541 และ 2542 ลงไปเพื่อการประหยัด เป็นผลให้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขต้องถูกปรับลดลงด้วย โดยเฉพาะหมวดงบลงทุนเกี่ยวกับการจัดซื้อและจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูง เช่น ยูนิตทำฟัน เป็นต้น

การปฏิรูประบบราชการและการจำกัดกำลังคนภาครัฐ แผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐมีสาระสำคัญ คือ การให้หน่วยงานของรัฐได้ทบทวนภารกิจของตนเอง การปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณจากเดิมเป็นระบบงบประมาณที่มุ่งเน้นการทำงานที่ยึดผลผลิตและผลลัพธ์เป็นหลัก กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินการทบทวนภารกิจและกำหนดภารกิจบางประการที่ให้ภาคเอกชนดำเนินการ และภารกิจที่ถ่ายโอนให้องค์กรการบริหารส่วนตำบลดำเนินการ รวมทั้งกำหนดแนวทางบริหารเงินงบประมาณจากรัฐในลักษณะ

เป็นก้อน (Block Grant) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการบริหารงาน และกำหนดแนวทางการดำเนินงานให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงออกไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ

นโยบายการจำกัดขนาดกำลังคนภาครัฐทำให้กระทรวงสาธารณสุขประสบปัญหาตำแหน่งรองรับนักเรียนทุน ซึ่งจะเป็นปัญหาในระยะยาวที่ยังต้องการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการปฏิบัติงานให้บริการแก่ประชาชน แนวโน้มที่อาจเป็นไปได้ คือ สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขอาจจะต้องจ้างบุคลากรที่ขาดแคลนและมีความจำเป็น มาปฏิบัติงานในลักษณะเป็นลูกจ้างชั่วคราวของสถานบริการ

ปัจจัยด้านการกระจายอำนาจการบริหารงานสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญเพื่อให้มีบทบาทในการดูแลประชาชนในท้องถิ่นรวมทั้งการดูแลสุขภาพมากขึ้นที่สำคัญได้แก่ เทศบาลและองค์กรบริหารส่วนตำบลพบว่าในระดับเทศบาลแม้จะมีกฎหมายกำหนดให้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาล แต่ก็พบว่าเทศบาลมีการดำเนินงานจัดบริการทางด้านสาธารณสุขน้อยมาก สำหรับองค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) พบว่ามี อบต.ชั้น 1 จำนวน 78 แห่งเท่านั้น ที่กำหนดให้มีส่วนสาธารณสุขรับผิดชอบดูแลด้านสุขภาพของประชาชนตามที่มีบัญญัติไว้ในกฎหมาย มีการศึกษาวิจัยมากมายเกี่ยวกับศักยภาพ เจตคติ และความพร้อมของ อบต.ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งก็ล้วนแต่พบความไม่พร้อมของ อบต.ที่จะดำเนินการ และที่ดำเนินการก็เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานสุขาภิบาล อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานสาธารณสุขมูลฐานเท่านั้น

จากข้อวิเคราะห์ดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า

1. ระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต จะมี

แนวโน้มการปรับตัวไปสู่การปรับโครงสร้างองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่เน้นประสิทธิภาพ และเป็นองค์กรที่มีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน

2. แนวโน้มการเปลี่ยนสถานบริการเป็นองค์กรในกำกับของรัฐ หรือให้อยู่ในการกำกับดูแลขององค์กรท้องถิ่น ต้องมีการเตรียมพร้อมด้านการปรับโครงสร้าง การบริหารบุคคล การพัฒนากำลังคนให้มีความเหมาะสมกับการปฏิบัติงานในองค์กรใหม่ รูปแบบของการปรับสังกัดขององค์กรหรือการปรับกระบวนการดำเนินงานอาจเป็นการให้องค์กรท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการให้ประชาชนในท้องถิ่น

3. กำลังคนด้านสาธารณสุขที่จะปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ นอกจากส่วนหนึ่งจะดำรงสถานะเป็นข้าราชการเหมือนในปัจจุบันแล้ว การปรับระบบบริการและข้อจำกัดด้านอัตราตำแหน่งและงบประมาณหมวดเงินเดือนข้าราชการ อาจทำให้กำลังคนส่วนหนึ่งต้องเป็นพนักงานของรัฐ เป็นพนักงานขององค์กรท้องถิ่นหรือเป็นลูกจ้างเงินนอกงบประมาณของสถานบริการสาธารณสุขตามระบบงบประมาณของประเทศที่จะมีการปรับเปลี่ยนไปเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลกระทบจากปัจจัยภายนอกต่อการจัดระบบบริการทันตสาธารณสุข เป็นการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่กำลังเป็นกระแสหลัก ได้แก่ ปัจจัยจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ นโยบายการกระจายอำนาจ นโยบายการปฏิรูประบบราชการ และนโยบายการจำกัดขนาดกำลังคนภาครัฐ แล้วนำมาวิเคราะห์เบื้องต้น นำผลการทบทวนและวิเคราะห์มาสัมภาษณ์ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง นำมาสรุปผลการทบทวนและการศึกษาวิเคราะห์ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจ

ของประเทศไทย

ภาวะเศรษฐกิจไทยมีการขยายตัวสูงอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ตั้งแต่ปี 2533 - 2538 มีอัตราการเจริญเติบโตเฉลี่ยถึงกว่าร้อยละ 8 อัตราเงินเฟ้ออยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2539 เศรษฐกิจไทยเกิดภาวะการชะลอตัวอย่างรวดเร็ว การขยายตัวทางเศรษฐกิจลดลงเหลือร้อยละ 6.4 และยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นในปี พ.ศ. 2540 เนื่องมาจากปัญหาที่สะสมมานาน เช่นปัญหาการขาดดุลบัญชีเดินสะพัด หนี้ต่างประเทศเพิ่มสูงขึ้น ทำให้นักลงทุนต่างประเทศขาดความเชื่อมั่นต่อเศรษฐกิจไทย สถานการณ์เศรษฐกิจไทยในปี 2540 อยู่ในภาวะซบเซา เศรษฐกิจหดตัวและมีการขยายตัวเพียงร้อยละ 0.3⁽¹⁾ จากที่เคยขยายตัวร้อยละ 8.8 และ 5.5 ในปี 2538 และปี 2539 ตามลำดับ อัตราเงินเฟ้ออยู่ในช่วงร้อยละ 4.4 - 6.7 ในปี 2541 และแนวโน้มในปี 2542 จากการประเมินสภาวะเศรษฐกิจไทยในปี 2540 - 2541 ตามหนังสือแสดงเจตจำนงต่อกองทุนการเงินระหว่างประเทศฉบับที่ 3 แสดงให้เห็นว่าเศรษฐกิจไทยอ่อนตัวกว่าที่ประเมินไว้เดิมเนื่องจากอุปสงค์และผลผลิตในประเทศลดลงมาก แนวโน้มในระยะปานกลางถึงปี 2544 คาดว่าเศรษฐกิจจะปรับตัวดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงร้อยละ 3.7⁽²⁾ ในปี 2544 ซึ่งเป็นพื้นฐานของการขยายตัวในระยะปานกลางประมาณร้อยละ 4-5 ต่อปี ซึ่งต้องอยู่บนเงื่อนไขด้านการดำเนินนโยบายเศรษฐกิจส่วนรวม เพื่อให้บรรลุแนวโน้มเศรษฐกิจระยะปานกลางดังกล่าว คือการเสริมสร้างประสิทธิภาพและความเชื่อมั่นของระบบการเงิน เข้มงวดทางวินัยการเงิน

1.1 ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อรายรับรายจ่ายในระบบบริการสาธารณสุข

1.1.1 ด้านรายรับของสถานบริการ

(1) เงินงบประมาณ มีการปรับลดงบประมาณรายจ่ายปี 2541 จาก

งบประมาณที่ได้รับ 67,124.59 ล้านบาท ปรับลดเหลือ 62,625 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 6.71 ข้อมูล จากกลุ่มแผนงบประมาณ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ดังตารางต่อไปนี้

(2) รายได้นอกงบประมาณหรือเงินบำรุง ในปี 2540⁽⁵⁾ รายจ่ายจริงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 15,503 ล้านบาท และคาดว่าปี 2541 จะใช้งบประมาณในส่วนนี้ 18,768 ล้านบาท สถานบริการจะมีรายรับส่วนนี้ลดลงจากการปรับสิทธิสวัสดิการดังกล่าว นอกจากนี้ประชาชนกลุ่มที่ฐานะไม่ค่อยดีที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐประจำอยู่แล้วจะมีกำลังซื้อน้อยลง คาดว่าผู้ป่วยที่ใช้บัตรสงเคราะห์ประเภท ข จะเพิ่มขึ้น รายได้จากการประกันสังคมจะลดลงจากการมีลูกจ้างตกงานและว่างงานเพิ่มขึ้น และสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนลง

กล่าวโดยสรุปรายรับเงินงบประมาณลดลงร้อยละ 16⁽³⁾ (ปรับตามดัชนีเงินเพื่อ 10%) และมีบทบาทในการจัดบริการประมาณ ร้อยละ 50 ส่วนรายได้เงินนอกงบประมาณลดลง ร้อยละ 23.5 อันเป็นผลกระทบจากสวัสดิการรักษายาบาลอย่างเดียว และเงินส่วนนี้มีบทบาทในการจัดบริการโรงพยาบาล ร้อยละ 50

1.1.2 ด้านรายจ่าย

(1) เงินงบประมาณโครงสร้างรายจ่ายของโรงพยาบาลระดับจังหวัดปีงบประมาณ 2540 เป็นหมวดเงินเดือนข้าราชการ

และลูกจ้างประจำถึงร้อยละ 61.3⁽³⁾ หมวดครุภัณฑ์ที่ดินสิ่งก่อสร้างร้อยละ 22.8 และหมวดค่าวัสดุร้อยละ 10.31

(2) เงินบำรุง การวิเคราะห์รายจ่ายโรงพยาบาลระดับจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ปี 2537 และปี 2539 พบว่ารายจ่ายหมวดค่าวัสดุสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 55.7 และ 56.3 ของรายจ่ายทั้งหมด (เกือบทั้งหมดของรายจ่ายหมวดเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา) รองลงไป คือ หมวดค่าตอบแทน ร้อยละ 17.5 และ 18.5 หมวดค่าครุภัณฑ์ร้อยละ 9.9 และ 7.2 หมวดค่าจ้างชั่วคราวร้อยละ 8.1 และ 8.9 และหมวดอื่น ๆ ร้อยละ 8.8 และ 9.1

1.2 ต้นทุนในภาคสาธารณสุข

วิเคราะห์รายจ่ายในสถาน

พยาบาลภาครัฐ⁽⁴⁾ (institutionnal care) ผลกระทบค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14 ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.75 สำหรับสถานพยาบาลเอกชน ผลกระทบค่ารักษายาบาลผู้ป่วยนอก ค่ารักษายาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.5 ค่ารักษายาบาลผู้ป่วยในจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.25

1.3 ความช่วยเหลือของ

ธนาคารพัฒนาเอเชีย (ADB) ได้ให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ประเทศไทยใน 2 ประเด็น คือ สนับสนุนเงินกู้เพื่อปรับโครงสร้างทางสังคม 500 ล้านเหรียญ สรอ. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทา

ปีงบประมาณ	เงินเดือนค่าจ้าง	%	งบดำเนินการ	%	งบลงทุน	%	รวม	%
2537	15,769.9	40.1	12,754.2	32.4	10,794.6	27.5	39,318.7	100
2538	16,988.6	37.7	13,695.9	30.3	14,418.1	32.0	45,102.6	100
2539	20,837.2	37.7	15,741.4	28.5	18,621.6	33.8	55,200.2	100
2540	22,639.3	34.0	17,725.5	26.6	26,179.5	39.4	66,544.3	100
2541	24,458.0	39.1	20,759.5	33.1	17,407.6	27.8	62,625.1	100
2542	26,361.6	46.1	21,815.6	38.2	8,994.1	15.7	57,171.3	100

ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อสังคม และ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการทางสังคม ซึ่ง สนับสนุนในโครงการบัตรประกันสุขภาพ ในวงเงิน 1,200 ล้านบาท เพื่อจ่ายเป็นเงินอุดหนุนใน สถานพยาบาลบัตรละ 1,000 บาท และความ ช่วยเหลือทางวิชาการ ศึกษาในเรื่องการบริหาร จัดการด้านสาธารณสุขและการคลังสาธารณสุข ใน วงเงิน 700,000 เหรียญ สรอ. โดยให้ศึกษาเพื่อ ปรับปรุงและเพิ่มพูนประสิทธิภาพการดำเนินงาน

2. ปัจจัยด้านการปรับบทบาทภาค ราชการและขนาดกำลังคนภาครัฐ

มาตรการปรับภาคราชการในสภาวะ วิกฤตทางเศรษฐกิจ⁽⁵⁾ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ มาตรการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการฟื้นฟู เศรษฐกิจตามเงื่อนไขของเงินกองทุนการเงิน ระหว่างประเทศ และมอบให้สำนักงาน ก.พ. ร่วม กับกระทรวงการคลัง และสำนักงานประมาณจัดทำ แผนการเพิ่มประสิทธิภาพและลดอัตรากำลังคน การจัดระบบการจ้างและป้องกันการแทรกแซง ทางการเมือง

สำนักงาน ก.พ. จึงได้จัดทำมาตรการ ปรับภาคราชการในสภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ⁽⁶⁾ โดยให้จัดทำแผนระยะสั้น ระยะกลาง และให้ส่วน ราชการถือปฏิบัติต่อไป มาตรการนี้มีเจตนารมณ์ที่ จะทำให้ระบบข้าราชการเป็นเครื่องมือที่มี ประสิทธิภาพของรัฐในการสร้างความมั่นคง และ ความสงบเรียบร้อยของประเทศ การพัฒนา เศรษฐกิจและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน การ พัฒนาสังคมที่ยั่งยืน ซึ่งได้เสนอให้คณะรัฐมนตรี ให้ความเห็นชอบ เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2540 ให้ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติการตามมาตรการ ปรับภาคราชการในสภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งแผนปฏิบัติการตามมาตรการปรับภาค ราชการในสภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ซึ่งกำหนด แนวทางการปรับบทบาท ภารกิจ เป็น 1. ภารกิจ

ที่ยุบเลิกไม่มี 2. ภารกิจที่ถ่ายโอนให้เอกชน จำนวน 17 กิจกรรม 3. ภารกิจที่ถ่ายโอนให้ท้องถิ่น จำนวน 17 กิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรมงานทันตสาธารณสุขใน ชุมชน, งานควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่น, งาน รักษาพยาบาลในชุมชน, งานบริการในสถานอนามัย เป็นต้น 4. ภารกิจที่ถ่ายโอนให้หน่วยงานอื่น จำนวน 5 กิจกรรม และภารกิจที่จัดตั้งเป็นหน่วย งานบริหารพิเศษ จำนวน 3 กิจกรรม รวม 42 กิจกรรม โดยสำนักงาน ก.พ. ร่วมกับกระทรวงการ คลัง และสำนักงานประมาณ พิจารณาร่างแผน ปฏิบัติการฯ และได้นำเสนอ ก.พ. พิจารณาให้ ความเห็นชอบกับแผนปรับบทบาท ภารกิจของ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ตามกรอบนโยบายการ ปฏิรูปภาคสาธารณสุขในส่วนของความรับผิดชอบของ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประมาณได้ คัดเลือกกระทรวงสาธารณสุขเป็นกระทรวงนำร่อง ในการดำเนินการปรับระบบการบริหารงบประมาณ แบบเป็นก้อน (Block Grant) โดยในปีงบประมาณ 2544 จะดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาล ทั่วไปทุกแห่ง และในปีงบประมาณ 2545 จะ ดำเนินการในจังหวัดทดลองเขตละ 1 จังหวัด

3. ปัจจัยนโยบายการลดขนาดกำลัง คนภาครัฐ

นโยบายการจำกัดขนาดกำลังคนภาครัฐ เริ่มตั้งแต่เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจสมัยนาย ก รัฐมนตรี พลเอกเปรมฯ ซึ่งพบว่างบประมาณ หมวดเงินเดือน สูงกว่าร้อยละ 50 จึงมีนโยบาย จำกัดกำลังคน ไม่ให้โตเกินร้อยละ 2 ต่อมาได้ กำหนดนโยบาย Zero Growth

จากนโยบายการจำกัดขนาดกำลังคน ภาครัฐ พบว่าส่วนราชการยังคงมีการเพิ่มจำนวน ข้าราชการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะส่วนราชการที่ มีการผูกพันนักเรียนทุน ในปี 2538 ครม. มีมติ เห็นชอบกับมาตรการจำกัดขนาดกำลังคน ตาม ข้อเสนอของ คปร. โดยให้ส่วนราชการ (กรมตำรวจ

กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข) ลดการผูกพันนักเรียนทุน เหลือร้อยละ 25 เมื่อสิ้นแผนฯ 8⁽⁷⁾

จากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ไม่สามารถขยายกรอบอัตรากำลังได้ ทำให้เกิดปัญหาบางสายงานเกินกรอบอัตรากำลัง กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาข้อมูลกรอบอัตรากำลังจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ และจำนวนนักเรียนทุนแต่ละสาย พบว่ามีหลายสายงานที่กำลังจะเต็มกรอบอัตรากำลัง แผนการรับนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขปี 2542 ลดเหลือร้อยละ 45 มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2541 ไม่ให้มีการเพิ่มจำนวนข้าราชการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 และให้ยุบตำแหน่งที่ว่างจากการเกษียณอายุราชการ จำนวนร้อยละ 80 ของจำนวนเกษียณทั้งหมด และให้คงร้อยละ 20 ไว้ที่ คปร. ซึ่งให้แต่ละส่วนราชการเสนอขอให้ คปร. พิจารณาให้ตามความจำเป็นของแต่ละส่วนราชการต่อไป

การปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ ตามเงื่อนไขตามโครงการเงินกู้กับธนาคารพัฒนาเอเชีย กระทรวงสาธารณสุขจะต้องดำเนินการบริหารโรงพยาบาลของรัฐให้เป็นอิสระอย่างน้อย 1 แห่ง จากการศึกษาของคณะที่ปรึกษาของธนาคารพัฒนาเอเชียร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้ข้อสรุปว่า จะดำเนินการในลักษณะโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ยะลา สตูล ขอนแก่น นครพิงค์ สระบุรี และบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร โดยกระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการจัดทำแผนประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล รวมทั้งการประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจกับประชาชนผู้มารับบริการของโรงพยาบาลต่างๆ ให้เข้าใจ และจะดำเนินการร่างพระราชกฤษฎีกาโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อดำเนินการต่อไป

แต่อย่างไรก็ตามในเรื่องการปรับปรุงรูปแบบการบริหารโรงพยาบาลของรัฐ เช่น กรณี

โรงพยาบาลบ้านแพ้วนั้น นายธีรยุทธ กล่าวว่า “..กรณีโรงพยาบาลบ้านแพ้วในทางปฏิบัติแล้วถือว่าเป็นองค์การมหาชน แต่ทางกฎหมายยังไม่ใช่ ซึ่งต้องเข้าใจว่าเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ ได้รับงบประมาณสนับสนุน ทั้งทรัพย์สิน บุคลากรยังเป็นของรัฐ ไม่ใช่เป็น Privatization งบประมาณสนับสนุนในระยะแรกอาจเท่าเดิมหรือมากขึ้น แต่ระยะ 5 - 10 ปีไปแล้วหน่วยงานเหล่านี้จะอยู่ได้ เพราะมีระบบระเบียบของตนเอง มีการบริหารที่ยืดหยุ่นคล่องตัว แต่ยังอยู่ใต้ระบบการประเมิน ตรวจสอบ ไม่ใช่เป็นองค์การมหาชนที่ไม่มีใครกล่าวยุ่งเกี่ยว ประชาชนจะได้รับบริการที่ดีขึ้น จากการที่โรงพยาบาลมีความคล่องตัว รายได้จะดีขึ้น สามารถมีเงินลงทุนหรือจ้างบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะทางได้ ในอัตราที่สอดคล้องกับความจำเป็นและตลาดแรงงาน ซึ่งจะให้บริการที่ดีแก่ประชาชน”

4. ปัจจัยด้านการกระจายอำนาจ

ปัจจัยการกระจายอำนาจในการศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ผลกระทบจากนโยบายการกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่น ที่เกิดตาม พ.ร.บ. สถาปนาและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 มีฐานะเป็นนิติบุคคล ปี 2538 มี อบต. 617 แห่ง ปี 2539 มี 2,143 แห่ง และปลายปี 2539 มี 3,637 แห่ง รวมทั้งสิ้น 6,397 แห่ง⁽⁹⁾ การจัดแบ่งชั้น อบต. ออกเป็น 5 ชั้น โดยใช้เรื่องของรายได้พื้นที่ และประชากรของ อบต. เป็นเกณฑ์ในการพิจารณา อบต. มีหน้าที่ในการพัฒนาตำบลทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (มาตรา 66) และมีหน้าที่ต้องทำในเขต อบต. (มาตรา 67) คือ ให้มีและบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ป้องกันและระงับโรคติดต่อ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ส่งเสริมการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม ส่งเสริม

การพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ
คุ้มครอง ดูแล และบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ทางราชการ
มอบหมาย นอกจากนี้ยังมีหน้าที่อาจจะจัดทำโดย
กฎหมายกำหนดกิจกรรมอื่น ๆ (มาตรา 68)

4.1 ผลการศึกษาวิจัยด้านการกระจาย อำนาจที่เกี่ยวข้อง

4.1.1 การศึกษา และวิเคราะห์
นโยบาย และแนวทางการกระจายอำนาจด้าน
บริหารงานสาธารณสุขสู่ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
เป็นการสำรวจความคิดเห็นบุคคล 3 ระดับ⁽¹⁰⁾ ผล
การศึกษาพบว่าศักยภาพ และความพร้อมของ
องค์กร กำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยี รวม
ทั้งด้านนโยบายและแผน พบว่าองค์การบริหาร
ส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพ และพร้อมที่จะดำเนินการ
อย่างชัดเจนใน 2 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานสาธารณสุข
มูลฐาน และกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

4.1.2 การศึกษาและวิเคราะห์
ศักยภาพ และความพร้อมขององค์การบริหาร
ส่วนตำบล ในงานบริหารการพัฒนาสาธารณสุข
เป็นการประเมินศักยภาพและความพร้อมของ
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในด้านโครงสร้างองค์กร
กำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยี และด้าน
นโยบายและแผน⁽¹⁰⁾ พบว่าราชการส่วนกลางและ
ส่วนภูมิภาค มีแนวโน้มกระจายอำนาจด้านการ
บริหารงานสาธารณสุขไปยังราชการส่วนท้องถิ่น
เมื่อพิจารณาความเหมาะสมกับความต้องการของ
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หากพิจารณาถึงศักยภาพ
และความพร้อมของ อบต. ในด้านโครงสร้างองค์กร
กำลังคน งบประมาณ เทคโนโลยี รวมด้าน
นโยบายและแผน พบว่า อบต. ยังไม่พร้อมที่จะ
ดำเนินการด้วยตนเองขณะนี้ มีเพียงพันธกิจที่มี
ความพร้อม

4.1.3 สรุปผลการวิจัยสถาน-
ภาพและความพร้อมของ อบต. และสถานีอนามัย
ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับ

การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น 2539 ⁽¹¹⁾ พบว่า
อบต. ยังไม่เข้าใจอย่างถูกต้องในบทบาทการแก้
ปัญหาและการพัฒนาสุขภาพอนามัย และขาด
ความพร้อมด้านงบประมาณเพื่อดำเนินการด้าน
สาธารณสุข และขาดศักยภาพในการดำเนินการ
แก้ไขและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ด้านการ
ประสานความร่วมมือระหว่าง อบต. และ สอ. ใน
การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย มีการประสาน
ความร่วมมือกันโดยเฉพาะกิจกรรมรณรงค์ และ
การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ ทั้งด้านการป้องกัน
และระงับโรคติดต่อ ด้านกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่ง
ปฏิกูล และด้านการคุ้มครองดูแลและบำรุงรักษา
ทรัพยากรสิ่งแวดล้อม

4.1.4 การศึกษาวิจัยเรื่ององค์การ
บริหารส่วนตำบลกับการบริหารจัดการงาน สสม. :
ความมั่นใจและคาดหวังของชุมชน⁽¹²⁾ ผลการ
ศึกษาพบว่า ประชาชนทราบบทบาทหน้าที่ของ
อบต. โดยต้องการให้ สสม. เป็นสมาชิก อบต.
ควรเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากกว่า
สภาตำบล ในกลุ่ม สสม.เห็นว่า อบต. ไม่จำเป็น
ต้องมีบทบาทในงาน สสม. โดยให้เหตุผลว่าเป็น
หน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่แล้ว และ
เห็นว่าบทบาทหน้าที่ด้านการบริการสาธารณสุข
ควรให้ জনท. สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบ ในกลุ่ม
เจ้าหน้าที่ เห็นด้วยกับบทบาทหน้าที่และโครงสร้าง
ของ อบต. รูปแบบการกระจายอำนาจการบริหาร
งานสาธารณสุขมูลฐานสู่ อบต. ควรเป็นแบบรัฐ
ราษฎร์ร่วมกันตัดสินใจ ในกลุ่ม อบต. ให้ความสำคัญ
กับปัญหาที่ต้องแก้ไขมากที่สุดในด้าน
สาธารณสุขปโคค ปัญหาสุขภาพอยู่อันดับ 3

4.1.5 การวิจัยเรื่ององค์การ
บริหารส่วนตำบล กับการพัฒนาด้านสาธารณสุข
และสิ่งแวดล้อม จังหวัดหนองคาย⁽¹³⁾ พบว่า
งบประมาณในปี 2539 ใช้เพื่อจัดให้มีและบำรุง
ทางน้ำ ทางบก ที่เหลือเป็นเรื่องรักษาความสะอาด
รวมทั้งกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล แต่ไม่ปรากฏ

แผนการใช้จ่ายงบประมาณในด้านสาธารณสุข และมีส่วนร่วมกับสถานีนอนามัยในการดำเนินงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ พบว่า ทราบบทบาทหน้าที่ของ อบต. เกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และเคยทำงานร่วมกับ อบต. และเคยประสานกับบุคคลต่าง ๆ ใน อบต. และเห็นว่า สอ. และ อบต. ควรร่วมรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งไม่เห็นด้วยที่จะให้ สอ. อยู่ภายใต้การดูแลของ อบต. ในกลุ่มประชาชน คิดว่า อบต. ไม่มีบทบาทเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน และเห็นว่าสถานีนอนามัยควรอยู่ในความดูแลรับผิดชอบร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ อบต. ด้านศักยภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล พบว่ายังขาดความพร้อมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข มีเพียงบางกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ เช่น งานสาธารณสุขมูลฐานงานอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเห็นว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ อบต. ให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น

5. ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข

5.1 งบประมาณในภาพรวมที่ลดลง ในขณะที่งบประมาณหมวดเงินเดือนคงที่ รวมทั้งเงินบำรุงที่มีแนวโน้มลดลง ส่งผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพจัดบริการสาธารณสุข ซึ่งนายแพทย์ สุจิต ศรีประพจน์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะรักษาการปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นว่า “ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนจะมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นจากภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่มีปัญหาอย่างต่อเนื่อง ประชาชนจะดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองลดลง ปัญหาด้านโภชนาการ โรคติดต่อเดิมจะกลับมารุนแรงใหม่ รวมทั้งปัญหาสุขภาพปากและฟันที่ประชาชนจะให้ความสนใจน้อยลง และความรุนแรงของโรคเหวี่ยง

และฟันที่มาพบแพทย์จะรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากประชาชนจะอดทนมากขึ้น จนทนไม่ไหวจึงจะไปพบแพทย์” หรืออย่างที่เลขาธิการทันตแพทยสภาทันตแพทย์ปิยะพงษ์ วัฒนวิธ ได้กล่าวว่า “...จำนวนงบประมาณที่ได้รับลดน้อยลง ทำให้รัฐมีนโยบายการบริหารจัดการที่ต้องประหยัดและมีประสิทธิภาพ...”

5.2 แนวโน้มการปรับระบบการเงินการคลังสาธารณสุขไปสู่ระบบการประกันมากขึ้น จะทำให้ประชาชนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการมากขึ้น และอาจส่งผลให้มีการใช้บริการมากเกินไป ความจำเป็น กระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับบทบาทจากผู้ให้บริการอย่างเดียวไปสู่การเป็นผู้ซื้อบริการและการดำเนินการในด้านการควบคุมและตรวจสอบมาตรฐาน

5.3 การปรับเปลี่ยนสังกัดของหน่วยบริการสาธารณสุข หากกฎหมายที่เกี่ยวข้องดำเนินการแล้วเสร็จจะต้องมีการโอนหน่วยบริการให้กับองค์กรท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับบทบาทเป็นผู้กำกับและสนับสนุนการดำเนินการแทน

5.4 การบริหารโรงพยาบาลในกำกับรัฐในโครงการนำร่อง 7 แห่ง กระทรวงสาธารณสุขต้องจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาดูแลให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนปฏิบัติการเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อเตรียมการในเรื่องดังกล่าว

5.5 การเตรียมความพร้อมของการกระจายอำนาจของส่วนราชการต่าง ๆ ยังมีการดำเนินการไม่มากนัก เช่น แนวโน้มการปรับการบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐไปเป็นโรงพยาบาลในกำกับรัฐ 7 แห่ง จากการสัมภาษณ์ รศ. ดร. จรัส สุวรรณมาลา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เห็นว่า “....การเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุขเป็น Executive Agency เป็นรูปแบบที่ดี และควรมีการขยายผลต่อไปอีก สำหรับ

อบต. อาจทำในลักษณะการ Contract บุคลากรด้าน สาธารณสุขหรือการเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล ในกำกับของรัฐขึ้นอยู่กับระดับของ อบต. การปรับ รูปแบบการบริการในระดับตำบลควรมีรูปแบบ หลากหลาย.....การกระจายอำนาจจะทำให้ระบบ บริการดีขึ้นประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการ จัดบริการ ฟ้องร้อง เรียกร้องมากขึ้น มีการตรวจสอบมากขึ้น...” จากการสัมภาษณ์คุณเดชา ใจยะ กองแผนงานและวิชาการ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยเห็นว่า “... ขณะนี้ความก้าวหน้าทางด้าน กฎหมายที่เกี่ยวข้อง 2 ฉบับ คือ ร่าง พรบ. ระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น และ ร่าง พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่อำเภอท้องถิ่น คาดว่าน่าจะผ่านรัฐสภาในเดือนตุลาคม 2542 ซึ่งส่วนราชการต้องดำเนินการปรับให้สอดคล้องกับกฎหมาย รวมทั้งการปรับระบบบริการ สาธารณสุขด้วย...”

5.6 การเตรียมการเพื่อการโอนภารกิจด้านงานบริการในสถานีนอนามัยไปอยู่ในความดูแลของ อบต. จะต้องมีการเตรียมการเพื่อการรองรับ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง กำกับดูแล และให้การสนับสนุนเพื่อให้ อบต.สามารถรับผิดชอบงานสาธารณสุข ได้จากการสัมภาษณ์นายแพทย์สุจิต ศรีประพันท์ เห็นว่า “...ในอดีตที่ผ่านมา ท้องถิ่น เช่นเทศบาล เคยให้บริการด้านสาธารณสุข แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร หากจะให้ อบต. ดูแลงานของสถานีนอนามัย ยังมองไม่เห็นความเป็นไปได้ อาจมีวิธีอื่น เช่นเป็นการดำเนินงานร่วมกันในการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น อบต. ทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการ...” ในด้านความเห็นของคุณเดชา ใจยะ เห็นว่า “...จากการทบทวนบทบาทภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขจะถ่ายโอนงานบริการในสถานีนอนามัยให้กับ อบต. ชั้น 1 ต้องพิจารณาด้านความพร้อม และเห็นว่าก่อนกฎหมายจะมีผลบังคับใช้กระทรวง

สาธารณสุข ควรมี Pilot Study เพื่อดูว่ามีความพร้อม ปัญหา อุปสรรค.. ”

6. ผลกระทบต่อกำลังคนด้านสาธารณสุข

6.1 การไม่สามารถขยายกรอบอัตรากำลัง และเนื่องจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ สำนักงาน ก.พ. ได้ระงับการจัดทำกรอบอัตรากำลังของส่วนราชการต่าง ๆ พบว่ากรอบอัตรากำลังที่ใช้ในปัจจุบันมีหลายสายงานที่กำลังจะเกินกรอบ ในเรื่องนี้นายแพทย์สุจิต ศรีประพันท์ ได้ให้ความเห็นว่า “...ปัจจุบันทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนยังไม่เพียงพอกับการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชนทุกขนาดเพราะกรอบอัตรากำลังผูกติดกับขนาดจำนวนเตียง...”

ในเรื่องเดียวกันนี้ทันตแพทย์ปิยะพงษ์ วัฒนวีร์ ได้กล่าวว่า “...การจำกัดกำลังคนภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับตัวโดยการเพิ่มบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่มากขึ้น งานบางอย่างให้เอกชนดำเนินการแทน” นอกจากนี้จากนโยบายไม่ให้เพิ่มอัตรากำลังคนภาครัฐ แต่กระทรวงสาธารณสุขยังได้เสนอขออนุมัติอัตรากำลังตั้งใหม่เพิ่มทุกปี และปีละหลายพันอัตรา ซึ่งในเรื่องนี้นายธีรยุทธ์ หล่อเลิศรัตน์ รองเลขาธิการ ก.พ. ให้ทรรศนะว่า “...ในปี 2542 มีจำนวนอัตราตำแหน่งว่างที่ค้างจากการเกษียณ 1,500 อัตราที่จะจัดสรรให้ส่วนราชการต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นทั้งหมด ซึ่ง คปร. ได้พิจารณาจัดสรรไปแล้ว 800 อัตรายังเหลืออีก 700 อัตราที่ยังไม่ได้จัดสรร แต่กระทรวงสาธารณสุขได้ขอทบทวนโดยขออีกหลายพันอัตรา คิดว่าน่าจะมีปัญหาเพราะทุกส่วนราชการก็มีความจำเป็นหมด สำหรับแนวทางแก้ไขเรื่องการจำกัดกำลังคนภาครัฐ สำนักงานตำรวจแห่งชาติได้ลดการผลิตลงมาก แต่กระทรวงยังไม่ลดการผลิต จึงเกิดปัญหาไม่มีตำแหน่งบรรจุในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขต้องดูเรื่องตำแหน่งว่าง ต้องใช้ตำแหน่งว่างที่มีเงินของตนบรรจุก่อน แต่ปัญหา

ที่พบ คือข้อมูลตำแหน่งว่างที่มีอยู่ของกระทรวง กรมบัญชีกลาง และ ก.พ. ไม่เคยตรงกัน”

6.2 การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบุคคลภาครัฐ ในช่วงปี 2523-2541 รายจ่ายด้านบุคคลภาครัฐมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12.2 ต่อปี รัฐบาลจึงกำหนดมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบุคคลอย่างเข้มงวดที่ให้ถือปฏิบัติในปี 2542 ซึ่งจะกระทบกับการผลิตและการใช้บุคลากรสาธารณสุขเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งจะไดวิเคราะห์ไว้ในผลกระทบด้านการปรับภาคราชการและลดขนาดกำลังคนภาครัฐ

6.3 การผลิตกำลังด้านสาธารณสุข ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การผลิตกำลังคนเป็นแบบขาขึ้นในทุกสาขา เพื่อตอบสนองความต้องการกำลังคนที่เพิ่มมากขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชนแม้จะมีนโยบายให้ส่วนราชการต่าง ๆ ทบทวนปรับลดการผลิตลงแต่กลับถูกละเลยและขาดการกำกับดูแลอย่างจริงจัง ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจที่คาดว่าจะนโยบายดังกล่าวจะถูกนำมาใช้อย่างเข้มงวดรวมทั้งไม่สามารถขยายกรอบอัตรากำลังได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการปรับลดการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขหลายสายงาน เช่น พยาบาล วิชาชีพจากแผนที่กำหนดไว้ 3,000 คนเศษ ลดลงเหลือ 1,600 คน ทันตภิบาลจาก 330 คน เป็น 145 คน การลดการผลิตดังกล่าวจะทำให้ในอนาคตมีอัตรากำลังการบรรจุใหม่ลดน้อยลง การปรับปรุงรูปแบบการให้บริการและเพิ่ม Productivity ของกำลังคนด้านสาธารณสุขเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

6.4 ผลกระทบจากภาวะวิกฤตต่อบริการสาธารณสุขของภาคเอกชน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน พบว่าได้รับผลกระทบมาก บางแห่งปริมาณงานลดลง ถึงร้อยละ 25 หลายแห่งลดการจ้างกำลังคน บางแห่งลดค่าใช้จ่ายด้านบุคคลลงกว่าร้อยละ 30 ทำให้กำลังคน

ด้านสาธารณสุขไหลกลับเข้าภาครัฐมากขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลของกองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในช่วงกรกฎาคม 2540 ถึงสิงหาคม 2541 มีแพทย์ขอกลับเข้ารับราชการ จำนวน 123 คน ทันตแพทย์จำนวน 10 คน

6.5 แผนการกระจายบุคลากรสาธารณสุข ไปสู่ส่วนภูมิภาคตามข้อเสนอของคณะที่ปรึกษาของธนาคารพัฒนาเอเชีย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาประเด็นที่มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การกระจายบุคลากรได้ เช่น การจัดตั้งกลไกในการควบคุมกำกับนโยบาย มาตรการ และการปฏิบัติตามมาตรการการกระจายบุคลากร ทั้งในระดับประเทศ ระดับกระทรวง และระดับจังหวัด การทบทวนการกำหนดความต้องการบุคลากร การศึกษาวิธีการจัดสรรเงินเป็นก้อน ให้บริหารจัดการในการจูงใจให้เกิดการกระจายบุคลากร เป็นต้น

6.6 ผลกระทบต่อการจ่ายค่าตอบแทน สำหรับกำลังคนที่ปฏิบัติงานให้บริการในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าได้รับผลกระทบไม่มากนัก จะมีลดลงเฉพาะในส่วนของการปรับเพิ่มค่าตอบแทนการปฏิบัติงานเวรภัยและดึกของพยาบาล ที่คณะรัฐมนตรีให้เพิ่มขึ้นแต่ต้องจ่ายจริงลดลงจากที่มติดอนุมัติ เนื่องจากงบประมาณถูกปรับลด แต่ก็เพิ่มอัตราค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นจากเดิมที่เคยได้รับอยู่ และค่าตอบแทนการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่ถูกระงับการเบิกจ่ายไว้ก่อน

6.7 การเตรียมการเกี่ยวกับการโอนสังกัดสถานบริการไปอยู่กับองค์กรท้องถิ่น ต้องมีการเตรียมการด้านบุคคล การโอนงานต้องคู่กับการโอนบุคคลหรือไม่ และหากโอนไปกระทรวงสาธารณสุขจะต้องปรับบทบาทอย่างไรต้องเป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการในเรื่องเหล่านี้

6.8 การเตรียมการด้านบุคคลที่จะโอนไปเป็นพนักงานประเภทต่างๆของโรงพยาบาล

ในกำกับรัฐซึ่งอาจเป็นประเภทที่ลาออกจากราชการไปเป็นพนักงานของรัฐ หรือเป็นข้าราชการ ที่ลาออกชั่วคราวเป็นพนักงานของรัฐโดยรัฐต้องกันตำแหน่งไว้ให้เมื่อต้องการกลับเข้ารับราชการ การปรับระบบการบริหารจัดการบุคลากรที่ต้องปรับเปลี่ยนต่อไป

6.9 การถูกจำกัดและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบุคคล ในปี 2542 กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณสำหรับตำแหน่งตั้งใหม่ จำนวน 208.7 ล้านบาท สำหรับรองรับนักเรียนทุนรัฐบาล และทุนกระทรวงสาธารณสุขที่จะบรรจุในวันที่ 1 เมษายน 2542 จำนวน 6,719 อัตรา โดยคาดว่าจะใช้ตำแหน่งว่าง จำนวน 1,197 อัตรา และตำแหน่งเกษียณจำนวน 338 อัตรา และขอกำหนดอัตราตั้งใหม่ไปยังสำนักงาน ก.พ. จำนวน 5,522 อัตรา ซึ่งขณะนี้ยังไม่ได้รับคำตอบถึงการอนุมัติอัตราตั้งใหม่ นอกจากปัญหาในปี 2542 แล้ว ยังพบว่านักเรียนทุนรัฐบาลที่ได้ทำสัญญาไปแล้ว และกำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษา จำนวนประมาณ 15,000 คน และนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขกว่า 20,000 คน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วมีข้อผูกพันในการต้องรับเข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ จากมาตรการจำกัดขนาด

กำลังคนและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องหาแนวทางแก้ปัญหาต่อไป

6.10 กำลังคนด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย ที่ในอนาคตอาจต้องโอนไปเป็นพนักงาน อบต. จำเป็นต้องมีการเตรียมการด้านการบริหารงานบุคคล การเตรียมการด้านการกำหนดกรอบความก้าวหน้าด้านวิชาการ และความสามารถด้านการปฏิบัติงาน ความเห็นของนายแพทย์สุจิต ศรีประพันธ์ เห็นว่า “.... หากกระทรวงสาธารณสุขโอนสถานอนามัยให้ อบต. ชั้น 1 จำนวน 78 แห่ง เจ้าหน้าที่สถานอนามัยกลุ่มนี้จะกลายเป็นชนกลุ่มน้อยเมื่อเทียบกับเจ้าหน้าที่สถานอนามัยทั้งหมด อาจมีปัญหาด้านการบริหารจัดการ” ความเห็นของคุณเดชา ใจยะ “..... บุคลากรที่จะโอนไปเป็นพนักงานของท้องถิ่นต้องได้รับการเตรียมความพร้อม การเตรียมด้านขวัญกำลังใจ ความก้าวหน้า ค่าตอบแทน รวมทั้งเรื่องอื่น ๆ”

6.11 การพัฒนาศักยภาพของพนักงานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในปัจจุบันที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจะต้องช่วยดำเนินการให้เพื่อให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถ ■

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สภาวะเศรษฐกิจไทยและประเด็นนโยบายปี 2541 เอกสารประกอบการประชุมคณะรัฐมนตรี, หน้า 1-6 , 31 ธันวาคม 2541
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แนวโน้มเศรษฐกิจไทยในระยะปานกลาง (2542-2544) เอกสารเสนอต่อคณะรัฐมนตรีว่าด้วยนโยบายเศรษฐกิจ, หน้า 2-5 , 2 มีนาคม 2541
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วิฤตการคลังโรงพยาบาลรัฐ ปัญหาและทางออก จดหมายข่าว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขฉบับพิเศษ ,1/2542
4. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จงกล เลิศเชิธรดำรง, ยงยุทธ ขจรธรรม ผลกระทบของค่าเงินบาทลอยตัวต่อต้นทุนในภาคสาธารณสุข สิงหาคม 2540

-
5. มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2540
 6. มติการประชุม ก.พ. เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2540
 7. มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2538
 8. กองราชการส่วนตำบล กรมการปกครอง คู่มือพนักงานส่วนตำบล ,2539
 9. กองราชการส่วนตำบล กรมการปกครอง ข้อมูลสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลประจำปี 2540 ,โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น กรมการปกครอง ,2540
 10. ประยงค์ เต็มขวลา, การกระจายอำนาจ : ยุทธศาสตร์การปฏิรูปงานสาธารณสุขไทย ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง, 2540
 11. ส่วนแผนงานและทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข,สถานภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสถานีอนามัย (สอ.) ในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเพื่อรองรับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น, 2539
 12. เกรียงศักดิ์ อธิประเสริฐกุล, องค์การบริหารส่วนตำบลกับการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน : ความมั่นใจและคาดหวังของชุมชน, กรกฎาคม 2539
 13. ศิริวัฒน์ ทิพยธราดล สมปอง จันทพันธ์ บัน ยีรัมย์ และคณะ, องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กับการพัฒนาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จังหวัดหนองคาย,กรกฎาคม 2540



The study of the impacts of external factors on the future dental health service system in district level

*Suwat Kittidilokkul **

*Nichakorn Sirikanokvili **

M.D.

M.P.A.

Abstract

This study aimed at studying how the changes of external factors influence the future dental health service system. These factors were : the economic crisis situations, public reforms and public personnel-freezing policies, and decentralization. The study was carried out by reviewing the relevant documents, and interviewing the high level administrators and senior technical officials of ministry of public health and the external senior experts.

The study revealed that the economic recession during 1997-1999 had led to the decrease of the annual public health budgets in these consecutive years, resulting to a reduction of dental units supply for district level. According to the public reforms, there would be a transfer of public health mission to the local authorities. With the need of more flexible and efficient management of the future limited resources, the public health facilities might be needed to be the autonomous hospitals. And due to the personnel-freezing policies of the government, the public health facilities might have to recruit the desired personnel as employees paid from the hospital revenue. Concerning the decentralization practice, only few local authorities were providing public health services to the population. From the document reviews, many local authorities at Tambon levels were not ready to do so. But those which could do were providing a few and limited public health services, mostly related to sanitation, environmental health and primary health care activities.

The study concluded and recommended that: (1) the health care system in the future has to be focused on the efficient management of resources and more ownership of local community, (2) the transformation of public hospitals under the central government to be those under the local authorities or the autonomous hospitals really needs to be well prepared in terms of human resources for health development according to the suitable health care model for local authorities to serve the population, and (3) besides those who are permanent officials, some health personnel will be employed temporarily by the public hospitals or local authorities by using their own budgets.

* Bureau of Health Policy and Planning