

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1-2 มกราคม - ธันวาคม 2543 VOL.5 NO.1-2 JAN - DEC 2000

บทความวิชาการ

- การประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดแพร่
- สภาวะฟันผุและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี ในเขต กรุงเทพมหานคร
- การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านทันตสุขภาพแบบชุมชนมีส่วนร่วม
- พฤติกรรมทันตสุขภาพกับจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากของคนไทย กลุ่มอายุ 50 - 90 ปี ในกรุงเทพมหานคร
- การศึกษาเชิงลึกสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน : กรณีศึกษา อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง
- สิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการประกันสังคมในมุมมองของทันตแพทย์

บทความปริทัศน์

- ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ

ปกิณกะ

- ระบบบริการทันตสุขภาพสำหรับเด็กในแคว้นบาสก์ ประเทศสเปน
- บทความจาก IADR

กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1-2 มกราคม - ธันวาคม 2543

VOL.5 NO.1-2 JAN - DEC 2000

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 ศักการกุล
สุรางค์ เชษฐพฤษณี
ดำรงค์ นวัภักดี

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ

พิมพ์ - จัดรูปเล่ม

บริษัทไซเบอร์เพรส จำกัด

บรรณาธิการ

เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นนทินี ตั้งเจริญดี
ดารณี รัตมีรัตน์

กองบรรณาธิการ

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์
จันทนา อึ้งชูศักดิ์
มัลลิกา ตันตูลเวศม์
วราภรณ์ จิระพงษา
พวงทอง ผู้กฤตยาคามี
สุพรรณณี ศรีวิริยกุล
วิกุล วิสาลเสถ
ปิยะดา ประเสริฐสม
เพ็ญแข ลาภยิ
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
Daranee Ratsameerat

EDITORIAL BOARDS

Siripen Arunpraphan
Chantana Ungchusak
Mallika Tuntoolvest
Waraporn Jirapongsa
Puangtong Pukrittayakamee
Supanee Sriviriyakul
Wikul Visalseth
Piyada Prasertsom
Phengkhae Lapying
Sunee Pholdeeyiam
Surat Mongkolnchai-arunya
Usa Meesathian
Bubpa Triroj

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

สารบัญ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1-2 มกราคม - ธันวาคม 2543

บทความวิชาการ

	หน้า
□ การประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดแพร่ สุขจิตตรา วนาภิรักษ์	7
□ สภาวะฟันผุและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร อาภา ศันสนียาวณิช	20
□ การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านทันตสุขภาพแบบชุมชนมีส่วนร่วม น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง เพ็ญศรี สมชัย	32
□ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากของคนไทยกลุ่มอายุ 50-90 ปี ในกรุงเทพมหานคร ปาริชาติ ไชยพานิชย์	43
□ การศึกษาเชิงลึกสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน : กรณีศึกษา อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ดาวเรือง แก้วขันตี จันทนา อึ้งชูศักดิ์ เพ็ญแข ลากยิ่ง ปิยะดา ประเสริฐสม	53
□ สิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการประกันสังคมในมุมมองของทันตแพทย์ เพ็ญแข ลากยิ่ง ธาณินทร์ สุธีประเสริฐ	65

บทความปริทัศน์

□ ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ ปรีดา เต๋ออารักษ์	82
--	----

ปกิณกะ

□ ระบบบริการทันตสุขภาพสำหรับเด็กในแคว้นบาสก์ ประเทศสเปน สุรัตน์ มงคลชัยอริญญา	87
□ บทความจาก IADR บุบผา ไตรโรจน์	90

เกณฑ์รับเรื่องของวิทยาสารกับดสารนุษย

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

ปกรณ (Miscellany) ได้แก่ บทความทั่วไป บทความพื้นวิชา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข่าวที่เป็นประโยชน์ เรื่องแปล ย่อความวิจัยใหม่และวิจารณ์หนังสือใหม่ที่น่าสนใจ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

เรื่องที่ยื่นมาเพื่อการตีพิมพ์ต้องส่ง 3 ชุด ที่บรรณาธิการหรือกองบรรณาธิการ และควรเตรียมบทความดังต่อไปนี้

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

2. จำนวนหน้าทั้งหมดไม่เกิน 15 หน้า รวมรูปภาพและตารางด้วย

3. รูปภาพ (Illustrations) ใช้สีดำ-ขาว ภาพทุกภาพต้องมีอ้างอิงถึงในบทความ 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) บรรยายตัวย่อในตารางตลอดจนยัยสำคัญทางสถิติอย่างครบถ้วนในแต่ละตารางโดยใช้ภาษาอังกฤษ

5. เมื่อมีการเปรียบเทียบผลการศึกษา ต้องมีการทดสอบทางสถิติที่ถูกต้องสนับสนุนด้วย

6. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ตัวเลขกำกับหลังข้อความที่ยอ้างอิงตามลำดับก่อนหลังของเนื้อเรื่อง

7. รูปแบบการเขียนเรื่องเป็นดังนี้

7.1 **ชื่อเรื่อง** ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นที่บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหาของตัวบทความ ซึ่งไม่ควรยาวเกินไป และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ

7.2 **ชื่อผู้เขียน** ให้มีภาษาไทย, ภาษาอังกฤษ วุฒิการศึกษาและสถาบันที่ทำงานชัดเจนพร้อมด้วยที่อยู่ ซึ่งจะติดต่อโดยทางไปรษณีย์ได้ ในกรณีที่有多หลายคนให้เขียนเรียงตามลำดับความสำคัญในการร่วมกันทำวิจัย 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 บทนำควรบอกวัตถุประสงค์ขอบเขตและวิธีการดำเนินการวิจัย 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)** เป็นส่วนที่กล่าวขอบคุณต่อองค์การหน่วยงานหรือบุคคลที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

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 แสนไชยสุริยา และคณะ การตรวจกรองฮิโมโกลบินอี โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีโอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด. 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., Victon, C.V. Nelson Textbook of Pediatrics. 12th ed., Philadelphia : W.B. Saunders, 1987, p 93-95

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ 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 2 nd Annual Conference on practical bird - watching. 24-26 May 1986, at Midland University, Flat Prairie, Illinois.

การประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดแพร่

สุจิตตรา วนาภิรักษ์ *

ท.บ.

บทคัดย่อ

การประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดแพร่ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานโดยทำการประเมินประสิทธิผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินผลกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด จำนวน 296 โรงเรียน และวิธีการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึกในโรงเรียนที่ผ่านการประเมินผลเชิงปริมาณ ว่ามีการดำเนินงานดีและควรปรับปรุง รวมทั้งหมด 7 โรงเรียน

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานของโรงเรียนในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 15.5 ปานกลาง ร้อยละ 66.9 และควรปรับปรุง ร้อยละ 17.6 ในส่วนกิจกรรมการดำเนินงานของโรงเรียน พบว่าโรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรมตรวจฟัน การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และการให้ทันตสุขภาพได้ครอบคลุมค่อนข้างสูง ส่วนกิจกรรมที่ดำเนินการได้น้อยคือการตรวจฟันโดยครูประจำชั้น การแปรงฟันเป็นกลุ่มตามสภาพปัญหา การได้รับทันตสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตบุคลากร ครูอนามัย ใช้ข้อมูลการตรวจช่องปากในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ การแจ้งผู้ปกครองให้ทราบสภาพปัญหาช่องปากของนักเรียน และการจำหน่ายอาหารที่ไม่เป็นโทษต่อฟันในโรงเรียน สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สุดคือ ผู้บริหารจะต้องมีนโยบายทันตสุขภาพของโรงเรียนที่ชัดเจน โดยเฉพาะการควบคุมอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน มีการทำงานเป็นทีม และการดำเนินงานสอดคล้องกับหลายโครงการที่เกี่ยวข้อง ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทันตบุคลากร มีความเข้าใจในแนวคิดการเฝ้าระวังทันตสุขภาพไม่ตรงกัน เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจช่องปากยากเกินไป กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันตามสภาพปัญหาไม่เหมาะสมในทางปฏิบัติ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากรยังขาดบทบาทของการเป็นผู้ส่งเสริมสุขภาพและเป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงเรียน

คำสำคัญ : โรงเรียนประถมศึกษา, เฝ้าระวังทันตสุขภาพ, ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน

บทนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ และสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดแพร่ ได้นำกลวิธีเฝ้าระวังทันตสุขภาพมาใช้แก้ปัญหาทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ซึ่งครอบคลุมเต็มพื้นที่ ตั้งแต่ พ.ศ.2530 โดยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนประถมศึกษาได้รับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก การรักษาทางทันตกรรมในรายที่มีความจำเป็น และการส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองด้วยวิธีการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพอย่างเป็นระบบและครบวงจร โดยกำหนดกิจกรรมดำเนินงานคือ ให้ครูเป็นผู้ตรวจทันตสุขภาพนักเรียนทุกคน ปีละ 2 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลการตรวจช่องปากเพื่อจัดกลุ่มแปรงฟันหลังอาหารกลางวันตามสภาพปัญหาและส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาไปรับการรักษา (เห็บออกกัเสบ ต้องรักษาเร่งด่วน และฟันผวนารุ) การให้ทันตสุขภาพและการควบคุมการบริโภคอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ซึ่งเป็นหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานระดับจังหวัดได้จัดอบรมครูผู้บริหารและครูอนามัย ตั้งแต่เริ่มโครงการในปี พ.ศ.2530 อบรมครูประจำชั้น ปี พ.ศ. 2537 - 2539 สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนแปรงสีฟันยาสีฟัน และวัสดุเวชภัณฑ์ทันตกรรมแก่โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยมาโดยตลอด โดยกำหนดการประเมินผลการดำเนินโครงการจากการส่งรายงาน (ทส.002,003) และสรุปผลการให้บริการทันตกรรม การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันจากอำเภอ ภาคเรียนละ 1 ครั้ง ซึ่งผลที่ได้จากการประเมินสามารถบอกได้แต่เพียงความครอบคลุมของโรงเรียนที่มีการดำเนินงานและผลกระทบต่อสถานะทันตสุขภาพของนักเรียนว่าดีขึ้น

หรือแย่งแทนนั้น ไม่สามารถบอกถึงความครอบคลุมกิจกรรมดำเนินงานทั้งหมด ปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จของงานในเชิงคุณภาพได้

การศึกษาครั้งนี้จึงได้ทำการประเมินผลโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า การดำเนินงาน และผลที่ได้รับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดจากกิจกรรมดำเนินงานในโรงเรียน และผลที่ได้รับ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสำหรับการพัฒนารูปแบบงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพของจังหวัดแพร่ให้เหมาะสมต่อไป ตามกรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์และวิธีการ

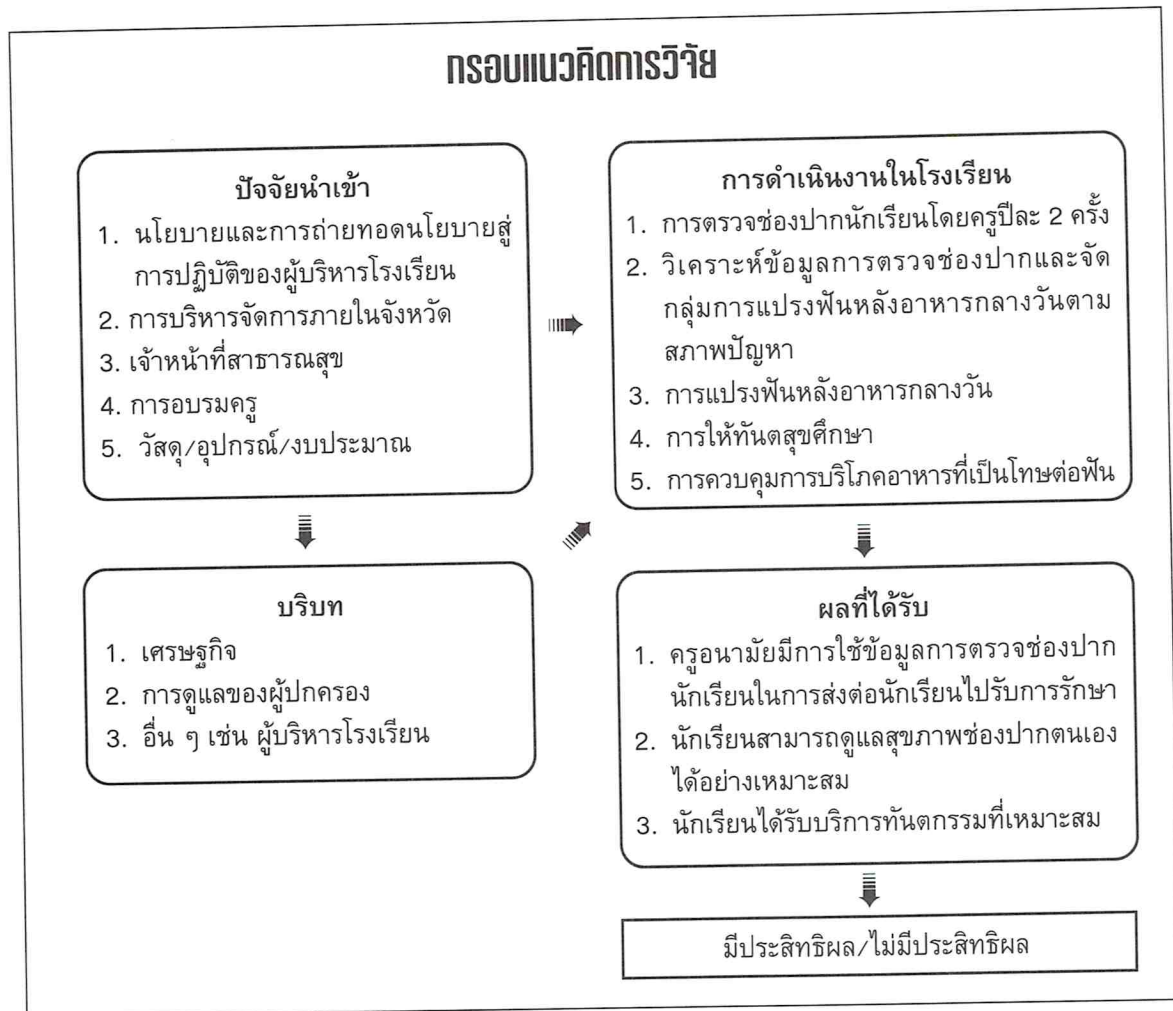
การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเก็บข้อมูลในส่วนบริบทปัจจัยนำเข้าและอธิบายผลการศึกษาที่ได้จากเชิงปริมาณ

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือ โรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติที่ตั้งอยู่ในจังหวัดแพร่ทุกโรงเรียนที่มีการดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพจำนวน 296 โรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินผลกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยปรับจากเกณฑ์การประเมินโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนประถมศึกษาของกองทันต-สาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหมด 20 ตัวชี้วัด ให้ง่ายขึ้นเพื่อความสะดวกของผู้ใช้แบบประเมิน โดยผู้วิจัยนำมาใช้เพียง 12 ตัวชี้วัด จำนวน 17 ข้อ 55 คะแนน แบบประเมินนี้ใช้วัดการให้บริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคของนักเรียน ได้แก่ การตรวจช่องปาก การใช้ข้อมูลการตรวจ การแปรงฟัน และการให้ทันตสุขศึกษา 6 ตัวชี้วัด 37 คะแนน การได้รับการทันตกรรมตามความจำเป็น ได้แก่ นักเรียนที่มีฟันผุและเหงือกอักเสบระดับ จ. ได้รับการรักษา 2 ตัวชี้วัด 10 คะแนน การดูแลรักษาฟันและเหงือกของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง ได้แก่ การแจ้งผลการตรวจแก่ผู้ปกครอง การจำหน่ายอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน นักเรียนมีการตรวจฟันด้วยตนเอง และบอกสภาพช่องปากตนเองได้ 4 ตัวชี้วัด 8 คะแนน ซึ่งจะใช้อธิบายกรอบแนวคิดการวิจัยในส่วนการดำเนินงานในโรงเรียน และผลที่ได้รับ เครื่องมือนี้ได้มีการ

ทดลองใช้ในพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากรแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้รวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผลกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน โดยใช้วิธีการสังเกต ดูเอกสาร ทส.001, 002 ของโรงเรียน การซักถามครูอนามัยและนักเรียน โดยการสุ่มนักเรียนชั้น ป.4 จำนวน 1 ห้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใส่เฉพาะเครื่องหมาย ผู้วิจัยเป็นผู้ลงคะแนนเพื่อป้องกันอคติที่อาจจะเกิดขึ้น

สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การจำแนกโรงเรียนเป็นดี ปานกลาง ควรปรับปรุง

พิจารณาจากคะแนนรวม คำนวณหาค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคัดเลือกจากโรงเรียนที่มีผลการประเมินเชิงปริมาณดีและควรปรับปรุง แยกตามขนาดโรงเรียนเป็น 4 กลุ่ม คือ เล็ก กลาง ใหญ่ และใหญ่มาก กลุ่มละ 1 โรงเรียน รวม 8 โรงเรียน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ ผลการประเมินเชิงปริมาณตรงกับความคิดเห็นของทันตบุคลากรที่รับผิดชอบโรงเรียนนั้น และพื้นที่ต้องไม่ไกลเกินไป สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลได้ภายในครึ่งวัน ใน 1 โรงเรียนเก็บข้อมูลจากผู้บริหาร 1 คน ครูอนามัย 1 คน และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย คัดเลือกครูประจำชั้น ป.1-ป.6 6 คน ผู้นำนักเรียน 10 คน และนักเรียนทั่วไป 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหาร ครูอนามัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนวคำถามในการสนทนากลุ่มครูประจำชั้น ผู้นำนักเรียน และนักเรียนทั่วไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้เก็บข้อมูลหลัก 1 ทีม ประกอบด้วย ทันตแพทย์ จำนวน 3 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเช้า โดยใช้ผู้จัดบันทึกและเทปบันทึกเสียง ช่วงบ่ายเป็นการประชุมสรุปข้อมูลที่เก็บได้ในเบื้องต้น

ผลการดำเนินงาน

1. ประสิทธิภาพการดำเนินงานในภาพรวม

ผลการประเมินจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 42 ± 6.5 แบ่งโรงเรียนเป็นโรงเรียนที่มีผลการดำเนินงานดี (มากกว่า 48 คะแนน) ปานกลาง (36-48 คะแนน) และควรปรับปรุง (น้อยกว่า 36 คะแนน) โรงเรียนมีผลการดำเนินงานดี ร้อยละ 15.5 ควรปรับปรุง ร้อยละ 17.6 และโรงเรียนที่

มีผลการดำเนินงานดี จะไม่พบในโรงเรียนขนาดใหญ่ และใหญ่มาก ซึ่งทำให้การคัดเลือกโรงเรียนในการศึกษาเชิงคุณภาพ คัดได้ 7 โรงเรียน โดยคัดโรงเรียนขนาดใหญ่ในกลุ่มปานกลางที่มีคะแนนสูงสุด (48 คะแนน) ทดแทนโรงเรียนขนาดใหญ่ในกลุ่มดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

2. บริบทและปัจจัยนำเข้า

ผลการประเมินจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า

2.1 บริบทที่มีผลต่อโครงการ

ชาวบ้านมีอาชีพขายแรงงานต่างถิ่นมาก ทั้งลูกให้อยู่ในความดูแลของญาติ จึงทำให้เด็กไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้านทันตสุขภาพเท่าที่ควร ส่วนใหญ่จะยกเป็นภาระให้กับทางโรงเรียน รวมทั้งชาวบ้านให้ความสำคัญกับการดูแลทันตสุขภาพน้อย เพราะเมื่อเป็นโรคจะไม่รุนแรงถึงแก่ชีวิต อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือ การโยกย้ายของผู้บริหารทุก 4 ปี ทำให้โรงเรียนต้องเปลี่ยนผู้บริหารบ่อย นโยบายการทำงานมักจะเปลี่ยนไปด้วย ซึ่งบางครั้งก็ส่งผลกระทบต่อการทำงาน

2.2 ปัจจัยนำเข้า

ผู้บริหารทั้งโรงเรียนดีและควรปรับปรุงส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจแนวคิดของการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ จะมองภาพว่าโครงการนี้เน้นด้านการรักษามากกว่าการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ แต่มีข้อแตกต่างคือ ผู้บริหารโรงเรียนดีจะมีการกำหนดนโยบายทันตสุขภาพชัดเจนในเรื่องการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และควบคุมอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน ซึ่งจะสอดคล้องกับหลายโครงการที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการบริหารจัดการให้มีการทำงานเป็นทีม ในส่วนการบริหารจัดการในจังหวัดได้มีการกำหนดบทบาทให้ครูรับผิดชอบการตรวจช่องปาก การจัดกิจกรรมส่งเสริมและแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในโรงเรียน ทันตบุคลากรในพื้นที่รับผิดชอบการอบรมครูและงานบริการ

ทันตกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบการประสานงานนี้เพื่อติดตามและเป็นพี่เลี้ยงแก่ครูในพื้นที่ แต่พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำได้แค่เพียงเป็นผู้เก็บรายงานและนัดหมายโรงเรียนเพื่อรับการรักษานั้น การประสานงานในการวิเคราะห์สภาพปัญหา วางแผนดำเนินการและติดตามไม่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ ลักษณะการทำงานจะเป็นต่างคนต่างทำ เรื่องการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์จากส่วนกลาง มีปัญหาเรื่องขาดงบประมาณดำเนินการสำหรับโครงการนี้ โดย

เฉพาะผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดและอำเภอ ต้องบริหารจัดการงบประมาณภายในพื้นที่เอง ซึ่งมีน้อย และโอกาสได้ยาก สื่อต่าง ๆ ที่ใช้เผยแพร่ทันตสุขศึกษาไม่พอเพียง และเนื้อเรื่องไม่ตรงกับความต้องการของโรงเรียนในการใช้จัดกิจกรรม

ประเด็นการอบรมครู พบว่า ผู้บริหารผ่านการอบรมบางส่วน แต่ไม่มีผลต่อการดำเนินงานของโรงเรียน ส่วนครูอนามัยและครูประจำชั้นส่วนใหญ่ผ่านการอบรมทุกคน แต่ก็ยังต้องการการอบรมฟื้นฟูเพราะระยะห่างในการตรวจงาน

ตารางที่ 1 จำนวนโรงเรียนที่มีคะแนนรวมดี ปานกลาง ควรปรับปรุง แยกตามขนาดโรงเรียน
Table 1 Number and percentage of schools distributed by whole activities' scores three groups (good, moderate, to be improved) and size

ผลการประเมิน/ขนาดโรงเรียน	ดี (มากกว่า 48 คะแนน)	ปานกลาง (36-48 คะแนน)	ควรปรับปรุง (น้อยกว่า 36 คะแนน)	รวม
ใหญ่มาก(มากกว่า 701คน)	-	1	1	2
ใหญ่ (301-700 คน)	-	8	2	10
กลาง (101-300 คน)	19	69	14	102
เล็ก (1-100 คน)	27	120	35	182
รวม	46 (15.5%)	198 (66.9%)	52 (17.6%)	296 (100%)

($\bar{x}$ = 42, SD. = 6.5)

ตารางที่ 2 ร้อยละของโรงเรียนที่ดำเนินกิจกรรมตรวจช่องปากนักเรียน
Table 2 Percentage of schools had oral examination in students.

กิจกรรม	โรงเรียนที่มีการดำเนินงาน (ร้อยละ)
ความครอบคลุม	
● ตรวจปีละ 2 ครั้ง	97
● ตรวจตรงเวลา เดือน มิ.ย., ธ.ค.	81.8
รูปแบบ	
● ตรวจโดยครูประจำชั้น	39.2
● ตรวจโดยครูอนามัย	68.2
● ตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	30
● การบันทึกผลการตรวจลงใน สศ.3	74.9
● การแจ้งผู้ปกครอง	48.3

ทำให้ลืมน โดยอยากให้เน้นภาคปฏิบัติและให้ครูได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหาแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน

3. การดำเนินงานในโรงเรียน

3.1 การตรวจช่องปากนักเรียนโดยครู

จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า โรงเรียนมีการตรวจช่องปากปีละ 2 ครั้งร้อยละ 97 โดยครูอนามัยเป็นผู้ตรวจร้อยละ 68.2 และครูประจำชั้นตรวจเพียงร้อยละ 39.2 มีเพียงครึ่งหนึ่งของ

โรงเรียนทั้งหมดที่แจ้งผลการตรวจให้ผู้ปกครองทราบ ตามตารางที่ 2

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ทั้งโรงเรียนที่มีผลการดำเนินการดีและควรปรับปรุงเห็นด้วยที่จะให้ครูตรวจช่องปากนักเรียน แต่ยังไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจ ส่วนใหญ่มีความคิดว่า ตรวจเพื่อช่วยคัดนักเรียนไปรักษา ส่วนเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจที่ยากและสับสน ได้แก่ การแยกฟันแท้ ฟันน้ำนม การตรวจช่องปากโดยแบ่ง

ตารางที่ 3 ร้อยละของโรงเรียนที่มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

Table 3 Percentage of schools had after lunch tooth brushing program.

กิจกรรม	โรงเรียนที่มีการดำเนินงาน (ร้อยละ)
ความครอบคลุมโรงเรียน	
● นักเรียนมีแปรงสีฟันที่โรงเรียนครบ	84.5
● นักเรียนส่วนใหญ่มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ทุกวัน	76.7
รูปแบบ	
● ไม่มีการแปรงฟัน	0.7
● ต่างคนต่างแปรง	31.8
● แปรงพร้อมกันแต่ละชั้นเรียน	40.5
● แปรงพร้อมกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ควบคุม	12.8
● แปรงพร้อมกันเป็นกลุ่ม ตามสภาพปัญหา	2

ตารางที่ 4 ร้อยละของโรงเรียนที่มีการให้ทันตสุขศึกษาและการจำหน่ายอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน

Table 4 Percentage of schools had dental health education and selling candies or sugary snacks

กิจกรรม	โรงเรียนที่มีการดำเนินงาน (ร้อยละ)
ความครอบคลุม	
● นักเรียนส่วนใหญ่เคยได้รับการสอนทันตสุขศึกษา	97.3
รูปแบบการสอนทันตสุขศึกษา โดย	
● ครูอนามัย	44.9
● ครูประจำชั้น	59.4
● เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตบุคลากร	57.1
โรงเรียนที่มีการจำหน่ายอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน	32.1

เป็น 6 ส่วน และการแยกเหงือกอักเสบ ระดับ 1 (เหงือกอักเสบบวมแดงเล็กน้อย) แต่เกณฑ์ระดับ 7 (เหงือกอักเสบต้องรักษาเร่งด่วน) พอคัดแยกได้ในเรื่องรูปแบบการตรวจช่องปากถ้าเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก ครูประจำชั้นเป็นผู้ตรวจ แต่โรงเรียนขนาดใหญ่ ครูประจำชั้นตรวจร่วมกับผู้นำนักเรียน สำหรับการแจ้งผลการตรวจให้ผู้ปกครองทราบพบว่า โรงเรียนที่มีผลการดำเนินงานดีแจ้งให้ทราบทุกคน โรงเรียนควรปรับปรุงจะแจ้งเฉพาะรายที่มีปัญหา

3.2 การวิเคราะห์และจัดกลุ่มแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า โรงเรียนที่นักเรียนมีแปรงสีฟันครบมีร้อยละ 87.5 แต่โรงเรียนที่นักเรียนมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน มีเพียงร้อยละ 76.7 โดยที่รูปแบบการแปรงฟันส่วนใหญ่คือ การแปรงฟันเป็นชั้นเรียน และต่างคนต่างแปรง ส่วนการแปรงฟันตามสภาพปัญหาพบเพียงร้อยละ 2 ตามตารางที่ 3

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ทั้งโรงเรียนที่มีผลการดำเนินงานดีและควรปรับปรุง ไม่มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันตามสภาพปัญหา โดยให้เหตุผลว่า เป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติเพราะเป็นเวลาที่นักเรียนต้องทำกิจกรรมเสริม คุรุรับประทานอาหารและมีเวรรับผิดชอบงานอื่น ความครอบคลุมอุปกรณ์การแปรงฟันไม่แตกต่างกัน แต่จะต่างกันที่รูปแบบของการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและความครอบคลุมจำนวนนักเรียนที่แปรงฟันทุกวัน คือ โรงเรียนที่ดีจะมีรูปแบบที่ชัดเจน และมีการควบคุม ทำให้นักเรียนส่วนใหญ่มีการแปรงฟันทุกวัน ในขณะที่โรงเรียนควรปรับปรุงต่างคนต่างแปรง และไม่มีการควบคุมที่ชัดเจนทำให้นักเรียนมีการแปรงฟันทุกวันน้อยกว่า

3.3 การให้ทันตสุขศึกษาและการจำหน่ายอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน

จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ นักเรียนเคยได้รับการสอนทันตสุขศึกษา โดยผู้ที่ให้ทันตสุขศึกษามากที่สุดคือ ครูประจำชั้น รองลงมาได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตบุคลากร โรงเรียนยังคงมีการจำหน่ายอาหารที่เป็นโทษต่อฟันถึงร้อยละ 32.1 ตามตารางที่ 4

การเก็บข้อมูลเชิงลึกพบว่า ทั้งโรงเรียนที่มีผลการดำเนินงานดีและควรปรับปรุง มีการสอนทันตสุขศึกษาแทรกในหลักสูตร สปช. และจากการประเมินความรู้ถึงสาเหตุของโรคฟันผุ นักเรียนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าลูกอมเท่านั้นที่เป็นสาเหตุ การให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับเรื่องฟัน โรงเรียนดีจะมีการให้ความรู้ในการประชุมผู้ปกครอง โรงเรียนควรปรับปรุงจะไม่มี ในเรื่องสภาพแวดล้อม เช่น น้ำและสถานที่แปรงฟัน ไม่พบข้อแตกต่างที่ชัดเจน แต่ในเรื่องการจำหน่ายอาหารที่เป็นโทษต่อฟัน พบว่า โรงเรียนดีและมีนโยบายของผู้บริหารชัดเจน เท่านั้น จึงจะมีการควบคุมที่มีประสิทธิภาพ โรงเรียนส่วนใหญ่ยังไม่มีการควบคุมหรือควบคุมเฉพาะลูกอม แต่ไม่ได้ควบคุมขนมอบกรอบ และน้ำอัดลม

4. ผลที่ได้รับ

จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า โรงเรียนมีการใช้ข้อมูลการตรวจช่องปากในการส่งต่อนักเรียนไปรับการรักษา ร้อยละ 64.9 นักเรียนสามารถดูแลทันตสุขภาพตนเอง โดยมีการรับรู้สภาพช่องปากตนเองและตรวจฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 87.2 และ 73.3 ตามลำดับ ส่วนนักเรียนที่มีปัญหาที่ต้องรักษาเร่งด่วน และต้องอุดฟันแท้ยังได้รับการรักษาไม่ครบ 100% ตามตารางที่ 5

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ทั้งโรงเรียนดีและควรปรับปรุง ในเรื่องการใช้ข้อมูลการตรวจช่องปากเพื่อแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพของนักเรียน ครูอนามัย ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจ แต่จะส่งข้อมูลการตรวจช่องปากไปให้ทาง

ตารางที่ 5 ร้อยละของโรงเรียนที่นักเรียนได้รับผลจากการดำเนินกิจกรรม

Table 5 Percentage of schools that students recieved positive effect from the program

กิจกรรม	โรงเรียนที่มีการดำเนินงาน (ร้อยละ)
จากการสอบถามครูอนามัย	
● ใช้ข้อมูลการตรวจช่องปากส่งต่อนักเรียนไปรับการรักษา	64.9
จากการสุ่มถามนักเรียน	
● รับรู้สภาพช่องปากตนเอง	87.2
● ตรวจฟันด้วยตนเอง	73.3
จากการสุ่มใน ทส.003	
● ปัญหาระดับ จ. ได้รับการบริการครบ	69.3
● ปัญหาฟันผุ ได้รับการบริการครบ	66.2

สาธารณสุข และรื้อทันตบุคลากรมาให้บริการที่โรงเรียน การได้รับบริการทันตกรรมของนักเรียนจะได้จากหน่วยเคลื่อนที่ที่มาให้บริการที่โรงเรียนมากกว่าได้รับบริการที่โรงพยาบาล เพราะโรงเรียนไม่สะดวกที่ต้องรับผิดชอบรับส่งนักเรียนและผู้ปกครองก็ไม่พาไป การจัดบริการแก่นักเรียนที่มีปัญหาโดยทันตบุคลากรไม่ได้ใช้ข้อมูลจากการตรวจของครู แต่จะออกตามแผนปฏิบัติการโรงเรียนละ 1 ครั้งต่อปี ส่วนความสามารถดูแลทันตสุขภาพตนเองของนักเรียน ส่วนใหญ่นักเรียนมีการตรวจฟันด้วยตนเอง สิ่งที่ได้ดูแล ฟันผุ, เศษอาหารติดฟัน นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีการแปรงฟันก่อนนอน ซึ่งเหมือนกับพฤติกรรมของผู้ปกครองในส่วนพฤติกรรมการกินอาหารที่มีโทษต่อฟันเด็กจะกินขนมอบกรอบมากกว่าลูกอม โดยกินที่โรงเรียนมากกว่าที่บ้าน

บทวิจารณ์

1. การประเมินประสิทธิผล

การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ พบว่า โรงเรียนมีผลการดำเนินงานระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และไม่

พบระดับดีในโรงเรียนขนาดใหญ่ และใหญ่มาก ซึ่งอาจเป็นผลจากปริมาณนักเรียนที่มากขึ้น ทำให้การบริหารจัดการ การจัดกิจกรรมทำได้ยากกว่าโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนน้อย ดังนั้น รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพจึงไม่น่าจะกำหนดเป็นรูปแบบเดียวกันแล้วใช้ทุกโรงเรียนคงจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมาปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป

กิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพที่ดำเนินการในโรงเรียน ส่วนใหญ่จะอยู่ในเกณฑ์ดี เช่น กิจกรรมการตรวจฟันนักเรียนโดยครู การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และการให้ทันตสุขศึกษา แต่กิจกรรมการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจฟัน และจัดกลุ่มแปรงฟันตามสภาพปัญหามีน้อยมาก ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ทิพย์ คนชื่อ ⁽¹⁾ วรวรรณ อัสวกุล และคณะ ⁽²⁾ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ ⁽³⁾ ที่พบว่าโรงเรียนมีการจัดกลุ่มนักเรียนแปรงฟันตามสภาพปัญหามีน้อยมาก ยกเว้นโรงเรียนที่ชนะการประกวดโรงเรียนดีเด่น

ถึงแม้ว่าผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในภาพรวมจะอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ถ้าวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยละเอียดแล้ว จะแสดงให้เห็น

เห็นถึง การประสานงาน การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ
งานร่วมกันยังไม่เกิดขึ้นในระดับพื้นที่ นั่นคือ
บุคลากรสาธารณสุข (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ
ทันตบุคลากร) จะมุ่งเน้นการรายงานและการ
รักษา ปลดปล่อยให้โรงเรียนดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เอง
ดังเห็นจากผลการประเมินเรื่อง วิธีการตรวจฟัน
นักเรียน พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปมี
ส่วนร่วมในการตรวจฟันเพียงร้อยละ 30 และมี
ส่วนร่วมในการสอนทันตสุขภาพเพียงร้อยละ 57.1
(ตารางที่ 3 และ 4)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน

จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ปัจจัย
สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้บริหาร
ที่มีนโยบายทันตสุขภาพที่ชัดเจน โดยเฉพาะใน
เรื่องการแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันและการ
ควบคุมอาหารที่เป็นโทษต่อฟันมีการทำงานเป็นทีม
และมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งจะ
เห็นได้จากโรงเรียนที่มีการดำเนินงานส่งเสริมทันต-
สุขภาพที่ดีหลายแห่ง พอเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร
เนื่องจากวาระการโยกย้ายจะทำให้การดำเนินงาน
ของโรงเรียนเปลี่ยนแปลงไปด้วย และถ้าผู้บริหาร
ไม่สนใจการดำเนินงานก็จะแย่ลง ซึ่งจะสอดคล้อง
กับการศึกษาของ วรวรรณ อัสวกุล และคณะ⁽²⁾
ที่พบว่า การสนับสนุนจากผู้บริหารโรงเรียนและ
ความร่วมมือของครูทุกคนในโรงเรียนเป็นปัจจัย
สำคัญที่ทำให้โรงเรียนได้รับการคัดเลือกเป็น
โรงเรียนดีเด่น ทางเฝ้าระวังทันตสุขภาพ

ความเข้าใจในแนวคิดรวบยอดของงาน
เฝ้าระวังทันตสุขภาพ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีผล
ต่อการดำเนินงาน จากข้อมูลที่ได้พบว่าครูไม่
เข้าใจวัตถุประสงค์ของการตรวจฟันทำให้เกิดการ
สับสนว่าตรวจเพื่ออะไร ครูส่วนใหญ่จะเข้าใจว่า
ตรวจเพื่อคัดนักเรียนให้ทันตบุคลากร โดยไม่มีการ
ใช้ข้อมูลการตรวจเหงือกอักเสบมาใช้ในการแบ่ง
กลุ่มแปร่งฟันตามสภาพปัญหา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ

กิจกรรมที่ทางสาธารณสุขได้กำหนดให้โรงเรียน
ปฏิบัติ ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ
ทันตบุคลากรก็ไม่ได้ใช้ข้อมูลนี้ในการวางแผน
แก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของโรงเรียนด้วย ดังนั้น
ควรต้องมีการทบทวนความเข้าใจเกี่ยวกับการ
ดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในครู เจ้าหน้าที่
สาธารณสุขและทันตบุคลากรให้ตรงกัน ตั้งแต่
วัตถุประสงค์ของโครงการรวมถึงกิจกรรมดำเนิน
การว่าทำเพื่ออะไร บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและ
เหมาะสมของผู้เกี่ยวข้อง และควรให้โรงเรียนมี
ส่วนร่วมในการคิดกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาทันต
สุขภาพในโรงเรียน

สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจช่องปาก
พบว่า ครูสามารถแยกเหงือกอักเสบ คะแนน 7 ได้
และมีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการพาเด็กไป
รักษาหรือแนะนำผู้ปกครอง แต่ไม่แน่ใจในการ
แยกเหงือกอักเสบ คะแนน 1 และไม่ได้ใช้
ประโยชน์จากข้อมูลในการจัดกิจกรรมแปร่งฟัน
หลังอาหารกลางวัน นอกจากนี้ การตรวจโดยแบ่ง
ช่องปากเป็น 6 ส่วน ละเอียดเกินไป ทำได้ยาก
โดยเฉพาะส่วนที่อยู่ด้านใน ซึ่งจะสอดคล้องกับการ
ศึกษาของปิยะดา ประเสริฐสม⁽⁴⁾ ในการทบทวน
งานวิจัยเรื่องผลการตรวจของครูในโครงการเฝ้า
ระวังทันตสุขภาพสรุปว่าครูสามารถคัดแยกโรคอยู่
ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ แต่การตรวจสภาพที่ต้องการ
รักษาเร่งด่วน (คะแนน 7) และโรคฟันผุใกล้เคียง
กัน ปัญหาที่พบในการตรวจคือ การคัดแยกสภาวะ
เหงือกอักเสบ (คะแนน 1) ดังนั้น กิจกรรมการ
ตรวจช่องปากโดยครูน่าจะยังคงมีอยู่ แต่คงจะต้อง
ทบทวนเรื่องเกณฑ์การตรวจให้ง่ายขึ้น และครู
สามารถนำข้อมูลไปใช้แก้ปัญหาทันตสุขภาพ
นักเรียนได้จริง โดยเฉพาะการตรวจแยกเหงือก
อักเสบเป็นระดับต่าง ๆ ทั้งนี้เพราะจากการศึกษา
ที่ได้ โรงเรียนที่มีการดำเนินงานดี สามารถจัด
ระบบแปร่งฟันที่มีประสิทธิภาพโดยไม่ต้องใช้

ข้อมูลจากการตรวจแยกเหงือกอักเสบ

ประเด็นการให้ทันตสุขศึกษาและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีทันตสุขภาพที่ดีจากการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่จะได้รับการสอนทันตสุขศึกษาจากครูประจำชั้น ซึ่งจะสอนแทรกอยู่ในหลักสูตร สปช. แต่นักเรียนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพยังไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงน่าจะได้มีการศึกษาและวิเคราะห์หลักสูตรและวิธีการจัดประสบการณ์การเรียนการสอนร่วมกันระหว่างครูและทันตบุคลากร ว่าสิ่งที่ครูสอนนั้นบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 3 เรื่องหรือไม่ คือ รู้เรื่องที่เรียน ให้มีทักษะปฏิบัติได้ และให้มีทัศนคติในเรื่องที่เรียน ที่จะทำให้เห็นคุณค่าและนำไปใช้ประโยชน์ ส่วนเรื่องการขายขนมที่เป็นโทษต่อฟันในโรงเรียนนั้น การแก้ไขปัญหามิใช่เรื่องนี้อาจดำเนินการได้ยาก คงต้องใช้มาตรการเสริมหลาย ๆ ทาง นอกเหนือจากการให้ความรู้แก่ครูและนักเรียน

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน ยังไม่เป็นที่รูปธรรมชัดเจน โดยดูจากการควบคุมดูแลพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนที่บ้าน และพาเด็กที่จำเป็นต้องรักษาทางทันตกรรมไปรับการรักษา นักเรียนส่วนใหญ่ยังไม่มี การแปรงฟันก่อนนอน และการได้รับบริการทันตกรรมของนักเรียนส่วนใหญ่ได้รับจากหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ทั้งสิ้น ดังนั้น คงต้องมีการศึกษาแนวทางที่จะแก้ไขตรงนี้ต่อไป เพื่อให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเด็กให้ครบวงจร ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

การบริหารจัดการงานในระดับจังหวัดและอำเภอ ยังขาดการประสานงานในการวิเคราะห์สภาพปัญหาระหว่างฝ่ายศึกษาและสาธารณสุข ทำให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องรับผิดชอบของทางฝ่ายสาธารณสุข

โรงเรียนไม่มีส่วนร่วมในการคิดวางแผนการดำเนินงาน โดยจะรอให้ทันตบุคลากรเป็นผู้มาแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริเพ็ญอรุณประพันธ์ และรัชนี้ ลิ้มสวัสดิ์⁽³⁾ ที่พบว่าการตั้งคณะกรรมการประสานงานระดับจังหวัดและอำเภอ เพื่อจัดลำดับความสำคัญ การนิเทศงานระดับจังหวัด รวมถึงการวิเคราะห์ปัญหาในระดับอำเภอยังมีค่อนข้างน้อย คือ ระหว่างร้อยละ 25-40

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ประสิทธิผลการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดแพร่

ในการประเมินผลโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพของโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดแพร่จำนวน 296 โรงเรียน เฉพาะในส่วนกิจกรรมดำเนินงานและผลที่นักเรียนได้รับของโครงการพบว่า ในภาพรวมของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด มีผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากคะแนนรวมของทุกกิจกรรม แต่ถ้าพิจารณาในรายกิจกรรม พบว่า โรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรมตรวจฟัน การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและการให้ทันตสุขศึกษา ครอบคลุมค่อนข้างสูง (ร้อยละ 97, 76.7 และ 97.3 ตามลำดับ) ส่วนกิจกรรมที่ดำเนินการได้น้อยคือ การตรวจฟันโดยครูประจำชั้น การแปรงฟันเป็นกลุ่มตามสภาพปัญหา การได้รับทันตสุขศึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ทันตบุคลากร ครูอนามัยมีการใช้ข้อมูลการตรวจฟันในการส่งต่อเพื่อรับบริการของนักเรียน การแจ้งผู้ปกครองให้ทราบปัญหาช่องปากของนักเรียน และการจำหน่ายอาหารที่ไม่เป็นโทษต่อฟันในโรงเรียน (ร้อยละ 39.2, 2, 57.1, 64.9 และ 32.1 ตามลำดับ)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงาน

2.1 ปัจจัยหลักที่กำหนดประสิทธิผล

โดยรวมของการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ
ในโรงเรียนประถมศึกษา คือ ผู้บริหารโรงเรียน
ต้องมีการกำหนดนโยบายทันตสุขภาพที่ชัดเจน
ให้ความสำคัญสอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรม
อื่น ๆ ในโรงเรียน มีการทำงานเป็นทีม และมีการ
สนับสนุน ควบคุมกำกับสม่ำเสมอ

2.2 กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพใน
โรงเรียนที่ครูสามารถดำเนินการได้ดี คือ การให้
ทันตสุขภาพและการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
ตามความพร้อมของโรงเรียน กิจกรรมที่ทำแล้วมี
ปัญหา คือ การตรวจฟัน และกิจกรรมที่ทำไม่ได้ คือ
การแบ่งกลุ่มแปรงฟันตามสภาพปัญหา

2.3 เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจฟันยาก
เกินไป ทำให้ครูไม่มั่นใจในการตรวจฟัน

2.4 วิธีการให้ทันตสุขภาพแก่นักเรียน
ยังไม่ก่อให้เกิดผลในการปฏิบัติตนที่
เหมาะสมในการดูแลทันตสุขภาพ

2.5 ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ
ทันตบุคลากร มีความเข้าใจในแนวคิดและบทบาท
การดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน
ประถมศึกษา ไม่ตรงกัน และขาดการประสานงาน
กันในระดับพื้นที่

2.6 ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง
ในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียนที่บ้าน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันต
สุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ควรให้โรงเรียน
มีส่วนร่วมกับทางสาธารณสุขในการกำหนดบทบาท
เป้าหมาย วัตถุประสงค์ และกิจกรรมการดำเนินงาน
มิใช่ทางสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเพียงผู้เดียว

3.2 การตรวจช่องปากโดยครู เพื่อที่
จะสามารถแยกแยะเหงือกอักเสบ ครูไม่ได้ใช้ประโยชน์
และยากในทางปฏิบัติ น่าจะมีการศึกษาเกณฑ์การ
ตรวจฟันที่เหมาะสมสำหรับครู และนำไปใช้
ประโยชน์ได้จริง

3.3 การอบรมครูอนามัยและครู
ประจำชั้น ยังจำเป็นต้องดำเนินการส่งเสริม
ทันตสุขภาพในโรงเรียน แต่น่าจะมีการปรับวิธีการ
อบรม เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการ
ปฏิบัติที่โรงเรียนสามารถทำได้จริงในพื้นที่

3.4 ควรยกเลิกกิจกรรมการแปรงฟัน
ตามสภาพปัญหา ให้โรงเรียนดำเนินการตามความ
พร้อมของโรงเรียน แต่ต้องมีระบบควบคุมที่ชัดเจน

3.5 ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่อง
โทษของขนมอบกรอบอย่างจริงจังทั้งในระดับ
จังหวัดและระดับประเทศ รวมถึงการควบคุมการ
โฆษณาขนมที่เป็นโทษต่อฟันตามสื่อต่าง ๆ

3.6 ควรมีการปรับบทบาทของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งทันต
บุคลากร จาก ผู้ให้บริการมาเป็นผู้ส่งเสริมสุขภาพ
แก่นักเรียนให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองทันตสาธารณสุขที่สนับสนุน
งบประมาณการวิจัย ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิง
ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ ทันตแพทย์หญิงดาวเรือง
แก้วขันตี และทันตแพทย์หญิง วราภรณ์ จิระพงษา
ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิชาการและให้คำปรึกษา
ขอขอบคุณทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ของจังหวัดแพร่ทุกท่าน ที่ช่วยในการแสดงความคิดเห็นและเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้บริหารโรงเรียน
ครูอนามัย ครูประจำชั้น และนักเรียนที่ให้ความ
ร่วมมือในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรทิพย์ คนชื้อ. การศึกษาปัญหาการจัดดำเนินงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพโรงเรียนประถมศึกษา ตามการรับรู้ของครูอนามัย สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ ในภาคใต้ วิทยานิพนธ์ หลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
2. วรวรรณ อัสกุล, เติตฉันทศิริ โชติติลล และดาวเรือง แก้วขันตี. การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาที่ได้รับการคัดเลือกเป็นโรงเรียนตัวอย่างดีเด่น เฝ้าระวังทันตสุขภาพ และโรงเรียนที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นโรงเรียนดีเด่นเฝ้าระวังทันตสุขภาพ รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : กองทันตสาธารณสุข, 2536.
3. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และรัชนี้ ลิ้มสวัสดิ์. การบริหารจัดการในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็ก ประถมศึกษาระดับจังหวัดและระดับอำเภอ, วารสารทันตภิบาล ปีที่ 3 ฉบับที่ 1, 2534 : 42 - 46.
4. ปิยะดา ประเสริฐสม. ผลการตรวจของครูเปรียบเทียบกับทันตบุคลากร และเปรียบเทียบระหว่างการศึกษด้วยตนเอง และการอบรมในโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา; สมนึก ชาญด้วยกิจ บรรณาธิการ. รายงานผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี : บริษัทศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด 2540 : 25 - 34
5. วราภรณ์ จิระพงษา. หลักการและแนวคิดของงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี : บริษัทศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด, 2540.

The Evaluation of Dental Health Surveillance Program in Primary schools in Phrae province

Sukijitra Wanapirak *

D.D.S.

Abstract

The objective of the evaluation of Dental Health Surveillance Program (DHSP) in primary school in Phrae Province was to evaluate the effectiveness and to study the determinant factors to the operation. Quantitative - approach data were collected by observational questionnaires in 296 primary schools. 7 selected primary schools were evaluated by using qualitative approach, focus group discussion and indepth interview.

It was found that 15.5% of schools had good total activities' scores, 66.9% had moderate scores and 17.6% had low scores. Among school dental activities, most of the primary schools conducted oral examination, tooth brushing after lunch and dental health education. Other activities being conducted at a lower percentage were oral examination by class teachers, tooth brushing by levels of gingivitis, dental health education by district health officers and dental personnel, using oral health status data of students in solving dental health problems by school health teachers, informing parents about students' oral health status and controlling candies or sugary snacks in school.

The most important factors that determined DHSP activities were the school administrators who had a clear dental health policy especially about controlling sweet taking. The program should be managed by teachers' team. Other factors were the health officers and dental personnel did not understand the concept of DHSP, the criteria of oral examination and tooth brushing by level of gingivitis model were too difficult. District health officers and dental personnel still acted as the provider more than the health promotor and supportor.



Keyword : Primary school, Dental Health Surveillance program, Determinant factors.

* Phrae Provincial Public Health Office

สภาวะฟันผุและพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ของเด็กนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร

อาภา คັນสินีวาณิช *

ท.บ. , ส.ม., พบ.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบสภาวะฟันผุ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา กลุ่มอายุ 12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2543 กลุ่มตัวอย่างสุ่มโดยวิธีแบบชั้นภูมิหลายขั้นตอน จำนวน 341 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกผลการตรวจสอบสภาวะทันตสุขภาพ ร่วมกับการใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพช่องปากเกี่ยวกับ การแปรงฟัน การพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจฟันและรับบริการทันตกรรม การบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ผลการศึกษา สภาวะฟันผุพบว่า เด็กกลุ่มนี้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 65.1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด คนละ 1.97 ซึ่งเด็กหญิงมีสภาวะฟันผุมากกว่าเด็กชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) สำหรับ พฤติกรรมสุขภาพช่องปากพบว่าร้อยละ 70 ขึ้นไปมีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 47.8 มีการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันและรับบริการทันตกรรม ปีละ 1 - 2 ครั้ง มีการบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกวัน โดยเฉพาะขนมถุงกรอบสูงร้อยละ 38.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง สภาวะฟันผุกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนประถมศึกษา อายุ 12 ปี ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % พบว่าการไปพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจฟันและรับบริการทันตกรรม มีความสัมพันธ์ กับสภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ และความถี่ของการบริโภคขนมหวาน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลทุกวัน พบว่า การบริโภคจำนวนหลายประเภทเพิ่มขึ้น ยังมีแนวโน้มฟันผุ มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ สภาวะฟันผุ , พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก

* กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

บทนำ

เด็กวัยประถมศึกษาเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในงานทันตสาธารณสุข ของกองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มาตั้งแต่ได้มีการจัดทำแผนงานโครงการทันตสาธารณสุขของ กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 1 (ปีงบประมาณ 2520-2524) มาจนถึงปัจจุบัน ⁽¹⁾ ฉบับที่ 5 (ปีงบประมาณ 2540-2544) งานทันตกรรมป้องกัน สำหรับฟันถาวร ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ควรเริ่มตั้งแต่ฟันถาวรซี่แรกเริ่มขึ้นเมื่ออายุ 6 ปี และฟันถาวรขึ้นครบ 28 ซี่เมื่ออายุ 12 ปี แต่เด็กในช่วงวัยนี้จากการศึกษาต่างๆ พบว่าสถานะของฟันถาวรผุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ^(2,3,4,5) เป็นเส้นกราฟพุ่งโค้งขึ้น องค์การอนามัยโลกได้จัดเด็กอายุ 12 ปี เป็นกลุ่มตัวชี้วัดสากล ในการเปรียบเทียบสถานะทันตสุขภาพระหว่างประเทศ และเป็นตัวทำนายแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุในผู้ใหญ่ ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังใช้เป็นอายุในการดูผลกระทบการดำเนินงานตามกลวิธีในกลุ่มเด็กประถมศึกษา ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2543 ⁽⁷⁾ สำหรับเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ว่าจะต้องมีค่าเฉลี่ยฟัน ผุ ถอน อุดไม่เกิน 3 ซี่ต่อคน สำหรับประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติเช่นกันว่า ในปี 2543 ⁽⁸⁾ เด็กอายุ 12 ปี ต้องมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน จากการรายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ⁽⁹⁾ ในปีพ.ศ.2527 , ปี2532 , ปี 2537 พบว่าในกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรคฟันผุร้อยละ 80, 77.9 และ 77.4 ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด คนละ 3 ซี่ , 3 ซี่ และ 2.9 ซี่ ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการสำรวจทันตสุขภาพ ของกองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี 2534 ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าเด็กนักเรียนประถมศึกษาในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มอายุ 12 ปี มีฟันผุร้อยละ 90.6 และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดคนละ 4.3 ซี่ ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

สาเหตุของโรคฟันผุมีหลายสาเหตุร่วมกัน ^(11,12) กระบวนการเกิดโรคประกอบด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยหลักทางพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และจุลชีวะ โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก ^(13,14,15,16) พบว่า มีความสำคัญต่อการยกระดับอนามัยช่องปาก อาทิ สุขนิสัยในการแปรงฟัน และการใช้อุปกรณ์ในการทำความสะดวกฟัน การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน และรับบริการทันตกรรม การบริโภคขนมหวาน ขนมถุง ลูกอมต่างๆ เป็นต้น การศึกษาของAshley ⁽¹⁷⁾ แนะนำว่าการป้องกันโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กันกับการทำความสะอาดฟันและเหงือกเป็นประจำทุกวัน การไปพบทันตแพทย์เป็นระยะๆ รวมทั้งการลดอาหารประเภทน้ำตาล

กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้จัดบริการทันตกรรมและส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ในลักษณะของแผนงานโครงการต่างๆ อาทิ โครงการสัปดาห์ป้องกันโรคฟันประจำปี โครงการโรงเรียนสาธิตงานทันตสาธารณสุข โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการแปรงฟัน โครงการทันตกรรมเชิงรุกสู่เด็กน้อยผู้ด้อยโอกาส โครงการเคลือบหลุมร่องฟันป้องกันฟันผุในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2520 จนถึงปัจจุบัน เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ⁽⁸⁾ ทั้งนี้กองทันตสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญและเน้นหนักต่องานทันตกรรมป้องกันอย่างมากด้วยแนวคิดที่เชื่อว่าเป็นมาตรการที่เหมาะสมต่อการบริการประชากรจำนวนมาก โดยใช้ งบประมาณน้อยและมีประสิทธิภาพต่อการควบคุมโรคในช่องปาก แต่งานทันตกรรมป้องกันที่ได้ผลดีต้องมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

เป็นประจำ

ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสภาวะฟันผุ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับ พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน ประถมศึกษา กลุ่มอายุ 12 ปี และประโยชน์จากการศึกษาค้นคว้านี้จะได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ถึงผลกระทบการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการต่างๆ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานทางทันตสาธารณสุข ส่งเสริม ควบคุมและป้องกันโรคในช่องปาก ให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับเด็กประถมศึกษา กลุ่มวัย 12 ปีต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

ประชากรตัวอย่างเป็นนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี จำนวน 341 คน ดำเนินการโดยวิธีสุ่ม ตัวอย่างแบบชั้นภูมิหลายขั้นตอน (Stratified multistage cluster sampling) โดยแบ่งเป็นภาคตามพื้นที่รับผิดชอบเป็นสาธาณสุขภาค 6 ภาค สุ่มเขตในภาคจำนวน 2 เขตต่อ 1 ภาค สุ่ม โรงเรียนในเขตจำนวน 1 โรงเรียนต่อ 1 เขต และสุ่มนักเรียนในโรงเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี จำนวน 30 คน ต่อ 1 โรงเรียน

การสำรวจดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม ปี 2543

แบบบันทึกข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพช่องปากประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการสัมภาษณ์
- พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ได้แก่
 - การทำความสะอาดฟัน การแปรงฟัน
 - การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันและรับบริการทันตกรรม
 - การบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

ดื่มที่มีน้ำตาล

ส่วนที่ 2 แบบตรวจสภาวะโรคฟันผุซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี 1994 เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสภาวะทันตสุขภาพประกอบด้วย กระบอกส่องฟัน และ WHO periodontal probe

ทีมสำรวจได้รับการปรับมาตรฐานการสำรวจจากกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ซึ่งการสำรวจครั้งนี้ถือเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ปี 2543

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows Version 10.0.5 ในการประมวลผล และทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก โดยใช้สถิติทดสอบค่าไค สแควร์ (Chi square test) Linear Regression และสถิติวิเคราะห์ ANOVA การพรรณนาความใช้การกระจายความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสภาวะฟันผุและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาอายุ 12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 341 คน เป็นเพศชาย 180 คน เพศหญิง 161 คน พบว่านักเรียนเป็นโรคฟันผุร้อยละ 65.1 และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด คนละ 1.97 ซี่ โดยเป็นฟันผุ 1.40 ซี่ ฟันอุด 0.06 ซี่ และฟันถอนเนื่องจากผุ 0.51 ซี่ นักเรียนหญิงมีฟันผุมากกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ (ตารางที่ 1) พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยพฤติกรรมการทำความสะอาดฟันด้วยวิธีการแปรงฟันอย่างเดียว ร้อยละ 66.3 และนักเรียนแปรงฟันเอง ร้อยละ 60.1 และจะแปรงฟันเมื่อได้รับการเตือนจากผู้ปกครองร้อยละ 39.9 แปรงฟันในช่วงเวลา หลังตื่นนอนตอนเช้าร้อยละ 92.8

และแปรงฟันช่วงหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน ร้อยละ 72.6 (ตารางที่ 2) รับการตรวจฟัน และรับบริการทันตกรรมจากทันตแพทย์ ปีละ 1 - 2 ครั้งร้อยละ 47.8 (ตารางที่ 3) การบริโภคขนมหวานชนิดต่าง ๆ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล พบว่า นักเรียนที่มีพฤติกรรมการบริโภคขนมหวานทุกวันเป็นขนมถุงกรอบมากที่สุด คือ ร้อยละ 38.4 บริโภคน้ำผลไม้ที่มีน้ำตาลเป็นบางวันสูงสุดร้อยละ 83.2 และไม่เคยบริโภคน้ำอัดลมมีน้อยมาก ร้อยละ 1.5 (ตารางที่ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับพฤติกรรมการทำความสะอาดฟัน พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5) พฤติกรรมการตรวจฟันและรับ

บริการทันตกรรมจากทันตแพทย์ มีความสัมพันธ์กับสภาวะฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 6) สภาวะฟันผุตามระดับความรุนแรงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานทุกวันมากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยฟันผุตั้งแต่ 1.99 ถึง 3.71 ซี่ (ตารางที่ 7) ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับการบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล มากกว่า 1 ชนิด เป็นประจำทุกวันมีความสัมพันธ์เป็นแบบเชิงเส้นอย่างมีนัยสำคัญที่ $P\text{-value} = 0.016$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (β) เป็น 0.143 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เป็น 0.116 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดของเด็กรุ่นนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี จำแนกตามเพศ
Mean DMFT of student aged 12 years classified by sex

นักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี	จำนวน (คน)	ฟันผุ (D) ซี่/คน	ฟันถอน (M) ซี่/คน	ฟันอุด (F) ซี่/คน	รวม (DMFT) ซี่/คน	P-value
เพศ						
ชาย	180	1.24	0.04	0.39	1.67	
หญิง	161	1.58	0.07	0.65	2.30	0.022 *
ค่าเฉลี่ย(DMFT)		1.40	0.06	0.51	1.97	
รวม	341					

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนมีพฤติกรรมการแปรงฟันจำแนกตามวิธีทำความสะอาด
สะอาดฟัน การเตือนให้แปรงฟัน และช่วงเวลาแปรงฟัน

Number and percentage of tooth brushing behaviour in students classified by
technic of cleaning teeth, motivation and time of brushing.

พฤติกรรมกรรมการแปรงฟันของนักเรียน			จำนวน	ร้อยละ
ทำความสะอาดฟันด้วยวิธี				
แปรงฟัน			226	66.3
แปรงฟันและบ้วนปาก			90	26.4
แปรงฟัน บ้วนปากและอมเกลือ			25	7.3
การเตือนให้แปรงฟัน				
เตือนตัวเอง			205	60.1
เตือนโดยผู้อื่น			136	39.9
ช่วงเวลาแปรงฟัน				
หลังตื่นนอน ตอนเช้า	ทุกวัน	298	92.8	
	บางวัน	23	7.2	
หลังอาหารเช้า	ทุกวัน	14	38.9	
	บางวัน	22	61.1	
หลังอาหารกลางวัน	ทุกวัน	23	37.1	
	บางวัน	39	62.9	
หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน	ทุกวัน	212	72.6	
	บางวัน	80	27.4	
เมื่อแปรงฟันแล้วไม่รับประทาน	ทุกวัน	55	49.5	
อาหารอีกจนเข้านอน	บางวัน	56	50.5	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่รับการตรวจฟันและรับบริการทันตกรรมจาก
ทันตแพทย์

Number and percentage of students receiving tooth checked up and dental treatment.

พฤติกรรมการตรวจฟันและรับบริการทันตกรรมจากทันตแพทย์ของนักเรียน	จำนวน	ร้อยละ
ปีละ 1-2 ครั้ง	163	47.8
มากกว่าปีละ 2 ครั้ง	13	3.8
ไม่เคย	165	48.4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลของนักเรียนจำแนกตามความถี่ของการบริโภค

Sugary snacks and liquid consumption behaviour of students classified by frequency of consumption .

ชนิดของขนมและเครื่องดื่ม	ทุกวัน %	บางวัน %	ไม่เคย %
น้ำผลไม้ที่มีน้ำตาล	8.8	83.2	8.0
น้ำอัดลม	30.5	68.0	1.5
ขนมหวาน	20.5	75.4	4.1
เยลลี่	8.8	74.8	16.4
ขนมถุงกรอบ	38.4	59.8	1.8
ขนมปังกรอบสอดไส้	10.6	75.0	14.4
ขนมถุงมีรสหวาน	7.0	79.2	13.8
ขนมปังกับนมข้นหวาน	10.9	82.1	7.0
ท็อฟฟี่ ลูกอม อมยิ้ม	17.6	75.4	7.0
ช็อคโกแลต	17.9	76.5	5.6

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแปรงฟันกับสถานะฟันผุแยกตามระดับความรุนแรงของฟันผุ (DMFT)

Correlation between tooth brushing behaviour and dental caries status classified by level of severity (DMFT)

พฤติกรรมการแปรงฟัน	สถานะฟันผุ	0 ซี่ %	1-3 ซี่ %	4-6 ซี่ %	7 ซี่ขึ้นไป %	P-value
ทำความสะอาดฟันด้วยวิธี						
แปรงฟัน		20.2	32.0	11.1	2.9	0.186
แปรงฟันและบ้วนปาก		12.3	9.1	3.8	1.2	
แปรงฟัน บ้วนปากและอมเกลือ		2.3	3.5	0.9	0.6	
การเตือนให้แปรงฟัน						
เตือนตนเอง		20.2	27.3	9.1	3.5	0.341
เตือนโดยผู้อื่น		14.7	17.3	6.7	1.2	
ช่วงเวลาแปรงฟัน	ความถี่					
หลังตื่นนอน ตอนเช้า	ทุกวัน	31.5	43.0	14.0	4.4	0.350
	บางวัน	3.7	2.2	0.9	0.3	
หลังอาหารเช้า	ทุกวัน	13.9	16.7	5.6	2.8	0.267
	บางวัน	27.8	13.9	19.4	-	
หลังอาหารกลางวัน	ทุกวัน	19.4	8.1	6.5	3.2	0.297
	บางวัน	19.4	24.2	16.1	3.2	

พฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน	สภาวะฟันผุ	0 ซี่	1-3 ซี่	4-6 ซี่	7 ซี่ขึ้นไป	P-value
		%	%	%	%	
หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน	ทุกวัน	26.7	30.1	11.6	4.1	0.248
	บางวัน	8.9	14.0	4.1	0.3	
แปรงฟันแล้วไม่รับประทาน	ทุกวัน	19.8	18.9	6.3	4.5	0.087
	อาหารอีกจนเข้านอน	17.1	26.1	7.2	-	

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการตรวจฟันและรับบริการทันตกรรมจากทันตแพทย์กับสภาวะฟันผุแยกตามระดับความรุนแรงของฟันผุ (DMFT)

Correlation between tooth checked up ,dental treatment and dental caries status classified by level of severity (DMFT)

พฤติกรรมกรรมการตรวจฟันและรับบริการทันตกรรมจากทันตแพทย์	สภาวะฟันผุ	0 ซี่	1-3 ซี่	4-6 ซี่	7 ซี่ขึ้นไป	P-value
		%	%	%	%	
ปีละ 1-2 ครั้ง		12.9	24.1	9.1	1.8	0.001*
มากกว่าปีละ 2 ครั้ง		0.9	0.9	1.5	0.6	
ไม่เคย		21.1	19.6	5.2	2.3	

* p < 0.05

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ที่มีสภาวะฟันผุตามระดับความรุนแรงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานทุกวัน

Students with dental caries classified by level of severity and sweet consumption behaviour everyday

จำนวนชนิดของอาหาร	ระดับความรุนแรงของฟันผุ (คน)				รวม (คน)	ค่าเฉลี่ยฟันผุ (ซี่/คน)
	0 ซี่	1-3 ซี่	4-6 ซี่	7 ซี่ขึ้นไป		
0	37	54	19	5	115	1.99
1	19	37	24	3	83	2.60
2	12	22	7	5	46	2.23
3	6	28	7	3	44	2.38
4	3	8	7	3	21	3.71
5	4	3	3	4	14	3.57
6-9	4	10	3	1	18	2.25

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับพฤติกรรมการบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล

Correlation between dental caries status and sweet consumption behaviour

Variable	n	Mean	S.D.	r	P-value
ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด	341	1.97	2.28	0.116	0.016*
กินทุกวัน	341	1.71	1.86		

* p < 0.05

บทวิจารณ์

สภาวะฟันผุและพฤติกรรมอนามัยของเด็กนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มอายุ 12 ปี พบว่า ฟันผุร้อยละ 65.1 และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด คนละ 1.97 ซึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 ⁽⁹⁾ ปี 2537 ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าสภาวะโรคฟันผุจากการสำรวจครั้งนี้ลดลงจากร้อยละ 77.4 เหลือร้อยละ 65.1 ความรุนแรงของการพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดคนละ 2.9 ซึ่ง ในปี 2537 ลดลงเท่ากับ 1.97 ซึ่ง ต่อกัน ซึ่งยังคงสูงกว่าเป้าหมายของชาติ ⁽⁸⁾ ที่กำหนดไว้ว่าเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ควรมีค่าเฉลี่ยฟัน ถอน อุด คนละไม่เกิน 1.5 ซึ่ง แต่ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ครั้งนี้ยังคงต่ำกว่าค่าที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ 3 ซึ่งต่อคน สภาวะฟันผุในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นว่าได้มีการพัฒนาทันตสุขภาพดีขึ้นอีกระดับหนึ่ง แม้จะยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่เป้าหมายกำหนดไว้ก็ตาม เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางของความเจริญมีปัจจัยเสี่ยงต่อฟันผุมามากมายจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก อาทิ พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการไปรับบริการทันตกรรม และพฤติกรรมการบริโภคขนมหวาน ซึ่งจากการศึกษาเด็กนักเรียนกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือช่วงเวลาดื่นนอนตอนเช้าทุกวันและช่วงเวลา หลังมือเย็นหรือก่อนนอนทุกวันอยู่ในเกณฑ์สูง และรับผิดชอบตนเองโดยเคียวตนเองแปรงฟันมากกว่าที่จะให้พ่อแม่เคียวการแปรงฟันโดยความต้องการของนักเรียนเอง ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่น่าพอใจ แต่ยังคงต้องมีมาตรการติดตามกระตุ้นเป็นระยะตามความเหมาะสม เพื่อให้พฤติกรรมดังกล่าวคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุที่นักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี นี้อยู่ในวัยที่เปลี่ยนพฤติกรรมได้ค่อนข้างง่าย แต่สำหรับกลุ่มที่ผู้ปกครองต้องคอยเตือนให้แปรงฟัน

จำเป็นต้องมีมาตรการเสริมเข้าที่กลุ่มผู้ปกครองให้เด็กดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะการดูแลสุขภาพตนเอง ถ้าไม่ได้เริ่มจากปัจเจกบุคคล ครอบครัวและโรงเรียนแล้ว การที่จะหวังให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าได้เป็นสิ่งที่ยากยิ่ง ดังนั้นบทบาทของผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยที่สำคัญคือต้องจัดการให้บุคคล และชุมชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ตนเองอย่างแท้จริง⁽¹⁸⁾ การพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดฟัน พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติม จึงมีความสำคัญแก่เด็กอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ได้เป็นอันตรายถึงชีวิตดังเช่นนิสัยในการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นเรื่องที่หวังผลได้ยาก เพราะการยินยอมพร้อมใจที่จะปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอลดน้อยถอยลงตามกาลเวลา ^(19,20) เด็กกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันและรับบริการทันตกรรมปีละ 1 - 2 ครั้ง เป็นพฤติกรรมที่ดีมีผลต่อสภาวะฟันผุควรเพิ่มเติมให้เด็กดูแลตรวจฟันด้วยตนเองต่อไปด้วย สำหรับกลุ่มที่ยังไม่ไปรับการตรวจฟัน แม้จะไม่มีปัญหาแต่ก็ควรส่งเสริมให้ไปพบทันตแพทย์เพื่อรับคำแนะนำการดูแลตัวเองเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ คือ พฤติกรรมการบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เด็กกลุ่มนี้มีรายงานพฤติกรรมการบริโภคผลไม้ที่มีน้ำตาลเป็นบางวันสูงที่สุดและไม่เคยบริโภคน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบที่สุด เด็กกลุ่มนี้ถือได้ว่ามีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลตามธรรมชาติเช่น ผลไม้ โอกาสเกิดฟันผุจะน้อยกว่าการได้รับน้ำตาลที่แปรรูปแล้ว เช่น ขนมกรุบกรอบ ความเข้มข้นของน้ำตาลในอาหารและลักษณะอาหารที่ละลายช้า เหนียวติดฟัน มีผลทำให้เกิดฟันผุเพิ่มมากขึ้น รูปแบบการรับประทานถ้าหากว่ารับประทานบ่อยครั้ง เวลาในการปรับสภาพ

ความเป็นกลางในช่องปากจะมีได้น้อย โอกาสเกิดฟันผุก็จะมากขึ้น⁽²¹⁾ ดังนั้นจึงควรแนะนำให้ความรู้แก่เด็กลดการรับประทานอาหารที่มีความเข้มข้นของน้ำตาล ลดจำนวนครั้งในการรับประทานให้น้อยลง และจำกัดการรับประทานอาหารหวานให้อยู่เฉพาะในมื้อหลักไม่ควรรับประทานระหว่างมื้อ⁽²²⁾ หรือบริโภคต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เพราะจะมีผลทำให้เกิดฟันผุมากกว่าปัจจัยอื่น จากการศึกษานี้ของ Aniamo⁽²³⁾ ที่รายงานว่าปัจจัยอื่นๆ คือ พฤติกรรมสุขนิสัยการแปรงฟันมีผลต่อฟันผุน้อย การศึกษาของจากรูวรรณ และปิยวัฒน์⁽²⁴⁾ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าง และการดูแลอนามัยในช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่มีความถี่ของการบริโภคอาหารว่างสูงและการแปรงฟันต่ำมีแนวโน้มของการเป็นโรคฟันผุสูง แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลแม้จะค่อนข้างสูง แต่พฤติกรรมการแปรงฟันอยู่ในเกณฑ์สูง แนวโน้มฟันผุลดลง การศึกษาของ กรกมล หลักศิลา⁽²⁵⁾ รายงานการสำรวจพฤติกรรมของนักเรียนกรุงเทพมหานครอายุ 12 ปี เขตราชเทวี พบว่าเด็กนักเรียนมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับอนามัยในช่องปาก ส่วนใหญ่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่านักเรียนมีการแปรงฟันและการพบทันตแพทย์ปีละ 1 - 2 ครั้ง อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ การศึกษาของ Bin Peng⁽²⁶⁾ และคณะ ปี ค.ศ. 1997 สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า สภาวะฟันผุสัมพันธ์กับพฤติกรรมการพบทันตแพทย์ ปีละ 1 - 2 ครั้ง และการบริโภคขนมหวานที่มีน้ำตาล

แนวทางการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า หน่วยงานควรจะต้องวางแผนงานทันตกรรมป้องกัน และส่งเสริมทันตสุขภาพโดยเน้นในเรื่องวิถีชีวิต และพฤติกรรมเสี่ยง ปรับปรุงนิสัยการบริโภคที่ไม่

ถูกต้อง เพราะปัญหาเหล่านี้สามารถป้องกันได้ หรือลดลงได้โดยให้ความรู้และใช้เทคโนโลยีปัจจุบัน เน้นบทบาททางส่งเสริมทันตสุขภาพ ในการสร้างสรรและเสริมแรงตลอดจนจูงใจให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งกระตุ้นให้นักเรียนมีทางเลือก พฤติกรรมสุขภาพช่องปากอย่างชาญฉลาด การจะสนับสนุนระบบสุขภาพและสร้างสรรสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อวิถีชีวิต เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดี ต้องอาศัยวิธีการฝึกอบรม กลวิธีการสร้างพลังส่งเสริมให้ทั้งผู้ปกครอง ครู และนักเรียน⁽²⁷⁾ เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมทันตสุขภาพอย่างเต็มที่ ทั้งในระดับปัจเจกชน ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะช่วยพัฒนาทักษะการจัดการความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของทุกคนปรับปรุงความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพในช่องปาก ลดพฤติกรรมเสี่ยง ส่งเสริมวิถีชีวิต และแบบแผนการบริโภคให้มีในกลุ่มเด็ก หลักการดังกล่าวต้องการ การมีส่วนร่วมของทั้งครู ผู้ปกครอง นักเรียน และทันตบุคลากร ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด

บทสรุป

การศึกษาสภาวะฟันผุและพฤติกรรมอนามัยของเด็กนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มอายุ 12 ปี ครั้งนี้พบว่า สภาวะฟันผุลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 ปี 2537 ในเขตกรุงเทพมหานคร พฤติกรรมอนามัยในช่องปากของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีนี้ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือตอนเช้าและก่อนนอน ถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ดี และพฤติกรรมการไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันปีละ 1 - 2 ครั้ง ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงเป็นที่น่าสนใจ แต่การบริโภคอาหารประเภทขนมและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ เด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ยังมีการบริโภคอยู่ในเกณฑ์ที่สูง ดังนั้นมาตรการสำคัญเร่งด่วนเพื่อปรับพฤติกรรมการ

บริโภคของเด็กกลุ่มนี้ ควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และจัดอบรมให้ความรู้เน้นให้ตระหนักถึงโทษจากการบริโภคขนมหวาน แนะนำการปฏิบัติตนในการบริโภคขนมหวานที่ถูกต้อง และที่สำคัญควรแปรงฟันทันทีหลังรับประทานอาหารหวาน เพื่อป้องกันฟันผุ ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ยิ่งบริโภคขนมหวาน จะมีแนวโน้มฟันผุมากยิ่งขึ้น จึงควรเน้นมาตรการป้องกันเป็นสำคัญ เพื่อแก้ปัญหาฟันผุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงสุวรรรัตน์ ลุศนันท์ เป็นอย่างยิ่งที่กรุณาให้คำแนะนำทางวิชาการที่มีคุณค่าอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อการเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้ และที่มงานทันตแพทย์หญิงศรีสุตา ลีละศิธร ที่ช่วยดำเนินการปรับมาตรฐานการสำรวจ ตลอดจนคณะทำงานสำรวจทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และกองทันตสาธารณสุขที่สนับสนุนการสำรวจครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร , โครงการทันตสาธารณสุข, ฉบับที่ 5 ปีงบประมาณ 2540-2544 เอกสารโรเนียว, 2540.
2. Burt, B.A. The Epidemiology of oral disease. In , Striffler, D.F. , Young, W.O. and Burt, B.A. ,eds. Dentistry, Dental Practice, & the community. 3rd ed., Philadelphia er Co, 1985, pp115-152.
3. สุวานีย์ จินตยงค์คุณ, สภาวะโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีภาวะโภชนาการอายุ 7-12 ปี, ว.ทันต. ปีที่ 44 ฉบับที่ 3, 2537 ;119-122.
4. ประทุม ขำสุนทร และคณะ, ปัจจัยเกี่ยวกับเศรษฐกิจของครอบครัวของเด็กนักเรียนกรุงเทพมหานคร กับปัญหาโรคฟันผุ 7-12 ปี ว.ทันต. ปีที่ 36 ฉบับที่ 5, 2529; 155-156.
5. วารุณี อารีราษฎร์ และคณะ, สภาวะโรคฟันผุ และอนามัยในช่องปากในนักเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่ยากจนและไม่ยากจน อายุ 7-12 ปี ว.ทันต. ปีที่ 36 ฉบับที่ 5, 2529 ; 159-174.
6. Barmes, D.E. Indicator for oral health and their implication for developing countries. Int. Dent. J. 33, 1984, 60-66.
7. Goals. For oral health in the year 2000. BDJ 1982; 152 : 21-22.
8. ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุขเพื่อบรรลุเป้าหมายทันตสุขภาพของประเทศไทย 29-31 มกราคม 2529 ศูนย์ระหว่างประเทศ หนองหอย จังหวัดเชียงใหม่ , 2529.
9. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, รายงานผลการสำรวจ สภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ประเทศไทย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข , ปี 2538.
10. กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร , รายงานการสำรวจทันตสุขภาพของนักเรียนในกรุงเทพมหานคร ปี 2534.
11. New Brun, E. : Cariology. 2nd ed. William S.T. Willins, Baltimore, London, 1983, pp 17-49.
12. อัญชลี ดุษฎีพรรณ . พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะในช่องปาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2528 : 66-71.

13. Irene R. Woodal . Comprehension Dental Hygiene Care. Fourth a.d. st. Louis : Mosby, 1993 , 81 - 90.
14. Suacey, D.C. Abbott, D.M. , Jordan, R.D. : Improvement in oral hygiene as a function of applied principles of behavior modification. J. Pub. Health. Dent. 32 , 1972 , 234 - 242 .
15. Sheiham, A. Current concepts in health education : Shanley D. eds. Efficacy of treatment procedure in periodontics. Chicago. Quintessence Publ. Co.,1980, 23-25.
16. Honkala, E. Dental health habits of Finnish adolescent .Finn. Dent. Soc. 80 : Suppl. 2 : 73, 1984.
17. Ashley, R.P. Role of dental health education in preventive dentistry In. Murray, JJ. The preventions of dental disease, 2nd edition, Oxford Medical Publication, 1989, 410-412 .
18. Lewin, L.S., Self-care in health: potential and pitfalls. World Health Forum 2 (2): 1981, 177-184.
19. Wilson T.G. : Compliance. A review of the literature with possible application to periodontics. J. Periodontal. 1987, 88: 706-714.
20. Johansson L.A. Oster B, Hamp S.E. : Evaluation of cause related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. J. Clin. Periodontal. 1984, 11:689-699.
21. สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา : อาหารกับโรคฟันผุ การส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพในทศวรรษหน้า, 16-19 มิถุนายน 2541, 47 - 50
22. Singleton JC, Achterberg L, Shannon B: Role of food and nutrition in the health perceptions of young children. J Am Diet Assoc 1992 , 92 : 67-70.
23. Ainamo, J. : Relative roles of toothbrushing, sucrose consumption and fluorides in the maintenance of oral health in children. International Dental Journal 1980, 30 : 54-66.
24. จารุวรรณ ตันกูรอนันท์¹, ปิยวัฒน์ พันธุ์โกศล² ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะฟันผุกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารว่างและการดูแลอนามัยในช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ว.ทันต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2539 ; 19 : 103-14 .
25. กรกมล หลักศิลา การสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียน โรงเรียนกรุงเทพมหานคร อายุ 12 ปี เขตราชเทวี C.U. Dent J. 17(2) : 1994 , 127-136.
26. Bin Peng¹, Poul Erik Petersen², Ming Fan¹ and Bao Jun Tai¹. Oral health status and Health behaviour of 12-year-old urban schoolchildren in the People's Republic of China. Community Dental Health. 1997; 14: 238-244.
27. การส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ,มีนาคม, 2542, หน้า 6-27.



Dental caries status and oral health behaviour of primary school children aged 12 years in Bangkok.

Ahpa Sansaneeyavanich*

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

Abstract

The objectives of the study were to obtain the dental caries status, oral health behaviour and correlation between dental caries status and oral health behaviour of primary school children aged 12 years in Bangkok in the year 2000. The sample size was 341 children getting by stratified multistage sampling technique. The data was collected by dental caries examination and answering the questionnaires of oral health behaviour. The results of the study showed that percent affected of dental caries status was 65.1 and mean DMFT was 1.97 teeth per person. Girls had high prevalence of dental caries than boys significantly at $P\text{-value} < 0.05$. Over 70 % of children brushed their teeth twice a day, 47.8 % checking up and receiving dental treatment by dentist one or two times per year .Between meal consumption of sugary snacks everyday especially fruit drink with sugar was highest at 38.4 percent. The correlation between dental caries status and oral health behaviour was statistically significant at $P\text{-value} < 0.05$. The correlation between checking up and receiving dental treatment by dentist, and consumption of sugary snack everyday, was also statistically significant.

Key word : Dental caries status, Oral health behaviour

* Dental Health Division, Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร. ด้านทันตสุขภาพแบบชุมชนมีส่วนร่วม

น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง *

เพ็ญศรี สมชัย *

ท.บ. , ส.ม.
ป. ทันตภิบาล

บทคัดย่อ

พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่เคยผ่านการอบรมด้านทันตสุขภาพในการแก้ไขปัญหาแบบชุมชนมีส่วนร่วมโดยการประชุมอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามโซนสาธารณสุข 4 โซน ๆ ละประมาณ 80-100 คน ด้วยกระบวนการ AIC ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของทันตสุขภาพของเด็กเล็ก (0-5 ปี) ในพื้นที่ วางแผนแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งระบุถึงสิ่งที่ทำในชุมชน ประเมินผลจากการจัดกิจกรรมโครงการรณรงค์ทันตสุขภาพในหมู่บ้าน ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 4 หมู่บ้านในพื้นที่ที่ส่งโครงการขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและพื้นที่ที่ไม่ได้ขอรับการสนับสนุน พบว่า อสม.ที่เข้าร่วมโครงการพอใจกระบวนการประชุมเพราะได้แสดงความคิดเห็น และมีข้อสรุปกิจกรรมโครงการที่กลุ่มสามารถนำไปปฏิบัติได้ มี อสม.จาก 17 ตำบล ส่งโครงการรณรงค์วันทันตสาธารณสุขเพื่อขอสิ่งสนับสนุน และจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า อสม.ทั้งหมดมีความรู้เรื่องเกี่ยวกับทันตสุขภาพเป็นอย่างดี มีความเชื่อมั่นเพิ่มขึ้นที่จะให้ข่าวสารทันตสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน อสม.ส่วนใหญ่มีความพอใจในบทบาทของตนเองตระหนักถึงความสำคัญของทันตสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาในเด็กเล็ก และมั่นใจว่าสามารถให้ข้อมูลแก่ชาวบ้านได้แม้ทางหน่วยงานสาธารณสุขจะไม่สนับสนุน กิจกรรมที่อสม.ทุกพื้นที่ดำเนินการคือการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านทางสื่อต่าง ๆ เช่น ประภาศผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้านสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง เดินบอกตามบ้านในเขตที่ตนรับผิดชอบ ในพื้นที่ที่กลุ่มอสม.เข้มแข็ง สามารถระดมทรัพยากรและความร่วมมือจากส่วนต่าง ๆ ในชุมชนได้ดีจะมีการจัดรณรงค์ทันตสุขภาพในวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกับสถานีนอนามัยและองค์กรส่วนท้องถิ่น

คำสำคัญ: อสม. ทันตสุขภาพ ชุมชนมีส่วนร่วม AIC

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

แนวคิดและความเป็นมา

การพัฒนาสาธารณสุขในแผนฯ 8 มียุทธศาสตร์สำคัญประการหนึ่งคือการพัฒนาพฤติกรรมอนามัยเพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ¹ แต่จากผลการสัมภาษณ์พฤติกรรมทันตสุขภาพในการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัด อุบลราชธานี ปี 2540² พบว่าประชาชนยังมีปัญหามากในด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น มีประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรม การแปรงฟันไม่สม่ำเสมอและแปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้ง มากถึงร้อยละ 33.1 ในรอบปีที่ผ่านมา มีกลุ่ม ประชากรตัวอย่างมากถึงร้อยละ 34.0 ที่ไม่เคยได้ รับข่าวสารความรู้ทางทันตสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์, วิทยุ, หอกระจายข่าว, หนังสือพิมพ์ หรือ บุคลากรสาธารณสุข เลย และเป็นที่ทราบ กันดีว่า ปัญหาโรคในช่องปากของประชาชนยังคง มีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง³ การรักษาและการดูแล ทันตสุขภาพโดยอาศัยทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียว ไม่สามารถลดอัตราการเป็นโรคฟันของประชากร ได้แม้จะเป็นระบบบริการของประเทศที่พัฒนาแล้ว ก็ตาม⁴ แผนพัฒนาทันตสาธารณสุขของประเทศจึง ให้ความสำคัญกับการพัฒนาการมีส่วนร่วมของ ชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชน ซึ่งงานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดต่าง ๆ ก็ได้พยายามบูรณาการกิจกรรมการ ส่งเสริมทันตสุขภาพลงไปในบทบาทของอาสา สมัครชุมชนในแผนการดำเนินงานของจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตระหนักและเห็นความสำคัญของการสร้างและ พัฒนากำลังคนในชุมชนจึงได้จัดทำโครงการ รณรงค์ให้ความรู้สู่สม.เนื่องในวันทันตสาธารณสุข แห่งชาติขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 เป็นต้นมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแกนนำทางทันตสุขภาพ ขึ้นในชุมชน มีการทำกิจกรรมร่วมกันตั้งแต่ระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล และ ชุมชน โดยมุ่งเน้น

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็น กำลังคนด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ในชุมชนทุกแห่งแล้ว ในการกระจายความรู้ สร้างเจตคติที่ดี เป็นตัวอย่าง ทางทันตสุขภาพที่ดี อันจะก่อให้เกิดการสร้างเสริม พฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนที่ถูกต้องได้

โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม. ผู้นำทางทันตสุขภาพ) ในการ แก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ พ.ศ. 2542 เป็นการ ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2540 - 2541 จาก การสรุปแนวคิด ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานที่ ผ่านมาพบว่า การดำเนินการด้วยกลวิธีนี้ ชุมชน ยังขาดความตระหนัก และไม่มีส่วนร่วมในทั้ง กระบวนการ ทำให้ขาดความยั่งยืนในการแก้ไข ปัญหาทันตสุขภาพในชุมชน จึงได้มีการเสนอให้ มีการนำกลวิธี AIC ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรม แบบมีส่วนร่วม มาเพิ่มพูนความรู้และ พัฒนา ศักยภาพของ อสม. เหตุที่เลือกกระบวนการ AIC (รวมพลังสร้างสรรค์)มาใช้เพราะ จุดเด่นของ กระบวนการนี้คือ เป็นการประชุมของผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง โดยเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ การวางแผน ผู้เข้าประชุมทุกคนมีส่วนร่วมสูง ใช้ ความเป็นประชาธิปไตยมาก ให้เกียรติ และ โอกาส ทุกคนเท่าเทียมกัน⁵

การอบรมแบบรวมพลังสร้างสรรค์ (AIC) ดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 A = Appreciation คือการทำให้ทุกคนให้การยอมรับ และชื่นชมคนอื่นโดยไม่รู้สึกหรือ แสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ โดยที่ทุกคน จะมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกันในสิ่งที่ มุ่งมาดปรารถนาร่วมกัน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีความสุข อบอุ่น และเกิดพลังร่วมขึ้น

ขั้นที่ 2 I = Influence คือการใช้ความคิด ริเริ่มสร้างสรรค์ช่วยกันพิจารณาแยกแยะและกำหนด วิธีการสำคัญหรือยุทธศาสตร์ที่กลุ่มเห็นพ้องต้อง กันว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ

ขั้นที่ 3 C = Control คือการนำวิธีการสำคัญมากำหนดเป็น “แผนปฏิบัติการ” (Action plan) อย่างละเอียด โดยสมาชิกกลุ่มจะเลือกเองว่าสมัครใจจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในเรื่องใด หรือให้ความร่วมมือในเรื่องใด เป็นการกำหนด “ข้อผูกพัน” (commitment) ให้ตนเอง เพื่อ “ควบคุม” (control) ให้เกิดการกระทำตามแผนปฏิบัติการ

การอบรมอสม. ผู้นำทางทันตสุขภาพแบบ AIC นี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้าประชุมตระหนักถึงปัญหา วิเคราะห์ หาสาเหตุ การแก้ไข และแนวทางการปฏิบัติ โดยเฉพาะการพึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพในพื้นที่ของตน ซึ่งเมื่อร่วมกับจุดแข็งของการทำงานโดยอสม. คือ การมีเครือข่ายทั้งระดับครอบครัว ระหว่างอสม. และกับชุมชนเอง มีความสามารถในการเชื่อมโยงได้เป็นอย่างดี รวมทั้งมีการผสมผสานงานที่ปฏิบัติไปพร้อม ๆ กันได้ น่าจะทำให้การดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในชุมชนเน้นในกลุ่มแม่และเด็ก เป็นไปอย่างยั่งยืนมากขึ้น

วิธีการ

1. จัดประชุมกลุ่มเป้าหมาย อสม. (ผู้นำทันตสุขภาพ)

คัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการจากผู้ที่เคยผ่านการอบรมทันตสาธารณสุขในปีที่ผ่านมาเป็นตัวแทนสถานีอนามัย แห่งละ 1 คน ทั้งหมด 330 คน ประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แห่งละ 1 คน แบ่งกลุ่มตามโซนสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี 4 โซน โซนละประมาณ 80 - 100 คน เข้าประชุมโซนละ 1 วันตามขั้นตอนการประชุมแบบ AIC ประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเด็น: ปัญหาสุขภาพปากและฟันของเด็กเล็กในหมู่บ้านของตนเอง

ให้สมาชิกกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10-15 คน

แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาโรคเหงือกและฟันเด็กเล็ก (0-5 ปี) ซึ่งเป็นปัญหาที่เห็นจากครอบครัวหรือเด็กอื่นๆ ในหมู่บ้านก็ได้แล้วสรุปรวมเป็นปัญหาของกลุ่ม วาดเป็นภาพ นำเสนอกับกลุ่มใหญ่

ขั้นตอนที่ 2 ประเด็น: สุขภาพปากและฟันของเด็กเล็กที่พวกเราอยากเห็น

ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันคิดว่าอยากให้สุขภาพฟันของเด็กในหมู่บ้านเป็นอย่างไรวาดภาพสัญลักษณ์แสดงรวมเป็นภาพเดียวกัน ร่วมกันเติมต่อเติมเพื่อสร้างอารมณ์ร่วมและสนุกกับความใฝ่ฝัน

ขั้นตอนที่ 3 ประเด็น: กิจกรรมเพื่อให้เด็กมีสุขภาพปากและฟันดี

ช่วยกันคิดกิจกรรมว่าต้องทำอะไรบ้าง จึงจะได้ผลตามภาพที่ร่วมกันเลือกไว้จะจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพแม่และเด็กเล็กในหมู่บ้านได้อย่างไร รวมข้อที่เหมือนกันและต่างก็นำมาเสนอให้คัดเลือก วิจารณ์ ถกเถียง หาข้อยุติที่สมเหตุสมผลและกลุ่มพอใจ

ขั้นตอนที่ 4 ประเด็น: จะให้สุขภาพปากและฟันเด็กดี ต้องทำอะไร ทำที่ไหน ทำเมื่อใด ใครทำ

กลุ่มนำกิจกรรมเพื่อให้เด็กฟันดีที่เลือกไว้จากขั้นตอนที่ 3 มาร่วมกันเขียนให้ชัดเจน นำเสนอในที่ประชุมใหญ่และอภิปรายให้ได้ข้อยุติ การนำเสนอมีหัวข้อดังต่อไปนี้

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา	งบประมาณ
---------	--------------	---------	--------------	----------	----------

ขั้นตอนที่ 5 ประเด็น: สรุปสัญญาประชาคมเรื่องฟันร่วมกัน

ทบทวนร่วมกันในที่ประชุมใหญ่ว่าปัญหาทันตสุขภาพในเด็กเล็กคืออะไร มีสาเหตุจากอะไรได้บ้าง การแก้ไขจะทำอะไรได้บ้าง เรื่อง

ที่ควรดำเนินการภายหลังการประชุมมีอะไรบ้าง และใครจะรับผิดชอบไปดำเนินการ รวมทั้งนัดหมายกำหนดเวลา

2. รวบรวมโครงการ/ แผนปฏิบัติการของแต่ละพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมแผนปฏิบัติการของแต่ละพื้นที่ที่อสม.ผู้นำทันตสุขภาพนำเสนอในการประชุมรวมทั้งโครงการที่ส่งมาขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติมหลังการประชุม นำมาวิเคราะห์เพื่อจัดระบบการสนับสนุนและใช้ในการติดตามการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ต่อไป

3. ติดตามผลระหว่างการดำเนินงานของพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดระบบประมาณให้กับเจ้าหน้าที่ เพื่อดำเนินการจัดประชุมติดตามงาน โดยแบ่ง เป็น 4 กลุ่ม ตามโซนที่ได้ดำเนินการไปครั้งแรก วัตถุประสงค์หลักของการประชุมเพื่อเป็นการติดตามการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ทั้งในด้านความก้าวหน้าของงาน รับทราบปัญหา อุปสรรค และร่วมกันวางแผนแนวทางแก้ไข รวมทั้งกระตุ้นให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

4. ประเมินผลเชิงคุณภาพ

สัมภาษณ์แบบกลุ่ม (Focus group) กลุ่มอสม. ผู้นำทันตสุขภาพและอสม. ในหมู่บ้านที่สุ่มเลือกจากพื้นที่ที่มีการส่งโครงการเข้ามาขอรับการสนับสนุน และ พื้นที่ที่ไม่ได้ส่งโครงการ จำนวนทั้งหมด 4 หมู่บ้าน ใช้แบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้เป็นแนวทางในการถาม ผู้สัมภาษณ์เป็นทีมงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและนักวิชาการจากกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มีผู้ดำเนินการกลุ่ม 2 คน ผู้บันทึกผล 4 คน ร่วมกับการบันทึกเทปเสียงและนำมาวิเคราะห์ผล

ผลการดำเนินงาน

1. ความพึงพอใจในการประชุมด้วยเทคนิค

AIC

จากการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการประชุมพบว่า ผู้เข้าประชุมเกือบทั้งหมดตอบว่าได้รับความรู้ขึ้นเกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพในเด็กเล็ก สนุกและชอบการประชุมอบรมแบบนี้เพราะได้แสดงความคิดเห็น และ มีความมั่นใจเพิ่มขึ้นที่จะนำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่ต่อคนในชุมชนต่อไป

2. โครงการที่ริเริ่มจากชุมชน

อสม.ผู้นำทันตสุขภาพได้ส่งโครงการเข้ามาขอรับการสนับสนุนภายในเวลาที่กำหนด มี 17 แห่งคือ อ.ดอนมดแดง 1 แห่ง, อ.เมือง 4 แห่ง, กิ่งอำเภอเหล่าเสือโก้ก 3 แห่ง, อ. กุดข้าวปุ้น 1 แห่ง, อ.เขื่องใน 4 แห่ง, อ.นาจะหลวย 1 แห่ง และกิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ 3 แห่ง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ดำเนินการสนับสนุนทุกพื้นที่ ทั้งในรูปแบบการสนับสนุนงบประมาณ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน โดยมีข้อเสนอแนะให้พื้นที่นำไปดำเนินการในรูปแบบของกองทุนแปรงสีฟัน ยาสีฟัน เพื่อความยั่งยืนของกิจกรรมในชุมชนต่อไป

3. การกระตุ้นและติดตามงาน

มีการติดตามการดำเนินงานในหมู่บ้านของอสม.(ผู้นำทันตสุขภาพ) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดสรรงบประมาณให้กับโซนสาธารณสุขทั้ง 4 โซนเพื่อใช้ติดตามการดำเนินงานในหมู่บ้านของอสม.(ผู้นำทันตสุขภาพ)ที่เข้าประชุม ซึ่งในแต่ละโซนมีรูปแบบการดำเนินการดังนี้

โซนที่ 1 ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุข (ผู้นำทันตสุขภาพ)ทุกอำเภอในโซน รวมเขตเทศบาลนครและเทศบาลเมืองวารินชำราบ จำนวน 48 คน นำเสนอผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในชุมชน และการประชุมกลุ่มเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานให้ต่อเนื่อง

โซนที่ 2 แต่ละอำเภอจัดประชุมอบรม

อาสาสมัครสาธารณสุข(ผู้นำทันตสุขภาพ)ที่เคยผ่านการอบรม สถานีอนามัยละ 1 คน โดยได้รับงบประมาณบริหารจัดการเองตามส่วน ในการประชุมอบรมมีการให้ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ และการประชุมกลุ่มเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานในชุมชน

โซนที่ 3 อำเภอพิบูลมังสาหารและอำเภอโขงเจียมดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานในชุมชนผ่านการประชุมในเดือนกันยายน และจัดทำแผนการดำเนินงานต่อเนื่องในช่วงเดือนตุลาคม (วันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ)

โซนที่ 4 ประชุมกลุ่มอาสาสมัครและผู้เกี่ยวข้อง 25 คนจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในชุมชนและนำเสนอแผนการดำเนินการ โดยแต่ละอำเภอติดตามเองเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้อง

4. การดำเนินงานของกลุ่มอสม.

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบกลุ่ม(Focus group) กลุ่มเป้าหมาย อสม. (ผู้นำทันตสุขภาพ) และอสม.ในหมู่บ้านจากพื้นที่ที่มีการส่งโครงการเข้ามารับการสนับสนุน 2 หมู่บ้านและพื้นที่ที่ไม่ได้ส่งโครงการ 2 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 4 หมู่บ้าน มีผลดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป อสม.ที่ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วย อสม.ผู้นำทันตสุขภาพ 1 คน และอสม.ทุกคน ในหมู่บ้านที่สมัครใจและสะดวกในการให้ข้อมูล ได้แก่ บ้านตุ อำเภออุทุมพรพิสัย 12 คน อายุ 20 - 60 ปี อาชีพทำนา จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมต้น เป็นอสม.มานาน 1- 10 ปี , บ้านแก่งเค็ง ต.แก่งเค็ง อำเภออุทุมพรพิสัย 11 คน อายุ 23-54 ปี อาชีพทำนา จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมต้น เป็นอสม.มานาน 1- 20 ปี, บ้านเหล่าเสือโก้ก อำเภอเหล่าเสือโก้ก จำนวน 8 คน อายุ 29 - 49 ปี อาชีพทำนา จบการ

ศึกษาประถมศึกษา เป็น อสม. นาน 3 - 23 ปี, บ้านหนองบก สอ.หนองบก อำเภอเหล่าเสือโก้ก 10 คน อายุ 27-57 ปี อาชีพทำนา การศึกษาประถมศึกษาถึงมัธยมต้น เป็น อสม. 1- 10 ปี

4.2 ข้อมูลด้านอื่น ๆ สามารถสรุปพอเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้ดังต่อไปนี้

4.2.1 การตระหนักถึงความสำคัญของทันตสุขภาพและการดูแลตนเอง

อสม.ที่ผ่านการอบรมเห็นความสำคัญของทันตสุขภาพโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและครอบครัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะได้เห็นว่า อสม.ได้มีการตรวจสุขภาพช่องปากตนเองและครอบครัว การไปรับบริการ หรือแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่คนใกล้เคียงหรือเพื่อนบ้าน

...(ปัญหาทันตสุขภาพ)มีอยู่ เพราะว่า เป็นอสม.ใหม่ ไปหาหมอ ออกแล้ว ...

...เป็นรำนะมาปรึกษาแม่ดาราบอก ให้ไปหาหมอ ไปซูดหินปูนแล้ว...

...(ตรวจฟัน) ปีละครั้ง ที่โรงพยาบาล ทุกวันแปรงฟันยามเช้ายามแลง...

...แปรง(ฟัน)อยู่ลูก 3 ปีเอาเข้าโรงเรียน ครูก็จะแปรงให้ แปรงเข้าไปส่งโรงเรียนก็ แปรงอีก...

...จับหัวข่มฟันสีสนิดหนึ่งละกะค่อย ๆ แปรงให้ คั้นใหญ่พอเอ็ดเองได้ กะให้ลูกเอ็ด ก็ต้องบังคับแน ให้แน กะอดเอา...

...(แปรงฟันแบบบัดขึ้น บัดลง) รู้สึกว่าสะอาดกว่าที่แปรงแบบนี้(ถูไปมา)...

แม้ว่าส่วนมากจะระบุว่าปัญหาทันตสุขภาพในหมู่บ้านมีไม่มากนัก แต่เมื่อให้ระบุความผิดปกติเกี่ยวกับฟัน เช่น เด็กมีฟันดำ ก็สามารถระบุได้ชัดเจนขึ้นถึงปัญหาด้านทันตสุขภาพที่มีอยู่

4.2.2 การถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับจากการอบรม

นำข้อมูลไปบอกเล่าแก่กลุ่มอสม.ในหมู่บ้านและระบุว่าเปลี่ยนวิธีการแปรงฟันจากเดิม อสม.หลายคนคิดว่าควรจะให้ประชาชน (พ่อแม่เด็ก) ได้รับความรู้หรือการอบรมในเรื่องการดูแลฟันลูก ซึ่งจะผ่านทางการอบรมแกนนำสุขภาพในครอบครัว (กสค)

อสม.ที่ผ่านการอบรมมาเห็นความสำคัญของงานทันตสาธารณสุขมากขึ้น มีความตระหนักในเรื่องการขาดความรู้ทางด้านนี้มากขึ้น บางคนบอกว่าจากเดิมไม่เคยสนใจเลย ตอนนี้ให้ความสนใจที่จะเผยแพร่ความรู้ข่าวสารให้คนอื่นเพิ่มขึ้น มีการนำข่าวสารไปบอกเล่าชี้แจงแก่กลุ่มอสม.ด้วยกัน มีการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ เช่น รณรงค์ให้น้อยฟันสวยในหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้ประชาชน (พ่อแม่เด็ก) ได้สนใจและได้รับความรู้ โดยอาศัยแนวทางที่ได้รับจากการอบรมมาจัดทำโครงการ แล้วส่งไปขอรับการสนับสนุนงบประมาณและกองทุนแปรงสีฟันยาสีฟันจากทางจังหวัด ฯลฯ

ในหมู่บ้านตัวอย่าง 2 แห่ง ซึ่งเป็นตัวอย่างในการติดตามประเมินผลของหมู่บ้านที่ไม่ได้ดำเนินการในรูปแบบโครงการเพื่อส่งให้จังหวัดทราบและขอรับการสนับสนุน ก็ยังคงมีการถ่ายทอดความรู้จากการที่ได้ไปอบรมมา และมีการดำเนินกิจกรรมบูรณาการไปกับกิจกรรมอื่นซึ่งอาจแสดงได้ว่า อสม.ที่ผ่านการอบรม ได้ก่อให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพของตนเองและชุมชนมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะไม่มีการจัดทำโครงการที่เป็นรูปธรรมก็ตาม

....(ก่อนอบรม) เว้า (พูดเรื่องฟัน) กะบได้เว้าหลาย ...ตอนนี้ ก็เว้าทุกครั้งที่มีโอกาส...

....ลูกเล็กเด็กแดง อสม.ก็จะแนะนำ...

เวลาแปรงฟัน แนะนำทำความสะอาดฟันให้ถูก ดิฉันเวลามีเวลาจะแนะนำทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ และทุกคนที่คุยกัน...

4.2.3 ความรู้ทางด้านทันตสุขภาพ

ของอสม.

อสม.ส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องโรคในช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ โรคฟันผุ สาเหตุของฟันผุ อาหารที่ไม่เหมาะสม การแปรงฟันที่ถูกวิธี และในบางคนที่มีความสนใจมากก็จะรู้รายละเอียดของการรักษาด้วย มีความสามารถที่จะถ่ายทอดแนะนำ ให้ความรู้ที่ได้รับแก่ครอบครัว และชุมชนได้

...(ลูกหลานในบ้าน) เป็นฟันผุ เพราะกินลูกอม....

...แนะนำให้ลูกหลานเป็น มันทรมาณไปหาหมอก็กียาก กลัว และเสียค่าใช้จ่าย...

...บอกให้ลดอาหารพวกแป้งน้ำตาลลง ถ้าเจอที่เป็นฟันผุให้ไปหาหมอไม่ให้กินหวานมาก แนะนำออกหอกกระจายข่าวไป..

...คุณหมอมารยา (ทันตภิบาลในสอ.) ก็ใจดี มีปัญหามาจะแนะนำให้ชาวบ้านมาหาหมอ ถ้าเคลือบ(ร่องฟัน)ได้ ก็จะไม่เคลือบให้ ถอนได้หมอมจะถอน...

4.2.4 กิจกรรมด้านสาธารณสุขที่

อสม.ดำเนินการในชุมชน

กิจกรรมด้านสาธารณสุขในชุมชนของอสม.คือ เผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ กัน (ประกาศหอกระจายข่าวและเดินบอกเล่าตามบ้านในหมู่บ้านที่ตนรับผิดชอบ กลุ่มละ 8 - 10 หลังคาเรือน) จัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน (เช่นกำจัดยุงลาย โรคเอดส์ เติมน้ำดื่มสะอาดด้านการสูบบุหรี่) สำรวจเพื่อเก็บข้อมูลต่าง ๆ ตามที่หน่วยราชการกำหนด (เช่น การทำบัญชี 1-6 การสำรวจ จปฐ. ซึ่งอสม.บาง

ส่วนระบุว่า เป็นกิจกรรมที่ยากที่สุด เพราะข้อมูล รายได้ของครอบครัวประเมินได้ยาก) ทำงาน/ กิจกรรมที่ช่วยแบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ได้แก่ ช่างน้ำหนักเด็ก ตรวจสุขภาพเบื้องต้น วัด ความดัน ตรวจน้ำตาลในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรม ที่อสม.ค่อนข้างพอใจ) และกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน ที่กลุ่ม อสม.ได้เข้าไปมีส่วนร่วม (เช่น การจัด อาหารกลางวันให้กับเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ พัฒนาเด็กก่อนเกณฑ์ หรือ จัดอาหารเสริมให้กับ เด็กขาดสารอาหาร)

4.2.5 กิจกรรมด้านทันตสาธารณสุข ที่อสม.ทำในชุมชน

การเผยแพร่ความรู้ด้านทันต สาธารณสุขผ่านทางหอกระจายข่าวเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1- 2 ครั้ง โดยใช้บทความที่เคยได้รับสนับสนุน หรือพูดเอง บางครั้งเป็นการพูดย้ำเพื่อเตือนความ จำเท่านั้น เติมนอกเล่าตามบ้านในคุ้มบ้านที่ ตนเองรับผิดชอบ จัดตั้งกองทุนแปรงสีฟัน ยาสีฟัน สอนการแปรงฟันที่ถูกวิธี จัดกิจกรรมรณรงค์วัน ทันตสาธารณสุขแห่งชาติ

....(กิจกรรมด้านทันตสุขภาพ)..ให้ทันต สุขศึกษากับเด็ก ผู้ปกครองทางหอกระจาย ขาวทุกอาทิตย์ ๆ ละครั้ง อสม.ทุกคนช่วย กันกระจายข่าว ให้ความรู้ในคุ้มบ้านตนเอง บ้านใกล้เคียงของตัวเอง ให้คำแนะนำแปรง ฟัน วิธีการรักษาฟัน สาเหตุโรคฟันผุ ก็ บอกเขาไป...

กลุ่มอสม.ที่ส่งโครงการรณรงค์วันทันต สาธารณสุขแห่งชาติไปยังสสจ.นั้นอสม.ผู้นำทันต สุขภาพเป็นแกนนำของกลุ่มเห็นความสำคัญของ ทันตสุขภาพเป็นอย่างมาก (จากการสังเกต แกน นำเป็นที่ยอมรับของกลุ่มในการให้ข้อคิดเห็น และ มีความเป็นเอกภาพในกลุ่มสูง จึงสามารถผลักดัน ให้เกิดกิจกรรมของชุมชนได้) ในขณะที่อสม.แกน

นำที่ไม่ได้ส่งโครงการและไม่ได้จัดรณรงค์นั้น บาง คนตอบว่าเวลาไม่เหมาะสมเพราะเป็นฤดูทำนา การรวมคนมาทำกิจกรรมเป็นเรื่องยาก (จากการ สังเกต กลุ่ม อสม.ไม่มีความเป็นเอกภาพมากนัก แกนนำกลุ่มไม่ได้รับการยอมรับ แม้ว่าบางคนจะ เป็นประธาน อสม.เองก็ตาม)

กิจกรรมรณรงค์วันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ ที่ได้จัดขึ้นในหมู่บ้านหรือบางครั้งเป็นการร่วมกัน ระหว่างหมู่บ้านในเขตตำบลเดียวกัน ซึ่งสถานที่ จัดงานได้แก่ สถานีอนามัยหรือศาลากลางบ้าน กิจกรรมที่จัดได้แก่ ประกวดเด็กสุขภาพฟันดี ผู้ สูงอายุที่มีฟันดี ตอบปัญหาชิงรางวัลในเด็กประถม ศึกษา ให้ทันตสุขภาพ ประชาสัมพันธ์ แนะนำให้ เด็กแปรงฟัน

....(มีคนร่วมงาน) เป็นร้อย เด็ก (เข้า ประกวด) 60 กว่าคน ผู้ปกครองด้วย สนุก ค่ะ..

... อยากให้จัดขึ้นอีกบางคนที่ว่าใครได้ แปรงสีฟัน ก็แปรงให้สะอาด ปีน้ามา ประกวดกันใหม่ เด็กตื่นเต้น ประกวดแข่งกัน...

... ก็จัดประกวดกัน เขากะเอาลูกเขา มายิงแล้วแจกแปรง แต่ว่ายายได้แจก หลังจากนั้นกะมาซื้อมาหา เขาว่าคือนานแจก แทะ แจกแนะนำเป็นหยิงจักก็เอมมีแต่ซื้อ ถามหา แต่แจกก็คิดถึงค่าเวาของหมอมดแล้วไผสิ ให้ฟรี ก็บ่แจกหลาย แจกพอเป็นตัวอย่าง..

ทั้งนี้อสม.คิดว่าการรณรงค์เป็นการกระตุ้น ให้พ่อแม่ใส่ใจ กระตุ้นการดูแลทันตสุขภาพของเด็ก เป็นโอกาสในการให้ความรู้แก่ประชาชนและเด็ก

...ได้รางวัล ก็ยิ่งดูแล...

...กระตุ้นให้พ่อแม่ ใส่ใจ..

...เห็นเพื่อนฟันสวยก็อยากมีฟันสวย เหมือนเพื่อน..

...คิดว่าเกิด (ประโยชน์) หลายอย่าง ลูกหลานมาหมอให้แปรงแนะนำว่าเกิด(โรค)

จากอะไร...

...ที่จริงจัดงานก็ดี กระตุ้นให้มีการ
ดูแลฟันอีก...

4.2.6 ภาระหน้าที่และความพึง
พอใจในความเป็นอสม.

อสม.ที่ให้สัมภาษณ์เข้ามาทำงาน
ด้านสาธารณสุขเนื่องจากความสมัครใจ และ
เมื่อเข้ามาเป็นอสม.แล้วก็มี ความพึงพอใจในการ
ทำงานของระบบงานสาธารณสุข เพราะคิดว่าได้มี
ส่วนช่วยเหลือในเรื่องของความเจ็บป่วยและ
สวัสดิการที่รัฐมอบให้กับอสม.เป็นสิทธิในการรับ
การรักษาพยาบาล จึงมีความภาคภูมิใจที่ได้เป็น
อสม. อย่างไรก็ดี ยังมีปัญหาอยู่บ้างในการทำงาน
ของอสม. เนื่องจากยังขาดความรู้ ขาดความ
มั่นใจในการทำงานบางกิจกรรม และประชาชน
บางพื้นที่ยังไม่ให้ความเชื่อถืออสม. ซึ่งในการ
ทำงานของอสม.เองก็มีการช่วยเหลือเกื้อกูล และ
มีความอดทนที่จะทำหน้าที่ของตนเองที่ได้รับ
มอบหมาย มาปฏิบัติให้สำเร็จ และ จากการ
สังเกตจะเห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างอสม.ใน
แต่ละหมู่บ้าน ตำบล มีความผูกพันช่วยเหลือซึ่ง
กันและกัน และสามารถเชื่อมโยง ถ่ายทอดข้อมูล
ข่าวสารถึงกันได้ มีความสามัคคี ร่วมมือ ร่วมใจ
กันทำงานได้เป็นอย่างดี

...คิดว่าบ่เป็นภาระ เพราะว่าอาสาสมัคร
ล่ะเด๊ะ...

...ภูมิใจ เห็นเพื่อนเยอะ ๆ ก็อยากทำกับ
เพื่อน อยู่บ้านเฉย ๆ หลายก็ไม่ได้...

...เป็นเพราะใจรัก ถ้าคุยกันได้จะพูด
เปิดอกบางทีกับคุณหมอ เขาจะไม่กล้าพูด...

4.2.7 ผลที่เกิดขึ้นกับประชาชนตาม
ความคิดของ อสม.

อสม.ให้ความเห็นถึงผลที่เกิดขึ้นใน
ชุมชนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านทันตสุขภาพ

เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยยกตัวอย่างคือ
ประชาชนไปรับบริการทันตกรรมที่สถานอนามัย
และโรงพยาบาลมากขึ้น ให้ความสนใจการดูแล
สุขภาพช่องปากของตนเองและครอบครัวมากขึ้น
มีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพในช่องปากของ
ประชาชนและเด็กเล็กเพิ่มขึ้น

...แต่ก่อนเด็กบ้านนั้นบ้านนี้ ร้องไห้กันสนั่น
นอนไม่ได้บ่นปวดฟัน ตั้งแต่แนะนำว่าแปรง
ฟันตอนเย็น ก็เห็นเจียบอยู่ ไม่ค่อยปวด...

...สุขภาพฟันดีขึ้น ไปซูดหินปูนมากขึ้น...

...ได้รู้จักแปรงฟันเองมากขึ้น...

...ตอนแรกไม่เห็นเรื่องฟันเท่าไร ตอน
นี้เด็กตัวน้อยๆ ก็รู้จักแปรงแล้ว (เพราะ)
บอกสอนให้แปรงฟัน อย่างหลานอยู่บ้าน
ออกลูกใหม่ 4 - 5 เดือน เวลาไปอุ้มหลาน
ก็แนะนำให้เช็ดปากหลังกินนม เอาผ้าเช็ดที่
เป็นคราบออก...

4.2.8 การพึ่งตนเองของชุมชน

อสม.ส่วนใหญ่คิดว่าสามารถพึ่ง
ตนเองได้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ในเรื่องการ
รักษาและความรู้ก็ยังคงพึ่งหมอเป็นหลัก
อย่างไรก็ตามรู้สึกไม่มั่นใจหากว่าจะต้องทำอะไร
เองโดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากทางราชการ แต่
ในด้านงบประมาณสามารถทำได้โดยใช้เงิน
ส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล

...อยู่ได้... ถ้าพวกคุณหมอบ่อออกมา ก็
เฮ็ดไปแบบบ่อฮู้เลย เพราะว่าเฮ็ดหยังไป กะ
เพราะว่าความฮู้เท่าปึงการณ...

...ที่ให้สนับสนุนมานั้นไม่ได้แจกเอามาขาย
แล้วมาจัดตั้งกองทุน...

...เฮ็ดก็เฮ็ดได้ละคะเหื่อแรกเอาอย่างละ
โหล พอมีทุนจะเพิ่มขึ้นทีละเล็กทีละน้อย..

อภิปรายผลและเสนอแนะ

1. การนำกระบวนการประชุม AIC มาใช้ในงานพัฒนาทันตสุขภาพโดยให้ อสม. ผู้นำทันตสุขภาพ ร่วมคิด-วิเคราะห์ - เลือกตัดสินใจ - ทำแผนการทำงานและดำเนินงานด้วยกัน ช่วยให้เกิดการระดมความคิดจากผู้ที่มียุทธศาสตร์ในชุมชนเอง เกิดงานที่มีความเป็นไปได้อันตรงกับหลักการที่ว่าประชาชนในชุมชนต้องเป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมการดูแลสุขภาพของชุมชนเอง กระบวนการประชุมแบบนี้จะเปิดโอกาสให้มีการจัดกิจกรรมนั้นหน้ากลุ่มเพื่อสร้างบรรยากาศ อันจะทำให้สมาชิกกลุ่มกล้าเปิดเผยตนเองด้วยความเต็มใจและจริงใจซึ่งเหมาะกับลักษณะประจำของคนไทยที่รักสนุก ใฝ่สัมพันธ์แต่มีความเกรงใจและไม่กล้าแสดงความคิดเห็น⁶ การได้ร่วมถกเถียง อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ในการประชุมกลุ่ม จะช่วยให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการไปดำเนินงานทันตสาธารณสุขต่อไป

2. ความสำเร็จและยั่งยืนของโครงการจะขึ้นกับความเข้มแข็งของชุมชน จากการติดตามงานเห็นได้ชัดว่าในพื้นที่ที่ชุมชนเข้มแข็ง จะมีงานสาธารณสุขและงานทันตสาธารณสุขในหมู่บ้านเกิดขึ้นได้ เช่นมีการจัดรณรงค์วันทันตสาธารณสุขในหมู่บ้านร่วมกัน มีกิจกรรมต่างๆเกิดขึ้น ชาวบ้านสนุกและให้ความร่วมมือ ภูเขาแจสำคัญของการพัฒนางานทันตสาธารณสุขในชุมชนจึงอยู่ที่การทำให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ซึ่งการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอในชุมชนจะเป็นการเปลี่ยนจิตสำนึกแบบพึ่งพา (Client consciousness) ไปสู่สำนึกแห่งประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory democracy) อันเป็นพื้นฐานสำคัญของชุมชนที่เข้มแข็ง⁷ แล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเข้าไปช่วยสนับสนุนในเชิงวิชาการ ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สรุปปัญหาและอุปสรรค และกระตุ้นให้มีการวางแผนการ

ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้โครงการพัฒนาและมีโอกาสจะยั่งยืนต่อไปได้

3. ข้อจำกัดประการหนึ่งของการพัฒนางานนี้คือ การจำกัดเวลาและขอบเขตของกิจกรรมซึ่งเป็นผลจากการดำเนินโครงการต่อเนื่องมาจากโครงการรณรงค์ให้อสม.มีส่วนร่วมในงานวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ ทำให้กิจกรรมที่หลายหมู่บ้านนำเสนอเป็นกิจกรรมการรณรงค์วันทันตสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งตามที่ควรแล้ว การจัดกิจกรรมต่างๆในหมู่บ้านสามารถดำเนินการได้มากกว่านั้นเช่น บางหมู่บ้านมีการเสนอให้มีการเชื่อมโยงประสานกันระหว่างหมู่บ้านกับสถานีอนามัยเพื่อจัดบริการทันตกรรมให้แก่คนในหมู่บ้านให้มากกว่าที่มีหน่วยเคลื่อนที่มาก็ได้ 1-2 ครั้งเท่านั้น

4. เป้าหมายของการส่งเสริมทันตสุขภาพคือให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากดี สามารถดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองได้ การจะบรรลุถึงเป้าหมายได้ต้องใช้เวลาและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของอสม.ผู้นำทันตสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดังกล่าว ทั้งนี้ควรกระตุ้นและติดตามการพัฒนาความร่วมมือต่อไป ร่วมกับการประเมินวัดผลสำเร็จของเป้าหมายด้านสุขภาพด้วย

บทสรุป

การส่งเสริมทันตสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชนได้ยากเพราะโรคในช่องปากเป็นโรคที่มีความรุนแรงไม่ถึงแก่ชีวิต ผลกระทบเกิดขึ้นได้ช้ากว่าการเป็นโรคอื่น ๆ ซึ่งอาจมีส่วนทำให้ประชาชนมีความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้ช้า แต่ก็อาจจะละเลยการดำเนินการได้ เนื่องจากความชุกของโรคในชุมชนมีมากและเป็นโรคที่บั่นทอนภาวะปกติสุขของคน ดังนั้น การดำเนินงานเชิงรุกใน

เรื่องการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพแบบชุมชนมีส่วนร่วมนี้ จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะใช้กระตุ้นให้ชุมชน แกนนำชุมชน ได้รับทราบถึงปัญหาทันตสุขภาพของประชาชนด้วยตนเองและสามารถคิดหาวิธีการหรือกิจกรรมที่พอจะช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวเอง โครงการนี้เป็นโครงการที่มีการดำเนินการต่อเนื่องมีการปรับเปลี่ยนกลวิธีในการดำเนินงานและมีการติดตาม ประเมินผลเป็นระยะ ๆ เพื่อหวังให้มีการดำเนินการที่ยั่งยืน โดยมุ่งเน้นตัวแทนประชาชนได้แก่ อสม.(ผู้นำทันตสุขภาพ) ในการปฏิบัติตนเป็นแกนนำด้านทันตสุขภาพเป็นตัวอย่างที่ดี และเป็นผู้ประสานงานทันตสาธารณสุขในชุมชน (อสม.)และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่กระจายอยู่ในทุกพื้นที่ ให้ดำเนิน

การกระจายข่าวสารไปถึงประชาชนเพื่อสร้างความตระหนัก รู้จักป้องกันดูแลตนเองและครอบครัวด้านทันตสุขภาพได้ เพื่อให้บรรลุถึงสภาวะทันตสุขภาพที่ดีของประชาชนในที่สุด จากการติดตามผลพบว่า การดำเนินงานในชุมชนต้องมีการช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างภาครัฐ และชุมชน เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องของการประสานงาน สิ่งสนับสนุน ความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อเป็นแรงกระตุ้นเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน ในอีกทางหนึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นผลการทำงานซึ่งกันและกันได้ ทั้งในแง่ของการให้บริการภาครัฐ การทำงานในชุมชน และ การพึ่งตนเองของชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาได้ถูกทิศทาง และเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาการสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผลการสำรวจทันตสุขภาพประจำปี 2540 เอกสารอัดสำเนา
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 ประเทศไทย. พ.ศ. 2537 กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538
4. Barmes, D.E. 1978. A progress report on adult data analyses in the WHO/USPHS international collaborative study. International Dental Journal 28:348 - 376
5. วีระ นิยมวัน. เทคนิคการพัฒนาคนตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2540.
6. ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิฤตสังคมไทย 2540 กับบทบาทวิทยากรกระบวนการ เล่มที่ 2 ธนาคารออมสินและสำนักงานกองทุนเพื่อสังคม เอกสารเย็บเล่ม 2541.
7. ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิฤตสังคมไทย 2540 กับบทบาทวิทยากรกระบวนการ เล่มที่ 1 ธนาคารออมสินและสำนักงานกองทุนเพื่อสังคม เอกสารเย็บเล่ม 2541.

A training program for health volunteers on oral health and using AIC participatory technique.

Nampetch Tangyingyong*
Pensri Somchai*

D.D.S., M.P.H.
Cert.in Dental Nurse

Abstract

A training program for health volunteers who had been trained on oral health before was conducted using AIC participatory technique. The volunteers and health officials from District Health Office were divided into 4 groups according to their public health zones (locations). Each group comprised of 80-100 persons identified and analyzed dental problems of preschool children (0-5 years old) in their villages. Later they made a plan and designed some activities to do in their community. An evaluation was done by using data from dental campaign program proposed to Provincial Health Office and focus group of the health volunteers in 4 villages that proposed and did not submit their proposal to the PHO. Findings revealed that volunteers were satisfied with the AIC training process as they could express their opinions and conclude the activities to do at home. Seventeen villages proposed to the PHO requesting some supports for their activities. Focus group results showed that the volunteers had good dental health knowledge and were confident to disseminate dental health knowledge to other people in community. They recognized the importance of dental health problem in their young children. Most of them satisfied with their health voluntary roles and confident enough to give information even without support from health office. Activities that health volunteers done were; disseminate health related knowledge and information through village broadcasting announcers 1-2 times a week, talking to people about health issues at their home in their responsible areas (8-10 household). In area where the volunteers team were strong and united they could gather the resources and cooperation among various local organizations, they could arrange a big dental campaign on National Oral Health Day with the good cooperation from health center and local administrative organization.

Key words: health volunteers, oral health, AIC participatory technique

* Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office

พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากของคนไทย กลุ่มอายุ 50 - 90 ปี ในกรุงเทพมหานคร

ปรีชาดิ ไชยพานิชย์ *

ท.บ. , ส.ม.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพในชีวิตประจำวันและจำนวนฟันใช้งานได้ที่เหลือในช่องปากของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 50 - 90 ปี ที่มารับบริการทางการแพทย์ และผู้ร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 6 แห่ง จำนวน 300 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2541 ถึงเดือนเมษายน 2542 โดยตรวจนับซี่ฟันใช้งานได้ที่เหลืออยู่ พร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สภาวะทันตสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการไปใช้บริการทันตกรรม พฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างมื้อ และการไปพบทันตแพทย์ในอดีตที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 105 คน หญิง 195 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุชายมีฟันที่ใช้งานได้เฉลี่ย 16.9 ซี่ต่อคน มากกว่าผู้สูงอายุหญิงที่เหลือฟันเฉลี่ย 12.7 ซี่ต่อคน ($P < 0.01$) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับทันตสุขภาพ โดยร้อยละ 79.3 ไม่พอใจความสวยงามของฟันตนเอง ร้อยละ 60 ไม่สามารถเคี้ยวอาหารแข็งได้ และร้อยละ 40 เคยปวดฟันในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบว่าทันตสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีมีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันในช่องปากมากกว่าผู้ตอบว่ามีทันตสุขภาพไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันที่ใช้งานได้ในช่องปากมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับการเคยได้รับการขูดหินน้ำลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) การศึกษานี้เสนอแนะว่า เพื่อให้ผู้สูงอายุมีฟันใช้งานได้ในช่องปากเพิ่มขึ้น ควรพิจารณาถึงมาตรการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการขูดหินน้ำลายร่วมด้วย

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ พฤติกรรมทันตสุขภาพ จำนวนฟันที่ใช้งานได้ การขูดหินน้ำลาย

* กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

บทนำ

จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2537⁽¹⁾ พบว่า มีกลุ่มอายุ 12 ปี เพียงกลุ่มเดียวเท่านั้น ที่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติได้ ส่วนกลุ่มอายุอื่นยังมีสภาวะห่างไกลจากเป้าหมายอยู่มาก ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศซึ่งรวมถึงในเขตกรุงเทพมหานคร ยังคงเป็นโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบกันมาก จากการสำรวจครั้งนี้ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบอัตราการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 12 ปี, กลุ่มอายุ 17-19 ปี, กลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 77.4, 88.0, 100.0, และ 97.5 ตามลำดับ และพบอัตราการเกิดโรคเหงือกในกลุ่มอายุ 12 ปี, กลุ่มอายุ 17-19 ปี, กลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 92.7, 91.3, 96.2 และ 94.8 ตามลำดับ ความรุนแรงของโรคเหงือกจะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 60-74 ปี คือ พบมีร่องลึกปริทันต์ร่วมกับการมีเลือดออกและการมีหินน้ำลายด้วย โรคทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้ต้องสูญเสียฟันไปทั้งที่เป็นโรคซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง ผลการสำรวจครั้งนี้จึงสะท้อนภาพให้เห็นว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมทันตสุขภาพในชีวิตประจำวันไม่ถูกต้อง

Manley, R.S. และ Braley, L.C.⁽²⁾ 1950 รายงานว่า ถ้าสามารถรักษาพันธุกรรมชาติไว้ได้มากที่สุดจะเป็นผลดีต่อการรักษาสุขภาพมากขึ้น และประสิทธิภาพการบดเคี้ยวจะลดลงเมื่อมีการสูญเสียฟันไป

ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ และคณะ⁽³⁾ พ.ศ. 2540 ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า จำนวนฟันที่เหลืออยู่ในปากและจำนวนฟันคู่สบ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ผู้ที่มีจำนวนฟันเหลือในปากมากจะมีประสิทธิภาพการบดเคี้ยวดีกว่าผู้ที่มี

จำนวนฟันเหลือน้อย และการป้องกันการสูญเสียฟันตั้งแต่อายุน้อยอย่างต่อเนื่อง จะมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวเมื่อสูงอายุขึ้น โดยเฉพาะในฟันกรามและฟันกรามน้อย

Shinsho และคณะ⁽⁴⁾ 1985 และ Hideki Fukuda และคณะ⁽⁵⁾ 1997 รายงานว่า ผู้ที่มีฟันเหลือในปากจำนวนมาก จะมีการรับรู้สภาพในช่องปากของตนเองดีกว่าผู้ที่มีฟันเหลือน้อย

Shinsho และคณะ⁽⁶⁾ 1993 พบว่า จำนวนฟันที่มีในปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟัน นิสัยการรับประทานอาหาร และการมีทัศนคติที่ดีต่อการไปขูดหินน้ำลาย และการไปรับบริการทันตกรรมทันทีเมื่อมีปัญหาในช่องปาก

Hideki Fukuda และคณะ⁽⁵⁾ 1997 รายงานว่า จำนวนฟันในช่องปากของผู้สูงอายุญี่ปุ่นมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการให้ความสำคัญกับสุขภาพทั่วไป และสุขนิสัยทางทันตสุขภาพได้แก่ การใช้แปรงสีฟันที่มีขนในลอนชนิดแข็ง การเปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 3 เดือน การเคยได้รับคำแนะนำเรื่องการแปรงฟัน การขูดหินน้ำลาย และการไปรับบริการทันตกรรมทันทีที่มีปัญหา

Axelsson และ Lindhe⁽⁷⁾ 1981 ได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า โปรแกรมทันตกรรมป้องกันที่กระตุ้นให้คนมีพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพที่เหมาะสมจะสามารถช่วยแก้ปัญหาโรคเหงือกอักเสบ และช่วยป้องกันการลุกลามของโรคฟันผุและโรคเหงือกได้

Manji และคณะ⁽⁸⁾ 1988 และ Baelum และคณะ⁽⁹⁾ 1988 ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า สภาวะทันตสุขภาพไม่ได้เป็นผลมาจากระบบทันตสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นผลมาจากการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน รวมทั้งอาหารที่รับประทานซึ่งแตกต่างกันในแต่ละสังคมด้วย

Helkimo, E. และคณะ และ Keneth, A.F.^(10,11) 1978 ได้รายงานว่าคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพที่ดีจะต้องประกอบด้วย การมีสภาวะ

ทันตสุขภาพดี พิจารณาจาก สภาวะของฟัน เหงือก และประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของฟัน ร่วมกับการ มีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งพิจารณา จากพฤติกรรมตรวจและรับรู้อาการช่องปาก ของตนเอง การทำความสะอาดช่องปาก การไป รับบริการทางทันตกรรม และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ

ดังนั้น หากต้องการให้ประชาชนมีทันตสุขภาพที่ดี มีจำนวนฟันเหลือมากพอในการใช้บดเคี้ยวอาหารเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงควรศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันว่า ควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะสามารถเก็บฟันไว้ให้นานที่สุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพ และจำนวนฟันใช้งานได้ในช่องปากของคนไทยกลุ่มอายุ 50-90 ปี ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสุขภาพ กับ จำนวนฟันที่ใช้งานได้

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 50-90 ปี ซึ่งมาในชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 แห่ง จำนวน 300 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2541 ถึง เดือนเมษายน 2542
2. ทำการตรวจนับจำนวนฟันเฉพาะซี่ที่ใช้งานได้ที่มียอยู่ในปากทั้งหมดโดยทันตแพทย์คนเดียวกัน โดยนับฟันทุกซี่ที่มีในปาก ยกเว้น ฟันที่เหลือแต่ราก ฟันที่โยกระดับ 3 และฟันที่ผุทะลุโพรงประสาทฟัน และเสียเนื้อฟันเกิน 2 ด้านขึ้นไป
3. ให้ทุกคนตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ การรับรู้สภาพช่องปาก

ของตนเอง ความตระหนักทางทันตสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการแปรงฟัน พฤติกรรมการไปรับบริการทันตกรรม และพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างมือ

4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนฟันระหว่างกลุ่มด้วย ANOVA และ t - test

ผลการศึกษา

จำนวนฟันที่ใช้งานได้ ผู้สูงอายุชายและหญิง มีฟันใช้งานได้เฉลี่ย 16.9 ซี่ต่อคน และ 12.9 ซี่ต่อคน ตามลำดับ และยิ่งอายุมากขึ้นฟันใช้งานได้ที่เหลืออยู่ยิ่งมีจำนวนน้อยลง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของฟันที่ใช้งานได้ในชายและหญิง พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) (ตารางที่ 1)

ปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม รู้สึกไม่พอใจกับความสวยงามของฟันตนเองมากที่สุดคือ ร้อยละ 82.5 และ 71.6 ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี และ 70-90 ปี ตามลำดับ รองลงมาคือ ไม่สามารถเคี้ยวอาหารแข็งได้ร้อยละ 66.5 และ 54.5 ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี และ 70-90 ปี ตามลำดับ อันดับที่ 3 คือ ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุเคยปวดฟันร้อยละ 43.4 และ 33.0 ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี และ 70-90 ปี ตามลำดับ อันดับที่ 4 ผู้สูงอายุมีปัญหาไม่ยอมยิ้มเพราะอายเหงือกและฟันของตนเองร้อยละ 6.6 และ 6.8 ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี และ 70-90 ปี ตามลำดับ อันดับที่สุดท้ายคือ ผู้สูงอายุมีปัญหาไม่อยากพูดกับผู้อื่นเพราะมีกลิ่นปากร้อยละ 3.3 และ 4.5 ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี และ 70-90 ปี ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

การประเมินทันตสุขภาพของตนเอง

จากการถามว่า ถ้ามีการตรวจสุขภาพช่องปาก คิดว่าทันตแพทย์ จะให้คำแนะนำอย่างไร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่า ทันตแพทย์จะแนะนำให้ตนแปรงฟันให้ดีขึ้นร้อยละ 83.5 และ 62.5 ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี และ 70-90 ปี ตามลำดับ รองลงมาคือจำเป็นต้องขูดหินน้ำลายร้อยละ 63.2 และ 33.0 ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี และ 70-90 ปี ตามลำดับ อันดับที่ 3 คือ จำเป็นต้องอุดฟันร้อยละ 45.8 และ 26.1 ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี และ 70-90 ปี ตามลำดับ อันดับที่สุดท้ายผู้สูงอายุตอบว่า จำเป็นต้องใส่ฟันร้อยละ 42.0 และ 28.4 ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี และ 70-90 ปี ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

การหาความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยฟันใช้งานได้กับการรับรู้สภาวะทันตสุขภาพของตนเอง พบว่า ในกลุ่มอายุ 50-69 ปี มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่ใช้งานได้ ระหว่างผู้ที่รับรู้สภาวะทันตสุขภาพตนเองดีกับไม่ดี และผู้ที่รับรู้สภาวะทันตสุขภาพของตนเองพอใช้กับไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ส่วนกลุ่ม

อายุ 70-90 ปี พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่ใช้งานได้ ระหว่างผู้ที่รับรู้สภาวะทันตสุขภาพของตนเองดีกับไม่ดีเท่านั้น ($P<0.05$) (ตารางที่ 4)

การปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาจากแบบสอบถาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่ามีการดูแลทันตสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง (ตารางที่ 5) โดยไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่ใช้งานได้ระหว่างกลุ่มที่ตอบว่าปฏิบัติตนดีกับไม่ดี ยกเว้นการเคยไปรับการขูดหินน้ำลาย ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ตอบว่าเคยขูดหินน้ำลายมีฟันใช้งานได้เหลืออยู่มากกว่ากลุ่มที่ตอบว่าไม่เคย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ตอบว่าเคยกับไม่เคยไปพบทันตแพทย์ในอดีตที่ผ่านมา แต่ละช่วงอายุ คือ วัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 10 ปี) วัยหนุ่มสาว (อายุ 10-29 ปี) และวัยกลางคน (อายุ 30 ปีขึ้นไป) มีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่ใช้งานได้ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของฟันใช้งานได้ที่เหลืออยู่จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ
Table 1 Mean number of functional teeth classified by gender and age group.

Age (Years)	Male		Male		All	
	n	mean (S.D.)	n	mean (S.D.)	N	mean (S.D.)
50 - 59	6	18.8 (6.9)	23	19.1 (8.0)	29	19.0 (7.7)
60 - 69	62	18.4 (8.9)	121	13.9 (8.9)	183	15.5 (9.2)
70 - 79	34	14.5 (7.8)	47	7.8 (9.4)	81	10.6 (9.3)
80 - 89	2	9.0 (2.8)	4	8.3 (13.9)	6	8.5 (10.9)
90	1	12.0 (0.0)	0	-	1	12.0 (0.0)
รวม	105	16.9* (8.6)	195	12.9* (9.6)	300	14.4 (9.4)

* $P < 0.01$: T-test

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาทันตสุขภาพจากแบบสอบถาม
Table 2 Percentage of the elderly having dental problems from questionnaires.

Dental problems	Age group of subjects			
	50-69 yrs.		70-90 yrs.	
	n	%	n	%
เคยปวดฟันในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (Toothache problem within the past year)	92	43.4	29	33.0
ไม่ยอมยิ้มเพราะอายเหงือกและฟัน (Self-confident problem)	14	6.6	6	6.8
ไม่พูดกับผู้อื่นเพราะมีปัญหากลิ่นปาก (Halitosis problem)	7	3.3	4	4.5
เคี้ยวอาหารแข็งไม่ได้ (Mastication problem)	14	66.5	48	54.5
ไม่พอใจความสวยงามของฟันตนเอง (Esthetic problem)	17.5	82.5	63	

ตารางที่ 3 การประเมินสภาวะทันตสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามชนิดของบริการทันตกรรม
Table 3 The elderly's oral health status self-assessment classified by type of dental services.

Oral health status	Age group of subjects					
	50-69 yrs.		70-90 yrs.		All	
	n	%	n	%	N	%
Need to improve toothbrushing	177	83.5	55	62.5	232	77.3
Need scaling	134	63.2	29	33.0	163	54.3
Need fillings	97	45.8	23	26.1	120	40.0
Need dentures	89	42.0	25	28.4	114	38.0

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่ใช้งานได้กับการรับรู้สภาวะทันตสุขภาพตนเอง
Table 4 Mean number of functional teeth in relation to perceived oral health.

Perceived Oral Health	Age group of subjects					
	50-69 yrs.			70-90 yrs.		
	n	Mean (SD)	ANOVA	n	Mean (SD)	ANOVA
Good	48	18.3(8.9)	*	23	14.7(10.0)	*
Fair	128	16.2(8.7)	*	33	10.6(9.3)	
Not good	36	12.1(9.2)		30	7.3(7.8)	

* $P < 0.05$: ANOVA

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันที่ใช้งานได้กับการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ
Table 5 Mean number of functional teeth in relation to dental care .

Questionnaire item		Age group of subject					
		50-69 yrs.			70-90 yrs.		
		n	Mean (S.D)	t-test	n	Mean (S.D)	t-test
Do you use a toothbrush with hard or soft tufts ?	Hard	42	17.7(8.8)	NS	11	8.6(11.3)	NS
	Soft	170	15.5(9.1)		77	10.8(9.1)	
Do you change your toothbrush within 3 months ?	Yes	121	16.0(9.4)	NS	42	12.2(9.7)	NS
	No	91	15.9(8.6)		46	8.9(8.8)	
Have you received toothbrushing instruction ?	Yes	121	15.9(9.3)	NS	40	12.2 (9.9)	
	No	91	15.9(8.7)		48	9.1(8.7)	
Have you received scaling ?	Yes	114	17.4(8.7)	P* <	34	13.0(9.4)	P* <
	No	98	14.3(9.2)	0.05	54	8.9(9.0)	0.05
Do you get prompt treatment when discomfort is felt ?	Yes	142	15.9(9.2)	NS	48	10.8(9.1)	NS
	No	70	15.9(8.8)		40	10.2(9.8)	
Do you often have fruit between meal ?	Yes	112	16.4(9.6)	NS	50	10.8(10.0)	NS
	No	100	15.4(8.4)		38	10.1(8.5)	
Do you often have sweets or soft drink between meal ?	Yes	14	18.6(8.2)	NS	15	11.9(8.6)	NS
	No	198	15.8(9.1)		73	10.2(9.5)	

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันใช้งานได้ที่เหลืออยู่กับการไปพบทันตแพทย์ในอดีต
Table 6 Mean number of functional teeth in relation to dental attendance pattern in the past.

Questionnaire item		Age group of subjects					
		50-69 yrs.			70-90 yrs.		
		n	Mean (S.D)	t-test	n	Mean (S.D)	t-test
Have you visited a dentist - In childhood (< 10 yrs old)	Yes	26	14.7(9.8)	NS	5	11.0(9.9)	NS
	No	186	16.1(8.9)		83	10.5(9.4)	
- In youth (10 - 29 yrs old)	Yes	78	14.3(8.9)	NS	27	8.6(7.9)	NS
	No	134	16.9(9.0)		61	11.3(9.8)	
- In middle age (> 30 yrs old)	Yes	194	15.9(8.9)	NS	83	10.3(9.2)	NS
	No	18	17.2(9.7)		5	13.6(11.9)	

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากการพิจารณาการประเมินสภาวะทันตสุขภาพตนเองตามการให้บริการของทันตแพทย์ตาม ตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มอายุ 50-69 ปี และกลุ่มอายุ 70-90 ปี) คิดว่าตนเองยังแปรงฟันไม่ถูกต้องร้อยละ 83.5 และ 62.5 ตามลำดับ ต้องขูดหินน้ำลายร้อยละ 63.2 และ 33.0 ตามลำดับ ต้องอุดฟันร้อยละ 45.8 และ 26.1 ตามลำดับ และต้องใส่ฟันปลอมร้อยละ 42.0 และ 28.4 ตามลำดับ จะเห็นว่ากลุ่มอายุ 70 - 90 ปีประเมินตนเองว่าจำเป็นต้องได้รับการทันตกรรมต่ำกว่ากลุ่มอายุ 50 - 69 ปี พบว่า ผู้สูงอายุ ใน การศึกษานี้มีการประเมินตนเองว่าควรได้รับบริการทันตกรรมใกล้เคียงกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2537⁽¹⁾ ซึ่งพบว่า กลุ่มอายุ 60 - 74 ปี ในกทม.มีหินน้ำลายที่มีเลือดออก จำเป็นต้องขูดหินน้ำลายและรักษาโรคเหงือกร้อยละ 71.4 พบผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการอุดฟันร้อยละ 46.3 และพบผู้ที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมบางส่วน ทั้งบนและล่าง ร้อยละ 48.8 จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีการประเมินตนเองว่ามีปัญหาทันตสุขภาพต่ำกว่าที่ตรวจพบโดยทันตแพทย์ ดังนั้นการจะนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการวางแผนการให้บริการตามความต้องการการของประชาชน ควรมีการสำรวจความต้องการรักษาทางทันตกรรมของประชาชน (Felt need) ควบคู่ไปกับความจำเป็นต้องรักษา (Treatment need) ซึ่งตรวจโดยทันตแพทย์ เพื่อให้สามารถจัดสรรงบประมาณและวางแผนการให้บริการได้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

จากการพิจารณาปัญหาทันตสุขภาพในมุมมองของผู้สูงอายุเองจะเห็นได้ว่า มีทั้งปัญหาที่มีผลกระทบต่อจิตใจซึ่งอาจกระทบต่อการเข้าสังคมของผู้สูงอายุได้ และปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายโดยตรง เช่น มีอาการเจ็บปวดเหงือก

และฟัน หรือการเคี้ยวอาหารแข็งไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารลำบาก หรือรับประทานอาหารได้น้อยทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่วนปัญหาไม่ยอมยิ้มเพราะอายุเหี่ยว และฟันตนเอง ไม่พูดกับผู้อื่นเพราะมีปัญหากลิ่นปาก และไม่พอใจกับความสวยงามของฟันตนเอง ทั้ง 3 ปัญหานี้เป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อจิตใจซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ไม่อยากพบปะผู้อื่นซึ่งกระทบต่อการเข้าสังคมของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพเหงือกและฟันแข็งแรงและมีสุขภาพจิตดีด้วย ทันตบุคลากรควรจะไปดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้มากขึ้น โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันและให้การรักษาตามความจำเป็น รวมทั้งใส่ฟันปลอมให้แก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครด้วย

จากการที่พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่ตอบว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองถูกต้อง แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองกับจำนวนฟันใช้งานได้ที่เหลืออยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงข้อเดียวจากทั้งหมด 7 ข้อ นั้น อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไม่ตรงกับที่ปฏิบัติจริง ซึ่งมีรายงานของ Petersen, P.E.⁽¹²⁾ ค.ศ.1997 และการศึกษาของสมนึก ชาญด้วยกิจ และศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์⁽¹³⁾ พ.ศ.2540 ที่ให้ข้อสังเกตไว้ว่า ในการสำรวจพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนโดยวิธีสัมภาษณ์นั้น หากเป็นพฤติกรรมเชิงบวก เช่น การแปรงฟันบ่อยๆ, การไปพบทันตแพทย์ทันทีเมื่อมีปัญหาในช่องปาก หรือการกินผลไม้บ่อยๆ มักจะได้คำตอบตามที่สังคมยอมรับมากกว่าตามที่ปฏิบัติจริง ส่วนพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ความถี่ในการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลผสม คำตอบที่ได้มักจะต่ำกว่าความเป็นจริง

ประเทศไทยเมื่อสามสิบกว่าปีก่อนนี้ การ

ให้บริการทันตกรรมในชุมชนและงานทันตกรรมป้องกันยังมีน้อยมากเนื่องจากจำนวนทันตบุคลากรที่จะไปให้บริการด้านนี้มีน้อย ไม่สามารถให้บริการได้ทั่วถึงทุกกลุ่มอายุ งานส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบตั้งรับในสถานบริการมากกว่า ดังนั้นผู้ที่มาพบทันตแพทย์จึงมักจะเป็นผู้ที่ เป็นโรคฟันแล้วและมาเพื่อให้ทันตแพทย์รักษามากกว่า น้อยมากที่จะมาเพื่อตรวจเช็คฟัน หรือมาเพื่อขอคำแนะนำเพียงอย่างเดียว ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ทั้ง 2 กลุ่ม ก็คือ คนวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนเมื่อสามสิบปีก่อนนั่นเอง ดังนั้นคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามครั้งนี้จึงน่าจะเป็นการไปรับการรักษา มากกว่าการไปตรวจเช็คฟัน และจากข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 ปี 2537 ก็พบว่า มีประชาชนใน กทม. ไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันเพียงร้อยละ 14.6, 9.1 และ 10.3 ในกลุ่มอายุ 17-29 ปี, 35-44 ปี และ 60-74 ปี ตามลำดับ ⁽¹⁾ และในจำนวนผู้ไปใช้บริการทันตกรรม พบว่า ไปรับการถอนฟันมากที่สุด รองลงมาเป็นอุดฟัน และขูดหินน้ำลาย ซึ่งตรงกันกับการศึกษาของ Sheiham และคณะ ⁽¹⁴⁾ ค.ศ.1987 ที่ให้ข้อสังเกตว่า การไปพบทันตแพทย์สม่ำเสมอ จะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับจำนวนฟันที่หายไป แต่จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนฟันที่อุด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ก็น่าจะเป็นเช่นเดียวกันจึงไม่พบความสัมพันธ์ของจำนวนฟันใช้งานได้ที่เหลือ

อยู่กับการไปพบทันตแพทย์ในอดีต

บทสรุป

เพื่อให้ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีฟันใช้งานได้น้อย 20 ปี บรรลุตามเป้าหมายของชาติ นอกจากการรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของเหงือกและฟันเช่นเดียวกับอวัยวะอื่นของร่างกายแล้ว ควรพิจารณาถึงมาตรการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขูดหินน้ำลายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีแนวโน้มว่าส่งผลให้ผู้สูงอายุมีจำนวนฟันใช้งานได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ

1. ทพญ.สุคนธ์ บรมธนรัตน์ ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข และคณะกรรมการกลั่นกรองงานวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาให้คำชี้แนะ
2. รศ.ทพ.ดำรง ทองน้อย, ผศ.ทพ.ประมุข จิตต์จรรย์ และ ทพญ.อาภา ศันสนียาวณิช ที่ให้คำแนะนำ
3. คุณประจักษ์ นันทพล ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS

รวมทั้งขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ อีกหลายท่าน ที่ช่วยให้การวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 ประเทศไทย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ISBN.9747995-79-4. หน้า 14-25.
2. Manly, R.S. and Braley, L.C. : Masticatory performance and efficiency. Journal of dental Research 20, 448-462, 1950.
3. ทรงธรรม สุนทราภิรมย์ ณ พัทลุง ยุทธนา ปัญญางาม พรศรี ปฏิมานิเกษม : ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ว.ทันต ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2540

4. Shinsho, F., Tatara, K., Asakura, S., Azumi, T. and Ikeda, A. : Oral health in the elderly and dental health promotion. The Journal of Public Health 37, 551-558 (in Japanese), 1985.
5. Hideki Fukuda, Fumaiki Shinsho, Kazue Nakajima, Shinsho Takahashi and Kozo Tatara : Oral health habits and the number of teeth present in Japanese aged 50-80 years. Community Dental Health 14, 248-252, 1997.
6. Shinsho, F., Fukuda, H. and Tatara, K. : Dental health and the quality of life in the later ages. Gerodontology 5, 29-33, 1993.
7. Axelsson, P. and Lindhe, J. : Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Journal of Clinical Periodontology 8, 239-248, 1981.
8. Manji, F., Baelum V. and Fejerskov, O. : Tooth mortality in an adult rural population in Kenya, Journal of Dental Research 67, 496-500, 1988.
9. Baelum, V., Wen Min, L. and Fejerskov, O. : Tooth mortality and periodontal condition in 60-80 year-old Chinese, Scan Journal of Dental Research 96, 99-107, 1988.
10. Helkimo, E., Carlson, GE. And Helkimo M. : Chewing Efficiency and state of Dentition. Acta. Odont. Scan. 36 : 33-41, 1978.
11. Keneth, AF. : Management of the Geriatric dentistry patient Quintessence, Chicago: 18-44, 1978.
12. Petersen, P.E. : Society and Oral health. Community Oral Health.(Pine, C.M., ed) Reed Educational Professional Publishing Ltd., Oxford, 1997, pp.3-38.
13. สมนึก ขาญด้วยกิจ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ : การทดสอบแบบสำรวจพฤติกรรมทางทันตสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในจังหวัดสงขลา ว. ทันต. สธ ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค.-ก.ค. หน้า 37-46 พ.ศ.2540
14. Sheiham, A., Promoting Oral Health Behavior : Political and Administrative strategies., The Promotion of Lifestyles Conductive to Oral Health. International Seminar Proceedings.(eds), 1994.



Oral health behavior and the number of functional teeth present in Thais age 50 - 90 years in Bangkok.

Parichart Chaiphanich*

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

Abstract

This study aimed to find out the senior citizen's behavior of their oral health care in daily life and the number of their functional teeth remaining in oral cavities. These senior citizens were between 50 -90 years old who came for the BMA medical service in December 1998 - April 1999. About 300 elders, 105 males and 195 females joined the Elderly Club's activities in 6 BMA Public Health Centers. The activities were to check of their functional teeth present as well as to provide them questionnaires on the perception of their oral health status, tooth brushing , oral health care, eating between meal habits and dental attendance in the past. The result of this study indicated the mean number of functional teeth in male elders was 16.9 higher than 12.7 in the female elders ($P < 0.01$). Most the elders had dental problems. 79.3 % of elders were not satisfied with their teeth, 60 % could not chew the hard food and 40 % were used to have toothache in the past year. The group, who answered that their oral health were still good, have an average of remaining functional teeth greater than the group who answered that their oral health were not good ($p < 0.01$). Mean number of functional teeth present had a significant relationship with prior scaling ($P < 0.05$). It was suggested that to keep more functional teeth in the elders, BMA should consider on promoting scaling to the public.

Key words : elder, oral health behavior, functional teeth , scaling.

* Dental Health Division, Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration

การศึกษาเชิงลึกสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก ของประชาชน : กรณีศึกษา อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

ดาวเรือง แก้วขันตี *

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ *

เพ็ญแข ลาภยิ่ง *

ปิยะดา ประเสริฐสม *

ท.บ. , ส.ม. , นศ.บ. , อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)

ท.บ. , M.P.H. , อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)

ท.บ. , ส.ม. , ศ.บ. , อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)

ท.บ. , วท.ม. (ระบาดวิทยาทางการแพทย์) , อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยศึกษาจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการทันตสาธารณสุข ทั้งวิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากรายงาน การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มประชาชนใน 3 หมู่บ้าน

ผลการศึกษา พบว่า บริการทันตสาธารณสุขที่จัดให้ประชาชนโดยโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย คือ บริการทันตกรรม และการส่งเสริมป้องกัน ได้แก่ การตรวจช่องปากและขูดหินปูน ให้หญิงมีครรภ์ ตรวจช่องปากเด็กที่มารับวัคซีนพร้อมทั้งให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดา งานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา และการบริการชุมชนด้วยการออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ โรงพยาบาลให้บริการทันตกรรมครอบคลุมร้อยละ 4.5 แต่ประชาชนจ่ายค่ารักษาเองเพียง ร้อยละ 17 ที่เหลือเป็นการใช้สิทธิประโยชน์แบบต่าง ๆ มีการติดตามงานจากระดับจังหวัด

ประชาชนแปร่งฟันวันละ 2 ครั้ง แต่การแปร่งฟันก่อนนอนไม่สม่ำเสมอ ดูแลฟันของบุตรดีกว่าของตนเอง มีการบริโภคน้ำอัดลมและอาหารว่างบ้างเล็กน้อย ให้ความสำคัญสุขภาพช่องปากเพื่อการติดต่อกับผู้อื่นมากกว่าเพื่อสุขภาพ มีการรับรู้สภาวะโรคฟันผุมากกว่าโรคปริทันต์ โดยรับรู้เมื่อมีอาการชัดเจน ไปรับบริการทันตกรรมเมื่อเกิดความเจ็บปวดแล้ว ประชาชนพึงพอใจผลการรักษาเนื่องจากหายจากอาการเจ็บปวดได้ เหตุผลหลักของการเลือกสถานบริการ คือ เดินทางสะดวกและการใช้สิทธิประโยชน์ ประชาชนในเขตที่เป็นเมืองเลือกใช้สถานบริการหลายประเภทตามฐานะ แต่ในเขตชนบทใช้บริการจากสถานอนามัย พื้นที่ที่ศึกษาไม่มีบริการทางเลือกแบบพื้นบ้านเลย

คำสำคัญ : การดูแลสุขภาพช่องปาก การศึกษาเชิงลึก

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2527 , 2532 และ 2537 พบว่า เด็กอายุ 12 ปี มีแนวโน้มของโรคฟันผุและสภาวะเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้น ขณะที่พฤติกรรมทันตสุขภาพ ในการสำรวจเมื่อ พศ. 2537 พบว่า ส่วนใหญ่มีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง , มากกว่าร้อยละ 70 นิยมบริโภคอาหารว่าง ปัญหาในช่องปากที่ประชาชนรับรู้เป็นปัญหาการมีหินปูนและฟันเป็นรู ซึ่งส่วนใหญ่ทั้งไว้ให้หายเองหรือซื้อยากินเองมากกว่าครึ่งของผู้ที่ไปรับบริการทันตกรรมไปในระยะที่ต้องถอนฟันแล้ว สื่อวิทยุโทรทัศน์เป็นช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทันตสุขภาพมากที่สุด¹

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าระบบบริการทันตสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับอำเภอ ซึ่งใกล้ชิดประชาชน อาจจะยังไม่สามารถตอบสนองกับสภาพปัญหาและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคในช่องปาก ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ พฤติกรรม สังคมเศรษฐกิจ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้ง ๆ ที่ โรคในช่องปากล้วนเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ แม้ว่าแผนพัฒนาทันตสาธารณสุขช่วงหลังจะมีการนำกลวิธีส่งเสริมทันตสุขภาพ กลวิธีการป้องกันโรคและความผิดปกติในช่องปากมาใช้เป็นกลวิธีหลักแล้ว

การให้บริการทันตสาธารณสุขในระดับอำเภอ ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแกนหลักในการบริการทันตสาธารณสุข ในปี พศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย มีทันตภิบาลปฏิบัติงานในสถานอนามัยขนาดใหญ่ ลักษณะการปฏิบัติงานมีทั้งแบบที่มีทันตภิบาลประจำอยู่ที่สถานอนามัย และการจัดให้มีทันตบุคลากรหมุนเวียนไปปฏิบัติงาน ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของแต่ละจังหวัด²

ระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ

เป็นผลลัพธ์ปลายสุดของการกำหนดนโยบาย แผนงานและระบบสนับสนุนจากส่วนกลาง มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุม ร้อยละ 93.8 โดยที่มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานอยู่ทุกแห่ง ส่วนระดับตำบลนั้น ใน พศ. 2540 สถานือนามัยขนาดใหญ่ที่มีทันตภิบาลมีเพียง 201 แห่ง³ เท่านั้น การปฏิบัติงานในสถานือนามัยเป็นไปตามระบบของแต่ละอำเภอ

ระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งเป็นระดับที่มีผลโดยตรงต่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ อาจมีความเหมาะสมอยู่ในช่วงเวลาหนึ่ง แต่ในสถานการณ์ของปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ทิศทางของการสาธารณสุขแนวใหม่ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวทางการพัฒนาการสาธารณสุข ประกอบกับได้เกิดสภาวะวิกฤตเศรษฐกิจที่กระทบต่อทุกระบบ ทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยตรง จึงต้องมีการพัฒนาให้เหมาะสม

การพัฒนาระบบบริการด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและมีความเป็นจริงได้นั้น นอกจากการทบทวนระบบบริการที่มีอยู่เดิมแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาชุมชนให้ครบทุกแง่มุม ทั้งในด้านระบาดวิทยา ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม วัฒนธรรม ด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ด้านศักยภาพของประชาชน เพื่อพัฒนากลวิธีในการจัดบริการทันตสาธารณสุขที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน

ดังนั้นจึงได้ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้โรคและความผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่องปาก การใช้บริการทันตกรรม ซึ่งสามารถนำไปเชื่อมโยงกับข้อมูลระบาดวิทยา ให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการดำเนินงานทันตสาธารณสุขที่เหมาะสมได้ การศึกษาครั้งนี้

เป็นการศึกษากรณีตัวอย่างในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เพื่อให้เห็นข้อมูลเชิงพฤติกรรมและทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

วัสดุและวิธีการ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เก็บข้อมูลใน 2 กลุ่มหลัก คือ (1) ข้อมูลด้านผู้ให้บริการ ศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัยขนาดใหญ่ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานอยู่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) และการเก็บข้อมูลทุติยภูมิ (Existing data) (2) ข้อมูลด้านประชาชน ศึกษาใน 3 หมู่บ้าน โดยเป็นหมู่บ้านที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง หมู่บ้านใกล้สถานีอนามัย ขนาดใหญ่ 1 แห่ง และหมู่บ้านใกล้สถานีอนามัยเดียวกัน 1 แห่ง ศึกษาโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

1 กลุ่มตัวอย่าง

ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทันตแพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นายแพทย์ผู้อำนวยการทันตแพทย์ และทันตภิบาลโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าสถานีอนามัยและทันตภิบาลประจำสถานีอนามัย

ด้านประชาชน แบ่งเป็น

กลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์เจาะลึก ได้แก่ กลุ่มแม่ประกอบด้วยแม่ที่มีลูกโดยอายุลูกอยู่ในช่วง 0-5 ปี 7 คน แม่ที่มีลูกโดยอายุลูกอยู่ในช่วง 6-12 ปี 7 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็ก และกลุ่มผู้ใหญ่ที่เคยใช้บริการทันตกรรม 8 คน และไม่เคยใช้บริการทันตกรรม 10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เน้นบริการทันตกรรม

กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมสนทนากลุ่ม ได้แก่ แม่ที่มีลูกอยู่ในช่วงอายุ 0-12 ปี ที่อยู่ในหมู่บ้านใกล้

โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 คน

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ของหมู่บ้าน เป็นผู้นำที่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ อดีตกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อดีตผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน อดีตอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย คนขายของในร้านค้าสาริต จาก 3 หมู่บ้าน

2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แนวคำถามผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านผู้ให้บริการ มี 3 ชุด คือ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยมีประเด็นคำถามเพื่อเก็บข้อมูลของการจัดระบบบริการทันตสาธารณสุข ระดับอำเภอ ได้แก่ การจัดบริการทันตสาธารณสุข แผนงานและบทบาทหน้าที่ในการให้บริการของทันตบุคลากร ปริมาณงานบริการทันตสาธารณสุข ระบบข้อมูล การสนับสนุนการดำเนินงาน ความคิดเห็นของบุคลากรท้องถิ่น และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง 1 ชุด ประกอบด้วยข้อมูล จำนวนครัวเรือน จำนวนประชากร จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนร้านค้า โครงสร้างชุมชน ซึ่งรวมองค์กรของหมู่บ้านที่เกิดจากการรวมกลุ่ม ผู้นำด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ วัฒนธรรม ความเชื่อ อาชีพ เส้นทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กันของประชาชนทั้งภายในและภายนอกชุมชน การเคลื่อนไหวของชุมชน

2.3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ประชาชน 1 ชุด ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพตนเองและคู่สมรส จำนวนเด็กในบ้าน การดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปากตนเอง แบบแผนการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากให้บุตร ความเชื่อที่มีผล

กระทบกับสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่มีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง การแสวงหาบริการทันตกรรม ความพึงพอใจต่อบริการทันตกรรมที่ได้รับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกสถานบริการทันตกรรม การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชาชนนี้ มีการบันทึกเทปเสียงโดยความยินยอมของผู้ให้สัมภาษณ์ทุกราย และในการสนทนากลุ่มใช้แนวคำถามชุดนี้ร่วมกับการใช้เทปบันทึกเสียงด้วย

ทั้งนี้ เครื่องมือทุกชุดมีการทดสอบความตรงของเนื้อหาและจับเวลาการใช้เครื่องมือ โดยการทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี แล้วนำมาปรับปรุงการใช้ถ้อยคำให้เหมาะสมมากขึ้น และใช้ข้อมูลเวลามาวางแผนเก็บข้อมูลในพื้นที่จริง

3 การเก็บข้อมูล ผู้เก็บข้อมูลผ่านการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพและผ่านการทดลองใช้เครื่องมือในภาคสนาม ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและบันทึกจากรายงานต่าง ๆ

4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดแยกประเภทของคำ ความคิด ความเชื่อ (Taxonomies, Ethnoclassification) และการใช้ตารางรายการ (Checklists)

ผลการศึกษา

1 ด้านผู้ให้บริการ

โรงพยาบาลแม่ทะซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการทันตสาธารณสุขของอำเภอรับผิดชอบพื้นที่ 10 ตำบล ประชากรกว่า 6 หมื่นคน มีทันตบุคลากร เป็นทันตแพทย์ 1 คน ทันตภิบาล 3 คน ในจำนวน 3 คนนี้ อยู่ประจำที่สถานีนามัยขนาดใหญ่ 1 คน ในรอบปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลให้บริการทันตกรรมได้ครอบคลุมร้อยละ 4.5 ของประชากรทั้งอำเภอ บริการอื่น ๆ ที่ให้ได้แก่

บริการทันตสุศึกษา การตรวจและขูดหินปูนให้หญิงมีครรภ์ ตรวจช่องปากเด็กที่มารับวัคซีน ให้ทันตสุศึกษาแก่มารดา (เป็นนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ตลอดจนแจกแปรงสีฟันอันแรกให้เด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน งานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาในตำบลที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล ส่วนงานบริการชุมชนที่อยู่นอกพื้นที่ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลมีการออกหน่วยเคลื่อนที่ไปให้บริการรักษา ใน 40 โรงเรียน แห่งละ 1-2 ครั้งต่อปี ส่วนทันตภิบาลที่ประจำอยู่ที่สถานีนามัยขนาดใหญ่ รับผิดชอบพื้นที่ 3 ตำบล 24 หมู่บ้าน ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน⁴

โรงพยาบาลมีแผนการปฏิบัติงานประจำเดือนชัดเจน ทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนไม่มีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนนัก ในกรณีของงานรักษาที่จัดว่ายากทันตแพทย์เป็นผู้ให้การรักษาการทำงานส่วนใหญ่ตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาล ยกเว้นทันตภิบาลที่ต้องออกหน่วยเคลื่อนที่บริการรักษาและติดตามงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา สัปดาห์ละ 2 วัน สำหรับทันตภิบาลที่อยู่ประจำสถานีนามัยขนาดใหญ่ นอกจากงานทันตสาธารณสุขแล้ว ยังต้องรับผิดชอบงานสาธารณสุขทั่วไปอีก 1 หมู่บ้านด้วย

ทันตบุคลากรแต่ละคนในโรงพยาบาลให้บริการรักษาเฉลี่ยปีละประมาณเกือบ 1 พันคน เป็นการรักษาที่ยาก (Impacted tooth, Embedded tooth, Pulpotomy, Root canal treatment, Temporary plate และ Partial denture) ประมาณร้อยละ 3.8 ที่เหลือเป็นงานที่มีทั้งยากและง่าย (การถอนฟันปกติ การอุดฟันแท้ การขูดหินปูน) และงานด้านส่งเสริมป้องกัน (การควบคุมคราบจุลินทรีย์ การเคลือบหลุมร่องฟัน) และได้ยกเลิกบริการการใส่ฟันปลอม ซึ่งเดิมมีอยู่ เพราะระบบการจ่ายเงินค่าการผลิตฟันปลอมของช่างทันตกรรมยุ่งยาก

ทันตภิบาลที่อยู่ประจำสถานือนามัย มีผลการปฏิบัติงานด้านรักษาประมาณ 700 คนต่อปี โดยเป็นงานถอนฟัน ขูดหินปูน อุดฟัน และงานส่งเสริมป้องกัน

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย บางหมู่บ้านที่การเดินทางไปโรงพยาบาลศูนย์สะดวกกว่าไปโรงพยาบาลชุมชน สามารถส่งต่อผู้ป่วยจากสถานือนามัยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ได้

ผู้มารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลชุมชนมีเพียงร้อยละ 17 ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ที่เหลือเป็นการใช้สิทธิประโยชน์ ทั้งจากบัตรประเภทต่าง ๆ และสวัสดิการที่มี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการติดตามงานทุกเดือน โดยการเรียกประชุมทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง ทันตภิบาลปีละ 1 ครั้ง และออกนิเทศงานอำเภอร่วมกับงานอื่นปีละ 1 ครั้ง สาธารณสุขอำเภอเป็นตัวกลางในการรับการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุทันตกรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปยังสถานือนามัยขนาดใหญ่

ทั้งอำเภอมีเครื่องขูดหินปูนไฟฟ้า จำนวน 11 เครื่อง ใช้ในโรงพยาบาลชุมชน 3 เครื่อง สถานือนามัยขนาดใหญ่ 1 เครื่อง ที่เหลือเวียนใช้ในสถานือนามัยอื่น ๆ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีความคิดเห็นว่าการทันตสาธารณสุขได้ดำเนินการมาอย่างถูกต้องทาง มีทั้งงานด้านรักษาและส่งเสริมป้องกัน แต่บุคลากรมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ ทันตแพทย์ไม่ควรถูกศึกษาต่อในสาขาเฉพาะทาง แต่ควรเข้ารับการศึกษาต่อในระดับสูงในเรื่องที่เหมาะสมมากกว่าความเห็นต่อการที่มีทันตภิบาลประจำอยู่ในสถานือนามัยนั้น คิดว่าไม่จำเป็นต้องมีทุกสถานือนามัย ควรจัดระบบการดูแลเป็นโซน ระบบการจัดซื้อวัสดุบางอย่างรวมกันทั้งจังหวัด มีผลดีทำให้โรงพยาบาลชุมชนสะดวก ได้ของคุณภาพดี ราคาถูกมาใช้

2 ด้านผู้รับบริการ

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของประชาชนใน 3 หมู่บ้านมีความคล้ายคลึงกัน โดยแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง คือตอน ตื่นนอนก่อนอาหารเช้าและก่อนนอน ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรมากกว่าของตนเอง เด็กส่วนใหญ่เริ่มมีการแปรงฟันเมื่ออายุประมาณ 1 ปี 6 เดือน ประชาชนบริโภคอาหารพื้นเมืองโดยปรุงเองในครอบครัว โดยถั่วเป็นอาหารคาวไม่นิยมเติมน้ำตาล แต่นิยมเติมน้ำตาลในอาหารของบุตร โอกาสการบริโภคอาหารว่างระหว่างมื้อมีน้อย ยิ่งเป็นเขตชนบทยิ่งมีโอกาสบริโภคน้อย เนื่องจากสถานะของอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนการเข้าถึงสินค้าเหล่านี้ ส่วนน้ำอัดลมเป็นสินค้าฟุ่มเฟือย แต่เป็นสิ่งเซ็ดหน้าชูตา นิยมบริโภคในงานพิธีต่าง ๆ

การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนประชาชนจะไปรับบริการเมื่อมีอาการของโรคในช่องปากปรากฏชัดเจนแล้ว รับรู้สภาวะโรคฟันผุมากกว่าโรคปริทันต์ และให้ความสำคัญแก่สุขภาพช่องปากในเหตุผลที่ต้องพบปะผู้คนมากกว่าเหตุผลด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องการดูแลสุขภาพของบุตรที่ยังอายุน้อย เช่น การดื่มน้ำหลังดื่มนม การเช็ดฟันให้บุตรนั้น ได้รับเมื่อนำบุตรไปฉีดวัคซีนในคลินิกเด็กดีที่สถานือนามัยเป็นหลัก ที่เหลือได้จากสื่อสารมวลชน เช่น สื่อวิทยุโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ ซึ่งประชาชนสามารถปฏิบัติได้ดีพอสมควร เด็ก ๆ มีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่น นิยมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึงอายุประมาณ 1 ขวบขึ้นไป บางรายให้ถึง 3 ขวบ มารดาส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับบ้านทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรเป็นหลัก แม้จะมีอาชีพค้าขายหรือเสริมส่วยก็จะประกอบอาชีพอยู่ที่บ้าน รายได้หลักของครอบครัวมาจากการทำงานของบิดา ไม่พบพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อการสบฟันของเด็ก เช่น ดูดนม กัดของแข็ง

ความเชื่อที่ผิดที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากถูกลบล้างไปเองจากประสบการณ์ใหม่ เช่น ความเชื่อว่าคนท้องทำฟันไม่ได้ ระบบของบริการอนามัยแม่และเด็กของจังหวัดกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่รับฝากครรภ์ต้องให้บริการชุดหินปูนด้วย ทำให้ผู้มาฝากครรภ์ทุกคนได้รับการทันตกรรมชนิดที่ปราศจากความเจ็บปวด เมื่อรับบริการแล้วสภาพในช่องปากดีขึ้น ผู้รับบริการพึงพอใจ ทำให้ประชาชนยอมรับการทำให้ฟันที่จำเป็นในขณะตั้งครรภ์ได้ ประชาชนยังมีความเชื่อว่าเมื่ออายุมาก ฟันแท้จะต้องหลุดไป การแปรงฟันก่อให้เกิดความมั่นใจในการพบปะผู้คน ระงับกลิ่นปาก ประชาชนยังคงไม่ทราบความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากกับสุขภาพร่างกาย เพียงแต่คิดว่า โรคฟันผุก่อให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งความเจ็บปวดเท่านั้นที่ถือเป็นปัญหาหลักของสุขภาพช่องปาก

ประชาชนใช้บริการทันตกรรมเมื่อมีอาการปวดฟันแล้ว ปัจจัยหลักที่ใช้พิจารณาเลือกสถานบริการสาธารณสุข คือ (1) เดินทางสะดวก (2) ไม่เสียค่าบริการเพราะมีการใช้สิทธิประโยชน์ประเภทต่าง ๆ ตั้งแต่บัตรสุขภาพ ซึ่งต้องซื้อจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งอาจถือว่าเป็นการเสียค่าบริการราคาถูก บัตรผู้มีรายได้น้อย ซึ่งไม่เสียค่าบริการ และสิทธิการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจถือว่าทำงานให้ชุมชนเพื่อแลกสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้จากระบบงานอนามัยแม่และเด็กที่กำหนดให้มีการชุดหินปูนให้ผู้มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทำให้ประชาชนบางส่วนได้รับการบริการในลักษณะการป้องกันโรคขั้นปฐมภูมิ (Primary prevention) ซึ่งผลการบริการเป็นไปในทางบวก ช่องปากสะอาด ไม่มีความเจ็บปวดขณะให้บริการ ทำให้ประชาชนเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการให้ทันตสุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพฟันบุตร ทำให้มารดาของเด็กเล็กสามารถ

ดูแลสุขภาพช่องปากบุตรได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับเป้าหมายกิจกรรมของแผนงานทันตสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 และ 8

แม้ว่าบิดามารดาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรมากกว่าตนเอง แต่ภาระจากการงานอาชีพประกอบกับโรงเรียนมักเป็นภาระในการพาเด็กที่เรียนอยู่ในโรงเรียนไปรับบริการทันตกรรม ตลอดจนหน่วยงานราชการทำหน้าที่เป็นผู้ให้ตลอดมา ทำให้บิดามารดาละเลยหน้าที่นี้ ปล่อยให้ภาระของทางโรงเรียน

ส่วนโรงเรียนให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากของเด็กเพียงการพาเด็กไปรับบริการรักษาทางทันตกรรม และให้ความสนใจเรื่องการส่งเสริมป้องกันน้อย นอกจากนี้ยังยอมให้มีการขายอาหารที่มีผลเสียต่อฟันในโรงเรียน ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ประชาชนพึงพอใจผลการรักษาของทันตบุคลากร เพราะการมารับบริการส่วนใหญ่มาด้วยการมีอาการเจ็บปวดทรมาน การรักษาที่ได้รับทำให้ลดหรือหยุดความเจ็บปวดได้ในทันที ประชาชนให้ความสำคัญกับการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของผู้ให้บริการ การสื่อสาร 2 ทาง เป็นปัจจัยดึงดูดให้เข้ารับบริการ เพราะ ได้ทราบว่า ตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร เกิดมาจากอะไร ผู้ให้บริการจะดำเนินการอย่างไรบ้าง และผู้รับบริการจะปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะป้องกันการกลับมาเป็นโรคอีก ทำให้ผู้รับบริการเกิดความผ่อนคลาย รู้สถานการณ์ของตนเองว่าจะต้องเผชิญกับอะไร และรู้ว่าสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อไปอย่างถูกต้องนั้นเป็นอย่างไร อย่างไรก็ดี ภาพลักษณ์ของสถานบริการสาธารณสุขเองแม้ในส่วนที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการบริการทันตกรรมโดยตรง ก็ส่งผลกระทบต่อการเข้ามารับบริการทันตกรรมของประชาชนด้วย

ในพื้นที่ที่ค่อนข้างเป็นเมือง ประชาชนใช้บริการ ทันตกรรมตามฐานะ แม้ระยะทางไกลก็ไม่ใช่วิธีปัญหา จึงมีการไปรับบริการจากทั้งคลินิก

เอกชน โรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ในอำเภอเมือง และจากโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอ ส่วนในพื้นที่ที่เป็นชนบท ใช้บริการที่ไปได้สะดวก ไม่เสียเงินหรือเสียเงินน้อย ส่วนใหญ่ใช้บริการจากสถานีนอนามัย และทุกหมู่บ้านไม่มีการไปรับบริการทางเลือกอื่น ๆ เช่น การแพทย์แผนโบราณ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน หรือบริการของหมอเถื่อนเลย

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1 การผสมผสานงานทันตสุขศึกษาไว้กับงานอนามัยแม่และเด็ก

การผสมผสานงานทันตสุขศึกษาไว้กับงานอนามัยแม่และเด็กเป็นตัวอย่างที่ดีของการผสมผสานงาน มีการดำเนินงานตามกลวิธีของแผนงานทันตสาธารณสุข ฉบับที่ 7 และฉบับที่ 8 กลุ่มแม่และเด็ก โดยกำหนดให้หญิงมีครรภ์ต้องได้รับการชุดหินปูนและได้รับทันตสุขศึกษาในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองและบุตร และให้ทันตสุขศึกษาเมื่อพบบุตรมารับวัคซีนจากคลินิกเด็กดีในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ทำให้มีโอกาสได้รับทันตสุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง แม้จะเป็นต่างสถานที่ก็ตาม ซึ่งด้านผู้ให้บริการได้จัดให้มีเครือข่ายของการดำเนินงานไม่ขาดช่วง ความต่อเนื่องนี้ส่งผลกระทบให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นสุขนิสัยในเด็กที่จะเติบโตต่อไปได้

ควรพัฒนากลวิธีในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ด้วย เพื่อให้มีความครอบคลุมของการส่งเสริมป้องกันอย่างทั่วถึง ในกลุ่มแม่และเด็กที่ค่อนข้างประสบผลสำเร็จแล้วนี้ ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาวิธีการให้ทันตสุขศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2 ผลกระทบของโครงการทันตสาธารณสุขอื่น ๆ

โครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู ซึ่งแจกแปรงสีฟันให้เด็กอายุ 1 ปีครึ่งทุกคนที่มาใช้บริการฉีดวัคซีนในคลินิกเด็กดี ส่งผลกระทบทาง

บวกแก่การดูแลช่องปากให้เด็ก จากการสัมภาษณ์เจาะลึกในมารดาของเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่า ส่วนใหญ่เริ่มแปรงฟันให้เด็กเมื่ออายุ 1 ปีครึ่ง ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพช่องปากเด็กและเป็นการสร้างโอกาสให้เด็กสามารถพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพในช่วงอายุที่เหมาะสมได้

ควรสนับสนุนโครงการนี้ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่ขาดโอกาสที่มีสาเหตุจากฐานะทางเศรษฐกิจไม่อำนวย เพื่อสร้างโอกาสให้เด็กที่จะได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเท่าเทียมกัน แต่ควรมีการติดตามประเมินในแง่ประสิทธิภาพด้วย

3 สิ้นค้าทันตสุขภาพกับการคุ้มครองผู้บริโภค

การโฆษณาทางสื่อมวลชนมีอิทธิพลต่อการบริโภคของประชาชนมาก การศึกษานี้ พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพื่อสุขภาพช่องปากจากสื่อสารมวลชนที่มีเทคโนโลยีก้าวหน้ามาก มีความสำคัญมากกว่าบุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนกลยุทธ์ในการส่งเสริมการตลาดที่น่าสนใจ โดยบางครั้งไม่ได้คำนึงถึงความถูกต้องของข้อมูลที่ให้สามารถจูงใจผู้บริโภคให้เกิดพฤติกรรมบริโภคที่ปราศจากการวิเคราะห์ความจำเป็นอย่างถ่องแท้หรือวิเคราะห์จากข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

ควรมีการพัฒนาองค์กรและงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในด้านการใช้มาตรการด้านกฎหมาย และมาตรการด้านการศึกษา รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนสามารถเลือกบริโภคสินค้าสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การกำหนดมาตรการทางสังคมในการคุ้มครองผู้บริโภคในแต่ละท้องถิ่น

4 แนวคิดเกี่ยวกับการแปรงฟัน

ส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง คือตอนตื่นเช้าและก่อนเข้านอน แต่ด้วยเหตุผลเพื่อความมั่นใจในการเข้าสังคมมากกว่าเพื่อสุขภาพ บางรายภายหลังการแปรงฟันก่อนนอนแล้ว ยังมีการ

บริโภคอาหารอีก ซึ่งการแปรงฟันก่อนเข้านอนมีความสำคัญมาก เพราะขณะนอนหลับมีการไหลของน้ำลายน้อย เอื้อต่อการเกิดโรคฟันผุได้มาก

การให้ความรู้แก่ประชาชนเป็นปัจจัยนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม การอธิบายถึงเหตุผลความจำเป็นของการที่ต้องมีพฤติกรรมนั้น เป็นการสร้างความตระหนักให้กับประชาชน ซึ่งถ้ามีปัจจัยเอื้ออื่น ๆ ครบ จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ และถ้ามีการให้ข้อมูลกระตุ้นอย่างถูกต้องเป็นระยะจะเกิดเป็นพฤติกรรมถาวรได้

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหากไม่ได้รับการยืนยันว่าสิ่งที่ประชาชนยอมรับปฏิบัติตามแนวคิดใหม่ถูกต้อง เขาอาจเลิกล้มไม่ยอมรับภายหลังได้⁵

5 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

แม่ของลูกอายุ 0-5 ปี ผู้ให้สัมภาษณ์และสมาชิกการสนทนากลุ่มเกือบทั้งหมดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้นมแม่จนถึงอายุ 1 ปีขึ้นไป บางรายให้ถึง 2-3 ปี ซึ่งทำให้แม่ต้องอยู่บ้านเพื่อให้นมและเลี้ยงดู แม้จะประกอบอาชีพเสริมก็ยังทำอยู่ที่บ้าน เด็กได้รับความอบอุ่นจากแม่เต็มที่ พบว่าเด็กไม่มีพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อฟัน เช่น ดูดนิ้ว อมข้าว แต่หลังการหย่านมแม่แล้ว เด็กมักดื่มนมกล่องชนิดหวาน

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายเด็กโดยตรง และมีโอกาสดูแลฟันลูกอย่างใกล้ชิด และมีผลโดยอ้อมที่ทำให้เด็กได้รับความอบอุ่น ชัดขวางการเกิดพฤติกรรมบางอย่างที่ไม่พึงปรารถนา⁶ ซึ่งส่งผลเสียต่อฟันด้วย

6 วัฒนธรรมการบริโภค

ประชาชนบริโภคอาหารพื้นเมืองโดยปรุงเองในครอบครัว อาหารพื้นเมืองภาคเหนือที่เป็นอาหารคาวไม่นิยมเติมน้ำตาล ซึ่งเป็นผลดีต่อทั้ง

สุขภาพกายและทันตสุขภาพ แต่นิยมเติมน้ำตาลในอาหารของบุตร ซึ่งเป็นการสร้างพฤติกรรมให้เด็กติดอาหารรสหวาน แบบแผนการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป

ควรให้ความรู้แก่ประชาชนถึงผลกระทบของการบริโภคอาหารหวานในหลาย ๆ ด้าน เพื่อปรับเปลี่ยนไม่ให้ผู้เลี้ยงดูเด็กสร้างนิสัยในการบริโภคอาหารหวานแก่เด็ก

7 การบริโภคอาหารว่างระหว่างมื้อ

ประชาชนไม่นิยมบริโภคอาหารว่างระหว่างมื้อ เพราะวิถีชีวิตของชาวบ้านไม่ค่อยมีการซื้อขายเพื่อบริโภคมากนัก มีการปลูกข้าวไว้บริโภคในครัวเรือน ปลูกผัก หาของป่ามาปรุงอาหาร ทำให้ร้านค้าที่ขายอาหารว่างมีจำนวนน้อย แต่เมื่อวิเคราะห์ทัศนคติของประชาชน พบว่า ถ้าพอมีเงินอยู่บ้างก็จะมีการเปลี่ยนวิถีชีวิตไป เช่น การส่งลูกเข้าเรียนในอำเภอเมือง รับผิดชอบการบริโภคแบบคนเมือง ไม่มีแนวคิดของการลดการบริโภคอาหารระหว่างมื้อ

ในการสร้างพฤติกรรมทันตสุขภาพด้านการบริโภค ที่ต้องเน้นการลดความถี่ของการบริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารหวาน ซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุ นอกจาก การสร้างค่านิยมการบริโภคเพื่อสุขภาพแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องหาทางสกัดกั้นการเข้าถึงสินค้าประเภทนี้ด้วย เพราะแม้ประชาชนจะไม่มีบริโภคอาหารว่างระหว่างมื้อกันอย่างกว้างขวางแต่ไม่ได้เกิดจากแนวคิดเพื่อสุขภาพแต่เกิดจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจของชุมชนมากกว่า

8 การให้คุณค่าของน้ำอ้อยดลม

ประชาชนให้คุณค่าของน้ำอ้อยดลมว่าเป็นสิ่งเชิดหน้าชูตา มักบริโภคในงานพิธีต่าง ๆ และเนื่องจาก ฐานะทางเศรษฐกิจยังไม่อำนวย จึงไม่มีการบริโภคในชีวิตประจำวัน เพราะต้องคำนึงถึงอาหารมื้อหลักมากกว่า ครอบครัวฐานะดีมีการบริโภคน้อยกว่า ซึ่งน่าจะประมาณได้ว่า ถ้ามีการ

พัฒนาทางด้านเศรษฐกิจมากขึ้น อาจมีการบริโภค น้ำอัดลมกันมากขึ้น

ควรจัดการรณรงค์เรื่อง ผลกระทบของ น้ำอัดลมในแง่ลบต่อสุขภาพให้มากขึ้น ทั้งในเรื่อง ที่น้ำอัดลมไม่มีสารอาหารที่มีประโยชน์แต่น้ำตาล เป็นส่วนประกอบหลัก ให้ประชาชนทราบความ จริงถึงผลต่อสุขภาพ เพื่อหวังผลในการป้องกันโรค ไม่ควรรอจนเกิดพฤติกรรมการบริโภคกันอย่าง แพร่หลายแล้วจึงดำเนินการ

9 บทบาทของพ่อแม่ผู้ปกครองในการ ดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

โรงเรียนมักับภาระพาเด็กนักเรียนไปรับ บริการทันตกรรม และหน่วยงานราชการทำ บทบาทหน้าที่เป็นผู้ให้ ทำให้พ่อแม่และเลเยหน้าทีนี้ และยังคงละเลยการดูแลสุขภาพช่องปากลูกด้วย โดยมีแนวคิดที่ว่า เมื่อลูกอยู่ในวัยเรียนประถมศึกษาแล้ว ปล่อยให้เด็กดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง เมื่อมีโรคในช่อง ปากเกิดขึ้น ก็ให้โรงเรียนพาเด็กไปรักษา

ควรสร้างทัศนคติให้พ่อแม่ผู้ปกครอง รับผิดชอบในสุขภาพช่องปากของบุตรอย่างต่อเนื่อง เพราะในเด็กวัยก่อนเรียนมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ ปกครองดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรตั้งแต่วัยก่อนคลอดอยู่ แล้ว ส่วนในโรงเรียนประถมศึกษามีการดำเนิน งานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ แต่การ ดำเนินงานมีลักษณะของการให้จากภาครัฐมาก จนกระทั่งผู้ปกครองเคยชินว่าเป็นหน้าที่ของภาคร ัฐเพียงฝ่ายเดียว ทำให้การส่งเสริมทันตสุขภาพ ในเด็กนักเรียนไม่เกิดผลเต็มศักยภาพที่ควร

10 มุมมองด้านงานทันตสาธารณสุข ในโรงเรียน กับบทบาทบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

แม้โรงเรียนเป็นแหล่งที่เด็กสามารถได้รับ อาหาร ตามหลักโภชนาการ เช่น อาหารกลางวัน อาหารว่าง ประเภทนมชนิดต่าง ๆ ก็ตาม แต่ก็ยังเป็นแหล่งหนึ่งที่สามารถหาซื้ออาหารหวานที่เป็น โทษต่อฟันได้

ควรมีการสร้างตระหนักรู้ให้กับผู้ บริหารโรงเรียนและบุคลากรทุกระดับของโรงเรียน ตลอดจนผู้ปกครอง ในผลของการบริโภคอาหาร บางประเภทในด้านสุขภาพ และให้มีความรู้สึก ว่า โรงเรียนเป็นสถานที่ที่สำคัญในการพัฒนาทันต สุขภาพเด็ก ซึ่งจะมีผลกระทบต่อเนื่องไปถึงผลการ เรียนและคุณภาพชีวิตของเด็กนักเรียนด้วย

11 ความเชื่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ช่องปาก

การศึกษานี้ พบว่า การแก้ความเชื่อ ว่า หึงตั้งครรภ์ไม่สามารถรับบริการทันตกรรมได้ โดยการกำหนดให้หึงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ต้อง ได้รับทันตสุขศึกษาและชุดหินปูนทุกราย และ มารดาที่พาบุตรมาฉีดวัคซีนได้รับทันตสุขศึกษา กระตุ้น และเมื่อบุตรอายุ 1 ปีครึ่ง ได้รับแจกแปรง สีฟัน หึงมีครรภ์ส่วนใหญ่พอใจสภาพช่องปาก ของตนเองภายหลังการชุดหินปูน และยังเกิดความ มั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรว่าปฏิบัติได้ถูก ต้อง นอกจากนี้ บุตรยังได้รับปัจจัยเอื้อในการเริ่ม พัฒนาพฤติกรรมการแปรงฟันในช่วงเวลาที่ เหมาะสมด้วยจากบริการทันตสาธารณสุขลักษณะนี้ กระทบโดยอ้อมต่อการเปลี่ยนความเชื่อที่ว่าหึงมี ครรภ์ทำฟันไม่ได้ให้เปลี่ยนไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การที่ประชาชนที่ได้รับความรู้และหน่วย งานของรัฐสามารถใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ยืนยันให้ เกิดความมั่นใจในความรู้ นั้น มีความเป็นไปได้ที่จะ ปรับเปลี่ยนความเชื่อให้ถูกต้องได้

การแก้ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง จึงควรมีขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การให้ความรู้ทฤษฎี พิสูจน์ด้วยการปฏิบัติ ให้เห็นจริง จัดให้ประชาชนมีประสบการณ์ เพื่อ จูงใจให้เกิดความเชื่อและค่านิยมด้วยผลลัพธ์ที่มี ผลดีให้เห็นได้ชัดเจนว่าเกิดจากการปฏิบัติ นั้น

12 การรับรู้สภาวะโรคและความผิด ปกติในช่องปาก

ประชาชนรับรู้สภาวะโรคและความผิดปกติในช่องปากเมื่อมีอาการเจ็บปวดทรมานแล้ว และยังให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากในการที่จะต้องพบปะผู้คนมากกว่าเพื่อสุขภาพ เนื่องจากในสังคมที่ศึกษานี้มีลักษณะของการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตด้านการยอมรับของสังคมมากกว่าด้านกายภาพของบุคคล

ควรมีการทำให้ประชาชนรับรู้สุขภาพในด้านบวก คือ รับรู้ว่าสุขภาพดีเป็นอย่างไร ซึ่งต้องใช้ความพยายามมาก เพราะประชาชนยังต้องทรมานในเรื่องการงานอาชีพเพื่อปากท้อง ควรพัฒนากลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างมากกว่าการซ่อมสุขภาพ โดยคำนึงถึงเทคโนโลยีการเพิ่มศักยภาพของชุมชน ความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ทั้งสังคมวัฒนธรรมและการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นที่มีอยู่อย่างยั่งยืนด้วย

13 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมของพื้นที่นี้มีความเป็นจริงได้เพราะมีการยึดหยุ่นของขั้นตอนตามสถานการณ์พอสมควร ประชาชนยอมรับที่จะไปรับบริการเบื้องต้นที่สถานเอนามัยก่อน เพื่อคัดกรองและดำเนินการส่งต่อตามความเหมาะสม หมู่บ้านที่สามารถเดินทางไปอำเภอเมืองได้สะดวกกว่าการเดินทางไปตัวอำเภอ กำหนดให้สามารถส่งต่อจากสถานเอนามัยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ได้เลย ซึ่งทำให้เกิดความสะดวกในการไปรับบริการประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น

ระบบการส่งต่อที่ยึดหยุ่นตามสมควรนี้สามารถนำไปเป็นแบบอย่างแก่พื้นที่อื่นที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ เพื่อเอื้อให้มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่

14 ปัจจัยในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชน

เศรษฐกิจมีความสำคัญที่สุดในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชน ทำให้สิทธิ

ประโยชน์ที่มี เช่น จากบัตรสุขภาพ หรือสิทธิประโยชน์จากแหล่งอื่นเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งของการไปรับบริการและเลือกใช้สถานบริการ จากเอกสารของโรงพยาบาล พบว่า ทั้งอำเภอมีประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่ต้องจ่ายเงินเพื่อรับสิทธิประโยชน์และที่รับการสงเคราะห์ ประมาณร้อยละ 81

มีความจำเป็นในการสร้างโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้อย่างเท่าเทียมกัน ควรมีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของบริการทันตสาธารณสุขที่ประชาชนควรได้รับ ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยกำหนดตั้งแต่ระดับนโยบาย ศึกษาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการจัดระบบบริการทันตสาธารณสุขในบริบทของประเทศ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ ในทุกด้าน เพื่อให้ได้มาตรฐานขั้นต่ำที่มีความเป็นจริง สามารถปฏิบัติได้ การมีทันตภิบาลในระดับตำบล เป็นทางหนึ่ง que เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม แต่ควรมีการติดตามเรื่องระบบงาน การสนับสนุน และการพัฒนาทันตภิบาลเพื่อให้อยู่ในระบบและทำงานได้อย่างมีความสุข

15 การสร้างสัมพันธภาพกับชุมชนและทีมงาน

ทันตบุคลากรที่อยู่ในสถานเอนามัยมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนและเพื่อนร่วมงาน ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีแม้จะปฏิบัติงานในพื้นที่เพียง 2 ปี ทำให้ได้รับความร่วมมือในการทำงานเป็นอย่างดี

พื้นที่อื่นสามารถนำไปเป็นแบบอย่างได้ โดยการศึกษาชุมชนและสร้างสัมพันธภาพให้ชุมชนและทีมงานเกิดการยอมรับ วิธีการสร้างสัมพันธภาพควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน การยอมรับของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการได้รับความร่วมมือจากชุมชนและทีมงาน และในการส่งเสริมสุขภาพยุคปัจจุบันต้องอาศัยประชา

สังคมในการดำเนินงาน ยังต้องการสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชนมากขึ้น

unaspu

การศึกษานี้ได้ข้อมูลสถานการณ์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน ทั้งในเรื่องของการทำความสะอาดช่องปาก การบริโภคอาหาร การรับรู้สภาวะช่องปาก การไปรับบริการทันตกรรม ความคิดเห็นต่อการจัดบริการทันตสาธารณสุข ระดับอำเภอของภาครัฐ ตลอดจนรูปแบบของการจัดบริการในพื้นที่ที่ศึกษา ข้อค้นพบที่น่าสนใจได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกทั้งในด้านประชาชนและด้านผู้ให้บริการ ร่วมกับการสนทนากลุ่มประชาชน การออกแบบการศึกษาได้เน้นความสนใจและระมัดระวังในการเก็บข้อมูลให้ได้ภาพที่ใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่เป็นจริงให้มากที่สุด กรณีที่การวิจัยนี้ไม่สามารถนับเป็นตัวแทนของจังหวัดและภาคได้ จึงเน้นให้ได้กลุ่มตัวอย่างประชาชนในพื้นที่ที่ศึกษาให้มีลักษณะหลากหลาย เช่น อาชีพ อายุ การศึกษา เป็นต้น

จากผลการศึกษาได้ให้ข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่
(1) การรับรู้ของประชาชนต่อสภาวะสุขภาพช่อง

ปาก (2) ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน (3) อุปสรรคของการดำเนินการในบางกลยุทธ์ของงานทันตสาธารณสุข (4) จุดอ่อนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชน (5) วิธีชีวิตบางประการที่น่าจะขัดขวางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ซึ่งน่าจะนำไปเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดบริการทันตสาธารณสุขพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับจากภาครัฐอย่างเท่าเทียมกัน ภายใต้บริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ

1 การสนับสนุนงบประมาณการวิจัยจาก กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และองค์การอนามัยโลก (ผ่านทางสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข)

2 ความร่วมมือในการให้ข้อมูลของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง โรงพยาบาลแม่ทะ สถานีอนามัยนาขวาง และประชาชนในหมู่ที่ 2 บ้านท่าแห่น ตำบลแม่ทะ , หมู่ที่ 2 บ้านนาขวางและหมู่ที่ 6 บ้านเอี้ยก ตำบลดอนไฟ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

เอกสารอ้างอิง

- 1 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พศ.2537 ประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร : 2538
- 2 กระทรวงสาธารณสุข โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย เอกสารอัดสำเนา โครงการเสนอคณะรัฐมนตรี 2534
- 3 กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข การสำรวจทันตบุคลากรทั่วประเทศ ปี 2540 เอกสารอัดสำเนา
- 4 คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอแม่ทะ การประเมินงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2540 เอกสารอัดสำเนา
- 5 ณรงค์ สมพงษ์ สื่อเพื่องานส่งเสริมเผยแพร่ พิมพ์ครั้งที่ 1 งานการพิมพ์ ฝ่ายสื่อการศึกษา สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร : พศ.2530 หน้า 9.
- 6 สมภาพ โรจนพันธ์ , บุญมาก พรหมพวย คู่มือเลี้ยงดูเด็ก สำนักพิมพ์มณฑนาสถาปัตย์ กรุงเทพมหานคร : มปป.

Indepth Study on the Oral Health Care Situation of Thai People : Case Study in Maeta District, Lumpang Province

DOWRUENG KAEWKHUNTEE* D.D.S., M.P.H., B.A. (Communication Arts), Diplome (Thai Board of Dental Public Health)
CHANTANA UNGCHUSAK * D.D.S., M.P.H., Diplome (Thai Board of Dental Public Health)
PHENKHAELAPYING * D.D.S., M.P.H., B.Econ., Diplome (Thai Board of Dental Public Health)
PIYADA PRASERTSOM * D.D.S., M.Sc. (Epidemiology), Diplome (Thai Board of Dental Public Health)

Abstract

This study aimed to assess the oral health care situation in Thai. The data were collected from service provider and consumer aspects both in quantitative and qualitative approaches. The existing reports of the health service at all levels in Maeta District were reviewed to collect the performance of oral health personnel. The service providers and related personnel were also interviewed in-depth about oral health service. In-depth interview and focus group discussions were used to assess oral health and related behaviors of the people in 3 villages.

The dental services and oral health programs, i.e., oral prophylaxis in pregnancies, oral examination for the children and health education for mothers in well child clinic, oral health surveillance in primary schools and mobile dental service were provided by dental personnel in the community hospital and a dental nurse in a health center. The coverage of dental service was 4.5 percent. Most of the patients had a variety of welfare benefits, only 17 percent paid by themselves. There was a monitoring by personnel in provincial level.

People brushed their teeth twice a day, but irregularly, especially before bedtime. Parents concerned about their children's teeth more than their own. They sometimes consumed aerated water and snack. Oral care was valued as social aspect, not health. They perceived dental caries better than periodontal disease, but when signs and symptoms occurred. Most of the people sought oral health services when they had toothache and were satisfied when the pain was relieved. The main reason for choosing where to go was related to transportation and benefit utilization. People in the urban area chose different places according to economic status but those in the rural area went to the health center. There was no other alternative local dental services in the study area.

Key Word : Oral Health Care ; Indepth Study

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

สิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการประกันสังคม ในมุมมองของทันตแพทย์

เพ็ญแข ลากยัง *

ธานินทร์ สุธีประเสริฐ **

ท.บ. , ส.ม. , ศ.บ., ศศ.ค

ส.บ., ศศ.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความเข้าใจและความคิดเห็นของทันตแพทย์ที่มีต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรมในโครงการประกันสังคม เก็บข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงทันตแพทย์ที่เป็นสมาชิกทันตแพทย์สภาทุกคนจำนวน 5,800 ฉบับ มีการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 15.0 แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ, ข้อมูลบริการทันตกรรม, ความเข้าใจต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรม, ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อสิทธิประโยชน์ดังกล่าว และค่าบริการทันตกรรมภาคเอกชน

ร้อยละ 57.4 ของผู้ตอบกลับเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 35.8 ปีและมีอายุการทำงานเฉลี่ย 11.2 ปี โดยเป็นผู้ให้บริการทันตกรรมทั่วไปมากที่สุด ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์นี้ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับตัวทันตแพทย์เอง จึงปฏิบัติตามข้อกำหนดของสำนักงานประกันสังคมได้ ยังพบว่าภาคการทำงานสัมพันธ์กับความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญ (95% CI) อย่างไรก็ตาม ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเงินและสิทธิประโยชน์ด้านผู้ประกันตนได้เพราะมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน

ระหว่าง 1 มกราคม - 30 ตุลาคม 2541 ผู้ประกันตนมารับบริการทันตกรรมไม่มากนัก เมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไปโดยทันตแพทย์ที่อยู่เฉพาะภาคเอกชนรายงานว่าให้บริการแก่ผู้ประกันตนมากกว่า ทันตแพทย์ที่อยู่ทั้งภาครัฐและเอกชน และเฉพาะภาครัฐ ตามลำดับ และร้อยละ 2.7 ของทันตแพทย์ทั้งหมดให้บริการแก่ผู้ประกันตนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้รับบริการทั้งหมด สถานบริการเอกชนเกือบทั้งหมดคิดค่าบริการสำหรับผู้ประกันตนเท่ากับผู้รับบริการทั่วไปขณะที่ภาครัฐมีความยืดหยุ่นด้านราคาสำหรับผู้ประกันตนมากกว่า เมื่อพิจารณาจากค่าบริการเฉลี่ยภาค

* สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

** กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร อ.เมือง สุพรรณบุรี

เอกชน พบว่าค่าบริการทันตกรรมภาคเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลสูงกว่าในต่างจังหวัด
ทุกรายการ ยังพบว่าการเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างภาครัฐและเอกชน ทันตแพทย์ที่ทำงานทั้งใน
ภาครัฐและเอกชนใช้ประโยชน์จากบัตรผู้ป่วยนอกและมีการจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกให้บริการทันตกรรม
มากกว่าผู้ที่อยู่เฉพาะภาคเอกชน

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า สิทธิประโยชน์นี้เป็นผลดีต่อผู้ประกันตน มากกว่าต่อวิชาชีพและ
ตัวทันตแพทย์เอง ครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์เห็นว่า โครงการดังกล่าวมีปัญหา ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่
เกิดจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนของผู้ประกันตน, ของผู้ให้บริการ และการออกหลักฐานรับรองการใช้
บริการให้ผู้ประกันตนนำไปเบิก และมีข้อเสนอแนะจำนวนหนึ่งเพื่อการปรับปรุงระบบ

คำสำคัญ : สิทธิประโยชน์ทันตกรรม, โครงการประกันสังคม, ทันตแพทย์, ผู้ประกันตน, ค่าบริการ,
ระบบการจ่ายเงินตามบริการที่เกิดขึ้น, บริการทันตกรรมด้วยหน่วยเคลื่อนที่

บทนำ

สำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม 3 ประเภทให้แก่ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม ตั้งแต่วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา บริการทันตกรรมดังกล่าว ได้แก่ การขูดหินน้ำลาย ถอนฟันและอุดฟัน โดยผู้ประกันตนสามารถรับบริการทันตกรรมได้จากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วราชอาณาจักร โดยเบิกค่าบริการทันตกรรมคืนได้ (reimbursement) ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 400 บาทต่อปี (fee-for-service with ceiling)⁽¹⁾ สิทธิประโยชน์นี้แตกต่างหากจากบริการการแพทย์หรือการรักษาความเจ็บป่วยที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการทำงานซึ่งสำนักงานประกันสังคม (purchaser) จ่ายให้สถานพยาบาลหลักซึ่งเป็นคู่สัญญา (main contractor) แบบเหมาจ่ายเป็นเงิน 1,000 บาทในปัจจุบัน ต่อผู้ประกันตน 1 คน สำหรับการบริการการแพทย์จะเกิดขึ้นในเวลาหนึ่งปีนับจากวันทำสัญญา

เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมได้ให้สิทธิผู้ให้บริการสามารถเบิกเงินค่าบริการทันตกรรมจากสำนักงานประกันสังคมโดยไม่ต้องเรียกเก็บเงินจากผู้ประกันตนก่อน แต่ต้องมาทำความตกลงขอรับค่าบริการทันตกรรมกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือเขต⁽²⁾ หากสถานบริการใดไม่ต้องการรับภาระดังกล่าวก็เรียกเก็บเงินจากผู้ประกันตนเช่นเดียวกับผู้รับ

บริการทันตกรรมทั่วไป และออกหลักฐานให้ผู้ประกันตนมาเบิกเงินคืนเอง จากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือเขตซึ่งการวินิจฉัยและการจ่ายเงินคืนให้ผู้ประกันตนสามารถดำเนินการเสร็จสิ้น ณ สำนักงานนั้นๆ (one stop service) นอกจากนี้ผู้ประกันตนสามารถมอบฉันทะให้บุคคลอื่นมาเบิกแทนได้ โดยสามารถขอรับเป็นเงินสดหรือเช็คส่งจ่ายในนามผู้ประกันตน และสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือเขตจะส่งรายงานการเบิกเงินกรณีทันตกรรมมายังสำนักงานใหญ่พร้อมกับรายงานการเบิกเงินอื่นๆ

สำหรับการดำเนินการด้านผู้ให้บริการ สำนักงานประกันสังคมได้ส่งหนังสือชี้แจงแก่สถานบริการทันตกรรมที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขโดยแนบบแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม (แบบ สปส.2-16) และโปสเตอร์เพื่อการประชาสัมพันธ์ในสถานบริการ และมีการประชาสัมพันธ์ถึงผู้ประกันตนผ่านทางสถานประกอบการและผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งพิมพ์

นับแต่เริ่มโครงการในเดือนมกราคม ปี 2540 รายงานจำนวนการเบิกจ่ายเงินทดแทนกรณีทันตกรรมที่เข้ามาสู่สำนักงานประกันสังคมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมูลค่าการเบิกเงินทดแทนกรณีทันตกรรมเพิ่มขึ้นจาก 45.61 ล้านบาทในปี 2540 เป็น 105.94 และ 131.67 ล้านบาทในปี 2541 และ 2542 ตามจำนวนการเบิกเงิน (claim)

ตาราง ก. จำนวนผู้ประกันตน จำนวนการเบิก และจำนวนเงินที่เบิกทดแทนกรณีทันตกรรม จำแนกตามปี
Table A Number of insured persons, dental claims and number of reimbursed money by year

รายการ	2540	2541	2542
จำนวนผู้ประกันตน (คน)	6,084,822	5,418,182	5,679,567
จำนวนการเบิกเงินทดแทนกรณีทันตกรรม (ครั้ง)	236,562	541,651	671,090
จำนวนเงินที่เบิกทดแทนกรณีทันตกรรม (ล้านบาท)	45.61	105.94	131.67

ที่มา : สถิติประกันสังคม พ.ศ. 2540, 2541 และ 2542 สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

ที่เพิ่มขึ้นจาก 236,562 ครั้งเป็น 541,651 และ 671,090 ครั้งตามลำดับ ดังตาราง ก. สำนักงานประกันสังคมตั้งข้อสังเกตว่า 1) มีปัญหาในด้านการเบิกจ่ายเงินไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเบิกโดยยังมีให้บริการ 2) บริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานเนื่องจากเกิดบริการโดยผู้ให้บริการที่ไม่ใช่วิชาชีพ, ให้บริการด้วยหน่วยเคลื่อนที่ และ 3) มีการลดต้นทุนที่ส่งผลต่อคุณภาพ⁽³⁾ จึงมีการตรวจสอบการเบิกจ่ายโดยมุ่งตรวจสอบเฉพาะพื้นที่ที่มีจำนวนการเบิกเงินมากผิดปกติ

การศึกษาถึงสภาพและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจึงเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ดังกล่าวเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์อย่างแท้จริง และควรเป็นการศึกษาทั้งด้านผู้ประกันตนและผู้ให้บริการ แต่เนื่องจากเพิ่งเริ่มโครงการ ผู้ประกันตนส่วนใหญ่อาจไม่รู้ถึงสิทธิดังกล่าว (lack of information) ภาวะการใช้บริการทันตกรรมและการเบิกจ่ายเงินยังไม่อยู่ในระดับคงที่โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การศึกษาด้านผู้ประกันตนตั้งแต่เริ่มโครงการอาจประสบปัญหาด้านระเบียบวิธีวิจัย จึงควรทอดระยะเวลาออกไปอย่างน้อย 3-5 ปี

เนื่องจากระบบนี้อาศัยโครงสร้างบริการที่มีอยู่เดิมทั้งภาครัฐและเอกชน ทันตบุคลากรจึงเป็นทั้งผู้รองรับความต้องการบริการและต้องเป็นผู้ออกหลักฐานการรับบริการเพื่อให้ผู้ประกันตนนำไปใช้เบิกเงินจากสำนักงานประกันสังคม ปัญหาอุปสรรคที่ทันตแพทย์พบ รวมทั้งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ดังกล่าวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกของโครงการที่อาจมีปัญหามาจากความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และระหว่างผู้ให้บริการกับเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาระยะพรรณนา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ทันตแพทย์ทุกคนที่เป็นสมาชิกทันตแพทยสภา จำนวน 5,800 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วนคือ ก. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ ข. ข้อมูลบริการทันตกรรม ค. ความเข้าใจต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรม ง. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อสิทธิประโยชน์ดังกล่าว และ จ. ข้อมูลค่าบริการทันตกรรมภาคเอกชน

วิธีการเก็บข้อมูล ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงทันตแพทย์ และขอความร่วมมือให้เขียนตอบและส่งกลับมาภายในวันที่ 20 ธันวาคม 2541 โดยผู้วิจัยไม่ลงหมายเลขแบบสอบถามและผู้ตอบไม่ต้องระบุชื่อเพื่อให้ผู้ตอบมั่นใจได้ว่า ผู้วิจัยไม่สามารถทราบชื่อผู้ตอบอย่างแน่นอน

การวิเคราะห์ข้อมูล กรอกข้อมูลด้วยโปรแกรม Visual Foxpro 3.0 และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Win # 9.0 นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเฉลี่ยมัธยฐาน และ χ^2

ผลการศึกษา

จากแบบสอบถาม 5,800 ฉบับมีผู้ตอบกลับมา 872 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 15.0

ก. ข้อมูลทั่วไปของทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบร้อยละ 57.4 เป็นเพศหญิง อีกร้อยละ 42.6 เป็นชาย มีอายุเฉลี่ย 35.8 ปี (นับถึงเดือนธันวาคม 2541) โดยครึ่งหนึ่งมีอายุ 34.0 ปี และมีอายุการทำงานเฉลี่ย 11.2 ปี โดยครึ่งหนึ่งมีอายุการทำงาน 9.0 ปี ดังตาราง 1

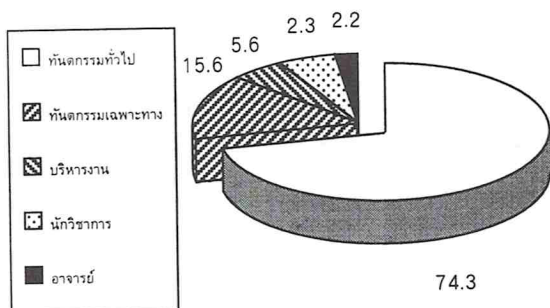
ตาราง 1 อายุ และอายุการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

Table 1 Age and work age of respondents

	mean	median	SD	min	max
อายุ	35.8	34.0	8.7	22	69
อายุการทำงาน	11.2	9.0	8.6	0	41

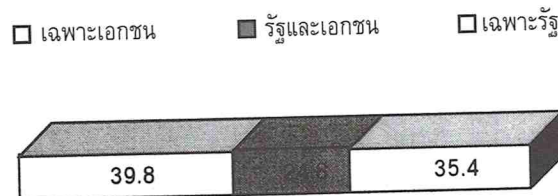
ด้านลักษณะงานในปัจจุบัน พบว่า ให้บริการทันตกรรมทั่วไปมากที่สุดคือ ร้อยละ 74.3 รองลงมา ปฏิบัติงานบริการทันตกรรมเฉพาะทาง, บริหารงานสาธารณสุขหรืองานทันตสาธารณสุข หรือโรงพยาบาล, เป็นนักวิชาการสาธารณสุขหรืองานทันตสาธารณสุข และอาจารย์ในมหาวิทยาลัย หรือวิทยาลัยการสาธารณสุข ร้อยละ 15.6, 5.6, 2.3 และ 2.2 ตามลำดับ ดังภาพ 1

ภาพ 1 ลักษณะงานของผู้ตอบแบบสอบถาม
Figure 1 Work types of respondents



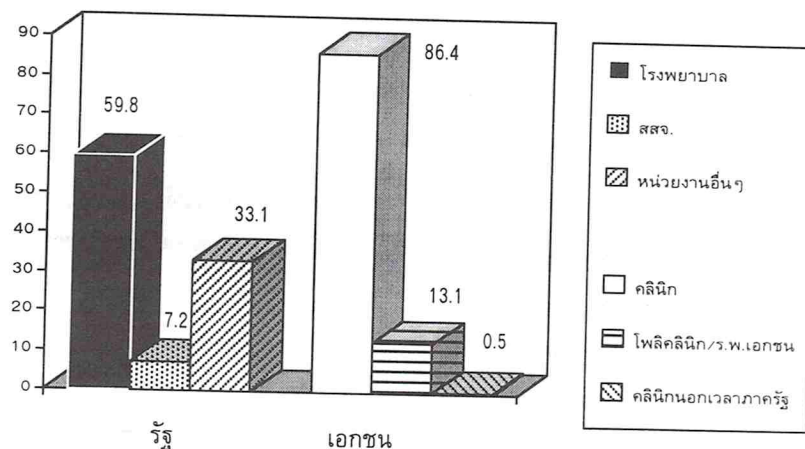
ด้านภาคการทำงาน ร้อยละ 39.8 อยู่ในภาคเอกชน ร้อยละ 35.4 อยู่ในภาครัฐ และ ร้อยละ 24.8 ปฏิบัติงานทั้งในภาคเอกชนและรัฐ ดังภาพ 2

ภาพ 2 ภาคการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม
Figure 2 Work sectors of respondents



ภาพ 3 แสดงสถานที่ปฏิบัติงาน โดยโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาล ศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ 59.7 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 7.2 อีก ร้อยละ 33.1 ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลและกรุงเทพมหานคร ทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น และหน่วยงานส่วนกลางกระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชน ร้อยละ 86.4, 13.1 และ 0.5 ปฏิบัติงานในคลินิกเอกชน โพลีคลินิก/โรงพยาบาล เอกชน และคลินิกนอกเวลาของสถานบริการภาครัฐตามลำดับ

ภาพ 3 สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม
Figure 3 Work places of respondents



ข. ข้อมูลบริการทันตกรรม

จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 872 คนเป็นผู้ปฏิบัติงานบริการทันตกรรมจำนวน 841 คน ซึ่งมีชั่วโมงการทำงานบริการทั้งในภาครัฐและเอกชนเฉลี่ย 7.3 ชั่วโมงต่อวัน (น้อยที่สุดคือไม่ถึง 1 ชั่วโมงและมากที่สุดคือ 13 ชั่วโมง ; SD=2.6) ครึ่งหนึ่งของผู้ให้บริการทั้งหมดทำงานวันละ 8.0 ชั่วโมง

จากการประมาณของผู้ให้บริการ ผู้ประกันตนมารับบริการทันตกรรมไม่มากนักโดยรับบริการจากทันตแพทย์ที่อยู่เฉพาะภาคเอกชนมากกว่าที่อยู่เฉพาะภาครัฐและทั้งรัฐและเอกชน และพบว่า มีเพียงร้อยละ 2.8, 2.3 และ 3.2 ของทันตแพทย์ภาครัฐ, เอกชน, และทั้งรัฐและเอกชน ให้บริการแก่ผู้ประกันตนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้รับบริการทั้งหมด (ตาราง 2)

ตาราง 2 ร้อยละของสัดส่วนการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนต่อผู้รับบริการทั้งหมด
Table 2 Percentage of the insured proportion to total dental recipients

สัดส่วนผู้ประกันตนต่อผู้รับบริการทั้งหมด	เฉพาะภาครัฐ N= 288	เฉพาะภาคเอกชน N=341	ทั้งรัฐและเอกชน N=223	รวมทั้งหมด N=852
1) 0	34 (11.8)	16 (4.7)	14 (6.3)	64 (7.5)
2) 0 - 0.2	184 (63.9)	253 (74.2)	153 (68.6)	590 (69.2)
3) 0.2 - 0.4	31 (10.8)	35 (10.3)	29 (13.0)	95 (11.2)
4) 0.4 - 0.6	7 (2.4)	10 (2.9)	7 (3.1)	24 (2.8)
5) 0.6 - 0.8	4 (1.4)	1 (0.3)	1 (0.5)	6 (0.7)
6) 0.8 - 1.0	4 (1.4)	7 (2.0)	6 (2.7)	17 (2.0)
7) ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	24 (8.3)	19 (5.6)	13 (5.8)	56 (6.6)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือร้อยละของสดมภ์ (column percent)

ตาราง 3 ร้อยละของการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนด้วยหน่วยเคลื่อนที่ของหน่วยงาน
Table 3 Percentage of mobile dental service for insured by respondents' organization

การให้บริการด้วยหน่วยเคลื่อนที่	เฉพาะภาครัฐ (N= 299)	เฉพาะภาคเอกชน (N=341)	ทั้งรัฐและเอกชน (N=223)	รวมทั้งหมด (N=863)
เคย	13.0	8.2	17.0	12.1
ไม่เคย	81.9	88.3	76.2	83.0
ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	5.0	3.5	6.7	4.9

ตาราง 4 ร้อยละของวิธีการที่ทำให้ทราบว่าผู้รับบริการทันตกรรมเป็นผู้ประกันตน
Table 4 Percentage of method knowing the insured patient

วิธีการ	ภาครัฐ (N= 292)	ภาคเอกชน (N=340)	ทั้งรัฐและเอกชน (N=221)	รวมทั้งหมด (N=858)
ทราบ	87.4	71.2	85.1	80.4
- ดูจากบัตรผู้ป่วยนอก	56.8	6.8	31.7	30.5
- ผู้ประกันตนบอก	8.6	10.3	9.0	9.6
- ถามผู้ประกันตน	18.2	49.7	37.6	35.5
- ทราบจากหลายวิธี	3.8	4.4	6.8	4.8
ไม่ทราบ	11.0	26.7	14.0	18.0
- เพราะไม่จำเป็นต้องทราบ	8.9	24.1	11.3	15.5
- ด้วยสาเหตุอื่นๆ	2.1	2.6	2.7	2.5
ไม่แน่นอน (ถ้าผู้ประกันตนบอกก็ทราบ)	1.6	2.0	0.9	1.6

ตาราง 5 การทราบถึงสิทธิประโยชน์บริการทันตกรรมของผู้ประกันตน ตามการรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม
Table 5 Insured patients' knowledge of dental benefit according to respondents' perception

การทราบถึงสิทธิประโยชน์ ของผู้ประกันตนเอง	ร้อยละ			
	ภาครัฐ (N= 295)	ภาคเอกชน (N=341)	ทั้งรัฐและเอกชน (N=222)	รวมทั้งหมด (N=863)
ส่วนใหญ่ทราบ	52.2	64.2	65.8	60.5
ที่ทราบและไม่ทราบ มีจำนวนพอกัน	16.3	17.9	15.3	16.8
ส่วนใหญ่ไม่ทราบ	22.0	12.6	10.8	15.3
ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	9.5	5.3	8.1	7.4

ตาราง 6 การคิดค่าบริการทันตกรรมสำหรับผู้ประกันตนเมื่อเทียบกับผู้รับบริการอื่นๆ
Table 6 Dental charge for insured comparing to other recipients

การคิดค่าบริการสำหรับผู้ประกันตน	ร้อยละ			
	ภาครัฐ (N= 304)	ภาคเอกชน (N=342)	ทั้งรัฐและเอกชน (N=223)	รวมทั้งหมด (N=868)
เท่ากับผู้รับบริการอื่นๆ	80.5	94.2	83.0	86.6
ไม่เท่ากับผู้รับบริการอื่นๆ	14.4	4.1	14.3	10.3
ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	4.4	1.8	2.2	2.8
ให้บริการฟรี	0.7	0	0.4	0.3

ตาราง 7 ร้อยละของการตอบคำถามหมวดความเข้าใจของทันตแพทย์ในสิทธิประโยชน์ทันตกรรมได้ถูกต้อง
Table 7 Percentage of respondents' understanding about dental benefit

ข้อคำถาม	ตอบถูก
1. ลักษณะของสิทธิประโยชน์ที่ไม่สามารถสะสมในปีต่อไปได้ หากใช้ไม่หมดในปีหนึ่งๆ	88.5
2. ชนิดบริการทันตกรรมที่อยู่ในสิทธิประโยชน์นี้	86.6
3. การออกไปเสร็จต่อการทันตกรรม 1 ครั้งตามสิทธิประโยชน์นี้	85.9
4. ระยะเวลาของการมีสิทธิประโยชน์นี้ ในปีต่อๆ ไปของผู้ประกันตน	59.9
5. สถานบริการทันตกรรมที่ผู้ประกันตนสามารถไปใช้บริการ	52.5
6. วิธีการเบิกเงินค่าบริการทันตกรรมตามสิทธิประโยชน์นี้	50.1
7. จำนวนครั้งของการเบิกเงินทดแทนกรณีทันตกรรมของผู้ประกันตน	45.9
8. ระยะเวลาของการเกิดสิทธิประโยชน์นี้ ในปีแรกของการเป็นผู้ประกันตน	44.3

ตาราง 8 แหล่งข้อมูลข่าวสารอันดับแรกเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทันตกรรมที่ทันตแพทย์ได้รับ
Table 8 First information source of dental benefit for dentists

แหล่งข้อมูลข่าวสารอันดับหนึ่ง (N=732)	ร้อยละ
1. ทันตแพทย์สภา	25.8
2. เพื่อนทันตแพทย์ด้วยกัน	16.8
3. สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือเขต	14.3
4. ทันตแพทย์สมาคม	13.4
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	9.8
6. ชมรมทันตสาธารณสุข	3.6
7. โทรทัศน์	2.3
8. อื่นๆ	13.9

ตาราง 9 ค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทันตกรรมจำแนกตามภาคการทำงาน
Table 9 Mean of respondents' understanding about dental benefit by sector

ภาคการทำงาน	Mean	Number	SD
เฉพาะภาครัฐ	4.9	304	1.8
เฉพาะภาคเอกชน	5.2	343	1.7
ทั้งภาครัฐและเอกชน	5.4	224	2.0
รวม	5.2	871	1.8

หน่วยงานของทันตแพทย์ร้อยละ 12.1 เคยจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกบริการทันตกรรมเฉพาะผู้ประกันตน โดยหน่วยงานของผู้ที่อยู่เฉพาะภาคเอกชนมีเพียงร้อยละ 8.2 ซึ่งน้อยกว่า ผู้ที่อยู่เฉพาะภาครัฐ (13.0) และผู้ที่อยู่ทั้งภาครัฐและเอกชน (17.0) กล่าวได้ว่า ภาครัฐนิยมการจัดบริการด้วยหน่วยเคลื่อนที่ เมื่อผนวกกับการแสวงหารายได้ (การทำงานภาคเอกชน) จึงมีการจัดบริการในลักษณะนี้ถึงร้อยละ 17.0 (ตาราง 3)

สำหรับการทราบว่าผู้มารับบริการเป็นผู้ประกันตนหรือไม่ ร้อยละ 80.4 ของทันตแพทย์ทั้งหมดตอบว่าทราบ ผู้ที่อยู่เฉพาะภาครัฐมีสัดส่วนการทราบสูงที่สุด เมื่อเทียบกับผู้ที่อยู่ทั้งรัฐและเอกชน และอยู่เฉพาะภาคเอกชน ตามลำดับ โดยในภาครัฐทราบจากบัตรผู้ป่วยนอกมากที่สุด ขณะที่ภาคเอกชนทราบจากการถามผู้ประกันตนมากที่สุด (verbal communication) (ตาราง 4)

จากตาราง 5 ทันตแพทย์ร้อยละ 60.5 ตอบว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ทราบถึงสิทธิประโยชน์ทันตกรรมอยู่แล้วโดยเป็นทันตแพทย์ภาครัฐและเอกชน ในสัดส่วนที่มากกว่าภาคเอกชนอย่างเดียว และภาครัฐอย่างเดียว ตามลำดับ ร้อยละ 16.8 ตอบว่า ที่ทราบและไม่ทราบมีจำนวนพอกัน ร้อยละ 15.3 คิดว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบและไม่ทราบไม่แน่ใจ ร้อยละ 7.4

สำหรับการคิดค่าบริการทันตกรรมสำหรับผู้ประกันตน (ตาราง 6) ร้อยละ 86.6 ของ

ทันตแพทย์ทั้งหมด คิดค่าบริการเท่ากับค่าบริการอื่นๆ ร้อยละ 10.3 คิดค่าบริการไม่เท่ากับค่าบริการอื่นๆ (อาจมากกว่าหรือน้อยกว่า) รวมทั้งมีการให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าด้วย (ร้อยละ 0.3) ในศูนย์สาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานครหรือในสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักที่ใช้สิทธิประโยชน์ทันตกรรมเป็นของแถม (premium) เพื่อจูงใจให้ผู้ประกันตนมาขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้น อาจกล่าวได้ว่า บริการทันตกรรมภาคเอกชนแทบจะไม่มี การเบี่ยงเบนราคา (deviation) ไปจากปกติ (ร้อยละ 94.2 คิดค่าบริการเท่ากับค่าบริการอื่นๆ)

ค. ความเข้าใจต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรม

จากตาราง 7 ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ลักษณะของสิทธิประโยชน์ที่ไม่สามารถสะสมในปีต่อไปได้หากใช้ไม่หมดในปีหนึ่งๆ, ชนิดบริการทันตกรรมที่อยู่ในสิทธิประโยชน์ และการออกไปเสริมจค่าบริการทันตกรรม 1 ครั้งร้อยละ 88.5, 86.6 และ 85.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่มีผลโดยตรงต่อการบริการและการเบิกจ่ายเงินของผู้ประกันตนส่วนข้ออื่นๆ นั้นทันตแพทย์มีความเข้าใจในระดับต่ำ (ตอบถูกเพียงร้อยละ 44-60) ซึ่งแม้จะไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อการบริการ แต่ก็ทำให้ไม่สามารถให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ประกันตนได้อย่างชัดเจน

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.5) คิดว่าตนเองมีความเข้าใจหรือรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ

ประโยชน์ทันตกรรมในระดับปานกลาง รองลงมา คิดว่า มีความเข้าใจน้อย, มาก, มากที่สุด และน้อย ที่สุด เท่ากับ ร้อยละ 18.3, 17.2, 5.5 และ 5.2 ตามลำดับ และอีกร้อยละ 1.4 ไม่แน่ใจว่าตนเองมีความเข้าใจในระดับไหน แหล่งข้อมูลข่าวสารหลักที่ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ได้แก่ ทันตแพทย์สภา, เพื่อนทันตแพทย์ด้วยกัน, สำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือเขต และทันต

แพทย์สมาคม (ร้อยละ 25.8, 16.8, 14.3 และ 13.4) (ตาราง 8)

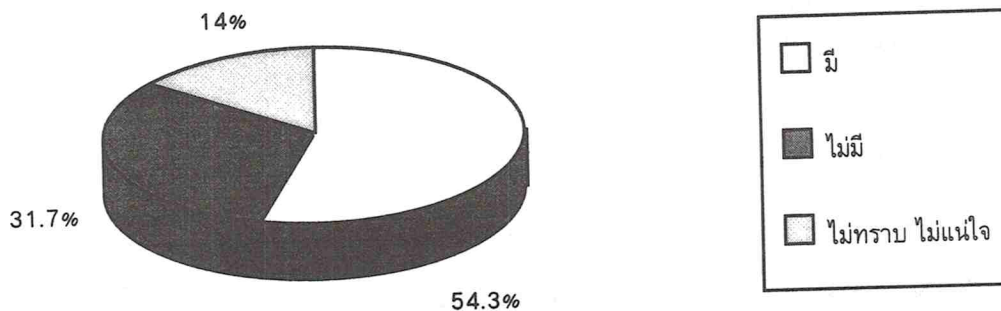
จาก 8 คะแนนเต็ม ทันตแพทย์มีความเข้าใจที่ถูกต้องเฉลี่ย 5.2 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับพอใช้ โดยทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในทั้งภาครัฐและเอกชน มีความเข้าใจที่ถูกต้องมากกว่า ผู้ที่ทำงานเฉพาะภาคเอกชนและเฉพาะภาครัฐ ตามลำดับ ดังตาราง 9

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจของทันตแพทย์ต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรมกับตัวแปรต่าง ๆ
Table 10 Relationships between respondents' understanding about dental benefit and variables

คู่ตัวแปร	χ^2	Df	Sig. value
ความเข้าใจที่ถูกต้อง vs.อายุ (N=873)	0.56	2	0.76
ความเข้าใจที่ถูกต้อง vs.อายุการทำงาน (N=836)	0.21	2	0.90
ความเข้าใจที่ถูกต้อง vs.ภาคการทำงาน (N=878)	56.24	6	0.00

ตาราง 11 ความคิดเห็นของทันตแพทย์ต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรม
Table 11 Respondents' opinion about dental benefit

ความคิดเห็นต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรม		ร้อยละ
1. สิทธิประโยชน์ทันตกรรมต่อผู้ประกันตน (N=864)		
1) เป็นผลดี		84.1
2) ไม่มีผลใดๆ		9.7
3) เป็นผลเสีย		3.7
4) ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ		2.5
2. สิทธิประโยชน์ทันตกรรมต่อตัวผู้ตอบแบบสอบถาม (N=856)		
1) เป็นผลดี		46.2
2) ไม่มีผลใดๆ		41.7
3) เป็นผลเสีย		4.8
4) ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ		7.3
3. สิทธิประโยชน์ทันตกรรมต่อวิชาชีพทันตแพทย์ (N=865)		
1) เป็นผลดี		69.4
2) ไม่มีผลใดๆ		9.7
3) เป็นผลเสีย		4.6
4) มีทั้งผลดีและเสีย		1.4
5) ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ		14.9



เมื่อพิจารณาตัวแปรอายุ อายุการทำงาน และภาคการทำงาน ดังตาราง 10 พบว่า ภาคการทำงานของทันตแพทย์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ทันตกรรม (95% CI) ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์กับตัวแปรอายุและอายุการทำงาน

ง. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรม

ทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าสิทธิประโยชน์นี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตนมากกว่าวิชาชีพทันตแพทย์และตัวผู้ตอบแบบสอบถามเอง ตามลำดับ (ร้อยละ 84.1 , 46.2 และ 69.4 ตามลำดับ) (ตาราง 11)

ร้อยละ 54.3 ของทันตแพทย์ 868 คนเห็นว่า โครงการดังกล่าวมีปัญหา ขณะที่ร้อยละ 31.7 บอกว่าไม่มีปัญหา และไม่ทราบ ไม่แน่ใจ ร้อยละ 14.0 ดังภาพ 4

เมื่อพิจารณาปัญหาที่ทันตแพทย์พบ (ตาราง 12) ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ โดยร้อยละ 71.5 เป็นปัญหาความ

เข้าใจของผู้ประกันตน และ 39.1 เป็นปัญหาความเข้าใจของผู้ให้บริการ อันดับถัดไปได้แก่ ปัญหาการออกหลักฐานการใช้บริการ, การคิดค่าบริการ, ชนิดบริการ, การเบิกเงินจากสำนักงานประกันสังคมและอื่นๆ

ตาราง 13 แสดงข้อเสนอแนะที่ทันตแพทย์มีต่อโครงการ โดยเป็นข้อเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของผู้ประกันตนมากที่สุด รองลงมาคือ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับชนิดบริการ และความเข้าใจของผู้ให้บริการ อันดับถัดไปได้แก่ การคิดค่าบริการ, ระบบที่ควรจะเป็น, การเบิกเงินจากสำนักงานประกันสังคม, การออกหลักฐานการใช้บริการและอื่นๆ ข้อเสนอแนะเหล่านี้สืบเนื่องมาจาก ความไม่ชัดเจนของระเบียบ ขาดการประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง และการมีหลายระบบในพื้นที่หนึ่งอันเนื่องมาจากการแข่งขันในระบบตลาด

จ. ค่าบริการทันตกรรมภาคเอกชน

ค่าบริการทันตกรรมเฉลี่ยของสถานบริการทันตกรรมเอกชนได้จากทันตแพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชน 450 คน โดยวิเคราะห์แยกเป็นค่าบริการต่ำสุดและสูงสุดในแต่ละรายการ

ตาราง 12 ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทันตกรรม

Table 12 Issues of problem about dental benefit identified by respondents

ประเด็นปัญหา (N = 471)	จำนวน	ร้อยละ
1. ความเข้าใจของผู้ประกันตน	337	71.5
2. ความเข้าใจของผู้ให้บริการ	184	39.1
3. การออกหลักฐานการใช้บริการ	178	37.8
4. การคิดค่าบริการ	138	29.3
5. ชนิดบริการ	107	22.7
6. การเบิกเงินจากสำนักงานประกันสังคม	76	16.1
7. อื่นๆ	45	9.5

ตาราง 13 ข้อเสนอแนะต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรม

Table 13 Issues of respondents' suggestion about dental benefit

ข้อเสนอแนะต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรม	จำนวน	ร้อยละ
1. ความเข้าใจของผู้ประกันตน	265	20.4
2. ชนิดบริการ	251	19.3
3. ความเข้าใจของผู้ให้บริการ	225	17.3
4. การคิดค่าบริการ	83	6.4
5. ระบบที่ควรจะเป็น	71	5.4
6. การเบิกเงินจากสำนักงานประกันสังคม	70	5.4
7. การออกหลักฐานการใช้บริการ	61	4.7
8. อื่นๆ (ระบุ)	276	21.1
รวม	1302	100

กรณีที่บางสถานบริการไม่คิดค่าบริการเช่น การตรวจฟันเหยินหรือโรค หรือการใช้สารรองฟัน (line and base) ก่อนการอุดฟัน ค่าบริการ 0 บาทนั้นก็จะถูกตัดออกจากการวิเคราะห์เพื่อให้ค่าเฉลี่ยออกมาน้อยกว่าความเป็นจริง ค่าบริการรายการดังกล่าวจึงเป็นค่าเฉลี่ยเฉพาะกรณีที่ทันตแพทย์คิดเพิ่มเท่านั้น จากตาราง 14 พบว่า ค่าบริการทันตกรรมของสถานบริการในกรุงเทพฯ และปริมณฑล สูงกว่าในต่างจังหวัดทุกรายการ โดยค่าต่ำสุดของบริการเกือบทุกรายการในกรุงเทพฯ และ

ปริมณฑล ยังคงสูงกว่าค่าสูงสุดในต่างจังหวัด ยกเว้น การอุดหินน้ำลายทั้งปากและการจ่ายยา

เมื่อพิจารณาเทียบกับสิทธิประโยชน์ทันตกรรมในโครงการประกันสังคมจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าด้วยเพดานการเบิกเงินครั้งละไม่เกิน 200 บาทนั้น ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบร่วมด้วยเสมอเมื่อไปรับบริการถอนฟันหรืออุดฟันหรืออุดหินน้ำลายในสถานบริการเอกชน เนื่องจากบริการดังกล่าวมีราคาเกิน 200 บาทต่อหน่วยบริการทั้งสิ้น

ตาราง 14 ค่าบริการทันตกรรมเฉลี่ยภาคเอกชน จำแนกตามพื้นที่สถานบริการ
Table 14 Dental fee in private sector by area

ชนิดบริการ		ค่าบริการเฉลี่ย (บาท/หน่วยบริการ)					
		กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล		ต่างจังหวัด		รวมทั้งประเทศ	
		ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	สูงสุด
1. ตรวจและพิเคราะห์โรค	1 ครั้ง	84	88	63	73	80	85
2. ถอนฟันปกติ	1 ซี่	294	372	202	248	253	315
3. ถอนฟันคุดชนิด tissue impaction	1 ซี่	857	1096	465	590	678	864
4. ผ่าฟันคุดชนิด bony impaction	1 ซี่	1618	2194	935	1273	1316	1785
5. ขูดหินน้ำลายทั้งปากและขาฟัน	1 ครั้ง	444	574	340	466	379	525
6. อุดฟันกราม	1 ซี่						
Class I		309	339	218	244	269	297
Class II 2 ด้าน		461	512	310	349	394	440
Class II 3 ด้าน		587	658	389	439	499	560
7. อุดฟันกรามน้อย	1 ซี่						
Class I		296	314	210	228	258	276
Class II 2 ด้าน		439	482	295	327	375	413
Class II 3 ด้าน		566	622	366	400	477	524
8. อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันชนิดฉายแสง	1 ซี่						
Class III		380	411	283	312	337	367
Class IV		519	618	383	458	458	546
Class V		370	420	272	299	326	365
9. อุดคอฟันด้วยอมัลกัม	1 ซี่	311	332	224	242	273	293
9. จ่ายยา (medication)	ครั้ง	88	150	82	125	85	137
10. คัดเพิ่มกรณีรองฟัน (lining)	1 ซี่	49	56	40	44	44	50
11. คัดเพิ่มกรณีใส่ซีเมนต์ (cement base)	1 ซี่	52	60	39	44	45	51

บทวิจารณ์

เนื่องจากต้องการให้ผู้ตอบกลับเชื่อมั่นว่าผู้วิจัยจะไม่มีทางทราบเลยว่า ผู้ตอบคือใคร เพราะอาจมีผู้ไว้วางใจ (sensitive) ตอบบางคำถาม ผู้วิจัยจึงไม่สามารถถามแบบสอบถามจากผู้ที่ไม่ได้ตอบกลับมาได้ เมื่อมีผู้ตอบกลับเพียงร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมดจึงอาจมีปัญหาในแง่ความเป็นตัวแทนวิชาชีพทันตแพทย์และส่วนหนึ่งในจำนวน

นี้ไม่ได้ทำงานบริการแล้ว คำตอบหมวดค. และ ง. (ความเข้าใจต่อสิทธิประโยชน์ทันตกรรม และความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อสิทธิประโยชน์) ที่ได้ อาจไม่ได้เกิดจากประสบการณ์ตรงกับผู้ประกันตน สำหรับค่าบริการภาคเอกชน ผู้วิจัยให้ความสนใจเฉพาะบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์และบริการพื้นฐานจึงไม่ครอบคลุมชนิดการรักษาทั้งหมด ซึ่งจากข้อคำถามที่ทันตแพทย์เอกชน

เกือบทั้งหมดตอบว่า คิดค่าบริการตามปกติเช่น ผู้รับบริการทั่วไป ทำให้ค่อนข้างมั่นใจว่าค่าบริการ ภาคเอกชนจะไม่เบียดเบียนและสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ในการศึกษาอื่นๆ หากต้องการ ผู้วิจัยไม่ได้สอบถามค่าบริการภาครัฐเนื่องจากมีอัตราค่าบริการที่ต่ำกว่าภาคเอกชน ประกอบกับผู้ให้บริการภาครัฐมีแนวโน้มที่จะไม่คิดราคาเกินเพดานการเบิกเงินแต่ละครั้งอยู่แล้ว

ในเขตเมืองบางแห่ง มีการแข่งขันด้านการตลาดเพื่อให้ผู้ประกันตนมาขึ้นทะเบียนกับสถานบริการของตนเป็นจำนวนมากเพื่อให้กระจายความเสี่ยงได้ดีขึ้น (good risk sharing) ทำให้ระบบมีประสิทธิภาพ รวมทั้งลดความเสี่ยงของสถานบริการด้านรายได้ การให้บริการที่ลดต้นทุนโดยไม่คิดมูลค่าถูกนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการแข่งขันเหล่านี้ซึ่งการมีหลายระบบในพื้นที่หนึ่งทำให้เกิดความสับสนได้ทั้งกับผู้รับและผู้ให้บริการ

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

แม้จะเป็นเรื่องใหม่ที่มีการชี้แจงทำความเข้าใจจากสำนักงานประกันสังคมน้อยมาก แต่จากบทบาทขององค์กรวิชาชีพและเครือข่ายทางสังคมของทันตแพทย์เองช่วยให้ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์นี้ในระดับปานกลางและปฏิบัติตามข้อกำหนดของสำนักงานประกันสังคมได้

แม้ว่าผู้ประกันตนจะยังมีการใช้บริการทันตกรรมในระดับต่ำเมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป โดยรับบริการจากภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ แต่ก็พบว่า มีทันตแพทย์ส่วนหนึ่ง ร้อยละ 2.7 ของทันตแพทย์ทั้งหมดให้บริการแก่ผู้ประกันตนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้รับบริการทั้งหมด นั่นคือผู้ประกันตนเป็นลูกค้าหลักของทันตแพทย์กลุ่มนี้ สถานบริการเอกชนเกือบทั้งหมดคิดค่าบริการสำหรับผู้ประกันตนเท่ากับผู้รับบริการทั่วไป ขณะ

ที่ทันตแพทย์ภาครัฐมีแนวโน้มคิดค่าบริการอย่างยืดหยุ่นมากกว่า พบได้จากปัญหาและข้อเสนอแนะที่ตอบเข้ามาซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำเสนอผลโดยละเอียดไว้ ณ ที่นี้ วิจัยนี้พบว่า ค่าบริการเฉลี่ยภาคเอกชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลสูงกว่าในต่างจังหวัดทุกรายการ และยังพบว่ามีการเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างภาครัฐและเอกชนผ่านตัวทันตแพทย์ โดยผู้ที่ทำงานทั้งในภาครัฐและเอกชนใช้ประโยชน์จากบัตรผู้ป่วยนอกมากกว่า และมีการจัดหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้บริการทันตกรรมมากกว่าผู้ที่อยู่เฉพาะภาคเอกชน

สิทธิประโยชน์นี้เป็นผลดีต่อผู้ประกันตนและสังคม และเป็นเรื่องใหม่ทั้งต่อผู้ประกันตนเจ้าหน้าที่ประกันสังคมและทันตแพทย์จึงอาจมีปัญหาเกิดขึ้นได้ในระยะแรกโดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนของผู้เกี่ยวข้องและระบบเองด้วย

การใช้โครงสร้างบริการเดิมที่มีอยู่ทั้งในภาครัฐและเอกชนรองรับความต้องการบริการเป็นจุดเด่นที่สำคัญของโครงการทั้งในแง่เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของประเทศและลดภาระงานและงบประมาณของสำนักงานประกันสังคมเองด้วย แต่จำเป็นอย่างยิ่งที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องสื่อสารกับผู้ให้บริการให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อประสิทธิภาพของระบบและเป็นการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้ประกันตนโดยอัตโนมัติ เพราะผู้ให้บริการเป็นด่านแรกที่คุณประกันตนได้พบ การส่งหนังสือ 1 ฉบับพร้อมโปสเตอร์ 1 แผ่นจึงไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการหรือมีการตีความใหม่ๆ เกิดขึ้น ตัวอย่างรูปธรรมได้แก่ ในโปสเตอร์ระบุว่า หลักฐานการเบิกเงินได้แก่ ใบ สปส. 2-16 หรือใบรับรองแพทย์และใบเสร็จ แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถใช้ใบรับรองแพทย์ได้ หรือการมอบฉันทะให้ผู้อื่นเบิกเงินแทนผู้ประกันตนให้แบบ

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ประกันตนที่มี การรับรองสำเนาถูกต้อง แต่เจ้าหน้าที่ของ สำนักงานให้ผู้เบิกเงินแทนนำบัตรประชาชนตัว จริงของผู้ประกันตนมาด้วย ไม่สามารถใช้สำเนา โดยลำพังได้ และยังพบปัญหาที่เกิดจากลักษณะ ส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ด้วย เหล่านี้สะท้อนถึง ช่องว่างของหลักการวิธีการตามความเข้าใจของผู้ มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ กับการปฏิบัติของ เจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องเกิดความเบื่อหน่ายเมื่อเทียบกับผล ประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับ

นอกจากนี้การเบิกจ่ายเงินตามบริการที่ได้รับ (fee-for-service) และการเปิดโอกาสให้สถาน บริการเบิกเงินแทนผู้ประกันตนได้เพื่อหวังอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตนก็กลายเป็นช่องทาง แสวงหาผลประโยชน์ส่วนตนของสถานบริการบาง แห่ง เนื่องจากไม่ต้องจ่ายเงินค่าบริการก่อน เสมือนได้รับบริการฟรี ผู้ประกันตนจึงละเลยการ ตรวจสอบคุณภาพบริการในเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมได้ยกเลิกการให้ สถานบริการเบิกเงินแทนผู้ประกันตนแล้วเพื่อขจัด โอกาสทุจริตในการเบิกเงิน

การพัฒนาสิทธิประโยชน์ทันตกรรมใน โครงการประกันสังคมจำเป็นต้องอาศัยความ ร่วมมือระหว่างสำนักงานประกันสังคมและวิชาชีพ

ทันตแพทย์ และหากใช้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา หลักประกันทันตสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมของสิทธิประโยชน์ภายใต้กรอบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพเป็น ระบบเดียวกัน ทันตแพทย์จะสามารถปฏิบัติงาน ได้อย่างอิสระตามหลักการของวิชาชีพ และผล ประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากย่อมจะเกิดกับผู้ ประกันตนซึ่งอยู่ภายใต้สภาพการทำงานที่อาจ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคในช่องปาก

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณสำหรับความช่วยเหลือของผู้มี รายนามต่อไปนี้

เจ้าหน้าที่ฝ่ายสถิติ กองวิชาการ สำนักงาน ประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนกรณี ทันตกรรมและเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม จังหวัดสุพรรณบุรีสำหรับคำอธิบายกระบวนการ และขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินกรณีทันตกรรม

นพ.สุรเดช อธิวิสิฏฐ์ ผู้อำนวยการกอง ประสานการแพทย์ สำหรับข้อมูลปัญหาการเบิก จ่ายเงิน

ทพ.ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ ในนามทันต แพทยสภา สำหรับการส่งแบบสอบถามถึง ทันตแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานประกันสังคม ประกาศสำนักงานประกันสังคมเรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ 2) ประกาศ ณ วันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2540
2. สำนักงานประกันสังคม ที่ รส. 0709/0579 ลงวันที่ 22 มกราคม 2540 เรื่อง สถานพยาบาลใน ความตกลงขอรับค่าบริการทันตกรรม
3. สำนักงานประกันสังคม รายงานการให้บริการกรณีทันตกรรมของสำนักงานประกันสังคมปี 2540 เอกสารโรเนียว
4. สถิติประกันสังคม พ.ศ. 2540, 2541 และ 2542 สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและ สวัสดิการสังคม

Dentists' Viewpoint of Dental Benefit Beneath Social Security Scheme

Phengkhae Lapying*

D.S.S. , M.P.H. , B.Econ., Ph.D (Med. and Health Soc. Sci.)

Tanin Sutheeprasert **

B.P.H., M.Ed.

Abstract

This descriptive study using mailed questionnaire was to explore dentists' perception and opinion about dental benefit beneath Social Security Scheme. 15 % of 5,800 questionnaires to all members of Thai Dental Council were responded. Five parts of the questionnaires were 1) general information of a respondent 2) dental service data 3) perception about dental benefit 4) opinion and suggestion and 5) private dental price.

57% of respondents were female. Their mean age was 35.8 years and mean work age was 11.2. Most respondents worked as general practitioners. Their understanding about the benefit was in moderate level. Most of them understood the scheme relating to dentist himself and could practice following the Social Security Office's rule. Work sector was found significant relation to understanding the benefit (95 % CI). However, the respondents could not fully inform or advise the insured according to lack of thoroughly knowledge of dental benefit.

Between 1 January - 30 October 1998, comparing to general recipients, the insured utilized dental treatment in low proportion. Private dentists reported that they served the insured more than both public and private dentist, and public dentist. 2.7% of whole dentists treated the insured more than a half of total recipients. Most private dental facilities charged the insured as general recipients whereas flexible price was used instead in public sector. It was also found that the price schedule in Bangkok and peripheral areas was higher than that in other provinces. Learning experience between public and private sectors was passed through dentists. Dentists who worked in both public and private facilities took more benefit from out patient card and provided mobile dental treatment in the higher percent comparing to private dentists.

* National Health System Reform Office, Ministry of Public Health, Nonthaburi

** Social Medicine Department, Chaoprayayomaraj Hospital, Suphanburi

Comparing to dentist profession and themselves, most dentists considered that the benefit was more useful to the insured. Common problems of the scheme according to a half of dentists' experience, were the misunderstanding of the insured and of providers, and reimbursement system. In addition, a number of suggestions to improve the scheme were identified.

Keywords : dental benefit, Social Security Scheme, dentist, the insured, price, fee-for-service payment, mobile dental treatment

ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ

นพ.ปรีดา เต๋ออารักษ์ วท.บ., พ.บ., M.P.H., อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบการปฏิรูปที่เกี่ยวข้องกับระบบ สาธารณสุขมีขอบเขตการดำเนินงาน 3 ประเด็นหลักคือ

1. การปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ
2. การปฏิรูประบบสุขภาพ
3. การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น

1. การปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ

เป็นมติของคณะรัฐมนตรีให้มีการปฏิรูป
เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และลด
ขนาดกำลังคนภาครัฐ โดยการปรับเปลี่ยนจะ
ครอบคลุม 5 ด้าน คือ

1. ปรับบทบาท ภารกิจ และวิธีการ
บริหาร ภาครัฐ
2. ปรับปรุงระบบการจัดการงบประมาณ
3. ปรับปรุงระบบบริหารงานบุคคล
4. ปรับกฎหมาย
5. ปรับเปลี่ยนวัฒนธรรม และค่านิยม

โดยในส่วนกระทรวงสาธารณสุข มีกลไก
การดำเนินงาน คือ แต่งตั้งคณะกรรมการ และ
อนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารกระทรวง
สาธารณสุข 5 คณะ คือ

- 1) คณะกรรมการอำนวยการปฏิรูประบบ
- 2) คณะอนุกรรมการปรับปรุงระบบ

งบประมาณ

3) คณะอนุกรรมการดูแลระบบบริหาร
บุคคล

4) คณะกรรมการปรับเปลี่ยนกฎหมาย

5) คณะอนุกรรมการปรับเปลี่ยน
วัฒนธรรมและค่านิยม

โดยมีบทบาทและผลการดำเนินงานที่
สำคัญในช่วงที่ผ่านมา ดังนี้

1) คณะกรรมการอำนวยการปฏิรูประบบ ซึ่ง
จะดูแลเรื่องการปรับบทบาท ภารกิจ และวิธีบริหาร
งานของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวมด้วย
โดยจะลดภารกิจให้หน่วยงานอื่นที่มีความเฉพาะ
ทางเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ มากกว่า มารับทำแทน เช่น
ขณะนี้โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งทำสัญญาจ้าง
บริษัทเอกชนมาทำเรื่องการทำความสะดวก การ
ทำอาหาร

2) คณะอนุกรรมการดูแลเรื่องงบประมาณ
ดำเนินการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณ
2 ประการหลัก คือ

ก. จัดทำโครงการนำร่องปรับปรุงระบบ
งบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานและผลลัพธ์ (per-
formance based budgeting system : PBBS) โดย

● สำนักงบประมาณกับกระทรวง
สาธารณสุขได้ลงนามเตรียมการจัดสรร
งบประมาณแบบวงเงินรวม (block grant) ให้แก่

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในปีงบประมาณ 2544 โดยมีหมวดรายจ่าย 3 หมวดหลัก คือ

- หมวดเงินเดือน / ค่าจ้างประจำ
- หมวดงบประมาณ
- หมวดงบลงทุน

● พัฒนาระบบต่าง ๆ เพื่อให้มีความพร้อมต่อการปรับปรุง คือ

- การวางระบบบัญชี เป็นระบบคอมพิวเตอร์
- การกำหนดตัวชี้วัด (performance indicators) เพื่อใช้ประเมินผลลัพธ์ของ งาน และใช้ในการของบประมาณ

ข. การดำเนินการเรื่องโรงพยาบาลในกำกับของรัฐในรูปแบบองค์กรมหาชน

คือ การปรับระบบบริหารงานองค์กรของรัฐในรูปแบบใหม่ ที่มุ่งสร้างหน่วยบริการสาธารณะรูปแบบอื่นนอกเหนือไปจากหน่วยราชการและรัฐวิสาหกิจ ภายใต้ พ.ร.บ.องค์กรมหาชน พ.ศ.2541

องค์กรมหาชน มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ

1. เป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นนิติบุคคล สามารถทำนิติกรรมผูกพันทางกฎหมาย ได้ด้วยตนเอง
2. การได้รับงบประมาณในลักษณะเงินอุดหนุนจากรัฐ โดยมีเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณให้
3. มีอำนาจหน้าที่และภารกิจเฉพาะด้าน
4. มีความเป็นอิสระในการบริหารงาน มีอำนาจตัดสินใจที่เบ็ดเสร็จเด็ดขาดภายในองค์กรนั้น
5. การอยู่ภายใต้ระบบการควบคุมตรวจสอบของรัฐ

ทั้งนี้องค์กรมหาชนต้องดำเนินการในลักษณะที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร โดยมีภารกิจหลักตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานที่ตั้งขึ้น ทรัพยากรต้องถูกบริหารให้เกิดประโยชน์สูงสุด จะขาดทุนหรือไม่ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐที่จะกำกับไว้ และเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องคอยอุดหนุน

ความอิสระในการใช้งบประมาณ

องค์กรมหาชน จะได้รับเงินอุดหนุนทั่วไปจากรัฐบาลในลักษณะเป็นก้อน หากใช้จ่ายไม่หมดไม่จำเป็นต้องคืนคลัง และนอกจากนี้รายได้ที่องค์กรมหาชนได้รับในกรณีอื่น ๆ ก็ไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังอีกด้วย (ม.14 ตาม พรบ.)

ประเด็นสำคัญของ พ.ร.บ.องค์กรมหาชน และการปรับเป็นองค์กรมหาชน ต่อบุคลากรเดิม

เพื่อประสิทธิภาพ องค์กรมหาชนจึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับเอาบุคลากรในหน่วยงานของรัฐเดิมทั้งหมด มาเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์กรมหาชน ดังนั้นผู้สมัครใจเป็นเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างองค์กรมหาชน จะต้องผ่านการคัดเลือกหรือประเมินตามเกณฑ์ที่รัฐมนตรีกำหนด (ม.10)

ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุข กำลังพัฒนาโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 7 แห่ง เพื่อเตรียมการปรับเป็นองค์กรมหาชนภายใต้รูปแบบโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ คือ รพ.หาดใหญ่, รพ.สระบุรี, รพ.ยะลา, รพ.สตูล, รพ.นครพิงค์ (เชียงใหม่), รพ.ขอนแก่น, และ รพ.บ้านแพ้ว (สมุทรสาคร) ซึ่งจะดำเนินการก่อน

ถ้าเป็นองค์กรมหาชนแล้ว การสร้างตัวชี้วัดผลงานและผลลัพธ์ และระบบงบประมาณแบบใหม่เป็นความจำเป็นพื้นฐานที่ต้องกำหนดให้มีขึ้นพร้อมๆ กัน

2. กรอบปฏิรูประบบสุขภาพ

สุขภาพมิใช่เรื่องที่ผูกขาดอยู่กับโรงพยาบาล เครื่องมือแพทย์ แพทย์ พยาบาลหรือกระทรวง สาธารณสุขเท่านั้น

สุขภาพ คือ สุขภาวะ หรือ ภาวะที่เป็นสุข ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางวิญญาณ

ระบบสุขภาพ จึงหมายถึงระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพด้วย

เหตุใดจึงต้องปฏิรูประบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบันไม่สามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้าได้

- คนไทยต้องเจ็บป่วยล้มตาย ลำบากโดยไม่จำเป็น เป็นจำนวนมาก โรคเครียด โรคหัวใจ อุบัติเหตุ โรคเอดส์ โรคติดสารเสพติด โรคมะเร็ง โรคจากการประกอบอาชีพ โรคแห่งความรุนแรง โรคเรื้อรังต่างๆ เป็นปัญหาใหญ่ของคนไทย ซึ่งโรคและปัญหาเหล่านั้น ส่วนใหญ่ล้วนป้องกันได้ แต่แก้ไม่ได้ หรือได้ผลน้อยถ้ารอให้เจ็บป่วยแล้ว

- คนไทยใช้เงินเพื่อสุขภาพสูงมาก แต่ได้ผลตอบแทนน้อยเพราะเราใช้เพื่อซ่อมสุขภาพเสียเป็นส่วนใหญ่ ในปี 2543 ประเทศไทยใช้จ่ายเรื่องสุขภาพประมาณ 250,000 ล้านบาท ผลลัพธ์คือคนไทยยังเจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็นจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายนี้เพิ่มขึ้นด้วยอัตรามากกว่า 10 % ต่อปี มาหลายปีติดต่อกัน นั่นหมายความว่าเรากำลังวิ่งไปสู่สภาวะวิกฤต คือเงินหมด ถ้าเราไม่ปฏิรูป ประชาชนก็จะเจ็บป่วยล้มตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ต่อไปและอัตราจะยิ่งสูงขึ้น

- ระบบบริการด้านสุขภาพมีปัญหาทั้ง

ด้านคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และความ เป็นธรรม คนไทยเป็นสิบล้านคน ยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ หรือที่มีหลักประกันสุขภาพก็มีความแตกต่างและเหลื่อมล้ำกันอยู่มาก เกิดปัญหาเป็นความทุกข์ทั้งฝ่ายผู้ให้และผู้รับบริการ

ฉะนั้น จึงจำเป็นต้องปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อป้องกันการเข้าสู่สภาวะวิกฤตที่นับวันจะหนักยิ่งขึ้น

ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพของเราเป็นระบบตั้งรับ คือ รอให้เจ็บป่วยแล้วค่อยมารักษา ซึ่งสิ้นเปลืองและอาจช่วยไม่ทัน ได้ไม่คุ้มเสีย สูญเสียชีวิต สูญเสียเศรษฐกิจ และสูญเสียจิตใจ จึงควรปฏิรูประบบจากระบบตั้งรับเป็นระบบรุก รุกออกไปสร้างสุขภาพดีโดยมีระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคที่ดีที่สุดให้คนทั้งมวลมีสุขภาพดี ไม่ให้เจ็บป่วยโดยไม่จำเป็น การทำให้สุขภาพดี เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาเมื่อสุขภาพเสียแล้ว เมื่อมีผู้สุขภาพเสียไม่มาก เราก็จะมีทรัพยากรเพียงพอที่จะสร้างระบบบริการที่มีคุณภาพดี ที่คนไทยเข้าถึงได้ทุกคน โดยไม่ต้องคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจ

วิธีการปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพของชาติเป็นเรื่องใหญ่และยาก เพราะต้องการการปฏิรูปวิธีคิดของคนไทยทั้งสังคมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และต้องการการปฏิรูประบบทั้งปวงที่ดำรงอยู่ก่อนแล้วให้เป็นระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่จะสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้าได้จริง

การจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรช.)

เป็นสำนักงานอิสระ ในสถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข ตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่ เป็นสำนักงาน เลขานุการของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ แห่งชาติ (คปรส.) ซึ่งตั้งขึ้นตามระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่ง ชาติ พ.ศ. 2543 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มี กรรมการโดยตำแหน่ง 17 คน ผู้ทรงคุณวุฒิ 14 คน มีอายุการทำงานไม่เกิน 3 ปี นับจากวันแต่งตั้ง เมื่อ 9 สิงหาคม 2543 มีวัตถุประสงค์หลักสรุป ได้ดังนี้

- สร้างกระแสการปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้าน สุขภาพของคนไทย จากการซ่อมสุขภาพมาสู่การ สร้างสุขภาพเพื่อการสุขภาพดีถ้วนหน้า

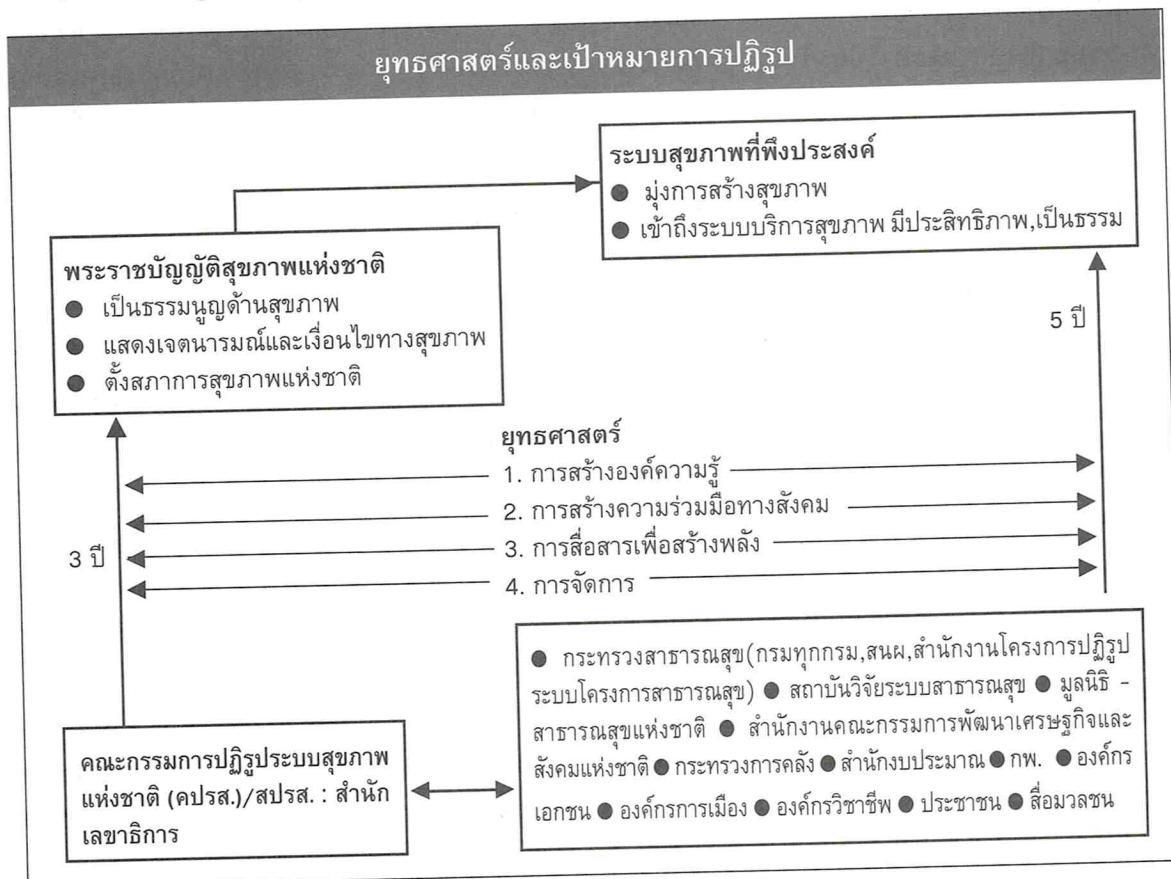
- สนับสนุนกิจกรรมที่จะสร้างการมี ส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน สังคม และองค์กร ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในประเด็น สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ

- สังเคราะห์องค์ความรู้ในประเด็นสำคัญ ของการปฏิรูประบบสุขภาพสำหรับบรรจุเป็นสาระ บัญญัติใน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ และเพื่อการ ปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

- สร้างความร่วมมือผลักดันการปฏิรูป สุขภาพอย่างกว้างขวาง

การจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้ เป็นธรรมนูญด้านสุขภาพของชาติ เป็นการ ประกาศ เจตนารมณ์ด้านสุขภาพของสังคมไทย กำหนดเงื่อนไข ระบบและโครงสร้างหลักเพื่อให้ เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติอย่างเป็น ระบบและเป็นรูปธรรม อันเป็นหนทางสำคัญ ของการปฏิรูป

การจัดทำ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่ เป้าหมายสุดท้ายแต่เป็นเครื่องมือสำหรับการสร้าง กระแส ปรับเปลี่ยนวิธีคิดระดมความร่วมมือจาก



ทุกภาคของสังคม ช่วยกันคิด ช่วยกันฝัน ช่วย
กันสร้างระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาร่วมกัน

3 การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น

พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจาย
อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542
อยู่ภายใต้กรอบของรัฐธรรมนูญ มีผลบังคับใช้
ตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2542 กำหนดว่าการ
จัดบริการสาธารณะต่างๆ ที่รัฐบาลส่วนกลาง
รับผิดชอบอยู่ในปัจจุบัน จะถูกถ่ายโอนไปสู่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น สิ่งที่เป็นปัญหาคือจะอยู่กับ
ท้องถิ่นแบบไหน ซึ่งในมาตรา 16 (19) ระบุว่า
เทศบาล อบต. และพัทยา มีหน้าที่จัดบริการ
รักษาพยาบาล การสาธารณสุข การอนามัย
ครอบครัว และในมาตรา 17(19) ระบุว่า อบจ.
รับผิดชอบจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด จัดบริการ
รักษาพยาบาล และการป้องกันโรคติดต่อ จึงมี
การตีความว่า

- สถานีอนามัย ต้องโอนไปขึ้นกับ อบต.
- โรงพยาบาลชุมชน ต้องโอนไปขึ้นกับ
เทศบาล
- โรงพยาบาลทั่วไป ต้องโอนไปขึ้นกับ อบจ.
- โรงพยาบาลศูนย์ ยังคงขึ้นกับกระทรวง
สาธารณสุข

ถ้าเป็นการกระจายอำนาจตามรูปแบบดัง
กล่าว จะทำให้ไม่มีการเชื่อมโยงของเครือข่าย
สุขภาพ ขาดระบบการประสานงานในด้านวิชาการ
ระบบส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากสายบังคับบัญชาแยก
ขาดจากกัน จะทำให้เกิดปัญหาขาดความเป็น
เอกภาพในการบริหารจัดการ และการระดม
ทรัพยากรเพื่อดำเนินงานในภารกิจที่ต้องการ
ความร่วมมืออย่างกว้างขวาง เช่นการควบคุมโรค
ระบาด

รูปแบบการกระจายอำนาจและภารกิจทาง
สุขภาพไปสู่ท้องถิ่น มี 2 แนวคิด คือ

แนวคิดที่ 1 ปรับหน่วยงานเป็นองค์การ
มหาชน มีคณะกรรมการบริหารตาม พ.ร.บ.องค์การ
มหาชน แต่กำกับโดยองค์กรท้องถิ่น มีความคล่อง
ตัวในการบริหารจัดการ ทำงานด้านส่งเสริม ป้องกัน
รักษาฟื้นฟูสุขภาพ สาธารณสุขมูลฐาน อนามัย
สิ่งแวดล้อมฯลฯ โดยรัฐบาลให้งบประมาณ และ
กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายเฉพาะกิจ
หรือภารกิจบางอย่าง ที่ต้องการให้ปฏิบัติทั่วประเทศ
องค์การมหาชนมีอิสระที่จะดำเนินการได้เองทั้งหมด
แต่ผลลัพธ์ต้องมีประสิทธิภาพ และตรงตาม
นโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข โดย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องปรับเปลี่ยน
บทบาทมาทำหน้าที่ด้านติดตาม, ประเมินผล, ทำงาน
สนับสนุนด้านวิชาการ

การทำงานในมิติใหม่ทุกหน่วยงานต้องมี
การปรับตัว รวมทั้งหน่วยงานภาคเอกชนด้วย
ต้องมีการกระจายอำนาจให้ภาคเอกชนเข้ามามี
ส่วนร่วม มีประชาคม ซึ่งประชาชนจะมีส่วน
กำกับดูแล มีการตรวจสอบ รับฟังความคิดเห็นซึ่ง
กันและกัน เป็นบริบทภายในจังหวัด ที่สามารถ
ทำให้เกิดความเชื่อมโยงนี้ได้

แนวคิดที่ 2 โอนหน่วยงานไปขึ้นกับองค์กร
บริหารส่วนท้องถิ่น ข้าราชการสาธารณสุขไปขึ้น
ตรงกับ คณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัดซึ่งเป็น
องค์กรท้องถิ่น ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กร
ท้องถิ่นทุกประเภท โดยมี 2 เงื่อนไข คือ

1. มีความคล่องตัวในเรื่องการจัดทรัพยากร
2. มีความคล่องตัวในการจัดความก้าวหน้า
ของบุคลากรให้เหมาะสมกับวิชาชีพ

ซึ่งคาดหวังจะทำให้การกระจายอำนาจ
เป็นไปโดยง่ายขึ้น ขณะนี้รูปแบบยังไม่แน่นอนแต่
ไม่ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นรูปแบบใด
ประชาชนควรได้รับประโยชน์มากที่สุด ■

ปกิณกะ

ระบบบริการทันตสุขภาพสำหรับเด็ก ในแคว้นบาสก์ ประเทศสเปน

สุรัตน์ มงคลชัยอริยญา ท.บ., DDPH., M.sc.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

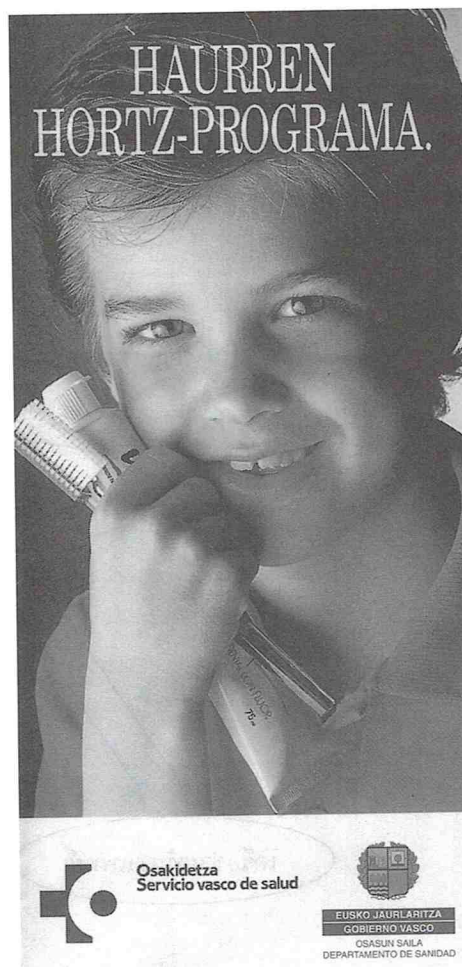
แปลและเรียบเรียงจาก PADI. The Childhood Dental Care System of Basque Country. โดย F. Simon, B. Ajuria, C. Aranguren and P. Martin Department of Health, Basque Government, Spain เสนอในพิธีเปิดการประชุม European Association of Dental Public Health Meeting. Discovering Dental Health Care Systems Within Europe 26-28 March 1996 at University of Dundee, UK

แคว้นบาสก์เป็นแคว้นหนึ่งของประเทศสเปนเป็นเขตปกครองที่มีอิสระในการบริหารมีพื้นที่ 7,261 ตารางกิโลเมตร ประชากร 2,150,000 คน มีรัฐสภาและรัฐบาลท้องถิ่น เงินงบประมาณได้มาจากภาษี กระทรวงสาธารณสุขของแคว้นบาสก์มีนโยบายด้านทันตสุขภาพ คือ มีการปรับระดับฟลูออไรด์ในน้ำประปา (ครอบคลุม 75% ของประชากร) และระบบบริการทันตสุขภาพสำหรับเด็ก (PADI) นอกจากนี้ในผู้ใหญ่มีบริการที่เรียกว่าบริการทันตสุขภาพชุมชน มีโรงเรียนทันตแพทย์ 1 แห่ง ผลิตทันตแพทย์ได้ปีละ 50 คน สมาคมทันตแพทย์มีสมาชิกจำนวน 1,050 คน

ระบบบริการทันตสุขภาพสำหรับเด็ก (PADI)

มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บริการทันตสาธารณสุข (ด้านป้องกันและรักษา) แก่เด็กในแคว้นบาสก์โดยทันตบุคลากรที่มีคุณภาพ ใช้งบประมาณจากรัฐ

วัตถุประสงค์ เพื่อลดค่าฟันผุ อุด ถอน (DMFT) ในเด็กลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงเวลา 10 ปี (1990-2000) และเพิ่มจำนวนเด็กที่ไม่มีฟันผุเลยเป็น 2 เท่าจากเดิม



กรณีศึกษา

แคว้นบาสก์ได้ผ่านร่างกฎหมายใน ปี ค.ศ.1990 (มาตรา 118/90) เพื่อเป็นการประกันในระยะยาวสำหรับงบประมาณและทรัพยากรของโครงการนี้ หลักการของ PADI เป็นการประกันขั้นพื้นฐานที่จะให้บริการทันตสาธารณสุขแก่เด็กแต่ละคน โดยองค์การทันตสุขภาพของแคว้นบาสก์ (Community Dental Service or CDS) ส่งใบรับบริการทันตสุขภาพแก่เด็กทางไปรษณีย์เป็นรายปี (Annual Dental Voucher)

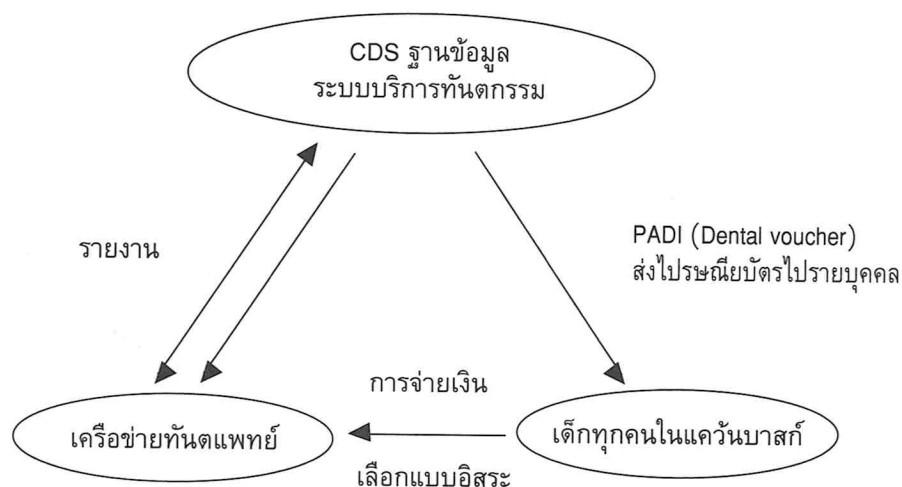
ทันตแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการต้องได้รับการรับรองและทำสัญญาเข้าร่วมโครงการกับ CDS ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชนและบางส่วนทำงานกับ CDS อยู่แล้ว ทั้งนี้เพื่อสร้างเครือข่ายบริการให้มากขึ้น ผู้ปกครองมีสิทธิในการเลือกรับบริการจากทันตแพทย์ได้อย่างอิสระตามรายชื่อและสถานที่ที่ระบุไว้ ในขณะเดียวกันทันตแพทย์ก็มีสิทธิในการให้บริการได้ไม่จำกัดจำนวน การจ่ายเงินค่าบริการแก่ทันตแพทย์เป็นรายหัวต่อปี (Capi-

tation system) ตามจำนวน Voucher ที่รับไว้ นอกจากบริการบางอย่างโดยเฉพาะการบูรณะฟันหน้าจากอุบัติเหตุที่จะจ่ายตามรายการที่ทำซึ่งมีราคาที่ย่างอิงกำหนดไว้

บริการทันตสาธารณสุขที่รัฐจัดให้คือ การตรวจทันตสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟัน ถอนฟัน รักษาโรคฟัน และการรักษาแบบอื่นที่จำเป็น (การบูรณะฟันหน้ากรณีฟันหักจากอุบัติเหตุ) ทั้งนี้เฉพาะในฟันถาวรเท่านั้น ไม่รวมถึงการให้บริการในฟันน้ำนมและการจัดฟัน นอกจากนี้ทางCDSมีข้อกำหนดทางวิชาการคือ เด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุได้แก่ เด็กที่มีฟันน้ำนมผุ หรือด้วยเหตุผลด้านสุขภาพ ชีวภาพ และสังคม ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันถาวร

โครงการนี้ดำเนินงานขยายการครอบคลุมกลุ่มเด็กทีละช่วงปี เพิ่มขึ้นทุกปี จากเด็กอายุ 7 ปี และประกันการให้บริการทันตกรรมคุณภาพพื้นฐานไปจนถึงเด็กอายุ 15 ปี เริ่มต้นในเดือน

ระบบบริการทันตสุขภาพในเด็ก (PADI) มีโครงสร้างการทำงาน ดังนี้



กันยายน ค.ศ.1990 ครอบครัวเด็ก อายุ 7 ปี
จำนวน 24,043 คน ในปี 1998 ครอบครัวเด็ก
อายุ 7-15 ปี จำนวน 170,500 คน

ระหว่างปี 1990-1995 โครงการ
ครอบครัวเด็กได้ 84,000 คน (71%) ในแคว้น
บาสก์ ที่ได้ใช้บริการทันตกรรมของโครงการ PADI
โดยไปรับบริการจากทันตแพทย์ประจำครอบครัว
(Family dentist) การไปรับบริการตรวจสุขภาพ
ช่องปากอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มที่ไปรับบริการเพิ่ม
ขึ้นเป็น 3 เท่า ซึ่งเห็นได้ชัดว่า เป็นการลดความ
ไม่เท่าเทียมทางสังคม ในการรับบริการด้านทันต
สุขภาพในประชากรกลุ่มนี้

ในช่วงเวลานี้ พบว่าภายใต้โครงการ
PADI มีการทำเคลือบหลุมร่องฟัน จำนวน
205,000 ซี่อุดฟันถาวร 53,000 ซี่ และถอนฟัน
1,200 ซี่ จะเห็นได้ว่าลักษณะของบริการจาก
ทันตแพทย์เป็นด่านป้องกันซึ่งสอดคล้องกับข้อ
เสนอแนะของบริการทันตสุขภาพ นอกจากนี้ยังมี

ฟันหน้าที่ได้รับการรักษา และบูรณะฟัน ที่หักจาก
อุบัติเหตุ จำนวน 4,300 ซี่

ผลการประเมิน 5 ปี (ครึ่งโครงการ)
พบว่าจากฐานข้อมูลการให้บริการทันตกรรมที่ CDS
แสดงถึงค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน ลดลงอย่างมาก
โดยเฉพาะในเด็กที่ใช้บริการผ่านโครงการ PADI คือ
ในปี 1988 เด็ก อายุ 12 ปี ร้อยละ 31 ไม่มีฟันผุ
เลย และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุดถอน 2.3 ซี่ต่อคน ในปี
1995 เด็กอายุ 12 ปี ในโครงการ PADI ที่ไม่มี
ฟันผุเลยคิดเป็นร้อยละ 54 ค่าเฉลี่ยผุอุดถอน เป็น
1.1 ซี่ต่อคน

ค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่เด็กต่อคนต่อ
ปีอยู่ที่ ๕,๐๐๐ ptas (ประมาณ ๑๐๐๐ บาท) จาก
การคาดประมาณไว้เมื่อปี ๑๙๙๐ การบริหาร
โครงการ และการจ่ายเงินแก่ทันตแพทย์ เป็นไป
ด้วยดีไม่มีปัญหา ทั้งนี้ CDS ได้จัดระบบให้มีการ
ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของบริการ



บทความจาก IADR

บุบผา ไตรโรจน์ ท.บ., ส.ม.
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

การประชุม International Association Dental Research (IADR) เป็นการประชุมที่จัดอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี พ.ศ. 2543 นับเป็นครั้งที่ 78 จัดขึ้นที่ วอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 5 -8 เมษายน 2543 มีการเสนอผลงานจากทันตแพทย์ทั่วโลก มากกว่า 3,000 เรื่อง ทั้งในลักษณะของ Symposium oral session และ Poster presentation ซึ่งจะครอบคลุมในหลายด้าน ได้แก่ Behavioral Sciences , Health services research , Educational research , Geriatric oral research , Salivary research , Implantology research เป็นต้น ในส่วนการศึกษาที่เกี่ยวข้องในด้านทันตสาธารณสุขส่วนใหญ่ คือ

โรคในช่องปาก มีการศึกษาหลายเรื่องเพื่อบ่งชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของโรคในช่องปากกับสุขภาพอนามัย หรือโรคที่สำคัญในประชากร โดยเฉพาะโรคปริทันต์ที่มีความเกี่ยวข้องกับ โรคที่รุนแรง เช่น Cardiovascular disease ซึ่งรวมถึงภาวะ Atherosclerosis , Heart Attack , Lower extremity disease และ Stroke นอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับการคลอดบุตรที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นแนวทางการศึกษาวิจัยทางด้านนี้ควรจะหาข้อมูลทางด้านห้องปฏิบัติการ ทางด้านคลินิก รวมถึงการทดลองในสัตว์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนทางด้านระบาดวิทยามากขึ้น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุเป็นการศึกษาต่อยุติ

เสี่ยงของโรคในกลุ่มอายุ หรือการเกิดโรคในสถานะต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการให้บริการต่างๆ เพื่อป้องกันโรคฟันผุ เช่น การให้บริการ Sealant ในกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคฟันผุ

ฟลูออไรด์ มีการศึกษากันมากทั้งด้านประโยชน์จากการนำฟลูออไรด์มาใช้ป้องกันโรคฟันผุ ในลักษณะที่ใช้กับชุมชน ด้วยวิธี การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา การเติมฟลูออไรด์ในนม การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และ สถานะการเกิด Fluorosis จากฟลูออไรด์ เนื่องจากปริมาณฟลูออไรด์ที่มีอยู่ในน้ำตามธรรมชาติ และการใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่างๆ กัน จึงมีการศึกษาถึงการเกิดฟันตกกระที่มีสาเหตุจากผลิตภัณฑ์ที่เติมฟลูออไรด์ เช่น จากการบริโภคน้ำบรรจุขวด การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กเล็ก

ทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ มีการศึกษาในหลายๆ ด้าน เช่น

- ความกลัวหรือความวิตกกังวลต่อการรับบริการทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอายุต่างๆ เช่นการผัดผ่อนหรือยกเลิกนัดการไปรับบริการทันตกรรมในกลุ่มวัยรุ่น สถานะของพ่อแม่มีผลต่อความกลัวของเด็กที่จะรับบริการทันตกรรม รวมทั้งการศึกษาถึงแนวทางการแก้ไข

- พฤติกรรมการให้บริการของทันตแพทย์ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ในแง่มุมต่างๆ เช่น ความ

เต็มใจทัศนคติ และการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย

- การสูบบุหรี่มีการศึกษาในหลายด้าน เช่น การทำให้เกิดโรคในช่องปาก การเผยแพร่โปรแกรมการเลิกบุหรี่ในกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่น รวมถึงการเผยแพร่ โปรแกรมคลินิก ทันตกรรมปลอดบุหรี่

นอกจากนี้ยังมีการสำรวจสถานะทันตสุขภาพในกลุ่มต่างๆ และการศึกษาถึงโปรแกรมการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพที่แต่ละแห่งได้จัดทำขึ้น ตัวอย่างรายงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุขที่น่าสนใจมีอยู่มากมาย ซึ่งในที่นี้ขอเสนอเพียงบางส่วนเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการทำวิจัยต่อไป

Periodontitis, Prostaglandin E_2 Levels and Pre-term Low Birth Weight Risk

(S LIEFF et al. UNC Center for Oral and Systemic Disease)

จากการที่มีรายงานว่าแม่ที่คลอดบุตรลักษณะ Pre-term low birth weight (PTLBW , < 2,500 กรัม และ < 37 สัปดาห์) มีระดับของ Prostaglandin E_2 (PGE_2) ใน gingival crevicular fluid (GCF) สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับแม่ที่คลอดบุตรแบบอายุครรภ์ครบ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นว่าระดับของ GCF - PGE_2 ขณะตั้งครรภ์ อาจจะมีผลต่อการลุกลามของโรคปริทันต์ชนิดที่ยังมองไม่เห็นได้หรือไม่ และหรือการอักเสบนั้นจะแสดงถึงอัตราเสี่ยงของการคลอดบุตรลักษณะ PTLBW เพิ่มขึ้น การศึกษาเป็นแบบ Prospective cohort study of Oral Condition and Pregnancy (OCAP) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 623 คน มีการเก็บข้อมูลร่องลึกปริทันต์ และรวบรวมตัวอย่างของ GCE ในระยะก่อนจนถึงสิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ของอายุครรภ์ และมี

การเก็บตัวอย่างอีกครั้งภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด มีการตรวจ GCF - PGE_2 ทุกครั้งด้วยวิธี ELISA ผลการตรวจพบว่าการเปลี่ยนแปลงระดับของ GCF - PGE_2 เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงสถานะของโรคปริทันต์ในผู้หญิง 255 คน ในกลุ่มแม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะปริทันต์เพียงเล็กน้อยร่วมกับไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือมีการลดลงของ GCF - PGE_2 มี 10% แม่ที่คลอดบุตรชนิด PTLBW เมื่อเปรียบเทียบกับแม่ที่มีสถานะปริทันต์คงที่และมีการเพิ่มขึ้นของระดับ GCF - PGE_2 พบได้ 17.3 % ในกลุ่มแม่ที่มีการลุกลามของโรคปริทันต์ (มีร่องลึกปริทันต์เพิ่มขึ้น 2 มิลลิเมตร หรือมากกว่าจากค่าพื้นฐานที่วัดไว้ 1 หรือ 2 ตำแหน่ง) แต่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยของระดับ GCF - PGE_2 พบว่าการคลอดบุตรลักษณะ PTLBW เป็น 13.2 % ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มแม่ที่มีการลุกลามของสถานะโรคปริทันต์ทางคลินิก และมีการเพิ่มขึ้นของระดับ GCF - PGE_2 ในระหว่างตั้งครรภ์ มีการคลอดบุตรลักษณะ PTLBW ถึง 40 % ซึ่งเป็นการเพิ่มมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การลุกลามของโรคปริทันต์ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของระดับ GCF - PGE_2 ในระหว่างตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับอัตราการคลอดบุตร Pre-term low birth weight (< 2,500 กรัม และ < 37 สัปดาห์) ที่สูงขึ้น (การศึกษาได้รับการสนับสนุนจาก NIDCR DE-12453)

Nutrition status , tooth eruption, and dental caries in Thai children

(N. PANCHARUNITI et al. Mahidol University , Thailand)

มีการศึกษาหลายครั้งที่แสดงให้เห็นว่าภาวะทุพโภชนาการมีผลต่อการสร้างฟัน การขึ้นของฟัน และมีผลต่อการเป็นโรคฟันผุเพิ่มขึ้น

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบ Cross - Sectional ในกลุ่มตัวอย่างเด็กไทย เพื่อศึกษาผลของภาวะโภชนาการต่อการขึ้น และการเป็นโรคฟันผุ ของฟันแท้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็ก อายุ 6-13 ปี จำนวน 941 คน มีการตรวจสภาวะช่องปาก โดยใช้วิธีของ WHO สำหรับการสำรวจสภาวะในช่องปาก มีการเก็บบันทึกค่าของ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านประชากร การจัดสภาวะโภชนาการใช้ตาม Anthropometric indices โดยใช้กราฟการเจริญเติบโตของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นมาตรฐาน จากการศึกษพบว่า จำนวนเฉลี่ยของการขึ้นของฟันแท้ในกลุ่มเด็กที่ได้รับอาหารที่สูงกว่ากลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (19.84 ± 7.07 vs 11.22 ± 6.15 , $p < 0.001$) และค่าเฉลี่ย DMFT ในกลุ่มเด็กที่มีภาวะปกติมีค่าสูงกว่ากลุ่มเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.37 ± 1.74 vs 1.07 ± 1.41 , $p < 0.001$) การศึกษาครั้งนี้จะมีข้อแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันแท้ที่ขึ้นน้อยกว่า และมีการลดลงของโรคฟันผุในฟันแท้ จึงน่าที่จะมีการศึกษาเพื่อยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะโภชนาการกับการขึ้นของฟัน

Caries Prevention through fluoridated milk in Codegua, Chile

(RJ MARINO et al. University of New England)

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ โครงการป้องกันโรคฟันผุในฟันน้ำนมกลุ่มเด็กชนบทประเทศชิลี โดยใช้นมผงผสมฟลูออไรด์ ในรูปแบบของ นมผสมฟลูออไรด์ และ milk-cereal ผสมฟลูออไรด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 1,000 คน ใน Codegua ซึ่งเป็นชุมชนชาวชนบท ในเขต Sixth

Region โดยใช้ขนาดตามค่ามาตรฐานของ Nation Complementary Feeding Program (PNAC) ปริมาณฟลูออไรด์ที่เด็กได้รับในแต่ละวันจะมีค่าประมาณดังนี้ 0.25 มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ 0-2 ปี 0.5 มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ 2-3 ปี และ 0.75 มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี มีการตรวจเด็กอายุ 3-6 ปี (Cross-sectional samples) จาก Codegua และ La Punta เมื่อเริ่มโครงการในปี ค.ศ. 1994 และภายหลังการดำเนินการได้ 4 ปี พบว่าค่า dmfs ของเด็กอายุ 3, 4, 5, 6 ปี ใน Codegua มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่าความเชื่อมั่น อย่างน้อยสุดที่ระดับ 0.05 (range : 41-78 %) จากการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับข้อมูลหลังจากที่เด็กได้รับนมผสมฟลูออไรด์ 4 ปี และเมื่อนำกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาเปรียบเทียบภายในกลุ่มอายุเดียวกัน กลุ่มทดลองที่ได้รับนมผสมฟลูออไรด์มา 4 ปี มีค่า dmfs ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (range : 25-67 % ; $p < 0.01$) และสัดส่วนของเด็กที่ปราศจากฟันผุ (caries free) ของทุกกลุ่มอายุในกลุ่มทดลอง ที่ Codegua ภายหลัง 4 ปี ที่ดำเนินการมีค่าสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (range : 55-130 %) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการให้นมผงผสมฟลูออไรด์ ในกลุ่มเด็กภายใต้สภาวะของเด็กชนบทในประเทศชิลี โดยใช้ค่าของ PNAC มีผลป้องกันโรคฟันผุได้ ซึ่งจะเป็นทางเลือกสำหรับพื้นที่ซึ่งไม่สามารถดำเนินการเรื่องการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาได้ (ได้รับการสนับสนุนโดย Borrow Dental Milk Foundation)

Use of tap water and/or bottled water as fluorosis risk factors

(AE SOTO - ROJAS et al. Universidad Inter-continental , Mexico)

จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปในไม่กี่ปีที่ผ่านมา

ประชาชนชาวเม็กซิโกจำนวนมาก ได้มีการดื่มน้ำจากน้ำบรรจุขวด ประกอบกับน้ำประปายังไม่มีความปลอดภัยเพียงพอต่อการดื่มในบางพื้นที่ของเม็กซิโก จากสภาวะเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุให้มีการใช้น้ำบรรจุขวดมากขึ้น ซึ่งที่จริงแล้วจะมีแหล่งน้ำเพียงบางแห่งเท่านั้นที่มีความปลอดภัยสำหรับเด็ก มีการศึกษาหลายครั้งที่ชี้ให้เห็นว่า น้ำบรรจุขวดมีปริมาณฟลูออไรด์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะฟันตกกระ การตรวจสอบหลายครั้งพบว่าปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำบรรจุขวดของเม็กซิโก มีค่า 0.29 - 2.64 ppm. การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งจาก Retrospective data เพื่อดูแบบแผนการใช้น้ำบรรจุขวดกับสภาวะการเกิดฟันตกกระในกลุ่มตัวอย่างเด็ก เม็กซิโก จำนวน 125 คน อายุ 7 - 10 ปี โดยการใช้แบบสอบถามในกลุ่มพ่อแม่หรือผู้ปกครองเด็กทั้งกลุ่มที่ดื่มน้ำจากน้ำบรรจุขวดกับกลุ่มที่ดื่มน้ำประปา ในช่วงอายุที่จะมีผลต่อการเกิดสภาวะฟันตกกระ เด็กเหล่านี้จะได้รับการตรวจสภาวะฟันตกกระจากผู้ตรวจ 2 คน ที่ได้รับการปรับมาตรฐานแล้ว โดยใช้ดัชนีของ TSIF มี 36.73 % ของพ่อแม่รายงานว่าเด็กเคยดื่มน้ำบรรจุขวดช่วงก่อนอายุ 3 ปี จากการวิเคราะห์ทางสถิติแสดงให้เห็นว่า การดื่มน้ำจากน้ำบรรจุขวดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะฟันตกกระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mantel - Hanzel odds ratio $p \leq 0.05$) ตัวอย่างต่างๆ ของข้อผิดพลาดที่ดื่มน้ำบรรจุขวดได้รับการรายงานในแบบสอบถาม และในปัจจุบันได้มีการวิเคราะห์หาปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำประปาด้วย การศึกษาจาก **retrospective data** สรุปได้ว่าการดื่มน้ำบรรจุขวดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะฟันตกกระในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Association between optimally fluoridated water and tooth -

specific fluorosis severity

(SA Griffin et al. Division of Oral health, CDC , US.)

ค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาสภาวะฟันตกกระจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงและตำแหน่งของซี่ฟันที่เป็น การศึกษานี้เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างผลจากการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาในปริมาณที่เหมาะสม กับ สภาวะฟันตกกระระดับ very mild / mild (VMF) และ moderate / severe (MSF) ในฟันแท้ 28 ซี่ของแต่ละคน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสำรวจระดับชาติในกลุ่มนักเรียน (National Survey of US. School children) อายุ 7 - 17 ปี ในปี ค.ศ. 1986/87 ($n = 7,362$) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เคยได้รับยาน้ำฟลูออไรด์ หรือยาเม็ดฟลูออไรด์ และต้องอยู่ประจำอย่างต่อเนื่องในสภาวะที่มีการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาเพียงแบบเดียวในโรงเรียน มีการวัดปริมาณความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในโรงเรียนตัวอย่างเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มี (ppm. ≤ 0.3) ระดับต่ำ ($0.3 < \text{ppm.} < 0.7$) ระดับที่เหมาะสม ($0.7 \leq \text{ppm.} < 1.2$) และระดับสูง (ppm. > 1.2) มีการตรวจสอบดูความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของสภาวะฟันตกกระ (none / Questionable , VMF , MSF) กับอายุ และน้ำประปาผสมฟลูออไรด์ที่ได้รับการสัมผัส พบว่า marginal probability (สัดส่วนที่เปลี่ยนแปลงจากการสัมผัสกับน้ำที่มีปริมาณฟลูออไรด์ที่เหมาะสม) ของ VMF ของฟันทุกซี่ มีความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ มีค่าต่ำสุดใน ฟันซี่หน้า (0.15 - 0.17) มีค่าสูงสุดในฟันกรามน้อยล่างซี่ที่ 2 (0.29 - 0.30) และค่า marginal probability ของ MSF มีความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในฟันหลังบน (0.01 - 0.04) ในฟันเขี้ยวล่าง และฟันกรามน้อยล่าง (0.01 - 0.03) สรุปได้ว่าการได้รับการสัมผัสกับน้ำที่มีการเติมปริมาณ

ฟลูออไรด์ที่เหมาะสม จะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยง ต่อสภาวะการเกิดฟันตกระดับ very mild / mild (VMF) ในฟันทุกซี่ และมีความเสี่ยงต่อสภาวะ moderate / severe (MSF) เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในฟันหลังและฟันเขี้ยวล่าง ซึ่งสภาวะฟันตกระดับ MSF จะเกี่ยวข้องกับเรื่องของความสวยงาม และความรุนแรงของโรคจะลดลงหากเป็นกับฟันหลังของฟันหน้า

Salivary Fluoride Concentrations after Varying Rinsing - Time with NaF - Rinses in Adults.

(C. Wallman et al. Goteborg University , Sweden)

รูปแบบการใช้น้ำยาบ้วนปากผสมโซเดียมฟลูออไรด์ (NaF) ที่จะใช้ในผู้ใหญ่จะขึ้นกับรูปแบบที่ใช้ในเด็ก โดยทั่วไปมีการแนะนำให้ใช้เวลาบ้วนปากเป็นเวลา 2 นาที ซึ่งหากวิธีการนี้สามารถให้ค่าปริมาณฟลูออไรด์ในช่องปากได้สูงสุดในผู้ใหญ่ ก็คงไม่ต้องการสืบสวนมากไปกว่านี้ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินถึงผลของระยะเวลาการบ้วนปาก ต่อปริมาณความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำลาย

ในผู้ใหญ่ภายหลังการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน 2 ชนิด คือ 0.05 % NaF และ 0.2 % NaF โดยใช้น้ำยาบ้วนปาก 10 มิลลิลิตร บ้วนปากเป็นระยะเวลา 30, 60 และ 120 วินาที มีการเก็บตัวอย่างน้ำลายหลังจากบ้วนปาก 0.5 , 5 , 15 , 60 , และ 120

นาที การวัดค่าปริมาณความเข้มข้นของฟลูออไรด์จากน้ำลายบริเวณด้านประชิดของฟัน (Approximal saliva) ได้จาก การใส่ Standardized triangular paper point ในตำแหน่งด้านประชิดของฟันกรามน้อยกับฟันกรามในขากรไกรบน และหลังจากนั้น ก็จะมีการเก็บตัวอย่างของน้ำลาย (Whole saliva) เพื่อหาค่า การวิเคราะห์หาปริมาณฟลูออไรด์ ใช้ Orion 96-90 electrode จากการบ้วนปากด้วยระยะเวลา 3 แบบ พบว่าปริมาณฟลูออไรด์ ในน้ำลาย (Whole saliva) ในกลุ่มที่บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่มีความเข้มข้น 0.2 % NaF มีปริมาณสูงกว่ากลุ่มที่บ้วนปากด้วย 0.05 % NaF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $p < 0.01$ หรือ $p < 0.001$; ANOVA) ดังแสดงให้เห็นได้ในตารางด้านล่างนี้ (mean $\pm$ S.D. ppmF)

จากการศึกษาการใช้น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ในผู้ใหญ่สามารถสรุปสาระสำคัญได้ 2 ประเด็น คือ 1) ปริมาณความเข้มข้นของโซเดียมฟลูออไรด์ (NaF) ในน้ำยาบ้วนปากมีความสำคัญมากกว่าระยะเวลาที่ใช้ในการบ้วนปาก 2) ระยะเวลาที่ใช้ในการบ้วนปาก 30 , 60 วินาที มีความเพียงพอสำหรับปริมาณความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำลาย ซึ่งผลการศึกษามีความคล้ายคลึงกันทั้ง Whole saliva และ Approximal saliva (การศึกษาได้รับการสนับสนุนโดย Patentmedelfonden for Odontologist Profylaxforskning)

Rinsing solution	Rinsing time : 30 sec			60 sec		120 sec	
	Sample time :	60 min	120 min	60 min	120 min	60 min	120 min
0.05% NaF	Whole saliva	0.22 $\pm$ 0.29	0.04 $\pm$ 0.03	0.2 $\pm$ 0.13	0.06 $\pm$ 0.05	0.03 $\pm$ 0.24	0.21 $\pm$ 0.25
0.2% NaF	whole saliva	1.05 $\pm$ 0.84	0.71 $\pm$ 0.94	1.45 $\pm$ 0.92	1.02 $\pm$ 0.76	2.14 $\pm$ 1.79	1.46 $\pm$ 1.28

Volatile Sulfur Compounds (VSC) in the mouth air in two stressful conditions

(CS.QUEIROZ et al. Faculty of Dentistry of
Pivacicaba-UNICAMP.Brazil)

การมีกลิ่นปากสามารถตรวจพบปริมาณ
ความเข้มข้น สูงของ Volatile Sulfur Compounds
(VSC) จากอากาศที่เก็บมาจากช่องปาก กลิ่น
ปากมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดได้ ซึ่งเคยมี
รายงานไว้ว่า ความเครียดนับเป็นสาเหตุหนึ่งด้วย
การศึกษามีการทดสอบสภาวะความเครียดจาก 2
สภาวะ คือ การศึกษาที่ 1 การสอบวิชา ชีวเคมี
(Biochemistry) ในกลุ่มนักศึกษาทันตแพทย์
จำนวน 34 คน โดยการวัดค่าปริมาณความ
เข้มข้นของ VSC ก่อนสอบ 1 สัปดาห์ วันที่สอบ
และ 1 สัปดาห์หลังการสอบ โดยใช้ Halimeter
(Interscan Co.) การศึกษาที่ 2 ศึกษาในช่วง
อาการก่อนมีประจำเดือน (Premenstrual syn-
drome : PMS) ในกลุ่มหญิง 50 คน กลุ่ม
ตัวอย่างเป็นผู้มีอนามัยในช่องปากและสุขภาพดี
และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม A เป็นกลุ่มควบคุม
จำนวน 27 คน ที่ไม่มีอาการก่อนการมีประจำเดือน
(without PMS) กลุ่ม B มีจำนวน 23 คน ซึ่งจะ
มีอาการต่างๆ ก่อนการมีประจำเดือน (with PMS)
มีการวัดค่าของ VSC ในช่วงไม่มีประจำเดือน ใน
ช่วง PMS และช่วงมีประจำเดือน การวิเคราะห์ผล
ใช้สถิติ ANOVA และ Turkey test จากการศึกษาที่
1 พบว่ามีค่าของปริมาณ VSC เพิ่มขึ้นในวันที่สอบ
(90.41 ± 51.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เมื่อเปรียบเทียบกับ 1 สัปดาห์ก่อนสอบ (54.00
 ± 28.00) และ 1 สัปดาห์หลังสอบ ($57.82 \pm$
 29.07) ในการศึกษาที่ 2 ในกลุ่ม A ค่าปริมาณ
ความเข้มข้นของ VSC ในช่วงมีประจำเดือน
(75.70 ± 26.85) ($p < 0.05$) สูงกว่าช่วงของ
PMS และช่วงไม่มีประจำเดือน (54.00 ± 18.84

และ 53.89 ± 16.86 ตามลำดับ) ในกลุ่ม B
พบปริมาณความเข้มข้น VSC ทั้งในช่วง มี
ประจำเดือน และช่วง PMS (81.26 ± 34.43
และ 78.39 ± 38.90 ตามลำดับ) ($p < 0.05$)
มากกว่าในช่วงไม่มีประจำเดือน (56.87 ± 20.63)
และในกลุ่ม B ในช่วง PMS มีปริมาณความ
เข้มข้นของ VSC สูง กว่ากลุ่ม A ($p < 0.05$) จาก
ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความเครียดเป็นปัจจัย
หนึ่งที่ทำให้เกิดกลิ่นปาก และวงจรของการมี
ประจำเดือนมีผลต่อปริมาณความเข้มข้นของ VSC
ในช่องปาก (ได้รับการสนับสนุนโดย FAPESP)

Community Effectiveness of Fissure Sealant and Exposure to Fluoridated Water

(J.M. ARMFIELD and A.J SPENCER , The
University of Adelaide , South Australia)

ผลการป้องกันโรคฟันผุของการเคลือบหลุม
ร่องฟันด้วยซีลแลนท์ เห็นได้ชัดเจนจากการทดลอง
ในทางคลินิก แต่จากผลรายงานจากโครงการที่ลง
ในชุมชนยังมีให้เห็นได้น้อย มีการศึกษาเพิ่มเติม
แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพ
ของ ซีลแลนท์ กับการได้รับการสัมผัสกับน้ำที่เติม
ฟลูออไรด์ การศึกษานี้เป็นแบบ Cohort study
โดยตรวจเด็กกลุ่มอายุ 4-15 ปี ที่ รับบริการที่
School Dental Service (SDS) ใน 2 รัฐ ของ
ออสเตรเลีย คือ Queensland กับ South Australia
ช่วงเวลาระหว่าง 6 เดือน ถึง 3.5 ปี (ค่าเฉลี่ย=2
ปี) ข้อมูลอนามัยของช่องปากเด็กได้จาก การตรวจ
ตามปกติของ SAS ส่วนข้อมูลของน้ำที่ใช้เป็น
ประจำและประวัติการบริโภคน้ำได้จากแบบ-
สอบถามที่ส่งให้พ่อแม่หรือผู้ปกครอง เลือกเด็ก
กลุ่มย่อยจำนวน 791 คน (อายุเฉลี่ย 10.5 ปี)
ที่มีฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ซึ่งขากรรไกรด้านหนึ่งมีด้าน
บดเคี้ยวที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน อีกด้าน

หนึ่งจะเป็นฟันปกติ (ไม่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน) พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดโรคฟันผุ ในฟันที่เคลือบหลุมร่องฟัน 5.6 % และ 11.1 % ในด้านที่ไม่ได้เคลือบหลุมร่องฟัน ($P < 0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเป็นโรคฟันผุในฟันที่เคลือบหลุมร่องฟันลดลง 50 % เมื่อเปรียบเทียบกับฟันที่ไม่ได้เคลือบหลุมร่องฟัน เด็กถูกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามระยะเวลาที่ได้รับการสัมผัสกับน้ำที่เติมปริมาณฟลูออไรด์อย่างเหมาะสม คือ 0. % , 1-99 % และ 100% การลดลงของโรคฟันผุมากขึ้นในฟันที่เคลือบหลุมร่องฟัน เมื่อเทียบกับระยะเวลาที่ได้รับการสัมผัสกับน้ำที่เติมฟลูออไรด์ดังนี้ โรคฟันผุลดลง 36.2 % ($P < 0.05$) , 44.8% ($P < 0.01$) , 82.4% ($P < 0.001$) ในกลุ่มเด็กที่ได้รับการสัมผัสกับน้ำที่เติมฟลูออไรด์ในระยะเวลาไม่เลยปานกลางและได้รับตลอดช่วงอายุ ซึ่งจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ประสิทธิภาพของการเคลือบหลุมร่องฟันในลักษณะที่เป็นโครงการลงสู่ชุมชนอาจจะต้องมีการปรับโดยการให้รวมไปกับการได้รับการสัมผัสกับน้ำที่เติมฟลูออไรด์อย่างเหมาะสมในระยะเวลาที่มากขึ้น

(การศึกษาได้รับการสนับสนุนโดย Australian NHMRC.)

Parental beliefs of the origins or absence of childhood dental fear

(M. TEN BERGE et al. Academic Center for Dentistry Amsterdam)

การศึกษาครั้งนี้เพื่อสืบสวนถึงสาเหตุของความกลัวการทำฟันของเด็กที่สืบเนื่องมาจากพ่อแม่ กลุ่มตัวอย่างเป็น พ่อแม่ของเด็กอายุ 4-9 ปี ที่มีความกลัวการทำฟันสูง จำนวน 67 คน ซึ่งส่งต่อมาจาก Center for Special Dental Care (SBT) ทำการสัมภาษณ์ถึงสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เด็กกลัวการทำฟัน (dental fear) โดยมีการซักถามในเรื่องของความกลัวต่างๆ ไป และปัญหาที่เกิดขึ้น

เมื่อพาเด็กไปพบทันตแพทย์ และมีการซักถามพ่อแม่ในกลุ่มของเด็กที่มีความกลัวการทำฟันต่ำ ในกลุ่มอายุ 4-9 ปี จำนวน 56 คน ด้วยคำถามที่คล้ายคลึงกัน ผลการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าความกลัวการทำฟันอย่างสูงนั้น ส่วนใหญ่ (37 %) เป็นผลจากประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดหรือเคยได้รับการทำฟันของโรคที่ลุกลามมาก 19 % มีประวัติ ว่ามีปัญหาด้านการแพทย์ และการนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล 16 % เป็นเด็กที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย 13 % เกิดจากทันตแพทย์ที่มีพฤติกรรมด้านลบ ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่น่ามาพิจารณา มีเพียง 5 % ของพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กจากปัญหาทางด้านสังคม พ่อแม่ส่วนใหญ่ (67%) มีประสบการณ์ของความยุ่งยากในการพาเด็กไปทำฟัน เช่น ไม่สามารถทำให้เด็กได้รับความสะดวกสบายในขณะที่ทำฟัน ส่วนในกลุ่มพ่อแม่เด็กที่มีความกลัวการทำฟันน้อย พบว่า 34 % มีความพึงพอใจต่อทันตแพทย์ 30% พ่อแม่ให้การแนะนำที่ดีพอ 14 % ไม่มีประสบการณ์ของความเจ็บปวด และมี 14 % เป็นเด็กที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งนับเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เด็กกลัว ไม่พบความแตกต่างในเรื่องความกลัวการทำฟัน ของพ่อแม่ ทั้ง 2 กลุ่ม สิ่งที่ที่น่าสนใจ คือพ่อแม่ส่วนใหญ่ของกลุ่มเด็กที่มีความกลัว จะมีส่วนทำให้เด็กกลัวต่อปัจจัยภายนอก ในขณะที่กลุ่มพ่อแม่ของเด็กที่มีความกลัวน้อย มีส่วนช่วยป้องกันความกลัวการทำฟันให้แก่เด็กได้ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสืบเนื่องจากพ่อแม่และผลจากปัจจัยที่เด็กได้รับ (จากประสบการณ์การทำฟันและการรักษาด้านการแพทย์ในโรคที่ลุกลามมาก) เป็นส่วนสำคัญมากที่จะทำให้เด็กกลัวการทำฟันซึ่งจะปรากฏเป็นบุคลิกภาพส่วนหนึ่งของเด็ก

