

การใช้บริการสุขภาพช่องปาก

เพ็ญแข ลามยั้ง*

ทบ., สม.

บทคัดย่อ

ระบบบริการสุขภาพช่องปากมีเป้าหมาย ให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ แต่ด้วยลักษณะพิเศษของบริการเองที่ต่างจากสินค้าและบริการทั่วไป ทำให้มีปัญหาการเข้าถึงบริการ บทความนี้นำเสนอแบบจำลองการใช้บริการสุขภาพช่องปากตามแนวคิดสังคมวิทยาโดยประยุกต์จากทฤษฎีแลกเปลี่ยนและมาร์กซิส

คำสำคัญ : แบบจำลองการใช้บริการสุขภาพช่องปาก, ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพรวมถึงระบบบริการทันตสุขภาพ คือ ให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับการบริการ (need)¹ โรคในช่องปากเกิดได้กับคนทุกกลุ่มอายุและเมื่อเป็นโรคแล้วจำเป็นต้องได้รับการบริการในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต แม้ว่าการใช้บริการจะมีความสัมพันธ์กับรายได้ การศึกษา อายุ เพศ การรับรู้ และลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ แต่ข้ออธิบายความผันแปรของการใช้บริการทันตสุขภาพได้น้อย อาจเป็นไปได้ว่า ประเด็นสำคัญด้านผู้ให้บริการที่มีได้ถูกนำมาศึกษาคือ การค้นหาว่า ผู้รับบริการแต่ละคนต้องการอะไรบ้าง (consumer search) เช่น ค่ารักษาที่ถูกกว่า หรือ ผู้ให้บริการที่มีลักษณะอย่างที่เขาต้องการหรืออื่นๆ และยังมีการศึกษาด้านผู้ให้บริการไม่มากนัก ทั้งที่น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง เพราะลักษณะพิเศษของบริการทันตสุขภาพที่ต่างจากสินค้าบริโภคทั่วไป² ทำให้ผู้ให้บริการมีอิทธิพลเหนือผู้รับบริการ

1. การเข้าถึงบริการ

การเข้าถึงบริการเป็นแนวคิดสำคัญในเรื่องระบบบริการสาธารณสุข โดยมีความหมายในมิติต่าง ๆ

ได้แก่ บริการที่มี (availability), การเข้าถึงบริการ (accessibility), ความสะดวก (accommodation), ความสามารถจ่าย (affordability) และการยอมรับ (acceptability)³ ทั้งจากผู้ให้และผู้รับบริการ

2. การใช้บริการกับสุขภาพ

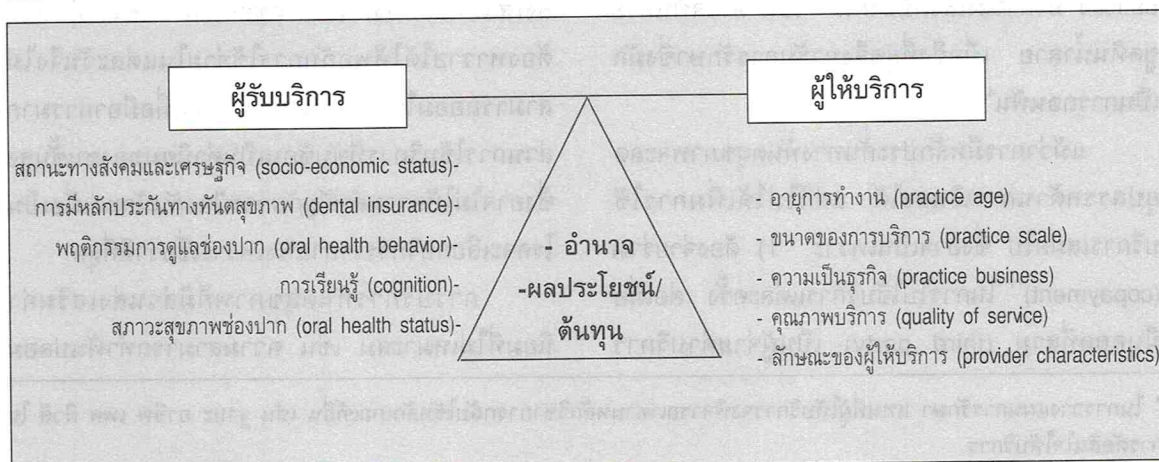
ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย คือ ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้รับและ ผู้ให้บริการ ดังภาพ 1 ซึ่งดัดแปลงจาก Grembowski และคณะ⁴

1. ผู้รับบริการ มีดังต่อไปนี้

- 1.1 สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ
- 1.2 การมีหลักประกันทางทันตสุขภาพ
- 1.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก
- 1.4 การเรียนรู้
- 1.5 สภาพาสภาพช่องปาก

สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (SES) ของบุคคล อาจประเมินได้จาก ระดับการศึกษา อาชีพ อายุ เพศ ประสบการณ์การใช้บริการ และความสม่ำเสมอในการใช้บริการ ในสังคมดั้งเดิม อายุและเพศเป็นตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึง SES เช่น ผู้อาวุโสเพศ

ภาพที่ 1 : ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้รับและผู้ให้บริการ
The recipient-provider relationship



ชายหรือผู้อาวุโสทั้งชายและหญิงในอินเดีย อัฟริกา และเม็กซิโก จะได้รับความนับถือและมีอำนาจในครัวเรือน^{5,6,7} ขณะที่ในสังคมทุนนิยม ผู้อยู่ในวัยกำลังแรงงานซึ่งหาเลี้ยงครอบครัวจะมีสิทธิมีเสียงมากกว่าคนชรา และในสังคมที่มีอคติทางเพศเช่น เปรู ผู้หญิงโดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กผู้หญิงจะถูกจัดไว้ในลำดับท้ายสุดในการใช้ทรัพยากรของครอบครัว เช่น อาหารและการใช้บริการทางการแพทย์⁸ ในสังคมทุนนิยมที่เปิดโอกาสให้สมาชิกเลื่อนชั้นทางสังคม (social mobility) ได้ การศึกษาและอาชีพจะเข้ามามีบทบาทมากกว่า เนื่องจากผู้มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสมีหน้าที่การงานหรือมีรายได้สูงจนเป็นที่ยอมรับของสังคม

โดยรวมแล้ว SES จะบ่งบอกถึง 1) วิธีชีวิตหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต 2) ความสามารถ (ability) ในการเข้าถึงบริการ 3) การดูแลตนเองรวมทั้งสัมพันธ์กับทัศนคติและการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพ หลายการศึกษาสนับสนุนว่า SES มีส่วนกำหนดสุขภาพของบุคคล กล่าวคือ ผู้มีการศึกษาน้อยมักต้องทำงานใช้แรงงานและได้ค่าตอบแทนน้อย เมื่อต้องการเพิ่มรายได้จึงต้องเพิ่มการทำงานทำให้สุขภาพทรุดโทรม และในสภาพที่เป็นลูกจ้างหรือต้องทำงานหามรุ่งหามค่ำไม่สะดวกที่จะหยุดงานหรือเพราะยากจนจึงไม่สามารถมาใช้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการส่งเสริมป้องกัน⁹ เช่น ตรวจฟันหรือชุดหินน้ำลาย เมื่อถึงที่สุดจึงมารับการรักษาซึ่งมักเป็นการถอนฟัน^{4,10}

แม้ว่าการมีหลักประกันทางทันตสุขภาพจะลดอุปสรรคด้านการเงินลงได้ แต่ก็ไม่ได้เพิ่มการใช้บริการเสมอไป ซึ่งอาจเป็นเพราะ 1) ต้องจ่ายร่วม (copayment)¹¹ ในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง ต่อเมื่อมีบุคคลที่สาม (third party) เป็นผู้จ่ายค่าบริการ

ทั้งหมดตามที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (fee-for-services) จึงจะสามารถเพิ่มการใช้บริการได้¹¹ 2) อุปสรรคด้านสังคมและจิตวิทยา^{4,12,13} สำหรับกลุ่มคนจนที่มีสิทธิรักษาฟรีมีแนวโน้มที่จะได้รับบริการที่มีต้นทุนต่ำกว่าคนกลุ่มอื่นทั้งที่มีปัญหาในช่องปากเช่นเดียวกัน^{14,15} เช่น ถอนฟัน แทนการรักษาคลองรากฟันและครอบฟัน หรือได้รับยาราคาถูกกว่า เข้าลักษณะการให้บริการแบบมาตรฐานเชิงซ้อน (double standard) และด้วยท่าทาง (manner) ของผู้ให้บริการอาจทำให้ผู้มีสิทธิดังกล่าวรู้สึกว่าตนด้อยคุณค่า (loss of self-esteem) จึงไม่มาใช้บริการเท่าที่ควร⁴

ทัศนคติในเรื่องทันตสุขภาพ ผันแปรตามชนชั้นทางสังคม (social class)^{4,16,17} และขึ้นกับอายุ เพศ การศึกษา ประสบการณ์ที่เคยมีต่อโรคหรือบริการ และภาพลักษณ์ของบริการ^{13,15,17} แม้ว่าค่านิยมของสังคมในเรื่องทันตสุขภาพจะชัดเจน แต่การปวดฟันโดยทั่วๆ ไป ไม่มีผลทำให้เสียชีวิต การแสวงหาบริการจึงขึ้นกับคุณค่าที่บุคคลมีต่อสุขภาพช่องปาก อาจกล่าวได้ว่า การใช้บริการป้องกันโรค (ซึ่งเสมือนเป็นการออมเพื่อรอรับผลประโยชน์ในอนาคต เข้าทำนองอดเปรี้ยวไว้กินหวาน) เป็นค่านิยมของชนชั้นกลางโดยแท้ เพราะเล็งเห็นประโยชน์ในการออมไว้เพื่อไม่ต้องเป็นโรคในอนาคต โดยคนกลุ่มนี้ยังมีเงินเหลือจากการใช้จ่ายพอที่จะออมซึ่งก็คือ การมาใช้บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก ขณะที่คนจนต้องหารายได้ให้พอกับการใช้จ่ายในแต่ละวันจึงไม่สามารถออมได้ ทำให้มาใช้บริการเมื่อมีอาการมาก ส่วนการใช้บริการที่ซับซ้อนเป็นค่านิยมของชนชั้นสูง ซึ่งอาจไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันนักแต่เมื่อเป็นโรคจะเลือกบริการราคาแพงเพราะเชื่อว่าเป็นที่ดีที่สุด

การบริการทันตสุขภาพก็มีส่วนส่งเสริมค่านิยมที่ไม่เหมาะสม เช่น ความสามารถทำฟันปลอม

* ในการวางแผนการรักษา แทนที่ผู้ให้บริการจะพิจารณาตามหลักวิชาการกลับใช้หลักเกณฑ์อื่น เช่น ฐานะ อาชีพ เพศ ผิวสี ในการตัดสินใจให้บริการ

ทดแทนพื้นที่สูญเสียไป ผู้รับบริการมักคิดว่าฟันปลอมมีความสวยงามและใช้งานได้เหมือนหรือดีกว่าฟันธรรมชาติ เมื่อผนวกกับทัศนคติที่ไม่ถูกต้องว่าเมื่อถึงวัยหนึ่งฟันจะหลุดร่วงไปเองตามธรรมชาติ มีส่วนทำให้บุคคลละเลยการดูแลทันตสุขภาพ รวมทั้งละเลยการมารับบริการบูรณะฟัน (restoration)

การเรียนรู้ ไม่ได้ขึ้นกับระดับการศึกษาในสถาบันเพียงอย่างเดียว แต่ยังสามารถได้รับอิทธิพลจากค่านิยมของสังคมและการมีประสบการณ์ใหม่ๆ ด้วยผู้ที่เดินทางออกนอกชุมชนไปทำงานในเมืองใหญ่ได้พบเห็นหรือรับรู้ข่าวสารที่ทันสมัยก็สามารถพัฒนาการเรียนรู้ขึ้นมาได้ การเรียนรู้อาจเชื่อมโยงกับตัวแปรอายุและเพศในทางอ้อม เช่น ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีโอกาสเดินทางออกนอกชุมชนน้อยกว่าผู้อยู่ในวัยทำงานทั้งเพศหญิงและชาย

สภาวะสุขภาพช่องปาก เป็นตัวกำหนดการใช้บริการทันตสุขภาพที่สำคัญในมุมมองของทันตแพทย์ (professional need) อย่างไรก็ตาม ประชาชนต้องเกิดการตระหนักก่อน (felt need) จึงจะสามารถชักนำให้เกิดการใช้บริการ

กล่าวโดยสรุปคือ ประชาชนจะแสวงหาบริการหรือไม่นอกจากจะขึ้นกับการบริการที่มีแล้ว ยังขึ้นกับค่านิยมของสังคม (social norm) ที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่ และภูมิหลังของบุคคลที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยทางกายภาพ จิตวิทยาและสังคม

2. ผู้ให้บริการ นอกจากลักษณะทางประชากร (demographic characteristics) แล้ว ยังมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ดังต่อไปนี้

- 2.1 อายุการทำงาน
- 2.2 ขนาดของการบริการ
- 2.3 ความเป็นธุรกิจ
- 2.4 คุณภาพบริการ
- 2.5 ลักษณะของผู้ให้บริการ ได้แก่ ชนชั้นทางสังคม (social class), ความเชื่อและอุดมการณ์

ในการทำงาน (practice beliefs and ideology), ความต้องการมีอำนาจ (need of power) และการศึกษา (education) ของผู้ให้บริการ

อายุการทำงานบ่งบอกถึงประสบการณ์และความสามารถในการให้บริการและความเชื่อในคุณค่าแห่งตน (self-esteem) อย่างไรก็ตาม พบเสมอว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นจนถึงระดับหนึ่งแล้ว ผลผลิตในการให้บริการจะลดลง เนื่องจากข้อจำกัดด้านกายภาพและขาดการติดตามความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ

ขนาดของการผลิตบริการมีผลกำหนดโดยตรงต่อชนิดและปริมาณของการบริการ ขนาดการผลิตที่มีประสิทธิภาพ (economies of scale) จะช่วยเพิ่มปริมาณบริการ โดยผู้ให้บริการไม่ต้องเพิ่มชั่วโมงการทำงาน

เมื่อการบริการมีความเป็นธุรกิจมากขึ้น ผู้ให้บริการจะพยายามใช้เวลาน้อยลงในการบริการต่อหนึ่งครั้ง เพื่อให้ได้บริการในปริมาณมากขึ้น ผลที่ตามมาคือ ทำให้ไม่ได้สื่อสารกับผู้รับบริการเท่าที่ควร ตัวแปรนี้ทวีความสำคัญมากขึ้นในเชิงบริหารจัดการ โดยเฉพาะในภาคเอกชน แต่ยังครอบคลุมไปถึงสถานบริการภาครัฐด้วย เนื่องจากในยุคที่ประเทศเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจ งบประมาณจะลดลงเมื่อเทียบกับภาระงานที่มากขึ้น เมื่อผู้ให้บริการเน้นการสร้างรายได้ ประสิทธิภาพของการใช้บริการจะเพิ่มขึ้น (ไม่ว่าประสิทธิภาพของการให้บริการจะเพิ่มขึ้นหรือไม่ก็ตาม) แต่จะสูญเสียความเป็นธรรมของระบบบริการ นอกจากนี้ การเน้นเชิงธุรกิจทำให้ผู้ให้บริการต้องพึ่งพาผู้รับบริการมากขึ้น เสมือนเพิ่มอำนาจให้ผู้รับบริการมากขึ้น

เนื่องจากผู้รับบริการไม่มีความสามารถที่จะประเมินคุณภาพเทคนิคบริการที่แท้จริงได้จึงต้องพิจารณาจากลักษณะภายนอกที่เป็นรูปธรรมแทน (amenities) เช่น สภาพอาคารสถานที่ เวลาที่ต้องรอคอย ความสะอาดสบายและความเป็นสัดส่วน และ

ผู้ให้บริการยังใช้ลักษณะเหล่านี้ในการประเมินความคุ้มค่าหรือต้นทุน/ผลประโยชน์ (cost/benefit) โดยตรงอีกด้วย⁴ ผู้ให้บริการจึงมักใช้ลักษณะดังกล่าวสร้างความประทับใจและดึงดูดผู้ให้บริการ

ความเชื่อและอุดมการณ์ในการทำงานของบุคคลมีส่วนกำหนดชนิดและลักษณะบริการ เช่น ผู้ที่ศรัทธาในการป้องกันโรคจะส่งเสริมให้ผู้ให้บริการสามารถดูแลตนเองมากกว่าจะพึ่งพิงทันตแพทย์ หากมีอุดมการณ์ทำงานเพื่อสังคมจะคำนึงถึงความเหมาะสมของบริการต่อผู้รับบริการ มากกว่าการเน้นให้บริการราคาแพงหรือได้กำไรมาก งานวิจัยของ Walsh และ Elling¹⁸ ศึกษาผลกระทบเชิงโครงสร้างของวิชาชีพที่มีต่อพฤติกรรมบริการของแพทย์ พยาบาล และนักสาธารณสุข พบว่า อุดมการณ์ของคนแต่ละกลุ่มที่จะยกสถานภาพของวิชาชีพให้มีเกียรติยศและเป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีทัศนคติทางลบต่อกลุ่มคนจน ผู้ให้บริการที่ต้องการมีอำนาจมากจะให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการน้อยที่สุด และโดยทั่วไป ผู้ให้บริการที่มีการศึกษาต่อเนื่องสม่ำเสมอให้บริการได้อย่างมีคุณภาพมากกว่า

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ

3.1 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการถ่วงดุล (power balancing) ประกอบด้วย 3 ปัจจัยคือ 3.1.1 สมดุลในการบริการ (balancing operation)

ทันตแพทย์ไม่เพียงแต่จะมีความรู้มากกว่าผู้รับบริการ แต่ยังเป็นผู้ให้บริการอีกด้วย และเพราะความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษา ผู้รับบริการจึงมอบความไว้วางใจให้ผู้รักษาตัดสินใจ

แทนตนเอง นอกจากนี้ วิชาชีพทันตแพทย์ยังได้รับฉันทานุมัติผ่านกระทรวงสาธารณสุขให้มีอำนาจในหน้าที่ (authority) ดังกล่าวอย่างถูกกฎหมาย ผนวกเข้ากับความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ (provider-patient relationship) ทำให้ผู้ให้บริการมีอำนาจเหนือผู้รับบริการ และมีแนวโน้มกำหนดและตัดสินใจ ด้วยตัวเอง (dominate) มากกว่าจะตัดสินใจร่วมกับผู้รับบริการ การตัดสินใจนี้เป็นไปตามทัศนคติ ข้อสมมติในใจและความคาดหวังของทันตแพทย์เองภายใต้บริบทของคุณค่าทางสังคม (social value) ลักษณะดังกล่าวอาจทำให้ผู้รับบริการเกิดต้นทุนด้านจิตใจ (psychological cost) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อการบริการ แม้ว่าจะจัดอุปสรรคด้านการเงินแล้วก็ตาม อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้รับบริการต้องพึ่งพิง (dependency) ความรู้ความสามารถของทันตแพทย์ แต่ผู้รับบริการก็มีวิธีการตอบโต้พฤติกรรมของทันตแพทย์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ที่มีประเมินความสามารถของทันตแพทย์และความเหมาะสมของการรักษา หากไม่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ก็จะปฏิเสธการรักษา หยุดการรักษาหรือแสวงหาทันตแพทย์คนใหม่ พันธะสัญญาที่มีต่อกัน (personal commitments) ความไว้นื้อเชื่อใจกัน และความคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับในภายหน้าทำให้ทันตแพทย์ลดการใช้อำนาจลงสำหรับบริการที่ใช้เวลาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เช่น จัดฟัน อำนาจของทันตแพทย์จะลดลงเมื่อเทียบกับบริการที่ใช้เวลาสั้นๆ เช่น อุดฟัน** และเมื่อบริการมีความเป็นธุรกิจและผู้ให้บริการคาดหวังรายได้จากผู้รับบริการมากขึ้น ย่อมจะลดการใช้อำนาจลง เป็นการ

** โดยทั่วไป กรณีเช่นนี้ขึ้นกับ ปริมาณงานที่เหลือ, ต้นทุนที่จะเกิดขึ้น และผลประโยชน์ที่จะได้เพิ่มเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น หากการรักษาใกล้เสร็จสิ้นและผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษามากกว่าผลประโยชน์ที่เขาคาดว่าจะได้รับเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น ผู้ป่วยอาจหยุดการรักษา สำหรับบริการฟรี ระยะเวลานาน ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสประเมินและเข้าใจได้ตลอดเวลาว่า จะรับการรักษาต่อหรือออกจากการรักษากลางคัน ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นการรักษาที่ต้องจ่ายเงินหรือไม่ก็ตาม หากใช้เวลารักษานาน อำนาจของผู้ให้บริการที่มีเหนือผู้ป่วยจะลดลง ปรากฏการณ์เช่นนี้มีส่วนทำให้ทันตแพทย์คิดค่ารักษาเป็นครั้งๆ ตามปริมาณงานหรือมีการคิดค่ารักษาล่วงหน้าหรือค่ามัดจำ แทนที่จะให้การรักษาคงครบแล้วจึงคิดค่ารักษา - ผู้เขียน

เพิ่มอำนาจให้แก่ผู้รับบริการโดยอัตโนมัติ

การรวมกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มอำนาจอาจเป็นการรวมกลุ่มของผู้ให้หรือผู้รับบริการก็ได้ แต่ในเรื่องสุขภาพช่องปาก ผู้รับบริการยังไม่มีกรรวมกลุ่มอย่างชัดเจน การรวมกลุ่มของทันตแพทย์แสดงออกในรูปสมาคมหรือสภาเพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์และลดการแข่งขันกันเอง รวมทั้งลดจำนวนบริการทางเลือกในตลาดบริการ โดยมีการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (dentist licensure) เป็นเครื่องมือทางกฎหมาย

3.1.2 ข้อมูลข่าวสาร (information)

ในการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก ผู้รับบริการย่อมต้องการทราบว่า เขาจำเป็นต้องได้รับบริการอะไร (need) และใช้ข้อมูลนี้มาประมาณความต้องการบริการของตนเอง (demand) ทันตแพทย์จึงเสมือนเป็นผู้ขยายความรู้ในการบริการแก่ประชาชน ทันตแพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากเท่าใด ยิ่งทำให้ผู้ป่วยลดการพึ่งพิงทันตแพทย์ได้มากขึ้นเท่านั้น ในบริการการแพทย์ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้รับบริการเป็นดัชนีตัวหนึ่งในการประเมินคุณภาพบริการ เพราะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและยอมรับคำแนะนำมากกว่าการไม่ได้รับข้อมูล อย่างไรก็ตาม การให้ข้อมูลอาจเป็นการเพิ่มอำนาจของผู้ให้บริการก็ได้ ดังที่ Grembowski และคณะ อ้างถึง Dranove and White (1987) ว่า แพทย์มักให้ข้อมูลไปในทางกระตุ้นความต้องการบริการราคาแพงในการวินิจฉัยโรค ในแง่กฎหมาย ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างครบถ้วนก่อนการตัดสินใจว่าจะรักษาหรือไม่ หากผู้ให้บริการให้ข้อมูลไม่เพียงพอ ผู้ป่วยสามารถเรียกร้องขอทราบข้อมูลดังกล่าวได้

3.1.3 อำนาจของทันตแพทย์ (dentist authority)

ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความสามารถด้านช่องปากน้อยกว่าทันตแพทย์จึงมักมอบความไว้วางใจ

ให้ทันตแพทย์ ทันตแพทย์จึงมีบทบาทโดยชอบธรรม (legitimate) และมีอำนาจหน้าที่ (authority) ในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการ โดยผ่านทาง การให้ทันตศึกษา แนะนำและสาธิต

3.2 ความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์และต้นทุน (reward and cost)

3.2.1 ผลประโยชน์

3.2.1.1 ด้านผู้รับบริการ ผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการคาดว่าจะได้รับจากบริการอาจเริ่มจากความเชื่อหรือศรัทธา (belief or faith) ที่ผู้รับบริการมีต่อการบริการว่า จะทำให้หายจากความเจ็บป่วย กลับมามีสุขภาพช่องปากเป็นปกติ สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ สามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน รวมทั้งทำงานได้เป็นปกติ (production gain) รวมทั้งเกิดความพึงพอใจ (satisfaction) ต่อการมีสุขภาพดี หรือ ต่อความสวยงามที่ได้รับจากบริการใส่ฟันปลอม อุดฟันหน้า และอื่นๆ ส่วนผู้ที่มารับบริการทันตกรรมป้องกันก็มาจากการเชื่อว่า สามารถป้องกันการเป็นโรคในอนาคตได้

3.2.1.2 ด้านผู้ให้บริการ ผลประโยชน์ที่ผู้ให้บริการจะได้จากการบริการแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ 1) ผลประโยชน์ที่มองเห็น ได้แก่ รายได้ และการที่ผู้รับบริการจะแนะนำผู้รับบริการรายใหม่มาให้ (new patient referrals) 2) ผลประโยชน์ที่มองไม่เห็น ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา ความนิยม ยกย่องชื่นชมที่ผู้รับบริการและสังคมมีต่อผู้ให้บริการและวิชาชีพ

3.2.2 ต้นทุน

3.2.2.1 ด้านผู้รับบริการ เกิดจาก 1) การแสวงหาแหล่งบริการ (care source) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเสาะหาข้อมูลและการค้นหาสถานบริการนั้นๆ สำหรับผู้ที่ไม่มีแหล่งบริการประจำอยู่ก่อน (regular care source) การรับฟังคำบอกเล่า (word-of-mouth) เป็นรูปแบบที่พบบ่อยในการ

แสวงหาแหล่งบริการของกลุ่มคนระดับล่าง เพราะ
เครือข่ายทางสังคมของคนกลุ่มนี้มีความใกล้ชิดกันมาก
(มีความสัมพันธ์กันเหนียวแน่น) และการแนะนำกัน
ปากต่อปากเป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายต่ำเมื่อเทียบกับการ
แสวงหาบริการวิธีอื่น

2) การเดินทางไปใช้บริการ ได้แก่ ค่าเดินทาง
ค่าอาหาร รวมถึงต้นทุนทางอ้อม เช่น การต้องหยุด
งานหรือหากคนช่วยดูแลบุตรหรือคนชราในบ้านเมื่อ
ตนจะไปใช้บริการ

3) ค่าบริการ (service charge)

4) อารมณ์ความรู้สึก เรียกว่า ต้นทุนทางจิตใจ
(psychic cost) ได้แก่ ความรู้สึกที่ตนเองด้อยคุณค่า
ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ที่มีสิทธิรักษาฟรีจะ
เกิดความรู้สึกเช่นนี้ได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอื่น นอกจากนี้
ยังรวมถึงความกังวล กลัวเจ็บ เบื่อที่จะต้องรอคอย
และเกรงว่าจะถูกผู้ให้บริการตำหนิว่า ไม่ดูแลสุขภาพ
ตนเอง

ต้นทุนด้านจิตใจอาจเกิดจาก 1) ผู้ให้บริการและ
ผู้รับบริการให้คุณค่า (value) หรือให้ความสำคัญต่อ
ทัศนสุขภาพต่างกันโดยทัศนแพทย์ตัดสินใจแบบวิชาชีพ
(professionalism) ซึ่งให้ความสำคัญกับทัศนสุขภาพ
ขณะที่ผู้รับบริการรายได้น้อยมีความจำเป็นเรื่องชีวิต
ความเป็นอยู่ด้านอื่นๆ มากกว่า จึงไม่ตอบสนองต่อ
คำแนะนำในการรักษา 2) ทัศนแพทย์แข่งขันกันสร้าง
ศักดิ์ศรีและเกียรติยศของตนในฐานะเป็นวิชาชีพ จึงมี
แนวโน้มยินดีให้บริการคนที่มีสถานภาพทางสังคมสูง
มากกว่าคนระดับล่าง การให้บริการคนจนจึงถูกมองว่า
เป็นงานต่ำ (Huges อ้างใน Walsh and Elling¹⁸)
เมื่อผู้รับบริการที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำ รับรู้หรือ
เคยมีประสบการณ์ว่าทัศนแพทย์ไม่ยอมรับหรือเสี่ยง
การบริการก็จะปฏิเสธการใช้บริการแม้ว่าจะเชื่อว่าตน
จำเป็นต้องได้รับบริการนั้น^{10,18} และผู้รับบริการให้
ความสำคัญกับประเด็นนี้มากเป็นที่สองรองจากปัจจัย
ด้านเศรษฐกิจ¹⁹ ช่องว่างระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

มีมากเท่าใด ก็จะก่อให้เกิดต้นทุนทางจิตใจแก่ผู้รับ
บริการได้มากเท่านั้น

หากต้นทุนในการรับบริการที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง
(out-of-pocket cost) มากกว่าผลประโยชน์ที่เขาคาด
ว่าจะได้จากบริการ เขาจะไม่ใช้บริการหรือเลือกรับ
บริการเฉพาะที่จำเป็นที่สุดที่พอจะจ่ายไหว กรณีที่มี
time cost หรือ social cost สูง ผู้รับบริการมักไม่รับ
การรักษาต่อเนื่องจนเสร็จสมบูรณ์

3.2.2.2 ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่

ต้นทุนในการบริหารจัดการและดำเนินการ แบ่งเป็น
1) ต้นทุนคงที่ (fixed or overhead costs) เป็นต้น
ทุนที่มีอยู่ไม่ว่าจะมีการบริการหรือไม่ก็ตาม เช่น ค่า
เช่าสถานที่ ค่าเครื่องจักรกล ค่าจ้างพนักงานที่จ่าย
เป็นเงินเดือน ฯลฯ 2) ต้นทุนแปรผัน (variable costs)
เป็นต้นทุนที่แปรตามขนาดการผลิต เช่น ค่าตอบแทน
ผู้ให้บริการตามปริมาณงาน (work load) ค่าวัตถุดิบ
ในการผลิต ฯลฯ

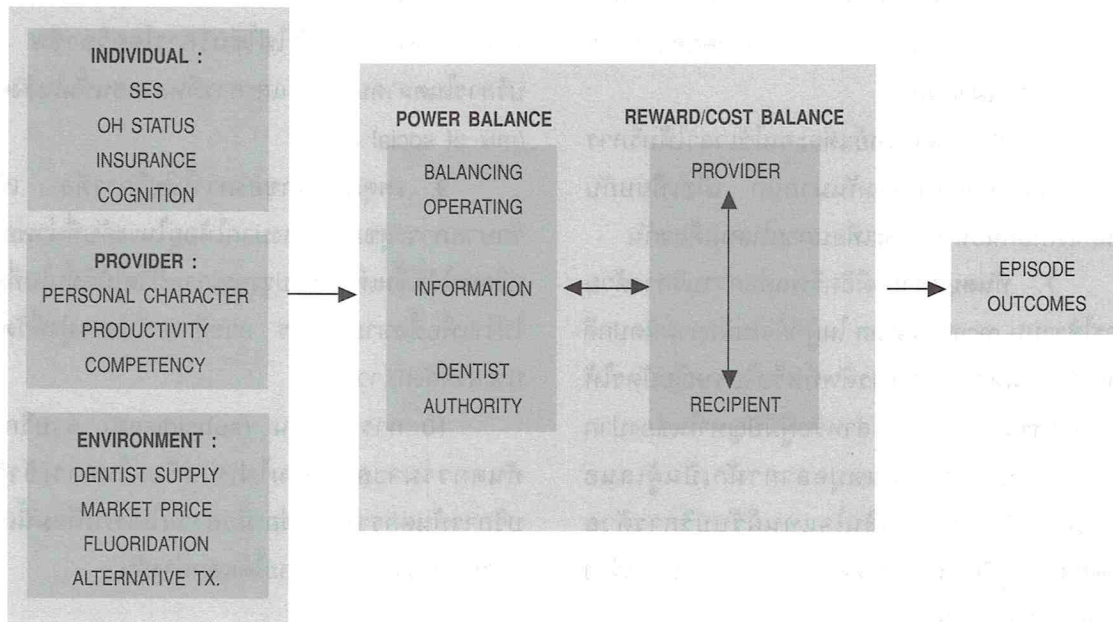
โดยทั่วไป ในการบริหารงานสาธารณสุข
ต้นทุนทางตรงจะหมายถึง ต้นทุนแปรผัน ส่วนต้นทุน
คงที่จะเป็นต้นทุนทางอ้อม

ผลประโยชน์ ต้องมากกว่า หรืออย่างน้อยก็
ต้องเท่ากับต้นทุนทั้งในด้านผู้ให้และผู้รับบริการจึงจะ
เกิดการแลกเปลี่ยนบริการ ดังภาพ 2 ซึ่งดัดแปลงจาก
Grembowski และคณะ⁴

3. ข้อควรคำนึงในการศึกษาการใช้บริการ สุขภาพช่องปาก

1. บริการสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร
มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟู
สภาพ ซึ่งมีคุณค่าแตกต่างกันตามการให้ความหมาย
ของบุคคลและสังคม จึงควรศึกษาทั้งการเลือกใช้
ประเภทบริการและเหตุผลของบุคคลในการเลือกเช่น
นั้นด้วย

ภาพที่ 2 : การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
The exchange between the provider and recipient



2. บริการโดยทันตบุคลากรเกือบทั้งหมดเป็นงานหัตถการ (operation) ซึ่งต่างจากบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั่วไปที่เป็นการรักษาด้วยยาเป็นส่วนใหญ่ ความชำนาญของผู้ให้บริการ (competence) วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ (material and equipment) รวมทั้งการมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ (facilities) จึงมีความสำคัญต่อบริการ

3. นอกจาก “อายุ” จะเป็นปัจจัยกำหนดการใช้บริการตามธรรมชาติของการเกิดโรคและสภาพของโรคในช่องปากแล้ว “อายุ” ยังเป็นปัจจัยที่มีนัยแฝงต่อการใช้บริการ ในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา คนส่วนใหญ่มักท้อเวลาในการมารับบริการ จนในที่สุดต้องสูญเสียฟัน เมื่อล่วงเข้าวัยสูงอายุจึงมักเหลือฟันน้อยซึ่งทำให้ต้องการบริการอื่นๆที่ไม่ใช่บริการใส่ฟันปลอมลดลง ต่างจากผู้สูงอายุในประเทศพัฒนาที่มักเก็บรักษาฟันไว้ ซึ่งจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์และผุที่รากฟัน (root caries) ตามมา

จึงยังต้องการบริการมากอยู่

4. ครั้งของการใช้บริการเป็นหน่วยวิเคราะห์ที่สำคัญโดยควรเก็บทั้ง จำนวน (number) ระยะเวลาดำเนินการ (length) และความถี่ (frequency) ของการใช้บริการ เพื่อเข้าใจประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้รับบริการ ตั้งแต่การให้ความหมายว่า อาการอย่างใดขนาดไหนจึงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพช่องปาก และยังสามารถใช้ในการประมาณค่าบริการและศึกษาแบบแผนการแสวงหาบริการ (seeking care and referral patterns) ว่า เริ่มเมื่อไร เป็นอย่างไร ตัดสินใจใช้บริการล่าช้าหรือไม่

5. ควรศึกษาการใช้บริการในแง่กระบวนการตัดสินใจ (decision-making process) ที่หลีกเลี่ยงหรือมารับบริการ มีอะไรเป็นแรงขับให้ตัดสินใจและมีพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากจะมองที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพเพียงอย่างเดียว

6. ค่าบริการทันตกรรมในภาพรวมจะสะท้อน

ปริมาณการใช้บริการทันตกรรม (utilization) ได้ ก็ต่อเมื่อ

1) ทันตแพทย์แต่ละคน สถานบริการแต่ละแห่งใช้อัตราค่าบริการเดียวกันหรือคิดค่าบริการไม่แตกต่างกันมากนัก

2) ทันตแพทย์แต่ละคนใช้เวลาให้บริการชนิดเดียวกันไม่แตกต่างกันมากนัก เมื่อเทียบกับทันตแพทย์คนอื่นๆ และเทียบภายในคนเดียว

7. ทันตบุคลากรมีอิทธิพลต่อการบริการด้วยการใช้ระบบ recall system ในผู้ที่ยังไม่มีคามผิดปกติโดยใช้การติดตามทางโทรศัพท์หรือไปรษณียบัตรให้มารับการตรวจประจำปี สำหรับผู้มีปัญหาในช่องปากและมารับบริการ ทันตบุคลากรมักเป็นผู้เสนอประเภทบริการและตัดสินใจแทนผู้รับบริการด้วยเหตุผลว่า ผู้รับบริการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและวิธีการรักษา

8. เนื่องจากระบบบริการสุขภาพช่องปากอยู่ภายใต้ระบบสังคมใหญ่ การตัดสินใจของบุคคลและ

การมีพฤติกรรมทันตสุขภาพจึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ ในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้นอกเหนือจากการมีบริการไม่พอเพียง เช่น การมีแหล่งบริการหรือทางเลือกอื่นๆ ที่ไม่ใช่บริการโดยวิชาชีพ ค่าบริการในตลาดบริการ และการมีหลายชนชั้นในสังคม (mix of social class)

9. เหตุผลหลักของการใช้บริการคือ เพื่อรักษาภาวะสุขภาพช่องปากให้อยู่ในระดับที่น่าพอใจหรือทำให้ดีขึ้นเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นในที่สุดไม่ใช่เพื่อซื้อขายบริการ การศึกษาจึงควรมุ่งที่วัตถุประสงค์ดังกล่าว

10. การอุดหนุน (subsidized) ค่าบริการทันตกรรมจะลดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ก็ต่อเมื่อความไม่เท่าเทียมนี้เกิดจากการที่ประชาชนมีรายได้แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Mechanic, D. Medical Sociology. 2nd ed. New York: Free Press, 1978.
2. Grembowski, D., Fiset, L., Milgrom, P. et al. Does fluoridation reduce the use of dental services among adults? Med Care 1997; 35(5): 454-71.
3. Penchansky, R. and Thomas J. W. The concept of access definition and relation to consumer satisfaction. Med Care 1981; 19(2):127-40.
4. Grembowski, D., Andersen, R.M. and Chen, Meei-shia. A Public health model of the dental care process. Med Care Review 1989; 46(4): 439-96.
5. Messer, E. Intra-household allocation of food and health care: current findings and understanding-introduction. Soc Sci Med 1997; 44(11):1675-84.
6. Develay, A., Sauerborn, R. and Diesfeld, H.J. Utilization of health care in an african urban area : results from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso. Soc Sci Med 1996; 43(11): 1611-9.

7. Haynes, R. Inequalities in health and health service use: evidence from the general household survey. *Soc Sci Med* 1991; 33(4): 361-8.
8. Larme, A. C. Health care allocation of food and selective neglect in rural Peru. *Soc Sci Med* 1997; 44(11):1711-23.
9. Petersen, P. E. Social inequalities in dental health: towards a theoretical explanation. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18:153-8.
10. Nikias, M. K. Social class and the use of dental care under prepayment. *Med Care* 1968; 6(5):381-93.
11. Freeman, H. E. and Corey, C.R. Insurance status and access to health services among poor persons. *HSR* 1993; 28(5):531-41.
12. Grytten, J., Rongen, G and Asmyhr, O. Subsidized dental care for young men: Its impact on utilization and dental health. *Health Econ* 1996; 5(2):119-28.
13. Gift, H.C. Social and psychological barriers to dental care: consideration of the near-poverty Individual. *J American College of Dent* 1978; 45(3):178-183.
14. Bailit, H.L., Braun, R., Maryniuk, G.A. and Camp, P. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? *JADA* 1987; 114(Jan):40-5.
15. Conrad, D.A., Milgrom and Kiyak, A. Insurance plan effects of dental provider treatment patterns for elderly patients: An experimental economics approach. *Med Care* 1984; 22(5):430-446.
16. Milen, A. Role of social class in caries occurrence in primary teeth. *International J of Epidemiology* 1987;16(2):252-256.
17. Antonovsky, A. and Kats, R. The model dental patient: an empirical study of preventive health behavior. *Soc.Sci. Med* 1970; 4:367-380.
18. Walsh, J.L. and Elling, R.H. Professionalism and the poor-structural effects and professional behavior. *J Health Soc Beh* 1968; 9(1):16-28.
19. Frazier, P.J., Jenny, J., Bagramian, R.A., et al. Provider expectations and consumer perceptions of the importance and value of dental care. *American Journal of Public Health* 1977; 67(1):37-43.

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 11000

Oral care utilization

Phengkhae Lapying*

DDS., MPH.

Abstract

The goal of oral care delivery system is to serve people need, nevertheless specificity of oral disease and oral care which are different from general health cares lead to the service accessibility problems. This article proposes an oral care model built up from Exchange theory and Marxist theory.



Key Word : Oral care model, Recipient and provider relationship

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