

การส่งเสริมทันตสุขภาพ : กลยุทธ์ทางการเมืองและการบริหาร ศ.ออบรีย์ ไชแอม (Aubrey Sheiham) มหาวิทยาลัยลอนดอน

สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

วิธีการอดตาวา-โครงสร้างสำหรับนโยบาย
ทางทันตสุขภาพ

สุขภาพอนามัยของร่างกายและช่องปาก

- * นโยบายการเลิกสูบบุหรี่
- * นโยบายการลดอุบัติเหตุ

การจัดทำนโยบายเพื่อการมีสุขภาพดีของ
สาธารณชน

ในที่สุดแล้วรัฐบาลต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนผ่านทางเงื่อนไขต่าง ๆ ที่รัฐบาลยินยอมหรือสรรสร้างขึ้น ชุมชนและบุคลากรวิชาชีพควรจะพยายามชักชวนนักการเมืองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายซึ่งจะเป็นการรวมนโยบายต่าง ๆ ทางด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพเข้าไปในกลยุทธ์การลดกลุ่มเสี่ยงร่วม นโยบายเหล่านั้นได้แก่

* นโยบายด้านอาหารและสุขภาพที่ควบคุมการผลิตและการบริโภคอาหารที่ผสมน้ำตาลจากภายนอกที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์นม [Sheiham & Plamping 1988] รวมทั้งสนับสนุนการเติบโตและการกระจายของอาหารที่นิยมกันเป็นประเพณีดั้งเดิม

* นโยบายเรื่องยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม

* วิธีการแก้ปัญหาทางชุมชนเพื่อปรับปรุง

สรรสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน

จุดมุ่งหมายของเรื่องนี้คือการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้สนับสนุนการมีสุขภาพดี สาขางานที่ทันตบุคลากรควรสนใจได้แก่

* นโยบายด้านอาหารและสุขภาพในการลดการบริโภคน้ำตาลสกัดจากภายนอก (น้ำตาล NME, Non-Milk Extrinsic Sugar) ลงให้น้อยกว่า 10% ของปริมาณแคลอรีทั้งหมด นโยบายนี้ประกอบด้วยแนวทางเรื่องโภชนาการในอาหารของโรงเรียน [Sharp 1993] ควรมีการปรึกษากับร้านซูเปอร์มาร์เก็ตรายใหญ่เพื่อจัดเพิ่มจำนวนของกินเล่น เครื่องดื่ม ขนมปังกรอบ และอาหารประเภทขบเคี้ยวที่มีน้ำตาลผสมอยู่น้อยหรือไม่มีเลยและให้แยกชั้นวางอย่างชัดเจนรวมทั้งปิดฉลากระบุปริมาณน้ำตาลในผลิตภัณฑ์ทุกอย่างที่มีน้ำตาลผสม ทั้งนี้ควรทำร่วมกันกับกลุ่มป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้อำนวยการด้านอาหารของชุมชน กลุ่มผู้บริโภค
ทั้งระดับท้องถิ่น และระดับประเทศ รวมทั้งกลุ่มสตรี

* สนับสนุนให้ร้านค้าที่อยู่ใกล้โรงเรียนเก็บ
สะสม ส่งเสริมการขายและจัดแสดงอาหาร เครื่องดื่ม
และขนมที่ไม่มีน้ำตาล

* เก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งน้ำดื่มและส่งตรวจ
หาปริมาณสารปนเปื้อนและฟลูออไรด์ที่มีอยู่โดย
ธรรมชาติเป็นระยะ ๆ

* ส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีในเรื่องการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่

* มีส่วนร่วมในโครงการของชุมชนที่มีจุด
มุ่งหมายในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของสตรี เด็ก
และวัยรุ่น

* ติดตามตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ในโรงเรียน
ที่ได้รับการอุปถัมภ์แบบห่วงใยผลทางการค้าร่วมกับครู
ที่ทำหน้าที่ประสานงาน และนักการอาหารในท้องถิ่น

* ให้ข้อมูลข่าวสารเท่าที่จำเป็น เพื่อการ
ปฏิบัติการป้องกันโรคในปาก (เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับ
อาหารที่เป็นประโยชน์ ฟลูออไรด์ คราบจุลินทรีย์ บุหรี่
การดูแลรักษาฟัน) และทักษะในการดูแลรักษาฟัน
ของตนเอง แนะนำสถานที่ที่ประชาชนจะไปขอรับ
การสนับสนุนได้อย่างเพียงพอ เพื่อดำรงสุขภาพที่ดี

* ตรวจสอบการให้ข่าวสารผิด ๆ จากกลุ่ม
ผลประโยชน์ทางการค้าที่ถูกต้องตามกฎหมาย เช่น
การพิจารณาความหมายแฝงในโฆษณาต่าง ๆ

* จัดตั้งกลุ่มส่งเสริมทันตสุขภาพ (Oral
Health Promotion Group, OHPG) เพื่อจัดทำ
แผนปฏิบัติการโดยใช้เป้าประสงค์และกลยุทธ์เป็น
แนวทาง [Cohen 1990]

เสริมความเข้มแข็งของกิจกรรมในชุมชน

ในการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน
โครงการ และการทำงานควรมีคนเข้ามาเกี่ยวข้อง
มากขึ้น โดยทันตบุคลากรสามารถ

* ร่วมงานกับบุคลากรในชุมชนเป็นเครือข่าย
พันธมิตร และร่วมกันทำงานในประเด็นที่มีความ
สนใจร่วมกัน

* จัดให้มีคณะกรรมการวางแผนงานทันต-
สาธารณสุข โดยที่กรรมการจำนวนหนึ่งเป็นบุคคล
ทั่วไปและให้คณะกรรมการตัดสินใจเรื่องงานทันต
สาธารณสุขได้อย่างมีความหมาย

พัฒนาทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา

จุดมุ่งหมายก็คือ การเพิ่มความสามารถของ
ประชาชนในการควบคุมโรคในช่องปาก และปรับปรุง
สุขภาพช่องปากของตนให้ดีขึ้น [Dickson 1993]
ด้วยการเสริมความเชื่อมั่นในตัวเองเพื่อว่าพวกเขา
จะได้รู้สึกรู้ว่าสามารถควบคุมทางเลือกที่มีอยู่ และ
ดังนั้นจึงสามารถควบคุมสุขภาพช่องปากของตนเอง
ได้ การสอนคนให้มีทักษะในการปฏิบัติที่เป็นอิสระ
จะเป็นการเพิ่มโอกาสที่บุคคลนั้น ๆ จะปฏิบัติเช่นเดิม
ไปอย่างต่อเนื่อง การที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว
ได้ ทันตบุคลากรจะช่วยให้ได้โดย

* แยกข้อแตกต่างระหว่างความเชื่อ และการ
ปฏิบัติของคนทั่วไปอันเป็นสิ่งที่ดีซึ่งควรจะรักษาไว้
กับความเชื่อและการปฏิบัติที่มีโทษซึ่งควรจะ
เปลี่ยนแปลง

* เป็นตัวอย่างที่ดีของคนในครอบครัวและ
เพื่อนบ้านในเรื่องอาหารการกินและการปฏิบัติตน
เรื่องทันตอนามัย

* ตรวจดูช่องปากของเด็ก ๆ รู้จักปัญหาที่
กำลังก่อตัวอยู่ และรู้ว่าจะไปขอความช่วยเหลือได้
จากที่ไหนและเมื่อไร

* เลือกใช้อยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์

ปรับทิศทางใหม่ของบริการทันตกรรม

วัตถุประสงค์ของเรื่องนี้มี 2 อย่าง [Dickson
1993] คือ

1. เพื่อช่วยให้การบริการแบบองค์รวมทางทันตกรรมและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีมากขึ้น โดยตระหนักในความสำคัญของสวัสดิการทางอารมณ์ วัฒนธรรม และสังคมของประชาชน

2. เพื่อท้าทายต่อสถานการณ์ปัจจุบันของวิชาชีพ โดยหวังให้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการให้บริการนั้นได้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบบริการเข้าไว้ด้วย [Hobdell & Sheiham 1981, Sheiham & Plamping 1988] นโยบายควรจะทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการระแวดระวังอย่างเหมาะสมในการให้บริการทางทันตกรรมซึ่งจะไม่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคติดต่อและโรคเอดส์

กลยุทธ์ด้านอาหารและสุขภาพ

ในประเทศสหราชอาณาจักร การเปลี่ยนแปลงทางด้านอาหารการกินที่ช่วยป้องกันฟันผุได้ถูกกำหนดไว้ โดยเฉพาะคณะกรรมการนโยบายอาหารด้านการแพทย์ [DoH 1989] และล่าสุดในรายงานประจำปี ค.ศ. 1991 ที่แสดงค่าตัวเลขอ้างอิงทางอาหาร หรือค่า DRV (Dietary Reference Values) [DoH 1991] เป้าหมายและค่าสูงสุดที่กำหนดไว้ นั้นบอกถึงสิ่งสำคัญของรายงานนี้ คือ ค่า DRV สำหรับน้ำตาลที่ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์นม หรือน้ำตาล NME ก็คือร้อยละ 10 ของปริมาณพลังงานรวม และร้อยละ 11 ของพลังงานที่ได้จากอาหาร [DoH 1991] ซึ่งสอดคล้องกับที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก [1990] สำหรับประชากรทั่วโลก ใน การที่ต้องการลดการบริโภคน้ำตาลลงนั้นนอกเหนือจากเหตุผลทางทันตสุขภาพแล้วยังมีเหตุผลอื่น คือ น้ำตาลมีส่วนทำให้คนอ้วนขึ้นท้ายที่สุดสำหรับบุคคลที่มีความต้องการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง ซึ่งหมายถึง “กลุ่มผู้บริโภคที่ต้องการพลังงานต่ำ” โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุสูงที่สุดและอายุน้อยที่สุดนั้น ขอแนะนำว่าจงหลีกเลี่ยงการบริโภค “อาหารกลุ่มที่มีแคลอรีสูงแต่ไม่มีสารอาหาร” [Helsing 1987]

เนื่องจากในสหราชอาณาจักร ในปัจจุบันนี้การบริโภค น้ำตาลซูโครสอยู่ที่ระดับระหว่างร้อยละ 13-20 เนื่องจากร้อยละ 70 ของน้ำตาลในผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมมีผสมอยู่ในเครื่องดื่ม ของกินเล่น ขนมอบ ขนมปังกรอบ และอาหารประเภทข้าวตอก (ธัญพืช) ดังนั้นถ้าลดการบริโภคสิ่งเหล่านี้ที่มีน้ำตาล NME ผสมอยู่ลงร้อยละ 50 ก็จะเป็นการลด ปริมาณน้ำตาล NME ที่บริโภคโดยรวมถึงร้อยละ 25

วัตถุประสงค์หลักของนโยบายโภชนาการและอาหารสมัยใหม่นั้น ก็คือการสนับสนุนนโยบายด้านอาหารและสุขภาพที่จัดทำขึ้นในท้องถิ่น “กลุ่มการกระทำที่วางแผนร่วมกันซึ่งยึดหลักการทางวิทยาศาสตร์ และมุ่งที่จะสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยและคุณภาพทางโภชนาการของอาหาร และการจัดให้มีอาหารที่ดีออกจำหน่ายในราคาที่ไม่แพงนัก ปิดป้ายแสดงอย่างถูกต้องเหมาะสมสำหรับ ประชากรทุกกลุ่ม อีกทั้งสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้ มีการใช้ประโยชน์ทางสุขภาพจากอาหาร นโยบาย เช่นนี้มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จสูง หากได้สะท้อนถึงความเห็นตรงกันระหว่างกลุ่มทั้งหมดที่เกี่ยวข้องโดยมีผลประโยชน์ของประชาชนเป็นเป้าหมายหลักและโดยที่รัฐบาลมีส่วนร่วมและสนับสนุน” [WHO 1990]

บทบาทที่เป็นไปได้ของรัฐบาลในการส่งเสริมสุขภาพผ่านทางนโยบายและโครงการด้านโภชนาการแบบมีการอุปถัมภ์ มีดังนี้

* พัฒนาและนำกลยุทธ์มวลชนที่มีความคุ้มค่าต่อการลงทุนมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ

* สนับสนุนให้มีการควบคุมมาตรฐานอาหาร การปิดฉลากแสดงค่าสารอาหารที่ผลิตภัณฑ์อาหาร และการโฆษณาอาหาร

* จัดตั้งให้มีกลไกพหุภาคีระหว่างหน่วยงานราชการ องค์กรเอกชน และภาคเอกชนเพื่อส่งเสริมความเอาใจใส่ด้านโภชนาการ จัดทำนโยบายและเพื่อประสานความพยายามต่าง ๆ หลีกเลี่ยงความ

เข้าซ้อนรวมทั้งประสานการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามต้องการ

* ให้เงินอุดหนุนแก่อุตสาหกรรมอาหารเบื้องต้น เพื่อสนับสนุนการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่สอดคล้องกับนโยบายด้านอาหาร

* พัฒนานโยบายและแนวทางสำหรับปฏิบัติงานด้านอาหารในสถาบันของรัฐที่มีบริการด้านอาหาร (เช่นในโรงเรียน โรงพยาบาล ทัดตลสถาน โรงอาหารของหน่วยงานต่างๆ รถไฟ)

* “เป็นผู้ให้ข่าวสารที่เชื่อถือตรง” ต่อด้านการบิดเบือนข่าวสารหรือให้ข่าวสารผิดๆ

* พัฒนาและมีส่วนร่วมในกลยุทธ์การวิจัยระดับประเทศในเรื่องโภชนาการและ

* จัดอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะด้านโภชนาการมาตรฐานขั้นพื้นฐาน [Chapman 1990]

นโยบายจำเพาะเกี่ยวกับน้ำตาล

โรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดจากน้ำตาล ข่าวสารนี้ควรให้เป็นที่รับรู้ของอุตสาหกรรม กลุ่มผู้บริโภค และบุคคลทั่วไป การลดการบริโภคน้ำตาลลงให้เหลือน้อยกว่า 60 กรัมต่อวันต่อคน ควรเป็นสิ่งหนึ่งของนโยบายด้านอาหาร โภชนาการและเกษตรระดับประเทศ เป็นการสมควรที่จะ

* ไม่สนับสนุนการนำเข้าและการผลิตน้ำตาล รวมทั้งผลิตภัณฑ์ที่มีน้ำตาลผสม โดยเฉพาะอาหารพวกขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ อาหารทารก และเครื่องดื่มไร้แอลกอฮอล์

* พัฒนานโยบายด้านเกษตรกรรม โดยไม่ส่งเสริมการปลูกพืชเพื่อการผลิตน้ำตาลเป็นพืชที่หารายได้หลัก

* ห้ามการผสมน้ำตาล NME ทุกชนิดในอาหารสำหรับทารกและเด็ก ยาสำหรับเด็ก น้ำผลไม้ และวิตามินสังเคราะห์

* ลดปริมาณน้ำตาล NME ในขนมหวาน และเครื่องดื่ม และทำให้อาหารอีกทั้งของกินเล่น

และเครื่องดื่มที่ปราศจากน้ำตาลซื้อได้ง่ายขึ้น

* พัฒนานโยบายเกี่ยวกับระบบจัดบริการอาหารในโรงเรียน วิทยาลัย โรงงานอุตสาหกรรม ขนาดใหญ่และสถาบันต่างๆ นโยบายควรจะรับประกันการมีอาหารที่มีน้ำตาล MNE น้อยไว้บริการ

* แนะนำนโยบายด้านการศึกษาที่เน้นว่าน้ำตาล MNE นี้ มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำและลดความเข้มข้นทางโภชนาการของอาหาร

* ควบคุมการโฆษณาและฉลากบนผลิตภัณฑ์ที่ชี้ไปในทางผิดๆ

เมอร์เรย์ [Murray 1987] ได้แนะนำมาตรการต่างๆ ในการลดการบริโภคน้ำตาลในเด็กไว้ดังนี้

* หยุดการบริโภคของหวานที่มีน้ำตาลผสมที่บรรจุมาในรูปแบบที่สะดวกต่อการบริโภคได้บ่อยครั้ง

* จำกัดการบริโภคขนมหวานไว้เฉพาะในมื้ออาหาร

* ถ้าจะเติมน้ำตาลในกาแฟหรือชา ก็ให้เปลี่ยนไปใช้น้ำตาลเทียม

* ถ้าดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำผลไม้และผลไม้คั้นให้ทดแทนด้วยชนิดที่ปราศจากน้ำตาล

* ถ้าดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมบ่อยๆ ให้แนะนำชนิดที่ใช้สารแทนน้ำตาล

* พยายามเปลี่ยนจากของว่างที่มีรสหวานไปเป็นผลไม้ มันฝรั่งทอดกรอบที่ไม่มีเกลือ ถั่วหรือเนยแข็ง

* พยายามจำกัดให้การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลให้อยู่ในมื้ออาหารเท่านั้น

* อย่าปล่อยให้มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลผสม เป็นสิ่งสุดท้ายก่อนนอน

นโยบายเหล่านี้เกี่ยวข้องกับบุคคลหลายฝ่าย บทบาทหลักของทันตแพทย์ก็คือต้องทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพได้ถูกจัดไว้ในนโยบายด้านอาหารและสุขภาพด้วย ตัวอย่างของกิจกรรมที่ควรทำได้แก่

* ร่วมมือกับผู้ผลิตอาหารตลอดจนผู้จำหน่ายปลีกเพื่อดำเนินการให้สามารถซื้อหาอาหารเพื่อการ

มีสุขภาพดีได้ง่ายขึ้น มีฉลากบอกส่วนผสมที่ผลิต-
ภัณฑ์อาหาร (สนับสนุนให้มีการผลิตผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ
ที่มีปริมาณ ไขมัน เกลือ และน้ำตาลต่ำกว่าเดิม)

* ปรับปรุงองค์ประกอบของอาหาร พัฒนา
การและวิธีการผลิตอาหาร

* เพิ่มจำนวนอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ
ในร้านอาหารสาธารณะ และโรงอาหารในที่ทำงาน

* ส่งเสริมผู้ขายอาหารให้พัฒนาการปฏิบัติการ
ด้านการตลาดเพื่อเพิ่มจำนวนของอาหารที่ส่งเสริม
สุขภาพ

* ให้การศึกษาและอบรมเบื้องต้นแก่ผู้ขาย
อาหารและผู้ค้าปลีกอาหารในองค์กรของรัฐและ
เอกชน

* ส่งเสริมผู้ขายอาหารและร้านอาหารให้
เสนอรายการอาหารที่สนับสนุนและเสริมสร้างให้
ประชาชนเลือกอาหารเพื่อการมีสุขภาพดี โดยยึด
แนวทางโภชนาการของรัฐ

* กำหนดแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติงาน
ด้านการจัดอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและเผยแพร่
แบบอย่างเหล่านี้ทั่วเครือข่ายของผู้ประกอบการ
จำหน่ายอาหาร

* สนับสนุนการอบรมเสริมทักษะให้แก่
บุคลากรสาธารณสุขและครู

* สนับสนุนการดำเนินงานและกำกับดูแล
นโยบายโภชนาการที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพใน
โรงเรียนและโรงพยาบาล

* หน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานให้
บริการของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นควรจะได้รับผิดชอบเรื่อง
การฝึกอบรมและการให้การศึกษาด้านโภชนาการ
อย่างเพียงพอแก่บุคลากรสายอาชีพที่เหมาะสม
และผู้ร่วมงานอื่น ๆ

* ปรับปรุงให้มีการปิดฉลากอาหาร และ
ทำให้อาหารส่งเสริมสุขภาพหาซื้อได้ง่ายขึ้นในราคา
ที่พอซื้อได้

* ปรับปรุงวิธีการควบคุมการตลาดของ
อาหารต่าง ๆ ที่อาจส่งเสริมให้บริโภคมากเกินไป
เช่นการขายขนมหวานในโรงเรียน

* จัดโครงการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรด้าน
สาธารณสุข การศึกษาและอื่น ๆ เพื่อปรับปรุงความ
รู้เรื่องโภชนาการและทักษะการให้การศึกษาด้าน
สุขภาพ

* จัดให้มีอาหารเลี้ยงเพื่อสุขภาพที่ดีกว่าใน
โรงเรียน แก่ผู้สูงอายุ และในที่ทำงาน [Sharp 1993]

* ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปผ่านทาง
ชักจูงของสื่อมวลชนแบบต่าง ๆ และเอกสารให้
ความรู้ด้านสุขภาพ

* สนับสนุนการศึกษาในชุมชนและการ
รณรงค์ของผู้บริโภค อีกทั้งจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการ
ช่วยเหลือตนเอง แบบเฉพาะทาง

* จัดทำการรณรงค์การให้ความรู้ทั่วไปโดย
ใช้การออกอากาศและสื่อมวลชนต่าง ๆ ซึ่งเน้นที่การ
สอนทักษะ และให้ตัวอย่างทางสังคมที่เหมาะสม

* สนับสนุนงานของผู้ชำนาญการพิเศษทาง
การรักษาเบื้องต้น เช่น แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข พยาบาลผู้ปฏิบัติงานและ ทันตแพทย์

* จัดโครงการให้การศึกษาโดยมีเป้าหมายที่
กลุ่มสตรีชนกลุ่มน้อยที่มีรายได้ต่ำ โดยเฉพาะในช่วง
ก่อนและหลังการคลอดบุตร และกลุ่มผู้สูงอายุ

* จัดโครงการให้การศึกษาแก่เยาวชน โดย
เฉพาะในโรงเรียน เน้นไปที่ทักษะการประกอบอาหาร
และให้ความรู้เรื่องการบริโภคเพื่อการมีสุขภาพดี
คือการพัฒนาโรงเรียนที่ส่งเสริมสุขภาพขึ้นมา

* ปรับปรุงการตรวจหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่ม
แรกและการจัดการกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

* จัดโครงการที่เป็นทางการและโครงการ
สนับสนุนช่วยเหลือกันเองร่วมกับบริการให้คำปรึกษา
(โดยเฉพาะการควบคุมน้ำหนักและการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่)

* วัดผลกระทบของโครงการจากการทำงาน
ของบุคลากรทางวิชาชีพ การรับรู้ของประชาชนและ
พฤติกรรมสุขภาพ

* ติดตามตรวจสอบความสำเร็จของเป้าหมาย
ต่าง ๆ ทางสุขภาพ [Health Promotion Authority
for Wales 1990]

นโยบายในการปรับปรุงสุขภาพของเนื้อเยื่อ ปริทันต์

ความสัมพันธ์ระหว่างคราบจุลินทรีย์ที่ฟันกับ
โรคปริทันต์นั้นเป็นที่ยอมรับกันมานานแล้ว [WHO
1978] ความสัมพันธ์ ดังกล่าวเป็นจริงในหลายกลุ่ม
โดยแท้จริงแล้วเส้นโค้งแสดงความสัมพันธ์ของคราบ
จุลินทรีย์กับโรคปริทันต์ (Dose-Response) เป็นรูป
อักษร S นั่น คือ มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ระดับหนึ่ง
ที่ไม่ทำให้โรคปริทันต์รุนแรงขึ้น แต่เป็นแค่ระดับ
เหงือกอักเสบที่บางครั้งเรียกว่า “เหงือกอักเสบที่ถูก
สกัดกั้น” (Contained Gingivitis) แต่ถ้าปริมาณ
คราบจุลินทรีย์มากเกินไปจนถึงจุด ๆ หนึ่ง แม้อะไรก็ตาม
คราบจุลินทรีย์จะเพิ่มขึ้นก็ไม่ทำให้เกิดโรคเพิ่มขึ้น
และเลยจากจุดนั้นไปแล้วกราฟมีลักษณะราบ
[Smales & Sheiham 1979]

การพิจารณาว่าหินน้ำลายมีความเกี่ยวข้องกับ
โรคปริทันต์ได้ทำให้มีการสรุปผิดพลาดไป ว่าหิน-
น้ำลายเป็นสาเหตุโดยตรงของการเกิดโรคแม้จะมีข้อ
สันนิษฐานว่าหินน้ำลายทำความระคายเคืองต่อ
เหงือกข้อสันนิษฐานนี้ก็ยังคงรอการพิสูจน์ทาง
วิทยาศาสตร์ต่อไป หินน้ำลายนั้นไม่ทำให้เกิดโรคใน
สัตว์ที่ปราศจากเชื้อ และไม่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อ
ยึดติดกับหินน้ำลายที่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ การขูดหิน-
น้ำลายที่ไม่มีคราบจุลินทรีย์ การขูดหินน้ำลายที่มี
มาก ๆ หรือเห็นได้ชัดเจนนั้นดูเหมือนจะมีการบ่งชี้
อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่า
จะคุ้มค่าหรือไม่ในการขูดหินน้ำลาย ปริมาณน้อย ๆ
ออก หินน้ำลายเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นที่กักคราบ

จุลินทรีย์ไว้ ปัจจัยเฉพาะที่อื่น ๆ เช่น การอุดฟันที่
ไม่ถูกต้อง การใส่ฟันปลอม การสูบบุหรี่ และอาหาร
ต่างก็มีผลต่อการสะสมคราบจุลินทรีย์ด้วยกันทั้งสิ้น

การศึกษาที่ว่าปริมาณคราบจุลินทรีย์ระดับหนึ่ง
อาจทำให้เหงือกอักเสบแต่ไม่ได้ทำให้เกิดโรคปริทันต์
ที่มีการทำลายของเนื้อเยื่อนั้นมีนัยทางสาธารณสุข
ว่าไม่มีความจำเป็นที่จะตั้งเป้าหมายของการมี ช่อง-
ปากที่ปราศจากคราบจุลินทรีย์เพราะเป็นเป้าหมาย
ที่ทำไม่ได้จริงในทางปฏิบัติ เป้าหมายควรจะเป็น
การควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ให้มีอยู่ในระดับที่
รับกับอัตราการเกิดโรคปริทันต์โดยที่ประชาชนจะยัง
มีฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้ในระดับที่ยอมรับได้ไป
ตลอดชีวิต การลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ฟันจะ
ช่วยลดความรุนแรงของอาการเหงือกอักเสบและลด
โอกาสที่จะเป็นโรคปริทันต์ที่มีการทำลายเนื้อเยื่อ
การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านภูมิ
ด้านทันตและด้านวิทยาแบคทีเรียเฉพาะอย่างนั้นไม่
สำคัญเท่ากับปริมาณคราบจุลินทรีย์ หินน้ำลาย
ไม่ได้มีบทบาทหลักในการเกิดพยาธิสภาพของโรค
ปริทันต์ นอกจากเหตุผลทางสังคมแล้วการขูดหิน
น้ำลายยังไม่มีเหตุผลอันสมควรทางคลินิก [Manji
1988]

ในการทบทวนการรักษาอนามัยช่องปาก
ด้วยวิธีเชิงกลโดยที่การทบทวนนี้อาศัยสถานภาพ
ทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น แพรนด์เซน
[Frandsen 1986] ได้ข้อสรุปที่สำคัญซึ่งมีนัยทาง
สาธารณสุขของโรคปริทันต์ดังนี้

1. ยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงว่า
ชนิดและการออกแบบที่จำเพาะเจาะจงแบบใดแบบ
หนึ่งของแปรงสีฟันจะมีคุณสมบัติในการขจัดคราบ
จุลินทรีย์ดีกว่าแบบอื่น ๆ

2. การแปรงฟันด้วยวิธีหมุนมือ (roll tech-
nique) นั้นมีประสิทธิภาพในการขจัดคราบจุลินทรีย์
น้อยที่สุดและยังไม่มีวิธีใด เพียงวิธีเดียวที่ดีกว่าวิธี
อื่น ๆ

3. การใช้ไหมขัดฟันทุกวันในเด็กที่มีสุขภาพเหงือกดีนั้นอาจเป็นอันตรายต่อเหงือกได้

4. ยังไม่มีเหตุผลที่สมควรทางวิทยาศาสตร์ในการแนะนำให้ใช้อุปกรณ์ที่ใช้แรงกดของน้ำขัดคราบจุลินทรีย์

5. ผู้ที่ได้รับการแนะนำและได้รับการจูงใจเป็นอย่างดีนั้นสามารถทำความสะอาดช่องปากของตนเองได้อย่างเพียงพอด้วยอุปกรณ์และเทคนิคเท่าที่มีอยู่

6. ประสิทธิภาพในการดูแลสุขอนามัยช่องปากส่วนบุคคลด้วยวิธีเชิงกลนั้นจะเพิ่มขึ้นได้ด้วยการทำความเข้าใจปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดผลงานมากกว่าความพยายามในการปรับปรุงเทคนิคและอุปกรณ์

7. อายุเริ่มต้นและความถี่ที่เหมาะสมในการขูดหินน้ำลายนั้นยังไม่มีกำหนด การให้คำแนะนำว่าให้มาขูดหินน้ำลายทุก 6 เดือน นั้นยังไม่มีการยืนยันและเป็นคำแนะนำที่กว้างเกินไป

8. การขูดหินน้ำลายและขัดฟันอย่างสม่ำเสมอไม่ควรทำในบริเวณที่ไม่เป็นโรค

9. การเกลารากฟันเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อซ้ำที่ได้เหงือกนั้น ยังเป็นที่น่าสงสัย

10. การขูดหินน้ำลาย ขัดฟัน เกลารากฟัน และการผ่าตัดในกรณีที่เป็นกระเปาะปริทันต์ตื้นนั้นมิผลให้เกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อยึดเกาะอย่างถาวร (Loss of attachment)

นัยทางทันตสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นมีนัยที่สำคัญมากต่อการรักษาทางทันตกรรมในอนาคตโดยทั่วไป และโดยเฉพาะต่อวิธีการแก้ไขปัญหของชุมชนในเรื่องโรคปริทันต์ นัยที่สำคัญที่สุดก็คือ การประเมินใหม่ว่าโรคปริทันต์นั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขโดยทั่วไปและโดยเฉพาะเป็นปัญหาทันตสาธารณสุข แม้ว่าโรคปริทันต์ที่รุนแรงนั้นจะไม่ได้เป็นกันอย่างกว้างขวาง แต่ทว่าค่ารักษาที่สูงเนื่องจากการจัดการทางทันต-

กรรมก็ทำให้โรคนี้เป็นปัญหาทันตสาธารณสุขขึ้นมา นอกจากนี้อาการของโรคปริทันต์ เช่น เลือดออก กลิ่นปาก เหงือกอักเสบ และสูญเสียฟันมีผลต่อคนจำนวนมาก เรามีข้อมูลมากพอในการควบคุมโรคนี้ในรูปแบบที่ปรากฏทั่วไป [Pilot 1984]

กลยุทธ์ในการควบคุมโรคปริทันต์

กลยุทธ์ในการพิจารณา มี 4 อย่างคือ กลยุทธ์สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง กลยุทธ์สำหรับประชากร กลยุทธ์การป้องกันขั้นทุติยภูมิและกลยุทธ์ที่รวมทั้ง 3 อย่าง กลยุทธ์ในกลุ่มเสี่ยงสูงนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อตัดกราฟส่วนหางออกโดยการบำบัดรักษากลุ่มที่มีคราบจุลินทรีย์สูงเกินกว่าจะรับได้ให้มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่ลดลงจนถึงระดับที่ยอมรับได้คนในกลุ่มที่มีคราบจุลินทรีย์สูงมากจนมีอัตราเกิดโรคที่ไม่สามารถรักษาฟันไว้ได้ตลอดชีพนั้น คือใคร? ในกลุ่มกลยุทธ์สำหรับประชากรนั้นเราต้องลดปริมาณรวมของคราบจุลินทรีย์ลงซึ่งก็จะเป็นการลดจำนวนคนในกลุ่มเสี่ยงไปด้วย ส่วนกลยุทธ์ในการป้องกันแบบทุติยภูมินั้นมีเป้าประสงค์ในการรักษาคนทุกคนที่เริ่มมีอาการของโรคปริทันต์ เช่นเหงือกอักเสบและมีกระเปาะปริทันต์ตื้น เป็นต้น

กลยุทธ์สำหรับประชากรเป็นกลยุทธ์ที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุดในการทำให้คนส่วนใหญ่มีสภาวะเนื้อเยื่อปริทันต์ที่แข็งแรง เพราะโดยรวมแล้วการลดคราบจุลินทรีย์แม้จะเพียงเล็กน้อยต่อปีก็จะลดระดับการเป็นโรคปริทันต์โดยส่วนรวมได้ ซึ่งมีผลให้มีการถอนฟันน้อยลงมากกว่าการหุ้มเทรพพยากรส่วนใหญ่ให้กับคนในกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีจำนวนไม่มาก หรือในการรักษาคอนทุกคนที่มีอาการเริ่มแรกของโรคปริทันต์

โดยสรุป แผนงานในการควบคุมโรคปริทันต์อาจจะประกอบด้วย

1. การใช้กลยุทธ์สำหรับประชากรเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและโดยประสิทธิผลของการทำ

ความสะอาดช่องปากในการลดระดับคราบจุลินทรีย์ของชุมชน

2. กลยุทธ์การป้องกันขั้นทุติยภูมิเพื่อค้นหาและรักษาคนที่เป็นโรคปริทันต์ที่มีการทำลายเนื้อเยื่อ

3. กลยุทธ์สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อให้บริการด้านการป้องกันและรักษาแก่บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะ

4. กลยุทธ์ผลรวมระหว่างทั้ง 3 กลยุทธ์ข้างต้น

ความเกี่ยวข้องตรงประเด็นของพฤติกรรมทางสุขภาพ

ความรู้ในทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นฐานทางการส่งเสริมสุขภาพ คือ ความรู้ถึงเหตุและผลวิธีการที่คนเราเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพหรือเกี่ยวข้องกับสุขภาพ กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งหมดควรจะอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นที่น่าประหลาดใจว่าทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสุขภาพนั้นไม่มีน้ำหนักพอและไม่ให้ฐานที่ดีพอสำหรับนโยบาย เป็นที่รู้กันว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นมีใช่เป็นเหตุการณ์ที่มีขั้นตอนเดียว แต่เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยหลายขั้นตอน การเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จนั้นเริ่มตั้งแต่การพัฒนาความตระหนักต่อปัญหา จากนั้นก็เป็นการสนใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แล้วจึงตามด้วยการปฏิบัติ ในขั้นตอนหลังสุดนี้คำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงวิธีรับพฤติกรรมใหม่ระยะแรกจะให้ประโยชน์ ในที่สุดยังมีขั้นตอนสุดท้ายที่เกี่ยวข้องกับการคงพฤติกรรมใหม่นั้นเอาไว้ ในขั้นตอนต่าง ๆ กันนี้ต้องใช้วิธีแก้ไขปัญหาดัง ๆ กันด้วย จึงจะได้ผล

คนทั่วไปมักจะยึดถือแนวปฏิบัติที่ตัวเองเลือกมากกว่าแนวปฏิบัติที่รู้สึกว่าจะถูกบังคับให้ทำ สารสนเทศที่ให้ทางเลือกที่มีเหตุผลมักจะได้ผลว่าสารสนเทศประเภท “คุณควรจะทำ” การเลือกของ

บุคคลนั้น ถูกบังคับโดยทางเลือกเท่าที่มีอยู่จริงและไม่ควรมองว่าเป็นเพียงการตัดสินใจส่วนบุคคล

ยังมีอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอีกมากที่ยังเข้าใจกันไม่เพียงพอ แต่เราอาจเรียนรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนได้ด้วยการศึกษากลุ่มคนที่เปลี่ยนไปมีพฤติกรรม “เพื่อสุขภาพ” แล้ว แกรแฮม [Graham 1989] ได้ศึกษาเรื่องการสูบบุหรี่ของสตรีโดยใช้วิธีการดังกล่าวและได้ความรู้ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงสุขภาพสตรีนักวิจัยท่านนี้ได้เน้นให้เห็นถึงผลของภาระประจำวันที่มีต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผลการวิจัยบางอย่างของแกรแฮมนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย จากการศึกษากลุ่มผู้มีรายได้น้อยของสถาบันการศึกษาเพื่อสุขภาพ [Health Education Authority 1989] พบว่าแม้ทุกกลุ่มสังคมและเศรษฐกิจจะมีความรู้ค่อนข้างมากในเรื่องแนวทางการบริโภคอาหาร แต่อิทธิพลหลักในการเลือกซื้ออาหารก็คือ ปัจจัยอื่นๆ เช่น ราคา การซื้อหาง่าย รสนิยมในครอบครัว อุปกรณ์การจัดเตรียมอาหาร ความง่ายและรวดเร็วในการเตรียมอาหาร ความมั่นใจในการปรุงอาหารและรายได้ เพื่อเป็นการลดความขัดข้องหมองใจในการซื้อของด้วยงบประมาณที่มีน้อย ผู้ตอบแบบสอบถามในรายงานวิจัยได้ใช้ซื้ออาหารแบบ “มองตรงไปข้างหน้า” โดยการซื้ออย่างรวดเร็วและเลือกเฉพาะรายการที่คุ้นเคยสิ่งที่เลือกซื้อนั้นเป็นของเดิมๆ ทุกวัน ผู้ซื้อไม่ค่อยจะได้ทดลองซื้อของใหม่หรืออ่านรายละเอียดของส่วนประกอบอาหารที่แจ้งไว้ครอบครัวย่อยใหญ่ชอบบริโภคอาหารที่สะดวกในปริมาณมาก ซึ่งค่อนข้างจะมีราคาถูกและเตรียมได้ง่ายรวดเร็ว ผลการวิจัยเหล่านี้ช่วยให้เห็นภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ปรากฏอยู่ในชนกลุ่มน้อยที่มีนัยสำคัญต่อประชากรรวม

งานวิจัยส่วนใหญ่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นใช้การประเมินผลการแทรกแซงที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วย เมื่อเร็ว ๆ นี้การศึกษาได้ช่วยให้เกิดความเข้าใจใหม่ ๆ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ [Hunt & Macleod 1987] พฤติกรรมนั้นต้องเป็นสิ่งที่เด่นกว่าสิ่งที่เคยทำเป็นประจำและเปลี่ยนแปลงความหมายไปจากเดิมก่อนที่คนเราจะคำนึงถึงเรื่องสุขภาพ เนื่องจากในคนส่วนมากนั้นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มีอยู่ในระดับของกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมที่ทำกันในรูปแบบที่ถือต่อการรับรู้ข่าวสารทางสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ร่วมอยู่ในความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบความหมายในชีวิตของบุคคลแต่ละคน [Hunt & Macleod 1987]

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเองของบุคคลนั้นมักจะเกิดขึ้นเมื่อกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำบางอย่างเริ่มเป็นที่ตระหนักเป็นเวลานานพอที่จะรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรมที่เด่นชัดหรือสร้างปัญหา [Hunt and Martin 1988] ฮันท์และมาร์ตินเสนอแนวคิดที่ว่า “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม” จะเกิดตามมาหลังจากการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการตระหนักและการรับรู้หรือไม่ นั่นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง คือ

* บรรยากาศของความคิดเห็นนั้นคือ การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งที่พึงประสงค์

* โอกาสและการสนับสนุนในการประกอบพฤติกรรมใหม่

* ระยะเวลาที่เรื่องที่ต้องการให้เปลี่ยนนั้นอยู่ในความสนใจ

* บทบาทของพฤติกรรมใหม่เองที่จะเอื้อต่อกลยุทธ์ในการปรับตัวบุคคล

* แรงกดดันต่อการปรับตัวที่บุคคลผู้นั้นได้รับและระดับความเลื่อมคลาของกลยุทธ์ในการปรับตัวเท่าที่ผ่านมาของบุคคลนั้น

ผลการวิจัยเหล่านี้ตรงกับประเด็นความสนใจของเราเกี่ยวกับว่าทำไมคนเราจึงเปลี่ยนอาหารที่กิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ โดยไม่เคยเรียนรู้โภชนาการอย่างเป็นทางการ งานวิจัยเกี่ยวกับเหตุการณ์ “ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ” ควรจะก่อกำเนิดสมมุติฐานต่าง ๆ ที่สามารถทดสอบได้ในสถานการณ์ภาคสนาม [Hunt & Macleod 1987, Hunt & Martin 1988]

นัยของการให้ทันตสุขศึกษา

วิธีการให้ทันตสุขศึกษาแบบดั้งเดิมที่ทำกันอยู่ในปัจจุบันนั้นได้รับการประเมินแล้วว่าไม่ได้คำนึงถึงตัวกำหนดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคลแต่ละคนคือยังไม่เข้าประเด็นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการสารสนเทศของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งเป็นการสื่อสารในรูปแบบของการสั่งด้วย [Chu 1966, Tuckett 1979, Coulby & Hamilton 1991] คงไม่มีทันตแพทย์คนใดที่จะให้การบำบัดรักษาแบบใดแบบหนึ่งโดยเฉพาะกับคนไข้โดยที่ยังไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างถี่ถ้วนในทำนองเดียวกัน การให้การศึกษาด้านสุขอนามัยที่จะสัมฤทธิ์ผลเป็นการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อสุขภาพก็ควรจะได้รับ การตรวจวินิจฉัยโดยให้ความสนใจกับปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมของประชาชน

วัตถุประสงค์ปัจจุบันของทันตสุขศึกษาทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการควรจะเป็นการ “สนับสนุนการประนีประนอมและความร่วมมือกับทันตบุคลากรเพื่อว่าผู้ป่วยจะได้เลือกทางออกโดยทราบข้อมูล” [Tones 1987] ดังนั้นหลักการที่สำคัญก็คือ การค้นหาข้อเท็จจริง อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้มีพฤติกรรมในการทำความสะดวกปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ [Sheiham 1983]

ในการปฏิบัติให้สัมฤทธิ์ผลตามหลักการนี้ ต้องมีการวางแผนกลยุทธ์ทางการศึกษาโดยให้ประกอบด้วย ขั้นตอนที่คงเส้นคงวา และรวมประเด็นทุกอย่างเข้าไว้ด้วยกัน แผนงานควรจะยึดหลัก SPERMAID ดังต่อไปนี้

“S” (Support) การให้ทันตสุขศึกษาแบบที่เป็นการสนับสนุน การเปลี่ยนแปลงแบบตั้งใจนั้นมิใช่เป็นปรากฏการณ์ที่สุดโต่ง แต่ว่าเป็นการกระทำที่ค่อยเป็นค่อยไปผ่านขั้นตอนถึง 4 ขั้นตอน คือ ก่อนการไตร่ตรอง การไตร่ตรอง การปฏิบัติและการคงพฤติกรรมนั้นไว้ [Prochaska 1979, Condiotte & Lichtenstein 1981, DiClemente & Prochaska 1982, Prochaska & DiClemente 1986]

1. ขั้นตอนการไตร่ตรองเป็นขั้นตอนก่อนที่ประชาชนจะรู้หรือตระหนักในปัญหา

2. ในการเปลี่ยนแปลงจากขั้นตอนก่อนการไตร่ตรองเป็นการไตร่ตรองนั้น คนเราจะต้องตระหนักในปัญหา และนิสัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นจะต้องมีการรับรู้และประเมินถึงข้อเสียของปัญหารวมทั้งผลทางบวกและลบที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ต้องมีการบอกหรือรับรู้ไว้ก่อนโดยอาจใช้เวลานานกว่าจะมีการเปลี่ยนพฤติกรรม ในกรณีที่ไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพอย่างแท้จริง การเปลี่ยนพฤติกรรมอาจถูกกระตุ้นโดยปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากเรื่องสุขภาพเช่น ความวิตกกังวลเรื่องการเงิน การเปลี่ยนแปลงภาวะทางสังคมหรือการเปลี่ยนงาน ในขั้นตอนการไตร่ตรองนี้คนเราจะอยากรับรู้ข้อมูลที่เป็นการกระตุ้นเตือนมากขึ้น ดังนั้นทักษะในการสื่อสารและการให้ข้อมูลของคณะทันตบุคลากรก็จะมี ความสำคัญ ข้อมูลข่าวสารนี้ควรจะกระตุ้นให้มีการ ย้อนไปมองประสบการณ์และสนับสนุนให้ประชาชนตระหนักในทางเลือกและสิ่งที่พวกเขาต้องการ

3. การเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญในขั้นตอนการปฏิบัติและการคงพฤติกรรม ในขั้นตอน

การปฏิบัติ ประชาชนควรจะปฏิบัติด้วยความเชื่อว่าตัวเองมีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้มาก ความรู้สึกมั่นใจในตัวเองของผู้ป่วยนั้นอาจเสริมได้โดยทำให้พวกเขาเชื่อมั่นจากการปฏิบัติของพวกเขาเองว่าพวกเขาสามารถกระทำพฤติกรรมใหม่ได้

4. ขั้นตอนการคงพฤติกรรมเป็นขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกที่ยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง การหวนกลับไปทำพฤติกรรมเดิมมักจะพบบ่อยๆ เมื่อพฤติกรรมใหม่กระทำได้ยาก โดยที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางทันตสุขภาพอย่างที่คุณส่วนใหญ่ต้องการนั้นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ใหญ่และเป็นเพียงการปรับปรุงประสิทธิผลของพฤติกรรมเดิมมากกว่าจะเป็นการสร้างพฤติกรรมใหม่ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงนี้จึงน่าจะสำเร็จได้ถ้าประชาชนรู้สึกมั่นใจที่จะทำ

แต่ทว่าคนทุกคนไม่ใช่ว่าจะอยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมขั้นตอนเดียวกัน [Prochaska & DiClemente 1986] แต่ละขั้นตอนต้องใช้เวลา และต้องใช้ความพยายามในการทำให้ภารกิจหลายอย่างประสบผลสำเร็จก่อนที่จะก้าวไปสู่ขั้นตอนต่อไป การเปลี่ยนขั้นตอนแต่ละครั้งไม่จำเป็นต้องขึ้นกับการไปพบทันตแพทย์ คนที่อยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนต่างๆ กันนั้นต้องการสนับสนุนเกี่ยวกับการซักถามข้อผิดพลาด การให้กำลังใจ และให้รางวัลในส่วนที่ประสบผลสำเร็จ [Jacob & Plamping 1989]

“P” (Participation) การมีส่วนร่วม ผู้ป่วยจะเรียนรู้ได้ดีขึ้นถ้ามีการต่อรองระหว่างตัวเขากับทันตบุคลากร คนเราควรถูกมองว่าเป็นผู้กระทำมากกว่าจะเป็นเพียงผู้รับคำแนะนำ [Nettleton 1986] การมีส่วนร่วมจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ความนับถือและการเรียนรู้ ความร่วมมือของผู้ป่วยและคณะผู้ทำงานในการวางแผน และกำหนดโปรแกรมจะช่วยเพิ่มโอกาสแห่งการสำเร็จ [Stewart et al 1991] สุขศึกษามักจะมีฐานอยู่บนความจำเป็นที่แพทย์เป็นผู้กำหนดและมักจะเกี่ยวข้อง

กับการป้องกันโรคจริง ๆ แล้วสุขศึกษาควรให้มีฐานอยู่บนความต้องการที่ประชาชนรู้สึกเอง [Bradshaw 1977]

ผลของการอภิปรายวันนี้จะมีโอกาสสัมฤทธิ์ผลมากขึ้น ถ้าผู้เข้าฟังเข้าใจได้ถึงแรงจูงใจและพฤติกรรมของกันและกัน อะไรคือแรงจูงใจในการแปร่งฟันของผู้ป่วย? การแปร่งฟันอาจเป็นได้ทั้งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้แก่พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพแต่ไม่ได้ทำเพราะเหตุผลทางสุขภาพ การแปร่งฟันอาจเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาสุขอนามัยของร่างกาย การชำระล้าง การทำความสะอาดและนิสัยการตกแต่งร่างกายซึ่งลอกเลียนแบบมาจากพ่อแม่ เพื่อนและบุคคลที่มีความสำคัญต่อคน ๆ นั้น [Rayner & Cohen 1971] การแปร่งฟันจึงได้รับอิทธิพลอย่างมากจากปัจจัยทางสังคมและทางจิตวิทยา ความรู้สึกสะอาด สดชื่น กลิ่นปาก และ ความสวยงาม เป็นเหตุผลสามัญของเรื่องการแปร่งฟัน [Gift 1986] การแปร่งฟันเพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันหรือลดโรคเหงือกนั้นเป็นเรื่องสามัญ [Bateman 1986] คนทั่วไป แปร่งฟันด้วยเหตุผลต่าง ๆ กันในเวลาที่แตกต่างกันในวันหนึ่ง ๆ การแปร่งฟันตอนเช้าอาจเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพขณะที่การแปร่งฟันตอนเย็นเป็นพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ [Croucher 1989]

"E" (Early intervention) การแทรกแซงแต่แรก ๆ [Kent & Blinkhorn 1992]

การแทรกแซงงานทันตสาธารณสุขตั้งแต่ระยะแรก ๆ ในช่วงชีวิตของปัจเจกทำให้มีผลที่ดีกว่า เพราะในการพัฒนานุคลิกภาพของคนได้รับอิทธิพลจากส่วนต่าง ๆ มากมาย [Frazier & Horowitz 1990]

"R" (Reduction of anxiety) การลดความวิตกกังวล คนทั่วไปจะเรียนรู้ได้ง่ายขึ้นถ้าพวกเขาไม่วิตกกังวลโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจะรู้สึกกังวลเมื่อต้อง

ไปพบทันตแพทย์ [Corah, O'Shea, Ayer 1985] การสื่อสารที่มีความหมายจำเป็นต้องลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงก่อน จากอบและแพลมฟิง [Jacob & Plamping 1989] ได้กำหนดโครงร่างของวิธีการปรับปรุงการสื่อสารด้วยการลดความวิตกกังวล ข้อเสนอแนะของพวกเขาก็คือการลดอุปสรรคต่าง ๆ เช่นไม่ใส่เสื้อกาวน์สีขาว รักษาเวลา ยิ้มแย้ม เรียกชื่อผู้ป่วย สนใจความรู้สึกของผู้ป่วย พุดคุยเป็นกันเอง ให้ข้อมูล มีความซื่อสัตย์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเองและสังเกตการวิตกกังวลของผู้ป่วยเพื่อที่จะลดการวิตกกังวลของผู้ป่วยเหล่านั้นได้โดยตรง

"M" (Making healthier choices easier choices) ทำให้ทางเลือกเพื่อสุขภาพเป็นทางเลือกที่ง่ายขึ้น [Milio 1983] ถ้าใครคนหนึ่งมีปัญหาอื่นที่กีดกันมากกว่าเขาก็คงจะไม่อยากเปลี่ยนแปลงอะไรเพราะพวกเขาคงจะอยู่ในภาวะที่การปรับตัวถึงขีดสุดแล้ว [Hunt & Macleod 1987]

"A" (Appropriate goals) เป้าหมายที่เหมาะสม เป้าหมายที่เหมาะสมคือเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่มีอยู่ และปัญหาที่บ่งชี้ได้ด้วยบุคคลเอง เป้าหมายควรจะเหมาะสม (A=Appropriate) เป็นจริง (R=Realistic) วัดได้ (M=Measurable) เป็นแบบเชิงบวก (P=Positive) สำคัญต่อผู้ป่วย (I=Important) สัมพันธ์กับเวลา (T=Time-related) และจำเพาะเจาะจง (S=Specific) รวมเป็น ARMPITS [Myers 1987] ตัวอย่างเช่นครูเซอร์ [Croucher 1989] ได้เคยโต้แย้งว่า การทำความสะอาดฟันอาจพิจารณาได้ในแง่ขององค์ประกอบ 3 อย่าง คือ โครงสร้างแบบรูปและสมรรถนะ โครงสร้างได้แก่ส่วนข้างในของการทำความสะอาด เช่น ชนิดของยาสีฟันหรือน้ำยาล้างปาก หรือ ชนิดและขนาดของแปรงสีฟันหรือไหมขัดฟัน แบบรูปได้แก่ ความถี่และตำแหน่งในการแปรงฟันในชีวิตประจำวัน สมรรถนะ ก็คือ

ประสิทธิภาพของการทำความสะอาดซึ่งเป็นผลจากโครงสร้างกับแบบรูปนั่นเอง

“I” (Integration) บูรณาการ การให้การศึกษากับความสะอาดช่องปากควรเป็นส่วนหนึ่งของสุขศึกษาโดยทั่วไปของร่างกายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความสะอาด การตกแต่งร่างกายและความนับถือในตัวเอง ดังที่กล่าวมาแล้ว ควรใช้ข่าวสารที่สัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพหลาย ๆ ด้านแทนที่จะเป็นด้านเดียว เช่น การอดบุหรี่จะเป็นประโยชน์กว่า

“D” (Diverse educational approaches) ใช้วิธีการให้ทันตสุขศึกษาต่างๆ กัน โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการทำความสะอาดช่องปากต้องมีวิธีการแก้ปัญหาหลายอย่างเพราะบุคคลแต่ละคนต่างก็มีความต้องการต่างกันและอยู่ในขั้นตอนของการเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน วิธีการให้ความรู้ควรจะเป็นแบบสะสมและคงเส้นคงวา ควรจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำตามตัวอย่างที่ดีๆ และพัฒนาความมั่นใจ ในตัวเองโดยการทำให้คำแนะนำมีความสำคัญและน่าเชื่อถือมากที่สุดและควรสนับสนุนส่งเสริมการสร้างนิสัย การเปลี่ยนแปลงระยะยาว และการสร้างเสริมให้คงพฤติกรรมนั้นไว้ [Bandura 1977, Sogard & Holst 1988]

แม้ว่าจะมีอุปสรรคขัดข้องด้านต่างๆ เช่น โครงสร้าง ทรัพยากร สายงานอาชีพ วัฒนธรรม และสังคมในการปรับปรุงทันตสุขภาพ [Gjerme 1986] บทความปริทัศน์นี้ก็ได้นับถึงอุปสรรคในส่วนของคุณคลากรและคนทั่วไป รวมทั้งวิธีการลดอุปสรรคดังกล่าว การวิเคราะห์พฤติกรรมของสาธารณชนและความเชื่อเกี่ยวกับโรคฟันเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อจะได้เปลี่ยนจากการพึ่งพาความรู้ความชำนาญของคุณบุคลากรไปเป็นวิธีการเชิงสนับสนุนที่ให้

คุณค่าแก่ความสามารถของคนทั่วไปมากขึ้น [Kickbusch 1981] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ อาศัยการลดช่องว่างทางสังคมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการโดยการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ที่ผู้ให้เป็นผู้กำหนดความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้งลักษณะการที่ความต้องการเหล่านั้นต้องได้รับการบรรเทาไปเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำหนดความต้องการและวิธีบรรเทาความต้องการนั้นด้วยตัวของพวกเขาเอง

คณะทันตบุคลากรควรต้องยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นกระบวนการอย่างหนึ่ง บุคคลแต่ละคนต่างอยู่ในสถานะความพร้อมที่จะปฏิบัติที่ต่างกัน และอาจมีปัญหาหรือความกังวลอย่างอื่นที่แรงกว่าในชีวิตรองของพวกเขา トラバโดที่สมาชิกของคณะทันตบุคลากรยังคงไม่เอาใจใส่ในข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพ อีกทั้งอุปสรรคที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงและการให้การศึกษาก็มี พวกเขาก็จะกีดกันตัวเองไม่ให้มีความสามารถในการพัฒนาวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากกว่า

กิตติกรรมประกาศ

การแปลสารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ก็ด้วยความกรุณาของศาสตราจารย์ ด็อกเตอร์มงคล เดชนครินทร์ ภาควิชาวิศวกรรมไฟฟ้า คณะวิศวกรรมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งได้ให้กำลังใจ สนับสนุนในการทำความเข้าใจสารของต้นฉบับ โดยเฉพาะการปรับบทแปลให้มีความสละสลวย และการเลือกใช้คำที่เข้าใจได้ง่าย