

การส่งเสริมทันตสุขภาพ : กลยุทธ์ทางการเมือง และการบริหาร ศ.ออบรีย์ ไชแอม (Aubrey Sheiham) มหาวิทยาลัยลอนดอน

แปลโดย สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

เอกสารประกอบการบรรยายในการสัมมนา
นานาชาติ เรื่อง The Promotion of Healthy
Lifestyle Conducive to Oral Health ณ โรงแรม
ไพลิน จ.สุโขทัย วันที่ 6-9 กันยายน 2537 จัดโดย
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (หนังสือ The
Promotion of Healthy Lifestyle Conducive to
Oral Health : Proceedings of the Seminar.
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2539.)

ประเด็นสำคัญของบทความนี้ คือ การทำให้
กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปได้อย่างดีและดำเนินไปด้วยดี
อีกทั้งสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เป็นการสนับสนุน
เพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพ ที่ส่งเสริมให้เกิด
ทักษะในการตัดสินใจได้โดยง่าย และทำให้กิจกรรม
ในชุมชนเข้มแข็งขึ้น [WHO 1986] ประเด็นที่สองก็
คือ การเรียนรู้จากผู้อื่นเพื่อจำได้ทำให้ประชาชนหา
ทางเลือกสำหรับการมีสุขภาพดีง่ายขึ้นนั่นคือ
“การก้าวกระโดดข้าม” ให้พ้นจากวิธีการที่ล้าสมัยที่
เคยใช้ในประเทศอุตสาหกรรมตะวันตก และกลายเป็น
ผู้นำมากกว่าจะเป็นผู้ตามที่ลอกเลียนวิธีการผู้
อื่นราวกับทาส ข้าพเจ้าจะเริ่มจากประเด็นนี้ก่อน
เพราะนัยของเรื่องนี้มีความสำคัญมาก

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาค่าฟันผุ ถอน อุด หรือ
ค่า DMFT มีการลดลงอย่างมากในประเทศ
อุตสาหกรรมหลายประเทศด้วยเหตุผลหลาย
ประการซึ่งยังไม่ชัดเจนเพราะข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการ
คาดประมาณของผลของปัจจัยทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็น
เป็นการใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล การ
เปลี่ยนแปลงแบบรูปการบริโภคน้ำตาลและวิธีการ
ป้องกันทางทันตสุขภาพนั้นไม่สามารถจะหาได้ เหตุ
ผลที่เป็นไปได้ที่มีการกล่าวถึงมากที่สุดว่าเป็นเหตุ
ของการลดลงดังกล่าวก็คือ การเปลี่ยนแปลงเกณฑ์
การวินิจฉัยโรค การเปลี่ยนแปลงแบบรูปการบริโภค
น้ำตาล การใชยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลาย การ
ปรับปรุงอนามัยช่องปาก และการแปรผันอย่างเป็น
วัฏจักรตามธรรมชาติ มีคนน้อยมากที่ได้พิจารณา
ถึงบทบาทที่เป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงของ
เศรษฐกิจสังคมที่กว้างขึ้น แม้ว่าจะมีหลักฐานที่
แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจ
และสังคมกับสุขภาพโดยทั่วไปและทันตสุขภาพก็ตาม
แทบจะไม่มีข้อสงสัยเลยว่าฟลูออไรด์ในยาสี
ฟันมีส่วนในการลดฟันผุ อย่างไรก็ตามมีเหตุผล
อย่างอื่น ๆ บางประการที่ถือได้ว่าสำคัญต่อการลด

ลงของฟันผุ แต่ไม่สามารถยืนยันได้อย่างเพียงพอ และไม่ถูกท้าทายตัวอย่างเช่น ผู้วิจารณ์ที่สันติกรณียหลายคนพิจารณาว่า บริการทันตกรรมเป็นเหตุผลสำคัญของการลดลงของโรคฟันผุ โดยมิได้แสดงหลักฐานที่หนักแน่นในการอธิบาย ถึงกระนั้นข้อสรุปโดยรวมจากการศึกษาอย่างกว้างขวางทั่วถึงมีอยู่ว่าการให้บริการทางทันตกรรมนั้นไม่ค่อยมีความสำคัญ ในการอธิบายความแตกต่างของอัตรารายปี รวมของค่า DMFT ในเด็กอายุ 12 ขวบ ในทศวรรษที่ 1970 สำหรับประเทศต่าง ๆ รวม 18 ประเทศ นอกจากนี้ ยังมีผู้สงสัยที่คณะที่ว่าการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์เป็นสาเหตุเฉพาะของการลดลงของค่า DMFT (Nadanovsky 1993) สุขศึกษาและมาตรการป้องกันส่วนบุคคลไม่ปรากฏว่ามีผลที่วัดได้ต่อการลดลงของโรคฟันผุ

ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนพื้นฐานของทันตกรรมป้องกันอย่างเข้มข้น โรคฟันนั้นป้องกันได้โดยไม่ต้องพึ่งทันตแพทย์เพราะการที่ฟันผุลดลงนั้นเกิดจากเหตุผลที่อยู่นอกวงการทันตแพทยศาสตร์ และทันตแพทย์เองก็มีบทบาทที่ไม่ค่อยสำคัญนัก เราควรต้องพิจารณากันใหม่ถึงสิ่งที่ทันตแพทย์พึงกระทำ

การลดลงของค่า DMFT นั้น โดดเด่นมาก และแสดงถึงผลที่จะบรรลุได้ ภายใน 10 หรือ 20 ปี ในประเทศอังกฤษและเวลส์ในปี ค.ศ. 1973 65 % ของเด็กวัย 8 ขวบมีประสบการณ์ฟันผุ เมื่อถึงปี ค.ศ. 1993 ตัวเลขดังกล่าวลดลงเหลือ 17 % ในเด็กอายุ 15 ปี ค่าเฉลี่ย DMFT ลดลงจาก 5.9 ในปี ค.ศ. 1983 เหลือ 2.5 ในปี 1993 (OPCS 1994) ในกลุ่มผู้มีอายุ 16-24 ปี ที่มีฟันที่ติดไม่ต้องการการรักษาจำนวน 18 ซี่ หรือมากกว่านั้น จำนวนของคนกลุ่มนี้เพิ่มจาก 44 % ในปี 1968 เป็น 83 % ในปี 1988 (Todd & Lader 1994) ความรุนแรงของโรคฟันได้ลดลงไปพร้อมกับที่มีการขยับไปทางซ้ายของการกระจายความถี่ของผู้เป็นโรค แบบรูปของการผู้ด้านของ

ฟันนั้นก็เปลี่ยนไป ด้วยเหตุที่ฟันผุ 2 ด้านจะพบน้อยที่ระดับค่า DMFT ต่ำ สิ่งที่พบจึงเป็นรอยโรคที่เล็กกว่า (ส่วนใหญ่เป็นฟันผุที่หลุมและร่องฟัน) ซึ่งมีน้อยมากที่จะลุกลามต่อ และในปัจจุบันการลุกลามนี้ก็ช้ากว่าที่เคยเป็น (Ekanayake & Sheiham 1987)

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าฟันผุนั้นเป็นโรคที่ป้องกันได้และสามารถทำให้ลดลงได้อย่างมาก ภายในระยะเวลา 10 ปีหรือราวๆ นั้น นอกจากนี้การป้องกันก็ทำได้ ด้วยมาตรการง่ายๆ ได้แก่ การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหาร (ฟันผุเป็นโรคที่เกิดเพราะน้ำตาลเป็นตัวชักนำ) และในกรณีของโรคปริทันต์ก็ป้องกันได้โดย การปรับปรุงความสะอาดของช่องปาก ซึ่งส่วนหนึ่งก็คือการลดการสูบบุหรี่ ไม่มีหลักฐานใดที่บ่งว่า การรักษาที่ดีขึ้น บริการป้องกัน หรือ การเพิ่มจำนวนของทันตบุคลากรนั้นเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ทันตสุขภาพดีขึ้น ซึ่งก็เป็นดังทฤษฎีของแมคควิน (McKeown theory) กล่าวไว้ว่า (Nadanovsky 1993) การเพิ่มค่าใช้จ่าย “ในส่วนของ การรักษาแบบเดิมมีผลเพียงเล็กน้อยเท่านั้นต่อทันตสุขภาพของประชาชน” (Moller 1987)

การลดลงของโรคฟันผุทำให้ทันตแพทย์มีมากขึ้นและคณะทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยหลายแห่งต้องหยุดดำเนินการ แต่ว่าการเรียนการสอนและการปฏิบัติทางด้านการป้องกันยังคงเรียกได้ว่าเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง มีการตอบสนองที่เห็นได้ชัดเจนเพียงอย่างเดียวก็คือ การพยายามที่จะเลือกหาผู้ที่ “มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรค” และใช้วิธีการป้องกันแบบเดิมๆ วิธีนี้บางทีอาจจะเหมาะสมก็ได้ ถ้าเราจะสามารถทำนายได้ว่าใครเป็นผู้ที่จัดว่ามีความเสี่ยงสูง (ในทางสถิติเราสามารถทำนายได้ถ้าการกระจายของโรคเป็นแบบสองหย่อม หรือ Bimodal) อย่างไรก็ตามการทำนายดังกล่าวในปัจจุบันยังเป็นไปไม่ได้ กลยุทธ์ที่ใช้ผู้ที่มีความเสี่ยง

สูงเป็นศูนย์กลางนี่เป็นที่นิยมในกลุ่มทันตแพทย์ในคลินิกและกลุ่มผู้ผลิตน้ำตาลและขนมหวาน เพราะมาตรการนี้เสนอแนะว่า ปัญหาทั้งหมดขึ้นอยู่กับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม กราฟการกระจายของโรคฟันผุและการบริโภคน้ำตาลนั้นมีลักษณะต่อเนื่อง ดังเช่นที่โรสรายงานว่า “การกระจายนั้นโดยปกติแล้วจะไม่ค้ำเนินถึงส่วนของประชากรที่ให้ค่าในส่วนหาง” [Rose 1987] ถึงแม้ว่าเราจะพบวิธีการทำนายโรคก็ตาม ปรากฏว่ายังมีโรคอยู่อีกมากเพราะจุดตัดที่ใช้เป็นค่าที่บ่งบอกผู้ที่มีความเสี่ยงสูงนั้นไม่เจาะจงและเป็นเพียงค่าสัมพัทธ์เท่านั้น

บทเรียนสำหรับประเทศไทยและการเป็นผู้นำก็คือ ในอนาคตทันตแพทย์ควรจะทำการบูรณะฟันน้อยลง ควรบูรณะฟันให้มีคุณภาพที่ดีขึ้นและมีวิธีการป้องกันที่เหมาะสมมากขึ้น ทันตกรรมป้องกันสมัยใหม่มีความคิดศูนย์กลางอยู่ที่การหลีกเลี่ยงการเข้าแทรกแซงรักษาเพื่อเปิดโอกาสให้การป้องกันมีผลเสียก่อน เมื่อการลุกลามของโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ เช่นว่าระยะห่างของการไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือนนั้นควรจะขยายเป็น 18 เดือนหรือมากกว่านั้น (Sheiham 1977)

ที่ระดับการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ที่มีค่าต่ำนั้น วิธีการป้องกันแบบดั้งเดิม เช่น การบ้วนปากด้วยน้ำยาฟลูออไรด์ การทาฟลูออไรด์โดยทันตแพทย์ และการให้ทันตสุขศึกษาข้างเก้าอี้แบบเข้มข้นนั้นมีประสิทธิผลไม่คุ้มทุน (Foch 1981) การปฏิบัติการป้องกันโดยทันตแพทย์นั้นควรจำกัดอยู่เฉพาะที่การควบคุมดูแลบุคลากรผู้ช่วย (Nuffield Foundation 1993) ที่ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันแก่เด็กที่คัดเลือกแล้วและให้บริการป้องกันโดยวิธีการง่าย ๆ วิธีการเหล่านี้ซึ่งเคยจำกัดอยู่เฉพาะกับเด็ก ๆ นั้น ได้กลายเป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมมากขึ้นกับกลุ่มคนที่มีวัยสูงกว่าซึ่งมีชีวิตอยู่ยืนยาวขึ้นและรักษาฟันไว้ได้ยืนนานขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม บทบาทของ

ทันตแพทย์รายบุคคลในการป้องกันนั้นมีย่อจำกัด ทันตแพทย์ในส่วนของท่านตสาธารณสุขควรจะประสานงานริเริ่มสร้างสรรค์การส่งเสริมทันตสุขภาพในท้องถิ่น

ส่วนที่เหลือของบทความนี้จะเป็นเรื่องของกลยุทธ์ในการทำให้ประชาชนสามารถเลือกทางเลือกที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีขึ้น และเรื่องของความเหมาะสมของแนวคิดใหม่ทางพฤติกรรมสุขภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษา

พฤติกรรมที่มีผลต่อโรคในช่องปากมีความสัมพันธ์กับโภชนาการ สิ่งสกปรก (คราบจุลินทรีย์) บุหรี่ อุบัติเหตุและความเครียด พฤติกรรมเหล่านี้บุคลากรด้านการแพทย์พิจารณาเห็นว่ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพ แต่สำหรับประชาชนทั่วไปแล้วจะเห็นเป็นสิ่งปกติในชีวิตประจำวัน โดยทั่วไปพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพนั้นเกิดขึ้นในระดับกิจวัตรประจำวันนั่นเอง การสูบบุหรี่ ปริมาณการออกกำลังกาย ชนิดของอาหารที่เลือกซื้อและบริโภค และการดื่มสุรานั้น ส่วนใหญ่จัดอยู่ในกิจกรรมประจำวันในลักษณะที่ไม่รับรู้ถึง “ข่าวสารทางสุขภาพ” เพราะพฤติกรรมเหล่านี้ผสมผสานอยู่กับความสัมพันธ์ทางสังคมและกระบวนการปรับตัวของบุคคลแต่ละคน (Hunt & Macleod 1987)

การอธิบายถึงทันตสุขภาพในส่วนของคุณคนแต่ละคนเพียงอย่างเดียวเท่านั้นจะทำให้รับทางสังคม สำหรับการเลือกทางเลือกส่วนบุคคลยังคงถูกบดบังเอาไว้ ปัญหาอย่างหนึ่งเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาเชิงพฤติกรรมในการปรับปรุงทันตสุขภาพนั้นก็คือน่า ปริมาณของการควบคุมที่ประชาชนทำได้ต่อสุขภาพของตัวเองนั้นได้รับการคาดหมายไว้สูงเกินไป ในความเป็นจริงสุขภาพดีอาจกำหนดได้ด้วยหลายสิ่งหลายอย่างนอกเหนือจากพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น สุขภาพนั้นได้รับอิทธิพลเท่า ๆ กันจากสิ่งแวดล้อม เมื่อพิจารณาในแง่ของทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนที่มีอยู่

วิธีการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เด่นชัดในปัจจุบันในลักษณะที่เป็นการป้องกันนั้นตระหนักได้ดังเรื่องเปรียบเทียบต่อไปนี้ ชายคนหนึ่งยืนอยู่ริมฝั่งแม่น้ำ เขาได้ยินเสียงร้องจากคนอีกคนหนึ่งที่กำลังจะจมน้ำอยู่ ชายคนแรกจึงกระโดดลงไปในแม่น้ำ และช่วยดึงคนที่กำลังจะจมน้ำกลับเข้าฝั่ง และช่วยผายปอด ในขณะที่ชายคนที่จมน้ำเริ่มมีอาการดีขึ้น ก็มีเสียงร้องขอให้ช่วยจากอีกหลายคนที่กำลังจะจมน้ำ ชายผู้ช่วยชีวิตผู้นั้นจึงกระโดดลงไปในน้ำและช่วยชีวิตคนได้อีกบางคน แต่เขาไม่สามารถช่วยชีวิตคนเหล่านั้นได้โดยลำพัง เขาจึงไปหาผู้ช่วยและเครื่องมือช่วย แต่เขาก็ยังคงไม่อาจช่วยได้หมด ดังนั้นพวกเขาจึงต้องทำงานกันเป็นทีมที่เร็วขึ้น เป็นแบบสี่มือและหกมือ และใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนมากขึ้น ถึงกระนั้นก็ตาม จำนวนคนที่จมน้ำก็ยังมีมากเสียจนกระทั่งบางคนไม่อาจได้รับการช่วยเหลือทันก่อนที่ความเสียหายอย่างถาวรจะเกิดขึ้น ทำอย่างไรชายผู้ช่วยชีวิตจึงจะหยุดยั้งมิให้คนพวกนั้นจมน้ำ ? การแก้ปัญหาก็คือการสอนให้คนว่ายน้ำเป็น แต่กิจกรรมการช่วยชีวิตและกิจกรรมการฝึกหัดผู้ช่วยของเขาทำให้เขามีงานยุ่งเกินกว่าที่เขาจะมีเวลาหยุดคิดว่าทำไมคนที่ว่ายน้ำไม่เป็นเหล่านั้นจึงลงไปอยู่ในน้ำ ? มีใครผลักพวกเขาให้ตกลงไป ณ ต้นน้ำ (Mckinlay 1984, Cowell & sheiham 1981)

ความหมกมุ่นสนใจของทันตแพทย์ที่มีต่อการดำเนินผู้ประสบภัย “ด้านปลายทาง” นั้น เบี่ยงเบนความสนใจไปจากกิจกรรม “ด้านต้นทาง” ของบริษัทผู้ผลิตขนมหวาน อาหารและเครื่องดื่ม ที่ “ผลักดันคนตกลงไปในแม่น้ำ” โดยปกติบุคลากรทางการแพทย์จะเข้าไปแทรกแซงก็ต่อเมื่อเกิดความเสียหายขึ้นแล้ว แทนที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากมายไปที่กิจกรรม “ด้านปลายทาง” หรือ “กลางทาง” เราควรหันมาเพิ่มความพยายามในการทำให้แม่น้ำนั้นตื้นขึ้นเพื่อที่ว่าประชาชนจะได้ไม่

ต้องเรียนรู้วิธีว่ายน้ำ ซึ่งเป็นการทำให้ทางเลือกในการมีสุขภาพดีนั้นเป็นทางเลือกที่ง่ายขึ้น (Milio 1983) และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มผู้หลักประชาชนลงไปแม่น้ำ ซึ่งจะเป็นการโจมตีโดยตรงที่ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ

โรคในช่องปากเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ปัญหาหนึ่ง และโดยเนื้อแท้มีลักษณะเชิงการเมืองและสังคม การควบคุมสามารถทำได้ผลในลักษณะของนโยบายทางสังคม เทอร์ริสได้เขียนไว้ว่าภารกิจของบุคลากรทางสาธารณสุข ก็คือการทำให้สังคมยอมรับการใช้มาตรการทางสังคมเฉพาะอย่าง ไม่ว่าจะเป็นจากทางรัฐบาลหรือส่วนอื่น ซึ่งจำเป็นแก่การแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่จำเพาะเจาะจง และการเข้าร่วมในการปฏิบัติตามนโยบายเหล่านั้น การหลีกเลี่ยงความจำเป็นที่จะพัฒนานโยบายทางสังคมที่มีประสิทธิผลสำหรับสุขภาพแต่มุ่งแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละคน ไม่เพียงแต่เป็นการมองข้ามความสำคัญเท่านั้น หากเป็นการหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนด้วย (Terris 1968)

คำวิจารณ์ของ เทอร์ริส ที่มีต่อการเน้นว่าวิธีดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นรายคนเป็นสาเหตุ และทางแก้ปัญหาด้านสุขภาพนั้น ตรงประเด็นโดยเฉพาะกับทันตแพทยศาสตร์ เพราะผู้กำหนดนโยบายทางทันตสาธารณสุข จำนวนมากดำเนินประชาชนที่เป็นโรคในช่องปาก ยิ่งตรวจสอบรายละเอียดของวิธีดำเนินชีวิตให้ละเอียดมากขึ้นเท่าใด ก็ยิ่งได้ยินเสียงเรียกร้องให้บุคคลแต่ละคนมีความรับผิดชอบต่อทันตสุขภาพของพวกเขามากขึ้น และก็ยังทำให้เรื่องราวมีความซับซ้อนมากขึ้น ไม่เพียงแต่มีปัญหายากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเท่านั้น หากยังมีหลายกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในทางกว้างกว่า และการกระจายไปมากกว่า อาจเป็นเงื่อนไขทางสำหรับการเปลี่ยนแปลงด้วย การ

พยายามกำจัดโรคพิษณุโดยไม่ได้จัดการกับแง่มุมทางสังคมและเศรษฐกิจของการผลิต การโฆษณา และการบริโภคน้ำตาลนั้นก็เหมือนกับการพยายามจะวิดน้ำออกจากเรือที่รั่วโดยไม่อุดรูรั่ว เรืออาจถูกทำให้ลอยอยู่ได้โดยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง แต่มันไม่อาจเป็นเรือที่แล่นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้เลย ฟลูออไรด์และสารเคลือบหลุมร่องฟันจะช่วยลดฟันผุได้แต่ไม่น่าจะเป็นไปได้ที่ทั้งสองสิ่งนี้จะกำจัดโรคให้หมดไป

มาตรการทางการป้องกันทั้งหมดจะต้องใช้กลยุทธ์ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองมาช่วยเพื่อให้เป็นที่ยอมรับได้ว่าจะได้รับการยอมรับ จะได้ถูกนำไปดำเนินการ และจะมีประสิทธิผล การยอมรับเรื่องการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาชุมชน การบ้วนปากด้วยน้ำยาฟลูออไรด์ และสารเคลือบหลุมร่องฟัน ต่างก็รวมอยู่ในกลยุทธ์ทาง ทันตสาธารณสุขด้วยกัน

การส่งเสริมสุขภาพ วิธีการสร้างเสริมความสามารถ

การเคลื่อนไหวด้านการส่งเสริมสุขภาพสมัยใหม่นั้น มีรากฐานจากปรัชญาทางสาธารณสุขที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีทางเลือกเพื่อการมีสุขภาพดีขึ้นในการจัดการกับชีวิตตนเอง การเคลื่อนไหวนี้ควรจะได้รับที่ยอมรับเพื่อสนับสนุนให้ทางเลือกเพื่อการมีสุขภาพดีขึ้นนั้นเป็นทางเลือกที่ง่ายที่สุด [Milio 1983] การส่งเสริมสุขภาพถือได้ว่า “เป็นผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและสภาพแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติ และเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี” [Green & Kreuter 1990] เป็นกลยุทธ์ “ในการเปลี่ยนขอบเขตของทางเลือกที่ประชาชนพึงหาได้ และทำให้ทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพง่ายขึ้น และ/หรือเพื่อลดทางเลือกอันเป็นผลเสียต่อสุขภาพด้วยการทำให้ทางเลือกนั้นยากขึ้น” [Milio 1983] นิยาม

อีกอย่างหนึ่งมีอยู่ว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการในการทำให้บุคคลและชุมชน สามารถเพิ่มการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ ซึ่งก็เป็นวิธีที่ส่งผลให้สุขภาพของพวกเขาดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่เชื่อมกลางระหว่างคนกับสภาพแวดล้อม โดยใช้การผสมผสานกันระหว่างทางเลือกส่วนบุคคลกับความรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อการมีสุขภาพดี เป็นตัวสร้างอนาคตของการมีสุขภาพที่ดีกว่า [WHO 1984] เป็นการมุ่งไปที่ปัจจัยกำหนดทางสุขภาพซึ่งอยู่ลึกลงไป พร้อม ๆ กับสาเหตุโดยตรงของการมีสุขภาพดี นั่นคือ มุ่งไปที่ต้นเหตุของสาเหตุทั้งหลาย

สภาพแวดล้อมทางสังคม มีความสำคัญต่อสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากโรคหลัก ๆ ทางทันตสุขภาพ และช่องปากเป็นโรคเรื้อรัง พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งทำอยู่เป็นประจำจึงเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้นเป้าหมายในการเปลี่ยนจึงเป็นพฤติกรรมง่าย ๆ ที่สัมพันธ์กับแบบการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดชีวิต มานั่นเอง แบบการดำเนินชีวิตมักจะพิจารณากันว่าเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ผ่านการคัดเลือกแล้วด้วยตนเองอย่างมีสติ ในขณะที่บางคนตีความว่าเป็นการแสดงออกแบบรวม ๆ ของสภาวะสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นเงื่อนไข และบังคับให้เกิดพฤติกรรมนั้นนอกเหนือไปจากการตัดสินใจส่วนบุคคลที่แต่ละคนอาจจะทำ [Green & Kreuter 1990] ทว่าการกระทำง่าย ๆ ที่เห็นได้นั้นโยงใยกับนิสัยอันซับซ้อนกว่าที่บุคคลทำมาชั่วชีวิตซึ่งยุ่งยากกว่า และยังสัมพันธ์กับสภาวะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับแบบการดำเนินชีวิตด้วย [Graham 1990] แบบการดำเนินชีวิตที่คงอยู่ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มาจากภาวะการดำรงชีพนั่นเอง [Blane 1985, Graham 1990, Smith et al 1990] แท้ที่จริงแล้วเบลน [Blane 1985] ได้เคยโต้แย้งไว้อย่างน่าเชื่อถือว่ามีภาระที่สำคัญเกินความเป็นจริงกับบทบาทของพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม

ดังกล่าว และเราควรจะมีเพียงว่าพฤติกรรมเหล่านั้น “เป็นตัวชี้วัดของปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์โดยตรงมากกว่ากับโครงสร้างทางสังคมและสิ่งที่เป็นต้นเหตุอันแท้จริง [Blane 1985]

วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ปัจจัยเสี่ยงร่วมแบบบูรณาการ

หลักการอย่างหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพก็คือการมุ่งความสนใจไปที่ประชาชนทั้งหมดมากกว่าที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคเฉพาะอย่าง [WHO 1984] การสาธารณสุขแบบใหม่นั้นไม่ได้เน้นไปที่โรคเดียวอีกต่อไป โครงการในชุมชนจำนวนมากได้เปลี่ยนแปลงไปแล้วจากลักษณะโครงการเชิงแนวตั้งเป็นโครงการเชิงแนวราบมากขึ้น ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตไปครอบคลุมโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ ด้วย โดยพื้นฐานแล้วมีวิธีการแก้ปัญหา อยู่ 2 แบบ สำหรับนโยบายที่เน้นการมีสุขภาพดีอย่างเสมอภาค วิธีการแบบแรกก็คือ เน้นไปที่การกระทำเพื่อลดโรคเฉพาะอย่าง ส่วนวิธีการอีกแบบหนึ่งก็คือเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงเฉพาะ รวมทั้งนโยบายสาธารณสุขที่เน้นการปรับสภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และสภาวะสุขภาพของบุคคลในกลุ่มที่มีความเสี่ยงในบริบทของวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้ปัจจัยเสี่ยงร่วม/ปัจจัยเพื่อสุขภาพดีร่วมกัน (Common Risk/ Health Factor Approach : CRHFA) นั้น ต้องแยกความแตกต่างระหว่างการกระทำที่มีเป้าหมายในการลด “ปัจจัยเสี่ยง” กับการกระทำในการส่งเสริม “ปัจจัยเพื่อสุขภาพดี” กลยุทธ์ในที่นี้ควรรวมไปถึงความพยายามต่าง ๆ ที่จะปรับปรุงสุขภาพด้วยการลดความเสี่ยง ส่งเสริมการมีสุขภาพดีและเสริมสร้างความเป็นไปได้ที่จะจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ “ถูกกำหนดให้” ด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการลดผลกระทบที่ไม่ดีของปัจจัยเสี่ยงบางอย่างและเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประโยชน์หลักจากวิธีการแก้ปัญหาแบบ

CRHFA นี้ก็คือ การให้ความสำคัญกับการปรับปรุงภาวะสุขภาพโดยส่วนรวมเพื่อประชากรทั้งมวลและสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงด้วย ซึ่งโดยวิธีนี้เองเป็นการลดความไม่เท่าเทียมกันในสังคมพร้อม ๆ กันไปด้วย

แนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงร่วมนั้นต้องให้ความรู้แก่สาธารณชนในเรื่องงานและการศึกษาด้านสาธารณสุข โรคเรื้อรังจำนวนไม่น้อย เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคสมองขาดเลือด อุบัติเหตุ และโรคในช่องปากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน และยังมีปัจจัยเสี่ยงหลาย ๆ อย่างที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งชนิด กลยุทธ์ที่เน้นไปที่ปัจจัยเสี่ยงเช่นนี้มีลักษณะเป็นเหตุเป็นผลมากกว่ากลยุทธ์ที่มุ่งที่โรคเฉพาะอย่าง ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีผลกระทบต่อโรคจำนวนมากและแสดงถึงว่าเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างกว้างขวางมากกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เรื่องนี้บ่งชี้ว่ากลยุทธ์ในการป้องกันจะให้ผลที่น่าพอใจไม่เฉพาะโรคเดียวแต่ก็มีผลต่อภาวะอื่น ๆ มากมายพร้อม ๆ กัน [Grabauskas 1987] แนวคิดสำคัญที่อยู่เบื้องหลังของวิธีการแก้ปัญหาที่เน้นปัจจัยเสี่ยงร่วมแบบบูรณาการก็คือ การส่งเสริมสุขภาพโดยรวมด้วยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจำนวนไม่มากนัก อาจให้ผลกระทบอย่างมากต่อโรคจำนวนไม่น้อยโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าวิธีการแก้ปัญหาที่จำเพาะเจาะจงไปที่โรคใดโรคหนึ่ง

อาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพกลุ่มเดียวกันมีผลต่ออุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจ มะเร็งและโรคในปาก การทำงานกับผู้วางกลยุทธ์ด้านนโยบายอาหารเพื่อเปลี่ยนแปลงอาหาร เพื่อการลดการบริโภคน้ำตาลที่เติมลงในอาหาร (NME Sugar) เกลือและไขมัน และเพื่อการเพิ่มการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่ซับซ้อนและ/หรือมีเส้นใย รวมทั้งการให้มีจำหน่ายและส่งเสริมให้มีการบริโภคผลไม้ ผัก และผลิตภัณฑ์จากธัญพืชได้ง่ายขึ้นนั้นดูจะมีโอกาสสำเร็จ

มากกว่าวิธีการที่ย้ำเฉพาะการควบคุมน้ำตาลเพื่อลดโรคฟันผุ ในทำนองเดียวกันการสูบบุหรี่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคระบบหายใจรวมทั้งโรคในช่องปาก ควรมีการจัดทำโครงการลดการสูบบุหรี่เพื่อลดโรคที่คุกคามชีวิต เช่นโรคหัวใจและมะเร็ง เป็นต้น อาการบาดเจ็บที่ฟันเนื่องจากอุบัติเหตุมีผลต่อเด็ก ๆ เป็นจำนวนถึง 1 ใน 5 การป้องกันอาการบาดเจ็บที่ฟันจึงต้องใช้กลยุทธ์พื้นฐานอย่างกว้าง ๆ ในการป้องกันอุบัติเหตุโดยเฉพาะอุบัติเหตุที่มีผลต่อศีรษะ

เพราะฉะนั้น กลยุทธ์ต่างๆ ที่เสนอแนะในการป้องกันและควบคุมโรคในปาก จึงเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการแก้ปัญหาที่นำไปปัจจัยเสี่ยงร่วมมาใช้ในการควบคุมความเสี่ยงที่มีร่วมกันในบรรดาโรคเรื้อรังจำนวนหนึ่ง กลยุทธ์เหล่านี้ก็คือ

1. นโยบายด้านอาหารและสุขภาพในการลดการบริโภคน้ำตาล
2. วิธีการแก้ปัญหาผ่านชุมชนในการปรับปรุงอนามัยของร่างกายและช่องปาก
3. นโยบายการงดบุหรี่
4. นโยบายการลดอุบัติเหตุ

นอกจากกลยุทธ์ทั้งสี่นี้แล้ว กลยุทธ์เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับช่องปากได้แก่

1. นโยบายเรื่องการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาและการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

2. การสร้างหลักประกันเกี่ยวกับการมีบริการด้านทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ประชาชนทั่วไป

กลยุทธ์เหล่านี้สามารถประสานเข้าด้วยกันได้กับกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานและประกาศ ออดตาวา ซึ่งขยายไปจากแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐานนั่นเอง

ปรัชญาที่สำคัญที่สุด-บูรณาการของสาธารณสุขมูลฐานกับการส่งเสริมสุขภาพ

การตีพิมพ์คำประกาศที่ อัลมา อาตา (Declaration of Alma Ata) [WHO 1978] และกลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลกที่พัฒนามาจากคำ

ประกาศดังกล่าว “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ. 2000” ได้กำหนดแนวทางเป็นการสาธารณสุขแบบใหม่อย่างได้ผล หลักการในประกาศอัลมา อาตา สรุปได้เป็น 5 ข้อดังนี้

1. การกระจายอย่างเสมอภาค รัฐบาลต้องพยายามกระจายตัวแปรต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอย่างเสมอภาค

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน บุคคลแต่ละคนและชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทุกเรื่อง

3. การเน้นการป้องกัน ผู้วางแผนด้านสุขภาพและงบประมาณควรเปลี่ยนจุดเน้นไปที่การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพแทนการรักษา ไม่ว่าจะเป็นด้านการแพทย์หรือทันตกรรม

4. เทคโนโลยีที่เหมาะสม ควรเน้นไปที่การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมที่สุดและบุคลากรในการแก้ปัญหา

5. วิธีการแก้ปัญหาแบบพหุภาค การแก้ปัญหาความเจ็บป่วยไม่สามารถทำได้โดยภาคการแพทย์เพียงส่วนเดียว ภาคอื่นๆ อันได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ เกษตรกรรมและการศึกษา ต้องร่วมกันประสานนโยบายที่มีผลต่อสุขภาพด้วย

ในการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ.2000 การกำหนดนโยบายให้สาธารณสุขมีสุขภาพดีนั้นเป็นหนึ่งในห้าวิถีทางที่ระบุไว้ในกฎบัตรออดตาวา ส่วนที่เหลือก็คือ สรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน เสริมความเข้มแข็งของกิจกรรมของชุมชน พัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับทิศทางการให้บริการสาธารณสุข [WHO 1986] กฎบัตรออดตาวายังรวมถึงวิธีการ 3 อย่างสำหรับกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการเป็นสื่อกลาง การสร้างเสริมความสามารถและการสนับสนุน ซึ่งเป็นวิธีการที่ทำให้ประชาชนเริ่มต้นที่จะควบคุมสุขภาพของตนมากขึ้น “นโยบายให้สาธารณสุขมีสุขภาพดีนั้นมีลักษณะที่เห็นได้จากเนื้อหาของ

นโยบายทุกส่วนที่แสดงอย่างชัดเจนถึงการตระหนักในสุขภาพและความเสมอภาครวมทั้งจากความสามารถซึ่งขัดถึงผลกระทบที่มีต่อสุขภาพ” [WHO 1988]

ก่อนจะอภิปรายถึงวิธีการนำกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากไปดำเนินการให้สอดคล้องกับหลักการอดีตว่า ข้าพเจ้าขอกล่าวถึงโครงร่างของสิ่งที่เราได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานนโยบายส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ปัจจัยหลักในการพิจารณาโครงการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ [Chambers 1992, Owen 1994]

1. ความน่าเชื่อถือ - วัตถุประสงค์ควรสะท้อนให้เห็นถึงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงถึงประโยชน์ที่มีศักยภาพทางด้านสุขภาพ ควรเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ และระบุถึงประเด็นที่อยู่ในลำดับความสำคัญสูงสุด

2. ความจำเพาะเจาะจง - จุดมุ่งหมายของการรณรงค์โครงการหรือข่าวสารยังมีความจำเพาะมากเท่าใดก็จะมีโอกาสประสบผลสำเร็จมากเท่านั้น

3. การวัดผลได้ - วัตถุประสงค์ควรจะอยู่ในรูปของปริมาณที่วัดได้

4. ข้อจำกัดด้านข้อมูล - ในอุดมคติแล้วควรมีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับระดับของความเจ็บป่วย และขอบข่ายในการปรับปรุงสภาพการณ์เพื่อใช้กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ตลอดจนความก้าวหน้าของการบรรลุผลดังกล่าวที่สามารถตรวจสอบได้โดยใช้ตัวชี้วัด ข้อมูลอื่นและข้อมูลเทียบแทนอาจนำมาใช้แทนได้ในกรณีที่จำเป็น ถ้าข้อมูลที่เหมาะสมไม่สามารถหาได้

5. ขอบข่ายของการแทรกแซง - ควรดำเนินการเฉพาะในด้านที่การแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพสามารถทำได้ซึ่งก็จะเป็นการให้ขอบข่ายที่สำคัญสำหรับการปรับปรุงสภาพการณ์

6. ความเข้าใจของสาธารณชน วัตถุประสงค์

ควรจะเข้าใจง่ายและตรงกับประเด็นปัญหาของกลุ่มชนที่แตกต่างกันหมู่ประชากร ซึ่งรวมถึงนักวางแผนผู้ที่ทำหน้าที่จัดการ ให้บริการ ใช้

บริการและผู้ที่ยจ่ายเงินสำหรับบริการสาธารณสุข

7. ดุลยภาพ - วัตถุประสงค์ควรมีทั้งมาตรการเกี่ยวกับผลลัพธ์และมาตรการเกี่ยวกับกระบวนการ ควรแนะนำวิธีการต่างๆ จะบรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงและกำหนดมาตรฐานในการวัดผลความก้าวหน้า

8. ความต่อเนื่อง - วัตถุประสงค์ปัจจุบันควรจะเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ก่อนหน้านี้หากเป็นไปได้ แต่ต้องสะท้อนให้เห็นสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการนำวัตถุประสงค์ดังกล่าวไปปฏิบัติ

9. ความเข้ากันได้ - หากเป็นไปได้ วัตถุประสงค์ทั้งหลายควรจะเข้ากันได้กับเป้าหมายที่หน่วยงานราชการและองค์กรสาธารณสุขของทางราชการรับมาปฏิบัติ

10. ความรับผิดชอบ - วัตถุประสงค์ควรสะท้อนถึงความสนใจและแสดงการเข้าไปมีส่วนร่วมของบุคลากรในวิชาชีพ ผู้สนับสนุน และผู้บริหารอีกทั้งหน่วยงานสาธารณสุขระดับเขตและอำเภอ

11. ความน่าเชื่อถือ - ผู้สนับสนุนและผู้ดำเนินการ ควรเป็นผู้ที่เชื่อถือได้และมีความซื่อสัตย์

12. ระดับการแทรกแซงหลายระดับ - ในการแทรกแซงที่ระดับบุคคล กลุ่มและชุมชนนั้น การใช้สื่อสารมวลชน สื่อต่างๆ ในท้องถิ่น และการแทรกแซงระหว่างบุคคลมีโอกาสที่จะได้ผลมากกว่าและเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการพัฒนาโครงสร้างใหม่และองค์กรใหม่

13. ข่าวสารและคำแนะนำที่ดี - ผู้นำของชุมชนและองค์กรจำเป็นต้องรู้ดีถึงข้อเท็จจริงและหลักการที่ตรงประเด็นปัญหา

14. ความหลากหลาย - ความหลากหลายของข่าวสารเฉพาะและโครงการจะช่วยเพิ่มจำนวนบุคคลที่ได้รับผล

การสนับสนุน

ผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุขและทันตกรรมส่วนมากที่มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายมักจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนงานสุขภาพ การสนับสนุนงานสุขภาพนั้นเป็นการปฏิบัติของผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุข และคนอื่นๆ ที่เป็นที่ยอมรับกันว่ามีความรู้เรื่องสุขภาพ ซึ่งก็มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติของบุคคลรายตัว ชุมชน และรัฐบาลที่ส่งผลต่อสุขภาพ นอกจากนี้การสนับสนุน

ดังกล่าวยังรวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับประเด็นที่จำเพาะเจาะจงแก่เจ้าหน้าที่รัฐระดับสูง ผู้นำชุมชน และผู้สื่อข่าว ซึ่งก็ล้วนแต่เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจโดยทั่วไป และกำหนดหัวข้อที่จะต้องมีการตัดสินใจทางการเมืองเพื่อปรับปรุงสุขภาพของประชากร [Labonte 1989] เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพผู้ให้การสนับสนุนจะทำงานอยู่ภายในขอบเขตปรัชญาหลักของงานสาธารณสุข