

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2559 VOL.21 NO.1 JANUARY-JUNE 2016

บทความ

- ผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย
- เปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐานโดยทันตแพทย์ของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับในคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม
- เปรียบเทียบผลของชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่ให้แก่เด็กตั้งแต่อายุ 2 เดือนและ 6 เดือน ตามผลเมื่ออายุ 18 เดือน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่
- ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมและรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- การประเมินผลบริการทันตกรรมในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2554-2558
- ประสิทธิภาพบริการทันตกรรมโรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2557
- การจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2557
- พัฒนาการการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ของอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

BUREAU OF DENTAL HEALTH
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ISSN 0858-6527

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2559 VOL.21 NO.1 JANUARY-JUNE 2016

สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

BUREAU OF DENTAL HEALTH
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

วิทยาสารทันตสาธารณสุข

(ว.ทันต.สธ.)

เจ้าของ

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร 0-2590-4213 โทรสาร 0-2590-4203

ที่ปรึกษา

นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์
ทันตแพทย์สุธา เจียรมณีโชติชัย
ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ
ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์
ทันตแพทย์หญิงสุปราณี ดาโลดม

บรรณาธิการ

สุณี ผลดีเยี่ยม

รองบรรณาธิการ

นนทินี ตั้งเจริญดี
วรมน อัครสุต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ศิริพงษ์ มะโนรส

กองบรรณาธิการ

สุปราณี ดาโลดม, นนทลี วีรัชย์
สุณี วงศ์คงคาเทพ, วิกุล วิศาลเสถียร
ศรีสุดา ลีละศิริ, ปิยะดา ประเสริฐสม
เพ็ญแข ลากยัง, กันยา บุญธรรม
สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, วรางคณา เวชวิธ
วรวิทย์ ใจเมือง, กรกมล นียมศิลป์
สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ, นพวรรณ โพชนุกูล
ปิยฉัตร ทองป่อง, จิราพร ชิดดี
วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สุกัญญา เขียววิวัฒน์
ทรงชัย สู้ตโสมกุล

คณะทำงานฝ่ายบรรณาธิการ

อรุณรักษ์ วรวัฒน์

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

OWNER

Bureau of Dental health, Department of Health,
Ministry of Public Health

OFFICE

Bureau of Dental health, Department of Health,
Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000
Tel.662-5904213,Fax.662-5904203

ADVISORY BOARD

Dr.Wachira Pengjuntr
Dr.Sutha Jianmaneechotchai
Dr.Somnuk Chanduaykit
Dr.Chantana Ungchusak
Dr.Supraanee Dalodom

EDITOR

Sunee Pholdeeyiam

ASSOCIATE EDITOR

Nontinee Tangcharoendee
Voramon Agrasuta

ASSISTANT EDITOR

Siripong Manoros

EDITORIAL BOARDS

Supraanee Dalodom, Nontalee Verachai
Sunee Wongkongkathep, Wikul Visalseth
Srisuda Leelasithorn, Piyada Prasertsom
Phenkhoe Lapying, Kanya Boontham
Surat Mongkolnchai-arunya, Warankana Vejvithee
Voravithaya Chaimuang, Kornkamol Niyomsilp
Suwanna Eua-atthakaron, Noppawan Pochanukul
Piychat Tongpong, Chiraporn Khitdee
Weerasak Putthasri, Sukanya Tianviwat
Songchai Thitasomkul

EDITORIAL STAFF

Arunruck Worawat

บรรณาธิการกล่าว

วิทยาสารทันตสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 21 ประกอบด้วยบทความวิชาการ 8 เรื่อง คือ 1) ผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย 2) เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐานโดยทันตแพทย์ของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับในคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม 3) เปรียบเทียบผลของชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่ให้แก่เด็กตั้งแต่อายุ 2 เดือนและ 6 เดือน ตามผลเมื่ออายุ 18 เดือน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่ 4) ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมและรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 5) การประเมินผลบริการทันตกรรมในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2554-2558 6) ประสิทธิภาพบริการทันตกรรม โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2557 7) การจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2557 และ 8) พัฒนาการการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษา ตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยของอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

ขอแจ้งแก่ผู้ที่จะส่งบทความมาลงในวิทยาสารทันตสาธารณสุขในปีต่อไป เราจะพิจารณาเรื่องที่ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในคนเป็นหลัก

ท่านสามารถอ่านวิทยาสารทันตสาธารณสุขได้ที่ <http://dental.anamai.moph.go.th>

ทันตแพทย์หญิงสุณี ผลดีเยี่ยม
บรรณาธิการ

วิทยาลัยทันตสาธารณสุข **THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH**

สารบัญ

ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2559

บทกวีกาาร

- ผลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย**

วีระ อิศระธำนันท์, ละอองนวล อิศระธำนันท์ 9
- เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐานโดยทันตแพทย์ของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับในคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม**

นฤพนธ์ อึ้งอุปละชัย, อัญชลี อึ้งอุปละชัย 22
- เปรียบเทียบผลของชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่ให้แก่เด็กตั้งแต่อายุ 2 เดือนและ 6 เดือนตามผลเมื่ออายุ 18 เดือน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่**

วิลาวรรณ จันจว 34
- ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมและรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี**

อนันต์ พิระนันท์รังษี 41
- การประเมินผลบริการทันตกรรมในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2554-2558**

สุปรียา เครือสาร 51
- ประสิทธิภาพบริการทันตกรรมโรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2557**

อัสฎา ประเดมิดี 59
- การจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2557**

อมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์, สุณี วงศ์คงคาเทพ 68
- พัฒนาการการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ของอำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์**

จินดา พรหมทา 79

เกณฑ์รับเรื่องของวิทยาสารกานตสาธารณสุข

วิทยาสารยินดีรับบทความวิชาการทางพันธุศาสตร์และวิชาการสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิชาการ (Original Articles) ได้แก่ รายงานผลการวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร หรือหนังสืออื่น ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่องและบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลการศึกษา บทวิจารณ์บทสรุป คำขอบคุณ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์ A4

บทความปริทัศน์ (Review Articles) คือ บทความที่รวบรวมนำเอาความรู้ทางวิชาการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารต่างๆ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน บทวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 7 หน้าพิมพ์ A4

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความทั่วไป บทความพื้นวิชา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข่าวที่เป็นประโยชน์ เรื่องแปล ย่อความวิจัยใหม่และวิจารณ์หนังสือใหม่ที่น่าสนใจ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์ A4

การเตรียมต้นฉบับ

เรื่องที่ส่งมาเพื่อการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นเอกสาร 2 ชุดและ 1 file เอกสารพร้อมหนังสือนำส่งให้ส่งมาที่บรรณาธิการ หรือ กองบรรณาธิการ ส่วน file ส่งมาที่ th.j.dph@anamai.mail.go.th

ควรเตรียมบทความดังต่อไปนี้

1. พิมพ์เรื่องอย่างชัดเจน ใช้ชุดแบบอักษร (font) สไตล์ Th SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 ให้พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขหน้าอยู่ทางขวาบน
2. จำนวนหน้าทั้งหมดไม่เกินกี่หน้าขึ้นกับประเภทของบทความ รวมรูปภาพและตาราง
3. รูปภาพ (Illustrations) ใช้สีดำ-ขาว ภาพทุกภาพต้องมีอ้างอิงในเรื่อง ในกรณีที่รูปภาพเป็นกราฟคำบรรยายแกนตั้ง (ordinate) และแกนนอน (abscissa) ของแต่ละกราฟ ต้องมีไว้ชัดเจน คำบรรยายรูปภาพหรือกราฟใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. ตาราง (Tables) ทุกตารางต้องมีอ้างอิงในเรื่อง แต่ละตารางต้องมีหัวข้อ (title) ใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ส่วนเชิงอรรถ (footnote) บรรยายตัวย่อในตารางตลอดจนย่สำคัญทางสถิติ โดยใช้ภาษาอังกฤษ
5. เมื่อมีการเปรียบเทียบผลการศึกษา ต้องมีการทดสอบทางสถิติที่ถูกต้องสนับสนุนด้วย
6. การอ้างอิงเอกสาร ให้ใช้ตัวเลขกำกับหลังข้อความที่อ้างอิงตามลำดับก่อนหลังของเนื้อเรื่อง

7. รูปแบบการเขียนเรื่องเป็นดังนี้

7.1 **ชื่อเรื่อง** ไม่ควรเกิน 15 คำ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นข้อความสั้นที่บ่งชี้ให้เห็นสาระสำคัญของเนื้อหาของตัวบทความ หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ โดยชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษควรมีความหมายเหมือนกัน

7.2 **ชื่อผู้เขียน** ให้มีภาษาไทย ภาษาอังกฤษ วุฒิกการศึกษา และสถาบันที่ทำงานชัดเจนพร้อมด้วยที่อยู่ ซึ่งจะติดต่อโดยทางไปรษณีย์ได้ ในกรณีที่มีหลายคน ให้เขียนเรียงตามลำดับความสำคัญในการร่วมกันทำวิจัย หรือค้นคว้า

7.3 **เนื้อเรื่อง** ใช้ได้ทั้งภาษาไทยล้วนหรือภาษาอังกฤษล้วน ถ้าใช้ภาษาไทย ศัพท์ภาษาอังกฤษที่มีใช้ปนกับภาษาไทยนั้น ให้พยายามแปลเป็นภาษาไทยเท่าที่จะทำได้ โดยเขียนตัวเดิมกำกับไว้ในวงเล็บเฉพาะครั้งแรกที่กล่าวถึง หากคำใดที่รับรองโดยราชบัณฑิตยสถานแล้ว ก็ให้ใช้คำนั้นในการอธิบาย

เนื้อหาของเรื่องแบ่งออกเป็นตอนๆ ดังนี้

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นบทความสั้นๆ ที่กล่าวถึงวัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (Materials and Methods) ผลของการศึกษา (Results) โดยกล่าวแต่เพียงย่อๆ ให้ได้ใจความ ต้องไม่มีข้อสรุปจากการวิจารณ์ (Discussion) ต้องไม่มีข้อๆ ต้องมีคำสำคัญ (key words) ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษพิมพ์สี่เหลี่ยม ขนาด A4 มีทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

บทนำ (Introduction) บทนำบอกถึงลักษณะของปัญหาที่นำมาศึกษาวิจัย โดยกล่าวถึงสถานการณ์ของความรู้ในตอนเริ่มวิจัย มีการปริทัศน์ (review) เอกสารขึ้นใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา เพื่อแสดงความสัมพันธ์ของงานที่ศึกษากับความรู้เดิมเท่าที่ทราบกันอยู่ บอกวัตถุประสงค์และขอบเขต เขียนให้อ่านเข้าใจง่าย และไม่ยาวจนเกินไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ (Materials and Methods) กล่าวถึงวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการอย่างชัดเจน (การกระทำที่ทำให้ได้ข้อมูลมา) ที่จะสามารถทำให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามเองได้หากต้องการ

ผลการศึกษา (Results) ประกอบด้วยผลที่ได้ค้นพบ บรรยายด้วยข้อความ พร้อมตาราง แผนภูมิ ภาพหรือรูปต่างๆ

บทวิจารณ์ (Discussion) เป็นการประเมินสิ่งที่ได้ค้นพบโดยผู้เขียน จะเปรียบเทียบกับผลที่ผู้อื่นค้นพบและรายงานไว้ นอกจากนี้ในบทวิจารณ์อาจเขียนเสนอแนะ ข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนข้อผิดพลาดของการวิจัยและข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้อื่นทำการวิจัยในเรื่องคล้ายคลึง หรือ ต่อเนื่องไป

ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ข้อเสนอแนะทำเป็นข้อๆ ต้องมาจากผลการศึกษาและบทวิจารณ์

7.4 **คำขอบคุณ (Acknowledgement)** เป็นส่วนที่กล่าวขอบคุณต่อองค์การ หน่วยงาน หรือบุคคลที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา

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 คน ใส่ชื่อ 6 คนตามด้วยและคณะ (et al.)

1. Wyoff SJ, Morris ME, 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. กวิตา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม วิชาญศักดิ์ สุขสะอาด กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ การตรวจกรองฮีโมโกลบิน อี โดยวิธีการตกตะกอนด้วยดีซีไอพีในกลุ่มประชากรที่ไม่มีภาวะซีด วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2536 ; 51 : 39-43

7.5.2 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง ระดับของวิทยานิพนธ์ ภาควิชาที่ทำวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัย ประเทศ และปีที่วิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์

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

7.5.3 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากหนังสือ

ก. ชื่อผู้แต่ง (ทั้งหมด) ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์ (edition) เล่มที่พิมพ์ (หากมี) สำนักพิมพ์ เมือง ปีที่พิมพ์ และหมายเลขหน้าที่อ้างอิง

1. Richard EB, Victon CV. Nelson Textbook of Pediatrics 12th ed., Philadelphia : W.B.Saunders, 1987, p 93-95.

2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ : รายงานการวิจัยเรื่องพัฒนาการของเด็ก การส่งเสริม การพัฒนาของเด็กโดยครอบครัว, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร 2543.

ข. หนังสือที่แยกผู้เขียนเฉพาะบท ชื่อผู้เขียนบทที่อ้างอิง ชื่อเรื่องของบทนั้น ชื่อ บรรณาธิการ (ทั้งหมด) ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์ (edition) เล่มที่พิมพ์ (หากมี) สำนักพิมพ์ เมือง ปีที่พิมพ์ และ หมายเลขหน้าที่อ้างอิง

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 วัน เดือน ปี ที่จัดประชุม สถานที่จัดการประชุม

Royce JC. Finches of Du Page County. Paper road at 2nd Annual Conference of practical bird - watching. 24-26 May 1986, at Midland University, Flat prairie, Illinois.

7.5.6 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ (serial online) ปีที่พิมพ์ เล่มที่ (ถ้ามี) : จำนวนหน้า หรือจำนวนภาพ (วันเดือนปีที่ค้นข้อมูล) : URL address underlined

Pamela Hasslof, Maria Hedberg, Svante Twetman, Christina Stecksén-Blicks. Growth inhibition of oral mutans streptococci and candida by commercial probiotic lactobacilli - an in vitro study BMC Oral Health 2010, 10 : 18 (2 July 2010) Available from : <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/10/18/abstract.pdf>

พลสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยของ ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย

วิระ อิศระธำนันท์* ท.บ.,อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)
ละอองนวล อิศระธำนันท์* ท.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย สำรวจทันตแพทย์ทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2558 โดยใช้แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่ประยุกต์จากแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ผลการศึกษา พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ในองค์ประกอบทั้ง 6 นั้น สำหรับองค์ประกอบ หน่วยงาน โรงพยาบาล หัวหน้างาน การติดต่อสื่อสาร อยู่ในระดับดีมาก ส่วนองค์ประกอบความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ และ จำนวนการรายงานเหตุการณ์ยังต้องมีการพัฒนา พบว่าไม่มีการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 23.1 ทันตแพทย์จัดระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ทำงาน อยู่ในระดับดีมาก (Very good) ร้อยละ 60.0 ระดับยอมรับได้ (Acceptable) ร้อยละ 33.8 และมีที่ต้องปรับปรุงอย่างมากเพียงร้อยละ 3.0

คำสำคัญ : ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน, วัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

บทนำ

ระบบการจัดการด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันให้ความสำคัญ ในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอย่างมากเพราะความปลอดภัยมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในองค์กรให้เกิดขึ้นเป็นวิธีที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืนโดยทำให้ความปลอดภัยอยู่ในความคิดของบุคลากรทุกคน¹

การพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยเพื่อลดความผิดพลาดและอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน โดยกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย (patient safety goal) เป็นเป้าหมายสำคัญที่ใช้ในการประกันคุณภาพการบริการที่ทำให้เกิดความมั่นใจว่าการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วยมีความปลอดภัย² และการสร้างความปลอดภัยในระบบบริการทางสุขภาพขององค์กรคือ กระบวนการจัดการที่มุ่งลดอัตราความผิดพลาดและสร้างปัจจัยขัดขวางเพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาด (proactive barriers) ด้วยการค้นหาการจำแนกและการจัดการความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในระบบบริการโดยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการออกแบบอีกครั้ง (redesign) การสร้างความตระหนักการยอมรับและนำไปสู่การปฏิบัติในงานประจำของบุคลากรทุกระดับในองค์กรอย่างสม่ำเสมอและอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดระบบบริการทางสุขภาพที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่เกิดอุบัติการณ์ซ้ำและสามารถตอบสนองการลดค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียจากการเกิดอุบัติการณ์ทั้งในทางตรงและทางอ้อม

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมคุณภาพทุกคนในองค์กรมีองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปด้วยกันรวมทั้งเห็นความสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยที่ประชาชนจะได้รับจากบริการสาธารณสุข

แนวคิดการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาความผิดพลาดเชิงระบบมากกว่าการตำหนิบุคคลหรือการลงโทษผู้กระทำผิดและมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนร่วมกันศึกษาปัญหาและแก้ไขป้องกันการเกิดซ้ำส่วนคุณภาพคือการทำงานประจำให้ดีคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ก็เพราะบุคคลมีความตระหนักต่อคุณภาพไม่เมินเฉยต่อโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ

โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย มีทันตแพทย์หมุนเวียนทั้งที่เจ็บใหม่และโยกย้ายเป็นประจำทุกปีการปลูกฝังวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยจึงเป็นหัวใจสำคัญที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญและไวต่อการรับรู้ติดตามประเมินผลการรับรู้ รวมถึงการปฏิบัติที่เป็นระบบอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอการวิจัยนี้เป็นการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาปรับปรุงระบบงานระบบบริหารความเสี่ยง การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงราย สำรวจทันตแพทย์ทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 17 แห่งระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2558 โดยใช้แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่ประยุกต์จากแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.98

แบบสำรวจชุดนี้ แบ่งออกเป็น 8 ส่วนประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงาน หัวหน้างาน โรงพยาบาล การติดต่อสื่อสาร ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และความคิดเห็นเพิ่มเติม

ข้อคำถามให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนน ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด / ทุกครั้ง
คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก / ส่วนใหญ่
คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง / บางครั้ง
คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย / นาน ๆ ครั้ง
คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด / ไม่เคย
เกณฑ์ในการแปลความหมายข้อมูลใช้วิธีของ Likert Scale แบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ³ ดังนี้

คะแนน 4.21-5.00 หมายถึงระดับที่เห็นด้วยมากที่สุด / ทุกครั้ง

คะแนน 3.41-4.20 หมายถึงระดับที่เห็นด้วยมาก / ส่วนใหญ่

คะแนน 2.61-3.40 หมายถึงระดับที่เห็นด้วยปานกลาง / บางครั้ง

คะแนน 1.81-2.60 หมายถึงระดับที่เห็นด้วยน้อย / นานๆ ครั้ง

คะแนน 1.00-1.80 หมายถึงระดับที่เห็นด้วยน้อยที่สุด / ไม่เคย

ส่วนระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) แบ่งเป็นดังนี้

ระดับ A หมายถึงดีเยี่ยม (Excellent)

ระดับ B หมายถึง ดีมาก (Very good)

ระดับ C หมายถึง ยอมรับได้ (Acceptable)

ระดับ D หมายถึง ไม่ดี (Poor)

ระดับ E หมายถึง ตก (Falling)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Chi-square test และ One way ANOVA

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 8/2558

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัด 17 แห่ง ร้อยละ 76.5 ผ่านการรับรองคุณภาพ อยู่ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ขั้นที่ 2 จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ลาว โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลเทิง และอยู่ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ บันไดขั้นที่ 1 คือโรงพยาบาลดอยหลวง ซึ่งเปิดให้บริการใหม่ ส่วนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพ Re-accreditation ครั้งที่ 3 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลแม่จัน โรงพยาบาลป่าแดด Re-accreditation ครั้งที่ 2 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง โรงพยาบาลแม่สาย Re-accreditation ครั้งที่ 1 จำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขุนตาล โรงพยาบาลเวียงชัย โรงพยาบาลพญาเม็งราย โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า โรงพยาบาลเชียงแสน โรงพยาบาลแม่สรวย โรงพยาบาลเชียงของ Accreditation จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเวียงแก่น โรงพยาบาลพาน

ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ร้อยละ 91.5 ตอบแบบสอบถาม (65 คนจาก 71 คน) ร้อยละ 72.3 เป็นหญิง ร้อยละ 43.1 อายุ 31-40 ปี มีเพียงร้อยละ 29.3 ที่ศึกษาต่อหลังจบปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ทำงานเป็นทันตแพทย์มาแล้ว 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.2 ทำงานในหน่วยงานนี้ 1-5 ปี มากที่สุด ร้อยละ

35.4 และเป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 76.9 ทำงาน 40-59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มากที่สุด ร้อยละ 55.4 มีเพียง 1 คนที่ไม่ได้ทำงานสัมผัสผู้ป่วยโดยตรง ร้อยละ 52.3 เป็นกรรมการในทีมนำคุณภาพ ร้อยละ 33.8 ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมากที่สุด (รายละเอียดในตารางที่ 1)

2. ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม

2.1 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงาน

ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงาน (รายละเอียดในตารางที่ 2) ทันตแพทย์เห็นด้วยมาก คือ หน่วยงานมีคนทำงานเพียงพอทำงานเป็นทีม เครพให้เกียรติกัน ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นบทเรียนของการพัฒนา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงสร้างสรรค์ ความผิดพลาดรุนแรงไม่ได้เกิดจากความบังเอิญ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องระบบที่มีปัญหา ไม่กังวลว่าจะถูกบันทึกในแฟ้มประวัติ และเชื่อว่าแนวทางปฏิบัติและระบบสามารถป้องกันความผิดพลาดได้ดี

ส่วนที่เห็นด้วยปานกลางคือ ไม่แน่ใจเรื่อง ถ้างานในหน่วยงานยุ่ง จะมีคนมาช่วยเหลือ

ส่วนที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ คนในหน่วยงานช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันรวมทั้งทีมงานมาก ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

2.2 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับหัวหน้างาน

ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับหัวหน้างาน (รายละเอียดในตารางที่ 3) ทันตแพทย์เห็นด้วยมาก คือหัวหน้าจะชื่นชมเมื่อมีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่กำหนดไว้ รับข้อเสนอแนะและนำไปปรับปรุงอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ใส่ใจปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และในภาวะรีบด่วน ขอให้ทำงานเร็วขึ้นแม้ต้องลดขั้นตอน แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

2.3 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับโรงพยาบาล

ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับโรงพยาบาล (รายละเอียดในตารางที่ 4) ทันตแพทย์เห็นด้วยมาก คือ ผู้บริหารสร้างบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่สุดหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลร่วมมือทำงานกันได้ดี เพื่อให้การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย รู้สึกไม่มีปัญหาเมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล ปัญหาในการย้าย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

Table 1 General information of dentists

ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	18	27.7
หญิง	47	72.3
อายุ 20-30 ปี	24	36.9
31-40 ปี	28	43.1
41-50 ปี	12	18.5
51-60 ปี	1	1.5
การศึกษา ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	46	70.8
วุฒิอื่นๆหลังทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	19	29.2
ตำแหน่งงาน หัวหน้า	15	23.1
ผู้ปฏิบัติ	50	76.9
ระยะเวลาทำงานใน รพ.นี้ น้อยกว่า 1 ปี	15	23.1
1-5 ปี	23	35.4
6-10 ปี	17	26.1
11-15 ปี	6	9.2
16-20 ปี	2	3.1
21 ปี หรือมากกว่า	2	3.1
ระยะเวลาทำงานในวิชาชีพนี้ น้อยกว่า 1 ปี	9	13.8
1-5 ปี	15	23.1
6-10 ปี	19	29.2
11-15 ปี	8	12.3
16-20 ปี	7	10.8
21 ปี หรือมากกว่า	7	10.8
ระยะเวลาทำงานต่อสัปดาห์ น้อยกว่า 20 ชั่วโมง	2	3.1
20-39 ชั่วโมง	26	40.0
40-59 ชั่วโมง	36	55.4
60-79 ชั่วโมง	1	1.5
เป็นกรรมการในทีมนำคุณภาพ เป็น	34	52.3
ไม่เป็น	31	47.7
ทำงานสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วย ใช่	64	98.5
ไม่ใช่	1	1.5
ขนาดของรพ. 30 เตียง	22	33.8
60 เตียง	18	27.7
90 เตียง	11	16.9
120 เตียง	14	21.5

ตารางที่ 2 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของความเห็นเกี่ยวกับหน่วยงานของทันตแพทย์

Table 2 Frequency, percentage and mean of Dentists' perception about the organization

ความเห็นเกี่ยวกับ หน่วยงานของท่าน	ระดับความคิดเห็น					ระดับ คะแนน เฉลี่ย	การแปล ความ
	ไม่เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด		
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)		
1. สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือ เกื้อกูลกันและกัน	0 (0)	2 (3.1)	4 (6.2)	42 (64.6)	17 (26.1)	4.55	เห็นด้วย มากที่สุด
2. เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับ ปริมาณงานของหน่วยงาน	2 (3.1)	17 (26.2)	3 (4.6)	37 (56.9)	6 (9.2)	3.43	เห็นด้วย มาก
3. ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จ อย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม	0 (0)	1 (1.6)	5 (7.7)	45 (69.2)	14 (21.5)	4.11	เห็นด้วย มาก
4. สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกัน ด้วยความเคารพให้เกียรติกัน	0 (0)	2 (3.1)	4 (6.2)	43 (66.1)	16 (24.6)	4.12	เห็นด้วย มาก
5. เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าคุณภาพของงาน จะถูกนำมาจัดการลงโทษ	7 (10.8)	32 (49.2)	12 (18.5)	10 (15.4)	2 (3.1)	2.42	เห็นด้วย น้อย
6. ในหน่วยงานของท่าน คุณภาพของ ที่เกิดขึ้นนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง ในเชิงสร้างสรรค์	2 (3.1)	4 (6.2)	7 (10.8)	46 (70.7)	6 (9.2)	3.74	เห็นด้วย มาก
7. คุณภาพที่เกิดขึ้นแต่รุนแรงเป็น เพราะเหตุบังเอิญ	8 (12.3)	28 (43.1)	16 (24.6)	12 (18.5)	1 (1.5)	2.54	เห็นด้วย น้อย
8. ถ้าหน่วยงานของท่านงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ	5 (7.7)	26 (40)	17 (26.2)	16 (24.6)	1 (1.5)	2.72	เห็นด้วย ปานกลาง
9. เมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ ท่านจะรู้สึกว่าเป็นการรายงานตัวบุคคล ไม่ได้รายงานปัญหา	19 (29.2)	30 (46.1)	11 (16.9)	4 (6.2)	1 (1.5)	2.05	เห็นด้วย น้อย
10. แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคย ละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย	1 (1.5)	1 (1.5)	3 (4.6)	38 (58.5)	22 (33.9)	4.22	เห็นด้วย มากที่สุด
11. เจ้าหน้าที่กังวลว่าคุณภาพของงาน จะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ	11 (16.9)	32 (49.2)	13 (20)	8 (12.3)	1 (1.6)	2.32	เห็นด้วย น้อย
12. แนวทางปฏิบัติและระบบของเรา สามารถป้องกันความผิดพลาดได้ดี	1 (1.5)	4 (6.2)	12 (18.5)	41 (63.1)	7 (10.7)	3.75	เห็นด้วย มาก

ตารางที่ 3 ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของความเห็นเกี่ยวกับหัวหน้างานของทันตแพทย์

Table 3 Frequency, percentage and mean of Dentists' perception about the Chief of the office

ความเห็นเกี่ยวกับ หัวหน้างานของฉฉฉฉ	ระดับความคิดเห็น					ระดับ คะแนน	การแปล ความ
	ไม่เห็นด้วย มากที่สุด ความถี่ (ร้อยละ)	เห็นด้วย น้อย ความถี่ (ร้อยละ)	เห็นด้วย ปานกลาง ความถี่ (ร้อยละ)	เห็นด้วย มาก ความถี่ (ร้อยละ)	เห็นด้วย มากที่สุด ความถี่ (ร้อยละ)		
1. หัวหน้างานของฉฉฉฉจะกล่าวชื่นชม เมื่อเห็นว่ามีกรปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่กำหนดไว้	1 (1.5)	7 (10.8)	15 (23.1)	35 (53.8)	7 (10.8)	3.62	เห็นด้วย มาก
2. หัวหน้าจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่และนำไปปรับปรุงอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย	1 (1.6)	6 (9.2)	6 (9.2)	41 (63.1)	11 (16.9)	3.85	เห็นด้วย มาก
3. ในภาวะรีบด่วน หัวหน้าจะขอให้เราทำงานเร็วขึ้น แม้อาจจะเกิดการท่งงานที่ลัดขั้นตอน และอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	10 (15.3)	31 (47.7)	13 (20)	9 (13.9)	2 (3.1)	2.42	เห็นด้วย น้อย
4. ปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยๆ หัวหน้ามักจะมองข้าม	19 (29.2)	32 (49.2)	9 (13.9)	4 (6.2)	1 (1.5)	2.02	เห็นด้วย น้อย

ผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานไม่ถูกละเลย

ส่วนที่เห็นด้วยปานกลางคือ ไม่แน่ใจเรื่อง ข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญมักสูญหายหรือไม่มีการสื่อสารกันระหว่างเวรมีปัญหาในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานมักเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวรและผู้บริหารสนใจความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

2.4 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร

ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร (รายละเอียดในตารางที่ 5) ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ได้ทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากรายงานอุบัติการณ์ การบอกเล่าข้อมูลความผิดพลาด มีการพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก กล่าวซักถามเมื่อเห็นบางอย่างไม่ถูกต้อง สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อเห็นบางอย่างที่อาจมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ไม่แน่ใจ คือ ทันตแพทย์กล้าตั้งคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้มีอำนาจมากกว่า

2.5 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความถี่ของการรายงานเหตุการณ์

ความคิดเห็นของทันตแพทย์เกี่ยวกับความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ คือ ไม่แน่ใจว่าจะมีการรายงานเหตุการณ์ทั้ง 3 กรณี (รายละเอียดในตารางที่ 6)

2.6 จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ทันตแพทย์ ร้อยละ 32.3 รายงานเหตุการณ์จำนวน 11-20 รายงานเป็นส่วนใหญ่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีอีกร้อยละ 23.1 ที่ไม่มีการรายงานเหตุการณ์เลย (รายละเอียดในตารางที่ 7)

2.7 การจัดระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ทำงานอยู่ตามความคิดเห็นของทันตแพทย์

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.0 จัดระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ทำงาน อยู่ในระดับ B คือ ดีมาก (Very Good) และมี 2 คนจัดอยู่ในระดับไม่ดี และตก ในเรื่องนี้ (ระดับ D และ E) (รายละเอียดในตารางที่ 8)

2.8 ความคิดเห็นเพิ่มเติม

ทันตแพทย์ได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมหลายเรื่อง ดังนี้

วัฒนธรรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ดีในหน่วยงาน ปัจจุบันได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ทุกคน ซึ่งทุกคนเข้าใจและใส่ใจ ทำให้

ตารางที่ 4 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของความเห็นเกี่ยวกับโรงพยาบาลของทันตแพทย์

Table 4 Frequency, percentage and mean of Dentists' perception about the hospital

ความเห็นเกี่ยวกับ โรงพยาบาลของท่าน	ระดับความคิดเห็น					ระดับ คะแนน เฉลี่ย	การแปล ความ
	ไม่เห็นด้วย มากที่สุด	เห็นด้วย น้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย มากที่สุด		
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)		
1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศ ในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย	2 (3.1)	4 (1.5)	14 (21.6)	39 (60)	9 (13.8)	3.80	เห็นด้วย มาก
2. หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ไม่ค่อยให้ความร่วมมือกัน	11 (16.9)	31 (47.7)	18 (27.7)	4 (6.2)	1 (1.5)	2.28	เห็นด้วย น้อย
3. ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยระหว่าง หน่วยงานมักจะถูกชะเลย	7 (10.8)	35 (53.8)	14 (21.6)	6 (9.2)	3 (4.6)	2.43	เห็นด้วย น้อย
4. มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกัน	1 (1.5)	2 (3.1)	10 (15.4)	44 (67.7)	8 (12.3)	3.86	เห็นด้วย มาก
5. ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญมักจะ สูญหายไปหรือไม่มีการสื่อสารกันระหว่างเวร	4 (6.2)	26 (40.0)	22 (33.8)	11 (16.9)	2 (3.1)	2.71	เห็นด้วย ปานกลาง
6. มักจะรู้สึกไม่มีความสุขเมื่อต้องการ ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่น ในโรงพยาบาล	10 (15.4)	45 (69.3)	6 (9.2)	3 (4.6)	1 (1.5)	2.08	เห็นด้วย น้อย
7. มักจะเกิดปัญหาขึ้นในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ	2 (3.1)	31 (47.7)	17 (26.1)	13 (20.0)	2 (3.1)	2.72	เห็นด้วย ปานกลาง
8. การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นเรื่องสำคัญสูงสุด	2 (3.1)	0 (0)	17 (26.1)	33 (50.8)	13 (20.0)	3.85	เห็นด้วย มาก
9. ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาลจะสนใจ ในความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อเมื่อมี เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น	8 (12.3)	15 (23.1)	13 (20.0)	22 (33.8)	7 (10.8)	3.02	เห็นด้วย ปานกลาง
10. หน่วยงานในโรงพยาบาลทำงานร่วมกัน ได้ดีเพื่อให้การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย	1 (1.5)	4 (6.2)	8 (12.3)	42 (64.6)	10 (15.4)	3.86	เห็นด้วย มาก
11. ในช่วงเปลี่ยนเวรมักจะเกิดเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย	4 (6.2)	16 (24.6)	33 (50.7)	12 (18.5)	0 (0)	2.82	เห็นด้วย ปานกลาง

ตารางที่ 5 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของความเห็นเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารของทันตแพทย์

Table 5 Frequency, percentage and mean of Dentists' perception about the Communication

ความเห็นเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร	ระดับความคิดเห็น					ระดับคะแนน	การแปลความ
	ไม่เคย ความถี่ (ร้อยละ)	นาน ๆ ครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)	บางครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)	ส่วนใหญ่ ความถี่ (ร้อยละ)	ทุกครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)		
1. การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากรายงานอุบัติการณ์ เราจะได้รับทราบข้อมูล	2 (3.1)	9 (13.8)	17 (26.1)	25 (38.5)	12 (18.5)	3.55	ส่วนใหญ่
2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย	0 (0)	3 (4.6)	12 (18.5)	34 (52.3)	16 (24.6)	3.97	ส่วนใหญ่
3. เราได้รับทราบการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้	2 (3.1)	2 (3.1)	10 (15.3)	42 (64.6)	9 (13.9)	3.83	ส่วนใหญ่
4. เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า	3 (4.6)	7 (10.8)	28 (43.1)	24 (36.9)	3 (4.6)	3.26	บางครั้ง
5. ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก	1 (1.5)	2 (3.1)	10 (15.4)	36 (55.4)	16 (24.6)	3.95	ส่วนใหญ่
6. เจ้าหน้าที่ไม่กล้าซักถามเมื่อเห็นว่บางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง	12 (18.5)	26 (40.0)	23 (35.4)	3 (4.6)	1 (1.5)	2.31	นาน ๆ ครั้ง

ตารางที่ 6 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของความเห็นเกี่ยวกับความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ของทันตแพทย์

Table 6 Frequency, percentage and mean of Dentists' perception about the frequency of reported events

ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์	ระดับความคิดเห็น					ระดับคะแนน	การแปลความ
	ไม่เคย ความถี่ (ร้อยละ)	นาน ๆ ครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)	บางครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)	ส่วนใหญ่ ความถี่ (ร้อยละ)	ทุกครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)		
1. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วย	4 (6.2)	10 (15.4)	21 (32.3)	25 (38.4)	5 (7.7)	3.26	บางครั้ง
2. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	4 (6.2)	10 (15.4)	18 (27.6)	29 (44.6)	4 (6.2)	3.29	บางครั้ง
3. มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิด	6 (9.2)	10 (15.4)	13 (20.0)	30 (46.2)	6 (9.2)	3.31	บางครั้ง

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

Table 7 Number and percentage of reported events in the past 12 months

รายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีรายงาน	15	23.1
1 - 2 รายงาน	8	12.3
3 - 5 รายงาน	8	12.3
6 - 10 รายงาน	5	7.7
11 - 20 รายงาน	21	32.3
21 รายงานหรือมากกว่า	8	12.3

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของทันตแพทย์ที่จัดระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ทำงานอยู่

Table 8 Number and percentage of Dentists' perception about Patient Safety Grade

ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
A	2	3.1
B	39	60.0
C	22	33.8
D	1	1.5
E	1	1.5

เกิดประโยชน์ต่อการให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วย

การอาศัยความร่วมมือกันของเจ้าหน้าที่รวมถึงการประสานงานของหน่วยงานต่างๆ ในองค์กรที่ดีทำให้การทำงานให้การรักษามีความปลอดภัยและรวดเร็วเป็นที่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในองค์กร เป็นที่เข้าใจกันว่าไม่ใช่รายงานเพื่อหาคนผิด แต่เป็นการค้นหาความเสี่ยงเพื่อนำมาปรับปรุงระบบการทำงานเพื่อการรักษาผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างปลอดภัยรวมถึงการทำงานอย่างมั่นใจว่าถูกต้อง ปลอดภัย

บางหน่วยงานมีการรายงานเหตุการณ์ที่ค่อนข้างเป็นไปในแบบหาคนผิดทำให้บางครั้งผู้ปฏิบัติงานไม่กล้าที่จะรายงานควรสร้างวัฒนธรรมการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลให้เป็นเรื่องปกติสามัญแก่ไขความคิดของเจ้าหน้าที่

ควรมีระบบรายงานความเสี่ยงและการจัดการที่ได้รับการแก้ไขไปแล้ว แจ้งให้หน่วยงานทราบเป็นการบอกถึงความคืบหน้าในการจัดการปัญหาเพราะบางครั้งรายงานไปแล้วแต่ไม่ได้รับการแก้ไขทำให้ขาดแรงจูงใจในการรายงานควรมีการรายงานการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้กับผู้รายงานอุบัติการณ์เพื่อให้ผู้รายงานทราบและเกิดความ

กระตือรือร้นในการรายงานเพิ่มขึ้น

หน่วยงานทันตกรรมมีมาตรการเกี่ยวกับความปลอดภัยมีการเก็บข้อมูล นำข้อมูลที่พบมาทบทวนในที่ประชุมในหน่วยงานร่วมกันหาทางแก้ไขเพื่อจะได้รักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีความปลอดภัยมากขึ้นถือปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

หน่วยงานทันตกรรมไม่ค่อยได้รายงานอุบัติการณ์ต่างๆ อาจเนื่องจากทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบมีการเปลี่ยนทุกปีการอบรมเพื่อให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานตระหนักถึงความสำคัญในการรายงานมีไม่ต่อเนื่องรวมถึงการติดตามงานอาจไม่จริงจังเท่าที่ควร

ทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบข้อผิดพลาดในการรักษาได้เนื่องจากไม่มีทันตแพทย์ให้คำปรึกษาและขาดการอบรมความรู้อย่างต่อเนื่อง

เจ้าหน้าที่มุ่งมั่นกับการทำงานบริการหรืองานหลักของตนยังไม่เห็นความสำคัญของการรายงานความเสี่ยงเท่าที่ควรเนื่องจากงานบริการมากและขาดผู้นำในการทบทวนหาทางแก้ไขปัญหที่เป็นรูปธรรมเห็นผลชัดเจนกับผู้ป่วย ไม่เป็นการทำเอกสารจนเกินไป

ขาดความกระตือรือร้นระหว่างฝ่าย ในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นกับผู้ป่วย

2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของทันตแพทย์กับวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างอายุและระยะเวลาที่ทำงานในหน่วยงานของทันตแพทย์กับองค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยคือ หน่วยงานและโรงพยาบาล ส่วนขนาดโรงพยาบาลที่ทันตแพทย์ทำงานสัมพันธ์กับองค์ประกอบฯ คือ การติดต่อสื่อสาร (รายละเอียดในตารางที่ 9)

อภิปรายผล

องค์ประกอบของวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในการศึกษานี้ ทั้ง 6 อย่าง ได้แก่ หน่วยงาน โรงพยาบาล หัวหน้างาน การติดต่อสื่อสาร ความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ และ จำนวนการรายงานเหตุการณ์

วัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ในองค์

ประกอบหน่วยงาน อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือ คนในหน่วยงานช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน แม้งานมาก ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยส่วนที่อยู่ในระดับเห็นด้วย คือ หน่วยงานมีคนทำงานเพียงพอ ทำงานเป็นทีมเคารพให้เกียรติกัน ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นบทเรียนของการพัฒนา นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงสร้างสรรค์ ความผิดพลาดรุนแรงไม่ได้เกิดจากความบังเอิญอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องระบบที่มีปัญหา ไม่กังวลว่าจะถูกบันทึกในแฟ้มประวัติ และเชื่อว่าแนวทางปฏิบัติและระบบสามารถป้องกันความผิดพลาดได้ดี

วัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ในองค์ประกอบโรงพยาบาล อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือ ผู้บริหารสร้างบรรยากาศการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและแสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สะแกวัลย์

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของทันตแพทย์กับวัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

Table 9 The relationship between the factors related to dentists and dentists' perception on patient safety culture

	หน่วยงาน	หัวหน้างาน	การติดต่อสื่อสาร	โรงพยาบาล	สถิติ
เพศ (ชาย/หญิง)	0.074	0.761	0.095	0.394	Chi-square test P<0.05
การศึกษา ท.บ.และมากกว่าท.บ.	0.208	0.272	0.985	0.296	Chi-square test P<0.05
อายุ 20-30ปี 31-40ปี >40ปี	0.047****	0.127	0.456	0.009***	One way ANOVA P<0.05
ระยะเวลาในการทำงาน >1ปี 1-5ปี >5ปี	0.045***	0.037	0.934	0.010***	One way ANOVA P<0.05
ขนาดโรงพยาบาล 30 เตียง 60 เตียง 90เตียง 120เตียง	0.419	0.522	0.018***	0.118	One way ANOVA P<0.05
จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์ <40ชั่วโมง >40 ชั่วโมง	0.24	0.23	0.704	0.767	Chi-square test P<0.05

ผดุงศักดิ์⁴ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.7 ระบุว่าผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง

นอกจากนี้ ยังพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์ในองค์ประกอบหน่วยงาน และโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอายุ และระยะเวลาการทำงานในหน่วยงานของทันตแพทย์

วัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ในองค์ประกอบหัวหน้างานอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือหัวหน้าจะชื่นชมเมื่อมีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่กำหนดไว้ รับข้อเสนอแนะและนำไปปรับปรุงอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ใส่ใจปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และในภาวะรีบด่วน ขอให้ทำงานเร็วขึ้น แม้ต้องลดขั้นตอน แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึง การทำงานในหน่วยงาน หัวหน้างานให้การสนับสนุนด้านวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก และตามหลักการบริหารองค์การของ วิรัช สงวนวงศวาน⁵ กล่าวว่า ภาวะผู้นำควรต้องปลูกฝังเรียนรู้ให้กับผู้บริหารทุกระดับผู้นำหน่วยงานจะมีความมุ่งมั่น มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดจนมีการสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน

วัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ในองค์ประกอบการติดต่อสื่อสาร ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ได้ทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากรายงานอุบัติการณ์ กล่าวซักถามเมื่อเห็นบางอย่างไม่ถูกต้อง สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อเห็นบางอย่างที่อาจมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยได้รับการบอกเล่าข้อมูลความผิดพลาด มีการพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีกสอดคล้องกับงานวิจัยของ พร บุญมีและคณะ⁶ และปิณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์⁷ พบว่า วัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยด้านการสื่อสาร และสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดมีคะแนนสูงสุดในระดับมาก อาจเนื่องมาจากลักษณะการทำงานที่ต้องบริการในโรงพยาบาล มีลักษณะที่ต้องทำงานเป็นทีม รวมทั้งการสื่อสารในองค์กรที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัย จะอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อใจกันและกัน มีการรับรู้ร่วมกันถึงความสำคัญของความปลอดภัย และมีความมั่นใจในประสิทธิภาพของมาตรการป้องกัน

นอกจากนี้ ยังพบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัย

สำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์ในองค์ประกอบการติดต่อสื่อสารมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับขนาดของโรงพยาบาล

วัฒนธรรมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย ในองค์ประกอบความถี่ของการรายงานเหตุการณ์ และจำนวนการรายงานเหตุการณ์ พบว่า ทันตแพทย์ไม่แน่ใจว่าจะมีการรายงานเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมอ ในกรณีมีการกระทำผิดพลาดเกิดขึ้น และอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิด เนื่องจากเจ้าหน้าที่กังวลว่าความผิดพลาด (Mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติของบุคลากร รู้สึกว่าความผิดพลาดของตนจะถูกนำมาจัดการลงโทษ (Held against them) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Kyungeh An, Minach Kang Kim and Sook Hee Yoon⁸ ที่ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลต่อการรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดและวัฒนธรรมความปลอดภัยในประเทศเกาหลี พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่สะดวกใจต่อการรายงานความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ

ดังนั้น ผู้บริหารควรส่งเสริมบรรยากาศของการเปิดใจ มีใช้การวิพากษ์การกระทำ การมองว่าปัญหาเกิดจากตัวบุคคล จะทำให้วิธีการแก้ไขมุ่งไปปรับแก้พฤติกรรมของบุคคลโดยตรง และเกิดการต่อต้านด้วยไม่มีใครยินดีกับการถูกตำหนิ มักจะเป็นวิธีที่ไม่ได้ผล และอาจจะไม่ได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้แก่บุคคลอื่น การรายงานเพื่อมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการพัฒนา การสร้างชุมชนนักปฏิบัติในกลุ่มทันตแพทย์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการด้านความปลอดภัยระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงรายองค์กรที่มีวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย จะมีลักษณะไม่เน้นการลงโทษ มุ่งเน้นที่ระบบและกระบวนการ มีการสื่อสารที่เปิดเผย มีการแลกเปลี่ยนความคิดที่อิสระ ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงและลงมือทำ เน้นกิจกรรมที่ระดับปฏิบัติขับเคลื่อนโดยผู้นำ⁹

ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงรายจัดระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ทำงานอยู่ในระดับดีมาก (Very good) ร้อยละ 60.0 และมีที่ต้องปรับปรุงอย่างมากเพียง 2 แห่ง แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนที่ทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ส่วนใหญ่ได้ให้ความสำคัญและมีความตระหนักในเรื่องการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและ

รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)มีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารในกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย สามารถนำข้อมูลจากการวิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายการวางระบบบริการความเสี่ยงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยควรมีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้ด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยอุบัติการณ์ความเสี่ยงแนวทางการป้องกันให้แก่บุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรที่เพิ่งจบใหม่

2. ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลควรปฏิบัติตามข้อกำหนด และมาตรฐานอย่างเคร่งครัด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนา การสร้างชุมชนนักปฏิบัติในกลุ่มทันตแพทย์เพื่อให้เกิดการจัดการด้านความปลอดภัย

ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงรายและทันตแพทย์มีความมั่นใจในการรายงานเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ทพ.ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธุ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ทพญ.สุมาลี อรุณรัตน์ดิลก ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านบุรี, ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสมทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำในการเขียนงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ทันตแพทย์ในจังหวัดเชียงรายทุกท่าน ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลแม่จัน เพื่อนร่วมงานทุกท่าน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ความช่วยเหลือทุกอย่าง และอำนวยความสะดวกต่างๆ ทำให้การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เนาวรัตน์ ศรีทองวัฒนา.การรับรู้วัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยของบุคลากร โรงพยาบาลวังทองจังหวัดพิษณุโลก.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก; 2556
2. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.Thai Patient Safety goal : SIMPLE. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร; 2551 [เข้าถึง 3 กุมภาพันธ์ 2558] เข้าถึง จาก:<http://www.gotoknow.org>.
3. ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2551. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 19 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. สะแกวัลย์ ผดุงศักดิ์.การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลและอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2552
5. วิรัช สงวนวงศ์วาน. การจัดการและพฤติกรรมองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เพียร์สัน เอ็ดดูเคชั่น อินโดไชน่า. 2547
6. พร บุญมี และคณะ. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมประชุมวิชาการ เรื่อง การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ; 2553
7. วิณา จีระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วยแนวคิดกระบวนการและแนวปฏิบัติความปลอดภัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ. บริษัท ด้านสุขภาพการ พิมพ์ ; 2550
8. Kyungh An, Minach Kang Kim and Sook Hee Yoon. Nurses' perception of error reporting and patient safety culture in Korea. Western Journal of Nursing research, 29(7); 2007. P 827-844.
9. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. HA Update 2008.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปีการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 9 องค์การที่มีชีวิต Living Organization. กรุงเทพมหานคร. บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด.

Survey on patient safety culture in dentists of community hospitals in Chiangrai province

Weera Isaratanan* *D.D.S., F.R.T.D.C. (Dental Public Health)*

Laongnuan Isaratanan* *D.D.S.*

Abstract

This study aimed to survey patient safety culture in dentists of community hospitals in Chiangrai province. The dentists working in 17 community hospitals were surveyed from March to April 2015 by using the questionnaire derived from Healthcare Accreditation Institute (public organization). The result showed the patient safety culture among dentists in Chiangrai community hospitals, in all 6 components ;Hospital department, chief of department, and communication were in the “Very good” level. However the frequency of incident report and the number of incident report components were in “Should improve” level. It was found that missing incident report within 12 months was 23.1%. 60% of dentists categorized the level of patient safety in the hospital in “Very good” level, 33.8% in “Acceptable”, and 3% in “Strongly recommend for improvement” level.

Key words : *Dentists in the community hospital, patient safety culture*

* Maechan Hospital, Maechan District, Chiangrai Province 57110

เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษา
ทางทันตกรรมพื้นฐานโดยทันตแพทย์
ของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลกับในคลินิกทันตกรรม
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
จังหวัดนครพนม

นฤพนธ์ อึ้งอุปะชัย* ทบ.

อัญชลี อึ้งอุปะชัย** พยบ.

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐานโดยทันตแพทย์ของหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับในคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม ประเมินความพึงพอใจจากแบบสอบถามหลังรับบริการ ส่วนผลลัพธ์การรักษาจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการทางโทรศัพท์ภายหลังชุดหิมน้ำลายครบ 1 สัปดาห์ ถอนฟันครบ 1 เดือน และอุดฟันครบ 3 เดือน เก็บข้อมูลในระหว่าง ธันวาคม 2557 ถึง พฤษภาคม 2558 ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 223 คน เป็นผู้ให้บริการที่ รพ.สต. 79 คนและที่คลินิกทันตกรรมโรงพยาบาล 144 คน ประสิทธิผลการรักษาไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.785$) โดยพบอัตราการหายของอาการสำคัญร้อยละ 93.7 และ 97.9 ตามลำดับ ($p=0.135$) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน/อาการไม่พึงประสงค์พบร้อยละ 10.1 และ 13.8 ตามลำดับ ($p=0.344$) และอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผนพบร้อยละ 2.5 และ 4.9 ตามลำดับ ($p=0.497$) ส่วนความพึงพอใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ให้บริการหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ในรพ.สต.มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ให้บริการที่คลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาล คือ ความพึงพอใจ 4.59 และ 4.33 คะแนน ตามลำดับ ($p=0.001$)

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ ทันตกรรมพื้นฐาน หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ความพึงพอใจ

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

** งานลูกค้าสัมพันธ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

บทนำ

ปี 2556 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนมจัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมประชากรได้เพียงร้อยละ 12.9 เป็นกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (0-5 ปี) ร้อยละ 21.0 กลุ่มเด็กประถมศึกษา (6-12 ปี) ร้อยละ 28.8 ซึ่งเป็นบริการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน กลุ่มวัยรุ่น (13-24 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 8.2, 6.3 และ 11.5 ตามลำดับ ส่วนบริการทันตกรรมรักษาครอบคลุมประชากรเพียงร้อยละ 8.0 เป็นกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 7.9, 6.2 และ 7.5 ตามลำดับ¹

ประชาชนในตำบลที่มีการใช้บริการรักษาต่ำสุดคือ ตำบลโพนแพง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไม่มีทันตภิบาลให้บริการ และเป็นตำบลที่มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายมากที่สุด² ส่วนตำบลที่มีประชากรใช้บริการรักษามากที่สุดคือตำบลธาตุพนม ซึ่งเป็นตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม (รพ.ธาตุพนม) เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีทันตแพทย์และทันตภิบาลให้บริการประจำ รองลงมาคือตำบลน้ำก่ำ ซึ่งมีทันตภิบาลในรพ.สต.ให้บริการประจำ

แม้ว่าในปี 2557 ผู้ให้บริการสุขภาพช่องปากในรพ.ธาตุพนม มีทันตแพทย์เพิ่มเป็น 5 คน ทันตภิบาล 3 คน³ แต่จำนวนครุภัณฑ์ทันตกรรมหลักในการบริการไม่ได้เพิ่มขึ้น มีชุดทันตกรรม 4 ตัวและไม่สามารถขยายพื้นที่คลินิกทันตกรรมได้ ประกอบกับนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 ต้องการพัฒนาและจัดระบบบริการในรพ.สต.ที่มีคุณภาพ ครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้⁴ ในเดือนมกราคม 2557 รพ.ธาตุพนมเริ่มจัดบริการทันตกรรมเคลื่อนที่โดยหมุนเวียนทันตแพทย์จากโรงพยาบาลไปให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในรพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาล⁵⁻⁶ นำร่องในรพ.สต.ที่บริการทันตกรรมยังครอบคลุมน้อย 4 แห่งได้แก่รพ.สต.โพนแพง ตาลกุด พระกลางทุ่ง และนาหนาด

อัตราค่าจ้างของผู้ให้บริการประกอบด้วยทันตแพทย์เป็นผู้ให้การรักษาทันตภิบาลเป็นผู้ตรวจ คัดกรองเบื้องต้น และให้ความรู้คำแนะนำหลังการรักษาเพิ่มเติม ผู้ช่วยทันตแพทย์ช่วยซ้างเก้าอี้โดยหมุนเวียนทันตแพทย์ ทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์ของรพ. ทำหน้าที่เหมือนกับที่ทำในรพ. ส่วนพนักงานขับรถมีหน้าที่เสริมคือช่วยขนย้าย/ติดตั้งอุปกรณ์เครื่องมือทั้งหมด บริการที่ให้คือการรักษาทันตกรรมพื้นฐานได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินน้ำลาย เป็นบริการที่ประชาชนใช้บริการและทันตแพทย์โรงพยาบาล

ชุมชนให้บริการเป็นส่วนใหญ่⁷⁻⁹ เนื่องจากเป็นชนิดบริการที่ไม่ซับซ้อนใช้ระยะเวลาในการบริการแต่ละรายไม่นาน การรักษาทันตกรรมพื้นฐานยังมีความเหมาะสมกับชุดอุปกรณ์ของหน่วยบริการเคลื่อนที่ ซึ่งประกอบด้วยยูนิตทำฟันชนิดเคลื่อนที่ได้ (Mobile dental unit)¹⁰ เก้าอี้ทำฟันสนาม เครื่องมือ/วัสดุทันตกรรม ให้บริการเวลา 9.00-12.00 น. แห่งละ 1 วันต่อสัปดาห์ โดยการจัดอัตราค่าส่งออกไปให้บริการดังกล่าวไม่กระทบการบริการในโรงพยาบาลตามปกติพบว่า สามารถจัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมประชากรเพิ่มเป็นร้อยละ 15.6 การบริการทันตกรรมรักษาครอบคลุมประชากรเพิ่มเป็นร้อยละ 10.4 โดยครอบคลุมกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 9.1, 13.5 และ 9.6 ตามลำดับ¹¹

การจัดบริการทันตกรรมรักษาพื้นฐานโดยหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในรพ.สต.เพื่อขยายระบบบริการให้ครอบคลุมประชาชนมากขึ้นควรเป็นบริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ เช่นเดียวกับในคลินิกทันตกรรมของโรงพยาบาล ซึ่งได้ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (hospital accreditation: HA) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สพว)¹²

การศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐานโดยทันตแพทย์หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในรพ.สต.กับในคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลในมุมมองของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนา ปรับปรุงเพื่อขยายระบบการจัดบริการทันตกรรมต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลการรักษา เปรียบเทียบ 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ใช้บริการทันตกรรมที่รพ.สต. 4 แห่ง (รพ.สต.นาหนาด ตาลกุด โพนแพง และพระกลางทุ่ง) กับกลุ่มผู้ใช้บริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมรพ.ธาตุพนม

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Schlesselman¹³

$$n_1 = \frac{\{Z_{\alpha/2}\sqrt{(k+1)\pi(1-\pi)} + Z_{\beta}\sqrt{k\pi_1(1-\pi_1) + \pi_2(1-\pi_2)}\}^2}{k(\pi_1 - \pi_2)^2}$$

$$n_2 = kn_1$$

n_1 = จำนวนตัวอย่างผู้ใช้บริการทันตกรรมที่หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในรพ.สต. 4 แห่ง

n_2 = จำนวนตัวอย่างผู้ใช้บริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรม รพ.ธาตุพนม

k = สัดส่วนผู้ให้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่คลินิกทันตกรรม รพร.ธาตุพนม : ที่รพ.สต.

= 2,060 : 1,130 (ข้อมูลรายงานผู้ให้บริการระหว่าง ม.ค.2557-มิ.ย.2557)

= 1.82

π_1 = สัดส่วนผู้ให้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่รพ.สต.ที่ได้ประสิทธิภาพการรักษาที่ดี

= 0.67 (ได้จากการทำ pilot study ในผู้ให้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่ รพ.สต.จำนวน 30 คน)

π_2 = สัดส่วนผู้ให้บริการที่คลินิกทันตกรรม รพร.ธาตุพนม ที่ได้ประสิทธิภาพการรักษาที่ดี

= 0.83 (ได้จากการทำ pilot study ในผู้ให้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่รพ.ธาตุพนมจำนวน 30 คน)

π = สัดส่วนเฉลี่ยของผลการรักษาที่ดีหลังได้รับการรักษาของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

$$= \frac{\pi_1 + k\pi_2}{1 + k} = \frac{0.67 + 1.82(0.83)}{1 + 1.82} = 0.77$$

$$Z_{\alpha/2} = 1.96 \quad Z_{\beta} = 0.80$$

ได้ $n_1 = 78.7 = 79$ คน และ $n_2 = 143.2 = 144$ คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา คือผู้มาใช้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถฟังและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ผู้ที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้โดยตนเองจะให้ผู้ดูแลเป็นผู้อ่านให้ มีโทรศัพท์ติดตัวใช้งานเป็นของตัวเองและสามารถติดต่อและสื่อสารให้ข้อมูลหลังการรักษาได้โดยตนเอง

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการศึกษา คือผู้ที่มีความต้องการบริการทันตกรรมที่ซับซ้อนมีข้อห้ามหรือมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการถอนฟันหรือขูดหินน้ำลาย เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ที่ต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือดหรือป้องกันการแข็งตัวของเลือด

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้บริการประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของรายได้และสิทธิการรักษา

1.2 ความพึงพอใจต่อบริการทันตกรรมของผู้ใช้บริการ (patient satisfaction) ที่เป็นผลลัพธ์ด้านการบริการ (service outcomes) ยึดหลักแนวคิดในการประเมินคุณภาพด้านบริการและการรักษาตามทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพ

(Quality framework) ของโดนาเบเดียน (Donabedian)¹⁴⁻¹⁵ ที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้านคือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยประยุกต์จากแบบสอบถามความพึงพอใจในหน่วยทันตกรรมพระราชทานฯ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์¹⁶ เนื้อหาได้แก่ บุคลากรที่ให้บริการ สิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับห้องรักษา สถานที่รอ เครื่องมือ/อุปกรณ์ การจัดบริการตามขั้นตอนต่างๆ รวมข้อคำถาม 16 ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

1.3 ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเป็นคำถามแบบปลายเปิด

2. แบบบันทึกข้อมูลผู้ให้บริการประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลสำหรับการติดต่อผู้ให้บริการ ได้แก่ หมายเลขโทรศัพท์ปัจจุบันและวันและช่วงเวลาที่จะสะดวกในการสัมภาษณ์

2.2 ข้อมูลด้านการรักษา ได้แก่ อาการสำคัญและชนิดการรักษา

3. แบบสัมภาษณ์ผลการรักษาทางโทรศัพท์ประกอบด้วย

3.1 ผลการเปลี่ยนแปลงของอาการสำคัญ คือหายเป็นปกติ ทุเลา/บรรเทา เหมือนเดิม และแย่ลง

3.2 ภาวะแทรกซ้อน/ไม่พึงประสงค์หลังการรักษา

ผู้ป่วยถอนฟัน สอบถามการมีภาวะเลือดออกไม่หยุด (persisting bleeding) แพ้ยา (drug allergy) ปวดแผลรุนแรง (severe pain) บวม (swelling)

ผู้ป่วยอุดฟัน สอบถามการหลุด/แตก (dislodgment/fracture) จุดสบสูง (high contact) ปวด (pain) เสียฟัน (hypersensitivity)

ผู้ป่วยขูดหินน้ำลาย สอบถามการมีหินน้ำลายหลงเหลือ (residual calculus) อาการเสียฟันหลังขูดหินน้ำลาย (dental hypersensitivity) เลือดออกไม่หยุด (persisting bleeding) เหงือกบาดเจ็บเป็นแผลบวมแดง (gingival trauma)

3.3 การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้อาการ สอบถามการมารักษาซ้ำโดยไม่ได้อาการหรือเกิดภาวะฉุกเฉินหลังรักษาทันตกรรมหรือไม่ ถ้ามีการรักษาซ้ำ สอบถามถึงสถานบริการที่กลับมารักษารวมทั้งอาการแทรกซ้อนที่มาและการรักษาที่ได้รับ

การตรวจสอบเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมด โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.83 และนำแบบสอบถามและ

แบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้ในกลุ่มประชากร อำเภอลำดวน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ทำการศึกษาก่อนหน้านี้ 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach, s alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.80

นิยามปฏิบัติการ

การรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน หมายถึง ถอนฟันชนิดธรรมดาอย่างง่ายและยาก อุดฟันด้วยอมัลกัม อุดฟันด้วยคอมโพสิต อุดฟันด้วยกาสไอโอโนเมอร์ อุดฟันชั่วคราว ขูดหินน้ำลายร่วมกับการขัดทำความสะอาด

การรักษาทางทันตกรรมโดยหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ หมายถึง การรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน โดยทีมทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ ขูดเครื่องมืออุปกรณ์การพร.ธาตุพนม หมุนเวียนให้บริการในรพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ แห่งละ 1 วันต่อสัปดาห์

การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน หมายถึง ผู้ใช้บริการมารักษาในสถานบริการแห่งเดิมหรือแห่งใหม่ ภายหลังจากการรักษา ด้วยอาการสำคัญเดิมหรือเพื่อแก้ไขผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา โดยไม่ได้รับการวางแผนหรือคาดหมายจากทันตแพทย์ล่วงหน้า

ประสิทธิผลของการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน หมายถึง ผลลัพธ์ของการให้การรักษาทันตกรรมพื้นฐานโดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของอาการสำคัญ ภาวะแทรกซ้อน/ไม่พึงประสงค์หลังการรักษาและการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 รวบรวมข้อมูลผู้ให้บริการทันตกรรมในวันราชการเวลา 9.00-12.00 น. ที่คลินิกทันตกรรม รพ. ทุกวันจันทร์และที่รพ.สต. ตามวันที่ออกบริการในวันอังคารถึงวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อแห่ง โดยสำรวจรายชื่อและคัดเลือกรายชื่อตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา จากนั้นผู้ช่วยวิจัยจึงแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างที่บริเวณรอบบริการทันตกรรมของรพ.และรพ.สต.ที่จัดไว้ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างเข้าใช้บริการรักษาตามปกติ ภายหลังจากการรักษาสิ้นสุดแล้ว จึงขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเริ่มเก็บข้อมูลทั่วไปและความพึงพอใจโดยตอบแบบสอบถามความคิดเห็นผู้ให้บริการ ข้อมูลสำหรับการติดต่อทางโทรศัพท์โดยแบบบันทึกข้อมูลผู้ให้บริการ ส่วนข้อมูลด้านการรักษาเกี่ยวกับอาการสำคัญและชนิดการรักษาเก็บจากแฟ้มเวชระเบียนบันทึกผลลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ให้บริการ

การเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อถึงเวลานัดหมายภายหลังจากนัดหมาย 1 สัปดาห์หลังถอนฟัน 1 เดือน หลังอุดฟัน 3 เดือน เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์ (CRM) พร.ธาตุพนม โทรศัพท์สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่นัดหมายไว้ เมื่อสามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้แล้วจึงยุติการโทรศัพท์ กรณีที่ไม่สามารถติดต่อผู้ให้บริการได้หลังจากการโทรศัพท์ติดต่อเกินจนครบ 3 วันแล้วจึงยุติการติดต่อ บันทึกผลในแบบสัมภาษณ์ผลการรักษาทางโทรศัพท์

ระยะเวลาการติดตามผลการรักษาแตกต่างกันตามประเภทบริการได้แก่ ติดตามผลหลังการขูดหินน้ำลาย 1 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาการหายของเนื้อเยื่อปริทันต์และการเกิดปัญหาการสูญเสียของผิวเคลือบฟัน (enamel) และเคลือบรากฟัน (cementum) ภายหลังจากขูดหินน้ำลาย¹⁷ ติดตามผลหลังการถอนฟัน 1 เดือน เนื่องจากเป็นช่วงระยะเวลาการหายของแผลถอนฟันในระยะสุดท้ายคือระยะ epithelium formation ซึ่งมีกรงอกของเยื่อผิวออกจากขอบเบ้ารากฟันมาปิดแผลถอนฟันสนิท¹⁸ และติดตามผลหลังการอุดฟัน 3 เดือนซึ่งรพ.หลายแห่งที่ผ่านการประเมินมาตรฐานและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนิยมใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของงานทันตกรรม¹⁹⁻²⁰ เพื่อพิจารณาความล้มเหลว (failure) ของการรักษาสะท้อนถึงผลลัพธ์ของการรักษา

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ให้บริการในรพ.สต. 4 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.นาหนาด ตาลกุด โพนแพง พระกลางทุ่ง และคลินิกทันตกรรมพร.ธาตุพนม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวนที่เก็บจึงยุติการเก็บข้อมูล ณ สถานที่นั้น ใช้เวลาเก็บข้อมูลทุกแห่ง 12 สัปดาห์ ระยะเวลาเก็บข้อมูลธันวาคม 2557-พฤษภาคม 2558

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact Test และ Independent t - test

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการในรพ.สต. 79 คน และที่ใช้บริการในรพ.ธาตุพนม 144 คนส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 78.9 กลุ่มที่ไปรพ.สต.เป็นหญิงมากกว่า (ร้อยละ 91.1) อายุเฉลี่ย 37.7 ปี กลุ่มที่ไป รพ.สต.อายุเฉลี่ยมากกว่า (39.8 ปี) แต่กลุ่มที่ไป รพ.มีช่วงอายุที่มากกว่า (18-81 ปี) ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 56.0 กลุ่มที่ไป รพ.สต. สมรสมากกว่า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บริการทันตกรรมพื้นฐานจำแนกตามหน่วยบริการ

Table 1 General information of samples by service units

ข้อมูลทั่วไป	คลินิกในรพ.	หน่วยในรพ.สต.	รวม
อายุ อายุเฉลี่ย (ปี)	36.5	39.8	37.7
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	14.7	14.0	14.5
ช่วงอายุ (ปี)	18-81	18-74	18-81
เพศ ชาย คน (ร้อยละ)	40 (27.8)	7 (8.9)	47 (21.1)
หญิง คน (ร้อยละ)	104 (72.2)	72 (91.1)	176 (78.9)
สถานภาพสมรส			
โสด คน (ร้อยละ)	56 (38.9)	14 (17.7)	70 (31.4)
สมรส คน (ร้อยละ)	71 (49.3)	54 (68.4)	125 (56.0)
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย คน (ร้อยละ)	17 (11.8)	11 (13.9)	28 (12.6)
ระดับการศึกษาสูงสุด			
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา คน (ร้อยละ)	42 (29.2)	35 (44.3)	77 (34.5)
มัธยมศึกษา/ปวช. คน (ร้อยละ)	58 (40.3)	36 (45.6)	94 (42.2)
ปวส./อนุปริญญา คน (ร้อยละ)	14 (9.7)	5 (6.3)	19 (8.5)
ปริญญาตรีขึ้นไป คน (ร้อยละ)	30 (20.8)	3 (3.8)	33 (14.8)
อาชีพปัจจุบัน			
ค้าขาย คน (ร้อยละ)	23 (16.0)	10 (12.7)	33 (14.8)
เกษตรกร คน (ร้อยละ)	44 (30.5)	44 (55.7)	88 (39.5)
รับจ้าง/ลูกจ้าง คน (ร้อยละ)	24 (16.7)	9 (11.4)	33 (14.8)
พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน คน (ร้อยละ)	10 (6.9)	5 (6.3)	15 (6.7)
นักเรียน/นักศึกษา คน (ร้อยละ)	25 (17.4)	7 (8.9)	32 (14.3)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คน (ร้อยละ)	11 (7.6)	2 (2.5)	13 (5.8)
อื่นๆ คน (ร้อยละ)	7 (4.9)	2 (2.5)	9 (4.0)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
ไม่มีรายได้ คน (ร้อยละ)	37 (25.7)	13 (16.4)	50 (22.4)
1-5,000 บาท คน (ร้อยละ)	38 (26.4)	30 (38.0)	68 (30.5)
5,001-10,000 บาท คน (ร้อยละ)	34 (23.6)	20 (25.3)	54 (24.2)
10,001-15,000 บาท คน (ร้อยละ)	11 (7.6)	9 (11.4)	20 (9.0)
มากกว่า15,000 บาท คน (ร้อยละ)	24 (16.7)	7 (8.9)	31 (13.9)
ความเพียงพอของรายได้			
ไม่พอใช้ คน (ร้อยละ)	19 (13.2)	19 (24.1)	38 (17.0)
พอใช้ คน (ร้อยละ)	114 (79.2)	49 (62.0)	163 (73.1)
เหลือเก็บ คน (ร้อยละ)	11 (7.6)	11 (13.9)	22 (9.9)
สิทธิการรักษาพยาบาล			
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คน (ร้อยละ)	107 (74.3)	72 (91.1)	179 (80.2)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คน (ร้อยละ)	18 (12.5)	4 (5.1)	22 (9.9)
ประกันสังคม/ชำระเอง คน (ร้อยละ)	19 (13.2)	3 (3.8)	22 (9.9)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ใช้บริการทันตกรรมพื้นฐานจำแนกตามหน่วยบริการ

Table 2 Number of samples using basic dental services by service units

ประเภทบริการ	หน่วย	คลินิกใน รพ.	หน่วยทันตกรรมในรพ.สต.				รวม รพ.สต. ทั้ง 4 แห่ง
			นาหนาด	ตาลกุด	โพนแพง	พระกลางทุ่ง	
	คน/ครั้ง	144/144	21/21	20/20	16/16	22/22	79/79
ถอนฟัน	ราย	72	7	10	7	10	34
อุดฟันน้ำลาย	ราย	35	11	8	3	7	29
อุดฟัน	ราย	41	5	3	7	7	22
รวม	ราย	148	23	21	17	24	85

(ร้อยละ 68.4) จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาหรือ ปวช.ร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.5 กลุ่มที่ไป รพ.เป็นเกษตรกรมากกว่า (ร้อยละ 55.7) กลุ่มที่ไป รพ.เป็นนักเรียน/นักศึกษามากกว่ารายได้เฉลี่ย ต่อเดือน 1-5,000 บาท (ร้อยละ 30.5) เป็นผู้ที่มีรายได้พอใช้ (ร้อยละ 73.1) กลุ่มที่ไป รพ.มากกว่า (ร้อยละ 79.2) ใช้สิทธิ การรักษาลึกประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 80.2) กลุ่มที่ไป รพ.สต.มากกว่า (ร้อยละ 91.1) กลุ่มที่ไป รพ.เป็น สิทธิประกันสังคมหรือชำระเงินเองและสิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจมากกว่า (ตารางที่ 1)

2. ข้อมูลการใช้บริการ

กลุ่มตัวอย่างใช้บริการถอนฟันมากที่สุด กลุ่มที่ไป รพ.ใช้บริการอุดฟันมากกว่า กลุ่มที่ไป รพ.สต.นาหนาดใช้ บริการอุดฟันน้ำลายมากกว่า (ตารางที่ 2)

3. ผลการรักษา

การเปลี่ยนแปลงของอาการสำคัญ คือการหาย และไม่หายของผู้ใช้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่รพ.สต. และ ที่คลินิกรพ. ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.135$) (ตารางที่ 3)

การเกิดภาวะแทรกซ้อน/ไม่พึงประสงค์หลัง การรักษา ปัญหาที่พบมากที่สุดสามอันดับแรกคืออาการ เสียฟันหลังการอุดฟัน วัสดุอุดฟันหลุด/แตก และอาการ ปวดแผลรุนแรงหลังการถอนฟัน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาของทั้งสองแห่งไม่แตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 3)

การกลับมารักษซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ผู้ใช้บริการ ที่รพ.สต.และที่คลินิกรพ.ที่กลับมารักษซ้ำโดยไม่ ได้วางแผนไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.497$) (ตารางที่ 3)

ประสิทธิผลการรักษาโดยรวมของผู้ใช้บริการที่ รพ.สต.และที่คลินิกรพ. ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.785$) (ตารางที่ 3)

4. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่รพ.สต. (4.59) มากกว่าผู้ใช้บริการที่คลินิกรพ. (4.33) อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) (ตารางที่ 4) สิ่งที่ไม่แตกต่างกัน ทางสถิติได้แก่ ขั้นตอนการรักษา คำแนะนำหลังการรักษา ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ ความสะอาดของห้องรักษา ความเป็นสัดส่วนของห้องรักษา

ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ ผู้ใช้บริการที่รพ.สต.อยาก ให้มีการขยายวันให้บริการทันตกรรมเพิ่มจากปกติอย่าง สม่่าเสมอและยั่งยืน “ควรให้คุณหมอใหญ่ มาบ่อยๆ เป็น ประจำและให้บริการเพิ่มจำนวนวันมากขึ้นจะได้ช่วยเพิ่ม การทำฟันปลอม จะได้กินข้าวสะดวก ถ้าไปรพ.ก็ต้องเสีย ค่าเหมารถเดินทางไปมาไม่ค่อยสะดวก” ส่วนผู้ใช้บริการที่ รพ. เสนอให้มีการขยายพื้นที่สถานที่นั่งพักและรอบริการ เพิ่มมากขึ้น “ห้องทำฟันสะอาดดี แต่เล็กไปหน่อย ควรเพิ่ม ที่นั่งบริเวณหน้าห้องฟันให้เยอะขึ้น เวลาผู้ป่วยและญาติ มาหลายคน ต้องไปนั่งรอที่ห้องข้างๆ กลัวไม่เห็น เวลา หมอเรียกเข้าทำฟัน”

บทวิจารณ์

การวิจัยนี้พบการปวดแผลถอนฟันรุนแรงในผู้ป่วย ที่ถอนฟันกรามล่างซี่ที่หนึ่งและซี่ที่สามมีอาการหลังถอน ฟัน 3-4 วัน จึงกลับมาตรวจรักษาซ้ำและได้รับการวินิจฉัย ว่าเกิดภาวะกระดูกงอกเข้าฟันอักเสบ (dry socket) พบในผู้ป่วย ที่คลินิกรพ. 3 คน (ร้อยละ 2.1) และที่รพ.สต. 1 คน (ร้อยละ 1.3) ปัจจุบันสาเหตุการเกิดภาวะกระดูกงอกเข้าฟันอักเสบ ยังไม่ทราบแน่ชัด²¹⁻²² ในการศึกษานี้อาจเนื่องมาจากการ กระดูกหรือเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากข้อผิดพลาดการถอน ฟันที่ยากหรือใช้เวลาในการถอนยาวนานในต่างประเทศพบ ร้อยละ 0.5-5.022 ในประเทศไทย ชัยวัฒน์ ปิ่นน้อยและ

ตารางที่ 3 ผลการรักษาทันตกรรมพื้นฐานจำแนกตามหน่วยบริการ

Table 3 Results of basic dental treatment by service units

ตัวชี้วัด	คลินิกรพ.	ในรพ.สต.	p-value
การเปลี่ยนแปลงของอาการสำคัญ ^b			0.135
หาย	141 (97.9)	74 (93.7)	
-เป็นปกติ	122 (84.7)	60 (75.9)	
-ทุเลา/บรรเทา	19 (13.2)	14 (17.7)	
ไม่หาย	3 (2.1)	5 (6.3)	
-เหมือนเดิม	2 (1.4)	4 (5.1)	
- แย่ลง	1 (0.7)	1 (1.3)	
ภาวะแทรกซ้อน/ไม่พึงประสงค์			
ถอนฟัน ^a	10 (6.9)	3 (3.8)	0.750
เลือดไม่หยุด	2 (1.4)	1 (1.3)	0.552
ปวดแผลรุนแรง	8 (5.6)	2 (2.5)	0.438
บวม	3 (2.1)	0	0.550
ซุดหินปูน ^a	2 (1.4)	1 (1.3)	1.000
มีหินปูนเหลือ	0	1 (1.3)	0.460
ปวดระบบ	2 (1.4)	0	0.495
อุดฟัน ^a	8 (5.6)	4 (5.1)	0.925
เสียวฟัน	4 (2.8)	3 (3.8)	0.670
ปวดฟัน	0	1 (1.3)	1.000
กัดสบฟันสูง	2 (1.4)	1 (1.3)	1.000
วัสดุหลุด/แตก	6 (4.2)	2 (2.5)	0.639
รวม ^b	20 (13.8)	8 (10.1)	0.344
การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ^b			0.497
มี	7 (4.9)	2 (2.5)	
ปวดแผลถอนฟันรุนแรง	3 (2.1)	1 (1.3)	
วัสดุอุดฟันหลุด/แตก	2 (1.4)	1 (1.3)	
เลือดหลังถอนฟันไม่หยุด	2 (1.4)	0	
ไม่มี	137 (95.1)	77 (97.5)	
ประสิทธิผลการรักษาโดยรวม			0.785
ได้ผลที่ดี*	122 (84.7)	68 (86.1)	
ไม่ได้ผลที่ดี **	22 (15.3)	11 (13.9)	

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บคือร้อยละ a วิเคราะห์ด้วย Fishers Exact test b วิเคราะห์ด้วย Chi-square test

*ได้ผลที่ดี หมายถึงอาการสำคัญหาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่กลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

**ไม่ได้ผลที่ดี หมายถึงอาการสำคัญไม่หาย หรือมีภาวะแทรกซ้อนหรือกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ จำแนกตามหน่วยบริการ

Table 4 Patients' satisfactions by service units

ความพึงพอใจด้านต่างๆ	คลินิกรพ. ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ในรพ.สต. ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	p-value
1. ด้านการจัดบริการ	4.24 (0.59)	4.59 (0.61)	0.009*
1) ความสะดวกในการเดินทาง	4.13 (0.86)	4.63 (0.66)	0.004*
2) ระยะเวลาเปิดบริการ	4.13 (0.80)	4.58 (0.57)	0.033*
3) ตรวจฟัน คัดกรอง	4.33 (0.76)	4.67 (0.55)	<0.001*
4) ระยะเวลารอคอย	4.23 (0.76)	4.59 (0.47)	0.037*
5) ขั้นตอนการรักษา	4.41 (0.69)	4.57 (0.67)	0.413
6) คำแนะนำหลังการรักษา	4.22 (0.74)	4.47 (0.70)	0.588
2. ด้านบุคลากร	4.39 (0.61)	4.65 (0.49)	0.001*
7) ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่	4.34 (0.77)	4.51 (0.64)	0.050
8) ทักษะความชำนาญของทันตแพทย์	4.35 (0.74)	4.63 (0.62)	0.014*
9) ความสุภาพในการให้บริการ	4.44 (0.68)	4.77 (0.48)	<0.001*
10) ความเต็มใจให้บริการ	4.42 (0.70)	4.68 (0.57)	0.001*
3. ด้านสิ่งแวดล้อม	4.23 (0.68)	4.51 (0.62)	0.005*
11) ความสะอาดสบายของสถานที่	4.12 (0.85)	4.51 (0.56)	0.029*
12) ความสะอาดของห้องรักษา	4.35 (0.72)	4.46 (0.66)	0.062
13) ความเป็นสัดส่วนของห้องรักษา	4.21 (0.78)	4.58 (0.65)	0.068
4. ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์	4.48 (0.65)	4.61 (0.52)	0.009*
14) ความสะอาดของเครื่องมือ/อุปกรณ์	4.48 (0.67)	4.68 (0.54)	<0.001*
15) ความพร้อมใช้ของเครื่องมือ/อุปกรณ์	4.48 (0.68)	4.54 (0.62)	0.181*
ภาพรวม	4.33 (0.57)	4.59 (0.45)	0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

คณะ²³ พบร้อยละ 2.8 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้

เมื่อพบเหตุการณ์ดังกล่าว ทันตแพทย์ รพร. ธาตุพนมจึงมีการทบทวนและร่วมกันวางแผนแนวทางการดูแลรักษาเชิงป้องกัน (CPG) ในผู้ป่วยถอนฟันที่มีโอกาสเกิดภาวะกระดูกงอกฟันอักเสบ โดยถอนฟันด้วยความระมัดระวังและนุ่มนวล กรณีฟันที่ถอนยากใช้การแบ่งตัดฟันเพื่อลดโอกาสการถอนฟันหักแล้วต้องใช้เวลาและรบกวนนานไม่ใช้วิธีขูด (curette) เบ้ารากฟันที่ยังมีเยื่อปริทันต์หลงเหลืออยู่ เพราะจะทำอันตรายต่อเบ้ารากฟัน ทำให้เกิด dry socket ได้มากขึ้น และล้างแผลถอนฟันด้วยน้ำเกลือปริมาณมาก สนับสนุนให้ลิ้มเลือดคงอยู่ในแผล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกระดูกงอกฟันอักเสบและลดอุบัติการณ์ดังกล่าวไม่ให้เกิดขึ้นอีก

การกลับมาอุดฟันซ้ำที่ตำแหน่งเดิมพบในผู้ป่วยที่บูรณะด้วยวัสดุสีเหมือนฟันบริเวณฟันกราม ทั้งโพรงอุดฟันชนิด class I และ class II พบในคลินิกรพ. 2 คน (ร้อยละ 1.4) และที่ รพ.สต. 1 คน (ร้อยละ 1.3) สาเหตุคือผู้ป่วยต้องการอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันเนื่องจากไม่ชอบสีของโลหะและกังวลเรื่องพิษปรอทในวัสดุอมัลกัม รวมทั้งใช้ฟันที่อุดแล้วบดเคี้ยวอาหารแข็งทุกประเภท หลังผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการอธิบายรายละเอียดข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับวัสดุอุดฟัน จึงตกลงแก้ไขรูบูรณะใหม่ด้วยวัสดุอมัลกัม ดังนั้นก่อนทำการบูรณะฟันที่มีการใช้งานบดเคี้ยวอย่างหนักที่มีแนวโน้มแตกสูงควรอธิบายเน้นย้ำให้ข้อมูลเรื่องความสวยงามและความปลอดภัยควบคู่ไปกับความแข็งแรงทนทานและข้อจำกัดในการใช้งานของวัสดุอุดฟัน

การเกิดภาวะเลือดออกหลังถอนฟัน พบเฉพาะผู้ป่วยคลินิกอฟ. ที่ถอนฟันกรามล่างซึ่งที่สามที่โยกคลอนระดับหนึ่งและสองแล้วกลับมาทิ่มเลือด 2 คน (ร้อยละ 1.4) โดยผู้ป่วยทั้ง 2 คนอาการหายดีได้โดยการเย็บแผลใหม่ ดังนั้นในการถอนฟันที่มีการอักเสบมีแนวโน้มเลือดออกมากและนาน ควรเย็บแผลในกรณีที่ไม่แน่ใจว่าเลือดจะหยุดสนิททุกครั้ง และควรมีการประเมินการหยุดไหลของเลือดหลังการถอนฟันเสร็จจนแน่ใจจึงอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

การศึกษาพบประสิทธิผลโดยรวมของการรักษาที่รพ.สต. กับที่คลินิกอฟ. ไม่แตกต่างกัน เหตุผลหลักที่สำคัญคือทั้งสองแห่งมีมาตรฐานการบริการและการรักษาเช่นเดียวกัน ได้แก่ มีทันตแพทย์เป็นผู้ให้การรักษาวะทันหัน/ยา/วัสดุทันตกรรมได้รับการสนับสนุนจากรพ. ระบบการรักษาและระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC) ที่ได้มาตรฐาน Dental Safety Goals & Guidelines²⁴

แม้ห้องรักษาในรพ.สต. ยังไม่มีระบบปรับอากาศยูนิตทำฟันใช้ชนิดเคลื่อนที่ได้ แก้อั้วทำฟันและโคมไฟใช้ชนิดสนามแต่ประสิทธิภาพการรักษาได้ผลดีไม่แตกต่างกัน จึงกล่าวได้ว่าการจัดบริการรักษาทางทันตกรรมที่รพ.สต. นอกจากทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากขึ้นแล้วยังเป็นการให้บริการที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพเช่นเดียวกับการบริการในคลินิกโรงพยาบาล

ผู้ใช้บริการที่รพ.สต. มีความพึงพอใจมากกว่าที่รพ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในหลายประเด็นความสะอาดสบายของสถานที่รอ เพราะรู้สึกว่ายอยู่ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีความคุ้นเคยต่อสถานที่มากกว่าในรพ. ส่วนความสะอาดและความเป็นสัดส่วนของห้องรักษานั้นมีความพึงพอใจไม่ต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องจากรพ.สต. ทุกแห่งได้ต่อเติมห้องไว้สำหรับบริการทันตกรรม

ผู้ใช้บริการที่รพ.สต. มีความพึงพอใจต่อความสะอาดและความพร้อมใช้ของเครื่องมือ/อุปกรณ์มากกว่าที่รพ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะผู้ใช้บริการที่รพ.สต. รับรู้ได้ถึงมาตรฐานการควบคุมป้องกันการติดเชื้อในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เช่นการใช้ชุดเครื่องมือที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้วบรรจุในห่อหรือซองที่ปิดผนึกเป็นชุดๆ การสวมเสื้อกาวน์หรืออุปกรณ์ป้องกันที่ถูกต้องตามมาตรฐาน IC ในขณะที่ปฏิบัติงานทุกครั้งแม้จะเป็นการรักษาที่กระทำในบรรยากาศของหน่วยเคลื่อนที่ก็ตาม ส่วนในรพ. ถึงแม้ว่าเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ให้บริการจะมีมาตรฐานด้านความสะอาดเช่นเดียวกันทั้งสองแห่ง แต่ผู้ใช้บริการ

อาจพบเครื่องมือหลังการรักษา เช่นชุดถอนฟัน อุดฟัน หรือวัสดุใช้แล้วที่ปนเปื้อนได้แก่เศษฟันที่ถูกถอน ผ่ากอลหรือสำลีเป็นเลือด ที่มีปริมาณมากกว่าวงจรรจัดกระจายในผ้าห่อเครื่องมือบนถาดยูนิตทำฟันดูไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่สบายตาดังนั้นจึงมีการปรับแก้ไขโดยการเก็บรวบรวมเครื่องมือและวัสดุที่ปนเปื้อนหลังการรักษาให้เสร็จเรียบร้อยก่อนให้ผู้รับบริการลุกจากตำแหน่งในท่านอน ส่วนความพร้อมใช้ของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ อาจเนื่องจากรพ. มีผู้รับบริการทันตกรรมนอกเวลาราชการเป็นจำนวนมากและไม่จำกัดจำนวน ทำให้บางครั้งเกิดปัญหาการหมุนเวียนเครื่องมือ ทำให้เกิดความล่าช้าเครื่องมือไม่พร้อมใช้ ดังนั้นจึงสำรองเพิ่มปริมาณเครื่องมือขึ้นอีกให้เพียงพอต่อจำนวนผู้ใช้บริการ

ผู้ใช้บริการในรพ.สต. มีความพึงพอใจในบุคลากรระดับสูงมากและมากกว่าที่รพ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะเห็นว่าที่รพ.สต. มีทันตแพทย์ที่มีทักษะความชำนาญร่วมออกให้บริการด้วยและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสุภาพ เป็นกันเอง เต็มใจให้บริการส่วนในรพ. จะมีผู้ป่วยจำนวนมาก ให้บริการผู้ป่วยทั้งกลุ่มโรคธรรมดาที่ให้การรักษารพื้นฐาน รวมทั้งกลุ่มโรคที่ซับซ้อนต้องให้การรักษาเฉพาะทางที่ใช้ระยะเวลานาน ทันตแพทย์จึงมีเวลาน้อยและค่อนข้างจำกัดในการรักษาดลอดจนการพูดคุยให้คำแนะนำผู้ป่วย จึงดูรีบเร่ง ไม่เป็นกันเอง หรือดูไม่เต็มใจให้บริการมากกว่าที่ รพ.สต.

ส่วนความพึงพอใจด้านความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะอัตรากำลังของผู้ให้บริการในรพ. ได้แก่ทันตแพทย์และผู้ช่วยงานทันตกรรมมีความเหมาะสม เนื่องจากจำนวนทันตแพทย์และยูนิตทันตกรรมมีจำนวนเท่ากัน ยูนิตไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้เนื่องจากไม่สามารถขยายพื้นที่คลินิกทันตกรรมได้ ในรพ.สต. อัตรากำลังของผู้ให้บริการประกอบด้วยทันตแพทย์ทันตภิบาล และผู้ช่วยงานทันตกรรมรวม 3 คนก็มีความเหมาะสมแสดงให้เห็นว่าการจัดอัตรากำลังออกให้บริการในรพ.สต. ไม่กระทบกับการให้บริการในโรงพยาบาลปกติ

ผู้ใช้บริการที่รพ.สต. มีความพึงพอใจมากกว่าที่รพ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในความสะดวกในการเดินทาง ระยะเวลาเปิดบริการ ระบบการตรวจฟัน คัดกรองและระยะเวลาการรอคอยอาจเนื่องมาจากรพ.สต. ตั้งอยู่ในเขตชุมชนใกล้บ้านไม่ต้องอาศัยรถโดยสารและไม่รบกวนในการเดินทางไปกลับจึงมีความสะดวกในการเดินทาง ไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาการเปิดบริการ ไม่ต้องรอนาน เพราะ

ผู้รับบริการมีไม่มากและระบบการบริการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) และได้จัดทันตภิบาลเป็นผู้ตรวจ คัดกรอง เบื้องต้นที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกันก่อนส่งให้ทันตแพทย์รักษา ในขณะที่ผู้ใช้บริการที่รพ.มีความไม่สะดวกในการเดินทาง เนื่องจากที่พักอาศัยอยู่ไกลจากที่ตั้งรพ. บางคนต้องอาศัยรถโดยสารที่มีรอบการโดยสารจำกัดทำให้มีปัญหาเรื่องการมาไม่ทันระยะเวลาเปิดบริการ และในแต่ละวันมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก การตรวจฟัน คัดกรอง จึงอาจมีความล่าช้าบ้าง รวมทั้งต้องบริการผู้ป่วยกลุ่มโรคซับซ้อนรักษาแบบเฉพาะทางที่ใช้ระยะเวลานานร่วมด้วย ทันตแพทย์จึงใช้เวลารักษาค่อนข้างมาก จึงทำให้เวลารอคอยนานกว่าที่ รพ.สต.

ส่วนความพึงพอใจด้านขั้นตอนการรักษาและคำแนะนำหลังการรักษาไม่แตกต่างกันเพราะทันตแพทย์และเจ้าหน้าที่ใช้มาตรฐานในการรักษาเช่นเดียวกันทั้งสองแห่ง

ข้อเสนอแนะ

1. แม้ว่าการจัดบริการ 2 รูปแบบนี้มีประสิทธิภาพการรักษาไม่ต่างกันแต่ผู้ใช้บริการพึงพอใจบริการที่ รพ.สต.มากกว่าโดยเฉพาะในประเด็นการมีทันตแพทย์ร่วมออกให้บริการ จึงควรกระจายบริการไปยังรพ.สต.อื่นๆ ให้ครอบคลุมพื้นที่เพิ่มขึ้น

2. เนื่องจากรูปแบบการให้บริการที่รพ.สต.โดยทันตแพทย์มีต้นทุนการเดินทางและค่าตอบแทนบุคลากรเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบการบริการที่โรงพยาบาลจึงควรศึกษาเปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis) ของการจัดบริการรูปแบบดังกล่าว

คำขอบคุณ

การเขียนข้อเสนอโครงร่างวิจัยและบทความวิจัยนี้ได้รับคำปรึกษาอย่างดียิ่งจากทันตแพทย์หญิง ดร.เพ็ญแข ลากยั้ง และทันตแพทย์หญิงสุณี ผลดีเยี่ยม สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ช่วยปรับแต่ง ชัดเกลือบทความให้ กระชับ และสื่อความหมายได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ขอขอบคุณนายแพทย์มนู ชัยวงศ์โรจน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนมที่ให้การสนับสนุนและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ด้านการตรวจสอบเครื่องมือได้รับความกรุณาจากทันตแพทย์กฤติเดช สายศิลป์ทันตแพทย์สุรจิตร์ คูสกุล โรงพยาบาลนครพนม ทันตแพทย์หญิงชนิษฐา ไชยปรการ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ดร.ภก. วิชาญชัย ศรีจรียา คุณลลิตา ศิริประเสริฐกุล ในขณะศึกษาวิจัยได้รับความช่วยเหลือด้านการจัดเตรียมผู้ป่วยและสถานที่โดยเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร รพ.ธาตุพนม และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.พระกลางทุ่ง รพ.สต.นาหวาด รพ.สต.ตาลกุด และรพ.สต.โพนแพง ตลอดจนผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. รายงานประจำปี 2556. เอกสารอัดสำเนา. 2556.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สารสนเทศภูมิศาสตร์ข้อมูลสุขภาพ จังหวัดนครพนม 2557. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2557 แหล่งข้อมูล : <http://203.157.176.8/giscenter/distance.php>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข. ข้อมูลทันตบุคลากรประจำปี 2557. เอกสารอัดสำเนา. 2557.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2557; แหล่งข้อมูล : http://bps.moph.go.th/sites/default/files/rwmmelm_0.pdf
5. สุณี วงศ์คงคาเทพ. การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ด้านกำลังทันตบุคลากรการจัดการบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2549
6. สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. การประเมินผลการจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในงานบริการแม่และเด็กของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2557
7. ชาญชัย ให้สงวน. การศึกษาผลกระทบบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทยปี 2545. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์, 2547; 1: 9-22.

8. สุณี วงศ์คงคาเทพ, วราภรณ์ จิระพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา. การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2547. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2548; 14 : 840- 854.
9. เพ็ญแข ลามยัง, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2556; 6 : 1080-1090.
10. กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.มาตรฐานยูนิตทำฟันชนิดเคลื่อนที่ได้.[ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2557 ; แหล่งข้อมูล : http://medi.moph.go.th/standard/unit_01.pdf
11. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. รายงานประจำปี 2557. เอกสารอัดสำเนา. 2557
12. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.สถานะการรับรองสถานพยาบาล [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 13 ตุลาคม 2557 ; แหล่งข้อมูล : http://e-learning.ha.or.th/moodle/webha/index.php/public-th/accredit-hospital-th/item/download/250_1ee156086466eddee64a0167f00f1016/140228_Status_HP.rar
13. Schlesselman JJ. Sample size requirement in cohort and case and control studies of disease. Am J Epidemiol,1982; 99:381-384.
14. Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its assessment. Health Administration Press, MI: Ann Arbor. 1980.
15. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12): 1743-1748.
16. คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.รายงานวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการทันตกรรมพระราชทาน. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2557; แหล่งข้อมูล : <http://doc.qa.tu.ac.th/documente /13.dentistry /dentistry/ปีการศึกษา2555/องค์ประกอบที่5/สกอ. 5.1/ข้อ 3/15. สกอ.5.1.3.2.pdf>.
17. Adrianes PA, De Boever JA, Loesche WJ. Bacterial invasion in root cementum and radicular dentine of periodontal diseased teeth in humans. A reservoir of periodontopathic bacteria. J Periodontal1988; 59:222-230.
18. Gustav O. Kruger : Text book of Oral Surgery. 3rd. United Kingdom. 1968
19. งานทันตกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การนำเสนอแผนการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2555 ของงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม2558 ; แหล่งข้อมูล:<http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/ha/Plates/Plan/ File/งานนำเสนอแนะนำบริบทของหน่วยงาน.pdf>
20. งานทันตกรรม โรงพยาบาลศิริราช. สรุปรวม KPI ทันตกรรม. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม2558; แหล่งข้อมูล:http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/dent/admin/pi_files/1_files_1.doc.
21. Dodson T. Prevention and treatment of dry socket. Evidence-Based Dentistry.2013;14(1):13-4.
22. Daly B, Sharif MO, Newton T, Jones K, Worthington HV. Local interventions for the management of alveolar osteitis (dry socket)(Review). Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12
23. ชัยวัฒน์ ปิ่นน้อยและ ไมตรี แสงนาค. อุบัติการณ์การเกิดกระดูกขาฟันอักเสบการศึกษาทางคลินิก,วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย2541;21: 19-29
24. ทันตแพทยสภา. Dental Safety Goal 2015 [ออนไลน์].สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2558 ; แหล่งข้อมูล: <http://www.dentalcouncil.or.th/userfiles/file/Dental%20Safety%20Goals%20and%20Guide%20lines%202015.pdf>.

Compare Effectiveness of Basic Dental Treatment Provided by Dentists of Mobile Dental Care Unit in Health Promoting Sub-district Hospital and Dental Clinic of Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom Province

Narupont Ungupalachai* D.D.S

Unchulee Ungupalachai* B.N.S

Abstract

The study compared the effectiveness of basic dental treatment provided by dentists of mobile dental care unit in Health Promoting sub-district Hospital (HPH) and dental clinic of Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom province. Patient's satisfaction was assessed by questionnaire after received service. Treatment outcome data was collected by telephone interview 1 week after scaling, 1 month after tooth extraction, and 3 months after fillings. Data was collected during December 2014 to May 2015. The study samples consisted of 223 patients. 79 patients received the services at HPH and 144 patients at the dental clinic of hospital. The study founded that no significant difference in effectiveness of treatment ($p = 0.785$). The rate of recovery from patients' chief complaints were 93.9 and 97.9 respectively ($p = 0.135$), complications/adverse effects were 10.1 and 14.6 respectively ($p = 0.344$) and unplanned dental revisit were 2.5 and 4.9 respectively ($p = 0.497$). However, the score of satisfaction level of mobile dental care unit was higher than the dental clinics of hospitals 4.59 and 4.33 respectively ($p = 0.001$).

Key words : *Effectiveness, Basic Dental Treatment, Mobile Dental Care Unit, Sub-district Health Promoting Hospital, Satisfaction*

*Dental department, Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom

**Customer Relationship Management department, Thatphanom Crown Prince Hospital, Nakhon Phanom

เปรียบเทียบผลของชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพรูปแบบใหม่ ที่มีการนำกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มทดลอง ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่เด็กอายุ 2 เดือนและ 6 เดือน ตามผลเมื่ออายุ 18 เดือน ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่

วิลาวรรณ จันจร* ท.บ.,ป.บัณฑิต (ศึกษาศาสตร์ช่องปาก)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการให้ชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพรูปแบบใหม่ ที่มีการนำกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มทดลอง ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่เด็กอายุ 2 เดือนจนถึง 18 เดือน กับผลการให้ชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพรูปแบบปกติในกลุ่มเปรียบเทียบ ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่เด็กอายุ 6 เดือนจนถึง 18 เดือน โดยศึกษาในเด็กอายุ 18 เดือนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ตำบลบ้านหนอง และตำบลบ้านกลาง อำเภอสอง จังหวัดแพร่ที่มารับวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลสองเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองระหว่างมีนาคม 2556 ถึง เมษายน 2557 และกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างพฤศจิกายน 2552 ถึง ตุลาคม 2554 โดยการสัมภาษณ์พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก และตรวจสอบภาวะทันตสุขภาพของเด็ก ผลการศึกษากลุ่มทดลอง 84 คนกลุ่มเปรียบเทียบ 74 คน พบว่ากลุ่มทดลองผู้ปกครองให้เด็กดื่มนมมือน้อยกว่า และแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนทุกวันมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองเด็กมีฟันผุน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองผู้ร้อยละ 7.1 กลุ่มเปรียบเทียบผู้ร้อยละ 20.3 ส่วนการมี plaque และ white spot 4 ซึ่งนับว่าไม่มี ความแตกต่างกัน

คำสำคัญ : ชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 2 เดือน คลินิกสุขภาพเด็กดี พฤติกรรมการบริโภค การทำความสะอาดช่องปาก สภาวะทันตสุขภาพ

บทนำ

เด็กปฐมวัยในเขตอำเภอสอง จังหวัดแพร่มีความชุกของโรคฟันผุสูง จากการสำรวจปี 2553 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นตัวแทนของเด็กปฐมวัย มีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 69.0¹ การลดความชุกของโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีในคลินิกสุขภาพเด็กดี ข้อมูลปี 2553 และ 2554 เด็กอายุ 18 เดือนมีความชุกของโรคฟันผุร้อยละ 16 และ 14 ตามลำดับ²

โรคฟันน้ำนมมีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอาหาร ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และด้านการได้รับบริการทันตกรรม ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือพฤติกรรมกาเลียงดู เนื่องจากเด็กเล็กต้องพึ่งพิงผู้อื่นโดยเฉพาะจากผู้ปกครองเป็นสำคัญ³

ก่อนปี 2553 การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสองดำเนินการโดยพยาบาลกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เนื่องจากขาดแคลนทันตบุคลากร โดยมีการตรวจฟัน และแจกแปรงสีฟันอันแรก เมื่อเด็กอายุ 6 ถึง 9 เดือน และตรวจซ้ำตอนอายุ 18 เดือน พบว่า ในปี 2552 เด็กอายุ 18 เดือน มีฟันผุเพียงร้อยละ 1.47 ซึ่งแตกต่างจากในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายซึ่งตรวจโดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่พบความชุกโรคฟันผุของเด็กอายุ 18 เดือนสูงถึงร้อยละ 20.0

ในปี 2553 และ 2554 กลุ่มงานทันตกรรม ได้รับจัดสรรทันตบุคลากรเพิ่มขึ้น จึงปรับกระบวนการทำงานโดยทันตบุคลากรให้บริการ ตรวจ ให้คำแนะนำ และฝึกแปรงฟัน ตอนเด็กอายุ 6 เดือน 9 เดือน และ 18 เดือน พบความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 18 เดือน ร้อยละ 20.3 ซึ่งนับว่าสูงเมื่อเทียบกับข้อมูลระดับจังหวัด ฉะนั้นการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพโดยทันตบุคลากรในเด็ก 6 เดือน น่าจะเข้าไป เนื่องจากผู้ปกครองและเด็กคุ้นเคยกับพฤติกรรมกาเลียงดูทันตสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ยากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่จัดบริการให้กลุ่มเป้าหมายอาจจะไม่เหมาะสม หรือไม่เพียงพอต่อการกระตุ้นให้ผู้ปกครองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาเลียงดูเด็กได้

ในปัจจุบันประมาณ 2555 จึงได้ปรับกระบวนการทำงานอีกครั้ง โดยเริ่มให้ชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพตั้งแต่เด็กอายุ 2 เดือน ซึ่งตรงกับการรับวัคซีนและตรวจพัฒนาการเด็กได้นำหลักการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) และการเรียนรู้แบบลงมือ

ปฏิบัติ (Active Learning) มาประยุกต์ใช้ การจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเหมาะสำหรับการให้ความรู้กับผู้ใหญ่ ทำให้เกิดการร่วมเรียนรู้ซึ่งกันและกันส่งผลให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมกาเลียงดูตนเอง⁴⁻⁵

การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยการพูด การเขียน การอภิปราย หรือ การได้ลงมือปฏิบัติจริง เพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สูงสุด⁶⁻⁷

ชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพประกอบด้วย การให้สุขศึกษารายกลุ่มแก่ผู้ปกครอง มีเนื้อหากระตุ้นให้เห็นอันตรายของการติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟัน ผลของพฤติกรรมกาเลียงดูและการเลียงดูที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพโดยรวม (general health) เปิดโอกาสให้มีการซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ปกครองที่เคยประสบมาก่อนทั้งจากตนเองและครอบครัวข้างพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กาเลียงดูของผู้ปกครองรายบุคคล เพื่อเรียนรู้และเข้าใจบริบท ข้อจำกัดของแต่ละครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำหรือหาทางออกของปัญหาร่วมกัน ตรวจฟันเด็กโดยให้ผู้ปกครองได้เห็นสิ่งที่ทำได้ดีและสิ่งที่จะต้องปรับปรุงฝึกแปรงฟัน/ทำความสะอาดช่องปากเมื่อเด็กอายุ 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 18 เดือนและทาฟลูออไรด์วาร์นิชแก่เด็กกลุ่มดังกล่าวที่มีฟันน้ำนมขึ้นแล้ว หลังจากนั้นนัดต่อทุก 3 เดือนจนถึงอายุ 2 1/2 ปี

การศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกาเลียงดูของผู้ปกครองและสภาวะทันตสุขภาพของเด็กอายุ 18 เดือนระหว่างกลุ่มที่ได้รับชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเมื่ออายุ 2 เดือนที่ใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติกับกลุ่มที่ได้รับชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเมื่ออายุ 6 เดือนตามระบบปกติ ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องและจะทำการติดตามเด็กกลุ่มดังกล่าวต่อไปจนถึงอายุ 2 1/2 ปี ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสอง และอายุ 3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบผลการได้รับชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพรูปแบบใหม่ ที่มีการนำกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและ การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติมาประยุกต์ใช้กับผลการได้รับชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพรูปแบบปกติ โดยศึกษาในเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ตำบลบ้านหนอง และตำบลบ้านกลาง อำเภอสอง จังหวัดแพร่ที่มารับวัคซีนในคลินิก

สุขภาพเด็กดีโรงพยาบาลสอง

ตั้งแต่พุทธศักราช 2554 กลุ่มทดลองคือ เด็กอายุ 2 เดือนได้รับชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพประกอบด้วยการให้สุขศึกษารายกลุ่มแก่ผู้ปกครอง มีเนื้อหากระตุ้นให้เห็นอันตรายของการติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากฟัน ผลของพฤติกรรมการบริโภคและการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพโดยรวม (general health) โดยเปิดโอกาสให้มีการซักถาม และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ปกครองที่เคยประสบมาก่อนทั้งจากตนเองและคนรอบข้าง พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเลี้ยงดูของผู้ปกครองรายบุคคลเพื่อเรียนรู้และ เข้าใจ บริบท ข้อจำกัดของแต่ละครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำหรือหาทางออกของปัญหาร่วมกัน ตรวจฟันเด็กโดยให้ผู้ปกครองได้เห็นสิ่งที่ทำได้ดีและสิ่งที่ต้องปรับปรุง ผูกแปรงฟัน/ทำความสะอาดช่องปากเด็ก ได้ ดำเนินการในเด็กที่มารับวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดี ตั้งแต่เด็กอายุ 2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 18 เดือน และทาฟลูออไรด์วาร์นิชแก่เด็กที่มีฟันน้ำนมขึ้นแล้ว ทำโดยทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขซึ่งได้รับการปรับมาตรฐานโดยการชี้แจงและใช้คู่มือการทำงาน

กลุ่มเปรียบเทียบคือเด็กที่ได้รับชุดกิจกรรมทันตสุขภาพรูปแบบปกติประกอบด้วยทันตบุคลากรให้บริการตรวจฟันเด็ก ให้คำแนะนำและผูกแปรงฟันเด็กแก่ผู้ปกครอง ได้ดำเนินการตอนเด็กอายุ 6 เดือน 9 เดือน และ 18 เดือน ที่มารับวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดีตั้งแต่พุทธศักราช 2552 ถึง ตุลาคม 2554

เก็บข้อมูลกลุ่มทดลองเมื่อเด็กมีอายุ 18 เดือน ระหว่างมีนาคม 2556 ถึงเมษายน 2557 และกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อเด็กมีอายุ 18 เดือน ระหว่างพุทธศักราช 2552 ถึง ตุลาคม 2554 ที่มารับวัคซีนในคลินิกสุขภาพเด็กดีผู้เก็บข้อมูลคือ ทันตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลสองซึ่งได้รับการปรับมาตรฐานโดยการชี้แจงและใช้คู่มือการทำงานแล้ว

เครื่องมือที่ใช้คือ

1. แบบบันทึกการตรวจช่องปากและประเมินพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครอง ดัดแปลงจากแบบบันทึกตามระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของสำนักงานสาธารณสุข กรมอนามัย⁸ ซึ่งประกอบด้วย การใช้ขวดนม การหลบคาขวดนม การดื่มนมมอดี้ก การดื่มนมหวาน การดื่มเครื่องดื่มรสหวานการกินขนมมากกว่า 2 ครั้งต่อวัน ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนทุกวัน ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งและการแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

2. แบบตรวจสภาวะทันตสุขภาพ ว่ามีแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่มองเห็นด้วยตาเปล่า (visible plaque) มีรอยขาวขุ่นหรือ white spot หรือ decalcification ที่ฟัน 4 ซี่หน้าบน และมีฟันผุหรือไม่

วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ และ Chi-Square

ผลการศึกษา

1. พฤติกรรมการเลี้ยงดู

ข้อมูลที่สมบูรณ์ของกลุ่มทดลองมี 84 คน กลุ่มเปรียบเทียบมี 74 คน

ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กดีกว่าผู้ปกครองในกลุ่มเปรียบเทียบ คือ การดื่มนมมอดี้ก และการแปรงฟันโดยผู้ปกครองก่อนนอนทุกวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ปกครองกลุ่มทดลองให้เด็กดื่มนมมอดี้กน้อยกว่า และแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนทุกวันมากกว่า (ตารางที่ 1)

น่าสังเกต คือ แม่เด็กอายุ 18 เดือนแล้ว ผู้ปกครองยังให้เด็กดื่มนมขวดถึงร้อยละ 71.6-73.8 ปล่อยให้หลบคาขวดนมอีกร้อยละ 23.8-28.4 ดื่มนมมอดี้กร้อยละ 33.3-56.8 ดื่มนมหวานร้อยละ 20.2-25.7 ดื่มเครื่องดื่มรสหวานร้อยละ 39.2-52.4 ทั้งหมดนี้เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุทั้งสิ้น

ส่วนพฤติกรรมที่ช่วยไม่ให้ฟันผุ คือ แปรงฟันโดยผู้ปกครองทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งร้อยละ 91.9-96.4 แต่มีการแปรงฟันก่อนนอนทุกวันเพียงร้อยละ 48.6-63.1 และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 56.9-60.7

2. สภาวะทันตสุขภาพ

กลุ่มทดลองมีฟันผุน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) น่าสังเกตคือ กลุ่มทดลองอายุ 18 เดือนมีฟันผุน้อยมาก เพียงร้อยละ 7.1 (ตารางที่ 2)

3. สภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองเมื่ออายุ 9 เดือน (ตารางที่ 3) มีฟันขึ้นแล้ว 65 คน (ร้อยละ 77.4) ทุกคนไม่พบฟันผุ มี plaque 4 ซี่หน้าบน 5 คน (ร้อยละ 6.0) มี white spot 4 ซี่หน้าบน 3 คน (ร้อยละ 3.6) ซึ่งเด็ก 1 คนมีทั้ง white spot และ plaque 4 ซี่หน้าบนเมื่อติดตามไปถึงอายุ 18 เดือนพบว่าเด็กคนดังกล่าวมีทั้งฟันผุ และมี plaque 4 ซี่หน้าบน ส่วนเด็กอีก 2 คนเมื่อติดตามไปถึงอายุ 18 เดือน ไม่มีทั้ง white spot 4 ซี่หน้าบนไม่มีฟันผุ และไม่มี plaque 4 ซี่หน้าบนด้วย

กลุ่มทดลองเมื่ออายุ 18 เดือนมี plaque 4 ซี่หน้าบนร้อยละ 21.4 และมี white spot 4 ซี่หน้าบนร้อยละ 4.8 มีฟันผุเพียงร้อยละ 7.1 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเด็ก

Table 1 Consumption and oral cleansing behaviors of the parents

พฤติกรรมการเลี้ยงดู	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	P-Value
ใช้ขวดนม	62 (73.8%)	53 (71.6%)	0.858
หาลับคาขวดนม	20 (23.8%)	21 (28.4 %)	0.587
ดื่มนมมือนม	28 (33.3%)	42 (56.8 %)	0.019*
ดื่มนมหวาน	17 (20.2%)	19 (25.7%)	0.451
ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน	44 (52.4%)	29 (39.2 %)	0.111
กินขนมมากกว่า 2 ครั้ง/วัน	4 (4.8 %)	2 (2.7%)	0.487
แปรงฟันโดยผู้ปกครองทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	81 (96.4 %)	68 (91.9 %)	0.307
แปรงฟันโดยผู้ปกครองก่อนนอนทุกวัน	53 (63.1 %)	36 (48.6%)	0.048*
ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	51 (60.7 %)	42 (56.8 %)	0.631

ตารางที่ 2 สภาวะทันตสุขภาพของเด็ก

Table 2 Oral health status of children

สภาวะทันตสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	P-Value
มี Plaque 4 ซี่หน้าบน	18 (21.4%)	12 (16.2%)	0.425
มีฟันผุ	6 (7.1%)	15 (20.3 %)	0.019*
มี White spot 4 ซี่หน้าบน	4 (4.8 %)	9 (12.2 %)	0.160

ตารางที่ 3 สภาวะทันตสุขภาพของเด็กกลุ่มทดลอง

Table 3 Oral health status of children in experimental group

สภาวะทันตสุขภาพ	อายุ 2-6 เดือน	อายุ 9 เดือน	อายุ 18 เดือน
มี Plaque 4 ซี่หน้าบน	ฟันยังไม่ขึ้น	5(6.0%)	18 (21.4%)
มีฟันผุ	ฟันยังไม่ขึ้น	0(0.0 %)	6 (7.1%)
มี White spot 4 ซี่หน้าบน	ฟันยังไม่ขึ้น	3 (3.6 %)	4 (4.8 %)

บทวิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าการเริ่มให้ชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ตั้งแต่เด็กอายุ 2 เดือนอย่างต่อเนื่องจนถึงอายุ 18 เดือน ทำให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ดีคือ ให้เด็กดื่มนมมือนมดื่มน้อยลง และแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนทุกวันมากขึ้น เด็กอายุ 18 เดือนจึงมีฟันผุลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ เชิดชัย ลิ้มปัดพัฒนา⁹ ที่พบว่า การตรวจฟันเด็ก และให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็กอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 4, 6 และ 9 เดือน รวม 3 ครั้ง จะทำให้เด็กอายุ 18 เดือนมีฟันผุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพรูปแบบใหม่ ได้มีการนำกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งแตกต่างจาก

รูปแบบปกติที่ทำกันอยู่ คือเป็นการเรียนรู้แบบบรรยาย (Passive Learning) โดยการพูดให้ฟัง การสาธิตให้ผู้เรียนใช้การท่องจำ และผู้สอนคาดหวังให้ผู้เรียนจดจำในสิ่งที่ได้บรรยายไปแล้วเท่านั้น¹⁰

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้เกิดการร่วมเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นสัดส่วนไม่พลุกพล่าน และไม่เคร่งครัด หรืออึดอัดจนเกินไป ทันตบุคลากรมีการตั้งคำถามเพื่อสะท้อนความคิด พร้อมให้คำปรึกษา เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹¹⁻¹²

การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยการพูด การเขียน

การอภิปราย หรือการได้ลงมือปฏิบัติจริงการฟังทำให้เกิดการเรียนรู้ร้อยละ 30 ถ้าฟังและมีโอกาสได้เห็นการเรียนรู้จะเพิ่มเป็นร้อยละ 40 การพูดทำให้เกิดการเรียนรู้ร้อยละ 50 การได้ลงมือปฏิบัติทำให้เกิดการเรียนรู้ร้อยละ 60 และถ้าได้ฟัง เห็น พูด และลงมือปฏิบัติจะทำให้เกิดการเรียนรู้ร้อยละ 90¹³ ซึ่งจากการส่งเสริมทันตสุขภาพด้วยชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่มีการนำกระบวนการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติมาใช้ ทำให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กดีขึ้นส่งผลต่อความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 18 เดือนลดลง

การงัดมีนมเมื่อเด็กส่งผลให้เด็กอายุ 18 เดือนมีฟันผุลดลง เนื่องจาก มีนมเป็นช่วงเวลาทั้งเด็กและผู้ปกครองหลับนอนและยาวนาน โอกาสที่เด็กจะได้มีนมหลังตื่นนอนจึงเป็นไปได้ยาก คราบน้ำนมสัมผัสผิวฟันได้ยาวนานขึ้น

การแปรงฟันเด็กโดยผู้ปกครองก่อนนอนทุกวัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ทำให้เด็กอายุ 18 เดือนมีฟันผุลดลง สอดคล้องกับหลายๆการศึกษาที่พบว่า การแปรงฟันโดยผู้ปกครองก่อนนอนทุกวัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์สามารถลดโอกาสเกิดฟันผุในบริเวณผิวเรียบของฟันได้มากกว่า¹⁴⁻¹⁷ อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้พบว่า ผู้ปกครองแปรงฟันก่อนนอนให้เด็กเพียงร้อยละ 63.1 และใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 60.7

การเปลี่ยนแปลงสภาวะทันตสุขภาพของเด็กที่ได้รับชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพรูปแบบใหม่จากเด็กอายุ 9 เดือนเป็นเด็กอายุ 18 เดือน พบว่าการมี plaque 4 ขึ้นหน้าบน มีฟันผุ และมี white spot 4 ขึ้นหน้าบนเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3) เนื่องจากช่วงเวลาจากเด็กอายุ 9 เดือนเป็นอายุ 18 เดือนเด็กและผู้ปกครองขาดการกระตุ้นติดตามเป็นระยะเวลานานถึง 9 เดือน ร่วมกับ เมื่อเด็กโตขึ้นอายุ 1-2 ปีเด็กจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว ดื้อ และเอาแต่ใจตัวเอง¹⁸ ทำให้ผู้ปกครองแปรงฟันได้ยากมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเด็กอายุ 9 เดือน 1 คน ที่พบ white spot แล้วไม่ได้รับการดูแลกล่าวคือพบ plaque 4 ขึ้นหน้าบนร่วมด้วยเมื่ออายุ 18 เดือนจึงพบฟันผุ ส่วนเด็กอายุ 9 เดือนอีก 2 คนที่พบ white spot แต่ไม่พบ plaque 4 ขึ้นหน้าบน เมื่อติดตามตอนอายุ 18 เดือน ไม่พบฟันผุเป็นตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า การแปรงฟันโดยผู้ปกครองทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแปรงฟันก่อนนอนทุกวันเป็นพฤติกรรมที่ช่วยไม่ให้ฟันผุ และยังทำให้ฟันที่เป็น white spot กลับมาเป็นฟันที่ปกติได้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา ไม่ได้ควบคุมกลุ่มที่ทำการศึกษา กับกลุ่มที่ใช้เปรียบเทียบ และเป็นการศึกษาคนละช่วงเวลา อย่างไรก็ตามเด็กและผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่ในเขตเมือง ตำบลบ้านหนูน และตำบลบ้านกลาง อำเภอสอง จังหวัดแพร่ทั้งหมดเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถควบคุมได้อีกปัจจัยหนึ่งคือ ในปี 2554 มีร้านสะดวกซื้อเพิ่มขึ้น 1 แห่ง และกลางปี 2555 มีร้านสะดวกซื้อเพิ่มขึ้นอีก 1 แห่ง

โดยสรุปผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการเริ่มให้ชุดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพตั้งแต่เด็กอายุ 2 เดือน โดยมีการนำกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ มาประยุกต์ใช้ ร่วมกับมีการติดตามอย่างต่อเนื่องทำให้ความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 18 เดือนลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่าเด็กอายุ 18 เดือน ได้รับการแปรงฟันก่อนนอนโดยผู้ปกครองเพียงร้อยละ 63.1 มีการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 60.7 ฉะนั้นควรมีการรณรงค์ให้มีการแปรงฟันโดยผู้ปกครองด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ตั้งแต่ฟันขึ้นครั้งแรก ร่วมกับมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับวิธีการใช้ยาสีฟันอย่างถูกต้อง และความปลอดภัยจากการใช้ยาสีฟันในเด็กเล็กให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2. ควรทำการติดตามประเมินผลเด็กกลุ่มดังกล่าวจนถึงอายุ 3 ปี เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงความชุกของโรคฟันผุและการมี plaque 4 ขึ้นหน้าบน ในเด็กอายุ 3 ปีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ปกครองเด็ก และเด็กในตำบลบ้านหนูน และตำบลบ้านกลาง อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและเข้าร่วมการศึกษา

ขอขอบคุณผ.วันชัย วันทนียวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสองที่ให้การสนับสนุน ผศ.ทพ.ดร.ทองวุฒิตวรัตน์พันธ์ ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ทพญ.ดร.ทิพนาถ วิชาญรัตน์ ทพญ.สุจิตราวรรณภิกษุ และทพญ.ขวัญหทัย มงคล ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. รายงานผลการสำรวจเพื่อประเมินผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุขจังหวัดแพร่. 2553:22-24.
2. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. รายงานผลการสำรวจเพื่อประเมินผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุขจังหวัดแพร่. 2554:44-48.
3. ลักษณะ อัยยจิรากุล, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, มุขดา ศิริเทพเทวี. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูและโรคฟันผุในเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดสระแก้ว. ว.ทันตสาธารณสุข 2556; 18(2):23-31.
4. จิราภรณ์ ชูวงศ์, ปฎิญา ก้องสกุล. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ. ว.วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2555; 6(2):30-37.
5. ภาวินี สุนทรธรรมาวศ์. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียนต่อความรู้เจตคติและพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาจังหวัดนครนายก, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
6. สถาพร พงษ์พิบูล. คุณภาพผู้เรียนเกิดจากกระบวนการเรียนรู้. ว.การบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา 2555; 6(2):1-13.
7. ไชยยศ เรืองสุวรรณ. Active learning. ข่าวสารวิชาการ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พฤศจิกายน 2555.
8. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงสำคัญของประชาชนในระดับจังหวัด. ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร 2554.
9. เชิดชัย ลิ้มปัดพัฒนา. ผลกระทบของการปรับเปลี่ยนระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. ว.ทันตสาธารณสุข 2551; 13 (1): 141-149.
10. Development and Research, University of Washington. The two paradigms of education and the peer review of teaching. J of Geoscience Education 2001; 49(6): 423-434.
11. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ : วิทยุชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำงานชุมชนง่าย ได้ผล และ สนุก, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี, 2545.
12. อีรพงษ์ แก้วหงษ์ : กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม, คลังนาวิทยา, ขอนแก่น, 2542.
13. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรมวิชาการ. บทบาทครูในการเรียนรู้แบบ Active learning. ว.วิชาการ 2546; 6(9):16-21.
14. Tsubouchi J, Tsubouchi M, Maynard RJ, Domoto PK., Weinstein P. A study of dental caries and risk factor among Native American infants. ASDC J Dent Child. 1995. Jul-Aug; 62(4):283-7.
15. Douglass JM ., Tinanoff N., Tang JM., Altman DS. Dental caries patterns and oral health behavior in Arizona infants and toddler. Community Dent Oral Epidemiol. 2001. Feb; 29:14-22.
16. สุนี วงศ์คงคาเทพ. ความสัมพันธ์ของการทำความสะอาดช่องปากกับการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2551; 31(2):34-47.
17. Wendt LK., Hallonsten AL., Koch G. et al. Oral hygiene in relation to caries development and immigrant status infants and toddlers. Scand J Dent Res 1994; 102: 269-73.
18. ชนิกา ตู่จินดา: คู่มือพัฒนาการเด็ก, สำนักพิมพ์รักลูกนัค, กรุงเทพมหานคร, 2555.

Comparison result of oral health promotion programme for the 2 month-old and 6 month-old children until they reached 18 months at well child clinic, Song hospital, Phrae province.

Wilawan Chanchorn* *D.D.S., Cert. (Oral & Maxillofacial surgery)*

Abstract

This study aimed to compare the results of new oral health promotion programme, that adapt participatory learning and hands on for children from 2 months until they reached the age of 18 months, with the results of control group, that received normal oral health promotion programme since the age of 6 to 18 months. Study in 18 month-old children living in Tambon Bann Noon and Tambon Bann Klang, Amphoe Song, Phrae province and receiving vaccination at Song hospital's well child clinic. Data of experimental group was collected between March 2013 to April 2014 and control group from November 2009 to October 2011 by interview the parents and examine children's oral health status. Results, 84 children of experimental group and 74 children of control group, showed parents feed milk during the night significantly decreased and brush their children's teeth before going to bed significantly increased ($p\text{-value}<0.05$) in experimental group. Children in experimental group had significantly less dental caries ($p\text{-value}<0.05$) than another group, 7.1 percent for experimental group while control group had 20.3 percent. However, there was no difference in plaque and white spot lesion on upper front teeth between both groups.

Keywords : *oral health promotion programme, 2 month-old children, well child clinic, consumption and oral cleansing behaviour, oral health status*

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ฟันเทียม และรับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

อนันต์ พิระนนท์รังษี* ท.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมหลังโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาในกลุ่มทดลอง 50 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน โดยทั้ง 2 กลุ่มทำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก และประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองได้รับการสร้างเสริมความรู้ พัฒนาทักษะ ด้วยการบรรยายอภิปรายกลุ่ม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นเวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการให้ความรู้ตามบริการปกติผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ส่วนค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ และดัชนีวัดค่าเหงือกอักเสบ น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

คำสำคัญ : การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ ค่าดัชนีวัดเหงือกอักเสบ โปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ฟันเทียม

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 7 ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงที่สุดหากไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสมและจริงจัง¹ ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานทั้งประเทศปี พ.ศ.2550-2554 เท่ากับ 12.20, 12.22, 11.06, 10.76 และ 11.88 ต่อประชากรแสนคน² จากข้อมูลรายงาน 21 แห่งของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี³ พบอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 264.32 ต่อแสนประชากร อัตราความชุก 3,714.01 ต่อแสนประชากร โดยพบมากที่สุดที่อำเภอวารินชำราบ 6,370 คน รองลงมาเป็นอำเภอเมือง และพิบูลมังสาหาร 5,348 คน และ 5,022 คน ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้มีส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้ตาบอด เป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด ไตพิการ ซากตามปลายมือปลายเท้า เกิดแผลที่เท้าและอาจทำให้สูญเสียเท้าได้ แล้วยังพบโรคแทรกซ้อนทางเหงือกและฟันอาจทำให้สูญเสียฟันไปในที่สุด⁴ โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก ทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ และโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปาก ซึ่งสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด⁵

Kay⁶ เสนอว่า ผู้ป่วยควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันแท้และฟันเทียมเป็นระยะทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อที่จะสามารถรักษาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ในช่องปากที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมสม่ำเสมอ จะมีผลกระทบต่อการเกิดโรคในช่องปาก ทำให้เกิดความเจ็บปวดและสูญเสียฟันซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยว⁷ การสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพ⁸

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากได้ง่าย และถ้าผู้ป่วยใส่ฟันเทียมด้วยแล้วจะเป็นปัจจัยเสี่ยงมากขึ้นต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ดังนั้นกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลวารินชำราบ จึงจัดบริการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลโดยทันตภิบาลทุกวันอังคารและพฤหัสบดี พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการใส่ฟันเทียม 25 รายต่อสัปดาห์ ได้นัดมารักษากับผู้ป่วยใส่ฟันเทียมเรียบร้อยแล้ว ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจาก

คลินิกทันตกรรมมีการให้คำแนะนำการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากและฟันเทียม พร้อมทั้งแจกคู่มือในการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้มีการนัดผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพช่องปากและฟันเทียมอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมาพบทันตแพทย์อีกครั้งก็ต่อเมื่อมีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือฟันเทียมมีปัญหาไม่สามารถใช้งานได้ แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมาพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพติดตามผลการรักษาเป็นประจำทุกเดือน

แบนดูรา⁹ พบว่า ถ้าบุคคลมีความต้องการและมีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลของการทำนั้น ไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลมองผลที่เกิดขึ้นแสดงถึงความเหมาะสมและเพียงพอกับพฤติกรรมที่ได้ทำไป ซึ่งช่วยตัดสินใจว่าจะทำพฤติกรรมนั้นหรือพฤติกรรมอื่นอีกหรือไม่ การรับรู้ความสามารถตนเองจะทำนายแนวโน้มการทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลของการทำนั้น

ผู้วิจัยต้องการศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ฟันเทียมที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อผู้ป่วยจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น สามารถใช้ฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) ที่ใส่ฟันเทียมและรับบริการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลวารินชำราบ ทั้งหมด 167 คน เป็นกลุ่ม Try out แบบสอบถาม 30 คน ย้ายกลุ่มเข้ามาติดตามไม่ได้ 7 คน พิการ (หูหนวก) 4 คน เสียชีวิต 2 คน คงเหลือเป็นกลุ่มยินยอมเข้าร่วม 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน เลือกตัวอย่างเข้ากลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการรับรู้ตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ใช้เกณฑ์ของ Best¹⁰ แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้
ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของอิสยาภรณ์ สุรสีห์เสนา¹¹ มาปรับปรุงและนำไป Try out กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คนได้ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือตามวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.73

3. แบบประเมินค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index : PI) และค่าดัชนีวัดเหงือกอักเสบ (Gingival Index : GI)¹² ผู้ตรวจเป็นทันตแพทย์ 1 คน และทันตภิบาล 1 คนที่ผ่านการปรับมาตรฐานค่าความเที่ยงระหว่างผู้ตรวจการวัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้ค่า kappa = 0.66 และการวัดเหงือกอักเสบได้ค่า kappa = 0.78 ส่วนภายในผู้ตรวจคนเดียวกันได้ค่า Kappa = 1

4. วัตถุประสงค์ ไม่เดลสอนการแปรงฟัน เอกสารคู่มือ โปสเตอร์ แผ่นพับที่ใช้ในกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลวารินชำราบ

ก่อนเริ่มการทดลอง ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามการรับรู้ตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และตรวจสภาวะช่องปาก (PI, GI)

กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากแต่ละสัปดาห์ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 9.00-12.00 น. ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 ทำกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมและระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรมด้วยกันเอง ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์การดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2 ชมวีดิทัศน์การดูแลสุขภาพช่องปาก อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก ฝึกปฏิบัติการแปรงฟันที่ถูกวิธี และการตรวจช่องปากด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 3 บรรยาย สาริต และฝึกปฏิบัติการย้อมสีฟัน

สัปดาห์ที่ 4 ทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติ

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับบริการตามปกติของคลินิกโรคเบาหวาน ตั้งแต่วันที่ 8.30-11.00 น. ได้แก่ ตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพช่องปาก

หลังสิ้นสุดการทดลอง ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามการรับรู้ตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก

สุขภาพช่องปาก แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและตรวจสภาวะช่องปาก (PI, GI)

ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2557

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะของกลุ่มทดลองที่ไม่ต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 51-60 ปี สถานภาพการสมรสเป็นคู่ ป่วยเป็นโรคเบาหวานและรับการรักษาไม่เกิน 5 ปี สิ่งที่แตกต่างกันคือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ใส่ฟันปลอมมาไม่เกิน 3 ปี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจบปริญญาตรี อาชีพข้าราชการ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ใส่ฟันปลอมมา 4-6 ปี (ตารางที่ 1)

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ มีค่า 2.29 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง มีค่า 2.38 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับต่ำ มีค่า 1.64 หลังทดลองระดับต่ำ มีค่า 1.70 ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2) โดยก่อนทดลองและหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก มีค่าเท่ากับ 1.75 หลังทดลอง 2.45 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลองคะแนนเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 1.75 หลังทดลอง 1.78 ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ก่อนทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากไม่แตกต่างกัน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

4. สภาวะสุขภาพช่องปาก

4.1 คะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 1 General information of experimental and comparative groups

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	14	28.0	18	36.0
หญิง	36	72.0	32	64.0
อายุ 40-50 ปี	15	30.0	10	20.0
51-60 ปี	23	46.0	27	54.0
60 ปีขึ้นไป	12	24.0	13	26.0
การศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา	30	60.0	10	20.0
มัธยมศึกษา	3	6.0	5	10.0
ปวส./ปวช./อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	7	14.0	13	26.0
ปริญญาตรี	10	20.0	22	44.0
สถานการภาพสมรส โสด	1	2.0	3	6.0
คู่	43	86.0	42	84.0
หม้าย/หย่า/แยก	6	12.0	5	10.0
อาชีพ แม่บ้าน	8	16.0	11	22.0
ข้าราชการ	13	26.0	14	28.0
ค้าขาย	6	12.0	6	12.0
รับจ้าง	5	10.0	7	14.0
เกษตรกรรวม	18	36.0	12	24.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 5,000บาท	25	50.0	6	12.0
5,001-10,000บาท	4	8.0	11	22.0
10,001-20,000 บาท	13	26.0	28	56.0
20,001-30,000 บาท	5	10.0	3	6.0
มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไป	3	6.0	2	4.0
เป็นโรคเบาหวานและรับการรักษา ไม่เกิน 5 ปี	35	70.0	33	66.0
6-10 ปี	12	24.0	15	30.0
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	3	6.0	2	4.0
ระยะเวลาในการใส่ฟันเทียมชุดปัจจุบัน ไม่เกิน 3 ปี	21	42.0	17	34.0
4-6 ปี	17	34.0	20	40.0
7-10 ปี	10	20.0	10	20.0
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	2	4.0	3	6.0

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 2 Comparison on the average scores of the awareness of the patients' ability in oral health care within the experimental and comparative groups, before and after

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	2.29	0.30	-5.23	0.000*
หลังการทดลอง	50	2.38	0.29		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	1.64	0.39	-0.98	0.331
หลังการทดลอง	50	1.70	0.32		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 3 Comparison on the average scores of the awareness of the patients' ability in oral health care of the experimental and comparative groups, before and after

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	2.29	0.30	10.43	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	1.64	0.39		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	2.38	0.29	13.88	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	1.70	0.32		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 4 Comparison on the average scores of the oral health care behavior within the experimental and comparative groups, before and after

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	1.75	0.37	-14.93	0.000*
หลังการทดลอง	50	2.45	0.29		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	1.75	0.32	-0.82	0.415
หลังการทดลอง	50	1.78	0.33		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ลดลงหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6) ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ ไม่แตกต่างกัน หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7)

4.2 คะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีวัดเหงือกอักเสบ

กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยดัชนีวัดเหงือกอักเสบลดลงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 8) ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 9)

อภิปรายผล

การศึกษานี้ พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของศุภศิลา ตรีวิชา¹³ ที่พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลของการรับรู้ดังกล่าว เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ใจเพิ่มเติมที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา⁹ ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความต้องการและมีการรับรู้ในความ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 5 Comparison on the average scores of the oral health care behavior of the experimental and comparative groups, before and after

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	1.75	0.37	0.00	1.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	1.75	0.32		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	2.45	0.29	12.97	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	1.78	0.33		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 6 Comparison on the average scores of the plaque index within the experimental and comparative groups, before and after

ค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	1.95	0.36	4.91	0.000*
หลังการทดลอง	50	1.71	0.33		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	2.06	0.42	4.52	0.000*
หลังการทดลอง	50	1.79	0.34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 7 Comparison on the average scores of the plaque index of the experimental and comparative groups, before and after

คะแนนเฉลี่ยดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	1.95	0.36	1.54	0.12
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	2.06	0.42		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	1.71	0.33	2.35	0.02*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	1.79	0.34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่าเหงือกอักเสบ ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 8 Comparison of the average scores of the gingivitis index within the experimental and comparative groups, before and after

ค่าดัชนีวัดเหงือกอักเสบ	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	50	2.06	0.68	11.28	0.000*
หลังการทดลอง	50	1.30	0.67		
กลุ่มเปรียบเทียบ					
ก่อนการทดลอง	50	1.88	0.91	1.42	0.159
หลังการทดลอง	50	1.76	0.71		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่าเหงือกอักเสบ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

Table 9 Comparison of the average scores of the gingivitis index of the experimental and comparative groups, before and after

ค่าดัชนีวัดเหงือกอักเสบ	n	$\bar{X}$	S.D	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	2.06	0.68	1.29	0.202
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	1.88	0.91		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	1.30	0.67	-3.77	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	1.76	0.71		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถของตนเอง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งออกมา

ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์และคะแนนเฉลี่ยค่าดัชนีวัดเหงือกอักเสบ ไม่แตกต่างกัน หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรุตแสงทิพย์วร¹⁴ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีสภาพเหงือกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ควรให้มีการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใส่ใจเป็นพิเศษ ในคลินิกโรคเบาหวาน

ของโรงพยาบาล โดยโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากประกอบด้วย กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และมีการทบทวนความรู้ใช้เวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม และเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม คณะเจ้าหน้าที่ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลวารินชำราบทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือ และให้กำลังใจจนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes mellitus. Geneva Switzerland: World Health Organization. 2012
2. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติอัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวาน. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2555
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. ข้อมูลรายงาน 21 แฟ้ม ปี พ.ศ. 2554 - 2556. 2557
4. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2554 เข้าถึงจาก: <http://www.diabassoc.thai.org> (เข้าถึงข้อมูล 17 มิถุนายน 2557)
5. วัชรภรณ์ เสนสอน และคณะ. โรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก. วารสารทันตแพทยศาสตร์.ขอนแก่น, ปีที่ 13 ฉบับที่ 2ก.ค. - ธ.ค. 2555. 2555
6. Kay, E. J. How often should we go to the dentist?. British Medical Journal, 319, 204-205. 1999
7. อัมพร เดชพิทักษ์ และ รัชก นุชพ่วง. ความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 13(1), 97-105. 2551
8. ชลธิชา พุทธวงษ์นันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 13(3), 7-18. 2551
9. Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review, 84(2), 191. 1977
10. Best, J. W. Research in education (3rd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1977
11. อิศริยาภรณ์ สุรสีห์เสนา. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานหมู่บ้านโลก อำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. 2553
12. Loe H, Silness J. Periodontal Disease In Pregnancy. I. Prevalence And Severity. Acta Odontol Scand. Dec ;21:533-551. 1963
13. ศุภศิลา ปรีรักษา. ผลของโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการเรียนรู้เชิงกระบวนการสนทนากลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทางทันตสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตพื้นที่ให้บริการสุขภาพเทศบาล ตำบลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารทันตภิบาล ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม. 2557
14. ศรุตา แสงทิพย์วร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสภาวะปริทันต์ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย. 2557

The Results of Oral Health Care Program on Diabetic Patients Wearing Dentures and Treated in Diabetes Clinic at Warinchamrab Hospital, UbonRatchathani Province

Anun Peeranunrungsri* D.D.S

Abstract

This study was a quasi-experimental research that intended to investigate the changes of the diabetic patients' oral health care behavior, the awareness of their ability to do oral health care, and oral health conditions of diabetic patients wearing dentures trained on oral health care program in the diabetes clinic, Warinchamrab hospital. The subjects were 100 diabetic patients wearing dentures at the Warinchamrab hospital, divided equally into two groups: the experimental and comparative groups. Both groups answered the questionnaires about their oral health care behavior and their awareness in ability in taking oral health care of themselves. The subjects' oral health status was evaluated before and after attending the oral health care program. The experimental group was trained to develop their knowledge and skill by lecture, group discussion and sharing for four weeks while the comparative group received normal oral health evaluation. The results indicated that the experimental group's awareness and behavior was better than before involving the program ; and significantly better than comparative group. The plaque and gingivitis indexes of the experimental group were lower than before doing the experiment and lower than the comparative group with statistical significance ($p = 0.000$).

Keywords : *awareness in ability of themselves, oral health care behavior, plaque and gingivitis indexes, the oral health care program in the diabetes clinic, diabetes patients wearing dentures*

* Dental Public Health department, Warinchamrab hospital, Ubon Ratchathani Province.

การประเมินผลบริการทันตกรรม ในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2554-2558

สุปรียา เครือสาร* ท.บ.,ป.บัณฑิต (ทันตกรรมประดิษฐ์)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลบริการทันตกรรมในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2554-2558 โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง และอัตราการเกิดฟันผุในเด็กที่เข้าร่วมโครงการต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง ศึกษาเมื่อเด็กอายุ 3 ปีและมาพร้อมกับผู้ปกครอง ในช่วงพฤษภาคม 2558 ทุกคนรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ตรวจฟันเด็ก และประเมินความถูกต้องในการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครอง ผลการศึกษาเด็กที่เข้าร่วมโครงการต่อเนื่อง 68 คน ไม่ต่อเนื่อง 85 คน กลุ่มที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมการกินลูกอมขนมกรุบกรอบมากกว่า 2 ครั้ง/วัน การดื่มนมรสหวาน น้อยกว่ากลุ่มที่มารับบริการไม่ต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009, 0.001$ และ 0.006 ตามลำดับ) และเด็กที่เข้าร่วมโครงการต่อเนื่องมีฟันผุ (ร้อยละ 45.6) น้อยกว่าเด็กที่เข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 69.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) ส่วนการแปรงฟันให้เด็กได้ถูกวิธี ไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้ปกครอง ที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง

คำสำคัญ : คลินิกเด็กดี การประเมินผลพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก การเกิดฟันผุในเด็ก

บทนำ

การเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ หลายด้าน ทั้งปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การมีภาวะเคลือบฟันบกพร่องการได้รับฟลูออไรด์มากเกินไป ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองเช่นการแปรงฟันให้เด็กหลังอาหารเย็นทุกครั้ง พฤติกรรมการกินที่ไม่เหมาะสมเช่นการให้เด็กดื่มนมรสหวาน การหลับคาขวดนม การกินขนมกรุบกรอบ การกินลูกอม รวมทั้งความถี่ในการบริโภคด้วยปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่นระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ของผู้ปกครอง¹⁻⁶

การแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จัดให้มีกิจกรรมประกอบด้วย การให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กดีในสถานพยาบาลของรัฐ สนับสนุนแปรงสีฟันอันแรกให้แก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 ให้น้ำฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง ร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กอายุ 3-5 ปีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลของรัฐ และมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกปี ตั้งแต่ปี 2535 กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 มีเป้าหมายให้เด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุไม่เกินร้อยละ 57.07

การสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากอำเภอหล่มสัก ในปีพ.ศ.2543, 2550 และ 2555 เด็กอายุ 3 ปีมีฟันผุร้อยละ 68.5, 62.7 และ 69.4 ตามลำดับ⁸⁻¹⁰ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหล่มสักได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กกลุ่มนี้ตั้งแต่ปี 2544 และดำเนินการต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน การทบทวนผลการดำเนินงานพบว่า เด็กที่มาใช้บริการขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงก่อนเข้าโรงเรียนอนุบาล ความไม่ต่อเนื่องนี้เกิดจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยความไม่เพียงพอของทันตบุคลากรและความไม่สะดวกของสถานที่ในการตรวจให้คำแนะนำและการสอนแปรงฟันให้กับผู้ปกครอง ซึ่งต้องไปให้บริการที่กลุ่มงานส่งเสริมป้องกันร่วมกับทันตคติของผู้ปกครองและความกลัวในการมารับบริการทันตกรรมของเด็ก

ในปี 2554 กลุ่มงานทันตกรรมได้งบประมาณปรับปรุงสถานที่ให้บริการ จึงได้ปรับรูปแบบการให้บริการคลินิกเด็กดี ในโครงการ Change to big smile โดยใช้แนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมให้มีบรรยากาศที่ช่วยลดความกลัวในการทำฟัน¹¹⁻¹³ นำโปสเตอร์และ mascot ตัวการ์ตูนเข้ามาสร้างบรรยากาศและช่วยดึงดูดความสนใจของเด็กๆ มีนโยบายกำหนดให้ทุกวันพุธช่วงบ่ายให้บริการ

ตรวจสุขภาพในช่องปากเด็กที่มาใช้บริการฉีดวัคซีนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง สอนผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก ซึ่งกิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ปกครองสามารถฝึกการแปรงฟันในช่องปากเด็กโดยวิธีปฏิบัติจริงได้สะอาดและถูกต้อง และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมีการเคลือบฟลูออไรด์วาร์นิชให้เด็ก เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ ดำเนินการเมื่อเด็กอายุ 9-12, 18, 24, 30 และ 36 เดือน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีการดูแลและเฝ้าระวังการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง

เมื่อดำเนินการได้ 5 ปี กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหล่มสักต้องการประเมินผลโครงการ Change to big smile เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง และอัตราการเกิดฟันผุในเด็กที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่องระหว่างปี 2554-2558 ผลการศึกษานี้จะนำไปกำหนดแนวทางปฏิบัติและกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหล่มสักต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาเป็นการประเมินผลเด็กที่เข้ารับบริการทันตกรรมในคลินิกเด็กดี โรงพยาบาลหล่มสัก ตั้งแต่ปี 2554 ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 305 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างคือ เด็กกลุ่มนี้ที่มีอายุ 3 ปี มีสภาพร่างกายปกติไม่เป็นผู้พิการและมาพร้อมกับผู้ปกครอง ในช่วงพฤษภาคม 2558 ทุกคนแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ เด็กที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง (ครบ 5 ครั้ง) และเด็กที่มาไม่ต่อเนื่อง (มา 1, 2, 3, 4 ครั้ง)

โครงการใช้แนวคิดการจัดสภาพแวดล้อมให้มีบรรยากาศที่ช่วยลดความกลัวในการทำฟันติดโปสเตอร์และมี mascot ตัวการ์ตูนเข้ามาสร้างบรรยากาศและช่วยดึงดูดความสนใจของเด็กๆ ทุกวันพุธช่วงบ่ายให้บริการตรวจสุขภาพในช่องปากเด็กที่มาใช้บริการฉีดวัคซีนและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง สอนผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก โดยวิธีปฏิบัติจริง ให้แปรงได้สะอาดและถูกต้อง และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก มีการเคลือบฟลูออไรด์วาร์นิชให้เด็ก เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ ดำเนินการเมื่อเด็กอายุ 9-12, 18, 24, 30 และ 36 เดือน

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบตรวจฟันผุตามเกณฑ์ของ ICDAS (International caries detection and assessment system)¹⁴⁻¹⁶ โดยใช้การสุที่ระดับ 3 ผิวเคลือบฟันถูกทำลายเฉพาะที่ (Localized

enamel breakdown) เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยฟันผุ

2. แบบบันทึกความถูกต้องในการแปรงฟันให้เด็กตามแบบ Horizontal scrub technique โดยดูจากความถูกต้องของตำแหน่งในการวางแปรงในช่องปากการขยับมือในการแปรงฟันลำดับของการแปรงตามระบบ quadrant¹⁷

3. แบบสอบถามข้อมูลผู้ปกครองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยชุดคำถาม 2 หมวดได้แก่

หมวดที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้ครอบครัว/เดือน การศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก รูปแบบการอาศัยอยู่ร่วมกันของสมาชิกในบ้าน

หมวดที่ 2 เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในช่องปากเด็กของผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการโดยแต่ละข้อให้เลือกตอบตามพฤติกรรมที่ตรงกับที่ผู้ปกครองปฏิบัติได้แก่ การแปรงฟันให้เด็กหลังทานอาหารเย็นทุกวัน การกินลูกอม การกินขนมกรุบกรอบมากกว่า 2 ครั้ง/วัน การดื่มนมรสหวาน

แบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน

วิธีเก็บข้อมูล

1. ติดตามเด็กและผู้ปกครองโดยการส่งไปรษณียบัตรนัดมาที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลหล่มสัก โดยผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วให้ทำแบบสอบถาม

2. ตรวจสอบภาวะช่องปากเด็กที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลหล่มสัก โดยใช้ชุดตรวจ ดูความสะอาดและการมีฟันผุหรือไม่ ผู้เก็บข้อมูลคือทันตแพทย์/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ได้รับการปรับมาตรฐานแล้ว

3. ให้ผู้ปกครองแปรงฟันเด็กให้ดู เพื่อประเมินความถูกต้องในการแปรงฟัน ใครเป็นคนดูและบันทึก

การวิเคราะห์ใช้สถิติร้อยละและ Pearson Chi-Square test

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (รหัสโครงการ สสจ.พช 58-15-28/04/2558)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

สามารถติดตามเด็กและผู้ปกครองเข้าร่วมการวิจัยได้เพียง 153 คู่เป็นผู้ปกครองเด็กที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง ครบ 5 ครั้ง 68 คน ไม่ต่อเนื่อง 85 คน พบว่า เพศ อายุ อาชีพ และการศึกษาของผู้ปกครองมีผลต่อการพาเด็กมาร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(ตารางที่ 1)

2. อัตราการเกิดฟันผุ

ตารางที่ 2 การเกิดฟันผุของเด็ก 3 ปีที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 45.6, dmft = 2.27) น้อยกว่าเด็กที่เข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 69.4, dmft = 4.4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$)

3. การแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครอง

ผู้ปกครองส่วนใหญ่แปรงฟันให้เด็กได้ถูกวิธีไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง (ตารางที่ 3)

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองส่วนใหญ่แปรงฟันให้เด็กหลังทานอาหารเย็นทุกวัน ไม่มีความแตกต่างระหว่างผู้ปกครองที่มาร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง

ผู้ปกครองที่มาใช้บริการอย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมให้ลูกกินลูกอม ขนมกรุบกรอบมากกว่า 2 ครั้ง/วัน ดื่มนมรสหวานน้อยกว่าผู้ปกครองที่มาใช้บริการไม่ต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

อภิปรายผล

การจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนตามชุดสิทธิประโยชน์ในแต่ละพื้นที่มีกิจกรรมที่คล้ายๆกัน ทั้งการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กกับผู้ปกครอง การตรวจช่องปากเด็กและฝึกปฏิบัติแปรงฟันให้เด็ก การทาฟลูออไรด์วาร์นิชแก่เด็ก และการแจกแปรงสีฟันให้กับเด็กที่มารับวัคซีน¹⁸ แต่ยังมีแตกต่างกันในเรื่องของความต่อเนื่องในการติดตามสถานะช่องปากเด็ก

การศึกษานี้พบว่าเด็กที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องเกิดฟันผุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรีนชวา สุธาวา¹⁹ ที่ว่าการจัดให้มีระบบนัดที่มีการติดตามที่ต่อเนื่องจะทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กของผู้ปกครองแต่ละคนในช่วงวัยนั้นๆ และสามารถจัดกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการปรับเปลี่ยนไปในแต่ละครั้งที่มาพบทันตบุคลากรได้เหมาะสมน่าจะช่วยลดอัตราการเกิดฟันผุในอายุ 3 ปีได้มากกว่าการมาพบเพียงครั้งเดียวในช่วงการมารับวัคซีนครั้งแรก

ผู้ปกครองที่มาใช้บริการอย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมให้ลูกกินลูกอม ขนมกรุบกรอบมากกว่า 2 ครั้ง/วัน ดื่มนมรสหวานน้อยกว่าผู้ปกครองที่มาใช้บริการไม่ต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอาจมาจากการมารับบริการในแต่ละครั้งทันตบุคลากรจะมีการให้คำแนะนำและเน้นย้ำ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็ก

Table 1 General information of parents

ข้อมูลทั่วไป	เข้าร่วมต่อเนื่อง		เข้าร่วมไม่ต่อเนื่อง		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
เพศ					0.010*
ชาย	6	8.8	21	24.7	
หญิง	62	91.2	64	75.3	
อายุ					0.010*
ต่ำกว่า 20 ปี	2	2.9	2	2.4	
20-29 ปี	5	7.4	21	24.7	
30-39 ปี	43	63.2	27	31.8	
40-49 ปี	6	8.8	21	24.7	
50-59 ปี	5	7.4	5	5.8	
60 ปีขึ้นไป	7	10.3	9	10.6	
อาชีพ					0.012*
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	16	23.5	30	35.3	
รับจ้าง	5	7.4	10	11.8	
เกษตรกร	9	13.2	13	15.3	
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	26	38.3	14	16.4	
พนักงานในโรงงาน	3	4.4	0	0	
อื่นๆ เช่น แม่บ้าน/ข้าราชการบำนาญ	9	13.2	18	21.2	
รายได้ครอบครัว/เดือน					0.26
น้อยกว่า 10,000 บาท	10	14.7	19	22.4	
10,001-20,000 บาท	22	32.4	25	29.4	
20,001-30,000 บาท	7	10.3	17	20	
30,001-40,000 บาท	5	7.4	2	2.3	
40,001-50,000 บาท	16	23.4	12	14.1	
50,001-60,000 บาท	5	7.4	5	5.9	
60,000 บาทขึ้นไป	3	4.4	5	5.9	
การศึกษา					0.002*
ระดับประถมศึกษา	15	22.1	13	15.3	
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	2	2.9	17	20	
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	9	13.2	11	12.9	
อนุปริญญา หรือ ปวส.	3	4.4	9	10.6	
ปริญญาตรี	22	32.4	28	32.9	
สูงกว่าปริญญาตรี	17	25	7	8.3	
ความสัมพันธ์กับเด็ก					0.165
พ่อ แม่	55	80.9	65	76.5	
ญาติ/อื่นๆ	2	2.9	0	0	
ปู่ ย่า ตา ยาย	11	16.2	20	23.5	
สมาชิกในบ้านอาศัยอยู่แบบ					0.531
มีเฉพาะพ่อ แม่ ลูก	13	19.1	13	15.3	
มีผู้อื่นในบ้านเช่นปู่ ย่า ตา ยาย	55	80.9	72	84.7	

ตารางที่ 2 การเกิดฟันผุของเด็กที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง

Table 2 Caries of children with or without continuous participation in project

	เข้าร่วมต่อเนื่อง		เข้าร่วมไม่ต่อเนื่อง		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
มีฟันผุ	31	45.6	59	69.4	0.003*
ไม่มีฟันผุ	37	54.4	26	30.6	

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่องที่แปรงฟันให้เด็กได้ถูกวิธี

Table 3 Number and percentage of parents with or without continuous participation in project who could brush their children with proper toothbrushing technique.

การแปรงฟันให้เด็ก	เข้าร่วมต่อเนื่อง		เข้าร่วมไม่ต่อเนื่อง		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
แปรงฟันได้ถูกวิธี	46	67.6	53	62.4	0.496
ไม่ถูกวิธี	22	32.4	32	37.6	

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่องตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

Table 4 Number and percentage of parents with or without continuous participation in project by how they look after oral health behaviors of their children.

พฤติกรรมของผู้ปกครอง	เข้าร่วมต่อเนื่อง		เข้าร่วมไม่ต่อเนื่อง		p-value
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
แปรงฟันให้เด็กหลังทานอาหารเย็นทุกวัน					0.094
แปรงทุกวัน	53	77.9	58	68.2	
ไม่แปรง	0	0	5	5.9	
แปรงบางวัน	15	22.1	22	25.9	0.009*
การกินลูกอม					
ให้กิน	24	35.3	48	56.5	
ไม่ให้กิน	44	64.7	37	43.5	0.001*
การกินขนมกรุบกรอบมากกว่า 2 ครั้ง/วัน					
ให้กินทุกวัน	21	30.9	57	67.1	
ไม่ให้กิน	35	51.5	16	18.8	0.006*
ให้กินเป็นบางวัน	12	17.6	12	14.1	
การดื่มนมรสหวาน					
ให้ดื่ม	16	23.5	38	44.7	
ไม่ให้ดื่ม	52	76.5	47	55.3	

ในเรื่องการเลือกบริโภคอาหารที่มีผลต่อฟันผุของเด็กให้ผู้ปกครองมีความตระหนักในเรื่องนี้

ร้อยละของผู้ปกครองที่สามารถแปรงฟันให้เด็กได้ถูกวิธีและแปรงฟันหลังทานอาหารเย็นให้เด็กทุกวันมีมากกว่า ที่แปรงไม่ถูกวิธีและไม่แปรงฟันให้เด็กหลังทานอาหารเย็นทุกวันน่าจะเป็นผลจากการที่ให้ผู้ปกครองได้รับการสอนวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องร่วมกับได้ปฏิบัติแปรงฟันให้เด็กจริง

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ เนื่องจากเป็นโครงการระยะยาว ทำให้มีปัญหาในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง ที่มีการย้ายออกนอกพื้นที่ทำให้ติดตามไม่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีระบบนัดที่มีการติดตามที่ต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองแต่ละคนในช่วงนั้นๆ และเพิ่มกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในแต่ละครั้งที่มาพบทันตบุคลากรมากกว่าใช้รูปแบบกิจกรรมเดียวกันทุกครั้ง

2. การจัดกิจกรรมเพื่อลดการเกิดฟันผุในเด็กนั้น ส่วนที่สำคัญที่สุดคือผู้ปกครองเด็กต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ การอธิบายและทำความเข้าใจให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญกับการดูแลในช่องปากเด็ก ทันตบุคลากรอาจต้องใช้เวลาในการกระตุ้นผู้ปกครอง และทำให้ผู้ปกครองไม่คิดว่าเป็นภาระในการนำบุตรหลานมาพบทันตบุคลากร หรือเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเด็กและผู้ปกครองที่เข้าร่วมในการศึกษาทุกท่าน ขอขอบพระคุณทันตแพทย์หญิงศรีสุดา ลีละศิริ และทันตแพทย์หญิง ดร.เพ็ญแข ลามยิง สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำในการวิจัยครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลหล่มสักที่ช่วยในการเก็บข้อมูล นายแพทย์สมรัฐ ศรีตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสักที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยให้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Saied Moallemiz, VirtanenJI, Ghofranipour F and Murtomaa H. Influence of mother' oral health knowledge and attitudes on their children's dental health.Eur Arch Paediatr Dent 2008;9(2):79-83
2. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม .โรคฟันผุในฟันน้ำนม ว.ทันต.2549;11(1-2): 9-13.
3. ลักขณา อุ้ยจิรากุล,สุภาภรณ์ฉัตรชัยวัฒนา,จันทนา อึ้งชูศักดิ์,มุขดา ศิริเทพทวี.ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การ เลี้ยงดูและโรคฟันผุในเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดสระแก้ว ว.ทันต.สธ.2556;2(23-29).
4. จิตตพร นิพนธ์กิจ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 1-3 ปีของจังหวัดเชียงรายปี 2549. ว.ทันต.สธ. 2550;12:16-28.
5. พัทรี เรืองงาม.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคฟันผุเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอขานวรสลักบุรี จังหวัดกำแพงเพชร.ว.ทันต.สธ.2556;2(10-18)
6. ศิริรักษ์ นครชัย,สร้อยศิริ ทวีบุรณ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุในฟันน้ำนม. ว.ทันต.2549;11(1-2):15-24.
7. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขปี 2557.สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.2557.
8. เอกสารรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องระดับจังหวัด.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ปี2543.
9. เอกสารรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องระดับจังหวัด.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ปี2550.
10. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องระดับจังหวัด.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี2555
11. กนกจันทร์ เข้มการ. ความคิดความรู้สึกรของเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล:การจัดการทางการพยาบาล ว.พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554;3:75-87.
12. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.โครงการโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับเด็ก (Children Friendly Hospital). [Cited 1 Mach 2011]. Available from <http://www.http://www.newswit.com/food/2011-01-26/463b1df2e9fc8b5e0ae3ed58722603c9/>
13. Keith J.slifer. A clinician's guide to helping children cope and cooperate with medical care, United state of America 2014.
14. International Caries Detection and Assessment System Coordinating Committee: Rationale and Evidence for the International Cries Detection and Assessment System(September 2011) Available from:<http://www.icdas.org/.../Rationale%20>.
15. Julian Fisher,Michael Glick :A new model for caries classification and management,JADA 134(6) June 2012) Available from:<http://jada.ada.org>.
16. A.I.Ismail,W. Sohn,M. Tellez,AAmaya,A.Sen,H.Hasson.N.BPitts.The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) :an integrated system for measuring dental caries.Community Dentistry and Oral Epidemiology.2007 June:volume 35(3):170-8.
17. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.เทคนิควิธีแปรงฟันสำหรับเด็ก. <http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/babyfundee/know08.htm>
18. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. การประเมินผลการจัดบริการ บุรณการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในงานบริการแม่และเด็กของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่1.กันยายน2554.
19. กรัณทชา สุธาวา. ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในคลินิกเด็กดี อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย พ.ศ.2553-2556.ว.ทันต.สธ. 2558;1:(43-46).

Evaluation of Dental Services in Well Child Clinic, Lomsak Hospital, Phetchaboon Province during 2011-2015

Supreeya Khrueasan* *D.D.S, Grad. Dip (Prosthodontic)*

Abstract

The objective of this study was to evaluate dental services in well child clinic, Lomsak hospital, Phetchaboon province during 2011-2015. By comparing the behavior of oral health care of parents for children and dental caries in children with or without continuous participation in project. Studied on children aged 3 years and come with parents during May 2015. Data was collected by interviewing parents, oral examination in children and assessed parents' proper tooth brushing technique for children. Subjects were 68 children with continuous participation and 85 children without continuous participation. Results showed that children with continuous participation were less consumption of candy, snack of more than two times per day and sweet milk than another group with statistically significant ($p=0.009, 0.001, 0.006$). The dental caries in the continuous children (45.6 %) was less than the other group (69.4%) with a statistically significant ($p=0.003$). However, there was no difference between parents with or without continuous participation in proper tooth brushing technique for children.

Keyword : *well child clinic, evaluation, oral health care behaviors, dental caries of children*

* Dental department, Lomsak Hospital, Phetchaboon province

ประสิทธิภาพบริการทันตกรรม
โรงพยาบาลลำดวน
จังหวัดสุรินทร์
ปีงบประมาณ 2557

อัมภา ประเดิมดี* วท.ม. (ปริทัศน์วิทยา)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อประเมินประสิทธิภาพบริการทันตกรรมทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์ เป็นการศึกษาต้นทุนทางตรงจากข้อมูลทุติยภูมิปีงบประมาณ 2557 และคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการและอัตราการคืนทุนเฉพาะหัตถการพบว่าต้นทุนเท่ากับ 476.26 บาทต่อครั้ง คิดเป็นอัตราการคืนทุนร้อยละ 59.26

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ ต้นทุนต่อหน่วย อัตราการคืนทุน บริการทันตกรรม

* ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลลำดวน จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

โรงพยาบาลลำดวนเป็นโรงพยาบาล 60 เตียง มีทันตแพทย์ 3 คนโดยเป็นทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ 1 คน อีก 2 คนเป็นทันตแพทย์ปฏิบัติการ ทันตภิบาล 3 คน โดยเป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน 2 คน อีก 1 คนเป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน และผู้ช่วยทันตแพทย์ 4 คน และมีผู้ช่วยทันตแพทย์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอลำดวนมาหมุนเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์นอกเวลาราชการ

ปีงบประมาณ 2556 มีผู้มาใช้บริการทันตกรรม 9,615 ครั้ง และเพิ่มขึ้นเป็น 9,947 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2557 และรายรับจากบริการเพิ่มขึ้น 176,684 บาท

รายรับจากบริการทันตกรรมแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมารับบริการมากที่สุด รองลงมาคือ สิทธิข้าราชการ (เบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ) และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มชำระเงินสด ประกอบด้วยสิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต (เสียค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่มากกว่าชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม) และนอกเขต สิทธิข้าราชการเบิกต้นสังกัด (ทดรองจ่ายค่ารักษายาพยาบาล) และคนต่างด้าว

รายรับจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2557 อยู่ในงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวเป็นต้นทุนค่ารักษายาพยาบาล ค่าตอบแทนบุคลากร ค่าเสื่อมของอุปกรณ์และสถานที่แก่ผู้ให้บริการ บริการทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการกรณีเฉพาะ บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และมีเงื่อนไขจ่ายตามผลงานบริการในวงเงินที่กั้นไว้ในหมวดนั้นๆ ซึ่งการจัดสรรงบประมาณในปัจจุบันไม่ได้แยกหมวดบริการสุขภาพช่องปากชัดเจน¹

สิทธิข้าราชการสร้างรายรับบริการสุขภาพช่องปากจากการเบิกจ่ายตรง ส่วนกลุ่มชำระเงินสดมีรายรับจากการจ่ายเงินสด โดยอัตราค่าบริการใช้ตามการเบิกจ่ายค่ารักษายาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการปี 2549^{2,3}

แม้ว่ารายรับจากบริการเพิ่มขึ้น แต่ไม่สามารถบ่งบอกถึงประสิทธิภาพ วิธีการหนึ่งในการประเมินประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงรายรับด้วยการวิเคราะห์ต้นทุนผลผลิตเปรียบเทียบกับรายรับ⁴

การศึกษาต้นทุนบริการทันตกรรมอาจเป็นการวิเคราะห์ต้นทุนรวม (Full cost) ประกอบด้วยต้นทุนทางตรงของงานทันตกรรมและต้นทุนทางอ้อมจากหน่วย

สนับสนุนในโรงพยาบาล หรืออาจพิจารณาเฉพาะต้นทุนทางตรง (Direct cost) ของงานทันตกรรมโดยเป็นผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน หรือพิจารณาเฉพาะต้นทุนดำเนินการ (Operating cost) จากต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าวัสดุเท่านั้น ซึ่งแต่ละสถานพยาบาลอาจจะแตกต่างกันแปรตามต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน รวมถึงกิจกรรมการให้บริการทันตกรรม^{4,5,6}

การศึกษานี้วิเคราะห์ต้นทุนบริการทันตกรรมทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ การบริการในเวลาเป็นบริการรักษาในคลินิกและบริการเชิงรุกในคลินิกเด็กดี นักเรียนในสถานศึกษา หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ ส่วนบริการนอกเวลาเป็นบริการรักษาในคลินิกในวันเสาร์-อาทิตย์และปิดทำการในวันหยุดราชการที่ไม่ใช่วันเสาร์-อาทิตย์ ซึ่งการศึกษานี้ต้องการวัดประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพช่องปาก โดยเปรียบเทียบทรัพยากรที่ใช้ ผลผลิต และมูลค่าผลผลิต ดัชนีประสิทธิภาพที่ใช้ในการศึกษา คือ ต้นทุนต่อหน่วยบริการและอัตราการใช้ต้นทุนเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพช่องปาก และสะท้อนการใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผล

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา คำนวณต้นทุนทางตรงของบริการทันตกรรมในมุมมองของผู้ให้บริการในรูปต้นทุนการเงิน (financial cost) ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ทั้งบริการรักษาและเชิงรุกในคลินิกเด็กดี นักเรียนในสถานศึกษา หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ โดยไม่ได้นำต้นทุนทางอ้อมจากหน่วยสนับสนุนในโรงพยาบาลมาวิเคราะห์ เก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2557 จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ฎีกาการเบิกจ่าย ค่าซ่อมบำรุงทะเบียนพัสดุ ครุภัณฑ์ รวมถึงข้อมูลการให้บริการทันตกรรมทั้งในและนอกเวลาราชการจากโปรแกรม HOS-xP โดยมีแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกค่าแรง แบบบันทึกค่าวัสดุ แบบบันทึกค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ แบบบันทึกปริมาณการให้บริการทันตกรรมและแบบบันทึกการรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ยเลขคณิต

นิยามศัพท์

ต้นทุนทางตรง หมายถึง ค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรที่สามารถวัดเป็นเงินที่จะต้องเสียไปในการทำงานหรือทำกิจกรรมใดๆ เพื่อการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้มารับบริการ

ต้นทุนทางตรงเป็นผลรวมของต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน

ต้นทุนค่าแรง หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่หน่วยงานทันตกรรม รวมถึงสวัสดิการต่างๆ ที่จ่ายเป็นเงิน ได้แก่ เงินเดือน ค่าตอบแทนทั้งในและนอกเวลา เงินประจำตำแหน่ง ค่าเช่าบ้าน ค่าเล่าเรียนบุตร ค่าประชุม/อบรม โดยคิดค่าแรงหัวหน้าหน่วยงานร้อยละ 80 และไม่รวมค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากส่วนใหญ่ใช้ระบบจ่ายตรงกับกรมบัญชีกลาง

ต้นทุนค่าวัสดุ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เป็นวัสดุที่ใช้ในการดำเนินงานบริการที่เบิกจ่ายไปใช้จริงทั้งหมดในการทำงาน ได้แก่ ค่าเวชภัณฑ์มีชียา (วัสดุสิ้นเปลืองทางทันตกรรม) ค่าซ่อมบำรุงรักษาครุภัณฑ์ อาคารและสิ่งก่อสร้าง

ต้นทุนค่าลงทุน หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เป็นค่าเสื่อมราคาประจำปีของครุภัณฑ์ อาคาร สิ่งก่อสร้าง ในที่นี้จะคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (straight line method) คือ เฉลี่ยค่าเสื่อมราคาออกไปปีละเท่าๆ กันตามจำนวนปีของการใช้งาน โดยทั่วไปจะคิดอายุใช้งานของอาคารสิ่งก่อสร้างเท่ากับ 15-40 ปี อายุใช้งานของเครื่องมือแพทย์เท่ากับ 5-8 ปีแล้วแต่ประเภทของเครื่องมือ

ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในการผลิตหรือให้บริการของหน่วยบริการ 1 หน่วย (ต่อครั้งของผู้รับบริการ) โดยคำนวณได้จากต้นทุนทั้งหมดของกิจกรรมหารด้วยจำนวนครั้งหรือรายที่มารับบริการ

ปริมาณบริการทันตกรรม หมายถึง จำนวนครั้ง ซึ่งตำแหน่ง ขึ้นในการให้บริการทันตกรรมทั้งในและนอกโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2557

กิจกรรมบริการทันตกรรม หมายถึง การให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูโรคในช่องปากแก่ผู้มารับบริการทันตกรรมของโรงพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มกิจกรรมเป็น 8 ประเภท ดังนี้

งานส่งเสริม ป้องกัน ได้แก่ การตรวจช่องปากและให้คำแนะนำเพื่อมุ่งปรับพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหาร การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน รวมถึงงานบริการเมื่อวินิจฉัยว่า “ยังไม่เป็นโรค” ได้แก่ การเคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์

งานทันตศัลยกรรม ได้แก่ การถอนฟันน้ำนมหรือฟันแท้อย่างง่ายและยาก

งานศัลยกรรมช่องปาก ได้แก่ การผ่าฟันคุดหรือฟันที่งอก ผ่าตัดเลาะถุงน้ำหนอง การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจพยาธิวิทยา การตัดแต่งกระดูก การล้างแผลและใส่ยาห้ามเลือด

งานทันตกรรมหัตถการ ได้แก่ การอุดฟัน

งานรักษาคอลงรากฟัน ได้แก่ รักษาคลองรากฟัน น้ำนมและฟันแท้ ฟอกสีฟันหลังรักษาคอลงรากฟัน

งานปริทันต์ ได้แก่ การขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน การผ่าตัดเหงือกหรือกระดูกเพื่อรักษาโรคปริทันต์

ทันตกรรมประดิษฐ์ ได้แก่ ทำฟันเทียมทั้งชนิดถอดได้และติดแน่นเพื่อทดแทนฟันน้ำนมหรือฟันแท้

งานทันตรังสี ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีภายในช่องปาก

รายรับค่าบริการทันตกรรม หมายถึง รายรับที่เกิดจากงานบริการทันตกรรมทั้งในและนอกเวลาราชการ โดยคิดตามอัตราค่าบริการที่เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการตามที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยรายรับที่รับจริงได้จากกลุ่มสิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรงและกลุ่มข้าราชการเงินสด ส่วนรายรับที่รับได้จากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อัตราการคืนทุน คำนวณจากผลรวมของรายรับที่รับจริงและรายรับที่รับบริหารด้วยต้นทุนทางตรง

ผลการศึกษา

ในปีงบประมาณ 2557 โรงพยาบาลลำดวนให้บริการทันตกรรมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรคในช่องปาก ประเภทบริการที่มีจำนวนครั้งบริการเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ งานส่งเสริมป้องกัน งานทันตศัลยกรรม งานทันตกรรมหัตถการ งานปริทันต์ งานทันตรังสี ทันตกรรมประดิษฐ์ งานรักษาคอลงรากฟัน งานศัลยกรรมช่องปาก ชนิดบริการ 15 อันดับแรก ได้แก่ ถอนฟันแท้ สอนแปรงฟันด้วยตนเอง ทาฟลูออไรด์เจล ทาฟลูออไรด์วาร์นิช ถ่ายภาพรังสีในช่องปาก ถอนฟันน้ำนม อุดฟันด้วยวัสดุอมัลกัม 1 ด้าน อุดฟันด้วยวัสดุอมัลกัม 2 ด้าน เคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 1 ด้าน ฟันเทียมทั้งปาก 1 ชุดบนและล่าง อุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน 2 ด้าน เกลารากฟัน การรักษาคลองรากฟันกราม ผ่าฟันคุด soft tissue impact tooth (ตาราง 1)

กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มสร้างรายรับมากที่สุด รองลงมาคือสิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรง และสุดท้ายคือกลุ่มข้าราชการเงินสด มีสัดส่วนเป็น 84.54: 8.64:6.82 เมื่อเรียงลำดับรายรับตามประเภทการชำระเงินสดจากมากไปน้อย คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกเขต สิทธิประกันสังคมนอกเขต สิทธิประกันสังคมในเขต สิทธิข้าราชการเบิกต้นสังกัด และคนต่างด้าว (ตาราง 2)

ตาราง 1 ประเภทบริการทันตกรรมในปีงบประมาณ 2557

Table 1 Dental services in fiscal year 2014

ประเภทบริการ	จำนวน
1. งานส่งเสริม ป้องกัน	
- สอนแปรงฟันด้วยตนเอง (ครั้ง)	1,265
- fluoride varnish (ครั้ง)	859
- fluoride gel (ครั้ง)	946
- Sealant (ครั้ง/ซี่)	442 /1,303
- PRR (ครั้ง/ซี่)	69 /114
2. งานทันตศัลยกรรม	
- ถอนฟันน้ำนม (ครั้ง/ซี่)	599/983
- ถอนฟันแท้ (ครั้ง/ซี่)	1,488/2,104
- ถอนฟันยากกรอแบ่งฟัน (ครั้ง/ซี่)	94 /98
3. งานศัลยกรรมช่องปาก	
- ผ่าตัดเอารากฟันที่ค้างออก (ครั้ง/ซี่)	1/1
- soft tissue impact (ครั้ง/ซี่)	84/96
- partial bony impact (ครั้ง/ซี่)	65/65
- complete bony impact (ครั้ง/ซี่)	5/5
- alveolectomy/alveoloplasty (ครั้ง/ซี่)	10/10
- ผ่าตัดเลาะถุงน้ำขนาดเล็ก <1.5cm (ครั้ง/ซี่)	1/1
- เจาะถุงหนองภายใน-นอกช่องปาก (ครั้ง/ซี่)	16/16
- อื่นๆ* (ครั้ง)	30
4. งานทันตกรรมหัตถการ	
- อุดฟันชั่วคราว (ครั้ง/ซี่)	37/40
- AF1 (ครั้ง/ซี่)	590 /1,042
- AF2 (ครั้ง/ซี่)	460/623
- AF3 (ครั้ง/ซี่)	35/35
- AF4 (ครั้ง/ซี่)	7/7
- CF1 (ครั้ง/ซี่)	306/536
- CF2 (ครั้ง/ซี่)	195/279
- CF3 (ครั้ง/ซี่)	38/46
- CF4 (ครั้ง/ซี่)	24/32
- Diastema (ครั้ง/ซี่)	2/4

5. งานรักษาคงรูปฟัน	
- บำบัดฉุกเฉิน (ครั้ง/ซี่)	1/1
- Pulpotomyฟันน้ำนม (ครั้ง/ซี่)	14/19
- Pulpotomyฟันแท้ (ครั้ง/ซี่)	1/1
- Pulpectomyฟันน้ำนม (ครั้ง/ซี่)	27/34
- ฟันหน้า (ครั้ง/ซี่)	45/15
- ฟันกรามน้อย (ครั้ง/ซี่)	6/2
- ฟันกราม (ครั้ง/ซี่)	94/26
- ฟอกสีฟันที่ตาย (ครั้ง/ซี่)	1/1
6. งานปริทันต์	
- scaling full mouth (ครั้ง)	989
- Root planning (ครั้ง/ตำแหน่ง)	96/96
- flap operation (ครั้ง/ตำแหน่ง)	3/3
- crown lengthening (ครั้ง/ตำแหน่ง)	1/1
- GTR with bone graft (ครั้ง/ตำแหน่ง)	3/3
- แก้ไขการสบฟันผิดปกติ (ครั้ง/ตำแหน่ง)	6/6
- ทายาเสียวฟัน (ครั้ง/ตำแหน่ง)	5/5
7. ทันตกรรมประดิษฐ์	
- SD (ครั้ง/ชิ้น)	25/5
- CD (ครั้ง/ชิ้น)	200/40
- TP 1-5 (ครั้ง/ชิ้น)	68/34
- TP>6 (ครั้ง/ชิ้น)	30/15
- RPD 1-5 (ครั้ง/ชิ้น)	12/6
- RPD>6 (ครั้ง/ชิ้น)	2/1
- SSC (ครั้ง/ชิ้น)	2/2
- PFM crown (ครั้ง/ชิ้น)	23/7
- Reline (ครั้ง/ชิ้น)	2/2
8. งานทันตรังสี	
- Intra-oral (ครั้ง/ฟิล์ม)	643/730

*อื่นๆ หมายถึง excision of pericoronal gingival, biopsy of oral tissue (hard/soft), debridement and suturing แผลในช่องปาก, ล้างแผลในช่องปาก, ใส่ยารักษา dry socket, ชูดรักษาแผล (curettage), special procedure stop disorder bleed (alvogel, gel foam), off arch bar

AF หมายถึง amalgam filling CF หมายถึง composite filling

ตาราง 2 รายรับและปริมาณบริการทันตกรรม ในปีงบประมาณ 2557

Table 2 Income and dental service volumes in fiscal year 2014

รายการ	รายรับ	ครั้ง	คน	ความถี่ (ครั้ง/คน)
สิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรง	272,610	919	542	1.70
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1,962,600*	8,401	5,833	1.44
การชำระเงินสด	215,120	627	501	1.25
• สิทธิข้าราชการเบิกต้นสังกัด	32,420	35	30	1.16
• สิทธิประกันสังคม ในเขต	33,380	130	92	1.41
• สิทธิประกันสังคม นอกเขต	38,060	145	117	1.24
• สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในเขต	65,180	47	44	1.07
• สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกเขต	44,600	266	223	1.19
• คนต่างด้าว	1,480	4	4	1.00

*คิดตามอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการตามที่กระทรวงการคลังกำหนด

สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มที่ใช้บริการมากที่สุด รองลงมาคือสิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรง และสุดท้ายคือกลุ่มชำระเงินสด โดยมีความถี่ในการรับบริการ 1.44, 1.70, 1.25 ครั้ง/คนตามลำดับ เมื่อเรียงลำดับจำนวนครั้งที่ผู้มารับบริการชำระเงินสดจากมากไปน้อย คือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกเขต สิทธิประกันสังคมนอกเขต สิทธิประกันสังคมในเขต สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต สิทธิข้าราชการเบิกต้นสังกัด และคนต่างด้าว โดยมีความถี่ในการรับบริการ 1.19, 1.24, 1.41, 1.07, 1.16, 1.00 ครั้ง/คนตามลำดับ (ตาราง 2)

สัดส่วนค่าแรงทันตแพทย์ต่อทันตภิบาลต่อผู้ช่วยทันตแพทย์คิดเป็น 59.69:27.72:15.59 ส่วนต้นทุนค่าวัสดุพบว่ามีส่วนส่วนค่าเวชภัณฑ์มีไชยา (วัสดุสิ้นเปลืองทางทันตกรรม) ต่อค่าจ้างทำฟันเทียมต่อค่าซ่อมบำรุงคิดเป็น 70.16:19.68:10.16

อาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์เป็นต้นทุนค่าลงทุนซึ่งอาคารสิ่งก่อสร้างมีอายุการใช้งานมากกว่า 20 ปี จึงคิดค่าเสื่อมราคาเป็นศูนย์ ส่วนครุภัณฑ์ส่วนใหญ่มีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี มีบางรายการไม่สามารถซ่อมได้จึงซื้อเพิ่มได้แก่ เครื่องชุดหินน้ำลายและเกลารากฟัน เครื่องชุดหินน้ำลาย ยูนิทดทำฟัน ในที่นี้จะคิดค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรง (straight line method) คือ เฉลี่ยค่าเสื่อมราคาออกไปปีละเท่าๆ กันตามจำนวนปีของการใช้งาน โดยอายุใช้งานของเครื่องมือแพทย์เท่ากับ 8 ปี^{4,7} คิดเป็นเงิน 48,862.5 บาท

ต้นทุนทางตรงของงานบริการทันตกรรม คิดเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนค่าวัสดุต่อต้นทุนค่า

ลงทุนเท่ากับ 83.83:14.99:1.18

เมื่อนำต้นทุนทางตรงและผลการให้บริการทันตกรรมมาคิดประสิทธิภาพบริการทันตกรรมพบว่าต้นทุนต่อหน่วยมีค่าเป็น 418.33 บาทต่อครั้ง และมีอัตราการคืนทุนร้อยละ 58.89 ซึ่งเป็นประสิทธิภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับโดยนับจำนวนครั้งบริการสอนแปรงฟันด้วยตนเองในกลุ่มคลินิกเด็กดี นักเรียนในสถานศึกษา หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ และมีต้นทุนวัสดุเพื่อสอนแปรงฟันตนเอง 26,250 บาท แต่เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพเชิงรับโดยคิดต้นทุนทางตรงและการให้บริการทันตกรรมเฉพาะหัตถการ พบว่ามีบริการทันตกรรม 8,682 ครั้ง คิดต้นทุนต่อหน่วยเฉพาะหัตถการมีค่าเป็น 476.26 บาทต่อครั้ง และอัตราการคืนทุนเฉพาะหัตถการคิดเป็นร้อยละ 59.26 ซึ่งจะเห็นว่ารายรับรวมของบริการทันตกรรมมีค่าต่ำกว่าต้นทุน (ตาราง 3)

บทวิจารณ์

ต้นทุนทางตรงของบริการทันตกรรมโรงพยาบาลอุดร มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนวัสดุต่อต้นทุนลงทุนเป็น 83.83:14.99:1.18 ซึ่งใกล้เคียงโรงพยาบาลชุมชน 60 เดียงที่มีสัดส่วนเป็น 81.11:14.40:4.49⁹ และโรงพยาบาลชุมชน 30 เดียงมีสัดส่วนเป็น 83.09:15.23:1.68⁹ โดยจะเห็นว่าต้นทุนการบริการทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรง ซึ่งเมื่อพิจารณาต้นทุนดำเนินการพบว่าสัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนวัสดุเป็น 84.83:15.17 ซึ่งคล้ายการศึกษาของอัชฌา เขียมอริคม ที่พบสัดส่วนเป็น 84:16⁹

ตาราง 3 ประสิทธิภาพบริการทันตกรรมในปีงบประมาณ 2557

Table 3 Efficiency of dental services in fiscal year 2014

รายการ	จำนวน
จำนวนบริการ (ครั้ง)	9,947
จำนวนบริการเฉพาะหัตถการ (ครั้ง)	8,682
รายรับตามค่าบริการที่เรียกเก็บ (บาท)	2,450,330.00
ต้นทุนรวมทางตรง (บาท)	4,161,145.51
• ต้นทุนค่าแรง	3,488,345.59
o ค่าแรงทันตแพทย์	1,977,523.60
o ค่าแรงทันตภิบาล	966,961.99
o ค่าแรงผู้ช่วยทันตแพทย์	543,860.00
• ต้นทุนวัสดุ	623,937.42
o ค่าวัสดุสิ้นเปลืองทางทันตกรรม	437,742.92
o ค่าจ้างทำฟันเทียม	122,794.50
o ค่าซ่อมบำรุง	63,400.00
• ต้นทุนลงทุน	48,862.50
สัดส่วนต้นทุนค่าแรงต่อต้นทุนวัสดุต่อต้นทุนลงทุน	83.83:14.99:1.18
ประสิทธิภาพบริการทันตกรรม	
• ประสิทธิภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ	
o ต้นทุนต่อครั้งบริการ (บาท/ครั้ง)	418.33
o ร้อยละอัตราการใช้ทุน	58.89
• ประสิทธิภาพเชิงรับ (เฉพาะหัตถการ)	
o ต้นทุนต่อครั้งบริการ (บาท/ครั้ง)	476.26
o ร้อยละอัตราการใช้ทุน	59.26

แต่สูงกว่าการศึกษาของเพ็ญแข ลากยั้งและคณะ ที่พบสัดส่วนเป็น 80:20⁵ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน¹⁰ และอาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานมีอายุราชการมากส่งผลให้ต้นทุนค่าแรงสูงตามไปด้วย ซึ่งการศึกษานี้มีสัดส่วนค่าแรงทันตแพทย์ต่อทันตภิบาลต่อผู้ช่วยทันตแพทย์คิดเป็น 59.69:27.72:15.59

ต้นทุนค่าวัสดุ พบว่า มีสัดส่วนค่าเวชภัณฑ์มีไชยา (วัสดุสิ้นเปลืองทางทันตกรรม) ต่อค่าจ้างทำฟันเทียมต่อค่าซ่อมบำรุงเป็น 70.16:19.68:10.16 จากนโยบายโครงการฟันเทียมพระราชทานและรากเทียมพระราชทานทำให้แนวโน้มค่าจ้างทำฟันเทียมสูงขึ้นโดยจะเห็นว่าจำนวนครั้งบริการตามชนิดบริการทำฟันเทียมทั้งปากมาเป็นอันดับ 11

ส่วนค่าซ่อมบำรุงคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.16 เนื่องมาจากครุภัณฑ์ส่วนใหญ่มีอายุการใช้งานมากกว่า 10 ปี ส่งผลให้ต้องเปลี่ยนอะไหล่ หรือกรณีที่ค่าอะไหล่ใกล้เคียงราคาซื้อจะดำเนินการซื้อครุภัณฑ์ใหม่ ได้แก่ เครื่องซูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน เครื่องซูดหินน้ำลาย ยูนิตทำฟัน

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะต้นทุนทางตรงของกลุ่มงานทันตกรรมเท่านั้นไม่รวมต้นทุนทางอ้อมจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล ต้นทุนจึงน้อยกว่าความเป็นจริง เมื่อเรียงลำดับรายรับจากมากไปน้อยตามสิทธิการรักษา พบว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาคือสิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรง และสุดท้ายคือกลุ่มข้าราชการเงินสด ซึ่งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นแหล่งรายรับที่มากที่สุดของบริการทันตกรรมแต่เป็นรายรับเพียงรับเท่านั้น เพราะไม่ทราบรายรับจริง เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไม่ได้แยกการจัดสรรงบประมาณเป็นหมวดบริการสุขภาพช่องปากที่ชัดเจนแต่รวมเป็นค่าบริการทั้งโรงพยาบาล โดยบริการทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป บริการกรณีเฉพาะ รวมถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และมีเงื่อนไขจ่ายตามผลงานบริการในวงเงินที่กันไว้ในหมวดนั้นๆ ซึ่งเงินที่ได้รับจัดสรรมักน้อยกว่าที่เรียกเก็บเนื่องจากงบประมาณที่ สปสช. จัดสรรเป็นงบประมาณปลายปิด (closed end) จึงเป็นไปได้ว่ารายรับที่ใช้ในการศึกษานี้จะมากกว่ารายรับจริง

เมื่อนำต้นทุนทางตรงและผลการให้บริการทันตกรรมมาคิดประสิทธิภาพบริการทันตกรรมพบว่า ต้นทุนต่อหน่วยมีค่าเป็น 418.33 บาทต่อครั้ง ซึ่งเป็นประสิทธิภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับโดยนับจำนวนครั้งบริการ สอนแปรงฟันด้วยตนเองในกลุ่มคลินิกเด็กดี นักเรียนในสถานศึกษา หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ ซึ่งทำให้ต้นทุนต่อหน่วยต่ำกว่าความเป็นจริง แต่เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพเชิงรับโดยคิดต้นทุนทางตรงและการให้บริการทันตกรรมเฉพาะหัตถการพบว่าต้นทุนต่อหน่วยเปลี่ยนเป็น 476.26 บาทต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของวิวัฒน์ ธาราสมบัติ (375.19)⁸ และการศึกษาของเพ็ญแข ลากยั้งและคณะ (427.9)⁵ แต่ต่ำกว่าการศึกษาของอัครมา เอี่ยมอัครม (684.46)⁹ อาจเนื่องมาจากชนิดบริการทันตกรรม จำนวนบุคลากร ราคาค่าวัสดุ การซื้อครุภัณฑ์แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล โดยประเภทบริการทันตกรรมในการศึกษานี้มี 8 ประเภท โดยเกือบทุกบริการมีผู้ปฏิบัติคือทันตแพทย์และทันตภิบาล ยกเว้นการถ่ายภาพรังสีในช่องปากมีผู้ช่วยทันตแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติ ส่วนงานเกลารากฟันและผ่าตัดเหงือก งาน

ศัลยกรรมช่องปาก งานรักษาคอลงรากฟัน และงานทันตกรรมประดิษฐ์ทันตแพทย์เป็นผู้ปฏิบัติ ซึ่งความหลากหลายชนิดบริการเฉพาะที่ทันตแพทย์ให้บริการนั้นแปรตามทันตแพทย์เฉพาะทาง ความสนใจของทันตแพทย์ และนโยบายของภาครัฐ ส่วนราคาค่าวัสดุมีการซื้อรวมในระดับจังหวัดจึงลดต้นทุนค่าวัสดุลง ส่วนการซื้อครุภัณฑ์เป็นการจัดสรรแบบทดแทนไม่ใช้การลงทุนใหม่ยกเว้นมีนโยบายเฉพาะพื้นที่

วิธีการวัดประสิทธิภาพบริการทันตกรรมอีกวิธี คือ คำนวณอัตราการคืนทุน อัตราการคืนทุนทั้งเชิงรุกและเชิงรับคิดเป็นร้อยละ 58.89 และอัตราการคืนทุนเชิงรับ (เฉพาะหัตถการ) มีค่าเป็นร้อยละ 59.26 กล่าวได้ว่ารายรับน้อยกว่าต้นทุน ซึ่งคล้ายการศึกษาของวิวัฒน์ ธาราสมบัติ ที่มีอัตราการคืนทุนร้อยละ 56⁸ และคล้ายการศึกษาของอัสมา เญียมอริคม ที่มีอัตราการคืนทุนร้อยละ 55⁹ จะเห็นว่าร้อยละอัตราการคืนทุนในโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในช่วง 55-59 อาจเนื่องมาจากการบริการสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตมากกว่างบประมาณที่ได้รับ ซึ่งอัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากของสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตของโรงพยาบาลลำดวนคิดเป็นร้อยละ 14.32 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการให้บริการเฉลี่ยระดับประเทศพบว่าสูงกว่าทั้งในปี 2546 (10.19) 2550 (8.69) และ 2554 (9.28)¹¹ และปริมาณผู้มารับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีมากที่สุด ซึ่งคล้ายการศึกษาของโรงพยาบาลทั่วๆ⁶

การคำนวณรายรับได้มาจากการให้บริการทันตกรรมตามอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการตามที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยไม่ได้คิดเงินเดือนค่าตอบแทนบุคลากร ได้แก่ เงินเดือนข้าราชการ เงินเดือนพนักงานของรัฐ ค่าจ้างลูกจ้างประจำ ซึ่งเป็นงบประมาณรัฐบาลที่จัดสรร ในการคำนวณอัตราค่าบริการสาธารณสุขปี 2549 เป็นการคิดต้นทุนค่าแรงร้อยละ 50² แม้ว่าการคิดอัตราค่าบริการสาธารณสุขปี 2556 ก็เช่นกัน¹² ขณะที่งบประมาณจ่ายรายหัวและงบบริการเฉพาะต่างๆที่ สปสช.บริหาร มีการหักเงินเดือนค่าตอบแทนร้อยละ 60 ก่อน ค่าบริการที่โรงพยาบาลได้รับจากกรมบัญชีกลางและสปสช. จึงไม่รวมเงินเดือนค่าตอบแทนซึ่งบุคลากรได้รับในรูปเงินเดือนสวัสดิการต่างๆแล้ว ขณะที่เงินหมวดนี้ถูกนำไปคิดเป็นต้นทุนค่าแรง ดังนั้นเมื่อคิดต้นทุนค่าแรงร้อยละ 50 พบว่าการศึกษานี้มีอัตราการคืนทุนบริการทันตกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับคิดเป็นร้อยละ 101.38 หรือถ้าคิดอัตราการคืนทุนเชิงรับ (เฉพาะหัตถการ) มีค่าเป็นร้อยละ 102.49

ในการชำระเงินสดเมื่อเรียงลำดับรายรับจากมากไปน้อยตามสิทธิการรักษา คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกเขต สิทธิประกันสังคมนอกเขต สิทธิประกันสังคมในเขต สิทธิข้าราชการเบิกต้นสังกัด และคนต่างด้าว ซึ่งบริการส่วนใหญ่ในสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต คือ การรักษารากฟันซึ่งเป็นบริการมากกว่าชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ส่วนสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกเขต สิทธิประกันสังคมในและนอกเขตให้บริการชุดหินน้ำลาย อุดฟัน และถอนฟันซึ่งเป็นบริการพื้นฐาน สาเหตุที่เป็นไปได้ที่ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลลำดวนคือ สะดวกในการเดินทาง ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยน้อยกว่า 60 นาทีและระยะเวลารอเข้าคิวรับบริการเฉพาะทางไม่เกิน 2 เดือน

บทสรุป

ประสิทธิภาพบริการทันตกรรมโรงพยาบาลลำดวน ในปีงบประมาณ 2557 พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยมีค่า 418.33 บาทต่อครั้ง อัตราการคืนทุนบริการทันตกรรมคิดเป็นร้อยละ 58.89 ซึ่งเป็นประสิทธิภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับโดยนับจำนวนครั้งบริการสอนแปรงฟันด้วยตนเองในกลุ่มคลินิกเด็กดี นักเรียนในสถานศึกษา หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ แต่เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพเชิงรับโดยคิดต้นทุนทางตรงและการให้บริการทันตกรรมเฉพาะหัตถการ พบว่าต้นทุนต่อหน่วยเฉพาะหัตถการมีค่าเป็น 476.26 บาทต่อครั้ง และอัตราการคืนทุนเฉพาะหัตถการคิดเป็นร้อยละ 59.26 ซึ่งจะเห็นว่ารายรับน้อยกว่าต้นทุน โดยกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มสร้างรายรับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

การคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบ่งบอกถึงค่าบริการต่อครั้งของผู้รับบริการโดยในการศึกษานี้มีค่าบริการทำหัตถการทันตกรรมครั้งละ 476.26 บาท ซึ่งนำมาใช้ในการเรียกเก็บค่าบริการทันตกรรมกรณีฉุกเฉินในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกเขตมีมูลลำนานาต่างอำเภอ ซึ่งไม่ใช่เตอรอยต่อระหว่างอำเภอที่สามารถเปลี่ยนมาขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพได้ โดยขณะนี้การเรียกเก็บใช้อัตราค่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ซึ่งเป็นอัตราค่าบริการสาธารณสุขที่ต่ำกว่าการศึกษานี้และยังไม่มีอัตราค่าบริการทันตกรรมที่ชัดเจน ในอนาคตควรมีการปรับอัตราค่าบริการสาธารณสุขให้สะท้อนความเป็นจริง

การคำนวณอัตราการคืนทุน ในการศึกษาครั้งนี้ อัตราการคืนทุนเชิงรับ (เฉพาะหัตถการ) ร้อยละ 59.26 ซึ่งรายรับน้อยกว่าต้นทุน ดังนั้นการจะเพิ่มรายรับควรเพิ่มชนิดบริการโดยพัฒนาทักษะทันตบุคลากร และเพิ่มความถี่การให้บริการกลุ่มข้าราชการโดยเฉพาะกลุ่มเบิกจ่ายตรงซึ่งสถานพยาบาลอำนวยความสะดวกในการเบิกค่าบริการให้และสามารถเบิกคืนค่าบริการได้เต็มจำนวนโดยกระตุ้นให้ข้าราชการมาตรวจสุขภาพช่องปากทุกปี ในอนาคตควรเพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคมมากขึ้นโดยให้สถานพยาบาลเป็น

ผู้เบิกค่าบริการโดยตรงจากกระทรวงการคลังและสำนักงานประกันสังคม ซึ่งปัจจุบันสิทธิประกันสังคมผู้ประกันตนต้องทอดรองจ่ายเงินก่อน จากนั้นจึงเบิกค่าบริการทันตกรรมคืนจากสำนักงานประกันสังคมและร่วมจ่ายส่วนที่เกิน ส่วนสิทธิข้าราชการในกรณีทำฟันเทียมข้าราชการต้องทอดรองจ่ายเงินก่อน จากนั้นจึงเบิกค่าบริการทันตกรรมคืนจากต้นสังกัด ในขณะที่สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสถานพยาบาลเป็นผู้เบิกค่าบริการโดยตรงจาก สปสช.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2557. เล่ม 1. นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด; 2556.
2. กรมบัญชีกลาง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการของทางราชการ. หนังสือที่ กค0417/ว177 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549.
3. กรมบัญชีกลาง. การปรับปรุงแก้ไขประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (เพิ่มเติม). หนังสือด่วนที่สุด ที่ กค0422.2/ว249 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2553.
4. เพ็ญแข ลากยั้ง. การวิเคราะห์ต้นทุนย่อยภายในหน่วยต้นทุนบริการสุขภาพ. นนทบุรี: บริษัทไซเบอร์เพรสจำกัด; 2547.
5. เพ็ญแข ลากยั้ง, จิราพร ชิดดี, อัมพร เดชพิทักษ์. ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2551. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2552;18:674-84.
6. วราภรณ์ อินทร์พงษ์พันธุ์, เพ็ญแข ลากยั้ง. ประสิทธิภาพของคลินิกทันตกรรมนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลท่าม่วง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2557;8:103-9.
7. กรมบัญชีกลาง. หลักเกณฑ์การคำนวณค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ถาวรสำหรับหน่วยงานภาครัฐ. หนังสือที่ กค0423.3/ว238 ลงวันที่ 9 กันยายน 2557.
8. วิวัฒน์ ธาราสมบัติ. ต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของบริการทันตกรรมโรงพยาบาลบางกรวย ปีงบประมาณ 2556. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2558;20:9-18.
9. อัสมา เขียมอริคม. ประสิทธิภาพคลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2558;20:52-9.
10. กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554 (ฉบับที่ 8) และ (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2556. หนังสือด่วนที่สุด ที่ สธ0201.042.4/ว 295 ลงวันที่ 9 เม.ย. 2556.
11. เพ็ญแข ลากยั้ง, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556;22:1080-90.
12. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. สรุปผลการระดมความคิดเห็นเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดและหลักการปรับปรุงอัตราค่าบริการสาธารณสุขภายใต้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการปี 2556 ครั้งที่ 1. วันที่ 13 กันยายน 2556 ณ ห้องประชุมอาคารวิทยาลัยพยาบาล ชั้น 5 สถาบันบำราศนราดูร.

Efficiency of Dental Services at Lamduan Hospital Surin Province in Fiscal Year 2014

Asda Pradoemdee* *M.Sc. (Periodontology)*

Abstract

This descriptive study analyzed the efficiency of dental services at Lamduan hospital Surin province. Efficiency indices in this study were the unit cost and cost recovery ratio that analyzed only direct cost. The secondary database was from cost-project program in fiscal year 2014. The result showed the unit cost was 476.26 baht per visit and the cost recovery ratio was 59.26%.

Keywords : *Efficiency, Unit cost, Cost recovery ratio, Dental services*

* Dental Public Health Department, Lamduan Hospital, Surin Province

การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2557

อมราภรณ์ สุพรรณวิวัฒน์* ส.บ., บธ.ม.
สุณี วงศ์คงคาเทพ** ท.บ., ส.ม., อบ. (ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปี 2557 ใน 3 ด้านคือ 1) รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. 2) งบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. และ 3) ศักยภาพของรพ.สต./ศสม. และทันตภิบาลในการจัดบริการสุขภาพช่องปากโดยเก็บข้อมูล 2 ส่วนคือ คือ 1) การวิเคราะห์ผลงานการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. รายเขตและจังหวัด จากเอกสารรายงานผลการตรวจราชการรายจังหวัดปี 2557 ของสำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและ ข้อมูลจาก 43 แห่ง 2) การสำรวจเชิงปริมาณด้วยแบบสำรวจความคิดเห็นที่พัฒนาขึ้นเฉพาะการวิจัยนี้จำนวน 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสำรวจความคิดเห็นของทันตแพทย์โรงพยาบาล และ ชุดที่ 2 แบบสำรวจความคิดเห็นของทันตภิบาลในรพ.สต. ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 58.3 ของ รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากสัปดาห์ละ 1 วัน ร้อยละ 38.6 มีผลงานบริการตามเกณฑ์ 200 ครั้งต่อ 1,000 ประชากร งบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. ไม่เพียงพอ ทันตภิบาล รพ.สต. ประเมินศักยภาพตนเองในการจัดบริการได้ดีเกินกว่าร้อยละ 60.0 คือ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและการทาฟลูออไรด์วารินิซเด็กกลุ่มเสี่ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมส่วนปัญหาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. คือ ระเบียบการใช้เงินยุ่งยาก จำนวนทันตภิบาลไม่เพียงพอขาดผู้ช่วยงานทันตกรรม ปัญหาการลงข้อมูลผลงานในระบบ 43 แห่ง ผู้ปกครองไม่ร่วมมือในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก เครือข่ายไม่ร่วมมือในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพในพื้นที่ ค่าตอบแทนทันตภิบาลน้อยไม่สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและ แนวทางจัดสรรค่าตอบแทนแก่ทันตภิบาลไม่เหมือนกันในแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ : การจัดบริการสุขภาพช่องปาก, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

* สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

** สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ประเทศไทยมีพัฒนาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมการพัฒนากระบวนการสาธารณสุขมาเป็นเวลานาน ทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีและขยายเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุขต่อมาในปี พ.ศ.2521 มีการนำแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นยุทธศาสตร์หลักในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเพื่อบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” โดยอาศัยหลักความเสมอภาคการมีส่วนร่วมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมการให้ความสำคัญกับการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมอื่นๆ มีการปรับยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังในปี พ.ศ.2529 ภายใต้อาณัติ “กฎบัตรออกตราว่า” ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ และยุทธศาสตร์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการคือการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับระบบบริการสาธารณสุข¹

พ.ศ.2525 กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุงานทันตสาธารณสุขเพิ่มเป็นองค์ประกอบหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน² เพื่อให้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องและสนองต่อนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขได้พัฒนาโครงการที่สำคัญคือกองทุนแปรงสีฟัน-ยาสีฟันที่สอดคล้องกับกองทุนยาและเวชภัณฑ์ ที่เป็นโครงสร้างทางสาธารณสุขมูลฐานที่เด่นชัดในขณะนั้นโครงการทันตสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ทสสม. 1) โดยอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนามัย (สอ.) ให้สามารถตรวจวินิจฉัยบรรเทาโรคเหงือกและฟันเบื้องต้นได้รวมทั้งเพิ่มขีดความสามารถเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการขูดหินน้ำลายภายใต้ชื่อโครงการทันตสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ทสสม. 2)

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรี ให้ดำเนินการโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย (ทสอ.) ระหว่าง พ.ศ.2535-2544 กำหนดให้ สอ.ขนาดใหญ่ทุกแห่งมีทันตภิบาล 1 คน³ สอ.ขนาดใหญ่⁴ คือ สอ.ที่พัฒนาจากสอ.ทั่วไปมีความสามารถและมาตรฐานการปฏิบัติงานบางอย่างสูงกว่าสอ.ทั่วไป เช่น งานบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน ทำหน้าที่เป็นสอ.พี่เลี้ยง สนับสนุนสอ.ทั่วไปทั้งการส่งต่อผู้ป่วย การบริหาร และวิชาการ มีกรอบอัตรากำลัง อาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์

มากกว่าสอ.ทั่วไป โดยคัดเลือกจากสอ.ที่เป็นศูนย์กลางของตำบลข้างเคียง หรือสอ.ที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล

ความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทว่าสอ./ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพและกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จึงมีนโยบายยกระดับ สอ.เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อ “สร้างสุขภาพ” และบริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีการกำหนดให้จัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยยึดหลักการการดูแลแบบองค์รวม ตั้งแต่การประเมินสภาพ (Assessment) รอบด้าน ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ทั้งกาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากต้องสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ ผสมผสานกับงานสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน ทันตกรรมบำบัด และการฟื้นฟูสภาพในช่องปาก และต้องตอบสนองปัญหาของพื้นที่ด้วย

ปี 2556กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายการบริการสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก โดยมีการให้บริการใน 2 ลักษณะ คือมีทันตบุคลากรให้บริการแบบประจำ และการให้บริการหมุนเวียนในรูปแบบหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในสถานบริการคือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (ศสม.) 228 แห่งและรพ.สต. 9,762 แห่ง เป็นเป้าหมายของปี 2557

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปี 2557 ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกมอ.นามัย (Ref.no. 62/2557)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.ปี 2557 ใน 3 ด้านคือ 1) รูปแบบการจัดบริการช่องปากในรพ.สต. 2) งบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.และ 3) ศักยภาพของรพ.สต./ศสม.และทันตภิบาลในการจัดบริการสุขภาพช่องปากผลที่ได้จะนำไปพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.ที่เหมาะสม และพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรใน รพ.สต.

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูล 2 ส่วนคือ 1) การ

วิเคราะห์ผลงานการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. รายเขตและจังหวัด จากเอกสารรายงานผลการตรวจราชการรายจังหวัดปี 2557 ของสำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและ ข้อมูลจาก 43 แห่ง

2) การสำรวจเชิงปริมาณด้วยแบบสำรวจความคิดเห็นที่พัฒนาขึ้นเฉพาะการวิจัยนี้จำนวน 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสำรวจความคิดเห็นของทันตแพทย์โรงพยาบาล และชุดที่ 2 แบบสำรวจความคิดเห็นของทันตภิบาลในรพ.สต. เนื้อหาประกอบด้วย 1) รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. 2) ศักยภาพของรพ.สต./ศสม.ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากเทียบกับมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข 7 หมวด 37 กิจกรรม 3) ศักยภาพของรพ.สต.ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข 4) ศักยภาพของทันตภิบาลประจำรพ.สต.ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข 5) งบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.และ 6) ปัญหาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลที่ได้ คือ เอกสารรายงานผลการตรวจราชการรายจังหวัดปี 2557 ทั้งหมด 75 จังหวัด ข้อมูลจาก 43 แห่งจาก 70 จังหวัด ทันตแพทย์ในรพ.สต.แบบสอบถามกลับร้อยละ 18.5 (152 คน) ทันตภิบาลในรพ.สต.แบบสอบถามกลับร้อยละ 14.5 (290 คน)

2. รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.

2.1 ทุกจังหวัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด มีการทำแผนพัฒนาสุขภาพช่องปากที่บูรณาการในแผนสุขภาพระดับเขต จังหวัด และเครือข่ายบริการ มีระบบติดตามผลการดำเนินงานด้วยการนิเทศ และตามระบบรายงาน

2.2 การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ที่มีทันตภิบาลประจำ

มีรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตภิบาลประจำ 3,528 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 35.3 ของรพ.สต.ทั้งหมด (ข้อมูล ณ 31 ธ.ค. 2557) 30 จังหวัดมีสัดส่วนรพ.สต./ศสม. ที่ทันตภิบาลประจำมากกว่าร้อยละ 40.22 จังหวัด มีร้อยละ 30-40 และ 25 จังหวัด มีน้อยกว่าร้อยละ 30

ทันตภิบาลร้อยละ 60.0-89.4 มีความเห็นว่าเป็น 7 กิจกรรมบริการ (ยกเว้นการเยี่ยมบ้านและการออกหน่วยในรพ.สต.ลูกข่าย) เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของทันตภิบาลในรพ.สต.ที่มีทันตภิบาลประจำการเยี่ยมบ้านเป็นบริการร่วมดำเนินการระหว่างทันตภิบาลกับเจ้าหน้าที่อื่นๆในรพ.สต.ทันตภิบาลร้อยละ 48.1 ระบุว่าทันตภิบาลต้องออกหน่วยในรพ.สต.ลูกข่าย (ตารางที่ 1)

ทันตภิบาลร้อยละ 60.6 มีการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐานทุกวัน ร้อยละ 55.0 มีการส่งเสริมป้องกันใน ANC-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 79.4-90.7 มีการส่งเสริมป้องกันใน WCC การส่งเสริมป้องกันในชมรมผู้สูงอายุการส่งเสริมป้องกันในคลินิกโรคเรื้อรังการส่งเสริมป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและการส่งเสริมป้องกันในโรงเรียนประถม มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อเดือน (ตารางที่ 2)

2.3 การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาล

ตารางที่ 1 ความเห็นของทันตภิบาลประจำรพ.สต.ต่อการให้บริการสุขภาพช่องปากจำแนกตามกิจกรรมการให้บริการ
Table 1 Opinion of dental nurse at health promoting hospital on providing oral health service, by activity

กิจกรรมการให้บริการ	ไม่มี	ทันตบุคลากร หมุนเวียน	ทันตภิบาล	ทันตภิบาลและ เจ้าหน้าที่อื่น	รวม
ทันตกรรมพื้นฐาน	3.1	1.3	89.4	6.2	100.0
ส่งเสริมป้องกันใน ANC	6.9	0.0	74.4	18.8	100.0
ส่งเสริมป้องกันใน WCC	2.5	0.6	75.0	21.9	100.0
ส่งเสริมป้องกันในชมรมผู้สูงอายุ	5.6	0.6	60.0	33.8	100.0
ส่งเสริมป้องกันในคลินิกโรคเรื้อรัง	5.0	0.0	65.0	30.1	100.0
ส่งเสริมป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	3.1	0.0	71.3	25.6	100.0
ส่งเสริมป้องกันในโรงเรียนประถม	4.4	0.0	70.6	25.0	100.0
การเยี่ยมบ้าน	11.3	0.6	46.9	41.3	100.0
การออกหน่วยในรพ.สต.ลูกข่าย	28.8	8.8	48.1	14.4	100.0

ทันตแพทย์โรงพยาบาลประเมินการให้บริการสุขภาพช่องปากของรพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาลประจำว่า

(1) ทันตบุคลากร รพ.หมื่นเวียนให้บริการ คือ ทันตกรรมพื้นฐานร้อยละ 76.4 ส่งเสริมป้องกันในโรงเรียน ประถมร้อยละ 48.6 และ ส่งเสริมป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 46.0

(2) เจ้าหน้าที่อื่นในรพ.สต. ให้บริการ ได้แก่ ส่งเสริมป้องกันใน ANC ร้อยละ 43.4 ส่งเสริมป้องกันใน WCC ร้อยละ 42.1 การเยี่ยมบ้านร้อยละ 30.3 ส่งเสริมป้องกันในชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 28.9 และส่งเสริมป้องกันในคลินิกโรคเรื้อรังร้อยละ 25.0 (ตารางที่ 3)

3. ศักยภาพของรพ.สต./ศสม.ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากเทียบตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข 7 หมวด 37 กิจกรรม

ทันตแพทย์รพ.ประเมินศักยภาพของรพ.สต./ศสม. (1,836 แห่ง ใน 152 อำเภอ) ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากว่า (ตารางที่ 4) บริการที่รพ.สต./ศสม. จัดได้มากกว่าร้อยละ 80.0 มี 6 กิจกรรม คือ การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การกระตุ้นให้ศพด./รร.อนุบาลจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดี การส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา การให้ทันตสุขศึกษาแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา และ การกระตุ้นให้โรงเรียนประถมศึกษาจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก

บริการส่งเสริมป้องกันหมวด 1-5 ที่จัดได้น้อยกว่าร้อยละ 60.0 คือ การฝึกแปรงฟันในหญิงตั้งครรภ์ การฝึก

ตารางที่ 2 ความเห็นของทันตภิบาลประจำรพ.สต.ต่อความถี่การให้บริการสุขภาพช่องปากจำแนกตามกิจกรรมการให้บริการ
Table 2 Opinion of dental nurse at health promoting hospital on frequency of providing oral health service, by activity

กิจกรรมการให้บริการ	ไม่มี	ทุกวัน	1-3 วัน/สัปดาห์	>= 2 ครั้ง/เดือน	รวม
ทันตกรรมพื้นฐาน	0.6	60.6	32.5	6.3	100.0
ส่งเสริมป้องกันใน ANC	5.0	10.6	55.0	29.5	100.0
ส่งเสริมป้องกันใน WCC	0.6	4.4	14.4	80.7	100.0
ส่งเสริมป้องกันในชมรมผู้สูงอายุ	2.5	2.5	11.3	83.8	100.0
ส่งเสริมป้องกันในคลินิกโรคเรื้อรัง	2.5	1.9	16.3	79.4	100.0
ส่งเสริมป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	1.3	1.9	6.3	90.7	100.0
ส่งเสริมป้องกันในโรงเรียนประถม	3.1	1.3	8.1	87.6	100.0
การเยี่ยมบ้าน	10.0	3.1	24.4	62.6	100.0
การออกหน่วยในรพ.สต.ลูกข่าย	36.9	2.5	17.5	43.2	100.0

ตารางที่ 3 ความเห็นของทันตแพทย์รพ.ต่อการให้บริการสุขภาพช่องปากของรพ.สต.ที่ไม่มีทันตภิบาลประจำจำแนกตามกิจกรรมการให้บริการ
Table 3 Opinion of dentist on providing oral health service in health promoting hospital without full-time dental nurse, by activity

กิจกรรมการให้บริการ	ไม่มีบริการ	ทันตบุคลากร รพ.หมื่นเวียน	ทก.ในเครือข่าย หมุนเวียน	เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต.	รวม
ทันตกรรมพื้นฐาน	17.1	76.4	5.3	1.3	100.0
ส่งเสริมป้องกันใน ANC	18.4	18.4	19.7	43.4	100.0
ส่งเสริมป้องกันใน WCC	11.8	27.6	18.4	42.1	100.0
ส่งเสริมป้องกันในคลินิกโรคเรื้อรัง	26.3	26.3	22.4	25.0	100.0
ส่งเสริมป้องกันในชมรมผู้สูงอายุ	21.1	26.3	23.7	28.9	100.0
การเยี่ยมบ้าน	34.2	11.8	23.7	30.3	100.0
ส่งเสริมป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	17.1	46.0	25.0	11.8	100.0
ส่งเสริมป้องกันในโรงเรียนประถม	18.4	48.6	21.1	11.8	100.0

แปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติแก่ผู้ปกครองเด็กในคลินิกเด็กดี และการติดตามเยี่ยมบ้านเด็กในคลินิกเด็กดี

หมวด 6 การดำเนินการขับเคลื่อนและสนับสนุน การส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชนทำได้เพียงร้อยละ 46.0 หมวด 7.1 การเตรียมความพร้อมในการให้บริการจัดได้น้อยกว่าร้อยละ 60.0 มีอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทันตกรรมและเครื่องมือตามรายการที่กำหนดมีเพียงร้อยละ 46.4 หมวด 7.2 การจัดการบริการทันตกรรม มีเพียงการจัดการบริการพื้นฐานได้ร้อยละ 56.8

4. ศักยภาพของรพ.สต.ในการจัดการบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข

4.1 รพ.สต./ศสม. ทั้งหมด 9,998 แห่ง กว่าร้อยละ 60.0 สามารถจัดการบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข (14 กิจกรรมบริการ) ยกเว้น

3 กิจกรรม คือหญิงตั้งครรภ์ได้รับการขูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟันตามความจำเป็นหญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาหรือส่งต่อในรายที่จำเป็น และการเฝ้าระวังติดตามดูแลต่อเนื่องในเด็กกลุ่มเสี่ยงในคลินิกเด็กดี (ตารางที่ 5)

4.2 ร้อยละ 58.3 ของรพ.สต.จัดการบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข สัปดาห์ละ 1 วัน สูงกว่า 2 เท่าของผลดำเนินการในปี 2556 (ร้อยละ 27.7) รายละเอียดในรูปที่ 1

4.3 ร้อยละ 38.6 ของรพ.สต.มีการจัดการบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์เกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2557 ของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า 200 ครั้งต่อ 1,000 ประชากร รายละเอียดในรูปที่ 2

ตารางที่ 4 ความเห็นของทันตแพทย์พ.ต่อศักยภาพของรพ.สต./ศสม.ในการจัดการบริการสุขภาพช่องปากเทียบตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข 7 หมวด 37 กิจกรรม

Table 4 Opinion of dentist on health promoting hospitals' potential providing oral health service compared with the Ministry of Public Health standard 7 categories 37 activities

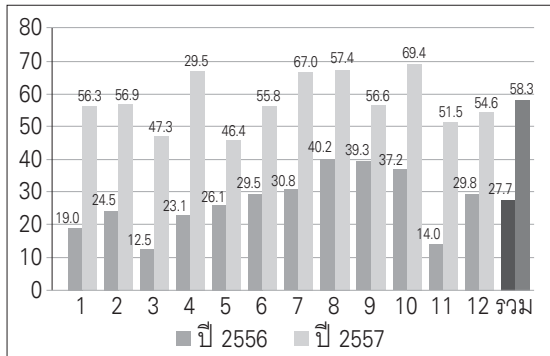
ศักยภาพของรพ.สต./ศสม.ในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก	จำนวนรพ.สต.ทำได้ ร้อยละ	
หมวดที่ 1 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์		
1.การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์	1,300	70.8
2.การตรวจสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษา	1,304	71.0
3.การฝึกแปรงฟัน	1,060	57.7
4.การบริการรักษาตามความจำเป็นหรือการส่งต่อ	1,186	64.6
5.การติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอด	1,176	64.1
หมวดที่ 2 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในคลินิกเด็กดี		
1. การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-2 ปี	1,374	74.8
2. การตรวจสุขภาพช่องปาก	1,432	78.0
3. การให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครอง	1,360	74.1
4. การฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติแก่ผู้ปกครองเด็ก	1,058	57.6
5. การบริการรักษาตามความจำเป็นหรือการส่งต่อ	1,180	64.3
6. การติดตามเยี่ยมบ้าน	1,070	58.3
7. การหาฟลูออไรด์วาร์นิชตามความจำเป็นของแต่ละพื้นที่	1,360	74.1
หมวดที่ 3 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล		
1. จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	1,486	80.9
2. การตรวจสุขภาพช่องปาก	1,432	78.0
3. การบริการรักษาตามความจำเป็นหรือการส่งต่อ	1,226	66.8
4. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	1,512	82.4
5. การให้ทันตสุขศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล	1,464	79.7
6. การกระตุ้นให้ศพด./รร.อนุบาลจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการที่เด็กจะมีสุขภาพช่องปากที่ดี	1,528	83.2
7. ประสานกับ อปท.เพื่อให้มีการสนับสนุนการส่งเสริมทันตสุขภาพในศพด./รร.อนุบาล	1,346	73.3

ศักยภาพของรพ.สต./ศสม.ในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก	จำนวนรพ.สต.ทำได้	ร้อยละ
หมวดที่ 4 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา		
1. ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากในกลุ่มนักเรียน	1,426	77.7
2. ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันเด็ก ป.1และป.6 หรือส่งต่อ	1,282	69.8
3. การบริการรักษาตามความจำเป็นหรือการส่งต่อ	1,284	69.9
4. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	1,502	81.8
5. การให้ทันตสุขภาพแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา	1,482	80.7
6. การกระตุ้นให้โรงเรียนประถมศึกษาจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก	1,486	80.9
7. ประสานกับ อปท.เพื่อให้มีการสนับสนุนการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา	1,170	63.7
หมวดที่ 5 บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ		
1. สำรวจและจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	1,378	75.1
2. ให้บริการส่งเสริม ป้องกันรักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากหรือส่งต่อผู้สูงอายุไปเพื่อส่งเสริมป้องกันรักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากที่โรงพยาบาลแม่ข่าย	1,276	69.5
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ	1,182	64.4
หมวดที่ 6 การสร้างการมีส่วนร่วมชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปาก		
1. การดำเนินการขับเคลื่อนและสนับสนุนการส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน	844	46.0
หมวดที่ 7.1 การเตรียมความพร้อมในการให้บริการ		
1. จัดให้มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานในรพ.สต.	964	52.5
2. จัดสถานที่เป็นสัดส่วนสะอาดปลอดภัยและมีพื้นที่บริการอย่างเพียงพอเหมาะสม	1,028	56.0
3. รพ.สต.มีอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทันตกรรมและเครื่องมือ ตามรายการที่กำหนด	852	46.4
4. มีการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อและระบบป้องกันการติดเชื้อ	1,076	58.6
หมวดที่ 7.2 การจัดการบริการทันตกรรม		
1. มีการจัดการบริการทันตกรรมด้านการรักษาระดับพื้นฐานตามขอบเขตความสามารถที่กระทรวงกำหนด	1,042	56.8
2. สามารถจัดการบริการทันตกรรมในกรณีอุบัติเหตุ หรือ มีระบบเครือข่ายส่งต่อ	1,180	64.3
3. มีการจัดการบริการทันตกรรมด้านการส่งเสริมป้องกันภายในหน่วยบริการและหรือในพื้นที่รับผิดชอบ	1,314	71.6

ตารางที่ 5 ร้อยละรพ.สต.ที่จัดบริการจำแนกตามมาตรฐาน 14 กิจกรรมบริการ

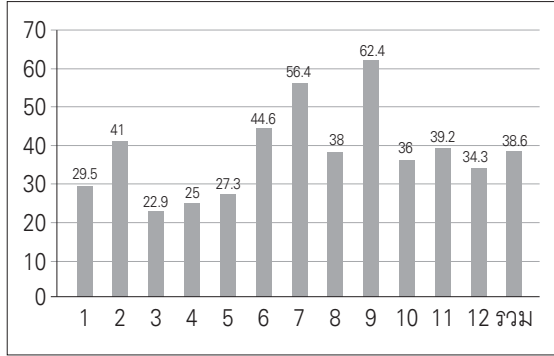
Table 5 Percentage of health promoting hospitals providing 14 activities of oral health service standard

มาตรฐานกิจกรรมบริการ	ร้อยละของรพ.สต.
1. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้ง	65.8
2. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการขูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟันตามความจำเป็น	50.1
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการรักษาหรือส่งต่อในรายที่จำเป็น	54.2
4. มีการให้แปรงสีฟันและยาสีฟันแก่เด็กในคลินิกเด็กดี	70.8
5. มีการตรวจช่องปาก และประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุของเด็กในคลินิกเด็กดี	67.3
6. พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในคลินิกเด็กดี	63.8
7. มีการเฝ้าระวัง ติดตามดูแลต่อเนื่องในเด็กกลุ่มเสี่ยงในคลินิกเด็กดี	59.2
8. เด็กกลุ่มเสี่ยงในคลินิกเด็กดีมีการทาฟลูออไรด์วาร์นิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	64.3
9. เด็กทุกคนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	72.1
10. เด็กกลุ่มเสี่ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	63.9
11. มีการตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาปีละ 1 ครั้ง	71.5
12. ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ที่ 1 แก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา	64.1
13. ให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษาตามความจำเป็น	67.0
14. มีการตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง	62.2



รูปที่ 1 ร้อยละ รพ.สต. ที่มีบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์สัปดาห์ละ 1 วันจำแนกตามเขตสุขภาพเปรียบเทียบปี 2556 และ 2557

Picture 1 Percentage of health promoting hospitals providing oral health service 1 day a week compare 2013 to 2014, by health service provider board office.



รูปที่ 2 ร้อยละรพ.สต. ที่มีบริการสุขภาพช่องปากมากกว่า 200 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรจำแนกตามเขตสุขภาพ

Picture 2 Percentage of health promoting hospitals providing oral health service more than 200 visits per 1,000 population, by health service provider board office.

5. ศักยภาพของทันตภิบาลประจำรพ.สต.ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากเทียบตามเกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข

ทันตภิบาลประเมินศักยภาพตนเอง (ตารางที่ 6) ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากเทียบตามเกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข (5 หมวด 14 กิจกรรม) ว่าบริการที่ทำได้ดีเกินกว่าร้อยละ 60.0 คือ บริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิชและการตรวจสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถม

บริการที่ทำได้เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 60.0 คือ

1. บริการในคลินิกฝากครรภ์ บริการการรักษาหรือส่งต่อในรายที่จำเป็น 2. บริการในคลินิกเด็กดี การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปร่งฟันแบบลงมือปฏิบัติ และมีระบบเฝ้าระวังติดตามดูแลต่อเนื่องในเด็กกลุ่มเสี่ยง 3. การตรวจสุขภาพช่องปากกลุ่มสูงอายุ

6. งบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.

ทันตแพทย์รพ.เพียงร้อยละ 26.3-31.6 และทันตภิบาลรพ.สต.ร้อยละ 34.0-40.0 ที่ระบุว่า งบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.เพียงพอ (ตารางที่ 7) โดยสรุปคือ งบประมาณไม่เพียงพอ

7. ปัญหาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต

ปัญหามากในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.(ตารางที่ 8) ที่ทั้งทันตแพทย์รพ.และทันตภิบาล

รพ.สต. เห็นตรงกัน คือ ระเบียบการใช้งบประมาณ จำนวนทันตภิบาลไม่เพียงพอ และขาดผู้ช่วยงานทันตกรรม

ทันตแพทย์รพ. มีปัญหามากในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.อีก 3 เรื่อง คือ การลงข้อมูลผลงานในระบบ 43 เพิ่มความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กและ ความร่วมมือของเครือข่าย/ชุมชน/ท้องถิ่นในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพในพื้นที่

ทันตภิบาลรพ.สต.มีปัญหามากในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.อีก 2 เรื่อง คือค่าตอบแทนน้อย ไม่สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และแนวทางจัดสรรค่าตอบแทนทันตภิบาลไม่เหมือนกันในแต่ละพื้นที่

บทวิจารณ์

ตั้งแต่ปี 2535 ได้มีการพัฒนาศักยภาพสถานีนามายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีขยายกรอบอัตราทันตภิบาลไปปฏิบัติที่สถานีอนามัยขนาดใหญ่⁵ อรพินท์ เค้าสงวนศิลป์ สุณี ผลดีเยี่ยม วรภรณ์ จิระพงษา กองทันตสาธารณสุข⁶ ได้ศึกษารูปแบบการจัดบริการทันตสาธารณสุขในสถานีนามายขนาดใหญ่จังหวัดสงขลาปี 2541 พบว่า มี 2 รูปแบบ คือ จัดให้มีทันตภิบาลประจำ และจัดให้ทันตภิบาลหมุนเวียนไปปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 1 วัน การศึกษานี้ปี 2557 ยังคงมีเกณฑ์ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วันแบบหมุนเวียนไปปฏิบัติงานได้

สุณี วงศ์คงคาเทพ และบุญเชื้อ ยงวานิชกร⁷ ได้ศึกษาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการ

ตารางที่ 6 ศักยภาพของทันตภิบาลประจำพ.สต. ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดปี 2557 ของกระทรวงสาธารณสุข

Table 6 Potential of full-time dental nurse at health promoting hospital on providing oral health service compared with the Ministry of Public Health 2014 indicator

ศักยภาพของทันตภิบาลประจำพ.สต.	ไม่ได้ทำ	ทำได้	ทำได้ดี	รวม
บริการการส่งเสริมป้องกันในคลินิกฝากครรภ์				
1. การตรวจสุขภาพช่องปาก	8.1	51.3	40.6	100.0
2. บริการชุดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน	7.5	58.1	34.4	100.0
3. บริการการรักษาหรือส่งต่อในรายที่จำเป็น	8.8	60.6	30.6	100.0
บริการส่งเสริมป้องกันในคลินิกเด็กดี				
1. การสนับสนุนให้แปรงฟันและยาสีฟัน	5.0	45.6	49.4	100.0
2. มีการตรวจช่องปากและประเมินความสะอาดและปัจจัยเสี่ยง	1.3	43.1	55.6	100.0
3. การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ	6.3	63.1	30.6	100.0
4. มีระบบเฝ้าระวังติดตาม ดูแลต่อเนื่องในเด็กกลุ่มเสี่ยง	10.6	65.6	23.8	100.0
5. เด็กที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วารินิช	3.8	38.1	58.1	100.0
บริการส่งเสริมป้องกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก				
1. เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	1.3	35.6	63.1	100.0
2. เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วารินิช	3.8	35.0	61.3	100.0
บริการส่งเสริมป้องกันในโรงเรียนประถมศึกษา				
1. การตรวจสุขภาพช่องปาก	1.3	31.3	67.5	100.0
2. ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน	1.9	40.6	57.5	100.0
3. การให้บริการทันตกรรม	2.5	48.8	48.8	100.0
บริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มสูงอายุ				
1. การตรวจสุขภาพช่องปาก	5.0	60.0	35.0	100.0

ตารางที่ 7 ร้อยละทันตบุคลากรที่เห็นว่างบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปากเพียงพอจำแนกตามประเภทบริการ

Table 7 Percentage of dental personnel who agree that providing budgets were adequate, by service category

ประเภทบริการในรพ.สต.	ทันตแพทย์รพ.	ทันตภิบาลรพ.สต.
การส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	31.6	40.0
การบริการทันตกรรม	26.3	34.0

ปฐมภูมิโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545 จำนวน 415 แห่งและศูนย์สุขภาพชุมชน 2,004 แห่ง พบว่าร้อยละ 44.2 ยังไม่มีการจัดบริการทันตกรรม และร้อยละ 36.7 มีทันตบุคลากรหมุนเวียนให้บริการเป็นบางวันร้อยละ 64.7 สามารถให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ส่วนบทบาทที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์คือ การผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากในงานคลินิกฝากครรภ์/คลินิกเด็กดี และการทำงานเชิงรุกในชุมชน การศึกษานี้ ปี 2557 เช่นกัน การดำเนินการขับเคลื่อนและสนับสนุนการส่งเสริมทันต

สุขภาพในชุมชนทำได้เพียงร้อยละ 46.0

สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ⁸ ได้การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิปี 2548 พบว่าร้อยละ 64.1 ไม่มีการจัดบริการทันตกรรมคือมีการจัดบริการร้อยละ 35.9 ซึ่งการศึกษานี้ ปี 2557 พบว่ามีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. สัปดาห์ละ 1 วันร้อยละ 58.3 แม้จะเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20.0 แต่ยังคงที่ชะงักงันบริการให้ครอบคลุมได้มากกว่านี้

ตารางที่ 8 ปัญหาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต

Table 8 Problems of oral health service providing at health promoting hospitals

ปัญหาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต	ทันตแพทย์รพ.	ทันตภิบาลรพ.สต.
ขาดข้อมูลที่บ่งชี้ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงสำคัญของตำบล	50	32.5
นโยบายทันตสาธารณสุขจากส่วนกลางไม่ชัดเจน	38.1	25.6
ขาดแนวทางบูรณาการส่งเสริมและป้องกันที่เป็นรูปธรรม	43.4	34.4
นโยบายเปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้แผนออกมาล่าช้าทำงานไม่ทัน	63.2	52.5
แผนอนุมัติดำเนินการล่าช้า	67.1	54.4
ระเบียบการใช้จ่ายเงินยุ่งยาก	79.0	65.0
จำนวนทันตภิบาลไม่เพียงพอ	76.3	67.6
ขาดผู้ช่วยงานทันตกรรม	85.6	72.5
ขีดความสามารถของทันตภิบาลไม่เพียงพอในงานรักษาทันตกรรม	42.1	35.6
ขีดความสามารถของทันตภิบาลไม่เพียงพอในงานส่งเสริมป้องกัน	31.6	15.6
ขีดความสามารถของทันตภิบาลไม่เพียงพอในงานบริการเชิงรุก	46.1	28.8
ได้รับมอบหมายให้ทำงานอื่นมากเช่นการเงินพัสดุ ฯลฯ	71.1	43.7
จำนวนยูนิตและครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่เพียงพอ	57.9	38.8
วัสดุทันตกรรมไม่เพียงพอ	21.1	39.4
ยูนิตและครุภัณฑ์ชำรุดหาช่างซ่อมได้ยาก	56.6	50.7
ห้องทันตกรรมให้บริการคับแคบไม่สะดวกในการให้บริการ	44.7	34.4
ขาดสื่อเผยแพร่ให้ความรู้	34.2	44.4
จำนวนผู้รับบริการมากทำให้ไม่มีเวลาในการให้บริการส่งเสริมป้องกัน	61.9	40.7
การลงข้อมูลผลงานในระบบ 43 แฟ้ม	82.9	50.0
ความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก	88.2	58.1
ความร่วมมือของเครือข่าย/ชุมชน/ท้องถิ่นในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพ	77.6	50.0
ผู้บริหารไม่เข้าใจในขั้นตอนการทำงานทันตสาธารณสุข	0.0	43.7
รพ.สต. ไม่มีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณ (โอนลง CUP)	0.0	58.8
คำตอบแทนน้อยไม่สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.0	76.9
แนวทางจัดสรรคำตอบแทนทันตภิบาลไม่เหมือนกันในแต่ละพื้นที่	0.0	64.4

การศึกษานี้พบปัญหาว่า วัสดุทันตกรรมไม่พอเพียง ครุภัณฑ์ (ยูนิต) ชำรุดหาช่างซ่อมยากหากได้รับการสนับสนุนจากรพ. โดยเพิ่มงบประมาณได้อาจขยายบริการให้ครอบคลุมได้มากขึ้น

การศึกษานี้พบว่า ปัญหาในการทำงานที่มากที่ทั้งทันตแพทย์รพ.และทันตภิบาลรพ.สต. เห็นตรงกัน คือ ระเบียบการใช้จ่ายเงินยุ่งยากควรมีการพัฒนาศักยภาพของทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลในเรื่องการบริหารจัดการโดยเฉพาะเรื่องการเงิน

ทันตแพทย์รพ.มีปัญหาเรื่อง คือ การลงข้อมูลผลงานในระบบ 43 แฟ้มควรมีการอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจสามารถลงและใช้ข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม และพัฒนาต่อในชุดข้อมูลสุขภาพช่องปากระดับรพ.สต./ศสม.ผ่านระบบ

Health Data Centers (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อชี้ทิศการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ต่อไป

ส่วนปัญหาความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กและ ความร่วมมือของเครือข่าย/ชุมชน/ท้องถิ่นในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพในพื้นที่ควรเพิ่มศักยภาพของทันตแพทย์และทันตภิบาลในด้านนี้ ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนาาร่วมกับพื้นที่

ทันตภิบาลรพ.สต.มีปัญหาใน 2 เรื่อง คือ คำตอบแทนน้อยไม่สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและแนวทางจัดสรรคำตอบแทนทันตภิบาลไม่เหมือนกันในแต่ละพื้นที่ ผู้บริหารในระดับพื้นที่หรือระดับเขต ควรรับรู้ปัญหานี้ และช่วยดำเนินการแก้ไขให้ผู้ทำงานมีขวัญกำลังใจมากขึ้น

ปัญหาอีกเรื่อง ที่ทั้งทันตแพทย์รพ.และทันตภิบาลรพ.สต. เห็นตรงกัน คือ ขาดผู้ช่วยงานทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิศักดิ์ องค์ศิริมงคล และคณะ⁹ ที่ระบุปัญหาอุปสรรคสำคัญในการปฏิบัติงานของทันตภิบาลในศูนย์สุขภาพชุมชนคือ ขาดผู้ช่วยทันตแพทย์ ปัญหานี้ ควรได้รับการพิจารณาแก้ไขระดับกระทรวงว่า จะสามารถมีแนวทางทำอะไรได้บ้าง เพื่อประชาชนจะได้รับบริการสุขภาพช่องปากได้เท่าเทียมกันมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ควรขยายบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ให้ครอบคลุมมากขึ้นเพื่อความเป็นธรรมในการรับบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน
2. ควรเพิ่มงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.และบริหารจัดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในรพ.สต.ให้เกิดคุณค่าและประโยชน์สูงสุด
3. ควรเพิ่มศักยภาพของทันตแพทย์และทันตภิบาลในด้านการทำงานร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแล

สุขภาพช่องปากของเด็กและ ความร่วมมือของเครือข่าย/ชุมชน/ท้องถิ่นในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพในพื้นที่ ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับพื้นที่

4. ควรมีการอบรมโดยเฉพาะทันตบุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เข้าใจเพิ่มเติมให้สามารถลงและใช้ข้อมูลในระบบ 43 เพิ่มและพัฒนาต่อในชุดข้อมูลสุขภาพช่องปากระดับรพ.สต./ศสม.ผ่านระบบ Health Data Centers (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อชี้ทิศการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่อนุเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการตรวจราชการรายจังหวัดปี 2557 และคณะกรรมการพัฒนาวิชาการ กรมอนามัยที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณทันตแพทย์ในโรงพยาบาล และทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจเชิงปริมาณ

เอกสารอ้างอิง

1. สุรเกียรติ์ อาชานานภาพ. 2541. วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529). (เอกสารโรเนียว).
3. โครงการทศวรรษ แห่งการพัฒนาสถานีนามัย เอกสารในการสัมมนา เรื่อง การนำเสนอรายงานการประเมินผลเบื้องต้น โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนามัย ณ โรงแรมแอมบาสเดอร์ซิตี้ จังหวัดชลบุรี 2-3 กรกฎาคม 2539.
4. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในสถานีนามัยขนาดใหญ่. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กทม. 2540.
5. กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาศักยภาพ สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เมษายน 2540 (เอกสารโรเนียว).
6. อรพินท์ คำสงวนศิลป์ สุณี ผลดีเยี่ยม วราภรณ์ จิระพงษา. รูปแบบการจัดบริการทันตสาธารณสุขในสถานีนามัยขนาดใหญ่จังหวัดสงขลา ปี 2541(เอกสารโรเนียว).
7. สุณี วงศ์คงคาเทพ, บุญเอื้อ ยงวานิชกร.การจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12: 645-658.
8. สุณี วงศ์คงคาเทพ, วราภรณ์ จิระพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, ชนิษฐ์รัตนรังสิมา การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2548. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 14: 840- 854.
9. พิศศักดิ์ องค์ศิริมงคล, สุณี วงศ์คงคาเทพ, สาลิกา เมธนวิน, อลิสา ศิริเวชสุนทร. การกระจายทันตภิบาลไทยและภาระงานที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชน พ.ศ. 2540. วารสารระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค. 2550.

Oral health services at health promoting hospitals in 2014

Ammaraporn Suphanwiwat* B.P.A., M.B.A.

Sunee Wongkongkathep** D.D.S., M.P.H., Diplomate (Thai Board of Dental Public Health)

Abstract

This study aimed to study the oral health services at health promoting hospitals in 2014 in 3 aspects: 1) models of oral health promotion services at health promoting hospitals 2) expenditure of oral health services at health promoting hospitals; and 3) competency of health promoting hospitals and dental nurse in providing oral health services. Data were collected from 2 parts: 1) analysis of oral health services in health promoting hospitals, by health service provider board office and provincial zone, from the annual report of the bureau of inspection and evaluation under the Ministry of public health in 2014 and data from 43 files report; and 2) quantitative study by using 2 sets of custom questionnaires, for dentist and for dental nurse working in health promoting hospitals. The results showed 58.3 per cent of health promoting hospitals provide oral health service 1 day a week, 38.6 per cent could reach the standard of service which is 200 visits per 1,000 population. There was an inadequate financial support for providing oral health service in health promoting hospitals. More than 60 per cent of dental nurses in health promoting hospitals perceived their competency as 'good' for oral health examination, and fluoride varnish application in child care centre; and oral health examination in primary school students. The problems of oral health service in the health promoting hospitals were complicated financial regulation, inadequate dental nurses, lack of dental assistants, problem of 43 files data recording, parents' co-operation in oral health care, network co-operation in dental health problem solving, low incentive compensation for dental nurse; and allocation pattern of compensation was different by each area.

Key words : *oral health services, health promoting hospital*

*Bureau of dental health, department of health, MOPH.

**Bureau of dental health, department of health, MOPH.

พัฒนาการการทำงาน
ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
ในโรงเรียนประถมศึกษา
ตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย ของอำเภอจอมพระ
จังหวัดสุรินทร์

จินดา พรหมทา* ท.บ. , ส.ม. (ทันตสาธารณสุข)

บทกัตย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพัฒนาการการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษา ตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ตั้งแต่ปี 2550-2558 เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องแบบประเมินผลตนเองของแต่ละโรงเรียน แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริหารของเด็ก รายงานงบประมาณจากหน่วยงานสาธารณสุข แบบบันทึกองค์การบริหารส่วนตำบลเรื่องการจัดสรรงบประมาณส่วนท้องถิ่น แบบบันทึกกิจกรรมการแปรงฟันในโรงเรียน การควบคุมการจำหน่ายขนมและเครื่องดื่มในโรงเรียน ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ผลการศึกษาพบว่า โครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานและโรงเรียนคู่หูส่งเสริมทันตสุขภาพปี 2550-2551 มี 18 โรงเรียนจากทั้งหมด 41 โรงเรียนสมัครเข้าร่วม สมาชิกเครือข่ายไปศึกษาดูงาน ได้รับการพัฒนาศักยภาพและทำกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพร่วมกันตามความต้องการของเครือข่าย ต่อมาโครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดีระดับอำเภอปี 2552-2553 และระดับตำบลปี 2554-2558 สร้างแรงจูงใจให้โรงเรียนพัฒนาโครงการในพื้นที่โดยการจัดการความรู้ มีสมาชิกครบทุกโรงเรียน แบ่งเครือข่ายให้เล็กลงเป็นเครือข่ายระดับตำบลครบทั้ง 9 ตำบล มีกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่ดีขึ้นคือ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบร้อยละ 95.1 โรงเรียนมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนเพิ่มขึ้น ร้อยละนักเรียนที่มีฟันแท้ผุลดลง ได้รับงบประมาณการจัดอบรมเพิ่มขึ้นทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุขและจากส่วนท้องถิ่น คือ กองทุนสุขภาพตำบล

คำสำคัญ : ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เครือข่ายส่งเสริมทันตสุขภาพ กองทุนสุขภาพตำบล โรงเรียนประถมศึกษา

* ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กเป็นปัญหาที่มีความสำคัญด้านสาธารณสุข จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดสุรินทร์ ปี 2546 เด็ก 12 ปี มีฟันแท้ผุร้อยละ 60.1 สูงกว่าการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติปี 2543-2544¹ เด็ก 12 ปี ฟันแท้ผุร้อยละ 57.3

จากการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ประสานงานโดยตรงกับโรงเรียนแต่ละแห่ง และการอบรมไม่ได้สอบถามความต้องการของครูอนามัย จึงทำให้ขาดความร่วมมืออย่างต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็ก การทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากโรงเรียนประถมศึกษา มีการประกวดโรงเรียนส่งเสริมทันตสุขภาพตั้งแต่ปี 2542 ต่อมาดำเนินโครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ปี 2546 และเป็นโครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดี² โครงการดังกล่าวเป็นการทำงานแบบเครือข่าย

จุฑารัตน์ รัตมีเหลืออ่อน³ พบว่า การดำเนินงานเครือข่ายเด็กไทยฟันดีทำให้เด็กมีสภาวะช่องปากดีขึ้นและมีการแปรงฟันดีขึ้น การบริโภคขนมกรุบกรอบเป็นประจำวันลดลง ครูอนามัยมีความสุขในการทำงาน มีเพื่อนครูมาร่วมคิดร่วมทำงาน ปัจจัยที่สำคัญคือ ต้องมีงบประมาณสนับสนุนต่อเนื่องทุกปี มีวัตถุประสงค์ร่วมที่ชัดเจน และต้องมีการดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่ต่อเนื่องชัดเจน จากการศึกษาี้ ควรขยายผลสู่การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนอย่างไร จึงทำให้เกิดความยั่งยืนในการทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชนต่อไป

ผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการทำงานในรูปแบบเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จึงศึกษาพัฒนาการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษาตามโครงการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ของอำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ว่ามีลักษณะการทำงานในรูปแบบเครือข่ายหรือไม่ อย่างไร และเกิดอะไรขึ้น เพื่อที่จะนำไปใช้ในการสร้างและพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มอายุต่างๆ ของอำเภอจอมพระ ให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2550-2558 คือ โครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานและโรงเรียนคู่หูส่งเสริมทันตสุขภาพ ปี 2550-2551 โครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ปี 2552-2553 และโครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดีระดับตำบล ตามโครงการตำบลฟันดี ปีงบประมาณ 2554-2558

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย บันทึกผลการเสวนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมเครือข่าย
2. แบบประเมินผลตนเองของแต่ละโรงเรียน เรื่องการเปลี่ยนแปลงของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
3. แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมกรบริโภคของเด็ก จัดเก็บข้อมูลโดยครูอนามัย ในปีการศึกษา 2552
4. รายงานงบประมาณจากหน่วยงานสาธารณสุข ปี 2550-2558
5. แบบบันทึกองค์การบริหารส่วนตำบล เรื่อง การจัดสรรงบประมาณส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับตำบล ปีงบประมาณ 2550-2558
6. แบบบันทึกกิจกรรมการแปรงฟันในโรงเรียน การควบคุมการจำหน่ายขนมและเครื่องดื่มในโรงเรียน ปี 2550-2558
7. ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ตรวจโดยครูอนามัย ปี 2550-2552
8. ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ตรวจโดยทันตบุคลากร ปี 2553-2558

ผลการศึกษา

1. โครงการเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานและโรงเรียนคู่หูส่งเสริมทันตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2550-2551

1.1 เปิดรับสมัครครูอนามัยเมื่อวันที่ 18 พ.ค. 2550 มีครูอนามัยสมัครใจเข้าร่วม 18 คน จาก 18 โรงเรียน เหตุผลคือ เพื่อนชักชวน (12 คน) รักการทำงานส่งเสริมสุขภาพ (4 คน) อยากไปดูงาน (2 คน)

1.2 การศึกษาดูงาน ครูอนามัย 18 คน ไปโรงเรียนบ้านเกาะแก้วและโรงเรียนเทศบาล 2 ซึ่งเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพดีเด่นของจังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 18 ก.ย. 2550 ผลคือ ครูอนามัย เกิดภาพฝันในการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ต้องการผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีมในโรงเรียนที่เข้มแข็ง เพื่อสนับสนุนการทำงานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

1.3 การประชุมเมื่อวันที่ 8 ต.ค. 2550 ครูอนามัย 18 คน ร่วมกันวิเคราะห์ พบว่า จุดแข็งของครูอนามัย คือ ชุมชนให้ความร่วมมือ มีการสื่อสารในชุมชน ครูมีความรู้มากเพราะได้รับอบรม และนักเรียนเชื่อฟังครู ส่วนจุดอ่อนของครูอนามัย คือ ขาดความรู้วิชาการ ขาดทักษะในการ

ทำงาน ชาติความร่วมมือในการพัฒนางานจากทีมงานในโรงเรียน และขาดทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรม แล้วร่วมกันจัดลำดับการพัฒนา คือ สร้างทีมงานในโรงเรียน ทำให้ผู้บริหารและเพื่อนครูเห็นความสำคัญ สร้างความสัมพันธ์กับชุมชน และขอสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

1.4 การสร้างทีมงานในโรงเรียน ได้จัดสัมมนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการจัดโภชนาการที่เหมาะสม และการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน เมื่อวันที่ 6 พ.ย. 2550 ผู้เข้าร่วมคือ ครูอนามัย 18 คน ผู้บริหาร 12 คน ครูโภชนาการ 18 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และ ทันตบุคลากร 3 คน ผลที่ได้ คือ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติวางแผนการปรับปรุงโภชนาการในโรงเรียน และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในแต่ละโรงเรียน

1.5 พัฒนาความรู้และทักษะครูอนามัยทั้ง 18 คน 3 ครั้ง คือ วันที่ 30 พ.ย. 2550 เรื่อง ทักษะการแปรงฟัน อานฉลากและเลือกอาหาร วันที่ 27-28 ส.ค. 2551 เรื่อง การทำสื่อการเรียนการสอนงานสร้างเสริมสุขภาพ และวันที่ 3-4 ก.ค. 2551 เรื่อง การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย ทุกคนพึงพอใจ ประทับใจรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่สนุกสนาน และรู้สึกมีแนวร่วม เสริมกำลังใจในการทำงาน ส่วนผลจากแบบสอบถาม คือ ทุกโรงเรียนได้นำความรู้เรื่องทักษะการแปรงฟันใช้สอนเด็กนักเรียน นำความรู้ทั้ง 4 เรื่องไปใช้สอนนักเรียน (10 โรงเรียน) สอนนักเรียนเรื่อง สารปนเปื้อนและสุขภาพอาหาร (8 โรงเรียน) ทุกโรงเรียนยกเว้น 1 โรงเรียนที่ไม่ได้นำการผลิตสื่อการสอนไปสอนนักเรียนเลย เพราะไม่มีทีมงาน มี 5 โรงเรียนที่ยังไม่ได้จัดระบบการแปรงฟันในโรงเรียน เพราะไม่มีทีมงาน เรื่องที่ครูอนามัยไม่มั่นใจในการสอนและคิดว่ายากที่สุดคือการอ่านฉลากอาหาร การคิดปริมาณน้ำตาล และการเลือกอาหารที่เหมาะสม

1.6 การร่วมดำเนินการของเครือข่าย

1.6.1 อบรมผู้นำนักเรียน ช่วง มิ.ย. 2551 ครูอนามัย 18 คนร่วมกันกำหนดคุณสมบัติผู้นำนักเรียนที่ต้องการ ได้ดังนี้ 1) แปรงฟันสะอาด 2) คุ่มเด็กในโรงเรียนให้แปรงฟันได้ 3) มีความรู้ในการเลือกขนมรับประทาน และสอนเพื่อนได้ จัดอบรมผู้นำนักเรียนด้านทันตสุขภาพ 90 คน จาก 18 โรงเรียน โดยแบ่งทีมทำงาน 4 ทีม คือ ทีมอำนวยความสะดวกกลาง ทีมความรู้วิชาการสอนความรู้ในช่องปาก ทีมพัฒนาทักษะการแปรงฟัน และทีมโภชนาการสอนเน้นเรื่องอ่านฉลากอาหาร ภาควิทยาให้

นักเรียนผลิตสื่อ เพื่อใช้รณรงค์ในโรงเรียน ผลการทบทวนหลังทำกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่สนุกและทำได้ดี คือ การให้เด็กๆ ผลิตสื่อแสดงละคร เพื่อเด็กได้นำไปใช้ในโรงเรียน สิ่งที่ต้องพัฒนา คือ การสอนแปรงฟัน ครูอนามัยรู้สึกดีใจในการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ ครูอนามัยยังแบ่งทีมการทำงาน เพื่อจัดกิจกรรมการประกวดแปรงฟันในโรงเรียน

1.6.2 ไปร่วมงานมหกรรมคนอ่อนหวาน จังหวัดสุรินทร์ วันที่ 4 ธ.ค. 2551 ครูอนามัยและนักเรียนจาก 18 โรงเรียน ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การนำเสนอ นิทรรศการผลงานงานเครือข่ายฯ และชบวนพาเหรดแฟนซีอ่อนหวานและกิจกรรมต่างๆ หลายกิจกรรม ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความสามัคคีในเครือข่ายมากขึ้น

1.6.3 จัดกิจกรรมโรงเรียนคู่หูส่งเสริมทันตสุขภาพ 9 ครั้ง (9 คู่หู) ในช่วง ก.ค.-ส.ค. 2551 ครูอนามัยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมสร้างกระแสในชุมชน เรื่อง การดูแลสุขภาพเด็ก การควบคุมการบริโภคขนม และเครื่องดื่มรสหวานในกลุ่มเด็ก โดยการจัดเสวนาร่วมกับนิทรรศการ ผลที่เกิดขึ้น เป็นการสร้างกระแสในชุมชนมีผลต่อเนื่อง เช่น ผู้นำชุมชนไปจัดนิทรรศการในร้านค้าหมู่บ้านและรณรงค์นำดื่มสมุนไพรแทนน้ำอัดลม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 2 ตำบล จัดดื่ม น้ำอัดลมในงานเลี้ยงและงานอบรม เพื่อเป็นตัวอย่างประธานผู้สูงอายุ 1 ตำบล นำเรื่องน้ำอัดลมไปขยายผลต่อในชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รณรงค์เรื่องขนมและเครื่องดื่มรสหวาน

1.6.4 ปัญหาจากการประกวดโรงเรียนคู่หูส่งเสริมทันตสุขภาพ พบปัญหาเรื่องการจับคู่โรงเรียน มีบางโรงเรียนที่ไม่มีโรงเรียนที่ต้องการจับคู่ด้วย โรงเรียนที่มีกิจกรรมโดดเด่นมักเป็นที่นิยม มีโรงเรียนที่ต้องการจับคู่ด้วยเป็นจำนวนมาก การจับคู่บางโรงเรียนจึงไม่ได้เป็นการกระตุ้นให้เกิดการดำเนินกิจกรรมที่ดีขึ้น

ส่วนการดำเนินการกิจกรรมในชุมชนร่วมกันของโรงเรียนคู่หูพบปัญหา 3 ข้อ คือ 1. ความห่างของระยะทาง 2. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. 3. การบริหารทรัพยากรเพื่อผลักดันกิจกรรมในสถานศึกษา ซึ่งข้อนี้ แก้ไขได้จากการมีกองทุนสุขภาพตำบล ทำให้เครือข่ายมีงบประมาณในการทำงาน

2. โครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ปีงบประมาณ 2552-2553

2.1 เปิดรับสมัครครูอนามัยเพิ่ม วันที่ 6 ธ.ค. 2551 ได้ครูอนามัยเพิ่มขึ้นอีก 9 คน รวมเป็น 27 คนจาก 27 โรงเรียน

สาเหตุที่เข้าร่วม คือ เพื่อนชวนให้สมัคร (6 โรงเรียน) และผู้บริหารให้สมัคร (3 โรงเรียน)

2.2 จัดอบรมครูอนามัย 27 คน วันที่ 10 ส.ค. 2552 เพื่อฟื้นฟูความรู้การทำงานเครือข่ายฯ และความรู้เรื่อง การตรวจและดูแลสุขภาพช่องปาก โภชนาการ การจัดการ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพที่ดี ผลการอบรม เครือข่าย ได้จัดลำดับความต้องการจัดกิจกรรม คือ 1. สร้างทีม ทำงานในโรงเรียน โดยเพิ่มครูโภชนาการ แม่ครัวในโรงเรียน ผู้นำนักเรียน แม่ค้าในและนอกโรงเรียน 2. การจัดกิจกรรม ต่างๆ ให้เด็กนักเรียน

2.3 การร่วมดำเนินการของเครือข่าย

2.3.1 จัดกิจกรรมพัฒนาความรู้วิชาการด้าน สุขภาพ วันที่ 10-11 ต.ค. 2552 ผู้เข้าร่วม คือ ครูอนามัย 27 คน ครูโภชนาการ 27 คน แม่ครัว 27 คน แม่ค้าในโรงเรียน 20 คน ประเมินจากบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วมใน กิจกรรมเครือข่าย พบว่า มีการแบ่งทีมทำงานและแบ่ง ภารกิจหน้าที่ตามความชำนาญ เช่น ครูอนามัยเป็นผู้นำ การอภิปราย ครูโภชนาการสาธิตการทำอาหารเพื่อสุขภาพ การควบคุมการบริโภคอาหารในโรงเรียน สาธิตการเลือก ขนมหเพื่อจำหน่ายในโรงเรียน วิธีการทำอาหารเพื่อสุขภาพ แม่ครัวเป็นคนสอนเด็กนักเรียนทำอาหารในโรงเรียน ครู และทีมงานในโรงเรียนวางแผนกิจกรรมร่วมกันในโรงเรียน

2.3.2 จัดอบรมผู้นำนักเรียน วันที่ 13-14 พ.ย. 2552 (โครงการพี่ดูแลน้อง) 2 รุ่น 240 คน เครือข่ายครู อนามัยออกแบบกิจกรรม โดยวิเคราะห์จุดอ่อนของการ ทำงานปี 2551 นำมาพัฒนา ดังนี้ ให้มีการสอนและปฏิบัติ จริง ฝึกตรวจฟันเด็กอนุบาล ฝึกทักษะการซักถามและการ ให้คำแนะนำ ซักประวัติ นำข้อมูลมาร่วมกันวิเคราะห์ ผู้นำ นักเรียนเล่าเรื่องการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ ให้เพื่อนนักเรียนจากโรงเรียนอื่นๆฟัง

2.3.3 จัดงานรณรงค์ ช่วง ก.ค.-ธ.ค. 2552 เครือ ข่ายจัดประกวดแข่งฟัน ประทศสิทธิ์รณรงค์ เช่น ภาพพลิก Pop up พวงหรีดอาหารขยะ คำขวัญ และร่วมจัดมหกรรม รณรงค์รวมพลคนอ่อนหวาน จังหวัดสุรินทร์ โรงเรียนที่ ชนะการประกวดได้รับเลือกเป็น "คนต้นแบบ" การแข่งฟัน สะอาดของตำบล ติดป้ายประชาสัมพันธ์หน้าโรงเรียน และ มอบเกียรติบัตรในเวที ทำให้ครูในเครือข่ายทุกแห่งเกิด ความตื่นตัว สนใจกิจกรรมการประกวดการแข่งฟัน (ผล จากแบบสอบถาม) เครือข่ายอำเภอจอมพระได้รับรางวัล เครือข่ายดีเด่นด้านการจัดแสดงนิทรรศการนำเสนอผลงาน และขบวนพาเหรด

2.4 ถอดบทเรียนการทำงานเครือข่ายเด็กไทยฟันดี วันที่ 17-19 ม.ค. 2553 วิทยากรจากสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล งบประมาณจากสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้เข้าร่วม คือ ครู อนามัยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน 65 คน ใช้ กระบวนการสุนทรียสนทนา และการตั้งคำถาม ผลที่เกิดขึ้น คือ เกิดความสัมพันธ์ในกลุ่มแกนนำเครือข่ายฯ ในอำเภอ จอมพระ ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจมากและชอบบรรยากาศ ในการเรียนรู้ แต่ละตำบลวางแผนดำเนินการโดยใช้ กระบวนการ empowerment (การระดมความคิดเห็น การ ทบทวน การแนะนำ) เกิดเป็นโครงการในกลุ่มโรงเรียน ประถมศึกษา 5 ตำบล เป็นโครงการร่วมกันของโรงเรียน ประถมศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 ตำบล และมี 1 ตำบล เป็นโครงการจากการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

2.5 ครูอนามัย 27 คน ทำแบบประเมินตนเอง ช่วง มี.ค. 2553 พบว่า ครูอนามัย 23 โรงเรียนสนใจการลดการ บริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงในโรงเรียน จัด เป็นวาระเพื่อหาแนวทางแก้ไข จัดให้มีการเผยแพร่ความรู้ แก่เด็กนักเรียนและชุมชน คณะครูในโรงเรียนเป็นแบบ อย่างที่ดีในการบริโภคอาหาร ร่วมพัฒนากิจกรรมส่งเสริม ทันตสุขภาพ และ ผลิตรายการเพื่อร่วมรณรงค์ด้านอาหาร และมีเพียง 4 โรงเรียนที่ตอบว่า ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลง ที่ดีขึ้น

3. โครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีระดับตำบล ตามโครงการตำบลฟันดี ปีงบประมาณ 2554-2558

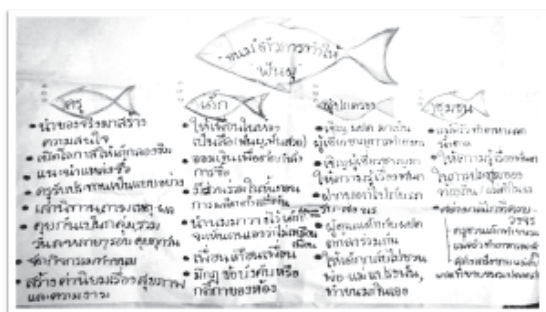
3.1 เปิดรับสมัครครูอนามัย วันที่ 13 ต.ค. 2553 ได้ ครูอนามัยเพิ่มอีก 7 คน รวมเป็น 35 คน จาก 35 โรงเรียน และประชุมประสานงานเพื่อให้เกิดเครือข่ายระดับตำบล ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. 11 คน ผู้บริหารโรงเรียน 35 คน ครูอนามัย 41 คน และ เจ้าหน้าที่ จากอบต. 11 คน ที่ประชุมเห็นศักยภาพของแกนนำเครือข่าย ครูอนามัยที่มีความตั้งใจในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพ และ ความจำเป็นที่ทุกคน จะต้องช่วยกันหนุนเสริมการทำงาน ของกลุ่มเครือข่ายครูอนามัย

จากการเปิดรับสมัครสมาชิกเครือข่ายใหม่ ทำให้ เครือข่ายมีขนาดใหญ่ พบปัญหาการสื่อสารและการหางบ ประมาณมาใช้ในการขับเคลื่อนกิจกรรม จึงต้องปรับแยก ให้เล็กลงเป็นเครือข่ายระดับตำบล

3.2 จัดเสวนาในระดับตำบล ช่วง พ.ย.-ธ.ค. 2553 จำนวน 9 ครั้ง 9 ตำบล เรื่อง เครือข่ายชุมชนส่งเสริมทันต สุขภาพ ลูกหลานฟันดี ใช้รูปแบบสภาภาพ และสุนทรีย

สนทนา ผู้เข้าร่วม คือ ครูอนามัยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องแต่ละตำบล ผลที่เกิดขึ้น คือ ผู้เข้าร่วมเห็นความเชื่อมโยงของการเลี้ยงดูเด็กกับปัญหาเยาวชนที่เกิด อยากให้มีการดูแลเด็กอย่างเป็นระบบ ชุมชนมีการช่วยเหลือกัน ปรับนัยของการดูแลสุขภาพให้แก่เด็ก ให้มีเวทีพูดคุยเพื่อการแก้ไขปัญหาเยาวชน ตัวแทน อบต.นำข้อมูลที่ได้ไปเขียนแผนพัฒนา เกิดผู้นำกลุ่มที่นำการเปลี่ยนแปลงหลายคน

3.3 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ครูอนามัยและภาคีเครือข่ายที่สมัครใจ 54 คน 3 ครั้ง ช่วง ส.ค.-พ.ย. 2554 เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ตามแนวทางการจัดการความรู้ ครั้งที่ 1 เตรียมพื้นฐานการจัดการความรู้ ครั้งที่ 2 แบ่งปันประสบการณ์การทำงาน เกิดชุดความรู้ 3 เรื่อง คือ การจัดการขนม (รูปที่ 1) การส่งเสริมให้เด็กกินผัก และการส่งเสริมการแปรงฟัน ครั้งที่ 3 นำเสนอผลงานในตลาดนัดความรู้ 20 โครงการ



รูปที่ 1 ชุดความรู้เรื่อง การจัดการขนม

FIG 1 Management of snacks consumption

3.4 เปิดรับสมัครครูอนามัยช่วง มี.ค. 2556 ได้ครูอนามัยเพิ่มอีก 6 คน รวมเป็น 41 คน 41 โรงเรียน (อำเภอจอมพระมีโรงเรียนประถมศึกษาทั้งหมด 41 โรงเรียน) จัดประชุมครูอนามัยประจำปี เพื่อปรับรูปแบบการทำงาน แยกรายตำบล ให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการทำงานในตำบล จากแบบประเมินตนเอง พบว่า ตำบลมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายฯ ค่อนข้างน้อย ยกเว้นตำบลที่มีพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ดี มีการบริหารจัดการที่ดี มีความทุ่มเทตั้งใจในการปฏิบัติงาน เช่น ตำบลหนองสนธิ ตำบลกลุ่มมะวี

3.5 ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างตำบลพันธุ์ดี ช่วง มิ.ย. 2556 จำนวน 9 ครั้ง 9 ตำบล เพื่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับตำบล ให้ตำบลวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่และเขียนโครงการระดับตำบล ผู้เข้าร่วม คือ ครูอนามัย

ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รพ.สต. ผู้บริหารโรงเรียน และ เจ้าหน้าที่ อบต.

3.7 จัดประชุมครูอนามัยประจำปี ช่วง มี.ค. 2557 เพื่อประเมินตนเองและปรับรูปแบบการทำงานแยกรายตำบล ให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการทำงานเครือข่ายโรงเรียนในแต่ละตำบล

3.8 ประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างตำบลพันธุ์ดี 9 ครั้ง 9 ตำบล ช่วง มิ.ย. 2557 เพื่อให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับตำบล ให้ตำบลวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่และเขียนโครงการระดับตำบล ผู้เข้าร่วม คือ ครูอนามัย ครูผู้ดูแลเด็ก อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รพ.สต. ผู้บริหารโรงเรียน และ เจ้าหน้าที่ อบต.

3.9 จัดประชุมครูอนามัยประจำปี ช่วง มี.ค. 2558 เพื่อประเมินตนเองและปรับรูปแบบการทำงานในช่วง 2 ปี ให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการทำงานในตำบล พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลดีขึ้น 8 ตำบล

4. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4.1 สมาชิกเครือข่ายเพิ่มจำนวนมากขึ้น ปี 2550 มีโรงเรียนเข้าร่วม 18 แห่ง เพิ่มเป็น 27 แห่งในปี 2551 และเพิ่มครบทุกแห่งในปี 2556 (ตารางที่ 1)

4.2 มีความหลากหลายของภาคีเครือข่าย ปี 2558 มีผู้เข้าร่วมหลากหลาย ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน ครูอนามัย กรรมการสถานศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนจากอบต. ผู้นำชุมชน นักเรียนและผู้ปกครอง

4.3 การเปลี่ยนแปลงในโรงเรียนและผู้เกี่ยวข้อง

4.3.1 พบว่า 15 โรงเรียนประเมินว่า นักเรียนสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และลดการบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากเกินไป

4.3.2 พบว่า 25 โรงเรียนจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการลดพฤติกรรมบริโภคน้ำตาลของเด็กนักเรียน

4.3.3 พบว่า 23 โรงเรียน คณะครูสามารถรวมกลุ่ม เพื่อพัฒนากิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียน

4.3.4 พบว่า 10 โรงเรียน ผู้ปกครองเลือกอาหารที่มีประโยชน์และลดการบริโภคน้ำตาลให้กับเด็กเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน

4.3.5 พบว่า 4 โรงเรียน ผู้นำชุมชนตระหนักในการดูแลร้านค้าในชุมชน ให้จำหน่ายอาหารที่มีประโยชน์ และลดการจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลมากเกินไป ตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือแบบมีส่วนร่วม กับภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการพึ่งพาตนเอง

ตารางที่ 1 จำนวนโรงเรียนและนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการเครือข่ายส่งเสริมทันตสุขภาพ ปี 2550-2558

Table 1 Numbers of schools and students which participated in oral health promotion network during 2007-2015

ปีการศึกษา	จำนวน		ตำบล								
	โรงเรียน	นักเรียน	บุแกรง	เมืองสิง	หนองสนธิ	จอมพระ	บ้านผือ	เป็นสุข	ลุ่มละวี	กระหาด	ชุมแสง
2550	18	2,425	1	2	2	3	4	2	2	1	1
2551-2	27	3,414	2	5	2	4	4	2	4	2	2
2553-5	35	4,456	4	5	2	5	4	4	4	3	4
2556-8	41	4,856	4	6	5	6	5	4	4	3	4
ทั้งอำเภอ	41	4,929	4	6	5	6	5	4	4	3	4

ตารางที่ 2 รูปแบบการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียน จำแนกตามปีการศึกษา

Table 2 Pattern of after lunch tooth brushing at school by education years

รูปแบบการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน	ร้อยละโรงเรียน		
	2556	2557	2558
1. ไม่มีการแปรงฟัน	9.7	2.4	0.0
2. ไม่มีระบบการแปรงฟัน ต่างคนต่างแปรง	26.8	14.6	4.9
3. มีระบบการแปรงฟัน			
3.1 แปรงพร้อมกันแต่ละชั้นเรียน	34.2	46.3	26.8
3.2 เข้าแถวรวมกัน แล้วแยกไปแปรง	9.8	14.6	7.3
3.3 แปรงพร้อมกันเป็นกลุ่ม/ชั้นเรียน โดยมีผู้ควบคุม	19.5	22.0	61.0

ด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพ

4.3.6 เกิดการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
 อย่างเป็นระบบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.5 ในปี 2556 เป็น
 ร้อยละ 95.1 ในปี 2558 (ตารางที่ 2)

4.3.7 โรงเรียนมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ
 การส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนเพิ่มขึ้น (รูปที่ 2)

4.4 สภาวะช่องปากนักเรียน

4.4.1 จากการตรวจของครูอนามัย ร้อยละ
 นักเรียนที่มีฟันแท้ของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ น้อย
 กว่าโรงเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ช่วงปี 2550-2552
 (รูปที่ 3)

4.4.2 จากการตรวจของทันตบุคลากร ร้อยละ
 นักเรียนที่มีฟันแท้ของโรงเรียนในแต่ละตำบลลดลงยกเว้น
 2 ตำบล ช่วงปี 2553-2554 และ 2556-2558 (รูปที่ 4)

5. การเปลี่ยนแปลงด้านงบประมาณการจัดอบรม

ปี 2550-2558 เงินงบประมาณการจัดอบรมเพิ่มขึ้น
 ทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุขและจากส่วนท้องถิ่นคือ
 กองทุนสุขภาพตำบล กิจกรรมการถอดบทเรียนและการ
 จัดการความรู้ (รูปที่ 5) ในปี 2552 และ 2554 ได้รับ

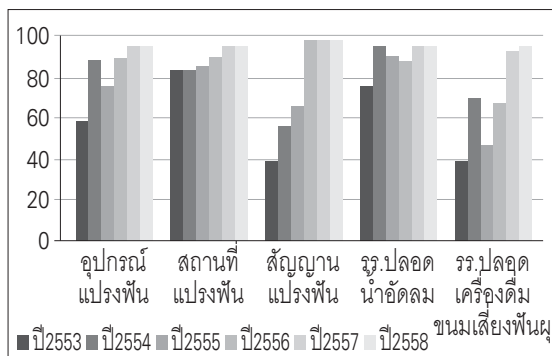
ประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
 สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

โครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดีระดับตำบล ตำบล
 ร้อยละ 88.9 (8 ใน 9 ตำบล) ได้รับงบประมาณสนับสนุน
 จากกองทุนสุขภาพตำบล

อภิปรายผล

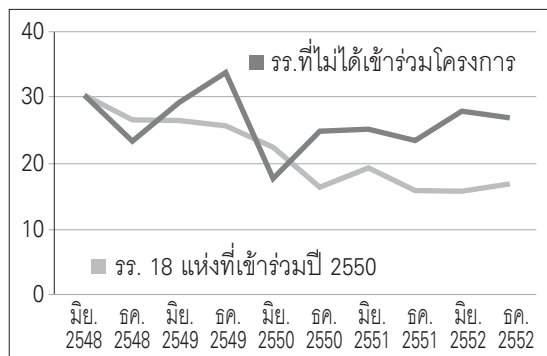
การทำงานเครือข่าย⁴⁻⁶ เป็นการบูรณาการความรู้
 มาขับเคลื่อน เพื่อแก้ปัญหาทันตสุขภาพ เป้าหมายเพื่อให้
 เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ในระยะแรกเน้นการปรับพื้นฐาน
 ความต้องการ ความเข้าใจที่ตรงกัน ให้เกิดการทำงานเป็น
 ทีม และผลักดันให้สมาชิกเครือข่ายดำเนินกิจกรรมต่างๆ
 ที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากเด็กร่วมกัน ทำให้เห็นประโยชน์
 ในการรวมเครือข่ายทำงานผลการดำเนินงานพบว่า นักเรียน
 มีฟันแท้ลดลง 7 ตำบลจากทั้งหมด 9 ตำบล (รูปที่ 4)

การดำเนินการกิจกรรมในชุมชนร่วมกันของ
 โรงเรียนคู่หูพบปัญหา 3 ข้อ คือ 1. ความห่างของระยะทาง
 2. การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. 3. การบริหาร
 ทรัพยากรเพื่อผลักดันกิจกรรมในสถานศึกษา ซึ่งข้อนี้ แก้ไข



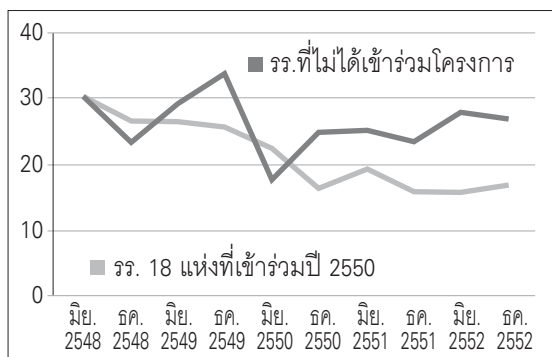
รูปที่ 2 ร้อยละโรงเรียนที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียน ปี 2553-2558

FIG. 2 Percentage of school created supportive environment enable for good oral health during 2010-2015



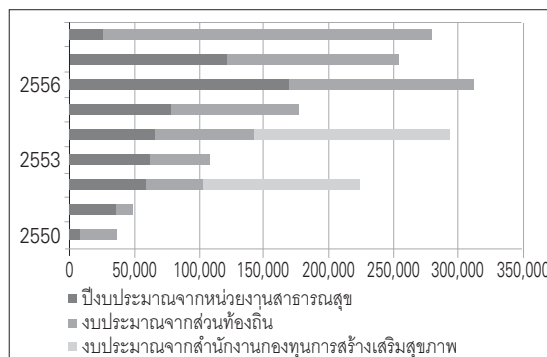
รูปที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละนักเรียนที่มีฟันแท้ผุของโรงเรียนที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโครงการ

FIG 3 Comparison of caries prevalence in permanent teeth among schools by participation in the project



รูปที่ 4 ร้อยละนักเรียนที่มีฟันแท้ผุแยกรายตำบล ช่วงปี 2553-2554 และ 2556-2558

FIG 4 Caries prevalence in permanent teeth year 2010, 2011, 2013, 2014 and 2015 by sub-district



รูปที่ 5 งบประมาณสนับสนุนการจัดอบรม

FIG 5 Source of budget allocation for oral health program activities

ได้จากการมีกองทุนสุขภาพตำบล ทำให้เครือข่ายมีงบประมาณในการทำงาน

เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ดึงดูดให้คนที่สนใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกเพิ่ม จนครอบคลุมครบทุกโรงเรียนด้วยความสมัครใจในปี 2556

การสร้างแรงบันดาลใจให้เครือข่ายครูอนามัยผดักดันกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน โดยการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะ การช่วยสร้างทีมงานเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน และการทำให้ครูอนามัยเห็นคุณค่าของตนเองจากประสบการณ์การทำงาน ภายหลังจากได้มาระดมความรู้

จากการปฏิบัติงานหรือการจัดการความรู้ จนได้ชุดความรู้ใหม่ที่ครูอนามัยสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการทำงานในพื้นที่ได้โครงการใหม่ 20 โครงการ และได้นำเสนอผลงานในตลาดนัดความรู้ กลวิธีดังกล่าวนี้เป็นการทำงานแบบเสริมพลัง⁹ (Empowerment) รูปแบบหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอการปฏิรูปบทบาทกระทรวงสาธารณสุข⁹ ให้เน้นการสร้างและจัดการความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้

การเปิดรับสมัครสมาชิกเครือข่ายใหม่ ทำให้เป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ จึงพบปัญหาการสื่อสารและการหางบประมาณมาใช้ในการขับเคลื่อนกิจกรรม จึงต้องปรับ

แยกให้เล็กลงเป็นเครือข่ายระดับตำบล

การขับเคลื่อนนโยบายตำบลพันธุ์ อาศัยจุดแข็งที่มีเครือข่ายครูอนามัยในแต่ละตำบลเชื่อมประสานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเน้นการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชนและรับการสนับสนุนงบประมาณการทำงานจากกองทุนสุขภาพตำบล เกิดการทำงานร่วมกันของเครือข่ายครูอนามัยภายในตำบล แต่มีความแตกต่างกันในแต่ละตำบล บางตำบลที่เข้มแข็งมีการดำเนินงานซึ่งส่งผลต่อสุขภาพช่องปากเด็กดีขึ้น ในขณะที่บางตำบลไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยเอื้อต่อความสำเร็จ คือ การจัดเก็บข้อมูลสถานะช่องปากอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การทำงานด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลัง การสร้างความสัมพันธ์กับภาคีเครือข่ายเพื่อของบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลได้อย่างต่อเนื่อง และ ตำบลที่มีต้นทุนทางสังคมดี คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน มีการบริหารจัดการที่ดี มีความทุ่มเทตั้งใจในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยอุปสรรคและข้อจำกัด คือ ขาดความรู้สึกร่วมส่วนร่วม ขาดแคลนทางเลือกในการกำหนดเป้าหมายและบทบาทของทีม บทบาทของแต่ละองค์กร สมาชิกจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในบทบาทหรือการปฏิบัติตามที่ตกลงกันได้ ไม่เกิดความรู้สึกผูกพันกับมติที่ประชุม

การศึกษาของ มณีธิดา ต่อเศวตพงศ์¹⁰ ปี 2558 พบว่าหน่วยงานสาธารณสุขร้อยละ 49.2 ได้รับงบประมาณสนับสนุนการทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพจากกองทุนสุขภาพตำบล ส่วนการศึกษานี้ โครงการเครือข่ายเด็กไทยฟันดีระดับตำบล ตำบลร้อยละ 88.9 (8 ใน 9 ตำบล) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล

การศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ¹¹ พบว่าโครงการส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประเมินผลโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ การศึกษานี้ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์คือข้อมูลสถานะทันตสุขภาพที่มีต่อเนื่องทุกปี ทำให้เห็นการ

เปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนแต่ละตำบล ซึ่งจะใช้เป็นข้อมูลในการกระตุ้น ส่งเสริมให้ประชาชนในตำบล มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ดังกล่าว

การศึกษานี้ มีข้อจำกัดเรื่องการเก็บข้อมูลเชิงพฤติกรรม เนื่องจากขาดการวางแผนในการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง มีเฉพาะปี 2552

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสร้างแรงจูงใจหรือมีปัจจัยสนับสนุนให้ทันตบุคลากร ได้รับการพัฒนาทักษะเรื่อง การทำงานด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลัง และการสร้างความสัมพันธ์กับภาคีเครือข่ายเพื่อของบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษา

2. ส่งเสริมให้เกิดการทำงานแบบเครือข่าย เช่น การสนับสนุนงบประมาณในการสร้างเครือข่าย และในการดำเนินกิจกรรมเครือข่าย จัดให้มีระบบข้อมูลประเมินผลสถานะทันตสุขภาพรายตำบล เพื่อเป็นเครื่องมือส่งเสริมให้เครือข่ายระดับตำบลจัดการปัญหาทันตสุขภาพภายในตำบลด้วยตนเอง

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณครูอนามัยในภาคีเครือข่ายทุกท่านของอำเภอจอมพระ ที่ร่วมมือร่วมใจกันในการทำงานเป็นอย่างดี และนักเรียนประถมศึกษาที่เข้าร่วมโครงการ

ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงสุณี ผลดีเยี่ยม จากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และอาจารย์ฉลอม โรจนเบญจวงศ์ นักวิชาการอิสระ ที่เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำในงานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมพระและผู้ร่วมงานในโรงพยาบาลและจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมพระ

เอกสารอ้างอิง

1. การเปรียบเทียบผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 2 - 7 จากแหล่งที่มา http://www.anamai.ecgates.com/news/news_detail.php?id=760 วันที่ 5 มกราคม 2559
2. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี 2557 จากแหล่งที่มา <http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/2557/GuidelineDOH57.pdf> วันที่ 5 มกราคม 2559
3. จุฑารัตน์ รัชมีเหลืออ่อน ประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายเด็กไทยฟันดี อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2511-2555 วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2557 ฉบับที่ 2 : 63-74.
4. อรสา ปานขาว. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการสร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ มธส. แหล่งที่มา <http://www.stou.ac.th/Offices/Opr/Central/upload> วันที่ 5 มกราคม 2558
5. ธนา ประมุขกุล . ความหมายของเครือข่าย. 2547 แหล่งที่มา <http://www.anamai.moph.go.th/advisor/243/24313.html>. วันที่ 25 พฤษภาคม 2550
6. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2549). องค์ประกอบของเครือข่าย. แหล่งที่มา <http://www.oppn.opp.go.th/research02.php> วันที่ 8 พฤษภาคม 2549
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น) สถาบันกองทุนท้องถิ่นพัฒนา(LDI) กรุงเทพฯ 2549
8. อรทัย อาจอ่ำ. การประเมินผลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ทางออกที่ท้าทาย บริษัทแปลนพรีนติ้งจำกัด กรุงเทพมหานคร 2549 (34)
9. บทสังเคราะห์ข้อเสนอแนะจากบททบทวนสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 เอกสารประกอบการประชุม บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 25-26 มิถุนายน 2554 โรงแรมเดอะรอยัลเจมส์ กอล์ฟ รีสอร์ท จังหวัดนครปฐม
10. มณี ต่อเศวตพงศ์ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กับ การสนับสนุนงบประมาณ ในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก แก่หน่วยงานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดนครปฐม ปี 2556-2557 วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2558 ฉบับที่ 3 : 67-77.
11. สุณี วงศ์คงคาเทพ, สาลิกา เมธนาวิน, อลิสา ศิริเวชสุนทร สถานการณ์กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กับ การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปาก กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ออลพรีนซ์ออฟ : กรุงเทพฯ. 2552.

Development of Oral Health Promotion Programme in Primary schools, based on the bureau of dental health, in Chomphra district, Surin Province.

Jinda Promtha* D.D.S., M.P.H.

Abstract

This is a study of a development of oral health promotion programme in primary schools, which was based on the Bureau of Dental Health programme, between 2007 and 2015. Data was collected from network participation record, school self-evaluation record, children eating behavior questionnaire, financial budget report from public health agencies, sub-district administrative organization's record about local budget allocation, record of tooth brushing activity at school, controlling the sale of snacks and drinks at school, and oral health examination record. Result showed there were 18 of 41 schools joined the sweet enough project and healthy teeth healthy school network between 2007 and 2008. Network numbers went for field trip, developed their capacity, and created oral health promotion activities accordance with the network requirements. Next, the healthy teeth healthy school network at district level, year 2009-2010 and sub-district level, year 2011-2015, created incentives for schools to develop projects in the area using knowledge management. Every school joined the network. The network was downsize to sub-district level in all 9 sub-district. There was an increasing of oral health promotion activities which were 95.1 per cent of systemic tooth brushing after lunch, an increasing of oral health promoting environment, a reducing of the percentage of students having caries of permanent teeth, and an increasing of financial budget allocation from health agencies and local authority.

Keywords : *Oral Health Promotion, Oral Health Promoting Network, Local health fund, primary school*

* Dental public health department, ChomPhra hospital, Surin province