

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2558 VOL.20 NO.1 JANUARY-MARCH 2015

บทความ

- ต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของบริการทันตกรรม
โรงพยาบาลบางกรวยปีงบประมาณ 2556
- ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปาก
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพัทลุง
- ประเมินผลโปรแกรมการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
และป้องกันโรคทางทันตกรรมเด็ก 6 และ 9 เดือน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิษณุโลก ปี 2555-2557
- ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในคลินิกเด็กดี
อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ปี 2553-2556
- ผลการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรม
ในโรงเรียนประถมศึกษาของอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย
ปีการศึกษา 2551-2555
- ประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดเชียงใหม่
ระหว่างปี 2548-2556
- ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จังหวัดตรัง พ.ศ. 2554-2556
- ประสพการณ์การดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติกของผู้ดูแล

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 20 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2558 VOL.20 NO.1 JANUARY-MARCH 2015

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

นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ทันตแพทย์สุธา เจียรมนิโชติชัย
ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ
ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์
ทันตแพทย์หญิงสุปราณี ดาโลดม

บรรณาธิการ

สุณี ผลดีเยี่ยม

รองบรรณาธิการ

นนทิณี ตั้งเจริญดี
วรมน อัครสุต

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ศิริพงษ์ มะโนรส

กองบรรณาธิการ

จันทนา อึ้งชูศักดิ์
สุปราณี ดาโลดม
นนทลี วีระชัย
สุณี วงศ์คงคาเทพ
พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ
วิกุล วิศาลเสถ์
ศรีสุดา ลีละศิริ
ปิยะดา ประเสริฐสม
เพ็ญแข ลาภยิ่ง
กันยา บุญธรรม
สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา
วรางคณา เวชวิธ
วรวิทย์ ใจเมือง
กรกมล นิยมศิลป์
สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ
นพวรรณ โพชนุกูล
วีระศักดิ์ พุทธาศรี
สุกัญญา เขียววิวัฒน์
ทรงชัย สัตโสมกุล

คณะทำงานฝ่ายบรรณาธิการ

อรุณรักษ์ วรวัฒน์
อภิญา ทองคำชื่นวิวัฒน์

**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.Porntep Siriwanarangsarn
Dr.Sutha Jianmaneechotchai
Dr.Somnuk Chanduaykit
Dr.Chantana Ungchusak
Dr.Supranee Dalodom

EDITOR

Sunee Pholdeeyiam

ASSOCIATE EDITOR

Nontinee Tangcharoendee
Voramon Agrasuta

ASSISTANT EDITOR

Siripong Manoros

EDITORIAL BOARDS

Chantana Ungchusak
Supranee Dalodom
Nontalee Verachai
Sunee Wongkongkathap
Puangtong Pukrittayakamee
Wikul Visalseth
Srisuda Leelasithorn
Piyada Prasertsom
Phenkhae Lapying
Kanya Boontham
Surat Mongkolnchai-arunya
Warankana Vejvithee
Voravithaya Chaimuang
Kornkamol Niyomsilp
Suwanna Eua-atthakaroon
Noppawan Pochanukul
Weerasak Putthasri
Sukanya Tianviwat
Songchai Thitasomkul

EDITORIAL STAFF

Arunruck warawat
Apinya Thongkamcheanvivat

บรรณาธิการแถลง

วิทยาสารทันตสาธารณสุขฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 20 ประกอบด้วยบทความวิชาการ 8 เรื่องคือ 1) ต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของบริการทันตกรรมโรงพยาบาลบางกรวย ปีงบประมาณ 2556 2) ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพัทลุง 3) ประเมินผลโปรแกรมการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคทางทันตกรรม เด็ก 6 และ 9 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิษณุโลก ปี 2555-2557 4) ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในคลินิกเด็กที่อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ปี 2553-2556 5) ผลการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในโรงเรียนประถมศึกษาของอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ปีการศึกษา 2551-2555 6) ประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดเชียงใหม่ระหว่างปี 2548-2556 7) ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จังหวัดตรัง พ.ศ. 2554-2556 และ 8) ประสิทธิภาพการดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติกของผู้ดูแล

ขอแก้คำผิดในวิทยาสารทันตสาธารณสุขฉบับที่ 1 ปีที่ 19 หน้า 14 บรรทัดที่ 7 และ 8 คำว่า ขึ้น แก้เป็นคำว่า ผู้

ขอความร่วมมือจากผู้ที่จะส่งบทความมาลงพิมพ์ คือ

1. ถ้าเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเคลือบหลุมร่องฟัน การใช้ฟลูออไรด์เสริม ซึ่งเป็นชุดสิทธิประโยชน์ของเด็กทุกคนแล้ว งานที่มีกลุ่มเด็กที่ไม่ได้รับบริการดังกล่าวเป็นกลุ่มควบคุม จะไม่รับพิจารณาลงพิมพ์

2. ถ้าส่งเรื่องไปพิจารณาลงพิมพ์ในวิทยาสารอื่นแล้ว ขออย่าได้ส่งมาที่นี่อีก

3. บทความย่อ จะประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการและผลการศึกษาเท่านั้น

4. ผลการศึกษา เขียนให้ถูกต้องและชัดเจน เพราะคุณค่าของบทความอยู่ในส่วนนี้

5. การอภิปรายผล ขอให้นำผลการศึกษามาใช้เท่านั้น ส่วนใดที่จะอภิปรายที่ไม่ปรากฏในผลการศึกษา ให้ไปเพิ่มเป็นผลการศึกษาก่อนนำมาอภิปราย

6. ข้อเสนอแนะ ต้องมี และมาจากผลการศึกษาและอภิปราย ขออย่าได้ใช้จินตนาการ

7. เอกสารอ้างอิง ไม่ใช่ บรรณานุกรม เขียนให้ถูกต้องตามแบบของวิทยาสารทันตสาธารณสุข

8. เนื้อหาสิ่งที่อ้างอิงต้องเป็นผลของการศึกษานั้น ไม่ใช่ส่วนที่ผู้วิจัยเอกสารนั้นกล่าวอ้างถึง ถ้าจะเอามาอ้างโดยที่หาอ่านเอกสารจริงที่ผู้วิจัยนั้นกล่าวอ้างถึงไม่ได้ ต้องเขียนชัดเจนว่าอ้างถึงไม่ใช่เป็นผลจากการศึกษาที่อ้างอิง

9. ผู้ที่ปรากฏในทีมผู้วิจัย หมายถึง ผู้ที่มีส่วนร่วมอย่างสำคัญ ในด้านแนวคิด การออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ การร่างรายงานผล และการตรวจแก้ ปรับปรุงร่างรายงานผล

10. บุคคลที่เป็นหัวหน้าหน่วยงาน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ช่วยหาทุน ผู้ชี้แนะ ผู้ช่วยให้เข้าถึงแหล่งข้อมูล ผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้รวบรวมเอกสารอ้างอิง ผู้ช่วยวิจัย กลุ่มตัวอย่าง บุคคลหรือองค์กรที่ช่วยให้ได้รับความสะดวก และผู้ช่วยงานธุรการ บุคคลหรือองค์กรเหล่านี้ ให้ระบุชื่อไว้ในกิตติกรรมประกาศ

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

ทันตแพทย์หญิงสุณี ผลดีเยี่ยม
บรรณาธิการ

- **ต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของบริการทันตกรรมโรงพยาบาลบางกรวย
ปีงบประมาณ 2556**
วิวัฒน์ ธาราสมบัติ 9
- **ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปาก
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพัทลุง**
ชนิภาภรณ์ สอนสังข์, จริญญา หุ่นศรีสกุล, อังคณา เขียวมนตรี 20
- **ประเมินผลโปรแกรมการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคทางทันตกรรม
เด็ก 6 และ 9 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิษณุโลก ปี 2555-2557**
รัชณี จิตสันตวิรัช 33
- **ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในคลินิกเด็กดี
อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ปี 2553-2556**
กรัณฑชา สุธาวา 42
- **ผลการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในโรงเรียนประถมศึกษา
ของอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ปีการศึกษา 2551-2555**
วัฒนา ทองปัสโนว์, ปิยะดา ประเสริฐสม 49
- **ประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปี 2548-2556**
อัมพร เดชพิทักษ์ 60
- **ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จังหวัดตรัง พ.ศ. 2554-2556**
อาภาพรรณี เขมวดีพงษ์ 69
- **ประสบการณ์การดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติกของผู้ดูแล**
อัชฌา เอี่ยมอริคม 81

เกณฑ์รับเรื่องของวิทยาสารทันตสาธารณสุข

วิทยาสารยินดีรับบทความวิชาการทางทันตสาธารณสุขและวิชาการสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ ตามลำดับก่อนหลัง มีหลักเกณฑ์และข้อแนะนำดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิชาการ (Original Articles) ได้แก่ รายงานผลการวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสาร หรือหนังสืออื่น ควรประกอบด้วยหัวเรื่องตามลำดับต่อไปนี้

ชื่อเรื่องและบทคัดย่อเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการ ผลการศึกษา บทวิจารณ์ บทสรุป 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 ในกรณีที่รูปภาพเป็นกราฟ คำบรรยายแกนตั้ง (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 วุฒิการศึกษา 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

บทสรุป (Conclusion) เป็นการสรุปผลของการศึกษา

7.4 คำขอบคุณ (Acknowledgement) เป็นส่วนที่กล่าวขอบคุณต่อองค์กร 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 วิชาชีพศักดิ์ สุขสะอาด กนกวรรณ แสนไชยสุริยา และคณะ การตรวจกรองฮิโมโกลบิน 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) สำนักพิมพ์เมืองปีที่พิมพ์ 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 ชื่อบรรณาธิการ (ทั้งหมด) ชื่อหนังสือ ครั้งที่พิมพ์ (edition) เล่มที่พิมพ์ (หากมี) สำนักพิมพ์ เมือง ปีที่พิมพ์ และหมายเลขหน้าที่อ้างอิง

7.5.4 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากรายงานที่ได้พิมพ์เป็นชุด

ชื่อผู้เขียนจากรายงานที่ได้พิมพ์เป็นชุด

ชื่อผู้เขียน (หากมี) ชื่อเรื่องของรายงานฉบับนั้น ชื่อรายงาน ปีที่พิมพ์

Fluoride and Human Health. WHO Monograph. series no.59,1970.

7.5.5 การเขียนเอกสารอ้างอิงจากเรื่องที่เสนอในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้เสนอรายงาน ชื่อเรื่องที่เสนอต่อที่ประชุม ชื่อหัวข้อของการประชุมนั้น 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 สืบค้นอิเล็กทรอนิกส์

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>

ต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของ บริการทันตกรรมโรงพยาบาลบางกรวย ปีงบประมาณ 2556

วิวัฒน์ ธารสมบัติ* ท.บ. , ว.ท.ม.(คอมพิวเตอร์)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของบริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมในเวลาราชการของโรงพยาบาลบางกรวย ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2556 ได้แก่บัญชีหมวดค่าใช้จ่ายบุคลากร ค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ ค่าสาธารณูปโภคทะเบียนครุภัณฑ์-อาคาร-สิ่งก่อสร้าง และระบบสารสนเทศ คำนวณเป็นต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนโดยแบ่งบริการเป็น งานทันตวินิจฉัย งานทันตรักษีสรี งานเวชศาสตร์ช่องปาก งานทันตกรรมหัตถการ งานรักษาโรคปริทันต์ งานรักษาคอลงรากฟัน งานทันตกรรมป้องกัน งานทันตกรรมสำหรับเด็ก งานทันตกรรมประดิษฐ์ งานทันตศัลยกรรม งานศัลยกรรมช่องปากและงานทันตกรรมรากเทียม พบว่าบริการทันตกรรมรวมทุกงานมีต้นทุน 12,140,020.68 บาทหรือ 375.19 บาทต่อครั้ง สัดส่วนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุนเท่ากับ 81.11 : 14.40 : 4.49 โดยงานทันตกรรมรากเทียมมีต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด (2,486.29 บาท/ครั้ง) และงานทันตวินิจฉัยมีต้นทุนต่ำสุด (74.07 บาท/ครั้ง) อัตราการคืนทุนของบริการโดยรวมเท่ากับร้อยละ 56.33 โดยงานทันตกรรมหัตถการมีอัตราการคืนทุนสูงสุด (ร้อยละ 90.93) ส่วนงานศัลยกรรมช่องปากมีอัตราการคืนทุนต่ำสุด (ร้อยละ 27.48)

คำสำคัญ : ต้นทุนต่อหน่วย, อัตราการคืนทุน, บริการทันตกรรม

บทนำ

ในการจัดบริการทันตกรรม สถานพยาบาลภาครัฐมีรายได้จากผู้รับบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้ชำระเงินเอง โดยกรมบัญชีกลางจ่ายค่าตอบแทนในการบริการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจแก่สถานพยาบาล รายชนิบัติการตามอัตราที่กำหนด (fixed fee schedule) ส่วนผู้ประกันตนสามารถเบิกค่าบริการคืนจากสำนักงานประกันสังคมและร่วมจ่ายส่วนที่เกินจากนั้น (copayment) สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรให้สถานพยาบาลเป็นงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากรรวมในหมวดบริการแบบผู้ป่วยนอกและงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค¹ ซึ่งไม่รวมเงินเดือนค่าตอบแทนของบุคลากรสาธารณสุข²

ปัจจุบันกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลบางกรวยซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีทันตแพทย์ 11 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 4 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ 12 คน ปีงบประมาณ 2555 มีจำนวนผู้ใช้บริการ 10,585 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 12,230 รายในปีงบประมาณ 2556 โดยต้นทุนทางตรงของกลุ่มงานทันตกรรมทั้งหมดเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 (3,195,627.50 บาท) แต่รายได้จากการบริการเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 13 (1,169,423.00 บาท) การจะวิเคราะห์สถานการณ์ได้ถูกต้องนำไปสู่แนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมควรเริ่มจากการศึกษาต้นทุนซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญของการบริหารงานเชิงประสิทธิภาพในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างเป็นธรรมภายใต้งบประมาณที่จำกัด

การวิเคราะห์ต้นทุนและรายได้เปรียบเทียบกับเป็นวิธีการหนึ่งในการประเมินประสิทธิภาพของการบริการภายใต้หลักการความยั่งยืนของสถานพยาบาล³ และเนื่องจากบริการทันตกรรมมีหลายประเภท การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของบริการแต่ละประเภทงานจึงแจกแจงโครงสร้างต้นทุนบริการได้ชัดเจนกว่าการวิเคราะห์เป็นภาพรวมบริการและทำให้คำนวณอัตราการคืนทุนได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากขึ้น นอกจากนี้ต้นทุนบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลบางกรวยส่วนใหญ่เป็นต้นทุนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลในเวลาราชการ (ร้อยละ 81) ขณะที่สัดส่วนต้นทุนในโรงพยาบาลนอกเวลาราชการ

เท่ากับร้อยละ 16 และนอกโรงพยาบาลมีเพียงร้อยละ 3 การวิเคราะห์ต้นทุนบริการในเวลาราชการจึงสามารถสะท้อนภาพของกลุ่มงานทันตกรรมได้ โดยบุคลากรได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนเป็นรายเดือน ต้นทุนค่าแรงจึงเป็นต้นทุนที่คงที่ขณะที่ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจะได้ค่าตอบแทนแปรผันตามหัตถการที่บริการแก่ผู้รับบริการ⁴ การวิจัยนี้จึงศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรมและอัตราการคืนทุนจำแนกตามประเภทงานบริการในเวลาราชการเพื่อใช้ในการวางแผนและปรับปรุงประสิทธิภาพการจัดบริการ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาต้นทุนรวมทางตรง (total direct cost) ของการบริการในคลินิกทันตกรรมในเวลาราชการโดยคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการและอัตราการคืนทุนจากฐานข้อมูลระบบบัญชีหมวดค่าใช้จ่ายบุคลากร ค่าวัสดุและเวชภัณฑ์ ค่าสาธารณูปโภค ทะเบียนครุภัณฑ์-อาคาร-สิ่งก่อสร้าง และระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556 ด้วยแบบบันทึกจำแนกตามงานบริการซึ่งประยุกต์จากการวิเคราะห์ต้นทุนสถานีอนามัยของสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ⁵ จำนวน 6 แบบ ได้แก่ แบบบันทึกจำนวนชั่วโมงในการทำงานจำแนกตามงานบริการของบุคลากรแต่ละคน (เก็บข้อมูลเพียง 1 เดือน) แบบบันทึกสัดส่วนเวลาการทำงานของบุคลากรที่ใช้ในแต่ละงานบริการ แบบบันทึกค่าแรงของบุคลากรแบบบันทึกค่าวัสดุ แบบบันทึกค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์-อาคาร-สิ่งก่อสร้างแบบบันทึกรายได้และผลงานบริการทันตกรรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและร้อยละ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

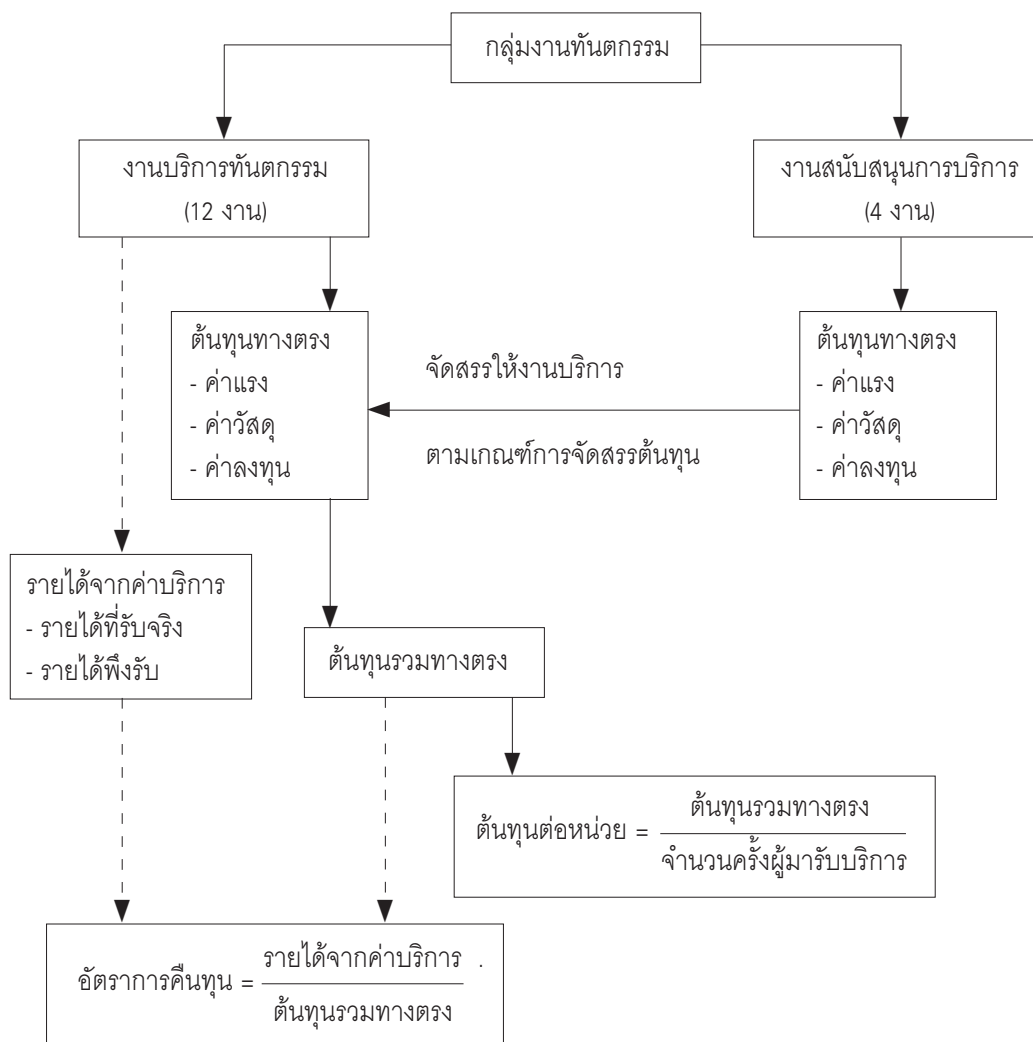
1. จำแนกงานในกลุ่มงานทันตกรรมเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 กลุ่มบริการทันตกรรม แบ่งเป็น 12 งาน ดังนี้

- งานทันตวินิจฉัย หมายถึง การตรวจและวินิจฉัยสภาพของโรคในช่องปากเฉพาะที่และทั่วไป เพื่อวางแผนการรักษา

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและอัตราการคืนทุนของงานบริการทันตกรรม

Diagram 1 Conceptual framework for the study of unit cost and cost recovery ratio of dental services



- งานทันตรังสี หมายถึง การถ่ายภาพรังสี โดยใช้เทคนิคภายในหรือภายนอกช่องปาก

- งานเวชศาสตร์ช่องปาก หมายถึง การรักษาโรคทางยาในช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยว

- งานทันตกรรมหัตถการ หมายถึง การอุดฟันทุกประเภทด้วยวัสดุต่างๆ

- งานรักษาคอลงรากฟัน หมายถึง การรักษาคอลงรากฟันตั้งแต่เปิดขยายคอลงรากฟันจนถึง

อุดคลองรากฟัน

- งานรักษาโรคปริทันต์ หมายถึง การขูดหินน้ำลาย ขัดฟันและการรักษาโรคปริทันต์ต่างๆ รวมทั้งการผ่าตัดเหงือก

- งานทันตกรรมป้องกัน หมายถึง การเคลือบฟันด้วยฟลูออไรด์การเคลือบหลุมร่องฟัน และทันตกรรมป้องกันต่างๆ

- งานทันตกรรมสำหรับเด็ก หมายถึง การทำ Pulpotomy, Pulpectomy, Pedodontic band หรือ

Stainless steel crown (S.S.C.) ในฟันน้ำนมการใส่ Space maintainer

- งานทันตกรรมประดิษฐ์ หมายถึง การใส่ฟันเทียมทั้งถอดได้และติดแน่นทุกขั้นตอน

- งานทันตศัลยกรรม หมายถึง การถอนฟันปกติทั่วไปหรือที่มีปัญหา

- งานศัลยกรรมช่องปาก หมายถึง การผ่าตัดฟันคุด การผ่าตัดต่างๆ ในช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยว

- งานทันตกรรมรากเทียม หมายถึง การทำรากเทียมทุกขั้นตอน ยกเว้นงานที่เกี่ยวข้องกับฟันเทียม

1.2 กลุ่มสนับสนุนการบริการแบ่งออกเป็น 4 งานดังนี้

- งานบริหาร หมายถึง การจัดการบริหารภายในคลินิก การประชุมการทำงานในกลุ่มงาน การวางแผนพัฒนางาน/โครงการ การบริหารครุภัณฑ์ การติดต่อประสานงาน

- งานเอกสาร วิชาการ และคุณภาพ หมายถึง งานเกี่ยวกับการรับ-ส่งหนังสือราชการ การจัดทำเอกสารต่างๆ การจัดประชุมวิชาการ การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ การทำงานคุณภาพโรงพยาบาล

- งานเวชระเบียนและเก็บเงิน หมายถึง การจัดคิวรับบริการ การบันทึกประวัติ เวชระเบียนผู้ป่วย การเก็บเงิน ออกใบสั่งยาและใบเสร็จรับเงิน การวัดสัญญาณชีพ การจัดทำระเบียบและรายงาน

- งานคลังและจัดซื้อ หมายถึง การจัดประมูลราคาวัสดุคงทนและวัสดุสิ้นเปลืองทางทันตกรรม การแจ้งยอดใบสั่งซื้อ การรับมอบวัสดุ การจัดเก็บวัสดุ การเบิกวัสดุ การสรุปยอดการใช้วัสดุทุกเดือน

2. หาด้านทุนทางตรงจำแนกตามงานของแต่ละกลุ่มในข้อ 1 ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) ได้แก่ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง ค่าตอบแทนพิเศษและเบี้ยเลี้ยง สวัสดิการต่างๆ ปรับสัดส่วนด้วยเวลาเฉพาะที่ทำงานในโรงพยาบาลและในเวลาราชการ ซึ่งได้มาจากรฐานข้อมูลระบบบัญชีหมวดค่าใช้จ่ายบุคลากรและเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรจำแนกตามงาน และปรับสัดส่วนเวลาบริการแต่ละงานด้วยปริมาณการบริการทันตกรรมของทันตบุคลากรแต่ละคน

2.2 ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost: MC) ใช้ข้อมูลการเบิกจากงานพัสดุและคำนวณค่าวัสดุจำแนกตามงาน ดังนี้

- ค่าวัสดุสำนักงาน/งานบ้าน กระจายตามงานสนับสนุนการบริการ

- ค่าวัสดุการแพทย์ คิดเป็นต้นทุนของงานคลังและจัดซื้อ

- ค่าวัสดุทันตกรรม กรณีวัสดุทันตกรรมเฉพาะงานบริการและกระจายต้นทุนตามงานบริการนั้น ส่วนวัสดุทันตกรรมทั่วไปที่ใช้ร่วมกันทุกงานบริการจะเฉลี่ยต้นทุนเท่ากันทุกงานวัสดุทันตกรรมที่ใช้ในคลินิกทั้งในและนอกเวลาราชการจะจัดสรรด้วยสัดส่วนจำนวนครั้งของงานบริการทันตกรรม

- ค่าจ้างทำฟันเทียมเป็นต้นทุนของงานทันตกรรมประดิษฐ์

- ค่าสาธารณูปโภคถือเป็นต้นทุนรวมอยู่ในงานบริหารของกลุ่มงานทันตกรรม

2.3 ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost: CC) ได้แก่ ต้นทุนค่าเสื่อมราคาของอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ คิดตามหลักเกณฑ์และวิธีตีราคาทรัพย์สินสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2554⁶ และสัดส่วนพื้นที่ใช้สอยของกลุ่มงานทันตกรรม

จากนั้นคำนวณเป็นต้นทุนแต่ละงานในเวลาราชการตามสัดส่วนระยะเวลาที่ใช้บริการและปริมาณบริการแต่ละงาน

3. ศึกษาลักษณะการทำงานของกลุ่มสนับสนุนการบริการตามสภาพความเป็นจริงเพื่อกำหนดเกณฑ์ในการกระจายต้นทุนของกลุ่มนี้ไปยังงานบริการทันตกรรมด้วยวิธีการกระจายทางตรง (Direct apportionment method)⁷ รายละเอียดในตารางที่ 1

4. คำนวณต้นทุนทางตรงทั้งหมดของการบริการทันตกรรม โดยรวมต้นทุนของกลุ่มบริการทันตกรรมกับต้นทุนที่ได้รับการจัดสรรจากงานสนับสนุนการบริการตามเกณฑ์ (ตารางที่ 1) เมื่อหารด้วยจำนวนครั้งของการบริการแต่ละงานจะได้ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการทันตกรรมนั้นๆ

5. รายได้ที่เกิดขึ้นจากงานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลในเวลาราชการ คำนวณจากรายได้ที่รับจริงจากกลุ่มสิทธิที่เบิกหน่วยงานต้นสังกัด สิทธิประกันสังคม

สิทธิชำระเงินเอง รายได้พึงรับจากผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยคิดตามอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด⁸

6. คำนวณอัตราการจัดสรรต้นทุนของบริการทันตกรรมแต่ละงานและภาพรวม โดยนำรายได้จากบริการทันตกรรมแต่ละงานและภาพรวมหารด้วยต้นทุน

แต่ละงานและต้นทุนรวมทุกงานบริการ⁹

ผลการศึกษา

ต้นทุนรวมทางตรงทั้งหมดของงานบริการทันตกรรมมีมูลค่ารวมทั้งหมด 12,140,020.68 บาท คิดเป็นสัดส่วนของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุนเท่ากับ 81.11 : 14.40 : 4.49 รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เกณฑ์จัดสรรต้นทุนงานสนับสนุนการบริการไปให้การบริการทันตกรรม

Table 1 Criterion for allocation the supporting works to dental services

กลุ่มสนับสนุนการบริการ	เกณฑ์การจัดสรรให้งานบริการทันตกรรม
1. งานบริหาร	- เฉลี่ยให้งานบริการเท่ากันทุกงาน
2. งานเอกสาร วิชาการและคุณภาพ	- เฉลี่ยให้งานบริการเท่ากันทุกงาน
3. งานเวชระเบียนและเก็บเงิน	- กระจายตามจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่รับบริการแต่ละงาน
4. งานคลังและจัดซื้อ	- กระจายตามมูลค่าต้นทุนวัสดุทันตกรรมที่ใช้ในการบริการแต่ละงาน

ตารางที่ 2 ต้นทุนรวมทางตรงของการบริการและงานสนับสนุนบริการในคลินิกทันตกรรมในเวลาทำการ

Table 2 Total direct cost of services and supporting works at official time in dental clinic

การบริการทันตกรรม	ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าลงทุน(บาท)	รวม (บาท)
กลุ่มบริการทันตกรรม				
งานทันตวินิจฉัย	263,747.66	14,397.36	37,337.83	315,482.85
งานทันตรังสี	452,946.27	70,477.36	41,651.31	565,074.95
งานเวชศาสตร์ช่องปาก	33,378.29	14,397.36	37,337.83	85,113.48
งานทันตกรรมหัตถการ	1,793,989.44	271,901.28	37,337.83	2,103,228.55
งานรักษาคอลงรากฟัน	437,227.21	194,822.06	37,337.83	669,387.10
งานรักษาโรคปริทันต์	801,407.08	61,048.86	48,137.83	910,593.77
งานทันตกรรมป้องกัน	624,862.79	92,378.35	37,337.83	754,578.97
งานทันตกรรมสำหรับเด็ก	223,490.65	25,468.82	37,337.83	286,297.30
งานทันตกรรมประดิษฐ์	1,092,197.17	503,130.83	37,337.83	1,632,665.83
งานทันตศัลยกรรม	845,465.95	18,838.63	37,337.83	901,642.41
งานศัลยกรรมช่องปาก	819,740.17	16,296.82	37,337.83	873,374.82
งานทันตกรรมรากเทียม	62,374.89	14,397.36	47,212.86	123,985.11

การบริการทันตกรรม	ค่าแรง (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าลงทุน(บาท)	รวม (บาท)
กลุ่มสนับสนุนการบริการ				
งานบริหาร	842,248.03	188,851.90	7,548.60	1,038,648.53
งานเอกสารวิชาการและคุณภาพ	1,098,405.45	7,955.00	8,715.27	1,115,075.72
งานเวชระเบียนและเก็บเงิน	96,700.97	22,676.86	47,050.90	166,428.73
งานคลังและจัดซื้อ	359,096.49	230,719.12	8,626.97	598,442.58
รวมทั้งหมด	9,847,278.51	1,747,757.97	544,984.19	12,140,020.68
ร้อยละ	81.11	14.40	4.49	100.00

เมื่อทำการจัดสรรต้นทุนจากกลุ่มสนับสนุนการบริการมาเป็นต้นทุนของกลุ่มบริการทันตกรรมพบว่างานทันตกรรมประดิษฐ์ได้รับจัดสรรมากที่สุด และรับต้นทุนจากงานคลังและจัดซื้อมากที่สุด ส่วนงานทันตกรรมรากเทียมได้รับจัดสรรน้อยที่สุด และรับต้นทุนจากงานเวชระเบียนและเก็บเงินน้อยที่สุดรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ต้นทุนรวมทางตรงที่งานสนับสนุนการบริการจัดสรรให้การบริการทันตกรรม

Table 3 The total direct cost of the supporting works allocated to the dental services

บริการทันตกรรม	งานบริหาร (บาท)	งานเอกสาร วิชาการและ คุณภาพ (บาท)	งานเวชระเบียน และเก็บเงิน (บาท)	งานคลัง และจัดซื้อ (บาท)	รวม (บาท)
งานทันตวินิจฉัย	86,554.04	92,922.98	37,434.51	6,681.37	223,592.89
งานทันตรังสี	86,554.04	92,922.98	17,523.96	28,993.81	225,994.79
งานเวชศาสตร์ช่องปาก	86,554.04	92,922.98	1,543.05	6,681.37	187,701.44
งานทันตกรรมหัตถการ	86,554.04	92,922.98	36,740.13	126,180.96	342,398.11
งานรักษาคัดลอกรากฟัน	86,554.04	92,922.98	3,960.51	90,410.88	273,848.41
งานรักษาโรคปริทันต์	86,554.04	92,922.98	13,851.49	28,330.89	221,659.39
งานทันตกรรมป้องกัน	86,554.04	92,922.98	17,354.22	42,869.93	239,701.17
งานทันตกรรมสำหรับเด็ก	86,554.04	92,922.98	1,959.68	11,819.29	193,255.99
งานทันตกรรมประดิษฐ์	86,554.04	92,922.98	10,276.74	233,487.44	423,241.20
งานทันตศัลยกรรม	86,554.04	92,922.98	15,806.02	8,742.42	204,025.47
งานศัลยกรรมช่องปาก	86,554.04	92,922.98	9,335.48	7,562.85	196,375.35
งานทันตกรรมรากเทียม	86,554.04	92,922.98	642.94	6,681.37	186,801.33
รวม	1,038,648.53	1,115,075.72	166,428.73	598,442.58	2,918,595.55

ตารางที่ 4 ต้นทุนต่อหน่วยของบริการทันตกรรม
Table 4 Unit cost of dental services

บริการทันตกรรม	ผลงาน (ครั้ง)	ค่าแรง (บาท)	ค่าแรง ต่อหน่วย (บาท/ครั้ง)	ค่าวัสดุ (บาท)	ค่าวัสดุ ต่อหน่วย (บาท/ครั้ง)	ค่าลงทุน (บาท)	ค่าลงทุน ต่อหน่วย (บาท/ครั้ง)	รวม (บาท)	ต้นทุน ต่อหน่วย (บาท/ครั้ง)
งานทันตวินิจฉัย	7,278	451,228.72	62.00	38,474.48	5.29	49,372.54	6.78	539,075.75	74.07
งานทันตรังสี	3,407	642,247.22	188.51	100,443.73	29.48	48,378.78	14.20	791,069.73	232.19
งานเวชศาสตร์ช่องปาก	300	200,005.15	666.68	33,584.07	111.95	39,225.70	130.75	272,814.93	909.38
งานทันตกรรมหัตถการ	7,143	2,052,772.98	287.38	341,954.78	47.87	50,898.90	7.13	2,445,626.67	342.38
งานรักษาคัดลอกรากฟัน	770	655,500.74	851.30	246,618.62	320.28	41,116.16	53.40	943,235.51	1,224.98
งานรักษาโรคปริทันต์	2,693	988,176.40	366.94	90,259.26	33.52	53,817.50	19.98	1,132,253.16	420.44
งานทันตกรรมป้องกัน	3,374	822,391.50	243.74	127,671.29	37.84	44,217.35	13.11	994,280.14	294.69
งานทันตกรรมสำหรับเด็ก	381	393,442.60	1,032.66	46,693.13	122.55	39,417.55	103.46	479,553.29	1,258.67
งานทันตกรรมประดิษฐ์	1,998	1,399,993.98	700.70	610,948.69	305.78	44,964.36	22.50	2,055,907.03	1,028.98
งานทันตศัลยกรรม	3,073	1,021,616.83	332.45	40,763.36	13.27	43,287.68	14.09	1,105,667.87	359.80
งานศัลยกรรมช่องปาก	1,815	991,423.63	546.24	36,885.13	20.32	41,441.40	22.83	1,069,750.17	589.39
งานทันตกรรมรากเทียม	125	228,478.75	1,827.83	33,461.42	267.69	48,846.26	390.77	310,786.44	2,486.29
รวม	32,357	9,847,278.51	304.33	1,747,757.97	54.01	544,984.19	16.84	12,140,020.68	375.19

เมื่อนำต้นทุนรวมทางตรงทั้งหมดของแต่ละงานบริการทันตกรรมและผลงานมาคิดต้นทุนต่อหน่วยพบว่าเฉลี่ยทุกงานคิดเป็น 375.19 บาทต่อครั้ง เมื่อจำแนกตามงานบริการทันตกรรม โดยเรียงลำดับจากงานที่มีค่ามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ งานทันตกรรมรากเทียม 2,486.29 บาทต่อครั้ง งานทันตกรรมสำหรับเด็ก 1,258.67 บาทต่อครั้ง และงานรักษาคอลงรากฟัน 1,224.98 บาทต่อครั้ง ส่วนงานที่มีต้นทุนต่อหน่วยน้อยที่สุดคือ งานทันตวิจิตร 74.07 บาท

เมื่อแยกต้นทุนต่อหน่วยตามหมวดต้นทุนแล้วพบว่า ต้นทุนค่าแรงต่อหน่วยและค่าลงทุนต่อหน่วยของงานทันตกรรมรากเทียมมีค่าสูงสุดคือ 1,827.83 และ 390.77 บาทต่อครั้งตามลำดับ ส่วนต้นทุนค่าวัสดุต่อหน่วย

งานรักษาคอลงรากฟันมีค่าสูงที่สุดคือ 320.28 บาทต่อครั้ง

จำนวนงานที่ให้บริการทั้งหมด 32,357 ครั้ง เรียงลำดับค่ามากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่งานทันตวิจิตร 7,278 ครั้ง งานทันตกรรมหัตถการ 7,143 ครั้ง และงานทันตรังสี 3,407 ครั้ง งานทันตกรรมรากเทียมมีจำนวนครั้งบริการน้อยที่สุด 125 ครั้ง รายละเอียดในตารางที่ 4

รายได้รวมทั้งหมดของงานบริการทันตกรรม 6,838,983 บาท รายได้ของกลุ่มงานทันตกรรมในทุกงานบริการมีค่าต่ำกว่าต้นทุนทั้งหมด ส่วนอัตราการคืนทุนทั้งหมดร้อยละ 56.33พบว่างานทันตกรรมหัตถการมีอัตราการคืนทุนสูงสุดคือ ร้อยละ 90.93 และงานศัลยกรรมช่องปากมีอัตราการคืนทุนต่ำสุดคือ ร้อยละ 27.48 รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตราการคืนทุนของบริการทันตกรรม

Table 5 Cost recovery ratio of dental services

บริการทันตกรรม	รายได้รวม (บาท)	อัตราการคืนทุน(%)	อัตราการคืนทุนวัสดุ (%)
งานทันตวิจิตร	0.00*	0.00	0.00
งานทันตรังสี	284,070.00	35.91	282.82
งานเวชศาสตร์ช่องปาก	0.00**	-	0.00
งานทันตกรรมหัตถการ	2,223,780.00	90.93	650.31
งานรักษาคอลงรากฟัน	680,830.00	72.18	276.07
งานรักษาโรคปริทันต์	754,390.00	66.63	835.80
งานทันตกรรมป้องกัน	539,860.00	54.30	422.85
งานทันตกรรมสำหรับเด็ก	288,420.00	60.14	617.69
งานทันตกรรมประดิษฐ์	1,179,783.00	57.39	193.11
งานทันตศัลยกรรม	593,930.00	53.72	1457.02
งานศัลยกรรมช่องปาก	293,920.00	27.48	796.85
งานทันตกรรมรากเทียม	0.00***	0.00	0.00
รวม	6,838,983.00	56.33	391.30

หมายเหตุ * งานทันตวิจิตรเป็นการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษาต่อไป จึงไม่ปรากฏรายได้

** งานเวชศาสตร์ช่องปาก ผู้ป่วยจะไปรับยาที่ห้องจ่ายยา ไม่มีการคิดต้นทุนทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากห้องจ่ายยา จึงไม่ได้นำราคายามาคิดเป็นรายได้

*** งานทันตกรรมรากเทียม เป็นงานตามโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ จึงไม่ปรากฏรายได้

บทวิจารณ์

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะต้นทุนรวมทางตรงของกลุ่มงานทันตกรรมเท่านั้น ไม่ได้รวมต้นทุนทางอ้อมจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล ต้นทุนจึงน้อยกว่าความเป็นจริง ในการคิดรายได้จากการบริการประชากร สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้รายได้พึงรับเพราะไม่ทราบรายรับจริงเนื่องจากไม่สามารถแจกแจงเงินที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรร ซึ่งเป็นค่าบริการทั้งโรงพยาบาลออกมาเป็นรายรับจากการบริการทันตกรรมได้ และเงินที่ได้รับจัดสรรนี้ก็น้อยกว่าที่เรียกเก็บ จึงเป็นไปได้ว่ารายได้พึงรับที่ใช้ในการศึกษานี้จะมากกว่ารายรับจริง

ต้นทุนทางตรงของการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนค่าแรงสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญแข ลากยัง และบุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง (2547)¹⁰ อัญชลี ชูทองรัตน์ (2547)¹¹ และชัยรัตน์ ทับทอง (2550)¹² แต่สัดส่วนต้นทุนค่าแรงของการศึกษานี้สูงถึงร้อยละ 81.11 เนื่องจากมีทันตแพทย์ 11 คนและในจำนวนนี้เป็นตำแหน่งระดับเชี่ยวชาญ 2 คนและชำนาญการพิเศษ 4 คนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีเงินเดือนและค่าตอบแทนสูง ประกอบกับการเพิ่มอัตราของค่าเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่าย¹³ และให้ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข¹⁴

งานทันตกรรมประดิษฐ์รับต้นทุนจากงานคลังและจัดซื้อมากที่สุดเพราะมีการจ้างเอกชนทำฟันเทียม งานทันตกรรมรากเทียมมีจำนวนครั้งบริการน้อยที่สุดจึงรับต้นทุนจากงานเวชระเบียนและเก็บเงินน้อยที่สุดแต่มีต้นทุนค่าแรง ค่าลงทุน และต้นทุนทางตรงต่อครั้งบริการสูงกว่าบริการอื่นเพราะเป็นบริการที่ใช้เวลานานและมีค่าใช้จ่ายครุภัณฑ์มาก งานรักษาคอลงรากฟันมีต้นทุนวัสดุต่อครั้งบริการสูงที่สุดเพราะคิดมูลค่าวัสดุที่เบิกแต่มีจำนวนครั้งบริการน้อย

รายได้ของกลุ่มงานทันตกรรมในทุกงานบริการมีค่าต่ำกว่าต้นทุนทั้งหมดโดยอัตราการคืนทุนสูงที่สุดคืองานทันตกรรมหัตถการหรือกล่าวได้ว่าอัตราค่าบริการมีค่าใกล้เคียงกับต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุดส่วนงานศัลยกรรมช่องปากมีอัตราการคืนทุนน้อยที่สุดแสดงว่าอัตราค่าบริการมีค่าน้อยกว่าต้นทุนต่อหน่วยมากที่สุด

การเปรียบเทียบผลการศึกษานี้กับการศึกษาอื่นจะมีข้อจำกัดเนื่องจากวิธีการศึกษาและบริบทต่างกัน การที่ต้นทุนค่าแรงสูงขึ้นแต่ค่าบริการในเวลาราชการยังคงเป็นอัตราเดิม การเพิ่มอัตราการคืนทุนของงานบริการจึงขึ้นกับความสามารถในการปรับประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้ต้นทุนต่อหน่วยลดลง

ข้อเสนอแนะ

การเพิ่มการบริการทันตกรรมป้องกันและพื้นฐานในชุมชน โรงเรียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากจะเพิ่มการเข้าถึงบริการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วยังเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการทำให้ต้นทุนต่อหน่วยลดลง

การจัดการต้นทุนค่าวัสดุ ควรต้องคำนวณอัตราใช้วัสดุให้พอดีกับการใช้งานในแต่ละช่วงเวลาและถนอมรักษาวัสดุเพื่อยืดอายุการใช้งาน จัดทำมาตรฐานการประหยัดพลังงาน และแยกประเภทเครื่องมือเพื่อลดการส่งนึ่งฆ่าเชื้อโรค

ครุภัณฑ์ทันตกรรม ควรตรวจเช็คสภาพบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องตามคู่มือปฏิบัติงานเพื่อลดค่าสึกหรอและค่าซ่อมแซมเป็นการยืดอายุการใช้งานและชะลอการลงทุน

การศึกษารั้งต่อไป ควรศึกษาต้นทุนทั้งหมด (full cost) และอัตราการคืนทุนของงานบริการทันตกรรมทั้งในโรงพยาบาล (ในและนอกเวลาราชการ) และนอกโรงพยาบาล การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลและสถิติต่างๆ ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ควรใช้รูปแบบการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะสะท้อนประสิทธิภาพและความสัมพันธ์ในการทำงานได้อย่างแท้จริง

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกรวย ที่สนับสนุนการศึกษาและอนุญาตให้เผยแพร่ผลการศึกษานี้ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม เจ้าหน้าที่การเงินและพัสดุ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม ที่ให้ความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูล และดร.ทพญ.เพ็ญแข ลากยัง สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำในการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญแข ลาภยั้งและวีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 22 ฉบับที่ 6; 2556:1080-90.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2556. พิมพ์ครั้งที่ 1, บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2556.
3. วราภรณ์ อินทร์พงษ์พันธุ์และเพ็ญแข ลาภยั้ง. ประสิทธิภาพของคลินิกทันตกรรมนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลท่าแร่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 8 ฉบับที่ 1; 2557:103-9.
4. กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับการกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2552. หนังสือด่วนที่สุด ที่ สธ 0201.042.1/ว 100 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2552.
5. สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการวางแผนการเงิน การคลังของสถานบริการเครือข่ายบริการสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2546 เล่ม 1; 2545.
6. สำนักบริหารกลาง กลุ่มคลังและพัสดุ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ตารางกำหนดอายุการใช้งานและอัตราค่าเสื่อมราคาทรัพย์สินถาวรของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0201.024.6/ว68 ลงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2555.
7. Berman, H.J., Weeks, L.E and Kukla, S.F. The Financial Management of Hospital. 6 th. Ed. Michigan : Health Administration Press. Ann Arbor; 1986.
8. กลุ่มงานสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล ในสถานพยาบาลของทางราชการ. หนังสือกรมบัญชีกลาง ที่ กค0417/ว254ลงวันที่ 22มิถุนายน 2549.
9. กลุ่มประกันสุขภาพสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ. พิมพ์ครั้งที่ 1, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2556: 65.
10. เพ็ญแข ลาภยั้งและบุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง. การศึกษาต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐปีงบประมาณ 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1; 2547 : 56-66.
11. อัญชลี ชูทองรัตน์. ต้นทุนต่อหน่วยของงานบริการทันตกรรม โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
12. ชัยรัตน์ ทับทอง. ต้นทุนต่อหน่วยบริการสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2549. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. ปีที่ 12 ฉบับที่ 3; 2550 : 18-27.
13. สำนักบริหารกลาง กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ0201.042.1/ว994 ลงวันที่ 28พฤศจิกายน 2551.
14. สำนักบริหารกลาง กลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนามัย. หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0201.042.1/ว156 ลงวันที่ 24กุมภาพันธ์ 2552.

Unit cost and cost recovery ratio of dental services at Bangkruai hospital, In fiscal year 2013

Wiwat Tarasombat* *D.D.S., M.Sc. (Computer)*

Abstract

This descriptive study was to analyze unit costs and cost recovery ratio of dental services delivered at official time in Bangkruai hospital's dental clinic, using the hospital information in fiscal year 2013. The databases used were the accounting systems of dental staff payment, material and medical supplies disbursement, public utility expenditures, lists of durable equipment-building-construction and information system. Unit costs and cost recovery ratios were calculated and divided by service groups which were Oral diagnosis, Radiology, Oral medicine, Operative dentistry, Endodontics, Periodontics, Preventive dentistry, Pedodontics, Prosthetics, Dental surgery, Maxillofacial surgery and Dental implants. All total direct cost of the services was 12,140,020.68 baht or 375.19 baht/visit. A proportion of labor cost, material cost and capital cost were 81.11: 14.40: 4.49. Dental implant had the highest unit cost (2,486.29 baht/visit) and the lowest unit cost was Oral diagnosis (74.07 baht/visit). The cost recovery ratio of all services was 56.86 %. The highest cost recovery ratio was Operative dentistry (90.93%) and the lowest cost recovery ratio was Maxillofacial surgery (27.48%).

Key words: *Unit cost, Cost recovery ratio, Dental services.*

* Bangkruai Hospital, Bangkruai District, Nonthaburi Province 11130.

ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพัทลุง

ชนิภาภรณ์ สอนสังข์* ท.บ., วท.ม.(วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก)

จรัญญา นุ่นศรีสกุล** ท.บ., Ph.D

อังคณา เรือมนตรี** ท.บ., Dr.P.H.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาความคาดหวังและข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดพัทลุง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการและตัวแทนชุมชน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบจำเพาะเจาะจง จากผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตรง สุ่มพื้นที่แบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการ และสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวแทนชุมชน ดำเนินการระหว่างมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2554 ผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.แบบโซนเครือข่ายเหมาะสมกับภาวะปัจจุบันที่มีข้อจำกัดด้านกำลังคน มุ่งเน้นใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดร่วมกัน เครือข่ายรพ.สต.ควรมีการบริหารจัดการหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ยึดหลัก 5 เรื่อง คือ 1) มีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน 2) มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ 3) มีการประสานภายในเครือข่าย 4) มีทีมงานเพื่อช่วยเหลือและพัฒนาซึ่งกันและกัน และ 5) แต่ละรพ.สต.มีอิสระในการบริหาร บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.ควรเป็นทันตภิบาล และให้มีทันตแพทย์เป็นผู้กำกับงานในแต่ละโซนเครือข่าย สร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจโดยให้มีตำแหน่งและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ทันตภิบาลที่อยู่ รพ.สต.ควรมีประสบการณ์ในการทำงานหรือกรณีที่จบใหม่ควรมีพี่เลี้ยง และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต.

คำสำคัญ : ความคาดหวัง การจัดบริการสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จังหวัดพัทลุง

* กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง อ.เมือง จ.พัทลุง

**ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลมีนโยบายยกระดับสถานีนานามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกันทุกระดับเพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพปรับเปลี่ยนจากการบริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุกมากขึ้นให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม โดยจะดำเนินการในสถานีนานามัยนำร่องก่อนและขยายให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2554¹ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดโอกาสให้แต่ละจังหวัดออกแบบการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

จังหวัดพัทลุงมีแผนการพัฒนาศักยภาพสถานีนานามัยเป็นรพ.สต.นำร่องจำนวน 26 แห่งครอบคลุม 11 อำเภอมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 และปี พ.ศ.2554 มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและชื่อของสถานีนานามัยเป็นรพ.สต. ทุกแห่ง จำนวน 124 แห่ง อย่างไรก็ตามพบว่า มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากเฉพาะใน รพ.สต.เพียง 7 แห่ง ที่มีทันตภิบาล (ทก.) ประจำเท่านั้น และการดำเนินงานด้านการจัดบริการสุขภาพช่องปากของจังหวัดพัทลุงที่ผ่านมา ยังอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของผู้กำหนดนโยบายหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่ถ่ายทอดนโยบาย บุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากนัก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. ในบริบทของจังหวัดพัทลุง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และตัวแทนชุมชน ซึ่งผลการศึกษจะสามารถนำมาพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมของรพ.สต.ในจังหวัดพัทลุงต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา² (descriptive study) ศึกษาเฉพาะสถานีนานามัยที่มีการพัฒนาเป็นรพ.สต.นำร่องในปี พ.ศ.2552-2553 จำนวน 26 แห่ง ใน 11 อำเภอของจังหวัดพัทลุง

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การสุ่มตัวอย่าง

เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) พิจารณาจากผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตรง สุ่มพื้นที่แบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) มีการแบ่งชั้นระดับอำเภอและตำบล ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายกรณีที่มีหน่วยบริการมากกว่า 1 แห่ง ทั้งนี้ไม่ได้มุ่งที่จะเป็นตัวแทนประชากร แต่เป็นการให้ผู้ให้ข้อมูลมาจากหน่วยบริการที่หลากหลาย³

1. ผู้บริหารจำนวน 16 คน (แสดงการสุ่มตัวอย่างในรูปที่ 1)

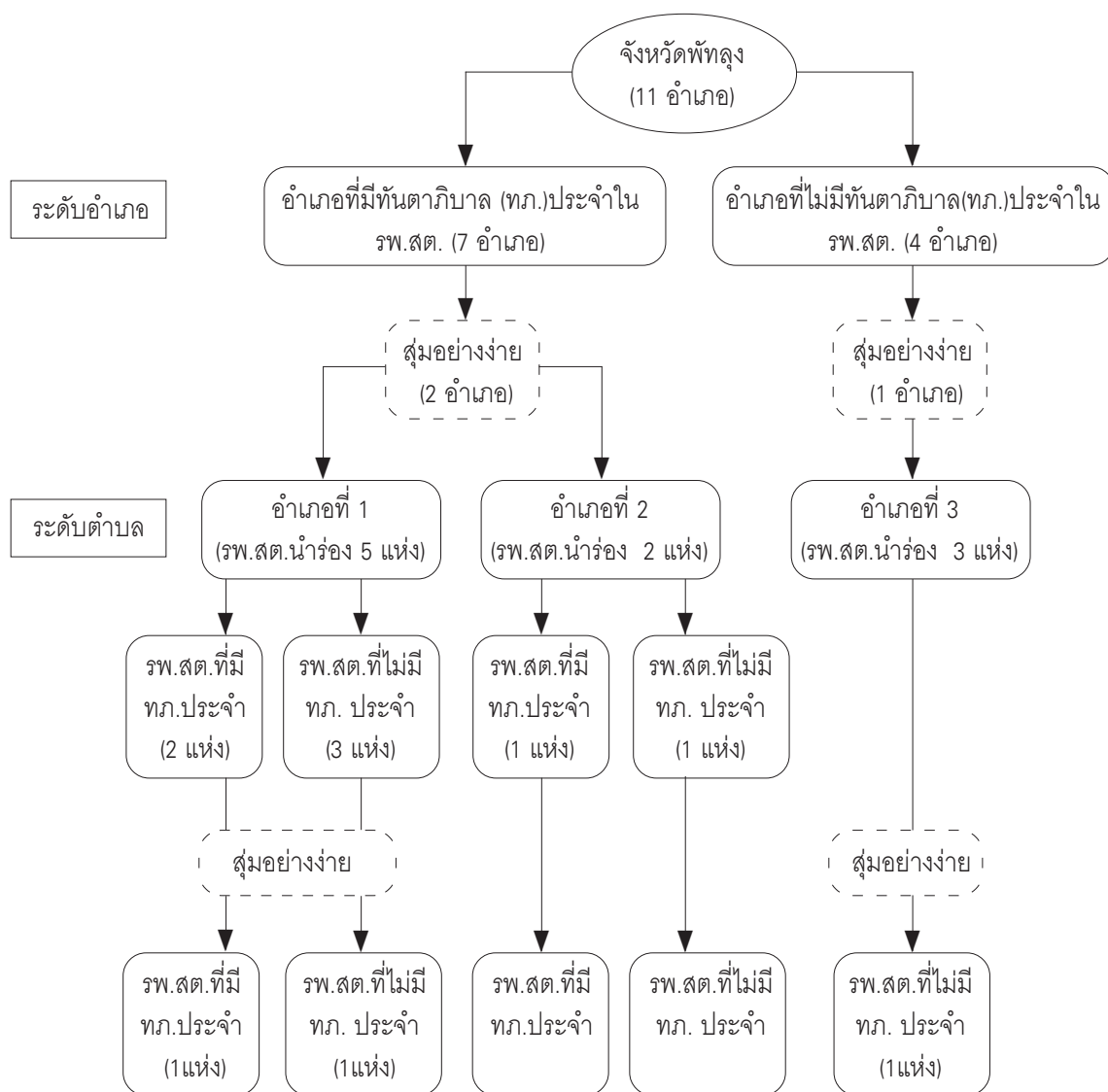
ระดับจังหวัด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือตัวแทน 1 คน หัวหน้างานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน

ระดับอำเภอ แบ่งเป็น กลุ่มอำเภอที่มี ทก.ประจำในรพ.สต. 7 อำเภอ สุ่มอย่างง่ายมา 2 อำเภอ และกลุ่มอำเภอที่ไม่มี ทก.ประจำในรพ.สต. 4 อำเภอ สุ่มอย่างง่ายมา 1 อำเภอ กลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ในอำเภอดังกล่าวรวม 9 คน

ระดับตำบล อำเภอที่มี ทก.ประจำตัวอย่างที่ 1 สุ่มอย่างง่ายรพ.สต.ที่มี ทก.ประจำ 1 แห่ง และที่ไม่มีทก.ประจำ 1 แห่ง ส่วนอำเภอตัวอย่างที่ 2 มี 2 รพ.สต. ซึ่ง 1 แห่งมี ทก.ประจำ อีกแห่งไม่มี ทก.ประจำ เลือกทั้ง 2 แห่ง อำเภอตัวอย่างที่ไม่มี ทก.ประจำ สุ่มอย่างง่าย 1 แห่ง รวมทั้งหมด 5 รพ.สต. กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้อำนวยการรพ.สต. 5 คน

รูปที่ 1 การสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

Figure 1 Samplings of Tambon Health Promoting Hospital



2. ผู้ให้บริการจำนวน 11 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ทันตแพทย์และ ทก.ที่ปฏิบัติราชการมากกว่า 1 ปีและเคยออกให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีที่มีมากกว่า 1 คนจะใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย

สุ่มทันตแพทย์จากอำเภอตัวอย่างแต่ละ 1 คน ทก.จากอำเภอตัวอย่างแต่ละ 1 คน จากตำบลตัวอย่างแต่ละ 1 คน

3. ตัวแทนชุมชนจำนวน 32 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนครู ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และตัวแทนประชาชน คัดเลือกโดย ทก.หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของรพ.สต.อย่างสม่ำเสมอ ตัวแทนประชาชนจะต้องมีประสบการณ์มาใช้บริการสุขภาพที่รพ.สต.

กลุ่ม 1 รพ.สต.จาก รพ.สต.ที่มีทภ.ประจำและอีก 1 รพ.สต.ที่ไม่มี ทภ.ประจำ ได้รพ.สต.ตัวอย่างในการสุ่มตัวแทนชุมชนรวม 2 แห่ง แต่ละแห่งสุ่มตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน ตัวแทนครู 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน 3 คน ตัวแทน อสม. 2 คน.และตัวแทนประชาชน 8 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารและผู้บริหาร และสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวแทนชุมชนเพื่อให้ได้เรื่องราวประสบการณ์ ข้อคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล² แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองใช้แนวคำถามและเรียนรู้กระบวนการรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยคุณภาพทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ควบคุม ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและปรับปรุงแนวคำถามการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และนำสนทนากลุ่ม เวลาในการเก็บข้อมูลครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง มีการจดบันทึกและบันทึกเสียงทุกครั้ง ในแต่ละวันมีการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่เกิดขึ้น

ดำเนินการเดือน มิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2554

การตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล

ประยุกต์หลักการวิจัยเชิงคุณภาพของชายโพธิ์สีตา² คือนักวิจัยติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ให้ความสำคัญกับบริบทที่ศึกษา มีความยืดหยุ่นในการออกแบบ และมีการใช้เครื่องมือที่หลากหลายชนิด และได้มีการตรวจสอบแบบสามเส้า⁴⁻⁵ ดังนี้ 1) ตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลบุคคลและสถานที่มากกว่า 1 แหล่งได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ รพ.สต.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ตรวจสอบด้านผู้วิจัย การจดบันทึกและตีความข้อมูลทำโดยตัวผู้วิจัยผู้ช่วยวิจัยร่วมกับตรวจสอบข้อมูลจากเทปบันทึกเสียง และผู้ทรงคุณวุฒิช่วยตรวจสอบผลและการตีความอีกชั้นหนึ่ง 3) ตรวจสอบโดยวิธีรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก

การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การสังเกตและยืนยันโดยการสะท้อนคิดร่วมกับผู้ช่วยวิจัย นำผลที่ได้และการตีความให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จากการศึกษาเอกสารและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เป็นแบบอุปนัย โดยเริ่มต้นจากข้อมูลไปสู่การหาข้อสรุปในรูปของคำอธิบาย² ใช้แนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 3 ขั้นตอน^{3,6} คือ 1) การลดทอนขนาดและปริมาณของข้อมูล 2) การเลือกหรือแสดงหลักฐานข้อมูล และ 3) การสร้างข้อสรุปและยืนยันผลการสรุปเขียนบรรยายแนวความคิดหรือหัวข้อที่สกัดได้ จัดหมวดหมู่ และค้นหาผลสรุปรวม

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งหมด 59 คน เป็นผู้บริหาร 16 คน ผู้ให้บริการ 10 และตัวแทนชุมชน 33 คน เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน กลุ่มผู้บริหารและผู้ให้บริการเป็นทันตบุคลากรและบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน

กลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 41-50 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 57.1 และปริญญาโทร้อยละ 42.9 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี กลุ่มผู้ให้บริการอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี 31-40 ปี และ 41-50 ปี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 90.0) และมีประสบการณ์การทำงาน 1- 10 ปี (ร้อยละ 60.0) กลุ่มตัวแทนชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปีและ 45-54 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 33.3

ความคาดหวังต่อการจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต.

1. ให้บริการสุขภาพครอบคลุมบริการใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก และสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาจากการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชุมชนแห่งหนึ่งที่ว่า “...รพ.สต.จะต้องเป็นสถานพยาบาลประจำ ไม่ใช่สถานพยาบาลสำหรับคนที่ไปไหนไม่รอด มาใช้บริการ ในภารกิจของ primary care ต้องครอบคลุม การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยเน้นการส่งเสริม ป้องกันเป็นหลัก ส่วนความเชื่อมั่นได้จากการรักษาที่มี มาตรฐานมีคุณภาพ” และจากคำกล่าวของประธาน อสม.แห่งหนึ่ง ที่ว่า “...ควรพัฒนาศักยภาพให้มีบริการ สุขภาพที่ครอบคลุมหลากหลาย...” และจากคำกล่าว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.แห่งหนึ่งที่ว่า “...ควร พัฒนาศักยภาพการให้บริการให้มีคุณภาพมากขึ้น และ เพิ่มบริการที่หลากหลายขึ้น...”

2. เน้นบริการสุขภาพเชิงรุก ในมุมมองของผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า รพ.สต. ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก โดยเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ ดังคำกล่าวหัวหน้ากลุ่มงาน ทันตกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ว่า “...เจ้าหน้าที่ต้อง เน้นในงานส่งเสริมสุขภาพ 80-90 เปอร์เซ็นต์ ส่วนการ รักษาพยาบาลทำซัก 10-20 เปอร์เซ็นต์ก็พอ หาก รพ.สต. มุ่งเน้นการรักษามากเกินไป จะเกิดความล้มเหลวใน ระบบบริการสุขภาพ การรักษาที่ควรเป็นบริการพื้นฐาน เท่านั้น” และความคิดเห็นของทก.ของโรงพยาบาลชุมชน แห่งหนึ่ง ที่ว่า “ทันตภิบาลน้อยๆ ที่จะลง รพ.สต.จะต้อง ได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ เพิ่มทักษะการรักษาและ การทำงานเชิงรุก ซึ่งขณะนั้นมองว่ายังไม่พร้อม”

ในทางตรงกันข้าม ตัวแทนชุมชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่า รพ.สต.ควรให้การรักษามีมาตรฐานใกล้เคียง กับโรงพยาบาล มีแพทย์และมีเตียงคนไข้ และการ เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังให้ รพ.สต.มีศักยภาพในการ ให้บริการมากขึ้น โดยสามารถให้การรักษายาบาล ที่ใกล้เคียงกับ “โรงพยาบาล” ดังคำกล่าวของประธาน อสม.ในตำบลหนึ่งว่า “ความต้องการของประชาชน อยากให้มีเตียง มีหมอมารักษาคนไข้ที่ รพ.สต.มากกว่า เขามองว่าเป็นโรงพยาบาลน่าจะต้องดีกว่าเดิม”

ผู้บริหารส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นว่า ควรให้ความสำคัญในการสร้างขวัญกำลังใจและแรงจูงใจเพื่อสร้าง ทัศนคติที่ดีแก่ผู้ปฏิบัติงานเชิงรุก ดังคำกล่าวของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งว่า “ในการที่จะ

สร้างขวัญกำลังใจและจูงใจให้เจ้าหน้าที่ที่มีความสนใจ งานเชิงรุก ทางกระทรวงต้องเห็นความสำคัญ ให้ค่าตอบแทนพิเศษที่เหมาะสม หรือกำหนดค่างานให้มากกว่าคนที่ทำงานในโรงพยาบาล...การที่จะจูงใจคนให้ สนใจการทำงานเชิงรุก ต้องเริ่มตั้งแต่ตอนผลิตแล้ว สอนให้เขามีใจรักงานชุมชน แล้วเมื่อจบมามีตำแหน่ง รองรับไม่ใช่เป็นลูกจ้างชั่วคราว”

3. บูรณาการแบบองค์รวมและสหวิชาชีพ ผู้ให้ ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่าบุคลากรของ รพ.สต. ควรมีความรอบรู้งานสาธารณสุขทุกด้าน สามารถ ทำงานแบบบูรณาการ มุ่งการให้บริการสุขภาพที่หลากหลายและเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ มีการทำงานเป็นทีมในลักษณะสหวิชาชีพ และสามารถ ทำงานร่วมกับชุมชนได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สิ่งที่จะขาดไม่ได้ใน รพ.สต.คือการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม ต้องช่วยกันดูแล อย่างน้อยทันตภิบาล เองก็ต้องมีความรู้เรื่องสุขภาพด้านอื่นๆ ด้วย ต้องปรับ กลยุทธ์ในการให้ความเป็นสหวิชาชีพ...” (หัวหน้ากลุ่ม งานทันตสาธารณสุข สสจ.)

“...งานส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก ควรมีการ ทำงานโดยสหวิชาชีพ มีการลงไปเป็นทีม การลงไปเป็น ทีมเป็นการพัฒนาศักยภาพทีมงาน เรียนรู้ไปด้วยกัน และ ฝึกการเรียนรู้ที่จะสื่อสารสัมพันธ์”(ทันตแพทย์โรงพยาบาล ชุมชนแห่งหนึ่ง)

“บทบาทของ รพ.สต. ควรมีการสร้างเสริมสุขภาพ “สร้างสุข” และการปรับเปลี่ยนทัศนคติประชาชนในการ ดูแลสุขภาพตนเองได้ การดูแลสุขภาพไม่ได้อยู่ที่ รพ.สต.อย่างเดียว จะต้องอยู่ที่ตัวคน ครอบครัว ชุมชน ด้วย” (ประธาน อสม.ตำบลหนึ่ง)

ในขณะที่ผู้ให้บริการส่วนหนึ่งยัง “ไม่เห็นด้วย” กับการที่ให้ทันตบุคลากรเป็นทีมสหวิชาชีพ และสามารถ ทำงานสาธารณสุขได้ทุกด้าน โดยคิดว่าควรทำงาน เฉพาะในขอบเขตวิชาชีพดังคำกล่าวของทก.ท่านหนึ่งที่ว่า “...ที่ผ่านมามีปัญหา การมอบหมายงานที่ไม่สอดคล้อง กับวิชาชีพ เช่น ทันตภิบาลไปรับงาน อาชีวอนามัย งานคุ้มครองผู้บริโภค งานพัสดุ งานการเงิน ทำให้การ จัดบริการสุขภาพช่องปากทำได้ไม่เต็มที่”

ผู้บริหารส่วนหนึ่งมีความคิดเห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้การทำงานบูรณาการแบบสหวิชาชีพเกิดขึ้นได้

ยากใน รพ.สต. ได้แก่ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP) ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักเพื่อดูแลกำกับงานของ รพ.สต. ในภาพรวม ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. แห่งหนึ่งที่ว่า “การเชื่อมโยงระบบงานของรพ.สต.กับโรงพยาบาลแม่ข่าย จะต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจนทั้งสองหน่วย เพื่ออำนวยความสะดวก ประสานงาน ปกป้องหรือซึ่งปัจจุบันยังไม่เห็นระบบนี้...”

4. มีการวางแผนพัฒนาการจัดบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในประเด็นการวางแผนเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ อัตรากำลังและการบริหารทรัพยากร เช่น วัสดุทางการแพทย์และงบประมาณในภาพรวมของ CUP รวมทั้งการปรับอาคารสถานที่ให้เหมาะสมกับการจัดบริการสุขภาพ ดังคำกล่าว

“ผู้บริหารทุกระดับต้องเห็นความสำคัญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงสอดคล้องกัน ไม่เฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น ต้องดึงท้องถิ่นเข้ามาร่วมด้วย” (ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่ง)

“การยกฐานะเป็น รพ.สต.ที่สมบูรณ์แบบควรจัดในหน่วยบริการที่มีความพร้อมด้านโครงสร้าง ทรัพยากร ตอนนี้ขยายเร็วเกินไปที่จะทำทุกแห่ง ความพร้อมด้านอัตรากำลังก็ยังไม่ มี จังหวัดก็ไม่ได้เตรียมความพร้อมตรงนี้ไว้ด้วย น่าจะเป็นตำบลละ 1 แห่งที่มีการจัดบริการสุขภาพที่หลากหลายเป็นหลัก ทำหน้าที่เป็น node” (ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่ง)

“คิดว่าถ้าให้เป็นรพ.สต.จะต้องมีความพร้อมมากกว่าสถานีอนามัยเดิม มีศักยภาพมากกว่าเดิม มีความพร้อมด้านบุคลากร อุปกรณ์และการสนับสนุนต่างๆจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง” (ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)

ในขณะที่ตัวแทนชุมชนส่วนใหญ่ จะมองไปที่ความพร้อมด้านกำลังคน ดังคำกล่าวของตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งที่ว่า “บางรพ.สต.มีเจ้าหน้าที่ 2 ท่าน บางวันหัวหน้าไม่อยู่ เหลือเจ้าหน้าที่ประจำเพียง 1 ท่าน ชาวบ้านมีปัญหาไปใช้บริการ แต่ไม่มีความมั่นใจในคุณภาพบริการ ดังนั้นหากมีการพัฒนาจริงๆ ต้องเพิ่มเจ้าหน้าที่ให้มากกว่าที่เป็นอยู่” และประธาน อสม.ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า “ประชาชน

อยากให้มีเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น”

5. มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นว่ารพ.สต.ควรมีศักยภาพในการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยเอื้อต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)

“...การพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้ด้านการจัดการสุขภาพได้ ก็จะเป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เยอะ” (ประธาน อสม.ในตำบลแห่งหนึ่ง)

“การเยี่ยมบ้าน สร้างความเข้าใจกับชาวบ้าน และค้นหาปัญหาร่วมกับชุมชน สามารถให้เขาดูแลและจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ง่ายขึ้น” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.แห่งหนึ่ง)

การจัดบริการสุขภาพช่องปากของ รพ.สต.

1) การจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบเครือข่าย รพ.สต.

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เสนอให้มีการจัดบริการสุขภาพของรพ.สต.ในภาพรวม เป็นโซนเครือข่าย ไม่จำเป็นต้องจัดบริการสุขภาพช่องปากในทุก รพ.สต. เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องโครงสร้างพื้นฐาน เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการที่ดี โดยพิจารณา รพ.สต.ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมเป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย และรวมพื้นที่บริการของรพ.สต.อื่นๆที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาเป็นลูกข่าย ดังคำกล่าว

“รูปแบบการจัดการบริการสุขภาพของรพ.สต.ที่เหมาะสม คือ รูปแบบเครือข่าย โดยเอารพ.สต.ที่มีความพร้อมด้าน งบประมาณ หรือมีการจัดการที่ดีมาเป็นหลักในการจัดบริการสุขภาพ” (หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)

“อยากให้มีการจัดเป็นเครือข่าย รพ.สต.ที่มีความพร้อมทำหน้าที่เป็น node มีรพ.สต.ลูกข่าย 4-5 แห่ง เป็นการสร้างทีมและเป็นการวางแผนการทำงานร่วมกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.แห่งหนึ่ง)

“หากให้มีการจัดบริการทุกประเภทที่ครบ...เห็นว่าเป็นไปไม่ได้หรือรัฐไม่สามารถจัดได้ ถ้าให้ตีควรวัดเป็นเครือข่าย เอารพ.สต.ที่พร้อมมาเป็นศูนย์กลางดีที่สุด บริหารให้ดี ประชาชนก็ได้ประโยชน์” (ตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง)

“การจัดบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นกัน ช่วงเปลี่ยนผ่านควรมีการบริหารจัดการแบบโซนเครือข่าย ซึ่งควรทำในรูปแบบของอำเภอมี CUP เข้ามาดูแลระบบงานด้วย...” (ผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง)

“อยากให้มีการจัดบริการในจุดใหญ่ๆ อำเภอหนึ่งมีการจัดซัก 2-3 แห่ง ตามศักยภาพที่พอจัดได้ ไม่คาดหวังให้มีทุกแห่ง แต่จะอย่างไรให้ประชาชนในเขตรอบๆ มาใช้บริการได้ด้วย” (ตัวแทนประชาชนในตำบลแห่งหนึ่ง)

2) การบริหารจัดการเครือข่ายรพ.สต.

ผู้บริหารส่วนใหญ่และผู้ให้บริการส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า เครือข่ายรพ.สต.ควรมีการบริหารจัดการหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ยึดหลัก 5 เรื่อง คือ 1) มีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน 2) มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ 3) มีการประสานภายในเครือข่าย 4) มีทีมงานเพื่อช่วยเหลือและพัฒนาซึ่งกันและกัน และ 5) แต่ละรพ.สต.มีอิสระในการบริหาร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ลักษณะการทำงานของ รพ.สต.เราไปในทิศทางเดียวกันกับโรงพยาบาล... ดังนั้นหากดำเนินการเป็นเครือข่าย เราก็ต้องเป็นเครือข่ายของ CUP ไม่ควรบริหารงานเดี่ยวๆ เหมือนในอดีตต้องมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ... มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกัน พัฒนาทีมไปด้วยกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.แห่งหนึ่ง)

“ในบทบาทของประธานเครือข่าย ... มีหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในแนวราบ เป็นผู้นำในการทำงาน และพัฒนาร่วมกันภายในเครือข่ายของตนเอง โดยรพ.สต.ในเครือข่ายมีความอิสระในการบริหารจัดการตัวเอง จะดำเนินการร่วมกันเฉพาะงานที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกันเท่านั้น” (ผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง)

ผู้บริหารของ รพ.สต.ส่วนใหญ่เสนอว่า การกำหนดประธานเครือข่ายมีได้ 3 ลักษณะ คือ 1) ผู้อำนวยการรพ.สต. 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสาธารณสุขอำเภอ และ 3) ไม่มีประธานเครือข่าย ดังคำกล่าวของผู้จัดการ

รพ.สต.แห่งหนึ่ง

“การจัดการขึ้นอยู่กับผู้บริหารนะ เช่น บางแห่งมีการเลือก รพ.สต.ให้เป็นประธานเครือข่าย บางแห่งไม่มีการแบ่งชัดว่าใครเป็นประธานใครเป็นลูกข่าย ทุก รพ.สต.มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน บางพื้นที่ประธานคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสาธารณสุขอำเภอแล้วแต่การตกลงกัน บุคลากรมีหน้าที่ในการหมุนเวียนช่วยเหลือกัน เน้นการประสานงานกัน”

3) การกำหนด รพ.สต.แม่ข่าย

ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการกำหนด รพ.สต.แม่ข่ายมี 2 รูปแบบ คือ 1) รพ.สต.ที่มีทก.ประจำ 2) รพ.สต.ที่ไม่มี ทก.ประจำ แต่มีความพร้อมด้านอื่นๆ เช่น ห้องฟัน วัสดุทันตกรรม และการบริหารจัดการที่ดี โดยการจัดตั้งบุคลากรไปดูแล รพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทก.ประจำ ควรเป็นบทบาทของ CUP ในการบริหารจัดการอัตรากำลัง การจ้างงาน การสนับสนุนงบประมาณอย่างเหมาะสม รวมทั้งควรกำหนดทันตแพทย์ที่เลี้ยง ดังคำกล่าวของผู้จัดการรพ.สต.แห่งหนึ่งที่ว่า

“การจัดบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นกัน ช่วงเปลี่ยนผ่านควรมีการบริหารจัดการแบบโซนเครือข่าย ซึ่งควรทำในรูปแบบของอำเภอมี CUP เข้ามาดูแลระบบงานด้วย...จุดด้อยของงานทันตคือขาดการสร้างระบบที่ดี ขาดการประสานงานระหว่าง CUP กับ รพ.สต. อยากให้มีทันตแพทย์ที่เลี้ยงของ CUP เข้ามาดูแล... ซึ่งหากจัดการทำเป็นเครือข่าย CUP ต้องเข้ามาดูแลจัดการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การจัดทำโครงสร้าง บุคลากร ภารกิจงาน งบประมาณ”

การจัดตั้งบุคลากรไปปฏิบัติงานในรพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ มี 2 แนวทาง คือ 1) การรวมทันตภิบาลไว้ที่ CUP แล้วมอบหมายให้ไปดูแล รพ.สต.แม่ข่าย และ 2) การจัดให้ทันตภิบาลลงไปประจำใน รพ.สต.แม่ข่าย

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่า การจัดให้ทันตภิบาลไป “อยู่ประจำที่รพ.สต.” จะดีกว่าการให้ “ประจำอยู่ที่โรงพยาบาล” เพราะจะได้มีความผูกพันกับประชาชน เข้าใจชุมชน ทำงานต่อเนื่อง สามารถทำงานเชิงรุกได้ดี แต่หากให้ทันตภิบาลประจำอยู่ที่โรงพยาบาล ควรจัดให้คนเดิมไปปฏิบัติงานในรพ.สต. เพราะจะทำให้

ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

การกำหนดรพ.สต.ลูกข่าย ควรเป็นบทบาทร่วมกันของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ คือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล จัดทำเป็นนโยบายในระดับจังหวัด ให้มีการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากบูรณาการร่วมกับงานสาธารณสุขอื่นๆ และมีการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.และ อสม.ในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน

บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.

บุคลากรที่เหมาะสมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ควรจะเป็น “ทันตภิบาล” ส่วนทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ หรือการลงไปเทศติดตามดูแลเป็นครั้งคราว ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งที่ว่า “ทันตภิบาลก็เพียงพอแล้ว ส่วนทันตแพทย์เป็นที่ปรึกษา และมีการลงไปเป็นวาระอาจจะเดือนละ 1 ครั้งหรือแล้วแต่ความเหมาะสม”

การจัดทันตภิบาลไปอยู่ในรพ.สต. ควรเป็นบทบาทร่วมของ CUP สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) จัดทำแผนกำลังคนร่วมกันดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งที่ว่า “การจัด ทบ. ให้มาประจำในรพ.สต.เป็นบทบาทหน้าที่ของ CUP สสอ. และสสจ.ในการจัดทำแผนกำลังคนร่วมกัน โดยให้มีการกระจายคนไปอยู่ในรพ.สต.นำร่องก่อน”

ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าการบริหารทันตบุคลากรควรเป็นบทบาทของรพ.สต.และ CUP โดยควรมีการประสานงานให้มีความสอดคล้องกัน และควรกำหนดให้มีทันตแพทย์เป็นผู้กำกับงานในแต่ละโซนเครือข่าย ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่งที่ว่า “ระบบของทันตกรรมในรพ.สต.ควรมีการประสานระบบงานให้ชัดเจน ถ้าจะออกแบบให้ดีจะต้องมีศูนย์ประสานงานระหว่างบุคลากรในรพ.สต.ในแต่ละโซนกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีหมอพื้นเป็นผู้รับผิดชอบแบ่งความรับผิดชอบกันไป จะได้สะดวกในการปรึกษาหรือส่งต่อ”

ในขณะที่มีทันตบุคลากรบางส่วนมีความคิดเห็น ว่า ขณะนี้ทันตภิบาลไม่เพียงพอควรให้ “ทันตภิบาล

ประจำอยู่ที่โรงพยาบาล” และมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต.โดยควรจัดให้คนเดิมไปปฏิบัติงาน ซึ่งง่ายต่อการกำกับงานและการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน ดังคำกล่าวของทันตแพทย์โรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ว่า “ไม่มีแนวคิดในการกระจายทันตภิบาลลงไปอยู่ประจำในรพ.สต. เพราะตอนนี้เราไม่มีคน การรวมศูนย์หรือรวมคนอยู่ที่โรงพยาบาล ควบคุมดูแลได้ดีกว่า และทิศทางของการดำเนินงานไปในทางเดียวกัน” ในขณะที่ทันตแพทย์อีกท่านกล่าวว่า “ในภาวะปัจจุบันอยากจะทำให้ทันตภิบาลประจำหรือรวมศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาลมากกว่า แต่ในการจัดคนลงไปทำงานเน้นให้เป็นคนเดิม เพื่อให้งานเกิดความต่อเนื่อง”

แต่ในความคิดเห็นของสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งมีความเห็นในทางตรงกันซ้ำว่าการให้ทันตภิบาลอยู่ประจำที่โรงพยาบาล หากผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญก็จะเป็นระบบเดิมที่ไม่ได้รับการดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า “หากมีการรวมทันตภิบาลไว้อยู่ที่โรงพยาบาลแล้วหัวหน้าไม่ให้ความสำคัญ...ก็จะเป็นเหมือนเดิมคือไม่มีใครออกมาดูแลประชาชนตามสถานีอนามัยเลย”

ทันตภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต. ควรมีประสบการณ์ในการทำงานหรือกรณีที่เคยใหม่ควรมีที่เลี้ยง ดังคำกล่าวของตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งว่า “ทันตภิบาลมาประจำรพ.สต.ควรมีประสบการณ์ทำงานมาบ้าง หากเป็นเด็กใหม่ก็ควรมีที่เลี้ยงมาดูแล จะได้มีความมั่นใจในการทำงาน” และได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต. ดังคำกล่าวของทันตแพทย์ท่านหนึ่งที่ว่า “น้องทันตภิบาลจบใหม่ สสจ.ควรมีการจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะขึ้นมาเน้นการบริหารงานในรพ.สต.และการทำงานในชุมชน”

ผู้บริหารและผู้ให้บริการมีความเห็นว่าควรสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้แก่ทันตภิบาลที่ทำงานในรพ.สต. โดยให้มีตำแหน่งและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งว่า “สายงานนี้มีแรงจูงใจน้อยขาดความมั่นคงในสายงานไม่สามารถกำหนดตำแหน่งที่ชัดเจน ตอนนี้ต้องเป็นลูกจ้าง ไม่มีสวัสดิการเหมือนข้าราชการและก็ไม่โตเหมือนเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ดังนั้นกระทรวงต้องช่วยให้เขาเข้าสู่ตำแหน่งนักวิชาการได้” รวมทั้งควรมีการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ห้องฟัน ยูนิต ทันตกรรม

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ ก่อนที่จะจัดสรรทันตภิบาลลงไปปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่งที่ว่า “จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของยูนิททันตกรรมและวัสดุอุปกรณ์เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพช่องปากก่อนที่จะมีการจัดสรรทันตภิบาลลงไป”

และควรมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับทันตภิบาลใน รพ.สต.โดยกำหนดบทบาทและสัดส่วนการทำงานให้ชัดเจน ดังคำกล่าวของทันตภิบาลแห่งหนึ่งที่ว่า “ที่ผ่านมาจัดบริการสุขภาพช่องปากได้ไม่เต็มที่ เพราะไม่มีเจ้าหน้าที่...หากเป็นไปได้ อยากให้ส่วนกลางมีการจัดทำแนวทางการทำงานของทันตภิบาลในรพ.สต.โดยกำหนดบทบาทและสัดส่วนงานให้ชัด”

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่คาดหวังต่อบทบาทของรพ.สต.ในการจัดบริการสุขภาพ 5 ลักษณะ คือ 1) ให้บริการสุขภาพครอบคลุมบริการใน 4 มิติ 2) เน้นบริการสุขภาพเชิงรุก 3) บูรณาการสุขภาพแบบองค์รวมและสหวิชาชีพ 4) มีการวางแผนพัฒนาการจัดบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ และ 5) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของนโยบายการพัฒนาสถานีอนามัยเป็นรพ.สต.^{1,7} ที่ต้องการให้รพ.สต.มีการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ที่เน้นการทำงานเชิงรุก มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพของประชาชนมากขึ้นและสอดคล้องกับแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก⁸⁻¹⁰

อย่างไรก็ตามจากการเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังให้รพ.สต.มีศักยภาพที่ใกล้เคียงกับ “โรงพยาบาล” จริงๆ โดยต้องการการบริการสุขภาพเชิงรักษาหรือเชิงรับมากขึ้น จะเห็นได้ว่าความต้องการของประชาชนอาจไม่ตรงกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของ รพ.สต.ที่กำหนดให้รพ.สต.จัดบริการสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาลส่วนการบริการรักษาเน้นการให้บริการรักษาขั้นพื้นฐานเท่านั้น^{1,11-13}

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรทำความเข้าใจกับประชาชนให้รับทราบศักยภาพและขอบเขตการทำงานของรพ.สต.ที่เป็นจริง

ส่วนความคาดหวังที่ต้องการให้บุคลากรในรพ.สต.เป็นทีมสหวิชาชีพและเน้นการบูรณาการ สามารถทำงานสาธารณสุขได้ทุกด้าน ทันตบุคลากรที่ให้ข้อมูลส่วนหนึ่ง “ไม่เห็นด้วย” โดยคิดว่าควรทำงานเฉพาะในขอบเขตวิชาชีพนั้น ทั้งนี้ความคิดเห็นดังกล่าวอาจเนื่องมาจากความเป็นวิชาชีพที่ดูแลสุขภาพเฉพาะส่วนมากกว่าการมองเป็นองค์รวมของสุขภาพ ซึ่งหากทันตบุคลากรมีแนวคิดเช่นนี้ อาจทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบบูรณาการโดยสหวิชาชีพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากอาจไม่สามารถเกิดขึ้นในรพ.สต.ได้ ดังนั้นจึงควรมีการปรับแนวคิดและเพิ่มพูนทักษะของทันตบุคลากรเกี่ยวกับการทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการรวมทั้งการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพและการทำงานร่วมกับชุมชน

ถึงแม้บางพื้นที่ของจังหวัดพัทลุงได้มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพในรพ.สต.แบบเครือข่ายแล้ว เป็นเครือข่ายความช่วยเหลือกันของทีมพยาบาลในการร่วมกันดูแลประชาชนกลุ่มโรคเรื้อรัง ส่วนงานอื่นๆ ยังไม่เห็นเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ลักษณะของโครงสร้างเครือข่ายไม่ได้เชื่อมโยงกันทั้งระบบ เป็นเพียงการจัดตั้งขึ้นเพื่อความสะดวกในแง่การประสานงาน การช่วยเหลือกัน และการนิเทศงาน สำหรับการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. ปัจจุบัน มีทิศทางเช่นเดียวกันกับในภาพรวมของระบบจัดบริการสุขภาพโดยรวม ที่ยังไม่เป็นระบบและยังไม่มีการบูรณาการกับระบบสุขภาพโดยรวม

การศึกษานี้ มีข้อเสนอให้มีการจัดพื้นที่บริการสุขภาพช่องปากโดยการแบ่ง “โซน” รวมเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต.อื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาอยู่ในเขตพื้นที่บริการเดียวกัน และมีการบริหารจัดการในรูปแบบเครือข่าย โดยพิจารณา รพ.สต.ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการที่ดี เป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย และได้เสนอลักษณะการดำเนินงานเครือข่ายที่เป็นระบบมากขึ้นคือ มีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือและการพัฒนา

ร่วมกันมากขึ้น ในขณะที่เดียวกัน รพ.สต.ในเครือข่ายยังคงมีความอิสระในการบริหารจัดการตัวเอง และเน้นการประสานภายในเครือข่ายเดียวกัน ซึ่งวิธีการนี้น่าจะนำไปสู่การบริหารจัดการหน่วยบริการระดับปฐมภูมิให้มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย เพื่อสร้างสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

รูปแบบเครือข่ายที่เสนอในการศึกษานี้ มีความคล้ายคลึงกับ Castells (1996) อ้างถึงในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ¹⁴ ซึ่งเสนอว่าการจัดการองค์กรที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันเป็นรูปแบบที่ต้องการความร่วมมือขององค์กรในเครือข่าย โดยต้องยังคงความอิสระไว้ระดับหนึ่งโดยเครือข่ายควรมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้¹⁴⁻¹⁶

- 1) มีการรวมตัวกันของบุคคล กลุ่มคน ชุมชนหรือองค์กรเพื่อปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน
- 2) มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน
- 3) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 4) มีประโยชน์ร่วมกัน
- 5) มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา
- และ 6) มีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในเครือข่ายและภาคีเครือข่ายอื่นๆซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ควรมานำมาพิจารณา เพื่อให้เครือข่ายมีความเข้มแข็งขึ้น

การแบ่งโซนของเครือข่าย รพ.สต.เป็นการรวมพื้นที่ของรพ.สต.ใกล้เคียงมาเป็นพื้นที่บริการโดยรพ.สต.ที่มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและมีศักยภาพในการจัดบริการทำหน้าที่เป็นแม่ข่าย ส่วน รพ.สต.ที่จัดอยู่ในโซนเครือข่ายมีฐานะเป็นลูกข่าย จัดขึ้นเพื่อให้เอื้อต่อการทำงานและการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดร่วมกัน เน้นการประสานงานในแนวราบ ดังนั้นหากจะมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรูปแบบโซนเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้แก่บุคลากรให้ความเข้าใจแนวคิดของเครือข่าย การจัดการโซนเครือข่าย และกระบวนการพัฒนาภาคีเครือข่าย ตลอดจนจัดให้มีการสนับสนุนโดยการเป็นพี่เลี้ยงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เสนอว่าบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.ควรจะเป็น “ทันตภิบาล” ส่วนทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ และการลงไปติดตามดูแลเป็นครั้งคราว ทภ.ที่จะมาอยู่รพ.สต.ควรมีประสบการณ์ในการทำงานและในกรณีที่จบใหม่ ควรมีที่ปรึกษาและควรได้รับการ

อบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต. นอกจากนี้ควรสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจ โดยให้มีตำแหน่งและความก้าวหน้าในวิชาชีพ

การจัดทันตภิบาลไปปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต.กรณีรวมทันตภิบาลไว้ที่ CUP หากผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญและผู้ให้บริการไม่เข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ จะทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากทำได้ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายจะต้องให้ความสำคัญในการปรับแนวคิดและทัศนคติของผู้บริหารและทันตบุคลากรของ CUP ให้มีความเข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ และกำหนดให้มีทันตแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.

ในปัจจุบันปัญหาการขาดแคลน ทภ.ในสถานบริการของจังหวัดพัทลุงเกิดมาจากนโยบายการจำกัดจำนวนบุคลากรของภาครัฐ และมีการเปลี่ยนสายงานไปสู่วิชาชีพที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น¹⁷ ซึ่งปัญหานี้อาจทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.ไม่สามารถดำเนินการได้ตามความคาดหวัง โดยปัจจุบัน (พ.ศ.2557) จังหวัดพัทลุงมี รพ.สต.เพียง 19 แห่ง (จาก 124 แห่ง) ที่มี ทภ.ประจำ¹⁸ คิดเป็นร้อยละ 15.3 ดังนั้นในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ยังไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร อาจเกิดปัญหาลคล้ายคลึงกับช่วงเปลี่ยนผ่านของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกคน) ซึ่งมีการแก้ปัญหาโดยการจัดให้ทันตแพทย์หรือ ทภ.ออกไปให้บริการทันตกรรมเป็นครั้งคราวในลักษณะการออกหน่วย (extended OPD) ในสถานีนอามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน^{17,19-22} จึงควรมีการผลักดันเชิงนโยบายให้การผลิต ทภ.เพื่อรพ.สต.สามารถดำเนินงานเชิงรุก นวัตกรรมแบบสหวิชาชีพและทำงานร่วมกับชุมชนได้ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการผลักดันนโยบายค่าตอบแทนสำหรับผู้ทำงานเชิงรุกเพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการทำความเข้าใจกับประชาชนให้รับทราบขอบเขตการทำงานที่เป็นจริงของ รพ.สต.

2. ให้มีการจัดพื้นที่บริการสุขภาพช่องปากโดยการแบ่ง “โซน” รวมเขตพื้นที่บริการของ รพ.สต.อื่นๆ

ที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาอยู่ในเขตพื้นที่บริการเดียวกันและมีการบริหารจัดการในรูปแบบเครือข่ายโดยพิจารณา รพ.สต. ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และการบริหารจัดการที่ดี เป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย การดำเนินงานเครือข่ายมีการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน ให้ความสำคัญกับการช่วยเหลือและการพัฒนาร่วมกันมากขึ้น แต่ละ รพ.สต. ในเครือข่ายยังคงมีความอิสระในการบริหารจัดการตัวเอง และเน้นการประสานการทำงานภายในเครือข่ายเดียวกัน

3. ผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญในการปรับแนวคิดและทัศนคติผู้บริหารและทันตบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ให้มีความเข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.

4. บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ควรเป็น “ทันตภิบาล” ส่วนทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ และการลงไปในเขตติดตามดูแลเป็นครั้งคราว

5. ผลักดันเชิงนโยบายให้การผลิตทันตภิบาลเพื่อรพ.สต. สามารถดำเนินงานเชิงรุก บูรณาการแบบสหวิชาชีพและทำงานร่วมกับชุมชนได้

6. ทันตภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต. ควรมีประสบการณ์ในการทำงาน หรือกรณีที่จบใหม่ ควรมีที่ปรึกษาและควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต.

7. สร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจแก่ทันตภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต. โดยให้มีตำแหน่งและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยและทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาของชุมชนของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และขอขอบคุณผู้บริหารทุกระดับ ผู้ให้บริการ และตัวแทนชุมชนทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุนหรัศม์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุทธานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัท ที่ คิว พี จำกัด; 2552.
2. ชาย โพธิ์สีดา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (กระบวนการทัศน์และทฤษฎีในการวิจัยเชิงคุณภาพ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่สี่กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง; 2552.
3. นิศา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่สี่กรุงเทพมหานคร: บริษัทพริ้นต์โพธิ์จำกัด; 2551: 214-226.
4. สุภาวงศ์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่สิบแปดกรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
5. อรุณี อ่อนสวัสดิ์. ระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้งที่สามภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์; 2551.
6. เบญจมา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงก์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความและหาความหมาย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง: บริษัท ซีโน พับลิชชิ่ง (ประเทศไทย) จำกัด; 2552: 73-89.
7. อภิญา ดันทิวังค์. แนะนำหลักคิดและแนวปฏิบัติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล “สายพันธุ์ใหม่” ความสุขใกล้บ้านสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2552.

8. World Health Organization. The World Health Report 2008 (Primary health care now more than ever). Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2008.
9. World Health Organization. Primary health care, report of the international conference on primary health care. Geneva, Switzerland. World Health Organization; 1978.
10. World Health Organization. The World Health Report 2000-Health System: Improving Performance. Geneva, Switzerland. World Health Organization; 2000.
11. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์, บำรุง ชะลอเดช, ทศนีย์ สุรกิจโกศล, ณัฐพร สุขพอดดี. บริการปฐมภูมิ:บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร; 2545.
12. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและบริการด้านแรก. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542.
13. ไพจิตร วราชาติ, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธาดล, นิทัศน์ รวยยาว, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุทธานนท์ และสุธิตา สงวนศักดิ์. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข,โรงพยาบาลการทหารผ่านศึก; 2553.
14. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการ. ใน: สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สมลัธิ์ ประทุมพันธ์, บรรณานิการ. กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการ. มุมมองใหม่ จัดการสุขภาพใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่หนึ่งกรุงเทพมหานคร: บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2554: 25-40.
15. เสถียร จิววังสินธุ์. ความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย. [homepage on the internet]. [cite 5 May 2012]. Available from: <http://www.2.nesac.go.th/document/show11.php?did=06110001>.
16. วิณา เทียงธรรม. เครือข่ายทางสังคม.ใน วิณา เทียงธรรม, สุนีย์ ละกำป็น, อาภาพร เผ่าวัฒนา. การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่หนึ่งกรุงเทพมหานคร: บริษัทแดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่นจำกัด; 2554: 95-112.
17. ปริญญญา คงทีเลิศ, สุนี วงศ์คงคาเทพ. การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2549. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2552; 17(1): SI1-10.
18. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. ข้อมูล ทันตบุคลากรจังหวัดพัทลุงประจำปี 2554; 2554.
19. วิรัตน์ เอื้องพลสวัสดิ์, จริญญา นุ่นศรีสกุล, เสมอจิต พงศ์ไพศาล. ระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาคใต้. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
20. ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์, อังคณา เขียวมนตรี, ปิยนารถ จาติเกตุ, วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ, ปิยะฉัตร พัทธานุฉัตร, ทศนีย์ ธรรมเริง และคณะ. กระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข; 2546: 5-10.
21. ชาญชัย ไช้สงวน. การศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทย. ว ทันต 2547; 54(1): 9-22.
22. อังคณา เขียวมนตรี, วรธนะ พิธพรชัยกุล. สถานการณ์เงื่อนไขบริบทของการทำงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันในงานทันตสาธารณสุขภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาจังหวัดพัทลุง. รายงานการวิจัย; 2546.

The expectations of stakeholders on Oral Health Services at Tambon Health Promoting Hospital (THPH) in Phatthalung Province

Chanidaporn Sornsung* *D.D.S., M.S.(Oral Health Sciences)*

Jaranya Hunsrisakhun** *D.D.S., Ph.D*

Angkana Thearmontree** *D.D.S.,Dr.P.H.*

Abstract

This descriptive study aimed to study the expectations and suggestions of stakeholders including executive officers, health care providers, and community representatives on appropriate oral health services at Tambon Health Promoting Hospital (THPH) in Phatthalung province. After applying multi-stage random sampling for areas stratification, the informants were selected by purposive sampling, including those who had direct experience in oral health services. The executive officers and the health care providers were interviewed by in depth interviews. Whereas, the community representatives were explored through focus group discussions. The study was conducted during June to October 2011. The results showed that the appropriate oral health services at THPH should be organized by zoning and network model in order to solve the shortage of dental health personnel and resources. THPH network should be implemented based on their context and under 5 principles; 1) setting network goals 2) clarifying responsible areas 3) cooperation within the network 4) independent management and 5) network support. The most appropriate dental personnel in THPH should be a dental nurse who have had working experience and be directed by the dentist in each network. It is important to improve their career paths, have precise positions for recruitment and provide moral support. If they recently graduated, they should be supervised by mentors as well as should attend particular workshops to improve their skills.

Key Words : *The expectation; oral health services; Tambon Health Promoting Hospital (THPH); Stakeholders; Phatthalung province*

* Dental Health Department, Phatthalung Provincial Health Office, Meung, Phatthalung Province.

** Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla university, Hatyai, Songkhla province.

ประเมินผลโปรแกรม การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและ ป้องกันโรคทางทันตกรรม เด็ก 6 และ 9 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิษณุโลก ปี 2555-2557

รัชณี จิตสันตวรรักษา* ทบ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลโปรแกรมการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคทางทันตกรรมเด็ก 6 และ 9 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตภิบาลประจำ จังหวัดพิษณุโลกโปรแกรมฯ เริ่มรับเด็กในเดือนมกราคม-ธันวาคม 2555 ผู้ปกครองนำเด็กมารับบริการตามนัดรับวัคซีนเมื่อเด็กอายุ 6, 9, 12, 18, 24, 36 เดือน บริการที่ได้รับคือ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก การฝึกทักษะให้ผู้ปกครองแปรงฟันแก่เด็ก การให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง การทาฟลูออไรด์วารินซ์แก่เด็ก และการแจกแปรงสีฟันเด็ก ผู้ให้บริการคือทันตภิบาล ประเมินผลสภาวะทันตสุขภาพเด็กโดย ทันตแพทย์ 1 คน สัมภาษณ์ผู้ปกครองโดยเจ้าหน้าที่ 1 คน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในเดือนพฤษภาคม 2557 และรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการให้บริการ พบว่าผู้ปกครอง 257 คน เป็นหญิงถึงร้อยละ 96.1 ส่วนใหญ่อายุ 20-39 ปี เป็นแม่ร้อยละ 57.2 จบประถมศึกษาร้อยละ 40.9 มีอาชีพรับจ้างและแม่บ้านใกล้เคียงกัน(ร้อยละ 32.7 และร้อยละ 30.4) เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเพศชายร้อยละ 51.8 เข้าร่วมเมื่ออายุ 6 เดือนร้อยละ 73.2 บริการที่เด็กได้รับตามโปรแกรม ไม้มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุในเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ($p > 0.05$) ความถี่ในการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่า dmft ของเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ($p = 0.002$, $p = 0.047$) หลังสิ้นสุดโปรแกรมเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเมื่ออายุ 9 เดือน (มีอายุเฉลี่ย 31.4 เดือน) มีค่า dmft และ dmfs มากกว่าเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเมื่ออายุ 6 เดือน (มีอายุเฉลี่ย 27.9 เดือน) ประมาณ 2 เท่า แต่เป็นโรคฟันผุใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 15.9 และ ร้อยละ 15.4 ทั้ง 2 กลุ่มพบฟันผุที่ไม่ลุกลาม (Decay 0) ใกล้เคียงกันคือ กลุ่ม 6 เดือน 0.96 ซี่/คน กลุ่ม 9 เดือน 0.94 ซี่/คน และพบค่า dmft มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ($p = 0.030$)

คำสำคัญ : บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคทางทันตกรรม ความถี่ในการแปรงฟัน สภาวะทันตสุขภาพเด็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทนำ

จากสถานการณ์โรคฟันผุในเด็ก 3 ปี จังหวัดพิษณุโลก ปี 2552-2555 พบฟันผุร้อยละ 65.1, 63.7, 56.7 และ 58.3 ตามลำดับ¹⁻⁴ เปรียบเทียบกับสภาวะโรคฟันผุเด็ก 3 ปีระดับประเทศ ปี 2550 และปี 2555 ที่ร้อยละ 61.3 และ 51.8 ตามลำดับ⁵⁻⁶ จังหวัดพิษณุโลกถึงแม้สภาวะโรคฟันผุสูงเกินกว่าค่าของระดับประเทศ แต่แนวโน้มการเกิดโรคฟันผุลดลง (รูปที่ 1) ทั้งที่จังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างก้าวกระโดด เพราะเป็นศูนย์กลางภาคเหนือตอนล่าง

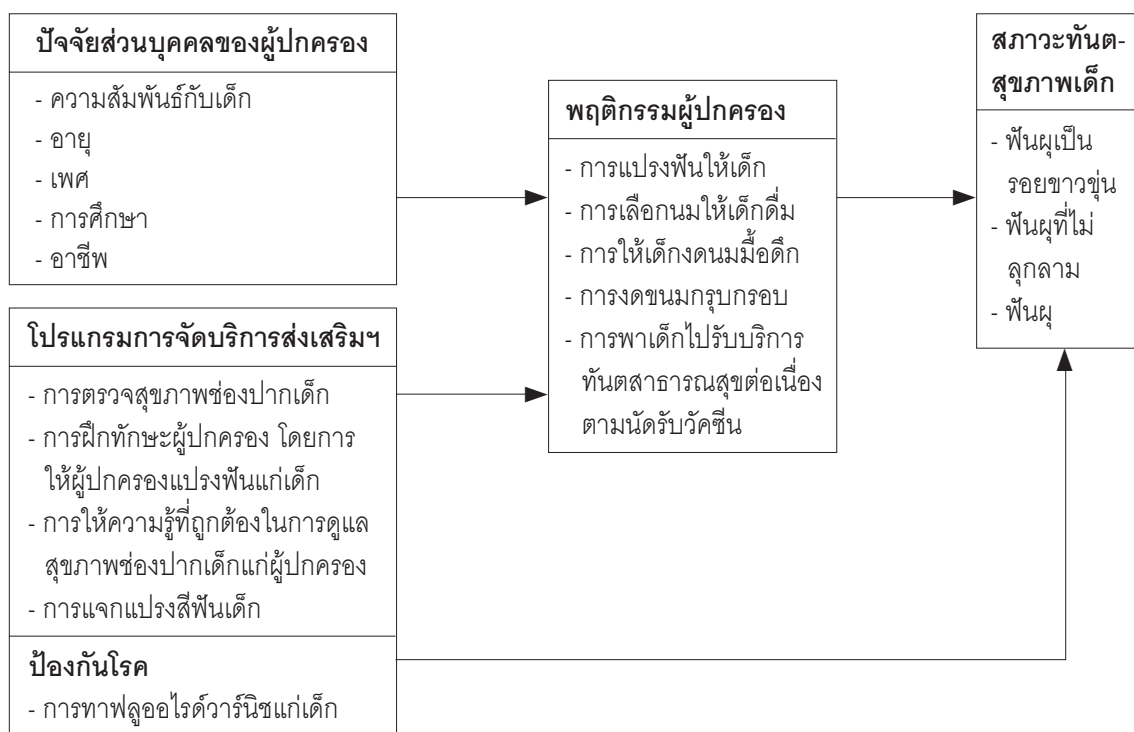
มีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลต่อการเกิดฟันผุในเด็กกลุ่มนี้⁷⁻⁸ แนวทางการป้องกันควรเน้นที่การป้องกันการเกิดโรคฟันผุตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น ซึ่งสามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี ผู้ปกครองเด็กเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเอาใจใส่สร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องให้แก่เด็ก จึงเหมาะที่จะส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กให้แก่ผู้ปกครอง

โปรแกรมการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคทางทันตกรรม เด็ก 6 และ 9 เดือน ใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดพิษณุโลกกำหนดให้ทันตภิบาลที่รพ.สต.จัดบริการได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก การฝึกทักษะผู้ปกครองโดยให้ผู้ปกครองแปรงฟันแก่เด็ก การให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง การทาฟลูออไรด์วาร์นิชแก่เด็ก และการแจกแปรงสีฟันเด็ก ทุกครั้งที่เด็กมารับวัคซีน โดยคาดหวังว่า ผู้ปกครองที่ผ่านโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กได้แก่ การแปรงฟันให้เด็ก การเลือกนมให้เด็กดื่ม การให้เด็กงดนมมือนมดึก การงดขนมกรุบกรอบ การพาเด็กไปรับบริการทันตสาธารณสุขต่อเนื่องตามนัดรับวัคซีน ซึ่งพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กส่งผลต่อทันตสุขภาพเด็ก⁹ และการทาฟลูออไรด์วาร์นิชให้กับเด็ก ส่งผลลดโรคฟันผุ¹⁰⁻¹¹

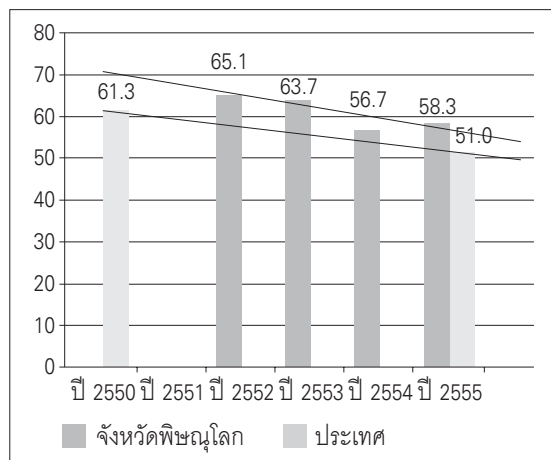
จังหวัดพิษณุโลกดำเนินโปรแกรมการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคทางทันตกรรมเด็ก 6 และ 9 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาตั้งแต่ปี 2555 เพื่อให้เกิดการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องทราบบว่ากิจกรรมที่ผ่านมา ส่งผลต่อการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปที่ 1 ร้อยละโรคฟันผุในเด็ก 3 ปี จังหวัดพิษณุโลก และแนวโน้มโรคฟันผุ เปรียบเทียบกับระดับประเทศ

Figure 1 Percentage and trend of caries prevalence in 3 year old Phitsanulok children compare with nationally



วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลโปรแกรมการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคทางทันตกรรม เด็ก 6 และ 9 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตภิบาลประจำ จังหวัดพิษณุโลก

โปรแกรมฯ เริ่มรับเด็กในเดือนมกราคม-ธันวาคม 2555 ผู้ปกครองนำเด็กมารับบริการทันตกรรมตามนัดรับวัคซีน เมื่อเด็กอายุ 6, 9, 12, 18, 24, 36 เดือน บริการที่ได้รับคือ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก การฝึกทักษะผู้ปกครองโดยให้ผู้ปกครองแปรงฟันแก่เด็ก การให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง การทาฟลูออไรด์วาร์นิชแก่เด็กและการแจกแปรงสีฟันเด็ก ผู้ให้บริการคือทันตภิบาล แจกคู่มือลูกรักฟันดี เป็นคู่มือเล่มสีฟ้าที่จัดทำขึ้นให้ผู้ปกครอง มีคำแนะนำการดูแลสุขภาพเด็กในแต่ละช่วงอายุให้ผู้ปกครองนำมาเพื่อให้ทันตภิบาลบันทึกทุกครั้งที่น่าเด็กมารับบริการตามโปรแกรม

เครื่องมือ

1. แบบบันทึกการให้บริการตรวจฟัน การฝึกทักษะผู้ปกครอง การให้ความรู้ การทาฟลูออไรด์วาร์นิช และการแจกแปรงสีฟันแก่เด็ก ในแต่ละครั้งที่เข้าโปรแกรม

2. แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองและแบบบันทึกผลการตรวจสถานะทันตสุขภาพเด็ก

เมื่อสิ้นสุดโครงการในเดือนพฤษภาคม 2557 มีการประเมินผลสถานะทันตสุขภาพเด็กโดยทันตแพทย์ 1 คน สัมภาษณ์ผู้ปกครองโดยเจ้าหน้าที่ 1 คน และรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการให้บริการ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ปกครองทั้งหมด 257 คน เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 96.1 ส่วนใหญ่อายุ 20-39 ปี เป็นแม่ร้อยละ 57.2 จบการศึกษาระดับศึกษาร้อยละ 40.9 มีอาชีพรับจ้างและแม่บ้านใกล้เคียงกันคือร้อยละ 32.7 และร้อยละ 30.4 เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเพศชายร้อยละ 51.8 เข้าร่วมเมื่ออายุ 6 เดือนร้อยละ 73.2 (ตารางที่ 1, 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

Table 1 General information of parents

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	3.9
หญิง	247	96.1
รวม	257	100
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
พ่อ	8	3.1
แม่	147	57.2
ย่า/ยาย	93	36.2
อื่นๆ	9	3.5
รวม	257	100
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	19	7.4
20 - 29 ปี	62	24.1
30 - 39 ปี	72	28.0
40 - 49 ปี	49	19.1
50 - 59 ปี	40	15.6
60 ปีขึ้นไป	15	5.8
รวม	257	100

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	2.3
ประถมศึกษา	105	40.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	54	21.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	56	21.8
อนุปริญญา/ปวส.	24	9.3
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	4.7
รวม	257	100
อาชีพ		
เกษตรกรรม	64	24.9
รับจ้าง	84	32.7
ค้าขาย	18	7.0
แม่บ้าน	78	30.4
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	1.9
อื่นๆ	8	3.1
รวม	257	100

2. การเข้าร่วมโปรแกรม

เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมตอนอายุ 6 เดือนและ 9 เดือน ส่วนใหญ่เข้าร่วมโปรแกรม 3-4 ครั้งและ 2-3 ครั้งตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็ก ตามอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม เพศ ความถี่ที่เข้าร่วมโปรแกรม

Table 2 Number and percentage of children by age at started program, gender, frequency to attend program

เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรม	เพศ		ความถี่ที่เข้าร่วมโปรแกรม (ครั้ง)						รวม
	ชาย	หญิง	1	2	3	4	5	6	
อายุ 6 เดือน (คน)	90	98	1	12	91	55	25	4	188
ร้อยละ	35.0	38.1	0.4	4.7	35.4	21.4	9.7	1.6	73.2
อายุ 9 เดือน (คน)	43	26	-	26	36	6	1	-	69
ร้อยละ	16.7	10.1	-	10.1	14.0	2.3	0.4	-	26.8
รวม (คน)	133	124	1	38	127	61	26	4	257
ร้อยละ	51.8	48.2	0.4	14.8	49.4	23.7	10.1	1.6	100

3. ความสัมพันธ์ของสิ่งที่เด็กได้รับกับสภาวะโรคฟันผุ

บริการที่เด็กได้รับตามโปรแกรม การเลือกชนิดของนมให้เด็กดื่ม การให้เด็กดื่มนมมอดีก และการกินขนมกรุบกรอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับค่า dmft ในเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3,4,5,6) ความถี่ในการแปรงฟันให้เด็กของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่า dmft ของเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ($p = 0.002$, $p = 0.047$) (ตารางที่ 7)

4. สภาวะโรคฟันผุของเด็กหลังสิ้นสุดโปรแกรม

หลังสิ้นสุดโปรแกรม (ตารางที่ 8) เด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเมื่ออายุ 9 เดือน คือมีอายุเฉลี่ย 31.4 เดือนมีค่า dmft และ dmfs มากกว่าเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมเมื่ออายุ 6 เดือน คือมีอายุเฉลี่ย 27.9 เดือน ประมาณ 2 เท่า แต่เป็นโรคฟันผุใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 15.9 และ ร้อยละ 15.4 ทั้ง 2 กลุ่ม พบฟันผุที่ไม่ลุกลาม (Decay 0) ใกล้เคียงกันคือ กลุ่ม 6 เดือน 0.96 ซี/คน กลุ่ม 9 เดือน 0.94 ซี/คน และพบค่า dmft มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ($p = 0.030$) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างบริการที่เด็กได้รับกับค่า dmft

Table 3 Relationship between services that children received and dmft scores

เด็กที่เข้าโปรแกรม	บริการที่ได้รับ	ต่ำสุด (ครั้ง)	สูงสุด (ครั้ง)	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า Sig
6 เดือน 188 คน	การตรวจฟัน	1.0	6.0	3.3	1.289	0.070
	ผู้ปกครองรับรู้พร้อมฝึกทักษะ	1.0	6.0	3.3	1.289	0.070
	การทาฟลูออไรด์วารินิช	1.0	5.0	3.8	1.292	0.056
	แจกแปรงสีฟัน	0.0	5.0	3.0	1.289	0.099
	จำนวนที่ร่วมกิจกรรม	1.0	6.0	3.8	1.292	0.056
9 เดือน 69 คน	การตรวจฟัน	1.0	6.0	2.4	1.937	0.187
	ผู้ปกครองรับรู้พร้อมฝึกทักษะ	1.0	6.0	1.8	1.937	0.743
	การทาฟลูออไรด์วารินิช	1.0	5.0	2.6	1.937	0.600
	แจกแปรงสีฟัน	0.0	5.0	2.0	1.937	0.071
	จำนวนที่ร่วมกิจกรรม	1.0	6.0	2.6	1.937	0.600

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างค่า dmft และ ชนิดของนม

Table 4 Relationship between dmft scores and type of milk

อายุเริ่ม	รสของนม	จำนวน(คน)	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	Sig.(2-tailed)
6 เดือน	ไม่หวาน	74	0.2	0.903	-1.336	0.183
	รสหวาน	114	0.5	1.482		
9 เดือน	ไม่หวาน	46	0.7	1.928	-0.744	0.459
	รสหวาน	29	1.0	1.975		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างค่า dmft และ การดื่มนมมื่อตึกของเด็ก

Table 5 Relationship between dmft scores and children drinking milk at bedtime

อายุเริ่ม	นมมื่อตึก	จำนวน(คน)	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	Sig.(2-tailed)
6 เดือน	ไม่ดื่มนมมื่อตึก	90	0.3	1.178	-0.781	0.436
	ดื่มนมมื่อตึก	98	0.4	1.386		
9 เดือน	ไม่ดื่มนมมื่อตึก	39	0.8	2.063	-0.097	0.923
	ดื่มนมมื่อตึก	30	0.8	1.795		

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างค่า dmft และ การกินขนมกรุบกรอบ

Table 6 Relationship between dmft scores and snacks

อายุเริ่ม	ขนมกรุบกรอบ	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	Sig.(2-tailed)
6 เดือน	ไม่กินขนม	69	0.5	1.509	1.349	0.179
	กินขนม	119	0.3	1.139		
9 เดือน	ไม่กินขนม	18	0.4	1.652	-1.009	0.317
	กินขนม	51	0.9	2.024		

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างค่า dmft และความถี่ในการแปรงฟันให้เด็ก

Table 7 Relationship between dmft scores and frequency of brushing

อายุเริ่ม	การแปรงฟัน	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	Sig.(2-tailed)
6 เดือน	น้อยกว่า 2 ครั้ง	41	0.9	1.870	3.139	0.002
	2 ครั้งขึ้นไป	145	0.2	1.037		
9 เดือน	น้อยกว่า 2 ครั้ง	17	1.6	2.760	2.021	0.047
	2 ครั้งขึ้นไป	52	0.5	1.525		

ตารางที่ 8 สภาวะโรคฟันผุของเด็กหลังสิ้นสุดโปรแกรม

Table 8 Dental caries after program

อายุที่ เริ่ม (เดือน)	จำนวน (คน)	ค่า ฟันผุ (Decay 1) (คน)	ค่า เฉลี่ย ฟันที่ ขึ้น (ซี่)	ฟันผุเป็น รอยขาวขุ่น (White spot)		ฟันผุที่ไม่ลุกลาม (Decay 0)			ฟันผุ (Decay 1)		dmft (ซี่ /คน)	dmfs (ด้าน /คน)
				ซี่	ด้าน	ซี่	ด้าน	ซี่/คน	ซี่	ด้าน		
6	188	29	18.0	150	161	181	264	0.96	73	226	0.38	1.20
9	69	11	19.3	35	35	65	85	0.94	57	168	0.82	2.43
รวม	257	40	18.4	185	196	246	349	0.95	130	394	0.50	1.53

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างค่า dmft และกลุ่มอายุของเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรม

Table 9 Relationship between dmft scores and children age at started program

DMFT	อายุที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t	Sig.(2-tailed)
DMFT	6 เดือน	188	0.1	0.329	-2.181	0.030
	9 เดือน	69	0.2	0.425		

บทวิจารณ์

โปรแกรมการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคทางทันตกรรมเด็ก 6 และ 9 เดือนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก การฝึกทักษะผู้ปกครองโดยการให้ผู้ปกครองแปรงฟันแก่เด็ก การให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลช่องปากเด็ก การทาฟลูออไรด์วาร์นิช และการแจกแปรงสีฟันแก่เด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับค่า dmft ในเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ($p > 0.05$) ซึ่งน่าจะเกิดจากผู้ปกครองเด็กที่ผ่านโปรแกรมไม่ได้ไปดำเนินกิจกรรมตามที่คาดหวังได้ครบถ้วน โดยพบว่าผู้ปกครองร้อยละ 22.5 (58 คน) ที่แปรงฟันให้เด็กน้อยกว่า 2 ครั้ง/วัน (ตารางที่ 7) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลองชัย สกลวัฒน์ และคณะ¹² พบว่าวิถีชีวิตของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ไม่มีวินัยในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยเฉพาะการแปรงฟันให้แก่เด็ก

อายุที่เด็กเข้าร่วมโปรแกรมมีความสัมพันธ์กับค่า dmft อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.030$) ทันตบุคลากรจำเป็นต้องวางแผนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายนี้ให้เร็วเท่าไรยิ่งจะเป็นผลดีต่อสุขภาพช่องปากของเด็กทำอย่างไรให้เด็กได้รับการทำความสะอาดช่องปากก่อนฟันขึ้นในช่องปาก ควรเริ่มด้วยการเยี่ยมบ้านโดยทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขตามบริบทที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่

ความถี่ในการแปรงฟันให้เด็กโดยผู้ปกครองส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่า dmft ของเด็กทั้ง 2 กลุ่ม ($p = 0.002$, $p = 0.047$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิเชฐ จันปุ่มและคณะ¹³ ที่พบว่าปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กปฐมวัย 9-18 เดือน ได้แก่ การที่แม่ทำความสะอาดฟันให้เด็กอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือ การฝึกทักษะผู้ปกครองโดยการให้ผู้ปกครองแปรงฟันแก่เด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองมีความสามารถและได้แปรงฟันแก่เด็กที่บ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ทั้งนี้ควรมีการเสริมแรงและสร้างแรงจูงใจโดยการให้ความชื่นชมผู้ปกครองทุกครั้งที่มาเด็กมารับบริการ และตรวจพบว่าเด็กมีช่องปากสะอาด แสดงภาพเด็กที่มีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี และกล่าวถึงผลของการมีฟันดีส่งผลต่อการเจริญเติบโตคือ กินอาหารได้เพียงพอจะมีพัฒนาการที่ดี รวมไปถึงการลดภาระรายจ่ายของครัวเรือนในการเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดโรคฟันผุขึ้น

การศึกษานี้พบเด็กมีฟันผุไม่ลุกลามเฉลี่ยประมาณ 1 ซี่ต่อคน อาจมีความจำเป็นต้องทาฟลูออไรด์วาร์นิช ทุกกระยะ 3 เดือน เพื่อหวังผลในการหยุดยั้งการลุกลามของรอยโรคฟันผุเริ่มแรก¹⁴⁻¹⁵ จะสามารถควบคุมไม่ให้เปลี่ยนเป็นฟันผุเมื่อเด็กอายุ 3 ปี และพบเด็กมีฟันผุเฉลี่ยประมาณ 0.5 ซี่ต่อคน ควรได้รับการบูรณะเพื่อให้เด็กมีฟันน้ำนมไว้ใช้งานโดยการส่งคืนข้อมูลให้กับรพ.สต. เพื่อติดตามเด็กมารับการทาฟลูออไรด์วาร์นิชในกลุ่มเด็กมีฟันผุไม่ลุกลามและการบูรณะฟันให้กลุ่มเด็กที่มีฟันผุ เพื่อจะได้มีฟันน้ำนมไว้ใช้งาน

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้ทำให้ทราบผลจากการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุของเด็กในความรับผิดชอบของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพิษณุโลก ตามโปรแกรมที่จังหวัดกำหนดขึ้นพบว่าบริการที่ดำเนินการยังไม่ส่งผลเพียงพอให้ผู้ปกครองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ต้องการ ทันตบุคลากรจำเป็นต้องเน้นการฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ปกครองแปรงฟันแก่เด็กได้ และแปรงให้เด็กจริงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เป็นกลยุทธ์หลักที่จะลดโรคฟันน้ำนมผุ

2. ควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุก่อนหรือเมื่อเด็กอายุ 6 เดือน เช่น เพิ่มการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุใน รพ.สต.ทุกแห่ง โดยการจัดหมุนเวียนทันตบุคลากรไปในจุดที่ไม่มีทันตภิบาลปฏิบัติงาน ซึ่งอาจรวมไปถึงข้อเสนอแนะต่อหน่วยผลิตในการเพิ่มการผลิตทันตภิบาลเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการ

คำขอบคุณ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์บุญเติม ดันสุรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ที่ได้ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สนับสนุนข้อมูลผลการทำงานและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ทันตแพทย์หญิงปิยะดา ประเสริฐสม สำนักทันตสาธารณสุข ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำและช่วยวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก ปี 2552
2. ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก ปี 2553
3. ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก ปี 2554
4. ผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดพิษณุโลก. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก ปี 2555
5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักกึ่งการองค์การทหารผ่านศึก ; 2551.
6. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.2555 สำนักกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร พฤษภาคม 2556
7. สุกฤษณ์ ฤทธิพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสภาวะทันตสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตตำบลโพธิ์ทอง อำเภอบางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก.
8. Borssen E, Steeksen-Blicks C. Risk factor for dental caries in 2-year-old children. Swed Dent J 1998;22(1-2):9-14
9. หุทัย สุขเจริญโกศล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับปัจเจกของผู้ปกครอง ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี ในตำบลอนกลาง กิ่งอำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์.
10. ชนิษฐา ดาโรจน์. ประสิทธิภาพของการทาฟลูออไรด์วาร์นิช โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์. วทม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น.[ISBN.974-668-345-4]
11. Grodzka K , Augustyniak L, Budny Jetal . Caries increment in primary teeth after application of duraphat fluoride varnish. Community Dent Oral Epidemiol:1982;10(2):55-9
12. ฉลองชัย สกลวสันต์, วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ, ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์. บริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย. เชียงใหม่ทันตแพทยสาร ปีที่:27 เล่มที่:2 เดือน ก.ค.-ธ.ค. พ.ศ. 2549 หน้า ที่ 7-18
13. พิเชฐ จันปุม, สมหมาย ขอบอิสระ, ฐิติมา ไตรรัตน์วรกุล, บุษบา สุขุมธนากุล. คราบจุลินทรีย์สะสม: ปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของโรคฟันผุในกลุ่มเด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่. Khon Kaen Univesity Graduate Research Conference 2013:MMP16-9
14. การหยุดยั้งการลุกลามของรอยผุเริ่มแรกของฟลูออไรด์วาร์นิชในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทันตกรรม วารสารทันตแพทยศาสตร์ ปีที่:23 เล่มที่: 2 เดือน พ.ค.-ส.ค. พ.ศ..2543
15. Norman Tinanoff, DDS, MS Michael J. Kanellis, DDS, MS Clemencia M. Current understanding of the epidemiology, mechanisms, and prevention of dental caries in preschool children . Pediatr Dent. 2002;24:543-551

Evaluation of dental promotion and prevention program on children age 6 and 9 months old at sub district health promoting hospital in Phitsanulok province during 2012-2014

Ratchanee Jitsantivolaluk* D.D.S

Abstract

This study was an evaluation of promotion and prevention dental health program on children aged 6 and 9 months old at sub-district health promoting hospitals where have full time dental nurse in Phitsanulok province. Children start registered for this program between January and December 2012. Parents were going to take their kids for vaccination at age 6,9,12,18,24,36 months. Dental nurse provided an oral health examination, practicing parent skill to brush their child's teeth, oral hygiene instruction for parents, fluoride varnish application for children and giving toothbrush for children. At the end of this program, May 2014, children were evaluated oral health status by a dentist, while their parents were interviewed by another staff and data were collected from services record. There were 257 parents joined this program, 96.1 % were female, most of them aged 20-39 years old, 57.2 % were mothers, 40.9 % graduated from primary school, most of them were employees and housewives (32.7 % and 30.4 % respectively). The percentage of male children joined the program were 51.8 % and 73.2 % of all children joined at the age 6 months old. The services received in this program had no significant with dmft scores in both groups ($p>0.05$). While, the frequency of children's tooth brushing by their parents had a statistically significant relationship with dmft scores in both groups ($p=0.002$, $p=0.047$). After the end of this program, dmft and dmfs scores of children who attended this program at the age of 9 months old (average age was 31.4 months old) was approximately two-fold higher than children who attended this program at 6-months old (average age was 27.9 months old). However, there were nearly percentage of dental caries which was 15.9 and 15.4 per cent. The numbers of non-active dental caries (Decay 0) were closely in both groups, 0.96 teeth/child for the group of 6 months old and 0.94 teeth/child for the group of 9 months old. Moreover, there was a statistically significant relationship between dmft score and the age of joining the program ($p=0.030$).

Keywords: Oral health promotion services, dental prevention, Frequency of tooth brushing, oral health status in children, sub-district health promoting hospitals

* Phitsanulok provincial health office

ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและ ป้องกันโรคฟันผุในคลินิกเด็กดี อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ปี 2553-2556

กรัณทชา สุธาวา* พ.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในคลินิกเด็กดีอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย โดยศึกษาในเด็กอายุ 9 - 12 เดือน จำนวน 147 คน ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดีในสถานบริการ 9 แห่งของอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ในระหว่างปี 2553 - 2556 โดยเด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก และทาฟลูออไรด์วาร์นิชทุกครั้งที่มาบริการ ในช่วงอายุ 9 - 12, 18, 24 และ 30 เดือน สัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดการศึกษา การวิเคราะห์ผลทางสถิติประกอบด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาและ ไค-สแควร์ (Chi-square) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเริ่มต้นโครงการ เด็กไม่มีฟันผุในระดับที่เป็นรูผุชัดเจน ในช่วงอายุ 18, 24, 30 และ 36 เดือน เด็กมีฟันผุร้อยละ 6.8, 16.3, 47.6 และ 52.4 มีค่าเฉลี่ยฟันผุเป็น 0.18, 0.70, 2.81 และ 5.68 ด้าน/คน และ 0.14, 0.48, 2.05 และ 3.62 ซี่/คนตามลำดับ

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก คลินิกเด็กดี การป้องกันฟันผุ ประเมินผล

บทนำ

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญเรื่องหนึ่งของประเทศไทย จากการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 6 พ.ศ.2549-2550 พบว่าเด็กอายุ 3 ปีฟันผุร้อยละ 61.4¹ การสำรวจของจังหวัดเลยและอำเภอเอราวัณ พ.ศ.2551-2553 พบว่าเด็กอายุ 3 ปีฟันผุร้อยละ 62.0, 63.7, 60.1 และ 62.8, 64.2, 63.4 ตามลำดับในขณะที่เป้าหมายของประเทศปี 2553 กำหนดให้เด็กอายุ 3 ปีฟันผุไม่เกินร้อยละ 60.0

โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยส่งผลกระทบต่อหลายประการต่อเด็ก เช่น เด็กมีอาการปวดรับประทานอาหารได้น้อยลง มีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ² การติดเชื้อในช่องปากอาจนำไปสู่การติดเชื้อในระบบทำให้เด็กมีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กที่ฟันไม่ผุ³ และพบว่ามีความสัมพันธ์กับการผุในฟันน้ำนมซี่อื่นๆ ในช่องปากและในฟันถาวร⁴ เด็กจะมีความบกพร่องในการออกเสียง เกิดความรู้สึกด้อยค่าและขาดความมั่นใจในตนเองทำให้เกิดปัญหาในสังคมตามมาและศักยภาพในการพัฒนาของเด็กลดลง ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น⁵

สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย^{6,7} ได้แก่เชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของโรคฟันผุในช่องปาก แบ่งและน้ำตาลที่เชื้อจุลินทรีย์สามารถเปลี่ยนเป็นกรดได้และความต้านทานการละลายของผิวฟัน ปัจจัยทั้งสามประการจะต้องสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เหมาะสมและความถี่ในการบริโภคนอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องพฤติกรรม การเลี้ยงดูได้แก่ การเลี้ยงด้วยนมหรือของเหลวอื่นที่ไม่เหมาะสม⁸ การเลี้ยงด้วยนมแม่อย่างไม่ถูกวิธี การกินนมขวด การกินขนม การแปรงฟัน การได้รับการตรวจจากเจ้าหน้าที่⁹ และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพช่องปากแก่มารดาหลังคลอดในการเยี่ยมบ้าน¹⁰ แต่บางการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีฟันผุ และไม่มีฟันผุในเด็กที่มีพฤติกรรมและการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม¹¹ จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน การป้องกันฟันผุในเด็กปฐมวัยโดยพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเลี้ยงดูของแม่หรือผู้เลี้ยงดูเพียงอย่างเดียวมักไม่ค่อยประสบความสำเร็จเนื่องจากขาดความรู้และความตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพ จึงควรใช้มาตรการอื่นร่วมด้วย

การใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคฟันผุได้ดี เนื่องจากความเข้มข้นของฟลูออไรด์

สูง แข็งตัวเร็ว ยึดติดกับผิวเคลือบฟันแน่นมาก วิธีการใช้ที่ง่าย ต้องการความร่วมมือจากผู้ปวยน้อยมีความปลอดภัยสูง สามารถลดอัตราการเกิดโรคฟันผุได้^{12,13} สามารถควบคุมปริมาณฟลูออไรด์ที่ใช้ ใช้เวลาในการทำน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับฟลูออไรด์เฉพาะที่รูปแบบอื่นๆ¹⁴ จากการสำรวจสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศพบว่าสถานบริการร้อยละ 28.3 นำฟลูออไรด์วาร์นิชมาใช้ในคลินิกเด็กที่ยังไม่นำมาใช้ ร้อยละ 30.5 เนื่องจากไม่มีการกำหนดในแผนปฏิบัติการ ไม่มีงบประมาณหรือไม่ได้จัดซื้อ เหตุผลรองลงมาคือใช้ฟลูออไรด์เจล ไม่เคยใช้ ไม่รู้จักหรือไม่มีความรู้เรื่องฟลูออไรด์วาร์นิช ราคาแพง จัดซื้อไม่ได้ หาซื้อยากและ 'ไม่แน่ใจในประสิทธิภาพปัญหาของการใช้ฟลูออไรด์วาร์นิช คือ เด็กไม่ร่วมมือ กันน้ำลายไม่ได้ โดยเฉพาะในฟันหลัง ภายหลังการทาไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ เด็กไม่ชอบรสชาติ ผู้ปกครองไม่เข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญและไม่พาเด็กมาตามนัดหมาย¹⁵ การศึกษาในประเทศไทย พบเด็กไทยฟันที่แรงงอกเมื่ออายุเฉลี่ย 7.5 เดือน เริ่มผุเมื่ออายุประมาณ 7-12 เดือน¹⁶ พบฟันผุไม่เป็นรูครั้งแรกเมื่ออายุ 9 เดือนที่ฟันดัดบน¹⁷ ดังนั้น จึงควรทาฟลูออไรด์วาร์นิชตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้นในปากก่อนอายุ 1 ปี

จังหวัดเลยมีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย เริ่มตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์และติดตามต่อเนื่องไปจนถึงเด็กอายุ 3 ปี ดำเนินการในคลินิกเด็กดีในโรงพยาบาลและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมกับช่วงอายุ ฝึกปฏิบัติผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทาฟลูออไรด์วาร์นิชให้เด็กเมื่อเด็กมารับบริการในช่วงอายุ 9-12 เดือน 18 เดือน และ 30 เดือน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในคลินิกเด็กดี อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ดำเนินการในโรงพยาบาลเอราวัณและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง ใน 4 ตำบลระหว่างปี 2553-2556 เกณฑ์การคัดเลือกเด็กอายุ 9-12 เดือนทั้งหมดที่มารับบริการในคลินิกเด็กดีในสถานบริการ

ทุกแห่งคือ น้ำหนักตัวแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัมมีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ปกติ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ได้รับฟลูออไรด์เสริมโดยการกิน ไม่มีการสร้างฟันที่ผิดปกติ ไม่มีเหงือกอักเสบรุนแรงหรือมีเลือดออกตามไรฟันตลอดเวลา ไม่มีความผิดปกติทางกายหรือจิตและสามารถมารับบริการได้อย่างต่อเนื่องจนถึงอายุ 3 ปี

จัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุให้กับเด็กได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กให้คำแนะนำในการดูแลทันตสุขภาพที่เหมาะสม โดยอธิบายถึงปัญหาที่ผู้ปกครองประสบอันสืบเนื่องมาจากโรคฟันผุของเด็กรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของเด็ก ให้ความรู้ถึงประโยชน์ของฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก ทาฟลูออไรด์วารินิชให้เด็กและมอบแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ให้เด็กไปใช้ที่บ้านทุกครั้งตั้งแต่ครั้งแรกที่เด็กมารับบริการช่วงอายุ 9-12 เดือนและมารับบริการครั้งต่อไปเมื่ออายุ 18, 24 และ 30 เดือน ฟลูออไรด์วารินิชที่ใช้เป็นไฮเดียมฟลูออไรด์ 5% ทาโดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเพียงคนเดียว หลังทาให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองให้เด็กงดรับประทานอาหารแข็ง 2 ชั่วโมงและไม่ต้องแปรงฟันให้เด็กในวันที่มีการทาฟลูออไรด์วารินิช 1 วัน

การประเมินผลจากผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กจากทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอราวัณเพียงคนเดียว และผลการสัมภาษณ์ผู้ปกครองก่อนและสิ้นสุดการศึกษาเมื่อเด็กมีอายุ 36 เดือนจากเจ้าหน้าที่หนึ่งคน แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัวยุติเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กของผู้เลี้ยงดูเพศและอายุของเด็ก และส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้เลี้ยงดู ได้แก่ การแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนทุกวันโดยผู้เลี้ยงดู การนอนหลับคาขวดนม การกินนมตอนกลางคืน การดื่มน้ำตามหลังกินนม การใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์และการทานขนมระหว่างมื้อมากกว่า 2 ครั้ง/วัน

ผลการศึกษา

เด็กอายุ 9-12 เดือนที่ศึกษารวมทั้งสิ้น 147 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.7 ผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นพ่อ/แม่ ร้อยละ 87.1 ร้อยละ 74.2 มีอายุ 20-29 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 61.2 ประกอบ

อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวเท่ากันกับอาชีพรับจ้างร้อยละ 36.7 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 5,000-15,000 บาท ร้อยละ 49.0 และ 15,000-30,000 บาทร้อยละ 48.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้เลี้ยงดู

Table 1 General information of children and their parents

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศของเด็ก ชาย	68	46.3
หญิง	79	53.7
อายุของผู้เลี้ยงดู 20 - 29 ปี	109	74.2
30 - 39 ปี	31	21.1
40 - 49 ปี	4	2.7
50 ปีขึ้นไป	3	2.0
การศึกษาของผู้เลี้ยงดู		
ประถมศึกษา	12	8.2
มัธยมศึกษา	90	61.2
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	45	30.6
อาชีพของผู้เลี้ยงดู		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	54	36.7
รับราชการ	13	8.8
รับจ้าง	54	36.7
เกษตรกรรม	21	14.3
แม่บ้าน	5	3.4
รายได้ครอบครัว/เดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	1	0.7
5,001 - 15,000 บาท	72	49.0
15,001 - 30,000 บาท	71	48.3
มากกว่า 30,000 บาท	3	2.0
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
พ่อ / แม่	128	87.1
ปู่ ย่า ตา ยาย	7	4.8
ญาติ / อื่นๆ	12	8.2

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้เลี้ยงดู ได้แก่ การแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนทุกวันโดยผู้เลี้ยงดู การนอนหลับคาขวดนม การกินนมตอนกลางคืน การดื่มน้ำตามหลังกินนม การใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ และการทานขนมระหว่างมื้อมากกว่า 2 ครั้ง/วัน เมื่อเริ่มต้นและสิ้นสุดการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ตามตารางที่ 2

เมื่อเริ่มต้นการศึกษา เด็กอายุ 9-12 เดือนไม่มีฟันผุในระดับที่เป็นรูผุชัดเจน ในช่วงอายุ 18, 24, 30 และ 36 เดือน เด็กมีฟันผุเฉลี่ยเป็น 0.18, 0.70, 2.81 และ 5.68 ด้าน/คน และมีฟันผุเฉลี่ยเป็น 0.14, 0.48, 2.05 และ 3.62 ซี่/คน ตามลำดับ (ตารางที่ 3) เด็กมีฟันผุร้อยละ 6.8, 16.3, 47.6 และ 52.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

อภิปรายผล

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้เลี้ยงดู พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเริ่มต้นและเมื่อสิ้นสุดการศึกษา คือ การแปรงฟันให้เด็กก่อนนอนทุกวันโดยผู้เลี้ยงดูเพิ่มขึ้น การนอนหลับคาขวดนมลดลง การกินนมตอนกลางคืนลดลง การดื่มน้ำตามหลังกินนมเพิ่มขึ้น การใช้ยาสีฟันที่มี

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้เลี้ยงดู เมื่อเริ่มและสิ้นสุดการศึกษา

Table 2 Number and percentage of dental care behaviors of parents comparisons at the beginning and the end of the study

พฤติกรรมการดูแล	เริ่มต้นการศึกษา		สิ้นสุดการศึกษา		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
แปรงฟันก่อนนอนทุกวันโดยผู้เลี้ยงดู	94	64.0	118	80.3	0.000
นอนหลับคาขวดนม	56	38.1	32	21.8	0.000
กินนมตอนกลางคืน	111	75.5	46	31.3	0.003
ดื่มน้ำตามหลังกินนม	97	66.0	102	69.4	0.000
ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์	65	44.2	143	97.3	0.013
ทานขนมระหว่างมื้อมากกว่า 2 ครั้ง/วัน	24	16.3	37	25.2	0.019

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยฟันผุของเด็กเมื่ออายุ 9-12, 18, 24, 30, 36 เดือน

Table 3 The mean value of children's caries at 9-12, 18, 24, 30, 36 months

ช่วงอายุ (เดือน)	จำนวนซี่ฟัน		ด้านฟันผุ		ซี่ฟันผุ	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
9-12	6.6	0.905	0	0	0	0
18	10.9	0.895	0.18	0.728	0.14	0.532
24	14.5	0.796	0.70	1.714	0.48	1.161
30	18.6	1.014	2.81	3.146	2.05	2.166
36	20.0	0.000	5.68	5.770	3.62	3.593

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กฟันผุเมื่ออายุ 9-12, 18, 24, 30, 36 เดือน

Table 4 Number and percentage of children's caries at 9-12, 18, 24, 30, 36 months

ช่วงอายุ(เดือน)	ฟันผุ	
	จำนวน	ร้อยละ
9-12	0	0
18	10	6.8
24	24	16.3
30	70	47.6
36	77	52.4

ฟลูออไรด์เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กที่ผู้เลี้ยงดูมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพาเด็กมารับบริการทุกครั้งมีการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ถูกต้องและเหมาะสม ผูกผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กทาฟลูออไรด์วานิชให้กับเด็กและมอบแปรงสีฟัน ยาสีฟันให้เด็กไปใช้ที่บ้านทุกครั้ง ทำให้ผู้เลี้ยงดูเกิดความตระหนักและเอาใจใส่ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กมากขึ้น การทานขนมระหว่างมื้อมากกว่า 2 ครั้ง/วันเพิ่มขึ้น เป็นพฤติกรรมที่น่าเป็นห่วง

การสำรวจสถานะทันตสุขภาพของเด็กอายุ 3 ปี อำเภอเอราวัณพ.ศ.2551-2553 พบฟันผุร้อยละ 62.8, 64.2 และ 63.4 ตามลำดับ แต่เมื่อมีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในคลินิกเด็กดี พบว่าเด็กอายุ 3 ปี ฟันผุร้อยละ 52.4 แสดงว่าการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุในคลินิกเด็กดีซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ นั้นสามารถลดโรคฟันผุของเด็กปฐมวัย

การเกิดฟันผุในช่วงอายุ 18, 24 และ 30 เดือนเป็นร้อยละ 6.8, 16.3 และ 47.6 ตามลำดับแสดงว่าโรคฟันผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.8 ในช่วงอายุระหว่าง 12-18 เดือน เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.5 ในช่วงอายุระหว่าง 18-24 เดือน เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.3 ในช่วงอายุระหว่าง 24-30 เดือนและเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.8 ในช่วงอายุระหว่าง 30-36 เดือนช่วงที่มีฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 24-30 เดือนซึ่งเป็นช่วงที่เด็กมีฟันกรามน้ำนมขึ้นในช่องปาก ผู้เลี้ยงดูอาจไม่สามารถใช้แปรงสีฟันทำความสะอาดช่องปากเด็กอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ รวมทั้งเป็นช่วงที่เด็กไม่ได้มารับบริการในคลินิกเด็กดีในระบบนัดปกติ ดังนั้นจึงควรมีมาตรการอื่นๆเพิ่มเติมในกลุ่มอายุดังกล่าวเพื่อให้สามารถลดการเกิดฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การทาฟลูออไรด์วานิชทุก 6 เดือนเป็นกลวิธีเสริมอย่างหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ลงได้ตามการศึกษาของ Holm พบว่าสามารถลดฟันผุได้ร้อยละ 44¹⁸ การศึกษาของ Weintraub และคณะ พบว่าการทาปีละ 2 ครั้งพร้อมกับการให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง ช่วยลดการเกิดฟันผุเป็นด้าน ในเด็กอายุ 6-44 เดือนได้ถึงร้อยละ 92¹⁹ การศึกษาของ Twetman และคณะ พบว่าฟลูออไรด์วานิชสามารถยับยั้งฟันผุในฟันน้ำนมร้อยละ 40.4 และผลการป้องกันฟันผุจะสูงขึ้นเมื่อมีปริมาณ Streptococcus

Mutans ในน้ำลายต่ำ²⁰ ส่วน Peterson และคณะ ศึกษาการทาฟลูออไรด์วานิชทุก 6 เดือนเป็นเวลา 2 ปีพบว่าฟันผุในกลุ่มเสี่ยงปานกลางลดลงร้อยละ 19.0 ส่วนกลุ่มเสี่ยงสูงลดลงร้อยละ 25.01 ขึ้นกับระดับฟันผุต่อซี่ที่เริ่มต้น²¹ และการศึกษาของ ศศิธร บุญมีพบว่าการทาฟลูออไรด์วานิชในคลินิกเด็กดีช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็ก 36 เดือนได้ร้อยละ 24.4 และลดความรุนแรงของการผุเป็นรายด้านได้ร้อยละ 37.5²²

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคฟันผุให้กับเด็กในคลินิกเด็กดี ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ให้คำแนะนำในการดูแลทันตสุขภาพที่เหมาะสม โดยอธิบายถึงปัญหาที่ผู้ปกครองประสบอันสืบเนื่องมาจากโรคฟันผุของเด็ก รวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของเด็ก ให้ความรู้ถึงประโยชน์ของฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุ ผูกผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็ก ทาฟลูออไรด์วานิชให้เด็ก และมอบแปรงสีฟันยาสีฟันให้เด็กไปใช้ที่บ้านทุกครั้งตั้งแต่ครั้งแรกที่เด็กมารับบริการช่วงอายุ 9-12 เดือน และมารับบริการครั้งต่อไป เมื่ออายุ 18, 24 และ 30 เดือน เป็นสิ่งที่สามารถลดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี จึงควรเป็นมาตรการที่ถูกต้องและได้รับการปฏิบัติในทุกคลินิกเด็กดีของสถานบริการสาธารณสุข

2. การทาฟลูออไรด์วานิชทุก 6 เดือนในเด็กที่มาใช้บริการในคลินิกเด็กดี เป็นกลวิธีหนึ่งที่ช่วยลดการเกิดฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีได้ การทาทำได้ง่ายมีความปลอดภัยสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ใช่ทันตบุคลากรก็สามารถทำได้ การทาฟลูออไรด์วานิชควรทาทันทีเมื่อมีฟันขึ้นในช่องปากจึงควรทาฟลูออไรด์วานิชให้เด็กพร้อมกับการรับบริการในคลินิกเด็กดีโดยอาจมีการนัดหมายเพิ่มเติมในบางช่วงอายุที่มีการเพิ่มของโรคฟันผุสูง เช่น ช่วงอายุ 24-30 เดือน ซึ่งจะเห็นผลได้ชัดเจนกว่าในกลุ่มอายุอื่นและคุ้มค่าต่อการลงทุน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเด็กและผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการศึกษาทุกท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอราวัณ ที่ให้การสนับสนุน ทันตบุคลากร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในอำเภอเอราวัณ

ทุกท่าน ที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและ
ป้องกันโรคฟันผุให้กับเด็กในคลินิกเด็กดีและช่วยรวบรวม

ข้อมูล และคุณสุชิน เหลืองอุทัยรัตน์ที่ช่วยเหลือในเรื่อง
การวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก
ระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549 - 2550. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สำนักงานกึ่งการองค์การ
ทหารผ่านศึก; 2551.
2. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *PediatrDent*
1999; 21:325-6.
3. Acs G Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros GJ. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric popula-
tion. *Pediatric Dent* 1992; 14: 302-5.
4. Johnsen DC, Gerstenmaier JH, Schwantz E, Michal BC, Parrish S. Background comparisons of pre - 3¹/₂
-year-old children with nursing caries in four practice settings. *Pediatr Dent* 1984; 6: 50-4.
5. Tinanoff N, O'Sullivan DM. Early childhood caries: overview and recent findings. *Pediatr Dent* 1997;19:12-6.
6. Seow WK. Biological mechanisms of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26 :8-27.
7. Ripa LW. Nursing caries: a comprehensive review. *Pediatr Dent* 1988;10 :268 - 82.
8. Fass en. Is bottle of milk a factor in dental caries? *J Dent Child* 1962 ;245 - 51.
9. เติตชัย ลิ้มปวิฒนา ผลกระทบของการปรับเปลี่ยนระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิกเด็กดี
โรงพยาบาลบางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. ว.ทันต.สธ. 2551; 13(1) : 141-9.
10. Holt RD, Winter GB, Fox B, Askew R, Lo GL. Dental education through home visits to mothers with young
children. *Community Dent OralEpidemiol* 1983;11(2):98-101.
11. O' Sullison DM, Tinanoff N. Social and biological factors contributing to caries of the maxillary anterior
teeth. *Pediatr Dent* 1993; 15: 41-4.
12. Bawden JW. Fluoride varnish: A useful new tool for public health dentistry. *J Public Health Dent* 1998; 58: 266-9.
13. Vaikuntam J. Fluoride varnishes: should we using them? *PediatrDent*2000;22:513-6.
14. Ekstrand J, Koch G,Petersson LG. Plasma fluoride concentration and urinary fluoride excretion in children
following application of the fluoride containing varnish Duraphat. *Caries Res* 1980;14:185-9.
15. จิราภรณ์ แต่วิระพิชัย. สถานการณ์การใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชของทันตบุคลากรในสถานบริการทันตกรรม
ของรัฐระดับภูมิภาค. ว.ทันต. 2551; 58(1) : 1-8.
16. ระวีวรรณ ปัญญางาม , ยุทธนา ปัญญางาม.อุบัติการณ์ของโรคฟันผุในฟันน้ำนมเด็กกรุงเทพมหานคร อายุ
7 - 60 เดือน.ว.ทันต. 2535; 42(1) : 1-7.
17. ขนิษฐา ดาโรจน์. ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคฟันผุของฟลูออไรด์วาร์นิชในเด็กอายุ 9 ถึง 18 เดือน.
ว.ทันต.สธ. 2551; 13(3) : 144 - 157.
18. Holm AK. Effect of fluoride varnish (Duraphat) in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*1979;
7(5) : 241-5.
19. Weintraub JA, Romos - Gomez F, Jue B, Shain S, Hoover CI, Featherstone JDB, Gansky SA. Fluoride
varnish efficacy in preventing early childhood caries. *J dent Res* 2006; 85(2) : 172-176.
20. Twetman S, Petersson LG, Pakhomov GN. Caries incidence relation to salivary mutansstreptococci and fluoride
varnish applications in preschool children from low and optimal-fluoride area. *Caries Res* 1996;30:347-53.
21. Peterson LG, Twetman S, Pakhomov GN. The efficiency of semiannual silane fluoride varnish applications:
a two-year clinical study in preschool children. *J Public Health Dent* 1998;58:57-60.
22. ศศิธร บุญมี. การใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชเพื่อป้องกันฟันผุในคลินิกเด็กดีจังหวัดสุพรรณบุรี. ว.ทันต.สธ. 2552;
14(1) :40-7.

Evaluation of oral health promotion and dental caries prevention in well child clinic, Erawan District, Loei Province, during 2010-2013

Karuntacha Sutawa* D.D.S.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the effect of oral health promotion and dental caries prevention in 9-12 month-old 147 children in 9 well child clinics, Erawan District, Loei Province during 2010-2013. Subjects were examined oral health status and applied fluoride varnish for 4 times each at 9-12, 18, 24 and 30 months old. Parents were given the oral health education and practiced how to brush children's teeth then interviewed dental care behaviors for their children at the beginning and the end of the study. Statistical analysis were expressed for descriptive and chi-square. Results showed that the comparison of dental care behaviors for their children between the beginning and the end of the study were significantly different. At the beginning of the study, children were expressed no apparent tooth cavity but dental caries developed progressively by age. Dental caries in children at 18, 24, 30 and 36 months old were respectively illustrated as the percentage of children got dental caries were 6.8, 16.3, 47.6 and 52.4, dmfs were 0.18, 0.70, 2.81 and 5.68, and dmft were 0.14, 0.48, 2.05 and 3.62.

Key words : *oral health promotion, dental caries prevention, well child clinic, evaluation.*

ผลการพัฒนากิจกรรมส่งเสริม สุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรม ในโรงเรียนประถมศึกษาของ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ปีการศึกษา 2551-2555

วัฒนา ทองปัสโนว์* ทบ. ป.บัณฑิต(ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล) สม. อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)
ปิยะดา ประเสริฐสม** ทบ. วท.ม. อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมความชุกของการเกิดโรคฟันผุในนักเรียนประถมศึกษาโดยส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนและพัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรม ดำเนินการในโรงเรียนประถมศึกษาทั้ง 65 แห่งของอำเภอ กิจกรรมสำคัญ คือ 1. การจัดเวทีประจำปีสำหรับครูอนามัยเพื่อคืนข้อมูล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเชิดชูเกียรติโรงเรียนที่มีผลการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากดีเด่น 2. รณรงค์กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์โดยแบ่งระดับโรงเรียนเป็นเกรด A-F จากการมีอุปกรณ์แปรงฟันและต่อมาได้พัฒนาเกณฑ์โรงเรียนติดดาวตามค่าความครอบคลุมของกิจกรรมการแปรงฟัน 3. การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากในโรงเรียน และ 4. การติดตามนักเรียนที่มีฟันผุให้เข้ารับบริการอย่างเป็นระบบ ผลการดำเนินงานพบว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีความเข้มแข็งขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินจากการที่นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนมากขึ้น โดยค่าเฉลี่ยความถี่การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนต่อสัปดาห์ (เต็ม 5) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 3.3 ครั้ง/สัปดาห์ ในปีการศึกษา 2551 เป็น 4.2 ครั้ง/สัปดาห์ ในปีการศึกษา 2555 พบว่าโรคฟันผุในเด็ก 12 ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ค่า DMFT ลดลงจาก 1.02 ซี/คน ในปี 2551 เหลือเพียง 0.78 ซี/คน ในปี 2555 ความชุกการเกิดโรคฟันผุลดลงจากร้อยละ 44.5 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 38.3 ในปี 2555 ร้อยละการเข้ารับบริการทันตกรรมในนักเรียนที่มีฟันผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.9 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 93.2 ในปี 2555

คำสำคัญ : สุขภาพช่องปาก โรงเรียนประถมศึกษา การคืนข้อมูล บริการทันตกรรมอย่างเป็นระบบ

* ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลบางกระพุ่ม อำเภอบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

** สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะโรคฟันผุในเด็กเป็นปัญหาหนึ่งที่มีความสำคัญด้านสาธารณสุขเนื่องจากมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูง จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ¹ ปี พ.ศ.2527, 2532, 2537, 2543-44 และ 2549-50 เด็กอายุ 12 ปีมีฟันผุเพิ่มขึ้นคือ ร้อยละ 45.8, 49.2, 53.9, 57.3 และ 56.9 ตามลำดับ โดยสาเหตุสำคัญคือ พฤติกรรมการบริโภคขนมกรุบกรอบและการดื่มน้ำอัดลม เด็กอายุ 12 ปีบริโภคขนมกรุบกรอบทุกวันร้อยละ 28.2 และดื่มน้ำอัดลมทุกวันร้อยละ 11.6

การแปรงฟันเป็นการรักษานามัยช่องปากและเป็นการช่วยป้องกันโรคในช่องปากที่ได้ผลดีที่ง่ายที่สุด² และการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่สุดของการเฝ้าระวังทางสุขภาพช่องปากในโรงเรียน³ พบเด็กอายุ 12 ปีแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียนทุกวันร้อยละ 21.7¹ ลดลงเหลือร้อยละ 17.8 ในปี 2555⁴ และแปรงฟันก่อนนอนทุกวันร้อยละ 40.2¹ และเพิ่มเป็นร้อยละ 57.8 ในปี 2555⁴

การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ประเด็นการเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยเอื้อให้บุคคลมีศักยภาพที่จะส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง⁵ เป็นแนวทางที่มีการดำเนินการภายใต้โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ⁶ ที่มุ่งหวังให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องทั้งพฤติกรรมอนามัยและพฤติกรรมบริโภค

ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำกลวิธีเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพมาใช้แก้ปัญหาโรคฟันผุในโรงเรียนประถมศึกษาตั้งแต่พ.ศ. 2531⁷ กิจกรรมหลักคือการตรวจฟันนักเรียน การให้ทันตสุขภาพศึกษา การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การจัดกลุ่มนักเรียนแปรงฟันตามระดับปัญหา การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก ผู้ปกครองควบคุมการแปรงฟันของนักเรียนที่บ้าน และการรักษาทางทันตกรรมในรายที่มีความจำเป็น

การดำเนินงานที่ผ่านมา สามารถครอบคลุมโรงเรียนประถมศึกษาทั้งอำเภอคือ 65 โรงเรียน อย่างต่อเนื่องมาตลอด โดยไปให้บริการในโรงเรียนอย่างน้อย

โรงเรียนละ 1 ครั้งต่อปี มีการตรวจ แจ้งให้ทราบว่า มีฟันผุกี่ซี่ แต่ไม่ได้เก็บข้อมูลการตรวจโดยใช้ดัชนี DMFT นัดไปอุดฟันทั้งในและนอกสถานบริการ ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ จากการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันของทันตบุคลากรพบว่ายังมีปัญหาคือ กิจกรรมสำคัญของโครงการยังขาดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่ การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ความครอบคลุมของนักเรียนที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันยังคงค่อนข้างน้อย การประสานการมารับบริการทันตกรรมตามนัดในกลุ่มนักเรียนที่มีปัญหาฟันถาวรผุยังไม่ครอบคลุม

ปี 2549 ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายจึงได้พัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในโรงเรียนประถมศึกษาขึ้น เพื่อควบคุมความชุกของการเกิดโรคฟันผุโดยส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนและพัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ยังผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของนักเรียน อันจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากนักเรียน ซึ่งจะได้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดีในอนาคต

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในโรงเรียนประถมศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการครอบคลุมโรงเรียนประถมศึกษาทั้งอำเภอ 65 โรงเรียน ช่วงปีการศึกษา 2549-2550 เป็นการพัฒนาระยะแรก หลังจากปี 2551 จึงมีการดำเนินการพร้อมการเก็บข้อมูลเพื่อให้สามารถประเมินการพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ

กิจกรรมหลักของการพัฒนา ได้แก่

1. แบ่งพื้นที่ของอำเภอเป็น 3 โซน มอบหมายทันตบุคลากรคือ ทันตแพทย์และทันตภิบาล เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบและติดตามงานทั้งหมดในเขตพื้นที่ที่ตนรับผิดชอบ เพื่อให้รู้จัก คำนึง เคย เข้าใจสภาพพื้นที่และบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ง่ายต่อการติดต่อประสานงาน มีการตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาทุกคนและบันทึกเฉพาะข้อมูลฟันผุ (Decay)

โดยทันตแพทย์ มีการประชุมเพื่อนิยามการเป็นโรคฟันผุให้ตรงกัน ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁸ ซึ่งให้ความหมายฟันผุไว้ว่า ฟันผุคือฟันที่มีรูผุ (cavitated carious lesion) ที่ด้านใดด้านหนึ่งของฟัน หรือเป็นฟันผุที่กินลึกเข้าไปใต้เคลือบฟัน มีพื้นหรือผนังอ่อนนุ่ม และในปีการศึกษา 2551 มีการเริ่มตรวจประเมินค่า DMFT ในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ที่เป็นตัวแทนกลุ่มอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่เป็นตัวแทนเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลของประเทศต่างๆ¹

2. ส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน

2.1 จัดเวทีประจำปีสำหรับครูอนามัย มีกระบวนการ empowerment โดยใช้วิธีการสุนทรียสนทนา เน้นการรับรู้ระดับคุณภาพของข้อมูลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากนักเรียนและการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับโรงเรียนอื่น กระบวนการคืนข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียน เกรดและดาวของกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และผลการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากนักเรียนแก่ครูผู้บริหารโรงเรียนและครูอนามัย โดยโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนขนาดเล็ก นักเรียนไม่เกิน 100 คน มีโรงเรียนขนาดกลางนักเรียนไม่เกิน 300 คน และโรงเรียนขนาดใหญ่ นักเรียนมากกว่า 300 คน อบรมเป็นกลุ่มโรงเรียน อบรมครั้งละ 2 วัน ถ้ากลุ่มใหญ่เพิ่มจำนวนวันอบรมมากขึ้น มีการมอบเกียรติบัตรให้กับโรงเรียนที่มีผลการดำเนินการดีเด่น

2.2 จัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในโรงเรียนทุกวัน และเพิ่มกิจกรรมจัดระดับโรงเรียนเป็นเกรด เพื่อให้ง่ายในการทำความเข้าใจ สื่อสารและการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

เกรด A-F แบ่งตามร้อยละของเด็กนักเรียนที่มีแปรงสีฟันและอุปกรณ์ที่โรงเรียนตามรายละเอียด ดังนี้

A นักเรียนมีแปรงสีฟันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ

90

B นักเรียนมีแปรงสีฟันร้อยละ 80-89

C นักเรียนมีแปรงสีฟันร้อยละ 70-79

D นักเรียนมีแปรงสีฟันร้อยละ 60-69

E นักเรียนมีแปรงสีฟันร้อยละ 50-59

F นักเรียนมีแปรงสีฟันน้อยกว่าร้อยละ 50

ต่อมาในปีการศึกษา 2551 หลังจากประเมินว่าการวัดผลการเข้าร่วมกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโดยประเมินการมีแปรงสีฟันและอุปกรณ์แปรงฟันไม่สามารถวัดผลได้อย่างแม่นยำเพียงพอ จึงได้พัฒนาเกณฑ์เพิ่มเติมเป็นการติดตามกิจกรรมแปรงฟันโดยประเมินจากจำนวนครั้งที่นักเรียนแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนเฉลี่ยต่อสัปดาห์

5 ดาว = แปรงเฉลี่ย 5 วัน/สัปดาห์

4 ดาว = แปรงเฉลี่ย 4 วัน/สัปดาห์แต่ไม่ถึง 5 วัน

3 ดาว = แปรงเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์แต่ไม่ถึง 4 วัน

2 ดาว = แปรงเฉลี่ย 2 วัน/สัปดาห์ แต่ไม่ถึง 3 วัน

1 ดาว = แปรงเฉลี่ย 1 วัน/สัปดาห์แต่ไม่ถึง 2 วัน

0 ดาว = แปรงเฉลี่ยน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์

เพิ่มการควบคุมกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและการตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน เพื่อเพิ่มความครอบคลุมนักเรียนและพัฒนาประสิทธิภาพการแปรงฟันโดยผู้นำนักเรียนหรือครู ผู้นำนักเรียนเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 5-6 คนในโรงเรียนขนาดเล็ก ส่วนขนาดอื่นๆ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้นำนักเรียนทำหน้าที่อื่นๆ ในโรงเรียนด้วยนอกจากเรื่องการควบคุมการแปรงฟัน

2.3 การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากนักเรียน โดยเสริมพลังและกระตุ้นให้โรงเรียนเห็นความสำคัญของการควบคุมการเข้าถึงอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากได้แก่ ลูกอม ทอฟฟี่ ขนมถุงกรอบ น้ำอัดลม นมเปรี้ยว เครื่องดื่มรสช็อคโกแลต น้ำหวาน และไอศกรีม ในช่วงที่นักเรียนมาโรงเรียน ควบคุมจากแหล่งซื้อทั้ง 3 แหล่งคือ สหกรณ์ร้านค้าในโรงเรียน และไม่ให้นักเรียนไปซื้อที่ร้านค้านอกโรงเรียนในเวลาเรียน ทั้งนี้เป็นไปตามบริบทและความสมัครใจของโรงเรียน

2.4 เพิ่มกระบวนการคืนข้อมูลแก่ครูผู้บริหารโรงเรียนและครูอนามัย คือ สภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียน หลังเสร็จกิจกรรมหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียน ในแต่ละวัน

2.5 เสริมทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากให้นักเรียนทุกคนโดยทันตแพทย์ในหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียน เน้นการสาธิต การสอนโดยให้นักเรียนมีส่วนร่วม สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่

สนุกสนานเพื่อดึงดูดความสนใจ เน้นทักษะการแปรงฟัน ถูกวิธีด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การแปรงฟันก่อนนอน ผักปฏิบัติจริงและย้อมสีฟันกับนักเรียนทุกคนในโรงเรียน

2.6 ขยายการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้าน โดย ใช้ฐานของโรงเรียน ในปีการศึกษา 2555 ได้เริ่มพัฒนา สมุดบันทึกการแปรงฟันก่อนนอนให้ทดลองใช้ในบางชั้น เรียน โดยให้ผู้ปกครองเซ็นชื่อเพื่อยืนยันการแปรงฟัน ก่อนนอนทุกวันว่าแปรงหรือไม่ และให้นำกลับมาให้ คุณครูประจำชั้นเซ็นรับทราบในทุกสัปดาห์เพื่อติดตาม ผลและกระตุ้นพฤติกรรม

3. พัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของนักเรียน

3.1 จัดบริการหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ใน โรงเรียนปีละ 1 ครั้งทุกโรงเรียน มีกิจกรรมการตรวจฟัน และบันทึกตามดัชนี DMFT เฉพาะนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 ที่เป็นตัวแทนกลุ่มอายุ 12 ปี การสอนทันตสุขศึกษา และฝึกแปรงฟันแบบมีส่วนร่วม การบริการขูดหินปูน และถอนฟันน้ำนม และมีการนัดดูดฟันถาวร

3.2 พัฒนาระบบการนัดเพื่อให้บริการในเด็ก ฟันถาวร

มอบหนังสือนัดเป็นหนังสือราชการให้กับครู เพื่อประสานนักเรียนนำไปแจ้งผู้ปกครองให้พาไปรับ บริการตามนัด ในสถานที่และเวลาที่หลากหลายเพื่อ เพิ่มความสะดวกในการมารับบริการของนักเรียน เช่น การมารับบริการที่โรงพยาบาลในวันเวลาราชการหรือเสาร์- อาทิตย์ การนัดไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

ทันตภิบาลผู้รับผิดชอบประจำโซนติดตาม การมาตามนัด ทำ check list ในแบบบันทึกสุขภาพ ช่องปากและเก็บไว้ที่คลินิกทันตกรรม ใช้ในการประเมิน ติดตามเมื่อไม่มาตามวันเวลานัด โดยประสานครู อนามัยของแต่ละโรงเรียนอย่างใกล้ชิด

ตัวแปรที่ศึกษา

1. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

1.1 ร้อยละของนักเรียนที่แปรงฟันหลังอาหาร กลางวันที่โรงเรียนทุกวัน

1.2 ค่าเฉลี่ยของความถี่การแปรงฟันหลังอาหาร กลางวันที่โรงเรียน

1.3 ร้อยละของนักเรียนที่มีแปรงสีฟันที่โรงเรียน

1.4 ร้อยละของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

ที่แปรงฟันก่อนนอน

1.5 ร้อยละของโรงเรียนที่มีการควบคุมการบริโภค อาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากนักเรียน

2. บริการทันตกรรม

2.1 ร้อยละของนักเรียนที่มีฟันถาวรที่ได้รับการ ทันตกรรม

2.2 สภาวะช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 6 คือ ร้อยละของฟันผุและค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสัมภาษณ์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย ข้อมูลการมีแปรงสีฟันที่โรงเรียน รูปแบบ การจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การตรวจ ความสะอาดหลังแปรงฟัน และการควบคุมการบริโภค อาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากนักเรียน

2. แบบสัมภาษณ์การแปรงฟันหลังอาหาร กลางวันของนักเรียน

3. แบบประเมินการแปรงฟันก่อนนอนของ นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6

4. แบบตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถม ศึกษปีที่ 6 ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁸

5. แบบติดตามการมาตามนัดของนักเรียน

6. แบบบันทึกบริการทันตกรรมที่นักเรียนได้รับ

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลปีละ 1 ครั้งพร้อมกับการออกหน่วย ทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียน

1. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบสัมภาษณ์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก สัมภาษณ์ครูอนามัยและประธานนักเรียนหรือ หัวหน้าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

2. การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียน ใช้แบบสัมภาษณ์การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันของ นักเรียน สัมภาษณ์นักเรียนทุกคน

3. การแปรงฟันก่อนนอนของนักเรียนประถม ศึกษปีที่ 6 เก็บจากแบบประเมินการแปรงฟันก่อนนอน ของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6

4. สภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถม ศึกษปีที่ 6 ใช้การตรวจฟันตามแบบตรวจสุขภาพช่องปาก

นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁸

5. บริการทันตกรรม เก็บจากแบบบันทึกบริการทันตกรรมที่นักเรียนได้รับ และแบบติดตามการมาตามนัดของนักเรียน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาอำเภอด่านซ้าย ปีการศึกษา 2551-2555 จำนวน 65 โรงเรียน มีนักเรียนเข้าร่วมปีละ 3,385-3,619 คน เป็นนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 540-652 คน (ตารางที่ 1)

ผลการส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดกิจกรรม

ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน

1. การจัดเวทีประจำปีสำหรับครูอนามัย

ครูรู้สึกว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น กระตือรือร้นในการแลกเปลี่ยนกับเพื่อนครูโรงเรียนอื่น เข้าใจข้อมูลเพื่อการ

ประเมินผลการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นที่ควรปรับปรุงตัวชี้วัดผลงาน มีทีมที่ปรึกษาในการพัฒนารูปแบบการทำงาน ประกอบด้วยครูผู้บริหาร ครูอนามัยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

2. การจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน

โรงเรียนส่วนใหญ่มีการควบคุมการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน ได้แก่ แปรงพร้อมกันแต่ละชั้นเรียน เข้าแถวรวมกันแล้วแยกไปแปรง และแปรงพร้อมกันเป็นกลุ่มโดยมีผู้ควบคุม มีร้อยละ 34.4 ที่ต่างคนต่างแปรง (ตารางที่ 2) นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับการตรวจความสะอาดฟันหลังการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน (ตารางที่ 3)

นักเรียนมีแปรงสีฟันที่โรงเรียนเพิ่มขึ้นทุกปี มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวันเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 เป็นต้นมา ทุกโรงเรียนมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน นักเรียนส่วนใหญ่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนอย่างน้อย

ตารางที่ 1 จำนวนโรงเรียนและนักเรียน ตามปีการศึกษา

Table 1 Number of primary schools and their students by education years

ปีการศึกษา	จำนวนโรงเรียน(โรง)	จำนวนนักเรียน ป.1-6 (คน)	จำนวนนักเรียน ป. 6 (คน)
2551	65	3,522	631
2552	65	3,385	558
2553	65	3,619	551
2554	65	3,396	540
2555	65	3,585	652

ตารางที่ 2 รูปแบบการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน จำแนกตามปีการศึกษา

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

รูปแบบการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน	ร้อยละโรงเรียน				
	2551	2552	2553	2554	2555
ไม่มีการแปรงฟัน	6.1	4.6	3.0	0	0
ต่างคน ต่างแปรง	47.0	36.9	34.8	30.8	34.4
แปรงพร้อมกันแต่ละชั้นเรียน	13.6	12.3	16.7	23.1	31.3
เข้าแถวรวมกัน แล้วแยกไปแปรง	16.7	26.2	40.9	32.3	23.4
แปรงพร้อมกันเป็นกลุ่มโดยมีผู้ควบคุม	16.7	20.0	4.5	13.8	10.9

1 วัน แต่ยังพบร้อยละ 5.4 ที่ไม่ได้แปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนเลย ค่าเฉลี่ยความถี่การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนเพิ่มขึ้นจาก 3.3 วัน/สัปดาห์ เป็น 4.2 วัน/สัปดาห์ (ตารางที่ 4)

3. การแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน

นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 29.4 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน และร้อยละ 54.9 แปรงเป็น

บางวัน ยังคงมีนักเรียนร้อยละ 15.7 ที่ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย (ตารางที่ 5)

4. การควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากนักเรียน

มีโรงเรียนที่สามารถควบคุมได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงเรียนร้อยละ 43.1 สามารถควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก(ตารางที่ 6)

ตารางที่ 3 ร้อยละโรงเรียนที่มีการตรวจความสะอาดฟันหลังการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันจำแนกตามผู้ตรวจและปีการศึกษา

Table 3 Percentage of schools those had check up for tooth cleanness after lunch brushing at school by inspectors and education years

การตรวจความสะอาดฟัน หลังการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	ร้อยละโรงเรียน				
	2551	2552	2553	2554	2555
ไม่มีการตรวจ	66.7	43.1	40.9	29.2	39.1
การตรวจโดยผู้รำนักเรียน	19.7	36.9	48.5	47.7	46.9
การตรวจโดยครู	13.6	20.0	10.6	23.1	14.1

ตารางที่ 4 ร้อยละนักเรียนที่มีแปรงสีฟันที่โรงเรียน ที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนทุกวัน ความถี่และค่าเฉลี่ยการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียน(ครั้งต่อสัปดาห์) ตามปีการศึกษา

Table 4 Percentage of students had toothbrushes at school, student brushing teeth after lunch every school day, frequency and mean of after lunch tooth brushing of the students (times/week) by education years

ปีการศึกษา	ร้อยละนักเรียนที่มีแปรงสีฟันที่โรงเรียน	ร้อยละนักเรียนที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนทุกวัน	ค่าเฉลี่ยความถี่การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียน (mean $\pm$ SD.)	ร้อยละนักเรียนที่แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน (ครั้งต่อสัปดาห์)					
				0	1	2	3	4	5
2551	83.9	49.0	3.3 $\pm$ 1.94	17.8	4.5	7.2	14.0	7.5	49.0
2552	86.8	56.3	3.7 $\pm$ 1.76	11.9	3.9	6.2	14.5	7.3	56.3
2553	93.6	62.2	4.0 $\pm$ 1.50	9.0	2.9	5.7	11.1	9.1	62.2
2554	92.2	69.6	4.2 $\pm$ 1.42	5.0	2.7	5.6	10.3	6.8	69.6
2555	87.8	69.7	4.2 $\pm$ 1.46	5.4	3.2	5.3	9.2	7.2	69.7

ตารางที่ 5 ร้อยละของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ที่แปรงฟันก่อนนอน ตามความถี่และปีการศึกษา

Table 5 Percentage of students grade 6 brushing before bed tooth by frequency and education years

ความถี่ของ การแปรงฟันก่อนนอน	ร้อยละนักเรียน				
	2551	2552	2553	2554	2555
แปรงทุกวัน	16.0	17.9	23.8	23.8	29.4
แปรงบ้าง ไม่แปรงบ้าง	60.7	63.1	57.5	61.8	54.9
ไม่แปรงเลย	23.3	19.0	18.7	14.4	15.7

ตารางที่ 6 ร้อยละของโรงเรียนที่ควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก ตามปีการศึกษา

Table 6 Percentage of schools with controlled consumption of sugary snacks and beverages by education years

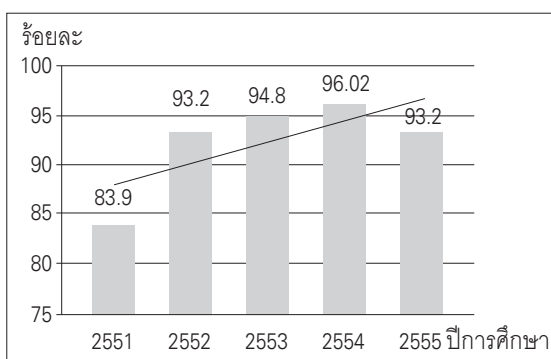
การควบคุมการบริโภคอาหาร ที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก	ร้อยละโรงเรียน				
	2551	2552	2553	2554	2555
ควบคุม	37.8	40.0	37.9	50.8	43.1
ไม่ได้ควบคุม	62.2	60.0	62.1	49.2	56.9

ผลพัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรมของนักเรียน ประถมศึกษา

การเข้าถึงบริการทันตกรรมของนักเรียนเพิ่มขึ้น และสามารถครอบคลุมเกือบทุกคนที่ฟันถาวรจำเป็น ต้องได้รับการรักษา (ร้อยละ 83.9-96.2) ร้อยละการเข้า บริการทันตกรรมในนักเรียนที่มีฟันถาวรผุ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 83.9 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 93.2 ในปี 2555

รูปที่ 1 ร้อยละของนักเรียนที่มีฟันถาวรผุได้รับการ
ทันตกรรม จำแนกตามปีการศึกษา

FIG. 1 Percentage of students with treated permanent teeth by education years

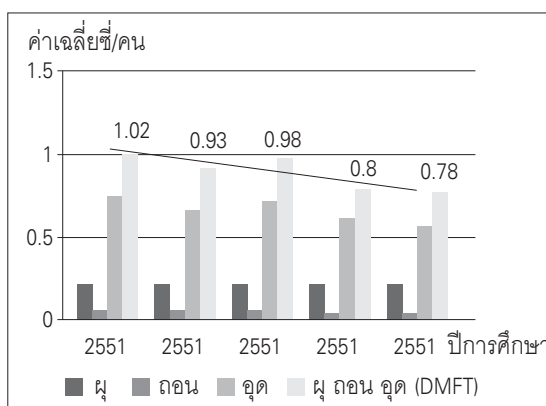


(รูปที่ 1) ปี 2555 ค่าสัดส่วนฟันผุ (FT/DMFT) ร้อยละ 82.3 และมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มฟันผุที่ยังไม่ได้รักษาเพียงร้อยละ 12.6

นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 (เด็ก 12 ปี) เป็นโรค ฟันผุลดลงจากร้อยละ 44.5 ปี 2551 เป็นร้อยละ 38.3 ในปี 2555 และค่าเฉลี่ยฟัน ผุ ถอน ผุ (DMFT) ลดลงจาก 1.02 ซี/คน ปี 2551 เป็น 0.78 ซี/คน ในปี 2555 (รูปที่ 2,3)

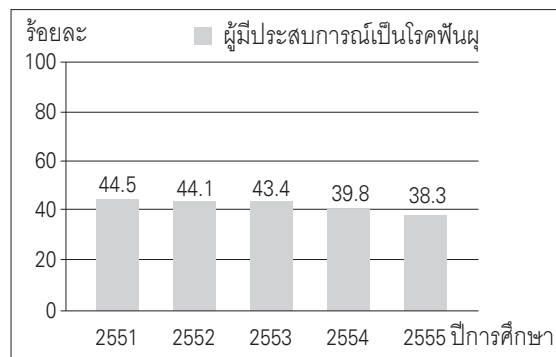
รูปที่ 2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน ผุของฟันถาวรของนักเรียน
ประถมศึกษาปีที่ 6 ตามปีการศึกษา

FIG.2 The mean DMFT of students grade 6 by education years



รูปที่ 3 ร้อยละของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ที่เป็นโรคฟันผุ ตามปีการศึกษา

FIG. 3 Caries prevalence of students grade 6 by education years



บทวิจารณ์

การแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นการรักษานามัยช่องปากและเป็นการช่วยป้องกันโรคในช่องปากที่ได้ผลดีที่สุดง่ายที่สุด² พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันกับการมีแปรงสีฟัน³ การใช้ข้อมูลเกรดโรงเรียนและการติดตามกิจกรรมแปรงฟัน เป็นข้อมูลที่เก็บได้ง่าย สะดวกเข้าใจง่าย สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบได้อย่างชัดเจน มีความท้าทายและสามารถกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาได้โดยดำเนินการได้อย่างไม่ยากนัก เมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่มีการประเมินผลการดำเนินงาน แม้จะครอบคลุมและมีคุณภาพมากกว่า แต่อาจมีความซับซ้อนในการดำเนินการ การสื่อสารและทำความเข้าใจ เช่น การศึกษาของสุจิตตรา วนาภิรักษ์⁹ ใช้ตัวชี้วัด 12 ตัวชี้วัดจำนวน 17 ข้อ การศึกษาของ Teng และคณะ¹⁰ ที่กรุงเทพมหานครเมื่อปี ค.ศ. 2002 ใช้ข้อมูลผลการจัดกิจกรรม 4 ด้าน ประกอบด้วย การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การอมน้ำยาฟลูออไรด์ การให้ความรู้ และการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปาก การศึกษาของโพธิ์คำ นาคคำ¹¹ ใช้ข้อมูลจัด 4 กลุ่ม คือ กลุ่มโรงเรียนที่มีผลการดำเนินงานระดับน้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมากและมาก

ปี 2555 นักเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอด่านซ้ายมีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันร้อยละ 69.7 สูงกว่าข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก

ระดับประเทศในปี 2555⁴ ในกลุ่มอายุ 12 ปี แปรงทุกวันเพียงร้อยละ 17.8 ทั้งนี้จะเกิดจากการเพิ่มกิจกรรมจัดระดับโรงเรียนเป็นเกรด การควบคุมการจัดกิจกรรมการแปรงฟัน การตรวจความสะอาดฟันหลังการแปรง การติดตามกิจกรรมแปรงฟัน และกระบวนการคืนข้อมูล

โรงเรียนร้อยละ 43.1 ในปี 2555 มีการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตตรา วนาภิรักษ์⁹ ที่พบว่าโรงเรียนส่วนใหญ่ยังไม่มี การควบคุมหรือควบคุมเฉพาะลูกอม แต่ไม่ได้ควบคุมขนมอบกรอบ และน้ำอัดลม แสดงว่าการกระตุ้นให้เกิดการควบคุมการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพช่องปากในโรงเรียนยังไม่ประสบความสำเร็จ ต้องมีการพัฒนากระบวนการร่วมกันจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต่อไป

การศึกษาของศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์และคณะ ในปี 2550 ศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศ พบเจ้าหน้าที่มาให้บริการทันตกรรมที่โรงเรียน¹² เพียงร้อยละ 24.7 และครูพาไปรับบริการที่สถานบริการร้อยละ 14.8 และจากการสำรวจระดับประเทศ พ.ศ. 2555⁴ พบว่า เด็กอายุ 12 ปีได้รับการตรวจฟันในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 79.8 และมีเพียงร้อยละ 90.5 ที่ได้รับการตรวจฟันจากบุคลากรสาธารณสุข เปรียบเทียบกับนักเรียนของอำเภอด่านซ้ายซึ่งได้รับการตรวจโดยทันตแพทย์ทุกคนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในวันठीอกหน่วยให้บริการซึ่งมีความครอบคลุมสูงกว่า

มาตรฐานเด็กไทยทำได้ ด้านเด็กไทยฟันดี² ข้อ 5 ที่ว่านักเรียนที่มีปัญหาฟันผุและโรคในช่องปากทุกคนได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาร้อยละ 100 ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ค่อนข้างสูงและเป็นไปได้ยาก ใน 5 ปีของการเก็บข้อมูล (ปีการศึกษา 2551-2555) นักเรียนประถมศึกษาที่มีฟันผุได้รับการบริการทันตกรรมเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 83.9-96.2) ซึ่งเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Threlfall และคณะ¹³ ในประเทศอังกฤษและเวลส์ เมื่อปี ค.ศ.2003 พบว่ามีนักเรียนประถมศึกษาที่ได้รับการคัดกรองและนัดหมายไปรับบริการกับทันตแพทย์ไปรับบริการตามนัดเพียงร้อยละ 49.6

ข้อมูลปี 2551-2555 เด็ก 12 ปีของอำเภอด่านซ้ายมีฟันผุลดลงอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ของฟันถาวรลดลงจาก 1.02 ซี่/คนในปี 2551 เหลือเพียง

0.78 ซี/ คนในปี พ.ศ.2555 จัดอยู่ในระดับ “ต่ำมาก” ตามเกณฑ์ระดับความรุนแรงของโรคฟันผุขององค์การอนามัยโลก และต่ำกว่าผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2555⁴ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 1.3 ซีต่อคน

ในปีพ.ศ. 2554 ค่าเฉลี่ยของ DMFT ในเด็กอายุ 12 ปี จาก 189 ประเทศ¹⁴ มีค่าเท่ากับ 1.67 ซีต่อคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในเด็ก 12 ปีของอำเภอเด่นชัยในปีดังกล่าวเป็นอย่างมากซึ่งมีค่าเพียง 0.80 โรคฟันผุลดลงจากร้อยละ 44.5 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 38.3 ในปี 2555 ซึ่งต่ำกว่าผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2555⁴ ซึ่งพบร้อยละ 52.3

หากเปรียบเทียบค่าสัดส่วนฟันผุ (FT/DMFT) ซึ่งบ่งบอกถึงการเข้าถึงบริการทันตกรรม พบว่า นักเรียนอำเภอเด่นชัย ปี 2555 มีค่าสัดส่วนฟันผุถึงร้อยละ 82.3 และมีกลุ่มฟันผุที่ยังไม่ได้รักษาเพียงร้อยละ 12.6 ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2555⁴ พบว่า ค่าสัดส่วนฟันผุมีเพียงร้อยละ 41.3 และมีกลุ่มฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาถึงร้อยละ 29.1 ทั้งนี้อาจเกิดจากการพัฒนาระบบนัดที่ตอบสนองต่อการเข้าถึงบริการของเด็กประถมศึกษาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามแม้ว่ากระบวนการเสริมพลังของผู้ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งตัวเด็กเองตามการศึกษานี้จะให้ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในการป้องกันและควบคุมปัญหาโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอเด่นชัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากแต่ยังคงจำเป็นต้องมีการดำเนินการให้ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดเป็นวิถีที่เป็นวัฒนธรรมของโรงเรียนและชุมชนที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ที่ดีต่อตัวเด็ก

นอกจากนี้ จากการศึกษายังคงมีนักเรียนร้อยละ 15.7 ที่ยังคงไม่แปรงฟันช่วงก่อนนอนที่บ้าน หากต้องการให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นสุขนิสัยกับตัวเด็ก จำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจในบริบทของเด็กเหล่านี้ และพัฒนากระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การจัดกระบวนการให้โรงเรียน สามารถประเมินผลด้วยตนเอง (self monitor) ประกอบกับการเสริมแรง (empower) ด้วยการเลื่อน

ลำดับเกรดและดาวตามความเข้มแข็งของการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เป็นกระบวนการที่เหมาะสมในการกระตุ้นการพัฒนาสุขนิสัยของนักเรียน การปรับเปลี่ยนและติดตามระบบนัดมารับบริการอุดฟันถาวรของนักเรียน เพื่อเก็บรักษาฟันให้ใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้นักเรียนได้รับการครอบคลุมมากขึ้น เป็นกระบวนการสำคัญที่ควรมีการพัฒนาในการจัดบริการระดับ Contracting Unit for Primary Care (CUP) ซึ่งเป็นหน่วยบริการหลักในระบบสุขภาพปัจจุบัน

ในการพัฒนาการดำเนินการต่อไป ควรขยายการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ผู้บริหารโรงเรียน ผู้ปกครอง ผู้นำนักเรียน และแกนนำในชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพของกิจกรรมให้ดียิ่งขึ้นและส่งเสริมความยั่งยืนของกิจกรรมต่อไป

บทสรุป

จากการดำเนินการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอเด่นชัย จังหวัดเลย พบว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีความเข้มแข็งขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินจากการที่นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนมากขึ้นโดยค่าเฉลี่ยความถี่การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่โรงเรียนต่อสัปดาห์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบโรคฟันผุมีแนวโน้มลดลง และอัตราการเข้าบริการทันตกรรมในนักเรียนที่มีฟันถาวรเพิ่มขึ้น

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณ คณะครูและนักเรียนประถมศึกษาทุกท่านในอำเภอเด่นชัย ที่ให้ความร่วมมือในการพัฒนา กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในโรงเรียนประถมศึกษา ผศ.ดร.ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ และอาจารย์ทพ.วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ สาขาวิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ นพ.ภักดี สืบบุญรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ที่สนับสนุนงานทันตสาธารณสุขด้วยดีเสมอมา ครอบครัวทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยทุกคน ที่ร่วมทุกข์ ร่วมสุข ร่วมพัฒนา ด้วยความเต็มใจกว่า 17 ปีที่ร่วมทำงานด้วยกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550 โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร กรกฎาคม 2551
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการดำเนินงานโครงการเด็กไทยทำได้โนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด กรุงเทพมหานคร 2551
3. วราภรณ์ จิระพงษา การประเมินผลกิจกรรมเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2541; 3(1) : 38-44
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.2555 สำนักกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร พฤษภาคม 2556
5. Kelly Lee, Dr. การสร้างเสริมเสริมสุขภาพโลก สรุปการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 วันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรงเรียน (ฉบับปรับปรุง) โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร 2547
7. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร 2534;81
8. World Health Organization. Oral Health Surveys - Basic Methods 4 Edition, Geneva: 1997
9. สุขจิตตรา วนาภิรักษ์. การประเมินผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก ในโรงเรียนประถมศึกษา จังหวัดแพร่. ว. ทันตสาธารณสุข 2543; 5(1-2): 7-18.
10. Teng O, Narksawat K, Podang J and Pacheun O. Oral health status among 12-year-old children in primary schools participating in an oral health preventive school program in Phnom penh city, cambodia, 2002. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2004; 25(2): 458-462.
11. ไพรีคำ นาคคำ ประสิทธิผลการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษา วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2546
12. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์และคณะ สถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2550; 12(1): 50-60
13. Threlfall A. G, Milsom K, Catleugh M, Kearney - Mitchell P, Blinkhorn A, Tickle M. A survey of school dental screening practice in community dental services of England and Wales in 2003. Community Dental Health 2006; 23: 236 - 238.
14. <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/According-to- Alphabetical/Global-DMFT-for-12-year-olds-2011/> ค้นเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2556

Development of oral health promotion and service delivery in primary schools, Dansai, Loei, Thailand. Education year 2008-2012

Watana Thongpatsano*

D.D.S., Grad. Dip (Oral & Maxillofacial Surgery), M.P.H., F.R.T.D.C (Dental Public Health)

Piyada Prasertsom**

D.D.S., MSC. F.R.T.D.C (Dental Public Health)

Abstract

This action research aimed to control prevalence of dental caries by strengthening oral health promotion activities and increasing dental services accessibility. It was done in all 65 primary schools in the district. The important activities were 1 to set annual meeting for health teachers to exchange information, to share and self learning, and to honor the school which performed good practice in oral health promotion, 2 to campaign after lunch tooth brushing with fluoride toothpaste by grading schools to A-F for coverage of toothbrushes and classified schools with stars for coverage of after lunch brushing activity, 3 to control consumption of sugary snacks and beverages in school and 4 to monitor school referral system for permanent tooth treatment. Results revealed improvement of the strengthening oral health promotion activities. Evaluations showed increased after lunch tooth brushing scores from 3.3 times/week in 2008 to 4.2 times/week in 2012 (full score = 5). The mean DMFT of 12-year-olds was decreased from 1.02 teeth/person in 2008 to only 0.78 teeth / person in 2012. The prevalence of dental caries decreased from 44.5 % in 2008 to 38.5 % in 2012. Treated permanent teeth increased from 83.9 % in 2008 to 93.2 % in 2012.

Key words : *Oral health, Primary school, exchange information, systematic dental service delivery.*

* Dental Public Health Department, Bangkrathum Hospital, Phitsanulok Province.

* * Bureau of dental health, Department of Health, Ministry of Public Health.

ประเมินผล โครงการฟันเทียมพระราชทาน จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างปี 2548-2556

อัมพร เดชพิทักษ์* ท.บ., อท.(ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานของจังหวัดเชียงใหม่ ที่ดำเนินการระหว่างปี 2548-2556 โดยเก็บข้อมูลจากแบบรายงานการเข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทานของหน่วยบริการ دندانทำฟันเทียม แบบรายงานการจัดบริการใส่ฟันเทียมจากโปรแกรมฟันเทียมพระราชทาน และผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสำรวจในช่วงมีนาคม-สิงหาคมของทุกปี ผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการที่ให้บริการใส่ฟันเทียมทั้งหมด 36 แห่ง เป็นโรงพยาบาลรัฐต่างสังกัด/เอกชนร้อยละ 30.6 ในปี 2556 หน่วยบริการร้อยละ 83.3 มีคิวนัดน้อยกว่า 1 เดือน มีผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งหมดตั้งแต่ ปี 2548-2556 จำนวน 12,432 คน เป็นประเภทใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 54.2 ใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ ร้อยละ 20.9 และแนวโน้มผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากลดลง แต่มีแนวโน้มได้รับการใส่ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่ และน้อยกว่า 16 ซี่ เพิ่มขึ้น การมีฟันหลังใช้งานได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 4 คู่สบของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 50.0 ปี 2548 เป็นร้อยละ 72.9 ใน ปี 2556 ผู้สูงอายุที่มีคู่สบฟันธรรมชาติ/ฟันเทียม หรือฟันเทียมทั้งหมด 4 คู่สบขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 ปี 2548 เป็นร้อยละ 25.7 ในปี 2556 ผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติทั้งหมด 4 คู่สบขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.0 ปี 2548 เป็นร้อยละ 47.2 ในปี 2556 ซึ่งเกิดจากโครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดเชียงใหม่มีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง มีการบริหารจัดการ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การจัดสรรงบประมาณเป็นการเฉพาะ การอบรมฝึกทักษะการทำฟันเทียมให้กับทันตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชนการพัฒนาทักษะสร้างสุขนิสัยในการดูแลสุขภาพช่องปาก และกำกับติดตาม ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมถอดได้มากขึ้น

คำสำคัญ: โครงการฟันเทียมพระราชทาน, ผู้สูงอายุ, ฟันหลังใช้งานได้อย่างน้อย 4 คู่สบ

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่ “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (Population aging) สัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.4 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และประมาณการว่าจะเป็นร้อยละ 16.8 ในปี 2563¹ สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายภาพ (Physical) และด้านจิตใจ (Psychological) ในเรื่องความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านบุคลิกภาพ การเข้าสังคม การพูดคุย การเคี้ยวอาหาร การรับรสอาหาร และพบว่าการสูญเสียฟันทั้งปากทำให้มีข้อจำกัดในการเคี้ยวอาหาร^{2,3}

การศึกษาในผู้สูงอายุที่จังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่าสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ การเลือกชนิดอาหาร การได้รับสารอาหารที่เหมาะสม⁴ จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 4 ปี 2546⁵ ผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี มีการสูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 8.2 ผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 202,960 คน เป็นผู้มีอาการจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 12.2 คิดเป็นจำนวน 24,761 คน จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมบางส่วน ร้อยละ 23.0 คิดเป็นจำนวน 46,680 คน และจากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ 5 ปี 2551⁶ ผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี มีการสูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 11.6 ผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 207,807 คน เป็นผู้จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 6.0 คิดเป็นจำนวน 12,468 คน จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมบางส่วน ร้อยละ 32.0 คิดเป็นจำนวน 66,498 คน พบว่ายังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องการบริการใส่ฟันเทียม แต่ขณะเดียวกันก็ควรได้รับการดูแลด้านการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากที่เหมาะสม และมีประสิทธิผลเพื่อลดการสูญเสียฟันร่วมไปกับการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ด้วยการใส่ฟันเทียมเพื่อบดเคี้ยวอาหาร และเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จัดรณรงค์ใส่ฟันเทียมทั้งปากแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศในโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีเป้าหมายที่จะใส่ฟันเทียมทดแทนให้ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟัน และผู้สูงอายุ

ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50.0 มีฟันเคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม^{7,8} โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2548 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน มีการถ่ายทอดโครงการ ทำแนวทางการปฏิบัติงาน พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร สนับสนุนการจัดบริการในพื้นที่ การขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ เตรียมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการ จัดระบบการเบิกจ่ายพัฒนาสิทธิประโยชน์ของการรับบริการใส่ฟันเทียมทุกสิทธิใกล้เคียงกัน เผยแพร่ประชาสัมพันธ์และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในลักษณะ Vertical Program ในปี 2548 - 2550 ส่วนปี 2551 จนถึงปัจจุบัน กรณีผู้สูงอายุสิทธิบัตรทอง โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการภาครัฐสามารถเบิกจ่ายเงินทดรองค่าบริการคืนโดยใช้โปรแกรม e - claim⁹ ผู้สูงอายุสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของราชการหรือประกันสังคม หน่วยบริการเก็บค่าบริการก่อน และผู้รับบริการสามารถนำไปเสร็จรับเงินไปเบิกคืนได้จากกรมบัญชีกลางหรือสำนักงานประกันสังคม¹⁰⁻¹¹

จังหวัดเชียงใหม่ดำเนินโครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน” เป็นระยะเวลา 9 ปี ตั้งแต่ ปี 2548 - 2556 เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เจริญพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹² โดยส่วนกลางมีการกำหนดเป้าหมายผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมพระราชทาน เป็นประเภทฟันเทียมทั้งปากและฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป จำนวน 900 คน ต่อปี โดยเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ ร้อยละ 20.0 ของเป้าหมาย ดังนั้นจังหวัดเชียงใหม่จึงมีการประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทาน โดยประเมินการเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการ การเข้าถึงการบริการโดยพิจารณาจากคิวนัดทำฟันเทียมของหน่วยบริการและผลงานการจัดบริการใส่ฟันเทียมประเภทต่างๆ และประเมินผลลัพธ์ของโครงการจากสถานการณ์ การมีฟันหลังใช้งานได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 4 คู่สบ เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาปรับปรุงการดำเนินโครงการต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้ดำเนินการ

ช่วงระยะเวลา 9 ปี ตั้งแต่ปี 2548 ต่อเนื่องจนถึงปี 2556 เก็บข้อมูลจากรายงานการจัดบริการของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทานทุกแห่ง จำนวน 36 แห่ง และรายงานของจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ ผลจากแบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุตามตัวชี้วัดทางทันตสาธารณสุขและผลการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบรายงานการเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการ
2. แบบสอบถามชนิดจัดทำฟันเทียมของหน่วยบริการ
3. แบบรายงานการจัดบริการใส่ฟันเทียมจากโปรแกรมฟันเทียมพระราชทาน โปรแกรมรายงานหน่วยบริการ และแบบรายงานตามโปรแกรม e-claim แยกเป็นประเภทใส่ฟันเทียมทั้งปาก ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป และฟันเทียมน้อยกว่า 16 ซี่
4. แบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สุ่มสำรวจช่วงเดือน มีนาคม - สิงหาคม ของทุกปี ตรวจโดยทันตบุคลากร ใช้เครื่องมือวัดร่องลึกปริทันต์ (WHO probe) กระบอกส่องปาก ไฟส่องปาก

คำนิยาม

ฟันธรรมชาติใช้งานได้ หมายถึง ฟันธรรมชาติที่ใช้เคี้ยวอาหารได้ ไม่นับฟันที่เหลือแต่รากฟันที่จำเป็นต้องถอน/ฟันโยกมากจนต้องถอน

ฟันหลังใช้งานได้อย่างเหมาะสม หมายถึง ฟันกรามน้อยและหรือฟันกรามที่มีคู่สบเป็นฟันธรรมชาติทั้งหมด หรือคู่สบเป็นฟันธรรมชาติ/ฟันเทียม หรือ

ฟันเทียมทั้งหมดสบกัน อย่างน้อย 4 คู่สบ

ผลการศึกษา

1. การเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการ

มีหน่วยบริการที่เข้าร่วมในระยะเวลาต่างๆ จำนวนไม่เท่ากัน แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงปี 2548-2550, 2551-2553 และ 2554-2556 นำเสนอเป็นช่วง 3 ปี เพราะข้อมูลในแต่ละช่วงไม่มีการเปลี่ยนแปลง และการทำโครงการฟันเทียมมีการกำหนดเป้าหมายเป็น 3 ปี คือ 2548-2550, 2551-2553 และ 2554-2556 ซึ่งช่วงปี 2548-2550 มีหน่วยบริการเข้าร่วมโครงการ 32 แห่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 23 แห่ง ร้อยละ 71.9 โรงพยาบาลรัฐต่างสังกัดและเอกชน รวม 9 แห่ง ร้อยละ 28.1 ช่วงปี 2551-2553 มีหน่วยบริการเข้าร่วม 33 แห่ง เป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 24 แห่ง ร้อยละ 72.7 โรงพยาบาลรัฐต่างสังกัดและเอกชน รวม 9 แห่ง ร้อยละ 27.3 และช่วงปี 2554-2556 มีหน่วยบริการเข้าร่วม 36 แห่ง เป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 25 แห่ง ร้อยละ 69.4 โรงพยาบาลรัฐต่างสังกัดและเอกชน รวม 11 แห่ง ร้อยละ 30.6 (ตารางที่ 1) หน่วยบริการภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นช่วงละ 1 แห่ง ภาครัฐต่างสังกัดและเอกชนคงที่ใน 2 ช่วงแรก และเพิ่มขึ้น 1 แห่งในช่วงที่ 3 ซึ่งเป็นช่วงมีการดำเนินการในรูปแบบกองทุนทันตกรรม

การมีหน่วยบริการเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ รับสมัครหน่วยบริการทั้งรัฐต่างสังกัดและเอกชนที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ตลอดจนมีการอบรมฝึกทักษะการทำฟันเทียมให้กับทันตแพทย์ทั้ง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการ ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ระหว่างปี 2548-2556

Table 1 Number and percentage of hospitals involved in His Majesty the King Dental Prostheses Campaign during 2005 - 2013

หน่วยบริการที่ให้บริการใส่ฟันเทียม	2548 - 2550		2551 - 2553		2554 - 2556	
	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
โรงพยาบาลรัฐสังกัดสาธารณสุข	23	71.9	24	72.7	25	69.4
โรงพยาบาลรัฐต่างสังกัด	4	12.5	4	12.1	5	13.9
โรงพยาบาลเอกชน	5	15.6	5	15.2	6	16.7
รวม	32	100.0	33	100.0	36	100.0

ภาครัฐและเอกชน ร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในช่วงระหว่างปี 2548-2550

2. การเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม

2.1 ความสำเร็จฟันเทียม

ในช่วงปี 2548-2550 หน่วยบริการร้อยละ 68.8 มีความสำเร็จฟันเทียมมากกว่า 6 เดือน ช่วงปี 2551-2553 หน่วยบริการร้อยละ 48.5 มีความสำเร็จฟันเทียมอยู่ระหว่าง 1 - 6 เดือน และช่วงปี 2554-2556 ไม่มีหน่วยบริการที่มี ความสำเร็จฟันเทียมมากกว่า 6 เดือน และร้อยละ 83.3 มี ความสำเร็จน้อยกว่า 1 เดือน (ตารางที่ 2)

การที่ความสำเร็จฟันเทียมมีการพัฒนา ใช้เวลาน้อยลง เนื่องจากมีการเพิ่มจำนวนของหน่วยบริการและ

มีการเพิ่มขึ้นของกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และการได้รับงบประมาณสนับสนุนเป็นการเฉพาะ

2.2 ผลงานการจัดบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ประเภทต่างๆ

เป้าหมายโครงการฟันเทียมพระราชทานของ จังหวัดเชียงใหม่คือปีละ 900 ราย ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ ปี 2548 จนถึง ปี 2556 แต่ละปีมีผลงานเกินเป้าหมาย ยกเว้นปี 2549 ทั้งโครงการมีผู้สูงอายุได้รับการใส่ ฟันเทียมถอดได้ทั้งหมด 12,432 คน เป็นฟันเทียมทั้งปาก 6,744 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่ ขึ้นไป 2,599 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 เมื่อจำแนกจำนวนและ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการตามปีและประเภท ฟันเทียม (ตารางที่ 3) พบว่าผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียม

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของหน่วยบริการ จำแนกตามเวลาความสำเร็จฟันเทียม ปี 2548-2556

Table 2 Number and percentage of hospitals by appointment time during 2005 - 2013

เวลาความสำเร็จฟันเทียม	2548 - 2550		2551 - 2553		2554 - 2556	
	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
มากกว่า 6 เดือน	22	68.8	10	30.3	0	0.0
ระหว่าง 1 - 6 เดือน	10	31.2	16	48.5	6	16.7
น้อยกว่า 1 เดือน	0	0.0	7	21.2	30	83.3
รวม	32	100.0	33	100.0	36	100.0

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการ จำแนกตามปีและประเภทฟันเทียมปี 2548-2556

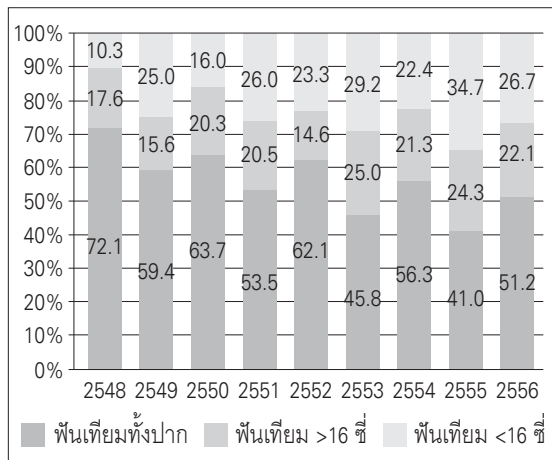
Table 3 Number and percentage of elderly with removable denture by time and type of denture during 2005 -2013

ปี	ฟันเทียมทั้งปาก	ฟันเทียม ≥ 16 ซี่	ฟันเทียม < 16 ซี่	รวมทุกประเภท
2548	800 (72.1)	195 (17.6)	115 (10.3)	1,110 (100.0)
2549	357 (59.4)	94 (15.6)	150 (25.0)	601 (100.0)
2550	758 (63.7)	241 (20.3)	190 (16.0)	1,189 (100.0)
2551	702 (53.5)	269 (20.5)	342 (26.0)	1,313 (100.0)
2552	723 (62.1)	170 (14.6)	272 (23.3)	1,165 (100.0)
2553	610 (45.8)	332 (25.0)	389 (29.2)	1,331 (100.0)
2554	901 (56.3)	340 (21.3)	359 (22.4)	1,600 (100.0)
2555	883 (41.0)	522 (24.3)	747 (34.7)	2,152 (100.0)
2556	1,010 (51.2)	436 (22.1)	525 (26.7)	1,971 (100.0)
รวม	6,744 (54.2)	2,599 (20.9)	3,089 (24.9)	12,432 (100.0)

ถอดได้ทั้งปากลดลงจากร้อยละ 72.1 ปี 2548 เหลือเพียงร้อยละ 51.2 ในปี 2556 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.6 ปี 2548 เป็นร้อยละ 22.1 ในปี 2556 และผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมน้อยกว่า 16 ซี่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.3 ปี 2548 เป็นร้อยละ 26.7 ในปี 2556 (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการ จำแนกตามปีและประเภทฟันเทียม ปี 2548-2556

Fig: 1 Percentage of elderly with removable denture by time and type of denture during 2005 -2013



ปี 2549 มีการให้บริการ 601 ราย ต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตัดโอนเข้าบัญชีเงินนอกงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขผ่านทางระบบ GFMS และดำเนินการจัดสรรเงินให้หน่วยบริการได้เมื่อผ่านการรับรองผลงานจากจังหวัดและกรมอนามัยตรวจสอบทำให้การจัดสรรเงินล่าช้า ส่งผลให้หน่วยบริการชะลอการจัดบริการใส่ฟันเทียม จึงไม่ได้ผลงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ผลงานการจัดบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ประเภทต่างๆ เพิ่มมากกว่าเป้าหมายจำนวนมาก เนื่องจากมีการเพิ่มจำนวนของหน่วยบริการ เพิ่มกำลังคน วัสดุอุปกรณ์ และได้รับงบประมาณสนับสนุนเป็นการเฉพาะ

3. สถานการณ์การมีฟันหลังใช้งานได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 4 คู่สบ

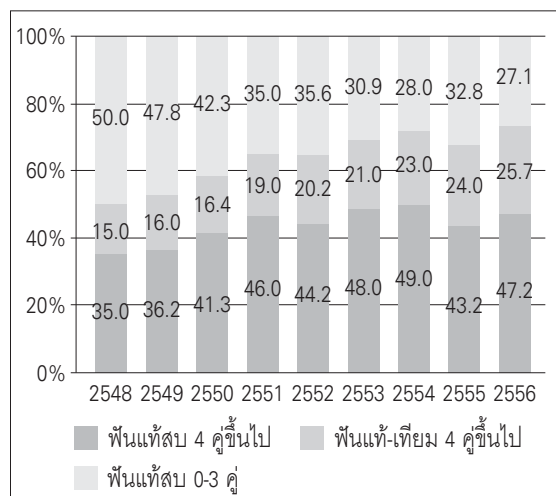
จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 4 คู่สบ ตามจำนวนผู้สูงอายุที่สำรวจ ประเภทของการสบฟันและปีที่สำรวจ รายละเอียดในตารางที่ 4

ผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติทั้งหมด 4 คู่สบขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.0 ปี 2548 เป็นร้อยละ 47.2 ในปี 2556 ผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติ/ฟันเทียม หรือฟันเทียมทั้งหมด 4 คู่สบขึ้นไปเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 15.0 ปี 2548 เป็นร้อยละ 25.7 ในปี 2556 ผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติ/ฟันเทียม 0 - 3 คู่สบลดลง จากร้อยละ 50.0 ปี 2548 เหลือร้อยละ 27.1 ในปี 2556 (รูปที่ 2)

การมีฟันหลังใช้งานได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 4 คู่สบมีมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มหน่วยบริการใส่ฟันเทียมแล้ว ในการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการใส่ฟันเทียมในชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกับการจัดกิจกรรมตรวจคัดกรองและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พัฒนาทักษะการแปรงฟัน และการสร้างสุขนิสัยในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ทั้งฟันแท้และฟันเทียม

รูปที่ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม จำแนกตามประเภทของการสบฟัน ปี 2548- 2556

Fig: 2 Percentage of elderly by number of occlusion teeth during 2005 -2013



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม จำแนกตามประเภทของการสบฟัน ปี 2548-2556

Table 4 Number and percentage of elderly by number of occlusion teeth during 2005-2013

ปี	จำนวนผู้สูงอายุ ที่สำรวจ	ฟันธรรมชาติทั้งหมด 4 คู่สบขึ้นไป	ฟันธรรมชาติ/ฟันเทียม, ฟันเทียมทั้งหมด 4 คู่สบขึ้นไป	ฟันธรรมชาติ/ ฟันเทียม 0 -3 คู่สบ
2548	546	191 (35.0)	82 (15.0)	273 (50.0)
2549	988	358 (36.2)	158 (16.0)	472 (47.8)
2550	887	366 (41.3)	146 (16.4)	375 (42.3)
2551	915	421 (46.0)	174 (19.0)	320 (35.0)
2552	980	433 (44.2)	198 (20.2)	349 (35.6)
2553	1,299	624 (48.0)	273 (21.0)	402 (30.9)
2554	2,922	1,432 (49.0)	672 (23.0)	818 (28.0)
2555	4,978	2,152 (43.2)	1,192 (24.0)	1,634 (32.8)
2556	11,361	5,362 (47.2)	2,918 (25.7)	3,081 (27.1)

บทวิจารณ์

โครงการฟันเทียมพระราชทาน จังหวัดเชียงใหม่ มีหน่วยบริการของรัฐและเอกชนให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 32 แห่งเป็น 33 และ 36 แห่ง ในปี 2548-2550, 2551-2553 และ 2554-2556 ตามลำดับ เนื่องจากการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ การรับสมัครหน่วยบริการทั้งรัฐ ต่างสังกัดและเอกชนที่สนใจเข้าร่วมโครงการ และการอบรม ฝึกทักษะการทำฟันเทียมให้กับทันตแพทย์ทั้ง ภาครัฐและเอกชน ร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปี 2548-2550 ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ ทพญ.สุปราณี ดาโลดม และคณะ¹³ ที่ระบุว่า การอบรมฝึกทักษะการทำฟันเทียมทั้งด้านองค์ความรู้ และเทคโนโลยี ให้กับทันตแพทย์ผู้ให้บริการทั้งในหน่วย บริการภาครัฐและเอกชน จะทำให้ทันตแพทย์มีความ มั่นใจในการจัดบริการมากขึ้น และคุณภาพของการ ทำฟันเทียมดีขึ้น

การเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมในด้านคิวนัดทำฟัน เทียม จากคิวนัดมากกว่า 6 เดือนจนเหลือน้อยกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 83.3) เนื่องจากการเพิ่มทั้งหน่วยบริการ กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณสนับสนุนเป็นการ เฉพาะมีระบบการเบิกจ่ายค่าบริการผ่านโปรแกรม e-claim ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้หน่วยบริการสามารถเบิกเงิน

ชดเชยค่าบริการคืนได้รวดเร็ว

การเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมในด้านผลงานการ จัดบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ประเภทต่างๆ ระหว่างปี 2548- 2556 ผู้สูงอายุได้บริการใส่ฟันเทียมเกินกว่าปีละ 900 ราย (เป้าหมาย) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทพญ.สุปราณี ดาโลดม และคณะ¹³ ที่ระบุว่า “การผลักดันเชิงนโยบาย จากส่วนกลาง การเข้าร่วมเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติ การรับขึ้นทะเบียนให้กับผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันให้เข้าร่วมใน โครงการก่อน และเพิ่มการจัดบริการในระดับศูนย์ สาธารณสุขชุมชนเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีระบบการสนับสนุนและการจัดสรรงบประมาณ เป็นการเฉพาะ ทำให้เพิ่มการเข้าถึงการใส่ฟันเทียม มากขึ้น”

ผลงานการใส่ฟันเทียมถอดได้ พบว่าผู้สูงอายุได้ รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 72.1 ปี 2548 เป็นร้อยละ 51.2 ในปี 2556 ผู้สูงอายุได้รับการ ใส่ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่ และน้อยกว่า 16 ซี่ มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.6 และ 10.3 ปี 2548 เป็นร้อยละ 22.1 และ 26.7 ในปี 2556 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555¹⁴ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใส่ ฟันเทียมทั้งปาก ระดับประเทศลดลงเหลือร้อยละ 2.5 และ

ในส่วนของภาคเหนือลดลงเหลือร้อยละ 1.6 ดังนั้นควรมีการปรับเปลี่ยนการตั้งเป้าหมายใหม่ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับความจำเป็นในการใส่ฟันของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ และเพิ่มการจัดบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ประเภทอื่นนอกจากการใส่ฟันเทียมทั้งปากให้เพิ่มขึ้นด้วย

สถานการณ์การมีฟันหลังใช้งานได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 4 คู่สบ จำแนกตามประเภทของการสบฟันพบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สบฟันธรรมชาติ/ฟันเทียมหรือฟันเทียมทั้งหมด 4 คู่สบขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 ปี 2548 เป็นร้อยละ 25.7 ในปี 2556 เป็นผลจากการดำเนินโครงการฟันเทียมพระราชทานอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติทั้งหมด 4 คู่สบขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.0 ปี 2548 เป็นร้อยละ 47.2 ในปี 2556 เนื่องจากในการตรวจสุขภาพช่องปาก เพื่อขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการใส่ฟันเทียมในชมรมผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมตรวจคัดกรองและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พัฒนาทักษะการแปรงฟัน และการสร้างสุขนิสัยในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ทั้งฟันแท้และฟันเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นนทลี วีรัชย์และคณะ¹⁵ ว่าการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ มีการเปิดโอกาสให้เครือข่าย/ชมรม มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมหรือการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จะส่งผลให้สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุดีขึ้น

การมีฟันหลังใช้งานได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 4 คู่สบของผู้สูงอายุ ปี 2556 ร้อยละ 72.9 เพิ่มขึ้นจากปี 2548 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 50.0 มากกว่าผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ¹⁴ ที่พบว่าการมีฟันหลังใช้งานได้เหมาะสมอย่างน้อย 4 คู่สบ คือร้อยละ 43.3 และมากกว่าผลสำรวจของภาคเหนือซึ่งมีค่าเท่ากับร้อยละ 54.6 และผลการศึกษาของ มณกานต์ สีหะวงษ์¹⁶ ซึ่งมีค่าร้อยละ 52.4 ทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุของจังหวัดเชียงใหม่มีการเข้าถึงบริการที่ใส่ฟันที่เพิ่มมากขึ้น

unasa

โครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ดำเนินการระหว่างปี 2548-2556 มีหน่วยบริการรัฐและเอกชนร่วมในโครงการเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาคิวนัดทำฟันเทียมน้อยกว่า 1 เดือน

เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ผู้สูงอายุได้ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งหมด 12,432 คน โดยเป็นฟันเทียมทั้งปาก 6,744 คน ร้อยละ 54.2 ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่ ขึ้นไป จำนวน 2,599 คน ร้อยละ 20.9 แต่ในปีได้รับบริการเกินเป้าหมาย ผู้สูงอายุมีแนวโน้มใส่ฟันเทียมทั้งปากลดลง และใส่ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่ และน้อยกว่า 16 ซี่เพิ่มขึ้น ตามลำดับ มีฟันหลังใช้งานได้อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 4 คู่สบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.0 ปี 2548 เป็นร้อยละ 72.9 ในปี 2556 โดยผู้สูงอายุที่มีคู่สบฟันธรรมชาติทั้งหมด 4 คู่สบขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.0 ปี 2548 เป็นร้อยละ 47.2 ในปี 2556

ข้อเสนอแนะ

การผลักดันโครงการฟันเทียมพระราชทานเป็นนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขทำให้มีการกำหนดเป้าหมายแยกเป็นระดับจังหวัด การจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอ บริหารจัดการโครงการอย่างเป็นระบบ และมีการรณรงค์สร้างกระแสอย่างต่อเนื่อง มีสิ่งที่ควรคำนึงถึงเพิ่มเติม ได้แก่

1. การตั้งค่าเป้าหมายใส่ฟันเทียมพระราชทาน ควรใช้สัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอประกอบกับความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมทั้งปากและฟันเทียมถอดได้บางส่วนของจังหวัด เพื่อกำหนดเป็นเป้าหมายของอำเภอและจังหวัดต่อไป

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ควรเพิ่มหน่วยบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขชุมชนเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการจัดบริการใส่ฟันเทียมและจัดบริการสุขภาพช่องปากอื่นๆ ร่วมกับการเปิดโอกาสให้เครือข่าย/ชมรมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมหรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณ ดร.ทพ.สุรสิงห์ วิศรุตรัตน รองนายแพทย์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้คำปรึกษาที่มีประโยชน์ต่อการวิจัย ขอขอบคุณทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านจากทุกหน่วยบริการทั้งภาครัฐ/เอกชนที่เข้าร่วมโครงการฟันเทียมพระราชทาน และบุคลากรอื่นที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้สูงอายุไทย 2550. มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ : สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 1 มกราคม 2551
2. Aubrey Sheiham. Oral health, general health and quality of life, Editorials. Bulletin of the World Health Organization, September 2005,83(9)
3. World Health Organization. Improving oral health amongst the elderly : <http://www.who.int/oral health/action/groups/en/index1.html>.
4. พัชรารัตน ศิริศิลปนันท์. ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ : เอกสารประกอบการอบรมด้านผู้สูงอายุ และความชรา พ.ศ.2544, วันที่ 21 - 22 มิถุนายน 2544.
5. งานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริหารสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2546.
6. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ครั้งที่ 5 พ.ศ.2551, มิถุนายน 2553.
7. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กองทันตสาธารณสุข. โครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, พฤศจิกายน 2550.
8. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโครงการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 โครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหามงคล 80 พรรษา : กรกฎาคม 2548.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ข้อตกลงการดำเนินงานตามโครงการระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 66/2550 วันที่ 24 เมษายน 2550.
10. ประกาศประเภท และอัตราค่าอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคเกี่ยวกับฟันเทียม แนบท้ายประกาศกระทรวงการคลัง ด่วนที่สุด กค.0422/ว.236 ลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2551 : http://dental/anamai.moph.go.th/elderly/2551/CGD_V236.pdf
11. สำนักงานประกันสังคม. ความรู้ประกันสังคม, สิทธิประโยชน์กรณีทุพพลภาพ : http://www.sso.go.th/thtcontent.php?menu_id=28&content_id=89
12. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานโครงการฟันเทียมพระราชทาน เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2549 : สิงหาคม 2549.
13. สุปรานี ดาโลดม และคณะ. การประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 5 ธันวาคม 2550. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข กรกฎาคม - สิงหาคม 2551; 13(5) :71-83.
14. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 : โรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, พฤษภาคม 2556.
15. นนทลี วีรัชย์, สุปรานี ดาโลดม และวรางคณา เวชวิณี. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข กรกฎาคม - สิงหาคม 2551; 13(5).
16. มณกานต์ สีหะวงษ์. การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข มกราคม - มิถุนายน 2556; 18(1) :20-33.

Evaluation of the King Dental Prosthesis Campaign for the Elderly in Chiangmai Province during 2005-2013

Amporn dejpithak**D.D.S., Diplomate (Thai Board of Dental Public Health)*

Abstract

The aim of this study was to evaluate the King Dental Prosthesis Campaign for the elderly in Chiangmai during 2005-2013. Data were collected from the campaign attendance reports, denture services queue, dental prosthesis service annual reports from His Majesty the King Dental Prosthesis Campaign program and the elderly oral health surveys performed during March and August annually. The results reviewed that Chiang Mai has 36 dental service units providing denture services, 30.6 percent of these units are non-government organizations and public sectors that did not attach to the Ministry of Public Health. In 2013, the percentage of hospitals that could make an appointment for denture services within one month was 83.3. From 2005 to 2013, acrylic dentures were provided for 12,432 elderlies; divided into 54.2 percent of complete denture and 20.9 percent of more than 16 teeth acrylic partial denture. The trend of elderly who was in need of complete denture was decreasing, while the requirement for 16 teeth or less of acrylic partial denture has an increasing trend. The prevalence of the elderly having at least 4 posterior occluding pairs increased from 50.0 percent in 2005 to 72.9 percent in 2013. Additionally, elderly who had both natural dentition occluded with dental prosthesis and complete denture increased from 15.0 percent in 2005 to 25.7 percent in 2013. Moreover, the percentage of elderly having at least 4 posterior occluding pairs of natural dentition increased from 35.0 percent in 2005 to 47.2 percent in 2013. The improvement of accessibility to denture services for the elderly results from a persistent implementation of His Majesty the King Dental Prosthesis Campaign for the elderly in Chiang Mai province including efficient administration, promoting of the campaign, sufficient budget allocation, dental prosthesis skill strengthening for dentists both public and private sectors, the development of oral hygiene care for patients and continual monitoring of this project.

Key words: *King Dental Prosthesis Campaign, elderly, four posterior occluding pairs*

*Provincial Health Office, Chiangmai province

ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จังหวัดตรัง พ.ศ. 2554-2556

อภาพรรณี เขมวุดิพงษ์* พ.บ.,ส.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากในจังหวัดตรัง โดยประเมินทรัพยากร คือ ต้นทุนบุคลากรและเก้าอี้ทันตกรรม ผลผลิตตามตัวชี้วัดกองทุนทันตกรรม และผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จากรายงาน 43 แห่ง โปรแกรมยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี และโปรแกรมร่วมคืนรอยยิ้มผู้สูงวัย ตั้งแต่พ.ศ.2554-2556 ผลการศึกษา พบว่า มีทันตภิบาลเพียงพอ สามารถรับทันตแพทย์เพิ่มได้อีกไม่มาก ในโรงพยาบาลมีเก้าอี้ทันตกรรมไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับทันตบุคลากรที่มี ส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีเก้าอี้ทันตกรรมเกินจำนวนทันตบุคลากรที่มี ผลผลิตตามตัวชี้วัดกองทุนทันตกรรมบรรลุเป้าหมาย อัตราการใช้บริการทันตกรรม (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร) เพิ่มขึ้นจาก 201.5 ครั้งในปี 2553 เป็น 297.7 ครั้ง ในปีพ.ศ. 2556 และอัตราการให้บริการทันตกรรมสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นจาก 183.2 ครั้งในปี 2553 เป็น 261.4 ครั้ง ในปี 2556 ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ 200 ครั้งต่อ 1,000 ประชากร ขณะที่จำนวนคนไข้ (ครั้ง)เฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรมต่อปี เท่ากับ 1,370.2 ครั้งต่อคน ในปีพ.ศ.2553 เพิ่มขึ้นเป็น 1,493.0 ครั้งต่อคน ในปีพ.ศ.2556 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด 1,840 ครั้งต่อผู้ให้บริการทันตกรรม

คำสำคัญ: การประเมิน การจัดบริการสุขภาพช่องปาก

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

บทนำ

การบริการทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ องค์การอนามัยโลกอ้างถึงในเอกสารคู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม¹ พบว่ากลุ่มประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพช่องปากแก่นักเรียนที่มีการจัดการอย่างเป็นระบบได้แก่ประเทศอังกฤษ เดนมาร์ก และสวีเดน พบประสบการณ์ฟันผุในเด็ก 12 ปีลดลงอย่างต่อเนื่องขณะที่ประเทศเกาหลีใต้แม้จะมีระบบหลักประกันสุขภาพช่องปากแต่ไม่มีการจัดระบบบริการเชิงรุกแก่เด็ก พบประสบการณ์ฟันผุในเด็ก 12 ปีเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากปี ค.ศ.1972 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 0.6 ซึ่งต่อคนเพิ่มเป็น 3.1 ซึ่งต่อคนในปี ค.ศ.1995 ประเทศไทยพบปัญหาฟันผุและปัญหาอื่นในแต่ละกลุ่มอายุ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 ปี 2555² พบเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุร้อยละ 48.3 เด็ก 5 ปีปราศจากฟันผุร้อยละ 21.5 เด็ก 12 ปีมีประสบการณ์โรคฟันผุร้อยละ 52.3 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 1.3 ซึ่งต่อคน เยาวชน 15 ปีพบประสบการณ์โรคฟันผุร้อยละ 62.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอุด 1.9 ซึ่งต่อคน วัยทำงาน 35-44 ปีมีปัญหาสภาวะปริทันตอักเสบ ผู้สูงอายุ 60-74 ปีสูญเสียฟันบางส่วนร้อยละ 88.3 และสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 7.2 ผู้สูงอายุ 80-89 ปีสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 จังหวัดตรังพบปัญหาในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนสูง การสำรวจปี 2556³ พบว่าเด็ก 3 ปีมีประสบการณ์โรคฟันผุร้อยละ 53.5 เด็ก 12 ปีมีประสบการณ์โรคฟันผุร้อยละ 45.1 และผู้สูงอายุมีฟันหลังคู่สบ 4 คู่เพียงร้อยละ 49.6

ปัญหาอีกประการคือ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมในภาครัฐต่ำ ข้อมูลกรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุขอ้างถึงในเอกสารคู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม¹ และการศึกษาของณัฐริดา ไชยวรรณ⁴ ปี 2551 พบว่าประชาชนไปใช้บริการทันตกรรมเพียงร้อยละ 15.0 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹ จึงมีกองทุนทันตกรรม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและควบคุมโรคในช่องปาก (access to oral care and control oral disease) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 เงินแบ่งเป็น 2 หมวดคือ 1) หมวดงบประมาณใช้ในการจัดบริการทันตกรรมแก่กลุ่มเป้าหมายหลักตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็ก 0-5 ปี เด็ก 6-12 ปี และผู้สูงอายุ

และ 2) หมวดงบประมาณเพื่อใช้พัฒนาระบบบริหารจัดการในพื้นที่และระบบการจัดการข้อมูลทางทันตกรรมกำหนดดัชนีชี้วัดระดับผลผลิต 3 ประการคือ 1) นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 70.0 2) นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการบริการทันตกรรมผสมผสานร้อยละ 20.0 และ 3) ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร้อยละ 100

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จังหวัดตรัง พ.ศ.2554-2556 ผลการศึกษาจะนำมาใช้ในการวางแผน การกำกับติดตามงาน และพัฒนาการจัดบริการทันตสุขภาพของจังหวัดตรังต่อไป

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษาเป็นการประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 10 แห่งในจังหวัดตรัง (9 เครือข่ายบริการคู่สัญญาหรือเครือข่ายบริการสุขภาพซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในแต่ละเครือข่ายด้วย) คือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 90 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง 6 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 10 เตียง 1 แห่งโดยโรงพยาบาล 10 แห่งนี้รวมอยู่ในเครือข่ายเดียวกับโรงพยาบาล 60 เตียง

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ทรัพยากรด้านทันตสาธารณสุขเฉพาะทันตบุคลากรและเก้าอี้ทันตกรรม
2. ผลผลิตตามตัวชี้วัดกองทุนทันตกรรม
3. ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก
 - 3.1 สัดส่วนคนไข้ (ครั้ง) ต่อผู้ให้บริการ
 - 3.2 สัดส่วนคนไข้ (ครั้ง) ต่อเก้าอี้ทันตกรรม
 - 3.3 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีบริการทันตกรรม
 - 3.4 อัตราการใช้บริการทันตกรรม (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร)
 - 3.5 อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกัน (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร) กลุ่มเด็ก 0-5 ปี และ 6-12 ปี

เครื่องมือ

1. แบบบันทึกผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากจากระบบรายงาน 43 แฟ้มจังหวัดตรัง

2. รายงานการให้บริการตรวจฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน และการรักษาสมผสนจากโปรแกรมยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

3. รายงานผลการใส่ฟันเทียมจากโปรแกรมร่วมคืนรอยยิ้มผู้สูงวัยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

4. รายงานทรัพยากรจากโปรแกรมของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข

การเก็บข้อมูลได้ขออนุมัติใช้ข้อมูลจากหัวหน้าหน่วยงานและประสานหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมทุกโรงพยาบาล มีการตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ อัตรา ส่วน และค่าเฉลี่ย

นิยามศัพท์

บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคในช่องปาก และการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะการอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย

งานส่งเสริมป้องกัน หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปาก เฉพาะการตรวจ การทาฟลูออไรด์ สอนผู้ปกครองแปรงฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน/การอุดฟันด้วยวัสดุเรซิน (Preventive Resin Restoration: PRR)

บริการทันตกรรมผสมผสาน (comprehensive care) หมายถึงบริการงานส่งเสริมป้องกัน และรักษา ได้แก่ การให้คำแนะนำ ส่งเสริมการแปรงฟันและควบคุมการบริโภคอาหาร การเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 การใช้ฟลูออไรด์เสริม การอุดฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 การควบคุมการติดเชื้อและการดูแลสุขภาพของฟันที่ฟันกรามน้ำนม

อัตราการใช้บริการทันตกรรม ต่อ 1,000 ประชากร⁵ เป็นการประเมินปริมาณการให้บริการของหน่วยบริการ และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC)

อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกัน⁵ เป็นการประเมินถึงสัดส่วนการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน เทียบกับการให้บริการทางด้านการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งต้องการให้เกิดการเน้นหนักการจัดบริการส่งเสริมป้องกันอย่างเป็นระบบ ทั้งใน

สถานบริการทุกระดับและการให้บริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อสามารถแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุขได้

ผลการศึกษา

1. ทรัพยากรด้านทันตสาธารณสุขเฉพาะทันตบุคลากรและเก้าอี้ทันตกรรม

1.1 ทันตบุคลากร

จังหวัดตรังมีทันตแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 39 คนในปี 2553 เป็น 58 คนในปี 2556 และมีทันตภิบาล 52 คนในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 68 คนในปี 2556 (ตารางที่ 1) ตามนโยบายการผลิตและกระจายทันตบุคลากรสู่ภูมิภาคเพื่อการให้บริการทันตสุขภาพแก่ประชาชน

ทันตแพทย์เพิ่มจากปี 2554-2556 คือร้อยละ 10.3 9.3 และ 23.4 ตามลำดับ ส่วนทันตภิบาลเพิ่มจากปี 2554-2556 คือร้อยละ 12.8 5.3 และ 13.3 ตามลำดับน่าสังเกตคือ ทันตภิบาลที่เพิ่มในปี 2554 จำนวน 5 คน จัดให้อยู่ที่ รพ.หมด ส่วนปี 2555 จำนวน 4 คน จัดให้อยู่ที่ รพ.สต.หมด มีปี 2556 ที่จัดให้อยู่ทั้งใน รพ. และ รพ.สต. แต่อยู่ที่ รพ.มากกว่า ทำให้ รพ.สต.มีทันตภิบาลประจำเพียงร้อยละ 16.0 เท่านั้นในปี 2556

1.2 เก้าอี้ทันตกรรม

ในปี 2553 มี 54 ตัวเพิ่มเป็น 83 ตัวในปี 2556 (ตารางที่ 2) เพื่รองรับการจัดบริการเพิ่มในรพ.สต. ที่มีทันตภิบาลหรือเป็นพื้นที่หลัก (node)

เก้าอี้ทันตกรรมเพิ่มจากปี 2554-2556 คือร้อยละ 29.6 8.6 และ 9.2 ตามลำดับ น่าสังเกตคือ ในปี 2554 ได้รับเพิ่ม 16 ตัว จัดให้ รพ. 5 ตัว ตามการเพิ่มของทันตภิบาลที่ได้รับไปอยู่ที่ รพ. แต่อีก 11 ตัวจัดให้ รพ.สต. ทั้งๆที่ไม่ได้รับทันตภิบาลเพิ่ม ปี 2555 จัดให้รพ.สต. 5 ตัว แต่ได้รับทันตภิบาลเพิ่มเพียง 4 คน ปี 2556 จัดให้ รพ.สต. 3 ตัวจำนวนทันตภิบาลที่ได้รับเพิ่มถ้าเฉพาะปี 2554-2556 ได้รับเก้าอี้ทันตกรรมใน รพ.สต. โดยไม่มีทันตภิบาลประจำทั้งหมด 12 ตัว หากดูจำนวนเก้าอี้ทันตกรรมทั้งหมดใน รพ.สต. 36 ตัว แต่มีทันตภิบาลประจำที่ รพ.สต.เพียง 20 คน ในปี 2556แสดงว่าก่อนปี 2554 มีเก้าอี้ทันตกรรมอยู่ที่ รพ.สต. ที่ไม่มีทันตภิบาลแล้ว 4 ตัว ปี 2556 เครือข่ายบริการสุขภาพ F มีเก้าอี้ทันตกรรมใน รพ.สต. 6 ตัว ส่วน G มี 2 ตัว โดยทั้ง 2 เครือข่ายไม่มีทันตภิบาลใน รพ.สต. แต่โรงพยาบาลได้จัดแผนบริการ

ตารางที่ 1 จำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาล พ.ศ. 2553-2556 จำแนกรายเครือข่ายบริการสุขภาพ

Table 1 Number of dentists and dental nurses between 2010-2013 by CUP

เครือข่ายบริการสุขภาพ	จำนวน รพ.สต.	จำนวนทันตแพทย์				จำนวนทันตภิบาล							
		ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2553		ปี 2554		ปี 2555		ปี 2556	
						รพ	รพ.สต.	รพ	รพ.สต.	รพ	รพ.สต.	รพ	รพ.สต.
A	18	12	14	14	17	0	4	0	4	0	4	3	4
B	20	4	5	6	7	4	2	4	2	4	4	4	5
C	20	5	4	5	7	4	4	4	4	4	5	6	5
D	18	3	3	3	4	4	1	5	1	5	2	5	2
E	9	2	3	3	4	4	1	4	1	4	1	5	1
F	20	5	7	8	10	9	0	11	0	10	0	10	0
G	7	3	3	3	3	5	0	5	0	5	0	5	0
H	7	3	3	3	4	4	0	6	0	6	0	5	2
I	6	2	1	2	2	5	1	5	1	5	1	5	1
รวม	125	39	43	47	58	39	13	44	13	43	17	48	20

ที่มา : งานบริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ตารางที่ 2 จำนวนเก้าอี้ทันตกรรม พ.ศ. 2553-2556 จำแนกรายเครือข่ายบริการสุขภาพ

Table 2 Number of dental units between 2010-2013 by CUP

เครือข่ายบริการสุขภาพ	ปี 2553			ปี 2554			ปี 2555			ปี 2556		
	รพ.	รพ.สต.	รวม	รพ.	รพ.สต.	รวม	รพ.	รพ.สต.	รวม	รพ.	รพ.สต.	รวม
A	11	4	15	13	4	17	13	5	18	13	7	20
B	5	2	7	5	4	9	5	4	9	5	4	9
C	3	1	4	3	2	5	3	5	8	3	5	8
D	3	1	4	3	1	4	3	2	5	3	2	5
E	3	3	6	3	5	8	3	5	8	3	5	8
F	4	3	7	7	6	13	8	6	14	10	6	16
G	3	2	5	3	2	5	3	2	5	3	2	5
H	3	0	3	3	2	5	3	2	5	4	2	6
I	2	1	3	2	2	4	2	2	4	3	3	6
รวม	37	17	54	42	28	70	43	33	76	47	36	83

ที่มา : สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

โดยหมุนเวียนทันตภิบาลมาให้บริการ

1.3 สัดส่วนเก้าอี้ทันตกรรมต่อผู้ให้บริการ

สัดส่วนเก้าอี้ทันตกรรมต่อผู้ให้บริการภาพรวมในปี 2553-2556 คือร้อยละ 0.6, 0.7, 0.7 และ 0.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) ซึ่งหมายถึงการจัดการ การกระจายเครื่องมือสำคัญให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ให้บริการ ภาพรวมยังไม่

ถึงเกณฑ์กำหนด (เกณฑ์ คือ 1) เนื่องจากขาดงบประมาณ ในการจัดซื้อเก้าอี้ทันตกรรมนำสังเกตคือ สัดส่วนใน รพ.สต. ตั้งแต่ปี 2553-2556 เกิน 1 ทั้งหมด แสดงว่ามีเก้าอี้ทันตกรรมเกินจำนวนทันตภิบาลใน รพ.สต. ปี 2556 เครือข่ายบริการสุขภาพที่มีค่าสัดส่วนเกิน 1 ที่ รพ.สต. คือ A, E และ I สำหรับ F และ G คิดสัดส่วนไม่ได้

ตารางที่ 3 สัดส่วนเก้าอี้ทันตกรรมต่อผู้ให้บริการปี 2553-2556

Table 3 Proportion of dental unit per dental team during 2010-2013

เครื่องช่วย บริการ สุขภาพ	ปี2553			ปี2554			ปี2555			ปี2556		
	ใน รพ	ใน รพ.สต.	ภาพ รวม	ใน รพ	ใน รพ.สต.	ภาพ รวม	ใน รพ	ใน รพ.สต.	ภาพ รวม	ใน รพ	ใน รพ.สต.	ภาพ รวม
A	0.9	1.0	0.9	0.9	1.0	0.9	0.9	1.3	1.0	0.7	1.8	0.8
B	0.6	1.0	0.7	0.6	2.0	0.8	0.5	1.0	0.6	0.5	0.8	0.6
C	0.3	0.3	0.3	0.4	0.5	0.4	0.3	1.0	0.6	0.2	1.0	0.4
D	0.4	1.0	0.5	0.4	1.0	0.4	0.4	1.0	0.5	0.3	1.0	0.5
E	0.5	3.0	0.9	0.4	5.0	1.0	0.4	5.0	1.0	0.3	5.0	0.8
F	0.3	Na	0.5	0.4	Na	0.7	0.4	Na	0.8	0.5	Na	0.8
G	0.4	Na	0.6	0.4	Na	0.6	0.4	Na	0.6	0.4	Na	0.6
H	0.4	Na	0.4	0.3	Na	0.6	0.3	Na	0.6	0.4	1.0	0.5
I	0.3	1.0	0.4	0.3	2.0	0.6	0.3	2.0	0.5	0.4	3.0	0.8
รวม	0.5	1.3	0.6	0.5	2.2	0.7	0.5	1.9	0.7	0.4	1.8	0.7

Na เป็นการหมุนเวียนใช้เก้าอี้ทันตกรรมของบุคลากรของโรงพยาบาลในรพ.สต.ที่ไม่มีทันตบุคลากรประจำ

(Na) เพราะให้ทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลไปบริการที่ รพ.สต. ซึ่งมีเก้าอี้ทันตกรรม แต่ไม่มีทันตภิบาล

1.4 สัดส่วนประชากรต่อทันตบุคลากรผู้ให้บริการ

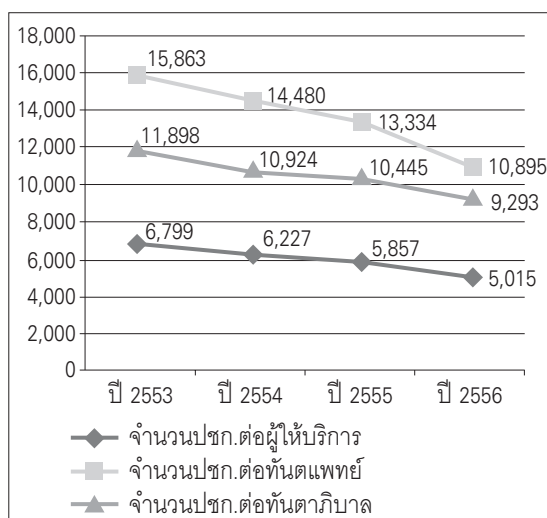
จากปี 2553 ถึงปี 2556 ทันตบุคลากร 1 คนดูแล ประชากรจาก 6,799 คนลดลงเป็น 5,015 คนในส่วน ทันตแพทย์ดูแลจาก 15,863 คน ลดลงเป็น 10,895 คน และ ทันตภิบาลดูแลจาก 11,898 คน ลดลงเป็น 9,293 คน (ภาพที่ 1) การกระจายผู้ให้บริการทันตกรรมให้ปฏิบัติงานเหมาะสมกับการะงานหรือจำนวนประชากรในพื้นที่ ดีขึ้น จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มการผลิต ทันตแพทย์และทันตภิบาล โดยมีสัดส่วนรายชื่อรายเครื่องช่วย บริการสุขภาพ ดังรายละเอียดตารางที่ 4 น่าสังเกตคือ ปี 2556 เครื่องช่วยฯ A, E และ F มีสัดส่วนประชากรต่อ ทันตแพทย์ดีกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด หมายถึงถ้าได้ ทันตแพทย์เพิ่ม ไม่ควรให้เครื่องช่วยฯ A, E และ F ส่วน เครื่องช่วยฯ A, B, D และ F มีสัดส่วนประชากรต่อ ทันตภิบาลแยกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด คือถ้าได้ ทันตภิบาลเพิ่ม ควรให้เครื่องช่วยฯ A, B, D และ F

2. ผลผลิตตามตัวชี้วัดกองทุนทันตกรรม

ผลผลิตทั้ง 3 ตัวชี้วัด คือ การตรวจสุขภาพช่องปาก นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 (เป้าหมายร้อยละ 70.0)

การให้บริการทันตกรรมผสมผสานนักเรียนประถมศึกษา ปีที่ 1 (เป้าหมายร้อยละ 20.0) และการใส่ฟันเทียมทั้งปาก แก่ผู้สูงอายุ (เป้าหมายร้อยละ 100 ของจำนวนที่กำหนด จากสำนักทันตสาธารณสุข) ในภาพรวมของจังหวัด ตั้งแต่ปี 2554-2556 ได้ผลผลิต (ตารางที่ 5) คือนักเรียน

ภาพที่ 1 สัดส่วนประชากรต่อทันตบุคลากรปี 2553-2556
Figure 1 Proportion of population per dental team during 2010-2013



ประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 97.5, 93.8 และ 63.2 ตามลำดับนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการทันตกรรมผสมผสานร้อยละ 26.7, 27.6 และ 19.2 ตามลำดับ ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 113.3, 119.3 และ 114.8 ตามลำดับ จังหวัดตรังสามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดยกเว้นปี 2556 ซึ่งผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย

3 ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

3.1 สัดส่วนคนไข้ (ครั้ง) ต่อผู้ให้บริการ

ปี 2553 ผู้ให้บริการ 1 คนให้บริการเฉลี่ย 1,370.2 ครั้ง เพิ่มขึ้นเป็น 1,493.0 ครั้งในปี 2556 เห็นได้ว่าปริมาณงานเฉลี่ย (ครั้ง) ต่อจำนวนผู้ให้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 6) น่าสังเกตคือเครือข่ายฯ A มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดทั้ง 4 ปี และเครือข่าย F มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดเฉพาะปี 2556 นอกนั้นต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดทั้ง 4 ปี

3.2 สัดส่วนคนไข้ (ครั้ง) ต่อเก้าอี้ทันตกรรม

ตารางที่ 4 สัดส่วนประชากรต่อผู้ให้บริการรายเครือข่ายบริการสุขภาพ

Table 4 Proportion of population per dental team by Contracting Unit for Primary care

เครือข่ายบริการสุขภาพ	สัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์			สัดส่วนประชากรต่อทันตภิบาล			สัดส่วนประชากรต่อทันตบุคลากร		
	ปี2554	ปี2555	ปี2556	ปี2554	ปี2555	ปี2556	ปี2554	ปี2555	ปี2556
A	10,867.6	10,902.4	9,042.4	38,036.8	38,158.3	21,960.1	8,452.6	8,479.6	6,405.0
B	17,023.8	14,291.5	12,332.3	14,186.5	10,718.6	9,591.8	7,738.1	6,124.9	5,395.4
C	19,634.3	15,855.8	11,421.4	9,817.1	8,808.8	7,268.2	6,544.8	5,662.8	4,441.7
D	21,889.3	21,978.3	16,633.8	10,944.7	9,419.3	9,505.0	7,296.4	6,593.5	6,048.6
E	12,088.7	12,173.7	9,231.3	7,253.2	7,304.2	6,154.2	4,533.3	4,565.1	3,692.5
F	13,198.6	11,625.5	9,367.4	8,399.1	9,300.4	9,367.4	5,132.8	5,166.9	4,683.7
G	13,826.0	13,974.7	14,151.7	8,295.6	8,384.8	8,491.0	5,184.8	5,240.5	5,306.9
H	14,406.7	14,500.3	10,961.3	7,203.3	7,250.2	6,263.6	4,802.2	4,833.4	3,985.9
I	27,834.0	14,081.0	14,244.5	4,639.0	4,693.7	4,748.2	3,976.3	3,520.3	3,561.1
รวม	14,480.4	13,334.2	10,895.2	10,923.8	10,445.1	9,292.9	6,226.6	5,857.1	5,015.2

ตารางที่ 5 ผลผลิตตามตัวชี้วัดกองทุนทันตกรรม ปี 2554-2556

Table 5 Outputs by indicators of dental fund during 2011-2013

ตัวชี้วัดกองทุนทันตกรรม	ปี 2554			ปี 2555			ปี 2556		
	ทั้งหมด	ผลงาน	ร้อยละ	ทั้งหมด	ผลงาน	ร้อยละ	ทั้งหมด	ผลงาน	ร้อยละ
1 นักเรียน ป.1 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	8,482	8,269	97.5	8,672	8,132	93.8	8,928	5,644	63.2
2 นักเรียนป. 1 ได้รับการทันตกรรมผสมผสาน	8,482	2,262	26.7	8,672	2,392	27.6	8,928	1,710	19.2
	เป้าหมาย ผลงาน ร้อยละ			เป้าหมาย ผลงาน ร้อยละ			เป้าหมาย ผลงาน ร้อยละ		
3 ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก	400	453	113.3	445	531	119.3	460	528	114.8

ที่มา: ข้อมูลผลงานจากโปรแกรมยิ้มสดใส และโปรแกรมร่วมคืนรอยยิ้มผู้สูงวัย กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนนักเรียน ป.1 ทั้งหมดจาก www.tro.moph.go.th (ฐานข้อมูลสำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)

ตารางที่ 6 สัดส่วนคนไข้ (ครั้ง) ต่อผู้ให้บริการตาม
เครือข่ายบริการสุขภาพปี 2553-2556

Table 6 Proportion of patients (visits) per dental team
by Contracting Unit for Primary care during
2010-2013

เครือข่าย บริการสุขภาพ	สัดส่วนคนไข้ (ครั้ง) ต่อผู้ให้บริการ			
	ปี2553	ปี2554	ปี2555	ปี2556
A	3,693.9	5,711.3	4,410.5	4,334.8
B	948.3	758.9	672.1	678.1
C	792.8	791.0	587.6	613.2
D	695.0	779.9	638.6	579.6
E	666.6	878.9	657.1	570.8
F	1,276.6	1,138.7	1,097.6	1,693.3
G	947.4	1,011.6	960.4	930.3
H	666.6	781.2	584.1	518.9
I	681.5	634.4	530.4	386.4
รวม	1,370.2	1,747.6	1,360.8	1,493.0

ปี 2553 จำนวนคนไข้ (ครั้ง) เฉลี่ยต่อเก้าอี้
ทันตกรรมเท่ากับ 2,309.0 ครั้ง และลดลงเป็น 2,266.4 ครั้ง
ในปี 2556 (ตารางที่ 7) คือ ปริมาณการใช้งานเก้าอี้
ทันตกรรมเฉลี่ยน้อยลง หมายถึง ไม่คุ้มค่าและไม่เหมาะสม
ปี 2554-2556 มีเพียงเครือข่ายฯ A เท่านั้นที่มีค่ามากกว่า
ค่าเฉลี่ยจังหวัด

3.3 ร้อยละของรพ.สต.ที่มีบริการทันตกรรม

รพ.สต. ที่มีบริการทันตกรรมเพิ่มจากร้อยละ 20.9
เป็นร้อยละ 41.0 โดยการที่มีทันตภิบาลประจำหรือ
หมุนเวียนอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ (ตารางที่ 8) โดย
กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ
45.0 ในปี 2557 และร้อยละ 50.0 ในปี 2558

ปี 2556 มีเพียงเครือข่ายฯ E, F, H และ I ที่รพ.สต.
มีบริการทันตกรรมเกินร้อยละ 45.0 คือ ร้อยละ 66.7-100.0
เครือข่ายฯ เหล่านี้ มีจำนวนทันตบุคลากร (ตาราง 1) เมื่อ
เทียบกับจำนวน รพ.สต.ใกล้เคียงกันแต่เครือข่ายฯ A และ
G กลับมีบริการทันตกรรมที่ รพ.สต. เพียงร้อยละ 26.1 และ
28.6 ทั้งที่มีจำนวนทันตบุคลากร เมื่อเทียบกับจำนวน
รพ.สต. ใกล้เคียงกัน

3.4 อัตราการใช้บริการทันตกรรม (ครั้งต่อ

ตารางที่ 7 สัดส่วนคนไข้ (ครั้ง) ต่อเก้าอี้ทันตกรรมปี 2553-
2556

Table 7 Proportion of patients (visits) per dental unit
during 2010-2013

เครือข่าย บริการสุขภาพ	สัดส่วนคนไข้ (ครั้ง) ต่อเก้าอี้ทันตกรรม			
	ปี2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
A	3,940.1	6,047.2	4,410.5	5,201.7
B	1,354.7	927.6	1,045.4	1,205.6
C	2,576.8	1,898.4	1,028.3	1,379.6
D	1,390.0	1,754.8	1,277.2	1,275.2
E	777.7	878.9	657.1	713.5
F	2,553.3	1,576.7	1,411.2	2,116.6
G	1,515.8	1,618.6	1,536.6	1,488.4
H	1,555.3	1,406.2	1,051.4	951.3
I	1,817.3	1,110.3	1,060.8	515.2
รวม	2,309.0	2,496.5	1,915.9	2,266.4

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของรพ.สต.ที่มีบริการ
ทันตกรรมปี 2553และ 2556

Table 8 Number and percentage of Tambon health
promoting hospitals that performed dental
services in 2010 and 2013

เครือข่าย บริการ สุขภาพ	จำนวน รพ.สต. และ ศสม.	จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่มีบริการ ทันตกรรม		จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่มีบริการ ทันตกรรม	
		ปี 2553		ปี 2556	
		แห่ง	ร้อยละ	แห่ง	ร้อยละ
A	23	4	17.4	6	26.1
B	22	4	18.2	5	22.7
C	20	4	20	5	25
D	18	3	16.7	4	22
E	9	3	33.3	6	66.7
F	21	5	23.8	15	71.4
G	7	1	14.3	2	28.6
H	8	1	12.5	6	75
I	6	3	50	6	100
รวม	134	28	20.9	55	41

ที่มา : จากรายงานการตรวจราชการรอบที่ 2 ปี 2556 ของ
จังหวัดตรัง

1,000 ประชากร)

3.4.1 อัตราการใช้บริการทันตกรรมทุกสิทธิ (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร) เพิ่มขึ้นจาก 201.5 ครั้งในปี 2553 เป็น 297.7 ครั้งในปี 2556 (ตารางที่ 9) ผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ 200 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรยกเว้นเครือข่ายฯ G และ I

3.4.2 อัตราการใช้บริการทันตกรรมสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร) เพิ่มขึ้นจาก 183.2 ครั้งในปี 2553 เป็น 261.4 ครั้งในปี 2556 (ตารางที่ 9) ยกเว้นเครือข่ายฯ B, G และ I

3.5. อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกัน (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร)

3.5.1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันกลุ่มเด็ก 0-5 ปี (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร) เพิ่มขึ้นจาก 239.4 ครั้งในปี 2553 เป็น 475.2 ครั้งในปี 2556 (ภาพที่ 2) ปี 2553-2556 สัดส่วนงานส่งเสริมป้องกันต่องานรักษาทางทันตกรรมกลุ่มเด็ก 0-5 ปี เท่ากับ 7.5, 7.2, 8.9 และ 8.6 ตามลำดับ (ภาพที่ 2)

3.5.2 อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันกลุ่มเด็ก 6-12 ปี (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร) เพิ่มขึ้นจาก 338.3 ครั้งปี 2553 เป็น 640.0 ครั้งในปี 2556 (ภาพที่ 3) ปี 2553-2556 สัดส่วนงานส่งเสริมป้องกันต่องานรักษา

ทางทันตกรรมกลุ่มเด็ก 6-12 ปี เท่ากับ 2.9, 3.8, 3.7 และ 3.8 ตามลำดับ (ภาพที่ 3)

บทวิจารณ์

จังหวัดตรังได้รับการสนับสนุนทันตแพทย์คู่สัญญาและทันตภิบาลเพิ่มขึ้นตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้สัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ต่อทันตภิบาลและต่อผู้ให้บริการทันตกรรมลดลง (ตาราง 4) ปี 2556 สัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ (1:10,895) เมื่อเทียบกับระดับประเทศ⁶ (1:5,359) ระดับภูมิภาค (1:9,102) ระดับเขต (1:8,185) มีค่ามากกว่า หมายถึงว่ายังสามารถรับทันตแพทย์เพิ่มได้ยกเว้นเครือข่ายฯ A, E และ F ส่วนสัดส่วนประชากรต่อทันตภิบาล (1:9,293) เมื่อเทียบกับระดับประเทศ⁶ (1:12,087) ระดับภูมิภาค (1:11,225) มีค่าน้อยกว่า หมายถึงว่าไม่จำเป็นต้องเพิ่มทันตภิบาล ยกเว้นเครือข่ายฯ A ส่วนที่มีค่ามากกว่าระดับเขต (1:8,611) เนื่องจากอยู่ในเขต 12 ซึ่ง 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้รับการสนับสนุนทันตภิบาลเป็นพิเศษมาตลอด (แต่จังหวัดตรังไม่ได้รับโควตานี้) ค่าสัดส่วนจึงต่ำที่สุดของประเทศ

จังหวัดตรังยังมีปัญหาเรื่องการกระจายทันตภิบาล

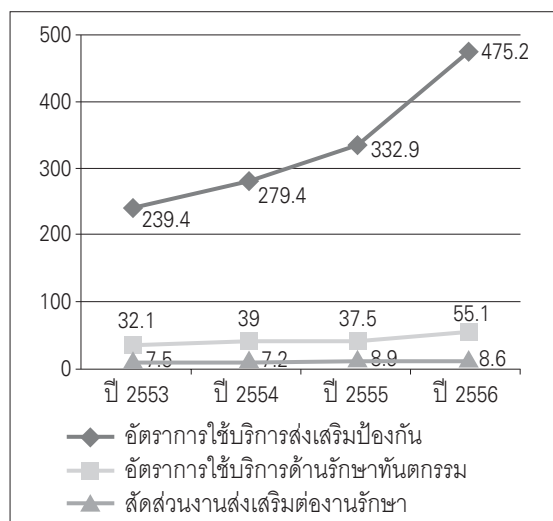
ตารางที่ 9 อัตราการใช้บริการทันตกรรมปี 2553-2556

Table 9 Ratio of dental services during 2010-2013

เครือข่ายบริการสุขภาพ	อัตราการใช้บริการทันตกรรมทุกสิทธิ (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร)				อัตราการใช้บริการทันตกรรมสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร)			
	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
A	539.2	675.7	520.1	676.8	347.0	647.7	544.7	648.6
B	137.0	98.1	109.7	125.7	119.6	100.3	57.6	54.6
C	131.7	120.9	103.8	138.0	122.8	124.3	115.1	129.7
D	85.8	106.9	96.9	95.8	33.3	45.6	46.5	43.3
E	129.8	193.9	143.9	154.6	227.0	225.4	243.4	270.3
F	194.4	221.9	212.4	361.5	185.1	207.3	201.8	281.5
G	184.7	195.1	183.3	175.3	218.3	166.7	168.5	166.9
H	108.6	162.7	120.8	130.2	61.0	167.7	121.9	136.6
I	197.7	159.6	150.7	108.5	175.3	131.0	124.0	90.8
รวม	201.5	280.7	232.3	297.7	183.2	253.5	222.7	261.4

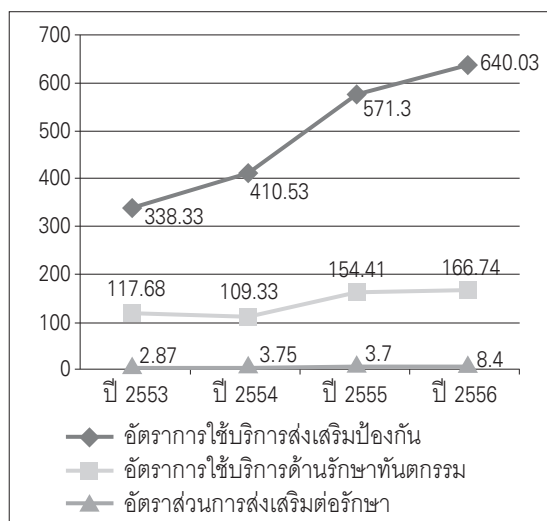
ภาพที่ 2 อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันกลุ่มเด็ก 0-5 ปี ปี 2553-2556

Figure 2 Ratio of promotion and prevention services in 0-5 year old during 2010-2013



ภาพที่ 3 อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันกลุ่มเด็ก 6-12 ปี ปี 2553-2556

Figure 3 Ratio of promotion and prevention services in 6-12 year old during 2010-2013



ไปประจำที่ รพ.สต. เช่น เครือข่ายฯ F และ G ไม่มีทันตภิบาล ใน รพ.สต. เลย (ตาราง 1) เครือข่ายฯ A, E และ I มีทันตภิบาลประจำใน รพ.สต. น้อยกว่าจำนวนเก้าอี้ทันตกรรม ทั้งนี้เนื่องจากมีจำนวนทันตภิบาลไม่ครบทุกตำบล แต่มีแผนเตรียมพร้อมเรื่องเก้าอี้ทันตกรรม และใช้การบริหารจัดการภายในแบบเครือข่ายโดยเม้าข่ายคือโรงพยาบาลจัดแผนบริการแบบหมุนเวียน ซึ่งแต่ละเครือข่ายบริหารจัดการไม่เหมือนกันขึ้นกับความพร้อมและบริบท มี 3 รูปแบบหลัก คือ รูปแบบที่ 1 เครือข่ายฯ A, B และ C จัดบริการแบบทันตภิบาลประจำใน รพ.สต. หลักประจำโซน รูปแบบที่ 2 เครือข่ายฯ F และ G จัดบริการแบบหมุนเวียนทันตภิบาลที่สังกัดโรงพยาบาลไปหมุนบริการใน รพ.สต. และรูปแบบที่ 3 เครือข่ายฯ D, E, H และ I เป็นแบบผสม คือส่วนหนึ่งเป็นทันตภิบาลที่ประจำ รพ.สต. สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และอีกส่วนเป็นทันตภิบาลสังกัดโรงพยาบาลไปหมุนเวียนการมีทันตภิบาลประจำใน รพ.สต. เป็นความจำเป็นเพราะต้องทำบทบาทงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก ต้องรู้จัก เข้าใจ และทำงานร่วมกับชุมชน ในปี 2557 จังหวัดได้กำหนดให้เป็นนโยบายสำคัญในการกระจายทันตภิบาลไปปฏิบัติงานประจำที่ รพ.สต. และ

ช่วยดูแล รพ.สต. ลูกข่ายที่ยังขาดทันตภิบาลปฏิบัติงาน
 ผลผลิตตามตัวชี้วัดกองทุนทันตกรรมจังหวัดตรังบรรลุผลตามเป้าหมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการบริหารใช้ฟันเทียมทั้งปาก เนื่องจากจังหวัดตรังมีทันตแพทย์จำนวนมากขึ้น และมีการกำหนดข้อตกลงในจังหวัดเพิ่มคือ ให้ทันตแพทย์ 1 ท่าน จัดบริการฟันเทียมอย่างน้อย 10 ปาก ส่วนกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ปี 2556 ผลงานต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย เนื่องจากในปีนี้มีกรขยายงานส่งเสริมป้องกันช่องปากหลายด้าน เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการวัยทำงาน ฯลฯ และที่สำคัญมีการกำหนดตัวชี้วัดในเด็กต่ำกว่า 3 ปี ชัดเจนทั้งระดับกระทรวงและระดับเขต ทำให้ต้องทุ่มกำลังบุคลากรและเวลา ในการแก้ปัญหาเด็กต่ำกว่า 3 ปี ในภาคเรียนที่ 1 ด้วย เช่น การตรวจฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนระดับอนุบาลทุกคน การทาลูออไรด์วาร์นิชในเด็กปฐมวัยเพื่อรายงานผลฟันผุทันในการตรวจราชการ ทำให้เครือข่ายบริการบางแห่งที่มีจำนวนนักเรียนและโรงเรียนในเขตมาก ต้องปรับแผนการจัดบริการแก่เด็กประถมศึกษาใหม่ โดยแบ่งการทำงานเป็น 2 ภาคการศึกษา ทำให้เมื่อรายงานผลตอนสิ้นปีงบประมาณยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ (ยังขาดอีก 1 ภาคการศึกษา)

ผลการปฏิบัติงานเทียบกับจำนวนผู้ให้บริการ ภาพรวมจังหวัดพบว่า ปี พ.ศ. 2553 มีค่า 1,370.2 ครั้งต่อคนและเพิ่มเป็น 1,493.0 ครั้งต่อคนในปี พ.ศ.2556 แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในแผนบริการสุขภาพ 2555-2560⁷ คือ 1,840 ครั้งต่อคนแต่ใกล้เคียงกับข้อมูลของสถิติ วงศ์คงคาเทพ⁸ ที่มีค่าอยู่ระหว่าง 1,465 ถึง 1,624 ครั้ง หากคิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อวันจะประมาณเท่ากับ 6.4 ถึง 7.1 ครั้ง จากจำนวนวันทำงาน 230 วันต่อปีซึ่งยังสามารถเพิ่มจำนวนการให้บริการสุขภาพช่องปากได้อีก จังหวัดตรังปี 2556 มีเพียงเครือข่ายฯ A และ F ที่มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยจังหวัดนี้คือปัญหาที่ต้องมีการปรับปรุงอย่างรีบด่วนโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นๆ ควรวิเคราะห์ปัญหาการจัดการบริการของตนเอง เพื่อวางแผนบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการเพิ่มจุดบริการในรพ.สต. เพิ่มงานด้านการส่งเสริมป้องกัน ที่สำคัญเมื่อดำเนินงานทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษา ต้องบันทึกผลงานในระบบ HosXP ซึ่งเป็นโปรแกรมเก็บและประมวลผลงานให้ครบถ้วน และลงรหัสวินิจฉัยกับรหัสเหตุการณ์ให้ถูกต้อง

จำนวนคนไข้ (ครั้ง) เฉลี่ยต่อจำนวนเก้าอี้ทันตกรรม จารุวัฒน์ บุษราคัมระและโกเมศ วิชชาวุธ⁹ พบค่าเฉลี่ยทั้งประเทศปี 2552 เท่ากับ 1,922.4 ครั้งโดยเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลชุมชนมากกว่า 30 แห่ง มีค่าสูงที่สุด 2,098.1 ครั้ง ส่วนจังหวัดตรังคือ 2,309.0 ครั้ง ปีพ.ศ.2553 ลดลงเป็น 2,266.4 ครั้งในปีพ.ศ.2556แสดงถึงการมีคนไข้ลดลงหรือมีเก้าอี้ทันตกรรมมากเกินไป กรณีจำนวนคนไข้ลดลงสอดคล้องกับผลการปฏิบัติงานเทียบกับจำนวนผู้ให้บริการ ส่วนการมีเก้าอี้ทันตกรรมมากเกินไปน่าจะเกิดจากมีอยู่ที่รพ.สต.จำนวนถึง 16 ตัวที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ ดังนั้นจังหวัดตรังควรใช้กลวิธีในการจัดการบริการส่งเสริมป้องกันเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงประชากรให้เพิ่มมากขึ้น และกระจายทันตภิบาลไปอยู่ที่ รพ.สต.

ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีบริการทันตกรรมอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ มีเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่สำนักงานตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด¹⁰ (ร้อยละ 45.0) ปี 2556 มีเพียงเครือข่ายฯ E, F, H และ I ที่มีบริการทันตกรรมเกินร้อยละ 45.0 คือ ร้อยละ 66.7-100.0 เครือข่ายฯอื่นต้องเพิ่มการบริหารจัดการให้มีการหมุนเวียน

ทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลไปเสริมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

อัตราการให้บริการทันตกรรมทุกสถิติ (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร) เพิ่มขึ้นจาก 201.5 ครั้งในปี 2553 เป็น 297.7 ครั้งในปี 2556 (ตารางที่ 9) ยกเว้นเครือข่ายฯ D, G และ I ส่วนอัตราการให้บริการทันตกรรมสถิติประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ครั้งต่อ 1,000 ประชากร) เพิ่มขึ้นจาก 183.2 ครั้งในปี 2553 เป็น 261.4 ครั้งในปี 2556 (ตารางที่ 9) ยกเว้นเครือข่ายฯ B, D, G และ I การที่อัตราการให้บริการทันตกรรมในเครือข่ายฯ D, G และ I ลดลงในปี 2556 อาจเนื่องจากเครือข่ายทั้ง 3 แห่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนทันตแพทย์หัวหน้าฝ่าย ทันตภิบาล(ผู้มีประสบการณ์งานส่งเสริมสุขภาพ) ตั้งครุฑและลาคลอดมีทันตบุคลากรจบใหม่ซึ่งขาดทักษะด้านส่งเสริมป้องกัน แต่ถนัดด้านการให้บริการในคลินิกทันตกรรมเป็นหลัก และขาดระบบการวางแผนจัดการด้านการส่งเสริมป้องกันในชุมชน ดังนั้นควรหาผู้ที่มีประสบการณ์และความชำนาญด้านส่งเสริมป้องกันช่วยวางแผนแนวทางงานส่งเสริมป้องกันให้แก่เครือข่ายที่มีทันตบุคลากรน้อยใหม่ สร้างระบบงานให้มีความชัดเจนและให้ผู้บริหารแต่ละระดับรับทราบแนวทางนั้นๆ เพื่อการกำกับติดตาม

อัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็ก 0-5 ปี และ 6-12 ปี เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี2555 ระดับประเทศ¹¹ มีอัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันกลุ่มเด็ก 0-2 ปี 3-5 ปีและ 6-14 ปี เท่ากับ 298,881 และ 587 ครั้งต่อ 1,000 ประชากร ขณะที่จังหวัดตรังมีข้อมูลอัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันในเด็ก 0-5 ปี และ 6-12 ปี เท่ากับ 332.9 และ 571.3 ครั้งต่อ1,000 ประชากร

สัดส่วนงานส่งเสริมป้องกันต้องงานรักษาทางทันตกรรมกลุ่มเด็ก 0-5 ปี เท่ากับ 7.5, 7.2, 8.9 และ 8.6 ขณะที่กลุ่มเด็ก 6-12 ปี เท่ากับ 2.8, 3.8, 3.7 และ 3.8 ตามลำดับซึ่งมีทิศทางของงานส่งเสริมป้องกันดีขึ้น เนื่องจากจังหวัดได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมทันตสุขภาพและเน้นจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกันแก่กลุ่มเป้าหมายนี้

ข้อเสนอแนะ

1. แม้ว่าในภาพรวม จำนวนคนไข้ (ครั้ง) เฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรมต่อปีมีมากขึ้น แต่มีเพียง 1 เครือข่ายบริการสุขภาพที่บรรลุตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด(1,840 ครั้งต่อผู้ให้บริการ 1 คน) โดยเครือข่ายบริการอื่น ควรมี

การกำหนดมาตรการเชิงรุกในการจัดบริการทันตสุขภาพ ให้เพิ่มขึ้นขยายงานทั้งบริการส่งเสริม ป้องกัน และรักษา เบื้องต้นลงสู่รพ.สต. โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีเก้าอี้ทันตกรรม อยู่เพื่อเพิ่มความคุ้มค่าในการใช้เก้าอี้ทันตกรรม

2. ควรพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มี ประสิทธิภาพ ครบถ้วน และทันเวลา

3. ควรมีการสร้างระบบของงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ที่มีรูปแบบชัดเจนของอำเภอตามบริบท และพัฒนาทันตบุคลากรให้มีความชำนาญด้านการ ส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในรูปแบบเป็นทีม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดตรัง รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่จัดทำระบบรายงานและทันตบุคลากร ทุกท่านที่สนับสนุนข้อมูลในการศึกษา ขอขอบคุณ ดร.ทพญ.เพ็ญแข ลาภยง ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม และทพญ.สุณี ผลดีเยี่ยมจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่ให้คำปรึกษา ขอขอบคุณ ผศ.ดร.ทพ.ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ คณะทันต แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผศ.ดร.ทพญ. สุกัญญา เขียววิวัฒน์ และ รศ.ดร.ทพ.ทรงชัย จิตโสเมกุล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ กรุณาให้คำแนะนำและสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคู่มือบริหารกองทุนทันตกรรมบริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด 2553
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.2555 พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2556:บทสรุปผู้บริหาร.
3. งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังผลสำรวจสถานะทันตสุขภาพปี 2556 เอกสารอัด สำเนา 2556
4. ณัฐธิดา ไชยวรรณ แนวคิดและการกระทำของทันตบุคลากรต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ภายใต้กองทุนทันตกรรมจังหวัดลำปาง มหาบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประเทศไทย 2556
5. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ การจัดทำรายงานและวิเคราะห์ข้อมูลด้านทันต สาธารณสุขปี 2552
6. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขประจำปี 2556เอกสารอัดสำเนา ก.ค. 2557
7. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Oral Health Service Plan) เอกสารอัดสำเนา 2555
8. สุณี วงศ์คงคาเทพ สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขประเด็นหลักการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Oral health service plan) กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2556-2559) เอกสาร อัดสำเนา 2555
9. จารุวัฒน์ บุษราคัมและโกเมศ วิชชาวุธ การใช้ข้อมูลในระบบรายงานเพื่อประเมินสมรรถนะระบบ บริการทันตสุขภาพ.วทันต.สธ.2552;14:25-36
10. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (homepage on the internet).Search April 1,2014.From:http://healthdata.moph.go.th/kpi/2557/KpiDetail.php?topic_id=35.
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตาม นโยบายกองทุนทันตกรรม กันยายน 2556 มปป.

Results of Dental Health Services in Trang Province during 2011-2013

Apapunnee Khemwuttipong* D.D.S.,M.P.H.

Abstract

This study provided an evaluation of dental health services in Trang province. The dental health personnel and dental unit, outputs following dental fund indicators and dental health services. There were evaluated from the 43 files reports, sealant program and denture program during 2011 and 2013. The result showed an adequate number of dental nurses and dentist was nearly full. Moreover, the number of dental units in hospitals comparing to the dental health personnel were not enough, while number of dental units in health promoting hospital exceeded the number of dental health personnel. The outputs following dental fund indicators reached their goals. The rate of dental visits (per 1,000 population) increased from 201.5 visits in 2010 to 297.7 visits in 2013. Additionally, rate of dental visits under universal healthcare coverage (per 1,000 population) increased from 183.2 visits in 2010 to 261.4 visits in 2013. This was more than the criteria set by the Ministry of Public Health which was 200 visits per 1,000 population. Even though the average number of patients (visits) per dental personnel per year increased from 1,370.2 visits in 2010 to 1,493.0 visits in 2013, the rate was under the criteria that set by the Ministry of Public Health which was 1,840 visits per person per year.

Keyword : *an evaluation, dental health services*

* Trang provincial health office

ประสบการณ์ การดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติก ของผู้ดูแล

อัชมา เอี่ยมอติคม* ทบ., ปก.ทันตสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสบการณ์การดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติกของผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ศึกษาในโรงเรียนพลร่มอนุสรณ์มิตรภาพที่ 50 จังหวัดลพบุรี หรือที่ศึกษาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดลพบุรี หรือที่มารับการกระตุ้นพัฒนาการที่โรงพยาบาลพระนารายณ์ จังหวัดลพบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างจากความสมัครใจ เก็บข้อมูล ช่วงเดือน พฤษภาคม 2553 - มกราคม 2554 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างตามกรอบตัวแปรที่ศึกษา คือการดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติก ปัจจัยผู้ดูแล และความคาดหวังของผู้ดูแล

ผลการศึกษาผู้ดูแล 13 คน เป็นชาย 4 คนและหญิง 9 คน อายุระหว่าง 29 ถึง 58 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษาถึงปริญญาตรี ผู้ดูแลเด็กออทิสติก 13 คน อายุระหว่าง 4-11 ปี พบว่า เด็กออทิสติก บริโภคนมหวาน 10 คน บริโภคนมจืด 3 คน แปรงฟันโดยผู้ปกครองต้องบังคับ 8 คน และ 2 คนไม่ยอมแปรงเลย ช่วงอายุ 0 - 3 ปี เด็กบางรายได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช ส่วนช่วงประถมศึกษาไม่มีผู้ใดได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันเลย เด็ก 10 คน ผู้ดูแลไม่เคยพาไปพบทันตบุคลากร ความคาดหวังของผู้ดูแลคือต้องการการยอมรับ ความเข้าใจจากสังคม และโอกาสที่ใกล้เคียงกับเด็กปกติทั่วไปที่ได้รับ

คำสำคัญ : เด็กออทิสติก การดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติก ผู้ดูแลเด็กออทิสติก

บทนำ

โรคออทิสติก (autistic disorder) หรือกลุ่มอาการออทิสติก (autistic spectrum) เป็นความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็ก ศาสตราจารย์แพทย์หญิงเพ็ญแข ลิ้มศิลา จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้คำนิยามเด็กออทิสติก คือ เด็กที่มีความผิดปกติทางพัฒนาการด้านสังคม ภาษา การสื่อความหมาย พฤติกรรม อารมณ์ และจินตนาการ ซึ่งมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงานในหน้าที่บางส่วนของสมองผิดปกติ¹

หากวินิจฉัยตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้พฤติกรรมผิดปกติของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันครั้งที่ 3 และ 4 (DSM III, IV)² จะพบเด็กออทิสติก 4 หรือ 5 คน ใน 10,000 คน แต่ถ้าวินิจฉัยใช้เกณฑ์ “ภาวะออทิสติก สเปกตรัม” หรือ รวมกลุ่มแอสเพอร์เกอร์ซินโดรม จะพบ 21 ถึง 36 คนใน 10,000 คน¹ ในต่างประเทศพบอัตราความชุกของบุคคลออทิสติกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในหลายประเทศมีอัตราส่วนถึง 1 : 100 หรือมากกว่า^{3,4} ประเทศไทย ความชุกของบุคคลออทิสติกปี 2547 มีอัตราส่วน 1 : 1,000 เพศชาย : เพศหญิงคือ 4-5 : 15 พบในทุกเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ฐานะ และมีความผิดปกติเกิดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นปัญหาที่สังคมจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญในทุกๆ ด้านอย่างจริงจัง

เด็กออทิสติกไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ต่อสัมพันธ์ภาพของบุคคลในสังคมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีความพร่องในด้านการสื่อสาร ทำให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ดูแลกับเด็ก จึงต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ ดูแลเป็นเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด⁶⁻⁸ และยังเกิดจากปัจจัยอื่นอีก คือ ภาวะสุขภาพจิต ความรู้ ความพร้อมในการดูแลและความรุนแรงของโรคออทิสติก⁹

เด็กออทิสติกมีอายุน้อยชองปากไม่ตี¹⁰⁻¹³ การศึกษาของ Murshid¹⁰ เด็กออทิสติกมีอายุน้อยชองปากไม่ตีถึง 80% มีทัศนคติไม่ดีหรือมีพฤติกรรมต่อต้านการทำฟันถึง 87.5% มีฟันผุ¹⁴ สูงกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสัมพันธ์และมีความเสี่ยงต่อฟันผุสูง มีสภาวะชองปาก¹⁵ ที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก ทั้งโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ปกติ การกัดฟัน การสบฟันผิดปกติ การทำฟันส่วนใหญ่ต้องทำภายใต้การดมยาสลบ Lorena M. Orellana และคณะ¹⁶ พบว่ามีเพียง 23.3% ที่สามารถแปรงฟันได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีความรู้และควบคุมการบริโภค

น้ำตาลของเด็กจะส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของเด็กออทิสติกอย่างมาก¹⁷⁻¹⁸

ประเทศไทยมีการดูแลบุคคลออทิสติกมากขึ้น ทั้งหน่วยงานการศึกษาของรัฐที่จัดการศึกษา กระทรวงสาธารณสุขค้นหาเด็กออทิสติก เผยแพร่ความรู้ คัดกรองเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในศูนย์การศึกษาพิเศษ และสถานศึกษา โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปมีหน่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก รูปแบบส่วนใหญ่เป็นการเตรียมความพร้อม จัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและให้คำปรึกษาแนะนำผู้ดูแล จัดบริการเป็นช่วงเวลาและตามระบบการนัด¹⁹

การดูแลบุคคลออทิสติกในจังหวัดลพบุรี มีศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดลพบุรีเป็นศูนย์กลาง โรงเรียนพลร่มอนุสรณ์มิตรภาพที่ 50 จังหวัดลพบุรีเป็นโรงเรียนประถมศึกษาที่สนับสนุนการเรียนร่วม โรงพยาบาลพระนารายณ์ (428 เตียง) ให้บริการเด็กออทิสติกโดยแผนกกระตุ้นพัฒนาการหน่วยงานเหล่านี้ทำงานเชื่อมโยงกัน แต่ยังไม่มีการทันตกรรมเลย จึงคิดว่าน่าจะมีการจัดบริการสำหรับเด็กกลุ่มนี้ การศึกษานี้ต้องการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง เรื่องประสบการณ์การดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติกของผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) ผู้วิจัยมีลูกที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเดียวกับเด็กออทิสติก

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ศึกษาในโรงเรียนพลร่มอนุสรณ์มิตรภาพที่ 50 จังหวัดลพบุรี หรือที่ศึกษาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษจังหวัดลพบุรี หรือที่มารับการกระตุ้นพัฒนาการที่โรงพยาบาลพระนารายณ์ จังหวัดลพบุรี เลือกลุ่มตัวอย่างจากความสมัครใจ

ตัวแปรที่ศึกษา คือ

1. การดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติก ประกอบด้วย การบริโภคอาหารหวาน การแปรงฟัน และการพาเด็กไปพบทันตบุคลากรเพื่อรับบริการด้านส่งเสริมป้องกันรักษา

2. ปัจจัยผู้ดูแล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน

2.2 ความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลทันตสุขภาพเด็ก

2.3 ความเข้าใจและความคาดหวังระบบบริการสุขภาพช่องปาก

3. เด็กออทิสติกกับสังคม ความคาดหวังของผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ ใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างตามกรอบตัวแปรที่ศึกษา เมื่อได้ข้อคำถามแล้วได้มีการทดสอบและปรับปรุง ก่อนนำไปใช้จริง

นิยามศัพท์

1. การดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติก หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็ก ในเรื่องการบริโภคอาหารหวาน การแปรงฟัน และการพาเด็กไปพบทันตบุคลากร

2. ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อเด็กโดยตรง ผู้ดูแลอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการฝึกสัมภาษณ์ก่อน ผู้ดูแลส่วนใหญ่คุ้นเคยกับผู้วิจัย มีสัมพันธภาพที่ดีต่อการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง สถานที่คือโรงเรียนหรือศูนย์การศึกษาพิเศษหรือโรงพยาบาล ขึ้นกับความสะดวกของผู้ดูแล บันทึกทั้งข้อมูลการสัมภาษณ์และภาษากาย (ภาษากายเป็นรูปแบบหนึ่งของการสื่อสาร) ของผู้ดูแล ความรู้สึกของผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อประโยชน์ในการทบทวนความจำและการวิเคราะห์ข้อมูลในภายหลัง จำนวนตัวอย่างขึ้นกับข้อมูลที่ได้ว่ามีความลึกเพียงพอ

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม 2553 - 31 มกราคม 2554

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ สิทธิที่จะเปลี่ยนใจในระหว่างการสัมภาษณ์ สามารถหยุดการสัมภาษณ์และถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะไม่ถูกเปิดเผย เมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ชื่อนามเป็นลายลักษณ์อักษร และเก็บเอกสารไว้

คนละชุด

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแล 13 คน เป็นชาย 4 คนและหญิง 9 คน อายุระหว่าง 29 ถึง 58 ปี 4 คนจบปริญญาตรี 5 คนจบมัธยมศึกษา และ 4 คนจบประถมศึกษา รายได้ตั้งแต่ไม่มีรายได้จนถึงมากกว่า 50,000 บาท/เดือน ทุกคนเป็นผู้ปกครองที่ดูแลเด็กโดยตรง และดูแลมาตลอด

เด็กออทิสติก 13 คนเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 4 ถึง 11 ปี กำลังศึกษาระดับประถมศึกษา

2. การดูแลทันตสุขภาพเด็ก

2.1 การบริโภคอาหารหวาน เด็กออทิสติกเพียง 3 คนที่ดื่มนมจืด อีก 10 คนผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อนมหวานให้ดื่มเป็นประจำเกิดจากตั้งแต่ครั้งแรกให้เด็กดื่มนมหวาน ครั้งต่อมาจึงต้องเป็นนมหวาน เพราะเด็กเหล่านี้ทำอะไรซ้ำๆ ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง และเด็กกินอาหารอื่นได้น้อย ต้องให้ดื่มนมหวานแม้จะรู้ว่าไม่ดีต่อสุขภาพ เพื่อจะได้รับอาหารเพียงพอ ดังคำกล่าวของผู้ดูแลว่า

“ทานนมหวาน เพราะว่าฝากเขาไปซื้อผิดใจ คราวนี้เลยจบเลย คือพอกลับมาจัดปื๊บ ไม่เอา ไม่เอาก็ต้องให้กิน เพราะว่าลูกเราทานอะไรไม่หลากหลาย เรารู้อยู่แล้วว่าผลไม้มันกิน กินขนมก็จำกัดแค่ 2 ถึง 3 อย่างกับข้าวก็กินนิดหน่อย รั้นะ นมหวานเรารู้ แต่ว่าไม่มีทางเลือก เพราะว่าลูกเรากินอะไรไม่หลากหลาย เราต้องพึ่งนมด้วย”

“เขาอายุ 4 ปีครึ่ง ไม่ค่อยรับประทานอะไรเลย ทานยาก รับประทานข้าววันละมื้อเดียว จึงกินนมเยอะมาก โดยเฉลี่ยวันละ 8 กล่อง ซึ่งเป็นนมหวาน กินตอนกลางคืนด้วย รู้ว่านมหวานทำให้ฟันผุ และการกินนมอย่างเดียวทำให้เป็นปัญหาเรื่องโภชนาการ แต่ต้องยอมให้กิน”

ผู้ดูแลบางคนมีวิธีการจัดการ เพื่อไม่ให้ดื่มนมหวานมากเกินไป ดังคำกล่าวของผู้ดูแลว่า

“เขาอายุ 9 ปีรับประทานนมแล้วหยุดไม่ได้ ถ้าในบ้านมีเท่าไรก็ต้องกินให้หมด จึงต้องใช้วิธีไม่ให้ซื้อนมติดบ้าน ต้องขยันหน่อย ซื้อมาทีละ 2 กล่อง หมด

แล้วค่อยเดินไปซื้อหน้าปากซอย วันต่อวัน ไม่จิ้นกินทั้งวันไม่ยอมหยุด”

2.2 การแปรงฟัน เด็ก 8 คนผู้ดูแลต้องบังคับแปรงให้ 3 คนแปรงฟันเองไม่ยอมให้ใครทำ 2 คนไม่แปรงเลย เด็กแปรงไม่สะอาด ผู้ดูแลบางคนจะช่วยแปรงซ้ำให้ การใช้วัสดุอื่นเพิ่ม ได้รับการต่อต้าน

“เขาแปรงฟันยากมาก ต้องจับกดแปรงถูข้างบนข้างล่างได้ที ข้างในได้ทีสองที ไม่เอาแล้ว ต้องจับล็อก”

“เมื่อก่อนแม่เขาแปรงให้ ตอนหลังย่าช่วยแปรงให้เพราะเขาแปรงไม่ทั่ว ช่วงหลังมีปัญหาไม่ยอม เขาจะมีปัญหาล้ำๆเจ็บฟัน เขาจะไม่ยอม เขาจะแปรงข้างเดียว”

“มันยากที่จะดูแล หลังจากแปรงฟันแล้วจะช่วยเข้าไปแปรงซ้ำให้ เขาจะไม่ชอบให้เข้าไปด้วยในห้องน้ำ ก็จะต้องคอยแอบๆมองดู เขาแปรงแค่ข้างหน้า คือข้างๆเนี่ยไม่ได้แปรงแน่นอนละ ก็จะเข้าไปช่วยแปรง ถ้าเอาวัสดุอย่างอื่นที่คิดว่าจะแคะจะเชยได้เนี่ยไปใกล้เขาจะไม่ยอม แล้วมีอาการต่อต้าน”

2.3 การพาเด็กไปพบทันตบุคลากรเพื่อรับบริการ

2.3.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ช่วงอายุ 0-3 ปี เด็กกลุ่มนี้ได้รับบริการเหมือนกับเด็กทั่วไป เมื่อผู้ดูแลพาเด็กไปรับวัคซีนในคลินิกเด็กดี คือ ได้รับคำแนะนำในการดูแลทันตสุขภาพ เนื้อหาสำหรับเด็กทั่วไปไม่มีความรู้เฉพาะสำหรับเด็กออทิสติก ผู้ดูแลจึงไม่มีความรู้สำหรับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กออทิสติก

2.3.2 ด้านการป้องกันโรคในช่องปาก ช่วงอายุ 0-3 ปี เด็กบางรายได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ช่วงประถมศึกษาไม่มีผู้ใดได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันเลย ผู้ดูแลคิดว่าน่าจะมาจากครูไม่สนใจ ไม่ดูแล ไม่มีระบบบริการเด็กเหล่านี้ในโรงเรียน เด็กมีปัญหาหลายๆ อย่าง เด็กหยุดเรียนบ่อย

2.3.3 ด้านการรักษา เด็ก 10 คนผู้ดูแลไม่เคยพาไปพบทันตบุคลากรเลย เพราะผู้ดูแลกลัวว่าจะได้รับอันตรายจากการไปรับบริการ จึงไม่กล้าพาไปพยายามรักษาด้วยตนเองก่อน เด็กยังไม่มีอาการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่รุนแรง เด็กสื่อสารไม่ได้ บอกไม่ได้ว่ารู้สึกอย่างไร กลัวจะสื่อสารกับทันตบุคลากรไม่ได้ รับรู้ข้อมูลว่าระบบบริการไม่สามารถให้บริการเด็กออทิสติก

“พ่อเขาต่อต้าน บอกว่าถ้าฟันมันจะไม่สวยก็ช่างมันเถอะ ปลอมให้มันหลุดเองก็แล้วกันไม่ต้องไปถอน เขาแอนตี้มาก ตั้งแต่มีข่าวออกมาเรื่องที่มีเด็กทำฟันแล้วช็อคจนเป็นเจ้าชายนิทรา ฟ้องร้องกันอยู่นานที่เป็นข่าวดัง เขากลัวมาก นั่นเด็กธรรมดา เด็กปกติ อันนี้เด็กพิเศษ เขาก็เลยกลัวมาก เขาบอกว่าเรื่องฟันมันไม่ใช่ปัญหาใหญ่หรอก เขาจะคิดอย่างนี้”

“ไม่เคยไป ผมก็คิดว่าเขาบอกไม่ได้ อีกอย่างเคยคุยกับพยาบาล เขาบอก เครื่องไม้เครื่องมือสำหรับเด็กออทิสติกเนี่ย ทางโรงพยาบาลไม่มี มันไม่พร้อมเหมือนโรงพยาบาลเด็ก”

เด็ก 3 คน ผู้ดูแลเคยพาไปพบทันตแพทย์

ผู้ดูแลคนที่ 1 ได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดี ไม่คิดจะพาไปอีกเลย

“เคยมาตรวจในโรงพยาบาล มาตั้งแต่ 4 โมงเช้า หมอบอกว่าเป็นเคสพิเศษ เลยให้รอถึง 4 โมงเย็น เขาพูดไม่ได้ เขาทำให้แม่เสียกำลังใจ คิดดู ลูกแม่ไม่ได้เนี่ยอย่างนี้ แล้วเขาพูดว่า แค่นี้ยังไม่ให้ความร่วมมือแล้วจะไปตรวจอะไรได้ แล้วมันก็ไม่ใช่ว่าปัญหาที่เกิดจากภายในช่องปากหรือในคอ ปัญหาเกี่ยวกับสมองก็ต้องไปหาหมอเรื่องสมองสิ ทำไมไม่พูดอย่างนี้ตั้งแต่ 4 โมงเช้าจะได้ไม่ต้องรอ มันทำให้เสียความรู้สึก”

ผู้ดูแลคนที่ 2 พาลูกที่มีอาการปวดฟันไปรับบริการทันตแพทย์แนะนำให้ถอน จึงตัดสินใจให้ลูกถอนฟันในวันที่ถอนฟันมีพี่เลี้ยง 1 คนและแม่เข้าไปช่วยจับลูกยังถอนไม่เสร็จ แม่เป็นลม ต้องได้รับการปฐมพยาบาล

“คืนก่อนมาโรงพยาบาลไม่ได้นอน ก็กังวลไปต่างๆนาๆ หมอจะทำได้ไหม กลัวลูกอาละวาด เข้ากรีบบาโรงพยาบาล ตื่นโหวดตื่นไปแก้วเดียว”

ผู้ดูแลคนที่ 3 ได้พบทันตแพทย์เฉพาะทางเด็ก คุณหมอดูอธิบายก่อนและได้นำเด็กไปรักษา ซึ่งใช้เวลานานมากและเด็กกรีดร้องเสียงดัง แม่ทั้งสงสารลูกและอายผู้มารับบริการอื่น

ส่วนใหญ่เด็กออทิสติกเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพช่องปากทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน และรักษา จากปัจจัยของผู้ดูแล ซึ่งกลัวเด็กได้รับอันตรายจากสิ่งที่ได้รับรู้มาไม่เพียงพอ กลัวเด็กสื่อสารไม่ได้ รับรู้ข้อมูลว่าระบบบริการไม่สามารถให้บริการเด็กออทิสติก

แม้ตัดสินใจพาไปพบทันตแพทย์แล้ว ยังรู้สึกอายคนในสังคมเมื่อลูกแสดงออกต่างจากเด็กทั่วไป ถูกปฏิเสธการรักษาและกังวลว่าหมอมจะรักษาลูกได้หรือไม่ เพราะลูกไม่เหมือนกับเด็กทั่วไป

ปัจจัยผู้ให้บริการไม่พร้อมคือไม่เข้าใจ ไม่มีความรู้สื่อสารไม่ดี คิดว่าไม่สามารถให้บริการ

ปัจจัยระบบบริการไม่ได้มีความพร้อมในเรื่องความรู้ แม้แต่ความรู้สำหรับผู้ดูแลให้สามารถส่งเสริมสุขภาพเด็กออทิสติก ไม่มีการจัดบริการป้องกัน ส่วนบริการรักษา มีการปฏิเสธการรักษา อ้างว่าเด็กสื่อสารไม่ได้ ไม่สามารถให้ความร่วมมือ

3. ความรู้และทัศนคติเรื่องการดูแลทันตสุขภาพ

ผู้ดูแลทุกคนมีความรู้พื้นฐานเรื่องการดูแลทันตสุขภาพคือ อาหารหวานทำให้ฟันผุ การแปรงฟันช่วยป้องกันฟันผุ แต่ไม่มีความรู้เฉพาะสำหรับการดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติก

ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องเด็กออทิสติกมาก ได้รับการอบรม การฝึก จากศูนย์การศึกษาพิเศษ โรงพยาบาล โรงเรียน ผู้ดูแลกระหายใคร่รู้ข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องฟัน และต้องการความรู้ในเชิงลึก

“น่าจะมีความรู้เรื่องฟันเชิงลึกช่วงรอหน้าห้องก่อนเข้าไปตรงนั้นถ้ามีแผ่นภาพโบว์วอร์ให้คำแนะนำในเชิงลึกได้บ้างก็ดี ก็ประหยัดเวลาไปได้เยอะ เพราะช่วงรอมันก็ว่างหาอะไรอ่านมันก็ดีที่เกี่ยวกับฟันโดยตรง”

“ชอบเข้าไปในเน็ตเหมือนแชร์กันนะ ลูกฉันเป็นอย่างนี้ คนนี้เป็นอย่างนี้ แต่ละคนไม่เหมือนกัน ไปคุยกันว่าเข้าโรงเรียนยากไหมอะไรอย่างนี้ ลูกเป็นออทิสติกแม้ก็ต้องทันสมัยหน่อย ไม่งั้นก็ตามเขาไม่ทัน”

ผู้ดูแลอยากรู้ว่าเด็กออทิสติกจะทำฟันได้ไหมทุกคนกังวลว่าจะทำไม่ได้ ต้องการให้ลูกได้รับการบริการ

“อยากรู้ ทำฟันได้ไหม อยากให้ทำ แต่ไม่รู้จะยอมไหม กินยานอนหลับแล้วถอนได้ไหม”

“อยากให้พบทันตแพทย์ แต่กลัวเด็กไม่ยอมกลัวต่อต้าน กลัวว่าไม่ใช่หมอมเด็ก พ่อเขาก็ก้าวเหมือนขวาน้องอะไรนะที่เป็นเจ้าชายนิทรา พ่อเลยบอกช่างมันให้หลุดเอง”

“ถ้าพาไปรักษา หมอสั่งให้ทำอะไร คงทำไม่ได้กลัวแน่เพราะเขายังไม่เคย”

ผู้ดูแลที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีทัศนคติที่ดีคือใส่ใจในการดูแลทันตสุขภาพ ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 1 คนสนใจในการดูแลทันตสุขภาพ อีก 3 คนไม่สนใจ

4. ความเข้าใจและความคาดหวังระบบบริการสุขภาพช่องปาก

ผู้ดูแลอยากให้มีหมอไปดูแลที่โรงเรียน ในโรงพยาบาลมีช่องทางพิเศษ ทันตแพทย์มีเวลามากเพียงพอที่จะอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจ และมีเวลามากเพียงพอที่จะให้บริการเด็กกลุ่มนี้ ทุกคนทราบดีว่าการทำฟันในเด็กกลุ่มนี้ต้องใช้เวลามาก

ผู้ดูแลต้องการทันตแพทย์ที่ใจเย็น เข้าใจปัญหาของเด็กกลุ่มนี้ แต่งกายหลีกเลียงสีขาวและเสื้อกาวน

“อย่างลูกเนี่ยกลัวคนใส่เสื้อกาวนสีขาว ยิ่งปิดปากยิ่งกลัว มันก็พูดยากนะ จะบอกหมอบเปลี่ยนเครื่องแบบนะ คือมันเป็นไปไม่ได้อยู่แล้ว แต่ในความคิดของผู้ปกครองคือ สู้กันได้ไหม”

“ลูกไม่ชอบชุดขาว ไม่ชอบพยาบาล เขาจำแม่นย่านะ จำเรื่องสถานที่ ว่าตรงนี้จะฉันทาอะไร จำแม้แต่ไฟแดง มันต้องเลี้ยวมาทางนี้แน่ หวัดร้องตั้งแต่ไฟแดงแล้ว”

ผู้ดูแลอยากให้คลินิกมีบรรยากาศดีและมีของเล่นเพื่อให้เด็กได้ผ่อนคลาย จะยอมรับการรักษา

“คือแบบว่าให้เขารู้สึกผ่อนคลาย ในเคสของเด็กพิเศษนะะ ในความเป็นจริง รู้แหละว่าได้หรือไม่ได้ แต่ในความคิดของแม่ ในเมื่อเป็นอย่างนี้แล้ว แต่งเหมือนตัวการ์ตูนไอ้มดแดง คือใส่หมวกสักเล็กน้อยก็ได้ที่เขาดูแล้วแบบว่า พอผ่อนคลายแล้ว เขาเริ่มอยากอยู่ใกล้ เริ่มเชื่อฟัง ทำตามหรือยอมให้ทำอะไรก็ได้เกี่ยวกับเขาแบบว่าหมอมผู้หญิงเป็นกบเคโระหมอมผู้ชายเป็นอุลตร้าแมนเด็กในวัยนี้ชอบทุกคน”

“สีห้องอาจไม่ใช่สีขาว อาจจะเป็นลายการ์ตูนน่ารักๆ เบาะพิงที่เป็นลายการ์ตูน นุ่มๆ นิมๆ อะไรนิดๆ หน่อยๆ”

5. เด็กออทิสติกกับสังคม ความคาดหวังของผู้ดูแล

ผู้ดูแลต้องการการยอมรับ ความเข้าใจจากสังคม และโอกาสที่ใกล้เคียงกับเด็กปกติทั่วไปที่ได้รับ

“ชื่อขนมที่ร้านค้า เขาโยน (สตางค์) ใส่ แม่ค้า ด่าว่าเราทำไมไม่สอนลูก ก็ทะเลาะกัน เราเข้าใจอยู่คนเดียว จะบอกทุกคน ร้อยคน พันคน เลยหรือ หรือจะติดที่เสื้อไปเลย ว่า ลูกฉันเป็นเด็กออทิสติก ทำยังไงให้สังคมรู้ ไปที่ที่คนเยอะๆ เขาจะรู้ ใส่เสื้อให้เขารู้ไปเลยใหม่ หรือทำสัญลักษณ์เป็นโลโก้ตัวใหญ่ๆ ดี”

“อยากจะให้โรงเรียนส่วนใหญ่เปิดใจที่จะรับเด็กพิเศษ ย่อมมองแค่ว่าเขาเป็นเด็กพิเศษ แตกต่างจากคนอื่น ความจริงแล้วในความต่างมันต่างกันไม่มาก แต่อยู่ที่คนมอง จะมองในแง่ไหน ในพื้นที่ที่หนูอยู่ การรับเด็กพิเศษ เป็นไปได้ยาก ถึงรับแล้ว ตามกฎหมายก็ต้องมีพี่เลี้ยง หรือพ่อแม่ไปเฝ้า น้อยโรงเรียนที่จะบอกว่าให้เข้าไปเรียนกันได้ การจัดตั้งโครงการห้องเรียนคู่ขนานดี แต่บุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลขาดตกบกพร่องไป ต้องยอมรับว่าเด็กพิเศษเยอะในแต่ละพื้นที่เยอะมาก แตกต่างหลายเคส การดูแลมันไม่ได้ สิทธิพิเศษที่เด็กควรจะได้ รับก็ไม่เท่ากัน”

“คนที่ช่วยได้คือครู ต้องเน้นครูอย่าให้เพื่อนไป ล้อ เพื่อนชอบแกล้ง เอาเหล็กไปปา ไปโยนใส่ เขาก็กรีดร้องโวยวายทั้งโรงเรียน”

บทวิจารณ์

เด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคในช่องปาก เนื่องจากบริบทของหวาน และต่อต้านการทำฟัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Murshid¹⁰ และเด็กกลุ่มนี้ยังเสี่ยงต่อฟันผุสูงขึ้นอีก เพราะเลือกรับประทานข้าว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องยากมาก

เด็กกลุ่มนี้แม้เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก แต่เป็นบริการที่ต้องการการพัฒนา เพื่อผู้ดูแลจะได้รับความรู้ที่นำไปปฏิบัติได้จริง เมื่อถึงวัยประถมศึกษาเขาไม่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน หรือทาฟลูออไรด์เลย รัฐควรจัดให้มีบริการส่งเสริม ป้องกัน อย่างน้อยเท่ากับเด็กทั่วไป และเริ่มตั้งแต่ยังเป็นทารก ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ.2555- 2559²⁰

เด็กกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทันตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องอุปสรรคในการรับบริการทันตกรรมของเด็กออทิสติกในเวอร์จิเนีย²¹ ควรมีการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร ให้มีมุมมองทางสังคมที่กว้างขวาง จะนำไปสู่ความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยออทิสติก ให้ได้รับความสุขมากขึ้น

เด็กกลุ่มนี้ต้องการการยอมรับและความเข้าใจจากสังคม และโอกาสที่ใกล้เคียงกับเด็กปกติทั่วไปที่ได้รับ โอกาสอื่นจะส่งผลต่อทันตสุขภาพที่ดีขึ้น คือ ได้รับการส่งเสริม ป้องกันทันตสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้กระหายใคร่รู้ข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องฟัน และต้องการความรู้ในเชิงลึก เป็นสิ่งที่น่าสนใจมีช่องทางที่เหมาะสมสำหรับการให้ความรู้เรื่องการดูแลทันตสุขภาพเด็กออทิสติก

ข้อเสนอแนะ

1. เด็กกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาทันตสุขภาพอย่างมาก และไม่เข้าถึงระบบบริการทันตกรรม จึงควรมีการพัฒนาแนวทางในการสร้างเสริมทันตสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับเด็กกลุ่มนี้ มีการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรเพื่อให้เข้าใจและสามารถจัดบริการทันตกรรมของเด็กออทิสติก

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องรูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคสำหรับเด็กออทิสติกโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อคุณภาพชีวิตของเด็กกลุ่มนี้

3. ควรเพิ่มเนื้อหาในหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ เพื่อให้ทันตแพทย์ที่จบมาจะได้มีมุมมองทางสังคมเกี่ยวกับผู้พิการทางกว้างขวางขึ้น

คำขอบคุณ

ขอขอบคุณผู้ดูแลทุกท่านที่ไว้วางใจและได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ผศ.ปิยะนารถ จาตุเกตุ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่เป็นทีปรึกษาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นดีๆ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญแข ลีมีศิลา. “การรักษาทารกที่เริ่มเบื่องต้น ในโรงพยาบาลอุยประสาทไวยโยปถัมภ์.” จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. โรงพิมพ์นันทพันธ์. เชียงใหม่. 2542.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from DSM-IV. 5th ed. Washington D.C. 1998.
3. The National Autistic Society. 2008. Statistics: how many people have autistic spectrum disorders? From Website: <http://www.autism.org.uk/nas/jsp/polopoly.jsp?a=3527&d=235>, Retrieved, June 30, 2008.
4. Autism Society of America. About Autism. http://www.autism-society.org/site/PageServer?pagename=about_home. 2010.
5. เพ็ญแข ลีมีศิลา. 40 ปี โรงพยาบาลอุยประสาทไวยโยปถัมภ์. ใน 84 พรรษาพระบารมี. ที่ระลึก 40 ปี โรงพยาบาลอุยประสาทไวยโยปถัมภ์. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ. 2550. หน้า 45-62.
6. Naomi Ornstein Davis, Alice S. Carter. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders associations with child characteristics. Journal of Autism and Developmental Disorder. 2008; (38):1278-1291.
7. ปวีดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์, เสาวลักษณ์ แสนฉลาด. การศึกษาภาวะสุขภาพของเด็กออทิสติก ความรู้และความเครียดของผู้ดูแลเด็กออทิสติก ที่ได้รับบริการจากศูนย์การศึกษาพิเศษ เขต 5 จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. 2557(25)
8. ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ และ คณินิจ ไชยลังการณ. (2548). อุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก.
9. พงษ์ศักดิ์ จันทราพิทย. ปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552.
10. Murshid, Ebtissam Zakaria. Oral health status, dental needs, habits and behavioral attitude towards dental treatment of a group of autistic children in Riyadh, Saudi Arabia. The Saudi Dental Journal. 2005;(17):3.
11. Folakemi A Oredugba, and Yinka Akindayomi. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. BMC Oral Health; 8.:<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/30>.
12. Mohamed Abdullah Jaber. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. J. Appl. Oral Sci. 2011; (19).
13. P Subramaniam, M Gupta. Oral health status of autistic children in India. Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2011; (36):43-48.
14. Marshall, Jennifer; Sheller, Barbara; Mancl, Lloyd. Caries-risk assessment and caries status of children with autism. Pediatric Dentistry. 2010; (32):69-75.
15. MS Muthu, KM Prathibha. Management of a child with autism and severe bruxism: A case report. Journal of Indian Society of Pedodontic and Preventive Dentistry 2008;(26):82-84.
16. Lorena M. Orellana, Francisco J. Silvestre, Sonia Martinez-Sanchis, Victoria Martinez-Mihi, and Daniel Bautista. Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. May 2012; 17(3): e415-e419.
17. Necmi Namal, Hayriye Ertem Vehit, Selcuk Koksall. Do autistic children have higher levels of caries? A cross-sectional study in Turkish children. Journal of Indian Society of Pedodontic and Preventive Dentistry. 2007(25):97-102.
18. Takanobu Morinushi, Yasuhiro Ueda, Chihoko Tanaka. Autistic children: experience and severity of dental caries between 1980 and 1985 in Kagoshima city, Japan. Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2008; (25):323-328
19. ชูศักดิ์ จันทยานนท์. แผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคคลออทิสติกและครอบครัว พ.ศ.2552. 2552.
20. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ปี 2556.
21. Brickhouse, Tegwyn H., Farrington, Frank H., Best, Al M., Ellsworth, Chad W. Barriers to dental care for children in Virginia with autism spectrum disorders. Journal of Dentistry for Children. 2009 (76) :188-93.

The Dental health care experience of Autistic children caretakers

Atcha lam-athikom* *D.D.S., Cert in dental public health*

Abstract

This qualitative research aimed to study dental healthcare experience of Autistic children caretakers. Data was gathered during May 2010 until January 2011 using in-depth interview with caretakers of autistic children who were studying at Polromanusornmittaparb 50 or at Special Education Study Center or those who received development stimulation treatment from Phra-Narai Hospital in Lopburi province. Samples were selected based on voluntariness of respondents. In addition, open-ended questions were asked during the interview so as to cover dental health behaviors, psychosocial factors and the expectation of caretakers.

From the research, Ages of sample group selected were in between 29 to 58 years old with education level from elementary to undergraduate. Interviewees comprise 4 males and 9 females who looked after autistic children aged from 4 to 11 years old. It appeared that 10 of 13 Autistic children consumed milk containing sugar. 8 of them underwent assisted tooth brushing. Moreover, 10 of them never sought any dental services. The expectation of caretakers were social understanding and acceptance.

Keywords : *Autistic children, dental health care, caretakers*

* Dental department of Wisetchaichan hospital, Angthong province