

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของประชาชนทั้งหมด ไม่จำกัดอยู่เฉพาะในวงการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเป้าหมายร่วมกันของการปฏิรูปใน ทุก ๆ ด้าน ซึ่งมีความสำคัญควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องทำให้เกิดความตระหนักว่า ประชาชนที่มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นทรัพยากรสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550)

บุคลากรสาธารณสุขรวมถึงทันตบุคลากร เป็นกลไกสำคัญในการผลักดันการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะหลายประการ เริ่มจาก การปรับเปลี่ยนวิธีคิด คมนาคมเรื่อง “สุขภาพดี” อันเป็นการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงที่รากฐานทางความคิดอย่างยิ่งใหญ่ (paradigm shift) โดยมีแนวทางการทำงานภายใต้แนวคิดของคำว่าสุขภาพ (Health) มิใช่โรค (disease) และที่สำคัญคือประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วม และเป็นผู้กระทำได้ด้วยตนเองทุกคน ผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ที่เคยหยิบยื่นให้ (the giver) หรือผู้จัดตั้งให้ (the doer) มาเป็นผู้จุดประกาย กระตุ้นและสนับสนุน (the catalyst and the facilitator) ให้ประชาชนทำงานด้วยตนเอง เพื่อ ยกระดับ คุณภาพชีวิต และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมและชุมชนให้ดีขึ้น (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ประเทศไทยมีวิวัฒนาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขมาเป็นเวลานาน นับตั้งแต่การพัฒนาเทคโนโลยีและขยายเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุข ต่อเมื่อในปี พ.ศ. 2521 ได้นำแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน มาเป็นยุทธศาสตร์หลักในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เพื่อ บรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” โดยอาศัยหลักการความเสมอภาค การมีส่วนร่วม การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การให้ความสำคัญแก่การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้ง การผสมผสาน งานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมอื่น ๆ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2535)

รูปแบบและกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานได้พัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องมาโดยตลอด ในช่วงแรก เป็นการจัดตั้งผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อีกทั้งกำหนดองค์ประกอบหรือกิจกรรมจำเป็นของงานสาธารณสุขมูลฐาน **ช่วงที่สอง** เป็นการพัฒนาคุณภาพโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ การจัดตั้งกองทุนประเภทต่าง ๆ ขึ้นในชุมชน เพื่อให้ชาวบ้านสามารถบริหารจัดการกันได้อเอง และการใช้กรอบการวางแผนและดำเนินงานตาม “ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)” **ช่วงที่สาม** เป็นการจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเป็นศูนย์กลางการปฏิบัติงานของ อสม. และ **ช่วงที่สี่** เป็นการจัดตั้งชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กศค.) และการจัดสรรงบประมาณให้หมู่บ้านละ 7,500 บาท เพื่อให้ อสม. และประชาชนในชุมชนได้บริหารจัดการด้วยตนเอง อาจกล่าวได้ว่า เป็นความพยายาม ในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การสร้างประชาคมสุขภาพให้เกิดขึ้น (ประสิทธิ์ ธีระพันธ์ และคณะ, 2544)

ส่งผลให้ประเทศไทยยืนอยู่แถวหน้าของการดำเนิน และเป็นแบบอย่างสำหรับการเรียนรู้ของนานา ประเทศ ด้วยสามารถป้องกันและควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอย่างไรก็ตามยังขาดประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (อ้าพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550) จึงได้มีการทบทวนถึงการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า เน้นอยู่ที่การรักษาและการป้องกัน หรือถูกตีกรอบด้วยแนวคิดเรื่องโรค จึงปรับยุทธศาสตร์มาสู่การส่งเสริมสุขภาพ อย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2529 ภายใต้กฎบัตร ออตตาวา ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพและยุทธศาสตร์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ คือ การสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและหารปรับระบบบริการสาธารณสุข (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544) ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่พัฒนาต่อเนื่องมาจากหลักการพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเกิดจากวิวัฒนาการของแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งขยายปัจจัยทางการแพทย์แบบชีวภาพ มาสู่ปัจจัยด้านพฤติกรรม จนมาถึงปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2535)

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา การส่งเสริมสุขภาพได้ก้าวเข้าสู่ยุคใหม่ ตามแนวคิดกฎบัตรออตตาวา ด้วยความประจวบเหมาะของปัจจัยทางสังคมหลายประการ เช่น การเติบโตของภาคประชาชนหลังการปฏิรูปการเมืองโดยการประกาศใช้รัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 การประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” (พ.ศ. 2541) การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติบนเส้นทาง “สร้างนำซ่อม” (พ.ศ. 2545) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. 2545) จนมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 ช่วงเวลาที่ผ่านมานี้ ประเทศไทยแม้จะมีการตกผลึกแนวคิดการส่งเสริม

สุขภาพแนวใหม่ ตามกฎบัตรออตตาวา แต่ก็ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มนักวิชาการ นักเคลื่อนไหวทางสังคม และผู้สนใจจำนวนหนึ่ง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเผยแพร่แนวคิดดังกล่าวให้เป็นที่เข้าใจอย่างกว้างขวางในทุกวงการและทุกระดับ (อำพล จินดาวัฒน์ และคณะ, 2550)

ทันตสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ถือกำเนิดขึ้นจากงานให้บริการทันตกรรม ในแผนกสุขาภิบาลโรงเรียน สังกัดกระทรวงธรรมการ มีหน้าที่ให้บริการทันตกรรมแก่เด็กนักเรียน และเริ่มให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป ในปี พ.ศ. 2466 ต่อเมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้น ในปี พ.ศ. 2485 งานทันตกรรมจึงอยู่ภายใต้การบริการงานของกรมอนามัย โรงเรียน กระทรวงสาธารณสุข จากนั้นมีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขอีก 2 ครั้ง ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักทันตสาธารณสุข สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ช่วงแรกงานทันตสาธารณสุขอยู่ในวงแคบและไม่มีการวางแผนงานที่แน่นอน ทำให้ไม่อาจแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขได้ จนได้รับการบรรจุในแผน ระดับชาติครั้งแรก เป็นโครงการทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความชุกของโรคในช่องปาก ด้วยการส่งเสริมทันตสุขภาพเป็นรายบุคคล ผ่าน “โครงการทันตกรรมเพิ่มทวี ” ที่ให้บริการผสมผสานแก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2525 กระทรวงสาธารณสุข ได้บรรจุงานทันตสาธารณสุขเพิ่มเป็นองค์ประกอบหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้นเพื่อให้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องและสนองต่อนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข จึงได้พัฒนาโครงการที่สำคัญ คือ กองทุนแปรงสีฟัน - ยาสีฟัน ที่สอดคล้องกับกองทุนยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นโครงสร้างทางสาธารณสุขมูลฐานที่เด่นชัดในขณะนั้น โครงการทันตสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ทสสม. 1) โดยการอบรม อสม. เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถตรวจวินิจฉัยบรรเทาโรคเหงือกและฟันเบื้องต้นได้ รวมทั้งเพิ่มขีดความสามารถเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการพูดห็น้ำลาย ภายใต้ชื่อโครงการทันตสาธารณสุขระดับตำบลและหมู่บ้านในงานสาธารณสุขมูลฐาน (ทสสม. 2) และโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งประยุกต์รูปแบบมาจากงานโภชนาการในชุมชนที่ดำเนินการมาก่อนหน้านี้ โดยเปลี่ยนจาก อสม. ที่ทำหน้าที่บันทึกน้ำหนักเด็ก มาเป็นครูทำหน้าที่ตรวจช่องปากให้กับนักเรียน ทั้งนี้ได้มีการประสานงานกับโครงการสร้างการประถมศึกษาแห่งชาติ ให้กำหนดเป็นนโยบายให้ครูปฏิบัติทั่วประเทศ และได้กำหนดไว้ในนโยบายงานทันตสาธารณสุข ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ที่เน้นการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายเด็กวัยประถมศึกษา (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

จากการศึกษากระบวนการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานสู่การกำหนดนโยบาย และการปฏิบัติของโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพของสุภร ฉัตรไชยาฤกษ์ ( 2543) พบว่าโครงการนี้นำหลักการสาธารณสุขมูลฐานและกลวิธีทั้ง 4 มาใช้ดำเนินงานเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยเหตุผลที่ผู้ริเริ่มโครงการยังขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อแนวคิดและกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน และตกอยู่ในวงจรของระบบราชการที่เน้นการสั่งการจากศูนย์กลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ จิระพงษา และสุรพงศ์ พูลสุวรรณ ( 2540) ที่กล่าวว่าถ้าเปรียบเทียบโครงการฯ นี้กับโครงการอาหารกลางวัน ในโรงเรียนที่ดำเนินการในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ปรากฏว่าโครงการอาหารกลางวัน ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรมมากกว่า โดยเสนอการพัฒนาบุคลากรในทุกระดับ ให้เข้าใจในหลักการแนวคิด และมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน

ในปี พ.ศ. 253 2 มีการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พบปัญหาโรคฟันผุ ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ในแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) กำหนดให้เด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก ในการดำเนินงานควบคู่กับเด็กประถมศึกษา (กุลยา รัตนปริดากุล และคณะ, 2546)

จากการ ทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้เรื่องฟันผุในฟันน้ำนม โดยจินทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2547) พบว่าจากข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมอยู่ในระดับสูง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในเขตชนบท แม้ว่าประเทศไทยจะกำหนดเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุข ให้มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กปฐมวัย แต่ความกระตือรือร้นที่จะให้เด็กได้รับบริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษายังไม่ชัดเจน การประเมินผลชี้ให้เห็นว่าแม้มีการตรวจช่องปากเด็กซึ่งเป็นมาตรการที่ดีตามหลักการเฝ้าระวังโรค แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การให้บริการด้านทันตกรรมป้องกันหรือการรักษาแก่เด็ก

แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมสถานะในช่องปาก ลดการสูญเสียฟันและป้องกันความพิการของอวัยวะในช่องปากของประชาชน เน้นการพัฒนาแบบการดำเนินงานเชิงรุกในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มวัยเรียนและเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาส (กุลยา รัตนปริดากุล และคณะ, 2546)

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อหวังให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันว่า จะเข้าถึงบริการที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์ได้อย่างเสมอภาค เมื่อเกิดการเจ็บป่วย และจัดสรรงบประมาณในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวประชากร กำหนดให้มี

หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐาน โดยสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit, PCU) ซึ่งเป็นด่านหน้าของการจัดบริการให้ครอบคลุม เข้าถึงง่าย เป็นองค์รวม และเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2549) บริการทันต สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบบริการสุขภาพที่ประชาชนจะต้องได้รับตามนโยบาย มีการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี) ภาครัฐจัดการรองรับการดูแลประชาชนโดยกำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีสัดส่วนของทันตบุคลากรต่อประชาชนที่เหมาะสม (ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ, 2545)

ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพ (จากเดิมเรียกว่าแผนพัฒนาการสาธารณสุข) ฉบับที่ 9 ประเทศไทยประสบวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบต่อคน และสังคม ซึ่งยุทธศาสตร์พัฒนาในช่วงแผนนี้ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพ เน้นการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน และคุณภาพบริการ โครงการทันตกรรมป้องกันในเด็กนักเรียนประถมศึกษาโดยการเคลือบหลุมร่องฟัน และโครงการฟันเทียมพระราชทาน เป็นโครงการระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ได้นำเอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางปฏิบัติควบคู่ไปกับการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มีคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มุ่งสู่ “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” ดังนั้นการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 10 จึงเป็นงานที่ต้องบูรณาการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติตามยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โครงการในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 8, 9 และ 10 ที่สำคัญได้แก่ โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านทันตสุขภาพ แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ โครงการรณรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน ยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี โครงการเรียนรู้คู่วิถี ตอน “อาหารกับฟันผุ” เป็นต้น (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ และคณะ (2546) ทำการศึกษาสถานการณ์และการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมทั้งการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในช่องปากมีความสอดคล้องกับการจัดบริการทันตกรรมที่มีอยู่ในสถานบริการก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่กิจกรรมมีทิศทางที่ลดลง ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในแนวคิดส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ อีกทั้งขาดทักษะการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากใน ระดับชุมชน การจัดสรรงบประมาณ และการดำเนินงานพัฒนาการบริการ

เพื่อให้ได้การรองรับคุณภาพจาก Hospital Accreditation (HA) ก็เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่ส่งผลให้ทันตแพทย์ต้องลดงานอื่น ๆ โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใน ช่องปาก

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา หรือที่เรียกว่า “สร้าง” นำ “ซ่อม” แต่เพราะเหตุผลใดที่สถานการณ์งานและทรัพยากรส่วนใหญ่ยังคงถูกใช้ไปในการรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ มองจากมุมหนึ่งอาจเป็นเพราะประชาชนมีความต้องการการรักษาสูงมาก ซึ่งรัฐจำเป็นต้องตอบสนอง แต่เมื่อลองมองต่างมุมดูบ้าง อาจเป็นไปได้ว่าที่ผ่านมามีในภาครัฐเองยังขาดกลวิธีส่งเสริมสุขภาพที่ได้ผล และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน (วารสารณ์ จิระพงษา และคณะ, 2545)

โดยสรุปการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดระยะเวลา 3 ทศวรรษ (พ.ศ. 2520 - 2550) สภาวะโรคฟันผุในกลุ่มเด็กทั้งประเทศมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งในเด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน และกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะอัตราการเกิดโรคฟันผุของเด็กอายุ 12 ปี ในเขตเมืองลดลง แต่กลับเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในชนบท (สุธา เจริญชัยโชค, 2552) นอกจากนี้ยังมีเด็กจำนวนมากที่มีฟันผุตั้งแต่อายุ 3 ปี และอัตราการฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ระหว่างช่วง 5 ปี ทั้ง ๆ ที่การพัฒนาทันตสาธารณสุขตลอด 3 ทศวรรษมุ่งให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กประถมศึกษาและเด็กก่อนวัยเรียนเป็นเป้าหมายสำคัญ ประการหนึ่งที่สะท้อนถึงการนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติของทันตบุคลากรก็คือ ยังขาดความเข้าใจในแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ และทักษะในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน ( ทรงวุฒิตวงรัตน์พันธ์ และคณะ, 2546)

จังหวัดตรังเป็นจังหวัดหนึ่งที่ ดำเนินงานภายใต้นโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด เกือบ 3 ทศวรรษ สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กก็ไม่ต่างจากสถานการณ์ของประเทศ จากข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพเด็กอายุ 3 ปี และ 12 ปี มีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ยังคงมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท ดังตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 แสดงค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน ของเด็กอายุ 3 และ 12 ปี จังหวัดตรัง จำแนกตามเขตพื้นที่  
ปีงบประมาณ 2551 - 2552

พื้นที่	ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน ฟันน้ำนม		ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน ฟันแท้	
	เด็กอายุ 3 ปี		เด็กอายุ 12 ปี	
	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2551	ปี 2552
นอกเขตเทศบาล	5.22 (4.800)	4.75 (4.405)	1.79 (1.954)	1.58 (1.905)
ในเขตเทศบาล	4.56 (4.797)	3.90 (4.432)	1.85 (2.121)	1.60 (1.981)

แหล่งข้อมูล: รายงานผลการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

และจากรายงานผลการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข จังหวัดตรัง 3 งวด ย้อนหลัง จะเห็นได้ว่างานบริการทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นงานด้านการรักษา ได้แก่ บริการถอนฟัน ขูดหินปูน และอุดฟัน ยกเว้นการตรวจสุขภาพช่องปาก ที่ถือเป็นงานส่งเสริมทันตสุขภาพและงานทันตกรรมป้องกัน ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 แสดงผลการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุขจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ 2552 - 2553

รายการ	หน่วย	ผลการปฏิบัติงาน		
		งวดที่ 1 ปี 2552	งวดที่ 2 ปี 2552	งวดที่ 1 ปี 2553
ถอนฟัน	ครั้ง	15,498	7,427	15,864
อุดฟัน	ครั้ง	9,411	6,304	9,425
ขูดหินปูน	ครั้ง	4,803	3,187	4,973
ทันตกรรมประดิษฐ์	ครั้ง	1,905	1,098	2,241
ตรวจสุขภาพช่องปาก	ครั้ง	7,911	7,218	18,603
เคลือบหลุมร่องฟัน	ครั้ง	1,790	1,427	3,686
ฟลูออไรด์	ครั้ง	120	1,593	1,796
PRR	ครั้ง	217	22	76
Plaque control	ครั้ง	1,022	1,623	995

หมายเหตุ : งวดที่ 1 (ตค.-มีค.) งวดที่ 2 (เมย.-กย.)

แหล่งข้อมูล: รายงานผลการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข จังหวัดตรัง สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สอดคล้องกับการศึกษาความเป็นธรรมชาติเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย พ.ศ. 2550 โดยสุณี วงศ์คงคาเทพ ซึ่งพบว่าการใช้บริการทันตกรรมสูงสุด 3 อันดับแรกใน พ.ศ. 2550 คือ บริการถอนฟัน ขูดหินปูน และอุดฟัน คิดเป็นร้อยละ 40.6, 23.0 และ 18.6 ตามลำดับ ประชากรทุกกลุ่มอายุใช้บริการถอนฟันสูงสุด คือร้อยละ 34.7 - 56.1 ยกเว้นกลุ่มวัยรุ่นที่ส่วนใหญ่ได้รับบริการขูดหินปูน และอุดฟัน

ขณะเดียวกันในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้ผลักดัน “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” อันเป็นนวัตกรรมเชิงรุก โดยมุ่งให้ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพ ได้ ด้วยการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อย่างเข้าถึง ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ประชาชนมีส่วนร่วม ผนวกกับในปี พ.ศ. 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้ง “กองทุนทันตกรรม” โดยมุ่งขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเป็นสำคัญ

ดังนั้น จึงเป็นที่มาของผู้ศึกษา ซึ่งเป็นบุคลากรทางทันตสาธารณสุขของจังหวัดตรัง สนใจที่จะศึกษาว่าทันตบุคลากรจังหวัดตรังมีแนวคิดและแบบแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ตลอด 3 ทศวรรษการดำเนินงาน (พ.ศ. 2520 - 2550) เป็นอย่างไร และมีเงื่อนไขบริบทอย่างไร นับตั้งแต่สาธารณสุขมูลฐาน การส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรออกดาวน์ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อจะได้นำมาสู่การเตรียมความพร้อมทันตบุคลากรในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศ รวมทั้งนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกองทุนทันตกรรมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวคิดและ แบบแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของทันตบุคลากรจังหวัดตรัง ภายใต้ นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระหว่างปี พ.ศ. 2520 - 2552

### คำถามการศึกษา

ภายใต้ นโยบายของภาครัฐที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ หรือที่เรียกว่า “สร้าง” นำ “ซ่อม” เหตุผลใดทันตบุคลากรยังคงดำเนินงานรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ



## ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ ทำการศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดตรัง กลุ่มประชากรศึกษา คือ ทันตบุคลากร ได้แก่ ทันตแพทย์ และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล) ในส่วนของขอบเขตเนื้อหาจะ ศึกษา แนวคิดและ แบบแผน การดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของ ทันตบุคลากรจังหวัดตรัง ภายใต้ นโยบายสาธารณสุขของประเทศ ทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ.2553 - เมษายน พ.ศ. 2554

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน** หมายถึง กลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริม สนับสนุนการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับตำบล และหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชน

**แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถ ในการควบคุม และสร้างเสริมสุขภาพของตนให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และ สังคม

**แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยที่จะได้รับบริการ สุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วย เกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการ ใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

**แนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล** หมายถึง การปรับโฉมบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิของประเทศไทย ให้เปลี่ยนจากบริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก โดยมุ่งให้ประชาชนพึ่งตนเอง ทางสุขภาพได้ ด้วยการสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อย่างเข้าถึง ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ประชาชนมีส่วนร่วม

**กองทุนทันตกรรม** หมายถึง งบประมาณ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนหลักประกันสุข ภาพรวม เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2554 โดยกำหนดประเภทบริการที่มีความจำเป็นในการ พัฒนา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการ และส่งเสริมการพัฒนาสถานะสุขภาพช่องปาก

**การดำเนินงานทันตสาธารณสุข** หมายถึง การดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของประชาชน

**ทันตบุคลากร** หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขในจังหวัดตั้ง  
ได้แก่ ทันตแพทย์ และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล)

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวคิดและทักษะสำหรับทันตบุคลากร ในการดำเนินงาน  
ส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก ภายใต้นโยบายสาธารณสุขของประเทศที่มุ่งเน้นการส่งเสริม  
สุขภาพ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved