

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในช่วงหลังปี 2524 เป็นต้นมา ทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุข ดำเนินไปตาม แผนนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 ที่มีหลักการใหญ่อยู่ที่ การมุ่งให้ประชาชนดูแลสุขภาพ ของตนเองและชุมชน การปรับเปลี่ยนบทบาทของรัฐจากผู้ให้การดูแลประชาชนมาสู่ ผู้สนับสนุน ให้ประชาชนมีการดูแลตนเอง โครงการต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขเน้น “หลักการสาธารณสุขมูลฐาน” ที่ใช้การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือการมีส่วนร่วมของ ชุมชน เป็นที่มาของการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุข ที่คัดประชาชนขึ้นมาดูแลชุมชน ภายใต้ “ตัวชี้วัด” เรียกว่า ดัชนีความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ในหมวดต่างๆ ที่ชี้ถึงคุณภาพชีวิต โดยการ ให้ประชาชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ทำงานสาธารณสุขเพื่อชุมชนของตนเอง

ในการควบคุมโรคติดต่อโดยอาศัยระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และได้พัฒนา มาสู่การเฝ้าระวังทางโภชนาการของเด็ก มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันคือ การให้ประชาชนสามารถ ค้นพบโรคในชุมชนหรือพบสภาพเด็กที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถรักษาบำบัด เบื้องต้นได้ในชุมชน หรือรายงานพร้อมส่งต่อผู้ป่วยได้ ท่ามกลางกระแสขณะนั้น ทำให้เกิด คำถามถึง งานทันตสาธารณสุขจะสามารถเชื่อมโยงเข้ากับงานสาธารณสุขโดยภาพรวมอย่างไร และอะไรเป็นเป้าหมายที่จะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 ของงานทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็น ปัจจัยที่เร่งรัดและกึ่งบังคับให้หน่วยงานที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข ในส่วนกลางคือ กองทันตสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค ฯลฯ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาคำตอบดังกล่าว

โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จึงเป็นคำตอบของ การพัฒนางานทันตสาธารณสุขในช่วงกระแสของการสาธารณสุขมูลฐานในขณะนั้น โครงการ เฝ้าระวังทางทันตสุขภาพจึงเป็นการพัฒนารูปแบบที่ใกล้เคียงกับการเฝ้าระวังทางโภชนาการ และความพยายามที่จะหารูปแบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาทันตสุขภาพของ

ชุมชน โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพจึงเป็นโครงการที่มีฐานคิดจากสาธารณสุขมูลฐาน โดยโครงการดังกล่าวได้ก่อรูปตั้งแต่ปี 2527 โดยรูปแบบกำหนดให้ครูเป็นผู้ดูแลเด็ก ด้วยการตรวจช่องปากตามวิธีที่กำหนดให้ และนำผลไปแบ่งกลุ่มปัญหาเพื่อแก้ไข หรือส่งต่อผู้ป่วย โดยที่โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ยังคงยึดมั่นในหลักการสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักการเบื้องต้นของการทำงาน ซึ่งเป็นแนวทางที่ดีและเป็นหลักการที่ถูกต้องของการพัฒนาชุมชน

ในปี 2528 ได้มีการประชุมการกำหนดเป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทย เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 ได้ผลสรุปให้ใช้มาตรการ 4 อย่างในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขกล่าวคือ มีกลวิธีเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ เป็นกลวิธีหลักในมาตรการทางวิชาการ ร่วมกับมาตรการทางสังคม มาตรการทางการเมืองและมาตรการสนับสนุน โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักคือ เด็กนักเรียนประถมในโรงเรียนในสังกัดสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติ ทั้งหมด พร้อมกับข้อเสนอแนะในการทำงานต่างๆ

ในช่วงเวลานี้งานทันตสาธารณสุข จึงดูเหมือนว่าค่อนข้างจะสมบูรณ์ทั้งแนวคิด เป้าหมายและกลวิธีดำเนินงานคือ การใช้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานเป็นหลักในการทำงาน มีเป้าหมายที่จะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 โดยอาศัยกลวิธีเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ โดยเน้นกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษา

อย่างไรก็ตามกว่าที่โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จะดำเนินงานได้ ผู้รับผิดชอบโครงการดังกล่าว ได้พยายามหารูปแบบการปฏิบัติด้วย ขั้นตอนต่างๆ ตามกระบวนการวิจัย ทดลองปฏิบัติให้ผลจริงในพื้นที่ จนได้ผลสรุปออกมาเป็น “รูปแบบที่พร้อมใช้” สำหรับชุมชนทุกแห่งทั่วประเทศ เพื่อไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 ทั้งประเทศร่วมกัน

เมื่อผู้ริเริ่มมีความมั่นใจในรูปแบบกลวิธีของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา การเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพก็ได้ถูกกำหนดให้เป็นกลวิธีหนึ่งในการแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุข ตามแผนงานพัฒนาสาธารณสุข ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (2530-2534) โดยกลวิธีเฝ้าระวังทันตสุขภาพเป็นวิธีที่ใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขที่จำเป็นและสอดคล้องกับบริการสาธารณสุขที่มีอยู่

เป็นระยะเวลามากกว่าหนึ่งทศวรรษ ที่โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ได้ถูกนำมากำหนดว่าเป็นกลวิธีหลักในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ

และมีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ตลอดเวลาที่ผ่านมาของการดำเนินงาน ก็มีการพัฒนาและมีการประเมินผลมาโดยตลอด ทั้งจากเอกสารการรายงานของการปฏิบัติงานและรายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาถอดประสบการณ์การดำเนินงานโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการถอดประสบการณ์ด้วยการทบทวนเชิงวิพากษ์กล่าวคือ ทบทวนโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาทั้งจากเอกสารการสัมมนาการประชุม วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจำแนกการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. วิเคราะห์ที่มาของกรอบความคิดของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา กล่าวคือฐานคิดของการสาธารณสุขมูลฐานและกลวิธีทั้ง 4 ของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (people participation หรือ community involvement)

1.2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา (appropriate technology)

1.3 การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ (re-oriented basic health service)

1.4 การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม (intersectoral collaboration)

2. วิเคราะห์การนำรูปแบบโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ มาสู่การปฏิบัติทั่วประเทศ ซึ่งจะใช้กรอบการวิเคราะห์ที่เรียกว่า The Four Fallacies ของ Steven Polgar (1963) อันประกอบด้วย

The Fallacy of Empty Vessel

The Fallacy of Single Pyramid

The Fallacy of Separate Capsule

The Fallacy of Interchangable

สรุปผลการศึกษา และอภิปรายผลการศึกษา

ส่วนที่หนึ่ง การวิเคราะห์ฐานคิดสาธารณสุขมูลฐานของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ

“ชุมชนจะมีอาณาบริเวณหรือองค์ประกอบของชุมชนจะมีอะไร คงอยู่ที่บริบทหรือเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่ แต่หัวใจของชุมชนคือ ต้องมีชีวิต งามงาม มีความเป็นพลวัตร เป็นการเคลื่อนไหวของชุมชน” อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2543)

ด้วยฐานคิดของสาธารณสุขมูลฐาน เป็นหลักการที่เน้นถึงการพึ่งตนเอง การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และดูแลกันเองภายในชุมชนเป็นเบื้องต้น ให้ประชาชนบริการประชาชน โดยมีรัฐเป็นผู้สนับสนุนการทำงานหรือช่วยเหลือในกรณีที่ปัญหาที่มีขนาดใหญ่กว่าที่ชุมชนจะแก้ไขได้ (ไพจิตร ปวะบุตร, 2537, หน้า 5) โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสาธารณสุขทั้งหมด จะต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อเรื่องสุขภาพ ถ้าเข้าใจผิดจะเกิดความเสียหายได้ (ประเวศ วะสี, 2528, หน้า 241)

คำถามที่สำคัญในการวิเคราะห์นี้ก็คือ โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาเป็นโครงการที่เกิดขึ้น โดยฐานคิดของสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการให้ประชาชนดูแลตนเองหรือไม่นั้น จากสรุปการประชุมการกำหนดเป้าหมายทางทันตสุขภาพแห่งชาติ เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 นั้นได้มีความพยายามที่จะกำหนดบทบาทด้านทันตสาธารณสุขของส่วนต่างๆ เช่น ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข บทบาทหน้าที่ของครู อาสาสมัครสาธารณสุขหรือตั้งกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน จัดทำคู่มือเพื่อถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน ฯลฯ ความพยายามเหล่านี้ เป็นไปเพื่อให้ชุมชนสามารถเรียนรู้และดูแลตนเองได้ และหลังจากนั้นรูปแบบการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ได้ถูกบรรจุเป็นกลวิธีในการดำเนินงานตามแผนงานพัฒนาสาธารณสุข ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (2530-2534) ซึ่งได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายของโครงการ รวมถึงกิจกรรมดำเนินงาน บทบาทและหน้าที่ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ภายใต้กรอบแนวคิดของงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพที่บรรจุไว้คือ

“กระจายบทบาทที่ไม่ยุ่งยากบางประการให้โรงเรียนเป็นผู้ดำเนินการเอง ได้แก่ การตรวจช่องปากเพื่อค้นหาปัญหา การจัดทำกิจกรรมส่งเสริมและป้องกัน ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนได้เข้าใจและตระหนักในปัญหาของตนเองมากขึ้น ขณะเดียวกันทันตบุคลากรก็สามารถใช้เวลาและความสามารถไปกับกิจกรรมที่จำเป็น” (กรมอนามัย, มปป, หน้า 31)

และรวมถึงที่มาของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ที่พบในรายงานผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อการประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา (2540, หน้าผนวก ข; 25) ได้มีกล่าวถึงว่า “ . . . จากการประเมินผลการดำเนินงานในช่วงแผนฯ 5 พบว่ามีความครอบคลุมการบริการต่ำมาก จึงเริ่มเกิดแนวคิดที่จะให้บุคลากรอื่นนอกเหนือจากทันตแพทย์และทันตภิบาลมาช่วยในการดูแลเด็กและประชาชนเพิ่มมากขึ้น . . .”

ทั้งนี้ก็เป็นไปเพื่อให้ชุมชนได้เข้าใจ และตระหนักในปัญหาของตนเองมากขึ้น ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เน้นการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในมุมมองของทันตบุคลากร ที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของประชาชน มีความพยายามด้วยความปรารถนาดีที่จะหารูปแบบต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนประถมที่วิถีภาวะต่างๆ ยังไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้วยตนเอง

ในอีกแง่มุมหนึ่งของหลักการสาธารณสุขมูลฐานนั้น เน้นย้ำถึงการดูแลตนเองและชุมชนโดยประชาชน หากสิ่งที่ปรากฏตามเอกสารทั้ง 2 ชิ้น อาจมองได้ว่าเป็นการกำหนดวิธีการแก้ปัญหา หรือไม่อาจสลัดความคิดเก่าในฐานะผู้ให้ (the giver) โดยลืมนำปัญหาสุขภาพของประชาชนนั้นเป็นของประชาชน ประชาชนต้องเป็นผู้แก้ไข โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนเท่านั้น หรือให้ยิ่งกว่านั้นคือ รัฐไม่ต้องทำอะไรเลย แต่ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ยามปกติประชาชนสามารถป้องกันการเกิดโรค และกำจัดสาเหตุก่อนเกิดปัญหาต่างๆ ได้ เมื่อเกิดปัญหาชุมชนสามารถจัดการกับปัญหาของตน โดยไม่เกิดความเดือดร้อนในชุมชนตนเองและสังคมโดยรวม

โดยสรุปโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ได้ใช้ฐานคิดของการสาธารณสุขมูลฐานเพียง “ตัวอักษร” แต่ปราศจากซึ่งสาระสำคัญ แม้ว่าจะมีความพยายามที่จะหาวิธีการที่จะให้ชุมชนสามารถเข้าใจและตระหนักในปัญหาของตนเอง โดยการให้ครูตรวจฟันเด็กนักเรียน มีดัชนีตัวชี้วัดและการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในโรงเรียน แต่กระบวนการนี้ยังไม่สามารถสัมฤทธิ์ผลของฐานคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการพึ่งตนเอง (self reliance) เพราะในระยะเวลาต่อมาที่ปรากฏทั้งเอกสาร การสัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น สรุปผลการประชุมประเมินผลงานทันตสาธารณสุข ในแผน 6 ที่สะท้อนให้เห็นถึงการที่ครูและโรงเรียนไม่สามารถปฏิบัติตามกิจการต่างๆ ในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพได้ และสะท้อนให้เห็นถึงการสั่งการ จากศูนย์กลางในลักษณะ top down สิ่งเหล่านี้จึงเป็นบทสรุปได้ว่า การพัฒนาโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาเป็นการพัฒนาที่ยังห่างไกลจาก

ปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีรัฐเป็นผู้สนับสนุนการทำงาน (catalyst) ให้ชุมชนสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาของตนเอง การพัฒนาดังกล่าวยังเป็นการพัฒนาตามกระแสหลัก ในขณะนั้นคือ การใช้มุมมองของ รัฐเป็นผู้ให้ และพยายามนำไปสู่การพัฒนาให้ครู เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ผศส./อสม. อันเป็นบุคลากรอื่นๆ ที่จะมารองรับการกระจายบทบาทของผู้ให้ (the giver) ผู้รับ ไปปฏิบัติ (the doer)

1. การวิเคราะห์โครงการผ่านกลวิธีทั้ง 4 ของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

คำถามในหัวข้อนี้คือ โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ได้ใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานซึ่งประกอบด้วยกลวิธีทั้ง 4 ได้อย่างถูกต้องหรือเพียงพอต่อการแก้ปัญหาหรือไม่ โดยการวิเคราะห์ตามหัวข้อดังนี้

- การมีส่วนร่วมของชุมชน
- การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุข
- การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม

1.1 การวิเคราะห์กลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน (people participation หรือ community involvement) เป็นหลักการข้อแรกของการสาธารณสุขมูลฐาน และถือเป็นหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยความสำคัญอยู่ที่การพัฒนาให้ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยชุมชนรับรู้และทราบถึงปัญหาของชุมชน รวมถึงการดำเนินการหาทางแก้ไขปัญหาของตนเอง

ก่อนที่จะวิเคราะห์การมีส่วนร่วมจำเป็นต้องมีการปรับความเข้าใจถึงความหมายของคำว่า ชุมชน และ การมีส่วนร่วม เพื่อให้ความเข้าใจเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และตรงกัน การศึกษาที่ใช้ความหมายของคำว่า “ชุมชน” ตามความหมายของ จีรพรรณ กาญจนจิตรา (2528, หน้า 11) ว่า “ชุมชนหมายถึง กลุ่มบุคคลหลายๆ กลุ่มมารวมกันอยู่ในอาณาเขตและภายใต้กฎหมายหรือข้อบังคับเดียวกัน มีการปะทะสังสรรค์กัน มีความสนใจร่วมกันและมีผลประโยชน์คล้ายๆ กัน และมีแนวพฤติกรรมเป็นอย่างเดียวกันเช่น ภาษา ขนบธรรมเนียม หรือ วิถีวัฒนธรรม ร่วมกันนั่นเอง”

จะเห็นได้ว่าความหมายของคำว่า “ชุมชน” ของ จีรพรรณ กาญจนจิตรา นอกจากกลุ่มบุคคลจะต้องมีหลายกลุ่มแล้ว จะต้องมียอดค์ประกอบดังกล่าว จึงจะสมบูรณ์ตามความหมาย

ส่วนคำว่า “การมีส่วนร่วม” ในการวิเคราะห์นี้ ใช้ตามความหมายขององค์การสหประชาชาติ ร่วมกับ ความหมายของ กรรณิการ์ ชมดี ดังนี้

องค์การสหประชาชาติ (United Nations Department of International Economic and Social Affairs, 1981, p. 8) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมแบบเป็นกันเอง ซึ่งเป็นไปโดยอาสาสมัคร หรือเป็นการรวมตัวกันเพื่อแก้ปัญหาของตนเองโดยเน้นการกระทำที่มีได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย
2. การมีส่วนร่วมแบบชักนำ ซึ่งเป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบหรือการสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นลักษณะทั่วไปของประเทศที่กำลังพัฒนา
3. การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลในทันที แต่จะไม่ได้รับผลในระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

ส่วนตามความหมายของ กรรณิการ์ ชมดี (2524, หน้า 13) “ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมออกเป็น 10 แบบคือ การมีส่วนร่วมประชุม การมีส่วนร่วมออกเงิน การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริจาค การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่มหรือผู้ริเริ่ม การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์”

โดยสรุปตามความหมายของ องค์การสหประชาชาติ จะมุ่งที่ฐานคิดของการมีส่วนร่วม ส่วนความหมายของ กรรณิการ์ ชมดี จะมุ่งเน้นการปฏิบัติ หรือการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในเชิงปฏิบัติ ซึ่งตามความหมายทั้งสอง น่าจะเหมาะสมกับการศึกษา นี้ ที่จะใช้วิเคราะห์การมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

สำหรับโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา การให้ความหมายของคำว่า “ชุมชน” ในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานในแง่ ทิศทางการดำเนินงาน รูปแบบของการดำเนินงานและรวมถึงการประเมินโครงการ เฝ้าระวังทางทันตสุขภาพจากระดับต่างๆ ทั้งในฐานะผู้ปฏิบัติงาน และในฐานะผู้กำกับงาน จากเอกสารที่ใช้ในการศึกษาพบว่าความหมายของ “ชุมชน” ที่ใช้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพมีความแปรผัน ไม่คงที่ดังจะได้พบเห็นในเอกสารต่างๆ ซึ่งมีความหมายของ “ชุมชน” ที่แตกต่างกัน ถึง 3 ความหมายคือ

1. ตามความหมายจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง บทบาทของชุมชนเพื่อรองรับระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม ในวันที่ 15-17 พฤศจิกายน 2531 ความหมายของชุมชน ที่ร่วมเข้าแก้ไขปัญหของระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพที่น่าเสนอ มีความหมายถึง หมู่บ้าน และส่วนประกอบทั้งหมดของชุมชน (ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของ จีรพรรณ กาญจนจิตรรา)

2. “ชุมชน” ตามความหมายใน หนังสือคู่มืออบรมครูประจำชั้นในงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา ในหน้าคำนำว่า “หลักการของกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ที่มุ่งเน้นให้ชุมชน (ซึ่งในที่นี้หมายถึงโรงเรียน) พึ่งตนเองได้” (กองทันตสาธารณสุข, 2536)

3. ความหมายที่สามของ “ชุมชน” ที่ใช้ในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ในเอกสารประกอบการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา (2539) ได้ระบุว่า

“ในแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 (2530-2534) ก็คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน (โดยในที่นี้จะเน้นเฉพาะผู้ปกครอง) ในการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษา” (กองทันตสาธารณสุข, 2540 ก, หน้าผนวก ข 12)

สำหรับเหตุผลของการให้ความหมายในเอกสารต่างๆ มีความต่างกันไปในนั้นน่าจะเกิดจากความมุ่งหมายของเอกสารที่มีความแตกต่างกันไป สำหรับความหมายที่หมายถึงผู้ปกครอง ตามความหมายที่ปรากฏ และบริบทของเนื้อหาที่กล่าวถึงในเอกสารนั้น คือการประเมินผลโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาโดยอาศัยแบบสอบถามจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ เพื่อทราบถึงประเด็นที่ประชาชน ซึ่งในที่นี้คือผู้ปกครองของเด็กนักเรียน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้นการให้ความหมายจึงตรงกับภารกิจที่มาของข้อมูลในการนำเสนอ แต่คำถามที่ตามมาคือ การประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการฯ โดยอาศัยเพียงผู้ปกครองเพียงกลุ่มเดียวเพียงพอ และ/หรือครอบคลุมหรือไม่ ต่อการประเมินผลโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

ส่วนความหมายของ ชุมชนที่หมายถึงโรงเรียน ในคู่มืออบรมครูประจำชั้นในงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เป็นเอกสารที่จัดพิมพ์ขึ้นในฐานะเป็นเครื่องมือที่ประกอบการตั้ง การของหน่วยงานที่เหนือกว่าค่อครู (ประจำชั้น) เพื่อกำหนดขอบเขต และระบุนหน้าที่ให้แคบ และชัดเจน ไม่ให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน และคำถามที่มีต่อการกำหนดชุมชนให้หมายความเพียง “โรงเรียน” เช่นนี้ อาจเป็นการทำให้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เป็นพื้นฐานของการทำงานเบี่ยงเบนไป รวมถึงการกำหนด

รูปแบบ แนวทางการทำงานและประเมินที่จะทำให้มีความไม่ถูกต้อง โดยการมองแยกส่วน โรงเรียนออกจากชุมชน นับว่าเป็นจุดที่เสี่ยงต่อความเข้าใจคลาดเคลื่อน หรือเข้าใจผิดได้สูง

อย่างไรก็ตาม ถ้ามองถึงการพัฒนาการของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ อาจจะวิเคราะห์ได้ว่า เมื่อเริ่มต้น ผู้ริเริ่มโครงการฯ เพียรพยายามคงความหมายของ “ชุมชน” คือ หมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องประสานกับกระแสการสาธารณสุขมูลฐานในขณะนั้น และอาจจะมีความพยายามทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของหมู่บ้านต่อกิจกรรมโรงเรียน อันหมายถึงโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ แต่ต่อมาเมื่อโครงการฯ ได้มีการดำเนินการในโรงเรียนทั่วทุกแห่ง และตัวชี้วัดส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมในโรงเรียน ดังนั้นภาพของชุมชนจึงแปรเปลี่ยนมุ่งเน้นในโรงเรียน เพียงอย่างเดียว และในช่วงเวลานั้นคงต้องยอมรับว่า รูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชน อันหมายถึงหมู่บ้านยังไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ก็ได้พยายามปรับเปลี่ยนความหมายของชุมชนออกจากโรงเรียนได้บ้าง คือการให้ความสำคัญกับผู้ปกครอง ซึ่งเป็นผู้แทนของชุมชน

ภาพของการเลื่อนไหลของความหมายของ “ชุมชน” ในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ดังกล่าวจึงไร้ซึ่งเอกภาพหรือกรอบที่ชัดเจนในคำว่า “ชุมชน” ในความหมายของ “ชุมชน” ที่ควรจะเป็นนั้นมีใช้เพียงรูปแบบเช่น ครอบครัว กลุ่มแม่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) แต่ต้องมีการเคลื่อนไหวหรือมีความเป็นพลวัต (dynamic) นั่นคือ หน่วยของชุมชนต้องมีการปะทะปฏิสังสรรค์ มีความสัมพันธ์ต่อกัน ความสนใจและเจ็บร้อนต่อปัญหาาร่วมกัน พุดคุย เจรจาร่วมกับโรงเรียน ในฐานะผู้มีส่วนได้เสีย และ/หรือเห็นความสำคัญ ของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ เมื่อนั้นโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพจะกลายเป็นเพียงเครื่องมือหรือสื่อกลาง (mediate) ให้เกิดการปฏิสังสรรค์ของโรงเรียนและชุมชน

เมื่อวิเคราะห์ถึงคำว่า การมีส่วนร่วม โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียน ประถมศึกษา ได้ถูกนำเสนอว่าเป็นโครงการที่เกิดจากการร่วมกันคิดร่วมกันทำงานของหน่วยงานที่หลากหลาย รวมถึงมีการแสดงความคิดเห็นจากส่วนต่างๆ ดังจะเห็นได้จากจุดเริ่มต้นของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เกิดจากการประชุมเพื่อกำหนดเป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทยและแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 ผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนั้นมาจากหลายหน่วยงาน เช่น กองทันตสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค กองโรงพยาบาลภูมิภาค คณะทันตแพทยศาสตร์ กรมอนามัย โรงเรียนทันตภิบาล ฯลฯ จนได้ข้อสรุปที่ใช้กลวิธีเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ

นอกจากนี้ในการวิจัยการจัดระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบของระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมคือ ทันตแพทย์ นักวิชาการระดับวิทยา ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ

สำหรับการจัดทำหนังสือ “คู่มือแบบเรียนด้วยตนเอง เรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนที่ครูทำได้” ได้มีการร่วมกันทำงานของคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ ทันตบุคลากร

ในขั้นตอนทดสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ก็ได้มีการสอบถามสำรวจความคิดเห็นของส่วนที่รับผิดชอบต่างๆ เช่น ครูผู้ปฏิบัติ ครูใหญ่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

กว่าจะได้เป็นรูปแบบการดำเนินงานของการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จะเห็นได้ว่ามีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถจากส่วนต่างๆ ได้เข้ามาร่วมในการคิดรูปแบบของการทำงาน ใช้ความพยายามและทรัพยากรไปจำนวนมาก จนเกิดเป็นโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาขึ้น อย่างไรก็ตามในขั้นตอนของกระบวนการเกิดขึ้นของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพดังกล่าว ผู้วิเคราะห์คงไม่สามารถตอบคำถามว่า การมีส่วนร่วมนั้นเป็นการมีส่วนร่วมแบบใด ตามความหมายขององค์การสหประชาชาติ เป็นการมีส่วนร่วมแบบรวมตัวกันเอง การมีส่วนร่วมแบบชักนำ หรือการมีส่วนร่วมแบบบังคับ แต่โดยธรรมชาติของหน่วยงานของรัฐ ที่ยึดปรัชญาและหลักการบริหารของ Max Weber การมีส่วนร่วมมักเป็นการมีส่วนร่วมแบบชักนำ แม้ในการประชุมหลายครั้งจะมีผู้แทนจากหน่วยงานราชการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับด้านทันตสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติหรือนักวิชาการจากกองระดับวิทยา การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงการรับรู้หรือการให้ความร่วมมือมากกว่าการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ดังนั้นคงไม่ต้องกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนเลย เพราะครูผู้ปฏิบัติในโรงเรียน ผู้บริหารโรงเรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ก็ล้วนแล้วแต่เป็นการมีส่วนร่วมแบบบังคับ ตามสายงานบังคับบัญชาของระบบราชการ อาจสรุปได้ว่าโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพนั้น ที่ผ่านมายังไม่สามารถบรรลุถึงความหมายของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามการดำเนินโครงการใดๆ ก็ตามจะใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมแบบใด คงขึ้นอยู่กับบริบทสังคมวัฒนธรรมนั้น ที่ผ่านมามีสังคมไทยมักถูกการผลักดันให้ชุมชนมีส่วนร่วมแบบบังคับ แต่ถ้าผู้ดำเนินโครงการฯ เข้าใจถึงแนวคิดของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมแบบถูกบังคับ ก็จะเลื่อนไหลไปสู่

การมีส่วนร่วมแบบชักนำ และท้ายที่สุด เป็นการมีส่วนร่วมด้วยตนเองได้ คือเริ่มตั้งแต่กระบวนการเริ่มคิด เริ่มวางแผนดำเนินการและประเมินผลร่วมกัน นอกจากนี้การประเมินผล การมีส่วนร่วมนั้นต้องประเมินที่การพัฒนาการของกระบวนการมีส่วนร่วม นั่นคือ ต้องมองให้เห็นถึงการเป็นพลวัต พัฒนาการจากการมีส่วนร่วมน้อยมาสู่การมีส่วนร่วมมากขึ้น กระบวนการที่ผู้จุดประกาย จะค่อยๆ ปลดปล่อยสายพานไปยังผู้กระทำ กล่าวคือ กระบวนการที่หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ในแต่ละพื้นที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการปฏิสังสรรค์แลกเปลี่ยนความรู้ โดยการค่อยๆ ปลดปล่อยกิจกรรมของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพอย่างมีศิลปะ ทั้งนี้ชุมชนไม่ว่าจะเป็นโรงเรียน หมู่บ้าน หรือครอบครัวต่างก็รับช่วงต่อของกิจกรรมอย่างเป็นคุณภาพและเอกภาพ

แต่ในแง่ของการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ที่เข้ามาร่วมคิดร่วมทำนั้นไม่ได้อยู่ในชุมชนเดียวกัน แม้มีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ไม่มีส่วนรับรู้ถึงปัญหาโดยตรง หรือไม่มีส่วนในการรับผลกระทบต่อปัญหาาร่วมกัน ในชุมชน สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความพยายามร่วมกันคิด เพื่อค้นหาวิธีหรือเทคโนโลยีที่จะให้ชุมชนตระหนักในปัญหาของตนเองมากกว่า จะสามารถเรียกได้ว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมทำ แม้ในการประชุมหลายครั้งจะมีผู้ร่วมการคิดค้นรูปแบบซึ่งมาจากสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติในฐานะตัวแทนจากส่วนของโรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศ แต่ไม่อาจเป็นตัวแทนของชุมชนทั่วประเทศได้

และเมื่อพิจารณาถึงโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ในระดับผู้ปฏิบัติ ที่ใช้รูปแบบการสั่งการจากเบื้องบนลงสู่หน่วยปฏิบัติคือโรงเรียนประถม ทุกแห่ง เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และทันตบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งนั้น โดยให้ความหมายของจัดการสหประชาชาติ ถือเป็น การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ คือครู เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและทันตบุคลากร และมีหน่วยงานกำกับการทำงานโดยการบังคับด้วยการใช้รายงานงวด แนวโน้มผลสำเร็จของโครงการจะเป็นไปตามรูปแบบที่คำจำกัดความกำหนดไว้คือ เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลในทันที แต่จะไม่ได้รับผลในระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

ส่วนการให้ความหมาย “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ตามความหมายของ กรรณิการ์ ชมดี คือ การมีส่วนร่วมประชุม หากมองว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐคือครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสนใจในปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนร่วมกัน มาร่วมประชุมเพื่อค้นหาวิธีทางแก้ไข

ปัญหา และเข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการในการดำเนินงาน ครูอนามัย ครูประจำชั้น เจ้าหน้าที่สถานอนามัยมีส่วนร่วมในฐานะเป็นผู้ใช้แรงงาน และมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ หรือกระบวนการดังกล่าวเป็นไปด้วยความสมัครใจของเจ้าหน้าที่ของกระทรวงต่างๆ ในฐานะของบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนย่อมสามารถกล่าวได้ว่า เป็นการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามความหมายที่กำหนดไว้ แต่ในทางกลับกัน หากกระบวนการทั้งหมด เกิดขึ้นจากการสั่งการ และเป็นการประชุมแบบถูกบังคับให้มาร่วมกัน สิ่งที่ขาดหายไปคือ ความสนใจหรือตระหนักต่อปัญหาอย่างแท้จริง ทำให้การดำเนินการทำไปอย่างมีรูปแบบที่ตายตัว มีผลสรุป ผลลัพธ์เป็นแบบเดียวกัน รวมทั้งวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ เป็นไปตามระบบสั่งการ ที่ไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และรวมถึงการใช้วิธีการแก้ไขปัญหามาแบบเดียวกันที่กำหนดมา ทั้งๆ ที่ปัญหาของแต่ละชุมชนรวมถึงสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้การแก้ไขปัญหา เป็นไปได้ยากที่จะบรรลุเป้าหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน ตามหนังสืออนุวัตรกรมสาธารณสุขได้กล่าวว่า

กระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกระบวนการพัฒนาชุมชนที่เน้นหนักถึงกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์และพัฒนาศักยภาพทั้งในระดับบุคคลในระดับองค์กร ชุมชน และชุมชน โดยรวมความสำคัญอยู่ที่การพึ่งตนเองได้ของชุมชนที่สามารถคิดเอง ทำเองเป็น กิจกรรมต่างๆ จึงเป็นเพียงสื่อที่ให้ชุมชนได้เรียนรู้ แลกเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆ ต้องเน้นที่การเรียนรู้ (Learning Process) มากกว่าผลงานของกิจกรรม (Product) รูปแบบการทำงานต่างๆ ก็มีฐานะเป็นกระบวนการเรียนรู้ เพราะถึงแม้จะดำเนินกิจกรรมทุกอย่างในหมู่บ้าน ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าชาวบ้านจะสามารถแก้ปัญหาเองได้ หากชุมชนดำเนินกิจกรรมตามที่เจ้าหน้าที่สั่งให้ทำโดยไม่ได้เรียนรู้ปัญหาของตนเองและมีจิตสำนึกที่จะแก้ปัญหาด้วยตนเอง หากแต่การสร้างและพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้มีประสิทธิภาพ คือรากฐานสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน โครงการต่างๆ ที่ถูกคิดขึ้น มีเนื้อหาและลักษณะเด่นที่แตกต่างกันไป สามารถนำไปใช้ในการศึกษา พัฒนาศักยภาพของชุมชนในแง่มุมต่างๆ ตามความเหมาะสมของปัญหา โดยเริ่มจากปัญหาที่ดำรงอยู่และสามารถนำวิธีหรือโครงการที่มีอยู่เอื้อมาใช้ตามลักษณะเด่น เพื่อแก้ปัญหาภายใต้สถานการณ์เฉพาะได้เป็นอย่างดีสอดคล้องอย่างมีพลวัต (dynamic) โดยไม่ขัดแย้งกับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529, หน้า 5-9)

โดยสรุป การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรูปแบบนั้นเป็นการมีส่วนร่วมแบบบังคับ ถือเป็นการมีส่วนร่วมภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ ตามความหมายของคณา สหประชาชาติ เว้นแต่ว่าเมื่อเจ้าหน้าที่ในส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีหน้าที่ในการปฏิบัติงานจะมี แนวความคิดที่สามารถสกัดหลุดจากตำแหน่งหน้าที่ในฐานะรัฐ และมองการมีสุขภาพช่องปาก ของเด็กนักเรียนว่าเป็นปัญหาของชุมชน ในฐานะที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และพยายาม กระตุ้นให้กลุ่มต่างๆ ของชุมชนหรือบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถในชุมชน มาร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเป็นกรรมการและทำทุกวิถีทางโดยผ่านความเห็นชอบจากกลุ่มคนของชุมชน เพื่อแก้ไข ปัญหาของเด็กนักเรียน (ซึ่งอาจมีวิถีภาวะน้อยกว่าที่จะดูแลตนเองได้) ในชุมชน เมื่อนั้นการ ดำเนินงานของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จึงจะดำเนินไปสู่ เป้าหมายตามหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยที่มีผลกระทบอย่างยิ่งอันเป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้เกิดการมีส่วนร่วมของ ชุมชนอย่างแท้จริงคือ การสั่งการให้ทำตามรูปแบบ วิธีการที่กำหนดจากเบื้องบน ที่ทำให้ชุมชน ไม่สามารถหารูปแบบหรือวิธีการอื่นที่เหมาะสมได้ และรวมถึงการประเมินผลงานที่เน้น รูปแบบการปฏิบัติงานรวมถึงผลงานเชิงปริมาณเป็นส่วนมาก แต่ไม่ได้ประเมินในส่วนของ กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน การประเมินรูปแบบปฏิบัติย่อมไม่สามารถประเมินได้อย่าง มีประสิทธิภาพ เนื่องจากพื้นฐานของความต่างของพื้นที่ ซึ่งถือเป็นเสมือนกลุ่มตัวอย่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรในกลุ่มเดียวกัน การประเมินย่อมล้มเหลว ในการแสดงผลที่ได้ ในเชิงเปรียบเทียบกัน

การนำเสนอรูปแบบที่แตกต่างกันของการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ หรือรูปแบบ อื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จแล้วในชุมชนอื่น และสนับสนุนรูปแบบเหล่านั้นให้เป็นทางเลือก สำหรับชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการเลือกรูปแบบที่เหมาะสมต่อชุมชนของตน ตลอดจน การสั่งการ รวมถึงการประเมินผลที่เน้นการเรียนรู้ของชุมชน น่าจะเป็นวิธีที่จะทำให้โครงการ บรรลุถึงกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน

1.2 การวิเคราะห์กลวิธีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

ตามความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน (ไพจิตร ปวะบุตร, 2537, หน้า 5-6) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมนั้นมีความหมายถึงเป็นเทคนิคที่ชุมชนคิดค้นขึ้นเองหรือเป็นเทคนิค ที่ชุมชนรับมาปฏิบัติได้เป็นจริง เหมาะสมกับชุมชนและสภาพปัญหาที่เผชิญอยู่ อาจเป็นเทคนิค ที่ชุมชนคิดเอง อาจเป็นเทคนิคที่นำเข้ามาจากนักวิชาการ หรือมีการถ่ายทอดเรียนรู้กันเองระหว่าง ชุมชนในเทคนิควิธีการต่างๆ โดยอาศัยเทคนิคที่มีอยู่ เทคนิคดังกล่าวต้องมีพื้นฐานอยู่บนความง่าย

ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้เหมาะสมกับปัญหา ประหยัดหรือมีราคาถูก มีความยืดหยุ่น สามารถปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและ สิ่งแวดล้อมได้ และสิ่งสำคัญต้องมีผลต่อการแก้ไขปัญหาโดยตรง สามารถป้องกันโรคและปัญหา ไม่ให้เกิดขึ้น

โดยความหมายของการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมนั้น นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว สิ่งที่สำคัญที่สุดคือพื้นฐานของหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ที่จะมากำกับในความหมายของคำว่า “เหมาะสม” ของเทคโนโลยี คือ การพึ่งตนเองของชุมชน วิธีการใดๆ ก็ตามที่จะใช้กับชุมชนนั้น มีความจำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของการพึ่งตนเอง โดยชุมชนสามารถกำจัดปัญหาที่สาเหตุที่แท้จริง ของปัญหาหรือการแก้ปัญหาปลายเหตุเมื่อสุดวิสัยก็ตาม แต่การแก้ปัญหานั้นต้องเป็นการแก้ไข ด้วยตนเองเป็นหลัก และหากขนาดปัญหาใหญ่มากจนชุมชนไม่สามารถแก้ไขได้ จึงขอความช่วยเหลือจากรัฐ หน่วยงานภายนอกชุมชน หรือบุคคลอื่น และที่สำคัญต้องไม่สร้างปัญหาใหม่ๆ เพิ่มขึ้น

ในการวิเคราะห์โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา นั้น เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ สามารถแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ดัชนีเกณฑ์การตรวจและ ระบบเฝ้าระวังรวมถึงระบบรายงาน ซึ่งทั้ง 2 ส่วนเป็นเทคนิคที่ชุมชนรับมาปฏิบัติโดยเป็น วิธีที่เป็นวิชาการ ซึ่งคิดค้นขึ้นจากหน่วยงานส่วนกลาง เป็นเทคนิคที่เกิดขึ้นเนื่องจากความ ตระหนักในปัญหาสุขภาพช่องปากจากมุมมองปัญหาในระดับชาติคือ โรคฟันผุและโรค เหงือกอักเสบ แล้วจึงใช้วิธีแก้ปัญหามาหลักวิชาการมาสู่การแก้ไขเชิงปฏิบัติที่มีอยู่ก่อนการ เกิดขึ้นของโครงการฯ คือการแปรงฟัน การชุคหินน้ำลายด้วยบุคลากรของรัฐ ซึ่งบริการอยู่ภาย ในชุมชน และสุดท้ายคือหากมีความจำเป็นก็สามารถรับบริการจากทันตบุคลากรในโรงพยาบาล จากนั้นจึงมีการคิดหารูปแบบโดยประยุกต์จากระบบเฝ้าระวังและรวมถึงการเกิดขึ้นของดัชนี ที่ใช้ในโครงการฯ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อการวิเคราะห์ถึงกลวิธีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมใน การแก้ไขปัญหาในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ผู้วิเคราะห์จะใช้ ดัชนีตรวจสุขภาพช่องปากในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพเป็นตัวแทนของเทคโนโลยี ที่เหมาะสม โดยจะพิจารณาวิเคราะห์ดัชนีนี้ผ่านกระบวนการ 6 ประการคือ (ไพจิตร ปวะบุตร, 2537, หน้า 5-6)

1. เป็นเทคนิคที่ชุมชนคิดค้นขึ้นเองหรือเป็นเทคนิคที่ชุมชนรับมาปฏิบัติได้เป็นจริง ตามที่ควรเป็นเพื่อสอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ความหมายของหัวข้อนี้ควรหมายถึง

กระบวนการต่อจากการที่ชุมชนร่วมค้นหา และตระหนักถึงปัญหาที่มีอยู่แล้ว จึงเลือกเทคนิคที่มีอยู่ หรือมีผู้คิดค้นไว้แล้วนำมาเพื่อแก้ปัญหา หากไม่มีผู้คิดไว้ก่อนหรือมีรูปแบบอื่นที่พิจารณาแล้วว่า ไม่เหมาะสมกับชุมชนของตนเอง ชุมชนนั้นจึงได้ใช้ภูมิปัญญาที่มีอยู่ในการหาทางออกของปัญหา ประกอบร่วมกับสังคมและวัฒนธรรมหรือความเชื่อที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อหาวิธีที่สอดคล้องกับ วิถีชีวิต ที่สามารถปฏิบัติได้จริง กล่าวคือหน้าที่ของหน่วยงานวิชาการที่มีอยู่ต้องทำหน้าที่ โดยการ มาร่วมคิด ร่วมหาทางเลือกให้ในฐานะที่ปรึกษา เพื่อเสนอทางเลือกให้หลากหลาย และชุมชนเป็นผู้เลือกกระบวนการที่ชุมชนเห็นสมควร ไม่ใช่ทางเลือกที่เหมาะสมแก่ชุมชนในมุมมองของ นักวิชาการ

2. มีการถ่ายทอดเรียนรู้กันเองระหว่างชุมชนในเทคนิควิธีการต่างๆ โดยอาศัยเทคนิคที่มีอยู่ ตามความหมายควรหมายถึง เมื่อชุมชนหนึ่งเกิดปัญหาขึ้นทางเลือกที่ง่ายที่สุดคือ การหาความรู้จากหมู่บ้านใกล้เคียงที่มีสภาพวัฒนธรรม สังคมและความเชื่อที่ไม่แตกต่างกันมากนัก และเรียนรู้จากชุมชนใกล้เคียงหรือนำรูปแบบที่สำเร็จในชุมชนอื่น มาประยุกต์ให้เข้ากับสภาพสังคมของชุมชนเอง หรือกรณีที่มีวิธีการของตนเองอยู่แล้ว การเรียนรู้จากชุมชนอื่นเป็นการพัฒนาวิธีการให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ต้องมีพื้นฐานอยู่บนความง่าย ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ การเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมของชุมชนนั้น เกิดขึ้นภายหลังจากชุมชนเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาตนเอง ต้องเป็นเทคโนโลยีที่ ชุมชนสามารถเข้าใจถึงหลักการสำคัญของขบวนการ ที่ทำให้บรรล วัตถุประสงค์ และสามารถแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาจากเครื่องมือขึ้น ชุมชนต้องสามารถแก้ไข ซ่อมแซม หรือเข้าใจกลไก เพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นได้ในเบื้องต้นด้วยตนเองภายในชุมชน หรือสามารถประยุกต์ต่อหรือเปลี่ยนเมื่อเทคโนโลยีที่เลือกไม่เหมาะสมต่อการใช้ในชุมชนอีกต่อไป ตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป

4. นำมาใช้ประโยชน์ได้ ประหยัด ราคาถูก การใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง และต้อง พึ่งพาภายนอกมากเกินไป จะเป็นการทำลายการพึ่งตนเองได้ของชุมชน ดังนั้นในที่นี้ จึงหมายความว่า รวมถึง การที่ชุมชนไม่รู้สึกรว่าเทคโนโลยีที่ตน ใช้อยู่ เป็นภาระหรือยุ่งยากเกินกว่าที่ตนเองจะจัดการ ทั้งในแง่เศรษฐกิจ การบริหารจัดการ ผลที่ได้จากการใช้เทคโนโลยีนั้น และที่สำคัญชุมชนต้องมีความรู้สึกคุ้มค่าต่อการลงทุนด้วย

5. ยืดหยุ่น ปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ เทคโนโลยีที่ใช้ ในการแก้ไขปัญหา ทั้งจากการคิดขึ้นเองและจากการรับเข้ามาใช้ในชุมชน ในฐานะเป็นเครื่องมือ ในการแก้ไขปัญหของชุมชน ต้องสามารถ ปรับได้ตามสภาพปัญหาของชุมชนที่แตกต่างกัน

ไม่ใช่รูปแบบที่ตายตัว รวมถึงเมื่อนำไปใช้ชุมชนไม่รู้สึกรถึงความแปลกแยกหรือก่อปัญหาในเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม

6. ต้องมีผลต่อการแก้ไขปัญห โดยตรง การใช้เทคโนโลยีมีวัตถุประสงค์ไม่เพียงแก้ไขปัญหาได้เท่านั้น แต่หมายถึงการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลด้วย

สำหรับดัชนีที่ใช้ในการตรวจเพื่อชี้สถานะช่องปาก อันเป็นเทคโนโลยีที่ใช้ในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ตามกระบวนการได้ดังนี้

1. เป็นเทคนิคที่ชุมชนคิดค้นขึ้นเอง ดัชนีของการเฝ้าระวังฯ เป็นเทคนิคที่ชุมชนไม่ได้คิดค้นเอง แต่เป็นเทคนิคที่ชุมชนรับมาจากภายนอกโดยนำมาปฏิบัติกับชุมชน เป็นดัชนีที่คิดค้นขึ้นโดยทันตบุคลากร ซึ่งการนำมาปฏิบัตินั้นก็ก่อให้เกิดความสงสัยต่อ “ผลการตรวจของครู” ตามที่มีผู้ทำวิจัยไว้มากมาย เช่น จันทนา อึ้งชูศักดิ์และศรีสุดา ถิระศิธร (2534) วรณศรี แก้วปิ่นดา (2532) ส่วนแต่ตั้งคำถามถึงความเชื่อถือได้ของผลการตรวจช่องปากโดยครู และดัชนีนี้มีจุดอ่อนอยู่คือการคิดค้นเพื่อแก้ไขปัญหาระดับชาติคือ ฟันผุและเหงือกอักเสบ แต่สำหรับบางชุมชนปัญหาอาจต่างไป เช่น อาจมีปัญหาฟันตกกระ เป็นปัญหาหลักของชุมชน ซึ่งไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ตามดัชนีที่ใช้ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่สั่งการมา และใช้เหมือนกันทั่วประเทศ เพื่อประโยชน์ในการประเมินในภาพรวม

ดัชนีไม่ได้เอื้อต่อการใช้ภูมิปัญญาหรือความเชื่อของชุมชนในการปรับดัชนีให้เหมาะสมเนื่องจากการกำกับด้วยการด้วยรายงานงวดที่ต้องส่งเป็นประจำ

2. มีการถ่ายทอดเรียนรู้กันเองระหว่างชุมชนในเทคนิควิธีการต่างๆ โดยอาศัยเทคนิคที่มีอยู่ในช่วงต้นของโครงการฯ ได้มีการถ่ายทอดในรูปแบบเบื้องต้นจากกองทันตสาธารณสุขหน่วยงานปฏิบัติ ในระหว่างเริ่มดำเนินโครงการฯ 3 ปีติดต่อกัน ซึ่งถือเป็นการนำเข้าเทคโนโลยีโดยการสั่งการให้ปฏิบัติทั่วประเทศ ไม่จัดเป็นการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างชุมชน การถ่ายทอดเทคโนโลยีองค์ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างชุมชนที่สามารถหาได้ในรูปเอกสาร เช่น งานของวรพันธ์ ลิ้มสินทรโรภาส (2539) และสุณี ผลศิเยี่ยม (2540) ที่พยายามปรับเกณฑ์การตรวจของดัชนีให้มีประสิทธิภาพเอื้อต่อการทำงานมากยิ่งขึ้น ในส่วนการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างการพบปะพูดคุยระหว่างทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการในระดับอำเภอ และระดับจังหวัดเชื่อว่า มีเพียงแต่ไม่มีหลักฐานที่เป็นเอกสารแสดง

โดยสรุปมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างชุมชนอันหมายถึงผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ซึ่งก็คือทันตบุคลากร เพื่อเรียนรู้ร่วมกันตามที่พบบ้างในเอกสารและเชื่อว่าส่วนใหญ่ของการ

ถ่ายทอดจะอยู่ในรูปแบบของการพูดคุยระหว่างการประชุม การดูงาน แต่ไม่มีการพิมพ์เป็นเอกสารเชิงประจักษ์เท่าที่เกิเกิดขึ้นจริง และโดยการกำกับของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ไม่ได้เอื้อต่อการปรับแต่งดัชนีที่ใช้ให้เหมาะกับชุมชน แต่การถ่ายทอดเทคโนโลยีเรียนรู้กันเองระหว่างชุมชน อันหมายถึงโรงเรียนหรือหมู่บ้าน ยังไม่สามารถพบได้ เพราะเงื่อนไขของการพัฒนาโครงการใฝ่ระวิงทางทันตสุขภาพจากหน่วยงานส่วนกลางสู่ผู้ปฏิบัติเป็นลักษณะของการสั่งการตามระบบราชการ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้จึงหยุดอยู่แค่ทันตบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

3. ต้องมีพื้นฐานอยู่บนความง่าย ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจ มีเอกสารหลายชิ้นที่บ่งชี้ถึงดัชนีการตรวจ ยากทั้งการปฏิบัติและการทำความเข้าใจ เช่น ปิยะดา ประเสริฐสม (2540) สิริเพ็ญ อรุณประพันธ์และรัชณี ลิ้มสวัสดิ์ (2534) ชี้ให้เห็นถึงดัชนียากเกินกว่าขอบเขตและกำลังของชุมชนจะเข้าใจ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการที่ชุมชนบางแห่งยังไม่ตระหนักในปัญหาแต่ต้องปฏิบัติหน้าที่ ชุมชนบางแห่งอาจไม่เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของดัชนี หรือดัชนีที่ใช้ อาจไม่เหมาะสมกับชุมชนนั้น ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผลเสียที่เกิดขึ้นย่อมตกแก่โครงการใฝ่ระวิงทางทันตสุขภาพของชุมชนนั้น และมีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุวัตถุประสงค์ เนื่องจากกระบวนการไม่สอดคล้องกับกลวิธีหลัก

4. นำมาใช้ประโยชน์ได้ ประหยัด ราคาถูก ผลการตรวจสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ โดยใช้แบ่งกลุ่มเพื่อให้เด็กได้มีการแปร่งฟันและรับการดูแลอย่างใกล้ชิดตามระบบ แต่มีข้อจำกัดของดัชนี ตัวอย่างเช่น ในกรณีเด็กนักเรียนประถมปีคนหนึ่ง เมื่อตรวจในช่องปากพบฟันถาวรในช่องปากไม่มีการผุ (เนื่องจากไม่มีฟันถาวร) และไม่มีเหงือกอักเสบหรือถุงหนอง (เนื่องจากฟันน้ำนมผุหมดทั้งปากเหลือเพียงคอฟันที่ไม่อักเสบและไม่แทงเหงือกเป็นแผล) ผลการตรวจสุขภาพช่องปากคือ ไม่มีฟันผุ ไม่มีเหงือกอักเสบ และควรแปร่งฟันในกลุ่ม ก. เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กอีกคนหนึ่ง ไม่มีฟันผุทั้งฟันถาวรและฟันน้ำนม แต่มีฟันถาวรเพิ่งขึ้นใหม่ โดยฟันน้ำนมยังไม่หลุด ผลการตรวจคือ เด็กมีคะแนน 7 ระดับ จ. สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ แจ้งผู้ปกครองและส่งต่อเพื่อรับการรักษาและแปร่งฟันหลังอาหารกลางวัน โดยครูประจำชั้นดูแลอย่างใกล้ชิด ร่วมกับเด็กที่มีภาวะเหงือกอักเสบทั้งปาก จะเห็นได้ว่าผลการตรวจที่ไม่เอื้อต่อการแยกแยะเด็กที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาออกจากกัน รวมถึงการตรวจนำเด็กที่มีสุขภาพช่องปากโดยรวมดี มาจัดกลุ่มร่วมกับเด็กที่มีปัญหา สะท้อนให้เห็นถึงการใช้ประโยชน์จากดัชนีที่ค่อนข้างน้อย และรวมถึงดัชนีที่ไม่ชี้วัดโรคหรือมีความไม่ชัดเจนในการชี้ถึงความจำเป็นในการรักษา ทำให้ไม่สามารถกำหนดผู้ที่รับผิดชอบในการรักษาได้อย่างชัดเจนว่า ลักษณะในช่องปากอย่างไร เป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย และลักษณะอย่างไรต้องการการรักษาจากทันตบุคลากร (วรพันธ์ สนิทโรภาส, 2539)

และการที่ชุมชนบางแห่งที่ไม่เข้าใจถึงปัญหา ย่อมรู้สึกว่าการตรวจช่องปาก เป็นภาระงานของตนที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความล้มเหลวของระบบรองรับการเฝ้าระวังที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนบางแห่ง ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลกระทบต่อระบบการตรวจช่องปาก และชี้ถึงกลวิธีที่ใช้ไม่ประสบผลตามที่ตั้งไว้ในบางชุมชน ทำให้โครงการเฝ้าระวังในชุมชนบางแห่งเคลื่อนออกจากหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

5. ยืดหยุ่น ปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ เนื่องจากผลการตรวจช่องปากโดยครู ถูกกำกับด้วยการส่งรายงานงวด ดังนั้นการที่ผู้ปฏิบัติจะนำไปประยุกต์เพื่อให้เหมาะสมกับพื้นที่ จึงไม่สามารถปรับให้เหมาะสมกับชุมชนได้ ประกอบกับการกำกับงาน เช่น รายงาน 402. ต้องการข้อมูลเด็กที่มีปัญหา ค + ง + จ หรือ เกณฑ์การให้คะแนนการประกวดโรงเรียนดีเด่นเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ ที่มีคะแนนสำหรับช่วงเวลาที่ใช้ตรวจช่องปาก ต้องอยู่ในช่วงเดือนที่กำหนด รวมถึงความครบถ้วนของรายงานต่างๆ

การประกวดโรงเรียนดีเด่นฯ แม้จะเป็นช่วงสั้นๆ แต่เป็นช่วงริเริ่มของโครงการฯ ที่ชุมชนจะหารูปแบบที่เหมาะสม หรืออาจอยู่ในช่วงการปรับระบบให้เหมาะสมกับชุมชน ทำให้เกิดข้อสงสัยกับ ความยืดหยุ่น และสามารถปรับให้เหมาะสมของโครงการฯ

6. ต้องมีผลต่อการแก้ไขปัญหาโดยตรง รูปแบบดัชนีการตรวจ ไม่สามารถชี้ถึงระดับความจำเป็นของการรักษา แต่ในระดับการแยกกลุ่มเพื่อดูแลการแปร่งฟันอย่างใกล้ชิด ถือว่ามีผลต่อการแก้ไขปัญหาโดยตรงในการปรับปรุงสภาพช่องปาก เนื่องจากแม้เกิดความคิดพลาดในการจัดกลุ่มเด็กนักเรียนแต่ไม่เกิดผลเสียหายมากนัก โดยภาพรวม

เทคโนโลยีของโครงการเฝ้าระวังที่วิเคราะห์คือ ดัชนีที่ใช้ในการตรวจเพื่อชี้สถานะสุขภาพช่องปาก เกิดขึ้นจากนักวิชาการโดยผ่านการวิจัย ด้วยมุมมองของวิชาชีพเป็นหลักในการกำหนดปัญหาและการใช้มุมมองปัญหาสุขภาพช่องปากของประเทศเป็นตัวแทนปัญหาของชุมชน นับเป็นความห่างไกลจากหลักการสาธารณสุขมูลฐานอย่างยิ่ง แม้ดัชนีที่ได้ออกมาจะสามารถสะท้อนถึงปัญหาของชุมชนส่วนใหญ่ได้ แต่ไม่สามารถระบุความสำคัญของปัญหาของทุกชุมชนที่แตกต่างกันได้ รวมถึงเทคโนโลยีที่ใช้โดยหลักการควรจะเป็นสิ่งที่ตามมาภายหลังจากชุมชนตระหนักในปัญหา และชุมชนเป็นผู้เลือกรูปแบบที่ชุมชนเห็นเหมาะสม แต่ในทางปฏิบัติมีรูปแบบเพียงอย่างเดียวทำให้ไม่มีโอกาสเลือกในรูปแบบอื่น หรือในทางกลับกันคือ การกำหนดปัญหาของชุมชนและแนวทางการแก้ไขได้ถูกเลือกจากมุมมองของนักวิชาการ

จากเอกสารที่ปรากฏพบว่า ในระหว่างการวิจัยการจัดระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพได้มีขั้นตอนการทดสอบความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ในโรงเรียนประถมศึกษา และการจัดระบบรองรับการแก้ไขปัญหา โดยทดลองทำในพื้นที่ดำเนินการ 2 เดือนจึงประเมินผล หากเปรียบเทียบกับกระบวนการผลิตยา ขั้นตอนนี้เปรียบได้กับการทดสอบ efficacy ของยาเท่านั้น คือการทดสอบว่า ยามีผลสามารถจัดการต่อโรคร้ายได้ภาวะควบคุมหรือไม่ (can it work?) แต่การจะนำยามาใช้จริงจำเป็นต้องทดสอบ efficiency ด้วย คือการนำมาทดลองใช้ในสภาวะจริงๆ เป็นจำนวนมากพอก่อนสรุปผล (does it work in the real situation ?) เช่นเดียวกับโครงการต่างๆ ที่ควรทดลองนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่บางส่วน ทำการวัดและประเมินผลให้แน่นอนก่อน แต่สิ่งที่ปรากฏคือเมื่อได้ผลวิจัย ทางส่วนกลางนำผลที่ได้คือรูปแบบ (package) ตั้งการให้ปฏิบัติทั่วประเทศคล้ายกับนำสารเคมีที่ยังไม่ผ่านกระบวนการตรวจสอบที่ดี ฉีดเข้าในร่างกายหรือชุมชน ผลลัพธ์ย่อมพอเป็นที่คาดเดาได้ หากพิจารณาเปรียบเทียบกับ โครงการในงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการตั้งการให้ทดลองทำในพื้นที่บางส่วนก่อนเพื่อปรับโครงการ แล้วจึงค่อยเพิ่มความครอบคลุมน่าจะเหมาะสมในทางปฏิบัติกว่า

เมื่อพิจารณาวัตถุประสงค์ของดัชนี ที่มีเป้าหมาย 2 ส่วนที่รวมกันอยู่อาจมองได้ว่าไม่ชัดเจน เพราะมีความละเอียดของเป้าหมายต่างกัน คือเป้าหมายเพื่อแยกกลุ่มเด็กในการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพ และเป้าหมายที่จะคัดกรองเด็กที่ต้องการการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งหากเป้าหมายกำหนดว่า มีเพื่อให้ครูได้ใช้ในการตรวจ ได้รับทราบและตระหนักถึงปัญหาในช่องปาก และร่วมแก้ไข โดยพิจารณาจากผลการตรวจช่องปากเด็กนักเรียน วัตถุประสงค์เพื่อให้ครูตระหนักน่าจะบรรลุ เพราะเชื่อว่าเพียงครูได้ตรวจเด็ก ย่อมทราบถึงปัญหาช่องปากจากการตรวจ การที่ครูแบ่งเด็กนักเรียนออกเป็นกลุ่มๆ เพื่อให้แปร่งฟัน แม้มีการแบ่งผิดพลาดบ้าง ไม่น่าจะก่อให้เกิดความเสียหายนัก หากครูตระหนักถึงปัญหาร่วมกับศึกษาเกณฑ์การตรวจและมีการจัดการด้วยตนเอง เช่น มีการตรวจซ้ำมากกว่า 2 ครั้งต่อปี เพื่อจัดกลุ่มใหม่ให้มีความถูกต้องเหมาะสมกับสภาพช่องปากอยู่เสมอ อาจจะเป็นลักษณะที่กระตุ้นให้เด็กนักเรียนมีความกระตือรือร้นในการแปร่งฟันยิ่งขึ้น

แต่หากมุ่งวัตถุประสงค์ถึงการตรวจช่องปาก เพื่อคัดกรองเด็กที่ต้องการการรักษาโรคที่ปรากฏอยู่ในช่องปาก ซึ่งครูตรวจพบในเบื้องต้น ย่อมต้องการความถูกต้องและเชื่อถือได้ของการตรวจในระดับหนึ่ง ซึ่งหากในกรณีที่ทุกโรงเรียนในเขตรับผิดชอบตรวจช่องปากและส่งต่อผู้ช่วยให้กับสถานบริการ จะเกิดคำถามถึงความสามารถให้บริการอย่างครอบคลุมของสถานบริการ

ดัชนีการตรวจเป็นเทคโนโลยีที่เป็นต้นแบบที่ดี แต่ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติ (non-appropriate) เนื่องจากมีงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่า ครูเป็นผู้ตรวจมีค่าความเชื่อถือได้ต่ำ ในกรณีนี้ หากพิจารณาเทคโนโลยีที่นำมาใช้จะพบว่า เป็นการคิดขึ้นโดยมุมมองวิชาชีพคือ ทันตบุคลากร โดยคิดจากปัญหาสุขภาพช่องปากระดับประเทศคือ ฟันผุและเหงือกอักเสบ ไม่ได้เริ่มจากการเห็นปัญหาของครูหรือชุมชน มองปัญหาแบบแยกส่วน โดยเป็นการตรวจฟันผุโดยเน้นที่ฟันผุเป็นหลัก และมีการแยกแยะฟันผุจากฟันน้ำนมเป็นสิ่งที่ยุ่งยากเกินจำเป็นสำหรับครู ในสายตาประชาชนทั่วไปการเกิดฟันผุ ทั้งฟันผุและฟันน้ำนมเป็นการเกิดพยาธิสภาพที่เห็นได้ชัดเจน แต่ดัชนีการตรวจที่คิดขึ้นกลับเน้นถึงการตรวจฟันผุเพียงอย่างเดียว เป็นมุมมองที่สร้างความอึดอัดต่อสามัญสำนึกของครูอย่างยิ่ง และอาจกล่าวได้ว่าดัชนีการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นการนำเข้าของเทคโนโลยีที่แปลกแยกจากชุมชน และยากสำหรับชุมชน

1.3 วิเคราะห์กลวิธีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ (Re-oriented Basic Health Service)

ระบบบริการของรัฐ และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐจะต้องปรับเชื่อมต่อกับและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมายดังนี้

- 1.3.1 ต้องการให้เกิดการกระจายความครอบคลุมบริการให้ทั่วไป (Coverage)
- 1.3.2 กระจายทรัพยากรลงสู่ชุมชน (Resource Mobilization)
- 1.3.3 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (Referral System)

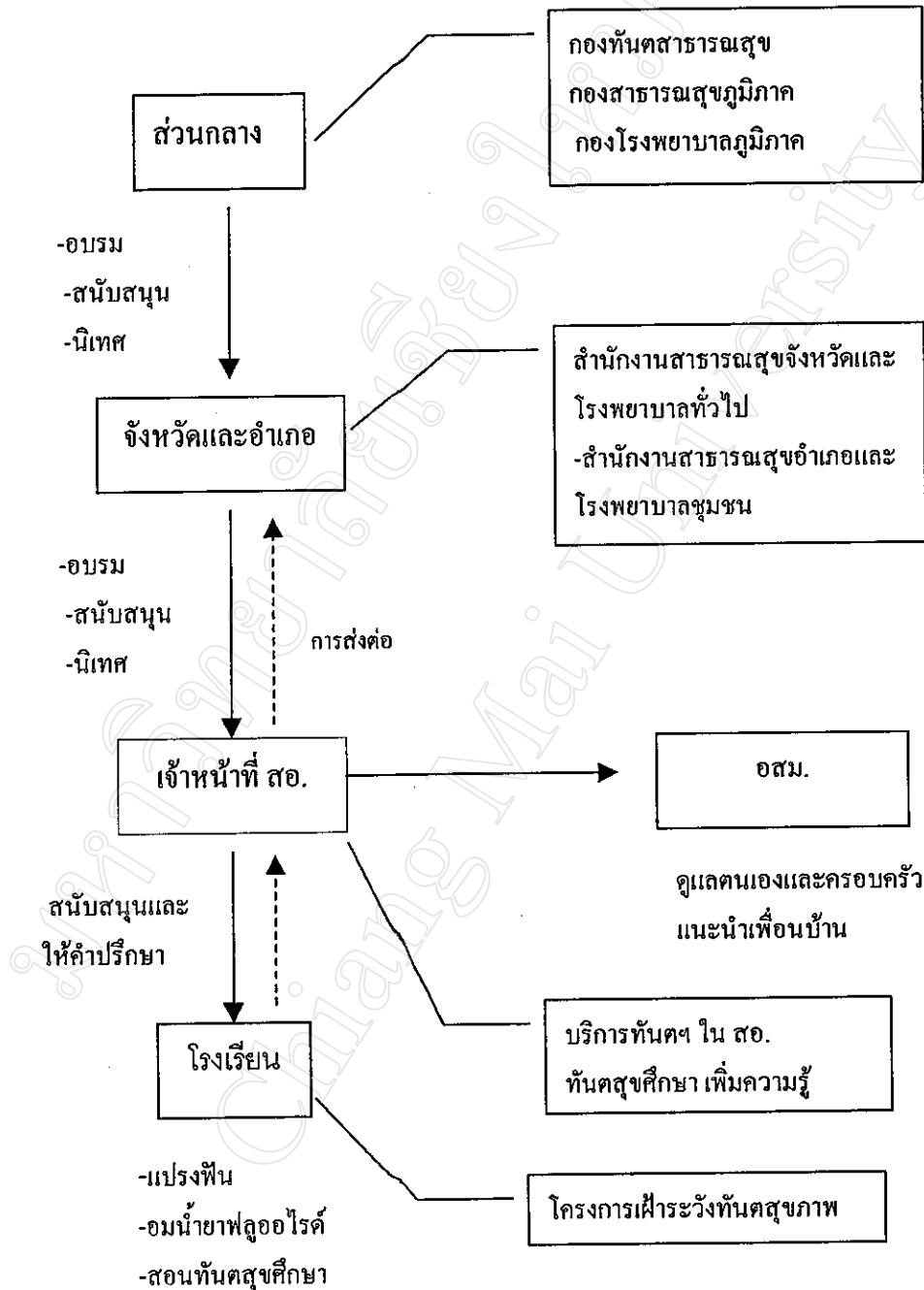
การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุข เนื่องจากระบบการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เป็นโครงการที่มีการเตรียมการตั้งแต่ปี 2528 โดยใช้รูปแบบคือ ครูตรวจช่องปากนักเรียนเพื่อค้นหาปัญหา พบปัญหา และแก้ไขโดยอาศัยระบบการส่งเสริมสุขภาพคือ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การอมน้ำยาฟลูออไรด์ การสอนทันตสุขภาพ ฯลฯ ในบางส่วนที่นักเรียนต้องการการรักษาเร่งด่วนที่ สถานีอนามัย ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งในชุมชนสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เพื่อกำจัดปัญหาส่วนหนึ่งให้เหลือเพียงส่วนที่ต้องให้ทันตบุคลากรจากภายนอกช่วย

หากพิจารณาถึงการจัดระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ถือได้ว่าเป็นการจัดระบบที่เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างดี (ดังแสดงในแผนภูมิ 3) ตามผังงานระบบบริหารและบริการจัดการที่มีอยู่ก่อน ระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพได้ผนวกเข้ากับกิจกรรมที่มีอยู่ในโรงเรียนในขณะนั้นคือ การอมน้ำยาฟลูออไรด์ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การสอนทันตสุขภาพ เมื่อผนวกโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียน

เข้าในลักษณะที่เพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานให้เพิ่มขึ้นคือ การแบ่งกลุ่มนักเรียนออกตามลักษณะความเสี่ยงต่อการเกิดโรค นักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะได้รับการสอนทันตสุขศึกษาเพิ่ม และมีการควบคุมการแปรงฟันอย่างใกล้ชิดตามขนาดของความเสี่ยง ในกลุ่มที่เสี่ยงมากจะได้รับการดูแลจากครูโดยตรง และกลุ่มรองลงมาที่ลดความเข้มงวดลง นับเป็นการแก้ปัญหาโดยเบื้องต้น

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

**แผนภูมิ 3 การจัดระบบงานทันตสาธารณสุขมูลฐาน ก่อนการจัดระบบเฟ้าระวังทาง
ทันตสุขภาพ**



ประยุกต์จาก เอกสารรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินผลงาน ทสสท.. สถาบันพัฒนาการ
สาธารณสุขอาเซียน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย หน้า 10

เมื่อเปรียบเทียบ ตามรูปแบบที่องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศในการค้นหารูปแบบการดำเนินการในชุมชน กับโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา (ตามบทที่ 4, หน้า 48) สิ่งที่สำคัญที่แตกต่างกันคือ การเตรียมชุมชนให้พร้อมก่อนดำเนินการ ในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา การเตรียมชุมชนมีน้อยเกินไปจึงมีความไม่เข้าใจระบบของครูต่อรูปแบบที่ให้ปฏิบัติงาน รวมถึงขาดกำลังคนในการรองรับระบบ ส่งผลให้ปัญหาการส่งต่อ และการไม่ได้รับบริการรักษา ทำให้ปัญหาที่พบจากการตรวจ ไม่ถูกกำจัด และความครอบคลุมที่ยังไม่สามารถชี้ถึงปัญหาที่ถูกกำจัดได้เช่น เด็กที่มีปัญหามิหรินน้ำลาย และฟันต้องถอน แต่ได้รับบริการเพียงขูดหินน้ำลายจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเพียงอย่างเดียว ถือได้ว่ามีความครอบคลุมแต่ไม่ชี้ถึงการหมดของปัญหา ในส่วนปัญหาที่ครูตรวจพบและไม่ได้รับการแก้ไข ทำให้เกิดคำถามต่อทางออกของการค้นหาปัญหา และส่งผลต่อความสนใจในการแก้ไขปัญหา ตามลำดับ

ในขณะที่หน่วยงานกำกับงานมุ่งเน้นปริมาณความครอบคลุม ทำให้หน่วยดำเนินการเกิดปัญหาการทำงานเพื่อให้ได้ทำงาน (มีรายงาน) รวมถึงการทำงานที่ผู้ปฏิบัติไม่ได้มุ่งถึง (หรือไม่เข้าใจ) วัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการทำงานคือกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน หรือปัญหาการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการ เนื่องจากการไม่ได้มีการเริ่มคิดค้นร่วมกัน หรือผู้ที่ทำงานเป็นผู้ที่ไม่มีความสนใจต่อการทำงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ฯลฯ ผลที่ได้คือการรายงานที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ หรือการสร้างข้อมูลเทียมเพื่อนำส่งให้มีรายงาน ดังนั้นเป้าหมายที่มีการประเมินที่เน้นความครอบคลุม ทั้งที่แนวทางควรจะเริ่มจากประสิทธิภาพของการทำงานของ ชุมชนแต่ละแห่ง โดยให้ความสำคัญกับความครอบคลุมลดลง แต่เน้นคุณภาพของงานมากขึ้น

การวิเคราะห์กลวิธีการกระจายทรัพยากรลงสู่ชุมชน (Resource Mobilization) โดยหลักการ การกระจายทรัพยากรลงสู่ชุมชนเพื่อ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529, หน้า 64)

1. รัฐแก้ปัญหาได้ตรงจุดตามแต่ละพื้นที่ซึ่งเป็น real need จริงๆ
2. ปัญหาบางอย่างที่ประชาชนแก้ได้เองประชาชนก็จะร่วมระดมทรัพยากรสนับสนุน
3. การกระจายทรัพยากรตามปัญหา เป็นส่วนหนึ่งของการกระจายความเป็นธรรมในสังคมขึ้น

4. การจัดสรรทรัพยากรตามปัญหา (problem oriented) ของทุกพื้นที่ ที่ประสบอยู่จริงๆ จะเป็นธรรมและตรงปัญหามากกว่า การจัดสรรตามพื้นที่ยากจน (area oriented)

จากหลักการจะเห็นได้ว่า การกระจายทรัพยากรลงสู่ชุมชน ทรัพยากรที่กระจายจะมีปริมาณมากหรือน้อยนั้น ไม่สำคัญเท่ากับทรัพยากรที่กระจายต้องตรงกับความต้องการของชุมชน จากเอกสารที่สามารถรวบรวมได้ชี้ถึงหน่วยงานกำกับงาน ได้มีการกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึง แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาขณะนั้นคือ บุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ผลของการขาดกำลังคนในช่วงเวลานั้นรวมถึงการสับเปลี่ยนหมุนเวียนของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ได้กระทบโดยตรงต่อการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) อย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

แต่ด้วยโครงการทันตแพทย์คู่สัญญาที่มีการกำหนดให้ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาในปี 2532 ต้องออกปฏิบัติงานในระบบราชการเป็นเวลา 3 ปี และโครงการเร่งผลิตบุคลากรเพิ่มที่บรรจุอยู่ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ได้ช่วยบรรเทาปัญหาต่างๆ ลงในเวลาต่อมา

สรุปรวมในประเด็นมีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุข โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ได้มีการเตรียมการจัดระบบเป็นอย่างดี เว้นแต่กรณีการขาดบุคลากรในช่วงต้นของโครงการฯ และได้รับการแก้ไขให้ลุล่วงไปในเวลาต่อมา

1.4 การวิเคราะห์กลวิธีการผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม (Intersectoral Collaboration)

แนวคิดที่สำคัญของการดำเนินงานในด้านนี้คือ การประสานงานเพื่อให้หน่วยงานอื่นทำงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้น ในลักษณะที่ส่งเสริมหรือสอดคล้องกับการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การประสานงานระหว่างสาขาเป็นไปได้ผลคือ ความสามารถในการวิเคราะห์ว่า การดำเนินการเรื่องอะไรของหน่วยงานใด ที่จะมีส่วนในการส่งเสริมการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

สำหรับโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา สามารถเห็นภาพของการผสมผสานงานทันตสาธารณสุขกับงานพัฒนาด้านอื่นๆ ในรูปของการประสานระหว่างหน่วยงานได้อย่างชัดเจนกล่าวคือ โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ จะเห็นภาพของความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านทันตสาธารณสุข ซึ่งมีกองทันตสาธารณสุขเป็นตัวแทน และหน่วยงานด้าน

การศึกษา ซึ่งมีสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติเป็นตัวแทน โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ จึงสามารถกระจายลงสู่โรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศได้อย่างรวดเร็ว

แต่ถ้าพิจารณาวิเคราะห์ถึงการผสมผสานงานทันตสาธารณสุขกับงานพัฒนาด้านอื่นๆ ในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ อาจจะกล่าวได้ว่า โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพเป็นโครงการเดียวที่ไม่สามารถผสมผสานกับงานสาธารณสุขอื่นๆ ในการดำเนินการระดับพื้นที่ ทำให้เกิดภาวะความรู้สึกของการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีนอนามัย

ในขณะที่ในโรงเรียนประถมศึกษา โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ก็ไม่สามารถผสมผสานกับงานด้านสุขภาพอื่นๆ ภายในโรงเรียนเช่น งานอนามัยโรงเรียน ซึ่งใช้ผู้นำนักเรียนเป็นแกนหลัก แต่โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพมีครูอนามัยเป็นแกนหลัก จึงเป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นของครูอนามัย

โดยสรุป โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาเป็นโครงการที่ไม่สามารถผสมผสานกับงานสุขภาพอื่นๆ แทบทุกระดับ เป็นโครงการที่แปลกแยกโดดเดี่ยวจากงานสุขภาพอื่นๆ จึงทำให้เกิดภาวะความรู้สึกของภาระงานที่ถูกทำให้เพิ่มขึ้นจากปกติของผู้ปฏิบัติงานแทบทุกระดับ

ส่วนที่สอง การวิเคราะห์การนำรูปแบบโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพมาสู่แนวทางการปฏิบัติ ทั่วประเทศ

“การสาธารณสุขมีความผิดพลาดตรงที่ ประเมินประชาชนผิดไป และไม่เข้าใจว่า สาธารณสุขกับความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนในชุมชน มีความสัมพันธ์และ โกลัซติดกันอย่างไม่ออก” (Polgar Steven, 1962, p. 159)

การนำรูปแบบโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพที่ได้มาจากการทดสอบวิจัยของผู้ริเริ่ม และด้วยการประสานงานร่วมมือกับสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (สพช.) จึงทำให้โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ได้ถูกนำมาใช้ในโรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศ อาจจะนับได้ว่าเป็นความสำเร็จของหน่วยงานผู้ริเริ่มโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ คือกองทันตสุขภาพสาธารณสุขที่ได้ผลักดันให้โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพเข้าสู่หน่วยงาน ด้านศึกษาเป็นการผสมผสานระหว่างหน่วยงานต่างกระทรวง อย่างไรก็ตามหลังจากที่โครงการ เฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ได้มีการพัฒนาและอาจกล่าวได้ว่าครอบคลุม ทั่วประเทศ (ครอบคลุมในรูปแบบ) จึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้และ พัฒนา ผู้วิเคราะห์จะใช้กรอบความคิด Steven Polgar (1963) ที่กล่าวถึงโครงการสุขภาพ (health programe) ทั้งหลายล้วนแล้วแต่สามารถอธิบายได้ด้วย four fallacies ซึ่ง นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้ใช้คำว่า มิถนาทิจู 4 ของการดำเนินงานโครงการสุขภาพนั้นคือ โครงการ สาธารณสุขทั่วโลก เมื่อนำมาศึกษาวิเคราะห์จะพบว่ามีจุดบกพร่องหรือมีความคิดที่ผิด (fallacies = wrong idea) เหมือนๆ กันอยู่ 4 ข้อคือ

1. The Fallacy of Empty Vessel แผนงานสาธารณสุขทั่วโลกมีจุดบกพร่องเหมือนๆ กัน ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการมองชุมชนเป็นเหมือนภาชนะที่ว่างเปล่า ในชุมชนไม่มีการปฏิบัติใดๆ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยด้วยตัวชุมชนเอง ไม่มีองค์กรหลักใดๆ ในชุมชนเรื่องสุขภาพอนามัย แผนงานสาธารณสุขส่วนใหญ่ก็จะไปสอนชาวบ้าน ไปจัดตั้งสิ่งต่างๆ ขึ้นมาให้ชาวบ้าน หรือเอาความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ ไปบอกเขาด้วยความเชื่อที่ว่าพวกเขาไม่มีเทคโนโลยี หรือองค์ความรู้ใดๆ ในชุมชนมาก่อน ซึ่งแท้จริงแล้วในชุมชนมีสิ่งต่างๆ ที่เป็นวัฒนธรรมอยู่ ซึ่งได้แก่ หมอยา หมอนวด หมอตำแย ที่อยู่ในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลที่ชาวบ้านเคารพนับถือ แต่ทาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเราที่อยู่ในพื้นที่มัก ไม่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยกับบุคคลเหล่านี้ เป็นลักษณะ ต่างคนต่างอยู่ไม่เกี่ยวข้องกันซึ่งจริงๆ น่าจะได้มีการขอความร่วมมือ ความช่วยเหลือจากบุคคล

เหล่านี้ในการเสริมการทำงานของเราที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าเรายังขาดการเข้าไปศึกษา ส่งเสริมสิ่งที่มีอยู่แล้วในชุมชน

2. The Fallacy of Single Pyramid ซึ่งมีความถึงการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เรามักจะมองเห็นปิรามิดอยู่อันเดียว ซึ่งหมายถึง เห็นองค์กรชุมชนประเภทเดียวคือ ลักษณะที่เป็นทางการที่เราไปก่อตั้งขึ้น นึกถึง อสม./ ผู้ใหญ่บ้าน เท่านั้น ซึ่งจริงๆ ยังมีกลุ่มอื่นๆ อีกมากมาย เช่น ผู้นำพิธีต่างๆ ในหมู่บ้าน มักหาย ที่สามารถดำเนินการได้ดีกว่า สรุปก็คือ เรายังมองไม่เห็นองค์กรอื่นๆ ที่ไม่เป็นทางการ

3. The Fallacy of Separate Capsule แผนงานสาธารณสุขทั่วโลกมักมองว่า เรื่องสุขภาพอนามัยไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องอื่น มองแบบตัดตอนออกมาเป็นลักษณะแคปซูลอิสระ เช่น เรื่องโภชนาการกับปัญหาเด็กขาดสารอาหารในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับเหตุปัจจัยหลากหลาย แต่เรามองไปแค่ว่าวิธีการแก้ไขปัญหาก็คือ ชั่งน้ำหนักเด็ก ทำอาหารเสริมให้เด็กกิน อบรมให้โภชนาศึกษา ทั้งที่เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับเรื่องระบบอาหารของชุมชน เรื่องเศรษฐศาสตร์ การเมืองว่าด้วยการผลิตและกระจายอาหารของหมู่บ้าน เรื่องความมั่นคงทางระบบอาหารของชุมชน (Food Security) เรื่องระบบการผลิต การตลาด ซึ่งการจัดการของเรามักไม่สำเร็จ เพราะจริงๆ มันขาดการเชื่อมโยงกับมิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นการมองแยกส่วน นักการเกษตรก็สนใจ แต่เรื่องเกษตร นักสุขภาพก็สนใจแต่เรื่องสุขภาพ แต่ขาดการเชื่อมโยงกัน

4. The Fallacy of Interchangable เป็นความเชื่อผิดๆ ว่าแผนงาน/โครงการนำร่องต่างๆ ของงานสาธารณสุข เมื่อประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่งแล้วจะสามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นได้ เหมือน Syringe ทุกอันที่สามารถแยกชิ้นส่วนและประกอบใช้ด้วยกันได้หมด

ด้วยในความหมายของมิชชันนารี 4 นั้นเป็นการมองโครงการสาธารณสุข เพื่อหาความผิดพลาดจากการตั้งสมมุติฐานที่นำไปกำหนดแนวทาง ดังนั้นในฐานะที่โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เป็นโครงการทางสาธารณสุขหนึ่งที่ดำเนินการมายาวนาน ในการประชุมการประชุมโครงการฯ ในปี 2539 ซึ่งเป็นการประชุมครั้งล่าสุด ก็ยังไม่สามารถประเมินผลสัมฤทธิ์ได้ (กองทันตสาธารณสุข, 2540ก, หน้า 8) การศึกษานี้จึงได้นำมิชชันนารี 4 มาใช้ในการวิเคราะห์โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ เพื่อพิจารณาถึงสาเหตุของความผิดพลาดของการดำเนินโครงการฯ

จากการศึกษาโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จึงไม่เป็นการยากที่จะอธิบายเปรียบเทียบโครงการฯ ด้วยมุมมองของมิชฌาติฐิ 4 คือ

การที่ผู้เริ่มต้นโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ มองชุมชนเป็นเหมือนภาชนะที่ว่างเปล่า ที่ไม่มีการดูแลสุขภาพช่องปากมาก่อน โดยกำหนดให้ครูเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพช่องปากตามกลวิธีและรูปแบบที่ได้วิจัยมา โดยอาศัยการสั่งการให้เกิดปฏิบัติ ตามรูปแบบที่จัดเตรียมไว้ (package) มีเพียงรูปแบบเดียวที่กำหนดขั้นตอนปฏิบัติไว้ทุกอย่าง แต่ไม่ได้สนใจต่อการตั้งคำถามถึง วิธีการดูแลเด็กของชุมชนที่มีอยู่ก่อน ทั้งๆ ที่ชุมชนอาจมีการควบคุมการทำ ความสะอาดช่องปากด้วย ประเพณี หรือจารีตบางอย่างซึ่งชุมชนใช้ดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพอยู่ก่อนแล้ว แต่ถูกปฏิบัติเสมือนไม่เคยมีการดูแลใดๆ

การมองว่าชุมชนมีองค์กรประเภทเดียวที่ทำหน้าที่ คือโรงเรียนที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ครูเป็นผู้ดูแลชุมชน และเด็กนักเรียนที่อาศัยอยู่ร่วมกันในโรงเรียน มองไม่เห็นพ่อแม่ที่อยู่ดูแลเด็กที่บ้าน หรือส่วนอื่นๆ ของชุมชน กำหนดให้ผู้ตรวจฟันเด็กคือ ครู มุ่งเน้นจำเพาะเพียงองค์กรครู คือ ผู้ได้สิทธิในการตรวจฟันในทุกชุมชนทั่วประเทศ แม้ความเป็นจริงบางชุมชนอาจมีกระบวนการหรือบุคลากรอื่นที่มีความพร้อมในการทำงานตรวจฟัน หรือดูแลเด็กในการแปรงฟันให้สะอาดได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าครู แต่โครงการฯ ไม่เห็นในส่วนนี้

การมองแบบแยกส่วน เรื่องทันตสุขภาพไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องอื่น มองแบบตัดตอน ปัญหาโรคช่องปากออกมาเป็นลักษณะแคปซูลอิสระไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นของร่างกาย ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับเหตุปัจจัยหลากหลาย แต่มองแค่ปัญหาของช่องปากในระดับชาติคือ ฟันผุและเหงือกอักเสบเท่านั้น มองไม่เห็นแม้ฟันน้ำนมที่ผุอยู่ข้างๆ ฟันถาวรในปาก เมื่อตรวจตามเกณฑ์ของระบบไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเกิดฟันน้ำนมผุ (กองทันตสาธารณสุข, 2536, หน้า 44) และปัญหาอื่นๆ ของเด็กในชุมชน กระบวนการสั่งการเน้นให้ดูแลเพียงช่องปาก ในขณะที่กรม กองอื่นๆ ของกระทรวงสาธารณสุขก็มีกิจกรรมดำเนินการในโรงเรียนเช่นกัน เป็นผลทำให้ผู้ปฏิบัติคือ ครูต้องทำงานจำนวนมากเกี่ยวกับสาธารณสุข มีงานที่แยกส่วนออกมาในแต่ละงานมีรายงานที่แยกย่อยที่ต้องจัดการตามระบบที่สั่งการลงมา ที่มีวิธีการที่ต้องรายงานแตกต่างออกไป นับเป็นภาระต่อผู้ปฏิบัติ

การค้นสรุปว่าโครงการที่ประสบความสำเร็จในสถานที่แห่งหนึ่งจะสามารถนำไปปฏิบัติและประสบความสำเร็จได้เมื่อสิ่งแวดล้อม บริบทที่ล้อมรอบโครงการเปลี่ยนแปลงไปในสถานที่อีกแห่งหนึ่ง สำหรับโครงการเฝ้าระวังฯ ก็เช่นกันมีการทดลองทำวิจัยในพื้นที่หนึ่ง และวัดผลว่าประสบผลสำเร็จได้ และสั่งการลงปฏิบัติในทุกพื้นที่ของประเทศด้วยรูปแบบ

เดียวกัน เพื่อให้สามารถวัดผลการดำเนินงานด้วยวิธีเดียวกัน ที่เป็นมาตรฐานและคาดว่าจะประสบความสำเร็จโดยบรรลุเป้าหมาย

ภาพสรุปโดยรวมของมิจฉาทิฐิ 4 คือการมองตั้งคมหรือชุมชนโดยอาศัยทัศนะของวิชาชีพ (professional view) ซึ่งตรงกับที่ ราฟกินและคณะ (Rafkin et al 1988) ได้เสนอไว้ว่า

ปัจจัยที่ทำให้การสาธารณสุขมูลฐานล้มเหลวมีอยู่ 2 ประการคือ ความไม่ลึกซึ้งของผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขในการมองปัญหา และการหลีกเลี่ยงปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อให้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องจัดความต้องการตามที่ประชาชนสนใจ ในเนपालและหลายประเทศที่ละเลยภูมิปัญญาชาวบ้าน และปัจจัยทางวัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชน ถูกมองเสมือนความไม่รู้ ทั้งที่ควรจะผนวกให้เข้ากับหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

ที่มาของ มิจฉาทิฐิ 4 นั้นเป็นการสรุปความผิดพลาดของการมองปัญหา เปรียบเทียบได้กับการพยายามสมมุติตนเองว่าเป็นชาวบ้านที่ประสบปัญหา และหาทางแก้ไขปัญหาคด้วยวิธีการโดยอาศัยความรู้ของวิชาชีพ เป็นมุมมองที่คิดแทนชุมชนด้วยความปรารถนาดีอยากช่วยเหลือ จุดอ่อนของการคิดเช่นนี้คือ การมองและคิดจากมุมมองของตนเองเพื่อแก้ไขปัญหของชุมชนที่ตนไม่รู้จักร หรือไม่เข้าใจวิถีชาวบ้านอย่างที่บ้านเข้าใจ แต่ด้วยความเชื่อมั่น 3 ประการคือ เชื่อมั่นว่าตนปรารถนาดีที่จะแก้ไขปัญหให้กับชุมชนซึ่งความเชื่อมั่นนี้เป็นพื้นฐานของการพัฒนาชุมชน เชื่อมั่นว่าตนเข้าใจชุมชน รวมถึงมั่นใจในวิธีการแก้ไขปัญหว่ามีประสิทธิภาพ โครงการทางสาธารณสุขมากมายที่กระบวนการคิดแก้ปัญหาคด้วยวิธีนี้ ประสบความสำเร็จ เป็นเพราะภาพของชุมชนที่แท้จริงเหมือนหรือใกล้เคียงกับภาพของ “ชุมชน” ในมุมมองวิชาชีพ

แต่บางครั้งวิธีการที่คิดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาค ไม่เพียงล้มเหลว กลับสร้างปัญหาคที่ไม่คาดคิดหรือปัญหาคที่แก้ยากซับซ้อนกว่าเดิม แต่ไม่น่าประหลาดใจกับผลลัพธ์ที่ไม่ต้องการซึ่งเกิดขึ้น เนื่องจากสาเหตุคือ เมื่อภาพของ “ชุมชนที่แท้จริง” แตกต่างกับภาพของ “ชุมชน” ในมุมมองวิชาชีพ ย่อมกระทบต่อการเลือกวิธีในการแก้ปัญหาคที่ไม่ถูกต้องจริง

เมื่อเป็นดังนี้จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า ความพยายามคิดที่จะแก้ไขปัญหาคของชุมชนเกิดจากความปรารถนาดีต่อชุมชนเป็นสิ่งที่พึงกระทำ แต่ปัญหาคที่แท้จริงคือ ภาพของ “ชุมชน” ในมุมมองวิชาชีพ มีจำนวนน้อยแบบเกินไปเมื่อเทียบกับชุมชนที่มีอยู่จริง สิ่งที่ต้องเพิ่มเติมคือ

เพิ่มจำนวนภาพของ “ชุมชน” ให้มีหลากหลายรูปแบบเพื่อให้การแก้ปัญหาที่คิดเหมาะสมกับชุมชนแบบต่างๆ ประกอบกับเมื่อพิจารณาในภาพรวมของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตามมิจนาคิฐิ 4 จะพบว่า ข้อต่อของความผิดพลาดทั้งหมดอยู่ที่ “การสั่งการ” ที่มีอยู่ในระบบราชการ ไม่ได้อยู่ที่วิธีคิดแก้ปัญหาของชุมชน เพราะวิธีการที่แม้จะเป็นมิจนาคิฐิเพียงใดก็สามารถประสบความสำเร็จได้ หากการแก้ปัญหาบังเอิญเหมาะสมกับชุมชนนั้น

สำหรับโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เมื่อมีการสั่งการให้ปฏิบัติในพื้นที่แล้ว ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานนั้น ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จของโครงการไม่ได้ขึ้นอยู่กับการจัดคณะกรรมการระดับต่างๆ หรือจำนวนวันที่ใช้ในการอบรมครู แต่ควรขึ้นอยู่กับความเข้าใจปัญหาของชุมชนนั้นๆ โดยบุคคลในชุมชนอาจเป็น เจ้าหน้าที่รัฐ เช่น ครูหรือเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข หรืออาจเป็นชาวบ้าน หรือใครอื่นใดก็ได้ในชุมชนนั้น ที่ละวาง “รูปแบบที่สั่งการ” ลง และเริ่มจากการมองเห็นปัญหาของชุมชน รวมถึงวิธีการคิดและเข้าใจแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับชุมชน แล้วจึงนำรูปแบบที่สั่งการลงมาประยุกต์ให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชนตามวัตถุประสงค์ที่ “รูปแบบ” ต้องการ โครงการย่อมสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยหลักฐานคือชุมชนที่มีโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพจัดว่าประสบความสำเร็จทั้งหมดล้วนนำโครงการฯ เดิมมาประยุกต์ให้เข้ากับชุมชนทั้งสิ้น แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นของโครงการฯ คือ ในบางชุมชนรูปแบบที่แท้จริงของชุมชนแตกต่างจากรูปแบบชุมชนที่คิดขึ้นอย่างสิ้นเชิง อาจเนื่องด้วยปัจจัยต่างๆ แต่ส่งผลให้การปรับ หรือประยุกต์โครงการฯ ไม่สามารถกระทำได้เพราะอาจต้องใช้รูปแบบการดำเนินงานแบบอื่น ที่จะเหมาะสมกับ “ชุมชนที่แท้จริง” มากกว่า ทางออกที่เป็นทั้งสาเหตุของปัญหาที่ควรแก้ไขก็คือ “การสั่งการ” ที่ควรจะให้วิจรรณญาณและอำนาจวินิจฉัยแก่ผู้ปฏิบัติ ในการที่จะเลือกกระทำสิ่งที่เหมาะสมกว่าแก่ชุมชน การลด “การสั่งการ” ที่เป็นอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของชุมชนตามที่ เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง ได้กล่าวไว้ ซึ่งหมายถึงการกระจายอำนาจ ที่เป็นการสนับสนุนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง ตามความหมายของฉลาดชาย

สรุป โดยรวมของมิจนาคิฐิ 4 ที่ใช้ในการมองโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษานั้น แม้จะพลาดผิดในทางวิธีการคิดที่มีรูปแบบน้อยกว่าจะแก้ปัญหาของชุมชนที่มีหลากหลายรูปแบบได้ แต่ไม่เป็นข้อเสียหายนักเพราะการแก้ไขเพียงเพิ่มรูปแบบของ “ชุมชน” ในสายตาวิชาชีพ และใช้ความปรารถนาดีผนวกกับความรู้หลากหลายที่มี ย่อมสามารถหาทางออกของปัญหาของชุมชนในแต่ละแบบได้อย่างไม่ยากนัก วิธีการคือ เริ่มจากการกลับเข้าไป

หาชุมชน เพื่อศึกษาหารูปแบบที่แตกต่างจากชุมชนแบบเดิม ให้ “ภาพของชุมชน” ชัดเจนถูกต้องตรงจริง

แต่จุดสำคัญของปัญหาที่แท้จริงและสมควรแก้ไขคือ “การสั่งการ” อันแข็งทื่อของระบบราชการที่ควรปรับลดมาสู่การให้ชุมชนเป็นเจ้าของโครงการ หรือการให้ชุมชนพึ่งตนเอง นักวิชาการใช้ความรู้ในฐานะเป็นผู้สนับสนุน เสนอแนะให้ชุมชนเลือกทางแก้ของตนเอง ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน และสิ่งสำคัญที่สุดหลังจากชุมชนเลือกรูปแบบได้ประสบความสำเร็จแล้วคือ การเสนอรูปแบบที่ประสบความสำเร็จพร้อมทั้งอุปสรรคที่อาจเกิด เพื่อให้ชุมชนอื่นได้เรียนรู้ และไม่ทำสิ่งที่ผิดซ้ำกับที่ชุมชนค้นแบบเคยทำมาก่อน เพื่อการพัฒนาประเทศอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการทบทวนเอกสารที่ปรากฏอยู่ ซึ่งเป็นข้อมูลย้อนหลัง ดังนั้นข้อจำกัดส่วนหนึ่งจึงอยู่ที่ความครอบคลุมของเอกสารที่ใช้ในการค้นคว้า ยิ่งไปกว่านั้นอาจมีเหตุการณ์หรือข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ ซึ่งไม่ปรากฏในรูปเอกสาร ทำให้การศึกษานี้ไม่สามารถกล่าวถึง และข้อจำกัดที่สำคัญของการศึกษาครั้งนี้คือ การวิเคราะห์ข้อมูลผ่านทัศนะของผู้ศึกษาเพียงผู้เดียว จึงอาจทำให้ผลการศึกษาเป็นทัศนะค่อนข้างส่วนตัวของผู้ศึกษา ซึ่งอาจแก้ไขได้ด้วยการศึกษาเป็นคณะ และทำการรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมจากหลายแหล่ง จะทำให้ผลการศึกษาสะท้อนภาพได้ตรงกับความเป็นจริงยิ่งขึ้น

2. ดังที่ได้นำเสนอการวิเคราะห์ในภาพรวมพบว่า อุปสรรคสำคัญของโครงการเฟื่อาระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาคือ การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานอันมีสาเหตุมาจาก “การสั่งการ” และกรอบแนวคิดการดำเนินงานที่มีมุมมองต่อชุมชนและโรงเรียนแบบมีจลาทิจู 4 แม้ว่าฐานคติของโครงการเฟื่อาระวังทางทันตสุขภาพวางอยู่บนพื้นฐานหลักการสาธารณสุขมูลฐานอันเป็นหลักการที่ดี ดังนั้นการดำเนินโครงการเฟื่อาระวังทางทันตสุขภาพ หรือโครงการสุขภาพอื่นๆ ใดก็ตาม ควรต้องมีการทบทวนถึงกรอบความคิดควบคู่กับวิธีการอยู่ตลอดเวลา มิฉะนั้นการดำเนินงานสุขภาพจะค่อยๆ ห่างไกลจากกรอบแนวคิดที่วางไว้อย่างดีเมื่อเริ่มต้นโครงการ

3. รูปแบบการตั้งเป้าหมายรวมถึงการกำก้งงานด้วยรายงานที่มุ่งเน้นปริมาณ และความครอบคลุม ที่มีความหมายการวัดผลเป็นปริมาณชี้วัดด้วยร้อยละ รวมถึงการนำรายงาน

งวดที่ใช้กำกับงาน ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ส่วนกลางควรเปลี่ยนบทบาทจากผู้กำกับงาน เป็นผู้สนับสนุนทรัพยากรในแง่ความรู้และทรัพยากรแก่ทุกจังหวัดที่ต้องการและเน้นการวัดผล เป็นเชิงคุณภาพจำนวนหลายๆ แห่ง ซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพในหลายพื้นที่แม้ไม่ถึงร้อยละ 100 แต่ทุกแห่งเกิดขึ้นจากชุมชน ชุมชนเป็นเจ้าของ รัฐเพียงแค่มีส่วร่วมน่าจะเป็นความหมาย ที่ถูกต้องของความครอบคลุมและการวัดผลที่แท้จริงของสาธารณสุขมูลฐาน และส่วนกลาง เลือกรุ่นที่น่าสนใจมาเสนอเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีในระดับชุมชน เพื่อไม่ให้ ชุมชนอื่นทำผิดซ้ำกับที่ชุมชนต้นแบบทำไว้

4. ระบบราชการที่มักเน้นความครอบคลุมทั่วประเทศ (maximization) การรวมศูนย์ อำนาจสู่ส่วนกลาง (centralization) และการมีรูปแบบเดียวที่เป็นมาตรฐาน (standardization) จึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญทั้งวิธีคิด และวิธีการดำเนินของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ อย่างไรก็ตามในอนาคตอันใกล้นี้ ซึ่งจะมีพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นก็คงจะ ทำให้ระบบราชการดังกล่าวเจือจางลง การกระจายอำนาจ (decentralization) น่าจะทำให้ รูปแบบอื่นๆ ที่เป็นทางเลือก (alternative model) เข้ามาแทนรูปแบบมาตรฐานสำเร็จรูป (standard model) ที่เป็นอยู่

5. การดำเนินโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพควรเน้นที่กระบวนการ (process) โดยหัวใจของกระบวนการก็คือการเรียนรู้ของชุมชนของโรงเรียน และโครงการเฝ้าระวังทาง ทันตสุขภาพเป็นเครื่องมือ (mean) ที่จะนำไปสู่การพัฒนาของการมีส่วนร่วมของชุมชนของ โรงเรียนอย่างแท้จริง และการเฝ้ามองการมีส่วนร่วมของชุมชนของโรงเรียน ควรจะพิจารณาถึง การพัฒนาของการมีส่วนร่วม การประเมินการมีส่วนร่วม ต้องเป็นการประเมินแบบพลวัต เห็นความองงามของการมีส่วนร่วมของชุมชนของโรงเรียน เห็นมิติของการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง และยั่งยืนของชุมชน

6. การดำเนินโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เมื่อประเมิน ผลกระทบต่องานบริการทางทันตกรรม พบว่าตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ที่มีความครอบคลุมงานบริการเพียงร้อยละ 0.9 ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.3 ในปี 2536 นับเป็นผลจากโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพทั้งโดยตรงจากการดำเนินงาน และโดยอ้อม จากการเพิ่มขึ้นของทันตบุคลากร