

ทันตกรรมป้องกันในชุมชนในยุค “30 บาท รักษาทุกโรค” Prevention for Community Oral Health in the Era of “30 Baht-Universal Coverage Health Care”

อัญชลี ดุษฎีพรรณ
ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Anchalee Dusadeepan

Community Dentistry Department, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

ชม.ทันตสาร 2545; 23(1-2) : 7-16

CM Dent J 2002; 23(1-2) : 7-16

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอวิธีการที่ควรนำมาใช้ในงานทันตกรรมป้องกันในชุมชนในยุค “30 บาท รักษาทุกโรค” จากการที่ได้รับทรัพยากรเป็นลักษณะเหมาหัวต่อปี และจากข้อมูลแนวโน้มความต้องการบริการทางทันตกรรมสูงขึ้น งานบริการทันตกรรมจึงควรเน้นที่การป้องกันระดับปฐมภูมิมากกว่าการให้การรักษายาบาล หลักการที่ควรนำมาใช้ในภาวะเช่นนี้คือ หลักการ 5 หลักของการสาธารณสุขมูลฐาน หลักการแรกคือการกระจายบริการอย่างเสมอภาคให้แก่ผู้มีความจำเป็นทางสุขภาพช่องปาก หลักการที่สองเป็นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางสุขภาพของตนเองได้ หลักการที่สามเน้นการป้องกันโรคในช่องปากโดยใช้กลวิธีที่ลงไปสู่ประชากรมากกว่าปัจเจกบุคคลและการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กลวิธีของออดดวาร์ชเตอร์ หลักการที่สี่ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับท้องถิ่นอันหมายถึงรวมถึงค่าใช้จ่ายที่ปัจเจกบุคคลหรือชุมชนสามารถจ่ายได้ หลักการสุดท้ายการทำงานของทันตแพทย์จะต้องประสานกับงานด้านอื่นๆ ในการบริหารงานและใช้วิธีการปัจจัยเสี่ยง/สุขภาพร่วมเป็นแนวคิดทางวิชาการ ด้วยหลักการเหล่านี้จะช่วยให้งานบริการทันตกรรมป้องกันในชุมชนยุค “30 บาทรักษาทุกโรค” มีผลกระทบทางบวกต่อสุขภาพช่องปาก

คำใบ้รหัส ทันตกรรมป้องกัน, 30 บาทรักษาทุกโรค, สาธารณสุขมูลฐาน, สร้างเสริมสุขภาพ

Abstract

The aim of the article is to purpose an approach to provide prevention for community oral health in the era of 30 Baht - universal coverage health care. With growing concerns over the per capita payment per year policies of the Ministry of Health and the increasing demand for dental services, it is the time to focus on primary prevention rather than treatment. The five principles of primary health care approach was recommended. The first principle is an equity in distribution of services to the people who needed. The second is community involvement in the sense that people can make decision for their health. The third is to focus on population prevention strategy and adopt Ottawa Charter strategies for health promotion. The forth is the use of appropriate technology at cost that could be afforded by individual and community. The last principle is to use strategy that requires multisectoral cooperation and action by adopting The common risk / health factor approach. By means of these principles, it could facilitate positive impact for oral health in the era of 30 Baht - universal coverage health care.

Key Words: oral health prevention, 30 Baht - universal coverage health care, primary health care, health promotion

บทนำ

จากวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 เป็นต้นมา ทำให้ประเทศไทยหลายกลุ่มได้ร่วมกันเปลี่ยนวิกฤตเหล่านี้ให้เป็นโอกาสในการปฏิรูปสังคมในด้านต่างๆ รวมทั้งประสานพลังกันปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการเมืองเข้ามาสนับสนุน โครงการ “30 บาท รักษาทุกโรค” จึงเกิดขึ้นและครอบคลุมทั้งประเทศในเดือนเมษายน พ.ศ.2545 โครงการนี้จัดขึ้นเพื่อให้ประชาชนที่ยังไม่ได้รับสวัสดิการประกันสุขภาพในด้านใดๆ เลย สามารถไปใช้บริการทางสุขภาพได้โดยจ่ายครั้งละ 30 บาท รัฐจะจ่ายให้แก่สถานบริการนั้นเป็นรายหัวต่อคนต่อปี (capitation payment) โดยจ่ายให้ 1,202.40 บาทต่อคน แนวคิดนี้จะมีผลกระทบต่อระบบบริการทางสุขภาพช่องปาก ที่เห็นได้ชัดคือการจัดบริการทันตกรรมจะต้องเน้นที่งานส่งเสริมสุขภาพและทันตกรรมป้องกันระดับปฐมภูมิมากขึ้น เพื่อลดบริการการป้องกันในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งเป็นวิธีการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก

ผู้เขียนจึงขอเสนอบทความนี้โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะตอบคำถามว่าวิธีการ (approach) การให้บริการในงานทันตกรรมป้องกันในชุมชนในยุค “30 บาท รักษาทุกโรค” ในอุดมคติควรจะเป็นอย่างไร การนำเสนอบทความนี้มีแนวคิดพื้นฐานที่ว่าความคิดทันตกรรมป้องกันในอุดมคติอาจเป็นแนวบริการสุขภาพช่องปากที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันหรือยังไม่มีอยู่ก็ได้ ส่วนความคิดรวบยอดของสุขภาพที่นำมาใช้ในการนำเสนอครั้งนี้เป็นสุขภาพร่วมสมัย (contemporary health concept) ดังนั้นจึงมีการใช้ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพแบบใหม่และการป้องกันโรคไปด้วยกัน บทความจะเริ่มต้นที่การนำเสนอปัจจัยกำหนดความต้องการด้านสุขภาพช่องปาก ตามด้วยแนวคิดทันตกรรมป้องกันในหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน

ปัจจัยกำหนดความต้องการทางด้านสุขภาพ

จะนำเสนอแนวโน้มสำคัญๆ 4 แนวโน้มที่ใช้กำหนดว่าความต้องการการบริการทางสุขภาพช่องปากจะเพิ่มขึ้นในอนาคต ได้แก่แนวโน้มต่างๆ ดังต่อไปนี้

แนวโน้มทางระบาดวิทยาและประชากรศาสตร์

จากการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติในครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 ของไทย⁽¹⁾ สำหรับโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

โรคฟันผุ ในเด็กอายุ 5-6 ปี มีความชุกชุมของคนมีโรคฟันน้ำนมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.6 ในปี พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 87.4 ในปี พ.ศ. 2543-2544 โดยในเขตชนบทมีอัตราการผุ (dmft) สูงขึ้น ในขณะที่เขตเมืองมีอัตราการผุที่น้อยลง ส่วนในเด็กอายุ 12 ปี ความชุกชุมของคนมีโรคฟันแท้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.8 ในปี พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 57.3 ในปี พ.ศ. 2543-2544 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) 1.64 ซึ่ง/คน เด็กที่เป็นโรคฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษาที่อยู่ถึงร้อยละ 45.7 กลุ่มอายุ 35-44 ปี พบผู้มีประสบการณ์ฟันผุถึงร้อยละ 85.6 เป็นผู้ที่ต้องการการรักษาร้อยละ 59.7 ส่วนกลุ่มอายุ 60-74 ปี พบผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุร้อยละ 95.6 เป็นผู้มีฟันที่ต้องการการรักษาร้อยละ 56.3

ด้านภาวะเหงือกอักเสบ ในเด็กอายุ 12 ปี เมื่อวัดสภาวะเหงือกอักเสบโดยไม่ดูถึงการมีหินน้ำลาย พบผู้มีเหงือกอักเสบถึงร้อยละ 76.9 และมีสภาวะปริทันต์ปกติ (อย่างน้อย) 1.9 ส่วน ซึ่งสูงกว่าผลการสำรวจในปี 2527 ซึ่งมีเพียง 1.5 ส่วนเท่านั้น เช่นเดียวกับในกลุ่มอายุ 18 ปี ที่มีจำนวนส่วนที่มีสภาวะปริทันต์ปกติ (อย่างน้อย) 1.4 ส่วน เพิ่มขึ้นจากปี 2527 ซึ่งมีอยู่เพียงร้อยละ 0.9 ส่วนเท่านั้น แสดงว่าเหงือกส่วนที่ปกติมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายปี 2543 ที่ตั้งไว้ว่าในเด็กอายุ 12 ปี ควรมีเหงือกปกติเท่ากับ 3 ส่วน/คน ในคนอายุ 18 ปี ตั้งไว้ 2 ส่วน/คน

ด้านปริทันต์อักเสบความชุกชุมของผู้ที่เป็นโรคปริทันต์มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 58.2 เป็นร้อยละ 37.2 ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และจากร้อยละ 84.1 เป็นร้อยละ 61.6 ในการสำรวจในปี พ.ศ. 2527 และ 2543 ตามลำดับ

จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่าการเกิดโรคฟันผุยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่โรคปริทันต์ อัตราความชุกชุมของโรคยังนับว่าสูงอยู่ถึงแม้ว่าแนวโน้มของโรคจะลดลง จึงเป็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข ถ้าการแก้ไขนั้นใช้วิธีการรักษา จะต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ในภาวะทรัพยากรจำกัดจึงควรนำเอาแนวทางการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพมาใช้

ส่วนแนวโน้มทางสุขภาพทั่วไปนั้นมีรายงานจากหนังสือการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541⁽²⁾ ว่า ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนามีความสูญเสียทางสุขภาพอันเนื่องจากการเกิดโรคเป็นชนิดโรคเรื้อรังมากกว่าโรคติดเชื้อรุนแรง ส่วนปัจจัยเสี่ยงสำหรับการสูญเสียทั้งหมดที่สำคัญ 5 อันดับได้แก่ ทุพโภชนาการ อนามัยสิ่งแวดล้อม การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย โรคจากการทำงาน ปัจจัย

เสียงเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงของสุขภาพช่องปากด้วย

ลักษณะทางประชากรจะเปลี่ยนแปลงไป โดยขนาดของครอบครัวจะลดลงจาก 4.4 คนต่อครอบครัวในปี พ.ศ.2533 มาเป็น 3.5 คนต่อครอบครัวในปี พ.ศ.2553⁽³⁾ และจะมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การเกื้อกูลกันจะลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตสมรสมีปัญหา คุณภาพชีวิตสมรสของพ่อแม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพช่องปากของพ่อแม่และลูก⁽⁴⁾ นอกจากนี้ภาวะเครียดยังทำให้ประชาชนสนใจสุขภาพช่องปากน้อยลงด้วย⁽⁵⁾

แนวโน้มทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

จากผลกระทบทางวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 ทำให้การขยายตัวของเศรษฐกิจจะลดตัวลง รายได้จะเกิดจากภาคอุตสาหกรรมและการบริการ ในขณะที่รายได้จากภาคเกษตรกรรมจะลดลง ปัญหาการกระจายของรายได้นี้ยังมีอยู่และเพิ่มขึ้น ทำให้คนที่มียาได้และเศรษฐกิจสังคมในระดับต่ำจะมากขึ้น มีการศึกษาพบว่าเด็กอายุ 6 ปีในครอบครัวที่มีการศึกษาดำหรือมีรายได้ต่ำจะมีฟันผุมากกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีการศึกษาหรือรายได้สูง⁽⁶⁾ ดังนั้นปัญหาฟันผุในเด็กเล็กยังน่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติที่นำเสนอข้างต้น

แนวโน้มทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ

แม้ว่าอัตราการจำหน่ายยาสีฟันจะเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาคุณภาพของการแปรงฟันอย่างจริงจัง การพิจารณาแนวโน้มพฤติกรรมอนามัยช่องปากจึงใช้พฤติกรรมกรรมการแปรงฟันวันละ 2 ครั้งของประชาชนทั่วประเทศเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา โดยจากการสำรวจสุขภาพช่องปากของประเทศไทยครั้งที่ 4⁽⁷⁾ พบว่าพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันวันละ 2 ครั้งมีตั้งแต่ร้อยละ 31.5 ถึงร้อยละ 74.5 โดยกลุ่มอายุ 60-74 ปี เป็นกลุ่มที่แปรงฟันวันละ 2 ครั้งน้อยที่สุดในขณะที่กลุ่มอายุ 17-19 ปี เป็นกลุ่มที่มีร้อยละของผู้แปรงฟันวันละ 2 ครั้งมากที่สุด แต่จำนวนร้อยละของคนแปรงฟันวันละ 2 ครั้งยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น โดยอุดมคติแล้วการแปรงฟันควรทำวันละ 2 ครั้งทุกวันและทุกคน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปก่อให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการ⁽²⁾ เช่น โรคอ้วน พบว่าเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 40-49 ปี จากร้อยละ 19.1 เป็นร้อยละ 40.2 ที่เพิ่มขึ้นรองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 20-29 ปี เพิ่มขึ้น

จากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 20.4 นอกจากนี้จำนวนผู้ชอบบริโภคอาหารว่าง/คูกี้ก็เนื่องจากอิทธิพลของการโฆษณาที่มีอยู่สูง⁽²⁾

อัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างช้าๆ จนไม่รู้สึกรู้ว่าลดลง แม้จะมีความพยายามรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่อย่างจริงจัง จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทย พ.ศ.2542 พบว่าวัยรุ่นชายและหญิงเริ่มสูบบุหรี่เป็นประจำตั้งแต่อายุ 11 ปี การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงตัวหนึ่งของการเกิดโรคปริทันต์ เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมกับโรคเมะเร็งในช่องปาก โรคทางเดินหายใจ และหลอดเลือดเป็นต้น

พฤติกรรมการทำงานและประกอบอาชีพทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคในช่องปากสูง จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในพื้นที่ 5 จังหวัดรอบกรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ. 2535 พบว่าผู้ใช้แรงงานร้อยละ 39.6 มีพฤติกรรมการบริโภคทอฟฟี่เป็นประจำทุกวันขณะทำงานโดยเฉลี่ยวันละ 4 เม็ด/คน เมื่อศึกษาถึงอิทธิพลของการบริโภคทอฟฟี่กับการเกิดฟันผุ พบว่าอัตราเสี่ยง (Odd ratio) = 1.12⁽⁸⁾ ส่วนสภาวะการเกิดโรคปริทันต์ในคนงานโรงงานผลิตอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ จังหวัดปทุมธานี ซึ่งทำการสำรวจในต้นปี 2541 ในประชากรทั้งสิ้น 235 ราย พบว่าโรคปริทันต์ในคนงานกลุ่มนี้สูงมาก ร้อยละ 46.4 ของคนงานเป็นโรคเนื้อเยื่อปริทันต์อักเสบชนิดไม่สามารถรักษาให้กลับคืนปกติได้⁽⁹⁾

แนวโน้มด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมมีพิษมากขึ้น การจัดหา น้ำดื่มที่สะอาดเป็นสิ่งจำเป็น น้ำดื่มที่สะอาดในที่นี้ควรหมายถึงการมีสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพน้อยที่สุด และควรมีสารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น สารฟลูออไรด์ในปริมาณที่เหมาะสมในการป้องกันฟันผุ ยังไม่มีแนวคิดการเติมสารฟลูออไรด์ในน้ำดื่มสาธารณะ นอกจากจะทำในลักษณะศึกษาทดลองจากแนวโน้มสำคัญๆ 4 แนวโน้มนี้แสดงให้เห็นว่าอัตราเป็นโรคในช่องปากน่าจะสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุและทุกระดับโรคในขณะที่ทรัพยากรมีจำกัด ระบบบริการที่จะตอบสนองได้ควรเน้นที่การป้องกัน ซึ่งผู้เขียนเสนอให้ใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานเป็นพื้นฐานในการอธิบาย

ทันตกรรมป้องกันในอุดมคติ

งานทันตกรรมป้องกันในอุดมคติในที่นี้ใช้หลักการของการสาธารณสุขมูลฐานเป็นความคิดพื้นฐานในการอธิบาย

เพราะการสาธารณสุขมูลฐานเป็นการจัดบริการทางสุขภาพที่นำมาใช้ในประเทศไทยเป็นเวลากว่า 30 ปี เป็นวิธีที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มีพื้นฐานทางวิชาการสนับสนุนอยู่ ขณะนี้กระจายครอบคลุมทั่วถึงสำหรับทุกคนทั่วประเทศ การสาธารณสุขมูลฐานและองค์ประกอบอื่นๆ เป็นหลักการที่นักวิชาการ⁽²⁾ เชื่อว่าช่วงเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในทศวรรษ 2521-2530 ทำให้สุขภาพของคนไทยกลับดีขึ้น ทั้งนี้เพราะในช่วงนั้นมีการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดีถ้วนหน้า อันเป็นเรื่องของความเป็นธรรมหรือเสมอภาค (equity) ค่าใช้จ่าย-ประสิทธิผล (cost effectiveness) การร่วมมือกันของชุมชน (community participation) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (appropriate technology) การดูแลสุขภาพตนเอง (self care) และการพึ่งพาตนเอง (self reliance) อย่างกว้างขวาง สุขภาพของคนไทยจึงยังดีอยู่แม้อยู่ในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จากการดำเนินงานมานาน การสาธารณสุขมูลฐานอาจมีข้อบกพร่องอยู่บ้าง แต่การศึกษาของสำนักคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน⁽¹⁰⁾ พบว่าการสาธารณสุขมูลฐานยังเป็นที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ ดังนั้นในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ผู้เขียนจึงขอใช้หลักการของการสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐานในการนำเสนอทันตกรรมป้องกันในชุมชน หลักการนั้นมีอยู่ห้าประการคือ การกระจายบริการอย่างเสมอภาค การมีส่วนร่วมของชุมชน เน้นการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและการผสมผสานกับงานด้านอื่นๆ

การกระจายบริการอย่างเสมอภาค

คือการให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพช่องปากตามความจำเป็น (need) ด้านสุขภาพ โดยไม่มีปัจจัยอื่น เช่น ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ปัจจัยด้านสังคมและความเชื่อมาเป็นอุปสรรค แต่ในภาวะปัจจุบันเกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปากในประชาชนคนไทย คนที่มีความจำเป็นและมีสุขภาพช่องปากไม่ดีมักเป็นคนด้อยโอกาสเข้าถึงบริการได้น้อยหรือยาก ในขณะที่คนที่ร่ำรวย คนอยู่ในเมืองจะมีโอกาสเข้าถึงบริการได้มากกว่า การจัดบริการที่ผกผันกับความจำเป็น (inverse care law) เป็นเพราะบริการสุขภาพช่องปากของไทยนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดเสรีภาพและประสิทธิภาพมากกว่าความเสมอภาคและความเป็นธรรม⁽¹¹⁾

ความเสมอภาคที่ได้รับควรเป็นทั้งด้านได้รับบริการ

และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ในด้านการบริการเพื่อให้เป็นไปได้ในทางปฏิบัติจึงต้องกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการบริการที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับ เรียกว่า “บริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐาน” (basic essential package) ส่วนความเสมอภาคที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและเลือกใช้บริการได้อย่างเหมาะสม

การกระจายบริการอย่างเสมอภาคได้จะเกี่ยวข้องกับอัตราค่าลงซึ่งจะไม่นำเสนอในที่นี้ แต่จะเสนอให้กระจายทันตกรรมป้องกันระดับปฐมภูมิให้แก่บุคลากรสาธารณสุขมูลฐานที่มีอยู่แล้ว เช่น อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) อสม. เป็นบุคคลที่มีอยู่ในพื้นที่อยู่แล้ว บุคคลเหล่านี้ยังจะเป็นแบบอย่างสำหรับการพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วมในชุมชนต่อไปอยู่ แม้การกระจายงานนี้จะไม่ใช่เรื่องใหม่เป็นสิ่งที่เคยทำมาแล้วในอดีต แต่กระทำให้จริงจังและไม่ครอบคลุมในการนำกลับมาใช้ครั้งนี้ควรให้ทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพในแนวใหม่ การใช้มาตรการป้องกันโรคต่างๆ และการรักษาโรคบางระดับอย่างรีบด่วน เป็นต้น ในนโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” รัฐได้ผลักดันให้ผู้มีบัตรและต้องการรักษาโรคจะต้องเข้ารับบริการที่อนามัยตำบลที่อยู่ใกล้บ้านตนเองก่อน อสม. เหล่านี้จะเป็นผู้กลั่นกรองบริการในระดับหนึ่ง ส่วนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากนั้นควรประยุกต์เข้าไปกับการดูแลสุขภาพทั่วไป (ตามแนวคิดการผสมผสานกับงานด้านอื่นๆ) โดยอาศัย อสม. เหล่านี้

การมีส่วนร่วมของประชาชน

รัฐธรรมนูญใหม่ พ.ศ.2540 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) ต่างให้ความสำคัญกับ “คน” ให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา มีความคิดที่จะพึ่งพาตนเอง การให้ความสำคัญกับผู้เป็นเจ้าของสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนของเขาเช่นนี้ เชื่อว่าจะทำให้แผนงานนั้นสามารถพัฒนาได้ยั่งยืน การแก้ไขปัญหาต่างๆ นั้นจึงต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม

ในทางสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชน จำแนกได้เป็น 2 รูปแบบ⁽¹²⁾ คือ

รูปแบบแรก เป็นการมีส่วนร่วมในแนวคิดการใช้ประโยชน์ (utilitarian) การมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะนี้มี 2 ชนิดคือ ชนิดที่เป็นความพยายามของผู้ให้ที่จะใช้ทรัพยากรของชุมชน (เช่น พื้นที่, แรงงาน, หรือเงิน) เพื่อช่วยค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ซึ่งนักวิชาการ⁽¹³⁾ ถือว่าการมี

ส่วนร่วมชนิดนี้เป็นเครื่องมือ (participation as a mean) ในการจัดบริการสุขภาพ อีกชนิดหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมชนิดให้ความร่วมมือ (collaboration) ได้แก่การที่ประชาชน (อาสาสมัครเข้ามาหรือเป็นผลจากการชักจูงหรือการให้รางวัล) เข้ามาร่วมมือกับฝ่ายภายนอกชุมชนเพื่อพัฒนาโครงการ ด้วยการให้แรงงานหรือทรัพยากรเพื่อหวังผลประโยชน์บ้างประการ⁽¹⁴⁾ รูปแบบที่สอง เป็นเครื่องมือสร้างพลังอำนาจ (empowerment tool) การมีส่วนร่วมชนิดนี้ประชาชนจะรับผิดชอบในการวิเคราะห์และทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและการพัฒนาของตนเอง ซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในลักษณะนี้เป็นจุดหมายปลายทาง (participation as an end) ของการจัดบริการสุขภาพ⁽¹³⁾ การมีส่วนร่วมชนิดนี้อาจเรียกว่าวิธีการสร้างพลังอำนาจ (empowerment approach) หรือการพัฒนาโดยการให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people centered development)

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพช่องปากนั้น ควรให้ประชาชนได้เข้าเป็นภาคีของรัฐ ได้รับมอบอำนาจ และให้สามารถควบคุมโครงการ⁽¹⁵⁾ การมีส่วนร่วมชนิดนี้จะเข้าถึงวัฒนธรรม ค่านิยม และประสบการณ์ของประชาชนเอง ทำให้ประชาชนมีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และทำงานร่วมกันโดยทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐต่างก็เคารพในความเห็นซึ่งกันและกันตั้งแต่ระยะกำหนดปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนา ซึ่งแนวคิดนี้ได้มีผู้นำไปทำการศึกษาในประเทศบราซิล พบว่าการให้ประชาชนในชุมชนยากจนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการวิเคราะห์สุขภาพของเขาเอง⁽¹⁶⁾ ชุมชนสามารถเชื่อมโยงปัญหาสุขภาพช่องปากของเขา กับสิทธิมนุษยชนที่เขาอยู่ ร่วมกับพลังของการรวมตัวกันจึงมีอำนาจผลักดันผู้วางนโยบายสุขภาพให้มีความสนใจปัญหาและให้โอกาสในการแก้ไขปัญหา

เน้นที่แนวคิดป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ

ในแนวคิดการป้องกันโรคเรื้อรังเช่นโรคฟันผุและโรคปริทันต์ควรจะใช้วิธีควบคุมปริมาณปัจจัยของการเกิดโรค (สาเหตุ) ให้การเป็นโรคอยู่ในระดับยอมรับได้ ซึ่งการจะกำหนดว่าปริมาณของสาเหตุเท่าใด จึงจะควบคุมโรคให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้นั้นต้องอาศัยความรู้ทางระบาดวิทยา อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณของปัจจัย (dose) และการตอบสนอง (respose) ดังนี้

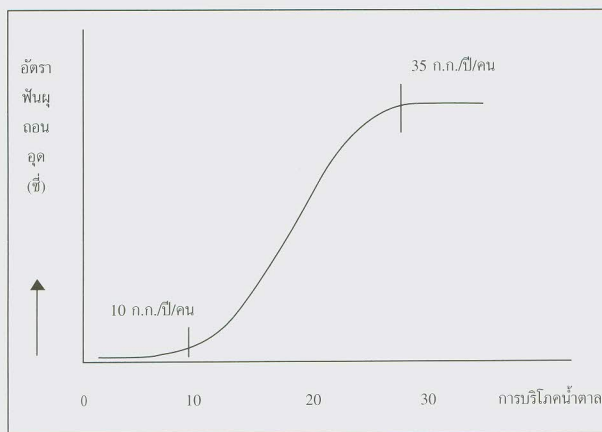
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและการตอบสนอง (การ

เกิดโรค)⁽¹⁷⁾ นั้นมีได้ 3 แบบคือ แบบสมการเส้นตรง ในความสัมพันธ์นี้จำนวนคนเป็นโรคจะเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนกับสาเหตุที่เพิ่มขึ้น แบบลอการิทึม (logarithmic) ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปตัวแอลกลับข้าง ความสัมพันธ์นี้ในระดับถ้าสาเหตุมีจำนวนน้อย การเพิ่มของปริมาณคนเป็นโรคจะไม่สูงมากมีลักษณะเป็นพื้นราบ แต่ถ้าสาเหตุเพิ่มขึ้นถึงระดับหนึ่ง ปริมาณของการเป็นโรคจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนแบบไบโอโลจิก อินกริเดียน (biologic ingredient) มีลักษณะเป็นรูปตัวเอส ความสัมพันธ์นี้จะคล้ายกับความสัมพันธ์ลักษณะตัวแอลกลับข้าง แต่ในระยะปลายปริมาณของสาเหตุที่สูงขึ้นนั้นจะมีอยู่จำนวนหนึ่งที่พ้นไปจากจำนวนนี้แล้ว ไม่ว่าจำนวนของสาเหตุจะสูงขึ้นอีกเท่าไร ปริมาณของคนเป็นโรคจะเพิ่มขึ้นน้อยมากมีลักษณะเป็นพื้นราบ (พื้นที่ราบด้านบนของตัวเอส) การที่ปริมาณของการเป็นโรคไม่เพิ่มขึ้นอาจเป็นเพราะคนหรืออวัยวะนั้นเกิดโรคหมดแล้ว ถ้าเป็นพื้นก็คือ พื้นเป็นโรคหมดทุกซี่ หรือทุกด้านแล้ว เป็นต้น มีรายงานว่า^(18, 19) ความสัมพันธ์ของสาเหตุและการเป็นโรคในช่องปากนั้นมีลักษณะเป็นรูปตัวเอสซึ่งจะได้อธิบายและแสดงปริมาณของสาเหตุและการเกิดโรคต่อไป

อัตราที่ฟันมีประสบการณ์ฟันผุจะสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคน้ำตาลและปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม ซึ่งอัตราฟันผุต่ำและมีแนวโน้มเป็นพื้นราบ ในชุมชนที่บริโภคน้ำตาลไม่เกิน 10 กก./ปี/คน⁽²⁰⁾ แต่ถ้าในชุมชนนั้นมีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มในอัตราที่เหมาะสม อาจบริโภคน้ำตาลได้ถึง 15 กก./ปี/คน โดยที่อัตราฟันผุยังต่ำอยู่⁽²¹⁾ แต่ถ้าบริโภคน้ำตาลปริมาณมากกว่าที่กล่าวไว้ข้างต้น อัตราฟันผุจะมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนถึงอัตราสูงสุดของการเกิดฟันผุ ที่ระดับนี้มีรายงานว่าปริมาณบริโภคน้ำตาลเท่ากับ 35 กก./ปี/คน⁽²⁰⁾ ความสัมพันธ์นี้แสดงให้เห็นโดยใช้แผนภูมิที่ 1

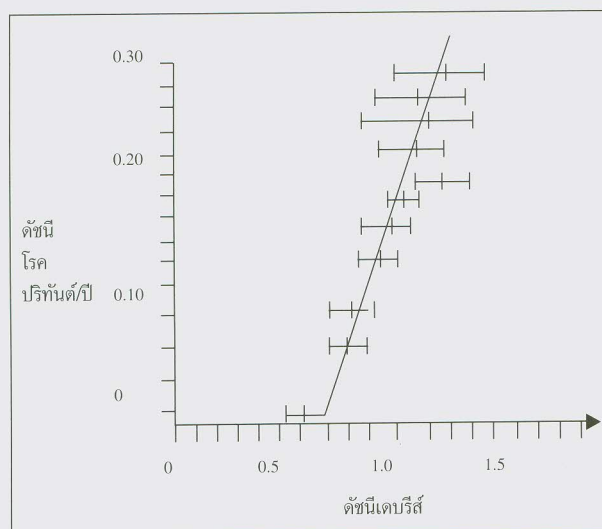
สำหรับประเทศไทย ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายในปี พ.ศ.2544 ประมาณ 29 กก./ปี/คน* ซึ่งถือว่าเกินระดับล่างของตัวเอสแล้ว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความคิดที่จะลดปริมาณปัจจัยของการเกิดโรคฟันผุให้อยู่ในระดับ 10-15 กก./ปี/คน ส่วนจะใช้กลวิธีใดนั้นจะได้กล่าวต่อไป

*หมายเหตุ ปริมาณนี้ได้จากการนำปริมาณการจำหน่ายน้ำตาลทรายขาวธรรมดาและบริสุทธิ์ภายในประเทศปี พ.ศ. 2544 (ข้อมูลจากศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย) หารด้วยจำนวนพลเมือง 62 ล้านคน



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของการบริโภคน้ำตาลรายปี/คน และอัตราฟันผุ

ส่วนการเป็นโรคปริทันต์นั้นมีความสัมพันธ์กับปริมาณคราบจุลินทรีย์มีหลักฐานแสดงว่า ปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่วัดโดยใช้ดัชนีเดบรีส์ (DI) ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 0.5-0.7 ดัชนีปริทันต์จะไม่เพิ่มขึ้น⁽¹⁹⁾ และจะมีแนวโน้มเป็นพื้นราบ (ระดับล่างตัวเอส) แต่ถ้าสูงกว่านี้จะทำให้อัตราการเกิดเหงือกอักเสบสูงขึ้น แต่ยังไม่สามารถกำหนดปริมาณคราบจุลินทรีย์สูงสุดที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ได้ ส่วนความสัมพันธ์ ของดัชนีเดบรีส์และดัชนีปริทันต์ นั้นได้แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีโรคปริทันต์/ปี และดัชนีเดบรีส์

ที่มา: Sheiham A Current concepts in dental health education. In : Shanley DB ed. Efficacy of treatment procedures in periodontic. Chicago : Quintessence Pub 1980 : 23-40.

ส่วนกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันโรคในยุคนาบทรักษาทุกโรค ควรเน้นที่กลยุทธ์ที่ใช้กับคนหมู่มากที่เรียกว่า กลยุทธ์ประชากร (population strategy) โดยมีรายงาน⁽²²⁾ เสนอว่ากลยุทธ์ประชากรจะให้ประโยชน์ที่คุ้มค่าใช้จ่าย-ประสิทธิผลมากกว่ากลยุทธ์ที่มุ่งเน้นปัจเจกบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคสูง (high risk strategy)

กลยุทธ์ประชากรนั้นมีความคิดรวบยอดของกิจกรรม 2 ประการ ประการแรกกิจกรรมนั้นต้องมีเป้าหมายกระทำที่ประชากรทั้งหมดหรือกลุ่มย่อยของประชากร กลุ่มย่อยของประชากรได้แก่ โรงเรียน ชุมชน กลุ่มผู้ด้อยโอกาสต่างๆ เป็นต้น ประชากรกลุ่มย่อยนั้นเป็นกลุ่มย่อยที่ถูกเลือกมาโดยใช้ลักษณะทางประชากรศาสตร์ หรือเศรษฐกิจสังคมเป็นตัวจัดกลุ่มไม่ใช่การใช้วิธีคัดกรองโรคในปัจเจกบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากแล้วนำมารวมกันเป็นกลุ่ม ประการที่สองนั้นต้องใช้วิธีการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากนั้นหมายถึงกิจกรรมสาธารณะที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อปกป้องและปรับปรุงทำให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น และสร้างให้เกิดความผาสุกทางสุขภาพช่องปากโดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น วิธีการทางพฤติกรรมศาสตร์ วิธีการทางการศึกษา ใช้มาตรการทางสังคม มาตรการทางสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การสร้างเสริมสุขภาพจะต้องตระหนักถึงอิทธิพลของสถาบันและองค์กรที่มีต่อชีวิตประจำวันของประชาชน และตระหนักถึงการใช้นโยบายสาธารณะให้มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทำให้ทางเลือกที่จะมีสุขภาพดีนั้นเป็นทางเลือกที่ง่าย (make healthier choice the easy choice) ซึ่งจะได้โดยใช้กลยุทธ์ของออตตาวาชาร์เตอร์ (Ottawa Charter of health promotion)⁽²³⁾ อันได้แก่การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (build healthy public policy) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (create supportive environment) การเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (strengthen community action) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (development personal skill) การปรับระบบบริการสาธารณสุข (reorient health service) ให้มีความเสมอภาค บทบาทของทันตแพทย์ในกลยุทธ์ของออตตาวา-ชาร์เตอร์นี้ได้แก่การเป็นผู้สนับสนุนนโยบาย เป็นผู้ส่งเสริมและเป็นสื่อกลาง เพื่อให้กิจกรรมเหล่านี้ดำเนินได้โดยชุมชนเอง

การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

เป็นวิธีการทางระบบที่ใช้เพื่อประเมินและจัดการกับคุณภาพและปริมาณของการให้บริการการดูแลสุขภาพที่รวมทั้งบริการด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษา นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้แก่

- นโยบายอาหารและสุขภาพที่ควบคุมผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่มีการใช้น้ำตาลให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่สร้างเสริมสุขภาพ
- นโยบายควบคุมปริมาณน้ำตาลที่บริโภคภายในประเทศให้ลดลงใกล้ 10-15 กก./ปี/คน
- นโยบายการใช้ฟลูออไรด์ในยาสีฟัน ในน้ำดื่มและอื่นๆ
- นโยบายลดการสูบบุหรี่
- นโยบายการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคในการรักษาโรคในช่องปาก

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพช่องปาก

ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

- ให้มีทางเลือกของการกินอาหาร โดยให้มีอาหารที่น้ำตาลหรือมีน้ำตาลต่ำหรือใช้สารทดแทนน้ำตาลขายแพวหลายและหาซื้อได้ง่าย
- ให้ร้านค้ารอบๆ โรงเรียนจำหน่ายอาหารส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้มากขึ้น
- ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

สนับสนุนความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน

กระทำโดยการให้ชุมชนเข้าไปเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ ของการวางแผน เช่น ขั้นตอนการวิเคราะห์ ขั้นตอนการวางแผน และขั้นตอนการจัดการทำ โดยทันตแพทย์จะต้องเข้าไปร่วมทำงานในเครือข่ายของชุมชนในกิจกรรมทั่วไปของชุมชน ให้มีคณะกรรมการวางแผนสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ประกอบด้วยคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

ในแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพถือว่าการที่ไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนั้นเป็นความเสี่ยงต่อการต้องสูญเสียสุขภาพที่ดีไป การจะสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ เหล่าได้ด้วยตนเองนั้นกระทำได้โดยใช้กระบวนการทางสังคมที่เรียกว่าการสร้างพลังอำนาจ⁽²⁴⁾ การสร้างพลังอำนาจทางสุขภาพช่องปากให้กับชุมชนนั้นกระทำได้โดยพัฒนาให้

ชุมชนมีทักษะที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ความมั่นใจว่าเขามีโอกาสจะเลือกและควบคุมทางเลือกนั้นได้ด้วยตัวเขาหรือชุมชนเอง โดยให้ข้อมูลข่าวสารและทักษะเฉพาะเท่าที่จำเป็นเพื่อให้สามารถทำการป้องกันโรคในช่องปาก (เช่นการกินอาหารสุขภาพ การใช้ฟลูออไรด์ การควบคุมคราบจุลินทรีย์ และการดูแลสุขภาพฟัน) โดยข้อมูลข่าวสารนี้ควรเป็นข้อความสั้นๆ กระตุ้นให้มีการกระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อบำรุงสุขภาพที่ดีไว้

ให้ชาวบ้านสามารถแยกแยะความเชื่อและการปฏิบัติว่าสิ่งใดดีและสามารถนำไปใช้ได้ ส่วนใดเป็นอันตรายต่อสุขภาพและจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง ให้มีแบบอย่างที่ดีในเรื่องการกินอาหาร และการควบคุมอนามัยช่องปาก ให้ชาวบ้านสามารถตรวจสุขภาพช่องปากของตนเองได้ และสามารถช่วยเพื่อนเพื่อแยกแยะค้นหาปัญหาช่องปากระยะเริ่มต้นได้ และให้รู้ว่าจะไปรับการสนับสนุนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพได้ที่ใด นอกจากนี้ยังต้องตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องด้วย

การปรับระบบบริการ

ให้เป็นบริการที่เน้นการสร้างเสริมป้องกันแทนการรักษาพยาบาล ส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เตรียมบุคคลอื่นๆ ให้มีความสามารถในด้านเป็นครู และเป็นตัวอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพช่องปาก ทำงานร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ ในการพัฒนาสุขภาพร่างกาย ทำให้บริการนั้นเข้าถึงได้และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

เทคโนโลยีที่เหมาะสม

เทคโนโลยีในที่นี้หมายถึงเทคโนโลยีที่เป็นวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งเทคโนโลยีที่เป็นความรู้ ควรทำให้เหมาะสมกับผู้รับ (ชุมชน) ด้วยกระบวนการสร้างพลังอำนาจและการให้ประชาชนมีส่วนร่วมจะสามารถพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับชุมชนได้ เทคโนโลยีที่เหมาะสมแบ่งคร่าวๆ ได้ 2 รูปแบบคือ

- เป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมของชุมชน เช่น การใช้ยาสมุนไพรหรือหมอนพื้นบ้านในการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ เช่น การอมเกลือเพื่อให้ฟันแข็งแรง การใช้ไม้ข่อยเป็นแปรงสีฟัน เป็นต้น
- เป็นภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติม โดยเลือกใช้สิ่งที่เหมาะสมกับปัญหาของชุมชนนั้นๆ เช่น การใช้ไม้จิ้มฟันช่วยทำความสะอาดฟัน การใช้ยาสีฟันผสม

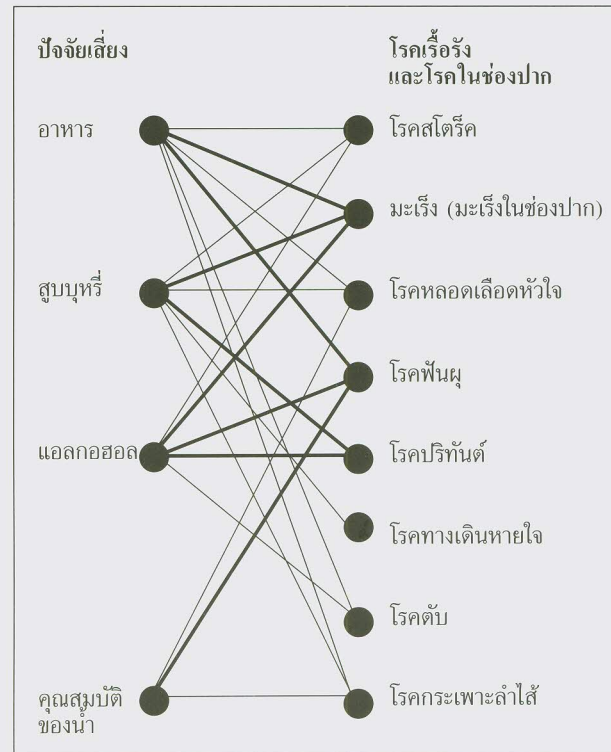
ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ การใช้เครื่องกรองฟลูออไรด์ในน้ำดื่มที่ทำโดยภูมิปัญญาของชาวบ้านเอง เป็นต้น

การผสมผสานกับงานด้านอื่นๆ

การสาธารณสุขมูลฐานแบบเดิมนั้นมุ่งไปที่การประสานความร่วมมือกันของ 4 กระทรวงคือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นการผสมผสานของหน่วยงานทางด้านการปกครอง แต่ในบทความนี้นอกจากผสมผสานกันในหน่วยงานทางด้านการปกครองต่างๆ ในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากยังต้องผสมผสานกันทำงานโดยองค์กรหรือกลุ่มผู้มีความชำนาญเฉพาะโรคชนิดต่างๆ เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจำนวนหนึ่งให้มีผลกระทบต่อโรคจำนวนหนึ่งหรือหลายโรค⁽²⁵⁾ วิธีการนี้เรียกว่าวิธีการปัจจัยเสี่ยง/สุขภาพร่วม (The Common Risk/Health Factor approach)⁽²⁶⁾

ดังได้กล่าวตอนต้นแล้วว่าโรคสำคัญในประเทศไทยปัจจุบันเป็นโรคเรื้อรัง ในขณะที่โรคฟันผุและโรคปริทันต์เป็นโรคเรื้อรังเช่นกัน ในโรคเรื้อรังด้วยกันแล้วมักจะมีตัวเสี่ยงร่วมกัน คือปัจจัยเสี่ยงตัวเดียวอาจทำให้เกิดโรคหลายโรค ตัวอย่างเช่น ทุพโภชนาการ เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคฟันผุ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคอ้วน ดังนั้นการลดความเสี่ยงของโรคในด้านโภชนาการ เช่น การลดการบริโภคน้ำตาล ไขมัน และเกลือปอรรวมๆ กับการบริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน และผลไม่ทำให้เกิดผลสำเร็จในการลดทั้งโรคฟันผุ โรคหัวใจ และโรคมะเร็งได้ดีกว่าการควบคุมการบริโภคน้ำตาล เพื่อลดฟันผุอย่างเดียว ปัจจัยเสี่ยงร่วมตัวอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ เป็นความเสี่ยงที่มีผลต่อโรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ และโรคปริทันต์ ส่วนอนามัยช่องปากและร่างกายเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคผิวหนัง โรคปริทันต์ และโรคทางเดินหายใจ ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 3

ข้อดีของวิธีการปัจจัยความเสี่ยง/สุขภาพร่วมนั้น นอกจากจะเป็นการประหยัดทรัพยากร และให้ผลครอบคลุมทั้งร่างกายสำหรับประชากรทั่วไปแล้ว ยังช่วยกลุ่มที่อยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงต่อโรคสูงโดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค วิธีการนี้จึงช่วยลดความไม่เสมอภาคทางสังคมได้อีกทางหนึ่งด้วย



แผนภูมิที่ 3 แสดงความเสี่ยงร่วมระหว่างโรคในช่องปากและโรคเรื้อรังทางร่างกาย

ที่มา: ปรับจาก World health Organization. Oral health in community health programmes. Copenhagen : WHO/Regional Office for Europe, 1990.

หมายเหตุ: เส้นหนาแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับโรคในช่องปาก เส้นบางแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับโรคอื่นๆ

สรุป

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอวิธีที่ควรนำมาใช้ในการจัดการทันตกรรมป้องกันในชุมชนในยุค “30 บาท รักษาทุกโรค” โดยยกเอาแนวโน้มความต้องการบริการทางสุขภาพช่องปากมานำเสนอเพื่อชี้ให้เห็นว่ามีความจำเป็นต้องจัดการทันตกรรมป้องกันในชุมชนในระดับปฐมภูมิเนื่องจากปัจจัยสำคัญๆ ที่กำหนดความต้องการด้านสุขภาพช่องปากได้แก่ แนวโน้มทางระบาดวิทยาและประชากรศาสตร์ ซึ่งพบว่าโรคฟันผุในเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวนผู้ไม่ได้รับการรักษายังมีอยู่อีกมาก ส่วนภาวะโรคปริทันต์ยังมีอัตราสูงอยู่แม้แนวโน้มของโรคจะลดลง การขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมชะลอตัวลงทำให้ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำจะมากขึ้นทำให้อัตราฟันผุในเด็กครอบครัวเหล่านี้สูงขึ้น ด้านอนามัยช่องปากแม้จะมีจำนวนผู้แปรงฟันมากขึ้น แต่คุณภาพยังไม่เป็นที่พอใจ พฤติกรรมการทำงานนั้นมีผลกระทบทำให้

เกิดโรคในช่องปากมากขึ้น และยังมีโครงการด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบกับทรัพยากรที่ได้จะเป็นลักษณะเหมาหัวต่อปี ดังนั้นการบริการจึงควรเน้นที่การป้องกันระดับปฐมภูมิ

ในการให้บริการทันตกรรมป้องกันในชุมชนในระดับปฐมภูมินั้นควรใช้หลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน อันได้แก่ การกระจายบริการอย่างเสมอภาคให้คนที่มีความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากเป็นผู้ได้รับการ บุคลากรที่จะสามารถกระจายบริการได้อย่างทั่วถึงคือ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีอยู่แล้วในระบบการสาธารณสุขมูลฐาน การจัดบริการควรเน้นที่การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในลักษณะมีพลังอำนาจ เน้นที่แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กลวิธีของออดทาวา ชาร์เตอร์ และกลวิธีป้องกันโรคในประชากรมากกว่ากลวิธีความเสี่ยงในปัจเจกบุคคล เนื่องจากธรรมชาติของการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์มีลักษณะเป็นไปโดยอัตโนมัติ อินทรีย์ จะต้องใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การทำงานของทันตแพทย์จะต้องผสมผสานกับงานด้านอื่นๆ อย่างน้อยที่สุดควรผสมผสานงานอนามัยช่องปากเข้าไปในงานอนามัยร่างกาย ทันตกรรมป้องกันในชุมชนในระดับปฐมภูมิจึงจะเป็นบริการที่เหมาะสม เข้าถึงได้ เป็นที่ยอมรับของประชาชนซึ่งจะช่วยให้บริการที่จัดขึ้นนี้มีผลกระทบในด้านบวกต่อสุขภาพช่องปาก

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 - 2544 (ร่างเฉพาะผลการตรวจ). นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข กันยายน, 2544 (เอกสารอัดสำเนา)
2. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขและกองการสาธารณสุขต่างประเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2540-2541. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข 2542.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ.2538-2539. กรุงเทพฯ : กองคลังและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540.
4. Marcenes W, Sheiham A. The relationship between marital quality and oral health status. *Psych Health* 1996 ; 11 : 357-369.
5. Fleck-Kandath C, Tedesco L, Keffer M, et al. Deistress and oral health behaviour reports. *J Dent Res* 1988 ; 67 (special issue) (abstr 1322).
6. Peterson PE. Oral health behaviour of 6 year old Danish children. *Acta Odont Scan* 1992 ; 50 : 57-64.
7. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 ของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
8. ปิยะดา ประเสริฐสม, ศรีสุตา ลีละศิธร. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในพื้นที่ 5 จังหวัดรอบกรุงเทพฯ. *ว วิชาการสาธารณสุข* 2535 ; 1 (3) : 213-226.
9. นนทลี วีรัชย์, กุลยา นาคสวัสดิ์, ดุสิต สุจิรัตน์. สภาวะปริทันต์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปริทันต์ของคณาจารย์โรงงานผลิตคอมพิวเตอร์จังหวัดปทุมธานี พ.ศ.2540. *ว.การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2542 ; 22 (3) : 61-73.
10. สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการศึกษาดูงาน-การณปัจจุบันและแนวโน้มของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2543.
11. ทรวงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์ ปรัชญาการจัดบริการสุขภาพช่องปากของไทย. *จุลสารเพื่อรอยยิ้มสวย. ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 2544 ; มี.ค. - เม.ย. : 2-3.
12. Morgan L. Community participation in health : perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy Plan* : 2001 ; 16 (3) : 221-230.
13. Nelson N, Wright S. *Power and participatory development : theory and practice*. London : Intermediate Technology Pub, 1995.
14. Kahssay HM, Oakley P. *Community involvement in health development : a review of the concept and practice*. Geneva : World Health Organization, 1999.
15. อุทัยวรรณ กาญจนกมล การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน. *เชียงใหม่ทันตสาร* 2541 ; 19 (ฉบับพิเศษ) : 6-10.
16. Baldisserotto J. Community participation in a decision making process in a local health council in

- Porto Algre City, Brasil. In : Mautsch W, Sheiham A, ed. *Promoting Oral Health in Deprived Communities*. Berlin : German Foundation for International Development (DES), 1995 : 253-263.
17. Payne P, Thomson A. Food health : individual choice and collective responsibility. *J Roy Soc Health* 1979 ; 5 : 185-9.
 18. Sheiham A. Sugar and dental decay. *Lancet* 1983 ; 1 : 282-4.
 19. Sheiham A. Current concepts in health education. In : Shaney DB, ed. *Efficacy of treatment procedures in periodontic*. Chicago : Quintessence Pub, 1980 ; 17 - 40.
 20. Takeuchi M. On the epidemiology principle in dental caries attacks. *Bull Tokyo Dental Coll* 1974 ; 3 : 96-111.
 21. Sheiham A. Why free sugar consumption should be below 15 Kg per person per year in industrialized countries : the dental evidence. *Br. Dent J* 1991 ; 171 : 63-65.
 22. Sheiham A. Oral health policy and prevention. In : Murray IJ, ed. *The prevention of oral disease*. 3rd ed. Oxford : Oxford Uni Press, 1996 : 234 - 249.
 23. World Health Organization. *Ottawa Charter for health promotion*. Geneva : World Health Organization, 1986.
 24. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Nurs* 1991 ; 16 : 354-361.
 25. Sheiham A, Watt RG. The Common Risk Factor Approach : a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000 ; 28 : 399-406.
 26. Grabauska V. Integrated programme for community health in noncommunicable disease (Inter-health). In : Leparski E, ed. *The prevention of non-communicable disease : experiences and prospects*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe 1987 : 285-310.

ขอสำเนาบทความที่:

รศ.ทพญ.อัญชลี ดุษฎีพรรณ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200

Reprint requests:

Assoc. Prof. Dr. Anchalee Dusadeepan. Community Dentistry Dept., Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200