

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาดังกล่าวถึงบทวิเคราะห์สู่แนวทางการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของทันตภิบาล ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในขอบเขต ดังต่อไปนี้

1. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
4. ประวัติความเป็นมาและบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย หมายถึง สิทธิของประชาชนไทย ที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) ได้กล่าวถึงลักษณะที่พึงมีของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเชิงสังคมไว้ ดังนี้

1.) ควรส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรม (equity) ในการกระจายภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไปสู่คนหมู่มาก ในลักษณะเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขในสังคมตามฐานะและความสามารถทางเศรษฐกิจ ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียม (equality) ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นภายใต้กรอบมาตรฐานเดียวกัน

2.) ควรอำนวยให้เกิดประสิทธิภาพ (efficiency) ในระบบสุขภาพทั้งด้านการจัดสรรทรัพยากร (Allocative efficiency) ให้การใช้ทรัพยากรตรงต่อความต้องการและสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับสุขภาพของประชาชนมากที่สุด การกระตุ้นให้มีการเลือกใช้บริการและเทคโนโลยีที่เหมาะสม และคุ้มค่า (cost effectiveness) และการส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการใกล้บ้านที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพทางเทคนิค (Technical efficiency) ในการบริการรวมถึงการบริหารจัดการที่ดี

3.) ควรเอื้อให้เกิดทางเลือกในการรับบริการที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่คุณภาพของบริการที่ดีเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้มีบริการที่หลากหลายช่วยให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายไม่แบ่งแยกบทบาทของผู้ให้บริการภาครัฐและเอกชน และให้มีการแข่งขันกันในด้านประสิทธิภาพและการพัฒนาคุณภาพของบริการภายใต้ข้อกำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพ จริยธรรม และแนวทางการดำเนินงานของผู้ให้บริการเป็นที่ยอมรับ

4) ควรมุ่งผู้การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าไม่ใช่เพียงการคุ้มครองค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมบริการสุขภาพในด้านอื่นด้วย โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนมีส่วนช่วยกระตุ้นให้ประชาชนดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ซึ่งในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” นั้น จำเป็นจะต้องมีการสนับสนุนการสร้างเงื่อนไขต่างๆ ดังกล่าวให้เกิดขึ้นด้วย จากกรอบแนวคิดนโยบาย และลักษณะของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) ได้สรุปผลที่เกิดหรือคาดว่าจะเกิดหรือกระทบต่อกลุ่มต่างๆ ในสังคม ดังนี้

1.) ประชาชนได้ประโยชน์จาก “สิทธิ” ในการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค โดยค่าบริการไม่เป็นอุปสรรค แต่ในด้านคุณภาพไม่ชัดเจนว่าดีขึ้นหรือลดลง และในอนาคตประชาชนอาจมีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว

2.) ผู้ให้บริการได้พัฒนาศักยภาพในการทำงานทั้งในด้านประสิทธิภาพและคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม แต่ในอีกด้านหนึ่งก็ต้องปรับตัวและได้รับแรงกดดันในการทำงานจากการรับรู้และเรียกร้องสิทธิของประชาชน จากระบบคุ้มครองผู้บริโภคทั้งที่เป็นทางการ (กลไกภายใต้โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน) และไม่เป็นทางการ (ผ่านนักการเมืองทุกระดับและสื่อมวลชน) อีกทั้งยังต้องปรับแนวคิดในการให้บริการแบบสงเคราะห์ หรือ “เอื้ออาทร” มาเป็นการคำนึงถึงสิทธิพลเมือง

3.) สังคมได้ประโยชน์จากประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ (สุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยค่าใช้จ่ายรวมไม่เพิ่มขึ้นมาก) และจากการที่พลเมืองของประเทศมีสุขภาพดี

2. ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กระทรวงสาธารณสุข (2544) ได้ระบุกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน - ควบคุมโรค ไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

- 1.) ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
- 2.) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
- 3.) การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการเด็ก รวมถึงให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันของประเทศ
- 4.) การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง (ตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประชาชนไทย จัดทำโดยแพทยสภา 2543 ซึ่งแนะนำโดยราชวิทยาลัยต่างๆ)
- 5.) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
- 6.) การวางแผนครอบครัว
- 6.) การเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care)
- 8.) การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
- 9.) การให้คำปรึกษา (Counseling) สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
- 10.) การส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่
 - การตรวจสุขภาพช่องปาก
 - แนะนำด้านทันตสุขภาพ
 - การใช้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
 - เคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

ซึ่งจากชุดสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าข้างต้น ได้มีการระบุกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนพึงได้รับ ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยถือว่าเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ภาครัฐจะต้องจัดบริการให้แก่ประชาชน

3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

3.1 กระบวนทัศน์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

ก่อนการประกาศกฎบัตรออกตาวาหลายฝ่ายมีความเข้าใจว่าการส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นกลวิธีทางสุขศึกษา (Health Promotion = Health Education) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องต่อประชาชน โดยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดๆ มา เป็นพฤติกรรมที่ถูกต้อง ภายใต้ความหมายเช่นนี้ บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริม สุขภาพจึงอยู่ในฐานะ “ผู้รู้” และ “ผู้กระทำ” ในขณะที่ประชาชนคือ “ผู้ไม่รู้” และ “ผู้รอรับการให้, การสอน, การกระทำจากบุคลากรสาธารณสุข” ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพในความหมายนี้ มีราก เหน้มาจากทัศนคติต่อ “สุขภาพ” ในทิศทางแบบหนึ่งที่ได้รับอิทธิพลมาจากความรู้ทาง การ แพทย์ชีวภาพ (Biomedicine) อันเป็นระบบการแพทย์ที่เป็นพื้นฐานสำคัญที่สุดของการแพทย์สมัย ใหม่หรือ การแพทย์แผนตะวันตกที่เราใช้กันอยู่ทุกวันนี้ ซึ่งเป็นทัศนคติที่มองสุขภาพและโรค ว่า เป็น 2 สิ่งที่แยกกันนั่นคือ เมื่อเป็น โรคย่อมปราศจากสุขภาพที่ดี และเมื่อ โรคหมดไปสุขภาพที่ดีย่อม กลับคืนมา (อติศักดิ์ จึงพัฒนาวดี, 2548)

ความเป็นของ “การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่” ตามกฎบัตรออกตาวา อยู่ที่การปฏิเสธ ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือ

การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวา ปฏิเสธมุมมองต่อสุขภาพที่ถูกชี้้นำจากการแพทย์ ชีวภาพ และให้ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” กว้างขึ้น โดยให้ความสนใจกับสุขภาพในฐานะ ที่เป็นองค์รวม มิใช่เพียงสภาวะที่ปราศจากโรค และการมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถ เข้าถึง ได้ไม่ว่าแม้แต่คนเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือคนพิการ นอกจากนั้นกฎบัตรออกตาวา ยังขยายจุดสนใจจากการมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัจเจกผ่านกลวิธีทางสุขศึกษาไปให้ความสนใจ กับปัจจัยอื่นๆ ทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง ที่มีผลต่อสุขภาพ และยังเสนออีกด้วยว่า สภาวะทางสุขภาพของประชาชนที่ดีหรือไม่ดีนั้น ยังขึ้นอยู่กับพวกเขาเหล่านั้นว่ามีโอกาสที่จะ เข้ามามีส่วนร่วม มีอิทธิพล และมีบทบาทต่อสังคมที่พวกเขาใช้ชีวิตอยู่มากน้อยเพียงใดด้วย

เมื่อมุมมองสุขภาพขยายออกไปอย่างกว้างสู่การมองแบบองค์รวม และมองเห็น ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ดังกล่าวข้างต้นนั้น การทำงานส่งเสริม สุขภาพจึงมิใช่ภาระหน้าที่ของบุคลากรทางสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียวอีกต่อไป “สุขภาพ” จึงเป็น ความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ตลอดจน ภาคประชาสังคมและประชาชน เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวาไม่เพียงเป็น การมุ่งยกระดับสุขภาพผู้คนเท่านั้น หากแต่ยังเน้นย้ำถึงการให้ความเคารพต่อความหลากหลาย

ของผู้คนที่มีความแตกต่างกันทั้งเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ ความเชื่อทางศาสนา ค่านิยมและวิถีชีวิตการปกป้องรักษาศักดิ์ศรีของผู้คนที่มีความหลากหลาย และมุ่งให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

ความแตกต่างของการส่งเสริมสุขภาพระหว่าง “แนวใหม่” และ “แนวเก่า” ตามกฎบัตรออกตาวาว่าประกอบไปด้วยแนวคิดหลัก 2 แนวคิด ดังนี้ (อดิศักดิ์ จิ่งพัฒนาวดี, 2548)

1.) แนวคิดที่ว่าด้วยการขยายมุมมองต่อสุขภาพออกไปอย่างกว้างขวางซึ่งแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับมุมมองต่อสุขภาพของการแพทย์ชีวภาพ

2.) อิทธิพลของแนวคิด “การเคลื่อนไหวทางสังคม” ส่งผลให้เกิดการตั้งพื้นที่ของการทำงานส่งเสริมสุขภาพออกจากความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขแต่เพียงฝ่ายเดียว ไปสู่การแสวงหาการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางจากภาคส่วนต่างๆ ของสังคม เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและเพิ่มพูนศักยภาพด้านสุขภาพให้กับสังคม ชุมชน และปัจเจกบุคคล

3.2 ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ

คำนิยามการส่งเสริมสุขภาพได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter of Health Promotion) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

แคปแลน, แซลลิส และแพทเทอร์สัน (Kaplan, Salli and Patherson, 1993, อ้างใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพคือ ความพยายามเพื่อให้แน่ใจว่าประชาชนมีสุขภาพดี ต้องมีการป้องกันโรคและได้รับการส่งเสริมสุขภาพดี ในแบบแผนของการดำเนินชีวิต ภายใต้แนวคิดที่ว่า การส่งเสริมสุขภาพที่ดีน่าจะมีส่วนช่วยลดต้นทุนในการดูแลสุขภาพของประชาชน และการส่งเสริมสุขภาพเป็นผลรวมของการจัดการศึกษาทางสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับองค์กรด้านการเมืองทั้งกฎหมายและนโยบาย และการออกแบบดำเนินการด้านเศรษฐกิจให้เอื้ออำนวยต่อการปรับสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของบุคคล เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงหรือป้องกันสุขภาพ

กรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter, 1991, อ้างใน วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542) ได้ระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพหมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการณ์การดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านั้นอาจเป็นในระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มบุคคลก็ตาม การปฏิบัติหรือการกระทำเหล่านั้นย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชน โดยรวม

จะเห็นได้ว่าการให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งในความหลากหลายนี้จะเห็นได้ว่ามีองค์ประกอบหลักร่วมกันของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ที่คน สิ่งแวดล้อม และ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการบริการ ซึ่งทุกองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงกัน โดยในการให้ความหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพในการทำการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลกภายใต้กฎบัตรออกดตาว่า ซึ่งให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็น กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

3.3 การป้องกันโรค (Disease Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ

เพื่อความเข้าใจความหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่าง การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการป้องกันโรค คือ การใช้มาตรการที่จำเป็นทั้งหมด เพื่อรักษาและคงสภาพของการมีสุขภาพที่ดี (ในที่นี้คือการปราศจากโรค) โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

ระดับปฐมภูมิ (Primary disease prevention) คือ กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อกำจัดสิ่งที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพ

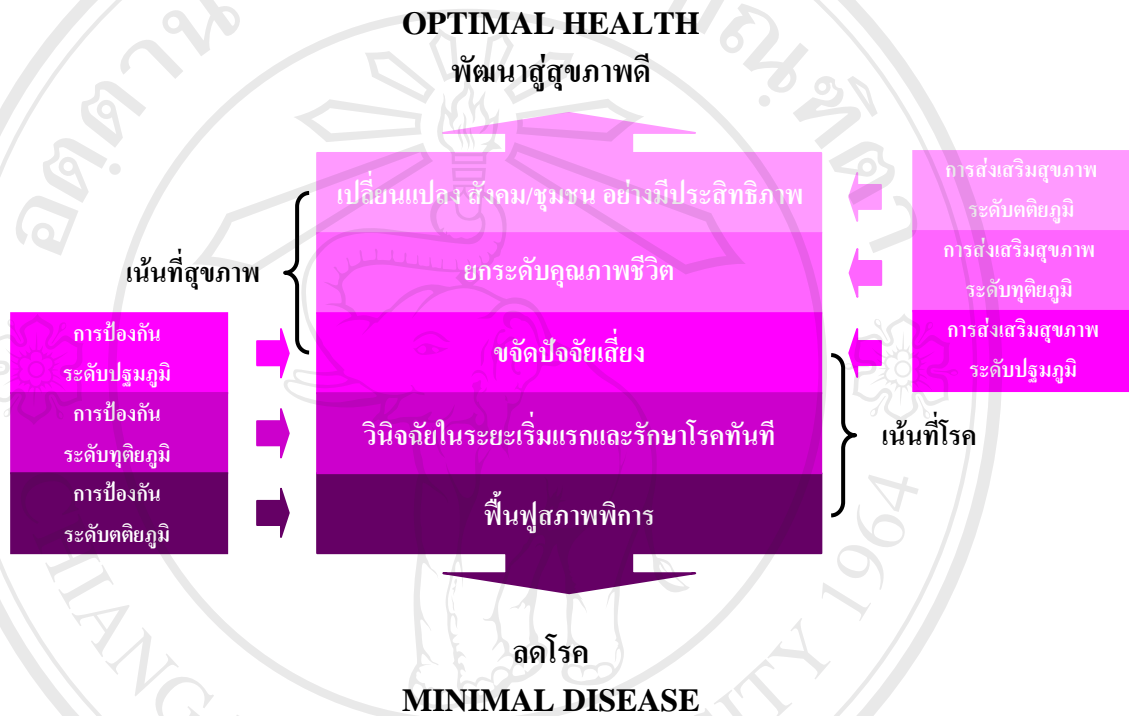
ระดับทุติยภูมิ (Secondary disease prevention) คือ กิจกรรมที่เป็นการวินิจฉัยค้นพบการดำเนินโรคในระยะเริ่มต้น

ระดับตติยภูมิ (Tertiary disease prevention) คือ การฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย

ซึ่งการแบ่งทั้ง 3 ระดับจะสัมพันธ์กับการจัดระบบบริการเพื่อการป้องกันโรค และมักจะเป็นการจัดกิจกรรมที่จำเพาะในแต่ละโรค กล่าวโดยรวมก็คือ การป้องกันโรคนั้นเน้นในการจำกัดอาการ ลดปัจจัยเสี่ยง และการปรับพฤติกรรมในระดับปัจเจกบุคคล (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

บราวน์ (Brown, 1985, อ้างใน ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544) ได้พัฒนากรอบความคิดเพื่ออธิบายแง่มุมของการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างจากกรอบความคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรค ดังนี้



ภาพที่ 2.1 แสดงความสัมพันธ์ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (จากกรอบแนวคิดของ Brown, 1985, อ้างใน ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

รูปนี้แสดงให้เห็นว่าการทำงานด้านการป้องกันโรคนั้น เป้าหมายสูงสุดที่ไปถึงคือการลดโรค และเป็นกระบวนการทำงานภายใต้แนวคิดทางการแพทย์ (ของบุคลากรทางการแพทย์) ในขณะที่ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพนั้น เป้าหมายสูงสุดก็คือบรรลุถึงสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นกระบวนการทำงานภายใต้แนวคิดด้านสุขภาพที่เปิดกว้างให้ผู้คน เข้าใจว่าสุขภาพคืออะไร และสามารถเข้ามาดำเนินการเพื่อบรรลุสุขภาพภายใต้ความหมายนั้นๆ

จากกรอบแนวคิดของบราวน์ การส่งเสริมสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับปฐมภูมิ (Primary Health Promotion) คือ กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัดเงื่อนไขที่จะเสี่ยงต่อสุขภาพ

ระดับทุติยภูมิ (Secondary Health Promotion) คือ กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ระดับตติยภูมิ (Tertiary Health Promotion) คือ กิจกรรมที่หวังผลเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมที่เอื้อให้เกิดสุขภาพดี

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ากิจกรรมการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมินั้นเหมือนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยความแตกต่างอยู่ที่แนวคิดภายใต้การดำเนินกิจกรรมนั้น กล่าวคือ หากการดำเนินกิจกรรมเป็นไปเพื่อขจัดปัจจัยเสี่ยงนั้นมีความหมายถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยมองแยกส่วนระหว่างโรคและปัจจัยทางสังคมการเมืองที่เกี่ยวข้องกัน อย่างแยกไม่ออก แนวโน้มการทำงานก็จะเน้นสนใจเฉพาะโรคและแน่นอนที่ว่าผู้กำหนดหลักการคือบุคลากรการแพทย์ แต่หากให้ความหมายของปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นองค์รวมที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขของชีวิตทางสังคมสิ่งแวดล้อม การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพก็จะให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางสังคมสิ่งแวดล้อม การเมือง และสิ่งแวดล้อม นั้นหมายถึงต้องการมากกว่าบุคลากรการแพทย์ (ทั้งคนและความคิด) เข้ามาดำเนินการ (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544) นั่นคือทุกภาคส่วนในสังคม (ภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ตลอดจนภาคประชาสังคมและประชาชน) เข้ามามีส่วนร่วมในความรับผิดชอบ หรือเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ

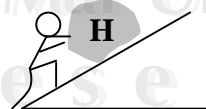
ความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นด้านสำคัญด้านแรกที่เราจำเป็นต้องทำความเข้าใจ เพื่อที่จะแยกให้ออกว่าสิ่งที่เรากำลังคิด กำลังทำอยู่นั้นเป็นสิ่งที่เรียกว่าการส่งเสริมสุขภาพแน่หรือ หรือว่าแท้ที่จริงแล้วเป็นเพียงการป้องกันโรค การที่กล่าวเช่นนี้มีได้หมายความว่า การป้องกันโรคนั้นไม่มีความสำคัญ หากแต่ถ้าจะเลือกเดินมาบนเส้นทางของการส่งเสริมสุขภาพ เราจำเป็นต้องมีแผนที่ทางความคิดที่กำกับวิธีคิดและหนทางของเราอย่างชัดเจนเสียก่อนในเบื้องต้น (อดิศักดิ์ จิ๋งพัฒน์, 2548)

การทำความเข้าใจความหมายของการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถ่องแท้ นั้น นอกจากจะจำแนกความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคดังที่กล่าวไปแล้วนั้น ฐานความคิดก็มีความสำคัญในการที่จะเข้าใจถึงการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในที่นี้แบ่งฐานความคิดเป็น 3 ฐานดังนี้

ฐานคิดที่ 1 สุขภาพคือความรับผิดชอบต่อปัจเจกหรือสังคม



ภาพ ก



ภาพ ข

ภาพที่ 2.2 เปรียบเทียบความสลับซับซ้อนของความคิดเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคม (Hjort and Waller, 1986, อ้างใน ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

จากภาพ ก คือ การเปรียบเทียบฐานความคิดที่เชื่อว่า ปังเจกแต่ละคนกำลังเข็นก้อนสุขภาพของตนเองไปบนทางที่ราบเรียบ ในแง่สุขภาพจึงเป็นภาระหน้าที่ของปังเจกผู้เป็นเจ้าของสุขภาพเอง ที่จะต้องรับผิดชอบในการเข็นก้อนสุขภาพของตนเองไปให้ตลอดรอดฝั่ง ซึ่งหากเราเชื่อในฐานคิดนี้เราก็จะทำให้คนแต่ละคนสามารถเข็นสุขภาพของตนเองไปให้ตลอดรอดฝั่ง ซึ่งจะสามารถทำได้โดยวิธีใดๆ ก็ตามที่ทำให้แต่ละคนมีความแข็งแรงที่สุด กิจกรรมบนพื้นฐานนี้สะท้อนออกมาในรูปของการมุ่งทำงานกับปังเจก เช่น การให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค การฉีดวัคซีน การออกกำลังกาย เป็นต้น แต่ในความเป็นจริงฐานคิดนี้มิได้ถูกนัก เพราะในความเป็นจริงมนุษย์มิได้กำลังเข็นสุขภาพบนทางที่ราบเรียบ หากแต่ต้องเข็นและแบกรับสุขภาพของตนไปบนทางแห่งสังคมที่มีความชันก้นขวางอยู่ ดังภาพ ข ความชันนี้มีตั้งแต่ปัญหาความยากจน การศึกษา เศรษฐกิจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่คุกคามต่อสุขภาพ จากฐานความคิดนี้จึงกล่าวได้ว่า ไม่ว่าจะบุคคลนั้นมีความแข็งแรงส่วนตัวมากเพียงใดก็ตาม ก็อาจแบกรับภาระสุขภาพของตนเองไปตลอดรอดฝั่งบนสังคมที่มีความชันที่คอยแต่จะผลัดสุขภาพให้กลิ้งตกลงมาทับเจ้าของสุขภาพตลอดเวลา

บนฐานคิดสังคมแห่งความชันเช่นนี้ทำให้ทิศทางการทำงานส่งเสริมสุขภาพจึงต้องมามุ่งเน้นที่การทำให้ปังเจกแต่ละคนแข็งแรงที่สุด และต้องมีมาตรการผลักดันให้ปังเจกแต่ละคนต้องดูแลสุขภาพของตนเองเพียงด้านเดียว แต่จะต้องพยายามลดความชันทางสังคมที่คุกคามสุขภาพของปังเจกบุคคล และมุ่งมั่นให้สุขภาพของปังเจกบุคคลเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันของชุมชนและสังคม ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมสุขภาพในระดับตติยภูมิ (ตามภาพที่ 2.1 หน้า 12) จึงมุ่งเป้าหมายที่จะเปลี่ยนแปลงสังคมและชุมชนให้มีความเหมาะสมนั่นเอง

ฐานคิดที่ 2 ส่งเสริมสุขภาพคือการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชน

จากการให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กรอบตรรกะดังกล่าวข้างต้น หากพิจารณาอย่างลึกซึ้ง จะพบว่าความหมายนี้กล่าวถึง “การมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม” ไว้ในฐานะเป็นเป้าหมายของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และเราจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ด้วยการทำให้ “ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น” ภายใต้ความหมายเช่นนี้ “การทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถ” จึงเป็นแนวคิดที่เป็นหัวใจหลักของการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้ก็คือแนวคิดที่เรียกกันว่า “การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)” นั่นเอง

คำว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” นั้นหมายถึง การคืนอำนาจ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร อื่นๆ ให้กับชุมชน ทำให้ผู้คนได้พัฒนาทักษะและยกระดับสู่การตระหนักรู้ และให้ความเคารพต่อ พลังความสามารถและอำนาจที่ตนเองมีอยู่ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ชุมชนจึงเป็นขั้วที่อยู่ ด้านตรงกันข้ามกับการเข้าไปควบคุม จัดการ ดูแล และเฝ้าระวังรักษาชุมชน (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

หากร้อยเรียงความคิดจากฐานคิดที่ 1 ที่เสนอมุมมองว่าสุขภาพของปัจเจกขึ้นอยู่กับเงื่อนไข ของสิ่งแวดล้อม ชุมชน และสังคมที่อาศัยอยู่ สุขภาพจึงมิใช่ภาระของใครคนใดคนหนึ่ง หากแต่เป็น ภาระร่วมกันของชุมชนและสังคม และเมื่อคิดถึงความหมายของการส่งเสริมดังกล่าวข้างต้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนจึงกลายเป็นฐานคิดสำคัญฐานที่ 2 ที่เป็นทั้งกระบวนการ ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย คือ การมีสุขภาพที่ดี ในขณะที่เดียวกับที่เป็นเป้าหมายในตัว ของมันเอง หมายความว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพภายใต้นิยามเช่นนี้ จึงเป็นกิจกรรมที่มี เป้าหมาย คือ การทำให้ชุมชนมีศักยภาพ พลัง และอำนาจในการที่จะจัดการ ควบคุม ดูแลสุขภาพ ของตนเองได้ (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2547)

ฐานคิดที่ 3 การมีส่วนร่วมในฐานะเป็นกระบวนการเพื่อไปสู่เป้าหมาย

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในแนวคิดนี้ บุคลากรสาธารณสุขในฐานะที่เป็นคนนอก จะต้องละเลิกการใช้อำนาจที่เหนือกว่าของตนเองในการเข้าควบคุม จัดการดูแล และเฝ้าระวังรักษา แต่จะต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังเพื่อช่วยให้ชุมชนได้ก่อกำเนิด เพิ่มพูนพลังอำนาจของตน ขึ้นมาจากภายใน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับชุมชนจึงต้องเป็นความสัมพันธ์ ในแนวราบระหว่างเพื่อนร่วมงาน เป็นหุ้นส่วนที่ทำงานร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดพลังอำนาจขึ้นภายใน ชุมชน โดยละเว้นความสัมพันธ์ในแนวตั้ง ระหว่างผู้ที่เหนือกว่าและผู้ที่ต่ำกว่า หรือผู้ที่รู้มากกว่า กับผู้ที่รู้น้อยกว่าหรือไม่รู้อะไรเลย (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2547)

เชอริ อาร์สไตน์ (Sherry Arnstein, 1971, อ้างใน อุทัยวรรณ กาญจนกมล, 2541) ได้กล่าวถึงบันได 8 ขั้นทางการมีส่วนร่วมสามารถอธิบายความหมายของการมีส่วนร่วมดังนี้

ระดับที่ 1 ของการมีส่วนร่วม ขั้นที่ 1 ประชาชนถูกจัดแจง (manipulation) ให้ร่วมมือกับ โครงการพัฒนาสุขภาพของรัฐตามความประสงค์ที่ทางราชการร้องขอ หรือตามใบสั่ง มีการ สั่งลงมาจากหน่วยราชการระดับสูงสู่ระดับล่างให้ประชาชนในชุมชนได้ร่วมมือ เช่น เกณฑ์แรงงาน ให้ร่วมบริจาค การเรียกรับ หรือจัดตั้งกลุ่มเพื่อช่วยปฏิบัติการทางจิตวิทยามวลชน ขั้นที่ 2 ประชาชนได้รับการเยียวยา (therapy) โดยให้ชุมชนเข้าไปเกี่ยวข้องเฉพาะในกลุ่มกิจกรรมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์จะควบคุมหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น เข้ารับ การอบรมบ้าง หรือมีการสอนสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทำตาม ตั๊กฎหรือสุขบัญญัติโดยไม่คำนึง ถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมชุมชน และเศรษฐกิจสังคมของท้องถิ่นที่มีธรรมชาติแตกต่างกัน

จัดว่าเป็น “การเหยียวยา” แบบหนึ่ง บันได 2 ชั้นในระดับแรกนี้แท้จริงแล้วถือว่าไม่ได้ให้โอกาสแก่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมแต่อย่างใด (Degree of Non - Participation)

ระดับที่ 2 เรียกว่า การมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism) เริ่มตั้งแต่ขั้นที่ 3 คือการให้ข้อมูลข่าวสาร (informing) หรือการประชาสัมพันธ์โครงการ (advertising) ขั้นที่ 4 ประชาชนอยู่ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาโครงการ และให้ความคิดเป็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ (consulting) และขั้นที่ 5 รัฐเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนบางคนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในเชิงปรึกษาหารือ แต่ไม่ให้อำนาจในการตัดสินใจ อาร์นสไตน์อธิบายระดับการมีส่วนร่วมแบบนี้ว่าเป็นการมีส่วนร่วมแบบพระอานดับ (placation) หรือฉาบฉวย

ระดับที่ 3 ถือว่าประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power) เริ่มตั้งแต่ขั้นที่ 6 โดยชุมชนเป็น “ผู้ริเริ่ม/ผู้กระทำ” เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดเอง และหน่วยงานภายนอกเป็น “ผู้สนับสนุน” เท่านั้น หรือ องค์กรชุมชนได้มีโอกาสเข้าเป็นภาคี (partnership) ในการดำเนินงานของรัฐมีโอกาสได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำงานร่วมกัน โดยทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต่างก็เคารพในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ระยะค้นหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การออกแบบทางเลือกในการพัฒนาให้กับชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถพัฒนาหรือแก้ปัญหาของพวกเขาเองได้ หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนของตนเองในแต่ละท้องถิ่นซึ่งแตกต่างกัน ขั้นที่ 7 เป็นการมอบอำนาจให้ไปดำเนินการ (delegate) ตามโครงการที่มีพันธสัญญาร่วมกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของรัฐมั่นใจในความสามารถของประชาชนว่ามีความพร้อมที่จะดำเนินการ และ ในขั้นที่ 8 มีการเปิดโอกาสให้เข้าไปร่วมควบคุมดูแล (citizen control) ในฐานะผู้ตรวจสอบผู้ร่วมกำหนดนโยบายการดำเนินงานของรัฐ ในโครงการพัฒนาสุขภาพด้วยว่าสอดคล้องกับนโยบายสาธารณะที่กำหนดไว้แต่แรกหรือไม่ ตรวจสอบความโปร่งใสของการดำเนินงาน และดูแลในเรื่องของควมมีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโครงการร่วมกัน การให้โอกาสดังกล่าวถือว่าประชาชนมีพลังสามารถเข้าไปควบคุมดูแลโครงการพัฒนาสุขภาพอย่างจริงจัง และถือเป็นการมีส่วนร่วมแบบอุดมคติ

ตาราง 2.1 บันได 8 ขั้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน (อุทัยวรรณ กาญจนกมล, 2541 คัดแปลงมาจาก อาร์นส์ไตน์, 1971)

ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Degree of Citizen Power)	ประชาชนควบคุม (Citizen Control)	ประชาชนสามารถควบคุมโครงการพัฒนาสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์
	ได้รับมอบอำนาจ (Delegate power)	ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจในโครงการเป็นส่วนใหญ่
	ได้เข้าร่วมเป็นภาคีกับรัฐ (Partnership)	ประชาชนอยู่ในฐานะหุ้นส่วนและมีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชนได้ร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมตัดสินใจทำงาน
ระดับการมีส่วนร่วมพอเป็นพิธี (Degree of Tokenism)	เป็นตัวแทนไม่ประดับ (Placation)	ผู้นำชุมชนบางคนถูกดึงเข้าร่วมโครงการในฐานะเป็นตัวแทนแต่เพียงในนาม ไม่มีส่วนร่วมวางแผน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ
	เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultation)	รัฐสอบถามความคิดเห็นของประชาชนเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ดำเนินโครงการ แต่ไม่ได้ร่วมรับพิชชอบ
	ได้ข่าวสาร (Informing)	ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ให้ปฏิบัติตามโครงการ
ระดับการไม่มีส่วนร่วม (Degree of Non-Participation)	ได้รับการเยียวยา (Therapy)	มีการเข้าถึงและสื่อสารทางเดียว เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล อาทิ การให้ดูสุขภาพ เป็นกลุ่ม
	ประชาชนถูกเชิด ถูกจัดแจง (Manipulation)	ประชาชนถูกเกณฑ์แรงงาน ถูกจัดตั้ง ถูกเรียไ้ร ถูกขอร้อง ให้ทำตามคำสั่งจากผู้มีอำนาจ หรือขอความร่วมมือ

จะเห็นได้ว่าการทำงานภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นถูกตีความและนำไปใช้อย่างหลากหลาย ตั้งแต่ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ระดับการมีส่วนร่วมพอเป็นพิธี ไปจนถึงระดับของการที่เพียงแต่อ้างแนวคิด “การมีส่วนร่วม” แต่แท้ที่จริงอยู่ในระดับของการไม่มีส่วนร่วม ความแตกต่างระหว่าง “การมีส่วนร่วมของชุมชน” และ “การขอความร่วมมือจากชุมชน” และจากการแยกแยะระดับของการมีส่วนร่วมข้างต้นจึงเปรียบเสมือนแผนที่ทางความคิดที่เราจะสามารถตรวจสอบแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของเราได้ว่าทิศทางที่เรากำลังเดินนั้นเป็นไปตามแนวคิดของการมีส่วนร่วม หรือเป็นแต่เพียงการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธีเท่านั้นเอง และหากเป็นไปได้ในประการหลังการบรรลุเป้าหมายที่ว่าด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ชุมชนเพื่อบรรลุการมีสุขภาพดีอาจเป็นไปได้

3.5 กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy) Ottawa Charter

ได้เสนอกลวิธีพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพไว้ 3 ประการ ได้แก่

2.5.1 การก่อกระแสกลุ่มพลังทางสังคม (Advocate) โดยให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้างกระแสสังคม และสร้างแรงกดดันให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพ การจุดประกายความคิด ชี้ชวนให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับ หากลงมือทำในลักษณะร่วมคิดร่วมทำ หรือชี้ให้เห็นผลเสียหากเพิกเฉย ซึ่งกระบวนการนี้หมายถึง การสร้างจิตสำนึก ประชาชนร่วมกัน โดยหวังจะทำให้เกิดปฏิบัติการทางสังคมขึ้น

2.5.2 เอื้ออำนาจให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Enable) โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนาจให้มีการส่งเสริมสุขภาพ มีทักษะในการดำรงชีวิต มีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพแทนที่จะถูกขัดเยียดให้คิดและทำอย่างไม่มีทางเลือกได้ นั่นคือมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Self - efficacy) รวมทั้งมาตรการนี้สามารถนำไปประยุกต์สู่การทำงานเพื่อก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของหญิง - ชายด้วย

2.5.4 เป็นสื่อกลางในการประสานระหว่างกลุ่มองค์กรต่างๆ (Mediate) ทำให้เกิดความเข้าใจโครงการที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างถ่องแท้ หรือช่วยไกล่เกลี่ยปัญหาความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

ซึ่งกลยุทธ์ทั้ง 3 ประการจะนำไปสู่กิจกรรมหลักที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1.) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนาจให้มีการส่งเสริมสุขภาพ (Build Health Public Policy) การทำให้เป็นประเด็นสาธารณะนี้ ในความหมายก็คือ การที่ทำให้คนที่มีอำนาจในการตัดสินใจ หมู่บ้าน หน่วยงานของรัฐ กระทรวง ทบวงต่างๆ ไม่เฉพาะหน่วยงานทางสาธารณสุขเท่านั้นมาสร้างมาตรการใหม่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยมาตรการต่างๆ เช่น มาตรการทางกฎหมาย การเงินการคลัง มาตรการทางภาษี หรือการปรับองค์กร ปรับโครงสร้างใหม่

เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกัน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพ รายได้และความเสมอภาค รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การเอาใจใส่หมู่มวลชนสมาชิกในฐานะที่เป็นเจ้าของสิทธิพื้นฐาน

2.) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ยุทธศาสตร์นี้เห็นได้ชัดว่าไม่สามารถแยกสุขภาพออกจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เนื่องจากสังคมมีความ สลับซับซ้อนและเชื่อมโยงส่งผลกระทบต่อกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระตุ้น (Encourage) ประชาชน ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นในภูมิภาคและเชื่อมโยงเห็นความเกี่ยวเนื่องในโลก นอกจากนั้นยังหมายถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การทำงาน การพักผ่อน การปรับเปลี่ยน สังคมในที่ทำงานที่จะส่งผลต่อสุขภาพ หรือจัดสิ่งแวดล้อมที่ให้ง่ายต่อการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของตนเอง โดยหวังว่าจะไปถึงซึ่งการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Health Society) สร้างสรรค์เมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy City) จัดที่ทำงานให้เอื้อต่อสุขภาพดี (Healthy Workplace) สร้างสรรค์ครอบครัวที่มีสุขภาพดี (Healthy Family) หรือสร้างสรรค์โรงเรียนที่เอื้อ ต่อสุขภาพดีของนักเรียนและครู (Healthy School)

3.) การสร้างให้ชุมชนสามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้อย่างเข้มแข็ง (Strengthening Community Action) การที่จะสามารถสร้างกระแสให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีชีวิตชีวา มีสุขภาพจิตที่ดีได้นั้น ผู้ที่เข้าไปทำงานจะต้องไม่ล้อมรอบตัวเองเฉพาะหน้าที่ เฉพาะส่วน แต่จะต้องเห็นภาพกว้าง เห็นความเชื่อมโยง และเข้าร่วมทำงานกับคนอื่น ทั้งนี้เพราะ กิจกรรมของสังคมที่เข้มแข็งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน การหนุนช่วยให้ชุมชนได้รวมกลุ่ม หรือรวมตัวทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน โดยจะต้องเป็นประเด็นที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ประชาชน มีส่วนร่วม และที่สำคัญ โครงการส่งเสริมทั้งหลายนั้น ประชาชนเป็นคนทำและบุคลากรภายนอก เป็นเพียงไปเอื้อให้ชุมชนนั้นทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เช่นนี้จะทำให้ ชุมชนเห็นคุณค่า และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กล่าวได้ว่าหัวใจของยุทธศาสตร์นี้ก็คือ กระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน สร้างความรู้สึกรับผิดชอบเป็นเจ้าของ สร้างพลังที่จะ บุกเบิกสู่จุดมุ่งหมายปลายทางที่เป็นความฝัน/ความหวังของชุมชน

4.) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) ในที่นี้ไม่ได้มีความหมาย เกี่ยวกับทักษะทางกาย (เช่น การแปรงฟันถูกวิธี ของทันตแพทย์) แต่มีความหมายที่มากกว่านั้นมาก เพราะเนื่องจากโลกในยุคสมัยนี้เต็มไปด้วยสิ่งยั่วยวนสิ่งล่อลวงในรูปแบบสลับซับซ้อน การส่งเสริมสุขภาพจึงควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้ มีทักษะชีวิต (Life skills) มีความหมายที่จะควบคุมสุขภาพของตนเองไม่ตกเป็นเหยื่อของสิ่งยั่วยวน และควบคุม สิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลนี้จึงหมายถึง การเสริมอำนาจให้กับ

ตนเองของฝ่ายประชาชน (Self - empowerment) โดยเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่มีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

5.) การปรับระบบการบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ระบบการบริการสาธารณสุขปัจจุบันเน้นในเรื่องการรักษา หรือหากจะขยายมากกว่านั้นก็ยังคงอยู่ในรูปของการป้องกันโรค จึงต้องปรับระบบให้มีการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งปรับกระบวนการปรับความคิดของบุคลากรทั้งหลาย ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปรับบทบาทของตนเองสู่การเป็นผู้กระตุ้น ผู้อำนวยความสะดวกหรือผู้สนับสนุนให้บุคคล/องค์กรชุมชนได้รู้วิธีพัฒนาศักยภาพที่ตนเองมีหรือเคยมีอยู่ในการดูแล ส่งเสริมให้ตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อมให้มุ่งสู่สุขภาพที่ดี

เมื่อพิจารณากิจกรรมสำคัญและยุทธศาสตร์การทำงาน จะเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวา นั้นให้ความสำคัญทั้งกับการพัฒนาในระดับบุคคล การปรับโครงสร้างทางอำนาจของระบบสาธารณสุข การเพิ่มพลังทางสังคมแก่องค์กรชุมชน และการให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม/ระบบนิเวศน์ และการดำเนินการทางการเมืองผ่านนโยบายสาธารณะ (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544) โดยอุทัยวรรณ กาญจนกามล (2541) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน ว่าการพัฒนาชุมชนโดยกลวิธีส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ไม่ว่าจะโดยเจ้าหน้าที่ องค์กรของภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน จุดเน้นควรจะเป็นการทำงานร่วมกับประชาชน และช่วยส่งเสริมให้ประชาชนมีบทบาทนำ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่นักพัฒนาทั้งหลายจะต้องหันมาทบทวนบทบาทในการทำงานที่ผ่านมาแล้วปรับเปลี่ยน โลกทัศน์เป็นสิ่งแรก และพัฒนาทักษะต่างๆ ของตนเองในบทบาทใหม่ เพื่อให้เกิดความสำเร็จในทิศทางใหม่

3.6 การส่งเสริม การป้องกันโรค และการให้ทันตสุขศึกษา

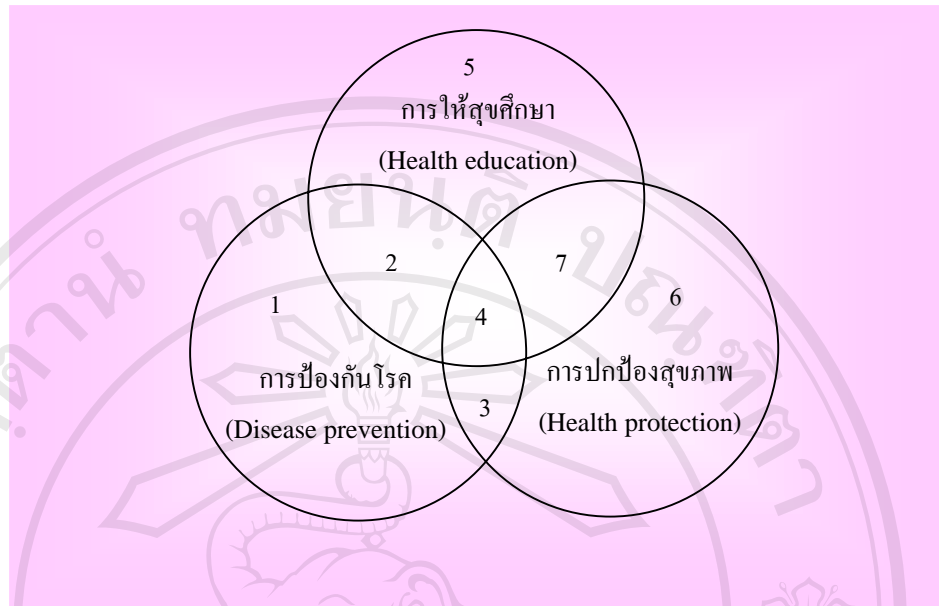
แม้ว่าหลายหน่วยงาน เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO, 1984) หรือในหลักการทางวิชาการจะพยายามแยกการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคออกจากกันให้ชัดเจน โดยให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการทำงานเชิงบวกด้านสุขภาพ และการป้องกันโรคเน้นการทำงานเชิงลบหรือสัมพันธ์กับการลดโรค แต่ผู้ทำงานภาคปฏิบัติรวมทั้งสาธารณสุขชนต่างรับรู้และมีความเชื่อว่า การให้สุขศึกษา (health education) เป็นกิจกรรมสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และในขณะเดียวกัน การให้สุขศึกษาก็เป็นส่วนย่อย (subset) ของการป้องกันโรค

ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อพิจารณางานวิจัยที่เขียนขึ้น โดยกลุ่มที่ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ ฯลฯ ที่ใช้คำว่า การส่งเสริมสุขภาพกลับเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคเป็นส่วนใหญ่ เช่น การให้วัคซีน การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งแนวโน้มความสับสนที่เพิ่มขึ้นถูกนำ

เป็นประเด็นแลกเปลี่ยนในการประชุมของสมาคมของนักสุขศึกษา เพื่อหาแนวทางและปรับบทบาทของตน ซึ่งก็ไม่ได้ประสบความสำเร็จในการตีความให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของงานสุขศึกษากว่าได้ว่า ณ ขณะนี้งานส่งเสริมสุขภาพได้เดินทางมาสู่ขอบเขตที่หลุดจากการยึดกุมของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

ข้อที่น่ากังวลก็คือ สถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นในยุครุ่งโรจน์ของการสื่อสาร คำว่าการส่งเสริมสุขภาพจึงถูกเข้าใจผิดจากอิทธิพลของคำใน โลกของการสื่อสารซึ่ง “การส่งเสริม” (promotion) มีความหมายเกี่ยวกับการขายและการตลาด กลายเป็นการขายและการทำงานด้านการตลาดเกี่ยวกับสินค้าสุขภาพ อย่างไรก็ตามในท่ามกลางความพยายามตีความแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่ยังผูกพันกับวิชาชีพที่ถูกจับจองในวงการสาธารณสุข ก็มีการขยายความคิดของการส่งเสริมสุขภาพในทศวรรษที่กว้าง ซึ่งทศวรรษนี้ใช้แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพในฐานะที่เป็น “ร่ม” (umbrella) ปกคลุมทั้งการให้สุขศึกษาและการสร้างสรรค์สังคมใหม่ (social engineering) (ผ่านการปรับโครงสร้างการเงินการคลัง, กฎหมายและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง) (Tones, 183 อ้างใน Downie. et al., 1990)

ด้วยเหตุที่ “การส่งเสริมสุขภาพ” มีความหมายได้มากมายเสียจนแทบจะไม่มี ความหมายใด แทน นานฮิล (Tannahill) (อ้างใน Downie. et al., 1990) จึงได้พัฒนาแบบจำลองเพื่อให้คำจำกัดความ วางแผน และปฏิบัติการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ในแบบจำลองของแทนนาฮิล (Tannahill model) การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย องค์ประกอบของวงกลมของกิจกรรม 3 ส่วน ที่มีบางส่วนซ้อนทับกันคือ การให้สุขศึกษา (health education) การป้องกันโรค (disease prevention) และการปกป้องสุขภาพ (health protection) การซ้อนทับกันทำให้แบ่งพื้นที่วงกลมออกเป็น 7 ส่วน ซึ่งมีความแตกต่างกันไปภายใต้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” ดังภาพที่ 2.3



ภาพที่ 2.3 แสดงแบบจำลองของการส่งเสริมสุขภาพแทนฮิลล์ (Tannahill)

- พื้นที่ส่วนที่ 1 คือ การป้องกันโรคโดยการให้บริการภายใต้ศาสตร์ของผู้เชี่ยวชาญ (Preventive services) เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การตรวจมะเร็งปากมดลูก การพัฒนาโปรแกรม การเฝ้าระวังโรค การใช้หมากฝรั่งที่มีส่วนผสมของนิโคตินเพื่อช่วยลดการสูบบุหรี่ เป็นต้น
- พื้นที่ส่วนที่ 2 คือ การป้องกันโรคโดยมาตรการการให้สุขศึกษา (Preventive health education) ในที่หมายรวมถึงการให้สุศึกษาที่พยายามให้บุคคลเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรค และการให้สุศึกษาที่กระตุ้นให้มารับบริการป้องกันโรคที่จัดไว้ในสถานพยาบาล
- พื้นที่ส่วนที่ 3 คือ การป้องกันโรคโดยมาตรการปกป้องสุขภาพ (Preventive health protection) ตัวอย่างเช่น การเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม เป็นต้น
- พื้นที่ส่วนที่ 4 การให้สุศึกษาเพื่อป้องกันโรคโดยเน้นมาตรการปกป้องสุขภาพ (Health education for preventive health protection) เช่น การเจรจาอบบี่เพื่อให้มีการออกกฎหมายใช้เข็มขัดนิรภัย ซึ่งร่วมกับการกระตุ้นกระแสของสังคมให้ยอมรับมาตรการดังกล่าว

- พื้นที่ส่วนที่ 5 คือ การให้สุขศึกษาในเชิงบวก (Positive health education) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ การให้สุขศึกษาที่มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลกระทำมีพฤติกรรมใดๆ ที่เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี เช่น การใช้เวลาว่างในการออกกำลังกาย อีกประการหนึ่งเป็นการให้สุขศึกษาที่จะช่วยหลีกเลี่ยงบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ในการพัฒนาคุณสมบัติของตนที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี เช่น พัฒนาทักษะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง (self - esteem)
- พื้นที่ส่วนที่ 6 คือ การปกป้องสุขภาพเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี (Positive health protection) เช่น การออกนโยบายห้ามสูบบุหรี่ของสถานที่ทำงาน (workplace) เพื่อให้อากาศบริสุทธิ์ต่อคนงานคนอื่น นโยบายกองทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- พื้นที่ส่วนที่ 7 คือ การให้สุขศึกษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้มีมาตรการปกป้องสุขภาพที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี (Health education aimed at positive health protection) การทำงานในแ่งมูมนี่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความตระหนักของสาธารณชน การสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยของสาธารณสุข และการดำเนินมาตรการป้องกันสุขภาพแก่สาธารณชน โดยผ่านการทำงานทั้ง 2 ระดับ คือ กับสาธารณชน และผู้ตัดสินใจด้านนโยบาย

จากแบบจำลองนี้ การส่งเสริมสุขภาพ จึงหมายถึง องค์ประกอบของความพยายามในการเข้าถึงสุขภาพในเชิงบวก และการป้องกันโรค ผ่านแนวคิดที่ซ้อนทับกันของการให้สุขศึกษา การป้องกันโรค และการปกป้องสุขภาพ โดยหัวใจหลักของการส่งเสริมสุขภาพ คือ การเพิ่มพลังให้บุคคลชุมชน และสังคม (empowerment)

ดังนั้น การให้สุขศึกษา ภายใต้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ คือ การสร้างเสริมพลังอำนาจ (empower) ให้บุคคล กลุ่มคน และชุมชน โดยการให้ข้อมูลที่สำคัญและช่วยให้พวกเขาพัฒนาและยกระดับสู่การเข้าใจและเคารพตนเอง (self - esteem) ทั้งนี้เพื่อให้เขารู้สึกว่าเขามีความสามารถ และมีความสำคัญในการกำหนด และควบคุมพฤติกรรมของเขาเอง แทนที่จะเป็นหุ่นเชิดชกไข จากปัจจัยภายนอก ทั้งนี้มาตรการป้องกันโรคที่ดำเนินโดยสถานบริการ ตลอดจนมาตรการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ปกป้องสุขภาพก็สามารถดำเนินการได้ภายใต้กระบวนการเพิ่มพลังให้บุคคลและสังคม

4. ประวัติความเป็นมาและบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล

4.1 ประวัติความเป็นมาของทันตภิบาล

“ทันตภิบาล” ได้ถือกำเนิดเนื่องมาจาก ในปี พ.ศ. 2503 องค์การอนามัยโลกสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทย (Interdepartmental Committee on Nutrition Defense, 1960 อ้างในวารสารณ์ จิระพงษาและคณะ, 2545) พบว่าคนไทยถึงแม้จะพบมีฟันผุน้อย แต่กลับพบโรคปริทันต์สูงมาก ประกอบกับยังขาดแคลนทันตบุคลากรในระดับอำเภอสูงมาก จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาทางทันตกรรมขึ้น ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวได้เสนอกระทรวงสาธารณสุข ให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงได้เสนอให้ผลิต “ทันตภิบาล” เพื่อทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กในระดับอำเภอ “ทันตภิบาล” จึงได้ถือกำเนิดขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2511 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มเปิดหลักสูตรทันตภิบาล ซึ่งเป็นหลักสูตร 2 ปี ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดชลบุรี เมื่อสำเร็จการศึกษามีสัญญาใช้ทุนกับกระทรวงสาธารณสุข โดยในครั้งแรกบรรจุเป็นข้าราชการปฏิบัติงาน ณ สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง ต่อมาได้ปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ โดยวัตถุประสงค์ของการผลิตทันตภิบาล คือ การให้บริการแบบเพิ่มทวี (Incremental Dental Care - IDC) ในการก่อตั้งโรงเรียนทันตภิบาลได้รับความช่วยเหลือจากประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งหลักสูตรและบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลเมื่อสำเร็จการศึกษาจึงคล้ายคลึงกับประเทศนิวซีแลนด์ คือ การให้บริการแก่เด็กนักเรียน ประถมศึกษาทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษา (ทวิศักดิ์ สุททวาทีน, 2529)

ทั่วประเทศในขณะนี้ มีสถานศึกษาที่ผลิตทันตภิบาลทั้งสิ้น 7 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดชลบุรี, ขอนแก่น, อุบลราชธานี, พิษณุโลก, ยะลา, ตรัง และสุพรรณบุรี โดยในปี พ.ศ. 2546 มีทันตภิบาลในประเทศไทยทั้งสิ้น 2,930 คน ปฏิบัติงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น 2,861 คน, กระทรวงมหาดไทย 44 คน, ทบวงมหาวิทยาลัย 4 คน และกรุงเทพมหานคร 24 คน โดยทันตภิบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (กองทันตกรรมอนามัย, 2549)

4.2 บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล

บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลถูกระบุไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศาเขตไทยได้มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2539

อาศัยตามความในมาตรา 6 และมาตรา 28(4) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกระเบียบไว้ในข้อ 6 ดังต่อไปนี้ คือ

ข้อ 6 ให้บุคคลที่มีวุฒิประกาศนียบัตรวิชาชีพทันตภิบาล ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตกรรม) ทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ดังต่อไปนี้

6.1 ด้านทันตกรรมป้องกัน

6.1.1 ใช้สารฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันโรคฟันผุ

6.1.2 ใช้สารเคลือบปิดหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันโรคฟันผุ

6.1.2 ชูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน เพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

6.2 ด้านทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน

6.2.1 บำบัดฉุกเฉินด้านทันตกรรมเบื้องต้น เพื่อลดความเจ็บปวด การกรอฟันเพื่อระบายหนอง

6.2.2 เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ก่อน ระหว่าง และ หลังการรักษาทางทันตกรรม เช่น ภาวะเลือดออกมาก

6.2.3 คัดแยกโรคและส่งต่อผู้ป่วยด้านทันตกรรม เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ

6.3 ด้านทันตกรรมบำบัด

6.3.1 ตรวจรักษาและคัดแยกโรคภายในช่องปาก

6.3.2 อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน

6.3.3 ถอนฟันที่ขึ้นปกติที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

6.4 รักษาโรคเหงือกอักเสบโดยการชูดหินน้ำลาย

บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลตามที่ระบุใน พ.ร.บ. ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการกำหนดในเรื่องของการ “ป้องกันโรค” ไว้ค่อนข้างชัดเจน แต่ไม่มีการพูดถึงการ “ส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพไว้ และในทางปฏิบัติส่วนใหญ่งานส่งเสริมทันตสุขภาพจะเป็นภาระหน้าที่ของทันตภิบาลที่จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ เมื่อมองย้อนกลับไปถึงการผลิตทันตภิบาลก็จะเห็นได้ว่าการเรียนการสอนที่เน้นหนักในเรื่องของการป้องกัน และการรักษา ตามที่ได้มีการกำหนดไว้ใน พ.ร.บ. และเมื่อทันตภิบาลสำเร็จการศึกษามาปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานส่วนใหญ่จึงเป็นในลักษณะของงานป้องกัน และรักษาเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้ให้การเน้นหนักไปในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ

ถึงแม้ว่าจะมีการกำหนดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนพึงได้รับในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วีรศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2544) ศึกษาแนวทางการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประเมินผลการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมในจังหวัดปทุมธานี โดยการจัดสนทนากลุ่ม ทั้งฝ่ายผู้จัดบริการ และการจัดลำดับความสำคัญของประเภทบริการ การร่วมจ่าย และเงื่อนไขอื่นๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มวิชาชีพ และตัวแทนประชาชน การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดปทุมธานี พบว่าพฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมของประชาชนเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้มารับบริการตอนพื้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.20 การอุดฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.31 การขูดหินปูนเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.15 ผลจากความต้องกรเพิ่มขึ้นขณะที่ทรัพยากรและบุคลากรยังมีจำกัด การนั้รศึกษาในสถานบริการระดับโรงพยาบาล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2545 มีการนัดใส่ฟันปลอม 164 ราย งานรักษารากฟันแท้ 136 ราย ผู้จัดบริการมีการตีความชุดสิทธิประโยชน์แตกต่างกันไป ขาดการเตรียมพร้อมของบุคลากรและระบบบริการ รายละเอียดของชุดบริการไม่ชัดเจน

คณะกรรมการชุดโครงการวิจัย เพื่อพัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอในอนาคด (2542) พบว่าบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล ได้รับผลกระทบจากการที่รัฐบาลมีมาตรการลดกำลังคนในภาครัฐ ในส่วนของทันตภิบาลเองนั้นนับตั้งแต่ พ.ศ. 2543 มีการลดกำลังคนภาครัฐ โดยเปลี่ยนแปลงการบรรจุทันตภิบาลเป็นลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งเป็นการซ้ำเติมสภาพปัญหาที่ก่อนหน้านี้ทันตภิบาลประสบปัญหาขาดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ในตำแหน่งของ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จนทันตภิบาลส่วนหนึ่งต้องลาศึกษาต่อปริญญาตรี เพื่อที่จะสอบปรับตำแหน่งเป็นนักวิชาการหรือเจ้าหน้าที่สายบริหาร ซึ่งช่วยให้มีโอกาสก้าวหน้าทางราชการ และที่ส่งผลกระทบต่ออีกประเด็นหนึ่ง คือ นโยบายการยกเลิกการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมทันตสุขภาพทำให้ส่งผลกระทบต่อถึงกัน โดยเมื่อมีการยกเลิกการผลิตทำให้ผู้ช่วยทันตแพทย์มีจำนวนน้อยลง และที่สำคัญคือการมีโครงการคัดเลือกผู้ช่วยทันตแพทย์เพื่อศึกษาต่อ เปลี่ยนตำแหน่งเป็นทันตภิบาลของกระทรวงสาธารณสุขส่งผลให้ผู้ช่วยทันตแพทย์ยังมีจำนวนน้อยลง จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการ และทำให้มีการใช้บุคลากรผิดหน้าที่ เช่น ทันตภิบาลทำหน้าที่แทนผู้ช่วยทันตแพทย์

ศุณี วงศ์คงคาเทพ และบุญเอื้อ ยงวานิชากร (2545) ได้ศึกษาเรื่องการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้สอบถามทันตบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานในเครือข่ายปฐมภูมิแห่งละ 1 คน ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของทันตบุคลากร โดยจากผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ถ้าพิจารณาจำนวนในเชิงปริมาณ ภาพที่ได้ทำให้เข้าใจว่าการกระจายและความครอบคลุมดีขึ้น แต่ประเด็นที่ควรพิจารณา คือ บทบาทหลักของทันตบุคลากรแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าบทบาทหลักของทันตภิบาลเน้นให้บริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิและงานส่งเสริมป้องกัน ขณะที่ทันตแพทย์ใน รพศ./รพท. มีบทบาทหลักในการบริการทันตกรรมในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทันตแพทย์ใน รพช. มีบทบาทหลักในการบริการทันตกรรมระดับทุติยภูมิ ดังนั้นการกำหนดมาตรฐานสัดส่วนประชากรต่อทันตบุคลากร จึงควรพิจารณาแยกแยะตามบทบาทหน้าที่หลักในการทำงานร่วมด้วย

สาเหตุที่ทำให้บทบาทหน้าที่ทันตภิบาลไม่สามารถทำบางด้านได้ พบว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยร่วมกัน ดังนี้

- 1.) งานบริการในคลินิกเด็กดีทำในวันที่มารับวัคซีนซึ่งมี 1-2 ในแต่ละเดือนซึ่งแต่ละครั้งก็จะมีเด็กมารับบริการจำนวนมาก ประกอบกับเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนมีน้อย ดังนั้น สภาพการปฏิบัติหน้าที่จึงไม่เอื้อให้ทันตภิบาลปฏิบัติงานในเชิงส่งเสริมสุขภาพได้เต็มที่
- 2.) ทันตภิบาลยังขาดทักษะและความรู้ ในการดำเนินการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ชุมชน
- 3.) การเคลือบปิดหลุมร่องฟันในเด็กต้องอาศัยความพร้อมวัสดุ และครุภัณฑ์เฉพาะ ทำให้หน่วยบริการบางแห่งไม่สามารถจัดสรรได้

ซึ่งชนิดของบริการทันตกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตภิบาลทั้งประจำและหมุนเวียนทำได้สูงสุดคือ การถอนฟันร้อยละ 69.7 และการอุดฟันร้อยละ 67.4 ส่วนการบริการเพื่อป้องกัน เช่น การเคลือบปิดหลุมร่องฟันร้อยละ 63.9 กองทันตสาธารณสุข (2547) ได้รายงานในผลการศึกษาในโครงการ “การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ถึงความจำเป็นที่จะต้องทบทวนบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลไว้ว่า ประชาชนในแต่ละกลุ่มอายุมีความรู้ด้านทันตสุขภาพไม่เท่ากันและไม่เหมือนกัน ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ มุ่งหวังให้พื้นที่โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้ความสามารถในการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Operation/Action plan) เพื่อตอบสนองความจำเป็นหรือความต้องการที่หลากหลายของพื้นที่ด้วยการปรับโครงสร้าง และการบริหารจัดการให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ลงไปที่ หน่วยบริการโดยตรง แต่ยังคงขาดการพัฒนาผู้ให้บริการให้มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการประเมินหาความจำเป็นด้านทันตสุขภาพ

ของประชาชน แต่เป็นเรื่องที่ยากเพราะประชาชนจะรับรู้ได้เฉพาะ Felt need เช่น ความต้องการด้านการรักษา โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาทันตสุขภาพจนกระทั่ง ทำงาน/ดำรงชีวิตปกติสุขไม่ได้ แต่ไม่สามารถรับรู้ความต้องการด้านส่งเสริมป้องกันซึ่งเป็น Unfelt need ได้ ผู้ปฏิบัติจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนอย่างเป็นระบบจนเกิดทักษะในการประเมินชุมชนให้ได้ตามความเป็นจริง มีทักษะในการสร้างทีมงานทันตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีความรู้ เทคโนโลยี และทักษะที่จะเป็นในการจัดบริการทันตสุขภาพ

สุณี วงศ์คงคาเทพ และบุญเอื้อ ยงวานิชกร (2545) ได้ศึกษาเรื่องการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้ศึกษาความคิดเห็นต่อบทบาททันตภิบาลในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลผู้ให้บริการต่างมีความเห็นตรงกัน คือ บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่กำหนดเหมือนเดิมเป็นส่วนใหญ่ แต่มีจุดเน้นเชิงนโยบายที่เปลี่ยนไป กล่าวคือ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นการทำงานส่งเสริมสุขภาพและการทำงานในเชิงรุกในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้บุคลากรต้องปรับตัวในการทำงาน โดยเฉพาะทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนถูกคาดหวังให้ทำงานในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ศักยภาพในการบริการด้านต่างๆ ของศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่า ส่วนใหญ่ศักยภาพในด้านการรักษาสามารถทำได้ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดร้อยละ 64.6 สามารถผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากในงานอนามัยแม่และเด็กและคลินิกเด็กดีได้เพียงร้อยละ 34 และการทำงานเชิงรุกในชุมชนได้แก่ การเยี่ยมบ้าน และการให้ความรู้ในชุมชนได้เพียงร้อยละ 42.1 ขณะที่บริการเคลือบปิดหลุมร่องฟันในเด็กทำได้เพียงร้อยละ 47.7 ซึ่งจะเห็นได้ว่าต่ำกว่าร้อยละ 50

เพ็ญแข ลากยั้ง และนิธิ ต่อเสวตพงศ์ (2545) ทำการศึกษาเรื่องงานสุขภาพช่องปากในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2545 กรณีศึกษาห้าจังหวัด ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพช่องปาก เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินไปได้ 1 ปี นับจาก 1 ตุลาคม 2544 พบว่านอกจากทันตแพทย์โรงพยาบาลจะมีภาระงานบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นซึ่งกระทบถึงงานเชิงรุกแล้วยังมีงานบริหารจัดการงานทันตสาธารณสุขระดับบริการเครือข่ายบริการเพิ่มขึ้นด้วย และเห็นพ้องกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่าการจำกัดกำลังคนภาครัฐ ขัดแย้งกับหลักการของโครงการขยายฐานงานให้ประชาชนเข้าถึงบริการ และมีงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น ซึ่งควรต้องมีบุคลากรเพิ่มจึงจะเป็นไปตามนโยบาย ขณะที่ทันตภิบาลที่บรรจุลงสถานีอนามัยมักถูกผู้บังคับบัญชากำหนดให้ทำงานบริการและงานในภาพรวมของสถานีอนามัย มากกว่าจะทำงานเชิงรุกด้านทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็น

เพราะงานถูกเร่งรัดจากนโยบาย ในขณะที่ทันตสาธารณสุขไม่เคยเป็นนโยบาย นอกจากนั้นนโยบายการคัดเลือกผู้ช่วยทันตแพทย์ศึกษาต่อหลักสูตรทันตภิบาล ทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์ตามมา หากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไม่อนุมัติให้คนมาทดแทน และเกือบทั้งหมดเห็นว่าการบริการทันตสาธารณสุขที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังมีโอกาสเกิดปัญหาในการบริการมากกว่า และปัญหาทักษะความสามารถด้านบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถอนฟันของทันตภิบาลที่อยู่ประจำสถานีอนามัยทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งเกิดความไม่มั่นใจ จึงมารับบริการที่โรงพยาบาลถึงแม้จะมีบริการที่สถานีอนามัยซึ่งใกล้บ้าน

อุทัยวรรณ กาญจนกมล (2541) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน พบว่าแนวคิดการพัฒนาสุขภาพช่องปากต้องเป็นไปในแนวเดียวกันกับแนวทางการพัฒนาแบบยั่งยืน คือ ให้ความสำคัญกับองค์รวมแห่งสุขภาพซึ่งชี้ชัดไปที่เจ้าของสุขภาพ ทั้งในร่างกายจิตใจของเขา ตลอดจนครอบครัวและชุมชนของเขา แนวทางในการพัฒนาสุขภาพจึงต้องเน้นหนักในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคมกกว่าการบำบัดรักษา ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองมากกว่าการหวังพึ่งนักวิชาชีพ หรือผู้เชี่ยวชาญ และกระตุ้นให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมใน โครงการส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นการทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การทำงาน มาเป็นประชาชนมีอำนาจในการดำเนินการตั้งแต่ร่วมคิดร่วมวางแผนดำเนินการตลอดจนตรวจสอบการบริหารงานของผู้ดำเนินโครงการให้เกิดความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ ซึ่งการปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ดำเนินการในฐานะผู้เชี่ยวชาญ ไปเป็นผู้กระตุ้นจุดประกาย หรือสนับสนุน ให้องค์กรชุมชนสามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนของตนเองอย่างแข็งขัน เอื้ออำนวยให้มีการสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรบริหารท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรประชาชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการศึกษาโดยคิดและทำด้วยกัน อีกหลายภาคีที่มีส่วนรับผิดชอบในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากมี ความตระหนักรู้ถึงปัญหาและความเป็นจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันที่จะขยายผล เกิดพลังของกลุ่มทำงานแบบมีส่วนร่วม และนำไปสู่การกระจายอำนาจในสังคม และองค์ความรู้ที่ได้ร่วมกันนั้นก็สามารนำไปสู่การสร้างและผดุงอำนาจของสังคมอีกด้วย

ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2547) ศึกษาเรื่องนักรู้สุขภาพกับการพัฒนาโรงพยาบาลแบบส่งเสริมสุขภาพ พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักจัดกิจกรรมแบบชวนให้ชุมชนเข้าร่วมกับโรงพยาบาล และทำกิจกรรมตามนโยบายมากกว่ากระตุ้นให้ชุมชนคิดเองแล้วมาชวนโรงพยาบาลให้ทำตามปัญหาที่ชุมชนคิดหรือสนใจอันสอดคล้องกับวิถีของชุมชนเอง ซึ่งการจัดกิจกรรม

แบบหลังนี้จะทำให้ชุมชนเรียนรู้และเกิดพลังอำนาจเพิ่มขึ้น ปัจจุบันการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่ มักเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินชั่วคราว และเป็นการทำกิจกรรมแบบ ให้ทำตามมากกว่าการให้ชุมชนคิดเอง ควบคุมเอง และเป็นกิจกรรมแบบทำตามที่ปรึกษามากกว่า การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชน กิจกรรมการเรียนรู้หรือการถอดบทเรียน จากกิจกรรมที่ทำในแง่การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ หรือการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ ไม่ค่อยได้ทำกัน ดังนั้นการผลักดันให้เกิดการเรียนรู้จนเกิดการปรับมุมมองหรือปรับบุคลิก การทำงานแบบใหม่ของชุมชนที่เรียกว่า Transformational Learning จึงเกิดขึ้นได้น้อยมากใน ชุมชนในประเทศไทย Transformational Learning เป็นการจัดการเรียนรู้ที่มีพื้นฐานจาก Experimental learning หรือ Action Learning แล้วพัฒนาจนเกิดการหักเหของการคิดการรับรู้ และการปฏิบัติที่เป็นรูปแบบใหม่ให้เห็นได้ ในมุมมองของการส่งเสริมสุขภาพ ก็คือการทำกลุ่มเป้าหมาย เปลี่ยนการฟังฟัง ทำตาม มาเป็นการคิดสร้าง การร่วมสร้างนั่นเอง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

บริบท		
บุคคล	สังคม	การบริหารจัดการ
- องค์กรความรู้ • แนวคิด ปรัชญา หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า • แนวคิด การ ส่งเสริมสุขภาพ - ทักษะการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ - การจัดการ องค์กรความรู้	- ภาคิ, เครือข่าย - การมีส่วนร่วม	- นโยบาย - งบประมาณ - กำลังคน - ระบบราชการ วัฒนธรรม/ แบบแผนการปฏิบัติ



การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในปัจจุบัน



ข้อเสนอแนะ



การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในอนาคต