

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากระบวนการนำแนวคิดและวิธีการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาประยุกต์เป็นรูปแบบ การกำหนดนโยบายที่ส่งผลต่อการปฏิบัติของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา ในฐานะที่เป็นกลวิธีหลักของการดำเนินงานในโรงเรียน โดยศึกษาจากเอกสารต่างๆ ที่ตีพิมพ์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพนักเรียนประถม เพื่อให้ให้เห็นภาพของการเกิดขึ้น การดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องต่อโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียน ที่จะนำไปสู่แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในการศึกษานี้จะใช้กลวิธีของสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 ข้อในการประเมินคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุข การผสมผสานงานสาธารณสุขกับงานพัฒนาสังคมโดยรวม โดยผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การเกิดขึ้นของกลวิธีเฝ้าระวังทันตสุขภาพและการกำหนดนโยบาย

ส่วนที่ 2 การกำกับงานโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพของหน่วยงานส่วนกลาง

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานและผลการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติงาน รวมทั้งทัศนะต่อ

โครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

ในส่วนที่หนึ่งจะกล่าวถึงการเกิดโครงการสาธารณสุขมูลฐาน และเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี 2543 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัจจัยที่กึ่งบังคับงานทันตสาธารณสุข ในฐานะหน่วยหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข การประชุมที่มีข้อตกลงและกำหนดเป้าหมายแห่งชาติร่วมกัน ที่ส่งผลให้เกิดโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาขึ้นจากหลักการสาธารณสุขมูลฐาน และการนำข้อตกลงจากการประชุมไปการกำหนดนโยบายสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ที่ส่งผลกระทบต่อแนวทางการดำเนินงานและการประเมินผลของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

ในส่วนที่สอง จะกล่าวถึงการทำงานของหน่วยกำกับส่วนกลางซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโครงการฯ ทั้งดูแลกำกับงาน ประเมินผลงาน วิจัยหาคำตอบในการทำงาน และการกระตุ้นการทำงานด้วยการประกวดโรงเรียน

ในส่วนที่สาม จะนำเสนอผลการดำเนินงานในส่วนพื้นที่ในฐานะเป็นผู้รับนโยบายนำไปปฏิบัติ ความพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานด้วยการวิจัย หรือด้วยการประยุกต์โครงการที่มีอยู่เดิม รวมถึงทัศนคติต่างๆ ความคิดเห็น ข้อพึงระวัง ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่มีต่อโครงการฯ

ส่วนที่ 1 การเกิดขึ้นของกลวิธีเฝ้าระวังทันตสุขภาพและการกำหนดนโยบาย

1.1 การเกิด “โครงการสาธารณสุขมูลฐาน” ในกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 กระทรวงสาธารณสุขนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ โดยหารูปแบบที่เหมาะสมกับการดำเนินการด้วยการจัดทำเป็นโครงการนำร่องศึกษา ก่อนที่จะนำมาปฏิบัติจริง ผลของการดำเนินงานโครงการนำร่อง ทำให้เกิดโครงการต่างๆ รวมทั้งโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นโครงการที่นำมาสู่ระบบเฝ้าระวังรูปแบบต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ด้วย

กระทรวงสาธารณสุขได้ยึดหลักการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกุญแจที่จะนำไปสู่ “สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543” ซึ่งถือเป็นแนวปฏิบัติของชาติ ที่จะนำมากำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข (ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ, 2529, หน้า 104) โดยอาศัยกลวิธีต่างๆ เช่น กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน โครงการบัตรสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งทุกโครงการมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ การที่ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529, หน้า 10) และในโครงการเหล่านี้ มีโครงการสาธารณสุขมูลฐาน รวมอยู่ด้วย

โครงการสาธารณสุขมูลฐาน เกิดขึ้นจากการสรุปของโครงการนำร่องทางด้านสาธารณสุขต่างๆ เพื่อปรับระบบบริการเช่น โครงการสารภี โครงการพิษณุโลก ฯลฯ โดยผลสรุปว่า “การใช้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกจากชาวบ้านมาช่วยเหลือในการดำเนินงานน่าจะเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่จะสามารถขยายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนอย่างแท้จริง” (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, สุพจน์ เค่นดวง, และลือชัย ศรีเงินยวง, 2528, หน้า 68) จึงเกิด “อาสาสมัครสาธารณสุข” ขึ้น โดยนำประชาชนในพื้นที่เข้ารับการอบรมด้านการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานง่ายๆ เพื่อให้สามารถรักษาอาการเบื้องต้น รวมถึงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของชาวบ้าน

(ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2528, หน้า 68) ภายใต้ตัวชี้วัดของโครงการที่เรียกว่า Primary Health Care Elements ในขณะเริ่มมีทั้งสิ้น 10 ประการคือ 1.โภชนาการ 2.สุขศึกษา 3.การมีน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล 4.การเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น 5.การให้วัคซีนป้องกันโรค 6.การรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ 7.ยาที่จำเป็น 8.อนามัยแม่และเด็ก 9.สุขภาพจิต 10.สุขภาพฟัน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529, หน้า 34) ซึ่งตัวชี้วัดแต่ละประการนำมาซึ่งรูปแบบการทำงานต่างๆ และที่จะกล่าวถึงในที่นี้คือ โครงการเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น และโภชนาการ ซึ่งอาศัยเครื่องมือทางระบาดวิทยา คือ ระบบเฝ้าระวัง (surveillance)

โดยรูปแบบของการเฝ้าระวังโรคประจำถิ่นคือ การให้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการค้นหาโรคที่เกิดขึ้นในชุมชน การเฝ้าระวังโรคประจำถิ่นคือการที่สมาชิกของชุมชนคนหนึ่งมีอาการป่วยคล้ายอาการเริ่มต้นของโรคที่อาจติดต่อหรือรุนแรง อาสาสมัครสาธารณสุขจะรายงานให้สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลได้ทราบเพื่อดำเนินการป้องกัน และในส่วนของงานเฝ้าระวังทางโภชนาการนั้น อาสาสมัครจะทำการชั่งน้ำหนักเด็กและนำมาเปรียบเทียบกับตารางน้ำหนักต่ออายุ หากพบเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ได้แบ่งเกณฑ์การตรวจเป็น เด็กขาดสารอาหารระดับ 1, 2, 3 ตามความรุนแรง เพื่อดูแลเด็กตามความต้องการภาวะโภชนาการ (วาระการประชุมเพื่อพิจารณาปรับปรุงภาวะโภชนาการของเด็กไทย, 2528)

1.2 แนวทางทันตสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 สู่โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

การนำแนวคิดในการจัดระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพของกองทันตสาธารณสุข พบว่าในการทำแผนปฏิบัติการด้านทันตสาธารณสุขปี พ.ศ. 2527 ส่วนของกิจกรรม งานค้นคว้าวิจัยของฝ่ายวิชาการทั้ง 3 หมวดคือ กลุ่มงานพัฒนาชนบท กลุ่มงานพัฒนางานที่ทำอยู่แล้ว และกลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาชนบท พบว่าในงานส่งเสริมการพัฒนาชนบท มีโครงการศึกษาระบบเฝ้าระวังทางทันตสาธารณสุข (กองทันตสาธารณสุข, 2526)

แสดงถึงความพยายามของกองทันตสาธารณสุข ในการคิดหาและพัฒนารูปแบบการทำงานโดยอาศัยรูปแบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ โดยคิดหาแนวทางการนำมาปฏิบัติของงานทันตสาธารณสุขก่อนที่จะนำรูปแบบมาเสนอในการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง “การกำหนดเป้าหมายทางทันตสุขภาพแห่งชาติเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543” ในวันที่ 2-5 เมษายน พ.ศ. 2528 ณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลจากที่ประชุมได้สรุปหลักการและมาตรการทางวิชาการรวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากว่า “การเก็บรักษาฟันไว้ให้มีอายุการใช้งานที่ยาวนาน และทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมนั้น จะต้องป้องกันก่อนเกิด

โรค หรือหากเกิดโรคแล้ว ควรจะมีการตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และได้รับการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีก่อนการลุกลาม” ซึ่งการบรรลุหลักการดังกล่าวได้โดยใช้การเฝ้าระวังโรคและได้กำหนดให้ กลวิธีเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา เป็นกลวิธีหลักเพื่อบรรลุเป้าหมายทางทันตสุขภาพแห่งชาติปี 2543 (ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ , 2539, หน้า 1)

เนื่องจากการประชุมครั้งนี้มีความสำคัญต่อการกำหนดแนวทางต่างๆ ที่สำคัญในเวลาต่อมา ทั้งการกำหนดเป้าหมายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 การวางรูปแบบการทำงานของงานทันตสาธารณสุข รวมถึงการเกิดโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ในระหว่างการประชุมมีการพิจารณาจากสภาพเศรษฐกิจ สังคม โครงสร้างประชากร สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุข วิเคราะห์โครงสร้างการบริหารงาน และงบประมาณ ฯลฯ รูปแบบการประชุมเพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพของประเทศไทยปี 2543 ได้อภิปรายและได้ผลสรุปดังนี้ (ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ, 2529, หน้า 186 และ 192-207)

เป้าประสงค์ทันตสุขภาพของประเทศไทยปี 2543 โดยแยกเป้าหมายเป็นกลุ่มอายุต่างๆ คือกลุ่มอายุ 5-6 ปี กลุ่มอายุ 12 ปี กลุ่มอายุ 18 ปี กลุ่มอายุ 35-44 ปี กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งแต่ละกลุ่มอายุมีรายละเอียดของดัชนีชี้วัดต่างกันไป แต่มีเป้าหมายหลักคือ “เด็กอายุ 12 ปีจะมีฟันผุเฉลี่ยไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน”

มีการกำหนดมาตรการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว คือ

1. มาตรการทางการเมือง

นโยบายทันตสาธารณสุข ให้รัฐกำหนดนโยบายระดับชาติด้านทันตสาธารณสุข พร้อมทั้งให้มีการดำเนินการตามนโยบายอย่างจริงจัง ดังนโยบายที่จะเสนอแนะต่อไปนี้

“มุ่งกระจายบริการทันตสาธารณสุข ไปสู่ชุมชนอย่างทั่วถึงทั้งเขตเมือง และเขตชนบทโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกัน”

-เร่งรัดการดำเนินทันตสาธารณสุขตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน

-เร่งการผลิตและพัฒนาคุณภาพทันตบุคลากรให้เหมาะสมและสอดคล้องกับแผนงาน

-กำหนดบทบาทและหน้าที่ด้านทันตสาธารณสุขแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

-ปรับปรุงโครงสร้างการบริหารทรัพยากรด้านทันตสาธารณสุข

-กำหนดบทบาทด้านทันตสาธารณสุขของชุมชน

-กำหนดกลวิธีและแนวทาง การประสานงานทันตสาธารณสุข ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับหน่วยงานอื่นและภาคเอกชน

-ให้มีการศึกษาและวิจัยด้านทันตสาธารณสุข

แนวทางการดำเนินงานให้ได้นโยบายดังกล่าว

1. เสนอแนะภาครัฐ ให้เห็นถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจให้ชัดเจนต่อปัญหาทันตสาธารณสุข
2. นำเสนอข้อมูลของปัญหาให้ชัดเจน และผลกระทบ จากปัญหาทันตสาธารณสุข เช่น โรคแทรกซ้อน
3. ให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและเรียกร้องการบริการทางทันตกรรมของรัฐ
4. ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวบรวมและนำเสนอแนะข้อมูลความต้องการบริการทันตกรรมของชุมชน
5. ผลักดันให้นักการเมืองและผู้บริหารระดับสูง เห็นความสำคัญของปัญหาทันตสุขภาพ

2. มาตรการทางสังคม

1. ควบคุมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อทันตสุขภาพ โดยให้ความสำคัญในกลุ่มเด็ก แนวทางการดำเนินงานมีดังนี้
 - 1.1 ควบคุมโฆษณาทางสื่อมวลชนด้านบริโภคให้เหมาะสม
 - 1.2 ให้คณะกรรมการอาหารและยา กำหนดการควบคุมฉลากในอาหารที่มีผลเสียต่อทันตสุขภาพ
 - 1.3 กระทรวงศึกษาธิการควรจัดตั้งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน
2. สนับสนุนให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากควบคู่ไปกับการตรวจสุขภาพทั่วไปในการคัดเลือกเข้ารับราชการหรือศึกษาต่อความเหมาะสม แนวทางการดำเนินงานคือการชี้แจงให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบและเห็นความสำคัญ
3. ส่งเสริมทันตสุขภาพทั้งในภาครัฐและชุมชน แนวทางการดำเนินงานมีดังนี้
 - 3.1 จัดทำคู่มือการสอนทันตสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุข
 - 3.2 ให้มีการเผยแพร่ความรู้ทางทันตสุขภาพในชุมชนทั่วประเทศโดยอาสาสมัครระดับหมู่บ้าน
 - 3.3 ส่งเสริมการเผยแพร่ทันตสุขภาพทางสื่อมวลชน
 - 3.4 แสวงหาความร่วมมือกับภาคเอกชนในการเผยแพร่ทันตสุขภาพทุกรูปแบบ
4. บรรจิวินิจฉัยทันตสุขภาพในหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย ในการศึกษาและการสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานมีดังนี้

4.1 ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ และทบวงมหาวิทยาลัย ในการจัดทำเนื้อหาทางวิชาการทันตสุขภาพในหลักสูตรต่าง ๆ

4.2 พัฒนาสื่อการสอนทันตสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

3. มาตรการทางวิชาการ

ให้มีการพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ส่งเสริมป้องกัน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพทางด้านทันตสาธารณสุข ทั้งในภาครัฐและชุมชน ในทุกกลุ่มอายุ สำหรับกลุ่มอายุ 6-12 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 1

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

ตาราง 1 แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขทั้งภาครัฐและชุมชนในเด็ก 6-12 ปี

เป้า หมาย	มาตรการ	แนวทางการดำเนินงาน	
		ภาครัฐ	ภาคชุมชน
6-12 ปี	1.การส่งเสริม ทันตสุขภาพ	1.1 จัดโครงการทันตสุขภาพในโรงเรียน โดยครู 1.2 จัดระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ 1.3 ส่งเสริมการแปรงฟันประจำใน กลุ่มอายุ 6-12 ปี 1.4 รณรงค์ทันตสุขภาพในเด็ก 6-12 ปี 1.5 ประสานงานกับระบบการศึกษา ของรัฐ จัดทำคู่มือในโรงเรียน 1.6 อบรมครู ผู้นำนักเรียน	1.1 ดำเนินการตามโครงการ ทันตสุขภาพในโรงเรียน โดย อาสาสมัคร โรงเรียน 1.2 ดำเนินการเฝ้าระวังทาง ทันตสุขภาพ
	2.การรักษาฟัน ฟุสภาพ	2.1 การดูแลรักษาอย่างเป็นระเบียบ 2.2 จัดให้มีบริการ ในสถานบริการอุด ฟันถาวร รักษาคลองรากฟัน ขูดหินปูน และการบำบัดรักษา เร่งด่วน	2.1 การบำบัดรักษาเบื้องต้นโดย อาสาสมัคร 2.2 การบำบัดรักษาโดยภาคเอกชน โดยจัดให้มีบริการทันตกรรม ในโรงเรียน
	3.ทันตกรรม ป้องกัน	3.1 การใช้เคลือบร่องฟันในฟันถาวร โดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม 3.2 ให้มีการใช้ฟลูออไรด์ 3.3 ควบคุมการกินลูกกวาด ท็อฟฟี่	3.1 จัดทำโครงการแปรงฟันหลัง อาหาร โดยใช้ ฟลูออไรด์ใน ยาสีฟัน 3.2 ให้มีการใช้ฟลูออไรด์ใน รูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสม 3.3 ควบคุมการจำหน่ายลูกกวาด - ท็อฟฟี่ในโรงเรียน

แหล่งที่มา จาก เป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทยและแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุ
สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 (หน้า 198) โดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย.,
2529, กรุงเทพฯ : บุรพาสิลปีการพิมพ์.

4. มาตรการสนับสนุน

1. พัฒนากำลังคนอย่างมีระบบทั้งภาครัฐและชุมชน แนวทางการดำเนินงาน คือ
 - 1.1 ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ
 - 1.2 กำหนดบทบาทหน้าที่ด้านทันตสาธารณสุขแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ครูอาสาสมัครสาธารณสุข
 - 1.3 พัฒนาคุณภาพด้านความรู้ ทักษะ และทักษะด้านทันตสาธารณสุขแก่ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและชุมชน
 - 1.4 เร่งรัดการผลิตและพัฒนาคุณภาพทันตบุคลากรให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินงาน
2. ปรับปรุงโครงสร้างการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงาน คือ
 - 2.1 ผสมผสานงานทันตสาธารณสุขกับงานส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ในทุกระดับ กล่าวคือ มีการวางแผนควบคุม กำกับ การ และ ประเมินผลร่วมกัน
 - 2.2 กำหนดกิจกรรมด้านทันตสาธารณสุขในหมู่บ้าน
 - 2.3 ให้มีการสนับสนุนงบประมาณตามแผนและโครงการตามความเหมาะสม
3. กำหนดแนวทางการประสานงานทันตสาธารณสุขระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานอื่นและภาคเอกชน
4. ปรับปรุงลักษณะข้อมูลให้บังชี้ถึงสภาพปัญหาได้ชัดเจนและสามารถใช้วางแผนติดตามประเมินผลได้ แนวทางการดำเนินงานคือ
 - 4.1 พัฒนาการสำรวจข้อมูลพื้นฐานระดับชุมชน
 - 4.2 กำหนดดัชนี จปฐ. ด้านทันตสาธารณสุข ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน
5. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดย
 - 5.1 จัดให้มีการเผยแพร่ทางวิทยุ โทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ และเน้นการสื่อสารผ่านทางผู้สื่อข่าวสาธารณสุข
 - 5.2 จัดให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยการรณรงค์ทางทันตสาธารณสุข
 - 5.3 จัดให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยผ่านองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง
6. ให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อหาเทคโนโลยีทางทันตสาธารณสุขที่เหมาะสม แนวทางการดำเนินงานคือ
 - 6.1 พัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะทางการวิจัยแก่ทันตบุคลากร
 - 6.2 พัฒนาหน่วยงานทันตสาธารณสุขในส่วนกลางให้สามารถสนับสนุนการดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม ทั้งในด้านเงินทุนและการดำเนินงาน

7. จักระบบบริหารและพัฒนาเครื่องมือ และวัสดุทางทันตกรรม

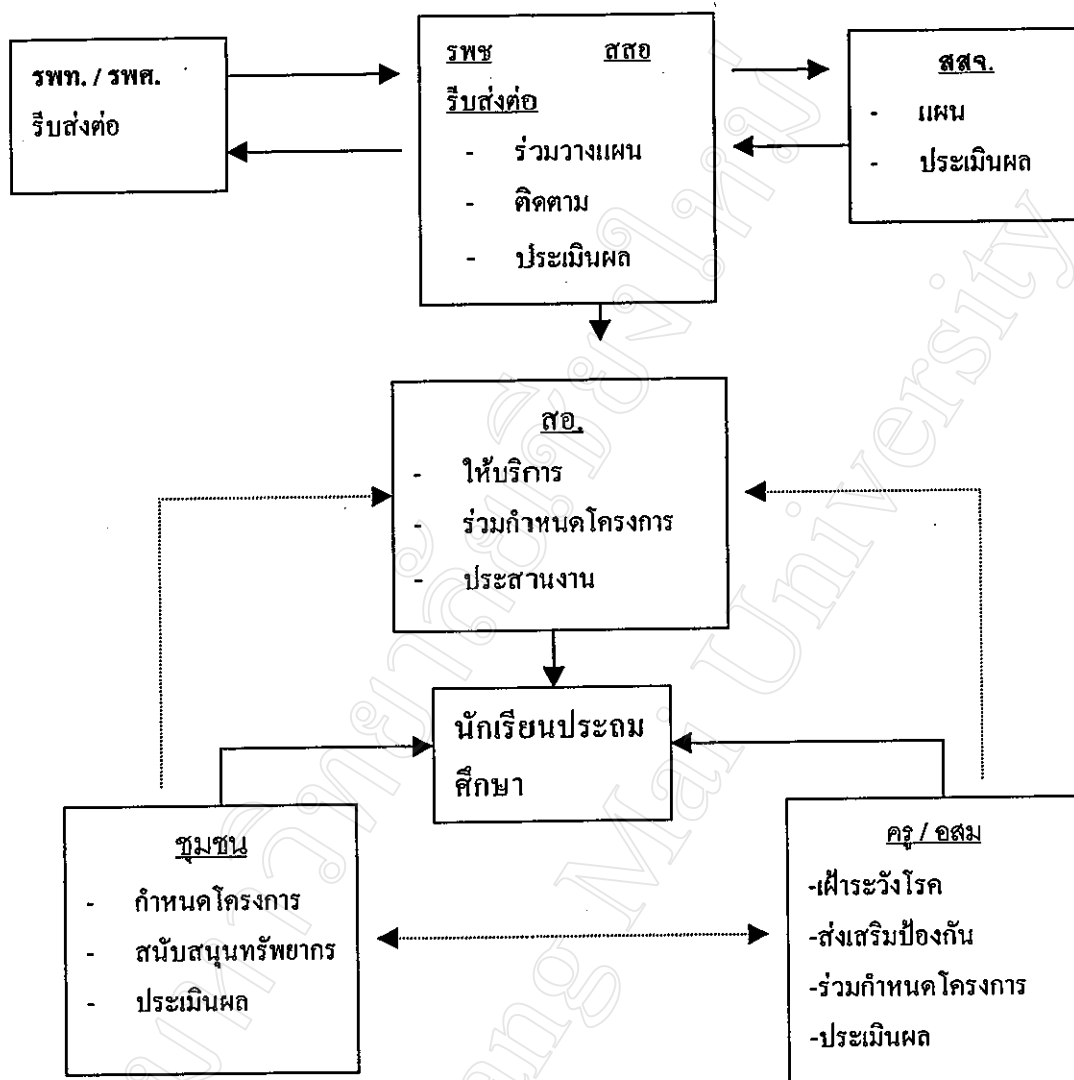
รูปแบบในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข

ในการดำเนินงานจะต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายซึ่งในงานทันตสาธารณสุขสามารถจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย ได้ดังนี้

1. นักเรียนประถมศึกษา 2. เด็กวัยก่อนเรียน 3. นักเรียนมัธยมศึกษา 4. ประชาชนทั่วไป
ในกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญที่สุดได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษา มีรูปแบบการดำเนินงานโดยสังเขปดังนี้

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University

แผนภูมิ 2 รูปแบบการดำเนินงานตามกลวิธีเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา



แหล่งที่มา จาก เป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทยและแนวทางการดำเนินงานเพื่อ
บรรลุสุขภาพดี

ถ้วนหน้าปี 2543. (หน้า204) ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บุรพาคิลป์การ
พิมพ์.

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

1. ในการจัดกลุ่มอายุของกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินงานทันตสาธารณสุข ควรจัดให้สอดคล้องกับของการปฏิบัติงานอื่นๆ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานโภชนาการ เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการผสมผสานการปฏิบัติงาน
2. เมื่อจัดกลุ่มอายุในการปฏิบัติงานเรียบร้อยแล้ว ก็น่าจะมีเครื่องชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงปัญหา และผลกระทบของการปฏิบัติงานในกลุ่มอายุเหล่านี้ด้วย
3. สิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไปหลังการสัมมนาครั้งนี้
 - 3.1 ควรมีการเรียบเรียงเอกสารใหม่ ระบุให้ชัดเจนจนถึงแนวทางการดำเนินงานในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด และส่วนกลาง
 - 3.2 กองทันตสาธารณสุขจะต้องเป็นศูนย์กลางดำเนินการเนื่องให้เกิดความเข้าใจในทุกๆ ฝ่าย
 - 3.3 จะต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดเป็นนโยบาย
 - 3.4 คณะกรรมการทันตสาธารณสุขอันเป็นกรรมการระดับสูงสุดจะต้องเป็นองค์กรที่จะประสาน ผลักดัน และควบคุมกำกับให้เกิดการดำเนินงานต่อไป
 - 3.5 ในการจัดทำแผนตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอีก 3 แผนฯ ต่อจากนี้จนถึงปี 2543 จะต้องมีการบรรจุเรื่องเหล่านี้ไว้ในแผนอย่างละเอียดเป็นปี โดยมีกองทันตสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงานนี้ ซึ่งเมื่อทำได้ดังนั้นก็เชื่อว่าจะประมาณก็จะตามมา
 - 3.6 จะต้องมียระบบควบคุมกำกับอย่างใกล้ชิด
4. การบริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ระดับตำบล สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ต่างก็มีพื้นที่รับผิดชอบ การดำเนินงานทันตสาธารณสุขน่าจะให้ผู้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบพื้นที่นั้นเป็นผู้ดำเนินการ เพราะถ้า รพช. มีหน่วยเคลื่อนที่ไปดำเนินการจะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นว่าผู้มารับผิดชอบแทนและจะทิ้งงานทันตสาธารณสุขไป
5. เสนอว่า ควรทำงานส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเป้าหมาย 0-5 ปี โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุข และควรให้บริการรักษาอย่างเป็นระบบในกลุ่ม 6-12 ปี
6. น่าจะมีการกำหนดบทบาทของบุคลากรในแต่ละระดับให้ชัดเจนและในระบบใดที่เราคิดว่าน่าจะเข้ามามีส่วนร่วม น่าจะเชิญมาให้ข้อเสนอแนะและร่วมกันพิจารณาว่าจะรับได้หรือไม่ เช่น ในเรื่องบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู เป็นต้น

7. การตั้งเป้าหมาย (goal) อาจคาดเคลื่อนบ้างก็สามารถยอมรับได้ แต่ที่สำคัญเป้าหมายนั้นจะต้องสามารถวัดและประเมินผลได้ และ target ในแต่ละแผนย่อยต้องชัดเจน

8. การเฟ้าระวังทางสาธารณสุข อาจไม่จำเป็นต้องทำได้เพราะปัญหาทัศนสุขภาพเป็นเรื่องที่พบมากจนไม่ต้องสำรวจก็ทราบที่อยู่แล้ว การจัดลำดับความสำคัญจึงน่าจะคำนึงถึงเรื่องการให้บริการอย่างเป็นระบบเป็นเรื่องแรก

9. การเฟ้าระวังในกลุ่มเป้าหมาย 6-12 ปี ที่ให้ครูเป็นผู้สำรวจ น่าจะให้ผู้พ้่านักเรียนเป็นผู้ทำ เพราะจะเป็นระบบเดียวกับของกองอนามัยโรงเรียน ไม่เป็นการสร้างระบบใหม่สามารถดูแลนักเรียนได้ทั่วถึงมากกว่า และนักเรียนเหล่านี้ถ้าไม่ได้เรียนต่อเมื่อออกจากโรงเรียนแล้วจะไปเป็นผู้นำชุมชนต่อไป

10. ในเรื่องการประสานงานระหว่างกองทันตสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค และกองโรงพยาบาลภูมิภาคที่ไม่ค่อยคล่องตัวในอดีต ผู้แทนกองสาธารณสุขภูมิภาคเสนอว่า ยินดีที่จะประสานงานกันใหม่ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

11. ควรหาเครื่องชี้วัดในการวิ้กภาวะทัศนสุขภาพในชุมชนแบบง่ายๆ เพื่อบรรจุเข้าจปฐ (ดัชนีความจำเป็นพื้นฐาน) ของโครงการสาธารณสุขมูลฐาน

12. ในการนำเสนอกลวิธี คณะทำงานเสนอเป็นลักษณะแผนระยะยาวถึงปี 2543 ควรจะมีการเสนอทั้งแผนระยะสั้นและระยะยาวที่สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่

13. ในมาตรการสำหรับกลุ่มอายุ 6-12 ปีจะเป็นการสนอง real need แต่ในกลุ่มเป้าหมายรองเป็นการสนองตาม felt need แต่มาใช้มาตรการเดียวกันคือ กองทุนทัศนสุขภาพ เพราะ ฉะนั้นน่าจะแยกกันเพื่อให้ชัดเจนในแนวปฏิบัติ

14. การแบ่งกลุ่มประชากร ควรจะแบ่งตามกลุ่มประชากรพิเศษ เช่น ชาวเขา ชาวเล

15. ให้คำนึงถึงเรื่องการเชื่อมโยงระหว่างสถาบันกับชุมชน เพราะถ้าไม่สะดวกรวดเร็ว และมีคุณภาพ จะทำให้โครงการที่ลงชุมชนไม่ประสบความสำเร็จ

16. มาตรการในการดำเนินการแก้ปัญหา ดังนี้ถึง

16.1 Social Measure

16.2 Education Measure

16.3 Technical Measure

16.4 Supportive Measure

17. ในทางทันตสาธารณสุข มี technic measure น้อยและค่อนข้างแคบ น่าจะมีการศึกษาวิจัยเพื่อหามาตรการใหม่ๆ เพิ่มขึ้น

18. รูปแบบ ควรเสริมหรืออิงรูปแบบปัจจุบัน เช่น village scaler จำเป็นจะต้องตั้งขึ้นมาใหม่หรือไม่ หรือควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ทำ และให้ประชาชนดูแลตัวเอง

19. ควรเน้นในเรื่อง communication กับ public relation ให้ real need และ felt need ตรงกัน ควรหาวิธีการทางการประชาสัมพันธ์ใหม่ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของชุมชนมากขึ้น

20. มาตรการที่ได้เป็น technical approach ส่วนที่ขาดไม่ได้คือ social approach ซึ่งจะช่วยทำให้มาตรการถึงกลุ่มเป้าหมาย

21. มาตรการและแนวทางที่ได้เพื่อให้มี efficiency และ feasibility ควรยึด primary health care approach โดยมี ประชาชนมีส่วนร่วมและนำ จปฐ. มาเป็นตัววัดความต้องการของประชาชน

ผลสรุปจากการประชุมที่นำเสนอไว้นั้น เริ่มจากการตั้งเป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทย เป้าหมายหลักคือ “เด็กอายุ 12 ปีจะมีฟันเฉลี่ยไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน” เพื่อให้บรรลุเป้าหมายจำต้องใช้มาตรการทั้ง 4 ส่วนประกอบกันจึงจะประสบความสำเร็จคือ มาตรการทางการเมือง มาตรการทางสังคม มาตรการทางวิชาการ มาตรการสนับสนุน ดังนี้

มาตรการทางการเมือง	เช่น การกำหนดนโยบาย
มาตรการทางสังคม	เช่น การส่งเสริมทันตสุขภาพ
มาตรการทางวิชาการ	เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาฟันสุขภาพ
มาตรการสนับสนุน	เช่น การพัฒนากำลังคน ปรับปรุงการบริหาร จัดให้มีการวิจัย การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทางสื่อ ฯลฯ

โดยภาพรวมจากรูปแบบการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ จัดเป็นเพียงหนึ่งในหกของกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพในมาตรการทางวิชาการเท่านั้น เป็นกลวิธีที่คิดขึ้นที่จะช่วยให้เป้าหมายที่ตั้งไว้ ประสบผลสำเร็จได้ อีกทั้งในการดำเนินงานยังต้องประกอบกันทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

ข้อสังเกตที่สำคัญคือ ที่ประชุมตกลงใช้กลวิธีเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพเป็นกลวิธีหลักในการดำเนินงานพร้อมกับข้อเสนอแนะของที่ประชุม มีหลายข้อที่น่าสนใจ เช่น การแบ่งกลุ่มประชากรตามประชากรพิเศษ การเสนอให้กำหนดบทบาทของแต่ละส่วนรับผิดชอบให้

ชัดเจน มาตรการที่ได้เป็น technical approach ต้องใช้ร่วมกับ social approach ซึ่งจะช่วยให้ มาตรการถึงกลุ่มเป้าหมาย มาตรการและแนวทางที่ได้เพื่อให้มี efficiency และ feasibility ควรยึด primary health care approach โดยประชาชนมีส่วนร่วม ฯลฯ

เนื่องจากการเกิดขึ้นของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ เกิดภายหลังจากการดำเนิน โครงการที่ใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานเป็นฐานคิดนานพอควร การดำเนินโครงการอื่นๆ ของสาธารณสุขเริ่มปรากฏปัญหาขึ้น ดังนั้นข้อเสนอแนะเหล่านี้ถือเป็นการเน้นอย่างมีเหตุผล หรือมีการศึกษาปัญหาที่จะเกิดในสถานการณ์จริง เป็นการเสนอแนะก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เฝ้าระวังทันตสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำกับโครงการอื่นๆ ที่ใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน ของกระทรวงสาธารณสุข

1.3 การเกิดโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

เมื่อมีผลสรุปจากการประชุมให้ใช้ กลวิธีเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในเด็ก ประถมศึกษาเป็นแนวทาง หน่วยงานส่วนกลางจำเป็นต้องหารูปแบบที่เหมาะสมต่อการทำงาน นำมาสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การหารูปแบบการจัดระบบเฝ้าระวังทาง ทันตสาธารณสุขในโรงเรียนประถมศึกษา” เมื่อวันที่ 8-11 กรกฎาคม พ.ศ. 2528 ณ.โรงแรม สายลม อ่างทองหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โดยมี ทันตแพทย์ นักวิชาการระบาค และผู้แทน จากสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติร่วมกันประชุม

ผลการประชุมได้สรุปวัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวังทางทันตสาธารณสุขคือ “เพื่อการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปากมากขึ้น” กำหนดโรคและความผิดปกติ ในช่องปากที่ต้องเฝ้าระวังในระดับบุคคลคือ อนามัยช่องปากและเหงือกอักเสบ โรคฟันผุ การกำหนดวิธีปฏิบัติคือ ครูเป็นผู้ตรวจบันทึกสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาทุกคน ทุกชั้น ปีละ 2 ครั้ง รวมถึงกำหนดวิธีตรวจและแบบฟอร์มการลงบันทึก (เรวดี ต่อประดิษฐ์ และฝ่าย วิชาการกองทันตสาธารณสุข, 2528, หน้า 2)

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ คือ จะต้องหาวิธีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ของครู ให้สามารถดำเนินงานเฝ้าระวังได้ศึกษาและจัดระบบการเฝ้าระวังที่วางไว้ เพื่อพร้อมจะ ขยายทั่วประเทศ เตรียมแนวทางในการจัดดำเนินงานทั้งระบบการศึกษาสาธารณสุขมูลฐานให้ สอดคล้อง สามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (เรวดี ต่อประดิษฐ์ และคณะ, 2528, หน้า 2)

โดยมีแนวคิดในการจัดระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ (ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, 2539, หน้า 2) ดังนี้

1. การเฝ้าระวังทางทันตสาธารณสุข อาจทำได้ทุกกลุ่มอายุ แต่ควรเริ่มทำในกลุ่มอายุที่มีความสำคัญที่สุดก่อนได้แก่ กลุ่มเด็กในวัยเรียน ซึ่งการเฝ้าระวังในกลุ่มอายุนี้อาจมีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคในช่องปากที่จะเกิดกับฟันถาวรเป็นสำคัญ

2. ปัญหาเรื่องโรคในช่องปากในระยะเริ่มแรก ลักษณะของโรคค่อนข้างยากต่อการสังเกต จำเป็นต้องให้ครูซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดเด็กที่สุดเป็นผู้ดำเนินการค้นหาปัญหา และเป็นผู้ดำเนินการตามระบบเฝ้าระวัง

3. การเฝ้าระวังจัดให้มีขึ้น เพื่อให้เกิดมีการแก้ปัญหา มีใช้เพื่อการรายงาน ดังนั้นในการเฝ้าระวังโรคในช่องปาก จะต้องมามีวิธีการแก้ไขปัญหที่ง่าย ประหยัดและมีประสิทธิภาพ ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหได้ระดับหนึ่ง และสามารถสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา ทันตสุขภาพของชุมชน

4. ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวัง จะต้องสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน และประเมินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่างๆ ได้

5. เกณฑ์ในการตัดสินใจปัญหาในระบบของการเฝ้าระวังจะสัมพันธ์กับการบรรลุเป้าหมายทางทันตสุขภาพแห่งชาติ

6. การกำหนดวิธีการปฏิบัติงาน จะต้องสามารถผสมผสานกับระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการได้

7. วิธีการเฝ้าระวังและการแก้ปัญหาในส่วนที่ดำเนินการโดยครูจะต้องง่าย ประหยัดเวลาไม่เพิ่มภาระให้แก่ครูมากเกินไป

การกำหนดรูปแบบของการเฝ้าระวังทางทันตสาธารณสุข ไว้คือ (ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, 2539, หน้า 1)

1. การเฝ้าระวังจะทำในกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยมีครูเป็นผู้ดำเนินการ

2. ครูจะต้องสามารถชี้ให้ชุมชนเห็นถึงปัญหาทันตสาธารณสุขของชุมชนนั้นได้

3. วิธีการที่จะพัฒนาครูให้มีความรู้ความสามารถที่จะดำเนินการเฝ้าระวังได้ จะต้องเป็นวิธีที่ครูสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

4. รายงานของข้อมูล ในระบบการเฝ้าระวังนี้จะต้องสอดคล้องกับระบบข้อมูลข่าวสารของกระทรวงสาธารณสุข

จากรูปแบบการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ที่กำหนดว่า ครูเป็นผู้ตรวจช่องปาก แต่ดัชนีที่มีอยู่ทางทันตกรรมขณะนั้นส่วนใหญ่ยังเป็นแบบที่คิดขึ้นจากนักวิชาการ โดยผู้ตรวจคือทันตบุคลากร จึงได้มีการประยุกต์การตรวจให้เหมาะสมกับครูเพื่อใช้ในโครงการนี้ โดยคิดหาคดัชนีที่เหมาะสมกับหลักเกณฑ์ที่กำหนดในระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ มีการทดสอบหลักเกณฑ์การตรวจของดัชนี ปรับหลักเกณฑ์ต่างๆ จนเห็นว่ามีความเหมาะสมแก่การตรวจเด็กนักเรียนโดยครู ทั้งในแง่ความชัดเจน สอดคล้องกับลักษณะที่พบจริงในช่องปาก ถูกต้องตามหลักวิชาการ ตรงตามปัญหาที่ควรแก้ไข และนำดัชนีที่ได้ไปทดสอบ ก่อนที่จะสรุปรูปแบบได้ผ่านกระบวนการทั้ง 5 ขั้นตอนนี้

1. รูปแบบของการทำงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ
2. ที่มาของดัชนี
3. การทดสอบความเที่ยงของดัชนี (reliability)
4. ทดสอบประสิทธิภาพทางวิชาการเชิงแก้ปัญหา (intervention)
5. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของแบบเรียนด้วยตนเอง

1. รูปแบบของการทำงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ โดยเลือกรูปแบบมาจากงานเฝ้าระวังที่มีอยู่ในขณะนั้นคือ งานโภชนาการ งานควบคุมการโรค งานควบคุมวัณโรค งานเฝ้าระวังโรคติดต่อ และงานทันตสาธารณสุข (เอกสารหมายเลข 4, 2528) เลือกรูปแบบจากงานโภชนาการในชุมชน เพื่อประยุกต์โดยเปลี่ยนผู้ทำงานจาก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่บันทึกน้ำหนักเด็กมาเป็น ครูทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจฟันให้กับนักเรียน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบตามลักษณะที่ปฏิบัติงานอยู่จะพบว่า ลักษณะที่ดำเนินการในโรงเรียนโดยครูเป็นผู้ตรวจนั้นมีรูปแบบคล้ายกับงานโภชนาการในชุมชน

2. ที่มาของดัชนี

ปิยะดา ประเสริฐสม ได้เขียนถึงที่มาของดัชนีใน “รายงานผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา” ว่า

งานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กประถมศึกษาได้เริ่มตั้งแต่แผนฯ 4 โดยมีกิจกรรมหลักอยู่ 2 อย่างด้วยกันคือ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันและการอมน้ำยาโซเดียมฟลูออไรด์ 0.2% ทุก 2 สัปดาห์ ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานในช่วงแผนฯ 5 พบความครอบคลุมต่ำมาก จึงเริ่มเกิดแนวคิดที่จะให้บุคลากรอื่นนอกเหนือจากทันตแพทย์และทันตภิบาลมาช่วยในการดูแลเด็กและประชาชนเพิ่มมากขึ้นในปี 2528 อนุศักดิ์ คงมาลัย, สิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และสมนึก ชาญด้วยกิจ ได้ทำการพัฒนาดัชนีอย่างง่ายในการตรวจประเมินความจำเป็นต่อการบริการทันตสาธารณสุขทันตสาธารณสุขในเด็กประถมศึกษาขึ้น

3 ประเภทคือ ดัชนีความจำเป็นต่อการรับบริการโรคฟันผุ ดัชนีความจำเป็นต่อการรับบริการด้านอนามัยช่องปากและสภาพเหงือก และดัชนีความจำเป็นต่อการรับบริการทันตสุขภาพรวม โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของดัชนีเปรียบเทียบระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล กับครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยทดลองทำการตรวจช่องปากเด็กประถมศึกษานาน 160 คนพบว่า ดัชนีมีความเที่ยงตรงอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง เมื่อเทียบระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล ในขณะที่ดัชนีมีความเที่ยงตรงน้อยกว่าเมื่อตรวจโดยครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างไรก็ตามก็ตีกลุ่มผู้ตรวจที่อยู่ในพื้นฐานเดียวกันมีความสามารถในการใช้ดัชนีอยู่ในระดับเดียวกันไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.01$) ผู้วิจัยได้สรุปว่า แม้ความเที่ยงตรงของดัชนีที่ทำการตรวจโดยครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะน้อยกว่าทันตแพทย์และทันตภิบาล แต่มีความเที่ยงตรงของดัชนีที่ทำการตรวจโดยครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะน้อยกว่าทันตบุคลากร แต่มีความคงที่และสม่ำเสมออยู่ในกลุ่มตนเอง จึงน่าจะเป็นประโยชน์การดำเนินงานทันตสาธารณสุข หากมีการปรับปรุงดัชนีให้ง่ายและเหมาะสม (กองทันตสาธารณสุข, 2540 ก, หน้า 25)

จากเอกสารของกองทันตสาธารณสุข ได้มีการพัฒนาดัชนีการเฝ้าระวังทันตสุขภาพของเด็กประถมศึกษาขึ้น โดยรูปแบบเริ่มต้นนั้นได้ใช้คะแนน 7 หมายถึงการมีความต้องการการรักษา และแบ่งคะแนน 7 ออกเป็น ก ข ค ง จ โดยแบ่งเป็นชนิดของการรักษาแต่ละชนิด ตามตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนลักษณะช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเมื่อเริ่มต้น

คะแนน	ลักษณะช่องปาก
ก1	หินปูนปกคลุมด้านบดเคี้ยวและด้านแก้มตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป
ก2	หินปูนปกคลุมด้านแก้มหรือค้ำลิ้นเต็มด้าน
ข	รากฟันที่ลอคแหลมขึ้นมาทางเหงือกเป็นแผลโดยไม่มีอาการอักเสบ
ค1	ฟันน้ำนมหักเหลือแต่รากโดยมีฟันแท้ขึ้นซ้อนเก
ค2	ฟันน้ำนมอยู่ปกติ ไม่หลุด และมีฟันแท้ซ้อนเก
ค3	ฟันน้ำนมอยู่ปกติ แต่ไม่ทำให้ฟันแท้ซ้อนเก
ค4	ฟันน้ำนมอยู่ปกติโดยฟันแท้ขึ้นไม่ได้
ง	มีฟันอักเสบรุนแรงขณะตรวจ
จ1	ฟันที่มีอาการบวมหรือมีหนองปลายรากเปิดทะลุออกมาที่เหงือก
จ2	มีก้อนเนื้อที่งอกในรูฟันผุ

แหล่งที่มา จาก เอกสารโรเนียว จากกองทันตสาธารณสุข ลงวันที่ 3 มีนาคม 2529

แต่วิธีการลงรหัสดังกล่าว ถูกปรับให้คงไว้แต่เกณฑ์การให้คะแนนความจำเป็นต้องรักษา
เร่งด่วน คงเหลือ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตาราง 3 ลักษณะปรากฏในช่องปากที่ต้องลงรหัส 7

คะแนน	ลักษณะ
7	สภาพในช่องปากที่ต้องการการรักษาเร่งด่วน มี 6 ลักษณะ คือ ก. เหงือกส่วนนั้นมีหินปูนปกคลุม ข. รากฟันยื่นยาวขึ้นมาทางเหงือกเป็นแผล ค. ฟันถาวรขึ้นแล้ว แต่ฟันน้ำนมยังไม่หลุด อาจจะซ้อนกันอยู่หรือเหลือแต่รากฟัน ง. มีอาการปวดฟัน และเกิดการอักเสบอย่างรุนแรงขณะตรวจหรือมีอาการ จ. บริเวณปลายรากฟันมีหนอง และเป็นแผลทะลุมาที่เหงือก ฉ. มีก้อนเนื้ออยู่ในรูฟันที่ผุ

แหล่งที่มา จาก คู่มืออบรมครูประจำชั้นในงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถม
ศึกษา (หน้า 44) โดย กองทันตสาธารณสุข, 2536, กรุงเทพฯ : ไม่ระบุสถานที่พิมพ์.

กล่าวโดยสรุปคือเกณฑ์การตรวจช่องปาก ใช้ดัชนี 2 ตัวคือ ดัชนีอนามัยช่องปากโดยแบ่ง
ช่องปากเป็น 6 ส่วน คะแนน 0 หมายถึงเหงือกปกติในส่วนนั้น คะแนน 1 หมายถึงการมีเหงือก
อักเสบในส่วนนั้น คะแนน 7 หมายถึงภายในช่องปากมีความจำเป็นต้องได้รับการบริการทาง

ทันตกรรม และดัชนีตัวที่สองคือ ดัชนีฟันถาวรผุ คะแนน 0 หมายถึง ฟันถาวรมีสภาพปกติ ไม่มีการผุ และ 1 หมายถึงมีฟันแท้ผุ (กองทันตสาธารณสุข, 2536, หน้า 42-45)

ในขณะที่กองทันตสาธารณสุขคิดหาดัชนีและวิธีการที่เหมาะสม องค์การอนามัยโลก ได้สนับสนุนศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ เชียงใหม่ โดยการทดลองหารูปแบบการทำงาน ในชุมชนและตัวชี้วัดที่เหมาะสม โดยใช้ดัชนี Status and Intervention Index (SI) ซึ่งมีการคิดขึ้นในปี 2528 เพื่อหาเทคโนโลยีที่เหมาะสมให้กับโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2000

รูปแบบคือเป็นระบบที่นำข้อมูลอนามัยเป็นตัวเลข ซึ่งสามารถบันทึกและชี้สภาวะสุขภาพทั้งของชุมชนและสุขภาพส่วนตัว ดัชนีนี้สามารถชี้สภาวะของช่องปากและยังสามารถชี้ถึงการรักษาที่ต้องการได้ด้วย เป็นที่มาของคำว่า status and intervention index โดยใช้การตรวจที่มีฐานคิดแบบ Zero concept คือตัวเลข "0" หมายถึงการมี "สุขภาพ" หรือปราศจากความต้องการการรักษา และตัวเลขอื่นๆ ชี้ถึงแนวโน้มของความต้องการการรักษาคือ 1-9 แต่ละตัวเลขจะระบุถึงการรักษาที่แตกต่างกัน เช่น รหัส 5 หมายถึงสภาวะช่องปากมีฟันที่ต้องการการบูรณะในระดับที่ลึก รหัส 6 หมายถึงสภาวะช่องปากต้องการการรักษาเกี่ยวกับโพรงประสาทฟัน โดยรูปแบบการปฏิบัติงานคือ การเตรียมชุมชนเพื่อรองรับปัญหา และเตรียมชุมชนให้พร้อมก่อน เมื่อนำดัชนีไปใช้ ชุมชนสามารถที่จะรองรับปัญหาบางส่วนได้คือการขูดหินน้ำลายและสอนแปรงฟัน ส่วนที่เหลือที่ชุมชนไม่สามารถรองรับปัญหาได้ คือผู้ที่ต้องการการรักษาจากโรงพยาบาล (WHO, 1987, pp 24-26)

3. การทดสอบความเที่ยงของดัชนี (reliability) โดยกองทันตสาธารณสุข ใช้เด็กกลุ่มตัวอย่าง 50 คนตรวจซ้ำ 2 ครั้งห่างกัน 4 วันโดยครู ทันตภิบาล ทันตแพทย์ และผู้นำนักเรียน ผลคะแนนดัชนีอนามัยช่องปากมีค่าตรวจซ้ำอยู่ในระหว่างร้อยละ 64.3-85.0 ค่าการคัดกรองฟันแท้ผู้มีค่าตรวจซ้ำอยู่ร้อยละ 74.0 (เรวดี ต่อประคิษฐ์ และคณะ, 2528, หน้า 7)

4. ทดสอบประสิทธิภาพทางวิชาการเชิงแก้ปัญหา (intervention) นำกระบวนการที่ได้ไปทดสอบโดยใช้เด็ก 113 คนจาก 2 โรงเรียนดำเนินกระบวนการตามระบบคือ ตรวจช่องปาก บันทึกผล สอนแปรงฟัน และให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันภายใต้การควบคุมของทันตบุคลากร และนำเด็กมาตรวจซ้ำในเวลา 3 สัปดาห์ ผลพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงจากเหงือกอักเสบเป็นเหงือกปกติร้อยละ 35.3 และร้อยละ 62.4 การเปลี่ยนแปลงจากเหงือกอักเสบระดับรุนแรงมากเป็นระดับรุนแรงน้อยลง ร้อยละ 70.7 และ 70.9 (เรวดี ต่อประคิษฐ์ และคณะ, 2528, หน้า 7-8)

ภายหลังจากการตรวจสอบขั้นตอนที่ 4 จนได้ผลเป็นที่น่าพอใจแล้วคือรูปแบบที่ครูตรวจช่องปากและแก้ปัญหาที่ค้นพบ สรุปเป็นหลักเกณฑ์และรูปแบบการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา

5. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของแบบเรียนด้วยตนเอง เพื่อถ่ายทอดกลวิธีการเฝ้าระวังไปสู่ครูผู้ปฏิบัติ โดยการทำสื่อได้จัดตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย ทันตแพทย์ ทันตภิบาล ซึ่งมีความรู้เรื่องเฝ้าระวังเป็นอย่างดี ร่วมกับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำ สื่อการศึกษาด้วยตนเอง จากคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์จากสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ มาร่วมประชุมและจัดทำหนังสือ “คู่มือแบบเรียนด้วยตนเอง เรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนที่ครูทำได้” (เรวัตี ต่อประดิษฐ์ และคณะ, 2528, หน้า 8)

โดย ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ ได้กล่าวถึงว่า (2539, หน้า 5) “จากการกำหนดรูปแบบของระบบเฝ้าระวังทันตสาธารณสุข ซึ่งจะดำเนินงานในโรงเรียนประถมศึกษาว่า 30,000 แห่ง จำเป็นต้องเป็นวิธีที่ครูสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง . . . จึงได้มีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเองและทดสอบประสิทธิภาพคู่มือ”

การทดสอบประสิทธิภาพของคู่มือแบบเรียนด้วยตนเอง เรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนที่ครูทำได้ โดยคัดเลือกครูจากพื้นที่ 7 จังหวัด 11 อำเภอ 37 โรงเรียน ประชุมชี้แจงโครงการศึกษาแก่จังหวัดอำเภอ ตำบล โรงเรียนแล้วส่งแบบเรียนด้วยตนเองให้แก่ครูในคณะกรรมการ กำหนดให้ศึกษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์และทดสอบในหัวข้อ ความรู้ของครู ความสามารถในการตรวจของครู (practice) จากการทดสอบได้นำผลมาปรับปรุงบทเรียนบางประการ เพื่อให้สื่อความหมายได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (เรวัตี ต่อประดิษฐ์ และคณะ, 2528, หน้า 8-13)

มีการนำวิธีที่ได้มาทดสอบความเป็นไปได้ในการนำระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพที่คิดขึ้น ไปใช้ในโรงเรียนประถมศึกษา และการจัดระบบรองรับการแก้ไขปัญหา โดยมอบหมายให้ครูดำเนินกิจกรรมต่อในโรงเรียน มีการจัดเด็กแปร่งฟันเป็นกลุ่มตามระดับปัญหา อนามัยยา ฟลูออไรด์ และคัดแยกเด็กที่มีคะแนน 7 ที่จำเป็นต้องได้รับการขูดหินปูน มารับการขูดหินปูน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมเพิ่มขีดความสามารถแล้ว ขณะเดียวกันได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนจัดระบบการติดตามนิเทศและสนับสนุน เมื่อได้ดำเนินการไปแล้ว 2 เดือนจึงได้ประเมินผล ผลการทดสอบความเป็นไปได้ในการนำระบบเฝ้าระวังไปใช้จริงในเด็กประถมศึกษาพบว่าสามารถทำได้จริง มีการจัดระบบรองรับการแก้ไขปัญหาพบว่าผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ได้แก่ ครูคณะกรรมการ ครูประจำชั้น ครูใหญ่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่าง

เห็นพ้องต้องกันว่าควรมีกิจกรรมนี้ในนักเรียนประถมศึกษา เพราะเป็นประโยชน์ต่อเด็ก (เรวดี ต่อประคิษฐ์ และคณะ, 2528, หน้า 13-17)

จากผลการวิจัยสรุปว่า “หลักเกณฑ์และรูปแบบของระบบเฝ้าระวังในเด็กประถมศึกษาที่วางไว้ สามารถแสดงภาพของปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญได้ชัดเจน นั่นคือปัญหาเหงือกอักเสบและฟันผุ” ซึ่งปัญหาทั้ง 2 ประการนี้ เป็นการเจ็บป่วยในช่องปากที่พบมากที่สุดของเด็กและเป็นปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2543 ด้วย” (เรวดี ต่อประคิษฐ์ และคณะ, 2528, หน้า 17)

ระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ที่เริ่มจากหลักการสาธารณสุขมูลฐาน มีการวิจัยและสรุปรูปแบบของระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาได้ดังนี้ (กองทันตสาธารณสุข, 2536, หน้า 38-56)

บทบาทของครูต่อการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพคือ ครูเป็นผู้ตรวจช่องปากของเด็กนักเรียนปีละ 2 ครั้ง โดยตรวจฟันผุและอนามัยช่องปากของแต่ละคนลงในแบบบันทึก ทส.001 กรณีฟันผุให้ถือว่ามีความจำเป็นต้องรักษา ในกรณีอนามัยช่องปากสามารถแบ่งได้คือ หากมีสภาพที่ต้องการรักษาเร่งด่วนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ให้ลงคะแนน 7 ให้ส่งต่อเพื่อรับการรักษาระบบคือ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน หากมีเหงือกอักเสบในช่องปากให้คะแนน 1 ในส่วนนั้นจากช่องปากทั้งหมด 6 ส่วน นำคะแนนเหงือกอักเสบมารวมเป็นคะแนนส่วนบุคคล นำคะแนนส่วนบุคคลพิจารณาแยกกลุ่มเด็ก เป็น ก ข ค ง จ ตามสภาพช่องปากเพื่อจัดกิจกรรมแปรงฟันและให้ทันตสุขภาพ ส่วนผู้มีฟันผุและต้องการการรักษาเร่งด่วน ส่งต่อตามระบบต่อไป

ในจุดนี้มีข้อสังเกตว่า ในขั้นตอนนี้ถือเป็นเพียงการคิดรูปแบบการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนเพียงอย่างเดียว ยังไม่ได้ผนวกเข้ากับมาตรการต่างๆ ตามที่ประชุมได้กำหนดไว้ ซึ่งต้องใช้ร่วมกัน และการคิดดัชนีในตอนต้นมีเกณฑ์ชัดเจนบ่งชี้ถึงการรักษาสอดคล้องกับการฐานคิดแบบ Zero concept ขององค์การอนามัยโลก แต่ถูกปรับออกเหลือเพียง รหัส 7 ซึ่งจะได้กล่าวต่อไป

การกำหนดนโยบายทันตสาธารณสุขตามแผน 6

ในขณะที่การคิดหารูปแบบการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพได้ดำเนินไป คณะอนุกรรมการทันตสาธารณสุขแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจขึ้นเพื่อทำแผนการทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ขึ้นในวันที่ 20 พฤษภาคม 2528 (กรมอนามัย, มปป, หน้า 95) หลังจาก

การประชุมการกำหนดเป้าหมายทางทัศนสุขภาพแห่งชาติเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 เพียงไม่ถึง 2 เดือน โดยคณะทำงานดังกล่าวได้ใช้แนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มาประยุกต์เข้าสู่แนวนโยบายของทัศนสาธารณสุข ประกอบกับผลที่ได้จากการประชุมและได้มีการดำเนินการต่างๆ ดังจะได้กล่าวต่อไป

แนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ

แนวนโยบายที่ปรากฏในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 มีแนวทางดังนี้คือ

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ได้ยึดหลักการที่เสริมสร้างความเป็นธรรมทางสังคม และการพึ่งตนเองของประชาชน โดยอาศัยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เช่น ส่งเสริมการขยายโอกาส ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เน้นความสำคัญของความจำเป็น พื้นฐาน โดยอาศัยกระบวนการเตรียมชุมชน การปรับปรุงวิธีการและเทคโนโลยีให้เหมาะสม การประชาสัมพันธ์เพื่อให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการริเริ่ม รวมถึงการขยายงานสาธารณสุขมูลฐานโดยชุมชนในท้องถิ่นต่างๆ ให้สามารถแก้ไขปัญหา สาธารณสุข ได้ตามสภาพปัญหาความเป็นจริงและตามศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน แต่ละท้องถิ่น ส่งเสริมการกระจายอำนาจในการบริหารด้วยการเพิ่มบทบาทของประชาชนในการตัดสินใจ เกี่ยวกับการกำหนดปัญหาตามความต้องการ วิธีการแก้ไขปัญหา และการหาทรัพยากร ส่งเสริมการประสานงานระหว่างสาขาและระหว่างภาครัฐและเอกชนโดยจัดให้มีองค์กรประสาน งาน ปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริหารงานสาธารณสุขทั้งทางด้านนโยบาย กำลังคน การบริหาร ระบบข้อมูลเพื่อการวางแผน การติดตามงาน ส่งเสริมการกระจายอำนาจจากส่วนกลางไปยัง ส่วนภูมิภาคมากขึ้น ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริม ให้มีการ ถ่ายทอดความรู้เทคโนโลยี ในการดำเนินงานสาธารณสุขที่ได้มีการพัฒนาและ ใช้ประโยชน์อย่าง เหมาะสม อยู่ในชุมชนต่างๆ พัฒนารูปแบบ ถ่ายทอดความรู้ระหว่างกลุ่ม เพื่อการพึ่งพาตนเองได้ มากขึ้นของประชาชนและประเทศ (กรมอนามัย, มปป, หน้า 67-69)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าในแนวทางสาธารณสุขโดยภาพรวมจะสอดคล้องหลักการ สาธารณสุขมูลฐานไว้ในแง่มุมต่างๆ ทั้งสาธารณสุขมูลฐานเองและการนำหลักการมากำหนด แนวปฏิบัติ และหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ในขณะนั้นย่อมต้องยึดแนวทางดังกล่าว ในการดำเนินงาน รวมถึงกองทัศนสาธารณสุข ด้วย

แนวคิดในการวางนโยบายทันตสาธารณสุขในแผนฯ 6

แนวคิดในการวางนโยบายทันตสาธารณสุขในแผนฯ 6 มีจุดมุ่งหมายในแนวทางเดียวกับสาธารณสุข กล่าวคือการนำนโยบายสาธารณสุขมาคิดในมุมมองของทันตสาธารณสุขได้ดังนี้ คือ

เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ โดยได้รับบริการตั้งแต่ระดับต่ำสุดจนถึงระดับสูงสุด มีสถานบริการตั้งแต่ระดับชุมชนถึงระดับสูง และมีการศึกษาวิจัยที่สอดคล้องกัน ดังนั้นแนวคิดในการวางนโยบายทันตสาธารณสุข ควรคำนึงถึงปัญหาทันตสาธารณสุขในด้านความสัมพันธ์กับงานสาธารณสุขอื่น การดำเนินงานทางทันตสาธารณสุข ต้องเริ่มจากชุมชนถึงสถาบัน การควบคุมโรค การพัฒนาชนบทและคุณภาพชีวิตของประชาชน (กรมอนามัย, มปป, หน้า 76)

การนำมาสู่หลักการทันตสาธารณสุข

เนื่องจากทางทันตสาธารณสุข ก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกับงานสาธารณสุขอื่นๆ คือ ปัญหาความครอบคลุมของการบริการต่ำและการขาดการผสมผสานงานบริการด้านต่างๆ ตลอดจนความร่วมมือกับการพัฒนาสังคมด้านอื่นๆ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529, หน้า 45)

แนวทางสาธารณสุขมูลฐานคือประชาชนต้องดูแลตนเอง จะต้องกำหนดให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการใช้กลวิธีการเฝ้าระวังโรคในช่องปาก เพื่อให้ชุมชนค้นหาปัญหาสามารถวิเคราะห์หาปัญหาเอง แล้วดำเนินการแก้ไขโดยการส่งเสริมป้องกัน การจัดตั้งกองทุนทันตสาธารณสุข การถ่ายทอดเทคโนโลยีทางทันตสาธารณสุขชุมชน โดยภาครัฐให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ด้านการบริการ ตามความจำเป็นมีการเน้นกลุ่มเป้าหมายที่สามารถควบคุมโรคได้ โดยเฉพาะในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 เน้นกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา (กรมอนามัย, มปป, หน้า 5) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 จึงได้มีการพัฒนาวิธีการควบคุมโรคและส่งเสริมสุขภาพโดยกองทันตสาธารณสุข แบ่งกลวิธีในการดำเนินงานออกเป็น 2 วิธีคือ กลวิธีทางวิชาการ และกลวิธีทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดคือ (กรมอนามัย, มปป, หน้า 83-84)

1. กลวิธีทางวิชาการ (technical strategies) นั้นสามารถแบ่งเป็น

1.1 การส่งเสริมป้องกัน แบ่งเป็น 3 วิธีคือ การให้ทันตสุขภาพศึกษา ทันตกรรมป้องกัน โดยการลดของหวาน การใช้ฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการเฝ้าระวังโรคในช่องปาก โดยการตรวจฟัน

1.2 การให้บริการอย่างเป็นระบบ โดยกลวิธีทางการบริการแบ่งเป็น 2 แบบคือ การบริการทันตกรรมในโรงเรียนอย่างเป็นระบบให้แก่โรงเรียนประถมที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก และการบริการในสถานบริการ

2. กลวิธีทางสังคม (social strategies) ในการนำกลวิธีทางวิชาการลงไปดำเนินการ ในประชากรกลุ่มเป้าหมายให้เกิดประสิทธิผล ต้องใช้กลวิธีทางสังคมดำเนินการผ่านโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อผ่านไปยังประชากรกลุ่มเป้าหมายได้แก่

- 2.1 Political Commitment
- 2.2 Community Participation
- 2.3 Managerial Process
- 2.4 Intersectoral Co-ordination
- 2.5 Appropriate Technology development
- 2.6 Referral System
- 2.7 Manpower Development
- 2.8 I-E-C (Information-Education-Communication)

จะเห็นได้ว่าในแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับสรุปผลการประชุม กำหนดเป้าหมายทางด้านสุขภาพ เพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้ามีความแตกต่างที่ชัดเจนคือ การแบ่งมาตรการที่มีอยู่ออกเป็น 2 ส่วนคือ มาตรการทางวิชาการ และรวมมาตรการต่างๆ ที่เหลืออยู่ ทั้งหมดคือ มาตรการทางการเมือง มาตรการทางสังคม มาตรการการสนับสนุน เข้าเป็นมาตรการทางสังคม โดยมีหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ทั้ง 4 ข้อบรรจุอยู่ในมาตรการทางสังคม ในข้อ 2 ข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 6 โดยไม่ได้ให้รายละเอียดในส่วนนี้นัก ในขณะที่การเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา กำลังหารูปแบบการทำงานได้ถูกกำหนดอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 6 พร้อมกับการร่างแผนฯ

การเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534)

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ ฉบับที่ 6 โดยวัตถุประสงค์ เพื่อให้สุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษาบรรลุเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี 2543 โดยประชากรกลุ่มอายุ 12 ปี มีค่าเฉลี่ยผุถอนอดไม่เกิด 1.5 ซี่ต่อคนและมีสภาวะปกคติน้อย 3 ใน 6 ส่วนของช่องปาก และเพื่อลดการสูญเสียฟันเนื่องจากโรคฟันผุ และปริทันต์ในกลุ่มประชากรอายุ 12 ปีขึ้นไป เมื่อสิ้นสุดแผน ประชากรอายุ 18 ปีร้อยละ 70 มีฟันถาวรครบ 28 ซี่ (กรมอนามัย, 2528, หน้า 6)

การจะทำให้บรรลุเป้าหมายทางทันตสุขภาพแห่งชาติได้ ต้องทำให้เด็กมีสภาพเหงือกปกติมากขึ้น โดยเพิ่มประสิทธิภาพการแปรงฟันและกำจัดหินน้ำลายที่มีอยู่ออก การบำบัดต้องเป็นการบูรณะเพื่อการเก็บรักษาฟันไว้ โดยกระจายบทบาทที่ไม่ยุ่งยากบางประการให้โรงเรียนเป็นผู้ดำเนินการเอง ได้แก่ การตรวจช่องปากเพื่อค้นหาปัญหาการจัดทำกิจกรรมส่งเสริมและป้องกัน ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนได้เข้าใจและตระหนักในปัญหาของตนเองมากขึ้น ขณะเดียวกันทันตบุคลากรก็สามารถใช้เวลาและความสามารถไปกับกิจกรรมที่จำเป็นได้แก่ การเป็นผู้สนับสนุนวิชาการ วัสดุ อุปกรณ์ และการให้การบำบัดรักษา คาดว่าหากการดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จะสามารถให้การดูแลเด็กประถมศึกษาได้ครอบคลุมกว้างขวางมากขึ้น มีการให้บริการที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น มีการประเมินผลได้อย่างมีระบบ ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพช่องปากของเด็กประถมศึกษาบรรลุเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติได้ในปี 2543 (กรมอนามัย, 2528, หน้า 31)

ตามที่ระบุในหนังสือ แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534). เกี่ยวกับโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา มีรายละเอียดดังนี้ (กรมอนามัย, 2528, หน้า 32-33)

วัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อให้สุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนประถมมีค่าเฉลี่ยผุดอนจุดไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน และมีสภาวะปริทันต์ปกตಿಯอย่างน้อย 3 ใน 6 ส่วน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้เด็กนักเรียนประถมศึกษาทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับบริการส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ
2. เพื่อให้มีการตรวจพบความผิดปกติในช่องปากตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถให้การบำบัดรักษาได้ทันเวลาที่ และเป็นไปในแนวทางของการบูรณะเพื่อเก็บรักษาฟันไว้
3. เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทที่ชัดเจนในการร่วมหาและแก้ปัญหา อันจะส่งผลถึงการตระหนักในการร่วมมือประสานงานกัน เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษาให้ดียิ่งขึ้น

กิจกรรมดำเนินการ โดยวิธีปฏิบัติคือ

1. คณะครูเป็นผู้ตรวจ บันทึกผลปีละ 2 ครั้ง ตรวจนักเรียนประถมศึกษาทุกคน ทุกชั้น กำหนดวิธีตรวจลงในแบบฟอร์มการลงบันทึก

2. ดำเนินโครงการส่งเสริมและป้องกันในโรงเรียน การให้ทันตสุขศึกษาตามหลักสูตร แปร่งฟันหลังอาหารกลางวัน อมน้ำยาฟลูออไรด์ในพื้นที่ที่มีปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มไม่เกิน 0.5
3. ทันตบุคลากรให้การสนับสนุนด้านการบำบัดรักษา ชูดหินน้ำลาย ถอนฟันที่จำเป็น อุดฟันโดยให้ความสำคัญกับฟันถาวรเป็นอันดับแรก
4. ระดับอำเภอ ฝ่ายทันตสาธารณสุข สสอ. สปอ. (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอ) ประสานงานกันในเรื่องการจัดลำดับปัญหา ระบบการแก้ไขปัญหาและการสนับสนุนต่าง ๆ
5. ระดับจังหวัด ฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข ฝ่ายทันตกรรม รพท./รพศ. สปจ. (โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด) ประสานงานกันในเรื่องการจัดลำดับปัญหา ระบบการแก้ไขปัญหาและการสนับสนุนต่าง ๆ
6. ระดับจังหวัด ฝ่ายทันตสาธารณสุข สสจ. และฝ่ายทันตกรรม รพท. / รพศ. ประสานงานในการจัดอบรมเพิ่มขีดความสามารถเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถชูดหินปูนเพื่อรองรับเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีปัญหาทันตสุขภาพจากระบบเฝ้าระวัง (กรมอนามัย, มปป, หน้า 32-33)

เมื่อถึงขณะนี้พบว่ารูปแบบปฏิบัติที่กำหนดกิจกรรมจะเริ่มมีแนวทางที่ชัดเจนและกำกับการในแต่ละส่วน ในหน่วยปฏิบัติทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ โรงเรียน และจำเพาะต่อครู โดยตรงถึงการปฏิบัติ และที่สำคัญที่ขอตั้งข้อสังเกตไว้ที่นี่คือ ข้อความ “การกระจายบทบาทที่ไม่ยุ่งยากบางประการ. . .” เริ่มมีมุมมองของวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้ที่กำหนดถึงสิ่งไหนยุ่งยากหรือสิ่งไหนไม่ยุ่งยาก รวมถึงการกำหนดหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติทุกหน่วยไว้อย่างชัดเจน และการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในวัตถุประสงค์เฉพาะ แต่ไม่กล่าวถึงในกิจกรรมดำเนินการ

แนวคิดการกำหนดเป้าหมายระดับประเทศของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ

เมื่อมีการกำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินการ จำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายของการทำงานให้ชัดเจน เพื่อหาวิธีประเมินผลงานได้ ตามวัตถุประสงค์ของการทำงาน สำหรับโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตามที่ระบุในแผนพัฒนางานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือเป้าหมาย

ทางการส่งเสริมทันตสุขภาพและการป้องกันโรค และเป้าหมายงานบริการดังนี้ (กรมอนามัย, มปป, หน้า 33-34)

1. เป้าหมายการส่งเสริมทันตสุขภาพและการป้องกันโรค อาศัยกิจกรรมการตรวจทันตสุขภาพ แปรงฟันหลังอาหารกลางวันและการอมน้ำยาฟลูออไรด์เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการได้เองในระดับโรงเรียนและถือเป็นเรื่องที่ได้แก่ประถมศึกษาทุกคนควรได้รับ จึงกำหนดเป้าหมายการตรวจและส่งเสริมป้องกันจากจำนวนเด็กประถมศึกษาทุกคน

2. เป้าหมายของงานบริการคิดจากร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปีจะอยู่ในระบบการศึกษา ระดับประถม จากข้อมูลในปี 2530 มีเด็กอายุ 6-12 ปี จำนวน 7 ล้านคน จึงมีเด็กประถมศึกษาจำนวน 6.3 ล้านคน และปีต่อๆ มาอีกจำนวน 1.05 ล้านคน รวมจำนวนเด็กตั้งแต่ปี 2530-2534 จะเท่ากับ $6.3+1.05+1.05+1.05+1.05 = 10.5$ ล้านคน

การกำหนดเป้าหมายในการบำบัดรักษา คิดจากความสามารถในการให้บริการของทันตภิบาล เพราะถือว่าทันตภิบาลเป็นผู้ที่จะให้บริการในเด็กประถมศึกษาโดยตรง

มีสมมุติฐานว่า ทันตภิบาล 1 คน ปฏิบัติงานทุกประเภทปีละ 230 วัน บริการด้านบำบัดรักษาสัปดาห์ละ 3 วันเฉลี่ยวันละ 10 ราย , นักเรียนรับบริการคนละ 1.5 ราย ภายใน 1 ปีทันตภิบาลรักษาเด็กจำนวน 920 คน/ปี ดังแสดงในตารางที่ 4

ตาราง 4 การคำนวณงานบริการของทันตภิบาล

พ.ศ.	จำนวนทันตภิบาล (คน)	จำนวนเด็กที่ได้รับบริการ(ล้านคน)	
		ราย	คน
2530	798	1.10	0.73
2531	928	1.28	0.85
2532	1,058	1.46	0.97
2533	1,188	1.64	1.09
2534	1,323	1.82	1.21
รวมจำนวนครอบคลุมบริการ		7.3 ล้านราย เท่ากับ	4.85 ล้านคน

แหล่งที่มา จาก แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กลวิธีการทำงาน แบ่งออกเป็นสอง กลุ่มคือ กลวิธีหลักและกลวิธีสนับสนุน

กลยุทธ์หลัก เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญจะก่อผลโดยตรงต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาคือ การควบคุมสถานะโรคฟันผุและปรับปรุงสถานะปริทันต์ในเด็กวัยประถมศึกษา โดยวิธีการเฝ้าระวังและดูแลทันตสุขภาพในเด็กวัยประถมศึกษา ได้รับการดูแลทันตสุขภาพตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพได้แก่

1. จัดระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ เน้นกลุ่มนักเรียนวัยประถมศึกษา
2. ถ่ายทอดเทคโนโลยีในการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาให้กับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ
3. กำหนดรูปแบบและแนวทางการแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุข ในเด็กวัยประถมศึกษา ให้สอดคล้องกับระบบเฝ้าระวังที่กำหนดขึ้น

กลยุทธ์สนับสนุน

1. การพัฒนาองค์กรโดย จัดตั้งและพัฒนาหน่วยงานทันตสาธารณสุข ทั้งในระบบบริหารราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคของรัฐ ให้ครบตามโครงสร้าง
2. การบริหารจัดการได้แก่
 - 2.1 จัดให้มีการวางแผนงานทันตสาธารณสุข แห่งชาติร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข
 - 2.2 กำหนดวิธีการถ่ายทอดแผนให้ชัดเจน ทั้งในเรื่องกิจกรรม เกณฑ์การตั้งเป้าหมายและการประเมินผล
 - 2.3 ระบบข้อมูลข่าวสาร ควบคุมกำกับ การประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเอื้ออำนวยต่อการวางแผน และการดำเนินงานตามแผน
 - 2.4 สนับสนุนการจัดทำแผนงานทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด เพื่อให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยทันตสาธารณสุขทุกระดับ
 - 2.5 ประสานงานระหว่างหน่วยงานราชการส่วนกลาง เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน
 - 2.6 ดำเนินการให้มีการผสมผสานงานทันตสาธารณสุข กับงานสาธารณสุขอื่นๆ ได้แก่ งานโภชนาการ งานอนามัยและเด็ก และงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยผ่านองค์กรหรือรูปแบบการประสานที่มีอยู่แล้ว
 - 2.7 ศึกษาแนวทางรวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ได้แก่ ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ทันตแพทย์เอกชน บริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน เครื่องมือทันตกรรม สมาคมและมูลนิธิที่มีกิจกรรมทางด้านบริการทันตกรรม ฯลฯ ซึ่งเป็น

แหล่งทรัพยากรใหญ่ทั้งในด้านกำลังคน เงิน อุปกรณ์ และวิชาการ สามารถสนับสนุนและผลักดัน การดำเนินงานในภาครัฐได้อย่างมาก ซึ่งวิธีการที่จะทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน คือการกำหนดเป้าหมาย วางแผนร่วมกัน กำหนดบทบาทและการแก้ปัญหาทัศนสาธารณสุข ระหว่างภาครัฐและเอกชนร่วมกัน มีระบบข้อมูลและการประเมินที่สอดคล้องกัน

3. การพัฒนากำลังคนทางทัศนสาธารณสุข มีการวางแผนการพัฒนาบุคลากรทางด้าน ต่างๆ ส่งเสริมสมรรถนะกำลังคนทางทัศนสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับความจำเป็นในการปฏิบัติงาน เช่น

-เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการเพิ่มพูนความรู้ให้สามารถให้บริการทัศนสาธารณสุขระดับ ตำบลได้

-ครูในโรงเรียนประถมศึกษาทุกโรงเรียนๆ ละ 3-5 คนได้รับการเพิ่มพูนความรู้ เพื่อให้ สามารถหาปัญหา เฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาทัศนสุขภาพของนักเรียนในความรับผิดชอบได้ ตามความเหมาะสม (กรมอนามัย, มปป, หน้า 8-14)

จากการตั้งเป้าหมายที่เป็นปริมาณที่มีตัวชี้วัดได้อย่างชัดเจน ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติงานใน รูปแบบบริการ โดยกำหนดผู้ปฏิบัติอย่างชัดเจน เพื่อวัดประเมินผลงานเชิงปริมาณ และมีกลวิธีหลัก คือระบบเฝ้าระวังทางทัศนสุขภาพ ที่จะต้องถ่ายทอดให้ผู้เกี่ยวข้อง โดยมีกลวิธีสนับสนุนคือ การพัฒนาหน่วยงานทัศนสาธารณสุข การถ่ายทอดแผน ตั้งเป้าหมาย การประเมินผล สนับสนุน ต่างๆและรวมถึงการมองภาพเอกชนคือทันตแพทย์เอกชน บริษัทผู้ผลิตและจำหน่ายแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ฯลฯ ในฐานะเป็นแหล่งทรัพยากรใหญ่ทั้งในด้านกำลังคน เงิน อุปกรณ์ และวิชาการ สามารถสนับสนุนการดำเนินงานในภาครัฐได้อย่างมาก และรวมถึงการให้หน่วยงานเอกชน มาทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน แสดงถึงการหายไปของ “ชุมชน” ตามความหมาย ของสาธารณสุขมูลฐาน และสะท้อนถึงการ ใช้มุมมองวิชาชีพที่กำหนดการแก้ไขปัญหาของชุมชน เป้าหมายที่ตั้งยอมกำหนดแนวทางการกำกับและการประเมินผลฯ ดังจะได้กล่าวต่อไป

การควบคุมกำกับและการประเมินผล แผนงานทัศนสาธารณสุข ฉบับที่ 6

ในการวางแผนงานทัศนสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ได้วางแผนไว้อย่างเป็นลำดับมีความ สัมพันธ์เป็นเหตุเป็นผลเกี่ยวเนื่องจากวัตถุประสงค์ กลวิธี และเป้าหมายของกิจกรรม ดังนั้นการ ควบคุม กำกับและการประเมินผล ก็จะเป็นการดูในทางปฏิบัติงานจริงว่าสิ่งที่วางแผนมีทิศทาง การดำเนินไปอย่างไร โดยชี้วัดถึงวัตถุประสงค์ และถ้าพบข้อบกพร่องที่ทำให้แผนไม่สามารถ ดำเนินไปได้ก็จะมี การแก้ไขปัญหา เพื่อให้แผนบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ ตามแผนพัฒนา

งานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้ใช้แนวทางการควบคุมกำกับ การ และประเมินผล ดังนี้ (กรมอนามัย, มปป, หน้า 51-52)

1. การควบคุมกำกับ การเรื่องปัจจัยการนำเข้า เช่น การบรรจุทันตบุคลากร งบประมาณ
2. การควบคุมกำกับ การ เรื่องกิจกรรมและผลงาน ข้อมูลสำคัญที่จะต้องรวบรวม ได้แก่ ชนิดและเป้าหมายของกิจกรรมของแต่ละหน่วยงาน โดยข้อมูลเหล่านี้เก็บได้จาก แผนปฏิบัติงานประจำปีของหน่วยงาน รายงานผลการปฏิบัติงานจาก รบ. 1ก02 รง. 401 และ รง. 402 (ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ใช้รายงานดูในภาคผนวก ก)

3. การประเมินผลต่อเนื่อง จะต้องประเมินดูว่าเมื่อมีผลงานเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดผลอะไรตามมา ซึ่งการประเมินผลต่อเนื่องนี้ จะต้องดูว่าสถานะทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนหลังจากที่ได้ดำเนินงานตามระบบเฝ้าระวังแล้วดีขึ้นหรือไม่ หลังจากที่มีการประชาสัมพันธ์มีระบบส่งต่อที่ดีแล้ว ทำให้การครอบคลุมบริการดีขึ้นหรือไม่ ข้อมูลเหล่านี้เก็บได้จาก รบ.402

4. การประเมินผลกระทบ จะต้องประเมินว่าเมื่อการปฏิบัติงานต่างๆ เสร็จสิ้นแล้วเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง โดยดูจากสถานะทันตสุขภาพของประชากร โดยใช้วิธีการสำรวจทันตสุขภาพของประชากรทั่วประเทศ

จากวิธีประเมินผลงานพบว่า โดยรูปแบบของข้อมูลที่ต้องการเก็บในรายงานเน้นรายละเอียดเชิงปริมาณเช่น นักเรียนประถมศึกษาได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากตามระบบเฝ้าระวังทางทันตสาธารณสุข ก็คน ก็โรงเรียน พบสถานะภาพของโรคระดับ ก. ก็คนและมีการบริการทันตกรรม ฯลฯ ซึ่งเป็นกลวิธีทางวิชาการโดยไม่มีกรกล่าวถึงการประเมินตามกลวิธีทางสังคม หรือกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 ข้อแต่อย่างใด

สรุปในส่วนที่ 1 นี้เป็นการนำข้อมูลมาเรียงตามลำดับเพื่อทำให้เห็นภาพว่า การเกิดโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ที่เริ่มจากแนวความคิดสาธารณสุขมูลฐาน นั้นได้มีวิวัฒนาการอย่างไรและเปลี่ยนรูปมาสู่การนำไปประยุกต์และการกำหนดเป้าหมายของการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้ามาสู่การกำหนดนโยบายระดับชาติที่กลายมาเป็นแนวทางการดำเนินงาน การกำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณที่วัดได้ และวิธีการการประเมินผลโครงการฯ โดยในระหว่างการกำหนดแนวคิดต่างๆ ได้มีการเสนอกลวิธี และความคิดเห็นประกอบ เพื่อเป็นแนวทางให้โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ เมื่อมาสู่ นโยบายระดับชาติ มีการเปลี่ยนแปลงจากแนวความคิดเดิม กลายมาสู่การเน้นผลลัพธ์เชิงปริมาณที่สามารถวัดผลที่เน้นความครอบคลุมในการทำงาน การเปลี่ยนจากโครงการที่เป็นเพียงส่วนหนึ่งในระบบ

การทำงาน กลายรูปมาเป็นเครื่องมือหลักที่ใช้กำหนดแนวทางการวัดประเมินผล และการ
หายไปของกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งความหมายและแนวทาง เมื่อเข้าสู่ระบบราชการ

ส่วนที่ 2 การกำกับการโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพของหน่วยงานส่วนกลาง

ในส่วนนี้จะเป็นการประมวลภาพการทำงานตามลำดับของเวลา เพื่อแสดงให้เห็นถึง
การทำงานในการสนับสนุน ผลักดัน หาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จต่อโครงการเฝ้าระวัง
ทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาที่จะส่งผลให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนี้

2530 สำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ จัดซื้อชุดตรวจฟันครบทุกแห่งและ
กองทันตสาธารณสุข ได้สนับสนุนหนังสือคู่มือส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษา
(กองทันตสาธารณสุข, 2533ก, หน้า 10)

วันที่ 22-24 ธันวาคม 2530 ทพ.อาวรุท แสงกล้า ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข
ได้กล่าวถึงนโยบายทันตสาธารณสุขไว้ดังนี้

นโยบายทันตสาธารณสุขมุ่งกระจายงานทันตสาธารณสุขสู่ชุมชนทั้งเขตเมืองและ
ชนบท โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมป้องกันโดย เร่งรัดการดำเนินงานทันตสาธารณสุข
ตามแนวสาธารณสุขมูลฐาน เร่งการผลิตและพัฒนาทันตบุคลากรให้เหมาะสมและ
สอดคล้องกับแผนงาน กำหนดบทบาทและหน้าที่ของทันตสาธารณสุขแก่เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข กำหนดบทบาทด้านทันตสาธารณสุขของชุมชน กำหนดวิธีและแนวทางการ
ประสานงานทันตสาธารณสุขระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ และภาค
เอกชน การสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยทางทันตสาธารณสุข การเฝ้าระวังทันตสุขภาพ
เป็นกิจกรรมหนึ่งในโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพที่จะช่วยเสริมประสิทธิภาพของ
โครงการฯ โดยการแยกเด็กที่มีปัญหาหรือมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคในช่องปากสูงออก
มาเพื่อการดูแลเป็นพิเศษ...งานสำคัญที่จะดำเนินการในปี 2531 นอกเหนือจากงานประจำ
คือ ขยายงานเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในชุมชนใน 32 จังหวัด ฯลฯ (อาวรุท
แสงกล้า, 2530, หน้า 1 และ 6-7)

กุมภาพันธ์ 2531 สำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ พิมพ์หนังสือการดำเนินงาน
กิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพของนักเรียนที่ครูทำได้ จัดส่งให้โรงเรียนในสังกัดทั่วประเทศ
(กลุ่มงานทันตสาธารณสุขชุมชน, 2533, หน้าภาคผนวกที่ 1)

กุมภาพันธ์ 2531 กองสาธารณสุขได้มีหนังสือไปยัง สปช. ขอความร่วมมือให้ทุกโรงเรียนในสังกัด ดำเนินการโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ (กองทันตสาธารณสุข, 2533ก, หน้า 10)

พฤษภาคม 2531 มีการประชุมชี้แจงงานโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน เพื่อให้เกิดการประสานงานในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข เน้นพนักงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ โดยมีหัวหน้าสำนักงานประถมศึกษาจังหวัด หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ร่วมประชุม (กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ชุมชน, 2533, หน้า 3)

ในช่วงนี้ สุณี วงศ์คงคาเทพ ขณะประจำอยู่ที่ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น กล่าวถึงเหตุการณ์ในช่วงดังกล่าวว่า

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ได้ระบุเพิ่มกลวิธีเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพขึ้น โดยกองทันตสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่งในการคิดค้น หลักเกณฑ์ที่จะใช้เฝ้าระวัง ตั้งแต่ปี 2528-2529 และหลักเกณฑ์นี้ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางในปี 2530 ว่าง่ายต่อความเข้าใจและการดำเนินการของครูหรือไม่ ทั้งในแง่ยอมรับและ comment หลักเกณฑ์ในบางหัวข้อ กองทันตสาธารณสุขก็ได้ลองใช้ดำเนินงานในพื้นที่โรงเรียนประถมศึกษาใน 8 จังหวัด ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการประเมินผล อย่างไรก็ตามก็ตีจากการติดตามข่าวคราวในเรื่องนี้ การวิพากษ์วิจารณ์ได้หยุดลงชั่วคราว และบางจังหวัดก็ได้เริ่มขยับดำเนินการ โดยใช้หลักเกณฑ์เฝ้าระวังของกองทันตฯ บวกกับสไตล์การแก้ปัญหา โดยเฉพาะเรื่องการรักษาของแต่ละอำเภอ แต่ละจังหวัด ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมของพื้นที่ จนกระทั่งมีการประชุมเกี่ยวกับเฝ้าระวังและงานทันตสาธารณสุขมูลฐาน ในปลายเดือนมีนาคม 2531 และการประชุมร่วมระหว่างฝ่ายทันตสาธารณสุข ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และศึกษานิเทศจังหวัด ในช่วงกลางเดือนพฤษภาคม 2531 หลังจากนั้นในทุกจังหวัดเริ่มมีการตื่นตัว การประสานงานระดับจังหวัดในลักษณะที่คึกคักขึ้น มีการสั่งการเป็นนโยบายจากจังหวัด ถึงระดับโรงพยาบาลชุมชน การประถมศึกษาอำเภอ (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2533, หน้า 18)

วันที่ 15-17 พฤศจิกายน 2531 หลังจากได้ดำเนินการโครงการเฝ้าระวังฯ ได้ไม่นาน กองทันตสาธารณสุข ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องบทบาทของชุมชนเพื่อรองรับระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาบทบาทที่เหมาะสมของชุมชน

ในการรองรับระบบเฝ้าระวัง หาวิธีการกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงปัญหาทัศนสุขภาพโดยผ่านทางระบบเฝ้าระวัง และหาวิธีการเตรียมชุมชนให้พร้อมที่จะดำเนินงานตามบทบาท โดยเหตุผลเนื่องจากระบบเฝ้าระวังทางทัศนสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม เกิดปัญหาในเรื่องระบบการส่งต่อผู้ป่วย และคำรักษาพยาบาลและค่าเดินทางที่เกิดเนื่องจากการบริการรองรับระบบเฝ้าระวัง

จากการประชุมดังกล่าว มีฐานคิดว่าเด็กนักเรียนประถม เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักและผู้ที่เหมาะสมที่จะค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา คือ ครูซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับเด็กแต่การแก้ไขปัญหาจะไม่สมบูรณ์ ถ้าชุมชนมิได้เข้ามามีส่วนร่วมและรัฐไม่มีการรองรับที่ดี และการเฝ้าระวังทางทัศนสุขภาพ เป็นกลวิธีกระตุ้นให้ครูและนักเรียนตื่นตัวและยอมรับถึงความจำเป็นในการดูแลทัศนสุขภาพของตนเอง ดังนั้นเมื่อมีความต้องการรับการบำบัดรักษา ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่ชุมชนจำเป็นต้องเผชิญ ชุมชนสมควรที่จะเป็นผู้คลี่คลายปัญหา หรือมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้บุตรหลานของตนเองมีสุขภาพและอนามัยที่ดี (กองทันตสาธารณสุข, 2532, หน้า คำนำและหน้า 1)

โดยผลจากการประชุมฯ ได้ข้อสรุปดังนี้ (กองทันตสาธารณสุข, 2532, หน้า 2-5)

1. บทบาทที่เหมาะสมของชุมชนในการรองรับระบบเฝ้าระวังคือ การยอมรับในโครงการฯ การออกเงินคำรักษาซึ่งอาจจะโดยตรงคือการพาเด็กไปรักษาหรือโดยอ้อม เช่น การประกันสุขภาพให้บุตรหลาน การซื้อหุ้นกองทุนสุขภาพ
2. กระตุ้นชุมชนให้ตระหนักถึงปัญหาโดยผ่านระบบเฝ้าระวัง โดยใช้วิธีการประชุม การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และปฏิบัติงานร่วมกัน
3. รัฐต้องจัดระบบการรองรับนักเรียนให้ชัดเจน เพื่อเป็นการประสานต่อกับบทบาทของชุมชนและเสริมบทบาทของชุมชนให้เด่นชัดยิ่งขึ้น
4. สรุปรูปแบบของผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาเด็กนักเรียนคือ การใช้บัตร สส.3 การแปรรูปกองทุนแปรงสีฟัน-ยาสีฟัน การประกันสุขภาพ การตั้งกองทุนสุขภาพ

ผลของการประชุมทำให้เกิดการปรับระบบบริหารจัดการคือ การจัดสรรงบประมาณคำรักษาพยาบาลให้แก่เด็กเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ คนละ 30 บาทต่อปี เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อนักเรียนโดยเริ่มตั้งแต่ปี 2533 เป็นปีแรก และโรงเรียนสามารถใช้เงินงบประมาณคำวัสดุการศึกษาซื้อแปรงสีฟันได้โดยถือเป็นวัสดุฝึก (กองทันตสาธารณสุข, 2540 ข, หน้า 17)

ตั้งแต่ปี 2531-2533 กองทันตสาธารณสุข จัดการประชุมประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัดโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างศึกษานิเทศ สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข และหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพปีละ 1 ครั้ง 3 ปีติดต่อกันเพื่อชี้แจงโครงการ (กองทันตสาธารณสุข, 2540ข, หน้า 17)

6 เมษายน 2532 ทางกองทันตสาธารณสุข ได้จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ให้กับหัวหน้าหน่วยศึกษานิเทศ ของสำนักงานการประถมศึกษาทั่วประเทศ (กลุ่มงานทันตสาธารณสุขชุมชน, 2533, หน้า 4)

ตั้งแต่ปี 2532 กรมอนามัยได้ให้การสนับสนุนทางวิชาการโดย จัดทำสื่อและคู่มือต่างๆ ที่ใช้ในการอบรม สนับสนุนอุปกรณ์แปรงฟัน และเตรียมความพร้อมของทันตบุคลากรในการรองรับระบบเฝ้าระวังฯ (กองทันตสาธารณสุข, 2540ข, หน้า 16-17)

เมื่อถึงจุดนี้จะเห็นได้ว่า นอกจากการกำหนดนโยบายแล้ว ยังได้มีการชี้แจงและสนับสนุนสิ่งต่างๆ รวมทั้งพยายามเข้าช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินการ แต่ในขณะเดียวกันก็มีเสียงสะท้อนจากหน่วยงานปฏิบัติต่อส่วนกลาง รวมทั้งมีการประเมินผลโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาครั้งแรกคือ การประเมินผลงานตามแผนฯ 6

สรุปการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6

จากสรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุขในแผน 6 30 เมษายน-1 พฤษภาคม 2533 ณ.ห้องประชุมโรงแรมสมิหรา สงขลา ที่นำเสนอผลการประเมินที่เกี่ยวข้องกับโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา สามารถแบ่งได้เป็น 3 หัวข้อ ดังนี้คือ (กองทันตสาธารณสุข, 2533 ค, หน้า 1-12)

1. กลวิธีเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของแผนฯ 6 กำหนดเครื่องชี้วัดคือ

- ค่าดัชนีผุถอนอุดสำหรับฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี ไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน
 - มีสถานะเหงือกปกติ (CPITN =0) ไม่ต่ำกว่า 2 ใน 6 ส่วนของช่องปาก
- ประเด็นที่จะประเมิน แบ่งเป็น

1.1 ความเหมาะสมของกลวิธีต่อวัตถุประสงค์ของแผน จากการประเมินพบว่าการที่สามารถควบคุมฟันผุได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ไม่น่าจะมีผลมาจากกิจกรรมเฝ้าระวังโดยตรง

แต่น่าจะมาจากกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพคือ อนามัยฟลูออไรด์ และกิจกรรมการแปรงฟัน โดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่ทำไว้ครอบคลุมได้ดีจากแผนฯ 5 มากกว่า ผลของการดำเนินงานยังไม่ปรากฏผลในตอนนี้ เนื่องจากโครงการเฝ้าระวังเพิ่งเริ่มดำเนินการได้ไม่นานนัก

1.2 ผลการประเมินปัญหาในกลวิธีเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ คือ

1.2.1. ครูไม่ตรวจเนื่องจาก ขาดการสั่งการเร่งรัดจาก สำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติ การนิเทศติดตามยังไม่มี การรองรับ เด็กที่ผ่านการตรวจและต้องการการรักษาด้วยการบริการอย่างเพียงพอ

1.2.2. ข้อมูลไม่ถูกต้อง คือ วิธีตรวจยากไป ครูต้องรับผิดชอบการตรวจมาก และ ยังไม่มี การนำข้อมูลไปใช้ เนื่องจากข้อมูลผิดพลาด

สรุปผลการอภิปรายกลวิธีเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม ดังนี้

1. การเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม มีผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก และมีผลทำให้ครูตระหนักในปัญหาโรคในช่องปากของนักเรียนเนื่องจากการตรวจสุขภาพช่องปาก
 2. ปัญหาข้อมูลไม่ถูกต้อง แก้ไขด้วยการอบรมครู โดยต้องอบรมเป็นระยะๆ เพราะครูจะลืม, การให้บทบาทแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการแนะนำครูในเรื่องเฝ้าระวังฯ
 3. เกณฑ์การตรวจฯ ที่ยากเกินกว่าจะทำให้ครูตรวจได้ถูกต้องควรมีการปรับปรุงเพื่อให้ง่ายขึ้น มีความถูกต้องสูงขึ้น
 4. การรองรับด้านการรักษาอาจจะใช้ทันตบุคลากรหรือใช้ผู้อื่น แล้วแต่ความเหมาะสมของแต่ละจังหวัด
 5. การดำเนินโครงการฯนี้ ควรดำเนินการเต็มพื้นที่เหมือนเดิม ส่วนการรักษาจะครอบคลุมได้เท่าไร ก็ต้องพัฒนาในจุดนี้ต่อไป
 6. ควรสอดแทรกกิจกรรมในการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพฯ เข้าในหลักสูตรพนักงานอนามัย
 7. บางจังหวัดมีการดำเนินงานเฝ้าระวังได้ดีมาก น่าจะมีการเขียนคู่มือการดำเนินงานเผยแพร่ให้จังหวัดอื่นต่อไป
 8. อาจต้องพิจารณาจัดอบรม เรื่องแนวทางการดำเนินเฝ้าระวังให้จังหวัด
2. การประเมินกลวิธีพัฒนาบริการทันตสาธารณสุข วัตถุประสงค์เพื่อ ลดการสูญเสียฟันในประชากรกลุ่มอายุ 12 ปีขึ้นไป และปรับปรุงสภาวะปริทันต์ ในเด็กวัยประถมศึกษา หรือเพื่อ

รองรับระบบเฝ้าระวังโดยการเพิ่มความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อชูดหินน้ำลายให้แก่เด็ก พบว่าเจ้าหน้าที่สามารถชูดหินน้ำลายได้จริงแต่ไม่ยอมทำ จึงควรมีการปรับบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ชูดหินน้ำลาย ไม่ได้ทำเพื่อการรักษาแต่เป็นการทำเพื่อคงสภาพของช่องปาก (maintain oral hygiene) แทน

3. การประเมินกลวิธีพัฒนาบริการกิจกรรมอื่น พบว่าการแบ่งแยกพื้นที่รับผิดชอบทัศนสุขภาพของประชาชนในจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งยังไม่มีภารกิจดำเนินงานรับผิดชอบเหมือนโรงพยาบาลชุมชน จากที่ประชุมวิเคราะห์ว่า ขอบข่ายการให้บริการทัศนสาธารณสุข ในส่วนภูมิภาคโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการในเขตเมือง ซึ่งยังมีความซ้ำซ้อนคลุมเครืออยู่ สรุปว่า

- แผนไม่ได้กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานไว้ชัดเจน
- ในแผนต่อไปควรเน้นทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
- ควรใช้ระเบียบรายงานเดียวกันทุกหน่วยงาน
- หน่วยงานต่างๆ ในส่วนกลางจะต้องประสานกัน

ในส่วนนี้คงสะท้อนภาพของปัญหาที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มโครงการฯ ได้เช่น ครูไม่ตรวจเนื่องจากขาดการสั่งการ ปัญหาของความยากของดัชนี ครูต้องรับผิดชอบการตรวจมาก ข้อมูลไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ไม่ยอมชูดหินน้ำลาย และปัญหาการทำงานบริการในเขตเมือง ซึ่งพอสรุปได้ว่าเป็นปัญหาของระบบราชการ ความไม่เข้าใจและไม่ตระหนักถึงปัญหาในระดับปฏิบัติงานที่สำคัญที่สุดคือ การกำหนดทิศทางของโครงการฯ ว่า ควรดำเนินการเต็มพื้นที่เหมือนเดิม ส่วนการรักษาจะครอบคลุมได้เท่าไร ก็ต้องพัฒนาในจุดนี้ต่อไป

ปี 2533 ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ ได้ทำการประเมินผลเฝ้าระวังทางทัศนสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม เพื่อประเมินความครอบคลุมของการตรวจและรับบริการ ประเมินผลสถานะทัศนสุขภาพและการบริหารจัดการของโครงการ โดยอาศัยรายงาน 402 และแบบสอบถามได้ผล ดังนี้

-การประเมินความถูกต้องของข้อมูลการตรวจทัศนสุขภาพของนักเรียนตามโครงการเฝ้าระวังทางทัศนสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม ดำเนินการประมาณเดือนธันวาคม 2531 ถึงธันวาคม 2532 พบว่าครูตรวจได้ถูกต้องเมื่อเปรียบเทียบกับทัศนบุคลากรในเรื่องคะแนนอนามัยช่องปาก 0, 1, 7 และพื้นที่ สุและไม่สุ ได้ผลคือตรวจได้ถูกต้องร้อยละ 80.6, 25.9, 29.5, 47.8, 76.4 ตามลำดับ ในการตรวจสภาพของโรคได้ผล ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ผลเปรียบเทียบการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครูและทันตบุคลากร

สภาพของโรค	ตรวจโดยครู	ตรวจโดยทันตบุคลากร
เหงือกปกติ	72.7	58.5
เหงือกอักเสบ	18.9	33.3
ความต้องการรักษาเร่งด่วน	9.4	8.2
ฟันผุ	31.4	32.2

แหล่งที่มา จาก การประเมินผลโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กประถมศึกษา. ภาค
ผนวกที่ 2 โดยกองทันตสาธารณสุข (2533). รายงานการวิจัย.

-การควบคุมกำกับ การ อาศัยการ นิเทศจากส่วนกลางและศูนย์ทันตสาธารณสุขเขต
อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร่วมกับการนิเทศระดับจังหวัดโดยมีผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสำนักงานประถมศึกษาจังหวัด พบร้อยละ 26

-การประเมินกระบวนการ (process) ได้ผลตามตาราง 6

ตาราง 6 ผลการประเมินผลการบริหารจัดการในรูปองค์กร

	ความครอบคลุม
1.การจัดรูปองค์กร	
-การจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด	21%
-การจัดตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ	27%
-มีการประชุมชี้แจงเพิ่มเติมแก่ศึกษานิเทศ	58%
-มีการประชุมชี้แจงเพิ่มเติมแก่สาธารณสุขอำเภอ	54%
-มีการประชุมชี้แจงเพิ่มเติมแก่ครูในโรงเรียน	65%
2.การประสานงานเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลในการแก้ไข ปัญหาระหว่างสำนักงานประถมศึกษาอำเภอ สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน	41%

แหล่งที่มา จาก การประเมินผลโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กประถมศึกษา.
หน้า 5 โดยกองทันตสาธารณสุข (2533). รายงานการวิจัย

ปี 2534 กองทันตสาธารณสุข ประเมินความถูกต้องของผลการตรวจทันตสุขภาพของครูตามระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพฯ สรุปคือครูยังตรวจไม่ถูกต้องในอัตราสูง เสนอแนะว่า ดัชนีที่ใช้จะต้องจำแนกปัญหาได้ชัดเจนและง่ายพอที่ครูจะใช้ได้อย่างถูกต้อง จึงควรปรับรายละเอียดของดัชนีที่มีความคลาดเคลื่อนสูง และควรฝึกอบรมหรือวิธีการอื่นๆ ที่จะได้ประสิทธิภาพมากขึ้นกว่า การศึกษาจากหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียว ความสำเร็จของการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ยังขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการและการจัดระบบสนับสนุนจากทุกระดับ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และศรีสุดา ถิละศิธร, 2534, หน้า 30-31)

เจดจันทร์ศิริ โชติคิลก และวิกุล วิศาลเสถ์ (2534, หน้า 19-22) ศึกษาความคิดเห็นของครูที่รับผิดชอบโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนด้วยแบบสอบถามพบว่า

1. ครูเห็นด้วยกับรูปแบบการดำเนินงานโครงการโดยแต่งตั้งครูคณะทำงาน ไม่เห็นด้วยกับการที่ครูศึกษาหนังสือคู่มือ.
2. มีร้อยละ 45.7 เห็นว่าได้รับการสนับสนุนจากทันตบุคลากรในท้องถิ่นระดับน้อย
3. อุปสรรคสำคัญในการดำเนินการคือครูขาดความรู้ ผู้ปกครองไม่ร่วมมือ ควรเพิ่มการอบรมครูหรือวิธีการอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เสนอแนะว่า การดำเนินงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียนในปัจจุบัน (ปี2534) เป็นการกำหนดนโยบายจากส่วนกลาง แม้ว่าจะมีการศึกษาก่อนกำหนดเป็นนโยบาย แต่ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานยังคงมีอยู่ การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์นั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาหรือปรับปรุง กลวิธีในการดำเนินงาน การบริหารจัดการโครงการ ให้เป็นไปมีประสิทธิภาพ โดยความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติเป็นส่วนสำคัญที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาในการดำเนินงาน ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงโครงการฯ ดังนี้คือ เพิ่มหลักสูตรอบรมเพื่อให้ครูมีความมั่นใจในการดำเนินการ ควรเพิ่มขึ้นตอนการชี้แจงผู้ปกครองในการดำเนินงานด้วย ควรมีบุคลากรรับผิดชอบในระดับตำบล ควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานโดยการประกวดโรงเรียนดีเด่นด้านทันตสุขภาพ ควรมีรางวัลให้กับผู้รับผิดชอบโครงการด้วย

ปี 2534-2536 มีการประกวดโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา (กองทันตสาธารณสุข, 2540ข, หน้า 17) ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในหัวข้อการประกวดโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

ในปี 2534 ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และ รัชณี ลิ้มสวัสดิ์ ได้ศึกษาเรื่องการบริหารจัดการในงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ในเด็กประถมศึกษาในระดับจังหวัดและอำเภอ ได้ผลการศึกษาดังนี้ ประมาณ 48 จังหวัดจาก 61 จังหวัด (ขณะนั้นทั่วประเทศ 72 จังหวัด) ที่เริ่มทำโครงการในช่วง

ปี 2530-2531 จนถึงปี 2532 มี 56 จังหวัดที่ดำเนินการแล้วจาก 61 จังหวัดมีเพียง 13 จังหวัดที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานระหว่างบุคลากรจากศึกษาธิการและสาธารณสุข ผลดังนี้

เวลาที่ใช้ในการประชุมชี้แจงหรืออบรมแก่บุคลากรระดับอำเภอเกี่ยวกับงานเฝ้าระวังทัศนสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1 วัน

การนำข้อมูลรายงานมาใช้คือ เก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานของจังหวัด (34.6%) นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (29.0%) แจกไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (22.0%)

ลักษณะการประสานงานกับเอกชน ส่วนใหญ่เป็นการประสานงานกับมูลนิธิ พอสว. บริษัทวิศวะทัศน์นครธรรม แต่การประสานงานกับคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นส่วนน้อย

แนวคิดในการประเมินผลงานเฝ้าระวังทัศนสุขภาพ ในระดับจังหวัดคือ ดูจากร้อยละของความครอบคลุมนักเรียนที่ได้รับการแก้ไขปัญหภายในโรงเรียนและการส่งต่อ จากจำนวนโรงเรียนที่ใช้ข้อมูลในการแก้ไขปัญหา จากการสำรวจหรือการสุ่มนิเทศ

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1. ขาดการสั่งการจากหน่วยงานส่วนกลางที่ชัดเจน
2. ครูไม่สามารถตรวจช่องปาก ได้อย่างถูกต้อง
3. ขาดสิ่งสนับสนุน เช่น หนังสือ, งบประมาณ
4. การปฏิบัติไม่สม่ำเสมอทั้ง การตรวจ การอนามัยฟลูออไรด์ และการแปรงฟัน
5. ขาดการนิเทศประสานงาน
6. ขาดการส่งต่อ อยู่ห่างไกลสถานบริการ ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ
7. การให้บริการแก่โรงเรียนที่ดำเนินการและไม่ดำเนินการเฝ้าระวังทัศนสุขภาพ

เหมือนกัน ทำให้เกิดการเปรียบเทียบ

ประมาณปี 2534 มูลนิธิแพथ์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชินี ได้สนับสนุนทุนงานวิจัยของ ปรากรม วุฒิพงศ์, ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, ศันสนีย์ รัชชกุล, ปิยะดา ประเสริฐสม, และ ขนิษฐ รัตนรังสิมา เรื่อง รูปแบบที่เหมาะสมของการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังทัศนสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา โดยการพัฒนาระบบดำเนินงานในทุกระดับที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทดลอง 4 จังหวัดคือ อุทัยธานี สมุทรสาคร ยโสธร และนครศรีธรรมราช เป็นการทำงานที่จังหวัดคิดขึ้นเองเพิ่มเติมจากงานปกติในโรงเรียนเป้าหมาย 5 แห่ง ส่วนโรงเรียนควบคุมคงดำเนินกิจกรรมตามปกติดังที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข จากการดำเนินงาน 1 ปีพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในโรงเรียนทดลองและโรงเรียนควบคุม จากการศึกษาปัจจัยต่างๆ นั้นพบว่า การโยกย้ายของทันตบุคลากร เป็นปัจจัยที่ส่งผลสูงสุดต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานคือ คุณภาพและ

ความกระตือรือร้นของผู้ปฏิบัติงานเอง ตลอดจนความเข้าใจต่องานโครงการฯ ที่รับผิดชอบ การสั่งการจากผู้บริหารเป็นเพียงตัวกำหนดเริ่มต้นของการดำเนินงาน แต่ไม่สามารถจะคงอยู่ได้ตลอดไป หากไม่มีแนวคิดจากผู้ปฏิบัติเอง

ในปี 2539 มีการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ณ. จังหวัดเชียงราย ได้สรุปผลว่า สัมฤทธิ์ผลของโครงการฯ ยังไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากยังมีปัญหาการขาดความชัดเจนในการถ่ายทอดแนวคิดของโครงการจากส่วนกลางไปสู่ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ ประกอบกับปัญหาการขาด social technology ที่จะสร้างให้เกิดความพร้อมในการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน (กองทันตสาธารณสุข, 2540ก, หน้า 1)

ส่วนการดำเนินโครงการได้สรุปผลไว้ดังนี้ (กองทันตสาธารณสุข, 2540ก, หน้า ผนวก ข 21)

1. ถ้าพิจารณาจากวัตถุประสงค์หลักของงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา คือ การแก้ไขปัญหา เหงือกอักเสบ ด้วยการแปรงฟันสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง (คือหลังอาหารกลางวันทุกวันที่มาโรงเรียน) ก็ถือได้ว่าโครงการนี้ยังไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากภายหลังจากการดำเนินงานได้ 6 ปี (ตั้งแต่ปีการศึกษา 2531 ถึงปีการศึกษา 2537) พบว่า เด็กอายุ 12 ปีซึ่งผ่านโครงการมา มีสถานะเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นมาก (จากร้อยละ 53.3 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 75.3 ใน พ.ศ. 2537)

2. ความครอบคลุมการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งของเด็กนักเรียนประถมศึกษาสูงมากกว่าร้อยละ 80 โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินโครงการฯ แต่ไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการแปรงฟันของเด็กนักเรียน และพฤติกรรมอื่นๆ ที่จะมีผลต่อทันตสุขภาพของเด็ก นักเรียนประถมศึกษา

3. บทบาทของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษา ยังไม่มีความชัดเจน

ผลการดำเนินการของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา หากยกเพียงผลสรุปจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาปี 2539 ที่ได้อ้างไว้ข้างต้นระบุว่า

ตามวัตถุประสงค์หลักของงานเฝ้าระวังฯ คือ การแก้ไขปัญหา เหงือกอักเสบ ด้วยการแปรงฟันสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 1 ครั้งถือได้ว่าโครงการฯ ยังไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากภายหลังจากการดำเนินงานได้ 6 ปีพบว่า เด็กอายุ 12 ปีมีสถานะเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นนั้น

คงพอสะท้อนให้เห็นถึงผลการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี และในส่วนปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน พบว่าไม่ค่อยแตกต่างจากเมื่อเริ่มดำเนินการมากนัก

จากการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างการนำโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาไปปฏิบัติตั้งแต่เริ่มต้นโครงการฯ จนถึงปี 2540 แม้จะมีข้อมูลที่แสดงถึงผู้เห็นประโยชน์จากการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา และมีการทำงานจากส่วนปฏิบัติงาน โดยปกติของการทำงานย่อมมีอุปสรรคเกิดขึ้น สามารถสรุปได้ 5 หัวข้อดังนี้คือ

1. การสั่งการจากหน่วยงานส่วนกลาง
2. ขาดสิ่งสนับสนุน เช่น หนังสือ งบประมาณ
3. ขาดความเข้าใจจาก ครู ในการปฏิบัติงาน เช่น ตรวจช่องปาก การแปรงฟัน
4. ขาดการบริหารจัดการที่ดี และรวมถึงการขาดมาตรการทางสังคม เช่น ขาดการนิเทศประสานงาน การส่งต่อ ผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ
5. ดัชนีที่ใช้มีความยาก และข้อสงสัยต่อผลการตรวจของครู

โดยในส่วนของผู้กำกับงานและประเมินโครงการฯ ได้รับทราบปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งจากการประเมินและการศึกษาดังที่ได้สรุปไว้ข้างต้น แต่การมองปัญหาของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ อาจมองตามลักษณะระบบคือ ปัญหาภายนอกคือระบบราชการ และปัญหาภายในคือระบบของโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ โดยปัญหาภายนอกเป็นปัญหาเชิงระบบโครงสร้างที่เกิดขึ้นทั่วไปในระบบราชการเช่น ขาดการสั่งการและการสั่งการไม่ชัดเจน และปัญหาภายในคือรูปแบบของการเฝ้าระวังทันตสุขภาพที่ไม่สะดวกต่อการทำงานเช่น ดัชนีที่ยาก และการประเมินที่ละเลยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 4 ประการ

สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่านั้นที่พบคือ คงไม่อาจปฏิเสธได้ทั้งทางทฤษฎี และการประเมินจากภาคปฏิบัติว่า ไม่ว่าหน่วยงานกำกับงานและประเมินผลทำงานกันอย่างหนักเพียงไรก็ตาม แต่ความสำเร็จของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ที่แท้จริงยังคงขึ้นอยู่กับการทำงานในระดับพื้นที่เป็นหลัก

ในระหว่างการดำเนินการมีการประกวดโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังฯ ซึ่งเป็นลักษณะของการประเมินโครงการฯ อีกรูปแบบหนึ่งที่ได้จัดขึ้นมีการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยการประกวดโรงเรียนดีเด่นด้านทันตสุขภาพ ควรมีรางวัลให้กับผู้รับผิดชอบโครงการฯ ตามที่ได้มีผู้เสนอแนะไว้ จากการวิจัย ดังจะได้อธิบายต่อไป

การประกวดโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังและส่งเสริมทัศนสุขภาพในโรงเรียน ประถมศึกษา

ตามคำสั่งกรมอนามัยที่ 2139/2533 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2533 แต่งตั้งผู้อำนวยการกอง
ทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน และผู้อำนวยการกองนโยบาย
และแผน สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ เป็นรองประธานกรรมการ
การประกวดฯ โดยมีคณะกรรมการทำหน้าที่ดำเนินการคัดเลือกโรงเรียนตัวอย่างระดับประเทศ
โดยพิจารณาให้คะแนนจากโรงเรียนตัวอย่างดีเด่นฯ ที่ได้คะแนนสูงสุดของทุกเขตรวม 10 โรงเรียน
9 เขตและ กทม แล้วคัดเลือกเหลือเพียง 3 โรงเรียน (กองทันตสาธารณสุข, 2533 หน้า 21-22)

ทพ. วรธรรม อัสวกุล (2534, หน้า 48-49) ในฐานะผู้รับผิดชอบงานประกวดโรงเรียน
ดีเด่นทางทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข ได้ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการประกวดโรงเรียน
ดีเด่นทางเฝ้าระวังและส่งเสริมทัศนสุขภาพว่า “เนื่องจากการเฝ้าระวังฯ เริ่มต้นตั้งแต่ปี 2531
แต่ความครอบคลุมขณะนี้ (2534) มีประมาณร้อยละ 61 จึงควรจะมีมาตรการที่จะช่วยเพิ่ม
ประสิทธิภาพการดำเนินงาน จึงได้จัดให้มีการประกวดโรงเรียนตัวอย่างดีเด่นทางเฝ้าระวังและ
ส่งเสริมทัศนสุขภาพขึ้นเพื่อเป็นการกำหนดมาตรฐานทางการเฝ้าระวังทัศนสุขภาพในโรงเรียน
ประถมศึกษา”

โดยแบบฟอร์มและเกณฑ์การให้คะแนนการประกวด แบ่งออกเป็น 4 ชุดย่อยคือ ก ข ค
และ ง มีรายละเอียดดังนี้ (กองทันตสาธารณสุข, 2533, หน้า 1-18)

ชุด ก เป็นการประเมินจากการเก็บข้อมูลรายงาน เช่น การตรวจสภาพช่องปากครั้งที่ 1
ดำเนินการเมื่อเดือน... ครั้งที่ 2 ดำเนินการเมื่อ... ประเมินความถูกต้อง ความครบถ้วนในการ
กรอกข้อมูลใน ทส.001 ทส.002 จำนวนห้องเรียนที่มีรายงาน ทส. 001

ชุด ข เป็นการให้คะแนนการปฏิบัติ เช่น ระเบียบการเดินแถวของนักเรียนเพื่อมาแปรงฟัน
(จากการสังเกต) การยื่นแปรงฟันเป็นระเบียบ จำนวนความครบของนักเรียนที่ลงมาแปรงฟัน
จำนวนผู้ที่แปรงฟันถูกวิธี (role หรือ modified based technique) เวลาในการแปรงฟัน (ดูภาพรวม
ทั้งห้อง) ให้ครูสาธิตวิธีการผสมน้ำยาฟลูออไรด์ให้ดูและให้คะแนนในแง่ ผสมถูกต้อง มีความ
แม่นยำ และภาชนะที่ใส่น้ำยาฟลูออไรด์ที่ผสมเป็นพลาสติกหรือไม่ (ถ้าเป็นพลาสติกได้ 1 ถ้าไม่ใช่
ได้ 0)

ชุด ค เป็นการวัดกิจกรรมการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ส่วนโดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์
ครูคณะทำงาน ครูประจำชั้นและเด็กนักเรียน ในแง่การจัดและดำเนินกิจกรรม

ชุด ง เป็นการวัดความรู้ทางทัศนสุขภาพของครูคณะทำงานเป็นแบบทดสอบปรนัย 30 ข้อ
รายละเอียดของเกณฑ์การให้คะแนนฯ แสดงในภาคผนวก ข

ตามเอกสารของกองทัณฑสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เรื่องแบบฟอร์ม และเกณฑ์การให้คะแนนในการประกวด โรงเรียนในโครงการประกวดโรงเรียนดีเด่นทาง เฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา พ.ศ. 2540 เกี่ยวกับความเป็นมาว่า

การประกวดโรงเรียนในโครงการประกวดโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เริ่มดำเนินการครั้งแรกในปีงบประมาณ 2534 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ กระตุ้นให้นักเรียนประถมศึกษามีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และรับบริการจากสถานบริการของรัฐอย่างเป็นระบบ ตลอดจนเผยแพร่ความคิดและกระบวนการเฝ้าระวังทันตสุขภาพให้แก่ประชาชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีเจตคติที่ดีต่อความร่วมมือ แก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของชุมชน ในการนี้กองทัณฑสาธารณสุข ได้ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ จัดทำเกณฑ์การประกวดขึ้น โดยพิจารณาความครอบคลุมของกิจกรรม คุณภาพของกิจกรรม และระบบรายงาน ซึ่งได้มีการปรับปรุงเกณฑ์ในปีต่อมา ด้วยการจัดกลุ่มของกิจกรรมที่จะประเมินออกเป็น 3 ส่วนคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการค้นหาปัญหา ความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และการประสานงานในการแก้ไขปัญหาที่เกินขีดความสามารถของคนในชุมชน โดยมีการกำหนดน้ำหนักของคะแนนของแต่ละส่วนไว้เป็น 20, 60, 20 คะแนน หลังจากนั้นได้มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมิน โดยอิงตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ดังกล่าวมาแล้ว ต่อมาในปี 2538 คณะทำงานประเมินผลกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพ ของมูลนิธิ พอสว. ได้นำเกณฑ์การประเมินที่ใช้อยู่มาปรับปรุง เป็นเกณฑ์การประเมิน Output ของกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อเป็นเครื่องมืออีกชิ้นหนึ่งที่ใช้ในการประเมินภายใต้กรอบความคิดในการประเมินผลโครงการเชิงระบบ ซึ่งจะประเมินทั้ง input, process, output, effect (กองทัณฑสาธารณสุข, 2540 ค)

ในฐานะของเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา นับว่าโดยแบบฟอร์มการประเมินมิได้เน้นถึงคุณภาพของโครงการฯ มากเท่าที่ควร แต่เน้นที่รูปแบบการดำเนินการตามที่กำหนดจากส่วนกลางมากกว่า จนอาจกล่าวได้ว่าโรงเรียนที่ได้รับเลือกให้ได้รับรางวัลคือ โรงเรียนที่สามารถทำตามรูปแบบที่กำหนดได้ครบถ้วน และมีระเบียบ แต่ไม่ได้ใช้กลวิธีทั้ง 4 ในการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแนวทางในการประกวดฯ

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานและผลการดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติงาน รวมทั้งทัศนะต่อ โครงการฯ

ผลกระทบของการดำเนินโครงการต่อสุขภาพช่องปากของประชาชน

ผลของการดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ ได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่หนึ่ง การประเมินผลจากการส่งรายงานงวดของจังหวัดต่างๆ แก่ส่วนกลางถือเป็นการประเมินผลการทำงานของโครงการฯ และส่วนที่สอง ข้อมูลจากผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ เพื่อเป็นการประเมินผลกระทบของโครงการ

ส่วนที่หนึ่ง การประเมินผลจากการส่งรายงานของจังหวัดจากส่วนกลาง ได้มีการสรุปผลรวมการปฏิบัติงานดังแสดงในตาราง 7 (กองทันตสาธารณสุข, 2540ก, หน้าผนวก ข 14-15)

ตาราง 7 ผลการทำงานตั้งแต่ปี 2531-2537

	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537**
นักเรียน ได้รับการตรวจช่องปาก							
-ร้อยละของโรงเรียน	47.1	62.0	81.6	82.8	85.5	85.7	85.74
-ร้อยละของนักเรียน	41.9	51.1	70.3	71.9	75.3	75.6	75.83
ร้อยละของนักเรียนที่พบฟันผุ	27.3	25.7	19.3	18.4	21.0	18.8	19.1
ร้อยละของเด็กที่มีสภาวะ ก.	49.6	58.5	58.6	61.2	65.5	66.7	65.3
ร้อยละของเด็กที่มีสภาวะ จ.	10.9	9.2	9.5	10.4	10.2	11.0	11.65
การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน							
-ร้อยละของโรงเรียน	67.4	77.4	79.6	79.0	83.0	90.0	71.44
-ร้อยละของนักเรียน	60.2	65.0	67.1	72.4	75.2	83.7	71.0
ร้อยละของเด็กที่ได้รับบริการ	14.5	15.9	20.1	18.7	18.4	20.3	20.29

*ข้อมูลจากรายงานผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อ ประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2540).

**ข้อมูลจากกิจกรรมผลการดำเนินกิจกรรมทันตสาธารณสุข ตามแบบรายงาน 402 , 403 ประจำปี 2537

จาก รง.402 (งวด 4 เดือน) และ รง.403 (รายปี) ความครอบคลุมบริการทันตกรรมในเด็กอายุ 5-14 ปีมีถึงร้อยละ 20.3 แต่ความครอบคลุมของการเคลือบฟลูออไรด์และ Sealant อยู่ที่ประมาณร้อยละ 1 ความครอบคลุมบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนสูงที่สุดคือร้อยละ 13.9 (กองทันตสาธารณสุข, 2540ก, หน้าผนวก ข 18)

จากการศึกษาข้อมูลการสำรวจแรงดันจาก 36 จังหวัด 40 ชั้น ในช่วงปี 2536-2538 โดยการสอบถามเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-6 พบการตรวจช่องปากอยู่ในช่วงร้อยละ 80-90 แต่เป็นการตรวจช่องปากเพียงครั้งเดียวต่อปีร้อยละ 40-50 และการตรวจช่องปากครบทั้ง 2 ครั้งมีฐานนิยมอยู่ในช่วงร้อยละ 20-30 เท่านั้น สำหรับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน มีการแปรงฟันอยู่ในช่วงร้อยละ 70-80 โดยแปรงเป็นประจำทุกวันร้อยละ 40-50 ที่เหลือแปรงไม่สม่ำเสมอ (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

ส่วนที่สอง ข้อมูลจากผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ มีผลดังนี้

สถานะโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 6 ปี และ 12 ปี

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยที่ผ่านมา 4 ครั้ง เป็นการสำรวจก่อนเริ่มโครงการ 2 ครั้ง และเมื่อดำเนินโครงการแล้ว 2 ครั้งพบว่า

(1) เด็กกลุ่มอายุ 6 ปี มีโรคฟันผุสูงมาก เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2532) และครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2537) ซึ่งดำเนินการสำรวจในเด็กกลุ่มอายุเดียวกันคือ เด็กกลุ่มอายุ 6 ปี พบมีโรคฟันผุเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 82.8 ในพ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 85.3 ในพ.ศ. 2537 แต่เมื่อแยกพิจารณาระหว่างฟันน้ำนมและฟันถาวร จะพบว่า เด็กกลุ่มนี้มีฟันน้ำนมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่ฟันถาวรลดลง ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติเกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็กกลุ่มอายุ 6 ปี

การสำรวจ	ฟันน้ำนม		ฟันถาวร	
	ร้อยละของ ผู้มีฟันผุ	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด	ร้อยละของ ผู้มีฟันผุ	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด
ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2532)	83.1	5.6	19.2	0.3
ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2537)	85.1	5.7	11.1	0.2

หมายเหตุ การสำรวจสถานะทันตสุขภาพ ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2520) ดำเนินการในเด็กกลุ่มอายุ 6-7 ปี ส่วนการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2527) ดำเนินการในเด็กกลุ่มอายุ 5-6 ปี

แหล่งที่มา จาก รายงานผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา ณ.โรงแรมดุสิต ไฮแลนด์ รีสอร์ท จังหวัดเชียงราย. หน้า ผผนวก ข 13 โดยกองทันตสาธารณสุข (2540 ก). กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์.

(2) เด็กกลุ่มอายุ 12 ปีพบว่า เด็กกลุ่มนี้มีโรคฟันผุไม่มากแต่มีแนวโน้มน้ำฟันผุเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับโรคฟันผุในเด็ก กลุ่มอายุ 12 ปี

การสำรวจ	ร้อยละของผู้มีฟันผุ	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด
ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2520	66.7	2.9
ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2527	45.8	1.5
ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2532	49.2	1.5
ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537	53.9	1.55

แหล่งที่มา จาก รายงานผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา ณ. โรงแรมดุสิต ไอร์แลนด์ รีสอร์ท จังหวัดเชียงราย. หน้า ผนวก ข 13 โดยกองทันตสาธารณสุข (2540 ก). กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์.

สถานะเหงือกอักเสบในกลุ่มอายุ 12 ปี

(1) จากผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติในกลุ่มอายุ 12 ปี เมื่อใช้ดัชนี CPITN เป็นตัวชี้วัดพบว่า แนวโน้มน้ำผู้ที่มีเหงือกปกติทั้งปากลดลง ขณะเดียวกันก็มีการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีเลือดออกที่เหงือกและผู้ที่มีหินน้ำลาย ตามตาราง 10 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย sextants ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ค่าเฉลี่ย sextants ที่เหงือกปกติอยู่ที่ 1.4 ตามตาราง 11

ตาราง 10 ผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบในเด็ก กลุ่มอายุ 12 ปี แสดงเป็นร้อยละของประชากรตามคะแนน CPITN สูงสุดที่ตรวจพบ

ปีที่สำรวจ	CPITN=0 เหงือกปกติ	CPITN=1 เลือดออก	CPITN=2 หินน้ำลาย	CPITN=3 Pocket 4-5 mm.	Missing
2527	24.7	6.2	59.7	2.2	7.2
2532	6.2	4.6	89.1	0	0
2537	2.3	9.8	87.5	0.4	0

แหล่งที่มา จาก รายงานผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา ณ. โรงแรมดุสิต ไอร์แลนด์ รีสอร์ท จังหวัดเชียงราย. หน้า ผนวก ข 14 โดยกองทันตสาธารณสุข (2540 ก). กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์.

ตาราง 11 ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ
ในเด็ก กลุ่มอายุ 12 ปี แสดงเป็นค่าเฉลี่ย sextants ตามคะแนน CPITN ที่ตรวจพบ

ปีที่สำรวจ	เหงือกปกติ	เลือดออก	หินน้ำลาย	Pocket 4-5 mm	Missing
2527	1.5	0.4	3.6	0.1	0.4
2532	1.4	0.8	3.6	0	0.2
2537	1.4	1.1	3.5	0	0

แหล่งที่มา จาก รายงานผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริม
ทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา หน้าผนวก ข.14 โดยกองทันตสาธารณสุข (2540ก). กรุงเทพฯ:
ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์.

(2) จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ในกลุ่มอายุ 12 ปี เมื่อใช้เหงือก
อักเสบเป็นตัวชี้วัดตามที่ได้มีการปรับใหม่ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 โดยคิดจากร้อยละของผู้ที่มี
เลือดออกที่เหงือกพร้อมกับร้อยละของผู้ที่มีหินน้ำลายที่มีเลือดออกที่เหงือกพบว่า มีการเพิ่มขึ้น
สูงมากจากร้อยละ 53.3 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 75.3 ใน พ.ศ. 2537 ตามตาราง 12

ตาราง 12 ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย เกี่ยวกับโรคเหงือกอักเสบ
ในเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี แสดงเป็นร้อยละของผู้ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ

ปีที่สำรวจ	ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ		
	เลือดออก	หินน้ำลายและมีเลือดออก	รวม
2532	4.6	48.7	53.3
2537	9.8	65.5	75.3

แหล่งที่มา จาก รายงานผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลและปรับปรุงงานเฝ้าระวังและส่งเสริม
ทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา ณ. โรงแรมดุสิต ไฮร์แลนด์ รีสอร์ท จังหวัดเชียงราย. หน้า
ผนวก ข 15 โดยกองทันตสาธารณสุข (2540 ก). กรุงเทพฯ: ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์.

สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

จากงานทบทวนงานศึกษาวิจัยเกี่ยวข้องกับโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพใน
โรงเรียนประถมศึกษา ทั้งของส่วนกลางและระดับจังหวัดตั้งแต่ปี 2529-2540 พบว่าสามารถ
แยกแยะเป็นประเด็นได้ดังนี้ (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 2 หน้า 19)

1. การตั้งคำถามกับ ความเชื่อถือได้ของผลการตรวจโดยครู
2. การหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลวและปัญหา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน เช่น การอบรม ความสนใจของผู้บริหาร งบประมาณ ผลเมื่อดำเนินโครงการ
3. การพัฒนาโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา จากรูปแบบของส่วนกลางให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ และบริบทอื่นๆ ของชุมชนที่จะเหมาะสมต่อการคงอยู่ของโครงการ เช่น การปรับรายงานที่ให้ใช้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น การใช้ไม้จิ้มฟัน
4. ประเด็นอื่นๆ เช่น ผลของการดำเนินโครงการเมื่อเทียบกับการไม่ดำเนินโครงการ ความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง ครูหรือทันตบุคลากร

กล่าวโดยสรุปจากข้อมูลที่ปรากฏพบว่า โครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา โดยภาพรวมการดำเนินงานของโครงการฯ ถือได้ว่ามีปฏิบัติ แต่ประสิทธิภาพของโครงการขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติของระดับพื้นที่

นานาทัศนะที่มีต่อโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

ในส่วนนี้จะเป็นการรวบรวมทัศนะต่างๆ ที่มีผู้แสดงความคิดเห็นต่อโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ที่อยู่ในรูปเอกสารที่พิมพ์ไว้ โดยได้นำมาเพียงประเด็นที่น่าสนใจสามารถแบ่งตามที่มาของเอกสารคือ

1. เอกสารรายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องบทบาทของชุมชนเพื่อรองรับระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งมีผู้อภิปรายไว้ 4 ท่าน
2. บทความเรื่อง จะทำอะไรก็ต้องวิจัยอย่างนั้นหรือ? ของ “ทศอ.” พิมพ์ในวารสารทันต’ภูธร ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 2533
3. บทความ โครงการเฝ้าระวัง...ทันตภิบาลอยู่ตรงไหน โดยแมวดำ พิมพ์ในวารสารทันต’ภูธร ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 เดือนพฤษภาคม 2533
4. บทความ “งานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษาควรดำเนินการต่อไปไหม” โดย ทพ. วรพันธ์ ลิมสินธะโรภาส จากวารสารทันตภิบาล ปีที่ 8 ปี 2539 หน้า 79-83

1. รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องบทบาทของชุมชนเพื่อรองรับระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

การสรุปประเด็นการอภิปรายภายหลังจากมีการเสนอรูปแบบที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาแบบต่างๆ ได้เชิญบุคลากรจากภายนอกมาร่วมอภิปรายจำนวน 4 ท่านคือ

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ กองแผนงานสาธารณสุข ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ จากศูนย์วิจัยนโยบายและแผนงานสาธารณสุข นายแพทย์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์ นัดดา ศรียาภัย รายละเอียดตามลำดับมีดังนี้ (กองทันตสาธารณสุข, 2532, หน้า 61-66)

นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ กองแผนงานสาธารณสุข

-การแก้ปัญหาเราได้รับคำถามไปในชุดต่างๆ เพียงพอหรือไม่ หรือว่าเราคิดภายใต้สภาพของความคุ้นเคยบางอย่าง

-กิจกรรมต่างๆ ที่เราคิดมีลักษณะล้อมกิจกรรมในงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแบบแผนซึ่งประสบความสำเร็จ 10 ปีของงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงพอหรือ ยิ่งก้าวไปสู่แง่มุมอื่นนอกเหนือจากสิ่งที่เคยทำมาแล้ว

-การที่จะมองว่าให้ชุมชนทำอะไรเพื่อรองรับระบบเฝ้าระวัง เราอาจจะต้องพิจารณาว่าจะให้ชุมชนปรับตัวเข้าหาโมเดลที่ทำได้หรือ ให้โมเดลปรับตัวไปหาความเป็นจริงของชุมชน

-การเกี่ยวข้องกับชุมชนเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ต้องอาศัยกระบวนการ (process) ของการเรียนรู้ การร่วมรับรู้ ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ปัญหา

-ระบบของเรามีลักษณะที่เป็นข้อจำกัดคือ 1. maximization ชอบทำอะไรมาๆ ชอบขยายพื้นที่เร็วๆ ทำให้สร้างปัญหา 2. centralization รวมศูนย์การตัดสินใจ คิดสำเร็จรูปจากส่วนกลาง กระจายให้ทำ ซึ่งไม่เอื้อต่อการเติบโตในส่วนภูมิภาค ควรปรับมาใช้วิธีกระตุ้น local initiative activity ให้เกิดโดยธรรมชาติ ทำให้ผู้ปฏิบัติสนุกกับการทำงาน ไม่ใช่ภาระที่ถูกสั่งให้ทำ 3. standardization คิดอะไรได้ จะ applied ทั่วประเทศ

-คุณภาพของเจ้าหน้าที่ มีคุณภาพเพียงพอที่จะทำงานเข้ากับชุมชนหรือไม่

-การ contact กับครูโรงเรียนที่เหมาะสมมี turn over rate น้อยและอยู่ใกล้ชุมชน

-ทักษะของการไป deal กับโรงเรียน ควรพัฒนา ถ้าพัฒนาไปได้เกิด tradition ขึ้น ทำให้การทำงานง่ายขึ้น

-จุดสำคัญของการปฏิบัติงานในโรงเรียนอยู่ที่ กระบวนการของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างครูและทันตบุคลากร social skill ซึ่งควรจะต้องมีการพัฒนามากกว่าด้านสื่อเช่น คู่มือ

-เด็กเป็น passive participant ถูกครูกำหนดให้ทำกิจกรรม เชิง psycho-social factor ที่เกี่ยวกับเด็ก ยังไม่มีการศึกษา

-การนำไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาให้ถี่ถ้วน เพราะชาวบ้านมีสถานภาพที่ต่างกันและต้องคิดวิธีให้ชัดๆ ก่อน

-รูปแบบต่างๆ ส่วนกลางน่าจะส่งเสริมให้ มีการเริ่มคิดสร้างสรรค์ในแต่ละพื้นที่ นอกเหนือจากการมาคิดหาโมเดลจากส่วนกลางแล้วให้พื้นที่ทำ และกิจกรรมด้านนี้น่าจะเป็น งานวิจัยและพัฒนา ทำแล้วน่าจะได้รับความรู้ ความเข้าใจเพิ่มเติม นอกเหนือจากความคุ้นเคย สามารถสร้างความรู้ใหม่ๆ ความเข้าใจใหม่ๆ ในเรื่องอนามัยช่องปากของชาวบ้าน ผลกระทบจากกิจกรรมที่เราทำ

อาจารย์ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

-งานทันตสาธารณสุขได้เริ่มเข้ามาหลังจากงานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) ได้ดำเนินงานมาแล้ว 10 ปีและเข้ามาในวิกฤตศรัทธาของ สสม.(ภาวะที่คลอนแคลนพอสมควรของงาน สสม.) รูปแบบที่เสนอจึงเสมือนถูกกำหนด (program) เอาไว้ด้วยแนวคิดของ สสม. แต่ก็ไม่ทั้งหมด ยังมีจุดที่แสดงว่างานทันตฯ ได้สกัดตัวเองจากโซ่ตรวนความคิดเก่าๆ บ้าง เช่น การเสนอทางเลือกมาให้มากกว่า 1 รูปแบบ

-รูปแบบกองทุนสุขภาพและการประกันสุขภาพ มีความแตกต่างกันอย่างมากคือ กองทุนสุขภาพจะเน้น involvement ของประชาชน การบริหารจัดการโดยประชาชน ส่วนเรื่องการประกันสุขภาพ เป็นเรื่องการ share ความเสี่ยง ต้องมีการระดมเงินทุนเข้ามา ต้องมีผู้ร่วมประกันจำนวนมากและการบริหารจัดการจะจัดทำโดยประชาชนเองไม่ได้ ต้องมีหน่วยบริหารจัดการระบบการเงิน โดยเฉพาะจะเห็นได้ว่ากองทุนสุขภาพและการประกันสุขภาพมีรูปแบบที่แตกต่างกัน

-คำว่า ฝ้าระวัง (surveillance) ในหัวข้อ “ระบบฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน ประถมศึกษา” นี้แสดงว่าเมื่อได้ข้อมูลจากผลการตรวจของครูแล้ว จะต้องมีการรายงานทำให้รู้ว่าที่ใดมีปัญหาและจะต้องลงไป ข้อมูลนี้ในแง่ของสังคมและวัฒนธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งสาเหตุของปัญหา เพื่อนำมาใช้วางแผนแก้ปัญหากลุ่มชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำให้ชุมชนยอมรับ มี behavioral aspect และ cultural aspect

-คนทำงานด้านชุมชนต้องเป็นคนที่มีความสามารถ ไปกระตุ้นให้ชุมชนยอมรับ และสะท้อนปัญหาของคนออกมา ต้องมีการกระจายอำนาจ ซึ่งบุคลากรเองไม่เคยได้รับการฝึกหัด ในแนวนี้มาก่อน ความสำเร็จแท้จริงของงานจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับฐานจากชุมชน

ข้อเสนอแนะ ของ อาจารย์ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์

1. การจะไปดำเนินงานทันที ในโรงเรียนต้องมีวิธีการทำงานชุมชนควบคู่ไปด้วย
2. ต้องให้พ่อแม่เห็นความสำคัญ โดยเฉพาะเรื่องอาหารหวาน ทำอย่างไรจะทำให้พ่อแม่เห็นอันตรายของสิ่งเหล่านี้
3. เพราะฉะนั้น การทำงานในเรื่องนี้ ต้องไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องอื่นๆ ด้วยชาวบ้านจึงจะสนใจ

นายแพทย์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

-เคยทำงานในชนบทมา 8 ปียังไม่เคยคิดว่าเรื่องฟันมีความหวังในการแก้ปัญหา พอมาถึงการประชุมในวันนี้ ทำให้พ่อแม่เห็นความหวังในการแก้ปัญหา และประทับใจว่าพวกเรา กำลังจะทำในสิ่งที่ยากคือกำลังจะเปลี่ยนพฤติกรรมของคนและเป็นเรื่องที่ยาก เพราะต้องพยายามมาก โดยเฉพาะเรื่องขนมซึ่งโฆษณาทางทีวี และเป็นปัญหาของฟันโดยแท้ การแก้ไขเรื่องบุหรี่ยากแต่เห็นว่าเรื่องฟันนี้ยากกว่า

ในการแก้ปัญหาสุขภาพทั่วไปของชุมชน ก็ยังถือว่ายากและเป็นปัญหาเพราะชาวบ้านไม่ค่อยเห็นความสำคัญ ชาวบ้านจะให้ความสำคัญเรื่อง ถนน ไฟฟ้ามากกว่า และถ้าเราลองมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ชาวบ้านสนใจทั้งหมด เรื่องฟันก็เป็นเรื่องเกือบสุดท้าย แต่ผมก็ยังไม่เป็นห่วงมาก แบบอาจารย์ ทวีทอง และอาจารย์ โกมาตร รู้สึกจะ appreciate ด้วยซ้ำ เพราะลักษณะการประชุมวันนี้แสดงชัดเจนว่าผู้ที่อยู่ในวงการนี้เค้าพยายามที่จะรับฟังมิติ หรือความคิดอื่นๆ ไม่ใช่มีสูตรสำเร็จ เพื่อมาบอกพวกเราว่าผู้ที่อยู่ในวงการนี้ เค้าจะพยายามที่จะรับฟังมิติหรือความคิดอื่นๆ ไม่ใช่มีสูตรสำเร็จรูป เพื่อมาบอกให้พวกเราเอาไปทำต่อทั่วประเทศ ทั้งยังพยายามที่จะคิดเชื่อมโยงกับเรื่องทางพฤติกรรม สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ระบบกำลังคน ตลอดจนมีโครงการต่างๆ ถึง 44 โครงการ ซึ่งเชื่อมโยงกันหมด ส่วนจะทำให้ได้มากน้อยแค่ไหนก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง

-ประเด็นที่อยากเสนอแนะคือ อย่ามองอะไรในทางลบอย่างเดียวย่างเช่นที่ นพ.โกมาตร พูดถึงความไม่ดีของระบบต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็น maximization, centralization, standardization ซึ่งจริงๆ มันก็มีข้อดีของมันอยู่ขึ้นกับลักษณะกิจกรรม โดยเฉพาะลักษณะที่เป็น technology oriented มากกว่า community oriented และมีหลายโครงการที่สำเร็จมาแล้ว ด้วยวิธีการเหล่านี้ เช่น โครงการขยายบริการสาธารณสุข ซึ่งเราทำแบบ maximization จริงๆ คือกำหนดให้มีโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ มีสถานีอนามัยในทุกตำบล เรามี centralization อย่างเต็มที่เลยว่าเราต้องทำอะไร ทำอะไร และเรามี standardization กำหนดเลยว่ามีการอบอัตร

กำลัง กรอบครุภัณฑ์ กรอบงานต่างๆ ชัดเจนเลข แล้วเราก็ประสบความสำเร็จในการกระจายบริการออกไป ซึ่งอันนี้ถือว่าเป็นลักษณะ technology oriented ส่วนโครงการที่ทำจากใหญ่ไปหาเล็กและประสบความสำเร็จก็มีมาก เช่น โครงการควบคุมคุณภาพ ตอนแรกก็ทำเป็นโครงการใหญ่ ตอนนี้อยู่เฉพาะพื้นที่ที่ยังเป็นปัญหาอยู่ เพราะฉะนั้นในส่วนของท่านสาธารณสุข คงต้องเอาทั้ง 2 วิธีมาใช้ คืออาจจะต้องมองในแง่ว่าเราต้องกำหนดที่จะทำในพื้นที่กว้างขวางพอสมควร แต่เวลาเริ่มจากจุดเล็กๆ เช่น คุณเฉพาะ ป. 1 พอเด็กพวกนี้ขึ้น ป. 2, ป. 3 ก็ดูแลตัวเอง การลองทำดูว่าทำเฉพาะ ป. 1 อย่างเดียวได้หรือไม่ เป็นต้น

ส่วนเรื่องงบประมาณ โดยเฉพาะงบประมาณการสนับสนุน ซึ่งกองทันตฯ พยายามอย่างมากที่จะตั้งงบในส่วนนี้ ผมจึงอยากให้ข้อคิดในแนวคิดของการจัดสรรงบประมาณในด้านการบริการสาธารณสุข ซึ่งถ้ามองในเชิงเศรษฐศาสตร์ การจัดบริการเป็น 2 แบบคือ

1. บริการแบบสาธารณสุข คือจะใช้หรือไม่ใช้ก็ได้บริการนั้น เพราะการได้รับหรือไม่ได้รับของคุณมีผลกระทบต่อผู้อื่น เช่น คนที่เป็นวัณโรค ถ้าคุณไม่รักษา คุณจะมีโอกาสแพร่เชื้อให้คนอื่น ทำให้คนอื่นมีโอกาสเป็นวัณโรคหรือตายได้ เพราะฉะนั้นบริการแบบนี้รัฐจัดให้ฟรี

2. บริการส่วนบุคคล เป็นบริการที่จะใช้ไม่ใช้ก็ไม่มีผลเสียต่อคนอื่นเช่น การทำตา 2 ชั้น ถ้าเราไม่ทำก็ไม่มีผลกระทบต่อคนอื่น บริการเช่นนี้ถือว่าเป็นบริการส่วนบุคคลต้องจ่ายเงินเอง เว้นแต่กรณีช่วยตนเองไม่ได้ รัฐอาจจะต้องสนับสนุนในส่วนนั้น

ในทัศนะของผม บริการทางทันตสาธารณสุข จึงเป็นบริการประเภท 2 และก็คือใจที่วันนี้ คณะทำงานได้พยายามที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายเงิน ซึ่งถือว่าเป็นก้าวที่สำคัญและก้าวที่ดี แต่ถ้ามีความจำเป็นจริงๆ โรงพยาบาลชุมชนก็สามารถแบกรับปัญหาเหล่านี้ได้

นพ.นิตดา ศรียากัย

-การนำรูปแบบใหม่ๆ มาใช้ต้องวัดให้รอบคอบ และต้องถือว่าเรากำลังศึกษาอยู่ ต้องแก้ไขได้ และพยายามหาความเป็นไปได้จากผู้ปฏิบัติให้มากที่สุด ในเรื่องการแก้ปัญหาทางทันตสาธารณสุข นั้น

-การแปร่งฟันเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากของการป้องกัน แต่อย่าไปคิดแต่วิธีการตั้งกองทุนมากเกินไป ต้องเน้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชน เพราะการที่กองทุนแล้ว ให้ชาวบ้านไปซื้อแปร่งสีฟันเองไม่ใช่ง่ายๆ ไม่เหมือนคนในเมืองที่พัฒนาแล้ว

-เพราะฉะนั้น ถ้าจะต้องพยายามทำความเข้าใจกับเรื่องนี้ให้มากขึ้น และอย่าคิด
ในแง่กำไรขาดทุนมาก เพราะจะทำให้เราคับแคบ มุ่งแต่กำไรเลยมองปัญหาไม่รอบคอบ
ด้านการทำงาน ควรศึกษาในลักษณะ Research development อย่างริบสรูปและนำไปใช้

โดยสรุปรวมประเด็นที่มีการอภิปรายคือ

การทำงานทางทันตสาธารณสุข ควรมีรูปแบบหลายหลากให้เลือกและควรให้ประชาชน
มีส่วนร่วมในการทำงาน และรับผิดชอบต่อปัญหาของตนเองอย่างชัดเจนคือ ค่าใช้จ่าย และปรับการ
ทำงานให้ขนาดพื้นที่เหมาะสมกับความสามารถทำได้จริง ควรค่อยเป็นค่อยไปไม่เร่งรีบ

การทำงานกับชุมชนต้องอาศัยบุคลากรที่มีความสามารถและการทำงานต้องเน้น
การมีส่วนร่วมให้ชุมชนและผู้ปกครองของเด็กได้เข้าใจ เพื่อร่วมแก้ปัญหา และการทำงานทาง
ทันตสาธารณสุข ต้องหาจุดที่ทำให้ประชาชนสนใจ

โครงการเฟ้าระวังทันตสุขภาพ เป็นการมองปัญหาทางทันตสาธารณสุข ด้วยวิธีแบบ
เดิมๆ คือมุมมองของวิชาชีพ รวมถึงการนำกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน มาปฏิบัติอาจไม่พอ
เมื่อศึกษาจากสิ่งที่เคยทำมาแล้ว

ปัญหาทั้ง 3 ของระบบราชการคือ maximization, centralization, standardization applied
ซึ่งจะทำให้การทำงานเกิดปัญหา รวมถึงแนะนำถึงข้อควรทำในการทำงานที่ต้องเริ่มจากความ
สัมพันธ์ทางสังคม โดยเน้นที่ชุมชนที่มีความพร้อมคือ การเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีน้อย

2. บทความเรื่อง จะทำอะไรก็ต้องวิจัยอย่างนั้นหรือ? ของ “ทศอ.” พิมพ์ในวารสาร
ทันต’ภูธร ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2533 ได้กล่าวถึงการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข ว่า

บางคนอาจคิดว่าการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข ต้องทำการวิจัย แต่จะวิจัยอะไร
แบบไหน นานแค่ไหน บางคนอาจคิดว่าเมื่อทำการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติในปี 2527
แล้ว โรคฟันผุและเหงือกอักเสบยังติดอันดับหนึ่ง ดังนั้นต้องพยายามจำกัดหรือกำจัด
โรคพวกนี้ให้ได้ แล้วก็นั่งคิดต่อว่าจะทำด้วยวิธีอะไรดี จากนั้นก็คิดได้ว่า ลองใช้การเฟ้
ติดตามค้นพบแยกแยะแล้วส่งต่อจะดีไหม จึงกลายมาเป็นแนวความคิดเรื่องการเฟ้ระวัง
ทันตสุขภาพขึ้นมา (ซึ่งเหมือนกับแนวความคิดเรื่องการพยายามกำจัดแมลงศัตรูพืชคือ
หาทางป้องกันแมลง ใช้สารเคมีเข้าควบคุม ทำการวิจัยชนิดของแมลงว่าจะใช้สารเคมี
ชนิดไหน จึงจะทำลายได้ผลเป็นต้น) . . . ยกตัวอย่างการเฟ้ระวังฯ เพราะเป็นเรื่องใกล้ตัวเรา

ในตอนนี ต่อจากนั้น เพื่อยืนยันความคิดนี้จึงได้มีโครงการเฝ้าระวังฯ ที่เรียกว่าทันสมัยขึ้นมา มีตัวเลขทางสถิติที่ยืนยันได้ อะไรต่างๆ แต่เราอาจจะลืมนึกไปว่ามีเงื่อนไขต่างๆ มากมายเหลือเกิน ที่เรายังไม่ได้นำมาพิจารณาร่วมด้วยและต้องพิจารณาร่วมด้วย อย่างมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์ใกล้ชิด ทั้งเป็นเงื่อนไขในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจไม่เหมือนกันทั้งประเทศด้วยซ้ำไป เงื่อนไขอะไรบ้าง เริ่มต้นจาก เรื่องของคนในพื้นที่ซึ่งเราจะไปทำงานเฝ้าระวัง อุบัติภัยใจคอ วัฒนธรรม ความเชื่อ บุคลิกเชิงสังคม แล้วก็สภาพทางเศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ ถ้าเป็นในพื้นที่ซึ่งเป็นโรงเรียนที่จำกัดมาหน่อย ต้องพิจารณาถึงลักษณะทางอาชีพครู ผู้บริหารใน วงการศึกษา และยังมีลักษณะทางครอบครัวพ่อแม่พี่น้อง ซึ่งเป็นเรื่องของคน อาจแยกย่อยเป็นเรื่องทางจิตวิทยาไปได้อีก

การวิจัยสมัยใหม่พยายามอย่างเหลือเกินที่จะแบ่งแยกธรรมชาติทางสังคมออกเป็นส่วนใหญ่ย่อย แล้วทำการทดลองซึ่งไม่สอดคล้องกับความเป็นไปได้ตามธรรมชาติหรือแม้ในแง่ของการปฏิบัติก็ตาม การทดลองถูกกำหนดขึ้นเพื่อความสะดวกของการวิจัยมากกว่าเพื่อความสำเร็จของการควบคุมโรคในสังคมจริงๆ และการคิดว่าเมื่อทดลองสำเร็จแล้ว จะนำเอาผลไปใช้ในโรงเรียนหรือสังคมทั่วประเทศอย่างผลสำเร็จรูปหรืออะหมึ่มามาได้นั้น นับเป็นความเข้าใจผิดอย่างใหญ่หลวง . . . เหมือนกับการวิจัยควบคุมแมลง เมื่อใช้วิธีการเฉพาะ ใช้สารเคมีก็จะควบคุมแมลงได้ในเวลาอันสั้น แต่ผลที่ตามมาคือการสูญเสียสภาพทางนิเวศน์วิทยา จากสิ่งของทางวิทยาศาสตร์สูญเสียเงินทองมากมาย ชวนาต้องตกอยู่ในสภาพหนี้สิน เมื่อต้องยืมเงินมาซื้อยามาแมลง นักวิจัยไม่ได้คิดถึงสภาพที่จะติดตามมาแม้แต่น้อย นักวิจัยไม่ได้คิดถึงเงื่อนไขอื่นๆ ที่แวดล้อมต่อเนื่องกับเรื่องของโรคแมลงเลย เพราะเขาคิดว่าไม่เห็นจะเกี่ยวข้องกันตรงไหน

การที่เชื้อในช่องปากไม่ก่อโรคขึ้นเป็นเพราะถูกควบคุมด้วยเชื้อโรคเจ้าถิ่น ถ้าสภาพทางนิเวศน์วิทยาเป็นไปตามธรรมชาติแล้ว ช่องปากจะไม่มีโรค แต่ไม่ใช่ไม่มีเชื้อโรค . . . ถ้าจะทำให้ช่องปากปราศจากโรคก็ต้องควบคุมนิเวศน์วิทยาให้เป็นไปตามธรรมชาติ แล้วมีเงื่อนไขอะไรที่ก่อความเป็นธรรมชาติของช่องปาก เมื่อเราคิดเช่นนี้แล้ว เราอาจไม่ต้องไปทำวิจัยเรื่องวัคซีนป้องกันฟันผุ ฯลฯ เราอาจพบวิธีง่ายๆ ประหยัดใช้เงินน้อยเพื่อควบคุมธรรมชาติช่องปากได้ในที่สุด

ปัญหาทันตสาธารณสุข ไม่ใช่เรื่องของเชื้อโรคและหมอเพียงด้านเดียว ยังมีเรื่องของรัฐบาล ประชาชน ผู้ผลิตอาหาร บริษัทผู้ผลิตอาหาร เรื่องของครู โรงเรียน และไม่ใช่เรื่องของแผน 6 และการเฝ้าระวังเพียงอย่างเดียวแน่นอน . . . จะเห็นได้ว่าเรามีเรื่องที่ต้องคิดมากมาย ทบทวนตัวเองถึงการวางแผนแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข ในเวลาที่ผ่านมาและ

ในปัจจุบันด้วย เราคงไม่สามารถคิดวิจัยเรื่องนั้นเรื่องนี้ขึ้นมาให้คนทั้งประเทศ ทำแล้วก็เลิก อยู่เป็นระยะๆ ได้นานนักเพราะประเทศเราอาจจน และคนเราก็เริ่มเหนื่อยกันแล้ว

ถ้าเป็นไปได้อยากร้องเรียนมายังคณะกรรมการทันตสาธารณสุขแห่งชาติ มายังพี่ๆ ใน กรมอนามัย ฯลฯ เรามาทบทวนกันถึงสิ่งต่างๆในอดีตที่ผ่านมา มาช่วยกันทำความเข้าใจ ทั้งหมดกันใหม่ แม้ว่าแผน 6 ที่เกี่ยวกับเรื่องนี้ต้องลงมือทำกัน เราก็ทั้งทำทั้งทบทวนก็ได้ แม้ว่าจะสายไป แต่ยังมีกำลังและเวลา . . . เราควรจัดการทบทวนถึงแนวคิดหรือทัศนคติ ขึ้นพื้นฐานเสียเลย อย่าจัดแต่โครงการเฝ้าระวังเพียงเรื่องเดียวเท่านั้น เมื่อเราเข้าใจ มองเห็น การทำงานในระยะยาวได้ทะลุปรุโปร่งแล้ว การแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข คงจะง่ายและ ประหยัดเงินทองไปได้มากขึ้น เพราะทำอะไรที่ไม่เข้าใจแก่นกลางหรือธาตุแท้ของสิ่งนั้น มองไม่เห็นความเกี่ยวข้องของสรรพสิ่งทั้งหมด ไม่รู้ถึงผลกระทบของสิ่งหนึ่งต่ออีกสิ่งหนึ่ง ก็มักทำแล้วไม่สำเร็จ ทำแล้วเลิก เลิกแล้วทำ อย่างที่เกิดกับหลายๆ โครงการที่ผ่านมา

จากบทความคงสะท้อนได้ชัดเจนว่าแนวทางการดำเนินงานของทันตสาธารณสุข โดยภาพรวมนั้นขาดทิศทางที่จะดำเนินงานและขาดการพัฒนาที่ใช้มุมมองปกติของประชาชน ที่เชื่อมั่นในตนและเชื่อมั่นในธรรมชาติ มากำหนดทิศทางของงานทันตสาธารณสุข บทความนี้เป็นเสียงคัดค้าน และร้องเรียนจากส่วนปฏิบัติที่พยายามบอกเตือนถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้น ต่อส่วนกลางจากการพัฒนาแบบวิทยาศาสตร์ที่คับแคบ ด้วยรูปแบบของงานวิจัยซึ่งอาจส่งผลเสีย ต่อการพัฒนาประเทศไทยได้

3. บทความ โครงการเฝ้าระวัง...ทันตภิบาลอยู่ตรงไหน ของ แมวคำ พิมพ์ในวารสาร ทันตภูธร ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 เดือนพฤษภาคม 2533 ได้กล่าวถึงโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ในเด็กนักเรียนประถมว่า

การให้ชุมชนโดยครูเป็นผู้เฝ้าระวังการเกิดโรคในเด็กนักเรียน และรายงานผลการ ติดตามแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากรในพื้นที่นั้นๆ เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกันตามศักยภาพและบทบาทของแต่ละหน่วยงาน เช่นครูแก้ปัญหาในเรื่องการ จัดโปรแกรมและดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบลก็เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน หรือการ ประสานงานกับทันตบุคลากร ทันตบุคลากรแก้ปัญหาในด้านการรักษาและการสนับสนุน กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน เป็นต้น และปัญหาที่พบในระดับปฏิบัติคือ การที่

ทันตภิบาลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบทันตกรรมในโรงเรียน ไม่ได้รับการชี้แจงรูปแบบการปฏิบัติงานของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถม ซึ่งเข้ามาแทนที่งานประจำที่ทำอยู่เดิมคือ ทันตกรรมเพิ่มทวิ เข้าหน้าที่ทันตบุคลากร ยังคงใช้รูปแบบการทำงานแบบเดิมคือ ออกแก้ปัญหาด้วยตนเอง ออกให้บริการตามสะดวกในการทำงานหรือไม่นำผลการวิเคราะห์มาร่วมพิจารณา หรือรอคอยผลการวิเคราะห์โดยไม่ได้คำนึงกิจกรรมใดระหว่างรอผลการตรวจจากโรงเรียน

บทความนี้ชี้ชัดถึงการปฏิบัติของราชการที่ไม่สอดคล้องกันเอง คือการตั้งเป้าหมายของแผนพัฒนางานทันตสาธารณสุขฉบับที่ 6 นั้น ระบุให้ทันตภิบาลเป็นผู้ปฏิบัติ แต่ในทางเป็นจริงกลับไม่มีการทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติ ปล่อยให้การดำเนินโครงการฯ ดำเนินไปตามระบบการสั่งการ ซึ่งผลคือความไม่เข้าใจในระดับผู้ปฏิบัติ และส่งผลให้การปฏิบัติยึดเพียงรูปแบบไม่บรรลุถึงวัตถุประสงค์

4. บทความ “งานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษาควรดำเนินการต่อไปไหม” ของ ทพ. วรพันธ์ ลิ้มสินธโรภาส พิมพ์ในวารสารทันตภิบาล ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 ปี 2539 หน้า 79-83 ได้กล่าวถึงการแก้ปัญหาของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาว่า

ในปี 2527 สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติได้เล็งเห็นถึงปัญหาทันตสุขภาพของนักเรียน และพิจารณาว่าน่าจะมีการแก้ไขโดยการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาให้มีการตรวจสุขภาพในช่องปากนักเรียน ดังนั้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 จึงได้มีกลวิธีการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษาโดยกำหนดเป้าหมายไว้ว่านักเรียนประถมศึกษาจำนวน 10.5 ล้านคน จะได้รับการดูแลทันตสุขภาพภายใต้กลวิธีนี้และร้อยละ 46 ของนักเรียนจะได้รับบริการทันตกรรมบำบัด

การดำเนินงานตามกลวิธีเฝ้าระวังทันตสุขภาพนี้ ได้เริ่มการทดลองใช้ในพื้นที่มาตั้งแต่ปี 2529 และเริ่มดำเนินการทั่วประเทศในปี 2531 ซึ่งมีกิจกรรมตรวจวิเคราะห์แก้ไขปัญหาและรายงานอย่างเป็นระบบโดยครุในโรงเรียนเป็นผู้ปฏิบัติ โดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการเป็นหน่วยงานสนับสนุนและควบคุมกำกับ การดำเนินงานนี้ได้งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานการประถมศึกษา

แห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ โดยกองสาธารณสุข กรมอนามัย เป็นหน่วยงาน รวบรวม ผลการปฏิบัติงานสภาวะโรคในช่องปากนักเรียน ตลอดจนข้อมูลการบริหารจัดการของ จังหวัด ซึ่งเป็นข้อมูลที่ควรรวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อประเมินความสำเร็จของ โครงการและการใช้ในการปรับปรุงโครงการ ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ ผู้ปฏิบัติ

ปัญหาการดำเนินงาน

การดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ปี 2530-2534 มีความครอบคลุมการตรวจทันตสุขภาพนักเรียนร้อยละ 50 และครอบคลุม โรงเรียนร้อยละ 60 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ ทั้งๆ ที่ สำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติมีนโยบายให้โรงเรียนในสังกัดทุกโรงเรียนได้ดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2530 ก่อนที่จะให้โรงเรียนเริ่มดำเนินการฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขทุกจังหวัดก็ได้มีการจัดอบรมครู และแจกหนังสือคู่มือการเฝ้าระวังให้ ทุกโรงเรียน การตรวจสภาวะอนามัยในช่องปากและโรคฟันผุในฟันถาวรตามระบบ เฝ้าระวังฯ นั้น ผู้ที่ทำการตรวจส่วนใหญ่เป็นครูประจำชั้น แต่โรงเรียนบางแห่งก็ให้ ครูอนามัยโรงเรียนเป็นผู้ตรวจ และบางแห่งก็ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยครูตรวจทั้งๆ ที่ ตามระบบเฝ้าระวังฯ นั้นได้กำหนดให้ครูประจำชั้นเป็นผู้ทำหน้าที่ตรวจฟันนักเรียนและ วิเคราะห์ผลการตรวจตามแบบบันทึก (ทส 001) จากการศึกษาของ พัชรินทร์ เล็กสวัสดิ์ และคณะ พบว่า ครูตรวจและลงบันทึกอย่างสม่ำเสมอถูกต้อง และรายงานตามความ เป็นจริง ร้อยละ 80 และครูลอกของเก่าส่ง ร้อยละ 20 ในการศึกษาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ในโรงเรียนประถมศึกษา ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นโรงเรียนดีเด่นเฝ้าระวังทันตสุขภาพ และโรงเรียนที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นโรงเรียนดีเด่นเฝ้าระวังทันตสุขภาพ พบว่าครู ไม่ตรวจฟันนักเรียนในโรงเรียนที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นโรงเรียนดีเด่นเฝ้าระวังฯ ร้อยละ 10.86 ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสภาวะอนามัยในช่องปากและโรคฟันผุตามระบบ เฝ้าระวังฯ ก็ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยโรค ครูตรวจอนามัยในช่องปากพบ สภาวะเหงือกอักเสบ (คะแนน 1) ถูกต้องต่ำกว่าร้อยละ 26 และสภาวะที่ต้องการรักษา เร่งด่วน (คะแนน 7) ถูกต้องต่ำกว่าร้อยละ 39 ส่วนโรคฟันผุครูตรวจลักษณะฟันผุ (คะแนน 1) ได้ถูกต้องต่ำกว่าร้อยละ 48 โดยพบว่าความสามารถในการคัดแยกโรค เหงือกอักเสบ ครูมักจะตรวจสภาวะเหงือกอักเสบเป็นสภาวะปกติ แต่ความสามารถใน การคัดแยกฟันผุถาวร ครูมักจะตรวจสภาวะฟันถาวรที่ปกติเป็นฟันผุ ความแตกต่างที่ครู ตรวจพบโรคเหงือกอักเสบต่ำกว่าความเป็นจริง จะมีผลกระทบต่อการแก้ไขปัญหาระดับ

บุคคลจะมีน้อย เพราะระดับคะแนน 1 จะแก้ไขปัญหาโดยใช้กลวิธีการแปร่งฟัน แต่การคิดผลระดับคะแนน 7 จะมีผลเสียคือถ้าตรวจได้น้อยกว่าความเป็นจริง จะทำให้เด็กมีปัญหาจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการรักษา ส่วนการตรวจฟันถาวรคู่ที่พบมากกว่าความเป็นจริง นั้นเนื่องจากครูไม่สามารถแยกฟันถาวรและฟันน้ำนมได้ โดยมักจะเห็นฟันน้ำนมคู่เป็นฟันถาวร จากการศึกษาในโรงเรียนที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นโรงเรียนดีเด่นทางเฝ้าระวัง มีนักเรียนแปร่งฟันโดยแบ่งตามระดับปัญหาในช่องปากร้อยละ 23.3 และพบนักเรียนที่ไม่มีแปร่งสีฟันร้อยละ 14.26 โดยมีสาเหตุจากการที่ครูประจำชั้นต้องรับผิดชอบงานสอนและงานพิเศษอื่นๆ อีกมากจึงทำให้ไม่มีเวลาควบคุมดูแลการแปร่งฟันของนักเรียนตามระบบเฝ้าระวังฯ ภายหลังจากที่โรงเรียนได้วิเคราะห์ข้อมูลแล้วจะต้องมีการรายงานผลตามระบบเฝ้าระวังฯ (ทส 002) ไปให้สำนักงานการประถมศึกษาอำเภอ เพื่อรวบรวมให้ฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอนั้นๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้ตามระบบเฝ้าระวังฯ ได้มีการนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดร้อยละ 34.6 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาร้อยละ 29.0 โรงพยาบาลชุมชนมีการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอร้อยละ 25.1 และให้ตามระยะทางใกล้หรือไกลระหว่างโรงเรียนและโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 15.4 โรงพยาบาลชุมชนจัดบริการรองรับระบบเฝ้าระวังฯ โดยการออกหน่วยเคลื่อนที่ไปยังโรงเรียนหรือสถานือนามัยและหรือมีการส่งต่อนักเรียนมารับบริการที่โรงพยาบาลซึ่งการให้ทันตกรรมแก่นักเรียนในช่วงปี 2530-2534 ครอบคลุมเพียงร้อยละ 17

สรุปและเสนอแนะ

ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสถานะอนามัยในช่องปากและโรคฟันผุในงานเฝ้าระวังนั้น นับได้ว่าเป็นดัชนีที่สามารถจำแนกปัญหาสถานะอนามัยในช่องปากและโรคฟันผุได้ชัดเจน แต่ก็ไม่เพียงพอที่จะให้ครูใช้ในการตรวจทันตสุขภาพนักเรียน ซึ่งจะเห็นได้ว่า ข้อมูลที่ได้จากการตรวจของครู (ทส 001) นั้นยังมีความผิดพลาดมากจนไม่สามารถเชื่อถือได้ ทั้งนี้ก็เป็นเพราะว่าส่วนหนึ่งครูไม่ได้ตรวจจริง และส่วนมากครูตรวจได้ไม่ถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าภายหลังจากที่โรงเรียนได้มีการเฝ้าระวังฯ ทันตสุขภาพนักเรียนแล้วพบว่านักเรียนมีสุขภาพเหงือกดีขึ้น โรคฟันถาวรผุลดลง และผู้ปกครองให้ความสำคัญกับงานทันตสาธารณสุขเพิ่มขึ้น และครูมีทัศนคติต่องานเฝ้าระวังฯ และงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเชิงบวก ดังนั้นการพัฒนางานเฝ้าระวังฯ ครูจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการดำเนินงาน ควรที่จะหาแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้ครูมีความรู้มากขึ้นกว่าเดิมทั้งครูที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาแล้วหรือครูที่เพิ่งเข้ามาใหม่

ในการดำเนินงานใฝ่ระว่างๆ นั้น น่าจะมีการแบ่งโรงเรียนเป็น 2 ระดับกล่าวคือ โรงเรียนในระดับทั่วไป ก็ให้มีการดำเนินการตามคู่มือใฝ่ระว่างทันตสุขภาพฯ โดยที่จะต้องเน้นให้ครูมีการตรวจสุขภาพในช่องปากจริงและมีการบันทึกข้อมูลและรายงานตามระบบ แต่จะไม่เน้นว่าข้อมูลนั้นจะต้องถูกต้อง เพราะถึงอย่างไรก็ไม่สามารถที่จะดำเนินการให้ครูตรวจได้ถูกต้อง แต่เราต้องการให้ครูเห็นสภาวะในช่องปากของนักเรียน เพื่อที่ครูจะได้ตระหนักถึงการดูแลให้นักเรียนได้มีการแปรงฟันที่โรงเรียน ให้นักเรียนอมน้ำยาฟลูออไรด์ และส่งนักเรียนไปรับบริการทันตกรรมในกรณีที่เป็นเร่งด่วน ส่วนโรงเรียนอีกระดับหนึ่งนั้นน่าจะดูสภาพความพร้อมที่จะสนับสนุนงานใฝ่ระว่างฯ อย่างจริงจังของผู้บริหารโรงเรียนและครูในโรงเรียน ซึ่งหากเห็นว่าอยู่ในเงื่อนไขที่เหมาะสม เราจึงควรที่จะเข้าไปพัฒนาระบบใฝ่ระว่างให้เป็นจริง แต่ก็ควรที่จะต้องมีการปรับรายละเอียดของดัชนีบางตัวที่มีความคลาดเคลื่อนสูง และควรเพิ่มขั้นตอนการฝึกอบรมหรือวิธีการอื่นๆ ที่จะได้ประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าการให้ครูศึกษาจากหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียว

จากรายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องบทบาทของชุมชนเพื่อรองรับระบบใฝ่ระว่างฯ ได้ระบุว่าดัชนีใฝ่ระว่างฯ ยังไม่สมบูรณ์ดีและควรมีการปรับปรุง ซึ่งการปรับปรุงดัชนีใฝ่ระว่างฯ นั้นจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ก่อนว่าข้อมูลที่ต้องการนั้นจะนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อะไรบ้าง ถ้าหากจะนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการวางแผนให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนก็จะมีข้อจำกัดกล่าวคือ คะแนน 7 ในการตรวจสภาวะอนามัยในช่องปากนั้น เราจะไม่ทราบว่าความจำเป็นที่จะต้องรักษาเร่งด่วนนั้นคืออะไร เพราะคะแนน 7 นั้น อาจจะหมายถึงการขูดหินน้ำลายก็ได้ ถอนฟันน้ำนมหรือฟันถาวรก็ได้ และคะแนน 1 ในการตรวจฟันถาวรนั้น เราก็ไม่ทราบว่าฟันถาวรนั้นผุมากน้อยเพียงใด จะให้การรักษาโดยการอุดฟัน ถอนฟัน หรือรักษาคลองรากฟันและก็ไม่ทราบว่าฟันถาวรผุที่ซี่ด้วย ประกอบกับการให้บริการทันตกรรมเพื่อรองรับระบบใฝ่ระว่างฯ นั้น เราคงไม่สามารถที่จะให้บริการครอบคลุมได้หมดทุกโรงเรียนในการตรวจทันตสุขภาพแต่ละครั้ง แต่ถ้าเราต้องการข้อมูลเพื่อการประเมินผลสภาวะทันตสุขภาพนักเรียน ซึ่งจะมีความเป็นไปได้ยาก เพราะเราได้มีผู้ศึกษาวิจัยมากมายต่างก็พบว่าข้อมูลที่ได้จากการตรวจของครูนั้นมีความถูกต้องน้อย ในการประเมินสภาวะทันตสุขภาพนักเรียนนั้นควรจะใช้วิธีการสำรวจสภาวะสุขภาพในช่องปากโดยทันตบุคลากรมากกว่า

ดังนั้นจึงเสนอแนะว่าน่าจะเปิดโอกาสให้ทันตบุคลากรที่รับผิดชอบงานใฝ่ระว่างในพื้นที่ปรับปรุงดัชนีใฝ่ระว่างฯ ซึ่งขอเสนอแนวทางการปรับปรุงดัชนีใฝ่ระว่างฯ ในกรณี

ที่ต้องการใช้ข้อมูลเพื่อการประเมินผลและเพื่อวางแผนให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียน สำหรับโรงเรียนที่มีความพร้อมและสมควรที่จะพัฒนาการตรวจตามระบบเฝ้าระวังฯ ให้ถูกต้องดังนี้

ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสภาวะอนามัยในช่องปาก ได้แก่

0 = สภาวะเหงือกปกติ

1 = มีเหงือกอักเสบตรงส่วนนั้น

7 = มีหินน้ำลายปกคลุมด้านใดด้านหนึ่งเต็มด้านและมีเหงือกอักเสบด้วย

ดัชนีที่ใช้ในการตรวจโรคฟันผุ ได้แก่

0 = สภาวะฟันผุปกติ

1/n = ฟันผุเป็นรูเห็นชัดเจนแต่อุดได้ / จำนวนซี่

2/n = ฟันผุเป็นรูกว้างมาก ซึ่งคาดว่าทะลุโพรงประสาทฟันแล้วหรือเหลือแต่ราก/จำนวนซี่

3/n = มีฟันน้ำนมที่น่าจะได้รับการถอน / จำนวนซี่

โดยดัชนีใหม่นี้ควรที่จะให้ทันตบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการทันตกรรมในการรองรับระบบเฝ้าระวังฯ ในพื้นที่เป็นผู้ที่พิจารณาว่าโรงเรียนทุกแห่ง หรือโรงเรียนใดบ้างที่จะเปลี่ยนแปลงตามข้อเสนอแนะนี้หรือตามที่เห็นว่าเหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลไปใช้นั่นเอง

บทความนี้เป็นเสมือนการถามหาประสิทธิภาพของการทำงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการทำงานอย่างมีเป้าหมาย และเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งเกิดจากประสิทธิภาพดัชนีที่ใช้ โดยไม่กำกับด้วยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ที่เป็นเสมือนตัวกำหนดทิศทางการดำเนินงาน

จากทั้ง 3 ส่วนที่ได้นำเสนอคงพอให้เห็นภาพของการเกิดขึ้น การกำหนดนโยบาย เหตุการณ์และกิจกรรม อันจะทำให้เห็นภาพรวมของโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาได้ เพื่อจะนำไปวิเคราะห์ในบทที่ 5 ต่อไป