

ข้อเสนอเชิงนโยบาย และกลยุทธการสร้างเสริมช่องปาก ของประชาชนไทยกลุ่มอายุต่าง ๆ ในทศวรรษหน้า



กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

คณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก

ทันตแพทยสภา

สนับสนุนทุนโดยสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก
ของประชาชนไทยกลุ่มอายุต่าง ๆ ในทศวรรษหน้า

กองบรรณาธิการ

ทพ.ญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ

ที่ปรึกษา

ทันตแพทย์สุธา เจียรมณีโชติชัย

ทันตแพทย์สุรสิทธิ์ เกียรติพงษ์สาร

ทพ.ญ.บุญเอื้อ ยงวานิชากร

ทพ.ญ.เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์

พิมพ์โดย : กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ถ. ติวานนท์ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000

สำนักพิมพ์ บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด

พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2549 จำนวน 1,000 เล่ม

จำนวนหน้า : หน้า

ISBN

สารบัญ

	หน้า
สารบัญเนื้อหา	ก
สารบัญตาราง	ข
สารบัญรูปภาพ	ค
คำนำ	ง
กิตติกรรมประกาศ	
ตอนที่ 1	หลักการแนวคิดและตัวอย่างการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ผ่านมา
	การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน สำคัญที่ วิธีคิด และวิธีคิด ที่สำคัญ 1
	หลักการและตัวอย่างการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 15
	กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโลกยุคโลกาภิวัตน์ 20
	กลยุทธ์การส่งเสริมป้องกันโรคสุขภาพช่องปากประชาชนไทยที่ผ่านมา 24
ตอนที่ 2	ข้อเสนอนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัย
	ข้อเสนอนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย 25
	ข้อเสนอนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยประถมศึกษา 34
	ข้อเสนอนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ 42
ตอนที่ 3	สรุปข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากประเทศไทยในทศวรรษหน้า
	กลยุทธ์และมาตรการการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในทศวรรษหน้า 52
	ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัย 54

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การจำแนกระดับของการมีส่วนร่วม	5
2	บทบาทหน้าที่ของฝ่ายต่าง ๆ ในการพัฒนางานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน	40
3	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) และสัดส่วนของค่าฟันผุ ฟันถอนและฟันอุด ในสูงอายุ จากสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537, 2543-44	43
4	ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก	54
5	ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ใหญ่	56

สารบัญรูปภาพ

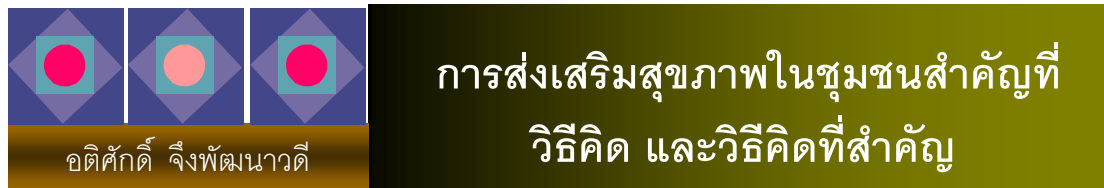
ภาพที่		หน้า
1	แผนภูมิแสดงความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	2
2	ร้อยละสะสมของการกระจายของค่าเฉลี่ย DMFT ในเด็กอายุ 12 ปี พ.ศ. 2537	34
3	การกระจายของโรคฟันผุตามซี่ฟันในฟันถาวรของเด็กอายุ 12 ปี พ.ศ. 2537, 2543-44	35



บทบาทของกองทุนสาธารณสุข กรมอนามัย มีภารกิจหลักในการพัฒนาองค์ความรู้การสร้างเสริม
 ทันตสุขภาพในสังคมไทย ได้เป็นแกนกลางในการทำงานวิจัยที่สำคัญในหลายเรื่อง อันเป็นฐานข้อมูลสำคัญใน
 การวางแผนทันตสาธารณสุขของประเทศ ตลอดจนสนับสนุนวิชาการ และพัฒนาศักยภาพทีมงานทันตบุคลากร
 ในระบบบริการสุขภาพช่องปากในส่วนภูมิภาค เพื่อให้เกิดกระแสการดำเนินการการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก
 ของประเทศไทยอย่างกว้างขวาง กองทุนสาธารณสุข กรมอนามัย จึงได้ประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
 สุขภาพช่องปาก เพื่อร่วมสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพในแต่ละกลุ่มวัย โดย
 ร่วมกับทันตแพทย์สมาคมดำเนินการทบทวนสถานการณ์และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริม
 สุขภาพช่องปากประเทศไทยในทศวรรษหน้าขึ้น เพื่อประเมินองค์ความรู้ ระดมความคิดเห็นและความร่วมมือ
 ด้านต่างๆ ในการสร้างนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม อันนำไปสู่การผลักดันให้เกิด
 นโยบายสู่การปฏิบัติจริงในระดับเครือข่ายวิชาชีพทันตกรรมทุกระดับ

กองทุนสาธารณสุข กรมอนามัย

สิงหาคม พ.ศ. 2549

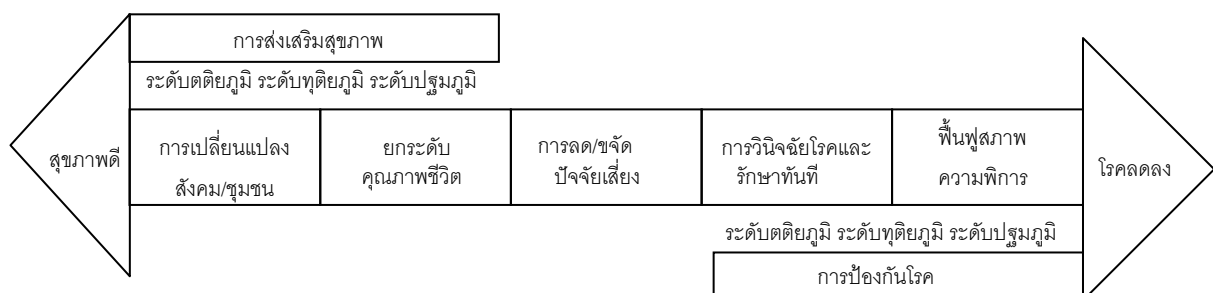


การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระแสที่จัดได้ว่ามาแรงในวงการสาธารณสุขไทยอย่างน้อยก็ในรอบ 10 ปีมานี้ อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพนั้นได้ถูกให้ความหมาย ถูกเข้าใจ และถูกนำไปปฏิบัติ ในรูปแบบและทิศทางที่แตกต่างหลากหลาย หากเปิดอ่านตำราไม่ว่าจะเป็นของเทศหรือไทยจะพบได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพในตำราแต่ละเล่มนั้นมีความแตกต่างกันชนิดที่บางครั้งไม่น่าเชื่อว่าเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้ร่มเงาของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพคำเดียวกันได้อย่างไร แนวคิดนี้จึงเป็นแนวคิดหนึ่งที่คนต่างคน ต่างภูมิหลัง ต่างประสบการณ์อาจจะมี ความเข้าใจในทิศทางที่แตกต่างกันออกไปอย่างสิ้นเชิง และก็มีอาจพินิจตัดสินได้ว่า ความหมายความเข้าใจ และวิธีปฏิบัติแบบไหนเป็นสิ่งที่ถูกต้องมากน้อยกว่ากัน

บทบาทนี้จึงเป็นเพียงการเสนอแนวทางหนึ่งของการให้ความหมาย การทำความเข้าใจต่อสิ่งที่เรียกว่า การส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแนวทางที่ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ ตกผลึกมาจากการเรียนรู้ในช่วงเวลาหนึ่ง และต้องเน้นย้ำว่า บทความนี้ ไม่ได้ต้องการเสนอเนื้อหาในบทความนี้เป็นคำอธิบายที่ถูกต้องที่สุดของการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนคำอธิบายอื่นนับว่าใช้ไม่ได้เสียทั้งหมด แต่เป็นเพียง การเสนอแนวทางหนึ่งในการทำความเข้าใจต่อสิ่งที่เรียกว่า การส่งเสริมสุขภาพ เท่านั้นเอง

สิ่งที่เรียก และไม่เรียกว่าการส่งเสริมสุขภาพ

งานส่งเสริมสุขภาพ เป็นงานที่โดยทั่วไปเรามักเรียกรวมกันอย่างลาลองว่า งานส่งเสริมป้องกัน และ หากถามทันตบุคลากรถึงการเคยมีประสบการณ์ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพอะไรกันมาบ้าง คำตอบที่จะได้รับ คงวนเวียนอยู่แถวๆ เคลือบหลุมร่องฟัน สอนแปรงฟันให้ทันตสุขศึกษา งานเฝ้าระวังฯ ฯลฯ หรือถ้าตั้งคำถาม เดียวกันกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ คำตอบที่ได้รับคงได้แก่ การฝากครรภ์ เยี่ยมบ้าน ชีววิถีชีวิตเด็ก กำจัดลูกน้ำ ยุงลาย ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจจะมีการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดที่กำลังจะพูดถึงต่อไปนี้ เพราะเหตุใดจึงกล่าวเช่นนั้น แล้วการส่งเสริมสุขภาพคืออะไรกันแน่ ก่อนที่จะอธิบายเหตุใดจึงไม่เรียกงานที่กล่าวมาข้างต้นว่า เป็นการส่งเสริมสุขภาพ คงต้องเริ่มจากการทำความเข้าใจถึง การส่งเสริมสุขภาพกับการป้องกันโรค นั้นมีความแตกต่างกันอย่างไร



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (ดัดแปลงจาก Brown, 1985 อ้างใน ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544:60)

หากมองอย่างผิวเผินอาจบอกได้ไม่แน่ชัดนักว่าการส่งเสริมสุขภาพกับการป้องกันโรคนั้นต่างกันอย่างไร แต่หากพิจารณาจากแผนภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่าการป้องกันโรคแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ โดยในระดับเบื้องต้น หรือปฐมภูมิ จะมุ่งเน้นไปที่การลด หรือการขจัดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรค ซึ่งการป้องกันโรคในระดับนี้ไม่มีความต่างจากการส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ซึ่งก็มุ่งเน้นไปที่ประเด็นเดียวกันคือ อาการหรือการขจัดปัจจัยเสี่ยง แต่หากพิจารณาในระดับขั้นต่อไปจะเห็นว่า การป้องกันโรคจะมุ่งเน้นไปสู่เป้าหมายคือ การทำให้โรคลดลง หรือการทำให้ปราศจากโรค (ซึ่งนอกจากจะทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยง ก่อนที่จะเกิดการสูญเสียอวัยวะ หรือพิการก็ต้องทำการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาใช้งานได้ปกติ) ส่วนการส่งเสริมสุขภาพ จะมุ่งเน้นไปสู่การมีสุขภาพดีผ่านการลดปัจจัยเสี่ยง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และชุมชนให้ดีขึ้น

จากจุดเริ่มต้น คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ) แต่เป้าหมายปลายทางกับแตกต่างกันออกไปอย่างสิ้นเชิงเพราะการไม่มีโรค หรือการปราศจากโรคนั้นมิใช่สิ่งเดียวกัน การมีสุขภาพดีนั้น ไม่จำเป็นต้องเป็นต้องปราศจากโรคแต่อย่างใด การมีร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บใดๆ ก็ได้เป็นสิ่งเดียวกับการมีสุขภาพดี แต่การที่จะมีสุขภาพที่ดี หรือมีสุขภาพะนั้นยังมีเงื่อนไขอื่นอีกมากมายที่เป็นตัวกำหนดไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อมที่คนนั้นอาศัยอยู่ หรือความพึงพอใจ และมุ่งมองที่คนแต่ละคนจะมีต่อชีวิต และสุขภาพของตนเอง ในแง่ถึงแม้ใครสักคนที่มีการติดเชื้อ HIV หรือมีมะเร็งเนื้อร้ายอยู่ในร่างกายก็ยังคงอาจนับว่ามีสุขภาพที่ดี หรือมีสุขภาพที่ดีได้ หากเขาหรือเธอมีชีวิตที่ปกติสุข ใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อม สังคม ครอบครัวที่ดี และมีความพึงพอใจกับสุขภาพ และชีวิตของตนเอง

ในแง่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้คน การเปลี่ยนแปลงสังคม และชุมชนให้ดีขึ้นเพื่อมุ่งหวังการมีสุขภาพดี จึงเป็นทั้งทิศทางและเป้าหมายที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพแตกต่างออกไปอย่างสิ้นเชิง จากการป้องกันโรคที่มีเป้าหมายอยู่ที่การลดโรคเป็นสำคัญ และข้อแตกต่างที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การป้องกันโรคนั้นมุ่งเน้นการทำงานในกรอบความคิดเรื่องโรคซึ่งเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน และต้องพึ่งพาความรู้เฉพาะทาง การแพทย์ พื้นที่การทำงานในเรื่องของโรคจึงเป็นพื้นที่แยกบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนออกจากกันด้วยการขีดเส้นแบ่งแดนระหว่างความเป็นผู้รู้ และผู้ไม่รู้ ด้วยเส้นที่ถูกขีดกรอบของการมองโรคเช่นนี้ ทำให้โอกาสที่ชุมชน และประชาชนทั่วไป จะเข้ามามีส่วนร่วมจึงเป็นไปได้ยาก บทบาทในการทำงานด้านการป้องกันโรคจึงต้องเป็นภาระหน้าที่ที่บุคลากรสาธารณสุขต้องแบกรับอยู่ตลอดไป เพราะหากวันใดที่เราละมือลง โรคก็จะกลับคืนมาได้ใหม่ ส่วนการส่งเสริมสุขภาพนั้น มุ่งเน้นการทำงานในกรอบความคิดเรื่องสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ไม่มีเส้นขีดแบ่งระหว่างความเป็นผู้รู้ และผู้ไม่รู้ ทุกคนไม่ว่าจะเป็นบุคลากรสาธารณสุข คนนอกวงการ และที่สำคัญคือ ชาวบ้าน จึงสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานได้ทุกคน การทำงานตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ได้เป็นเพียงภาระหน้าที่ของเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่เป็นบทบาทแห่งยุคของทุกคน (ศศิธร ไชยประสิทธิ์ 2544 :35)

จากแผนภาพและคำอธิบายข้างต้นเราจึงสามารถกล่าวได้ว่า ไม่ว่าจะเป็นการเคลือบหลุมร่องฟัน สอนแปรงฟันให้ทันตสุขศึกษา งานเฝ้าระวัง ฯ การฝากครรภ์ เยี่ยมบ้านหลังคลอด ฉีดวัคซีนเด็ก และกำจัดลูกน้ำยุงลายล้วนแล้วแต่เป็นกิจกรรมที่อยู่ในระดับของการป้องกันโรคขั้นปฐมภูมิ เพราะเป็นการมุ่งขจัดปัจจัยเสี่ยงเพื่อเป้าหมายคือ การลดการเกิดพินุ การลดอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างการตั้งครรภ์ และหลังคลอด การป้องกันโรคต่างๆที่จะเกิดกับเด็ก และการป้องกันการเกิดไข้เลือดออกเท่านั้นเอง อย่างไรก็ตาม ถ้าหากเราสามารถตอบได้ว่า สิ่งเหล่านี้เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคม และชุมชน รวมถึง

การนำไปสู่สุขภาพที่ดีได้อย่างไร เราก็อาจจะเรียกได้ว่า กิจกรรมเหล่านี้เป็นการส่งเสริมสุขภาพขั้นปฐมภูมิได้เช่นเดียวกัน แต่หากไม่ได้ สิ่งเหล่านี้ก็เป็นเพียงแค่การป้องกันโรคเท่านั้น หาใช่การส่งเสริมสุขภาพแต่อย่างใด

ความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเป็นด้านสำคัญด้านแรกที่เราจำเป็นต้องทำความเข้าใจ เพื่อที่จะแยกให้ออกว่า สิ่งที่เรากำลังคิด กำลังทำอยู่นั้นเป็นสิ่งที่เรียกว่า การส่งเสริมสุขภาพที่แท้จริง หรือเป็นเพียงการป้องกันโรค การที่กล่าวเช่นนั้นได้หมายความว่า การป้องกันโรคนั้นไม่มีความสำคัญ หากแต่ถ้าจะเลือกเดินมาบนเส้นทางของการส่งเสริมสุขภาพ เราจำเป็นต้องมีแผนทางความคิดที่กำกับวิธีคิด และหนทางเดินของเราอย่างชัดเจนเสียก่อนในเบื้องต้นเท่านั้นเอง

ฐานความคิดสำคัญที่ 1 สุขภาพคือความรับผิดชอบของปัจเจก หรือสังคม

การที่จะเริ่มทำความเข้าใจความหมายของการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถ่องแท้ นั้น นอกจากจะต้องจำแนกความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคแล้ว ฐานความคิดที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือ ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่าง สุขภาพบุคคลในฐานะปัจเจก และสังคม

ฐานความคิดสำคัญฐานที่ 2 ส่งเสริมสุขภาพคือการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ชุมชน

ท่ามกลางกระแสแห่งการส่งเสริมสุขภาพที่พุ่งขึ้นสูงในสังคมไทยขณะนี้ แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter of Health promotion) มักจะถูกอ้างอิงอยู่เสมอในฐานะของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ และการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางนี้เองที่เป็นฐานความคิดสำคัญอีกฐานหนึ่ง ที่บทความชิ้นนี้ใช้ในการทำความเข้าใจแนวทางการทำงานส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อมีการอ้างอิงถึงการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรออตตาวา สิ่งที่มีมักจะนิยมนำมาอ้างถึง ก็คือการดำเนินงานภายใต้ 3 ยุทธศาสตร์หลัก อันได้แก่ การก่อกระแกลุ่มพลังทางสังคม (Advocate), การเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม หรือหน่วยงานต่างๆ (Mediate) และการเอื้ออำนวยให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Enable) หรือที่อาจเรียกสั้นๆว่า ก่อกระแสไหลเกลียว ประสาน และเกื้อกูลให้เกิดการนำไปสู่กิจกรรมสำคัญ 5 กิจกรรม อันได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี, การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล, การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน และการปรับระบบบริการสาธารณสุข แต่บทความชิ้นนี้จะชวนให้มองผ่านเรื่องเหล่านี้ และชี้ชวนให้กลับมาเริ่มต้นที่การทำความเข้าใจกับนิยามของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรออตตาวาเสียก่อน ซึ่งนิยามดังกล่าว การส่งเสริมสุขภาพหมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (World Health Organization 1986 อ้างใน ศศิธร ไชยประสิทธิ์ 2544 : 36)

หากพิจารณานิยามข้างต้นอย่างลึกซึ้ง จะพบว่านิยามนี้กล่าวถึง การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ในฐานะที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และเราจะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายได้ก็ด้วยการทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม และสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นภายใต้นิยามเช่นนี้ การทำให้ประชาชนเพิ่มความสามารถ จึงเป็นแนวคิดที่เป็นหัวใจหลักของการทำงานส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้ก็คือแนวคิดที่เราเรียกกันว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) นั่นเอง

คำว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ก็เป็นอีกคำหนึ่งที่มีผู้ใช้กันมากมายภายใต้ความหมายที่แตกต่างกันไป แต่พอที่จะสรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นหมายถึง การคืนอำนาจ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรอื่นๆ

ให้กับชุมชน ทำให้ผู้คนได้พัฒนาทักษะและยกระดับสู่การตระหนักถึงและให้ความเคารพต่อพลัง ความสามารถ และอำนาจที่ตนเองมีอยู่ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ชุมชนจึงเป็นชีวิตที่อยู่นอกตรงข้ามกับการเข้าไปควบคุม จัดการ ดูแล และเฝ้าระวังรักษาชุมชน (ศศิธร ไชยประสิทธิ์ 2544 : 70 อ้างใน Rodwell christine M 1996)

หากร้อยเรียงความคิดจากฐานคิดที่ 1 (ที่เสนอมุมมองว่าสุขภาพของปัจเจกขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ชุมชน และสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่ สุขภาพที่ดีจึงมิใช่ภาระของใครคนใดคนหนึ่ง หากแต่เป็นภาระร่วมกันของ ชุมชนและสังคม) มาถึงนิยามของการส่งเสริมสุขภาพดังที่กล่าวข้างต้น การเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน จึงกลายเป็นฐานคิดสำคัญฐานที่ 2 ที่เป็นทั้งกระบวนการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายคือการมีสุขภาพที่ดี ในขณะที่เดียวกับที่เป้าหมายในตัวของมันเอง หมายความว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพภายใต้นิยามเช่นนี้จึง เป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมาย คือการทำให้ชุมชนมี ศักยภาพ พลัง และอำนาจในการที่จะจัดการ ควบคุม ดูแลสุขภาพ ของตนเองได้ (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ 2547)

ฐานความคิดสำคัญฐานที่ 3 การมีส่วนร่วม ในฐานะเป็นกระบวนการเพื่อไปสู่เป้าหมาย

คำถามสำคัญเมื่อกล่าวมาถึงตอนนี้ก็คือ หากเป้าหมายของการทำงานส่งเสริมสุขภาพคือ การเสริมสร้าง พลังอำนาจให้กับชุมชน บทบาทของบุคลากรสาธารณสุข และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับ ชุมชนควรจะต้องดำเนินไปในลักษณะเช่นใด

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในแนวทางนี้บุคลากรสาธารณสุขในฐานะที่เป็นคนนอกจำต้องละเลิก การใช้อำนาจที่เหนือกว่าของตนในการเข้าไปควบคุม จัดการดูแล และเฝ้าระวังรักษา แต่จะต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังเพื่อช่วยให้ชุมชนได้ก่อกำเนิด เพิ่มพูนพลังอำนาจของตนขึ้นมาจากภายใน ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับชุมชนจึงต้องไม่เป็นไปในลักษณะของความสัมพันธ์ในแนวตั้งระหว่างผู้ที่เหนือกว่ากับผู้ที่ต่ำกว่า หรือผู้ที่รู้มากกว่ากับผู้ที่รู้น้อยกว่าหรือไม่รู้อะไรเลย หากแต่จะต้องเป็นความสัมพันธ์ใน แนวราบระหว่างเพื่อนร่วมงาน เป็นหุ้นส่วนที่ทำงานร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดพลังอำนาจขึ้นภายในชุมชน (อำนาจ ศรีรัตนบัลล์, 2547)

หากเราย้อนกลับไปดูที่ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวไปแล้วข้างต้นอีกครั้งที่กล่าวไว้ว่า “ การส่งเสริมสุขภาพ ” หมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริม สุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม จะเห็นได้ว่าคำแรกๆที่ปรากฏอยู่ใน ความหมายนั้นคือคำว่า “กระบวนการ” ใช้ ขึ้นต้นเป็นคำแรกของความหมาย จึงมีความสำคัญในแง่ที่เป็นเน้นว่า การทำงานส่งเสริมสุขภาพเป็นการทำงานที่ไม่หยุดนิ่ง หากแต่เป็นการทำงานเคลื่อนไหวที่มุ่งหวังให้เกิด “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันภายในชุมชน” และการเรียนรู้ร่วมกันภายในชุมชนจะเกิดขึ้นได้นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ บุคลากรจะต้องปรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างตนและชุมชนให้มาอยู่ในลักษณะของความสัมพันธ์ที่ เท่าเทียมและคำนึงถึง “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ในฐานะที่เป็นกระบวนการที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ อยู่ ตลอดเวลา

แนวคิดเรื่อง “การมีส่วนร่วมของชุมชน” จึงเป็นแนวคิดที่เป็นหัวใจอีกดวงหนึ่งของการทำงานงาน ส่งเสริมสุขภาพ และอีกเช่นเคยที่แนวคิดนี้ก็ถูกนำไปให้ความหมาย และถือปฏิบัติในทิศทางที่หลากหลายและ หลายๆ ครั้งแนวคิด “การมีส่วนร่วมของชุมชน” กลับถูกนำไปใช้ในฐานของการเป็นคาคำดักลึกลับที่บุคลากร สาธารณสุขใช้ท่องบ่นเพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับงานของตน และเพื่อเป็นใบรับประกันว่าการทำงานของตน

นั่นเป็นสิ่งที่ทันสมัยไม่เก่าแก่โบราณ แต่เมื่อไปพิจารณาดูในเนื้อหาที่ทำงานที่ทำงานอย่างลึกๆ แล้วกลับไม่พบร่องรอยของการมีส่วนร่วมของชุมชนดำรงอยู่แต่อย่างใด การมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่มักถูกหยิบยกมากล่าวอ้างอยู่เสมอไม่ว่าการทำงานนั้นจะเป็นไปในรูปของการมีส่วนร่วมหรือไม่ เมื่อเป็นเช่นนี้เราจึงจำเป็นต้องหวนกลับมาพิจารณากันอย่างถี่ถ้วนอีกครั้งว่า แท้ที่จริงแล้วแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นหมายความว่าอย่างไรกันแน่

วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ, ไม่ระบุปีที่พิมพ์ ได้เสนอว่าขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงานพัฒนานั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ขั้นตอน คือ

1. ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และที่มาของปัญหา
3. ประชาชนมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการ และพิจารณาวางแผนแก้ปัญหา
4. ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผน
5. ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิด

ความสำเร็จ

จะเห็นได้ว่าขั้นตอนของการทำงานที่จะสามารถเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้นั้น ถูกแจกแจงไว้อย่างละเอียด ซึ่งการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่เราจะทำในโลกแห่งความเป็นจริงอาจเป็นไปได้ที่จะยึดถือตามแนวทางของการมีส่วนร่วมจนครบสมบูรณ์ทั้ง 5 ประการ แต่การที่เราถือโครงการเพื่อแก้ปัญหาโครงการหนึ่งโดยเดินเข้าไปในชุมชนแล้วขอให้ชุมชนมามีส่วนร่วมในการทำงานตามโครงการนั้นย่อมมีอาจเรียกได้ว่าเป็นการทำงานภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วม (โครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนอันหนึ่งที่เป็นเช่นนี้) เพราะโครงการที่ดำเนินไปในทิศทางเช่นนี้เป็นแต่เพียงการ “ขอความร่วมมือ” จากชุมชนเท่านั้นเอง และในเมื่อเป้าหมายของการทำงานส่งเสริมสุขภาพคือการก่อให้เกิดพลังอำนาจในชุมชนการเรียนรู้ร่วมกันแล้ว “การขอความร่วมมือ” จึงอาจมีใช้วิธีการที่จะสามารถนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายนั้นแต่อย่างใด

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับของการมีส่วนร่วม (Amstein 1971 อ้างใน อุทัยวรรณ กาญจนกมล 2541)

ระดับการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง	ประชาชนควบคุม	ประชาชนควบคุมโครงการพัฒนาสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์
	ได้รับมอบหมาย	ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจในโครงการเป็นส่วนใหญ่
	ได้เข้าร่วมเป็นภาคี	ประชาชนอยู่ในฐานะหุ้นส่วนที่ได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจร่วมทำงาน
ระดับการมีส่วนร่วมพอเป็นพิธี	เป็นตัวแทนไม่ประดับ	ผู้นำบางคนถูกดึงเข้าร่วมโครงการในฐานะตัวแทนแต่เพียงในนามแต่ไม่มีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ
	เป็นผู้ให้คำปรึกษา	คนภายนอกถามความคิดเห็นเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจแต่ไม่ให้ร่วมรับผิดชอบ
	ได้รับข่าวสาร	ประชาชนได้รับข่าวสารให้ปฏิบัติตามโครงการ
ระดับการไม่มีส่วนร่วม	ได้รับเยยวยา	มีการเข้าถึงและสื่อสารทางเดียวเพื่อให้เปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การให้สุขศึกษารายกลุ่ม
	ประชาชนถูกเข็ดถูกจัดแจง	ประชาชนถูกจัดตั้ง ถูกขอร้องให้ทำตามคำสั่งหรือขอความร่วมมือ

ตารางข้างต้นได้ช่วยแยกแยะระดับของการมีส่วนร่วมออกมาให้เห็นอย่างละเอียดว่าการทำงานภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นถูกตีความและนำไปใช้อย่างหลากหลาย ตั้งแต่ระดับของการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ระดับการมีส่วนร่วมพอเป็นพิธี ไปจนถึงระดับของการที่เพียงแต่อ้างแนวคิด “การมีส่วนร่วม” แต่แท้ที่จริงอยู่ในระดับของการไม่มีส่วนร่วม ความแตกต่างระหว่าง “การมีส่วนร่วมของชุมชน และการของความร่วมมือจากชุมชน และตารางแยกแยะระดับของการมีส่วนร่วมข้างต้น จึงเปรียบเสมือนแผนที่ทางความคิดที่เราจะสามารถใช้ตรวจสอบแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของเราได้ว่าทิศทางที่เรากำลังเดินนั้นเป็นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง หรือเป็นเพียงแต่การขอความร่วมมือที่อยู่ในระดับของการไม่มีส่วนร่วมหรือเป็นแต่เพียงการมีส่วนแบบพอเป็นพิธีเท่านั้นเอง และหากเป็นในประการหลังการบรรลุเป้าหมายที่ว่าด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ชุมชนเพื่อบรรลุสู่การมีสุขภาพดีก็อาจเป็นไปได้

หลังจากทำความเข้าใจแนวคิดการมีส่วนร่วม เราจะหวนกลับมาเรียนรู้ทำความเข้าใจกับยุทธศาสตร์หลักของการดำเนินงาน 3 ยุทธศาสตร์ภายใต้กฎบัตรรอตตาวา อันได้แก่ 1. การก่อกระแส (Advocate) 2. การไกล่เกลี่ยประสาน (Mediate) และ 3. การเอื้อกูลให้เกิด (Enable) กันต่อไป ซึ่งยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ประการนี้เป็นเครื่องมือที่เป็นรูปธรรมที่เราสามารถใช้ในการดำเนินงานได้แนวคิดการมีส่วนร่วมได้เป็นอย่างดี (เรียบเรียงและเพิ่มเติมจาก World Health Organization 1986 อ้างใน อุทัยวรรณ กาญจนกมล 2541)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การก่อกระแส เป็นยุทธศาสตร์ที่มุ่งนำเสนอข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชนและสังคม เพื่อให้เกิดกระแสสังคมที่สามารถระดมพลังและสร้างจิตสำนึกร่วมกันของสมาชิกในชุมชนเพื่อให้เกิดการดำเนินการในกิจกรรมหนึ่งๆ อันจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต เปลี่ยนแปลงสังคมและชุมชน และนำไปสู่สุขภาพที่ดีในท้ายที่สุด การก่อกระแสกระทำได้โดยการพยายามจุดประกายความคิดชักชวนให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหากลงมือทำให้ลักษณะร่วมคิดร่วมแรงแข่งขัน หรือชี้ให้เห็นถึงผลเสียหากเพิกเฉยไม่เอาเป็นธุระ

อย่างไรก็ดีคงจะต้องทำความเข้าใจให้ชัดว่าการก่อกระแสเป็นเพียงยุทธศาสตร์หนึ่งที่ต้องเลือกใช้เลือกดำเนินการภายใต้จุดมุ่งหมายสำคัญคือการมุ่งหวังให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ภายในชุมชน และระดมการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงให้เกิดขึ้น การก่อกระแสมีหลายวิธีที่เราสามารถเลือกใช้ในการทำงานกับทุกประเด็นได้ทุกครั้งไป เพราะการเลือกประเด็นตามที่เรานำเสนอเป็นบุคคลากรสาธารณสุขที่เป็นคนนอกให้ความสนใจแล้วนำประเด็นนั้นเข้าไปก่อกระแสในชุมชนอย่างพร่ำเพรื่อตามใจตนเอง ผลที่ได้รับอาจมีตั้งแต่การไม่เกิดกระแสขึ้นภายในชุมชน หรือการเกิดกระแสหลอกๆ โดยชุมชนเพื่อ “เอาใจหมอ” เพราะ ไหนๆ หมออุตส่าห์ก็เข้ามาแล้วแต่ผลลัพธ์สุดท้ายกระแสหลอกๆ นั้นก็ตกลงทันทีที่เราจากมา และกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนก็มิอาจเกิดขึ้น

ในแง่นี้ การก่อกระแสจึงเป็นยุทธศาสตร์ที่พึงใช้ด้วยความระมัดระวัง โดยก่อนที่จะก่อกระแสในประเด็นใดๆ ก็ตามเราจึงควรเริ่มจากการทำความเข้าใจชุมชนอย่างถ่องแท้เสียก่อน และพยายาม จับกระแสภายในชุมชนให้ได้ว่า มีกระแสอะไรที่กำลังอยู่ในความสนใจของชุมชนที่เราอาจหยิบยกมาเป็นจุดเริ่มในการระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ หรือหากประเด็นที่เราสนใจอยากจะทำดำเนินการมีความสำคัญจริงๆ ที่จำเป็นที่จะต้องนำเข้าไปก่อกระแสในชุมชน สิ่งที่เราควรจำทำก่อนหน้าที่จะใช้ยุทธศาสตร์การก่อกระแสอย่างอีกทีก็ควรใคร่ครวญ (เช่น การออกประชาสัมพันธ์ จัดเวทีชาวบ้าน) ก็คือการ ตรวจสอบกระแส ในชุมชนเสียก่อนว่าประเด็นที่เราจะนำไปก่อกระแสนั้นมีโอกาสหรือไม่ในการทำให้เกิดกระแสภายในชุมชน ซึ่งการตรวจสอบกระแสนั้นอาจทำได้โดยการ

เสียงๆ เคียงๆ สอดแทรกประเด็นที่เราสนใจในระหว่างการพูดคุยกับผู้คนในชุมชน (โดยมิใช่การไปนำเสนอและชักชวนสั่งสอนขึ้นอย่างโจ่งแจ้ง และสังเกตปฏิกิริยาตอบรับว่าเป็นในทิศทางใดเพื่อประเมินว่าประเด็นที่เรา กำลังจะไปก่อกระแสนั้นเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดในการที่จะก่อให้เกิดกระแสนั้นอย่างแท้จริงภายในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การไกล่เกลี่ยประสาน (Mediate) เป็นยุทธศาสตร์ที่กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุข มีหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและนอกชุมชน รวมถึงไกล่เกลี่ยความขัดแย้งไม่ลงรอยที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการทำงาน นอกจากนั้นคำว่า “ประสาน” ยังรวมถึงการพยายามมองหาบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่น่าจะมีศักยภาพในการผลักดันให้การทำงานสำเร็จลุล่วงไปได้ให้เข้ามารวมมือในการทำกิจกรรม

หากพิจารณาให้ดีจะเห็นได้ว่ายุทธศาสตร์ทั้ง 2 ประการนี้ ค่อนข้างเป็นวิธีทำ มากกว่าที่จะเป็น วิธีคิด และด้วยความเป็น วิธีทำ ของมันทำให้เราสามารถหยิบไปใช้ได้โดยปราศจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนก็ได้ เช่น หากเราอยากทำโครงการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในศูนย์เด็กเล็กใน ชุมชนแห่งหนึ่ง เราก็อาจจะใช้วิธีการก่อกระแสนี้ให้ชุมชนหันมาให้ความสำคัญกับโรคฟันผุในเด็ก และลากเอาบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่องนี้ ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง อบต. กรมการศูนย์ เข้ามาร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยอาศัยการไกล่เกลี่ย ประสาน กิจกรรมในลักษณะเช่นนี้สามารถดำเนินไปโดยใช้ยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตร ออตตาวา แต่เมื่อปราศจากฐานความคิดสำคัญเรื่องการมีส่วนร่วมเสียแล้ว กิจกรรมเช่นนี้จึงเป็นเพียงแต่ “การขอความร่วมมือ” หรือ “การมีส่วนร่วมแบบพอปเป็นพิริ” หรือหากเราเรียกโครงการเช่นนี้ว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ก็คงจะเป็นได้เพียงแค่ “การส่งเสริมสุขภาพแบบพอปเป็นพิริ” เท่านั้นเอง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การเกื้อกูลให้เกิด (Enable) นอกจากฐานความคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะช่วยในการกำกับการใช้ยุทธศาสตร์ของการก่อกระแสนี้และการไกล่เกลี่ยประสานให้อยู่ในร่องรอยของการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วย “การเกื้อกูลให้เกิด” ก็เป็นยุทธศาสตร์ที่เราสามารถใช้กำกับการใช้ยุทธศาสตร์ 2 ชนิดก่อนหน้านี้ได้เป็นอย่างดีเช่นกัน เพราะด้วยการที่ยุทธศาสตร์นี้ค่อนข้างมีการเป็น “วิธีคิด” มากกว่ายุทธศาสตร์อื่นๆ เพราะเป็นยุทธศาสตร์ที่กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทในการเอื้ออำนวยให้ชุมชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ และเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีสิทธิที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับชุมชนแทนที่จะถูกยัดเยียดให้คิดและทำในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างมีอาจปฏิเสธได้

ในความหมายเช่นนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 3 จึงค่อนข้างมีความคล้ายคลึงกับหัวใจสำคัญดวงหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพที่เราได้กล่าวถึงไปแล้วก็คือ “การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ชุมชน” อยู่ไม่น้อย และหากเราคำนึงถึงยุทธศาสตร์ชนิดนี้อยู่ตลอดเวลาที่ทำการส่งเสริมสุขภาพ ยุทธศาสตร์นี้ก็จะ เป็น “วิธีคิด” ที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เราตกอยู่ในหลุมพราง และกลายเป็น “การส่งเสริมสุขภาพแบบพอปเป็นพิริ” ได้เป็นอย่างดี

เราจะทำความเข้าใจกับ 5 กิจกรรมยึดตามกฎบัตรออตตาวาอย่างไร

เมื่ออ่านบทความล่องมาถึงตอนนี้ ผู้อ่านหลายๆ ท่านที่คุ้นเคยกับกิจกรรมหลัก 5 ประการของกฎบัตร ออตตาวามาแล้วอาจจะนึกสงสัยว่า เหตุใดบทความชิ้นนี้ที่อ้างว่ากำลังอธิบายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ จึงมิได้เอ่ยถึงกิจกรรมหลัก 5 ประการนั้นเสียที มัวแต่เสียเวลาและหน้ากระดาษไปกับอธิบายกับแนวคิดอื่นๆ ตั้งมากมายก่ายกอง

เหตุผลก็คือ กิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม อันได้แก่ 1. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี 2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 4. การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน และ 5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข นั้น เป็นเพียงเสมือนหนึ่งเครื่องมือที่เราจะใช้ประกอบการวางแผนการดำเนินโครงการว่า การทำงานส่งเสริมสุขภาพของเรานั้น นอกจากการไปทำให้คนแต่ละคนมีศักยภาพในการดูแลตนเองด้วยวิธีการต่างๆ นานาแล้ว เราควรที่จะคิดถึงอะไรอื่นอีก

กิจกรรมหลักทั้ง 5 ตามกฎบัตรรอตตาวามีที่มาจากไหน เหตุใดจึงต้องเป็น 5 กิจกรรมนี้ หากเราพิจารณาให้ดีเราจะพบว่ากิจกรรมเหล่านี้เกิดบนฐานความคิดสำคัญฐานแรกที่เราได้กล่าวไปแล้ว คือ ฐานความคิดที่มองว่า “สุขภาพของปัจเจกแต่ละคนขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของสังคม และเป็นภาระของสังคมและชุมชนที่จะต้องร่วมกันรับผิดชอบ” 3 กิจกรรมจาก 5 กิจกรรม อันได้แก่ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน จึงมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงความเข้มแข็งของสังคม และมีเพียงกิจกรรมเดียว คือ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาปัจเจกบุคคลในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพ

ช่วงต่อไปของบทความ จะเป็นการทำความเข้าใจในเนื้อหาของสาระของกิจกรรมหลักแต่ละกิจกรรม (เรียงจาก อุทัยวรรณ กาญจนกามล, 2541)

การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี กิจกรรมนี้มุ่งเสนอให้บุคลากรสาธารณสุขคำนึงถึงการกระตุ้นให้สุขภาพกลายเป็นประเด็นของสาธารณะ โดยพยายามทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจทั้งในและนอกชุมชนสร้างมาตรฐานใหม่ๆ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้คนในชุมชน อย่างไรก็ตามสิ่งที่เราต้องพึงตั้งคำถามในการดำเนินการตามกิจกรรมนี้คือ นโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นภายในชุมชนจากการทำงานร่วมกันระหว่างเรากับชุมชนนั้น เป็นเพียงนโยบายเพื่อสาธารณะที่กำหนดขึ้นโดยใครก็ไม่รู้ (ซึ่งหมายความว่า เป็นนโยบายที่มีผลต่อสุขภาพของสาธารณะของผู้คน แต่อาจจะเป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นโดยปราศจากการมีส่วนร่วมของชุมชนก็เป็นได้) หรือเป็นนโยบายโดยสาธารณะและเพื่อสาธารณะด้วย ซึ่งหมายความว่า เป็นนโยบายที่กำหนดขึ้นโดยสาธารณะภายใต้การมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจของชุมชนเพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้คนภายในชุมชนนั้น

แน่นอนว่าหากเรายังไม่ล้มฐานความคิดสำคัญด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการส่งเสริมพลังอำนาจของชุมชน การใช้กิจกรรมนี้ของเราก็คงจะไม่เป็นเพียงการสร้างนโยบายเพื่อสาธารณะที่ปราศจากการมีส่วนร่วมของสาธารณะ

การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ กิจกรรมนี้เกิดจากการเล็งเห็นว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแบ่งแยกจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เนื่องจากสังคมมีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงส่งผลกระทบถึงกันและกันอยู่ตลอด จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระตุ้นให้ประชาชนดูแลรักษา ปรับเปลี่ยน หรือจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และเอื้อต่อการมีวิถีชีวิตที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล กิจกรรมนี้ไม่ได้มีความหมายเพียงแค่การพัฒนาทักษะทางกาย เช่น การรู้ว่าการออกกำลังกายให้สุขภาพช่องปากดี หรืออาหารชนิดไหนที่ควรและไม่ควรกินเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน แต่กิจกรรมนี้มีความหมายกว้างขวางกว่านั้นมาก เพราะเนื่องจากโลกในยุคสมัยนี้มีความสลับซับซ้อนและซ่อนเร้นไว้ด้วยสิ่งยั่วยวนและครอบงำในรูปแบบต่างๆ มากมาย การส่งเสริมสุขภาพจึงควรเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้นุบุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้ มีทักษะชีวิต (Life skills) มีความสามารถที่จะควบคุมสุขภาพตนเอง

โดยไม่ตกเป็นเหยื่อต่อสิ่งเข้ายวนและควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลจึงหมายถึงการเสริมอำนาจให้กับตนเองของฝ่ายประชาชน โดยใช้โครงการส่งเสริมสุขภาพที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมหลักของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรฮอตตาว่า ใน 3 กิจกรรมแรกที่กล่าวมานี้ มีส่วนละหม้ายคล้ายกับยุทธศาสตร์ในการทำงาน 2 ยุทธศาสตร์แรกที่ว่าด้วยการก่อกระแส และการไถ่เกะเลียประสาน ในแง่ที่ว่า กิจกรรมทั้ง 3 นี้ ค่อนข้างเป็น “วิธีทำ” มากกว่าที่จะเป็น “วิธีคิด” และด้วยความเป็น “วิธีทำ” ของมันทำให้เราสามารถหยิบไปใช้ได้โดยปราศจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนก็เป็นได้เช่นกัน เพราะเราสามารถดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างนโยบายสาธารณะ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและมุ่งพัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยปราศจากการคำนึงถึงแนวคิดการมีส่วนร่วมได้เช่นเดียวกับการใช้ยุทธศาสตร์ของการก่อกระแสและไถ่เกะเลียประสานนั่นเอง

การเสริมความเข้มแข็งให้แก่การทำงานของชุมชน หัวใจของการดำเนินงานภายใต้กิจกรรมนี้อยู่ที่เราต้องพึงตระหนักกว่าการที่จะสามารถสร้างกระแสให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีชีวิตชีวา มีสุขภาพที่ดีได้นั้น เราจะต้องไม่ล้อมกรอบตนเองเอาไว้กับหน้าที่เฉพาะส่วน แต่จะต้องก้าวให้พ้นกระของความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของเรา (สำหรับทันตบุคลากร คือ เรื่องช่องปาก และสำหรับบุคลากรสาธารณสุขทั่วไป คือ เรื่องสุขภาพที่จำกัดวงอยู่เฉพาะปรากฏการณ์ทางกายภาพหรือความผิดปกติทางจิต) เพื่อมองภาพในมุมกว้างให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นต่างๆ และเข้าร่วมทำงานกับคนอื่น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมของสังคมที่เข้มแข็งเป็นเรื่องเดียวกับการพัฒนาชุมชน การหนุนช่วยให้ชุมชนได้รวมกลุ่ม หรือรวมตัวทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน โดยจะต้องเป็นประเด็นที่ชุมชนเป็นเจ้าของ มีส่วนร่วมลงมือทำ โดยบุคลากรสาธารณสุขเป็นเพียงผู้ที่ทำหน้าที่เอื้อให้ชุมชนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การปรับระบบบริการสาธารณสุข กิจกรรมนี้เกิดจากการมองว่า ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงเน้นอยู่ในเรื่องการรักษา หรือหากจะมีการขยายมากกว่านั้นก็ยังคงอยู่ในรูปแบบของการป้องกันโรค จึงจำเป็นที่จะต้องปรับระบบให้มีการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งปรับวิถีชีวิตของบุคลากรสาธารณสุขให้เข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ และปรับบทบาทจากผู้สั่งการ ลงมือกระทำเองสู่การเป็นผู้กระตุ้น ผู้คอยอำนวยความสะดวกให้บุคลากรและชุมชนได้พัฒนาศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ในการดูแล ส่งเสริมให้ตนเองและสังคมมุ่งสู่การมีสุขภาพดี นอกจากนั้นการปรับระบบบริการสาธารณสุข จากการมุ่งเน้นที่โรคมาอยู่ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพยังเป็นการเปิดพื้นที่ให้บุคคลนอกแวดวงสาธารณสุข ตลอดจนชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน ด้วยพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้นเป็นพื้นที่ที่เปิดกว้างสำหรับทุกคน และเป็นพื้นที่ที่เราจะสามารถระดมสรรพกำลังจากคนทุกหมู่เหล่าเข้ามาเป็นพันธมิตรในการทำงานร่วมกันได้ และเมื่อเราหันมาทำงานในแง่มุมมองสุขภาพ เราจำเป็นต้องเข้าใจว่าสุขภาพนั้นเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้คน และชีวิตนั้นมีความหลากหลายซับซ้อนเกินกว่าที่จะอธิบายและจัดการได้ด้วยความรู้แบบที่เราถือครองอยู่เท่านั้น ด้วยความเข้าใจเช่นนี้ระบบบริการสาธารณสุขเราสังกัดอยู่จะต้องเปิดกว้างเพื่อเรียนรู้ความคิดและทำความเข้าใจในระบบความรู้ ความเชื่อของชาวบ้านที่เกี่ยวข้องกับชีวิต สุขภาพ ความเจ็บไข้ได้ป่วย และการเยียวยารักษา และเปิดโอกาสให้ระบบความรู้ ความเชื่อเหล่านี้เข้ามามีพื้นที่ร่วมในการทำงานของเราด้วย โดยมีมองระบบความรู้เหล่านั้นเป็นเพียงแค่ความเชื่อที่มลายไ้สาระเท่านั้น

จะเห็นได้ว่า กิจกรรม 2 ชนิดสุดท้ายนี้ค่อนข้างแตกต่างกับ 3 กิจกรรมแรกในแง่ของการที่ค่อนข้างมีความเป็น “วิถีคิด” มากกว่าที่จะเป็น “วิถีทำ” เพราะฉะนั้นหากเราแม่นยำในกิจกรรม 2 ชนิดหลังนี้ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพก็จะมีคามมั่นคงไม่หลงทางได้อย่างง่าย ๆ

ฐานคิดสำคัญฐานที่ 4 : องค์กรรวมแห่งสุขภาพ

สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการที่จะทำความเข้าใจเรื่องส่งเสริมสุขภาพนั้น คือ จะต้องใช้ปัญหาสำคัญกว่าที่วัดด้วยความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่เรียกว่า “สุขภาพ” เสียก่อนในเบื้องต้น

ถึงแม้คำว่า “สุขภาพ” จะเป็นคำที่คุ้นชินอยู่ในชีวิตประจำวันของเราทุกคน แต่หากสืบสาวให้ลึกลงไปแล้วบ่อยครั้งที่พบว่านิยามของสิ่งที่เรียกว่า “สุขภาพ” นั้นกลับกลายเป็นเพียงแค่นิยามที่ฟังดูเป็นอุดมคติที่เราทุกคนต่างก็ท่องกันอย่างขึ้นใจ นิศิตนักศึกษาอาจจะท่องเพื่อให้ตอบอาจารย์ได้ บุคลากรสาธารณสุขอาจท่องไว้คล้ายเป็นคาถากันผีมิให้ตกยุคสมัย ปัญหาคือ การท่องได้กับความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งมักจะมีใช้สิ่งเดียวกัน

เราจะเริ่มทำความเข้าใจคำว่า “สุขภาพ” จากความหมายที่เขียนไว้ใน (ร่าง) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวไว้ว่า

“สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ” (คณะอนุกรรมการร่าง พร.บ.สุขภาพแห่งชาติ, 2545:3)

การปรากฏอยู่ของคำว่า “สมดุล” ทำให้ความหมายของการมีสุขภาพจะมีได้หมายถึง สภาวะที่หยุดนิ่ง หากแต่เป็นกระบวนการที่เคลื่อนไหวมีความเป็นพลวัตอยู่ตลอดเวลา สุขภาพที่ดีในความหมายนี้จึงมิใช่การมีสภาพทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ที่อยู่ในสภาวะที่ดีพร้อมสูงสุดและหยุดนิ่ง หากแต่เป็นสภาวะสมดุลที่ประกอบขึ้นจากความเคลื่อนไหวแปรเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาของมิติทั้ง 4 ที่ต่างก็มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างกันและกันอย่างสลับซับซ้อน ในแง่สุขภาพที่ดีจึงมิได้หมายถึงการปราศจากโรค และในทางกลับกันการปราศจากโรคก็มิได้หมายถึง การมีสุขภาพที่ดีดังที่กล่าวไว้แล้วในช่วงต้นของบทความนี้

และจากคำอธิบายความหมายของสุขภาพโดย นพ.ดร.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่กล่าวไว้ว่า

“สุขภาพเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ สลับซับซ้อน และเป็นพลวัต กล่าวได้ว่า สุขภาพโดยแท้จริงแล้วเป็นปรากฏการณ์ทางชีววัฒนธรรม (bicultural phenomenon) ซึ่งในแต่ละวัฒนธรรม (แล้ววัฒนธรรมย่อย) ย่อมมีนิยามสุขภาพที่แตกต่างกัน มีค่านิยม ความคิด ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน มีค่านิยม ความคิด ความเชื่อ และแบบแผนการปฏิบัติเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือสภาวะที่แตกต่างกัน สุขภาพจึงผันแปรปรับเปลี่ยนไปตามวัฒนธรรมของแต่ละสังคม” (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545)

ในแง่นอกจากที่สุขภาพจะเป็นสภาวะที่เป็นพลวัตแล้ว สุขภาพที่ดียังมีใช้สภาวะแห่งความสมบูรณ์แบบที่มีหนึ่งเดียวไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขใดๆ หากแต่สุขภาพที่ดีสามารถมีได้หลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่แตกต่างกันไป คำว่า “สุขภาพดี” จึงเป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับการคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการให้คุณค่าของผู้เป็นเจ้าของสุขภาพมากเท่าๆ กับ (หรือมากกว่า) ที่จะเป็นสภาวะทางกายล้วนๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ และความรู้สึก สุขภาพที่ “ดี” ของผู้เขียนบทความกับผู้อ่าน จึงอาจจะเหมือนหรือไม่เหมือนกันก็ได้ สุขภาพที่ “ดี” ของคนงานก่อสร้างกลางเมืองหลวงย่อมไม่น่าจะเป็นสิ่งเดียวกันกับสุขภาพที่ “ดี” ของแพทย์ หรือ การมีฟันผุ 7 ซี่ จาก 28 ซี่ สำหรับทันตบุคลากรอาจจะเป็นสุขภาพที่แสนจะ “แย่แย่” แต่สำหรับคนอื่นอาจจะเป็นสุขภาพที่ดี “ก็ว่าได้” ในแง่สุขภาพที่ “ดี” จึงมิได้หมายถึง สภาวะที่เป็นอุดมคติที่ทุกคนต้องมีเหมือนกัน แต่หมายถึงความเหมาะสมพอดี ที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของชีวิตของทุกคนต่างหาก

การที่จะเข้านิยามของสุขภาพในลักษณะที่กล่าวถึงข้างต้นนั้น นับว่าไม่ง่ายและมีอาจทำได้โดยการท่องจำ แต่หากถ้าเราเข้าใจสุขภาพในความหมายนี้ได้ ก็เท่ากับเป็นกุญแจสำคัญดอกหนึ่งที่จะช่วยเปิดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานกลับเราได้ และในทางกลับกันก็จะทำให้เรายอมรับให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและมีอำนาจในการที่จะกำหนดการทำงานร่วมกับเรา

เหตุใดผู้เขียนจึงให้ความสำคัญกับมุมมองแบบสุขภาพองค์รวม ตามที่กล่าวมามากมายเช่นนั้น คำตอบก็คือว่า หากเราเข้าใจว่าสุขภาพที่ดีไม่ได้หมายถึง การปราศจากโรค การก้มหน้าก้มตาทำโครงการเพื่อลดโรคจึงไม่อาจนำมาซึ่งสุขภาพที่ดี เพราะสุขภาพที่ดีมิใช่สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ เมื่อโรคหมดไปการทำงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดี จึงมิได้หมายถึงการปราศจากโรค และหากเรายอมรับว่าสุขภาพที่ดีนั้นมิได้หลากหลายมาตรฐาน และหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของแต่ละชุมชน แต่ละสังคม หรือแต่ละวัฒนธรรม หรือจะพูดให้ชัดตามภาษาที่นักวิชาการทั้งหลายมักจะใช้กันอยู่บ่อยๆ ขึ้นอยู่กับบริบทนั่นเอง การยอมรับและความเข้าใจเช่นนี้จะทำให้เราในฐานะบุคลากรสาธารณสุข เปิดใจได้กว้างขึ้น และยอมรับการให้ความหมายและมาตรฐานที่แตกต่างของชุมชนที่มีต่อสุขภาพของพวกเขา เมื่อเราเปิดมาตรฐานของการมีสุขภาพดีได้กว้างขึ้น ก็เท่ากับเราได้เปิดใจและเปิดพื้นที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานกับเราในระดับที่สูงขึ้นนั่นเอง ตัวอย่างเช่น ถึงแม้ว่ามาตรฐานของเรา คือ การที่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรปราศจากฟันผุร้อยละ 50 แต่เราก็จะยอมรับได้ว่าสำหรับชุมชนแห่งหนึ่ง การที่เด็กในศูนย์มีฟันผุถึงร้อยละ 80 ก็อาจจะเป็นสิ่งที่เหมาะสม หากการมีฟันผุนั้นมีเพียงไม่กี่ชื่อเด็กหนึ่งคน และการมีฟันผุนั้นมิได้รบกวนสุขภาพที่ดีในฐานะที่เป็นองค์รวมแห่งชีวิตทั้งของเด็ก ของครอบครัว และของชุมชน หรือถึงแม้ว่ามาตรฐานของเราในการแก้ปัญหาความดันโลหิตสูง อยู่ที่การลดความดันของผู้ป่วยให้ลดลงมากอยู่ในค่าที่เราตั้งไว้ แต่เราก็จะยอมรับได้ว่า สำหรับคนในชุมชนแห่งหนึ่งแล้ว การที่พวกเขาจะมีตัวเลขความดันโลหิตสูงกว่าที่เราตั้งไว้ไปมากอยู่บ้าง ก็อาจจะเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ หากตัวเลขที่สูงไปบ้างนั้นมิได้รบกวนสุขภาพที่ดีในฐานะที่เป็นองค์รวมแห่งชีวิตทั้งของพวกเขาเอง ของครอบครัวและชุมชน

มุมมองต่อสุขภาพในทิศทางเช่นนี้ จึงเป็นการเปิดใจของเรา และเปิดพื้นที่การมีส่วนร่วมให้แก่ชุมชนในเวลาเดียวกัน ยิ่งเราสามารถยอมรับเป้าหมายที่เหมาะสมและเป็นจริงในความรู้สึกของชุมชนได้มากเท่าใด ก็ย่อมจะนำไปสู่การที่ชุมชนอยากจะเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานกับเรามากขึ้นเท่านั้น และต้องย้ำอีกครั้งตรงนี้ว่ายังการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับสูงมากเท่าใด เป้าหมายของการทำงานส่งเสริมสุขภาพ คือ การก่อให้เกิดพลังอำนาจในชุมชนผ่านการเรียนรู้ร่วมกันก็ยิ่งมีโอกาสบรรลุได้มากเท่านั้น

ฐานความคิดสุดท้าย : การมองและเข้าถึงชุมชนเชิงบวก หรือ Positive approach

การที่เราจะสามารถเข้าไปทำงานภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างแท้จริง นอกจากจะต้องเปิดใจกว้างและยอมรับความหลากหลายของการมีสุขภาพที่ดีแล้ว ฐานความคิดสุดท้ายที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นฐานรากที่สำคัญที่สุดของทุกฐานความคิดที่กล่าวมาทั้งหมด คือ ฐานความคิดที่เรียกว่า “แนวคิดในการมองและเข้าถึงชุมชนเชิงบวก” หรือ Positive approach (กาญจนา แก้วเทพ, 2538)

1. หยุดคิดว่าเราเหนือกว่าชาวบ้าน เราในฐานะคนนอกจะต้องหยุดความคิดที่ว่าเรารู้ทุกสิ่งทุกอย่างแต่ชาวบ้านไม่รู้อะไรเลย เมื่อหยุดความคิดเช่นนี้ได้แล้วเราจะต้องแสวงหาสิ่งที่ชาวบ้านมีอยู่ และเราต้องตระหนักและเตือนตนเองอยู่เสมอว่าการลงไปพบปะชาวบ้านในแต่ละครั้งเรามีได้ไปในฐานะที่ผู้ให้เหนือกว่าเรามีได้ไปสอนพวกเขา แต่เราลงไปเพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่มีอยู่ของพวกเขา

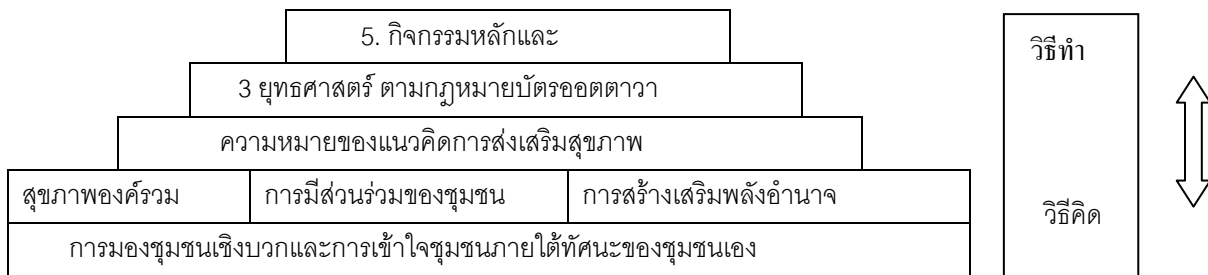
2. หยุดตัดสินผู้อื่นด้วยมาตรฐานของตนเอง เราในฐานะคนนอกจะต้องเลิกมองชุมชนด้วย สายตาที่คอยจ้องแต่จะทำการตัดสินถูกผิด โดยเฉพาะการทำการตัดสินถูกผิด โดยใช้มาตรฐานของเราเป็นที่ตั้ง ดังที่เราเคยชินมาในอดีต เช่น หากเราเดินเข้าไปในชุมชน เห็นการรักษาพยาบาลด้วยการเข้าทรง คำถามที่ว่า “แล้วจะรักษาหายจริงหรือไม่” มักจะเกิดขึ้นในความคิดของเราอย่างทันทีทันใดตามความเคยชิน คำถามชนิดนี้นี่เองที่เป็นท่าทีแบบ Negative approach ที่คอยแต่จ้องจะต้องตัดสินถูกผิด และคำถามเช่นนี้เองที่กลายเป็นตัวปิดกั้น เราจากการเรียนรู้และทำความเข้าใจชุมชนอย่างแท้จริง เพราะเมื่อเราทำการตัดสินเสร็จเรียบร้อยแล้วก็จะทำให้เราไม่คิดที่จะเรียนรู้ต่อไปว่า “มันมีอะไรที่เราเรียนรู้ได้หรือไม่ในการทรงเจ้าเข้าผีนั้น”

3. คือการพยายามตั้งคำถามมากกว่าการให้คำตอบ ในกรณีของการทรงเจ้านั้น Positive approach ก็ได้เสนอให้เราลองการทรงเจ้านั้นอย่างชื่นชม แต่ Positive approach เสนอให้เราพยายามทำความเข้าใจ โดยการตั้งคำถามมากกว่าการพยายาม “ให้” คำตอบ ในกรณีที่เรพบการรักษาความเจ็บป่วยด้วย การเข้าทรงนั้น หากเรายึดมั่นต่อ Positive approach ท่าทีของเรา ก็จะกลายเป็นการตั้งคำถาม ในทำนองที่ว่า “ทำไมเมื่อเกิดมีการเจ็บป่วย ชาวบ้านจึงใช้การเข้าทรง มันมีความหมายอะไรอยู่ในการเข้าทรง เมื่อเวลาเจ็บป่วยชาวบ้านมีจุดมุ่งหมายประการเดียวคือ การหายจากโรคไขหรือไม” (เพราะหลายครั้งที่นักมนุษยวิทยา พบว่า พิธีการเข้าทรงมีผลในการเยียวยา ความสัมพันธ์ภายในสังคมที่กำลังมีปัญหา ซึ่งมากระทบกับความเจ็บป่วยของปัจเจก) ซึ่งคำตอบที่ได้จากการตั้งคำถามเช่นนี้ จะทำให้เรารู้จักชุมชนมากขึ้น และนำไปสู่ความเข้าใจใหม่ๆ อีกมากมายที่เราไม่เคยเข้าถึงมาก่อน ด้วยเพราะถูกปิดกั้นจากทัศนคติการมองชุมชนแบบ Negative approach

4. คือการมองตามความจริงไม่ใช่มองแง่บวก Positive approach มิใช่การมองชุมชนในแง่บวกอย่างชนิดชั่วขณะคิดไปว่า ตอนนี้อยู่ชุมชนมีทุกสิ่งทุกอย่างอยู่แล้วจนเราไม่ต้องทำอะไรเลย ซึ่งเป็นการมองชุมชนอย่างเกินจริง และมีใช้การมองว่า ชุมชนนั้นไม่มีอะไรเลยและตกอยู่ในวงจรแห่งความชั่วร้ายที่เรียกว่า ใจจนเจ็บ มาอยู่ตลอด และเราต้องเป็นผู้เข้าไปให้ความช่วยเหลือในทุกๆ เรื่อง ซึ่งเป็นการมองชุมชนต่ำกว่าความเป็นจริง แต่ Positive approach เป็นแนวคิดที่เสนอให้เราลองดูสิ่งที่ชุมชน “มี” และ “หมด” ตามความจริงเพื่อทำความรู้จักทั้งสิ่งที่ชาวบ้านสามารถและไม่สามารถ รู้จักวิถีคิดของชาวบ้าน และเพื่อรู้จักชาวบ้านอย่างแท้จริงและรอบด้าน ซึ่งทัศนคติในการมองเช่นนี้ไม่ใช่สิ่งที่ง่ายนัก เพราะจากความเคยชินเดิมๆ และแว่นตาเก่าๆ ที่เราใช้ในการมองชุมชนนั้นทำให้สิ่งที่ชุมชน “หมด” มักจะปรากฏต่อเรา แต่สิ่งที่ชุมชน “มี” กลับแฝงเร้นและต้องค้นหา ซึ่งหากถ้าใจไม่แน่วแน่ ความเชื่อมั่นไม่หยั่งรากลึก แม้มีฝีมือก็จะค้นหาไม่พบ เพราะ Positive approach ไม่ใช่เครื่องมือหรือ เทคนิควิธี แต่เป็นความเชื่อพื้นฐานที่จะช่วยให้เราก้าวให้พ้นกรอบทัศนคติแบบเก่าๆ ของเราเอง เพื่อสิ่งที่ซ่อนเร้นเหล่านี้ จะถูกแสดงออกมาให้เราเห็น

แผนภาพข้างต้นคือการเปรียบเทียบให้เห็นว่าชุมชนนั้นมีทั้งแง่มุมที่ “มี” ซึ่งหมายถึงศักยภาพในชุมชน และแง่มุมที่ “หมด” ซึ่งหมายถึงด้านที่เป็นปัญหาของชุมชน ซึ่งในทัศนคติแบบเดิม เราในฐานะนักวิชาชีพมักจะชอบใช้สายตาเพื่อมองหาสิ่งที่หมด Positive approach มิได้ปฏิเสธด้านที่ชุมชนหมดแต่เสนอให้นักวิชาชีพหันมาค้นหาเพื่อให้พบด้านที่ชุมชนมี เพื่อทำความเข้าใจศักยภาพที่มีอยู่ภายในชุมชน และเริ่มทำงานกับชุมชนจากด้านที่ชุมชน “มี” เพื่อขยายพื้นที่ของด้าน “มี” ให้มากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อเบียดด้านที่ “หมด” ให้เล็กลง ซึ่งก็คือ แนวคิดเช่นนี้ก็คือแนวคิดเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ชุมชนนั่นเอง

บทสรุป



แผนภาพข้างต้น คือแนวคิดทั้งหมดของบทความชิ้นนี้ และสามารถสรุปอธิบายเป็นข้อควรคำนึงในการทำงานส่งเสริมสุขภาพได้ดังต่อไปนี้

1. การทำงานส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวทางการทำงานที่ให้ความสำคัญกับ “วิธีคิด” เพราะเชื่อว่าหากเรามี “วิธีคิด” ที่แม่นยำบนพื้นฐานที่หนักแน่นแล้ว “วิธีทำ” ที่ตามมาจะเป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง

2. การทำงานส่งเสริมสุขภาพเชื่อว่า “สังคมมีความซับซ้อนที่ทำให้ปัจเจกแต่ละคน ไม่สามารถแบกรับภาระสุขภาพของตนเองไปได้โดยลำพัง” บนพื้นฐานความเชื่อเช่นนี้

3 การทำงานส่งเสริมสุขภาพจึงมุ่งเน้นที่ “การเปลี่ยนแปลงชุมชนและสังคมเพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดีของทุกคน”

4. การทำงานส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากการป้องกันโรค เพราะ “ไม่เชื่อว่าการไม่มีโรคเป็นสิ่งเดียวกันกับการมีสุขภาพดี” การทำงานส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่การลดหรือกำจัดโรคให้หมดไป

5. แต่การทำงานส่งเสริมสุขภาพจะมุ่งเน้นที่การจัดกระบวนการการเรียนรู้ ร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับชุมชนเพื่อเพิ่มพูนพลังอำนาจและศักยภาพให้แก่ชุมชน ในการที่จะควบคุมและพัฒนาสุขภาพของสมาชิกภายในชุมชนได้

6. การเรียนรู้ของชุมชนจะเกิดขึ้นได้ บุคลากรสาธารณสุขต้องดำเนินกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มิใช่เป็นเพียงการมีส่วนร่วมแบบพอเป็นพิธี หรือการขอความร่วมมือและความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข และชุมชนต้องเป็นความสัมพันธ์ ในลักษณะของการเป็นหุ้นส่วนที่เท่าเทียม มิใช่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รู้กับผู้ไม่รู้ ผู้ที่อยู่เหนือกับผู้ที่อยู่ต่ำกว่าอย่างที่เคยเป็นมาในอดีต

7. การที่บุคลากรสาธารณสุขที่จะทำงานภายใต้ แนวคิดการมีส่วนร่วมได้นั้น จะต้องมีความเชื่อว่า “สุขภาพที่ดี” นั้นมิได้หลากหลายขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน และจะต้องเชื่อมั่นในแนวทางการมองและการเข้าถึงชุมชนในเชิงบวก (Positive approach) และเริ่มทำงานจากด้านที่เป็นศักยภาพของชุมชน ด้วยความเชื่อเช่นนี้เท่านั้นที่จะทำให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเปิดพื้นที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในชุมชนในท้ายที่สุด

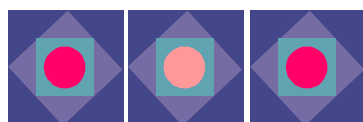
8. ยุทธศาสตร์ 3 ประการและกิจกรรมหลัก 5 ประการภายใต้ กฎบัตรออกตรานั้น เป็นแต่เพียงวิธีทำที่จะต้องเลือกใช้บนฐานของวิธีคิดที่มั่นคงตามที่กล่าวมา ใน 6 ข้อข้างต้น

9. การทำงานส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นการทำงานกับคน มิใช่ทำงานกับโรค และเมื่อจะทำงานกับ “คน” เราต้องรู้จัก “คน” ที่เราจะทำงานด้วย

10. การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดของตนเอง คือ การเตรียมตัวเองให้พร้อม มีความสำคัญมากกว่าหรือเท่าๆ กับการเตรียมชุมชนให้พร้อม บุคลากรสาธารณสุขจะต้องมีความรู้สึกละเอียดอ่อน และพึงระลึกไว้ว่าในหลายครั้งที่ทักษะในการฟัง ทักษะในการเจียบ และทักษะในการถามสำคัญกว่าทักษะในการพูด

11. การทำงานส่งเสริมสุขภาพที่ดีมักจะไม่สามารถมีกรอบเวลาและกิจกรรมที่แน่นอนตายตัว แต่จะต้องยืดหยุ่น สะท้อนกลับมาพิจารณาวิจารณ์ตนเองและปรับตัวตลอดเวลา

12. ความท้าทายของงานส่งเสริมสุขภาพไม่ได้อยู่ที่ผลลัพธ์ที่ดีเลิศ แต่อยู่ที่กระบวนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความคิด เพื่อก่อให้เกิดความองงามทางปัญญา คุณค่าของงานส่งเสริมสุขภาพจึงอยู่ที่ “ชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา”



สุณี วงศ์คงคาเทพ

หลักการและตัวอย่าง การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการทำงานกับกลุ่มคนในชุมชน ตลอดจนทำงานตามเงื่อนไขทางสังคมสิ่งแวดล้อมและการเมือง ที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี เป็นทิศทางการทำงานของงานทันตสาธารณสุขที่ควรจะเป็นในปัจจุบัน ภายใต้แนวคิดนี้ การนำเอาแนวคิดมาสู่การปฏิบัติต้องคำนึงถึงระบบสังคม วัฒนธรรม และการเมืองที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขของการประยุกต์ใช้ ต้องพิจารณาถึงกระแสหลักที่คงให้น้ำหนักในเรื่อง “โรค (disease - oriented)” ดังนั้นการปรับเปลี่ยนวิธีคิดจากการเน้นเรื่องโรค มาเน้นเรื่อง “สุขภาพดี” นั้น การพัฒนาศักยภาพ “คน” และ “ชุมชน” ถือเป็นการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงที่รากฐานทางความคิดอย่างยิ่งใหญ่ (paradigm shift) โดยมีแนวทางการทำงานที่อยู่ภายใต้แนวคิดของคำว่าสุขภาพ (health) มิใช่โรค (disease) และที่สำคัญคือชาวบ้านสามารถเข้ามามีส่วนร่วมและเป็นผู้กระทำได้ด้วยตนเองทุกคน โดยผู้ให้บริการต้องเปลี่ยนบทบาทจากเดิมที่ทำหน้าที่เป็นผู้หยิบบิ้นให้ (the giver) หรือ เป็นผู้ทำให้/จัดตั้งให้ (the doer) มาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จุดประกาย กระตุ้น และสนับสนุน (the catalyst and the facilitator) ให้ประชาชนทำงานด้วยตนเอง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเขาขึ้นมา ดังนั้นการทำงานแนวใหม่นี้ต้องการการเข้ามาร่วมกันทำงานของหลายๆภาคี เน้นความเท่าเทียมและเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน หรือที่เรียกว่าเป็น “บทบาทแห่งยุคของทุกคน”

หลักการสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมสุขภาพ เน้นการดูแลสุขภาพที่มีใช่เป็นการจัดการกับโรค โดยมองว่าสุขภาพเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การดูแลสุขภาพช่องปากจึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพเป็นการมองแง่สุขภาพ (Health oriented) โดยมองว่าสุขภาพของบุคคลหนึ่งที่ปรากฏนั้น นอกเหนือจากพฤติกรรมของตัวเขาเองแล้วยังมีผลจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม สังคม การเมือง เศรษฐกิจ ตลอดจนระบบสาธารณสุข ในขณะที่การป้องกันโรคมุ่งเน้นไปที่การจัดการของโรค (Disease oriented) เช่นเมื่อพิจารณาจาก Host, Agent, Environment ว่าโรคฟันผุเกิดมีสาเหตุเกิดจาก เชื้อโรค ลักษณะของน้ำลาย อาหารหวาน การได้รับฟลูออไรด์ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม

ดังนั้นการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องพิจารณาทั้งการส่งเสริมและการป้องกันโรคผสมผสานกัน เพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุดในชีวิตจริงได้ การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่เป็นเพียงการให้ทันตสุขศึกษา หรือ การให้ความรู้ หรือ การฝึกอบรมเท่านั้น หากต้องคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น วิถีชีวิตของคนในชุมชน ค่านิยม สภาพสิ่งแวดล้อม สังคม ตลอดจนกลไกต่างๆ ที่มีผลต่อการเลือกที่จะให้ประชาชนมีพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ต่างกันไป ทั้งนี้การผสมผสานการดูแลสุขภาพควรคำนึงถึง ด้านร่างกาย จิตใจ และภาระการดำรงชีพ ในระดับปัจเจกบุคคล ร่วมกับการให้ความสำคัญต่อสังคมและสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Approach) อย่างแท้จริง

2. การส่งเสริมสุขภาพ ต้องยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา โดยการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนและบุคลากรทางสาธารณสุขเข้าใจถึงบทบาทของตนเองให้ชัดเจน เพื่อให้ดำเนินงานได้เหมาะสมกับลักษณะงานและผู้เกี่ยวข้อง โดยมีรากฐานของความคิดว่า " การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสิทธิของประชาชน จำเป็นต้องเสริมความสามารถและเสริมพลังอำนาจในการตัดสินใจ บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ และ ให้ประชาชนได้รับประโยชน์มากที่สุดเท่าที่จะทำได้อย่างเหมาะสม แทนที่หน่วยงานบริการต่างๆจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายของหน่วยงานทั้งหมด เป็นการเปลี่ยนเป็นการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ด้วยตนเอง เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานจากการบอกเล่าให้ประชาชนดำเนินการ เป็นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาสภาพปัญหาจริง ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และกำหนดการทำงานร่วมกันตั้งแต่ต้นให้บรรลุวัตถุประสงค์เดียวกัน

3. การส่งเสริมสุขภาพ ควรยึดพื้นที่ หรือ กลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนเป็นตัวตั้ง เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่กว้าง เช่น กลุ่มเป้าหมายตามโครงสร้างประชากรเป็นหลัก เช่นกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มวัยเรียน การมองเรื่องสุขภาพให้เป็นภาพรวม ไม่ควรมองโรคในช่องปากอย่างแยกส่วน แต่ควรมองโรคในช่องปากที่เชื่อมโยงกับสุขภาพสิ่งแวดล้อม และสัมพันธ์กับวิถีการดำรงชีวิต

4.การเลือกกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพใดๆ ต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆที่มีอิทธิพลต่อสถานการณ์ความพร้อมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข โดยการเลือกกลยุทธ์ควรเกิดจากการยอมรับจากทุกภาคส่วน และมีการผสมผสานไปกับแนวความคิดในการจัดการโรค อาศัยมาตรการการป้องกันโรคในช่องปาก โดยคำนึงถึงแนวการบริหารจัดการทรัพยากรที่จะช่วยการดำเนินการเป็นรูปธรรมมากขึ้น ดังนั้นงานส่งเสริมสุขภาพจึงมีองค์ประกอบที่กว้างขวางกว้างงานป้องกันโรค เพราะเป็นงานที่ทำกับคน พฤติกรรมของคน และสิ่งแวดล้อมที่กำหนดพฤติกรรมของคน องค์ประกอบของงานส่งเสริมสุขภาพ จะมีใช้เพียงงานสุขศึกษาแบบเดิมที่วงการสาธารณสุขคุ้นเคย แต่ต้องมีองค์ประกอบของยุทธศาสตร์ทางสังคม ยุทธศาสตร์ทางการเมือง มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของคนในการเผชิญกับปัญหา ให้มีความสำคัญกับการสรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมที่มาสนับสนุนให้คนลุกขึ้นมาประคองตัวเอง และท้ายที่สุดเป็นเรื่องของการสร้างอำนาจให้กับองค์กรชุมชนเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพของพวกเขา

กิจกรรมหลักการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่สำคัญ 5 ประการ (ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และคณะ, 2541) ดังนี้คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนาจให้มีการส่งเสริมสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) การทำให้เป็นประเด็นสาธารณะนี้ในความหมายนี้ คือ การที่ทำให้คนที่มีอำนาจในการตัดสินใจในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน หน่วยงานรัฐ กระทรวงทบวงต่างๆ ไม่เฉพาะหน่วยงานทางสาธารณสุขเท่านั้น มาร่วมสร้างมาตรการใหม่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยมาตรการต่างๆ เช่น มาตรการทางกฎหมาย การเงินการคลัง มาตรการทางภาษีหรือการปรับองค์กร ปรับโครงสร้างใหม่ เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกัน เพื่อนำไปสู่เรื่องการมีสุขภาพ รายได้และความเสมอภาค รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การเอาใจใส่หม่อมวลสมาชิกในฐานะที่เป็นมนุษย์และเป็นเจ้าของสิทธิพื้นฐาน

2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ยุทธศาสตร์นี้ชี้ให้เห็นว่าภาพของสุขภาพไม่สามารถแยกออกจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆได้ เนื่องจากสังคมมีความสลับซับซ้อน และเชื่อมโยงส่งผลกระทบต่อกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระตุ้น (encourage) ประชาชนดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ในภูมิภาคและเชื่อมโยงเห็นความเกี่ยวเนื่องในโลก นอกจากนี้ยังหมายถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การทำงาน การพักผ่อน การปรับเปลี่ยน

สังคมในที่ทำงานที่จะส่งผลต่อสุขภาพ หรือจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเอง โดยหวังว่าจะไปถึงซึ่งการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (healthy society) สร้างสรรค์เมืองที่มีสุขภาพดี(healthy city) สถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพดี(healthy workplace) สร้างสรรค์ครอบครัวที่มีสุขภาพที่ดี(healthy family) และโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของทั้งครูและนักเรียน(healthy school)

3. การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน (Strengthen Community Action) การที่จะสามารถจะสร้างกระแสให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีชีวิตชีวา มีสุขภาพจิตที่ดีได้นั้น ผู้ที่เข้าไปทำงานจะต้องไม่ล้อมกรอบตนเองเฉพาะหน้าที่เฉพาะส่วน แต่จะต้องเห็นภาพกว้างเห็นความเชื่อมโยง และเข้าร่วมทำงานกับคนอื่น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมของสังคมที่เข้มแข็งเป็นเรื่องเดียวกับการพัฒนาชุมชน การหนุนช่วยให้ชุมชนได้รวมกลุ่ม หรือรวมตัวทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน โดย จะต้องเป็นประเด็นที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ประชาชนมีส่วนร่วม และที่สำคัญโครงการส่งเสริมทั้งหลายนั้น ประชาชนเป็นคนทำ และบุคลากรนอกชุมชนเป็นเพียงผู้ที่เอื้อให้ชุมชนนั้นทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เช่นนี้จะทำให้ชุมชนเห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กล่าวได้ว่าหัวใจของยุทธศาสตร์นี้ก็คือ กระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน สร้างความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ สร้างพลังที่จะบากบั่นสู่จุดหมายปลายทางที่เป็นความฝันและความหวังของชุมชน

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) ในที่นี้มีได้มีความหมายเกี่ยวกับทักษะทางกาย เช่น การแปรงฟันถูกวิธีของทันตแพทย์ แต่มีความหมายที่กว้างขวางกว่านั้นมาก เนื่องจากโลกในยุคสมัยนี้เต็มไปด้วยสิ่งยั่วยวนสิ่งครอบงำในรูปแบบที่สลับซับซ้อน การส่งเสริมสุขภาพจึงควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้ มีทักษะชีวิต (life skills) มีความสามารถที่จะควบคุมสุขภาพของตนเองไม่ตกเป็นเหยื่อต่อสิ่งยั่วยวน และควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลนี้จึงหมายถึงการเสริมอำนาจให้กับตนเองของฝ่ายประชาชน(self-empowerment) โดยเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่มีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

5.การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) แม้ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันจะเน้นในเรื่องการรักษา หรือหากจะขยายมากกว่านั้นก็ยังคงอยู่ในรูปแบบของการป้องกันโรค จึงต้องปรับระบบให้มีการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งปรับกระบวนการทัศน์ และระบบวิธีคิดของบุคลากรทั้งหลายให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปรับบทบาทของตนสู่การเป็นผู้กระตุ้น ผู้อำนวยความสะดวก หรือ เป็นผู้สนับสนุนให้บุคคลและองค์กรชุมชนได้รื้อฟื้น พัฒนาศักยภาพที่ตนเองมี ดูแลส่งเสริมให้ตนเอง สังคม และ สิ่งแวดล้อมให้มุ่งสู่การมีสุขภาพที่ดี

เมื่อพิจารณากิจกรรมสำคัญและยุทธศาสตร์การทำงานตามกฎบัตรออตตาวา สามารถนำมาพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (Department of Human Services Victorian, 2002) ดังนี้

การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพ (Build Healthy Public Policy

การรณรงค์เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยทีมงานสาธารณสุข ด้วยการสร้างนโยบายสาธารณะและการสื่อสารสู่สังคม (social marketing of message) เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปาก โดยกระตุ้นการสร้างสุขภาพช่องปากที่ดีของตนเอง ด้วยหลักการที่ว่า “ สุขภาพหรือปัญหาเป็นของประชาชน ต้องพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง” การรณรงค์จึงเน้นการสนับสนุนด้านนโยบายให้เกิดการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ในประเด็นตัวอย่างเช่นการเติมฟลูออไรด์ในระบบประปา พัฒนามาตรการการเข้าถึงบริการ พัฒนานโยบายลดการบริโภคน้ำตาล ส่งเสริมการทำความสะอาดช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านทันตสุขภาพเช่นการใช้มาตรการฉลากคำเตือนหรือฉลากที่แสดง low sugar ได้แก่ Tooth Friendly logo บุรณาการหลักสูตรสร้างเสริม

สุขภาพช่องปากในการผลิตและพัฒนาศักยภาพทีมงานสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ การพัฒนาระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และสร้างการรับรู้และตระหนักต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)

การดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากดังตัวอย่างเช่น การสนับสนุนการใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่างๆ เช่นการเติมฟลูออไรด์ในระบบประปา การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ พัฒนามาตรการการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพของเด็กปฐมวัยโดย 1) ผ่านระบบโรงเรียน 2) ผ่านระบบคลินิกเอกชน ด้วยกลไกการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อรับบริการการป้องกัน หรือส่งต่อในรายที่จำเป็น และ บริการคลินิกให้คำปรึกษา การพัฒนาสารให้ความหวานทดแทนน้ำตาลทราย ได้แก่ กลุ่ม Non caloric เช่น cyclamate, saccharin และ กลุ่ม Caloric เช่นน้ำตาลทราย และน้ำตาลแอลกอฮอล์

การใช้กลยุทธ์ setting ได้แก่ การสร้างสุขภาพในที่ทำงาน การสร้างสุขภาพในชุมชนควบคู่กับการรณรงค์ผ่านสื่อ งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่มีการดำเนินการโดยกลยุทธ์ setting คือโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก

การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน (Strengthen Community Action)

ใช้มาตรการพัฒนาชุมชนโดยอำนวยความสะดวกให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง(ผู้บริโภคและชุมชน) มีการรวมกลุ่มเครือข่ายในสังคมให้เข้มแข็ง เพื่อพัฒนาศักยภาพในการสร้างสุขภาพ และ ร่วมแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ การรณรงค์การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา การจัดบริการเพื่อการป้องกันในชุมชน การสร้างกระแสและความตระหนักในเรื่องสุขภาพช่องปาก

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) โดยจัดทำสื่อให้ความรู้แก่ประชาชนด้วยรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การทำความสะอาดช่องปาก การลดและเลิกการสูบบุหรี่ การคำแนะนำในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ได้แก่ โครงการรณรงค์การเคลือบหลุมร่องฟัน โครงการรณรงค์คัดกรองมะเร็งช่องปาก

ตัวอย่างการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยต่างๆในรัฐวิกตอเรีย ประเทศ ออสเตรเลีย

จัดแบ่งกลยุทธ์ในการดำเนินการเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. **การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในระบบบริการ** โดยกลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ การให้บริการโดยใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่รูปแบบต่างๆ ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ การจัดให้มีบริการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) ในกลุ่มเสี่ยงระบบบุคคล การให้ความรู้ของพ่อแม่ในเรื่องฟันผุในเด็กทารกและปฐมวัย การจัดระบบการตรวจสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กตามช่วงเวลาที่เหมาะสม การพัฒนามาตรการให้กลุ่มเด็กสามารถเข้าถึงระบบบริการ การพัฒนานโยบายส่งเสริมป้องกันเชิงรุกในกลุ่มเด็กและให้บริการรักษาในรายความจำเป็น การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการแม่และเด็ก ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานอนามัย ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. **การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยชุมชน** สนับสนุนให้ชุมชนจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ การจัดการด้านอาหาร ขนม และเครื่องดื่ม การจัดให้มีการแปรงฟัน

ช่วงกลางวันที่ยุติงเด็ก การพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเด็กปฐมวัย การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากโดยชุมชนในลักษณะดูแลเป็นเครือข่าย

3. การสนับสนุนสุขภาพช่องปากโดยบทบาทของครอบครัว เช่น สร้างกระแสให้สังคมตระหนักถึงบทบาทของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูให้มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก การให้ความสำคัญในการดูแลการทำความสะอาดช่องปากเด็ก การลดพฤติกรรมกรอมกริบน้ำตาลได้แก่ อาหารหวาน/ขนม เครื่องดื่ม การพัฒนาศักยภาพของพ่อแม่ในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก โดยพัฒนาทักษะในการดูแลเรื่องการจัดการอาหารที่เหมาะสม การทำความสะอาดฟันที่ถูกต้อง รวมถึงมีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

มาตรการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของรัฐวิสาหกิจต่อเรือ ประเทศออสเตรเลีย

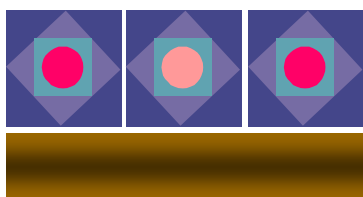
1. มาตรการพัฒนาความรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชน โดยจัดทำชุดความรู้ที่เหมาะสมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และสอดคล้องกับบริบทชุมชน พัฒนามาตรการถ่ายทอดความรู้และกลวิธีสู่กลุ่มเป้าหมาย พัฒนาระบบการให้ความรู้โดยใช้ประเด็นที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาระบบสนับสนุนให้เด็กเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและแหล่งข้อมูลสุขภาพช่องปากที่สำคัญและจำเป็น พัฒนาความตระหนักของสังคมและครอบครัว ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

2. มาตรการการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี พัฒนากลวิธีในการดูแลส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน พัฒนามาตรการการรณรงค์ลดอาหารที่ปลอดภัยและหรือเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ จัดสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน/โรงเรียน และชุมชน ปลอดภัยขนมที่ผลต่อการเกิดฟันผุ

3. สนับสนุนให้เด็กเข้าถึงบริการฟลูออไรด์ เช่น มีนโยบายมาตรการฟลูออไรด์ในน้ำประปา สนับสนุนนโยบายการใช้ฟลูออไรด์เสริมที่เหมาะสม

4. สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและเฝ้าระวังสถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพช่องปาก เช่น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่จำเป็น การพัฒนาการศึกษาวิจัยเรื่อง ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อสนับสนุนระบบบริการ

5. พัฒนาศักยภาพของทันตบุคลากรและบุคลากรที่ทำงานชุมชน ให้ทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพในบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ที่จำเป็นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ศึกษาปัญหาฟันผุระดับพื้นที่เพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ทำงาน เชื่อมโยงบริการระหว่าง



กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ในโลกยุคโลกาภิวัตน์

กฎบัตรนี้บัญญัติขึ้นตามความคิดเห็นของคณะผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ และผู้เข้าร่วมการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2548 ซึ่งไม่จำเป็นต้องแสดงถึงการตัดสินใจหรือเป็นนโยบายขององค์การอนามัยโลก สรุปย่อได้ดังนี้

บทนำ

ขอบข่าย กฎบัตรกรุงเทพกำหนดกิจกรรม พันธสัญญาและคำมั่นต่างๆ ที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ ด้วยวิธีการส่งเสริมสุขภาพ

จุดประสงค์ กฎบัตรกรุงเทพยืนยันว่านโยบายและภาคีเครือข่ายต้องเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ทั้งระดับชาติและระดับโลก ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยและความเท่าเทียมกันในด้านสุขภาพ กฎบัตรกรุงเทพสนับสนุนและกำหนดขึ้นบนพื้นฐานของค่านิยม หลักการและกลยุทธการส่งเสริมสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในกฎบัตรอตตาวา และข้อเสนอแนะจากการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งต่อๆ มา ซึ่งได้รับการรับรองจากประเทศสมาชิกในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก

กลุ่มเป้าหมาย กฎบัตรกรุงเทพจะต้องเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม เพื่อการบรรลุสุขภาพดี ซึ่งรวมถึงรัฐบาลและนักการเมืองทุกระดับ ประชาสังคม ภาคเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การส่งเสริมสุขภาพ องค์กรสหประชาชาติตระหนักว่า การบรรลุสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษยชาติทุกคนโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนที่สำคัญยิ่งนี้ และนำไปสู่การมีสุขภาพดีที่ถือว่าเป็นปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตตลอดจนสุขภาพจิตและจิตวิญญาณที่ดี การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพตนเองและควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหลักของงานสาธารณสุข และมีส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพในรูปแบบอื่น

การจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ

บริบทที่เปลี่ยนไป ภายหลังการประกาศกฎบัตรอตตาวาจนถึงปัจจุบัน บริบทของโลกที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพได้เปลี่ยนไปอย่างมาก

ปัจจัยสำคัญ ในบรรดาปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพในปัจจุบันหมายรวมถึง

- ความเหลื่อมล้ำที่เพิ่มขึ้นภายในประเทศและระหว่างประเทศ
- รูปแบบใหม่ของการบริโภคและการสื่อสาร
- การประกอบธุรกิจ
- ความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมโลก

- ความเป็นเมือง

ความท้าทายที่รออยู่ ปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทางลบของสภาพสังคม เศรษฐกิจ และประชากร ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพการทำงาน สภาวะแวดล้อมในการเรียนรู้ รูปแบบของครอบครัว สายใยวัฒนธรรมและสังคมที่ถักทอกันในชุมชน หญิงและชายได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวต่างกัน กลุ่มประชากรที่อ่อนแอ ได้แก่ กลุ่มเด็ก ประชาชนชายขอบ ผู้พิการตลอดจนกลุ่มชนพื้นเมืองได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนี้มากขึ้น

โอกาสใหม่ โลกาภิวัตน์เปิดโอกาส ให้มีความร่วมมือกันมากขึ้น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพข้ามเขตแดน โอกาสใหม่ๆ ดังกล่าวได้แก่

- ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร
- การพัฒนากลไกธรรมาภิบาลโลกและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

การประสานนโยบาย เพื่อจัดการกับความท้าทายอันเนื่องมาจากโลกาภิวัตน์ นโยบายที่จัดทำต้องเชื่อมโยงกับทุกฝ่ายทุกระดับที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุม

- ทุกระดับของภาครัฐ
- ทุกองค์กรในเครือข่ายประชาชาติ
- องค์กรอื่นๆ รวมทั้งภาคเอกชน

การประสานนโยบายจะช่วยให้เกิดการดำเนินการตามพันธกรณีอย่างจริงจัง มีความโปร่งใสและมีความรับผิดชอบภายใต้ข้อตกลงและสนธิสัญญาระหว่างประเทศที่มีผลต่อสุขภาพ

ความก้าวหน้าที่ได้ดำเนินไปแล้ว การผลักดันให้ประเด็นสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาได้มีความก้าวหน้าในระดับหนึ่งแล้ว ตัวอย่างเช่น เป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ แต่ยังมีอีกหลายเรื่องที่จะต้องทำให้สำเร็จ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังของประชาสังคมในกระบวนการพัฒนา

กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพยุคโลกาภิวัตน์

มาตรการที่มีประสิทธิภาพ การทำให้ประชากรโลกมีสุขภาพดีขึ้นต้องอาศัย การดำเนินการทางการเมืองที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และการขึ้นอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมสุขภาพมีมาตรการต่างๆ ที่ได้พิสูจน์มาแล้วว่ามีประสิทธิภาพจำนวนมาก แต่สิ่งสำคัญ คือ ต้องนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่อย่างเป็นรูปธรรม

กิจกรรมที่จำเป็น เพื่อความคืบหน้าในการดำเนินงานตามกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ ทุกภาคส่วนของสังคม และ ทุกพื้นที่ต้องร่วมมือกัน ดังนี้

- **การขึ้นำเพื่อสุขภาพ** โดยตั้งบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและภราดรภาพ
- **การลงทุน** เพื่อการพัฒนานโยบายที่ยั่งยืน และเพื่อการดำเนินงานตลอดจนการจัดโครงสร้างพื้นฐานที่จะจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพ
- **การสร้างศักยภาพ** เพื่อการพัฒนานโยบาย สร้างภาวะผู้นำ พัฒนาทักษะส่งเสริมสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้และศึกษาวิจัย ตลอดจนมีความแตกฉานด้านสุขภาพ
- **การออกกระเบียบ กฎ และกฎหมาย** เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองจากภัยอันตราย และมีโอกาสที่จะมีสุขภาพดีเท่าเทียมกัน

- **การสร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร** ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน

พันธสัญญาเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า

หลักการและเหตุผล

องค์กรภาคีสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญต่อการเป็นผู้นำในการกำหนดนโยบายและสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การบูรณาการนโยบายรัฐบาลและนโยบายระหว่างประเทศ ตลอดจนพันธสัญญาในการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม และภาคเอกชน เป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้การจัดการกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพดำเนินไปอย่างรู้ตื้นเขินขึ้น ประกอบด้วยพันธสัญญาหลัก 4 ประการ คือ

1. ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางการพัฒนาในระดับโลก

ข้อตกลงระหว่างรัฐบาลนานาชาติในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง รัฐบาลและองค์กรระหว่างประเทศจะต้องดำเนินการเปิดช่องว่างด้านสุขภาพ ระหว่างคนมั่งมีและคนยากจน สิ่งสำคัญยิ่งอีกประการหนึ่ง คือ การเสริมสร้างธรรมาภิบาลด้านสุขภาพระดับโลกที่มีประสิทธิผลเพื่อรับมือกับภัยอันตรายที่มาจากการค้า ผลิตภัณฑ์ต่างๆ บริการต่างๆ กลวิธีทางการตลาด

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องถูกบรรจุและผสมผสานเป็นนโยบายทั้งในประเทศ นโยบายต่างประเทศ และการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ แม้ในสถานการณ์สงครามและความขัดแย้ง การบรรลุผลดังกล่าวข้างต้น จำเป็นต้องส่งเสริมการเจรจาและสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน ทั้งนี้โดยอาศัยตัวอย่างสนธิสัญญาที่มีอยู่ เช่น กรอบสนธิสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก เป็นต้น

2. ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบหลักของรัฐบาล

องค์กรของรัฐทุกระดับต้องจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพและความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพอย่างเร่งด่วน เพราะสุขภาพเป็นเครื่องบ่งชี้ความเจริญทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รัฐบาลระดับท้องถิ่น ระดับภูมิภาค และระดับชาติ จะต้อง

- ให้ความสำคัญในลำดับต้นๆกับการลงทุนด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข
- จัดระบบงบประมาณอย่างยั่งยืนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

เพื่อให้เจตนารมณ์เป็นไปได้อย่างจริง องค์กรทุกระดับของรัฐบาลพึงแสดงให้เห็นอย่างแจ่มแจ้งถึงผลด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากการกำหนดนโยบายและการออกกฎหมาย เช่น การประเมินความเสมอภาคด้านสุขภาพ เป็นต้น

3. ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญของชุมชนและประชาสังคม โดยทั่วไปชุมชนและประชาสังคมมักเป็นผู้ริเริ่มงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นผู้กำหนดรูปแบบรวมทั้งลงมือปฏิบัติเองอยู่บ้างแล้ว ชุมชนและประชาสังคมจึงควรได้รับสิทธิ ได้ทรัพยากร และมีโอกาสที่จะขยายการดำเนินงานที่เอื้อต่อสังคมให้ยั่งยืนและครอบคลุมมากขึ้น ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและประชาสังคมจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา ชุมชนที่เข้มแข็งและมีการจัดระบบการทำงานที่ดี ย่อมมีศักยภาพสูงในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน และสามารถทำให้องค์กรภาครัฐและภาคเอกชนรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของชุมชน อันเนื่องมาจากนโยบายและการดำเนินงานขององค์กรดังกล่าว ประชาสังคมพึงแสดงพลังของตนในบริบทต่างๆ เช่น เลือกซื้อสินค้า ใช้บริการ และถือหุ้นเฉพาะบริษัทที่การดำเนินการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างชัดเจน มีชุมชนระดับรากหญ้า กลุ่มประชาสังคม และองค์กรสตรี ที่ได้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและ

เป็นต้นแบบการดำเนินงานให้กับกลุ่มอื่นๆได้เป็นอย่างดี_ สมาคมวิชาชีพด้านสุขภาพต้องมีบทบาทในการสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพ

4. ให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นข้อกำหนดหนึ่งของการดำเนินธุรกิจที่ดี ภาคธุรกิจมีโอกาสสร้างผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพหรือต่อปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ อันเนื่องมาจากภาคธุรกิจเอกชนมีอิทธิพลต่อท้องถิ่น วัฒนธรรมของชาติ สิ่งแวดล้อม การกระจายความมั่งคั่ง ภาคธุรกิจเอกชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีหน้าที่รับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของลูกจ้าง พนักงาน ผู้รับงานไปทำ ครอบครัว และชุมชน ภาคธุรกิจเอกชนยังสามารถช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพระดับโลก เช่น ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและข้อตกลงต่างๆทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ เพื่อการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะแวดล้อมของโลก ภาคธุรกิจเอกชนที่มีจรรยาบรรณ มีความรับผิดชอบต่อสังคม และประกอบธุรกิจการค้าที่ไม่เอาเปรียบ พึงได้รับการสนับสนุนจากผู้บริโภค จากประชาสังคม และจากภาครัฐ ด้วยการให้รางวัล รวมทั้งมีมาตรการอื่นๆ ที่เหมาะสม

คำปฏิญาณโลกเพื่อให้กฎบัตรสัมฤทธิ์ผลในทางปฏิบัติ

สุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกคน การบรรลุพันธสัญญาตามกฎหมายบัตรกรุงเทพต้องอาศัยการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ที่พิสูจน์แล้วว่าให้ผลดีขึ้นกว่าเดิม รวมถึงการแสวงหาช่องทางใหม่ๆตลอดจนการนำนวัตกรรมไปใช้ พันธมิตร แนวร่วม ภาคีเครือข่าย และความร่วมมือซึ่งกันและกันเป็นวิถีทางที่นำผู้คนและองค์กรต่างๆมาร่วมกันทำงานอย่างกระตือรือร้น มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาพที่ดีขึ้นของประชากรแต่ละภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรระหว่างประเทศ รัฐบาล ประชาสังคม และภาคธุรกิจต่างมีหน้าที่ต่อสุขภาพ ตามบทบาทและความรับผิดชอบของตนด้วยกันทั้งสิ้น

การปิดช่องว่างในการปฏิบัติ นับตั้งแต่การประกาศกฎบัตรออกตาวา ได้มีการลงนามรับรองมติต่างๆมากมายทั้งในระดับชาติและระดับโลก เพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ แต่ทว่าคำมั่นเหล่านั้นยังไม่เกิดผลในทางปฏิบัติเสมอไป ผู้เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ที่กรุงเทพมหานครจึงขอเรียกร้องให้เหล่าประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกช่วยกันปิดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติโดยใช้ภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ขอเรียกร้องให้มีการปฏิบัติ ผู้เข้าร่วมประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 ขอเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์กรอื่นๆ และเหล่าประเทศสมาชิกจัดสรรทรัพยากรต่างๆเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ริเริ่มจัดทำแผนดำเนินการตามแผนและจัดระบบควบคุมกำกับผลงานโดยใช้ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่เหมาะสม ตลอดจนรายงานความก้าวหน้าเป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งเรียกร้องให้องค์กรในเครือข่ายประชาชาติร่วมกันสำรวจผลประโยชน์ อันจะพึงมีจากการบัญญัติสนธิสัญญาโลกเพื่อสุขภาพ

ภาคีเครือข่ายทั่วโลก

กฎบัตรกรุงเทพเรียกร้องให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมสอดประสานเป็นภาคีเครือข่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการร่วมแรงร่วมใจและลงมือปฏิบัติร่วมกันทั้งระดับท้องถิ่นและระดับโลก

คำปฏิญาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

เราทุกคน ผู้เข้าร่วมประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ขอให้คำมั่นสัญญาว่าเราจะดำเนินการตามพันธสัญญาให้รู้ดหน้า เพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นของประชากรโลก 11 สิงหาคม 2548

กลยุทธ์การส่งเสริมป้องกันโรคสุขภาพช่องปากประชาชนไทยที่ผ่านมา

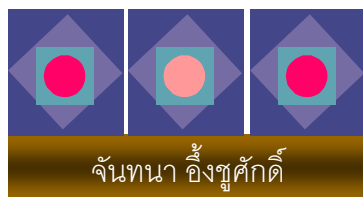
กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกลยุทธ์หลักในการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรค ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับ 4-9 โดยกำหนดกลวิธีและมาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรค เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กอย่างเป็นระบบ การจัดการเกือบทั้งหมดเป็นดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก สามารถประมวลให้เห็นภาพวิวัฒนาการที่สำคัญ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ปี 2513 - 2527 ใช้รูปแบบบริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวีแก่แก่นักเรียนประถมศึกษา เป็นการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้ คือ ตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน การรักษาพยาบาลโดยเฉพาะการถอนฟันและอุดฟัน ทันตกรรมป้องกันโดยการเคลือบฟลูออไรด์ การป้องกันฟันผุโดยการอมน้ำยาฟลูออไรด์ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เป็นต้น

ระยะที่ 2 ปี 2528-2544 เริ่มดำเนินการรูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา

ระยะที่ 3 ปี 2535-2544 เริ่มดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 0-3 ปี ประกอบด้วย 1) การให้ทันตสุขศึกษาและตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์ 2) ให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กของรัฐ 3) มอบแปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปีครึ่ง - 2 ปี) 4) ให้ยาน้ำฟลูออไรด์ แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง

การดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันทั้งในกลุ่มเด็กที่ผ่านมา รัฐได้นำหน้ามาตรการและกิจกรรมดำเนินการที่กลุ่มนักเรียนประถมศึกษาเป็นจุดหลักมาตลอดระยะเวลา 25 ปีที่ผ่านมา ยังผลให้แนวโน้มปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กวัยรุ่น (กลุ่ม 12 ปี และ กลุ่ม 15-18 ปี) มีแนวโน้มในทิศทางที่ไม่เพิ่มขึ้นในหลายภาค ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะที่กลุ่มเด็กเล็กซึ่งเริ่มมีโครงการส่งเสริมป้องกันอย่างชัดเจนเมื่อ 10 ปีมานี้ ยังพบแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในเด็กเล็กกลับสูงขึ้นโดยตลอด แสดงให้เห็นชัดเจนว่ามาตรการดำเนินการดังกล่าว ไม่สามารถเกิดผลสัมฤทธิ์ในเชิงส่งเสริมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังผลให้ค่าผุถอนอุดในกลุ่ม 5-6 ปี เพิ่มขึ้น 3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบปี 2527 กับปี 2543-2544



ข้อเสนอนโยบายและกลยุทธ์ การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย

อัตราการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กไทย จัดอยู่ในระดับค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับนานาชาติ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2547) และเด็กที่มีฟันผุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา โรคฟันผุในฟันน้ำนมจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กไทย โดยเฉพาะในเขตชนบทซึ่งเป็นเด็กกลุ่มใหญ่ของประเทศ ฟันผุในฟันน้ำนมและการติดเชื้อในช่องปากมิได้มีผลต่อสุขภาพช่องปากเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของเด็กหลายประการ ทงชัย จูติโสภณกุล (2547) ได้รายงานการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่าเด็กที่มีฟันผุลุกลาม (rampant caries) มีผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก เด็กจะแสดงอาการของการเจ็บป่วยเรื้อรังโดยไม่ยอมรับประทานอาหาร หงุดหงิด นอนไม่หลับ และจะมีน้ำหนักตัวและส่วนสูงน้อยกว่าเด็กที่ไม่มีฟันผุลุกลาม ผู้ที่มีฟันผุยังมีปัญหาในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารบางชนิด (food limitation) โดยเฉพาะพวกแป้ง น้ำตาล และไขมัน และรับประทานอาหารที่มีเส้นใย วิตามิน และเกลือแร่ น้อยลง การศึกษาทดลองในหนู แสดงให้เห็นว่าความแข็งแรงของอาหารที่ใช้เลี้ยงมีผลต่อการบดเคี้ยว และส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารก ซึ่งอาจใช้อธิบายเชื่อมโยงกับเด็กที่ไม่สามารถเคี้ยวอาหารแข็งได้ ฟันน้ำนมจึงเป็นอวัยวะสำคัญของช่วงชีวิตวัยเด็ก ซึ่งมีอาจทดแทนได้ด้วยฟันแท้ การมองอนาคตของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เด็กมีฟันน้ำนมใช้อย่างเหมาะสมตามวัย จึงมีความสำคัญ

สถานการณ์ด้านประชากร

จากข้อมูลสถิติประชากรในปี 2546 รายงานว่าเด็กวัย 0-5 ปีของไทยมีจำนวน 4,790,194 คน คิดเป็นร้อยละ 7.6 ของประชากรทั้งประเทศ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2546) รายงานว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาอัตราเกิดของเด็กลดลงตามลำดับ ทำให้ครอบครัวไทยมีบุตรจำนวนน้อยลง

การเลี้ยงดูเด็ก 0-5 ปี

การสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (2547) พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 1-2 ปี ในตอนกลางวันเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 54.7 ญาติ 36.1 และจ้างผู้อื่นเลี้ยง 9.1 แนวโน้มการรับเด็กเข้าอยู่ในศูนย์เด็กเล็กจะมีอายุน้อยลงคือตั้งแต่อายุประมาณ 2 ปี นอกจากนี้ปัจจุบันยังมีนโยบายจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะ รับเด็กตั้งแต่อายุประมาณ 1 ½ ปี โดยให้มีอาสาสมัครดูแลเด็กและให้ผู้สูงอายุมามีส่วนร่วมช่วยดูแลเด็กอีกทางหนึ่ง ข้อมูลจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในปี 2547 รายงานว่า เด็กอายุ 2-5 ปี อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนประมาณร้อยละ 75

ข้อมูลการเลี้ยงดูเด็กทำให้เห็นว่ากิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับเด็ก 1-2 ปี ต้องเป็นการทำงานกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กโดยตรงเนื่องจากเด็กส่วนใหญ่เลี้ยงดูที่บ้าน สำหรับเด็กที่โตขึ้นกว่านั้น ควรดำเนินการใน setting ศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียน

โรคฟันผุในเด็ก 0-5 ปี

โรคฟันผุเป็นปัญหาที่พบมาก ฟันผุในฟันน้ำนมมีการลุกลามจนถึงโพรงประสาทฟันได้รวดเร็วกว่าฟันแท้ เนื่องจากความหนาของเคลือบฟันและเนื้อฟันน้อยกว่าฟันแท้ (Johnsen DV, 1994) และฟันผุในระยะเริ่มแรก สามารถลุกลามเป็นรูฟันผุได้ในเวลา 6-12 เดือน (Weinstein *Pet al.*, 1994) เด็กที่เริ่มมีฟันผุในอายุน้อยมีการลุกลามได้เร็ว และมีจำนวนฟันผุเพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีฟันผุในอายุที่มากกว่า (Grindeford M *et al.*, 1995)

เด็กไทยเป็นโรคฟันผุตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้นในช่วงขวบปีแรก อัตราการผุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วงอายุ 1-3 ปี และมีการผุเฉลี่ยคนละหลายซี่ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของฟันผุในแต่ละช่วงวัย เช่น

วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ (2544) ศึกษาในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าเด็ก อายุ 1-5 ปีมีอัตราเพิ่มของฟันผุแต่ละปีเป็นร้อยละ 27.0, 56.5, 89.4, 97.7 และ 86.0 ตามลำดับ จังหวัดสกลนคร รายงานการสำรวจในปี 2546 พบว่าเด็ก อายุ 1-3 ปี ฟันผุแต่ละช่วงปี เป็นร้อยละ 2.8, 18.4, และ 55.0 ตามลำดับ Vachirarojpisan T (2004) รายงานการศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าเด็กอายุ 6-19 เดือน พบว่า เด็ก 9-10 เดือน มีฟันผุร้อยละ 20.8 อายุ 11-14 เดือน ผุร้อยละ 51.5 และอายุ 15-19 เดือน พบร้อยละ 82.8 สมนึก ชาญด้วยกิจ และ คณะ (2547) รายงานการสำรวจใน 24 จังหวัด พบว่า เด็กอายุ 6-12 เดือน มีฟันผุร้อยละ 1 อายุ 12-24 เดือน มีฟันผุร้อยละ 16.6 และอายุ 25-30 เดือน มีฟันผุร้อยละ 45.4

รายงานการสำรวจทันตสุขภาพของประเทศในปี พ.ศ.2544 (กองทันตฯ 2545) พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีโรคฟันผุร้อยละ 65.7 ความชุกของโรคในภาพรวมค่อนข้างคงที่ แต่ในเขตชนบทเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 66.8 ในปี 2532 เป็นร้อยละ 67.8 และ 70.3 ในปี 2537 และ 2544 ตามลำดับ ภาคที่มีอัตราเพิ่มสูงสุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อเด็กอายุได้ 5 ปี ความชุกของโรคฟันผุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 87.4

นับจากปี 2545 กรมอนามัยได้สนับสนุนให้จังหวัดทำโครงการแม่ลูกฟันดี 102 ปีสมเด็จพระย่า และให้มีการเก็บข้อมูลฟันผุของเด็กอายุ 3 ปีในระดับจังหวัดเพื่อใช้กับการทำงาน ในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเกิดโรคลดลงเล็กน้อย โดยมีเด็กปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.0 ในปี พ.ศ. 2545 เป็น 30.8 และ 33.8 ในปี พ.ศ. 2546 และ 2547 ตามลำดับ (เพ็ญทิพย์ จิตต์จางค์, 2547)

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีฟันผุคือการรับประทานอาหารแป้งและน้ำตาลบ่อยๆ การไม่ทำความสะอาดช่องปาก และการไม่ได้รับการบริการด้านการป้องกัน

ด้านพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก นมเป็นปัจจัยแรกที่ทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อฟันผุ ซึ่งมีสาเหตุมาจากวิธีการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การให้เด็กรับประทานนมหวาน เลิกนมมื่อตึกช้ากว่า 6 เดือน เลิกนมขวดช้ากว่าอายุ 18 เดือน และการให้เด็กหลับคาขวดนม การสำรวจของกรมอนามัย ในปี 2542 พบว่า เด็กที่กินนมแม่อย่างเดียวจนถึง 4 เดือน มีเพียงร้อยละ 3 ปียะนารถ จาติเกตุ (2548) ได้รายงานการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเหตุผลสำคัญในการหยุดให้นมแม่ ส่วนใหญ่เนื่องมาจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจที่แม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ไม่มีเวลาให้นมลูก ดังนั้น บทบาทของนมผงสำเร็จรูปหรือนมข้นหวานที่มากับการใช้ขวดนมจึงมาทดแทนนมแม่ และทำให้เกิดพฤติกรรมหลับคาขวดนมตามมา เด็กอายุ 1 ปี และ 2 ปี ที่มีพฤติกรรมหลับคาขวดนมมีร้อยละ 28.6 และ 15.2 ตื่นมากินกลางคืน ร้อยละ 76.2 และ 19.6 ตามลำดับ ผู้ปกครองยอมให้เด็กดูดนมก่อนนอนและหลับคาขวดนมนั้นก็เพื่อไม่ให้เด็กตื่นง่าย การให้เด็กดูดจากขวดเพราะเห็นว่าทำให้เด็กกินนมได้มากกว่าการดื่มจากแก้ว นอกจากนั้น แม่มีความคิดว่าการดูดขวดเป็นช่วงเวลาที่มีความสุขของเด็ก จึงยังไม่อยากบังคับให้ลูกเลิกนมขวด แม้จะรู้ว่าการที่ฟันผุเกิดจากการกินนมขวดก็ตาม ศิราภรณ์ สวัสดิ์ทวี (2548) รายงานการสำรวจของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่าเด็ก 2-3 ปียังคงดูดนมจากขวดถึง

ร้อยละ 80 และเด็ก 4 ปียังดูนมจากขวดร้อยละ 45 ปัญหาการดูนมขวดเกินวัย นอกจากมีผลต่อฟันแล้ว ยังเป็นการปลูกฝังปัญหาการขาดวินัยในตนเอง อาจเกิดอาการท้องผูกจากการรับประทานอาหารมีกากน้อย และมีโอกาสมากขึ้นในการดูดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลจากขวด

การสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ (2547) พบว่าเด็ก 1-2 ปี รับประทานนมรสหวานร้อยละ 44.7 การศึกษาของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน รายงานว่าเด็กจะเริ่มรับประทานนมหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่อายุ 12 เดือนขึ้นไป ทั้งนมผงรสหวาน นมรสน้ำผึ้ง หรือนมกล่องบรรจุเสร็จรสหวาน เด็กวัยนี้รับประทานน้ำตาลเฉลี่ยคนละ 13.5 กรัม ใน 1 วัน หรือประมาณ 3.4 ช้อนชา ในกลุ่มเด็กที่รับประทานนมรสหวาน พบว่าเด็กจะได้รับน้ำตาลเฉลี่ย 34.6 กรัม หรือ 8.7 ช้อนชา ซึ่งมากกว่าเด็กทั่วไปประมาณเกือบ 3 เท่า และมากกว่าปริมาณที่แนะนำคือไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน เด็กที่รับประทานน้ำตาลน้อยส่วนใหญ่คือผู้ที่รับประทานนมแม่ นอกจากนี้ มีรายงานการศึกษาของสำนักส่งเสริมสุขภาพ พบว่าเด็ก 1-2 ปีที่ดื่มนมรสหวานเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ดื่มนมจืด มีการเกิดฟันผุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับเด็กอายุ 3-5 ปี ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 64.0 บริโภคน้ำตาลมากกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน น้ำตาลส่วนใหญ่ที่เด็กกลุ่มนี้ได้รับมาจากน้ำอัดลม รองลงมาได้แก่ นมเปรี้ยว นมถั่วเหลือง เครื่องดื่มที่เป็นอาหารเสริมต่างๆ นมรสหวาน และน้ำหวาน (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2547)

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ปกครองถึงร้อยละ 81.8 เป็นผู้ซื้อนมรสหวานให้เด็กกินเป็นประจำ (บุปผา ไตรโรจน์, 2546) ผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นว่าการปรับเปลี่ยนชกจูให้เด็กดื่มนมจืดเป็นเรื่องดีแต่ควรเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลเด็กหรือครู จุลองชัย สกลสันต์ (2547) พบว่า โดยส่วนตัวแล้วผู้ปกครองทุกคนมีทัศนคติว่านมเป็นสิ่งที่ดีกับเด็ก สภาพแวดล้อมที่มีผู้ใหญ่หลายคนในครอบครัว ทำให้การควบคุมการบริโภคขนมของเด็กทำได้ยาก สุลักษณ์ ตันติวัฒนากุล อ่างใน ปิยะนารถ จาติเกตุ(2548) รายงานว่า แม้ผู้ปกครองเชื่อว่าฟันผุมีสาเหตุมาจากการที่เด็กทานขนมมากแต่ขาดความสามารถในการจัดการ เพราะมีร้านค้าใกล้ศูนย์จำนวนมาก เด็กเลียนแบบกัน และเด็กอยู่กับยายซึ่งมีแนวโน้มตามใจเด็ก การบริโภคของเด็กยังมีผลมาจากสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ การศึกษาของดาร์จ อารังเลาะห์พันธุ์ อ่างใน ปิยะนารถ จาติเกตุ (2548) รายงานว่าภาพยนตร์โฆษณานานาในรายการโทรทัศน์ของเด็กมากที่สุดคือสินค้าประเภทอาหารว่างซึ่งโน้มน้าวเด็กให้อยากรับประทาน

ด้านพฤติกรรมในการทำความสะดวกช่องปาก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย(2547) รายงานว่า เด็ก 1-2 ปีได้รับการแปรงฟันสม่ำเสมอทุกวัน ร้อยละ 44.8 แปรงเช้าและก่อนนอน ร้อยละ 29.9 เด็กที่แปรงฟัน มีการใช้ยาสีฟันร้อยละ 70 ยาสีฟันเกือบทั้งหมดมีฟลูออไรด์ ทรวงวุฒิ ดวงรัตนพันธุ์ (2548) รายงานการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากรณีนี้ที่แม่เป็นผู้ดูแล เด็กจะได้รับการแปรงฟันเร็วกว่าผู้ปกครองที่เป็นตา-ยายหรือคนอื่น อายุเฉลี่ยของเด็กไทยที่เริ่มต้นแปรงฟันจะค่อนข้างช้า โดยอยู่ระหว่าง 1 ½ - 2 ปี ทั้งนี้ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าการเริ่มต้นแปรงฟันให้เด็กควรจะเริ่มต้นจากเวลาที่เด็กมีฟันน้ำนมขึ้นครบเพราะเกรงว่าจะแปรงฟันโดนเหงือกทำให้เด็กเจ็บ นอกจากนี้ในพื้นที่เขตชนบท เด็กที่อยู่ในการดูแลของตา-ยาย มักจะได้รับการเริ่มต้นแปรงฟันเมื่อเด็กเข้าศูนย์เด็กเล็ก โดยมอบภาระการสอนแปรงฟันให้กับผู้ดูแลเด็กในศูนย์ แม้ว่าการแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางอยู่แล้วว่าช่วยในการป้องกันฟันผุ แต่การแปรงฟันให้เด็กไม่ใช่เป็นเรื่องง่ายนักสำหรับพ่อแม่/ผู้ปกครอง การศึกษาของสุภาวดี พรหมมา (2547) ในกลุ่มพ่อแม่ที่สามารถแปรงฟันให้ลูกได้อย่างสม่ำเสมอ พบว่าพ่อแม่ต่างยอมรับว่าการเริ่มต้นแปรงฟันให้ลูกเป็นเรื่องต้องใช้ความพยายามและอดทน โดยต้องเริ่มตั้งแต่เด็กยังเล็ก รวมทั้งต้องหาเทคนิคต่างๆ มาใช้เพื่อให้เด็กสนุกและให้ความร่วมมือ เช่นพ่อแม่แปรงฟันพร้อมกับลูก แปรงพร้อมไปกับการอาบน้ำ ร้องเพลงหรือเล่านิทานประกอบ แปรงก่อนที่เด็กจะง่วงนอน เลือกลงแปรงขนาดเล็กและขนอ่อน ยาสีฟันไม่เผ็ด เป็นต้น

การจัดบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การได้รับบริการ การทบทวนวรรณกรรม เรื่องระบบบริการกับการแก้ไขปัญหาฟันผุในฟันน้ำนม ของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ (2547) พบว่าในปี 2542 โรงพยาบาลชุมชนให้บริการแก่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี น้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ คิดเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 6.2 ของผู้ป่วยทันตกรรมทั้งหมด การประเมินผลในปี 2543 พบว่าเด็ก 0-2 ปี ไปรับบริการทันตกรรมร้อยละ 7.4 ได้รับการตรวจช่องปากร้อยละ 5.8 และได้รับการรักษาร้อยละ 3.0 และในช่วงต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังพบว่าเด็ก 0-4 ปี ได้รับการบริการลดลงร้อยละ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีนโยบายฯ ในขณะที่ผู้ใหญ่มารับบริการเพิ่มขึ้นถึงเกือบร้อยละ 30 การศึกษาในสถานบริการปฐมภูมิ ในปี 2546 พบว่ามีการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่เด็กในคลินิกเด็กได้ต่ำกว่าร้อยละ 50 การประเมินผลการจัดกิจกรรมสำหรับแม่และเด็ก จากการรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2546 เฉพาะสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กได้รับการตรวจฟัน ร้อยละ 26.9 เด็กที่ตรวจฟันได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน โดยฟลูออไรด์เจล ร้อยละ 3.8 ฟลูออไรด์วาร์นิช ร้อยละ 1.4 ผู้ปกครองเด็ก ได้รับการฝึกแปรงฟัน ร้อยละ 20.2 จะเห็นได้ว่าแม้ว่าการดูแลทันตสุขภาพเด็กจะอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ก็ได้เป็นหลักประกันว่าเด็กจะได้รับบริการมากขึ้น

การดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้านทันตสุขภาพ พบว่าศูนย์ที่มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน มีร้อยละ 83.1 บางวัน ร้อยละ 15.4 ศูนย์ที่อบต.เป็นผู้จัดซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟันให้แก่เด็ก ร้อยละ 29.0 พ่อแม่เป็นผู้จัดซื้อ ร้อยละ 56.1 ได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายสาธารณสุข ร้อยละ 14.6 (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

คุณภาพบริการ อัตราการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมอยู่ในระดับสูงมาโดยตลอดแสดงให้เห็นว่า เด็กขาดการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษา แม้มีการตรวจช่องปากเด็กซึ่งเป็นมาตรการที่ดีตามหลักการเฝ้าระวังโรค แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การให้บริการด้านทันตกรรมป้องกันหรือการรักษาแก่เด็กตามมา มาตรการที่เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพโดยให้ความรู้แก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้เกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมดูแลช่องปากลูกอาจยังไม่เพียงพอ เนื่องจากโรคฟันผุมักเกิดมากในเด็กที่ครอบครัวยากจนและพ่อแม่มีการศึกษาน้อย เป็นกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพทุกประเภทอยู่แล้ว และด้านทันตสุขภาพเป็นปัญหามากที่สุดเพราะพ่อแม่ไม่ให้ความสำคัญ การทำโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพมักไม่เกิดในพ่อแม่ยากจนและการศึกษาน้อย นอกจากนี้คำแนะนำอาจไม่สอดคล้องกับสภาพครอบครัวที่ยากจนและไม่มีแรงสนับสนุนจากสังคม ไม่มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ที่ผ่านมาความพยายามหารูปแบบบริการที่ไม่ยุ่งยากและได้ผลดีต่อเด็กยังมีน้อย และขาดการกระตุ้นเตือนหรือโน้มน้าว ให้มีการบริการด้านทันตกรรมป้องกันหรือการรักษาแก่เด็กมากขึ้น และรูปแบบการจัดบริการเชิงรุกสำหรับเด็ก 0-3 ปีมีน้อย อาจเป็นเพราะความยุ่งยากในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การบริการจึงยังเน้นการรองรับที่สถานพยาบาลเป็นหลัก

ความพยายามในการให้ความรู้หรือการเปลี่ยนทัศนคติของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก พบว่าไม่พบว่าวิธีการใดสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติได้ในระยะยาว แต่หากมีการกระตุ้นซ้ำอยู่เสมอในช่วงที่เด็กอายุแรกเกิดถึง 3 ปี รวมทั้งการเพิ่มแรงจูงใจต่างๆร่วมด้วย พบว่าได้ผลดี เช่น การให้ทันตสุขศึกษาร่วมกับการแจกแปรงสีฟัน และยาสีฟันทำให้มีการแปรงฟันมากกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้รับ (เวดี ต่อประดิษฐ์) การให้ความรู้ร่วมกับการเยี่ยมบ้านเด็กอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่แรกเกิดจนอายุ 2-3 ปียังช่วยเพิ่มจำนวนเด็กปราศจากฟันผุมากขึ้น (สุชาติ รัตนา 2547) การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้และกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องเท่านั้นจึงจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพและลดการเกิดฟันผุได้ในระยะยาว

ในการสัมมนา PCU ดีเด่นด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็ก 0-5 ปี (กองทันตสาธารณสุข, 2548) พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กที่ทำได้อย่างต่อเนื่อง มักบูรณาการเข้าในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน เนื่องจากสถานบริการบางแห่งที่มีเด็กมารับวัคซีนครบถ้วน ไม่สามารถทำกิจกรรมทันตสุขภาพร่วมไปกับการให้วัคซีนได้ หรือมีเด็กจำนวนหนึ่งไม่ได้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านจึงทำให้สามารถทำงานได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลจากการสัมมนายังมีข้อสรุปว่าการทำงานในเด็ก 0-5 ปี ในศูนย์สุขภาพชุมชนให้ประสบความสำเร็จควรทำงานแบบผสมผสาน ดูแลสุขภาพเด็กทั้งตัวแบบไม่แยกส่วน เจ้าหน้าที่ทุกคนรวมทั้งทันตบุคลากรควรทำบทบาทพื้นฐานแทนกันได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค มักประสบความสำเร็จมากขึ้นหากใช้แนวทางทันตสุขภาพวิชาการร่วมกับการจัดการเชิงนโยบาย ตัวอย่างเช่น การศึกษาแบบติดตามระยะยาวของ Rodrigues (2000) พบว่าศูนย์เลี้ยงเด็กที่ควบคุมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูงโครสตามข้อแนะนำ เกิดฟันผุน้อยกว่าเด็กกลุ่มที่ไม่ได้ควบคุมการบริโภคน้ำตาล กลุ่มไม่ควบคุมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุน้อยกว่าถึง 3.6 เท่า

ผู้ให้บริการ ข้อจำกัดในเรื่องทันตบุคลากรภาครัฐ มีส่วนทำให้เด็กก่อนวัยเรียนไม่ถูกจัดอยู่ในลำดับความสำคัญ เมื่อการกระจายทันตแพทย์มีสัดส่วนอยู่ในภาคเอกชนประมาณครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ทั้งหมด ทำให้เกิดแนวคิดควรจัดระบบให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการมากยิ่งขึ้น การประชุมระดมสมองภาคเอกชน เมื่อวันที่ 6-7 สิงหาคม 2544 (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2544) มีข้อคิดเห็นว่าการเข้าร่วมจัดบริการของภาคเอกชน หากมุ่งที่เด็กต่ำกว่า 12 ปีมีความเป็นไปได้สูงกว่าการบริการทุกกลุ่มอายุ เพราะคาดประมาณปริมาณงานและชนิดงานได้ชัดเจนกว่า การทำกิจกรรมในโรงเรียน / ศูนย์เด็กเล็ก มีความเป็นไปได้ในการจัดบริการเชิงรุก รวมทั้งต้องมีความชัดเจนในเรื่องระบบการจ่ายค่าตอบแทน ชุดบริการที่ต้องจัดให้เด็ก ประเด็นเรื่อง พรบ.สถานพยาบาล เรื่องการให้บริการนอกสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามปัจจุบันเริ่มมีการให้ภาคเอกชนร่วมจัดบริการด้านการป้องกันในเด็กประถมศึกษาแล้ว

การให้บริการด้านการรักษาแก่เด็กเล็กขณะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว ต้องการทักษะการจัดการผู้ป่วย (child management) ซึ่งทันตแพทย์ทั่วไปและทันตภิบาลมักไม่ได้รับการฝึกหัดมาเท่าที่ควร ความไม่มั่นใจและลำบากในการจัดการอาจมีส่วนทำให้หลีกเลี่ยงที่จะให้บริการแก่เด็กเล็กได้ (Weinstein 1998) บริการสำหรับเด็กเล็กจึงต้องเน้นที่การป้องกันที่ไม่ยุ่งยาก¹

ผู้ปกครอง ประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการอีกประการหนึ่ง อาจมาจากทัศนคติของผู้ปกครองต่อฟันน้ำนม ผู้ปกครองส่วนใหญ่คิดว่าฟันน้ำนมไม่ค่อยสำคัญ เพราะเมื่อเด็กโตขึ้นก็จะหลุดไปตามธรรมชาติและมีฟันแท้มาแทนที่ เห็นว่าปัญหาฟันน้ำนมผุที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดกับเด็กส่วนใหญ่ นอกจากนั้นยังกลัวว่าเด็กยังเล็กอยู่หากไปรักษาจะเกิดอันตราย (ทรงวุฒิ ตวงรัตน์พันธ์, 2548) นอกจากนี้เด็กเริ่มมีฟันน้ำนมผุเมื่ออายุน้อย เป็นช่วงอายุที่ผู้ปกครองยังไม่เริ่มแปรงฟันให้เด็ก หรือไม่สามารถควบคุมเรื่องการแปรงฟันให้ได้

การจัดการเชิงนโยบาย

บริการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็ก 0-5 ปี กำหนดเป็นนโยบายในแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) และในปี 2545-2548 มีการจัดทำโครงการ แม่ลูกฟันดี 102 ปีสมเด็จพระย่า (กองทันตสาธารณสุข, 2545) เพื่อกระตุ้นให้สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข จัดบริการให้แม่และเด็กกลุ่มดังกล่าว

¹ สัดส่วนทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมสำหรับเด็กคิดเป็นร้อยละ 2.89 ของทันตแพทย์ทั้งหมด (กองทันตฯ 2547)

นโยบายรัฐ “เมืองไทยแข็งแรง” เน้นการพัฒนาเด็กในวัย 0-5 ปี ตามแนวทางพัฒนาการเด็กสมัยใหม่ ซึ่งมีตัวชี้วัดด้านทันตสุขภาพอยู่ด้วย ในปี 2548 มีการกำหนดตัวชี้วัดหลัก (KPI) ด้านทันตระดับกรม ในกลุ่มอายุ 0-5 ปี ว่า “เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุไม่น้อยกว่าร้อยละ 40” และกำหนดในเกณฑ์การประเมินศูนย์เด็กเล็กนอกระบบพื้นฐาน เรื่องการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ซึ่งจะทำให้การประเมินเข้าสู่มาตรฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องมีการจัดการแปรงฟันทุกวันรวมอยู่ด้วย (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย , 2547)

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกำหนดในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทางทันตกรรม ให้จัดบริการด้านการตรวจช่องปากเด็กและฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้แก่เด็ก ให้ใช้งบฯ รายหัวในการจัดซื้อแปรงสำหรับฝึกแปรงฟัน และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข จัดบริการดังกล่าวให้แก่เด็ก

การทบทวนวรรณกรรมของ บุปผา ไตรโรจน์ (2548) พบว่า การจัดการเชิงนโยบายเพื่อช่วยสนับสนุนผู้ปกครองในการลดการบริโภคน้ำตาลของเด็ก มีการดำเนินการอยู่หลายระดับ ตัวอย่างเช่น 1) กระทรวงศึกษาธิการกำหนดให้นมโรงเรียนเป็นนมไม่เติมน้ำตาล ในปี 2545 ส่งผลให้การจัดหานมให้แก่เด็กในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก มีนมผสมน้ำตาลลดลงจากร้อยละ 83 ในปี 2544 เหลือเป็นร้อยละ 2.9 ในปี 2546 2) การเคลื่อนไหวของเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ในการแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ 156 และ 157 เพื่อไม่ให้มีการเติมน้ำตาลในนมและอาหารเสริมสำหรับเด็ก โดยได้มีการแก้ไขและประกาศในราชกิจจานุเบกษา ในวันที่ 31 มกราคม 2548 ผลจากการดำเนินการเรื่องนี้ จะช่วยให้เด็กในช่วงอายุ 6-12 เดือน ที่รับประทานนมสูตรต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงในการบริโภคน้ำตาลที่มาจากนมได้ทางหนึ่ง 3) การจัดการนโยบายระดับท้องถิ่น เช่น นโยบายของกรุงเทพมหานคร ให้โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครเป็นโรงเรียนอ่อนหวานและเป็นเขตปลอดบุหรี่ โดยให้งดการจำหน่ายน้ำอัดลม น้ำหวาน นมรสหวาน ขนมขบเคี้ยว หรือลูกอม ในพื้นที่ของโรงเรียน พร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้ปกครองนักเรียนเรื่องการสร้างสุขนิสัยการกินแบบอ่อนหวาน 4) เกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กนอกระบบ โดยมีเกณฑ์ เรื่องการจัดอาหารว่างที่ไม่หวานจัดและเป็นประโยชน์ต่อเด็ก และจัดนมรสจัดให้แก่เด็ก เป็นต้น 5) เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน จัดทำข้อเสนอแนะของวิชาชีพ โดยเน้นให้เด็กรับประทานน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา 6) ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ (2548) ได้จัดทำข้อเสนอสำหรับอาหารว่างและขนมเด็ก โดยเน้นว่าอาหารว่างของเด็กไม่ควรกินวันละ 2 มื้อ ควรจำกัดปริมาณน้ำมัน น้ำตาล และเกลือ เครื่องดื่มที่เหมาะสมสำหรับเด็กไม่ควรมีน้ำตาลเกินร้อยละ 5 โดยดื่มไม่เกินวันละ 1 แก้วหรือ 1 กล่อง

ข้อสรุปจากการสัมมนา PCU ดีเด่นด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็ก 0-5 ปี (กองทันตฯ 2548) พบว่า จุดเริ่มต้นที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญต่องานสุขภาพใดๆก็ตาม ส่วนหนึ่งมาจากการมีนโยบายชี้แนะจากรัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำแผนงาน โครงการ กิจกรรม ตัวชี้วัด และการสนับสนุนที่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแนวความคิด และสามารถอ้างอิงนโยบายเพื่อขออนุมัติโครงการและขอการสนับสนุนได้ การมีตัวชี้วัดยังช่วยให้มีการกำหนดเป้าหมายและมีการติดตามงาน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานต่อเนื่อง ดังนั้น นโยบายหรือแผนงานชี้แนะจากส่วนกลางจึงยังเป็นเรื่องจำเป็น

นโยบายและความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ

แนวโน้มการทำงานเป็นกลุ่มระหว่างวิชาชีพมีมากขึ้น เช่น เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน การรณรงค์เลิกนมมื่อเด็ก และเลิกขวดนมในวัยอันควรของกลุ่มกุมารแพทย์ (ศิริภรณ์ สวัสดิ์ 2548) และการจัดทำข้อเสนอเรื่องอาหารว่างและขนมเด็ก นำโดยสมาคมกุมารแพทย์ (2548) เป็นต้น

ข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย

1. กิจกรรมพื้นฐานที่เด็กควรได้รับเพื่อการป้องกันฟันผุในเด็ก 0-5 ปี

- เด็กควรได้รับการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้า และก่อนนอน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น
- เสริมแรง (support) ผู้ปกครอง / ผู้ดูแลเด็ก ให้สามารถควบคุมเด็กมีพฤติกรรมบริโภคที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก ได้แก่ลดการบริโภคน้ำตาลและแป้ง เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก และผลไม้
- เด็กได้รับการตรวจเฝ้าระวัง และบริการทันตกรรมป้องกันที่จำเป็น ได้แก่ เด็กได้รับการตรวจช่องปาก ผู้ดูแลเด็กได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็กอายุ 9-12 เดือน เด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง ได้รับบริการทันตกรรมป้องกันโดยใช้ฟลูออไรด์รูปแบบที่เหมาะสม

2. แผนการดำเนินการในอนาคต

2.1 ใช้กระบวนการสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health communication)

โดยการสื่อสารกับวิชาชีพ ผู้ดูแลเด็ก สังคม และ ผู้กำหนดนโยบายทั้งในระดับท้องถิ่น และประเทศ ปิยะ ศิริพันธุ์ (2548) เสนอว่า จะต้องใช้การสื่อสารทางสุขภาพเพื่อให้สังคม และผู้ดูแลเด็กตระหนักถึงความสำคัญของฟันน้ำนมที่มีต่อสุขภาพเด็ก เกิดค่านิยมในเรื่องคุณค่าของฟันน้ำนม และเกิดบรรทัดฐานในสังคม (norm)ว่า ผู้ดูแลเด็กจะต้องทำความสะอาดฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันเริ่มขึ้น และสื่อสารให้ผู้บริโภคมองเห็นแนวความคิดกำหนดมาตรการเชิงนโยบาย ทั้งนี้การให้ความรู้และกระตุ้นเตือน จะต้องทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยในช่วงเด็กอายุ 1-3 ปี และต้องใช้แนวทางทันตสุขภาพศึกษา ร่วมกับการจัดการเชิงนโยบาย

2.2 การผลักดันนโยบาย

นโยบาย หรือ แผนงานจากส่วนกลาง เป็นเรื่องจำเป็นที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดแนวความคิด และสามารถอ้างอิงนโยบายเพื่อขออนุมัติโครงการ และขอการสนับสนุนได้ นโยบายในที่นี้ยังหมายถึง นโยบายสาธารณะในท้องถิ่น ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน เช่น นโยบายการบริโภค หรือ การดูแลสุขภาพอนามัยประจำวัน เป็นต้น

2.3 การพัฒนาระบบบริการ

ควรให้ความสำคัญกับบริการการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค กำกับให้มีการจัดบริการอย่างแท้จริง โดย

1) การบริหารจัดการ ควรมีการจัดระบบเฝ้าระวัง โดยเก็บข้อมูลการบริการระดับประเทศเป็นระยะๆ เพื่อให้รู้ว่า มีการดำเนินการมากน้อยเพียงใด กระตุ้นให้ผู้รับบริการรับทราบในสิทธิ์ และในอนาคตอาจต้องกำหนดให้มีตัวชี้วัดสถานพยาบาล ในด้านการครอบคลุมบริการด้านการส่งเสริมป้องกัน

2) Setting การพัฒนาระบบบริการ ต้องทำให้เกิดการเข้าถึงบริการให้ง่าย และมากขึ้น จึงต้องคำนึงถึง Setting ที่เหมาะสม กลุ่มอายุ 0-3 ปี โดยส่วนใหญ่เลี้ยงดูอยู่กับบ้าน ซึ่งยังอยู่ในการดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องของสถานบริการ ทุก 6 เดือน คลินิกเด็กดีจึงยังเป็น setting ที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด อย่างไรก็ตามการประเมินผลที่ผ่านมา ทำให้ได้เรียนรู้ว่า การทำกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในคลินิกเด็กดีมีข้อจำกัด สามารถทำได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น การพัฒนาในอนาคตจึงควรมีหลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสมของสถานบริการ เช่น

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีทันตบุคลากรมากพอ อาจต้องจำแนกการบริการออกมาเป็นคลินิกทันตกรรมป้องกันสำหรับเด็ก ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ โรงพยาบาลขนาดเล็ก อาจผสมผสานอยู่ในคลินิกเด็กดี หรือ ผสมผสานเข้ากับการเยี่ยมบ้าน รูปแบบการทำงานในอนาคตจึงไม่ควรเป็นรูปแบบจำกัดแต่ควรมีความหลากหลาย

กลุ่มอายุ 2-5 ปี ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน เป็นกลุ่มหลักที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากมีแนวโน้มว่าเด็กเข้ามารับการเลี้ยงดูมีอายุน้อยลง และเด็กส่วนใหญ่อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียน นอกจากนี้ศูนย์เด็กเล็กมีเงื่อนไขที่เอื้อต่อกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพหลายประการ เช่น กิจกรรมการแปรงฟันอยู่ในเกณฑ์ขั้นพื้นฐานของการประเมินศูนย์เด็กเล็กนำอยู่ เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) กำหนดให้ศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านการประเมิน ครบทุกตำบล และปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบลได้เข้ามามีบทบาทสนับสนุนการดูแลสุขภาพเด็กในศูนย์เด็กเล็กมากขึ้น เช่น การจัดทำที่แปรงฟัน การจัดหาแปรง และยาสีฟันให้แก่เด็ก ฯลฯ การที่เด็กมาอยู่รวมกันเป็นกลุ่มที่ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียน ยังเป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการจัดการเชิงนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมหรือพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร-ขนม พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก เป็นต้น

การพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนในอนาคต จะต้องดึงศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ เช่น มีบทบาทในการกำหนดนโยบายสุขภาพ ร่วมสนับสนุน และการพัฒนาทรัพยากรมากยิ่งขึ้น เช่น การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการอบรมเพิ่มศักยภาพของพี่เลี้ยงเด็ก และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

3) การบูรณาการการจัดบริการในเด็ก 0-5 ปี ควรใช้หลักการบูรณาการงานทันตสุขภาพ ผสมผสานกับการดูแลเด็ก แต่ควรกำหนดแนวทางทางวิชาการ (guideline) ให้ชัดเจน ในแต่ละช่วงอายุเด็กควรได้รับบริการทันตสุขภาพอะไรบ้าง

การบูรณาการควรดำเนินการ 2 ส่วนคือ การผสมผสานเนื้อหาการดูแลสุขภาพเด็กขั้นพื้นฐานทุกเรื่องเข้าด้วยกัน และบูรณาการกระบวนการทำงานโดยให้การดูแลสุขภาพเด็กทั้งตัวแบบไม่แยกส่วน เจ้าหน้าที่ทุกคนรวมทั้งทันตบุคลากรควรทำบทบาทพื้นฐานแทนกันได้

4) การจัดบริการทันตกรรมป้องกันที่เน้นให้บริการเพียงแค่การส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้แก่ ผู้ดูแลเด็กไม่เพียงพอต่อการป้องกันปัญหา จำเป็นต้องให้บริการทันตกรรมป้องกันแก่ เด็กที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจะเป็นบทบาทที่ทันตแพทย์ทั่วไป ทันตภิบาล หรือแม้แต่บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ สามารถให้บริการได้ อนาคตควรพัฒนาบริการด้านการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก

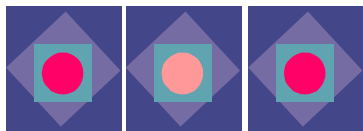
5) เอกชนร่วมจัดบริการ จากสัดส่วนการกระจายของทันตแพทย์ภาคเอกชนที่มีอยู่ประมาณครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ทั้งหมด น่าจะเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพสูงในการร่วมให้บริการ จึงควรมองอนาคตของการจัดระบบที่ทำให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมจัดบริการด้านการป้องกัน และรักษาแก่เด็ก 0-5 ปี

2.4 การพัฒนาทางวิชาการ

1) การพัฒนาให้บุคลากรทางทันตสาธารณสุขมีความพร้อมในด้านการสื่อสาร และการทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับวิชาชีพอื่น โดยเน้นประชาชนเป็นสำคัญ ปิยะ ศิริพันธุ์ (2548) เสนอไว้ว่าควรจัดให้เป็นกลุ่มความรู้ความสามารถกลาง ที่ทันตบุคลากรต้องได้รับการศึกษา ฝึกอบรม และสอบ ก่อนการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

2) บทบาทหลักขององค์กรวิชาชีพ ควรเน้นการจัดทำชุดความรู้ที่มุ่งด้านการปฏิบัติ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กุมารแพทย์ ฯลฯ) ให้สามารถให้คำแนะนำเรื่องทันตสุขภาพ ผสมผสานควบคู่ไปกับการดูแลเด็กทั้งตัว

3) หน่วยงานวิชาการส่วนกลาง ควรทำองค์ความรู้เฉพาะทางให้เป็นสื่อที่เข้าใจง่าย ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจได้ และควรมีการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลเพื่อสื่อสารกับผู้ตัดสินใจระดับนโยบาย เช่น การศึกษาเรื่องเทคโนโลยีการป้องกันที่ง่าย และมีประสิทธิภาพโดยใช้หลักการจัดการให้เกิดความสะดวก และง่าย (make healthier choice, easier choice) เป็นต้น



วราภรณ์ จิระพงษา ปิยะดา ประเสริฐ

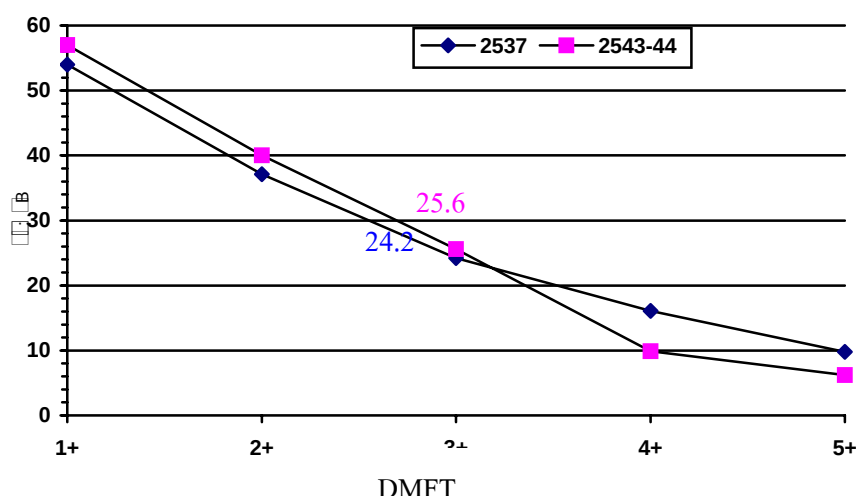
ข้อเสนอแนะนโยบายและกลยุทธ์ การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กประถมศึกษา

สถานการณ์การเกิดโรคในช่องวัยนี้จะมีแนวโน้มที่โรคฟันผุฟันแทะ ซึ่งเริ่มขึ้นในช่องปากตั้งแต่อายุ 6 ปี เป็นต้นมา ซึ่งอาจแบ่งกลุ่มปัญหาของการเกิดโรคในเด็กกลุ่มนี้เป็น 3 ช่วงอายุ ด้วยกัน คือ กลุ่ม 6-8 ปี กลุ่ม 9-12 ปี กลุ่ม 13-15 ปี

กลุ่ม 6-8 ปี เป็นช่วงวัยที่เด็กเริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างเป็นทางการ จึงทำให้เด็กได้มีโอกาสสัมผัสต่อสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากขึ้น ประกอบกับเป็นช่วงอายุที่เริ่มมีการผลัดเปลี่ยนจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้ จึงมักทำให้เกิดปัญหานามัยในช่องปาก เนื่องจากฟันน้ำนมที่กำลังหลุดจะเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เด็กไม่สามารถทำความสะอาดได้ดี และการหลุดของฟันน้ำนมทำให้เด็กเคี้ยวอาหารไม่ได้ง่าย จึงมักพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะเลือกรับประทานอาหารที่มีรสมัน และบริโภคขนมเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการผุของฟันแท้ที่ตามมาทันทีที่ 1 โดยพบว่า ร้อยละ 16 ของเด็กอายุ 6 ปี มีฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ผุ ในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 (กองทันตสาธารณสุข. 2537) ในขณะที่รายงานการศึกษาของจังหวัดตรัง พ.ศ. 2547 พบว่ามีอัตราการผุในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 สูงร้อยละ 36 (ปิยะดา ประเสริฐสม 2547)

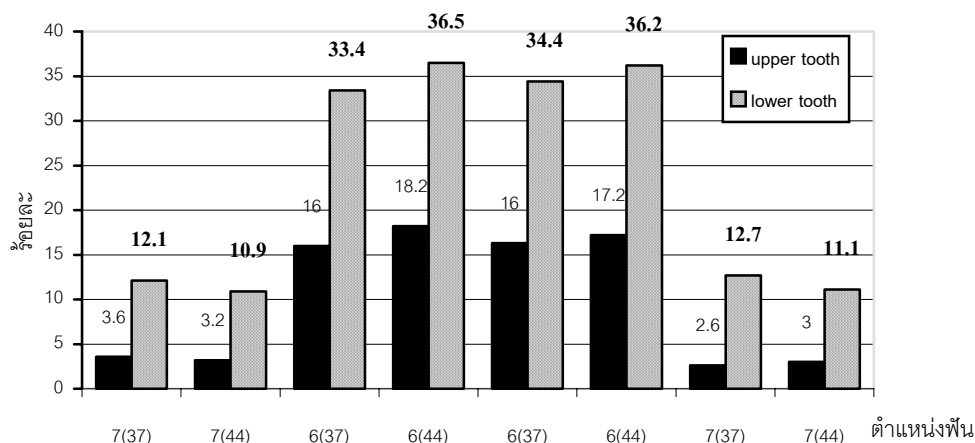
กลุ่ม 9-12 ปี จะพบว่าการผุของฟันแท้จะเพิ่มมากขึ้น โดยความชุกของการเกิดโรคฟันผุในฟันแท้เพิ่มเป็นร้อยละ 57.3 (ข้อมูลสำรวจ พ.ศ. 2543-44) ซึ่งการผุส่วนใหญ่จะอยู่ในบริเวณฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ซึ่งมีอัตราการผุประมาณ 36% ในช่วงเวลา 3 ปี พบว่าการผุของฟันซี่นี้จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ซึ่งการผุส่วนใหญ่จะเป็นการผุบนด้านบดเคี้ยวมากกว่าครึ่งของฟันผุเกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ ซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 25 ของเด็กทั้งหมด⁷ (DMFT ตั้งแต่ 3 ซี่ขึ้นไป) (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 2 ร้อยละสะสมของการกระจายของค่าเฉลี่ย DMFT ในเด็กอายุ 12 ปี พ.ศ. 2537



ลักษณะการผุของฟันในช่องปาก ส่วนใหญ่เป็นการผุที่ฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งทั้ง 4 ซี่ (ภาพที่ 4) พบมีการผุเพิ่มมากขึ้นในการสำรวจปี 2543-44 เมื่อเทียบกับปี 2537

ภาพที่ 3 การกระจายของโรคฟันผุตามซี่ฟันในฟันแท้ของเด็กอายุ 12 ปี พ.ศ. 2537 2543-44(เฉพาะฟันกราม)



กลุ่ม 9-15 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่ฟันแท้ขึ้นในช่องปากครบ 28 ซี่ ลักษณะการผุจะค่อนข้างคงที่เมื่อเทียบกับการกระจายของโรคฟันผุในกลุ่ม 9-12 ปี ปัญหาที่พบในกลุ่มนี้จะเป็นภาวะเหงือกอักเสบ ซึ่งมากถึงร้อยละ 85.4 เนื่องจากเป็นช่วงวัยรุ่นที่มีปัจจัยทั้งเชิงกายภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน และปัจจัยในเชิงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากตามค่านิยมในปัจจุบัน

ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียน

ปัจจัยเชิงกายภาพ สภาวะเหงือกอักเสบและการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มอายุนี้นี้ มีปัจจัยในการเกิดโรคไม่แตกต่างกับการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม คือ ปัจจัยทางด้านการบริโภคอาหารและการทำความสะอาดช่องปาก หากแต่ในกลุ่มวัยนี้ มีข้อจำกัดเชิงกายภาพที่มีผลต่อการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัย 8-10 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เป็นฟันชุดผสม คือ เป็นช่วงที่มีฟันน้ำนมหลุดออกและฟันแท้อยู่ในระยะการขึ้นของฟัน ทำให้ฟันในช่องปากเด็กกลุ่มวัยนี้มีการจัดเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ ยากต่อการทำความสะอาด จึงทำให้พบว่าในช่วงนี้เด็กจะมีคราบจุลินทรีย์สะสม ในปากได้ง่าย และด้วยทักษะการแปรงฟันของเด็กกลุ่มนี้ จึงทำให้ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดีเท่าที่ควร

การบริโภคอาหาร เด็กในวัยนี้เป็นวัยที่จะอยู่ในสถานศึกษา ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเด็กสามารถดูแลตนเองได้ และมักจะละเลยในการให้คำแนะนำในการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก สถานศึกษาเองก็ให้ความสำคัญต่อการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนน้อย โดยที่สามารถพบได้โดยทั่วไปว่า สหกรณ์ของโรงเรียนจะมีการขายขนมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งขนมกรุบกรอบที่มีบรรจุภัณฑ์สำเร็จรูป ซึ่งจะมีส่วนประกอบของแป้งและน้ำตาลเป็นหลัก จากการสำรวจขายขนมที่เด็กบริโภคใน 1 วันของเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 พบว่า ร้อยละ 80.86 ของขนมที่เด็กบริโภคมีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ (บุญเชื้อ ยงวานิชกร 2547) เด็กในกลุ่มวัยนี้จะบริโภคขนมเหล่านี้ทุกวัน พบว่าค่าขนมเฉลี่ยในเด็กกลุ่มอายุ 3-15 ปี ประมาณ 13 บาท/วัน และสูงถึง 100 บาท/วันในเด็กบางคน ความถี่ในการบริโภคขนมมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในเด็กที่บริโภคขนมมากกว่า 2 ครั้ง/วันจะมีโรคฟันผุสูงกว่าเด็กที่บริโภคน้อยกว่า การเปลี่ยนแปลงของการบริโภคขนมจะเป็นไปตามช่วงวัย เด็กเล็กมักนิยมบริโภคขนมปังนุ่มมีไส้ ในขณะที่เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นจะมีการบริโภคน้ำอัดลมเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้การตัดสินใจเลือกซื้อขนมของเด็ก

เป็นไปตามโฆษณา รสชาติ และของแถม การบริโภคอาหารมื้อหลักของเด็กมีรูปแบบที่เปลี่ยนไป อาหารมื้อหลัก โดยเฉพาะอาหารเข้ามัจจะจะเป็นอาหารที่ปรุงสำเร็จรูปหรือปรุงได้ง่ายจากการสำรวจพบว่า อาหารที่มักเป็นอาหารเช้าของเด็กได้แก่ ข้าวเหนียว หนุ่ยปิ้ง ได้กรอกทอด โจ๊ก ข้าวต้ม เป็นต้น ซึ่งเป็นอาหารที่ประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรต ไขมัน เป็นหลัก ทำให้เด็กขาดอาหารจำพวกผักผลไม้ที่มีเส้นใย เกลือแร่ (ปิยะดา ประเสริฐสม 2546, อุไรพร จิตต์แจ้ง 2547)

สื่อโฆษณา: ปัจจุบันสื่อโฆษณามีอิทธิพลต่อความเชื่อและการตัดสินใจของประชาชนเป็นอย่างมาก เด็กเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ชัดเจนที่ถูกครอบงำโดยสื่อโฆษณา การศึกษาเวลาที่ใช้ในการดูโทรทัศน์ของเด็ก พบว่า ในวันธรรมดา เด็กดูโทรทัศน์เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 10 นาที และสูงขึ้นถึง 9 ชั่วโมง 47 นาที ในวันหยุด ตกปีละ 2,236 ชั่วโมงใน 1 ปี มากกว่าเวลาที่ใช้ในโรงเรียน 1,600 ชั่วโมงถึง 1,636 ชั่วโมง การสำรวจในเวลา 1 วัน ในรายการการ์ตูน 9 มีโฆษณาถึง 101 ครั้ง ล้วนแต่เป็นโฆษณาเชิญชวนและปลุกฝังให้มีค่านิยมในขนมและของเล่นที่เพิ่มความรุนแรงทั้งสิ้น สื่อเหล่านี้ทำให้เด็กเพิ่มการบริโภคขนมและอาหารที่ไร้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น (สันติ จิตระจินดา 2546)

การดูแลทันตสุขภาพ แม้ว่าจะมีโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนโดยให้มีการแปรงฟันหลังอาหาร กลางวันทุกวันก็ตาม พบว่ากิจกรรมการแปรงฟันส่วนใหญ่ไม่มีความสม่ำเสมอ และไม่สามารถแปรงฟันได้สะอาด เนื่องจากข้อจำกัดของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กของเด็กที่จะพัฒนาได้เต็มที่เมื่อเด็กอายุ 8 ปีไปแล้ว นอกจากนี้เมื่อเด็กอายุมากขึ้นอย่างเข้าสู่วัยรุ่นจะให้ความเอาใจใส่ในการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันน้อยลง อย่างไรก็ตามการใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะมีส่วนในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า ข้อมูลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ ครั้งล่าสุด พ.ศ. 2443-44 เด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 94 ใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และพบว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มที่ใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์น้อยกว่าเด็กที่ไม่ใช้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กองทันตสาธารณสุข 2544)

การรับบริการทันตกรรม กลุ่มเด็ก 0-12 ปี เป็นกลุ่มที่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งรวมถึงบริการทันตกรรมด้วย หากแต่การใช้บริการทันตกรรมในเด็กกลุ่มนี้มีไม่มากนัก จากการสำรวจในเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ในพ.ศ. 2543-44 พบว่า เด็กเพียงร้อยละ 42.75 เคยไปรับบริการทันตกรรมในสถานบริการ ซึ่งความผิดปกติส่วนใหญ่เป็นปัญหาของโรคฟันผุ อัตราการใช้บริการลดลงเมื่อเด็กเป็นวัยรุ่น พบเพียงร้อยละ 28.3 ของเด็กอายุ 15 ปีที่ไม่ไปรับบริการทันตกรรม รายงานการประเมินการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2547 พบว่า สัดส่วนการให้บริการของสถานบริการจะมีน้ำหนักการให้บริการรักษาพยาบาลมากกว่าการบริการส่งเสริมสุขภาพ และมีรายงานอย่างชัดเจนถึงความจำกัดของบริการเชิงรุกซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ที่มุ่งเน้นการบริการแบบเป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และความมุ่งมั่นในการบริการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษาพยาบาล (สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ 2548)

รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กวัยประถมศึกษา

การจัดบริการทันตกรรมเพิ่มทวี (พ.ศ. 2513 – 2530)

การจัดบริการทันตสุขภาพในเด็กวัยประถมศึกษาของประเทศไทย ปรากฏชัดเจนเป็นครั้งแรกเมื่อพ.ศ. 2480 โดยการจัดตั้งแผนกฟันในกองอนามัยโรงเรียนเพื่อทำฟันให้แก่แก่นักเรียนโดยเฉพาะ หลังจากนั้นมีการขยายบริการทันตสุขภาพไปในระดับจังหวัดพร้อมกับการจัดตั้งโรงพยาบาลจังหวัดจนครบทุกจังหวัดในพ.ศ. 2499

ส่วนการบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอเริ่มมีขึ้นพ.ศ. 2513 เมื่อทันตภิบาลซึ่งจบจากวิทยาลัยการสาธารณสุขชนบทบรรจุลงปฏิบัติงานในสถานอนามัยขึ้นหนึ่ง (ซึ่งภายหลังเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลอำเภอ) เพื่อให้บริการ “ทันตกรรมเพิ่มทวี” แก่แก่นักเรียนประถมศึกษา ถือว่า เป็นยุคแรกของการให้บริการทันตสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งส่งเสริม ป้องกัน และ

รักษา ซึ่งต่อมาโครงการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ได้ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524)

มีลักษณะการดำเนินโครงการโดยแบ่งโรงเรียนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับหนึ่ง ให้บริการทันตกรรมเพิ่มทวิ เป็นบริการทันตสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งส่งเสริม ป้องกัน และรักษา โดยจัดบริการให้แก่เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และตามดูแลต่อเนื่องไปถึงชั้นปีจนครบคลุมทั้ง 6 ชั้นปี

ระดับสอง ให้บริการอนามัยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ทุก 2 สัปดาห์ ร่วมกับการฝึกแปรงฟัน

ระดับสาม ให้ทันตสุขภาพตามหลักสูตรโดยครู ทั้งนี้ เป็นไปตามสภาพและเงื่อนไขของแต่ละโรงเรียน

ผู้ให้บริการสำหรับโรงเรียนระดับ 1 และ 2 คือทันตภิบาล ซึ่งขณะนั้นจำนวนทันตภิบาลยังมีน้อยมาก ไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนเด็กนักเรียน จากการประเมินผลของกองทันตสาธารณสุข เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 5 พบว่า สามารถให้บริการทันตกรรมครอบคลุมนักเรียนได้ร้อยละ 4.7 โดยบริการทันตกรรมเพิ่มทวิครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 0.9 ของนักเรียนประถมศึกษา นักเรียนส่วนหนึ่งได้รับเพียงกิจกรรมฝึกแปรงฟันและอมน้ำยาฟลูออไรด์บ้วนปากทุก 2 สัปดาห์ ขณะที่นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีการดำเนินกิจกรรมทันตสาธารณสุขแต่อย่างใด จากการสำรวจปัญหาสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (สพช.) โดยครู ใน พ.ศ. 2524 พบว่า ปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของนักเรียนคือ “ปัญหาฟันผุ”

การเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา (พ.ศ. 2531 - ปัจจุบัน)

พ.ศ. 2528 มีการประชุมระดับชาติจัดทำเป้าหมายทันตสุขภาพดีถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2543 เพื่อเป็นเข็มมุ่งของการทำงานทันตสาธารณสุขในทุกระดับ ซึ่งเป้าหมายสำคัญคือการควบคุมโรคฟันผุในเด็กวัยประถมศึกษา โดยกลุ่มอายุ 12 ปี (เป็นกลุ่มดัชนีเปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพ) มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน ในปีเดียวกันนี้ยังมีเหตุการณ์สำคัญ คือ การประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ (สพช.) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 ปีในการทดสอบและปรับเกณฑ์ จัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับครูอนามัย (คู่มือครูทำได้) และสื่อต่าง ๆ ตลอดจนอบรมศึกษานิเทศก์ หลังจากนั้นจึงมีหนังสือสั่งการให้โรงเรียนประถมศึกษาทุกแห่งในสังกัดสพช. ดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศตั้งแต่ปีการศึกษา 2531 เป็นต้นไป (ภายหลังได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายขยายผลการดำเนินการครอบคลุมนักเรียนประถมศึกษาทุกสังกัด)

จุดเด่นของโครงการอยู่ที่ การแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างครูและทันตบุคลากร โดย

- ครูมีบทบาทด้านส่งเสริมทันตสุขภาพของนักเรียน ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาโดยครูปีละ 2 ครั้ง การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทั้งโรงเรียน การอมน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ทุก 2 สัปดาห์ (กิจกรรมนี้ปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนเป็นการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์)
- ทันตบุคลากรมีบทบาทสนับสนุนการทำงานของครู และให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ได้แก่ ให้ยาเม็ดฟลูออไรด์ในเด็กกลุ่มเสี่ยง (ตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2543) ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-2 (ตั้งแต่ พ.ศ. 2542- 2544) ให้นมฟลูออไรด์ (ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 –ปัจจุบัน) จัดอบรมครูอนามัย จัดอบรมเพิ่มขีดความสามารถเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดูดหินน้ำลาย (ตั้งแต่ พ.ศ. 2529-2539 ครอบคลุมนักเรียน 58.2 ของสถานีอนามัย) แต่จากการประเมินผลใน พ.ศ. 2537 โดยเกสรและสุภาวดี พบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากเป็นงานยาก ใช้เวลานาน และเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก

เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมในโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์คือ นักเรียนได้รับการพัฒนาให้สามารถดูแลรักษาทันตสุขภาพตนเอง ได้รับการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ และได้รับการทันตกรรมที่จำเป็น มีการตั้งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานโครงการจากทั้ง 2 กระทรวง พร้อมทั้งจัดทำระบบรายงานและดำเนินการนิเทศติดตามร่วมกัน จัดประกวดโรงเรียนระดับประเทศ(พ.ศ. 2533 2534 และ 2535) จัดรณรงค์ “ฟันดี มีสุข” เพื่อจัดตั้งกองทุนแปรงสีฟันยาสีฟันในโรงเรียน ผลพวงจากการดำเนินโครงการนี้กลายเป็นที่มาของการจัดสรรเงินค่ารักษาพยาบาลรายหัวนักเรียน 30 บาท ซึ่งเป็นผลงานที่เด่นมากในช่วงแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) จากรายงานผลการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2532-2537 พบว่า นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครูเพิ่มขึ้น(จากร้อยละ 41.9 เป็นร้อยละ 75.6) แปรงฟันหลังอาหารกลางวันเพิ่มขึ้น(จากร้อยละ 60.2 เป็นร้อยละ 83.7) อนามัยฟลูออไรด์บ้วนปากเพิ่มขึ้น(จากร้อยละ 69.3 เป็นร้อยละ 74.4 หยุดสนับสนุนใน พ.ศ. 2543) ได้รับการทันตกรรมเพิ่มขึ้น(จากร้อยละ 14.5 เป็นร้อยละ 20.3) ปัจจัยที่ช่วยเสริมความครอบคลุมดังกล่าว คือการที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) พ.ศ. 2535-2544 โดยสร้างสถานีอนามัยขนาดใหญ่เพื่อเป็นต้นแบบและแผ่ขยายในการพัฒนา และกำหนดให้มีทันตภิบาลประจำในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ เป็นผลให้ตั้งแต่พ.ศ. 2536 เริ่มมีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขนาดใหญ่

อย่างไรก็ตาม นับแต่พ.ศ.2538 จนถึงพ.ศ. 2545 มีการปรับโครงสร้างส่วนราชการต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข งานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในเด็กในส่วนกลางได้รับการถ่ายโอนความรับผิดชอบจากกองทันตสาธารณสุขไปยังหน่วยงานอื่นตามหลักการบูรณาการ ฝ่ายทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถูกลดบทบาทจนท้ายที่สุดไม่มีหน่วยงานหรือกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขโดยเฉพาะ ซึ่งจากการประเมินสถานการณ์งานทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาโดยกองทันตสาธารณสุขเมื่อพ.ศ. 2547 พบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ยังคงมีการดำเนินกิจกรรมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากของนักเรียนโดยครูและการจัดกิจกรรมแปรงฟันในโรงเรียน แต่คุณภาพของกิจกรรมมีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด (ขึ้นกับระบบจัดการของแต่ละจังหวัด) สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือ การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนยังขาดความเชื่อมโยงกับระบบบริการทันตกรรม ขาดการสนับสนุน ติดตาม ประเมิน กระตุ้น และพัฒนาการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนอย่างเป็นระบบบทบาทหน้าที่และแนวทางการมีส่วนร่วมของนักเรียน ผู้ปกครองและชุมชนไม่ชัดเจน

งานทันตสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (พ.ศ. 2542 - ปัจจุบัน)

พ.ศ. 2542 เป็นปีแรกที่กรมอนามัยประกาศให้มีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้โรงเรียนเป็นสถานที่สร้างสุขภาพให้แก่ทุกคนในโรงเรียน ตลอดจนชุมชนรอบข้าง งานทันตสุขภาพถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่กระจายอยู่ในองค์ประกอบต่าง ๆ ของเกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ข้อดีคือการบูรณาการกับงานสุขภาพโดยรวม เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมและเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัยได้มีส่วนร่วมในการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ แต่ข้ออ่อนคือการไม่ทราบสถานภาพที่แท้จริงของปัญหาทันตสุขภาพในโรงเรียน ทั้งที่โรคฟันผุเป็นปัญหาในอันดับต้น ๆ ของเด็กนักเรียน ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักเรียนต้องขาดเรียน ในพ.ศ. 2548 สำนักส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแกนในการปรับเกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาทันตสุขภาพในเด็กประถมศึกษา จึงมีการปรับเกณฑ์งานทันตสุขภาพให้เหมาะสมยิ่งขึ้นทั้งในด้านของกิจกรรมและน้ำหนักคะแนน พร้อมกันนี้ กองทันตสาธารณสุขยังได้รวบรวมเกณฑ์ประเมินงานทันตสุขภาพที่กระจัดกระจายอยู่ตามองค์ประกอบต่าง ๆ ของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกัน จัดทำเป็นแบบฟอร์มเก็บข้อมูลรายปี เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล และพัฒนาการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานในอนาคต

ขณะนี้เริ่มมีแนวโน้มของการปรับเปลี่ยนทิศทางการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ดังนี้

1. การปรับและพัฒนาบทบาทของฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยครูและนักเรียนซึ่งเป็นผู้ได้รับผลจากโครงการโดยตรงเป็นผู้มีบทบาทหลัก ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสนับสนุนในทุกด้าน เพื่อที่จะผสมผสานความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ของทุกฝ่าย ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในสถานศึกษา ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและศักยภาพพื้นที่ โดยมีจุดมุ่งหมายในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจเรื่องทันตสุขภาพ การสร้างนิสัยและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง ได้แก่ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการบริโภคที่เหมาะสม ประการสำคัญคือการจัดการสภาพแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อให้เด็กได้อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพทั้งทางด้านกายภาพและทางด้านสังคม
2. การกระตุ้น สนับสนุน ติดตามประเมินผล และพัฒนาการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
3. การจัดบริการทันตสุขภาพที่เชื่อมโยงกัน ทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ

ตัวอย่างโครงการและกิจกรรมสำคัญ

การถ่ายทอด ติดตาม และประเมินการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปาก (พ.ศ. 2546-2548)

การถ่ายทอดความรู้ให้แก่นักเรียนเพื่อสร้างสุขนิสัย ความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะในการดูแลทันตสุขภาพของนักเรียน เป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของครู ตามที่พระราชบัญญัติการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2544 มีการกำหนด “ทันตสุขภาพ” อยู่ในผังมโนทัศน์ (เดิมเรียกว่าจุดประสงค์การเรียนรู้) ของกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา กองทันตสาธารณสุขจึงร่วมกับฝ่ายการศึกษาดำเนินการพัฒนาหนังสือ การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปาก(กลุ่มพัฒนาระบบทันตสาธารณสุข, 2547)ขึ้นมา เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาในมิติใหม่ต่อไป

การเรียนรู้ควิฉัย ตอน อาหารกับฟันผุ (พ.ศ. 2548-2549)

เพื่อพัฒนาให้เด็กสามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ และสร้างประสบการณ์การวิจัยสำหรับนักเรียน โดยใช้เนื้อหาความรู้ “อาหารกับโรคฟันผุ” เป็นแบบฝึกหัดเพื่อการเรียนรู้ในการทำสำรวจของเด็ก เป็นการพัฒนาที่ร่วมกันระหว่าง ครู นักเรียน และผู้วิจัยในพื้นที่ โดยคาดหวังว่าจะสามารถนำไปสู่การกำหนดนโยบายหรือการปรับเปลี่ยนในเชิงโครงสร้างเพื่อการส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียน ดำเนินการใน 14 จังหวัด ๆ ละ 15 โรงเรียน รวมทั้งสิ้น 210 โรงเรียน ได้รับบสนับสนุนจาก สกว. ผ่าน มสช. (รายชื่อจังหวัดที่ได้รับการสนับสนุน ได้แก่ กรุงเทพฯ นนทบุรี สิงห์บุรี สมุทรสงคราม ปราจีนบุรี ขอนแก่น สกลนคร หนองบัวลำภู อุบลราชธานี ลำปาง น่าน นครสวรรค์ นครศรีธรรมราช และตรัง)

การประกวดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา (พ.ศ. 2548-2550)

เพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการจัดการกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในสถานศึกษาระดับประถมศึกษา และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในสถานศึกษาระดับประถมศึกษา ระหว่างพื้นที่ โดยกำหนดให้มีการคัดเลือกโรงเรียนจากพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยและกทม. เขตละ 3 แห่ง รวม 39 แห่งเพื่อมาร่วมพิธีมอบรางวัล จัดนิทรรศการ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในตลาดนัดทันตสุขภาพ ซึ่งกำหนดจะจัดในวันที่ 17-18 สิงหาคม 2548

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548 “ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี”

เป็นโครงการจัดบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพอย่างครบวงจรให้แก่เด็กในโรงเรียนประถมศึกษา ได้แก่ ตรวจสุขภาพช่องปาก (Full mouth examination) ร้อยละ 100 ของเด็กชั้น ป.1 และ 3 ให้บริการ sealant ฟันกรามแท้ซี่แรกร้อยละ 50 ของเด็กชั้นป. 1 จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันร้อยละ100 ของสถานศึกษาระดับประถมศึกษาได้รับบสนับสนุนจาก สปสช. โดยคาดหวังว่าจะนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ

เกณฑ์ประเมินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

ร่วมกับสำนักส่งเสริมสุขภาพในการปรับเกณฑ์ประเมินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้มีความชัดเจน เหมาะสม และครอบคลุมตัวชี้วัดที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

พัฒนากลยุทธ์ในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา

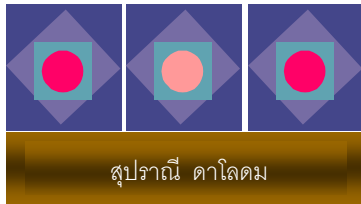
ร่วมกับสำนักส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนากลยุทธ์ในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา โดยผสมผสานกับปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียน ภายใต้โครงการ “เด็กไทยทำได้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ”

บทบาทหน้าที่ของฝ่ายต่าง ๆ ในการพัฒนางานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน

ตารางที่ 2 บทบาทหน้าที่ของฝ่ายต่าง ๆ ในการพัฒนางานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน

ประเด็น	ครู	เจ้าหน้าที่สอ. / งานส่งเสริม	ทันตบุคลากร
1. การถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	- จัดกระบวนการเรียนรู้ โดยสอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2544 - แยกเฉพาะเรื่อง “ทันตสุขภาพ” - บูรณาการกับเรื่องอื่น ๆ	- กระตุ้น และสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนรู้เรื่อง “ทันตสุขภาพ” ในโรงเรียน	- กระตุ้นให้มีการจัดการเรียนรู้เรื่อง “ทันตสุขภาพ” ในโรงเรียน - ให้การสนับสนุนเนื้อหาสาระและสื่อการสอนที่จำเป็น - เป็นวิทยากร
2. การสร้างสุขนิสัยและปลูกฝังพฤติกรรม การแปรงฟัน	- จัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง - จัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียนทุกวัน - จัดให้มีการตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน (กระตุ้นให้มีการแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพ)	- กระตุ้น และสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโรงเรียน - จัดอบรมและจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้น สร้างเจตคติ เสริมทักษะ และพัฒนาศักยภาพครูและนักเรียน	- กระตุ้น สนับสนุน และบริหารจัดการให้มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันที่โรงเรียน - จัดอบรมและจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้น สร้างเจตคติ เสริมทักษะ และพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สอ. เจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพ ครูและนักเรียน
3. การบริโภคอาหาร / ขนม / เครื่องดื่มที่มีผลต่อ	- มีนโยบาย และ / หรือ แนวทางการควบคุมการจำหน่ายอาหาร / ขนม / เครื่องดื่มที่มีผลต่อ	- เก็บรวบรวมและแจ้งข้อมูลการบริโภคของเด็กให้ครูและ	- ศึกษาสภาพปัญหาการบริโภคของเด็กที่มีผลต่อทันต

ประเด็น	ครู	เจ้าหน้าที่สอ. / งานส่งเสริม	ทันตบุคลากร
ทันตสุขภาพ	สุขภาพในโรงเรียน	ผู้ปกครองทราบปัญหา - ร่วมกับครู / ผู้ปกครอง / นักเรียนในการหาทางเลือกและเลือกวิธีแก้ไขที่เหมาะสม	สุขภาพ - ศึกษาและนำเสนอมาตรการรูปแบบและแนวทางเพื่อเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหา
4. การตรวจสุขภาพช่องปาก	- ตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ปีละ 2 ครั้ง ตามระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ	- ร่วมกับทันตบุคลากรในการจัดอบรมครู - ตรวจสุขภาพช่องปากเด็กหรือร่วมกับครูในการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก	- ร่วมกับเจ้าหน้าที่สอ. และ / หรือ งานส่งเสริมสุขภาพจัดอบรมครูให้มีทักษะการตรวจสุขภาพช่องปาก
5. การจัดบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก	- ประสานกับเจ้าหน้าที่และผู้ปกครองในการ พาเด็กไปรับบริการ หรือนำบริการมาให้เด็ก	- ประสานกับทันตบุคลากรและครูในการจัดบริการ	- ให้บริการป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก (ฟลูออไรด์ / diet counseling / การเคลือบหลุมร่องฟัน)
6. การจัดบริการทันตกรรมในรายเร่งด่วน	- ประสานกับเจ้าหน้าที่และผู้ปกครองในการ พาเด็กไปรับบริการ หรือนำบริการมาให้เด็ก	- ประสานกับทันตบุคลากรและครูในการจัดบริการ	- ให้บริการทันตกรรม - ติดตามผลการรักษา เพื่อเสนอมาตรการเชิงรุกที่จำเป็นเฉพาะบุคคลแก่ผู้ดูแลเด็ก / ครู



ข้อเสนอแนะนโยบายและกลยุทธ์ การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ

สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ปรากฏให้เห็นในปัจจุบัน เป็นสภาวะที่สะสมมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ต่อเนื่อง ทั้งในด้านการส่งเสริมให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี การป้องกันไม่ให้เกิดโรคในช่องปาก และการรักษาเพื่อควบคุมการลุกลามของโรค เริ่มต้นตั้งแต่การดูแลโดยผู้ปกครองในวัยเด็ก การดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยที่ดูแลตนเองได้ จนถึงการรักษาเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะซับซ้อนมากขึ้น ไม่สามารถมองเฉพาะในช่องปากอย่างเดียวได้ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกายและศักยภาพในการดูแลตนเอง มีภาวะด้านต่าง ๆ ของร่างกายและโรคทางระบบที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิต (WHO Kobe Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report Volume 3, 2002)

จากสัดส่วนของประชากรในประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (population ageing) สัดส่วนของประชากรกลุ่มเด็กและเยาวชนจะลดลงเล็กน้อย แต่กลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น และมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น พร้อมกับความสามารถถดถอยของสมรรถภาพทางร่างกายและศักยภาพในการดูแลตนเอง ทำให้ส่วนหนึ่งอยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น จำนวนผู้สูงอายุคาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 6,171,000 คนในปี 2546 เป็นประมาณ 10,776,000 คน ในปี 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) ภาวะการดูแลปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพและสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุจึงมีขนาดมากขึ้นตามมา จึงเกิดความจำเป็นต้องดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพที่มีประสิทธิผล (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2547) นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์ “เมืองไทยแข็งแรง” ของกระทรวงสาธารณสุข ยังได้ตั้งเป้าหมายให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยถึง 80 ปี ในปี 2560 (พินิจ จารุสมบัติ, 2546) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการเตรียมการเพื่อรองรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ โดยมุ่งหวังให้คนไทยได้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและบริการที่เหมาะสมจนตลอดอายุขัย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547 และ http://www.oppo.opp.go.th/info2policy_plan1.htm)

สถานการณ์สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบเป็นปัญหาหลัก ได้แก่ การสูญเสียฟัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีฟัน ก็พบปัญหาในเรื่องสภาวะโรคปริทันต์ การมีฟันที่รกรากฟัน นอกจากนี้ ยังพบสภาวะมะเร็งในช่องปาก ทั้งหมดนี้ทำให้เกิดการสูญเสียฟันอย่างต่อเนื่องจนเป็นการสูญเสียฟันทั้งปากในวัยผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งในเชิงกายภาพ (Physical Function) ที่ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ดีและในเชิงสังคม (Social Function) (WHO Kobe Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report Volume 3, 2002)

1. การสูญเสียฟัน

การสูญเสียฟันนับเป็นปัญหาหลักในกลุ่มนี้ จากรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยครั้งล่าสุดในปีพ.ศ. 2543-2544 พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 51) มีฟันเหลืออยู่ในช่องปากเฉลี่ยน้อยกว่า 20 ซี่/คน ทั้งนี้ฟันเหล่านี้เป็นฟันที่มีโรคฟันผุอยู่ในระยะติดเชื้อทั้งสิ้น ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟัน อย่างน้อย 1 ซี่พบถึงร้อยละ 92.7 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 57.5 มีการสูญเสียฟันที่มีผลกระทบต่อการเคี้ยวอาหารหรือการดำเนิน

ชีวิตประจำวัน ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันในช่องปากของผู้สูงอายุไทยอยู่ที่ 19.6 ซี่ (ตารางที่ 1) พบผู้ไม่มีฟันเหลืออยู่ในปากเลยร้อยละ 8.2 ผู้มีฟันเพียงพอสำหรับการเคี้ยวอาหาร คือมีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ พบร้อยละ 49.0 การสูญเสียฟันในเขตเมือง(ร้อยละ 43.6) สูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 52.1) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการบดเคี้ยวอาหารที่จะเกิดขึ้น

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) และสัดส่วนของค่าฟันผุ ฟันถอน และฟันอุด ในผู้สูงอายุ จากรายงาน

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537 และ 2543-44

สภาพฟันในช่องปาก	ปีสำรวจ	
	2537	2543-44
จำนวนฟันในช่องปาก(ซี่/คน)	18.1	19.6
ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด	15.8	14.4
%DT/DMFT	11.4	14.5
%MT/DMFT	88.0	84.9
%FT/DMFT	0.6	0.6

2. โรคปริทันต์ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2543-2544)

เป็นสภาวะที่มีผลกระทบต่อการทำงานของฟันในช่องปาก การเกิดโรคปริทันต์ซึ่งวัดโดยการเกิดร่องลึกปริทันต์ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 61.6 มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 25.7 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคปริทันต์ที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มิลลิเมตร โดยมีค่าเฉลี่ย 0.44 ส่วน/คน การรักษาที่ประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับจะเป็นการรักษาโรคปริทันต์ในระดับที่ยุงยากซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญของทันตแพทย์เป็นการเฉพาะในการดูแลรักษา การกระจายของโรคค่อนข้างสม่ำเสมอในทุกภาค พบว่าภาคใต้มีความชุกของสภาวะปริทันต์รุนแรงสูงกว่าภาคอื่นๆ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคปริทันต์ ก็พบว่าเกือบทั้งหมดมีปัญหาเหงือกอักเสบ พบผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ปรกติเพียงร้อยละ 1.2 สถานการณ์เช่นนี้สะท้อนให้เห็นถึงการขาดการดูแลสุขภาพช่องปากสม่ำเสมอ ซึ่งมีสาเหตุที่เกิดจากการขาดความเอาใจใส่ การขาดสมรรถนะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองซึ่งเกิดจากการเสื่อมถอยทางกายภาพ หรือสภาวะด้านจิตใจซึ่งมักเกิดในกลุ่มวัยนี้

3. ปัญหาโรคฟันผุ (ตัวฟันและรากฟัน)

ฟันผุบริเวณตัวฟันเป็นปัญหาเรื้อรังตลอดช่วงชีวิต ผู้สูงอายุไทยเกือบทุกคนเคยมีประสบการณ์โรคฟันผุ หรือมีการสูญเสียฟัน (ร้อยละ 95.6 และร้อยละ 92.7) ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.37 ซี่/คน ในจำนวนนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.3 มีฟันผุในช่องปากโดยที่ยังไม่ได้รับการรักษาซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยวอาหาร โดยที่ฟันเหล่านั้นเป็นฟันที่อยู่ในสภาวะผุลุกลามและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการถอนฟันมากที่สุด (ร้อยละ 56) ปัญหาการเป็นโรคฟันผุของกลุ่มผู้สูงอายุจะพบในภาคกลางมากกว่าภาคอื่นๆ

นอกจากนี้ การเกิดเหงือกกรันเป็นสภาวะที่พบได้มากในผู้สูงอายุ และทำให้มีรากฟันโผล่ในช่องปาก ซึ่งสภาวะดังกล่าวเป็นผลมาจากการแปรงฟันผิดวิธี หรือการมีสภาวะปริทันต์อักเสบเรื้อรัง บริเวณที่มีรากฟันโผล่ ผู้สูงอายุมักจะสามารถทำความสะอาดได้ไม่ดี จึงเกิดการผุบริเวณรากฟัน นอกจากนี้ ยังพบว่าการใช้ฟันเทียมบางส่วน สภาวะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุ จะทำให้เสี่ยงต่อรากฟันผุมากขึ้น พบผู้มีฟันผุที่รากฟันร้อยละ 19.9 อัตราการเกิดฟันผุที่รากฟันจะพบสูงในภาคเหนือ(ร้อยละ 28.5) และในเขตเมือง (ร้อยละ 26.0) ความชุกของรากฟันผุ จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนฟันที่เหลือในปาก ตำแหน่งที่พบบ่อยสุดคือ ฟันหน้าบนและฟันเขี้ยวบน รองลงมาเป็นฟันกรามล่าง ฟันกรามน้อยบน-ล่าง

ด้านที่เกิดสูงสุดคือ interproximal รองลงมาเป็นด้าน Lingual ในฟันบน และ Buccal ในฟันล่าง การมีรากฟันผุหากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้มีโอกาสเกิดฟันหักขึ้นได้ และคงเหลือเป็นรากฟันซึ่งสูญเสียการใช้งานได้ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2543-2544)

4. มะเร็งในช่องปาก (ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, 2548)

เป็นประเด็นที่สำคัญอีกโรคหนึ่งเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงเมื่อเทียบกับสภาวะความผิดปกติอื่นๆในช่องปาก ในปี 2540 พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกกว่า 6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของสาเหตุการตายทั้งหมด พบว่ากว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา มะเร็งในช่องปากจัดเป็น 10 อันดับแรกของการตายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมีผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากและลำคอร้อยละ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งในช่องปากและลำคอของไทย ในปี 2536 2539 และ 2542 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในช่องปากและลำคอ คิดเป็นอัตราประมาณการรายปี (Age Standardized Rate) โดยในเพศชาย 5.4, 4.4, และ 4.6 ต่อประชากร 100,000 คน และในเพศหญิง 4.0, 4.3, และ 6.8 ต่อแสนคน ตามลำดับ อัตราการเกิดโรคจะเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ

อัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี จะลดลงตามอายุเช่นกัน จากการศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น (พ.ศ. 2528-2535) และเชียงใหม่ (พ.ศ. 2526-2535) พบอัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 5 ปี จำแนกตามตำแหน่งที่เป็นโรค ดังนี้ มะเร็งริมฝีปากร้อยละ 60.6-81.9 มะเร็งที่ลิ้น ร้อยละ 25.5-34.7 มะเร็งบริเวณช่องปาก ร้อยละ 21.3-36.6 oropharynx ร้อยละ 20.3- 21.1 nasopharynx 25.3-26.6 hypopharynx 19.1 (จังหวัดเชียงใหม่)

ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตและสุขภาพเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากขึ้นในปัจจุบัน (พัชรพรรณ ศรีศิลป์นันท์, 2544) การกำหนดนโยบายตั้งแต่ระดับของประเทศโดยภาพรวมและนโยบายเฉพาะด้านสาธารณสุขจะมุ่งเน้นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตมากขึ้น โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงตนอย่างมีคุณภาพตลอดอายุขัยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ ในส่วนของสุขภาพช่องปากจึงหมายถึงภาวะช่องปากที่มีความสบาย สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้คนเราสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตมีมิติในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลกระทบด้านการทำงานของอวัยวะในร่างกาย (function) เช่น การเคี้ยวลำบาก ผลกระทบด้านความไม่สบาย ผลกระทบต่อสุขภาวะ (Comfort and well-being) ผลกระทบด้านการเข้าสังคม (Social Interaction) และ ผลกระทบต่อภาพลักษณ์ (self - image) เช่น ทำให้เกิดปัญหาในการสื่อสาร ความพึงพอใจในความสวยงาม

1. ผลกระทบด้านการทำงานของอวัยวะในร่างกาย (function) ฟันเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกาย การสูญเสียฟันธรรมชาติทำให้เกิดปัญหาในการเคี้ยวอาหาร และการเลือกชนิดของอาหาร จำนวนฟันที่เหลืออยู่ ถ้ามีเหลืออยู่น้อย จะกัดอาหารที่เป็นเส้นใยไม่ได้ เคี้ยวอาหารเหนียว ๆ ไม่ได้ กินอาหารแข็งไม่ได้เหมือนปกติ จึงต้องกินอาหารที่เคี้ยวได้ง่าย เช่น ข้าว แป้ง ทำให้มีโอกาสขาดสารอาหารบางประเภท ส่งผลต่อภาวะโภชนาการได้

2. ผลกระทบด้านความไม่สบาย ผลกระทบต่อสุขภาวะ (Comfort and well-being)

- การเจ็บปวดที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากมีผลต่อสุขภาพกาย อาการปวดจากฟันที่ผุ ฟันที่โยก บวมมีหนอง กลุ่มอาการผิดปกติของบริเวณข้อต่อขากรรไกรซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบมากรองลงมาจากอาการปวดฟัน มีผลต่อระบบการบดเคี้ยวโดยเกิดอาการปวดเมื่อยเคี้ยวอาหาร ส่งผลต่อการเลือกชนิดของอาหาร โดยคนที่มีการปวดข้อต่อขากรรไกรมักจะเลี่ยงการกินอาหารที่แข็งเหนียว ต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีทำอาหาร เช่น ต้มนานขึ้นเพื่อให้เปื่อย ซึ่ง

หมายถึงการสูญเสียคุณค่าทางอาหารเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อการพักผ่อน การนอนหลับ และมีผลต่อการทำงาน หรือทำกิจกรรมต่างๆตามปกติ ซึ่งต่างก็มีผลต่อสุขภาพจิต นอกจากนี้ผลกระทบจากสุขภาพจิต เช่น ความเครียดยังสามารถส่งผลกระทบไปที่ฟันได้ เช่น เกิดการกัดฟันในขณะตื่นนอนหลับ

- การสูญเสียฟันธรรมชาติและการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติก็ก่อให้เกิดปัญหาเช่นกัน การใส่ฟันเทียมที่มีส่วนที่คลุมเพดานปาก จะมีผลต่อการรับกลิ่นรสของอาหาร การพูดไม่ชัด การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก มีความเจ็บปวด และมีแผลเนื่องจากฟันเทียม นอกจากนี้ หากดูแลรักษาความสะอาดไม่ดี ฟันเทียมนั้นยังจะเป็นที่เกาะของคราบจุลินทรีย์อีกด้วย

3. ผลกระทบด้านการเข้าสังคม (Social Interaction) และผลกระทบต่อภาพลักษณ์ (self - image)

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและมีสุขภาพแข็งแรง สิ่งที่เป็นความสุขอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมในเรื่องของคุณค่าและคุณภาพชีวิต คือ การได้ออกนอกบ้าน ออกไปพบปะสมาคมกับเพื่อนๆ หรือทำตัวให้เกิดประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ การเข้าสังคมมีการสื่อสารด้วยวาจาและภาษากาย สุขภาพช่องปากมีส่วนเกี่ยวข้องในการสื่อสาร ในการพูด เกิดความมั่นใจในการเข้าสังคม ในอนาคตผู้สูงอายุไทยมีการเข้าสมาคม เข้าสังคมมากขึ้น ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อความหมายสุขภาพช่องปากในด้านความสวยงามมากขึ้น

ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

สุขภาพและสภาวะของช่องปากผู้สูงอายุส่งผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการ ต่อความอยากรับประทานอาหารและความสามารถในการบดเคี้ยว และในทางกลับกัน ก็พบว่าภาวะโภชนาการส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม และสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

1. สภาวะสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ การสูญเสียฟัน พบว่า การสูญเสียฟัน

จำนวนตั้งแต่ 4 ซี่ หรือมากกว่า มีผลต่อดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ของร่างกาย หากสูญเสียฟันมากกว่า 5 ซี่ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการกินอาหาร ในคนที่มีฟันธรรมชาติ จำนวนคู่สบของฟันที่เหลือไม่ว่าฟันคู่สบเป็นฟันธรรมชาติหรือฟันเทียม หากมีจำนวนคู่สบต่ำกว่า 4-6 คู่ จำนวนฟันที่เหลือแต่รากที่คงค้างอยู่ในช่องปาก 4 ซี่ขึ้นไป หรือการที่ผู้สูงอายุมีฟันที่ยกในช่องปาก มีผลต่อภาวะโภชนาการ คนที่ใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพไม่ดี เช่น ฟันเทียมหลวม แตก บิ่น มีผลต่อภาวะโภชนาการ และวิธีการปรุงอาหาร เช่น อาหารพวกเนื้อสัตว์ต้องสับให้ละเอียด ปอกเปลือกผลไม้ที่มีเปลือกแข็งหรือเหนียว หรือสับผลไม้เป็นชิ้นเล็กๆ พอกำ พวกผักต้องต้มให้เปื่อย การเคี้ยวอาหารที่บดพร่องส่งผลต่อการเลือกชนิดของอาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน เกิดอาการทางระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้การรักษาโรคหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในยามเจ็บป่วยเป็นไปได้ช้า (พัชรวรรณ ศรีศิลปนนท์ 2544 และ P.Srisilpanan et al, 2002)

2. โภชนาการและสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางภาวะโภชนาการได้ต่าง ๆ กัน ออกไปตั้งแต่ภาวะขาดสารอาหารจนถึงโภชนาการเกิน ซึ่งส่งผลให้มีโรคต่าง ๆ ตามมาได้แก่ โรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือดแข็ง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ พบว่า ภาวะทุโภชนาการแม้จะไม่ใช่ว่าเป็นตัวการทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบเรื้อรัง แต่มีผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อโรค และการลุกลามของโรค เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้เป็นโรคปริทันต์ที่ระดับความรุนแรงต่างๆ และมักจะจบลงด้วยการสูญเสียฟันไปในที่สุด สำหรับโรคฟันผุ ในประเทศอเมริกาพบว่าผู้สูงอายุมีการบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุของตัวฟันและรากฟัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบและการตกค้างในช่องปาก มีรายงานว่าเกิดการเกิดรากฟันผุจะเกิดเมื่อ critical pH =6.0 และมีการศึกษาในผู้สูงอายุพบว่าผู้ที่เกิดรากฟันผุจะบริโภคน้ำตาลในรูปของเหลวปริมาณเป็นสองเท่าของผู้ที่ไม่มีรากฟันผุ บริโภคน้ำตาลในรูปของแข็งมากกว่า 25%ของผู้ที่

ไม่มีโรคฟันผุ ดังนั้นการให้คำแนะนำในเรื่องโภชนาการกับโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์ในผู้สูงอายุจึงสามารถผสมผสานไปกับการให้คำแนะนำทางโภชนาการทั่วไป (คมขำ พัฒนารมณและสุนนา จิตติเดชารักษ์, 2548)

จากการที่ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากภาวะโภชนาการ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การให้โภชนาการศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องฟันอาจจะสอนวิธีการทำอาหารชนิดเหลว ที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วนให้รับประทานเป็นประจำทุกวัน นอกจากนี้แล้วการเสริมวิตามินและเกลือแร่ในผู้สูงอายุ จะสามารถเพิ่มการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันได้ และทำให้การติดเชื้อลดลง ซึ่งจะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอย่างมาก

ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากต่อโรคทางระบบในผู้สูงอายุ (พัชรวรรณ ศรีศิลป์นันท์, 2548)

1. โรคเบาหวาน

ความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์และทันตแพทย์มาเป็นเวลานาน สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้ภาวะเหงือกอักเสบเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่นมีภาวะปากแห้ง มีการตอบสนองต่อเชื้อโรคต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย การหายของแผลช้า จึงเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการอักเสบของเหงือกและมีโอกาสสูญเสียเนื้อเยื่อรอบฟัน และกระดูกเบ้ารากฟันได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดีได้ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดี ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุสูงกว่าคนปกติ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานมักชอบรับประทานอาหารบ่อย กินจุบจิบ โอกาสที่ฟันจะสัมผัสกับกรดที่ผลิตจากแบคทีเรียในช่องปากจึงมีมากขึ้น หากผู้ป่วยเบาหวานมีการรักษานามัยช่องปากไม่ดี โอกาสเกิดฟันผุก็จะสูงกว่าคนทั่วไป

ในทางกลับกัน สภาวะในช่องปาก เช่นการเป็นโรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน ส่งผลต่อโรคเบาหวานยังมีรายงานไม่มากนัก แต่ก็เพิ่มความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะผลที่มีต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคปริทันต์ระดับรุนแรงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ซึ่งการรักษาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะภาวะการอักเสบของเหงือกและอวัยวะรอบเบ้ารากฟันสามารถช่วยให้การควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้น

2. โรคระบบทางเดินหายใจ

โรคปอดอักเสบ (*Pneumonia*) เป็นสาเหตุการตายที่พบมากในผู้สูงอายุ แบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรค

เหงือกอักเสบ โรคฟันผุและแบคทีเรียในแผ่นคราบฟัน ก่อให้เกิดการอักเสบของปอดได้ และมีรายงานว่าระดับความรุนแรงของสภาวะเหงือกอักเสบ จำนวนฟันที่ผุในช่องปากมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ

3. โรคหัวใจและหลอดเลือด

สภาวะเหงือกอักเสบและโรคหัวใจและหลอดเลือดมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันหลายประการ การมีสภาวะเหงือกอักเสบระดับรุนแรงร่วมกับการสูบบุหรี่ และระดับโคเลสเตอรอลที่สูง ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น การสูญเสียฟันส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทาน ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันมีการบริโภคผักผลไม้ อาหารที่มีเส้นใยสูง ลดลง เพิ่มการบริโภคอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูงทำให้อยู่ในภาวะอ้วนได้มากขึ้นและทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แม้จะมีการศึกษาเพิ่มขึ้นจำนวนมากถึงความสัมพันธ์ของโรคปริทันต์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังต้องการหลักฐานงานวิจัยเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุควรควบคุมดูแลอนามัยช่องปากเพื่อลดการอักเสบของเนื้อเยื่อปริทันต์

4. โรคข้อรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis)

นักวิจัยพบว่าเมื่อมีอาการอักเสบของโรคเหงือกหรือโรคปริทันต์และโรคข้อรูมาตอยด์ จะทำให้มีการ

สูญเสียของเนื้อเยื่ออ่อนและแข็ง (soft and hard tissue) ของร่างกายที่คล้ายกัน ผู้ป่วยโรคข้อรูมาตอยด์มีภาวะเหงือกอักเสบได้มากกว่าคนปกติ การลดภาวะการอักเสบของเหงือกจำเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยเหล่านี้

มาตรการป้องกันโรคฟันผุ

ฟันผุที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุจะเป็นรากฟันผุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดรากฟันผุ ได้แก่ poor Oral Hygiene การมีเหงือกถดถอย (gingival recession) , การสูญเสียการยึดเกาะเนื้อเยื่อปริทันต์ (loss of periodontal attachment) และการมีร่องลึกปริทันต์ (pocket depth), การใส่ฟันเทียมบางส่วน, สภาวะน้ำลายแห้งและการใช้ยาที่มีผล, พฤติกรรมการบริโภคอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล และศักยภาพในการทำทำความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุ มาตรการป้องกันควรเป็นไปตามความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งยังไม่มีการพัฒนาในเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดรากฟันผุให้ชัดเจน ดังนั้น มาตรการที่ใช้กันโดยทั่วไป (ดวงพร เกิดผลและคณะ, 2546) จึงประกอบด้วย

1. การกำจัด plaque โดยการแปรงฟันและการใช้อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ยากในผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำงานของมือ โดยเฉพาะในรายของ rheumatoid arthritis และ stroke การกำจัด plaque จากด้านประชิด มีความสำคัญในการป้องกันฟันผุรากฟัน ผอ ๆ กับการป้องกันโรคปริทันต์ จึงต้องมีการประยุกต์ใช้อุปกรณ์การทำทำความสะอาด ให้ผู้สูงอายุสามารถจับได้ถนัดมือ ร่วมกับการกำจัดปัจจัยที่เอื้อต่อการตกค้างของ plaque ในช่องปาก เช่น การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อทำหน้าที่ในการเคี้ยว และกลืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ, การออกแบบ removable partial denture ที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ควรใช้ chemical plaque control และ professional plaque control ร่วมด้วย

2. Topical Fluoride therapy เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการป้องกัน root caries ที่มีการแนะนำให้ใช้เป็นอันดับแรก ๆ โดย

- การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ วันละ 2 ครั้ง จะสามารถหยุดยั้งการผุกรากฟันได้
- การทาฟลูออไรด์วานิช (หรือฟลูออไรด์เจล) จะช่วยลดการเกิดฟันผุนด้านหลุมร่องฟัน และด้านเรียบของตัวฟันรวมทั้งสามารถยับยั้งการดำเนินของ secondary caries
- การใช้ฟลูออไรด์อมบ้วนปาก ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำใช้ 0.2% NaF ทุกวัน ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ แนะนำให้ใช้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ วัสดุที่เลือกใช้ในการบูรณะฟันในผู้สูงอายุ ควรเป็นพวก Glass ionomer ซึ่งสามารถปลดปล่อยฟลูออไรด์ได้

3. การให้คำแนะนำในการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งอาหารที่แนะนำต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการควบคู่ไปด้วย เช่นหลีกเลี่ยงการรับประทานน้ำตาลที่มากเกินไป เปลี่ยนของหวานเป็นผลไม้ กินของหวานในมื้ออาหาร ลดจำนวนครั้งในการกินอาหารระหว่างมื้อ ฯลฯ แต่อย่างไรก็ตาม การให้คำแนะนำในการบริโภคอาหารเป็นการปรับพฤติกรรมที่ทำได้ยาก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ยังต้องมีการพัฒนารูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมต่อไป

4. การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ

มาตรการควบคุมป้องกันโรคปริทันต์

โดยทั่วไปโรคปริทันต์เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ และนำไปสู่การสูญเสียฟันเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ซึ่งถ้าได้รับความรู้ มีการรักษาแบบป้องกัน มีความสามารถดูแลตนเองตามความรู้ที่ได้รับ จะป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียฟันได้ แต่เมื่ออายุมากขึ้นก็จะมีปัญหาเรื่อง เหงือกอักเสบ ฟันยาว รากฟันผุ สำหรับผู้สูงอายุการเข้ารับการรักษาโรคปริทันต์หรือให้ได้รับบริการให้เท่าเทียมกัน เป็นไปได้ยาก เพราะผู้สูงอายุอาจเดินทางมารับการรักษาโดยลำพังไม่ได้ และไม่มีใครพามา การป้องกันโรคเป็นวิธีที่ดีที่สุด และการป้องกันไม่ให้เกิดโรคในกลุ่มผู้สูงอายุต้องเริ่มดำเนินการตั้งแต่อ่อนที่บุคคลนั้นจะเข้าสู่วัยสูงอายุ (จุฬาลักษณ์ เกษตรสุวรรณ , 2548)

พฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อโรคปริทันต์ในกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น ๆ เช่น การกินหมาก การใช้ยาสูบ การสูบบุหรี่ การไม่จัดฟันชนิดวีซี ซึ่งการแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าวสำหรับผู้สูงอายุทำได้ยาก ต้องใช้เวลาและอาจเห็นผลในคนอีกรุ่นหนึ่ง มาตรการที่ใช้จึงเป็นการควบคุมป้องกันโรคปริทันต์ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะ

1. การดูแลเมื่อเกิดโรคเพื่อไม่ให้รุนแรงจนต้องสูญเสียฟัน

- ถ้าเป็นสภาวะเหงือกอักเสบ การรักษาจะเป็นการขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน ขัดฟัน สอนวิธีดูแลสุขภาพช่องปาก

- ในกรณีเป็นโรคปริทันต์อักเสบ การรักษาในขั้นต้นคือ การขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน ขัดฟัน สอนวิธีดูแลสุขภาพช่องปาก แต่ในกรณีที่ต้องรักษาถึงขั้นทำศัลยกรรมปริทันต์ หรือมีฟันที่ก้ำกึ่งว่าจะเก็บไว้ได้หรือควรถอนออก ต้องพิจารณาถึงปัจจัยรอบด้านอื่นๆเสริมด้วย เช่น การมีโรคทางระบบ สภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ความร่วมมือของผู้สูงอายุและบุคคลที่เกี่ยวข้อง สถานะทางเศรษฐกิจ และความคิดเห็นจากบุคคลรอบข้างของผู้ป่วย

2. การดูแลต่อเนื่องเพื่อการป้องกันโรคปริทันต์

การควบคุมคราบจุลินทรีย์เป็นขบวนการป้องกันโรคขั้นแรก เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปากของประชากรทุกกลุ่มอายุ การควบคุมคราบจุลินทรีย์เพื่อควบคุมโรคปริทันต์ ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีวิธีการที่ทำได้จริง มีรูปแบบเฉพาะคน เนื่องจากผู้สูงอายุการรับรู้อาจช้าลง ข้อมูลที่ให้กับผู้สูงอายุต้องปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล อาจต้องเลือกเครื่องช่วยทำความสะอาดช่องปากที่เหมาะสมใช้ง่าย จำนวนน้อยชิ้น หาซื้อได้ทั่วไป เช่นในบุคคลที่ใช้มือจับไม่ถนัดควรแนะนำแปรงไฟฟ้า อาจมีการปรับปรุงด้ามแปรงให้เข้ากับสภาพมือ ด้ามใหญ่ขึ้น มีที่ช่วยประคองให้ด้ามแปรงอยู่ในฝ่ามือ บางกรณีอาจแนะนำสารเคมีที่ช่วยกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากเช่น คลอเฮกซีดีน (chlorhexidine)

บทสรุปสถานการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต่อภาวะโภชนาการ ต่อโรคทางระบบ รวมทั้งมาตรการป้องกันโรคฟันผุ มาตรการควบคุมป้องกันโรคปริทันต์ มีประเด็นที่สำคัญดังนี้

1) ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบเป็นปัญหาหลัก ได้แก่ การสูญเสียฟัน สภาวะโรคปริทันต์ การมีฟันผุที่รากฟัน และสภาวะมะเร็งในช่องปาก ที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟันอย่างต่อเนื่องจนเป็นการสูญเสียฟันทั้งปากในวัยผู้สูงอายุ ดังนั้น การจัดระบบเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อลดปัญหาการสูญเสียฟันและลดโรคในช่องปาก ไม่ว่าจะเป็นการป้องกัน รักษา หรือฟื้นฟูสภาพ จึงยังคงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ

2) สุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมีผลต่อการรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงผลกระทบต่างๆ ที่มีต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต เพื่อตอบสนองต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุสากล ที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุดำรงตนอย่างมีคุณภาพทั้งกายและใจ

3) โรคในช่องปากกับโรคทางระบบบางอย่าง มีปัจจัยที่เป็นสาเหตุร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นด้านตัวเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุโดยตรง หรือด้านวิถีการดำเนินชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดโรคเรื้อรัง เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด ภาวะโภชนาการ ดังนั้น การลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคทางระบบ จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากด้วย ทางเลือกหนึ่งในการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงสามารถจัดโปรแกรมดำเนินการร่วมไปกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ได้

4) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาโภชนาการสูง และถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาในช่องปากก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการเช่นกัน ทันตแพทย์และทีม รวมทั้งโภชนาการหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ก็สามารถช่วยเหลือในการกำจัดหรือแก้ไขปัญหาในช่องปากของผู้สูงอายุที่จะไปขัดขวางต่อการรับประทานอาหารหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการเบื้องต้นได้

5) การควบคุมคราบจุลินทรีย์เป็นมาตรการป้องกันโรคในช่องปากที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาพช่องปากของประชากรทุกกลุ่มอายุ แต่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีวิธีการที่ทำได้จริง มีรูปแบบเฉพาะคน แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการดูแล เช่นกลุ่มที่ต้องการความรู้เพื่อการป้องกัน สามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มที่ต้องการผู้ช่วยดูแล กลุ่มที่ต้องการการรักษา และกรณีกับผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเดินทางมารับการบริการจากทันตแพทย์ และรับบริการสาธารณสุขอื่นๆ ควรมีการจัดทีมบุคลากรทางสาธารณสุขและเครื่องมือผสมผสานไปกับการออกเยี่ยมบ้าน หรือจัดอบรมบุคคลรอบข้างผู้สูงอายุ เช่น ญาติ ผู้ดูแล ในการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่าการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุทำได้ยาก ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้ ควรจะต้องจัดมาตรการส่งเสริมสุขภาพเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเมื่อเป็นผู้สูงอายุแล้วส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการป้องกัน การรักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปาก เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การจัดบริการต่าง ๆ มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอจะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้อื่น สำหรับผู้สูงอายุเองสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ระดับหนึ่ง ได้รับการป้องกันตามที่สมควร เมื่อช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ก็มีผู้ดูแล เมื่อพบโรคในช่องปากก็ได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยกำหนดภารกิจเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การแก้ปัญหาการสูญเสียฟันที่มีผลต่อการเคี้ยวอาหาร การลดการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้สูงอายุ และการเตรียมผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอีก 10 ปีข้างหน้าให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากดี โดยมีแนวคิดในการจัดบริการ ดังนี้

- แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามสภาพร่างกายเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลุ่มที่พอจะช่วยเหลือตัวเองได้ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง สุขภาพช่องปากดี สามารถช่วยเหลือสังคมได้

- เชื่อมโยงการจัดบริการเข้ากับระบบหรือโครงสร้างที่มีอยู่ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยใช้ common risk approach และสร้างหลักประกันดังกล่าวแก่ผู้สูงอายุ

ตัวอย่างโครงการ/กิจกรรมที่เสนอเพื่อการพัฒนา

กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งจะพบได้ที่บ้าน ที่โรงพยาบาล(CUP) ที่ PCU หรือ day care ซึ่งกลุ่มนี้ต้องการผู้ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

- พัฒนาหลักสูตร แนวทาง และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ที่บ้าน สำหรับการเยี่ยมบ้านโดยทีมเยี่ยมบ้านของ PCU หรือโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีหลักสูตรอบรมโดยทั่วไป หรือโดยอาสาสมัครผู้สูงอายุ(อสผ.)

- พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ในสถานบริการสาธารณสุข เช่น CUP, PCU, Day care โดยพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ดูแล

- จัดระบบบริการป้องกันและรักษาโรคในช่องปากตามความจำเป็น

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่พอจะช่วยเหลือตัวเองได้ จะพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะอยู่กับครอบครัว หรือในสถานสงเคราะห์ จะดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ระดับหนึ่ง

- พัฒนาหลักสูตร แนวทางและทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของผู้สูงอายุ โดยผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมเยี่ยมบ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือสถานสงเคราะห์ อาสาสมัครผู้สูงอายุ(อสผ.) ครอบครัวผู้สูงอายุ รวมทั้งตัวผู้สูงอายุเอง

- จัดระบบบริการป้องกัน รักษาโรคในช่องปาก และฟื้นฟูสภาพ เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสูง สามารถช่วยเหลือสังคมได้ด้วย กลุ่มนี้มักเป็นผู้ที่มีความรู้ เป็นข้าราชการบำนาญหรือทันตบุคลากรที่เกษียณอายุราชการ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง เป็นคลังสมอง มีเวลาและมักจะเป็นผู้นำเครือข่ายหรือชมรมผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ โดยมุ่งหวังให้เป็นตัวอย่างที่ดี และสามารถดูแลผู้อื่นได้ กลุ่มนี้จึงให้ความสำคัญรวมไปถึงผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุในอีก 10 ปีข้างหน้า ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป

- จัดระบบการเผยแพร่ความรู้ ให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ผ่านสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตลอดจนนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ และพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อการถ่ายทอดต่อ เช่น ผลสมรสานการให้ความรู้ที่ทันสมัยในวิทยาลัยตาอายุ หรือในโครงการต้มเตี้ยมดูแลเตอะเตะ หรือการให้ข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุ

- สนับสนุนให้พร้อมจะเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง

- การรณรงค์โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น รณรงค์ให้เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี รณรงค์ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่นการเลิกเหล้า เลิกบุหรี่ รณรงค์ให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาโรคในช่องปากเพื่อลดการสูญเสียฟัน รณรงค์ให้เข้าถึงและได้รับบริการ พร้อมกับมีสื่อที่เหมาะสม เป็นต้น

- การจัดระบบให้เข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงได้หลาย ๆ รูปแบบ เช่น

1) ในคลินิกทันตกรรม มีการตรวจและดูแลอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นที่อายุ 50-60 ปี มีสมุดบันทึกประจำตัว ร่วมกับการตรวจโรคทางระบบและภาวะโภชนาการ จัดบริการทันตกรรมป้องกัน เช่น การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้คำแนะนำ การใช้มาตรการป้องกันต่าง ๆ (preventive regimens)

2) คลินิกวัยทองหรือคลินิกผู้สูงอายุ มีสมุดบันทึกประจำตัวเพิ่มการตรวจสุขภาพช่องปากร่วมกับการตรวจโรคทางระบบและภาวะโภชนาการ จัดบริการทันตกรรมป้องกัน

3) กลุ่มประกันสังคม จัดให้มี basic package สำหรับการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากที่นอกเหนือจากการใช้สิทธิรับบริการ 400.- บาท/ปี หรือจัดเป็น Vertical program

ทั้งนี้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ต้องได้รับการพัฒนาในเรื่องต่าง ๆ อาทิเช่น ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ทั้งเชิงระบบสุขภาพและการดูแลทันตสุขภาพ มีความรู้เรื่องเทคโนโลยีในการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแล การให้คำแนะนำ และการส่งต่อผู้สูงอายุเพื่อการแก้ไขปัญหา โดยมีนโยบายจากภาครัฐ ตลอดจนองค์กรท้องถิ่นที่ให้ความสำคัญในการช่วยเหลือแก่กลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ซึ่งจะเพิ่มขึ้นอีกมากในอนาคต

สำหรับการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า ขณะนี้ยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน ยังคงต้องการการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) การศึกษาวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์อีกมาก โดยรวมไปถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพและสุขภาพช่องปากในช่วง 10 ปีข้างหน้า ตลอดจน การพัฒนาเทคโนโลยีและรูปแบบที่สอดคล้องกับโครงสร้างและระบบ และเป็นรูปแบบที่มีความเชื่อมโยงกัน ตามกลุ่มผู้สูงอายุที่จำแนกตามความสามารถในการดูแลตนเอง

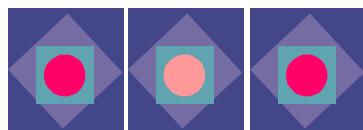
2) นโยบายและการสร้างกระแสที่เชื่อมโยงความสำคัญของสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิต รวมทั้งนโยบายการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันที่ทุกคนควรได้รับอย่างต่อเนื่องทุกช่วงวัย เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี

3) การเข้าถึงระบบบริการและระบบสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับปัญหา ความจำเป็น และความต้องการ เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อเตรียมวัยทำงานให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากดี

4) การวางแผนการผลิตและ/หรือพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสม เพื่อให้มีความรู้ เทคโนโลยีและในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การจัดการบริการตามความจำเป็น การแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่ต้องร่วมกับการดูแลโรคทางระบบ รวมทั้งพัฒนาบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพทันตกรรม ให้มีความเข้าใจ เห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกับคุณภาพชีวิต เพื่อสร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน

5) การมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนทั้งในเรื่องข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง และการจัดกิจกรรมให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุ

6) การผลิตและพัฒนาสื่อที่เหมาะสม กับการสื่อสารและการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีพื้นฐาน และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน



ทันตแพทยสภา

กลยุทธ์และมาตรการการจัดบริการ ส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในทศวรรษหน้า

เพื่อให้เกิดการพัฒนานโยบายกลยุทธ์ และมาตรการการสร้างเสริมทันตสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ในภาคีเครือข่ายทุกภาค ส่วนอนุกรรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของทันตแพทยสภา ร่วมกับกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เครือข่ายคณะทันตแพทยศาสตร์สร้างเสริมสุขภาพ เครือข่ายทันตแพทย์เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ได้ดำเนินการทบทวนสถานการณ์ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากประเทศไทยในทศวรรษหน้า โดยจัดประชุมเพื่อประสานภาคีเครือข่ายร่วมสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ และผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นดังนี้ คือ การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มอายุต่างๆ โดยจัดประชุมครั้งที่ 1 ณ ห้องประชุมโรงแรมริชมอนด์ ระหว่าง วันที่ 4 - 5 กรกฎาคม 2548 และ ครั้งที่ 2 ที่ห้องประชุม KU Home มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร ระหว่าง วันที่ 15 - 16 สิงหาคม 2548 ได้ข้อสรุปสาระสำคัญดังนี้

1. มีความจำเป็นต้องพัฒนานโยบายการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัย โดยแบ่งนโยบายและกลยุทธ์ออกเป็น 4 กลุ่มอายุหลัก คือ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และผู้สูงอายุ
2. ควรประยุกต์หลักการ **Ottawa Charter** และ **Bangkok Charter** เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบาย กลยุทธ์ และ มาตรการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม
3. พัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. ข้อเสนอแนะนโยบาย และกลยุทธ์การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัย ประกอบด้วย

กลยุทธ์ที่ 1 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในเด็กปฐมวัยโดยมุ่งเน้น “การลดการบริโภคน้ำตาล และการทำความสะอาดช่องปาก “ ด้วยมาตรการ

มาตรการที่ 1 การสร้างบรรทัดฐานเพื่อสร้างค่านิยมของสังคม ในเรื่องคุณค่าของฟันน้ำนม ด้วยมาตรการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ

มาตรการที่ 2 การสร้างนโยบายสาธารณะด้วยการสร้างนโยบายลดการบริโภคหวาน และลดสารปรุงอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไป

มาตรการที่ 3 พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการปรับทัศนคติ และเพิ่มทักษะผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองสามารถแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างถูกต้อง และดูแลเด็กให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี

มาตรการที่ 4 สร้างหลักประกันในการรับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย 1) พัฒนาระบบลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพื้นฐานที่จำเป็น 2) การจัดบริการบูรณาการบริการสุขภาพช่องปากในงานอนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นระบบ 3) สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพื้นฐาน และ 4) พัฒนาระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในเด็กปฐมวัยที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบสารสนเทศ

กลยุทธ์ที่ 2 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียนโดยมุ่งเน้น “ การสร้างสุขนิสัยทางทันตสุขภาพที่ดีในเด็กวัยเรียน “ ด้วยมาตรการ

มาตรการที่ 1 การสร้างนโยบายสาธารณะในการควบคุมโฆษณาอาหารว่างและเครื่องดื่ม และการเข้าถึงอาหาร ในสถานศึกษาโดย การพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นและโรงเรียน และการจำกัดการจำหน่าย ลดการบริโภคอาหาร ขนม และเครื่องดื่มในโรงเรียน

มาตรการที่ 2 การสร้างบรรทัดฐานในสังคมเพื่อสร้างค่านิยมเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก และความสวยงาม ในเด็กวัยเรียน

มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีทักษะในการเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพครูให้สามารถจัดการกระบวนการเรียนรู้ในโรงเรียนอย่างเป็นระบบ

มาตรการที่ 4 พัฒนาระบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ

กลยุทธ์ที่ 3 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยแรงงาน

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแรงงาน โดยมุ่งเน้น “การคัดกรองมะเร็งช่องปาก และ การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ “ ด้วยมาตรการ

มาตรการที่ 1 การพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในหน่วยบริการทุกระดับทั้งภาครัฐ และเอกชน

มาตรการที่ 2 บรรลุกิจกรรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม สำหรับกลุ่มวัยแรงงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรให้มีความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และประสานทีมสุขภาพ ในการรณรงค์ และสนับสนุนการลดการสูบบุหรี่

มาตรการที่ 4 การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มแรงงาน

กลยุทธ์ที่ 4 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยสูงอายุ

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแรงงาน โดยมุ่งเน้น “การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต “ ด้วยมาตรการ

มาตรการที่ 1 การสร้างบรรทัดฐานในสังคมเพื่อสร้างค่านิยมการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

มาตรการที่ 2 การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

มาตรการที่ 3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เหมาะสม

มาตรการที่ 4 พัฒนาระบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ให้กลุ่มสูงอายุอย่างเป็นองค์รวม และผสมผสานเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพช่องปากกับบริการสุขภาพทั่วไป

มาตรการที่ 5 จัดระบบให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ทันสมัยอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอมาตรการส่งเสริม และป้องกันสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัย

เมื่อนำกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรรอดตาย เป็นกรอบความคิดในการพิจารณาจัดทำ มาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก ผู้เขียนได้ประมวล และสังเคราะห์ข้อสรุปดังรายละเอียดในตารางที่ 4

จากกลยุทธ์กิจกรรมหลักส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากทั้ง 4 กลุ่มวัย ส่วนใหญ่เป็นบริการที่ต้อง ดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องให้บริการสถานบริการในชุมชน และทำงานเชิงรุกด้วยการออกเยี่ยมบ้าน จะ เห็นว่า การส่งเสริม และป้องกันสุขภาพช่องปากมีการดำเนินการที่ทั่วถึง ต้องประสานความร่วมมือผู้เกี่ยวข้องจากทุกส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และองค์กรท้องถิ่น ในส่วนของระบบบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีศักยภาพ ในการ จัดบริการบูรณาการ และผสมผสานให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง

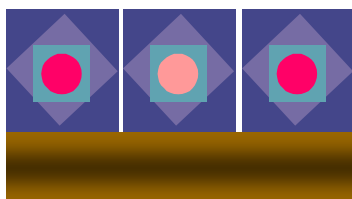
ตารางที่ 4 ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก

กิจกรรมหลักที่ สำคัญ	กลุ่มเด็กใน setting ต่างๆ		
	ในWBC (0-2 ปี)	ในศูนย์เด็กเล็ก (3-5 ปี)	ร.ร. ประถมศึกษา (6-15 ปี)
การสร้างนโยบาย สาธารณะ	- สื่อสารสาธารณะเรื่องคุณค่าของ ฟันน้ำนม - นโยบายลดการบริโภคหวาน	ควบคุมขนม และเครื่องดื่ม ด้วยการจำกัดการจำหน่าย และลดการบริโภคขนมและ เครื่องดื่มในศูนย์เด็กเล็ก	ควบคุมโฆษณาอาหารว่าง และเครื่องดื่ม การเข้าถึง อาหารในสถานศึกษาโดย พัฒนานโยบายระดับท้องถิ่น และโรงเรียนในเรื่องการจำกัด การจำหน่าย และลดการ บริโภคอาหาร ขนม และ เครื่องดื่มในโรงเรียน
การสร้างสรรค์ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพ	กระตุ้นพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก จัด สิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เอื้อต่อ การมีสุขภาพที่ดี เช่น มีนมจืดใน ตู้เย็น กระตุ้นให้เด็กกินแต่นมจืด เลือกซื้อขนมและเครื่องดื่มที่มี ประโยชน์กับเด็ก สนับสนุนเด็ก บริโภคผักและผลไม้ ฝึกวินัยการ บริโภค แปรงฟันพร้อมกันพ่อแม่ลูก ไม่ตุนขนมและเครื่องดื่มในตู้เย็น จำกัดขนมและเครื่องดื่มไม่เกิน 2 รายการต่อวัน ไม่บริโภคน้ำอัดลม หรือขนมและเครื่องดื่มที่เป็นปัจจัย เสี่ยงต่อสุขภาพให้เด็กเห็นเป็น ตัวอย่าง	- จัดสิ่งแวดล้อมให้ศูนย์เด็ก ปลอดภัยขนมและเครื่องดื่มที่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ - จัดเมนูอาหารกลางวันที่มี ผัก - จัดสถานที่แปรงฟันให้ถูก สุขลักษณะ	- จัดสิ่งแวดล้อมให้โรงเรียน ปลอดภัยขนมและเครื่องดื่มที่เป็น ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ - จัดเมนูอาหารกลางวันที่มีผัก - จัดสถานที่แปรงฟันให้ถูก สุขลักษณะ

กิจกรรมหลักที่สำคัญ	กลุ่มเด็กใน setting ต่างๆ		
	ในWBC (0-2 ปี)	ในศูนย์เด็กเล็ก (3-5 ปี)	ร.ร. ประถมศึกษา (6-15 ปี)
การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน	พัฒนาเครือข่ายพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กให้มีส่วนร่วมและมีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในเด็ก ร่วมกับการพัฒนาตนเองให้เป็นแบบอย่างการปฏิบัติตนเองให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี	พัฒนาการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น เครือข่ายพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ร้านค้า ครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็ก และผู้นำชุมชนให้มีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์เด็กเล็ก	
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	พัฒนาศักยภาพผู้เลี้ยงดูเด็กในเรื่องการมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม และการทำความสะอาดช่องปาก	พัฒนาศักยภาพศูนย์พี่เลี้ยงเด็กเรื่องอาหาร โภชนาการ การฝึกวินัยพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม และการทำความสะอาดช่องปาก	พัฒนากระบวนการเรียนรู้ของเด็กให้มีวิถีชีวิตที่เป็นเหตุเป็นผลที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย เพื่อฝึกให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง
การปรับระบบบริการสาธารณสุข	1. พัฒนาระบบส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย ในระบบ UC ด้วยการจัดการบริการแบบบูรณาการ 1) ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากการ 2) มีระบบเฝ้าระวังปัญหาฟันผุในเด็กเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 3) ฝึกทักษะการแปรงฟัน และ 4) การให้บริการเพื่อการป้องกันด้วย Fluoride vanish ให้กับเด็กปฐมวัย 2. สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพื้นฐาน	การจัดการบริการบูรณาการด้วยการ 1) มีระบบเฝ้าระวังปัญหาฟันผุในเด็กเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) ฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก และ 3) การให้บริการเพื่อการป้องกันด้วย Fluoride vanish ให้กับเด็กก่อนวัยเรียน	จัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ

ตารางที่ 5 ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ใหญ่

กิจกรรมหลักที่สำคัญ	กลุ่ม 16-59 ปี	กลุ่ม ≥ 60 ปี
การสร้างนโยบายสาธารณะ	การรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ และการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	การรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ และการคัดกรองมะเร็งช่องปาก
การสร้างสรีรศาสตร์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	-	-
การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน	-	-
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มแรงงาน	การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุ
การปรับระบบบริการสาธารณสุข	1. การพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในหน่วยบริการทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน และบรรจุกิจกรรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม สำหรับกลุ่มวัยแรงงาน 2. พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรให้มีความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบและประสานทีมสุขภาพในการรณรงค์และสนับสนุนการลดการสูบบุหรี่	จัดระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ผสมผสานเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพช่องปากกับบริการสุขภาพทั่วไป



บรรณานุกรม

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546".มีนาคม 2547.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, เรื่อนำรู้ สุขภาพช่องปากผู้สูงวัย,โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ พิมพ์ครั้งที่1, 2547.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. โครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524). กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2521.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529). (เอกสารโรเนียว).
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.งานทันตสาธารณสุข แผนงานส่งเสริมสุขภาพ ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2542.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2527.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจ ทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประเทศไทย 2532. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2545
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานเบื้องต้น การสำรวจเรื่องการจัดบริการทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, เอกสารอัดสำเนา, 2547
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. สรุปผลการสัมมนาเพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาฟันผุในเด็ก 0-5 ปี (PCU ดีเด่น) วันที่ 30-31 พฤษภาคม 2548 ณ โรงแรมนนทบุรีพาเลส. เอกสารอัดสำเนา

กลุ่มพัฒนาระบบทันตสาธารณสุข. การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพช่องปาก ที่สอดคล้องกับผังมโนทัศน์และ
สาระการเรียนรู้แกนกลาง กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา สำหรับช่วงชั้นที่ 1 และ 2.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2548.

กระทรวงสาธารณสุข. โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย. โครงการเสนอคณะรัฐมนตรี. ไม่ระบุปีที่พิมพ์.
(เอกสารโรเนียว).

เกสร อังคสิงห์ และสุภาวดี พรหมา. รายงานการประเมินผลแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข
ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) The Evaluation of Dental Health Plan under the 7th Health
Development Plan (1992-1996). กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2541. (เอกสารโรเนียว).

กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กองทันตสาธารณสุข. รายงานการประเมินผลงานทันตสาธารณสุข ตาม
แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ช่วงครึ่งเวลาแรกของแผน (พ.ศ. 2540-2542). นนทบุรี:
กองทันตสาธารณสุข, 2544. (เอกสารโรเนียว).

กาญจนา แก้วเทพ. เครื่องมือการทำงานแนววัฒนธรรมชุมชน สมาคาทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา 2538.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. คณมอคนความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ บทสำรวจแนวคิดทางมานุษยวิทยาการแพทย์
เอกสารประกอบการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยาเรื่อง “คณมอคน นานาชีวิตในกระแสความเปลี่ยนแปลง”
ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร วันที่ 27-29 มีนาคม 2545

คมขำ พัฒนภรณ์และ สุมนา จิตติเดชารักษ์. ภาวะโภชนาการกับสุขภาพช่องปาก . เอกสารทบทวน
วรรณกรรมประกอบการประชุมเรื่อง ประสิทธิภาพของมาตรการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากในผู้สูงอายุ,
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, มิถุนายน 2548.

คณะอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2545

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... ฉบับปรับปรุง :24 กันยายน 2545.

เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน รายงานการจัดกิจกรรมรณรงค์ “วันครอบครัวอ่อนหวาน” ในส่วนภูมิภาค สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เอกสารอัดสำเนา, 2547

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะดา ประเสริฐสม ศิริรักษ์ นครชัย ภัทราวดี ลีลาทวิวุฒิ สร้อยศิริ ทวีบุรณ์ บุญนิตย์ ทวีบุรณ์
รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้เรื่องฟันผุในฟันน้ำนม
สนับสนุนโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2547

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ จเร วิชาติไทย ธีรวัช กันตามระ พิศศักดิ์ องค์ศิริมงคล ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา ต้นทุนและรูปแบบการ
จัดบริการสุขภาพช่องปากในสถานอนามัย โหลทองมาสเตอร์พรินท์ จำกัด กทม. 2544

ฉลองชัย สกลสันต์. บริบทการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาทันตกรรมป้องกัน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

- จุฬาลักษณ์ เกษตรสุวรรณ. การดูแลผู้ป่วยโรคปริทันต์. เอกสารทบทวนวรรณกรรมประกอบการประชุม เรื่อง ประสิทธิภาพของมาตรการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากในผู้สูงอายุ, กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย , 2548.
- ดวงพร เกิดผลและคณะ. การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ (Geriatric Dentistry). เอกสารประกอบการประชุม Panel Discussion ในการประชุม 2 ทศวรรษ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นายพินิจ จารุสมบัติ รองนายกรัฐมนตรี .นโยบายรัฐบาล:เมืองไทยแข็งแรง . เอกสารอัดสำเนา
- ทรงชัย ลีตติโสกุล. ผลกระทบของปัญหาฟันผุต่อการพัฒนาการและคุณภาพชีวิตในเด็กปฐมวัย. ใน สุณี วงศ์คงคาเทพ รายงานการทบทวนองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อลดและควบคุมปัญหาโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย ภายใต้โครงการ Study of Comprehensive oral health promotion model to reduce early childhood caries, มกราคม 2548
- ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธุ์. ร่าง บทสรุปสาระสำคัญการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็ก 0-5 ปี หัวข้อ “การแปรงฟัน”. สนับสนุนโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เอกสารอัดสำเนา, 2548
- บุญเชื้อ ยงวานิชกร ผุสดี จันทร์บาง. รายงานการศึกษาการบริโภคขนมของเด็กประถมศึกษา จ.นนทบุรี. ว. ส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 เม.ย.-มิ.ย. 46 หน้า 65-74.
- บุบผา ไตรโรจน์ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ และสุรางค์ เศรษฐพจน์. การศึกษาสถานการณ์การบริโภคนมของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็กเล็ก พ.ศ. 2546. ว.ทันต.สธ 2546; 8(1-2): 31-37.
- บุบผา ไตรโรจน์. รายงานการทบทวนวรรณกรรมเรื่องพฤติกรรมบริโภคกับสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน. สนับสนุนโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เอกสารอัดสำเนา, 2548
- ปิยะ ศิริพันธุ์ รายงานการทบทวนวรรณกรรม บทสรุปข้อเสนอแนะด้านการสื่อสารเพื่อการแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในเด็กเล็ก สนับสนุนโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เอกสารอัดสำเนา, 2548
- ปิยะดา ประเสริฐสม วราภรณ์ จิระพงษา ขนิษฐ รัตน์ลิมา รายงานการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี บนฐานของความเชื่อ การรับรู้และพฤติกรรมของเด็กและผู้ดูแลเด็ก 2546 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารโรเนียว)
- ปิยะดา ประเสริฐสม และวราภรณ์ จิระพงษา. Position 2: สถานการณ์สุขภาพช่องปากและบริบทที่เกี่ยวข้อง ใน รายงานการวิเคราะห์ระบบสุขภาพช่องปากของประเทศไทย เอกสารประกอบการประชุม “การมองอนาคตระบบสุขภาพช่องปากของคนไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า” จัดขึ้นเมื่อวันที่ 17-18 พฤศจิกายน 2546 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์, นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (เอกสารโรเนียว).2546
- ปิยะนารถ จาติเกตุ. พฤติกรรมบริโภคกับสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน ใน บุบผา ไตรโรจน์ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะดา ประเสริฐสม ปิยะนารถ จาติเกตุ” เอกสารรายงานโครงการจัดทำข้อเสนอมาตรการแก้ไขปัญหาฟันผุในเด็กปฐมวัย หัวข้อย่อยการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง สนับสนุนโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เอกสารอัดสำเนา, 2548.
- พัชรวรรณ ศรีศิลป์นันท์. สุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. เอกสารการทบทวนวรรณกรรม ประกอบอบรมด้านผู้สูงอายุและความชรา วันที่ 21-22 มิถุนายน 2544.

พัชรวรรณ ศรีศิลปนันท์.ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ.เอกสาร

ประกอบการอบรมด้านผู้สูงอายุและความชรา วันที่ 21-22 มิถุนายน 2544.

พัชรวรรณ ศรีศิลปนันท์. สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกับโรคทางระบบ . เอกสารทบทวนวรรณกรรม

ประกอบการประชุมเรื่อง ประสิทธิภาพของมาตรการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากในผู้สูงอายุ, กองทันต

สาธารณสุข กรมอนามัย, 2548 :

เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ สุรางค์ เชนฐพจน์ ศรีสุดา ลีละศิริ. รายงานผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กไทย

อายุ 3 ปี พ.ศ. 2547 ว.ทันต.สธ 2547; 9(1-2):34-43.

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำเรื่อง “ขนมและอาหารว่างสำหรับเด็ก 2 ปี ขึ้นไป”

เอกสารอัดสำเนา (2548)

เรวดี ต่อประดิษฐ์ และคณะ การประเมินผลโครงการแปรงสีฟันอันแรกของหนู พ.ศ. 2535-2540. ว.ทันต.สธ

2541;2(2):7-15

ลักขณา เดิมศิริกุลชัย และคณะ(แปล). 2541. *สู่ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ* , พิมพ์ครั้งที่2, สถาบันวิจัย

ระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ, 3

วรารณ จิระพงษา. หลักการและแนวคิดของเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ:

ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์, 2540.

วรารณ จิระพงษา. ผลงานเสนอเพื่อขอสอบอนุมัติบัตรเป็นผู้ชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาทันต

สาธารณสุข เรื่อง โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา. 2540.(เอกสารโรเนียว).

วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ ไม่ระบุปีที่พิมพ์ เอกสารประกอบการเรียนการสอนรายวิชาทันตกรรมส่งเสริมและป้องกัน

สำหรับนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เรื่อง “แนวคิดการมีส่วนร่วม”

วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์. โครงการแก้ปัญหาทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนโดยกลุ่มแกนนำสตรี อำเภอกันทรารมย์

จังหวัดศรีสะเกษ.เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการโครงการเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษาบรมราชินีนาถ

23-24 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร: 148-160.

ศศิธร ไชยประสิทธิ์. สุขภาพช่องปาก สุขภาพสังคม : จากแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สู่ภาคปฏิบัติ.

โรงพิมพ์นันทพันธ์ เชียงใหม่ 2544. (หน้า 60)

ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร จันจิตา พุกษานนท์ นลินี จงวิริยะพันธุ์ พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง

คลินิกสุขภาพเด็กดี PCU กทม. ความรู้สู่การปฏิบัติ กรุงเทพฯเวชสาร กทม. 2548.

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์,มะเร็งในช่องปาก,เอกสารการทบทวนวรรณกรรมประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ

กำหนดเป้าหมายและจัดทำยุทธศาสตร์ทันตสุขภาพประเทศไทย2563 ; 2548

สุชาติ รัตธา. เยี่ยมบ้านด้วยความห่วงใย ใส่ใจสุขภาพฟัน. ใน เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการโครงการเฉลิมพระเกียรติ

72 พรรษาบรมราชินีนาถ 23-24 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร: 40-48

สมนึก ชาญด้วยกิจ สุณี วงศ์คงคาเทพ ขนิษฐ รัตนรังสิมา อังศณา ฤทธิ์อยู่.อิทธิพลของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของเด็กไทยอายุ 6 -30 เดือนต่อการเกิดโรคฟันผุ. ว. ทันต 2547: 2: 123-136.

สุภาวดี พรหมมา. ทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองของแม่ ในการแปรงฟันให้ลูก. ใน เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ
โครงการเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษาบรมราชินีนาถ 23-24 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์
กรุงเทพมหานคร:49-56

สันติ จิตระจินดา รายงานการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการบริโภคสินค้าขนมเด็กของนักเรียนประถมศึกษาจำนวน 1,025
คน ในพื้นที่ 5 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ นนทบุรี ชลบุรี และนครราชสีมา 2545 เอกสาร
ประกอบโครงการเด็กไทยรู้ทัน 2546

สุณี วงศ์คงคาเทพ,วรารมณ จิระพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, ขนิษฐ รัตนรังสิมา การ
ประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าปี 2547. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 14 : 840- 854.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. สรุปผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังฟันน้ำนมเด็ก 0-3 ปี จังหวัดสกลนคร
2546. เอกสารโรเนียว

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ประชากรโลก: ประชากรไทย 2547;
กรกฎาคม 2547.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติการเกิด
http://203.157.19.191/recover_birth_bps.htm

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และการ
เจริญเติบโตเด็กปฐมวัย ปี 2542. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตารางแสดงผลข้อมูลการประเมินพฤติกรรมและการดูแล
สุขภาพฟันของเด็กปฐมวัยระดับชาติ ประจำปี 2547 เอกสารโรเนียว

สำนักอนามัยและสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการดำเนินงานโครงการศูนย์เด็กเล็กนำอยู่, 2547

อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ แนะนำหนังสือ Health Promotion Practice: Power& Empowerment โดย Glenn Laverack”
ในวารสารสร้างสุขภาพ.1(1-2) 2547 หน้า 67-70.

อุทัยวรรณ กาญจนกามล “การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน” ใน เชียงใหม่
ทันตแพทยสาร 19 : 2546 (ฉบับพิเศษ) หน้า 6-10.

อุไรพร จิตต์แจ้ง ประไพศรี ศิริจักรวาล กิตติ สรณเจริญพงศ์ ปิยะดา ประเสริฐสม ผุสดี จันทร์บาง. การศึกษา
พฤติกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก 3-15 ปี 2547

Department pf Human Services Victorian Oral Health Promotion Strategy Grants program ; December: 2002.
Grindejford M, Dahlllof G, Nilsson B, Modeer T. Stepwise prediction of dental caries in children up to 3.5
years of age. *Caries Res* 1996;30:256-66.

- Johnsen DC. Characteristics and backgrounds of children with “nursing caries”. *Pediatr Dent* 1982;4:218-24.
- P.Srisilapanan, P.Malikaew and Sheiham. Number of teeth and nutritional status in Thai older people. *Community Dent Health*(2002);19:230-236.
- Rodwell, Chistine M. 1996 ‘An Analysis of the Empowerment’ in *Journal of Advanced Nursing*. 23 (305-313).
- Vachirarojpisan T, Shinada K, Kawaguchi Y, Laungwechakan P, Somkote T, Detsomboonrat P. Early childhood caries in children aged 6-19 months. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 1-10
- WHO Kobe Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report Volume 3. Global Review on Oral Health in Ageing Societies. World Health Organization, October 2002. (4-14)
- http://www.oppo.opp.go.th/info/policy_plan1.htm : นโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผนศาสตร์.
- [http:// www.dhs.vic.gov.au/phd/9909034/index.htm](http://www.dhs.vic.gov.au/phd/9909034/index.htm) : Promoting Oral Health 2000-2004 Strategic Directions and Framework for Action; December: 1999.
- [http:// www.dhs.vic.gov.au/phd/0001045/index.htm](http://www.dhs.vic.gov.au/phd/0001045/index.htm) : Evidence-Based Health Promotion Resources for Planning No.1-Oral Health ; January : 2000.