

การจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในกลุ่มเป้าหมายจำเพาะ ในเขตสุขภาพที่ 5

วชรพรรณ อิศวกุล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแนวโน้มอัตราการได้รับบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายจำเพาะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเขตสุขภาพที่ 5

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Descriptive Research โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (จำนวน CUP จำนวนทันตบุคลากร จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานะทันตสุขภาพ จำนวนผู้รับบริการและความครอบคลุมของบริการ) จากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ ข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน HDC (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุขและข้อสรุปจากการสัมภาษณ์ทันตบุคลากร ในปีงบประมาณ 2559-2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: การจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิใน 66 CUP (Contracted Unit of Primary Care) ของเขตสุขภาพที่ 5 พบปัญหาอุปสรรคคือ 1) การขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 53 CUP 2) ปัญหาการลงบันทึกข้อมูล การตรวจสอบ การส่งออกและการใช้ข้อมูล 43 แห่งเพื่อการวางแผนและประเมินผล 42 CUP และ 3) ปัญหาขาดแคลนทันตภิบาล 34 CUP สำหรับอัตราการได้รับบริการสุขภาพช่องปากพบมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยลำดับจากปี 2559-2561 ดังนี้ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (ร้อยละ 26.2%, ร้อยละ 37.6%, ร้อยละ 43.5%) กลุ่มเด็ก 3-5 ปี (ร้อยละ 56.4%, ร้อยละ 66.9%, ร้อยละ 69.1%) และกลุ่มเด็ก 6-12 ปี (ร้อยละ 41.5%, ร้อยละ 49.3%, ร้อยละ 57.8%) เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการจัดบริการสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มเป้าหมายจำเพาะ จึงควรมีนโยบายระดับจังหวัดในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ให้ร่วมจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพื้นฐาน เช่น ตรวจเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก ผักแปรงฟัน ทาฟลูออไรด์วานิชและบันทึกข้อมูลบริการ 43 แห่งให้ถูกต้อง และสนับสนุนให้มีการจ้างผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรมช่างแก้ไข เพื่อช่วยเพิ่มทั้งปริมาณงานและคุณภาพของบริการสุขภาพช่องปากให้ดียิ่งขึ้น

บทสรุป: แนวโน้มการได้รับบริการสุขภาพช่องปากสูงขึ้นโดยลำดับเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 3-5 ปี และกลุ่มเด็ก 6-12 ปี พบปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ คือจำนวนทันตบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ รวมทั้งการประเมินความครอบคลุมของบริการสุขภาพช่องปากเพื่อพัฒนาการทำงาน

คำสำคัญ: การจัดบริการสุขภาพช่องปาก บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 5

Oral Health Services in Primary Care Among Specific Target Groups in The 5th Health region.

Worrawan Asawakun*

Abstract

Objective: To study trends of oral health service utilization rate in Primary care among specific target groups and factor associated with utilization rate in the 5th health region.

Materials and methods: The study was Retrospective Descriptive Research by analyzing secondary data (number of CUP, number of dental personnel, number of sub district health promoting hospitals, oral health status and number of target groups who received oral health services and services coverage) from regular government inspections of Ministry of Public Health used standard report system of HDC (Health Data Center) and interviewed data from dental personnels in the fiscal year 2016 to 2018. The data analysis were shown on descriptive statistics.

Results: The result indicated that oral health services in primary care in total 66 CUP (Contracted Unit of Primary Care) of the 5th health region encountered problems such as 1) The shortage of dental assistants at sub district health promoting hospitals (53 CUP). 2) The problem of recording, verifying, sending and using 43 data files for planning and evaluation (42 CUP). 3) The shortage of dental nurses (34 CUP). For trends of oral health service utilization rates were increasing from 2016-2018 in pregnant women group (26.2%, 37.6%, 43.5%), 3-5 years old group (56.4%, 66.9%, 69.1%) and 6-12 years old group (41.5%, 49.3%, 57.8%). Therefore, to increase the coverage of oral health services in specific target groups, there should be provincial level policy for develop public health officers to co-organize basic oral health services such as oral health surveillance, brushing technic, fluoride varnish application, and recording 43 data files. Moreover, hiring dental assistants beside the chairs will increase both amount and quality of oral health services.

Conclusion: Trends of oral health service utilization rates were increasing from 2016-2018 only in pregnant women group, 3-5 years old group and 6-12 years old group. Key factors associated with utilization rate were the number of dental personnel in Primary Care Unit (PCU) including the assessment of services coverage to improve their work.

Keywords: Oral health services, Primary care, The 5th health region

*Dentist (Expert Level in Dental Public Health), Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi 429 Srisuriyavong Road, Muang District, Ratchaburi, 70000 Thailand.

บทนำ (Introduction)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 1-13 ตามนโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นให้แต่ละเขตสุขภาพได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุม ทั้งถึง และเท่าเทียม โดยให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในพื้นที่ ได้มีการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพร่วมกัน เพื่อความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยแบ่งระบบบริการสุขภาพเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับปฐมภูมิ (Primary Care) 2) ระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) 3) ระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) 4) ระดับความเชี่ยวชาญระดับสูง (Super Tertiary Care) ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้หน่วยบริการสุขภาพในแต่ละระดับให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้เต็มตามศักยภาพที่ควรจะเป็น สอดคล้องตามบริบทและสภาพปัญหาทางสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยหน่วยบริการในแต่ละระดับสามารถเชื่อมต่อการบริการระหว่างกันได้ด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

สำหรับระบบสุขภาพอำเภอ ได้ประยุกต์ใช้ 6 Building Blocks มาเป็นองค์ประกอบ UC-CARE ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) 2) ประชาชนและผู้รับบริการได้รับการตามความจำเป็น (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน (Community Participation) 4) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการเอง (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) และ 6) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) และมีแนวทางการดำเนินการตามระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ได้แก่ 1) การจัดบริการสุขภาพ (Health Service Delivery) มีความเชื่อมโยงของสถานบริการที่อยู่ในชุมชน

ตามคุณลักษณะของการให้บริการที่เป็นองค์รวมโดยจัดบริการตามประเด็นปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ และตามนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing) โดยการบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพเป็นฐานเดียวกัน เพื่อการบริหารจัดการและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ตามบริบท 3) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) มีทีมหมอครอบครัวในการดูแลสุขภาพของประชาชน มีการฝึกอบรม Care Manager กับ Care Giver 4) การเงินการคลังสาธารณสุข (Financing) มีกองทุนสุขภาพตำบล/กองทุนชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และ เทคโนโลยี (Medical products, Vaccine & Technology) ที่มีอยู่ถูกใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญกับการแบ่งปันทรัพยากรเพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ และ 6) การอภิบาลระบบสุขภาพ (Leadership and Governance) มีทีมนำที่มีสมรรถนะในการทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS Management Competencies) (1)

สำหรับด้านบริการสุขภาพช่องปาก จากข้อมูลของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2561) พบว่างานส่งเสริมทันตสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย สถานการณ์ปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์ เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 60 และได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ 55 และร้อยละ 80 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากได้รับการทันตกรรมในกลุ่มเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก และผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติร้อยละ 60 กลุ่มเด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจช่องปากร้อยละ 63 และข้อมูลจาก HDC ปี 2560-2561 เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 66.7 และ 69.8 ตามลำดับ (เป็นข้อมูลจากเด็กที่ได้รับการตรวจ ร้อยละ 45 และ 35.6 ตามลำดับ)(2) จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย (2560) พบว่าเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี มีความชุกของโรคฟันผุ ร้อยละ 52.0 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.4 ซี่/คน ประเด็นพฤติกรรมกรบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ คือ พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมและน้ำหวาน

การรับประทานลูกอม และการรับประทานขนมกรุบกรอบ สำหรับด้านการรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพ เด็กอายุ 12 ปีเคยปวดฟันร้อยละ 36.7 เคยหยุดเรียนเพราะไปทำฟันร้อยละ 12.2 เคยได้รับการตรวจฟันร้อยละ 84.7 เคยได้รับการรักษาฟันและเหงือกร้อยละ 50.8 สถานบริการภาครัฐยังคงเป็นสถานบริการหลักในการไปรับบริการในเด็กอายุ 12 ปี(3) สำหรับด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ได้มีแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558- 2565 ซึ่งเป็นแผนที่มีการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยกันพัฒนาให้บรรลุเป้าประสงค์ คือ 1) ผู้สูงอายุทุกกลุ่มทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากต่อเนื่องมีคุณภาพ 2) ชุมชน ท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้งานอย่างเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง) โดยมีนวัตกรรมเพื่อการดูแลอย่างครบวงจรรองรับ นอกจากนี้เป้าหมายผลลัพธ์ ปี 2562 ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม (มีฟัน 20 ซี่ หรือมี 4 คู่สบ) เป้าหมายผลผลิต ปี 2562 ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุทั่วประเทศ 5 ล้านคน ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยได้รับบริการใส่ฟันเทียม 40,000 ราย ได้รับการสร้างเสริมป้องกันจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 7,000 แห่ง ได้รับความรู้ในการดูแลอนามัยช่องปากตนเองผ่านการมีส่วนร่วมของชมรม ชุมชน และท้องถิ่น 5,000 ชมรม 2) มีรูปแบบ/แนวทาง/นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมและแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้สูงอายุครบวงจรใน 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การสูญเสียฟัน มะเร็งช่องปาก สภาวะช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบและปริทันต์ (4) ปัจจุบันข้อมูลรายงานมาตรฐาน HDC ปีงบประมาณ 2559-2561 ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 28.6, 41.0 และ 42.3 ตามลำดับ

สำหรับสถานการณ์กำลังคนด้านทันตสุขภาพนั้นพบว่าปัจจุบันสถานการณ์ของกำลังคนผู้ให้บริการสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากมีโครงการทันตแพทย์คู่สัญญา และ โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มปีละ 200 คน เป็น ระยะเวลา 10 ปี พบว่า สัดส่วนทันตบุคลากร ต่อ

ประชากรระหว่าง พ.ศ. 2547-2553 โดยสถานการณ์ทันตแพทย์มีแนวโน้มดีขึ้น ในภาพรวมประเทศสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรคิดเป็น 1:5788 แต่มีปัญหาในการกระจายพบว่าสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 1:1,076 ขณะที่ในภูมิภาค เท่ากับ 1:10,151 โดยมีทันตแพทย์เกินครึ่งอยู่ในภาคเอกชน (ร้อยละ 51.5 ของทันตแพทย์ทั้งหมด) ส่วนทันตภิบาลมีจำนวนเพิ่มไม่มากนักในแต่ละปี แต่มีการกระจายตัวอยู่ในภูมิภาคในสัดส่วนที่ดีกว่า (สัดส่วนต่อประชากรอายุ 0-14 ปี เท่ากับ 1:2,416) ดีกว่าในกรุงเทพมหานคร (กทม.) ซึ่งมี สัดส่วน 1:26,537 (5)

สำหรับข้อมูลการจัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพในเขตสุขภาพที่ 5 ปีงบประมาณ 2560 รพ.สต./ศสม. (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง)ในเขตสุขภาพที่ 5 มีทันต-บุคลากรประจำ 384 แห่ง (ร้อยละ 41.1) จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ผ่านเกณฑ์จัดบริการสุขภาพช่องปากครบ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม (เกณฑ์ปี 2561) 278 แห่ง (ร้อยละ 29.7) ในขณะที่ รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมประชากรไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 เท่ากับ 685 แห่ง (ร้อยละ 73.3) ทำให้ รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ครบตามเกณฑ์ทั้ง 2 องค์ประกอบ เท่ากับ 267 แห่ง (ร้อยละ 28.6) ในปีงบประมาณ 2561 รพ.สต./ศสม.ทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 5 มีทันตบุคลากรประจำเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42.6 รพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์จัดบริการสุขภาพช่องปากครบ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม จำนวน 412 แห่ง (ร้อยละ 44.2) และรพ.สต./ศสม.ที่บริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมประชากรไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 จำนวน 712 แห่ง (ร้อยละ 76.3) รพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 องค์ประกอบจำนวน 404 แห่ง (ร้อยละ 43.3) ต่ำกว่าเป้าหมาย

ด้านอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 5 ในปีงบประมาณ 2560 เท่ากับร้อยละ 31.8 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 35) จังหวัดที่มีผลงานต่ำกว่าร้อยละ 30 คือ จังหวัดนครปฐม (ร้อยละ 26.3) จังหวัดสมุทรสงคราม (ร้อยละ 26.8) และจังหวัดเพชรบุรี (ร้อยละ 27.4) เนื่องจากปัญหา

การส่งออกข้อมูลบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และความครอบคลุมของบริการสุขภาพช่องปากราย รพ.สต. บริการสุขภาพช่องปากในเขตสุขภาพที่ 5 มีความครอบคลุมกลุ่มประชากรน้อยกว่าข้อมูลระดับประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าภาพรวมเขตสุขภาพที่ 5 ในปีงบประมาณ 2559-2561 ผู้สูงอายุได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 17.3, 29.4 และ 30.9 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลระดับประเทศที่เท่ากับร้อยละ 18.5, 33.6 และ 35.7 รองลงมาคือบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปีภาพรวมเขตสุขภาพที่ 5 ในปีงบประมาณ 2559-2561 พบกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปีได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 43.9, 50.2 และ 47.9 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลระดับประเทศที่เท่ากับร้อยละ 49.6, 57.1 และ

57.4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยสำคัญต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพ ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตามนี้ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 0-2 ปี กลุ่มเด็ก 3-5 ปี กลุ่มเด็ก 6-12 ปีและกลุ่มผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาย้อนหลัง 3 ปี คือ ปีงบประมาณ 2559-2561 เพื่อดูแนวโน้มของการมารับบริการสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง 3 ปีที่ผ่านมา โดยมีรายละเอียดกรอบแนวคิดและแผนภูมิความสัมพันธ์ของตัวแปรในงานวิจัยนี้ตามรูปที่ 1 วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ คือ 1) เพื่อศึกษาแนวโน้มอัตราการได้รับบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายจำเพาะปีงบประมาณ 2559-2561 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเขตสุขภาพที่ 5

กรอบแนวคิดการวิจัยในเรื่องนี้ หมายถึง แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ ต้องการศึกษ โดยได้จากกระบวนการอนุมานกรอบความคิดเชิงทฤษฎี โดยใช้ โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal relationship model)



รูปที่ 1 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้งานวิจัยนี้

Fig 1. Relationship of variables in this research.

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ (Materials and Methods)

การศึกษาครั้งนี้เป็น Retrospective Descriptive Research โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปากในเขตสุขภาพที่ 5 ทั้ง 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร นครปฐม กาญจนบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์และข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน HDC กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2559-2561 โดยข้อมูลทุติยภูมิที่นำมาใช้วิเคราะห์มาจาก จำนวน CUP จำนวนทันตบุคลากร จำนวนรพ.สต. สภาวะทันตสุขภาพ จำนวนผู้รับบริการสุขภาพช่องปาก ความครอบคลุมของบริการ ในกลุ่มเป้าหมายจำเพาะ ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 0-2 ปี กลุ่มเด็ก 3-5 ปี กลุ่มเด็ก 6-12 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ และจากการสรุปผลงานบริการทันตกรรมจากระบบ 43 แห่ง ราย รพ.สต. และรายเครือข่ายบริการ ในเขตสุขภาพที่ 5 จากแหล่งข้อมูล HDC (2559-2561)

นอกจากศึกษาจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตรวจราชการและระบบรายงานแล้ว ยังมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสอบถามและสัมภาษณ์ ทันตแพทย์/ทันตภิบาลที่เป็นหัวหน้ากลุ่มทันตสาธารณสุข ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทันตแพทย์ที่เป็น Oral Health Care Manager (ระดับ CUP) และทันตภิบาลที่ประจำที่ รพ.สต. ของทั้ง 8 จังหวัด โดยเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบรายงานการตรวจราชการ (Inspection report form) ระดับจังหวัด คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการหัวข้อสาขาสุขภาพช่องปาก (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ทันตบุคลากรตามเนื้อหาในแบบรายงาน โดยเฉพาะปัญหา อุปสรรคของการจัดบริการ

ขั้นตอนการดำเนินการ/ควบคุมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการโดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง (2559, 2560, 2561) ทำการประมวลผลข้อมูลโดยจำแนกตามรายปี แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตัวอย่างที่มีข้อมูลต่อเนื่องในระบบ ทั้งปี 2559-2561 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ตารางที่ 1 จำนวนเครือข่าย (CUP) จำนวนรพ.สต. สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร ร้อยละ รพ.สต.ที่มีทันตภิบาลประจำ และร้อยละการได้รับการบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายจำเพาะ (ปีงบประมาณ 2559-2560-2561) ในเขตสุขภาพที่ 5

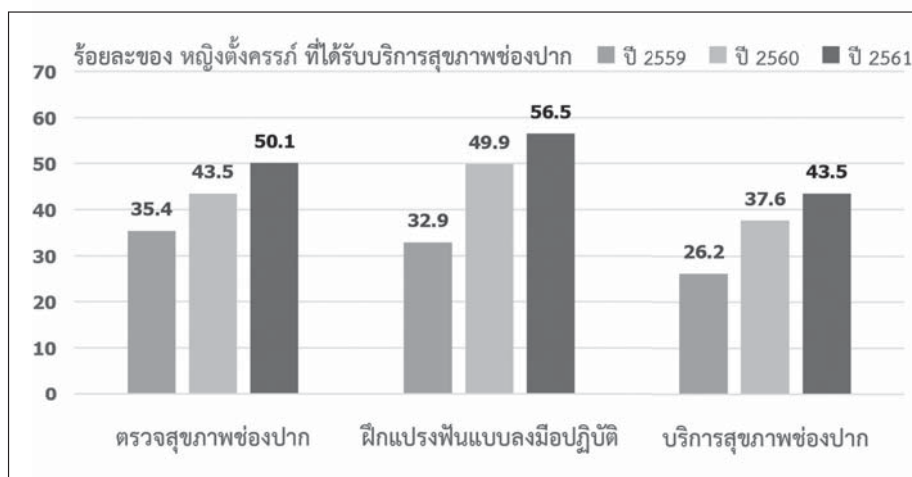
Table 1. Number of CUP, Number of health promoting hospitals, Proportion of dentists per population, Percentage of health promoting hospitals with regular dental nurses and Percentage of oral health services among specific target groups (fiscal year 2016-2017-2018) in the 5th health region.

| | จำนวน เครือข่าย (แห่ง) | จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด (แห่ง) | สัดส่วนทันตแพทย์ในโรงพยาบาล (รพศ/รพท/รพช) ต่อจำนวนประชากร | | | ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลประจำ | | | ร้อยละการได้รับการบริการ สุขภาพช่องปาก ในกลุ่มเป้าหมายจำเพาะ ในเขตรับผิดชอบ | | |
|-----------------|------------------------------|--------------------------------------|--|----------|----------|---|------|------|--|------|------|
| | | | ปีงบประมาณ | | | ปีงบประมาณ | | | ปีงบประมาณ | | |
| | | | 2559 | 2560 | 2561 | 2559 | 2560 | 2561 | 2559 | 2560 | 2561 |
| ราชบุรี | 10 | 158 | 1:9,122 | 1:9,036 | 1:7,202 | 24.7 | 23.4 | 26.6 | 22.5 | 25.9 | 25.9 |
| กาญจนบุรี | 15 | 141 | 1:10,540 | 1:9,173 | 1:8,387 | 47.5 | 50.4 | 51.1 | 24.1 | 27.7 | 27.9 |
| สุพรรณบุรี | 10 | 174 | 1:9,946 | 1:9,328 | 1:7,545 | 36.8 | 44.3 | 44.3 | 21.1 | 25.0 | 22.0 |
| นครปฐม | 7 | 134 | 1:12,540 | 1:13,131 | 1:12,228 | 44.0 | 47.8 | 48.5 | 16.1 | 18.4 | 21.3 |
| สมุทรสาคร | 5 | 54 | 1:9,439 | 1:11,164 | 1:10,674 | 35.2 | 35.2 | 40.7 | 12.4 | 19.8 | 24.3 |
| สมุทรสงคราม | 3 | 49 | 1:8,776 | 1:7,851 | 1:6,015 | 22.4 | 26.5 | 32.7 | 16.4 | 19.4 | 19.3 |
| เพชรบุรี | 8 | 117 | 1:10,826 | 1:10,344 | 1:8,759 | 50.4 | 48.7 | 50.4 | 20.0 | 23.3 | 24.5 |
| ประจวบคีรีขันธ์ | 8 | 81 | 1:8,718 | 1:8,451 | 1:7,184 | 32.1 | 34.6 | 40.7 | 24.4 | 26.0 | 29.7 |
| รวมเขต 5 | 66 | 908 | 1:10,095 | 1:9,891 | 1:8,484 | 37.9 | 40.3 | 42.5 | 20.0 | 23.5 | 24.5 |

ผลการศึกษา (Results)

1. ผลประเด็น แนวโน้มการใช้บริการสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยต่าง ๆ มาจากการวิเคราะห์ 3 ปี (2559, 2560, 2561) และจำแนกเป็นตามกลุ่มวัยและตัวชี้วัดต่าง ๆ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (รูปที่ 2) แสดงข้อมูลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากในเขตสุขภาพที่ 5 1) การตรวจสุขภาพช่องปาก มี

พบแนวโน้มสูงขึ้น โดย ลำดับ ร้อยละ 35.4 (2559), ร้อยละ 43.5 (2560) และ ร้อยละ 50.1 (2561) 2) ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยลำดับ ร้อยละ 32.9 (2559), ร้อยละ 49.9 (2560) และ ร้อยละ 56.5 (2561) 3) ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.2 (2559), ร้อยละ 37.6 (2560), ร้อยละ 43.5 (2561)

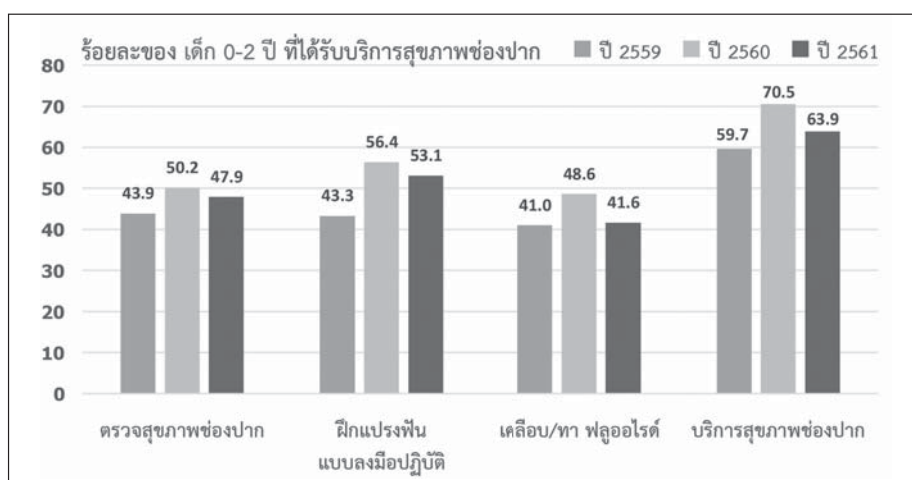


รูปที่ 2 กราฟแสดงร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากแยกตามรายการกิจกรรม (ปีงบประมาณ 2559, 2560, 2561) ในเขตสุขภาพที่ 5

Fig 2. Graph showed percentage of pregnant women receiving oral health services by activity (fiscal year 2016, 2017, 2018) in the 5th health region.

ในกลุ่มเด็ก 0-2 ปี (รูปที่ 3) 1) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง ดังนี้ ร้อยละ 43.9 (2559), ร้อยละ 50.2 (2560) และ ร้อยละ 47.9% (2561) 2) ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง ดังนี้ ร้อยละ 43.3 (2559), ร้อยละ 56.4 (2560) และ ร้อยละ 53.1 (2561)

3) ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง ดังนี้ ร้อยละ 41.1 (2559), ร้อยละ 48.5 (2560) และ ร้อยละ 41.6 (2561) 4) ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลงเช่นกัน ดังนี้ ร้อยละ 59.7 (2559), ร้อยละ 70.5 (2560) และ ร้อยละ 63.9 (2561)

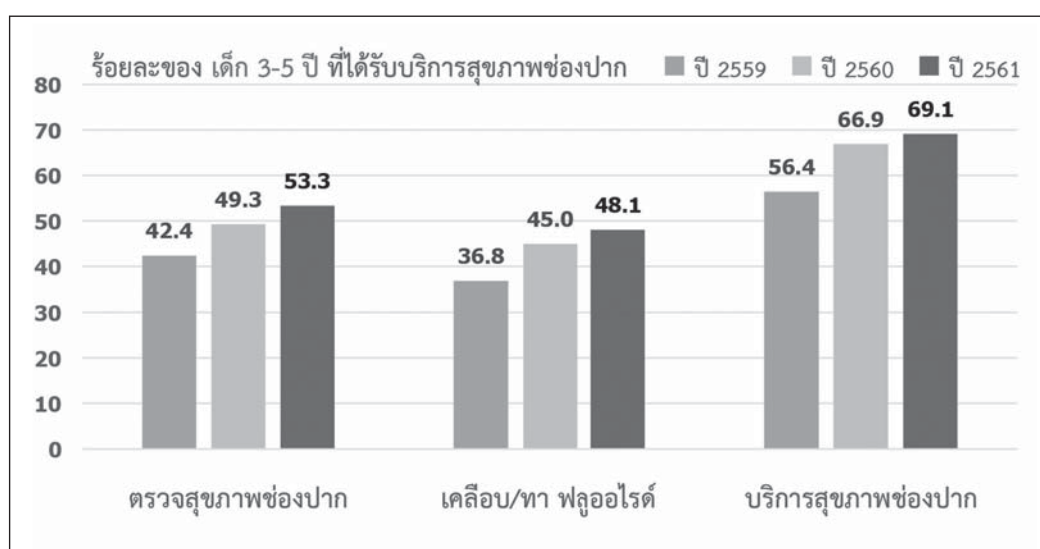


รูปที่ 3 กราฟแสดงร้อยละของเด็ก 0-2 ปีที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากแยกตามรายการกิจกรรม (ปีงบประมาณ 2559, 2560, 2561) ในเขตสุขภาพที่ 5

Fig 3. Graph showed percentage of 0-2 years old children receiving oral health services by activity (fiscal year 2016, 2017, 2018) in the 5th health region.

ในกลุ่มเด็ก 3-5 ปี (รูปที่ 4) 1) ได้รับการตรวจสอบสภาพช่องปาก มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยลำดับ ร้อยละ 42.4 (2559), ร้อยละ 49.3 (2560) และ ร้อยละ 53.3 (2561) 2) ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

โดยลำดับ ร้อยละ 36.8 (2559), ร้อยละ 45.0 (2560) และ ร้อยละ 48.1 (2561) 3) ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากก็เพิ่มขึ้นโดยลำดับเช่นกัน ร้อยละ 56.4 (2559), ร้อยละ 66.9 (2560) และ ร้อยละ 69.1 (2561)

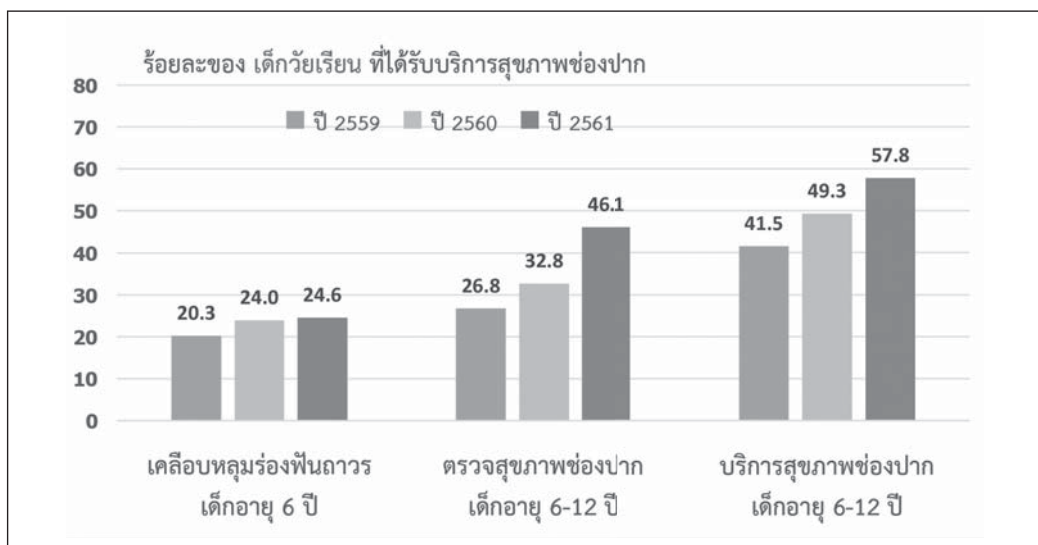


รูปที่ 4 กราฟแสดงร้อยละของเด็ก 3-5 ปีที่ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากแยกตามรายการกิจกรรม (ปีงบประมาณ 2559, 2560, 2561) ในเขตสุขภาพที่ 5

Fig 4. Graph showed percentage of 3-5 years old children receiving oral health services by activity(fiscal year 2016, 2017, 2018) in the 5th health region.

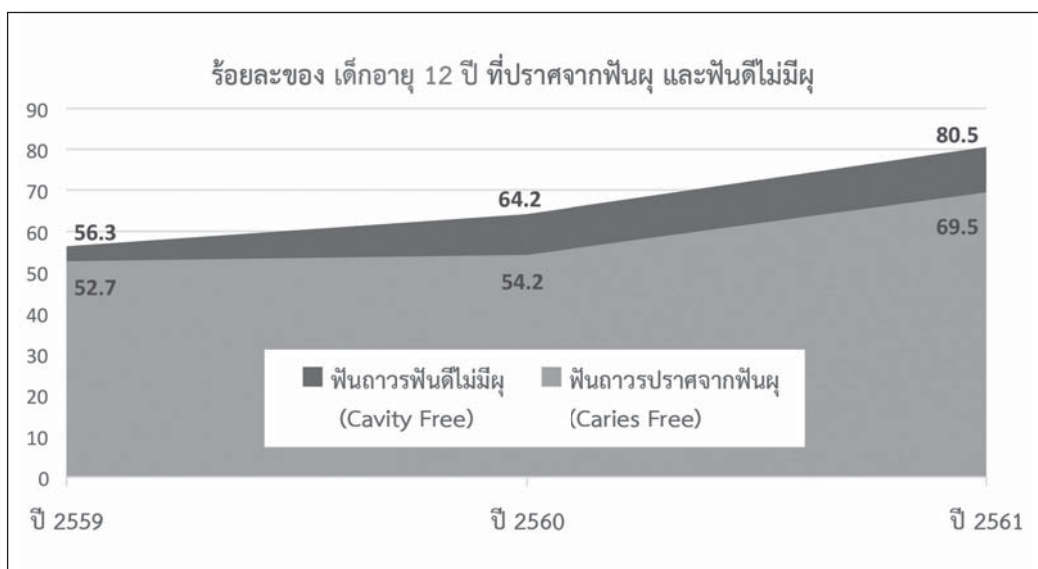
ในกลุ่มเด็ก 6-12 ปี (รูปที่ 5) 1) เด็ก 6 ปีที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันถาวร มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยลำดับ ร้อยละ 20.3 (2559), ร้อยละ 24.0 (2560) และ ร้อยละ 24.6 (2561) 2) กลุ่มเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยลำดับ ร้อยละ 26.8 (2559), ร้อยละ 32.8 (2560) และ ร้อยละ 46.1 (2561) 3) กลุ่มเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากก็เพิ่มขึ้นโดยลำดับเช่นกัน ร้อยละ 41.5 (2559),

ร้อยละ 49.3 (2560) และ ร้อยละ 57.8 (2561) 4) เด็ก 12 ปีที่ฟันถาวรปราศจากฟันผุ (Caries free) เพิ่มขึ้นโดยลำดับ ร้อยละ 52.7 (2559), ร้อยละ 54.2 (2560) และ ร้อยละ 69.5 (2561) และฟันถาวรฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ก็เพิ่มขึ้นโดยลำดับเช่นกัน ร้อยละ 56.3 (2559), ร้อยละ 64.2 (2560) และ ร้อยละ 80.5 (2561) (รูปที่ 6)



รูปที่ 5 กราฟแสดงร้อยละของเด็ก 6 ปี และเด็ก 6-12 ปีที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากแยกตาม รายกิจกรรม(ปีงบประมาณ 2559, 2560, 2561)ในเขตสุขภาพที่ 5

Fig 5. Graph showed percentage of 6 and 6-12 years old children receiving oral health services by activity (fiscal year 2016, 2017, 2018) in the 5th health region.

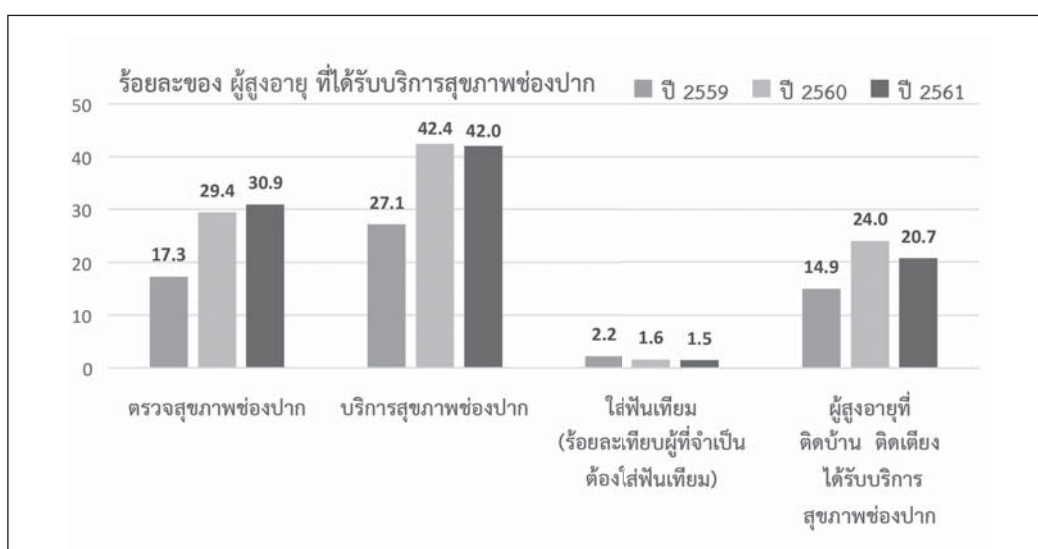


รูปที่ 6 กราฟแสดงร้อยละของเด็ก อายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free) และ ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) (ปีงบประมาณ 2559, 2560, 2561)ในเขตสุขภาพที่ 5

Fig 6. Graph showed percentage of caries free and cavity free of children 12 years old (fiscal year 2016, 2017, 2018) in the 5th health region.

ในกลุ่มผู้สูงอายุ (รูปที่ 7) 1) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยลำดับ ร้อยละ 17.3 (2559), ร้อยละ 29.4 (2560) และ ร้อยละ 30.9 (2561) **2)** ได้รับการบริการสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นและลดลง ดังนี้ ร้อยละ 27.1 (2559), ร้อยละ 42.4 (2560), ร้อยละ 42.0 (2561) **3)** ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม (Complete Denture, Single Denture, Temporary Plate) มีแนวโน้มลดลงโดยลำดับ ร้อยละ 2.2 (2559), ร้อยละ 1.6 (2560) และ ร้อยละ 1.5

(2561) **4)** ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากก็เพิ่มขึ้นและลดลง ดังนี้ ร้อยละ 14.9 (2559), ร้อยละ 24.0 (2560), ร้อยละ 20.7 (2561) **(รูปที่ 7) 5)** ผู้สูงอายุที่มีฟันถาวรใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ และมีคู่สบฟันหลังแท้ ใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบก็ลดลงโดยลำดับ จาก ปี 2559-2561 ดังนี้ ร้อยละ 22.4 (2559), ร้อยละ 21.6 (2560) และ ร้อยละ 18.0 (2561)



รูปที่ 7 กราฟแสดงร้อยละของผู้สูงอายุ ปีที่ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากแยกตามรายการกิจกรรม (ปีงบประมาณ 2559, 2560, 2561) ในเขตสุขภาพที่ 5

Fig 7. Graph showed percentage of elderly receiving oral health services by activity (fiscal year 2016, 2017, 2018) in the 5th health region.

2. ผลความครอบคลุมของบริการ

1. ร้อยละของ รพสต./ศสม. ที่บริการสุขภาพช่องปากผ่านเกณฑ์ 6 กลุ่มประชากรเป้าหมาย 14 กิจกรรม (ตามคำจำกัดความตัวชี้วัดผลงานในปีงบประมาณ 2561) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.40 ในปีงบประมาณ 2559 เป็นร้อยละ 26.15 และ 43.84 ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ตามลำดับ

2. ร้อยละของ รพสต./ศสม. ที่บริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก (เด็กอายุ 0-2 ปี อายุ 3-5 ปี และอายุ 6-12 ปี) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

2.1 ร้อยละของ รพสต./ศสม. ที่บริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เท่ากับร้อยละ 43.73, 52.52 และ 56.06 ในปีงบประมาณ 2559-2561

2.2 ร้อยละของ รพสต./ศสม. ที่บริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เท่ากับ ร้อยละ 41.37, 52.20 และ 62.06 ในปีงบประมาณ 2559-2561

2.3 ร้อยละของ รพสต./ศสม. ที่บริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 เท่ากับร้อยละ 45.44, 51.34 และ 74.92 ในปีงบประมาณ 2559-2561

**3. กิจกรรมบริการสุขภาพช่องปากที่ รพ.สต./
ศสม.ไม่ผ่านเกณฑ์ ในปีงบประมาณ 2561**

- การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-2 ปี
อย่างน้อยร้อยละ 50 (รพ.สต./ศสม.ไม่ผ่านเกณฑ์
410 แห่ง หรือร้อยละ 43.94 จังหวัดสมุทรสงคราม
สุพรรณบุรี และนครปฐม มีสัดส่วน รพ.สต./ศสม.ไม่
ผ่านเกณฑ์ข้อนี้ สูงกว่าร้อยละ 60)

- การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี
อย่างน้อยร้อยละ 50 (รพ.สต./ศสม.ไม่ผ่านเกณฑ์
354 แห่งหรือร้อยละ 37.94 จังหวัดสุพรรณบุรี และ
สมุทรสงคราม มีสัดส่วน รพ.สต./ศสม.ไม่ผ่านเกณฑ์
ข้อนี้ สูงกว่าร้อยละ 50)

- บริการทันตกรรมในเด็กอายุ 6-12 ปี
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (รพ.สต./ศสม.ไม่ผ่านเกณฑ์
234 แห่งหรือร้อยละ 25.08 จังหวัดนครปฐม มีสัดส่วน
รพ.สต./ศสม.ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อนี้ สูงกว่าร้อยละ 40)

**4. บริการสุขภาพช่องปากมีลักษณะกระจุกตัว
เฉพาะบางพื้นที่ และมีพื้นที่ประชากรไม่ได้รับบริการ**

- จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ความครอบคลุม
ของบริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-2 ปี
ต่ำกว่าร้อยละ 10 ลดลงจาก 179 แห่ง (ร้อยละ 19.18)
ในปีงบประมาณ 2559 เป็น 88 แห่ง (ร้อยละ 9.43) ใน
ปีงบประมาณ 2561

- จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ความครอบคลุม
ของบริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 3-5 ปี
ต่ำกว่าร้อยละ 10 ลดลงจาก 133 แห่ง (ร้อยละ 14.25)
ในปีงบประมาณ 2559 เป็น 55 แห่ง (ร้อยละ 5.89) ใน
ปีงบประมาณ 2561

- จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ความครอบคลุม
ของบริการทันตกรรมในเด็กอายุ 6-12 ปีต่ำกว่า
ร้อยละ 10 ลดลงจาก 40 แห่ง (ร้อยละ 4.29) ใน
ปีงบประมาณ 2559 เหลือเพียง 1 แห่ง (ร้อยละ 0.11)
ในปีงบประมาณ 2561

- จำนวน รพ.สต./ศสม. ที่ความครอบคลุม
ของบริการตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุต่ำกว่า
ร้อยละ 10 ลดลงจาก 463 แห่ง (ร้อยละ 49.62) ใน
ปีงบประมาณ 2559 เป็น 295 แห่ง (ร้อยละ 31.62) ใน
ปีงบประมาณ 2561

**5. สำหรับข้อมูลจากการสอบถามทันตแพทย์
Oral Health Care Manager ระดับ CUP พบว่า**

ปัญหาอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับ
ปฐมภูมิที่พบมากที่สุด คือ

1) การขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำ
รพ.สต. (53 CUP) ทำให้บริการสุขภาพช่องปากไม่ได้
ประสิทธิภาพ งานทันตกรรมหัตถการใช้เวลามากขึ้น
ทำให้ปริมาณผลงานบริการน้อยกว่าที่ควร หรือการใช้
ทันตภิบาลผลัดกันเป็นผู้ช่วย ทำงานไม่เต็มศักยภาพ

2) ปัญหาการลงบันทึกข้อมูล การตรวจสอบ
การส่งออก และใช้ข้อมูล 43 แฟ้ม เพื่อการวางแผนและ
ประเมินผล (42 CUP) รวมทั้งปัญหาเรื่องการส่งออก
ข้อมูลบริการตาม 43 แฟ้มมาตรฐานจากโปรแกรมบันทึก
ผลงานของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาล
พระจอมเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าฯ
โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ทำให้
ผลงานใน HDC น้อยกว่าผลงานจริง สาเหตุส่วนหนึ่ง
มาจากปัญหาการส่งออกข้อมูล 43 แฟ้มของโรงพยาบาล
จังหวัด ซึ่งมีการแก้ไขโดยคืนข้อมูลให้ รพ.สต./ศสม.ลง
บันทึกข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ และจัดทีมทันตบุคลากร
ช่วยกันบันทึกข้อมูลผลงานบริการเด็กอายุ 0-12 ปีใน
เขตเมือง ซึ่งมีจำนวนมาก และมักจะมีปัญหาหลงข้อมูล
ไม่ทันเวลา

3) ปัญหาขาดแคลนทันตภิบาล (34 CUP)
และปัญหาการจ้างทันตภิบาลใน รพ.สต. เนื่องจากสถานะ
ทางการเงินของหน่วยบริการ (รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย)
ไม่เอื้อต่อการจ้างคนเพิ่ม ขณะเดียวกันก็มีพื้นที่ห่างไกล
เดินทางไม่สะดวก มีอุปสรรคในการแบ่งปัน (share)
กำลังคน เช่น พื้นที่ในจังหวัดกาญจนบุรี หรือประจวบ
คีรีขันธ์ การหมุนเวียนทันตบุคลากรที่มีอยู่ ไม่สามารถ
ครอบคลุมพื้นที่ ไม่สามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์
6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม และพื้นที่ประชากร
หนาแน่น เช่น เมืองสมุทรสาคร เมืองราชบุรี สามพราน
ทันตบุคลากรจะมีภาระงานสูง ไม่สามารถจัดบริการได้
ครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบ จึงควรมีนโยบาย
ระดับจังหวัดในการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน
รพ.สต. ให้ร่วมจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพื้นฐาน
เช่น ตรวจเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟัน ทา
ฟลูออไรด์วานิชและบันทึกข้อมูลบริการ 43 แฟ้มให้ถูกต้อง

และเสนอแนะให้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากส่วนกลางดำเนินการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมใน รพ.สต. โดยสนับสนุนให้มีการจ้างผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรมช่างแก้ไข เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณงานและพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพช่องปากให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

บทวิจารณ์ (Discussion)

การศึกษาพบว่า แนวโน้มอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยลำดับจาก ปี 2559-2561 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 3-5 ปี และกลุ่มเด็ก 6-12 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศพานิชเกรียงไกร และคณะ (6) ที่พบว่า การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของผู้รับบริการทันตกรรม ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2556 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี มีสัดส่วนผู้รับบริการมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (7-9) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากประสิทธิภาพของการให้บริการอนามัยโรงเรียนที่ทำให้เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาสามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้มากขึ้น

ในกลุ่มเด็ก 6 ปี ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันถาวรมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยลำดับ (2559-2561) และพบแนวโน้มของกลุ่มเด็ก 6-12 ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากที่สูงขึ้นโดยลำดับเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้ เด็ก 12 ปี ที่ฟันถาวรปราศจากฟันผุ และฟันถาวรฟันดีไม่มีผุ ก็เพิ่มขึ้นโดยลำดับเช่นกัน (2559-2561) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วริศพานิชเกรียงไกร และคณะ (6) ที่พบว่า การให้ความสำคัญกับนโยบายที่เน้นทันตกรรมป้องกัน เพื่อขานรับนโยบาย “สร้างนำซ่อม” เนื่องจากการรับบริการส่วนใหญ่ยังเป็นการบริการทางทันตกรรม เพื่อการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การถอนฟัน ดังนั้น จึงควรดำเนินนโยบายสร้างนำซ่อมอย่างจริงจัง ทั้งความมุ่งมั่นของผู้บริหารทุกระดับ ความเพียงพอในการสนับสนุนงบประมาณสำหรับบริการทันตกรรมเพื่อป้องกัน การพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลในการเน้นบริการทันตกรรมป้องกัน การพัฒนาบุคลากรทันตกรรม การสร้างความตระหนักให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการสร้างนำซ่อม และประกันสุขภาพทุกระบบต้องสนับสนุนทั้งทันตกรรมเพื่อการรักษาและ

ทันตกรรมเพื่อป้องกัน โดยการทำให้มีบริการที่ครอบคลุม บริการทันตกรรมป้องกันในชุดสิทธิประโยชน์ (6)

กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรมน อัครสุด (10) ที่พบว่าสาเหตุที่กลุ่มวัยสูงอายุใช้บริการน้อยอาจเพราะไม่สะดวกในการเดินทางและมีจำนวนซี่ฟันเหลือน้อยกว่า ช่วงอายุอื่น และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวลักษณ์ แหวนวงษ์ และคณะ (11) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีความจำเป็นทางทันตกรรมที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพราะ จำนวนฟันที่มีในช่องปากมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ผู้ที่ใช้บริการมากกว่ามีสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า (12,13) การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ใหญ่ จึงควรเริ่มดูแลตั้งแต่เข้าสู่วัยทำงานและดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากดีตลอดทุกช่วงวัย หากมาดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วอาจสายเกินไปเนื่องจากสภาวะโรคต่าง ๆ ได้ดำเนินไปจนเกิดการสูญเสียฟันแล้ว

สำหรับสัดส่วนของสถานที่ไปใช้บริการทันตกรรมภาครัฐและภาคเอกชนในภาพรวมมีค่าใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาแต่ละช่วงอายุ พบว่า วัยทำงานตอนปลายและผู้สูงอายุมีสัดส่วนของภาครัฐ มากกว่า (10) และยังคงสอดคล้องกับ การศึกษาของ วริศพานิชเกรียงไกร และคณะ (6) ที่พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีสัดส่วนการได้รับบริการลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 7.6 และร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2554 และปี พ.ศ. 2556 ตามลำดับ (8, 9, 14) ทั้งที่เป็นกลุ่มที่มักพบปัญหาการสูญเสียฟันหมดทั้งปาก ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก

สำหรับปัญหาการขาดแคลนทันตภิบาลใน รพ.สต. และปัญหาการจ้างทันตภิบาลใน รพ.สต. เนื่องจากสภาวะทางการเงินของหน่วยบริการ (รพ.สต. และรพ.แม่ข่าย) ไม่เอื้อต่อการจ้างคนเพิ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ (15) ที่ได้ศึกษาภาระงานและผลิตภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าภาพรวมการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ใช้เวลาส่วนใหญ่กับงานรักษาพยาบาล

(ร้อยละ 60-70) มากกว่างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นภารกิจหลักของ รพ.สต. และในภาพรวม รพ.สต. ยังมีความขาดแคลนกำลังคนเมื่อเทียบกับภาระงาน อัตรากำลัง บุคลากรที่มีในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด พบบุคลากรทุกตำแหน่งมีการใช้เวลากว่าร้อยละ 30 ของเวลาการทำงานทั้งหมด เพื่อทำรายงานผลงานตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดรวมถึงการทำงานด้านบริหาร งานเอกสารอื่น ๆ เช่น งานพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง การเงิน การบันทึกข้อมูล มีผลทำให้เวลาที่ให้บริการสุขภาพประชาชนลดน้อยลง ในขณะที่เด็วกันบุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกขาดขวัญกำลังใจที่ทำงานหนัก แต่ไม่ได้รับค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลา และไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงควรมีการทบทวนการกำหนดกรอบมาตรฐานอัตรากำลังการสร้างขวัญกำลังใจในรูปแบบต่าง ๆ และการปรับปรุงกระบวนการทำงานใหม่เพื่อให้ใช้ประโยชน์จากกำลังคนที่มีอยู่อย่างเต็มศักยภาพ ตามลักษณะงานและปริมาณงานของ รพ.สต. แต่ละขนาดส่งเสริมการทำงานให้สอดคล้องกับภารกิจหลัก ควรมีการจัดสรรบุคลากร รพ.สต. ให้มีจำนวนเพียงพอกับภาระงานในปัจจุบัน รวมทั้งการทบทวนเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัด และระบบรายงานที่จะไม่เป็นภาระแก่บุคลากรโดยไม่จำเป็น (15)

ประโยชน์จากงานวิจัยนี้ จึงสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพช่องปาก (ส่วนกลาง) ประสานความร่วมมือกับสถาบันพระบรมราชชนก ให้จังหวัดมีส่วนร่วมคัดเลือกนักเรียนทุนทันตภิบาล ซึ่งควรเป็นเด็กในพื้นที่ขาดแคลนทันตภิบาลและมีสัญญาผูกพันให้มาปฏิบัติงานและพัฒนามาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมใน รพ.สต. โดยสนับสนุนให้มีการจ้างผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรมช่างเก้าอี้ (จ้างรายวัน/รายคาบ) เมื่อมีงานหัตถการ ใน รพ.สต.ที่มีทันตภิบาลประจำ เพื่อเพิ่มปริมาณงานและพัฒนาคุณภาพบริการ สำหรับการกำหนดตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หรือนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และการจ้างงานผู้ช่วยงานทันตกรรม ควรสอดคล้องกับแผนการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวและคลินิกหมอครอบครัวของแต่ละจังหวัด รวมทั้งมีกรอบ

อัตรากำลังที่สามารถปรับแต่งให้เหมาะสม (Fine tuning) เช่น ปรับตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ Aged society หรือปรับตามบริบทพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่องปากของประชาชนและการหมุนเวียนทันตบุคลากร

บทสรุป (Conclusion)

พบแนวโน้มการได้รับบริการสุขภาพช่องปากสูงขึ้นโดยลำดับจากปี 2559-2561 เฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 3-5 ปี และกลุ่มเด็ก 6-12 ปี สำหรับปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ได้แก่ จำนวนทันตบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ การจ้างผู้ช่วยเหลืองานทันตกรรมช่างเก้าอี้เพื่อช่วยเพิ่มทั้งปริมาณงานและคุณภาพของบริการสุขภาพช่องปากให้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งการประเมินความครอบคลุมของบริการสุขภาพช่องปากเพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Inspection division of the permanent secretary for public health. Ministry of Public Health. Provincial inspection report form of oral Health Service Plan (2016-2018).(in Thai).
2. Bureau of Dental Health. Guidelines for dental public health operation in 2019. [cited 2019 March 1] Available from:http://dental2.anamai.moph.go.th/mobile_list.php?cid=76 (in Thai).
3. Bureau of Dental Health. Report of the 8th National Oral Health Survey of Thailand 2017. 2018. Bangkok: Sam Charoen Commercial Company Limited.(in Thai).
4. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33:81-92.

5. Rasiri S, Rasiri T, Tantasit Y. Dental health promotion guidelines for partnership network participation. *Thai Dental Nurse Journal*. 2018; 29(2):123-35. (in Thai).
6. Panichkriangkrai W, Sommanustweechai A, Tisayaticom A, Limwat- tananon S, Limwattananon C. Utilization of Dental Services in Thailand: Results from Health and Welfare Survey 2015. *Journal of Health Systems Research*. 2017;11(2):170-81. (in Thai).
7. National Statistical Office. The 2009 survey on health and welfare [Internet]. Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology;2010 [cited 2017 March]. Available from: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/healthyhealthRep52.pdf>. (in Thai).
8. National Statistical Office. The 2011 survey on health and welfare [Internet]. Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology;2012[cited 2017 March]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/SocialSecurity/health_and_welfare/2009/6.%20Full%20Report.pdf.(in Thai).
9. National Statistical Office. The 2013 survey on health and welfare [Internet]. Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology; 2014 [cited 2017 March]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/SocialSecurity/health_and_welfare/2013/6.%20Full%20Report.pdf. (in Thai).
10. Agrasuta V. Dental service utilization among Thai working age group and elderly in 2013 and 2015 health and welfare surveys. *Thai Dental Public Health Journal*. 2018;23(1)26-37. (in Thai).
11. Wanwong Y, Viriyathorn S, Laphikultham S, Panichkriangkrai W, Tisayaticom K, Patchara narumol W. Unmet health need: outpatient, inpatient and dental services in Thai population by 2015. *Journal of Health Systems Research*. 2017;11(1):3-16. (in Thai).
12. Fukuda H, Shinsho F, Nakajima K, Takahashi S, Tatara K. Oral health habits and the number of teeth present in Japanese aged 50-80 years. *Community Dent Health*. 1997;14(4):248-52.
13. Locker D. Does dental care improve the oral health of older adults? *Community Dent Health*. 2001;18(1):7-15.
14. Bureau of Social - Economic and Opinion 2. Health and welfare survey 2007 [Internet] Bangkok: National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology; 2009 [cited 2015 Nov 24]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/SocialSecurity/health_and_welfare/2007/6.%20Full%20Report.pdf. (in Thai).
15. Tangcharoensathien V, Sawaengdee K, Rajataram B, Muangyim K, Sarakshetrin A, Chantra R, et al. A Study of Work load and productivity among health personnel in District Health Promotion Hospitals. Research Reports. Health Systems Research institute (HSRI). 2017. Report No. hs2417.pdf.(in Thai).

ติดต่อบทความ:

ทันตแพทย์หญิง วรารณ อัสวกุล
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เลขที่ 429 ถนนศรีสุริยวงศ์
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000
โทรศัพท์ 032 327824-8
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ asawakun@yahoo.com

Corresponding author:

Dr. Worrawan Asawakun
Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi
429 Srisuriyavong Road, Muang District, Ratchaburi,
70000 Thailand.
Tel. +66 32327824-8
E-mail: asawakun@yahoo.com

Received Date: May 21, 2019

Revised Date: Jun 13, 2019

Accepted Date: Jun 21, 2019