# รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบริบทของจังหวัดพัทลุง : ข้อเสนอแนะในมุมมองของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

# Desirable Oral Health Services Model of Tumbol Health Promotion Hospital in the Context of Phatthalung Province: the Viewpoints of Executive Officers, Providers and Stakeholders


**ชนิฎาภรณ์ สอนสังข์**

**Chanidaporn Sornsung**


**วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต**
**สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก**
**มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Oral Health Sciences**
**Prince of Songkla University**
**2555**


**ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

**ชื่อวิทยานิพนธ์** รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบริบทของจังหวัดพัทลุง : ข้อเสนอแนะในมุมมองของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

**ผู้เขียน** นางชนิฎาภรณ์ สอนสังข์

**สาขาวิชา** วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก

---

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

…….....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัญญา หุ่นศรีสกุล)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

…….....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคณา เธียรมนตรี)

**คณะกรรมการสอบ**

……ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง)

…….....กรรมการ

(ดร.วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์)

…….....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัญญา หุ่นศรีสกุล)

…….....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงชัย ฐิตโสมกุล)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก

……

(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์ดารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

| | |
|---|---|
| **ชื่อวิทยานิพนธ์** | รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบริบทของจังหวัดพัทลุง : ข้อเสนอแนะในมุมมองของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย |
| **ผู้เขียน** | นางชนิฎาภรณ์ สอนสังข์ |
| **สาขาวิชา** | วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก |
| **ปีการศึกษา** | 2554 |

# บทคัดย่อ


การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ในบริบทของจังหวัดพัทลุง ในมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารระดับต่างๆ ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารระดับต่างๆ จำนวน 18 คน ผู้ให้บริการ จำนวน 10 คน และมีสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 33 คน

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่เหมาะสมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.ควรจะเป็นทันตาภิบาลและควรมีประสบการณ์ในการทำงาน ในกรณีที่จบใหม่ควรมีที่ปรึกษาและควรได้รับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานในรพ.สต.โดยทันตาภิบาลที่อยู่ประจำไม่จำเป็นต้องเป็นคนในพื้นที่ แต่หากเป็นคนในพื้นที่ก็เป็นการดีเพราะจะคงอยู่ในพื้นที่ได้นาน

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของ รพ.สต. ควรจัดพื้นที่บริการแบบการแบ่งโซน (Zoning) ในรูปเครือข่าย โดยพิจารณา รพ.สต.ที่มีศักยภาพเป็นเครือข่ายหลัก (แม่ข่าย) และรวมพื้นที่บริการของรพ.สต.อื่นๆที่อยู่ใกล้เคียงมาเป็นลูกข่าย รูปแบบการกำหนดรพ.สต.แม่ข่ายในการจัดบริการสุขภาพช่องปากมี 2 รูปแบบ คือ 1) รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาล 2) รพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลแต่มีความพร้อมด้านอื่นๆ โดยรูปแบบการจัดทันตบุคลากรไปปฏิบัติงานใน รพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำ ควรเป็นบทบาทของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งการกระจายทันตบุคลากรมี 2 รูปแบบด้วยกัน คือ 1) การรวมทันตาภิบาลไว้ที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) แล้วมอบหมายให้ไปรับผิดชอบในรพ.สต.แม่ข่าย 2) การจัดให้ทันตาภิบาลลงไปประจำในรพ.สต.แม่ข่าย

แนวทางและขอบเขตการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.สามารถแบ่งได้ 3 แนวทาง คือ *1) รพ.สต.แม่ข่ายที่มีทันตาภิบาล* ควรเป็นบทบาทของรพ.สต.และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในการกำหนดแนวทางการให้บริการสุขภาพช่องปากร่วมกัน และควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลรพ.สต.เครือข่าย *2) รพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาล* เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) มีบทบาทหลักในการจัดบริการสุขภาพช่องปากและควรสนับสนุนทันตาภิบาลมาให้บริการสุขภาพช่องปาก *3) รพ.สต.ลูกข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาล* ควรเป็นบทบาทร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยควรจัดทำเป็นนโยบายในระดับจังหวัดให้มีการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากบูรณาการร่วมกับงานสาธารณสุขอื่นๆ ควรมีการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.และ อสม.ในการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้นแก่กลุ่มเป้าหมาย

เมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของของผู้เกี่ยวข้องที่อยู่ในพื้นที่ รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล พบความแตกต่างในบางประเด็น ได้แก่ 1) การมุ่งเน้นการบริการสุขภาพเชิงรับ (การรักษาทันตกรรม) หรือเชิงรุก (การส่งเสริมป้องกัน) 2) การรวมทันตาภิบาลไว้ประจำที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) หรือประจำในรพ.สต. และ 3) คุณลักษณะของทันตาภิบาลในการเป็นคนในพื้นที่หรือคนนอกพื้นที่

ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้จะเป็นเพียงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดรูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ในบริบทที่ศึกษาเท่านั้น จึงควรมีการดำเนินการต่อเนื่อง เพื่อค้นหาข้อสรุปของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ในรพ.สตร่วมกันและทดลองรูปแบบที่ได้ในพื้นที่นำร่องต่อไป

| | |
|---|---|
| **Thesis Title** | Desirable Oral Health Services Model of Tumbol Health Promotion Hospital in the Context of Phatthalung Province: the Viewpoints of Executive Officers, Providers and Stakeholders. |
| **Author** | Mrs. Chanidaporn Sornsung |
| **Major Program** | Oral Health Sciences |
| **Academic Year** | 2011 |

# ABSTRACT

This study aims to study the expectations and suggestions of the related partners Including the executive officers, healthcare providers, and stakeholders on an appropriate oral health services model in Tumbol Health Promotion Hospital (THPH) in Phatthalung province. The study was descriptive qualitative research. The samples were selected by a multistage random sampling. Eighteen executive officers at various levels and 10 healthcare providers were in-depth interviewed. In addition, focus group discussion was conducted with 33 stakeholders.

The results showed that appropriate dental personnel in the THPH should be dental nurses who have practical experience. However, if they recently graduated, they should have an experienced consultant with them and should improve their skills by attending workshops. Ii is not necessary to be a local persons. Nevertheless, it would be best if they were because they will tend to remain working longer in the THPH in their hometown.

The desirable oral health services model was suggested to be organized by zoning and networking. The network should include the THPH that has potential as the main network and surrounding THPHs as its healthcare networks. Two types of THPH networks were suggested for the main THPH network. First, the THPH that has a dental nurse and second, the THPH that does not have a dental nurse but it has potential to provide such service. The Contracting Unit for Primary Care (CUP) should be responsible for distributing dental nurses to the THPHs that do not have a dental nurse. Two methods for distribution of dental nurses to THPHs were suggested: 1) pool dental nurses in the CUP and then assign responsibility for providing oral health services to the main THPH networks, and 2) distribute the dental nurses to permanently work at the main THPH networks.

Organization for oral health services in THPH network models can be divided into 3 forms. First, in the THPH network that has a dental nurse, there should be co-operation between the THPH and CUP to plan for appropriate oral health care services and to assign dental personnel to be responsible for taking care of the overall THPH networks. Second, for the main THPH networks that do not have dental nurses, CUP should play a major role in providing oral health services by supporting dental personnel. Third, for other surrounding THPH networks, the collaboration among the Provincial Health Authority is recommended to set policy which integrates oral health promotion and prevention programs into other health programs. Moreover, public health personnel and village health volunteers should be developed with basic oral health skills to be able to provide primary oral health care in some target groups.

Expectations of the relevant persons on the desirable oral health service models between THPH that have and do not have dental nurses were different regarding some issues such as 1) the focus of oral health services between treatments and oral health promotion and prevention, 2) the distribution of dental nurses into the THPH between pooling dental nurses at CUP and distributing dental nurses to all main THPH networks, and 3) the factors of dental nurses being a local person or not.

The result of this study is a policy recommendation for an oral health service model in THPHs in Phatthalung Province. Consequently, there should be further action to be taken for a consensus of an oral health services model for THPHs among related persons and the models should be tried out in pilot areas.

# กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ตลอดจนบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนวิจัยและทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงที่อนุเคราะห์ให้จังหวัดพัทลุงเป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน คือดร.ทพ.วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ นายแพทย์บรรเจิด สุขพิพัฒนปานนท์ และทพญ.สุณี ผลดีเยี่ยม ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณ ดร.ทพ.นฤพงศ์ ภักดี หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ ที่เป็นวิทยากรภาคสนามในการฝึกทักษะการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ตลอดมา ขอขอบคุณกลุ่มงานยุทธศาสตร์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ และกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสองท่าน คือ ผศ.ดร.ทพญ.จรัญญา หุ่นศรีสกุล และ ผศ.ดร.ทพญ.อังคณา เธียรมนตรี ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในทุกขั้นตอน รวมทั้งกระตุ้นและติดตามงานของผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่ และอาจารย์ได้สละเวลาในการตรวจทานแก้ไขวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้อย่างละเอียดถี่ถ้วนเพื่อให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทำให้ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนา รพ.สต. ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ. สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม ผู้อำนวยการรพ.สต. ผู้ให้บริการที่เป็นทันตแพทย์ ทันตาภิบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆที่ปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนภาคการศึกษา ตัวแทน อสม. และตัวแทนประชาชนในพื้นที่ศึกษา ที่เสียสละเวลามาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้

ขอขอบคุณ พ.ต.ท.เจริญพร สอนสังข์ ที่เป็นกำลังใจตลอดเวลาทั้งยามเหนื่อยและยามสุข ขอบคุณพี่ๆน้องๆนักศึกษาปริญญาโททันตสาธารณสุขทุกคนที่ให้กำลังใจ คุณความดีจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัยขอมอบให้แด่คุณพ่อและคุณแม่ที่รักห่วงใยและเป็นกำลังใจลูกตลอดมา สุดท้ายนี้ขอมอบคุณความดีให้กับครูบาอาจารย์ทุกท่านทุกระดับที่ได้ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย

ชนิฎาภรณ์ สอนสังข์

# สารบัญ

**หน้า**

สารบัญ.....(8)
รายการตาราง..... (10)
รายการรูป.....(11)
บทที่
1.บทนำ.....1
ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา.....1
ทบทวนวรรณกรรม.....3
วัตถุประสงค์.....29
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....29
ขอบเขตของการศึกษา.....32
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....32
2.วิธีดำเนินการวิจัย.....34
ระเบียบวิธีวิจัย.....34
การเลือกพื้นที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล.....34
วิธีดำเนินการวิจัย.....38
ระยะเวลาในการทำวิจัย..... 42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....42
การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล.....43
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....43
3. พื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง.....45
4. ผลการศึกษาและวิจารณ์ (1).....54
ความคาดหวังต่อการจัดบริการสุขภาพในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.).....54
5. ผลการศึกษาและวิจารณ์ (2).....75
ความคาดหวังต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบริบทของจังหวัดพัทลุง..……..……..75

# สารบัญ (ต่อ)

**หน้า**

เปรียบเทียบความคาดหวังต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล……101
6. สรุป วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ....104
สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา....104
ความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย....109
ข้อเสนอแนะ....112
ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป....112
เอกสารอ้างอิง....113
ภาคผนวก....119
ก.รายชื่อ รพ.สต....120
ข.รายละเอียดการดำเนินงานกองทุนทันตกรรม....121
ค.แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหารระดับต่างๆ....123
ง.แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ให้บริการ....127
จ.แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย....131
ฉ.แบบสอบถามสำหรับผู้บริหารระดับพื้นที่และผู้ให้บริการ....133
ช.แบบสอบถามสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย....134
ประวัติผู้เขียน....135

# รายการตาราง

**ตาราง** **หน้า**

ตารางที่ 1 ประเภทและจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับต่างๆ……..19
ตารางที่ 2 จำแนกผู้ให้ข้อมูลสำคัญและวิธีการเก็บข้อมูล.....37
ตารางที่ 3 ลักษณะของพื้นที่ศึกษา(อำเภอ).....47
ตารางที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ศึกษา.....48
ตารางที่ 5 จำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มจำแนกตามหน่วยบริการ.....50
ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารระดับพื้นที่และผู้ให้บริการ.....51
ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.....52
ตารางที่ 8 ระดับการรับรู้นโยบาย ความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากและการมีทันตาภิบาลใน รพ.สต. ของผู้ให้ข้อมูล.....53
ตารางที่ 9 ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลต่อบทบาทและการบริหารจัดการต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากของรพ.สต.....86
ตารางที่ 10 รายชื่อสถานีอนามัยที่มีการยกศักยภาพเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดพัทลุง ปี 2552-2553.....120
ตารางที่ 11 รายละเอียดการดำเนินงานกองทุนทันตกรรม.....121
ตารางที่ 12 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหารระดับต่างๆ.....123
ตารางที่ 13 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ให้บริการ.....127
ตารางที่ 14 แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.....131

# รายการรูป

**รูป** **หน้า**

รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.....11
รูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของการดำเนินงานทันตสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง.....12
รูปที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....31
รูปที่ 4 การเลือกพื้นที่ตัวอย่าง.....35
รูปที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....41

# บทที่ 1

# บทนำ

## 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พ.ศ.2552 รัฐบาลมีนโยบายยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพเชื่อมโยงกันทุกระดับเพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพ ปรับเปลี่ยนจากการบริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุกมากขึ้นและจัดทำแผนการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคมโดยจะดำเนินการในสถานีอนามัยนำร่องก่อนและขยายให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ในปี พ.ศ. 2562[1]

จากการปฏิรูปและพัฒนาระบบสุขภาพในปี พ.ศ.2544-พ.ศ.2545 ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) ซึ่งมีนโยบายการกระจายบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนไปสู่หน่วยบริการปฐมภูมิในระดับสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน จัดบริการที่สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐานโดยมีโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักทำหน้าที่สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ แต่เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคนและงบประมาณ จึงสามารถจัดบริการสุขภาพตามแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ได้เฉพาะหน่วยบริการที่จัดตั้งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเท่านั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวคิดการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีความคล้ายคลึงกับนโยบายกระจายบริการสุขภาพไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยจากการประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนในภาพรวม พบว่ามีปัญหาอุปสรรคในการจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปาก[2-5] ได้แก่ 1) ทันตบุคลากรมีจำนวนน้อย ประชาชนมีความต้องการการรักษาทางทันตกรรมมากขึ้น ทำให้การดำเนินงานด้านส่งเสริมทันตสุขภาพน้อยลง 2) งบประมาณไม่เพียงพอ 3) มีความแตกต่างระหว่างนโยบายกับการนำไปปฏิบัติจริงไม่สอดคล้องกับพื้นที่จริงเนื่องจากขาดการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนและบุคลากรในทุกระดับ ทำให้ในทางปฏิบัติจริงเป็นการตั้งรับการรักษาที่โรงพยาบาล

และการออกไปศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการขยายการรักษามากกว่าเป็นการส่งเสริมป้องกัน 4) การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจงานทันตสาธารณสุขและสามารถผสมผสานงานทันตสาธารณสุขกับงานสาธารณสุขอื่นได้อย่างแท้จริง และ 5) นโยบายจำกัดจำนวนข้าราชการทำให้สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ยังเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีทันตาภิบาล สำหรับสถานีอนามัยที่มีทันตาภิบาลประจำ[6,7] พบว่า ภาระงานของทันตาภิบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีสัดส่วนบริการทันตกรรมมากกว่าการส่งเสริมป้องกันและบริการเชิงรุก ส่วนสถานีอนามัยที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนและไม่มีทันตาภิบาลประจำมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์หรือทันตาภิบาลหมุนเวียนไปให้บริการซึ่งไม่แตกต่างจากการออกหน่วยเคลื่อนที่ ในขณะที่สถานีอนามัยที่ไม่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีการจัดบริการสุขภาพช่องปาก[7,8]

จังหวัดพัทลุงมีการพัฒนาศักยภาพสถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยมีการยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 26 แห่ง ครอบคลุมทุกอำเภอ ภายในปี พ.ศ. 2553[9] โดยมีมาตรการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน พัฒนาระบบบริการสุขภาพและการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจนขึ้น สำหรับการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.นั้น พบว่า มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.เพียง 7 แห่งที่มีทันตาภิบาลประจำ และมีบางแห่งมีการออกไปบริการเป็นครั้งคราว ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดโอกาสให้แต่ละจังหวัดมีการออกแบบการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่[1] แต่เนื่องจากรพ.สต. แต่ละพื้นที่ของจังหวัดพัทลุงมีความแตกต่างกันในมิติต่างๆ[7] เช่น ขนาดหน่วยบริการ จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ และจำนวนทันตาภิบาลประจำรพ.สต. ดังนั้นเมื่อสถานีอนามัยมีการเปลี่ยนโครงสร้างเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะส่งผลต่อความคาดหวังทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ในขณะเดียวกันการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. ก็ย่อมเป็นความคาดหวังหนึ่งของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆที่ต้องการให้เกิดรูปแบบที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

ทั้งนี้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นเรื่องใหม่ที่ยังไม่พบการศึกษา ดังนั้นหากจะมีการพัฒนาศักยภาพสถานีอนามัยเป็นรพ.สต.ที่เน้นการบริการเชิงรุกให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากนั้น จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในหลายๆ มิติ เช่น ระบบการบริหารจัดการโครงสร้างในภาพรวม การพัฒนาทรัพยากรบุคคล รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ เป็นต้นจากแนวคิดของการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเน้นให้มีการจัดระบบบริการเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ในปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพ

ช่องปากในหน่วยบริการระดับสถานีอนามัยที่จะพัฒนาการดำเนินงานเป็น รพ.สต.ของจังหวัดพัทลุงนั้น ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน โดยส่วนใหญ่จะดำเนินงานตามรูปแบบที่ถูกกำหนดโดยหน่วยงานระดับนโยบายซึ่งเป็นแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ ยิ่งกว่านั้นพบว่าไม่มีข้อมูลด้านวิชาการเชิงลึกที่จะสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปากของรพ.สต.ในบริบทจังหวัดพัทลุง

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังและข้อเสนอแนะรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบริบทของจังหวัดพัทลุงในมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเปรียบเทียบความคาดหวังต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล ซึ่งผลการศึกษาจะสามารถนำมาพัฒนารูปแบบหรือแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของรพ.สต. ของจังหวัดพัทลุงต่อไป

**2. การทบทวนวรรณกรรม**

กรอบในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1. ความหมายของระบบบริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพช่องปากในประเทศไทย
2. ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์
3. ทิศทางการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary health care)
4. การดำเนินงานสาธารณสุขและการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของจังหวัดพัทลุงตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน
5. การศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพและสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย
6. แนวคิดและแผนการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
7. ตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย
8. กองทุนทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีพ.ศ.2554

## 2.1 ความหมายของระบบบริการสุขภาพและระบบบริการสุขภาพช่องปากในประเทศไทย

จากการศึกษาเอกสารต่างๆ พบว่า มีการให้ความความหมายของ “ระบบบริการสุขภาพ” [10,11] ว่าเป็นโครงสร้างของระบบสุขภาพที่มีการออกแบบให้มีความเหมาะสมสอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นระบบที่มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดสรรและบริหารทรัพยากรสาธารณสุขอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ควรมีการคำนึงถึงบริบทสภาพแวดล้อมของระบบสุขภาพร่วมด้วย เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ซึ่งการจัดบริการสุขภาพจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบสุขภาพ โดยเป็นการจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกด้านได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยรวมถึงบริการที่จัดโดยบุคลากรด้านสุขภาพ และบริการที่จัดโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน

การจัดบริการสุขภาพช่องปาก[12] เป็นระบบย่อยของการจัดบริการสุขภาพ ที่มีการจัดบริการที่ครอบคลุมทุกด้านเช่นกันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคในช่องปาก การรักษาทางทันตกรรม และการฟื้นฟูสภาพช่องปากให้แก่ประชาชน โดยการจัดบริการจะต้องคำนึงถึงการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน โดยให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ เป็นบริการที่ครบถ้วนเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม

<u>ระบบบริการสุขภาพช่องปากของไทย</u> [12] ระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยดำเนินการโดย 3 กลุ่มหน่วยงาน คือ

<u>กลุ่มที่ 1 หน่วยบริการสุขภาพช่องปากในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</u>

เป็นหน่วยบริการหลักที่ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชนในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ โดยเฉพาะประชาชนในเขตชนบท ทั้งระดับอำเภอ และตำบล ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุข

ภายหลังการปรับโครงสร้างหน่วยราชการพ.ศ.2545 ให้สอดคล้องกับการดำเนินงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการกำหนดให้มีการเพิ่มกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตเมือง โดยกำหนดให้มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานในกลุ่มภารกิจนี้ แยกต่างหากจากกลุ่มงานทันตกรรมซึ่งจัดอยู่ในภารกิจด้านบริการตติยภูมิ แต่ทิศทางการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า รพศ./รพท. ยังเน้นการบริการทันตกรรมระดับตติยภูมิเท่านั้น เนื่องจาก

ขาดความพร้อมด้านบุคลากรและหน่วยบริการที่รับผิดชอบนั่นคือโรงพยาบาลชุมชนในเขตเมือง ทำให้การเชื่อมต่อระบบบริการสุขภาพช่องปากตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในภาพรวมของจังหวัดยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ สำหรับโรงพยาบาลชุมชนได้มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว แต่ยังพบว่าการกระจายบริการสุขภาพช่องปากไปสู่หน่วยบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัด เนื่องจากขาดความพร้อมทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์

สำหรับสถานีอนามัย ที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายสร้างสถานีอนามัยขนาดใหญ่ ร้อยละ 20 ของสถานีอนามัยทั้งหมดและมีการกำหนดให้มีทันตาภิบาลปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ ซึ่งภายหลังการปฏิรูปภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้มีการพัฒนาให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน แต่อย่างไรก็ตามการจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่มีการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐานเฉพาะหน่วยบริการที่มีทันตาภิบาลเท่านั้น ยังไม่ได้กระจายไปยังหน่วยบริการที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่มีทันตาภิบาล เนื่องจากขาดความพร้อมทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์

<u>กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกทันตกรรม</u>

พบว่า ทันตแพทย์ร้อยละ 53.9 ให้บริการทันตกรรมอยู่ในภาคเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ โดยการจัดบริการส่วนใหญ่เป็นการรักษาโรคในช่องปาก

<u>กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่เป็นหน่วยงานของรัฐในสังกัดอื่น</u>

ได้แก่ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมหาวิทยาลัย ซึ่งสถานบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ ยกเว้นศูนย์ของเทศบาลซึ่งตั้งอยู่ในเขตเมืองตามจังหวัดต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่หน่วยงานต้องดูแล บริการส่วนใหญ่เป็นการรักษาโรคในช่องปาก

โดยสรุปเมื่อพิจารณาระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่า มีความพยายามที่จะจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนให้ครอบคลุมทุกด้านและทุกพื้นที่ตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยพัฒนาสอดคล้องไปกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ แต่ยังพบว่าการจัดบริการสุขภาพช่องปากยังไม่สามารถจัดบริการได้ครอบคลุมทุกด้านในทุกมิติและทุกพื้นที่โดยเฉพาะในเขตชนบท อันเนื่องมาจากการขาดความพร้อมด้านบุคลากร เงิน และวัสดุอุปกรณ์

กลไกของระบบสุขภาพเป็นการผสมผสานระหว่างการจัดบริการทางสาธารณสุข การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน และการจัดการทางด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สิ่งที่ควรคำนึงถึงการจัดบริการทางสาธารณสุขที่เป็นสำคัญ คือ ระบบบริการ การบริหารจัดการ และผู้ให้บริการ หากนโยบายสามารถกระจายการจัดบริการได้อย่างเหมาะสม และมีกลไกในการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ในด้านการจัดบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นกันก็ต้องใช้กลไกเหล่านั้นในการจัดการ โดยหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดระบบบริการสุขภาพช่องปากจะต้องมีเป้าหมายการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้ในทุกมิติ ซึ่งเพ็ญแข ลาภยิ่ง[13] ปี พ.ศ. 2542 ได้กล่าวไว้ว่า มิติคุณภาพในการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ มี 6 ประการ ดังนี้คือ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) ได้แก่ จำนวนสถานบริการ จำนวนบุคลากร เวลาที่รอคอยในการใช้บริการ คิวนัดไม่นานเกินไป 2) ความต่อเนื่อง (Continuity of care) เช่น ให้บริการเป็นประจำและสม่ำเสมอ มีระบบส่งต่อที่ดี 3) การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) ได้แก่ อัตราการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ อัตราการใช้บริการของประชาชนเฉลี่ยคนต่อครั้ง ความครอบคลุมบริการขั้นพื้นฐาน 4) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation ) ได้แก่ แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าสะดวก และมีสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ มีคลินิกนอกเวลา ออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการ มีระบบนัดหมาย 5) ค่ารักษาที่สามารถจ่ายได้ (Affordability) ได้แก่ ความครอบคลุมในการที่มีสิทธิประโยชน์ การประกันสุขภาพ ประกันทันตสุขภาพ 6) บริการที่เป็นที่ยอมรับ (Acceptability) ได้แก่ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

**2.2 ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์**

จากการศึกษาภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในทัศนะผู้ทรงคุณวุฒิ ในปี พ.ศ. 2541[14] โดย นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา กล่าวถึงการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์จะต้องประกอบด้วยหลักการ ดังนี้ 1) เป็นบริการที่เป็นธรรม 2) ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงและใช้บริการได้อย่างทัดเทียม 3) เป็นบริการที่มีคุณภาพดี 4) ผสมผสานบริการสุขภาพแบบองค์รวม 5) เป็นระบบบริการที่มีต้นทุนในการจัดบริการที่สมเหตุสมผล สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน 6) มีประสิทธิภาพและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติในทัศนะของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้เสนอไว้ว่าระบบบริการสุขภาพต้องสนองความต้องการของประชาชนไทยควรมีลักษณะ 9 ประการ

ดังนี้ 1) ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง 2) เป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ 3) ดูแลคนให้มีสุขภาพดีโดยรวม (Holistic) อย่างต่อเนื่อง 4) มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการร่วมมือของทีมสุขภาพทุกคนในการบริการที่ดีแก่ประชาชน 5) เป็นบริการสุขภาพที่มีความหลากหลาย 6) ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม 7) มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ 8) ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น 9) บุคลากรได้รับการพัฒนาบนองค์ความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

ส่วนแพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร และนายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ เสนอลักษณะของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนี้ 1) ต้องตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชน 2) มีมาตรฐานบริการที่ดีและระบบการตรวจสอบสม่ำเสมอ ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาพสุขภาพของพื้นที่ 3) มีคุณภาพบริการทั้งด้านเทคนิค และด้านสังคมจิตวิทยา เป็นระบบที่ประชาชนทุกกลุ่มอายุและทุกระดับเศรษฐกิจสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม 4) เป็นระบบบริการที่ครอบคลุมการบริการทั้งการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่สมดุล

โดยสรุป ลักษณะบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้เสนอไว้ พบว่าควรมีลักษณะโดยรวมดังต่อไปนี้ 1) ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เสมอภาค มีความเป็นธรรม 2) เป็นระบบบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ 3) สนองตอบต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและสร้างความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4) ดูแลคนให้มีสุขภาพดีโดยรวม (Holistic) อย่างต่อเนื่อง 5) มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการร่วมมือของทีมสุขภาพทุกคนในการบริการที่ดีแก่ประชาชน 6) เป็นบริการสุขภาพที่มีความหลากหลาย ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะ สม และการจัดบริการมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน 7) ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น 8) ผสมผสานบริการสุขภาพแบบองค์รวม มีความสมดุลในการบริการทั้งการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ และ 9) บุคลากรควรได้รับการพัฒนาบนองค์ความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา

### 2.3 ทิศทางของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)[15,16] ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการบริการสุขภาพไว้ 2 ลักษณะคือ การส่งเสริมให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีและได้รับความเป็นธรรม ซึ่งเป้าหมายคือ ไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นเพราะด้วยเพศ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือ ความแตกต่างอื่นๆ โดยมีการกระจายการจัดบริการไปสู่ประชาชนอย่าง

สม่ำเสมอและเป็นธรรม (Equity) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) อย่างมีมาตรฐานตามจรรยาบรรณวิชาชีพของผู้ให้บริการรวมถึงสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (Responsiveness) ตามความจำเป็นด้านสุขภาพที่แท้จริงและสิทธิที่ประชาชนมีอยู่

และองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 2010[17] ได้กล่าวไว้ว่าองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพ จะต้องตอบสนองอย่างสมดุลตามความต้องการและความคาดหวังของประชาชน โดย บทบาทหน้าที่ของระบบสุขภาพคือ 1) การพัฒนาปรับปรุงสภาวะสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน 2) ปกป้องประชาชนให้รอดพ้นจากภาวะคุกคามต่อสุขภาพ 3) จัดหาความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยประชาชนเป็นศูนย์กลางการรักษา 4) ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยมียุทธศาสตร์ในการกำหนดทิศทางที่ถูกต้องและสอดคล้องกับการลงทุนของโครงสร้างที่หลากหลายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ 1) การเป็นผู้นำและการปกครองแบบธรรมาภิบาล (Leadership and governance) 2) มีระบบข้อมูลข่าวสาร (Health information system) 3) มีระบบการเงินการคลัง (Health financing) 4) การบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพ (Human resources for health) 5 ) การจัดบริการสุขภาพ (Service delivery)

ทิศทางของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่ง WHO ในปี ค.ศ. 2008 [18] ได้มีการเสนอการปฏิรูปการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิใน 4 ด้าน เพื่อให้มีการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน มีความเป็นธรรม ภายใต้ความสัมพันธ์และความยุติธรรมของสังคม และเพื่อตามความคาดหวังของประชาชนที่เพิ่มขึ้นในยุคสังคมที่ทันสมัย ซึ่งการปฏิรูปบริการระดับปฐมภูมิมี 4 ด้าน ได้แก่

1. การปฏิรูปการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage reform) เพื่อเป็นการประกันสุขภาพให้มีการกระจายความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ความยุติธรรมของสังคมและปิดช่องว่างของกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ ดังนั้นการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจะเป็นด่านแรกของการเข้าถึงบริการสุขภาพ
2. การปฏิรูปการจัดบริการสุขภาพ (Service delivery reform) เป็นการปรับปรุงระบบสุขภาพ เช่น บริการระดับปฐมภูมิให้มีการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน ให้มีการจัดบริการที่มีการกระจายอย่างเหมาะสม จัดเป็นหน่วยบริการเฉพาะที่มีเครือข่ายดูแลตามเขตสุขภาพอย่างเป็นธรรม “โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา (Putting people first)
3. การปฏิรูปนโยบายสาธารณะ (Public policy reform) เป็นการบูรณาการกับนโยบายสาธารณสุขของภาคส่วนต่างๆ

4. ความเป็นผู้นำด้านสุขภาพ (Leadership reform)ในสังคมที่มีความซับซ้อนมีความจำเป็นต้องลงทุนในการพัฒนาผู้นำด้านสุขภาพ เพื่อร่วมในการติดตามตรวจสอบในการสั่งการและการควบคุมของภาครัฐฝ่ายเดียว

ประเทศทั้งหลายที่เป็นภาคีสมาชิกขององค์การอนามัยโลกรวมถึงประเทศไทยด้วย ได้นำเป้าหมายดังกล่าวข้างต้น นำไปปรับให้เหมาะสมตามสภาพของสังคมและวัฒนธรรม และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศ โดยในการดำเนินนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพของไทยก็ได้เน้นการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ ซึ่งสืบเนื่องจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (ปี พ.ศ.2545-2549)[19]ได้มีการใช้กลยุทธ์หลักที่สำคัญ คือ การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary care unit) ให้สอดคล้องกับสภาพสังคมหรือวิถีชุมชน ซึ่งเป็นระดับบริการที่มีความสำคัญที่สุดเพราะอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเพราะมีการกระจายอยู่ในทุกตำบล ประชาชนมีความสะดวกในการใช้บริการ และได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปี พ.ศ.2550-2554)[20]โดยคำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณาการเป็นองค์รวม และมีความสมดุลพอดีที่มีคนเป็นศูนย์กลางพัฒนา และมุ่งสร้างระบบสุขภาพพอเพียง โดยมีเป้าหมายขยายและยกระดับคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง และเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่รองรับผู้ป่วยนอกที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเน้นให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมิรับตรวจและรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อหรือที่ได้รับการนัดหมายจากแพทย์เป็นหลัก

ทั้งนี้จากการศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร[21,22] พ.ศ. 2542 พบว่า ลักษณะที่ดีของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีดังนี้ 1) เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก (Front line care) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุและทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน ก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางอื่น 2) เป็นหน่วยบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง (Ongoing / longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วยและการฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึง ความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้บริการกับผู้มารับบริการ/ประชาชนอย่างต่อเนื่อง 3) เป็นบริการที่ดูแลประชาชนแบบผสมผสาน (Comprehensive care) คำนึงถึงจิตใจ ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง โดยให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค 4) เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ส่งต่อและประสานเชื่อมต่อการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูล ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน (Co-ordinates care)

ในขณะที่ อารีย์ วัลยะเสวี[23] ปี พ.ศ. 2542 ได้สำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ควรมีลักษณะดังนี้ คือ มีการสร้างสุขภาพ สนองตอบต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน มีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ มีบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีความโปร่งใสและสังคมมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ

โดยสรุปบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพในระดับที่ใกล้ชิดชุมชน ในด้านภูมิศาสตร์และสังคมโดยเป็นบริการที่ใกล้ใจที่มีความใส่ใจซึ่งกันและกันระหว่างทีมสุขภาพ และชุมชน บูรณาการความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขเข้ากับสภาพชีวิตของประชาชน ด้วย แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมเข้าใจปัญหา เงื่อนไขและปัจจัยที่ส่งผลกระทบกับสุขภาพ และ ความสัมพันธ์แน่นแฟ้นของทีมสุขภาพ และผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน จนนำไปสู่การดูแลจัดการ ปัญหาสุขภาพในระดับบุคคลและชุมชนได้ สำหรับประเทศไทยมีหน่วยบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน คือ สถานีอนามัย ซึ่งมีการจัดตั้งมากว่า 30 ปีแล้ว ซึ่งในขณะนี้รัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นการยกระดับคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิให้มีศักยภาพในการเข้าถึงบริการของ ประชาชนอย่างพอเพียงและต่อเนื่อง ซึ่งกลไกการพัฒนาอยู่บนฐานของระบบบริการปฐมภูมิ ให้ หน่วยบริการสุขภาพมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ มีการพัฒนาให้มีคุณภาพสามารถทำงานได้เต็ม ศักยภาพ และประชาชน องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นความท้าทายในการที่ จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เป็นองค์กรที่เข้มแข็งต่อไป

## 2.4 การดำเนินงานสาธารณสุขและงานทันตสาธารณสุขของจังหวัดพัทลุงตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

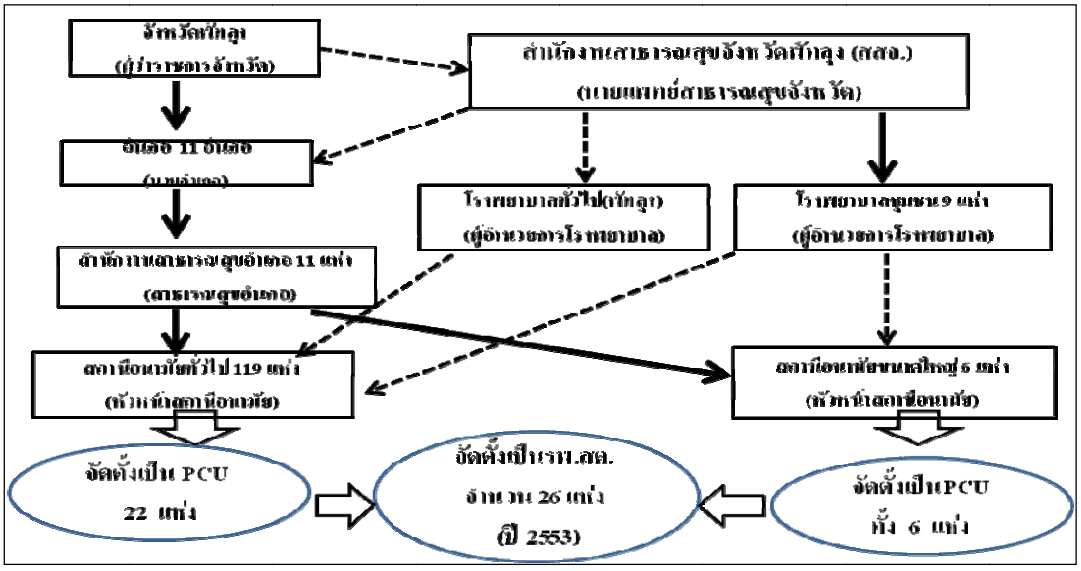
<u>การดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดพัทลุง</u>[24]

ดำเนินการโดยหน่วยงาน 2 ระดับ ซึ่งทั้ง 2 หน่วยงาน มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ผ่านทางช่องทางของการประสานงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานทั้งสอง คือ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขเป็นผู้บริหารมีหน้าที่ ในการควบคุมกำกับงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 10 แห่งเป็นหน่วยงานในสายบังคับบัญชาโดยตรง ในขณะเดียวกันมีโรงพยาบาลพัทลุง เป็นหน่วยงานสายประสานงานสาธารณสุข
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีทั้งหมด 11 แห่ง มีสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้บริหาร มี หน้าที่ในการบริหารงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ อยู่ในสายบังคับบัญชาของ

ผู้ว่าราชการและนายอำเภอ มีหน่วยงานในสังกัดคือ สถานีอนามัย จำนวน 124 แห่ง กระจายอยู่ใน 11 อำเภอ

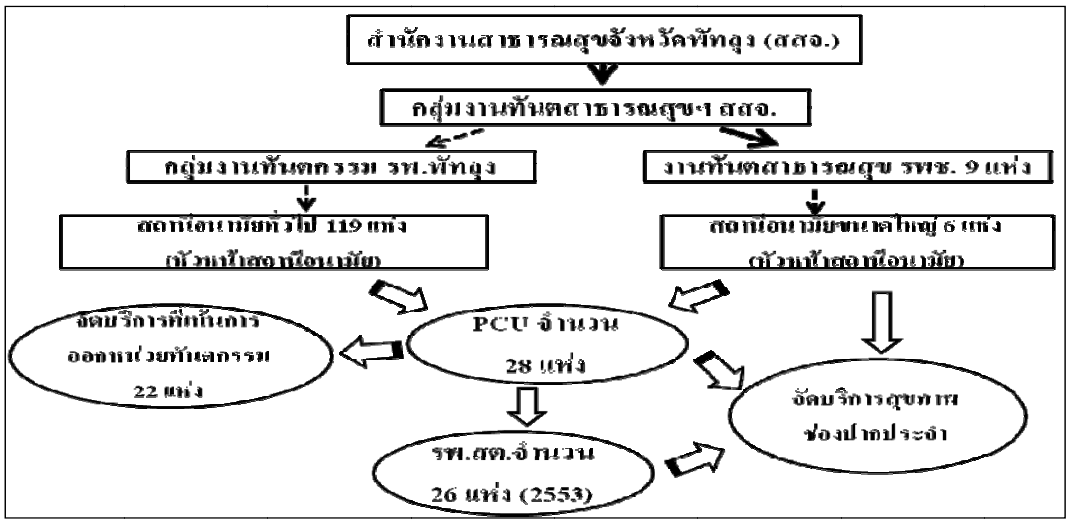
ภายหลังนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานีอนามัย จำนวน 28 แห่งถูกจัดตั้งเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิของหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) โดยมีสถานีอนามัยขนาดใหญ่จำนวน 6 แห่ง และสถานีอนามัยทั่วไปจำนวน 22 แห่ง และในปีพ.ศ. 2553 มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 26 แห่ง ดังรูปที่ 1




รูปที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

<u>การดำเนินงานทันตสาธารณสุขของจังหวัดพัทลุง</u>

การดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัด เป็นการบริหารจัดการแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านนโยบายด้านทันตสาธารณสุขต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และมีกลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขเป็นผู้กำกับนโยบายในระดับจังหวัด และมีการส่งต่อนโยบายด้านทันตสาธารณสุขไปยังหน่วยบริการย่อยในสังกัด[25] ดังรูปที่ 2




รูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของการดำเนินงานทันตสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ก.การดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัด

การดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัด[26,27] โดยมีกลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง โดยมีหน้าที่ คือ 1) ประสานแผนยุทธศาสตร์ด้านทันตสาธารณสุขระดับนโยบาย 2) จัดทำแผนงานโครงการการปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัด 3) ให้การสนับสนุนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล 4) ให้การสนับสนุนวิชาการด้านทันตสาธารณสุขแก่บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 5) นิเทศ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในทุกระดับระดับ 6) วิจัยสำรวจปัญหาทันตสุขภาพของประชาชนในจังหวัด 7) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทางทันตสาธารณสุข 8) รวมทั้งสนับสนุนด้านบริการทันตกรรมในหน่วยบริการและหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่

ข.งานทันตสาธารณสุขในระดับอำเภอ

ภายหลังจากมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2546 เป็นต้นมา มีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1. การจัดบริการสุขภาพช่องปากดำเนินการโดยกลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาลทั่วไป (พัทลุง) และฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน (9 แห่ง) ให้บริการด้านการรักษาแก่ผู้ป่วยทั้งอำเภอ ให้บริการด้านการส่งเสริมป้องกันตามกลุ่มอายุที่เป็นนโยบายของจังหวัด สนับสนุนการจัดบริการนอกสถานที่โดยการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ สนับสนุนงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียน/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก /ชุมชน ซึ่งจะเน้นการให้บริการทันตกรรมสนับสนุนด้านวิชาการแก่เครือข่ายสาธารณสุข ได้แก่ ครู ครูผู้ดูแลเด็ก หรือ บุคลากรอื่นๆ

2. การจัดบริการทันตสาธารณสุขในสถานีอนามัย ที่มีทันตาภิบาลประจำสถานีอนามัยซึ่งมีทั้งหมด 6 แห่ง ให้บริการรักษาทันตกรรมพื้นฐาน การส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยพบว่า ภารกิจหลักของสถานีอนามัย คือ การให้บริการรักษาทางทันตกรรมเป็นหลัก การจัดการยังไม่เป็นระบบและรูปแบบที่ชัดเจน มีการเพิ่มงานส่งเสริมป้องกันมากขึ้นในปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา สืบเนื่องจากมีโครงการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากในเด็กประถมศึกษา “ยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี” และ “โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว”

3. การจัดบริการทันตสาธารณสุขในสถานีอนามัย ที่ไม่มีทันตาภิบาลอยู่ประจำในสถานีอนามัย ซึ่งมีทั้งหมด 119 แห่ง จะมีการดำเนินงาน 2 รูปแบบ คือ

*3.1 รูปแบบผสมผสานการทำงานระหว่างทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข* โดยมีทันตแพทย์หรือทันตาภิบาล จากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ออกไปให้บริการรักษาทางทันตกรรมในหน่วยบริการสุขภาพที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยออกให้บริการเดือนละ 1-4 ครั้ง จะมีการจัดเป็นรูปแบบประจำ (บางหน่วยบริการ) แต่ส่วนใหญ่มีการจัดเป็นครั้งคราวเมื่อมีการร้องขอจากพื้นที่ ในขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขก็มีหน้าที่ในการให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ในงานอนามัยแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยความต่อเนื่องของการจัดบริการจะขึ้นกับนโยบายของผู้บริหารของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

*3.2 รูปแบบการทำงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข* ซึ่งได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานด้านส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพในเป้าหมายเฉพาะ เช่น ในงานอนามัยแม่และเด็ก โดยมักเป็นการให้บริการตรวจคัดกรองและให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ ซึ่งในบางหน่วยบริการที่มีบุคลากรเพียงพอจะมีการดำเนินงานทันตสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี ตามการขอความร่วมมือในการดำเนินงาน หรือดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขเพื่อให้ผ่านการรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนเท่านั้น

โดยสรุปการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของจังหวัดพัทลุง ภายหลังจากมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า การจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับโรงพยาบาลมีการจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมและมีความพยายามที่จะมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ใช่สถานีอนามัยขนาดใหญ่ที่มีทันตาภิบาลมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการจัดบริการยังขาดความต่อเนื่อง การจัดบริการที่ครอบคลุมการรักษาและการส่งเสริมป้องกันส่วนใหญ่จะเกิดในหน่วยบริการที่มีทันตาภิบาลประจำ และยังพบว่า

ทันตาภิบาลจะยังให้ความสำคัญด้านการรักษาเป็นหลัก[7] ในหน่วยบริการที่ไม่มีทันตาภิบาล จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการตามศักยภาพที่มีอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีการให้บริการตรวจคัดกรองและให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพบ้าง แต่การจัดการยังไม่เป็นระบบและรูปแบบที่ชัดเจน การดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ภายใต้กรอบของผู้กำหนดนโยบายของกระทรวงหรือผู้บริหารของหน่วยบริการคู่สัญญาเป็นหลัก

## 2.5 การศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพและสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

ความต้องการของประชาชนต่อการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสำรวจโดย วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ[28] ในปี พ.ศ.2544 คือการพัฒนาบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ โดยสถานบริการควรอยู่ในชุมชน เดินทางสะดวก บริการ 24 ชั่วโมง บริการครบวงจรจากแพทย์และพยาบาล ต้องการให้ผู้ให้บริการเสริมสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ พัฒนาความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน และ เปิดโอกาสแก่ประชาชนในการเข้าร่วมจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชน เป็นต้น

จากรายงานเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา โดยสุนุตตรา ตะบูนพงศ์และคณะ[29] ปี พ.ศ.2545 เป็นข้อเสนอจากการสนทนากลุ่มผู้ใช้บริการที่ว่าประเด็นสำคัญที่ทำให้ประชาชนมาใช้บริการจากแหล่งบริการของรัฐโดยเฉพาะสถานีอนามัยน้อย มักมาจากประชาชนยังมีความนิยมในการตรวจรักษาจากแพทย์โดยตรง ขาดความมั่นใจในศักยภาพเจ้าหน้าที่ และมีความคาดหวังจากผู้ให้บริการในด้านทักษะการตรวจ การให้ข้อมูล และบุคลิกภาพที่ยิ้มแย้มแจ่มใส ต้อนรับด้วยไมตรีจิต ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ นอกจากนี้เสียงสะท้อนจากผู้มารับบริการต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐคือ รอนาน และผู้ให้บริการให้ข้อมูลไม่ละเอียด

จากการศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทยของชาญชัย โห้สงวน[4] ปี พ.ศ.2547 พบว่าทันตบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิยังคงให้บริการด้านการรักษาทันตกรรมเป็นหลัก พบว่า ไม่มีความแตกต่างของการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจากการศึกษาการจัดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดปัตตานีของวิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ และคณะ[3] ในปี พ.ศ.2546

พบว่า ในบางพื้นที่มีการผสมผสานงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมกับกลุ่มงานอื่นๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ แต่พบว่าเกิดปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ 1) ประชาชนมีความต้องการการรักษาทางทันตกรรมมากขึ้น คิวการให้บริการยาวขึ้น ทำให้การดำเนินงานด้านส่งเสริมทันตสุขภาพทำได้น้อยลง 2) ทันตบุคลากรคิดว่าเป็นนโยบายที่ดีแต่มีความแตกต่างระหว่างนโยบายกับการนำไปปฏิบัติจริงเนื่องจากการขาดการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนและบุคลากรในทุกระดับ 3) นโยบายหรือแนวทางของผู้บริหารของหน่วยบริการแต่ละแห่งมีผลต่อการจัดบริการด้วย โดยในทางปฏิบัติจริงเป็นการตั้งรับการรักษาที่โรงพยาบาลและการออกไปศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการขยายการรักษามากกว่าเป็นการรุกเพื่อการส่งเสริมป้องกัน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ถึงประชาชนโดยมุ่งเน้นการรักษาพยาบาล ทำให้ประชาชนมารับบริการมากจนลดโอกาสในการทำงานส่งเสริมสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมา ก็ได้รับผลกระทบจากการขาดแคลนทันตบุคลากรประจำสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาของวิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ และคณะ[3] ในปี พ.ศ.2546 พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนในภาพรวมคือ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจงานทันตสาธารณสุข ไม่สามารถผสมผสานกับงานสาธารณสุขได้อย่างแท้จริง ทำให้ยังไม่สามารถวางแผนการทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนได้ อีกประการหนึ่งคือโครงสร้างการบริหารงบประมาณและการบริหารบุคคลของศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) อยู่ในการดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ส่วนการบริหารงบประมาณอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก ทำให้ส่งผลต่อการดำเนินงานในระดับศูนย์สุขภาพชุมชน นอกจากนี้จากการศึกษาของอังคณา เธียรมนตรี และวรรธนะ พิธพรชัยกุล[5] เรื่อง“การศึกษาสถานการณ์เงื่อนไขบริบทของการทำงานส่งเสริมป้องกันในงานทันตสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาจังหวัดพัทลุง ปี พ.ศ. 2546” พบว่า ปัญหาอุปสรรคของงานทันตสาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่ที่งบประมาณไม่เพียงพอ บุคลากรน้อย และภาระงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์และทัศนคติของทันตบุคลากรมีอิทธิพลอย่างมากต่อการทำงานส่งเสริมป้องกัน กล่าวคือ บุคลากรที่มีทัศนคติที่ดี มีประสบการณ์ในการทำงานส่งเสริมป้องกัน จะทำงานส่งเสริมป้องกันได้ ไม่ว่าปัจจัยแวดล้อมจะมีลักษณะใด

จากผลการประเมินการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยปริญญา คงทวีเลิศและสุณี วงศ์คงคาเทพ[7] ปี พ.ศ.2549 พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 64.1 ไม่มีการจัดบริการทันตกรรม ร้อยละ15.7 ให้บริการโดยทันตาภิบาลที่ปฏิบัติการ

ประจำ และร้อยละ 12.5 บริการในรูปแบบการออกหน่วยเคลื่อนที่ของโรงพยาบาล การจัดบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตาภิบาล จะมีการให้บริการทันตกรรมพื้นฐานและจัดบริการส่งเสริมป้องกันในงานบริการพื้นฐาน ส่วนในศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่มีทันตาภิบาล บริการที่ให้เป็นการตรวจคัดกรองและให้ทันตสุขศึกษาโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังกล่าว ที่มีการดำเนินการในช่วง ปี พ.ศ. 2546 – พ.ศ.2549 ยังคงมีปัญหาขาดแคลนทันตบุคลากร และรูปแบบการนำไปปฏิบัติ ซึ่งมีผลต่อการทำงานด้านทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิเกือบทุกหน่วย ดังนั้นหากมีการพัฒนาสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพในการจัดระบบบริการสุขภาพให้เป็นรพ.สต.ที่เน้นบริการเชิงรุก และมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในทุกหน่วยของ รพ.สต.จำเป็นจะต้องนำบทเรียนในอดีตมาปรับปรุงแก้ไขและพัฒนารพ.สตเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ทุกฝ่ายพึงประสงค์

### 2.6 แนวคิดและแผนการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

จากคู่มือการจัดตั้ง รพ.สต.โดย ชูชัย ศุภวงค์ และคณะ[1] และการประชุมเรื่องโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล เมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช[30] ได้เผยแพร่เกี่ยวกับ รพ.สต. ดังนี้แผนการพัฒนารพ.สต. ปี พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2562 เป็นนโยบายด้านสาธารณสุขของรัฐบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานได้อย่างสะดวกและมีประสิทธิภาพที่สุด มีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ

1. เพื่อปรับภารกิจและยกระดับการให้บริการสุขภาพของสถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นรพ.สต.โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้บริการปฐมภูมิที่จำเป็น
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพในรพ.สต.ให้มีขีดความสามารถในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชิงรุก
3. เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ก. คุณลักษณะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พึงประสงค์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พึงประสงค์ มีคุณลักษณะสำคัญ 5 ข้อ ดังนี้

1. ขอบเขตการดำเนินงาน

โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล มีการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นคือ

1.1 ดำเนินการเชิงรุกโดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชน เพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ

1.2 บริการอย่างต่อเนื่องและสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยสามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยง หรือ ส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน ให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วยและการปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

1.3 มีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่น ในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.พื้นที่การทำงาน

2.1 มีเขตพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน

2.2 เปลี่ยนระบบแนวคิดโดยถือว่าพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดเป็น “พื้นที่สำนักงาน” เช่นการใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (Home ward)

3. บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

3.1 มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้านด้วย

3.2 มีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม

3.3 มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน

3.4 มีศักยภาพในการใช้และจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

4. การบริหารจัดการ

สนับสนุนการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมให้เกิดระบบที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ

5. ระบบสนับสนุน

5.1 ระบบข้อมูลข่าวสาร และ เทคโนโลยีสารสนเทศ

5.2 ระบบการปรึกษาโรงพยาบาลพี่เลี้ยง

5.3 ระบบเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลพี่เลี้ยง

นอกจากนี้ได้แบ่งขนาดของรพ.สต. แบ่งออกได้ เป็น 3 ระดับ คือ รพ.สต. ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ โดยรับผิดชอบประชากร ไม่เกิน 3,000 คน 3,000- 6,000 คน และ 6,000 คนขึ้นไป ตามลำดับ โดยจำนวนบุคลากรประจำขึ้นอยู่กับขนาดของสถานบริการ ทั้งนี้อาจมีแพทย์ และบุคลากรแพทย์แผนไทย เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ไปร่วมให้บริการทั้งเต็มเวลา หรือ บางเวลา ตามความจำเป็นและเหมาะสม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประเภทและจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลระดับต่างๆ[30]

| ประเภทบุคลากร | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ขนาดเล็ก (คน) | ขนาดกลาง (คน) | ขนาดใหญ่ (คน) | หมายเหตุ |
| ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำบล | 1 | 1 | 1 | หัวหน้าสถานีอนามัยเดิม มีภารกิจในการให้บริการรักษาและทำงานเชิงรุกในชุมชนด้วย |
| แพทย์ /ทันตแพทย์<br>เภสัชกร<br>นักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด<br>บุคลากรแพทย์แผนไทย | - | - | +/- | ให้บริการรักษาพยาบาล และทำงานเชิงรุกในชุมชนด้วย ทั้งนี้ อาจมีแพทย์และบุคลากรแพทย์แผนไทย เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ให้บริการตามความจำเป็น |
| พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว (NP) | 1 | 1 | 1 | พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว (NP) |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน หรือนักวิชาการสาธารณสุขชุมชนหรือ พยาบาลชุมชน | 1-2 | 2-3 | 3-5 | |
| ทันตาภิบาล | 1 | 1 | 1 | |
| พนักงานบันทึกข้อมูล เจ้าหน้าที่การเงิน หรืออื่นๆ ที่จ้างจากเงินบำรุง | 1 | 1-2 | 2 | ควรเป็นผู้มีความสามารถหลากหลาย เช่น สามารถช่วยบันทึกข้อมูล ขับรถ และ ออกชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ได้ |
| รวม (คน) | 5-6 | 6-8 | 8-10 | |

ข. การเปรียบเทียบระหว่างโครงสร้างของสถานีอนามัย กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) [30,31]

โครงสร้างของรพ.สต.มีความแตกต่างจากสถานีอนามัยเดิม ในเรื่องของการกำหนดขนาดของ รพ.สต.เป็น 3 ขนาด คือ เล็ก กลาง ใหญ่ ซึ่งถูกกำหนดโดยจำนวนประชากรในพื้นที่เป็นเกณฑ์ ซึ่งในแต่ละขนาดจะมีกรอบอัตรากำลังที่แตกต่างกัน โดยทุกขนาดจะมีจำนวนอัตรากำลังเพิ่มขึ้น (5-10 คน) จากสถานีอนามัยเดิม ( 2-5 คน) ในส่วนของภารกิจ พบว่า ในภารกิจด้านบริหาร สิ่งที่เพิ่มขึ้นคือ ระบบสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบการปรึกษาของโรงพยาบาลพี่เลี้ยง การสนับสนุนระบบเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาที่สอดคล้องกับโรงพยาบาลพี่เลี้ยง ส่วนภารกิจวิชาการที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ การจัดทำแนวทางการพัฒนา การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน การสนับสนุนนวัตกรรมในการทำงาน กระบวนการจัดการความรู้ในการทำงานเชิงรุก ส่วนภารกิจด้านบริการมีเป้าหมายและบทบาทที่สำคัญคือ การทำงานเชิงรุกในชุมชน การให้บริการกับประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยมีระบบการให้การปรึกษาและส่งต่อ ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนและชุมชน และการเชื่อมต่อประสานงานระหว่างผู้ป่วย/ชุมชน กับหน่วยบริการทุกระดับ สำหรับภารกิจด้านทันตสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นคือ การจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค นอกเหนือจากการรักษาทันตกรรมขั้นพื้นฐาน และมีความชัดเจนที่มีการกำหนดกรอบสำหรับทันตภิบาลใน รพ.สต

ค. การเปรียบเทียบศูนย์สุขภาพชุมชน กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[32]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือพัฒนาการ"ก้าวใหม่" ของสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนหรือศูนย์แพทย์ชุมชน สาระสำคัญที่ยังคงอยู่ คือ การเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในระบบบริการสาธารณสุขที่ให้บริการในพื้นที่ระดับตำบลและมุ่งเน้นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สิ่งที่เพิ่มเติมเข้ามาก็คือ การพัฒนาสมรรถนะในการเป็น "หน่วยบริการด่านหน้า" ที่สามารถทำงานเชิงรุกในการปกป้องดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบให้แข็งแรงจากภัยคุกคามทางสุขภาพ โดยการเพิ่มจำนวนบุคลากรขึ้นจากเดิมประมาณ 1 เท่าตัว (จากที่มีบุคลากรเฉลี่ย 2.9 คน ในแต่ละแห่ง เป็น 5-10 คน ตามจำนวนประชากร) และมีการกำหนดโครงสร้างทีมงานให้มีบุคลากรสาธารณสุขร่วมด้วย รวมทั้งกำหนดคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานให้เอื้อต่อการทำงานเชิงรุก เช่น ความมุ่งมั่นต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ความสามารถในการใช้ระบบข้อมูลและสารสนเทศ

ซึ่งในการจัดบริการสุขภาพนั้น นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา[33] ได้เสนอภารกิจของ รพ.สต.ว่ามีภารกิจใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ "ภารกิจหลักพื้นฐาน" เป็นการบริการผสมผสานให้แก่ประชากรทุกกลุ่มอายุ ทั้งในสถานบริการและชุมชน และ "ภารกิจเสริม" เป็นการ

บริการที่เพิ่มเติมตามสภาพปัญหาของพื้นที่และความต้องการของชุมชน การจัดบริการที่พึงประสงค์ของ รพ.สต. จะเน้นการให้บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้แก่

- กลุ่มแม่และเด็ก ( ANC & Well Baby ) พัฒนาการเด็กสมวัย โรงเรียนพ่อแม่ ศูนย์เด็กเล็ก ทันตสุขภาพ โภชนาการ
- กลุ่มวัยเรียน & วัยรุ่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ยาเสพติด ทันตสุขภาพ
- กลุ่มวัยทำงาน การวางแผนครอบครัว ทันตสุขภาพ เตรียมความพร้อมก่อนสมรส การเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก วัยทอง การป้องกัน Metabolic syndrome
- กลุ่มสูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ( Long-term care) ทันตสุขภาพ ภาวะโภชนาการ ป้องกันอุบัติเหตุ

<u>ง. บทบาททันตาภิบาลต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.</u>

ทันตาภิบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานทันตสาธารณสุขไทยมายาวนาน เริ่มมีการผลิตมาตั้งแต่ พ.ศ. 2511 ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 2 ผลิตเพื่อทำงานในโรงเรียนประถมศึกษา มีหน้าที่ดูแลเด็กนักเรียน แต่สภาพการณ์ของการขาดแคลนทันตแพทย์ที่ให้บริการในภาครัฐ ทำให้แนวทางการทำงานของทันตาภิบาลในไทยมีการเปลี่ยนแปลงไม่ต่างไปจาก Dental nurse ในประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งยกระดับวิชาชีพเป็น Dental therapist[34] ที่ปรับมาให้การรักษาอย่างง่ายรวมถึงรักษาผู้ใหญ่ด้วย มีการศึกษาวิจัย[35] พบว่าทันตาภิบาลส่วนใหญ่ให้เวลากับงานทันตสาธารณสุขประมาณ ร้อยละ 60 – 80 และยังไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขผสมผสานได้ เมื่อทันตาภิบาลถูกบรรจุเข้าทำงานในสถานีอนามัยตำบล (ขนาดใหญ่) ตั้งแต่ พ.ศ.2535 พบว่า ข้อเด่นคือ สามารถทำงานบริการพื้นฐานที่เป็นความต้องการของประชาชน และนอกจากจะให้บริการทันตสาธารณสุขแล้วยังต้องให้บริการสุขภาพทั่วไปแบบอเนกประสงค์ได้อีกด้วย แต่ในปัจจุบันพบปัญหาเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพจึงเป็นสาเหตุทำให้ทันตาภิบาลเปลี่ยนสายงานหรือลาออกเพิ่มมากขึ้นประกอบกับในปัจจุบันมีนโยบายจำกัดกำลังคน[3] โดยการไม่เพิ่มตำแหน่ง ทำให้ทันตาภิบาลที่ปฏิบัติหน้าที่มีตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวและทันตาภิบาลส่วนใหญ่จึงมีความรู้สึกไม่มั่นคงในอาชีพ

เมื่อมีการพัฒนาศักยภาพสถานีอนามัยเป็น รพ.สต. พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดภารกิจด้านการจัดบริการสุขภาพช่องปากร่วมด้วย และมีการกำหนดกรอบตำแหน่งให้มีทันตาภิบาลปฏิบัติหน้าที่ประจำและมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบให้ดำเนินงานในภารกิจ 4 ด้าน[36] ได้แก่

1. งานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยในคลินิกเด็กดี เด็กก่อนวัยเรียนในศพด./โรงเรียนอนุบาล เด็กวัยเรียน ประชาชนวัยทำงานและผู้สูงอายุ
2. งานบริการทันตกรรม ภายใต้ความควบคุมของทันตแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ได้แก่ ทันตกรรมป้องกัน ทันตกรรมบำบัด และทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน
3. งานทันตสาธารณสุขในชุมชน เน้นการทำงานตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน ผสมผสานไปกับงานสาธารณสุขอื่นๆ
4. งานด้านบริหารจัดการและวิชาการ มุ่งเน้นการจัดแผนงานโครงการ การบริหารวัสดุทันตกรรมและบำรุงรักษาครุภัณฑ์ทางทันตกรรม การจัดระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ และการค้นคว้าและร่วมวิจัยเพื่อพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขในระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด
5. และงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

จะเห็นได้ว่าวิชาชีพทันตาภิบาลยังเป็นบุคลากรที่สำคัญมากในระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย ที่สามารถให้บริการพื้นฐานแก่ประชาชนได้และแก้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากให้กับประชาชนได้ ดังนั้นเมื่อมีการปรับโครงสร้างของสถานีอนามัยเป็นรพ.สต. การมีหรือไม่มีทันตาภิบาลจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ดังนั้นจึงควรมีการศึกษารูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับเงื่อนไขที่แตกต่างกัน

### 2.7 ตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์*[37] เป็นตัวอย่างของการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ดำเนินการทั้งหมด 31 แห่ง ด้วยการนำของนายแพทย์พงศ์พิชญ์ วงศ์มณี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหล่มสัก และนางเกสร วงศ์มณี สาธารณสุขอำเภอหล่มสัก และผู้รับผิดชอบสถานีอนามัยทุกแห่งที่ปรับปรุงเป็นโรงพยาบาลตำบล (ชื่อในระยะแรกของ รพ.สต.ของอำเภอหล่มสัก พ.ศ 2544) เป็นสาขาของโรงพยาบาลหล่มสัก โดยมีลักษณะไม่มีการแบ่งแยกสายการบังคับบัญชา ประชาชนในพื้นที่มีส่วนลงขันคนละ 2 บาท ต่อเดือน เพื่อร่วมพัฒนาโรงพยาบาลตำบลในทุกด้าน มีการส่งนักเรียนในพื้นที่ไปเรียนพยาบาล เรียนสาธารณสุข เรียนทันตาภิบาล เมื่อจบการศึกษากลับมาทำงานที่โรงพยาบาลตำบล โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเข้ามาดูแลในระยะยาว มีการ

ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและการทำงานเชิงรุกไปถึงที่บ้านในชุมชน โรงพยาบาลตำบลมีหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นผู้อำนวยการ มีทีมงานขนาดเล็กที่อบอุ่น โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวสาธารณสุขทั้งอำเภอ เมื่อผู้ป่วยมารับบริการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนจะเป็นผู้ตรวจรักษา ถ้าต้องการปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลหล่มสัก ก็ปรึกษาโดยการสนทนาและเห็นหน้ากันผ่านจอคอมพิวเตอร์ ซึ่งสร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วย หากมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหล่มสักก็ส่งไปได้ทันที ข้อมูลของคนไข้ก็ไปถึงโรงพยาบาลโดยผ่านอินเตอร์เน็ต คนไข้ไปถึงโรงพยาบาลก็เข้าช่องทางด่วนไม่ต้องรอคิวเพราะถือว่าลงทะเบียนเข้าระบบเดียวกันตั้งแต่ที่โรงพยาบาลตำบลแล้ว ซึ่งผลการดำเนินงาน พบว่า คนไข้นอกที่โรงพยาบาลหล่มสักลดลงชัดเจนและสามารถเสร็จสิ้นการดูแลรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลตำบลเป็นส่วนใหญ่ สามารถดำเนินการส่งเสริมป้องกันได้มากขึ้น ประชาชนประหยัดค่าใช้จ่ายและมีความพึงพอใจและมีส่วนร่วมชัดเจนอย่างต่อเนื่อง และทุกฝ่ายมีความสุขเพิ่มขึ้น

การจัดบริการทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ [38] ในปี 2545 อำเภอหล่มสัก มีทันตบุคลากรทั้งหมด 12 คน ซึ่งจะต้องจัดให้บริการทันตกรรมให้ครอบคลุม 22 ตำบล สถานีอนามัยทั้งหมด 31 แห่ง ดังนั้นเมื่อได้รับนโยบายในการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลตำบลได้มีการดำเนินการดังนี้

ในช่วงปีแรก ในตำบลที่เป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ซึ่งมีทันตาภิบาลประจำและมีเครื่องมือที่พร้อมให้บริการ ซึ่งมีทั้งหมด 4 แห่ง จะต้องให้การดูแลประชาชนในตำบลที่รับผิดชอบและรับผิดชอบประชาชนในตำบลที่มีสถานีอนามัยเครือข่ายอีก 10 แห่ง ทำให้เหลือสถานีอนามัยที่ทางโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบและออกหน่วยอีก 17 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องออกหน่วยไปให้บริการที่สถานีอนามัย แห่งละ 1 ครั้ง/เดือน ยกเว้นบางสถานีอนามัยที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก จึงมีการเพิ่มการให้บริการเดือนละ 2 ครั้ง ซึ่งในหนึ่งเดือนต้องออกให้บริการให้ครบทั้ง 17 สถานีอนามัย การบริหารจัดการบุคลากรเพื่อให้บริการทันตกรรมจะแบ่งเป็น 2 ทีม ทีมแรกจะให้บริการในโรงพยาบาลและอีกทีมจะออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ซึ่งในการออกหน่วยแต่ละครั้งจะประกอบไปด้วยทันตแพทย์ 1 คน ทันตาภิบาล 1 คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คน และพนักงานขับรถ 1 คน ออกให้บริการทันตกรรมทั่วไปทั้งอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน และเคลือบหลุมร่องฟัน แต่ในบางพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลจะมีการออกให้ บริการทำฟันปลอมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ด้วย โดยการจัดแผนในการออกหน่วยทันตกรรมจะออกให้บริการเกือบทุกวัน

จนกระทั่งในปี 2546 ซึ่งเป็นปีแรก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก มีโครงการคัดเลือกเด็กนักเรียนในพื้นที่เพื่อส่งไปเรียนพยาบาลและทันตาภิบาลโดยบางแห่งได้รับเงินทุนสนับสนุนจาก องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และชาวบ้านร่วมกันเพื่อให้ได้บุคลากรที่มาประจำในพื้นที่โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก และมีการส่งเด็กมาฝึกงานที่ฝ่ายทันตสาธารณสุข

ของโรงพยาบาล ตั้งคณะกรรมการสอบคัดเลือกร่วมกับ ดูจากผลคะแนน O-NET, A-NET ทำการประสานขอโควต้าจากทางวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก ปัจจุบันในอำเภอหล่มสักมีทันตาภิบาลประจำในโรงพยาบาลตำบลทั้งหมด 11 แห่ง โดยเด็กที่จบมาแล้วจะได้รับการทำสัญญาจ้างจาก อบต.แต่ละแห่ง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนยูนิตทำฟันจากกองทุนสุขภาพตำบลร่วมกับเงินสนับสนุนจาก อบต. ซึ่งเมื่อได้รับความร่วมมือจาก อบต. และนักเรียนทุนทันตาภิบาลกลับมา ทำให้รูปแบบในการทำงานทันตกรรมในพื้นที่เริ่มเปลี่ยนไปสัดส่วนในการทำงานทันตกรรมเชิงรุกและการส่งเสริมป้องกันมีมากขึ้น และเน้นให้ชุมชนเป็นตัวหลักในการดูแลสุขภาพตนเองและของชุมชน

ตัวอย่างการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ของอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า การจัดบริการที่กระจายบริการสุขภาพช่องปาก ไปสู่ รพ.สต.ได้มากขึ้น โดยมีทันตาภิบาลปฏิบัติงานประจำ รพ.สต โดยตำแหน่งทันตภิบาลเหล่านี้ได้รับความร่วมมือจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนทุนเรียนและสัญญาจ้างงาน ซึ่งจะเห็นได้ว่าช่วงแรกที่มีการพัฒนาเป็น รพ.สต. การจัดบริการจะเน้นการรักษาทางทันตกรรม จนกระทั่งมีนักเรียนทุนจบกลับมา ทำให้รูปแบบในการทำงานทันตกรรมในพื้นที่เริ่มเปลี่ยนไป มีสัดส่วนในการทำงานทันตกรรมเชิงรุกและการส่งเสริมป้องกันมากขึ้น

*<u>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาบัว ตำบลสร้างแป้น อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี</u>* [39] เป็นสถานีอนามัยต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชนในท้องถิ่นด้วยการปรับเปลี่ยนแนวคิดและรูปแบบและวิธีการให้บริการด้านสุขภาพ “ชุมชนคือที่ทำงาน” ทำความเข้าใจกับชาวบ้านให้เกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลในพื้นที่ ทำให้ชาวบ้านหันมาใช้บริการที่สถานีอนามัยมากขึ้น โดยนางจรูญศรี ปัญญาดี หัวหน้าสถานีอนามัยนาบัว กล่าวถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติการมารับบริการสุขภาพของชาวบ้านดังนี้ “เน้นทำความเข้าใจ ให้ความมั่นใจว่าเราสามารถดูแลได้ไม่ต่างจากแพทย์ ยาก็เหมือนกัน ถ้าป่วยหนักก็มีระบบช่วยเหลือส่งต่อไปยังโรงพยาบาล และการให้บริการของเราก็รวดเร็วกว่าไม่ต้องรอคิวนาน มีการอำนวยความสะดวกถึงในหมู่บ้านโดยใช้ อสม.”

จากแนวคิดการจัดตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแนวคิดที่พยายามจะปฏิรูปโครงสร้าง และระบบการจัดการสุขภาพให้มีบริการที่หลากหลาย ตามความจำเป็นของประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี พึ่งพิงตนเองมากกว่าหน่วยบริการ มีความสามารถในการรักษาตนเองเบื้องต้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม การปฏิรูประบบราชการที่มุ่งเน้นแต่พัฒนาโครงสร้าง แต่ระบบงบประมาณ ระเบียบ กฎหมาย ระบบบริหารบุคลากร และการประเมินผลนั้นยังไม่ปรับเปลี่ยนตาม อาจส่งผลต่อการจัดระบบบริการสุขภาพรวมทั้งบริการสุขภาพ

ช่องปากได้เช่นกัน นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีความขาดแคลนทันตบุคลากรในทุกพื้นที่ เนื่องจากนักเรียนไม่นิยมเรียนวิชาชีพทันตาภิบาล เนื่องจากเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วไม่ได้มีการบรรจุเป็นพนักงานของรัฐ เป็นเพียงลูกจ้างชั่วคราวเท่านั้น ไม่มีความมั่นคงในวิชาชีพ ดังนั้นเมื่อมีการปฏิรูปโครงสร้างเป็นรพ.สต. ควรมีการกำหนดกรอบบุคลากรให้ชัดเจน รวมทั้งควรกำหนดระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนและยั่งยืนสอดรับกับการเปลี่ยนแปลง

## 2.8 กองทุนทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2554[40]

จากสถานการณ์สุขภาพช่องปากและระบบบริการทันตกรรมของประเทศไทย พบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากเริ่มเกิดตั้งแต่วัยเด็กเล็ก และสะสมเพิ่มขึ้นตามวัย จึงมีความจำเป็นต้องได้รับบริการทันตกรรมสูง แต่ประชาชนเข้าถึงบริการที่รัฐจัดให้ต่ำมาก ระบบบริการทันตกรรมมีปัญหาทั้งจำนวนและการกระจายของทันตบุคลากร และจากการสำรวจความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของทันตแพทย์ในภาครัฐ ของมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ปี พ.ศ.2552 พบว่า ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของทันตแพทย์ในภาครัฐค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรด้านอื่นๆ

กองทุนทันตกรรมจัดตั้งขึ้นมาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากและสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่หน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ทันตกรรมรักษาในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ โดยเป้าหมายของการจัดตั้งกองทุนทันตกรรมขึ้นนั้น มีรายละเอียด 5 ประเด็น คือ 1) ควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักที่ชัดเจนในการควบคุมสภาวะสุขภาพช่องปากอย่างจริงจัง และสามารถส่งผลต่อการมีสุขภาพดีในระยะยาว ซึ่งกลุ่ม ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ คือ กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียน 2) ควรมีการบูรณาการงานสร้างเสริมทันตสุขภาพและบริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ ในการรักษาแบบผสมผสาน (Comprehensive care) 3) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศทางทันตกรรมที่เอื้อต่อการติดตามการบริการและสามารถสะท้อนสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน 4) ส่งเสริมให้มี Public-Private Mix โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ 5) เร่งรัดการกระจายทันตาภิบาลลงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน

<u>ก.งบประมาณกองทุน</u>

งบประมาณกองทุนทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปีงบประมาณ 2554 แต่มีการกำหนดประเภทการบริการที่มีความจำเป็นในการพัฒนาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการ และส่งเสริมการพัฒนาสถานะสุขภาพได้ จากการคิดคำนวณ

ชนิดงาน ปริมาณงาน และจำนวนเป้าหมายที่ประสงค์ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์หลักของกองทุนย่อยนี้ รวมทั้งงบประมาณในการพัฒนาระบบ เพื่อรองรับการจัดบริการตามที่ออกแบบไว้ ภายใต้กรอบวงเงินที่ได้ รับการจัดสรรเบื้องต้น 39.25 บาทต่อหัวประชากร UC มีจำนวนงบประมาณทั้งสิ้น 1,884,007,645 บาท แบ่งเป็นหมวดงบประมาณ 2 หมวด ได้แก่ หมวดงบบริการทันตกรรม และหมวดงบพัฒนาระบบบริการทันตกรรม

ข.หมวดงบการจัดบริการทันตกรรม

จากการคำนวณภาระงานร่วมกับความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็ก 0-5 ปี เด็กประถมศึกษา เด็กมัธยมศึกษา วัยทำงาน และผู้สูงอายุ โดยประมาณการงบประมาณหมวดการจัดบริการทันตกรรมทั้งสิ้น 1,841,730,000 บาท ( 38.37 บาทต่อหัวประชากร UC) และหมวดงบพัฒนาระบบบริการทันตกรรม วงเงินทั้งสิ้น 90,277,646 บาท (0.88 บาทต่อหัวประชากร UC) ราย ละเอียดข้อเสนอในหมวดงบบริการทันตกรรม (ดังภาคผนวก ข.)

ค. หมวดงบพัฒนาระบบบริการทางทันตกรรม

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเร่งรัดพัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้สัมฤทธิ์ผลในระยะยาว จึงควรมีการเตรียมการพัฒนาระบบบริหารจัดการในระดับพื้นที่ และการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลทางทันตกรรมอย่างเร่งด่วน

1.1 การพัฒนาระบบบริหารจัดการในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบบริหารจัดการที่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพ สามารถกำกับติดตามผลสัมฤทธิ์ทางสภาวะสุขภาพช่องปากได้อย่างจริงจัง จึงควรสร้างกลไกการพัฒนาสมรรถนะทันตบุคลากรที่มีอยู่ในระบบแล้ว และการสร้างทันตบุคลากรใหม่ที่จะเข้าสู่ระบบในอนาคต รวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐานของประชาชนได้ นอกจากนี้ สิ่งที่จะต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนคือ การพัฒนากลไกการนิเทศติดตามในระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ รวมทั้งสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาระบบเครือข่ายการร่วมดำเนินงานกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่อื่นๆ อาทิ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2 การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลทางทันตกรรม ในปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาโปรแกรมระบบการบันทึกข้อมูลเคลือบหลุมร่องฟัน (Pit and fissure sealant) จึงสมควรที่จะพัฒนาต่อยอดให้เกิดความสมบูรณ์ของการลงข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก และบันทึกการรักษาในโปรแกรมเดียวกันได้

ขอบเขตกิจกรรมดำเนินการ[41] แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1.แผนงาน/โครงการระดับจังหวัด มีขอบเขตกิจกรรมดังนี้

1. สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก
2. สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมตามนโยบายระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก
3. พัฒนาและสนับสนุนการกระจายทันตบุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุขในพื้นที่
4. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุขในพื้นที่ให้มากขึ้น โดยพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชนในพื้นที่
5. เพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในระบบปกติ เช่น การกำหนดมาตรการทางสังคม นโยบายสาธารณะ การเฝ้าระวังปัจจัย/สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่และจัดการแก้ไขปัญหา งานทันตกรรมเพื่อคนพิการ เป็นต้น
6. สนับสนุนการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโดยชุมชนเอง เช่น อบจ. อบต. เทศบาล เครือข่ายชุมชน เป็นต้น

2. แผนงาน/โครงการระดับ หน่วยบริการประจำ (CUP) /หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/สอ./องค์กรอื่นๆ) มีขอบเขตกิจกรรมการดำเนินงานดังนี้

เป็นโครงการสร้างเสรมสุขภาพช่องปากที่ดำเนินแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยเป็นการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ มุ่งเน้นในกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ กลุ่มเยาวชน วัยทำงาน และกลุ่มอื่นๆ

ทั้งนี้โครงการสร้างเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในระดับจังหวัด CUP/PCU/สอ./หน่วยงานอื่น ต้องไม่ซ้ำซ้อนกับการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกันและรักษาในกลุ่มเป้าหมายหลักระดับหน่วยบริการประจำ

จากข้อเสนอของการจัดทำงบประมาณกองทุนทันตกรรมเพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการในระดับพื้นที่ และพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลทางทันตกรรม แนวคิดการสนับสนับงบประมาณในลักษณะนี้เพื่อให้เกิดระบบบริหารจัดการที่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป้าหมายของการใช้งบกองทุนทันตกรรมเพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็ก 0-5 ปี เด็กประถมศึกษา เด็กมัธยมศึกษา วัยทำงาน และผู้สูงอายุ นั้นถือว่าเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยโดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเป้าหมายที่กล่าวมา โดยข้อเสนอดังกล่าวยังเป็นมีการกำหนดเป็นนโยบายด้านทันตสาธารณสุขในปี พ.ศ.2554 เป็นต้นไปนั้น นับเป็นโอกาสดีที่

ผู้วิจัยจะได้ศึกษาข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงบกองทุนทันตกรรมมีส่วนในการสนับสนุนการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างไร และแนวทางการใช้งบประมาณควรเป็นอย่างไร เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อแนวทางการใช้งบประมาณกองทุนทันตกรรมสำหรับการจัดบริการสุขภาพช่องปากของ รพ.สต.ในบริบทของจังหวัดพัทลุงต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในเรื่องความไม่เพียงพอของทันตบุคลากร นโยบายการจำกัดกำลังคน แนวคิดการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพบริการและความพึงพอใจ และรูปแบบการจัดบริการสุขภาพสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากยังมีข้อจำกัดและมีความแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละพื้นที่ การจัดบริการสุขภาพช่องปากมีความจำเป็นต้องบูรณาการร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ จากแนวคิดของการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ซึ่งเน้นให้มีการจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้น และจังหวัดพัทลุงมีการดำเนินงานด้านจัดการบริการสุขภาพช่องปากที่ยังอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของผู้กำหนดนโยบายหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่ถ่ายทอดนโยบาย บุคลากรในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมน้อยมากในการกำหนดบทบาทให้สอดคล้องกับพื้นที่จริงๆ ดังนั้นบุคลากรในพื้นที่จึงควรมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ โดยในการศึกษานี้จะทำความเข้าใจมุมมองความคาดหวังที่หลากหลายของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งมุมมองของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จังหวัดพัทลุงและมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่จังหวัดพัทลุงต่อไป

**3. วัตถุประสงค์**

**3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป**

เพื่อศึกษาความคาดหวังและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบริบทของจังหวัดพัทลุงในมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง

**3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ**

3.2.1 เพื่อศึกษาความคาดหวังและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ในบริบทของพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของจังหวัดพัทลุงในมุมมองของ

ก. ผู้บริหารระดับต่างๆ

ข. ผู้ให้บริการ

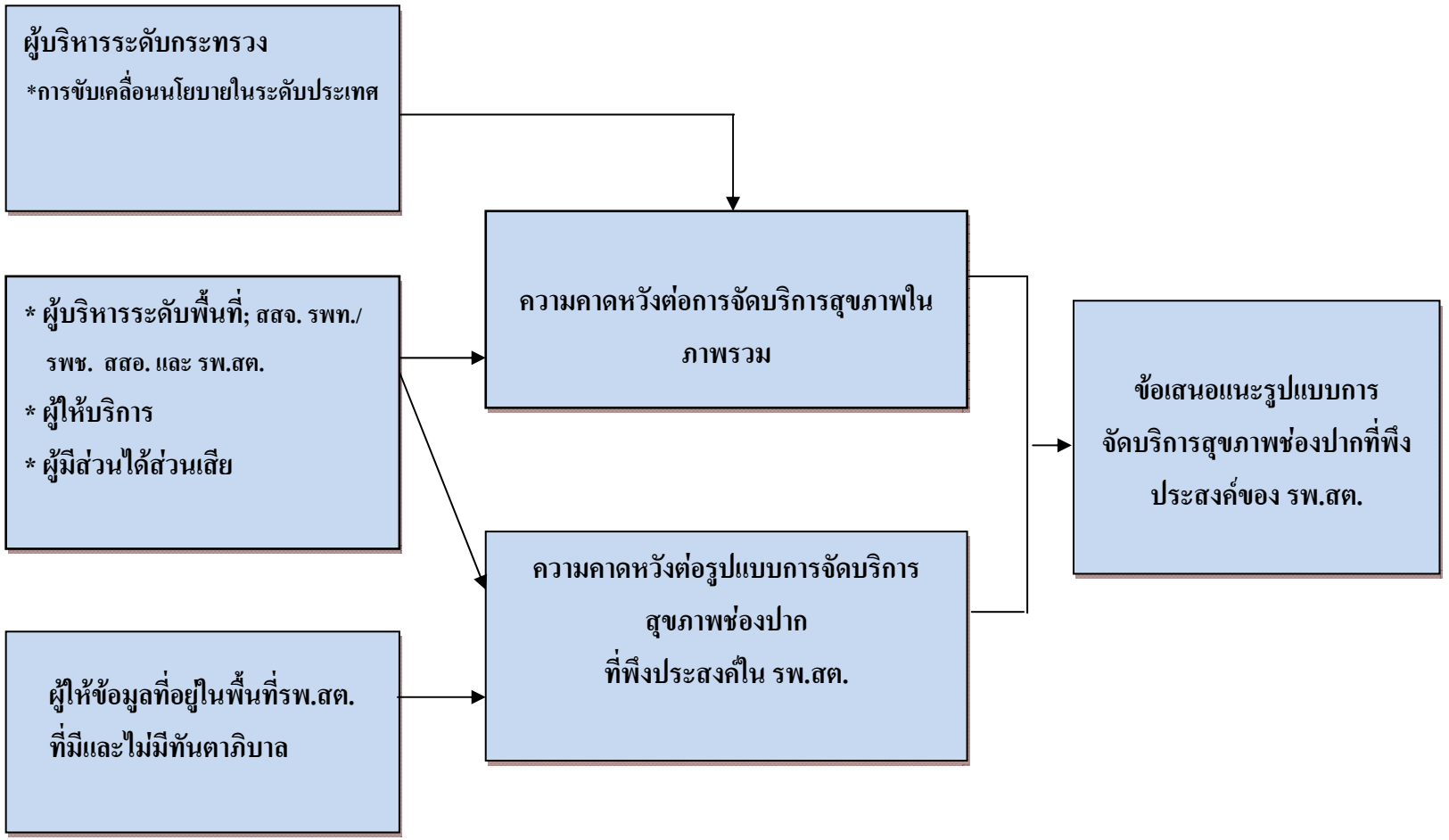
ค. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้นำองค์กรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และประชากรผู้รับบริการ

3.2.2 เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล

**4. กรอบแนวคิดในการวิจัย**

จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบริบทของจังหวัดพัทลุงในมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง แสดงภายใต้กรอบแนวคิดดังรูปที่ 3 โดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ **1) กลุ่มผู้บริหาร** เป็นผู้ดูแลกลไกการจัดการระบบบริการสุขภาพ ทั้งในระดับกระทรวงและระดับพื้นที่ **2) กลุ่มผู้ให้บริการ** คือผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปาก และ **3) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** คือ ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลหรือองค์กรต่างๆ ภายนอกหรือชุมชน ที่อาจได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบจากการตัดสินใจในนโยบายต่างๆประกอบด้วย ผู้นำองค์กรชุมชน ผู้นำชุมชน เครือข่ายสุขภาพ และประชาชน โดยในกรอบแนวคิดแบ่งการศึกษาเป็น 3 ส่วน คือ

1. บริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของรพ.สต.ที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ ได้แก่
    1.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลและข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล
    1.2 ความพร้อมของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก (การมีทันตาภิบาลและไม่มีทันตาภิบาล)
2. ความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ใน รพ.สต. ในมิติต่างๆ ดังนี้
    2.1 การจัดบริการสุขภาพในภาพรวมของ รพ.สต.
        - ความแตกต่างของการจัดบริการสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับสถานีอนามัย
        - แนวทางการขับเคลื่อนนโยบาย
    2.2 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของ รพ.สต.ในแง่ต่อไปนี้
        - การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ และขอบเขตการจัดบริการสุขภาพช่องปาก
        - การบริหารจัดการทันตบุคลากร การบริหารงบประมาณ และการบริหารจัดการข้อมูลและการประเมินผล
    2.3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ
3. เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ที่อยู่ในพื้นที่ รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล




รูปที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**5. ขอบเขตของการศึกษา**

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาในบริบท รพ.สต.ของจังหวัดพัทลุงเท่านั้น จำกัดขอบเขตของการศึกษาเฉพาะสถานีอนามัยที่มีการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดพัทลุง ในปี พ.ศ.2552 – พ.ศ.2553 จำนวน 26 แห่ง[9] โดยศึกษาถึงลักษณะของระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ ในมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ให้บริการ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

**6. คำนิยามเชิงปฏิบัติการ**

1. การจัดบริการสุขภาพช่องปาก หมายถึงการจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคในช่องปาก การรักษาทางทันตกรรม และการฟื้นฟูสภาพช่องปากให้แก่ประชาชน
2. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ หมายถึง วิธีการดำเนินงานหรือแนวปฏิบัติ ในการจัดให้มีบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในพื้นที่ ภายใต้การบริหารจัดการให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความรู้สึกพึงพอใจหรือเป็นไปตามความคาดหวัง ในด้านเป้าหมายของการจัดบริการ โครงสร้างพื้นฐานและการบริหารจัดการ และรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ ตอบสนองต่อความจำเป็นและครบถ้วน
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการพัฒนาศักยภาพจากสถานีอนามัย ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยมีการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่
4. ผู้บริหาร ในการศึกษานี้หมายถึง ผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ได้แก่ ผู้บริหารระดับกระทรวง ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่
5. ผู้ให้บริการ ในการศึกษานี้หมายถึง ผู้ให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ซึ่งในการศึกษานี้จะได้แก่ ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข
6. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลหรือองค์กรต่างๆภายนอกหรือชุมชน ที่อาจได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบจากการตัดสินใจในนโยบายต่างๆ

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร สำหรับการศึกษานี้ จะหมายถึงบุคคลหรือองค์กรที่อยู่ภายนอกระบบบริการสุขภาพ คือ ภาคีเครือข่ายต่างๆและประชาชนที่เป็นสมาชิกของชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยน และขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพในชุมชนได้ และมีโอกาสใช้บริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ซึ่งได้แก่ กลุ่มผู้นำองค์กรท้องถิ่น กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนผู้รับบริการ

7. ทันตาภิบาล หมายถึง ชื่อตำแหน่งเดิมของตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในปัจจุบันตามระเบียบว่าด้วยตำแหน่งของข้าราชการพลเรือน กระทรวงสาธารณสุข สำหรับงานวิจัยนี้ขอใช้คำว่า ทันตาภิบาล ( ทภ.) แทนตำแหน่งปัจจุบันของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เพื่อความสะดวกและง่ายต่อความเข้าใจ
8. เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) หมายถึง เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เกิดจากหน่วยบริการหลายหน่วยรวมตัวกันขึ้นเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามประกาศ เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนที่ลงทะเบียนในเครือข่ายหน่วยบริการของตน สำหรับงานวิจัยนี้จะใช้คำว่า เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) แทนคำว่าเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP)
9. เครือข่ายหน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการที่รวมตัวกันโดยประกอบด้วยหน่วยบริการประจำหนึ่งหน่วยเป็นแกนกลาง รวมตัวกับหน่วยบริการที่รับส่งต่อและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้อาจมีหน่วยบริการร่วมให้บริการเข้าร่วมก็ได้และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการตามที่สำนักงานประกาศ
10. หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) หมายถึง สถานบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของหน่วยบริการประจำ ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิด้านเวชกรรม หรือทันตกรรมพื้นฐานได้อย่างองค์รวม ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

# บทที่ 2

# วิธีดำเนินการวิจัย

## 1. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative method) ในการศึกษามุมมองและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ ดำเนินการศึกษาเฉพาะในบริบทของจังหวัดพัทลุง สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้นำลักษณะเชิงยุทธ์ที่สำคัญของการวิจัยคุณภาพตามที่ชาย โพธิสิตา[42] นำเสนอไว้มาใช้ใน 6 ลักษณะ คือ 1) การดำเนินการวิจัยแบบอุปนัย โดยเริ่มต้นจากข้อมูลไปสู่การหาข้อสรุปในรูปของคำอธิบาย 2) การใช้ข้อมูลคุณภาพเป็นหลัก เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ ข้อคิดเห็นเป็นหลัก 3) นักวิจัยติดต่อโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย 4) ให้ความสำคัญแก่บริบทของสิ่งที่ศึกษา 5) มีความยืดหยุ่นในการออกแบบการวิจัย 6) ใช้เครื่องมือวิจัยที่หลากหลายชนิด ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้ได้ประยุกต์เชิงยุทธ์เหล่านี้เป็นแนวทางในการศึกษา

## 2. การเลือกพื้นที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในบริบท รพ.สต.ของจังหวัดพัทลุงเท่านั้น จำกัดขอบเขตของการศึกษาเฉพาะสถานีอนามัยที่มีการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดพัทลุง ในปี พ.ศ.2552-พ.ศ. 2553 จำนวน 26 แห่ง ซึ่งกระจายอยู่ใน 11 อำเภอ (ภาคผนวก ก)

2.1 การเลือกพื้นที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีการเลือกพื้นที่ศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เพื่อให้ได้มุมมองที่มีความหลากหลาย โดยมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างระดับหน่วยบริการ 2 ระดับ คือ หน่วยบริการระดับอำเภอ และหน่วยบริการระดับตำบล (รพ.สต.) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ดังรูปที่ 4)

1.การสุ่มหน่วยบริการระดับอำเภอ เพื่อให้ได้ตัวแทนของอำเภอที่มีและไม่มีทันตาภิบาลประจำในรพ.สต.โดยมีการจัดเป็นกลุ่มอำเภอที่มีและไม่มีทันตาภิบาลประจำในรพ.สต.

และสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) อำเภอที่มีทันตาภิบาลประจำในรพ.สต. จำนวน 2 อำเภอ (จาก 7 อำเภอ) และสุ่มอย่างง่ายอำเภอที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำในรพ.สต.จำนวน 1 อำเภอ (จาก 4 อำเภอ) รวม 3 อำเภอ โดยมีหน่วยบริการในระดับอำเภอ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน 3 แห่ง และกลุ่มงาน/ฝ่ายทันตกรรมประจำโรงพยาบาล 3 แห่ง

2. การสุ่มหน่วยบริการระดับตำบล เมื่อสุ่มเลือกระดับอำเภอได้แล้ว (ข้อ 1) มีการนำรายชื่อรพ.สต.นำร่องของจังหวัดพัทลุง ปี พ.ศ. 2552 - พ.ศ.2553 (ภาคผนวก ก) ของแต่ละอำเภอที่สุ่มได้ รวม 10 รพ.สต. โดยเลือก รพ.สต.จำนวน 5 แห่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

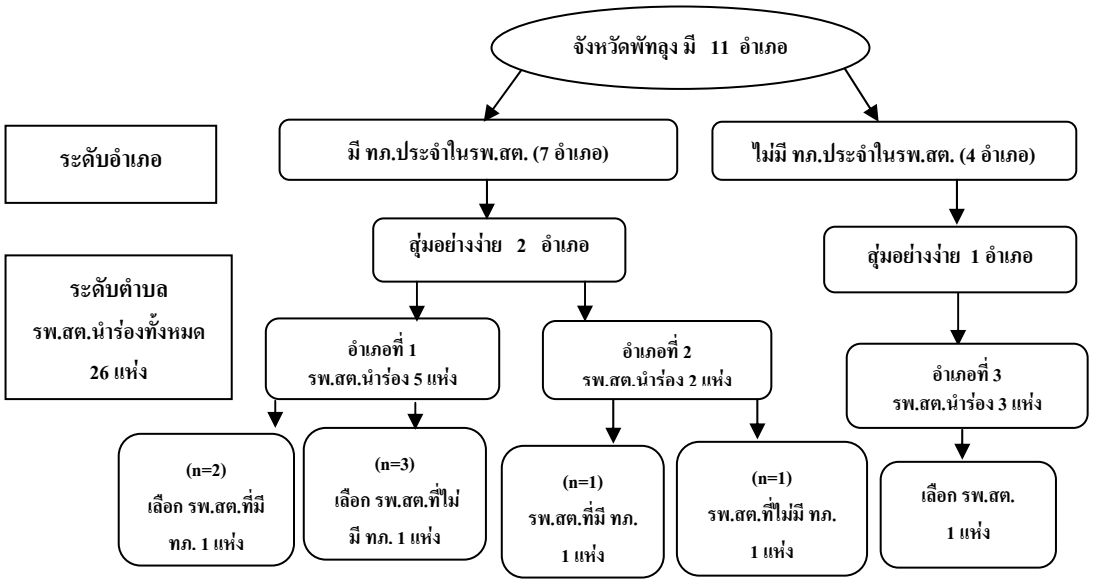
2.1 <u>อำเภอที่มีทันตาภิบาลประจำ รพ.สต.</u> (2 อำเภอ) มีการเลือกพื้นที่รพ.สต. ทั้งหมด 4 แห่ง โดยการเลือกเจาะจง หรือ สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากในกรณีที่มีมากกว่า 1 รพ.สต./อำเภอ ดังนี้

* <u>อำเภอที่ 1</u> สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก เลือก รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำจำนวน 1 แห่ง และรพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำจำนวน 1 แห่ง รวม 2 แห่ง

* <u>อำเภอที่ 2</u> เลือกเจาะจง รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำจำนวน 1 แห่ง และเลือกเจาะจง รพ.สต. ที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำ จำนวน 1 แห่ง รวม 2 แห่ง

2.2 <u>อำเภอที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำ รพ.สต.</u> (1 อำเภอ)

* <u>อำเภอที่ 3</u> สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก เลือก รพ.สต.จำนวน 1 แห่ง




รูปที่ 4 การเลือกพื้นที่ตัวอย่าง

**2.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูล**

กลุ่มตัวอย่างระดับบุคคล เป็นการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้ให้ข้อมูล คือ (ตารางที่ 2)

1) ผู้บริหารในระดับต่างๆ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย รพ.สต.ในแต่ละระดับโดยระดับกระทรวง คือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือตัวแทน ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข ระดับจังหวัด คือ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข ระดับอำเภอ คือ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาล และระดับตำบล (รพ.สต.) คือ ผู้อำนวยการ รพ.สต.
2) ผู้ให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปากของรพ.สต. ได้แก่ ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขใน รพ.สต. แห่งละ 1 คน สำหรับตัวแทนทันตแพทย์และทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังต่อไปนี้

    ก. คัดเลือกทันตแพทย์และทันตาภิบาลที่ปฏิบัติราชการมากกว่า 1 ปี เคยออกให้บริการรักษาทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) อย่างน้อย 1 ปี

    ข. กรณีโรงพยาบาลมีทันตแพทย์/ทันตาภิบาลมีมากกว่า 1 คนใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (จับฉลาก)
3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบจากการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. ซึ่งได้แก่ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนภาคการศึกษา และตัวแทนประชาชน สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากรพ.สต. 2 แห่ง ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากจาก รพ.สต. จำนวน 5 แห่ง โดยมีรายละเอียดการเลือกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังนี้ดังต่อไปนี้

    3.1 *ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกำนัน* เป็นการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ในตำแหน่งนายกบริหารส่วนตำบล/เทศบาลและกำนัน หรือตัวแทนที่ได้รับมอบหมาย

    3.2 *ตัวแทนผู้นำชุมชน* เป็นการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling)โดย ผอ.รพ.สต.เป็นผู้คัดเลือกผู้ใหญ่บ้านที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของรพ.สต.อย่างสม่ำเสมอ

    3.3 *ตัวแทน อสม.* เป็นการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดย ผอ.รพ.สต. เป็นผู้คัดเลือก อสม.ที่ให้ความร่วมมือกับ รพ.สต.สม่ำเสมอ สามารถแสดงความ

คิดเห็น เคยใช้บริการสุขภาพที่รพ.สต. และมีประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการของรัฐ

3.4 *ตัวแทนประชาชน* เป็นการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ.สต.เลือกหมู่บ้านที่มีราษฎรมาใช้บริการสุขภาพจากรพ.สต.ในระดับสูง และหมู่บ้านที่มาใช้บริการระดับต่ำ และมีการเลือกตัวแทนประชาชน ดังนี้

ก. *กรณีสถานีอนามัยที่มีทันตาภิบาล* ให้ทันตาภิบาลเป็นผู้คัดเลือกผู้ที่มารับบริการสุขภาพช่องปาก (งานส่งเสริมป้องกันและรักษาทันตกรรม) บ่อยที่สุดจำนวน 4 คน และผู้ที่ไม่เคยมารับบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. (หรือเคยมารับบริการสุขภาพอื่นๆ) จำนวน 4 คน

ข. *กรณีสถานีอนามัยที่ไม่มีทันตาภิบาล* ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ระบุผู้ที่มีปัญหาโรคในช่องปากที่เคยมารับบริการรักษาเบื้องต้น หรือผู้ที่มีบุตรและนำบุตรมารับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิกสุขภาพเด็กดีสม่ำเสมอจำนวน 4 คน และผู้ที่มีบุตรแต่บุตรไม่เคยมารับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิกสุขภาพเด็กดีหรือผู้ที่ไม่เคยใช้บริการรักษาเบื้องต้นจาก รพ.สต. จำนวน 4 คน

ตารางที่ 2 จำแนกผู้ให้ข้อมูลสำคัญและวิธีการเก็บข้อมูล

| ประชากร | กลุ่มตัวอย่าง | จำนวนตัวอย่าง และวิธีการเก็บข้อมูล |
|---|---|---|
| กลุ่มผู้บริหาร | 1.ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือตัวแทน ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุขหรือตัวแทน แห่งละ 1 คน (2 คน)<br>2.นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือตัวแทน หัวหน้างานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (2 คน)<br>3.ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาล (3 คน)<br>4.หัวหน้างานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลต่างๆ ( 3 คน)<br>5.สาธารณสุขอำเภอ ( 3 คน)<br>6.ผู้อำนวยการรพ.สต. (5 คน) | 18 คน / การสัมภาษณ์เชิงลึก |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

<table>
<tr><th>ประชากร</th><th>กลุ่มตัวอย่าง</th><th>จำนวนตัวอย่าง<br>และวิธีการเก็บข้อมูล</th></tr>
<tr><td>กลุ่มผู้ให้บริการ</td><td>1.ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ** อำเภอละ 1 คน (รวม 3 คน)<br>2.ทันตาภิบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล** อำเภอละ 1 คน (รวม 3 คน)<br>3.ทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยที่มีทันตาภิบาลทุกคน (2 คน)<br>4.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาล และรับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข แห่งละ 1 คน (รวม 3 คน)</td><td>11 คน /<br>การสัมภาษณ์เชิงลึก</td></tr>
<tr><td>กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</td><td>สุ่มอย่างง่าย รพ.สต. จำนวน 2 แห่ง (จากรพ.สต. 5 แห่ง) ดังนี้<br><table><tr><th>ประเภท</th><th>มีทันตาภิบาล</th><th>ไม่มีทันตาภิบาล</th></tr><tr><td>ทั้งหมด</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>จับฉลาก</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>รวม</td><td colspan="2">2 แห่ง</td></tr></table>ซึ่งแต่ละแห่งจะเลือกบุคคลเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยบุคคลต่อไปนี้<br>1.ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แห่งละ 1 คน (รวม 2 คน)<br>2.ตัวแทนผู้นำชุมชนได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน แห่งละ 2 คน และกำนัน 1 คน (รวม 6 คน )<br>3.ตัวแทนภาคการศึกษาได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียนหรือตัวแทน และหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แห่งละ 1 คน (รวม 4 คน)<br>4.ตัวแทน อสม. แห่งละ 2 คน (รวม 4 คน)<br>5.ตัวแทนประชาชน แห่งละ 8 คน ( 16 คน)</td><td>32 คน /<br>การสนทนากลุ่ม</td></tr>
<tr><td>รวม</td><td></td><td>61</td></tr>
</table>

## 3. วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการศึกษาวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ (รูปที่ 5)

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลภาคภาคสนาม

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร

1. การศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการในระดับปฐมภูมิ ภายใต้โครงสร้างสถานีอนามัยและโครงสร้างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การดำเนินงานสาธารณสุขและงานทันตสาธารณสุขของจังหวัดพัทลุง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. จัดทำแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) เพื่อการใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านได้แก่ รองผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา ทันตแพทย์ประจำสำนักทันตสาธารณสุข และรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลโดยการทดลองการใช้แนวคำถามและเรียนรู้กระบวนการรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยในการสัมภาษณ์เชิงลึกมีการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพและทันตาภิบาลประจำสถานีอนามัยแห่งหนึ่งที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม มีการสนทนาในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ตัวแทน อสม.ตัวแทนประชาชน และตัวแทนผู้นำชุมชนในพื้นที่ของสถานีอนามัยดังกล่าว ซึ่งในการทดลองการใช้กระบวนการและเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ได้มีผู้ทรงคุณวุฒิผู้มีประสบการณ์ในวิธีการดังกล่าวเป็นผู้ควบคุมการทดลองและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และมีการปรับปรุงแนวคำถามการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (ดังรายละเอียดภาคผนวก ก-ช) ซึ่งวิธีการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการวิจัยมีดังต่อไปนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยใช้แนวสัมภาษณ์เชิงลึก ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้บริหารระดับกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารสำนักทันตสาธารณสุข ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารระดับพื้นที่ และผู้ให้บริการ เป็นการศึกษามุมมองและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของ รพ.สต.ในบริบทของจังหวัดพัทลุงในมิติต่างๆ (ภาคผนวก ค และภาคผนวก ง)

2. การสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เป็นการค้นหาข้อมูลในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนภาคการศึกษา ตัวแทน อสม.และตัวแทนประชาชน เป็นการศึกษามุมมองและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของรพ.สต.ในบริบทของจังหวัดพัทลุงในมิติต่างๆ (ภาคผนวก จ)

3. การสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม

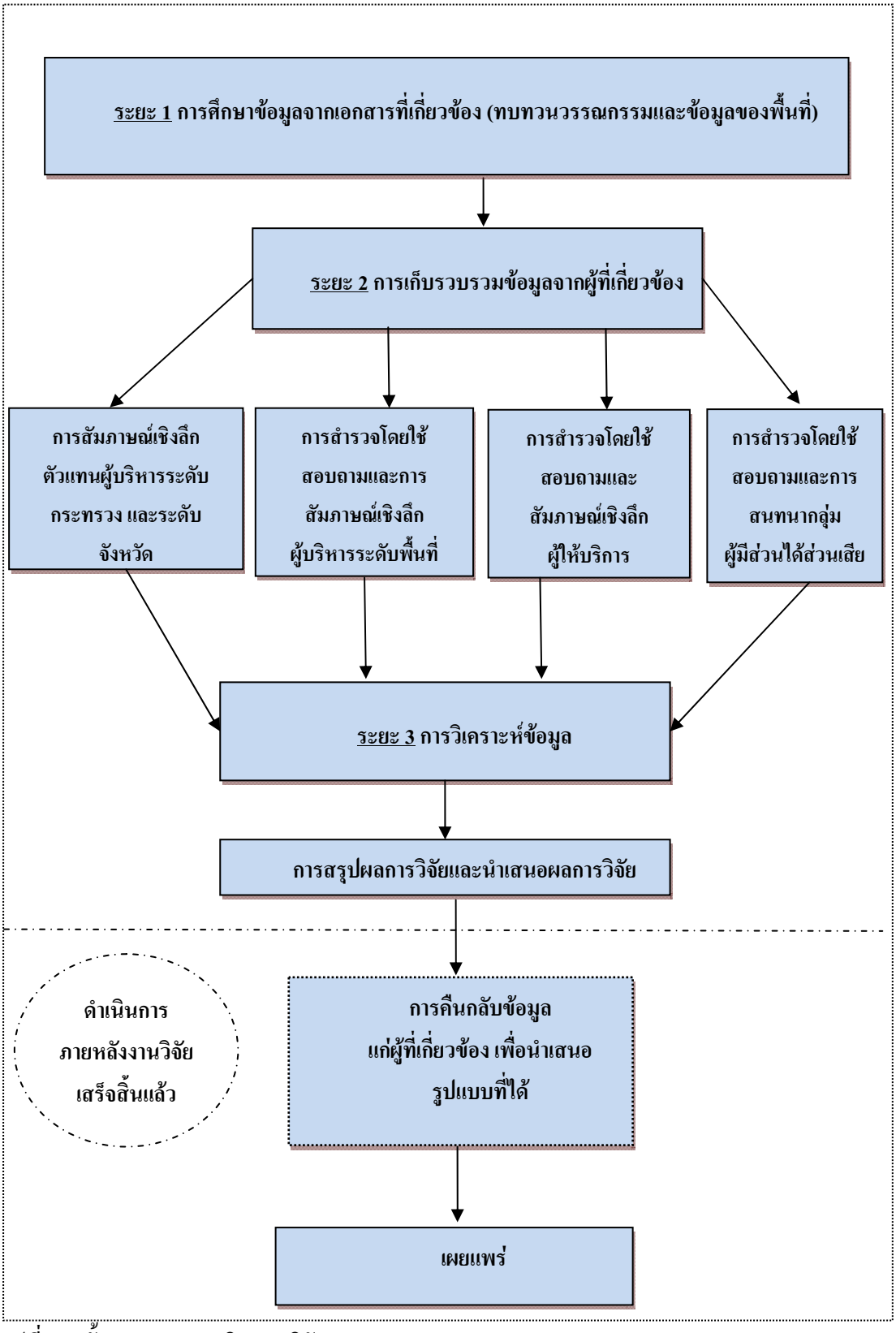
ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแบบปลายเปิด เพื่อใช้ในการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้บริหารระดับพื้นที่ ผู้ให้บริการ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน หน้าที่ความรับผิดชอบ ระดับการรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย และความคิดเห็นในบางประเด็น (ภาคผนวก ฉ) สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะเป็นการสำรวจข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ หน้าที่ความรับผิดชอบในชุมชน ระดับการรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย และความคิดเห็นในบางประเด็น (ภาคผนวก ช)

ระยะที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

ก่อนเข้าพื้นที่ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงเพื่อขอทำวิจัยในพื้นที่ และได้รับการตอบรับให้เข้าไปทำวิจัยได้ จากนั้นก็ประสานงานกับผู้บริหารในระดับกระทรวงคือท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งท่านได้มอบหมายให้ตัวแทนคือ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข ซึ่งได้รับการตอบรับในการยินดีให้ข้อมูล และกำหนดวันเวลาและสถานที่ในการขอสัมภาษณ์ ภายหลังจากนั้นก็ได้ประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่โดยตรงได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ. สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายทันตกรรม ผู้อำนวยการรพ.สต. ทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในรพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในรพ.สต. เพื่อนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการขอสัมภาษณ์เชิงลึก

สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ขอความร่วมมือให้ผู้อำนวยการรพ.สต.และทันตาภิบาลที่ประจำรพ.สต. เป็นผู้คัดเลือกตัวบุคคล ตามเกณฑ์ที่แนบไป และให้อิสระผู้คัดเลือกในการกำหนดวันเวลาและสถานที่ในการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล (รายละเอียดหน้าที่ 42)




รูปที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

**4. ระยะเวลาในการทำวิจัย**

เดือน มิถุนายน – ตุลาคม พ.ศ. 2554

**5. การวิเคราะห์ข้อมูล**

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งได้จากการศึกษาเอกสาร และการรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ที่มีการจดบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field note) และ การบันทึกเสียงโดยวิธีการดังนี้

1. ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้อง/ความเชื่อถือได้และความสอดคล้องของข้อมูลไปพร้อมกัน โดยในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลมีความตั้งใจรับฟัง ทำความเข้าใจถึงการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล สกัดประโยคและวลีเด่นออกมา ประเด็นที่ไม่ชัดเจนมีข้อสงสัย มีการย้อนกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลซ้ำ โดยในการบันทึกข้อมูลแต่ละวันจะมีการบันทึกเทป การจดบันทึกส่วนตัวโดยใช้แผนที่ความคิด และให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกภาคสนามด้วย แต่ละวันจะนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่จัดเก็บทั้ง 3 วิธี และปรับปรุงข้อมูลที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกแตกต่างกันให้มีความเหมือนกันโดยตรวจสอบจากเทปบันทึกเสียง ในแต่ละวันนำบันทึกภาคสนามมาวิเคราะห์เพื่อให้เก็บข้อมูลครั้งต่อไปครอบคลุมสิ่งที่ต้องการค้นหาคำตอบ หากมีข้อสงสัยในบางประเด็นมีการขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์และขอนัดหมายสัมภาษณ์เพิ่มเติม
2. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ 3 ขั้นตอนตามแนวทางของนิศา[43] และเบญจาและกาญจนา[44] คือ 1) มีการลดทอนขนาดและปริมาณของข้อมูล 2) การเลือกหรือแสดงหลักฐานข้อมูล 3) การสร้างข้อสรุปและยืนยันผลสรุป โดยการเขียนบรรยายแนวความคิดหรือหัวข้อที่สกัดได้ จัดหมวดหมู่ และค้นหาผลสรุปผลรวม โดยการตีความความหมายในรูปการวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลความคาดหวังและข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มตัวอย่าง และนำผลที่สกัดได้กลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลต่อไป

**6. การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล**

การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีการเชื่อมโยงการตรวจสอบภายใน และการตรวจสอบภายนอก ดังต่อไปนี้

1. ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจากหลายแหล่ง ซึ่งในพื้นที่ศึกษาเดียวกันได้ข้อมูลที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน
2. ให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบความถูกต้อง
3. ตรวจสอบจากข้อมูลทุติยภูมิที่พื้นที่ศึกษามีอยู่กับการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล
4. ตรวจสอบจากการจดบันทึกประจำวัน (Field note) และเทปบันทึกเสียง และลดอคติในการบันทึกข้อมูลเขียนในภาษาและความหมายของผู้ให้ข้อมูล
5. มีการสอบถามทางโทรศัพท์เมื่อมีข้อสงสัยและเมื่อมีการเลือกหลักฐานเพื่อแสดงข้อมูล และ การคืนกลับข้อมูลวิจัยในการประชุมคณะกรรมการรพ.สต.ระดับจังหวัด แต่มีข้อจำกัดไม่สามารถนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับทราบ โดยเฉพาะผู้บริหารและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนั้นจึงมีการใช้วิธีการตรวจสอบจากการบันทึกเสียงและการถอดเทปคำต่อคำ
6. มีการนำผลการวิเคราะห์ให้นักวิชาการ (อาจารย์ที่ปรึกษา) อ่านและให้ความเห็น

**7. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล**

ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดหลักจรรยาบรรณของการวิจัยเป็นหลัก โดยยึดหลักความโปร่งใสในการปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้

1. มีการลดอคติในการคัดเลือกพื้นที่โดยมีการยึดหลักการสุ่มตัวอย่างตามหลักวิชาการ
2. มีการจัดทำจดหมายขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลเพื่อขอสัมภาษณ์เชิงลึก การทำสนทนากลุ่ม และมีการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อขอความยินยอมในการให้ข้อมูลจากทุกคน
3. ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และประเด็นการวิจัยอย่างละเอียดชัดเจน และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลโดยการบันทึกเสียง
4. กรณีที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกอัดอัดในการให้ข้อมูลผู้วิจัยจะหยุดคำถามนั้นและหลีกเลี่ยงคำถามที่พยายามคาดคั้นหรือทำให้อึดอัดในการให้ข้อมูล

5. มีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยจะไม่ระบุชื่อ ตำแหน่ง สถานที่พักอาศัย และสถานที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยทุกชื่อจะเป็นนามสมมติ
6. ผู้วิจัยยึดหลักการเคารพสิทธิมนุษยชน เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลจะไม่รบกวนเวลาพักผ่อนหรือผู้ให้ข้อมูลไม่ว่างหรือไม่สะดวก ผู้วิจัยก็จะเลื่อนเวลาการสัมภาษณ์ไปเป็นวันอื่นตามแต่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

# บทที่ 3

# พื้นที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัดพัทลุงตั้งอยู่บนชายฝั่งตะวันออกของแหลมมาลายูหรือแหลมทอง (Golden Khersonese) ซึ่งตั้งอยู่ทางภาคใต้ของประเทศไทยหรือฝั่งตะวันตกของลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลา (Songkhla Lake Basin) อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครตามเส้นทางรถไฟสายใต้ ประมาณ 846 กิโลเมตร มีประชากรทั้งหมด 509,127 คน (ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2554) เป็นเพศชาย 249,857 คน คิดเป็นร้อยละ 49.08 และเพศหญิง 259,270 คน คิดเป็นร้อยละ 50.92 เป็นประชากรกลุ่มอายุ 30-34 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.79 รองลงมาเป็น ช่วงอายุ 35-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.67 เมื่อจำแนกตามกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการด้านสุขภาพ พบว่า เป็นกลุ่มวัยทารกถึงวัยเด็ก อายุ 0-4 ปี ร้อยละ 5.23 กลุ่มวัยเรียน อายุ 5-14 ปี ร้อยละ 13.24 กลุ่มวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.89 และกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.64[45] จังหวัดพัทลุงแบ่งเขตการปกครอง เป็น 11 อำเภอ 65 ตำบล 1 เทศบาลเมือง 42 เทศบาลตำบล 30 องค์การบริหารส่วนตำบล หมู่บ้านทั้งหมด 670 หมู่บ้าน และ ชุมชนในเขตเทศบาลเมือง 45 ชุมชน บ้านเรือนทั้งหมด 154,850 หลังคาเรือน[46]

ด้านสาธารณสุข จังหวัดพัทลุงมีสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 385 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 90 เตียง 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง 9 แห่ง อัตราการครองเตียงต่อประชากร เท่ากับ 1:706 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 124 แห่ง มีเครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นของภาครัฐทั้งหมด ประกอบด้วย เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) 10 แห่ง ครอบคลุมทุกพื้นที่ สำหรับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) อำเภอเมือง รับผิดชอบพื้นที่อำเภอเมืองพัทลุงและอำเภอศรีนครินทร์ โดยทั้งจังหวัดมีศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ดำเนินการเอง 9 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเขตเทศบาลเมือง 3 แห่ง[47]

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นแพทย์ จำนวน 83 คน (สสจ. /รพท: 39/44) สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรจังหวัดพัทลุง เป็น 1:5,646 เป็นทันตแพทย์จำนวน 47 คน (สสจ./รพท: 34/13)[48] สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรจังหวัดพัทลุง 1:10,833 เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตาภิบาล คำย่อ ทภ.) จำนวน 51 คน มีทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานประจำในรพ.สต. 10 คน ใน รพ.สต. 9 แห่ง[49]

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง[49] ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2554 พบว่าจังหวัดพัทลุงมีรูปแบบการจัดให้มีทันตาภิบาลไปปฏิบัติงานในรพ.สต. (สถานีอนามัยเดิม) 3 รูปแบบ คือ 1) กระจายให้ทันตาภิบาลไปประจำในรพ.สต. พบจำนวน 9 แห่งกระจายใน 6 อำเภอ มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากต่อเนื่อง โดยเน้นการให้บริการรักษาทางทันตกรรมและทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เด็ก 0-12 ปี ส่วนงานส่งเสริมป้องกันเชิงรุกมีน้อย 2) ทันตาภิบาลประจำอยู่ที่โรงพยาบาลและได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่เป็นครั้งคราวในลักษณะการออกหน่วย (Extended OPD)ในรพ.สต.นำร่อง โดยเน้นการให้บริการทันตกรรมที่ รพ.สต.และบริการทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เด็ก 0-12 ปี มีการดำเนินงานในภาพรวมของอำเภอ ส่วนงานส่งเสริมป้องกันเชิงรุกไม่ได้มีการดำเนินงาน สำหรับการมอบหมายทันตาภิบาลให้ไปปฏิบัติหน้าที่มี 2 ลักษณะคือ การหมุนเวียนสลับกันไปของทันตาภิบาลพบใน 4 อำเภอ และมอบหมายให้ทันตาภิบาลคนเดิมไปที่ รพ.สต.แห่งเดิม พบใน 1 อำเภอ 3) ทันตาภิบาลประจำอยู่ที่โรงพยาบาลมอบหมายให้รับผิดชอบเป็นพื้นที่ตำบล ๆ ละ 1 คน (1 อำเภอ) โดยรูปแบบการจัดบริการรักษาทันตกรรมมีความคล้ายคลึงกับการจัดการในรูปแบบที่ 2 แต่มีความแตกต่างกันในประเด็นมีการกำหนดผู้รับผิดชอบพื้นที่ชัดเจน และการให้บริการรักษาทางทันตกรรมและดำเนินงานส่งเสริมป้องกันดำเนินงานครอบคลุมรพ.สต.ทุกแห่งของอำเภอ (ไม่มีข้อมูลสัดส่วนการทำงาน)

การศึกษาวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนอำเภอและตัวแทนรพ.สต. โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยสุ่มเลือกตัวอย่างระดับอำเภอ 3 อำเภอ โดยเป็นอำเภอที่มีทันตาภิบาลประจำในรพ.สต. 2 อำเภอ และไม่มีทันตาภิบาลประจำใน รพ.สต. 1 อำเภอ เมื่อได้ตัวแทนอำเภอเรียบร้อยแล้ว ก็มีการสุ่มเลือกรพ.สต.นำร่องที่อยู่ในอำเภอนั้นๆจำนวน 5 รพ.สต.โดยเป็นรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ 2 แห่ง และไม่มีทันตาภิบาลประจำ 3 แห่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย โดยลักษณะพื้นที่ศึกษามีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะของพื้นที่ศึกษาแยกตามรายอำเภอ

| อำเภอที่ได้รับการสุ่ม | ข้อมูลพื้นฐานของอำเภอที่ได้รับการสุ่ม | | | | | | | รพ.สต. ที่ได้รับการสุ่ม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด (แห่ง) | | จำนวนประชากร ทั้งหมด (คน) | จำนวนทันตบุคลากร (คน) | | สัดส่วนทันตบุคลากรต่อประชากร (คน) | | |
| | ทั้งหมด | รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาล (ร้อยละ) | | ทันตแพทย์ (รพ.) | ทันตาภิบาล (รพ.:รพ.สต.)** | ทันตแพทย์ | ทันตาภิบาล | |
| อำเภอหนึ่ง* | 29 | 3 (10.3) | 131,416 | 13 | 11 (7:4) | 10,109 | 11,947 | รพ.สต. 1 ทภ.*** รพ.สต. 2 |
| อำเภอสอง | 11 | 1 (9.1) | 28,990 | 2 | 5 (4:1) | 14,495 | 5,798 | รพ.สต. 3 ทภ.*** รพ.สต. 4 |
| อำเภอสาม | 16 | 0 | 49,646 | 4 | 3 (3:0) | 12,412 | 16,549 | รพ.สต. 5 |

ที่มา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2554

* โรงพยาบาลในอำเภอรับผิดชอบประชากร 2 อำเภอ (117,942คน +13,474คน)

** สัดส่วนทันตาภิบาลในโรงพยาบาลต่อทันตาภิบาลใน รพ.สต.

*** รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ

อำเภอหนึ่ง เป็นอำเภอขนาดใหญ่ที่มีขอบเขตความรับผิดชอบพื้นที่สองอำเภอ มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 1 แห่ง และกำกับดูแลโรงพยาบาลชุมชนของอีกอำเภอ 1 แห่ง มีทันตแพทย์ทั้งหมด 13 คน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรเป็น 1:10,109 และมีทันตาภิบาลรวม 2 อำเภอ ทั้งหมด 11 คนโดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 7 คน และใน รพ.สต.จำนวน 4 คน มีรพ.สต.ทั้งหมด 29 แห่งและมีทันตาภิบาลประจำ รพ.สต.เพียง 3 แห่ง (ร้อยละ10) โดยมีรพ.สต. 1 แห่งที่มีทันตาภิบาลประจำ 2 คน สัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากรเป็น 1:11,947

อำเภอสองเป็นอำเภอขนาดเล็กมีโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 1 แห่ง มีทันตแพทย์ 2 คน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรเป็น 1:14,495 และมีทันตาภิบาลจำนวน 5 คนโดยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำนวน 4 คน และใน รพ.สต.จำนวน 1 คน มีรพ.สต.ทั้งหมด 11 แห่ง มีทันตาภิบาลประจำเพียง 1 แห่ง (ร้อยละ 9 ) สัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากรเป็น 1:5,798

อำเภอสามเป็นอำเภอขนาดกลางที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำในรพ.สต. มีโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง 1 แห่ง มีทันตแพทย์ 4 คน สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1:12,412 มีทันตาภิบาลทั้งหมด 3 คน สัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากรเป็น 1:16,549

ตารางที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของรพ.สต.ที่ศึกษา

| รพ.สต. | จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (คน) | ศาสนา (ร้อยละ) | ขอบเขตความรับผิดชอบ | | จำนวนบุคลากรสาธารณสุข (คน) | | สัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร (คน) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | หมู่บ้าน | ครัวเรือน | เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร | ทันตาภิบาล | เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร | ทันตาภิบาล |
| รพ. สต. 1 ทภ.*** | 6,777 | พุทธ (100) | 10 | 1,745 | 4 | 2 | 1:1,695 | 1:3,389 |
| รพ.สต. 2 | 3,443 | พุทธ (100) | 5 | 843 | 3 | 0 | 1:1,153 | 0 |
| รพ.สต. 3 ทภ.*** | 4,244 | พุทธ (100) | 6 | 917 | 3 | 1 | 1:1,415 | 1:4,244 |
| รพ.สต. 4 | 2,771 | อิสลาม (65) | 4 | 637 | 4 | 0 | 1:693 | 0 |
| รพ.สต. 5 | 4,871 | พุทธ (66) | 5 | 1,154 | 4 | 0 | 1:1,218 | 0 |

ที่มา รายงานผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2553 ของ รพ.สต.แต่ละแห่ง ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2553

*** รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ

ตารางที่ 4 แสดงลักษณะข้อมูลพื้นฐานของ รพ.สต.ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่าง พบว่าเลือกพื้นที่ศึกษาได้ครอบคลุม รพ.สต.ทุกขนาดดังนี้ 1) รพ.สต.ขนาดเล็ก 1 แห่ง (ประชากรน้อยกว่า 3,000 คน) คือ รพ.สต.4 มีครัวเรือนรับผิดชอบ 637 ครัวเรือน 2) รพ.สต.ขนาดกลาง (ประชากร 3,000-6,000 คน) มี 3 แห่ง คือ รพ.สต.2 รพ.สต.3ทภ. และ รพ.สต.5 โดยมีครัวเรือนรับผิดชอบ 843, 917, 1154 ครัวเรือน ตามลำดับ 3) รพ.สต.ขนาดใหญ่ (ประชากรมากกว่า 6,000 คน) คือ รพ.สต. 1ทภ. มีครัวเรือนรับผิดชอบ 1,745 ครัวเรือน[1] ลักษณะพื้นฐานที่มีความคล้ายคลึงกันคือ ชุมชนประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีจำนวนและสัดส่วนต่อประชากรของบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ใกล้เคียงกัน ยกเว้น รพ.สต.4 ที่มีสัดส่วนประชากรน้อยที่สุด (1:693 คน) รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลทั้งสองแห่งมีสัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากรที่ใกล้เคียงกัน ในด้านศาสนาและวัฒนธรรมพบว่า มี 3 รพ.สต.ที่ประชาชนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนอีก 2 รพ.สต.ประชากรนับถือสองศาสนา (พุทธ-อิสลาม) คือ รพ.สต.4 ที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 65) และรพ.สต. 5 ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 66)

จังหวัดพัทลุงมีแผนที่จะพัฒนาศักยภาพของสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นำร่องจำนวน 26 แห่งครอบคลุมทุกอำเภอตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และขณะนี้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและชื่อของสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครบทุกแห่ง จำนวน 124 แห่ง แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.เพียง 9 แห่งที่มีทันตาภิบาลประจำ (ร้อยละ 7.3) และมีบางแห่งมีการหมุนเวียนทันตแพทย์หรือทันตาภิบาลจากโรงพยาบาลไปให้บริการที่ รพ.สต.เป็นครั้งคราว ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดโอกาสให้แต่ละจังหวัดออกแบบการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ขนาดหน่วยบริการ จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ และจำนวนทันตาภิบาลประจำ รพ.สต. เป็นต้น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความคาดหวังและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดการบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบริบทของจังหวัดพัทลุง ในมุมมองของผู้เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 61 คน เป็นกลุ่มผู้บริหารในระดับต่างๆจำนวน 18 คน และผู้ให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชนและรพ.สต.จำนวน 10 คน และในกลุ่มผู้ให้บริการขาดทันตแพทย์ 1 คน เนื่องจากอำเภอสาม มีทันตแพทย์ในระดับปฏิบัติการใช้ทุนไม่ครบหนึ่งปีและไม่มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 33 คน เป็นตัวแทนของรพ.สต.ที่ได้รับการเลือกจำนวน 2 แห่งจากรพ.สต. 5 แห่ง คือ รพ.สต.3ทภ. และ รพ.สต.5 สำหรับ

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่า ขาดตัวแทนของเทศบาลตำบลและตัวแทนผู้นำชุมชนของ รพ.สต.5 เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลติดภารกิจและไม่ได้มอบหมายตัวแทนเข้าร่วมกิจกรรม (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มจำแนกตามหน่วยบริการ

| กลุ่มประชากร | สถานที่ | ผู้ให้ข้อมูล | จำนวน (คน) |
|---|---|---|---|
| ผู้บริหาร | กระทรวงสาธารณสุข | 1.ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนา รพ.สต.<br>2.ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข | 2 |
| | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | 1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด<br>2.หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข | 2 |
| | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | สาธารณสุขอำเภอ 3 อำเภอ | 3 |
| | โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน | 1.รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล (1 คน)<br>2.ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (2 คน)<br>3.หัวหน้าฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาล (3 คน) | 6 |
| | รพ.สต. | ผู้อำนวยการ รพ.สต. 5 รพ.สต. | 5 |
| ผู้ให้บริการ | โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน | 1.ทันตแพทย์ระดับปฏิบัติการ ( 2 คน)<br>2.ทันตาภิบาล ( 3 คน) | 5 |
| | รพ.สต. | 1.ทันตาภิบาล ( 2 คน)<br>2.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข (3 คน) | 5 |
| ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | รพ.สต.3ทภ. | 1.ตัวแทนเทศบาลตำบล (2 คน)<br>2.ผู้ใหญ่บ้าน ( 3 คน)<br>3.ตัวแทนภาคการศึกษา ( 3 คน)<br>4.ตัวแทน อสม. ( 3 คน)<br>5.ตัวแทนประชาชน (8 คน) | 19 |
| | รพ.สต. 5 | 1.ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน (1 คน)<br>2.ตัวแทนภาคการศึกษา ( 3 คน)<br>3.ตัวแทน อสม. (รวม 3 คน)<br>4.ตัวแทนประชาชน (7 คน) | 14 |
| รวม | | | 61 |

ในการเก็บข้อมูลพบข้อจำกัด ดังนี้ ในการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้บริหาร พบว่าจะต้องมีการเลื่อนการนัดหมายหลายครั้งเนื่องผู้บริหารจากมีเหตุภารกิจเร่งด่วน และในการนัดหมายใช้สถานที่ทำงานและเป็นเวลาราชการซึ่งถือว่าสะดวกที่สุดสำหรับทั้งสองฝ่าย แต่พบว่ามีอุปสรรคต่อ

การเก็บข้อมูลเล็กน้อย เนื่องจากมีการขัดจังหวะโดยบุคคลอื่นที่มาติดต่อราชการทำให้การสัมภาษณ์ข้อมูลไม่ค่อยลื่นไหล

ส่วนในการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่นัดหมายมาไม่ครบตามจำนวนที่นัดไว้ โดยเฉพาะกลุ่มตัวแทนผู้นำองค์กรและผู้นำชุมชนในบางพื้นที่เนื่องจากวันที่นัดหมายตรงกับวันที่กลุ่มตัวอย่างมีภารกิจและไม่ได้มอบหมายตัวแทนมาเข้าร่วม

ตารางที่ 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารและผู้ให้บริการในระดับอำเภอ (สสอ./รพ./รพ.สต.)

| ข้อมูลทั่วไป | รวม | คน (ร้อยละ) | |
|---|---|---|---|
| | | ผู้บริหาร | ผู้ให้บริการ |
| จำนวน | 24 | 14 (58.3) | 10 (41.7) |
| อายุ | | | |
| 20-30 ปี | 7 (29.2) | 3 (21.4) | 4 (40) |
| 31-40 ปี | 4 (16.7) | 1 (7.1) | 3 (30) |
| 41-50 ปี | 11 (45.8) | 8 (57.1) | 3 (30) |
| 51-60 ปี | 2 (8.3) | 2 (14.3) | 0 |
| เพศ | | | |
| ชาย | 12 (50) | 12 (85.7) | 0 |
| หญิง | 12 (50) | 2 (14.3) | 10 (100) |
| ระดับการศึกษา | | | |
| อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | 1 (4.2) | 0 | 1 (10) |
| ปริญญาตรี | 17 (70.8) | 8 (57.1) | 9 (90) |
| ปริญญาโท | 6 (25) | 6 (42.9) | 0 |
| ประสบการณ์การทำงาน | | | |
| 1- 10 ปี | 10 (41.7) | 4 (28.6) | 6 (60.0) |
| มากกว่า 10 ปี | 14 (58.3) | 10 (71.4) | 4 (40.0) |
| ตำแหน่งของผู้ให้ข้อมูล | | | |
| แพทย์ | 3 (12.5) | 3 (21.4) | 0 |
| สาธารณสุขอำเภอ | 2 (8.3) | 2 (14.3) | 0 |
| นักวิชาการสาธารณสุข | 6 (25) | 5 (35.7) | 1 (10.0) |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน | 2 (8.3) | 1 (7.1) | 1 (10.0) |
| ทันตแพทย์ | 5 (20.8) | 3 (21.4) | 2 (20.0) |
| ทันตาภิบาล | 6 (25.0) | 0 | 6 (60.0) |

ตารางที่ 6 พบว่าผู้ให้ข้อมูลในระดับอำเภอ เป็นระดับผู้บริหารจำนวน 14 คน (ร้อยละ 58.3) และระดับปฏิบัติการ 10 คน (ร้อยละ41.7) เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่ากัน โดยผู้บริหารส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 57.1) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.7) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 57.1 และปริญญาโทร้อยละ 42.9 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 71.4) ในขณะที่ผู้ให้บริการอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี 31-40 ปี และ 41-50 ปี ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ100) ซึ่งอาจเป็นการสะท้อนถึงผู้ให้บริการส่วนใหญ่ของจังหวัดพัทลุงเป็นเพศหญิง จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 90) และมีประสบการณ์ 1- 10 ปี (ร้อยละ 60) พบว่ามีผู้ให้ข้อมูลครอบคลุมทั้งในส่วนของทันตบุคลากรและบุคลากรทางสาธารณสุขอื่น โดยเป็นทันตบุคลากร (ทันตแพทย์ และทันตาภิบาล) ทั้งหมด 11 คน (ร้อยละ 45.8) และไม่ใช่ทันตบุคลากรมีทั้งหมด 13 คน (ร้อยละ 54.2) ซึ่งอยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับตำบล (รพ.สต.)

| ข้อมูลทั่วไป | | จำนวน (n=33) | |
|---|---|---|---|
| | | คน | ร้อยละ |
| อายุ | | | |
| | 25-34 ปี | 3 | 9.1 |
| | 35-44 ปี | 11 | 33.3 |
| | 45-54 ปี | 13 | 39.4 |
| | 55 ปีขึ้นไป | 6 | 18.2 |
| เพศ | | | |
| | ชาย | 11 | 33.3 |
| | หญิง | 22 | 66.7 |
| ระดับการศึกษา | | | |
| | ประถมศึกษา | 6 | 18.2 |
| | มัธยมศึกษา | 9 | 27.3 |
| | อนุปริญญาหรือเทียบเท่า | 7 | 21.2 |
| | ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 11 | 33.3 |
| อาชีพ | | | |
| | เกษตรกรรม | 13 | 39.4 |
| | แม่บ้าน | 2 | 6.1 |
| | รับจ้าง | 3 | 9.1 |
| | ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 2 | 6.1 |
| | รับราชการ/ลูกจ้างรัฐ | 8 | 18.2 |
| | นักการเมืองท้องถิ่น | 4 | 12.1 |

จากตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวนทั้งหมด 33 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 35-44 ปีถึงช่วงอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 72.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 11 คน (ร้อยละ 33.3) และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม 13 คน (ร้อยละ 39.4)

ตารางที่ 8 ระดับการรับรู้นโยบาย ความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากและการมีทันตาภิบาลใน รพ.สต. ของผู้ให้ข้อมูลระดับอำเภอ (สสอ./รพ./รพ.สต.)

| ความคิดเห็น | คน (ร้อยละ) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | รวม ( n=57) | ผู้บริหาร (n=14) | ผู้ให้บริการ (n=10) | ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (n=33) |
| ระดับการรับรู้นโยบาย | | | | |
| น้อย | 23 (40.4) | 2 (14.3) | 3 (30) | 18 (54.5) |
| ปานกลาง | 23 (40.4) | 4 (28.6) | 6 (60) | 13 (39.4) |
| มาก | 11 (19.2) | 8 (57.1) | 1 (10) | 2 (6.1) |
| การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ใน รพ.สต. | | | | |
| เห็นด้วย | 55 (96.5) | 14 (100) | 10 (100) | 31 (93.9) |
| ไม่ตอบ | 2 (3.5) | 0 | 0 | 2 (6.1) |
| การมีทันตาภิบาลประจำใน รพ.สต. | | | | |
| เห็นด้วย | 55 (96.5) | 14 (100) | 9 (90) | 32 (97.0) |
| ไม่เห็นด้วย | 1 (1.75) | 0 | 1 (10) | 0 |
| ไม่ตอบ | 1 (1.75) | 0 | 0 | 1 (3.0) |

ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ระดับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลต่อนโยบายการยกระดับสถานีอนามัยเป็นรพ.สต. มีความแตกต่างกัน โดยพบว่าในกลุ่มผู้บริหารจะมีการรับรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 51.1) ส่วนผู้ให้บริการจะรับรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60) ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่รับรู้ระดับน้อย (ร้อยละ 54.5) สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.และการมีทันตาภิบาลประจำ รพ.สต.พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วย (มากกว่าร้อยละ 90) ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้บริหารเป็นผู้รับรู้นโยบายมากที่สุด ในทางตรงกันข้ามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับรู้นโยบายน้อยที่สุด

# บทที่ 4

# ผลการศึกษาและวิจารณ์ (1)

## ความคาดหวังต่อการจัดบริการสุขภาพในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

### 1. ความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับสถานีอนามัย

#### 1.1 ชื่อกับการสื่อความหมาย

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ให้ข้อมูลว่า การยกระดับสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น เกิดจากนโยบายของรัฐบาล ที่ได้จากการสอบถามประชาชนว่าอยากได้หน่วยบริการแบบไหน ซึ่งชาวบ้านบอกว่าอยากให้เป็นโรงพยาบาล ตอนแรกใช้ชื่อ “โรงพยาบาลตำบล” แต่เมื่อนโยบายลงมาถึงกระทรวงสาธารณสุข ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขลงความเห็นว่าไม่ควรใช้คำว่าโรงพยาบาล เพราะหน่วยบริการขนาดเล็กที่ชื่อว่า สถานีอนามัย เรียกในภาษาต่างประเทศว่า health center ไม่ใช่ hospital และมีความเห็นว่าศักยภาพของสถานีอนามัยไม่มีความพร้อม เมื่อฝ่ายการเมืองต้องการเป็นโรงพยาบาล ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงขอเพิ่มคำว่า “ส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งเป็นจุดแข็งของสถานีอนามัยที่มีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นหลัก แนวคิดการพัฒนาสถานีอนามัยนี้ผู้บริหารในงานสาธารณสุขมีความตั้งใจให้พัฒนาอยู่บนแนวคิดการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

> *“คนทำเข้าใจตรงกันนะในระดับกระทรวงเราเข้าใจว่า ไม่ใช่โรงพยาบาล คนทำระดับกระทรวงตั้งใจให้เป็น primary care อยู่แล้ว และการเป็นหน่วยบริการขนาดเล็ก... ไม่ใช่ extended OPD ...*
>
> *(ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนารพ.สต.)*

> *“...คำสองคำนี้ไม่ต่างกันเลย สถานีอนามัยก็จะบอกเรื่องอนามัยซึ่งเป็นเรื่องของการดูแลตนเอง พอเป็นรพ.สต.มันก็เป็นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ... ไม่ว่าจะใช้ชื่ออะไรมันก็เป็นแนวคิดการบริการปฐมภูมิที่มีความหมายเชิงยุทธศาสตร์ คือประชาชนเข้าถึงง่าย บุคลากร*

*เป็น public health และครอบคลุมบริการสุขภาพทั้งใน 4 มิติ"*

*(ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข)*

นอกจากนี้ยังมีมุมมองของผู้บริหารที่ว่า การเปลี่ยนชื่อเป็นการตลาด สร้างสีสัน สร้างการตื่นตัว ซึ่งไม่ว่าจะเปลี่ยนชื่อ ความหมายก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลง ยังคงเป็นแนวคิดของการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยในระดับทุติยภูมิ ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

*"เป็นการตลาดเฉยๆ ไม่เปลี่ยน สร้างสีสัน สร้างการตื่นตัวเท่านั้นเอง เพราะว่า แนวคิดของสถานีอนามัยหรือ primary care ชัดเจนในตัวอยู่แล้ว ถึงเราจะเรียกเป็นโรงพยาบาล แต่แนวคิดก็เป็นการบริการปฐมภูมิ ไม่ได้ทำงานทุติยภูมิ..."*

การเปลี่ยนจากสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นทำให้เกิดการตีความที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่มบุคคล อย่างไรก็ตามมีผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า การเปลี่ยนชื่อเป็น รพ.สต.จะเพิ่มความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ ดังคำกล่าวที่ว่า

*" การเปลี่ยนชื่อเป็น รพ.สต.เป็นการปรับโฉมหน้า ด้านโครงสร้าง การสนับสนุนงบประมาณ เครื่องมือและกำลังคน เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ"*

*(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

นอกจากนี้ผู้บริหารบางส่วนเห็นว่า ชื่อยังสื่อให้เห็นศักดิ์ศรี เช่น หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.กล่าวว่า *"ระดับปฏิบัติงานจะสื่อถึงศักดิ์ศรีและศักยภาพที่เพิ่มขึ้น"* หรือคำกล่าวของรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ว่า *" ศักดิ์ศรีเพิ่มขึ้นนะ จากหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นผู้อำนวยการรพ.สต.มันรู้สึกภูมิใจนะเหมือนเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล"* แต่ในขณะที่กลุ่มผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ได้มองถึงเรื่องของศักดิ์ศรีดังกล่าว

อีกด้านหนึ่งมีผู้ให้บริการและผู้มีส่วนเสียบางคนให้มุมมองว่าการเปลี่ยนชื่อไม่มีความแตกต่างไปจากสถานีอนามัยเลย มีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะป้ายชื่อและชื่อใหม่ แต่ไม่ได้เพิ่มศักยภาพและไม่สามารถสร้างความผูกพันกับประชาชนเท่ากับชื่อเดิม ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.แห่งหนึ่งกล่าวว่า " *การเปลี่ยนแปลงชื่อไม่ได้แตกต่างจากสถานีอนามัยเดิมเลย ไม่เห็นมีอะไรเปลี่ยนแปลงเข้ามา... เปลี่ยนแต่ป้าย และสร้างภาพให้เกิดความคาดหวังของประชาชนสูงขึ้น ในขณะที่ศักยภาพเราเท่าเดิม"* และนอกจากนี้ยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่า *"รู้สึกไม่ถูกใจกับชื่อใหม่ เนื่องจากมีความรู้สึกว่า คำว่าสถานีอนามัยมีความใกล้ชิดและผูกพันกับประชาชนมากกว่า ตอนนี้กลายเป็นตำนานไปแล้ว*"

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนจากสถานีอนามัยเป็นรพ.สต.ของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม พบว่ามีความเห็นที่สอดคล้องกันว่าเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นศรัทธาให้ผู้รับบริการ โดยผู้บริหารบางคนคิดว่าจะทำให้ศักดิ์ศรีของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น เช่น การเปลี่ยนชื่อตำแหน่งหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ได้มองในเรื่องนี้ โดยผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางคนคิดว่าการเปลี่ยนชื่อไม่ได้ทำให้เกิดความแตกต่างไปจากสถานีอนามัยเดิมเลย มีเฉพาะการเปลี่ยนแปลงป้ายชื่อเท่านั้นและชื่อใหม่ไม่ได้สร้างความใกล้ชิดผูกพันเท่ากับชื่อเดิม

**1.2 ศักยภาพที่คาดหวังให้แตกต่างระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัย**

พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความคาดหวังให้รพ.สต.มีความพร้อมและศักยภาพที่แตกต่างไปจากสถานีอนามัยเดิมในประเด็นดังต่อไปนี้

<u>ก. ศักยภาพของการให้บริการสุขภาพ</u>

พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นว่ารพ.สต.ควรพัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานเพื่อสร้างความเชื่อมั่น โดยจะต้องเป็นสถานบริการประจำสำหรับประชาชนทุกคนในพื้นที่ ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน รักษาและพื้นฟู ที่เน้นการส่งเสริมป้องกันเป็นหลักและมีการจัดบริการสุขภาพที่หลากหลายขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

*“การสร้างความเชื่อมั่นที่ดีที่สุดคือการรักษา จะบอกว่าส่งเสริมเก่งแล้วชาวบ้านจะเชื่อมั่นมันไม่ใช่ มันจะต้องมาจากการรักษาที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เมื่อได้รับการเชื่อมั่นแล้วก็ต้องสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชน...รพ.สต.จะต้องเป็นสถานพยาบาลประจำ ไม่ใช่สถานพยาบาลสำหรับคนที่ไปไหนไม่รอดมาใช้บริการ ในภารกิจของ primary care ต้องครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและพื้นฟู โดยเน้นการส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก ส่วนความเชื่อมั่นได้จากการรักษาที่มีมาตรฐานมีคุณภาพ”*

*(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

*“สื่อให้เห็นการเพิ่มศักยภาพการให้บริการที่มากขึ้น เพิ่มบริการที่หลากหลายขึ้น เช่นมีงานทันตสาธารณสุข งานแพทย์แผนไทยเข้ามาในรพ.สต.”*

*(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

ในขณะเดียวกันผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่าควรเน้นการบริการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาล ดังคำกล่าวของหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ว่า *" ...เจ้าหน้าที่ต้องเน้นในงานส่งเสริมสุขภาพ 80-90 เปอร์เซ็นต์ ส่วนการรักษาพยาบาลทำซัก 10-20 เปอร์เซ็นต์ก็พอ หาก รพ.สต.มุ่งเน้นการรักษามากเกินไป จะเกิดความล้มเหลวในระบบบริการสุขภาพ การรักษาที่ให้ควรเป็นบริการพื้นฐานเท่านั้น"*

ในทางตรงกันข้ามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีความเห็นว่า รพ.สต.ควรให้การรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานใกล้เคียงกับโรงพยาบาล มีแพทย์มารักษาและมีเตียงคนไข้ ดังคำกล่าวของตัวแทนผู้ใหญ่บ้านในตำบลแห่งหนึ่งว่า *" แต่ก่อนเมื่อชาวบ้านเป็นอะไรก็ไม่ค่อยมีใครอยากไปสถานีอนามัย ตรงไปโรงพยาบาลเลย ดังนั้นเมื่อเป็นรพ.สต.มีบทบาทศักยภาพมากขึ้น มีการรักษาพยาบาลที่ใกล้เคียงโรงพยาบาล มีการตรวจที่ทันสมัยและผลการวินิจฉัยตรงกับที่เราไปโรงพยาบาล ชาวบ้านก็ไปใช้บริการมากขึ้น ที่นี่ถ้ามีเตียงคนไข้นอนได้ก็ดี อากาศดี สุขภาพจิตดีด้วย"* หรือดังคำกล่าวประธาน อสม.ในตำบลแห่งหนึ่งว่า *"ความต้องการของประชาชน อยากให้มีเตียง มีหมอมารักษาคนไข้ที่ รพ.สต.มากกว่า เขามองว่าเป็นโรงพยาบาลน่าจะต้องดีกว่าเดิม"*

นอกจากนี้มีข้อมูลสะท้อนกลับจากหัวหน้าฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่งและทันตาภิบาลในรพ.สต.แห่งหนึ่งว่า (ขณะเป็นสถานีอนามัย)มีปัญหาที่ไม่สามารถทำงานดูแลสุขภาพช่องปากได้เต็มที่ เนื่องจากได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เกินขอบเขตวิชาชีพและหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังคำพูดของทันตาภิบาลในรพ.สต.แห่งหนึ่งว่า

> *"...ที่ผ่านมามีปัญหา การมอบหมายงานที่ไม่สอดคล้องกับวิชาชีพ เช่น ทันตาภิบาลไปรับงานอาชีวอนามัย งานคุ้มครองผู้บริโภค งานพัสดุ งานการเงิน ทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากทำได้ไม่เต็มที่"*

ในทางตรงกันข้ามผู้บริหารส่วนหนึ่ง (6ใน18) เสนอว่า บุคลากรในรพ.สต.ต้องมีศักยภาพด้านวิชาการในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและบูรณาการ ทุกคนควรมีความรู้ความสามารถในทุกเรื่องแต่ไม่จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญ โดยควรมีการจัดอบรมอย่างสม่ำเสมอหรือการจัดทำแนวทางการปฏิบัติ ดังคำกล่าว

> *" สิ่งที่เราจะต้องทำเขาคือการอบรมวิชาการ ในบางครั้งการอบรมวิชาการที่สม่ำเสมอ จะดีกว่าการอบรมที่ต้องใช้เวลา ฝ่ายต่างๆในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ต้องรับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ ต้องพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการทุกด้าน งานทันตสาธารณสุขก็เช่นกันต้องมีการทำงานเป็นระบบ ตั้งแต่หน่วยงานระดับบนลงไปทำงานแบบบูรณาการ"*
>
> *(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)*

*“ขณะนี้ยังไม่สามารถจัดคนลงเต็มทุกที่ ต้องมีการกำหนดอัตราขั้นต่ำเท่านั้น ดังนั้นทุกคนต้องทำแทนกันได้ เวลาพยาบาลไม่อยู่ เจ็บป่วย หัวหน้าหรือนักวิชาการก็ต้องลงมาให้การรักษาเบื้องต้นได้ ที่เขาทำกันสำเร็จจริงๆ เขามีการทำแนวปฏิบัติหรือแนวทางไว้”*

*(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

*“สิ่งที่จะขาดไม่ได้ในรพ.สต.คือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต้องช่วยกันดูแล อย่างน้อยทันตาภิบาลเองก็ต้องมีความรู้เรื่องสุขภาพด้านอื่นๆด้วย ต้องปรับกลยุทธ์ในการให้ความเป็นสหวิชาชีพอยู่ในคนเดียว แต่ไม่จำเป็นต้องรู้ลึกมากนัก เช่น กรณีทันตาภิบาล ต้องมีความรู้เรื่องยา โรคพื้นฐาน ความดัน เบาหวาน เป็นต้น”*

*(หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)*

สำหรับศักยภาพการบริการสุขภาพนั้น ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นเห็นว่ารพ.สต.ควรพัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานเพื่อสร้างความเชื่อมั่น ครอบคลุมการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุกด้านแต่เน้นการส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก และควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้แก่บุคลากรเพื่อให้รอบรู้งานสาธารณสุขทุกด้านแต่ไม่จำเป็นต้องเชี่ยวชาญแต่สามารถทำงานแบบบูรณาการโดยในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนหนึ่งยังอยากให้มีการรักษาที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาล นอกจากนี้มีข้อเสนอเพิ่มเติมว่าบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต.ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและบูรณาการงาน ต้องปรับกลยุทธ์ให้ความเป็นสหวิชาชีพอยู่ในคนเดียวกัน ดัง Olmen และคณะ[50]ได้กล่าวไว้ว่าบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิจะทำหน้าที่เป็นด่านหน้า (gatekeeper) เป็นผู้มีความรู้และใกล้ชิดกับประชาชนและทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานและนำส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้ให้บริการอื่นๆที่มีความรู้ความชำนาญในระบบสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีมุมมองที่แตกต่างกันระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงานในเรื่องขอบเขตหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. ดังนั้นการทำความเข้าใจและการพัฒนาศักยภาพให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

<u>ข. ศักยภาพด้านอัตรากำลัง</u>

สำหรับการบริหารจัดการกำลังคนของรพ.สต.นั้น ผู้บริหารระดับกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนทศวรรษกำลังคน เพื่อเป็นการวางแผนการผลิตบุคลากรสนับสนุนรพ.สต.ภายใน 10 ปี จำนวน 16,500 คน โดยวิชาชีพที่ต้องผลิตอย่างเร่งด่วนคือ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักการแพทย์แผนไทย และทันตาภิบาล ซึ่งขณะนี้กระทรวงได้พยายามจัดให้มีบุคลากรครบ 4 หรือ 7 ตำแหน่งตามขนาดของรพ.สต. ซึ่งจะเห็นได้ว่ากระทรวงฯได้มีการวางแผนรองรับตำแหน่งในระยะยาว แต่ในระยะสั้นการสนับสนุนอาจ

ยังไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนารพ.สต.ที่ว่า *"ในช่วงเปลี่ยนผ่านหน่วยบริการในระดับพื้นที่ต้องมีการวางแผนการบริหารจัดการตามความพร้อมที่มีอยู่ก่อน ซึ่งจังหวัดจะต้องมีการจัดการให้สอดคล้องกับ service plan ต้องมีการประเมินรพ.สต.ให้ผ่านเกณฑ์ก่อน แล้วมีการวางแผนว่าจะเติมคนเท่าไร...ส่วนกลางต้องช่วยเรื่องกำลังคนอยู่แล้ว ในช่วงเปลี่ยนผ่านพื้นที่ต้องร่วมกันแก้ปัญหา CUP มีทรัพยากรอยู่ก็เข้ามาดูแลก่อน ระหว่างรอการผลิตซึ่งอีก 4 ปีกว่าเด็กจะจบ"*

ปัจจุบันรพ.สต.นำร่องของจังหวัดพัทลุงมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงเพียง 2-4 คน ทำให้คนทำงานที่มีอยู่ทำงานหนัก ดังนั้นในมุมมองของผู้บริหารและผู้ให้บริการมากกว่าสองในสาม มีความเห็นว่าควรเพิ่มอัตรากำลังในรพ.สต. โดยในระยะแรกควรเพิ่มในรพ.สต.นำร่องของจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีความพร้อม ให้ครบ 4-7 อัตราโดยใช้เกณฑ์ประชากรในพื้นที่เป็นตัวกำหนด อัตรากำลังหลักที่ควรมีได้แก่ ผู้อำนวยการรพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และส่วนวิชาชีพอื่นๆ เช่น ทันตาภิบาล เจ้าพนักงานเภสัชกรรม นักการแพทย์แผนไทย และนักกายภาพบำบัด ต้องขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละหน่วยบริการ ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต. 3 แห่ง ดังต่อไปนี้

*"สำหรับรพ.สต.ที่นี่ คิดว่า 4-5 คน กำลังดี อย่างน้อยให้มีทันตาภิบาล และแพทย์แผนไทยเพิ่มเข้ามาก็ดี บทบาทของเจ้าหน้าที่ในงานเชิงรุกผมก็ต้องลงปฏิบัติด้วยต้องทำเป็นหมดทุกอย่าง เรามีนักวิชาการและพยาบาลวิชาชีพอยู่แล้ว"*

*" การยกฐานะเป็น รพ.สต.ที่สมบูรณ์แบบควรจัดในหน่วยบริการที่มีความพร้อมด้านโครงสร้าง ทรัพยากร ตอนนี้ขยายเร็วเกินไปที่จะทำทุกแห่ง ความพร้อมด้านอัตรากำลังก็ยังไม่มี จังหวัดก็ไม่ได้เตรียมความพร้อมตรงนี้ไว้ด้วย น่าจะทำเป็นตำบลละ 1 แห่งที่มีการจัดบริการสุขภาพที่หลากหลายเป็นหลัก ทำหน้าที่เป็น node"*

*"ที่นี่เรามีความพร้อมด้านกายภาพแล้ว แต่เรายังขาดความพร้อมด้านทีมงาน หากเอาปริมาณผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพิจารณาร่วมกับเกณฑ์จำนวนประชากร อยากให้มีบุคลากรซัก 7 คน เรายังขาดนักวิชาการ เจ้าพนักงานเภสัชและนักกายภาพหรือนักการแพทย์แผนไทย"*

นอกจากนี้สาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งได้เสนอว่าตำแหน่งที่จำเป็นต้องเพิ่มในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือ ทันตาภิบาลและนักวิชาการแพทย์แผนไทย แต่หากมีข้อจำกัดเรื่องการขาดแคลนกำลังคน ควรมีการกำหนดเกณฑ์โดยประชากร 10,000 คน ควรให้มีผู้ให้บริการ

ในตำแหน่งดังกล่าว 1 คน โดยให้รพ.สต.ที่พร้อมเป็นจุดศูนย์กลาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะต้องมีแผนสนับสนุนกำลังคนที่ชัดเจน

ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เสนอข้อคิดเห็นในประเด็นจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม มีหลากหลายโดยมีจำนวนตั้งแต่ 6-10 คน เพื่อให้เพียงพอกับการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ และตำแหน่งที่ต้องการให้มีมากกว่า 1 คน คือพยาบาลวิชาชีพและทันตาภิบาล ดังคำกล่าวต่อไปนี้

*“ในแต่ละ รพ.สต.บางแห่งมีเจ้าหน้าที่ 2 ท่าน หัวหน้าและลูกน้อง บางวันหัวหน้าไปประชุม ก็เหลือเจ้าหน้าที่ประจำเพียง 1 ท่าน ชาวบ้านมีปัญหาไปใช้บริการ แต่ก็ไม่มีความมั่นใจในคุณภาพบริการ ดังนั้นคิดว่าหากมีการพัฒนาจริงๆ ต้องเพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้มากกว่าที่เป็นอยู่”*

*(ตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งกล่าว)*

*“หากเป็นไปได้คิดว่าเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น อย่างน้อยซัก 6 คนก็ดี พยาบาลวิชาชีพและทันตาภิบาลให้มี 2 คน ตั้งรับอยู่ที่สถานีอนามัย 1 คน และออกไปทำงานเชิงรุกในชุมชน 1 คน หรือมีไว้เผื่อคนใดคนหนึ่งลา จะได้มีคนทำงานได้”*

*(ประธาน อสม.ตำบลแห่งหนึ่ง)*

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่าแพทย์และทันตแพทย์ควรหมุนเวียนมาให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้งไม่ต้องมาอยู่ประจำ แต่มาเพื่อให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. และสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาแก่ประชาชนในพื้นที่ด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

*“มีอยู่ช่วงหนึ่งที่เริ่มมี 30 บาทรักษาทุกโรค อนามัยเรามีแพทย์มาตรวจ อาทิตย์ละ 1 วัน คนไข้เยอะแบ่งเบาภาระโรงพยาบาลได้เยอะ แต่พอมาระยะหลังไม่มีหมอมาเนื่องจากที่โรงพยาบาลก็ไม่มีหมอ ดังนั้นหากเป็น รพ.สต.แล้วก็ควรมีการบริหารจัดการให้ดี ให้มีหมอมาเดือนละ 2 ครั้งก็ได้ ชาวบ้านจะได้รู้สึกมั่นใจในบริการของรพ.สต. หากพัฒนาแล้วก็อยากให้ยั่งยืน”*

*(ข้าราชการบำนาญในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง)*

*“...สำหรับทันตแพทย์ควรออกมาให้บริการเดือนละ 1-2 ครั้ง มาทำงานที่เกินศักยภาพของทันตาภิบาล คนไข้ไม่ต้องไปแย่งคิวที่โรงพยาบาล นอกจากนั้นมาให้คำปรึกษาและแนะนำการทำงานให้กับทันตาภิบาลที่อยู่เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการทำงานได้”*

*(ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนหนึ่งเห็นว่า การมีความพร้อมด้านบุคลากรสามารถจัดบริการที่ดีขึ้น ทำให้ประชาชนมีความศรัทธาต่อรพ.สต.มากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า*" หากเป็นประชาชนทั่วไป เมื่อเดินเข้าไปในรพ.สต. พบว่ามีเจ้าหน้าที่มาให้บริการมากขึ้น มีการให้บริการที่ดีขึ้น ถึงแม้ไม่เท่ากับโรงพยาบาล ก็ทำให้รู้สึกดี มีความศรัทธามากขึ้นก็จะไปใช้บริการไม่ต้องไปถึงโรงพยาบาล" (ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

โดยสรุปในเรื่องอัตรากำลังที่เหมาะสมสำหรับรพ.สต.นั้น ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นที่สอดคล้องกันทั้ง 3 กลุ่ม คือรพ.สต.ควรได้รับการจัดสรรอัตรากำลังเพิ่ม เพื่อตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพที่หลากหลาย และตอบสนองความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชน โดยหน่วยงานส่วนกลางมีหน้าที่ในการจัดสรรบุคลากรเพิ่มให้กับ รพ.สต. ส่วนโรงพยาบาลในพื้นที่มีหน้าที่ในการสนับสนุนกำลังเสริม แนวทางการสนับสนุนในระยะแรกควรมีการสนับสนุนให้กับหน่วยบริการที่มีความพร้อมทางด้านโครงสร้างพื้นฐานก่อน ในขณะเดียวกันผู้บริหารในพื้นที่และผู้ให้บริการมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานระดับจังหวัดมีนโยบายในเรื่องอัตรากำลังให้ชัดเจนและมีแนวทางการบริหารจัดการกำลังคนให้กับหน่วยบริการในสังกัดได้ยึดถือปฏิบัติ

<u>ค. ศักยภาพด้านอาคารสถานที่และวัสดุอุปกรณ์</u>

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่เสนอว่า ควรมีปรับปรุงด้านโครงสร้างทางกายภาพโดยการปรับภูมิทัศน์ให้สวยงาม สะอาด เป็นระเบียบ เพื่อสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี ดังคำกล่าวของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่ว่า *" รพ.สต.ควรปรับโครงสร้างให้ดูดี ที่ไหนเก่าก็ต้องทำใหม่ทำให้เหมาะสมกับการทำงาน"* และคำกล่าวของประธาน อสม.ในตำบลแห่งหนึ่งว่า *"อยากให้มีอาคารที่กว้างกว่าเดิม จัดเป็นสัดส่วน เป็นระเบียบมีการปรับภูมิทัศน์ให้รู้สึกผ่อนคลาย มีศูนย์การเรียนรู้ของชุมชนอยู่ที่ รพ.สต. จะได้เป็นศูนย์รวมทำกิจกรรมที่นี่ได้"*

อย่างไรก็ตามผู้บริหารในระดับพื้นที่และผู้ให้บริการบางส่วนให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า อาคารสถานที่ของรพ.สต.ในจังหวัดพัทลุงในขณะนี้ยังไม่มีความพร้อมในการใช้งาน การต่อเติมขยายอาคารไม่เหมาะสมกับการใช้งานเนื่องจากไม่ได้มีการออกแบบโครงสร้างให้ตอบสนองต่อการจัดบริการที่เพิ่มขึ้น

ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังอยากให้เป็นโรงพยาบาลโดยอยากให้ขนาดที่ใหญ่ มีเตียงคนไข้ และมีรถบริการฉุกเฉิน ดังคำกล่าวตัวแทนในประชาชนแห่งหนึ่งว่า *"การเปลี่ยนชื่อทำให้ประชาชนมีความรู้สึกว่ามีขนาดใหญ่กว่าสถานีอนามัยเดิมและเป็นโรงพยาบาลสาขาย่อยของโรงพยาบาลชุมชน"* และประธาน อสม.ของหมู่บ้านแห่งหนึ่งกล่าวว่า *"ประชาชนอยากให้เป็นโรงพยาบาล มีเตียงคนไข้ มีหมอมารักษา มีเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้น"* ซึ่งมีตัวแทนประชาชนในตำบลแห่งหนึ่งให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า *"เวลาไม่สบาย อาหารเป็นพิษ ท้องเสียไม่รุนแรงมากนัก*

*จะได้มารับน้ำเกลือที่รพ.สต.ไม่ต้องไปโรงพยาบาล"* และคำกล่าวของอสม.ในตำบลแห่งหนึ่งว่า *"บางชุมชนชาวบ้านไม่ได้มีความพร้อมด้านฐานะ ลำบากมากกว่าจะหารถได้ซักคันอยากให้มีรถบริการฉุกเฉินบริการประชาชน"* เช่นเดียวกับทันตบุคลากรที่คิดว่ารพ.สต.ควรมีความพร้อมด้านอุปกรณ์และการสนับสนุนที่มากกว่าสถานีอนามัย *"คิดว่าถ้าให้เป็นรพ.สต.จะต้องมีความพร้อมมากกว่าสถานีอนามัยเดิม มีศักยภาพมากกว่าเดิม มีความพร้อมด้านบุคลากร อุปกรณ์และการสนับสนุนต่างๆจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง" (ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

ในทางตรงกันข้ามพบว่าผู้บริหารบางคนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางส่วน คิดว่าอาคารสถานที่ไม่มีความจำเป็นมากนักต่อการจัดบริการสุขภาพในระดับชุมชน เพราะชุมชนคือสถานที่ทำงานและการดูแลสุขภาพป้องกันโรคเป็นหน้าที่ของบุคคลและครอบครัว ดังคำกล่าวของประธาน อสม.ตำบลหนึ่งที่ว่า

> *"อาคารสถานที่ไม่ค่อยมีความจำเป็นมากนัก ที่มีอยู่ปรับปรุงให้ดูสวยงาม เป็นระเบียบเรียบร้อย วัตถุประสงค์ในการจัดตั้งรพ.สต.มี 2 ประการเท่าที่ทราบ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ "สร้างสุข" และการปรับเปลี่ยนทัศนคติประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งภารกิจเหล่านี้อาคารก็ไม่จำเป็น เพราะใช้ชุมชนเป็นสถานที่ทำงาน การดูแลสุขภาพไม่ได้อยู่ที่รพ.สต. จะต้องอยู่ที่ตัวคน ครอบครัว ชุมชน ให้มี ตึก3 ชั้น 4 ชั้น ก็ไม่เป็นผลหากครอบครัวไม่ดูแลกัน"*

ที่น่าสนใจพบว่าผู้บริหารในพื้นที่และผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (มากกว่า 2 ใน 3) มีความเห็นว่า วัสดุอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขนั้นเกินความจำเป็นเนื่องจากไม่มีผู้ใช้งาน พบว่า รพ.สต.บางแห่งได้รับการสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น ยูนิตทันตกรรมและอุปกรณ์ แต่ไม่มีผู้รับผิดชอบหลักและไม่ได้มีการจัดบริการสุขภาพช่องปาก โดยผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่งกล่าวว่า *"การที่ได้เครื่องมือนี้มาเราก็ยินดี เพราะเป็นความต้องการของประชาชน แต่การให้แต่ของและไม่ให้คนใช้งานมาด้วยก็กลายเป็นภาระ เพราะเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ก็ใช้ไม่เป็น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดการเรื่องนี้ โดยการส่งทันตาภิบาลมาให้บริการบ้างก็ดี เสาร์ อาทิตย์ก็ได้เรามีค่าตอบแทนให้"*

นอกจากนี้ได้มีผู้ให้บริการเสนอว่าเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ควรเป็นผู้บริหารจัดการวัสดุทางการแพทย์ร่วมกัน เช่น วัสดุสิ้นเปลือง ยาและเวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา โดยรพ.สต.มีการจัดทำแผนการใช้วัสดุประจำปี ขอสนับสนุนไปยังโรงพยาบาลและมีการจัดซื้อจ้างในภาพรวมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณ และมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

*"ที่ผ่านมา รพ.สต. เป็นผู้จัดหาวัสดุทางการแพทย์เอง โรงพยาบาลสนับสนุนให้บางรายการ*

*เท่านั้น ปัญหาที่พบคือตัวแทนบริษัทไม่ค่อยเข้า เพราะมาก็ไม่คุ้มได้น้อยรายการและบางครั้งซื้อมาของก็หมดอายุใช้ยังไม่หมด อยากให้โรงพยาบาลเป็นผู้จัดการ และรพ.สต.ขอเบิกไป"*

*(ทันตาภิบาลใน รพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

โดยสรุปเมื่อยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนเสียบางส่วน คิดว่าอาคารสถานที่ไม่จำเป็นต้องมีขนาดใหญ่แต่ควรปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพ ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่อยากให้รพ.สต.มีอาคารที่กว้างกว่าเดิม ส่วนเรื่องวัสดุอุปกรณ์ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า อุปกรณ์บางชนิดได้รับการสนับสนุนเกินความจำเป็นและไม่มีผู้ใช้งานทำให้ไม่ตอบสนองต่อการจัดบริการสุขภาพ สำหรับวัสดุสิ้นเปลืองควรมีการบริหารจัดการในภาพรวมโดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เพื่อให้เกิดการจัดการที่ดี ประหยัดงบประมาณและใช้งานอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากข้อเสนอเหล่านี้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้รพ.สต.เป็นส่วนหนึ่งของโครงการโรงพยาบาล 3 ดี[51] คือบรรยากาศดี การให้บริการที่ดี และการบริหารจัดการที่ดี

<u>ง. ศักยภาพในการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน</u>

พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม มีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า รพ.สต.จะต้องมีศักยภาพในการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่ว่า *"การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยเอื้อต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ"*

ในขณะเดียวกันสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งเสนอมุมมองว่า การให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทหลักในกิจกรรมสาธารณสุขจะทำให้เกิดความร่วมมือที่ดี ดังคำกล่าวที่ว่า *"...มีตัวอย่างการจัดกิจกรรมในหมู่บ้านต้นแบบ เราให้ท้องถิ่นเป็นแกนนำหลักและสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุน ผลด้านความร่วมมือของทุกภาคส่วนออกมาดีมาก"*

โดยสรุปพบว่า ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความเห็นเกี่ยวกับศักยภาพของรพ.สต.ที่แตกต่างไปจากสถานีอนามัยเดิมที่สอดคล้องกันในเรื่องต่อไปนี้ 1) ศักยภาพของการให้บริการสุขภาพ 2) ศักยภาพด้านอัตรากำลัง 3) ศักยภาพด้านอาคารสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ และ4) ศักยภาพในการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยพบว่าประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คาดหวังให้มี คือ การพัฒนาศักยภาพการให้บริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ คือส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยสหวิชาชีพ และการบริหารจัดการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งด้านการ

สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และการจัดสรรอัตรากำลัง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้รพ.สต.มีการจ้างลูกจ้างเพิ่มเติมเพื่อปฏิบัติงานหรือได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่ายเป็นการประจำหรือหมุนเวียน[51] อย่างไรก็ตามแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีแผนการผลิตกำลังคนเพื่อสนับสนุน รพ.สต.แต่แนวทางการสนับสนุนบุคลากรยังไม่ชัดเจน

ส่วนความคิดเห็นที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังต่อศักยภาพของการจัดบริการสุขภาพ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่คาดหวังให้รพ.สต.มีลักษณะเหมือนโรงพยาบาล มีเตียงคนไข้และมีแพทย์มารักษา ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวอาจจะมาจากชื่อที่มีคำว่า “โรงพยาบาล” ทำให้อาจเข้าใจลักษณะการให้บริการสุขภาพใน รพ.สต.คลาดเคลื่อนไปจากแนวคิดการจัดตั้ง รพ.สต.เบื้องต้น[1,34] ที่เน้นการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งเป็นการบริการปฐมภูมิ (Primary health care) สอดคล้องกับการศึกษาของสุนุตตราและคณะ[29] ที่พบว่าประชาชนยังมีความนิยมในการตรวจรักษาจากแพทย์โดยตรง ขาดความมั่นใจในศักยภาพของเจ้าหน้าที่อื่นๆส่งผลให้ประชาชนไม่นิยมไปใช้บริการสุขภาพที่สถานีอนามัย ดังนั้นเมื่อมีนโยบายยกระดับสถานีอนามัยเป็นรพ.สต. ก็มีความคาดหวังที่อยากให้มีศักยภาพเหมือนหรือเทียบเท่าโรงพยาบาล

ดังนั้นเพื่อเป็นการลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนถึงแนวคิดการจัดตั้งรพ.สต.ของประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงควรมีการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็กที่อยู่ใกล้ประชาชน มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพในขั้นพื้นฐาน[15-16,21-22] ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุขที่ว่า *"ต้องสร้างความเข้าใจ และสร้างความเคยชินให้กับเขา ว่าจริงๆแล้ว รพ.สต.เป็น primary care เป็น prevention-promotion นะ บุคลากรที่อยู่ตรงนั้นจะต้องทำความเข้าใจกับชาวบ้าน ถ้าเราทำตรงนี้ได้ดี จะต้องสื่อความหมายให้ชาวบ้านได้เข้าใจ ว่าถ้าเขาทำ promotion ได้ดีก็จะป้องกันการเป็นโรคได้ถึง 80 เปอร์เซ็นต์นะ”*

**2. แนวทางเพื่อการขับเคลื่อนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

(ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

ผู้บริหารระดับกระทรวงและระดับจังหวัดได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบาย รพ.สต.ว่า จะต้องให้ความสำคัญกับการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการของตนเอง ซึ่งผู้บริหารระดับกระทรวงกล่าวว่าจะเน้นใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การเพิ่มบุคลากรตามกรอบที่กำหนด 2) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ 3) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.เพื่อการขับเคลื่อนงานสุขภาพตำบล ใน

ระยะเริ่มต้นได้มีการเปลี่ยนชื่อและจัดทำป้ายชื่อและมีการวางแผนการจัดกำลังคนในปี พ.ศ.2555 ซึ่งผู้บริหารระดับกระทรวงได้ให้ข้อมูลว่า *"มีการวางแผนในการผลิตกำลังคนเพื่อรพ.สต.ปีละ 16,500 คน สำหรับทันตาภิบาลวางแผนว่ากระจายลง รพ.สต.ให้ได้อย่างน้อย 30 เปอร์เซ็นต์ของ รพ.สต.ทั้งหมด โดยลงในรพ.สต.ที่ดูแลประชากร 5,000 คนขึ้นไปก่อน"* โดยจะเน้นระบบสนับสนุนสำหรับคนทำงานเชิงรุกเพื่อเป็นขวัญกำลังใจและจูงใจให้เกิดความสนใจในการทำงานในชุมชน เช่น ระบบการให้ค่าตอบแทนพิเศษหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งดังคำกล่าวที่ว่า *"ในการที่จะสร้างขวัญกำลังใจและจูงใจให้เจ้าหน้าที่มีความสนใจงานเชิงรุก ทางกระทรวงต้องเห็นความสำคัญ ให้ค่าตอบแทนพิเศษที่เหมาะสม หรือกำหนดค่างานให้มากกว่าคนที่ทำงานในโรงพยาบาล การที่จะจูงใจคนให้สนใจการทำงานเชิงรุก ต้องเริ่มตั้งแต่ตอนผลิตแล้ว สอนให้เขามีใจรักงานชุมชน แล้วเมื่อจบมามีตำแหน่งรองรับไม่ใช่เป็นลูกจ้างชั่วคราว"* ทั้งนี้ผู้บริหารระดับกระทรวงมีความเห็นว่า "*การขาดแคลนคนทำงานเชิงรุกมีสาเหตุมาจากหลักสูตรการเรียนการสอนทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่สนใจในการบริการในคลินิกและต้องการทำงานในสถานที่ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม ดังนั้นโอกาสที่คนจะสนใจงานชุมชนน้อย"*

ในภาพรวมผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้บริหารระดับพื้นที่และผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (16ใน 24) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการขับเคลื่อนและพัฒนารพ.สต.ที่สอดคล้องกัน ดังนี้

<u>*แนวทางที่หนึ่ง*</u> ควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่มีความสอดคล้องกันภายใต้การมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นและควรสร้างความชัดเจนของนโยบายในการพัฒนารพ.สต.ในทุกระดับ ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่งว่า *"ผู้บริหารทุกระดับต้องเห็นความสำคัญในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงสอดคล้องกัน ไม่เฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น ต้องดึงท้องถิ่นเข้ามาร่วมด้วย"*

<u>*แนวทางที่สอง*</u> เพิ่มอัตรากำลังให้ได้ตามกรอบที่กำหนด ซึ่งจะเป็นตัวขับเคลื่อนงานทำให้สามารถจัดบริการสุขภาพได้หลากหลาย ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งว่า *"ขณะนี้เกือบทุก รพ.สต.ขาดบุคลากรในการทำงาน ดังนั้นผู้บริหารของ สสจ.และพื้นที่จะต้องมีการวางแผนด้านกำลังคนเพื่อรพ.สต.และให้มีการจัดสรรอย่างเป็นธรรมด้วย"*

<u>*แนวทางที่สาม*</u> พัฒนาศักยภาพบุคลากรและ อสม. โดยการอบรมให้ความรู้ทักษะต่างๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการศึกษาดูงาน รวมทั้งการสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากร ดังคำกล่าวต่อไปนี้

*“ ทันตาภิบาลน้องๆที่จะลง รพ.สต.จะต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ เพิ่มทักษะการรักษาและการทำงานเชิงรุก ซึ่งขณะนี้มองว่ายังไม่พร้อม”*

*( ทันตาภิบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

*“ทีมงานทันตสาธารณสุข ควรมีการไปศึกษาดูงานในจังหวัดที่เขาทำได้ดีบ้าง เพื่อให้สามารถมองภาพการจัดการเชิงระบบ ได้เห็นได้เรียนรู้”*

*(รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)*

*“หากมีการพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้ด้านการจัดการสุขภาพได้ ก็จะเป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เยอะ”*

*(ประธาน อสม.ในตำบลแห่งหนึ่ง)*

นอกจากนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางส่วนมีความเห็นว่ารพ.สต.หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนส่งเสริมให้ อสม.ซึ่งเป็นเครือข่ายสุขภาพที่สำคัญ มีโอกาสศึกษาต่อเนื่องเพื่อเป็นการพัฒนาตนเองและสามารถช่วยเหลืองานสาธารณสุขในชุมชนได้ ดังคำกล่าวของตัวแทน อสม.ของตำบลแห่งหนึ่งที่ว่า *“รพ.สต....ของเขตพี่เห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพ อสม.ได้ให้การสนับสนุนให้ อสม.ในพื้นที่ที่มีความประสงค์จะศึกษาต่อระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในหลักสูตรของ กศน. โดยหมอ...ติดต่อสถานที่เรียนให้ จึงอยากเสนอให้หน่วยงานระดับจังหวัดเห็นความสำคัญตรงนี้ด้วย เพื่อให้ อสม.ในเขตอื่นๆ ได้มีโอกาสศึกษาต่อด้วย”*

<u>*แนวทางที่สี่*</u> การพัฒนาความเชื่อมโยงระบบงานระหว่างเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) และ รพ.สต.เครือข่าย เช่น 1) มีระบบการให้คำปรึกษา โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแล รพ.สต. เครือข่ายให้ชัดเจน 2) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและมีช่องทางพิเศษสำหรับประชาชน ดังคำกล่าวที่ว่า

*“ การเชื่อมโยงระบบงานของรพ.สต.กับโรงพยาบาลแม่ข่าย จะต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจนทั้งสองหน่วย เพื่อง่ายต่อการประสานงาน ปรึกษาหารือ”*

*(ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

*“ การทำงานเชื่อมโยงเป็นระบบ ไม่ว่าการให้คำปรึกษา การส่งต่อ แนวทางกระทรวงทำไว้ให้หมดแล้ว การสื่อสารที่ดีที่สุดคือการสื่อสารทางโทรศัพท์...”*

*(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

*โรงพยาบาลจะต้องสนับสนุนการทำงานของรพ.สต.โดยการจัดช่องทางพิเศษสำหรับการส่งต่อหรือมีรถรับส่งคนไข้"*

*(ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

โดยรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้เสนอเพิ่มเติมว่า กระทรวงจะต้องมีการปรับปรุงกฎระเบียบกฎหมายให้ครอบคลุมการให้คำปรึกษาหรือการรักษาทางโทรศัพท์หรือเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยอื่นๆ เพื่อปกป้องสิทธิหรือสร้างความมั่นใจในการให้คำปรึกษาของผู้ให้บริการในทุกระดับ

<u>*แนวทางที่ห้า*</u> การพัฒนาการทำงานเป็นทีม แนวทางหนึ่งที่ทำให้สามารถพัฒนางานให้ดีได้ ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่งว่า "คิดว่าการทำงานเป็นทีมสำคัญมาก ที่นี่เรามีการพูดคุยปรึกษาหารือกัน...มีการทบทวนกระบวนการ ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานอยู่ตลอดเพราะเรามีกลุ่มคนไข้โรคเรื้อรังเยอะมาก ต้องควบคุมไม่ให้เป็นปัญหา"

โดยผู้บริหาร (2ราย) และผู้ให้บริการ (7ใน10) ให้ข้อคิดเห็นว่าการขับเคลื่อนงานโดยผู้บังคับบัญชาเป็นผู้นำทีม จะทำให้งานบรรลุความสำเร็จได้ดี ซึ่งผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่งกล่าวว่า *" การมีหัวหน้าทีมที่ดี และหัวหน้าทีมลงไปขับเคลื่อนงานเอง งานทุกอย่างก็บรรลุไปได้ดี"*

นอกจากนี้มีผู้บริหารระดับพื้นที่อย่างน้อยหนึ่งในสาม มองว่าการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกันในกลุ่มผู้บริหารทุกระดับ ทุกองค์กร เป็นการสร้างวัฒนธรรมที่ดีขององค์กรด้านสุขภาพและสามารถขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ ดังคำกล่าวที่ว่า

*"ผู้บริหารในแต่ระดับต้องมีความสัมพันธ์ที่ดี มีการพบปะพูดคุยกันบ้างในบางโอกาส ถึงแม้ไม่ใช่เวลาราชการ มันเป็นโอกาสในการหาเครือข่ายทำงาน"*

*(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

*"ในวาระการประชุมก็เช่นกัน การที่หัวหน้าเข้าร่วมประชุมทุกครั้งก็เป็นโอกาสที่ได้ปรึกษาหารือกัน หาแนวทางการทำงานร่วมกันได้"*

*(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)*

โดยสรุปผู้บริหารระดับกระทรวงและระดับจังหวัดมีความคิดเห็นว่าการขับเคลื่อนนโยบายรพ.สต.ควรเน้นใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การเพิ่มบุคลากรตามกรอบที่กำหนด 2) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ 3) การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.เพื่อการขับเคลื่อนงานสุขภาพตำบล และนอกจากนี้ผู้บริหารระดับกระทรวงยังมีความคิดเห็นว่าควรมี

ระบบสนับสนุนสำหรับคนทำงานเชิงรุกเพื่อเป็นขวัญกำลังใจและจูงใจให้เกิดความสนใจในการทำงานในชุมชน เช่น ระบบการให้ค่าตอบแทนพิเศษ หรือ สิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน

ส่วนผู้บริหารระดับอำเภอ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนหนึ่งเสนอแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายและพัฒนา รพ.สต. 5 แนวทาง ได้แก่ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่มีความสอดคล้องกันภายใต้การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและการสร้างความชัดเจนของนโยบายในทุกระดับ 2) เพิ่มอัตรากำลังให้ได้ตามกรอบที่กำหนด 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและอสม. 4) พัฒนาความเชื่อมโยงระบบงานระหว่างโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักและรพ.สต.เครือข่าย และ 5) พัฒนาการทำงานเป็นทีม โดยผู้บังคับบัญชาเป็นผู้นำทีม จะเห็นได้ว่าข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางต่างๆในการขับเคลื่อนรพ.สต.เป็นแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีความสำคัญในการกำหนดทิศทางขององค์กร ซึ่งการวางแผนกลยุทธ์มีความจำเป็นในการพัฒนาองค์กรให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมและประสบความสำเร็จ[52] อย่างไรก็ตามการใช้กลยุทธ์หรือแนวทางในการขับเคลื่อนนโยบายต่างๆให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับต่างๆและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ขับเคลื่อน

**3. บทบาทของภาคีเครือข่ายอื่นๆ**

ในส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นภาคีเครือข่ายในชุมชนและมีส่วนในการสนับสนุนงานสาธารณสุขในรพ.สต ได้มีการนำเสนอบทบาทแต่ละเครือข่าย ดังต่อไปนี้

<u>ภาคประชาชน (ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และประชาชน )</u>

- จัดทำโครงการบูรณาการเทศบาลพบประชาชนที่มี รพ.สต.เข้าไปร่วมในการให้บริการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน
- สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับบริการสุขภาพที่หน่วยบริการใกล้บ้าน
- เป็นผู้ประสานข้อมูลจาก รพ.สต.ไปสู่ประชาชน และสนับสนุนงานสาธารณสุขในชุมชน
- ให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆที่ รพ.สต.จัด เช่น การรณรงค์การป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกาย เป็นต้น
- ร่วมสมทบทุนในการจัดหางบประมาณ

*“ ท้องถิ่นก็ให้การสนับสนุนการทำงานของรพ.สต.เต็มที่ทั้งการสนับสนุนงบประมาณการประชาสัมพันธ์ แต่อย่างไรก็ตาม รพ.สต.ใกล้บ้านก็ต้องพัฒนาศักยภาพการให้บริการด้วย”*

*(ตัวแทนของเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง)*

*“ผมเพิ่งรู้ในวันนี้เองว่าอนามัยเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปแล้ว ถ้ารพ.สต.มีอะไรจะฝากถึงประชาชนก็มีการนำไปเข้าวาระการประชุมของกำนันผู้ใหญ่บ้านที่อำเภอ ก็จะประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆให้”*

*(ตัวแทนผู้ใหญ่บ้านในตำบลแห่งหนึ่ง)*

*“รพ.สต.ต้องการความช่วยเหลืออย่างไร ก็บอกมา จะทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์บอกกล่าวข้อมูลต่อให้ และหากรพ.สต.ทอดผ้าป่าหาทุนซื้อเครื่องมือก็จะร่วมสบทบทุน”*

*(ตัวแทนประชาชนในตำบลแห่งหนึ่ง)*

<u>ภาคการศึกษา</u>

- โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียน
- โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจัดทำโครงการให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กโดยการขอสนับสนุนองค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้ความร่วมมือกับทางรพ.สต.ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเด็กนักเรียนโดยการร่วมกันตรวจสุขภาพทั่วไปและตรวจสุขภาพช่องปาก

*“ กลุ่มเป้าหมายหลักของงานสาธารณสุขคือเด็กนักเรียน ดังนั้นในฐานะครูก็จะเป็นผู้บูรณาการจัดการเรียนการสอนนักเรียน แต่ก็ต้องให้หมอเข้าไปสอนให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครองบ้างไม่ต้องทุกเดือน อย่างน้อยเทอมละ1 ครั้งก็ดี ปกติเด็กเขาจะเชื่อหมอหรือคนอื่นที่ไม่ใช่ครูอยู่แล้ว”*

*(ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง)*

<u>ภาคเครือข่าย อสม.</u>

- เป็นผู้ประสานงานสาธารณสุขระหว่างประชาชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ผลักดันให้เกิดสุขภาวะในชุมชน ผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน
- ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว
- ช่วยเหลืองานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

*"เราสามารถช่วยเหลืองานเจ้าหน้าที่ได้โดยการเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นการเยี่ยมผู้สูงอายุ วัดความดัน เจาะเบาหวาน และผลักดันกิจกรรมสุขภาพในชุมชน รู้สึกดีมากทำงานตรงนี้เพิ่มคุณค่าให้ตัวเอง"*

*(ตัวแทน อสม.ในตำบลแห่งหนึ่ง)*

จะเห็นได้ว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ ต่างมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในชุมชนของตนเอง โดยรูปแบบความร่วมมือจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่ในสังคมได้แก่ การประสานงาน การขับเคลื่อนกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชน การสนับสนุนงบประมาณ การบูรณาการงานสาธารณสุขกับงานประจำ การประชาสัมพันธ์ และการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

**4. รูปแบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในภาพรวม**

(ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

ผู้บริหารระดับกระทรวง มีความคิดเห็นว่าในการปรับโครงสร้างทางกายภาพของ รพ.สต.จะต้องมีการออกแบบให้สอดคล้องกับการจัดระบบสุขภาพของหวัด โดยในการพัฒนาศักยภาพรพ.สต. ไม่จำเป็นต้องพัฒนาให้มีความสมบูรณ์ไปพร้อมๆกันทุกแห่งรพ.สต.ที่มีความพร้อมก็จัดให้เป็นศูนย์กลางด้านการจัดบริการสุขภาพ ดังคำกล่าวของผู้บริหารระดับกระทรวงที่ว่า

*"หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับจะต้องทำ service plan นะ หน่วยไหนเป็นแม่ข่ายก็มีการพัฒนาก่อน ทุกหน่วยบริการไม่จำเป็นจะต้องโตเหมือนกัน ผู้บริหารจะต้องถอดหมวกมาคุยกันทั้งหมด ไม่ใช่ตัวใครตัวมันทำมาแล้วมารวมกันมันไม่ใช่ ยกตัวอย่างเช่น หน่วย รพ.สต.แม่ข่าย ก็ต้องจัดให้มีทันตาภิบาลไปอยู่ที่แม่ข่าย ไม่ควรไปจัดบริการในจุดเล็กๆ"*

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นว่า รูปแบบการบริหารจัดการรพ.สต. ควรเป็นรูปแบบเครือข่าย โดยให้รพ.สต.ที่มีความพร้อมในด้านบุคลากร งบประมาณ และการ

บริหารจัดการที่ดี ซึ่งเป็นรพ.สต.นำร่องที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงได้สำรวจไว้แล้ว เป็นศูนย์กลางการจัดบริการสุขภาพ โดยควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เป็นรพ.สต.ที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งการจัดเครือข่ายควรจัดเป็นระบบโซน (Zoning) ตามเขตภูมิศาสตร์ โดยมีรพ.สต.ที่มีที่ตั้งอยู่ในตำแหน่งที่ใกล้เคียงกันเป็นลูกข่าย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

*" รูปแบบการจัดการรพ.สต.ที่เหมาะสม คือรูปแบบเครือข่าย โดยเอารพ.สต.ที่มีความพร้อม คน งบประมาณ หรือมีการจัดการที่ดีมาเป็นหลักในการจัดบริการสุขภาพ"*

*(หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)*

*" อยากให้มีการจัดเป็นเครือข่ายรพ.สต.ที่มีความพร้อมทำหน้าที่เป็น node มีรพ.สต.ลูกข่าย 4-5 แห่ง เป็นการสร้างทีมและเป็นการวางแผนการทำงานร่วมกัน"*

*(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.)*

*"ในระยะแรกต้องมีการจัดเป็นไปโซนก่อนเนื่องจากบุคลากรเราไม่เพียงพอ"*

*(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)*

*"อยากให้รพ.สต.นำร่องเป็นศูนย์กลางของโซนก่อน ซึ่งค่อนข้างมีความพร้อมด้านๆ เครื่องมือและอาคารสถานที่"*

*(หัวหน้าฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

*"หากให้มีการจัดบริการทุกประเภทที่ครบไม่ว่า ทันตกรรม แพทย์แผนไทย คนที่นี่คงมีสุขภาพดีกันหมด เห็นว่าคงเป็นไปไม่ได้หรอกรัฐไม่สามารถจัดได้ ถ้าให้ดีควรจัดเป็นเครือข่าย เอารพ.สต.ที่พร้อมมาเป็นศูนย์กลางดีที่สุด บริหารให้ดี ประชาชนก็ได้ประโยชน์"*

*(ตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่ง)*

การดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายได้มีข้อเสนอแนะจากผู้บริหารส่วนใหญ่และผู้ให้บริการส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า รพ.สต.ควรเป็นเครือข่ายของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เนื่องจากมีลักษณะการดำเนินงานที่เหมือนกันในการดูแลสุขภาพของประชาชน และคุณลักษณะของเครือข่ายรพ.สต.ควรมีลักษณะดังนี้ 1) มีทีมงานเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน 3) มีการจัดทำแผนงานและดำเนินงานร่วมกัน 4) มีการแลกเปลี่ยน

เรียนรู้และมีการพัฒนาทีมสุขภาพร่วมกัน และ5) มีการประสานเครือข่าย ทั้งนี้การพัฒนาของเครือข่ายจะขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของรพ.สต.แม่ข่าย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

*" ที่นี่จัดเป็นรูปแบบการจัดเครือข่าย QC ทำมาก่อนนโยบาย รพ.สต.จะมา เป็นแนวคิดของสาธารณสุขอำเภอที่ดูแลไม่ทั่วถึง เลยมาจัดกลุ่มกันเป็น 4 กลุ่ม เพื่อสร้างทีมช่วยเหลือกัน ทำแผนและดำเนินงานร่วมกัน ทำให้ผ่านเกณฑ์ประเมินของ สปสช. หากเป็นเดี่ยวๆจะไม่ผ่าน และมีการเก็บบทเรียนดีๆมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนากัน ต้องมีการประสานงานที่เชื่อมโยงกันทั้งเครือข่าย รูปแบบนี้แม่ข่ายต้องเข้มแข็ง "*

*(ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

*"ลักษณะการทำงานของ รพ.สต.เราไปในทิศทางเดียวกันกับโรงพยาบาลในการดูแลประชาชน ดังนั้นหากดำเนินการเป็นเครือข่าย เราก็ต้องเป็นเครือข่ายของ CUPไม่ควรบริหารงานเดี่ยวๆเหมือนในอดีต ต้องมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ แม่ข่ายลูกข่าย มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน กำหนดทิศทางการทำงานร่วมกัน พัฒนาทีมไปด้วยกัน"*

*(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

ซึ่งสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลว่า การทำงานแบบเครือข่ายที่ผ่านมาจะเป็นการพัฒนาระบบงานของทีมพยาบาลในพื้นที่ซึ่งไม่ได้มาจากนโยบายจากส่วนกลาง ดังคำกล่าวที่ว่า *"รูปแบบเครือข่ายที่ผ่านมาไม่ได้เกิดจากระบบราชการสั่งการมา แต่เกิดจากบุคลากรเองที่มีการสร้างทีมงานกัน มีการเลือกประธานเครือข่ายซึ่งหมุนเวียนกันไปตามความพร้อมเพื่อช่วยเหลืองานซึ่งกันและกัน ที่ผ่านมาจะเป็นการทำงานของทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกันภายในเครือข่าย"*

ผู้บริหารของรพ.สต.ส่วนใหญ่ได้ให้ข้อมูลว่า รูปแบบการจัดการในเครือข่ายมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น การกำหนดประธานและบทบาทของประธานเครือข่าย การกำหนดประธานเครือข่ายมีใน 3 ลักษณะ คือ 1) เลือกตัวแทนผู้อำนวยการรพ.สต. 2) ผู้อำนวยการหรือสาธารณสุขอำเภอ และ3) ไม่มีประธานเครือข่าย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

*"การจัดการขึ้นอยู่กับผู้บริหารนะ เช่น บางแห่งมีการเลือก รพ.สต.ให้เป็นประธานเครือข่าย บางแห่งไม่มีการแบ่งชัดว่าใครเป็นประธานใครเป็นลูกข่าย ทุกรพ.สต.มีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน บางพื้นที่ประธานคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือสาธารณสุขอำเภอแล้วแต่การตกลงกัน บุคลากรมีหน้าที่ในการหมุนเวียนช่วยเหลือกัน เน้นการประสานงานกัน"*

*(ผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

*“การจัดการในเครือข่ายของอำเภอที่นี่ มีการหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันเป็นประธาน วิธีการนี้ทำให้ผู้อำนวยการ รพ.สต.ทุกคนได้ทำหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำ ทุกคนมีความรู้สึกถึงความมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน”*

*(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

นอกจากนี้มีผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่งได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของประธานเครือข่ายรพ.สต.ดังคำกล่าวที่ว่า *“ในบทบาทของประธานเครือข่ายจะต้องมีความเข้มแข็ง มีหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในแนวราบ เป็นผู้นำในการทำงานและพัฒนาร่วมกันภายในเครือข่ายของตนเอง โดย รพ.สต.ในเครือข่ายมีความอิสระในการบริหารจัดการตัวเอง จะดำเนินการร่วมกันเฉพาะงานที่มีจุดหมายเดียวกันเท่านั้น”*

โดยสรุปรูปแบบการบริหารจัดการของรพ.สต.ที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เสนอคือการจัดรูปแบบเครือข่าย โดยรพ.สต.ที่มีความพร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐานมีบทบาทหน้าที่เป็นศูนย์กลาง (node) หรือแม่ข่าย การจัดเครือข่ายเป็นระบบโซนตามเขตภูมิศาสตร์มีลูกข่ายที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน 4-5 แห่ง โดยคุณลักษณะของเครือข่ายรพ.สต.ควรมีลักษณะดังนี้ 1) มีทีมงานเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกัน 3) มีการจัดทำแผนงานและดำเนินงานร่วมกัน 4) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีการพัฒนาทีมสุขภาพร่วมกัน และ5) มีการประสานเครือข่าย

ทั้งนี้ความสำเร็จในการบริหารจัดการรูปแบบเครือข่ายขึ้นกับความเข้มแข็งของรพ.สต.แม่ข่าย ที่ผ่านมารูปแบบการจัดการเครือข่ายในแต่ละอำเภอในจังหวัดพัทลุงมีความแตกต่างกันขึ้นกับบริบทของพื้นที่ ตัวอย่างเช่น การกำหนดประธานของเครือข่ายมี 3 ลักษณะ คือ 1) เลือกตัวแทนผู้อำนวยการรพ.สต. 2) ผู้อำนวยการหรือสาธารณสุขอำเภอ และ3) ไม่มีประธานเครือข่าย ทุก รพ.สต.ดำเนินการไปพร้อมกัน อย่างไรก็ตามไม่ว่าการจัดการเครือข่ายเป็นรูปแบบใดๆรพ.สต.ในเครือข่ายต่างมีอิสระต่อกันและมีการดำเนินงานร่วมกันโดยเฉพาะในงานที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน โดยบทบาทของประธานเครือข่ายจะมีหน้าที่ในการประสานงาน เป็นผู้นำในการพัฒนาการดำเนินงานภายในเครือข่ายร่วมกัน ซึ่งการทำงานที่ผ่านมาจะเป็นการพัฒนาระบบงานของทีมพยาบาลในพื้นที่ไม่ได้เกิดจากนโยบายของส่วนกลาง เป็นรูปแบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของทีมงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยแนวทางการดำเนินงานยังไม่มีการเชื่อมโยงกันในทุกระดับ

การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิของประเทศไทยมีรูปแบบที่หลากหลายซึ่งการพัฒนาขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่ มีทั้งการจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เขตเมืองและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เขตชนบท[53-54] ตัวอย่างเช่น การจัดการเครือข่ายบริการ

สุขภาพในเขตเมืองของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี[53] โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีการจัดโครงสร้างเป็นเครือข่ายชนิดเป็นพวง แบ่งโซนบริการ เป็น 3 โซน และมีศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นเครือข่าย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานทั้ง 3 โซนเครือข่าย และมีการกำหนดแพทย์รับผิดชอบแต่ละโซนเครือข่าย มีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง มีการพัฒนาศักยภาพให้เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมืองศึกษาต่อพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวครบทุกแห่ง ไม่มีการแต่งตั้งประธานเครือข่ายแต่เป็นการกำหนดแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นผู้ดูแลแต่ละเครือข่าย การจัดโครงสร้างรูปแบบเครือข่ายเพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย พัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน และลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน เป็นการสร้างระบบพี่เลี้ยงโดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP)

ส่วนเครือข่ายบริการสุขภาพจากเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ชนบทเป็นตัวอย่างของอำเภอวังจันทร์จังหวัดระยอง[54] มีการจัดเครือข่ายบริการรพ.สต. เป็น 4 เครือข่าย โดยการจัดรูปแบบนี้จะเน้นความสะดวกในการบริหารงานด้านสาธารณสุขในระดับตำบล ลักษณะเด่นในการทำงานในเครือข่ายที่แตกต่างจากเครือข่ายอื่นๆ คือจะมีการบริหารงานโดยคณะกรรมการหลัก (CUP Board) และมีการแต่งตั้งอนุกรรมการขึ้นมา 10 คณะ เป็นคณะทำงานและประเมินผลงาน ข้อดีคือทำงานแต่ละด้านรวดเร็ว มีการวางแผนงานแบบบูรณาการทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีการมอบหมายการดำเนินงานให้เหมาะสมกับลักษณะงาน โดยงานส่งเสริมและป้องกันโรคมอบให้สาธารณสุขอำเภอเป็นเจ้าภาพ และงานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพ งานพัฒนาคุณภาพ มอบให้เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นเจ้าภาพ มีการจัดสรรงบประมาณตามเจ้าภาพรับผิดชอบ การดำเนินงานจะใช้กลยุทธ์หลัก คือ การทำงานเป็นทีมในลักษณะการลงแขก มีการจัดตั้งทันตกรรมใน รพ.สต.ทุกแห่ง

พบว่าจังหวัดพัทลุงจัดการรพ.สต.แบบเครือข่ายในบางพื้นที่เท่านั้นและการจัดการเครือข่ายก็ไม่ได้มีรูปแบบที่ชัดเจนขึ้นกับความพร้อมและนโยบายของผู้บริหารแต่ละพื้นที่ การดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายที่เกิดขึ้นจะเป็นเครือข่ายความช่วยเหลือกันของทีมพยาบาลในการร่วมกันดูแลประชาชนกลุ่มโรคเรื้อรัง ส่วนงานอื่นๆยังไม่เห็นเป็นรูปแบบที่เด่นชัด ลักษณะของโครงสร้างเครือข่ายไม่ได้เชื่อมโยงกันทั้งระบบ เป็นเพียงการจัดตั้งขึ้นเพื่อความสะดวกในการบริหารงานสาธารณสุขของพื้นที่เท่านั้น จะเห็นได้ว่าในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีความขาดแคลนทรัพยากรสาธารณสุข วิธีการจัดการหน่วยบริการระดับเครือข่ายปฐมภูมิให้มีความเชื่อมโยงบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นเครือข่าย จะนำไปสู่การบริหารจัดการที่ดีเพื่อสร้างสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[53-54]

# บทที่ 5

## ผลการศึกษาและวิจารณ์ (2)

### ความคาดหวังต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในบริบทของจังหวัดพัทลุง

**1. ความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

(ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการจัดให้มีบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. โดยให้ความเห็นว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการทันตกรรมเป็นจำนวนมาก แต่มีความตระหนักในการดูแลช่องปากน้อย ดังนั้นจึงจำเป็นที่ขยายบริการทางทันตกรรมให้ประชาชนเข้าถึง และมีการทำงานทันตสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อให้ประชาชนสนใจและตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองมากขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

> *"ปัจจุบันปัญหาสุขภาพช่องปากในเขต...เป็นปัญหาเรื้อรังมาก ผู้รับบริการมารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลค่อนข้างเข้าถึงได้ยากมากต้องมารอตี 4 ตี 5 ทำอย่างไรให้เอื้อประโยชน์กับประชาชนได้ ดังนั้นหากนโยบายขยายงานบริการสุขภาพช่องปากลงรพ.สต. ได้จะเป็นการดีมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและผู้ปกครอง ทำอย่างไรให้มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ ผู้ที่รับผิดชอบทุกฝ่ายในตรงนี้จะต้องวางแผนกับรพ.สต.และท้องถิ่นในการบริหารจัดการ แม้ว่าไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำก็ขอให้มีการจัดบริการให้ได้"*
>
> *(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

> *"ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากที่จำเป็นจะต้องแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วนคือในกลุ่มเด็กในขณะนี้ที่ศูนย์มีเด็กที่มีปัญหากว่าร้อยละ 70 เจ้าหน้าที่ก็ไม่ค่อยได้เข้ามาดูแลเพราะต้องตั้งรับ ทำอย่างไรให้รุกมาคุยกับเด็กกับผู้ปกครองเด็กบ้าง เราก็พอใจแล้ว หากนโยบายนี้เป็นจริงได้จะดีใจมาก"*
>
> *(ประธานชมรมครูผู้ดูแลเด็กอำเภอแห่งหนึ่ง)*

**2. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

**2.1 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในอุดมคติ** (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มอยากให้มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.และมีการกระจายทันตาภิบาลไปปฏิบัติหน้าที่ทุกแห่งหรือมีทันตแพทย์หมุนเวียนไปทำงานรวมทั้งให้รพ.สต.มีอำนาจในการบริหารจัดการได้เองอย่างเบ็ดเสร็จ โดยมีโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง และประชาชนทุกพื้นที่เข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานของรพ.สต.ที่ใช้ในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก เช่น วัสดุและครุภัณฑ์ งบประมาณ บุคลากร พบว่าไม่ได้มีการเตรียมความพร้อม ทำให้การดำเนินงานตามภาพในอุดมคติอาจเป็นไปไม่ได้ ดังคำกล่าวของหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.ที่ว่า *"ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในอุดมคติ ประเทศเราจะต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานอีกเยอะทั้งกำลังคนและงบประมาณ ภายใน 10 ปีก็ยังเป็นไปไม่ได้ไม่ต้องพูดถึง เราควรพูดถึงภาพที่เป็นไปได้ดีกว่า"*

**2.2 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์** (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าควรจัดพื้นที่บริการสุขภาพช่องปากรูปแบบเครือข่าย โดยไม่จำเป็นต้องจัดบริการสุขภาพช่องปากในทุกรพ.สต. เนื่องจากข้อจำกัดด้านปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ดังคำกล่าวนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่ว่า *"ในระยะแรกบุคลากรและงบประมาณเราไม่มี ก็ไม่ต้องจัดทุกที่ เพราะภาระงานจะให้เกิดต้องมาจากบุคลากร"* โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มเห็นว่าควรมีการแบ่งโซน เครือข่าย โดยพิจารณารพ.สต.ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมเป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย และรวมเขตพื้นที่บริการของรพ.สต.อื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาเป็นลูกข่าย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

*"...ที่นี่มียูนิตทันตกรรม และ อบต.ก็มีความพร้อมในการสนับสนุน เป็นความคาดหวังของตำบลที่อยากให้มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากประจำ ไม่ต้องจัดทุกที่หรอก สามารถจัดการเป็นเครือข่ายประชาชนในพื้นที่อื่นก็มาใช้บริการที่นี่ได้"*

*(ผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

*"ในอำเภอผมมี รพ.สต.เยอะมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ตำบลหนึ่งมีถึง 13 แห่ง หากมีการจัดทุกที่คุยกันไม่จบแน่ จะเอาคนจากไหน ขณะนี้มีการจัดพื้นที่ตำบลจัดได้ 3 โซนและได้มีการจัดทำ service plan ไว้แล้ว"*

*(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

*"ในระยะแรกอาจจะต้องมีการจัดเป็นโซนก่อนจัดบริการสุขภาพช่องปากทุกแห่งไม่ได้ เพราะบุคลากรเราไม่เพียงพอ แต่อีก 4-5ปี ควรจะมีการจัดบริการเพิ่มขึ้น"*

*(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)*

*"อยากให้มีการจัดบริการในจุดใหญ่ๆ อำเภอหนึ่งมีการจัดซัก 2-3 แห่ง ตามศักยภาพที่พอจัดได้ ไม่คาดหวังให้มีทุกแห่ง แต่จะทำอย่างไรให้ประชาชนในเขตรอบๆมาใช้บริการได้ด้วย"*

*(ตัวแทนประชาชนในตำบลแห่งหนึ่ง)*

นอกจากนี้ผู้บริหารของรพ.สต.ส่วนหนึ่งเสนอความคิดเห็นว่า การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ควรจัดในรูปแบบเครือข่าย โดยมีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เป็นผู้ออกแบบรูปแบบเครือข่ายอย่างเป็นระบบในภาพรวมของอำเภอในเรื่องโครงสร้างเครือข่าย บุคลากร ภารกิจงาน งบประมาณ รวมทั้งการเป็นพี่เลี้ยง ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่งที่ว่า

*"การจัดบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นกัน ช่วงเปลี่ยนผ่านควรมีการบริหารจัดการแบบโซนเครือข่าย ซึ่งควรทำในรูปแบบของอำเภอมี CUP เข้ามาดูแลระบบงานด้วย...รพ.สต.ที่นี่เราทำงานเป็นโซน เราดูแลกลุ่มเด็กนักเรียนทั้งในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนประถมร่วมกันหลายวิชาชีพ แต่ก็พบจุดด้อยของงานทันตะ คือขาดการสร้างระบบที่ดี ขาดการประสานงานระหว่าง CUP กับ รพ.สต. อยากให้มีทันตแพทย์พี่เลี้ยงของ CUP เข้ามาดูแล... อยากให้มีการออกแบบระบบงานทันตะในภาพรวมอำเภอให้ดี ซึ่งหากจัดการทำเป็นเครือข่าย CUP ต้องเข้ามาดูแลจัดการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การจัดทำโครงสร้าง บุคลากร ภารกิจงาน งบประมาณ"*

และมีผู้บริหารส่วนใหญ่ ผู้ให้บริการบางส่วนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางส่วน (21 ใน 51) เสนอให้มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.นำร่องก่อน เพราะมีความพร้อมในระดับหนึ่งแล้ว เช่น มียูนิตทันตกรรม ทันตาภิบาล และงบประมาณ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ. มีความเห็นว่าการมีทันตาภิบาลประจำในรพ.สต.ไม่ควรเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดรพ.สต.แม่ข่ายในแต่ละโซน อาจใช้ความพร้อมอื่นๆเป็นตัวกำหนด เช่น งบประมาณ การบริหารจัดการที่ดี เป็นต้น ดังคำกล่าว ที่ว่า *"หากเราให้ รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลอยู่แล้วเป็นแม่ข่าย กลายเป็นว่าเรามองแบบแยกส่วนมองเฉพาะทันตะเท่านั้น ที่นั่นอาจจะมีความพร้อมในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก แต่ศักยภาพมีความพร้อมที่จะเป็นแม่ข่ายได้หรือไม่ยังไม่แน่ เราต้องอิงกับงานอื่นๆด้วย เราไม่สามารถบริหารจัดการได้เองความพร้อมที่ว่าเช่น งบประมาณ การบริหารจัดการดี "* ทั้งนี้เนื่องจากรพ.สต.ที่ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายต้องมีความรับผิดชอบมากกว่ารพ.สต.อื่นๆ โดยต้องรับผิดชอบงานบริการสุขภาพนอกเขตพื้นที่บริการด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

*"แม่ข่ายจะต้องมีการบริหารจัดการความรับผิดชอบเขตพื้นที่บริการมากกว่า รพ.สต.เดียว ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพช่องปากในแม่ข่ายก็ต้องยื่นมือไปช่วยรพ.สต.ข้างเคียงด้วย"*

*(หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)*

นอกจากนี้หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.ได้เสนอความคิดเห็นว่าแนวทางการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่เป็นเป็นไปได้มี 2 รูปแบบ คือ 1) รพ.สต.แม่ข่ายที่มีทันตาภิบาล 2) รพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลแต่มีความพร้อมอื่นๆเช่น ห้องฟัน ยูนิตทันตกรรม หรือการบริหารจัดการที่ดี

โดยผู้บริหารระดับพื้นที่บางส่วน (5ใน18) มีความเห็นว่าการกระจายทันตบุคลากรไปในรพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำควรเป็นบทบาทของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในการบริหารจัดการอัตรากำลัง การจ้างงาน และการสนับสนุนงบประมาณซึ่งแนวทางการกระจายทันตบุคลากรมี 2 รูปแบบด้วยกัน คือ 1) การรวมทันตาภิบาลไว้ที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) แล้วมอบหมายให้ไปรับผิดชอบ รพ.สต.แม่ข่ายในเครือข่าย 2) กระจายทันตาภิบาลลงไปประจำทุกรพ.สต.แม่ข่าย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

*"ไม่ว่ารูปแบบการกระจายทันตาภิบาลลงไปอยู่รพ.สต.หรือการรวมคนไว้ที่โรงพยาบาลแล้วมอบหมายหน้าที่ให้ไปปฏิบัติงานในรพ.สต.นั้น CUP ควรเป็นผู้บริหารจัดการทั้งเรื่องงบประมาณ ค่าจ้าง สนับสนุนวัสดุในการดำเนินการ เพราะรพ.สต.ไม่มีความพร้อมในการจัดการ"*

*(ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

*"การกระจายคนในแม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาล ควรดำเนินการในภาพเครือข่าย CUP โดยขาแรกรวมคนไว้ที่ระดับ CUP และขาที่สองกระจายคนลงไปอยู่รพ.สต. โดยกระจายลงไปใน*

*ภาพของเครือข่ายก่อน โดยลงไปในรพ.สต.ที่พร้อมและเป็นแม่ข่าย"*

*(หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)*

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรมีการจัดสรรให้ "ทันตาภิบาลไปอยู่ประจำที่รพ.สต." เพราะจะได้มีความผูกพันกับประชาชน เข้าใจชุมชน และทำงานต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า

*"อยากให้มีการไปอยู่ประจำ จะได้มีความผูกพันกับเจ้าหน้าที่กับประชาชน ทำงานให้ได้ใจประชาชนจะได้มีความเข้าใจกันการทำงานขับเคลื่อนไปด้วยดี"*

*(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

*"การไปอยู่ประจำจะมีข้อดีคือ การปฏิบัติงานเข้าใจพื้นที่ เข้าใจชุมชน ปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์และการทำงานต่อเนื่อง"*

*(ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

ในขณะที่มีทันตบุคลากรบางส่วนมีความคิดเห็นว่า ขณะนี้ทันตาภิบาลไม่เพียงพอ ควรให้ "ทันตาภิบาลประจำอยู่ที่โรงพยาบาล" และมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต.โดยควรจัดให้คนเดิมไปปฏิบัติงาน ซึ่งง่ายต่อการกำกับงานและการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน ดังคำกล่าวของทันตแพทย์โรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ว่า *"ไม่มีแนวคิดในการกระจายทันตาภิบาลลงไปอยู่ประจำในรพ.สต. เพราะตอนนี้เราไม่มีคน การรวมศูนย์หรือรวมคนอยู่ที่โรงพยาบาล ควบคุมดูแลได้ดีกว่าและทิศทางของการดำเนินงานไปในทางเดียวกัน"* ในขณะที่ทันตแพทย์อีกท่านกล่าวว่า *"ในภาวะปัจจุบันอยากจะให้ทันตาภิบาลประจำหรือรวมศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาลมากกว่า แต่ในการจัดคนลงไปทำงานเน้นให้เป็นคนเดิม เพื่อให้งานเกิดความต่อเนื่อง"*

แต่ในความคิดเห็นของสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งมีความเห็นในทางตรงกันข้ามว่าการให้ทันตาภิบาลอยู่ประจำที่โรงพยาบาล หากผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญก็จะเป็นระบบเดิมที่ไม่ได้รับการดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า *"หากมีการรวมทันตาภิบาลไว้อยู่ที่โรงพยาบาล แล้วหัวหน้าไม่ให้ความสำคัญ...ก็จะเป็นเหมือนเดิมคือไม่มีใครการออกมาดูแลประชาชนตามสถานีอนามัยเลย"*

ซึ่งในการบริหารจัดการเครือข่าย ผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต. เป็นต้น ควรมีการปรึกษาหารือและกำหนดแนวทางร่วมกันในการบริหารจัดการ เช่น การพิจารณาความดีความชอบและการบริหารงบประมาณ และการใช้งบประมาณนอกเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ ดังคำกล่าวของหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.ที่ว่า *"ผู้บริหารของ CUP สสอ. และรพ.สต.จะต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจน ในเรื่องการประเมินความดีความชอบ กรณีต้องไปรับผิดชอบพื้นที่อื่นๆ ประชาชน*

*พื้นที่ตนเองไม่ได้รับบริการ หรือการบริหารงบประมาณ ในเรื่องการใช้งบประมาณในการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่อื่น จะนำมาจากไหน จะใช้อย่างไร ต้องมีการกำหนดแนวทางร่วมกัน"*

โดยสรุปในการจัดพื้นที่การจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าควรมีการแบ่งโซน (Zoning) เครือข่ายเหมือนกับการจัดบริการสุขภาพทั่วไป เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ควรเป็นผู้ออกแบบรูปแบบเครือข่ายอย่างเป็นระบบในภาพรวมของอำเภอในด้านโครงสร้างเครือข่าย บุคลากร ภารกิจงาน งบประมาณ และการเป็นพี่เลี้ยง โดยพิจารณารพ.สต.ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมเป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย และรวมเขตพื้นที่บริการของรพ.สต.อื่นๆที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาเป็นลูกข่าย โดยเบื้องต้นควรจัดให้รพ.สต.นำร่อง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการสำรวจไว้แล้วเป็นแม่ข่าย หรืออาจกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความพร้อม เช่น ความพร้อมของงบประมาณ ศักยภาพในการบริหารจัดการ และการมีทันตาภิบาลเป็นต้น โดยรพ.สต.ที่ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายต้องมีความรับผิดชอบมากกว่ารพ.สต.อื่นๆ

ส่วนการกำหนด รพ.สต.แม่ข่ายในการจัดบริการสุขภาพช่องปากมี 2 รูปแบบ คือ 1) รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ 2) รพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลแต่มีความพร้อมอื่นๆ เช่น ห้องฟันยูนิตทันตกรรม และการบริหารจัดการที่ดี เป็นต้น ส่วนรพ.สต.อื่นๆที่ไม่มีความพร้อมและตั้งอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง รพ.สต.แม่ข่ายทำหน้าที่เป็นลูกข่าย รูปแบบการจัดทันตบุคลากรไป รพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำ ควรเป็นบทบาทของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เพื่อการบริหารจัดการอัตรากำลัง การจ้างงาน และการสนับสนุนงบประมาณอย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดทันตบุคลากรไป ปฏิบัติงานใน รพ.สต.โดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) มี 2 รูปแบบ คือ 1) ทันตาภิบาลประจำอยู่ที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) แล้วมอบหมายให้ไปรับผิดชอบรพ.สต.แม่ข่ายเป็นครั้งคราว 2) จัดให้ทันตาภิบาลลงไปประจำทุกรพ.สต.แม่ข่าย โดยในการจัดให้ทันตาภิบาลไปปฏิบัติงานในรพ.สต.แม่ข่าย โดยควรให้"ทันตาภิบาลไปประจำรพ.สต." ในขณะที่มีทันตบุคลากรบางคนมีความเห็นว่าขณะนี้ทันตาภิบาลไม่เพียงพอ ทันตาภิบาลควรอยู่ประจำที่โรงพยาบาลและจัดให้คนเดิมไปปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะมีการจัดเขตบริการสุขภาพและมีการกระจายทันตาภิบาลเป็นรูปแบบใดๆ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ทุกระดับควรมีการปรึกษาหารือและกำหนดแนวทางร่วมกันในการบริหารจัดการที่ดีต่อไป

**2.3 แนวทางและขอบเขตการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ใน รพ.สต.**

(ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหารและผู้ให้บริการ)

พบว่าผู้บริหาร ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าแนวทางและขอบเขตการจัดบริการสุขภาพช่องปากควรจะแตกต่างกันตามความการจัดพื้นที่ในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งข้อเสนอแนะแนวทางการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของรพ.สต.มี 3 แนวทางดังนี้

**ก. รพ.สต. แม่ข่ายที่มีทันตาภิบาล**

พบว่าผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ควรเป็นบทบาทของรพ.สต.ร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในการกำหนดแนวทาง ขอบเขตการให้บริการสุขภาพช่องปากโดยควรให้มีความสอดคล้องกัน ดังคำกล่าวของอำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่งว่า *"การเชื่อมโยงระบบงานของรพ.สต.กับโรงพยาบาลแม่ข่าย จะต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจนทั้งสองหน่วยงาน เพื่อง่ายต่อการประสานงาน ปรึกษาหารือและมีการกำหนดแนวทางการบริการสุขภาพช่องปากร่วมกันในภาพรวมของเครือข่าย"*

ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่า รพ.สต.แม่ข่ายมีทันตาภิบาลประจำ ควรกำหนดสัดส่วนการบริการสุขภาพเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ โดยให้ความสำคัญในงานสร้างเสริมสุขภาพและการทำงานในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

> *"ทันตาภิบาลที่ไปอยู่ตรงนั้นก็เช่นกันต้องเน้นในงานส่งเสริมสุขภาพ 80-90 เปอร์เซ็นต์... การรักษาที่ให้ควรเป็นบริการพื้นฐานเท่านั้นทำไม่ได้ก็ส่งต่อ กำหนดวันในการส่งเสริมรักษาให้ชัดเจน"*
>
> *(หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)*

> *"ในการทำงานในรพ.สต.ทันตาภิบาลไม่ต้องทำการรักษามากๆควรเข้าไปเรียนรู้บริบทของชุมชน ศึกษาปัญหาในพื้นที่และนำเสนอผู้บริหารผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาให้เข้ากับบริบทของชุมชน"*
>
> *(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

ในขณะที่ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าการจัดบริการสุขภาพเชิงรับเป็นการรักษาทันตกรรมพื้นฐาน เช่นขูดหินปูน อุดฟัน และถอนฟัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมองว่า การรักษาเป็นการสร้างความเชื่อถือและเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการ ดังคำกล่าวของประธาน อสม.ในตำบลแห่งหนึ่งว่า *"การทำงานของทันตาภิบาลในรพ.สต.เป็นการให้บริการทันตกรรมพื้นฐาน เช่น ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟันก็เพียงพอแล้วสำหรับชาวบ้าน หากชาวบ้านหายปวด หมอฉีดยาไม่เจ็บ หมอพูดเพราะ ก็ทำให้คนเชื่อมั่นต่อบริการแล้ว"*

มีข้อเสนอแนะว่าจำนวนวันในการจัดบริการรักษาควรเป็น 2-3 วันต่อสัปดาห์ ส่วนวันเวลาที่เหลือก็ทำงานเชิงรุก ซึ่งสัดส่วนการทำงานเชิงรุกควรเพิ่มขึ้นจากที่เคยทำอยู่ และควรมีทันตแพทย์มาให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จะเป็นการให้บริการทันตกรรมในงานที่เกินศักยภาพของทันตาภิบาล โดยจัดเป็นระบบนัด หากไม่สามารถออกมาให้บริการได้อยากให้มีการจัดช่องทางพิเศษสำหรับการส่งต่อ การที่ทันตแพทย์ออกมาที่ รพ.สต.เหมือนมีที่ปรึกษา ทำให้ทันตาภิบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่งว่า

*" ในการรักษาทันตกรรมเห็นว่า 2 หรือ 3 วันก็เพียงพอแล้ว ทยอยทำไปเรื่อยๆกำหนดวันว่าให้รพ.สต.ลูกข่ายมารับบริการวันไหน วันที่เหลือก็ทำงานเชิงรุก เช่น เยี่ยมบ้าน คลินิกเด็กดี หรืองานอื่นๆ สัดส่วนงานเชิงรุกทำให้มากกว่าที่เคยทำอยู่ ส่วนทันตแพทย์มาเดือนละครั้งก็ดี มาทำงานที่เกินศักยภาพของทันตา โดยมีการนัดไว้ให้ หรือมีช่องทางพิเศษไปโรงพยาบาลก็ได้ หากทันตแพทย์ลงมาได้เห็นการทำงานของทันตาภบาล สามารถให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาได้ เขาได้รู้สึกอุ่นใจ"*

ส่วนการทำงานเชิงรุกนั้นทันตบุคลากรส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ควรเน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่กลุ่มเป้าหมายหลักของกองทุนทันตกรรม เช่น การให้ความรู้แก่กลุ่มแม่และเด็ก การตรวจและการให้บริการทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กประถมศึกษา ดังคำกล่าวของทันตาภิบาล รพ.สต.แห่งหนึ่งว่า *"การจัดบริการเชิงรุกที่ทำอยู่ก็เป็นการทำงานในกลุ่มเป้าหมายของกองทุนทันตกรรม ตรวจเด็กประถม ตรวจเด็กศูนย์ คลินิกเด็กดี ให้ความรู้แก่กลุ่มแม่ และให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันในกลุ่มเด็ก ป.1,ป.6 ส่วนการเยี่ยมบ้านเดี๋ยวนี้ไม่ค่อยได้ออกไป เพราะไม่มีเจ้าหน้าที่ "*

ในขณะที่บริหารและผู้ให้บริการส่วนหนึ่งมีข้อเสนอว่า ทันตบุคลากรควรทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพด้วย ดังคำกล่าว

*"...งานส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก ควรมีการทำงานโดยสหวิชาชีพ มีการลงไปเป็นทีม การลงไปเป็นทีมเป็นการพัฒนาศักยภาพทีมงาน เรียนรู้ไปด้วยกัน และฝึกการเรียนรู้ที่จะสื่อสารสัมพันธ์"*

*(ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

*"การเยี่ยมบ้าน จะเป็นการสร้างความคุ้นเคย สร้างความเข้าใจกับชาวบ้าน ค้นหาแนวทางการแนะนำง่ายๆที่ให้เขาสามารถดูแลสุขภาพได้ง่ายขึ้น คิดว่าต้องเป็นบทบาทที่ทันตาภิบาลควรทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ"*

*(ทันตาภิบาล รพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

ผู้บริหารส่วนหนึ่งเห็นว่า งานทันตกรรมเชิงรุกควรให้ความสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้และปรับพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก (0-12 ปี) ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น นอกจากนี้ควรบูรณาการงานสุขภาพช่องปากเข้ากับโครงการที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งว่า *"ส่วนการให้ทันตกรรมเชิงรุกนั้นต้องให้ความสำคัญกับเพิ่มพูนความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนบ้าง ไม่ใช่การออกตรวจฟันนักเรียนอย่างเดียว กลุ่มเป้าหมายหลักที่ควรให้ความสำคัญได้แก่ กลุ่มแม่และเด็ก (0-12 ปี) ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส และเราไม่จำเป็นต้องทำเดี่ยว ควรบูรณาการร่วมกับโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค เนื่องจากเป็นโครงการที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่แล้ว "*

**ข. รพ.สต. แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลแต่มีความพร้อมอื่นๆ**

ผู้บริหารบางส่วนและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า บทบาทหลักในการจัดบริการสุขภาพช่องปากควรเป็นของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) โดยการสนับสนุนทันตาภิบาลมาให้บริการสุขภาพช่องปาก โดยควรเป็นคนเดิมเพื่อให้การทำงานเกิดความต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า

*"ส่วน รพ.สต.เครือข่ายที่ไม่ทันตาภิบาลประจำ ก็ให้ทันตาภิบาลจากโรงพยาบาลไปดูแล"*

*(หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)*

*"ในการจัดทันตาภิบาลลงไปปฏิบัติงานในรพ.สต. เน้นให้เป็นคนเดิม จะได้รู้จักพื้นที่และดูแลได้อย่างต่อเนื่อง"*

*(ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

ซึ่งหากผู้ให้บริการเป็นทันตาภิบาล ความถี่ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากควรอย่างน้อยอาทิตย์ละ 2 วัน และหากมีทันตแพทย์ลงมาให้บริการก็ควรเป็นอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.แห่งหนึ่งว่า *" ในการจัดให้มีบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำ หาก CUP สนับสนุนทันตาภิบาลก็ควรจัดบริการรักษาสัก 2 วัน หากมีทันตแพทย์ลงมาช่วยก็เดือนละ 1 ครั้งก็ดี ส่วนงานเชิงรุกขึ้นกับความพร้อมของเจ้าหน้าที่"*

นอกจากนี้ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ในรพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่เคยมีทันตาภิบาลมาก่อน ควรเน้นการให้การรักษาทางทันตกรรม หรือการให้บริการสุขภาพช่องปากเชิงรับก่อนเชิงรุกเพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งว่า *"ในช่วงแรกๆที่มีการจัด รพ.สต.เป็นโซนเครือข่าย แล้วมี รพ.สต.แม่ข่ายที่จัดบริการทันตะและโรงพยาบาลจัดให้มีทันตบุคลากรมารับผิดชอบ ก็ให้มีการให้บริการรักษาทางทันตกรรมก่อนเพราะปัญหาช่องปาก*

*ของประชาชนมีเยอะ เชิงรุกค่อยตามมา"* ส่วนการทำงานเชิงรุกพบว่าผู้บริหารท่านหนึ่งเสนอว่า ควรจัดบริการสุขภาพช่องปากเชิงรุกอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง โดยทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ ออกไปให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น นักเรียน ผู้ปกครอง และผู้สูงอายุ โดยอาจจะบูรณาการกับงานในคลินิกและกิจกรรมที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ก็ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

*"ในการออกไปทำงานเชิงรุกควรออกไปพร้อมๆกันกับวิชาชีพอื่นๆเดือนหนึ่งซัก 2-3 ครั้ง หมุนเวียนกันไปในแต่ละกลุ่ม เช่น นักเรียน ผู้ปกครอง ผู้สูงอายุ อาจจะเป็นการนัดสถานที่ที่โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน หรือในสถานบริการก็ได้ งานเชิงรุกไม่จำเป็นต้องในลงในชุมชนอย่างเดียวทำในคลินิกก็ได้"*

*(ผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

*"ทันตาภิบาลควรบูรณาการงานสุขภาพช่องปากกับกิจกรรมสาธารณสุขที่มีอยู่ในพื้นที่ ซึ่งขณะโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคซึ่งมีการดำเนินการในทุกตำบล คิดว่าเกิดประโยชน์กว่าไปเดี่ยว ซึ่งเป้าหมายตรงนั้นก็จะได้ ผู้ปกครอง เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ เพียงพอแล้ว"*

*(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

***<u>ค. รพ.สต. ลูกข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาล</u>***

ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่เสนอความเห็นว่าควรเป็นบทบาทร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล โดยจัดทำเป็นนโยบายในระดับจังหวัดให้มีการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากบูรณาการร่วมกับงานสาธารณสุขอื่นๆ และควรจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นแนวทาง ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งว่า *"ขณะนี้ในความรู้สึกงานทันตสาธารณสุขเป็นงานฝาก ในอดีตความเอื้ออาทรสูง ปัจจุบันเปลี่ยนไปแล้ว ดังนั้นคิดว่าหากมีนโยบายที่ชัดเจนจากส่วนกลาง สำนักงานสาธารณสุขและหน่วยบริการระดับพื้นที่ร่วมกันในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานและมีการจัดทำคู่มือให้ไว้สำหรับเป็นแนวทางก็ดี ในขณะเดียวกันผู้รับผิดชอบงานทันตกรรมของโรงพยาบาลก็ต้องลงมาดูแลด้วย"*

นอกจากนี้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ควรมีการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.ในการร่วมดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กเล็ก 0-2 ปี ในคลินิกเด็กดี ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งที่ว่า

*" ในรพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลควรพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ให้เขามีความรู้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้นได้ ซึ่งเขาจะได้ให้คำแนะนำผู้ปกครองของกลุ่มเด็กที่มารับวัคซีน 0-2 ปี ในคลินิกเด็กดีได้"*

สำหรับการรับบริการรักษาทางทันตกรรมควรประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยไปรับบริการได้ที่รพ.สต.แม่ข่าย โดยรพ.สต.แม่ข่าย ควรกำหนดวันเวลาในการจัดบริการทันตกรรมให้กับประชาชนจากรพ.สต.ลูกข่ายให้ชัดเจน เพื่อความสะดวกรวดเร็ว หรือหากมีปัญหาสุขภาพช่องปากสูง ก็อาจมีการให้บริการทันตกรรมเป็นกรณีพิเศษ ดังคำกล่าวที่ว่า

*"ในการรักษาทันตกรรม ควรมีการประชาสัมพันธ์และกำหนดวันเวลาให้ชัดเจนว่าจะจัดบริการให้กับประชาชนในเขตของแม่ข่ายวันไหน และจัดบริการให้กับประชาชนในรพ.สต.ลูกข่ายวันไหนบ้าง จะได้สะดวก"*

*(ผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

*" กรณี รพ.สต.เครือข่าย หากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องมีค้นหาปัญหาแล้วพบว่ามีปัญหาในช่องปากเยอะ ก็ควรมีการระดมกำลังคนเพื่อให้บริการทันตกรรมเป็นกรณีพิเศษ เช่น การออกหน่วยแพทย์ พอ.สว. การออกหน่วย อบจ.เคลื่อนที่ อำเภอเคลื่อนที่ เป็นต้น"*

*(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

ตารางที่ 9 สรุปแนวทางและขอบเขตของการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ที่เสนอในการศึกษานี้ สามารถแบ่งตามลักษณะของเครือข่ายได้เป็น 3 แนวทาง คือ 1) รพ.สต.แม่ข่ายที่มีทันตาภิบาลประจำ การกำหนดแนวทางและขอบเขตการให้บริการสุขภาพช่องปากควรเป็นบทบาทของรพ.สต.ร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) โดยควรให้มีความสอดคล้องกัน และควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการดูแล รพ.สต.เครือข่าย และเน้นการบริการสุขภาพเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ 2) รพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำแต่มีความพร้อมอื่นๆเช่น ห้องฟันยูนิตทันตกรรม หรือการบริหารจัดการที่ดี เป็นต้น โดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ควรมีบทบาทหลักในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก มีการสนับสนุนทันตาภิบาลมาให้บริการสุขภาพช่องปากที่รพ.สต. โดยในช่วงแรกควรเน้นการบริการสุขภาพเชิงรับมากกว่าเชิงรุกเพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาก่อน และ 3) รพ.สต.ลูกข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาล ควรเป็นบทบาทร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) จัดทำเป็นนโยบายในระดับจังหวัดให้มีการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการ ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต. และ อสม.ในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่

ตารางที่ 9 ความคิดเห็นของผู้บริหารระดับพื้นที่และผู้ให้บริการต่อบทบาทและการบริหารจัดการบริการสุขภาพช่องปากของ รพ.สต.

| ประเด็น | | บทบาทและการบริหารจัดการของ รพ.สต.ในบริบทต่างๆ | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **รพ.สต.แม่ข่ายมี ทภ.ประจำ** | **รพ.สต.แม่ข่ายไม่มี ทภ.ประจำ แต่มีความพร้อมอื่นๆ** | **รพ.สต.ลูกข่าย (ไม่มีทันตาภิบาล)** |
| **บทบาท** | **รพ.สต.** | มีความอิสระในการบริหารจัดการทั่วไป | มีความอิสระในการจัดการทั่วไป | มีความอิสระในการบริหารจัดการทั่วไป |
| | **เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP)** | ประสานงาน กำหนดทันตแพทย์พี่เลี้ยง และขอบเขตงาน การจัดทำ CPG | บริหารจัดการกำกับดูแล (ทันตาภิบาล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์) การจัดทำแนวทางปฏิบัติ | ร่วมกับ สสจ./สสอ. กำหนดนโยบายบูรณาการP&P ระดับจังหวัด จัดทำแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขโดย จนท.สาธารณสุขอื่นๆ |
| | **ผอ.รพ.สต.** | เป็นประธานเครือข่าย เป็นผู้นำการพัฒนาเครือข่าย | เป็นประธานเครือข่าย เป็นผู้นำการพัฒนาเครือข่าย | ประสานความร่วมมือภายในเครือข่าย |
| **การจัดการทันตาภิบาล** | | อยู่ประจำ (ภายใต้ รพ.สต.) | 1. ประจำโรงพยาบาลและไปเป็นครั้งคราว<br>2. อยู่ประจำที่ รพ.สต. (ภายใต้ CUP) | ไม่มีทันตาภิบาลประจำ |
| **ความสัมพันธ์กับ รพ.สต.ลูกข่าย** | | ทำงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ | ทำงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ | ทำงานร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ |
| **การจัดบริการสุขภาพช่องปาก** | | เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ | เน้นเชิงรับก่อน เชิงรุกค่อยตาม | - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.<br>- งาน P&P ในกลุ่มเฉพาะ<br>- ประชาชนไปรับบริการที่รพ.สต.แม่ข่าย |

**3. บุคลากรที่เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.**

**3.1 คุณลักษณะทันตบุคลากรที่เหมาะสมใน รพ.สต.** (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหาร ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย)

พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มมีความเห็นว่าบุคลากรที่เหมาะสมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ควรจะเป็นทันตาภิบาล ส่วนทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุนการบริการ เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ หรือ การลงไปนิเทศติดตามดูแลเป็นครั้งคราว ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งที่ว่า *"ทันตาภิบาลก็เพียงพอแล้ว ส่วนทันตแพทย์เป็นที่ปรึกษา และมีการลงไปเป็นวาระอาจจะเดือนละ 1 ครั้งหรือแล้วแต่ความเหมาะสม"*

ส่วนคุณสมบัติของทันตาภิบาลที่เหมาะสมในการทำงานในรพ.สต.พบว่า จะต้องมีอัธยาศัยดี เข้ากับคนได้ง่าย เสียสละ ยอมรับความคิดเห็นของบุคคลอื่น ควรจะเป็นคนที่สนใจการทำงานชุมชน และต้องมีความรับผิดชอบ ผู้บริหาร (2 ราย) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่คิดว่าทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ไม่จำเป็นต้องเป็นคนในพื้นที่ ดังคำกล่าวของตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งที่ว่า *"ทันตาภิบาลที่มาปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต. เป็นใครก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นคนในพื้นที่ แต่มีความรักต่องานชุมชนและตั้งใจทำงาน"*

ในทางตรงกันข้ามมีผู้บริหารบางคนเท่านั้นและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางส่วน (16 ใน 51) มีความเห็นว่าในพื้นที่ที่ห่างไกล ทันตาภิบาลควรเป็นคนในพื้นที่เพื่อการคงอยู่ไม่โยกย้าย ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งที่ว่า *"ที่นี่เป็นพื้นที่ที่อยู่ไกล คนที่มาทำงานเป็นคนต่างถิ่น เมื่อถึงเวลาระยะหนึ่งก็ย้ายกลับภูมิลำเนา ดังนั้นคิดว่าทันตาภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต. ก็ควรเป็นคนในพื้นที่จะดีกว่า ดังนั้นควรสนับสนุนทุนให้คนในพื้นที่ไปเรียน"*

นอกจากนี้มีผู้ให้บริการบางส่วน (4ใน10) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีความเห็นว่าทันตาภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต. ควรมีประสบการณ์ในการทำงานและในกรณีทันตาภิบาลจบใหม่ควรมีที่ปรึกษาเพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงาน ดังคำกล่าวของตัวแทนเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งว่า *"ทันตาภิบาลมาประจำรพ.สต.ควรมีประสบการณ์ทำงานมาบ้าง หากเป็นเด็กใหม่ก็ควรมีพี่เลี้ยงมาดูแลจะได้มีความมั่นใจในการทำงาน"* ในขณะที่หัวหน้าที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ. มีความเห็นว่าเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ควรมีหน้าที่ในการพัฒนาทักษะการทำงานต่างๆให้กับทันตาภิบาลจบใหม่ รวมทั้งควรมีการจัดหลักสูตรอบรมเฉพาะสำหรับทันตาภิบาลจบใหม่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต. ดังคำกล่าวของทันตแพทย์ท่านหนึ่งที่ว่า *"น้องทันตาภิบาลจบใหม่ สสจ.ควรมีการจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะขึ้นมาเน้นการบริหารงานในรพ.สต.และการทำงานในชุมชน"*

ในภาพรวมการศึกษานี้พบว่าการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.นั้นพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มมีความเห็นที่ตรงกันว่าบุคลากรที่เหมาะสมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ควรจะเป็นทันตาภิบาล ส่วนทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุนการบริการ เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ หรือ การลงไปนิเทศติดตามดูแลเป็นครั้งคราว ทันตาภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต.ควรมีประสบการณ์ในการทำงานและในกรณีที่จบใหม่ควรมีที่ปรึกษาเพื่อสร้างความมั่นใจในการทำงาน และควรมีการจัดหลักสูตรอบรมเฉพาะสำหรับทันตาภิบาลจบใหม่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต. ซึ่งผู้รับผิดชอบในการพัฒนาทักษะทันตาภิบาลจบใหม่ควรจะเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เพราะรู้บริบทพื้นที่ดี ในขณะที่ประเด็นเกี่ยวกับว่าทันตาภิบาลควรเป็นคนในพื้นที่หรือไม่นั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าทันตาภิบาลไม่จำเป็นต้องเป็นคนในพื้นที่ แต่ให้มีความรักและตั้งใจทำงานในชุมชนก็พอ ในทางตรงกันข้ามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีพื้นที่อยู่ห่างไกลมีความเห็นว่าควรเป็นคนในพื้นที่ เพื่อการคงอยู่ในพื้นที่ได้นาน ดังนั้นแนวคิดการสร้างคนรุ่นใหม่กลับมาทำงานในชุมชนโดยคัดเลือกเด็กในพื้นที่ไปศึกษาต่อในสาขาที่ขาดแคลน เช่น พยาบาล ทันตาภิบาล จึงเป็นวิธีการที่ดีร่วมกับการปลูกฝังจิตสำนึกรักบ้านเกิดให้กับเด็กรุ่นใหม่เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพที่ดีของคนในชุมชนต่อไป[37,38,55]

**3.2 ศักยภาพที่ควรมีของทันตบุคลากรในรพ.สต.** (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ)

ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ มีมุมมองที่สอดคล้องกันว่าต้องการให้ทันตบุคลากรที่รับผิดชอบงานใน รพ.สต.เรียนรู้สิ่งเหล่านี้ได้แก่ 1) บทบาทของรพ.สต. และภารกิจหน้าที่ของตนเองต่อ รพ.สต. 2) ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน เช่น ข้อมูลบริบทชุมชน จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต้องรับผิดชอบ ภาคีเครือข่าย ความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของประชาชน และ3) ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศ และการบริหารจัดการข้อมูล และมีความสามารถของการประเมินผล ดังคำกล่าวต่อไปนี้

> *“ ทันตาภิบาลที่ไปอยู่ตรงนั้นต้องรู้ภาระหน้าที่ของตนเป็นหลักและต้องเรียนรู้ข้อมูลงานอื่นๆด้วยไม่ต้องรู้ลึกไว้แก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของ รพ.สต.อาทิเช่น ข้อมูลบริบทชุมชน วิถีชีวิตของชุมชน กลุ่มเป้าหมาย ภาคีเครือข่าย และควรใช้เทคโนโลยีการสื่อสารให้เป็นด้วยต่อไปอาจมีการติดต่อกับแม่ข่าย นอกจากนี้ต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับงานทันตะได้เพื่อไว้นำเสนอให้ผู้บริหารได้รับทราบ”*
>
> *(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

ทันตาภิบาลผู้รับผิดชอบงานในรพ.สต.ส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า ควรได้รับการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์และการนำไปใช้ประโยชน์ ดังคำกล่าวของ

ทันตาภิบาลรพ.สต.แห่งหนึ่งว่า *"เรายังขาดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ อยากให้หน่วยงานระดับสูงมีการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรใน รพ.สต.เกี่ยวกับการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์งานและการเขียนรายงาน"*

นอกจากนี้ผู้บริหารส่วนใหญ่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต.มีข้อคิดเห็นว่าทันตาภิบาลควรเรียนรู้การใช้แฟ้มประจำครอบครัว ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง *"ทันตบุคลากรควรได้เรียนรู้การใช้ family folder และการนำประโยชน์ไปใช้บ้าง"*

สำหรับการประเมินผลงานในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.นั้น ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ควรให้ทันตบุคลากรมีการประเมินตนเอง และให้ประชาชนมีการประเมินความพึงพอใจด้วยเพื่อใช้ในการวางแผนแก้ปัญหา ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.กล่าวว่า *"ทันตาภิบาลควรมีการประเมินการทำงานของตนเองอย่างน้อยได้รู้สมรรถนะของตนเองว่าเป็นอย่างไร ในขณะเดียวกันควรให้ประชาชนได้มีส่วนในการประเมินความพึงพอใจด้วย"*

โดยสรุปผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าทันตาภิบาลที่ลงไปอยู่รพ.สต.ควรเข้าใจบทบาทและภารกิจหน้าที่ของตนเองในรพ.สต. ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และสามารถใช้ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศได้ รวมทั้งการจัดการข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขได้ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่เป็นทันตาภิบาลส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ทันตาภิบาลควรได้รับการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ และนอกจากนี้ทันตาภิบาลควรเรียนรู้การใช้ประโยชน์จากแฟ้มครอบครัวในการจัดการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารทั้งในสถานบริการและในชุมชนจะเป็นประโยชน์ต่อทันตาภิบาลที่อยู่ในรพ.สต.

สำหรับการประเมินผลงานในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.นั้น ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ควรให้ทันตบุคลากรมีการประเมินตนเอง และให้ประชาชนมีการประเมินความพึงพอใจและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ประเมินผลงานด้านสุขภาพช่องปากในรพ.สต. โดยผ่านการจัดทำตัวชี้วัดในระดับหน่วยงานซึ่งจะต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารทั้งในสถานบริการและในชุมชนจะเป็นประโยชน์ต่อทันตาภิบาลที่อยู่ในรพ.สต. โดยความรู้ต่างๆจะเป็นฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้ สำหรับการประเมินผลการดำเนินงานซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการดำเนินงานทันตสาธารณสุขที่ผ่านมา สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนาการวางแผนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในรพ.สต.ในอนาคตได้

**3.3 การบริหารจัดการทันตบุคลากรใน รพ.สต.** (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ)

ผู้บริหารและทันตบุคลากรส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า การกระจายทันตาภิบาลลงไปประจำรพ.สต. ควรมีการพัฒนาให้รพ.สต.มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานก่อนเพื่อรองรับการจัดบริการและทันตาภิบาลสามารถปฏิบัติงานสอดคล้องกับวิชาชีพได้ ดังคำกล่าวของหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.ที่ว่า *"จะให้ทันตาภิบาลไปประจำ รพ.สต.จะต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน มีห้องฟัน มียูนิตทันตกรรม และเครื่องมือพร้อมก่อน เพราะหากส่งไปแล้วไม่มีโครงสร้างพื้นฐาน ทันตาภิบาลก็กลายเป็นบุคลากรที่ไปทำงานอื่นๆ เช่น การเงิน พัสดุ เจาะเลือด หรืออื่นๆ"* ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนท่านหนึ่งที่ว่า *" จะต้องมีการเตรียมความพร้อมของยูนิตทันตกรรมและวัสดุอุปกรณ์เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพช่องปากก่อนที่จะมีการจัดสรรทันตาภิบาลลงไป"*

นอกจากนี้ทันตบุคลากรส่วนใหญ่ยังเสนอความคิดเห็นอีกว่า ควรมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับทันตาภิบาลในรพ.สต.โดยกำหนดบทบาทและสัดส่วนการทำงานให้ชัดเจน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

> *"ในช่วงขณะนี้รพ.สต.ยังขาดกำลังคน เท่าที่ทราบมาทันตาภิบาลที่ลงไปอยู่ประจำรพ.สต. ต้องไปทำหน้าที่อื่นที่นอกเหนือขอบเขตของวิชาชีพ อาทิ ตรวจท้อง ตรวจไข้ มองว่าเป็นความเสี่ยงนะ ถ้าจะให้ไปอยู่ประจำต้องมีการทำแนวทางการดำเนินงานในรพ.สต.ให้"*
>
> *(หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)*

> *"ที่ผ่านมาจัดบริการสุขภาพช่องปากได้ไม่เต็มที่ เพราะไม่มีเจ้าหน้าที่ ทำให้ได้รับมอบหมายงานที่ไม่สอดคล้องกับวิชาชีพ เช่น งานอาชีวอนามัย งานคุ้มครองผู้บริโภค งานพัสดุ งานการเงิน...หากเป็นไปได้ อยากให้ส่วนกลางมีการจัดทำแนวทางการทำงานของทันตาภิบาลในรพ.สต."*
>
> *(ทันตาภิบาลรพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

นอกจากนี้ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่า ควรมีการสร้างขวัญและกำลังใจและจูงใจให้ทันตาภิบาลลงไปทำงานใน รพ.สต. เช่น มีตำแหน่งเป็นข้าราชการและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพสู่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขได้ ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งว่า *"สายงานนี้มีแรงจูงใจน้อยขาดความมั่นคงในสายงานไม่สามารถกำหนดตำแหน่งที่ชัดเจน ตอนนี้ต้องเป็นลูกจ้าง ไม่มีสวัสดิการเหมือนข้าราชการ และก็ไม่โตเหมือนเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ดังนั้นกระทรวงต้องช่วยให้เขาเข้าสู่ตำแหน่งนักวิชาการได้ "* ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของทันตาภิบาลท่านหนึ่งที่ว่า *"ไม่ต้องการอะไรมากนัก ให้มีตำแหน่ง มีเงินเดือน เงินค่าตอบแทน*

*สวัสดิการที่เหมาะสม และอยู่ในชุมชนที่ให้ความอบอุ่น ก็มีกำลังใจแล้ว"*

ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าการบริหารทันตบุคลากรควรเป็นบทบาทของรพ.สต.และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) โดยควรมีการประสานงานให้มีความสอดคล้องกันและควรกำหนดให้มีทันตแพทย์เป็นผู้กำกับงานในแต่ละโซนเครือข่าย ดังคำกล่าวที่ว่า

*"ระบบของทันตกรรมในรพ.สต.ควรมีการประสานระบบงานใช้ชัดเจน ถ้าจะออกแบบให้ดีจะต้องมีศูนย์ประสานงานระหว่างบุคลากรในรพ.สต. ในแต่ละโซนกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีหมอฟันเป็นผู้รับผิดชอบ แบ่งความรับผิดชอบกันไป จะได้สะดวกในการปรึกษาหรือส่งต่อ"*

*(ผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

นอกจากนี้การจัดทันตาภิบาลไปอยู่ในรพ.สต. ควรเป็นบทบาทร่วมของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) สาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งต้องจัดทำแผนกำลังคนร่วมกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

*" การจัดการทันตาภิบาลให้มาประจำในรพ.สต.เป็นบทบาทหน้าที่ของ CUP สสอ. และสสจ. ในการจัดทำแผนกำลังคนร่วมกัน โดยให้มีการกระจายคนไปอยู่ในรพ.สต.นำร่องก่อน"*

*(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

*"ในช่วงเปลี่ยนผ่าน CUP ควรมีการบริหารจัดการให้มีทันตาบาลมาปฏิบัติงานในรพ.สต. ตามโซนเครือข่ายที่แบ่งไว้ โดยมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในระดับโซน"*

*(ผู้อำนวยการ รพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

ส่วนปัญหาอุปสรรคต่อการบริหารจัดการทันตบุคลากรในรพ.สต.เครือข่ายในมุมมองของหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ. เห็นว่า อาจมีปัญหาในเรื่อง การบริหารจัดการงบประมาณ การพิจารณาความดีความชอบ และขอบเขตความรับผิดชอบ เป็นต้น โดยการบริหารจัดการที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้บริหารที่เกี่ยวข้องมีการปรึกษาหารือกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

*"หากเป็นการจัดสรรทันตบุคลากรแบบแยกขาด หน่วยงานก็มีความรู้สึกเป็นเจ้าของบุคลากรนั้น การบริหารจัดการอยู่ในขอบเขตเฉพาะ รพ.สต.ตนเองเท่านั้น รพ.สต.ใกล้เคียงที่มีปัญหาก็ไม่สามารถจัดบริการข้ามเขตได้ เพราะติดการบริหารแยกขาดทั้งด้านการเงินระบบความดีความชอบ...แนวทางการบริหารจัดการที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้บริหาร CUP หรือ คปสอ.มานั่งคุยร่วมกันว่ามีแผนและรูปแบบควรเป็นอย่างไร"*

*(หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)*

ในมุมมองของผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่ มีความเห็นว่าการสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้แก่ทันตาภิบาล คือ การมีตำแหน่งและให้มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ ต่างจากมุมมองทันตาภิบาลซึ่งมีความต้องการการมีตำแหน่ง ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม และมีที่ปรึกษาในการทำงาน ความเห็นต่อการกระจายให้ทันตาภิบาลลงไปประจำรพ.สต. นั้นพบว่า ควรมีการจัดทันตาภิบาลไปปฏิบัติงานในรพ.สต.ที่มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ห้องฟันยูนิตทันตกรรม เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง และควรมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับทันตาภิบาลในรพ.สต.โดยกำหนดบทบาทและสัดส่วนการทำงานให้ชัดเจน และในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายในการจัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้[1,13,21,22,51]

**4. การบริหารจัดการงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์** (ผู้ให้ข้อมูล: ผู้บริหารและผู้ให้บริการ)

พบว่าผู้บริหารและทันตบุคลากรส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำที่ผ่านมาจะใช้งบประมาณจากหมวดเงินบำรุงของรพ.สต.ร่วมกับได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ส่วนรพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำไม่ได้มีการจัดทำแผนการใช้งบประมาณเนื่องจากไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งที่ว่า *"งบประมาณที่ใช้ในรพ.สต.ที่มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากขณะนี้ใช้เงินบำรุง ซึ่งมีทุกแห่ง นอกนั้นโรงพยาบาลมีการสนับสนุนร่วมด้วย ส่วนรพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาล ไม่มีผู้รับผิดชอบก็ไม่ได้มีการใช้งบประมาณ"*

ส่วนผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งให้ข้อมูลการบริหารจัดการงบประมาณของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ว่า *"CUP จะเป็นผู้บริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนจาก สปสช.ในภาพรวม ของอำเภอเพราะงบประมาณที่ได้รับมามีไม่เพียงพอในการบริหารจัดการจึงแก้ปัญหาให้ทำงานกันได้ ที่นี่จัดสรรให้รพ.สต.เป็นค่า Fixed cost จ่ายค่าน้ำค่าไฟ ค่าสาธารณูปโภคเป็นรายเดือน และตั้งงบไว้สำหรับจัดทำโครงการในภาพรวมของ คปสอ."*

นอกจากนี้ผู้อำนวยการรพ.สต.ส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า เมื่อมีการจัดสรรทันตาภิบาลมาปฏิบัติงานประจำใน รพ.สต.เครือข่าย เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ควรเข้ามาช่วยดูแลเพราะรพ.สต.ขาดแคลนงบประมาณ ดังคำกล่าวที่ว่า

*"เมื่อมีการกระจายทันตาภิบาลลงประจำที่เครือข่าย ในเรื่องงบประมาณในการจัดการระบบงาน ไม่ว่าจะเป็นค่าจ้างค่าตอบแทน ค่าวัสดุในการดำเนินการ ต้องขอให้ CUP เข้ามา*

*ดูแลในส่วนนี้เพราะว่ารพ.สต.ส่วนใหญ่มีงบประมาณไม่เพียงพอ"*

สำหรับวัสดุทางการแพทย์ วัสดุสิ้นเปลืองทางทันตกรรม ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ควรได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณและประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

*"อยากให้โรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนวัสดุทางการแพทย์และวัสดุสิ้นเปลืองสำหรับใช้ในทางทันตกรรมทั้งหมด โดยรพ.สต.มีการทำแผนการใช้วัสดุประจำปี และขอเบิกใช้เป็นงวดๆ"*

*(ทันตาภิบาลในรพ.สต.แห่งหนึ่ง)*

*"เมื่อมีการจัดระบบงานแล้ว ต้องมีการจัดทำแผนงบประมาณในภาพรวมของ CUP เช่น CUP จัดการเรื่องยาเวชภัณฑ์ งบวัสดุสิ้นเปลือง เพราะเป็นการควบคุมคุณภาพการเก็บ การหมดอายุ ประหยัดงบประมาณด้วย"*

*(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

*"การให้รพ.สต.ไปจัดการเองเรื่องวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้เสียอำนาจในการต่อรอง CUP ต้องเข้าไปดูแล และคิดว่าทุกที่ต้องทำอย่างนี้"*

*(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

ซึ่งหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.ยังให้ความเห็นว่าการบริหารงบประมาณในภาพรวมของ CUP ทำให้ประชาชนภายในเครือข่ายสามารถใช้สิทธิได้โดยไม่ถือว่าเป็นนอกเขต โดยจะต้องมีข้อตกลงเกี่ยวกับขอบเขตของการใช้งบประมาณและการใช้วัสดุร่วมกัน ดังคำกล่าวที่ว่า *"ในการบริหารงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบเครือข่าย การจัดการควรจะเป็นงบของ CUP และมีการกำหนดว่าประชาชนในเขตพื้นที่รพ.สต.เครือข่ายมีสิทธิมารับบริการที่นี่ได้โดยไม่ถือว่าเป็นการข้ามเขต และ ถ้าบริหารจัดการในภาพ CUP จะต้องมีการปรึกษาหารือร่วมกันในการจัดทำเกณฑ์ข้อตกลงว่ารพ.สต.จะใช้งบประมาณด้านไหนบ้าง ส่วนวัสดุอุปกรณ์ก็ต้องคุยกันว่าจะสนับสนุนรพ.สต.ในขอบเขตอะไรบ้าง"*

ในขณะเดียวกันผู้บริหารส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหากมีผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในรพ.สต. ก็สามารถทำแผนงานโครงการเพื่อของบกองทุนสุขภาพตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบลได้ ดังคำกล่าวของผู้อำนวยการรพ.สต.แห่งหนึ่งว่า

*"หากเราได้ทันตาภิบาลมาประจำ เราสามารถทำเป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับตำบล เข้าไปขอใช้งบประมาณตรงนั้นได้ คิดว่าถ้ามีคนมาอยู่จริงการขอสนับสนุนงบในการดำเนินการจากหน่วยงานตำบลได้ไม่ยาก"*

ส่วนกองทุนทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)[40-41] จัดตั้งขึ้นเพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดนั้น มุมมองของผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การมีงบกองทุนทันตกรรมที่จัดสรรแยกมาให้นั้น ทำให้มีงบประมาณในการทำงาน ซึ่งเอื้อประโยชน์ต่องานทันตสาธารณสุข ดังคำกล่าวของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งที่ว่า *"ที่ผ่านมาการขอสนับสนุนงบจากโรงพยาบาลนั้นต้องไปแข่งขันกับงานอื่นๆ หากผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของปัญหาก็จะไม่ได้งบประมาณหรือได้งบน้อย ดังนั้นเมื่อมีงบกองทุนทันตกรรมลงมาสามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินการได้"* แต่ปัญหาที่พบในปีที่ผ่านมาทันตแพทย์โรงพยาบาลกล่าวว่า *"หน่วยบริการขาดประสบการณ์ในการจัดทำแผนและการเขียนโครงการร่วมกัน ทำให้เกิดความล่าช้าในการบริหารจัดการงบประมาณ"*

นอกจากนี้ผู้บริหารและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ในการบริหารจัดการงบกองทุนทันตกรรมรับผิดชอบโดยงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลและมีการสนับสนุนงบประมาณให้เฉพาะรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลรับผิดชอบเท่านั้น มีเพียงบางอำเภอเท่านั้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เห็นความสำคัญของทำงานในภาพรวมของอำเภอ ก็จะมีจัดทำแผนงานโครงการและมีการใช้งบประมาณครอบคลุมถึงรพ.สต.เครือข่ายด้วย ดังคำกล่าวของหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.ว่า *" ที่ผ่านมางบกองทุนทันตกรรมจะจัดสรรลงตรงไปยังโรงพยาบาล มีการสนับสนุนงบประมาณให้เฉพาะรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลรับผิดชอบเท่านั้น CUPไหนเห็นความสำคัญของทำงานทันตะในภาพรวมของอำเภอก็จะมีจัดทำแผนงานโครงการและมีการใช้งบประมาณครอบคลุมถึงรพ.สต.เครือข่ายด้วย"*

มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งมีความคิดเห็นว่า การแยกงบกองทุนทันตกรรมทำให้งานทันตสาธารณสุขขาดการบูรณาการกับงานอื่นๆ ดังคำกล่าวที่ว่า *"งบกองทุนทันตกรรมตามหลักการแล้วดี แต่อยู่ที่การนำไปปฏิบัติ ที่ผ่านมีจุดด้อย ในเรื่องความเชื่อมโยงของงานสาธารณสุขหายไปไม่บูรณาการกับงานอื่นๆ งานทันตะมุ่งทำงานเฉพาะงานตัวเอง"*

นอกจากนี้มีผู้บริหารและผู้ให้บริการบางส่วนมีความเห็นว่า เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลกำกับงานทันตสาธารณสุขในรพ.สต. โดยดูแลเป็นเครือข่ายรพ.สต. มีการจัดแผนการดำเนินงานและการใช้งบประมาณร่วมกันระหว่างรพ.สต.และโรงพยาบาล ให้ทำในภาพรวมของเครือข่ายรพ.สต.ทั้งหมด ซึ่งจะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของรพ.สต.นั้นๆ ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในรพ.สต.ท่านหนึ่งว่า *"CUP จะต้องมีการกำหนดเจ้าภาพหลัก แบ่งเป็นโซนในการจัดบริการ แล้วมีการมอบหมายให้ทันตาภิบาลรับผิดชอบ รพ.สต.ประจำโซนและมีการจัดทำ*

*แผนการใช้งบในภาพรวมของเครือข่าย เขียนโครงการขอสนับสนุนงบประมาณกองทุนที่ว่าจาก CUP คิดว่าจะเกิดประโยชน์ต่อรพ.สต.มาก"*

ในขณะเดียวกันสาธารณสุขอำเภอท่านหนึ่งมีความเห็นว่า ควรมีการจัดตั้งกองทุนทันตกรรมระดับตำบล และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับอำเภอด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า *"งบกองทุนทันตกรรมนั้นควรมีการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนทันตกรรมในระดับอำเภอ เพื่อให้มีการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์และผู้บริหารได้รับทราบด้วย และคิดว่าในการจัดสรรงบประมาณกองทุนทันตกรรมควรจัดสรรลง รพ.สต.จะดีกว่า จะได้มีอำนาจในการบริหารจัดการหรือควรมีการจัดตั้งเป็นกองทุนทันตกรรมระดับตำบลเหมือนกับกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการจัดทำโครงการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับพื้นที่"*

โดยสรุปในการบริหารงบประมาณและการจัดการวัสดุอุปกรณ์ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าควรเป็นบทบาทของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ในการบริหารจัดการในภาพรวมและสนับสนุนไปยัง รพ.สต. นอกจากนี้มีผู้บริหารส่วนหนึ่งเห็นว่างบค่าจ้างค่าตอบแทนของทันตาภิบาลที่มาปฏิบัติหน้าที่ ควรได้รับสนับสนุนในภาพของ CUP เนื่องจาก รพ.สต.ไม่มีศักยภาพในการจัดการ และการบริหารงบประมาณในภาพรวมของ CUP นั้นทำให้ประชาชนในเครือข่ายสามารถใช้สิทธิได้โดยไม่ถือเป็นนอกเขตบริการ ทั้งนี้จะต้องมีการร่วมกำหนดข้อตกลงการใช้งบประมาณและวัสดุร่วมกัน อย่างไรก็ตามผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นว่าหากมีทันตาภิบาลใน รพ.สต.ก็สามารถทำแผนหรือโครงการเพื่อของบกองทุนสุขภาพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้

จากการสังเกตพบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่มีความกังวลในเรื่องงบประมาณ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการจัดระบบงานทั้งหมด เช่น ค่าจ้างค่าตอบแทนทันตบุคลากร ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าดำเนินการต่างๆ ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางการจัดสรรงบประมาณเฉพาะที่ใช้ในการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น โดยเกือบทั้งหมดจัดสรรโดยระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัว[51] ส่วนงบประมาณสำหรับค่าจ้างค่าตอบแทนบุคลากรยังไม่มีความชัดเจน ทำให้อาจจะเป็นปัญหาในด้านการบริหารจัดการหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำหรับกองทุนทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้บริหารและผู้ให้บริการมีความคิดเห็นว่า การมีงบกองทุนทันตกรรมที่จัดสรรแยกมาให้นั้น ทำให้มีงบประมาณในการทำงาน ซึ่งเอื้อประโยชน์ต่องานทันตสาธารณสุข แต่การบริหารจัดการงบกองทุนทันตกรรมในปัจจุบัน อยู่ในความรับผิดชอบของฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาลและมีการสนับสนุนงบประมาณให้เฉพาะรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลรับผิดชอบเท่านั้น และการทำงานของงาน

ทันตสาธารณสุขขาดการบูรณาการกับงานอื่นๆ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ควรมีการจัดแผนการดำเนินงานและการใช้งบประมาณร่วมกันระหว่างรพ.สต.และโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้บริหารบางท่านเห็นว่าควรมีการจัดตั้งกองทุนทันตกรรมระดับตำบล และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนทันตกรรมในระดับอำเภอเพื่อการดูแลการใช้งบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ผลจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของรพ.สต.ในบริบทของจังหวัดพัทลุงที่สอดคล้องกัน โดยมีความคิดเห็นว่าควรการจัดพื้นที่บริการสุขภาพช่องปากแบบโซนเครือข่าย และไม่จำเป็นต้องจัดบริการสุขภาพช่องปากในทุกรพ.สต. เนื่องจากมีข้อจำกัดของโครงสร้างพื้นฐาน นอกจากนี้ผู้บริหารส่วนใหญ่และผู้ให้บริการยังให้ความสำคัญในเรื่องการจัดทำแผนกำลังคนและการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อรพ.สต.ร่วมกันของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

อย่างไรก็ตามพบความคิดเห็นที่แตกต่างในบางประเด็นระหว่างกลุ่มต่างๆ โดยผู้บริหาร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าควรจัดให้มี “ทันตาภิบาลไปประจำในรพ.สต.” ในขณะที่ทันตบุคลากรบางส่วนมีความคิดเห็นว่า ในขณะที่ทันตาภิบาลมีไม่เพียงพอควรให้ “ทันตาภิบาลประจำอยู่ที่โรงพยาบาล” และมอบหมายให้ออกไปจัดบริการสุขภาพช่องปากเป็นครั้งคราว เพื่อง่ายต่อการกำกับดูแลการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยควรจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อกำหนดบทบาทและสัดส่วนในการทำงานให้ชัดเจน นอกจากนี้พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่มีพื้นที่อยู่ห่างไกลมีความเห็นว่าทันตาภิบาลที่จะมาประจำ ใน รพ.สต.ควรเป็นคนในพื้นที่เพื่อการคงอยู่ในพื้นที่ได้นาน

**4. แนวทางในการขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)**

(ผู้ให้ข้อมูล : ผู้บริหารทุกระดับและผู้ให้บริการ)

ผู้บริหารระดับกระทรวง ผู้บริหารระดับพื้นที่และผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันในแนวทางการขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับจังหวัด ดังนี้

1. เน้นการกำหนดนโยบาย ทิศทางและบทบาทของการทำงาน (Guideline) ของบุคลากรต่างๆให้ชัดเจน และมีการกระจายทันตาภิบาลลงพื้นที่ โดยทิศทางการทำงานควรเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ทำงานแบบบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพและสร้างเครือข่าย ส่งเสริมการมีจิตอาสาในการ

ทำงานร่วมกันในพื้นที่ดังคำกล่าวที่ว่า

*“การจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเกิดได้ต้องกำหนดนโยบายให้ชัดตั้งแต่ระดับจังหวัด และทีมทันตสาธารณสุขพื้นที่มีกำหนดยุทธศาสตร์รองรับและสานต่อนโยบายต่อไป”*

*(สาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง)*

*“ในรพ.สต.ต้องมีทันตาภิบาลลงไปจะใช้แบบไหนขึ้นกับบริบท จะให้พยาบาลวิชาชีพลงไปฝ่ายเดียวไม่ได้ ต้องเป็นสหวิชาชีพ จะได้ช่วยกันทำงานเชิงรุก โรงพยาบาลต้องมีการแบ่งกำลังไปทำงาน prevention ด้วย”*

*(ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนา รพ.สต)*

*“พยายามผลักดันแนวคิดของ สปสช.ที่ว่าให้มีการกระจายทันตบุคลากรลงสู่รพ.สต.ให้มากขึ้น เช่นจัดสรรไปเลยถ้ามีบุคลากรเยอะ ถ้ายังไม่พร้อมก็ให้มีการหมุนเวียน แต่นโยบายแต่ละพื้นที่ต้องขึ้นกับผู้อำนวยการด้วย ”*

*(หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)*

*“ทันตาภิบาลจะไม่ใช่ผู้ช่วยทันตแพทย์ เขาต้องมีบทบาทหน้าที่ในการรักษาพื้นฐานและส่งเสริมป้องกันโรค ดังนั้นทันตแพทย์ต้องสนับสนุนให้ทันตาภิบาลลงไปทำงานที่รพ.สต. อย่ามองว่าให้ไปแล้วจะเสียกำลังคนหรือเสียเปล่า ทันตแพทย์ไม่จำเป็นต้องทำเองก็ได้ แต่เพียงสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาให้”*

*(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)*

*“จังหวัดต้องมีระบบสนับสนุนให้น้องๆที่ลงไปอยู่รพ.สต. มีการออกเป็นเชิง guideline ของจังหวัดให้ชัดเจนว่าทันตาภิบาลตรงนั้น ทำงานอะไรบ้าง ทันตะกี่เปอร์เซ็นต์ ไปช่วยงานรพ.สต.เท่าไร งานเชิงรุกเป็นอย่างไร ขับเคลื่อนผ่านนายแพทย์ สสจ.ไป เมื่อมีความชัดเจนจะเป็นระบบติดตามได้ น้องๆก็จะมีความมั่นใจในการทำงาน...การให้บริการปฐมภูมิไม่จำเป็นต้องเป็นทันตบุคลากรอย่างเดียว ต้องทำให้เจ้าหน้าที่ที่อยู่ที่นั่น primary care ง่ายๆได้ โดยการออก guideline ให้บุคลากรที่อยู่ตรงนั้นทำได้ เช่น ผอ.รพ.สต.ทำอะไรได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำอะไรได้”*

*(ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข)*

*“ หมอเคยไปเยี่ยมรพ.สต.แห่งหนึ่ง มีเจ้าหน้าที่ไม่กี่คนแต่เขาทำงานได้ดีมาก เจ้าหน้าที่บอกว่าคนในหมู่บ้านทุกคนเป็นเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. ถ้าคิดแบบนี้ได้สุดยอด ไม่อับจนปัญญา ทุกคนในชุมชนเป็นกำลังให้เขาหมด....ถ้าคิดจะรอให้มีคนไปทำงาน รอส่วนกลางสนับสนุนอย่างเดียวก็ไม่ใช่วิธีการที่ดี แต่อย่างไรส่วนกลางก็ต้องสนับสนุน แต่ช่วงรอต้องช่วยกันคิดว่าในระหว่างไม่มีคนจะทำอย่างไร ไม่จำเป็นต้องใช้วิชาชีพอย่างเดียว คุณสามารถสร้างจิตอาสาได้ เช่น อสม. ญาติ ผู้ป่วย”*

*(ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนารพ.สต)*

นอกจากนี้มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งสะท้อนการทำงานของทันตบุคลากรที่ผ่านมาคือ ทันตบุคลากรมีการทำงานแบบเดี่ยวไม่ค่อยเข้าร่วมกับงานอื่นๆ อยากให้เห็นความสำคัญของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับคือการเห็นช่องทางการทำงานแบบบูรณาการ ดังคำกล่าวที่ว่า

*“อยากให้เห็นความสำคัญของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ระดับ CUP มันจะได้อะไรมากกว่าการทำงานเดี่ยวๆ ได้ทำงานที่สอดคล้องกันทั้งระบบได้เห็นช่องทางในการทำงานแบบบูรณาการงาน ที่ผ่านมาทันตาภิบาลนั่งเขียนโครงการกันไม่แน่ใจว่าได้มีการดูปัญหาของพื้นที่หรือไม่ เพราะปัญหาทันตะไม่เคยเป็นปัญหาของพื้นที่ซักที ... ก่อนอื่นทันตบุคลากรทุกระดับต้องเปิดการรับรู้ก่อน เดินออกมาจากห้องสี่เหลี่ยม ...รับรู้ระบบงานอื่นๆ สถานะสุขภาพ...ว่าเป็นอย่างไร ขอให้เขาเปิดออกมาเป็นคนของโรงพยาบาลก่อนแล้วค่อยเป็นคนของ CUP แล้วก็จะเป็นคนของชุมชนได้”*

2. สนับสนุนให้พื้นที่ทำแผนยุทธศาสตร์ ออกแบบการจัดบริการสุขภาพ (service plan) ตลอดถึงมีระบบการประเมินผลและการบริหารงบประมาณให้เหมาะสมกับพื้นที่และสอดคล้องกันทั้งระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และมีความชัดเจนโดยมีการพัฒนาระบบข้อมูลรองรับการทำงานให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ ดังคำกล่าวที่ว่า

*“สำหรับ service plan ไม่ได้มีเฉพาะหมอนะ ทันตแพทย์ก็ต้องมีการทำด้วยเช่นกัน งานทันตะฯ ต้องคิดว่า service plan ตำบลจะออกแบบอย่างไรรพ.สต.ไหนเป็น node (แม่ข่าย) แล้ว node คุณจะช่วยได้อย่างไร ระดับจังหวัดต้องช่วยดูให้มันสอดคล้องกัน”*

*(ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนา รพ.สต)*

*“ในการทำงานในชุมชนหากคนไม่พอ การให้คนไปหมุนเวียนก็ไม่ใช่สิ่งเสียหาย แต่ทำอย่างไรให้มีความต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นการออกหน่วย เราต้องทำให้บริบทของชุมชนอยู่ที่*

*โรงพยาบาลให้ได้ ดังนั้นเราต้องสร้างศูนย์ข้อมูลขึ้นมา ต้องรู้ว่าตำบลนั้นมีสถานะเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือความเสี่ยงเป็นอย่างไร แล้วนำมาจัดทำแผนในการแก้ปัญหาได้ หากมีศูนย์ข้อมูลที่ดีทั้งระดับจังหวัดและอำเภอก็จะ monitor ได้ดี"*

*(ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข)*

*"มีความพยายามที่จะผลักดันในคณะกรรมการกองทุนทันตกรรมว่าให้ทุก รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลมีการจัดทำแผนปฏิบัติการของรพ.สต.เองโดยส่งรวมมากับแผนของ CUP และให้รพ.สต.มีการบริหารงบประมาณด้วยตนเอง สามารถทำอะไรได้ ตรงเป้าหมายมากกว่า"*

*(หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.)*

นอกจากนี้หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สสจ.พัทลุง ให้ความเห็นว่า เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) มีหน้าที่หลักในการประเมินผลงานด้านสุขภาพช่องปากในรพ.สต. โดยผ่านการจัดทำตัวชี้วัดในระดับหน่วยงานซึ่งจะต้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

*"ในการประเมินผลรพ.สต.ควรเป็นบทบาทของคณะกรรมการของ CUP โดยในการกำหนดตัวชี้วัดหน่วยงานที่มีความแตกต่างกัน ควรมีตัวชี้วัดที่แตกต่างกัน ในภาพของจังหวัดๆมีหน้าที่ในการประเมินในภาพรวมของ CUP โดยมีการจัดทำตัวชี้วัดในภาพกว้างๆ ดังนั้น CUP ไปจัดทำเองและกระจายเป็นตัวชี้วัดย่อยๆให้ครอบคลุมไปถึงรพ.สต. ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จังหวัดไม่ควรล้วงลึกไปถึงรพ.สต. แต่จังหวัดควรมีบทบาทอื่นๆเช่น การสนับสนุนให้ทันตบุคลากรในพื้นที่มีผลงานเด่น และนำเสนอผ่านเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด หรือผลักดันให้มีการประกวดผลงานในเวทีอื่นๆ"*

3. พัฒนาทีมงานในการดำเนินงานเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยผ่านการพัฒนาทันตแพทย์ผู้นำ การจัดการความรู้ (KM) การศึกษาดูงานการเข้าร่วมประชุมวิชาการทางทันตสาธารณสุข การร่วมปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อปรับแนวคิดและทัศนคติในการทำงานเชิงรุกในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

*"เราต้องไปทำให้ทันตแพทย์เปลี่ยนความคิด หันมาทำงานเชิงรุก หลายพื้นที่หมอที่เป็น clinician ออกมาทำงานสุขภาพชุมชนเชิงรุกเยอะแล้ว หมอฟันก็เช่นกันช่วยกันสร้างผู้นำ เอาทันตแพทย์น้องๆมาลองดูว่าใครพอจะเป็นผู้นำได้บ้าง มีโมเดลดีๆพาไปให้เขาเห็นรูปแบบที่ประสบความสำเร็จ หากนั่งอยู่ในโรงพยาบาล ไม่ออกชุมชน ไม่มีทางรู้จักชุมชน ...สสจ.หางบประมาณไปศึกษาดูงานกัน ไปดูจังหวัดที่มีระบบบริหารที่ดี ว่าอำเภอเขาทำ*

*อย่างไรกัน แล้วนำมาแลกเปลี่ยนรู้กัน เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีคิด ให้บอกน้องๆว่างานสาธารณสุขที่จะทำให้เรามีชื่อเสียงได้คืองาน prevention ไม่ใช่งานรักษา"*

*(ผู้อำนวยการสำนักประสานการพัฒนารพ.สต.)*

*"กระบวนการพัฒนาทันตแพทย์ผู้นำเป็นแนวคิดที่ดี ใช้วิธีการของ KM เป้าหมายทำให้เกิดอำเภอเข้มแข็ง เป็นฐานในการสอนให้บุคลากรอื่นๆอยากให้มีการต่อยอด หากมีการสร้างทันตแพทย์ผู้นำในจังหวัดได้เป็นอย่างดี เป็นยุทธศาสตร์สร้างความสัมพันธ์ภายในจังหวัด"*

*(ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข)*

*" การทำงานด้านสุขภาพช่องปากที่ผ่านมา จะเน้นการรักษาระดับทุติยภูมิ ยังไม่ได้เน้นการทำงานปฐมภูมิมากนัก การเชื่อมประสานกับรพ.สต.ที่ผ่านมา จะเป็นลักษณะรพ.สต.ใดเรียกร้องมา ก็จะออกไปการถอนฟันให้ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาระบบงานในภาพเครือข่ายสุขภาพทั้งระบบ...ทันตแพทย์จะต้องเปิดโลกทัศน์การทำงาน เช่น ลงไปดูชุมชนบ้าง เข้าร่วมประชุมวิชาการด้านทันตสาธารณสุข หรือไปศึกษาดูงานบ้างจะได้เปิดโลกทัศน์"*

*(รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง)*

จะเห็นได้ว่าจากหลักการและแนวคิดที่ผู้บริหารทั้งในระดับกระทรวงและระดับพื้นที่ได้ให้ไว้สามารถนำมาเป็นแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนงานทันตสาธารณสุขในรพ.สต.และระดับจังหวัด ดังนั้นทันตบุคลากรผู้ซึ่งมีบทบาทหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากควรปรับกระบวนทัศน์ใหม่ จัดการองค์กรในรูปแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันโดยมีความร่วมมือกันไม่ใช่เฉพาะวิชาชีพเดียวกันเท่านั้น แต่เป็นการค้นหาพันธมิตรที่เน้นความสัมพันธ์ในแนวราบที่ใช้ความร่วมมือกันในการทำงาน และในขณะเดียวกันก็มีความยืดหยุ่นเพื่อให้สามารถปรับตัวและจัดการตนเองได้[56] นอกจากนี้การจัดการความรู้ การศึกษาดูงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นเครื่องมือสำคัญในการปรับทัศนคติและสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชนซึ่งสอดคล้องกับวิจารณ์ พานิช[57] การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ในรพ.สต.เป็นการบริหารจัดการที่มีความซับซ้อน ดังนั้นจำเป็นต้องมีการปรับแนวคิดและทัศนคติของทันตบุคลากรในทุกระดับให้มีความเข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพด่านหน้าทิศทางการขับเคลื่อนงานแบบบูรณาการหรือการทำงานแบบสหวิชาชีพ และผู้บริหารทุกระดับจะต้องเข้าใจแนวคิดการทำงานของรพ.สต.และควรมีการปรึกษาหารือกันในการบริหารจัดการเพื่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากให้เกิดความเหมาะสมกับบริบท

**เปรียบเทียบความคาดหวังต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล**

พบว่าผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล มีความคิดเห็นโดยรวมต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของรพ.สต.ในบริบทของจังหวัดพัทลุงมีความสอดคล้องกัน โดยผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาลทั้งหมด มีความคิดเห็นว่ารพ.สต.ควรมีการแบ่งโซน (Zoning) เครือข่าย โดยพิจารณารพ.สต.ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมเป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย และรวมเขตพื้นที่บริการของรพ.สต.อื่นๆที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาเป็นลูกข่าย โดยเบื้องต้นควรจัดให้รพ.สต.นำร่อง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขได้มีการสำรวจไว้แล้วเป็นแม่ข่าย สำหรับทันตบุคลากรที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานในรพ.สต.คือทันตาภิบาล ในขณะที่ทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปาก เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ หรือการลงไปติดตามดูแลเป็นครั้งคราว ในขณะที่ผู้บริหารและผู้ให้บริการที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาลส่วนใหญ่มีความเห็นว่าแนวทางและขอบเขตการจัดบริการสุขภาพช่องปากในแต่ละรพ.สต.ควรจะแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทตามความพร้อมที่มีอยู่ และมีความเห็นว่าการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อการจัดรูปแบบบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ควรมีการปรึกษาหารือกันระหว่างผู้บริหารของรพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP)

นอกจากนี้พบความคิดเห็นที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล โดยพบความแตกต่างในบางกลุ่มและบางบุคคล ดังนี้

*1) การมุ่งเน้นการบริการสุขภาพเชิงรับ (การรักษาทันตกรรม) หรือเชิงรุก (การส่งเสริมป้องกัน) ของรพ.สต.*

ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ มีความเห็นว่าควรจะมีการจัดบริการสุขภาพที่เน้นเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่รพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลมีความเห็นว่าในการจัดบริการควรจะเน้นเชิงรับก่อน แล้วบริการเชิงรุกค่อยตามมา ซึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า ในรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลมีการจัดบริการรักษาทางทันตกรรมหรือการบริการสุขภาพเชิงรับให้กับประชาชนในพื้นที่มาแล้วระยะหนึ่งแต่พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากก็ยังมีมาก และการรักษาอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดการให้บริการในเชิงรักษามาเป็นการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ดังคำกล่าวของสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง (พื้นที่รพ.สต.มีทันตาภิบาลประจำ) กล่าวว่า *“ที่ผ่านมาการจัดบริการ*

*สุขภาพช่องปากในรพ.สต.ก็ดีระดับหนึ่ง แต่อยากให้ทันตาภิบาลมีการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากไปกับโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งมีการดำเนินงานทุกตำบล คิดว่าจะเกิดประโยชน์กว่าไปทำงานเดี่ยวๆ... ถ้ารพ.สต.ทำได้ดีปัญหาช่องปากก็ลดลง"*

ในทางตรงกันข้ามผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ รพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลมีความเห็นว่าควรเน้นเชิงรับก่อนแล้วบริการเชิงรุกค่อยตามมาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ซึ่งความคิดเห็นอยู่บนฐานของประสบการณ์ที่ผ่านมา รพ.สต.ไม่มีผู้ให้บริการสุขภาพช่องปากประจำในพื้นที่หรือไม่เคยมีการจัดบริการมาก่อน จึงมีความต้องการให้มีการแก้ไขปัญหาโรคที่มีสะสมมานานก่อน และมีความเห็นว่าการให้บริการรักษาพยาบาลเป็นบริการพื้นฐานที่สร้างความเชื่อมั่นศรัทธาและความร่วมมือจากประชาชนได้ดีกว่าการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ

*2) การจัดทันตาภิบาลไปปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต.*

พบว่าทันตแพทย์ในพื้นที่ รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำมีความเห็นว่าในขณะที่ทันตบุคลากรยังมีไม่เพียงพอ ควรให้ *"ทันตาภิบาลประจำอยู่ที่โรงพยาบาล"* และมอบหมายหน้าที่ให้ไปปฏิบัติงานใน รพ.สต. ส่วนทันตแพทย์ในพื้นที่ รพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาล มีความเห็นว่า ควรมีการกระจาย *"ทันตาภิบาลไปประจำในรพ.สต."* เพราะจะได้มีความผูกพันกับประชาชน เข้าใจชุมชนและทำงานต่อเนื่อง

ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากประสบการณ์การกำกับงานที่ผ่านมา โดยเมื่อมีการจัดสรรให้ทันตาภิบาลไปประจำใน รพ.สต. ไม่ได้อยู่ในสายบังคับบัญชาโดยตรง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าการกำกับงานหรือการประสานงานยาก และการทำงานไม่เป็นไปในทางทิศเดียวกัน แต่ในขณะเดียวพื้นที่ รพ.สต.ไม่มีทันตาภิบาลประจำ การจัดบริการสุขภาพช่องปากเป็นบทบาทของทันตบุคลากรในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ซึ่งต้องรับภาระหนักในการออกไปให้บริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. จึงมีความเห็นว่าควรให้มีทันตาภิบาลประจำเพื่อให้มีผู้ที่รับผิดชอบงานที่ชัดเจนและลดภาระของทันตบุคลากรในโรงพยาบาล

3) คุณสมบัติของทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. ระหว่างความเป็น *"คนในพื้นที่"* และ*"คนนอกพื้นที่"*

โดยที่ผู้ที่ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ มีความเห็นว่าทันตาภิบาลไม่จำเป็นต้องเป็นคนในพื้นที่ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่ รพ.สต.ไม่มีทันตาภิบาลประจำ มีความเห็นว่าทันตาภิบาลควรเป็นคนในพื้นที่ ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากการพัฒนาสถานีอนามัยขนาดใหญ่ในปีพ.ศ. 2535 ได้มีการกำหนดให้มีทันตาภิบาลประจำและในการบรรจุทันตาภิบาลลงไปไม่ใช่เป็นคนในพื้นที่ ทำให้ทุกคนมีความเห็นว่าไม่จำเป็นต้องเป็นคนในพื้นที่ก็ได้ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ รพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำ มีความเห็นว่า

รพ.สต.ของตนอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลจากตัวจังหวัดและผ่านประสบการณ์การขาดแคลนบุคลากรที่เกิดจากการโยกย้ายออกจากพื้นที่เพื่อกลับภูมิลำเนา ทำให้มีความเห็นว่าทันตาภิบาลควรที่เป็นคนในพื้นที่จะดีกว่า เพื่อเป็นการลดปัญหาการขาดแคลนกำลังคนที่เกิดจากการโยกย้ายออกนอกพื้นที่

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความแตกต่างของความคิดเห็นเหล่านี้อาจเกิดจากเงื่อนไขของประสบการณ์ที่ผ่านมาของการจัดบริการสุขภาพช่องปากในสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเดิม เช่น ความขาดแคลนบุคลากรที่เกิดจากการโยกย้ายออกนอกพื้นที่ การจัดบริการสุขภาพที่ไม่ต่อเนื่อง ขนาดปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และการทำงานที่ผ่านมามุ่งเน้นแต่การรักษามากกว่าส่งเสริมสุขภาพ[2,4]

# บทที่ 6

# สรุป วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

## สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังและข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ในบริบทของจังหวัดพัทลุง ในมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารระดับต่างๆ ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเปรียบเทียบความคาดหวังต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้บริหารระดับต่างๆจำนวน 18 คน ผู้ให้บริการจำนวน 10 คน และสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 33 คน สรุปได้ดังนี้

### 1. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของ รพ.สต.

คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของ รพ.สต. ที่สรุปได้จากการศึกษานี้ มี 5 ข้อดังต่อไปนี้

***1. ให้บริการสุขภาพครอบคลุมบริการสุขภาพใน 4 มิติ*** คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานเพื่อสร้างความเชื่อมั่น

***2. เน้นบริการสุขภาพเชิงรุก*** โดยรพ.สต.ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้

***3. บูรณาการแบบองค์รวม*** โดยบุคลากรของรพ.สต.ควรมีความรอบรู้งานสาธารณสุขทุกด้านสามารถทำงานแบบบูรณาการ มุ่งการให้บริการสุขภาพที่หลากหลายและประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ มีการทำงานร่วมกันในลักษณะสหวิชาชีพ และสามารถทำงานร่วมกับชุมชนได้

***4. มีการวางแผนและดำเนินงานอย่างเป็นระบบ*** ในเรื่องอัตรากำลังและการจัดการบุคลากร มีการปรับอาคารสถานที่ให้เหมาะสมกับการจัดบริการสุขภาพและสอดคล้องกับแผนการจัดบริการ (Service plan) และมีการบริหารจัดการวัสดุทางการแพทย์และงบประมาณในภาพรวมโดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP)

***5) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน*** โดยรพ.สต.ควรมีศักยภาพในการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านสุขภาพ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพมากขึ้น

จากการศึกษานี้พบว่าคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของรพ.สต.ของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของนโยบายการพัฒนาสถานีอนามัยเป็นรพ.สต.[1,32]ที่ต้องการให้รพ.สต.มีการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ที่เน้นการทำงานเชิงรุก มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม มีการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก[18]

อย่างไรก็ตามจากการเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นทำให้ประชาชนมีความคาดหวังให้รพ.สต.มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพที่หลากหลาย มีการรักษาพยาบาลที่ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลจริงๆ ซึ่งอาจไม่ตรงกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของรพ.สต.ที่กำหนดให้รพ.สต.จัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาล ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรทำความเข้าใจกับประชาชนให้รับทราบศักยภาพและขอบเขตการทำงานของรพ.สต.

ส่วนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของรพ.สต.ที่ให้มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและเน้นการบูรณาการนั้น ทันตบุคลากรที่ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งไม่เห็นด้วย โดยคิดว่าควรทำงานเฉพาะในขอบเขตวิชาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเป็นวิชาชีพเฉพาะที่ดูแลสุขภาพเฉพาะส่วนมากกว่าการมองเป็นองค์รวมของสุขภาพ ซึ่งหากทันตบุคลากรมีแนวคิดเช่นนี้อาจทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพองค์รวมแบบบูรณาการโดยสหวิชาชีพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากอาจไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในรพ.สต. ดังนั้นจึงควรมีการปรับแนวคิดและเพิ่มพูนทักษะของทันตบุคลากรเกี่ยวกับการทำงานเชิงรุกแบบบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพและการทำงานร่วมกับชุมชน

นอกจากนี้ปัจจัยอื่นๆที่ทำให้การทำงานบูรณาการแบบสหวิชาชีพในรพ.สต.อาจจะเกิดขึ้นได้ยาก ได้แก่ การจัดแผนยุทธศาสตร์งานที่ไม่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันทั้งระบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP)ไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักเพื่อดูแลกำกับงานของรพ.สต.ในภาพรวม ขาดการจัดทำแผนการใช้งบประมาณเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในรูปแบบโซนเครือข่าย และการสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานเชิงรุก เป็นต้น

**2. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของ รพ.สต.**

ผลจากการศึกษานี้เสนอให้มีการจัดพื้นที่บริการสุขภาพแบบโซน (Zoning) เครือข่าย โดยพิจารณารพ.สต.ที่มีศักยภาพและมีความพร้อมเป็นเครือข่ายหลักหรือแม่ข่าย และรวมเขตพื้นที่บริการของรพ.สต.อื่นๆที่อยู่ใกล้เคียงหรือมีอาณาเขตติดกันมาเป็นลูกข่าย รูปแบบการกำหนด รพ.สต.แม่ข่ายในการจัดบริการสุขภาพช่องปากมี 2 รูปแบบ คือ 1) รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ 2) รพ.สต.ที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำ แต่มีความพร้อมด้านอื่นๆ เช่น ห้องฟัน ยูนิตทันตกรรม และการบริหารจัดการที่ดี เป็นต้น

โดยรูปแบบการกระจายทันตบุคลากรในรพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำ ควรเป็นบทบาทของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) เพื่อการบริหารจัดการอัตรากำลัง การจ้างงาน และการสนับสนุนงบประมาณอย่างเหมาะสม ซึ่งการจัดทันตบุคลากรไปปฏิบัติงานในรพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำ มี 2 แนวทาง คือ 1) การรวมทันตาภิบาลไว้ที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) แล้วมอบหมายให้ไปดูแลรพ.สต.แม่ข่าย 2) การจัดให้ทันตาภิบาลลงไปประจำในรพ.สต.แม่ข่าย โดยเสนอว่าการจัดให้ทันตาภิบาลไป “อยู่ประจำที่รพ.สต.” จะดีกว่าการให้“ประจำอยู่ที่โรงพยาบาล” เพราะจะได้มีความผูกพันกับประชาชน เข้าใจชุมชน ทำงานต่อเนื่อง สามารถทำงานเชิงรุกได้ดี แต่หากให้ทันตาภิบาลประจำอยู่ที่โรงพยาบาลควรจัดให้คนเดิมไปปฏิบัติงานในรพ.สต. เพราะจะทำให้ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางในการจัดทันตาภิบาลไปปฏิบัติงานในรพ.สต.ที่เสนอในการศึกษานี้พบว่าได้มีการดำเนินงานในลักษณะที่คล้ายคลึงกันในจังหวัดพัทลุงบ้างแล้ว[49] แต่รูปแบบการจัดการยังไม่มีระบบที่ชัดเจนมากนัก

ส่วนรพ.สต.ลูกข่าย ควรเป็นบทบาทร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล จัดทำเป็นนโยบายในระดับจังหวัดให้มีการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากบูรณาการร่วมกับงานสาธารณสุขอื่นๆ ควรมีการพัฒนาศักยภาพให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรพ.สต.และ อสม.ในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของรพ.สต.ในบริบทของจังหวัดพัทลุงที่เสนอในการศึกษานี้ เป็นรูปแบบโซนเครือข่าย สอดคล้องกับ Castells (1996) อ้างถึงในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ[56] ที่ว่าการจัดการองค์กรที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันเป็นรูปแบบที่ต้องการความร่วมมือขององค์กรในเครือข่าย โดยต้องยังคงความอิสระไว้ระดับหนึ่ง โดยเครือข่ายควรมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้[56,58-59] 1) มีการรวมตัวกันของบุคคล กลุ่มคน ชุมชนหรือองค์กร เพื่อปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน 2) มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน 3) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4) มีประโยชน์ร่วมกัน 5) มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา และ 6) มีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในเครือข่ายและภาคีเครือข่ายอื่นๆ

พบว่าในปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ของจังหวัดพัทลุงส่วนใหญ่ไม่ได้มีการจัดเป็นรูปแบบโซนเครือข่าย โดยมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบแยกส่วนเฉพาะในรพ.สต.ที่มีทันตาภิบาล มีเพียงบางพื้นที่เท่านั้นที่มีการจัดบริการในรูปแบบเครือข่าย แต่ไม่มีการเชื่อมโยงกันกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP)และไม่ได้มีรูปแบบที่ชัดเจน ดังนั้นหากจะมีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรูปแบบโซนเครือข่าย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้แก่บุคลากรให้มีองค์ความรู้และเข้าใจแนวคิดของเครือข่าย การจัดการเครือข่าย และกระบวนการพัฒนาภาคีเครือข่าย

ส่วนการจัดทันตาภิบาลไปปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต.ที่ว่าควรรวมทันตาภิบาลไว้ที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) นั้น หากผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญและผู้ให้บริการไม่เข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ ก็จะทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากทำได้ไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายจะต้องให้ความสำคัญในการปรับแนวคิดและทัศนคติของผู้บริหารและทันตบุคลากรของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ให้มีความเข้าใจแนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการให้บริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.

**3. บุคลากรที่เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.**

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรที่เหมาะสมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ควรจะเป็นทันตาภิบาล ส่วนทันตแพทย์มีหน้าที่ในการสนับสนุน เช่น การให้คำปรึกษา รับส่งต่อ หรือการลงไปนิเทศติดตามดูแลเป็นครั้งคราว ทันตาภิบาลที่จะมาอยู่รพ.สต.ควรมีประสบการณ์ในการทำงานและในกรณีที่จบใหม่ควรมีที่ปรึกษา และทันตาภิบาลที่จบใหม่ควรได้รับการอบรบเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในรพ.สต.

นอกจากนี้ควรสร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจให้แก่ทันตาภิบาลที่ทำงานในรพ.สต. โดยให้มีตำแหน่งและมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ รวมทั้งควรมีการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ห้องฟัน ยูนิตทันตกรรม เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ก่อนที่จะจัดสรรทันตาภิบาลลงไปปฏิบัติงาน และควรมีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับทันตาภิบาลในรพ.สต.โดยกำหนดบทบาทและสัดส่วนการทำงานให้ชัดเจน

ปัจจุบันปัญหาการขาดแคลนทันตาภิบาลในสถานบริการของจังหวัดพัทลุงเกิดมาจากนโยบายการจำกัดจำนวนบุคลากรของภาครัฐ และการที่ทันตาภิบาลส่วนหนึ่งมีการเปลี่ยนสายงานไปสู่วิชาชีพที่มีความก้าวหน้าขึ้น[3] ซึ่งปัญหานี้อาจทำให้การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ไม่สามารถดำเนินการได้ตามความคาดหวัง โดยปัจจุบันจังหวัดพัทลุงมี รพ.สต.เพียง 9 แห่ง (จาก 124 แห่ง) ที่มีทันตาภิบาลประจำ คิดเป็นร้อยละ 7.3 เท่านั้น ดังนั้นในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ยังไม่มีความพร้อมด้านบุคลากร อาจเกิดปัญหาคล้ายคลึงกับช่วงเปลี่ยนผ่านของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค ) ซึ่งมีการแก้ปัญหาโดยการจัดให้ทันตแพทย์หรือทันตาภิบาลออกไปให้บริการทันตกรรมเป็นครั้งคราวในลักษณะการออกหน่วย (Extended OPD) ในสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน[2-5,7]

เพื่อเป็นการเพิ่มกำลังคนในรพ.สต. กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำโครงการผลิตทันตาภิบาล เพื่อรพ.สต. เป็นการเร่งด่วนในปี พ.ศ.2555-2556 [60] โดยผลิตปีละ 1,600 คน รับเด็กมัธยมตอนปลายที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ เช่น หมู่บ้าน ตำบล หรือ อำเภอนั้นๆ จัดให้มีการเรียนภาคทฤษฎีและการฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ สำหรับจังหวัดพัทลุงได้รับจัดสรรโควตานักเรียนทันตาภิบาลภายใต้โครงการผลิตเร่งด่วน พ.ศ.2555-2556 ปีละ 18 คน[61] ดังนั้นในปี พ.ศ.2557 เมื่อนักเรียนเหล่านั้นสำเร็จการศึกษาก็ยังพบว่าจะมี รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำทั้งหมดประมาณร้อยละ 30 ของรพ.สต.เท่านั้น ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนทันตาภิบาลในรพ.สต.การจัดโครงสร้างรพ.สต. เป็นรูปแบบโซนเครือข่ายน่าจะทำให้สามารถจัดบริการสุขภาพช่องปากได้ทั่วถึงและครอบคลุมมากขึ้น

**4. การเปรียบเทียบความคาดหวังต่อรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่ รพ.สต. ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล**

พบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ทั้งสองบริบทส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ส่วนความคิดเห็นที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในพื้นที่รพ.สต.ที่มีและไม่มีทันตาภิบาล พบในบางประเด็น ได้แก่

1) การมุ่งเน้นการบริการสุขภาพเชิงรับ (การรักษาทันตกรรม) หรือเชิงรุก (การส่งเสริมป้องกัน) ของรพ.สต.ในแต่ละบริบท

2) การจัดทันตาภิบาลไปปฏิบัติหน้าที่ในรพ.สต. ระหว่างการให้ทันตาภิบาล ไปปฏิบัติงานที่รพ.สต. ในลักษณะเป็นครั้งคราว และการจัดให้ทันตาภิบาลไป “ประจำ” ในรพ.สต.

3) คุณสมบัติของทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ระหว่างความเป็น “คนในพื้นที่” และ “คนนอกพื้นที่”

ซึ่งความแตกต่างของความคิดเห็นเหล่านี้อาจเกิดจากประสบการณ์ที่แตกต่างกันของผู้ให้ข้อมูลในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเดิม เช่น ความคิดเห็นที่ให้บริการสุขภาพช่องปากเชิงรับก่อน แล้วการให้บริการสุขภาพช่องปากเชิงรุกค่อยตามมาในรพ.สต.แม่ข่ายที่ไม่มีทันตาภิบาลประจำแต่มีความพร้อมอื่นๆ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้ให้ความเห็นว่าเนื่องจากยังไม่เคยให้บริการสุขภาพช่องปากมาก่อน จึงควรเริ่มด้วยการให้การรักษาเพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธา แต่พบว่าในปัจจุบันการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต. (สถานีอนามัยเดิม) มีสัดส่วนการให้รักษาทางทันตกรรมมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพอยู่แล้ว[6] หากมีการกำหนดให้เริ่มด้วยงานรักษาหรืองานเชิงรับก่อน อาจทำให้งานส่งเสริมสุขภาพหรืองานเชิงรุกถูกละเลย ทำให้การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากที่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

**ความน่าเชื่อถือได้ของผลการวิจัย**

**1. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

การเลือกพื้นที่ศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยแบ่งชั้นอำเภอ และระดับหน่วยบริการ และมีการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายและเลือกเจาะจงในกรณีที่หน่วยบริการมีเพียง 1 แห่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเลือกตัวอย่างเพื่อมีกรอบการทำงานที่ชัดเจน จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่มากเกินไปสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้ตัวอย่างที่หลากหลาย นอกจากนี้เป็นการลดอคติในการเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคลากรในพื้นที่ และมีความสนิทสนมคุ้นเคยกับบุคลากรสาธารณสุขบางกลุ่มในพื้นที่ สำหรับการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบจำเพาะเจาะจงในกลุ่มของผู้บริหารระดับต่างๆ ผู้ให้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความหลากหลายและครอบคลุมทันตบุคลากรและไม่ใช่ทันตบุคลากรในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มผู้บริหารจะเป็นผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเป็นผู้มีประสบการณ์ ซึ่งส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี สามารถให้ข้อมูลที่มีความลึกและรอบด้าน ส่วนผู้ให้บริการจะเป็นการให้ข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน ส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบของการจัดการด้านสุขภาพนั้น เป็นตัวแทนที่มีบทบาทหลากหลาย เช่น ตัวแทนผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนภาคการศึกษา ตัวแทน อสม. และตัวแทนประชาชน เพื่อให้ได้

ข้อมูลความคาดหวังที่หลากหลายทั้งผู้ที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ในการใช้บริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.

ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ซึ่งสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้เคร่งครัดในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง แต่พบว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว แต่การศึกษานี้ไม่ได้มุ่งหมายที่จะเป็นตัวแทนของประชากร แต่เป็นการมุ่งหมายให้ได้ข้อมูลที่ลึกและหลากหลาย[42] ซึ่งผลการศึกษาของงานวิจัยนี้จะเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดรูปแบบการบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ในบริบทที่ศึกษาเท่านั้น โดยผู้วิจัยมีแผนการดำเนินการต่อเนื่องภายหลังการเสร็จสิ้นงานวิจัย เพื่อค้นหาข้อสรุปของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของรพ.สต.และทดลองรูปแบบที่ได้ในพื้นที่ทดลองต่อไป

**2. เครื่องมือการวิจัย**

การวิจัยนี้คือมีการจัดทำเครื่องมือที่หลากหลายสอดคล้องกับวิธีการเก็บข้อมูล คือ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามสำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและความคิดเห็นบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นต้น ซึ่งในเชิงยุทธ์ข้อหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ[42] ที่ว่าการวิจัยคุณภาพมีการยืดหยุ่นในการออกแบบวิจัย ซึ่งไม่ได้หมายถึงการไม่ให้ความสำคัญในการออกแบบ แต่ผู้วิจัยจะต้องทำงานหนัก มีการศึกษาข้อมูล มีการเตรียมการ มีการวางกรอบการศึกษาไว้ล่วงหน้าในขณะเดียวกันก็มีการปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เป็นต้น โดยในการทำแนวทางสำหรับการเก็บข้อมูลภาคสนามไม่ได้ใช้วิธีการอุปนัยที่เคร่งครัดมีการยืดหยุ่น ใช้แนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้าง ซึ่งได้ผ่านการตรวจตอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มีการปรับให้ได้แนวทางที่สอดคล้องกันที่สุด และมีการทดลองใช้เครื่องมือและฝึกทักษะกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในกระบวนการฝึกทักษะและทดลองใช้เครื่องมือนั้นมีวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้ควบคุมและให้ข้อเสนอแนะ มีการจัดลำดับข้อคำถามให้เกิดความเชื่อมโยงกัน หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงแนวคำถามเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ที่สุด

ดังนั้นจุดเด่นจึงอยู่ที่การใช้เครื่องมือที่หลากหลาย มีการจัดทำแนวคำถามเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลภาคสนาม การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีการทดลองใช้เครื่องมือและฝึกทักษะการรวบรวมข้อมูลโดยการควบคุมของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นการออกแบบที่มีความพิถีพิถัน

**3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ มีการใช้วิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามและการรวบรวมจากเอกสาร จึงเป็นการผสมผสานหลายวิธีเข้าด้วยกันเพื่อความชัดเจนในจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ โดยในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีความตั้งใจรับฟัง ทำความเข้าใจถึงการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล ประเด็นที่ไม่ชัดเจนมีข้อสงสัย มีการย้อนกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลโดยการโทรศัพท์และขอนัดหมายสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยในการบันทึกข้อมูลแต่ละวันจะมีการบันทึกเสียง การจดบันทึกส่วนตัวโดยใช้แผนที่ความคิด และให้ผู้ช่วยวิจัยบันทึกภาคสนามด้วย แต่ละวันจะนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลทั้ง 3 วิธีการจัดเก็บข้อมูลและปรับปรุงข้อมูลที่บันทึกแตกต่างกันให้มีความเหมือนกันโดยตรวจสอบจากเทปบันทึกเสียง

ทั้งนี้ในงานวิจัยพบข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ได้แก่ ในการสัมภาษณ์ในกลุ่มผู้บริหาร พบว่า จะต้องมีการนัดหมายหลายครั้งเนื่องจากมีเหตุภารกิจเร่งด่วนเข้ามาในเวลานัดหมาย และในการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่นัดหมายมาไม่ครบโดยเฉพาะกลุ่มตัวแทนผู้นำองค์กรและผู้นำชุมชนในบางพื้นที่ เนื่องจากวันที่นัดหมายตรงกับวันที่กลุ่มตัวอย่างมีภารกิจและไม่ได้มอบหมายตัวแทนมาเข้าร่วม

**4. การวิเคราะห์ข้อมูล**

ในการวิจัยในครั้งนี้ได้มีการจัดเก็บข้อมูล โดยตัวผู้วิจัยเอง ผู้ช่วยวิจัย และมีการบันทึกเสียง และมีการตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของเนื้อหาที่ได้มาโดยการตรวจจากเอกสารการบันทึกข้อมูลและการถอดเทปคำต่อคำ กรณีมีข้อสงสัยจะมีการโทรศัพท์ไปถามเพิ่มเติมหรือนัดหมายสัมภาษณ์ภายหลัง นอกจากนี้มีการตรวจสอบข้อมูล มี 2 วิธี คือ 1) การสอบถามทางโทรศัพท์เมื่อมีข้อสงสัย 2) การคืนกลับข้อมูลวิจัยในการประชุมคณะกรรมการ รพ.สต.ระดับจังหวัด แต่มีข้อจำกัดไม่สามารถนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับทราบ โดยเฉพาะผู้บริหารและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนั้นจึงมีการใช้วิธีการตรวจสอบจากการบันทึกเสียงและการถอดเทปคำต่อคำ นอกจากนี้มีการนำผลการวิเคราะห์ให้นักวิชาการ (อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย) อ่านและให้ความเห็น

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

1. ควรมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานทันตสาธารณสุขของรพ.สต.ในภาพรวมของจังหวัด
2. ควรให้ความสำคัญในการออกแบบการจัดบริการสุขภาพ (Service plan) ให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกันทั้งระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
3. ควรผลักดันให้มีนโยบายการบูรณาการการจัดบริการสุขภาพช่องปากเชิงรุกสู่ชุมชนในระดับจังหวัด
4. ควรมีการกำหนดแนวทางการทำงานของทันตาภิบาลในรพ.สต.ให้ชัดเจน
5. ควรผลักดันให้มีการสนับสนุนการผลิตทันตาภิบาลเพื่อรพ.สต.เพื่อการทำงานเชิงรุกบูรณาการแบบสหวิชาชีพ และการทำงานร่วมกับชุมชน
6. ปรับแนวคิดและเพิ่มพูนทักษะแก่ทันตบุคลากรให้สนใจในงานเชิงรุก บูรณาการแบบสหวิชาชีพ และการทำงานร่วมกับชุมชน
7. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันให้มีนโยบายค่าตอบแทนสำหรับคนทำงานเชิงรุกทุกระดับเพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ
8. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับควรทำความเข้าใจในนโยบาย รพ.สต.กับทุกภาคส่วนโดยเฉพาะกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป**

1. ควรมีการคืนกลับข้อมูลงานวิจัยสู่พื้นที่เพื่อร่วมหาข้อตกลงในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของรพ.สต.ในบริบทของพัทลุง
2. ควรมีการทดลอง (Pilot) รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ของรพ.สต.ในบริบทของจังหวัดพัทลุงในพื้นที่ทดลองต่อไป
3. ควรมีการประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ในบริบทของจังหวัดพัทลุง
4. การศึกษาเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการบริหารจัดการทันตาภิบาลเพื่อรพ.สต.ใน 3 รูปแบบ ก. ประจำอยู่รพ.สต. (ภายใต้ รพ.สต.) ข. ประจำอยู่ รพ.สต. (ภายใต้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ: CUP) และค. ประจำอยู่ที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ: CUP) ไปให้บริการสุขภาพเป็นครั้งคราว
5. การศึกษาเชิงลึกประสบการณ์การทำงานของทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานประจำใน รพ.สต.

# เอกสารอ้างอิง


1. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชากร, เกษม เวชสุทธานนท์. คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัททีคิว พี จำกัด; 2552.
2. ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์, อังคณา เธียรมนตรี, ปิยนารถ จาติเกตุ, วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ, ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร, ทัศนีย์ ธรรมเริง และคณะ. กระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข; 2546 หน้า 5-10.
3. วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์, จรัญญา หุ่นศรีสกุล, เสมอจิต พงศ์ไพศาล. ระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาคใต้. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข; 2546.
4. ชาญชัย โห้สงวน. การศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทย. ***ว ทันต*** 2547; 54(1): 9-22.
5. อังคณา เธียรมนตรี, วรรธนะ พิธพรชัยกุล. สถานการณ์เงื่อนไขบริบทของการทำงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันในงานทันตสาธารณสุขภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาจังหวัดพัทลุง. รายงานการวิจัย; 2546.
6. พิศักดิ์ องศ์ศิริมงคล, สุนี วงศ์คงคาเทพ, สาลิกา เมธนาวิน, อลิสา ศิริเวชสุนทร. การกระจายทันตาภิบาลไทยและภาระงานที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพชุมชนปี 2549. ***วารสารผีเสื้อขยับปีก*** 2551; 2(1): 6-7.
7. ปริญญา คงทวีเลิศ, สุณี วงศ์คงคาเทพ. การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2549. ***วารสารวิชาการสาธารณสุข*** 2552; 17(1): SI1-10.
8. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. การนิเทศงานทันตสาธารณสุขระดับพื้นที่; 2551.
9. กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. รายชื่อสถานีอนามัยที่มีการยกศักยภาพเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2552-2553; 2552.

10. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. [homepage on the internet ]. เอกสารการสอนชุดวิชา 54102. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับระบบสุขภาพ. [cite 20 Jan 2010]. Available from: http://www.safty-stou.com/userFile/54112 unit 1.pdf.
11. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. [homepage on the internet ]. เอกสารการสอนชุดวิชา 54102. ระบบบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพ. [cite 20 Jan 2010]. Available from: http://www.safty-stou.com/userFile/ 54112_unit3.pdf.
12. สุนี วงศ์คงคาเทพ. การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ด้านกำลังทันตบุคลากรการจัดบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. รายงานการวิจัย. กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
13. เพ็ญแข ลาภยิ่ง. ระบบบริการทันตสุขภาพ. กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่สองกรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2542.
14. เกษม วัฒนชัย, ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, ดำรง บุญยืน, ทวีทอง หงส์วิวัฒน์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ. ภาพรวมระบบบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์ในทัศนะผู้ทรงคุณวุฒิ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
15. Primary health care, report of the international conference on primary health care. Geneva. World Health Organization; 1978.
16. The World Health Report 2000-Health System: Improving Performance. Geneva. World Health Organization; 2000.
17. World Health Organization. [homepage on the internet ]. Key components of a well functioning health system. [update May 2010; cite 25 July 2010]. Available from :http://www: who.int/ healthsystems /EN_HSSkey components.pdf.
18. The World Health Report 2008 (Primary health care Now More Than Ever). Switzerland. World Health Organization; 2008.
19. คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ในช่วง พ.ศ.2545-2549; 2544.
20. คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ในช่วง พ.ศ.2550-2554; 2550.
21. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์, บำรุง ชะลอเดช, ทัศนีย์ สุรกิจโกศล, ณัฐพร สุขพอดี. บริการปฐมภูมิ:บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. สำนักงานโครงการปฏิรูป

ระบบสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร; 2545.

22. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิและบริการด่านแรก. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2542.
23. อารีย์ วัลยะเสวี. รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษ. โครงการปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกมลคีมทอง; 2542.
24. กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. โครงสร้างการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2552.
25. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. ผังโครงสร้างภารกิจงานทันตสาธารณสุข ปี 2551-2552; 2552.
26. สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเกียรติ เหลืองกอบกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ทิพาพร สุโมษิต, สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล. ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย. กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์จำกัด; 2542.
27. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. คำสั่งมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ; 2551.
28. วิจิตร ศรีสุพรรณ, ประคิณ สุจฉายา, ขนิษฐา นันทบุตร, อุไร หัตถกิจ. พยาบาลและระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสภาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น, ม.เชียงใหม่, ม.บูรพา, ม.มหิดล, ม.วลัยลักษณ์, ม.สงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546 หน้า 30-34.
29. สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, วรวิทย์ กิติศักดิ์ วณกรณ์, อุไร หัถกิจ, วันดี สุทธรังสี, อภิรัตน์ อิ้มพัฒน์, ปิ่นทิพย์ นาคดำ และคณะ. รายงานเชิงปฏิบัติการเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กรณีศึกษาอำเภอนาหม่อม จังหวัดขลา; 2545.
30. เอกสารการประชุมเตรียมการดำเนินงานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลเขตตรวจราชการที่ 6. วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ.2552 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช; 2552.
31. คู่มือบริหารงานทั่วไปสำหรับสถานีอนามัย กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2542.
32. อภิญญา ตันทวีวงศ์. แนะนำหลักคิดและแนวปฏิบัติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล “สายพันธ์ใหม่” ความสุขใกล้บ้าน.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2552.
33. นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. เอกสารประกอบการบรรยาย “โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล": ความคาดหวังกับรพ.สต.มิติใหม่ของการพัฒนางานสาธารณสุข. ไม่ระบุสถานที่; 2552.

34. หลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2545. สถาบันพระบรมราชชนก. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2546.
35. ทิพาพร สุโฆสิต, สมกมล พิจารณา. พัฒนาการและสถานการณ์ของการพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ. ***ว ทันต*** 2544; 6(2): 90-104.
36. เอกสารจัดประชุม "ข้อเสนอการจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล". กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.ไม่ระบุสถานที่จัดประชุม. วันที่ 1 เมษายน 2552.
37. อำพล จินดาวัฒนะ. การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. ***วารสารคุยกับหมออนามัย*** 2552; 18 (5).
38. Ruraldent magazine. [homepage on the internet ]. แนวทางการจัดบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดย ทพญ.สุปรียา โนนคำ. [cite 27 Dec 2009]. Available from: http://ruraldent-magazine.blogspot.com/2009/07/blog-post_5826.html .
39. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว อำเภอสร้างแป้น. [homepage on the internet]. [cite 29 Oct 2009]. Available from: http://www.thaihealth.or.th/node/10842.
40. วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์. (ร่าง) ข้อเสนอการพัฒนากองทุนทันตกรรมในระบบ UC. เอกสารประกอบการบรรยายในการเรียนการสอนของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาบัณฑิต (ทันตสาธารณสุข). วันที่ 20 กรกฎาคม 2553. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่; 2553.
41. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม; 2553 หน้า 21.
42. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (กระบวนทัศน์และทฤษฎีในการวิจัยเชิงคุณภาพ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่สี่ กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งฯ; 2552.
43. นิศา ชูโต. การวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่สี่กรุงเทพมหานคร: บริษัทพริ้นต์โพรจำกัด; 2551 หน้า 214-226.
44. เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ตติกจ์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ: การจัดการข้อมูล การตีความและหาความหมาย. พิมพ์ครั้งที่หนึ่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล: บริษัท ซีโน พับลิชชิ่ง (ประเทศไทย) จำกัด; 2552 หน้า 73-89.

45. ข้อมูลประชากรกลางปีจังหวัดพัทลุง. [homepage on the internet ]. [cite 18 Jan 2012]. Available from: http://203.157.229.11/pop/rep_pop_agegrp_area.php.
46. เขตการปกครอง. [homepage on the internet ]. [cite 18 Jan 2012]. Available from: http://www.ptho.moph.go.th/gen.php.
47. ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุข. [homepage on the internet ]. [cite 18 Jan 2012]. Available from: http://www.ptho.moph.go.th/hosp.php.
48. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. [homepage on the internet ]. [cite 18 Jan 2012]. Available from: http://www.ptho.moph.go.th/resouce.php.
49. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. ข้อมูลทันตบุคลากรจังหวัดพัทลุงประจำปี 2554; 2554.
50. Olmen VJ, et.al. Analysing Health Systems To Make Them Strong. Studies in Health Services Organization and Policy; 2010.
51. ไพจิตร์ วราชิต, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, นิทัศน์ รายยวา, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุทธานนท์, สุธิมา สงวนศักดิ์ และคณะ. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่หนึ่งกรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2553.
52. วิภาวรรณ อ่อนประเสริฐ. บทความเรื่องแผนกลยุทธ์กับความสำเร็จขององค์กร. [homepage on the internet]. [cite 29 Feb 2012]. Available from: http://www.tsu.ac.th/health sci /qa/files_qa/20100923160422.pdf.
53. เอกสารประกอบการประชุมเรื่องการจัดการความท้าทายเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตเมือง. การประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 วันที่ 18 มกราคม 2555. อาคารอิมแพคฟอรั่ม เมืองทองธานี นนทบุรี; 2555 หน้า 3-10.
54. เอกสารประกอบการประชุมเรื่องกลยุทธ์การเชื่อมร้อยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่าย บทเรียนจาก CUP ชนบท. การประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ 2 วันที่ 18 มกราคม 2555. อาคารอิมแพคฟอรั่ม เมืองทองธานี นนทบุรี; 2555 หน้า 14-17.
55. เด็กสร้างไม่รอฟ้าประทาน คิดนอกกรอบสร้างกำลังคนสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ. [homepage on the internet ]. [cite 18 March 2012]. Available from: http://www.aihd.mahidol.ac.th/sites/default/.../c3_CUPสนามชัยเขต.pdf.

56. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการ. ใน: สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุมาลี ประทุมนันท์, บรรณาธิการ. กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการ. มุมมองใหม่ จัดการสุขภาพใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่หนึ่งกรุงเทพมหานคร: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2554 หน้า 25-40.
57. วิจารณ์ พาณิช. การจัดการความรู้กับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. ใน: สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุมาลี ประทุมนันท์, บรรณาธิการ. กระบวนทัศน์ใหม่ของการจัดการ. มุมมองใหม่ จัดการสุขภาพใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่หนึ่งกรุงเทพมหานคร: บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2554 หน้า 68-13.
58. เสถียร จิรรังสิมันต์. ความรู้เกี่ยวกับองค์กรเครือข่าย. [homepage on the internet ]. [cite 5 May 2012]. Available from: http://www.2.nesac.go.th/document/show11.php?did= 06110001.
59. วีณา เที่ยงธรรม. เครือข่ายทางสังคม.ใน วีณา เที่ยงธรรม, สุนีย์ ละกำปั่น, อาภาพร เผ่าวัฒนา. การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง กรุงเทพมหานคร: บริษัทแดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่นจำกัด; 2554 หน้า 95-112.
60. สธ.วางแผนปี 55-56 ผลิตทันตาภิบาลได้ 3200 คนหวังแก้ปัญหาขาดแคลนในรพ.สต. [homepage on the internet ]. [cite 5 May 2012]. Available from: http://www.hrdothai. com/show_news.php?n_id=116.
61. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. เอกสารแผนการกระจายเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปี พ.ศ. 2555-2557; 2555.

# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก

ตารางที่ 10 รายชื่อสถานีอนามัยที่มีการยกศักยภาพเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดพัทลุง ปี 2552-2553

| ลำดับ | ชื่อสถานีอนามัย | ตำบล | อำเภอ | ประชากร | ขนาด | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | บ้านสวน | ควนมะพร้าว | เมือง | 7591 | ใหญ่ | มีทันตาภิบาล |
| 2 | บ้านไพ | ท่าแค | เมือง | 3530 | กลาง | มีทันตาภิบาล |
| 3 | ปากสระ | ชัยบุรี | เมือง | 2044 | เล็ก | |
| 4 | บ้านชะรัด | ชะรัด | กงหรา | 4916 | กลาง | มีทันตาภิบาล |
| 5 | บ้านคู | คลองเฉลิม | กงหรา | 5196 | กลาง | |
| 6 | บ้านลานช้าง | เขาชัยสน | เขาชัยสน | 4000 | กลาง | |
| 7 | บ้านหานโพธิ์ | หานโพธิ์ | เขาชัยสน | 3500 | กลาง | |
| 8 | บ้านท่าควาย | โคกม่วง | เขาชัยสน | 2800 | เล็ก | |
| 9 | บ้านควนอินนอโม | ตะโหมด | ตะโหมด | 2723 | เล็ก | |
| 10 | บ้านตะโหมด | ตะโหมด | ตะโหมด | 4128 | กลาง | มีทันตาภิบาล |
| 11 | บ้านปันแต | ปันแต | ควนขนุน | 6100 | ใหญ่ | |
| 12 | บ้านทะเลน้อย | ทะเลน้อย | ควนขนุน | 10895 | ใหญ่ | มีทันตาภิบาล |
| 13 | บ้านฝาละมี | ฝาละมี | ปากพะยูน | 4811 | กลาง | |
| 14 | บ้านดอนประดู่ | ดอนประดู่ | ปากพะยูน | 1874 | เล็ก | |
| 15 | บ้านเกาะหมาก | เกาะหมาก | ปากพะยูน | 2098 | เล็ก | |
| 16 | บ้านเขาปู่ | เขาปู่ | ศรีบรรพต | 4541 | กลาง | |
| 17 | บ้านสวนโหนด | ตะแพน | ศรีบรรพต | 2811 | เล็ก | |
| 18 | บ้านควนปอม | โคกทราย | ป่าบอน | 4121 | กลาง | มีทันตาภิบาล |
| 19 | บ้านป่าบอนต่ำ | ป่าบอนต่ำ | ป่าบอน | 4159 | กลาง | |
| 20 | บ้านหนองธง | หนองธง | ป่าบอน | 8706 | ใหญ่ | |
| 21 | บ้านลอน | โคกสัก | บางแก้ว | 3222 | กลาง | |
| 22 | บ้านหาดไข่เต่า | นาปะขอ | บางแก้ว | 5798 | กลาง | |
| 23 | บ้านคลองใหญ่ | เกาะเต่า | ป่าพะยอม | 6555 | ใหญ่ | |
| 24 | บ้านลานข่อย | ลานข่อย | ป่าพะยอม | 4057 | กลาง | มีทันตาภิบาล |
| 25 | บ้านลำสินธุ์ | ลำสินธุ์ | ศรีนครินทร์ | 6048 | ใหญ่ | |
| 26 | บ้านลำกะ | ชุมพล | ศรีนครินทร์ | 6025 | ใหญ่ | มีทันตาภิบาล |

## ภาคผนวก ข

ตางรางที่ 11 รายละเอียดการดำเนินงานกองทุนทันตกรรม

| กลุ่มเป้าหมาย | ชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม | แนวทางการจัดบริการ |
|---|---|---|
| หญิงมีครรภ์ | 1. งานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก<br>2. การตรวจสุขภาพฟัน<br>3. การรักษาทางทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ | หญิงมีครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และนัดหมายให้มารับบริการทันตกรรมที่จำเป็น |
| เด็กอายุ 0-6 ปี | 1. งานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก<br>2. การตรวจสุขภาพฟัน<br>3. การเคลือบฟลูออไรด์ / ทาฟลูออไรด์วานิช<br>4. การเคลือบหลุมร่องฟัน<br>5. การอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน รักษาโพรงประสาทฟัน น้ำนม | 1. ในกลุ่มทารกแรกเกิด มีการให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดาทุกราย<br>2. ในกลุ่มทารกอายุ 3-36 เดือน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกราย<br>3. ในกลุ่มเด็กอายุ 3-6 ขวบ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ได้แก่ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากร และการควบคุมอาหารหวานในสถานศึกษา และให้บริการทันตกรรมในรายที่จำเป็น |
| เด็กอายุ 6-12 ปี ครอบคลุมทั้ง 3 scheme (ป. 1- ป. 6) | เน้นการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคทุกชั้นปี และเน้นการบริการทันตกรรมผสมผสานในเด็กป. 1 ประกอบด้วย<br>-การตรวจสุขภาพฟัน<br>-การเคลือบฟลูออไรด์ / ทาฟลูออไรด์วานิช<br>- การเคลือบหลุมร่องฟัน<br>- การอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน รักษาโพรงประสาทฟัน น้ำนม | ในปีที่ 1 ของการดำเนินงานกองทุน จะเน้นการบริการผสมผสานในเด็กชั้นป. 1 พร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลสภาวะช่องปากอย่างสมบูรณ์ ขณะที่ในทุกกลุ่มชั้นตั้งแต่ ป. 1-6 มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การควบคุมอาหารหวานในโรงเรียน เมื่อเข้าสู่การดำเนินงานในปีถัดไป จะมีการเฝ้าดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กชั้นป. 2 (ป. 1 เดิม) และให้การรักษาตามความจำเป็น เพื่อคงสภาพการมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน ขณะที่ยังคงการบริการผสมผสานในเด็ก ป. 1 รุ่นใหม่ กรณีเด็กป. 2-6 ให้บริการรักษาตามความจำเป็น |

ตารางที่ 11 (ต่อ)

| กลุ่มเป้าหมาย | ชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม | แนวทางการจัดบริการ |
|---|---|---|
| กลุ่มมัธยมศึกษาและวัยทำงาน | เน้นงานทันตกรรมส่งเสริมเชิงรุก และให้บริการทันตกรรมป้องกันตามความจำเป็น | 1.ประสานความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดกิจกรรมทันตกรรมส่งเสริมเชิงรุกแก่กลุ่มเป้าหมาย<br>2.จัดบริการทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ป่วยในรายที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยได้รับการฉายแสง |
| ผู้สูงอายุ (60-74ปี) | เน้นงานทันตกรรมส่งเสริมเชิงรุก ให้บริการทันตกรรมป้องกันตามความจำเป็น และบริการทันตกรรมฟื้นฟูเพื่อให้สามารถบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย<br>- การใส่ฟันเทียมทั้งปาก<br>- การใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ | 1.ประสานความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดกิจกรรมทันตกรรมส่งเสริมเชิงรุกแก่กลุ่มเป้าหมาย<br>2.จัดบริการทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ป่วยในรายที่จำเป็น เช่น ผู้ป่วยได้รับการฉายแสง<br>3.ให้มีการสำรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ บันทึกข้อมูลและคัดกรองผู้ป่วยที่มีความต้องการใส่ฟันเทียม<br>4.วางแผนใส่ฟันเทียมให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และส่งเสริมภาคเอกชนเข้าร่วมการจัดบริการ |

# ภาคผนวก ค

ตารางที่ 12 แนวคำถามหลักสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหารระดับต่างๆ

ผู้ให้ข้อมูล 1=ผู้บริหารระดับกระทรวง 2 = ผู้บริหารระดับ สสจ. 3= ผู้บริหารระดับพื้นที่

| ประเด็น | แนวคำถาม | ผู้ให้ข้อมูล | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 |
| คำถามหลัก<br>1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)คืออะไร และควรมีลักษณะอย่างไร | | | | |
| ความเข้าใจในรพ.สต. | 1.1โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ในความคิดของท่านคืออะไร และเป้าหมายที่พึงประสงค์ในการให้เป็นรพสต.มีอะไรบ้าง<br>(ในผู้บริหารระดับพื้นที่ ควรมีการถามเกี่ยวกับความเข้าใจในแนวนโยบาย รพ.สต.หรือไม่ และมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด ก่อนแล้วค่อยถาม 1.1 ) | ✓ | ✓ | ✓ |
| ความเข้าใจในรพ.สต. | 1.2ในมุมมองของท่านๆคิดว่า รพ.สต.มีความเหมือนหรือแตกต่างจาก PCU อย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| การขับเคลื่อนนโยบาย | 1.3 ท่านคิดว่าควรมีวิธีการขับเคลื่อนนโยบายการจัดตั้ง รพ.สต.ในทุกระดับอย่างไร เพื่อให้ได้ รพ.สต.ที่พึงประสงค์ | ✓ | ✓ | ✓ |
| การจัดบริการสุขภาพ | 1.4 ท่านคิดว่า รพ.สต. ควรมีการจัดบริการสุขภาพอะไรบ้าง | ✓ | ✓ | ✓ |
| ประเภทและจำนวนบุคลากร | 1.5 ท่านคิดว่าบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.ควรประกอบด้วยใครบ้างและมีจำนวนเท่าใดจึงจะเพียงพอ | ✓ | ✓ | ✓ |
| การบริหารบุคคล | 1.6 ท่านคิดว่าบุคลากรที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานในรพ สต.ควรมีคุณสมบัติอย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| การสรรหาบุคลากร | 1.7 จังหวัดพัทลุงจะมีวิธีการสรรหาอย่างไรเพื่อให้ได้บุคลากรที่มีคุณสมบัติดังที่กล่าวมานั้น (เฉพาะผู้บริหารของ จ.พัทลุง) | - | ✓ | ✓ |
| คำถามหลัก<br>2. การบริหารจัดการทันตบุคลากรเพื่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพสต.ควรเป็นอย่างไร | | | | |
| การมีทันตาภิบาลใน รพ.สต. | 2.1 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ในการมีทันตาภิบาลปฏิบัติหน้าที่ใน รพ.สต.☐ เห็นด้วย อย่างไร ☐ ไม่เห็นด้วย อย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| การผลิตและการใช้ทันตาภิบาล | 2.2 ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการเพิ่มการผลิตทันตาภิบาลเพื่อการกระจายให้ครอบคลุม รพ.สต.อย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |

ตารางที่ 12 (ต่อ)

| ประเด็น | แนวคำถาม | ผู้ให้ข้อมูล | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 |
| คุณสมบัติของทันตภิบาล | 2.3 ท่านคิดว่าทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.ควรมีคุณสมบัติอย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| คุณสมบัติของทันตภิบาล | 2.3 ท่านคิดว่าทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.ควรมีคุณสมบัติอย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| การจัดให้มีทันตบุคลากร | 2.4 ท่านคิดว่าควรมีการจัดการอย่างไร เพื่อให้มีทันตบุคลากรมาปฏิบัติหน้าที่บริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนใน รพ.สต. | ✓ | ✓ | ✓ |
| การกระจายทันตาภิบาล | 2.5 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการกระจายทันตาภิบาลลง รพสต. เมื่อเปรียบเทียบกับการรวมไว้ที่ CUP แล้วมอบหมายให้ทันตาภิบาลหมุนเวียนลงพื้นที่ระดับตำบล | ✓ | ✓ | ✓ |
| การพัฒนาศักยภาพบุคลากร | 2.6 ในการปรับโครงสร้าง สอ.เป็น รพ.สต.นั้น ท่านคิดว่าควรมีการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานอย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน | 2.7 ในความคิดของท่านมีความเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการสร้างแรงจูงใจอะไรบ้างให้แก่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เพื่อให้มีความตั้งใจปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง | ✓ | ✓ | ✓ |
| การประเมินผล | 2.8 ท่านคิดว่าในการประเมินผลการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรใน รพสต.ควรเป็นอย่างไร และควรดำเนินงานโดยใคร | ✓ | ✓ | ✓ |
| คำถามหลัก<br>3. การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ใน รพ.สต.มีลักษณะอย่างไร | | | | |
| ความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก | 3.1 หากมีรพสต.แล้วท่านคิดว่ามีความจำเป็นหรือไม่ที่ต้องจัดให้มีบริการสุขภาพช่องปาก ☐ จำเป็น เพราะอะไร ☐ ไม่จำเป็น เพราะอะไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| เป้าหมายการจัดบริการฯ | 3.2 หากมีความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพสต.แล้วเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ในทัศนะของท่านมีอะไรบ้าง และท่านมีข้อเสนอแนะถึงแนวปฏิบัติที่ทำให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก | 3.3 ท่านคิดว่าการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.ควรมีรูปแบบใดบ้าง อย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |

ตารางที่ 12 (ต่อ)

| ประเด็น | แนวคำถาม | ผู้ให้ข้อมูล | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 |
| ขอบเขตการจัดบริการ | 3.4 ท่านคิดว่าการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ควรครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายใดบ้าง เพราะเหตุใด และแนวปฏิบัติ ควรเป็นอย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| การประสานความร่วมมือ | 3.5 ท่านคิดว่าในการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. เพื่อบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ควรประสานความร่วมมือกับใครบ้าง เรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด และมีวิธีการอย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| บทบาท รพ.พี่เลี้ยง | 3.6 ท่านคิดว่าทันตบุคลากรในโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (CUP)ที่ทำหน้าที่เป็น รพ.พี่เลี้ยง ควรมีบทบาทอย่างไรต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. | ✓ | ✓ | ✓ |
| ระบบข้อมูล | 3.7 ท่านคิดว่าระบบข้อมูลพื้นฐานด้านทันตสาธารณสุขที่ รพสต.จำเป็นต้องมี ควรมีอะไรบ้าง และควรจัดการข้อมูลอย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| คำถามหลัก<br>4. กองทุนทันตกรรมมีส่วนในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพสต. ได้อย่างไร | | | | |
| ความเข้าใจ | 4.1 ท่านรู้จักกองทุนทันตกรรมหรือไม่ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ข้อเสนอในการปรับปรุง | 4.2 ท่านจะมีข้อเสนออย่างไรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากองทุนทันตกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด | ✓ | ✓ | ✓ |
| ความสำคัญ | 4.3 ท่านคิดว่างบกองทุนทันตกรรมจะมีส่วนสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากของ รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| การบริหารจัดการ | 4.4 ท่านคิดว่า รพสต. ควรมีแนวทางอย่างไรเพื่อให้สามารถใช้งบกองทุนทันตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ | ✓ | ✓ | ✓ |
| การบริหารจัดการ | 4.5 กรณีไม่มีงบกองทุนทันตกรรม เมื่อเป็นรพสต แล้วควรจะจัดตั้งกองทุนเฉพาะเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก หรือไม่อย่างไร | ✓ | ✓ | ✓ |
| ข้อเสนอแนะ | 5.1 ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง เพื่อให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ รพ.สต.มีพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขให้เป็นที่พึงประสงค์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง | ✓ | ✓ | ✓ |

ตารางที่ 12 (ต่อ)

| ประเด็น | แนวคำถาม | ผู้ให้ข้อมูล | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 |
| 5.ข้อเสนอแนะอื่นๆ | | | | |
| | 5.2 หากมีข้อเสนอรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ใน รพสต. ท่านยินดีให้ความร่วมมือและสนับสนุนการทดลองรูปแบบการจัดบริการหรือไม่ อย่างไร | - | - | ✓ |

# ภาคผนวก ง

ตารางที่ 13 แนวคำถามหลักสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้ให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูล 1=ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล 2 = ผู้ให้บริการใน รพสต.

| ประเด็น | แนวคำถาม | ผู้ให้ข้อมูล | |
|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 |
| คำถามหลัก<br>1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)คืออะไร และควรมีลักษณะอย่างไร | | | |
| ความเข้าใจในรพ.สต. | 1.1 ท่านมีความเข้าใจหรือรับรู้นโยบายการจัดตั้ง รพสต.หรือไม่ แล้วโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ในความคิดของท่านเป็นอย่างไร<br>(เป้าหมายที่พึงประสงค์ในการให้เป็น รพสต.มีอะไรบ้าง ) | ✓ | ✓ |
| ความเข้าใจในรพ.สต. | 1.2ในมุมมองของท่านๆคิดว่า รพ.สต.มีความเหมือนหรือแตกต่างจาก PCU อย่างไร | ✓ | ✓ |
| การขับเคลื่อนนโยบาย | 1.3 ท่านคิดว่าควรมีวิธีการดำเนินการเพื่อสานต่อนโยบายการจัดตั้ง รพ.สต.อย่างไรบ้าง เพื่อให้ได้ รพ.สต.ที่พึงประสงค์ | ✓ | ✓ |
| การจัดบริการสุขภาพ | 1.4 ท่านคิดว่า รพ.สต.ที่พึงประสงค์ควรมีการจัดบริการสุขภาพอะไรบ้าง | ✓ | ✓ |
| ประเภทและจำนวนบุคลากร | 1.5 ท่านคิดว่าบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต.ควรประกอบด้วยใครบ้างและมีจำนวนเท่าใดจึงจะเพียงพอ | ✓ | ✓ |
| การบริหารบุคคล | 1.6 ท่านคิดว่าบุคลากรที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานในรพสต.ควรมีคุณสมบัติอย่างไร(Probe ต่อ) | ✓ | ✓ |
| คำถามหลัก<br>2. การบริหารจัดการทันตบุคลากรเพื่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพสต.ควรเป็นอย่างไร | | | |
| การมีทันตาภิบาลในรพ.สต. | 2.1 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ในการมีทันตาภิบาลปฏิบัติหน้าที่ใน รพ.สต.<br>☐ เห็นด้วย อย่างไร..... ☐ ไม่เห็นด้วย อย่างไร..... | ✓ | ✓ |
| การผลิตและการใช้ทันตาภิบาล | 2.2 ท่านมีข้อเสนอแนะต่อการเพิ่มการผลิตทันตาภิบาลเพื่อการกระจายให้ครอบคลุม รพ.สต.อย่างไร | ✓ | ✓ |
| คุณสมบัติของทันตภิบาล | 2.3 ท่านคิดว่าทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.ควรมีคุณสมบัติอย่างไร<br>(ถ้าตอบไม่เห็นด้วย ไม่ต้องถามข้อ 2.3 ) | ✓ | ✓ |

ตารางที่ 13 (ต่อ)

| ประเด็น | แนวคำถาม | ผู้ให้ข้อมูล | |
|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 |
| การจัดให้มีทันตบุคลากร | 2.4 ท่านคิดว่าควรมีการจัดการอย่างไร ในการจัดให้มีทันตบุคลากรมาปฏิบัติหน้าที่บริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนใน รพ.สต. | ✓ | ✓ |
| การกระจายทันตาภิบาล | 2.5 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการกระจายทันตาภิบาลลง รพสต. เมื่อเปรียบเทียบกับการรวมไว้ที่ CUP แล้วมอบหมายให้ทันตาภิบาลหมุนเวียนลงพื้นที่ระดับตำบล | ✓ | ✓ |
| การพัฒนาศักยภาพบุคลากร | 2.6 ในการปรับโครงสร้าง สอ.เป็น รพ.สต. หน่วยงาน ของท่านได้รับการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานหรือไม่ อย่างไร | ✓ | ✓ |
| แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน | 2.7 ในความคิดของท่านมีความเห็นว่ากระทรวง สธ.และ สสจ. ควรมีการสร้างแรงจูงใจอะไรบ้างให้แก่ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เพื่อให้มีความตั้งใจปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง | ✓ | ✓ |
| การประเมินผล | 2.8 ท่านคิดว่าในการประเมินผลการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรใน รพสต.ควรเป็นอย่างไร และควรดำเนินงานโดยใคร | ✓ | ✓ |
| คำถามหลัก<br>3. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ใน รพสต. ควรมีลักษณะอย่างไร | | | |
| ความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก | 3.1 หากมี รพสต.แล้วท่านคิดว่ามีความจำเป็นหรือไม่ที่ต้องจัดให้มีบริการสุขภาพช่องปาก ☐ จำเป็น เพราะอะไร<br>☐ ไม่จำเป็น เพราะอะไร | ✓ | ✓ |
| เป้าหมายการจัดบริการฯ | 3.2 หากมีความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพสต.แล้ว เป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ในทัศนะของท่านมีอะไรบ้าง และท่านมีข้อเสนอแนะถึงแนวปฏิบัติที่ทำให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างไร | ✓ | ✓ |
| รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก | 3.3 ท่านคิดว่าการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.ควรมีรูปแบบใดบ้าง อย่างไร<br>เพราะเหตุใด | ✓ | ✓ |
| ขอบเขตการจัดบริการ | 3.4 ท่านคิดว่าการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ในมุมมองของท่าน ควรครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายใดบ้าง บริการอะไร เพราะเหตุใด | ✓ | ✓ |

ตารางที่ 13 (ต่อ)

| ประเด็น | แนวคำถาม | ผู้ให้ข้อมูล | |
|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 |
| การประสานความร่วมมือ | 3.5 ท่านคิดว่าในการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.เพื่อบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ควรประสานความร่วมมือกับใครบ้าง เรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด และมีวิธีการอย่างไร | ✓ | ✓ |
| บทบาท รพ.พี่เลี้ยง | 3.6 ท่านคิดว่าทันตบุคลากรในโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก(CUP)ที่ทำหน้าที่เป็น รพ.พี่เลี้ยง ควรมีบทบาทอย่างไร ต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. | ✓ | ✓ |
| ระบบข้อมูล | 3.7 ท่านคิดว่าระบบข้อมูลพื้นฐานด้านทันตสาธารณสุขที่ รพสต. จำเป็นต้องมี ควรมีอะไรบ้าง และควรจัดการข้อมูลอย่างไร | ✓ | ✓ |
| คำถามหลัก<br>4. กองทุนทันตกรรมมีส่วนในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพสต.ได้อย่างไร | | | |
| ความเข้าใจ | 4.1.1 ท่านรู้จักกองทุนทันตกรรมหรือไม่ ☐ รู้จัก ☐ ไม่รู้จัก (ข้ามไปข้อ 4.2)<br>4.1.2 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับกองทุนทันตกรรม<br>☐ เห็นด้วย .....อย่างไร ☐ ไม่เห็นด้วย ..... อย่างไร | ✓ | ✓ |
| ข้อเสนอในการปรับปรุง | 4.2 ท่านจะมีข้อเสนออย่างไรเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากองทุนทันตกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด | ✓ | ✓ |
| ความสำคัญ | 4.3 ท่านคิดว่างบกองทุนทันตกรรมจะมีส่วนสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากของ รพ.สต. หรือไม่ อย่างไร | ✓ | ✓ |
| การบริหารจัดการ | 4.4 ท่านคิดว่า รพสต. ควรมีแนวทางอย่างไรเพื่อให้สามารถใช้งบกองทุนทันตกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ | ✓ | ✓ |
| การบริหารจัดการ | 4.5 กรณีไม่มีงบกองทุนทันตกรรม เมื่อเป็นรพสต แล้วควรจะจัดตั้งกองทุนเฉพาะเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายหลัก หรือไม่ อย่างไร | ✓ | ✓ |
| คำถามหลัก<br>5. ความสัมพันธ์ระหว่าง รพสต.และชุมชน มีลักษณะอย่างไร | | | |
| ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน องค์กรและบุคลากร | 5.1 ในมุมมองของท่านความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน รพ.สต.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(ในภาพรวม-ทุกคน)ปัจจุบันนี้มีลักษณะอย่างไร และท่านอยากให้เป็นอย่างไร | - | ✓ |

ตารางที่ 13 (ต่อ)

| ประเด็น | แนวคำถาม | ผู้ให้ข้อมูล | |
|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 |
| ปัจจัยเอื้อที่ส่ง-เสริมการดำเนิน-งาน | 5.2 ในความคิดเห็นของท่าน ชุมชนที่ตั้ง รพ.สต.ปัจจุบันนี้มีปัจจัยส่งเสริมอะไรบ้างที่ส่งเสริมการทำงานด้านทันตสาธารณสุขและส่งเสริมอย่างไร | - | ✓ |
| 6.ข้อเสนอแนะอื่นๆ | | | |
| ข้อเสนอแนะ | 6.1 ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง เพื่อให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ รพ.สต.มีพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขให้เป็นที่พึงประสงค์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง | ✓ | ✓ |
| | 6.2 หากมีข้อเสนอรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ใน รพสต. ท่านยินดีให้ความร่วมมือและสนับสนุนการทดลองรูปแบบการจัดบริการหรือไม่อย่างไร | ✓ | ✓ |

# ภาคผนวก จ

ตารางที่ 14 แนวคำถามหลักสำหรับการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ตัวแทน อปท. ตัวแทนภาคการศึกษา ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทน อสม. และผู้รับบริการ

| ประเด็น | แนวคำถาม |
|---|---|
| ความเข้าใจในรพ.สต. | 1.1 ในความคิดของท่านคิดว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) คืออะไร มีความสำคัญอย่างไร และ ควรลักษณะอย่างไร (การจัดบริการสุขภาพอะไร มีเครื่องมืออะไร บุคลากรมีใครบ้าง น่าจะเป็นคำตอบส่วนนี้) |
| การเปรียบเทียบ รพ.สต.กับ สอ.หรือ รพ. | 1.2ในมุมมองของท่าน ปัจจุบันนี้คิดว่า รพ.สต.มีความเหมือนหรือแตกต่างจากสถานีอนามัยเดิมหรือโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร |
| ความต่อเนื่องและยั่งยืน | 1.3 ท่านคิดว่าวิธีการดำเนินงานในรพ.สต.ให้มีความต่อเนื่องยั่งยืน ควรดำเนินการโดยใคร มีวิธีการอย่างไร |
| ความเป็นหุ้นส่วน | 1.4 ท่านทราบหรือไม่ว่าในพื้นที่ของท่านมี รพสต.หรือไม่ และท่านมีส่วนร่วมในการดูแลการบริหารจัดการของ รพสต.หรือไม่ อย่างไร |
| คำถามหลัก<br>2. การบริหารจัดการทันตบุคลากรเพื่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพสต.ควรเป็นอย่างไร | |
| การมีทันตบุคลากรใน รพ.สต. | 2.1 ท่านเห็นด้วยหรือไม่ในการมีทันตบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ใน รพ.สต.<br>☐ เห็นด้วย เพราะอะไร ..... ☐ ไม่เห็นด้วย เพราะอะไร.....<br>ทันตบุคลากรที่ท่านคาดหวังให้มีใน รพสต.คือใครบ้าง |
| การสนับความร่วมมือในการจัดกิจกรรม | 2.2 ท่านคิดว่าท่านหรือหน่วยงานของท่านสามารถช่วยเหลือ รพ.สต.ให้สามารถจัดบริการสุขภาพช่องปากได้อย่างต่อเนื่องและเกิดประโยชน์ต่อประชาชน ได้อย่างไรบ้าง |
| การจัดให้มีทันตบุคลากรในรพ.สต. | 2.3 ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรบ้างที่จะทำให้มีทันตาภิบาลมาปฏิบัติหน้าที่ปฏิบัติงานใน รพสต. |
| คำถามหลัก<br>3. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ใน รพสต. ควรมีลักษณะอย่างไร | |
| การจัดบริการที่ผ่านมา | 3.1 ท่านได้เคยมาใช้บริการสุขภาพช่องปากที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้างหรือไม่ ใช้บริการอะไรอยู่บ้าง การจัดบริการที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง |
| การจัดบริการที่ผ่านมา | 3.1 ท่านได้เคยมาใช้บริการสุขภาพช่องปากที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้างหรือไม่ ใช้บริการอะไรอยู่บ้าง การจัดบริการที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง |

ตารางที่ 14 (ต่อ)

| ประเด็น | แนวคำถาม |
|---|---|
| ขอบเขตการจัดบริการ | 3.3 ในมุมมองของท่านการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ควรมีการจัดบริการในกลุ่มเป้าหมายใดบ้าง บริการอะไร เพราะเหตุใด |
| แนวทางปฏิบัติงานตามกลุ่มเป้าหมายพิเศษ | 3.4 การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายควรมีการดำเนินงานอย่างไรบ้าง ท่านอยากให้มีการจัดบริการในกลุ่มเป้าหมายใดเป็นพิเศษ เพราะเหตุใด และควรดำเนินการกิจกรรมอะไรบ้าง |
| การมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม | 3.5 ท่านคิดว่าท่านและชุมชนจะมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ท่านพึงประสงค์ได้อย่างไร |
| ระบบข้อมูล | 3.6 ท่านคิดว่าหน่วยงานหรือชุมชนของท่านควรมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากอะไรบ้าง และท่านมีข้อเสนอแนะแนวทางอย่างไรบ้างในการบริหารจัดการข้อมูลดังกล่าว |
| คำถามหลัก<br>4. ความสัมพันธ์ระหว่าง รพสต.และชุมชน มีลักษณะอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ ของรพสต. | |
| ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน องค์กรและบุคลากร | 4.1 ในมุมมองของท่านความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน รพ.สต.และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข(ในภาพรวม) ควรมีลักษณะอย่างไร และปัจจุบันความสัมพันธ์ฯของที่นี่เป็นอย่างไร |
| ปัจจัยเอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปาก | 4.2 ท่านคิดว่าชุมชนที่ตั้ง รพ.สต.ของท่านมีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งเสริมการทำงานด้านทันตสาธารณสุข และส่งเสริมอย่างไร |
| 5.ข้อเสนอแนะอื่นๆ | |
| ข้อเสนอแนะ | 5.1 ท่านมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง เพื่อพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขใน รพสต.ให้เป็นที่พึงประสงค์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง |

## ภาคผนวก ฉ

แบบสอบถาม สำหรับผู้บริหารระดับพื้นที่และผู้ให้บริการ

**ลำดับที่....**

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการค้นหาความเข้าใจและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่ศึกษาในภาพกว้าง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อความง่ายและสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอความกรุณาทำเครื่องหมาย☑ ในช่องที่ท่านต้องการเลือกและเขียนตอบแสดงความคิดเห็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ .....ปี 2. เพศ □ ชาย □ หญิง

3. ระดับการศึกษา ……4. ตำแหน่ง.....

5. ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี 6. หน้าที่ความรับผิดชอง.....

---

1. ท่านมีความเข้าใจและรับรู้นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)หรือไม่ หากมีความเข้าใจแล้วมีความรับรู้ระดับใด

□ ไม่เข้าใจ

□ เข้าใจ ระดับใด □ มากที่สุด □ มาก □ ปานกลาง □ น้อย

2. ท่านคิดว่ามีความจำเป็นหรือไม่ที่ต้องจัดให้มีบริการสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในรพ.สต.

□ จำเป็น เพราะ.....

□ ไม่จำเป็น เพราะ.....

3. เมื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แล้วควรมีทันตาภิบาลมาปฏิบัติงานประจำหรือไม่

□ ควรมี เพราะ.....

□ ไม่ควรมี เพราะ.....

4. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าควรมีการจัดสรรงบกองทุนทันตกรรม เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต.

□ ควรมีการจัดตั้งกองทุน เพราะ.....

□ ไม่ควรจัดตั้งกองทุน เพราะ.....

.....ขอขอบคุณในการให้ข้อมูล.....

## ภาคผนวก ช

แบบสอบถาม สำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

**ลำดับที่.....**

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการค้นหาความเข้าใจและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในประเด็นที่ศึกษาในภาพกว้าง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อความง่ายและสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอความกรุณาทำเครื่องหมาย☑ ในช่องที่ท่านต้องการเลือกและเขียนตอบแสดงความคิดเห็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

1. อายุ .....ปี 2. เพศ □ ชาย □ หญิง

3. ระดับการศึกษา …….

4. อาชีพ.....5. หน้าที่ความรับผิดชอบในชุมชน.....

.....

1. ท่านรู้จักและรับรู้นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)หรือไม่ หากรู้จักแล้วรับรู้มากน้อยเพียงใด

□ ไม่รู้จัก

□ รู้จัก ระดับใด □ มากที่สุด □ มาก □ ปานกลาง □ น้อย

2. ท่านคิดว่ามีความจำเป็นหรือไม่ที่ต้องจัดให้มีบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.ในพื้นที่ของท่าน

□ จำเป็น เพราะ.....

□ ไม่จำเป็น เพราะ.....

3. เมื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แล้วควรมีทันตาภิบาลมาปฏิบัติงานประจำหรือไม่

□ ควรมี เพราะ.....

□ ไม่ควรมี เพราะ.....

4. เมื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แล้วควรมีการจัดตั้งกองทุนเฉพาะเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหลัก เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ หรือไม่

□ ควรมีการจัดตั้งกองทุน เพราะ.....

□ ไม่ควรจัดตั้งกองทุน เพราะ.....

.....ขอขอบคุณในการให้ข้อมูล.....

# ประวัติผู้เขียน

**ชื่อ สกุล** นางชนิฎาภรณ์ สอนสังข์

**รหัสประจำตัวนักศึกษา** 5310820002

**วุฒิการศึกษา**

| วุฒิ | ชื่อสถาบัน | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|---|---|---|
| ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต | มหาวิทยาลัยมหิดล | 2541 |

**ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)**

ทุนการศึกษาเพื่อพัฒนาหลักสูตรจำเพาะสำหรับนักศึกษาปริญญาโท คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน**

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตสาธารณสุขและบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

**การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน**

ชนิฎาภรณ์ สอนสังข์, จรัญญา หุ่นศรีสกุล, อังคณา เธียรมนตรี. มุมมองของผู้บริหารที่เกี่ยวข้องต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.): การศึกษาในบริบทของจังหวัดพัทลุง. ใน: ทรงชัย ฐิตโสมกุล, สุกัญญา เธียรวิวัฒน์, อัจฉรา วัฒนาภา, ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์, ศศิธร ไชยประสิทธิ์, ปิยะนารถ จาติเกตุ, กันยารัตน์ คอวนิช, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการประจำปีของชมรมทันตสาธารณสุขแห่งประเทศไทย เรื่อง “สื่อ สร้างสรรค์: วิถีใหม่ งานทันตสาธารณสุขไทย” ประจำปี 2554; 24-25 พฤศจิกายน 2554; เชียงใหม่, ประเทศไทย; 2554. หน้า 91-103.