

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ค้นคว้าข้อมูลจากการศึกษา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวโน้มปัญหาสุขภาพช่องปาก
2. ระบบบริการสุขภาพช่องปาก
3. ปัญหาในระบบบริการสุขภาพช่องปาก
4. แนวคิดของบทบาท
5. บทบาทและหน้าที่ของทันตบุคลากร

1. แนวโน้มปัญหาสุขภาพช่องปาก

ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย การประมวลสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพช่องปากของคนไทยและปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ในแต่ละกลุ่มอายุพอสรุปได้สังเขป ดังนี้

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กปฐมวัยและก่อนวัยเรียน

ตามธรรมชาติวิทยาของการเกิดโรคในช่องปาก ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในกลุ่มเด็กปฐมวัยและก่อนวัยเรียนไทย คือ โรคฟันผุ ประเทศไทยเริ่มมีการเก็บข้อมูลการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กเล็กอย่างเป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. 2532 โดยทำการสำรวจที่กลุ่มอายุ 3 ปี พบว่า ความชุกของการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มนี้มีสูงถึงร้อยละ 66.5 (กองทันตสาธารณสุข, 2532) ข้อมูลในการสำรวจรอบต่อ ๆ มาพบเพิ่มเป็นร้อยละ 65.7 ใน พ.ศ. 2544 (กองทันตสาธารณสุข, 2544) การเกิดโรคฟันผุในเด็กไทยเริ่มตั้งแต่อายุน้อยมาก สามารถพบการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้ตั้งแต่อายุ 9-12 เดือน และอัตราการเกิดโรคจะเพิ่มอย่างรวดเร็วในช่วง 12-24 เดือน (วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์, 2545, ธนัพร บุญเจริญ, 2535) ลักษณะการเกิดโรคในช่องปากจะอยู่ในภาวะที่ลุกลาม อัตราการเกิดโรคฟันผุพบเฉลี่ยตั้งแต่ 4 ซี่ ขึ้นไปในบางพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดในเขตตะวันออกและภาคใต้ของประเทศ จะพบเด็กวันนี้มีฟันผุในช่องปากสูงมากกว่า 8 ซี่ขึ้นไป (เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ และ คณะ, 2547) ลักษณะการลุกลามที่เป็นรอยโรคที่ไม่ได้รับการรักษา และเป็นโรคโรคในระยะลุกลามทั้งสิ้น การที่เด็กมีฟันผุมากถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนซี่ฟัน ทำให้ไม่สามารถ

บดเคี้ยวอาหารได้ และจะมีผลกระทบต่อสภาพกายและคุณภาพชีวิตของเด็กได้ (ศิริรักษ์ นครชัย และ คณะ, 2547)

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน อายุ 6-15 ปี

สถานการณ์การเกิดโรคในช่วงวัยนี้จะมุ่งเน้นที่โรคฟันผุแท้ ซึ่งเริ่มเกิดขึ้นในช่องปาก ตั้งแต่อายุ 6 ปี เป็นต้นมา สามารถแบ่งกลุ่มปัญหาของการเกิดโรคในเด็กกลุ่มนี้เป็น 3 ช่วงอายุ คือ กลุ่ม 6-8 ปี กลุ่ม 9-12 ปี กลุ่ม 13-15 ปี

กลุ่ม 6-8 ปี เป็นช่วงวัยที่เด็กเริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างเป็นทางการ จึงทำให้เด็กได้มีโอกาสสัมผัสต่อสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากขึ้น ประกอบกับเป็นช่วงอายุที่เริ่มมีการผลัดเปลี่ยนจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้ จึงมักทำให้เกิดปัญหาอนามัยในช่องปาก เนื่องจากฟันน้ำนมที่กำลังหลุดจะเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เด็กไม่สามารถทำความสะอาดได้ดี และการหลุดของฟันน้ำนมทำให้เด็กเคี้ยวอาหารไม่ได้ง่าย จึงมักพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะเลือกรับประทานอาหารที่มีรสนิ่มและบริโภคนมเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการผุของฟันแท้กรามแท้ซี่ที่ 1 โดยพบว่าร้อยละ 16 ของเด็กอายุ 6 ปี มีฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ผุ ในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งล่าสุด พ.ศ. 2537 (กองทันตสาธารณสุข, 2537)

กลุ่ม 9-12 ปี จะพบว่าการผุของฟันแท้จะเพิ่มมากขึ้น โดยความชุกของการเกิดโรคฟันผุในฟันแท้เพิ่มเป็นร้อยละ 57.3 (กองทันตสาธารณสุข, 2544) ซึ่งการผุส่วนใหญ่จะอยู่ในบริเวณฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ซึ่งมีอัตราการผุประมาณ 36% ในช่วงเวลา 6 ปี (กองทันตสาธารณสุข, 2537) พบว่าการผุของฟันซี่นี้จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ซึ่งการผุส่วนใหญ่จะเป็นการผุนด้านบดเคี้ยวมากกว่าครึ่งของฟันผุเกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ ซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 25 ของเด็กทั้งหมด

กลุ่ม 13-15 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นซึ่งจะเป็นช่วงวัยที่ฟันแท้ขึ้นในช่องปากครบ 28 ซี่ ลักษณะการผุจะค่อนข้างคงที่เมื่อเทียบกับการกระจายของโรคฟันผุในกลุ่ม 9-12 ปี ปัญหาที่พบในกลุ่มนี้จะ เป็นภาวะเหงือกอักเสบ ซึ่งมากถึงร้อยละ 85.4 (กองทันตสาธารณสุข, 2544) เนื่องจากเป็นช่วง วัยรุ่นที่มีปัจจัยทั้งเชิงกายภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน และปัจจัยในเชิงพฤติกรรมที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคในช่องปากตามค่านิยมในปัจจุบัน

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสภาวะปริทันต์อักเสบเพิ่มสูงขึ้น ผลกระทบที่ตามมาอย่างชัดเจน คือ การสูญเสียฟันในวัยสูงอายุ อันเนื่องมาจากการที่โรคในช่องปากเป็นโรคเรื้อรังที่สะสม จนระยะที่เป็นผู้สูงอายุทำให้เกิดการสูญเสียฟันอย่างต่อเนื่อง ในที่สุดเป็นการสูญเสียฟันทั้งปาก ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งในเชิงกายภาพ (Physical Function) ที่ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ดี และในเชิงสังคม (Social Function) ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าสังคมของผู้ที่มีการสูญเสียฟัน

กลุ่มวัยแรงงานจะเป็นปัญหาการเป็นโรคฟันผุซึ่งเรื้อรังมาตั้งแต่ในวัยรุ่น อัตราการเกิดโรคฟันผุคิดเป็นค่าเฉลี่ย ฟันผุ ฟันถอน ฟันอุด เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มวัยแรงงาน และมีแนวโน้มของการเกิดโรคฟันผุสูงมากขึ้นในการสำรวจแต่ละครั้ง (ตาราง 1) สัดส่วนการสูญเสียฟันจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) และสัดส่วนของค่าฟันผุ ฟันถอน และ ฟันอุด ในกลุ่มอายุต่างๆ

กลุ่ม อายุ	จำนวนฟันในช่อง ปาก (ซี่/คน)		ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด		% DT/DMFT		% MT/DMFT		%FT/DMFT	
	2537	2543-44	2537	2543-44	2537	2543-44	2537	2543-44	2537	2543-44
12	24.7	25.0	1.6	1.6	75.0	69.5	6.2	4.3	18.8	26.2
17-19	28.2	27.8	2.4	2.1	58.3	68.4	16.7	6.1	25.0	25.5
35-44	28.2	28.2	6.5	6.1	32.2	30.8	55.4	57.9	12.3	11.3
60-74	18.1	19.6	15.8	14.4	11.4	14.5	88.0	84.9	0.6	0.6

ที่มา: จากสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2537, 2543-44)

ปัญหาทันตสุขภาพที่สำคัญซึ่งมีความเชื่อมโยงกับการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ การมีโรคปริทันต์ และการมีโรคฟันผุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีฟันผุบริเวณรากฟัน ซึ่งเป็นการผุที่รักษาได้ยาก และเกิดการทะลุคลองรากฟันได้ง่าย และปัญหาที่เริ่มพบมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ ปัญหาเมะเร็งในช่องปาก

จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2544 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟัน อย่างน้อย 1 ซี่ร้อยละ 92.7 โดยพบว่า ร้อยละ 57.5 มีการสูญเสียฟันที่มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันในช่องปากของผู้สูงอายุไทยอยู่ที่ 19.57 ซี่ พบผู้ไม่มีฟันเหลืออยู่ในปากเลยร้อยละ 8.2 ผู้มีฟันเพียงพอสำหรับการเคี้ยวอาหาร คือมีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ พบร้อยละ 49.0 การสูญเสียฟันในเขตเมือง (ร้อยละ 43.6) สูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 52.1)

การเกิดโรคปริทันต์ซึ่งวัดโดยการเกิดร่องลึกปริทันต์ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 61.6 มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 25.7 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคปริทันต์ที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มิลลิเมตร โดยมีค่าเฉลี่ย 0.44 ส่วน/คน การรักษาที่ประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับจะเป็นการรักษาโรคปริทันต์ในระดับที่ยุ่ยากซับซ้อนซึ่งต้องอาศัยความชำนาญของทันตแพทย์เป็นการเฉพาะในการดูแลรักษา การกระจายของโรคค่อนข้างสม่ำเสมอในทุกภาค

ปัญหาโรคฟันผุเป็นปัญหาเรื้อรังตลอดช่วงชีวิต ผู้สูงอายุไทยเกือบทุกคนเคยมีประสบการณ์โรคฟันผุ หรือมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 95.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.37 ซี่/คน ในจำนวนนี้ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 56.3 มีฟันผุในช่องปากโดยที่ยังไม่ได้รับการรักษา ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยวอาหาร โดยที่ฟันเหล่านั้นเป็นฟันที่อยู่ในสภาวะผุลุกลามและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการถอนฟันมากที่สุด (ร้อยละ 56) ปัญหาการเป็นโรคฟันผุของกลุ่มผู้สูงอายุจะพบในภาคกลางมากกว่าภาคอื่น ๆ รวมถึงการเกิดเหงือกอักเสบเป็นสภาวะที่พบได้มากในผู้สูงอายุ และทำให้มีรากฟันโผล่ในช่องปากโดยทั่วไป ซึ่งสภาวะดังกล่าวมีผลมาจากการแปรงฟันผิดวิธีและการมีสภาวะปริทันต์อักเสบเรื้อรัง พบอัตราการเกิดฟันผุที่รากฟันจะพบสูงในภาคเหนือ (ร้อยละ 28.5) และในเขตเมือง (ร้อยละ 26.0) การมีรากฟันผุหากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้มีโอกาสเกิดฟันหักขึ้นได้ และคงเหลือเป็นรากฟันซึ่งสูญเสียการใช้งานได้

มะเร็งในช่องปาก

เป็นประเด็นที่สำคัญอีกโรคหนึ่งเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงเมื่อเทียบกับสภาวะความผิดปกติอื่น ๆ ในช่องปาก ในปี 2540 พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกกว่า 6 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของสาเหตุการตายทั้งหมด พบว่ากว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา มะเร็งในช่องปากจัดเป็น 10 อันดับแรกของการตายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมีผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากและลำคอร้อยละ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ศิริเพ็ญอรุณประพันธ์ 2547 ได้รายงานอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งในช่องปากและลำคอของไทย ในปี 2536

2539 และ 2542 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในช่องปากและลำคอ คิดเป็นอัตราประมาณการรายปี (Age Standardized Rate) โดยในเพศชาย 5.4, 4.4, และ 4.6 ต่อประชากร 100,000 คน และในเพศหญิง 4.0, 4.3, และ 6.8 ต่อแสนคนตามลำดับ อัตราการเกิดโรคจะเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ (ตาราง 2)

ตาราง 2 อัตราป่วยมะเร็งช่องปาก พ.ศ. 2536 ต่อแสนประชากร

โรค	เพศ	10-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	รวม
Oral cancer	Male	0.7	2.6	9.3	24.3	42.8	67.6	147.3
	Female	1.4	4.5	7.9	27.8	68.8	124.9	253.3
Nasopharynx	Male	2.3	6.3	12.9	30.7	56.3	70.3	178.8
	Female	1.4	3.4	6.0	11.0	13.4	20.4	55.6

ที่มา: Oral cancer: Age Specific Incidence Rates (ASR) per 100,000 year 1999

2. ระบบบริการสุขภาพช่องปาก

2.1 การปฏิรูประบบสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน (ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น เป็นบริการที่ได้มาตรฐาน และประชาชนพึงพอใจ เป็นการจัดบริการที่คำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน หลักประกันสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ไม่ใช่การสงเคราะห์หรือช่วยเหลือเป็นการดำเนินการ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทยมาตรา 52 มี 3 ววรรค ดังนี้

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายรัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ"

ความหมายของมาตรานี้ คือ ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข อยู่ในหมวดสิทธิ และเสรีภาพของชนชาวไทย หมายถึง รัฐต้องจัดให้มี จะไม่จัดไม่ได้ เพราะเป็นเรื่องสิทธิของประชาชน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องจัดให้มีระบบที่สนับสนุนให้ประชาชนรับทราบ สิทธิ ปกป้องคุ้มครองสิทธิของประชาชน สิทธิดังกล่าวครอบคลุมสิทธิที่จะได้รับการตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมถึงสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิซึ่งอยู่ใกล้บ้านหรือที่ทำงานที่ตนเองพึงพอใจ

การจัดบริการสุขภาพช่องปาก เป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพ และเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอ หรือ CUP. จำเป็นจะต้องจัดให้ทันตบุคลากรทั้งหมดที่รับผิดชอบปฏิบัติงานใน PCU. ได้เข้าใจความหมายของการให้บริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิอย่างชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน การที่จะเข้าใจได้จำเป็นต้องดำเนินการให้มีกระบวนการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยการเรียนรู้จากการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทันตบุคลากรที่ทำงานใน PCU. ต้องทำงานและเรียนรู้ไปพร้อมกันกับเจ้าหน้าที่ทุกคนใน PCU ในกระบวนการทำงานแบบใหม่ตามความหมายของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (สุณี ผลดีเยี่ยม และวีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2545)

2.2 นโยบายสร้างเสริมสุขภาพ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การส่งเสริมสุขภาพนี้ เป็นกระแสใหม่ของโลกจนได้รับสมญาว่า การสาธารณสุขแนวใหม่ โดยในปี พ.ศ. 2529 ได้มีการประชุมเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพนานาชาติครั้งแรก ที่เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา และผลจากการประชุม ได้ประกาศ Ottawa Charter ขึ้น ซึ่งถือเป็นคัมภีร์ ของงานส่งเสริมสุขภาพของนานาชาติ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่ง ที่ได้รับแนวคิดนี้ มาใช้ในการสาธารณสุขไทย

การส่งเสริมสุขภาพ ในความหมายปัจจุบันนี้ หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้น ในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น (ปิยะฉัตร พัทธานันต์, 2544) งานสร้างเสริมสุขภาพที่แท้จริงในแต่ละชุมชนในความเป็นจริงเป็นงานที่ต้องการพลังในการสร้างสรรค์อย่างมากต้องการองค์ความรู้และทักษะที่แตกต่าง

ออกไปเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง งานสร้างเสริมสุขภาพที่ควรจะเป็นในอุดมคติควรมีลักษณะที่สำคัญดังนี้ มีการนำข้อมูลทั้งจากชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาล และระดับชาติมาใช้ประกอบในการวางแผน มีการให้ชุมชนเข้ามีส่วนร่วมในการทำแผนและร่วมในการจัดบริการหรือกิจกรรมเพื่อชุมชนเอง มีการสร้างเสริมสุขภาพที่ผสมผสานทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งระดับนโยบาย, เน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยชักนำสู่การเป็นโรค, ต้องสามารถจัดบริการให้สามารถเชื่อมต่อระหว่างความเจ็บไข้ได้ป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาลกับการดูแลสุขภาพของตัวเขาเอง (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2547)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ "การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ในการส่งเสริมทันตสุขภาพ ให้กับประชาชนชาวไทย" ระหว่างวันที่ 3-4 ตุลาคม 2544 ได้ข้อเสนอเชิงรูปธรรมในการพัฒนามาตรการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ในประเทศไทย (ปิยะฉัตร พัทธานฉัตร, 2544) ดังนี้

1. การพัฒนานโยบายสาธารณะและการสร้างเครือข่าย เน้นการสร้างมาตรการกฎระเบียบ เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพช่องปากทั้งระดับชาติและระดับชุมชน โดยบทบาทของวิชาชีพเป็นผู้สนับสนุนการกระทำ และต้องพัฒนาวิธีการสร้างกระแสหาแนวร่วมกลุ่มต่าง ๆ เพื่อผลักดันนโยบายดังกล่าว โดยมีข้อเสนอถึงประเด็นที่มีโอกาสในการพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะ ได้แก่ เรื่องอาหารกับสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มเด็กเล็ก 0-3 ปี

2. การพัฒนาทันตบุคลากรในอนาคต เป้าหมายเพื่อพัฒนาลักษณะทันตบุคลากรให้ "คิดเป็น คิดดี คิดชอบ มีจิตใต้ดี อยากพัฒนา อยากทำ อยากเรียนรู้" โดยมีกระบวนการพัฒนาการเรียนรู้ ที่มุ่งเน้นพัฒนาทัศนคติพร้อมกันกับความรู้ และทักษะโดยมีชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ เชื่อมโยงแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ได้มีข้อเสนอการสร้างเครือข่ายเพื่อเชื่อมโยงกลุ่มผู้ผลิต และพัฒนาบุคลากรจัดเวทีแลกเปลี่ยนทางวิชาการทุกระดับ ให้สอดคล้องและเชื่อมต่อกับงานสร้างเสริมสุขภาพ เพิ่มเนื้อหาการทำงานร่วมกับชุมชน และการสร้างเสริมสุขภาพ ในหลักสูตรทันตแพทย์ และทันตภิบาล

3. การพัฒนาองค์ความรู้พื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก มีข้อเสนอการพัฒนาเครือข่ายข้อมูลให้มีศูนย์รวมข้อมูลเพื่อเผยแพร่แก่กลุ่มทันตบุคลากร สื่อมวลชน และประชาชน เร่งสร้างองค์ความรู้พื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ เรื่อง อาหารเด็กกับการเกิดฟันผุ พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก การพัฒนานิสัยการบริโภคของเด็ก นอกจากนี้ยังเสนอให้พัฒนาทันตบุคลากรเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ โดยโครงการเมธี (ผู้เชี่ยวชาญ) สร้างเสริมสุขภาพ และโครงการต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ในพื้นที่ที่มีบริบทที่หลากหลาย โดยคณะอนุกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของทันตแพทยสภา

4. การพัฒนางานส่งเสริมทันตสุขภาพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU: Primary Care Unit ภายใต้โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ประชุมได้เสนอการสร้างกระบวนการ ทำความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และพัฒนาแนวทางการทำงาน โดยผสมผสานงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก เข้ากับงานสุขภาพทุกด้าน จัดระบบข้อมูลทันตสุขภาพในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม ในแต่ละพื้นที่ เตรียมความพร้อมผู้ปฏิบัติงานใน PCU โดยจัดการฝึกอบรม และจัดทำมาตรฐานงานให้ชัดเจน สร้างกลไกกำกับ และประเมินผลระดับพื้นที่ สร้างกลไกการคุ้มครองผู้บริโภค และการรับเรื่องร้องเรียน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรให้การสนับสนุนการฝึกอบรม งบประมาณ และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ

สุปรีดา อุดุลยานนท์ (2546) กล่าวว่าการพัฒนาทักษะในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของทันตบุคลากร มีหลักการไม่ต่างจากการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทั่วไป ดังนี้

1. แนวคิดและกระบวนการทัศนของการสร้างเสริมสุขภาพร่วมสมัยเช่นในเรื่องมิติของสุขภาพที่กว้างขวางขึ้น, การทำงานเชิงรุกไปที่ต้นเหตุ, การมองสุขภาพของควมมากกว่าแยกส่วน เฉพาะช่องปาก, สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน เป็นความร่วมมือกันระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่, ระบบคิดวิธีการทำงานจากการเป็นผู้ให้หรือผู้ทำมาเป็นผู้กระตุ้นหรือผู้สนับสนุน, การเปิดรับภูมิปัญญาชาวบ้าน ฯลฯ การเปลี่ยนกระบวนการทัศนจะต้องเกิดขึ้นควบคู่กับการปฏิบัติการเคลื่อนไหวสังคม ทันตบุคลากรจึงควรได้รับการกระตุ้นให้เข้าร่วมในเวทีของความเคลื่อนไหวเหล่านี้

2. ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบ เพื่อการชี้แนะและสร้างกระแส ดังที่ข้อเสนอจากการประชุมวิชาการนานาชาติที่เม็กซิโกว่า "การหาหลักฐานสนับสนุนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นการประมวลเอาความรู้ในด้านต่างๆทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์และทางรัฐศาสตร์เข้าด้วยกันให้ได้ผลลัพธ์เกิดสัมฤทธิ์ผลในบริบทของสังคม วัฒนธรรม และการเมือง ทันตบุคลากรจึงควรสร้างทักษะในการศึกษาค้นคว้า และประเมินหลักฐานที่ต้องใช้ความรู้ในศาสตร์ที่กว้างขวางกว่าเดิมรวมทั้งเรียนรู้ระเบียบวิธีการศึกษาที่จำเป็นเช่น การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, การประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นต้น วิชาการของทันตบุคลากรจำเป็นต้องขยายตัวจากกรอบของวิทยาศาสตร์การแพทย์ สู่วิชาการทางสังคมศาสตร์มากขึ้น ร่วมไปกับการปรับตัวให้เป็นผู้ที่ต้องติดตามข้อมูลข่าวสารของสังคมอย่างเท่าทัน

3. ทักษะการสื่อสารและการเจรจาต่อรอง ได้แก่ การเลือกการสื่อสารให้ตรงกับจุดมุ่งหมายในการทำงาน การไม่ใช้ศัพท์เทคนิคเกินเหมาะสม, การเป็นผู้ฟังที่ดี, การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นขบวนการคิดของประชาชน, การเปิดและปิดการสนทนา, การประเมินและควบคุมอุปสรรคในการสื่อสาร เช่น จากสิ่งแวดล้อมที่รบกวน หรือความแตกต่างทางจิตวิทยาระหว่างผู้สื่อสารเป็นต้น กระบวนการวิชา “สุขศึกษา” ที่อาจต้องปรับตัวเข้าหาวิทยาการ “นิเทศศาสตร์” มากยิ่งขึ้น เช่น เทคนิคการบรรยายสรุป, การแถลงข่าว, การเขียนบทความ, การทำข่าวแจก, การสัมภาษณ์, การรับฟังความคิดเห็น, การทำงานร่วมกับสื่อ ฯลฯ

4. ทักษะในการเคลื่อนไหวสังคม เพื่อก่อให้เกิดกิจกรรม โดย

4.1) การชี้แนะและสร้างกระแส เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะเพื่อสร้างกระแสสังคม, สร้างแรงกดดันให้แก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจ, กำหนดนโยบายในเรื่องสุขภาพ

4.2) การเจรจาไกล่เกลี่ย เจรจาต่อรองเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ต่อส่วนรวม

4.3) การเสริมสร้างพลังประชาชน มุ่งส่งเสริมประชาชนไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม, มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, มีและเท่าทันข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์, มีทักษะในการดำรงชีวิตและมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิถีทางที่เอื้อต่อสุขภาพด้วยตนเอง

5. ความรู้และความเข้าใจในยุทธศาสตร์ของการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ร่วมกับสุขภาพทั่วไปทันตบุคลากรจำเป็นต้องมีการปรับทั้งความคิดและเรียนรู้แนวทางการทำงานแบบองค์รวมเป็นทีมสุขภาพ

6. การสร้างภาคีและเครือข่าย ทันตบุคลากรจะต้องสร้างความร่วมมือให้บุคลากรและกลุ่มประชาคมอื่นๆเข้ามาทำงาน จึงต้องมีความสามารถในการสร้างและทำงานร่วมกับภาคีและเครือข่ายทั้งภาคประชาชน, ภาคสื่อมวลชน, ภาคองค์กรเอกชน เพื่อขยายแนวร่วมในการทำงานให้กว้างขวางออกไป

โดยสรุประบบบริการสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวทางการให้บริการที่เน้นสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลกระทบให้บุคลากรด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องปรับตัวอย่างมากทั้งในด้านแนวคิดเช่นกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพ และด้านแนวทางปฏิบัติ เช่น ทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากได้แก่ทักษะการสื่อสารและเจรจาต่อรอง ทักษะการเคลื่อนไหวสังคม การทำงานอย่างเป็นองค์รวมเพื่อให้ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพในภาคประชาชน สื่อมวลชน และเอกชนได้

การจัดบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบุขีดความสามารถของบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐานว่า จะต้องมีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกัน และการรักษาฟันฟูทางด้านทันตกรรม โดยจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการเอง หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนภายในความรับผิดชอบไปรับบริการได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง ด้านบุคลากรต้องมีทันตแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในอัตราส่วน 1:20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ ให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนทันตภิบาล 2 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ ร่วมก่า กับดูแลไม่น้อยกว่า 1:40,000 คน ด้านการจัดการมีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับระบบส่งต่อและระบบสนับสนุนเครือข่ายของหน่วยบริการ ว่าต้องมีระบบส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายหลักของรัฐบาล มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงสิทธิอย่างต่อเนื่องแพร่หลาย ประชาชนทราบสิทธิและเรียกร้องและรักษาสิทธิของตนมากขึ้น ในด้านการบริการทันตกรรมมีประชาชนทราบสิทธิและมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยอัตราเพิ่มของผู้เข้ารับบริการทันตกรรมแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่แต่มักจะเพิ่มมากกว่าการเพิ่มของผู้ป่วยนอกสาขาอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากมีโรคที่ไม่ได้รับการรักษาสะสมอยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งเมื่อประชาชนตระหนักถึงโอกาสในการรับบริการทันตกรรมที่ราคา 30 บาทกลุ่มที่ไม่เคยเข้าถึงบริการก็มาขอรับบริการ

จากการประกาศใช้ชุดสิทธิประโยชน์เป็นไปตามนโยบายรัฐบาล โดยขาดการเตรียมการส่วนผู้ให้บริการอย่างเพียงพอทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้ปฏิบัติในระดับต่างๆ ความไม่สมดุลของอุปสงค์ด้านการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นเทียบกับอุปทานที่ยังคงเป็นตามระบบเดิมทำให้เกิดคิวรอรับบริการที่ยาวมากโดยเฉพาะส่วนของงานบริการทันตกรรมที่เป็นงานหัตถการ ซึ่งนับเป็นตัวอย่างที่น่าสนใจของข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของประชาชนที่เปลี่ยนจากข้อจำกัดด้านการเงิน(Price Barrier) ก่อนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเนื่องจากราคา

การบริการทันตกรรมที่ค่อนข้างแพงและยังมีค่าเสียโอกาสที่เกิดจากการรอรับบริการ มาเป็นข้อจำกัดทางด้านบุคลากร (Provider Barrier) จากข้อมูลจำนวนทันตแพทย์พบว่าภาคเอกชนมีจำนวนทันตแพทย์ใกล้เคียงกับภาครัฐ โดยมีทันตแพทย์ภาคเอกชนประมาณครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ทั้งหมดในประเทศ

มีจำนวนทันตแพทย์ใกล้เคียงกับภาครัฐ โดยมีทันตแพทย์ภาคเอกชนประมาณครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ทั้งหมดในประเทศ

ตาราง 3 จำนวนทันตแพทย์ ภาครัฐ และภาคเอกชน ปี 2548-2550

ปี พ.ศ.	ภาคเอกชน		ภาครัฐ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พ.ศ.2548	3,193	49.0	3,321	51.0
พ.ศ.2549	3,410	50.2	3,385	49.8
พ.ศ.2550	3,518	49.0	3,657	51.0

ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

นอกจากจำนวนที่จำกัดแล้วยังมีปัญหาด้านการกระจายของทันตบุคลากรอีกด้วย โดยทันตแพทย์มักจะกระจุกตัวตามจังหวัดใหญ่ ที่มีเศรษฐกิจดี ในส่วนของทันตแพทย์ภาครัฐที่มีน้อย ยังมีจำนวนหนึ่งที่รับผิดชอบด้านการสนับสนุนระบบบริการ และไม่ได้เป็นผู้ให้บริการเต็มตัวได้แก่ทันตแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทันตแพทย์ประจำ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ทันตแพทย์ประจำ ศูนย์เขตต่าง ๆ และทันตแพทย์สายวิชาการที่กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ทันตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐต้องรับงานบริหารที่แบ่งเวลาการให้บริการออกไปอีก

ตาราง 4 จำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ปี พ.ศ.2550

พื้นที่	ปี พ.ศ.2550	
	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล
ส่วนกลาง	144	4
ส่วนภูมิภาค	2,105	2,693
รวม	2,249	2,697

ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ตาราง 5 จำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามภาค ปี 2550

ภาค	ปี พ.ศ.2550	
	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล
ภาคกลาง	652	705
ภาคเหนือ	475	616
ภาคใต้	357	440
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	621	932
รวม	2,249	2,697

ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

จากกลไกการจ่ายงบประมาณแบบรายประชากร (Capitation) สถานพยาบาลภาครัฐที่เข้าร่วมโครงการหลายแห่งประสบปัญหาสภาพคล่อง โดยรู้สึกว่าได้รับงบประมาณสนับสนุนน้อยกว่าก่อนการขึ้นนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่มีบุคลากรต่อประชากรสูง ส่วนสถานพยาบาลหลายแห่งได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากเป็นที่ๆมีประชากรมากและมีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรน้อย ก็ยังไม่สามารถเพิ่มศักยภาพในการบริการได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรภาครัฐรวมทั้งทันตบุคลากร และกฎระเบียบในการบริหารงบประมาณที่ยังไม่แยกลงงบประมาณทันตกรรมออกจากงบประมาณรักษาทั่วไปอย่างชัดเจน ทำให้ยากต่อการติดตามประเมินผล

นอกจากความขาดแคลนกำลังพลแล้ว ทันตบุคลากรยังไม่ค่อยได้รับสิทธิในการตัดสินใจด้านการบริหารงบประมาณและต้องทำงานภายใต้นโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล ทันตบุคลากรหลายพื้นที่ที่มีศักยภาพที่จะให้บริการเพิ่มมากขึ้นแต่ผู้บริหารมีนโยบายให้บริการเท่าที่จำเป็นและให้พยายามจำกัดการให้บริการผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจเนื่องจากได้รับเงินจำกัดจึงพยายามที่จะจำกัดรายจ่ายโดยเฉพาะบริการทันตกรรมที่อาจเป็นบริการที่สามารถรอได้

ในระยะปรับตัวนี้ยังไม่มีระบบตรวจสอบที่จะคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจนทำให้มีการผัดผ่อนการให้บริการทั้งทางแพทย์และทางทันตกรรม ทำให้ลักษณะการจัดบริการทันตกรรมในปัจจุบัน ยังไม่ได้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างแท้จริง ยังเป็นการเข้าถึงคิวได้ถ้วนหน้าอยู่ เมื่อยังไม่มีความสะดวกของการเข้าร่วมจัดบริการในส่วน ของคลินิกทันตกรรม ทำให้มีคลินิกเอกชนเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมน้อยมาก ในขณะที่ภาระงาน ทันตกรรม ภาครัฐไม่เพียงพอต่อความต้องการ ของประชาชน และทันตแพทย์เอกชนมีจำนวน ครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ทั่วประเทศ

3. ปัญหาในระบบบริการสุขภาพช่องปาก

ปัญหาการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียนของบุคลากรทันตสาธารณสุข

กรณีการร้องเรียนที่มีอยู่ในทันตแพทยสภา “ยังมีไม่มากประมาณ 20 รายเมื่อเทียบกับ ทันตแพทย์ประมาณ 6,000 คน” แต่ในอนาคตข้างหน้าปัญหาหนึ่งที่ทันตแพทย์มีโอกาสเจออยู่ เสมอตราบไต่ที่ยังปฏิบัติตนเป็นผู้ให้บริการคือการฟ้องร้องและการร้องเรียน ซึ่งเป็นปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับการรักษา การวินิจฉัย ซึ่งอัสนี (2547) ได้เสนอแนวทางการปิดจุดโหว่นี้ไว้ คือ

1. การสื่อสารการสื่อสารต่อผู้รับบริการจะต้องเป็นการสื่อสารที่เข้าใจง่าย อธิบายด้วย ภาษาง่าย ๆ ที่ชาวบ้านเข้าใจ มีความจริงใจเอื้ออาทร การสื่อสารจะมองสรุป กระบวนการรักษา โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นให้ผู้รับบริการได้เข้าใจทางเลือกต่าง ๆ แล้วให้ผู้รับบริการตัดสินใจเองตาม สถานะ
2. ข้อมูลและหลักฐานต่าง ๆ การเขียนบัตรการรักษาหรือเวชระเบียนต้องครบถ้วนและ ละเอียดที่สามารถสื่อให้ผู้อื่นอยู่ในวิชาชีพเดียวกันเข้าใจได้ดีเมื่อได้อ่าน รวมถึงหลักฐานต่าง ๆ ทั้งก่อนรักษาและหลังการรักษา
3. การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา จะต้องแม่นยำและเป็นไปตามหลักวิชาการ คือต้องมาจากการมีความรู้อย่างต่อเนื่องและทันสมัย

อุไรวรรณ อมรไชย (2545) ศึกษาเรื่องสิทธิผู้ป่วยกับการรักษาทันตกรรม พบว่า

สิทธิผู้ป่วยข้อ 3 กล่าวว่าการรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเพื่อการตัดสินใจในการยินยอม รักษา “ประชาชนมักจะไม่กล้าถาม” และการยินยอมมักจะเป็นการยินยอมโดยปริยายไม่ต้องเป็น ลายลักษณ์อักษร เพราะเห็นว่าการ รักษาทันตกรรมเป็นเรื่องไม่ร้ายแรง แต่ก็ต้องการข้อมูล เพิ่มเติมและอยากให้ “เปิดโอกาสให้ซักถามได้หากมีข้อสงสัย” ซึ่งในมุมมองของทันตบุคลากรนั้น มักจะเลือกให้ข้อมูลบางส่วน และการให้ความยินยอมนั้นควรอยู่บนพื้นฐานของความเท่าเทียม

ไม่หมั่นหวงเพื่อป้องกันตัวเองเพียงอย่างเดียว รวมทั้งเรื่องการตัดสินใจนั้น เรื่องของราคาค่ารักษาเป็นประเด็นที่ต้องพูดคุยกันให้ได้

สิทธิผู้ป่วยข้อ 5 กล่าวว่า การรับทราบชื่อของหมอ ส่วนใหญ่คนไข้ไม่ค่อยจำชื่อหมอ เพราะคิดว่า "การมาใช้บริการในโรงพยาบาลนั้นมักจะเรียกกรองอะไรไม่ได้"

สิทธิผู้ป่วยข้อ 6 กล่าวว่า การขอความเห็นจากหมอคนอื่นรวมทั้งสิทธิในการเปลี่ยนหมอ ผู้รักษาโดยพื้นฐานของวัฒนธรรมของไทย คนไข้มีความเกรงใจหมออยู่ จึงไม่ใช้สิทธิข้อนี้โดยตรง แต่อาจใช้โดยอ้อม

โดยสรุป การให้บริการทันตกรรมยังพบปัญหาในด้านจริยธรรมในวิชาชีพ การรับรู้และปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ถึงแม้ในปัจจุบันยังไม่พบการร้องเรียนจำนวนมากนักแต่ในอนาคตซึ่งมีการคุ้มครองผู้บริโภคของผู้รับบริการ ร่วมกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจำเป็นต้องตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม และจรรยาบรรณในวิชาชีพเสมอ

4. แนวคิดของบทบาท

ความหมายของบทบาท

มีผู้ให้ความหมายของคำว่า "บทบาท" ไว้ต่าง ๆ ดังนี้

บรูม ลีโอนาร์ด และฟิลิปป์ เซลซนิค (Broom Leonard and Philip Selznick 1973) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพหรือตำแหน่งในสังคม

คิวเบอร์ จอห์น เอฟ (Cuber John F. 1963) บทบาททางสังคมเป็นพฤติกรรมที่ถูกคาดหวังหรือเป็นที่ต้องการในตำแหน่งหนึ่ง ๆ

ณรงค์ เส็งประชา (2524) กล่าวว่า บทบาท คือ พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามสถานภาพหรือ คือ การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพ

พัทธยา สายหู (2517) กล่าวว่า บทบาท คือ ขอบเขต หน้าที่ และสิทธิในการกระทำของแต่ละงานที่เรามีต่อผู้อื่น

สมยศ นาวิกร (2526) กล่าวว่า บทบาทเป็นแบบของพฤติกรรม ซึ่งขอบเขตของบทบาทเหล่านี้จะกำหนดไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน และนโยบายอย่างเป็นทางการ และขอบเขตของบทบาทอาจจะเป็นที่เข้าใจอย่างไม่เป็นทางการก็ได้

สุพัทธา สุภาพ (2535) กล่าวว่า บทบาท คือ การปฏิบัติตามสิทธิ และหน้าที่ของสถานภาพ (ตำแหน่ง)

สรุป บทบาท คือ การประพฤติ ปฏิบัติตามสิทธิ หน้าที่ และขอบเขตที่กำหนดไว้ในแต่ละสถานภาพที่มีต่อผู้อื่นในสังคม

แนวคิดบทบาท

ได้มีผู้กล่าวถึง "บทบาท" ในลักษณะต่าง ๆ กันดังนี้ คือ

อัลพอร์ท (Allport, 1967) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในขณะดำรงตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ คือ

1. บทบาทที่บุคคลอื่นคาดหวัง (Role Expectation) คือ บทบาทตามความคาดหวังของบุคคลอื่น หรือสังคมคาดหวังให้บุคคลอื่น หรือสังคมคาดหวังให้บุคคลอื่นปฏิบัติเมื่อดำรงอยู่ในตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งในสังคม

2. มโนทัศน์ของบทบาท (Role Conception) คือ การที่บุคคลมองเห็นบทบาทตามการรับรู้ของตนเองหรือตามความคาดหวังของตนเอง ว่ามีบทบาทเป็นอย่างไร ไปตามวิถีทางของตนเอง ซึ่งอาจจะสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมหรือไม่ก็ได้

3. การยอมรับบทบาท (Role Acceptance) คือ การยอมรับบทบาทของบุคคลซึ่งจะเกิดขึ้นภายหลังเมื่อมีความสอดคล้องกันเองของบทบาทที่คาดหวัง และมโนทัศน์ของบทบาท

4. การปฏิบัติตามบทบาท (Role Performance) คือ การแสดงบทบาทตามสภาพจริง (Actual Role) ซึ่งอาจแสดงตามบทบาทที่คาดหวัง ตามการรับรู้และเข้าใจของตนเองตลอดจนการที่บุคคลจะแสดงบทบาทได้เพียงใดขึ้นอยู่กับบทบาทนั้น ๆ ของบุคคลที่ครองตำแหน่งอยู่ หรือเนื่องจากความสอดคล้องของบทบาทตามความคาดหวังของสังคม และตามการรับรู้บทบาทของตนเอง

อาานนท์ อาภาภิรม (2525, หน้า54) กล่าวว่า เมื่อบุคคลดำรงตำแหน่งในสังคมหรือกลุ่มคนบุคคลนั้นย่อมต้องการคงบทบาทตามตำแหน่งนั้น ๆ เพราะฉะนั้นโดยปกติวิสัยแล้วสถานภาพและบทบาทจึงเป็นสิ่งควบคู่กันไป อย่างไรก็ดีบทบาท หรือการปฏิบัติหน้าที่ย่อมขึ้นอยู่กับุคคลที่เข้าดำรงตำแหน่งนั้นๆ เพราะฉะนั้นบทบาทจึงเป็นรูปการ (Aspect) ที่เคลื่อนไหวหรือการทางพฤติกรรมของตำแหน่ง

ปฟานี รัฐวิวัฒนา (2523, หน้า67) เห็นว่าบทบาทเป็นเรื่องสำคัญมากเพราะมีส่วนเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับเรื่องการแข่งขัน บทบาทจะกำหนดความรับผิดชอบที่ตายตัวกับงานทุกชนิดว่า จะต้องทำอะไร สถานภาพและบทบาทเป็นสิ่งที่แยกจากกันไม่ได้เลย เสมือนหนึ่งเป็นคนละด้านของเหรียญทั้งนี้เพราะเมื่อสถานภาพเป็นที่รวมแห่งสิทธิและหน้าที่แล้วบทบาทก็เป็นลักษณะที่เคลื่อนไหว (Dynamic) ของสถานภาพ คือ การใช้สิทธิและหน้าที่ให้บังเกิดผลนั่นเอง

ไพบุลย์ ช่างเรียน (2516, หน้า30-31) กล่าวว่า บทบาทของบุคคลในสังคมย่อมขึ้นอยู่กับสถานภาพที่ครองอยู่ และคุณสมบัติส่วนตัวบุคคล บทบาทของบุคคลย่อมแตกต่างกันไปตามลักษณะของสถานภาพ และลักษณะของอุปนิสัย ความคิด ความรู้ ความสามารถ มุมเหตุจิตใจ การอบรม ความพอใจ รวมทั้งสภาพทางกาย และจิตใจของบุคคลที่ดำเนินบทบาทนั้น และได้สรุปสาระสำคัญของบทบาท ไว้ดังนี้ คือ

1. บทบาทมีประจำอยู่ในทุกสถานภาพของสังคม
2. วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการกำหนดบทบาท
3. การที่บุคคลจะทราบบทบาทได้ต้องมีสังคมการณ (Socialization)
4. บทบาทจริงที่บุคคลแสดงนั้นไม่แน่นอนเสมอไปว่าจะเหมือนกับบทบาทที่ควรจะเป็นตามปทัสฐานของสังคม เพราะบทบาทที่บุคคลแสดงจริงๆ นั้นเป็นผลของปฏิกิริยาแห่งบุคลิกของบุคคลที่ครองสถานภาพร่วมกับบุคลิกภาพของบุคคลอื่นที่มาร่วมในพฤติกรรม และเครื่องกระตุ้นต่าง ๆ ที่มีอยู่ในเวลา และสถานที่ที่เกิดการแสดงบทบาท

ประเภทของบทบาท

บรูม และเซลซ์นิค (Broom and Selznick, 1973) ได้กล่าวถึงบทบาทว่า ประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ 3 ประการ ดังนี้ คือ

1. บทบาทในอุดมคติหรือสิ่งที่สังคมกำหนดไว้ (The Socially Prescribed Or Ideal Role) เป็นบทบาทในอุดมคติที่มีการกำหนดสิทธิหน้าที่ตามตำแหน่งสังคมไว้
2. บทบาทที่ควรกระทำ (The Perceived Role) เป็นบทบาทที่แต่ละบุคคลเชื่อว่าควรกระทำตามตำแหน่งที่ได้รับ ซึ่งอาจจะไม่เหมือนเหมือนกับบทบาทในอุดมคติ และอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3. บทบาทที่กระทำจริง (The Performed Role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้กระทำไปจริง ซึ่งอยู่กับความเชื่อ ความคาดหวัง และการรับรู้ของแต่ละบุคคลตลอดจนความกดดันและโอกาสในแต่ละสังคมในระยะหนึ่ง ๆ และยักรวมถึงบุคลิกภาพ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย

ทิตยา สุวรรณขง (2510, หน้า 9-10) ได้แบ่งบทบาทออกเป็น

1. บทบาทตามอุดมคติ (Ideal Role) หรือบทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมควรจะปฏิบัติ เช่น พ่อจะต้องรักลูกตลอดจนอบรมเลี้ยงดูให้การศึกษาแก่บุตร

2. บทบาทที่ปฏิบัติจริง (Actual Role) หรือบทบาทที่ผู้ดำรงตำแหน่งทางสังคมจะต้องปฏิบัติจริง เช่น พ่อแม่รักลูกก็มักแสดงความรักด้วยการพูดจา ให้ของหรือชื่นชมอยู่ในใจ บทบาทที่ปฏิบัติจริงนี้เป็นเรื่องของการนำเอาบทบาทตามอุดมคติมาแบ่ง และดัดแปลงให้เข้ากับเหตุการณ์ หรือบทบาทที่ได้ปฏิบัติจริงนี้เป็นผลรวมของ

- บทบาทตามอุดมคติ
- บุคลิกภาพของผู้ดำรงฐานะตำแหน่ง
- อารมณ์ขณะแสดงบทบาท และอุปกรณของผู้ดำรงตำแหน่งที่มีอยู่
- ปฏิกริยาของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ปัญหากับการแสดงบทบาท

ผะอบ นะมาตร (2526, หน้า36) อธิบายความหมายของบทบาทว่า บทบาทเป็นการปฏิบัติหน้าที่หรือการแสดงออกตามความคิดหรือคาดหวังเมื่ออยู่ภายใต้สถานการณ์ทางสังคมอย่างหนึ่ง โดยถือเอาฐานะหรือหน้าที่ทางสังคมของเขาเป็นมูลฐาน และยักรกล่าวถึงปัญหาเกี่ยวกับบทบาท ซึ่งอาจสรุปได้ 3 ประการ ดังนี้

1. ปัญหาเกิดจากผู้สวมบทบาท (Role Impairment) สวมบทบาทไม่ดี แม้จะกำหนดบทบาทไว้อย่างชัดเจน และแน่นอนก็ตาม ถ้าผู้สวมบทบาทรู้สึกว่าเป็นการยากลำบากหรือความสามารถที่จะทำตามบทบาทของตน หรือขาดความเคยชิน และเข้าใจบทบาทของตนเองได้ดีพอ แต่ต้องแสดงบทที่ไม่ชำนาญจะทำความเสียหาย และเป็นภัยร้ายแรงกระทบกระเทือนต่อคนอื่น ยิ่งนัก เช่น เมื่อไม่ถนัดตำแหน่งปีกของทีมฟุตบอลแต่ต้องมาเล่นเป็นปีกอาจทำให้เกมส์เสียได้

2. ปัญหาเกิดจากความสับสนของบทบาท (Role Confusion) ทั้งที่ผู้สวมบทดีพร้อมแต่สังคมกำหนดบทบาทของคนไว้ไม่ดี เหล่านี้ทำให้ผู้สวมบทบาทตัดสินใจไม่ถูกว่าจะแสดงบทใดเพียงใด เช่น เกี่ยวเรื่องความรัก และการเลือกคู่ครอง

3. ปัญหาเกิดจากการละเมิดบทบาท (Role Violation and Other Role) หมายถึง การที่คนไม่ปฏิบัติตามบทบาทอันชอบของตน แต่ได้ปฏิบัตินอกแบบแผน อาทิ การกระทำอันเป็นอาชญากรรม การค้ายาเสพติด การเปิดบ่อนการพนัน โสเภณี ฯลฯ บุคคลเหล่านี้จะปฏิบัติตามบทบาทที่ขัดกับบรรทัดฐานของสังคม ย่อมกลายเป็นผู้สร้างปัญหามากมาย

5. บทบาทและหน้าที่ทันตบุคลากร

ความเป็นมาในอดีตย่อมนำมาสู่ความเป็นอยู่ในปัจจุบัน แล้วสืบต่อไปยังสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ความเจริญของทันตแพทยศาสตร์เท่าที่ปรากฏอยู่ในขณะนี้ เป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการพัฒนาความรู้ต่าง ๆ มาแต่โบราณกาล มนุษย์ได้มีชีวิตอยู่ในโลกนี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 25,000 ปี การศึกษาทางโบราณคดีเชื่อว่ามนุษย์คงจะมีปัญหาเกี่ยวกับฟันของตนมานานแล้ว และก็ได้พยายามที่จะหาวิธีการแก้ไขอย่างใดอย่างหนึ่งตามความรู้ที่มีจำกัด และตามความเหมาะสมจากสิ่งแวดล้อมที่ตนดำเนินอยู่ ในยุคนีโอลิธิค (Neolithic) หรือยุคหินใหม่ ที่มนุษย์รู้จักการทำเครื่องมือจากใช้จากหินนั้น ได้พบร่องรอยของการถอนฟัน ประวัติของทันตแพทยศาสตร์อาจจะแบ่งออกได้เป็น 3 ยุค คือ ยุคต้นซึ่งเริ่มแต่โบราณกาลก่อนที่จะมีการบันทึกทางประวัติศาสตร์มาสิ้นสุดลงเมื่อ ค.ศ. 1000 ต่อจากนั้นมาอีกประมาณ 700 ปี นับว่าอยู่ในยุคกลาง และยุคปัจจุบันของทันตแพทย์มักจะถือว่าเริ่มใน ค.ศ. 1728 ซึ่งเป็นปีที่ ปีแอร์ ฟาชาด (Pierre Fauchard) ได้จัดพิมพ์หนังสือที่กล่าวถึงวิชาทันตแพทยศาสตร์อย่างสมบูรณ์เป็นครั้งแรก ท่านผู้นี้ได้รับการยกย่องว่าเป็น "บิดาของทันตแพทยศาสตร์ปัจจุบัน"

ความเจริญก้าวหน้าของทันตแพทยศาสตร์ยังคงดำเนินต่อมาในทวีปยุโรป มีบุคคลสำคัญมากมายในประเทศต่าง ๆ ที่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการแขนงนี้ให้ทันสมัยเป็นลำดับมา ชาลส์ กอดอง (Charles Godon ค.ศ. 1854-1923) เป็นผู้ดำเนินการจัดตั้งโรงเรียนทันตแพทย์และสมาคมทันตแพทย์ในฝรั่งเศส และเป็นผู้หนึ่งที่มีส่วนร่วมในการจัดตั้งสหพันธ์ทันตแพทย์สากล (Federation Dentaire Internationale) เมื่อ ค.ศ. 1900

ต่อมาในปี 1921 ฮันเตอร์ (Hunter) นายกสมาคมทันตแพทย์ในประเทศนิวซีแลนด์ ได้ให้รัฐบาลตั้งโรงเรียนฝึกหัดเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กโดยให้ทำงานประจำอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษา เรียกบุคคลประเภทนี้ว่า School Dental Nurse นับได้ว่าได้เริ่มแนวทางการป้องกันที่ดีเป็นต้นมา

ในการปฏิบัติงานทางทันตกรรม ความเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งก็คือ การได้นำเอาเครื่องมือที่มีความเร็วสูงเข้ามาใช้ในการกรอฟันเมื่อ ค.ศ 1957 และได้รับการปรับปรุงตลอดเวลาจนทำให้เกิดความสะดวกสบายแก่ผู้ป่วยรวมทั้งตัวทันตแพทย์เองเป็นอย่างมาก ด้วย

ความเป็นมาของทันตแพทย์ และทันตภิบาลในประเทศไทย

เป็นที่น่าเสียดายอย่างยิ่งที่ประวัติทันตแพทยศาสตร์ของประเทศไทยในตอนต้น ๆ ยากที่จะนำมากล่าวถึงได้ดีนัก เพราะขาดการบันทึกที่เป็นหลักฐาน แต่อย่างไรก็ดีเชื่อว่าคงจะมีปัญหาทางทันตสุขภาพเกิดขึ้นมิใช่น้อย ดังจะเห็นได้ว่ามีตำรายาโบราณเกี่ยวกับการรักษาฟันกล่าวสืบต่อ ๆ กันมาหลายขนาน

การปฏิบัติงานทางทันตกรรมตามแผนปัจจุบันไม่มีหลักฐานบ่งชี้ได้ว่าขึ้นในประเทศไทย เมื่อใดเชื่อกันว่าพวกมิชชันนารีซึ่งนำคริสต์ศาสนาเข้ามาเผยแพร่ คงจะเป็นผู้นำเอาการบำบัดรักษาทางทันตกรรมแผนปัจจุบันเข้ามาเป็นครั้งแรก ปรากฏจากการบอกเล่าสืบต่อกันมาว่า เมื่อประมาณ พ.ศ. 2380

สมัยกรุงเทพฯ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้โปรดให้สร้างโรงพยาบาลหลวงขึ้นที่ตำบลวังหลังเป็นแห่งแรก เมื่อ พ.ศ. 2430 เรียกกันขณะนั้นว่า โรงพยาบาลวังหลัง ระหว่างที่ดำเนินการก่อสร้างอยู่นั้นประจวบกับมีงานพระเมรุพระศพสมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ จึงโปรดให้บำเพ็ญพระราชกุศลเป็นการช่วยในการก่อสร้างโรงพยาบาล และได้พระราชทานชื่อใหม่ว่าโรงพยาบาลศิริราช เมื่อเสด็จพระราชดำเนินทรงเปิดในเดือนเมษายน พ.ศ. 2431 ต่อมาก็ได้โปรดให้ตั้งโรงเรียนสอนวิชาการแพทย์ขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นแห่งแรกเมื่อ พ.ศ. 2432 ในปีนั้น ดร. ยอร์ช แม็กฟาร์แลนด์ (Dr. George McFarland) หรือพระอาจารย์ทศม ได้ศึกษาสำเร็จวิชาแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตร์จากอเมริกาแล้วเข้ามา จึงได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ด้วย เนื่องจากท่านผู้นี้มีความรู้ทางทันตแพทยศาสตร์ จึงได้เริ่มตั้งคลินิกทันตกรรมส่วนตัวขึ้นที่ปากคลองตลาดใน พ.ศ. 2475 มีทันตแพทย์ที่ทำงานอยู่สองท่านคือ ดร. ดิว ปีเตอร์เซน (Dr. Dew Petersen) กับ ดร. เร็กซ์ เดย์ (Dr. Rex Day)

ในระยะต้นของการจัดตั้งสภาการศึกษาไทยขึ้นนั้น ได้จัดให้องค์การนี้สังกัดอยู่กับกระทรวงกลาโหม และได้เปิดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2452 ในโรงเรียนได้มีการสอนวิชาการทำฟันโดย ดร. เร็กซ์ เดย์ รายงานของท่านที่เคยได้รับการฝึกอบรม

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2453-2468) ประเทศไทยได้ประกาศเข้าร่วมกับประเทศฝ่ายสัมพันธมิตร มีอังกฤษ ฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา อิตาลี ฯลฯ ประกาศสงครามกับประเทศเยอรมัน ออสเตรีย ฮังการี ฯลฯ ในสงครามโลกครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2461 แล้ว คุณหมอบ๊อง เมนะชัย ผู้เป็นทหารเสนารักษ์ ร่วมอยู่ในกองทหารนั้นได้เข้ารับราชการฝึกอบรมทางทันตกรรมอยู่ระยะหนึ่งก่อนที่จะได้เดินทางกลับ ต่อมาท่านผู้นี้ได้จัดฝึกอบรมการทำฟันแก่พยาบาลเพื่อช่วยในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ การฝึกอบรมวิชาการทางทันตกรรมคงดำเนินการต่อมา เพื่อผลิตบุคคลสำหรับการปฏิบัติงานในราชการเป็นส่วนใหญ่ การประกอบอาชีพส่วนตัว ทางทันตกรรมสำหรับคนไทยขณะนั้นยังมีน้อยมาก ผู้ที่ประกอบอาชีพนี้ส่วนมาก ผู้ประกอบอาชีพนี้ส่วนมากเป็นคนต่างชาติ เช่น ชาวจีนและญี่ปุ่นที่ได้เคยรับการฝึกงานจากประเทศของตน ย่านที่บุคคลเหล่านี้นิยมตั้งร้านทำฟันขึ้นในกรุงเทพฯ คือที่ถนนเจริญกรุง การประกอบอาชีพทางทันตกรรมยังสามารถกระทำได้โดยเสรี จนถึง พ.ศ. 2466 จึงได้เริ่มมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉบับแรก แต่ก็ยังกล่าวถึงอาชีพทางทันตกรรมว่าเป็นเพียงการช่างฟันเท่านั้น

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว (พ.ศ. 2468-2477) ได้เริ่มดำริจัดตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ในระดับปริญญาขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2471 คือ ศาสตราจารย์ พ.อ. หลวงวาจวิทยาวัฑฒน์ (วาด แยมประยูร พ.ศ. 2443-2509) ขณะที่ได้รับราชการอยู่ในคณะทันตแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งยังสังกัดอยู่กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในเวลานั้น ได้เสนอความเห็นการจัดตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ขึ้นในมหาวิทยาลัย แต่ไม่ได้รับการสนองตอบอย่างใด ภายหลังท่านผู้นี้ได้ย้ายไปรับราชการในกระทรวงกลาโหมแล้วก็ได้เสนอความเห็นการตั้งโรงเรียนทันตแพทย์อีกสองครั้งคือครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2475 ท่านได้ติดต่อกับศาสตราจารย์นายแพทย์ เอ.จี.เอลลิส อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนั้นเพื่อการจัดตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ขึ้นในมหาวิทยาลัย แต่ไม่เป็นผลสำเร็จ ครั้งหลังเมื่อ พ.ศ. 2479 ท่านได้เสนอการจัดตั้งโรงเรียนทันตแพทย์สำหรับราชการทหาร ข้อเสนอของท่านในครั้งหลังนี้ได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงกลาโหม และได้ให้ท่านเดินทางไปดูการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศอังกฤษ ฝรั่งเศส เยอรมัน

สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่นเป็นเวลา 5 เดือนในปี 2482 เหตุจูงใจที่ทำให้ท่านพยายามเสนอความคิดเห็นดังกล่าวนี้ ก็คงเนื่องมาจากท่านได้รับทุนเล่าเรียนหลวงไปศึกษาในสหรัฐอเมริกาเมื่อ พ.ศ. 2460 ได้รับปริญญาทั้งทางแพทยศาสตร์ (มหาวิทยาลัยชิราตวส์) และทางทันตแพทยศาสตร์ (มหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย) ทำให้ท่านเห็นความสำคัญของการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ เมื่อท่านกลับจากดูงานการศึกษาทันตแพทยศาสตร์แล้ว แต่ยังไม่ทันได้เริ่มก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นในกองทัพบกก็ได้มีการโอนแผนงานมาดำเนินการอย่างจริงจังในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยขณะที่ พณฯ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้ดำรงตำแหน่งอธิการบดีของมหาวิทยาลัยเมื่อ พ.ศ. 2483 ได้เริ่มจัดตั้งแผนกทันตแพทยศาสตร์เป็นแผนกวิชาอิสระชั้นในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้มีคำสั่งแต่งตั้งศาสตราจารย์ พ.อ.หลวงวาทิตยาวัชฌน์ เป็นหัวหน้าแผนก ท่านได้ผู้ช่วยที่สำคัญในการดำเนินงานต่อมาก็คือ ศาสตราจารย์ พ.ท.ลี สิทธิงห์ ซึ่งสำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตร์มาจากมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย สถานการศึกษาเดียวกันกับท่าน ได้สร้างความเจริญ ให้แก่การศึกษาทันตแพทยศาสตร์เป็นอย่างมากในลำดับต่อ

ใน พ.ศ. 2485 ได้ตั้งกรมสาธารณสุขซึ่งสังกัดอยู่ในกระทรวงมหาดไทยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2455 ขึ้นเป็นกระทรวงสาธารณสุข และมีมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เป็นกรมหนึ่งอยู่ในกระทรวงนี้ ได้แยกแผนกทันตแพทยศาสตร์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาเป็นคณะทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ท่านผู้เป็นหัวหน้าแผนกอยู่เดิมคงได้รับตำแหน่งคณะบดีสืบต่อไป ใน พ.ศ. 2479 ที่ได้เริ่มมีเค้าการจัดตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ดังกล่าวนั้น วิชาชีพทันตกรรมในประเทศไทยก็เริ่มมีเกียรติดีขึ้น เนื่องจากได้มีพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ที่กล่าวถึงสาขาทันตกรรมแทนการช่างฟันในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉบับแรกเมื่อ พ.ศ. 2466 ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 นั้น ก็กิจการทางทันตกรรมอาจกล่าวได้ว่าเป็นไปตามใจชอบของผู้ประกอบอาชีพนี้ ซึ่งเป็นชนต่างชาติเกือบทั้งหมด ส่วนใหญ่จะเป็นชาวจีนมีร้านอยู่แถวสามแยกและถนนเจริญกรุง ตามร้านในสมัยนั้นมักจะมีพื้นที่ถอนออกมาแขวนไว้เป็นแถว และมีพื้นปloomชุดต่าง ๆ รวมทั้งครอบฟันทองที่ประดิษฐ์สำเร็จรูปแล้ว ตั้งแสดงไว้เพื่อชักชวนให้ผู้พบเห็นเกิดความเชื่อถือ นอกจากนั้นบางครั้งก็จะมีโอกาสได้พบเห็นการตีหม้อร้องเป่าประกาศแสดงการถอนฟันในที่สาธารณะ เช่น ที่ตลาด และตามข้างถนน

เมื่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นแล้ว กรมการแพทย์ได้ตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ขึ้น 2 มีหลักสูตรการเรียนสองปี เพื่อผลิตบุคคลออกไปประจำโรงพยาบาลต่าง ๆ เมื่อ พ.ศ. 2487 และได้

ดำเนินการอยู่จนถึง พ.ศ. 2490 ได้โอนโรงเรียนนี้ให้อยู่กับคณะทันตแพทยศาสตร์ แล้วเปลี่ยนเป็นโรงเรียนทันตนามัย ผลิตอนุปริญญาทันตนามัยต่อมาจนถึง พ.ศ. 2516 จึงได้ยกเลิก

ใน พ.ศ. 2497 คณะทันตแพทยศาสตร์ได้เสนอความเห็นการตั้งกรมทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อที่จะรวมกิจการทางทันตกรรมต่าง ๆ เข้าอยู่ในหน่วยงานเดียวกันภายใต้การบริหารงานของทันตแพทย์ แต่ไม่บังเกิดผลอย่างใด ขณะนั้นงานทางด้านทันตกรรมในกระทรวงสาธารณสุขจัดอยู่ภายใต้กรมอนามัยกับกรมการแพทย์ งานส่วนใหญ่ในกรมอนามัยเป็นการทำฟันให้นักเรียน จึงขึ้นอยู่กับ กองอนามัยโรงเรียน ทางด้านกรมการแพทย์นั้นเป็นการบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลต่าง ๆ

เมื่อคณะกรรมการชุดดังกล่าวได้รับการแต่งตั้งแล้ว ได้ประชุมพิจารณาเสนอความเห็นควรจัดตั้งกรมการทันตแพทย์เพื่อรวมงานทางทันตกรรมจากที่ต่าง ๆ เข้าอยู่ในหน่วยเดียวกันจะทำให้สามารถจัดบริการเพื่อทันตสุขภาพได้เหมาะสมดียิ่งขึ้น คณะกรรมการชุดนี้ได้เสนอแนะให้เน้นหนักในการดูแลทันตสุขภาพของเด็กและส่งเสริมการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ คณะกรรมการที่เริ่มเกิดขึ้นครั้งนั้นเป็นจุดเริ่มต้นของกรมการทันตสาธารณสุขแห่งชาติในปัจจุบัน

กรมอนามัยได้เสนอโครงการผลิตทันตภิบาลเพื่อช่วยในการดูแลทันตสุขภาพเมื่อ พ.ศ. 2506 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาเรื่องนี้ หลังจากการประชุมพิจารณาแล้ว ได้มีมติเห็นควรให้ดำเนินการตามหลักการใช้ School Dental Nurse ของประเทศนิวซีแลนด์ ใน พ.ศ. 2509 กรมอนามัยได้ขอความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกในการดำเนินงานโครงการทันตภิบาล องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ ดร.จี.เอช. เลสลีย์ (Dr. G.H. Leslie) ซึ่งมีตำแหน่งเป็นอธิบดีกรมทันตสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์ขณะนั้นมาเป็นที่ปรึกษา กรมอนามัยโลกได้เริ่มเปิดโรงเรียนทันตภิบาลที่ชลบุรีเมื่อ พ.ศ. 2511

พ.ศ. 2508 ได้เริ่มจัดตั้งแผนกทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้เป็นคณะทันตแพทยศาสตร์ของสถานศึกษานั้นอยู่ในปัจจุบัน

ใน พ.ศ. 2511 มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้จัดตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์พญาไท ขึ้นเป็นคณะทันตแพทยศาสตร์ครั้งที่ 2 เพื่อให้สามารถผลิตทันตแพทย์ได้มากตามความต้องการที่

เพิ่มขึ้น ในปีต่อมา มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ได้เปลี่ยนชื่อเป็นมหาวิทยาลัยมหิดล และยังคงมี คณะทันตแพทยศาสตร์อยู่สองคณะเช่นเดิม

พ.ศ. 2515 คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล หรือคณะทันตแพทยศาสตร์ที่ ตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกได้โอนเข้าไปสังกัดอยู่ในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยดังที่ได้เริ่มกำหนดขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2483 ส่วนคณะทันตแพทยศาสตร์พญาไทยังคงเป็นคณะทันตแพทยศาสตร์สังกัดอยู่ใน มหาวิทยาลัยมหิดลต่อไป การศึกษาทันตแพทยศาสตร์ได้ขยายตัวเพิ่มขึ้นตามความต้องการของรัฐ ต่อมาจึงได้มีการจัดตั้ง คณะทันตแพทยศาสตร์ขึ้นในมหาวิทยาลัยขอนแก่น และ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ใน พ.ศ. 2515 ได้เริ่มมีหน่วยงานทางทันตกรรมในระดับกองขึ้นเป็นครั้งแรก คือ กองทันต สาธารณสุข ในกรมการแพทย์ และอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข และต่อมาในการจัดแบ่ง หน่วยงานใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2517 ได้จัดให้กองทันตสาธารณสุขอยู่ในกรม อนามัยทันตแพทยศาสตร์ได้เจริญก้าวหน้ามาเป็นลำดับ

ทันตภิบาลหรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ทำหน้าที่ให้บริการทันตกรรมและงานทัน ตกรรมป้องกันให้แก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ สายงานนี้คลุมถึงตำแหน่งต่าง ๆ ที่ปฏิบัติงานทันต สาธารณสุข ซึ่งมีลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหรือการให้บริการแก่เด็กในวัยต่างๆ ผู้ป่วยและประชาชนโดยทั่วไปในการตรวจ ป้องกัน และบำบัดรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมและโรคใน ช่องปาก เป็นตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอ ศูนย์การแพทย์และอนามัย หรือ สถานพยาบาลในชนบท เช่นการตรวจฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน รักษาโรค และทำความสะอาดในช่องปาก หรือแผลภายหลังการถอนฟัน ฯลฯ ตามคำสั่ง หรือภายใต้การควบคุมของ ทันตแพทย์ ให้คำปรึกษาแนะนำและเผยแพร่ด้านการรักษาความสะอาดและสุขภาพของฟันและ ช่องปาก แก่ผู้ป่วย นักเรียน ครู ผู้ปกครอง และประชาชนโดยทั่วไป จัดเตรียมและบำรุงรักษา เครื่องมือเครื่องใช้ และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ในกิจกรรมทันตสาธารณสุข จัดทำแผนปฏิบัติการทางด้าน ทันตสาธารณสุข จัดทำรายงานและสถิติทางทันตสาธารณสุข เพื่อติดตามประเมินผลงานทางด้าน ทันตสาธารณสุข อาจปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพ การสุขภาพิบาล การควบคุมป้องกันโรค และ รักษาพยาบาล และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของวิชาชีพทันตกรรม

วิชาชีพ (Profession) คือ การประกอบอาชีพเต็มเวลา โดยผู้ประกอบวิชาชีพ (Professional) อุทิศเวลาให้แก่อาชีพนั่น ๆ ผู้ประกอบวิชาชีพอยู่ในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเดียวกัน และมักมีการจัดตั้งสมาคมวิชาชีพอย่างเป็นทางการ ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องมีความรู้และทักษะในการประกอบอาชีพนั่น ๆ อันเป็นผลมาจากการที่ได้รับการฝึกอบรมหรือการศึกษาตรงตามสาขาที่ประกอบวิชาชีพ นอกจากนี้ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องยึดมั่นอยู่กับกฎเกณฑ์ของการประกอบวิชาชีพ ปฏิบัติงานและให้บริการด้วยจิตสำนึกในวิชาชีพตลอดจนมีความเป็นอิสระในการประกอบวิชาชีพ อันเนื่องมาจากผู้ประกอบวิชาชีพมีความเชี่ยวชาญในการประกอบวิชาชีพของตนในระดับสูง (Wilbert E. Moore, 1972 อ้างถึงใน วริยา ชินวรรณ, 2541) และเป็นวิชาชีพที่ต้องทำงานกับคนและสังคม โดยเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพช่องปาก (วราวัชร ขจรรัตนวิชัย, 2544) ซึ่งประชาชนให้ความเชื่อมั่นในความซื่อสัตย์ และการยึดมั่นในคุณธรรม (Manfred S. & Enrique T., 2002)

พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรมได้ให้คำจำกัดความของ “วิชาชีพทันตกรรม” ว่า หมายถึง วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด หรือการป้องกันโรค ฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวกับฟัน โรคอวัยวะในช่องปาก โรคขากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร รวมทั้งการกระทำทางศัลยกรรม และการกระทำใด ๆ ในการบำบัดบูรณะและฟื้นฟูสภาพของอวัยวะในช่องปาก กระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกรและการทำฟันในช่องปาก (ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ, 2546)

ลักษณะงานที่ปฏิบัติของทันตบุคลากร จากเอกสารของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนได้กำหนดไว้ดังนี้ “การให้บริการทางทันตกรรม โดยปฏิบัติหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น ตรวจ วินิจฉัย และให้การบำบัดรักษาโรคฟันและโรคในช่องปากที่มีปัญหายุ่งยาก วิเคราะห์ข้อมูลการตรวจ และวินิจฉัยโรคเพื่อดำเนินการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรม เช่น ถอนฟัน อุดฟัน ทำศัลยกรรมตกแต่งเหงือกและกระดูกขากรรไกร และทำศัลยกรรมในช่องปากเป็นต้น ศึกษาค้นคว้า วิจัยเพื่อหาวิธีปรับปรุงการบำบัดรักษาโรคฟันให้มีประสิทธิภาพและได้ผลที่ดีที่สุด ให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยทางทันตกรรมและประชาชนทั่วไปในการป้องกันและรักษาสุขภาพช่องปาก และฟัน ฝึกอบรมให้คำปรึกษาและแนะนำ ควบคุมการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ ทันตภิบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง” (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2518)

บทบาทหน้าที่ และลักษณะงานของทันตบุคลากร

บทบาทหน้าที่ฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน มีหน้าที่ให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพทันตกรรมป้องกันแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ทันตกรรมบำบัด และทันตกรรมฟื้นฟูแก่ประชาชน ให้การสนับสนุนด้านวิชาการและนิเทศงานด้านทันตสาธารณสุข แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงอาสาสมัคร ดำเนินการจัดบริการ ทันตกรรมบำบัดในท้องที่ที่ขาดบริการภายในอำเภอ (กระทรวงสาธารณสุข, 2534)

มาตรฐานงานทันตกรรมตามเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ (พบส.) ปี 2539 ส่วนงานพัฒนาบริการทันตกรรมประกอบด้วยมาตรฐาน 7 ด้าน (สุณี ผลดีเยี่ยม, 2545) ได้แก่

1. มาตรฐานงานบริหาร ประกอบด้วย งานแผนงาน การควบคุมกำกับงาน การประเมินผล การบริหารงานบุคคล การจัดการทรัพยากร
2. มาตรฐานงานคลินิกบริการ ประกอบด้วยบริการทันตกรรม และทันตกรรมฉุกเฉิน
3. มาตรฐานงานทันตกรรมชุมชน ประกอบด้วยบริการทันตกรรม และทันตสุขภาพศึกษา
4. มาตรฐานงานวิชาการ ประกอบด้วย งานฝึกอบรม-งานสอน งานจัดประชุมวิชาการ งานวิจัยงานศึกษาดูงาน การเข้าร่วมประชุมวิชาการ การเข้ารับการอบรม งานให้คำปรึกษาด้านวิชาการ
5. มาตรฐานงานควบคุมการติดเชื้อประกอบด้วย การป้องกันตัวของทันตบุคลากร การป้องกันการปนเปื้อนขณะให้บริการทันตกรรม การทำความสะอาดเครื่องมือหลังใช้งาน
6. มาตรฐานครุภัณฑ์
7. มาตรฐานพื้นที่จำเป็นสำหรับงานบริการทันตกรรม

สุณี ผลดีเยี่ยม (2545) ได้เสนอว่าตามเกณฑ์ พบส. ซึ่งจัดระดับสถานบริการเป็นสถานีอนามัยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สถานบริการเหล่านี้มีบทบาทหน้าที่ตามระบบบริการสาธารณสุขเดิม เมื่อระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สถานบริการจะมีการปรับบทบาทหน้าที่ไปจึงควรมีการพัฒนาใหม่เพื่อให้เหมาะสม เมื่อนำเกณฑ์พบส.ทันตกรรมมาเทียบกับความหมายของมาตรฐานสถานบริการแล้วพบส่วนขาดดังนี้

1. มาตรฐานปัจจัยนำเข้าพื้นฐาน มีเรื่อง โครงสร้างกายภาพคือมาตรฐานพื้นที่จำเป็นเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ คือมาตรฐานครุภัณฑ์ ส่วนที่ขาด คือ มาตรฐานบุคลากร

2. มาตรฐานกระบวนการ มีเรื่องการบริหารจัดการคือมาตรฐานงานบริหาร เรื่องการให้บริการคือมาตรฐานงานคลินิกบริการ มาตรฐานงานทันตกรรมชุมชน ส่วนที่ขาดคือแนวทางเวชปฏิบัติที่จำเป็น ซึ่งควรจะนำ CPG. (Clinical Practice Guideline) ที่จัดทำโดยทันตแพทยสมาคมมาประยุกต์ใช้

3. มาตรฐานผลลัพธ์ที่คาดหวังไม่มีเลย ต้องพัฒนาให้มีบทบาทเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ด้านบริการสุขภาพช่องปากดังนี้ (สุณี วงศ์คงคาเทพ และบุญเชื้อ ยงวานิชกร, 2546)

4. รับผิดชอบในการจัดบริการทันตกรรมแก่ประชาชนในความดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่

4.1 รับการส่งต่อจาก PCU โดยระบบส่งต่อต้องมีข้อมูลเพียงพอที่จะประเมินว่า กรณีที่ PCU ส่งต่อมารับบริการนั้นเหมาะสมหรือไม่ หากไม่เหมาะสมเพราะอะไร จะพัฒนาให้ดีขึ้นได้อย่างไร และจำเป็นต้องส่งกลับไปให้ PCU ดูแลต่ออย่างไรหรือไม่ มีการประเมินระบบนี้ทุกปีเพื่อพัฒนาให้เหมาะสมและสนองต่อความต้องการของประชาชน

4.2 ส่งต่อไปสถานบริการที่สูงขึ้น ในกรณีที่เกินขีดความสามารถตามมาตรฐานสถานบริการ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความสะดวก ความจำเป็น ความพึงพอใจของประชาชน และความเหมาะสมในทางเทคนิค

5. การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปาก

5.1 รับผิดชอบในการบริหารจัดการบริการสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชน ในความรับผิดชอบของ CUP ได้แก่ มีกระบวนการค้นหาและรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบสถานการณ์สุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ความต้องการของชุมชน วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไข วางแผนและดำเนินงานเพื่อสร้างเสริม แก้ไขปัญหา ประเมินผลการดำเนินงานและผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากของประชาชน จัดทำระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารจัดการและพัฒนาบริการสุขภาพช่องปาก

5.2 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรใน PCU ให้สามารถดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการฝึกอบรมก่อนและระหว่างประจำการ นิเทศ ติดตามผลการปฏิบัติงาน ให้การสนับสนุนทางวิชาการศึกษาดูงานและอื่น ๆ

บทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ใน 3 ฐานะของทีมทันตสุขภาพ ดังนี้ (ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจและคณะ, 2546) จากการประชุมสัมมนาขององค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่ง

ประเทศไทย เรื่องทันตแพทย์ไทยในทศวรรษหน้า พ.ศ. 2533 ได้เสนอระบบการจัดบริการทางทันตกรรมในทศวรรษหน้าให้การทำงานของทันตบุคลากรควรมีลักษณะเป็นทีมทันตสุขภาพ ดังนี้

1. ทันตแพทย์หัวหน้าทีม มีบทบาทของหัวหน้าทีมทำหน้าที่ด้านการบริหารจัดการ บริหารระบบบริการทันตกรรม และการดำเนินงานทันตสาธารณสุข
2. ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำหน้าที่ให้บริการทันตกรรมที่ย่างยากซับซ้อน เฉพาะทางให้การอบรมแก่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตบุคลากร รวมทั้งดำเนินการวิจัย
3. ทันตแพทย์ทั่วไปมีหน้าที่ในการรักษาทั่วไปที่ซับซ้อนปานกลางและการรักษาที่ต้องการการตัดสินใจ พร้อมทั้งเป็นครูในการฝึกอบรมและนิเทศงานทันตสาธารณสุขแก่ทันตบุคลากรผู้ช่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรในอนาคต (ประทีป พันธุมวนิช และคณะ, 2541) ว่าควรเป็นผู้นำในการดูแลสุขภาพช่องปากของชุมชน, ให้การรักษาโรคและความผิดปกติของช่องปาก ชนิดซับซ้อนยุ่งยากและร้ายแรง, ดูแลรักษาโรคและความผิดปกติของช่องปากด้วยหลักองค์รวมของสุขภาพทั่วร่างกาย, ส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคควบคู่ไปกับการรักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปากเป็นประจำ, ร่วมมือกับแพทย์ในการดูแลสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกรและใบหน้า ทั้งนี้ในฐานะผู้นำทีมจะต้องกำกับดูแลงานรักษา ส่งเสริม และป้องกันให้ได้มาตรฐาน

สรุปบทบาทหน้าที่และลักษณะงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาล ชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน ในปัจจุบันซึ่งมีการปฏิรูประบบสุขภาพในการศึกษาค้นคว้าอ้างอิงตามมาตรฐานทันตกรรมของพบส.ทันตกรรมอยู่ 4 ด้านได้แก่ ด้านบริหาร ด้านทันตกรรมชุมชน ด้านวิชาการ และด้านคลินิกบริการแบบผสมผสานที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพ โดยเพิ่มบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพในการบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย “สร้างนำซ่อม” ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากขึ้น และบทบาทหน้าที่ในอนาคตทันตแพทย์ต้องเป็นสมาชิกหนึ่งของทีมงานสุขภาพ และเป็นผู้นำของทีมงานสุขภาพช่องปากที่ทำงานกับทันตบุคลากรอย่างผสมผสาน เพื่อช่วยส่งเสริมให้งานบริการสุขภาพช่องปากสามารถครอบคลุมประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเสมอภาค ซึ่งการปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าวควรยึดหยุ่นตามสภาพพื้นที่และหลากหลายวิธีตามความเหมาะสมแต่ต้องมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

คุณสมบัติ/ความสามารถของทันตแพทย์/ทันตบุคลากรเพื่อรองรับการทำงานใน
ศูนย์สุขภาพชุมชน (แพร จิตตินันท์ และกองบรรณาธิการข่าวสารทันตกรรม, 2545)

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

- 1) มีแนวคิดและกระบวนการทศการส่งเสริมสุขภาพ
- 2) มีความสามารถและทักษะในการเคลื่อนไหวสังคมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ อาทิเช่น ทักษะการเข้าถึงชุมชนเชิงบวก (Positive Approach) การทำความเข้าใจในวิถีคิดของประชาชนและเข้าใจวิถีชีวิตของชุมชนทักษะการเสริมสร้างพลังประชาชน และเทคนิคการทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ
- 3) มีความรู้ความเข้าใจในยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากร่วมกับสุขภาพทั่วไป
- 4) มีความสามารถในการจูงใจให้ประชาชนมีการส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพ
- 5) มีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้
- 6) มีทักษะในการสื่อสารมวลชน
- 7) มีความสามารถเป็นผู้นำในทีมงานทันตสาธารณสุข สามารถบริหารจัดการองค์กร และทีมงานให้สามารถดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งไว้ได้

ด้านการป้องกันและควบคุมโรค

- 1) นิเทศ แนะนำกลวิธีการส่งเสริมและป้องกันโรคที่เหมาะสมแก่ทีมตามระดับPCU ได้
- 2) มีความสามารถในการดำเนินการและประเมินผลโครงการทันตกรรมป้องกันที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในระดับบุคคลและระดับชุมชน
- 3) สามารถประยุกต์แนวคิดด้านสังคม จิตวิทยา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคได้
- 4) สามารถบูรณาการแนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคในช่องปากกับการป้องกันและควบคุมโรคทางร่างกาย
- 5) มีความสามารถและทักษะในการสื่อสารและให้การปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพช่องปาก

ด้านการบริการ

- 1) มีความสามารถให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและให้บริการที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- 2) เข้าใจหลักการพื้นฐานและแนวทางสำคัญในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3) เข้าใจแนวคิดและกระบวนการกระจายอำนาจ เข้าใจบทบาทผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 4) มีเจตคติในการบริการระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน
- 5) มีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
- 6) ให้บริการรักษาทันตกรรมขั้นต่ำในระดับPCU และ CUP ได้และส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม

ด้านการบริหารจัดการ

- 1) เข้าใจระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2) มีความสามารถในการจัดการเรื่องอุปกรณ์ เครื่องมือในการให้บริการได้ตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกลางกำหนด รวมทั้งดูแลให้อยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างเหมาะสม
- 3) สามารถจัดพื้นที่ของสถานที่ให้บริการพอเพียงสำหรับการให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ ตามมาตรฐานบริการสุขภาพ
- 4) เข้าใจและสามารถรับส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรับบริการต่อเนื่องที่หน่วยบริการปฐมภูมิเมื่อเห็นว่าเหมาะสม พร้อมข้อมูลแผนการดูแล
- 5) จัดระบบและกำกับภายในหน่วยงานให้เป็นไปตามมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ
- 6) จัดระบบกำกับมาตรฐาน คุณภาพของหน่วยบริการในเครือข่าย
- 7) มีความสามารถในการประเมินผล ทั้งการบริการในระดับบุคคลและชุมชน
- 8) สามารถจัดระบบการเก็บข้อมูลผู้ให้บริการอย่างเป็นระบบ ครบถ้วน และต่อเนื่อง ทันสมัยสามารถกำกับให้มีการจัดทำทะเบียนข้อมูลผู้รับบริการ มีการบันทึกข้อมูล

จำเป็นของผู้รับบริการตามลำดับเวลาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง มีระบบการปรับข้อมูลให้ทันสมัยตลอดเวลา

- 9) มีความสามารถและทักษะในการบริหารและทำงานร่วมกับผู้อื่นและชุมชนในลักษณะทีม

คุณลักษณะทันตบุคลากรไทยในอนาคต (สุปรีดา อุดุลยานนท์ และคณะ, 2546) มี 6 ด้าน ดังนี้

1. มีความรู้และทักษะทางทันตกรรม ประกอบด้วย การมีความรู้พื้นฐานทางทันตกรรม ศาสตร์ที่ดีมีทักษะด้านเทคนิคในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

2. ความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและเคลื่อนไหวดังคม ให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้กระบวนการทรรศน์ใหม่อันได้แก่ ความรู้และทักษะในการสื่อสาร การชี้นำสังคม

3. ทักษะชีวิต ทักษะในการทำงานร่วมกับคนอื่นและการมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ควรมีความรู้พื้นฐานที่กว้าง เช่น คอมพิวเตอร์ ภาษาอังกฤษ กฎหมายที่จำเป็น เศรษฐศาสตร์ การบริหารจัดการและความรอบตัวทั่วไปที่จะทำให้เป็นผู้รอบรู้วิสัยทัศน์เข้าใจความเปลี่ยนแปลงของโลก มีความเป็นผู้นำและผู้ตาม มีความฉลาดทางอารมณ์และมนุษยสัมพันธ์ในการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข นอกจากนั้นยังควรมีความสามารถในการแก้ปัญหาและการแก้ไขข้อขัดข้องหรือขัดแย้งต่างๆทั้งในชีวิตและการทำงาน สิ่งที่คุณควรมองดูให้น่าหนักเป็นพิเศษคือความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นสิ่งซึ่งควรจะเริ่มตั้งแต่การตระหนักถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย มีความเข้าใจและทักษะของการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

4. ทักษะด้านความคิด ประกอบด้วย การมีความคิดสร้างสรรค์ การคิดแบบวิเคราะห์ วิจัย การมีความคิดรวบยอด ความคิดเชิงกลยุทธ์ ความคิดเชิงอนาคต ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญว่าจะนำไปสู่การพัฒนางานและภาวะผู้นำของบุคลากรด้วย

5. ความรู้ความสามารถในการวิจัยและเรียนรู้ตลอดชีวิต เป็นคุณลักษณะที่ชี้โดยผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน แม้จะไม่ค่อยมีการขยายความถึงแนวคิดและความสำคัญอาจเนื่องจากเป็นที่ประจักษ์ดีแล้ว ทักษะที่ได้รับจึงไปเน้นอยู่ที่กระบวนการจัดการศึกษามากกว่า

6. การมีเจตคติด้านจริยธรรม ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เป็นคุณลักษณะที่ถูกเน้นย้ำมากเป็นพิเศษ ทั้งในเหตุที่ว่า เป็นคุณลักษณะที่สำคัญของทันตบุคลากรและทั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิ

เห็นว่าปัจจุบันมีความอ่อนด้อยในด้านนี้ของทันตบุคลากรอยู่มาก จริยธรรมมีทั้งในส่วนของวิชาชีพ และในฐานะของการเป็นสมาชิกในสังคมมนุษย์ เช่น เป็นผู้มีจิตสำนึกของการรับผิดชอบต่อสังคม และการเคารพสิทธิของผู้ป่วย การเคารพสิทธิของความเป็นคนที่เท่าเทียมกัน

คุณลักษณะและแนวทางในการสร้างผู้นำทันตแพทย์ไทยที่พึงประสงค์ใน ทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2545-2555) (ดนุภาส สกลางสิงห์, 2547) ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 ท่านโดยใช้เทคนิคเดลฟาย 3 รอบผลการวิจัยได้คุณลักษณะที่พึงประสงค์ซึ่งกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและเรียงจากมากไปน้อยดังนี้คือ ทักษะการทำงานเป็นทีม ด้านความสามารถในการบริหาร ด้านคุณธรรมและจริยธรรม ด้านวิสัยทัศน์ด้านทักษะทางสังคม ด้านสติปัญญาความรู้ความสามารถ แบบของผู้นำ ด้านการสร้างแรงจูงใจ

ลักษณะที่ควรเพิ่มเติมของผู้ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต (ชินษฐา นันทบุตรและคณะ, 2544) คือ ผู้ให้บริการควรที่จะต้องมีความไว (Active) กล้ายืนหยัด ซื่อสัตย์ และต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ผู้ให้บริการไม่จำเป็นต้องเป็นคนในพื้นที่แต่สามารถที่จะเข้ากับ พื้นที่นั้นได้ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ต้องมีการปรับตัวเองเพื่อที่จะพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพ และสามารถที่จะ ให้บริการอย่างถูกต้อง เนื่องจากในอนาคตระบบบริการด้านสุขภาพเน้นถึงความรับผิดชอบต่อ ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ดังนั้นผู้ให้บริการในอนาคตควรมีความสามารถในการประมวลปัญหา การเจรจาต่อรอง การวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และการประสานงานหน่วยงานอื่นได้ด้วย

ผศ.ดร.ชนวนทอง ธนกาญจน์ (2553) ได้กล่าวถึง บทบาทใหม่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนี้ การทำงานชุมชนใน PCU. ที่ผ่านมามีการกำหนดจากตัวเราหรือจากการอบรมเจ้าหน้าที่ทำ บทบาท “วิทยากรกระบวนการ” ซึ่งบางครั้งเจ้าหน้าที่จึงดีและกำหนดบทบาทตนเองเป็น “วิทยากร” ผู้รู้มากกว่า “วิทยากรกระบวนการ” หรือศัพท์ภาษาอังกฤษคือ “Facilitator” คือผู้กระตุ้นการเรียนรู้ โดยดึงศักยภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในที่นี้คือ ตัวแทนชุมชน หรือภาคีต่าง ๆ ให้นำศักยภาพ ความรู้ ข้อมูล ประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ดังนั้นการเป็น “วิทยากรกระบวนการ” หรือ “Facilitator” อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ บทบาทที่สำคัญที่ต้องเป็นผู้ขับเคลื่อนชุมชน คือ

1. ผู้เรียนรู้ (Learner) เปิดรับข้อมูลที่มาจากชุมชน
2. ผู้เชื่อมโยง (Connector) เชื่อมต่อข้อมูลประสบการณ์กับภูมิสังคม

3. ผู้สนับสนุน (Facilitator) นำภาพความคิดของทีมงาน ร่วมกับเครื่องมือ 7 ชิ้น มาใช้ในการทำงาน
4. ผู้สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงแบบมีส่วนร่วม (Change agent) ใช้เทคนิคประจามติ (Consensus)
5. ผู้เสริมพลัง (Empower) สร้างโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วม โดยมีระดับของการมีส่วนร่วม ดังนี้
 - การให้ข้อมูลข่าวสาร
 - การรับฟังความคิดเห็น
 - การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วมเสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ
 - ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็นหุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ
 - การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุด โดยให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ
6. ผู้ปฏิบัติวิชาชีพสาธารณสุข (Public Health Professional) ใช้ความรู้ด้านสาธารณสุข ความคิดเห็นของชุมชนหรือภาคี สะท้อนกลับให้ชุมชนทราบ
7. ผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประเด็นนโยบายและสังคม (Advocator) นำข้อมูล/พลังที่มีในชุมชนมาวางแผนสื่อสาร ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในระดับนโยบาย

สรุป ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชนได้แก่ การปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาการขาดแคลนและการกระจายของทันตบุคลากร ปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์สุขภาพชุมชน สถานการณ์ และแนวโน้มปัญหาทันตสุขภาพ และปัญหาการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียน ทำให้ควรมีการพัฒนาบทบาทของเจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของบริบทที่แวดล้อมในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นนี้ ผู้ศึกษาไม่พบการศึกษาถึง
บทบาทของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจึงมีความสนใจที่จะศึกษาบทบาทของเจ้าพนักงานทันต
สาธารณสุขในการปฏิบัติงานทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิในอำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์

