

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาของปัญหา

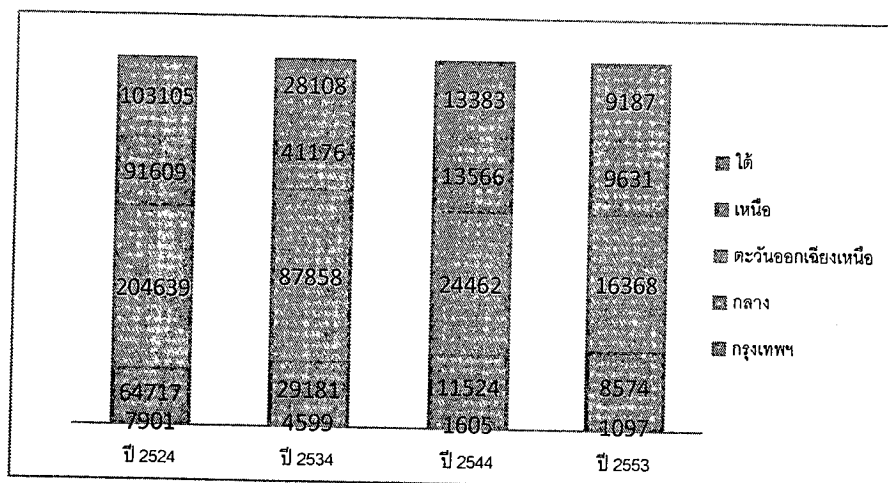
ระบบดูแลสุขภาพช่องปากในขณะนี้ เป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจัดเป็นการแพทย์กระแสหลัก ซึ่งนิยามความหมายสุขภาพและมองความเจ็บป่วยแบบแยกส่วน มองความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับร่างกายเฉพาะจุดเฉพาะที่ เน้นทฤษฎีการเกิดเชื้อโรค แม้ว่าจะมีการพัฒนาทั้งด้านวิชาการ เทคโนโลยีและเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง แต่ทว่า เป็นการแพทย์ที่ไม่สอดคล้องกับสภาพบริบททางวัฒนธรรมไทย เนื่องจากระบบสุขภาพช่องปากกระแสหลักที่ถูกต้องตามกฎหมายที่มีระบบเดียว ไม่สามารถควบคุมสภาวะโรคในช่องปากและฟันของประชาชนไทยได้ จึงได้สร้างประเด็นปัญหาต่อระบบทันตสาธารณสุขในหลายประเด็น ทั้งการภาวะพึ่งพาทางการแพทย์ ความไม่เสมอภาคและเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ ปัญหาความครอบคลุมของการบริการ

ในประเด็นแรกคือ การเกิดภาวะพึ่งพิงบุคลากรทางการแพทย์ให้กับประชาชน แทนที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง แม้ว่าการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนไทยเกือบร้อยละ 100 มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้โดยมีภาระและความเสี่ยง จากค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่น้อยลง แต่จากข้อมูลสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2551 คิดเป็นมูลค่า 363,771 ล้านบาท เพิ่มขึ้นถึง 226,116 ล้านบาทจากปี พ.ศ. 2537 ประเทศไทยมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า ภายใน 14 ปี โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการรักษามากกว่าสิ่งอื่นใด (ศูนย์ข้อมูล สสส., 2553) ทางด้านทันตสุขภาพจากการสำรวจค่าใช้จ่ายตรงหรือค่ารักษาสำหรับการเข้ารับบริการทันตกรรมของคนไทย พ.ศ. 2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้รับบริการทันตกรรมมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการถอนฟัน 239 บาท (โรงพยาบาลชุมชน 21 บาท, คลินิกเอกชน 851 บาท และโรงพยาบาลเอกชน 982 บาท) การอุดฟัน 543 บาท และการใส่ฟันเทียม 3,840 บาท (วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ, 2552) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันตกรรมในปี พ.ศ. 2552 คือ 6.1 ล้านคน ความถี่ในการรับบริการเฉลี่ย 1.6 ครั้ง/ปี เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 ทั้งในแง่จำนวนผู้ใช้บริการและความถี่ มีจำนวนผู้ใช้บริการ 5.5 ล้านคน ความถี่ในการรับบริการ 1.5

ครั้ง/ปี แม้ว่าจะสะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น แต่ยังสะท้อนว่ายังมีการพึ่งพาการทางแพทย์เช่นเดียวกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, 2553)

ประเด็นต่อมา เกิดความไม่เสมอภาค มีความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์ในการรักษาทางทันตกรรม พบว่า การอุดหนุนงบประมาณภาครัฐในด้านสุขภาพยังมีลักษณะที่ไม่เท่าเทียม คือ การอุดหนุนงบประมาณภาครัฐในด้านสุขภาพของไทย มีลักษณะโน้มเอียงไปยังคนจน สำหรับบริการผู้ป่วยนอก แต่โน้มเอียงไปยังคนมีฐานะดี สำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยช่วงพ.ศ. 2549 – 2552 การอุดหนุนต่อคนที่มีฐานะดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คงปฏิเสธไม่ได้ว่ามาจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของรายจ่ายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการฯ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในชั้นรายได้ที่สูง (ถาวร สกุลพาณิชย์, 2554) ตัวอย่างเช่น ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ขุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการรักษาโรคเหงือกและฟัน รวมถึงการใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิกและฟันเทียมติดแน่น โดยเข้ารับบริการได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง เบิกคืนได้เต็มจำนวน (ในการใส่ฟันเทียมเบิกได้บางส่วนแต่มากกว่า 60%) มีสิทธิจ่ายตรงไม่ต้องสำรองจ่าย ในขณะที่ ผู้รับบริการที่ใช้สิทธิประกันสังคม ขุดสิทธิประโยชน์คือ การขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน ฟันเทียมฐานอะคริลิก รากฟันเทียม (เป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้) การเบิกเงินคืนจำกัดไว้ไม่เกิน 300 บาท/ครั้งและไม่เกิน 600 บาท /ปีเท่านั้น และต้องสำรองเงินจ่ายค่ารักษาไปก่อน เป็นต้น (ทันตแพทยสภา, 2552; คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ม.ป.ป.)

ประเด็นปัญหาอีกประเด็นหนึ่ง คือ ความครอบคลุมของการบริการต่ำทั้งในภาครัฐและเอกชน เนื่องมาจากการปัญหาขาดแคลนร่วมกับการกระจายตัวที่ไม่สมดุลของบุคลากรทันต-สาธารณสุข จากข้อมูลทันตบุคลากรของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า ทันตแพทย์ในระบบบริการทันตสุขภาพประเทศไทยปีพ.ศ. 2553 มีจำนวนทันตแพทย์ 10,515 คน (ร้อยละ 46.43) โดยอยู่ในภาครัฐ 4,882 คน (กระทรวงสาธารณสุข 3,503 คน, กระทรวงมหาดไทย 71 คน, กระทรวงกลาโหม 220 คน, ทบวงมหาวิทยาลัย 927 คน, กรุงเทพมหานคร 144 คน และอื่นๆ 17 คน) ร้อยละ 53.57 เป็นทันตแพทย์ภาคเอกชน 5,588 คน ซึ่งกระจายตัวอยู่ในส่วนภูมิภาค 5,317 คน (ภาคเหนือ 1,224 คน, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1,318 คน, ภาคกลาง 1,857 คน และภาคใต้ 918 คน) ส่วนอีก 5,198 คน กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร เมื่อคิดเป็นสัดส่วนทันต-แพทย์ต่อประชากรในพื้นที่ในสัดส่วนทั่วประเทศ คือ 1:6,075 โดยในกรุงเทพมหานครมากที่สุด คือ 1:1,097 ส่วนที่น้อยที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1:16,368 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2554) ซึ่งสถานการณ์การกระจายตัวและสัดส่วนของทันตแพทย์คงที่เช่นนี้มาตลอด 30 ปี



ภาพ 1 สัดส่วนคนพิการหนึ่งคนต่อประชากรในพื้นที่ แยกตามพื้นที่แต่ละภาค

ที่มา: พัฒนามาจาก กราฟการกระจายตัว จาก สุณี วงศ์คงคาเทพ, อัตราการใช้บริการ  
 ทันตกรรมของประชาชนไทย พ.ศ.2546. วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่9 ฉบับที่ 1-2  
 มกราคม-ธันวาคม 2547 และข้อมูลทันตบุคลากรจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย  
 กระทรวงสาธารณสุข ปี 2553

นอกจากนี้ ประเด็นที่สำคัญอีกหนึ่งประเด็น คือการขาดความหลากหลายและต่อเนื่อง  
 เพียงพอของบริการที่จะสร้างทางเลือกในการรับบริการที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชน ไม่มีการ  
 ประเมินความเหมาะสมทางเทคโนโลยีทันตกรรมเพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพทำให้ไม่สามารถ  
 ควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบได้ สืบเนื่องมาจากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของความต้องการการศึกษาต่อ  
 เป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง ความเชี่ยวชาญที่เพิ่มขึ้นของทันตแพทย์เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือ  
 และเทคโนโลยีด้านการรักษาที่ซับซ้อนมีราคาแพง จึงเกิดการพึ่งพาเทคโนโลยีต่างประเทศมากขึ้น  
 ประกอบกับ มีแรงจูงใจจากปัจจัยทางเศรษฐกิจในการรักษา ทำให้ระบบการแพทย์และ  
 สาธารณสุขสมัยใหม่ได้เข้าไปแทนที่ระบบการแพทย์พื้นบ้านและการพึ่งพาตนเองของประชาชน  
 อย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและเศรษฐกิจ มีผลให้พฤติกรรมการรักษาตนเอง  
 ของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป เช่น มีการใช้ยาแผนปัจจุบันแทนการรักษาแบบดั้งเดิม ประชาชน  
 แสวงหาสุขภาพด้วยการบริโภคยาเหมือนบริโภคสินค้า เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อความหมาย  
 ของสุขภาพ ป่วยง่ายขึ้นและใช้ยาบ่อยขึ้น การแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญาที่มีอยู่เดิมจึง  
 กลายเป็นทางเลือกรองลงไปอันเนื่องมาจากอิทธิพลสื่อโฆษณาต่างๆได้ส่งผลต่อพฤติกรรมและ

ค่านิยมในการบริโภคของประชาชนมากกว่าการให้ศึกษาในระบบของบุคลากรการแพทย์ (แพรวจิตตินันท์ และคณะ, 2546; ลือชัย ศรีเงินยวง, 2554)

จากลักษณะของการรักษาทันตกรรมที่ต้องพึ่งพาบุคลากรทันตสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งทันตแพทย์ นอกจากมีปริมาณจำกัดแล้ว ยังมีปัญหาการกระจุกตัวในเขตเมือง ทำให้ประเทศไทยยังคงมีปัญหาต้องใช้ประเด็นการป้องกันก่อนการเกิดโรค โดยที่ประชาชนหรือสังคมสามารถร่วมดูแลจัดการปัญหาด้วยกันได้ทั้งนี้จำเป็นต้องใช้มาตรการทางสังคมและนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีร่วมด้วย เพราะเมื่อแบบแผนความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง เกิดความไม่ทั่วถึงของระบบสุขภาพ การจัดการระบบสาธารณสุขภายใต้ระบบการแพทย์กระแสหลักมีข้อจำกัดเข้าถึงได้ยาก ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนน้อยลง จนกระทั่งการแพทย์ระบบใดระบบหนึ่งในกระแสหลักไม่สามารถให้ความพอใจแก่ประชาชนได้ ส่งผลให้ประชาชนมีความตื่นตัวทางด้านสุขภาพเกิดกระแสสุขภาพนิยม เป็นการเกิดจิตสำนึกใหม่ด้านสุขภาพและความแข็งแรง (new health and fitness consciousness) เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงและเด่นชัดขึ้น อันเนื่องมาจาก เกิดความตระหนักของสังคมว่าที่ผ่านมาอำนาจการตัดสินใจด้านสุขภาพ ขึ้นอยู่กับวิชาชีพแพทย์และผู้เชี่ยวชาญมากเกินไป ประกอบกับประชาชนตระหนักถึงสิทธิหน้าที่ของตนมากขึ้น เกิดปรากฏการณ์การแพทย์ทางเลือก สะท้อนถึงความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ (พหุลักษณะการแพทย์) ที่บ่งชี้ว่าการแพทย์ในระบบใดระบบหนึ่งในกระแสหลักยังไม่สามารถตอบสนองปัญหา ตอบสนองความต้องการของประชาชน จากงานวิจัย (สุภาภรณ์ ปิติพร, 2547) แสดงถึงความขัดแย้งของกับสังคมและระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ต้องการหลีกเลี่ยงนี้สารเคมีมาใช้สารจากธรรมชาติและสมุนไพร ไม่ต้องการพึ่งพิงแพทย์ หันกลับมาในสิ่งที่ควบคุมได้ นั่นคือตนเอง กลับมาดูแลรักษาตนเองให้แข็งแรง กลับไปสู่ธรรมชาติและท้องถิ่น ด้วยเหตุนี้ การแพทย์ทางเลือกจึงเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ทั้งในภาคผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เวอร์ และพีระพงศ์ วงศ์อุปราษ, 2553)

ความต้องการบริโภคสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมที่หลากหลายโดยเฉพาะ กระแสนิยมตะวันออก ส่งผลให้ประเทศที่มีวัฒนธรรมมายาวนานอย่างประเทศไทยมีโอกาสในการพัฒนาสินค้าและบริการที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมและสร้างรายได้มากขึ้น ทั้งการเปลี่ยนแปลงรสนิยมของผู้บริโภคที่มีแนวโน้มให้ความสำคัญกับสุขภาพและธรรมชาติที่ขยายตัวไปทั่วโลกและเกิดกระแสความนิยมบริโภคสินค้าเชิงอนุรักษ์และสินค้าสุขภาพ เช่น ออร์กัสสป้าพืชสมุนไพร แพทย์ทางเลือก อาหารและบริการดูแลสุขภาพ เมื่อนับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 ที่ประเทศไทยเริ่มต้นกับการ

ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มาถึงปัจจุบันนั้นมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วและมีชื่อเสียงโดดเด่นใน ด้านของคุณภาพของบริการไปทั่วโลก ซึ่งด้านทันตกรรมเป็นการบริการทางสุขภาพด้านหนึ่งที่ ชาวต่างชาติมักเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก เพราะค่ารักษาที่ย่อมเยา แต่คุณภาพสูงและ บริการที่ดี ประกอบกับนโยบายของรัฐบาลที่ผลักดันให้ประเทศไทยรูปแบบของการท่องเที่ยวเพื่อ สุขภาพหรือการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จึงมีนโยบายการพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพ ของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) กำหนดวิสัยทัศน์ของการพัฒนาธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและ สมุนไพรไทย: สมุนไพรไทยสู่สากล (Thai Herbs for Global Health) เป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยว เชิงสุขภาพในเอเชีย (Health Tourism Hub of Asia) และเมืองหลวงแห่งสุขภาพของเอเชีย (The Wellness Capital of Asia) (Asia Case Research Centre (ACRC), The University of Hong Kong, 2007; สำนักวิชาการ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2553)

ส่วนด้านทันตกรรม จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมสมองผู้เชี่ยวชาญได้ กำหนดกรอบคิดในการวางเป้าหมายยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพช่องปากในอนาคต ดังนี้ “ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการระบบสุขภาพช่องปากได้อย่างเท่าเทียมกันและมีความสามารถในการพึ่งพิง ตนเองของประชาชนด้านสุขภาพช่องปาก ในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า”

จะเห็นว่า ความหมายของสุขภาพช่องปากที่กำหนดในเป้าหมาย (oral health) ตาม กรอบความหมายของสุขภาพ จะต้องครอบคลุมถึง ภาวะของการปราศจากโรคในช่องปากหรือ สภาวะที่มีผลบั่นทอนหรือจำกัด การทำหน้าที่ตามปกติของอวัยวะในช่องปากของปัจเจกบุคคล การทำหน้าที่ทางสังคม ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และการสร้างสมดุลย์ให้เกิดขึ้นระหว่างการใช้ภูมิ ปัญญาไทยประสานเข้ากับภูมิปัญญาสากล (แพรว จิตตินันท์ และคณะ, 2546) แต่สำหรับทาง งานทันตกรรมในประเทศไทยนั้น ถึงแม้ว่าจะมีงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้ ในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากอยู่จำนวนไม่น้อยและศึกษาวิจัยมาร่วมทศวรรษ ตัวอย่างเช่น ผลของน้ำยาบ้วนปากสมุนไพรต่อสภาวะการมีกลิ่นปาก ดัชนีคราบจุลินทรีย์และดัชนีการมี เลือดออกของร่องเหงือก (กมลรัตน์ หิรัญรัตน์, 2547),ฤทธิ์ต้านจุลชีพในสารสกัดสมุนไพรต่อ *E.faecalis* (มาลี จงธนกร, ใจนุช กาญจนภู และสุภารัตน์ คำแดง, 2551), ประสิทธิภาพของยาทา บ้วนกเฉพาะที่ในการรักษาไลเคนเพลนัสในช่องปาก (กัทลี กิตติประสาร, วรานันท์ บัวจิบ, ปลื้มจิตต์ ไรจนพันธ์ และคณะ, 2551) เป็นต้น งานวิจัยต่างๆ ป่งชี้ถึงคุณสมบัติและประโยชน์ของ สมุนไพรพื้นบ้านไทยที่เท่าเทียมกับยาแผนปัจจุบันและผลข้างเคียงที่น้อยกว่า ส่วนในบัญชียา หลักแห่งชาติ มีการกำหนดให้มียาแผนไทยหรือยาแผนโบราณ 50 รายการและยาพัฒนาจาก สมุนไพร 21 รายการ รวม 71 รายการ มีการเพิ่มรายการยาสมุนไพรเพื่อการรักษากลุ่มอาการ

ทางเดินโลหิต, ทางเดินปัสสาวะ, ยาแก้ร้อนใน, ยาถอนพิษเบื่อเมาและยาลดความอยากบุหรี่ แต่มียาสมุนไพรเพียงตัวเดียวที่ใช้รักษาอาการในช่องปาก คือ พญาายอ (ในรูปแบบยากลิเซอรีน) มีสรรพคุณบรรเทาอาการของเริมในปาก (Herpi simplex), รักษาแผลในปาก (aphthous ulcer) และแผลจากการฉายรังสีและเคมีบำบัด (บัญญัติหลักแห่งชาติ, 2554) อย่างไรก็ตาม ยาพญาายอยังอยู่ในกลุ่มของระบบโรคผิวหนังไม่ได้ถูกแยกออกมาเพื่อใช้ในกลุ่มอาการเฉพาะโรคในช่องปาก ทำให้เห็นได้ว่าการใช้องค์ความรู้ดังกล่าวเข้ามาผสมผสานกับการรักษาแผนปัจจุบันไม่มากนัก และยังไม่มีการนำมาใช้เป็นรูปธรรมเพื่อใช้ในทางทันตกรรมป้องกันหรือการรักษาโรคในช่องปากโดยตัวประชาชน ทันตบุคลากรหรือด้วยนโยบายทันตสาธารณสุขเองก็ตาม

จากปัญหาข้อจำกัดของระบบดูแลสุขภาพช่องปากในขณะนี้ การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสมุนไพรพื้นบ้านไทยในทางทันตกรรม จึงเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญในการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีนโยบายทันตสาธารณสุขในการผสมผสานการใช้สมุนไพรพื้นบ้านไทย ให้เข้าไปอยู่ในระบบดูแลสุขภาพช่องปากระดับประเทศ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนอีกทางเลือกหนึ่ง จึงเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการใช้สมุนไพรในทางทันตกรรมต่อไป

### จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านไทยในการดูแลสุขภาพช่องปากของทันตบุคลากร โดยเน้นการศึกษารูปแบบและพฤติกรรม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้สมุนไพรพื้นบ้านไทยของทันตบุคลากรในการดูแลสุขภาพช่องปาก
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ด้านรูปแบบและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในสถานพยาบาลของทันตบุคลากร

### ขอบเขตของการวิจัย

ในการทำการศึกษาวิจัยการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยสมุนไพรพื้นบ้านไทย: กรณีศึกษาทันตบุคลากรประเทศไทย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากร ได้แก่ ทันตบุคลากร (ทันตแพทย์) 10,515 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทันตบุคลากร (ทันตแพทย์) จำนวน 385 คน (ใช้ตารางสำเร็จรูปของ Yamane, 1967 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %)

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ครอบคลุมประเทศไทย ในสถานบริการที่มีทันตแพทย์ปฏิบัติงาน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

มุ่งทำการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเน้นรูปแบบ พฤติกรรมการสั่งใช้สมุนไพรพื้นบ้านไทยของทันตบุคลากรในประเทศไทย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

สมุนไพรพื้นบ้านไทย หมายถึง สมุนไพรไทยซึ่งมีคุณสมบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในรูปแบบสำเร็จรูป ทั้งแผนโบราณและแผนปัจจุบัน

รูปแบบและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านไทย หมายถึง การรู้จักสมุนไพร การใช้ที่ผ่านมา เหตุผลของการใช้หรือไม่ใช้ ความถี่ในการสั่งใช้ ชนิดของสมุนไพรที่ใช้ ความรู้และวิธีการในการสั่งใช้สมุนไพรของทันตบุคลากร

สุขภาพช่องปาก หมายถึง สภาวะอันปราศจากโรคหรือความผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก (ฟัน เหงือก อวัยวะปริทันต์ ลิ้น เพดานปาก กระพุ้งแก้ม ขากรรไกร)

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ทั้งการส่งเสริม ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพในช่องปากเพื่อให้เกิดสภาวะ

ทันตบุคลากร หมายถึง ทันตแพทย์ในระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนที่ยังปฏิบัติงานด้านงานทันตกรรมและระยะเวลาในการทำงานรวมตั้งแต่สองปีขึ้นไป

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงสถานการณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านไทยในการดูแลสุขภาพช่องปากของทันตบุคลากร เกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรมการใช้และปัจจัยกำหนดการใช้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในทางทันตกรรม
2. ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสั่งใช้สมุนไพรพื้นบ้านไทยของทันตบุคลากรในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อนำไปสู่การทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
3. ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านรูปแบบพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในสถานพยาบาลของทันตบุคลากร เพื่อนำมาพัฒนาเพื่อใช้ร่วมกับระบบทันตสาธารณสุขในปัจจุบัน