

การใช้บริการสุขภาพช่องปากในเด็กไทย อายุ 0-14 ปี : การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัย และสวัสดิการ พ.ศ.2562

เพ็ญแข ลากยิ่ง*

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

วันรับ 26 ตุลาคม 2564, วันแก้ไข 17 ธันวาคม 2564, วันตอบรับ 21 ธันวาคม 2564

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้ต้องการอธิบายการใช้บริการสุขภาพช่องปากของเด็กไทยอายุ 0-14 ปีด้วยความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสังคมประชากรจากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 จำนวน 27,960 ครอบครัว และถ่วงน้ำหนักให้เป็นประชากรประเทศตามโครงสร้างอายุ เพศ และเขตการปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 เด็กกลุ่มนี้ใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมา 12.20 คนต่อประชากร 100 คน บริการที่ใช้ครั้งสุดท้ายเป็นการทาฟลูออไรด์ในสัดส่วนมากที่สุด สถานพยาบาลที่เด็กอายุ 0-3 และ 4-14 ปีใช้บริการในสัดส่วนมากที่สุดคือ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีทันตบุคลากรให้บริการและโรงเรียน โดยร้อยละ 14.30 ไม่ได้ใช้สิทธิสวัสดิการที่มี และมีเด็กร้อยละ 0.35 ของเด็กทั้งหมดไม่ได้รับการรักษาที่มีความจำเป็นและต้องการบริการ จำนวนการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเด็ก การมีอาชีพด้านการเกษตรและประมง และจำนวนครั้งของการใช้บริการสุขภาพช่องปากของหัวหน้าครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับจำนวนการใช้บริการสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ + 0.86, - 0.33 และ + 0.24 ตามลำดับ ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคได้แก่ การมีสิทธิ UCS ของหัวหน้าครัวเรือน การอาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจำนวนการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหัวหน้าครัวเรือน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ - 0.66, +0.28 และ +0.13 ตามลำดับ จึงควรมีมาตรการปรับปรุงกระบวนการจัดบริการสุขภาพช่องปากในสถานพยาบาลเพื่อลดระยะเวลารอคอย ควบคู่ไปกับมาตรการเพิ่มความครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยบูรณาการการบริการที่บ้านตามบริบทของครอบครัว ซึ่งช่วยลดอุปสรรคของครอบครัวได้ด้วย

คำสำคัญ : บริการสุขภาพช่องปาก การใช้บริการ เด็กไทย การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

*ผู้เขียนหลัก, อีเมล: phenkhael@gmail.com

Oral health care utilization of Thai children 0-14 years old: analysis of the 2019 health and welfare survey data

Phengkhae Lapying*

Office of Advisory Committee, Department of Health.

Received 26 October 2021, Revised 17 December 2021, Accepted 21 December 2021.

Abstract

This analytical study aimed to explain oral health care utilization of Thai children 0-14 years old by its relationships among socio-demographic factors. The 2019 national health and welfare survey database of 27,960 households was used and weighted by age, sex and area structure to be national population. Describe the utilization and factors by descriptive statistic (mean, median, mode, standard deviation, percent, rate) and analyzed the relationships by multiple linear regression. The study performed during March to December 2019. The children utilized oral health care in the past year 12.20 persons per 100 population. Topical fluoride was the highest proportion care in last visit. Primary care unit having dental personnel provision and school were the highest proportion setting which children 0-3 and 4-14 years old utilized, respectively. Among the utilizer, 14.30 percent did not used their welfare or insurance benefit. In addition, 0.35 percent of the population had unmet oral treatment need. Children's promotive and preventive care visit, householder's work of agriculture and fishery, and householder's oral health care visit significantly related to children's oral health care visit with the coefficients of + 0.86, - 0.33, + 0.24 respectively. Factors significantly related to children's oral health promotive and preventive care visits were householder's USC benefit, living in Northeast, and householder's promotive and preventive care visit with the coefficients of - 0.66, +0.28, +0.13 respectively. Therefore, the measures improving the service process of health facilities to reduce long waiting time should be performed parallel with increasing promotive and preventive care coverage by integrated home-based care according to households' context which could reduce their barriers.

keywords: oral health care, utilization, Thai children, health and welfare survey

*Correspondence, e-mail: phenkhael@gmail.com

■ unna

วัยเด็กชอบบริโภคขนม ยังไม่สามารถดูแลรับผิดชอบตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ปกครองมักคิดว่าฟันแท้เป็นฟันน้ำนม จึงละเลยการดูแล ประกอบกับลักษณะตามธรรมชาติของฟันแท้ที่เพิ่งขึ้นสู่ช่องปากทำให้เด็กมีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ⁽¹⁻³⁾ ส่งผลต่อสุขภาพ พัฒนาการ และคุณภาพชีวิต และมีผลถึงวัยผู้ใหญ่⁽⁴⁻⁶⁾ หลายประเทศจึงจัดบริการขั้นพื้นฐานเพื่อการดูแลเด็กอย่างครอบคลุม⁽⁷⁻¹²⁾

แม้ว่าการมีประกันสุขภาพสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในประเทศพัฒนา⁽¹³⁻¹⁵⁾ แต่ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ประชากร และเศรษฐกิจของครอบครัวมีอิทธิพลร่วมด้วย^(11,16-18) โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เด็กในพื้นที่ห่างไกล เขตชนบท และครอบครัวมีเศรษฐกิจต่ำมีความจำเป็นด้านทันตกรรมมากกว่า แต่เข้าถึงบริการได้น้อยกว่า⁽¹⁹⁻²²⁾ การศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ปกครองเด็กกรุงเทพมหานครร้อยละ 95.62 ระบุว่าพาเด็กไปรับบริการเองเมื่อจำเป็นแต่มีผู้ปกครองเพียงร้อยละ 32.64 ที่พาเด็กไปรับบริการเคลือบหลุมร่องฟัน⁽²³⁾

เด็กไทยร้อยละ 98 อาจมีสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) หรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage System: UCS)⁽²⁴⁾ ซึ่งครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค รักษาโรคฟัน เหงือก และกระดูกขากรรไกร (ยกเว้นการรักษาคลองรากฟันถาวร) และใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้แต่ต้องเริ่มใช้บริการภายในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับต้น (Contracting Units

of Primary care: CUPS) ก่อน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพิ่มสิทธิประโยชน์การจัดฟันและฝึกพูดในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่⁽²⁵⁻²⁶⁾ ส่วนกลุ่มสิทธิ CSMBS ได้รับความคุ้มครองเฉพาะการรักษาพยาบาล แต่สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐได้ทั่วประเทศ⁽²⁷⁾ ต่อมาเพิ่มการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้และติดแน่น⁽²⁸⁾ และบริการส่งเสริมป้องกันและจัดฟันในกลุ่มเฉพาะกลุ่มพิเศษรวมผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่ พ.ศ. 2553⁽²⁹⁾ สปสช. บริหารงบประมาณการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (promotion and prevention: PP) สำหรับพลเมืองไทยทั้งประเทศและจัดสรรงบนี้ให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUPS) ในระบบ UCS แบบเหมาจ่ายรายหัวและขอให้กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคมประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีสิทธิทราบเข้ารับบริการ PP ได้ที่สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและในระบบหลักประกันสุขภาพในจังหวัดที่ทำงานอยู่หรือพักอาศัยเป็นประจำ⁽³⁰⁾

กลุ่มเด็กรับบริการสุขภาพช่องปาก (oral health: OH) มากกว่ากลุ่มวัยอื่น แต่เด็กสิทธิ UCS มีอัตราการรับบริการน้อยกว่ากลุ่มสิทธิ CSMBS⁽³¹⁾ แม้ว่ามีสิทธิประโยชน์ครอบคลุมชนิดบริการมากกว่าช่วงปีงบประมาณ 2554-2556 สปสช. จัดตั้งกองทุนทันตกรรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากแบบเบ็ดเสร็จและจัดสรรงบประมาณให้พื้นที่⁽³²⁾ แต่เด็กสิทธิ UCS ยังคงมีอัตราการรับบริการต่ำกว่ากลุ่มสิทธิ CSMBS ทั้งบริการโดยรวม ส่งเสริมและป้องกันโรค และการเก็บรักษาฟันถาวร⁽³³⁾ แต่ความแตกต่างนี้ลดลงใน พ.ศ. 2558⁽³⁴⁾

ใน พ.ศ. 2546 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปรับการสำรวจอนามัยและสวัสดิการร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อติดตามการเข้าถึง บริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพนักงานสำนักงานสถิติในแต่ละ จังหวัดสัมภาษณ์สมาชิกครัวเรือนในเดือน มีนาคม-เมษายนของปีที่สำรวจ และคำนวณ เป็นภาพรวมประเทศตามโครงสร้างอายุ เพศ และเขตการปกครอง⁽³⁵⁾ แบบสัมภาษณ์ในการ สำรวจที่เกี่ยวข้องกับบริการ OH มี 5 หมวด ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของสมาชิกครัวเรือน การมีสิทธิสวัสดิการสุขภาพ การใช้บริการ OH ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (ไปรับบริการ OH หรือไม่ ก็ครั้ง ครั้งสุดท้ายเป็นบริการประเภท ไต ที่ใด ใช้สวัสดิการที่มีหรือไม่ ประเภทใด ถ้าไม่ใช่ เพราะเหตุใด) การมีความจำเป็นทาง OH แต่ไม่ได้รับการรักษาและสาเหตุ และ ลักษณะครัวเรือน (จำนวนสมาชิกครัวเรือน และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน)⁽³⁶⁾

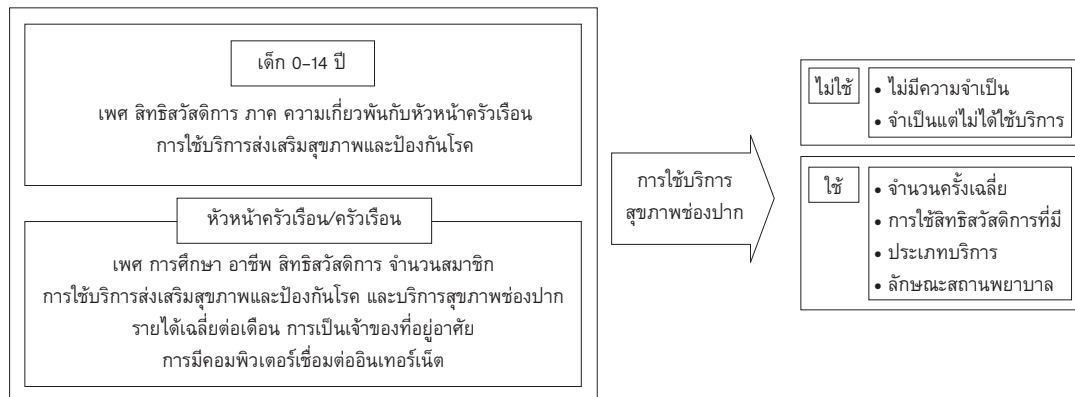
การศึกษานี้ นอกจากจะได้ข้อมูล พรรณนาการใช้บริการสุขภาพช่องปากของ เด็กเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวัดผลจาก

โครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน โรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการ บางกลุ่มวัยเป็นการจำเพาะ (dental fee schedule) ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 โดยจ่ายค่าตอบแทนให้สถานพยาบาลสำหรับ บริการตรวจช่องปากเด็กอายุ 4-12 ปี ทาหรือ เคลือบฟลูออไรด์เด็กอายุ 4-12 ปี และเคลือบ หลุมร่องฟันกรมการสาธารณสุขที่ 1 และ 2 ในเด็ก อายุ 6-12 ปี ให้สถานพยาบาลตามอัตรา ที่กำหนด (fee schedule)⁽³⁷⁾ ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการของเด็ก กลุ่มนี้กับปัจจัยด้านสังคมประชากรอาจทำให้ ทราบประเด็นในการทบทวนมาตรการนโยบาย เพิ่มการเข้าถึงบริการให้มีความเฉพาะเจาะจง มากขึ้นในกลุ่มเด็กปฐมวัยและประถมศึกษา

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาการใช้บริการสุขภาพช่องปากของเด็กไทยอายุ 0-14 ปี
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การใช้บริการของเด็กไทยอายุ 0-14 ปีกับปัจจัยด้านสังคมประชากร

■ กรอบแนวคิด



■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ฐานข้อมูล การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยการสัมภาษณ์ ตัวแทนครัวเรือนพร้อมกันทั่วประเทศระหว่าง วันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 27,960 ครัวเรือน บันทึกเป็นรายการข้อมูลสมาชิก ครัวเรือนที่อาศัยในประเทศไทยทุกสัญชาติ จำนวน 68,005 คน

● **ประชากรที่ศึกษา** คือ รายการ ข้อมูลของสมาชิกครัวเรือนอายุ 0-14 ปี และของหัวหน้าครัวเรือน โดยเด็กเป็นบุตร บุตรเขย หรือสะใภ้ บุตรของบุตร หรือญาติของหัวหน้า ครัวเรือนดังกล่าว จากการสำรวจจำนวน 10,529 คนและมีจำนวน 11,270,140 คนในภาพ ประเทศ การที่ครอบคลุมถึงอายุ 14 ปีเพื่อให้ เป็นประชากรกลุ่มอายุเดียวกันกับการสำรวจใน อีก 2 ปีข้างหน้าซึ่งเด็กอายุ 12 ปีในการสำรวจ นี้จะมีอายุ 14 ปีใน พ.ศ. 2564

เกณฑ์การรับรายการข้อมูลคือ รายการ ข้อมูลเด็กไทยอายุ 0-14 ปีที่ใช้หรือไม่ใช้บริการ สุขภาพช่องปาก

เกณฑ์การไม่รับรายการข้อมูลคือ รายการข้อมูลของเด็กอายุ 0-14 ปีที่ไม่มี หัวหน้าครัวเรือน หรือมีหัวหน้าครัวเรือนเป็น นักเรียน

เกณฑ์การตัดรายการข้อมูลออกจากการศึกษาคือ รายการของเด็กอายุ 0-14 ปี ที่ไม่มีข้อมูลสังคมประชากรใดๆ ของหัวหน้า ครัวเรือน

● **วิธีการดำเนินงาน** ดำเนินการ ขอบฐานข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่ระบุตัวตนได้ ศึกษา และตรวจสอบค่าของตัวแปรด้วยคำสั่ง frequency และ crosstabs ข้อมูลการสำรวจ

มีสมาชิกครัวเรือนที่อาศัยในประเทศไทย ทุกสัญชาติจำนวน 68,005 คน ในจำนวนนี้เป็นเด็กสัญชาติไทยที่มีหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 10,529 คน

การศึกษานี้ต้องการข้อมูลหัวหน้า ครัวเรือนและครัวเรือนด้วยจึงแยกรายการ ข้อมูลกลุ่มเด็กและหัวหน้าครัวเรือนออกเป็น 2 ไฟล์ด้วยค่าของตัวแปร A3 (ความเกี่ยวพัน กับหัวหน้าครัวเรือน) เป็นไฟล์ข้อมูลหัวหน้า ครัวเรือน (A3 = 1) และสมาชิกครัวเรือนที่มี ความเกี่ยวพันกับหัวหน้าครัวเรือนโดยเป็น บุตร (โสดหรือสมรสแล้ว) บุตรเขยหรือสะใภ้ บุตรของบุตร หรือญาติ (A3 = 3-6 และ 8) จากข้อมูลหัวหน้าครัวเรือนพบอายุ 9-15 ปี จำนวน 15 รายการที่ยังไม่ได้ทำงาน ศึกษา ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น และโสด ไม่มีลักษณะการเป็นหัวหน้าครัวเรือน เนื่องจากมีผู้ปกครองมีที่อยู่อาศัยหลายแห่ง จึงใส่ชื่อเด็กเป็นหัวหน้าครัวเรือนตามข้อ กำหนดในการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จึงตัด 15 รายการข้อมูลนี้ออก จากนั้นเรียงลำดับ ไฟล์ข้อมูลเด็กและไฟล์หัวหน้าครัวเรือนด้วย ตัวแปร RUN_NO ใช้ไฟล์ข้อมูลเด็กเป็นฐาน เชื่อมโยงเพิ่มตัวแปรจากไฟล์ข้อมูลหัวหน้า ครัวเรือนให้เป็นรายการเดียวกันด้วยตัวแปร RUN_NO ตัดรายการข้อมูลเด็กที่ไม่มีหัวหน้า ครัวเรือนจำนวน 23 รายการออก เหลือรายการ ข้อมูลเด็กไทยอายุ 0-14 ปีที่มีหัวหน้าครัวเรือน สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ 10,529 คน (อายุ 0-3 ปี และ 4-14 ปี จำนวน 2,103 และ 8,426 คน ตามลำดับ) เมื่อใช้คำสั่ง weight cases by POP_W ได้รายการข้อมูลเด็กไทย ที่มีหัวหน้าครัวเรือนในภาพประชากรประเทศ จำนวน 11,270,140 คนสำหรับการพรรณนา การใช้บริการในภาพประเทศ (อายุ 0-3 ปี และ

4-14 ปีจำนวน 2,727,012 และ 8,543,128 คนตามลำดับ)

จำแนกตัวแปรเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1) คุณลักษณะทางสังคมประชากรและเศรษฐกิจ ได้แก่

1.1 เด็ก: เพศ อายุ อาชีพ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล และความสัมพันธ์กับหัวหน้าครัวเรือน โดยแบ่งอายุ 0-3 ปี และ 4-14 ปี เพื่อให้เห็นภาพประเภทบริการสุขภาพช่องปากที่ต่างกัน

1.2 หัวหน้าครัวเรือน: เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล และการเคยใช้บริการส่งเสริมป้องกันโรคและบริการสุขภาพช่องปากในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาและจำนวนครั้ง (นับย้อนหลังจากวันสัมภาษณ์ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562)

1.3 ครัวเรือน: เขตที่อยู่อาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

2) การใช้บริการ (นับย้อนหลังจากวันสัมภาษณ์ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562)

2.1 หัวหน้าครัวเรือน: การใช้บริการส่งเสริมป้องกันโรค (promotive and preventive: PP) และบริการสุขภาพช่องปาก (oral health: OH) ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาและจำนวนครั้ง

2.2 เด็ก: การใช้บริการ PP ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาและจำนวนครั้ง และการใช้บริการสุขภาพช่องปากของเด็ก (การไปใช้บริการในรอบ 12 เดือน จำนวนครั้งบริการชนิดบริการและแหล่งบริการในการใช้บริการครั้งสุดท้าย การไม่ใช้สิทธิสวัสดิการที่มีในการใช้บริการครั้งสุดท้าย และเหตุผลที่ไม่ใช้บริการของผู้มีปัญหาสุขภาพช่องปาก)

จัดการข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์แบบ

พหุปัจจัยโดยตรวจสอบสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่มีมาตราวัดระดับช่วง (ratio scale) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าต่ำกว่า 0.200 และ $p > 0.050$ สรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน จากนั้นทดสอบการแจกแจงแบบปกติของค่าตัวแปรอิสระหลายตัวแปร (multivariate normal distribution) ว่าเป็นโค้งปกติ (normality) หรือไม่ และตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ด้วย Kolmogorov-Smirnov Test พิจารณาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov หากมีค่านัยสำคัญน้อยกว่า 0.050 แสดงว่าแจกแจงแบบปกติ ร่วมกับ Normal Q-Q plot และ Detrended Normal Q-Q Plots พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov มีค่านัยสำคัญมากกว่า 0.050 หลังจากปรับค่าข้อมูลด้วย log ฐาน 10 พบว่าค่านัยสำคัญของสถิติ Kolmogorov-Smirnov ทุกค่า (เมื่อเทียบกับ mean, median, median and with adjusted degree of freedom และ trimmed mean) เท่ากับ 0.000

สำหรับตัวแปรอิสระและตัวแปรตามที่มีมาตราวัดนามบัญญัติ (nominal scale) หรือลำดับ (ordinal scale) ใช้ Chi-square ทดสอบความสัมพันธ์เบื้องต้นพบว่า ภาค (REG) การเคยรับบริการ PP ของเด็ก (HP1) ความเกี่ยวข้องกับหัวหน้าครัวเรือน (ReA3) การมีสิทธิ UC (HW1) และการมีสิทธิ CSMBS (HW3) ของเด็กมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ OH ของเด็กโดยมี p value = 0.000, 0.000, 0.008, 0.001 และ 0.047 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลระดับครัวเรือน ได้แก่ ระดับการศึกษา (A8HH) สถานภาพการ

ทำงาน (A12HH) กลุ่มอาชีพ (GrReOccHH) การมีสิทธิ SSS (HW2HH) การมีสิทธิ CSMBs (HW3HH) การใช้บริการ OH (DH1HH) ระดับจำนวนสมาชิก (MemberGr) การมีคอมพิวเตอร์ต่อฟ่งอินเทอร์เน็ต (HC36HH) ระดับรายได้ครัวเรือน (IncomeGr) และการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย (HC3HH) โดยมี p value = 0.004, 0.000, 0.002, 0.001, 0.001, 0.000, 0.002, 0.000, 0.001 และ 0.033

วิเคราะห์การให้บริการสุขภาพช่องปากในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาของเด็กไทยอายุ 0-14 ปีทั้งประเทศ จำนวน 11,270,140 รายการ (ผลการศึกษาดารงที่ 1-4 และภาพที่ 1) ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ อัตรา ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ข้อมูลการสำรวจ 10,529 รายการในการวิเคราะห์หุ้ปัจจยสำหรับสมการอธิบายการให้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมาด้วย multiple linear regression เทคนิค stepwise โดยใช้ weighted least squares ปรับ (adjust) ค่าตัวแปรต่างๆ ด้วยตัวแปรอายุเด็ก

- การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การให้บริการสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย และวัยเรียน: การวิเคราะห์ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย เลขที่ 379 ระหว่างวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2563

■ **ผลการศึกษา**

เด็กไทยอายุ 0-14 ปีที่อยู่กับหัวหน้า

ครัวเรือนมี 11,270,140 คนโดยร้อยละ 24.20 มีอายุ 0-3 ปี เด็กอายุ 0-3, 4-14 และ 0-14 ปี ใช้บริการ OH ในรอบปีที่ผ่านมา 125,333 คน 1,249,565 คน และ 1,374,898 คน คิดเป็นอัตรา 4.60, 14.63 และ 12.20 คนต่อประชากร 100 คน โดยใช้บริการคนละ 1.41±0.808, 1.32±0.945 และ 1.33±0.934 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก/ป้องกันโรค (oral promotive and preventive: OPP) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของบริการ OH นั้นมีอัตราใช้ บริการในกลุ่มอายุ 0-3, 4-14 และ 0-14 ปี เท่ากับ 2.99, 4.16 และ 3.88 คนต่อประชากร 100 คน และมีความถี่ 1.00±0.000 1.00±0.048 และ 1.00±0.044 ครั้ง/ผู้ใช้บริการ ตามลำดับ

จากการระบุบริการครั้งสุดท้ายไม่เกิน 2 ชนิด ในภาพประเทศพบว่า บริการมากที่สุด 3 อันดับแรกในกลุ่มอายุ 0-3 ปีคือ การทา ฟลูออไรด์ ตรวจช่องปาก และถอนฟัน ในกลุ่มอายุ 4-14 ปี เป็นการตรวจช่องปาก เคลือบ ฟลูออไรด์ และถอนฟัน น่าสังเกตว่า เป็นการ ถอนฟันร้อยละ 3.77 และ 17.21 ในเด็กอายุ 0-3 ปี และ 4-14 ปี ตามลำดับ (ตารางที่ 1) เด็กถูกถอนฟันในทุกอายุยกเว้นอายุ 2 ปี คิดเป็นอัตรา 1.24 คนต่อประชากรเด็ก 100 คน เด็กสิทธิ UCS มีอัตราการถอนฟันเท่ากับ สิทธิอื่น (สวัสดิการข้าราชการท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การอิสระภายใต้กำกับรัฐ และสวัสดิการ นายจ้าง) และมากกว่าสิทธิ CSMBs เด็กสิทธิ UCS มีการถอนฟันในเกือบทุกอายุยกเว้น อายุ 8, 9 และ 14 ปี ส่วนเด็กสิทธิ CSMBs มีการถอนฟันในอายุ 5-12 ปีโดยอัตราสูงที่สุดในอายุ 10 ปีและอัตราต่ำที่สุดในอายุ 12 ปี (ภาพที่ 1)

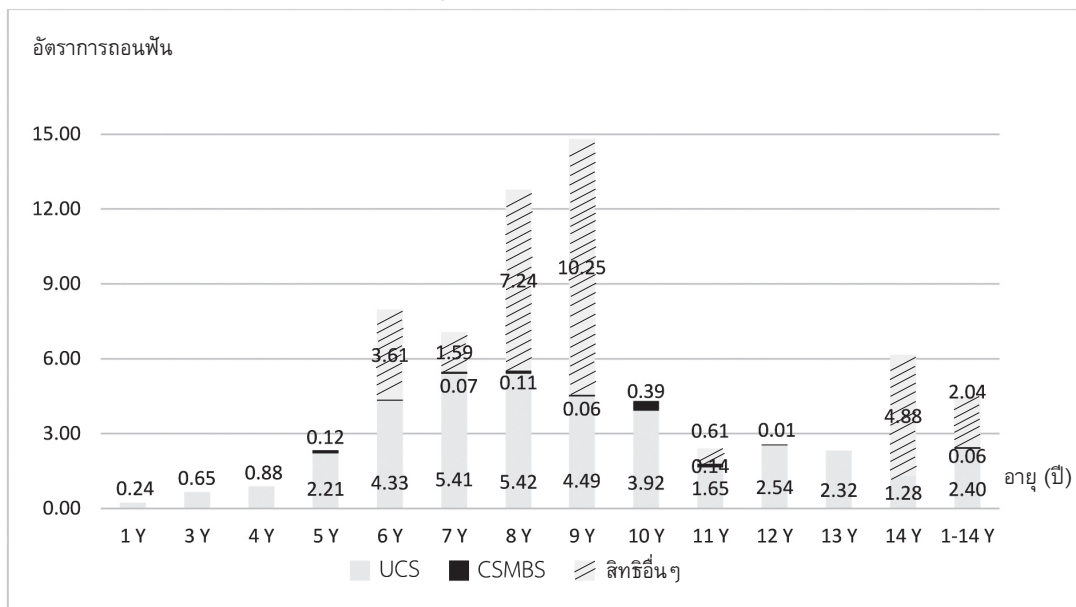
เด็กอายุ 0-3 ปี รับบริการ OH ครั้งสุดท้ายที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านที่

ตารางที่ 1 ชนิดบริการสุขภาพช่องปากในการใช้บริการครั้งสุดท้ายของเด็กไทยอายุ 0-14 ปีทั่วประเทศ

| การใช้บริการครั้งสุดท้าย | | 0-3 ปี | 4-14 ปี | 0-14 ปี |
|-----------------------------|--|------------------|--------------------|--------------------|
| รับบริการ 1 ชนิด (คน) | | 97,960 (78.16) | 992,674 (79.44) | 1,090,634 (79.32) |
| รับบริการ 2 ชนิด (คน) | | 27,373 (21.84) | 256,890 (20.56) | 284,263 (20.68) |
| รวม (คน) | | 125,333 (100.00) | 1,249,564 (100.00) | 1,374,897 (100.00) |
| ชนิดบริการ (ราย) | | | | |
| •ตรวจช่องปาก | | 51,628 (33.81) | 461,029 (30.60) | 512,657 (30.90) |
| •ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ | | 74,190 (48.58) | 338,281 (22.46) | 412,471 (24.86) |
| •ถอนฟัน | | 5,751 (3.77) | 259,201 (17.21) | 264,952 (15.97) |
| •อุดฟัน | | 9,900 (6.48) | 234,221 (15.55) | 244,121 (14.71) |
| •ขูดหินน้ำลายและขัดฟัน | | 3,854 (2.52) | 147,942 (9.82) | 151,796 (9.15) |
| •รักษาโพรงประสาท/คลองรากฟัน | | 0 (0.00) | 26,604 (1.77) | 26,604 (1.60) |
| •เคลือบหลุมร่องฟัน | | 7,383 (4.83) | 17,727 (1.18) | 25,110 (1.51) |
| •จัดฟัน | | 00.00 | 16,144 (1.07) | 16,144 (0.97) |
| •ใส่ฟันเทียม | | 0 (0.00) | 636 (0.04) | 636 (0.04) |
| •อื่นๆ | | 0 (0.00) | 4,593 (0.30) | 4,593 (0.28) |
| •จำไม่ได้ | | 0 (0.00) | 76 (0.01) | 76 (0.00) |
| รวมทุกชนิดบริการ | | 152,706 (100.00) | 1,506,454 (100.00) | 1,659,160 (100.00) |

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็น ร้อยละของคอลัมน์

ภาพที่ 1 อัตราการถอนฟันของเด็กไทยอายุ 1-14 ปีต่อประชากร 100 คน จำแนกตามสิทธิสวัสดิการที่มี



มีทันตบุคลากรให้บริการในสัดส่วนมากที่สุด ส่วนเด็กอายุ 4-14 ปีรับบริการที่โรงเรียนมากที่สุด รองลงมาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านที่มีทันตบุคลากรให้บริการ โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน (ตารางที่ 2)

ในการรับบริการครั้งสุดท้าย มีเด็กไม่ได้ใช้สิทธิสวัสดิการที่มีจำนวน 196,587 คน (ร้อยละ 14.30 ของเด็กที่ใช้บริการทั้งหมด เป็นเด็กอายุ 0-3 ปี และ 4-14 ปี ร้อยละ 14.71 และ 14.26 ของจำนวนเด็กที่ใช้บริการแต่ละช่วงอายุ ตามลำดับ เหตุผลเรียงตามลำดับคือ ชำรอนาน สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาตามสิทธิ เจ็บป่วยเล็กน้อย เดินทางไม่สะดวก และถูกเลือกปฏิบัติ (ตารางที่ 3)

ในภาพประเทศ เด็กมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการบริการแต่ไม่ได้รับการ (unmet need) ในรอบปีที่ผ่านมา มีจำนวน 39,637 คน (ร้อยละ 0.35) เหตุผลส่วนใหญ่เป็นด้านการจัดบริการ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทันตบุคลากรหรือสถานที่ และคิวยาว/ต้องรอนาน (รวมเป็นร้อยละ 82.05) นอกจากนี้ เป็นปัญหาการเดินทาง ไม่มีเวลา ไม่มีคนพาไป ค่าบริการ และความเชื่อมั่นในบริการ

หัวหน้าครัวเรือนมีอายุระหว่าง 16-98 ปี (หากอายุมากกว่า 98 ปีจะบันทึกเป็น 98 ปี) เฉลี่ย 51.99 ± 15.742 ปี (median=mode=52) มีสมาชิกครัวเรือน 2-12 คน เฉลี่ย 4.38 ± 1.353 คน (median=mode=4) ครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 600-999,998 บาท (หากรายได้มากกว่า 999,998 บาทจะบันทึกเป็น 999,998) เฉลี่ย $21,140 \pm 26,530.674$ บาท (median=15,000 และ mode=20,000) อัตราการใช้บริการ OH และ OPP ของเด็กแตกต่างกันชัดเจนตามค่าของตัวแปรด้านหัวหน้าครัวเรือน

ได้แก่ การศึกษา ลักษณะการงาน กลุ่มอาชีพ สิทธิสวัสดิการสุขภาพ การใช้บริการ PP และ OH การมีความจำเป็นต้องการบริการ OH แต่ไม่ได้รับการ และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ส่วนตัวแปรด้านเด็กได้แก่ สิทธิสวัสดิการสุขภาพ ความเกี่ยวข้องกับหัวหน้าครัวเรือน ภาคและเขตที่อาศัย และ การใช้บริการ PP เมื่อ 12 เดือนที่ผ่านมา

การวิเคราะห์ multiple linear regression โดยจำแนกข้อมูลเป็นกลุ่มอายุ 0-3, 4-14 และ 0-14 ปี และควบคุมตัวแปรอายุ เลือกสมการอธิบายการใช้บริการจากค่า R และ R² ร่วมกับนัยสำคัญของค่า F ค่า R แสดงระดับความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวแปรในสมการ ส่วนค่า R² เมื่อคูณด้วย 100 คือ ร้อยละของความสามารถในการอธิบายของสมการ (goodness of fit) ซึ่งอาจเป็นผลจากตัวแปรที่มีจำนวนมาก (overfitting) ในการเลือกสมการจึงต้องพิจารณาพร้อมกับ R² ที่ปรับแล้ว (adj. R²) ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเมื่อตัวแปรที่นำเข้ามาใหม่ทำให้สมการอธิบายได้ดีขึ้น การจำแนกกลุ่มอายุเป็น 0-3 ปี และ 4-14 ปีเนื่องจากในตารางที่ 1 บริการที่กลุ่มอายุ 0-3 ปีได้รับ ร้อยละ 90 เป็นการตรวจช่องปาก ทาฟลูออไรด์ และเคลือบหลุมร่องฟัน ขณะที่ในกลุ่มอายุ 4-14 ปี บริการเกือบครึ่งหนึ่งเป็นการรักษา แต่พบว่าสมการอธิบายจำนวนการใช้บริการ OH และ OPP ในกลุ่มอายุ 0-14 ปีได้ร้อยละ 90.90 และ 32.20 ตามลำดับ มากกว่าของช่วงอายุ 4-14 ปี (ร้อยละ 83.8 และ 10.7 ตามลำดับ) และ 0-3 ปี (ร้อยละ 21.5 และ 10.4 ตามลำดับ)

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนการใช้บริการ OH ของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนการใช้บริการ PP ของเด็ก

ตารางที่ 2 ประเภทสถานพยาบาลในการใช้บริการครั้งสุดท้ายของเด็กไทยอายุ 0-14 ปี ทั้งประเทศ

| สถานพยาบาล | 0-3 ปี | 4-14 ปี | 0-14 ปี |
|---|-------------------------|---------------------------|---------------------------|
| โรงเรียน | 8,987 (7.17) | 376,026 (30.09) | 385,013 (28.00) |
| รพ.สต./PCU ที่มีทันตบุคลากรให้บริการ | 53,766 (42.90) | 195,437 (15.64) | 249,203 (18.13) |
| โรงพยาบาลชุมชน | 9,303 (7.42) | 185,825 (14.87) | 195,128 (14.19) |
| คลินิกเอกชน | 5,573 (4.45) | 167,686 (13.42) | 173,259 (12.60) |
| โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป | 15,722 (12.54) | 155,323 (12.43) | 171,045 (12.44) |
| หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ | 7,808 (6.23) | 139,910 (11.20) | 147,718 (10.74) |
| โรงพยาบาลภาครัฐอื่นๆ | 8,765 (6.99) | 14,001 (1.12) | 22,766 (1.66) |
| โรงพยาบาลเอกชน | 9,955 (7.94) | 10,175 (0.81) | 20,130 (1.46) |
| รพ.สต./PCU ที่ไม่มีทันตบุคลากรให้บริการ | 5,453 (4.35) | 3,177 (0.25) | 8,630 (0.63) |
| โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย | 0 (0.00) | 2,006 (0.16) | 2,006 (0.15) |
| รวม | 125,332 (100.00) | 1,249,566 (100.00) | 1,374,898 (100.00) |

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็น ร้อยละของคอลัมน์

ตารางที่ 3 เหตุผลของการไม่ใช่สิทธิสวัสดิการที่มีในการใช้บริการครั้งสุดท้ายของเด็กไทยอายุ 0-14 ปี

| เหตุผล | 0-3 ปี | 4-14 ปี | 0-14 ปี |
|-------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ซ้ำ รอนาน | 11,269 (61.13) | 79,881 (44.84) | 91,150 (46.37) |
| สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม | 3,695 (20.05) | 52,530 (29.49) | 56,225 (28.60) |
| ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ | 79 (0.43) | 31,508 (17.69) | 31,587 (16.07) |
| ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาตามสิทธิ | 3,390 (18.39) | 7,661 (4.30) | 11,051 (5.62) |
| เจ็บป่วยเล็กน้อย | 0 (0.00) | 3,705 (2.08) | 3,705 (1.88) |
| เดินทางไม่สะดวก | 0 (0.00) | 1,328 (0.75) | 1,328 (0.68) |
| ถูกเลือกปฏิบัติ | 0 (0.00) | 437 (0.25) | 437 (0.22) |
| ไม่ทราบ | 0 (0.00) | 1,105 (0.62) | 1,105 (0.56) |
| รวม | 18,433 (100.00) | 178,154 (100.00) | 196,587 (100.00) |

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บเป็น ร้อยละของคอลัมน์

จำนวนการให้บริการ PP และ OH ของหัวหน้าครัวเรือน การอาศัยในกรุงเทพมหานคร และหัวหน้าครัวเรือนมีอาชีพเกี่ยวกับการเกษตรหรือประมง ส่วนการให้บริการ OPP เป็นตัวแปรด้านหัวหน้าครัวเรือนหรือครัวเรือน ได้แก่ จำนวนการให้บริการ PP การมีสิทธิประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ ทำงานเป็นนายจ้าง

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นบุตรของหัวหน้าครัวเรือน (ตารางที่ 4)

นำค่าจากตารางที่ 4 เขียนสมการการให้บริการ OH และ OPP ของเด็กได้ 6 สมการ โดยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละตัวแปร (ค่า B) สะท้อนถึงอิทธิพลของตัวแปรต่อสมการ

และค่า standard error (SEE) เป็นความคลาดเคลื่อนของแต่ละตัวแปร ในสมการ 1 จำนวนการใช้บริการ PP ของเด็กและจำนวนการใช้บริการ OH ของหัวหน้าคร้วเรือมีความสัมพันธ์ทางบวก แต่อาชีพด้านเกษตรกรรมหรือประมงของหัวหน้าคร้วเรือมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนการใช้บริการ OH ของเด็กอายุ 0-14 ปี ตัวแปรทั้งสามมีความสัมพันธ์กัน 0.95 (ค่า R) และสามารถอธิบายจำนวนการใช้บริการ PP ของเด็กได้ร้อยละ 90.20 เมื่อสมการมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า -0.088 (ค่าคงที่) ทั้งนี้จำนวนการใช้บริการ PP ของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้บริการ OH ของเด็กในทุกกลุ่มอายุ (สมการ 1-3) ขณะที่การอาศัยในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์ทางลบในอายุ 4-14 ปี (สมการ 2)

ด้านจำนวนการใช้บริการ OPP ในเด็กอายุ 0-14 ปี การอาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจำนวนการใช้บริการ PP ของหัวหน้าคร้วเรือมีความสัมพันธ์ทางบวก ขณะที่การที่หัวหน้าคร้วเรือมีสิทธิ CSMB มีความสัมพันธ์ทางลบ ตัวแปรทั้งสามมีความสัมพันธ์กัน 0.57 สามารถอธิบายได้ร้อยละ 29.00 เมื่อสมการมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.54 (สมการ 4) แม้สมการ 4-6 อธิบายการใช้บริการได้ต่ำ แต่น่าสังเกตว่าการอาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนการใช้บริการในทุกกลุ่มอายุ ส่วนประสบการณ์การใช้บริการ PP ของหัวหน้าคร้วเรือมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนการใช้บริการในเด็กอายุ 0-3 ปี และ 0-14 ปี (สมการ 4 และ 6)

OH care visit

0-14 Y = - 0.088 + 0.861 HP2 - 0.329 OccAgr + 0.244 DH2HH ----สมการ 1
 (0.057) (0.140) (0.110)

R= 0.954, R²=0.909, adj.R²= 0.902, SEE= 1.294, F= 126.871, sig F= 0.000

4-14 Y = 0.196 +0.946 HP2 -1.034 RegBKK -0.260 OccAgr ----สมการ 2
 (0.053) (0.423) (0.119)

R= 0.916, R²= 0.838, adj.R²= 0.831, SEE= 1.413, F=112.411, sig F= 0.000

0-3 Y = 1.013 +0.260 HP2 -0.497 HP2HH ----สมการ 3
 (0.086) (0.185)

R= 0.463, R²=0.215, adj.R²= 0.184, SEE= 0.926, F= 6.972, sig F= 0.002

OPP care visit

0-14 Y = 0.544 -0.662 HW3HH +0.278 RegNeast +0.129 HP2HH ----สมการ 4
 (0.136) (0.102) (0.059)

R=0.567, R²=0.322, adj.R²= 0.290, SEE= 0.983, F= 10.125, sig F= 0.000

4-14 Y = 0.049 +0.377 A12HHEmp +0.194 RegNeast +0.092 More20000 +0.072 A3Off ----สมการ 5
 (0.059) (0.026) (0.031) (0.025)

R= 0.328, R² =0.107, adj. R² = 0.104, SEE = 1.089, F =29.145, sig F = 0.000

0-3 Y = - 0.044 +0.359 HW2HH +0.049 HP2HH +0.119 RegNeast ----สมการ 6
 (0.128) (0.021) (0.054)

R= 0.323, R² =0.104, adj. R² = 0.084, SEE = 0.423, F =5.303, sig F = 0.002

Note: The number in each parenthesis is standard error of B (SEE) of each variable.

ตารางที่ 4 ตัวแปรอธิบายการใช้บริการสุขภาพช่องปากและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และป้องกันโรคของเด็กไทย

| dependent variables | model | unstandardized coefficients | | standardized coefficients | | t | sig |
|-----------------------|---|-----------------------------|------------|---------------------------|------------|--------|------|
| | | B | std. error | Beta | std. error | | |
| OH care visit | | | | | | | |
| 0-3 year | (constant) | 1.013 | .163 | | | -.509 | .614 |
| | HP2 (PP care visit) | .260 | .086 | .379 | .126 | 15.223 | .000 |
| | HP2HH (householder's PP care visit) | -.497 | .185 | -.337 | .126 | -2.342 | .024 |
| | R= .463, R ² = .215, adj. R ² = .184, SEE= .926, F= 6.972, sig F= .002 | | | | | | |
| 4-14 year | (constant) | .196 | .106 | | | 1.844 | .070 |
| | HP2 (PP care visit) | .946 | .053 | .917 | .051 | 17.958 | .000 |
| | RegBKK (living in Bangkok) | -1.034 | .423 | -.125 | .051 | -2.444 | .017 |
| | OccAgr (work in agriculture/ fishery) | -.260 | .119 | -.110 | .050 | -2.178 | .033 |
| | R= .916, R ² = .838, adj. R ² = .831, SEE = 1.413, F= 112.411, sig F=.000 | | | | | | |
| 0-14 year | (constant) | -.088 | .173 | | | -.509 | .614 |
| | HP2 (PP care visit) | .861 | .057 | .861 | .057 | 15.223 | .000 |
| | OccAgr (work in agriculture/ fishery) | -.329 | .140 | -.116 | .050 | -2.342 | .024 |
| | DH2HH (householder's OH care visit) | .244 | .110 | .124 | .056 | 2.214 | .033 |
| | R= .954, R ² = .909, adj. R ² = .902, SEE= 1.294, F= 126.871, sig F= .000 | | | | | | |
| OPP care visit | | | | | | | |
| 0-3 year | (constant) | -.044 | .055 | | | -.792 | .430 |
| | HW2HH (householder's SSS benefit) | .359 | .128 | .232 | .083 | 2.797 | .006 |
| | HP2HH (householder's PP care visit) | .049 | .021 | .184 | .081 | 2.270 | .025 |
| | RegNeast (living in Northeast) | .119 | .054 | .183 | .083 | 2.208 | .029 |
| | R= .323, R ² = .104, adj. R ² = .084, SEE= .423, F= 5.303, sig F= .002 | | | | | | |
| 4-14 year | (constant) | .049 | .023 | | | 2.162 | .031 |
| | A12HHEmp (being employer) | .377 | .059 | .194 | .031 | 6.361 | .000 |
| | RegNeast (living in Northeast) | .194 | .026 | .234 | .031 | 7.503 | .000 |
| | More20000 (monthly income>20000 baht) | .092 | .031 | .094 | .031 | 3.019 | .003 |
| | A3Off (being householder's offspring) | .072 | .025 | .088 | .031 | 2.860 | .004 |
| | R= .328, R ² = .107, adj. R ² = .104, SEE= 1.089, F= 29.145, sig F= .000 | | | | | | |
| 0-14 year | (constant) | .544 | .164 | | | 3.316 | .002 |
| | HW3HH (householder's UCS benefit) | -.662 | .136 | -.507 | .104 | -4.856 | .000 |
| | RegNeast (living in Northeast) | .278 | .102 | .293 | .108 | 2.724 | .008 |
| | HP2HH (householder's PP care visit) | .129 | .059 | .233 | .106 | 2.190 | .032 |
| | R= .567, R ² = .322, adj. R ² = .290, SEE= .983, F= 10.125, sig F= .000 | | | | | | |

■ อภิปรายผล

การศึกษาี้ เด็กไทยที่อยู่กับหัวหน้าครัวเรือนใช้บริการ OH ในรอบปีที่ผ่านมา 12.20 คนต่อประชากร 100 คน แม้ว่าใกล้เคียงกับการสำรวจ พ.ศ. 2560 (ร้อยละ 12.80)⁽³⁸⁾

แต่เป็นอัตราที่ต่ำอย่างต่อเนื่อง แม้ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากก็ควรมีการใช้บริการ OPP ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์รายปีของเด็กไทยทุกสิทธิสวัสดิการ⁽³⁹⁾ จึงสะท้อนถึงข้อจำกัดของ CUPs และกรุงเทพมหานครในการจัดบริการ

ให้ครอบคลุมประชากรโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่หัวหน้าครัวเรือนมีสิทธิ CSMB (มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรนี้เท่ากับ -0.662 ในสมการ 4) สอดคล้องกับ เด็กร้อยละ 0.35 มีปัญหาและต้องการการรักษาแต่ไม่ได้ไปใช้บริการ เหตุผลส่วนใหญ่เป็นเพราะข้อจำกัดด้านการจัดบริการ และมีเด็กอายุ 1, 3 และ 4-14 ปีถูกถอนฟัน เด็กสิทธิ UCS มีการถอนฟันในเกือบทุกอายุและมีอัตราการถอนฟันมากกว่าสิทธิ CSMB ซึ่งในเด็กวัยเรียนตอนปลาย การถอนฟันเป็นการสูญเสียฟันถาวร สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่เด็กปฐมวัยมีอัตราการใช้บริการต่ำโดยผู้ปกครองให้เหตุผลว่า เพราะยังไม่เป็นโรคในช่องปาก (ร้อยละ 71.3) และยังไม่มีอาการรุนแรง (ร้อยละ 12.4) เด็กที่มีอาการปวดฟันบ่อยๆ ไปพบทันตแพทย์เกือบ 10 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีอาการปวดฟัน (OR 9.72, 95%CI 7.81-12.09, $p < 0.001$)⁽¹⁸⁾ อาจประมาณได้ว่าเด็กสิทธิ UC เข้าถึงบริการล่าช้า มาพบทันตบุคลากรเมื่อมีอาการปวดฟัน จึงมีอัตราการถอนฟันมากกว่า

เหตุผลของการไม่ใช้สิทธิสวัสดิการที่มีในการใช้บริการ OH ครั้งสุดท้ายของเด็กที่ระบุว่า ช้า รอนาน และไม่สะดวกไปในเวลาทำการ เป็นประเด็นประสิทธิภาพของการบริการที่ยังไม่ตอบสนองคนกลุ่มนี้ แต่เหตุผลว่า สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมนั้น เมื่อแจกแจงประเภทบริการเฉพาะกลุ่มนี้พบว่า เป็นการจัดฟันและรักษาดคลองรากฟันเพียงร้อยละ 20.48 และ 8.35 ตามลำดับ อีกร้อยละ 71.17 เป็นบริการ OPP และรักษาพื้นฐานที่อยู่ในสิทธิประโยชน์ทั้ง UCS และ CSMB สะท้อนถึงปัญหาการรับรู้สิทธิประโยชน์ซึ่งอาจเป็นทั้งด้านผู้ใช้และหรือผู้ให้บริการ ทำนองเดียว

กับเหตุผลว่า ไม่ได้อยู่ในภูมิสำเนาที่ใช้สิทธิได้นั้น ผู้มีสิทธิ UCS สามารถยื่นคำร้องขอย้ายหน่วยบริการประจำได้กรณีย้ายที่พักอาศัย⁽⁴⁰⁾ ส่วนเด็กสิทธิสวัสดิการข้าราชการพลเรือนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถใช้บริการรักษาพยาบาลได้ที่สถานพยาบาลภาครัฐทั่วราชอาณาจักร

ภายใต้ข้อจำกัดของข้อมูลที่มีค่าตัวแปรคุณลักษณะทางสังคมประชากรและการใช้บริการขาดหาย (missing) จำนวนหนึ่งเมื่อควบคุมตัวแปรอายุเด็กพบว่า คุณลักษณะทางสังคมประชากรที่สัมพันธ์กับจำนวนการให้บริการ OH ของเด็กอายุ 0-14 ปีมีเพียงกลุ่มอาชีพด้านการเกษตรและประมง ขณะที่การอาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและการมีสิทธิ CSMB ของหัวหน้าครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับจำนวนการให้บริการ OPP ของเด็ก โดยทั้ง 3 ตัวแปรนี้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ที่น่าสนใจคือ จำนวนการให้บริการ PP ของเด็กและจำนวนการให้บริการ OH ของหัวหน้าครัวเรือนซึ่งเป็น ratio scale มีความสัมพันธ์กับจำนวนการให้บริการ OH ของเด็ก และจำนวนการให้บริการ PP ของหัวหน้าครัวเรือนสัมพันธ์กับจำนวนการให้บริการ OPP ของเด็ก หมายความว่า เด็กที่เข้าถึงบริการ PP มีโอกาสเข้าถึงบริการ OPP และ OH ด้วย และเมื่อหัวหน้าครัวเรือนเข้าถึงบริการ OH เด็กเข้าถึงบริการ OH ด้วย จากตารางที่ 4 เด็กอายุ 4-14 ปี สิทธิ CSMB มีอัตราการให้บริการ OPP ต่ำกว่าเด็กสิทธิ UCS ขณะที่อัตราการให้บริการทันตกรรมรักษาและถอนฟันมากกว่า เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า หัวหน้าครัวเรือนที่เป็นข้าราชการใช้บริการ PP และ OH ในอัตรา มากกว่าหัวหน้าครัวเรือนสิทธิ UCS เล็กน้อย

จึงไม่น่าเป็นเพราะเด็กสิทธิ CSMBS เข้าไม่ถึงบริการแต่ น่าจะเป็นเพราะต้องการใช้เวลากับการรักษา มากกว่า เช่น การบูรณะฟัน จัดฟัน การศึกษานี้พบว่า จำนวนการใช้บริการ PP ของเด็ก จำนวนการใช้บริการ PP และ OH ของหัวหน้าครัวเรือน การมีอาชีพด้านการเกษตรหรือประมง การอาศัยในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กับจำนวนการใช้บริการ OH ของเด็ก โดยตัวแปรมีความสัมพันธ์กับระดับสูงและมีความสามารถในการอธิบายค่อนข้างสูง ส่วนการอาศัยในและนอกเขตเทศบาลไม่มีผลต่อจำนวนการใช้บริการอาจมีผลจากโครงสร้างการบริการสุขภาพของไทยที่กระจายถึงตำบลในรูปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิและมีการบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน ขณะที่พบว่า การอาศัยในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนการใช้บริการ OH ของเด็กอายุ 4-14 ปี ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีโครงสร้างบริการภาครัฐหลายระดับและหลายสังกัด จึงซับซ้อนกว่าในต่างจังหวัดที่สถานพยาบาลหลักอยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานครยังมีสถานพยาบาลเอกชนหลายระดับที่มีราคาแพงกว่าบริการภาครัฐ อาจมีผลให้เด็กเข้าถึงบริการน้อยกว่าในภาคอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองและเด็กของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในครอบครัวเม็กซิกันในรัฐแคลิฟอร์เนียของ Finlayson TL และคณะ ซึ่งพบว่า เด็กที่มีผู้ปกครองไปพบทันตแพทย์ในปีที่ผ่านมาใช้บริการมากกว่า 4.29 เท่า (CI=1.36-13.61)⁽⁴¹⁾ การศึกษานี้ไม่พบ

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของเศรษฐกิจของครัวเรือนต่างจากการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์^(14, 19) การศึกษาในสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การที่เด็กไม่ได้รับการรักษาโรคฟันผู้สัมพันธ์กับอุปสรรคด้านการเงินของครอบครัว (OR:2.06, 95%CI: 1.42-2.99)⁽¹³⁾ และในประเทศจีนที่พบว่า รายได้ต่อปีของผู้ปกครองมากกว่า 25,000 หยวน มีอิทธิพลต่อการใช้บริการ OH ของเด็ก (OR: 1.40, 95%CI: 1.18-1.65, p<0.001)⁽¹⁸⁾ อาจเป็นเพราะเด็กไทยร้อยละ 85.70 สามารถใช้สิทธิประโยชน์ที่มีจากระบบสวัสดิการต่างๆ นอกจากนี้ อาจเป็นเพราะ 10,529 รายการข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ หักถอยพหุเชิงเส้นมี missing ของสถานภาพการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระดับการศึกษา ร้อยละ 23.21, 0.16 และ 0.06 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต้องมาจากการรวมรายได้ของสมาชิกครัวเรือนซึ่งคลาดเคลื่อนได้มากหากผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริง สมาชิกมีรายได้ที่ไม่แน่นอน หรือกังวลว่าจะมีผลต่อการถูกเรียกเก็บภาษีเงินได้ นอกจากนี้ยังขึ้นกับวิธีการบันทึกข้อมูล หากมีรายได้มากกว่า 999,998 บาท จะถูกบันทึกเป็น 999,998 บาท ค่าตัวแปรที่คลาดเคลื่อนหรือ missing สามารถส่งผลต่อการวิเคราะห์พหุปัจจัยโดยเกิดความสัมพันธ์เทียมหรือไม่มีความสัมพันธ์

■ สรุป

จำนวนครั้งในการใช้บริการ PP ของเด็กและจำนวนครั้งในการใช้บริการ OH ของหัวหน้าครัวเรือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนการใช้บริการ OH ของเด็กอายุ 0-14 ปี ส่วนการมีอาชีพด้านการเกษตรหรือ

ประมงมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับจำนวนการใช้บริการ OPP ของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการอาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจำนวนครั้งในการใช้บริการ PP ของหัวหน้าครัวเรือน ขณะที่การมีสิทธิ CSMBS ของหัวหน้าครัวเรือนมีความสัมพันธ์ทางลบ

■ ข้อเสนอแนะ

บริการสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่เป็นงานหัตถการทำให้ผู้ใช้บริการต้องรอคายนาน จึงควรมีการปรับปรุงกระบวนการจัดบริการสุขภาพช่องปากโดยลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น รวบขั้นตอนที่สามารถทำพร้อมกันได้ หรือจำแนกบริการที่สามารถทำนอกสถานพยาบาลได้เพื่อลดความแออัดในสถานพยาบาล รวมทั้งระบบการนัดหมายที่อำนวยความสะดวกผู้ใช้บริการทั้งรายใหม่และรายเก่า การที่ประสบการณ์การใช้บริการ PP ของเด็กมีส่วนสำคัญต่อการใช้บริการ OH เช่นเดียวกับการใช้บริการ OH และ PP ของหัวหน้าครัวเรือน จึงควรมีมาตรการเพิ่มความครอบคลุมการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยบูรณาการการบริการที่บ้านตามบริบทของครอบครัวซึ่งช่วยลดอุปสรรคของครอบครัวได้ด้วย การบริการที่บ้าน (home care) เป็นการสร้างการรับรู้ให้สมาชิกครัวเรือน ทำให้ทีมบุคลากรรู้จักสมาชิกครัวเรือนที่มีอิทธิพลต่อเด็กและรับรู้บริบทของครัวเรือน ตอบสนองผู้มีข้อจำกัดในการเดินทางหรือเวลา และยังสามารถคล้องกับสถานการณ์ที่มีการปิดศูนย์พัฒนา

เด็กเล็กหรือโรงเรียนเป็นเวลานาน โดยเลือกบริการที่ใช้วัสดุอุปกรณ์ไม่มากและมีการพึงกระจายของละอองลอยต่ำ

ควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวางให้ประชาชนทราบสิทธิประโยชน์ในฐานะพลเมืองไทยและตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมป้องกัน โดยกรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคมควรบริหารจัดการงบประมาณส่วนนี้แทน สปสช. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันของกลุ่มสิทธิทั้ง 2 นี้

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติควรคำนึงถึงปัจจัยสิทธิสวัสดิการและการใช้บริการสุขภาพและสุขภาพช่องปาก หรือใช้ปัจจัยดังกล่าวเป็นตัวแปรร่วมในการประมาณค่าจำนวนประชากร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนประชากรสิทธิสวัสดิการต่างๆ ในการใช้บริการ สอดคล้องกับชื่อการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

ควรมีการศึกษาต่อไปโดยวิเคราะห์อัตราส่วนออกด้วย multiple logistic regression ในข้อมูลชุดเดียวกันเพื่อเปรียบเทียบผลและปัจจัยกับการศึกษา

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลและให้ความกระจ่างเกี่ยวกับการสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูลและนางสาวสรารัตน์ เรืองฤทธิ์ ในการประสานงานกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. Macek MD, Beltran-Aguilar ED, Lockwood SA, Malvitz DM. Updated comparison of the caries susceptibility of various morphological types of permanent teeth. *J Public Health Dent* 2003;63(3):174-82.
2. Brown LJ, Selwitz RH. The impact of recent changes in the epidemiology of dental caries on guidelines for the use of dental sealants. *J Public Health Dent* 1995;55(5):274-91.
3. Batchelor PA, Sheiham A. Grouping of tooth surfaces by susceptibility to caries: a study in 5-16 year-old children. *BMC Oral Health* 2004;4(1):1-6.
4. Çağlaroğlu M, Kilic N, Erdem A. Effects of early unilateral first molar extraction on skeletal asymmetry. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;134(2):270-5.
5. Richardson A. Spontaneous changes in the incisor relationship following extraction of lower first permanent molars. *Br J Orthod* 1979;6(2):85-90.
6. Hayes A, Azarpazhooh A, Dempster L, Ravaghi V, Quiñonez C. Time loss due to dental problems and treatment in the Canadian population: analysis of a nationwide cross-sectional survey. *BMC Oral Health* 2013;13(1):1-11.
7. Ministry of Health, New Zealand. Visiting a dentist: Children up to age 13 [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 3]. Available from: URL: <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/publicly-funded-health-and-disability-services/visiting-dentist>
8. Oral Health Division, Ministry of Health, Malaysia. Primary oral health care: School dental service. [Internet] 2021 [cited 2021 Sep 30]. Available from: URL: <https://ohd.moh.gov.my/index.php/en/allcategories-en-gb/2-uncategorised/129-school-dental-service>
9. Health Promotion Board, Singapore. School dental service [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb 3]. Available from: URL: <https://childconsent.hpb.gov.sg/ship/process/SHIP/OnlineChildConsentPortal>
10. Gheisari S, Golkari A. The oral health park: a new experience in delivering preventive services in Iran. *JOHOE/Summer & Autumn* 2012;1(2):83-6.
11. Yusof ZYM, Jaafar N. Health promoting schools and children's oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013,11(1):1-9.
12. เพ็ญแข ลากยั้ง. พัฒนาการทันตสาธารณสุขไทย ใน ระบบสุขภาพช่องปากในกระแสการเปลี่ยนแปลง. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข; โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554. หน้า 37-56.
13. Gupta N, Vujicic M, Yarbrough C, Harrison B. Disparities in untreated caries among children and adults in the U.S., 2011-2014. *BMC Oral Health* 2018;18(30):1-9.
14. Quiñonez C, Grootendorst P. Equity in dental care among Canadian Households. *International Journal for Equity in Health* 2011;10(1):1-9.
15. Guessous I, Theler J-M, Izart CD, Stringhini S, Bodenmann P, Gaspoz J-M, et al. Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health* 2014;14(1):1-10.
16. Macrhy RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CRS, Piovesan C, Mendes FM, et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health* 2013;13(1):1-6.

17. Lisboa CM, Paula JS, Ambrosano GM, Pereira AC, Meneghim MC, Cortellazzi KL, et al. Socioeconomic and family influences on dental treatment needs among Brazilian underprivileged schoolchildren participating in a dental health program. *BMC Oral Health* 2013;13(1):1-8.
18. Gao X, Ding M, Xu M, Wu H, Zhang C, Wang X, et al. Utilization of dental services and associated factors among preschool children in China. *BMC Oral Health* 2020;20(1):1-10.
19. Chang Q, Gao X, Xu M, Zhang C, Du S, Wang X, et al. Socioeconomic-related inequality in dental care utilization among preschool children in China. *Community Dent Oral Epidemiol* 2021;49(6):505-12.
20. Siqueira MFG, Jardim MCAM, Sampaio FC, Vasconcelos LCS, Vasconcelos LC. Evaluation of an oral health program for children in early childhood. *Rev. odonto ciênc* 2010;25(4):350-54.
21. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in Children's oral health and access to dental care. *JAMA* 2000;284(20):2625-31.
22. Skinner J, Johnson G, Phelan C, Blinkhorn A. Dental caries in 14- and 15-year-olds in New South Wales, Australia. *BMC Public Health* 2013;13(1):1-8.
23. เพ็ญแข ลากยั้ง. บทบาทของผู้ปกครองในโครงการยิ้มสดใสเด็ก กทม. พันธุ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550;16(3):422-32.
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานจำนวนประชากรจำแนกตามเพศและช่วงอายุ ปีงบประมาณ 2554 และ 2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: URL: https://opendata.data.go.th/dataset/dataset-rg_11_02
25. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารแนบท้ายประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หมวดที่ 2 ส่วนที่ 4 บริการเฉพาะ: ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน/บริการโรคเฉพาะ) ใน คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพมหานคร; 2555. หน้า 199-202.
26. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2557 (หมวด 2 ส่วนที่ 3 บริการเฉพาะ) ใน คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพมหานคร; 2556. หน้า 98-102.
27. กรมบัญชีกลาง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการของทางราชการ. หนังสือที่ กค 0417/ว 177 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2549; 2549.
28. กรมบัญชีกลาง. การปรับปรุงแก้ไขประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (เพิ่มเติม). หนังสือด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ ว 249 วันที่ 15 กรกฎาคม 2553; 2553.
29. กรมบัญชีกลาง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ หมวด 13 ค่าบริการทางทันตกรรม. หนังสือที่ กค 0431.2/ว 246 วันที่ 16 มิถุนายน 2559; 2559.
30. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. หนังสือที่ สปสช 3.18.9/00736 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2556. เรื่อง การเข้ารับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2556.
31. เพ็ญแข ลากยั้ง, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 5-14 ปี: การวิเคราะห์ผลการสำรวจระดับชาติแบบภาคตัดขวาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2557;8(2):187-96.
32. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารงบกองทุนทันตกรรม ใน คู่มือการบริหารงบกองทุนทันตกรรมปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
33. เพ็ญแข ลากยั้ง. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 5-14 พ.ศ.2554 และ 2556. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2558;24(5):975-88.

34. สรรรัตน์ เรืองฤทธิ์, เพ็ญแข ลาภยั้ง. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในเด็กไทยอายุ 5-14 ปีจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556 และ 2558. ว ทันต สข 2560;22(2):58-69.
35. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2547 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: URL: https://doi.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/_ph.s.2546-1_0.pdf
36. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: URL: shorturl.at/psINV
37. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการบริหารจัดการการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการบางกลุ่มวัยเป็นการจำเพาะ ปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
38. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: URL: shorturl.at/wBNV2
39. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nno.moph.go.th/nanhealth/phocadownloadpap/userupload/Piakung/09.%20%20.%20%2010.pdf>
40. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แบบคำร้องลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการหรือเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการประจำสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/FM-256-02-007-Rev_05.pdf
41. Finlayson TL, Asgari P, Dougherty E, Tadese BK, Stamm N, Nunez-Alvarez A. Child, caregiver, and family factors associated with child dental utilization among Mexican migrant families in California. Community Dental Health 2018;35(2):89-94.

HEALTH