

การจัดบริการด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ภายใต้งานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย (พ.ศ. 2558 - 2565)

วราภรณ์ เวชวิทย์

พูลพฤกษ์ โสภารัตน์

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

พัชรวรรณ สุขมาลีนท์

โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์

วันรับ 1 พฤษภาคม 2567, วันแก้ไข 5 มิถุนายน 2567, วันตอบรับ 10 มิถุนายน 2567.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย (พ.ศ. 2558-2565) ต่อการจัดบริการด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการทันตกรรม คุณภาพชีวิต และปัจจัยการจัดบริการที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) จากการทบทวนสืบค้นเอกสารราชการ ประกาศ รายงานผลการดำเนินงาน ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลจากแบบสอบถามผู้สูงอายุในโครงการประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2565 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,532 คน วิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Pearson correlation, Multiple linear regression ผลการศึกษา เมื่อสิ้นสุดแผนงาน ในปี 2565 พบว่า 1) ผลด้านนโยบายและการจัดบริการมีบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน ในหน่วยบริการทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มฟันผุในระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว การเพิ่มสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ การตรวจช่องปาก ตรวจคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก การฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก การพัฒนาทันตบุคลากรหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการประเมินช่องปากด้วยตนเอง 2) ผลที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.2 เป็น 35.6 มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.9 เป็นร้อยละ 60.5 3) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก OHIP-14 เท่ากับ 15.84 คะแนน โดยมีมิติที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ มิติความเจ็บปวดทางกายภาพ และมิติด้านความจำกัดในการทำหน้าที่ย 4) ปัจจัยด้านบริการที่มีผลในเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ได้แก่ จำนวนทันตบุคลากรที่ได้รับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุในพื้นที่ และจำนวนครั้งของการได้รับบริการของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลในเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก คือ อายุที่มากขึ้น และระยะทางจากบ้านไปยังหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : บริการสุขภาพช่องปาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ปัจจัยด้านการจัดบริการ ผู้สูงอายุไทย

Provision of oral health services for the elderly population in accordance with Thailand Oral Health Plan for Older People (2015 – 2022)

Warangkana Vejvithee

Poolpruek Soparat

Bureau of Dental Health, Department of Health

Pacharawan Sukhumalind

Siriraj Piyamaharajkarun Hospital

Received 1 May 2024, Revised 5 June 2024, Accepted 10 June 2024.

Abstract

The aim of this study was to examine the effect of Thailand Oral Health Plan for Older People (2015 – 2022) on the provision of oral health services for older adults, access to care, quality of life and factors in oral health provision that affect quality of life. This study was an analytical study. The data were obtained from official government documents, reports, health information system (Health Data Center, HDC), and comprehensive evaluation for Thailand Oral Health Plan for Older People (2015 – 2022) which was collected by interviewing 4,532 respondents. The data were analyzed with descriptive statistics, Pearson correlation, multiple linear regression, and content analysis. Results showed that effect of Thailand Oral Health Plan for Older People (2015 – 2022) are as follows: 1) Policy initiation, the provision of oral health services were provided to older adults in all levels of care, and for all types of, independent or dependent older people in the Long-Term Care program. There were new oral health services added to the Universal Coverage Scheme (UCS). These benefits include oral examination, screening for oral cancer, and implant retained dentures. Geriatric dental education programs were also developed, and digital technology was applied for oral health assessment and surveillance. 2) Improving oral care for older adults, the above measures significantly improved access to care among older people from 17.2% in 2015 to 35.6% in 2022. The percentage of older people having 20 permanent teeth also increased from 54.9% in 2015 to 66.6% in 2022. 3) In terms of quality of life, the average score of Oral Health Impact Profile (OHIP-14) was 15.84. Most respondents reported having problems with pain and functional limitation. 4) Factors that positively affected the quality of life ($p < 0.005$) were the number of dentists who had been trained in geriatric oral health care and number of dental visits, while negative factors were increasing age and the distance from home to health service unit.

Keywords: provision of oral health services, oral health-related quality of life, factors influencing oral health services, Thai older people

■ บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากข้อมูลกรมการปกครอง ปี 2566 ระบุว่าไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 13.04 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.74 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายให้คนไทยควรมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 75 ปี⁽²⁾ โดยมีระยะเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลตลอดเวลาสั้นที่สุด สุขภาพช่องปากและการมีฟันใช้งานได้เหมาะสม มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับสุขภาพ โรคเรื้อรัง และเป็นปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ⁽³⁾ รวมทั้งการศึกษาภาระโรค การบาดเจ็บ และปัจจัยเสี่ยงทั่วโลก (Global Burden of Diseases : GBD) ในปี ค.ศ. 2019 พบว่า ความผิดปกติของช่องปากส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life-years : DALYs)⁽⁴⁾ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากประเทศไทย ปี 2560 พบผู้สูงอายุไทยยังคงมีความชุกและความรุนแรงของโรคสูง โดยผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 56.9 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 23.2 ในกลุ่มอายุ 80-85 ปี⁽⁵⁾ การสูญเสียฟันที่เพิ่มอย่างรวดเร็วตามอายุ เป็นอีกหนึ่งภาระหนักสำหรับสังคมสูงอายุ⁽⁶⁾ อีกทั้งยังพบอุบัติการณ์ของโรคเมร็งช่องปากที่เพิ่มขึ้น ในผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ 40 ปีขึ้นไป⁽⁷⁾ และเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับความเสื่อมทางร่างกาย บางกลุ่มต้องการการพึ่งพิง ทำให้การดูแลช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุมีความเฉพาะ

จากผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงการดูแลและค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาล เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำให้ประเทศต่าง ๆ จัดทำโครงการสุขภาพช่องปากเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้ากับนโยบายสุขภาพแห่งชาติ⁽⁸⁾ รวมทั้งการวางเป้าหมายในปี 2020 ที่สามารถวัดผลได้ เช่น การลดจำนวนผู้สูญเสียฟัน การเพิ่มจำนวนผู้มีฟันแท้ 20 ซี่ขึ้นไป หรือเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁹⁾ นอกจากนี้ สถาบันการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของยุโรป (European College of Gerodontology และ European Geriatric Medicine Society) ได้เรียกร้องให้แต่ละประเทศพัฒนาประเด็นนโยบายสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เหมาะสม จัดทำแผนปฏิบัติการด้านการศึกษา การเสริมพลังและการมีส่วนร่วมของประชาชน⁽¹⁰⁾

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และ 2560 ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งนโยบายรัฐบาล ที่กำหนดให้รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมประชากรทุกภาคส่วนโดยเฉพาะประชากรผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุด้านสุขภาพ รวมทั้งหลักประกันและระบบคุ้มครองทางสังคม กรมอนามัยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้พัฒนาแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565⁽¹¹⁾ เป็นแผนปฏิบัติการระดับ 3 ที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี โดยมีเป้าประสงค์ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยดำเนิน

งานตาม 4 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) การพัฒนา รูปแบบ ระบบ และคุณภาพบริการทันตสุขภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ 2) การศึกษาวิจัยและ พัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีบริการและการดูแล ที่ เหมาะกับบริบทผู้สูงอายุไทย 3) พัฒนาบุคลากร และหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ 4) บริหาร จัดการและติดตามประเมินผล ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ มีการดำเนินงานผ่านการมีส่วนร่วมของภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องและจัดบริการโดยหน่วยบริการสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในทุกจังหวัดทั่วประเทศ การ ศึกษาชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลแผนงาน ทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558 - 2565 ภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาผลของแผนงานทันต สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย (พ.ศ. 2558 - 2565) ต่อการจัดการบริการด้านสุขภาพช่องปากใน ผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาผลของการจัดบริการ

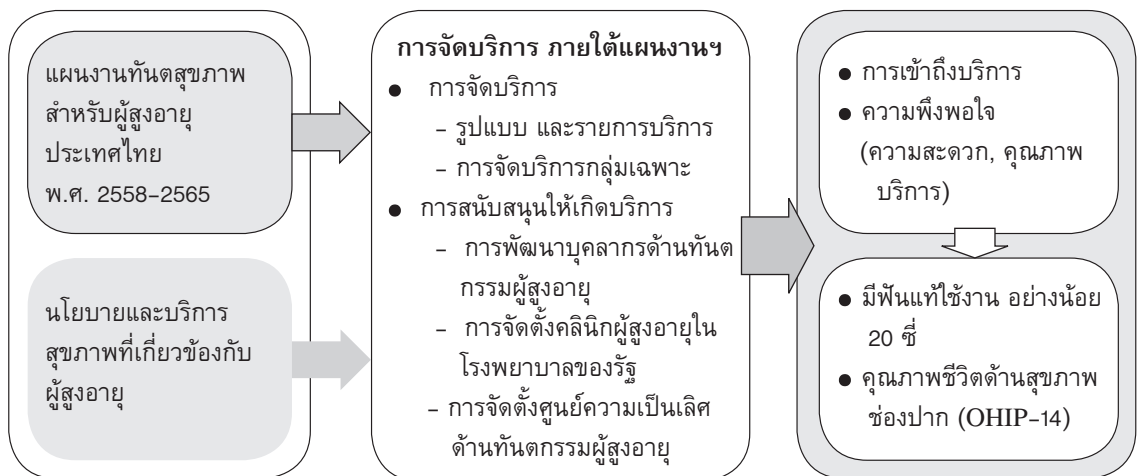
ในด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพช่องปาก และปัจจัยการจัดการบริการที่ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

■ นิยามศัพท์

การจัดการบริการด้านสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดการบริการด้านสุขภาพ ช่องปากโดยหน่วยบริการภาครัฐภายใต้กระทรวง สาธารณสุข ทั้งบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูง อายุดูแลตนเองได้ และการป้องกัน รักษา ฟื้นฟู เพื่อคงสภาพการใช้งาน

ทันตบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่อง ปากผู้สูงอายุ หมายถึง ทันตแพทย์ เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข (ทันต สาธารณสุข) ทันตภิบาลที่ได้รับการอบรม หลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุทั้งหลักสูตรปริญญา หลังปริญญาและหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น 4 เดือน โดยคณะทันตแพทย์ หรือวิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร

■ กรอบแนวคิดการวิจัย



■ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) ตามกรอบแนวคิดในการศึกษา ข้อมูลในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลจากเอกสารราชการ รายงานเอกสารการดำเนินงานภายใต้แผนงานฯ โครงการคู่มือ ประกาศของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เผยแพร่
2. ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลเพื่อตอบสนองแผนการจัดบริการสาขาสุขภาพช่องปาก (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)
3. ข้อมูลจากแบบสอบถามผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565 ภายใต้โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุด้วยวิธีการสำรวจแบบตัดขวาง ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุไทย 60 ปีขึ้นไป ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม จากประชากรที่นับได้ (Finite Population) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \times \hat{p}(1 - \hat{p})}{\epsilon^2} \div 1 + \frac{Z^2 \times \hat{p}(1 - \hat{p})}{\epsilon^2 N}$$

Z = z-score (2.58) ϵ = ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Margin of Error = 0.05)

N = จำนวนประชากร P = สัดส่วนของประชากร (50%) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4,532 คน

เลือกสุ่มจังหวัดแบบง่ายจาก 12 เขตสุขภาพรวม 37 จังหวัด และสุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ เกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารได้และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถ

สื่อสารได้ หรือไม่สมัครใจเข้าร่วม

เครื่องมือใช้แบบสอบถาม ที่ออกแบบโดยทีมวิจัย ตรวจสอบความตรงกับผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบค่าความเชื่อมั่น Cronbach Alpha 0.803 - 0.905 ส่วนการประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต ใช้แบบประเมินฉบับภาษาไทย (Oral Health Impact Profile : OHIP-14 Thai) ประกอบด้วย 7 มิติ 14 ข้อคำถาม แต่ละคำถามให้ตอบเป็นความถี่ของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยค่าต่ำสุด คือ 0 = ไม่เคยมีปัญหา สูงสุด คือ 4 = มีปัญหาบ่อยครั้งมาก การแสดงผลคะแนนมี 2 แบบ 1) OHIP mean score แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละมิติ หรือข้อคำถาม เพื่อสะท้อนคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ 2) The sum OHIP-14 หรือ total OHIP-14 mean score แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมทุกมิติของแต่ละบุคคล เพื่อสะท้อนคุณภาพชีวิตในภาพรวมทุกมิติ การแปลผล คือ ผู้ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ หมายถึงมีปัญหาหรือได้รับผลกระทบน้อย แปลว่ามีคุณภาพชีวิตในระดับดี ส่วนค่าคะแนนสูงหมายถึง คุณภาพชีวิตในระดับต่ำ เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2566

● การวิเคราะห์ข้อมูล ด้านเอกสารวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Pearson correlation, Multiple linear regression

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No.2023/0061 วันที่ 10 พฤษภาคม 2566

■ ผลการศึกษา

1. ผลของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ต่อการจัดบริการด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2558-2565 มีเป้าหมายการจัดรูปแบบและรายการบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น โดยดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย กิจกรรมสำคัญในแผน ได้แก่ 1) การเสนอแนะนโยบาย โดยจัดทำข้อเสนอการพัฒนาบริการและการผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ 2) การผลักดันให้เกิดบริการแบบบูรณาการสหวิชาชีพ และนวัตกรรมบริการในกลุ่มเป้าหมาย 3) พัฒนาหลักสูตรและการอบรมทักษะความรู้ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุแก่ทันตแพทย์และทันตภิบาล ผลการศึกษา พบว่า

ด้านการเสนอแนะนโยบาย สปสช. มีมติเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม 2 เรื่อง 1) เพิ่มสิทธิประโยชน์ทันตกรรมด้านส่งเสริมป้องกัน ข้อ 5 “คัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากโดยการตัดเนื้อเยื่อบริเวณรอยโรค (Biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา (กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 40 ปีขึ้นไป)” ในปี 2564 และกรมอนามัยได้ผลักดันให้เป็นประเด็นตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 2) เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมฟันฟู ข้อ 2 “ใส่รากฟันเทียมทุกกลุ่มอายุที่มีปัญหาการใส่ฟันเทียมทั้งปากแล้วฟันเทียมหลวมไม่แน่น ไม่กระชับ หรือไม่สามารถใส่ฟันเทียมได้ที่ทันตแพทย์วินิจฉัยแล้วว่า จำเป็นต้องได้รับการใส่รากฟันเทียม” ในปี 2566 (อ้างอิง สปสช. สิทธิประโยชน์ทันตกรรมสำหรับประชาชน สิทธิบัตรทอง 30 บาท <https://www.nhso.go.th/news/4448> 13 พฤษภาคม 2567)

ด้านการบริการแบบบูรณาการ ในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บูรณาการการดูแลช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงภายใต้นโยบายการดูแลระยะยาว Long Term Care (LTC) วางแผนดูแลช่องปากรายบุคคลร่วมกับ care manager (CM) บูรณาการในหลักสูตรอบรม care giver (CG) การออกเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพ เพื่อตรวจ แนะนำการดูแลและส่งต่อรับบริการตามจำเป็น โดยใช้งบประมาณตามสิทธิประโยชน์กองทุนสุขภาพและกองทุน LTC และการพัฒนานวัตกรรมบริการโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อลดความเสี่ยงในช่องปากด้วยตนเอง

ด้านการพัฒนาหลักสูตรและจัดอบรม ทักษะความรู้ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุแก่ทันตแพทย์และทันตภิบาล เป็นความร่วมมือของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยของรัฐ 8 แห่ง และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 4 แห่ง มีทันตบุคลากรได้รับการพัฒนาจำนวน 936 คน (ตารางที่ 1)

2. ผลการจัดบริการ ต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม

จากฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) เปรียบเทียบข้อมูลการใช้บริการในปี “เริ่ม” และ “หลัง” แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565 พบผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ เข้าถึงบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และบริการทันตกรรมภาพรวมเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 17.2 ในปี 2558 เมื่อเริ่มโครงการ เป็นร้อยละ 35.6 เมื่อสิ้นสุดโครงการในปี 2565 รวมทั้งสัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังเบาหวาน และกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำนวน 237,021 คน ได้รับการทันตกรรมเพิ่มขึ้นชัดเจน จากร้อยละ 10.9 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 28.1 ในปี 2565 (ภาพที่ 1)

**ตารางที่ 1 รูปแบบและรายการบริการ /มาตรการสนับสนุน และผลลัพธ์สำคัญ ภายใต้แผนงาน
ทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565**

ปี พ.ศ.	รูปแบบและรายการบริการ /มาตรการสนับสนุน	ผลการจัดบริการ /ผลของมาตรการสำคัญ	กระบวนการและกลไกการจัดการ (จากเอกสาร บันทึกการประชุม รายงาน)
2559 - ปัจจุบัน	การจัดบริการด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโดยหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยเน้นหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน	- ผู้สูงอายุรับบริการ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.1 เป็น 37.7 - รับบริการส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.4 เป็น 34.0 (พ.ศ.2558 และ 2565) ^a	- ถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายตามเอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2560-2565 (ข่าวคาดแดง) กรมอนามัย และตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2565 กรมอนามัย ^b - ติดตาม กำกับ รายงานผลในการประชุมคณะกรรมการ บริหารแผนงานฯและแผนงบประมาณ แผนบูรณาการรองรับสังคมผู้สูงอายุ ^c เอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปี (ข่าวคาดแดง)
2559 - ปัจจุบัน	การจัดบริการดูแลช่องปากในกลุ่มฟันผุร่วมในระบบการดูแลระยะยาว Long Term Care (LTC)	ผู้สูงอายุกลุ่มฟันผุร่วมได้รับการตรวจ และบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 10.9 เป็น 28.1 (พ.ศ.2558 และ 2565) ^a รวมบริการในสถานพยาบาล และการเยี่ยมบ้าน	- บูรณาการในคู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุในพื้นที่ (LTC) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 และบูรณาการการอบรม Care Manager (CM), Care Giver (CG) ในหลักสูตรกรมอนามัย ร่วมกับ สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
2560 - ปัจจุบัน	การจัดบริการตรวจสุขภาพช่องปาก คัดกรอง รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก การตัดเนื้อเยื่อบริเวณรอยโรค (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา บริการส่งต่อรักษาระบบจริง	กลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 27.7 ได้รับการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (พ.ศ.2566) ^a	- เสนอโครงการพัฒนาระบบการดูแลมะเร็งช่องปากครบวงจร เสนอแนวทางตรวจคัดกรองและดูแล การขอเพิ่มสิทธิประโยชน์ ในการประชุมคณะกรรมการบริหารแผนงานฯ ปี 2560-2562 - จัดทำแนวทางการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ร่วมกับราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิก ปี 2562-2563 - ตัวชี้วัดระดับกระทรวง (ร้อยละผู้รับบริการอายุ 40 ปี ขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรอง) ปี 2564-2565 ตามคู่มือ แนวทางกองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข - สปสช.ประกาศสิทธิประโยชน์ใหม่ เรื่องการตรวจช่องปาก การตรวจคัดกรองและ biopsy รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ปี 2564 ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในราชกิจจานุเบกษา 7 มิถุนายน 2565

ตารางที่ 1 รูปแบบและรายการบริการ /มาตรการสนับสนุน และผลลัพธ์สำคัญ ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565 (ต่อ)

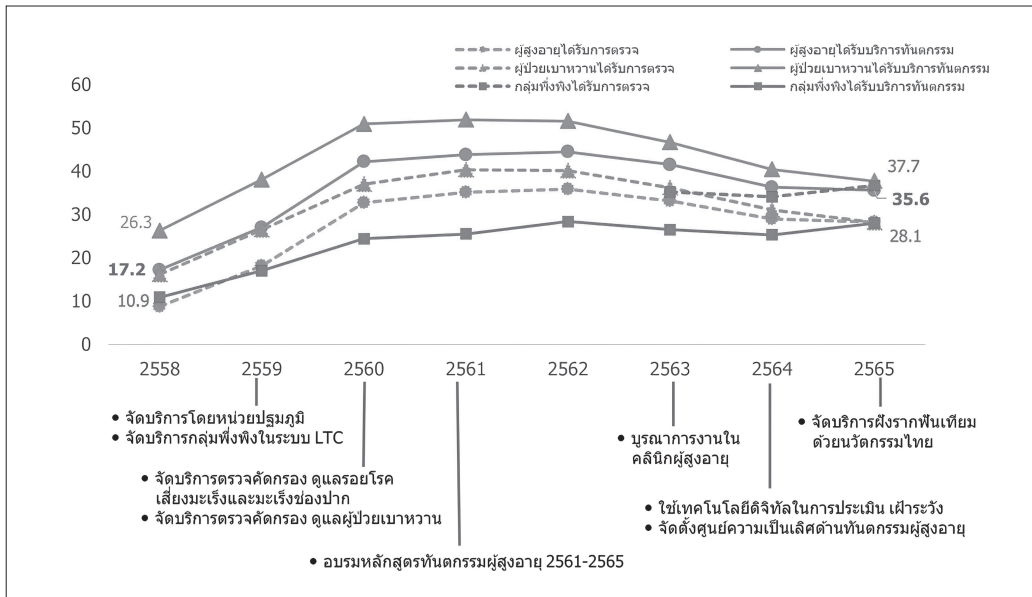
ปี พ.ศ.	รูปแบบและรายการบริการ /มาตรการสนับสนุน	ผลการจัดบริการ /ผลของมาตรการสำคัญ	กระบวนการและกลไกการจัดการ (จากเอกสาร บันทึกการประชุม รายงาน)
2561 - ปัจจุบัน	การจัดบริการตรวจคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงและดูแลช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ ดูแลช่องปาก จากร้อยละ 16.2 เป็นร้อยละ 28.1 (พ.ศ.2558 และ 2565) ^a	- เสนอการพัฒนาารูปแบบการดูแลช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบ ในการประชุมคณะกรรมการบริหารแผนงานฯ ปี 2561 - บูรณาการประเด็นประเมิน คัดกรองสภาวะช่องปาก ในเกณฑ์คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี 2562
2565 - ปัจจุบัน	การจัดบริการฝังรากฟันเทียม สำหรับรองรับฟันเทียมทั้งปาก โดยใช้นวัตกรรมที่ผลิตในประเทศ	ผู้ป่วยที่จำเป็นเข้าถึงบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	- โครงการฟันเทียม รากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ ตุลาคม 2565-กันยายน 2567 โดยหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข - สปสช.ประกาศสิทธิประโยชน์ใหม่ บริการฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก ปี 2566
2564 - ปัจจุบัน	การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการประเมินความเสี่ยง เฝาระวังกลุ่มอาการสำคัญ 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ (รวมช่องปาก) และประเมินความจำเป็นที่ต้องเข้ารับบริการ	ผู้สูงอายุที่ใช้ application Blue book ประเมินช่องปากตนเอง จากร้อยละ 5.1 (พ.ศ.2565) เป็นร้อยละ 62.8 (พ.ศ.2566) ^d	- คู่มือการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ blue book application โดยผู้สูงอายุ ครอบครัว/ผู้ดูแล อสม. (App. SMART อสม.) และบุคลากรสาธารณสุข ปี 2564
2561 - 2565	การอบรมหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ ระยะสั้น 4 เดือน หลักสูตรต่อเนื่องปริญญาตรี และหลักสูตรปริญญาโทแก่ทันตแพทย์และทันตภิบาล	ทันตแพทย์ ทันตภิบาล ได้รับพัฒนาภายใต้งบประมาณแผนงานฯจำนวน 936 คน - mapping ทันตบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพทันตกรรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ ^e	- เอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 3 งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561, 2562, 2563, 2564 เล่มที่ 11 สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับงบประมาณอุดหนุน เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับอบรมหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุแต่ละปีในแผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย - แผนการดำเนินงาน ติดตาม รายงาน ผ่านคณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ
2563 - ปัจจุบัน	การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป โดยมีบริการประเมินสภาพช่องปากและบริการทันตกรรม	มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์บริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีบริการทันตกรรมร่วมด้วย 782 รพ.จากจำนวน รพ. 901 แห่ง ในปี 2566 ^f	- กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นตัวชี้วัดร้อยละของโรงพยาบาล M2 ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ - มีคู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพฯในแผนผู้ป่วยนอก โดยมีบริการทางทันตกรรม

**ตารางที่ 1 รูปแบบและรายการบริการ /มาตรการสนับสนุน และผลลัพธ์สำคัญ ภายใต้แผนงาน
ทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565 (ต่อ)**

ปี พ.ศ.	รูปแบบและรายการบริการ /มาตรการสนับสนุน	ผลการจัดบริการ /ผลของมาตรการสำคัญ	กระบวนการและกลไกการจัดการ (จากเอกสาร บันทึกการประชุม รายงาน)
2564 - ปัจจุบัน	มีการพัฒนาโรงพยาบาลเป็น ศูนย์ความเป็นเลิศ (excellent center) ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ	มีโรงพยาบาลผ่านการ ประเมินศูนย์ความเป็นเลิศ ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ใน 12 เขตสุขภาพรวม 19 แห่ง	ดำเนินการผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก และราชวิทยาลัยทันตแพทย์ มีรายงานการประชุมคณะกรรมการ service plan สาขาสุขภาพช่องปาก

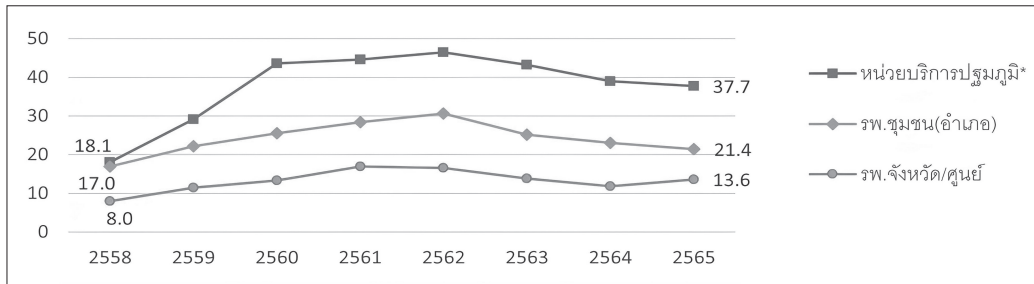
- ที่มา : a Health Data Center (HDC) dashboard สาขาสุขภาพช่องปาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5
 b เว็บไซต์ กองแผนงาน กรมอนามัย <https://planning.anamai.moph.go.th/th/annual-budget1>
 c เว็บไซต์ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย <https://dental.anamai.moph.go.th/th/dmd/217502?reload>
 d สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ <https://bluebook.anamai.moph.go.th/>
 e หลักรัฐธรรมนูญ <https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=11AJ-XYqB5hzLkifmN239o1VF3hMylk&ll=13.09298678911301%2C101.69068855000002&z=6>
 f dashboard Health KPI กรมการแพทย์ https://healthkpi.dms.go.th/kpi2/kpi/index-dms/?kpi_year=2566

ภาพที่ 1 ร้อยละการใช้บริการตรวจและบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามกลุ่ม ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565



ที่มา : ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) ข้อมูลเพื่อตอบสนองแผนการจัดการบริการสาขาสุขภาพช่องปาก (Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก) สืบค้นได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th>

รูปที่ 2 ร้อยละการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558-2565



*หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์บริการสุขภาพ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในมิติสุขภาพช่องปาก จำแนกตามประเด็นปัญหา (n= 4,532)

มิติด้านสุขภาพช่องปาก (Domain)	ประเด็นปัญหารายชื่อ (Item)	OHIP-14 mean score	
		Domain Mean (SD)	Item Mean (SD)
ด้านความจำกัดในการทำหน้าที่	ออกเสียงคำบางคำลำบาก	1.12 (1.56)	0.52 (0.85)
	รสชาติอาหารแย่งลง		0.52 (0.87)
ด้านความเจ็บปวดทางกายภาพ	เคยเจ็บปวดในช่องปาก	1.41 (1.68)	0.60 (0.89)
	กินอาหารไม่สะดวก		0.68 (1.00)
ด้านความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ	กังวลภาพลักษณ์ของตนเอง	0.82 (1.45)	0.73 (0.85)
	รู้สึกเครียด		0.45 (0.76)
ด้านการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ	ไม่พึงพอใจการกินอาหาร	0.83 (1.47)	0.38 (0.83)
	หยุดกินในระหว่างมื้ออาหาร		0.44 (0.76)
ด้านการสูญเสียความสามารถทางจิตใจ	รู้สึกไม่ผ่อนคลาย	0.58 (1.23)	0.38 (0.66)
	รู้สึกอายุปัญหาเกี่ยวกับฟัน		0.30 (0.70)
ด้านการสูญเสียความสามารถทางสังคม	รู้สึกหงุดหงิดคนรอบข้าง	0.56 (1.21)	0.29 (0.67)
	ลำบากในการทำงานที่ทำประจำ		0.30 (0.64)
ด้านความด้อยโอกาสทางสังคม	รู้สึกชีวิตทั่วไปน่าพึงพอใจน้อยลง	0.55 (1.19)	0.25 (0.66)
	ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่		0.27 (0.60)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มได้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นชัดเจน ในขณะที่การรับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ มีอัตราการรับบริการทันตกรรม

เพิ่มเล็กน้อย (ตารางที่ 2) และจากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ระบุว่า ได้รับความสะดวกสบายในการเข้าถึงบริการทันตกรรมในระดับ “มากที่สุด” ร้อยละ 48.0 และ “มาก” ร้อยละ 40.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการ	OHIP-14 score (n = 4,532)	
	Pearson correlation	p-value
อายุผู้รับบริการ	0.273	0.044
จำนวนครั้งของการไปรับบริการ	- 0.083	0.058
ความสะดวกในการนัดหมายเข้ารับบริการ (5 ระดับคะแนน)	- 0.095	0.077
ความพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ (5 ระดับคะแนน)	- 0.116	0.048
หน่วยบริการมีทันตบุคลากรที่ได้รับการอบรมด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ	- 0.319	0.013
ระยะทางระหว่างบ้านกับหน่วยบริการ	0.181	0.021
ค่าใช้จ่ายในการรับบริการต่อครั้ง	0.210	0.211

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ แบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

Predictor Variable	กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป		
	B	S.E.	p-value
อายุผู้รับบริการ	0.031	0.279	0.012
จำนวนครั้งของการไปรับบริการ	-0.018	0.085	0.000
ความสะดวกในการนัดหมายเข้ารับบริการ (5 ระดับคะแนน)	0.079	0.437	0.578
ความพอใจในคุณภาพบริการที่ได้รับ (5 ระดับคะแนน)	-0.007	0.244	0.925
หน่วยบริการมีทันตบุคลากรที่ได้รับการอบรมด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ	-0.037	0.292	0.037
ระยะทางระหว่างบ้านกับหน่วยบริการ	0.024	0.042	0.024
ค่าใช้จ่ายในการรับบริการต่อครั้ง	-0.001	0.435	0.980

Adjusted R2 = 0.391

Level of statistical significance of 0.05

3. ผลการจัดบริการต่อสภาวะการมีฟันแท้ใช้งานได้ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

จากข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) ของกระทรวงสาธารณสุข แสดงสภาวะช่องปากตามตัวชี้วัดของแผนงาน คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.9 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 60.5 ในปี 2565

ด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่อง

ปากของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 4,532 คน โดยใช้แบบสำรวจคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) พบกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม 15.84 (SD 7.85) โดยมีมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ มิติความเจ็บปวดทางกายภาพ และมิติความจำกัดในการทำหน้าที่ เมื่อพิจารณารายชื่อคำถาม พบว่าผู้สูงอายุยังคงมีปัญหา อาการปวดในช่องปาก กินอาหารไม่สะดวก และมีความกังวลภาพลักษณ์ตนเอง (ตารางที่ 2)

จากผลการศึกษาในตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยการจัดบริการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่าความน่าจะเป็นต่ำกว่า 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) 4 ตัวแปร โดยผู้รับบริการที่มีอายุมากขึ้นและมีบ้านไกลจากหน่วยบริการ มีค่าคะแนน OHIP สูงกว่า (หมายถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่แย่กว่า) ในขณะที่ผู้ที่พอใจในคุณภาพบริการและได้รับบริการจากหน่วยที่มีทันตบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุจะมีคะแนน OHIP ต่ำกว่า (หมายถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า) ผู้ที่ไม่มีสภาวะดังกล่าว เมื่อนำตัวแปรทำการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบนำตัวแปรเข้าพร้อมกันทั้งหมด (ตารางที่ 4) พบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุมาก การได้รับบริการน้อยครั้ง หน่วยบริการไม่มีทันตบุคลากรที่ได้รับการอบรมด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ และระยะทางจากบ้านกับหน่วยบริการที่ห่างไกล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพช่องปากที่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

■ อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การมีแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558-2565 ทำให้เกิดการจัดบริการที่มีการบูรณาการกับหน่วยงานและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพิ่มการจัดบริการโดยหน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน สามารถให้บริการผู้สูงอายุทุกกลุ่มทั้งกลุ่มทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มพึ่งพิง ผลด้านการเสนอแนะนโยบาย มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น 2 ประเด็น มีการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการคงอยู่ของฟันแท้และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

ช่องปากที่ดี การจัดบริการที่เกิดขึ้น เป็นผลจากการกำหนดกลยุทธ์ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพที่มีความชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายและระบบสุขภาพของประเทศ โดยตั้งแต่ปี 2558 ประเทศไทยมีนโยบายสำคัญ ได้แก่ นโยบายระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care) ที่เน้นการดูแลและการเข้าถึงบริการของประชาชนที่ใกล้บ้าน ใกล้ชุมชนโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ นโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ปี 2560 มีนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน (Long Term Care) มีการทำงานแบบบูรณาการ เชื่อมต่อภายใต้ภารกิจของหน่วยงานในส่วนกลาง และถ่ายทอดสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับเขตและจังหวัด มีการกำหนดแนวปฏิบัติ รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณรายปีตั้งแต่ปี 2560-2565 ตามประเด็นยุทธศาสตร์⁽¹²⁾

ผลสอดคล้องกับการจัดบริการในญี่ปุ่น ภายใต้แผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุระดับประเทศ⁽¹³⁻¹⁵⁾ ที่เริ่มจากโครงการ Healthy Japan ปี 2000 ภายใต้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการสังคม ทำให้เกิดโปรแกรมตรวจสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่บรรจุรวมอยู่ในรายการตรวจสุขภาพและกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติส่งเสริมสุขภาพ มีนโยบายตรวจสุขภาพช่องปากรวมในการตรวจสุขภาพกลุ่มอายุ 40-79 ปี ที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สร้างระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการในชุมชน จัดตั้งคลินิกทันตกรรมเพื่อสนับสนุนการดูแลทางการแพทย์ที่บ้าน ปี 2011 เมื่อมีการประกาศพระราชบัญญัติการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก ได้มีการกำหนดหน้าที่ของรัฐบาลกลาง รัฐบาลประจำจังหวัดและรัฐบาลเมืองต่างๆ ตั้งศูนย์สุขภาพ/ศูนย์สนับสนุนสุขภาพช่องปาก

เพื่อดูแลด้านทันตกรรม กำหนดหน้าที่ทันตแพทย์ ประชาชนในการดูแลและเข้ารับการตรวจสุขภาพ ช่องปากตนเองเป็นระยะ รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุ ในสถานดูแลระยะยาว แม้ว่ารูปแบบการจัดการบริการ จะใกล้เคียงกับประเทศไทย แต่การบริการของ ไทยส่วนใหญ่ ยังจำกัดอยู่ภายใต้กลไกหน่วย บริการกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ญี่ปุ่น เป็นการจัดการภายใต้ความร่วมมือของภาครัฐ สมาคมทันตกรรมเอกชน สมาคมวิชาชีพใน บราซิล⁽¹⁶⁾ การประกาศนโยบายสุขภาพช่องปาก แห่งชาติ หรือ Smiling Brazil ของรัฐบาล ในปี 2004 ทำให้การประกันการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า นโยบายนี้มีกลยุทธ์หลักในการขยายการเข้าถึง บริการทันตกรรมผ่านการขยายที่มสุขภาพ ช่องปาก โดยมีทันตแพทย์ร่วมให้บริการทั้งภาค ภาครัฐและเอกชน ผ่านกลไกการเงินในระบบหลัก ประกันสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถรับบริการทันต- กรรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตามจากการ สนับสนุนทรัพยากรด้านสุขภาพและการคลังที่ไม่ ต่อเนื่อง รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรในสาขาทันต- กรรมผู้สูงอายุที่มีจำนวนน้อยและไม่ได้มีการผลัก ดันชัดเจน⁽¹⁷⁾ ทำให้หลังปี 2013 การเข้าถึงบริการ ยังคงมีความเหลื่อมล้ำ ผู้สูงอายุที่ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มรายได้ค่อนข้างสูง เนื่องจากไม่มีข้อ จำกัดในการเดินทางและมีความสะดวกในการเข้า ใช้บริการ⁽¹⁸⁾ ในไอร์แลนด์⁽¹⁹⁾ รัฐบาลมีนโยบาย สุขภาพช่องปากระดับประเทศ ที่เรียกว่า นโยบาย Smile Agus Slainte ในปี 2014 โดยวางกลยุทธ์ ให้สอดคล้องไปกับนโยบายของรัฐบาลและสุขภาพ อื่นๆ เช่น Healthy Ireland (2012), Program for a Partnership Government (2016) รวมทั้ง นโยบายอื่นๆ ในลักษณะตัดขวางก็ถูกนำมา พิจารณาด้วย นโยบายสุขภาพช่องปากของ

ไอร์แลนด์ ในส่วนของการจัดบริการ มุ่งเน้นบริการ ที่เชื่อมโยง จากหน่วยปฐมภูมิ การดูแลในชุมชน และบริการโดยศูนย์เชี่ยวชาญ ซึ่งคล้ายกับ การวางกลยุทธ์แผนงานฯ ของไทย ที่ต้อง สอดคล้องและบูรณาการกับทิศทางการจัดการ สุขภาพของประเทศ ซึ่งไอร์แลนด์คาดว่าจะลด จำนวนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่สูญเสียฟันทั้งปาก จากร้อยละ 19.5 ในปี 2013 ให้เหลือร้อยละ 8.7 ในปี 2026 สำหรับประเทศจีน ประชาชนจีนเกือบ ทั้งหมดรวมทั้งผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครองโดย ระบบประกันสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่มีการให้บริการ โดยโรงพยาบาลในระดับจังหวัด มณฑลและ ชนบท⁽²⁰⁾ แต่ผู้สูงอายุยังคงเข้าถึงบริการ ทันตกรรมจำกัด แม้จะมีความจำเป็นต้องรับการ รักษาจำนวนมาก⁽²¹⁾ สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติจีน จึงได้กำหนด “แผนปฏิบัติการ ช่องปากเพื่อสุขภาพ (2019-2025)” เพื่อยกระดับ บริการและการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรัง และพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ใน สถานบริการสุขภาพช่องปากชุมชนในการดูแล ผู้สูงอายุ⁽¹³⁾ จากสถานการณ์ความท้าทายต่อการ สูงวัยของประชากร ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ทำให้ รัฐบาลอีกหลายประเทศ อาทิเช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ แคนาดา ได้พัฒนา ริเริ่มนโยบาย แผนระยะยาว และแนวทางใหม่ๆ เพื่อการดูแล สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยนโยบายเหล่านี้ มุ่งเน้นไปที่การช่วยการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพ ช่องปากเป็นหลัก และการให้ความรู้แก่ผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากและความ สัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากกับสุขภาพโดยรวม ในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽²²⁾

สำหรับผลการเข้าถึงบริการทันตกรรม ของผู้สูงอายุไทย หลังเริ่มแผนงานฯ พบเพิ่มขึ้น ชัดเจน โดยเฉพาะในช่วงปี 2558-2562 และลด

ลงเล็กน้อยหลังปี 2562 เนื่องจากการระบาดของ โควิด-19 ทำให้มีการปรับรูปแบบการให้บริการ รวมทั้งในปี 2564-2565 มีการถ่ายโอนหน่วย บริการและบุคลากรในระดับปฐมภูมิ ภายใต้สังกัด ของกระทรวงสาธารณสุขไปยังกระทรวง มหาดไทย ทำให้การสื่อสาร การกำกับนโยบาย มีข้อจำกัด อย่างไรก็ตาม การมีนโยบายสุขภาพ ช่องปากระดับประเทศ ส่งผลเชิงบวกต่อการ เข้าถึงบริการในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับผลการ เข้าถึงบริการในบราซิล ช่วงปี 2004-2013 ที่มี นโยบาย Smiling Brazil พบผู้สูงอายุที่ไม่เคย ได้รับความทันตกรรมลดลง จากร้อยละ 14.83 เป็น 10.18 และ 12.35 ในปี 2003, 2008, 2013 ตาม ลำดับ^(16,18) และจากผลลัพธ์ภายใต้นโยบาย ทันตกรรมผู้สูงอายุของญี่ปุ่น ในปี 1999 ก่อนเริ่ม โครงการ พบผู้สูงอายุญี่ปุ่น 80 ปี มีฟันแท้ใช้งาน อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 16.3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 51.2 ในปี 2016 ภายใต้แผนงานต่อเนื่อง 18 ปี⁽¹⁴⁾ ซึ่งผล เป็นไปในทิศทางเดียวกับผู้สูงอายุไทยที่มีฟันแท้ ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 54.9 เป็น 60.5 ในช่วงปี 2558-2565

การศึกษาครั้งนี้ ใช้การประเมินค่าดัชนี OHIP-14 ที่มีการแปลจากภาษาต้นฉบับไปใช้ใน หลายประเทศ เพื่อประเมินความรู้สึกแท้จริงของ ผู้สูงอายุต่อปัญหาช่องปากที่ส่งผลต่อการดำเนิน ชีวิต จากการตอบแบบสอบถามด้วยตัวผู้สูงอายุ เอง⁽²³⁻²⁴⁾ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไทย 4,532 คน พบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่อง ปาก เท่ากับ 15.84 ± 7.85 ยังไม่มีการศึกษาใด กำหนดเกณฑ์ค่าคะแนนเฉลี่ยของ OHIP-14 ใน กลุ่มผู้สูงอายุว่าคะแนนเท่าไร หมายถึงการมี คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี แต่จาก คะแนนเต็ม 56 คะแนน คะแนนที่ต่ำกว่าเข้าใกล้ 0 หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า ในประเทศไทย

ยังมีการศึกษาเรื่องนี้ไม่มากและทำในกลุ่ม ตัวอย่างขนาดเล็ก เช่น การศึกษาผู้สูงอายุ 180 คน ที่จังหวัดสระแก้ว⁽²⁵⁾ พบค่า OHIP-14 เท่ากับ 16.98 ± 6.48 การศึกษาในผู้สูงอายุญี่ปุ่น 942 คน ในเมืองโอซากา⁽²⁶⁾ พบคะแนน OHIP-14 เท่ากับ 10.93 ± 8.79 หรือการศึกษาคุณภาพชีวิตระยะยาว ในผู้สูงอายุ 164 คน ทางตอนใต้ของบราซิล⁽²⁷⁾ หลังจากมีนโยบายสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ในปี 2009 พบค่า OHIP-14 เท่ากับ 9.12 ± 10.81 และ ลดเหลือ 8.50 ± 10.52 ในปี 2015 คะแนน OHIP-14 ของผู้สูงอายุไทยที่สูงกว่า อาจสะท้อนคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุไทยที่น้อยกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ข้อจำกัดของฐานข้อมูลบริการของไทย ที่ยังไม่ ครอบคลุมบริการจากภาคเอกชน นอกจากนี้ ยังมี การศึกษาตามพื้นที่อยู่อาศัย ในผู้สูงอายุประเทศ กรีซ 501 คน⁽²⁸⁾ พบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน ชุมชนเมือง OHIP-14= 15.6 ± 11.0 ดีกว่าผู้สูงอายุ ในพื้นที่ห่างไกล OHIP-14= 16.3 ± 10.0 เมื่อ พิจารณา OHIP รายมิติ พบว่า มิติที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยสูงสุด คือ มิติด้าน ความเจ็บปวดทางกายภาพ และมิติด้านความ จำกัดในการทำหน้าที่ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบเหมือน ผู้สูงอายุในแทบทุกประเทศ^(26,29-31) และผู้สูงอายุ ไทยยังมีคะแนนความกังวลต่อภาพลักษณ์ของ ตนเองค่อนข้างสูง ซึ่งสอดคล้องกับประชากรวัย ผู้ใหญ่และสูงอายุ ในออสเตรเลีย⁽²⁹⁾ อังกฤษ⁽²⁹⁻³⁰⁾ แคนาดา⁽³¹⁾ ที่มองว่าสุขภาพช่องปากส่งผลต่อ จิตใจและความมั่นใจ

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปากผู้สูงอายุ กับปัจจัยการจัดบริการ พบว่า ปัจจัยที่มีผลเชิงบวก ได้แก่ จำนวนทันตบุคลากร ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุใน พื้นที่ และจำนวนครั้งในการรับบริการ ส่วนปัจจัย ที่มีผลเชิงลบ ได้แก่ อายุ และระยะทางจากบ้าน

กับหน่วยบริการที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในบราซิล⁽³²⁾ ที่พบว่า การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมที่ไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีความสัมพันธ์กับดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งในระบบบริการปฐมภูมิ การเข้าถึงบริการทันตกรรมนั้นสัมพันธ์กับตำแหน่งที่ตั้งของสถานพยาบาล ความพร้อมในการให้บริการ รวมถึงความสามารถบุคลากรในการเข้าใจและบริการผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาในอังกฤษและออสเตรเลีย⁽³³⁾ ที่ปัจจัยด้านศักยภาพบุคลากรความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มพึ่งพิง ทำให้ผู้รับบริการมีทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสม ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล ระยะเวลาที่ต้องมาพบ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งในแคนาดา⁽³¹⁾ ที่พบว่า การไปพบทันตแพทย์ไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ที่มีความลำบากในการจ่ายและการเข้าถึงบริการทันตกรรม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทย ไม่พบความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนโยบายของไทยที่มีการพัฒนาการกระจายบุคลากร และการจัดบริการลงสู่หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ลดข้อจำกัดในการใช้จ่ายเรื่องการเดินทางเข้ารับบริการ

■ สรุป

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย มีผลต่อการจัดบริการ และกลไกการสนับสนุนบริการ อย่างไรก็ตาม ผลการจัดบริการภายใต้แผนงานฯ การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การมีฟันแท้ใช้งาน หรือคุณภาพชีวิตใน

มิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น อาจมีผลจากนโยบายและโครงการอื่นระดับประเทศร่วมด้วย ทั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รวมสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมบางส่วนตั้งแต่เริ่มต้น พระราชบัญญัติบริการปฐมภูมิ (พ.ศ.2562) ที่กำหนดให้มีบริการใกล้บ้าน และมีหมอบริการครอบครัว แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ซึ่งปัจจัยเชิงระบบที่กล่าวมานี้ ส่งผลทางบวกต่อแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ทำให้แผนงานบางส่วนถูกขับเคลื่อนและบูรณาการไปกับโครงการและกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลประชากรผู้สูงอายุ

■ ข้อเสนอแนะ

1. การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพช่องปากระดับประเทศมีความจำเป็น และควรมีหน่วยงานรับผิดชอบที่มีอำนาจหน้าที่ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน บูรณาการกับนโยบายและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สามารถดำเนินการได้ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดระบบ กลไก ผลผลิตและผลลัพธ์
2. การจัดบริการในระดับปฐมภูมิทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น จึงควรสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการในระดับปฐมภูมิ และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครและชุมชน
3. พัฒนาศักยภาพของทันตบุคลากรในระดับปฐมภูมิด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในทุกมิติ รวมทั้งแสวงหาการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ และเอกชนเพิ่มขึ้น
4. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลกิจกรรมสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวม รวมทั้งการประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อสร้างทางเลือก

ใหม่ๆ ในการพัฒนาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุใน
อนาคต

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.รัชเฉลิม สุทธิพงษ์

ประชา, รศ.ดร.อัชกรณ์ วงศ์ปรีดี ที่ให้ความ
อนุเคราะห์และข้อแนะนำ ขอขอบคุณทีม
ทันตบุคลากร สำนักทันตสาธารณสุข ที่สนับสนุน
การศึกษาครั้งนี้ จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จ
ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง สำนักบริหารการทะเบียน. สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bora.dopa.go.th/exec-stat/>
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 - 2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *International Dental Journal* 2017;67(2):14-8.
4. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396:1204- 22. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
5. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ); 2561.
6. Kassebaum NJ, Bernabe E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of severe tooth loss: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2014;93(7Suppl):20S-8S. doi: 10.1177/002203451453 7828
7. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข ระบบข้อมูลเฝ้าระวัง. รายงานโรคมะเร็งในช่องปากในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 18 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ppdental.anamai.moph.go.th/survey_dental/report_cancer.php
8. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people--call for public health action. *Community Dent Health* 2010;27(4Suppl2):257-67.
9. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(2):81-92.
10. Kossioni AE, Hajto-Bryk J, Maggi S, McKenna G, Petrovic M, Roller-Wirnsberger RE, et al. An expert opinion from the European College of Gerodontology and the European Geriatric Medicine Society: European policy recommendations on oral health in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2018;66(3): 609-13.
11. กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข. แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2558.
12. วรางคณา เวชวิทย์, สุรัตน์ มงคลชัยอัญญา. การประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ระยะเวลาที่ 1 (พ.ศ.2558-2561). *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2565;45(2):76-88.

13. Jiang CM, Chu CH, Duangthip D, Ettinger RL, Hugo FN, Kettratad–Pruksapong M, et al. Global Perspectives of Oral Health Policies and Oral Healthcare Schemes for Older Adult Populations. *Frontiers in Oral Health* 2021;2:703526.
14. Tsuneishi M, Sato T. The Impact and Future of Japan’s 8020 Campaign. *AHWIN PAPERS: Lessons For Aging–Related Policy*; 2021;2.
15. Ministry of Health Labour and Welfare. Overview of Medical Service Regime in Japan [Internet] 2012 [cited 2024 Apr 4]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken01/dl/01_eng.pdf
16. Pucca GA Jr, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res* 2015;94:1333–7. doi: 10.1177/0022034515599979
17. Hebling E, Mugayar L, Dias PV. Geriatric dentistry: a new specialty in Brazil. *Gerodontology* 2007; 24:177–80. doi: 10.1111/j.1741–2358.2007.00155.x
18. Galvão MHR, Roncalli AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health* 2021;21(1):541.
19. Department of Health. National Oral Health Policy Ireland 2019 [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 9]. Available from: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/IRL_B8_20190425%20National-Oral_Health_Policy_Smile_Agus_Slainte.pdf.
20. Du M, Petersen PE, Fan M, Bian Z, Tai B. Oral health services in PR China as evaluated by dentists and patients. *Int Dent J* 2000;50(5):250–6. doi: 10.1111/j.1875–595X.2000.tb00561.x
21. Jiao J, Jing W, Si Y, Feng X, Tai B, Hu D, et al. The prevalence and severity of periodontal disease in Mainland China: data from the Fourth National Oral Health Survey (2015–2016). *J Clin Periodontol* 2021;48(2):168–79. doi: 10.1111/jcpe.13396
22. Poudel P, Paudel G, Acharya R, George A, Borgnakke WS, Rawal LB. Oral health and healthy ageing: a scoping review. *BMC Geriatrics* 2024;24(1):33 doi:10.1186/s12877–023–04613–7
23. John MT. Standardization of Dental Patient–Reported Outcomes Measurement Using Ohip–5 – Validation of “Recommendations for Use and Scoring of Oral Health Impact Profile Versions”. *J Evid Based Dent Pract* 2022;22(1S):101645.
24. Locker D, Allen F. What do measures of ‘oral health–related quality of life’ measure?. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2007;35(6):401–11.
25. สัมภาษณ์ ชาดิฉกรรณ. คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทย (OHIP–14 Thai). *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2560;34(3):158–70.
26. Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short–form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology* 2004;21(3):167–76.
27. Echeverria MS, Wunsch IS, Langlois CO, Cascaes AM, Ribeiro Silva AE. Oral health–related quality of life in older adults–Longitudinal study. *Gerontology* 2019;36(2):118–24. doi: 10.1111/ger.12387.
28. Papaioannou W, Oulis CJ, Yfantopoulos J. The oral health related quality of life in different groups of senior citizens as measured by the OHIP–14 questionnaire. *Oral Biology and Dentistry* 2015;3:1–7. doi: 10.7243/2053–5775–3–1

29. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *British Dental J* 2005;198(8):489-93.
30. Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y. The relationship between oral health and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *Journal of Dentistry* 2017;56:78-83.
31. Locker D, Quiñonez C. Functional and Psychosocial Impacts of Oral Disorders in Canadian Adults: A National Population Survey. *JCDA* 2009;75(7):521.
32. Bastos LF, Hugo FN, Hilgert JB, Cardozo DD, Bulgarelli AF, Santos CMD. Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. *Braz Oral Res* 2019;33:e018.
33. Patel J, Wallace J, Doshi M, Gadanya M, Ben Yahya I, Roseman J, et al. Oral health for healthy ageing. *The Lancet. Healthy longevity* 2021;2(8):e521-e7. doi:10.1016/S2666-7568(21)00142-2.

HEALTH