

รูปแบบบริการทันตกรรมกับการเข้าถึงบริการและ ภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ: พื้นที่ศึกษาแห่งหนึ่ง จังหวัดเพชรบูรณ์

โสภณ เหลี่ยมสมบัติ* ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์**

บทคัดย่อ

พื้นที่ศึกษาแห่งหนึ่งของจังหวัดเพชรบูรณ์ สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูง การเดินทางไม่สะดวก การให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุจึงได้มีการจัดบริการทางทันตกรรมที่แตกต่างตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบของบริการทางทันตกรรมกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการวิจัยนี้ออกแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามพื้นที่และรูปแบบของบริการออกเป็น 4 รูปแบบ 1. พื้นที่ที่มีทันตภิบาลประจำ รพ. สต. และมีการออกหน่วยให้บริการโดยทันตแพทย์ 2. พื้นที่ที่มีทันตภิบาลประจำ รพ. สต. 3. พื้นที่ที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ รพ. สต. แต่อยู่ในเขตการให้บริการของทางโรงพยาบาล 4. พื้นที่ที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ รพ. สต. และอยู่นอกเขตการให้บริการของทางโรงพยาบาล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการและสุขภาพช่องปากโดยการวิเคราะห์ข้อมูลในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มประชากรในแต่ละรูปแบบ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบของบริการทางทันตกรรมที่มีความแตกต่างกัน จะส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยกลุ่มที่มีบริการทางทันตกรรมในพื้นที่โดยทันตแพทย์ (รูปแบบ ที่ 1 และ ที่ 3) เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพช่องปากดีกว่ารูปแบบที่ไม่มีบริการทันตกรรมในพื้นที่โดยทันตแพทย์ (รูปแบบที่ 2 และ ที่ 4) การเพิ่มการบริการทางทันตกรรมในพื้นที่โดยทันตแพทย์จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและประสิทธิภาพของงานบริการทางทันตกรรมได้

คำไชรหัส: ผู้สูงอายุ/ รูปแบบบริการทางทันตกรรม/ ภาวะสุขภาพช่องปาก/ การเข้าถึงบริการ

Received: Oct 19, 2021

Revised: Jun 02, 2022

Accepted: Aug 24, 2022

บทนำ

จากการคาดการณ์สภาวะประชากรของประเทศไทย¹ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2560 มีมากถึง 11.3 ล้านคน หรือร้อยละ 17.1 และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน หรือคิดเป็นหนึ่งในสามของประชากรไทย จังหวัดเพชรบูรณ์² ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุ เป็นสัดส่วนต่อประชากรทั้งจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 17.6 และพื้นที่ศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบูรณ์ (อ้างอิงข้อมูลจากฐานข้อมูลจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (HDC: ประมวลผล 13 มิ.ย. 2562)) มีประชากร 29,214 คน เป็นผู้สูงอายุ 3,631 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4

สำหรับสภาวะสุขภาพช่องปากในเขตสุขภาพที่ 2³ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่ม 60-74 ปี มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 56.2 และมีอัตราการสูญเสียฟันร้อยละ 96.2 และในกลุ่มอายุ 80-85 ปี มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 53.4 และมีอัตราการสูญเสียฟันร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังพบว่า

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี มีจำนวนฟันคู่สบเฉลี่ย 3.3 ซี่/คน และในกลุ่มอายุ 80-85 ปี เหลือจำนวนฟันคู่สบเพียง 0.5 ซี่/คน ด้านการให้บริการทางทันตกรรม ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ มีอัตราการใช้บริการทางทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 36.2 และอัตราการใช้บริการเฉลี่ย 1.8 ครั้ง ส่วนเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ คือไม่มีอาการ (ร้อยละ 81.6) ไม่มีเวลา (ร้อยละ 10.7) และไม่มีใครพาไป (ร้อยละ 4.2) ตามลำดับ ส่วนเหตุผลที่ไปรับบริการในรอบปีที่ผ่านมา ได้แก่ ปวดเสียวฟัน (ร้อยละ 32.9) ตรวจสุขภาพฟัน (ร้อยละ 21.9) และ ต้องการใส่ฟันเทียม (ร้อยละ 15.7) ด้านสถานบริการทันตกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี อาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือไปใช้บริการได้แก่ รพ. สต. /PCU (ร้อยละ 33.5) โรงพยาบาล

* แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

** ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ชุมชน (ร้อยละ 30.5) และโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/ศูนย์อนามัย (ร้อยละ 23.6) ตามลำดับ

พื้นที่ศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์มีการแบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น 7 ตำบล 72 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง เป็นหน่วยบริการสุขภาพหลัก และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ. สต.) อีก 10 แห่ง มีทันตแพทย์ปฏิบัติงาน 3 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หรือทันตภิบาล 5 คน อยู่ประจำโรงพยาบาล 2 คน และอีก 3 คน ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง และผู้ช่วยทันตแพทย์ 2 คน โรงพยาบาลชุมชนนั้นนอกจากมีการให้บริการทันตกรรมแล้ว ยังมีการจัดหน่วยให้บริการทันตกรรมเคลื่อนที่มุ่งเน้นการตรวจคัดกรองช่องปาก และฟันเทียม โดยฟันปลอมจะเป็นฟันเทียมแบบถอดได้เป็นหลัก รวมทั้งการถอนฟันในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสัปดาห์ละหนึ่งวัน ที่ รพ. สต. ที่ตั้งถิ่นฐานของชุมชนชาวไทยภูเขา (เผ่าม้ง) ขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากรมาก และระยะทางไกลจากโรงพยาบาล

ส่วนการให้บริการของทันตภิบาลที่ประจำอยู่ใน รพ. สต. ทั้ง 3 แห่งใน 3 ตำบล ก็มีการให้บริการทันตกรรมร่วมกับการออกเยี่ยมบ้าน สํารวจข้อมูลทำแฟ้มประวัติครอบครัว เฝ้าระวังโรคระบาดต่าง ๆ สร้างความร่วมมือกับชุมชน ส่วน รพ. สต. อีก 7 แห่งใน 4 ตำบล ที่ไม่มีทันตภิบาลประจำและ ไม่มีการจัดออกหน่วยบริการ เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร และอัตราค่าจ้างคน ทำให้ไม่สามารถออกหน่วยให้บริการได้ โดยประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก สามารถมารับบริการรักษาที่แผนกทันตกรรมโรงพยาบาลชุมชนได้

ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์มุ่งเน้นในเรื่องของการเปรียบเทียบรูปแบบของบริการทันตกรรมในพื้นที่ศึกษากับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 4 รูปแบบ ได้แก่ 1. การมีบริการทันตกรรมที่ รพ. สต. ร่วมกับการออกหน่วยบริการทันตกรรม 2. การมีบริการทันตกรรมที่ รพ. สต. 3. การไม่มีบริการทันตกรรมที่ รพ. สต. แต่อยู่ในเขตโรงพยาบาล 4. การไม่มีบริการทันตกรรมที่ รพ. สต. และอยู่นอกเขตโรงพยาบาล

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษานี้ออกแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional, Descriptive Research) ทำการศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 เก็บข้อมูล จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการประมาณค่าสัดส่วน กรณีที่ทราบ

ขนาดประชากร ได้คำนวณกลุ่มตัวอย่าง 332 คนในประชากรผู้สูงอายุ 3,631 คน เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีรูปแบบบริการทางทันตกรรมที่แตกต่างกัน 4 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 พื้นที่ที่มีทันตภิบาลให้บริการทางทันตกรรมใน รพ. สต. ร่วมกับการออกหน่วยให้บริการเคลื่อนที่โดยทันตแพทย์สัปดาห์ละ 1 วัน

รูปแบบที่ 2 พื้นที่ที่มีทันตภิบาลให้บริการทางทันตกรรมใน รพ. สต.

รูปแบบที่ 3 พื้นที่ที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาล แต่ไม่มีทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมใน รพ. สต.

รูปแบบที่ 4 พื้นที่ที่ไม่มีทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมใน รพ. สต.

ข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วยสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนฟันเฉลี่ย (ซี่) คู่สบฟันหลังเฉลี่ย (คู่) ฟันผุเฉลี่ย (ซี่) รากฟันผุเฉลี่ย (ซี่) การเกิดฟันสึกบริเวณปลายฟัน (ซี่) การเกิดฟันสึกบริเวณด้านบดเคี้ยว (ซี่) การเกิดฟันสึกบริเวณคอฟัน (ซี่) ความชุกของสภาวะปริทันต์ การใส่ฟันเทียม ด้วยการประยุกต์แบบสำรวจสุขภาพช่องปากจากสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ คือ เครื่องมือตรวจปริทันต์และกระจกส่องปาก ทำการตรวจช่องปากโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว โดยผู้วิจัยได้ผ่านการปรับมาตรฐานในตัวผู้ตรวจเอง (intra-calibration) และการปรับมาตรฐานเปรียบเทียบกับผู้ตรวจที่เป็นมาตรฐาน (inter-calibration) เรียบร้อยแล้ว การตรวจช่องปากให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยนอนบนเก้าอี้สนามและใช้แสงธรรมชาติในการส่องสว่าง นอกจากนี้มีการเก็บข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยมีการประยุกต์แบบสอบถามด้านการเข้าถึงบริการของสุขภาพรณรงค์⁴ ทั้งนี้มีการตรวจสอบหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index) (CVI เท่ากับ 0.88 และมีการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1990)⁵ เท่ากับ 0.864

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทันตกรรม และข้อมูลการเข้าถึงบริการทันตกรรมโดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา การแปลผลระดับการเข้าถึงบริการในงานวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ของ Australian adult population ในปี 2006 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ค่าคะแนนที่ได้ $< \text{Mean} \pm \text{S.D.}$ หมายถึง การเข้าถึงบริการระดับต่ำ

$\text{Mean} \pm \text{S.D.}$ ค่าคะแนนที่ได้ $< \text{Mean} \pm \text{S.D.}$ หมายถึง การเข้าถึงบริการระดับปานกลาง

ค่าคะแนนที่ได้ $> \text{Mean} \pm \text{S.D.}$ หมายถึง การเข้าถึงบริการระดับสูง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิสวัสดิภาพและป้องกันอันตรายของผู้ถูกวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2562 เอกสารเลขที่ 60/2562

ผล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้จำนวน 218 คน คิดเป็น 65.66% จากกลุ่มตัวอย่าง 332 คนที่คำนวณไว้

ด้วยภาวะการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย ทำให้การเก็บข้อมูลไม่สามารถกระทำต่อได้

จากตารางที่ 1 ซึ่งแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพศสภาพ อายุเฉลี่ย เชื้อชาติหรือชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรูปแบบของการบริการทันตกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยระหว่าง 60-74 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง (98.25%) กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 2 มีเชื้อชาติไทย (100%) กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 3 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลีซอ (50%) รองลงมากลุ่มชาติพันธุ์เย้า (25%) และกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 4 เกือบทั้งหมดมีเชื้อชาติไทย (98.18%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีบางส่วนประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,396.49-2,938.18 บาท

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

Table 1 General information of the sample

Variations	Sample group 1	Sample group 2	Sample group 3	Sample group 4
Sample (person)	57	54	52	55
Gender				
Male	16(28.1%)	8(14.8%)	22(42.3%)	21(38.2%)
Female	41(71.9%)	46(85.2%)	30(57.7%)	34(61.8%)
Average age (years)	69.9 $\pm$ 7.09	68.96 $\pm$ 7.62	68.50 $\pm$ 8.36	66.82 $\pm$ 6.45
Ethnicity				
Thai	1(1.75%)	54(100%)	13(25%)	54(98.18%)
Hmong group	56(98.25%)	-	-	1(1.82%)
Yao group	-	-	13(25%)	-
Lisu group	-	-	26(50%)	-
Others	-	-	-	-
education level				
Didn't study	47(82.5%)	4(7.4%)	45(86.5%)	4(7.3%)
Primary school	9(15.8%)	44(81.5%)	4(7.7%)	45(81.8%)
Secondary school	1(1.8%)	4(7.4%)	2(3.8%)	4(7.3%)
Vocational certificate	-	2(3.7%)	1(1.9%)	2(3.6%)
Occupation				
Farmer	24(42.1%)	7(13%)	13(25%)	24(43.6%)
Work for hire	3(5.3%)	10(18.5%)	4(7.7%)	6(10.9%)
Trade	1(1.8%)	2(3.7%)	7(13.5%)	8(14.5%)
Not working	29(50.9%)	35(64.8%)	28(53.8%)	17(30.9%)
Average income (Baht/month)	1,396.49 $\pm$ 2,819.83	2,742.59 $\pm$ 2,979.08	1,871.15 $\pm$ 1,576.46	2,938.18 $\pm$ 4,767.96

สำหรับข้อมูลระยะทางเฉลี่ยจากบ้านถึงสถานบริการ วิธีการเดินทางมายังสถานบริการ สถานบริการที่ใช้ประจำ และ เหตุผลในการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ รูปแบบของการบริการทันตกรรม (ตารางที่ 2) โดยพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 มีระยะทางเฉลี่ยในการเดินทางไปรับ บริการน้อยที่สุด คือ 2.82 กิโลเมตร โดยเดินทางไปรับบริการ ด้วยวิธีการเดินเท้า สถานพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างใช้บริการทาง ทันตกรรมเป็นประจำส่วนใหญ่ได้แก่ รพ. สต. ในพื้นที่ ส่วนกลุ่ม

ตัวอย่างในรูปแบบที่ 2 และ 4 มีระยะทางเฉลี่ยในการเดินทางไปรับบริการประมาณ 14 กิโลเมตร และกลุ่มตัวอย่างใน รูปแบบที่ 3 มีระยะทางเฉลี่ยในการเดินทางไปรับบริการ 6.25 กิโลเมตร โดยกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 2 3 4 ส่วนใหญ่เดินทางไปรับบริการโดยรถส่วนตัว ทั้งรถยนต์และรถ จักรยานยนต์ สถานพยาบาลที่ใช้บริการเป็นประจำ ได้แก่โรงพยาบาลประจำ อำเภอกอเจ็ดหลีกในการไปใช้บริการเนื่องจากใกล้บ้าน/ เดินทางสะดวก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

Table 2 General information of the sample

Variations	Sample group 1	Sample group 2	Sample group 3	Sample group 4
Average distance(km.)	2.82±3.95	14.81±11.42	6.25±0.76	14.27±7.02
How to travel (persons)				
On foot	47(82.5%)	6(11.1%)	-	2(3.6%)
Bicycle	2(3.5%)	3(5.6%)	3(5.8%)	11(20%)
Motorcycle	6(10.5%)	7(13%)	22(42.3%)	16(29.1%)
Car	2(3.5%)	27(50%)	24(46.2%)	14(25.5%)
Bus	-	3(5.6%)	-	-
Etc.	-	8(14.8%)	3(5.8%)	12(21.8%)
Dental hospital uses				
Local health care	42(73.7%)	7(13%)	-	8(14.5%)
Community hospitals	6(10.5%)	38(70.4%)	44(84.6%)	41(74.5%)
General hospitals	1(1.8%)	1(1.9%)	-	1(1.8%)
Hospital centers	1(1.8%)	8(14.8%)	1(1.9%)	3(5.5%)
Private clinic centers	7(12.3%)	-	7(13.5%)	2(3.6%)
Reasons for using the service				
Near home/Convenient transportation	52(91.2%)	35(64.8%)	41(78.8%)	48(87.3%)
Inexpensive service	2(3.5%)	8(14.8%)	4(7.7%)	2(3.6%)
Long queues	1(1.8%)	2(3.7%)	-	3(5.5%)
Good services	1(1.8%)	4(7.4%)	-	1(1.8%)
Etc.	1(1.8%)	5(9.3%)	7(13.5%)	1(1.8%)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ระดับการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ รูปแบบของการบริการทันตกรรม ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึง บริการ (Accessibility) ด้านความพอเพียง (Availability) ด้าน ความสะดวกของการมารับบริการ (Accommodation) ด้าน ความสามารถในการจ่าย (Affordability) ด้านความพึงพอใจใน บริการ (Acceptability) และภาพรวมทั้งหมด (Overall) โดย เมื่อประเมินคะแนนการเข้าถึงบริการโดยภาพรวม (Overall)

ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม พบว่าคะแนนประเมินอยู่ในระดับ ปานกลาง (Moderate) โดยที่ กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 2 เป็น กลุ่มที่มีคะแนนประเมินโดยภาพรวมสูงที่สุด (2.52 คะแนน) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 4 (2.36 คะแนน) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 3 (2.15 คะแนน) และ กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีคะแนนประเมินต่ำที่สุด (1.99 คะแนน)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ

Table 3 Mean and standard deviation of the level of access to dental services among the elderly

	Mean	Sample mean (standard deviation)				*F test and p value
	(Standard Deviation) Of Access to service level	model 1	model 2	Model 3	Model 4	
Accessibility	2.18(0.57)	2.04(0.51) moderate	2.28(0.47) moderate	1.94(0.70) moderate	2.45(0.45) moderate	10.066 p<0.05
Availability	2.00(0.58)	1.73(0.45) moderate	2.34(0.53) moderate	2.02(0.49) moderate	1.93(0.67) moderate	12.333 p<0.05
Accommodation	2.20(0.49)	1.99(0.39) moderate	2.43(0.45) moderate	2.10(0.41) moderate	2.27(0.56) moderate	9.647 p<0.05
Affordability	2.44(0.61)	1.98(0.56) moderate	2.75(0.36) moderate	2.48(0.67) moderate	2.59(0.52) moderate	21.595 p<0.05
Acceptability	2.47(0.54)	2.23(0.51) moderate	2.80(0.34) moderate	2.24(0.52) moderate	2.61(0.52) moderate	20.248 p<0.05
Overall	2.25(0.40)	1.99(0.36) moderate	2.52(0.24) moderate	2.15(0.30) moderate	2.36(0.45) moderate	25.541 p<0.05

จำนวนฟันเฉลี่ย จำนวนคู่สบฟันหลังเฉลี่ย จำนวน ฟันผุและรากฟันผุเฉลี่ย จำนวนฟันสึกด้านบดเคี้ยว (Occlusal wear) เฉลี่ย จำนวนฟันสึกบริเวณปลายฟันหน้า (Incisal wear) เฉลี่ย และฟันสึกบริเวณคอฟัน (Cervical wear) เฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรูปแบบของการบริการทันตกรรม (ตารางที่ 4) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีจำนวนฟันผุเฉลี่ยน้อยที่สุด (1.58 ซี่/คน) มีอัตราการใช้ฟันเทียมมากที่สุด (70.17%) จำนวนคู่สบฟันหลังเฉลี่ย (คู่) ที่มาก (4.63 คู่) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการใส่ฟันเทียมทดแทน ฟันที่สูญเสียไปในสัดส่วนที่สูง และฟันปลอมอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ทำให้มีจำนวนคู่สบฟันหลัง (คู่) ที่มากแม้มีจำนวน ฟันคงเหลือเฉลี่ยที่น้อย กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 3 เป็นกลุ่มที่มีจำนวนฟันคงเหลือเฉลี่ยมากที่สุด (21.85 ซี่) คู่สบฟันหลังเฉลี่ย (คู่) มากที่สุด (5.48 คู่) ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีฟันน้อยที่สุด (3.85%), ร้อยละของผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมน้อยที่สุด (21.15%) ส่วนกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 2 และ 4 มีสภาวะช่องปาก

ใกล้เคียงกัน โดยพิจารณาจากจำนวนฟันคงเหลือเฉลี่ย (ซี่) (กลุ่มที่ 2: 15.96 ซี่/คน กลุ่มที่ 4: 17.84 ซี่/คน) จำนวนฟันผุ เฉลี่ย (ซี่) (กลุ่มที่ 2: 3.26 ซี่/คน กลุ่มที่ 4: 3.15 ซี่/คน) คู่สบ ฟันหลังเฉลี่ย (คู่) (กลุ่มที่ 2: 4.13 ซี่/คน กลุ่มที่ 4: 3.89 ซี่/คน) (ตารางที่ 4)

สำหรับสภาวะเหงือกและสภาวะปริทันต์ของแต่ละ กลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 3 มีความชุกของ สภาวะปริทันต์ ที่เป็น Healthy (%) มากที่สุด ส่วนกลุ่ม ตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 ความชุกของสภาวะปริทันต์ที่เป็น Healthy (%) ที่มาก ความชุกของ Bleeding (%) Calculus (%) Calculus c Bleeding (%) ที่น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่ม อื่น ๆ และก็เป็นกลุ่มที่มีความชุกร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม (%) ร่องลึกปริทันต์ ≥ 6 มม (%) ที่น้อยที่สุด ส่วนกลุ่มตัวอย่างใน รูปแบบที่ 2 และ 4 มีความชุกของสภาวะปริทันต์และการมี ร่องลึกปริทันต์ (%) ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (อายุเฉลี่ย จำนวนฟันคงเหลือเฉลี่ย จำนวนฟันผุเฉลี่ย คู่สบฟันหลังเฉลี่ย)

Table 4 Compare the oral condition between the sample groups (Average age, Remaining teeth, Decayed teeth, Posterior occlusal pairs)

	National average (60-74 years)*	Sample mean group 1	Sample mean group 2	Sample mean group 3	Sample mean group 4
Average age (years)	-	69.9	68.96	68.5	66.82
Remaining teeth (teeth/person)	18.6	6.14	15.96	21.85	17.84
Decayed teeth (teeth/person)	1.8	1.58	3.26	2.33	3.15
Posterior occlusal pairs (pairs)	3.0	4.63	4.13	5.48	3.89
Incisal wear (teeth/person)	2.8	1.51	2.65	3.71	2.96
Occlusal wear (teeth/person)	2.3	1.68	3.06	2.48	2.69
Cervical wear (teeth/person)	2.1	2.44	3.41	3.56	4.02
Older without teeth(%)	8.7	54.39	18.52	3.85	23.63
Older wearing denture(%)	-	70.17	51.85	21.15	30.91

*Based on the 8th National Dental Health Survey (2017)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ความชุกของสภาวะปริทันต์ ค่าเฉลี่ยของการมีร่องลึกปริทันต์)

Table 5 Compare the oral condition between the sample groups (Gingival status (prevalence), Periodontal status (prevalence))

	National average (60-74 years)*	Sample mean group 1	Sample mean group 2	Sample mean group 3	Sample mean group 4
Gingival status (prevalence)					
Healthy(%)	7.6	12.28	1.85	19.23	1.82
Bleeding(%)	14.7	1.75	1.85	7.69	1.82
Calculus(%)	7.3	8.77	25.93	28.85	21.82
Calculus with Bleeding(%)	41.3	22.81	51.85	40.38	50.91
Not record(%)	29.2	54.39	18.52	3.85	23.63
Periodontal status (prevalence)					
No pocket(%)	34.7	35.09	40.79	59.62	40.00
Pocket 4-5 mm.(%)	24.1	8.77	38.89	26.92	32.73
Pocket ≥6 mm. (%)	12.2	1.75	1.85	9.61	3.64
Not record(%)	29.0	54.39	18.52	3.85	23.63

*Based on the 8th National Dental Health Survey (2017)

บทวิจารณ์

รูปแบบบริการทันตกรรมกับการเข้าถึงบริการ ระดับการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุโดยภาพรวมทั้งหมด (overall) มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเข้าถึงบริการทันตกรรมไม่แตกต่างกันทั้ง 4 รูปแบบคือ ระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Australian adult population ในปี 2006 และเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One Way ANOVA พบว่ามีความแตกต่างกันในการเข้าถึงบริการทันตกรรมทุกด้าน

ด้านการเข้าถึงบริการ (Accessibility) กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 (2.04) และ 3 (1.94) เป็นกลุ่มที่มีคะแนนประเมินน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 4 (2.45) และ 2 (2.28) ด้วยกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันในด้านเชื้อชาติโดย ในรูปแบบที่ 1 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง รูปแบบที่ 3 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์เมี่ยน (เย้า) กับกลุ่มชาติพันธุ์ลีซอ (ลีซู) ส่วนรูปแบบที่ 2 และ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเชื้อชาติไทย (ตารางที่1) ปัจจัยด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการซึ่งสอดคล้องกับงานของ Hjern และ

คณะที่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์ในสวีเดน พบว่ากลุ่มชาติพันธุ์ที่เข้าถึงบริการทันตกรรมน้อยมักพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากมากกว่า⁶

ด้านความพอเพียงของบริการ (Availability) กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 2 (2.34) และ 3 (2.02) มีระดับคะแนนประเมินมากกว่ารูปแบบที่ 1 (1.73) และ 4 (1.93) เพราะรูปแบบที่ 2 และ 3 มีทันตบุคลากรให้บริการประจำ ขณะที่รูปแบบที่ 4 ไม่มีทันตบุคลากร ส่วนรูปแบบที่ 1 แม้ว่าจะมีทันตภิบาลประจำที่ รพ. สต. แต่ผู้สูงอายุจะมารับการรักษาโดยทันตแพทย์ซึ่งมาออกหน่วยสัปดาห์ละ 1 วัน การมีทันตบุคลากรให้บริการประจำ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการเข้าถึงบริการเช่นเดียวกับงานศึกษาของนิลบล ดีพลกรัง พบว่าแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและหน่วยงานในพื้นที่เป็นปัจจัยที่สนับสนุนต่อการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ⁷

ด้านความสะดวกของการมารับบริการ (Accommodation) กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 (1.99) มีคะแนนประเมินต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 2 (2.43) 3 (2.10) และ 4 (2.27) แม้ในรูปแบบที่ 1 จะมีทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมร่วมกับการออกหน่วยโดยทันตแพทย์ สัปดาห์ละ 1 วัน แต่กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 มากกว่าร้อยละ 70 มารับบริการทันตกรรมในสถานบริการในพื้นที่คือ รพ. สต. และมากกว่าร้อยละ 80 ใช้วิธีการเดินทางด้วยการเดินเท้ามายังสถานบริการ (ตารางที่ 2) ประกอบกับพื้นที่ศึกษาในรูปแบบที่ 1 เป็นภูมิประเทศที่เป็นภูเขาการเดินทางไม่สะดวก ทำให้เป็นอุปสรรคในการรับบริการ หากต้องการใช้บริการทางทันตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Velez และคณะ⁸ ในปี 2017 พบว่าการเดินทางมารับบริการส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของการบริการทางทันตกรรม

ด้านความสามารถในการจ่าย (Affordability) กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 2 และ 4 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 และ 3 (ตารางที่ 1) รายได้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งของการเข้าถึงบริการสอดคล้องกับงานศึกษาของ Locker และคณะ⁹ ในปี 2008 ที่พบว่าผู้ป่วยชาวแคนาดา โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ระบุว่าค่าบริการเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการรับบริการ และสอดคล้องกับ Borreani และคณะ¹⁰ ในปี 2008 พบว่าค่าบริการมีผลต่อการรับการรักษาทางทันตกรรม การประกอบอาชีพอันเป็นที่มาของรายได้และพบว่ากลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ตารางที่ 1) รายได้หลักมาจากรายได้ของตนเองที่เป็นเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ทำให้หากการรักษาทางทันตกรรมที่มีความซับซ้อน

ต้องมารับบริการต่อเนื่องหรือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการ

ด้านความพึงพอใจในบริการ (Acceptability) แม้ว่าคะแนนประเมินของกลุ่มตัวอย่างในทั้ง 4 รูปแบบมีคะแนนประเมินอยู่ในระดับใกล้เคียงกันคือปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์ต ภูพะเนียด และ ณปภา ประยูรธวัช ว่าผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตที่มีหรือไม่มีบริการทันตกรรมในพื้นที่ ก็ไม่ส่งผลต่อความพอใจของบริการ¹¹

โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการบริการทางทันตกรรมในพื้นที่ที่แตกต่างกันกับการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมพบว่า คะแนนประเมินการเข้าถึงบริการในระดับใกล้เคียงกันคือระดับปานกลาง เนื่องจากการเข้าถึงบริการขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย รูปแบบของบริการทางทันตกรรมเป็นเพียงปัจจัยส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อระดับการประเมินการเข้าถึงบริการ เช่น ปัจจัยระดับตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพโดยผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีคะแนนประเมินด้านการเข้าถึงบริการดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง¹² ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี อาชีพ รายได้ และปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของแต่ละบุคคล โดยจะมีความแตกต่างกันตามบริบทและปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านงบประมาณ และปัจจัยด้านความพร้อม และความพอเพียงของเครื่องมือที่จะให้บริการ เป็นต้น นอกจากนี้ในพื้นที่ที่มีหน่วยบริการที่เป็นทางเลือกในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ที่มีความสะดวกและสามารถไปใช้บริการระยะทางไม่ไกลมาก การเดินทางสะดวก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่สูง มีบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยย่อมสามารถเป็นทางเลือกในการไปใช้บริการของผู้ป่วยได้จึงทำให้ระดับของการเข้าถึงบริการไม่แตกต่างกัน¹³

รูปแบบบริการทันตกรรมกับสุขภาพช่องปาก สุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 มีสภาพที่ต่างจากกลุ่มตัวอย่างในอีก 3 รูปแบบ คือมีจำนวนฟันคงเหลือเฉลี่ยอยู่ในช่องปากน้อยที่สุดมีเพียง 6.14 ซี่ ต่อคน ร้อยละ 54 ไม่มีฟันในช่องปาก ขณะที่ร้อยละ 70 มีการใส่ฟันเทียม (ตารางที่ 4) และมีความแตกต่างจากประชากรวัย 60 ขึ้นไปของการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8* (พ.ศ. 2560) ด้วยกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 ร้อยละ 98 เป็นชาติพันธุ์ม้ง ซึ่งการศึกษาของการศึกษาของ Okunseri และคณะ พบว่าเกือบครึ่งของผู้ที่ร่วมทำการวิจัยพบว่า มีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ¹⁴ และการศึกษาของ Her ที่พบว่า จากการสำรวจชาวม้งในชุมชนส่วนใหญ่มีสุขภาพ

ช่องปากที่ไม่ดีและพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีฟันผุและฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา และกว่าครึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะปริทันต์ตั้งแต่อายุยังน้อย¹⁵ อันนำมาสู่การสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมตามมาในอนาคตในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 3 มีพื้นที่เหลือเฉลี่ย 21.85 ซึ่งต่อคน ร้อยละ 3.85 ไม่มีฟันในช่องปากและร้อยละ 21.15 มีการใส่ฟันเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ¹⁶ ในปี 2015 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับบริการทางทันตกรรมเป็นประจำจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยจะมีสุขภาพช่องปากแย่กว่ากลุ่มที่เข้าถึงสถานพยาบาลและมีการใช้บริการเป็นประจำ

ตารางที่ 5 ด้านสถานะเหงือก (Gingival status) พบว่ากลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 3 คือพื้นที่ที่อยู่ในเขตบริการของโรงพยาบาลและไม่มี รพ. สต. มีร้อยละของสถานะเหงือกที่เป็นปกติ (Healthy) และไม่มีร่องลึกปริทันต์ (No pocket (%)) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในอีก 3 รูปแบบ และมากกว่าผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ในกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 มีสถานะเหงือกที่เป็นปกติ (Healthy) และไม่มีร่องลึกปริทันต์ (No pocket(%)) น้อยที่สุด ด้วยรูปแบบการบริการทันตกรรมในแบบที่ 3 อยู่ในพื้นที่ใกล้โรงพยาบาล มีระยะห่างจากที่พักกับโรงพยาบาล เฉลี่ย 6.25 กิโลเมตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ogunbodede และคณะ พบว่ายังมีความแตกต่างด้านสุขภาพช่องปาก การใช้บริการและการเข้าถึงบริการระหว่างประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองกับเขตชนบท โดยจะพบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองมีสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการที่ดีกว่า¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vargas และคณะ ในปี 2003 ที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า และมีการสูญเสียฟันทั้งปากน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kruger และคณะ¹⁹ ในปี 2007 ได้ทำการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของออสเตรเลีย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่การเข้าถึงบริการไม่สะดวก พบว่ามีอัตราการสูญเสียฟันค่อนข้างสูง และเกือบครึ่งของผู้ทำการสำรวจพบว่าไม่มีฟันเหลือในช่องปาก โดยอุปสรรคในการไปใช้บริการ ได้แก่ปัจจัยด้านการขาดบริการที่ต้องการระยะเวลาการรอคอยที่นาน และปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย

เมื่อพิจารณาระหว่าง กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 และ 3 นั้น ทั้งสองรูปแบบต่างก็มีงานบริการทางทันตกรรมในเขตพื้นที่ตำบลของตน โดยรูปแบบที่ 1 มีทันตภิบาลประจำอยู่ที่ รพ. สต. ร่วมกับการออกหน่วยให้บริการโดยทันตแพทย์

(สัปดาห์ละ 1 วัน) ผู้สูงอายุสามารถรับบริการทางทันตกรรมได้ที่ รพ. สต. ในพื้นที่ ส่วนรูปแบบที่ 3 ซึ่งอยู่ในพื้นที่บริการของทางโรงพยาบาลผู้ให้บริการคือทันตแพทย์ แต่กลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 3 มีสุขภาพช่องปากที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 เนื่องจากความถี่ในการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ที่แตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบที่ 1 มีระยะห่างจากโรงพยาบาลประจำอำเภอที่มากกว่า 30 กิโลเมตร ทำให้เป็นอุปสรรคในการใช้บริการทางทันตกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงเลือกใช้บริการทางทันตกรรมที่ รพ. สต. ในพื้นที่ที่มีความสะดวกมากกว่า (ส่วนใหญ่ใช้บริการที่ รพ. สต. ในพื้นที่ (73.7%) ระยะทางเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 2.82 ± 3.95 กิโลเมตร เดินทางด้วยวิธีการเดินเท้า (82.5%)) ซึ่งจะส่งผลต่อกระทบต่อสุขภาพช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hjern และคณะ⁶ ในปี 2000 ได้ทำการศึกษาข้อมูลของชนกลุ่มน้อยในประเทศสวีเดนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการใช้บริการทางทันตกรรมน้อย พบว่า เป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการทางทันตกรรมสม่ำเสมอว่าถึง 2.7 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Arcury และคณะ²⁰ ในปี 2012 ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชากรผู้สูงอายุที่เคยได้รับบริการทางทันตกรรมและมีบางส่วนที่ได้รับการเป็นประจำ มีฟันบดเคี้ยวในช่องปาก และยังพบว่าการใช้บริการทางทันตกรรมเป็นประจำจะส่งผลให้ความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Crocombe และคณะ²¹ ในปี 2012 ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลโดย Australian National Survey of Adult Oral Health ระหว่างปี ค.ศ. 2004-06 พบว่าการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของประชาชน ประชาชนที่อาศัยอยู่นอกเขตเมืองหลวงมีสุขภาพช่องปากที่แย่กว่าประชาชนที่อาศัยในเขตเมือง (การวัด oral health status ด้วย DMFT Index, and numbers of decayed, missing and filled teeth) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hamano และคณะ²² ในปี 2017 พบว่าในเขตชนบทของประเทศญี่ปุ่นที่มีระบบการบริการขนส่งสาธารณะที่ขาดแคลนในชนบทและความยากในการเข้าถึงบริการเป็นอุปสรรคในการมารับบริการเป็นประจำ พบว่าระยะทางที่ห่างจากสถานบริการเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน และมีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันที่เหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aarabi และคณะ²³ ในปี 2018 ศึกษาเปรียบเทียบสถานะสุขภาพช่องปากกับการเข้าถึงบริการใช้และการเข้าถึงบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุใน

ประเทศเยอรมัน พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มผู้พยายมีอัตราการใช้บริการทันตกรรมในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาต่ำ และไม่มีการพบทันตแพทย์เป็นประจำ ส่งผลให้พบว่ามีอัตราการเกิดฟันผุมากกว่ากลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการสม่ำเสมอว่า

ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้พบว่าการทำงานของทันตแพทย์และรูปแบบของบริการทางทันตกรรมมีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นหน้าที่โดยตรงของทันตแพทย์ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุเช่น ในผู้สูงอายุที่มีสภาวะการกลืนลำบากที่อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้นั้น การดูแลด้านสุขภาพช่องปาก เช่นการดูแลความสะอาดของช่องปาก รอยโรคต่าง ๆ ในช่องปาก จำนวนฟันบดเคี้ยว และการใช้งานฟันเทียม มีความสำคัญหากผู้สูงอายุได้รับการดูแลสม่ำเสมอ จะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดการเกิดปอดบวมหรือปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) ได้²⁴ ซึ่งในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในพื้นที่นั้นมีความสำคัญจะเน้นไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ตั้งอยู่ในชุมชน มีความคุ้นเคย ใกล้ชิดกับประชากรที่อยู่ในชุมชนนั้น ๆ เช่นงานวิจัยของสุปรียา เครือสาร²⁵ ที่พบว่าหน้าที่โรงพยาบาลมีการขยายบริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีการออกหน่วยให้บริการในพื้นที่เป็นประจำโดยทันตแพทย์ จะช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม เช่น การลดระยะเวลาการรอคอยในการใส่ฟันปลอมเป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคในช่องปากด้วย ซึ่งหน้าที่ในการดูแลสุขภาพช่องปากจะเป็นหน้าที่ของทันตภิบาลเป็นส่วนใหญ่ซึ่งในปัจจุบันคาดว่าจะมีจำนวนทันตภิบาลปฏิบัติงานอยู่ใน รพ. สต. ประมาณ 6,583 คน และหน้าที่ของทันตภิบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิจะเน้นไปที่งานส่งเสริมป้องกันโรคของประชาชนในชุมชนทุกกลุ่มวัย²⁶ โดยเริ่มตั้งแต่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน วัยทำงานและผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้บริการรักษาทางทันตกรรมขั้นพื้นฐานซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นไปในกลุ่มเด็กและหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากข้อจำกัดบางประการ เช่น ในวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพช่องปากจะมีความซับซ้อนกว่าวัยเด็ก เป็นต้นหรือด้วยข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างคนและบทบาทหน้าที่ซึ่งโดยปกติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลแต่ละแห่งจะมีทันตภิบาลปฏิบัติงานอยู่แต่ละ 1 คน แต่มีหน้าที่ที่ต้องดูแลสุขภาพช่องปากของคนทุกกลุ่มวัยทำให้ การดูแลอาจไม่ทั่วถึงครอบคลุมเท่าที่ควร ส่วนในปัจจุบันบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ ให้คำปรึกษา

ช่วยในการดูแลคุณภาพของบริการ อาจมีการออกหน่วยให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิตามตารางเวลาดังหมาย ซึ่งหากต้องการให้การดูแลสุขภาพในกลุ่มวัยต่าง ๆ รวมทั้งผู้สูงอายุ มีความครอบคลุมและต่อเนื่อง การให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิควรจะต้องมีการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างทันตภิบาลที่ประจำอยู่ในพื้นที่นั้น ในการคัดกรองผู้ป่วย เน้นงานส่งเสริมและป้องกัน บำบัดรักษาโรคตามศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ ร่วมกับการออกหน่วยให้บริการโดยทันตแพทย์เป็นประจำและสม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มศักยภาพด้านการรักษาทางทันตกรรมให้สามารถทำการรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้นได้ เช่น การใส่ฟันเทียม เป็นต้นและช่วยลดขั้นตอนในการรับบริการของผู้ป่วย เพิ่มความสะดวกในการมารับบริการโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเดินทางมารับบริการ และจะสามารถทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมีความครอบคลุมและต่อเนื่อง และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

บทสรุป

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งระดับบุคคล สังคมและวัฒนธรรม การมีบริการทันตกรรมในพื้นที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับบริการทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถรักษาโรคในช่องปากที่เกิดขึ้นได้ก่อนอาการจะลุกลาม จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้ที่มีส่วนร่วมสนับสนุนงานวิจัยทุกท่าน รวมถึงขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยทุกท่าน และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่อำนวยความสะดวก และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the National Economic and Social Development Board (NESDB). Population Projections for Thailand 2010-2040. Bangkok;2013.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2009. In: Chunharas S, editor. Bangkok: TQP Ltd.; 2009.

3. Dental Health Bureau. The 8th National oral health survey report, 2017. Bangkok: Samcharoen-panit Co.; 2018.
4. Sangouam S, Kitterawuttiwong N, Tejavaddhana P, Pratoomsot C, Korwanich K. Factors related to accessibility of dental care service among the elderly in lower Northern region, Thailand. *CM Dent J* 2015;36(1):53-61.
5. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York : Harper Collins; 1990.
6. Hjern A, Grindeford M. Dental health and access to dental care for ethnic minorities in Sweden. *Ethn Health* 2000;5(1):23-32.
7. Deeponkrang N. Factors affecting public sector dental services accessibility among the elderly in Waeng Yai District, Khon Kaen Province. *J Khon Kaen Provincial Health Office* 2021;3(1):1-20.
8. Velez D, Palomo-Zerfas A, Nunez-Alvarez A, Ayala GX, Finlayson TL. Facilitators and barriers to dental care among Mexican migrant women and their families in North San Diego County. *J Immigr Minor Health* 2017;19(5):1216-26.
9. Locker D, Maggiras J, Quiñonez C. Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. *J Public Health Dent* 2011;71(4):327-34.
10. Borreani E, Wright D, Scambler S, Gallagher JE. Minimising barriers to dental care in older people. *BMC Oral Health* 2008;8(1):1-15.
11. Phoophaniat M, Prayoonwong N. Factors influencing dental services accessibility among the elderly in Suphanburi Province. *SPURHS* 2018;18(2):66-75.
12. Lapying P, Putthasri W. Oral health care utilization during the first decade of Thai universal health coverage system. *JHS* 2013;1080-90.
13. Sareeratewin P. Accessibility of dental care among the elderly in Mueang District, Phetchabun Province. *Thai Dent Nurse J* 2019; 30(1):151-66.
14. Okunseri C, Yang M, Gonzalez C, LeMay W, Iacopino AM. Hmong adults self-rated oral health: a pilot study. *J Immigr Minor Health* 2008;10(1):81-8.
15. Her MZ. Prevalence of periodontal disease in the fresno hmong community. *Hmong Stud J* 2014; 15(1):1-13.
16. Lee KH, Wu B, Plassman BL. Dental care utilization among older adults with cognitive impairment in the USA. *Geriatr Gerontol Int* 2015;15(3):255-60.
17. Ogunbodede EO, Kida IA, Madjapa HS, Amedari M, Ehizele A, Mutave R, et al. Oral health inequalities between rural and urban populations of the African and Middle East region. *Adv Dent Res* 2015;27(1):18-25.
18. Vargas CM, Yellowitz JA, Hayes KL. Oral health status of older rural adults in the United States. *JADA* 2003;134(4):479-86.
19. Kruger E, Tennant M, Smith K, Peachey J. The oral health and treatment needs of community-dwelling older people in a rural town in Western Australia. *Australas J Ageing* 2007;26(1):15-20.
20. Arcury TA, Savoca MR, Anderson AM, Chen H, Gilbert GH, Bell RA, et al. Dental care utilization among North Carolina rural older adults. *J Public Health Dent* 2012;72(3):190-7.
21. Crocombe LA, Stewart JF, Brennan DS, Slade GD, Spencer AJ. Is poor access to dental care why people outside capital cities have poor oral health? *Aust Dent J* 2012;57(4):477-85.
22. Hamano T, Takeda M, Tominaga K, Sundquist K, Nabika T. Is Accessibility to dental care facilities in rural areas associated with number of teeth in elderly residents? *Int J Environ Res Public Health* 2017;14(3):327.
23. Aarabi G, Reissmann DR, Seedorf U, Becher H, Heydecke G, Kofahl C. Oral health and access to dental care - a comparison of elderly migrants and non-migrants in Germany. *Ethn Health* 2018;23(7):703-17.

24. Chobchuen R. The role of nurses in rehabilitation of patients with dysphagia. Srinagarind Med J 2014;29(4):13-5.
25. Khruasan S. The six building blocks of oral health service plan, Lomsak, Phetchabun Province in 2017-2018. Thai Dent Nurse J 2019;30(1):120-30.
26. Suneewong K. Situation of the distribution of Thai dentists and the situation of manpower in the provision of oral health services in primary care units. Health Systems Research Institute; 2006.

ผู้รับผิดชอบบทความ

โสภณ เหลี่ยมสมบัติ

แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลเขาค้อ

อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ 67270

โทรศัพท์: 081 044 7825

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: two_ofme@hotmail.com

Dental Service Model with Access to Care and Oral Health Status of Elderly: A Study Area, Phetchabun Province

Leamsombat S* Tuongratanaphan S**

Abstract

Most of the study area in Phetchabun is mountainous, making travel inconvenient. To provide dental services to the elderly, different dental services are arranged according to the appropriateness of each area. The objective of this study was to compare the dental service model with the oral health of the elderly living in the study area in Phetchabun Province. This research was designed to be descriptive research by dividing the samples according to the area and service model into 4 groups. 1. An area with a dental hygienist at the primary care unit and a dental service unit by a dentist issued 2. An area with a dental hygienist at the primary care unit. 3. An area that did not have a dental hygienist at the primary care unit but was in the dental service area of the hospital. 4. An area that did not have a dental hygienist at the primary care unit and outside the service area of the hospital. Information about access to dental services and oral health status was collected. The data were analyzed by comparing the mean values between the population groups. The results of the study found that different types of dental services affected the oral health of the elderly, with local dental services grouped by dentists (group 1 and group 3) being better for oral health than those without local dental services by dentists. (Group 2 and Group 4) According to the results of the study, it was found that different dental service patterns in the area affected the oral health of the elderly. It was found that increasing dental services in the dental area by dentists could improve the efficiency of dental services.

Keywords: Elderly/ Dental service model/ Oral health status/ Access to care

Corresponding Author

Sopon Leamsombat,
Dental Department, Khao Kho Hospital,
Amphur Khao Kho,
Phetchabun, 67270
Tel.: +66 81 044 7825
Email: two_ofme@hotmail.com

* Dental Department, Khao Kho Hospital, Amphur Khao Kho, Phetchabun.

** Department of Family and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai.