การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ

Development of an Oral Health Literacy Promotion Model for Caregivers of Dependent Older Adults in Sisaket Province.

(Received: May 22,2026 ; Revised: May 24,2026 ; Accepted: May 27,2026)

กุลชาติ วัฒนวงศ์ เวฬุวนารักษ์[1] อารี บุตรสอน[2] พุทธิไกร ประมวล[3]
Kunlachart Wattanavong Valuvanaluk[1] Aree Butsorn[2] Putthikrai Pramual[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ และประเมินแนวโน้มผลลัพธ์เบื้องต้นจากการทดลองนำร่องรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การศึกษาใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ภายใต้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้บริหารด้านสุขภาพ ทันตแพทย์ บุคลากรทันตสาธารณสุข พยาบาล ผู้จัดการดูแล ผู้ช่วยเหลือดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนครอบครัว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชน โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์จำนวน 23 คน และผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบจำนวน 69 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแนวคำถามสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกการสังเกต และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบประเด็นและการสังเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดศรีสะเกษยังไม่ได้รับความสำคัญอย่างเพียงพอในระบบการดูแลระยะยาว ทั้งที่สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการบดเคี้ยว ภาวะโภชนาการ ความสุขสบาย และคุณภาพชีวิต ข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลขาดทักษะเชิงปฏิบัติและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากในสถานการณ์ซับซ้อน การขาดสื่อและเครื่องมือที่เหมาะสม การบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าสู่แผนการดูแลรายบุคคลยังไม่ชัดเจน ผลการทดลองนำร่องในผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวน 30 คน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรทุกด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 5.07 เป็น 6.67 คะแนน ทัศนคติด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 3.51 เป็น 3.92 การรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 2.07 เป็น 2.21 การรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นจาก 2.35 เป็น 2.50 การรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจาก 2.18 เป็น 2.45 แรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจาก 2.02 เป็น 2.25 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 1.98 เป็น 2.27

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, ผู้ช่วยเหลือดูแล, ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This study aimed to develop an oral health literacy promotion model for caregivers of dependent older adults in Sisaket Province, Thailand, and to evaluate the preliminary feasibility outcomes of the developed model through a pilot implementation. The study employed a participatory action research approach based on the conceptual framework of Kemmis and McTaggart, consisting of planning, action, observation, and reflection. The study was conducted over a 12 week period. Stakeholders were purposively selected and included health administrators, dentists, dental public health personnel, nurses, care managers, caregivers, village health volunteers, family representatives, local administrative organization personnel, and community leaders. Twenty-three key informants participated in in-depth interviews, while

[1] วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

69 stakeholders participated in the model development process. Research instruments included semi-structured interview guides, focus group discussion guidelines, workshop records, observation forms, and field notes. Qualitative data were analyzed using thematic content analysis and descriptive synthesis.

The findings revealed that oral health problems among dependent older adults in Sisaket Province had not received sufficient attention within the long-term care system, despite the important relationship between oral health and mastication, nutritional status, comfort, human dignity, and quality of life. Major limitations included caregivers' lack of practical skills and confidence in providing oral care in complex situations, the absence of appropriate educational media and support tools, inadequate integration of oral health into individualized care plans, discontinuity of referral and follow-up systems, and insufficient family participation. The pilot implementation among 30 caregivers demonstrated that the mean scores of all outcome variables increased after the intervention. Oral health literacy scores increased from 5.07 to 6.67, oral health attitude scores increased from 3.51 to 3.92, perceived severity scores increased from 2.07 to 2.21, perceived benefits scores increased from 2.35 to 2.50, self-efficacy scores increased from 2.18 to 2.45, social support scores increased from 2.02 to 2.25, and oral health care behavior scores increased from 1.98 to 2.27.

Keywords oral health literacy, caregivers, dependent individuals, participatory action research

บทนำ

สุขภาพช่องปากได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลโดยตรงต่อการบดเคี้ยว การพูด ความสุขสบาย ภาวะโภชนาการ การมีส่วนร่วมทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม[1,2,3,4,19,20,21,22] เมื่อประชากรทั้งระดับโลกและระดับประเทศเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเผชิญกับปัญหาสุขภาพช่องปากหลากหลายรูปแบบเพิ่มขึ้น ได้แก่ การสะสมคราบจุลินทรีย์ โรคปริทันต์ ฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา การสูญเสียฟัน ภาวะปากแห้ง อาการปวดในช่องปาก การบดเคี้ยวลำบาก และการติดเชื้อในช่องปาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง หรือไม่สามารถดูแลสุขอนามัยช่องปากได้ด้วยตนเอง[3,4,20,21,22,23]

ในสถานการณ์ดังกล่าว ภาระหน้าที่ในการดูแลสุขภาพช่องปากประจำวันจึงถูกถ่ายโอนไปยังผู้ช่วยเหลือดูแล ซึ่งครอบคลุมสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ปฏิบัติงานดูแลในชุมชน หากผู้ช่วยเหลือดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากจำกัด อาการเริ่มต้นของโรคในช่องปากอาจไม่ได้รับการสังเกต กระบวนการดูแลอาจดำเนินการอย่างไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอ และการส่งต่อเพื่อรับบริการทางทันตกรรมอาจล่าช้า ส่งผลให้ต่อสุขภาพช่องปาก ภาวะขาดสารอาหาร ความเสี่ยงต่อการสำลักและปอดอักเสบจากการสำลัก อาการปวดในช่องปาก คุณภาพชีวิตที่ลดลง และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปากที่สามารถป้องกันได้[5,6,19,20,22]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา

การศึกษาจากระยะการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ โดยมุ่งเน้นการกำหนดโครงสร้างของรูปแบบและองค์ประกอบการดำเนินงาน การศึกษานี้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ภายใต้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผล ดำเนินการเป็น

ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาในทางปฏิบัติและเกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[12,13]

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้เข้าร่วมได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามบทบาทหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การประสานงานการดูแลระยะยาว การดูแลผู้ป่วยโดยตรง หรือบทบาทสนับสนุนในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 23 คนเข้าร่วมในการสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์เชิงนโยบายและสถานการณ์ ขณะที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 69 คนเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ กลุ่มผู้เข้าร่วมประกอบด้วยผู้บริหารด้านสุขภาพ ทันตแพทย์ นักวิชาการทันตสาธารณสุข พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแล และตัวแทนครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง[7,8,9,10]

เครื่องมือวิจัย

การทบทวนเอกสารเชิงนโยบายและเอกสารขององค์กร การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การสนทนากลุ่ม บันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม แนวคำถามการสนทนาอย่างเป็นระบบ และเอกสารต้นทางให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นเชิงนโยบายและระบบบริการ ด้านทักษะของผู้ช่วยเหลือดูแล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการทันตกรรม บทบาทของครอบครัว [7,8,9,10,12]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้รับการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบประเด็น (Thematic Analysis) อย่างเป็นระบบ โดยประกอบด้วยการระบุและให้รหัสหน่วยความหมาย การจัดหมวดหมู่รหัส และการพัฒนาประเด็นย่อยและประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ศักยภาพของผู้ช่วยเหลือดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัว การประสานงานระบบสุขภาพ และความยั่งยืนของโปรแกรม โดยใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงพรรณนาเพื่อบูรณาการข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[12,13]

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (เลขที่โครงการ UBU-REC-110/2568; รับรองเมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

กระบวนการสังเคราะห์แบบมีส่วนร่วมพบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดศรีสะเกษเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าสุขภาพช่องปากมีบทบาทสำคัญต่อความสุขสบาย ความสามารถในการบดเคี้ยว ความสะอาดในช่องปาก และคุณภาพชีวิตโดยรวม แม้จะมีการตระหนักรู้ดังกล่าว แต่สุขภาพช่องปากยังคงถูกมองว่าเป็นประเด็นรองเมื่อเทียบกับภารกิจการดูแลอื่นที่ถูกมองว่ามีความเร่งด่วนทางการแพทย์มากกว่า[1-10] ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่มีเพียงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก แม้ว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่จะเข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาความสะอาดในช่องปาก แต่หลายคนยังขาดความมั่นใจในการให้การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมในสถานการณ์ที่ซับซ้อน ปัญหาที่พบเป็นประจำ ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ที่มีภาวะกลืนลำบาก ผู้ที่ไม่สามารถบ้วนปากหรือขับเสมหะได้ด้วยตนเอง ผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกายอย่างรุนแรง และผู้ที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเทคนิคเฉพาะในการดูแลช่องปาก[5,6,15,16,17,18] ในระบบบริการ พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้างหลายประการที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การบรรจุเนื้อหาด้านสุขภาพช่องปากในหลักสูตรอบรมผู้ช่วยเหลือดูแลที่ยังไม่เพียงพอ การขาดระบบ

อบรมทบทวนอย่างต่อเนื่อง การมีบุคลากรทันตกรรมอย่างจำกัด และข้อจำกัดด้านการเดินทางที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวถูกระบุว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน เนื่องจากการดูแลสุขภาพช่องปากประจำวันไม่สามารถพึ่งพาเพียงบุคลากรสาธารณสุขหรือการเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราวได้ [7,8,9,10,15,16,17,18]

จากการวิเคราะห์เชิงประเด็นอย่างเป็นระบบและกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้มีการพัฒนาองค์ประกอบเชิงปฏิบัติการจำนวน 7 องค์ประกอบ เพื่อใช้เป็นโครงสร้างของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก โดยองค์ประกอบเหล่านี้ได้รับการออกแบบเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างครอบคลุม และเพื่อสร้างกรอบการดำเนินงานแบบบูรณาการ ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแล สื่อการเรียนรู้ ระบบประสานงานด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน ระบบสนับสนุนทางสังคม และกลไกการติดตามเชิงนโยบาย[12]

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 7 ด้าน ซึ่งมีความเชื่อมโยงทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทักษะการดูแล ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนการบูรณาการเชิงนโยบาย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

องค์ประกอบ 1 การพัฒนาความรอบรู้และทักษะปฏิบัติด้านสุขภาพช่องปาก

มุ่งเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะเชิงปฏิบัติของผู้ช่วยเหลือดูแล ผ่านกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ การสาธิต การฝึกปฏิบัติย้อนกลับ และการติดตามให้คำแนะนำเฉพาะราย เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

องค์ประกอบ 2 สื่อและเครื่องมือสนับสนุนด้านความรอบรู้สุขภาพช่องปาก

เป็นการพัฒนาสื่อการเรียนรู้และเครื่องมือสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ช่วยเหลือดูแลและชุมชน เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือภาพ แบบประเมิน และสื่อดิจิทัล เพื่อช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ซ้ำ การเข้าถึงข้อมูลที่เข้าใจง่าย และการประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบ 3 การประสานงานระหว่างระบบสุขภาพกับชุมชน

มุ่งบูรณาการงานสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวและระบบส่งต่อ โดยใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ การกำหนดบทบาททีมสหวิชาชีพ การวางระบบส่งต่อ และการบรรจุประเด็นสุขภาพช่องปากในแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้เกิดความชัดเจนด้านบทบาทหน้าที่และการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานในพื้นที่

องค์ประกอบ 4 การส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับชุมชน

เป็นการสร้างการรับรู้และทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน ผ่านกิจกรรมรณรงค์ เวทีชุมชน และการสื่อสารสาธารณะ เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบ 5 คู่มือและแนวทางการดำเนินงาน

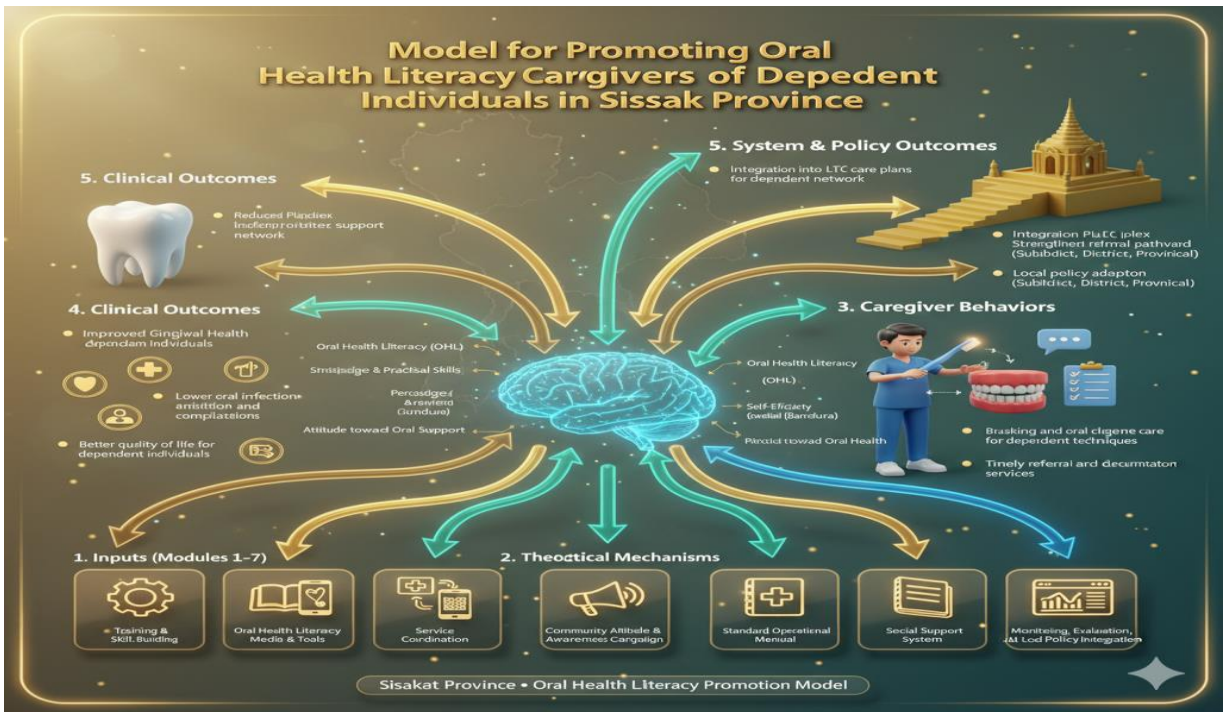
มุ่งกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานและสร้างความสม่ำเสมอของการปฏิบัติ โดยจัดทำคู่มือแนวทางปฏิบัติ และกระบวนการติดตาม

ประเมินผลที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งมีการเผยแพร่และอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในพื้นที่

องค์ประกอบ 6 การเสริมพลังและแรงสนับสนุนทางสังคม

เป็นการพัฒนาเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเครียดและความโดดเดี่ยวของผู้ช่วยเหลือดูแล ผ่านกลุ่มสื่อสารออนไลน์ ระบบพี่เลี้ยง การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และช่องทางการให้คำปรึกษา ส่งผลให้ผู้ช่วยเหลือดูแลได้รับกำลังใจ มีแรงสนับสนุนทางสังคม และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น องค์ประกอบ 7 การติดตามประเมินผลและการเชื่อมโยงเชิงนโยบาย มุ่งพัฒนาระบบติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งสนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลเชิงประจักษ์สู่การกำหนดนโยบาย โดยมีการพัฒนาตัวชี้วัด ระบบรายงานผล และการสรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำเสนอแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งช่วยสนับสนุนความยั่งยืนของโครงการและการบรรจุประเด็นสุขภาพช่องปากเข้าสู่แผนสุขภาพระดับพื้นที่

จากองค์ประกอบทั้ง 7 ด้านดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นมีลักษณะเป็นระบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ช่วยเหลือดูแล การสนับสนุนเชิงสังคม การมีส่วนร่วมของชุมชน และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทชุมชนได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน



รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลการทดลองแบบกลุ่มเดียวก่อน–หลัง การทดลองครั้งนี้ใช้รูปแบบ กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวน 30 คน ผลจากเอกสารแสดงค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของตัวแปรก่อนและหลังการทดลอง

ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.20 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.16 ปี อายุต่ำสุด 39 ปี และสูงสุด 64 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 6,751 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2,369

บาท สะท้อนว่าผู้ช่วยเหลือดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงวัยสูงอายุตอนต้น และอยู่ในบริบทเศรษฐกิจระดับชุมชนชนบท

ตารางที่ 1 ผลการเปลี่ยนแปลงก่อน–หลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง Mean ± SD	หลังทดลอง Mean ± SD	ผลต่างค่าเฉลี่ย
ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก	5.07 ± 1.48	6.67 ± 1.42	+1.60
ทัศนคติด้านสุขภาพช่องปาก	3.51 ± 0.257	3.92 ± 0.234	+0.41
การรับรู้ความรุนแรง	2.07 ± 0.225	2.21 ± 0.291	+0.14
การรับรู้ประโยชน์	2.35 ± 0.143	2.50 ± 0.211	+0.15
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	2.18 ± 0.145	2.45 ± 0.172	+0.27
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.02 ± 0.149	2.25 ± 0.210	+0.23
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	1.98 ± 0.207	2.27 ± 0.242	+0.29

ผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนาพบว่า หลังการทดลองนำร่อง คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรทุกด้านเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นจาก 5.07 เป็น 6.67 คะแนน และ ทัศนคติด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจาก 3.51 เป็น 3.92 แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมของรูปแบบมีแนวโน้มช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติเชิงบวกของผู้ช่วยเหลือดูแลได้

นอกจากนี้ ตัวแปรด้านจิตสังคมและพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเช่นกัน สะท้อนว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอาจช่วยเสริมความมั่นใจ การรับรู้แรงสนับสนุน และการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงในบริบทการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการทดลองในผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวน 30 คน พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของตัวแปรทุกด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลดังกล่าวสะท้อนว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง และอาจช่วยสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ ความมั่นใจ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลได้

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบพบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดศรีสะเกษยังเป็นประเด็นที่ถูกให้ความสำคัญน้อยกว่าปัญหาสุขภาพด้านอื่น เช่น การป้องกันแผลกดทับ การดูแลสายให้อาหาร การติดเชื้อ และการดูแลระบบทางเดินหายใจ ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจำเป็นต้องทำหน้าที่ “ยกระดับสุขภาพช่องปาก” ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลประจำวันในระบบ LTC ไม่ใช่กิจกรรมเสริมที่ดำเนินการเป็นครั้งคราว เพราะสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ การติดเชื้อ ความสบายในช่องปาก การสื่อสาร และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนารูปแบบในวงรอบที่ 1 มุ่งเน้นการวิเคราะห์สถานการณ์ สังเคราะห์ปัญหา และออกแบบแนวทางเบื้องต้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสะท้อนความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่มาใช้เป็นฐานในการออกแบบรูปแบบ ผลในระยะนี้ชี้ว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลจำนวนมากมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพช่องปากอยู่บ้าง แต่ยังขาดทักษะเชิงปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มี

ข้อจำกัดเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่อ้าปากยาก กลืนลำบาก หรือไม่สามารถบ้วนปากได้ ดังนั้น รูปแบบที่เหมาะสมจึงต้องเน้นการฝึกปฏิบัติจริง การสาธิต การฝึกซ้ำ การให้คำแนะนำรายกรณี และการติดตามหลังการอบรม มากกว่าการให้ความรู้เชิงบรรยายเพียงอย่างเดียว ส่วนวงรอบที่ 2 เป็นขั้นตอนของการปรับปรุง พัฒนา และยกระดับรูปแบบจากบทเรียนของวงรอบที่ 1 โดยยังคงใช้กระบวนการ PAOR เป็นกรอบดำเนินงานหลัก และมุ่งเสริมศักยภาพของ Caregiver ครอบครัว อสม. Care Manager บุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากร และเครือข่าย LTC ให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน การพัฒนาในวงรอบนี้จึงมีลักษณะเป็นการปรับรูปแบบให้ใกล้เคียงกับสภาพจริงของพื้นที่มากขึ้น โดยให้ความสำคัญกับการบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าไปใน Care Plan การเยี่ยมบ้าน Checklist การประเมินช่องปาก และระบบให้คำปรึกษาโดยทันตบุคลากรหรือทีมสหวิชาชีพ

เมื่อพิจารณาเชิงองค์ประกอบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม เนื่องจากตอบโจทย์ปัญหาหลักที่พบในพื้นที่ ได้แก่ 1) การขาดความรู้เชิงลึกและทักษะปฏิบัติของผู้ดูแล 2) การขาดระบบติดตามสุขภาพช่องปากในผู้มีภาวะพึ่งพิง 3) การขาดสื่อและเครื่องมือที่เข้าใจง่าย 4) การขาดการบูรณาการสุขภาพช่องปากในระบบ LTC และ 5) การขาดกลไกสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และนโยบายอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเสนอองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบ ได้แก่ การพัฒนาความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติของ CG ญาติ และ อสม. การจัดทำคู่มือ สื่อ และ Checklist การดูแลช่องปาก การบูรณาการสุขภาพช่องปากไว้ใน Care Plan และการเยี่ยมบ้าน การมีพี่เลี้ยงจากทันตบุคลากรหรือทีมสหวิชาชีพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งพบว่า ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ขณะที่ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมผ่านกลไกทางจิตสังคมดังกล่าว ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 จึงมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ของงานวิจัยเอง กล่าวคือ รูปแบบไม่ได้เน้น “การให้ความรู้” เพียงด้านเดียว แต่เน้นการสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติจริง และสร้างแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานของณัฐพล ยศพล และอรวรรณ เสี่ยงบุญ[24] ซึ่งพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับชิสา ตัณฑะกูล และคณะ[23] ที่พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และพบว่าสามารถช่วยให้การดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ความสอดคล้องนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบหรือระบบการดูแลที่ชัดเจน มีส่วนช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการและเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มเปราะบางได้ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานของภัสรา รัตนะ[29] ที่พัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียม และสามารถลดระยะเวลารอคอยบริการ แม้งานดังกล่าวเน้นระบบบริการฟันเทียม ขณะที่การศึกษาครั้งนี้เน้นความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแล แต่ทั้งสองงานสะท้อนหลักการเดียวกัน คือ การจัดระบบบริการและการกำหนดกระบวนการทำงานที่ชัดเจนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการทันตกรรมและลดข้อจำกัดในระบบสุขภาพได้

ในด้านกระบวนการเรียนรู้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของพลอยไพลิน เอนกแสน[27] ที่พบว่าการเรียนรู้ผ่านการสนทนากลุ่มช่วยเพิ่มความรู้และลดคราบจุลินทรีย์ และสอดคล้องกับวรรษชล ลุนาวัน และคณะ[28] ที่พบว่าโปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเองช่วยลดคราบจุลินทรีย์และปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลฟัน ข้อค้นพบนี้สนับสนุนว่าการพัฒนารูปแบบควรใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติ การสะท้อนผล และการติดตามต่อเนื่อง เพราะสามารถเปลี่ยนความรู้ไปสู่พฤติกรรมได้ดีกว่าการให้ข้อมูลทางเดียว ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับ Charlotte C. K. Chan และคณะ[15] ซึ่งพบว่าการแทรกแซงเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอิงทฤษฎีสามารถช่วยปรับปรุงสุขภาพปริทันต์ ลดคราบจุลินทรีย์ และลดเลือดออกตามไรฟันได้ ความสอดคล้องนี้สนับสนุนว่า รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากควรมีฐานทฤษฎีรองรับ โดยเฉพาะแนวคิด Health Belief Model, Self-efficacy และ Social Support เพื่อให้กิจกรรมในรูปแบบมีเหตุผลเชิงวิชาการและสามารถอธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ชัดเจน

ในมิติความเหมาะสมกับบริบทชุมชน ผลการวิจัยสอดคล้องกับMinti Kumariและคณะ[16] ที่ใช้การสนทนากลุ่ม เทคโนโลยีมือถือ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนเพื่อแก้ไขความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพช่องปากในประชากรชนเผ่า และพบว่ากลยุทธ์ดังกล่าวช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก อีกทั้งสอดคล้องกับ Carolyn Camplain และคณะ[17] ที่เสนอว่าแนวทางการวิจัยแบบมีส่วนร่วมจากชุมชนและการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม สามารถช่วยลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรพื้นเมืองได้ เมื่อเทียบกับบริบทจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีความหลากหลายทางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตชนบท รูปแบบที่พัฒนาจึงควรตั้งอยู่บนฐานของชุมชน ครอบครัว อสม. CG และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการยอมรับและดำเนินต่อได้จริง

การพัฒนารูปแบบครั้งนี้ยังมีความสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่ระบุว่า ครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดผู้มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ขณะที่ CG และ อสม. ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา หากครอบครัวไม่เข้าใจหรือไม่เห็นความสำคัญ การดูแลสุขภาพช่องปากจะไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีความเหมาะสมที่เน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน มากกว่าการฝากภาระไว้กับบุคลากรสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว

ในเชิงระบบบริการสุขภาพ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าสู่ Care Plan และการเยี่ยมบ้านเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้รูปแบบมีความยั่งยืน เพราะหากสุขภาพช่องปากยังไม่ถูกกำหนดเป็นรายการประเมินหรือกิจกรรมประจำในระบบ LTC การดูแลช่องปากก็มีแนวโน้มถูกละเลยต่อไป ผลนี้สอดคล้องกับข้อเสนอจากเอกสารที่ระบุว่า ควรกำหนดสุขภาพช่องปากเป็นหัวข้อหลักหรือ Checklist ในการเยี่ยมบ้าน และควรมี Flow การดูแลที่ชัดเจนสำหรับ CG อสม. ญาติ และทีมสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดศรีสะเกษ มีความเหมาะสมทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติ เนื่องจากพัฒนาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของพื้นที่ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมแบบ PAOR จำนวน 2 วงรอบ และเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงปริมาณกับข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ รูปแบบที่ได้มีจุดเด่นคือ การเน้นความรู้ควบคู่ทักษะปฏิบัติ การสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง การเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ดูแล การใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การมีทันตบุคลากรเป็นพี่เลี้ยง และการบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบ LTC ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ชี้ว่า รูปแบบการดูแลที่มีระบบ มี

ส่วนร่วม เหมาะสมกับบริบท และมีการติดตามต่อเนื่อง สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพช่องปาก ลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำไปใช้

หน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรบูรณาการประเด็นสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว อย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดให้การประเมินสุขภาพช่องปาก การติดตามปัญหาในช่องปาก และการส่งต่อทางทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของ Care Plan และการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรอบรมเฉพาะด้านสุขภาพช่องปากสำหรับ Caregiver, Care Manager และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นการฝึกปฏิบัติจริง การสาธิต การฝึกซ้ำ และการให้คำปรึกษารายกรณี มากกว่าการให้ความรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียว เพื่อเพิ่มสมรรถนะ ความมั่นใจ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดเฉพาะทางสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับระบบบริการสุขภาพ

หน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนาระบบติดตามสุขภาพช่องปากในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผ่านการใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปาก Checklist การเยี่ยมบ้าน และระบบส่งต่อที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและให้การดูแลรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ลดภาวะแทรกซ้อน และระบบการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ชนบท

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรมุ่งประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระยะทดลองนำร่องและระยะขยายผล โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อประเมินผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแล ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ช่วยเหลือดูแล รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33(2):81-92.
2. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. J Dent Res. 2012;91(9):878-83.
3. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, quality of life, and ageing: current evidence and research needs. Community Dent Oral Epidemiol. 2008;36(2):123-32.
4. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019;394(10194):249-60. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
5. van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JNO, Bronkhorst EM, Schols JMGA, Hildebrandt GH. Dental care use and barriers among nursing home residents: a systematic review. Spec Care Dentist. 2013;33(6):282-90.
6. Lamster IB, Mallonee S. Oral health in an aging population. J Am Geriatr Soc. 2018;66(1):13-20.
7. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.

8. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022.
9. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition, and wellbeing of mankind: a call for global action. J Clin Periodontol. 2017;44(5):456-62.
10. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005;83(9):644.
11. Yoshino M, Yoshino K, Maki K. Mobile dental services and ageing society: implementation and outcomes in Japan. J Oral Sci. 2020;62(1):1-7.
12. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage handbook of qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2005. p. 559-603.
13. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York: Guilford Press; 2015.
14. World Health Organization. Guidelines for sample size determination in health studies. Geneva: World Health Organization; 1996.
15. Chan CCK, Wong AHM, Lo ECM, Chu CH. Theory-based behavioral interventions for improving oral health among older adults: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5):4123.
16. Kumari M, Bhat N, Singh A, et al. Community-based oral health promotion interventions among tribal populations: a participatory approach. BMC Oral Health. 2023;23:411.
17. Camplain C, Dong F, Perry R, et al. Community-based participatory research approaches to reduce oral health inequities among indigenous populations. Int J Equity Health. 2021;20(1):222.
18. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สามเจริญพาณิชย์; 2560.
19. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักทันตสาธารณสุข; 2561.
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานสุขภาพช่องปากในจังหวัดศรีสะเกษ รายงานทันตกรรม HDC. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2567.
21. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศล. รายงานสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอำเภอราษีไศล รายงานทันตกรรม HDC. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราษีไศล; 2568.
22. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
23. ตันดากุล ช, หินตาว จ, พิทพรชัยกุล ว. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงในชุมชนบ้านดอนสลาบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารการวิจัยชุมชนและการพัฒนาสังคม. 2565;16:193-206.
24. ยศพล น, เสียงบุญ อ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการทันตกรรม โรงพยาบาลนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;2:32-45.
25. เธียรวิบูลย์ ส. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากและการเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุในเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17:30-44.
26. ภักดีธนกุล ค, ศรีสุบัติ อ, เนาวรัตน์สุโพชน์ อ, นิพัทธ์สาตร์ พ, สมพีวงษ์ พ, วิชัยไทย ว. การพัฒนารูปแบบบริการทันตกรรมผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย: ตัวอย่างเครือข่ายโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44:139-44.
27. พลอยไพลิน เอนกแสน. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. วารสารทันตาภิบาล. 2563;31(2):45-58.
28. วรรษชล ลุนาวัน, และคณะ. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยประยุกต์ทฤษฎีการกำกับตนเองในผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2563;15(1):77-89.
29. ภัสรา รัตนะ. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(2):282-288.