

แนวทางในการเตรียมการด้านพันธุศาสตร์
เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

โดย

นาวาอากาศเอกหญิง นีวัตวาร์ พัฒน์ชนะ
นายทหารปฏิบัติการ กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน
กรมกำลังพลทหารอากาศ

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 57
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2557 – 2558

บทคัดย่อ

เรื่อง แนวทางในการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ
ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา
ผู้วิจัย นาวาอากาศเอกหญิง นิตวาทร์ พัฒน์ชนะ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่ง ที่มีความสำคัญและเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่มักประสบปัญหาสูญเสียฟัน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจึงศึกษาเพื่อหารูปแบบการจัดการบริการทางทันตสาธารณสุขที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาวิเคราะห์จากสภาพทั่วไปและปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน รวมทั้งรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์เพื่อเสนอแนวทางในการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากดังกล่าว จึงต้องมีทั้งในส่วนการสร้างและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐานที่ถูกต้องด้วยตนเอง การจัดการป้องกัน รักษาฟันฟูให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ทันเวลา การบูรณาการเข้ากับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีในการป้องกัน รักษาฟันฟูที่เหมาะสม ให้ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหา ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ และก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมุ่งหวังว่าผู้สูงอายุจะสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง เข้าถึงบริการทันตสุขภาพจากภาครัฐ ทั้งด้านการป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดโรคในช่องปาก และการรับบริการรักษาโรคในช่องปากตามความจำเป็น

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอ แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๕ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี มีสาระสำคัญ เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุที่มีสภาวะทันตสุขภาพรุนแรงกว่าวัยอื่น และเป็นวัยที่มีแนวโน้มของโครงสร้างประชากรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน ได้มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขมากขึ้น และเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรม ระบบการบริหารจัดการ ระบบงบประมาณ และบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยพัฒนา ควรมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนงานเป็นระยะ เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติตามรูปแบบการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นไปตามแผนงาน และเพื่อให้เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในระยะยาวต่อไป

คำนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่ง ที่มีความสำคัญและเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่มักประสบปัญหาสูญเสียฟัน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การบริหารจัดการด้านทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมายังไม่เป็นรูปธรรม การเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรจัดให้มีขึ้น เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุที่มีสภาวะทันตสุขภาพรุนแรงกว่าวัยอื่น และเป็นวัยที่มีแนวโน้มของโครงสร้างประชากรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน ได้มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขมากขึ้น เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอ แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565 และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี โดยมีสาระสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ซึ่งจะลดปริมาณผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟัน รวมทั้งคงสภาพการใช้งานหลังเกิดโรคและการสูญเสียฟัน ซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

เอกสารวิจัยส่วนบุคคลเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรของวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร ในประเด็นปัญหาด้านสังคมจิตวิทยา เรื่องแนวทางการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังที่จะให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุตามแผนงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

นาวาอากาศเอกหญิง

(นิวัตวาร พัฒน์ชนะ)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
วิธีการดำเนินการวิจัย	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	5
คำจำกัดความ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
แนวความคิดเกี่ยวกับการให้บริการทันตสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ และบุคคลทั่วไป	7
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ	12
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	17
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางทันตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ	54
บทที่ 3 สภาพทั่วไปและปัญหาในการให้บริการทางทันตกรรม	
สำหรับผู้สูงอายุ	59
สภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ	59
ปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน	69
ศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และบริหารจัดการทางทันตกรรม	
ที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ	70
สรุป	73

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 แนวทางการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ	74
แนวทางการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ	74
กรอบแนวคิดในการปรับปรุงบทบาทและโครงสร้างของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	75
การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	85
เสนอแนวทางในการให้บริการทางทันตกรรมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ	
แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย	87
สรุป	94
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	95
สรุป	95
การจัดการบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย	97
ข้อเสนอแนะ	101
บรรณานุกรม	103
ประวัติย่อผู้วิจัย	106

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2 - 1 ร้อยละของผู้ปราศจากโรคฟันผุ ผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ เคลือบหลุม ร่องฟัน พ.ศ.2555	21
2 - 2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุต่างๆ พ.ศ.2555	21
2 - 3 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ที่เป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนม จำแนกตามภาคและเขต	22
2 - 4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี จำแนกตามภาคและเขต	22
2 - 5 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่เป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนม จำแนกตามภาคและเขต	23
2 - 6 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันน้ำนมในเด็กอายุ 5 ปี จำแนกตามภาคและเขต	23
2 - 7 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ที่เป็นโรคฟันผุในฟันแท้ จำแนกตามภาคและเขต	24
2 - 8 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี จำแนกตามภาคและเขต	24
2 - 9 ร้อยละของเด็กอายุ 15 ปี ที่เป็นโรคฟันผุ จำแนกตามภาคและเขต	25
2 - 10 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันแท้ในกลุ่มอายุ 15 ปี จำแนกตามภาคและเขต	25
2 - 11 ร้อยละของกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี ที่เป็นโรคฟันผุ จำแนกตามภาคและเขต	26
2 - 12 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี จำแนกตามภาคและเขต	26
2 - 13 ร้อยละของกลุ่มอายุ 60-74 ปี ที่มีโรคฟันผุ จำแนกตามภาคและเขต	27
2 - 14 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี จำแนกตามภาคและเขต	27
2 - 15 ร้อยละของผู้มีรากฟันลึก รากฟันผุ และค่าเฉลี่ยจำนวนรากฟัน จำแนกตามอายุ ตามภาคและเขต	28
2 - 16 ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ ในกลุ่มอายุ 15 ปี จำแนกตามภาคและเขต	29
2 - 17 ร้อยละของผู้มีฟันใช้งาน อย่างน้อย 20 ซี่ กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี และ 60 - 74 ปี จำแนกตามภาคและเขต	29
2 - 18 ร้อยละของผู้มีคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่สบ และค่าเฉลี่ยคู่สบฟันหลัง จำแนกตามภาคและเขต	30
2 - 19 ร้อยละของผู้ไม่มีฟันทั้งปากในกลุ่มอายุ 60 - 74 ปี จำแนกตามภาคและเขต	31
2 - 20 ร้อยละของผู้จำเป็นต้องได้รับบริการป้องกันและรักษา ฟันน้ำนม จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มเด็กเล็ก ตามกลุ่มอายุ ราชภาคและเขต	32

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า	
2 - 21	ค่าเฉลี่ย จำนวนซี่ฟันน้ำนม ที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มเด็กเล็ก ตามกลุ่มอายุ ภูมิภาคและเขต	33
2 - 22	ร้อยละของผู้จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา ฟันแท้ จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน ตามกลุ่มอายุ ภูมิภาคและเขต	34
2 - 23	ค่าเฉลี่ย จำนวนซี่ฟันแท้ ที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและเยาวชน ตามกลุ่มอายุ ภูมิภาคและเขต	35
2 - 24	ร้อยละของผู้จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา ฟันแท้ จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ภูมิภาคและเขต	36
2 - 25	ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ ฟันแท้ ที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ภูมิภาคและเขต	37
2 - 26	ร้อยละของกลุ่มอายุ 12 ปีที่มีฟันตกกระ จำแนกตามภาคและเขต	38
2 - 27	ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ หินน้ำลาย และสภาวะปริทันต์ อักเสบ คิดจากระดับของโรคสูงสุดในแต่ละคน ในกลุ่มอายุต่างๆ วัดโดยดัชนี CPI (Community Periodontal Index)	38
2 - 28	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ตามระดับ ความรุนแรงในกลุ่มอายุต่างๆ	39
2 - 29	ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปีที่มีสภาวะเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย โดยคิดจากระดับของโรคสูงสุดในแต่ละคน ตามดัชนี CPI (Community Periodontal Index) จำแนกตามภาคและเขต	39
2 - 30	ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปีที่มีเหงือกอักเสบจำแนกตามภาคและเขต	40
2 - 31	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบและ หินน้ำลาย ในกลุ่มอายุ 12 ปีจำแนกตามภาคและเขต	40
2 - 32	ร้อยละของเด็กอายุ 15 ปีที่มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับของ โรคสูงสุดของโรคในแต่ละคนตามดัชนี CPI (Community Periodontal index) จำแนกตามภาคและเขต	41
2 - 33	ร้อยละของเด็กอายุ 15ปี ที่มีเหงือกอักเสบ จำแนกตามภาคและเขต	41

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
2 - 34 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ระดับต่างๆ	
กลุ่มอายุ 15 ปี จำแนกตาม ภาค เขต	42
2 - 35 ร้อยละของกลุ่มอายุ 35-44 ปี ที่มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับ	
ของโรคสูงสุดของโรค ในแต่ละคนตามดัชนี CPI	
(Community Periodontal index) จำแนกตามภาคและเขต	42
2 - 36 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ระดับต่างๆ	
กลุ่มอายุ 35-44 ปี จำแนกตามภาคและเขต	43
2 - 37 ร้อยละของกลุ่มอายุ 60-74 ปีที่มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับ	
ของโรคในแต่ละคน ตามดัชนี CPI (Community Periodontal index)	
จำแนกตามภาคและเขต	44
2 - 38 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก(Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ระดับต่างๆ	
กลุ่มอายุ 60-74 ปีจำแนกตามภาค/เขต	45
2 - 39 ร้อยละของผู้ที่ใส่ฟันเทียมประเภทต่างๆ จำแนกตามกลุ่มอายุ ภาคและเขต	
(prosthetic status)	46
2 - 40 ร้อยละของผู้ที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมประเภทต่างๆ จำแนกตามกลุ่มอายุ	
ภาคและเขต (prosthetic need)	47
3 - 1 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร	63

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่

2 - 1 Source: “Revisiting the behavioral model and access to medical care :
does it matter”

16

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.7 ของประชากรทั่วประเทศในปี 2550 (หรือ 7.0 ล้านคน) เป็นร้อยละ 11.8 (หรือ 7.5 ล้านคน) ในปี 2553 ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 10.01 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั่วประเทศ (บทสรุปผู้บริหาร รายงานเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2557, สำนักงานสถิติแห่งชาติ) มีการคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20.0 (หรือ 14.5 ล้านคน) ในปี 2568 จึงนับว่า อัตราการเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society)” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่า ประเทศไทยมีเวลาน้อยมากในการเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ (นพ. โสภณ เมฆธน, 2553)

การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555 – 2559) ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาที่จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ทั้งระดับโลกและในประเทศ ที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศทั้งโอกาสที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของโลกเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างเช่น สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส สวีเดน อิตาลี และญี่ปุ่น เป็นสังคมผู้สูงอายุมานานกว่า 40 - 50 ปี ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น เกาหลี สิงคโปร์ จีน อินโดนีเซีย บรูไน ไทย และเวียดนาม ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาและในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 ประชากรสูงอายุในโลกจะเพิ่มขึ้นอีก 81.86 ล้านคน เกิดผลกระทบหลายอย่าง อาทิ การย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติเพื่อทดแทนแรงงานในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ เกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรม ประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้งบประมาณสำหรับการลงทุนพัฒนาด้านอื่นๆ ลดลง การที่สัดส่วนผู้สูงอายุของประชากรโลกโดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต จะเป็นโอกาสของประเทศไทยในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุและการให้บริการการแพทย์และสุขภาพมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันประเทศไทยเองก็ต้องปรับตัวเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและระบบสวัสดิการสังคมเพื่อรองรับการปรับตัวเข้าสู่โครงสร้างสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้แรงกดดันด้านงบประมาณที่มี

มากขึ้นในภาวะที่เศรษฐกิจโลกมีความผันผวน รวมทั้งยังต้องเตรียมรับมือกับปัญหาขนาดของกำลังแรงงานที่จะขยายตัวช้าลงและลดลงในอนาคต ซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจในระยะยาว (ส่วนที่ 2 การประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง และการสร้างภูมิคุ้มกันของประเทศ : แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555 - 2559) : 6)

เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (60- 69 ปี) ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70- 79 ปี) และร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง (“การเปลี่ยนแปลงทางสังคมไทย”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.agingthai.org/> page 1042) นอกจากประชากรสูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นในประเทศไทยแล้ว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีปัญหาด้านสุขภาพ มีความรู้ น้อย หรือไม่ สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งภาครัฐและครัวเรือนจะมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ส่งผลต่อภาระงบประมาณของภาครัฐ และค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการดูแลสุขภาพอนามัย และการจัดสวัสดิการทางสังคม เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ หากไม่มีการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555 – 2559):9)

สำหรับประเทศไทยเกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จากการสำรวจสำมะโนประชากรประเทศไทยในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2503 จนถึง พ.ศ. 2543) พบว่ามีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1.5 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้น แต่ในปี พ.ศ.2552 ขนาดของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 7 เท่าตัว คือ ประมาณ 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และจากการคาดคะเนประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573 ยังแสดงแนวโน้มของการเพิ่มขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน และในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรไทยทั้งประเทศ และนอกจากนี้ ยังพบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีการเพิ่มขนาดและสัดส่วนเร็วกว่าประชากรผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ซึ่งนับเป็นประเด็นท้าทายในการให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ หรือผู้สูงอายุวัยปลาย

อายุที่เพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดความเสี่ยงของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย มักมีโรคประจำตัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อเนื่องกันเป็นระบบ

ดังตัวอย่างเช่น ปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีปริมาณฟันที่น้อยลงทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ละเอียด กระเพาะอาหารต้องทำงานหนักขึ้น เกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารได้ นอกจากนี้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ยังส่งผลต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขสูงกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจของประเทศ (ทพญ.ดร. วลีรัตน์ ศุกรวรรณ, บทความทันตกรรมนวัตกรรม แนวโน้มปัญหาทันตสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุในสังคมไทย วารสารข่าวสารทันตกรรมทันตกรรม ฉบับที่ 3 ประจำเดือน มิถุนายน - สิงหาคม 2557)

สุขภาพช่องปาก อันประกอบด้วยฟันและเหงือก เป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรป้องกันและรักษาให้อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ เพราะเป็นอวัยวะที่จำเป็นอย่างมากในการดำรงชีวิต นับแต่วัยเยาว์จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต หน้าที่ที่มีคุณค่าของฟันที่เห็นได้ชัดเจนคือ การบดเคี้ยวอาหาร เพื่อช่วยระบบการย่อยอาหาร สำหรับสร้างการเจริญเติบโต ซ่อมแซมอวัยวะต่างๆของร่างกาย และยังช่วยในการพูดและออกเสียง (สมนึก วัฒนสุนทร 2529: 15-22) อีกด้วย ปัญหาโรคฟันและเหงือกนับเป็นปัญหาที่คนไทยแทบทุกคนประสบอยู่ และเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย แม้โรคฟันและเหงือกจะไม่รุนแรงจนทำให้ถึงแก่ชีวิตหรือทุพพลภาพ แต่ผลสะท้อนของโรคก่อให้เกิดการสูญเสียอย่างมากมายทั้งที่มองเห็นได้ชัดเจนและไม่เห็น (นิสา เดียรพงษ์ และการุณ เดียวศรีสุข, 2535:5-10) ประการแรก คือ การบั่นทอนสุขภาพของร่างกายให้ทรุดโทรม เป็นทางนำไปสู่การเกิดโรคระบบอื่นแทรกแซงขึ้นได้ เช่น โรคในระบบทางเดินอาหาร การสูญเสียฟันแม้เพียงบางซี่จะมีผลทำให้อาหารถูกบดเคี้ยวน้อยลง เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด ทำให้อาหารมีขนาดไม่เหมาะสมก่อนการกลืนลงสู่กระเพาะอาหาร มีผลให้การนำอาหารไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ ก่อเกิดภาวะทุพโภชนา ประการที่สองคือ ปัญหาด้านจิตใจของผู้เป็นโรค คือ ความเจ็บปวด อันเนื่องมาจากการติดเชื้อของอวัยวะในช่องปาก ซึ่งเป็นต้นเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมาน และประการสุดท้ายคือ การสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งด้านส่วนตัวและส่วนรวม กล่าวคือ ในด้านส่วนตัว ผู้ที่มีปัญหาโรคฟันต้องสูญเสียเงินและเวลาเพื่อการรักษา ในด้านส่วนรวมหมายถึง รัฐบาลหรือประเทศชาติ ต้องเกิดปัญหาบุคลากรค้ากับต่างประเทศ เนื่องจากวัสดุอุปกรณ์ต่างๆในงานทันตกรรม ส่วนใหญ่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศ นอกจากนี้รัฐบาลยังต้องสูญเสียงบประมาณแผ่นดินเพื่อช่วยลดปัญหาโรคในช่องปาก ทั้งในด้านการผลิตบุคลากรทางทันตกรรมไม่ว่าจะเป็น ทันตแพทย์ ทันตนาแม่ ทันตภิบาล ฯลฯ เพื่อช่วยในการป้องกันและรักษาโรคในช่องปากให้กับประชาชน (รสนิน วายกรณ์วิจิตร, 2542)

จากผลการสำรวจข้อมูลด้านอนามัยและสวัสดิการครั้งที่ 18 เมื่อปี พ.ศ.2556 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่เก็บข้อมูลจากรัวเรือนตัวอย่างประมาณ 27,960 รัวเรือน ในทุกจังหวัดทั่วประเทศโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันด้านสุขภาพ การ

เจ็บป่วย การไปรับบริการสาธารณสุข และข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบข้อมูลในด้านการรักษาทางทันตกรรมว่า ผู้ที่ไปรับบริการทางทันตกรรม มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 7.4 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2556 และเป็นที่น่าสังเกตว่า ในการไปรับบริการทางทันตกรรม จะมีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับบริการที่สถานพยาบาลทางทันตกรรมของเอกชนค่อนข้างสูง (ร้อยละ 44.5) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งยังไม่สะดวกในการไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐบาล (สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2556)

องค์การอนามัยโลกได้ระบุปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่สำคัญมี 6 ประการ คือ 1. การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2. ฟันผุและรากฟันผุ 3. โรคปริทันต์ 4. แผล/มะเร็งช่องปาก 5. สภาวะน้ำลายแห้ง และ 6. ฟันสึก รัฐบาลได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหา ทันตสาธารณสุข จึงได้บรรจุแผนงานทันตสาธารณสุขฉบับแรกลงในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - 2524) จนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับปัจจุบัน ซึ่งการดำเนินงานทันตสาธารณสุข เป็นการผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ด้วยเทคนิควิชาการที่เหมาะสม (เกสร อังศุสิงห์และสุภาวดี พรหมมา, 2541) เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การจัดการบริการทันตกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นการให้บริการลดกันไปในทุกกลุ่มอายุไม่มีรูปแบบการบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า จากการที่ผู้สูงอายุในสังคมไทยยังไม่ได้รับการดูแลทางด้านทันตกรรมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี จึงควรมีการศึกษาแนวทางในการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่จะมาถึงในไม่ช้า อีกทั้งศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประกอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการพัฒนางานทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านระบบและรูปแบบการให้บริการ องค์ความรู้และบุคลากร ตลอดจนกลไกและปัจจัยสนับสนุนในการจัดการบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมไทย
2. ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน
3. เพื่อศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และบริหารจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

4. เพื่อเสนอแนวทางในการให้บริการทางทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา เน้นการวิจัยในการกำหนดรูปแบบการให้บริการทางทันตกรรม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ
2. ขอบเขตด้านประชากร การวิจัยเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและบุคลากรทางทันตสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการทำการวิจัย 7 เดือน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ วรรณกรรม ทฤษฎี งานวิจัย และแนวความคิดที่เกี่ยวข้อง เช่น จากห้องสมุดวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร และสถาบันทันตกรรม รวมทั้งจากเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนข้อมูลปฐมภูมิได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องประมาณ 5 - 10 คน มาวิเคราะห์ร่วมกับแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงนำมาสังเคราะห์สร้างเป็นแนวทางในการให้บริการและการบริหารจัดการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงสภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมไทย
2. ทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน
3. ทำให้ทราบถึงแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และบริหารจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ
4. เสนอแนวทางให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพัฒนาทันตสาธารณสุขให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป

คำจำกัดความ

- ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทยสังคม ผู้สูงอายุองค์การสหประชาชาติให้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรือ อายุ 65 ปีขึ้นไปเกิน 7 % ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20 % หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 14 %
- โรคปริทันต์** หมายถึง โรคที่มีการทำลายของอวัยวะที่อยู่ล้อมรอบฟัน อันได้แก่เหงือก และกระดูกเบ้ารากฟัน เนื่องมาจากเชื้อแบคทีเรีย และการอักเสบ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แนวความคิดเกี่ยวกับการให้บริการทันตสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ และบุคคลทั่วไป

ปัญหาสุขภาพช่องปากในประชากรไทย เป็นปัญหาที่สั่งสมมาเป็นระยะเวลานาน แม้ว่าเมื่อประเมินจากสถานการณ์ในปัจจุบันจากการตรวจติดตามหรือประเมินผ่านตัวชี้วัดที่แสดงได้จะเห็นแนวโน้มที่ดีขึ้น ยกตัวอย่างเช่น อัตราการลดลงของโรคฟันผุทั้งในเด็กก่อนวัยเรียน และเด็กวัยเรียน อัตราการเพิ่มขึ้นของการปราศจากฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน พฤติกรรมทันตสุขภาพของประชากรไทยจากการสำรวจทั้งในระดับประเทศลงไปจนถึงระดับท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตามภายใต้สถานการณ์โดยรวมที่ดูเหมือนจะดีขึ้นในหลายๆองค์ประกอบ แต่สิ่งที่เริ่มกำลังกลายเป็นภาวะคุกคามสถานะทันตสุขภาพของประชากรไทย และการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของประเทศคือการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันในประชากรทุกกลุ่มอายุ อันได้แก่ การเลี้ยงดูบุตรหลาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น เหล่านี้ล้วนมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางสังคมต่อสุขภาพช่องปาก (social determinants in oral health) ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นแล้วว่า จะกลายเป็นปัจจัยหลักต่อปัญหาและการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของประเทศในอนาคต นอกจากนี้ที่กล่าวมาแล้ว เหตุปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญยิ่งทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชนคือ การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ไปจนถึงการรักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปาก ซึ่งในปัจจุบันพบว่าสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นที่แท้จริงของการที่ต้องได้รับการบริการของประชาชนอย่างเท่าเทียม ที่สะท้อนผ่านจากปัญหาความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มเศรษฐฐานะดี กับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเศรษฐฐานะต่ำ ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวคือ การกระจายของทรัพยากรในการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทันตบุคลากรยังมีทั้งจำนวน และการกระจายที่ไม่เพียงพอ หรือลดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ในประเทศไทยได้ อีกทั้งความร่วมมือกันหรือการประสานกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชากร (บทสรุปผู้บริหาร พฤติกรรมทันตสาธารณสุข กองการเจ้าหน้าที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

สุขภาพช่องปากเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ การพิจารณาว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุของการเกิดโรคในช่องปาก และปัจจัยใดเป็นสาเหตุของสุขภาพช่องปากที่ดี จะนำไปสู่มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยที่สนับสนุนสุขภาพนั้นๆ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ มุ่งเน้นไปที่มาตรการกันตกรรรมป้องกัน ที่เป็นงานบริการทางทันตกรรมในช่องปาก และมาตรการทันตศึกษาที่เป็นการให้ความรู้ต่อตัวบุคคล ทั้งนี้เพราะความเชื่อในสาเหตุทางชีววิทยา และสาเหตุทางปัจเจกบุคคลของการเกิดโรคในช่องปาก อย่างไรก็ตามมาตรการทั้งสองเป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพและไม่ยั่งยืนในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในระดับประชากร ทั้งนี้เพราะสาเหตุทางชีววิทยา และสาเหตุทางปัจเจกบุคคลไม่ใช่ต้นเหตุที่แท้จริงของสุขภาพช่องปากในระดับประชากร ความเข้าใจต่อเรื่องต้นเหตุทางสังคมของสุขภาพช่องปาก จะช่วยขยายมุมมองของทันตแพทย์ให้กว้างกว่าการพิจารณาถึงสาเหตุของสุขภาพในเชิงชีววิทยา และเชิงปัจเจกบุคคล แนวคิดในการพัฒนามาตรการทางสังคม จะช่วยให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก มีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น นอกเหนือไปจากงานทันตกรรมป้องกัน และทันตศึกษา การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมมาตรการทางสังคม จะช่วยให้การพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชน มีประสิทธิภาพ และยั่งยืนมากยิ่งขึ้น (พฤติกรรมทันตสาธารณสุข กองการเจ้าหน้าที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

การค้นหามาตรการที่จำเป็นและมีความเหมาะสมต่อการแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะแต่เดิมนั้นการดำเนินงานที่ผ่านมามักจะเป็นการจัดการผ่านมาตรการที่แม้ว่าจะมีข้อบ่งชี้ได้ว่ามีประสิทธิผลรวมทั้งประสิทธิภาพ แต่มาตรการส่วนใหญ่ก็จะอิงไปกับการจัดการผ่านทางวิชาชีพ โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วนั้น การปฏิบัติงานมักจะเน้นที่เชิงรับ เช่นการให้บริการบำบัดรักษาโรค มากกว่าการทำงานเชิงรุก โดยเฉพาะเรื่องการเสริมสร้างสุขภาพในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนหรือการปฏิรูป ทั้งในแง่การจัดสรรงบประมาณ ทรัพยากรต่างๆเป็นไปในทิศทางที่ลงไปในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการ ที่ยังขาดทิศทางและการกำกับการดำเนินงานในลักษณะของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้การจัดการในระดับพื้นที่ได้

สำหรับมาตรการที่เหมาะสมที่จะเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไปในอนาคตสำหรับปัญหาทันตสาธารณสุขไทย ควรที่จะขยับกรอบแนวคิดและการทำงานที่สามารถเคลื่อนไหวผลักดันทั้งด้านสังคมและการเมือง ให้เกิดการยอมรับมาตรการ และการนำมาตรการนั้นๆ ไปสู่ภาคปฏิบัติ รวมไปถึงการที่อาจจะถึงเวลาที่จำเป็นที่จะต้องมีมาตรการทางกฎหมายและการบังคับใช้ให้ได้ผลอย่างจริงจัง นอกจากนี้ประการที่สำคัญที่สุดคือควรที่จะลดการใช้มาตรการที่เน้นหนักไปที่การพึ่งพิงการแพทย์หรือวิชาชีพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ที่แม้จะสามารถบริหารจัดการได้ง่าย แต่ก็ยังไม่

เป็นการจัดการที่ระดับต้นน้ำอย่างจริงจัง ที่ให้น้ำหนักกับการใช้มาตรการเชิงสังคม (social strategy) การทำงานที่เป็นเครือข่ายมากขึ้น ที่แม้อาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินงาน และผลที่ได้มักจะค่อยเป็นค่อยไป แต่ท้ายที่สุดก็จะบังเกิดผลอย่างยั่งยืน ดังที่เห็นผลสำเร็จมาแล้วจากในหลายๆ ประเทศ (บทสรุปสำหรับผู้บริหาร: พฤติกรรมทันตสาธารณสุข กองการเจ้าหน้าที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ และแนวโน้มปัญหาสุขภาพ

การเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (population aging) ทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา เป็นภาพสำคัญของประชากรโลกมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 20 เนื่องจากอัตราการเกิดลดลง เทคโนโลยีทางการแพทย์ดีขึ้น มียาและวัคซีนที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค (ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข 2541 ,pp649-651) ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนประชากรประมาณ 6,853 ล้านคน มีจำนวนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 769 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 11.2 (U.S. census Bureau, 2010) ประเทศที่มีประชากรสูงอายุจำนวนมากที่สุดในโลก ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น เยอรมัน และอิตาลี มีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 22.6, 20.5 และ 20.4 ตามลำดับ (Population Reference Bureaus, 2010) และมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ประชากรสูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มเป็น 1000 ล้านคน โดย 700 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุข, 2541, pp.649-651)

จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 และผลสำรวจเมื่อปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 และประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี 2548 เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่น และประเทศสิงคโปร์ โดยในปี 2550 ประเทศญี่ปุ่นมีผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 29.0 ส่วนประเทศสิงคโปร์มีผู้สูงอายुर้อยละ 11.9 ทั้งนี้ องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้ให้คำนิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุเกิน 65 ปีขึ้นไปเกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยใช้เกณฑ์การตัดสินการเป็น “ผู้สูงอายุ” เช่นเดียวกับที่องค์การสหประชาชาติกำหนด ประเทศที่อยู่ในแถบเอเชียใช้เกณฑ์ อายุ 60 ปีขึ้นไปคือผู้สูงอายุ ขณะที่ประเทศที่อยู่ในแถบยุโรปใช้เกณฑ์ อายุ 65 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, น.1)

เปรียบเทียบการเพิ่มของประชากรไทย พ.ศ. 2548 ประเทศไทยมีประชากร 62.2 ล้านคน หนึ่งปีถัดมาประมาณประชากรไทย ณ กลางปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็น 62.5 ล้านคน เท่ากับว่า 1ปีมีคน

เพิ่มขึ้น 300,000 คนเศษ คิดเป็นอัตราเพิ่มประชากรร้อยละ 0.6 ต่อปี การเพิ่มของประชากรไทย ยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่เป็นการเพิ่มที่ช้าลง แต่ละปีอัตราเพิ่มประชากรค่อยๆลดลง และในปี พ.ศ. 2565 จะเป็นปีที่ประชากรไทยถึงจุดอ้อมตัว อัตราเกิดจะอยู่ในระดับใกล้เคียงกับอัตราตาย ทำให้ อัตราการเพิ่มของประชากรใกล้เคียงกับศูนย์ จำนวนเกิดในแต่ละปีพอๆกับจำนวนตาย จึงคาดว่า ประชากรไทยจะถึงจุดอ้อมตัวที่จำนวนประมาณ 65 ล้านคนในราวปีพ.ศ.2565 หลังจากนั้นเป็นไปได้ว่า อัตราเพิ่มประชากรจะติดลบคือต่ำกว่าศูนย์บ้างเล็กน้อย ทำให้จำนวนประชากรแต่ละปีลดลง ในขณะที่จำนวนประชากรไทยกำลังเพิ่มช้าลงนั้น ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของ ประชากรอย่างใหญ่หลวง เมื่ออัตราเกิดลดต่ำลงอย่างมากและผู้คนมีอายุยืนยาวส่งผลให้ลักษณะการ พึ่งพิงทางเศรษฐกิจระหว่างประชากรวัยต่างๆเปลี่ยนไปจากเดิมที่มีประชากรวัยเด็กที่ต้องพึ่งพิง ประชากรวัยแรงงานมากกว่าผู้สูงอายุ แต่ในอนาคตอันใกล้จะมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัย แรงงานมากกว่าเด็ก อัตราส่วนระหว่างประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงจนเหลือเพียง ประชากรวัยแรงงาน 2 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนในพ.ศ.2578(บทมา ว่าพัฒนาวงศ์ และปราโมทย์ ประสาท กุล,2549,น.34-41)

จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573 โดยสำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และเพื่อการเผยแพร่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนโดยใช้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรเปลี่ยนแปลง และเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติพ.ศ.2543 เป็นฐานพบว่า ประชากรไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่ ลดลง ผลการคาดประมาณประชากร ระดับประเทศ พ.ศ. 2543-2573ภายใต้ข้อสมมติด้านภาวะเจริญ พันธ์ระดับปานกลาง พบว่าภาวะเจริญพันธ์ลดลงจาก 1.81 ในปี พ.ศ.2543 เหลือ 1.35 ในปี พ.ศ. 2573 ส่งผลให้ประชากรทั่วราชอาณาจักรเพิ่มจำนวนขึ้นจาก 62.24 ล้านคน ในปี พ.ศ.2543 เป็น 70.65 ล้านคน และจากการประมาณการในปีพ.ศ.2553 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60ปีขึ้นไป จำนวน 8,010,946 คน คิดเป็นร้อยละ 11.90 ของประชากรทั้งประเทศ ในอีก 10ปีข้างหน้าคือปี พ.ศ. 2563 จำนวนประชากรอายุ 60ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 12,272,035 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.51 ของประชากรทั้งประเทศ และถัดไปอีก10ปีคือปี พ.ศ.2573 จำนวนประชากรอายุ 60ปีขึ้นไปจะ เพิ่มขึ้นเป็น 17,743,822 คนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 25.12 ของประชากรทั้งประเทศ คือถือว่า ในอีก 15 ปีข้างหน้าประชากรไทย 1 ใน 4คนเป็นผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2550)

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรวัยสูงอายุ จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคเรื้อรังและ ภาวะทุพพลภาพ จากผลสำรวจประชากรโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551, น.10-17) พบว่า

ประชากรสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งประเทศ โดยเป็นชายร้อยละ 44.6 และเป็นหญิงร้อยละ 55.4 เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 58.8) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 31.7 เป็นผู้สูงอายุวัยกลางคืออายุ 70-79 ปี และ ร้อยละ 9.5 เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป โรคต่างๆที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทยมี 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดในสมองตีบ และอัมพาต/อัมพฤกษ์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552)

สำหรับประเทศไทย เกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จากการสำรวจสำมะโนประชากรประเทศไทยในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2503 จนถึง พ.ศ. 2543) พบว่ามีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1.5 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้น แต่ในปี พ.ศ.2552 ขนาดของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 7 เท่าตัว คือ ประมาณ 7.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งหมายถึงประเทศไทยมีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และจากการคาดคะเนประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ.2543 ถึง พ.ศ.2573 ยังแสดงแนวโน้มของการเพิ่มขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า หรือในปี พ.ศ.2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน และในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 17.8 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรไทยทั้งประเทศ และนอกจากนี้ ยังพบว่าประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีการเพิ่มขนาดและสัดส่วนเร็วกว่าประชากรผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ซึ่งนับเป็นประเด็นท้าทายในการให้การดูแลทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ หรือผู้สูงอายุวัยปลาย สาเหตุหลักที่นำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ได้แก่ การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย (ปัจจุบัน ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับระดับทดแทน) ซึ่งส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลง ในขณะที่ประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ในช่วงปี พ.ศ. 2548 – 2553 อายุเฉลี่ยของชายไทยประมาณ 68.5 ปี หญิงไทยประมาณ 75.0 ปี และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 – 2573 จะเพิ่มเป็น 73.6 ปี สำหรับชาย และ 79.1 ปี สำหรับหญิง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552: 9)

อายุที่เพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย มักมีโรคประจำตัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อเนื้องกันเป็นระบบดังตัวอย่างเช่น ปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีปริมาณฟันที่น้อยลงทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ละเอียด กระเพาะอาหารต้องทำงานหนักขึ้น เกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารได้ นอกจากนี้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ยังส่งผลต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขและการส่งเสริม

สุขภาพอีกด้วย จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพเพียงร้อยละ 15 นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน โดยสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพ ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2552 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขสูงกว่าวัยอื่นๆ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเสียชีวิตสูง ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจของประเทศ ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่นโยบายที่เสนอให้ หน่วยบริการสาธารณสุขและรัฐ พัฒนารูปแบบบริการในชุมชนโดยชุมชนเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล (ทพญ.ดร.วไลรัตน์ ศุภวรรณ, บทความทันตกรรม แนวโน้มปัญหาทันตสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุในสังคมไทย วารสารข่าวสารทันตกรรมทันตกรรม ฉบับที่ 3 ประจำเดือน มิถุนายน- สิงหาคม 2557: 16-17)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ.2568 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 19.8 ล้านคน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2549:8) และมีแนวโน้มอายุยืนยาวมากขึ้น โดยคาดประมาณว่าในปี พ.ศ.2563 ชายจะมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเป็น 74.8 ปี และ 80.3 ปี สำหรับผู้หญิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549:6-7) จากแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอายุยืนยาวเช่นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ปัญหาสุขภาพช่องปาก เนื่องจากระบบบดเคี้ยวส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 (ทันตสาธารณสุข 2555) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80 ปี เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุครอบคลุมทั้งกลุ่มประชากร และพบปัญหาการสูญเสียฟันอย่างชัดเจน สภาวะที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเห็นได้ชัดคือการปราศจากฟันทั้งปาก ทำให้ไม่สามารถบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 7.5 ของผู้สูงอายุที่ทำการสำรวจทั้งหมด การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุซึ่งมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 10ซี่ต่อคน แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากไม่ถึงครึ่งหนึ่ง นอกจากนี้ฟันที่ยังคงเหลืออยู่ในช่องปาก ยังพบว่าเป็นฟันที่มีการผุบริเวณรากฟันด้วย โดยพบว่าผู้ที่มีฟันผุที่รากฟันมีเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 3.8 ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี เป็นร้อยละ 12.7 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี ซึ่งรอยผุที่รากฟันนี้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันตกรรม จะเป็็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟันที่เหลือตามมาในที่สุด

จากการศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ (สิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์,วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ตุลาคม 2557:146 -154) ที่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยหลัก ปัจจัยร่วม และ พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ อีกทั้งเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยหลัก ปัจจัยร่วม กับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ และเพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender ทฤษฎีความสามารถของตนเอง และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นกรอบคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดอำนาจเจริญ ในปีพ.ศ. 2554 จำนวน 400 คน ซึ่งได้ผลการวิจัยโดยสรุปว่า

1. ภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.152$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายรายงาน เช่น การศึกษาของสาลินี ลีลสัตยกุล (2540: 111) อามา ปัทมสัจจาสนธิ (2551 : บทคัดย่อ) และชลธิชา พุทธวงษ์นันท์ (2551 : บทคัดย่อ) ซึ่งพบว่า ภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวจะทำให้ทราบถึง ภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง มีความวิตกกังวลใจ ห่วงใยสุขภาพของตนเอง เกิดความตระหนักในการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพเพื่อรักษาโรค แต่ในทางตรงข้ามกลับมีความสนใจและกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพช่องปากลดลง เกิดพฤติกรรมทันตสุขภาพน้อยลง เนื่องจากให้ความสำคัญกับโรคประจำตัวมากกว่า และภาวะสุขภาพไม่ดีจากการมีโรคประจำตัวทำให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากลดลงด้วย

2. ความรู้ทางด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .238$) สอดคล้องกับหลาย รายงาน เช่น การศึกษาของวสันต์ ศิลปะสุวรรณ (2544: 115) สุดารัตน์ สันติวงสานนท์ (2545 : บทคัดย่อ) และภาวิณี ดวงศรี (2552 : บทคัดย่อ) ซึ่งเห็นว่าความรู้ทางด้านทันตสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุได้ หากผู้สูงอายุมีความรู้ทางด้านทันตสุขภาพมากขึ้น ย่อมจะทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้นด้วยเช่นกัน

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .417, .280, .560$) ส่วน การรับรู้

อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .245$) สอดคล้องกับหลายรายงาน เช่น การศึกษาของณรงค์ นามมงคล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2537 : 76) ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542 : 55) เพ็ญศรี เทียมสุข (2546 : 101-104) และประภา ลิ้มประสูติและคนอื่นๆ (2543 : 76-82) นอกจากนี้ยังสนับสนุนแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (1996: 57) และสนับสนุนทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura ได้ (Bandura 1977 : 191-215, อ้างถึงใน สายใจ ชัยสงคราม 2545 : 22) โดยที่ผู้วิจัยมีความเห็นว่า เนื่องจากการรับรู้เป็นพื้นฐานในการไตร่ตรอง และตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดกับตนเองอย่างถูกต้อง เช่น รับรู้ภาวะสุขภาพช่องปากของตนเอง ก็จะแสดงพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นไปในทางที่ดี และหากผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการกระทำใด ผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งก่อให้เกิดผลดีนั้น นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองยังเป็นสิ่งที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความสามารถ ซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ในขณะที่หากผู้สูงอายุพบว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมทันตสุขภาพ จะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมเป็นไปอย่างไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีความต่อเนื่อง ซึ่งความสม่ำเสมอหรือความต่อเนื่องนั้นเป็นสิ่งสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

4. แรงสนับสนุนจากครอบครัวและญาติ แรงสนับสนุนจากชุมชน และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .450, r = .455, r = .482$) สอดคล้องกับหลายรายงาน เช่น การศึกษาของ วิชชุตา เนตตกุล (2551 : บทคัดย่อ) ภาวิณี ดวงศรี และวสันต์ ศิลปะสุวรรณ (2544:115) นอกจากนี้ยังสนับสนุนแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Gottlieb (1985:5-22) ซึ่งแบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็นสามระดับ ได้แก่ ระดับจุลภาค ระดับกลาง และระดับมหภาค โดยแต่ละระดับล้วนมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้วิจัยมีความเห็นว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวและญาติ เป็นการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง และมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย และพฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุ ถือเป็นแรงสนับสนุนอันดับแรกสุดที่ผู้สูงอายุจะได้รับ หากบุคคลในครอบครัวมีความสนใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ก็จะเป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดี ส่วนแรงสนับสนุนจากชุมชนถือเป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้ และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของผู้สูงอายุ มีความสำคัญ

เนื่องจากกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพจะเข้ามาช่วยเหลือและเติมเต็มในด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้องของผู้สูงอายุ

5. พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า การที่พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมทันตสุขภาพให้เป็นประจำและต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสนับสนุนแนวความคิดของ Pender ที่กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเกิดเป็นนิสัย ดังนั้นจึงเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า “แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ” (Health-Promoting Lifestyle) ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, Murdaugh and Parsons 2002 : 135) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (Bandura 1977: 191- 215, อ้างถึงใน สายใจ ชัยสงคราม 2545:22) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองสูง จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองต่ำ จะมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วย ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมทันตสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (สิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 ก.ค.- ต.ค. 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมาใช้บริการสุขภาพเป็นปรากฏการณ์ด้านพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับ คุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และโครงสร้างทางสังคมของผู้ใช้บริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพคุณภาพและราคาบริการ รวมถึงความจำเป็นของบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (Andersen's behavioural model of health service use) ของ Andersen (1995, pp. 1-10) โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่าการใช้บริการสุขภาพถูกกำหนดโดยปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (health services system factors) และปัจจัยการใช้บริการสุขภาพของแต่ละบุคคล (individual factors) ซึ่งการใช้บริการสุขภาพของแต่ละบุคคลนั้น มีอยู่ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factor) ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ (enabling factor) และปัจจัยด้านความจำเป็นที่จะต้องได้รับการสุขภาพ (need factor) แต่ละปัจจัยมีสาระสำคัญที่แสดงถึงตัวแปรต่างๆ ดังนี้

1. ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคล ที่โน้มนำให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ และขนาดครอบครัว ตัวแปรทางสังคม ได้แก่

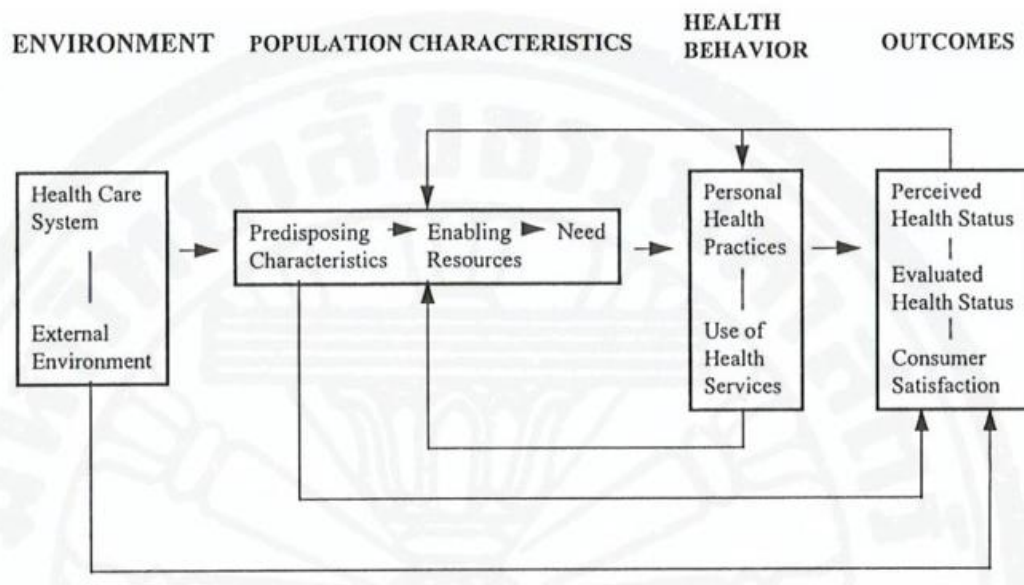
การศึกษา อาชีพ ศาสนา และเชื้อชาติ และ ตัวแปรด้านสุขภาพ ได้แก่ ทักษะต่อการใช้บริการ สุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการให้คุณค่า

2. ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการ ได้แก่ การมีแหล่งทรัพยากร ด้านสุขภาพของครัวเรือน และชุมชน การมีหลักประกันสุขภาพ และการเข้าถึงทรัพยากรด้าน สุขภาพเหล่านั้น

3. ปัจจัยด้านความจำเป็นของบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่อง สุขภาพของบุคคล ได้แก่ความเจ็บป่วย ความบกพร่องการทำหน้าที่และสถานะสุขภาพ อาจรับรู้ได้ จากการประเมินตนเอง หรือจากการประเมินสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่

องค์ประกอบหลักของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรใช้บริการสุขภาพที่ใช้ อธิบายและทำนายพฤติกรรม ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 2 - 1 Source: “Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?”, by Andersen, R.M., 1995, Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1-10.



Baker (2009, pp. 485–494) ได้ทดสอบการนำกรอบแนวคิดด้านสุขภาพของ Andersen มาใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของพฤติกรรมทันตสุขภาพ การใช้บริการ และการรับรู้ทันตสุขภาพ พบว่าปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการและปัจจัยด้านความจำเป็นของบริการสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมทันตสุขภาพและการใช้บริการทันตกรรมและ นอกจากนี้ยังสามารถทำนายการรับรู้ทันตสุขภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์ด้านทันตสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคลที่โน้มนำให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพ มีผลโดยอ้อมต่อปัจจัยด้านความจำเป็นของบริการสุขภาพ พฤติกรรมทันตสุขภาพ และการใช้บริการทันตกรรม การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากรอบ

แนวคิดด้านสุขภาพของ Andersen สามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมทันตสุขภาพ ได้เป็นอย่างดี

การศึกษาของ Davidson & Andersen (1997, pp. 254-262) นำกรอบแนวคิดด้านสุขภาพของ Andersen มาปรับใช้ในการศึกษาการใช้บริการด้านทันตกรรมในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาของคนอเมริกัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ประชากรที่มีความแตกต่างเชื้อชาติ ได้แก่ แอฟริกา – อเมริกัน , Navajo, Lakota, Hispanic, และคนอเมริกันผิวขาว ใน 2 กลุ่มอายุ คือกลุ่มวัยกลางคน (35-44 ปี) และกลุ่มสูงอายุ (65-74 ปี) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุพบว่า กรอบแนวคิดการใช้บริการด้านสุขภาพของ Andersen สามารถอธิบายการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการใช้บริการด้านสุขภาพของ Andersen มาหาความสัมพันธ์พฤติกรรมทันตสุขภาพในเรื่องของการใช้บริการทันตกรรมผู้สูงอายุกับปัจจัยต่างๆ โดยคัดเลือกตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยนำแบ่งเป็น ปัจจัยนำด้านลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษารายได้ และโรคประจำตัว ปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การเห็นประโยชน์ของการมารับบริการทันตกรรม ความเชื่อมั่นตนเองที่จะไปรับบริการทันตกรรม การให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปาก และการเก็บรักษาฟัน ปัจจัยสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม ได้แก่ สิทธิด้านทันตกรรมในหลักประกันสุขภาพ และการมีผู้ช่วยเหลือพามาใช้บริการทันตกรรมและปัจจัยความจำเป็นด้านการรักษาทันตกรรม ได้แก่ การเจ็บปวดไม่สบายจากโรค และการเกิดอาการแสดงของโรคในช่องปากเป็นปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ (<http://digi.library.tu.ac.th/thesis/pb/003/03chapter2.pdf>)

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์โรคในช่องปากและผลกระทบ

จากการสำรวจสุขภาพช่องปากของคนไทย พบว่าคนไทยส่วนใหญ่มีฟันผุ และเป็นโรคเหงือกอักเสบ โดยเกิดได้ในทุกช่วงอายุ ไม่แตกต่างกันในระหว่างหญิงหรือชาย คราบแบคทีเรียเป็นสาเหตุของฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ปกติผิวเคลือบฟันของคนเราจะเรียบเป็นมัน มีสีขาวก่อนข้างขึ้น ฟันที่สะอาด และเรียบจะไม่มีคราบใดๆ ติดอยู่ แต่ถ้าแปรงฟันไม่สะอาดพอ จะเกิดการสะสมของคราบอาหารและเชื้อแบคทีเรียบนตัวฟันหรือที่เรียกว่า คราบแบคทีเรีย คราบแบคทีเรียนี้เองที่เป็นสาเหตุของฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ เนื่องจากเชื้อแบคทีเรีย ที่ติดอยู่ในร่องหรือหลุมบนตัวฟันจะปล่อยสารพิษหรือทอกซินออกมาทำลายเคลือบฟันเกิดเป็นรูผุขึ้นมา เศษ

อาหารที่มากุดคิดในรูปผักจะเป็นปัจจัยเสริมให้เชื้อแบคทีเรียทำให้ฟันผุมากยิ่งขึ้น จนทะลุเข้าไปในโพรงประสาทฟัน ทำให้ฟันมีอาการปวดเกิดหนองปลายรากฟัน และทำให้เหงือกบวมได้ ส่วนคราบแบคทีเรียที่เกิดบริเวณขอบเหงือกจะทำให้เหงือกบวม แดง อักเสบด้วย และเมื่อทิ้งไว้นานเข้า สารแคลเซียม ซึ่งเป็นสารที่มีอยู่ในน้ำลาย จะตกตะกอนมาเกาะอยู่บนแผ่นคราบแบคทีเรีย เกิดเป็นผลิกแข็ง ที่เรียกว่า หินปูนหรือหินน้ำลาย ผิวของหินปูนนี้จะไม่เรียบ จะยิ่งทำให้เหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นอีก ขณะแปรงฟัน หรือทานอาหารจะมีเลือดออกได้ง่าย ถ้ามีการสะสมของหินปูนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆการอักเสบของเหงือกก็จะมีมากขึ้น กระจกที่อยู่รอบตัวฟันจะละลายตัวไป เหงือกบวม มีฝีหนองปลายรากฟัน เกิดเป็นโรคปริทันต์ ฟันจะโยก และในที่สุด ก็จะต้องสูญเสียฟันซี่นั้นไป การเกิดโรคเหงือกอักเสบ หรือโรคปริทันต์มักจะเป็นทั่วทั้งปาก จึงเป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้เราต้องเสียฟันไปคราวละหลายซี่ บางคนต้องถอนฟันไปจนหมดปากตั้งแต่อายุน้อยๆ ต้องใส่ฟันปลอม มีปัญหาในการรับประทานอาหาร ทำให้เสียบุคลิกภาพ นับว่าคราบแบคทีเรียเป็นสาเหตุทำให้เกิดอันตรายได้ทั้งเหงือกและฟันโดยตรง (วารสาร Perfect Health Care and Checkup by Medipro / www.i-medipro.com)

ปัญหาทันตสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียฟัน โรคฟันผุ โรคปริทันต์ ภาวะน้ำลายน้อย (xerostomia) และมะเร็งในช่องปาก ซึ่งปัญหาทันตสุขภาพเหล่านี้ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและทรมาน ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Petersen & Yamamoto, 2005, pp. 81-92) นอกจากนี้โรคในช่องปากกับโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคในช่องปากกับปัญหาสุขภาพ เช่น ความสัมพันธ์กันระหว่างโรคปริทันต์อักเสบกับโรคเบาหวาน (Grossi & Genco, 1998, pp. 51-61) และการสูญเสียฟันที่สัมพันธ์กับสภาวะจิตบกพร่องของผู้สูงอายุ (Shimazaki, Soh, Koga, Miyazaki, & Takehara, 2003, pp. 123-7) เป็นต้น

ปัญหาการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุ มีสาเหตุหลักมาจาก ฟันผุ และโรคปริทันต์ (Shimazaki, et al.,2003) ความชุกของการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุพบได้ทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการด้านทันตสุขภาพ ฟันมักจะถูกถอนไปเนื่องจากมีอาการปวด หรือเพราะขาดแคลนทรัพยากรสำหรับการรักษาทันตกรรม (Petersen & Yamamoto, 2005, pp. 81-92) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มสภาวะช่องปากที่ดีขึ้น การเกิดโรคปริทันต์ลดลง แต่มีความต้องการการรักษาด้วยการบูรณะฟัน ซึ่งมีกระบวนการซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้น ซึ่งในปี ค.ศ. 2004 พบการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุอเมริกันร้อยละ 24 และรากฟันผุร้อยละ 36 (Dye, et al., 2007, pp. 72-75)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า สภาพที่พบในช่องปากผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่สะสมมาตั้งแต่วัยเด็ก และได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากจะพบโรคและความผิดปกติต่างๆแล้ว ยังอาจพบการสูญเสียฟันตั้งแต่ 1 ซี่ จนถึงการสูญเสียฟันทั้งปาก ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการเคี้ยวอาหาร นอกจากนี้ยังได้ระบุปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่สำคัญมี 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2) ฟันผุและรากฟันผุ 3) โรคปริทันต์ 4) แผล/มะเร็งช่องปาก 5) สภาพน้ำลายแห้ง และ 6) ฟันสึก (อัครสุดา เข้มสอน, 2553)

โรคในช่องปากที่ประชากรไทยเป็นกันมากที่สุด ได้แก่ โรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ โดยเกิดได้ในทุกช่วงอายุไม่แตกต่างกันในระหว่างหญิงหรือชาย

โรคฟันผุ (Dental Caries) เป็นโรคที่มีการทำลายของผิวเนื้อฟันจนเกิดเป็นหลุมในตัวฟัน โดยมีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียที่อยู่ในช่องปาก ซึ่งหมายถึงแบคทีเรียจากคราบพลัค (Bacterial Plaque) ร่วมกับการมีน้ำตาลในอาหาร กรดในช่องปากและผิวหน้าฟันที่บอบบาง โรคฟันผุจะเกิดขึ้นเมื่อแบคทีเรียในคราบพลัคทำปฏิกิริยากับน้ำตาลในอาหาร และก่อให้เกิดกรดในช่องปาก กระบวนการผลิตกรดของแบคทีเรียชนิดนี้จะทำให้สภาพในช่องปากเป็นกรดมากขึ้น และเป็นอันตรายต่อผิวเคลือบฟันจนเกิดเป็นโรคฟันผุขึ้น คราบพลัค (Bacterial Plaque) หรือ คราบแบคทีเรีย เป็นแผ่นฟิล์ม หรือ biofilm สีขาวเหลือง มีลักษณะเหนียว ก่อตัวสะสมอยู่บนผิวฟันหรือตามขอบเหงือก และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคฟันผุ และโรคเหงือกอักเสบ เนื่องจากแบคทีเรียที่ก่อตัวสะสมอยู่ในแผ่นฟิล์มนั้นรวมตัวกับน้ำตาลในอาหารที่รับประทานเข้าไป แล้วปล่อยกรดออกมาทำลายผิวฟันจนเกิดเป็นฟันผุ ขณะเดียวกันคราบพลัคที่เกาะติดอยู่ตามขอบเหงือก และไม่ได้ถูกทำความสะอาดออกไป ก็จะก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเหงือกที่อยู่รอบๆ ฟันจนทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์อักเสบตามมาได้

โรคเหงือกอักเสบ (Gingivitis) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเหงือกที่อยู่ล้อมรอบตัวฟัน ทำให้เหงือกซึ่งปกติควรจะมีสีชมพู ผิวแน่น (firm consistency) กลายเป็นเหงือกอักเสบ ที่มีลักษณะบวมแดง เลือดออกง่าย เจ็บปวด สาเหตุสำคัญคือ เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในคราบพลัคที่เกาะอยู่บนตัวฟันใกล้กับขอบเหงือกมีการสะสมมากขึ้นจนก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเหงือกที่อยู่รอบๆ ฟันจนทำให้เกิดโรคเหงือกอักเสบได้ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องอาจพัฒนาไปเป็นโรคปริทันต์อักเสบได้ ส่วนโรคปริทันต์อักเสบ (Periodontitis) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเหงือก แล้วลุกลามไปยังกระดูก และอวัยวะปริทันต์ที่ยึดรอบตัวฟัน ซึ่งนอกจากจะมีอาการของเหงือกอักเสบแล้ว ยังมีฟันโยกคลอน ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี และทันเวลา ก็จะต้องสูญเสียฟันไปในที่สุด สาเหตุของโรคปริทันต์อักเสบก็มาจากเชื้อแบคทีเรียในคราบพลัค แล้วมีการสะสมมากขึ้นๆ และแข็งขึ้นกลายเป็นหินปูน จนทำให้มีการทำลายของกระดูกที่ยึดรอบตัวฟัน

ทั้งโรคเหงือกอักเสบ และ โรคปริทันต์อักเสบ สามารถเกิดได้กับคนทุกวัย แต่มักจะพบบ่อยในผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิง ซึ่งถ้าตรวจพบในช่วงแรกก็จะสามารถรักษาให้หายขาดได้

จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 ซึ่งเป็น การสำรวจระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ของประเทศไทย ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการสำรวจในพื้นที่ 16 จังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งกรุงเทพมหานครด้วย โดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานจากพื้นที่ ทั้งระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

จังหวัดตัวอย่างในการสำรวจ ทั้งหมด 16 จังหวัด จาก 4 ภาคๆ ละ 4 จังหวัด และ กรุงเทพมหานคร มีดังนี้

ภาคเหนือ	เชียงราย ลำพูน พะเยา นครสวรรค์
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	อุดรธานี มหาสารคาม ศรีสะเกษ นครพนม
ภาคใต้	สตูล พัทลุง ระนอง นครศรีธรรมราช
ภาคกลาง	สมุทรสาคร อ่างทอง จันทบุรี กาญจนบุรี
กรุงเทพมหานคร	เขตหนองจอก บางแค บางเขน วัฒนา
กลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง	ประกอบด้วย 7 กลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	ขนาดตัวอย่าง (คน)					รวม
	เหนือ	ตอ.เฉียงเหนือ	กลาง	ใต้	กทม.	
3	456	360	264	336	960	2376
5	720	456	456	408	416	2456
12	360	552	336	432	632	2312
15	240	456	240	240	376	1552
35-44	240	552	240	240	128	1400
60-74	240	240	240	240	104	1064
80-89	72	72	72	72	24	312
	2328	2688	1848	1968	2640	11472

สภาวะโรคฟันผุและการสูญเสียฟัน

ตารางที่ 2 - 1 ร้อยละของผู้ปราศจากโรคฟันผุ ผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ เคลือบหลุมร่องฟัน พ.ศ.2555

อายุ (ปี)	ผู้ปราศจากโรคฟันผุ	ผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ					ฟันเคลือบหลุมร่องฟัน
		ฟันผุระยะเริ่มต้น	ฟันผุยังไม่ได้รับการรักษา	ฟันถอน	ฟันอุด	ฟันผุ/ถอน/อุด (DMFT)	
3*	48.3	26.1	50.6	3.2	2.9	51.7	1.2
5*	21.5	26.6	75.9	8.2	9.3	78.5	1.8
12	47.7	19.4	29.1	3.9	33.1	52.3	35.2
15	37.6	22.0	36.0	8.0	39.4	62.4	17.8
35-44	-	8.5	35.7	80.9	36.9	86.7	-
60-74	-	1.9	50.2	95.5	13.9	97.1	-
80-89	-	0.5	35.9	100.0	5.0	100.0	-

หมายเหตุ * หมายถึง ฟันน้ำนม

อายุ 3-5 ปี เป็นการสูญเสียฟันน้ำนมจากฟันผุ

อายุ 12-15ปี เป็นการสูญเสียฟันแท้จากฟันผุ

อายุ 35-44ปี, 60-74ปี และ 80-89 ปี เป็นการสูญเสียฟันแท้จากทุกสาเหตุ

ตารางที่ 2 - 2 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุต่างๆ พ.ศ.2555

อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย (ซี่ต่อคน)				
	ฟันที่มีในปาก	ผุ	ถอน	อุด	ฟันผุ/ถอน/อุด (DMFT)
3*	19.9	2.6	0.1	0.1	2.7
5*	20.0	4.0	0.1	0.3	4.4
12	26.2	0.6	0.0	0.7	1.3
15	27.7	0.9	0.1	1.0	2.0
35-44	28.3	0.8	3.7	1.6	6.0
60-74	18.8	1.4	13.2	0.4	15.0
80-89	8.9	1.2	23.1	0.1	24.4

ตารางที่ 2-3 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ที่เป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนม จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ผู้ ปราศจาก โรคฟันผุ	ผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ					ฟัน เคลือบ หลุม ร่องฟัน
			ฟันผุระยะ เริ่มต้น	ฟันผุยัง ไม่ได้รักษา	ฟัน ถอน	ฟัน อุด	ฟันผุ/ถอน/ อุด (dmft)	
ประเทศ		48.3	26.1	50.6	3.2	2.9	51.7	1.2
	เมือง	51.2	23.4	48.1	2.0	2.9	48.8	0.4
	ชนบท	44.7	28.7	54.5	2.9	2.5	55.3	0.4
	กทม.	50.5	24.6	47.8	4.2	3.3	49.5	2.5
กลาง		40.4	35.3	59.6	2.4	0.3	59.6	0.3
เหนือ		54.0	29.8	44.3	1.9	3.8	46.0	0.8
ตอ.-น.		50.8	22.6	49.0	2.4	3.7	49.2	0.0
ใต้		39.0	19.9	59.8	3.9	2.3	61.0	0.3

ตารางที่ 2-4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันน้ำนมในเด็กอายุ 3 ปี จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ค่าเฉลี่ย (ซี่ต่อคน)				
		ฟันที่มีในปาก	ผุ	ถอน	อุด	ฟันผุ/ถอน/อุด
ประเทศ		19.9	2.6	0.1	0.1	2.7
	เมือง	20.0	2.4	0.0	0.0	2.4
	ชนบท	19.9	2.7	0.1	0.1	2.8
	กทม.	19.9	2.9	0.1	0.1	3.0
กลาง		20.0	3.0	0.0	0.0	3.0
เหนือ		19.9	1.6	0.1	0.1	1.7
ตอ.-น.		19.9	2.3	0.0	0.1	2.4
ใต้		19.9	3.0	0.1	0.0	3.1

ตารางที่ 2-5 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่เป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนมจำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ผู้ ปราศจาก โรคฟันผุ	ผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ					ฟัน เคลือบ หลุม ร่องฟัน
			ฟันผุ ระยะ เริ่มต้น	ฟันผุ ยังไม่ได้ รักษา	ฟัน ถอน	ฟัน อุด	ฟันผุ/ถอน/ อุด (dmft)	
ประเทศ		21.5	26.6	75.9	8.2	9.3	78.5	1.8
	เมือง	28.4	22.9	68.7	8.4	6.5	71.6	0.8
	ชนบท	17.4	27.9	80.3	8.2	10.6	82.6	2.3
	กทม.	23.9	28.7	73.0	7.9	9.6	76.1	1.9
กลาง		17.4	29.4	81.0	6.0	4.8	82.6	0.8
เหนือ		24.5	35.6	71.9	7.0	13.8	75.5	3.8
ตอ.-น.		23.8	20.6	72.8	10.1	11.5	76.2	1.2
ใต้		16.6	14.3	82.6	10.6	4.5	83.4	0.4

ตารางที่ 2-6 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันน้ำนมในเด็กอายุ 5 ปี จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ค่าเฉลี่ย (ซี่ต่อคน)				
		ฟันที่มีในปาก	ผุ	ถอน	อุด	ฟันผุ/ถอน/อุด
ประเทศ		20.0	4.0	0.1	0.3	4.4
	เมือง	20.0	3.4	0.1	0.3	3.8
	ชนบท	20.0	4.5	0.1	0.3	4.9
	กทม.	20.0	4.5	0.1	0.2	4.9
กลาง		20.0	4.4	0.1	0.1	4.6
เหนือ		20.0	2.6	0.1	0.1	4.6
ตอ.-น.		20.0	3.8	0.1	0.3	4.3
ใต้		19.9	4.6	0.2	0.3	5.0

ตารางที่ 2 - 7 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ที่เป็นโรคฟันผุในฟันแท้ จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ผู้ ปราศจาก โรคฟันผุ	ผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ					ฟัน เคลือบ หลุม ร่องฟัน
			ฟันผุ ระยะ เริ่มต้น	ฟันผุ ยังไม่ได้ รักษา	ฟัน ถอน	ฟัน อุด	ฟันผุ/ถอน/ อุด (dmft)	
ประเทศ		47.7	19.4	29.1	3.9	33.1	52.3	35.2
	เมือง	49.5	19.6	31.1	4.2	28.9	50.5	29.8
	ชนบท	43.1	19.9	32.4	4.6	36.4	56.9	34.2
	กทม.	55.3	18.0	20.3	2.0	30.8	44.7	42.8
กลาง		47.1	20.5	32.1	4.5	31.0	52.9	39.3
เหนือ		47.2	24.8	21.5	2.3	43.1	52.8	34.3
ตอ.-น.		43.1	15.4	32.4	5.6	36.9	56.9	28.0
ใต้		44.5	20.5	40.2	4.8	24.5	55.4	31.7

ตารางที่ 2 - 8 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ค่าเฉลี่ย (ชี้ต่อคน)					
		ฟันที่มีในปาก	ผุ	ถอน	อุด	ฟันผุ/ถอน/อุด	ฟันเคลือบหลุมร่องฟัน
ประเทศ		26.2	0.6	0.0	0.7	1.3	0.7
	เมือง	26.2	0.5	0.0	0.5	1.0	0.6
	ชนบท	26.2	0.7	0.1	1.0	1.7	0.7
	กทม.	26.0	0.4	0.0	0.7	1.1	1.4
กลาง		26.2	0.7	0.1	0.6	1.3	0.9
เหนือ		26.0	0.4	0.0	0.9	1.3	0.6
ตอ.-น.		26.3	0.7	0.1	1.1	1.8	0.6
ใต้		26.2	0.6	0.0	0.5	1.1	0.4

หมายเหตุ ค่า 0.0 หมายถึงตัวเลขในช่องดังกล่าวมีค่าน้อยกว่า 0.0 เมื่อคิดทศนิยม

ตารางที่ 2 - 9 ร้อยละของเด็กอายุ 15 ปี ที่เป็นโรคฟันผุ จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ผู้ ปราศจาก โรคฟันผุ	ผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ					ฟัน เคลือบ หลุม ร่องฟัน
			ฟันผุ ระยะ เริ่มต้น	ฟันผุ ยังไม่ได้ รักษา	ฟัน ถอน	ฟัน อุด	ฟันผุ/ถอน/ อุด (dmft)	
ประเทศ		37.6	22.0	36.0	8.0	38.9	62.4	17.8
	เมือง	36.4	20.4	38.7	10.5	41.5	63.6	15.6
	ชนบท	34.8	19.5	38.3	8.3	38.3	65.2	15.1
	กทม.	46.4	30.2	26.8	4.2	37.0	53.7	27.3
กลาง		37.0	24.2	42.2	11.5	32.3	63.0	16.8
เหนือ		40.2	11.5	29.4	4.6	44.1	59.8	19.2
ตอ.-น.		35.2	18.5	30.5	7.7	47.2	64.8	8.9
ใต้		29.3	24.8	55.7	12.7	29.6	70.7	20.4

ตารางที่ 2 - 10 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของฟันแท้ในกลุ่มอายุ 15 ปี จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ค่าเฉลี่ย (ซี่ต่อคน)					
		ฟันที่มีในปาก	ผุ	ถอน	อุด	ฟันผุ/ถอน/อุด	ฟันเคลือบหลุมร่องฟัน
ประเทศ		27.7	0.9	0.1	0.9	1.9	0.4
	เมือง	27.6	0.9	0.1	0.8	1.8	0.4
	ชนบท	27.8	0.9	0.1	1.1	2.1	0.3
	กทม.	27.8	0.7	0.0	1.0	1.7	1.3
กลาง		27.7	1.3	0.2	0.7	2.2	0.4
เหนือ		27.6	0.5	0.1	1.1	1.6	0.3
ตอ.-น.		27.7	0.5	0.1	1.4	2.0	0.3
ใต้		27.8	1.3	0.1	0.6	2.0	0.3

ตารางที่ 2 - 11 ร้อยละของกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี ที่เป็นโรคฟันผุ จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ			
		ฟันผุยังไม่ได้รักษา	ฟันถอน	ฟันอุด	ฟันผุ/ถอน/อุด (dmft)
ประเทศ		35.2	80.9	36.9	86.7
	เมือง	33.1	84.7	47.3	89.9
	ชนบท	36.0	78.8	30.5	84.7
	กทม.	36.6	82.1	44.8	89.6
กลาง		41.0	91.2	48.6	94.3
เหนือ		35.4	86.8	33.9	91.4
ตอ.-น.		28.0	70.2	24.4	76.7
ใต้		42.6	84.8	48.4	92.6

ตารางที่ 2 - 12 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ค่าเฉลี่ย (จำนวนซี่ต่อคน)				
		ฟันที่มีในปาก	ผุ	ถอน	อุด	ฟันผุ/ถอน/อุด (dmft)
ประเทศ		28.3	0.8	3.7	1.6	6.0
	เมือง	27.5	0.6	4.5	2.3	7.4
	ชนบท	29.0	0.9	2.9	0.8	4.7
	กทม.	28.3	1.0	3.6	2.4	7.0
กลาง		27.1	1.0	4.9	2.4	8.2
เหนือ		27.9	0.6	4.1	1.1	5.8
ตอ.-น.		29.7	0.8	2.3	0.9	3.9
ใต้		27.9	0.7	4.1	2.1	6.8

ตารางที่ 2 - 13 ร้อยละของกลุ่มอายุ 60-74 ปี ที่มีโรคฟันผุ จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ผู้มีประสบการณ์โรคฟันผุ			
		ฟันผุที่ยัง ไม่ได้รักษา	ฟันถอน	ฟันอุด	ฟันผุ/ถอน/อุด
ประเทศ		48.3	95.5	13.9	97.1
	เมือง	42.8	98.2	22.6	99.0
	ชนบท	51.4	94.0	6.6	95.9
	กทม.	46.7	96.7	33.3	98.3
กลาง		47.4	97.0	18.5	98.0
เหนือ		48.2	94.9	6.7	96.4
ตอ.-น.		49.8	92.9	7.1	95.6
ใต้		48.6	96.6	14.3	97.6

ตารางที่ 2 - 14 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ค่าเฉลี่ย (จำนวนซี่/คน)				
		ฟันที่มีในปาก	ผุ	ถอน	อุด	ฟันผุ/ถอน/อุด
ประเทศ		18.8	1.3	13.2	0.4	14.9
	เมือง	16.6	0.9	15.4	0.6	16.9
	ชนบท	21.3	1.7	10.7	0.1	12.5
	กทม.	17.8	1.4	14.2	1.8	17.4
กลาง		15.6	1.3	16.4	0.6	18.3
เหนือ		18.6	1.1	13.4	0.2	14.7
ตอ.-น.		22.1	1.7	9.9	0.2	11.8
ใต้		18.6	1.0	13.5	0.6	15.1

ตารางที่ 2 - 15 ร้อยละผู้มีรากฟันสึก รากฟันผุ และค่าเฉลี่ยจำนวนรากฟัน จำแนกตามอายุ ตามภาคและเขต

อายุ	ภาค	เขต	ร้อยละผู้มีรากฟัน				ค่าเฉลี่ยรากฟัน (จำนวนซี่/คน)			Root caries incidenc
			รากสึก รุนแรง	ผุ	อุด	ผุ/อุด	รากสึก รุนแรง	ผุ	อุด	
35 – 44	ประเทศ		0.1	3.8	2.4	6.1	0	0.0	0.1	0.1
		เมือง	0.2	1.9	3.2	5.0	0	0.0	0.1	0.1
		ชนบท	0.1	4.7	1.5	6.2	0	0.1	0	0
		กทม.	0	4.5	5.2	9.0	0	0.1	0.1	0.1
	กลาง		0	5.1	3.2	8.2	0	0.1	0.1	0.1
	เหนือ		0.8	2.7	1.6	4.3	0	0.0	0.1	0
	ตอ.-น.		0	1.8	1.6	3.3	0	0.0	0	0
	ใต้		0	7.4	2.3	9.8	0	0.1	0.1	0.1
60 – 74	ประเทศ		1.9	12.7	5.7	17.2	0.0	0.2	0.3	0.2
		เมือง	2.6	11.6	9.7	18.4	0.0	0.2	0.4	0.2
		ชนบท	1.8	12.7	2.1	14.6	0.0	0.2	0.1	0.1
		กทม.	0	16.7	15.8	30.0	0.0	0.4	0.6	0.1
	กลาง		1.7	14.2	5.6	18.9	0.0	0.2	0.3	0.2
	เหนือ		3.2	9.1	2.4	10.7	0.1	0.1	0.1	0.1
	ตอ.-น.		2.7	9.8	4.1	13.2	0.1	0.1	0.1	0.1
	ใต้		1.0	15.7	6.1	19.7	0.0	0.3	0.5	0.2
80	Total		1.7	10.6	4.0	13.9	0.1	0.1	0.1	0.2

หมายเหตุ ค่า 0.0 หมายถึง ตัวเลขในช่องดังกล่าวมีค่าน้อยกว่า 0.0 เมื่อคิดทศนิยม 1 ตำแหน่ง

รากสึกรุนแรง หมายถึง รากฟันสึกจนทะลุโพรงประสาทฟัน

ตารางที่ 2 - 16 ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ ในกลุ่มอายุ 15 ปี จำแนกตามภาค และเขต

ภาค	เขต	ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่
ประเทศ		81.0
	เมือง	76.0
	ชนบท	82.3
	กทม.	84.1
กลาง		79.8
เหนือ		81.5
ตอ.-น.		80.1
ใต้		79.6

ตารางที่ 2 - 17 ร้อยละของผู้มีฟันใช้งาน อย่างน้อย 20 ซี่ กลุ่มอายุ 35 - 44 ปีและ 60 - 74 ปี จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ร้อยละของผู้มีฟันใช้อย่างน้อย 20 ซี่	
		กลุ่มอายุ 35 - 44 ปี	กลุ่มอายุ 60 - 74 ปี
ประเทศ		97.8	57.8
	เมือง	97.2	48.3
	ชนบท	97.9	62.5
	กทม.	98.5	58.3
กลาง		95.6	46.7
เหนือ		96.5	64.0
ตอ.-น.		99.1	69.8
ใต้		98.4	51.7

ตารางที่ 2 - 18 ร้อยละของผู้มีฟันคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่สบ และค่าเฉลี่ยคู่สบฟันหลัง
จำแนกตามภาคและเขต

กลุ่มอายุ	ภาค	เขต	ผู้มีฟันคู่สบหลังครบ 4 คู่สบ (N=all)		ค่าเฉลี่ยคู่สบฟันหลัง (N=all)		
			N	(N=all)	ขวา	ซ้าย	รวม
35 - 44	ประเทศ		93.7		3.7	3.7	7.3
		เมือง	94.2		3.4	3.5	6.9
		ชนบท	93.6		3.9	3.9	7.7
		กทม.	93.3		3.7	3.7	7.3
	กลาง		87.1		3.3	3.3	6.5
	เหนือ		92.6		3.6	3.6	7.1
	ตอ.-น.		98.2		4.2	4.1	8.2
	ใต้		93.8		3.4	3.6	7.1
				ผู้มีฟันคู่สบหลังครบ 4 คู่สบ			
60 - 74	ประเทศ		73.6	43.3	1.63	1.6	3.2
		เมือง	72.3	36.5	1.3	1.3	2.6
		ชนบท	75.5	47.6	2.0	2.0	4.0
		กทม.	64.3	37.5	1.4	1.4	2.7
	กลาง		70.2	33.4	1.2	1.2	2.4
	เหนือ		82.7	54.6	1.7	1.7	3.4
	ตอ.-น.		73.8	51.9	2.1	2.0	4.0
	ใต้		71.1	37.4	1.5	1.5	3.0
	80	ประเทศ		64.2	15.6	0.5	0.5

หมายเหตุ N= ผู้มีฟันแท้ > 20ซี่ หมายถึงร้อยละผู้มีฟันคู่สบหลัง 4 คู่สบ หากรด้วยจำนวน
ผู้สูงอายุเฉพาะที่มีฟันแท้ 20 ซี่ขึ้นไป

N = all หมายถึงร้อยละของผู้มีฟันคู่สบหลัง 4 คู่สบ หากรด้วยจำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมด

ตารางที่ 2-19 ร้อยละของผู้ไม่มีฟันทั้งปากในกลุ่มอายุ 60-74 ปี จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ร้อยละของผู้ไม่มีฟันทั้งปาก
ประเทศ		7.2
	เมือง	8.7
	ชนบท	5.9
	กทม.	10.8
กลาง		7.3
เหนือ		4.7
ตอ.-น.		3.7
ใต้		11.2

ตารางที่ 2 - 22 ร้อยละของผู้จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา ฟันแท้ จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน ตามกลุ่มอายุ รายภาคและเขต

อายุ	เขต	ร้อยละผู้จำเป็นต้องรับบริการป้องกัน			ร้อยละผู้จำเป็นต้องได้รับการรักษา				
		ป้องกัน ฟันผุ	เคลือบหลุม ร่องฟัน	PPR	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน	ครอบ ฟัน	รักษา รากฟัน	ถอน ฟัน
12	ประเทศ	1.9	78.3	38.5	21.6	13.0	0.5	6.1	6.2
	เมือง	1.8	79.1	43.2	21.4	14.4	0.3	7.5	7.8
	ชนบท	2.3	77.8	42.7	24.2	14.4	0.5	6.8	6.6
	กทม.	1.1	78.8	25.0	16.6	8.8	0.8	3.1	3.6
	กลาง	2.4	86.9	25.7	21.4	12.1	0.7	10.5	7.1
	เหนือ	4.6	71.3	40.7	16.9	10.7	0.5	3.0	3.7
	ตอ.-น.	1.8	82.7	45.5	24.2	14.4	0.3	5.6	6.7
	ใต้	0.2	71.3	55.8	29.1	19.5	0.2	9.7	10.0
15	ประเทศ	1.5	60.4	44.6	25.6	16.3	0.9	10.2	9.3
	เมือง	2.7	59.6	48.2	26.5	18.1	0.4	10.1	9.7
	ชนบท	0.8	60.8	47.2	26.8	18.1	0.5	11.9	9.2
	กทม.	1.6	60.2	33.6	21.6	9.6	2.6	6.0	8.9
	กลาง	2.2	77.0	63.3	32.0	17.4	0.9	14.9	12.7
	เหนือ	2.8	51.1	35.0	18.2	12.6	0.4	4.6	4.2
	ตอ.-น.	1.0	64.8	52.2	22.8	13.6	0.6	9.1	4.9
	ใต้	0.3	44.9	63.1	35.4	31.2	0.0	17.5	17.8

ตารางที่ 2 - 23 ค่าเฉลี่ย จำนวนซี่ฟันแท้ ที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา
จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน ตามกลุ่มอายุ ราชอาณาจักรและเขต

อายุ	เขต	ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ต้องป้องกัน				ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ต้องรักษา			
		ป้องกัน ฟันผุ	เคลือบหลุม ร่องฟัน	PPR	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน	ครอบ ฟัน	รักษา รากฟัน	ถอน ฟัน
12	ประเทศ	0.0	3.0	0.9	0.3	0.2	0	0.1	0.1
	เมือง	0.0	3.0	0.8	0.3	0.1	0	0.1	0.1
	ชนบท	0.0	2.8	1.0	0.4	0.2	0	0.1	0.1
	กทม.	0.0	3.2	0.5	0.3	0.1	0	0	0.1
	กลาง	0.0	3.6	0.5	0.4	0.2	0	0	0.1
	เหนือ	0.1	3.0	0.7	0.3	0.1	0	0.1	0.1
	ตอ.-น.	0.0	3.0	1.2	0.3	0.2	0	0.1	0.1
	ใต้	0.0	2.2	1.1	0.3	0.2	0	0.1	0.1
15	ประเทศ	0.0	2.5	1.3	0.4	0.2	0	0.2	0.1
	เมือง	0.0	2.3	1.1	0.4	0.2	0	0.2	0.2
	ชนบท	0.0	2.5	1.5	0.5	0.3	0	0.1	0.1
	กทม.	0.0	3.0	0.9	0.5	0.1	0	0.1	0.2
	กลาง	0.0	3.4	1.1	0.8	0.2	0	0.3	0.2
	เหนือ	0.1	3.4	0.7	0.3	0.2	0	0.1	0.1
	ตอ.-น.	0.0	2.9	1.7	0.3	0.2	0	0.1	0.1
	ใต้	0.0	0.5	1.5	0.5	0.4	0	0.2	0.3

หมายเหตุ ค่า 0.0 หมายถึง ตัวเลขในช่องดังกล่าวมีค่าน้อยกว่า 0.0 เมื่อคิดทศนิยม 1 ตำแหน่ง

ตารางที่ 2 - 24 ร้อยละของผู้จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา ฟันแท้ จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รายภาคและเขต

อายุ	เขต	ร้อยละผู้จำเป็นต้อง รับบริการป้องกัน		ร้อยละผู้จำเป็นต้อง ได้รับการรักษา				
		ป้องกันฟันผุ	PPR	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน	ครอบ ฟัน	รักษา รากฟัน	ถอน ฟัน
35 – 44	ประเทศ	0.4	4.3	42.0	18.7	1.0	5.1	26.2
	เมือง	0.7	2.6	43.7	16.3	1.9	4.1	20.0
	ชนบท	0.3	4.9	41.7	20.4	0.7	5.4	28.5
	กทม.	0	6.0	38.8	15.7	0	6.0	32.1
	กลาง	0	2.2	43.2	24.9	1.0	7.3	29.3
	เหนือ	2.0	4.7	48.6	19.8	0.4	4.3	22.6
	ตอ.-น.	0.2	2.7	36.5	14.4	0.9	3.8	22.7
	ใต้	0	9.0	47.7	20.7	2.3	5.5	30.5
60 – 74	ประเทศ	0.2	0.5	47.1	16.7	1.9	6.4	54.0
	เมือง	0.5	0.8	53.8	14.2	1.6	7.9	44.9
	ชนบท	0	0.3	44.2	18.1	1.6	5.2	60.7
	กทม.	0	0.8	44.2	15.8	5.0	9.2	40.8
	กลาง	0	0.7	43.7	16.6	1.0	7.0	49.3
	เหนือ	0.4	0	50.6	14.6	2.0	3.6	56.5
	ตอ.-น.	0.3	0.3	53.9	17.3	0.7	7.8	63.7
	ใต้	0	0.7	41.8	18.4	2.7	5.8	52.4
80	ประเทศ	0.3	0	20.3	9.2	0.5	2.2	46.0

ตารางที่ 2 - 25 ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ ฟันแท้ ที่จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและรักษา
จำแนกตามชนิดบริการในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ราชอาณาจักรและเขต

อายุ	เขต	ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ จำเป็นต้องป้องกัน		ค่าเฉลี่ยฟันแท้ที่ จำเป็นต้องรักษา					
		ป้องกันฟันผุ	PPR	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน	ครอบ ฟัน	รักษา รากฟัน	ถอน ฟัน	
35 – 44	ประเทศ	0.0	0.1	1.1	0.3	0.0	0.1	0.5	
	เมือง	0.0	0.0	1.1	0.2	0.0	0.0	0.5	
	ชนบท	0.0	0.1	1.1	0.3	0.0	0.1	0.6	
	กทม.	0.0	0.1	1.1	0.2	0.0	0.0	0.6	
	กลาง	0.0	0.0	1.1	0.3	0.0	0.1	0.7	
	เหนือ	0.0	0.0	1.1	0.2	0.0	0.0	0.6	
	ตอ.-น.	0.0	0.1	1.0	0.2	0.0	0.1	0.4	
	ใต้	0.0	0.1	1.2	0.2	0.0	0.0	0.4	
60 – 74	ประเทศ	0.0	0.0	1.8	0.2	0.0	0.1	1.7	
	เมือง	0.0	0.0	1.9	0.2	0.0	0.1	1.2	
	ชนบท	0.0	0.0	1.7	0.2	0.0	0.1	2.3	
	กทม.	0.0	0.0	1.9	0.2	0.1	0.1	1.3	
	กลาง	0.0	0.0	1.9	0.2	0.0	0.1	1.4	
	เหนือ	0.0	0.0	1.5	0.2	0.0	0.1	1.5	
	ตอ.-น.	0.0	0.0	2.2	0.2	0.0	0.1	2.3	
	ใต้	0.0	0.0	1.7	0.2	0.0	0.0	1.5	
80	ประเทศ	0.0	0.0	0.6	0.1	0.0	0.0	1.8	

สภาวะฟันตกกระ

ตารางที่ 2 - 26 ร้อยละของกลุ่มอายุ 12 ปีที่มีฟันตกกระ จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ฟันตกกระ ระดับ					
		ปกติ	สงสัย	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง
ประเทศ		90.8	7.1	1.5	0.3	0.2	
	เมือง	87.6	9.1	2.4	0.2	0.8	
	ชนบท	92.3	6.7	0.8	0.2	0.1	
	กทม.	91.3	5.8	2.2	0.8	0.0	
	กลาง	84.5	12.4	3.1	0.0	0.0	
	เหนือ	87.0	10.4	0.9	0.5	1.2	
	ตอ.-น.	96.5	2.9	0.6	0.0	0.0	
	ใต้	91.8	6.8	1.0	0.2	0.2	

สภาวะปริทันต์

ตารางที่ 2 - 27 ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบ หินน้ำลาย และสภาวะปริทันต์อักเสบ คิดจากระดับของโรคสูงสุดในแต่ละคน ในกลุ่มอายุต่างๆ วัดโดยดัชนี CPI (Community Periodontal Index)

อายุ	ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์						Missing Sextant
	ปกติ	เลือดออก	หินน้ำลาย		ร่องลึกปริทันต์		
	(CPI=0)	(CPI=1)	ไม่มีเลือด	มีเลือดออก	4-5 มม.	≥6 มม.	
12	29.9	29.6	19.9	20.7	0.0		
15	21.6	23.3	24.8	30.3	0.1		
35-44	14.1	8.4	30.9	30.9	10.9	4.7	0.1
60-74	11.5	4.5	19.7	19.9	20.7	11.4	12.3
80	8.2	4.0	10.6	15.1	11.9	4.7	45.6

ตารางที่ 2 - 28 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ตามระดับความรุนแรงในกลุ่มอายุต่างๆ

อายุ	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีสภาวะปริทันต์						Missing Sextant
	ปกติ	เลือดออก	หินน้ำลาย		ร่องลึกปริทันต์		
	(CPI=0)	(CPI=1)	ไม่มีเลือด	มีเลือดออก	4-5 มม. (CPI=3)	≥6 มม. (CPI=4)	
12	4.1	1.2	0.3	0.4	0.0	0.0	0.0
15	3.6	1.1	0.5	0.8	0.0	0.0	0.0
35-44	2.8	0.7	1.0	0.9	0.3	0.1	0.2
60-74	1.3	0.4	0.9	0.8	0.5	0.2	2.0
80	0.4	0.1	0.5	0.5	0.2	0.1	4.2

ตารางที่ 2 - 29 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปีที่มีสภาวะเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย โดยคิดจากระดับของโรคสูงสุดในแต่ละคน ตามดัชนี CPI (Community Periodontal Index) จำแนกตามภาคและเขต

	เขต	ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย			
		ปกติ (CPI=0)	เลือดออก (CPI=1)	หินน้ำลาย	
				ไม่มีเลือดออก(CPI=2)	มีเลือดออก(CPI=5)
ประเทศ		29.9	29.6	19.9	20.7
	เมือง	27.8	30.9	19.3	22.0
	ชนบท	23.4	34.8	17.9	23.9
	กทม.	45.3	17.3	24.5	12.8
กลาง		41.2	11.4	26.7	20.7
เหนือ		29.2	31.9	17.8	21.0
ตอ. - น.		15.4	37.3	12.5	34.8
ใต้		19.3	48.6	19.1	13.0

ตารางที่ 2 - 30 ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปีที่มีเหงือกอักเสบจำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ร้อยละของผู้ที่มีเหงือกอักเสบ
ประเทศ		50.3
	เมือง	52.9
	ชนบท	58.7
	กทม.	30.1
กลาง		32.1
เหนือ		52.9
ตอ. - น.		72.1
ใต้		61.6

ตารางที่ 2 - 31 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย ในกลุ่มอายุ 12 ปีจำแนกตามภาคและเขต

	เขต	ปกติ (CPI=0)	เลือดออก (CPI=1)	หินน้ำลาย	
				ไม่มีเลือดออก(CPI=2)	มีเลือดออก(CPI=5)
ประเทศ		4.1	1.2	0.3	0.4
	เมือง	4.3	1.0	0.3	0.4
	ชนบท	3.6	1.6	0.3	0.5
	กทม.	4.6	0.7	0.4	0.4
กลาง		4.4	0.7	0.4	0.5
เหนือ		4.3	1.0	0.4	0.4
ตอ. - น.		3.2	2.0	0.3	0.5
ใต้		4.2	1.3	0.3	0.3

ตารางที่ 2 - 32 ร้อยละของเด็กอายุ 15 ปีที่มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับของโรค
สูงสุดของโรค ในแต่ละคนตามดัชนี CPI (Community Periodontal index) จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์สูงสุด ระดับต่างๆ					
		ปกติ (CPI=0)	มี เลือดออก (CPI=1)	หินน้ำลาย		ร่องลึกปริทันต์	
				ไม่มี เลือด (CPI=2)	มีเลือดออก (CPI=5)	4-5 มม. CPI=3	>=6 มม. CPI=4
ประเทศ		21.6	23.3	24.8	30.3	0.1	
	เมือง	20.0	21.7	25.5	32.8	0.0	
	ชนบท	17.4	24.5	23.1	34.8	0.2	
	กทม.	34.1	22.1	27.9	15.9	0.0	
กลาง		27.0	11.5	28.6	32.9	0.0	
เหนือ		18.2	22.7	26.6	32.5	0.0	
ตอ-น.		15.0	21.7	20.7	42.3	0.4	
ใต้		14.7	39.8	22.0	23.6	0.0	

ตารางที่ 2 - 33 ร้อยละของเด็กอายุ 15 ปี ที่มีเหงือกอักเสบ จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ร้อยละ ของผู้ที่มีเหงือก อักเสบ
ประเทศ		53.6
	เมือง	54.5
	ชนบท	59.3
	กทม.	38.0
กลาง		44.4
เหนือ		55.2
ตอ-น.		64.0
ใต้		63.4

ตารางที่ 2 - 34 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ระดับต่างๆ
กลุ่มอายุ 15 ปี จำแนกตาม ภาค เขต

ภาค	เขต	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ ระดับต่างๆ					
		ปกติ (CPI=0)	เลือดออก (CPI=1)	หินน้ำลาย		ร่องลึกปริทันต์	
				ไม่มี เลือด (CPI=2)	มีเลือด ออก (CPI=5)	Pocket 4-5มม. (CPI=3)	>=6 มม. (CPI=4)
ประเทศ		3.6	1.1	0.5	0.8	0.0	0.0
	เมือง	3.6	0.9	0.5	0.9	0.0	0.0
	ชนบท	3.3	1.4	0.5	0.8	0.0	0.0
	กทม.	3.9	1.2	0.4	0.5	0.0	0.0
กลาง		3.2	0.9	0.5	1.4	0.0	0.0
เหนือ		3.8	1.0	0.5	0.8	0.0	0.0
ตอ-น.		3.6	1.2	0.5	0.7	0.0	0.0
ใต้		3.5	1.3	0.6	0.7	0.0	0.0

ตารางที่ 2 - 35 ร้อยละของกลุ่มอายุ 35-44 ปี ที่มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับของ
โรคสูงสุดของโรค ในแต่ละคนตามดัชนี CPI (Community Periodontal index) จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์สูงสุด ระดับต่างๆ						Missing Sextant
		ปกติ (CPI=0)	มีเลือด ออก (CPI=1)	หินน้ำลาย		ร่องลึกปริทันต์		
				ไม่มีเลือด (CPI=2)	มีเลือดออก (CPI=5)	4-5มม. (CPI=3)	>=6 มม. (CPI=4)	
ประเทศ		14.1	8.4	30.9	30.9	10.9	4.7	0.1
	เมือง	14.2	9.0	31.4	27.3	13.8	4.1	0.2
	ชนบท	13.6	7.9	31.1	32.6	9.5	5.2	0.0
	กทม.	17.2	9.7	27.6	31.3	11.2	3.0	0.0
กลาง		21.1	6.0	40.4	22.7	7.3	2.2	0.3
เหนือ		12.8	9.3	34.6	26.5	13.2	3.5	0.0
ตอ-น.		10.3	7.0	24.0	41.9	11.7	5.1	0.0
ใต้		13.3	12.9	32.0	21.5	11.3	9.0	0.0

ตารางที่ 2 - 36 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ระดับต่างๆ
กลุ่มอายุ 35-44 ปี จำแนกตามภาคและเขต

ภาค	เขต	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ระดับต่างๆ						Missing Sextant
		ปกติ (CPI=0)	เลือด ออก (CPI=1)	หินน้ำลาย		ร่องลึกปริทันต์		
				ไม่มีเลือด (CPI=2)	มีเลือด ออก (CPI=5)	Pocket 4-5 มม. (CPI=3)	>=6 มม. (CPI=4)	
ประเทศ		2.8	0.7	1.0	0.9	0.3	0.1	0.2
	เมือง	3.2	0.8	0.8	0.7	0.3	0.1	0.2
	ชนบท	2.4	0.7	1.2	1.1	0.4	0.1	0.1
	กทม.	2.4	1.1	0.7	1.3	0.5	0.1	0.1
กลาง		3.0	0.6	0.9	0.2	0.2	0.1	0.3
เหนือ		3.1	0.6	1.0	0.3	0.3	0.1	0.2
ตอ-น.		2.0	1.0	1.1	0.5	0.5	0.1	0.0
ใต้		3.3	0.6	1.1	0.3	0.3	0.1	0.1

ตารางที่ 2 - 37 ร้อยละของกลุ่มอายุ 60-74 ปีที่มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับของโรค ในแต่ละคน ตามดัชนี CPI (Community Periodontal index) จำแนกตามภาคและเขต

	เขต	ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์สูงสุด ระดับต่างๆ						Missing Sextant
		ปกติ (CPI=0)	เลือดออก (CPI=1)	หินน้ำลาย		ร่องลึกปริทันต์		
				ไม่มี เลือด (CPI=2)	มี เลือดออก (CPI=5)	4-5 มม. (CPI=3)	>=6 มม. (CPI=4)	
ประเทศ		11.5	4.5	19.7	19.9	20.7	11.4	12.4
	เมือง	16.5	4.5	18.6	17.1	18.1	10.5	14.7
	ชนบท	8.1	3.9	20.8	21.6	22.4	12.3	10.8
	กทม.	16.7	8.3	15.8	17.5	17.5	8.3	15.8
กลาง		19.5	3.6	27.5	15.6	13.3	4.3	16.2
เหนือ		10.3	2.8	18.2	19.8	31.6	9.1	8.3
ตอ-น.		7.1	5.1	15.6	29.5	23.1	14.6	5.1
ใต้		6.5	4.8	18.7	15.7	17.7	18.7	18.0

ตารางที่ 2 - 38 ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก(Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ระดับต่างๆกลุ่ม
อายุ 60-74 ปีจำแนกตามภาค/เขต

	เขต	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (Sextant) ที่มีสภาวะปริทันต์ ระดับต่างๆ						Missing Sextant
		ปกติ (CPI=0)	เลือด ออก (CPI=1)	หินน้ำลาย		ร่องลึกปริทันต์		
				ไม่มี เลือด (CPI=2)	มีเลือด ออก (CPI=5)	Pocket 4-5 มม. (CPI=3)	>=6 มม. (CPI=4)	
ประเทศ		1.3	0.4	0.9	0.8	0.5	0.2	2.0
	เมือง	1.4	0.4	0.6	0.6	0.4	0.1	2.4
	ชนบท	1.1	0.3	1.2	1.0	0.6	0.2	1.6
	กทม.	1.6	0.7	0.5	0.6	0.5	0.1	2.2
กลาง		1.4	0.2	0.6	0.7	0.2	0.1	2.8
เหนือ		1.4	0.3	0.9	0.8	0.6	0.1	2.0
ตอ-น.		1.1	0.5	1.1	1.1	0.7	0.3	1.4
ใต้		1.3	0.4	0.9	0.6	0.5	0.3	2.0

ตารางที่ 2 - 39 ร้อยละของผู้ที่ใส่ฟันเทียมประเภทต่างๆ จำแนกตามกลุ่มอายุ ภาคและเขต (prosthetic status)

อายุ	ภาค	เขต	PD (partial denture)			FD (Full denture)			PD บน FD ล่าง	FD บน PD ล่าง
			เฉพาะ arc h บน	เฉพาะ arc h ล่าง	ทั้งบน และ ล่าง	เฉพาะ arc h บน	เฉพาะ arc h ล่าง	ทั้งบน และ ล่าง		
35-44	ประเทศ		4.3	0.6	0.6	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1
		เมือง	5.0	0.7	0.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2
		ชนบท	3.7	0.5	0.4	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
		กทม.	6.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		กลาง	6.0	0.6	1.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3
		เหนือ	5.1	1.2	0.8	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0
		ตอ-น.	1.6	0.5	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		ใต้	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-74	ประเทศ		7.4	2.9	5.4	8.9	6.6	5.3	1.0	1.8
		เมือง	11.3	3.9	8.4	12.1	9.5	6.8	1.8	2.9
		ชนบท	5.6	2.4	2.8	6.7	4.5	3.9	0.5	1.2
		กทม.	6.7	3.3	12.5	13.3	10.8	9.2	1.7	2.5
			8.9	3.0	4.6	8.9	6.3	4.6	1.7	2.3
		กลาง	7.5	3.2	4.7	8.3	5.1	4.0	0.8	2.4
		เหนือ	7.5	2.7	5.1	4.1	2.7	2.0	0.3	1.4
		ตอ-น.	6.1	2.7	4.1	12.6	10.2	8.8	1.0	1.0
		ใต้								
80	ประเทศ		4.70	3.22	3.47	20.54	20.79	18.07	1.98	1.49

ตารางที่ 2 - 40 ร้อยละของผู้ที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมประเภทต่างๆ จำแนกตามกลุ่มอายุ
ภาคและเขต (prosthetic need)

อายุ	ภาค	เขต	ต้องการ PD (partial denture)			ต้องการ FD (Full denture)			Need repair	
			เฉพาะ arc h บน	เฉพาะ arc h ล่าง	ทั้งบน และ ล่าง	เฉพาะ arc h บน	เฉพาะ arc h ล่าง	ทั้งบน และ ล่าง	บน	ล่าง
35-44	ประเทศ		22.1	33.2	13.1	0.0	0.0	0.0	0.6	0.1
		เมือง	21.1	33.8	13.8	0.0	0.0	0.0	0.4	0.2
		ชนบท	22.5	32.5	12.6	0.0	0.0	0.0	0.8	0.0
		กทม.	22.4	35.8	14.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	กลาง		28.4	46.7	18.9	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0
	เหนือ		20.6	32.7	12.5	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0
	ตอ-น.		17.0	20.8	6.3	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2
	ใต้		26.6	42.6	20.7	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0
60-74	ประเทศ		50.0	58.6	39.7	4.5	4.3	2.5	2.5	1.3
		เมือง	46.2	58.0	38.3	5.0	4.7	2.9	3.7	1.8
		ชนบท	51.9	59.5	40.9	4.6	3.9	2.5	2.2	1.3
		กทม.	50.0	55.0	36.7	2.5	5.0	1.7	0.8	0.0
	กลาง		52.0	65.6	44.0	4.6	5.3	2.7	3.0	1.7
	เหนือ		47.8	54.9	37.2	3.2	2.8	1.6	3.6	1.6
	ตอ-น.		51.2	57.0	39.7	2.4	3.1	2.0	3.4	1.0
	ใต้		48.6	57.8	38.8	8.5	5.4	4.1	1.0	1.7
80	ประเทศ		42.8	42.8	30.2	23.0	26.5	18.3	2.2	3.0

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ได้ดำเนินการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศทุก 5 ปี ครั้งล่าสุดนี้เป็นครั้งที่ 7 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในปี 2555 โดยสุ่มจังหวัดในพื้นที่ 4 ภาค ๆ ละ 2 จังหวัด รวม 16 จังหวัด และพื้นที่กรุงเทพมหานคร การสำรวจในครั้งนี้ได้ใช้แนวทางตามท้องที่การอนามัยโลกแนะนำ กลุ่มอายุสำคัญที่เป็นตัวแทนความเปลี่ยนแปลงของสถานะช่องปากแต่ละช่วงวัย ประกอบด้วย เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี และ 5 ปี กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 12 ปี และ 15 ปี กลุ่มผู้ใหญ่อายุ 35-44 ปี และผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80 ปี

ผลการสำรวจโดยสรุปพบว่า

1. เด็กก่อนวัยเรียนอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีแนวโน้มการปราศจากโรคฟันผุเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับการสำรวจในครั้งที่ผ่านมา โดยพบว่าเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 48.3 และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 21.5 ปราศจากฟันผุในฟันน้ำนม อย่างไรก็ตามแม้ว่าโดยภาพรวมเด็กกลุ่มนี้จะปราศจากฟันผุมากขึ้น แต่ปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติม คือ เรื่องการแปรงฟัน เพราะผู้ปกครองของเด็ก 3 ปี ถึงร้อยละ 55.8 ยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง มีเด็กเพียงร้อยละ 44.2 ที่มีผู้ปกครองช่วยดูแลการแปรงฟันให้ นอกจากนี้การดื่มนมเป็นปัจจัยสำคัญอีกประเด็นหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ แม้ว่าโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะจัดนมจืดให้แก่เด็กแล้วก็ตาม แต่ก็พบว่าเด็กเล็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ยังดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้าน สูงถึงร้อยละ 48.9 และร้อยละ 49.9 ตามลำดับ รวมทั้งยังมีการใช้ขวดนมอยู่ถึงร้อยละ 39.4 ในเด็ก 3 ปี ซึ่งนอกจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุแล้ว ยังมีโอกาสเกิดความผิดปกติของการสบฟันในอนาคต

2. เด็กวัยเรียนและเยาวชนอายุ 12 ปี และ 15 ปี พบว่าสถานะการเกิดโรคฟันผุลดลงเล็กน้อย โดยพบร้อยละ 52.3 ของเด็กมีประสบการณ์การเกิดเป็นโรคฟันผุ โดยค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.3 ซึ่งต่อคน จากเดิม ร้อยละ 56.9 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.6 ซึ่งต่อคน ในการสำรวจครั้งที่ 6 พ.ศ. 2550 ในขณะที่เยาวชนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุลดลงเช่นกัน โดยพบร้อยละ 62.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.9 ซึ่งต่อคน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กวัยนี้เริ่มมีสถานะการเกิดโรคฟันผุค่อนข้างคงที่ คือ การเข้าถึงบริการทันตกรรมป้องกันที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งพบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีฟันที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันฟันผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.7 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เป็นร้อยละ 35.2 เงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การบริการเพิ่มมากขึ้น คือการมีโครงการเคลือบหลุมร่องฟันเป็นบริการในชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับสถานะปริทันต์เป็นที่น่าสังเกตว่าสถานะปริทันต์ของเด็กกลุ่มนี้ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยเด็กอายุ 12 ปี ในการสำรวจครั้งนี้มีสถานะเหงือกปกติสูงกว่าการสำรวจในครั้งที่ 6 พ.ศ.2550 จากร้อยละ 18.0 เป็นร้อยละ 29.9 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสถานะปริทันต์ของเด็ก คือ การแปรงฟันซึ่งร้อยละ 97.7 ของเด็กอายุ 12 ปี แปรงฟันตอนเช้าทุกวัน ร้อยละ 71.5 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ประเด็นปัญหาสำคัญที่ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรค โดยเฉพาะการ

ป้องกันและควบคุมโรคฟันผุในเด็กกลุ่มนี้ คือ พฤติกรรมการดื่มน้ำอัดลมและน้ำหวาน รวมทั้ง พฤติกรรมการบริโภคขนมกรุบกรอบ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากตามกระแสนิยม เด็กอายุ 12 ปี และ 15 ปี มีการบริโภคขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 38.8 และ 38.4 ตามลำดับ และการใช้จ่ายเงินสำหรับขนมและเครื่องดื่มเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย สำหรับปัญหาการปวดฟันจากโรคฟันผุ ในเด็กอายุ 12 ปี พบร้อยละ 41.7 และร้อยละ 6.3 ระบุว่าเคยขาดเรียนในภาคเรียนที่ผ่านมา ด้วยอาการปวดฟัน โดยเฉลี่ย 1.3 วัน ในกลุ่มอายุ 15 ปี แม้ว่าจะขาดเรียนเพราะปวดฟันเพียงร้อยละ 3.6 แต่ค่าเฉลี่ยจำนวนวันจะมากกว่าเป็น 1.6 วัน ส่วนการเข้าถึงบริการร้อยละ 79.8 ของเด็กอายุ 12 ปี ได้รับการตรวจฟันในรอบปีที่ผ่านมา ในขณะที่เยาวชน 15 ปี ได้รับการตรวจน้อยลง โดยพบเพียงร้อยละ 41.1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเด็กเข้าเรียนในโรงเรียนระดับมัธยม ที่ไม่มีโครงการทันตสุขภาพที่ต่อเนื่องชัดเจน ส่วนการรับบริการรักษา สถานบริการภาครัฐยังคงเป็นสถานบริการหลักในการให้บริการแก่เด็กและเยาวชน

3. กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี ปัญหาที่พบเกิดจากรอยโรคสะสม ทั้งปัญหาสภาวะปริทันต์ ที่พบการอักเสบของเหงือกมีเลือดออกง่าย ร้อยละ 39.3 ปัญหาปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย ซึ่งพบร้อยละ 15.6 และปัญหาโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 35.2 โดยปัญหาดังกล่าวจะแสดงอาการที่รุนแรงจนเกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันในช่วงอายุต่อไป ถ้าไม่ได้รับการดูแล ป้องกัน รักษาที่เหมาะสมทันเวลา นอกจากนี้ในวัยนี้ ยังมีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ที่พบร้อยละ 19.6 เฉลี่ย 11.7 มวนต่อวัน รวมทั้งพฤติกรรมการไปใช้บริการในรอบปี ร้อยละ 37.9 ซึ่งในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.0 ไปรับบริการเมื่อมีอาการปวดและเสียวฟันแล้ว มีเพียงร้อยละ 10.1 เท่านั้นที่ไปรับบริการเพื่อต้องการตรวจเช็คโดยไม่มีอาการ อย่างไรก็ตามวัยทำงานส่วนใหญ่ ยังไม่รู้สึกรู้สึกว่าสุขภาพช่องปากมีปัญหา เพราะยังไม่รู้สึกรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติใดๆ รวมทั้งส่วนใหญ่ร้อยละ 93.7 ยังรู้สึกรู้สึกว่าสามารถใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารได้ดี เนื่องจากยังมีฟันหลังสบกันใช้งานได้อย่างน้อย 4 คู่สบ และร้อยละ 97.87 ยังมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ดังนั้นสำหรับกลุ่มวัยทำงานนอกจากการทำให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และความรู้เพื่อการดูแลอนามัยช่องปากตนเองแล้ว ยังจำเป็นต้องมีมาตรการควบคุม ป้องกันโรค โดยเฉพาะสนับสนุนให้ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟันเพื่อป้องกันโรคปริทันต์และฟันผุบริเวณด้านประชิด (proximal caries)

4. กลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80 ปี พบว่า ปัญหาหลักในผู้สูงอายุยังคงเป็นการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุ 60-74 ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วน และร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80-89 ปี พบสูญเสียฟันทั้งปาก สูงถึงร้อยละ 32.2 ความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุ 60-74 ปี ลดลงจากร้อยละ 4.1 ในการสำรวจครั้งที่

6 เป็นร้อยละ 2.5 ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการรณรงค์ใส่ฟันทั้งปากเพื่อการเคี้ยวอาหารอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.8 ซี่ต่อคน ร้อยละ 43.3 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ส่วนในกลุ่มอายุ 80-89 ปี มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังที่สบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 15.6 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ลดลงชัดเจน แม้จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนๆ แต่ฟันแท้ที่เหลืออยู่นี้ยังมีปัญหา รอยโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและชะลอ ความเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน ซึ่งการสูญเสียฟันที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่

4.1 โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย พบร้อยละ 32.1 โดยร้อยละ 11.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มม. ขึ้นไป) ซึ่งเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ฟันโยก และการสูญเสียฟัน

4.2 ฟันผุ ที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 48.3

4.3 รากฟันผุ เป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับเหงือกกรัน ซึ่งพบมากสุดในวัยสูงอายุ ร้อยละ 17.2

ซึ่งปัญหาดังกล่าวนอกจากจะเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพทั้งในเรื่องของการทำความสะอาดช่องปาก ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 65.5 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 2.7 และ 1.1 ตามลำดับ และการไปรับบริการในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 34.2 ซึ่งเหตุผลที่ไปสูงสุด ร้อยละ 44.4 คือรู้สึกว่ามีการปวดหรือเสียวฟันเกิดขึ้นแล้ว การรักษาจึงเป็นการถอนฟัน หรือการเก็บรักษาฟันที่มีความยุ่งยากซับซ้อนหลายขั้นตอน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้ ทำให้เกิดการสูญเสียฟันในที่สุด ดังนั้นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากการสื่อสารความรู้ให้เข้าใจและตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งช่องทางหลักที่ทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลสูงสุด คือ การสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข และผ่านทางสื่อโทรทัศน์แล้ว การสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับบริการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นในการลดการสูญเสียฟัน พร้อมกับการใส่ฟันบางส่วนทั้งปากเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไป

โดยสรุป แม้สภาวะสุขภาพช่องปากของคนไทย มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกกลุ่มอายุ มีอัตราการคงอยู่ของฟันแท้เพิ่มขึ้น แต่ในแต่ละกลุ่มอายุยังคงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการสูญเสียฟันที่สำคัญอยู่ ซึ่งการสนับสนุนให้เกิดมาตรการ ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม รักษาและ

ฟันฟูเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องทำควบคู่กันไป โดยให้น้ำหนักตามข้อมูลทางระบาดวิทยา ทั้งนี้เพื่อให้ทุกกลุ่มวัยมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

ปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากผลการสำรวจสุขภาพช่องปากในระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี และ 80 ปี เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุครอบคลุมทั้งกลุ่มประชากร และพบปัญหาการสูญเสียฟันอย่างชัดเจน สภาวะที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเห็นได้ชัดคือ การปราศจากฟันทั้งปาก ทำให้ไม่สามารถบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 7.5 ของผู้สูงอายุที่ทำการสำรวจทั้งหมด การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุซึ่งมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 10 ซี่ต่อคน แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากไม่ถึงครึ่งหนึ่ง นอกจากนี้ฟันที่ยังคงเหลืออยู่ในช่องปาก ยังพบว่าเป็นฟันที่มีการผุบริเวณรากฟันด้วย โดยพบว่าผู้ที่มีฟันผุที่รากฟันมีเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 3.8 ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี เป็นร้อยละ 12.7 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี ซึ่งรอยผุที่รากฟันนี้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟันที่เหลือตามมาในที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่แข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว สภาพในช่องปากคือเหงือกและฟันก็มักจะแข็งแรงไปด้วย แต่ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคไขข้ออักเสบ ปัญหาเหล่านี้จะทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมลง สภาวะในช่องปากก็มักจะเลวลงด้วย เช่นมีโรคเหงือกอักเสบมาก มีหนองไหลซึม ฟันโยก เลี้ยวอาหารได้ไม่ดี ความสกปรกในช่องปากจะเป็นจุดเพาะเชื้อโรคไปสู่ส่วนต่างๆของร่างกาย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เพื่อที่สุขภาพในช่องปากจะได้แข็งแรงตามไปด้วย (ทพ. สมนึก วัฒนสุนทร, Siriraj E Public Library, 2553)

นโยบายด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย

ปัญหาสุขภาพฟันและช่องปากไม่ใช่ปัญหาใหม่ของประเทศไทย จากการติดตามสถานการณ์หลายตัวชี้วัดแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้น เช่น อัตราการปราศจากฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน และอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรม รวมไปถึงการแปรงฟันเป็นประจำ และการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในทางตรงกันข้ามสภาพแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตประจำวัน การอบรมเลี้ยงดูบุตร การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ตลอดจนพฤติกรรมบริโภคอาหาร เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบ และการรับประทานผักผลไม้ ซึ่งให้เห็นว่า ปัญหาด้านทันตสาธารณสุขจะทวีความรุนแรงขึ้นในอนาคต (ผศ. ดร. ทพ. วีระศักดิ์ พุททาศรี และคณะ, 2552)

การมีสุขภาพของฟันและช่องปากที่ไม่ดีได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ทั้งต่อสุขภาพโดยทั่วไป คุณภาพชีวิต ครอบครัวและเศรษฐกิจ เช่นการมีฟันผุทำให้เด็กไม่สามารถรับประทาน

อาหารที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เด็กรับประทานอาหารเหลวรสหวาน อาการปวดฟันยังเป็นอุปสรรคต่อการนอนหลับ การเจริญเติบโต พัฒนาการด้านอื่นๆ ตลอดจนการเรียนรู้ อีกทั้งยังมีผลเสียไปถึงค่าใช้จ่าย กิจวัตรประจำวันและสภาพจิตใจ อารมณ์ของคนในครอบครัว ความไม่มั่นใจในตนเองในขณะที่เข้าสังคม ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีฟันผุหรือมีกลิ่นปาก ผลกระทบด้านเศรษฐกิจนั้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความจำเป็นที่รัฐจะต้องจัดบริการบำบัดรักษา และการขาดงานของประชาชนซึ่งทำให้ประเทศสูญเสียผลผลิต

นอกจากสภาพปัญหาและผลกระทบดังกล่าวแล้ว ก็ยังพบว่าการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพช่องปาก ซึ่งรวมไปถึงสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพนั้น ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นที่ต้องได้รับการบริการของประชาชนอย่างเท่าเทียมระหว่างผู้ที่มีเศรษฐฐานะแตกต่างกัน ปัจจัยหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการดังกล่าวก็คือ การที่บุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทันตแพทย์ มีจำนวนไม่เพียงพอและมีการกระจายไปตามพื้นที่ต่างๆ ในลักษณะที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งยังขาดความร่วมมือประสานงานกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการใช้บุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด (ผศ. ดร. ทพ. วีรศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ, 2552:นโยบายทันตสาธารณสุขไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ร่วมกับ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ)

ข้อมูลแสดงสถานการณ์และปัญหาด้านทันตสาธารณสุข

ข้อมูลที่น่าเสนอแสดงให้เห็นว่า การให้บริการด้านทันตสาธารณสุขในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น

1. กำลังคนลดลง มีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน และขาดความชัดเจนเรื่องทิศทางการผลิตและใช้เจ้าพนักงานทันตภิบาล
2. การปฏิบัติงานเน้นเชิงรับ ได้แก่ การให้บริการบำบัดรักษามากกว่าเชิงรุก ซึ่งได้แก่ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (อาจเป็นผลจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบราชการ)
3. ขาดการประสานงานเพื่อใช้ทรัพยากรระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน
4. การปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณลงไปในพื้นที่ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการมากกว่าหน่วยงานวิชาการและกำกับติดตามประเมินผล
5. ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงบริการที่จัดให้ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมซึ่งเป็นผลการวิจัยที่ได้รับทุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) แสดงให้เห็นว่าผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้าถึงร้อยละ 80 ไปใช้บริการทันตกรรมในภาคเอกชน ในขณะที่สัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Units, PCU) ที่ไม่มีบริการทันตสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่มีบุคลากรไปให้บริการ ส่วนหนึ่งเกิดจากข้อกำหนดของการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation, HA) ต้องการให้ทันตแพทย์อยู่ประจำภายในโรงพยาบาล

การแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

1. บทบาทของภาคเอกชนในการจัดบริการด้านทันตสาธารณสุข ในขณะที่หน่วยงานในภาครัฐมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร อีกทั้งปัญหาการขาดแคลนทันตากรมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้น ดังนั้นควรให้สถานพยาบาลหรือคลินิกของเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้มากขึ้น อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่าทันตแพทย์ในภาคเอกชนไม่ให้ความสนใจที่จะทำงานด้านอื่นนอกเหนือจากการบำบัดรักษาโรค ในบางกรณีมีปัญหาติดขัดที่ข้อกฎหมาย เช่นการที่ทันตแพทย์ในสถานบริการเอกชน ไม่สามารถตรวจสุขภาพฟันของนักเรียนในโรงเรียนได้ เนื่องจากขัดต่อกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบอาจจะศึกษารูปแบบการทำสัญญา (contract) ที่โครงการประกันสุขภาพซื้อบริการทันตสาธารณสุขสำหรับเด็กจากทันตแพทย์ในภาคเอกชนในประเทศสเปน ซึ่งมีการกำหนดตัวชีวิตที่ชัดเจน

2. ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้ผลักดันให้บุคลากรสาขาอื่นได้แก่กลุ่มที่เรียกว่า paramedical personnel ให้ได้รับการยอมรับจากสภาวิชาชีพมากขึ้นในการปฏิบัติงานบางประเภทแทนทันตแพทย์ (task shifting) โดยมีเหตุผลว่า ได้มีการผลิตทันตแพทย์มาเป็นเวลานานแต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ได้

มาตรการที่เหมาะสมสำหรับแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุข

ได้มีการนำเสนอมาตรการที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา ทันตสุขศึกษาควบคู่กับมาตรการป้องกันอื่นๆ นมฟลูออไรด์ และการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันด้วยสารเรซิน อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญคือ ทำอย่างไรจึงจะสามารถเคลื่อนไหวผลักดันทั้งด้านสังคมและการเมืองเพื่อให้เกิดการยอมรับมาตรการ และการนำมาตรการนั้นๆ ไปสู่การปฏิบัติ ในบางกรณีจำเป็นต้องมีมาตรการทางกฎหมาย และการบังคับใช้ให้ได้ผลอย่างจริงจัง แต่ในขณะเดียวกัน ก็มีผู้ให้ความเห็นว่า บางมาตรการที่นำเสนอเป็นมาตรการทางการแพทย์ซึ่งองค์การอนามัยโลกไม่แนะนำให้ทำ การให้สุขศึกษาได้รับการพิสูจน์แล้วว่าไม่สามารถเปลี่ยนนิสัยของผู้บริโภค นอกจากนี้บางมาตรการได้ถูกยกเลิกในต่างประเทศ เช่น การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาซึ่งอาจทำให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับฟลูออไรด์เกินขนาด เป็นต้น หากพิจารณาสาเหตุของปัญหาด้านทันตสาธารณสุขจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านสังคม (social determinants) เป็นสาเหตุหลัก กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมบริโภค

สารอาหาร น้ำตาล แอลกอฮอล์ และยาสูบในสังคมที่เปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม เป็นเหตุให้ ปัจจัยเสี่ยงเปลี่ยนแปลงไปด้วย ตัวอย่างเช่น การสูญเสียฟันในผู้ใหญ่มักเกิดจากการติดเชื้อและบุหรี่ยิ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมกับโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases) โดยทั่วไป ดังนั้นมาตรการด้านสังคม (social interventions) น่าจะมีประสิทธิผลสูงที่สุด โดยต้องดำเนินมาตรการอย่างต่อเนื่อง กระจายอำนาจการตัดสินใจกำหนดมาตรการออกไปสู่ชุมชน สร้างเสริมศักยภาพของคนในชุมชนเพื่อระบุปัญหาและแก้ไขปัญหาหารือกัน สร้างเครือข่ายกับผู้ที่ทำงานแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังอื่นๆ และไม่พึ่งพาบุคลากรด้านสุขภาพ

แนวทางดำเนินการสำหรับอนาคต

ให้มีการผลักดันแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม โดยเสนอแนะให้มีการสะท้อนปัญหาให้ชัดเจน สนับสนุนการลงทุนในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบองค์รวมและเป็นส่วนหนึ่งของโครงการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมและการป้องกัน ทั้งนี้ควรจัดทำรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และเพื่อให้การแก้ปัญหาด้านทันตสาธารณสุขประสบความสำเร็จ ได้ผลที่พึงปรารถนา จึงควรพิจารณาทั้งสถานการณ์และปัญหาในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพบนพื้นฐานของคำจำกัดความแบบกว้างของคำว่า “สุขภาพ” ซึ่งครอบคลุมไปถึง สุขภาวะทางกายภาพ จิตใจ และสังคม มิได้หมายความว่าปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น ดังนั้นมาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาด้านทันตสาธารณสุขจึงไม่ควรถูกจำกัดอยู่เพียงมาตรการภายในระบบบริการสุขภาพเท่านั้น (ผศ. ดร. ทพ. วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ, 2552)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางทันตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ

จากการศึกษารูปแบบและกลไกการจัดการการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ (อัครสุดา เข้มสอน: 2553) เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประกอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการพัฒนางานทันตกรรมผู้สูงอายุในด้าน 1) ระบบและรูปแบบการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ 2) องค์ความรู้และบุคลากรทางด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ 3) นวัตกรรมใหม่ๆทางด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ และ 4) กลไกและปัจจัยสนับสนุนในการจัดการการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการจัดการการระบบและรูปแบบการทำงานทันตกรรมผู้สูงอายุ คือ

1. แผนงาน ไม่มีแผนงานระดับชาติที่เป็นตัวกำหนดทิศทางการทำงานที่เป็นรูปธรรมทั้งแผนงานระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

2. หน่วยงานหลักรับผิดชอบ ที่จะเป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งในส่วนของ การประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐในระบบการส่งต่อ และประสานกับองค์กรภาคประชาชนเพื่อสนับสนุนความร่วมมือ

3. บุคลากร จำนวนบุคลากรของภาครัฐที่ไม่เพียงพอ และการกระจายตัวที่ไม่ดี ทำให้ การจัดการบริการทำได้ยากและไม่ทั่วถึง

4. องค์ความรู้เกี่ยวกับงานทันตกรรมผู้สูงอายุ มีทันตแพทย์เชี่ยวชาญทางด้านนี้น้อย จึงทำให้การให้บริการผู้สูงอายุทำได้ไม่เต็มที่และไม่ต่อเนื่อง

5. มาตรฐานการให้บริการ ไม่สามารถจัดการระบบและรูปแบบการบริการทันตกรรม ผู้สูงอายุอย่างเป็นมาตรฐานได้ เนื่องจากทันตบุคลากรมีภาระงานประจำมากอยู่แล้ว

จากข้อมูลการวิจัยดังกล่าวทำให้ทราบว่า ยังไม่มีรูปแบบการจัดการการบริการทันต กรรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ถึงแม้จะมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2548 ใน เรื่องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ ให้นำหน่วยบริการในระดับ โรงพยาบาลของรัฐจัดให้มีช่องทางเฉพาะผู้สูงอายุ แยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก ก็สามารถทำได้เพียงบางโรงพยาบาลเท่านั้น เพราะ การให้บริการทางการแพทย์ในทุกสาขา ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ภาระงาน ประจำของทันตแพทย์ก็มากอยู่แล้ว ประกอบกับ งานทันตกรรมผู้สูงอายุเป็นงานยาก ที่ต้องใช้เวลา และมีความซับซ้อนสูง ทันตแพทย์ต้องมีองค์ความรู้เพียงพอทั้งงานทางด้านทันตกรรม รวมไปถึง ความรู้ความเข้าใจของโรคทางระบบ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

การจัดระบบงานทันตกรรมผู้สูงอายุ ยังไม่มีการวางแผนงานอย่างเป็นระบบ ไม่มี หน่วยงานที่มารับผิดชอบการจัดการ เพื่อวางแผนการทำงานทั้งระยะยาว ระยะกลาง และระยะสั้น ซึ่งรวมไปถึงการจัดสรรงบประมาณ ในส่วนของมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิต ทันตบุคลากร ยังไม่ตื่นตัวมากนักในการเตรียมการรองรับสถานการณ์ ผู้ชำนาญการงานทันต กรรมผู้สูงอายุมีน้อย การบูรณาการงานทันตกรรมเข้ากับงานบริการสุขภาพด้านอื่นๆที่มีส่วน เกี่ยวข้องเป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้งการจัดการให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการได้โดยง่าย

การสนับสนุนงานส่งเสริม ป้องกัน ซึ่งเป็นงานในเชิงรุก ร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานเอกชนและอาสาสมัครช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นงานที่ได้ทำไปแล้วใน หลายพื้นที่และมีผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในท้องถิ่นเป็น อย่างดี แต่ยังคงขาดการต่อเชื่อมและประสานงานเพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขับเคลื่อนให้มี ประสิทธิภาพ ซึ่งระยะยาวจะส่งผลในการลดภาระของภาคบริการให้รัฐ เพราะประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพได้ดีขึ้นและมีการร่วมมือกันในการดูแลชุมชน

ด้านทันตบุคลากร ทันตแพทย์ยังมีจำนวนไม่เพียงพอ ทันตแพทย์มากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในภาคเอกชน ที่ทำงานอยู่ในภาครัฐการกระจายยังไม่ได้สัดส่วน ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ จึงทำให้การจัดการบริการทันตกรรมยังมีความเหลื่อมล้ำ ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานมีภาระงานที่ต้องดูแลประชาชนทุกวัย ไม่เฉพาะแต่ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลมากขึ้นเมื่อมีโครงการพิเศษ เช่น โครงการฟันเทียมพระราชทาน หรือโครงการรากฟันเทียม เพราะเป็นเป้าหมายของการทำงานในปีนั้นๆ งานทันตกรรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังเป็นงานในเชิงรับ คือ งานรักษา ฟันฟู แก้ไขปัญหาโรคในช่องปาก รวมถึงการใส่ฟันเทียม เพื่อช่วยให้มีฟันเคี้ยวอาหาร เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและเสริมบุคลิกภาพ งานในเชิงรุกคือ งานส่งเสริม ป้องกัน ซึ่งเป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชน ยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ เนื่องจากทันตแพทย์มีภาระงานมาก และส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับงานด้านการรักษามากกว่า

นอกจากนี้ยังไม่มีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ เนื่องจากยังไม่มีการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยทั้งในระดับปริญญา และหลังปริญญา การศึกษาต่อเนื่องในเรื่องของผู้สูงอายุก็ยังมีน้อย จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแต่งงานเฉพาะหน้า ขาดการติดตามต่อเนื่อง การที่ทันตแพทย์มีจำนวน และมีองค์ความรู้ทางด้านผู้สูงอายุไม่เพียงพอ จึงทำให้ไม่สามารถจัดการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านนวัตกรรมทางทันตกรรมผู้สูงอายุ มีความก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรม องค์การอนามัยโลกได้ระบุปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่สำคัญ 6 ประเด็นได้แก่ 1) การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2) ฟันผุและรากฟันผุ 3) โรคปริทันต์อักเสบ 4) แผล/ มะเร็งช่องปาก 5) สภาวะน้ำลายแห้ง และ 6) ฟันสึก ในปีพ.ศ. 2549 กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้ผลิตรากฟันเทียม “ข้าวอร่อย” ได้ชื่อโปรดเกล้าฯพระราชทานจาก พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ได้มาตรฐานสากลขึ้นใช้เองในประเทศไทย ตามพระราชดำริในการผลิตสิ่งประดิษฐ์ใช้เองในประเทศไทย เพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ ทำให้ต้นทุนลดลง และได้นำไปใช้ในโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และจากผลงานของมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัย และบุคลากรมาร่วมงานวิจัย ได้ดำเนินการคิดค้นวิจัยและพัฒนาเพื่อให้ได้มาซึ่งนวัตกรรมทางทันตกรรมหลายรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ทำให้ได้ผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (เจลลี่โภชนา) น้ำลายเทียม (潤ชุ่มปาก) สำหรับผู้ป่วยปากแห้งและน้ำลายน้อย ฟลูออไรด์วานิชเพื่อป้องกันฟันผุ เป็นต้น เป็นการช่วยสนับสนุนการแก้ปัญหาโรคทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ

ด้านกลไกและปัจจัยสนับสนุนการจัดการพบว่า ยังไม่มีกลไกและปัจจัยสนับสนุนการจัดการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุทั้งระบบที่ชัดเจน แต่ได้มีความพยายามในการผลักดันแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และสร้างหลักประกันสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสม มีการบูรณาการความร่วมมือทั้งส่วนราชการและเอกชนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้มีหน่วยงานหลักเข้ามากำกับดูแล กำหนดแผนงานและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหาในเชิงระบบต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังหัวข้อ 1. แนวความคิดเกี่ยวกับการให้บริการทันตสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ และบุคคลทั่วไป โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุและปัญหาสุขภาพ 2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ 3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้แก่ สถานการณ์โรคในช่องปากและผลกระทบ และ นโยบายด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย และ 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางทันตกรรมเพื่อผู้สูงอายุ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น ทำให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากในประชากรไทย เป็นปัญหาที่สั่งสมมาเป็นระยะเวลานานแม้ว่าเมื่อประเมินจากสถานการณ์ในปัจจุบันจากการตรวจติดตามหรือประเมินผ่านตัวชี้วัดที่แสดงได้จะเห็นแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามภายใต้สถานการณ์โดยรวมที่ดูเหมือนจะดีขึ้นในหลายๆองค์ประกอบ แต่สิ่งที่เริ่มกำลังกลายเป็นภาวะคุกคามสภาวะทันตสุขภาพของประชากรไทย และการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของประเทศคือ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันในประชากรทุกกลุ่มอายุ อันได้แก่ การเลี้ยงดูบุตรหลาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น เหล่านี้ล้วนมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางสังคมต่อสุขภาพช่องปาก (social determinants in oral health) ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นแล้วว่า จะกลายเป็นปัจจัยหลักต่อปัญหาและการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของประเทศในอนาคต นอกจากนี้ที่กล่าวมาแล้ว เหตุปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญยิ่งทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชนคือ การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ไปจนถึงการรักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปาก ซึ่งในปัจจุบันพบว่าสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นที่แท้จริงของการที่ต้องได้รับบริการของประชาชนอย่างเท่าเทียม ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวคือ การกระจายของทรัพยากรในการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทันตบุคลากรยังมีทั้งจำนวน และการกระจายที่ไม่เพียงพอ อีกทั้งความ

ร่วมมือกันหรือการประสานกันระหว่างภาครัฐและเอกชนในการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชากร

ในด้านงานทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุนั้น จากข้อมูลการวิจัยดังกล่าวทำให้ทราบว่า ยังไม่มีรูปแบบการจัดการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อีกทั้งการจัดระบบงานทันตกรรมผู้สูงอายุ ยังไม่มีการวางแผนงานอย่างเป็นระบบ ไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดการ เพื่อวางแผนการทำงานทั้งระยะยาว ระยะกลาง และระยะสั้น ซึ่งรวมไปถึงการจัดสรรงบประมาณ ในส่วนของมหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตทันตบุคลากร ยังไม่ตื่นตัวมากนักในการเตรียมการรองรับสถานการณ์ ผู้ชำนาญการงานทันตกรรมผู้สูงอายุน้อย การบูรณาการงานทันตกรรมเข้ากับงานบริการสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นสิ่งจำเป็น รวมทั้งการจัดการให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการได้โดยง่าย

ในด้านกลไกและปัจจัยสนับสนุนการจัดการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุทั้งระบบยัง "ไม่มีความชัดเจน แต่ได้มีความพยายามในการผลักดันแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และสร้างหลักประกันสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสม มีการบูรณาการความร่วมมือทั้งส่วนราชการและเอกชนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้มีหน่วยงานหลักเข้ามากำกับดูแล กำหนดแผนงานและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ เพื่อแก้ไขปัญหาในเชิงระบบต่อไป.

บทที่ 3

สภาพทั่วไปและปัญหาในการให้บริการทางทันตกรรม สำหรับผู้สูงอายุ

สภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

การเพิ่มจำนวนสูงขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อทั้งภาคเศรษฐกิจและสังคม การขาดแคลนแรงงานทั้งทางภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม ทำให้การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจชะลอตัว ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ ทำให้การใช้จ่ายเพื่อการบริโภคภาคครัวเรือนลดลง อุปสงค์และอุปทานของสินค้าเปลี่ยนไป เนื่องจากรูปแบบการใช้จ่าย ความเสื่อมถอยของสุขภาพ ทำให้ความต้องการบริการจากรัฐทางด้านสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้น ภาคสังคมและชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น ภาครัฐต้องตระหนักถึงปัญหาที่จะตามมาในอนาคต และเตรียมแผนการรองรับอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกภาคส่วน

งานด้านทันตสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพชีวิตของประชาชนทุกช่วงวัย เพราะหากไม่มีฟันหรือเป็นโรคในช่องปากที่เป็นอุปสรรคต่อการเคี้ยวหรือการกลืนอาหาร ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ ก็จะส่งผลถึงสุขภาพร่างกาย ดังกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ความว่า “เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” และทรงมีพระมหากรุณาธิคุณจัดตั้ง หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ เพื่อกระจายโอกาสไปสู่ประชาชนในท้องที่ห่างไกล ตั้งแต่ พ.ศ.2513 เรียกว่า หน่วยทันตกรรมพระราชทาน

แนวทางการบริหารงานทางทันตกรรม แบ่งได้เป็น ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู โดยงานส่งเสริม ป้องกันเป็นงานในเชิงรุก และรักษา ฟันฟูเป็นงานในเชิงรับ ซึ่งที่ผ่านมาเป็นงานที่ปฏิบัติกันเป็นส่วนใหญ่ การเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาของผู้สูงอายุ ที่จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคตอันใกล้นี้ ซึ่งเป็นปัญหาใหม่และยังไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทย จึงควรมีการวางแผนอย่างรอบคอบ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการจัดการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลายโครงการ และประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี โดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชน ได้แก่ โครงการฟันเทียมพระราชทานในปี พ.ศ.2548 – 2550 เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

และในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ซึ่งได้ดำเนินงานต่อเนื่อง ในระยะที่ 2 ในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 ระหว่างปี พ.ศ. 2552 – 2554 และโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาท สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องใน โอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 นำรากฟันเทียมที่ผลิตใน ประเทศไทย โดยกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาจัดบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ เคี้ยวอาหารของฟันเทียมชั้นล่างแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ ระยะที่หนึ่งดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ.2550 - 2552 ระยะที่สองดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ.2552 - 2554 และในปี พ.ศ.2553 มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้จัดทำ โครงการฟันเทียมและรากฟันเทียม 999 ชุด ในกรณีที่ต้องใส่ฟันพร้อมฝังรากเทียมซี่เดียว ซึ่ง โครงการที่กล่าวมาเป็นโครงการเฉพาะกิจ ระยะสั้น การติดตามประเมินผล ประสพผลสำเร็จเป็นที่พึง พอใจของผู้รับบริการ ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่ายเป็นอย่างดี เป็นโครงการเพื่อเฉลิมพระ เกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งประชาชนไทยจะพร้อมให้ความร่วมมือร่วมใจอย่างเต็มที่ นับเป็นความพิเศษอย่างหนึ่งของสังคมไทย ซึ่งหาได้ยากในสังคมอื่น แต่อย่างไรก็ตาม งานทันต กรรมผู้สูงอายุยังมีอีกหลายด้าน ทั้งงานในเชิงรับและงานในเชิงรุก ซึ่งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไป กว่ากัน รวมไปถึงการพัฒนาทันตนวัตกรรมที่หลากหลาย เพื่อช่วยให้งานทันตกรรมประสพ ผลสัมฤทธิ์สูงขึ้น เช่น สามารถผลิตวัสดุทางทันตกรรมขึ้นใช้เองในประเทศ ผลิตอาหารและ Oral Care Product เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การมีรูปแบบและกลไกการจัดการบริการทันต กรรมผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม จะช่วยให้มีทิศทางการทำงานที่ตรงเป้าหมาย ตรงประเด็นและประสพ ผลสัมฤทธิ์ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระมหากรุณาธิคุณต่องานทันตกรรมผู้สูงอายุเป็น อย่างมาก ดังพระราชดำรัสที่มีต่อทันตแพทย์ที่ได้ถวายงานแก่พระองค์ท่านความว่า “ต้องให้เขาอยู่ อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพราะ เขาเป็นผู้ที่เคยได้ทำคุณประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ”

ผู้สูงอายุกับทันตสุขภาพ

จำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น ภาวะสุขภาพ สุขนิสัยด้านทันตสุขภาพ ได้แก่ การแปรงฟัน การเปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 3 เดือน การได้รับความรู้ เรื่องการแปรงฟัน การขูดหินปูน และการไปใช้บริการทันตกรรม (Fukuda, Shimsho, Nakajima, Takahashi, & Tataru, 1997, pp. 248 – 252) ซึ่งการใช้บริการทันตกรรมนั้น มีความสำคัญในการ คงไว้ซึ่งทันตสุขภาพ และการมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงการ รักษาทันตกรรมแบบครบวงจร (comprehensive) ในด้านการตรวจวินิจฉัย รักษาและส่งเสริมป้องกัน ที่สามารถให้บริการตามความจำเป็นทางคลินิกและตามความจำเป็นตามการรับรู้ของผู้สูงอายุเอง ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการไปรับบริการทันตกรรมสูง จะมีสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า มีปัญหาเกี่ยวกับ

โรคในช่องปากน้อยกว่า และมีความพึงพอใจในสุขภาพช่องปากของตนมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการไปรับบริการทันตกรรมต่ำ (Locker, 2001, pp. 7-15)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า สภาพที่พบในช่องปากผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่สะสมมาตั้งแต่วัยเด็ก และได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากจะพบโรคและความผิดปกติต่างๆ แล้ว ยังอาจพบการสูญเสียฟันตั้งแต่ 1 ซี่ จนถึงสูญเสียฟันทั้งปาก ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการเคี้ยวอาหาร นอกจากนี้ยังได้ระบุปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่สำคัญมี 6 ประเด็นได้แก่ 1. การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2. ฟันผุและรากฟันผุ 3. โรคปริทันต์ 4. แผล/มะเร็งในช่องปาก 5. สภาพระน้ำลายแห้ง และ 6. ฟันสึก

และได้กำหนดคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพไว้ว่า คนเราเมื่ออายุเกิน 60 ปี ควรจะมีฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันกรามที่สบกันดีทั้งซ้ายและขวา อย่างน้อยข้างละ 2 คู่ ผู้สูงอายุควรมีฟันดีเพราะ “สุขภาพช่องปากเป็นต้นทางของการมีสุขภาพที่ดี” (อรพิชญา ไกรฤทธิ์ และ นฤมนัส คอวนิช, 2553) เพราะสุขภาพช่องปากมีผลต่อสุขภาพกาย (การรับประทานอาหาร, การพูด และการออกเสียง, ใบหน้าและบุคลิกภาพ) และสุขภาพใจ (การหัวเราะ, ความมั่นใจ, การเข้าสังคม, ความสุข) นอกจากนี้ สุขภาพช่องปากยังมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบ โดยการมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน ยกตัวอย่าง

: โรคเบาหวาน กับ โรคปริทันต์ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน

: ภาวะน้ำลายแห้ง มีความสัมพันธ์กับการใช้ยารักษาโรคทางระบบ

: สภาพในช่องปากที่ไม่ดีและการสูญเสียฟัน มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ และการมีน้ำหนักลดลง

: ภาวะสุขภาพจิต สัมพันธ์กับภาพลักษณ์จากสุขภาพช่องปาก

สุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านกายภาพ (Physical) และด้านจิตใจ (Psychological) ในเรื่องความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านบุคลิกภาพ การเข้าสังคม การพูดคุย การเคี้ยวอาหาร การรับรสอาหาร จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะไม่มีฟันทั้งปากจะมีปัญหาที่เกี่ยวกับสภาวะโภชนาการมากที่สุด (ร่างแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ : 4)

สภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการสำรวจโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ได้ดำเนินการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศทุก 5 ปี ครั้งล่าสุดเป็นครั้งที่ 7 ซึ่งได้ดำเนินการสำรวจและเก็บข้อมูลเมื่อปี พ.ศ.2555 โดยสุ่มจังหวัดในพื้นที่ 4 ภาคๆ ละ 2 จังหวัด รวม 16 จังหวัด และพื้นที่กรุงเทพมหานคร การสำรวจในครั้งนี้ได้ใช้แนวทางตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ในกลุ่ม

ผู้สูงอายุ 60–74 ปี และ 80 ปี พบว่าปัญหาหลักในผู้สูงอายุยังคงเป็นการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุ 60–74 ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วนและร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80–89 ปี พบสูญเสียฟันทั้งปาก สูงถึงร้อยละ 32.2 ความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุ 60–74 ปี ลดจากร้อยละ 4.1 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เป็นร้อยละ 2.5 ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากการรณรงค์ใส่ฟันทั้งปากเพื่อการเคี้ยวอาหารอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน ผู้สูงอายุ 60–74 ปี ร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้น้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.8 ซี่ต่อคน ร้อยละ 43.3 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ส่วนในกลุ่มอายุ 80–89 ปี มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังที่สบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 15.6 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ลดลงชัดเจน แม้จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนๆ แต่ฟันแท้ที่เหลืออยู่นี้ ยังมีปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและชะลอความเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน

โรคในช่องปากที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่

1. โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย พบร้อยละ 32.1 โดยร้อยละ 11.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มม. ขึ้นไป) ซึ่งเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ฟันโยก และการสูญเสียฟัน
2. ฟันผุ ที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 48.3
3. รากฟันผุ เป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับเหงือกกรัน ซึ่งพบมากสุดในวัยสูงอายุ ร้อยละ 17.2

ซึ่งปัญหาดังกล่าวนอกจากจะเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพทั้งในเรื่องของการทำความสะอาดช่องปาก ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 65.5 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 2.7 และ 1.1 ตามลำดับ และการไปรับบริการในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 34.2 ซึ่งเหตุผลที่ไปสูงสุด ร้อยละ 44.4 คือรู้สึกว่ามีอาการปวดหรือเสียวฟันเกิดขึ้นแล้ว การรักษาจึงเป็นการถอนฟัน หรือการเก็บรักษาฟันที่มีความยุ่งยากซับซ้อนหลายขั้นตอนทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้ ทำให้เกิดการสูญเสียฟันในที่สุด ดังนั้นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากการสื่อสารความรู้ ให้เข้าใจและตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งช่องทางหลักที่ทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลสูงสุด คือการสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข และผ่านทางสื่อโทรทัศน์แล้ว การสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับบริการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นในการลดการสูญเสียฟัน พร้อมกับการใส่ฟันบางส่วนหรือทั้งปากเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไป

จำนวนทันตแพทย์ในประเทศไทย

ปัจจุบันสถานการณ์ของกำลังคนผู้ให้บริการสุขภาพช่องปากมีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากมีโครงการทันตแพทย์คู่สัญญา และ โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มปีละ 200 คน เป็นระยะเวลา 10 ปี จะเห็นว่าสัดส่วนทันตบุคลากรต่อประชากรระหว่าง พ.ศ.2547 - 2553 โดยสถานการณ์ ทันตแพทย์มีแนวโน้มดีขึ้นในภาพรวมประเทศ (1:5788) แต่มีปัญหาในการกระจาย พบว่าสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพมหานคร = 1:1,076 ขณะที่ในภูมิภาค = 1:10,151 โดยมีทันตแพทย์เกินครึ่งอยู่ในภาคเอกชน (ร้อยละ 51.5 ของทันตแพทย์ทั้งหมด) (ประเด็นหลักการพัฒนากระบวนการสุขภาพช่องปาก (Oral health service plan) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 - 2559)

จากการสำรวจสถานการณ์ จำนวนทันตแพทย์ในประเทศไทยครั้งล่าสุด โดย ทพ. โกเมศ วิชชาวุธ และสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2556 พบว่ามีจำนวนทันตแพทย์ทั้งสิ้น 11,607 คน เป็นทันตแพทย์ในภาคเอกชนจำนวน 5,849 คน หรือร้อยละ 50.4 และเป็นทันตแพทย์ในภาครัฐ 5,758 คน หรือร้อยละ 49.6 เป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร 5,460 คน หรือร้อยละ 47.0 และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค 6,147 คน หรือร้อยละ 53.0 เป็นทันตแพทย์หญิง 7,448 คน หรือร้อยละ 64.2 และทันตแพทย์ชาย 4,159 คน หรือร้อยละ 35.8 และอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรไทยเป็นดังนี้

ตารางที่ 3 – 1 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร

ประชากรทั้งประเทศ	1: 5,533
กรุงเทพมหานคร	1: 1,039
ภูมิภาคเฉลี่ย	1: 9,563
ภาคเหนือ	1: 7,628
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1: 14,247
ภาคกลาง	1: 7,805
ภาคตะวันตก	1: 8,367
ภาคตะวันออก	1: 7,958
ภาคใต้	1: 8,515

ปัญหาการกระจายของทันตแพทย์ เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในทุกประเทศ ไม่ว่าประเทศนั้นจะมีระดับความเจริญทางเศรษฐกิจมากน้อยเพียงใด หรือมีจำนวนทันตแพทย์ต่อประชากรมากน้อยเพียงใด โดยทันตแพทย์ในเขตเมืองจะมีแนวโน้มหนาแน่นกว่าในเขตชนบทเสมอ ทำให้การคาดประมาณจำนวนทันตแพทย์ ต้องคำนึงถึง อัตราการย้ายออกจากเขตชนบทเข้าสู่เขต

เมือง และต้องเตรียมการผลิตเพื่อทดแทนการโยกย้ายดังกล่าว อีกทั้งยังต้องพิจารณามาตรการและปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องอื่นๆประกอบด้วย (ทพ. โกเมศ วิชาวุธ และสำนักทันตสาธารณสุข, 2556)

การจัดการบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2557 มีสาระสำคัญดังนี้

1. วัตถุประสงค์

1.1 เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ซึ่งจะลดปริมาณผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันรวมทั้งคงสภาพการใช้งาน (function) หลังเกิดโรคและการสูญเสียฟัน ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

1.2 เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมด้านทันตสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และนำมาสนับสนุนบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้สูงอายุ

1.3 เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุให้มีองค์ความรู้ และปริมาณที่เหมาะสมต่อการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการ งบประมาณ การสนับสนุน การกำกับติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพ

2. เป้าหมาย

2.1 ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี และมีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง) โดยสุขภาพช่องปากดี หมายถึง การมีสภาวะช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ โดยทำให้สามารถกินอาหาร พุดและเข้าสังคมได้ และช่วยส่งเสริมให้สุขภาพโดยทั่วไปดี ปราศจากพยาธิสภาพใดๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ การสึกของฟัน เนื้อเยื่อปริทันต์ กระดูกและเยื่อเมือกในปาก การบดเคี้ยว สภาพฟันปลอม (ฟันเทียม) รวมทั้งความพึงพอใจในสภาวะช่องปากของตนเอง

2.2 มีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็นคือ 1. การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2. ฟันผุและรากฟันผุ 3. แผล/มะเร็งช่องปาก 4. สภาวะน้ำลายแห้ง 5. ฟันสึก 6. โรคปริทันต์ และ 7. สภาวะช่องปากอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบของผู้สูงอายุ

3. กลุ่มเป้าหมาย

3.1 กลุ่มเป้าหมายหลัก ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

3.2 กลุ่มเป้าหมายรอง ผู้ที่มีอายุ 40 - 59 ปี (เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ)

ประเด็นหลักการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Oral health service plan) กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ.2556 - 2559) สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปาก การใช้บริการสุขภาพช่องปาก จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2554 พบว่า ประชาชนใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมา เพิ่มจากการสำรวจครั้งก่อน (ร้อยละ 9.3 และ 8.7 ตามลำดับ) แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำ และเป็นบริการที่ทำให้สูญเสียฟันเนื่องจากบริการที่ใช้ในครั้งล่าสุดมากเป็นอันดับหนึ่งยังคงเป็นการถอนฟัน (ร้อยละ 35.17) รองลงมาคือ การอุดฟัน ร้อยละ 25.8 เพิ่มจากการสำรวจครั้งก่อน (ร้อยละ 18.6) แม้ว่า ประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) จะบอกว่าไม่มีปัญหาในช่องปากจึงไม่ใช้บริการ แต่ในกลุ่มที่มีปัญหาซึ่งควรจะมาใช้บริการแต่ไม่ใช้บริการ ส่วนใหญ่ระบุสาเหตุคือ ไม่มีเวลา (ร้อยละ 62, 60.4 และ 39.6 ของกลุ่มลูกจ้างข้าราชการ และสิทธิบัตรทอง ตามลำดับ) เนื่องจากประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าจะใช้บริการหรือไม่ ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการจึงต้องจัดการบริการให้ตอบสนองต่อปัจจัยเหล่านี้ร่วมด้วย เป็นที่น่าสังเกตว่า แหล่งบริการยอดนิยมในการสำรวจครั้งล่าสุดนี้คือ คลินิกเอกชน ดังนั้นหากสามารถจัดการให้คลินิกเอกชน เข้ามาร่วมจัดบริการที่จำเป็นร่วมกับภาครัฐ จะเป็นการขยายบริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นมาตรการหลักในการเพิ่มการเข้าถึงบริการในเขตเมือง

จากนโยบายระบบบริการสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดประเด็นสุขภาพช่องปากในแผนพัฒนาระบบบริการ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2555 - 2559) ให้ผสมผสานเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด มีการวิเคราะห์ส่วนขาด มีการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังเป็นภาพรวมจังหวัด โดยกำหนดประเด็นหลักการพัฒนา ดังนี้คือ

1. พัฒนาการบริการสุขภาพช่องปากในเขตเมือง เพื่อลดความแออัดของการบริการในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ด้วยการขยายบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพเขตเมืองอย่างทั่วถึง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ด้วยการขยายศักยภาพในการจัดบริการทันตกรรมในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ระดับมีทันตแพทย์ให้บริการประจำ และบริการส่งเสริมป้องกันที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายสำคัญ

2. เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน เน้นบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ เพื่อควบคุมปัญหาโรคในช่องปาก โดยขยายบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ทั่วถึง สามารถครอบคลุมตำบลที่มีประชากรตั้งแต่ 5,000 คนขึ้นไป

3. พัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการจัดบริการทันตกรรมเฉพาะทางในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ให้สามารถดูแลรักษาโรคทางทันตกรรมที่มีความซับซ้อน เบ็ดเสร็จในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ

3.1 การพัฒนาประสิทธิภาพการบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ การพัฒนาระบบการนัดหมายและการติดตามผู้ป่วย การขยายการจัดบริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลา การจัดบริการทันตกรรมเฉพาะทางเชิงรุกใน รพ.สต. การจัดหาครุภัณฑ์ทันตกรรมและผู้ช่วยงานทันตกรรมให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ใช้บริการ เป็นต้น

3.2 การพัฒนาคุณภาพบริการงานทันตกรรมเฉพาะทาง ให้สอดคล้องกับบริบทและภารกิจที่เหมาะสมตามความจำเป็นของพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายหน่วยบริการที่ยกระดับคุณภาพการจัดบริการงานทันตกรรมเฉพาะทางให้สูงขึ้น ตลอดจนการพัฒนา ปรับปรุง ซ่อมแซม โครงสร้างการจัดบริการของแต่ละสถานบริการให้เป็นไปตามแผนพัฒนาเครือข่ายบริการ

การใช้บริการทันตกรรมมีความสำคัญในการควบคุม ป้องกันโรค เพื่อลดอัตราการสูญเสียฟัน การคงไว้ซึ่งทันตสุขภาพ และฟันสุขภาพช่องปาก จำนวนฟันที่เหลืออยู่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, ยุทธนา ปัญญางาม, และพรศรี ปฎิมานุเกษม (2540 : 16-23) ศึกษาประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า จำนวนฟันที่เหลืออยู่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับประสิทธิภาพการบดเคี้ยว โดยที่กลุ่มที่มีฟันเหลือในช่องปากมากกว่า 20 ซี่ขึ้นไป จะมีประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ที่มีฟันเหลือในช่องปากน้อยกว่าอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของประกาล พิบูลย์โรจน์, วรางคณา เวชวิถี, ดาวเรือง แก้วขันตี, และ วิกุล วิศาลเสสส์ (2540) ที่อธิบายว่า คุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพ พิจารณาจากสถานะของฟันที่ดี ต้องมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคปริทันต์อักเสบใน 6 ส่วนของปาก (sextants) และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการบดเคี้ยวคือ มีฟันหลังสบกันได้ดีด้วย

ผลกระทบจากการไม่ไปรับบริการทันตกรรม นอกจากจะมีผลต่อการเกิดโรคในช่องปาก ทำให้เกิดความเจ็บปวด การสูญเสียฟัน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการออกสังคม ส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและใจ Locker (2000, 7 - 15) ศึกษาผลกระทบจากการมีทันตสุขภาพไม่ดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 611 ราย เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าระยะเวลา 7 ปี พบว่า การขาดการรับรู้ และความตระหนักต่อปัญหาทันตสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับการ

มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุบางคนคิดว่า ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันและมีความพึงพอใจถึงแม้ไม่มีฟันเลยในปาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อายุมาก และไม่ได้มีกิจกรรมทางสังคม ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับนิยามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพรวมทั้งสุขภาพช่องปากในทัศนะของผู้สูงอายุอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 46 คนพบว่า การที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องมีปัจจัยหลายอย่างที่สมดุลกันทั้งทางกาย ทางจิตใจและทางสังคม ด้านร่างกายคือ ต้องสามารถทำหน้าที่ต่างๆด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวหรือในชุมชน ด้านการทำงานผู้สูงอายุยังคงต้องการทำงานเพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน สุขภาพช่องปากนอกจากฟันดี ใช้เคี้ยวอาหารได้ ไม่เจ็บปวด ไม่โยกแล้ว ผู้สูงอายุบางคนคิดว่าไม่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม เพราะใช้เหงือกเคี้ยวอาหารได้แทนฟัน มีความพึงพอใจถึงแม้จะไม่มีฟันเลยในปาก เพราะใส่ฟันปลอมแล้วรำคาญ เจ็บ เคี้ยวไม่ถนัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมาก และไม่ได้มีกิจกรรมทางสังคม แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีบทบาททางสังคม ฟันปลอมเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะฟันหน้าถ้าไม่ใส่จะเกิดความอาย ไม่กล้าออกสังคม (วรรณศรี แก้วปิ่นตา, นพวรรณ ทองทับ, และสุณี ผลดีเยี่ยม, 2551, 37 - 51)

นโยบายด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย

เนื่องจากโรคในช่องปากของประชาชนไทยมีความชุกสูงในทุกกลุ่มอายุ และประชาชนยังมีพฤติกรรมที่ไม่ไปในทิศทางสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ดังนั้นเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพ คือ การให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ (need) ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ชุมลิตธิประโยชน์ทางทันตกรรมในระบบสุขภาพไทย จำแนกได้ 3 กลุ่ม ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับคือ

1. ชุมลิตธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว ที่เรียกว่า สิทธิบัตรทอง สามารถไปรักษาทางทันตกรรมได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ โรงพยาบาลของรัฐที่ระบุในบัตรทอง ดังต่อไปนี้ การอุดฟัน การรักษาโรคปริทันต์ การถอนฟัน การผ่าฟันคุด การผ่าตัดอื่นๆ เกี่ยวกับช่องปากและขากรรไกร การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี การรักษาโรคฟันน้ำนม การใส่เครื่องมือปิดช่องเพดานโหว่ การใส่ฟันเทียมพลาสติกแบบถอดได้ ระยะเวลา 5 ปี/ชิ้น

2. ชุมลิตธิประโยชน์ทางทันตกรรมตาม พรบ. ประกันสังคม โดยกองทุนประกันสังคมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในลักษณะจ่ายคืนผู้ประกันตนสิทธิประกันสังคม สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักงานประกันสังคม ได้ครั้งละ 250 บาท จำนวน 2 ครั้งต่อปี ตามรายการดังนี้ การอุดฟัน การขูดหินปูน การถอนฟันและการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติก (ฟันเทียมไม่เกิน 5 ซี่ เบิกได้

1,200บาท, มากกว่า 5 ซี เบิกได้ 1,400 บาท) โดยนำไปเสร็จจากสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนก็ได้ แนนกับใบรับรองการรักษาจากทันตแพทย์ (ที่มีเลขใบประกอบโรคศิลปะ) ไปเบิกคืนกับสำนักงานประกันสังคมภายใน 1 ปี นับจากวันที่ระบุในใบเสร็จ

3. ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิเบิกได้ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากทางราชการได้ตามอัตราไม่เกินกว่าที่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังกำหนดไว้ ดังนี้ การอุดฟัน การถอนฟัน การผ่าฟันคุด การผ่าตัดอื่นๆ เกี่ยวกับช่องปากและขากรรไกร การรักษาโรคปริทันต์ การรักษารากฟัน การแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ การเคลือบฟลูออไรด์ทั้งปาก การใส่ฝือกฟัน การฟอกสีฟันที่ตายแล้ว การใส่เครื่องมือปิดช่องเพดานโหว่ (สอบถามราคาได้ที่หน่วยบริการทันตกรรมของรัฐทุกแห่ง) โดยนำไปเสร็จจากสถานพยาบาลของรัฐ ไปเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือทำบัตรระบบจ่ายตรง (on line) ณ สถานพยาบาลของรัฐที่ทำการรักษาอยู่ ภายใน 1 ปี นับจากวันที่ระบุในใบเสร็จ แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ในกรณี เคลือบหลุมร่องฟัน ฟอกสีฟันที่มีชีวิต ใส่เครื่องมือจัดฟันทุกกรณี ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2551 เป็นต้นไป ข้าราชการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายการใส่ฟันเทียมพลาสติกแบบถอดได้ และครอบฟัน (ดูกำหนดราคาได้ที่สถานพยาบาลของรัฐ) แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายตรง ต้องสำรองจ่ายเงินแล้วนำไปเสร็จไปเบิกคืนภายหลัง (ทันตแพทย์สภา, 2553)

โครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เจริญพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นส่วนหนึ่งของประเด็นยุทธศาสตร์กรมอนามัย ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม 2. มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม 3. มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4. สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัธยาศัย จากกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ความว่า “เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” ประกอบกับปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ นำไปสู่การรวมพลังภาคีเครือข่ายในโครงการนี้ขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมอนามัย พัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยจัดบริการใส่ฟันเทียม ทำรากฟันเทียม และสนับสนุนการดูแลตนเองของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุทั่วประเทศได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากอย่างมีคุณภาพตั้งแต่ปี 2548 และในปี 2554 กระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้เป็น “ปีทองของการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย” ด้วยการดำเนินงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน พร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สนองกระแสพระราชดำรัสอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้

อย่างเหมาะสมปีละ 30,000 ราย และลดการสูญเสียฟัน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ซึ่งปัจจุบันนอกจากการทำฟันเทียมแล้ว ยังมีการทำรากฟันเทียมเพื่อการแทนที่ฟันที่สูญเสียไปอย่างแพร่หลายมากขึ้น และขณะนี้การใช้รากฟันเทียมร่วมกับฟันปลอมล่างได้รับการยอมรับเป็นตัวเลือกในการรักษาเพื่อช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 นำรากฟันเทียมที่ผลิตในประเทศไทย โดยกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มาจัดบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เคี้ยวอาหารของฟันเทียมชั้นล่างแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ ระยะเวลาหนึ่งดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ.2550 - 2552 ระยะเวลาสองดำเนินงานระหว่างปีพ.ศ. 2552 - 2554 และในปี พ.ศ.2553 มุลินีทัศน์คนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้จัดทำโครงการฟันเทียมและรากฟันเทียม 999 ชุด ในกรณีที่ต้องใส่ฟันพร้อมฝังรากเทียมซึ่งเดียว ซึ่งโครงการที่กล่าวมาเป็นโครงการเฉพาะกิจระยะสั้น การติดตามประเมินผลประสบความสำเร็จเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ

ปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน

แนวทางการบริหารงานทางทันตกรรม แบ่งได้เป็นส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู โดยงานส่งเสริม ป้องกัน เป็นงานในเชิงรุกและรักษา ฟันฟูเป็นงานในเชิงรับ ซึ่งที่ผ่านมาเป็นงานที่ปฏิบัติกันเป็นส่วนใหญ่ การเตรียมการณเพื่อรองรับปัญหาของผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคตอันใกล้นี้ ซึ่งเป็นปัญหาใหม่และยังไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทย จึงควรมีการวางแผนอย่างรอบคอบใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ที่ผ่านมามีประเทศไทยได้มีการจัดการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลายโครงการ และประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี เช่น โครงการฟันเทียมพระราชทาน โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นต้น ซึ่งโครงการที่กล่าวมาเป็นโครงการเฉพาะกิจระยะสั้น การติดตามประเมินผลประสบความสำเร็จเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา การจัดการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ ยังไม่มีแผนงานระดับชาติที่เป็นรูปธรรม ไม่มีระบบและรูปแบบการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ การจัดการบริการเป็นการให้บริการคละกันไปในทุกกลุ่มอายุ

ปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

1. ปัญหาและอุปสรรคของผู้ให้บริการ

1.1 ขาดแคลนทันตบุคลากรที่มีความรู้ และทักษะด้านงานทันตกรรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้

1.2 ขาดแคลนเครื่องมือ และอุปกรณ์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการบริการ

1.3 ความซับซ้อนของปัญหาในช่องปาก ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้น ทั้งใช้เวลารักษาหลายครั้งและแต่ละครั้งใช้เวลานาน

1.4 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาจทำให้เกิดข้อจำกัดหรือซับซ้อน และมีความเสี่ยงในการรักษามากขึ้น ต้องปรึกษาแพทย์ประจำตัวเพื่อควบคุมสภาวะของโรคก่อนการรักษา

1.5 ความสำเร็จของการรักษา ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้สูงอายุ รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแล จึงต้องสื่อสารกันให้เข้าใจถึงแผนการรักษา ผลลัพธ์ที่จะได้ และวิธีการดูแลหลังการรักษา

2. ปัญหาและอุปสรรคของผู้รับบริการ

2.1 ไม่มีระบบการให้บริการผู้สูงอายุที่แยกออกมาจากผู้ป่วยทั่วไป ผู้สูงอายุจึงต้องรอคอยการรักษานาน

2.2 การเข้ามารับการรักษา ผู้สูงอายุอาจต้องพึ่งพาหรือมากับญาติหรือผู้ดูแล หากญาติหรือผู้ดูแลไม่ว่าง ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.3 การที่ต้องมารับการรักษาหลายครั้งทำให้ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

2.4 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หากยังไม่สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ การรักษาทางทันตกรรมอาจยังทำไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการของโรคในช่องปากไปอีกระยะหนึ่ง

2.5 ข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่ทำให้ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรมที่ต้องใช้เวลานานได้ จึงทำให้การรักษาต้องใช้เวลาหลายครั้งมากขึ้น

2.6 ความเข้าใจของผู้สูงอายุ/ ญาติ/ ผู้ดูแล ต่อแผนการรักษา และขั้นตอนการรักษา

นอกจากนี้ ยังมีความไม่ชัดเจนของระบบบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ และระบบสนับสนุน เนื่องจากยังไม่มีแผนงานหลัก และหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบโดยตรง มีเพียงบางสถานบริการที่มีความพยายามในการให้บริการในด้านนี้ (อัครสุดา เข้มสอน , 2553)

ศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และบริหารจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

โรคในช่องปากเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย โดยปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุเกือบทุกคน (ร้อยละ 94.04) มีการสูญเสียฟัน โดยเฉลี่ย 13.38 ซี่/คน พบ

ผู้สูงอายุร้อยละ 10.47 เป็นผู้สูญเสียฟันทั้งปาก ผู้มีฟันในช่องปากไม่น้อยกว่า 20ซี่ มีเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 54.80 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าฟันเหล่านี้มีสภาวะโรคปริทันต์แล้วเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากพบว่า ร้อยละ 84.2 ของกลุ่มวัยผู้สูงอายุเป็นโรคปริทันต์ จึงมีแนวโน้มที่จะสูญเสียฟันอีกเป็นจำนวนมาก ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยในช่องปากพบว่า ร้อยละ 79.88 ของผู้สูงอายุแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า ส่วนการแปรงฟันก่อนนอนพบค่อนข้างน้อย เพียงร้อยละ 65.83 เท่านั้น และพบว่ายังคงมีการกินอาหารหลังการแปรงฟันก่อนนอนอยู่ พฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญที่มีผลอย่างยิ่งต่อสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยรวมคือ การสูบบุหรี่ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับโรคปริทันต์ ซึ่งเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก ผู้สูงอายุร้อยละ 17.87 สูบบุหรี่เฉลี่ย 7.47 มวน/วัน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552,30-31)

การใช้บริการทันตกรรมมีความสำคัญในการควบคุมป้องกันโรค เพื่อลดอัตราการสูญเสียฟัน การคงไว้ซึ่งทันตสุขภาพ และการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุที่มีความถี่การไปใช้บริการทันตกรรมสูง จะมีสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า มีปัญหาโรคในช่องปากน้อยกว่า และจะมีความพึงพอใจในสุขภาพช่องปากของตนมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความถี่การไปใช้บริการทันตกรรมต่ำ (Locker, 2001, 7-15) การใช้บริการสุขภาพช่องปากหรือการไปพบทันตแพทย์ ผู้สูงอายุควรไปพบเพื่อตรวจเช็คทั้งฟันแท้และฟันปลอมเป็นระยะทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละครั้ง (Kay, 1999, 204-205) เพื่อที่จะสามารถรักษาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ในช่องปากที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที การไม่ไปรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่ออาการเกิดโรคในช่องปาก ทำให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน และการสูญเสียฟัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยว (อัมพร เดชพิทักษ์ และรัชกร นุชพ่วง, 2551, 97-105) ซึ่งการสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพ (ชลธิชา พุทธวงษ์นันท์, 2551, 7-18) โดยคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพในมุมมองของทันตแพทย์นั้น พิจารณาจากสภาวะของฟันที่ดี ซึ่งจะต้องมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับปริทันต์อีกเสบใน 6 ส่วนของปาก (sextants) และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการบดเคี้ยวคือ มีฟันหลังสบกันได้ดี (ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, ยุทธนา ปัญญางาม, และพรศรี ปฎิมาณูเกษม, 2540, 16-23) อย่างไรก็ตามนิยามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ รวมทั้งเรื่องของสุขภาพช่องปากในทัศนะของผู้สูงอายุ อาจมีความแตกต่างจากมุมมองของทันตแพทย์ ซึ่งตัวผู้สูงอายุเองมีมุมมองของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ ร่างกายต้องสามารถทำหน้าที่ต่างๆด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาหรือเป็นการระของบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว หรือในชุมชน ด้านการทำงาน ผู้สูงอายุยังคงต้องการการทำงานเพื่อหาเงินมาใช้ในชีวิตประจำวันและทำบุญทำทานตามวิถีชีวิตด้านทันตสุขภาพผู้สูงอายุเห็นว่า ควรมีฟันดีไว้ใช้เคี้ยวอาหารได้ ไม่เจ็บปวด ไม่โยก ส่วนฟันปลอมนั้นเป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะฟันหน้า ถ้าไม่ใส่จะเกิดความอายไม่กล้าออกงานสังคม แต่ก็มีผู้สูงอายุบางคน

คิดว่าไม่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอมเพราะใช้เหงือกเคี้ยวอาหารได้แทนฟัน มีความพึงพอใจถึงแม้ไม่มีฟันเลยในปากซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อายุมากและไม่ได้มีกิจกรรมทางสังคม (วรรณศรี แก้วปิ่นตา, นพวรรณ ทองทับ, และสุณี ผลดีเยี่ยม, 2551, 37-51) ด้วยมุมมองดังกล่าวทำให้บางครั้งผู้สูงอายุอาจจะเลิกการมาใช้บริการทันตกรรมเพื่อแก้ปัญหาโรคในช่องปาก จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครั้งที่ 18 พ.ศ.2556 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ดำเนินการสำรวจข้อมูลด้านอนามัยและสวัสดิการ (ครั้งแรกในปี พ.ศ.2517) โดยเก็บข้อมูลจากครัวเรือนตัวอย่างประมาณ 27,960 ครัวเรือนในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลในเดือนมีนาคม พ.ศ.2556 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย การไปรับบริการสาธารณสุขและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งพบว่า มีผู้ไปรับบริการทางทันตกรรม 6.3 ล้านคน (ร้อยละ 9.5) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.4 ในปี พ.ศ.2549 โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไปรับบริการคิดเป็นร้อยละ 8.7 ของผู้ไปรับบริการทางทันตกรรมทั้งหมด และเป็นที่น่าสังเกตว่าในการไปรับบริการทางทันตกรรมของประชากรที่ทำการสำรวจทั้งหมด จะมีสัดส่วนของผู้ไปรับบริการที่สถานพยาบาลทางทันตกรรมของเอกชนค่อนข้างสูง (ร้อยละ 44.5) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งยังไม่สะดวกในการใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในประเทศไทย (ประภล พิบูลย์โรจน์, วรางคณา เวชวิถี, ดาวเรือง แก้วขันตี, และวิกุล วิศาลเสสส์, 2541) ศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านทันตสุขภาพ คือ การรับรู้ข่าวสารด้านทันตสุขภาพ การตรวจฟันด้วยตนเอง โดยใช้กระจกส่องปาก ความถี่ของการแปรงฟัน และการไปใช้บริการทางทันตกรรมในช่วง 2 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การสนับสนุนจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิดในเชิงบวกจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี (วิชชดา เนตตกุล, 2551, 69-73)

จากการศึกษาถึงสภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้น และแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และบริหารจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เพื่อจะเป็นแนวทางในการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อไป

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ผู้สูงวัยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ทำให้เกิดความสนใจในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงได้มีการกำหนดนโยบายที่จะให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการทันตกรรมทั้งทางด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่อง

ปาก ที่ผ่านมาก็คือในปี พ.ศ.2554 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้เป็น “ปีทองแห่งการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย” ด้วยการดำเนินงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน พร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สนองกระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสมปีละ 30,000 ราย และลดการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุด้วย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

สรุป

จากการศึกษาถึงสภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้น และแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และบริหารจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น เพื่อนำมาศึกษาเป็นแนวทางในการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุต่อไป ซึ่งพอจะเห็นได้ว่า แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากดังกล่าว จะต้องมีส่วนในการสร้างและการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐานที่ถูกต้องด้วยตนเอง การจัดบริการป้องกัน รักษาฟันฟูให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ทันเวลา รวมทั้งการส่งต่อและการรับกลับดูแลต่อเนื่องในระยะยาว โดยควรเน้นการให้บริการในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน การบูรณาการเข้ากับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ การจัดการปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีในการป้องกัน รักษา ฟันฟูที่เหมาะสม ให้ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหา ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ และก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมุ่งหวังว่าผู้สูงอายุจะสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง เข้าถึงบริการทันตสุขภาพจากภาครัฐ ทั้งด้านการป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดโรคในช่องปากและการรับบริการรักษาโรคในช่องปากตามความจำเป็น ทำให้มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้ โดยปราศจากความเจ็บปวดสามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้เพื่อการเคี้ยวอาหารได้ โดยไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมให้นานที่สุด ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุด้วย.

บทที่ 4

แนวทางการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทฤษฎี ซึ่งได้จาก วรรณกรรม ทฤษฎี งานวิจัย และแนวความคิดที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลปฐมภูมิ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ทันตแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ มาสังเคราะห์สร้างเป็นแนวทางในการให้บริการและการบริหารจัดการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

แนวทางการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

งานด้านทันตสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพชีวิตของประชาชนทุกช่วงวัย เพราะหากไม่มีฟันหรือเป็นโรคในช่องปากที่เป็นอุปสรรคต่อการเคี้ยวหรือการกลืนอาหาร ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ ก็จะส่งผลถึงสุขภาพร่างกาย ดังกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ความว่า “เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” แนวทางการบริหารงานทางทันตกรรมแบ่งได้เป็น ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู โดยงานส่งเสริม ป้องกันเป็นงานในเชิงรุก และรักษา ฟันฟูเป็นงานในเชิงรับ ซึ่งที่ผ่านมาเป็นงานที่ปฏิบัติกันเป็นส่วนใหญ่ การเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาของผู้สูงอายุ ที่จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคตอันใกล้ ซึ่งเป็นปัญหาใหม่และยังไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทย จึงควรมีการวางแผนอย่างรอบคอบ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สูงวัยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ทำให้เกิดความสนใจในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษา และฟันฟูสภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงได้มีการกำหนดนโยบายที่จะให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการทันตกรรมทั้งทางด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟันฟูสภาพช่องปาก ที่ผ่านมามีในปี พ.ศ.2554 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้เป็น “ปีทองแห่งการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย” ด้วยการดำเนินงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน พร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สนองกระแสพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหารได้อย่างเหมาะสมปีละ 30,000 บาท และลดการสูญเสียเงินในผู้สูงอายุด้วย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการจัดการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลายโครงการ และประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี โดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชน ได้แก่ โครงการฟันเทียมพระราชทานในปี พ.ศ.2548 – 2550 เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ซึ่งได้ดำเนินงานต่อเนื่องในระยะที่ 2 ในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 ระหว่างปี พ.ศ. 2552 – 2554 และโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 นำรากฟันเทียมที่ผลิตในประเทศไทย โดยกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มาจัดบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เกี่ยวกับอาหารของฟันเทียมขึ้นล่างแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ ระยะที่หนึ่งดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ.2550 - 2552 ระยะที่สองดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ.2552 – 2554 และในปี พ.ศ.2553 มูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้จัดทำโครงการฟันเทียมและรากฟันเทียม 999 ชุด ในกรณีที่ต้องใส่ฟันพร้อมฝังรากเทียมซึ่งเดียว ซึ่งโครงการที่กล่าวมาเป็นโครงการเฉพาะกิจระยะสั้น การติดตามประเมินผล ประสบผลสำเร็จเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่ายเป็นอย่างดี เป็นโครงการเพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งประชาชนไทยจะพร้อมให้ความร่วมมือร่วมใจอย่างเต็มที่นับเป็นความพิเศษอย่างหนึ่งของสังคมไทย ซึ่งหาได้ยากในสังคมอื่น แต่อย่างไรก็ตามงานทันตกรรมผู้สูงอายุยังมีอีกหลายด้าน ทั้งงานในเชิงรับและงานในเชิงรุก ซึ่งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน รวมไปถึงการพัฒนาทันตนวัตกรรมที่หลากหลาย เพื่อช่วยให้งานทันตกรรมประสบผลสัมฤทธิ์สูงขึ้น

กรอบแนวคิดในการปรับปรุงบทบาทและโครงสร้างของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากสุขภาพช่องปากส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะความสุขในการเคี้ยว กัด กลืนอาหาร จึงสอดคล้องกับวิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน โดยกำหนดเป้าหมายระยะ 10 ปี คือ 1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี 2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี และเพื่อให้คนไทยบรรลุการมีสุขภาพที่ดีเมื่อสูงวัย ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงควรเตรียมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็น

ระบบ รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ในหลายๆ ประเด็น อาทิเช่น การสูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ฟันผุและรากฟันผุ ปริทันต์ ภาวะน้ำลายแห้ง ปัญหาเหล่านี้ยังสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังทางร่างกาย โดยการมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันที่ พบบ่อย เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคของระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น จึงทำให้ การดูแลสุขภาพช่องปากมีความยากและซับซ้อนกว่ากลุ่มอายุอื่น (แนวทางการดำเนินงาน ทันตสาธารณสุข ประจำปี 2558 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากดังกล่าว จึงต้องมีทั้งในส่วนการสร้างและ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐานที่ถูกต้องด้วยตนเอง การจัดบริการป้องกัน รักษาฟันฟูให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ทันเวลา รวมทั้งการ ส่งต่อและการรับกลับดูแลต่อเนื่องในระยะยาว โดยควรเน้นการให้บริการในสถานบริการที่อยู่ ใกล้บ้าน การบูรณาการเข้ากับการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ การจัดการ ปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีในการป้องกัน รักษา ฟันฟูที่เหมาะสม ให้ครอบคลุม ทุกประเด็นปัญหา ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ และก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังว่าผู้สูงอายุจะสามารถดูแล สุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง เข้าถึงบริการทันตสุขภาพจากภาครัฐ ทั้งด้านการป้องกันความเสี่ยง จากการเกิดโรคในช่องปากและการรับบริการรักษาโรคในช่องปากตามความจำเป็น ทำให้มีฟัน ใช้เคี้ยวอาหารได้ โดยปราศจากความเจ็บปวด ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเก็บ รักษาฟันแท้ไว้เพื่อการเคี้ยวอาหารได้ โดยไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมให้นานที่สุด

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีผู้สูงอายุไทยได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร่วมกับการมีการ พัฒนาชมรมผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การพัฒนารูปแบบการจัดบริการส่งเสริม ป้องกันในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในปัจจุบันมีจำนวนสูงถึง 9.9 ล้านคน เพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และเพื่อการพัฒนา งาน สร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุได้มากขึ้น จึงควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

1. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทาน และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ปี 2558

1.1 แนวคิดการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงานและสูงอายุ ปี 2555-

1.1.1 ขยายเครือข่ายฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนการจัดบริการผสมผสาน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟูสภาพช่องปาก และการส่งต่อดังนี้

1. การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

2. การจัดบริการป้องกันรายบุคคล

3. การจัดบริการรักษาทางทันตกรรมทั่วไป

4. การจัดบริการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะทาง
- ปริทันต์ / รักษาคลองรากฟัน / ศัลยกรรมช่องปาก /
เวชศาสตร์ช่องปาก

5) การฟื้นฟูสภาพช่องปาก
- ฟันเทียม / รากฟันเทียม / Prosthesis อื่นๆ

1.1.2 บูรณาการกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น มาตรฐานผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) วัด/มีสยิดส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เป็นต้น

1.1.3 สร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านบริการ การผลิต/พัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และเอกชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

1.1.4 ประสานมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ ศึกษาและเผยแพร่นวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ผลิตในประเทศไทย

1.1.5 พัฒนาหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ ร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์ทุกมหาวิทยาลัยเพื่อเตรียมการศึกษาต่อเนื่องของทันตบุคลากรที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ

1.1.6 พัฒนาเทคโนโลยี รูปแบบ แนวทาง เกณฑ์ มาตรฐาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก

1.1.7 การรณรงค์สร้างกระแส เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ

1.2 ผลการดำเนินงาน เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2557

ด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในโครงการฟันเทียมพระราชทาน และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 มีการพัฒนาเป็นลำดับจนถึงปัจจุบัน มีผลการดำเนินงานโดยสรุปดังนี้

1.2.1 หน่วยบริการทั่วประเทศร่วมกันจัดบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากแก่ผู้สูงอายุทุกสิทธิแล้วกว่า 350,000 ราย

1.2.2 พัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุรวม 3,345 ชมรมให้มีกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง มีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 699,255 คน

1.2.3 ร่วมกับหน่วยบริการในจังหวัด พัฒนาดันแบบการจัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อลดการสูญเสียฟัน 50 จังหวัด 947 แห่ง (ข้อมูลจากการรายงานของจังหวัด)

1.2.4 การรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทั้งผ่านสื่อสาธารณะและในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งในปีงบประมาณ 2557 มีการรณรงค์ดังต่อไปนี้

1.2.4.1 ร่วมกับสโมสรไลออนส์ กรุงเทพเอราวัณ จัดบริการใส่ฟันเทียมที่จังหวัดนครสวรรค์

1.2.4.2 ร่วมกับมูลนิธิโอสถสภา จัดบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานที่จังหวัดสุพรรณบุรี

1.2.5 ศึกษาวิจัย พัฒนา จัดการความรู้เพื่อให้ได้องค์ความรู้เทคโนโลยีรูปแบบแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ สื่อ สิ่งพิมพ์ให้กับจังหวัด เช่น การ ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจ และประสิทธิผลผลิตภัณฑ์น้ำลายเทียมชนิดเจล ต่อภาชนะน้ำลายแห้งในผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน และ/ หรือ ความดันโลหิตสูง

1.2.6 พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรและภาคีเครือข่าย โดยการจัดประชุมอบรม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ การพัฒนาเครือข่าย การดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทาน และการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เช่น ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การขยายเครือข่ายฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.2.7 บูรณาการกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก ในมาตรฐานสุขภาพผู้สูงอายุพึงประสงค์ พื้นที่ต้นแบบตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูง อายุ วัดส่งเสริมสุขภาพ และการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุปี พ.ศ.2557

1.2.8 ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ โดยปลัด กระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

1.2.8.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนารูปแบบบริการ ระบบบริการและคุณภาพบริการด้านทันตสุขภาพ ในกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 40 ปีขึ้นไป)

1.2.8.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การศึกษา วิจัย และพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

1.2.8.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบุคลากร และหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ

1.2.8.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบงบประมาณ ระบบฐานข้อมูล และการติดตามประเมินผลแผนงานดังกล่าว ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการอำนวยการ ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานแล้วในปี พ.ศ.2556

1.3 โครงการ/กิจกรรมสำคัญ/เป้าหมายปี/2558

1.3.1 วัตถุประสงค์ : เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย (อายุ 50 ปีขึ้นไป) โดยเฉพาะผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปาก เพื่อลดโรคและการสูญเสียฟัน รวมทั้งคงสภาพการใช้งานของอวัยวะในช่องปาก หลังเกิดโรคและการสูญเสียฟัน ตลอดจนสนับสนุนให้ภาคประชาชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

1.3.2 โครงการ/กิจกรรมสำคัญ

1.3.2.1 การจัดบริการใส่ฟันเทียม

1) วัตถุประสงค์เฉพาะ : เพื่อแก้ปัญหาการสูญเสียฟันด้วยการใส่ฟันเทียมทดแทน โดยทันตแพทย์

ฟันเทียมพระราชทาน (ฟันเทียมทั้งปากหรือ 16 ซี่ขึ้นไป)

ทั่วประเทศ 35,000 ราย (ทุกสิทธิ์) (เป้าหมายโครงการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข) ตามระบบบริการปกติใน 76จังหวัด และกทม. คลินิกเอกชนร่วมจัดบริการและรณรงค์จัดบริการในพื้นที่เป็นกรณีพิเศษและประเมินความพึงพอใจ ร้อยละ 10 ของผู้รับบริการรายจังหวัด

2) กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นลำดับแรก หากจังหวัดใดจัด บริการให้กับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือ16 ซี่ขึ้นไปเต็มพื้นที่แล้ว สามารถให้บริการในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป

ฟันเทียมบางส่วนน้อยกว่า 16 ซี่ 15,000 ราย (เฉพาะสิทธิ์บัตรทอง)

3) กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดย (ร่าง) เป้าหมายเบื้องต้นรายจังหวัดในปี 2558 สามารถดูรายละเอียดจากเว็บไซต์ฟันเทียมพระราชทาน (<http://dental.Anamai.moph.go.th/oralhealth/elderly/elderly58.php>)

4) หมายเหตุ : การเบิกค่าใช้จ่ายในเรื่องฟันเทียม

กรณีผู้สูงอายุสิทธิบัตรทอง ทั้งฟันเทียมทั้งปาก หรือ 16 ซี่ขึ้นไป หรือฟันเทียมบางส่วนน้อยกว่า 16 ซี่ โรงพยาบาลหรือหน่วยบริการภาครัฐ สามารถเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าบริการคืนให้กับโรงพยาบาล โดยใช้โปรแกรม E-claim ผ่านงานประกันสุขภาพ โดยบันทึกรหัสโรค K081 (Loss of teeth due to accident, extraction or local periodontal disease) รหัสหัตถการ 9997 (Fitting of denture) รหัสอุปกรณ์ ดังนี้

รหัส 9203 สำหรับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ในข้อ 1.1 รายละเอียด 4,400 บาท

รหัส 9202 สำหรับ Single denture ในข้อ 1.2 รายละเอียด 2,400 บาท

รหัส 9204 สำหรับฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ฐานพลาสติก 1-5 ซี่
ขึ้นละ 1,300 บาท

รหัส 9205 ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ ฐานพลาสติกมากกว่า 5 ซี่
ขึ้นละ 1,500 บาท

รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก 1 : การบริหารจัดการค่าใช้จ่าย
ทันตกรรมประดิษฐ์ (ฟันเทียม)

กรณีผู้รับบริการสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ หรือประกันสังคม ขอความอนุเคราะห์หน่วยบริการ เก็บค่าบริการสำหรับการใส่ฟันเทียมทั้งไม่เกิน 4,400 บาท/ราย ซึ่งผู้รับบริการสามารถนำไปเสร็จรับเงินไปเบิกเงินคืนได้จากกรมบัญชีกลาง หรือสำนักงานประกันสังคมตามสิทธิของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ได้มีหนังสือขอความอนุเคราะห์จากกระทรวงสาธารณสุขไปยังทุกจังหวัดแล้ว

1.3.2.2 การจัดการบริการส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์

1) วัตถุประสงค์เฉพาะ : ลดการสูญเสียฟัน ด้วยการจัดการบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากเป็นรายบุคคล และดูแลเป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อการคงสภาพที่ดีเน้นการรับบริการใกล้บ้าน โดยเฉพาะในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

2) กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุทุกสิทธิ

3) งบประมาณสำหรับจังหวัด : จากงบฯ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการจัด บริการระดับจังหวัดหรือจากกองทุนสุขภาพตำบล หรืองบฯ จากแหล่งอื่นๆ

4) หมายเหตุ : บริการทันตกรรมป้องกันตามชุดสิทธิ

ประโยชน์ ประกอบด้วย

- การตรวจสุขภาพช่องปาก
- การให้คำแนะนำ และ/หรือ การปรับพฤติกรรมเพื่อ

ควบคุมคราบจุลินทรีย์

- การใช้ฟลูออไรด์วานิชป้องกันรากฟันผุ
- การยูดหินน้ำลายป้องกันเหงือก/ปริทันต์อักเสบชนิด

เฉียบพลัน (Acute Periodontitis) (รายละเอียดในกลุ่มมือการดำเนินงาน โครงการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ ทางทันตกรรม Download จากเว็บไซต์ฟันเทียมพระราชทาน (<http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/elderly/elderly58.php>))

1.3.3 ชมรมผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

1.3.3.1 วัตถุประสงค์ : เฉพาะลดการสูญเสียด้วยการดูแลอนามัยช่องปากด้วยตนเองและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยอาสาสมัครภาคประชาชน อาทิเช่น ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น

1.3.3.2 งบประมาณสำหรับจังหวัด : จากงบฯการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการจัด บริการระดับจังหวัด หรือจากกองทุนสุขภาพตำบล หรืองบฯ จากแหล่งอื่นๆ กรณีชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งและจัดหางบดำเนินการเอง รายละเอียดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก Download จากเว็บไซต์ฟันเทียมพระราชทาน (<http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/elderly/elderly58.php>)

1.3.4 การบูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพ

1.3.4.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ : เพื่อบูรณาการและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพร่างกาย ร่วมกับสหวิชาชีพโดยบูรณาการภายใต้เกณฑ์

1) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ด้านสุขภาพ ระดับ District Health System (DHS) เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 30 องค์ประกอบการดำเนินงาน 6 ข้อ (มีองค์ประกอบครบทุกข้อ) ดังนี้

- มีข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว

- มีชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

- มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

- มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการผู้ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ

- มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล (การจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ใน รพ.สต. และ/หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการ โดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ หรือ อสม.)

- มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม รายละเอียดจากเว็บไซต์พินเทียมพระราชทาน (<http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/elderly/elderly58.php>)

2) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 60 เป็นการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก สภาวะเสี่ยงของสุขภาพช่องปากและการส่งต่อ เพื่อรับบริการรักษาทางทันตกรรม ตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ (รายละเอียดในคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ปี 2557)

3) มีการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในวัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน เป้าหมายร้อยละ 20 องค์กรประกอบวัดส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

- สะอาด ร่มรื่น

- สงบ ร่มเย็น

- สุขภาพ ร่วมสร้าง (ข้อ 3.3 การดูแลสุขภาพช่องปากมาตรฐานระดับพื้นฐาน ได้แก่ มีความรู้เรื่องทันตสุขภาพผ่านทางสื่อสิ่งพิมพ์ การประชุม/อบรม/สัมมนา หรือเรียนรู้ ด้วยตนเอง และ ดูแลอนามัยช่องปากตนเองเช้าและก่อนนอนทุกวัน

- ศิลปะร่วมจิต (วิญญาณ)

- ชาวประชาร่วมพัฒนา

รายละเอียดจากคู่มือแนวทางการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2556

1.3.5 การรณรงค์ สร้างกระแส

1.3.5.1 รณรงค์ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ร่วมกับจังหวัดและหน่วยงานอื่นๆ เป็นระยะ

1.3.5.2 การประกวด “10 ยอดฟันดี วัย 80 และ 90 ปี”

1) ระดับประเทศ จัดการประกวดปีงบประมาณ 2558 โดยกรมอนามัยในเดือนตุลาคม 2557 เป็นกิจกรรมหนึ่งในโครงการณรงค์ “คนไทยฟันดี สุขดีสมเด็จย่า”

2) ระดับเขตศูนย์อนามัยเขตร่วมกับจังหวัดค้นหา “10 ยอดฟันดี วัย 80 และ 90 ปี” อายุ 80-89 ปี 1-2 ท่าน และอายุ 90 ปีขึ้นไป 1 ท่าน ส่งเข้าร่วมประกวดระดับประเทศปีงบประมาณ 2558 เดือน ตุลาคม 2557เกณฑ์ประกวดเบื้องต้น ดังนี้

- มีฟันแท้ใช้งาน ได้อย่างน้อย 24ซี่ และหากมีฟันผุต้องได้รับการรักษาแล้ว

- ไม่มีสภาวะเหงือกอักเสบ

- ฟันไม่สึกจนเสียรูปร่างฟัน

- สุขภาพร่างกายแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้สามารถเดินได้

1.3.6 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

1.3.6.1 ประชุมถ่ายทอดโครงการแก่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ประสานงานระดับเขต และระดับจังหวัดทั่วประเทศ ในการประชุมเพื่อบูรณาการแผนสุขภาพเขตด้านทันตสาธารณสุข (สำนักทันตสาธารณสุข)

1.3.6.2 การอบรมฝึกทักษะการซ่อมแซมฟันเทียม สำหรับทันตแพทย์

1.3.6.3 ประชุม/สัมมนา ขยายเครือข่ายฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เน้นการ เชื่อมโยงการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) กับชมรม (200 คน 2 วัน)

1.3.6.4 มหกรรมการประชุมวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมฯ เฉลิมพระเกียรติฯ ธันวาคม 2557 (1,800 คน 3 วัน)

หมายเหตุ : กำหนดการประชุมทั้งหมด ติดตามรายละเอียดได้จากเว็บไซต์ ฟันเทียมพระราชทานเป็นระยะ (<http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/elderly/elderly58.php>)

1.3.7 การนิเทศติดตามกำกับ และประเมินผล

1.3.7.1 สุ่มนิเทศ เชื่อมติดตามในพื้นที่ตั้งโดยศูนย์อนามัยเขต และสำนักทันตสาธารณสุข

1.3.7.2 การรวบรวมและวิเคราะห์ผลข้อมูลฟันเทียมจากฐานข้อมูลโปรแกรมรายงาน

1.3.8 การสนับสนุนการดำเนินงาน

1.3.8.1 ฟันเทียมพระราชทาน 35,000 ราย

1) สนับสนุนแปรงสีฟัน ยาสีฟัน ตามผลการดำเนินงานปี 2557

2) สนับสนุนเม็ดเงินเพื่อความสะอาดฟันเทียม ร้อยละ 10 ของผลการดำเนินงานปี 2557

1.3.8.2 การจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ (รวมการบูรณาการในตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว) สนับสนุน แปรงชอกฟัน (ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย) ตามรายงานผลการดำเนินงานปี 2557 สำหรับหน่วยงานที่เริ่มดำเนินการปีงบประมาณ 2558 จัดสรรตามเป้าหมาย โครงการที่ขอรับการสนับสนุนมายังกรมอนามัย

1.3.8.3 ชมรมผู้สูงอายุด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (รวมการบูรณาการในตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว) สนับสนุนภาพพลิกสำหรับชมรมผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

1.3.9 เอกสารคู่มือสื่อสิ่งพิมพ์

1.3.9.1 สำหรับบุคลากรและแกนนำภาคประชาชน

1) หนังสือการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

เล่มที่ 1 : สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและโรคทางระบบ

เล่มที่ 2 : Detection and Prevention for oral health in the Elderly

เล่มที่ 3 : การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

เล่มที่ 4 : ชุมชนร่วมสร้าง สังคมผู้สูงอายุสุขภาพช่องปากดี

เล่มที่ 5 : เพื่อรอยยิ้มผู้สูงวัย ร่วมใส่ใจสุขภาพช่องปาก (ภาษาไทย และภาษาฮาวิ)

เล่มที่ 6 : ย้อนรอยความสำเร็จการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุลำปาง

2) หนังสือมหกรรมการประชุมวิชาการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุครั้งที่ 2 เฉลิมพระเกียรติฯ ในโอกาสสมทวมงคล เฉลิมพระชนมพรรษา ครบ 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 “วิชาการ สร้างสรรค์ จุดประกายการทำงานเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ”

1.3.9.2 สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ

หนังสือการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเล่มที่ 5 : เพื่อรอยยิ้มผู้สูงวัย ร่วมใส่ใจสุขภาพช่องปาก(ภาษาไทย และภาษาฮาวิ)

การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

1. หลักการและเหตุผล

จากจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs – Non Communicable Diseases) ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน และสูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญ เนื่องจากกลุ่มโรคดังกล่าว เป็นสาเหตุหลักสำคัญของภาวะพิการ และเสียชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงขึ้น โดยมีนโยบายให้คัดกรองผู้ที่เกี่ยวข้องออกจากผู้ป่วย รวมทั้งการคัดกรองผู้ป่วยที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่นำไปสู่ความพิการ เพื่อให้เข้ารับบริการ ป้องกัน ควบคุมโรค อย่างเหมาะสมทันเวลา

จากข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สุขภาพช่องปากยังมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบ โดยทั้งการมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน เช่น เบาหวานกับโรคปริทันต์ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และสัมพันธ์กันในลักษณะส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของภาวะโรคซึ่งกันและกัน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากที่ง่ายและรุนแรงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ในขณะที่เดียวกัน เชื้อโรคในช่องปากสามารถกระตุ้นให้เกิด Mediator บางตัวในร่างกายที่ทำให้การควบคุม NCDs ทำได้ยากขึ้น รวมทั้งการใช้ยารักษาโรคทางระบบยังมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำลายแห้ง ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไม่สบาย ระคายเคือง แสบร้อน แผล และปัญหาอื่นๆ ในช่องปาก

ดังนั้น แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่ม NCDs จึงควรต้องมีการจัดการร่วมกัน และพร้อมๆ กันไปกับกระบวนการจัดการของสหวิชาชีพ ทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน การคัดกรองความเสี่ยง และการจัดบริการ เพื่อการควบคุมป้องกันโรค และลดปัญหาสุขภาพช่องปาก

2. โครงการ/กิจกรรมสำคัญ/เป้าหมาย ปี 2558

2.1 วัตถุประสงค์ : เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก พร้อมทั้งได้รับบริการส่งเสริม ป้องกันที่เหมาะสม เพื่อลดโรคและการสูญเสียฟันรวมทั้งคงสภาพการใช้งานที่ดีของอวัยวะในช่องปาก

2.2 โครงการ/กิจกรรมสำคัญ

2.2.1 การจัดทำแนวทางการจัดบริการ ส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

บูรณาการเกณฑ์การตรวจช่องปาก ในงานตรวจคัดกรอง กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เข้าเป็นข้อกำหนด หนึ่งในคู่มือของการคัดกรองและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ

กรมควบคุมโรค ที่ต้องมีการตรวจ สุขภาพช่องปากในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อบูรณาการ การดูแลสุขภาพช่องปาก เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ ร่างกายร่วมกับสหวิชาชีพ

2.2.2 จัดทำคู่มือดำเนินการ และประชุมถ่ายทอดเครือข่ายการดำเนินงาน ในระดับ (เขต จังหวัด อำเภอ ตำบล) (ประมาณ พ.ศ.2558 การรับสมัคร จะประกาศผ่านเว็บไซต์ พื้นที่ชมพระราชนิพนธ์)

2.2.3 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนารูปแบบการให้บริการและแนวทางการประเมินผล (รับสมัคร จังหวัด และหน่วยบริการ ที่สนใจดำเนินการ 8 หน่วยบริการ)

2.2.4 การพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร/ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

2.2.4.1 การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ในกลุ่ม NCD (2 วัน 150 คน)

2.3 สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพชุมชน ในการร่วมดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่ม NCD (สนับสนุนเขตจัดประชุม อบรม) (ประมาณ มิ.ย-ก.ค 58) การรับสมัคร จะประกาศผ่าน เว็บไซต์พื้นที่ชมพระราชนิพนธ์

3. ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

ตัวชี้วัดระดับสำนักทันตสาธารณสุข ร้อยละหน่วยบริการที่มีการตรวจคัดกรอง สุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงานร่วมกับการคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30) และ ร้อยละหน่วยบริการที่มีการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ ร่วมกับการคัดกรองเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30) (แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2558 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

ตามการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ระบุว่า ในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้สูงอายุรวมจำนวน 12,272,035 คน และในปีพ.ศ.2573 จะมีจำนวน 17,744,822 คน คิดเป็นสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรรวมเป็น 17.51 และ 25.12 ตามลำดับ อันเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มดังกล่าว คณะกรรมการอำนวยการจัดทำ แผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับปรับปรุงเมื่อวันที่ 16 มกราคม พ.ศ.2556 ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าการดำเนินการ ภายใต้แผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ มีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการ บูรณาการ จึงมีการนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายให้หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางจัดทำแผนปฏิบัติการต่อไป

เสนอแนวทางในการให้บริการทางทันตกรรมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอเรื่อง แผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2557 – 2564 ไปยังสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0904.05/1664 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ.2556 เพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาใน 3 ประเด็น คือ 1. เห็นชอบแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2557 – 2564 2. เห็นชอบแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ และอำนาจหน้าที่ และ 3. เห็นชอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2557 – 2564 ไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการต่อไป ซึ่งสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ได้มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ นร 0505/12307 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2556 ขอให้กระทรวงการคลัง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานประมาณสำนักงาน ก.พ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสำนักงาน ก.พ.ร. เสนอความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี และให้กระทรวงสาธารณสุขประสานเร่งรัดความเห็นของหน่วยงานดังกล่าว โดยสรุปทุกหน่วยงานเห็นชอบกับแผนงานดังกล่าว และมีข้อเสนอแนะให้ปรับคณะกรรมการบริหารแผนงานฯ ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต่อมากระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีหนังสือที่ สธ 0904.05/3174 ลงวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ.2556 ถึงสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ขอลอนเรื่องดังกล่าว เพื่อปรับปรุงรายละเอียดให้มีความชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากชื่อแผนงานคล้ายคลึงกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งอาจทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความสับสน และทบทวนหน้าที่รวมทั้งองค์ประกอบคณะกรรมการบริหารแผนงานฯ เพื่อให้การดำเนินงานไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น และหลังจากที่ลอนเรื่องกลับมาได้ดำเนินการปรับปรุงโดยแก้ไขชื่อแผนงานเป็น “แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย” รวมทั้งปรับปรุงองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารแผนงานฯ ให้ครอบคลุมหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอเรื่อง แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565 มาเพื่อคณะรัฐมนตรีพิจารณา โดยเรื่องนี้เข้าข่ายที่จะต้องนำเสนอคณะรัฐมนตรีตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการเสนอเรื่องและการประชุมคณะรัฐมนตรี พ.ศ.2548 มาตรา 4 (6) ร่างระเบียบ ร่างข้อบังคับ หรือร่างประกาศที่มีผลบังคับแก่ส่วนราชการ โดยทั่วไป เนื่องจากแผนงานฯ ดังกล่าว มีบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และระหว่างกระทรวงอย่างเป็นระบบ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องนำแผนงานฯดังกล่าวไปใช้

เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการต่อไป เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ยกระดับคุณภาพ สาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน

1. การจัดการบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565 ซึ่งกระทรวง สาธารณสุขได้นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2557 มีสาระสำคัญคือ เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานะทันตสุขภาพรุนแรงกว่าวัยอื่น และเป็นวัยที่มีแนวโน้มของ โครงสร้างประชากรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน ได้มีโอกาส เข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขมากขึ้น และเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรม ระบบการบริหารจัดการ ระบบงบประมาณ และบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม ยิ่งขึ้น

1.1 วัตถุประสงค์

1.1.1 เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู สภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ซึ่งจะลดปริมาณผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟัน รวมทั้ง คงสภาพการใช้งาน (function) หลังเกิดโรคและการสูญเสียฟัน ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

1.1.2 เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมด้านทันตสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และนำมาสนับสนุนบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้สูงอายุ

1.1.3 เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุให้มีองค์ความรู้ และปริมาณที่เหมาะสมต่อการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.4 เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการ งบประมาณ การสนับสนุน การ กำกับติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติที่มี ประสิทธิภาพ

1.2 เป้าหมาย

1.2.1 ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี และมีฟันใช้งานได้อย่าง เหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบฟันหลัง) โดยสุขภาพช่องปากดีหมายถึงการมีสถานะช่องปาก และอวัยวะที่เกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ โดยทำให้สามารถกินอาหาร พุดและเข้าสังคมได้ และช่วยส่งเสริมให้สุขภาพโดยทั่วไปดี ปราศจากพยาธิสภาพใดๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ การสึก ของฟัน เนื้อเยื่อปริทันต์ กระจกและเยื่อเมือกในปาก การบดเคี้ยว สภาพฟันปลอม (ฟันเทียม) รวมทั้งความพึงพอใจในสถานะช่องปากของตนเอง

1.2.2 มีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็นคือ 1. การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2. ฟันผุและรากฟันผุ 3. แผล/มะเร็งช่องปาก 4. สภาวะน้ำลายแห้ง 5. ฟันสึก 6. โรคปริทันต์ และ 7. สภาวะช่องปากอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบของผู้สูงอายุ

1.3 กลุ่มเป้าหมาย

1.3.1 กลุ่มเป้าหมายหลัก ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

1.3.2 กลุ่มเป้าหมายรอง ผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี (เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ)

1.4 ประเด็นยุทธศาสตร์และหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

1.4.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนารูปแบบบริการ ระบบบริการ และคุณภาพบริการ ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปาก ซึ่งจะลดปริมาณ โรคและการสูญเสียฟัน รวมทั้งคงสภาพการใช้งาน (function) ของอวัยวะภายในช่องปากหลังเกิดโรคและการสูญเสียฟัน ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดยมี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

1.4.2 ยุทธศาสตร์การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่จะใช้แก้ปัญหาโรคทางทันตกรรมในผู้สูงอายุ รวมทั้งเทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

1.4.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์บริการ และหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ เพื่อให้มีทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาเพียงพอต่อการให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยมีคณะทันตแพทยศาสตร์ ทุกมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

1.4.4 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และการติดตามประเมินผล เพื่อให้มีระบบการบริหารจัดการที่ดี เกิดการบูรณาการแผนงาน/โครงการตามยุทธศาสตร์ให้ขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน สนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทุกยุทธศาสตร์บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

1.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน

เพื่อให้มีการนำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565 ไปสู่การปฏิบัติได้มีการกำหนดแนวทางการบริหารจัดการแผนงาน ในรูปของคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย เป็นกลไกในการบริหารเชิงกลยุทธ์ การกำกับดูแล ติดตาม ประเมินผล ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับ และดำเนินงาน รวมทั้งพัฒนาระบบฐานข้อมูล กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลัก จะจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข รองรับการประสานแผนงาน การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

1.6 บทบาทของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

1.6.1 กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก ประสานแผนงานและดำเนินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ จัดบริการทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปาก รวมทั้งเสนอแผนอัตรากำลัง ความก้าวหน้าตามสายงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย โดยจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข

1.6.2 มุลินีทันตคนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ หน่วยทันตกรรมพระราชทานในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ดำเนินการศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

1.6.3 กระทรวงศึกษาธิการ โดยคณะทันตแพทยศาสตร์ ทุคมหาวิทยาลัย กำหนดหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ทั้งในระดับต่ำกว่าปริญญา ระดับปริญญา ในหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องที่สูงกว่าปริญญาตรี รวมทั้งพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากร

1.6.4 กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สนับสนุนการศึกษาวิจัย และพัฒนานวัต กรรมด้านทันตวัสดุ วัสดุที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

1.6.5 กระทรวงการคลัง สำนักงานประมาณ สนับสนุนการจัดสรรงบประมาณตามแผนงาน

1.6.6 สำนักงาน ก.พ. สนับสนุนด้านอัตรากำลัง และความก้าวหน้าตามสายงานของบุคลากรทุกประเภทที่เกี่ยวข้อง

1.6.7 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สนับสนุนด้านสิทธิ์สวัสดิการการรักษาพยาบาล ครอบคลุมด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้สูงอายุ

1.6.8 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เข้าถึงความรู้พื้นฐานที่จำเป็นได้ตลอดชีวิต

1.6.9 ทัศนแพทย์สภา อำนวยความสะดวก ออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของวิชาชีพทันตกรรมตามแผนงาน

1.6.10 สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ให้คำปรึกษาในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลไกการบริหารจัดการ แนวทางและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับแนวนโยบายระดับชาติ ตลอดจนเสนอแนะนโยบายแก่คณะรัฐมนตรีซึ่งความเห็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 9 หน่วยงานสามารถสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1.6.10.1 กระทรวงการคลัง

1) เห็นชอบในหลักการ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ

2) ภารกิจในแผนงาน เป็นภารกิจพื้นฐานในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นเครือข่ายที่สามารถบูรณาการและประสานงานระหว่างกันได้ กระทรวงสาธารณสุขสามารถพิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร/คณะทำงาน เพื่อดำเนินการตามแผนได้ โดยอาศัยอำนาจกระทรวงสาธารณสุขมาตรา 42 พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวง กรม พ.ศ.2545

1.6.10.2 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เห็นด้วยไม่มีข้อขัดข้อง เพราะจะเป็นประโยชน์ และทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีกรอบทิศทางในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และสามารถแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรม และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วม

1.6.10.3 กระทรวงแรงงาน

1) เห็นด้วย เนื่องจากจะเป็นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้สูงอายุอย่างชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีความต่อเนื่อง หากมีแผนงานที่ชัดเจนจะทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดทิศทางเป้าหมายให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้

2) ควรแต่งตั้งเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม อธิบดีกรมบัญชีกลาง และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นคณะบริหารแผนงาน เพื่อให้การดำเนินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้แก่ผู้สูงอายุทุกสิทธิ ทุกระบบสวัสดิการ

1.6.10.4 กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

เห็นด้วยและควรเพิ่มกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในยุทธศาสตร์ที่ 2

1.6.10.5 กระทรวงศึกษาธิการ

1) เห็นด้วย เนื่องจากเป็นการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการ ศึกษาในด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

2) ควรมีกลไกประสานการดำเนินงานระหว่างหน่วยงาน ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 3 มีความสอดคล้องกับการดำเนินงานของกระทรวงศึกษาธิการ โดยสถาบันอุดมศึกษาซึ่งเป็นหน่วยผลิต พัฒนาคณาจารย์ พัฒนาหลักสูตร และผลิตงานวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม/โครงการตามแผนงาน

3) ควรให้ความสำคัญกับการเผยแพร่ผลงานกิจกรรม/โครงการ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมกิจกรรมทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง และรับทราบผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงควรมีกลไกในการเผยแพร่ผลงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง เช่นการให้บริการข้อมูลด้านการวิจัย การเผยแพร่องค์ความรู้ การจัดฝึกอบรม การบริการรักษาทันตสุขภาพ

1.6.10.6 สำนักงานประมาณ

1) เห็นสมควรที่คณะรัฐมนตรีจะพิจารณาให้ความเห็นชอบ ในหลักการของแผน การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนและอำนาจหน้าที่ โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ

2) ถ้าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามแผนงาน ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเสนอขอรับการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีตามความจำเป็นและเหมาะสม

1.6.10.7 สำนักงาน ก.พ.

เห็นควรสนับสนุน และกระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนปฏิบัติการรองรับตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจน และมีแผนการใช้นวัตกรรมด้าน ทันตกรรมและทันตสาธารณสุขที่สอดคล้องกับการดำเนินงานแผนงาน

1.6.10.8 สำนักงาน ก.พ.ร.

1) เห็นด้วยในหลักการ เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับงาน
 ทันตกรรมผู้สูงอายุ เกิดการบูรณาการและการขับเคลื่อนการดำเนินการ รวมทั้งการจัดตั้งงบประมาณ
 ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน รองรับ โครงสร้างประชากรสังคมผู้สูงอายุ ประกอบกับงาน
 ทันตกรรมผู้สูงอายุมีความยุ่งยาก กระทรวงสาธารณสุขต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่
 เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ จึงจะเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2) กระทรวงสาธารณสุขควรทำแผนงานทันตกรรม
 แห่งชาติ ที่รวมการดำเนินการในเรื่องทันตกรรมของประเทศในหลายๆด้าน และทุกกลุ่มเป้าหมาย
 เพื่อให้มีความครบถ้วนและเห็นภาพรวม

1.6.10.9 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ

1) เห็นชอบ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็น
 กรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการ

2) ทบทวนองค์ประกอบคณะกรรมการบริหารแผนงาน
 ให้มีตัวแทนจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินงานตามแผน โดยครอบคลุมหน่วยงาน
 องค์กรและเครือข่ายจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เช่น สปสช. กรมส่งเสริมการ
 ปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน

3) ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วม
 ในการบริการ โดยภาคเอกชน เพื่อลดภาระงานของบุคลากรภาครัฐ และเพิ่มประสิทธิภาพในการ
 เข้าถึงบริการของประชาชน

4) การประเมินผลและกำหนดตัวชี้วัด โดยเฉพาะ
 ยุทธศาสตร์ที่ 2 ควรกำหนดให้สะท้อนผลกระทบระยะยาวของการลดโรคในช่องปาก ควบคู่กับการ
 วัดผลเชิงปริมาณตามที่กำหนดไว้ในแผนงาน

2. กระทรวงสาธารณสุขขอเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาดังนี้

2.1 เห็นชอบแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 – 2565

2.2 เห็นชอบแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
 ประเทศไทย พ.ศ.2558 – 2565 ซึ่งมาจากทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 เป็นประธาน และอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

2.3 เห็นชอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 – 2565 ไปดำเนินการปฏิบัติและใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ.2558 ลงมติเห็นชอบในหลักการของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 – 2565 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาปรับปรุงแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้เน้นการดำเนินงานในเชิงป้องกันมากกว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพในช่องปาก และควรขยายกลุ่มเป้าหมายหลักให้ครอบคลุมถึงผู้มีอายุต่ำกว่า 60 ปีด้วย โดยในการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2558 ให้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแผนปฏิบัติงาน เป้าหมาย และผลที่คาดว่าจะได้รับให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถชี้ให้เห็นชัดเจนว่าประชาชนจะได้รับผลประโยชน์อย่างไรจากโครงการดังกล่าว ทั้งนี้ให้จัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดตัวชี้วัดของผลสัมฤทธิ์เป็นรายไตรมาส รวมทั้งงบประมาณที่เกี่ยวข้องเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบก่อนการดำเนินการ และให้ความเห็นของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงาน ก.พ. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ สำนักงาน ก.พ.ร. ไปพิจารณาประกอบการดำเนินการด้วย

สรุป

การดำเนินการตามแนวคิดในการปรับปรุงบทบาทและโครงสร้างของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลในแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข มาสังเคราะห์สร้างเป็นแนวทางในการเตรียมการให้บริการและการบริหารจัดการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการดำเนินการตามแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้ว โดยที่ควรให้เน้นการดำเนินงานในเชิงป้องกันมากกว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพในช่องปาก และควรขยายกลุ่มเป้าหมายหลักให้ครอบคลุมถึงผู้มีอายุต่ำกว่า 60 ปีด้วย โดยในการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2558 ให้กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแผนปฏิบัติงาน เป้าหมาย และผลที่คาดว่าจะได้รับให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม และเนื่องจากแผนงานฯดังกล่าว มีบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และระหว่างกระทรวงอย่างเป็นระบบ เพื่อที่จะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำแผนงานฯ ดังกล่าวไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการต่อไป เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ยกระดับคุณภาพสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน

บทที่ 5

สรุป และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางในการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เป็นการศึกษา วิเคราะห์แนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จากนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศไทย ผลงานการศึกษาวิจัยในประเทศไทย รวมถึงการสัมภาษณ์ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยประการที่หนึ่ง เพื่อศึกษาสภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมไทย ประการที่สอง เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน ประการที่สาม เพื่อศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และบริหารจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และประการที่สี่ เพื่อเสนอแนวทางในการให้บริการทางทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้คือ ทำให้ทราบถึงสภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมไทย ทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ได้ทราบถึงแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และบริหารจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และเพื่อที่จะได้เสนอแนวทางให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพัฒนาทันตสาธารณสุขให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป จากการศึกษาวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

สรุป

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ.2568 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 19.8 ล้านคน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2549:8) และมีแนวโน้มอายุยืนยาวมากขึ้น โดยคาดประมาณว่าในปี พ.ศ.2563 ชายจะมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเป็น 74.8 ปี และ 80.3 ปี สำหรับผู้หญิง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2549:6-7) จากแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอายุยืนยาวเช่นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ ปัญหาสุขภาพช่องปาก เนื่องจากระบบบดเคี้ยวส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งจากรายงานผลการ

สำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 (ทันตสาธารณสุข 2555) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80 ปี เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุครอบคลุมทั้งกลุ่มประชากร และพบปัญหาการสูญเสียฟันอย่างชัดเจน สภาวะที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเห็นได้ชัดคือ การปราศจากฟันทั้งปาก ทำให้ไม่สามารถบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 7.5 ของผู้สูงอายุที่ทำการสำรวจทั้งหมด การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุซึ่งมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 10 ซี่ต่อคน แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากไม่ถึงครึ่งหนึ่ง นอกจากนี้ฟันที่ยังคงเหลืออยู่ในช่องปาก ยังพบว่าเป็นฟันที่มีการผุบริเวณรากฟันด้วย โดยพบว่าผู้ที่ไม่มีฟันผู้ที่รากฟันมีเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 3.8 ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี เป็นร้อยละ 12.7 ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี ซึ่งรอยผุที่รากฟันนี้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันตเวชที่จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟันที่เหลือตามมาในที่สุด

งานด้านทันตสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพชีวิตของประชาชนทุกช่วงวัย เพราะหากไม่มีฟันหรือเป็นโรคในช่องปากที่เป็นอุปสรรคต่อการเคี้ยวหรือการกลืนอาหาร ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ ก็จะส่งผลถึงสุขภาพร่างกาย เนื่องจากโรคในช่องปากของประชาชนไทยมีความชุกสูงในทุกกลุ่มอายุ และประชาชนยังมีพฤติกรรมที่ไม่ไปในทิศทางสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ดังนั้นเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพ คือ การให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับการบริการ (need) ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ

แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากดังกล่าว จึงต้องมีทั้งในส่วนการสร้างและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐานที่ถูกต้องด้วยตนเอง การจัดบริการป้องกัน รักษาฟื้นฟูให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ทันเวลา รวมทั้งการส่งต่อและการรับกลับดูแลต่อเนื่องในระยะยาว โดยควรเน้นการให้บริการในสถานบริการใกล้บ้าน การบูรณาการเข้ากับการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ การจัดการปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีในการป้องกัน รักษา ฟันฟุที่เหมาะสมให้ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหา ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังว่าผู้สูงอายุจะสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง เข้าถึงบริการทันตสุขภาพจากภาครัฐ ทั้งด้านการป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดโรคในช่องปาก และการรับบริการรักษาโรคในช่องปากตามความจำเป็นทำให้มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้ โดยปราศจากความเจ็บปวด ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้เพื่อการเคี้ยวอาหารได้ โดยไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมให้หนานที่สุด

โครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เจริญพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นส่วนหนึ่งของประเด็นยุทธศาสตร์กรมอนามัย ด้านการส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม 2. มีพื้นที่ใช้สอยอาหารได้อย่างเหมาะสม 3. มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4. สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัธยาศัย แนวทางการบริหารงานทางทันตกรรม แบ่งได้เป็นส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู โดยงานส่งเสริม ป้องกัน เป็นงานในเชิงรุกและรักษา ฟันฟูเป็นงานในเชิงรับ ซึ่งที่ผ่านมาเป็นงานที่ปฏิบัติกันเป็นส่วนใหญ่ การเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาของผู้สูงอายุที่จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคตอันใกล้ ซึ่งเป็นปัญหาใหม่และยังไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทย จึงควรมีการวางแผนอย่างรอบคอบ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ที่ผ่านมามีประเทศไทยได้มีโครงการจัดการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลายโครงการ และประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี เช่น โครงการฟันเทียมพระราชทาน โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นต้น ซึ่งโครงการที่กล่าวมาเป็นโครงการเฉพาะกิจระยะสั้น การติดตามประเมินผล ประสบผลสำเร็จเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตาม งานทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุยังมีอีกหลายด้าน ทั้งงานในเชิงรับและงานในเชิงรุก ซึ่งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน รวมไปถึงการพัฒนาทันตกรรมที่หลากหลาย เพื่อช่วยให้งานทันตกรรมประสบผลสัมฤทธิ์สูงขึ้น ที่ผ่านมามีโครงการจัดการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ ยังไม่มีแผนงานระดับชาติที่เป็นรูปธรรม ไม่มีระบบและรูปแบบการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ การจัดการบริการเป็นการให้บริการละกันไปในทุกกลุ่มอายุ

การจัดการบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา มีสาระสำคัญคือ เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุที่มีสภาวะทันตสุขภาพรุนแรงกว่าวัยอื่น และเป็นวัยที่มีแนวโน้มของโครงสร้างประชากรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน ได้มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขมากขึ้น และเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรม ระบบการบริหารจัดการ ระบบงบประมาณ และบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. กลุ่มเป้าหมาย

2.1 กลุ่มเป้าหมายหลัก ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2.2 กลุ่มเป้าหมายรอง ผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี (เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ)

3. วัตถุประสงค์

3.1 เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ซึ่งจะลดปริมาณผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟัน รวมทั้งคงสภาพการใช้งาน (function) หลังเกิดโรคและการสูญเสียฟัน ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

3.2 เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมด้านทันตสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และนำมาสนับสนุนบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้สูงอายุ

3.3 เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุให้มีองค์ความรู้ และปริมาณที่เหมาะสมต่อการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการ งบประมาณ การสนับสนุน การกำกับติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีประสิทธิผล

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

เพื่อให้มีการนำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565 ไปสู่การปฏิบัติ ได้มีการกำหนดแนวทางการบริหารจัดการแผนงาน ในรูปของคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย เป็นกลไกในการบริหารเชิงกลยุทธ์ การกำกับดูแล ติดตาม ประเมินผล ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับ และดำเนินงาน รวมทั้งพัฒนาระบบฐานข้อมูล กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลัก จะจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข รองรับการประสานแผนงาน การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

5. ประเด็นยุทธศาสตร์และหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

5.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนารูปแบบบริการ ระบบบริการ และคุณภาพบริการด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปาก ซึ่งจะลดปริมาณ โรคและการสูญเสียฟัน รวมทั้งคงสภาพการใช้งาน (function) ของอวัยวะภายในช่องปากหลังเกิดโรคและการสูญเสียฟัน ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง โดยมี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

5.2 ยุทธศาสตร์การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่จะใช้แก้ปัญหาโรคทางทันตกรรมในผู้สูงอายุ รวมทั้งเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรม

ราชูปถัมภ์ฯ หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

5.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนากุศลกร และหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ เพื่อให้มีทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนา เพียงพอต่อการให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยมีคณะทันตแพทยศาสตร์ ทุกมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก

5.4 ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และการติดตาม ประเมินผล เพื่อให้มีระบบการบริหารจัดการที่ดี เกิดการบูรณาการแผนงาน/โครงการตาม ยุทธศาสตร์ให้ขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน สนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้ทุกยุทธศาสตร์บรรลุ วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

6. บทบาทของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

6.1 กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลัก ประสานแผนงานและดำเนินการนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติ จัดบริการทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปาก รวมทั้งเสนอ แผนอัตรากำลัง ความก้าวหน้าตามสายงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย โดยจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการบริหารแผนงานทันต สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข

6.2 มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ดำเนินการศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ

6.3 กระทรวงศึกษาธิการ โดยคณะทันตแพทยศาสตร์ ทุกมหาวิทยาลัย กำหนด หลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ทั้งในระดับต่ำกว่าปริญญา ระดับปริญญาในหลักสูตรการศึกษา ต่อเนื่องที่สูงกว่าปริญญาตรี รวมทั้งพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากร

6.4 กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สนับสนุนการศึกษาค้นคว้าวิจัย และพัฒนา นวัตกรรมด้านทันตวัสดุ ภูมิปัญญาที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

6.5 กระทรวงการคลัง สำนักงานประมาศ สนับสนุนการจัดสรรงบประมาณตาม แผนงาน

6.6 สำนักงาน ก.พ. สนับสนุนด้านอัตรากำลัง และความก้าวหน้าตามสายงานของ บุคลากรทุกประเภทที่เกี่ยวข้อง

6.7 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สนับสนุนด้านสิทธิ์สวัสดิการการรักษาพยาบาล ครอบคลุมด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับผู้สูงอายุ

6.8 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์ผู้สูงอายุ ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเอง เข้าถึงความรู้พื้นฐานที่จำเป็นได้ตลอดชีวิต

6.9 ทันตแพทยสภา อำนวยความสะดวก ออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อสนับสนุน การดำเนินงานของวิชาชีพทันตกรรมตามแผนงาน

6.10 สำนักงาน ก.พ.ร. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ให้คำปรึกษาในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลไกการบริหารจัดการ แนวทาง และ มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับแนวนโยบายระดับชาติตลอดจนเสนอแนะ นโยบายแก่คณะรัฐมนตรี

คณะรัฐมนตรีได้ลงมติเห็นชอบในหลักการของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย พ.ศ.2558 – 2565 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ เนื่องจากเป็นการสร้างเสริม สุขภาพให้กับประชาชนผู้สูงอายุของประเทศ อันจะนำมาซึ่งสุขภาวะจิตที่ดี สุขภาพความแข็งแรง สมบูรณ์ของร่างกาย ตลอดจนส่งเสริมสภาพความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนชาวไทยอย่างยั่งยืน อีกทั้งเป็นการบูรณาการแนวความคิดที่หลากหลายสอดคล้องกันจากหลายหน่วยงานของประเทศ เพื่อ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติ อันจะเป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุขชนส่วนรวมต่อไป และให้ กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาปรับปรุงแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้เน้นการ ดำเนินงานในเชิงป้องกันมากกว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพในช่องปาก และควรขยายกลุ่มเป้าหมาย หลักให้ครอบคลุมถึงผู้มีอายุต่ำกว่า 60 ปีด้วย โดยในการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2558 ให้ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแผนปฏิบัติงาน เป้าหมาย และผลที่คาดว่าจะได้รับให้ชัดเจน เพื่อให้ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถชี้ให้เห็นชัดเจนว่า ประชาชนจะได้รับ ผลประโยชน์อย่างไรจากโครงการดังกล่าว ทั้งนี้ให้จัดทำแผนปฏิบัติการ กำหนดตัวชี้วัดของ ผลสัมฤทธิ์เป็นรายไตรมาส รวมทั้งงบประมาณที่เกี่ยวข้องเสนอคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบก่อน การดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ในการจัดบริการ ด้านทันตสุขภาพ โดยพิจารณาดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลภาครัฐในทุกสังกัด และภาคเอกชนในเขตสุขภาพเดียวกัน เพื่อรองรับกับรูปแบบการบริหารจัดการใหม่ ที่จะให้มีการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันในการจัดบริการระหว่างสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการของประชาชน

1.2 ควรเพิ่มองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารแผนงาน ที่ทำหน้าที่กำกับ และดูแลการผลิตบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทย์ ศาสตราจารย์แห่งประเทศไทย (อ.บ.ท.ท.) และราชวิทยาลัยทันตแพทย์ เข้ามาเป็นกรรมการโดยตรง เพื่อให้คณะและสถาบันที่ผลิตบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ สามารถรับทราบนโยบาย และนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

1.3 เห็นควรสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องของการจัดกิจกรรม การรณรงค์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามบทบาทหน้าที่แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 เกี่ยวกับการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการบูรณาการดำเนินงานในระดับพื้นที่และช่วยลดความซ้ำซ้อนในการจัดสรรงบประมาณด้านดังกล่าวในภาพรวมของประเทศ

1.4 ควรเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อร่วมกันพัฒนาและยกระดับคุณภาพสาธารณสุขและสุขภาพประชาชนต่อไป

1.5 ควรเพิ่มมาตรการ/กลไก การติดตามและการประเมินผล การรายงานผล เนื่องจากแผนงานดังกล่าวมีระยะเวลาดำเนินการถึง 8 ปี และมีการใช้งบประมาณค่อนข้างสูง

2. ข้อเสนอแนะในระดับปฏิบัติ

2.1 ควรกำหนดตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพ ควบคู่กับตัวชี้วัดในเชิงปริมาณ ที่สามารถสะท้อนผลกระทบระยะยาว ในด้านการลดโรคในช่องปาก เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภาวะโภชนาการที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก การลดลงของโรคความผิดปกติในช่องปากที่สำคัญ เช่น แผล/ มะเร็งในช่องปาก และโรคปริทันต์ เป็นต้น

2.2 พัฒนาบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาระบบบริหารจัดการงบประมาณ การสนับสนุน และการกำกับติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพราะเมื่อพิจารณาจากงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการในระยะที่ 1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนารูปแบบบริการ จำนวน 4,348 ล้านบาท แล้วมีส่วนสำหรับการดูแลรักษาและฟื้นฟูที่ประมาณ 80% และการส่งเสริมป้องกันประมาณ 20% จึงเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขควรจะมุ่งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมป้องกันในแผนระยะที่ 2 เพิ่มมากขึ้น

2.3 เพื่อให้การพัฒนาด้านทันตกรรมมีความยั่งยืนตลอดช่วงชีวิต ทั้งการป้องกันและการรักษา จึงควรจัดให้มีการจัดทำแผนทันตกรรมทุกช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ

2.4 การกำหนดเป้าหมาย/งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ตามยุทธศาสตร์ ควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน จำนวนบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการ และควรมีการจำแนกกิจกรรม/แผนปฏิบัติการ ว่ากิจกรรมใดเป็นไปตามยุทธศาสตร์ หรือเป็นกิจกรรมที่หน่วยงานสามารถดำเนินการได้ตามปกติ

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนงานเป็นระยะ อาจทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อดูผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติ

3.2 ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ การร่วมมือระหว่างบุคลากรภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ตลอดจนประชาชนในชุมชน ต่อการปฏิบัติตามแผนงาน

บรรณานุกรม

หนังสือ

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.

นิตยา เจียรพงษ์และการุณ เลี้ยวศรีสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาทันตกรรมป้องกัน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2535.

สมนึก วัฒนสุนทร. ฟันดีมีสุข. กรุงเทพฯ : บริษัท แปลนพลับบิซซิ่ง จำกัด, 2529.

ทพ.โกเมศ วิชชาวุธ. การสำรวจสถานการณ์ จำนวนทันตแพทย์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กรมอนามัย, 2556.

ผศ.ดร.ทพ.วีรศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ. นโยบายทันตสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ : บริษัท เดอะ กราฟิ โกซิส เต็มส์ จำกัด, 2552.

วารสาร

คุณยพร ตราชูธรรม. “เส้นทางสู่ทันตกรรมกว่าจะได้มาซึ่งทันตกรรมเจดีย์โกชนา”, วารสารข่าวสารทันตกรรมทันตกรรม. รายสามเดือน ฉบับที่ 3 มิถุนายน – สิงหาคม 2557.

ศิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์. “การศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ”, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ตุลาคม 2557 146-154.

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัย

เกสร อังสุสิงห์ และ สุภาวดี พรหมมา. “รายงานการประเมินผลแผนงานทันตกรรมสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539)”. กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541.

นพ.โสภณ เมฆธน. “การเตรียมการด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ”. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2553.

รสลิน วษากรณ์วิจิตร. “แนวทางการศึกษาทันตสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในอนาคต”, เอกสารวิจัยส่วนบุคคล, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2542.

รศ.ดร.สุดใจ ทูลพานิชย์กิจ. “การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาจังหวัดปทุมธานี”, เอกสารวิจัยส่วนบุคคล, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2556.

อัครสุดา เข้มสอน. “การศึกษารูปแบบและกลไกการจัดการการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ”. วิทยาศาสตร์มหบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2553.

เอกสารไม่ตีพิมพ์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11. 2555 – 2559.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4. 2520 – 2524.

กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. “ผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ซึ่งเป็นการสำรวจระดับประเทศของประเทศไทย”. 2555.

กระทรวงสาธารณสุข. “แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย”. 2558-2565.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. “การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครั้งที่ 18”. 2556.

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. “ผู้สังคมผู้สูงอายุ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.agingthai.org>, 2554.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. “บทสรุปผู้บริหาร รายงานเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2557”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : www.service.nso.go.th, 2557.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. “แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข สำนักทันตสาธารณสุข”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : www.anamai.ecgates.com, 2557.

ธิดา รัตนวิไลศักดิ์. “โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุและแนวโน้มปัญหาสุขภาพ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : www.digi.library.tu.ac.th

กองการเจ้าหน้าที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. “บทสรุปผู้บริหาร พฤติกรรมทันตสาธารณสุข”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : person.anamai.moph.go.th.

ทพ.สมนึก วัฒนสุนทร. “การดูแลฟันในผู้สูงอายุ ตอนที่ 2”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : si.mahidol.ac.th

ภาษาต่างประเทศ

Andersen's behavioural model of health service use) ของ Andersen (1995, pp. 1-10

Source: "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?", by Andersen, R.M., 1995,
Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1-10

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นาวาอากาศเอกหญิง นิวัตวาร พัฒน์ชนะ
วัน เดือน ปีเกิด	19 มกราคม 2504
การศึกษา	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางการแพทยศาสตร์ สาขาปริทันตวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล Postgraduate In Periodontics Clinic Univesity of Michigan Postdoctoral Program In Periodontics Univesity of Wasshington วิทยาลัยการทัพอากาศ รุ่นที่ 42
ประวัติการทำงาน โดยย่อ	ทันตแพทย์โรคปริทันต์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
ตำแหน่งปัจจุบัน	นายทหารปฏิบัติราชการ กองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร ประจำกรมกำลังพลทหารอากาศ

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง แนวทางการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย นาวาอากาศเอกหญิง นิตติวาร พัฒน์ชนะ หลักสูตร วปอ. รุ่น 57

ตำแหน่ง นายทหารปฏิบัติกร กอ.รมน. ประจำ กพ.ทอ.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.7 ของประชากรทั่วประเทศในปี 2550 (หรือ 7.0 ล้านคน) เป็นร้อยละ 11.8 (หรือ 7.5 ล้านคน) ในปี 2553 ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ 10.01 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั่วประเทศ มีการคาดว่าจะจะเป็นร้อยละ 20.0 (หรือ 14.5 ล้านคน) ในปี 2568 จึงนับว่า อัตราการเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society)” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่า ประเทศไทยมีเวลาน้อยมากในการเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ

การเพิ่มจำนวนสูงขึ้นของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อทั้งภาคเศรษฐกิจและสังคม การขาดแคลนแรงงานทั้งทางภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม ทำให้การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจชะลอตัว ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อการยังชีพทำให้การใช้จ่ายเพื่อการบริโภคภาคครัวเรือนลดลงอุปสงค์และอุปทานของสินค้าเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากรูปแบบการใช้จ่าย ความเสื่อมถอยของสุขภาพทำให้ความต้องการบริการจากรัฐทางด้านสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้นภาคสังคมและชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น ภาครัฐต้องตระหนักถึงปัญหาที่จะตามมาในอนาคต และเตรียมแผนการรองรับอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทุกภาคส่วน

อายุที่เพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย มักมีโรคประจำตัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อเนื่องกันเป็นระบบ ดังตัวอย่างเช่น ปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีปริมาณฟันที่น้อยลงทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ละเอียด ภาวะอาหารต้องทำงานหนักขึ้น เกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารได้ นอกจากนี้ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ยังส่งผลต่อการเข้ารับบริการสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขสูงกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจของประเทศ

สุขภาพช่องปาก อันประกอบด้วยฟันและเหงือก เป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรป้องกัน และรักษาให้อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ เพราะเป็นอวัยวะที่จำเป็นอย่างมากในการดำรงชีวิต นับแต่วัยเยาว์จนถึงวันสุดท้ายของชีวิต หน้าที่ที่มีคุณค่าของฟันที่เห็นได้ชัดเจนคือ การบดเคี้ยวอาหาร เพื่อช่วยระบบการย่อยอาหาร สำหรับสร้างการเจริญเติบโต ซ่อมแซมอวัยวะต่างๆของร่างกาย และยังช่วยในการพูดและออกเสียง งานด้านทันตสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพชีวิตของประชาชนทุกช่วงวัย เพราะหากไม่มีฟันหรือเป็นโรคในช่องปากที่เป็นอุปสรรคต่อการเคี้ยวหรือการกลืนอาหาร ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ ก็จะส่งผลถึงสุขภาพร่างกาย ดังกระแสนพระราชดำริสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ความว่า “ เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” และทรงมีพระมหากรุณาธิคุณจัดตั้ง หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ เพื่อกระจายโอกาสไปสู่ประชาชนในท้องที่ห่างไกล ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 เรียกว่า หน่วยทันตกรรมพระราชทาน

แนวทางการบริหารงานทางทันตกรรม แบ่งได้เป็น ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู โดยงานส่งเสริม ป้องกันเป็นงานในเชิงรุก และรักษา ฟันฟูเป็นงานในเชิงรับ ซึ่งที่ผ่านมาเป็นงานที่ปฏิบัติกันเป็นส่วนใหญ่ การเตรียมการณ์เพื่อรองรับปัญหาของผู้สูงอายุ ที่จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในอนาคตอันใกล้นี้ ซึ่งเป็นปัญหาใหม่และยังไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทย จึงควรมีการวางแผนอย่างรอบคอบ ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

องค์การอนามัยโลกได้ระบุปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่สำคัญมี 6 ประการคือ 1. การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2. ฟันผุและรากฟันผุ 3. โรคปริทันต์ 4. แผล/มะเร็งช่องปาก 5. สภาวะน้ำลายแห้ง และ 6. ฟันสึก รัฐบาลได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหา ทันตสาธารณสุข จึงได้บรรจุแผนงานทันตสาธารณสุขฉบับแรกลงในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - 2524) จนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับปัจจุบัน ซึ่งการดำเนินงานทันตสาธารณสุข เป็นการผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ด้วยเทคนิควิชาการที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การจัดการบริการทันตกรรมที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นการให้บริการคละกันไปในทุกกลุ่มอายุไม่มีรูปแบบการบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า จากการที่ผู้สูงอายุในสังคมไทยยังไม่ได้รับการดูแลทางด้านทันตกรรมอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ดีอันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย จึงควรมีการศึกษาแนวทางในการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุข เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่จะมาถึงในไม่ช้า อีกทั้งศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อ

ประกอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการพัฒนางานทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านระบบและรูปแบบการให้บริการ องค์ความรู้และบุคลากร ตลอดจนกลไกและปัจจัยสนับสนุนในการจัดการบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมไทย
2. ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน
3. เพื่อศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และบริหารจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ
4. เพื่อเสนอแนวทางในการให้บริการทางทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา เน้นการวิจัยในการกำหนดรูปแบบการให้บริการทางทันตกรรม เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ
2. ขอบเขตด้านประชากร การวิจัยเฉพาะกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและบุคลากรทางทันตสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน
3. ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาในการทำการวิจัย 7 เดือน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การรวบรวมข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ วรรณกรรม ทฤษฎี งานวิจัย และแนวความคิดที่เกี่ยวข้อง เช่น จากห้องสมุดวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร และสถาบันทันตกรรม รวมทั้งจากเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนข้อมูลปฐมภูมิได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องประมาณ 5 - 10 คน มาวิเคราะห์ร่วมกับแนวความคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงนำมาสังเคราะห์สร้างเป็นแนวทางในการให้บริการและการบริหารจัดการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงสภาพทั่วไปที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมไทย
2. ทำให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการทางทันตสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน
3. ทำให้ทราบถึงแนวทางในการแก้ปัญหาการให้บริการ และการบริหารจัดการทางทันตกรรมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ
4. เสนอแนวทางให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปพัฒนาทันตสาธารณสุขให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในสังคมไทยต่อไป

ผลการวิจัย

แนวทางการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการจัดการบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลายโครงการ และประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี โดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชน ได้แก่ โครงการฟันเทียมพระราชทานในปี พ.ศ.2548 – 2550 เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ซึ่งได้ดำเนินงานต่อเนื่องในระยะที่ 2 ในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษาครบ 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 ระหว่างปี พ.ศ. 2552 – 2554 และโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 นำรากฟันเทียมที่ผลิตในประเทศไทย โดยกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มาจัดบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เกี่ยวกับอาหารของฟันเทียมชั้นล่างแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศ ระยะที่หนึ่งดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ.2550 - 2552 ระยะที่สองดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ.2552 – 2554 และในปี พ.ศ.2553 มุลินีทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้จัดทำโครงการฟันเทียมและรากฟันเทียม 999 ชุด ในกรณีที่ต้องใส่ฟันพร้อมฝังรากเทียมซี่เดียว ซึ่งโครงการที่กล่าวมาเป็นโครงการเฉพาะกิจ ระยะสั้น การติดตามประเมินผล ประสบผลสำเร็จเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่ายเป็นอย่างดี เป็นโครงการเพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ซึ่งประชาชนไทยจะพร้อมให้ความร่วมมือร่วมใจอย่างเต็มที่นับเป็นความพิเศษอย่างหนึ่งของสังคมไทย ซึ่งหาได้ยากในสังคมอื่น แต่อย่างไรก็ตามงาน

ทันตกรรมผู้สูงอายุยังมีอีกหลายด้าน ทั้งงานในเชิงรับและงานในเชิงรุก ซึ่งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน รวมไปถึงการพัฒนาทันตกรรมที่หลากหลาย เพื่อช่วยให้งานทันตกรรมประสบผลสัมฤทธิ์สูงขึ้น

เนื่องจากสุขภาพช่องปากส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะความสุขในการเคี้ยว กัด กลืนอาหาร จึงสอดคล้องกับวิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน โดยกำหนดเป้าหมายระยะ 10 ปี คือ 1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า 80 ปี 2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 72 ปี และเพื่อให้คนไทยบรรลุการมีสุขภาพที่ดีเมื่อสูงวัย ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจึงควรเตรียมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีปัญหาสุขภาพช่องปากในหลายๆประเด็น อาทิเช่น การสูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ฟันผุและรากฟันผุ ปริทันต์ ภาวะน้ำลายแห้ง ปัญหาเหล่านี้ยังสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังทางร่างกาย โดยการมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันที่พบบ่อย เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคของระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น จึงทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากมีความยากและซับซ้อนกว่ากลุ่มอายุอื่น

แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากดังกล่าว จึงต้องมีทั้งในส่วนการสร้างและการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐานที่ถูกต้องด้วยตนเอง การจัดบริการป้องกัน รักษา ฟันฟูให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ทันเวลา รวมทั้งการส่งต่อและการรับกลับดูแลต่อเนื่องในระยะยาว โดยควรเน้นการให้บริการในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน การบูรณาการเข้ากับการดูแลผู้สูงอายุด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ การจัดการปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการพัฒนาเทคโนโลยีในการป้องกัน รักษา ฟันฟูที่เหมาะสม ให้ครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุ และก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมุ่งหวังว่าผู้สูงอายุจะสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง เข้าถึงบริการทันตสุขภาพจากภาครัฐ ทั้งด้านการป้องกันความเสี่ยงจากการเกิดโรคในช่องปากและการรับบริการรักษาโรคในช่องปากตามความจำเป็น ทำให้มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้ โดยปราศจากความเจ็บปวด ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้เพื่อการเคี้ยวอาหารได้ โดยไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมให้หนานที่สุด

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีผู้สูงอายุไทยได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ร่วมกับการมีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การพัฒนารูปแบบการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีจำนวนสูงถึง 9.9 ล้านคน เพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และเพื่อการพัฒนาโครงสร้าง

เสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้มากขึ้น จึงต้องมีการดำเนินการต่อเนื่อง

แนวคิดการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงานและสูงอายุ ปี 2555 - 2560

1. ขยายเครือข่ายฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ รวมทั้งสนับสนุนการจัดบริการผสมผสาน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟูสภาพช่องปาก และการส่งต่อ ดังนี้

1. การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

2. การจัดบริการป้องกันรายบุคคล

3. การจัดบริการรักษาทางทันตกรรมทั่วไป

4. การจัดบริการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะทาง
- ปริทันต์ / รักษาคลองรากฟัน / ศัลยกรรมช่องปาก /
เวชศาสตร์ช่องปาก

5) การฟื้นฟูสภาพช่องปาก
- ฟันเทียม / รากฟันเทียม / Prosthesis อื่นๆ

2. บูรณาการกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น มาตรฐานผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) วัด/มัสยิดส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียง เป็นต้น

3. สร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านบริการ การผลิต/พัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และเอกชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

4. ประสานมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ ศึกษาและเผยแพร่นวัตกรรม เพื่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ผลิตในประเทศไทย

5. พัฒนาหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ ร่วมกับคณะทันตแพทยศาสตร์ทุกมหาวิทยาลัย เพื่อเตรียมการศึกษาต่อเนื่องของทันตบุคลากรที่จะส่งผลต่อคุณภาพบริการ

6. พัฒนาเทคโนโลยี รูปแบบ แนวทาง เกณฑ์ มาตรฐาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก

7. การรณรงค์สร้างกระแส เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการ

ตามการคาดการณ์ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุรวมจำนวน 12,272,035 คน และในปีพ.ศ. 2573 จะมีจำนวน 17,744,822 คน คิดเป็นสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศเป็น 17.51 และ 25.12 ตามลำดับ อันเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชากรกลุ่มดังกล่าว คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้มีมติเห็นชอบแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับปรับปรุงเมื่อวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2556 ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่า การดำเนินการภายใต้แผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน เพื่อให้ เกิดการบูรณาการ จึงมีการนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและมอบหมายให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางจัดทำแผนปฏิบัติการต่อไป

แนวทางการเตรียมการด้านทันตสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอเรื่อง แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565 มาเพื่อคณะรัฐมนตรีพิจารณา โดยเรื่องนี้เข้าข่ายที่จะต้องนำเสนอ คณะรัฐมนตรีตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการเสนอเรื่องและการประชุมคณะรัฐมนตรี พ.ศ.2548 มาตรา 4 (6) ร่างระเบียบ ร่างข้อบังคับ หรือร่างประกาศที่มีผลบังคับแก่ส่วนราชการโดยทั่วไป เนื่องจากแผนงานดังกล่าว มีบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และระหว่างกระทรวงอย่างเป็นระบบ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องนำแผนงานดังกล่าวไปใช้ เป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการต่อไป เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม ยกระดับคุณภาพ สาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน

การจัดการบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทย

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558 - 2565 ซึ่งกระทรวง สาธารณสุขได้นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ.2557 มีสาระสำคัญคือ เพื่อให้ประชากรผู้สูงอายุที่มีสภาวะทันตสุขภาพรุนแรงกว่าวัยอื่น และเป็นวัยที่มีแนวโน้มของ โครงสร้างประชากรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน ได้มีโอกาส เข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขมากขึ้น และเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรม ระบบการบริหารจัดการ ระบบงบประมาณ และบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม ยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ซึ่งจะลดปริมาณผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันรวมทั้งคงสภาพการใช้งาน (function) หลังเกิดโรคและการสูญเสียฟัน ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง
2. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมด้านทันตสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และนำมาสนับสนุนบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้สูงอายุ
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุให้มีองค์ความรู้ และปริมาณที่เหมาะสมต่อการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ
4. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการ งบประมาณ การสนับสนุน การกำกับติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีประสิทธิผล

เป้าหมาย

1. ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี และมีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง) โดยสุขภาพช่องปากดี หมายถึง การมีสภาวะช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้องที่ทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ โดยทำให้สามารถกินอาหาร พุดและเข้าสังคมได้ และช่วยส่งเสริมให้สุขภาพโดยทั่วไปดี ปราศจากพยาธิสภาพใดๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ การสึกของฟัน เนื้อเยื่อปริทันต์ กระจุกและเยื่อเมือกในปาก การบิดเคี้ยว สภาพฟันปลอม (ฟันเทียม) รวมทั้งความพึงพอใจในสภาวะช่องปากของตนเอง
2. มีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็นคือ 1. การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2. ฟันผุและรากฟันผุ 3. แผล/มะเร็งช่องปาก 4. สภาวะน้ำลายแห้ง 5. ฟันสึก 6. โรคปริทันต์ และ 7. สภาวะช่องปากอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบของผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. กลุ่มเป้าหมายรอง ผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี (เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ)

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

1. ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านทันตสุขภาพ โดยพิจารณาดำเนินการร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลภาครัฐในทุกสังกัด และภาคเอกชนในเขตสุขภาพเดียวกัน เพื่อรองรับกับรูปแบบการบริหารจัดการใหม่ ที่จะทำให้มีการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันในการจัดบริการ

ระหว่างสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการของประชาชน

2. ควรกำหนดตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพควบคู่กับตัวชี้วัดในเชิงปริมาณ ที่สามารถสะท้อนผลกระทบระยะยาว ในด้านการลดโรคในช่องปาก เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภาวะโภชนาการที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก การลดลงของโรค ความผิดปกติในช่องปากที่สำคัญ เช่น แผล/มะเร็งในช่องปาก และโรคปริทันต์ เป็นต้น

3. เห็นควรสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องของการจัดกิจกรรม การรณรงค์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามบทบาทหน้าที่แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 เกี่ยวกับการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการบูรณาการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และช่วยลดความซ้ำซ้อนในการจัดสรรงบประมาณด้านดังกล่าวในภาพรวมของประเทศ

4. ควรเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อร่วมกันพัฒนาและยกระดับคุณภาพสาธารณสุขและสุขภาพประชาชนต่อไป

5. พัฒนาศักยภาพด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาระบบบริหารจัดการ งบประมาณ การสนับสนุน และการกำกับติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพราะเมื่อพิจารณาจากงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการในระยะที่ 1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนารูปแบบบริการ จำนวน 4,348 ล้านบาท แล้วมีส่วนสำหรับการดูแลรักษาและฟื้นฟูที่ประมาณ 80% และการส่งเสริมป้องกันประมาณ 20% จึงเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขควรจะมุ่งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมป้องกันในแผนระยะที่ 2 เพิ่มมากขึ้น

6. เพื่อให้การพัฒนาด้านทันตกรรมมีความยั่งยืนตลอดช่วงชีวิต ทั้งการป้องกันและการรักษา จึงควรจัดให้มีการจัดทำแผนทันตกรรมทุกช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ

7. ควรเพิ่มมาตรการ/กลไก การติดตามและการประเมินผล การรายงานผล เนื่องจากแผนงานดังกล่าวมีระยะเวลาดำเนินการถึง 8 ปี และมีการใช้งบประมาณค่อนข้างสูง

8. ควรเพิ่มองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารแผนงาน ที่ทำหน้าที่กำกับและดูแลการผลิตบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทย ศาสตร์แห่งประเทศไทย (อ.บ.ท.ท.) และราชวิทยาลัยทันตแพทย์ เข้ามาเป็นกรรมการ โดยตรง เพื่อให้คณะและสถาบันที่ผลิตบุคลากรผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ สามารถรับทราบนโยบาย และนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

9. การกำหนดเป้าหมาย/งบประมาณ ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ตามยุทธศาสตร์ ควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน จำนวนบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการ และควรมีการจำแนกกิจกรรม/แผนปฏิบัติการ ว่ากิจกรรมใดเป็นไปได้ตามยุทธศาสตร์ หรือเป็นกิจกรรมที่หน่วยงานสามารถดำเนินการได้ตามปกติ