

การพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์
Development of Elderly Oral Health System
in Muang Municipality, Muang District, Surin

พรทิพย์ ศุกรเวทย์ศิริ, ท.บ.*

Pornthip Sukarawetsiri, D.D.S.*

*กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

*Dental Public health Department, Surin Provincial Public Health Office, Surin Province, Thailand, 32000

Corresponding author.E-mail address: Julia.9927@hotmail.com

Received: 01 Mar. 2021. Revised: 03 Mar. 2021. Accepted: 12 Apr 2021.

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอยู่ยังไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของชุมชนยังมีน้อย มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ
- วัตถุประสงค์** : เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชุมชน เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์
- วิธีการศึกษา** : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Stephen Kemmis และ McTaggart มุ่งเน้นศึกษารูปแบบโดยใช้กระบวนการวางแผนการปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผล ในขั้นตอนการวางแผนใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control) ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ.2561 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุในชุมชนหลังตลาด จำนวน 80 คน กลุ่มผู้เกี่ยวข้องจำนวน 25 คน การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ Paired t-test
- ผลการศึกษา** : พบว่า กระบวนการดำเนินงานตามการพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาบริบทของพื้นที่ วิเคราะห์สภาพปัญหา ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ นิเทศติดตาม สรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีระบบ หลังการดำเนินงานพบว่า ความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)
- สรุปผลการศึกษา** : ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ คือ ภาควิเคราะห์โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถเป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกร่วมกับทีมและภาควิเคราะห์ในพื้นที่อย่างใกล้ชิด
- คำสำคัญ** : ผู้สูงอายุ รูปแบบ ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เครือข่าย

ABSTRACT

- Background** : The existing oral health care models in the community were in consistent with the local context and less participation of the community Effect on oral health care in the elderly.
- Objective** : This research aimed to study development of elderly oral health system by community network in Lungtalad Community.
- Methods** : This study is a action research by Stephen Kemmis and McTaggart focus on the model by using the participatory planning process (appreciation influence control), bserving, and reflecting results. Total implementation period is 7 months. The sample group consisted of 80 elderly people in Lungtalad Community and 25 participants stake holders. Data were collected by questionnaires, observation forms, meeting records and supervision forms. The process of the development of elderly's oral health system by community network included 6 steps. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, average, standard deviation, minimum, maximum and paired t-test.
- Results** : The results revealed that the process of the development of elderly's oral health system by community network included 6 steps which were context base analysis, the problems analysis, participatory planning activities, action, supervision, and evaluation and conclusion. The dental health knowledge and practice of elderly and participation board of directors were significantly increased (p-value <0.001).
- Conclusion** : The success factor of the implementation of the elderly oral health care system is network partners, especially Village Health Volunteer who can lead proactive activities with the team and network partners.
- Keywords** : Elderly, Oral Health Care System, Model, Network

หลักการและเหตุผล

ในปี พ.ศ.2562 ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนประมาณ 11,136,059⁽¹⁾ และอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 19 ล้านคน หรือ คิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมดจึงกล่าวได้ว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ⁽²⁾ จังหวัดสุรินทร์มีผู้สูงอายุ 224,364 คน คิดเป็นร้อยละ 15.1 ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของสภาพร่างกายเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อระบบบดเคี้ยวอาหาร ส่งผลกระทบต่อภาวะ โภชนาการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ได้มีการกำหนดคุณภาพชีวิต ด้านทันตสุขภาพว่าคนเราเมื่ออายุเกิน

60 ปี ควรจะมีฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีฟันกรามสบกันดีทั้งซ้ายขวาอย่างน้อยข้างละ 2 คู่ นอกจากนี้ยังต้องมีเหงือกแข็งแรงไม่เป็นโรคเหงือกอักเสบจึงจะถือว่าเป็นผู้มีสุขภาพช่องปากดี⁽³⁾ จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 ปีพ.ศ.2560⁽⁴⁾ พบว่าผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 56.1 มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เฉลี่ย 18.6 ซี่ต่อคน ร้อยละ 40.2 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่ ส่วนในอายุกลุ่ม 80-85 ปี ร้อยละ 22.4 มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังที่ใช้บดเคี้ยวสบอย่างน้อย 4 คู่ เพียงร้อยละ 12.1 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ยังมีฟันแท้เหลืออยู่ในช่องปาก

ยังพบปัญหา โรคฟันผุ โรคปริทันต์ และรากฟันผุ ในขณะที่ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยเหล่านี้ ส่งผลต่อการเพิ่มโอกาสสูญเสียฟัน รวมทั้งยังมีการใช้บริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 38.6 จากการสำรวจทันตสุขภาพจังหวัดสุรินทร์ ปีพ.ศ.2560 พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนฟันแท้ที่สามารถใช้งานได้เฉลี่ย 19.3 ซี่ต่อคน โดยมีแนวโน้มลดลงจากปี 2555 และ 2556 คือเฉลี่ย 21 ซี่ และ 19.3 ซี่ตามลำดับ จำนวนฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่ ร้อยละ 26.4 และจำนวนฟันแท้ที่เหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ เฉลี่ย 21, 20 และ 19.2 ซี่ นอกจากนี้แนวโน้มการเกิดฟันผุ รากฟันผุ โรคปริทันต์สูงขึ้น มีผลให้ ประสิทธิภาพของระบบการย่อยอาหารใน ร่างกายลดลง ท้องอืด ท้องเฟ้อ ส่งผลกระทบต่อ ระบบการดูดซึมอาหารไปด้วย ทำให้รูปลักษณะใบหน้าเปลี่ยนแปลงไป ระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลจะเน้นให้บริการรักษาตามอาการ และการดำเนินงานตามโครงการที่เป็นรูปแบบจากส่วนกลาง อาจไม่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในพื้นที่ หากพิจารณาจากการดำเนินงานตาม โครงการที่ผ่านมาแล้วปัญหาทางทันตสุขภาพยังคงเพิ่มสูงขึ้น จึงจำเป็นที่ทันตบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญและร่วมมือในการแก้ไขปัญหาด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำในชุมชน สามารถทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และผลการวิจัยทำให้ความรู้ การปฏิบัติตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น แต่มีปัญหาอุปสรรคเรื่องการเข้าถึงบริการและการรับบริการของผู้สูงอายุในสถานพยาบาล⁽⁵⁾

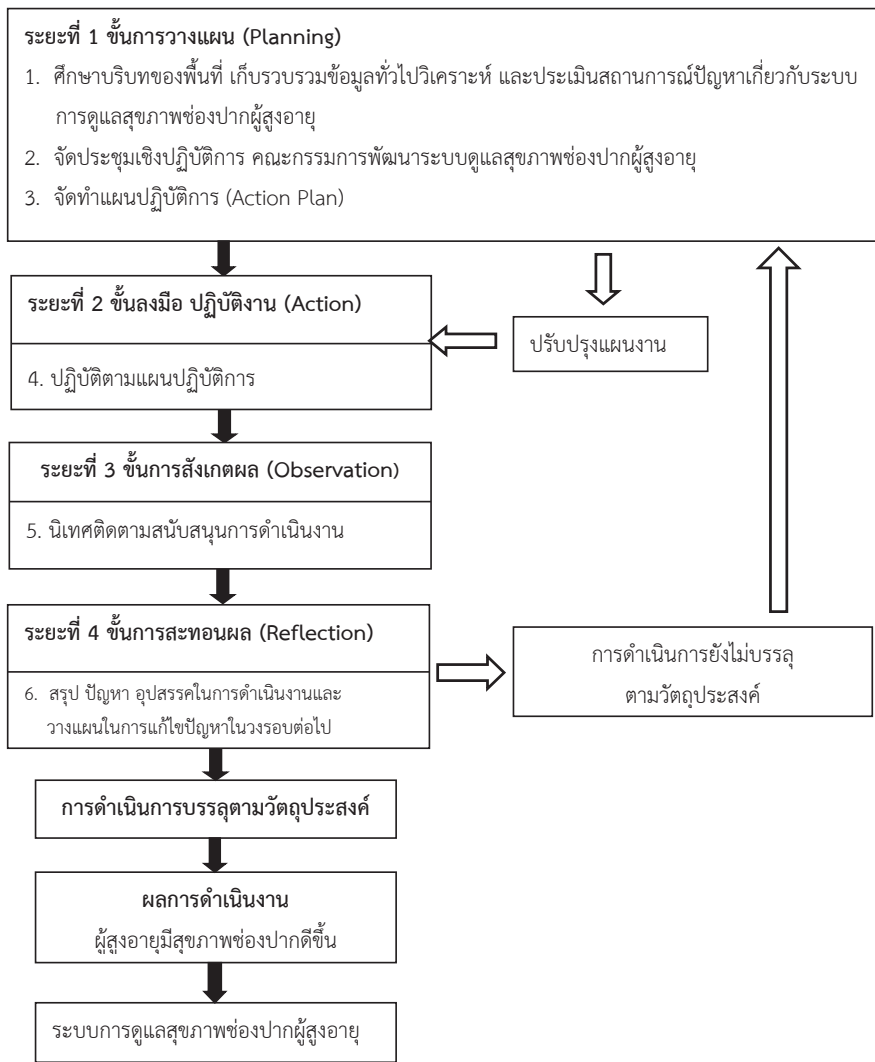
ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ถึงปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ว่ามีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกันตั้งแต่ผู้สูงอายุ บุคคลในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน⁽⁶⁾ เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและ

เกิดระบบในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁽⁷⁾ เพื่อแก้ไขปัญหาการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ซึ่งการดำเนินงานทันตสุขภาพไม่สามารถที่จะแยกส่วนพัฒนา หรือแยกส่วนจากวิถีการดำเนินชีวิต ที่ต้องมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับหน่วยที่เล็กที่สุดคือ ครอบครัว ชุมชนหมู่บ้าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหา การพัฒนาเป็นระบบที่มีความเชื่อมโยงกัน สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัย Action Research เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin McTaggart⁽⁷⁾ โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์องค์การแพทย์โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 31/2561 คัดเลือกตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ เป็นผู้สูงอายุในชุมชนหลังตลาดสี่แยกชาติไทย เพศชาย-หญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร อ่านออก เขียนได้โดยใช้ภาษาไทยไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีความเต็มใจและสมัครใจเข้าร่วมโดยจะได้รับการทราบข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมและโครงการอย่างครบถ้วนและลงนามในแบบสมัครใจเข้าร่วม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุในชุมชนหลังตลาดที่เข้าเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วม จำนวน 80 คน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 25 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของเทศบาล จำนวน 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน รองประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลสุรินทร์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ชุมชนหลังตลาด) จำนวน 6 คน ตัวแทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน และแกนนำสุขภาพ จำนวน 1 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ระยะ 6 ขั้นตอน ตามภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีการตรวจสอบเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา Index of Congruence (IOC) โดยข้อคำถามมีค่า IOC ไม่น้อยกว่า 0.5 และการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 50 ราย พบว่า

- ข้อคำถามความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุทั้งหมด 15 ข้อ ใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.9⁽⁸⁾

- ข้อคำถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุทั้งหมด 15 ข้อ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7

- ข้อคำถามการมีส่วนร่วมดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุทั้งหมด 10 ข้อ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8

- ข้อคำถามความพึงพอใจในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุทั้งหมด 10 ข้อ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 แบบ ได้แก่ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากรของผู้สูงอายุ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ การรับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ใช้ทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ในส่วนที่ 3-5 มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end Question) และมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของ Likert (Likert-Type Scale)⁽⁹⁾ มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ส่วนที่ 6 แบบตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative)
มี 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เก็บจากขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมแบบบันทึกการประชุม การสังเกตการณ์ จากการทำงานตามแผนปฏิบัติการตามแผน โดยบันทึกความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรม

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงการดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข

ชุดที่ 3 แบบนิเทศ ติดตามผลการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา

1. ศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ประเด็นปัญหา สรุปได้ดังนี้

1.1. บริบทของพื้นที่เทศบาลเมืองสุรินทร์ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 39,179 คน เป็นชาย 18,023 คน หญิง 21,156 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมเป็นหลัก ชุมชนในเขตเทศบาล มีจำนวน 33 ชุมชน จำนวนผู้สูงอายุในชุมชนหลังตลาดจำนวน 102 คน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ การบริการสุขภาพในเขตเทศบาลมีสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ภาครัฐประกอบด้วยโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมจำนวน 1 แห่ง และหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน สังกัดโรงพยาบาลจังหวัด 4 แห่ง หน่วยบริการสุขภาพในชุมชนสังกัดเทศบาลเมือง 1 แห่ง นอกจากนี้ยังมีสถานพยาบาลเอกชนอีกหลายแห่ง และคลินิกทันตกรรมเอกชนจำนวน 20 แห่ง

1.2. บริบทระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบเดิมการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินงานตามนโยบายของส่วนราชการ ในส่วนของงานทันตสาธารณสุข มีส่วนที่เกี่ยวข้องโดยเข้าไปผนวกรวมกับ โครงการคัดกรองสภาวะสุขภาพเบื้องต้นเท่านั้น ส่วนการให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ผู้สูงอายุจะไปรับบริการเองที่ โรงพยาบาล และ ศูนย์สุขภาพชุมชน และบางส่วนไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเข้าไปร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่ ยังมีน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความร่วมมือตามกิจกรรมต่างๆ มากกว่าร่วมดำเนินการอย่างแท้จริง

1.3. ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุของจังหวัดสุรินทร์ก่อนการพัฒนา ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชุมชนหลังตลาดจำนวน 80 คน ก่อนการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากเปรียบเทียบกับ การตรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ชุมชนหลังตลาด จำนวน 80 คน ก่อนการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากเปรียบเทียบกับผลการตรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8

รายการ	ระดับประเทศ	ระดับจังหวัดสุรินทร์
ผู้สูงอายุมีประสบการณ์การถอนฟัน	(96.8%)	(89.0%)
ประสบการณ์ฟันผุ อด ถอน	(98.5%)	(92.4%)
ฟันสึกชัดเจนผิดปกติ	(78.9%)	(70.9%)
ประสบการณ์ตัวฟันผุ	(94.1%)	(62.0%)
การมีเหงื่อกรนมากกว่า 4 มิลลิเมตร	(36.2%)	(88.6%)
รากเผยฝัง	(85.1%)	(78.5%)
รากฟันผุ	(64.0%)	(67.0%)

ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก เช่นการเคี้ยวหมาก การรับบริการจากหมอเถื่อนในการทำฟันปลอม จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยส่วนมากเข้าใจว่าเรื่องฟันและช่องปากจะเสื่อมสภาพไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

2. กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย 4 ระยะ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ชุมชนหลังตลาด เขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน ศึกษาข้อมูลจากข้อมูลทุติย

ภูมิที่รวบรวมโดยผู้วิจัยและเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา (Pre-test) โดยใช้แบบตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบทดสอบความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการกลุ่มโดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 25 คน ใช้เวลาในการดำเนินการ 1 วัน

ขั้นตอนที่ 3 ทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่าย (Action plan) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการสังเคราะห์และสรุปแผนปฏิบัติการได้โครงการมาทั้งหมด 3 โครงการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แผนปฏิบัติการโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุชุมชนหลังตลาด

โครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา
1. โครงการอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ	ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองในผู้สูงอายุจำนวน 80 คน	2 วัน
2. โครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในด้านความรู้ การเฝ้าระวังและการดูแลผู้สูงอายุทางทันตกรรม	เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	อบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการด้านทันตสุขภาพแก่ อสม. จำนวน 16 คน ร่วมออกตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกับทันตบุคลากรภายใต้ชื่อกิจกรรม “ปากดี มีสุข” พร้อมให้คำแนะนำและติดต่อประสานงานเพื่อส่งต่อการรักษาที่โรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน	1 วัน
3. โครงการพัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน	เพื่อให้เกิดเครือข่ายในชุมชน	มีการแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ ความรู้ต่างๆ โดยใช้เครือข่ายผู้เข้าร่วมจำนวน 25 คน ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของเทศบาล 2 คน ประธานและรองประธานชมรมผู้สูงอายุรวม 3 คน บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลสุรินทร์ 4 คนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ชุมชนหลังตลาด) 6 คน คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ 9 คน แกนนำสุขภาพชุมชน 1 คน	2 เดือน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมการดำเนินงานโดยมีแผนกิจกรรมโครงการ จำนวน 3 โครงการ

1. โครงการอบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ โดยมีผู้สูงอายุเข้าร่วม 80 คน ผลการอบรมพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบอวัยวะในช่องปาก รวมถึงสภาพที่ก่อโรคต่างๆ และฝึกทักษะประสบการณ์เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปาก ฟันปลอม และผลจากการทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพ พบว่า หลังการอบรมผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะการฝึกปฏิบัติเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการอบรม

2. โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม) ในด้านความรู้ การเฝ้าระวังและการดูแลผู้สูงอายุทางทันตกรรม โดยมี อสม. เข้าร่วม 16 คน จากการสังเกต และประเมินผล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสนใจในเนื้อหา และการลงมือปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพช่องปาก การประเมินสุขภาพฟัน รวมถึงรอยโรคในช่องปากที่จะต้องให้คำแนะนำเพื่อส่งต่อไปรักษา และ อสม. ได้มีการร่วมออกตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกับทันตบุคลากรภายใต้ชื่อกิจกรรม “ปากดี มีสุข” พบว่า อสม. มีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น อีกทั้งยังได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุได้เรียนรู้ และรู้สึกเหมือนได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น

3. โครงการพัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชนผู้เข้าร่วมจำนวน 25 คน มีการแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีการประชุมเพื่อติดตามการปฏิบัติและทบทวนกิจกรรม เพื่อการพัฒนา มีการให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ความรู้ต่างๆ โดยใช้เครือข่าย

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย 1 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 5 นิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงานจากการติดตามและสังเกตผลหลังทำกิจกรรม พบว่าผู้เกี่ยวข้องยังมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนเองในการดำเนินงานน้อย การมีส่วนร่วมของหัวหน้าหน่วยงาน เช่น นายกเทศมนตรี มีภารกิจจำนวนมากจึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้แต่ได้มีการส่งตัวแทนผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมแทนการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุยังมีน้อย

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) ประกอบด้วย 1 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 6 สรุป ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา ในวงรอบต่อไป ปัญหาที่พบ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและบางคนมีภาระในการดูแลลูกหลาน ทำให้พลาดโอกาสร่วมกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุ แนวทางการแก้ไขปัญหานี้อาจทำได้เพียงบูรณาการเรื่องการให้ความรู้ทางทันตสุขภาพและการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุร่วมกับกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของ อสม. การให้บริการสุขภาพ มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ต่อเนื่อง การให้บริการเชิงรุกไม่ครอบคลุม เนื่องจากภาระงานรับผิดชอบมากและบุคลากรไม่เพียงพอ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นมักเป็นตามวาระและงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนเป็นครั้งคราว โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมและการบูรณาการร่วมกันน้อย แนวทางแก้ไข ปัญหา ควรใช้การบูรณาการในการทำงานร่วมกันระหว่างเทศบาล โรงพยาบาล อสม. และชุมชน

3. ผลการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

3.1 สภาพปรึทัศน์ และครบจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละสภาพปริทันต์ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=80)

สภาพปริทันต์	ก่อนการพัฒนา จำนวน (%)	หลังการพัฒนา จำนวน (%)
ความลึกร่องเหงือก < 3.5 มม. เหงือกปกติ	3(3.8%)	5(6.3%)
ความลึกร่องเหงือก < 3.5 มม. มีเลือดออก	26(32.5%)	32(40%)
ความลึกร่องเหงือก < 3.5 มม. มีหินปูน	38(47.5%)	30(37.5%)
3.5 ≤ ความลึกร่องเหงือก ≤ 5.5 มม.	5(6.3%)	5(6.3%)
ความลึกร่องเหงือก > 5.5 มม.	2(2.5%)	2(2.5%)
ตรวจไม่ได้	6(7.5%)	6(7.5%)

ภายหลังจากที่มีการพัฒนาสภาพปริทันต์ของผู้สูงอายุมีรอยโรคปริทันต์ที่มีร่องลึกน้อยกว่า 3.5 มิลลิเมตร และมีหินปูนรวมด้วยมีจำนวนน้อยลงกว่าก่อนพัฒนาคิดเป็นร้อยละ 10 และก่อนการพัฒนาคราบจุลินทรีย์ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบคลุมมากกว่า 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก (ร้อยละ 55) แต่หลังจากที่มีการพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่มีคราบจุลินทรีย์เล็กน้อย โดยสังเกตเห็นติดสีย้อมเป็นจุดๆ (ร้อยละ 47.5)

3.2 ระดับความรู้ ก่อนการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 57.5) และหลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.5) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดย หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 3)

3.3 ระดับการปฏิบัติ พบว่าก่อนการพัฒนาการปฏิบัติตัวเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวระดับน้อย (ร้อยละ 62.5) และหลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวระดับมาก (ร้อยละ 60)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดยพบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยระดับความรู้ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=80)

ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก	การพัฒนา	\bar{x}	S.D.	95% CI of Mean Difference	p-value
ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก	ก่อน	6.2	1.7	5.5-6.2	<0.001*
	หลัง	12.1	1.5		
การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก	ก่อน	2.2	0.9	1.8-2.3	<0.001*
	หลัง	4.2	0.4		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 การมีส่วนร่วมในดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของคณะกรรมการ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ร่วมดำเนินกิจกรรมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน จำนวน 25 คน พบว่าก่อนการพัฒนา การมีส่วนร่วมในดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของคณะกรรมการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56) และหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 76) การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) โดย หลังการพัฒนา การมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=25)

การมีส่วนร่วม	\bar{x}	S.D.	95% CI of Mean Difference	p-value
ก่อนการพัฒนา	2.6	0.3	1.1 – 1.9	<0.001*
หลังการพัฒนา	3.8	0.4		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5 การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเพื่อรับบริการที่สถานพยาบาลมีการส่งต่อผู้สูงอายุรับการรักษา ดังนี้ ถอนฟัน 30 ราย (ได้รับบริการ 24 ราย ไม่ยินยอมรักษา 6 ราย) ชุดหินน้ำลายรักษาโรคเหงือก 36 ราย (ได้รับบริการ 10 ราย อยู่ในคิววัน 17 ราย ไม่ยินยอมรักษา 9 ราย) อุดฟัน 18 ราย (ได้รับบริการ 9 ราย อยู่ในคิววัน 6 ราย ไม่ยินยอมรักษา 1 ราย) ใส่ฟันเทียม 16 ราย (ได้รับบริการ 2 ราย อยู่ในคิววัน 11 ราย ไม่ยินยอมรักษา 3 ราย)

3.6 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุหลังการพัฒนาในการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ร่วมดำเนินกิจกรรมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน พบว่าหลังการพัฒนาการมีระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 76)

วิจารณ์

1. ระดับความรู้ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เป็นผลทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้นและ เนื่องจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจของสภาพปัญหา ความต้องการข้อจำกัดและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการจัดการด้วยวิธีการใหม่^(10,11)

2. การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุหลังการพัฒนาคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากเดิมไม่มีเครือข่ายใน

ชุมชน และการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีหน่วยงานแต่ละหน่วยเข้ามาดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามวาระและงบประมาณ คนในชุมชนไม่ได้เข้ามาร่วมคิด ร่วมวางแผน ไม่มีการส่งเสริมการออกกำลังกาย และหน่วยงานต่างๆ มีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันน้อย ร่วมกับมีภาระงานและความรับผิดชอบมาก การให้บริการเชิงรุกไม่เพียงพอ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานรับทราบปัญหาอุปสรรค และความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน⁽¹²⁻¹⁴⁾

3. ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ คือ

- 3.1. การเพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจและบทบาทในการดำเนินการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
- 3.2. การสร้างภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
- 3.3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้งการวางแผน การดำเนินงาน การสนับสนุนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

3.4. การติดตามและประสานงานในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยกำหนดให้ทันตบุคลากรเป็นเลขาคณะทำงานในการติดตามประสานงานในการดำเนินงานและติดตามการปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความต่อเนื่องและ หากพบปัญหาในการดำเนินกิจกรรมจะมีการทบทวนโดยนำมาวิเคราะห์และเข้าสู่วงรอบใหม่ของการพัฒนาต่อไปโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 25 คน

4. การขยายพื้นที่ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชุมชนอื่นในเทศบาลเมือง หากจะนำไปพัฒนาต่อ ต้องสอดคล้องกับบริบทรวมถึง

สภาวะปัญหาของแต่ละชุมชน ซึ่งอาจมีความเหมือนหรือแตกต่างกันในแต่ละชุมชน ซึ่งวงรอบของการพัฒนาจะเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย แต่ผลโครงการที่ได้เช่น โครงการและกิจกรรมต่างๆ อาจเหมือนหรือแตกต่างกันไปขึ้นกับสภาพปัญหาบริบท และการกำหนดกิจกรรมโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรพัฒนาต่อไป

สรุป

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานตามระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ คือ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สามารถเป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเชิงรุก ร่วมกับทีมและภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ข้อมูลทางสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2562. [อินเทอร์เน็ต].2563 [เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/335>.
2. ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). [บทความวิชาการ].สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. [อินเทอร์เน็ต]. 2556. [สืบค้น 7 เม.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก : http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เล่มที่ 1 สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและโรคทางระบบ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560. นนทบุรี: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
5. พิณวีรธรรม บุรณ์เจริญ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลุมพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย: มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.

6. สาริณี วอนแก่นน้อย, เสาวนีย์ ไกรอ่อน. การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2558;21:41-53.
7. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd.ed. Victoria: Deakin University; 1988.
8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมสำหรับการศึกษา.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: จามจุรี โปรดักส์; 2549.
9. กฤติยา วงศ์ก้อม. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา; 2545.
10. รัยธานี ปือราเฮง. ปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเรือเสาะ จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2552.
11. จันทิรา เพียรดวงษ์. การพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตำบลคันธารราษฎร์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
12. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, ญัฐภาพร พิชัยณรงค์, ฉวีวรรณ จันทร์ภักษ์, บุญเพ็ง ใจดี. การมีส่วนร่วมสร้างเสริมสุขภาพชุมชนโดยใช้ประชาคมสุขภาพในการจัดการระบบสุขภาพภาคประชาชน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2551; 26:223-56.
13. จีระศักดิ์ เจริญพันธ์.การจัดการสาธารณสุขในชุมชน= Community in Public Health Management. พิมพ์ครั้งที่ 11. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
14. จงกลณี บุญอาษา, พรทิพย์ คำพอ. การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หมู่ 13 ตำบลบัวใหญ่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยแลพัฒนาระบบสุขภาพ 2555;6(3): 1-10.