

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

The development of dependent elderly oral health care model with the participation  
of village health volunteers in Ban Kruat district, Buriram province.

(Received: February 22,2026 ; Revised: February 25,2026 ; Accepted: February 27,2026)

รัฐนนท์ เนื่อนสกุล<sup>1</sup>

Rattanon Nuansakul<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาควิชาเครือข่าย 35 คน และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึง มกราคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบด้วยสถิติ Paired T-test โดยกำหนด คำนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า แบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีกิจกรรม 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพช่องปาก 2) การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล 3) การสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. 4) การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแล 5) การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและทันตบุคลากร 6) การจัดระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 7) การติดตามผ่านระบบ Teledentistry หลังการพัฒนาแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแล และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001)

**คำสำคัญ :** การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This action research aimed to study the development of dependent elderly oral health care model with the participation of village health volunteers in Ban Kruat district, Buriram province. Based on PAOR cycle (Plan–Action–Observation–Reflection). The samples consisted of 2 groups: 1) 35 samples from network participants and 2) 300 samples from village health volunteers. Quantitative data was collected by the questionnaire and focus group discussion guidelines. Data was collected between September 2025 to January 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Analysis qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 7 main components: 1) Oral health assessment, 2) Individual care plan & implementation 3) Local administrative support 4) Capacity building for caregivers 5) Networking & professional collaboration 6) Referral system and 7) Telemonitoring & consultation. Post-implementation of the model resulted the overall level of knowledge, practices and participation in oral health care for dependent elderly showed a statistically significant improvement, as compared to the pre-intervention ( $p$ -value<0.001).

**Keyword :** oral health care for dependent elderly, participation, village health volunteers

<sup>1</sup> ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

## บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่เพิ่มสัดส่วนขึ้นนั้น อาจมีสาเหตุสำคัญมาจากทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดีขึ้น ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา<sup>1</sup> การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบประมาณจ่ายรายหัวสำหรับผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ซึ่งปัจจุบันพบว่าร้อยละกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง แต่ยังคงต้องให้ความสำคัญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 7,229,001 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.09<sup>2</sup> เขตสุขภาพที่ 9 มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปี 2565 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.21 ผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลและจัดทำ Care plan ร้อยละ 95.15 และการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)<sup>3</sup> ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งจากตนเอง ครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐ ในแต่ละพื้นที่มีกองทุนตำบลให้การสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) เพื่อให้ได้รับสิทธิการบริการด้านอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัด ตามประเภทและกิจกรรมบริการ ซึ่ง

เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคม รวมไปถึงการดูแลสุขภาพช่องปาก<sup>4</sup>

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะปากและฟันที่สะอาดจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ไม่เจ็บปวด ไม่มีกลิ่นปาก กินอาหารได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าสุขภาพช่องปากที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมโรคเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคปริทันต์อักเสบและโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปาก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบว่าป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก รวมถึงความเสี่ยงที่จะติดเชื้อจากการสำลัก (aspiration pneumonia) ในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ การดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากที่เหมาะสม สม่ำเสมอ ร่วมกับการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกจะช่วยลดโรคชะลอความเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80-85 ปี สถานการณ์การมีฟันถาวรใช้งาน พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี มีฟันถาวรเฉลี่ย 19.6 ซี่ต่อคน ร้อยละ 60.9 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และ ร้อยละ 43.7 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี มีฟันถาวรเฉลี่ย 11.7 ซี่ต่อคน ร้อยละ 27.7 มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และร้อยละ 15.7 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ<sup>5</sup>

จังหวัดบุรีรัมย์มีการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน พ.ศ. 2566 - 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์มีนโยบายส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงจึงทำให้บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มดังกล่าวมากยิ่งขึ้น มีการวางแผนการดูแลรายบุคคลร่วมกันกับทันตบุคลากร จากผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคลพบว่า

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล แต่ยังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในบางพื้นที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ตามแผนการดูแลที่วางไว้ เนื่องจากจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายความซับซ้อนทั้งด้านร่างกายและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้<sup>6</sup> กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลบ้านกรวดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ได้ดำเนินงานด้านภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องพบว่าขาดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ขับเคลื่อนพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมครอบคลุม ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อชะลอการเกิดโรคและความเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และวางระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อีกทั้งเพื่อเป็นแนวทางในการนำรูปแบบพัฒนาและขยายพื้นที่ตามแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

### วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด<sup>7</sup> มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 1,403 คน ประกอบด้วย 1) ทันตแพทย์ 2) ทันตภิบาล 3) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) 4) ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข สสอ. 5) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข อบต. 6) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ 7) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทันตแพทย์ ทันตภิบาล ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข สสอ. เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 35 คน

กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010)<sup>8</sup> ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random

Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 300 คน

**เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)** 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ และ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

### เครื่องมือการวิจัย

**ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire)** มีทั้งหมด 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงไปในช่วงว่างตามความเป็นจริง ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6) ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัซฟิง และ 7) การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัซฟิง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัซฟิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>9</sup> ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัซฟิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการเลือกใช้อุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก 2) ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และ 3) ด้านการเข้ารับบริการทันต

สุขภาพ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>10</sup> ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัซฟิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>10</sup> ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

**ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม** เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัซฟิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัซฟิง เท่ากับ 0.92 และ 2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัซฟิง เท่ากับ 0.93 และ 3) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัซฟิง เท่ากับ 0.95 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.93

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2568 ถึงเดือน มกราคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) **ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย** ศึกษาบริบทชุมชน สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องและปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้อง ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประสานงานกลุ่มตัวอย่าง

2) **การดำเนินการวิจัยและประเมินผล** ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วนรอบ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) จัดสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบ และจัดทำแผนปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องใช้ระยะเวลา 1 เดือน

**ขั้นตอนที่ 2** การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้อง และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ 1. การตรวจสุขภาพ ช่องปาก 2. การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคลและดำเนินการ 3. การสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. 4. การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแล 5. การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและทันตบุคลากร 6. การจัดระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 7. การติดตามผ่านระบบ Teledentistry

**ขั้นตอนที่ 3** การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนตรวจสอบ ติดตาม ให้คำแนะนำ สนับสนุน

การปฏิบัติงาน และรวบรวมข้อมูลจากการสอบถามและสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

**ขั้นตอนที่ 4** การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้อง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ ระดับพฤติกรรมการดูแล และระดับการมีส่วนร่วม ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรอง

จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2568 เลขที่ BRO 2025-093 รับรองระหว่างวันที่ 19 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 18 สิงหาคม 2569

**ผลการวิจัย**

**รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมี 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพช่องปาก 2) การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล 3) การสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. 4) การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแล 5) การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและทันตบุคลากร 6) การจัดระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 7) การติดตามผ่านระบบ Teledentistry รูปแบบที่มีกิจกรรม 7

องค์ประกอบดังกล่าวเป็นระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเชิงรุกในชุมชนที่ขับเคลื่อนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการบูรณาการตั้งแต่การคัดกรอง วางแผนรายบุคคล ดำเนินการ สนับสนุนทรัพยากร พัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ส่งต่อ และติดตามผ่านเทคโนโลยี ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืนในระดับชุมชน

**ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่า ก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ภาพรวมค่าคะแนนความรู้มาหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 16.67, S.D.=1.98) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=300)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้อง	10.67	1.94	ต่ำ	16.67	1.98	ปานกลาง	5.82-6.17	67.063	<0.001*

\*p-value<.05

การเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังก้องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.19

S.D.=0.38) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟิงฟิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=300)

พฤติกรรม	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านการเลือกใช้อุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก	1.98	0.43	น้อย	2.23	0.45	ปานกลาง	0.21-0.29	12.203	<0.001*
ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	1.91	0.45	น้อย	2.10	0.50	ปานกลาง	0.14-0.22	9.287	<0.001*
ด้านการเข้ารับบริการ ทันตสุขภาพ	2.01	0.46	ปานกลาง	2.23	0.48	ปานกลาง	0.17-0.25	10.818	<0.001*
ภาพรวม	1.97	0.31	น้อย	2.19	0.38	ปานกลาง	0.19-0.24	16.878	<0.001*

\*p-value<.05

การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟิงฟิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟิงฟิง อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.52 S.D.=0.38) การเปรียบเทียบความ

แตกต่างของคะแนนการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟิงฟิง หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟิงฟิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=300)

การมีส่วนร่วม	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟิงฟิง	2.00	0.32	ปานกลาง	2.21	0.38	ปานกลาง	0.18-0.23	14.254	<0.001*

\*p-value<.05

### สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟิงฟิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพช่องปาก 2) การวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล 3) การสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. 4) การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแล 5) การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและทันตบุคลากร 6) การจัดระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และ 7) การติดตามผ่านระบบ Teledentistry กลุ่มตัวอย่างมีระดับ

ความรู้ พฤติกรรมการดูแล และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพประกอบด้วย 1) ค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง 2) จัดกลุ่มผู้สูงอายุเข้าโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุภาวะฟิงฟิง 3) ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4) วางแผนดูแลสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล 5) ของงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่น 6) พัฒนาความรู้และทักษะการแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 7) ดูแล

และติดตามสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล และ 8) ใช้เทคโนโลยีเพื่อติดต่อสื่อสาร<sup>11</sup> สะท้อนให้เห็นว่านอกจากการคัดกรอง ประเมิน และวางแผนการดูแล การใช้เทคโนโลยีทั้งระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย การให้คำปรึกษาที่อย่างชัดเจน เป็นกลไกสนับสนุนการปรึกษาทันตบุคลากรแบบเป็นระบบ ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ชนบท และเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการตัดสินใจรักษา และสอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จังหวัดเชียงราย พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 1) คัดกรอง ADL ผู้สูงอายุ 2) การประเมินสุขภาพช่องปาก 3) จัดทำแผนการดูแลสุขภาพช่องปากเฉพาะบุคคล (Care Plan) โดยทีมทันตบุคลากร 4) เข้าถึงกระบวนการรักษา พื้นฟูเบื้องต้น 5) การรักษาและฟื้นฟูเฉพาะราย และ 6) การส่งต่อบริการและกลับมาดูแลที่บ้าน<sup>12</sup> ประเด็นสำคัญของการดูแลคือการเริ่มต้นจากการคัดกรองและประเมินสภาพผู้สูงอายุ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลโดยอาศัยข้อมูลเชิงประเมิน การจัดระบบการรักษาและฟื้นฟูที่เหมาะสมตามระดับปัญหา และการพัฒนาระบบส่งต่อ และสอดคล้องกับผลการศึกษาระบบพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทักษะความสามารถ หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งรายด้านและโดยรวมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.80, SD = 0.51$ ) ดังนั้น การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยคู่มือการอบรมที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ได้และควรมีการทบทวนเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะผ่าน

กระบวนการอบรมอย่างเป็นระบบ โดยมีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถเสริมสร้างศักยภาพ ให้ปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในด้านความถูกต้องของการดูแล ความต่อเนื่อง และความพึงพอใจของผู้รับบริการ<sup>13</sup> ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ในครั้งนี้ รูปแบบที่ได้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล ตลอดจนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ (cognitive domain) และพฤติกรรมการปฏิบัติ (behavioral domain) อย่างเป็นรูปธรรม การเพิ่มขึ้นของระดับการมีส่วนร่วมยังสะท้อนถึงความสำเร็จของกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม (participatory approach) ที่เปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแล ครอบครัว และภาคีเครือข่าย เข้ามามีบทบาทร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมดำเนินการ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของระบบการดูแล อย่างไรก็ตามควรมีการทบทวน ปรับปรุง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง และเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานให้ทันต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดนโยบายบูรณาการสุขภาพช่องปากในระบบการดูแลระยะยาวเป็นองค์ประกอบสำคัญ ภายใต้การกำกับของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้มีการบูรณาการดำเนินงานที่ชัดเจนทั่วประเทศ และมีการจัดสรรงบประมาณเฉพาะด้าน

สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพื่อให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน

2) ควรมีการกำหนดนโยบายสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล โดยกำหนด หลักสูตรอบรมมาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสนับสนุนการทบทวนองค์ ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อสมรรถนะและคุณภาพการ ปฏิบัติงาน

3) ควรมีนโยบายกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เกี่ยวกับระบบส่งต่อผู้ป่วยด้านทันตกรรม และสนับสนุน โครงสร้างพื้นฐานด้านดิจิทัล เพื่อให้การใช้ Teledentistry เป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) เป็นแนวทางให้บุคลากรทางสาธารณสุข นำ รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านไปประยุกต์ใช้กับบริบทพื้นที่ เพื่อให้การ ดำเนินงานมีความชัดเจนมากขึ้น และตอบสนองความ ต้องการที่สอดคล้องกับปัญหาของแต่ละบุคคล

2) บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบ การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการ มีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไป ใช้ในการปรับเปลี่ยนกลวิธีในการดำเนินงานได้อย่าง ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

3) เป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและ เอกชน ในการกำหนดแนวทางเพื่อสนับสนุนให้การ ดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาถึงทดลองเพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพระหว่างพื้นที่ที่ใช้รูปแบบกับพื้นที่ที่ไม่ใช้ รูปแบบ เพื่อยืนยันประสิทธิผลเชิงประจักษ์

2) ควรมีการศึกษาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี รูปแบบการใช้ Teledentistry หรือ แอปพลิเคชัน สุขภาพสำหรับการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย การประเมินทั้งประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความพึง พอใจ

#### เอกสารอ้างอิง

1. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ.(2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1/926>
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2566). รายงานจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th>
3. กรมอนามัย.(2566). ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2566. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/>
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
5. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: อักษร กราฟฟิคแอนดดีไซน์.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.(2567). รายงานการเข้าถึงบริการทันตกรรม ผู้สูงอายุได้รับการตรวจช่องปาก และจัดทำ Oral care plan [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงได้จาก: [https://hdcbcr.moph.go.th/kpi\\_monitor/index.php?folder=kpi&service=kpiprov67](https://hdcbcr.moph.go.th/kpi_monitor/index.php?folder=kpi&service=kpiprov67)

7. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3rd ed. Geelong (Victoria): Deakin University Press.
8. Daniel WW.(2010). Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley.
9. Bloom BS.(1971). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay.
10. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
11. ชีสา ตัณฑะกุล, จันทร์พิมพ์ หินเทาว์, วรธนะ พิธพรชัยกุล.(2565). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารชุมชนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2565;16(3):193–206.
12. รุจิรา แสนดี.(2568). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จังหวัดเชียงราย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. 2568;2(2):57–73.
13. ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญยืน, อรุณช ชูศรี.(2568). การพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2568;8(1):157–169.