



การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่องปากคนพิการทางการเคลื่อนไหว ในชุมชน พื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด

สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา

ทบ. MSc. อท.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

คันสนธิ รัชชกุล

ทบ. MPH .อท.

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ

วทบ.(สาธารณสุข)รปม.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากคนพิการในชุมชนในพื้นที่นำร่องโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาชุมชน (Community Development) ประชากรที่ศึกษาเป็นคนพิการในพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัดคือ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ตำบลป่าหวายนั่ง ตำบลโคกงาม อำเภอบ้านฝาง ตำบลสะอาด และตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ตำบลนากลางและตำบลสูงเนิน อำเภอสสูงเนิน และจังหวัดอุบลราชธานี ตำบลในอำเภอเมือง พื้นที่ปฐมภูมิเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ เลือกพื้นที่เป็นแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ ใช้ดัชนีการตรวจฟันผุอุดถอน (DMFT) รายงานการให้บริการทันตกรรม รายงานจากการติดตามในพื้นที่และการประชุมดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-ตุลาคม 2558 นำผลมาวิเคราะห์ใช้สถิติร้อยละและสังเคราะห์ตามวิธีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพื้นที่นำร่องเลือกกลุ่มเป้าหมายเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนสูงที่สุดดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในสถานบริการโดยมีรูปแบบการทำงานเชิงรุกในชุมชนมีขั้นตอนดังนี้ ค้นหาคนพิการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและให้สุขศึกษาแก่คนพิการหรือผู้ดูแล คั้นข้อมูลแก่ครอบครัวและชุมชนประสานงานกับท้องถิ่นเพื่อจัดรถรับส่งหรือจัดหาผู้ช่วยเหลือคนพิการในการไปรับบริการ จัดระบบบริการของหน่วยบริการ ได้แก่ การนัดหมาย การจัดช่องทางพิเศษหรือจัดเวลาเฉพาะให้จัดบริการให้ถึงบ้านในกรณีที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ ติดตามผลการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้านเป็นระยะๆ ผ่านทางกรเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพหรือทีมจิตอาสาในชุมชน ทั้งนี้พบว่าโรคฟันผุในคนพิการมีความชุกร้อยละ 55.9 - 87.9 บริการที่ให้ ได้แก่ การตรวจช่องปาก สอนทันตสุขศึกษา อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลายและใส่ฟันเทียม โดยสามารถให้บริการทันตกรรมและส่งเสริมสุขภาพคนพิการเป้าหมายได้ตั้งแต่ร้อยละ 13.2 (อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา) สูงสุดร้อยละ 53.4 (อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น) ข้อเสนอแนะควรศึกษาเพิ่มเพื่อทดสอบรูปแบบที่ได้โดยดำเนินการต่อในพื้นที่เดิม ขยายไปพื้นที่อื่น เพิ่มความครอบคลุมความพิการประเภทอื่นให้มากขึ้นเพื่อใช้เป็นข้อมูลทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

คำสำคัญ: คนพิการ การเข้าถึง บริการสุขภาพช่องปาก ชุมชน

To raise the accessibility to oral health among the disabled people in 3 pilot provinces

Surat Mongkolncahiarunya DDS MSc FRCDS (Thailand)

Bureau of Dental Health. Department of Health

Sansanee Rajchagool BSc DDS MPH FRCDS (Thailand)

Faculty of Dental Health Phayao University

Puangtong Pukrittayakamee BSc (Public Health), MPA

Bureau of Dental Health. Department of Health

Abstract

The study aimed at increasing the access to oral health services for people with disabilities living in community in 3 pilot provinces. The study design was action research with the concept of community development. Studied population was people with disabilities living in community in 3 provinces namely Khonkean Province in Banphang District (Tambons: Pawainung, and Khok-ngam), in Nampong District (Tambons: Sa-ard and Nampong), Nakhonrachsima Province in Soong-nerm District (Tambons: Nakhlang, and Soong-nerm) and Ubonrachthani Province in Muang District (7 Tambons under the responsibility of the 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital). These tambons were purposively selected. The pilot was done in February- October 2015. Data collection techniques were oral examination using DMFT index, dental services report, field observation and sharing knowledge meetings. Among all disabilities people with physical disability are the highest proportion and been selected as target group. Results showed that the accessibility of dental services for target disabled people could be achieved by dental personnel working with multi-disciplinary team. The methods include search for the disabled in community, choose target group, perform dental survey, feedback data and plan with stakeholders, and render dental services at Tambon Health Promotion Hospitals or in hospitals. Health promotion activities such as oral hygiene instruction were given to the targets or caretakers via home visit and treatment for those who are in need was delivered via schedule appointment with dental personnel. Transportation to the hospital was supported by the Local Administration Authorities. For those who incapable of movement, the outreach service was delivered at home. Prevalence of dental caries in the target group ranged 55.9 - 87.9 %. Types of services included oral examination, health education, filling, extraction, scaling and dental prosthesis. The percentages of service coverage in this study ranged from 13.2 in Nakornrachsima to 53.5 in Khonkean province.

Keywords: physically disabled, access to oral health service, community



■ บทนำ

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้นิยามคนพิการหมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมเนื่องจาก มีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญาและการเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด¹

ผลสำรวจความพิการครั้งที่ 3 พ.ศ. 2555 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีคนพิการจำนวน 1.5 ล้านคน หรือร้อยละ 2.2 ลดลงจากปี 2550 ที่มีร้อยละ 2.9 จำแนกเป็นผู้ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ ที่เป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ร้อยละ 2.1 ผู้ที่มีความลำบากในการดูแลตนเอง หรือทำกิจวัตรส่วนตัว ร้อยละ 0.5 และผู้ที่มีลักษณะความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือ สติปัญญา ร้อยละ 1.6 กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีประชากรที่พิการร้อยละ 9.8 สูงกว่าวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพตามวัยที่สูงขึ้น จึงถูกนับรวมเป็นคนพิการ นอกจากนี้พบว่า นอกเขตเทศบาลมีร้อยละของประชากรที่พิการมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 2.5 และ 1.5 ตามลำดับ) และกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป เป็นผู้มีความลำบากในการดูแลตนเอง จำนวน 3.1 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 0.5 มีความลำบากในการกินอาหาร ร้อยละ 52.6 (ทำไม่ได้

เลย ร้อยละ 17.3 มีปัญหาความยากลำบาก ร้อยละ 35.3) และมีความลำบากในการล้างหน้าแปรงฟันร้อยละ 61.4 (ทำไม่ได้เลย ร้อยละ 25.0 มีปัญหาความยากลำบาก ร้อยละ 36.4)² การวิจัยพบว่า ในคนพิการทางสติปัญญา เพียงแค่การมีอนามัยในช่องปากที่ไม่ดีทำให้เกิดโรคในช่องปากได้ง่าย³ และโรคในช่องปากเหล่านี้ จะนำไปสู่โรคอื่นๆ ที่ร้ายแรงต่อไป เช่น การเกิดปอดอักเสบ การเกิด bacterial endocarditis เป็นต้น⁴ และจากการจดทะเบียนคนพิการของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ณ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2557 พบมีผู้พิการทั่วประเทศ 1,505,088 คนหรือร้อยละ 2.2 ของประชากรไทย⁵

ในประเทศไทยการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากคนพิการเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม เช่น ปี 2536 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย สำรวจครั้งที่ 1 ในนักเรียนบกพร่องทางการมองเห็น และนักเรียนบกพร่องทางการได้ยินในโรงเรียนสอนนักเรียนที่บกพร่องทางการมองเห็น และโรงเรียนสอนนักเรียนที่บกพร่องทางการได้ยิน พบว่าเป็นโรคในช่องปากมากกว่าและรุนแรงกว่าเด็กปกติ เปรียบเทียบกับผลการสำรวจในช่วงอายุเดียวกันในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2532 และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนพิการในโรงเรียน⁶ ทั้งนี้ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ระบุบุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีเลขประจำตัว 13 หลักมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยคนพิการที่มีคุณลักษณะตามที่ระบุไว้ (ท 74) มีสิทธิที่จะได้รับทั้งสิทธิประโยชน์หลัก ได้แก่ บริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์รวมถึงบริการทันตกรรม และสิทธิเฉพาะ

สำหรับคนพิการ ได้แก่ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ การได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการ⁷

วิบูลย์ วีระอาชากุล และคณะ⁸ รายงานว่าการรณรงค์การส่งเสริมป้องกันและรักษาสุขภาพช่องปากของเด็กพิการ เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับเด็กพิการทั้งที่อยู่ในเมืองและในชนบท เพราะเด็กพิการมีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองน้อยกว่าเด็กทั่วไป และส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการด้านสุขภาพ วีรพันธ์ วิชาไทย⁹สรุปผลการศึกษาเชิงลึกโพลีกราฟิกรูปโครงการพัฒนาคลินิกทันตกรรมให้บริการคนพิการทางการเคลื่อนไหว และผู้สูงอายุที่ใช้รถเข็นว่าคนพิการมีปัญหาและอุปสรรคการเข้าถึงการรับบริการทันตกรรมหลายประการ เช่น สถานที่ไม่เอื้ออำนวยต่อคนใช้รถเข็น ตาบอด หูไม่ได้ยิน ทางลาด ห้องน้ำ ห้องทำฟัน ประตูทางเข้า ลิฟท์ การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้รถเข็นไปยังเก้าอี้ทำฟัน เคาน์เตอร์สูงเกินไปทำให้คู้หรือเขยิบไม่ถนัด ที่จอดรถ ปัญหาเรื่องทันตแพทย์และบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดทัศนคติที่ดีในการให้บริการทันตกรรมแก่คนพิการ รวมทั้งคนพิการเองก็ขาดองค์ความรู้สิทธิและความเท่าเทียมของการเข้ารับบริการทางทันตกรรม

เพื่อหารูปแบบการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของคนพิการที่หมายรวมถึง การสร้างเสริมสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยเน้นคนพิการเป็นศูนย์กลางและมีกรอบแนวคิดการจัดบริการสุขภาพอย่างบูรณาการมีสหวิชาชีพและหลายภาคส่วนมาร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพคนพิการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การสนับสนุนจากชุมชนและองค์กรในชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น การ

ศึกษานี้จึงใช้กรอบแนวคิดของการวิจัยปฏิบัติการร่วมกับแนวทางการพัฒนาชุมชน กล่าวคือ การวิจัยปฏิบัติการเป็นการวิจัยควบคู่ไปกับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานแบบสองสะท้อนตนเองอย่างเป็นระบบเพื่อแสวงหาวิธีแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางาน ด้วยการค้นหาสาเหตุของปัญหาและทดลองนำนวัตกรรมไปทดลองใช้สังเกตผลที่เกิดขึ้น นำผลที่ได้มาสะท้อนผลร่วมกันกับผู้ร่วมงานหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แล้วสรุปผล โดยปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ทดลองคิดวิธีการใหม่ต่อไป ส่วนการพัฒนาชุมชนเป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มคนในชุมชนให้มีศักยภาพเพียงพอและร่วมมือกันปรับปรุงชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองและชุมชน¹⁰

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากคนพิการในชุมชน ในพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด

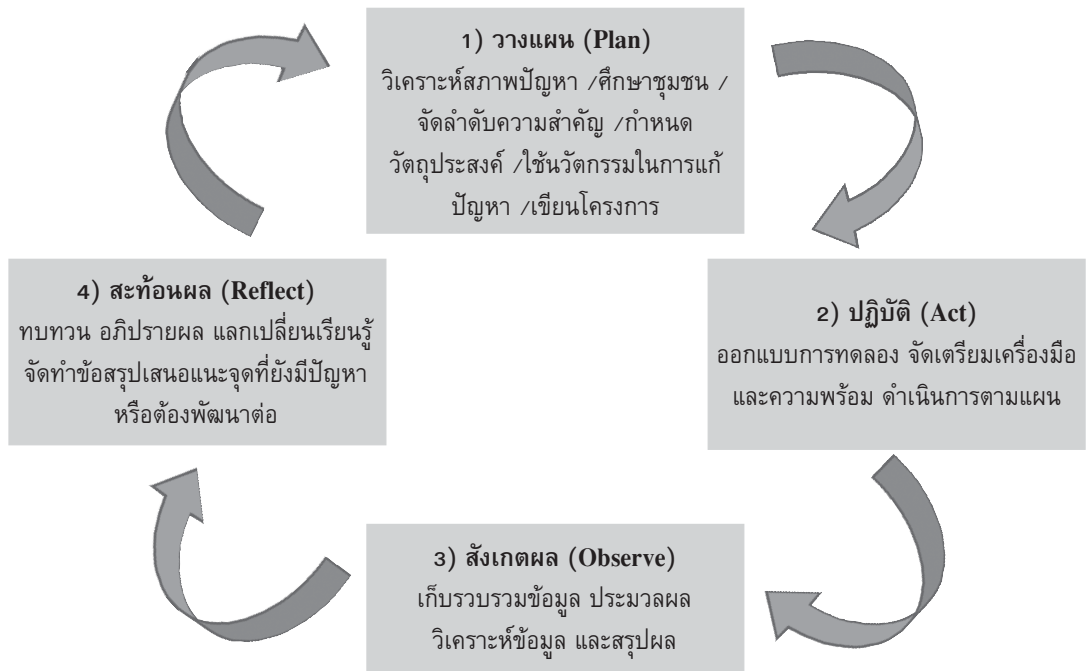
■ วิธีการศึกษา

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยปฏิบัติการ (Action research) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาชุมชน (Community Development) ได้วางกรอบขั้นตอนการทำงานและกิจกรรม ดังแผนภูมิที่ 1

กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นคนพิการในพื้นที่นำร่อง ใน 3 จังหวัดคือ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ตำบลปาดหวายนั้น ตำบลโคกงาม อำเภอบ้านฝาง ตำบลสะอาด และตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ตำบลนากลางและตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน และจังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่งานปฐมนิเทศที่อยู่ใน



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนและกิจกรรมตามกรอบแนวคิดการวิจัยปฏิบัติการกับการพัฒนาชุมชน



ความรับผิดชอบของกลุ่มงานทันตกรรม รพ. 50 พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ ในเขตอำเภอเมืองที่อยู่รอบนอกจำนวน 9 ตำบล ทั้งนี้การเลือกพื้นที่เป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามที่หัวหน้าทีมในพื้นที่เป็นผู้คัดเลือก และทีมทันตบุคลากรร่วมกับสหวิชาชีพในพื้นที่นำร่องได้รับการอบรมเพิ่มศักยภาพการให้บริการสุขภาพช่องปากคนพิการที่สถาบันราชานุกูล กรุงเทพฯ เป็นเวลา 3 วัน เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลคนพิการและความรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กพิการบกพร่องทางปัญญา หรือในรายที่ได้รับยาบางอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใช้ดัชนีการตรวจฟันผุอุดถอน (DMFT) ขององค์การอนามัยโลก รายงานการให้บริการทันตกรรม การคำนวณใช้สถิติร้อยละ รายงานจากการติดตามในพื้นที่และการประชุมทีมผู้วิจัย

รวบรวมผลและนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ตามวิธีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินงานระหว่าง กุมภาพันธ์-ตุลาคม พ.ศ. 2558 โดยทีมผู้วิจัยหลักจัดประชุมทีมงานในพื้นที่เพื่อชี้แจงวิธีการดำเนินงานและปรับความเข้าใจในการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูล จากนั้นแต่ละพื้นที่จัดทำแผนปฏิบัติงาน และดำเนินการในพื้นที่

■ ผลการศึกษา

1. ขั้นตอนสำคัญของการดำเนินงานของพื้นที่ มีดังนี้

1.1 เตรียมทีมงานซึ่งเป็นทันตบุคลากรและทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ ใช้วิธีประชุมพูดคุยกับทันตบุคลากรบุคลากร สาธารณสุขในโรงพยาบาล เช่น นักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เวชกรรมสังคม และทีมงานในโรง

พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ขึ้นกับการ
ออกแบบของทันตแพทย์หัวหน้าทีมในพื้นที่

1.2 ค้นหาคนพิการในพื้นที่รับผิดชอบ
เป็นการรวบรวมข้อมูลและค้นหาคนพิการ จาก
แหล่งต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ (โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล) องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นและจากหน่วยงานกระทรวง
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ค้นหา
รายชื่อที่ตกหล่นหรือรายชื่อใหม่โดยอาสาสมัคร
สาธารณสุข(อสม) และคนในชุมชนร่วมกัน

1.3 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการ
โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันในที่ทำงานของพื้นที่

1.4 สสำรวจหรือตรวจช่องปากสภาวะทันต
สุขภาพและความสามารถในการใช้ชีวิตประจำ
วัน รวมถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่บ้าน
เพื่อการวางแผนให้ความช่วยเหลือตามความ
จำเป็นกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.5 นำข้อมูลมาประมวลและวิเคราะห์ผล

และนำเสนอผลให้กับทีมงาน

1.6 คัดข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง ใช้การจัด
เวทีประชุมคนในชุมชนและท้องถิ่น รวมทั้งร่วม
กันวางแผนจัดบริการสุขภาพช่องปากและการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับคนพิการ

1.7 จัดบริการตามที่ออกแบบไว้ เช่น ใช้
การนัดหมาย หรือลงพื้นที่ให้บริการ จัดช่วงเวลา
เฉพาะให้คนพิการ เป็นต้น

2. ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการ

ข้อมูลคนพิการจำแนกตามประเภทความ
พิการของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์พบว่ามีคนพิการด้านความเคลื่อนไหว
ในสัดส่วนมากที่สุดซึ่งพื้นที่นำร่องเลือกเป็นกลุ่ม
เป้าหมายดำเนินการ (ตารางที่ 1) ขณะที่
จังหวัดอุบลราชธานีไม่ได้กำหนดเป้าหมายเฉพาะ
แต่กำหนด รพ.สต.ที่จะให้บริการคนพิการ 8 แห่ง
13 แห่งที่มีเจ้าพนักงานที่มีเจ้าพนักงาน

ตารางที่ 1 ร้อยละของคนพิการในพื้นที่นำร่องจำแนกตามพื้นที่และประเภทความพิการ

ประเภทความพิการ	จ.ขอนแก่น		จ.นครราชสีมา	จ.อุบลราชธานี
	อำเภอบ้านฝาง (ตำบลป่าหวายหนึ่ง และโคกงาม)	อำเภอน้ำพอง (ตำบลสะอาด, บัวใหญ่และน้ำพอง)	อำเภอสูงเนิน (ตำบลนากลางและ สูงเนิน)	อำเภอเมือง(9 ตำบล พื้นที่ปฐมภูมิของ รพ. 50 พรรษา)
จำนวนคนพิการ(คน)	212	519	1,358	2,494
ด้านจิตใจ	4.2	10.6	9	13
ด้านการเรียนรู้	1.4	0	2.6	79
ด้านสติปัญญา	13.7	7.3	11	323
ด้านการเคลื่อนไหว	50.9	46.5	42.6	1,418
ด้านการได้ยิน	15.1	16.4	18.2	370
ด้านการมองเห็น	11.3	11.6	16.6	270
ออทิสติก	0.5	0	0	0
พิการซ้ำซ้อน	0.0	4.7	0	21



สาธารณสุขประจำ

3. สุขภาพช่องปากของคนพิการเป้าหมาย กลุ่มคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้รับการตรวจภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่าในแต่ละ

พื้นที่นาร่องได้รับการตรวจช่องปากคิดเป็นร้อยละ 55.9-100 ยกเว้นข้อมูลของโรงพยาบาล 50 พรรษาฯ จ.อุบลราชธานีที่ตรวจคนพิการทุกชนิด ความพิการได้ร้อยละ 21.1(ตารางที่ 2) ในการ

ตารางที่ 2 คนพิการกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจช่องปากและผู้มีฟันผุ

จังหวัด	พื้นที่	คนพิการกลุ่มเป้าหมาย (คน)	ร้อยละผู้ที่ได้รับการตรวจช่องปาก	ร้อยละผู้มีฟันผุ
ขอนแก่น	ต.ป่าหวายนั่ง อ.บ้านฝาง	152	55.9	76.5
ขอนแก่น	ต.โคกงาม อ.บ้านฝาง	60	76.7	52.2
ขอนแก่น	ต.สะอาด ต.บัวใหญ่ และ ต.น้ำพอง อ.น้ำพอง	241	100	87.9 (ค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุดหรือ DMFT 9.47 ซี่/คน)
นครราชสีมา	ต.สูงเนิน อ.สูงเนิน	118	86.4	(ค่าเฉลี่ย DMFT 4.13 ซี่/คน)
นครราชสีมา	ต.นากลาง อ.สูงเนิน	56	87.5	(ค่าเฉลี่ย DMFT 2.36 ซี่/คน)
อุบลราชธานี	อ.เมือง 9 ตำบลใน เขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์(ตำบลปทุม, ขามใหญ่, ชีเหล็ก, ปะอ่าว,หนองขอน, หัวเรือและกระโสม)	1,824*	21.1*	43.2

*คนพิการทุกประเภทความพิการ

ตรวจสุขภาพช่องปากเป็นการตรวจร่วมไปกับการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

ในการศึกษานี้คนพิการเป้าหมายในพื้นที่นาร่องได้รับบริการทันตกรรมและส่งเสริม

ป้องกันได้ตั้งแต่ร้อยละ 13.2 ของอำเภอสูงเนิน จ.นครราชสีมา สูงสุดร้อยละ 53.4 ของอำเภอน้ำพอง จ.ขอนแก่น (ตารางที่ 3)

4. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการจัดบริการทันตกรรม แตกต่าง

ตารางที่ 3 ร้อยละคนพิการเป้าหมายในพื้นที่นำร่องที่ได้รับการส่งเสริมป้องกันและบริการทันตกรรม

จังหวัด	พื้นที่นำร่อง	จำนวนคนพิการเป้าหมาย (คน)	ร้อยละผู้ได้รับบริการทันตกรรมและส่งเสริมป้องกัน
ขอนแก่น	อ.บ้านฝาง ต.ป่าหวายนั่ง, ต.โคกงาม	212	ได้รับการบริการ 32.7%
ขอนแก่น	อ.น้ำพอง ต.สะอาด, ต.บัวใหญ่, ต.น้ำพอง	241	ได้รับการบริการ 53.4 % (ถอนฟัน 35.3%, อุดฟัน 4.3%, ขูดหินน้ำลาย 11.2 %, ใส่ฟันเทียม 2.6 %)
นครราชสีมา	อ.สูงเนิน ต.สูงเนิน, ต.นากลาง	174	ได้รับการบริการ 13.2 % (ตรวจช่องปากและให้ทันตสุขศึกษา 86.7 %)
อุบลราชธานี	อ.เมือง (ตำบลปทุม, ขามใหญ่, ชีเหล็ก, ปะอาว, หนองขอน, หัวเรือและ กระโสบ)	1,824	ได้รับการบริการ 15.1 % (ถอนฟัน 1 % อุดฟัน 0.5 % ขูดหิน น้ำลาย 2.7 % ให้ทันตสุขศึกษา 8.2 % ทาฟลูออไรด์วานิช 0.7 % ส่งต่อ 1.9%)

กันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ แต่มีหลักการเดียวกันคือ มุ่งเน้นจัดบริการทันตกรรมใกล้บ้านคนพิการมากที่สุด ลักษณะและรูปแบบของบริการมีดังนี้

4.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะการแปรงฟันในคนพิการซึ่งสามารถให้ผ่านคนพิการโดยตรงหรือผ่านผู้ดูแลซึ่งมักจะเป็นญาติหรือคนในครอบครัว ทำในช่วงการเยี่ยมบ้านและทำเมื่อไปรับบริการที่สถานบริการ

4.2 การจัดบริการทันตกรรมในรพ.สต.ที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำหรือมีทันตแพทย์หมุนเวียนไปให้บริการ เช่น ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน อุดฟัน แม้กระทั่งการใส่ฟันเทียมในรายที่เกินขีดความสามารถของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น คนพิการในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล

50 พรรษา อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ไปรับบริการได้ที่ รพ.สต.ที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอยู่ประจำซึ่งมีจำนวน 8 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.ดงห้องแห่ (ต.ปทุม) หัวตุนและด้ามพร้าว (ต.ขามใหญ่) หนองแต้ (ต.ชีเหล็ก) ปะอาว (ต.ปะอาว) หนองขอน (ต.หนองขอน) หัวเรือ (ต.หัวเรือ) และ กระโสบ (ต.กระโสบ)

4.3 ในพื้นที่ที่สะดวกจะไปรับบริการที่โรงพยาบาลหรือต้องไปรับบริการด้านการแพทย์อยู่แล้วสามารถไปรับบริการทันตกรรมที่รพ.ได้ โดยฝ่ายทันตกรรมจัดช่องทางพิเศษหรือจัดเวลาเฉพาะให้ ได้แก่ รพ.สต.สูงเนิน รพ.น้ำพอง และ รพ. 50 พรรษา

4.4 คนพิการที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้หรือไม่สะดวกในการเคลื่อนย้าย เช่น ผู้ที่เป็นอัมพาตทั้งตัวหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะติด



เตียง(Bed-bound)ทันตแพทย์หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจัดเตรียมเครื่องมือไปให้บริการตามความจำเป็นที่บ้าน ได้แก่ รพ.น้ำพอง รพ.บ้านฝาง และรพ.สูงเนิน

4.5 คนพิการที่ไม่มีรถหรือไม่มีผู้พาไปรับบริการ ในทุกพื้นที่นักร้องสามารถประสานงานขอรถจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดรถรับ-ส่งไปยังสถานบริการสาธารณสุข

5. การทำงานกับสหวิชาชีพและศักยภาพของทันตบุคลากร

ทัศนคติของทันตบุคลากร มีผลต่อการให้บริการในคนพิการ พบว่าในทีมผู้วิจัยพื้นที่มีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการมีบุคลิกและความกล้าที่จะเปิดตัวเองในการเข้าไปทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการ ขยายการทำงานไปถึงชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากการติดตามและประชุมทีมวิจัยในพื้นที่บอกเล่าว่า “...เป็นนโยบายของรัฐที่จะลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงจัดให้มีทีมสหวิชาชีพที่ประกอบไปด้วยบุคลากรการแพทย์ในทุกด้านไปเยี่ยมที่บ้านเพื่อติดตามการรักษา ให้คำแนะนำรวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพ โดยที่ผ่านมามีทันตบุคลากรแทบจะไม่มีบทบาทหรือบางแห่งก็ไม่ได้ถูกชวนไป...” “...เมื่อต้องทำงานในคนพิการจึงตัดสินใจเข้าไปคุยกับเจ้าหน้าที่ในทีมสหวิชาชีพและวางแผนออกทำงานในพื้นที่ร่วมกัน..” พบว่าทุกพื้นที่นักร้องได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี อีกทั้งยังพบว่าการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพหรือ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ช่วยเสริมเรื่องการช่วยเหลือในการดูแลอนามัยช่องปาก ตัวอย่างเช่น นักกายภาพบำบัดช่วยในการฟื้นฟูกล้ามเนื้อในการจับแปรงสีฟัน การประสานงานกับคนในชุมชน

เช่น อำเภอสูงเนินมีชมรมคนพิการที่ช่วยในการค้นหาคนพิการ เจ้าหน้าที่ที่รพสต.ช่วยประสานงานกับผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการจัดรถรับส่งในการไปรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาล เป็นต้น

ในเรื่องศักยภาพของการให้บริการทันตกรรมจากการสำรวจสถานะช่องปากของผู้มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่พบในคนทั่วไป เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ มีหินน้ำลาย ฯลฯ ซึ่งทันตบุคลากรสามารถให้บริการได้ถ้าผู้ป่วยสามารถเดินทางไปรับบริการได้ หรือในรายที่ไม่สามารถเดินทางได้แต่ทันตบุคลากรสามารถขนเครื่องมืออุปกรณ์เข้าไปถึงบ้านผู้ป่วยได้ นอกจากนี้พบว่าทันตบุคลากรที่ผ่านการอบรมเพิ่มศักยภาพการให้บริการทันตกรรมที่สถาบันราชานุกูล กรมการแพทย์ มีความมั่นใจมากขึ้นในการให้บริการคนพิการโดยเฉพาะเด็กพิการ และตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดภาวะซ้ำซ้อนจากการได้รักษาต่างๆ ของผู้ป่วย เกิดความเข้าใจที่ดีต่อคนพิการและครอบครัว

6. การสร้างสรรค์หรือผลิตนวัตกรรมช่วยการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการได้แก่

- ปรับด้ามแปรงให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเหมาะกับการจับของคนพิการ (รพ.น้ำพอง)
- จัดหาและแนะนำการใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในระยะฟื้นฟูเพื่อฝึกการใช้มือและเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยที่จะสามารถทำอะไรด้วยตนเอง (รพ.น้ำพอง)
- ออกแบบสมุดประจำตัวคนพิการซึ่งมีข้อมูลที่ติดต่อของผู้ดูแล สภาวะสุขภาพ การไปรับบริการด้านสุขภาพและยาที่ได้รับประจำ สภาวะสุขภาพช่องปาก การนัดหมายไปรับบริการทันต

กรรม (รพ.สูงเนิน)

- จัดทำชุดดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แผ่นพับสอนวิธีแปรงฟัน อุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไม้ฟันสาลี (ใช้เช็ดฟันในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดอ้าปากมาได้ไม่กว้างพอ หรือฟันซี่ไหนที่แปรงสีฟันเข้าไม่ถึง) น้ำยาบ้วนปาก ไหมขัดฟัน (โรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลงกรณ์)

■ อภิปรายผล

1. ข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องจากการศึกษาที่ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อปรับกระบวนการทำงาน และเพื่อให้ผู้ดำเนินการในพื้นที่เรียนรู้ในการจะแก้ไขปัญหาต่างๆ ตามบริบทของพื้นที่ จึงใช้การตกลงร่วมที่จะต้องดำเนินการเหมือนกัน คือขั้นตอนการทำงาน เครื่องมือในการตรวจช่องปาก และมีเป้าหมายในการดำเนินงานคือเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของคนพิการ โดยพื้นที่นำร่องสามารถวางแผนปฏิบัติการและกำหนดกลุ่มเป้าหมาย วิธีการทำงานได้ตามบริบทของพื้นที่ ดังนั้นผลการศึกษาด้านข้อมูลจากการสำรวจสภาวะช่องปากจึงมุ่งเน้นที่จะนำผลมาใช้เพื่อวางแผนการจัดบริการมากกว่าการนำเสนอผลแบบระบาคติวิทยา การรายงานผลการดำเนินงานจึงมีความแตกต่างกัน

2. สภาวะฟันผุในคนพิการ เป้าหมายที่ศึกษามีความชุกตั้งแต่ร้อยละ 55.9 ถึงร้อยละ 87.9 ซึ่งไม่ได้จำแนกอายุ แต่จากการสังเกตติดตามพบว่ากลุ่มที่อยู่ในชุมชนมักเป็นวัยผู้ใหญ่หรือสูงอายุถ้าเทียบกับผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 (พ.ศ 2555)¹¹ ความชุกของฟันผุในวัยผู้ใหญ่อายุ 35-44 ปี คือ ร้อยละ 97.1 ใน

ส่วนสภาวะความจำเป็นในการรักษานั้นพบว่าการถอนฟันและอุดหินน้ำลายมากที่สุด จะเห็นได้ว่ามีอัตราการเกิดฟันผุไม่แตกต่างจากคนปกติ รวมทั้งความจำเป็นในการรักษาด้วย

3. การเข้าถึงบริการทันตกรรมและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในการศึกษานี้พบว่าพื้นที่ระดับตำบล จำนวนคนพิการเป้าหมายประมาณ ไม่เกิน 200 คน เช่น พื้นที่นำร่องในอำเภอหนองบัว บ้านฝาง สูงเนิน สามารถให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากได้เกือบทุกคน ในพื้นที่ที่ รพ.สต.มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำหรือโรงพยาบาลมีการจัดระบบคิวนัดที่ตีรวมกับการจัดรถรับส่งไปยังโรงพยาบาลสามารถให้บริการทันตกรรมได้ ร้อยละ 32-53 ในส่วนของรพ.สูงเนินหลังการตรวจประเมินช่องปากและสอนการดูแลสุขภาพช่องปากได้จัดประชุมคืนข้อมูลให้กับชุมชนโดยท้องถิ่นจัดรถรับส่งไปยังโรงพยาบาลให้คนพิการสามารถให้บริการได้ร้อยละ 13 เนื่องจากพบว่าคนพิการบางส่วนไม่สามารถไปตามนัดได้เพราะไม่มีรถบริการในวันเวลาที่นัดหรือผู้ดูแลคนพิการไม่ว่างเมื่อไปถึงรพ.ในเวลาที่ไม่ได้นัดไว้ทำให้เสียเวลารอนานมากจึงปรับแผนการให้บริการเป็นเปิดเวลาเฉพาะให้คนพิการเพื่อความสะดวกในการจัดรถรับส่งและผู้ดูแลคนพิการจัดเวลาของตนเองได้

ในส่วนของเขตรับผิดชอบหลายตำบลของโรงพยาบาล 50 พรรษามหาชราลงกรณ์ เป็นพื้นที่ในอำเภอเมืองในเขตรับผิดชอบมีประชากรคนพิการ 1,824 คนทุกประเภทความพิการ ผู้ดำเนินการเป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอยู่ประจำใน 8 รพ.สต.สามารถตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 21.1 และให้บริการ



ทันตกรรมได้ ร้อยละ 15.1

เมื่อเทียบกับการใช้บริการทันตกรรมในรอบปี พบว่าการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนทั่วไปจากปี 2550 ถึงปี 2556 มีเพียงประมาณร้อยละ 9 ต่อปี¹² การศึกษาผู้พิการทางสายตาที่เชียงใหม่ เคยไปใช้บริการทางทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 26.3¹³ ในขณะที่การศึกษานี้มีระยะเวลาเพียง 6-7 เดือน สามารถให้บริการคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ร้อยละ 13-53 จากเดิมไม่เคยมีบริการในพื้นที่นำร่องมาก่อน ทั้งนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีหลายมิติ เช่น การเดินทางไปยังหน่วยให้บริการ การรอคอย ค่าใช้จ่าย บริการที่รองรับและการยอมรับในผู้ให้บริการ¹⁴ ซึ่งพื้นที่นำร่องได้ดำเนินการแก้ไขอุปสรรคต่างๆ ดังกล่าว ได้แก่ การจัดรถรับส่ง รวมทั้งการจัดบริการเคลื่อนที่ไปที่บ้าน ในกรณีที่เดินทางหรือเคลื่อนย้ายลำบาก การใช้ระบบการนัดหมายหรือจัดเวลาเฉพาะให้ที่สถานบริการเพื่อลดเวลารอคอยการแจ้งให้คนพิการรู้สิทธิประโยชน์ในการรับการบริการทางทันตกรรมเพื่อลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ในส่วนของผู้ให้บริการพบว่าข้อจำกัดและอุปสรรคต่อการให้บริการทันตกรรมแก่คนพิการคือทันตแพทย์ขาดความมั่นใจในความรู้ ไม่มีทักษะในการให้การรักษาในคนพิการขาดความพร้อมของสถานที่¹⁵ ซึ่งในโครงการได้ใช้กระบวนการประชุมปรับทัศนคติและการอบรมเพิ่มศักยภาพบริการทันตกรรมในคนพิการในส่วนความพร้อมของสถานที่ยังไม่พบข้อจำกัดมากนักอาจเป็นเพราะคนพิการที่ไปรับบริการในสถานบริการยังสามารถเคลื่อนย้ายไปยังเก้าอี้ทำฟันได้โดยไม่มีอุปสรรคมากนัก

4. รูปแบบแนวทางการจัดบริการทันต

กรรมและส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการ การศึกษาเรื่องการจัดบริการทันตกรรมในคนพิการที่ผ่านมามีเป็นในรูปแบบของการจัดบริการในสถาบันการศึกษาซึ่งข้อเสนอคือควรมีการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในนักเรียนในสถาบันการศึกษา⁶ หรือวิธีการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการสำหรับคนพิการที่บกพร่องด้านสติปัญญา¹⁴ ในปีพ.ศ.2553-2555 เครือข่ายทันตบุคลากรสร้างเสริมสุขภาพคนพิการได้ดำเนินงานใน 15 จังหวัดใน 2 รูปแบบคือ งานบริการในสถานพยาบาลและงานในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยมีข้อจำกัดหรือจุดอ่อนในการดำเนินงาน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากร(งานล้างมือ ล้างหน้าตัก) งานในชุมชนเป็นงานใหม่ขาดเครือข่ายระดับชุมชน ขาดนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งงานเชิงรุก¹⁶ ซึ่งไม่ระบุขั้นตอนการทำงาน ในการศึกษานี้ได้ขึ้นต้นสำคัญในการจัดบริการคนพิการคือ 1) ค้นหาคนพิการในชุมชน 2) ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและให้สุขศึกษาแก่คนพิการหรือผู้ดูแล 3) คั้นข้อมูลแก่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการนัดหมายและสื่อสารกับคนในชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) ประสานงานกับท้องถิ่นเพื่อจัดรถรับส่งหรือจัดหาผู้ช่วยเหลือคนพิการในการไปรับบริการ 5) จัดระบบบริการของหน่วยบริการ ได้แก่ การนัดหมาย การจัดช่องทางพิเศษหรือจัดเวลาเฉพาะให้คนพิการ 6) จัดบริการให้ถึงบ้าน ในกรณีที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ 7) ติดตามผลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้านเป็นระยะๆ ผ่านทางการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพหรือทีมจิตอาสาในชุมชน

5. นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการศึกษา เช่น

การใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่กล้ามเนื้อที่มือยังไม่แข็งแรงไม่สามารถจับของเล็กได้ การใช้แปรงไฟฟ้านอกจากจะช่วยทำความสะอาดฟันแล้วยังเพิ่มกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกดีที่สามารถดูแลตนเองได้บ้าง ในส่วนของสมุดประจำตัวคนพิการซึ่งมีข้อมูลที่ติดต่อของผู้ดูแล สภาวะสุขภาพ ยาที่ได้รับประจำ สภาวะสุขภาพช่องปาก การนัดหมายไปรับบริการทันตกรรม ช่วยกันลืมในการนัดของคนพิการและเป็นข้อมูลให้ทันตบุคลากรป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนในการให้บริการทันตกรรม

■ ข้อเสนอแนะ

1. ควรจะศึกษาเพิ่มเติมโดยดำเนินการทดสอบรูปแบบที่ได้มาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่นำร่องโดยครอบคลุมไปยังคนพิการประเภทอื่นรวมทั้งการขยายงานไปพื้นที่อื่น และก่อนจะสรุปทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป
2. เนื่องจากความพิการมีหลายประเภทแต่ละประเภทจะมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่ต่างกัน เช่น ในคนพิการด้านสติปัญญาหรือมี

ความพิการซ้ำซ้อน ผู้ให้บริการควรได้รับการเพิ่มศักยภาพในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งทักษะในการจัดการผู้ป่วย หรือในผู้ป่วยที่นั้นรถเข็น การจัดเตรียมสถานที่ให้มีพื้นลาดเอียง หรือการจัดห้องทำฟันให้มีขนาดกว้างพอให้รถเข็นเข้าไปถึงเก้าอี้ทำฟัน เป็นต้น

■ กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากคนพิการได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการการสนับสนุนจากมูลนิธิทันต-สาธารณสุข ความร่วมมือจากชมรมทันตบุคลากรเพื่อคนพิการ ผู้วิจัยขอขอบคุณทพญ.อุมาพร รุ่งรัศมีทวีมานะ (รพ.50 พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ จ.อุบลราชธานี) ทพญ.มนัสนันท์ สิริลักษณ์ภรณ์ และทพญ.ศุจินทร ศรียา (รพ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น) ทพญ.สุจิตตรา ซาดา (รพ.บ้านฝาง จ.ขอนแก่น) ทพญ.จารุวรรณ ประสพอัศวกรกิจ (รพ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา) และทีมงานวิจัยในพื้นที่นำร่องตลอดจนคนพิการในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. ความหมายตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ.2550 และประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่องประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการลงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2552 สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556 จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/ความพิการ>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *การสำรวจความพิการ พ.ศ.2555* กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2557 หน้า V-Viii.
3. Krahn, G, L Hammond, L, & Turner, A. *A Cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities*. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*.2006;12:70-82
4. Fenton SJ, Hood H, Holder M, May PB, Mouradian WE. *The American Academy of Developmental Medicine and Dentistry: eliminating health disparities for individuals with mental retardation and other developmental disabilities*. *J Dent Educ* 2003;67(12):1337-44



5. สถิติการจดทะเบียนคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปี 2557 สืบค้นเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2557 จาก www.m-society.go.th/article_attach/12454/16772.pdf
6. สุณี ผลดีเยี่ยม. *การดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนพิการ* วิทยาลัยการศึกษาศาสตร์ 2545;7(1):82-8
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ *คู่มือสิทธิประโยชน์คนพิการ-สบสข.* สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2560 จาก www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2016/02/คู่มือท_74.pdf
8. วิบูลย์ วีระอาชากุล และ คณะ. *สภาวะสุขภาพช่องปากและความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม ของเด็กพิการในโรงเรียนฟื้นฟูเด็กพิการจังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย.* ศรีนครินทร์เวชสาร 2548 ; 20 (1).
9. วีรพันธ์ วิชาไทย *โครงการพัฒนาคลินิกทันตกรรมให้บริการคนพิการทางการเคลื่อนไหวและผู้สูงอายุที่ใช้ Wheelchair.* เอกสารอัดสำเนา; 2552
10. พัชรี ศรีสิงห์. *การวิจัยปฏิบัติการในงานพัฒนาชุมชน.* ejournals.swu.ac.th สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2560 จาก ejournals.swu.ac.th/index.php/JOS/article/download/2139/2172
11. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555* กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558.* สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2559 จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/healthy/healthyExec58.pdf>
13. ปิ่นปิ่นทร์ วณิชย์สายทอง ปิยะนารถ จาติเกตุ จิราพร ชมพิกุล อรุณศรี มงคลชาติ. *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้พิการทางสายตาในจังหวัดเชียงใหม่.* วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2558; 13 (1): 3-15
14. สุภาพร แสงอ่วม นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ ภูดิท เตชาติวัฒน์ ชญานินท์ ประทุมสูตร กันยารัตน์ คอวนิช. *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย* ชม. ทันตสาร 2558; 36(1) : 53-61
15. ภัตติมา บุรพลกุล *ข้อจำกัดและอุปสรรคของทันตแพทย์ต่อการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้บกพร่องด้านสติปัญญา และการเรียนรู้ในประเทศไทย* วิทยาลัยการศึกษาศาสตร์ 2551; 13 (5) : 7-15
16. จดุพร วิศิษฎ์โชติอังกูร. *ถอดบทเรียนเครือข่ายทันตบุคลากรสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพช่องปากคนพิการในระดับปฐมภูมิ.* วารสารทันตกรรม 2554;21 (4):16-28