

Factors associated with dental service utilization among older adults under the single ID card policy: a case study of Ban Lat District, Phetchaburi Province

Raweeaphat Boonniyom¹ Orawan Quansri^{2*} Seo Ah Hong³ Utoomporn Wongsin⁴

1 M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University. e-mail:

raweeaphat.boon@student.mahidol.ac.th

2 Lecturer, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University.

3 Assistant Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University.

4. Lecturer, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University.

**Corresponding author: e-mail: orawan.qua@mahidol.ac.th*

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Boonniyom, R., Quansri, O., Hong, S. A., & Wongsin, U. Factors associated with dental service utilization among older adults under the single ID card policy: a case study of Ban Lat District, Phetchaburi Province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*, 12(3), 33–49. retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal LAW/article/view/289211>

Received: 9 May 2026

Revised: 27 May 2026

Accepted: 1 June 2026

Abstract

This quantitative cross-sectional analytical study investigated factors associated with dental service utilization among older adults in Ban Lat District, Phetchaburi Province, an area where oral health performance goals remained unmet. A sample of 304 participants was selected using multi-stage sampling. The research instrument demonstrated reliability with Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.719 to 0.932. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and Binary Logistic Regression, with the model showing a good fit with empirical data (Hosmer-Lemeshow test, $p = 0.757$).

The results revealed that 79.3% of older adults had not utilized dental services within the past six months, despite having a moderate level of policy awareness. Significant predictors ($p < 0.05$) were: 1) Education level: those with secondary education or higher were 2.078 times more likely to utilize services than those with primary education or lower (95%CI = 1.084–3.986, $p = 0.028$); 2) Previous experience: those with prior dental service experience were 14.401 times more likely to use services (95%CI = 1.887–109.906, $p = 0.010$); and 3) Marital status: married individuals were less likely to utilize services compared to those who were single (OR = 0.328, 95%CI = 0.152–0.706, $p = 0.004$).

These findings highlighted an implementation gap in the current policy. It is recommended that public health agencies should implement proactive services in collaboration with Village Health Volunteers (VHVs) and local authorities, through community screening and NCD home-visit teams. Furthermore, improving appointment systems to reduce waiting times, and expanding benefits to cover individual tooth treatments were essential to meet older adults' actual oral health needs.

Keywords: Oral health services; Elderly; Single ID card policy; Universal health coverage

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในบริบทนโยบายบัตรประชาชนใบเดียว อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

รวีภัทร์ บุญนิยม¹ อรรวรรณ ขวัญศรี^{2*} Seo Ah Hong³ อุทุมพร วงษ์ศิลป์⁴

1. หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. อาจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. อาจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อีเมลติดต่อ: orawan.qua@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 9 พฤษภาคม 2569

วันแก้ไข 27 พฤษภาคม 2569

วันตอบรับ 1 มิถุนายน 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณภาคตัดขวาง (Quantitative cross-sectional analytical study) นี้ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผลการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพยังไม่บรรลุเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่าง 304 คน เลือกโดย การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เครื่องมือมีความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) อยู่ระหว่าง 0.719–0.932 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์และ Binary Logistic Regression โดยโมเดลมีความเหมาะสมสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hosmer-Lemeshow, $p = 0.757$)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 79.3 ไม่เคยใช้บริการในรอบ 6 เดือน แม้มีการรับรู้นโยบายระดับปานกลาง ปัจจัยทำนายสำคัญที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ 1) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป มีโอกาสใช้บริการมากกว่ากลุ่มประถมศึกษา 2.078 เท่า (95%CI = 1.084–3.986, $p = 0.028$) 2) ผู้มีประสบการณ์รับบริการมาก่อน มีโอกาสใช้บริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยถึง 14.401 เท่า (95%CI = 1.887–109.906, $p = 0.010$) และ 3) กลุ่มสมรสใช้บริการน้อยกว่ากลุ่มโสด (OR = 0.328, 95%CI = 0.152–0.706, $p = 0.004$)

ข้อค้นพบชี้ให้เห็นช่องว่างในการปฏิบัติ (Implementation gap) ของนโยบาย ข้อเสนอแนะคือ หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดบริการเชิงรุกร่วมกับ อสม. และหน่วยงานท้องถิ่นผ่านการคัดกรองในชุมชนและทีมเยี่ยมบ้าน (NCDs) พัฒนาระบบนัดหมายเพื่อลดระยะเวลารอคอย และควรทบทวนสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการรักษาฟันเป็นรายชี้เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การใช้บริการทันตกรรม; ผู้สูงอายุ; นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว; หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวจากการดูแลรักษาโรคเฉียบพลันไปสู่การจัดบริการที่ตอบสนองต่อภาวะสุขภาพเรื้อรัง ความเสื่อมตามวัย และความต้องการบริการสุขภาพแบบต่อเนื่อง สุขภาพช่องปากเป็นหนึ่งในมิติสำคัญของสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยวอาหาร ภาวะโภชนาการ การสื่อสาร ความมั่นใจในการเข้าสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากในฐานะองค์ประกอบของสุขภาพโดยรวม และชี้ว่าการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุควรเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (Petersen, 2003; Petersen & Yamamoto, 2005; World Health Organization [WHO], 1986)

สำหรับประเทศไทย ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลไกสำคัญในการลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพยังไม่ได้หมายความว่าประชาชนทุกกลุ่มจะสามารถใช้บริการได้จริงอย่างเสมอภาค งานวิจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอธิบายว่า การใช้บริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายระดับ ทั้งลักษณะส่วนบุคคล ทรัพยากรที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ความจำเป็นด้านสุขภาพ และคุณลักษณะของระบบบริการ (Aday & Andersen, 1974; Andersen, 1995; Babitsch et al., 2012)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวเพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติยังพบช่องว่างระหว่างนโยบายและการใช้บริการจริง (Implementation gap) สะท้อนจากสัดส่วนผู้ใช้สิทธินอกหน่วยบริการประจำที่ยังอยู่ในระดับต่ำเมื่อ

เทียบกับจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมด (National Health Security Office [NHSO], 2022), โดยช่องว่างดังกล่าวสามารถจำแนกได้เป็น 4 มิติสำคัญ ได้แก่ ด้านการเข้าถึง (Accessibility) ความเท่าเทียม (Equity) คุณภาพ (Quality) และการติดตามประเมินผล (Monitoring) (NHSO, 2022). โดยเฉพาะในบริการทันตกรรมที่ยังขาดการแยกบันทึกข้อมูลสถิติที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถประเมินภาพรวมการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุภายใต้นโยบายนี้ได้อย่างแม่นยำ (National Health Security Office [NHSO], 2022)

อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี มีประชากรผู้สูงอายุสูงเป็นลำดับที่ 4 ของจังหวัด (11,460 คน) แต่ยังคงประสบปัญหาผลการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพที่ไม่บรรลุเป้าหมาย โดยพบผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 29.47 และมีฟันใช้งานได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 39.71 ซึ่งข้อมูลย้อนหลัง 3 ปียังไม่สามารถผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับประเทศได้ (Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2024) สถานการณ์ดังกล่าวยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ แม้จะมีการดำเนินนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวเพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงบริการในเชิงโครงสร้างแล้วก็ตาม

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด Andersen's Behavioral Model เพื่อจำแนกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทันตกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยความจำเป็น (Andersen, 1995) กรอบแนวคิดนี้ช่วยอธิบายพฤติกรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ยังสัมพันธ์กับความเชื่อ รายได้ การเดินทาง สิทธิการรักษา ประสบการณ์เดิม และแรงสนับสนุนทางสังคม (Aday & Andersen, 1974; Babitsch et al., 2012; Brothwell et al., 2008; Mittal et al., 2019)

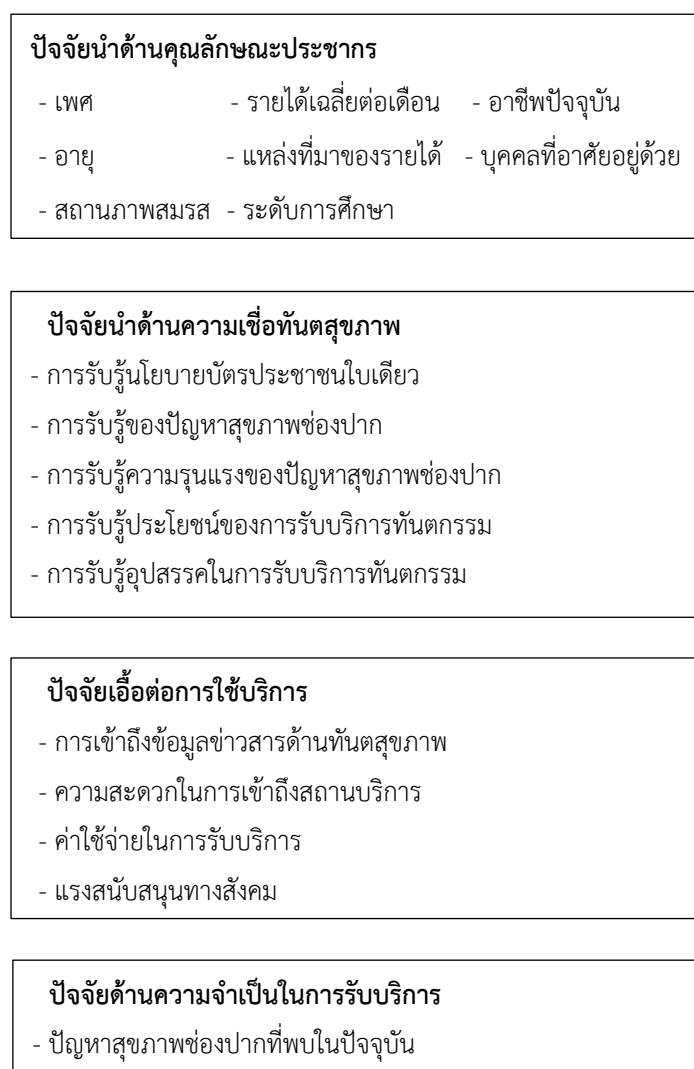
ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในบริบทนโยบายบัตรประชาชนใบเดียว กรณีศึกษาอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จึงมีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการและเชิงบริหารสาธารณสุข โดยสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการออกแบบมาตรการเชิงรุก การบริหารทรัพยากรบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิ และการพัฒนากลไกสื่อสารสิทธิที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

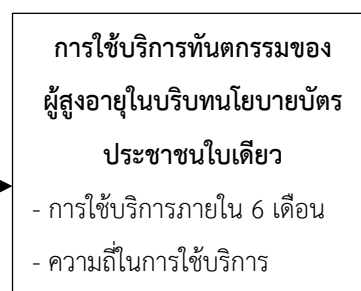
- 1) เพื่อศึกษาการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวเพื่อรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำด้านคุณลักษณะประชากรและความเชื่อด้านทันตสุขภาพ ปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม และปัจจัยด้านความจำเป็นในการรับบริการ กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ
- 3) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในบริบทนโยบายบัตรประชาชนใบเดียว

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Quantitative Cross-Sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในบริบทนโยบายบัตรประชาชนใบเดียว กรณีศึกษาอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและอาศัยอยู่ในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 9,172 คน ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยสูตรของ Daniel สำหรับประชากรที่ทราบจำนวนแน่นอน ได้จำนวนขั้นต่ำ 276 คน และเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวม 304 คน (Daniel, 2010)

การคัดเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นกรอบการสุ่ม (Sampling frame) มีขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 สุ่มตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จาก 18 ตำบล เลือกมา 8 ตำบล ขั้นที่ 2 สุ่มหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ตำบลละ 2 หมู่บ้าน รวม 16 หมู่บ้าน และขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยจับสลากเลขที่บ้านของผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลของ รพ.สต. หมู่บ้านละ 19 คน เพื่อกระจายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่อย่างเหมาะสมและลดความเอนเอียง (Selection bias)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สื่อสารภาษาไทยเข้าใจดี ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง และยินดีให้ความร่วมมือ

ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรืออ่อนเพลียมาก มีความ

บกพร่องทางการรับรู้ ไม่สามารถนัดหมายเก็บข้อมูลได้ หลังจากพยายามติดต่อ 3 ครั้ง หรือเคยให้ข้อมูลในรูปแบบสอบถามชุดนี้มาก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยนำด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยนำด้านความเชื่อทันตสุขภาพ ปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม และปัจจัยด้านความจำเป็นในการใช้บริการทันตกรรม โดยข้อคำถามด้านความเชื่อทันตสุขภาพและปัจจัยเอื้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทการเก็บข้อมูลภาคสนาม การเลือกใช้มาตราส่วนที่ไม่ซับซ้อนช่วยลดภาระการตอบ และเพิ่มความเข้าใจของผู้ตอบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาหลากหลาย (Bowling, 2014; Likert, 1932)

การแปลผลคะแนนสำหรับปัจจัยนำด้านความเชื่อทันตสุขภาพ และปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม ผู้วิจัยใช้วิธีอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของ Best (1970) โดยคำนวณความกว้างของอันตรภาคขั้นเท่ากับ 0.66 แบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ≥ 0.50 ทุกข้อ และนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความเชื่อทันตสุขภาพ เท่ากับ 0.909 ปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม เท่ากับ 0.932 และปัจจัยด้านความจำเป็น เท่ากับ 0.719

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นไปตามขั้นตอนจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเริ่มจากการขออนุมัติจากหน่วยงานสาธารณสุขและท้องถิ่นในพื้นที่ ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อคัดเลือกและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกผ่านทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้าน ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอม (Informed Consent) ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์รายบุคคล โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเป็นผู้อ่านข้อคำถามตามแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและลดข้อผิดพลาด (ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาที) ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล มีการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทันที และจัดเก็บโดยใช้รหัส (Code number) แทนชื่อจริงเพื่อรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัดตามมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA. NO. MUPH 2025-186 รหัสโครงการ 198/2568 เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2568 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี รหัสโครงการ PBEC No.4/2569 เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับสถิติเชิงอนุมานใช้การทดสอบไคสแควร์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการใช้บริการทันตกรรม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 304 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.3 มีอายุ 60–69 ปี ร้อยละ 56.6 อายุเฉลี่ย 68.96 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.3 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.3 ด้านเศรษฐกิจ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 45.7 และได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นแหล่งรายได้หลัก ร้อยละ 85.5 ด้านประสบการณ์บริการ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 84.9 แต่เคยใช้บัตรประชาชนใบเดียวในการรับบริการทันตกรรมเพียงร้อยละ 15.8

ผลการวิจัยพบว่าลักษณะสำคัญของกลุ่มตัวอย่างในเชิงบริหารสาธารณสุข คือ แม่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยเข้ารับบริการทันตกรรมมาก่อน แต่การใช้ประโยชน์จากนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งบ่งชี้ถึงช่องว่างด้านการสื่อสารนโยบาย การรับรู้สิทธิ และการเชื่อมโยงบริการในระดับพื้นที่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=304คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (n=304)	ร้อยละ (%)
เพศ	ชาย	75	24.7
	หญิง	229	75.3
อายุ	60 – 69 ปี	172	56.6
	70 – 79 ปี	114	37.5
	80 ปีขึ้นไป	18	5.9

$\bar{X}$ = 68.96, SD = 6.447, Median = 69, Mode = 60

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=304)	ร้อยละ (%)
สถานภาพสมรส		
โสด	49	16.1
สมรส	165	54.3
หม้าย	73	24.0
หย่า/แยก	17	5.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	10	3.3
ประถมศึกษา	229	75.3
มัธยมศึกษา	52	17.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	13	4.3
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	8	2.6
น้อยกว่า 5,000 บาท	139	45.7
5,000 – 10,000 บาท	123	40.5
10,001 – 15,000 บาท	18	5.9
15,001 – 20,000 บาท	9	3.0
มากกว่า 20,000 บาท	7	2.3
*แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เงินบำนาญ	20	6.6
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	260	85.5
ประกอบอาชีพ	129	42.4
บุตรหลาน/ญาติ	16	5.3
อื่นๆ	7	2.3
ท่านเคยรับบริการทันตกรรมหรือไม่		
เคย	258	84.9
ไม่เคย	46	15.1
ท่านเคยใช้บัตรประชาชนใบเดียว ในการรับบริการทันตกรรม		
เคย	48	15.8
ไม่เคย	256	84.2

*ตัวแปรแหล่งที่มาของรายได้ เป็นคำถามที่ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ดังนั้น ร้อยละรวมอาจเกิน 100

ความเชื่อด้านทันตสุขภาพและปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อด้านทันตสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.2 ค่าเฉลี่ย 2.68 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.98 รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก 2.96 และการรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการทันตกรรม 2.93 ขณะที่การรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.10

สำหรับปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม พบว่าผู้สูงอายุมีปัจจัยเอื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 55.6 ค่าเฉลี่ย 2.37 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้าน

ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.42 ส่วนด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 2.19 และอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อค้นพบนี้ชี้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงและประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี แต่การรับรู้เชิงนโยบายและแรงสนับสนุนทางสังคมยังไม่เข้มแข็งพอที่จะผลักดันให้เกิดการใช้บริการทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปาก ความกลัวทันตกรรม ประสบการณ์เดิม และความเข้าใจต่อบริการ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ (Li et al., 2025; Mittal et al., 2019; Shahrabani, 2019)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านทันตสุขภาพจำแนกรายด้าน (n=304คน)

ความเชื่อละปัจจัยเอื้อจำแนกรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความเชื่อจำแนกรายด้าน			
การรับรู้ความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก	2.98	0.087	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก	2.96	0.134	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการทันตกรรม	2.93	0.318	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการทันตกรรม	2.42	0.736	สูง
การรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับนโยบายบัตรประชาชนใบเดียว	2.10	0.539	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อจำแนกรายด้าน			
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านทันตสุขภาพ	2.26	0.641	ปานกลาง
ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ	2.42	0.654	สูง
ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ	2.37	0.656	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.19	0.865	ปานกลาง

ความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม

ผู้สูงอายุร้อยละ 52.3 มีความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม ขณะที่ร้อยละ 47.7 ยังไม่พบความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม เมื่อพิจารณารายปัญหา พบว่าปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ฟันผุ/เป็นรู/แตก

ร้อยละ 34.5 รองลงมาคือฟันโยก ร้อยละ 22.7 ฟันสึก/บิ่น/เสียวฟัน ร้อยละ 15.8 เหงือกอักเสบ/เลือดออกตามไรฟัน ร้อยละ 9.9 และปวดฟัน ร้อยละ 9.5

ผลดังกล่าวสะท้อนว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากในระดับที่ไม่ควร

มองข้าม แต่ความจำเป็นดังกล่าวยังไม่ได้แปรเปลี่ยนเป็น การใช้บริการทันตกรรมอย่างเพียงพอ แนวคิดของ Andersen (1995) อธิบายว่าปัจจัยด้านความจำเป็นมีความสำคัญต่อการใช้บริการสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติ

ความจำเป็นที่บุคคลรับรู้อาจไม่เพียงพอ หากไม่มีปัจจัยเอื้อและแรงกระตุ้นจากระบบบริการเข้ามาสนับสนุน (Babitsch et al., 2012; Brothwell et al., 2008)

ตารางที่ 3 ระดับความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ในภาพรวม (n=304คน)

ระดับปัจจัยด้านความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม	จำนวนคน (n=304คน)	ร้อยละ (%)
มีความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม	159	52.3
ยังไม่พบความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม	145	47.7
รวม	304	100.00

การใช้บริการทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการทันตกรรม ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 79.3 ขณะที่ผู้ที่เคยใช้บริการมีเพียงร้อยละ 20.7 ผลนี้เป็นข้อค้นพบสำคัญของงานวิจัย เนื่องจากสะท้อนช่องว่างระหว่างความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากกับการใช้บริการจริง โดยเฉพาะในบริบทที่มีนโยบายบัตรประชาชนใบเดียวซึ่งมีเจตนารมณ์ในการเพิ่มความสะดวกและลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศพบว่าสถานการณ์การใช้บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุมีความแตกต่างตามบริบทของระบบสุขภาพ รายได้ การศึกษา ประสบการณ์เดิม และความครอบคลุมของบริการ เช่น งานวิจัยในสิงคโปร์พบว่าค่าใช้จ่าย ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ความกลัว และความไม่เข้าใจบริการเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใช้บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ (Mittal et al., 2019) ขณะที่งานวิจัยในอิสราเอลพบว่าการตรวจสุขภาพช่องปากสม่ำเสมอสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจสังคมและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก (Shahrabani, 2019)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรม

การวิเคราะห์ด้วยไคสแควร์พบว่า ปัจจัยนำด้านคุณลักษณะประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($\chi^2=10.249$, $p=0.017$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 9.972$, $p = 0.019$) และประสบการณ์เคยรับบริการทันตกรรม ($\chi^2=11.352$, $p=0.001$)

ในทางตรงกันข้าม ความเชื่อด้านทันตสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรมไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงปัจจัยด้านความจำเป็นและการรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลดังกล่าวควรตีความในเชิงบริบท เนื่องจากการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุอาจไม่ได้ถูกกำหนดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยตรง แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เดิม ความคุ้นเคยกับระบบบริการ การได้รับการชักชวนจากบุคลากรสุขภาพ ความช่วยเหลือจากครอบครัว และการจัดบริการเชิงรุก

ของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Aday & Andersen, 1974;

Andersen, 1995; Babitsch et al., 2012)

ตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยด้านความจำเป็น กับการใช้บริการทันตกรรม ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ปัจจัยนำด้านคุณลักษณะ ประชากร	การให้บริการทันตกรรม		X^2	df	p-value
	ไม่ใช้บริการ n (%)	ใช้บริการ n (%)			
เพศ			0.697	1	0.404
ชาย	62 (82.7)	14 (17.3)			
หญิง	178 (77.7)	51 (22.3)			
อายุ			5.577	2	0.062
60 – 69 ปี	129 (75.0)	43 (25.0)			
70 – 79 ปี	93 (81.6)	21 (18.4)			
80 ปีขึ้นไป	17 (94.4)	1 (5.6)			
สถานภาพสมรส			10.249	3	0.017*
โสด	32 (65.3)	17 (34.7)			
สมรส	137 (83.0)	28 (17.0)			
หม้าย	61 (83.6)	12 (16.4)			

ตารางที่ 4 การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยด้านความจำเป็น กับการใช้บริการทันตกรรม ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (ต่อ)

ปัจจัยนำด้านคุณลักษณะ ประชากร	การให้บริการทันตกรรม		X^2	df	p-value
	ไม่ใช้บริการ n (%)	ใช้บริการ n (%)			
หย่า/แยก	11 (64.7)	6 (35.3)			
ระดับการศึกษา			9.972	3	0.019*
ไม่ได้เรียน	6 (60.0)	4 (40)			
ประถมศึกษา	191 (83.4)	38 (16.6)			
มัธยมศึกษา	35 (67.3)	17 (32.7)			
ปริญญาตรีขึ้นไป	9 (69.2)	4 (30.8)			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			2.009	5	0.48
ไม่มีรายได้	6 (75.0)	2 (25.0)			
น้อยกว่า 5,000 บาท	114 (82.0)	24 (17.3)			
5,000 – 10,000 บาท	94 (76.4)	29 (23.6)			
10,001 – 15,000 บาท	14 (77.8)	4 (22.2)			
15,001 – 20,000 บาท	7 (77.8)	2 (22.2)			
มากกว่า 20,000 บาท	5 (71.4)	2 (28.6)			

ปัจจัยนำด้านคุณลักษณะ ประชากร	การใช้บริการทันตกรรม		X^2	df	p-value
	ไม่ใช้บริการ n (%)	ใช้บริการ n (%)			
ประสบการณ์การรับบริการ เกี่ยวกับทันตกรรม			11.352	1	0.001*
เคย	196 (76.0)	62 (24.0)			
ไม่เคย	45 (97.8)	1 (2.2)			
แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)					
เงินบำนาญ			0.167	1	0.683
ไม่มี	224 (78.9)	60 (21.1)			
มี	15 (75.0)	5 (25.0)			
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ			0.401	1	0.527
ไม่มี	33 (75.0)	11 (25.0)			
มี	206 (79.2)	54 (20.8)			
ประกอบอาชีพ			0.936	1	0.333
ไม่มี	141 (80.6)	34 (19.4)			
มี	98 (76.0)	31 (24.0)			
บุตรหลาน/ญาติ			0.793	1	0.373
ไม่มี	225 (78.1)	63 (21.9)			
มี	14 (87.5)	2 (12.5)			
อื่นๆ	232 (78.1)	65 (21.9)	1.949	1	0.163
ไม่มี	7 (100.0)	0 (0.0)			
มี					
ปัจจัยนำด้านความเชื่อทัศนสุขภาพ					
ระดับความเชื่อด้านทัศนสุขภาพ			0.041	1	0.840
ระดับปานกลาง	29 (80.6)	7 (19.4)			
ระดับสูง	212 (79.1)	56 (20.9)			
ปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการทันตกรรม					
ระดับปัจจัยเอื้อต่อการใช้บริการ ทันตกรรม			2.505	2	0.286
ระดับต่ำ	47 (82.5)	10 (17.5)			
ระดับปานกลาง	57 (73.1)	21 (26.9)			
ระดับสูง	137 (81.1)	32 (18.9)			

ปัจจัยนำด้านคุณลักษณะ ประชากร	การใช้บริการทันตกรรม		X ²	df	p-value
	ไม่ใช้บริการ n (%)	ใช้บริการ n (%)			
ปัจจัยด้านความจำเป็น					
ระดับปัจจัยด้านความจำเป็น			1.316	1	0.251
ไม่มีความจำเป็น	119 (82.1)	26 (17.9)			
มีความจำเป็น	122 (76.7)	37 (23.3)			
การรับรู้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว					
ระดับการรับรู้นโยบายบัตร			5.742	2	0.057
ประชาชนใบเดียว					
ระดับต่ำ	78 (85.9)	12 (14.1)			
ระดับปานกลาง	106 (80.3)	26 (19.7)			
ระดับสูง	62 (71.3)	25 (28.7)			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยทำนายการใช้บริการทันตกรรม

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression แบบ Enter ก่อนการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions check) เพื่อความถูกต้องของสถิติ พบว่าไม่พบปัญหาความสัมพันธ์กันเองสูงระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) โดยค่าสถิติ VIF (Variance Inflation Factor) ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าอยู่ระหว่าง 1.010 – 1.044 ซึ่งน้อยกว่า 10 เมื่อพิจารณาความเหมาะสมของโมเดล (Model Diagnostics) พบว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างเหมาะสม โดยพิจารณาจากค่าสถิติ Hosmer and Lemeshow Test มีค่า Chi-square เท่ากับ 5.007 และค่า p-value เท่ากับ 0.757 ($p > 0.05$) และค่าสถิติ Nagelkerke R Square เท่ากับ 0.154 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรอิสระในโมเดลสามารถร่วมกันทำนายการใช้บริการทันตกรรมได้ร้อยละ 15.4 พบว่า

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การเคยรับบริการทันตกรรมมาก่อน ($p\text{-value} < 0.05$)

เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่า ผู้สูงอายุที่สมรส และกลุ่มหม้าย/หย่า/แยก มีโอกาสใช้บริการทันตกรรมน้อยกว่ากลุ่มโสด 0.328 เท่า และ 0.385 เท่า ตามลำดับ ($OR = 0.328$, $95\%CI = 0.152\text{--}0.706$, $p = 0.004$ และ $OR = 0.385$, $95\%CI = 0.167\text{--}0.889$, $p = 0.025$ ตามลำดับ) ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีโอกาสใช้บริการทันตกรรมมากกว่ากลุ่มประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประมาณ 2.078 เท่า ($OR = 2.078$, $95\%CI = 1.084\text{--}3.986$, $p = 0.028$) และผู้สูงอายุที่เคยรับบริการทันตกรรมมาก่อน มีโอกาสใช้บริการทันตกรรมมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยรับบริการประมาณ 14.401 เท่า ($OR = 14.401$, $95\%CI = 1.887\text{--}109.906$, $p = 0.010$)

ตารางที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	OR	95%CI	p-value	การแปลผล
สมรส เทียบกับโสด	0.328	0.152-0.706	0.004*	มีนัยสำคัญ
หม้าย/หย่า/แยก เทียบกับโสด	0.385	0.167-0.889	0.025*	มีนัยสำคัญ
มัธยมศึกษาขึ้นไป เทียบกับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2.078	1.084-3.986	0.028*	มีนัยสำคัญ
เคยรับบริการทันตกรรม เทียบกับไม่เคยรับบริการ	14.401	1.887-109.906	0.010*	มีนัยสำคัญ
ความเชื่อด้านทันตสุขภาพ เทียบกับระดับปานกลาง	0.709	0.277-1.814	0.473	ไม่มีนัยสำคัญ
ปัจจัยเอื้อระดับปานกลาง เทียบกับระดับต่ำ	1.487	0.603-3.666	0.389	ไม่มีนัยสำคัญ
ปัจจัยเอื้อระดับสูง เทียบกับระดับต่ำ	0.948	0.412-2.179	0.900	ไม่มีนัยสำคัญ
มีความจำเป็นในการรับบริการ เทียบกับไม่มีความจำเป็น	1.291	0.714-2.335	0.399	ไม่มีนัยสำคัญ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ภาพรวมพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอบ้านลาดส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.3 ไม่เคยไปใช้บริการทันตกรรมในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งที่มีความจำเป็นในการรักษาปัญหาช่องปาก เช่น ฟันผุหรือฟันแตกถึงร้อยละ 34.5. ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าความจำเป็นด้านสุขภาพ ไม่ได้แปรเปลี่ยนเป็นการใช้บริการโดยอัตโนมัติ เนื่องจากยังมีอุปสรรคเชิงระบบที่สำคัญคือ ระยะเวลาารอคอยที่ยาวนานในสถานบริการของรัฐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tieosakul (2025) ที่พบว่าระยะเวลารอคอยเป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญที่สุด ร้อยละ 73.47 ภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว นอกจากนี้ ข้อจำกัดของสิทธิประโยชน์ที่เน้นการทำฟันเทียมทั้งปาก แต่อาจมีขั้นตอนยุ่งยากในการรักษารายซี่ ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนเลือกที่จะไม่รับบริการจนกว่าฟันจะหลุดหมดปาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Zhao & Kim (2024) ที่ระบุว่าขอบเขตความคุ้มครองตามสิทธิเป็นปัจจัยตัดสินใจที่สำคัญ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทันตกรรม จากการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก พบปัจจัยที่

สามารถร่วมทำนายการใช้บริการได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้

1) ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีโอกาสใช้บริการ มากกว่ากลุ่มประถมศึกษา 2.078 เท่า อธิบายได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง มักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่ดีกว่า ทำให้เข้าถึงและเข้าใจข้อมูลการดูแลตนเองได้ดีกว่าตามกรอบแนวคิดของ Nutbeam (2000) และ Andersen (1995) อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตที่น่าสนใจคือผู้ใช้บริการส่วนใหญ่ในพื้นที่เป็นกลุ่มประถมศึกษา ร้อยละ 75.3 ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มที่มีการศึกษาสูงหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าเลือกไปใช้บริการ คลินิกเอกชนนอก ระบบ เพื่อความสะดวกรวดเร็วแทนการใช้สิทธิตามนโยบายรัฐ

2) ประสบการณ์การเคยรับบริการทันตกรรม เป็นปัจจัยทำนายที่โดดเด่นที่สุด โดยผู้ที่เคยรับบริการมาก่อนมีโอกาสใช้บริการซ้ำ มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยถึง 14.401 เท่า ประสบการณ์ที่ดีในอดีตช่วยลดความกลัวทางทันตกรรมซึ่งเป็นอุปสรรคทางจิตใจที่สำคัญ และสร้างความคุ้นเคยต่อระบบบริการ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนการศึกษาของ Ghanbari-Jahromi et al. (2023) ที่ชี้ว่า

ประสบการณ์เดิมสัมพันธ์โดยตรงกับการตัดสินใจเข้าถึงบริการ

3) สถานภาพสมรส กลุ่มที่สมรสมีโอกาใช้บริการ น้อยกว่ากลุ่มโสด ($OR = 0.328$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่เป็นคู่อาจประสบปัญหาสุขภาพทั้งสองฝ่ายทำให้เป็นอุปสรรคในการเดินทาง แตกต่างจากกลุ่มโสดที่มักพักอาศัยและพึ่งพาบุตรหลานหรือผู้ดูแลโดยตรงในการจัดการเรื่องการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Leung & Chu (2023) เกี่ยวกับความสำคัญของแรงสนับสนุนจากผู้ดูแล

การเปรียบเทียบเชิงนโยบายและบริบทระบบสุขภาพไทย

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในอดีตภายใต้ระบบการส่งต่อแบบเดิม เช่น การศึกษา Poisri & Witthayaphairot (2018) หรือ Deepphonkrang (2021) พบว่านโยบายบัตรประชาชนใบเดียวในปัจจุบันได้ช่วยลดอุปสรรคเชิงโครงสร้าง (Structural barriers) และเพิ่มความสะดวกได้จริง อย่างไรก็ตาม การรับรู้นโยบายเพียงอย่างเดียวกลับไม่สัมพันธ์กับการใช้บริการ ($p > 0.05$) สะท้อนให้เห็นถึง ช่องว่างในการปฏิบัติ (Implementation gap) โดยนโยบายเป็นเพียงปัจจัยเอื้อ แต่พฤติกรรมจริงยังถูกกำหนดโดยปัจจัยนำส่วนบุคคลและประสบการณ์เดิมเป็นหลัก

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) การวิจัยนี้ใช้รูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional design) ทำให้เห็นความสัมพันธ์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถระบุความเป็นเหตุเป็นผลที่ชัดเจนได้

2) ข้อมูลได้จากการตอบแบบสอบถามซึ่งอาจเกิดอคติจากการรายงานด้วยตนเอง (Self-report bias) เกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต

3) การใช้ตัวแปรการใช้บริการภายใน 6 เดือน อาจไม่สามารถสะท้อนพฤติกรรมการใช้บริการในระยะยาวได้อย่างครอบคลุมตามข้อสังเกตของผู้ทรงคุณวุฒิ

4) ผลการศึกษาไม่มีบริบทเฉพาะของอำเภอบ้านลาด ซึ่งเพิ่งเริ่มนำร่องนโยบายในช่วงต้นปี 2567 การนำผลไปอ้างอิงในพื้นที่อื่นที่มีความพร้อมของทรัพยากรต่างกันควรทำด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการทบทวนและขยายสิทธิประโยชน์ภายใต้นโยบายบัตรประชาชนใบเดียวให้ครอบคลุมการรักษาฟันเป็นรายปีที่ให้สะดวกขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงและป้องกันการสูญเสียฟันทั้งปากในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในระดับพื้นที่

1) บทบาทเชิงรุกของ อสม. และท้องถิ่น

ควรส่งเสริมให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามา มีบทบาทเชิงรุกในการสื่อสารสิทธิและขั้นตอนการใช้บริการทันตกรรมแบบเฉพาะเจาะจง รวมถึงช่วยติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่เคยเข้าสู่ระบบบริการ

2) การบูรณาการบริการ

สถานบริการระดับปฐมภูมิควรเชื่อมโยงงานทันตกรรมเข้ากับ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และ ทีมเยี่ยมบ้านเพื่อคัดกรองสุขภาพช่องปากเบื้องต้นและดึงผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะแรก

3) พัฒนาระบบนัดหมาย

ควรปรับปรุงระบบการนัดหมายล่วงหน้าเพื่อลดระยะเวลารอคอย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องการไปรับบริการที่โรงพยาบาลรัฐ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระบบนัดหมายและระยะเวลารอคอยภายใต้ นโยบายบัตรประชาชนใบเดียว เพื่อพัฒนาระบบการจัดการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง รวมถึงวิจัยความครอบคลุมของการรักษาฟันรายปีที่เพื่อลดการชะลอการรับบริการ นอกจากนี้ ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังปัจจัยด้านความรอบรู้สุขภาพ

(Health literacy) ทักษะ และ การวิจัยระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมภายใต้ต้นนโยบายใหม่ ตลอดจนการวิจัย เปรียบเทียบรูปแบบการจัดบริการระหว่างพื้นที่เพื่อ ค้นหาแนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการส่งเสริม การเข้าถึงบริการระดับจังหวัดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถาม ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญที่ให้ข้อเสนอแนะใน การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
<https://doi.org/10.2307/2137284>
- Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's behavioral model of health services use: A systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9, Article Doc11. <https://doi.org/10.3205/psm000089>
- Best, J. W. (1970). *Research in education* (2nd ed.). Prentice-Hall.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: Investigating health and health services* (4th ed.). Open University Press.
- Brothwell, D. J., Jay, M., & Schönwetter, D. J. (2008). Dental service utilization by independently dwelling older adults in Manitoba. *Journal of the Canadian Dental Association*, 74(2), 161–161f.
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). John Wiley & Sons.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *The 8th national oral health survey of Thailand 2017*. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2021). Manual for oral health care among older adults in the community. Department of Health.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2023). National oral health development strategic plan 2023–2027. Department of Health.
- Deephonkrang, N. (2021). Factors affecting access to public dental services of the elderly in Waeng Yai District, Khon Kaen Province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 3(1), 1–20. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/247646>
- Ferreira, C. O., Antunes, J. L. F., & Andrade, F. B. (2013). Factors associated with the use of dental services by elderly Brazilians. *Revista de Saúde Pública*, 47(Suppl. 3), 90–97.
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004721>

- Ghanbari-Jahromi, M., Bastani, P., Jalali, F. S., & Delavari, S. (2023). Factors affecting oral and dental services' utilization among elderly: A scoping review. *BMC Oral Health*, 23(1), 597. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03285-4>
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2024). Oral health database for older adults, 2024. Ministry of Public Health.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(2), 246–266. <https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365>
- Li, J., Chen, Y., Liu, F., & Yan, W. (2025). Oral health literacy and oral health outcomes among older people: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25, Article 732. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21965-4>
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5–55.
- Leung, K. C. M., & Chu, C. H. (2022). Dental care for older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 214. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010214>
- Mittal, R., Wong, M. L., Koh, G. C.-H., Ong, D. L. S., Lee, Y. H., Tan, M. N., & Allen, P. F. (2019). Factors affecting dental service utilisation among older Singaporeans eligible for subsidized dental care: A qualitative study. *BMC Public Health*, 19, Article 1075. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7422-9>
- National Health Security Office. (2022). *Universal Coverage Scheme and the right to access health services for the elderly in Thailand*. National Health Security Office.
- National Health Security Office. (2022). Report on the situation of the National Health Security System, 2022. National Health Security Office.
- National Health Security Office. (2023). Annual report 2023. National Health Security Office.
- National Statistical Office. (2022). Report on older persons in Thailand 2022. National Statistical Office.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Paek, S. C., Meemon, N., & Wan, T. T. H. (2016). Thailand's universal coverage scheme and its impact on health-seeking behavior. *SpringerPlus*, 5, Article 1952. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3665-4>
- Phetchaburi Provincial Public Health Office. (2024). Report on oral health indicators among older adults in Ban Lat District, fiscal years 2022–2024. Phetchaburi Provincial Public Health Office.
- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21st century—The approach of the WHO Global Oral Health Programme.

- Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(Suppl. 1), 3–23.
<https://doi.org/10.1046/j.2003.com122.x>
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2), 81–92.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x>
- Phetchaburi Provincial Public Health Office. (2024). Report on oral health indicators among older adults in Ban Lat District, fiscal years 2022–2024. Phetchaburi Provincial Public Health Office.
- Poisri, K., & Witthayaphairot, J. (2018). Factors associated with dental service utilization of the elderly aged 60–74 years in Mueang District, Khon Kaen Province. *Dental Nurse Journal*, 29(2), 84–97. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/150027>
- Shahrabani, S. (2019). Factors affecting oral examinations and dental treatments among older adults in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8, Article 43.
<https://doi.org/10.1186/s13584-019-0312-x>
- Tangcharoensathien, V., Prakongsai, P., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., & Jongudomsuk, P. (2009). From targeting to universality: Lessons from the health system in Thailand. In P. Townsend (Ed.), *Building decent societies: Rethinking the role of social security in development* (pp. 310–322). Palgrave Macmillan.
- Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., Thammatacharee, J., Jongudomsuk, P., & Sirilak, S. (2020). Achieving universal health coverage goals in Thailand: The vital role of strategic purchasing. *Health Policy and Planning*, 30(9), 1152–1161.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czu120>
- Tieosakul, R. (2025). Factors influencing the perception of the 30-baht treat everywhere with a single ID card policy among people in Takua Pa District, Phang Nga Province. *Journal of Nursing Innovation and Health Association*, 1(1), e6456.
<https://he05.tci-thaijo.org/index.php/NHHAJ/article/view/6456>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. World Health Organization.
- Zhao, Y., & Kim, B. (2024). The effects of the expansion of dental care coverage for the elderly. *Healthcare*, 12(19), 1949. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191949>

