

ประสิทธิภาพการทำฟันเทียมด้วยตู้ควบคุม การฟุ้งกระจายเศษอะครีลิก โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

นภา วงศ์วรชาติ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำฟันเทียม ตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน ในแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลสิชล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐ หลังจากที่ได้มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยตู้ควบคุมการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิกในขั้นตอนการกรอตกแต่งงานฟันเทียมตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้เก็บข้อมูลโดยการเปรียบเทียบผลงานการทำฟันเทียมกับเป้าหมายเป็นร้อยละ, หาค่าเฉลี่ยขีดความสามารถที่ใส่ฟันเทียมได้สำเร็จต่อทันตแพทย์ ๑ คน, ประเมินประสิทธิภาพควบคุมการฟุ้งกระจายของเศษอะครีลิกตามเกณฑ์ชีวิตที่กำหนด, ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการต่อการทำฟันเทียมโดยการสัมภาษณ์ความพึงพอใจเป็น ๕ ระดับใน ๗ มิติ, ใช้เทคนิคการเก็บคะแนนแบบไลเคิร์ต. วิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versions ๑๐.๐ หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.

จากการศึกษาพบว่าในระยะ ๓ ปีของการดำเนินงาน ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียม ๔๑๓ ราย เปรียบเทียบผลงาน ๓ ปีกับเป้าหมายในพ.ศ. ๒๕๔๘, ๒๕๔๙, ๒๕๕๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐, ๙๘.๒, ๑๕๔.๔, ขีดความสามารถทำฟันเทียมของทันตแพทย์ ๑ คนคิดเป็น ๓๓.๓, ๑๘.๓, ๖๕.๕ คนตามลำดับ, ประสิทธิภาพการควบคุมการฟุ้งกระจายของเศษอะครีลิกที่ ๒, ๔, ๖, ๘, ๑๖, ๒๔ สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ตามเกณฑ์ชีวิตที่กำหนด, ความพึงพอใจของผู้รับบริการ พ.ศ. ๒๕๔๘ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก, พ.ศ. ๒๕๕๐ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด. ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (ทันตแพทย์) พ.ศ. ๒๕๔๘ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก, พ.ศ. ๒๕๕๐ อยู่ในระดับมาก. ผลการดำเนินงานก่อนและหลังการใช้ตู้ควบคุมการฟุ้งกระจายช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำฟันเทียม มีความแตกต่างอย่างมากในเชิงปริมาณและคุณภาพชีวิตทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ.

คำสำคัญ: การทำฟันเทียม, การฟุ้งกระจายเศษอะครีลิก, โรงพยาบาลสิชล, จังหวัดนครศรีธรรมราช

Abstract

The Increased Effectiveness of Full Denture Process by Cabinet Controls Dispersion of Acrylic Resin

Napa Wongworachat*

**Dental Division, Sichon Hospital, Sichon, Nakhon Sri Thammarat*

The purpose of this study was to determine the effectiveness of the full denture process by the cabinet control dispersion of acrylic resin in Sichon District Hospital from 2005 to 2007. According to the Royal Denture Project, the number of elderly Thais who want full dentures is increasing and of acrylic resin denture products is increasing. Many

*ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช



problems are caused by acrylic resin contamination, such as health hazards, environmental damage, bad odor and dust. New equipment for making full dentures uses local materials. With regard to the production of full dentures, the level of patient and dentist satisfaction before and after the use of this equipment was measured. The data were collected using a questionnaire which assessed the patients' and dentists' satisfaction by using the Likert scale. The data were analyzed using the SPSS program Version 10. The study showed that the total number of elderly persons who received complete dentures during the three-year period was 433 people and the efficiency of the dentists were 100, 98.2 and 154.4 percent respectively. The results of the dispersion acrylic resin control rate were 100 percent in the 2nd, 4th, 6th, 8th, 16th, and 24th weeks of data collection. The findings also showed that the patients were highly satisfied with this approach when compared with the previous procedure. Moreover, the results showed that dentists were also satisfied.

This study demonstrated that the effectiveness of the full denture process was significantly increased by using this carbinet for dispersion of acrylic resin control.

Key words: Royal denture project, carbinet control dispersion of acrylic resin, acrylic resin denture product

ภูมิหลังและเหตุผล

จากกระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว^(๑) เมื่อเดือนเมษายน ๒๕๔๗ “เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” แสดงให้เห็นพระวิสัยทัศน์, พระปรีชาสามารถ และพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงมีต่อพลสกนิกรชาวไทย ทรงคำนึงถึงผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต. จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พ.ศ. ๒๕๔๔^(๒) พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากที่เป็นปัญหาหลักของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ โดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ และสังคม. ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณ ๖.๒ ล้านคน พบผู้ที่สูญเสียฟันและต้องการใส่ฟันเทียมเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไปประมาณ ๔ ล้านคน. ในจำนวนนี้ต้องการฟันเทียมทั้งปากถึง ๓๐๐,๐๐๐ คน ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมมาตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้เกิดการสูญเสียฟันต่อเนื่องจนเป็นการสูญเสียฟันทั้งปากในวัยผู้สูงอายุ. กระทรวง

สาธารณสุขจึงได้สนองพระราชดำริดังกล่าว โดยจัดทำ “โครงการฟันเทียมพระราชทาน” เพื่อรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหามงคล ๘๐ พรรษา.

โรงพยาบาลสิชลได้สนองนโยบายดังกล่าวอย่างเต็มที่ โดยคณะกรรมการบริหารได้มีมติเห็นชอบให้ฝ่ายทันตสาธารณสุขทำฟันเทียมให้ได้ไม่น้อยกว่าเป้าหมายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด^(๓) โดยมีเป้าหมายในปีงบประมาณ ๒๕๔๘, ๒๕๔๙, ๒๕๕๐ เท่ากับ ๑๐๐, ๕๖, ๑๘๐ คน/ปี ตามลำดับ และเปิดให้ประชาชนลงทะเบียนขอรับบริการโดยกำหนดหลักเกณฑ์คุณสมบัติผู้ขอรับบริการไว้ ๕ ประการ^(๔) คือ เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอสิชล, เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่สูญเสียฟันทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ยังไม่เคยมีฟันเทียมมาก่อน และมีความต้องการใส่ฟันเทียมเพื่อการบดเคี้ยวอาหาร การพูด การเข้าสังคม. จากการลงทะเบียนผู้ขอรับบริการใส่ฟันเทียมพบว่าผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ๕๐๐ คน จากจำนวนผู้สูงอายุในอำเภอสิชล^(๕) ประมาณ ๘,๐๐๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๒๕ จึงถือเป็นภาระต่อการดำเนินงานอย่างยิ่งเนื่องด้วยมีบุคลากรสาขาทันตสาธารณสุขเป็นทันตแพทย์เพียง ๓-๔ คน ในขณะที่ขั้นตอนในการทำฟันเทียมฐานพลาสติก

ชนิดถอดได้^(๖-๙) ต้องนัดผู้ป่วย ๖ ครั้งในระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ ๒ เดือนจึงจะเสร็จสมบูรณ์. การนัด ๕ ครั้งใน ๖ ครั้งมีขั้นตอนการกรอแต่งงานฟันเทียมได้แก่ การตกแต่ง การขัดเรียบ และการขัดเงา^(๑๐), ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวที่ปฏิบัติกันทั่วไปเมื่อต้องมีการปรับแต่งชิ้นงานฟันเทียมสามารถทำได้โดยตรงทันทีข้างหน่วยทำฟัน หรือในห้องปฏิบัติการ. การแยกมาตกแต่งชิ้นงานที่ห้องปฏิบัติการมีข้อดี คือ ไม่มีการปนเปื้อนที่ก่อให้เกิดมลภาวะในห้องทำงาน แต่โครงสร้างอาคารสถานที่ทำงานด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนมีพื้นที่ใช้สอยไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถแยกห้องกรอฟันเทียมได้ และห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลที่มีอยู่ต้องใช้ล้างทำความสะอาดเครื่องมือทันตกรรม วางเครื่องนึ่งอบไอน้ำฆ่าเชื้อ ตลอดจนจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว^(๑๑,๑๒), อีกทั้งระยะทางระหว่างห้องที่ให้การรักษาทางทันตกรรม (รูปที่ ๑) กับห้องปฏิบัติการ (รูปที่ ๒) อยู่ห่างกันไม่ได้เป็นห้องเดียวกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องเดินไปมาหลายรอบเกิดความเครียด เหนื่อยล้า ต้องใช้เวลานานกว่าจะแล้วเสร็จในแต่ละรอบที่นัดผู้ป่วย ทำให้ใส่ฟันเทียมได้น้อย, และมีผลต่อการให้บริการทันตกรรมด้านอื่น ๆ ลดลงด้วย, จึงเปลี่ยนมาใช้วิธีการกรอตกแต่งฟันเทียมในห้องทันตกรรมข้างหน่วยทำฟัน แต่ก็พบว่าเศษอะคริลิกทำให้ห้องทำงานสกปรก มี

กลิ่นเหม็นจากการเสียดสีเผาไหม้ กระเด็นใส่ผู้ป่วย (รูปที่ ๓) และผู้ให้บริการได้รับอุบัติเหตุเศษวัสดุเข้าตา, เกิดภาวะภูมิแพ้สุขภาพอ่อนแอ^(๑๓-๑๖), เครื่องมือทางการแพทย์ปนเปื้อน (รูปที่ ๔) ห้องทำงานตกเกณฑ์ ๕ ส.^(๑๗,๑๘), เครื่องปรับอากาศความเย็นลดลง เลื่อมเร็วขึ้น ต้องล้างทำความสะอาดบ่อยครั้งมากกว่าปกติ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษา^(๑๙).

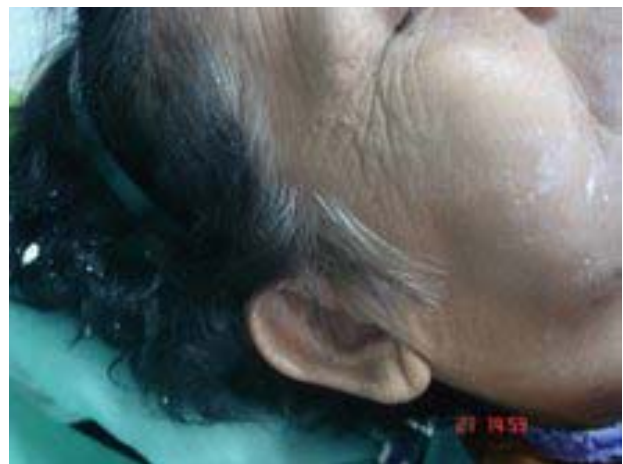
จากผลการดำเนินงานทำฟันเทียมใน พ.ศ. ๒๕๔๘ และ ๒๕๔๙ แม้ว่าจะสามารถใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่ยังมีผู้ขึ้นทะเบียนรอทำฟันเทียมอยู่เป็นจำนวนมาก, ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนบางรายเกิดความไม่พึงพอใจ



รูปที่ ๑ ห้องทันตกรรม



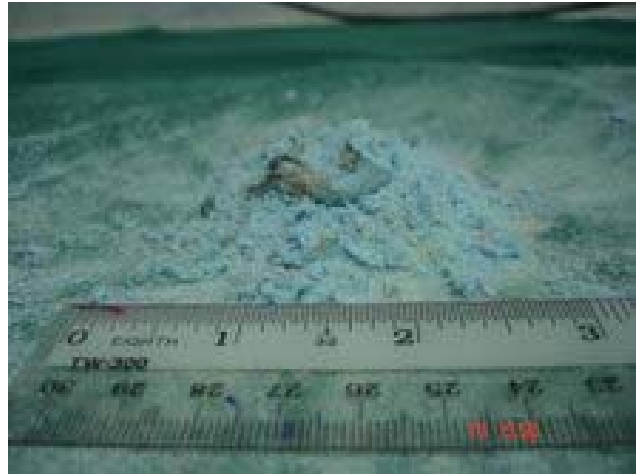
รูปที่ ๒ ห้องปฏิบัติการ



รูปที่ ๓ เศษอะคริลิกกระเด็นใส่ผู้ป่วย



รูปที่ ๔



รูปที่ ๕

ที่ต้องรอนานลำดับหลัง ๆ และไม่มั่นใจว่าโครงการจะมีไปต่อ
เนื่องหรือไม่^(๒๐). แต่เมื่อมีการประชุมคณะกรรมการบริหาร
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้มอบนโยบายให้ดำเนินการอย่าง
เต็มที่ แม้จะไม่ถึงงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมต่อเนื่องจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และมอบให้
ฝ่ายทันตสาธารณสุขคิดหาวิธีการทำฟันเทียมได้มากขึ้น โดย
ไม่กระทบต่อการให้บริการทันตกรรมด้านอื่น ๆ ที่ต้องดำเนิน
การ^(๒๑). จากการประชุมคณะกรรมการคุณภาพได้ให้ทุกหน่วย
งานคิดค้นนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย
ให้ดียิ่งขึ้นอย่างน้อย ๒ เรื่องต่อปี^(๒๒). ผู้วิจัยจึงคิดประดิษฐ์
อุปกรณ์ช่วยในการกรอแต่งฟันเทียมเพื่อให้สามารถใช้ช่าง
หน่วยทำฟันได้ (รูปที่ ๕-๗) โดยสามารถควบคุมการฟุ้ง
กระจายเศษอะครีลิก และทำด้วยวัสดุหาง่ายในห้องถิ่น
ราคาไม่แพง ใช้ประโยชน์ได้ดี ไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม
ในห้องทำงานทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ.

การศึกษานี้เริ่มขึ้นด้วยวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน
ประสิทธิภาพการทำฟันเทียมเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและ
หลังจากที่ได้ประดิษฐ์ตู้ควบคุมการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิก
มาช่วยในการทำฟันเทียม.

ระเบียบวิธีศึกษา

เมื่อได้รับมอบนโยบายจากคณะกรรมการบริหารโรง-



รูปที่ ๖



รูปที่ ๗

พยาบาลและคณะกรรมการงานคุณภาพ ฝ่ายทันตสาธารณสุข จึงมีการประชุมได้ระดมความคิดเห็นและคิดประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยในการกรอตกแต่งฟันเทียมที่สามารถทำในห้องทันตกรรมได้และทำงานได้สะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น.

วัสดุที่ใช้ทำเป็นยางอะครีลิกใส มองเห็นทะลุภายในตู้ได้ น้ำหนักเบา แข็งแรง ไม่เปราะหรือแตกหักง่าย ทนทานต่อการถูกระแทก ทำความสะอาดง่าย ราคาไม่แพง สามารถหาซื้อและประกอบได้ในร้านทำป้ายทั่วไป. ความหนาของแผ่นยางอะครีลิก เท่ากับ ๖ มม. ตู้มีความกว้าง x ยาว x สูง เท่ากับ ๓๐ x ๔๖ x ๑๒ เซนติเมตร เจาะช่องด้านหน้าให้สอดมือเข้าไปได้สะดวก เส้นผ่านศูนย์กลาง ๑๐ เซนติเมตร มีถุงผ้าหุ้มไว้อีกชั้นหนึ่งเพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายออกทางช่องสอดแขน, มีช่องต่อสายเครื่องดูดฝุ่นขนาด ๔ เซนติเมตร และช่องสอดสายเครื่องกรอฟันเทียมขนาด ๒.๒ เซนติเมตร อยู่ด้านข้าง. ราคาตู้ตัววัสดุรวมค่าจ้างในการประกอบ ๑,๐๐๐ บาท.

กำหนดตัวชี้วัดประสิทธิภาพควบคุมการฟุ้งกระจายโดยใช้อัตราการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิก เก็บตัวอย่างเศษวัสดุ ๔ จุด คือ ภาดใส่ชุดตรวจฟัน, หน่วยทำฟัน, พื้นห้องรอบหน่วยทำฟัน และชั้นวางของข้างหน่วย, ตรวจสอบด้วยวิธีสังเกตด้วยตาเปล่าและสัมผัสด้วยปลายนิ้วมือ. หากพบเศษวัสดุตกค้างให้คะแนนเท่ากับ ๐ ถ้าไม่พบให้คะแนนเท่ากับ ๑, เก็บตัวอย่างในสัปดาห์ที่ ๒, ๔, ๖, ๘, ๑๖ และ ๒๔ รวม ๖ ครั้ง.

ประเมินความพึงพอใจทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยใช้แบบสอบถามให้คะแนนแบบไลเคิร์ต (Likert scale) มีระดับความพึงพอใจเป็น ๕ ระดับ ใน ๗ มิติ คือ พึงพอใจมากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด ให้คะแนนในระดับความพึงพอใจมากที่สุดถึงน้อยที่สุดเท่ากับ ๕, ๔, ๓, ๒, ๑ ตามลำดับ. วิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS วัดระดับคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังใช้อุปกรณ์ตู้ควบคุมการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิก คำนวณเป็นค่าร้อยละของผลงานกับเป้าหมาย, สัดส่วนผลงานต่อทันตแพทย์, ระดับความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ.

ผลการศึกษา

ตั้งแต่เริ่มโครงการตลอดปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐ สามารถใส่ฟันเทียมได้ ๔๓๓ คน เกินกว่าเป้าหมายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด โดยเฉพาะในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ เมื่อได้ประดิษฐ์ตู้ควบคุมการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิกมาใช้ในขั้นตอนการกรอตกแต่งฟันเทียม สามารถใส่ฟันเทียมได้เกินกว่าเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ ๑๕๔.๕. เมื่อรวมผลงาน ๓ ปี สามารถทำได้เฉลี่ยร้อยละ ๑๒๘.๘ ต่อปี, เปรียบเทียบผลงานก่อนและหลังใช้ตู้ควบคุมการฟุ้งกระจายมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑.

ปัจจุบันโรงพยาบาลลิลชลมีทันตแพทย์ ๔ คน ลาศึกษาต่อ ๑ คน, ทันตภิบาล ๓ คน, ผู้ช่วยทันตแพทย์ ๑ คน. แม้จะให้ความสำคัญกับโครงการฟันเทียมพระราชทานมุ่งเททำงานอย่างเต็มที่แต่ก็ไม่ได้ทำให้งานทันตกรรมรักษา และทันต-

ตารางที่ ๑ ผลการดำเนินงานใส่ฟันเทียมเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
๒๕๔๘	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒๕๔๙	๕๖	๕๕	๙๘.๒
๒๕๕๐*	๑๘๐	๒๗๘	๑๕๔.๕
รวม	๓๓๖	๔๓๓	๑๒๘.๘

*ได้นำตู้ควบคุมการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิกจากการกรอตกแต่งฟันเทียมมาใช้

ตารางที่ ๒ ผลงานต่อทันตแพทย์ ๑ คน

ปีงบประมาณ	ทันตแพทย์ (คน)	ผลงาน (ราย)	ทันตแพทย์/ผลงาน
๒๕๔๘	๓	๑๐๐	๑/๓๓.๓
๒๕๔๙	๓	๕๕	๑/๑๘.๓
๒๕๕๐	๔	๒๗๘	๑/๖๙.๕
รวม	๑๐ (เฉลี่ย ๓.๓ คน)	๔๓๓	๑/๔๓



สาธารณสุขลดลงน้อยลงแต่อย่างไร. พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ มีทันตแพทย์ ๓, ๓, ๔ คน สัดส่วนผลงานต่อทันตแพทย์ ๑ คนเท่ากับ ๓๓.๓, ๑๘.๓, ๖๙.๕ ตามลำดับ. ค่าเฉลี่ย ๓ ปีทันตแพทย์ ๓.๓ คน ใส่ฟันเทียมได้ ๔๓๓ คน คิดเป็นสัดส่วนทันตแพทย์ต่อผลงานโดยเฉลี่ยเท่ากับ ๑ : ๔๓ (ตารางที่ ๒).

ผลการประเมินประสิทธิภาพในการควบคุมการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิกใน ๔ จุด คือ ถาดใส่ชุดตรวจ, หน่วยทำฟัน, พื้นรอบหน่วยทำฟัน และชั้นวางของข้างหน่วยทำฟัน ในสัปดาห์ที่ ๒, ๔, ๖, ๘, ๑๖ และ ๒๔ ไม่พบการฟุ้งกระจาย แสดงว่าสามารถควบคุมได้ร้อยละ ๑๐๐ (ตารางที่ ๓).

ตารางที่ ๓ ประสิทธิภาพการควบคุมการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิกในขณะกรอแต่งฟันเทียม

สัปดาห์ที่เก็บตัวอย่าง	คะแนน	ร้อยละ
๒	๔	๑๐๐
๔	๔	๑๐๐
๖	๔	๑๐๐
๘	๔	๑๐๐
๑๖	๔	๑๐๐
๒๔	๔	๑๐๐

การสำรวจเมื่อเดือนกันยายนในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมาก (๔.๐๐, ๐.๔๕). เมื่อจำแนกตามมิติต่าง ๆ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก และการสื่อสารการพูดจาของผู้ให้บริการ (๓.๓๐, ๐.๗๙), ความรู้ความชำนาญในการทำฟันเทียมของผู้ให้บริการ (๓.๑๐, ๑.๐๕), เวลาที่ใช้ในการมาทำฟันเทียมแต่ละครั้ง (๓.๐๐, ๐.๖๔) อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ ๔). เมื่อประเมินอีกครั้งในเดือนกันยายน ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ พบว่าความพึงพอใจในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (๔.๖๖, ๐.๕๖), และเมื่อจำแนกตามมิติต่าง ๆ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด มีเพียงมิติของเวลาที่ใช้ในการมาทำฟันเทียมแต่ละครั้งอยู่ในระดับมาก (๔.๔๐, ๐.๕๗) เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในทุกมิติดีขึ้น (ตารางที่ ๕).

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ สำรวจในช่วงเวลาเดียวกันกับผู้รับบริการเมื่อเดือนกันยายนในปีงบประมาณ ๒๕๔๙ ทันตแพทย์ ๓ คนพบว่าความพึงพอใจของทันตแพทย์ในภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง (๓.๓๓, ๐.๕๘). เมื่อจำแนกตามมิติต่าง ๆ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าสถานที่ทำงานในการให้บริการ (๔.๐๐, ๑.๐๐) อยู่ในระดับดีมากกว่ามิติอื่น ๆ (ตารางที่ ๖). เมื่อมีการประเมินอีกครั้งในเดือนกันยายนปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ทันตแพทย์ ๔ คนพบว่าความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับ

ตารางที่ ๔ ความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวม และจำแนก ๖ มิติ เมื่อเดือนกันยายน ปีงบประมาณ ๒๕๔๙

หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ระดับความพึงพอใจ
ความสะดวกในการมาติดต่อขอรับบริการ	๔.๐๐	๐.๖๔	มาก
กิริยามารยาท ความสุภาพของผู้ให้บริการ	๔.๐๐	๐.๔๕	มาก
การสื่อสารการพูดจาของผู้ให้บริการ	๓.๓๐	๐.๗๙	ปานกลาง
ความรู้ความชำนาญของผู้ให้บริการ	๓.๑๐	๑.๐๕	ปานกลาง
เวลาที่ใช้ในการมารับบริการแต่ละครั้ง	๓.๐๐	๐.๖๔	ปานกลาง
ความพึงพอใจทั่ว ๆ ไปต่อการให้บริการ	๓.๗๘	๐.๖๒	มาก
เมื่อได้ใส่ฟันเทียมแล้วท่านรู้สึกอย่างไร	๔.๐๐	๐.๔๕	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวม	๔.๐๐	๐.๔๕	มาก

ตารางที่ ๕ ความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวม และจำแนก ๗ มิติ เมื่อเดือนกันยายน ปีงบประมาณ ๒๕๕๐

หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ระดับความพึงพอใจ
ความสะดวกในการมาติดต่อขอรับบริการ	๔.๕๔	๐.๖๑	มากที่สุด
กิจกรรมารยาท ความสุภาพของผู้ให้บริการ	๔.๖๖	๐.๕๖	มากที่สุด
การสื่อสารการพูดจาของผู้ให้บริการ	๔.๖๖	๐.๕๖	มากที่สุด
ความรู้ความชำนาญของผู้ให้บริการ	๔.๔๘	๐.๖๑	มากที่สุด
เวลาที่ใช้ในการมารับบริการแต่ละครั้ง	๔.๔๐	๐.๕๗	มาก
ความพึงพอใจทั่ว ๆ ไปต่อการให้บริการ	๔.๕๐	๐.๕๘	มากที่สุด
เมื่อได้ใส่ฟันเทียมแล้วท่านรู้สึกอย่างไร	๔.๖๖	๐.๕๖	มากที่สุด
ความพึงพอใจในภาพรวม	๔.๖๖	๐.๕๖	มากที่สุด

ตารางที่ ๖ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการในภาพรวม และจำแนก ๗ มิติ เมื่อเดือนกันยายน ปีงบประมาณ ๒๕๕๕

หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ระดับความพึงพอใจ
สถานที่ทำงานให้บริการ	๔.๐๐	๑.๐๐	มาก
วัสดุอุปกรณ์ในงานบริการทำฟันเทียม	๓.๓๓	๐.๕๘	ปานกลาง
ปริมาณงานบริการทำฟันเทียม	๓.๓๓	๐.๕๘	ปานกลาง
ระยะเวลาที่ใช้ในการบริการแต่ละครั้ง	๓.๓๓	๐.๕๘	ปานกลาง
ความรู้ความชำนาญในการทำฟันเทียม	๓.๓๓	๐.๕๘	ปานกลาง
ความพึงพอใจทั่ว ๆ ไปต่อการให้บริการ	๓.๓๓	๐.๕๘	ปานกลาง
ความสุขในการให้บริการทำฟันเทียม	๓.๓๓	๐.๕๘	ปานกลาง
ความพึงพอใจในภาพรวม	๓.๓๓	๐.๕๘	ปานกลาง

ตารางที่ ๗ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใส่ฟันเทียมในภาพรวม และจำแนก ๗ มิติ เมื่อเดือนกันยายน ปีงบประมาณ ๒๕๕๐

หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนฯ	ระดับความพึงพอใจ
สถานที่ทำงานให้บริการ	๔.๒๕	๐.๕๐	มาก
วัสดุอุปกรณ์ในงานบริการทำฟันเทียม	๔.๕๐	๐.๕๘	มาก
ปริมาณงานบริการทำฟันเทียม	๔.๐๐	๐.๘๒	มาก
ระยะเวลาที่ใช้ในการบริการแต่ละครั้ง	๔.๒๕	๐.๕๐	มาก
ความรู้ความชำนาญในการทำฟันเทียม	๓.๗๕	๐.๕๐	มาก
ความพึงพอใจทั่ว ๆ ไปต่อการให้บริการ	๔.๒๕	๐.๕๐	มาก
ความสุขในการให้บริการทำฟันเทียม	๔.๒๕	๐.๕๐	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวม	๔.๒๕	๐.๕๐	มาก



มาก (๔.๒๕, ๐.๕๐) เมื่อจำแนกตามมิติต่าง ๆ พบว่าอยู่ในระดับมากในทุกมิติ ดีขึ้นกว่าปีที่ผ่านมามากน้อย ๑ ระดับ (ตารางที่ ๗).

วิจารณ์

โครงการฟื้นฟูพระราชนคร เจริญพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๘๐ พรรษา กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับโรงพยาบาลทุกแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ร่วมกันดำเนินการมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๘-๒๕๕๐ โรงพยาบาลลิซลได้ถือเอาเป็นนโยบายสำคัญ โดยคณะกรรมการบริหารมีมติเห็นชอบให้ฝ่ายทันตสาธารณสุขดำเนินการโดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระงบประมาณที่ต้องแบกรับ แม้ว่าจะไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางในลักษณะโครงการพิเศษที่ให้คำตอบแทนกับทันตแพทย์และทีมงาน ก็ขอให้ทันตแพทย์ทุกคนทุ่มเทอย่างเต็มที่ ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงมีต่อผู้สูงอายุและประชาชนทุกหมู่เหล่า ดังกระแสพระราชดำริสความว่า “เวลาไม่มีพิน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ^(๒๓,๒๔) พบว่าการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุนำมาซึ่งปัญหาในการบริโภคอาหารมากที่สุด, ปัญหาการพูดพรongลงมา. สำหรับปัญหาด้านจิตใจและการเข้าถึงสังคมแม้จะพบได้ต่ำสุดแต่มีรายงานความชุกค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุไทย^(๒๕). จากผลการสำรวจสุขภาพแห่งชาติครั้งล่าสุด^(๒) รายงานว่าร้อยละ ๙๐.๒ ของผู้สูงอายุไทยมีการสูญเสียฟัน และร้อยละ ๗๐.๙ มีความจำเป็นทางวิชาชีพที่ต้องได้รับการใส่ฟันเทียม ใกล้เคียงกับในหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศซึ่งอยู่ในช่วงร้อยละ ๗๐-๙๐^(๒๖-๒๘). จากรายงานประจำปี ๒๕๔๘ กรมอนามัย^(๒๙) พบว่าความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมในประชากรผู้สูงอายุไทยสูงมากถึง ๔ ล้านคน โดย ๓,๗๐๐,๐๐๐ คน มีความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมบางส่วน และ ๓๐๐,๐๐๐ คนมีความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

ประมาณค่าใช้จ่ายต่อคนเฉลี่ย ๔,๐๐๐ บาท ซึ่งต้องใช้งบประมาณสูงมากถึง ๑๖,๐๐๐ ล้านบาท. การดำเนินการใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุจึงต้องให้มีการกระจายไปทั่วทุกพื้นที่ทุกจังหวัดตามสัดส่วนของผู้สูงอายุ และแต่ละพื้นที่จะต้องมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการตามลำดับความจำเป็นทางวิชาชีพพร้อมกับความจำเป็นด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคน. จากการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่และชลบุรี^(๓๐) พบว่าร้อยละ ๕๐-๖๐ ของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต. การศึกษาของสุดาตวง^(๒๒) พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพไม่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพไม่มีความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม. การศึกษาในต่างประเทศพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมมีน้อยอยู่ระหว่าง ๑ ใน ๓ ถึง ๒ ใน ๓ ของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพเท่านั้น.

โรงพยาบาลลิซลจึงได้กำหนดคุณสมบัติผู้สูงอายุที่เหมาะสมมีความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมทั้งด้านวิชาชีพและคุณภาพชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ภายใต้งบประมาณที่จำกัด ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๔๙ สามารถใส่ฟันเทียมได้ ๑๕๕ ราย, ทั้งหมดเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอลิซล. หลังได้รับการใส่ฟันเทียมความพึงพอใจต่อมิตินี้เกี่ยวกับความรู้สึกเมื่อได้ใส่ฟันเทียมอยู่ในระดับดีมาก สามารถเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุได้อย่างสม่ำเสมอ และช่วยสื่อสารไปยังผู้สูงอายุโดยทั่วไปอย่างกว้างขวางผ่านสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ^(๓๑) ทำให้มีผู้สูงอายุสมัครเป็นสมาชิกชมรมและลงทะเบียนตรวจสุขภาพในช่องปากเพื่อขอรับการใส่ฟันเทียมมากขึ้นตามลำดับ. เนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่ได้มีการลงทะเบียนเพียงเท่าเป้าหมายที่ได้รับเท่านั้น แม้ว่าในช่วงปี ๒๕๔๘-๒๕๔๙ สามารถใส่ฟันเทียมได้ตามเป้าหมายแต่เมื่อประเมินความพึงพอใจของทันตแพทย์ที่ให้บริการพบว่าพอใจในผลงานของตนเองในระดับปานกลาง. ทันตแพทย์มีความอ่อนล้า มีความเครียดจากการทำงาน และผลภาวะจากการกรอดตกแต่งฟันเทียมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

อย่างมาก^(๓๒). แต่ในขณะที่เดียวกันก็รู้สึกเข้าใจ เห็นใจผู้สูงอายุ ที่รอรับการใส่ฟันเทียมอยู่อีกเป็นจำนวนมาก ผู้ที่ลงทะเบียนไว้ส่วนใหญ่ยังติดต่อกับทางโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เพื่อสอบถามลำดับคิวของตนเอง. ในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ เมื่อมีการประดิษฐ์ตัวควบคุมการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิกมาช่วยในขั้นตอนการทำฟันเทียมทำให้ทันตแพทย์สามารถใส่ฟันเทียมได้เกินกว่าเป้าหมายที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดอย่างมาก. ทันตแพทย์ ๑ คนใส่ฟันเทียมให้ผู้สูงอายุได้ถึง ๖๙ คน ความพึงพอใจต่อผลงานของตนเองอยู่ในระดับที่ดีมาก ในขณะที่ในระดับจังหวัดโรงพยาบาลอื่น ๆ^(๓๓) ทันตแพทย์ ๑ คนให้บริการใส่ฟันเทียมได้เพียง ๑๐-๑๕ คน.

นอกจากช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการทำฟันเทียมเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตและสร้างความพึงพอใจอย่างมากให้กับผู้สูงอายุแล้วยังช่วยแก้ปัญหาหมากภาวะจากกรอปนเปื้อนเศษอะครีลิกจากการถอดฟันปลอมในห้องทำงาน ลดความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี.

จากการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าโครงการฟันเทียมพระราชทานเป็นความหวังของผู้สูงอายุที่สูญเสียฟัน มีผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียมรอคิวอยู่เป็นจำนวนมาก ในขณะที่บุคลากรทันตแพทย์มีจำกัด ภาระงานบริการทันตกรรมอื่น ๆ ของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบก็ไม่อาจละทิ้งได้ การพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพเพื่อสนองต่อความต้องการประชาชนเป็นสิ่งที่เราในฐานะข้าราชการในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวไม่อาจละเลยได้ แม้ว่าจะเป็นภาระและสร้างความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า แต่ก็มีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม.

จากผลการศึกษาสรุพบว่าตัวควบคุมการฟุ้งกระจายเศษอะครีลิกจากการถอดฟันเทียมเป็นนวัตกรรมในการพัฒนาประสิทธิภาพในการทำฟันเทียมเป็นอย่างมาก ช่วยลดระยะเวลากระบวนการทำงาน, รักษาสภาวะแวดล้อมในห้องทำงาน, ลดความเสี่ยงในการทำงาน, ราคาไม่แพง, เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เหมาะที่จะนำไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีพื้นที่ห้องทำงานจำกัด.

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์อารักษ์ วงศ์วรชาติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล ได้สนับสนุนส่งเสริมให้มีการคิดค้นนวัตกรรมในการพัฒนางานและสนับสนุนทุนการวิจัย. นายแพทย์เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลสิชล, อาจารย์สมจินต์ รัตนเสถียร คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะการเก็บตัวชี้วัด. ทันตแพทย์ และบุคลากรในฝ่ายทันตสาธารณสุขทุกท่านมีส่วนร่วมทุ่มเทการทำงานคิดค้นสิ่งประดิษฐ์ชิ้นนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. กองทันตสาธารณสุข. บทความพิเศษโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปีและในวาระมหามงคล ๘๐ พรรษา. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
๒. กองทันตสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๔.
๓. กลุ่มงานวิชาการงานทันตสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; ๒๕๔๘.
๔. ฝ่ายทันตสาธารณสุข. รายงานการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทานโรงพยาบาลสิชล ครั้งที่ ๑. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลสิชล; ๒๕๔๘.
๕. สำนักงานประกันสุขภาพ. รายงานการขึ้นทะเบียนประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอำเภอสิชล. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลสิชล; ๒๕๔๘.
๖. คณะกรรมการพัฒนาวิชาการโครงการฟันเทียมพระราชทาน. คู่มือการทำฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
๗. Ivanhoe JR, Cibirka RM, Parr GR. Treating the modern complete denture patient; A review of prosthetic dent. J Prosthet Dent 2002; 88:631-35.
๘. Basker RM, Davenport JC, Tomlin RH. Prosthetic treatment of the edentulous patients. 3rd ed. London: Macmillan Press; 1992.
๙. Sharry J, editor. Complete denture prosthetics. 3rd Ed. New York: McGraw-Hill; 1974.
๑๐. เจน รัตนไพศาล. ทันตวัสดุศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร:



- บริษัทโรงพยาบาลไทยวัฒนาพานิช จำกัด; ๒๕๓๓.
๑๑. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร วชิรพยาบาล. ชมรมงานจ่ายกลางแห่งประเทศไทย. การประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๕๐ CSSD Competency and Standard. เชียงใหม่: โรงพิมพ์เมือง; ๒๕๕๐.
 ๑๒. คะเอื้อ อุณหเลขกะ. ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพิมพ์เมือง; ๒๕๔๔.
 ๑๓. Filiz A, Keyf A. Keyf I. Harmful effects of methylmethacrylate and from acrylic resin denture base materials. Saudi Dental Journal 1998; 10:23-8.
 ๑๔. Tsuchiya H, Hoshiya Y, Tajima K, Takagi N. Beaching and cytotoxicity of formaldehyde and methylmethacrylate from acrylic resin denture base materials. J Prosthet Dent 1984; 71:618-24.
 ๑๕. Ruyter IF. Release of formaldehyde from denture base polymers. Acta Odontol Scand 1980; 38:17-27.
 ๑๖. Blanchet LJ, Mc Reynolds HD, Bowman DC. Methylmethacrylate induced pulmonary pathology in the Albino Rat. Anat Rec 1980; 196: A224-A225.
 ๑๗. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานประเมิน ๕ ส โรงพยาบาลชุมชน; ๒๕๔๔.
 ๑๘. วาสนา ชัยมะลิ. ก้าวอย่างไรให้ถึง ๕ ส Thailand award. งานมหกรรมคุณภาพ ๗ ส คณะแพทยศาสตร์ เรื่อง ๕ ส สร้างสรรค์ท้าทาย. ๒๗ กันยายน ๒๕๔๕; อาคารเรียนรวมและหอสมุดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
 ๑๙. งานพัสดุ, งานซ่อมบำรุง. รายงานการบำรุงรักษาเครื่องปรับอากาศในโรงพยาบาลสิชล. นครศรีธรรมราช: ฝ่ายบริหารงานทั่วไป; ๒๕๔๕.
 ๒๐. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. รายงานข้อร้องเรียนและข้อเสนอแนะของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลสิชลประจำปี ๒๕๔๕. นครศรีธรรมราช: งานคุณภาพ; ๒๕๕๐.
 ๒๑. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล. รายงานการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลครั้งที่ ๑/๒๕๕๐. โรงพยาบาลสิชล: ฝ่ายบริหารงานทั่วไป; ๒๕๕๐.
 ๒๒. คณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาล. รายงานการประชุมคณะกรรมการคุณภาพครั้งที่ ๑/๒๕๔๕. โรงพยาบาลสิชล: งานคุณภาพ; ๒๕๔๕.
 ๒๓. ศรีศิลาพันธ์ P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in northern Thailand. Gerodontology 2001; 18:102-8.
 ๒๔. Sheiham A, Steele JG, Marcenos W, Tsakos G, Finch S, Wallis AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people;a national survey in Great Britain. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29:195-203.
 ๒๕. สุดาตวง เกริ่นพงษ์, ญาดา พวงสอาด, พรธมลพร นิยมศรีสุขกุล, พัชชา วรณจารุรัตน์, ศิริมา พงศ์วิรวงศ์, สุปรีดา สุภนันตชาติ. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม. ว ทนต ๒๕๕๐; ๕๖:๘๘-๑๐๕.
 ๒๖. Fiske J, Lloyd HA. Dental needs of residents and carers in elderly peoples' homes and carers' attitudes to oral health. Eur J Prosthodont Restor Dent 1992; 1:91-5.
 ๒๗. Walter MH, Wolf BH, Rieger C, Boening KW. Prosthetic treatment need in a German sample. J Oral Rehabil 2001; 28:708-16.
 ๒๘. ศรีศิลาพันธ์ P, ก่อวานิช N, Sheiham A. Assessing prosthetic dental treatment needs in older adults in Thailand: normative vs. sociodental approaches. Spec Care Dentist 2003; 23:131-4.
 ๒๙. กรมอนามัย. รายงานประจำปี ๒๕๔๘ กรมอนามัย [cited ๒๐๐๖ Aug ๗]; Available from: URL: <http://planning.anamai.moph.go.th/product/reportDOH๒๕๔๘/รายงานประจำปี ๒๕๔๘ กรมอนามัย.doc>.
 ๓๐. ศรีศิลาพันธ์ P, Sheiham A. Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in dentate older people. Gerodontology 2001; 18:25-34.
 ๓๑. ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสิชล. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๔๕: นครศรีธรรมราช: ฝ่ายเลขานุการ; ๒๕๔๕.
 ๓๒. องค์การแพทย์. รายงานผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิชลประจำปี ๒๕๔๕. นครศรีธรรมราช: กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์โรงพยาบาลสิชล; ๒๕๔๕.
 ๓๓. กลุ่มงานวิชาการงานทันตสาธารณสุข. สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทานระหว่างปี ๒๕๔๘-๒๕๕๐. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; ๒๕๕๐.