

## 1. บริการฝากครรภ์คุณภาพ

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3
คุณภาพการให้บริการ	2
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5
<b>รวม</b>	<b>15</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

การฝากครรภ์ (Antenatal care or prenatal care; ANC) หมายถึง การดูแลสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์โดยใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และปัจจัยทางด้านร่างกายอารมณ์สังคม เศรษฐกิจ ของหญิงตั้งครรภ์เป็นส่วนประกอบในการให้การดูแล การฝากครรภ์เป็นหนึ่งใน การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น การคัดกรองและค้นหาภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ รวมทั้ง ค้นหาความผิดปกติในการเจริญเติบโตของทารก ในครรภ์ โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดการฝากครรภ์ที่เหมาะสมควรมาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นเวลาที่เหมาะสมในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน และสามารถส่งต่อไปไปยังสถานบริการอื่นที่ เหมาะสมในกรณีจำเป็น

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้นิยามระบบบริการการฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การ จัดบริการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่พิสูจน์แล้วว่า เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก ในครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย 1) ซักประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน โรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ความพร้อมการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร 2) คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ปกติหรือมีภาวะเสี่ยง ถ้ามีความเสี่ยงให้ส่งต่อแพทย์ เพื่อดูแลเฉพาะ (case management) 3) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันเมื่อมีข้อบ่งชี้ โรคถ่ายทอดทาง พันธุกรรม ได้แก่ โรคธาลัสซีเมีย down syndrome ภาวะพร่องไทรอยด์แต่กำเนิด 4) ตรวจร่างกาย ตรวจ ครรภ์ ตรวจหาซิฟิลิส (ให้การรักษาหากผลเป็นบวก) การติดเชื้อเอชไอวี ตรวจหมู่เลือด (ABO and RH) ความ เข้มข้นของเลือด (Hct/Hb) ตรวจอนามัยในช่องปาก ตรวจปัสสาวะด้วย urine dipstick ตรวจภายในเพื่อ

ตรวจความผิดปกติและการติดเชื้อในช่องคลอด (โดยใช้ Speculum หากหญิงตั้งครรภ์สมัครใจและไม่มีข้อห้าม) และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 5) ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แจ้งและอธิบายผลการประเมินให้คำแนะนำการบริโภคอาหาร และจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟเลท ในหญิงตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์ 6) การให้ความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่รายกลุ่ม พร้อมข้อแนะนำที่หญิงตั้งครรภ์จะนำไปเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยตนเอง และ 7) จัดให้มีช่องทาง ติดต่อระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ได้ 24 ชั่วโมง เพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที ซึ่งเกณฑ์เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลทั่วประเทศตั้งแต่ระดับ รพช. ขึ้นไป ให้บริการตามมาตรฐานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4	อนามัยแม่และเด็ก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ มีจำนวน 123,571 คน	(2)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3	หญิงตั้งครรภ์พบการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ในปี พ.ศ. 2556 - 2559 เท่ากับ ร้อยละ 56.69, 58.08, 57.1 และ 53.24 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดร้อยละ 60	(2)
คุณภาพการให้บริการ	2	ไม่พบหลักฐานวิชาการที่ระบุว่า การให้บริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างทางสิทธิประโยชน์ระหว่าง 3 สิทธิการรักษา	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5	การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีความสำคัญเพราะเป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงด้านมารดาที่ส่งผลต่อทารกในครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดแก่ทารกในครรภ์ทำให้มารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรง จากการทบทวนวรรณ พบว่า การฝากครรภ์ช่วยลดอัตราการตายของทารกได้ถึงร้อยละ 14 โดยเฉพาะการฝากครรภ์ครั้งแรกระหว่าง 8 - 12 สัปดาห์ แล้วให้ folic acid เสริมจะช่วยลดอัตราการเกิด neural tube defect ได้อย่างมีนัยสำคัญ	(3 - 4)

ผู้จัดทำข้อมูล นางสาวศรณีย์ หนูชิต

## เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. อนามัยแม่และเด็ก: ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 สืบค้นจาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=bd63b8d99f7054560fcf9c3b96f39c13](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=bd63b8d99f7054560fcf9c3b96f39c13).
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ; 2560
3. World Health Organization [WHO]. (2007). Intergrated management of pregnancy and childbirth: Standards for maternal and neonatal care. Geneva: World Health Organization
4. World Health Organization [WHO]. (2006). Neonatal and perinatal mortality: Country, regional, and global estimates. Geneva: World Health Organization.

## 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	2
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	5
คุณภาพการให้บริการ	2
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	2
<b>รวม</b>	<b>12</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

การฝากครรภ์ช่วยลดอัตราการตายและพิการในมารดาและทารกแรกเกิด โดยการฝากครรภ์มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ทำให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นได้ตั้งแต่เริ่มต้นและรักษาได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ การฝากครรภ์ยังมีการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อในมารดาที่ส่งผลต่อทารกในครรภ์ เช่น โรคซิฟิลิส โรคเอดส์ (HIV infection) และโรคไวรัสตับอักเสบบี ทำให้สามารถป้องกันการติดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ได้

ดังนั้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการในหญิงตั้งครรภ์ เช่น การตรวจคัดกรองซิฟิลิส การตรวจการติดเชื้อ HIV การตรวจคัดกรองพาหะไวรัสตับอักเสบบี การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย (MCV/OF+DCIP) การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ (หญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป) และการตรวจหมู่เลือด (ABO และ Rh) จึงมีความจำเป็นในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายและความพิการในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	2	ข้อมูลผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการของหญิงตั้งครรภ์และสามี ประจำปี 2560 พบว่า มีผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ จำนวน 24,813 ราย	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	5	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2559 อยู่ที่ 62.36, 55.84, 51.1 และ 47.31 ตามลำดับ	(2)
คุณภาพการให้บริการ	2	ไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่ระบุว่า การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>จากการศึกษาความแม่นยำในการตรวจคัดกรอง <math>\alpha</math> thalassaemia-1 and <math>\beta</math> thalassaemia โดยใช้ mean corpuscular volume &lt; 80 fl พบว่า diagnostic accuracy ของ mean corpuscular volume &lt; 80 fl HAM-D อยู่ที่ร้อยละ 84.7 (A1)</li> <li>โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (D0)</li> </ul>	(3)

ผู้จัดทำข้อมูล พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

## เอกสารอ้างอิง

1. ระบบบูรณาการการคัดกรองความผิดปกติของหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด. ผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการของหญิงตั้งครรภ์และสามี จำแนกตามวิธีการตรวจ ประจำปี 2560: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560 [Available from: <http://nprp.nhso.go.th/nprp/faces/login/login.jsf>.
2. สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานตัวชี้วัด QOF 2560.
3. Sirichotiyakul S, Maneerat J, Sa-nguanserm Sri T, Dhananjayanonda P, Tongsong T. Sensitivity and specificity of mean corpuscular volume testing for screening for alpha-thalassemia-1 and beta-thalassemia traits. *The journal of obstetrics and gynaecology research*. 2005;31(3):198-201.

### 3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

#### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2
คุณภาพการให้บริการ	2
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	4
<b>รวม</b>	<b>13</b>

#### รายละเอียดโดยสรุป

ปัญหาทางทันตสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งของประเทศไทย โดยหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสูงที่จะเป็นโรคในช่องปากมากกว่าหญิงทั่วไป ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีการดูแลทันตสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจาก ผลจากการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ปัญหาทางด้านทันตสุขภาพที่พบบ่อยในหญิงตั้งครรภ์ คือ โรคปริทันต์ โรคเหงือกอักเสบ และโรคฟันผุ โดยหากหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคปริทันต์แล้วไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย ดังนั้น ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์จำนวน 5 ครั้งหรือที่เรียกว่า 5 ครั้งคุณภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้มีคุณภาพ เพราะการได้รับการตรวจครรภ์ครบตามเกณฑ์และครอบคลุม สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้อย่างชัดเจน จากแนวทางการพัฒนาสุขภาพไม่ควรทำเพียงแค่การให้ทันตสุขศึกษา แต่ควรดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพ 4 ให้ครอบคลุมกิจกรรมตามแนวคิดออตตาวา โดยบูรณาการกิจกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวชี้วัด คือ คลินิกฝากครรภ์คุณภาพ ประกอบด้วย การตรวจช่องปากหญิงตั้งครรภ์ การให้คำแนะนำการฝึกแปรงฟัน และการส่งต่อเพื่อรับบริการ



ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4	จากข้อมูลทันตกรรม (บริการ) การตรวจช่องปากหญิงตั้งครรภ์ ในปีงบประมาณ 2560 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก มีจำนวน 394,235 คน	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ในปี พ.ศ. 2559 เท่ากับร้อยละ 77	(2)
คุณภาพการให้บริการ	2	ไม่พบหลักฐานวิชาการระบุว่า การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของ 3 สิทธิการรักษา	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	4	หญิงตั้งครรภ์ที่มีฟันผุหลายซี่จะมีปริมาณเชื้อแบคทีเรียในช่องปากมาก มีโอกาสสูงที่จะถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกมากขึ้น ทำให้ลูกมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคฟันผุ นอกจากนี้ มีการศึกษาที่พบว่าโรคปริทันต์อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดและเด็กมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยได้ การได้รับการขูดหินน้ำลายและทำความสะอาดช่องปากจะช่วยลดภาวะเหงือกอักเสบ และการขูดฟันช่วยลดปริมาณเชื้อแบคทีเรียในช่องปากหญิงตั้งครรภ์ <ul style="list-style-type: none"> <li>● การตรวจช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ มีความแม่นยำร้อยละ 69 (A1)</li> <li>● สามารถรักษาโรคในช่องปากให้หายขาดได้ (D1)</li> </ul>	(3)

ผู้จัดทำข้อมูล นางสาวศรณีย์ ทนุชิต

## เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ทันตกรรม: การตรวจช่องปากหญิงตั้งครรภ์: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 สืบค้นจาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=fc73b811eb6d9206e7e5baf8ad20d7b9&id=e3944f850090f92470a9aaebc92e044b](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=fc73b811eb6d9206e7e5baf8ad20d7b9&id=e3944f850090f92470a9aaebc92e044b).
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ; 2560
3. George, A., Dahlen, H.G., Blinkhorn, A., Ajwani, S., Bhole, S., Ellis, S., Yeo, A., Elcombe, E., Sadozai, A. and Johnson, M., 2016. Measuring oral health during pregnancy: sensitivity and specificity of a maternal oral screening (MOS) tool. BMC pregnancy and childbirth, 16(1), p.347.

#### 4. บริการตรวจหลังคลอด

##### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3
คุณภาพการให้บริการ	2
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1
<b>รวม</b>	<b>11</b>

##### รายละเอียดโดยสรุป

คุณภาพบริการฝากครรภ์ดูแลก่อนคลอดเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพแม่และทารกในครรภ์ โดยหญิงหลังคลอดจะได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และ/หรือ อสม. ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ได้แก่ ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอด (ทั้งแม่และลูก) ในสัปดาห์แรกเมื่ออายุบุตรไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมหลังคลอด (ทั้งแม่และลูก) ในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วันนับจากวันคลอด และครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมหลังคลอด (ทั้งแม่และลูก) ตั้งแต่บุตรอายุ 16 วัน แต่ไม่เกิน 42 วัน นับจากวันคลอด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 60

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4	จำนวนหญิงไทยที่ไม่ได้รับการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 134,388 ราย (ร้อยละ 51.27)	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3	หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ในปี พ.ศ. 2559 เท่ากับร้อยละ 53.73	(2)
คุณภาพการให้บริการ	2	ไม่พบหลักฐานวิชาการระบุว่า การให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของ 3 สิทธิการรักษา	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1	การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การให้บริการหลังคลอดสำหรับหญิงหลังคลอดที่มีความเสี่ยงต่ำไม่มีความแตกต่างทางด้านประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญ (ความรู้ ทัศนคติ สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และการเลี้ยงดูบุตร) เทียบกับหญิงหลังคลอดที่ไม่ได้รับบริการ แต่หากให้บริการหลังคลอดในหญิงที่มีความเสี่ยงสูงช่วยลดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37 การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ร้อยละ 16 และการคุมกำเนิดได้ร้อยละ 35	(3)

ผู้จัดทำข้อมูล นางสาวศรณีย์ ทนุชิต

## เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ 2560: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=f50124b9cbc6636272844273980ca42e](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=f50124b9cbc6636272844273980ca42e).
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ; 2560
3. Shaw, E., Levitt, C., Wong, S. and Kaczorowski, J., 2006. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), pp.210-220.

5. บริการวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) วัคซีนตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไอกรนชนิดทั้งเซลล์ ไข่สมอง  
 อักเสบเจี โปลิโอชนิดกิน/ฉีด (OPV/IPV)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	1
คุณภาพการให้บริการ	1
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	2
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5
<b>รวม</b>	<b>13</b>

รายละเอียดโดยสรุป

การฉีดวัคซีนในเด็กเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคสูงขึ้นไปเพียงพอที่จะป้องกันโรคได้ในระยะเวลานาน ป้องกันโรคติดต่อร้ายแรง ชัดขวางการแพร่ระบาด และลดผลกระทบร้ายแรงของโรคในเด็ก ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่า การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนสามารถลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก จาก 13 ล้านคนใน พ.ศ. 2533 เหลือ 9 ล้านคนใน พ.ศ. 2551

ปัจจุบันมีวัคซีนที่เด็กจำเป็นต้องได้รับจำนวน 8 ชนิด สำหรับป้องกันโรคทั้งหมด 10 โรค ได้แก่ วัคซีนป้องกันวัณโรคตับอักเสบบี คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม และไข่สมองอักเสบเจี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขโดยการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้มีบริการวัคซีนแก่เด็กแรกเกิดอย่างต่อเนื่องไปจนถึงวัยเรียนฟรี โดยเด็กทุกคนสามารถรับวัคซีนได้จากสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานีนอานามัยทุกแห่ง และควรรับวัคซีนให้ครบทุกช่วงอายุ (1)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4	จากข้อมูลการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุครบ 2 ปี (fully immunized) ปีงบประมาณ 2560 พบว่า มีจำนวนเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ จำนวน 125,408 ราย	(2)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	1	ร้อยละการได้รับวัคซีน DTP5/OPV5 ของเด็กอายุ 5 - 6 ปี เท่ากับ 90.3 ในปี พ.ศ. 2556	(3)
คุณภาพการให้บริการ	1	ผลการประเมินมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในภาพรวมโดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป จำแนกรายละเอียดตามหน่วยงาน ดังนี้ 1. ฝ่ายเภสัชกรรม (คลังวัคซีนอำเภอ) ผลการประเมินพบว่า ด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นผ่านการประเมิน เท่ากับร้อยละ 80.5 (เกณฑ์การประเมินร้อยละ 80) และผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดมาตรฐานของสถานบริการที่กำหนดไว้ เท่ากับร้อยละ 68.7 (เกณฑ์การประเมินร้อยละ 60) 2. โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการประเมิน พบว่า ด้านการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็นผ่านการประเมิน เท่ากับร้อยละ 80.6 (เกณฑ์การประเมินร้อยละ 80) ด้านการบริหารจัดการข้อมูล เท่ากับร้อยละ 86 และผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดมาตรฐานของสถานบริการที่กำหนดไว้ เท่ากับร้อยละ 71 (เกณฑ์การประเมินร้อยละ 60)	(4, 5)

		จากการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพในคลินิกสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2549 พบว่า สวณใหญ่โรงพยาบาลและสถานอนามัย มีการบริหารจัดการคลินิกพื้นฐานผ่านเกณฑ์ เช่น จัดให้มีบริการเป็นประจำทุกเดือนสะดวกต่อผู้มาใช้บริการ มีตู้เย็นเฉพาะสำหรับ วัคซีน มีกระติกเก็บความเย็นและช่องน้ำแข็งอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน มีมาตรการ ป้องกันการปนเปื้อนเมื่อเปิดขวดวัคซีน	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	2	มีปัญหาความครอบคลุมของวัคซีนไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในบริเวณชนบทห่างไกล กลุ่ม ประชากรที่อัตราการเคลื่อนย้ายสูง เช่น กลุ่มแรงงานต่างชาติ ผู้อพยพ บริเวณที่มี ปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองหรือสงคราม เช่น 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของ ประเทศไทย	(6)
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5	ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคคอตีบ เท่ากับ ร้อยละ 95 ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคไอกรน เท่ากับ ร้อยละ 50-90 ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคบาดทะยัก เท่ากับ ร้อยละ 100 ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคโปลิโอ เท่ากับ ร้อยละ 73 ต่อ serotype 1 และร้อยละ 70 ต่อ serotype 3	(7, 8)

ผู้จัดทำข้อมูล ญ.พรธิดา หัตถ์โนนตุน



## เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 2 ปี (fully immunized) ปี 2560: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 [เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=epi/epi\\_complete.php&cat\\_id=4df360514655f79f13901ef1181ca1c7&id=35f4a8d465e6e1edc05f3d8ab658c551](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=epi/epi_complete.php&cat_id=4df360514655f79f13901ef1181ca1c7&id=35f4a8d465e6e1edc05f3d8ab658c551)].
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ดี เริ่มต้นที่ "วัคซีนในเด็ก". [14 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [thaigcd.ddc.moph.go.th/informations/view/329](http://thaigcd.ddc.moph.go.th/informations/view/329)
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2556. 2556:43-5.
4. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2557. 2557:50-2.
5. เอมอร ราษฎร์จำเริญสุข, ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ และพอพิศ วรินทร์เสถียร. ระดับคุณภาพงานในคลินิกสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2549. วารสารควบคุมโรค ปีที่ 35. 2552(1): หน้า 47-57.
6. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. บทสรุป Workshop on National Immunization Program and Vaccine Coverage in ASEAN Countries. [14 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pidst.net/A416.html>
7. วีรวรรณ หัตถสิงห์. วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน. ใน: สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. วัคซีน. หน้า 165-71.
8. จุไร วงศ์สวัสดิ์. วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ใน: สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. วัคซีน. หน้า 239-48.

## 6. บริการวัคซีนป้องกันหัด หัดเยอรมัน และคางทูม (MMR)

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	1
คุณภาพการให้บริการ	1
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5
<b>รวม</b>	<b>9</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

โรคหัด หัดเยอรมัน และคางทูมเป็นโรคติดเชื้อในเด็ก โดยโรคหัดอาจก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น pneumonia และ encephalitis และอาจทำให้เสียชีวิตได้ โรคหัดเยอรมันถ้ามีการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ จะส่งผลให้ทารกในครรภ์มีความพิการแต่กำเนิดได้ นอกจากนี้ การติดเชื้อคางทูม อาจทำให้เกิดการติดเชื้อของลูกอذنหะหรือรังไข่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะการเจริญพันธุ์ ดังนั้น การฉีดวัคซีน MMR ในเด็กอายุ 0 - 5 ปี เป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคหัด หัดเยอรมัน และคางทูมซึ่งเป็นป้องกันการเสียชีวิตและความพิการจากโรคได้

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1	จากข้อมูลเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่ 1 ม.ค. - 7 ส.ค. พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยรวมทั้งหมด 3,698 ราย	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	1	ร้อยละเด็กอายุ 9-12 เดือนที่ได้รับการฉีดวัคซีน MMR ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2559 อยู่ที่ 98.9, 98.7, 98.7 และ 98.7 ตามลำดับ	(2)
คุณภาพการให้บริการ	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● โรคหัดจากข้อมูลเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่ 1 ม.ค. - 7 ส.ค. พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 2,056 ราย จาก 72 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 3.14 ต่อแสนประชากร</li> <li>● โรคหัดเยอรมันจากข้อมูลเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่ 1 ม.ค. - 7 ส.ค. พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 149 ราย จาก 41 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.23 ต่อแสนประชากร</li> <li>● โรคคางทูมจากข้อมูลเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่ 1 ม.ค. - 7 ส.ค. พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 1,493 ราย จาก 76 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 2.28 ต่อแสนประชากร</li> </ul>	(1)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 สิทธิการรักษา	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ประสิทธิภาพของวัคซีน MMR ในการป้องกันโรคหัด หัดเยอรมันและคางทูมอยู่ที่ร้อยละ 97</li> </ul>	(3)

ผู้จัดทำข้อมูล พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง ๕๐๖. 2560. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.15.110/boe/home.php>.
2. สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานตัวชี้วัด QOF 2560.
3. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports. 2013;62(Rr-04):1-34.

## 7. บริการตรวจสุขภาพช่องปากและการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ในกลุ่มวัย 0-5 ปี

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3
คุณภาพการให้บริการ	1
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1
<b>รวม</b>	<b>13</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

การบริการทาฟลูออไรด์วาร์นิชทุก 6 เดือน เป็นไปตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีผลการศึกษาแบบ RCT พบว่า การทาฟลูออไรด์วาร์นิช มีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 23 ในเด็กวัยก่อนเข้าเรียน (preschoolers) ผลจากการปฏิบัติในประเทศไทย พบว่า แนวโน้มฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีดีขึ้น กล่าวคือ มีจำนวนเด็กที่ปราศจากฟันผุมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มีเด็กจำนวนมากที่มีฟันผุตั้งแต่อายุ 3 ขวบ และอัตราการเกิดฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 3 - 5 ปี จากการที่จำนวนเด็กที่ปราศจากฟันผุมากขึ้น แสดงถึงคุณภาพของการให้บริการที่ดี

ในการให้บริการจำเป็นต้องอาศัยทันตบุคลากร ซึ่งในประเทศไทยยังมีความจำกัดของจำนวนทันตบุคลากร โดยมีจำนวนร้อยละ 47.8 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาการกระจุกตัวของทันตบุคลากรในเมืองใหญ่ ถึงแม้ว่าจะมีการผลิตทันตภิบาลมาช่วยแบ่งเบาภาระ แต่มีเพียงส่วนน้อยที่ทันตบุคลากรปฏิบัติงานในสถานบริการระดับชุมชน และยังคงช่วยแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในสถานที่ทำงานด้วย ทำให้ผลลัพธ์ของงานทันตกรรมในภาพรวมต่ำ และมีผลต่อการดำเนินโครงการตามชุดสิทธิประโยชน์นี้ด้วย

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4	จากข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก เด็กกลุ่มอายุ 3 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม เท่ากับ 117,351 ราย (ร้อยละ 27.92)	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3	ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ระบุจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 3 ปี ที่ได้รับฟลูออไรด์วานิช ร้อยละ 46.97 และได้รับการตรวจช่องปากร้อยละ 70.15 (ข้อมูลปี พ.ศ. 2557)	(2)
คุณภาพการให้บริการ	1	องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการทาฟลูออไรด์วานิช ทุก 3 - 6 เดือน ซึ่งเป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ แนวโน้มฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีดีขึ้น กล่าวคือ มีจำนวนเด็กที่ปราศจากฟันผุมากขึ้น แต่การสำรวจทุกครั้งพบว่าโรคฟันผุในฟันน้ำนมอยู่ในระดับน่าเป็นห่วง มีเด็กจำนวนมากที่มีฟันผุตั้งแต่อายุ 3 ขวบ และอัตราการเกิดฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 3 - 5 ปี	(3, 4)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4	ในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนทันตบุคลากร โดยมีจำนวนทันตแพทย์แค่ร้อยละ 47.8 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และปัญหาการกระจุกตัวของทันตแพทย์ในเมืองใหญ่ ถึงแม้ว่าจะมีการผลิตทันตภิบาลมาช่วยแบ่งเบาภาระทันตแพทย์ แต่มีเพียงส่วนน้อยที่ปฏิบัติงานในสถานีนานามัย	(4)

ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1	จากผลการศึกษาพบว่า การทาฟลูออไรด์วาร์นิช มีประสิทธิผลในการป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 23 ใน เด็กวัยก่อนเข้าเรียน (preschoolers)	(5)
--------------------------------	---	--	-----

ผู้จัดทำข้อมูล นศภ.สาธิต การย่บรจบ

## เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก: ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม ปีงบประมาณ 2560: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=kpi/kpi\\_dent.php&cat\\_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=e9f3192f523c79cbbb7b405e879384](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=kpi/kpi_dent.php&cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=e9f3192f523c79cbbb7b405e879384).
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558. เข้าถึงได้ที่: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/health\\_statistics2557.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistics2557.pdf)
3. World Health Organization. WHO expert consultation on public health intervention against early childhood caries: report of a meeting, Bangkok, Thailand, 26-28 January 2016. Geneva: World Health Organization; 2017.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม. 2553. [10 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/คู่มือทันตกรรม.pdf>
5. Oliveira BH, Salazar M, Carvalho DM, Falcão A, Campos K, Nadanovsky P. Biannual Fluoride Varnish Applications and Caries Incidence in Preschoolers: A 24 - month Follow-Up Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial. Caries Research. 2014;48(3):228-36.



## 8. บริการคัดกรองสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มวัย 6-24 ปี

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	4
คุณภาพการให้บริการ	1
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	4
<b>รวม</b>	<b>18</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

ปัจจุบันประชาชนทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มประสบปัญหาสุขภาพช่องปากสูงขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการทันตกรรม และสามารถควบคุมสถานการณ์การเกิดโรคในช่องปากในระยะยาวได้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงแยกการจัดการบริการทันตกรรมไว้เป็นรายการเฉพาะ เพื่อให้สามารถให้บริการทันตกรรมรักษาในเด็กและหญิงตั้งครรภ์และการให้บริการฟันเทียมแก่ผู้มีสิทธิได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (1) ดังนั้น เพื่อควบคุมสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยและเด็กประถมศึกษาโดยบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรค และรักษาทางทันตกรรม (comprehensive care) จึงมีโปรแกรมที่จะให้เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการบริการทันตกรรม comprehensive care ดังนี้ (2)

1. การให้บริการทันตกรรมส่งเสริม ได้แก่ การให้คำแนะนำ ส่งเสริมการแปรงฟัน และควบคุมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม
2. การให้บริการทันตกรรมป้องกัน ได้แก่ เคลือบหลุมร่องฟันในฟันแท้ซี่ 6 และให้ฟลูออไรด์เสริมที่เหมาะสม
3. การให้บริการทันตกรรมรักษา ได้แก่ การให้บริการอุดฟันแท้ ซี่ 6 และการควบคุมการติดเชื้อและการลุกลามของฟันผุ (control infection and caries Progression control) เน้นในฟันน้ำนมซี่ D และ E

โดยงานทันตกรรมในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ที่อยู่ในสถานีนามัยนั้น ถ้าเป็นสถานีนามัยขนาดใหญ่ที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล ก็จะมีงานบริการทันตกรรมตามปกติ ยกเว้นงานใส่ฟัน ส่วนสถานีนามัยที่ไม่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล ก็จะมีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิ (CUP) หมุนเวียนกันให้บริการ ถ้าสถานีนามัยที่ใกล้โรงพยาบาลก็อาจจะสัปดาห์ละครั้ง ถ้าสถานีนามัยที่ไกลโรงพยาบาลก็เป็นเดือนละครั้ง หรือนานกว่านั้น งานบริการที่ให้โดยมากเป็นงานบริการรักษา ซึ่งไม่แตกต่างกับการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ของฝ่ายทันตกรรมที่ได้ปฏิบัติกันมาก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5	ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ปีงบประมาณ 2560 ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี พบว่า ร้อยละ 50.63 ได้รับการคัดกรองทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ดังนั้น จำนวนเด็กที่ไม่ได้รับทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน เท่ากับ 2,263,055 ราย	(4)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	4	เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากทั่วประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนร้อยละ 38.88	(2, 5)
คุณภาพการให้บริการ	1	ไม่พบหลักฐานทางวิชาการที่ระบุว่า การคัดกรองไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4	การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมในภาครัฐยังคงต่ำ โดยประชาชนที่มีเศรษฐฐานะดี มีการศึกษา อาศัยในเขตเมืองและภาคกลางจึงมีอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากมากกว่า นอกจากนี้ จำนวนกำลังทันตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพช่องปากปี พ.ศ. 2556 มีความขาดแคลนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน oral health service plan สูงถึง 1.5 - 2 เท่า และพบว่า มีปัญหาขาดแคลนผู้ช่วยทันตกรรมสูงกว่าร้อยละ 50 และขาดแคลนยูนิตทันตกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ให้บริการ	(2, 6, 7)

ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การตรวจช่องปาก มีความแม่นยำร้อยละ 69 (A1)</li> <li>● หากมีการตรวจช่องปาก จะสามารถรักษาโรคในช่องปากให้หายขาดได้ (D1)</li> </ul>	(7)
--------------------------------	---	---	-----

ผู้จัดทำข้อมูล นศภ.ณัฐกานต์ ธีระทานันท์

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม. 2553. [10 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/คู่มือทันตกรรม.pdf>
2. สำนักสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2557. [5 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/0B-9XwbS91QRpWXZsdG5UT0FZdHM>.
3. ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์, สุปรีตา อุดุลยานนท์, อังคณา เขียวมนตรี, ทรงชัย ฐิตโสมกุล, ปิยะนารถ จาติเกตุ และคณะ. กระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์. 2004 [14 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1829/hs1168.zip?sequence=1&isAllowed=y>.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก: การใช้บริการ P&P ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี เฉพาะเขตรับผิดชอบ ปีงบประมาณ 2560: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=kpi/kpi\\_dent.php&cat\\_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=51b65857707cb843a0a2a97b5310a373](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=kpi/kpi_dent.php&cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=51b65857707cb843a0a2a97b5310a373).
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559; 2559: p. 61.
6. สำนักทันตกรรม กรมอนามัย. ยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก 2560. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข; 2559.
7. คณะกรรมการการพัฒนาระบบการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลผลิตภาพและประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพช่องปากของโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2556; 2556.
8. George, A., Dahlen, H.G., Blinkhorn, A., Ajwani, S., Bhole, S., Ellis, S., Yeo, A., Elcombe, E., Sadozai, A. and Johnson, M., 2016. Measuring oral health during pregnancy: sensitivity and specificity of a maternal oral screening (MOS) tool. BMC pregnancy and childbirth, 16(1), p.347.

## 9. การประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3
คุณภาพการให้บริการ	5
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5
<b>รวม</b>	<b>19</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่พบบ่อยที่สุดในขั้นตอนการตรวจคัดกรอง คือ เครื่องชั่งน้ำหนักและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดส่วนสูงไม่ได้มาตรฐานและ/หรือชำรุด ทำให้ผลคลาดเคลื่อนไปจากความจริง ซึ่งครูหลายท่านไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ เนื่องจากขาดงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์เหล่านี้ อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารของเทศบาลแจ้งว่างบประมาณในการจัดซื้อเครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง อยู่ในงบประมาณที่โรงเรียนได้รับจากเทศบาลทุกปี (1)

จากการศึกษาพบว่า โรงเรียนส่วนใหญ่ยังขาดการติดตามผลการแก้ไขที่เป็นระบบ เช่น ไม่มีใบรายงานผลการแก้ไขจากแพทย์ ไม่มีใบส่งต่อนักเรียนจากโครงการสนับสนุนฯ และยังขาดการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องระหว่างครูอนามัยและผู้ปกครองนักเรียน เนื่องจากการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาภาวะการเจริญเติบโตขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ปกครอง และครูอนามัยไม่ทราบว่าผู้ปกครองพานักเรียนไปพบแพทย์และได้รับการรักษาหรือไม่ (1)

อีกทั้ง การติดตามและประเมินการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของโรงเรียนในสังกัดของตน เช่น สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ที่ได้จัดทำเกณฑ์การผ่านมาตรฐานการศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยการกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมความสำคัญของสุขภาพผู้เรียนซึ่งรวมถึงการมีน้ำหนัก ส่วนสูง และมีสมรรถภาพทางกายตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งวิธีการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนที่ใช้ปัจจุบัน คือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เนื่องจากเป็นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและ

รวดเร็ว ผลที่ได้จากการวัดจะถูกนำมาเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเพื่อระบุว่าบุคคลดังกล่าวมีภาวะการเจริญเติบโตตามเกณฑ์หรือไม่ (1)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5	การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ 6-14 ปี พบว่า ผอม 165,281 คน เริ่มอ้วนและอ้วน 377,945 คน เตี้ย 236,293 คน รวมทั้งหมด 779,519 คน	(2)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3	เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน 4 ปี จาก สปสช. แสดงร้อยละของการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงในเด็กปฐมวัย (6 - 12 ปี) ในปี พ.ศ. 2557 และ 2559 คือ ร้อยละ 53.56 และ 57.35 ตามลำดับ	(3)
คุณภาพการให้บริการ	5	ผู้ประเมินพบว่าโรงเรียนส่วนใหญ่ยังขาดการติดตามผลการแก้ไขที่เป็นระบบ เช่น ไม่มีใบรายงานผลการแก้ไขจากแพทย์ ไม่มีใบส่งต่อนักเรียนจากโครงการสนับสนุนฯ และยังขาดการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องระหว่างครูอนามัยและผู้ปกครองนักเรียน เนื่องจากการส่งต่อนักเรียนที่มีปัญหาภาวะการเจริญเติบโตขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ปกครอง และครูอนามัยไม่ทราบว่าผู้ปกครองพานักเรียนไปพบแพทย์ และได้รับการรักษาหรือไม่	(1)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	การประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัยมีการปฏิบัติในทุกสถานการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เลือกในการศึกษา	(1)
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5	วิธีการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนที่ใช้ปัจจุบัน คือ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เนื่องจากเป็นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและรวดเร็ว ผลที่ได้จากการวัดจะ	(1)



		ถูกนำมาเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานเพื่อระบุว่าบุคคลดังกล่าวมีภาวะการเจริญเติบโตตามเกณฑ์หรือไม่	
--	--	---	--

ผู้จัดทำข้อมูล นายสรายุทธ ชันระ

## เอกสารอ้างอิง

1. จอมขวัญ โยธาสมุทร, ศรีเพ็ญ ต้นติวเสส, ดนัย ชินคำ, นิธิเจน กิตติรัชกุล, วิไลลักษณ์ แสงศรี และยศ ตีระวัฒนานนท์. รายงานการประเมินโครงการสนับสนุนการเข้าถึงบริการอนามัยโรงเรียน โดยความร่วมมือของท้องถิ่น. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2560: ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน ปีงบประมาณ 2560: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2017&source=pformatted/format1.php&id=e28682b2718e6cc82b8dbb3e00f2e28e#](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2017&source=pformatted/format1.php&id=e28682b2718e6cc82b8dbb3e00f2e28e#).
3. สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานตัวชี้วัด QOF 2560.

## 10. บริการวัดความดันโลหิต ในกลุ่มวัย 6-24 ปี

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	1
คุณภาพการให้บริการ	4
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	2
<b>รวม</b>	<b>16</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

ประชากรที่มีโอกาสได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตตามสิทธิหลักประกันสุขภาพช่วงอายุ 15-24 ปี มีจำนวน 9,140,544 คน (1) โดยมีการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 24.7 โดยความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 4.6 (ประมาณ 590,000 คน) (2) ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการตรวจวัดความดันโลหิต ณ สถานพยาบาลหรือที่ชุมชน อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปีหรือทุกครั้งที่เข้ารับบริการ (3) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งสามารถให้บริการได้ มีการสำรวจฯ ปีพ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ป่วยมีการเข้าถึงระบบบริการดีขึ้น โดยกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงลดลงจากร้อยละ 50.3 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 44.7 ในปี 2557 (2) และจากนโยบายสาธารณสุขให้เริ่มตรวจความดันโลหิตตั้งแต่อายุ 15 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตที่ต่ำ จึงทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพิ่มมากขึ้น ในทางปฏิบัติจึงมีการอบรมและฝึกปฏิบัติการวัดความดันโลหิตให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเป็นผู้ช่วยบริการตรวจความดันโลหิตตามครัวเรือน เนื่องจากผู้ป่วยมักนิยมเลือกใช้บริการที่รพ.สต. เพราะเดินทางสะดวก (4) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีรายงานการทดสอบคุณภาพของเครื่องวัดความดันโลหิต พบว่ามีเครื่องวัดความดันโลหิตจาก รพ.สต. ตกมาตรฐานอยู่ร้อยละ 19 เนื่องจากความไม่สะดวกในการนำไปสอบเทียบ จึงอาจส่งผลต่อการวินิจฉัยที่ผิดพลาดได้ (5) อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจฯ พ.ศ. 2557 พบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายมากกว่าปี 2552

โดยเพิ่มจากร้อยละ 20.9 เป็น 29.7 ตามลำดับ (2) ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของมาตรการการบริการสุขภาพ  
ในทางที่ดี

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5	ข้อมูลรายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปีงบประมาณ 2560 จำนวนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 5,598,694 คน	(6)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	1	ไม่มีข้อมูล แต่คาดว่าจะได้รับบริการมากกว่า 80%	
คุณภาพการให้บริการ	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ทดสอบคุณภาพเครื่องวัดความดันโลหิตทั้ง 2 ชนิดที่ใช้งานใน รพ.สต. และใช้งานโดย อสม. จำนวน 586 เครื่อง พบว่า มีเครื่องที่ตกมาตรฐานทั้งสิ้น 112 เครื่อง คิดเป็นประมาณร้อยละ 19</li> <li>มีการอบรมและฝึกปฏิบัติการวัดความดันโลหิตให้กับ อสม. และติดตามมาตรฐานการวัดความดัน แต่อาจทำได้ไม่ครบหรือไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากความไม่สะดวก</li> </ul>	(4 - 5)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4	รพ.สต. ทุกแห่งมีการจัดบริการคัดกรองความดันโลหิตสูง ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พบความต้องการเครื่องวัดความดันโลหิตใน รพ.สต. บางแห่ง	(5)
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>ความแม่นยำ (diagnostic accuracy) ในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วย office blood pressure measurement เทียบกับ ambulatory blood pressure measurement อยู่ที่ร้อยละ 62.7 (ความไว = 0.47, ความจำเพาะ = 0.75) (A1)</li> </ul>	(2, 7)

		<ul style="list-style-type: none"><li>● ผลกระทบจากการคัดกรอง โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (DO)</li></ul>	
--	--	---	--

ผู้จัดทำข้อมูล นศภ.หทัยภัทร พงศ์จักรพานิช

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ. จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามกลุ่มอายุ และภาค พ.ศ. 2550-2559. 2559 [14 สิงหาคม 2560]; เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th>
2. วิชัย เอกพลากร และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดส์ไซน์; 2559. หน้า 149
3. คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ [Online]. [14 สิงหาคม 2560]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTE4Mg==>
4. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทดสอบคุณภาพของเครื่องวัดความดันโลหิต. 2560 [14 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.dmsc.moph.go.th/dmscnew/news\\_detail.php?cid=1&id=1771](http://www.dmsc.moph.go.th/dmscnew/news_detail.php?cid=1&id=1771)
5. กุลพินิจ เจริญดี, นิพา ศรีช้าง. สถานการณ์บริการป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.): กรณีศึกษา 4 จังหวัด. 2558. หน้า 22-23
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2560: ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ปีงบประมาณ 2560: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2017&source=pformatted/format1.php&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2017&source=pformatted/format1.php&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535).
7. Kim S, Park JJ, Lee SA, Cho Y, Yoon YE, Oh IY, et al. Diagnostic accuracy of manual office blood pressure measurement in ambulatory hypertensive patients in Korea. The Korean journal of internal medicine. 2017.

## 11. บริการเคลือบฟลูออไรด์ ในกลุ่มวัย 6-24 ปี

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	3
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	4
คุณภาพการให้บริการ	2
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1
<b>รวม</b>	<b>14</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

บริการเคลือบฟลูออไรด์ สำหรับเด็กอายุ 6 - 24 ปี มีจำนวนผู้ที่มีข้อบ่งชี้ในการได้รับบริการเคลือบฟลูออไรด์จำนวน 16,229,786 ราย (ข้อมูลเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559) ซึ่งตามแนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็ก พ.ศ. 2560 โดยทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ได้แนะนำให้เด็กที่อายุมากกว่า 6 ปี ขึ้นไป ใช้วิธีการเคลือบฟลูออไรด์ด้วยฟลูออไรด์เจล ซึ่งสามารถป้องกันฟันผุได้ ร้อยละ 28 สำหรับฟันแท้ และลดอัตราฟันผุ อุด ถอน เฉลี่ยร้อยละ 20 สำหรับฟันน้ำนม แต่ไม่พบประสิทธิภาพในการยับยั้งการลุกลามของรอยฟันผุ หลังจากมีการใช้ชุดสิทธิประโยชน์ พบว่า ปัญหาฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี ยังคงที่ ไม่มีแนวโน้มลดลง

จากข้อมูลพบว่า มีเด็กเพียงร้อยละ 35 เท่านั้นที่ได้รับบริการนี้ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางทันตกรรม โดยการเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ เป็นฟลูออไรด์ที่ใช้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร ซึ่งส่งผลถึงความแตกต่างของการให้บริการในแต่ละท้องถิ่น และปัญหาการกระจุกตัวของทันตแพทย์ในเมืองใหญ่ ถึงแม้ว่าจะมีการผลิตทันตภิบาลมาช่วยแบ่งเบาภาระทันตแพทย์ แต่มีเพียงส่วนน้อยที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย และยังคงช่วยแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ในสถานที่ทำงานด้วย



ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	3	จากรายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2560 เด็กอายุ 12 ปีที่มีฟันผุ มีจำนวน 88,047 คน	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	4	การสนับสนุนกิจกรรมทันตกรรมส่งเสริมและทันตกรรมป้องกันอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมแก่เด็กวัยประถมศึกษา ได้แก่ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการตรวจสุขภาพช่องปาก พบว่า มีเพียงร้อยละ 35 เท่านั้นที่ได้รับบริการนี้	(2)
คุณภาพการให้บริการ	2	จากข้อมูลพบว่า แม้จะมีการส่งเสริมทันตสุขภาพ และให้บริการแก่นักเรียนที่มีปัญหา แต่ปัญหาฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี ยังคงที่ ไม่มีแนวโน้มลดลง	(2)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4	การเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ เป็นฟลูออไรด์ที่ใช้โดยทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร ในประเทศไทยยังมีความจำกัดของจำนวนทันตบุคลากร โดยมีจำนวนทันตแพทย์เพียงร้อยละ 47.8 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการ	(2)
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1	การเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่สำหรับเด็กที่อายุมากกว่า 6 ปี มีข้อเสนอแนะให้ใช้ฟลูออไรด์เจล ตามแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ 2560 โดยทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ซึ่งสามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 28 ในฟันแท้ และลดอัตราฟันผุ อุด ถอน เฉลี่ยร้อยละ 20 ในฟันน้ำนม แต่ไม่พบประสิทธิผลในการยับยั้งการลุกลามของรอยฟันผุ	(3)

ผู้จัดทำข้อมูล นศภ.สาธิต การย้บรจบ

## เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2560: ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ปีงบประมาณ 2560: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ; 2560 เข้าถึงได้จาก : [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2017&source=pformatted/format1.php&id=d36f6c38999d128132513933e36a848a](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2017&source=pformatted/format1.php&id=d36f6c38999d128132513933e36a848a).
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม. 2553. [18 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/คู่มือทันตกรรม.pdf>
3. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็ก 2560. [18 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaidental.net/web/component/download-file-document-20170115235027.pdf>

## 12. บริการอนามัยเจริญพันธุ์ (หญิงอายุ 15-19 ปี ได้รับการคุมกำเนิดกึ่งถาวร)

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2
คุณภาพการให้บริการ	1
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5
<b>รวม</b>	<b>13</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

การให้บริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด และการใส่ห่วงอนามัย สถานบริการส่วนใหญ่ ปัจจุบันจะให้บริการเฉพาะการใส่ห่วงอนามัยเพียงอย่างเดียว ด้วยเหตุผลหลักที่เหมือนกัน คือ ไม่สามารถให้บริการยาฝังคุมกำเนิดได้ เนื่องจากเวชภัณฑ์มีราคาแพง ผู้บริหารไม่อนุมัติให้จัดซื้อ แม้ว่าในอดีตจะเคยให้บริการทั้งยาฝังคุมกำเนิดและการใส่ห่วงอนามัย เนื่องจากได้รับการสนับสนุนเวชภัณฑ์ยาฝังคุมกำเนิดทั้งจากส่วนกลาง (กรมอนามัย) และ/หรือจากจังหวัด ประกอบกับสถานบริการเองก็มีความพร้อมด้านบุคลากรที่ให้บริการแตกต่างกันไป บางแห่งมีความพร้อม มีแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมพร้อมให้บริการ แต่ไม่สามารถให้บริการได้ด้วยเหตุผลข้างต้นคือไม่มีเวชภัณฑ์ให้บริการ

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4	จำนวนคนทำแท้ง 200,000 - 300,000 คนต่อปี	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2	ข้อมูลจากกลุ่มรายงานมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ร้อยละ 64.97	(2)
คุณภาพการให้บริการ	1	งานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถลดอัตราเพิ่มของประชากรได้ตามเป้าหมายที่ได้วางไว้	(3)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ระหว่าง 3 สิทธิการรักษา	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดของยาฝังคุมกำเนิด มากกว่าร้อยละ 99.9</li> <li>● ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดของห่วงอนามัย มากกว่าร้อยละ 99</li> </ul>	(4, 5)

ผู้จัดทำข้อมูล นายสรายุทธ ชันระ

## เอกสารอ้างอิง

1. นภาพรณ หะวานนท์. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์: ประเด็นท้าทายนโยบายการให้บริการของรัฐ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2539;4(1):45-54.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานประจำปีงบประมาณ 2560. [18 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=18f1e8ff96be07d297b51aa8cd21b297](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=18f1e8ff96be07d297b51aa8cd21b297)
3. กองอนามัยเจริญพันธุ์. โครงการวิจัยการบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย. [14 สิงหาคม 2560] เข้าถึงได้จาก : [http://rhold.anamai.moph.go.th/all\\_file/research/FP-total\\_use.pdf](http://rhold.anamai.moph.go.th/all_file/research/FP-total_use.pdf)
4. อภิรดี จิรัฐติกาลโชติ; คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. ยาฝังคุมกำเนิด. [18 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/62\\_2016-07-04.pdf](http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/62_2016-07-04.pdf)
5. Meirik O, Farley TM, Sivin I. Safety and efficacy of levonorgestrel implant, intrauterine device, and sterilization. *Obstetrics and gynecology*. 2001;97(4):539-47.

### 13. คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ต้มแอลกอฮอล์ เสพสารเสพติด

#### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	5
คุณภาพการให้บริการ	2
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5
<b>รวม</b>	<b>18</b>

#### รายละเอียดโดยสรุป

จากการการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 11.4 ล้านคน (ร้อยละ 20.7) โดยเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ 10 ล้านคน (ร้อยละ 18.2) เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ตามกลุ่มวัย พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประเทศไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบในปัจจุบันร้อยละ 19.5 สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 16.0 โดยกลุ่มวัยทำงาน (25 - 59 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 23.5) ซึ่งจากการเปรียบเทียบสถิติที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ. 2557 มีอัตราการสูบบุหรี่ที่เพิ่มสูงขึ้น ส่วนการดื่มสุรานั้น พบว่า มีจำนวนประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่ดื่มสุราประมาณ 17.7 ล้านคน (ร้อยละ 32.3) โดยกลุ่มวัยทำงาน (25 - 59 ปี) มีอัตราการดื่มสุรา สูงกว่ากลุ่มอื่น (ร้อยละ 38.2) เมื่อพิจารณาถึงความบ่อยครั้งของการดื่มสุรา พบว่า ร้อยละ 42.4 เป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ และเมื่อเทียบกับรายงานสถิติในปีที่ผ่านมา พบว่า ปัจจุบันมีแนวโน้มการดื่มที่เพิ่มสูงขึ้น (1)

จะเห็นได้ว่ามีจำนวนประชากรจำนวนมากที่สูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยพบมากสุดในวัยทำงาน คือ ช่วงอายุ 25 - 59 ปี ซึ่งผลกระทบที่เห็นได้ชัดเจน คือ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ โดยเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ มีค่าประมาณ 600 ถึง 275,000 บาท ต่อนักดื่มหนึ่งราย และ 23,000 ถึง 71,000 บาท ต่อการคนสูบบุหรี่หนึ่งราย ทั้งนี้ ขึ้นกับปริมาณและระดับการดื่ม เพศ อายุที่เลิกดื่มและสูบ และระยะเวลาการดื่ม/สูบ (2)

นอกจากนี้ การศึกษาโดยสาวตรี อัจฉางค์กรชัย (2556) พบว่า อัตราการให้บริการคัดกรองหรือบำบัดอย่างยั่งยืนคงน้อย และไม่เท่ากันในแต่ละเดือน ขึ้นกับภาระงานในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร ในภาพรวม ณ

วันที่ 31 ธันวาคม 2555 ผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาลในอำเภอที่เป็นพื้นที่ศึกษาประมาณร้อยละ 2.5 ได้รับความคุ้มครองด้วย ASSIST โดยเฉลี่ยแต่ละโรงพยาบาลจะคุ้มครองผู้ป่วยได้ประมาณ 50-100 คนต่อเดือน หรือประมาณ 2-5 คนต่อวันต่อโรงพยาบาล

ดังนั้น การคุ้มครองผู้ที่มีความเสี่ยงในการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เสพสารเสพติด จึงเป็นตัวช่วยในการค้นหาและพูดคุยให้คำแนะนำเพื่อลดอัตราการเกิดผู้สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เสพสารเสพติดหน้าใหม่เกิดขึ้น ซึ่งเครื่องมือ ASSIST ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางสาธารณสุขระดับตั้งแต่อาสาสมัคร พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ จนถึงแพทย์หรือจิตแพทย์ค้นหาความเสี่ยงและปัญหาการใช้สารเสพติด 10 ชนิด ซึ่งจะประกอบไปด้วย 8 ชุดคำถาม จำแนกการใช้สารเสพติดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง ซึ่งในรายที่มีความผิดปกติจะมีการให้คำแนะนำอย่างสั้นต่อไป (3)

รายงานการให้คะแนนประเด็นนี้จึงเป็นการคุ้มครองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ เสพสารเสพติดในประชากรไทยด้วยเครื่องมือ ASSIST

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5	ข้อมูลการสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2556 รายงานความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา (alcohol use disorders) จำนวน 2,749,024 คน ความผิดปกติพฤติกรรมเสพยาเสพติด (drug use disorders) จำนวน 301,220 คน	(4)
ความครอบคลุมของบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	5	การคัดกรองยังไม่เป็นรูปธรรม โครงการนำร่องในจังหวัดขอนแก่นและสงขลา พบว่าอัตราการให้บริการคัดกรองหรือบำบัดอย่างย่อไม่เท่ากันในแต่ละเดือน ขึ้นกับภาระงานในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร ในภาพรวมผู้ป่วยที่เข้ามาในโรงพยาบาลในอำเภอที่เป็นพื้นที่ศึกษาประมาณร้อยละ 2.5 ได้รับการคัดกรองด้วย ASSIST โดยเฉลี่ยแต่ละโรงพยาบาลจะคัดกรองผู้ป่วยได้ประมาณ 50-100 คนต่อเดือน หรือประมาณ 2-5 คนต่อวันต่อโรงพยาบาล	(5)
คุณภาพการให้บริการ	2	ไม่พบว่ามีเอกสารทางวิชาการระบุว่าการให้บริการนี้มีคุณภาพต่ำ	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	มีคู่มือการใช้แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาล ปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน และไม่มี ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ระหว่าง 3 สิทธิการรักษา	(6)
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เครื่องมือมีความแม่นยำในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยง ตั้งแต่ความเสี่ยงต่ำจนถึงความเสี่ยงสูง โดยมีความแม่นยำสำหรับการสูบบุหรี่ ร้อยละ 95, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83 และการใช้กัญชา ร้อยละ 93 (A2)</li> <li>● เป็นภาวะที่รักษาให้หายขาดได้ (D1)</li> </ul>	(7)

ผู้จัดทำข้อมูล นศภ.อริสา บุรณ์สิริจรัสรัฐ



## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. เข้าถึงได้จาก: [https://www.m-society.go.th/article\\_attach/13207/17336.pdf](https://www.m-society.go.th/article_attach/13207/17336.pdf)
2. วรวิทย์ จันทรสถาพรจิต และคณะ. “ASSIST” เครื่องมือคัดกรองการเสพติดที่ใช้ง่ายและคุ้มค่า. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2557;(8):1-3.
3. วรวิทย์ จันทรสถาพรจิต, พัชรรา ลิ้มพรวงค์ และยศ ตีระวัฒนานนท์. ต้นทุนประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประชากรในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2556;7(4):468-484.
4. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสุนิห, สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, et al. รายงานทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตเรื่อง “ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปีพ.ศ.2556”. บริษัท ปียอนด์พับลิชชิง จำกัด: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559. เข้าถึงได้จาก: [http://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence\\_of\\_M\\_disorder\\_MH\\_problems\\_TNMHS2013.pdf](http://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence_of_M_disorder_MH_problems_TNMHS2013.pdf).
5. สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย. การพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้นิสารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2556. หน้า 54
6. การติดแอลกอฮอล์ / อุบัติเหตุจราจร. การศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย. โครงการโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7. Gryczynski, J., Kelly, S.M., Mitchell, S.G., Kirk, A., O'grady, K.E. and Schwartz, R.P., 2015. Validation and performance of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addiction*, 110(2), pp.240-247.

#### 14. บริการวัดความดันโลหิต ในกลุ่มวัย 25-59 ปี

##### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2
คุณภาพการให้บริการ	5
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	2
<b>รวม</b>	<b>15</b>

##### รายละเอียดโดยสรุป

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในลำดับต้นของประชากรไทย โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year, DALY) ถึง 600,000 DALY ในประชากรไทย จากการศึกษาการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2552 อยู่ที่ ร้อยละ 21.5 และในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบว่าเพิ่มเป็น ร้อยละ 24.7 (1)

ดังนั้น การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ทำให้พบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นและสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงอื่นๆ ได้ การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงนิยมใช้การวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (office blood pressure measurement) โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท หรือเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติก็ได้ ถ้าวัดระดับความดันโลหิต systolic  $\geq 140$  mmHg และ/หรือ ระดับความดันโลหิต diastolic  $\geq 90$  mmHg จำนวน 2 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ จะวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5	ข้อมูลรายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปีงบประมาณ 2560 จำนวนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 5,598,694 คน	(2)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2	ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 35-59 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2559 อยู่ที่ ร้อยละ 63.84, 67.22, 82.90 และ 78.90 ตามลำดับ	(3)
คุณภาพการให้บริการ	5	จากการศึกษา National Health Examination Survey III พบว่า ร้อยละ 56.1 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตัวเองป่วยเป็นโรคนี้นมาก่อน	(4)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 สิทธิการรักษา	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>จากการศึกษาของ Kim et al พบว่า ความแม่นยำ (diagnostic accuracy) ในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วย office blood pressure measurement เทียบกับ ambulatory blood pressure measurement อยู่ที่ร้อยละ 62.7 (ความไว = 0.47, ความจำเพาะ = 0.75) (A1')</li> <li>ผลกระทบจากการคัดกรอง โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (D0)</li> </ul>	(5)

ผู้จัดทำข้อมูล พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

## เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร และคณะ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนต์ดีไซน์; 2559. หน้า 149
2. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2560: ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ปีงบประมาณ 2560: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2017&source=pformatted/format1.php&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2017&source=pformatted/format1.php&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535).
3. สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานตัวชี้วัด QOF 2560.
4. Porapakkham Y, Pattaraarchachai J, Aekplakorn W. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and diabetes mellitus among the elderly: the 2004 National Health Examination Survey III, Thailand. Singapore medical journal. 2008;49(11):868-73.
5. Kim S, Park JJ, Lee SA, Cho Y, Yoon YE, Oh IY, et al. Diagnostic accuracy of manual office blood pressure measurement in ambulatory hypertensive patients in Korea. The Korean journal of internal medicine. 2017.

## 15. การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2
คุณภาพการให้บริการ	5
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	3
<b>รวม</b>	<b>16</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในลำดับต้นของประชากรไทย จากการศึกษา Thailand National Health Examination Survey พบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอยู่ที่ ร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2534 และเพิ่มเป็นร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552

ดังนั้น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานจะช่วยให้พบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงอื่นๆ ได้ แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557 แนะนำให้ใช้การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose) ในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ถ้าระดับ FPG > 126 มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันอีกครั้งหนึ่งในวันหรือสัปดาห์ถัดไป

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5	จากข้อมูลรายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2560 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวาน มีจำนวน 2,663,752 คน	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2	ร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 35-59 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 อยู่ที่ ร้อยละ 72.37, 74.86, 81.71 และ 64.70 ตามลำดับ	(2)
คุณภาพการให้บริการ	5	จากการศึกษา National Health Examination Survey III พบว่า ร้อยละ 41.2 ของผู้ป่วยเบาหวานไม่ทราบมาก่อนว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวาน	(3)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 สิทธิการรักษา	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>จากการศึกษา Diabetes Prevention Program (DPP) ในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย พบว่า ความแม่นยำ (diagnostic accuracy) ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานของการตรวจน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (fasting plasma glucose) เทียบกับการทำ oral glucose tolerance test (OGTT) อยู่ที่ ร้อยละ 92.7 (ความไว = 0.41, ความจำเพาะ = 0.99) (A2)</li> <li>ผลกระทบจากการคัดกรอง โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (DO)</li> </ul>	(4)

ผู้จัดทำข้อมูล พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

## เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2560: ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ปีงบประมาณ 2560: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 สืบค้นได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2017&source=pformatd/format1.php&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2017&source=pformatd/format1.php&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535)
2. สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานตัวชี้วัด QOF 2560.
3. Porapakkhom Y, Pattaraarchachai J, Aekplakorn W. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and diabetes mellitus among the elderly: the 2004 National Health Examination Survey III, Thailand. Singapore medical journal. 2008;49(11):868-73.
4. Aekplakorn W, Tantayotai V, Numsangkul S, Sripho W, Tatsato N, Burapasiriwat T, et al. Detecting Prediabetes and Diabetes: Agreement between Fasting Plasma Glucose and Oral Glucose Tolerance Test in Thai Adults. Journal of diabetes research. 2015;2015:396505.

## 16. บริการเคลือบฟลูออไรด์ ในกลุ่มวัย 25-59 ปี

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	ไม่มีข้อมูล
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	ไม่มีข้อมูล
คุณภาพการให้บริการ	2
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1
<b>รวม</b>	<b>7</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ลงพื้นที่สำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติทุก 5 ปี จากผลจากการสำรวจล่าสุดในครั้งที่ 7 ปี 2555 พบว่า กลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี ปัญหาที่พบเกิดจากรอยโรคสะสมทั้งปัญหาสภาวะปริทันต์ที่พบการอักเสบของเหงือก มีเลือดออกง่าย ร้อยละ 39.3 ปัญหาปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย ร้อยละ 15.6 และปัญหาโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 35.2 โดยปัญหาดังกล่าวจะแสดงอาการที่รุนแรงจนเกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันในช่วงอายุต่อไป ถ้าไม่ได้รับการดูแล ป้องกัน รักษาที่เหมาะสมทันเวลา นอกจากนี้ ในวัยนี้ยังมีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ที่พบร้อยละ 19.6 รวมทั้งพฤติกรรมการไปใช้บริการในรอบปีเพียงร้อยละ 37.9 ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 39.0 ไปรับบริการเมื่อมีอาการปวดและเสียวฟันแล้ว อย่างไรก็ตามวัยทำงานส่วนใหญ่ยังไม่รู้สึกว่าคุณภาพช่องปากมีปัญหา เพราะยังไม่รู้สึกว่ามีอาการผิดปกติใดๆ รวมทั้งร้อยละ 93.7 ยังรู้สึกว่าสามารถใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารได้ดี ดังนั้น สำหรับกลุ่มวัยทำงาน นอกจากการทำให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้เพื่อการดูแลอนามัยช่องปากตนเองแล้ว ยังจำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมป้องกันโรค โดยเฉพาะสนับสนุนให้ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟันเพื่อป้องกันโรคปริทันต์และฟันผุบริเวณด้านประชิด (proximal caries) (1)

นอกจากนี้ การใช้ฟลูออไรด์เป็นวิธีที่ยอมรับกันทั่วไปว่าสามารถป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) ผลในการป้องกันฟันผุของฟลูออไรด์เป็นผลเฉพาะที่ (topical effect) บนผิวฟันและบริเวณรอบๆ ตัวฟัน



มากกว่าผลจากทางระบบ (systemic effect) กลไกหลักที่สำคัญของฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุ คือ การส่งเสริมการสะสมของแร่ธาตุ (remineralization) ที่ผิวฟัน และทำให้เกิดการยับยั้งการละลายตัวของแร่ธาตุ (demineralization) ที่ผิวฟัน เมื่อมีฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงกว่า 100 ส่วนในล้านส่วน (part per million or ppm) จะสร้างแคลเซียมฟลูออไรด์ (Calcium fluoride) สะสมอยู่ในคราบจุลินทรีย์และรูพรุนของผิวเคลือบฟัน ซึ่งเป็นแหล่งสะสมของฟลูออไรด์ (3)

บริการเคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง (4) เป็นการให้บริการทาฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่ โดยทาฟลูออไรด์วาร์นิชซึ่งมีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm ทุก 6 เดือน โดยทันตแพทย์/ทันตภิบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) เนื่องจากมีการศึกษาระบุว่า ฟลูออไรด์วาร์นิชมีประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุร้อยละ 46 ในฟันแท้และร้อยละ 33 ในฟันน้ำนม (5) รวมทั้ง มีข้อบ่งชี้ในการใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชทั้งในเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี หรือผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง และผู้ที่ฟันเริ่มผุ (white spot lesion) ตามที่ระบุในแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ 2560 (3) ทั้งนี้ ให้ใช้ฟลูออไรด์เข้มข้นสูงเฉพาะที่พร้อมกับให้คำแนะนำการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง/การบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์วันละ 2 ครั้งโดยใช้ครั้งละ 10 ซีซีกลั้วปาก นานประมาณ 1 - 2 นาที โดยให้บริการในผู้มีอายุ 25 - 59 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษาเมื่งด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอหรือจากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือสาเหตุอื่นๆ รวมทั้ง ผู้ที่มีเหงือกอักเสบ รากฟันโผล่ที่ยากต่อการทำความสะอาด

แม้สภาวะสุขภาพช่องปากของคนไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกกลุ่มอายุ มีอัตราการคงอยู่ของฟันแต่นานขึ้น แต่ในแต่ละกลุ่มอายุยังคงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการสูญเสียฟันที่สำคัญอยู่ ซึ่งการสนับสนุนให้เกิดมาตรการทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม รักษาและฟื้นฟูเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องทำควบคู่กันไป โดยให้น้ำหนักตามข้อมูลทางระบาดวิทยา ทั้งนี้ เพื่อให้ทุกกลุ่มวัยมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ (1)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ		ไม่มีข้อมูล	
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี		ไม่มีข้อมูล	
คุณภาพการให้บริการ	2	ไม่พบหลักฐานทางวิชาการที่ระบุว่า การให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>ประชาชนที่เศรษฐานะดี มีการศึกษา อาศัยในเขตเมืองและภาคกลางจะมีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากมากกว่า เมื่อจำแนกสถิติสวัสดิการข้าราชการ เข้าราชการเข้าถึงบริการมากกว่ากลุ่มแรงงานและรายได้น้อย และยังอยู่ในระดับต่ำแม้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2554 พบว่า ประชาชนใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำ</li> <li>ข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มลูกจ้างซึ่งมีสิทธิประกันสังคมรวมกับสวัสดิการจากนายจ้าง และสิทธิหลักประกันสุขภาพ (14.3, 13.3 และ 8.1 คนต่อ 100 ประชากร ตามลำดับ) แต่ไม่ใช้สิทธิที่มีในการใช้บริการถึงร้อยละ 33.5 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด (ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเพราะซ้ำ ต้องรอนาน) แหล่งบริการยอดนิยมคือ คลินิกเอกชน ต่างจาก</li> </ul>	(6 - 8)

		การสำรวจเมื่อ 5 ปีก่อนที่เป็น รพช. โดยประชาชนในกรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคใต้ นิยมใช้คลินิกเอกชนเป็นอันดับหนึ่ง	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1	การเคลือบฟลูออไรด์ที่ใช้ฟลูออไรด์เจล ตามแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ 2560 โดยทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย สามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 28 ในฟันแท้ และลดอัตราฟันผุ อุด ถอน เฉลี่ยร้อยละ 20 ในฟันน้ำนม แต่ไม่พบประสิทธิผลในการยับยั้งการลุกลามของรอยฟันผุ	(1, 9)

ผู้จัดทำข้อมูล นศภ.เพ็ญประภา สิทธิกุล

## เอกสารอ้างอิง

1. วรางคณา เวชวิธี. 2556. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. ใน สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 13-28. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. Fejerskov O, Kidd E (eds): Dental Caries the Disease and its Clinical Management. Oxford: Blackwell Munksgaard. 2008;209-31.
3. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ. แนวทางการใช้ฟลูออไรด์. 2560. [14 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [www.thaidental.net/web/component/download-file-document-20170115235027.pdf](http://www.thaidental.net/web/component/download-file-document-20170115235027.pdf)
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2558. ประเภทและขอบเขตบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนคนไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘. [14 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.anamai.moph.go.th/download/download/102557/planning\\_271058.pdf](http://www.anamai.moph.go.th/download/download/102557/planning_271058.pdf)
5. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2013;7:CD002279.
6. เพ็ญแข ลาภยั้ง และ กัญญา บุญธรรม. แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559. นนทบุรี. กรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2556. [14 สิงหาคม 2560].
7. เพ็ญแข ลาภยั้ง. ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปาก: ประสบการณ์ของประเทศไทย. ว.ทันต.สธ. 2545;7(2):78-93
8. เพ็ญแข ลาภยั้ง, วีรศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากระหว่างทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. รายงานการวิจัย, 2556
9. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550. ใน สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 45.

## 17. บริการอนามัยเจริญพันธุ์และการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	ไม่มีข้อมูล
คุณภาพการให้บริการ	1
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5
<b>รวม</b>	<b>11</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

มาตรฐานบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ สถานบริการที่สามารถดำเนินการตามมาตรฐานขององค์ประกอบทั้ง 5 ได้เกือบทุกข้อ (คะแนนเต็ม 90 คะแนน) คือ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (คะแนนเฉลี่ย 84 คะแนน) โรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัย (คะแนนเฉลี่ย 82.1 คะแนน) และโรงพยาบาลศูนย์ (คะแนนเฉลี่ย 55 คะแนน) ตามลำดับ และไม่มีความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ระหว่าง 3 สิทธิการรักษา ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดของยาฝังคุมกำเนิด มากกว่าร้อยละ 99.9 ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดของห่วงอนามัย มากกว่าร้อยละ 99

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4	จำนวนคนทำแท้ง 200,000 - 300,000 คนต่อปี	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี		ไม่มีข้อมูล	
คุณภาพการให้บริการ	1	มาตรฐานบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ สถานบริการที่สามารถดำเนินการตามมาตรฐานขององค์ประกอบทั้ง 5 ได้เกือบทุกข้อ (คะแนนเต็ม 90 คะแนน) คือ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน (คะแนนเฉลี่ย 84 คะแนน) โรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัย (คะแนนเฉลี่ย 82.1 คะแนน) และโรงพยาบาลศูนย์ (คะแนนเฉลี่ย 55 คะแนน) ตามลำดับ	(2)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ระหว่าง 3 สิทธิการรักษา	(3)
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5	ประสิทธิผลในการคุมกำเนิดของยาฝังคุมกำเนิด มากกว่าร้อยละ 99.9 ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดของห่วงอนามัย มากกว่าร้อยละ 99	(4, 5)

ผู้จัดทำข้อมูล นายสรายุทธ ชันระ

## เอกสารอ้างอิง

1. นภาพรณ หะวานนท์. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการยุติการตั้งครรภ์: ประเด็นท้าทายนโยบายการให้บริการของรัฐ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2539;4(1):45-54.
2. กอบกุล ไพศาลอึ้งพงษ์, ยุพา พูนชา และสุมาลี เพิ่มแพงพันธ์. การประเมินโครงการการพัฒนาบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับวัยรุ่น. (14 สิงหาคม 2560). เข้าถึงได้จาก: <http://rhold.anamai>.
3. กองอนามัยเจริญพันธุ์. โครงการวิจัยการบริหารจัดการระบบงานวางแผนครอบครัวของประเทศไทย. (14 สิงหาคม 2560). เข้าถึงได้จาก: [http://rhold.anamai.moph.go.th/all\\_file/research/FP-total\\_use.pdf](http://rhold.anamai.moph.go.th/all_file/research/FP-total_use.pdf)
4. อภิรดี จิรัฐติกาลโชติ; คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. ยาฝังคุมกำเนิด. [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/62\\_2016-07-04.pdf](http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/62_2016-07-04.pdf)
5. Meirik O, Farley TM, Sivini I. Safety and efficacy of levonorgestrel implant, intrauterine device, and sterilization. *Obstetrics and gynecology*. 2001;97(4):539-47.

## 18. บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	4
คุณภาพการให้บริการ	4
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5
<b>รวม</b>	<b>18</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในสามลำดับแรกของคนไทยทั้งเพศชายและหญิงมานานกว่า 2 ทศวรรษ โรคดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งจากค่าเสียโอกาสอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่าสูงถึง 154,000 บาทต่อคน สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันฉับพลันในปีแรก และ 60,000 บาทต่อคนสำหรับโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในปีแรก ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องรับการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต (1)

โรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ แต่ยังมีปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องมาจากพฤติกรรมซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยด้านสรีระร่างกาย ได้แก่ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มหลังจึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันมีการสนับสนุนการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงทั้งแบบที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกและแบบที่พัฒนาขึ้นจากการเฝ้าติดตามประชากรที่เป็นพนักงานและครอบครัวของเจ้าหน้าที่การไฟฟ้าฝ่ายผลิต โดยเครื่องมือหลังนี้มีชื่อเรียกว่า Rama-EGAT Heart Score ภายหลังจากเปลี่ยนชื่อ



เป็น Thai ASCVD score ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเครื่องมือประเมินความเสี่ยงทั้งสองชนิดนั้นมีรูปแบบการใช้งาน และข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ ในการให้คะแนนการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพนี้จึงเป็นพิจารณา การคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยเครื่องมือการประเมินปัจจัยเสี่ยง (1)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4	จากรายงาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 289,925 คน	(2)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	4	ไม่มีข้อมูลความครอบคลุม อย่างไรก็ตาม การประเมินความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย Thai ASCVD score ได้รับการแนะนำว่าควรบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนไทย และควรให้บริการในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลประเภทอื่น ๆ (รพ.สต. คลินิกในภาครัฐและเอกชน)	(3)
คุณภาพการให้บริการ	4	จากรายงาน โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2 พบว่า การคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เครื่องมือ Thai ASCVD Score ไม่สามารถดำเนินการได้ในระดับปฐมภูมิบางแห่ง ทั้งที่มีการประกาศนโยบายไปแล้ว เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องแนวทางและกระบวนการคัดกรอง	(4)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เครื่องมือ Thai ASCVD Score โดยให้มีการคัดกรองประชากรทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทุกๆ 5 ปี เพื่อพิจารณาให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ยาอย่างเหมาะสม</li> </ul>	(1)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีแนวเวชปฏิบัติในการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแนวเวชปฏิบัติการใช้เครื่องมือเพื่อประเมินการได้รับยาในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด</li> </ul>	(5, 6)
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● จากการศึกษา ความแม่นยำของแบบประเมิน Rama EGAT2 หรือ Thai ASCVD score พบว่า มีความแม่นยำในการทำนายการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ในอีก 10 ปีข้างหน้าได้ร้อยละ 93 (ความไว 0.23, ความจำเพาะ 0.95) (A2)</li> <li>● ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองเป็นโรคคัดกรองที่สามารถรักษาได้ (D1)</li> </ul>	(6)

ผู้จัดทำข้อมูล นศภ.อริสา บุรณ์สิริจรูญรัฐ

## เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ: จำนวนผู้ป่วยตายโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease): ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 สืบค้นได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd\\_death\\_age.php&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=e2a5a66dd74fa1252fcf786674f05f02](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd_death_age.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=e2a5a66dd74fa1252fcf786674f05f02).
2. สถิติประชากรและบ้าน - จำนวนประชากรแยกอายุ [Internet]. Stat.dopa.go.th. 2017 [13 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat\\_age\\_disp.php](http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php)
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรการตรวจคัดกรองสุขภาพที่ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนไทย. สารสุขภาพ 2557;7(19):1-2
4. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 2. 2559
5. กรมควบคุมโรค. แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.
6. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2559.
7. ปฤษฎธร กิ่งแก้ว, ธัญญา คู่พิทักษ์จรและคณะ. การประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2556;7(3):346-360.

## 19. บริการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2
คุณภาพการให้บริการ	2
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5
<b>รวม</b>	<b>14</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 12.8 และมีอุบัติการณ์ของโรคอยู่ที่ร้อยละ 7.27 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการตายมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ถึงแม้ภาวะซึมเศร้าจะเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่ภาวะนี้มักไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา เนื่องจากอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความหลากหลาย ทำให้เกิดความสับสนกับโรคทางกายบางอย่าง ดังนั้น การตระหนักและการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	4	จากข้อมูลการสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 รายงาน ประสพการณ์ฆ่าตัวตาย (ความคิด วางแผน หรือ เคยพยายามฆ่าตัวตาย) 336,793 คน และโรคซึมเศร้า จำนวน 333,087 คน	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	2	ข้อมูลกลุ่มรายงานมาตรฐานประจำปีงบประมาณ 2560 รายงานความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้ข้อคำถาม 2 Q ในผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 64.08	(2)
คุณภาพการให้บริการ	2	ไม่พบหลักฐานทางวิชาการที่ระบุว่า การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ 2Q มีคุณภาพต่ำ หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 สิทธิการรักษา	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>จากการศึกษา ความแม่นยำ (diagnostic accuracy) ของแบบสอบถาม Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ภาควิชาภาษาไทยในการวินิจฉัยภาวะ major depression เทียบกับการวินิจฉัยด้วย DSM-IV พบว่า แบบสอบถาม PHQ-9 มีความแม่นยำอยู่ที่ร้อยละ 93.4 (A2)</li> <li>ผลกระทบจากการคัดกรอง โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (D1)</li> </ul>	(3)

ผู้จัดทำข้อมูล พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

## เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย, et al. รายงานทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตเรื่อง “ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปีพ.ศ.2556”. บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด: สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2559. เข้าถึงได้จาก: [http://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence\\_of\\_M\\_disorder\\_MH\\_problems\\_TNMHS2013.pdf](http://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence_of_M_disorder_MH_problems_TNMHS2013.pdf).
2. สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานตัวชี้วัด QOF 2560.
3. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry. 2008.

## 20. บริการเคลือบฟลูออไรด์ ในกลุ่มวัยตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	ไม่มีข้อมูล
คุณภาพการให้บริการ	2
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1
<b>รวม</b>	<b>12</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ลงพื้นที่สำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติทุก 5 ปี จากผลจากการสำรวจล่าสุดในครั้งที่ 7 ปี 2555 (1) เมื่อพิจารณาในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียฟันในอนาคต ร้อยละ 51.4 ซึ่งสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร และมีการอุดฟันน้อยกว่าอย่างชัดเจนมาก โดยในเขตชนบทมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 6.6 ที่ได้รับการอุดฟัน ในขณะที่เขตเมืองและกรุงเทพมหานคร มีการอุดฟันน้อยร้อยละ 22.6 และ 33.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ ฟันที่เหลือในช่องปากในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 35-44 ปี ยังมีปัญหาการผุของฟันบริเวณรากฟัน ร้อยละ 6.1 และการผุจะเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ 60-74 ปี เป็นร้อยละ 17.2 โดยพบสูงมากในผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบร้อยละ 30.0 มีรากฟันผุและอุดฟัน ร้อยละ 16.7 มีรากฟันผุที่ยังไม่ได้รับการอุดฟันสำหรับปัญหาการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุเขตเมืองและกรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเขตชนบท คือ 15.4, 14.2 และ 10.7 ซี่/คน ตามลำดับ การสูญเสียฟันนี้เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตจากกลุ่มวัยทำงานที่มีฟันแท้เฉลี่ยเหลือ 28.3 ซี่ต่อคน เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีฟันแท้เหลือในปากเฉลี่ยเพียง 18.8 ซี่ต่อคน โดยในเขตชนบทจะมีค่าเฉลี่ยฟันแท้เหลือสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร คือ 21.3, 16.6 และ 17.8 ซี่/คน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบบรายภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีฟันแท้เหลือในปากเฉลี่ยสูงสุด 22.1 ซี่/คน ภาคกลางน้อยสุดเพียง 15.6 ซี่/คน และเพื่อประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวที่ดี ผู้สูงอายุควรมีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งทั้งประเทศมีร้อยละ 57.8 เมื่อเปรียบเทียบบรายภาคพบสูงสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ร้อยละ 69.8



น้อยสุดที่ภาคกลาง คือ ร้อยละ 46.7 และพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ จำนวนสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองอย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 62.5 และ 48.3 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุ 80 - 89 ปี พบว่ามีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ ประมาณ 1 ใน 4 คือ ร้อยละ 23.5

นอกจากนี้ คู่สบฟันหลัง ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการวัดประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ซึ่งควรมีอย่างน้อย 4 คู่สบ จึงจะเพียงพอต่อการบดเคี้ยว โดยกลุ่มอายุ 35-44 ปี มีฟันหลังสบเฉลี่ย 7.3 คู่/คน และลดลงเหลือเพียง 3.2 คู่/คนในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี และลดลงอีกจนเหลือเพียง 1.0 คู่/คนเมื่ออายุ 80 ปี นั้นหมายถึง เมื่ออายุเพิ่มขึ้นประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุไทยจะลดลง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี ที่อยู่ในชนบท ร้อยละ 47.6 ยังคงมีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่ ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองและกรุงเทพมหานครที่มีเพียงร้อยละ 36.5 และ 37.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าครึ่งยังคงมีคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่ ร้อยละ 54.6 และ 51.9 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุในภาคใต้และภาคกลางที่มีเพียงร้อยละ 37.4 และ 33.4 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ที่สะท้อนปัญหาที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การปราศจากฟันแท้ทั้งปาก ซึ่งพบร้อยละ 7.2 โดยภาคใต้และกรุงเทพมหานคร มีผู้สูงอายุที่ปราศจากฟันแท้สูงสุดถึงร้อยละ 11.2 และ 10.8 ในขณะที่ภาคเหนือ มีผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันทั้งปากน้อยสุด คือ ร้อยละ 4.7 ทั้งนี้ การใช้ฟลูออไรด์เป็นวิธีที่ยอมรับกันทั่วไปว่าสามารถป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) ผลในการป้องกันฟันผุของฟลูออไรด์เป็นผลเฉพาะที่ (topical effect) บนผิวฟันและบริเวณรอบๆ ตัวฟันมากกว่าผลจากทางระบบ (systemic effect) กลไกหลักที่สำคัญของฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุ คือ การส่งเสริมการสะสมของแร่ธาตุ (remineralization) ที่ผิวฟัน และทำให้เกิดการยับยั้งการละลายตัวของแร่ธาตุ (demineralization) ที่ผิวฟัน เมื่อมีฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงกว่า 100 ส่วนในล้านส่วน (part per million or ppm) จะสร้างแคลเซียมฟลูออไรด์ (Calcium fluoride) สะสมอยู่ในคราบจุลินทรีย์และรูพรุนของผิวเคลือบฟัน ซึ่งเป็นแหล่งสะสมของฟลูออไรด์ (3) บริการเคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง (4) เป็นการให้บริการทาฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงเฉพาะที่ โดยทาฟลูออไรด์วาร์นิชซึ่งมีปริมาณฟลูออไรด์ 22,600 ppm ทุก 6 เดือน โดยทันตแพทย์/ทันตภิบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) เนื่องจากมีการศึกษาระบุว่า ฟลูออไรด์วาร์นิชมีประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุร้อยละ 46 ในฟันแท้ และร้อยละ 33 ในฟันน้ำนม (5) รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ในการใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชทั้งในเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี หรือ ผู้ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง และผู้ที่ฟันเริ่มผุ (white spot lesion) ตามที่ระบุในแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ 2560 (3) ทั้งนี้ ให้ใช้ฟลูออไรด์เข้มข้นสูงเฉพาะที่พร้อมกับให้คำแนะนำการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง/การบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์วันละ 2 ครั้งโดยใช้ครั้งละ 10 ซีซีกลั้วปาก

นานประมาณ 1-2 นาที โดยให้บริการในผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะน้ำลายแห้งจากการรักษามะเร็งด้วยการฉายแสงบริเวณใบหน้าและลำคอ หรือ จากการกินยารักษาโรคทางระบบที่ส่งผลให้น้ำลายแห้งติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือ สาเหตุอื่นๆ รวมทั้งผู้ที่มีเหงือกกรัน รากฟันโผล่ที่ยากต่อการทำความสะอาด

แม้สภาวะสุขภาพช่องปากของคนไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกกลุ่มอายุ มีอัตราการคงอยู่ของฟันแท้ยาวนานขึ้น แต่ในแต่ละกลุ่มอายุยังคงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการสูญเสียฟันที่สำคัญอยู่ ซึ่งการสนับสนุนให้เกิดมาตรการทั้งการส่งเสริมป้องกัน ควบคุม รักษาและฟื้นฟูเป็นเรื่องจำเป็น ที่ต้องทำควบคู่กันไป โดยให้น้ำหนักตามข้อมูลทางระบาดวิทยา ทั้งนี้ เพื่อให้ทุกกลุ่มวัยมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ (1)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	5	จากข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุ ที่มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 2,487,972 คน	(6)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี		ไม่มีข้อมูล	
คุณภาพการให้บริการ	2	ไม่พบหลักฐานทางวิชาการที่ระบุว่า การให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐาน	
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ประชาชนที่เศรษฐฐานะดี มีการศึกษา อาศัยในเขตเมืองและภาคกลางจะมีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากมากกว่า เมื่อจำแนกสิทธิสวัสดิการข้าราชการ เข้าราชการเข้าถึงบริการมากกว่ากลุ่มแรงงานและรายได้ต่ำ และยังอยู่ในระดับต่ำแม้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2554 พบว่า ประชาชนใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำ</li> <li>● ข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มลูกจ้างซึ่งมีสิทธิประกันสังคมรวมกับสวัสดิการจากนายจ้าง และสิทธิหลักประกันสุขภาพ (14.3, 13.3 และ 8.1 คนต่อ 100 ประชากร ตามลำดับ) แต่</li> </ul>	(7 - 9)

		ไม่ใช่สิทธิที่มีในการใช้บริการถึงร้อยละ 33.5 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด (ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เพราะช้า ต้องรอนาน)	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	1	การเคลือบฟลูออไรด์ที่ใช้ฟลูออไรด์เจล ตามแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ 2560 โดยทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ซึ่งสามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ 28 ในฟันแท้ และลดอัตราฟันผุ อุด ถอน เฉลี่ยร้อยละ 20 ในฟันน้ำนม แต่ไม่พบประสิทธิผลในการยับยั้งการลุกลามของรอยฟันผุ	(1, 10)

ผู้จัดทำข้อมูล นศภ.เพ็ญประภา สิทธิกุล

## เอกสารอ้างอิง

1. วรารัตนา เวชวิธี. 2556. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. ใน สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 13-28. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
2. Fejerskov O, Kidd E (eds): Dental Caries the Disease and its Clinical Management. Oxford: Blackwell Munksgaard. 2008;209-31.
3. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ. แนวทางการใช้ฟลูออไรด์. 2560. [14 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [www.thaidental.net/web/component/download-file-document-20170115235027.pdf](http://www.thaidental.net/web/component/download-file-document-20170115235027.pdf)
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2558. ประเภทและขอบเขตบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชาชนคนไทย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๘. [14 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.anamai.moph.go.th/download/download/102557/planning\\_271058.pdf](http://www.anamai.moph.go.th/download/download/102557/planning_271058.pdf)
5. Marinho VC, Worthington HV, Walsh T, Clarkson JE. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2013;7:CD002279.
6. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก: ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560 สืบค้นได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=kpi/kpi\\_dent.php&cat\\_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=0317b7abf99b89c45555e97e19c4cb21](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=kpi/kpi_dent.php&cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5&id=0317b7abf99b89c45555e97e19c4cb21).
7. เพ็ญแข ลาภยั้ง และ กันยา บุญธรรม. แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559. นนทบุรี. กรมอนามัยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2556. [14 สิงหาคม 2560].
8. เพ็ญแข ลาภยั้ง. ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปาก: ประสบการณ์ของประเทศไทย. ว.ทันต.สธ. 2545;7(2):78-93
9. เพ็ญแข ลาภยั้ง, วีรศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากระหว่างทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. รายงานการวิจัย, 2556
10. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550. ใน สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 45.

## 21. บริการตรวจช่องปาก

### ตารางที่ 1 เกณฑ์การพิจารณาและคะแนนที่ได้

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3
คุณภาพการให้บริการ	5
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	4
<b>รวม</b>	<b>14</b>

### รายละเอียดโดยสรุป

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ระบบร่างกายมีความเสื่อมถอย รวมทั้งเนื้อเยื่อกระดูกและฟัน อวัยวะที่รองรับฟันต่อมน้ำลาย และเยื่อเมือกต่าง ๆ ในช่องปาก ความเสื่อมของอวัยวะดังกล่าวรวมกับโรคทางกายต่างๆ ที่พบมากขึ้นในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดโรคและปัญหาต่าง ๆ ในช่องปากได้ง่าย ซึ่งแบ่งออกเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากหลัก ๆ 7 ประการ ได้แก่ ฟันผุและรากฟันผุ โรคเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ ฟันสึก น้ำลายแห้ง การสูญเสียฟันและปัญหาจากการใส่ฟันปลอม มีแผลหรือรอยโรคมะเร็งในช่องปาก และปัญหาเรื่องระบบการบดเคี้ยว

ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง รวมถึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคต ดังนั้น การตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์เพื่อค้นหาและรักษาปัญหาสุขภาพช่องปากจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 ข้อมูลประกอบการให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์การพิจารณาบริการการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เกณฑ์การพิจารณา	คะแนน	ข้อมูลประกอบ	อ้างอิง
จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	1	จากรายงานของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งช่องปาก รวมทั้งหญิงชาย มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 374 คน	(1)
ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้ข้อมูลระดับชาติย้อนหลัง 4 ปี	3	ข้อมูลกลุ่มรายงานมาตรฐานประจำปีงบประมาณ 2560 รายงานความครอบคลุมของการคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ เท่ากับร้อยละ 58.7	(2)
คุณภาพการให้บริการ	5	จากรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2548 พบว่า ร้อยละ 46.02 ของผู้ป่วยมะเร็งริมฝีปากและช่องปากรายใหม่อยู่ในระยะที่ 4 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการตรวจสุขภาพช่องปากอาจยังมีปัญหาอยู่เนื่องจากไม่สามารถค้นพบโรคมะเร็งในระยะต้นได้	(3)
ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	1	ไม่มีความแตกต่างระหว่างสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 สิทธิการรักษา	
ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ	4	A1: ความแม่นยำ 80% D1: เป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้	(4)

ผู้จัดทำข้อมูล พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

## เอกสารอ้างอิง

1. Cancer Registry Unit, editor. Cancer in Thailand Vol. VIII, 2010-2012: National Cancer Institute Thailand; 2015.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานประจำปีงบประมาณ 2560. [18 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:  
[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61#](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61#)
3. Institute NC. Hospital based cancer registry 2015 2017 [18 สิงหาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก:  
[http://www.nci.go.th/th/File\\_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202015.pdf](http://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/HOSPITAL-BASED%202015.pdf)
4. Nagao T, Ikeda N, Fukano H, Miyazaki H, Yano M, Warnakulasuriya S. Outcome following a population screening programme for oral cancer and precancer in Japan. Oral oncology. 2000;36(4):340-6.