

การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ
ด้านสุขภาพช่องปาก
ประจำปี 2567



ประเด็น
เนื้อหา

1. วัตถุประสงค์การดำเนินงาน
2. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุ
3. การลงทะเบียน ชมรมผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพช่องปาก
4. การรายงานผลการดำเนินกิจกรรม
5. การรวบรวมและแสดงผล

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. เพื่อเสริมสร้างความมีชีวิตชีวาในผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุมาพบปะกัน และทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ รวมถึงด้านช่องปากร่วมกัน
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใสและมีสุขภาพช่องปากที่ดี
4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ และทักษะการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านช่องปากอย่างถูกต้องและเหมาะสม
5. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง
6. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชน



กิจกรรมส่งเสริม
สุขภาพช่องปาก
ในชุมชนผู้สูงอายุ



กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพช่องปาก

1. ให้ความรู้
เรื่องการดูแล
สุขภาพช่องปาก



2. ฝึกปฏิบัติเรื่อง
การทำ
ความสะอาด
ช่องปาก



3. ตรวจคัดกรอง
สุขภาพช่องปาก
ประจำปี



4. ใช้เทคโนโลยี
ดิจิทัลในการส่งเสริม
สุขภาพช่องปาก



1. การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก
เพื่อสร้างความตระหนัก เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

รายละเอียดกิจกรรม

1. เลือกเนื้อหาตามความสนใจ/ปัญหาของผู้สูงอายุ
2. เน้นการบูรณาการช่องปากกับสุขภาพองค์รวม
3. เชื่อมโยงโรคในช่องปาก/โรคทางระบบกับกิจกรรมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
4. สื่อสารสองทาง เชิญชวน/เปิดโอกาสให้ซักถาม
5. ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง เลือกประเมิน/เทคนิคให้เหมาะสม
6. ระยะเวลาไม่ควรเกิน 1-1.30 ชม.
7. สื่อไม่ควรเน้นตัวอักษรมากเกินไป เน้นรูปภาพหรือภาพเคลื่อนไหว

อุปกรณ์/เครื่องมือ

- สื่อรูปแบบต่าง ๆ ที่มีเนื้อหากระชับ และภาพชัดเจน
- สื่อออนไลน์เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากใน FB : **ฟันยังดี**



การประเมิน:

- ซักถามเพื่อประเมินความเข้าใจของผู้สูงอายุ
- ประเมินการมีส่วนร่วม/การซักถามของผู้สูงอายุ

2 การฝึกปฏิบัติเรื่องการทำความสะอาดช่องปาก

วัตถุประสงค์:

- เพื่อเสริมทักษะการแปรงฟันและทำความสะอาดฟันเทียมถอดได้
- เพื่อฝึกการตรวจความสะอาดของช่องปากด้วยตนเอง
- เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

รายละเอียดกิจกรรม:

- สาธิตวิธีแปรงฟัน + ทำความสะอาดฟันเทียม ☞ ฝึกปฏิบัติ
- วิธีแปรงฟัน ☞ เทคนิคขยับแปรงให้สะอาดทุกซอกทุกด้าน
- แปรงฟัน 2-2-2
- แปรงฟันก่อนนอน ☞ 'แปรงฟันหลังอาหารมื้อสุดท้าย'
- ฝึกปฏิบัติ ☞ 1 : 5
- ตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน
- ฝึกปฏิบัติทำความสะอาดฟันเทียม ☞ ตามความสมัครใจ

อุปกรณ์/เครื่องมือ: (ชุดฝึกปฏิบัติทำความสะอาดช่องปาก)

- Model สาธิตการแปรงฟัน + แปรงสีฟัน
- แปรงสีฟัน และยาสีฟัน ☞ ให้ผู้สูงอายุนำมาเอง
- แก้วน้ำ
- กระจกเงา หรือโทรศัพท์มือถือที่มีกล้องถ่ายภาพ
- สีย้อมฟัน/หลอดตัดปลายเฉียง/ไม้จิ้มฟันปลายทู่
- ฟันเทียมถอดได้ตัวอย่าง + แปรงขนนุ่ม
- น้ำสบู่/น้ำยาล้างจาน/น้ำสัมนายชูเจือจาง/ยาสีฟันชนิดครีม
- เม็ดฟูทำความสะอาดฟันเทียม
- ชันน้ำ + ภาชนะเก็บฟันเทียมที่มีฝาปิด

การประเมินผล:

- ประเมินการมีส่วนร่วม/การซักถามของผู้สูงอายุ
- ตรวจความสะอาดหลังแปรงฟัน

3 การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากประจำปี

วัตถุประสงค์:

- เพื่อให้ทราบสถานะช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชน
- เพื่อให้ทันตสุขศึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มตามความเสี่ยง
- เพื่อออกแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม

รายละเอียดกิจกรรม:

- ทันตบุคลากรตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก และบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนด (อาจปรับหรือจัดทำเองก็ได้)
 - แฟ้ม Dental ในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
 - ท.02 กลุ่มผู้สูงอายุ
 - การคัดกรองรอยโรคเสี่ยง + มะเร็งช่องปาก
- ตรวจในที่สว่าง ผู้สูงอายุนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง
- คัดข้อมูลการตรวจรายบุคคล + นัดหมาย (ถ้าทำได้)
- ให้ทันตสุขศึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม
- บันทึกข้อมูลในแฟ้ม Dental และ ท.02

อุปกรณ์/เครื่องมือ:

- แบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
- รายงานผลการตรวจช่องปาก (คืนให้ผู้สูงอายุ)
- เก้าอี้ที่มีพนักพิง และมั่นคงแข็งแรง หรือเก้าอี้สนาม
- ไฟฉาย
- กระจกส่องปาก / ไม้ไอศกรีม
- กระจกเงา หรือโทรศัพท์มือถือที่มีกล้องถ่ายภาพ

การประเมินผล:

จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจช่องปากในรายงานแฟ้ม Dental และ ท.02 กลุ่มผู้สูงอายุ




3 การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากประจำปี

แบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

ชื่อชมรมผู้สูงอายุ: _____ ตำบล/อำเภอ: _____ จังหวัด: _____ วันตรวจ: _____
 ID บัตรประจำตัว: _____ ชื่อ-สกุล: _____ เพศ: (1) ชาย (2) หญิง อายุ: _____ ปี

ปัจจัยเสี่ยง	พฤติกรรมความรุนแรงช่องปาก
■ เบาหวาน: <input type="checkbox"/> (0) ไม่มี <input type="checkbox"/> (1) เป็น กินยาประจำ <input type="checkbox"/> (2) เป็น ไม่กินยา <input type="checkbox"/> (3) ไม่มี/ไม่ตรวจ	■ แปรงฟันที่ถูกต้อง: <input type="checkbox"/> (0) ไม่ <input type="checkbox"/> (1) ใช่ / ไม่ละเอียดถี่ถ้วน ■ แปรงฟันด้วยยาสีฟันฟลูออไรด์: <input type="checkbox"/> (0) ไม่ <input type="checkbox"/> (1) ใช่
■ สูบบุหรี่/กินเหล้า: <input type="checkbox"/> (0) ไม่สูบ <input type="checkbox"/> (1) สูบ/ดื่มประจำ ■ ดื่มแอลกอฮอล์: <input type="checkbox"/> (0) ไม่ดื่ม <input type="checkbox"/> (1) ดื่มทุกสัปดาห์	■ ทำความสะอาดช่องปาก: <input type="checkbox"/> (0) ไม่ <input type="checkbox"/> (1) ใช่
■ ดึงออกดอก: <input type="checkbox"/> (0) ไม่ดึง <input type="checkbox"/> (1) ดึงทุกสัปดาห์ ■ แผลที่อวัยวะปาก: <input type="checkbox"/> (0) ไม่มี <input type="checkbox"/> (1) มีแผลที่อวัยวะปาก	■ การเข้ารับบริการทันตกรรม ■ ได้รับบริการป้องกัน/รักษา โรคฟัน 12 เดือน: <input type="checkbox"/> (0) ไม่ <input type="checkbox"/> (1) ใช่
สภาวะช่องปาก (* = รายการที่จำเป็นต้องระบุในแฟ้ม Dental)	
■ จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ใช้งานได้): ซี่ ■ จำนวนฟันแท้ที่งอกไม่ได้ออก: ซี่ ■ จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด: ซี่ ■ จำนวนฟันแท้ที่ถอนหาย: ซี่ ■ ทาเคลือบฟลูออไรด์: <input type="checkbox"/> (1) จำเป็น <input type="checkbox"/> (2) ไม่จำเป็น ■ ขูดหินน้ำลาย: <input type="checkbox"/> (1) จำเป็น <input type="checkbox"/> (2) ไม่จำเป็น ■ จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด: ซี่ ■ จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน: ซี่ ■ การปากแห้ง/น้ำลายน้อยจากการตรวจ: <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ■ รอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก: <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	■ จำนวนฟันที่ต้องใส่ฟันเทียม: คู่ <input type="checkbox"/> (1) ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง <input type="checkbox"/> (2) ต้องใส่ฟันเทียมบน <input type="checkbox"/> (3) ต้องใส่ฟันเทียมล่าง <input type="checkbox"/> (4) ไม่ต้องใส่ฟันเทียม ■ จำนวนคู่สบฟันแท้: คู่ ■ จำนวนคู่สบฟันแท้/เทียม: คู่ ■ จำนวนคู่สบฟันเทียม/เทียม: คู่ ■ ภาวะปริทันต์: <input type="checkbox"/> (0) ปกติ <input type="checkbox"/> (1) เหงือกอักเสบ <input type="checkbox"/> (9) ไม่มีฟัน <input type="checkbox"/> (2) มีหินน้ำลายชัดเจน <input type="checkbox"/> (3) ปริทันต์อักเสบ/หินโยก ■ ภาวะปากแห้ง/น้ำลายน้อยจากการตรวจ: <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ■ รอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก: <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ
ศึกษาระดับที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> รอยสีขาว <input type="checkbox"/> รอยสีแดง <input type="checkbox"/> รอยขาวแดง <input type="checkbox"/> เป็นแผล <input type="checkbox"/> เป็นก้อน <input type="checkbox"/>	

<https://bit.ly/oral-screening-form-in-elderly-club> 


รายงานผลการตรวจช่องปาก (คืนให้ผู้สูงอายุ)

ชื่อ - สกุล: _____ วันที่ตรวจ: _____

สภาวะช่องปาก	การรักษาที่ควรได้รับ
■ ฟันแท้ที่ใช้งานได้: ซี่ ■ ฟันผุ: ซี่ ■ หินปูน: <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ■ รอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก: <input type="checkbox"/> พบ <input type="checkbox"/> ไม่พบ	<input type="checkbox"/> ขูดหินปูน <input type="checkbox"/> ซ่อมฟันเทียม <input type="checkbox"/> อุดฟัน: ซี่ <input type="checkbox"/> ตรวจยืนยันรอยโรค <input type="checkbox"/> ถอนฟัน: ซี่ <input type="checkbox"/> เพื่อมะเร็งช่องปาก <input type="checkbox"/> ทาเคลือบฟลูออไรด์ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ใส่ฟันเทียม <input type="checkbox"/>

สภาวะช่องปาก (* = รายการที่จำเป็นต้องระบุในแฟ้ม Dental)

■ จำนวนฟันแท้ที่มีอยู่ (ใช้งานได้)*: ซี่ ■ จำนวนฟันแท้ที่งอกไม่ได้ออก*: ซี่ ■ จำนวนฟันแท้ที่ได้รับการอุด*: ซี่ ■ จำนวนฟันแท้ที่ถอน/หลุด*: ซี่ ■ ทาเคลือบฟลูออไรด์*: <input type="checkbox"/> (1) จำเป็น <input type="checkbox"/> (2) ไม่จำเป็น ■ ขูดหินน้ำลาย*: <input type="checkbox"/> (1) จำเป็น <input type="checkbox"/> (2) ไม่จำเป็น ■ จำนวนฟันแท้ที่ต้องอุด*: ซี่ ■ จำนวนฟันแท้ที่ต้องถอน/รักษาคลองรากฟัน*: ซี่ ■ ภาวะปากแห้ง/น้ำลายน้อยจากการตรวจ: <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ■ รอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก: <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ	■ จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม*: <input type="checkbox"/> (1) ต้องใส่ฟันเทียมบนและล่าง <input type="checkbox"/> (2) ต้องใส่ฟันเทียมบน <input type="checkbox"/> (3) ต้องใส่ฟันเทียมล่าง <input type="checkbox"/> (4) ไม่ต้องใส่ฟันเทียม ■ จำนวนคู่สบฟันแท้/แท้: คู่ ■ จำนวนคู่สบฟันแท้/เทียม: คู่ ■ จำนวนคู่สบฟันเทียม/เทียม: คู่ ■ ภาวะปริทันต์: <input type="checkbox"/> (0) ปกติ <input type="checkbox"/> (1) เหงือกอักเสบ <input type="checkbox"/> (9) ไม่มีฟัน <input type="checkbox"/> (2) มีหินน้ำลายชัดเจน <input type="checkbox"/> (3) ปริทันต์อักเสบ/หินโยก ■ ภาวะปากแห้ง/น้ำลายน้อยจากการตรวจ: <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ ■ รอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก: <input type="checkbox"/> ไม่พบ <input type="checkbox"/> พบ
ลักษณะที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> รอยสีขาว <input type="checkbox"/> รอยสีแดง <input type="checkbox"/> รอยขาวแดง <input type="checkbox"/> เป็นแผล <input type="checkbox"/> เป็นก้อน <input type="checkbox"/>	

<https://bit.ly/oral-screening-form-in-elderly-club> 



แบบฟอร์ม

<https://bit.ly/oral-screening-form-in-elderly-club>

4 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

วัตถุประสงค์:

เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุค้นหาข้อมูลสุขภาพช่องปากที่เชื่อถือได้ผ่านช่องทางออนไลน์ และปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง และสมาชิกอื่นได้

รายละเอียดกิจกรรม:

- สอบถามผู้สูงอายุเรื่องการใช้โทรศัพท์มือถือในชีวิตประจำวัน
 - LINE
 - การซื้อของออนไลน์ / การใช้บริการธนาคารออนไลน์
- นำเสนอ/ทบทวนการใช้งาน Digital Blue Book Application
- ฝึกปฏิบัติใช้งานจริง (การคัดกรองกลุ่มอาการ 9 ด้าน)
- เจ้าหน้าที่แสดงผลในภาพรวม+นัดหมายผู้ที่เกี่ยวข้อง (ถ้าทำได้)
- เน้นย้ำประเด็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับ หากสงสัย ให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่ก่อน
- กรณีผู้สูงอายุไม่ใช่ Smart Phone แนะนำจับคู่เพื่อนสมาชิก

อุปกรณ์/เครื่องมือ:

- สัญญาณอินเทอร์เน็ตผ่านเครือข่ายโทรศัพท์มือถือ (Hotspot) หรือเครื่องกระจายสัญญาณอินเทอร์เน็ต (Router)
- เครื่องฉายโปรเจคเตอร์ พร้อมจอรับภาพ

คู่มือการใช้งาน

Digital Blue Book Application



<https://bit.ly/doh-digital-bb-manual-2564>

การประเมินผล:

- ประเมินการมีส่วนร่วม/การซักถามของผู้สูงอายุ
- จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรองกลุ่มอาการ 9 ด้านใน Digital BB

เป้าหมายการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567

1. มีชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพช่องปากที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากตั้งแต่ 1 กิจกรรมขึ้นไป
อย่างน้อยจังหวัดละ 5 ชมรม (รวม 385 ชมรม)

2. มีต้นแบบชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพช่องปากที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากครบ 4 กิจกรรม
อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 ชมรม (รวม 13 ชมรม)



แผนการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567

14 – 16 พ.ย. 66

จัดประชุมเพื่อพัฒนาชุดกิจกรรม
ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
ในชมรมผู้สูงอายุ

ธ.ค. 66 – ม.ค. 67

จัดทำแนวทางดำเนินงานชมรม
ผู้สูงอายุด้านสุขภาพช่องปาก
สำหรับทันตบุคลากรและ
บุคลากรสาธารณสุข

16 ก.พ. 67

จัดประชุมขับเคลื่อน
การดำเนินงาน

ก.พ. – ก.ค. 67

ชมรมฯ ดำเนินกิจกรรม

15 พ.ค. 67

จัดประชุมนำเสนอผลการดำเนินงาน
ชมรมฯ โดดเด่น
(Online)

การแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานกิจกรรม

1. ลงทะเบียนชมรม
ผู้สูงอายุด้านช่องปาก



4. แลกเปลี่ยนผล
การดำเนินงานใน
LINE OpenChat

3. เข้าร่วม LINE OpenChat
'ชมรม ผสอ. ด้านช่องปาก'



2. ลงทะเบียนชมรม
ผู้สูงอายุด้านสุขภาพ
(Optional)

5. ดูรายงาน
ผลการดำเนินงาน



3. การลงทะเบียนชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพช่องปาก

+ เจ้าหน้าที่ดูแลชมรมฯ เป็นผู้ลงทะเบียน



<https://bit.ly/register-oral-senior-club>

A screenshot of a web registration form. At the top is a header image showing autumn leaves on a wooden surface. Below the image is the title of the form in Thai: 'แบบฟอร์มลงทะเบียนชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพช่องปาก'. Underneath the title, the email 'dentporsor2023@gmail.com' is displayed with a 'Switch account' link and a cloud icon. A red asterisk note states '* Indicates required question'. The form has a section for 'Email *' with a text input field containing 'Your email'. Below this is a paragraph of text in Thai: 'ท่านสามารถดาวน์โหลด 'แนวทางการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพช่องปาก สำหรับทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข' ได้ที่:'. There is a blue link: 'คลิกที่นี่เพื่อดาวน์โหลดแนวทางฯ' and the text 'หรือตาม QR Code ที่ปรากฏ' at the bottom.

การเข้าร่วม LINE Open Chat ‘ชมรมผู้สูงอายุด้านช่องปาก’

+ เจ้าหน้าที่ ผู้ดูแลชมรมผู้สูงอายุเข้าร่วม LINE Open Chat



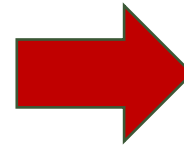
<https://bit.ly/join-oral-senior-club>



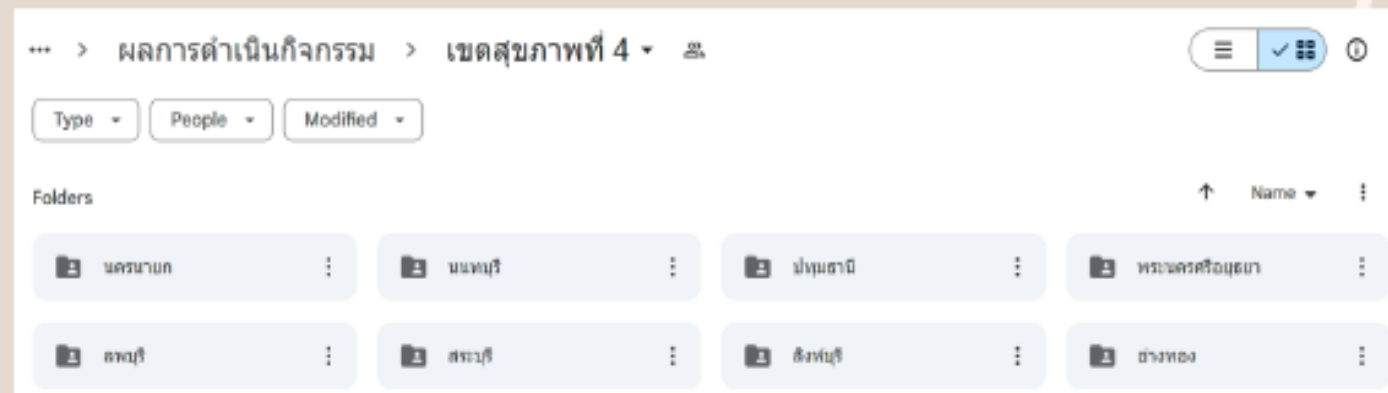
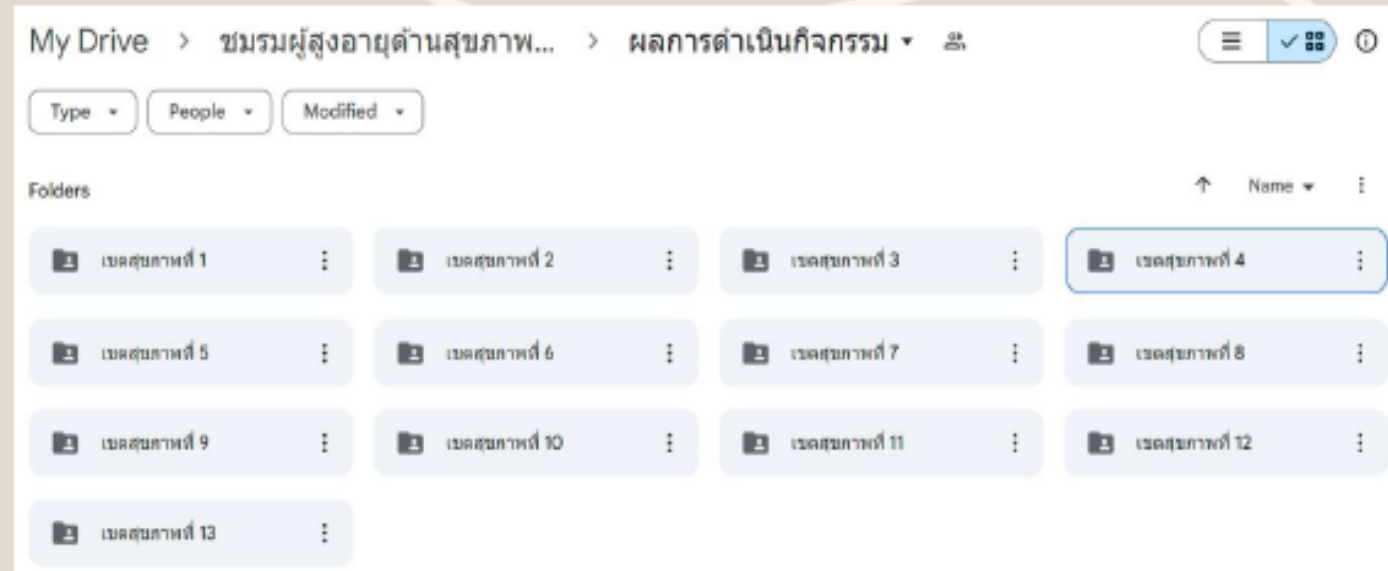
การแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานกิจกรรมใน LINE Open Chat

+ บันทึกข้อมูลเมื่อดำเนินงาน**แต่ละกิจกรรม**เสร็จ

1. ภาพการทำกิจกรรม
2. ประเภทกิจกรรม → เลือกจากตัวเลือกดังนี้
 1. ให้ความรู้
 2. สอนแปรงฟัน
 3. ตรวจฟัน
 4. สื่อสารออนไลน์
3. วันที่ทำกิจกรรม
4. คำอธิบายสั้น ๆ (caption)
5. Hashtag ชื่อชมรม -จังหวัด (เช่น #ชมรม ABC -นนทบุรี)

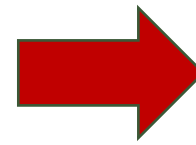
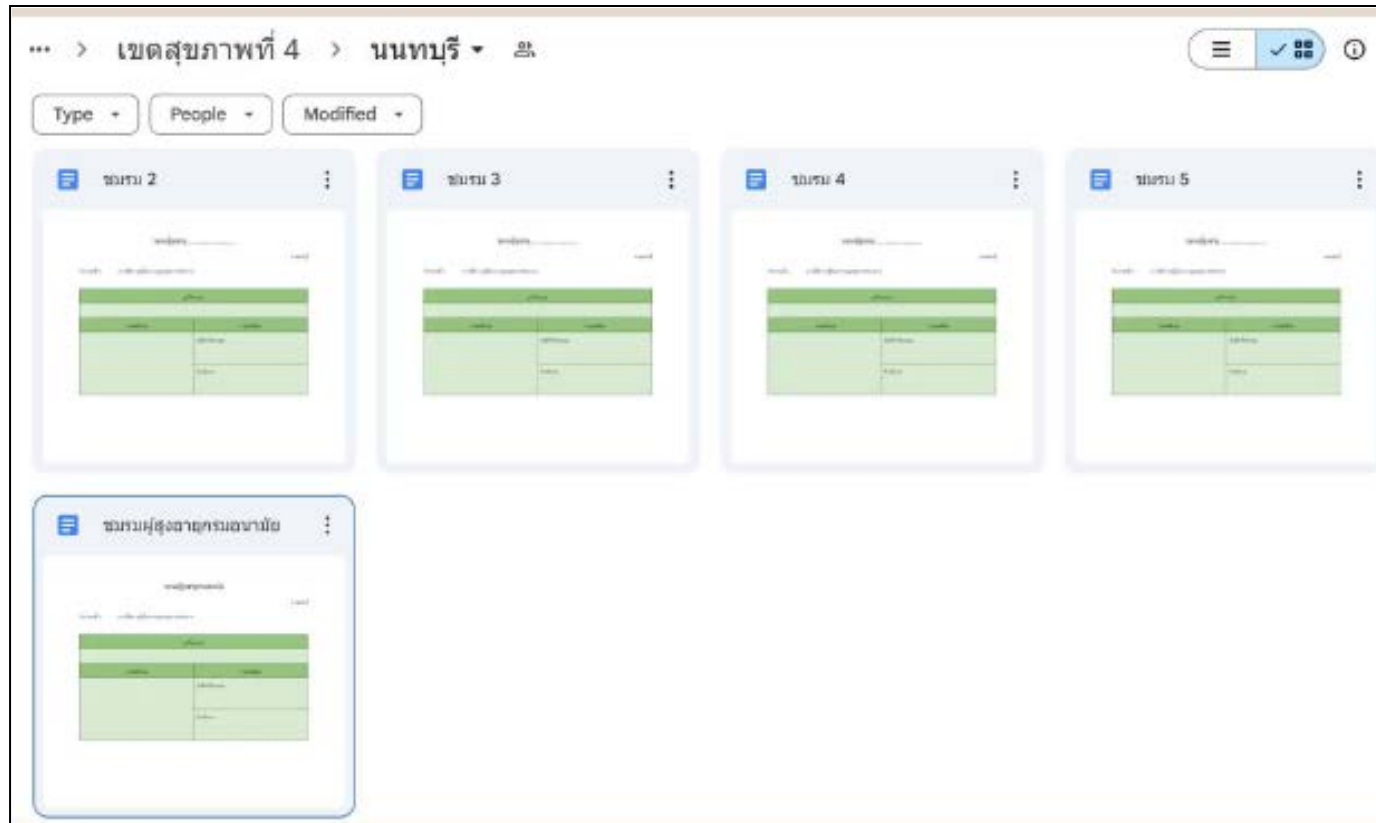


การดูรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรม



<https://bit.ly/report-oral-senior-club>

ดูรายงานผลการดำเนินงานกิจกรรม



ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง

1. ชมรมผู้สูงอายุตำบลสีระอัย
2. ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ่อแร่
3. ชมรมผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ม่วงพันธ์
4. ชมรมผู้สูงอายุตำบลนครสิงห์
5. ชมรมผู้สูงอายุตำบลจ่าลอง



THANK YOU

