

การพัฒนาบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ บนฐานความจำเป็น และการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา

Developing Oral Health Services for Independent Older Adults: Addressing Treatment and Perceived Needs in Bang Kaeo Subdistrict, Mueang Chachoengsao District

รุ่งทิพย์ มหรรณพกุล¹, อารีรัตน์ นิรันดร์ลิทธิรัชต์², ปิยะนารถ จาติเกตุ²

Rungthip Mahannopkul¹, Areerat Nirunsittirat², Piyanart Chatiketu²

¹นักศึกษาหลักสูตรการฝึกอบรบทันตแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมสาขาทันตสาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ ประเทศไทย

¹Residency Training Program in Dental Public Health, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

²สาขาทันตสาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ ประเทศไทย

²Division of Dental Public Health, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานแบบลำดับสำรวจ ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงพฤษภาคม 2568 แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสอดคล้องระหว่างความจำเป็นต่อการรักษา (ประเมินจากการตรวจฟันผุถอนอุด จำนวนฟันที่เหลืออยู่และจำนวนฟันคู่สบ สภาวะปริทันต์) กับการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา (สัมภาษณ์ความต้องการรับบริการและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในตำบลบางแก้วจำนวน 234 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตามสัดส่วนและสุ่มอย่างง่าย ร่วมกับการศึกษาความจำเป็นที่แสดงออก (สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเรื่องพฤติกรรมการใช้บริการและแสวงหาการรักษาทางทันตกรรม) ในผู้สูงอายุ 27 รายที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประสบการณ์การใช้บริการทันตกรรมที่แตกต่างกัน ผลจากระยะที่ 1 พบผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องรักษา มีร้อยละ 95.3 และผู้ที่ต้องการรับบริการทันตกรรม มีร้อยละ 58.1 โดยผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องรักษาและต้องการรับบริการทันตกรรมด้วย มีร้อยละ 56.8 ผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับความเข้มรุนแรงมากและรุนแรง มี 100 คน ผู้ที่ต้องการรับบริการทันตกรรม มีร้อยละ 78.0 และผู้ที่จำเป็นต้องรักษา มีร้อยละ 76.0 โดยจำเป็นต้องทำฟันเทียม ร้อยละ 74.0 แสดงว่ามีความสอดคล้องของความจำเป็นต่อการรักษาและการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาในด้านการใส่ฟันเทียม และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการที่น่าจะพัฒนาได้ คือเรื่องระบบบริการ ระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 ผ่านการประชุมกลุ่มร่วมกับคณะทำงานในพื้นที่ ได้ผลลัพธ์คือ 1) ระบบบริการสุขภาพช่องปากที่ประกอบด้วยการคัดกรองและการรักษา-ส่งต่อ 2) แบบคัดกรองและแผนผังขั้นตอนการดำเนินงาน และ 3) คู่มือการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในตำบลบางแก้ว ด้านฟันเทียมชนิดถอดได้ จากนั้นทดลองใช้ระบบคัดกรองกับผู้สูงอายุของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 31 คน พบว่าผู้ที่จำเป็นต้องรักษา (ทำฟันเทียม) แบบไม่เร่งด่วน มีจำนวน 14 คน โดยผู้ที่จำเป็นต้องรักษา (ทำฟันเทียม) และต้องการรับบริการด้วย มีจำนวน 11 คน ที่เข้าสู่ระบบรักษา-ส่งต่อไป ประเมินผลคู่มือจากการสอบถามความคิดเห็นผู้ใช้งาน คือทันตภิบาล 2 คน ซึ่งประเมิน 2 ส่วนคือ 1) แบบคัดกรองและคู่มือคัดกรอง และ 2) ระบบบริการที่พัฒนา สรุปว่าการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่พิจารณาทั้งความจำเป็นต่อการรักษาและการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา สามารถช่วยจัดลำดับความสำคัญและจัดบริการเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการรับบริการได้

คำสำคัญ: การรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา, ความจำเป็นต่อการรักษา, ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้, ระบบบริการสุขภาพช่องปาก

Abstract

This exploratory sequential mixed-methods research, (February 2024 – May 2025) aimed to develop an oral health service system for independent older adults in Bang Kaeo Subdistrict. The study comprised two phases. Phase 1 investigated the alignment between clinical treatment needs (assessed by numbers of decayed, filled, and missing teeth, remaining teeth, occluding pairs, and periodontal status) and perceived needs (assessed via interviews on service demand and oral health-related quality of life) among 234 older adults selected through proportional and simple random sampling. Qualitative interviews on expressed needs regarding dental-seeking behaviors 27 purposive key informants. Phase 1 results showed that 95.3% required treatment needs, 58.1% expressed perceived needs, and 56.8% exhibited both. Those with "severe" to "very severe" intensity of impacts on quality of life (n = 100), 78.0% desired services, 76.0% had treatment needs, and 74.0% specifically required dental prostheses. This demonstrates high consistency between treatment and perceived needs for dental prostheses. Additionally, the existing service system was identified as a critical factor for further development. Phase 2 focused on system development through focus group discussions with local committees, utilizing data from the first phase. The study resulted in: 1) an oral health service system (screening, treatment, and referral); 2) a screening form, workflow model; and 3) a service delivery manual for older adults requiring removable dentures. The system was piloted with 31 patients at a Non-Communicable Diseases (NCD) clinic. Fourteen individuals required non-urgent dental prostheses; of these, 11 who exhibited both treatment and perceived needs were successfully entered into the treatment-referral system. Evaluation by 2 dental nurses focused on the screening tools and the overall service system. The findings conclude that integrating both treatment and perceived needs allows for effective prioritization and the delivery of oral health services that precisely match the requirements and demands of the target elderly population.

Keywords: Perceived needs, Treatment needs, Independent older adults, Oral health service system

Received date: Jul 11, 2025

Revised date: Jan 23, 2026

Accepted date: Feb 12, 2026

Doi:

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

ปิยะนารท จาติเกตุ สาขาทันตสาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถ.สุเทพ ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200 โทร: 0891544279 อีเมล: pichatiket@gmail.com

Correspondence to:

Piyanart Chatiketu Division of Dental Public Health, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Suthep Road, Muang District, Chiang Mai, Thailand, 50200 Tel: 0891544279 E-mail: pichatiket@gmail.com

บทนำ

การพัฒนาารูปแบบบริการ ระบบบริการและคุณภาพบริการ¹ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ซึ่งเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2558 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้งานอย่างเหมาะสม และต่อมาในปี พ.ศ. 2566 ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยมีตัวชี้วัดสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ และมียุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก²

ความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health needs) หมายถึง ความต้องการในบริการที่จำเป็นขั้นพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ที่

ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพอื่นๆ อาทิ สังคม สิ่งแวดล้อม (เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย การจ้างงาน) ตลอดจนบริการสุขภาพ³ สำหรับการจัดการบริการทางสังคม Bradshaw⁴ ได้จำแนกความจำเป็นที่ต้องคำนึงถึง เป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความจำเป็นที่รู้สึก (Felt need) คือความจำเป็นที่เป็นความเข้าใจหรือความตระหนักส่วนบุคคล 2) ความจำเป็นที่แสดงออก (Expressed need) คือ ความจำเป็นจากความจำเป็นที่รู้สึก ที่นำไปสู่หนทางในการแก้ปัญหา เช่น การไปพบทันตแพทย์เมื่อปวดฟัน 3) ความจำเป็นเชิงบรรทัดฐาน (Normative need) คือความจำเป็นที่นิยามโดยผู้เชี่ยวชาญ และ 4) ความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบ (Comparative need) คือ การเปรียบเทียบความ

จำเป็นกับสิ่งอื่น โดยพิจารณาจากความรุนแรงของโรค ขนาดของปัญหา หรือราคา เป็นต้น ที่ผ่านมาการสำรวจสถานการณ์สภาวะทันตสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่เป็นเพียงการสำรวจในมุมมองทางการแพทย์ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเชิงบรรทัดฐาน ทำให้การจัดบริการทันตกรรมอาจไม่สอดคล้องกับความจำเป็นหรือความต้องการของผู้ป่วยหรือประชาชนเท่าที่ควร สะท้อนผ่านสัดส่วนที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างผู้ที่มีโรคในช่องปากกับผู้มารับการรักษาทางทันตกรรม

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9⁵ พบว่า ร้อยละ 45.3 ของผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี และ ร้อยละ 36.6 ของผู้ที่มีอายุ 80-85 ปี จำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียมบางส่วนทั้งขากรรไกรบนและล่าง แต่กลับพบว่า มีเพียงร้อยละ 30.6 ไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา โดยในตำบลบางแก้วมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 7.6 ไปรับบริการทันตกรรมในปีงบประมาณ 2565⁶

จากแนวคิดของ Petersen และคณะ (2010)⁷ ที่เสนอว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงการรับรู้ความจำเป็นของผู้สูงอายุเอง เนื่องจากการรับรู้ของผู้รับบริการมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมแสวงหาบริการและการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในผู้สูงอายุ แม้จะมีปัญหาที่ชัดเจนในทางคลินิก แต่หากไม่รับรู้หรือตระหนักถึงปัญหาก็จะไม่แสวงหาบริการรักษา การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความจำเป็นที่ผ่านมา⁸⁻¹¹ เป็นเพียงการศึกษาเชิงสำรวจ ไม่ได้นำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการและเพื่อเป็นการสร้างองค์ความรู้สำหรับการจัดบริการที่คำนึงถึงความจำเป็นที่รู้สึกโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) หาความสอดคล้องของความจำเป็นต่อการรักษาและการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ และ 2) นำผลการศึกษาดังกล่าวไป ออกแบบระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา โดยการศึกษาที่กำหนดให้ ความจำเป็นต่อการรักษา หมายถึง การรักษาทางทันตกรรมที่กำหนดโดยทันตแพทย์ และการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาทางทันตกรรม หมายถึง การรับรู้ความจำเป็นที่ต้องการรักษาทางทันตกรรมในมุมมองของผู้รับบริการ ส่วนความจำเป็นที่แสดงออก ประเมินจากการใช้บริการและแสวงหาการรักษาทางทันตกรรม

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

การศึกษาระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาความสอดคล้องของความจำเป็นต่อการรักษา และการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในกลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร $[DEFF * Np(1-p)] / [(d2/Z21-\alpha/2 * (N-1) + p * (1-p)]$ ¹² ประมาณค่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่ไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 20⁶ และชดเชยการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 222 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (Proportional sampling) ของแต่ละหมู่บ้านจำนวน 12 หมู่บ้าน¹³ และใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ (มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living; ADL) > 12 คะแนน) จากการประเมินด้วยดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) 3) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่จริงในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน 2) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

ความจำเป็นต่อการรักษา หมายถึง การรักษาทางทันตกรรมที่กำหนดโดยทันตแพทย์ เก็บข้อมูลโดยการตรวจสอบสภาวะช่องปาก ได้แก่ ฟันผุถอนอุด สภาวะปริทันต์ จำนวนฟันที่เหลืออยู่และคู่สบด้วยเกณฑ์การตรวจที่ตัดแปลงจากการตรวจของแฟ้มข้อมูลทันตกรรมในระบบ 43 แฟ้มสุขภาพ¹⁴ และคู่มือสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9¹⁵ โดยทันตแพทย์ 1 คน ที่ปรับมาตรฐานในตัวผู้ตรวจ สำหรับการตรวจสภาวะฟันผุและสภาวะปริทันต์ ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.998 และ 0.891 การตรวจสภาวะช่องปากทำบนยูนิตทำฟันและใช้แสงจากโคมไฟยูนิตในการส่องสว่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางแก้ว หรือ โรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร²) ไม่มีการถ่ายภาพรังสี

การรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาทางทันตกรรม หมายถึง การรับรู้ความจำเป็นที่ต้องรักษาทางทันตกรรมในมุมมองของผู้รับบริการ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life; OHRQoL) โดยการสัมภาษณ์ความต้องการรับบริการทันตกรรมด้วยคำถาม 2 ข้อ คือ (1) คุณรู้สึกว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือไม่ และ (2) คุณต้องการที่จะรับบริการทันตกรรมหรือไม่ กำหนดให้ผู้ที่มีการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาทันตกรรม คือ ผู้ที่ตอบว่าต้องการรับบริการทันตกรรม¹⁶⁻¹⁸ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ประเมินโดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Impacts on Daily Performance; OIDP) จากการศึกษาของ Adulyanon S และ Sheiham A¹⁹ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งได้รับการฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญ

การใช้บริการและแสวงหาการรักษาทางทันตกรรม หมายถึง การใช้หรือแสวงหาบริการทางทันตกรรม ซึ่งได้แก่ การไปรับการตรวจคัดกรอง รักษา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) คือ ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การใช้/ไม่ใช้บริการทางทันตกรรม ที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เคยมีประสบการณ์ไม่รับบริการทันตกรรมที่สถานพยาบาลหลายแห่ง จำนวน 3 คน 2) มีประสบการณ์ไปรับบริการทันตกรรมที่สถานพยาบาลเพียงแห่งเดียวซ้ำหลายครั้ง 4 คน 3) มีประสบการณ์รับบริการทันตกรรมหลายชนิด 2 คน 4) มีประสบการณ์รับบริการทันตกรรมแล้วมีปัญหาหรือไม่พึงพอใจ 9 คน 5) มีประสบการณ์ไปรับบริการทันตกรรมแล้วไม่ไปตามนัดต่อเนื่อง/หยุดการรักษา 3 คน 6) ไม่เคยไปรับบริการทันตกรรมใน 1 ปีที่ผ่านมา 7 คน 7) ไม่เคยไปรับบริการทันตกรรมเลยในชีวิต 2 คน 8) มีประสบการณ์ไปทำฟันเทียมกับช่างทันตกรรม 6 คน ได้จำนวนรวม 27 คน (ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1 คน อาจมีประสบการณ์ตามเกณฑ์มากกว่า 1 ข้อ) สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างด้วยคำถามปลายเปิดในประเด็นความต้องการรับบริการทันตกรรม การใช้/ไม่ใช้บริการ และการแสวงหาการรักษาในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ ความต้องการรับบริการทันตกรรม และปัญหาที่เกี่ยวกับการไป/ไม่ไปรับบริการ ชนิดการรักษาที่ใช้บริการ เหตุผลในการตัดสินใจเลือกสถานบริการ ความถี่หรือจำนวนครั้งในการไปรักษา ความสะดวกในการเดินทาง ระยะเวลารอคอย ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจในการไปรับบริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบภาวะช่องปากและความต้องการรับบริการทันตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ดัชนี OIDP รายงานผลคะแนน 2 แบบ ได้แก่

1) แบบผลกระทบโดยรวม ด้วยค่าร้อยละ คำนวณโดย

$$\frac{\sum (\text{คะแนนความถี่} \times \text{คะแนนความรุนแรง})}{\text{คะแนนที่มากที่สุดที่เป็นไปได้}} \times 100$$

แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยได้เป็นสองกลุ่มได้แก่ ผู้ที่มีผลกระทบ (คะแนน OIDP>0) และไม่มีผลกระทบ (คะแนน OIDP=0) จากสภาวะช่องปากในการใช้ชีวิตประจำวัน (oral impact) โดยคำนวณคะแนนกิจกรรม (performance score) ของแต่ละกิจกรรม ซึ่งมาจากคะแนนความถี่ คูณกับคะแนนความรุนแรง คะแนนเต็มของแต่ละกิจกรรมเท่ากับ 25 (5x5) เมื่อนำคะแนนกิจกรรมของทั้ง 8 กิจกรรมรวมกัน จะเท่ากับคะแนนของผลกระทบของช่องปากโดยรวมต่อคุณภาพชีวิต (overall impact score) ดังนั้น คะแนนโดยรวมสูงสุดคือ 200 (25x8) จากนั้นปรับคะแนนโดยรวมให้มีค่าสูงสุดเป็น 100²⁰

2) แบบความเข้มของผลกระทบ (Intensity) พิจารณาจากความรุนแรงสูงสุดที่สภาวะช่องปากสร้างปัญหาให้กับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

จำแนกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เล็กน้อยมาก เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก²⁰

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เรื่องการใช้บริการและแสวงหาการรักษาทางทันตกรรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูล จัดหมวดหมู่ สรุป และตรวจสอบซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล

ความสอดคล้องกันของความจำเป็นต่อการรักษา และการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ วิเคราะห์แยกรายบุคคล ร่วมกับพิจารณาความเข้มของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก จำแนกตามผู้ที่ต้องการรับบริการทันตกรรมและผู้ที่ไม่จำเป็นต้องรักษา จากนั้นนำผลการศึกษาในวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พิจารณาร่วมกับปัจจัยที่เกี่ยวกับการใช้บริการ ไปออกแบบระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุในการศึกษาระยะที่ 2 ต่อไป

การศึกษาระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบระบบบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ในตำบลบางแก้ว (ด้านพื้นที่ชนชานเมือง)

ดำเนินการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยทำงานร่วมกับ “คณะทำงานเพื่อจัดทำระบบบริการสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุตำบลบางแก้ว” ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 1 ปี 2) เป็นผู้รับผิดชอบ/ปฏิบัติงานเกี่ยวกับดูแลให้บริการผู้สูงอายุ หรือ 3) เคยศึกษา/อบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ หรือ 4) รับผิดชอบ/ปฏิบัติงานด้านระบบข้อมูล ระบบส่งต่อ เรียกเก็บ ตรวจสอบสิทธิ ได้คณะทำงานฯ ทั้งหมด 17 คน ประกอบด้วยตัวแทนจากโรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร2) 7 คน โรงพยาบาลพุทธโสธร 5 คน รพ.สต. บางแก้ว 3 คน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา 2 คน

การพัฒนาบริการสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ การออกแบบ การทดลองดำเนินงาน และการประเมินผลระบบบริการสุขภาพช่องปาก

1) การออกแบบระบบ

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจากผลการศึกษาในระยะเวลาที่ 1 ผ่านการประชุมกลุ่ม เพื่อให้คณะทำงานฯ ให้ความเห็นพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน และร่วมกันออกแบบระบบที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ เพิ่มบทบาทของทันตภิบาลในการตรวจคัดกรองรักษาเบื้องต้นและการส่งต่อระดับทุติยภูมิและตติยภูมิอย่างเป็นระบบ กำหนดขอบเขตและภาระงานของทันตภิบาลจาก รพ.สต. บางแก้ว และจากโรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร2) ขอบเขตและภาระงานของทันตแพทย์จากโรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร2) และโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยบันทึกข้อเสนอและข้อสรุปในรายงานการประชุมที่ชัดเจนนำเสนอผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

2) การทดลองดำเนินการ

ฝึกอบรมทันตภิบาล ในการใช้แบบคัดกรองและคู่มือจัดระบบบริการสุขภาพช่องปาก ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ รพ.สต.บางแก้ว และโรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร2) ระหว่าง มีนาคม – พฤษภาคม พ.ศ. 2568

3) การประเมินผล

ประเมินผลการจัดบริการด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ใช้ระบบคัดกรอง ซึ่งมีจำนวน 2 คน คือ ทันตภิบาลจากรพ.สต. บางแก้ว และทันตภิบาลจากโรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร2) จำแนกการประเมินเป็น 2 ส่วนคือ 1. แบบคัดกรองและคู่มือจัดระบบบริการ 2. ระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ตำบลบางแก้ว

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและสิทธิการรักษาผู้สูงอายุในการศึกษา (N=234 คน)

Table 1 Characteristics and medical welfare of study samples (N = 234)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	40.2
หญิง	140	59.8
อายุ		
60-69 ปี	136	58.1
70-79 ปี	80	34.2
80 ปีขึ้นไป	18	7.7
โรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์		
ไม่มี	50	21.4
มี	184	78.6
สถานภาพ		
โสด	26	11.1
สมรส/คู่หม้าย/ หย่าร้าง/แยกกันอยู่	141	60.3
21	67	28.6
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ/พนักงานราชการ/ลูกจ้างของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	9	3.9
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	26	11.1
เกษตรกร	73	31.2
รับจ้างทั่วไป/ขับรถรับจ้าง	25	10.7
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	101	43.2
รายได้ (บาทต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	9	3.8
1-5,000 บาท	162	69.2
5,001-15,000 บาท	47	20.1
15,001-30,000 บาท	10	4.3
30,001-50,000 บาท	6	2.6
ระดับการศึกษาที่สำเร็จสูงสุด		
ต่ำกว่าประถมศึกษา และ ประถมศึกษา	209	89.3
มัธยมศึกษา	18	7.7
ปวส./ ปวท./ อนุปริญญา/ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	7	3.0

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในระยะที่ 1

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 234 ราย จำแนกเป็นชาย ร้อยละ 40.2 และหญิง ร้อยละ 59.8 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 58.1) มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ร้อยละ 78.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 60.3) ร้อยละ 89.3 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าและประถมศึกษา ผู้สูงอายุยังประกอบอาชีพอยู่ ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 31.2) ร้อยละ 69.2 มีรายได้ต่อเดือน 1-5,000 บาท ร้อยละ 84.6 มีสิทธิรักษาพยาบาลคือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รองลงมาเป็นสิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 14.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและสิทธิการรักษาผู้สูงอายุในการศึกษา (N=234 คน) (ต่อ)

Table 1 Characteristics and medical welfare of study samples (N = 234) (cont.)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สวัสดิการ สิทธิรักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	198	84.6
สิทธิประกันสังคม	3	1.3
สิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ	33	14.1
สวัสดิการของหน่วยงาน	2	0.9

กลุ่มตัวอย่าง มีความชุกของโรคฟัน ร้อยละ 71.0 และค่าเฉลี่ย ฟันผุถอนออก 18.1 ± 8.5 ซี่ต่อคน มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาเฉลี่ย 4.2 ± 3.3 ซี่ต่อคน ร้อยละ 46.4 มีจำนวนฟันในช่องปาก < 20 ซี่

และ ร้อยละ 72.5 มีจำนวนฟันคู่สบ < 4 คู่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.4) มีหินน้ำลายและมีเลือดออก ผู้มีร่องลึกปริทันต์ ≥ 4 มม. มีร้อยละ 24.6 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สภาวะสุขภาพช่องปาก (N=234 คน)

Table 2 Oral health status (N = 234)

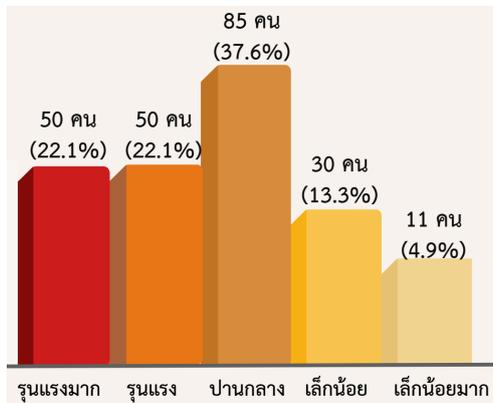
ผู้ที่มีฟัน (n=207 คน)	จำนวนความชุก (คน)	ความชุก (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย \pm SD (ซี่ต่อคน)
ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา	147	71.0	4.2 ± 3.3
ฟันที่ถอนทุกสาเหตุ	204	98.6	14.2 ± 8.9
ฟันที่อุดแล้ว	62	30.0	3.3 ± 2.1
ฟันที่ผุถอนออก	206	99.5	18.1 ± 8.5
รากฟันปกติทั้งปาก	184	88.9	17.8 ± 8.9
รากฟันผุตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป	23	11.1	1.7 ± 0.7
	จำนวนความชุก (คน)	ความชุก (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (SEXTANT) \pm SD (ส่วนต่อคน)
สภาวะเหงือก			
เหงือกปกติ	9	4.4	0.8 ± 1.3
มีเลือดออก	7	3.4	0.3 ± 0.8
มีหินน้ำลาย	70	33.8	1.7 ± 1.7
มีหินน้ำลายและมีเลือดออก	92	44.4	1.0 ± 1.5
ตรวจไม่ได้	29	14.0	2.4 ± 2.3
สภาวะปริทันต์			
ไม่มีร่องลึกปริทันต์	127	61.4	3.1 ± 2.2
มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม.	21	10.1	0.3 ± 0.7
มีร่องลึกปริทันต์ ≥ 6 มม.	30	14.5	0.3 ± 0.7
ตรวจไม่ได้	29	14.0	2.4 ± 2.3
จำนวนฟัน			
มีจำนวนฟัน < 20 ซี่	96	46.4	
มีจำนวนฟัน ≥ 20 ซี่	111	53.6	
จำนวนฟันคู่สบ			
มีจำนวนฟันคู่สบ < 4 คู่	150	72.5	
มีจำนวนฟันคู่สบ ≥ 4 คู่	57	27.5	
จำนวนฟันและจำนวนฟันคู่สบ			
จำนวนฟัน ≥ 20 ซี่และมีจำนวนฟันคู่สบ ≥ 4 คู่	57	27.5	

หมายเหตุ ร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีเหงือกอักเสบและมีสภาวะปริทันต์ พิจารณาจากระดับสูงสุดของโรคในแต่ละคน

จากการสอบถามความต้องการรับบริการทันตกรรมด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ (1) คุณรู้สึกว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากหรือไม่และ (2) คุณต้องการที่จะรับบริการทันตกรรมหรือไม่ซึ่งใช้เกณฑ์ ข้อ 2 เป็นหลัก เพื่อแสดงถึงการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา คือผู้ที่ตอบว่าตนเองต้องการจะรับบริการทันตกรรม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องรักษา มีร้อยละ 95.3 และผู้ที่ต้องการรับบริการทันตกรรม มีร้อยละ 58.1 โดยผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องรักษาและต้องการรับบริการทันตกรรมด้วย มีร้อยละ 56.8 สำหรับผลกระทบโดยรวม พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 96.6 รายงานสุขภาพช่องปากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คิดเป็นค่าเฉลี่ย 8.8 ± 6.8 (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) เมื่อจำแนกผลกระทบตามกิจกรรมในชีวิตประจำวัน พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) การรับประทานอาหาร เป็นกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด มีเพียงร้อยละ 1.3 และ 3.1 ที่ส่งผลกระทบ

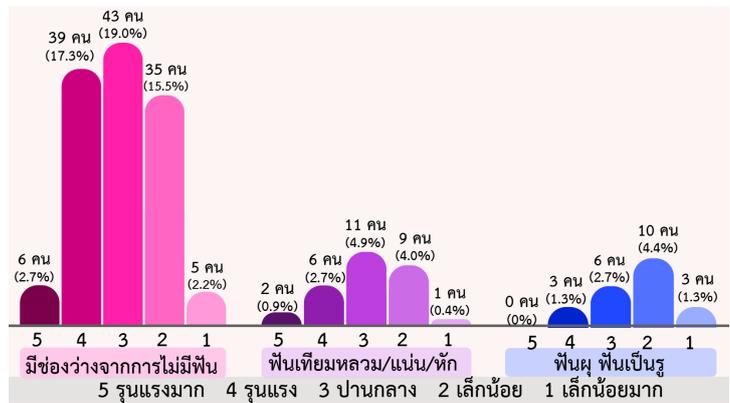
ต่อการทำกิจกรรมในชีวิตทั่วไป และการออกไปพบปะผู้คนตามลำดับ

สำหรับความเข้มของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่ามีระดับรุนแรงมากและรุนแรง ร้อยละ 22.1 และ 22.1 (รูปที่ 1) และเมื่อจำแนกระดับความเข้มของผลกระทบตามสาเหตุตามความรู้สึก พบว่า 3 อันดับแรก ได้แก่ การมีช่องว่างจากการไม่มีฟัน ฟันเทียมหลวม/แน่น/หัก และ ฟันผุ ฟันเป็นรูตามลำดับ (รูปที่ 2) และเมื่อพิจารณาระดับความเข้มของผลกระทบตามความต้องการรับบริการทันตกรรมและความเป็นที่ต่อรักษา (ตารางที่ 3) พบว่า ในผู้สูงอายุที่รายงานความเข้มของผลกระทบในระดับรุนแรงมากและระดับรุนแรง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.0) ต้องการรับบริการทันตกรรม และมีความจำเป็นที่ต้องรักษา ร้อยละ 76.0 เป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าเกือบทุกคนเป็นผู้ที่จำเป็นต้องรักษาใส่ฟันเทียม



รูปที่ 1 ความเข้มของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

Figure 1 Intensity of impacts on OHRQoL



รูปที่ 2 สาเหตุตามความรู้สึก 3 อันดับแรก จำแนกตามความเข้มของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

Figure 2 Top 3 perceived clinical causes classified by the intensity of impacts on OHRQoL

หมายเหตุ ผู้สูงอายุหนึ่งคนมีสาเหตุของผลกระทบได้มากกว่า 1 อย่าง (คนที่ได้รับผลกระทบ N=226 คน สาเหตุ = 241 อย่าง)

ตารางที่ 3 ความเข้มของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจำแนกตามผู้ต้องการรับบริการทันตกรรม และผู้มีความจำเป็นต้องรักษา (N=226 คน)

Table 3 Intensity of impacts on OHRQoL classified by perceived needs and treatment needs (N=226)

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	ผู้ต้องการรับบริการทันตกรรม	ผู้ที่เป็น	ผู้จำเป็นต้องรักษา แยกประเภทการรักษา คน (ร้อยละ)								
			ระดับความเข้ม	จำนวนคน	บริการทันตกรรม	ต้องการรักษา	ฟันเทียม	ชุดหินน้ำลาย	ถอน	อุด	รักษาราก/ถอน
รุนแรงมาก	50	39 (78.0)	38 (76.0)	38 (32.8%)	20 (22.2%)	22 (29.7%)	15 (23.1%)	1 (12.5%)	7 (31.8%)	1 (33.3%)	8 (26.7%)
รุนแรง	50	39 (78.0)	38 (76.0)	36 (31.0%)	27 (30.0%)	24 (32.4%)	20 (30.8%)	3 (37.5%)	5 (22.7%)	1 (33.3%)	6 (20.0%)
ปานกลาง	85	44 (51.8)	43 (50.6)	35 (30.2%)	32 (35.6%)	21 (28.4%)	22 (33.8%)	3 (37.5%)	10 (45.5%)	1 (33.3%)	11 (36.7%)
เล็กน้อย	30	10 (33.3)	10 (33.3)	6 (5.2%)	8 (8.9%)	5 (6.76%)	7 (10.8%)	1 (12.5%)	0	0	3 (10.0%)
เล็กน้อยมาก	11	3 (27.3)	3 (27.3)	1 (0.9%)	3 (3.33%)	2 (2.7%)	1 (1.5%)	0	0	0	2 (6.7%)
รวม	226	135	132	116	90	74	65	8	22	3	30

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 27 คน ประกอบด้วย เพศชาย 11 คน หญิง 16 คน อายุเฉลี่ย 70 ± 7.6 ปี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการใช้บริการและแสวงหาการรักษา

จำแนกได้ 3 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้รับบริการ การให้บริการของทันตบุคลากร และสถานพยาบาล รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการใช้บริการทันตกรรม และแสวงหาการรักษา (n = 27 คน)

Table 4 Factors affecting dental service utilization and treatment seeking (n = 27)

ปัจจัยที่ส่งผล	ตัวอย่างคำพูด
1. ผู้รับบริการ	
มีโรคประจำตัวบางอย่างที่ทำให้ไม่สามารถรับบริการได้	“วัดความดันทีอย่างกะหือเฟล ไป 2 รอบ ได้ทำรอบเดียวนะหมอ พอถึงเวลาก็ตื่นตื่น วัดที่บ้านไม่มีขึ้นหรอก แค่อันไปหน้าห้องอะ สูงเลย”
ไม่รู้สึกรู้ว่าปัญหาของปากกระทบต่อคุณภาพชีวิต	“ก็กินข้าว กินผักได้ มันไม่เป็นอะไร มันไม่ปวด ไม่อะไร ยายก็เลยไม่ไปอะ” “แล้วอีกอย่างนึง มันไม่จำเป็น แก่แล้วอะ รุ่นนี้ ป่านนี้แล้วอะ คนอื่นเค้าหมดปากกันไปหมดแล้วนา”
กลัวการทำฟัน	“หมอก็นัดว่าจะให้ผ่าเอากระดูกออก จะถามว่าถ้าไม่ผ่าได้มั้ย กลัว อันนี้มันเก่า ทำให้เลยได้มั้ย ไม่ต้องผ่า”
เชื่อว่าปัญหาในช่องปากบางอย่างสามารถแก้ไขเองได้	“เป็นนิดๆ หน่อยๆ มีความรู้สึกนิดๆ หน่อยๆ ยายก็เออะ เริ่มเอาเกลือกับสำลีทา มันก็หาย หายแล้วมันก็ไม่ปวดอีก นานกว่ามันจะปวดอีก” “ผมใช้เปลือกข่อยนี่ ผมเคี้ยวบ้าง ผมอมบ้างอะไร เปลือกข่อยนี่ใช้ได้เลย ผมเห็นจากย่าผม 90 กว่าแล้วขนาดแกตายแล้ว ฟันยังถอนไม่ได้เลย ยังแน่นดีเลย แล้วผมลองอมก็ไม่เคยเป็นอะไร”
กระทบต่อการทำงาน	“ไปถอนฟันก็ไปคลินิก เอาความเร็ว เราทำงาน ถ้าไปโรงพยาบาล เราก็หยุดงาน”
มีภาระที่ต้องเลี้ยงดูหลานหรือพ่อแม่ที่ป่วย	“ถ้าไม่มีใครอยู่ ลูกก็ไปไหนไม่ได้ ต้องอยู่ดูแล แม่ 96 แล้วนะ หูแกไม่ค่อยได้ยิน” “พอดี ต้องเลี้ยงหลาน หลานเดินไม่ได้ อายุ 18”
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	“ต้องจ้าง 200 ถ้าไกล ถ้าไปอนามัย 100”
ต้องพึ่งพาคนอื่นให้มาส่ง	“โห แล้วไปนั่งรถตั้งแต่เข้านเย็น ใครเค้าจะไปเป็นเพื่อนเราละ ขับรถก็ไม่มี ไม่ๆ อะ ไม่ชอบ” “หลานไปส่ง บางทีผมก็เกรงใจ บางทีผมก็จ้างสามล้อไปที่โรงพยาบาลXXX” “เตี้ยไปส่ง ไปเองก็ไปไม่เป็นหรอก รถก็ขับไม่เป็น”
ประสบการณ์และการแนะนำบอกต่อ	“ผมจะเลือกไกลบ้านหน่อยแต่บริการดี” “เวลานี้ที่มีสะดวกครับ แล้วก็บริการดีด้วย สะดวกดีทุกอย่าง สถานที่ โอ้อ่า กว้างขวาง เย็นสบาย หมอก็ดีด้วยพนักงาน เจ้าหน้าที่” “คนเขาแนะนำ ว่าทำไมไม่ไปXXX หมออ่อนเก่งมาก” “คนแถวบ้านเขาแนะนำมานี่ เขามาใส่ฟันปลอมที่XXXกันหลายคนละ ว่าหมอก่อนดี เห็นใส่แล้วสวยมากเลยเคยเห็นที่เขามาแล้วปากยื่นออกมาเกลียด เราก็กลัวแบบนั้นเนอะ”
2. การให้บริการของทันตบุคลากร	
2.1. พฤติกรรมและคุณภาพบริการ	
การสื่อสาร	“บางคนเขาไปถาม เขาไปบอกว่าหมอก่อนทำอะไร หมอบอกเขาไม่เคยทำ ไปทำที่ไหนมา อู๊ย คนโตะๆ กันแล้วจะไปให้เขาว่าอยู่ได้งี้ ก็ไม่ไป ไม่ต้องไปทวนหรอก ไปทวนเขาก็ไม่รับ”
บุคลิกเข้าถึงยาก ดูไม่เป็นมิตร	“ไม่ได้หรอก ไปบอกเขาไม่ได้หรอก ไปสอนเขา เดี่ยวเขาก็ว่า มึงจอบอะไรมา รู้ดีกว่า” “กลัวหมอดู เดี่ยวหมอก่อนเอา”
การมาทำงานที่ไม่ตรงเวลา หรือไม่ตรงตามเวลาที่ประกาศ	“ในตารางเค้าจะเขียนว่าวันจันทร์อยู่... แล้ววันพุธก็อยู่... อะไรเนี่ย เราก็ดูตามป้ายละ ก็ไปตามวันแต่ก็ไม่เจอหมอ”
คุณภาพการรักษา	“เค้าฉีดยาชาลงไปแล้วยังไม่รอชา ตอนที่เขาดึงออก มันเจ็บมากๆ เจ็บมาก ร้องลั่นเลย เขาก็บอกยายทนน้อยๆ ยิ่งร้องหนักเลย” “ไปอุดฟันมา 2 วันเอง หลุดละ” “เนี่ยยังอยู่เลย ที่ปากเนี่ย ถอนออกมาเขาก็ไม่ดูหรอก ก็เอาแต่ข้างบนไป ข้างล่างทิ้งไว้”

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการใช้บริการทันตกรรม และแสวงหาการรักษา (n = 27 คน) (ต่อ)

Table 4 Factors affecting dental service utilization and treatment seeking (n = 27) (cont.)

ปัจจัยที่ส่งผล	ตัวอย่างคำพูด
2.2. ระบบบริการ	
ระยะเวลาารอคอยนาน คิวนาน	“ถ้าไปทำที่โรงพยาบาลXXX ต้องรอคิวนาน” “โห ต้องไปตั้งแต่ตี 4 ตี 5 ไม่งั้นก็ไม่ทันคิว ที่คนเขาไปไหนนะ กว่าจะกลับก็บ่าย 2 บ่าย 3”
การรักษาที่ต้องมาหลายครั้ง	“เหมือนผมไปทำฟัน กว่าจะได้ฟัน เกือบปีอะ ที่โรงพยาบาลXXX เข้าคิวชิมั้ย แล้วตรวจหลายรอบ กว่าจะได้ฟันปลอม ไปทีก็ต้องเสียเวลารั้งไปนัด”
ระบบนัดและการติดตามไม่ชัดเจน	“ต้องรอนัด วันนึงนัดคิวน้อย คือไปแล้วเราไม่ได้ทำ เราก็กต้องกลับมาอีก แล้ววันต่อไป เขาก็ไม่ได้ให้คิวเราเลย เราก็กต้องไปใหม่ สองรอบสามรอบ ไปจองคิวแล้วเราก็กไม่รุ้จะได้รีบัว” “ถ้าโรงพยาบาลรั้งไปนัด ก็เสียค่าน้ำมัน เสียเวลาไปเที่ยววันละ ต้องมานั่งรออีกว่าเมื่อไรจะได้ไปอีกวัน”
3. สถานพยาบาล	
ที่ตั้งของสถานพยาบาล	“ถ้าXXX เรามาเราต้องมาช่วยตลอด แล้วเวลาจะเข้า เราต้องตัดเส้นเลี้ยวเข้า ถ้าปากกว่า จอดรถก็ยากกว่า” “ถนนเข้าบ้านไปเป็นถนนดินอย่างนี้ มีมอเตอร์ไซด์ก็จริง แต่เวลาฝนตกก็มาไม่ได้ ออกยาก”
ที่จอดรถไม่เพียงพอ	“อย่างโรงพยาบาลXXXเนี่ย โอ้โห ผมไปส่งแฟน หาที่จอดรถไม่ได้ ต้องกลับบ้านอะ” “โรงพยาบาลXXXเนี่ยนะ ที่จอดรถอย่างกะทองคำ ที่นั่น ตี 5 ต้องถึงละ เลือกเอา ถ้า 7 โมงละ ไม่ต้องหาละ ต้องช่างหน้าละ ฟุตบาทอะไร เต็มหมด”
สถานที่แออัด ขาดความพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร	“เลือกได้ก็ยังไม่ไปโรงพยาบาลXXXอะ คนไข้เขาเยอะ คนไข้เยอะแล้วก็รอนาน ที่โน้น เหมือนกับไปรอรับโรคอะ โรคภัยไข้เจ็บ แออัดขนาดนั้น แหม เจ็บอะไรกันนักกันหนา” “แต่จริงๆXXXเค้านั้นนะ คือองค์รวมดีแล้ว แต่บุคลากรน้อย ต้องเพิ่ม แต่โดยสถานที่ โดยอะไรมันดีแล้ว ดีกว่าโรงพยาบาลXXXอีกนะ ทุกอย่าง perfect แต่พอเราไปอะ ตอนนี้อยู่จนมีแค่ฟัน ที่ว่าเป็นตัวตั้งไข่ปะ ถ้าเราป่วยเป็นโน่นเป็นนี่ มันยังไม่ 100% ไข่ปะ” “เค้าว่า บุคลากรไม่มี เครื่องมือไม่มี เค้าแนะนำให้ไปจังหวัด ก็เลยยังไม่ไป ซ้อยยามากิน พอมันปวดก็กิน พอไม่ปวดก็ไม่กิน”

หมายเหตุ คำว่า “หมอ” ในการสัมภาษณ์นี้ หมายถึง ทันตแพทย์และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต.

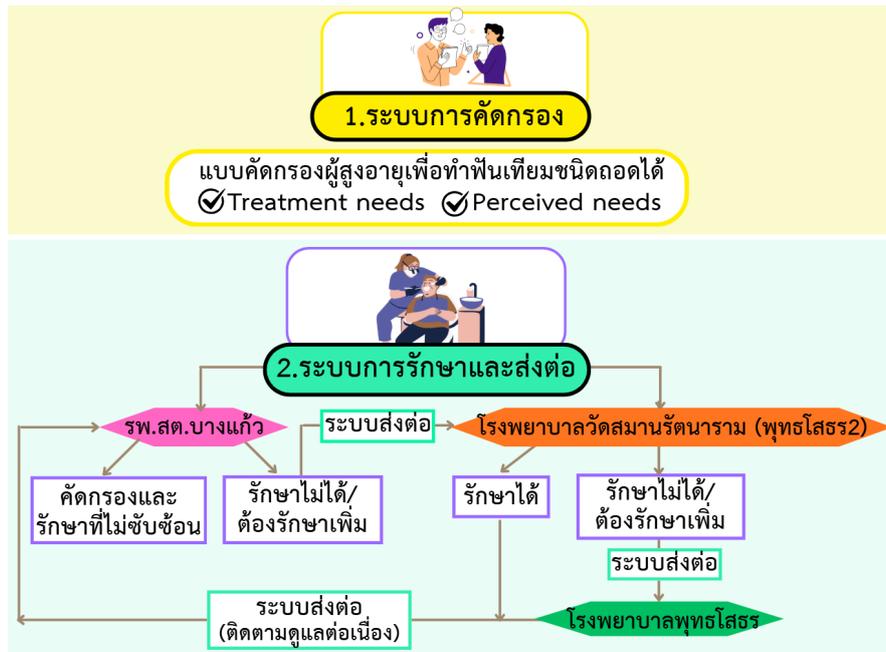
ผลการศึกษาจากระยะที่ 1 แสดงให้เห็นว่ามีความสอดคล้องของความจำเป็นต่อการรักษา และการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา ในด้านการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ และพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการมา/ไม่มารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งที่น่าจะพัฒนาแก้ไขได้ คือเรื่องระบบบริการ ข้อเสนอเหล่านี้ ใช้เป็นข้อมูลนำเข้าของการศึกษาระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

ผลการศึกษาในระยะที่ 2

1) การออกแบบระบบ

ได้ผลลัพธ์เป็นคู่มือการจัดระบบบริการทันตกรรมสูงอายุ ตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา (ด้านฟันเทียมชนิดถอดได้) ซึ่งประกอบด้วย (1) แบบคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อทำฟันเทียม (2)

ขอบเขตและภาระงานรักษาที่เกี่ยวกับการใส่ฟันเทียมถอดได้ ของทันตภิบาลใน รพ.สต.บางแก้ว และทันตภิบาลในโรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร2) เป็นผู้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองเพื่อทำฟันเทียม ให้การรักษาเบื้องต้น และส่งต่อ ส่วนภาระงานของทันตแพทย์ของโรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร2) ให้การรักษาเตรียมช่องปากจนถึงทำฟันเทียม ภาระงานของทันตแพทย์ของโรงพยาบาลพุทธโสธรให้การรักษาที่ซับซ้อน เช่น การฟื้นฟูช่องปากแบบองค์รวม (Full Mouth Rehabilitation) (3) ระบบส่งต่อจาก รพ.สต.บางแก้ว ไปสู่ โรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร2) และโรงพยาบาลพุทธโสธร (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 แผนผังระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในตำบลบางแก้ว (ด้านฟันเทียมชนิดถอดได้)

Figure 3 Workflow of oral health service delivery for independent older adults in Bang Kaeo Subdistrict (Removable denture)

2) การทดลองดำเนินการ

ทันตภิบาลคัดกรองผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในตำบลบางแก้ว จำนวน 31 คน พบว่าผู้ที่จำเป็นต้องรักษา (ทำฟันเทียม) แบบไม่เร่งด่วน จำนวน 14 คน โดยผู้ที่จำเป็นต้องรักษา (ทำฟันเทียม) และต้องการรับบริการด้วย มีจำนวน 11 คนซึ่งได้นำส่งเข้ารับบริการและส่งต่อโดยนัดมาพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจวางแผนและเตรียมช่องปากต่อไป

3) การประเมินผล

ระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้นี้ ได้รับการยอมรับจากทันตบุคลากรที่ทดลองใช้ระบบ (ทันตภิบาล) โดยแบบคัดกรองและคู่มือการจัดระบบบริการ สามารถใช้งานได้เข้าใจง่าย แบ่งหมวดหมู่ชัดเจนและครอบคลุมทั้งการตรวจชี้ฟันสภาวะเหงือก สภาวะปริทันต์ และการประเมินระดับความเร่งด่วนแบบฟอร์มกระชับ ไม่ซับซ้อน โดยมีข้อเสนอแนะให้บันทึกข้อมูล

เลขประจำตัวประชาชนในส่วนของประวัติด้วยเพื่อป้องกันปัญหากรณีคนที่ชื่อสกุลซ้ำกัน

อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาการผัดผ่อนหรือไม่มาตามนัดสาเหตุเนื่องจาก ผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้สูงอายุมาได้ทุกครั้ง และในรายที่มีโรคประจำตัวบางอย่าง ส่งผลให้ไม่สามารถรับการรักษาทางทันตกรรมได้แม้จะมาตามนัด ปัญหาด้านเครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับ รพ.สต. บางแก้ว มีข้อจำกัดในกรณีที่ต้องออกพื้นที่ ส่งผลให้ต้องไปส่งเครื่องมือเพื่อทำความสะอาดและฆ่าเชื้อที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ถี่ขึ้น หรือต้องเบิกเครื่องมือเพิ่ม กรณีที่เครื่องมือไม่พออาจต้องขอยืมจากโรงพยาบาลพุทธโสธรหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา สำหรับความต้องการสิ่งสนับสนุน ได้แก่ ด้านยานพาหนะสำหรับการออกพื้นที่ เช่น รถยนต์สำหรับรับส่งเจ้าหน้าที่ในการเดินทางร่วมกัน เพื่อความสะดวกและป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การประเมินผลระบบจากความคิดเห็นของทันตภิบาล (n=2 คน)

Table 5 Evaluating the system based on feedback from dental nurses (n=2)

เรื่องที่ประเมิน	ตัวอย่างคำพูด
1.แบบคัดกรองและคู่มือ	
1.1 แบบคัดกรอง	“ใช้งานง่ายค่ะ แบ่งเป็นสัดส่วนชัดเจนแล้วค่ะ ตรวจสอบครอบคลุมดีมากแล้วค่ะ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจนับซี่ฟัน การตรวจปริทันต์ แล้วก็มันแบ่งความจำเป็นเร่งด่วนกับไม่เร่งด่วนชัดเจนค่ะ เพราะตอนปรับแก้ไขรอบสุดท้ายเราได้ใส่ในยามลงไปด้วย มันก็เลยทำให้ใช้งานได้ง่ายแล้ว”
1.2. คู่มือคัดกรอง	“ชัดเจนมาก ๆ ค่ะ แล้วก็เสริมความรู้ด้วยว่า อันนี้มืองเป็นฟันผุนะ อันนี้ไม่ใช่ อธิบายได้ครอบคลุม แล้วก็ตอนสุดท้ายมีสรุปว่าสัมภาษณ์อย่างนี้จะสรุปเป็นเร่งด่วน ไม่เร่งด่วน หรือถ้ากรณีฉุกเฉิน ฟันเป็นหนอง ต้องสื่อสารบอกคนไข้ให้มาบำบัดด้วยนะ คือไม่ใช่แค่เรื่องฟันปลอมอย่างเดียว มันทำให้เวลาตรวจคนไข้คนนั้น มันครอบคลุมหมดทุกอย่าง”

ตารางที่ 5 การประเมินผลระบบจากความคิดเห็นของทันตภิบาล (n=2 คน) (ต่อ)

Table 5 Evaluating the system based on feedback from dental nurses (n=2) (cont.)

เรื่องที่ประเมิน	ตัวอย่างคำพูด
2. ระบบบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ตำบลบางแก้ว	
2.1 ปัญหาและอุปสรรค	
ก. การนัดหมาย	“คนไข้ความดันสูง นัดมาแล้วก็ไม่ได้ถอน” “บางที่ลูกเขาไม่ว่างมาส่ง ก็เลยไม่ได้มาตามนัดหรือต้องเลื่อนนัดไป” “ก็มีที่เขาลังเล เปลี่ยนใจไม่ทำ ไม่อยากใส่ฟันละ หรือไม่สะดวกมาละ”
ข. เครื่องมืออุปกรณ์	“ตอนนี้ก็พออยู่ แต่ถ้าออกคัดกรองทุกวันก็อาจจะต้องไปยืมโรงพยาบาลพุทธมา หรือยืม สสจ. เพราะปกติก็ต้องเข้าไปส่งนึ่ง ถ้าออกทุกวัน มันก็จะไม่ทัน”
2.2 ความต้องการสิ่งสนับสนุน	“อยากให้มียุทธยงรับส่งอะค่ะ จะได้ไปพร้อมกัน ไม่ต้องขี่มอเตอร์ไซด์ไปเอง เสี่ยงอุบัติเหตุด้วย” “ถ้ามีรถรับส่งจะดีมากเลย ไม่ต้องขี่รถชนของกันไปเอง”
2.3 ความคิดเห็นต่อโครงการนี้ และข้อเสนอแนะ	“คิดว่าเป็นโครงการที่ดีมากค่ะ รู้สึกว่าจะได้ทำงานที่ตรงกับสายงานของตนเอง ไม่ได้คิดว่าเพิ่มภาระอะไร ยินดีมากค่ะที่จะได้ร่วมงานนี้” “คนสูงอายุจะได้ทำฟันเทียมเร็วขึ้นด้วย เคยเห็นบางคนว่ารอคิวเป็นปีๆ ตายไปแล้วก็มี ยังไม่ได้ใส่ฟัน ที่เขาอยากทำนะ เราก็ได้แต่แจ้งชื่อไปให้วัดสมาน เป็นครั้งๆไป แต่มันไม่มีระบบแบบแผนอะไร” “อยากให้เก็บข้อมูลเลขประชาชนด้วย เพราะคนที่มีชื่อสกุลซ้ำกันนะ”

บทวิจารณ์

การศึกษานี้ ได้พัฒนาระบบบริการโดยพิจารณาถึงความจำเป็นต่อการรักษา และการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาในมุมมองของผู้รับบริการ ผลการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ นำไปสู่การพัฒนา ระบบบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ได้ผลลัพธ์ คือ ระบบคัดกรองระบบรักษาและส่งต่อ ด้านฟันเทียมชนิดถอดได้ และคู่มือการจัดระบบบริการทันตกรรมสูงอายุ ซึ่งการออกแบบการจัดบริการนี้ เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการอันเนื่องมาจากข้อจำกัดของการทำงานในรูปแบบเดิมที่มีอยู่ในพื้นที่ตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา

การประเมินความจำเป็นที่ต้องรักษาร่วมกับประเมินการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลแยกรายบุคคล ทำให้เห็นความชัดเจนและสามารถนำไปใช้ในการจัดลำดับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาได้ จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95.3 มีความจำเป็นที่ต้องรักษา แต่มีเพียงร้อยละ 58.1 ที่ต้องการจะรับบริการทันตกรรม ในผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบในระดับรุนแรงมากและรุนแรง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) เป็นผู้ที่ต้องการรับบริการทันตกรรม และสอดคล้องกันคือ เป็นผู้ที่ยังจำเป็นต้องรักษาใส่ฟันเทียม (ร้อยละ 74) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การประเมินความเข้มของผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิต อาจจะนำมาพิจารณาประกอบการจัดลำดับการให้การรักษาทันตกรรมในผู้สูงอายุได้ โดยพิจารณากลุ่มที่มีความเข้มของผลกระทบในระดับรุนแรงและรุนแรงมากเป็นอันดับแรก ซึ่งเมื่อเทียบกับการถามความต้องการรับบริการทันตกรรม การประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากนี้ จะสามารถช่วยคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ของการรักษาได้ กล่าวคือ ผล

การรักษาสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุได้ ในขณะที่การถามความต้องการรับบริการทันตกรรมจากผู้สูงอายุ อาจจะไม่สามารถคาดการณ์ดังกล่าวได้ เนื่องจากอาจจะเป็นความต้องการรับบริการทันตกรรมใด ๆ ก็ตาม ที่อาจจะส่งผลหรือไม่ส่งผลหรือส่งผลน้อยต่อคุณภาพชีวิต

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประเด็นการใช้บริการ และแสวงหาการรักษาทันตกรรมถูกนำมาประกอบการออกแบบการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมและเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านที่ตั้งของสถานพยาบาล และระยะเวลาการรอคอย หรือคิวที่นาน เช่น ข้อมูลจากตารางที่ 4 “ถ้าไปทำที่โรงพยาบาลXXX ต้องรอคิวนาน” “โห แล้วไปนั่งรอตั้งแต่เช้าเย็น ใครเค้าจะไปเป็นเพื่อนเราละ ขับรถก็ไม่เป็น ไม่ๆอะ ไม่ชอบ” ถูกนำมาประกอบการพิจารณาในการพัฒนาระบบบริการที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการใกล้บ้าน เพิ่มการเข้าถึง ลดขั้นตอนและเวลาในการไปนัดคิว รอคิว และระยะเวลาการรอคอยที่นานในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล ตลอดจนได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องหลังรับการรักษา ดังรูปที่ 3 ซึ่งออกแบบการคัดกรองให้ทันตภิบาลเป็นผู้คัดกรองจัดลำดับความสำคัญให้กับผู้ที่มีทั้งความจำเป็นต่อการรักษาและมีการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา ด้วยข้อคำถามในแบบคัดกรอง และให้ผู้สูงอายุระบุเลือกลำดับสถานบริการที่ต้องการไปรับบริการได้

การศึกษานี้เริ่มพัฒนาบริการทันตกรรมด้านฟันเทียมชนิดถอดได้ ด้วยเหตุผลว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้อง

รักษาสอดคล้องกับการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา (ร้อยละ 76) โดยเป็นผู้ที่จำเป็นต้องรักษาใส่ฟันเทียมร้อยละ 74 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลิพร เฝ้านิมมมงคล ที่พบว่าปัจจัยตระหนักถึงความจำเป็นต่อการเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบางป่อ จ.สมุทรปราการ โดยผู้สูงอายุมีความต้องการรับบริการใส่ฟันเทียมมากที่สุด²¹ นอกจากนี้ ในการศึกษาเมื่อพิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องรักษาใส่ฟันเทียม พบว่ากลุ่มดังกล่าวยังมีความจำเป็นต้องรักษาทันตกรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย ดังนั้นการจัดบริการใส่ฟันเทียมจึงสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทันตกรรมอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาได้ด้วย อย่างไรก็ตาม นิลุบล ดีพลกรัง²² พบว่า ปัจจัยความตระหนักในการเข้ารับบริการทันตกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากแต่เป็นปัจจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรนี้ ใช้ร่วมกันพยากรณ์การเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุ ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่า แม้การรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาของผู้สูงอายุจะมีส่วนสำคัญต่อการนำมาพิจารณาจัดลำดับการให้บริการ แต่ก็ไม่ได้รับประกันว่าผู้สูงอายุจะมารับบริการ เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ ซึ่งจากการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์พบว่า มุมมอง ทักษะคิดต่อโรค ในช่องปากและต่อการรักษาทางทันตกรรม รวมถึงปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การเดินทาง บุคคลที่มาส่ง ระบบบริการที่สะดวก รวดเร็ว การตอบสนองความต้องการได้อย่างทันที ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องศึกษาและนำไปประกอบการพัฒนาระบบบริการต่อไป

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาการพัฒนา รูปแบบบริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุหลายการศึกษา การศึกษาของ ฉวีวรรณ ภักดีธนากุล และคณะ²³ ออกแบบให้ อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้คัดกรองปัญหาทันตกรรมในผู้สูงอายุ แล้วส่งต่อมา รพ.สต. คล้ายกับการศึกษาของ ชิสา ตันตะสูงกุลและคณะ²⁴ ที่ให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) คัดกรองและส่งต่อ แม้ว่าคัดกรองในชุมชนโดย อสม. จะมีเป้าประสงค์เพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้นโดยประชาชนก่อนที่จะส่งมายังบุคลากรการแพทย์คัดกรองซ้ำ ซึ่งมีข้อดีหลายประการ กล่าวคือ 1) สามารถคัดกรองประชากรได้จำนวนมากในเวลาอันสั้น เนื่องจาก อสม. มีจำนวนมากกว่าทันตบุคลากร 2) ลดปริมาณงานของทันตบุคลากรในเรื่องการคัดกรองในชุมชน ทำให้ทันตบุคลากรมีเวลาในการไปปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันหรือรักษามากขึ้น 3) อสม. ได้พัฒนาความสามารถและแสดงบทบาทของตนเองในการเป็นหมอครอบครัวคนที่ 1 ตามนโยบาย 3 หมอของกระทรวง

สาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมร่วมกับดูแลโรคทางกายได้²⁵ 4) อสม. มีความสนิทสนมและทราบพฤติกรรมของคนในชุมชนมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ 5) เป็นบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ (accessibility) และเพิ่มบทบาทในการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (community participation) ตามหลักการแนวคิด 1A4C ของการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพ^{26,27} แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดในด้านความรู้และทักษะ ซึ่ง อสม. และ อผส. ยังไม่สามารถประเมินทางเลือกของการรักษาให้กับผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะการใส่ฟันเทียม ซึ่งต้องมีการวางแผนและเตรียมช่องปากก่อน

สำหรับการศึกษานี้ กำหนดบทบาทหน้าที่ให้ทันตภิบาลเป็นผู้คัดกรอง เพื่อหาความจำเป็นที่ต้องรักษาและวางแผนการรักษาเบื้องต้น ตลอดจนให้การรักษาเบื้องต้นได้ตามขอบเขตของทันตภิบาล มีข้อดี คือ 1) ทันตภิบาลซึ่งเป็นทันตบุคลากรสามารถตรวจ วางแผน และให้การรักษาตามขอบเขตของวิชาชีพได้ ซึ่งมีความถูกต้องของข้อมูลมากกว่าการตรวจโดย อสม. และ อผส. 2) ทันตภิบาลสามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ใน รพ.สต. บางแก้วและออกพื้นที่เยี่ยมบ้านได้ และ 3) ลดความผิดพลาดของข้อมูลและลดขั้นตอนการติดต่อประสานงานจาก อสม. และ อผส. ในตำบลบางแก้วมายังทันตภิบาลของ รพ.สต. บางแก้ว และทันตแพทย์ของโรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม (พุทธโสธร2) เนื่องจากการจัดระบบบริการในครั้งนี้เป็นระบบใหม่ที่ยังไม่เคยมีในพื้นที่มาก่อน จึงเริ่มต้นโดยให้ทันตภิบาลเป็นผู้ตรวจคัดกรองเพื่อทำฟันเทียม ทั้งนี้หากจะขยายผลไปให้ อสม. และ อผส. เป็นผู้ตรวจคัดกรองในอนาคตจะต้องออกแบบการคัดกรองที่เหมาะสมกับความสามารถ และจัดอบรมให้ความรู้พัฒนาทักษะ ตลอดจนออกแบบระบบบริการเพื่อสนับสนุนบทบาทของ อสม. และ อผส. ด้วย รวมถึงต้องพิจารณาเรื่องจำนวน ภาระงาน ความเข้มแข็งและความร่วมมือของ อสม. และ อผส. ของตำบลบางแก้วด้วย

การศึกษาของ พูลพลฤกษ์ โสภารัตน์²⁸ เป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง โดยจัดบริการเชื่อมต่อการดูแลในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลและเยี่ยมบ้านหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพและบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการจัดอบรมความรู้เรื่องการทำความสะอาดช่องปากแก่พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในหอผู้ป่วย และจัดอบรมความรู้แก่ อสม. และ อผส. ด้วย อย่างไรก็ตาม ในศึกษานี้ เป็นการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้กับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ ซึ่งยังไม่ได้คำนึงถึงการทำงานแบบบูรณาการกับสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวหรือชุมชน ในการพัฒนางานต่อไป หากสามารถนำประเด็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในมิติอื่นไปบูรณาการกับสหสาขาวิชาชีพอื่นได้ ก็น่าจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อสุขภาพช่องปาก ตลอดจน

การนำปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการทันตกรรม อาทิ การเดินทาง บุคคลที่มาส่งทำฟัน มาหารือร่วมกับชุมชน เพื่อร่วมกันหาทาง แก้ปัญหาต่อไป

การพัฒนากระบวนการสุขภาพช่องปากบนฐานความ จำเป็นและการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วย เพิ่มการเข้าถึงบริการ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำข้อมูลจากการสำรวจ ระยะที่ 1 มาใช้ออกแบบระบบบริการในระยะที่ 2 โดยข้อมูล จากระยะที่ 1 เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 234 คน ซึ่ง มากกว่าจำนวนจากการคำนวณที่ต้องเก็บ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม (coverage) และเป็นตัวแทนประชากร (representativeness) อีกทั้งการวิเคราะห์ความสอดคล้องของความจำเป็นต่อการรักษา และการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาแยกตามรายบุคคล ทำให้ สามารถประเมินความสอดคล้องที่ชัดเจนในแต่ละบุคคลได้ ส่วน ระยะที่ 2 ขับเคลื่อนผ่านการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน มีข้อดี คือ สามารถจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในด้านชนิดบริการ และรูปแบบบริการ อย่างไรก็ตาม หากต้องการ ขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น อาจต้องศึกษาสำรวจความจำเป็น ต่อการรักษาและการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษาทางทันตกรรม ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการสำหรับกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ ด้วยเพราะอาจแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อีกทั้งข้อจำกัด ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพช่องปากที่มุ่งเน้นการรักษาทางคลินิก ยังไม่ได้ ครอบคลุมถึงงานทันตกรรมป้องกัน การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และการเยี่ยมบ้าน 2) ระบบบริการยังขาดการบูรณาการทำงาน ร่วมกับสหวิชาชีพ และ 3) ขาดการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ ของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตลอดจนประเมินความคุ้มค่า คุ่มทุน ของระบบ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดระบบบริการครั้งนี้คือ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัด สมานรัตนาราม ประธานในการประชุมกลุ่ม ซึ่งมีวิสัยทัศน์สามารถ ขับเคลื่อนและชี้้นำให้เกิดความร่วมมือกันได้ระหว่างผู้บริหารของ รพ.สต.บางแก้ว โรงพยาบาลวัดสมานรัตนาราม(พุทธโสธร2) และ โรงพยาบาลพุทธโสธร ผ่านการประชุมกลุ่มที่แสดงความคิดเห็น ร่วมกันและมีข้อตกลงที่ชัดเจน โดยได้ระบุภาระหน้าที่ไว้ในคู่มือ จัดระบบบริการทั้งในด้านการคลังคน เงิน ของ ทั้งนี้งานวิจัยที่น่าจะ สามารถพัฒนาต่อไป ได้แก่ 1) การขยายระบบให้ครอบคลุมพื้นที่ ตำบลบางแก้วหรือขยายไปสู่กลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มวัยทำงาน หรือพื้นที่อื่น 2) การพัฒนาระบบอื่น เช่น งานส่งเสริม ป้องกัน ระบบเทคโนโลยีในการนัดหมาย ระบบทันตกรรมทางไกล (Teledentistry) และการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่น 3) การวิจัย เชิงประเมินผล เช่น ประเมินระบบในภาพของระดับตำบล ประเมิน ความพึงพอใจต่อระบบของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ประเมิน ความคุ้มค่า คุ่มทุน ของระบบ

บทสรุป

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก ตามความจำเป็นต่อการรักษาและการรับรู้ความจำเป็นต่อการรักษา ด้านฟันเทียมชนิดถอดได้สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในตำบล บางแก้ว ระบบบริการประกอบด้วย 1) ระบบการคัดกรอง โดย ทันตภิบาล และ 2) ระบบการรักษาและส่งต่อ ที่มีการทำงานร่วมกัน ระหว่างทันตบุคลากรใน รพ.สต. บางแก้ว โรงพยาบาลวัดสมาน รัตนาราม (พุทธโสธร2) และโรงพยาบาลพุทธโสธร โดยมีผลผลิต เป็นแบบคัดกรองและคู่มือการจัดระบบบริการ ซึ่งสามารถนำไป พัฒนาขยายผลจัดบริการในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุน งานวิจัย ขอขอบคุณบุคลากรของ รพ.สต.บางแก้ว อสม. รวมถึง ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ในความช่วยเหลือและให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health (Thailand). National oral health plan for Thai elders 2015. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Publisher; 2014.
2. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health (Thailand). Dental health strategy plan in Thailand, 2023–2037. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2023.
3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1948.
4. Bradshaw JR. The taxonomy of social need. In: Cookson RA, Sainsbury R, Glendinning C, editors. Jonathan Bradshaw on social policy: selected writings 1972–2011. York: York Publishing Services Ltd; 2013. p. 1–11.
5. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health (Thailand). The 9th national oral health survey report, Thailand 2023. Nonthaburi: Dental Health Bureau, Department of Health, Ministry of Public Health; 2023.
6. Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC). Percentage of elderly receiving dental services (person) (based on coverage) [Internet]. [cited 2025 May 15]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/cco/public/standard-report-detail/9a40129f2df2a139b7eb03dc9f684a6d>
7. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people: call for public health action. *Community Dent Health* 2010;27(4):257–67.
8. Åström AN, Kida IA. Perceived dental treatment need among older Tanzanian adults: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2007;7(1):9. doi:10.1186/1472-6831-7-9.
9. Malik NA, Rosalien R, Khalissya N, Badruddin IA, Maharani DA. Perceived need and utilization of dental health care services in

- Indonesia: a secondary analysis using the national socioeconomic data. *Makara J Health Res* 2020;24(2):121–7. doi:10.7454/msk.v24i2.1218.
10. Takehara S, Wright FAC, Naganathan V, Hirani V, Blyth FM, Le Couteur DG, *et al.* A cross-sectional study of perceived dental treatment needs and oral health status in community-dwelling older Australian men: the Concord Health and Ageing in Men Project. *Int Dent J* 2021;71(3):224–32.
 11. Bhuvaneshwari NG, Usha GV, Lakshminarayan N. Perceived dental needs and barriers to utilization of dental services among elders in India: a cross-sectional survey. *J Indian Assoc Public Health Dent* 2021;19(4):269–76.
 12. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: open source epidemiologic statistics for public health, version 3.01 – ScienceOpen [Internet]. 2023 [cited 2025 May 15]. Available from: <https://openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
 13. Primary Care Unit, Bangkaeo Subdistrict Health Promoting Hospital. Target population with and without household registration residing in Bangkaeo Subdistrict, extracted from HOSxP XE version 4 [software]. Bangkok: Bangkok Medical Software Co., Ltd.; 2023 Nov 1 [cited 2025 May 15]. Internal data.
 14. Wat Samanrattanaram Hospital (Buddhasothorn2). Dental care data recorded using the dental care entry form in BMS HOSxP XE [software]. Bangkok: Bangkok Medical Software Co., Ltd. (BMS); 2023 Nov 1 [cited 2025 May 15]. Internal data.
 15. Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health (Thailand). The 9th National Oral Health Survey of Thailand 2022–2023 (Phase I). Nonthaburi: Bureau of Dental Health; 2023.
 16. Gherunpong S, Puangsaard Y, Nimsrisukkul P, Wanjarurat P, Purthivorawong S, Suphanantachat S. Oral health-related quality of life and perceived need for denture in a group of elderly Thais with normative denture need. *J Dent Assoc Thai* 2007;57(1):13–22.
 17. Krisdapong S. Propensity-Related Need (PRN). *J Prim Health Care Dent* 2012 Jul-Sep;22(3):17-18.
 18. Krisdapong S., Prasertsom P., Rattanangsima K. and Sheiham A. Associations between perceived needs for dental treatment, oral health-related quality of life and oral diseases in school-aged Thai children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014. Aug;42:4:323-32.
 19. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p.151–60.
 20. Krisdapong S. Oral health-related quality of life. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2021. p.47–135.
 21. Phaonimongkol C. Factors related to dental service needs of the elderly people in Bangbo Subdistrict Administrative Organization, Samut Prakam Province. *J Gerontol Geriatr Med* 2018;17(2):10–9.
 22. Deeponkrang N. Factors affecting public sector dental services accessibility among the elderly in Waeng Yai District, Khon Kaen Province. *J Khon Kaen Prov Health Off* 2021;1:1–20.
 23. Pakdethanakul C, Srisubat A, Naovaratsophon A, Nipattasat P, Sompeewong P, Vichathai W. Model development of appropriate elderly dental services in Thailand: Phonthong Hospital Network, Roi-Et Province. *J Dep Med Serv* 2019 Sep-Oct;44(5):139–44.
 24. Tantakul C, Hintao J, Pithpornchaikul W. Development of an oral health care system for homebound or bedridden elderly at Ban Don Salab, Kanchanaburi Province. *J Comm Res Nakhon Ratchasima Rajabhat Univ* 2022 Jul-Sep;16(3):193–206.
 25. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Aor Sor Mor Handbook “Smart Aor Sor Mor and Aor Sor Mor, Family Doctor” Fiscal Year 2022 [Internet]. [cited 2025 Jul 11]. Available from: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/202204251434510886.pdf
 26. Starfield B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ* 1979 May;54(5):361–9.
 27. Srivanichakorn S. Primary health care, primary care system, and family medicine: definition, meaning, and relationship. *J Prim Care Syst Fam Med* 2009;1:11–5.
 28. Sopharat P. Project to develop an oral health care system for dependent elderly in San Sai District [unpublished report]. Chiang Mai: San Sai Hospital; 2021.