การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

อุดมพร ทรัพย์บวร*[a]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในชุมชนและประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบโดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการทดลองใช้ การสังเกต และการสะท้อนกลับ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 33 ครอบครัว ในตำบลนครชัยศรีและตำบลบางกระเบา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบตรวจสุขภาพช่องปาก แบบวัดระดับคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน และแบบวัดระดับคราบบนลิ้น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ p=0.05

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 5 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบทของชุมชน ค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 2) วางแผนการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายท้องถิ่น 3) ดำเนินงานกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่อาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุเยี่ยมบ้านตรวจสุขภาพช่องปาก เสริมพลังให้คำแนะนำและฝึกทักษะปฏิบัติจริงให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดช่องทางการประสานงานส่งต่อ และองค์กรท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ 4) สังเกต ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และ 5) สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับ ผลการประเมินรูปแบบฯ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นจาก 2.32±0.96 เป็น 3.57±1.02 (p<0.001) ส่วนระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและระดับคราบบนลิ้นของผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 1.85±0.98 เป็น 0.16±0.27 (p<0.001) และ 1.80±0.39 เป็น 0.33±0.47 (p<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; สุขภาพช่องปาก; ผู้สูงอายุติดบ้าน; ผู้สูงอายุติดเตียง

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

[a] Corresponding author: อุดมพร ทรัพย์บวร Email: udp12@hotmail.com

รับบทความ: 26 ม.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 13 ก.พ. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 13 ก.พ. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 29 เม.ย. 69

Model Development of Oral Health Care for Homebound or Bedridden Elderly at Nakhonchaisi District, Nakhon Pathom

Udomporn Subbowon[*a]

Abstract

This action research aimed to develop an oral health care model for homebound or bedridden elderly in the community and evaluate the model's implementation results through integrated collaboration among network partners. This participatory action research approach involved planning, action, observation, and reflection. Samples consisted of 33 families of homebound or bedridden elderly and their caregivers in Nakhonchaisi and Bangkrabao subdistricts. Data collection tools included oral health behavior questionnaires, oral health screening forms and a plaque level scale (Simplified Oral Hygiene Index and Winkel Tongue Coating index). Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test (p=0.05).

The results revealed that the developed model had five steps: 1) learning the community context, searching homebound or bedridden elderly; 2) planning the implementation in collaboration with multidisciplinary teams from the hospital and local network partners; 3) conducting oral health education activities for volunteers and caregivers, visit homes to examine oral health, empower, provide advice and train practical skills for the elderly and caregivers, arrange channels for coordination and referrals, and local organizations provide budget support; 4) observe, follow up, and evaluate the performance; and 5) Summarize the results of the work and provide feedback to improve the operation. The evaluation results of the model found that the oral health care behavior of the homebound or bedridden elderly, having an average level of more correct and appropriate behavior, from 2.32±0.96 to 3.57±1.02 ($p<0.001$). The average dental plaque and tongue coating level decreased from 1.85±0.98 to 0.16±0.27 ($p<0.001$) and 1.80±0.39 to 0.33±0.47 ($p<0.001$) respectively.

Keywords: Model development; Oral health; Homebound elderly; Bedridden elderly

[*] Dentist, Senior Professional Level, Nakhonchaisi Hospital, Nakhon Pathom

[a] Corresponding author: Udomporn Subbowon Email: udp12@hotmail.com

Received: Jan. 26, 26; Revised: Feb. 13, 26; Accepted: Feb. 13, 26; Published Online: Apr. 29, 26

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษ จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2567 พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี 2567 ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) คือประชากร อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั่วประเทศ การจัดแบ่งประเภทผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เนื่องจาก มีภาวะพิการหรือทุพพลภาพ กลุ่มติดบ้าน คือผู้สูงอายุที่สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มติดสังคม คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชนและสังคมได้ จากผลการสำรวจ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีร้อยละ 1.1 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.3 และกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.6 โดยผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนในกลุ่มติดเตียงและติดบ้านสูงกว่าผู้สูงอายุชาย[1]

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุทั่วโลกเป็นผลมาจากสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของอายุขัย อย่างไรก็ตามกระบวนการนี้ทำให้เกิดคำถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น อายุที่ยืนยาวอาจมาพร้อมกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง การสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างอิสระ การเคลื่อนไหวที่ลดลงและปัญหาทางจิตใจหรือการเงิน ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่บ้านเนื่องจากโรคเรื้อรังและความพิการที่จำกัดการเคลื่อนไหว ให้เผชิญกับปัญหาด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ พวกเขาต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อช่วยในกิจวัตรประจำวัน และการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับกลุ่มนี้กลายเป็นเรื่องยากเนื่องจากขาดการดูแลที่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคในช่องปาก เช่นโรคปริทันต์ และรอยโรคในช่องปาก การเข้าถึงการดูแลช่องปากของกลุ่มนี้ ยังเป็นเรื่องท้าทาย ความสำคัญในครอบครัว ผู้ดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน แต่บทบาทนี้มักไม่มีค่าตอบแทนและต้องทำงานเต็มเวลา ซึ่งนำไปสู่ความเครียดและภาระที่เพิ่มขึ้นสำหรับผู้ดูแล การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์และทันตแพทย์ ยังเป็นข้อจำกัดเนื่องจากการขาดทรัพยากรและรายได้ของครอบครัว ซึ่งทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านเป็นเรื่องยาก[2] ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนที่ทำให้กิจกรรมการดูแลช่องปากเกือบทั้งหมด ต้องทำบนเตียง เป็นความเหมือนกันกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งประเด็นช่องปากเป็นปัญหาอย่างมาก เพราะไม่สามารถทำความสะอาดได้ด้วยตนเอง ขึ้นอยู่กับการดูแลของพยาบาล ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งหากดูแลไม่ดี จะส่งผลต่อภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia) นับเป็นปัญหาหลักทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากไม่ดีจะมีโอกาสเกิดปอดติดเชื้อได้ จากการศึกษาผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นพบว่า ผู้สูงอายุที่มีร่องลึกปริทันต์ (Periodontal pocket) มากกว่า 4 มิลลิเมตรมีอัตราการเสียชีวิตจากปอดติดเชื้อสูงถึง 3.9 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีร่องลึกปริทันต์[3] ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุนอกจากจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และอาจก่อให้เกิดการลุกลามของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญ โดยเฉพาะ

กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ยากต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรูปแบบการดูแลที่บ้านภายใต้บริบทของครอบครัว และสิ่งแวดล้อมในบริบทต่าง ๆ เป็นการจัดบริการด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ในการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่จำเป็น ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญคือ การเดินทางไปยังสถานบริการ ทั้งจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้อ ไม่สะดวกการเคลื่อนย้ายต้องอาศัยผู้อื่นช่วยนำส่ง การขนย้ายโดยผู้ไม่ชำนาญ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ พร้อมทั้งค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น[4] จากการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบหรือระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เช่น รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนร่วมกัน 2) การฝึกปฏิบัติโดยการอบรมให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้คู่มือฯ 3) การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ และ 4) การสะท้อนผลจากการปฏิบัติของผู้ดูแล[5] และการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยใช้แนวคิดคลีนิคหมอครอบครัว ได้แก่ 1) ค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง 2) จัดกลุ่มผู้สูงอายุเข้าโครงการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง 3) ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4) วางแผนดูแลสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล 5) ของบประมาณจากองค์กรท้องถิ่น 6) พัฒนาความรู้และทักษะการแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 7) ดูแลและติดตามสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล และ 8) ใช้เทคโนโลยีเพื่อติดต่อสื่อสาร[6] ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในบริบทของอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยการวิจัยนี้ได้พัฒนามาจากแนวคิดคลีนิคหมอครอบครัว[7] ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วม[8] ของภาคีเครือข่าย และได้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยมีการผสมผสานการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานในชุมชนที่เข้มแข็ง โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและนำไปใช้ขยายผลได้ในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่มกราคม 2568-ธันวาคม 2568 กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงและผู้ดูแล 33 ครอบครัวในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนครชัยศรี 2 ตำบล คือตำบลนครชัยศรีและตำบลบางกระเบา โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยมีการผสมผสานการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) 3 องค์ประกอบคือ 1) การสร้างความรู้ (Appreciation: A) 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และ 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) เพื่อบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือ ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายของโรงพยาบาล

(ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข) จำนวน 4 คน และภาคีเครือข่ายของท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) 3 คน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 3 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด 13 คน ในการดำเนินงานทุกขั้นตอนตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นทันตแพทย์ร่วมกับ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลนครชัยศรี ร่วมกัน ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ตลอดจนงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง เพื่อนำความรู้และแนวคิดต่าง ๆ มาใช้ในการร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ตลอดจนติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขอจริยธรรมการวิจัย ดำเนินการเดือน มกราคม 2568- มีนาคม 2568
2. ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านทันตสาธารณสุข จำนวน 3 คน และแก้ไขข้อบกพร่องและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปทดลองใช้กับพื้นที่ ดำเนินการในเดือน เมษายน-พฤษภาคม 2568
3. ผู้วิจัยร่วมกับภาคีเครือข่ายประกอบด้วย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลนครชัยศรี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาล/อบต. และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ศึกษาบริบทชุมชน สำรวจสภาวะทันตสุขภาพและสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง สอบถามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ตามแบบสัมภาษณ์การดำเนินงานคลินิคหมอครอบครัวและระบบบริการสาธารณสุขในชุมชนของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและวิเคราะห์เอกสาร ดำเนินการเดือนมิถุนายน 2568
4. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผสมผสานกระบวนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) โดยร่วมกับภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลนครชัยศรี อาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นเพื่อทำความเข้าใจบริบทของชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์สภาวะทันตสุขภาพ สาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ต่อด้วย การผสมผสานการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) โดยการร่วมวาดภาพกิจกรรมของชุมชนที่ต้องการในการลดปัญหาทันตสุขภาพ รวมทั้งตกลงบทบาทหน้าที่ร่วมรับผิดชอบดำเนินการ ในวันที่ 26 มิถุนายน 2568

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการนำรูปแบบไปทดลองใช้ (Action) เป็นการดำเนินงานต่อจากขั้นตอนการวางแผน (Plan) โดยผสมผสานกระบวนการสร้าง แนวทางการปฏิบัติ (Control: C) เพื่อลงมือปฏิบัติด้วยกันในการทดลองใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยและภาคีเครือข่าย ร่วมดำเนินงาน ตามแผน และได้เลือกชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลนครชัยศรี และ ตำบลบางกระเบา ซึ่งมีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวน 33 คน ดำเนิน

การทดลองใช้รูปแบบฯ ในเดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2568 ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ดำเนินการตามแบบแผนการศึกษากลุ่มเดียวและวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตและการประเมินการปฏิบัติการ (Observe) ผสมผสานกระบวนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control: C) โดยผู้วิจัยและภาคีเครือข่าย วิเคราะห์และสรุปผล ในประเด็น ระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและคราบบนลิ้นของผู้สูงอายุ ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ตลอดจนสังเกตการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ในเดือนกันยายน-ตุลาคม 2568

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับผลการปฏิบัติ (Reflect) ผสมผสานกระบวนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control: C) โดยผู้วิจัยและภาคีเครือข่าย นำผลการวิจัยหลังการทดลองใช้ทั้งหมดพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งติดตามการนำรูปแบบไปขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวและระบบบริการทันตสาธารณสุขในชุมชนของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. แบบตรวจช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วย แบบตรวจช่องปาก WHO [9] แบบตรวจวัดคราบจุลินทรีย์ใช้ Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S)[10] และแบบตรวจวัดคราบบนลิ้นโดยใช้ดัชนี Winkel Tongue Coating Index[11]
3. แบบประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล จำนวน 16 ข้อ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-16 คะแนน ถ้ามีคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีมากกว่าได้คะแนนน้อย เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom[12] คือ ความรู้ระดับสูง คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 (13-16 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง ร้อยละ 61-79 (10-12 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (0-9 คะแนน)
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ 5 (ปฏิบัติทุกวัน), 4 (ปฏิบัติบ่อย), 3 (ปฏิบัติบางครั้ง), 2 (ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง), 1 (ไม่ปฏิบัติเลย) มีคำถามทั้งหมด 17 ข้อให้คะแนน 1, 2, 3, 4, 5 สำหรับพฤติกรรมน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ เกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรม ตามเกณฑ์ของ Best[13] หากคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49, 1.50-2.49, 2.50-3.49, 3.50-4.49, 4.50-5.00 หมายถึง พฤติกรรมน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ
5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯของผู้รับบริการ จำนวน 8 ข้อและผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 9 ข้อ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4, 5 สำหรับความพึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ เกณฑ์ในการประเมินความพึงพอใจต่อรูป แบบฯ ตามเกณฑ์ของ Best[13]

หากคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49, 1.50-2.49, 2.50-3.49, 3.50-4.49, 4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน ข้อมูลมีการจดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียง ระหว่างเก็บรวบรวมได้วิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลไปพร้อมกัน และตรวจสอบข้อมูลกับทีมเจ้าพนักงานสหวิชาชีพที่ออกภาคสนาม
2. การปรับมาตรฐานผู้ตรวจสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นทันตแพทย์ 1 คน ผลการปรับมาตรฐานของการตรวจฟัน ระดับคราบจุลินทรีย์ และระดับคราบที่ลิ้น หาค่าความเที่ยงการตรวจซ้ำในตัวบุคคลเดียวกัน (Intra-examiner calibration) ได้สัมประสิทธิ์แคปปาเป็น 0.963, 0.922 และ 0.825 ตามลำดับ
3. แบบประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแล โดยมีการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson's Method)[14] กับผู้สูงอายุในกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่น=0.78
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่น=0.88
5. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำการสัมภาษณ์บริบทของชุมชนและความต้องการของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง การดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวและระบบบริการสาธารณสุขในชุมชนของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อสัมภาษณ์เสร็จทำการถอดเทป หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
2. ตรวจสภาวะทันตสุขภาพและสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง สอบถามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน
3. ทำการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกระบวนการ AIC โดยร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้เข้าร่วมทั้งหมด 13 คน ดำเนินการในวันที่ 26 มิถุนายน 2568
4. จัดอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 97 คน เก็บข้อมูลประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม ในวันที่ 21 กรกฎาคม 2568
5. การทดลองใช้ ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงจำนวน 33 ครอบครัว โดยให้อาสาสมัครฝึกตรวจช่องปาก สอนให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติจริงในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลโดยมีทีมสหวิชาชีพคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2568

6. ประเมินผลหลังการทดลองใช้รูปแบบหลังการทดลอง 1 เดือน ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง คราบบนลิ้นของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีเครือข่ายในเดือน กันยายน-ตุลาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังการอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เปรียบเทียบค่าระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ก่อน-หลังการทดลอง และเปรียบเทียบระดับคราบจุลินทรีย์บนฟันและคราบที่ลิ้น ก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ p=0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม รหัสเลขที่ 3/2568 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบที่บูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย มี 5 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบท ค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สำรวจสภาวะทันตสุขภาพ 2) วางแผนการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายท้องถิ่น ทำความเข้าใจบริบทของชุมชน วิเคราะห์สภาวะทันตสุขภาพ ปัญหาและสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมวาดภาพกิจกรรมของชุมชนที่ต้องการในการลดปัญหาสุขภาพช่องปาก รวมทั้งตกลงบทบาทหน้าที่ร่วมกัน และวางแผนการดูแลรายบุคคล 3) ดำเนินงานกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่อาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้านตรวจสุขภาพช่องปาก เสริมพลังให้คำแนะนำและฝึกทักษะปฏิบัติจริงให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จัดช่องทางการประสานงานส่งต่อ และองค์กรท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ 4) สังเกต ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 5) สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับเพื่อปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงแบบเดิมและแบบใหม่

ขั้นตอน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1. ศึกษาบริบทของชุมชนค้นหาผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สำรวจสภาวะทันตสุขภาพ	- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำรวจประเมินผู้สูงอายุและรวบรวมข้อมูลไม่ครอบคลุมทุกคน - พยาบาลวิชาชีพจัดกลุ่มเข้าโครงการ LTC - ไม่มีการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและทันตบุคลากรตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงไม่ต่อเนื่อง ตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่แจ้งว่ามีปัญหาในช่องปาก ไม่มีแฟ้มประวัติการตรวจสุขภาพช่องปากรายบุคคล	- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแล (Caregiver) ค้นหา สำรวจประเมินผู้สูงอายุและรวบรวมข้อมูลครอบคลุมผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงทุกคนส่งต่อให้กับพยาบาลวิชาชีพ (Care manager) - พยาบาลวิชาชีพ (Care manager) จัดกลุ่มเข้าโครงการ LTC และส่งข้อมูลผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงให้กับทันตบุคลากร - ทันตบุคลากรและ อสม. สำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุทุก 6 เดือนอย่างต่อเนื่องครอบคลุมผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงทุกคนตามเป้าหมาย และมีการบันทึกลงในแฟ้มประวัติสุขภาพตาม care plan รายบุคคล
2. การวางแผนการดำเนินงาน	พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลสุขภาพทางร่างกายทั่วไปแต่ไม่มีการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล	วางแผนการดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายท้องถิ่น วิเคราะห์สภาวะทันตสุขภาพ ปัญหาและสาเหตุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมวาดภาพกิจกรรมของชุมชนที่ต้องการในการลดปัญหาสุขภาพช่องปาก รวมทั้งตกลงบทบาทหน้าที่ร่วมกัน และวางแผนการดูแลสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากรายบุคคล
3. ดำเนินงานกิจกรรม	- ไม่มีกิจกรรมพัฒนาความรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่อาสาสมัคร - ไม่มีกิจกรรมตรวจช่องปากเยี่ยมบ้านเสริมพลังให้คำแนะนำและฝึกทักษะปฏิบัติจริงให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ - ไม่มีการจัดช่องทางพิเศษในการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้สุงอายุติดบ้านติดเตียง	- มีกิจกรรมพัฒนาความรู้ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้สื่อการสอนคู่มือประกอบให้แก่อาสาสมัครและผู้ดูแล - มีกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก เยี่ยมบ้านเสริมพลังให้คำแนะนำและฝึกทักษะปฏิบัติจริงให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุและปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก - โรงพยาบาลจัดช่องทางพิเศษให้บริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงแบบเดิมและแบบใหม่

ขั้นตอน	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
	ไม่มีการประสานงานส่งต่อกับองค์กรท้องถิ่นในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	มีการประสานงานส่งต่อผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครผู้ดูแลร่วมกับองค์กรท้องถิ่นทางไลน์ สนับสนุนยานพาหนะในการรับส่งผู้สูงอายุ และองค์กรท้องถิ่นจัดโครงการอบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
4. สังเกต ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	ไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	มีการลงพื้นที่ติดตามผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานท้องถิ่นเข้าร่วมด้วย ประสานงานติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทางไลน์และมีการประเมินผลงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลและทีมเครือข่ายท้องถิ่น
5. สรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับ	ไม่มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับ	มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับในที่ประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลและทีมภาคเครือข่ายท้องถิ่น

2. จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง 33 คน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนครชัยศรี 2 ตำบล คือตำบลนครชัยศรีและตำบลบางกระเบา พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง มีอายุเฉลี่ย 80.21 (SD 9.44) ปี อายุต่ำสุด คือ 64 ปีและสูงสุดคือ 93 ปี เป็นผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 42.4 เป็นผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.7 โรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 81.8 และรับประทานอาหารทางปากร้อยละ 90.9 รับประทานอาหารปกติร้อยละ78.8 ผู้สูงอายุมีฟันธรรมชาติเฉลี่ย 9.15±8.29 ซี่ต่อคน มีฟันธรรมชาติต่ำสุด 0 ซี่และสูงสุด 32 ซี่ มีคู่สบฟันหลังที่ใช้งานได้เฉลี่ย 0.64±1.83 คู่ต่อคน ฟันผุเฉลี่ย 4±3.75 ซี่ต่อคน จำนวนฟันที่อุดเฉลี่ย 0.54±1.52 ซี่ต่อคน จำนวนฟันที่ถอนเฉลี่ย 20.75±9.58 ซี่ต่อคน พบระดับฟันโยกเฉลี่ย 0.87±0.96 ต่อคน ระดับคราบจุลินทีย์ที่เกาะบนผิวฟันเฉลี่ย 1.85±0.98 ต่อคน และระดับคราบที่ลิ้นเฉลี่ย 1.80±0.39 ต่อคน

3. ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 97 คนพบว่ามีความรู้หลังการอบรมอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการอบรม จากคะแนนเฉลี่ย 8.22±2.16 เป็น 13.44±2.1.46 ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการอบรม

ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก	ช่วงคะแนน	Mean±SD		t	p-value
		ก่อน	หลัง		
คะแนนเฉลี่ยความรู้ (n=97)	0-16	8.22±2.16	13.44±1.46	-9.892	<0.001*

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test; *p<0.05

4. ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบระยะเวลา 1 เดือนพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุจำนวน33 คน เปรียบเทียบพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้นจาก 2.32±0.96 เป็น 3.57±1.02 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	ช่วงคะแนน	Mean±SD		t	p-value
		ก่อน	หลัง		
ระดับพฤติกรรม (n=33)	1-5	2.32±0.96	3.57±1.02	-9.892	<0.001*

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test; *p<0.05

5. ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบระยะเวลา 1 เดือนพบว่า ระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงจำนวน26 คน เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองในผู้สูงอายุ มีระดับค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันลดลงจาก1.85±0.98 เป็น 0.16±0.27 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และ คราบบนลิ้นของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงจำนวน 33 คน มีระดับคราบบนลิ้นลดลงจาก1.80±0.39 เป็น 0.33±0.47 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบสภาวะช่องปากก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง

สภาวะช่องปาก	ช่วงคะแนน	Mean±SD		t	p-value
		ก่อน	หลัง		
ระดับคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน (n=26)	0-3	1.85±0.98	0.16±0.27	8.242	<0.001*
ระดับคราบจุลินทรีย์ที่ลิ้น (n=33)	0-2	1.80±0.39	0.33±0.47	15.07	<0.001*

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test; *p<0.05

6. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 33 คน ในภาพรวมระดับมากที่สุด (Mean=4.54) และความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาคีเครือข่ายจำนวน 13 คน ในภาพรวมระดับมากที่สุด (Mean=4.61)

การอภิปรายผล

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พัฒนามาจากแนวคิดคลีนิคหมอครอบครัว ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และได้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) โดยมีการผสมผสานการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ซึ่งรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงที่พัฒนาขึ้นเป็นการบูรณาการร่วมกับโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีอยู่เดิมของโรงพยาบาล มีการกำหนดรูปแบบเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยเพิ่มกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก ให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก และยังมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในครอบครัว คือให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและฝึกทักษะการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดซอกฟันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงแบบปฏิบัติจริงเพื่อ การเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชน และครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุสำหรับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุกับกลุ่มเครือข่ายและทีมสหวิชาชีพ ผลักดันโน้มน้าวให้หน่วยงานท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีการพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง โดยบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและนำไปใช้ขยายผลได้ในชุมชนอื่น ๆ ต่อไปซึ่งมีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นในส่วนของความร่วมมือจากองค์กรท้องถิ่นได้จัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและเชิญทันตแพทย์เป็นวิทยากรให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงองค์กรท้องถิ่นได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ แต่ก็ยังมีขั้นตอนอีกหลายขั้นตอนที่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ เช่นการศึกษาของ วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง[5] ซึ่งดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนร่วมกัน 2) การฝึกปฏิบัติโดยการอบรมให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้คู่มือฯ 3) การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ 4) การสะท้อนผลจากการปฏิบัติของผู้ดูแล

ในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงหลังการอบรมมีความรู้สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ทั้งนี้เนื่องผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง จากกิจกรรมการดำเนินการในรูปแบบมีทั้งการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วย 1) วิธีการทำความสะอาดช่องปาก 2) การเลือกใช้อุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปาก 3) การตรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ 4) การเลือกอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 5) การดูแลทำความสะอาดฟันปลอม ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงประกอบการสอนและเนื้อหาการอบรมพัฒนามาจากการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล สำนักทันตสาธารณสุข[15]

และ แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง ของกรมอนามัย[16] ซึ่งส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิพงศ์ ธนะขว้าง[5] ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยการอบรมให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้คู่มือฯ ผลการศึกษาพบว่า หลังเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลมีระดับความรู้สุขภาพช่องปากในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้นในระดับสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rueanphoo et al.[17] ศึกษาถึงผลของการใช้แผ่นพับในการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชน สรุปได้ว่าการใช้แผ่นพับมีผลช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของผู้สูงอายุและลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ การเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครให้ได้รับความรู้และได้รับการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงแล้วนำไปปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุและได้ให้คำแนะนำกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อเสริมพลังให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง ทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่งผลให้ระดับคราบจุลินทรีย์บนฟันและลิ้นมีระดับลดลงซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชิสา ตัณฑะกูล[6] ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชน พบว่าค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์บนฟันและลิ้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ส่วนการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้ดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญมากในการทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุดีขึ้นนำไปสู่ระดับคราบจุลินทรีย์ที่ลดลงของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง สร้างความพึงพอใจให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งภาคีเครือข่ายผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความพึงพอใจอย่างมากกับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงซึ่งเกิดจากการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติงานจริงและประเมินผลร่วมกัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกันในทีมงานมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการทำงาน การกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมภาคเครือข่ายท้องถิ่นนำไปสู่การปฏิบัติงานเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทรัตน์ พันธุ์เดช และคณะ[18] ได้ศึกษาบทบาทการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสรุปว่าบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการทำงานร่วมกันและการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้เหมาะสมควรเป็นการดูแลควบคู่ไปกับสุขภาพร่างกาย การพัฒนาระบบและส่งเสริมการปฏิบัติงานเชิงรุกของทีมสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารที่ทันสมัย เพื่อให้ทีมติดต่อได้ทุกที่ทุกเวลาทำให้สามารถนำข้อมูลมาช่วยในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้ทันเวลาและเป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกันในพื้นที่ชุมชนเมืองและพื้นที่ชุมชนชนบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัยให้คำแนะนำ รศ.ทพญ.ดร.พลินี เดชสมบูรณ์รัตน์ ผศ.ทพญ.ดร.อารีรัตน์ นิรันต์สิทธิรัชต์ และ ทพญ. มนิธี ต่อเศวตพงศ์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.คู่มือรายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
2. Oliveira TFS, Embalo B, Mello ALSF. Oral health care of homebound older adults: Multidimensional theoretical model. Geriatrics, Gerontology and Aging.2023;17. doi:10.53886/ggae0230008.
3. Awano S, Ansai T, Takata Y, Soh I, Akifusa S, Hamasaki T, Yoshida A, Sonoki K, Fujisawa K, Takehara T. Oral health and mortality risk from pneumonia in the elderly. J Dent Res. 2008 Apr;87(4):334-9. doi: 10.1177/154405910808700418.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันทันตสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุสำหรับทันตบุคลากร. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. วุฒิพงศ์ ธนะกว้าง, ทัศไนย วงศ์ปินตา. ประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง อาเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน.วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2564;17(1):64-75
6. ชิสา ตัณฑะกูล, จันทร์พิมพ์ ทันเทาว์, วรรธนะ พิชพรชัยกุล. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2565;16(3):193-206
7. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลีนิคหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
8. Cohen JM, Uphoff NT. Participation Place in Rural Development: Seeking clarity through specificity, world development. New York: Cornell University; 1980.
9. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
10. พลินี เดชสมบูรณ์รัตน์, ผกาภรณ์ พันธุวดี พิศาลธุรกิจ. ระบาดวิทยาและดัชนีของโรคในช่องปาก. กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

11. Lundgren T, Mobilia A, Hallström H, Egelberg J. Evaluation of tongue coating indices. Oral Dis. 2007 Mar;13(2):177-80. doi: 10.1111/j.1601-0825.2006.01261.x.
12. Bloom BS. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill Book; 1971.
13. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
14. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2543.
15. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง: คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล. นนทบุรี: แก้วเจ้าจอม; 2559.
16. สำนักอนามัย กรมอนามัย. แนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง.กรุงเทพฯ: บริษัทกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
17. Rueanphoo S, Sinavarat P, Rattanasuwan K, Muangpaisan W, Jitramontree N, Rojanavipart P, et al. Effect of using oral hygiene care pamphlets for housebound older person. Mahidol Dental Journal.2021;41(1):35-48.
18. นันทรัตน์ พันธุ์เดช, พัชราวรรณ ศรีศิลปนันทน์. บทบาทการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. J Gerontol Geriatr Med. 2020;19(3):99-109.