รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

จารุวรรณ ประสพอัครกิจ[*a], มลฤทัย ศรีธร[**]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแล จำนวน 64 คน ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการวางแผน ปฏิบัติการ สังเกตผลและสะท้อนผล เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบตรวจสุขภาพช่องปาก ตรวจฟันผุตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก (WHO) วัดคราบจุลินทรีย์โดยประยุกต์ใช้ดัชนี Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) แบบวัดระดับคราบที่ลิ้น จากดัชนีคราบที่ลิ้น (Winkle tongue coating index) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และ Paired t-test และกำหนดค่านัยสำคัญที่ p=0.05

ผลการศึกษา เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากประกอบด้วย 1) พัฒนาความรู้ทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 2) วางแผนการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพช่องปาก 3) ตรวจสุขภาพช่องปาก 4) การเยี่ยมบ้าน 5) จัดระบบนัดหมายการเข้ารับบริการทันตกรรม 6) สนับสนุนงบประมาณจาก อปท. 7) คืนข้อมูลวางแผนพัฒนากับภาคีเครือข่าย และ 8) ใช้เทคโนโลยีติดตามและให้คำปรึกษา ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น และมีความสะอาดในช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับคราบจุลินทรีย์ ลดลงจาก 2.34±0.58 เป็น 1.58±0.78 ดัชนีอนามัยช่องปาก ลดลงจาก 4.19±0.98 เป็น 2.93±1.29 ระดับคราบที่ลิ้นลดลงจาก 1.83±0.42 เป็น 1.31±0.61 ($p<0.001$)

สรุปข้อเสนอแนะ รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ควรบูรณาการกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง รวมถึงติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง; ผู้ดูแลหลัก; การส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก

[*] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา
[**] นักวิชาการทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา
[a] Corresponding author: จารุวรรณ ประสพอัครกิจ Email: jaruwansim@gmail.com
รับบทความ: 10 ก.ย. 69; รับบทความแก้ไข: 16 ก.ย. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 17 ก.ย. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 20 ต.ค. 69

Oral Health Care Model for Home Bound and Bedridden Elderly in Sungnoen Sub-district, Sungnoen District, Nakhon Ratchasima

Jaruwan Prasopakarakit[*a], Monruethai Sritorn[**]

Abstract

This action research aimed to develop an oral health care model and to evaluate the effectiveness of an oral health model for homebound and bedbound elderly in Sung Noen Subdistrict, Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province. Participants were comprised of 64 homebound and bedbound elderly and their caregivers. The study followed the action research cycle of planning, action, observation, and reflection. Data collection instruments included an interview questionnaire on oral health care behaviors and an oral examination form. Dental caries was assessed according to WHO criteria. Dental plaques were assessed using the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S). And tongue coating was assessed using the Winkel Tongue Coating Index. Content analyses were used to analyze qualitative data, while descriptive statistics, including frequencies, percentages, and paired t-test (p=0.05) were used to analyze quantitative data.

The development of an oral health care model consisted of eight components: 1) strengthening the oral health knowledge and care skills of older-person care volunteers, 2) developing integrated physical and oral health care plans, 3) conducting oral health examinations, 4) providing home visits, 5) establishing an appointment system for dental services, 6) securing budgetary support from the local administrative organization, 7) sharing findings with network partners for collaborative service planning and improvement, and 8) using technology for follow-up and consultation. After the implementation, the elderly demonstrated improvements in oral health care behaviors and significantly better oral cleanliness. Mean dental plaque scores decreased from 2.34±0.58 to 1.58±0.78 while mean OHI-S scores decreased from 4.19±0.98 to 2.93±1.29, and mean tongue-coating scores decreased from 1.83±0.42 to 1.31±0.61 ($p<0.001$).

In conclusion, the developed oral health care model enhanced the effectiveness of oral health care for homebound and bedbound elderly. The model should be integrated into long-term care for care-dependent elderly, continuous capacity building for caregivers and volunteers, with regular monitoring and evaluation to ensure sustainability.

Keywords: Homebound and bedbound older adults; Primary caregivers; Oral health promotion

---

[*] Dentist, Senior Professional Level, Pakchongnana Hospital, Nakhon Ratchasima
[**] Dental Public Health Technical Officer, Sung Noen Hospital, Nakhon Ratchasima
[a] Corresponding author: Jaruwan Prasopakarakit Email: jaruwansim@gmail.com
Received: Sep. 10, 26; Revised: Sep. 16, 26; Accepted: Sep. 17, 26; Published Online: Oct. 20, 26

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 หรือสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 จากข้อมูลสำนักสถิติงานแห่งชาติปี 2567 พบมีผู้สูงอายุร้อยละ 20.0 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกณฑ์จำแนกผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียงโดยใช้คะแนนการประเมินผู้สูงอายุ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) ดังนี้ ผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ช่วยเหลือตนเองได้บ้างมีคะแนนการประเมิน ADL อยู่ในช่วง 5-11คะแนน ผู้สูงอายุติดเตียง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีคะแนนการประเมิน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม และข้อเสื่อม ซึ่งนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในผู้สูงอายุได้แก่ ฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน และการขาดฟันหลังคู่สบ ซึ่งส่งผลต่อการบดเคี้ยวและการรับประทานอาหาร จากผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ปี 2566 พบฟันผุร้อยละ 14 มีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ร้อยละ 68.18 และมีฟัน 4 คู่สบร้อยละ 49.48 รวมทั้งพบร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร และมากกว่า 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 33.4 และ 9.5 ตามลำดับ[1] ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน ส่งผลต่อการบริโภคอาหารทำให้ทานอาหารได้น้อย จากอาการเจ็บเหงือก เหงือกอักเสบ ปวดฟัน ฟันผุ ฟันโยกและบางรายไม่มีฟันทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวมาจากผู้สูงอายุอายุ 60-74 ปี ที่ช่วยเหลือตนเองและเดินทางมารับการตรวจได้ จึงยังขาดข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพช่องปากและอาจมีปัญหาแตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุติดเตียงมักมีปัญหาอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ไม่ได้รับการทำความสะอาดช่องปาก ส่งผลให้มีเชื้อโรคสะสมในช่องปาก การสูญเสียกลไกป้องกันตนเองขณะนอนหลับ ทำให้มีโอกาสสำลักน้ำลายที่มีเชื้อก่อโรคเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจที่อันตรายถึงแก่ชีวิต มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุที่มีสภาวะอนามัยช่องปากที่ไม่ดี ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและภาวะปอดติดเชื้อมากกว่าผู้สูงอายุมีสภาวะอนามัยช่องปากดี[2,3] การดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุ โดยการทำความสะอาดช่องปากและฟันปลอมเป็นประจำจะเป็นการช่วยลดคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ลดการเกิดภาวะอักเสบและการติดเชื้อในช่องปากรวมถึงระบบทางเดินหายใจ[4-8] โดยในผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางรายไม่สามารถดูแลตนเองได้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งการรับรู้ถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก ความรู้ และทักษะการทำความสะอาดช่องปากของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ[9-11]

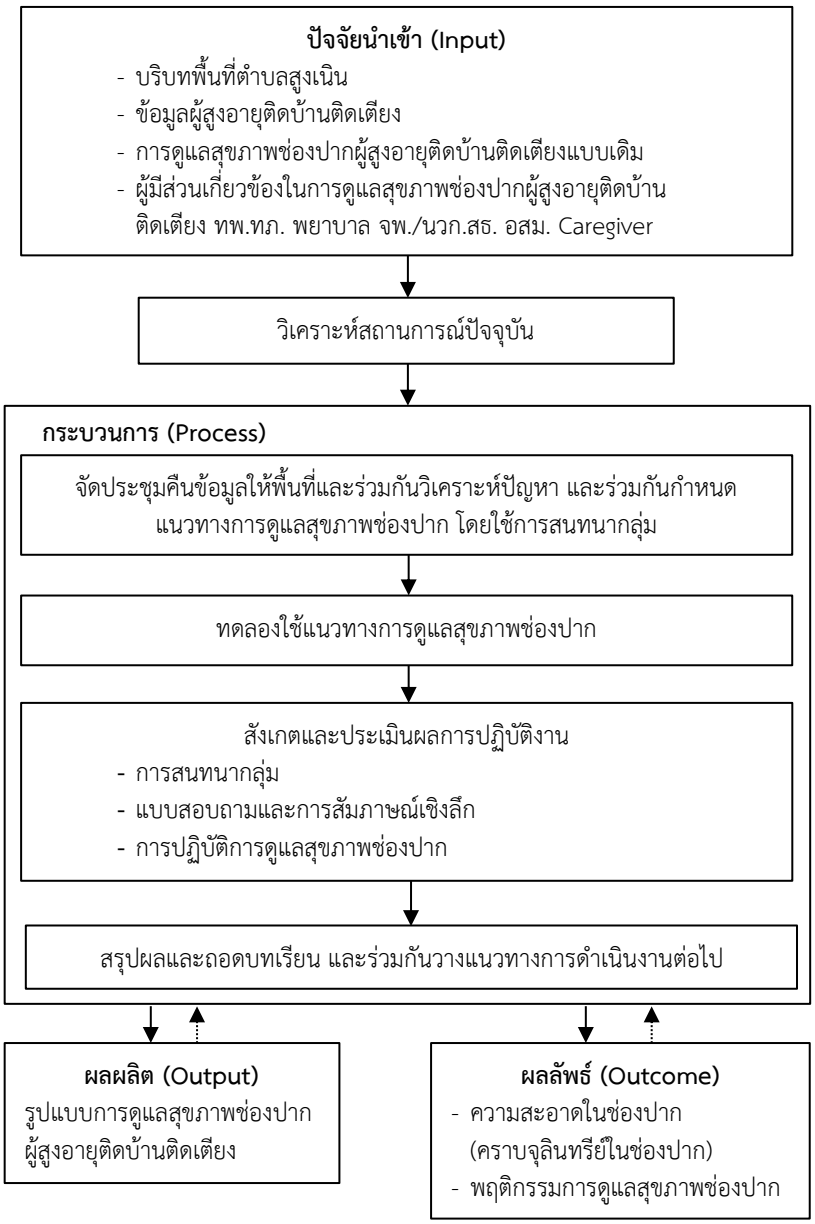
จากการสำรวจผู้สูงอายุในอำเภอสูงเนินจำนวน 16,013 คน และในพื้นที่ตำบลสูงเนินพบผู้สูงอายุ 3,613 คน เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน 95 คน ผู้สูงอายุติดเตียง 30 คน การดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมายังไม่ได้มีกิจกรรมที่ต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ดังนั้นการศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามความเหมาะสมสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย เป็นการศึกษาโดยมี ปัจจัยนำเข้า คือจากข้อมูลพื้นที่และผู้สูงอายุ ระบบการดูแลเดิม และผู้เกี่ยวข้อง นำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ทดลองใช้ สังเกตประเมินผล สรุปผลและวางแผนเพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมกับความสะอาดช่องปาก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

⋯⋯▶ หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายคือ ประชากรผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวน 64 คน ในตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวางแผน ปฏิบัติการ สังเกตผล และสะท้อนผล ระยะดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมีนาคม 2568–เดือนธันวาคม 2568 มีขั้นตอนดังนี้

ระยะเตรียมการ

1. การเตรียมความพร้อม โดยการประชุมชี้แจงผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของ สหวิชาชีพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ผู้ให้ข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การปฏิบัติงานร่วมกัน
2. ข้อมูลปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้/ประสบการณ์ไปรับบริการทันตกรรม และการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ และความสะอาดในช่องปาก
3. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การให้บริการการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผ่านมา ความคิด และความคาดหวังต่อระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ระยะดำเนินการ

1. การวางแผน (Planning) จัดประชุม คืนข้อมูลให้พื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน และร่วมกันกำหนดแนวทางและสร้างระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก
2. การปฏิบัติการ (Acting) ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในระบบการดูแลสุขภาพช่องปากในตำบลสูงเนินที่พัฒนาขึ้น มีการวัดผลก่อน-หลังการปฏิบัติการ
3. การสังเกต (Observing) เป็นการสังเกตผลการดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพช่องปากในขั้นตอนปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลสิ่งที่เกิดขึ้นและการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก
4. การสะท้อนผล (Reflecting) เป็นการสะท้อนผล แผนการปฏิบัติงานระบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผ่านมา สรุปผลและถอดบทเรียน และปรับปรุงแก้ไขแผนการปฏิบัติงานร่วมกันวางแนวทางการดำเนินงาน
5. การวางแผนใหม่ (Re-planning) จัดประชุมกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันวิเคราะห์และจัดทำแผนปฏิบัติการใหม่ ขั้นตอนการวางแผนงาน การสะท้อนผล ของระบบการดูแลสุขภาพช่องปากจัดให้มีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ของกลุ่มผู้ให้บริการ Caregiver และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อทบทวนวิธีและผลการดำเนินงาน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการ

ระยะประเมินผล

ประเมินระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลสูงเนิน โดยการประเมินผลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ความสะอาดในช่องปาก ได้แก่ระดับแผ่นคราบจุลินทรีย์ ดัชนีอนามัยช่องปาก ระดับคราบที่ลิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุและผู้ดูแล การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้การเกิดโรคในช่องปาก
2. แบบตรวจสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย แบบตรวจฟันผุ ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก WHO การตรวจความสะอาดฟัน วัดคราบจุลินทรีย์ ใช้ดัชนี Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S)[12] (ดัชนีอนามัยช่องปากอย่างง่าย)[13] และวัดระดับคราบที่ลิ้น(ดัชนีคราบที่ลิ้น Winkle tongue coating index)[14]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข ข้อมูลมีการจดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียง ระหว่างเก็บรวบรวมได้วิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลไปพร้อมกัน ผู้วิจัยจดบันทึกส่วนตัวโดยใช้แผนที่ความคิด และตรวจสอบข้อมูลกับทีมเจ้าพนักงานสหวิชาชีพที่ออกภาคสนาม
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือผู้สูงอายุติดเตียง โดยมีการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 3 ท่าน โดยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1
3. การปรับมาตรฐานผู้ตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นทันตแพทย์ 1 คน ผลการปรับมาตรฐานของการตรวจฟันผุ ระดับคราบจุลินทรีย์ และระดับคราบที่ลิ้น หาค่าความเที่ยงการตรวจซ้ำในตัวบุคคลเดียวกัน (Intra-examiner calibration) ได้สัมประสิทธิ์แคปปาเป็น 0.941, 0.828 และ 0.864 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง และผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุและผู้ดูแล การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัญหาสุขภาพช่องปาก การรับรู้การเกิดโรคในช่องปาก ประสบการณ์ในการไปรับบริการทันตกรรม และสัมภาษณ์บริบท ความต้องการของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง การดำเนินงานของระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน ของผู้ให้บริการและผู้เกี่ยวข้อง
2. ตรวจสุขภาพช่องปากและความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดบ้าน หรือติดเตียง
3. ประชุมชี้แจงแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดำเนินงาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายประกอบด้วย อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข อปท. ดำเนินการในวันที่ 30 พฤษภาคม 2568
4. การพัฒนาทักษะและความรู้ ในการดูแลสุขภาพช่องปากติดเตียงให้กับ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน พร้อมฝึกปฏิบัติจริงในวันที่ 22 สิงหาคม 2568
5. ออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงจำนวน 64 ครอบครัว โดยให้อาสาสมัคร ฝึกตรวจช่องปาก สอนให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติจริงในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลโดยมีทีมสหวิชาชีพคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด
6. ประเมินผลโดยประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง ระดับคราบบนลิ้นผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ในรูปแบบจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา
2. การเปรียบเทียบระดับคราบจุลินทรีย์ ดัชนีอนามัยช่องปาก ระดับคราบที่ลิ้น ณ เวลาเริ่มต้น และสิ้นสุดโครงการ ใช้สถิติ Paired t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญที่ p=0.05

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัสเลขที่ NRPH005 ลงวันที่ 22 มกราคม 2568 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

การศึกษาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในตำบลสูงเนิน อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ครอบคลุมผู้สูงอายุจำนวน 88 คน ภายหลังการตรวจครั้งที่สอง มีผู้สูงอายุคงเหลือ 64 คน เนื่องจากบางรายเสียชีวิตหรือย้ายที่อยู่ ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 78.56 ปี (ช่วงอายุ 60-93 ปี) โดยเป็นเพศหญิงประมาณสองเท่าของเพศชาย คิดเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.1 และเพศชายร้อยละ 35.9 แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 73.4 และผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 26.6 สาเหตุหลักของการติดเตียงคือโรคหลอดเลือดสมอง (CVA) ร้อยละ 26.6 รองลงมาคืออุบัติเหตุและภาวะชรา ร้อยละ 15.6 มีผู้สูงอายุเพียง 4 คนที่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนที่เหลือมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถพึ่งพาตนเองได้บ้าง ร้อยละ 78.1 ขณะที่ร้อยละ 10.9 ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา และพบผู้สูงอายุติดบ้าน 1 คนอาศัยอยู่ตามลำพังโดยไม่มีผู้ดูแล สำหรับข้อมูลด้านผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 58.38 ปี (ช่วงอายุ 21-86 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.6 และส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานประจำ โดยทำหน้าที่เป็นพ่อบ้านหรือแม่บ้านควบคู่กับการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือหลาน ร้อยละ 58.7 รองลงมาคือสามีหรือภรรยา ร้อยละ 27 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.4 มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 43.8 ขณะที่ร้อยละ 17.2 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

จากกระบวนการดำเนินงานร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยบูรณาการเข้ากับการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term care: LTC) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) พัฒนาทักษะและความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดเตียงให้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พร้อมฝึกปฏิบัติ 2) วางแผนการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงโดยทีมสหวิชาชีพ 3) ตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และจัดเก็บข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสูงเนิน 4) เยี่ยมบ้านโดยทีมที่ประกอบด้วยทันตบุคลากร (ทันตแพทย์และทันตาภิบาล) อสม./ผู้ดูแล (Caregiver) พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำพื้นที่ เพื่อให้บริการตรวจฟัน แนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก และฝึกปฏิบัติแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก 5) จัดระบบการเข้าถึงบริการทันตกรรมโดยนัดหมายผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงให้เข้ารับบริการ 6) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดสรรงบประมาณด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการเข้าดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 7) คืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมรับฟังปัญหาเพื่อร่วมกันวางแผนและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง 8) ใช้เทคโนโลยีสนับสนุนการติดต่อสื่อสารระหว่าง

บุคลากรของโรงพยาบาลกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้คำแนะนำ แจ้งกรณีผู้ป่วยและนัดหมายการรับบริการ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุแบบเดิมกับแบบใหม่

แผน/กิจกรรม	ระบบเดิม	ระบบใหม่
การพัฒนาทักษะความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง	มีการจัดอบรมบ้างแต่ไม่ต่อเนื่อง	อบรมเชิงปฏิบัติการ การตรวจและการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุพร้อมฝึกปฏิบัติ
การวางแผนดูแลสุขภาพรายบุคคล	พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลสุขภาพกายแต่ไม่รวมสุขภาพช่องปาก	ทีมสหวิชาชีพร่วมกันวางแผนการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพช่องปาก
การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	มีการตรวจสุขภาพช่องปากบ้าง	ทันตบุคลากร ร่วมกับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสุขภาพช่องปาก จัดเก็บฐานข้อมูล
การรับบริการทันตกรรม	ไม่มีระบบนัดหมาย มาเอง	จัดระบบนัดหมายมารับบริการการ Consult
ดูแลและติดตามสุขภาพผู้สูงอายุ	พยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุดูแลส่งเสริมสุขภาพกายที่บ้าน	สหวิชาชีพและ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ร่วมดูแล ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพช่องปากที่บ้าน
การมีส่วนร่วมของ อปท.	ขาดการมีส่วนร่วมของ อปท.ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ให้กับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	สนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพช่องปากให้กับอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงภายหลังใช้ระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่มีฟันและไม่มีฟันเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ด้านพฤติกรรมการบริโภค ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารทางปากได้ ร้อยละ 95.3 และได้รับอาหารทางสายยาง ร้อยละ 4.7 สัดส่วนผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มรสหวานมากกว่า 3 ครั้งต่อวันลดลงจากร้อยละ 6.8 เหลือร้อยละ 1.6 ขณะที่การรับประทานอาหารระหว่างมื้อมากกว่า 3 ครั้งต่อวันลดลงเล็กน้อยจากร้อยละ 14.7 เป็นร้อยละ 14.1 โดยอาหารว่างหลักส่วนใหญ่เป็นผลไม้

ด้านพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 42.9 เป็นร้อยละ 94.5 โดยส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์และทันตาภิบาล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง ร้อยละ 71.9 การทำความสะอาดด้วยการแปรงฟันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 55.68 เป็นร้อยละ 65.1 แปรงฟันตั้งแต่วันละสองครั้งขึ้นไปเพิ่มจากร้อยละ 51.8 เป็นร้อยละ 53.2 เปลี่ยนแปรงสีฟันภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือนเพิ่มจากร้อยละ 57.4 เป็นร้อยละ 61.7 และร้อยละ 84 แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันส่วนใหญ่ทำความสะอาดช่องปากด้วยการบ้วนน้ำเปล่าและความถี่ในการทำความสะอาดช่องปากเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สำหรับการทำความสะอาด

ฟันเทียม ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมและทำความสะอาดด้วยการล้างร่วมกับใช้แปรงเพิ่มจากร้อยละ 87.5 เป็นร้อยละ 92.3 ขณะที่ผู้ที่ถอดฟันเทียมก่อนนอนเพิ่มจากร้อยละ 71.4 เป็นร้อยละ 75

ด้านการรับรู้สุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุประเมินว่าสุขภาพช่องปากของตนสะอาด ร้อยละ 31.3 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.6 และไม่สะอาด ร้อยละ 18.8 สำหรับปัญหาสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีปัญหา รองลงมาคือปวดฟัน มีฟันผุ และไม่มีฟันสำหรับเคี้ยวอาหาร ส่วนอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม ได้แก่ ไม่มีผู้พาไปรับบริการ ร้อยละ 22.2 และเดินทางไม่สะดวก ร้อยละ 17.5

ผลการตรวจสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้สูงอายุมีฟันแท้ที่ใช้งานได้เฉลี่ย 7.75 ซี่ต่อคน มีฟันแท้ที่ใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 15.63 มีฟันสบกัน 4 คู่สบ ร้อยละ 23.4 มีฟันโยก ร้อยละ 56.3 ส่วนใหญ่มีหินปูน ร้อยละ 84.8 และมีฟันผุ ร้อยละ 61 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ 3.3 ซี่ต่อคน

ผลการตรวจสภาวะช่องปากภายหลังปรับรูปแบบการดูแลพบว่า ผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้น ทั้งระดับคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน ระดับดัชนีอนามัยช่องปาก (OHI Index) และระดับคราบที่ลิ้น โดยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่มีสภาวะช่องปากสะอาดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ขณะที่ผู้สูงอายุติดเตียงมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวม โดยมีค่าเฉลี่ยระดับคราบจุลินทรีย์ 1.83±0.57 ค่าเฉลี่ยระดับดัชนีอนามัยช่องปาก 3.33±1.32 และค่าเฉลี่ยระดับคราบที่ลิ้น 1.5±0.32 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงก่อนและหลังพัฒนา

สภาวะช่องปาก	ช่วง	Mean±SD		t	p-value
		ก่อน	หลัง		
ระดับคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน (n=43)	1-3	2.34±0.58	1.58±0.78	7.14	0.000*
ระดับดัชนีอนามัยช่องปาก(n=43)	1-3	4.19±0.98	2.93±1.29	8.77	0.000*
ระดับคราบที่ลิ้น(n=64)	0-2	1.83±0.42	1.31±0.61	6.42	0.000*

*p-value<0.001

จากกระบวนการดำเนินงาน ได้จัดระบบนัดหมายเพื่อรองรับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการทันตกรรมทั้งหมด 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.2 ในจำนวนนี้มีผู้รับบริการทำฟันเทียม 2 ราย ผู้สูงอายุ 1 รายสามารถเลิกกินหมากได้หลังได้รับคำแนะนำ และผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น

การสนทนากลุ่มเพื่อรับฟังปัญหาและร่วมเสนอแนวทางดำเนินงานในกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุสะท้อนว่า จำนวนอาสาสมัครยังไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากมีผู้สนใจสมัครน้อย ค่าตอบแทนต่ำ และมีข้อจำกัดด้านเวลา ในบางพื้นที่อาสาสมัครบางคนต้องดูแลผู้สูงอายุถึง 8 คน อาสาสมัครบางคนยังไม่คล่องในการปฏิบัติงาน หรือปฏิบัติงานไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายยังไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปาก อาสาสมัครบางคนยังทำความสะอาดให้ได้ไม่ทั่วถึง ขณะที่ผู้สูงอายุบางรายไม่ให้ความร่วมมือ อีกทั้งผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถดูแลตนเองได้และไม่มีญาติช่วยดูแล ส่วนบางครอบครัวมีผู้สูงอายุดูแลกันเอง ทำให้กิจกรรมบางอย่างทำได้ไม่สะดวก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายไม่ต้องการให้ผู้อื่นเข้าไปยุ่ง ดูแล หรือสอบถามข้อมูล ในด้านการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครต้องการทบทวน

ความรู้เรื่องการประเมิน ADL การดูแลสุขภาพช่องปาก การดูแลบาดแผล และภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติม เนื่องจากบางเรื่องลืมไปหรือยังไม่มีความรู้

ข้อสะท้อนและข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุและญาติชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่เดินทางไม่สะดวกต้องการระบบรถรับส่ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ไม่มีรถส่วนตัว ปัจจุบันโรงพยาบาลจะไปรับเฉพาะกรณีฉุกเฉิน แต่ผู้ป่วยที่ไม่มีรถกลับบ้านต้องว่าจ้างรถเอง บางรายไม่มีเงินจึงต้องติดต่อ อสม. หรือผู้ดูแล (Caregiver) ให้มารับ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุและญาติชื่นชมบริการทันตกรรมเยี่ยมบ้าน เพราะช่วยให้ผู้ที่ต้องการพบทันตแพทย์แต่เดินทางไม่ได้ ได้รับการตรวจและคำแนะนำ รวมทั้งผู้ที่ต้องการทำฟันสามารถนัดหมายเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

จากการสนทนากับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้เยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง หากพบความผิดปกติหรือจำเป็นต้องพบแพทย์ จะประสานผ่านหมอประจำหมู่บ้านหรือแจ้งผู้รับผิดชอบในกลุ่ม จากนั้นจึงประสานแพทย์ออกตรวจเยี่ยม โครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term care) ได้รับงบประมาณคนละ 10,442 บาท สำหรับจ่ายค่าตอบแทนอาสาสมัครและจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ เช่น ผ้าอ้อม ถุงมือ ผ้าก๊อซ และหน้ากากอนามัย เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันเทศบาลมีบริการรถรับส่งผู้ป่วยมาพบแพทย์เฉพาะกรณีที่ยากไร้จริง โดยต้องแจ้งล่วงหน้า 7 วัน และใช้บริการได้คนละ 2 ครั้งต่อเดือน เนื่องจากเทศบาลไม่มีรถ จึงว่าจ้างรถของมูลนิธิมารับส่งผู้ป่วย ส่วนพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลไม่มีรถ EMS และยังไม่มีบริการรถรับส่ง จึงมีข้อเสนอให้จัดทำโครงการของบประมาณเพื่อจัดหารถหรือสนับสนุนค่าเดินทาง

จากการเยี่ยมบ้านและติดตามการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงพบว่า พื้นที่ที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความสะอาดในช่องปากดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในทางกลับกัน พื้นที่ที่อาสาสมัครดูแลไม่ต่อเนื่อง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากจะขึ้นอยู่กับญาติหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยที่เดิมดูแลสุขภาพช่องปากได้ดีสามารถรักษาความต่อเนื่องได้ ส่วนกลุ่มที่ยังดูแลได้ไม่ดีจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

ดังนั้น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน บุคลากรทางการแพทย์ เช่น พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรตรวจฟันเบื้องต้น ร่วมค้นหาปัญหา และส่งต่อเพื่อรับบริการ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายควรมีส่วนร่วมแก้ไขอุปสรรคด้านการเดินทางมารับบริการ

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงที่พัฒนาขึ้น เป็นการบูรณาการระบบดูแลสุขภาพช่องปากเข้ากับโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) โดยเพิ่มการวางแผนดูแลสุขภาพช่องปากควบคู่กับสุขภาพทั่วไป การตรวจสุขภาพช่องปาก และการให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ทักษะ และความมั่นใจในการตรวจฟันและดูแลสุขภาพช่องปาก มีทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลติดตามอย่างใกล้ชิด และจัดระบบนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสูงเนิน ผลการดำเนินงานส่งผลให้ผู้สูงอายุ

มีสภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้น ทั้งระดับคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน ระดับดัชนีอนามัยช่องปาก (OHI Index) และระดับคราบที่ลิ้น โดยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังช่วยให้เข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากสะอาดส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ขณะที่ผู้สูงอายุติดเตียงมีค่าเฉลี่ยระดับคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน ระดับดัชนีอนามัยช่องปาก (OHI Index) และระดับคราบที่ลิ้น สูงกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวมและไม่สามารถเดินทางเข้ารับบริการได้ การเยี่ยมบ้าน การฝึกปฏิบัติให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างต่อเนื่องจนเป็นกิจวัตรประจำวัน และการติดตามอย่างสม่ำเสมอโดยทันตบุคลากรและทีมสหวิชาชีพ จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลกลุ่มดังกล่าว

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการศึกษาบริบทของพื้นที่ การวิเคราะห์สภาพปัญหา การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ และการดำเนินงานตามแผน โดยจัดกิจกรรมอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงให้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งได้รับการจัดสรรงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการนิเทศติดตาม สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหา กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดระบบดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม[15]

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการตรวจและดูแลสุขภาพช่องปากจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนควบคู่กับทันตบุคลากร เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม และลดความจำเป็นในการเดินทางมารักษาปัญหาสุขภาพช่องปาก[7,16] นอกจากนี้ การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหลักยังเป็นอีกปัจจัยสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่เคยได้รับคำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก มีแนวโน้มปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากให้แก่ผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างเหมาะสม[10,17]

ประสิทธิผลของระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงขึ้นอยู่กับการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย โดยทันตบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชน ควรมีส่วนร่วมในการดูแล ให้คำแนะนำ ค้นหาปัญหา และส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง[15]

การให้บริการแก่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะความไม่สะดวกในการเดินทางมายังโรงพยาบาลเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการทันตกรรมได้สะดวกขึ้น อย่างไรก็ตาม เพื่อให้บริการมีความชัดเจนและไร้รอยต่อ ควรจัดระบบบริการในลักษณะเครือข่าย มีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ส่งต่อเมื่อจำเป็น และให้บริการตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยตอบสนองความต้องการและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนได้[18]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเข้ากับโครงการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term care) เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
2. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักควรได้รับความรู้และการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง จนสามารถปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ โดยมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

เป็นสื่อกลางระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล พร้อมทั้งมีทันตบุคลากรติดตามการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

3. ควรส่งเสริมความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างเครือข่ายภาครัฐกับภาคประชาชน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบรับส่งผู้สูงอายุติดเตียงที่เดินทางไม่สะดวก ให้สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อ.ดร. ทันตแพทย์หญิงอรวรรณ นามมนตรี ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขให้บทความวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณ ทันตแพทย์ธนบดี เพียงปราชญ์ ทันตแพทย์หญิงวราภรณ์ แพงจันทร์ ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567
2. Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K. Professional oral health care by dental hygienists reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care. Int J Dent Hyg. 2007 May;5(2):69-74. doi: 10.1111/j.1601-5037.2007.00233.x.
3. Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K, Ishikawa T. Effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002 Aug;94(2):191-5. doi: 10.1067/moe.2002.123493.
4. Nicol R, Petrina Sweeney M, McHugh S, Bagg J. Effectiveness of health care worker training on the oral health of elderly residents of nursing homes. Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Apr;33(2):115-24. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00212.x.
5. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. Community Dent Oral Epidemiol. 2001 Aug;29(4):289-97. doi: 10.1034/j.1600-0528.2001.290408.x.
6. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2005 Apr;33(2):81-92. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x.
7. มัทนา เกษตระทัต. การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุติดเตียง. โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตำบล Long Term Care ; 9-10 มีนาคม 2559; โรงแรม เอบีน่า เฮ้าส์ กรุงเทพมหานคร.
8. วรางคณา เวชวิธี, สุปราณี ดาโลดม, นนทลี วีรชัย. ผลการใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชในการป้องกันรากฟันผุในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วิทยสารทันตสาธารณสุข. 2560;22(1):48-57.

9. รุ่งทิวา ชื่นชอบ, โฉมพิไล นนทรักษา. Oral Health Care: Prevention Better than Cure การดูแลความสะอาดช่องปาก (Mouth care). ศรีนครินทรเวชสาร. 2558;30(Suppl): 2-4.
10. อาณัติ มาตระกูล, จรัญญา หุ่นศรีสกุล, อัจฉรา วัฒนาภา. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ดูแลในจังหวัดกระบี่. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ 2560; 10 มีนาคม 2560; อาคารพจน์ สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 813-25.
11. Maeda K, Akagi J. Oral care may reduce pneumonia in the tube-fed elderly: a preliminary study. Dysphagia. 2014 Oct;29(5):616-21. doi: 10.1007/s00455-014-9553-6.
12. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
13. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. J Am Dent Assoc. 1964 Jan;68:7-13. doi: 10.14219/jada.archive.1964.0034.
14. 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.
15. ชิสา ตัณฑะกูล, จันทร์พิมพ์ หินเทาว์, วรรธนะ พิธพรชัยกุล. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงในชุมชนบ้านดอนแสลบ จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 2565;16(3):193-206.
16. ขวัญเรือน ชัยนันท์, สุรีย์ จันทรโมลี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, มยุนา ศรีสุภนันต์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(1):91-107.
17. มิ่งสมร กิตติธีรนันท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดเตียงโดยผู้ดูแลในอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;2(2):69-79.
18. ฉวีวรรณ ภักดีธนากุล, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, อัญชลี เนาวรัตน์โสภณ, ประพนธ์ พิพัทธสัจก์, แพรวไพลิน สมพีร์วงศ์, วีรนันท์ วิชาไทย. การพัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย: ตัวอย่างเครือข่ายโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44(5):139-44.