มุมมองของทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย

The Perspectives of Multidisciplinary Teams in the Continuity of Care (COC) on Oral Health Care for Dependent Patients at Somdet Prayannasungworn Hospital, Chiang Rai province, Thailand.

(Received: April 12,2026 ; Revised: May 2,2026 ; Accepted: May 5,2026)

รจิต จันทร์ประสิทธิ์[1] รุจิรา แสนดี[2]
Rajit Chanprasit[1] Rujira Saendee[2]

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของทีมสหวิชาชีพในศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนา และบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ในศูนย์ COC โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน จาก 9 กลุ่มวิชาชีพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นเรื่อง (Thematic Analysis) ตามแนวทางของ Braun & Clarke

ผลการศึกษาพบ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) สุขภาพช่องปาก เป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่ยังถูกจัดลำดับความสำคัญรอง (2) ศักยภาพของ ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพช่องปากยังจำกัดอยู่ในระดับการคัดกรองเบื้องต้น (3) ผู้ดูแลเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จในการดูแลช่องปาก (4) ระบบ COC มีโครงสร้างรองรับ แต่ยังขาดการบูรณาการ สุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ และ (5) แนวทางพัฒนาระบบเพื่อบูรณาการสุขภาพช่องปากใน COC การวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดบริการปฐมภูมิ 1A4C พบว่าช่องว่างสูงสุดอยู่ที่การดูแลแบบองค์รวม ความต่อเนื่องของการดูแล และการประสานงาน

คำสำคัญ: สุขภาพช่องปาก, ภาวะพึ่งพิง, ทีมสหวิชาชีพ, การดูแลต่อเนื่อง, วิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This survey research aimed to explore the perspectives of multidisciplinary team members regarding oral health care for dependent patients within the Continuity of Care (COC) system, and to utilize the findings as a foundation for developing and integrating oral health care into the primary care system appropriate to the local context. Thirty healthcare professionals from nine disciplines at the COC Center, Somdet Phra Yanasangwon Hospital, Wiang Chai District, Chiang Rai Province, were purposively selected. Data were collected through focus group discussions and non-participant observation, then analyzed qualitative method by using Thematic Analysis following Braun & Clarke's six-phase framework.

Result : Five major themes emerged: (1) oral health is recognized as an essential component of dependent patient care but remains a lower priority in practice; (2) multidisciplinary team competency in oral health care is limited to basic screening; (3) caregivers are the most critical determinant of oral health care quality; (4) the COC system has a supporting structure but lacks systematic integration of oral health; and (5) systemic development approaches for integrating oral health into COC. Analysis using the 1A4C

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร เลขที่ 263 หมู่ 3 ตำบลเวียงชัย อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย 57210
E-mail: jitdent@gmail.com
[2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 424 หมู่ 5 ตำบลท่าสาย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000 E-mail: rsaendee@gmail.com

primary care framework identified the largest gaps in comprehensiveness, continuity of care, and coordination.

Keywords: oral health, dependent patients, multidisciplinary team, continuity of care, qualitative research

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป ถึง 13.6 ล้านคน[1] จังหวัดเชียงรายมีผู้สูงอายุร้อยละ 26.49 ของประชากรทั้งหมด สะท้อนการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society)[2] ขณะที่อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย มีผู้สูงอายุร้อยละ 35 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จากข้อมูลระบบ Health Data Center (HDC)[3] กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเข้าข่ายสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society) จึงสะท้อนภาระด้านสุขภาพและความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ดังกล่าว โดยการดูแลที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยความต่อเนื่องของการบริการ (Continuity of Care: COC)[4]

ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ดำเนินงานโดย ทีมหมอครอบครัว 3 ทีม มีข้อมูลผู้ป่วยสะสมจากรายงาน COC โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวรระหว่างปี พ.ศ. 2566–2568 ทั้งสิ้น 1,401 ราย โดยพบผู้ป่วย ในภาวะพึ่งพิง 612 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.7 แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (คะแนน Barthel Activities of Daily Living : ADL 5–11) จำนวน 362 ราย และกลุ่มติดเตียง (ADL ≤ 4) จำนวน 250 ราย การดำเนินงานของระบบการดูแลผู้ป่วยในศูนย์ COC มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม แต่ในทางปฏิบัติพบว่าสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกละเลยมากที่สุด ทั้งที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาวะหลายมิติ เช่น เมื่อการบดเคี้ยวบกพร่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานอาหารอ่อนที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำลง ส่งผลให้ภาวะทุพโภชนาการที่มีอยู่เดิมทวีความรุนแรงขึ้น[4,5] ขณะเดียวกันคราบแบคทีเรียในช่องปากที่สะสมเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อโรคปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) ซึ่งเป็นสาเหตุ การเสียชีวิต อันดับต้นในผู้ป่วยติดเตียง[6,7] รวมถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดเชียงรายอยู่ในระดับต่ำ[8] ปัจจัยที่ทำให้สุขภาพช่องปากถูกละเลยมีหลายสาเหตุทั้งภาระงานของผู้ดูแลที่สูง[9,10] การขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางได้[11]

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินสถานะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย หรือทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลเฉพาะด้าน ยังมีงานวิจัยน้อยมากที่ศึกษาว่าทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบ COC มีมุมมองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไร รับรู้บทบาทของตนเองว่าอย่างไร และพบข้อจำกัดใดในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในชนบทที่กำลังปรับตัวภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่งผลต่อการประสานงานในระบบปฐมภูมิโดยตรง

วัตถุประสงค์

เพื่อ (1) ศึกษามุมมองของทีมสหสาขาวิชาชีพในศูนย์ COC ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และ (2) นำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนาและบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative Descriptive Study) พื้นที่ศึกษา คือ ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกด้วยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน

30 คน จาก 9 กลุ่มวิชาชีพ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์ COC ไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง และยินดีสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) ผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือหลัก (2) แบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (IOC = 0.93) และ (3) แบบบันทึกภาคสนาม เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 6–10 คน ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มี ส่วนร่วม ขณะทีมสหวิชาชีพออก เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2569

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Thematic Analysis ตาม 6 ขั้นตอนของ Braun & Clarke[12] ความน่าเชื่อถือยึดหลักเกณฑ์ของ Lincoln & Guba[13] ใน 4 ด้าน ได้แก่ Credibility, Dependability, Confirmability และ Transferability ตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของข้อมูลด้วยกระบวนการสามเส้า (Triangulation) และการยืนยันกับผู้ให้ข้อมูล (Member Checking)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย เลขที่ CRPPHO 162/2568

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.6 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 30–39 ปี ร้อยละ 43.3 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 86.6 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวิชาชีพ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 23.3 รองลงมาคือทันตแพทย์และทันตาภิบาล/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ในสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 16.6 และแพทย์ร้อยละ 9.9 ที่เหลือเป็นนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักกิจกรรมบำบัด และเภสัชกร

ด้านลักษณะการปฏิบัติงาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือ 1–5 ปี และ 6–10 ปี ในสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 26.7 ในด้านประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ 1–3 ปี ร้อยละ 33.3 และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 26.7 โดยร้อยละ 76.7 ดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า 10 รายต่อเดือน บทบาทที่ปฏิบัติมากที่สุดคือการติดต่อประสานงานและการให้บริการหัตถการ ร้อยละ 66.7 เท่ากัน รองลงมาคือการวางแผนการดูแล/รักษาและการติดตามการดูแล/รักษา ร้อยละ 46.7 เท่ากัน เมื่อพิจารณาด้านการอบรม พบว่าร้อยละ 56.7 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่มีเพียงร้อยละ 30.0 เท่านั้นที่เคยได้รับการอบรมด้านสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะ สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70.0 ยังขาดการพัฒนาสมรรถนะด้านสุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ

ผลการวิเคราะห์แก่นเรื่องจากการสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม พบ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่ยังถูกจัดลำดับความสำคัญรอง

ทีมสหวิชาชีพทุกคนรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับการกินอาหาร การกลืน โภชนาการ และการป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคปอดอักเสบจากการสำลัก โดยทีมสหวิชาชีพเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติสุขภาพช่องปากมักถูกจัดลำดับความสำคัญเป็นลำดับรอง เนื่องจากมีปัญหาด้านอื่น ที่ถือว่าเร่งด่วน และมองเห็นได้ง่าย และชัดกว่า ในการเยี่ยมบ้านเนื้อหาหลักมักวนอยู่กับเรื่องแผล ยา และอาหาร ทีมสหวิชาชีพจะให้

ความสนใจปัญหาช่องปาก ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยแสดงอาการเจ็บปวดหรือบ่นเท่านั้น

ประเด็นที่ 2 ศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแล ช่องปากยังจำกัด

บุคลากรสหวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถประเมินสุขภาพช่องปากได้เพียงในระดับพื้นฐาน เช่น สังเกตว่าช่องปากสะอาดหรือไม่สะอาด มีหินปูน หรือฟันผุชัดเจน หรือพบเชื้อราบนลิ้น แต่ยังขาด ความรู้ ความมั่นใจในการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก และขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีสายให้อาหารหรือมีภาวะ สมองเสื่อม

ประเด็นที่ 3 ผู้ดูแลเป็นปัจจัยหลักของความสำเร็จในการดูแลสุขภาพช่องปาก

บุคลากรสหวิชาชีพส่วนใหญ่สะท้อนมุมมองที่สอดคล้องกันว่า ผู้ดูแลคือผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน เนื่องจากทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าไปเยี่ยมบ้านเพียงเดือนละ 1-2 ครั้งเท่านั้น นอกจากนั้นยังพบความแตกต่างชัดเจนระหว่างผู้ดูแลที่เป็นญาติ ซึ่งมักจะดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลรับจ้างที่ มักให้ความสำคัญกับกิจวัตรพื้นฐานเท่านั้น

นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังเผชิญกับข้อจำกัดด้านเศรษฐานะ ความรู้ ทักษะ และความเครียด ทำให้ขาดความสม่ำเสมอ ในการดูแลช่องปาก

ประเด็นที่ 4 ปัจจัยบริบทพื้นที่มีผลต่อระบบ บริการดูแลต่อเนื่อง แต่ยังขาดการบูรณาการ สุขภาพช่องปากอย่างเป็นระบบ

ระบบ COC ของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร มีโครงสร้างพื้นฐานที่ดี ทั้งทีมเยี่ยมบ้าน 3 ทีม ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ประจำทีมเยียมบ้าน 3 ท่าน มีระบบ Consult และการสื่อสารภายในทีมเยี่ยมบ้านผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) อย่างไรก็ตาม สุขภาพช่องปากยังไม่อยู่ในกระบวนการทำงานหลัก การประเมินช่องปากขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบุคลากรแต่ละคน ส่วนหนึ่งเนื่องจากภาระงานที่มากและยังไม่มีแนวทางปฏิบัติ หรือรายการตรวจมาตรฐาน (Checklist) สำหรับการดูแลช่องปากในระบบ COC

นอกจากนี้ พบว่าการประสานงานในระบบ COC พึ่งพาความสัมพันธ์ส่วนตัวและช่องทางไลน์ส่วนบุคคลเป็นหลัก ซึ่งมีความเสี่ยงด้านความยั่งยืน ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหาร รพ.สต. ยังส่งผลต่อระบบการประสานงาน ให้ซับซ้อนมากขึ้น

ประเด็นที่ 5 แนวทางพัฒนาระบบเพื่อบูรณาการสุขภาพช่องปากใน COC

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จากทีมสหวิชาชีพมีความสอดคล้องกันใน 4 ด้าน ได้แก่ 1. การพัฒนาระบบเชิงรุก 2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้ดูแล 3. การเพิ่มบทบาทของทีมทันตกรรมในระบบ COC และ 4.การพัฒนาระบบข้อมูลและการประสานงานในพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

1. สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่ยังถูกจัดลำดับความสำคัญรอง

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสหวิชาชีพมีการรับรู้ร่วมกันว่าสุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพโดยรวม แต่ยังไม่ได้รับการบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลหลัก ลักษณะดังกล่าวสะท้อนการดูแลแบบตั้งรับมากกว่าการดูแลเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุรีวรรณ และคณะ[14] ที่ศึกษาในบริบทอำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มรับรู้ว่าสุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อสุขภาพโดยรวม แต่ในทางปฏิบัติยังเผชิญข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดความรู้ด้านการดูแลช่องปาก ระบบการทำงาน ที่ไม่ได้ให้ความสำคัญ และการขาดแคลนอุปกรณ์

ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างการศึกษานี้กับงาน ของจุรีวรรณ และคณะ[14] กล่าวคือในบริบท

แม่เมาะ กลุ่มผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงสุขภาพช่องปากกับสุขภาพโดยรวม ขณะที่ในการศึกษานี้ บุคลากรสหวิชาชีพส่วนใหญ่สามารถอธิบายความเชื่อมโยงดังกล่าวได้อย่างชัดเจน แต่ยังไม่ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบ สะท้อนว่าปัญหาในบริบทนี้ไม่ได้อยู่ที่ความรู้ แต่เป็นข้อจำกัดของระบบการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ Hoang และคณะ[15] ที่พบว่าแม้บุคลากรจะเห็นด้วยกับการบูรณาการสุขภาพช่องปากในระดับแนวคิด แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดด้าน ความไม่ชัดเจนของบทบาท การขาดเครื่องมือ คัดกรอง และการสนับสนุนจากระบบไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับ Harnagea และคณะ[16] ที่ชี้ว่าอุปสรรคระดับวิชาชีพและองค์กรเป็น อุปสรรคที่แก้ไขยากที่สุด เนื่องจากฝังรากอยู่ใน วัฒนธรรมการทำงานและการแบ่งบทบาทตาม สาขาวิชาชีพที่มีมายาวนาน

2. ศักยภาพที่จำกัดสร้างช่องว่างระหว่างความรู้ และการปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร ส่วนใหญ่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้เพียงขั้นพื้นฐาน เช่น สังเกตความสะอาด ฟันผุชัดเจน หรือเชื้อรา แต่ยังขาดความมั่นใจในการประเมินเพิ่มเติมหรือดูแลเองโดยลำพัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เช่น ผู้ที่มีสายให้อาหารหรือกลืนลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pombo-Lopes และคณะ[17] ที่พบว่าข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้บุคลากรไม่สามารถนำความรู้มาใช้จริงในการปฏิบัติงานในบริบทไทย มธุกานต์ ชาลีฟอง[18] ยังพบว่าผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) ที่ไม่เคยผ่านการอบรมด้านสุขภาพช่องปาก มีการปฏิบัติงานด้านนี้ น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าปัญหาความไม่สอดคล้องระหว่างความรู้และการปฏิบัติเป็นเรื่องพบได้ทั่วไปในระบบบริการปฐมภูมิ

แนวทางที่จะแก้ปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืน คือการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Inter-professional Education: IPE) ในระหว่างการฝึกปฏิบัติหน้างาน (On the job training) โดย Hoang และคณะ[15] พบว่าทีมสุขภาพปฐมภูมิที่เรียนรู้เรื่องสุขภาพช่องปากร่วมกับทันตบุคลากรในสถานการณ์จริงมีทัศนคติเชิงบวกและความพร้อมในการบูรณาการงานดูแลช่องปากมากกว่า การอบรมในห้องเรียน Kaufman และคณะ[19] ยืนยันในทิศทางเดียวกันว่าการให้ทีมแพทย์และทันตแพทย์เรียนรู้จากกรณีผู้ป่วยร่วมกันอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความมั่นใจในการคัดกรองและ ส่งต่อผู้ป่วยได้รับการดูแลเร็วขึ้น และลดความซับซ้อนของการรักษาในระยะยาว ซึ่งสอดรับกับแนวทางของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย[20] ที่ระบุว่าการพัฒนาสมรรถนะทันตสุขภาพของบุคลากรในระบบดูแลระยะยาวควรเน้นการฝึกในบริบทจริงมากกว่าการถ่ายทอดความรู้เชิงทฤษฎี

ด้วยเหตุนี้ การออกแบบระบบ COC ให้ทีมทันตกรรมร่วมออกเยี่ยมบ้านในเคสที่ซับซ้อนอย่างสม่ำเสมอจึงทำหน้าที่คู่ขนานกัน คือทั้งให้บริการผู้ป่วยโดยตรง และเป็นพื้นที่ฝึกปฏิบัติหน้างานที่พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่องในระบบ COC

3. ผู้ดูแลเป็นตัวกำหนดคุณภาพการดูแลช่องปาก ที่สำคัญที่สุด

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพการดูแลช่องปากขึ้นอยู่กับผู้ดูแลเป็นหลัก โดยพบความแตกต่าง ระหว่างผู้ดูแลที่เป็นญาติและผู้ดูแลรับจ้าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุรีวรรณ และคณะ[14] ที่พบปัญหาผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ และความกังวลว่าตนเองจะทำช่องปากผู้ป่วยเจ็บ สะท้อนว่าปัญหานี้เป็นปัญหาร่วมที่พบทั้งในบริบทชุมชนและโรงพยาบาล Asanza และคณะ[21] ชี้ว่าผู้ดูแลมักขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสม ส่งผลให้การดูแลในทางปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ สม่ำเสมอ ขณะที่ณัชศฬา และคณะ[10] รายงานว่า ภาระงานสูงของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ การดูแลที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ ที่พบว่าผู้ดูแลเผชิญ

ทั้งภาระงานและความเครียด ทำให้การดูแลช่องปากมักถูกละเว้น

4. โครงสร้างที่มีอยู่แต่สุขภาพช่องปากยังไม่อยู่ ในกระบวนการหลัก

แม้ระบบ COC ของโรงพยาบาลสมเด็จ พระญาณสังวรจะมีโครงสร้างพื้นฐานที่ดี แต่สุขภาพช่องปากยังไม่ถูกบรรจุในกระบวนการ ทำงานหลัก ซึ่งคล้ายคลึงกับที่พบในงานของจุรีวรรณ และคณะ[14] และการศึกษาของรุจิรา แสนดี[2] ที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากยังเผชิญข้อจำกัดด้านการจัดระบบบริการ การประสานงาน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย เช่น การถ่ายโอน รพ.สต. ที่ส่งผลต่อความต่อเนื่อง ของการประสานงาน สอดคล้องกับ Harnagea และคณะ[16] ที่ชี้ว่าการบูรณาการสุขภาพช่องปาก ต้องการกลไกเชิงระบบที่ชัดเจน การพัฒนาการ ดูแลสุขภาพช่องปากจึงไม่สามารถพึ่งพาเพียง บุคลากร แต่จำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการ ให้เอื้อต่อการบูรณาการ

5. ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกันสู่ระบบเชิงรุก

ข้อเสนอแนะของบุคลากรสหวิชาชีพมีความสอด คล้องกันสูงใน 4 ด้านหลัก ซึ่งตรงกับที่จุรีวรรณ และคณะ[14] เสนอในบริบท อำเภอแม่เมาะ และสอดคล้องกับ Harnagea และคณะ[16] ที่ชี้ว่าการบูรณาการสุขภาพช่องปากในระบบปฐมภูมิต้องอาศัยกลไกเชิงระบบ ขณะที่ Hoang และคณะ[15] ยืนยันว่าทีมสุขภาพต้องการเครื่องมือและแนวทางที่ชัดเจน ในการนำการดูแลช่องปากเข้าสู่การปฏิบัติจริง สิ่งที่การศึกษาครั้งนี้เพิ่มเติมจากงานที่ผ่านมาคือข้อเสนอด้านการ พัฒนาระบบข้อมูลและการตอบกลับ รวมถึงการสร้างกลไกกระตุ้นในระบบ COC เพื่อให้สุขภาพช่องปากเป็นขั้นตอนบังคับโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

เมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดบริการปฐมภูมิ 1A4C พบว่าองค์ประกอบที่มีช่องว่างสูงสุดในปัจจุบันของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร คือ 1. การดูแลแบบองค์รวม (Comprehensiveness) ที่สุขภาพช่องปากไม่อยู่ในแบบประเมินมาตรฐาน 2. ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity) ที่ขาดระบบตอบกลับข้อมูลหลังส่งต่อ และ 3. การประสานงาน (Coordination) ที่พึ่งพาความสัมพันธ์ส่วนตัวเป็นหลักมากกว่าการประสานงานเป็นระบบ(system-based coordination) ซึ่งแม้ช่วยให้ระบบทำงานได้ดีในระยะสั้น แต่มีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลากรและโครงสร้างองค์กรทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ เชื่อมโยงกันและเป็นจุดคอขวดสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขก่อน สอดคล้องกับแนวทางของ Prasad และคณะ[22] ที่เสนอว่า การบูรณาการสุขภาพช่องปากในระบบปฐมภูมิที่ประสบความสำเร็จ ต้องใช้วิธีรวมเข้าไว้ด้วยกันมากกว่าการสร้างระบบแยกต่างหาก

การศึกษานี้เสนอให้เห็นว่าทีมสหวิชาชีพ ในศูนย์ COC มีความตระหนักถึงความสำคัญ ของสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง แต่ยังไม่ได้รับการบูรณาการเข้าสู่ระบบการดูแล อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากข้อจำกัดด้านความรู้ของบุคลากร ภาระงาน ความพร้อมของผู้ดูแล ระบบข้อมูล และการประสานงาน ส่งผลให้การดูแลยังคงอยู่ในลักษณะการแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการมากกว่าการป้องกันเชิงระบบ ทีมสหวิชาชีพมีข้อเสนอที่สอดคล้องกันในการพัฒนา ได้แก่ การจัดทำแนวทางคัดกรองที่ง่ายสำหรับสหวิชาชีพ การอบรมบุคลากรและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มบทบาทของทีมทันตกรรมในศูนย์ COC และการพัฒนาระบบข้อมูลและการติดตามผลที่เป็นทางการ การพัฒนาศูนย์ COC ให้บูรณาการสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องเปลี่ยนจากการดูแลแบบตั้งรับสู่ระบบเชิงรุกที่มีมาตรฐาน โดยนำสุขภาพช่องปากฝังเข้าสู่กระบวนการทำงานหลัก ของ COC การวิเคราะห์ดังกล่าวนำไปสู่ข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบ COC ที่แบ่งตาม 3 ระยะ ได้แก่

ระยะเตรียมการ

กำหนดบทบาทด้านสุขภาพช่องปากของแต่ละวิชาชีพในศูนย์ COC ให้ชัดเจน จัดทำแนวทางคัดกรองที่ใช้งานได้จริงและเพิ่มรายการตรวจช่องปากในคู่มือ COC โดยเริ่มดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงสูงก่อน ได้แก่ ผู้ป่วย ADL 0–4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยดูแลแบบประคับ ประคอง จากนั้นจัดอบรมในรูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพ โดยเน้นการฝึกปฏิบัติหน้างานในระหว่างการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้บุคลากร สหสาขาวิชาชีพได้เรียนรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากจากกรณีผู้ป่วยจริงร่วมกับทีมทันตกรรม ซึ่งจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการคัดกรองและส่งต่อได้มากกว่าการอบรมในห้องเรียน พร้อมกันนี้ควรจัดทำสื่อสำหรับผู้ดูแล เช่น วิดีโอ และคู่มือภาพ เพื่อเสริมทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

ระยะบูรณาการ

บรรจุการประเมินสุขภาพช่องปากเป็นรายการในขั้นตอนหลักของกระบวนการดูแลในศูนย์ COC ของทุกเคสกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วย ADL 0–4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน และผู้ป่วยประคับประคอง พร้อมกำหนดให้ทีมทันตกรรมร่วมเยี่ยมบ้านกับทุกทีมหมอครอบครัวในเคสที่ซับซ้อนหรือพบรอยโรคจากการคัดกรองเบื้องต้น นอกจากนี้ควรสร้างช่องทางปรึกษาทันตกรรมที่เป็นทางการในศูนย์ COC แทนการพึ่งพาความสัมพันธ์ส่วนตัว และพัฒนาระบบตอบกลับข้อมูล (feedback) หลังส่งต่อ รพ.สต. เพื่อให้ทีมเยี่ยมทราบผลการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย

ระยะพัฒนาความยั่งยืน

เน้นการสร้างระบบที่ดำเนินต่อไปได้แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร โดยพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากที่เชื่อมกับศูนย์ COC ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก และผลักดันให้สุขภาพช่องปากเป็นตัวชี้วัด (KPI) ในระบบการดูแลระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เสนอให้เห็นมุมมองของบุคลากรสหวิชาชีพว่า การบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้าสู่ระบบ COC ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคลากรเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับการออกแบบระบบงานที่ทำให้สุขภาพช่องปากกลายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำงานหลักหลักในศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลสุขภาพหลักในชีวิตประจำวัน และทีมสหวิชาชีพเป็นกลไกสนับสนุนเชิงระบบ ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงในโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2564). การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240328112409_39023.pdf
2. รุจิรา แสนดี.(2568). การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จังหวัดเชียงราย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย [อินเตอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]; 2(2): 57-73. เข้าถึงจาก: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jcrpho/article/view/3428
3. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข.(2569). ข้อมูลประชากรและตัวชี้วัดสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://hdc.moph.go.th/cri/

4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R.(2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003; 327(7425): 1219-1221.
5. Nordenram G, Ljunggren G, Cederholm T.(2001). Nutritional status and chewing capacity in nursing home residents. Aging Clin Exp Res. 2001; 13(5): 370–377.
6. Tada A, Miura H. (2012). Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. Arch Gerontol Geriatr. 2012; 55(1): 16–21.
7. Yoneyama T, Yoshida M, Ohrui T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, et al.(2002). Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. J Am Geriatr Soc. 2002; 50(3): 430–433.
8. สุเทียน แก้วมะคำ, อารีย์ แก้วมะคำ.(2561). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้านในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]; 10(1): 37-44. available at: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/181629
9. สาริกข์ พรหมมารัตน์.(2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2559; 12(1): 57–64.
10. ณัชศฬา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม.(2561). ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. วารสารสภาการพยาบาล. 2561; 33(2): 97–109.
11. สุภาพร แสงอ่วม, นิทรากิจ ธีระวุฒิวงษ์, ภูดิท เตชาติวัฒน์, ชญานินท์ ประทุมสูตร, กันยารัตน์ คอวนิช.(2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย.ชม.ทันตสาร. 2558; 36(1): 53-61.
12. จำเนียร จวงตระกูล, อรพินท์ บุญสิน, จารุกัญญา อุดานนท์, ลัดดาวัลย์ สำราญ.(2567). การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิเคราะห์แก่นสาร: แนวทางปฏิบัติสำหรับนักวิจัยใหม่. วารสารสมาคมรัฐประศาสนศาสตร์แห่งประเทศไทย. 2567; 6(2): 15-29. [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก:https://so10.tci-thaijo.org/index.php/paatj/article/view/1177
13. Lincoln YS, Guba EG.(1985). Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985.
14. จุรีวรรณ โพธิ์ศรีลาภ, กันยารัตน์ คอวนิช, อติศักดิ์ จึงพัฒนาวดี.(2568). มุมมองของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง:การศึกษาเชิงคุณภาพ.ว.ทันต.มศว. 2568; 18(2): 28-38.
15. Hoang H, Yiengprugsawan V, Maling S, Laslett AM.(2018). How primary health care teams perceive the integration of oral health care into their practice: a qualitative study. PLoS One. 2018; 13(10): e0205465.
16. Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, Emami E.(2017). Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. BMJ Open. 2017 Sep 25; 7(9): e016078.
17. Pombo-Lopes J, Rodrigues I, Costa J, Gomes AC, Fonseca J, Grillo-Evangelista J.(2025). Health professionals' perceptions, barriers and knowledge towards oral health care of dependent people in nursing homes: a systematic review. Front Public Health. 2025; 12: 1504542.
18. มฐกานต์ ชาฏีฟอง.(2025). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ประเทศไทย, J Gerontol Geriatr Med. 2025; 24(1): 11-22.
19. Kaufman LB, Henshaw MM, Riedy CA, et al.(2023). Partnering for integrated care: a learning collaborative for primary care and oral health teams. Ann Fam Med. 2023; 21(Suppl 2): 22–S28.
20. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.(2564). แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุ สำหรับทันตบุคลากร [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2569]. เข้าถึงจาก: https://ayo.moph.go.th/dental/file_upload/subblocks/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%88%E0%B8%B1%

E0%B8%94%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3_%E0%B8%9B%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%8A%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%B2%E0%B8%81%20%E0%B9%82.pdf

21. Asanza DM, Njoku A, Baviskar S, Evans MA, Mouloudj K.(2025). Oral Hygiene Care of Older Adults and Caregiver Education: A Systematic Review. Hygiene. 2025; 5(4): 50.
22. Prasad M, Manjunath C, Murthy AK, Sampath A,Jaiswal S, Mohapatra A.(2019). Integration of oral health into primary health care: A systematic review. J Family Med Prim Care 2019; 8: 1838-1845.