

เอกสารประกอบการพิจารณากำหนดตำแหน่งทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ  
สาขาทันตกรรมครอบครีว และสาขาทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้ที่มีความต้องการพิเศษ

ขอบเขตของงานทันตกรรมครอบครีว

นิยามของ “ทันตแพทย์ครอบครีว”

ทันตแพทย์ครอบครีว คือทันตแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยกระบวนทัศน์ “ประชาชนและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (people-centered approach) ซึ่งต้องผสมผสานการดูแลที่หลากหลายทั้งในส่วนองระบบบริการทางสุขภาพและระบบบริการทางสังคม ด้วยการประยุกต์หลักการเวชศาสตร์ครอบครีวเพื่อให้เกิดการดูแลที่กว้างขวางครอบคลุมทุกมิติตามความต้องการของประชาชน ครอบคลุมทั้งการดูแลรายบุคคลที่ยึดผู้รับบริการเป็นฐานในการออกแบบชุดการดูแลที่เหมาะสมรายบุคคล (Person-focused care) และการดูแลในภาพรวมประชากรที่ต้องอาศัยความเข้าใจในลักษณะของประชากรแต่ละพื้นที่เป็นฐานในการออกแบบระบบดูแล (Population based care) เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากปฐมภูมิ (Primary oral care) แบบพร้อมมูล (Comprehensive) ต่อเนื่อง (Continuing of care) ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่เชื่อมต่อกับระบบบริการโดยรวม และเชื่อมต่อระหว่างระดับบริการ (Coordinated) ที่ประกอบด้วยมิติต่างๆที่เกี่ยวข้อง ให้แก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย รวมทั้ง ผู้ที่มีความต้องการพิเศษ โดยจะดูแลบุคคลเหล่านี้ภายใต้บริบทของครอบครีว (Family oriented) ชุมชน วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ (Community oriented) และเคารพในความเป็นมนุษย์ของทุกคน

หมายเหตุ ปรับปรุงจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1. รายงาน Taskforce Report: Family dentistry<sup>(1)</sup> โดยคณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนาทางด้านทันตกรรมครอบครีว ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2562 2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางดำเนินงานคลินิกหมอครอบครีวสำหรับหน่วยบริการ, (โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2559)<sup>(2)</sup> 3. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2565 โดยคณะอนุกรรมการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก<sup>(3)</sup>

Goal หรือเป้าหมายของทันตแพทย์ครอบครีว คือ

1. เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการดำเนินการและให้คำปรึกษาแก่ทันตบุคลากรและบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ ในการดูแลสุขภาพช่องปากภายใต้กระบวนทัศน์ “ประชาชนและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (people-centered approach) โดยการประยุกต์หลักทฤษฎีทางวิชาการที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจุบันในการดำเนินงาน อาทิ หลักเวชศาสตร์ครอบครีว เป็นต้น เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากใน 3 ระดับ คือ บุคคล ครอบครีว และชุมชน

2. พัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยกระบวนทัศน์ “ประชาชนและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (people-centered approach) และการจัดการระบบสุขภาพช่องปากปฐมภูมิ (primary oral care system) ให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์

## ขอบเขตงานของทันตแพทย์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ทันตแพทย์ครอบครัว มีขอบเขตงานหลักอยู่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 จะหมายถึงหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) หรือเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (NPCU) ตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ใน พรบ. ซึ่งมีทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment area) รวมถึงการจัดการที่หน่วยบริการที่ทำหน้าที่รับส่งต่อในเครือข่าย โดยไม่ได้จำกัดระดับหน่วยบริการ หมายรวมถึงหน่วยบริการทุกระดับ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ที่ขึ้นทะเบียนเป็น PCU/NPCU รวมไปถึงไม่ได้จำกัดสังกัดของหน่วยบริการ ไม่ว่าจะอยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดอื่นๆ อาทิ กระทรวงมหาดไทย และเอกชน โดยมีขอบเขตงานที่สามารถแบ่งได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1.การดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคลในระดับปฐมภูมิ (Primary oral care)<sup>(1)</sup> เป็นการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู (Comprehensive) ที่ต้องผสมผสานทั้งศาสตร์ทางทันตแพทย์ และทางการแพทย์ โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered dental care)<sup>(4, 5)</sup> องค์กรรวม (Holistic) และคำนึงถึงบริบทครอบครัวหรือร่วมกับครอบครัว (Family oriented) และชุมชน (Community oriented) ให้แก่ผู้ป่วยที่เป็นประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเป็นการประจำ (Accessibility) หรือเป็นบุคคลแรกที่ประชาชนในพื้นที่นี้มาถึงเมื่อมีความต้องการดูแลสุขภาพช่องปาก (First contact) ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาและเพื่อคงสภาพช่องปากที่ดี เมื่อเกินศักยภาพสามารถส่งต่อ และรับกลับได้อย่างราบรื่น (Continuing care) เมื่อมีความจำเป็นต้องให้บริการร่วมกับสหวิชาชีพ ทั้ง health และ non-health เช่น ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น สามารถประสานงานและทำงานร่วมกันได้อย่างราบรื่นมีประสิทธิภาพ (Coordinating care) มุ่งให้แต่ละบุคคลมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น (Optimal oral health) สามารถดูแลและจัดการตนเองได้ภายใต้การดูแลร่วมกับครอบครัว (Self-care and self-management) และนำไปสู่คุณภาพชีวิต หรือสภาวะที่สมดุล โดยใช้ทักษะและหลักการบริการเหล่านี้ร่วมกันในการให้การรักษารายบุคคล ซึ่งมีบริการดังนี้

รายละเอียดภาระงาน	ขอบเขตการบริการ	กลุ่มผู้ป่วยที่มุ่งเน้นเพื่อปิดช่องว่างในระบบ
<p>1.การให้คำปรึกษา ตรวจสอบคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และวางแผนการดูแล รวมถึงการบริการส่งเสริมสุขภาพ ทันตกรรมป้องกันรายบุคคล</p>	<p>1.ให้คำปรึกษา ตรวจสอบคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง วางแผนการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง รวมถึงบริการทันตกรรมป้องกัน โดยร่วมกับครอบครัว (ในรายที่จำเป็น) หรือ คำนึงถึงบริบทครอบครัวและปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อปัจเจกบุคคลนั้น (Personalized care) โดยใช้หลัก Idea, Feeling, Function, Expectation (IFFE) ให้แก่ผู้ป่วยทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบทุกกลุ่มวัย ตลอดช่วงชีวิต จนถึง End of life***</p>	<p>1. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ระดับ 1-3*</p> <p>2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความยากในการดูแล (Difficult patients)**</p>
<p>2.การบริการทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมเฉพาะทาง รวมถึงบริการเร่งด่วนฉุกเฉิน</p>	<p>- ให้บริการทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมเฉพาะทาง ทันตกรรมฉุกเฉิน โดยร่วมกับครอบครัว (ในรายที่จำเป็น) หรือคำนึงถึงบริบทครอบครัว และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อปัจเจกบุคคลนั้น (Personalized care) ให้แก่ผู้ป่วยทั่วไปในพื้นที่รับผิดชอบทุกกลุ่มวัย ตลอดช่วงชีวิต จนถึง End of life***</p>	<p>1.กลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ <u>ระดับ 1</u> (Special care need patients level 1)*</p> <p>2. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความยากในการดูแล (Difficult patients)**</p>
<p>3.การบริการรายบุคคลนอกคลินิกทันตกรรม ได้แก่ ที่หอผู้ป่วยใน หรือที่ Nursing care หรือที่บ้าน (Domiciliary oral healthcare)<sup>(6)</sup> รวมทั้งการไปร่วมบริการกับสหวิชาชีพ (Multidisciplinary care)</p>	<p>- ร่วมวางแผนและให้บริการทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ตามความจำเป็นหรือตาม care plan ร่วมกับครอบครัว (ตามความจำเป็น) และร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์แม่กซิลโลเฟเซียล ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด อสม. รวมทั้ง non-health worker หรืออื่นๆ ให้แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องร่วมกันบริการ</p>	<p><u>กรณี</u></p> <p>1.บริการส่งเสริมป้องกัน เน้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ</p> <p>2.บริการรักษา ฟื้นฟู เน้นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษระดับ 1*</p>

\* กลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษระดับ 1 ตามเกณฑ์ British Dental Association (BDA)<sup>(7)</sup> หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนต่อการดูแลรักษาในระดับต้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เช่น ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยหรือกังวลต่อการรับการรักษา หรือ ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวช้าจากความเสื่อมของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น และต้องช่วยพยุงร่วมกับใช้เทคนิคการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระดับต้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยขณะย้ายตำแหน่งมารับการรักษาที่ศูนย์ทำฟัน หรือผู้ป่วยที่รู้สึกหายใจไม่ได้เหมือนนอนราบทำให้ต้องจัดตำแหน่งศีรษะสูงขณะทำฟันและทันตแพทย์ต้องยินยอมให้การรักษา เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังสามารถให้การรักษาจนเสร็จสิ้นกระบวนการได้ โดยทันตแพทย์ต้องพยายามสื่อสาร รับฟัง และเข้าใจความรู้สึก รวมถึงให้เวลากับผู้ป่วย ซึ่งหลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะเน้นด้านการป้องกัน การรักษาเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน และการดูแลอย่างต่อเนื่อง

\*\* Difficult patients<sup>(8-10)</sup> หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านอารมณ์ (Strong negative emotions) หรือผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา (Non-compliance patients) ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ และผู้ป่วย (Doctor-patient relationship) เนื่องจากหลายสาเหตุ ซึ่งอาจมาจากปัจจัยตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยของแพทย์ผู้ให้การรักษา และปัจจัยจากระบบบริการ เช่น ผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์บ่อยๆ โดยไม่พบสาเหตุการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่สื่อสารยาก เข้าใจยาก ผู้ป่วยที่กลัวหรือกังวลต่อปัญหาช่องปากอย่างมาก ผู้ป่วยที่มีทัศนคติไม่ดีต่อทันตแพทย์มักมีอารมณ์รุนแรง ผู้ป่วยติดยาเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อระบบสมอง ผู้ป่วยออทิสติก เป็นต้น

\*\*\* ตลอดช่วงชีวิต จนถึง End of life หมายถึง ตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ เด็กก่อนวัยเรียน วัยเรียน วัยรุ่น วัยคู่ครอง วัยผู้ใหญ่/วัยทำงาน สูงอายุ รวมถึง Long term care ตัดบ้าน ตัดเตียง ช่วงประคับประคอง (Palliative) และช่วงสุดท้ายของชีวิต (End of life) โดยดูแลปัญหาสุขภาพช่องปากทั้งฉุกเฉินและเรื้อรัง

## 2. การจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปากปฐมภูมิ

พื้นที่เป้าหมายของทันตแพทย์ครอบครัว ในการจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปากปฐมภูมินั้น มุ่งเน้นที่ระดับพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ ครอบครัว ชุมชน หมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ. สต., Primary care unit (PCU), Network of primary care unit (NPCU), รพช. หรือหน่วยงานอื่นๆในระดับเดียวกัน

กิจกรรม	ขอบเขตกิจกรรม	จุดเน้นเชิงคุณภาพของ ทันตแพทย์ครอบครัว
1. จัดระบบส่งต่อและรับกลับ	- วิเคราะห์และออกแบบระบบส่งต่อที่สอดคล้องกับทรัพยากรและบริบทของพื้นที่ ทั้งระบบการส่งต่อไปยังทันตแพทย์เฉพาะทางหรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และรับส่งต่อและการให้คำปรึกษา ทันตภิบาล หรือหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ - จัดให้มีระบบติดตามการได้เข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ส่งต่อไปแล้วรับกลับมาดูแลต่อ หรือ รับกลับมาเพื่อติดตามการคงสภาพช่องปาก	- เน้นจัดระบบสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่างๆ เช่น กลุ่มเปราะบาง กลุ่ม Intermediate care, Long term care, Palliative care และ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ในพื้นที่ปฐมภูมิ - เน้นการใช้ทักษะ soft skill การสื่อสารที่มีคุณภาพ ซึ่งเน้นการฟังมากยิ่งขึ้น มีความเข้าใจ ในการทำงานร่วมกันเป็นทีม
2. จัดการระบบบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ รวมถึงการเป็น case manager	- วิเคราะห์คุณภาพระบบบริการ ศึกษา รูปแบบ ของ patient journey และบริบทปัจจัยของพื้นที่ ในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบ และออกแบบระบบบริการสุขภาพช่องปากปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ เพื่อจัดสรรและกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่ด้วยโอกาส หรือ กลุ่มเปราะบาง เช่น จัดให้มีทันตแพทย์บริการประจำหรือหมุนเวียนออกให้บริการใน รพ.สต. หรือ PCU, สนับสนุน ทั้งเชิงวิชาการและเชิงบริการแก่ทันตภิบาล ในหน่วยบริการปฐมภูมิในการให้บริการกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ, จัดระบบบริการเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงหรือ palliative care ที่บ้าน, จัดระบบการประสานการดูแลร่วมกันกับสหวิชาชีพ และติดตามการได้รับบริการของผู้ป่วย Case manager เป็นต้น	- อย่างมีส่วนร่วมกับทันตแพทย์ ทันตบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ ทั้งกลุ่ม health และ non-health รวมทั้งผู้ป่วย ญาติ และครอบครัว โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered care) , ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care), Primary care concept: 1A4C และ Multidisciplinary approach - เน้นการใช้ทักษะในการบริหารจัดการเชิงระบบ เพื่อให้เกิดการใช้และกระจายทรัพยากรในการจัดบริการที่เน้นให้เกิดความเท่าเทียม (equity) ของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ โดยคำนึงถึงบริบทแวดล้อมทั้งหมดอย่างรอบด้าน ทั้ง
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากปฐมภูมิ	- ประเมินผลระบบบริการสุขภาพช่องปาก เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง และวางแผนพัฒนางาน และพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร ทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล ในการให้บริการและการสร้างเสริมสุขภาพ ให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ และบริบทของทรัพยากรและองค์ความรู้หรือกลยุทธ์ใหม่ๆ ทั้งทางทันตสุขภาพ ทันตกรรมบริการ ทันตสาธารณสุข และทางสังคมศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	ลักษณะพื้นที่ทางกายภาพ การรวมตัวของชุมชน การอยู่อาศัย อาชีพ ภาษา ศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่น สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ในแต่ละพื้นที่ สามารถยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท ข้อจำกัดต่างๆ และทรัพยากรที่เปลี่ยนแปลงไป

### 3. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน

พื้นที่เป้าหมายของทันตแพทย์ครอบครัว ในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากปฐมภูมินั้น มุ่งเน้นที่การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในระดับพื้นฐานที่สุดขึ้นมา ซึ่งได้แก่ ครอบครัว ชุมชน หมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ที่รับผิดชอบ

ขอบเขตกิจกรรม	จุดเน้นเชิงคุณภาพของทันตแพทย์ครอบครัว
<p>วางแผนและออกแบบระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ของประชาชน แต่ละกลุ่มวัย กลุ่มเป้าหมายพิเศษ รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทที่เกี่ยวข้องในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>-วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปาก ของแต่ละ setting เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถม โรงเรียนมัธยม สถานประกอบการ หน่วยงานต่างๆ รวมทั้งในระดับกลุ่มเป้าหมายประชากรในชุมชน หมู่บ้าน ตำบล หรือ อำเภอ</p> <p>-วางแผนและออกแบบ ดำเนินกิจกรรมและประเมินผล โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก หรือ ร่วมกับสหวิชาชีพในการวางแผนและทำโครงการการสร้างเสริมสุขภาพทั่วไป ด้วยยึดแนวคิด Common risk factor approach</p> <p>-พัฒนาโครงการที่สนับสนุน ผลักดัน หรือมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งจัดการ Social determinant of health ในแต่ละชุมชน แต่ละ setting</p>	<p>-สร้างการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (Social movement) ผ่านการเข้าใจผู้คนและครอบครัว (Family oriented) ในชุมชน</p> <p>-เน้นจัดทำโครงการที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้คน เน้นสำหรับกลุ่มพิเศษต่างๆ เช่น กลุ่มเปราะบาง กลุ่มไร้สิทธิ กลุ่ม Intermediate care กลุ่ม Long term care, palliative care และ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ระดับในพื้นที่ปฐมภูมิ โดยการใช้ข้อมูลการดูแลรายบุคคลในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ มาหาจุดร่วมและเชื่อมโยง เพื่อจัดทำโครงการส่งเสริมป้องกัน ทางทันตสุขภาพ ตามความจำเป็น</p> <p>-ดำเนินโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดยคำนึงถึง บริบทแวดล้อมทั้งหมดอย่างรอบด้าน ทั้งลักษณะพื้นที่ทางกายภาพ การรวมตัวของชุมชน การอยู่อาศัย อาชีพ ภาษา ศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่น สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ในแต่ละพื้นที่</p> <p>-สามารถยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท ข้อจำกัดต่างๆ และทรัพยากรที่เปลี่ยนแปลงไป</p> <p>- การดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีผู้ร่วมดำเนินการจำนวนมากหลากหลายวิชาชีพ หลากหลาย stake holder เน้นใช้ทักษะ Patient-centered approach, leadership, coaching and mentoring และ soft skill ต่างๆ</p>

## 2. ขอบเขตงานทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ

เป็นการดูแลรักษาทางทันตกรรมอย่างเป็นองค์รวมทั้งบำบัด รักษา ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากสำหรับ ผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษด้านต่างๆ เช่น ปัญหาทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ความบกพร่องทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ประสาทสัมผัสการรับรู้ สติปัญญา ปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์ อีกทั้งสภาพทางสังคมความเป็นอยู่ที่ต้องการพึ่งพาผู้ดูแล อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายปัจจัยร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการสื่อสาร อาจมีปัญหาพฤติกรรม ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่สามารถตัดสินใจระบุทางเลือกในการรักษาได้เอง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและการดูแลทำความสะอาดสุขภาพช่องปากประจำวัน ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีความชราภาพเปราะบาง (Frail) ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคสมองเสื่อม (Dementia) ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) นอกจากนั้นขอบเขตงานยังครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบซับซ้อน (Multiple morbidities) ผู้สูงอายุที่มี Geriatric syndrome ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเตรียมช่องปากก่อนการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่ต้องได้รับยารักษาโรคกระดูกพรุน ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องได้รับการฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ หรือได้รับเคมีบำบัดต่างๆ ผู้ป่วยเตรียมรับยาเสพติดทางระบบ ผู้ป่วยปลุกถ่ายอวัยวะ นอกจากนี้ยังรวมถึงการให้การรักษาโรคและดูแลอนามัยช่องปากของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะฟื้นฟูจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังหรือสมองกระทบกระเทือน ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก รวมถึงผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยเฉพาะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยระยะประคับประคองหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตก่อนจะจากไป นอกจากนี้ทันตกรรมสำหรับผู้ที่มีความต้องการพิเศษยังรวมถึงการให้การดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องหรือพิการด้านการมองเห็น การได้ยิน การพูดและการใช้ภาษา สติปัญญา พฤติกรรม และอารมณ์ บุคคลที่มีภาวะบกพร่องในการเรียนรู้ ผู้ใหญ่ที่มีภาวะออทิสติก ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต รวมถึงบุคคลที่มีความกลัวต่อการรักษาทางทันตกรรมเป็นอย่างมากอีกด้วย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลทางทันตกรรมในทุกด้านไม่ใช่เฉพาะการเคลียร์ช่องปากด้วยการถอนฟันหรือผ่าตัดเท่านั้น แต่ยังต้องการทันตกรรมป้องกันและการบูรณะฟื้นฟูด้วยเช่นกัน

จะเห็นได้ว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องอาศัยความรู้และทักษะเฉพาะในการให้การรักษาที่ต้องมีความเข้าใจถึงสภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก และความเป็นตัวตนของผู้ป่วยที่มีความจำเพาะบุคคล การจัดการพฤติกรรม รวมถึงทักษะในการสื่อสารและทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เทคนิคการรักษาที่เหมาะสมกับความต้องการพิเศษด้านต่างๆและวางแผนการรักษาที่สมเหตุสมผลกับผู้ป่วยแต่ละราย (Rational treatment plan)

### 3. ความแตกต่างระหว่างงานทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ กับ งานทันตกรรมครอบครัว

สมรรถนะของทันตแพทย์ครอบครัวมีหลายด้านแต่โดยหลักการแล้วคือเป็นทันตแพทย์ประจำตัวหรือประจำครอบครัวของผู้ป่วย เป็นด่านหน้าและให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมดูแลต่อเนื่องทั้งทางด้านสุขภาพและทางสังคม ทันตแพทย์ครอบครัว เป็นสมาชิก คณะผู้ให้บริการปฐมภูมิของพื้นที่ ดูแลประชากรที่รับผิดชอบในพื้นที่ทุกกลุ่มวัย ทันตแพทย์ครอบครัวดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยของผู้เชี่ยวชาญงานทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ความแตกต่างของทั้ง 2 สาขา คือ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในระดับที่แตกต่างกัน โดยสามารถแบ่งระดับความซับซ้อนของผู้ป่วยได้เป็น 3 ระดับตาม “Case-Mix Tool” ของ British Dental Association (BDA)<sup>(7)</sup> ซึ่งได้รับการยอมรับโดย International Association of Disability and Oral Health (iADH) ทันตแพทย์ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนระดับ 1 ได้ด้วยตนเองทั้งหมด และจะส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนที่มากขึ้นในระดับ 2 และ 3 (ตารางที่ 1) ให้กับผู้เชี่ยวชาญ และหากจัดการพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยได้ดีขึ้นก็จะรับส่งตัวผู้ป่วยกลับมาดูแล maintenance phase โดยทันตแพทย์ครอบครัว

ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนระดับ 1 เป็นผู้ป่วยที่ทันตแพทย์ต้องใช้เวลาให้การรักษานานขึ้น ใช้เวลาในการพูดคุยซักถามทำความเข้าใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยพูดไม่ได้ แต่สามารถสื่อสารโดยการเขียนหรืออ่านริมฝีปากได้ หรือ ในบางกรณีอาจต้องใช้จิตบำบัดเบื้องต้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความกังวลในการรักษาหรือมีพฤติกรรมแสดงออกที่ต้องใช้เวลาสื่อสารมากขึ้น ต้องใช้ทักษะในการฟังและเข้าใจสิ่งที่อยู่ในส่วนลึกในภายใต้พฤติกรรมนั้นๆ (Satir Model therapy) นอกจากนั้นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในระดับนี้อาจมีปัญหาด้านสังคมหรือครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนระดับ 1 จะยอมให้ตรวจสุขภาพช่องปากได้ครบถ้วนแม้พบปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวหรือการรับรู้ที่ไม่ปกติหรือมีโรคทางระบบ (ผู้ป่วยในกลุ่ม ASA class 1 และ 2)

ส่วนผู้ป่วย ทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญนั้น จะเป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนระดับ 2 และ 3 ดังตารางต่อไปนี้



ปัจจัยที่มีผล	ความซับซ้อนระดับ 2	ความซับซ้อนระดับ 3
1.การสื่อสาร	มีปัญหาการสื่อสารที่ลำบาก จากความบกพร่องของประสาทสัมผัสหลายด้าน หรือ ความบกพร่องของการรู้คิดระดับปานกลาง (moderate cognitive impairment)	ไม่สามารถสื่อสารเป็นคำพูดได้ เนื่องจากความบกพร่องของการรู้คิดในระดับรุนแรง (severe cognitive impairment)
2.ความร่วมมือ	มีความบกพร่องด้านต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ ทนต่อการทำหัตถการนานไม่ได้ หรือ มีพฤติกรรมที่ทำให้รับการรักษาไม่ได้ หากไม่ใช้เทคนิคเพิ่มเติมในการ ลดความกังวลและจัดการพฤติกรรมด้วยวิธีจิตบำบัดเช่น CBT หรือ การใช้ยารวมไปถึงการทำ Conscious sedation	มีความบกพร่องด้านต่าง ๆ ที่รุนแรงมาก ทำให้ -ตรวจได้และรักษาไม่ได้ ซึ่งหัตถการอาจจะต้องการรักษา โดยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ และเชี่ยวชาญในการจัดการผู้ป่วยในกลุ่มนี้ - การรักษาใช้ Basic/Advanced sedation - การรักษา ภายใต้การดมยาสลบ ร่วมกับสทิวาซีฟ
3.ความซับซ้อนของโรคทาง การแพทย์	ผู้ป่วยกลุ่ม ASA class 3 ที่สามารถควบคุมสถานะของโรคได้	ผู้ป่วยกลุ่ม ASA class 3 ที่ไม่สามารถควบคุมสถานะของโรคได้ และ ASA class 4
4.ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่ทำให้มีความยุ่งยากในการเข้าถึงสถานที่ให้การรักษาและยูนิตทำฟัน	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อาจต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ เช่น อุปกรณ์ช่วยยก	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลำบาก อาจต้องการให้การรักษาบนเตียงผู้ป่วยและ ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษสำหรับการใช้เครื่องวัดและพยางสัญญาณชีพร่วมด้วย ในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงทางการแพทย์อย่างรุนแรง
5.ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่ 3 ในการดูแลสุขภาพช่องปากและมีความเสี่ยงการเกิดโรคในช่องปากสูงจากการที่ผู้ดูแลไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้อย่างทั่วถึงหรือมีปัจจัยอาหารที่ไม่สามารถปรับได้	ผู้ป่วยไม่สามารถอ้าปากได้ หรือ มีปัญหาการกลืนหรือ ผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นประจำโดยบุคคลที่ 3 ได้ หรือผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากจากทีมสทิวาซีฟในสถานบริบาลที่ไม่ซ้อจำกัดด้านบุคลากร
6.กฎหมายและจริยธรรม	ต้องการ Second clinical opinion ผู้ป่วยไม่สามารถให้คำยินยอมด้วยตนเองได้	ผู้ป่วยต้องได้รับการตัดสินใจจากศาลหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

4.สาขาความเชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับงานทันตกรรมครอบครัวและงานทันตกรรมผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากสาขาที่ออกอนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม	ทันตกรรมครอบครัว	ผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ
1. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	/	/
2. ปรีทันตวิทยา		/
3. ทันตกรรมสำหรับเด็ก	/	/
4. ทันตกรรมจัดฟัน		
5. ทันตกรรมประดิษฐ์		/
6. ทันตสาธารณสุข	/	/
7. วิทยาเอ็นโดดอนต์		/
8. ทันตกรรมหัตถการ		/
9. วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก	/	/
10. ทันตกรรมทั่วไป	/	/
11. ทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดช่องปากใบหน้า		/
12. นิติทันตวิทยา		

## เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนาทางด้านทันตกรรมครอบครัว. Taskforce Report: Family dentistry. ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2562.
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, (โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2559)
3. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ปี 2565 โดยคณะอนุกรรมการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก.
4. ยุทธนา คำนิล, สุรศักดิ์ แก้วเอี่ยม, ผกรภรณ์ พันธุ์พิศาลธุรกิจ. การพัฒนาแนวความคิดการดูแลทางทันตกรรมแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย. ว ทันต สธ. 2566;28:14-31.
5. Khamnil Y, Kao-lean S, Pisarnurakit PP. Scale development to measure the patient perception of patient-centered care of dentists in primary care settings of Thailand: a measurement invariance test. BMC Oral Health. 2023;23(1):626.
6. Lewis D, Fiske J. Guidelines for the Delivery of a Domiciliary Oral Healthcare Service. British Society for Disability and Oral Health; 2009.
7. NHS England. Special care dentistry: Clinical standard. London: NHS England; 2022.
8. Simon JR, Dwyer J, Goldfrank LR. The difficult patient. Emerg Med Clin North Am. 1999;17(2).
9. Ovens H. Part I: The Difficult Patient: Medical and Legal Approaches. Can Fam Physician. 1989;35.
10. Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the Difficult Patient. Am Fam Physician. 2005;72(10).