SERVICE-SYSTEM OUTCOMES OF A VOLUNTEER DENTIST PROGRAM IN KOH MAK, TRAT PROVINCE: AN ANALYSIS USING THE 1A4C CONCEPT

Napassaporn WIRUTTHANATPORN[1*], Wattana PITHPORNCHAIYAKUL[1] and Janpim HINTAO[1]

1 Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Thailand; napas.wir@gmail.com (Corresponding Author)

ABSTRACT

This study aimed to analyze the service-system outcomes of a volunteer dentist program in Koh Mak, Trat Province, through the 1A4C concept, comprising Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination, and Community Participation. A mixed-methods research design was employed, involving stakeholders related to the volunteer dental activities. Eight operational stakeholder groups participated in the study, with a total of 71 informants. Qualitative data were analyzed using content analysis and thematic analysis, and the identified outcomes were categorized according to the five components of the 1A4C framework. The findings showed that the volunteer dentist activities generated outcomes across multiple stakeholder groups and levels of the service system. Community members experienced reduced travel burdens and expenses associated with receiving dental services. Primary care teams had increased availability of dental services and reduced referral burdens. Schools demonstrated outcomes related to oral health promotion, while local businesses experienced reduced costs associated with replacement labor. Dental departments of hospitals in the province experienced reduced burdens in receiving referrals from Koh Mak, while the Provincial Public Health Office experienced a reduced burden in organizing personnel rotation. In addition, volunteer dental personnel reported positive experiences from working in the area. When the identified outcomes were analyzed according to the 1A4C concept, they covered all five dimensions: Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination, and Community Participation, with Coordination and Accessibility emerging as the most prominent dimensions. These findings suggest that the volunteer dentist activities generated outcomes not only for service users but also for the broader dental health service system by reducing barriers to access, strengthening service linkages, facilitating resource coordination, and engaging local partners. The analysis of outcomes from multiple stakeholder groups using the 1A4C concept provides a foundation for assessing social impacts and further developing the study toward a Social Return on Investment (SROI) evaluation.

Keywords: 1A4C; Accessibility; Volunteer Dentist; Island Area; Dental Health Service System

CITATION INFORMATION: Wirutthanatporn, N., Pithpornchaiyakul, W., & Hintao, J. (2026). Service-System Outcomes of a Volunteer Dentist Program in Koh Mak, Trat Province: An Analysis Using the 1A4C Concept. *Procedia of Multidisciplinary Research, 4*(10), 11

การวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงระบบบริการของกิจกรรมทันตแพทย์อาสาในพื้นที่เกาะหมาก จังหวัดตราด ตามแนวคิด 1A4C

ณภัสภรณ์ วิรุศม์ธนัชพร[1*], วรรธนะ พิธพรชัยกุล[1] และ จันทร์พิมพ์ หินเทาว์[1]

1 สาขาวิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; napas.wir@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงระบบบริการของกิจกรรมทันตแพทย์อาสาในพื้นที่เกาะหมาก จังหวัดตราด ผ่านแนวคิด 1A4C ได้แก่ Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination และ Community Participation โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทันตแพทย์อาสา ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงปฏิบัติการ 8 กลุ่ม มีผู้ให้ข้อมูลรวม 71 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการวิเคราะห์เชิงประเด็น แล้วนำผลลัพธ์ที่พบมาจัดหมวดหมู่ตามองค์ประกอบของกรอบ 1A4C ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมทันตแพทย์อาสาก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มและในหลายระดับของระบบบริการ โดยประชาชนมีภาระค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายในการรับบริการทันตกรรมลดลง ทีมปฐมภูมิมีบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นและมีภาระการส่งต่อลดลง โรงเรียนมีผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก สถานประกอบการมีภาระต้นทุนแรงงานทดแทนลดลง ขณะที่โรงพยาบาลในจังหวัดมีภาระการรับส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมลดลง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีภาระในการจัดระบบหมุนเวียนบุคลากรลดลง นอกจากนี้ ทันตบุคลากรอาสายังได้รับประสบการณ์เชิงบวกจากการปฏิบัติงานในพื้นที่ เมื่อนำผลลัพธ์มาวิเคราะห์ตามแนวคิด 1A4C พบว่าผลลัพธ์ครอบคลุมทั้ง Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination และ Community Participation โดยเฉพาะ Coordination และ Accessibility ที่ปรากฏเด่นชัดจากผลลัพธ์ที่สังเคราะห์ได้ ผลการศึกษาสะท้อนว่ากิจกรรมทันตแพทย์อาสาไม่ได้ก่อให้เกิดผลเฉพาะต่อผู้รับบริการ แต่ยังสนับสนุนการจัดระบบบริการผ่านการลดข้อจำกัดในการเข้าถึง การเชื่อมโยงบริการ การประสานทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่ ทั้งนี้ การวิเคราะห์ผลลัพธ์จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มภายใต้แนวคิด 1A4C สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาผลกระทบทางสังคมและการพัฒนาต่อยอดไปสู่การประเมิน Social Return on Investment (SROI) ในระยะต่อไป

คำสำคัญ: 1A4C, การเข้าถึงบริการ, ทันตแพทย์อาสา, พื้นที่เกาะ, ระบบบริการทันตสุขภาพ

ข้อมูลการอ้างอิง: ณภัสภรณ์ วิรุศม์ธนัชพร, วรรธนะ พิธพรชัยกุล และ จันทร์พิมพ์ หินเทาว์. (2569). การวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงระบบบริการของกิจกรรมทันตแพทย์อาสาในพื้นที่เกาะหมาก จังหวัดตราด ตามแนวคิด 1A4C. *Procedia of Multidisciplinary Research, 4*(10), 11

บทนำ

เกาะหมากเป็นพื้นที่เกาะในตำบลเกาะหมาก อำเภอเกาะกูด จังหวัดตราด อยู่ห่างจากฝั่งประมาณ 38 กิโลเมตร การเดินทางเข้าออกพึ่งพาการคมนาคมทางเรือเป็นหลัก มี 2 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านอ่าวนิดและบ้านแหลมสน มีประชากรตามทะเบียนประมาณ 513 คน และมีประชากรแฝงจากภาคการท่องเที่ยวอีกจำนวนหนึ่ง (Koh Mak Subdistrict Administrative Organization, 2025) พื้นที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะหมาก 1 แห่ง แต่ไม่มีทันตบุคลากรประจำ ส่งผลให้ประชาชนที่ต้องการรับบริการทันตกรรมต้องเผชิญข้อจำกัดด้านระยะทาง เวลา ค่าใช้จ่าย รวมถึงความไม่แน่นอนจากสภาพอากาศและการเดินเรือ โดยเฉพาะเมื่อต้องเดินทางไปยังหน่วยบริการหลักบนฝั่งจังหวัดตราด ข้อมูลจากระบบ Health Data Center ในช่วงปี 2565-2567 สะท้อนความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยการได้รับบริการทันตกรรมของวัยทำงานอยู่ที่ร้อยละ 9.3, 15.3 และ 11.2 ตามลำดับ ขณะที่ผู้สูงอายุได้รับบริการร้อยละ 23.8, 21.5 และ 9.8 ตามลำดับ แม้ข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถอธิบายสาเหตุของการได้รับบริการได้โดยตรง แต่สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาระบบบริการควบคู่กับสถานะสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะความสามารถของระบบในการทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม (Ministry of Public Health, 2025) เดิมพื้นที่มีการหมุนเวียนทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์จากโรงพยาบาลเกาะกูดมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะหมากประมาณเดือนละ 1-2 วัน อย่างไรก็ตาม การจัดบริการมีข้อจำกัดจากการบูรณาการกับทีมสหวิชาชีพและสภาพการเดินทางในช่วงฤดูมรสุม ต่อมาในปี 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดได้เริ่มกิจกรรมทันตแพทย์อาสา โดยรับสมัครทันตแพทย์จากพื้นที่ต่าง ๆ เข้ามาให้บริการประมาณเดือนละ 3-5 วัน พร้อมได้รับการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ทั้งสถานประกอบการ ผู้ประกอบการเรือ และโรงพยาบาลในจังหวัด ในด้านที่พัก อาหาร การเดินทาง และวัสดุอุปกรณ์ทางทันตกรรม กิจกรรมดังกล่าวจึงมีลักษณะเป็นการจัดบริการที่อาศัยการเชื่อมโยงทรัพยากรและการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วนเพื่อให้บริการทันตกรรมสามารถเกิดขึ้นในพื้นที่เกาะได้ จากลักษณะของกิจกรรม ผลที่เกิดขึ้นจึงอาจไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะจำนวนประชาชนที่ได้รับบริการ แต่ยังเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล ความครอบคลุมของบริการ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของชุมชน การประเมินผลในระดับดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจว่ากิจกรรมทันตแพทย์อาสาสามารถสนับสนุนระบบบริการทันตสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างไร ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ของกิจกรรมทันตแพทย์อาสาในพื้นที่เกาะหมาก จังหวัดตราด ตามแนวคิด 1A4C เพื่อจัดหมวดหมู่และอธิบายผลลัพธ์ในมิติของการเข้าถึงบริการ (Accessibility) ความต่อเนื่อง (Continuity) ความครอบคลุม (Comprehensiveness) การประสานงาน (Coordination) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับสะท้อนจุดเด่นและประเด็นที่สามารถพัฒนาของระบบบริการทันตสุขภาพในพื้นที่ และนำไปต่อยอดการพัฒนาตัวชี้วัดและรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เกาะในระยะต่อไป

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ความสำคัญกับการจัดบริการที่ตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของประชาชน โดยมุ่งให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานให้บริการอย่างครอบคลุม และเปิดโอกาสให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบ 1A4C ซึ่งประกอบด้วย Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination และ Community Participation และสามารถนำมาใช้พิจารณาการจัดบริการทันตสุขภาพในระดับพื้นที่ได้

Accessibility หมายถึง ความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น โดยมีระยะทาง เวลา ค่าใช้จ่าย และการเดินทางเป็นปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่เกาะหรือพื้นที่ห่างไกล การนำบริการทันตกรรมเข้าไปให้ถึงชุมชนจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการลดข้อจำกัดดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาบริการทันตกรรมอาสาในพื้นที่ห่างไกลของ

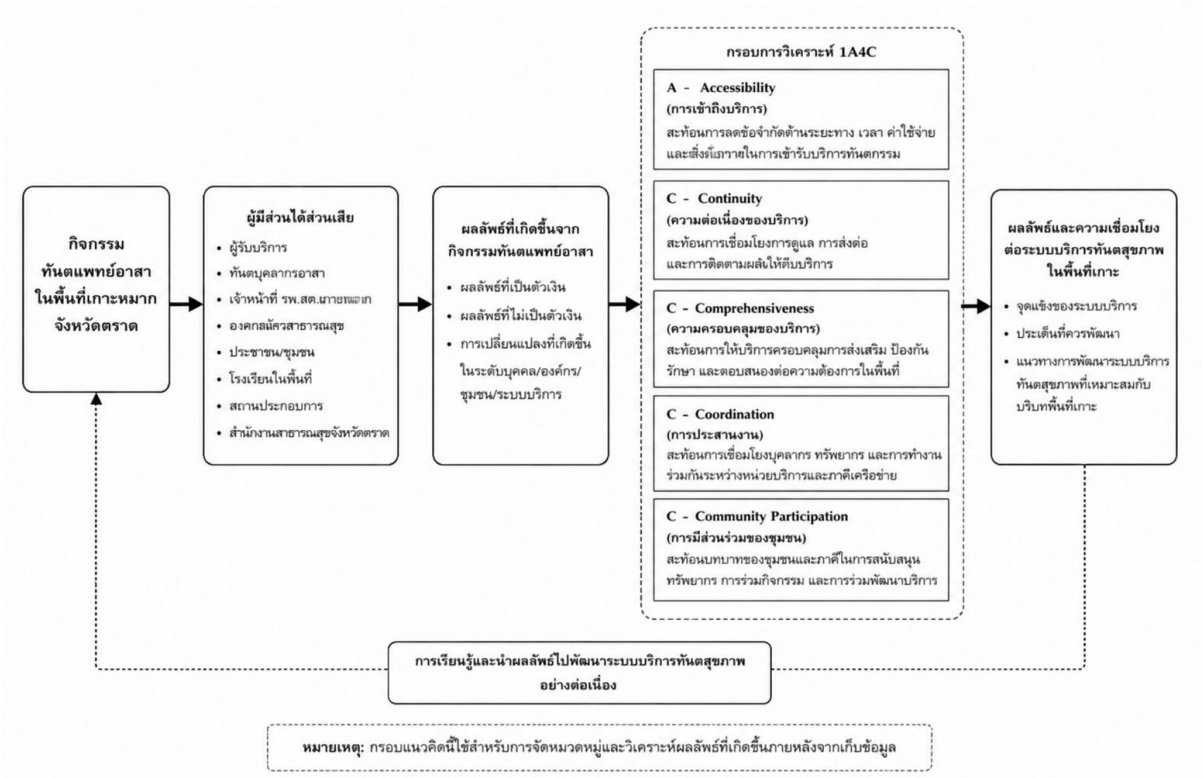
ประเทศออสเตรเลียที่สะท้อนบทบาทของบริการอาสาสมัครในการนำบริการไปยังชุมชนที่เข้าถึงบริการได้ยาก (Patel et al., 2023) ในส่วนของ Continuity เป็นการให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงการดูแล การติดตาม การส่งต่อ และการประสานข้อมูลระหว่างผู้รับบริการ ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และหน่วยบริการ ซึ่งมีความสำคัญต่อการจัดบริการทันตสุขภาพที่ต้องเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยบริการ โดย ภควันต์ จันต๊ะ และคณะ (2561) ได้ประยุกต์ใช้แนวคิด 1A4C ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน นอกจากนี้ Comprehensiveness ซึ่งหมายถึงการจัดบริการให้ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของประชาชน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟู ในด้านทันตสุขภาพ แนวคิดนี้ครอบคลุมทั้งการให้บริการรักษาและการเชื่อมโยงกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชาชนหรือสถานศึกษา ส่วน Coordination จะเป็นเน้นการเชื่อมโยงบุคลากร หน่วยบริการ หน่วยงานภาครัฐ และภาคีเครือข่าย รวมถึงการส่งต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อให้สามารถจัดบริการทันตสุขภาพได้ภายใต้ข้อจำกัดของพื้นที่ แนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาบริการทันตกรรมอาสาในพื้นที่ห่างไกลที่ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันระหว่างทันตบุคลากรและเครือข่ายในพื้นที่ (Patel et al., 2023) รวมถึงการศึกษาที่กล่าวถึงความร่วมมือและการสนับสนุนจากบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินบริการอาสาสมัคร (Fong, 2020) รวมถึง Community Participation ที่ใช้สำหรับสะท้อนบทบาทของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และภาคีในพื้นที่ในการสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยอาจครอบคลุมการสนับสนุนทรัพยากร การร่วมดำเนินกิจกรรม การประสานงาน และการร่วมวางแผนพัฒนาบริการ ทั้งนี้ สุวรรณี ลออปักษิณ และคณะ (2554) และ ภควันต์ จันต๊ะ และคณะ (2561) ได้แสดงให้เห็นการประยุกต์ใช้แนวคิด 1A4C ในงานบริการสุขภาพระดับชุมชนและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสะท้อนการเชื่อมโยงผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ครอบครัว และภาคีในพื้นที่ ตลอดจนการสนับสนุนจากชุมชนและสถานประกอบการในพื้นที่

สมมติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ตั้งสมมติฐานว่า ผลลัพธ์จากกิจกรรมทันตแพทย์อาสาในพื้นที่เกาะหมาก จังหวัดตราด จะสะท้อนองค์ประกอบของระบบบริการตามแนวคิด 1A4C ได้แก่ Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination และ Community Participation โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคาดว่าจะครอบคลุมทั้งการลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ การเชื่อมโยงและความต่อเนื่องของการดูแล ความครอบคลุมของบริการ การประสานงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่าย ตลอดจนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนับสนุนและจัดบริการ ทั้งนี้ การวิเคราะห์จะพิจารณาจากผลลัพธ์และมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสะท้อนบทบาทของกิจกรรมทันตแพทย์อาสาต่อระบบบริการทันตสุขภาพในบริบทพื้นที่เกาะ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิด 1A4C เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์จากกิจกรรมทันตแพทย์อาสาในพื้นที่เกาะหมาก โดยพิจารณาผลลัพธ์จากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และจัดหมวดหมู่ตาม 5 มิติ ได้แก่ Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination และ Community Participation ผลการวิเคราะห์จะนำไปสะท้อนจุดเด่นและประเด็นที่ควรพัฒนาของระบบบริการทันตสุขภาพ และใช้เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เกาะต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ระบบบริการทันตสุขภาพด้วยแนวคิด 1A4C

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบและขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมทันตแพทย์อาสาในพื้นที่เกาะหมาก ตำบลเกาะหมาก อำเภอเกาะกูด จังหวัดตราด และวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของผลลัพธ์ดังกล่าวกับระบบบริการทันตสุขภาพตามแนวคิด 1A4C ได้แก่ Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination และ Community Participation การศึกษาครอบคลุมการดำเนินกิจกรรมในช่วงเดือนตุลาคม 2567 ถึงเดือนกันยายน 2568 โดยมุ่งพิจารณาทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ หน่วยบริการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ผู้ให้ข้อมูลและขอบเขตผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกิจกรรมประกอบด้วย 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทันตบุคลากร ซึ่งรวมทันตแพทย์อาสาและผู้ช่วยทันตแพทย์อาสา 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.)ตำบลเกาะหมาก 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4) ประชาชนผู้รับบริการ 5) ครูโรงเรียนบ้านเกาะหมาก 6) สถานประกอบการ ได้แก่ โรงแรม ร้านอาหาร และผู้ประกอบการเรือโดยสาร 7) กลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาลในจังหวัดตราด และ 8) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามบทบาทและความเกี่ยวข้องกับกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิของกิจกรรม โดยเน้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสะท้อนการเปลี่ยนแปลงหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม จากประสบการณ์จริงของตนเอง ครอบคลุมประเด็นด้านการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล ความครอบคลุมของบริการ การประสานงานระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่าย ตลอดจนการมีส่วนร่วมของชุมชนและสถานประกอบการ ทั้งนี้

การเก็บข้อมูลไม่ได้กำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลต้องตอบตามองค์ประกอบ 1A4C โดยตรง แต่เปิดโอกาสให้ระบุผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงก่อน แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามแนวคิด 1A4C

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา(content analysis) จากประเด็นการเปลี่ยนแปลงและผลลัพธ์จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม แล้วตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลและแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ก่อนนำผลลัพธ์ที่มีหลักฐานสนับสนุนมาจัดหมวดหมู่ตามแนวคิด 1A4C ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน (n) และร้อยละ (%) เพื่อแสดงลักษณะของผู้ให้ข้อมูลและการกระจายของผลลัพธ์ในแต่ละมิติ โดยข้อมูลเบื้องต้นพบผู้ให้ข้อมูลรวม 71 คน และมีผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกับ 1A4C แตกต่างกันตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามแนวคิด 1A4C

ผลลัพธ์จากข้อมูลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะถูกนำมาจัดหมวดหมู่ตาม 5 มิติของ 1A4C ได้แก่ Accessibility การเข้าถึงบริการ, Continuity ความต่อเนื่องของการดูแล, Comprehensiveness ความครอบคลุมของบริการ, Coordination การประสานบริการและทรัพยากร และ Community Participation การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพิจารณาจากเนื้อหาและบริบทของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ทั้งนี้ การวิเคราะห์มุ่งให้เห็นทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น กลไกที่สนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ และประเด็นที่ยังเป็นข้อจำกัดของระบบบริการ เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอสำหรับการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพในบริบทพื้นที่เกาะ ทั้งนี้ แนวคิด 1A4C ใช้ในขั้นตอนการวิเคราะห์และตีความผลลัพธ์ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล มิได้ใช้เป็นกรอบกำหนดคำตอบหรือผลลัพธ์ของผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า

ตารางที่ 1 กระบวนการวิเคราะห์ผลลัพธ์กิจกรรมทันตแพทย์อาสาตามแนวคิด 1A4C

ขั้นตอน	กระบวนการ	ผลที่ได้
1	กำหนดขอบเขตและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	กลุ่มผู้เกี่ยวข้องและแหล่งข้อมูล
2	เก็บข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ผลลัพธ์และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง
3	สังเคราะห์และตรวจสอบผลลัพธ์	ผลลัพธ์ที่มีหลักฐานสนับสนุน
4	จัดหมวดหมู่ผลลัพธ์ตาม 1A4C	Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination และ Community Participation
5	วิเคราะห์เชิงพรรณนาและสังเคราะห์เชิงระบบ	จุดเด่น ข้อจำกัด และประเด็นสำหรับพัฒนาระบบบริการ

ผลการวิจัย

ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

จากการเก็บข้อมูลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทันตแพทย์อาสา มีผู้ให้ข้อมูลรวม 71 คน และ ได้แก่ ทันตบุคลากรอาสา, เจ้าหน้าที่ รพ.สต., อสม., ประชาชนผู้รับบริการ, โรงเรียนบ้านเกาะหมาก, สถานประกอบการ, กลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาลในจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด โดยผลลัพธ์ที่ผู้ให้ข้อมูลระบุมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ที่พบจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและมิติระบบบริการตามกรอบ 1A4C

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่พบ	จำนวน (คน(%))	มิติ 1A4C หลัก	เหตุผล	บทสัมภาษณ์
1	มีโอกาสพักผ่อนและได้รับประสบการณ์เชิงบวกจากการปฏิบัติงานในพื้นที่	34 (47.9%)	Coordination	เกิดขึ้นภายใต้การจัดระบบและความร่วมมือของเครือข่ายที่เอื้อให้บุคลากรเข้ามาปฏิบัติงานในพื้นที่	*“มาทำฟันกิจกรรมทันตแพทย์อาสาได้ประโยชน์กับคนพื้นที่มากค่ะ ส่วนเราเองหลังเลิกงานก็ได้พักผ่อนกับบรรยากาศเกาะหมากทะเลสวยมากเลย”(ทันตแพทย์อาสา)*
2	รพ.สต.มีผลบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น	4 (5.6%)	Accessibility	สะท้อนการเพิ่มโอกาสให้ประชาชนสามารถรับบริการทันตกรรมในพื้นที่ได้โดยตรง	*“ถ้าปกติผลงานด้านทันตกรรมน้อยค่ะ แต่พอมีกิจกรรมทันตแพทย์อาสา ช่วยให้ผลงานตัวชี้วัดทันตกรรมของ รพ.สต.เกาะหมากผ่านไปด้วยดีค่ะ” (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เกาะหมาก)*
3	อสม.ลดภาระการส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรม	12 (16.9%)	Continuity	เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเชื่อมผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการดูแลและส่งต่ออย่างต่อเนื่อง	*“คนเกาะหมาก เวลาปวดฟันต้องส่งตัวไปทำฟันที่โรงพยาบาลบนฝั่ง แต่พอมีกิจกรรมนี้ ประชาชนก็ได้รับบริการที่เกาะเลยค่ะ” (อสม.เกาะหมาก)*
4	ประหยัดค่าเดินทางขึ้นฝั่ง	62 (87.3%)	Accessibility	เป็นผลโดยตรงจากการลดอุปสรรคด้านระยะทางและการเดินทาง	*“ค่าเรือ ค่ารถ สมัยนี้ก็แพง ขึ้นไปทำฟันบนฝั่งแต่ละทีก็ต้องใช้เงินเยอะ พอมีทันตแพทย์อาสามาประจำแบบนี้ พวกเราดีใจ ช่วยประหยัดเงินได้มาก”(ผู้รับบริการทันตกรรม เกาะหมาก)*
5	ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรับบริการทันตกรรม	71 (100%)	Accessibility	สะท้อนการลดข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการ	*“เดี๋ยวนี้ค่าทำฟันที่ฝั่งครั้งนึงเป็นพันนะ รอทำฟันกับกิจกรรมนี้ดีกว่าช่วยประหยัดได้มากเลย” (ผู้รับบริการทันตกรรม เกาะหมาก)*
6	ตัวชี้วัดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพช่องปากดีขึ้น	3 (4.2%)	Comprehensiveness	สะท้อนการเชื่อมบริการทันตกรรมเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษา	*“ดีใจแทนเด็กๆค่ะ มีโอกาสได้ทำฟันกับคุณหมอ และช่วยให้โรงเรียนเราในผลประเมินตัวชี้วัดเรื่องทันตกรรมด้วยค่ะ” (ครู รร.บ้านเกาะหมาก)*
7	ประหยัดค่าแรงทดแทนจากการที่พนักงานไม่ต้องลาขึ้นฝั่งไปทำฟัน	21 (29.6%)	Accessibility	เป็นผลจากการบริการอยู่ใกล้และเข้าถึงได้ทำให้ลดเวลาและ	*“เวลาพนักงานจะไปทำฟันต้องลาไปบนฝั่งค่ะ พวกเราก็ต้องจ้างคนมาแทน แต่พอมีกิจกรรมทันตแพทย์อาสา พนักงานก็ทำฟันที่นี่*

ลำดับ	ผลลัพธ์ที่พบ	จำนวน (คน(%))	มิติ 1A4C หลัก	เหตุผล	บทสัมภาษณ์
				อุปสรรคในการรับบริการ	*เลยไม่ต้องลาไปไหน" (เจ้าของสถานประกอบการ)*
8	ลดภาระการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมจากเกาะหมาก	4 (5.6%)	Coordination	สะท้อนการจัดระบบบริการและการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการ	*"ช่วงปีนี้ รพ.ไม่ได้รับการส่งตัวคนไข้มาทำฟันเลยค่ะ เพราะประชาชนเกาะหมากก็รอรับบริการจากทันตแพทย์อาสาได้" (หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม รพ.ตราด)*
9	ลดภาระการจัดโครงการหมุนเวียนทันตบุคลากรไปเกาะหมาก	2 (2.8%)	Coordination	สะท้อนการจัดการทรัพยากรบุคลากรร่วมกับเครือข่ายเพื่อสนับสนุนบริการในพื้นที่	*"กิจกรรมทันตแพทย์อาสา ได้ความร่วมมือจากคนในพื้นที่ โดยภาครัฐไม่ต้องสนับสนุนงบประมาณเลย เป็นกิจกรรมที่สร้างประโยชน์มากจริง ๆ" (หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์ สสจ.ตราด)*

ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามแนวคิด 1A4C

ผลลัพธ์ที่ได้ถูกนำมาจัดหมวดหมู่ โดยพิจารณาจากความหมายของแต่ละองค์ประกอบของ 1A4C และเปรียบเทียบกับลักษณะผลลัพธ์ที่ปรากฏในงานวิจัย โดยผลลัพธ์จะถูกจัดไว้ในมิติที่สะท้อนลักษณะของผลลัพธ์โดยตรงมากที่สุด

1) Accessibility: การเข้าถึงบริการ

ผลลัพธ์ด้าน Accessibility สะท้อนจากการที่ประชาชนผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมในพื้นที่เกาะหมากได้โดยไม่ต้องเดินทางไปยังพื้นที่ฝั่ง ส่งผลให้เกิดการลดค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการ รวมถึงสถานประกอบการสามารถลดภาระค่าแรงทดแทนในกรณีที่พนักงานไม่จำเป็นต้องเดินทางออกจากพื้นที่เพื่อรับบริการ ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนการลดข้อจำกัดด้านระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับแนวคิด 1A4C ในงานบริการปฐมภูมิที่ให้ความสำคัญกับการจัดบริการและทรัพยากรให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ตามบริบทของพื้นที่ (สุวรรณี ละออปักษิณ และคณะ, 2554; ภควันต์ จันต๊ะ และคณะ, 2561)

"เกาะหมากเราอยู่ห่างไกล เวลามีกิจกรรมเรื่องสุขภาพที่คิดถึงพวกเราชาวเกาะก็รู้สึกอบอุ่นค่ะ และยิ่งเป็นเรื่องสุขภาพฟัน พวกเราลำบากมากเวลามีปัญหา พอมีทันตแพทย์อาสามาให้ประจำแบบนี้ เราก็รู้สึกไม่โดดเดี่ยว เพราะมีบริการทันตกรรมดี ๆมาให้พวกเราถึงที่ รู้สึกขอบคุณมากค่ะ" (ผู้รับบริการทันตกรรม กิจกรรมทันตแพทย์อาสา เกาะหมาก)

2) Continuity: ความต่อเนื่องของการดูแล

ผลลัพธ์ด้าน Continuity ปรากฏจากบทบาทของทีมปฐมภูมิและชุมชน โดยพบว่า รพ.สต.เกาะหมากมีผลบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น อสม.ระบุว่าภาระในการส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมลดลง และกลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาลในจังหวัด ระบุว่าภาระจากการรับส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมจากเกาะหมากลดลง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนการเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต. อสม. และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการให้บริการและส่งต่อผู้รับบริการ ลักษณะของผลลัพธ์ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับ Continuity เนื่องจากสะท้อนการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยบริการและการลดข้อจำกัดในกระบวนการส่งต่อ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิและ อสม. ทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงผู้รับบริการกับระบบบริการในพื้นที่ผลลัพธ์ในลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการจัดหมวดหมู่ตามกรอบ 1A4C ของ อนันต์ พวงคำ และคณะ (2563) ซึ่งจัดผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย และการติดตามผู้ป่วยไว้ในมิติ Continuity ดังนั้น ผลลัพธ์จากกิจกรรมทันตแพทย์

อาสาในการศึกษานี้จึงตีความในมิติ Continuity ได้ในลักษณะของการสนับสนุนความต่อเนื่องของระบบบริการ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการและการส่งต่อผู้รับบริการ

“กิจกรรมทันตแพทย์อาสา พวกเราบันทึกข้อมูลและนัดหมายคนไข้ที่ต้องรักษาต่อเนื่องและส่งมอบรายละเอียดต่อให้คุณหมอท่านต่อไปที่มาบริการค่ะ เพราะชาวบ้านบางคนก็ต้องรักษาทันตกรรมหลายอย่าง” (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เกาะหมาก)

3) Comprehensiveness: ความครอบคลุมของบริการ

ผลลัพธ์ด้าน Comprehensiveness พบจากโรงเรียนบ้านเกาะหมาก โดยผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของโรงเรียนดีขึ้น สะท้อนว่ากิจกรรมทันตกรรมมีความเชื่อมโยงกับงานส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษา และขยายบทบาทการให้บริการทันตกรรมไปสู่การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การจัดผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของกรอบ 1A4C ที่ให้ความสำคัญกับการจัดบริการให้ครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในหลายมิติ โดยงานศึกษาที่ประยุกต์ใช้กรอบ 1A4C ในระบบการดูแลสุขภาพช่องปากจังหวัดเชียงรายได้พิจารณาความครอบคลุมของการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับการดูแลแบบองค์รวมและการเชื่อมโยงบริการในระบบ (รัชนี จันทร์ประสิทธิ์ และรัตนา แสนดี, 2569) ดังนั้น ผลลัพธ์จากกิจกรรมทันตแพทย์อาสาในครั้งนี้จึงสามารถตีความในมิติ Comprehensiveness ได้ในแง่ของการเชื่อมโยงบริการทันตกรรมกับงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในสถานศึกษา ซึ่งสะท้อนการขยายขอบเขตของบริการไปมากกว่าการให้บริการรักษาเฉพาะราย

“เด็กนักเรียนได้มีโอกาสพบคุณหมอฟันต่อเนื่องขึ้น และได้แก้ปัญหาช่องปากของเขาค่ะ สภาวะช่องปากของเด็กนักเรียนในภาพรวมจึงดีขึ้น และยังทำให้ตัวชี้วัดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้นด้วย” (ครู รร.บ้านเกาะหมาก)

4) Coordination: การประสานบริการและทรัพยากร

Coordination เป็นอีกมิติที่ปรากฏเด่นจากข้อมูลเบื้องต้น โดยพบผลลัพธ์จากหลายกลุ่ม ได้แก่ ทีมปฐมภูมิและชุมชน กลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาลในจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงสถานประกอบการและโรงเรียน ผลลัพธ์สำคัญ ได้แก่ การลดภาระการส่งต่อของ อสม. การลดภาระรับส่งต่อของโรงพยาบาล การลดภาระการจัดระบบหมุนเวียนทันตบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการสนับสนุนการจัดบริการของสถานประกอบการ นอกจากนี้ บริบทของกิจกรรมยังมีการสนับสนุนที่พัก อาหาร การเดินทาง และวัสดุอุปกรณ์จากหลายภาคส่วน ซึ่งสะท้อนการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อทำให้บริการทันตกรรมเกิดขึ้นในพื้นที่เกาะ การจัดผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการประยุกต์ใช้กรอบ 1A4C ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งให้ความสำคัญกับการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ บุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายในชุมชน โดยการศึกษาระบบบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งครอบคลุมทั้งพื้นที่เกาะและพื้นที่ท่องเที่ยว (วรรณา จิตรบรรทัด และคณะ, 2564) นอกจากนี้ การศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรังยังอธิบาย Coordination ในกรอบ 1A4C ในลักษณะของการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการศึกษานี้ ซึ่งเกิดจากการเชื่อมโยงบุคลากร หน่วยบริการ ทรัพยากร และภาคีในพื้นที่ จึงสามารถตีความในมิติ Coordination ได้ในแง่ของการประสานบริการและการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อสนับสนุนการจัดบริการทันตสุขภาพในพื้นที่เกาะ

“กลุ่มงานทันตกรรม รพ.คลองใหญ่ช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ทันตกรรมให้ รพสต.เกาะหมากค่ะ เพราะถือเป็นการหมุนเวียนวัสดุอุกรณ์ที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ในภาพรวมจังหวัดด้วย”(หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม รพ.คลองใหญ่)

5) Community Participation: การมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลลัพธ์ด้าน Community Participation สะท้อนผ่านบทบาทของ อสม. โรงเรียน และสถานประกอบการ โดยมีส่วนร่วมในการติดตามและประสานผู้รับบริการ การสนับสนุนการจัดบริการ และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินกิจกรรม ผลดังกล่าวสะท้อนการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่ในการสนับสนุนและเชื่อมโยงทรัพยากร เพื่อให้บริการทันตสุขภาพสามารถดำเนินการได้ในพื้นที่เกาะหมาก จากลักษณะของผลลัพธ์ดังกล่าว สะท้อนมิติ Community Participation ได้ เนื่องจากผลลัพธ์เกิดขึ้นผ่านบทบาทและการสนับสนุนของบุคคลและภาคีในชุมชน

“พวกเราสถานประกอบการยินดีช่วยกันมาก ๆค่ะ เพราะเป็นความอุ่นใจที่มีกิจกรรมทันตแพทย์อาสามาดูแลชาวเกาะ พวกเราเสียสละคนละเล็กคนละน้อย ใครมีห้องพักว่างก็แบ่งปันมา ใครสะดวกสนับสนุนอาหารก็ช่วยกัน เพราะไม่มีหมอเราก็ลำบาก พอมีกิจกรรมดี ๆแบบนี้ เราต้องช่วยกันทำให้กิจกรรมไปต่อได้” (เจ้าของสถานประกอบการโรงแรม ในเกาะหมาก)

จากผลการสังเคราะห์ผลลัพธ์ข้างต้นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 8 กลุ่ม พบว่า Accessibility และ Coordination เป็นมิติที่มีผลลัพธ์ปรากฏเด่นชัด โดย Accessibility สะท้อนจากการลดค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ขณะที่ Coordination สะท้อนจากการลดภาระการส่งต่อ การจัดการทรัพยากร และความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการกับภาคีในพื้นที่ ส่วน Continuity สะท้อนจากการเชื่อมโยงและลดภาระการส่งต่อ Comprehensiveness สะท้อนจากการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน และ Community Participation สะท้อนจากบทบาทของ อสม. โรงเรียน และภาคีในพื้นที่ในการสนับสนุนและประสานการดำเนินกิจกรรม โดยผลลัพธ์ทั้ง 5 มิติสะท้อนบทบาทของกิจกรรมทันตแพทย์อาสาในการสนับสนุนระบบบริการทันตสุขภาพในบริบทพื้นที่เกาะ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า กิจกรรมทันตแพทย์อาสาในพื้นที่เกาะหมากสนับสนุนระบบบริการทันตสุขภาพในหลายมิติของกรอบ 1A4C โดยผลลัพธ์ที่ปรากฏเด่นชัด ได้แก่ Accessibility และ Coordination จากการลดข้อจำกัดด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายของประชาชน รวมถึงการประสานบุคลากร หน่วยบริการ และทรัพยากรจากหลายภาคส่วน ขณะที่ Continuity, Comprehensiveness และ Community Participation สะท้อนผ่านการเชื่อมโยงการส่งต่อ การสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน และบทบาทของภาคีในพื้นที่ตามลำดับ ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการจัดบริการทันตสุขภาพในพื้นที่เกาะมิได้ขึ้นอยู่กับการให้บริการของทันตบุคลากรเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากหน่วยบริการและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยเฉพาะการประสานบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ การเดินทาง และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาบริการทันตกรรมอาสาในพื้นที่ห่างไกลที่ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันระหว่างทันตบุคลากรและเครือข่ายในพื้นที่ (Patel et al., 2023) นอกจากนี้ กิจกรรมยังช่วยเชื่อมโยงการให้บริการกับระบบส่งต่อและงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน รวมถึงเปิดโอกาสให้ อสม. โรงเรียน และสถานประกอบการเข้ามามีบทบาทในการประชาสัมพันธ์ ติดตามผู้รับบริการ จัดเตรียมสถานที่ และสนับสนุนทรัพยากร จึงสะท้อนการทำงานร่วมกันของหน่วยบริการและภาคีในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม บทบาทของภาคีที่พบในการศึกษานี้เป็นการสนับสนุนและประสานงานเป็นหลัก ซึ่งสามารถนำไปต่อยอดเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมในการจัดบริการทันตสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น จากผลการศึกษาดังกล่าวนี้ กิจกรรมทันตแพทย์อาสามีบทบาทในการลดข้อจำกัดและสนับสนุนการจัดระบบบริการทันตสุขภาพในพื้นที่เกาะหมาก ทั้งด้านการเข้าถึงบริการ การเชื่อมโยงการดูแล และการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย ผลลัพธ์ที่พบสามารถใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับการพัฒนาระบบบริการให้มีความต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการวิจัย

1) ควรพัฒนากิจกรรมทันตแพทย์อาสาให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงการทำงานระหว่าง รพ.สต.เกาะหมาก ทันตบุคลากร หน่วยบริการในจังหวัด และภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2) ควรจัดระบบการประสานงานและทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ การเดินทาง และการสนับสนุนจากสถานประกอบการ เพื่อให้การจัดบริการในพื้นที่มีความคล่องตัวและต่อเนื่อง

3) ควรพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้รับบริการ โดยกำหนดบทบาทของ รพ.สต.เกาะหมากและ อสม. ในการประสานและติดตามผู้รับบริการระหว่างหน่วยบริการ

4) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่ โดยเฉพาะโรงเรียน อสม. และสถานประกอบการ ให้มีบทบาทมากกว่าการสนับสนุนทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรติดตามผลลัพธ์ตามกรอบ 1A4C อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการในระยะยาว โดยเฉพาะ Continuity และ Comprehensiveness

2) ควรเก็บข้อมูลต้นทุนและผลลัพธ์จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอสำหรับการประเมิน SROI ในระยะต่อไป

3) ควรศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่เกาะหรือพื้นที่ห่างไกลอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และความเหมาะสมของรูปแบบการจัดบริการในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

Fong, B. (2020). Doctors and voluntary services. *Hong Kong Medical Journal, 26*, 171-173.

Guest, G., Namey, E., & Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLOS ONE, 15*(5), e0232076.

Koh Mak Subdistrict Administrative Organization. (2025). *Koh Mak local information*.

Ministry of Public Health. (2025). *Data for response to oral health branch's service plan*. OHSP.

Patel, J., Bear, N., Long, R., Naoum, S., Slack-Smith, L., & Kruger, E. (2023). The Kimberley Dental Team: A process evaluation of a volunteer dental program serving remote Aboriginal communities in Australia. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 51*(6), 1241-1249.

Patel, J., Long, R., Durey, A., Naoum, S., Kruger, E., & Slack-Smith, L. (2023). The Kimberley Dental Team: A volunteer-based model of care serving remote Aboriginal communities. *Rural and Remote Health, 23*, 7366.

ภควันต์ จันต๊ะ, นิรัชกร ท้าวอาจา, นันทิกร เปาป่า, วิลาพร ใหม่ยะ, มาลินี ท้าวบุญญาภิกุล และ อัจฉริญา สีวัญม้า. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านด้วยกระบวนการ 1A4C ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27*(5), 879-889.

รัชนี จันทร์ประสิทธิ์ และ รัตนา แสนดี. (2569). มุมมองของทีมสหวิชาชีพต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 11*(2), 432-440.

วรรณา จิตรบรรทัด, พิมพ์ชนก เรืองพุทธ, ดวงใจ ทรงเลิศ, จารุวรรณ ยกอิ่น, วราภรณ์ ไทยเจริญ, สุภาวดี เชตุทอง, และ รุ่งนภา เรืองพุทธ. (2564). *ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 11*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวรรณี ลออปักษิณ, แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์ และ สฤษฎิ จันทร์หอม. (2554). รูปแบบการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนตามแนวคิด 1A4C ต่อคุณค่าบริการตามการรับรู้ของครอบครัวและนักศึกษา. *APHEIT Journal, 17*(2), 79-88.

อนันต์ พวงคำ, วลัยลักษณ์ พวงคำ และ ชนินทร์ อังคสิทธิ์. (2020). Development of Specific Continuous Care Model for Post Cardiac Surgery Patient Using 1A4C Concept: A Case Study at Surin Hospital. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 35*(3), 709-719.

Data Availability Statement: The raw data supporting the conclusions of this article will be made available by the authors, without undue reservation.

Conflicts of Interest: The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Publisher's Note: All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article, or claim that may be made by its manufacturer, is not guaranteed or endorsed by the publisher.



Copyright: © 2026 by the authors. This is a fully open-access article distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0).