รายงานวิจัย

Research Articles

สภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ

Oral Health Status and Oral Health Related Quality of Life of Elderly Patients in Geriatric Clinic

*อารีย์ ภูมิประเสริฐโชค**
*Aree Phoomprasertchok**

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000
*Department of Dentistry, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok 65000

Corresponding author e-mail address: jeabaree1581@gmail.com

Received: November 8, 2023
Revised: December 6, 2023
Accepted: December 14, 2023

Abstract

A Multidisciplinary Team of Geriatric Clinic, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital provides care services for frailty, underlying disease with complications and polypharmacy in the elderly. This study aimed to explore the oral health status and oral health related quality of life of those who attended the Geriatric Clinic during July to September 2023. Data collection was performed in 100 elderly patients by interviewing general information and oral impacts on daily performances index: OIDP and oral examination. Data were analyzed with descriptive statistics and multiple logistic regression analysis. Results indicated that most participants were females (63%). Hypertension was the most common systemic disease (76%). Most participants had fewer than 20 remaining teeth (75%). Some participants had less than four posterior occluding pairs (34%), edentulous (33%), 15% of participants were edentulous with no dental substitution. Dental substitution needs evaluated by dentists and themselves were 59% and 31% respectively. The prevalence of oral impacts on daily performances (OIDP > 0) was 63 %. The most common performances affected in eating, cleansing teeth or denture and smiling were 58%, 17% and 11% respectively. Thus, elderly patients in the Geriatric Clinic have oral health status that impacts oral health related quality of life, especially masticatory function. Dental substitution in elderly patients is required.

Keywords: oral health status, elderly, oral health related quality of life
Buddhachinaraj Med J 2023;40(3):246-59.

บทคัดย่อ

ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกให้บริการคลินิกผู้สูงอายุเพื่อตรวจรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง หรือเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่และได้รับยาร่วมกันหลายขนาน การศึกษาแบบพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากด้วยแบบวัด Oral Impacts on Daily Performance Index (OIDP) และตรวจประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วยสถิติถดถอยพหุคูณลอจิสติก พบว่าผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 63 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 76 มีจำนวนฟันธรรมชาติเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ร้อยละ 75 จำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ร้อยละ 34 สูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 33 มีผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันและยังไม่ได้ใส่ฟันเทียมร้อยละ 15 มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมจากการประเมินโดยทันตแพทย์ร้อยละ 59 และประเมินโดยผู้สูงอายุเองร้อยละ 31 ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากร้อยละ 63 ซึ่งเป็นด้านการกินอาหารร้อยละ 58 รองลงมาคือการทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม และสามารถยิ้ม หัวเราะอวดฟันได้ไม่อายใครร้อยละ 17 และ 11 ตามลำดับ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านการกินอาหารและจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป

คำสำคัญ : สภาวะสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปาก
พุทธชินราชเวชสาร 2566;40(3):246-59.

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดนิยามว่า “สังคมผู้สูงอายุ” หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เมื่อมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด[1] สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดประมาณจำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2553-2583 ทั้งนี้ ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 เท่ากับ12 ล้านคน โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มเป็นประมาณ 25 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 และมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 25.1 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2573[2] จึงนับได้ว่าประเทศไทยในปัจจุบันได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้นจากภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย จากแนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุสำหรับทันตบุคลากรนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการเฝ้าระวังและจัดให้เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากเป็นระยะ โดยผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการคัดกรองเบื้องต้นในชุมชนและได้รับการตรวจประเมินปัญหาสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อรับบริการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพทางทันตกรรมตามความจำเป็น[3]

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้สุขภาพช่องปากเป็น 1 ใน 9 ประเด็นของกลุ่มอาการสูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการคัดกรองและประเมิน จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560[4] พบว่ากลุ่มวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-74 ปี) มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 56.1 มีจำนวนฟันเฉลี่ย 18.6 ซี่ต่อคน มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบร้อยละ 40.2 และลดลงในผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80-85 ปี) ซึ่งมีเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีจำนวนฟันเฉลี่ย 10 ซี่ต่อคน และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่เพียงร้อยละ 12.1 ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลงชัดเจน แม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมากกว่าครึ่งมีฟันถาวรใช้งานได้ 20 ซี่ แต่ฟันถาวรที่เหลืออยู่นี้ยังมีปัญหารอยโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการลุกลามที่นำไปสู่ความเจ็บปวด

และการสูญเสียฟัน ซึ่งปัญหาสำคัญคือการสูญเสียฟันโดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปาก ในผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบร้อยละ 8.7 แต่เมื่ออายุ 80-85 ปีเพิ่มสูงถึงร้อยละ 31 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการบดเคี้ยวอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 52.6 โรคปริทันต์อักเสบที่เนื้อเยื่อและกระดูกรองรับรากฟันถูกทำลายร้อยละ 36.3 โดยร้อยละ 12.2 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป) ซึ่งนอกจากจะเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ติดเชื้อ และสูญเสียฟันแล้วยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคเบาหวานด้วย ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และการเข้าสังคม[5-6]

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health Related Quality of Life: OHRQoL) เป็นแนวคิดการขยายมุมมองเรื่องสุขภาพช่องปากให้กว้างขึ้นกว่าเดิม ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเข้าสังคม สามารถประเมินได้หลายวิธี เช่น การใช้ดัชนี Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)[7] การใช้ดัชนี Oral Health Impacts Profile-14 (OHIP-14)[8] และการใช้ดัชนี Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) ซึ่งหลายการศึกษาได้นำคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากประเมินผู้สูงอายุ[9] ผู้สูงอายุติดบ้าน[10] ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียม[11] ผู้ป่วยเบาหวาน[12] ทั้งนี้ผลการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ[13] ตามโมเดลชีวการแพทย์เชิงสังคมของ Wilson และ Cleary[14] แบ่งสุขภาพของบุคคลออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยชีววิทยาและสรีรวิทยา (biological and physiological variables) อาการ (symptoms status) การใช้งานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย (functional status) การรับรู้เรื่องสุขภาพโดยทั่วไป (general health perceptions) และคุณภาพชีวิต (overall quality of life) โดยสภาวะสุขภาพช่องปาก (oral health status) หมายถึง ลักษณะทางคลินิกที่ตรวจพบในช่องปาก ได้แก่ จำนวนซี่ฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ จำนวนฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา จำนวนคู่สบฟันหลัง และสภาวะปริทันต์ อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าวเป็นการประเมินทางคลินิกเพียงด้านเดียว ยังไม่สามารถบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากสภาวะสุขภาพช่องปากได้ คุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากจึงใช้เป็นดัชนีชี้วัดที่แสดงถึงผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุได้รับการตรวจประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก ซึ่งเมื่อทราบปัจจัยสภาวะสุขภาพช่องปากที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัจจัยนั้นๆ ได้

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 เพื่อตรวจและรักษาผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ มีโรคประจำตัวหลายโรค รักษาโดยการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน[15] และมีภาวะเปราะบาง[16] โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการ ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน ต้องรับการดูแลรักษาหลายมิติสุขภาพ ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นอีกหนึ่งมิติสุขภาพที่ต้องดูแลรักษา อนึ่ง ผลการพัฒนาดัชนีประเมินผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน (Oral Impacts on Daily Performances index: OIDP) สะท้อนถึงปัญหาของสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและความต้องการที่แท้จริงได้[17] ซึ่งเป็นดัชนีที่ถูกพัฒนาให้เหมาะสมกับคนไทยในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ แนวคิดของดัชนี OIDP คือสุขภาพช่องปากส่งผลต่อคุณภาพชีวิต 3 ประเด็น ดังนี้ *ผลกระทบมิติทางกายภาพ* 3 กิจกรรม ได้แก่ การกินอาหาร การพูดหรือออกเสียงชัดเจน และการทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม *มิติทางจิตใจ* 3 กิจกรรม ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน อารมณ์และจิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย และสามารถยิ้ม หัวเราะอวดฟันได้ไม่อายใคร และ*มิติทางสังคม* 2 กิจกรรม คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบญาติมิตรและการดำเนินชีวิตทั่วไป[17] การศึกษานี้จึงมี*วัตถุประสงค์*เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุด้วยดัชนี OIDP เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก

ของผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ตรงตามความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุ เพื่อชะลอการเสื่อมถอยของสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ทั้งนี้

กลุ่มอาการสูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการหรือโรคที่พบเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้มีอาการไม่จำเพาะต่อความบกพร่องในระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งชัดเจน แต่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความพิการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะทุพโภชนาการ การสูญเสียความสามารถในการเดิน การหกล้ม และความกลัวการหกล้ม[18]

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 เข้าใจภาษาไทย สามารถตรวจในช่องปากได้ และสามารถตอบคำถามการสัมภาษณ์ได้ การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สูตรเปรียบเทียบสัดส่วนแบบประชากรกลุ่มเดียว (one group: difference from constant) ร้อยละของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจากผลการศึกษาของสุเทียน แก้วมะคำและอารีย์ แก้วมะคำ[10] ที่พบผู้สูงอายุติดบ้านได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากร้อยละ 75.9 คาดว่าผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากในการศึกษานี้เท่ากับ 0.63 กำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และค่าอำนาจการทดสอบ (1-βerror probability) 0.8 ได้ขนาดตัวอย่าง 103 คน ซึ่งเก็บข้อมูลในการศึกษา 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุจากโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ จำนวนซี่ฟันธรรมชาติในช่องปาก [จำนวนฟันธรรมชาติที่ใช้งานได้ (ไม่นับรวมกรณีเหลือแต่รากฟันที่จำเป็นต้องถอนหรือฟันโยกตั้งแต่ 3 degree ที่ต้องถอน) แบ่งเป็นน้อยกว่า 20 ซี่ และ 20 ซี่ขึ้นไป]; จำนวนฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาแบ่งเป็นมีจำนวนฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไปและไม่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา; จำนวนคู่สบฟันหลังทั้งฟันธรรมชาติสบกับฟันธรรมชาติ ฟันธรรมชาติสบกับฟันเทียม และฟันเทียมสบกับฟันเทียม นับรวมทั้งข้างขวาและข้างซ้าย แบ่งเป็นจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่และตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป; สภาวะปริทันต์ซึ่งใช้ระดับการมีร่องลึกปริทันต์ตามดัชนีวัดสภาวะปริทันต์ (Community Periodontal Index: CPI) ซึ่งมีคะแนนดังนี้ CPI 0: เหงือกมีสภาพปกติ, CPI 1: มีเลือดออกที่เหงือก, CPI 2: มีหินน้ำลาย, CPI 3: มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร, CPI4: มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีร่องลึกปริทันต์ (CPI 0-2) และมีร่องลึกปริทันต์ (CPI 3-4) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก[19]

นอกจากนี้ยังศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับชนิดฟันเทียมของผู้สูงอายุและข้อมูลเกี่ยวกับความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมที่ประเมินโดยทันตแพทย์ (normative needs) รวมทั้งสอบถามความต้องการใส่ฟันเทียมจากการประเมินโดยตัวผู้สูงอายุเอง (perceived needs) 2) แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งใช้ดัชนีประเมินผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน (Oral Impacts on Daily Performances index: OIDP)[17] วัดผลโดยบันทึกคะแนนความรุนแรงและความถี่ของผลกระทบในแต่ละกิจกรรม คะแนนความรุนแรงมีค่า 0-5 (0: ไม่กระทบกระเทือน,1: น้อยมาก, 2: น้อย, 3: ปานกลาง, 4: รุนแรง, 5: รุนแรงมาก) สำหรับความถี่ของผลกระทบมีคะแนน 1-5 ประเมินจากการเกิดซ้ำต่อเนื่องหรือจำนวนวันโดยรวมที่มีปัญหา นำคะแนนความรุนแรง

คูณกับคะแนนความถี่ของกิจกรรมนั้นได้เป็นคะแนนปัญหาของแต่ละกิจกรรมมีค่า 0-25 นำคะแนนทั้ง 8 กิจกรรมมารวมกันจะได้ค่าคะแนนสูงสุด 200 คะแนน[17]

การดำเนินการวิจัย เมื่อผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายขั้นตอนในการเข้าร่วมวิจัย ความเสี่ยง ผลประโยชน์ที่จะได้รับและการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยที่ผู้สูงอายุสามารถถอนตัวหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกขั้นตอน ซึ่งการถอนตัวหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ และผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (OIDP) ในห้องตรวจที่เป็นส่วนตัว ไม่มีคนพลุกพล่าน จากนั้นผู้วิจัยตรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก อนึ่ง ขณะเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้ จึงได้เตรียมทีมแพทย์และพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานที่ดำเนินการวิจัยสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที ข้อมูลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูลจะใช้รหัสเพื่ออ้างอิงแทนชื่อ ไม่สามารถย้อนกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลได้ โดยบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ใส่รหัส ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จะเก็บเอกสารไฟล์ข้อมูลการทำวิจัยเป็นเวลา 2 ปีแล้วจะลบข้อมูลจากคอมพิวเตอร์และทำลายเอกสารด้วยเครื่องทำลายเอกสารเมื่อพ้นระยะเวลาดังกล่าว

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุรหัส บันทึกลงคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลเป็นค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน [ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์: interquartile range (IQR) คือ Q1, Q3] วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ได้รับผลกระทบอย่างน้อย 1 กิจกรรม (OIDP > 0) ด้วยสถิติ logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามเอกสารรับรองเลขที่ HREC N0.115/2566 ลงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกที่ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 100 คน มีอายุระหว่าง 64-99ปี อายุเฉลี่ย 78 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 63 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 61 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 42 และสถานภาพหม้ายร้อยละ 42 ว่างงานหรือไม่ได้ทำงานแล้วร้อยละ 87 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทร้อยละ 65 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 69 (ดูรายละเอียดในตารางที่1)

ด้านสุขภาพร่างกายพบว่ามีโรคประจำตัวร้อยละ 96 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 76 มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปร้อยละ 77 ด้านสภาวะสุขภาพช่องปากพบมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 25 (เฉลี่ยจำนวน 24 ซี่ต่อคน) โดยมีจำนวนซี่ฟันธรรมชาติในช่องปากสูงสุด 30 ซี่ มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 30 จำนวนคู่สบฟันหลังทั้งฟันธรรมชาติสบกับฟันธรรมชาติ ฟันธรรมชาติสบกับฟันเทียม และฟันเทียมสบกับฟันเทียม 4 คู่ขึ้นไปร้อยละ 66 มีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 5 ทั้งนี้ ได้ใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 26 ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมที่ประเมินโดยทันตแพทย์ร้อยละ 59 เป็นฟันเทียมบางส่วน ร้อยละ 32 จากการประเมินโดยผู้สูงอายุเองพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 28 ไม่ต้องการใส่ฟันเทียมทั้งฟันเทียมบางส่วนและฟันเทียมทั้งปาก (ดูรายละเอียดในตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	**จำนวน** (ร้อยละ)/**ค่าเฉลี่ย ±** SD
เพศ	
หญิง	63 (63.0)
ชาย	37 (37.0)
อายุ (ปี)	78 ± 6.5
(ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	(64-99)
ศาสนา	
พุทธ	96 (96.0)
อื่น ๆ	4 (4.0)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	61 (61.0)
มัธยมศึกษา	16 (16.0)
อนุปริญญาขึ้นไป	15 (15.0)
ไม่เคยเรียน	8 (8.0)
สถานภาพสมรส	
คู่	42 (42.0)
หม้าย	42 (42.0)
โสด	8 (8.0)
หย่าร้างและแยกกันอยู่	8 (8.0)
อาชีพ	
ว่างงานหรือไม่ได้ทำงานแล้ว	87 (87.0)
ค้าขาย	6 (6.0)
เกษตรกร	5 (5.0)
รับจ้างทั่วไป	2 (2.0)
รายได้/เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
≤ 5,000	65 (65.0)
5,001-15,000	20 (20.0)
> 15,000	15 (15.0)
สิทธิการรักษา	
หลักประกันสังคมสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	69 (69.0)
สิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรง	29 (29.0)
รัฐวิสาหกิจ	2 (2.0)

SD: standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ (n = 100)

ข้อมูลสุขภาพร่างกายและสุขภาพช่องปาก	**ค่าเฉลี่ย ± SD/จำนวน** (ร้อยละ)
ด้านสุขภาพร่างกาย	
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	23.1 ± 4.3
(ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	(12.5-34.7)
มีโรคประจำตัว	96 (96.0)
โรคความดันโลหิตสูง	76 (76.0)
ไขมันในเลือดสูง	61 (61.0)
โรคเบาหวาน	36 (36.0)
มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป	77 (77.0)
ด้านสภาวะสุขภาพช่องปาก	
มีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ 20 ซี่ขึ้นไป (เฉลี่ย 24 ซี่ต่อคน)	25 (25.0)
มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา	30 (30.0)
ฟันธรรมชาติสบกับฟันธรรมชาติ ฟันธรรมชาติสบกับฟันเทียม ฟันเทียมสบกับฟันเทียม 4 คู่ขึ้นไป	66 (66.0)
มีร่องลึกปริทันต์	5 (5.0)
การใส่ฟันเทียม	
ใส่ฟันเทียมทั้งปาก	26 (26.0)
ใส่ฟันเทียมบางส่วน	18 (18.0)
ประเมินความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมโดยทันตแพทย์	59 (59.0)
เป็นฟันเทียมบางส่วน	32 (32.0)
เป็นฟันเทียมทั้งปาก	27 (27.0)
ประเมินความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมโดยผู้สูงอายุเอง	
ไม่ต้องการใส่ฟันเทียมทั้งบางส่วนและทั้งปาก	28 (28.0)
ต้องการใส่ฟันเทียมบางส่วน	16 (16.0)
ต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปาก	15 (15.0)
ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	
แปรงฟันด้วยยาสีฟันวันละ 2 ครั้ง (เช้าและก่อนนอน)	76 (76.0)
ใช้เวลาแปรงฟัน 1 นาที	49 (49.0)
ใช้เวลาแปรงฟัน 2 นาที	43 (43.0)
ใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก*	19 (19.0)
ไม่แปรงฟันก่อนนอน	16 (16.0)
บ้วนปากด้วยน้ำเปล่าไม่แปรงฟัน	11 (11.0)
ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนและทั้งปากทำความสะอาดฟันเทียมด้วยการถอดออก แล้วแปรงด้วยยาสีฟัน (n = 44)	41 (93.2)

SD: standard deviation (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)/(ส่วนสูง (เมตร) ยกกำลังสอง

*อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่ ไหมขัดฟัน น้ำยาบ้วนปาก แปรงซอกฟัน และไม้จิ้มฟัน

คุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากที่ได้รับผลกระทบพบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกที่ได้รับผลกระทบอย่างน้อย 1 กิจกรรม (OIDP > 0) มีร้อยละ 63 มีค่าคะแนนของปัญหาโดยรวมระหว่าง 1-61 คะแนน ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 9 (4, 12) มีผลกระทบต่อการกินอาหารร้อยละ 58 การทำความสะอาดช่องปากและฟันเทียมร้อยละ 17 สามารถยิ้ม หัวเราะอวดฟันได้ไม่อายใครร้อยละ 11 อนึ่ง ค่าความรุนแรงของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตพบว่ามีผลกระทบระดับน้อยร้อยละ 38 และระดับปานกลางร้อยละ 30 ปัญหาที่มีความรุนแรงระดับมาก คือ การกินอาหารร้อยละ 5 (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปาก (n = 100)

กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ได้รับผลกระทบ*	**จำนวน** (ร้อยละ)	**คะแนน**† ต่ำสุด-สูงสุด	**ค่ามัธยฐาน** (Q_1, Q_3)
การกินอาหาร	58 (58.0)	0-25	4 (0, 6)
การพูดหรือออกเสียงชัดเจน‡	10 (10.0)	0-12	0 (0, 0)
การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม‡	17 (17.0)	0-25	0 (0, 0)
การนอนหลับ พักผ่อน	0	0	0
อารมณ์และจิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย‡	3 (3.0)	0-8	0 (0, 0)
สามารถยิ้ม หัวเราะอวดฟันได้ไม่อายใคร‡	11 (11.0)	0-20	0 (0, 0)
เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบญาติมิตร‡	4 (4.0)	0-12	0 (0, 0)
การดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไป‡	1 (1.0)	0-9	0 (0, 0)

ระดับความรุนแรงของผลกระทบ	**จำนวน** (ร้อยละ)				
	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก
การกินอาหาร	6 (6.0)	21 (21.0)	19 (19.0)	7 (7.0)	5 (5.0)
การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน	4 (4.0)	2 (2.0)	4 (4.0)	0	0
การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม	4 (4.0)	9 (9.0)	3 (3.0)	1 (1.0)	0
การนอนหลับ พักผ่อน	0	0	0	0	0
อารมณ์และจิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย	1 (1.0)	0	1 (1.0)	1 (1.0)	0
สามารถยิ้ม หัวเราะอวดฟันได้ไม่อายใคร	3 (3.0)	4 (4.0)	1 (1.0)	2 (2.0)	1 (1.0)
เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบญาติมิตร	0	2 (2.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	0
การดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไป	0	0	1 (1.0)	0	0

*ผู้สูงอายุแต่ละคนสามารถได้รับผลกระทบมากกว่า 1 กิจกรรม

†คะแนนเต็มของปัญหา (OIDP) โดยรวม = 200 คะแนน, ในแต่ละกิจกรรม = 25 คะแนน

‡ตัวแทนของค่ากลางจากกิจกรรมนั้นไม่ได้รับผลกระทบ

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต* จากการวิเคราะห์ด้วย Logistic Regression

สภาวะสุขภาพช่องปาก	จำนวน (ร้อยละ) ได้รับผลกระทบ/ไม่ได้รับผลกระทบ	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
จำนวนซี่ฟันตามธรรมชาติ < 20 ซี่	55 (87.3)/20 (54.1)	5.84 (2.18-15.63)	4.85 (1.60-14.67)
จำนวนคู่สบฟันหลัง < 4 คู่สบ	32 (50.8)/2 (5.4)	18.06 (3.99-81.67)	15.89 (3.-39-74.44)

*คุณภาพชีวิตที่ได้รับผลกระทบอย่างน้อย 1 กิจกรรม (OIDP > 0)

OR: odds ratio, 95% CI: 95% confidence interval

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิดด้านมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติ logistic regression พบว่าจำนวนซี่ฟันธรรมชาติในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปาก 4.9 เท่าของผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติตั้งแต่ 20ซี่ขึ้นไป (adjusted OR = 4.85, 95%CI = 1.60-14.67) และจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปาก 15.9 เท่าของผู้สูงอายุที่มีจำนวนคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่สบขึ้นไป (adjusted OR = 15.89, 95%CI = 3.39-74.44) (ดูรายละเอียดในตารางที่ 4)

วิจารณ์

จากผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 78 ปี นั่นคือเป็นผู้สูงอายุวัยกลาง ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง โดยผลการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นความดันโลหิตสูงถึง 3 ใน 4 รองลงมา คือ ไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน เช่นเดียวกับรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560[4] ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุ 3 ใน 4 แปรงฟันด้วยยาสีฟันวันละ 2 ครั้งในตอนเช้าและก่อนนอน ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุใช้เวลาแปรงฟันประมาณ 1 นาที ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก ได้แก่ ไหมขัดฟัน น้ำยาบ้วนปาก แปรงซอกฟัน และไม้จิ้มฟัน นอกจากนี้มีผู้สูงอายุ 1 ใน 10 ที่ไม่แปรงฟันหรือทำความสะอาดในช่องปากเนื่องจากไม่มีฟันในช่องปากแล้ว อีกทั้งผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนและฟันเทียมทั้งปากส่วนใหญ่ทำความสะอาดฟันเทียมด้วยการถอดออกแล้วแปรงด้วยยาสีฟัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของอุดมพร ทรัพย์บวร[20]

สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในการศึกษานี้พบว่าดีกว่าผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560[4] ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายอาจเนื่องจากฟันธรรมชาติเหลืออยู่ในช่องปากสูงสุด 30 ซี่ โดยผู้สูงอายุ 1 ใน 4 มีฟันธรรมชาติในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป ต่างจากผลการศึกษาของสิริพร สาสกุล และคณะ[6] ที่ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 มีจำนวนฟันธรรมชาติในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป อาจเป็นเพราะกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาของสิริพร สาสกุล และคณะ[6] ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น ผลการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 3 มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยการอุดฟันหรือถอนฟัน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจึงไม่ทราบสภาวะสุขภาพช่องปากของตนเองและไม่มีอาการเจ็บปวดจากฟันที่ผุจึงไม่ทราบ รวมถึงบางคนกลัวที่จะต้องถอนฟัน ในกรณีที่ฟันผุซี่นั้นไม่สามารถรักษาได้ด้วยการอุดฟันหรือไม่สามารถเดินทางมารับการรักษาที่สถานบริการได้ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนยังมีฟันผุหรือรากฟันค้างอยู่หลายซี่ ต่างจากผลการศึกษาของสุพัตรา วัฒนแสน และคณะ[21] ที่พบผู้สูงอายุถึง 2 ใน 3 ที่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา เช่นเดียวกับผลการศึกษาของวรางคนา เวชวิธีและสุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา[22] ในเรื่องจำนวนคู่สบฟันหลังที่ศึกษาการประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยระยะที่ 1 พ.ศ. 2558-2561

และผลการศึกษาของอรวรรณ นามมนตรี และคณะ[23] ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 2 มีฟันธรรมชาติใช้งานตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป มีคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไปเกือบ 1 ใน 3 แต่มีร่องลึกปริทันต์ 4 มม. ขึ้นไปเพียง 1 ใน 20 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุหนึ่งในสามสูญเสียฟันทั้งปากไปแล้ว ฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ในช่องปากมักสึกมากในด้านบดเคี้ยว และเป็นโรคฟันผุ แตกต่างจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560[4] ที่พบโรคปริทันต์เกือบ 1 ใน 3 และผลการศึกษาของพัชรี เรืองงาม[24] ที่พบเป็นโรคปริทันต์ 1 ใน 5

ในการศึกษานี้ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมบางส่วนเกือบ 1 ใน 6 ใส่ฟันเทียมทั้งปากกว่า 1 ใน 4 เพื่อทดแทนการสูญเสียฟันธรรมชาติไปบางส่วนและสูญเสียฟันธรรมชาติไปทั้งหมดแล้ว โดยสูญเสียฟันทั้งปากเกือบ 1 ใน 3 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของพัชรี เรืองงาม[24] ที่พบการสูญเสียฟันทั้งปากเกือบ 1 ใน 3 และผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2560[4] ที่พบว่าเมื่ออายุ 80-85 ปีสูญเสียฟันทั้งปากเกือบ 1 ใน 3 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุอยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนกลางถึงตอนปลายทำให้สูญเสียฟันทั้งปากไปก่อนหน้าแล้ว นอกจากนี้ในบางคนได้ใส่ฟันเทียมทั้งปากถึงชุดที่ 3 ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับฟันเทียมได้ดี ใช้ฟันเทียมในการเคี้ยวอาหารได้ จึงทำให้ได้รับผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันค่อนข้างน้อย เช่นเดียวกับผลการศึกษาของพินโญ หงษ์ยิ้ม และคณะ[25] ที่พบว่าผู้สูงอายุเพียง 1 ใน 5 ที่ได้รับผลกระทบอย่างน้อย 1 กิจกรรมคือการกินอาหาร และผลการศึกษาของวิภารัตน์ ยวดยิ่งและคณะ[26] ที่ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีถึงดีมาก สามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างหลากหลาย ส่งผลดีต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่พบว่าพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการแปรงฟันทั้งฟันธรรมชาติและฟันเทียมต้องได้รับคำแนะนำเพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถทำความสะอาดช่องปากได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเพียงพอ[27] ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ในกรณีที่ยังมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ ส่วนการทำความสะอาดฟันเทียมไม่ควรใช้ยาสีฟันที่มีผงขัดเพราะจะทำให้ฟันเทียมที่เป็นพลาสติกสึกเร็วขึ้น ควรใช้น้ำยาล้างจานหรือน้ำสบู่และแปรงสีฟันขนนุ่ม[28]

ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมกว่าครึ่งที่ประเมินโดยทันตแพทย์นั้นเป็นฟันเทียมทั้งปากกว่า 1 ใน 4 เป็นฟันเทียมบางส่วนกว่า 1 ใน 3 เนื่องจากสันเหงือกว่างที่ยังไม่ได้ใส่ฟันเทียมซึ่งมีทั้งสันเหงือกว่างทั้งขากรรไกรบนและล่าง สันเหงือกว่างบางส่วน และใส่ฟันเทียมบางส่วนอยู่แล้ว แต่ได้ถอนฟันซี่อื่นเพิ่มจึงควรใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่ถอนไปเพื่อใช้บดเคี้ยวอาหาร หรือฟันเทียมเดิมหลวมเวลาเคี้ยวอาหาร ขยับมาก เวลาพูดต้องคอยกัดเน้นฟันเพื่อไม่ให้ฟันเทียมหลุด และด้านบดเคี้ยวของฟันเทียมสึกมาก ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ส่วนการประเมินโดยผู้สูงอายุเองผู้สูงอายุ 1 ใน 7 ต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ผู้สูงอายุ 1 ใน 6 ต้องการใส่ฟันเทียมบางส่วน และผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 4 ไม่ต้องการใส่ฟันเทียมทั้งฟันเทียมบางส่วนและฟันเทียมทั้งปาก เนื่องจากมีประสบการณ์เคยเห็นคนใกล้ชิดใส่ฟันเทียมแล้วมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ เห็นเพื่อนบ้านใส่ฟันเทียมแล้วมีน้ำลายไหลมุมปาก รำคาญที่ต้องใส่และถอดทุกครั้งหลังกินอาหาร รู้สึกอึดอัดไม่สบายในช่องปากเวลาใส่ฟันเทียม และผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมอยู่แล้วไม่ต้องการทำใหม่เพราะคุ้นเคยกับการใช้ฟันเทียมเดิมอยู่แล้วแม้ว่าฟันเทียมเดิมยึดได้น้อยลงหรือด้านบดเคี้ยวของฟันเทียมสึกเพิ่มขึ้น ไม่ต้องการปรับตัวกับฟันเทียมใหม่ และไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลหลายครั้งเพื่อทำฟันเทียม ซึ่งผลการศึกษานี้มีทั้งสอดคล้องและแตกต่างกับผลการศึกษาของสถาพร จันทร[5] ที่พบว่าผู้สูงอายุกว่าครึ่งต้องการใส่ฟันเทียม ในขณะที่การประเมินโดยทันตแพทย์พบว่าผู้สูงอายุเกือบ 6 ใน 7 จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม แต่ผู้สูงอายุกว่า 1 ใน 4 ไม่ต้องการใส่ฟันเทียม และจากผลการศึกษาของพัชรี เรืองงาม[22] ที่ผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 4 ต้องการใส่ฟันเทียม

คุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากที่ได้รับผลกระทบพบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบอย่างน้อย 1 กิจกรรม (OIDP > 0)

กว่า 2 ใน 3 มีค่าคะแนนของปัญหาโดยรวมอยู่ระหว่าง 1-61 คะแนน มีค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 9 (4, 12) ผลกระทบที่มากที่สุดคือการกินอาหาร ถึงกว่าครึ่ง รองลงมาคือการทำความสะอาดช่องปากและฟันเทียมเกือบ 1 ใน 5 และการยิ้มหัวเราะอวดฟันได้ไม่อายใครกว่า 1 ใน 10 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของพัชรี เรืองงาม[22] และผลการศึกษาของสถาพร จันทร[5] ส่วนการดำเนินชีวิตทั่วไปมีปัญหาน้อยที่สุด เช่นเดียวกับผลการศึกษาของสุเทียน แก้วมะคำและอารีย์ แก้วมะคำ[10] และผลการศึกษาของศศิกร นาคมณี[11] ส่วนจากผลการศึกษาของเศรษฐพล เจริญธัญรักษ์ และคณะ[12] พบว่ากว่าครึ่งได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยพบรุนแรงมากที่สุดในเรื่องการกินอาหาร อีกทั้งผลการศึกษาของพิมพาภรณ์ กุลตังวัฒนา[13] พบว่าผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวันนั้นพบปัญหาด้านการกินอาหารบ่อยที่สุดและรุนแรงมากที่สุด รองลงมาคือด้านการยิ้ม ซึ่งน่าจะเนื่องจากการกินอาหารเป็นกิจวัตรประจำวัน เมื่อไม่มีฟันที่ใช้บดเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากมากที่สุด

ปัจจัยสภาวะสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนซี่ฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปาก 4.9 เท่าของผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป (adjusted OR = 4.85, 95%CI = 1.60-14.67) แต่เนื่องจากค่า 95%CI มีช่วงกว้างอาจมีตัวแปรแทรกซ้อน เช่น ผู้สูงอายุสามารถใช้ฟันเทียมได้ดี หรือได้ปรับชนิดและวิธีปรุงอาหารทำให้แม้จะมีฟันธรรมชาติน้อยกว่า 20 ซี่ก็ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ส่วนจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปาก 15.9 เท่าของผู้สูงอายุที่มีจำนวนคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่สบขึ้นไปนั้น (adjusted OR = 15.89, 95%CI = 3.39-74.44) จึงควรศึกษาเรื่องนี้อย่างเฉพาะเจาะจงนับจำนวนคู่สบฟันหลังเฉพาะฟันธรรมชาติและคำนวณขนาดตัวอย่างให้เพียงพอ

ข้อมูลที่นำเสนอนี้สรุปได้ว่าผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการใช้ชีวิตประจำวันด้านการกินอาหารมากที่สุด โดยปัจจัยสภาวะสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านมิติสุขภาพช่องปากได้แก่ จำนวนซี่ฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่และจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการรักษาโรคฟันผุและโรคปริทันต์เพื่อลดการสูญเสียฟันและฟื้นฟูสภาพทางทันตกรรมด้วยการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป รวมทั้งควรได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากทั้งฟันธรรมชาติและฟันเทียมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องโดยทันตบุคลากรที่มีบทบาทหลักในการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นระยะ และให้บริการสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์เชาวลิต หลักดี สำหรับคำปรึกษาแนะนำในการทำวิจัย ขอขอบคุณอาจารย์จตุพร เสือมี สำหรับคำปรึกษาในการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกผู้สูงอายุที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้สูงอายุและญาติที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Sukhothai Thammathirat Open University. Aging Society: Implication for economic development [Internet]. 2011 [cited 2023 May 22]. Available from: https://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html
2. Office of the National Economic and Social Development Council. Report of the Population Projections for Thailand 2010-2040 (Revision) [Internet]. 2019 Aug [cited 2023 May 25]. Available from: https://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย%20พศ%202553%20-%202583%20(ฉบับ_2315.pdf
3. Dalodom S. Thailand oral health plan for the elderly phase 1 [Internet]. 2016 [cited 2023 May]. Available from: https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/download_doc/upload25.pdf
4. Bureau of Dental Health. Oral health promotion for people to have good health. Report on the results of the 8th National Oral Health Survey, Thailand, 2017 [Internet]. 2018 Jul [cited 2023 May 20]. Available from: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf
5. Chanthorn S. Oral health-related quality of life of older people in Chachoengsao District. Thai Dent Public Health J [Internet]. 2008 May 30 [cited 2023 Jun 26];13(3):158-68. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo/article/view/208872/144789
6. Sasakul S, Tanya S, Srisilapanan P. Oral health-related quality of life and the number of remaining teeth among rural Thai older people in Northern Thailand. J Gerontol Geriatr Med [Internet]. 2021 Apr 23 [cited 2023 Jun 29];20(1):1-10. Available from: https://journalggm.org/article_pdf-PA20025.pdf/
7. Venkatesan A, Ramalingam S, Seenivasan MK, Narasimhan M. Evaluation of oral health status using the Geriatric Oral Health Assessment Index among the geriatric population in India: A Pilot Study. Cureus 2020;12(3):e7344. doi: 10.7759/cureus.7344
8. Buaban K. The relationship between oral conditions on the quality of life in the elderly Mae Ramat District, Tak Province. J Gerontol Geriatr Med [Internet]. 2017 Dec [cited 2023 Jun 20];16(2-3):45-56. Available from: https://journalggm.org/article_pdf-PA19013.pdf/
9. Phudphong A. Oral Impacts on life quality of elderly in Khonsan District, Chaiyaphum Province. Chaiyaphum Med J [Internet]. 2014 Aug 1 [cited 2023 Jun 20];34(2):49-58. Available from: https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/7395/6785
10. Kaewmakam S, Kaewmakam A. Oral health related quality of life of homebound elderly in Chiangkhong District, Chaiangrai Province. Chiagrai Med J [Internet]. 2018 Jun 30 [cited 2023 Jun 20];10(1):37-47. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/181629/128735
11. Nakmanee S. Quality of oral health-related quality of life among elderly complete denture wearers at Bangpakong Hospital. J

Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center [Internet]. 2018 Mar 21 [cited 2023 June 20];35(1):30-9. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/94676/89492

12. Charoentanyarak S, Khiewyoo J, Weraarchakul W. Oral health related quality of life among diabetes mellitus patients: A case study in Suwannakuha District, Nongbualumphu Province. Srinagarind Med J [Internet]. 2014 Aug 31 [cited 2023 June 20];29(4): 339-44. Available from: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/showpdf.php?file_pdf=1880_3_Settapon.pdf&art_id=1880&x=1
13. Kultangwattana P. Elder with geriatric syndromes and oral health related quality of life in Nongbualamphu Hospital. RHPC 9 J [Internet]. 2022 Mar 28 [cited 2023 Jun 20]; 16(2)380-90. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/256079/174944
14. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995;273(1):59-65.
15. Ruangritchankul S. Polypharmacy in the Elderly. Ramathibodi Med J 2018;41(1): 95-104. https://doi.org/10.14456/rmj.2018.9
16. Ongmekiat T. Frailty in older adults: A case study.Thai J Nurs Counci 2018;33(3):5-19.
17. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impact on daily performance. In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill, North Carolina State, USA: University of North Carolina; 1997. p.151-60.
18. Noimontree W. Fear of falling: Geriatric syndrome and nursing role using evidence-base practice. JFNBU 2018;26(3):1-10.
19. World Health Organization. Oral health surveys: Basic methods. 5th ed [Internet]. 2013 [cited 2023 May 22]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649_eng.pdf?sequence=1
20. Subbowon U. Oral health care behaviors among the elderly in Nakonchaisi Sub-distric, Nakhonchaisi Distric, Nakhon Prathom. Region 4-5 Med J 2019;38(4): 244-55.
21. Watthanasaen S, Noksot K, Wannok N, Rammaneerattanakul N. Factors associated with oral health-related quality of life among elders at Nang Rong municipality elderly School, Buriram Province. Thai Dent Nurs J 2020;31(2):121-35.
22. Vejvithee W, Mongkolchaiarunya S. The comprehensive evaluation of Thailand Oral Health Plan for The Elderly Phase 1 (2015-2018). JHEALTH 2022:45(2):76-88.
23. Nammontri O, Somchai K, Boonkhai A, Buppata S. Oral health-related quality of life of the elderly in HuaiNuea, Kunkhan District, Si Sa Ket Province. Thai Dent Nurs J 2021;32(1):14-27.
24. Rueang-ngam P. Oral health related to quality of life among the elderly population in Phran Kratai Hospital Area. Sawanpracharak Med J 2021;18(2):130-41.

25. Hongyim P, Sittivaranan M, Kachapong S. The Impacts of dental prosthetic wearing on elderly's quality of life in Saingam Distric, Kamphaeng Phet Province. Thai Dent Public Health J 2017;22(1):37-47.
26. Youdying W. The relationship between denture quality, masticatory performance and oral health-related quality of life and happiness of using denture in elderly complete denture wearers. HDR.NR 2020; 6(2):58-75.
27. Sonpanao P. Oral health care for the elderly. HRD.NR [internet]. 2019 [cited 2023 Jun 20];5(1):4-12. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247516/168135
28. Settavanit D. Cleaning methods for removable dentures. AJCPH [internet]. 2021 [cited 2023 Jun 20];7(1):1-15. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/248008/169159