

การติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุ ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน  
โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี : 3-5 ปี ภายหลังการรักษา  
Follow-up on Complete Denture Use in Elderly Patients Under  
the Royal Dental Prosthesis Project at Nongyasai Hospital,  
Suphanburi Province: 3–5 Years Post-Treatment

อนิรัฏฐ์ เทิดปฐวีพงศ์

Anirat Therdpattawepong

โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี

Nongyasai Hospital Suphanburi Province

(Received: August 28, 2025; Revised: December 6, 2025; Accepted: December 20, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ เพื่อประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสอง ในผู้สูงอายุ 73 คน (อายุเฉลี่ย  $71.38 \pm 7.89$  ปี) ที่ใส่ฟันเทียมจากโครงการฟันเทียมพระราชทานระยะเวลา 3-5 ปี เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพฟันเทียม และแบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาคุณภาพฟันเทียมที่พบบ่อยที่สุดคือ การยึดอยู่ (ร้อยละ 45.2) ความเสถียร (ร้อยละ 34.2) และการสบฟัน (ร้อยละ 31.5) ด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่า ร้อยละ 53.4 ได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างน้อยหนึ่งด้าน โดยการกินอาหารเป็นกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด (ร้อยละ 41.1) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีคุณภาพชีวิตในระดับดีมาก (ร้อยละ 46.6) และดี (ร้อยละ 31.5) ทั้งนี้ คุณภาพฟันเทียมด้านการยึดอยู่ ความเสถียร ความสูงของฟันเทียม และการออกเสียง และการสบฟัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการติดตามเพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาฟันเทียมอย่างสม่ำเสมอมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ฟันเทียมทั้งปาก, คุณภาพฟันเทียม, คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, โครงการฟันเทียมพระราชทาน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Anirat Therdpattawepong, E-mail: aniratt1@hotmail.com)

## Abstract

The objectives of this descriptive cross-sectional study were to evaluate the quality of complete dentures, assess the oral health-related quality of life (OHRQoL), and analyze the association between these variables. The sample consisted of 73 elderly participants (mean age  $71.38 \pm 7.89$  years) who had worn complete dentures from the Royal Denture Project for 3-5 years. Research instruments included a general information questionnaire, a denture quality assessment checklist, and the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) index. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Fisher's exact test. The findings revealed that the most prevalent denture quality issues were inadequate retention (45.2%), stability (34.2%), and occlusion (31.5%). Regarding OHRQoL outcomes, 53.4% of participants reported at least one impact on their daily performance, with eating being the most affected activity (41.1%). Nevertheless, the majority had 'very good' (46.6%) or 'good' (31.5%) OHRQoL. A significant association was found between OHRQoL and denture quality in terms of retention, stability, vertical dimension and phonetics, and occlusion ( $p < 0.001$ ). This suggests that the functional aspects of dentures are crucial determinants of OHRQoL, highlighting the need for regular follow-up systems for the assessment and maintenance of ill-fitting dentures to preserve the quality of life in this population.

**Keywords:** Complete denture, Denture quality, Oral health-related quality of life, Elderly, Royal Denture Project

## บทนำ

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาทันตสุขภาพที่สำคัญและเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 ชี้ให้เห็นว่าการสูญเสียฟันยังคงเป็นปัญหาหลัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ 80-85 ปี ซึ่งมีฟันถาวรใช้งานได้เฉลี่ยเพียง 11.7 ซี่ต่อคน และร้อยละ 23.1 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาวะสูญเสียฟันทั้งปาก (สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2567) ภาวะไร้ฟันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านการบดเคี้ยวอาหาร การพูดออกเสียง การแสดงออกทางสังคม และภาพลักษณ์ ซึ่งล้วนมีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการ สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (จุฑารัตน์ หาญอาษา, 2567; สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2567)

เพื่อแก้ไขปัญหานี้ โครงการ "ฟันเทียมพระราชทาน" ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2548 และประสบความสำเร็จในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยมีผู้สูงอายุในอำเภอหนองหญ้าไซได้รับฟันเทียมพระราชทานจำนวน 1,244 คน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.) อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการใส่ฟันเทียมมิได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ได้ใส่ฟันเทียมเท่านั้น แต่ยังรวมถึงคุณภาพของฟันเทียม การดูแลรักษา และการติดตามอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว (แพร จิตตินันท์ และคณะ, 2567)

การใช้งานฟันเทียมเป็นเวลานานทำให้สันกระดูกและเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียมเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงปีแรกหลังการใส่ฟันเทียมจะมีการละลายของสันกระดูกอย่างรวดเร็วและเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ไม่อาจย้อนกลับได้ (El Maroush et al., 2019) การเปลี่ยนแปลงของสันกระดูกและเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียมนำไปสู่ปัญหาต่างๆ เช่น ฟันเทียมหลวม ซึ่งเป็นผลมาจากการละลายของสันกระดูกที่เพิ่มขึ้นตามอายุและระยะเวลาการสูญเสียฟัน โดยเฉพาะในขากรรไกรล่าง (Ahmed et al., 2025) อีกทั้งขากรรไกรล่างมีพื้นที่ในการยึดเกาะน้อยกว่าและมีอัตราการละลายตัวของกระดูกที่เร็วกว่า (Al-Rafee, 2020) นอกจากนี้ยังพบปัญหาแผลกดทับ การแตกหักของฐานฟันเทียม และปัญหาความไม่พึงพอใจด้านการบดเคี้ยว ซึ่งมักพบในการศึกษาติดตามผลระยะยาว (Alves et al., 2018; Araújo et al., 2018) โดยเฉพาะในช่วง 3-5 ปีหลังการใส่ เป็นช่วงที่มักพบปัญหาเหล่านี้ (พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะ, 2557; ศิริพร ศรีบัวทอง, 2558) สิ่งที่น่ากังวลคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 มักเลือกที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง หรือทนใช้งานฟันเทียม มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่กลับมาพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหา (แพร จิตตินันท์ และคณะ, 2567) พฤติกรรมนี้ส่งผลให้การติดตามผลในระยะยาวเป็นไปได้ยาก และอาจนำไปสู่ปัญหาที่รุนแรงขึ้นโดยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันทั่วถึง

มีการศึกษาหลายชิ้นเกี่ยวกับโครงการฟันเทียมพระราชทานที่เน้นความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) (ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์, 2560; จุฑารัตน์ หาญอาษา, 2567) โดยใช้ดัชนี Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) (Adulyanon & Sheiham, 1997) ดัชนี OIDP ได้รับการประเมินความเที่ยงตรงในประชากรไทย (Adulyanon et al., 1996; Srisilapanan & Sheiham, 2001) และมีจุดเด่นในการวัดผลกระทบจากสภาวะช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 8 กิจกรรม ครอบคลุมทั้งมิติกายภาพ จิตใจ และสังคม (Adulyanon & Sheiham, 1997) การศึกษาเหล่านี้มักพบว่าผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังได้รับฟันเทียมชุดใหม่ (Tariq et al., 2024) โดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับเสถียรภาพของฟันเทียมและความพึงพอใจของผู้ป่วย (Araújo et al., 2018) และการยึดอยู่และความเสถียรของฟันเทียมเป็น

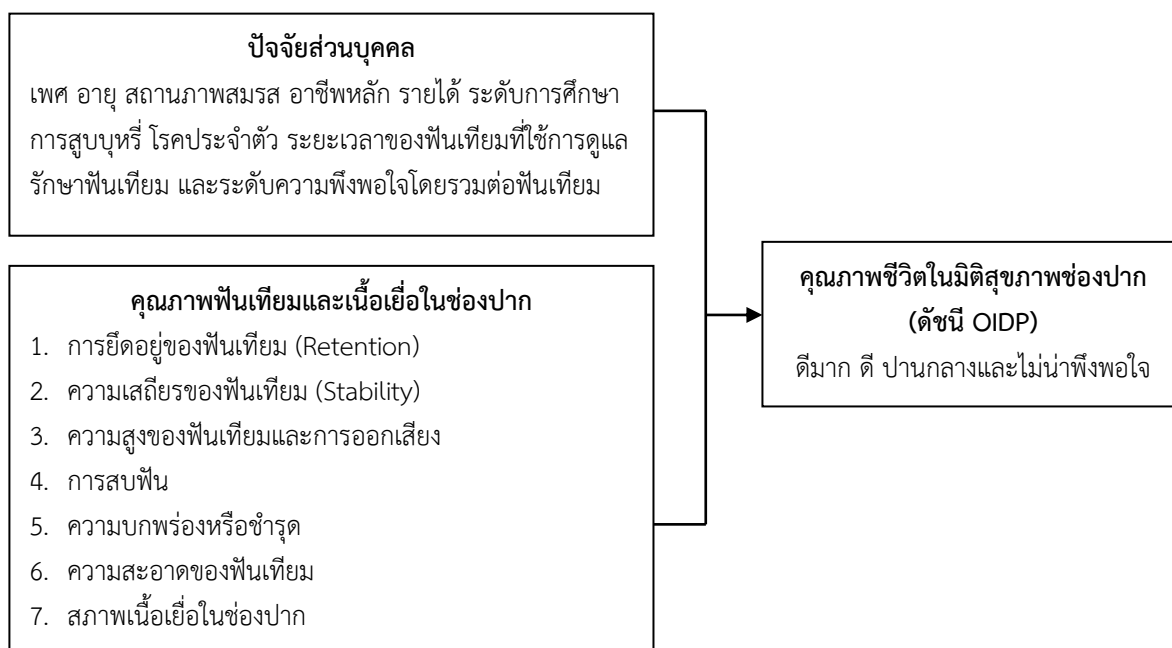
ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากมากที่สุด (ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์, 2560)

แม้จะมีความสำเร็จในการใส่ฟันเทียมจำนวนมากในอำเภอหนองหญ้าไซ แต่การติดตามผลระยะยาวยังมีน้อย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กลับมาพบทันตแพทย์ตามนัด และมักจะมาเมื่อมีปัญหา ประกอบกับข้อกำหนดในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ระบุให้ใส่ฟันเทียมอย่างน้อย 5 ปีจึงจะเบิกทำขึ้นใหม่ได้ ยิ่งทำให้การประเมินผลในช่วง 3-5 ปีมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (ศิริพร ศรีบัวทอง, 2558)

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปากและสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานมาแล้ว 3-5 ปี
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมมาแล้วเป็นเวลา 3 -5 ปี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียมทั้งปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากจากโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 89 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Daniel and Cross (2013) โดยอ้างอิงข้อมูลการศึกษาของรัชนิวรรณ ภูมิสะอาด และวรายา มณีลังกา (2564) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากจากโรงพยาบาลหนองหญ้าไซ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

### เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถติดต่อได้ ย้ายภูมิลำเนา ป่วยหนัก เสียชีวิต หรือเลิกใส่ฟันเทียม

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบประเมิน 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา) ข้อมูลด้านสุขภาพ (การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว) และข้อมูลเกี่ยวกับฟันเทียม (ระยะเวลาการใช้งาน การดูแลรักษา ความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียม) โดยประเมินความพึงพอใจโดยรวมด้วยมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ คือ พอใจมากที่สุด(4) พอใจมาก(3) พอใจปานกลาง(2) พอใจน้อย(1) และไม่พอใจ(0) การแปลผลจะพิจารณาจากค่าเฉลี่ยและการกระจายของคะแนนแบบสัมภาษณ์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด แบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 2 ระดับ คือ ไม่พอใจ (ตอบ 0 1 หรือ 2) และพอใจ (ตอบ 3 หรือ 4)

2. แบบประเมินคุณภาพฟันเทียม อ้างอิงจากงานวิจัยของพจมาน ศรีนวรรณ์ และ เพ็ญประภา ฤชวรารักษ์ (2540) และพิมพ์วิภา เศรษฐวรพินธุ์ และคณะ (2557) โดยตรวจคุณภาพฟันเทียม 7 ประเด็น ดังนี้

2.1 การยึดอยู่ของฟันเทียม (Retention) พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ “เหมาะสม” คือ ฟันเทียมไม่หลุด เมื่ออ้าปากกว้างประมาณ 20 มิลลิเมตร และมีแรงต้านต่อการหลุด เมื่อดึงในทิศทางตรงข้ามกับการใส่ “ไม่เหมาะสม” คือ ฟันเทียมหลุด เมื่ออ้าปากกว้างประมาณ 20 มิลลิเมตร หรือไม่มีแรงต้านต่อการหลุด เมื่อดึงในทิศทางตรงข้ามกับการใส่

2.2 ความเสถียรของฟันเทียม (Stability) พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ “เหมาะสม” คือ ฟันเทียมไม่ขยับหรือหลุดออก เมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลังด้านซ้าย และขวา และเมื่อกดทดสอบบริเวณปลายฟันหน้า “ไม่เหมาะสม” คือ ฟันเทียมขยับหรือหลุดออก เมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลังด้านซ้าย และขวา หรือเมื่อกดทดสอบบริเวณปลายฟันหน้า

2.3 ความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง พิจารณาความเหมาะสมจากค่าระยะปลอดการสบ (Free-way Space) โดยกำหนดจุดบนใบหน้า 2 จุด ที่ปลายจมูกและคาง วัดระยะมิติแนวตั้งขณะพัก (Rest Vertical Dimension) และมิติแนวตั้งขณะสบฟัน (Occlusal Vertical Dimension) นำค่าที่ได้มาหาผลต่าง เป็นค่าระยะปลอดการสบ “เหมาะสม” คือ ค่าระยะปลอดการสบ ตั้งแต่ 2 ถึง 4 มิลลิเมตร “ไม่เหมาะสม” คือ ค่าระยะปลอดการสบ น้อยกว่า 2 หรือมากกว่า 4 มิลลิเมตร

2.4 การสบฟัน ใช้วิธีบันทึกตำแหน่งจุดสบฟัน (Occlusal Contact) จากการกัดสบของฟันเทียมทั้งปากในตำแหน่งศูนย์ (Centric Relation) โดยใช้กระดาษกัดสบความหนา 60 ไมครอน ให้ผู้สูงอายุกัด 5 ครั้ง แล้วนับจุดสบฟันตามจำนวนซี่ฟันที่มีการสบฟันระหว่างฟันบนและล่าง “เหมาะสม” คือ มีจุดสบฟันหลังสมำเสมอทั้งด้านซ้ายและขวา และมีตำแหน่งจุดสบฟันหลังรวมกันอย่างน้อย 5 จุด “ไม่เหมาะสม” คือ มีจุดสบฟันหลังไม่สมำเสมอด้านซ้ายหรือขวา หรือมีตำแหน่งจุดสบฟัน น้อยกว่า 5 จุด หรือฟันสึกเป็นหน้าราบ ไม่มีร่องฟันเลย

2.5 ความบกพร่องหรือชำรุด พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ “เหมาะสม” คือ ไม่พบความบกพร่องและการชำรุด เช่น ฐานฟันเทียมหรือปีกฟันเทียมไม่แตกหัก ซี่ฟันเทียมไม่หัก หรือหลุด “ไม่เหมาะสม” คือ พบความบกพร่องและการชำรุด

2.6 ความสะอาดของฟันเทียม ตรวจทั้งด้านนอกและด้านในของฟันเทียม “เหมาะสม” คือ ฟันเทียมสะอาด ไม่พบ แผ่นคราบจุลินทรีย์ คราบบูหรี่ คราบหมาก หรือ หินน้ำลาย “ไม่เหมาะสม” คือ พบแผ่นคราบจุลินทรีย์ คราบบูหรี่ คราบหมาก หรือหินน้ำลาย

2.7 สภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก หมายถึง สภาพเนื้อเยื่อที่รองรับฟันเทียม และเนื้อเยื่อในช่องปาก ได้แก่ ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม พื้นช่องปากและลิ้น “เหมาะสม” คือ ไม่พบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น รอยแดงหรือแผลจากการกดทับของฟันเทียม (Epulis Fissuratum) การเกิดเนื้อเยื่อนุ่ม (Flabby Tissue) มุมปากอักเสบ (Cheilitis) “ไม่เหมาะสม” คือ พบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก

3. แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) ใช้แบบสอบถาม Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) ของ Adulyanon และ Sheiham (1997) เพื่อประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยสัมภาษณ์ครอบคลุม 8 กิจกรรมหลักใน 3 มิติ (กายภาพ จิตใจ และสังคม) มีเกณฑ์การให้คะแนนความรุนแรง และ คะแนนความถี่ ในแต่ละกิจกรรม มีดังนี้

| คะแนน | ความรุนแรงของผลกระทบ (Severity) | ความถี่ของผลกระทบ (Frequency) |
|-------|---------------------------------|-------------------------------|
| 0     | ไม่กระทบกระเทือน                | ไม่เคยมีใน 6 เดือน            |
| 1     | น้อยมาก                         | น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน      |
| 2     | น้อย                            | 1-2 ครั้งต่อเดือน             |
| 3     | ปานกลาง                         | 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์           |
| 4     | รุนแรง                          | 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์           |
| 5     | รุนแรงมาก                       | ทุกวันหรือเกือบทุกวัน         |

การคำนวณคะแนนรายกิจกรรม นำคะแนนความรุนแรงคูณกับคะแนนความถี่ (คะแนนเต็ม 25 คะแนนต่อกิจกรรม) และคะแนนรวม (OIDP Score) รวมคะแนนจากทั้ง 8 กิจกรรม (คะแนนเต็ม 200 คะแนน) นำมาคำนวณเทียบเป็นร้อยละ

การแปลผลระดับคุณภาพชีวิต แบ่งระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

- ระดับดีมาก คือ ผู้ที่มีค่าคะแนน OIDP เท่ากับ 0
- ระดับดี ปานกลาง และไม่น่าพึงพอใจ คือ ผู้ที่มีค่าคะแนน OIDP มากกว่า 0 แบ่งระดับโดยใช้การวิเคราะห์การกระจายความถี่และใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นจุดตัด ดังนี้
- ระดับดี คือ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50
- ระดับปานกลาง คือ คะแนนอยู่ระหว่าง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 ถึง 75
- ระดับไม่น่าพึงพอใจ คือ คะแนนสูงกว่า เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทั้งด้านความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1. ความตรง (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ฉบับ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องของข้อความถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย และทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผลการประเมินพบว่า เครื่องมือทุกชุดมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ดังนี้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป (IOC = 0.95), แบบประเมินคุณภาพฟันเทียม (IOC = 1.00) และแบบวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP) (IOC = 1.00)

2. ความเที่ยง (Reliability) เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว (Single Examiner) ผู้วิจัยจึงได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของการวัดซ้ำ (Intra-examiner Reliability) โดยทำการศึกษาทดลองนำร่อง (Pilot Study) ในผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและใส่ฟันเทียมมาแล้ว 2-3 ปี จำนวน 10 ราย โดยเว้นระยะเวลาห่าง 1 สัปดาห์ และวิเคราะห์ความสอดคล้องด้วยสถิติ Weighted Kappa Coefficient ( $K_w$ ) ผลการทดสอบพบว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับดีถึงดีเยี่ยม ดังนี้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ( $K_w = 0.90$ ) แบบประเมินคุณภาพฟันเทียม ( $K_w = 0.83$ ) แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต (OIDP) ( $K_w = 0.81$ ) ภาพรวมของเครื่องมือทั้งหมด ( $K_w = 0.86$ )

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record) ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 โดยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหญ้าไซให้สืบค้นข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมด ติดต่อผู้สูงอายุทางโทรศัพท์และไปรษณียบัตร เพื่อนัดสัมภาษณ์ตรวจสอบสภาพฟันเทียม และเนื้อเยื่อในช่องปากที่โรงพยาบาล หรือรพ.สต. หรือที่บ้าน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำเข้าเครื่องประมวลผล แล้ววิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  ในกรณีที่ละเมิดข้อตกลงทางสถิติ จะดำเนินการทดสอบด้วย Fisher's exact test

### จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 31/2568 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัดในรูปแบบไฟล์ดิจิทัลที่มีรหัสผ่านป้องกัน และเอกสารกระดาษจะถูกเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อก เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลทั้งหมดภายในระยะเวลา 1 ปี ภายหลังจากได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัย โดยเอกสารจะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสาร และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกลบออกจากฐานข้อมูลและระบบคอมพิวเตอร์อย่างถาวรตามมาตรฐานความปลอดภัยทางสารสนเทศ

### ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 73 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 มีอายุระหว่าง 56-94 ปี อายุเฉลี่ย  $71.38 \pm 7.89$  ปี อยู่ในช่วงอายุ 66-75 ปี ร้อยละ 42.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.6 และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.2 ด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 49.3 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 46.6 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 71.2 และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 74.0 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.2 สำหรับการใช้ฟันเทียม พบว่าส่วนใหญ่ใช้มาเป็นระยะเวลา 3-4 ปี ร้อยละ 53.4 และนิยมทำความสะอาดโดยใช้แปรงกับสบู่หรือน้ำยาล้างจาน ร้อยละ 56.2 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=73)

| ตัวแปร                     | รายละเอียด                              | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|----------------------------|-----------------------------------------|------------|--------|
| เพศ                        | ชาย                                     | 34         | 46.6   |
|                            | หญิง                                    | 39         | 53.4   |
| อายุ (ปี)                  | น้อยกว่า 65 ปี                          | 18         | 24.7   |
|                            | 66 - 75 ปี                              | 31         | 42.5   |
|                            | 76 - 85 ปี                              | 20         | 27.4   |
|                            | 86 ปีขึ้นไป                             | 4          | 5.5    |
| สถานภาพสมรส                | โสด                                     | 5          | 6.8    |
|                            | สมรส/อยู่ด้วยกัน                        | 45         | 61.6   |
|                            | หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่               | 23         | 31.6   |
| อาชีพหลัก                  | เกษตรกร                                 | 19         | 26     |
|                            | รับจ้างทั่วไป                           | 8          | 11     |
|                            | อื่นๆ (ค้าขาย, แม่บ้าน, ข้าราชการบำนาญ) | 10         | 13.7   |
|                            | ว่างงาน                                 | 36         | 49.3   |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน       | ไม่มีรายได้                             | 34         | 46.6   |
|                            | น้อยกว่า 5,000 บาท                      | 29         | 39.7   |
|                            | 5,000 บาทขึ้นไป                         | 10         | 13.7   |
| ระดับการศึกษา              | ไม่เคยเรียน/ไม่จบการศึกษา               | 5          | 6.8    |
|                            | ประถมศึกษา                              | 68         | 93.2   |
| การสูบบุหรี่               | ไม่เคยสูบ                               | 52         | 71.2   |
|                            | เคยสูบ/ยังสูบบุหรี่อยู่                 | 21         | 28.8   |
| โรคประจำตัว                | ไม่มี                                   | 19         | 26     |
|                            | มี (1 โรคขึ้นไป)                        | 54         | 74     |
|                            | โรคที่พบมากที่สุด:                      |            |        |
|                            | - ความดันโลหิตสูง                       | 41         | 56.2   |
|                            | - เบาหวาน / ไขมันในเลือดสูง             | 22         | 30.1   |
| ระยะเวลาการใส่ฟันเทียม     | 3 - 4 ปี                                | 39         | 53.4   |
|                            | 4 - 5 ปี                                | 18         | 24.7   |
|                            | 5 - 6 ปี                                | 16         | 21.9   |
| วิธีการทำความสะอาดฟันเทียม | ใช้แปรงกับสบู่/น้ำยาล้างจาน             | 41         | 56.2   |
|                            | ใช้แปรงกับยาสีฟัน                       | 23         | 31.5   |
|                            | ล้างน้ำเปล่า/น้ำยาสำหรับฟันเทียม/ไม่ทำ  | 12         | 16.5   |
|                            | ความสะอาด                               |            |        |

จากผลสำรวจความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียม พบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 32.9 และพอใจปานกลาง ร้อยละ 31.5 เมื่อจัดกลุ่มใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 57.5 และไม่พึงพอใจ ร้อยละ 42.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจ

| ระดับความพึงพอใจ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------|------------|--------|
| ไม่พอใจ          | 6          | 8.2    |
| พอใจน้อย         | 2          | 2.7    |
| พอใจปานกลาง      | 23         | 31.5   |
| พอใจมาก          | 24         | 32.9   |
| พอใจมากที่สุด    | 18         | 24.7   |

ผลการประเมินคุณภาพฟันเทียม 7 ด้าน พบว่าการยึดอยู่ของฟันเทียมเป็นประเด็นที่พบว่าไม่เหมาะสมมากที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ ความเสถียรของฟันเทียมร้อยละ 34.2 และการสบฟันร้อยละ 31.5 ในขณะที่ด้านอื่นๆอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สภาพเนื้อเยื่อในช่องปากที่เหมาะสมถึงร้อยละ 97.3 ตามมาด้วยความบกพร่องหรือชำรุดร้อยละ 87.7 และความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง ร้อยละ 84.9 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามคุณภาพฟันเทียม

| หัวข้อประเมิน                     | คุณภาพฟันเทียม             |                               |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
|                                   | เหมาะสมจำนวนคน<br>(ร้อยละ) | ไม่เหมาะสมจำนวนคน<br>(ร้อยละ) |
| การยึดอยู่ของฟันเทียม (retention) | 40 (54.8)                  | 33 (45.2)                     |
| ความเสถียรของฟันเทียม (stability) | 48 (65.8)                  | 25 (34.2)                     |
| ความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง  | 62 (84.9)                  | 11 (15.1)                     |
| การสบฟัน (occlusal contact)       | 50 (68.5)                  | 23 (31.5)                     |
| ความบกพร่องหรือชำรุด              | 64 (87.7)                  | 9 (12.3)                      |
| ความสะอาดของฟันเทียม              | 56 (76.7)                  | 17 (23.3)                     |
| สภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก           | 71 (97.3)                  | 2 (2.7)                       |

สำหรับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 53.4 ได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างน้อยหนึ่งด้าน โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ การกินอาหาร ร้อยละ 41.1 รองลงมาคือ การพูดหรือการออกเสียง ร้อยละ 23.3 ขณะที่กิจกรรมด้านการทำความสะอาดช่องปาก การนอนหลับ การยิ้ม และการเข้าสังคม ไม่พบว่ามีผู้ได้รับผลกระทบ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความถี่และความรุนแรงของผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ (n=73)

| กิจกรรม                                   | จำนวนผู้มี<br>ผลกระทบ<br>(ร้อยละ) | ความถี่<br>ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD | ความรุนแรง<br>ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD | ความถี่ $\times$ ความ<br>รุนแรง<br>ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. การกินอาหาร                            | 30<br>(41.1)                      | 1.48 $\pm$ 2.04               | 1.33 $\pm$ 1.87                  | 5.38 $\pm$ 8.62                                       |
| 2. การพูดหรือการออกเสียงให้<br>ชัดเจน     | 17<br>(23.3)                      | 0.42 $\pm$ 1.24               | 0.38 $\pm$ 1.09                  | 1.32 $\pm$ 3.49                                       |
| 3. การทำความสะอาดช่องปาก<br>หรือฟันเทียม  | 0<br>(0.0)                        | 0 $\pm$ 0.0                   | 0 $\pm$ 0.0                      | 0 $\pm$ 0.0                                           |
| 4. การนอนหลับพักผ่อน                      | 0<br>(0.0)                        | 0 $\pm$ 0.0                   | 0 $\pm$ 0.0                      | 0 $\pm$ 0.0                                           |
| 5. การรักษาอารมณ์ จิตใจ<br>ตามปกติ        | 11<br>(15.1)                      | 0.25 $\pm$ 0.91               | 0.22 $\pm$ 0.79                  | 1.40 $\pm$ 4.81                                       |
| 6. การยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้<br>โดยไม่อาย | 0<br>(0.0)                        | 0 $\pm$ 0.0                   | 0 $\pm$ 0.0                      | 0 $\pm$ 0.0                                           |
| 7. การดำเนินชีวิตทั่วไป                   | 6<br>(8.2)                        | 0.25 $\pm$ 0.91               | 0.22 $\pm$ 0.79                  | 0.74 $\pm$ 2.94                                       |
| 8. การติดต่อญาติ เพื่อน                   | 0<br>(0.0)                        | 0 $\pm$ 0.0                   | 0 $\pm$ 0.0                      | 0 $\pm$ 0.0                                           |

การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่าค่าเฉลี่ย OIDP ของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 4.45 $\pm$ 6.87 ค่าคะแนน OIDP สูงสุดเท่ากับ 32.5 ต่ำสุดเท่ากับ 0 และจากการวิเคราะห์การกระจายความถี่ของคะแนนดัชนี OIDP ที่มากกว่า 0 ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 เท่ากับ 7.5 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เท่ากับ 12.0 เมื่อพิจารณาระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่าร้อยละ 46.6 ของผู้สูงอายุไม่มีผลกระทบ (OIDP score = 0) หรือมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับดีมาก ส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับดี ปานกลาง และไม่น่าพึงพอใจ มีสัดส่วนร้อยละ 31.5 9.6 และ 12.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก แบ่งตามระดับช่วงของคะแนนดัชนี OIDP (n=73)

| คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก | OIDP score | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------------|------------|------------|--------|
| ดีมาก                          | 0          | 34         | 46.6   |
| ดี                             | 0.1 - 7.5  | 23         | 31.5   |
| ปานกลาง                        | 7.6 - 12.0 | 7          | 9.6    |
| ไม่น่าพึงพอใจ                  | > 12.1     | 9          | 12.3   |

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 6 และคุณภาพฟันเทียม

ใน 4 ด้าน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.001$  ได้แก่ การยึดอยู่ ความเสถียร ความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง และการสบฟัน โดยผู้สูงอายุที่มีฟันเทียม "ไม่เหมาะสม" ในด้านเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่น่าพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มที่มีฟันเทียม "เหมาะสม" อย่างชัดเจน ในทางกลับกัน คุณภาพฟันเทียมด้านความชำรุด (Fracture), ความสะอาด (Sanitary) และสภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก (Soft Tissue) ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

**ตารางที่ 6** ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจโดยรวมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ( $n=73$ )

| ความพึงพอใจโดยรวม | คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก |         |    |       | P-value |
|-------------------|--------------------------------|---------|----|-------|---------|
|                   | ไม่น่าพอใจ                     | ปานกลาง | ดี | ดีมาก |         |
| ไม่พึงพอใจ        | 8                              | 4       | 13 | 6     | 0.000*  |
| พึงพอใจ           | 1                              | 3       | 10 | 28    |         |

\* Fisher's Exact Test

**ตารางที่ 7** ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ( $n=73$ )

| คุณภาพฟันเทียม | คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก |         |           |           | P-value |
|----------------|--------------------------------|---------|-----------|-----------|---------|
|                | ไม่น่าพอใจ                     | ปานกลาง | ดี        | ดีมาก     |         |
| Retention      |                                |         |           |           |         |
| เหมาะสม        | 1 (1.4)                        | 0 (0)   | 9 (12.3)  | 30 (41.1) | 0.000*  |
| ไม่เหมาะสม     | 8 (11.0)                       | 7 (9.6) | 14 (19.2) | 4 (5.5)   |         |
| Stability      |                                |         |           |           |         |
| เหมาะสม        | 1 (1.4)                        | 1 (1.4) | 15 (20.5) | 31 (42.5) | 0.000*  |
| ไม่เหมาะสม     | 8 (11.0)                       | 6 (8.2) | 8 (11.0)  | 3 (4.1)   |         |
| Free-way Space |                                |         |           |           |         |
| เหมาะสม        | 3 (4.1)                        | 6 (8.2) | 20 (27.4) | 33 (45.2) | 0.000*  |
| ไม่เหมาะสม     | 6 (8.2)                        | 1 (1.4) | 3 (4.1)   | 1 (1.4)   |         |
| Occlusion      |                                |         |           |           |         |
| เหมาะสม        | 1 (1.4)                        | 3 (4.1) | 16 (21.9) | 30 (41.1) | 0.000*  |
| ไม่เหมาะสม     | 8 (11.0)                       | 4 (5.5) | 7 (9.6)   | 4 (5.5)   |         |
| Fracture       |                                |         |           |           |         |
| เหมาะสม        | 7 (9.6)                        | 6 (8.2) | 21 (28.8) | 30 (41.1) | 0.716   |
| ไม่เหมาะสม     | 2 (2.7)                        | 1 (1.4) | 2 (2.7)   | 4 (5.5)   |         |
| Sanitary       |                                |         |           |           |         |
| เหมาะสม        | 7 (9.6)                        | 3 (4.1) | 17 (23.3) | 29 (39.7) | 0.115   |
| ไม่เหมาะสม     | 2 (2.7)                        | 4 (5.5) | 6 (8.2)   | 5 (6.8)   |         |
| Soft_Tissue    |                                |         |           |           |         |
| เหมาะสม        | 8 (11.0)                       | 7 (9.6) | 23 (31.5) | 33 (45.2) | 0.489   |
| ไม่เหมาะสม     | 1 (1.4)                        | 0 (0.0) | 0 (0.0)   | 1 (1.4)   |         |

\* Fisher's Exact Test

## อภิปรายผล

จากการติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน ในระยะ 3-5 ปีหลังการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดยังใช้งานฟันเทียมอย่างต่อเนื่อง แต่มีบางรายที่ใส่เฉพาะเวลาออกสังคมไม่ได้ใส่ทุกวัน เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวให้ใส่ฟันเทียมได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อได้รับฟันเทียมแล้วใส่ได้ไม่มีปัญหาจึงไม่กลับมาตรวจเช็ค แต่มีบางรายกลับมาแก้ไขปัญหาเจ็บเวลาเคี้ยวตามนัดตรวจหลังใส่ เมื่อได้รับการแก้ไขปัญหา ก็ไม่เคยกลับมาพบทันตแพทย์อีก โดยให้เหตุผลว่ามีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ต้องจ้างคนพามา ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ คือ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นภาพร ศรีบุญเรือง (2559) พบว่าหลังจากใส่ฟันเทียม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.1) ไม่มีปัญหาจึงไม่กลับมาแก้ไข แต่กลุ่มที่มีปัญหาและไม่กลับมาแก้ไข มักเกิดจากฟันเทียมหลวมหรือเจ็บ และยังพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนกลับไปใช้ฟันเทียมเถื่อนเพราะปัญหาการปรับตัว ดังนั้นการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้นและเพิ่มให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการประเมินคุณภาพฟันเทียมแสดงให้เห็นว่า ปัญหาหลักคือการยึดอยู่และความเสถียรของฟันเทียม พบว่าไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 45.2 และ 34.2 ตามลำดับ และพบปัญหาในฟันเทียมล่างมากกว่าฟันเทียมบน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Limpuangthip et al. (2019) และศิริพร ศรีบัวทอง (2558) ที่พบว่าปัญหาการยึดอยู่และความไม่เสถียรของฟันเทียม เป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอุศิรา กลัดจำนงค์ (2565) ที่พบว่าปัญหาฟันเทียมขาดการยึดอยู่เป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มตัวอย่างเช่นกัน ปรากฏการณ์นี้เป็นผลโดยตรงจากการละลายของสันกระดูกขากรรไกร ซึ่งการศึกษาของ Al-Rafee (2020) และ El Maroush et al. (2019) สนับสนุนว่าอัตราการละลายของสันกระดูกในขากรรไกรล่างสูงกว่าขากรรไกรบนอย่างชัดเจน เนื่องจากขากรรไกรล่างมีพื้นที่รองรับแรงน้อยกว่าและต้องรับแรงกดจากการบดเคี้ยวมากกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค ร้อยละ 74 และเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.1 ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดการละลายของสันกระดูกขากรรไกรมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป สอดคล้องกับ El Maroush et al. (2019) ที่ระบุว่าปัจจัยทางระบบและภาวะโภชนาการมีผลเร่งอัตราการละลายของสันกระดูก อย่างไรก็ตาม การที่ความบกพร่องหรือขาด ความสะอาด และสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวหรือทนต่อปัญหาเหล่านี้ได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sivakumar et al. (2015) ที่ระบุว่าการประเมินความสำเร็จของฟันเทียมไม่ควรพิจารณาเพียงแค่ปัจจัยทางคลินิก เช่น การยึดอยู่หรือความเสถียรเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณามุมมองทางจิตสังคมและความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมักเกิดความเคยชินกับฟันเทียมเดิมแม้จะมีข้อบกพร่องทางกายภาพเกิดขึ้นตามระยะเวลาก็ตาม

ในด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.6 ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และอีกร้อยละ 31.5 มีคุณภาพชีวิตดี บ่งชี้ว่าโดยรวมแล้วผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรารักษ์กมล ภู่อารีย์ (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 47.4 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระดับดี อย่างไรก็ตาม การที่กิจกรรมการรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด (ร้อยละ 41.1) แสดงถึงปัญหาหลักที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ ผุดผ่อง (2557) และ

จุฬารัตน์ หาญอาษา (2567) ที่พบว่ามารีการกินอาหารเป็นกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดเช่นกัน ปัญหาในการบริโภคอาหารอาจนำไปสู่ข้อจำกัดในการเลือกชนิดอาหารที่บริโภค ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้ การศึกษาของ ปิยอนงค์ วรรณขาว (2566) พบว่าหลังการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ กระแนน OIDP ลดลง หรือคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร

ถึงแม้ผลการศึกษาในครั้งนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความสะอาดของฟันเทียมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก แต่การดูแลสุขอนามัยของฟันเทียมยังคงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อและพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในระยะยาว นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังขาดความเข้าใจในการดูแลฟันเทียมที่ถูกต้อง โดยพบว่าร้อยละ 31.5 ยังคงใช้ยาสีฟันในการทำ ความสะอาด ซึ่งสารขัดถูในยาสีฟันจะทำให้ผิวฟันเทียมสึกกร่อน เกิดรอยขีดข่วน และกลายเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้ง่าย (ดารกา เศรษฐวานิช, 2564) ดังนั้น การให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลฟันเทียมอย่างถูกวิธีเป็นสิ่งจำเป็น โดยควรแนะนำให้ทำความสะอาดฟันเทียมหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ถอดฟันเทียมทำความสะอาดโดยใช้แปรงสีฟันขนอ่อนกับน้ำสบู่หรือน้ำยาล้างจาน ห้ามใช้ผงขัดหรือยาสีฟันเพราะอาจทำให้ผิวฟันเทียมสึกกร่อน และควรถอดฟันเทียมแช่น้ำก่อนนอนเพื่อให้เหงือกได้พัก (ปณิธาน สมนะนา, 2562)

การยึดอยู่ ความเสถียร ความสูงของฟันเทียม และการสบฟัน เป็นปัจจัยสำคัญต่อการใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์, 2560) และงานวิจัยของ อธิพร มงคลแดง (2565) ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สรุปผลชัดเจนว่าปัจจัยด้านความเสถียรภาพและการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งบนและล่าง รวมถึงการสบฟัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ดังนั้น การติดตามผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมมาตรวจเพื่อประเมินและแก้ไขมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และเงื่อนไขในการทำฟันเทียมชุดใหม่ได้เมื่อใช้งานครบ 5 ปี ควรมีปรับเงื่อนไขให้สามารถทำใหม่ได้กรณีที่สภาพฟันเทียมมีปัญหาต่อการใช้งานหรือมีการเปลี่ยนแปลงของสันกระดูกขากรรไกร เป็นต้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลได้ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลหนองหญ้าไซเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจจำกัดการสรุปผลไปสู่ประชากรผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศได้ การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์อาจมีอคติจากการระลึกได้ (Recall Bias) หรือการตอบคำถามเพื่อเอาใจผู้สัมภาษณ์ อย่างไรก็ตาม การใช้ผู้สัมภาษณ์คนเดียวและการทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือได้ช่วยลดอคติเหล่านี้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและงานทันตสาธารณสุขดังนี้

1. คุณภาพฟันเทียม ทันตแพทย์และทันตบุคลากรควรให้ความสำคัญกับการประเมินและปรับปรุงคุณภาพของฟันเทียมในด้านการยึดอยู่ ความเสถียร ความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง และการสบฟัน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

2. การให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลรักษาฟันเทียม แม้ว่าความสะอาดของฟันเทียมและสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากจะไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้ แต่การให้ความรู้และส่งเสริมวิธีการทำความสะอาดฟันเทียมที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมถึงการดูแลเนื้อเยื่อในช่องปาก ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันปัญหาแทรกซ้อนในระยะยาว

3. ส่งเสริมการกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อติดตามผล เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่กลับมาพบทันตแพทย์ตามนัดเมื่อมีปัญหาเล็กน้อย ควรพัฒนากลยุทธ์เชิงรุกเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจติดตามผลเป็นประจำ เช่น การจัดระบบการนัดหมายที่ยืดหยุ่น การเยี่ยมบ้าน หรือการจัดกิจกรรมทันตสุขภาพในชุมชน เพื่อให้สามารถตรวจพบและแก้ไขปัญหาฟันเทียมได้ตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพฟันเทียมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมอย่างครอบคลุมมากขึ้น

## References

- จุฑารัตน์ หาญอาษา. (2567). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลรณรงค์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 17(1), 142–154. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/266318/182523>
- ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์. (2560). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 40(2), 185–196. <https://www.jdat.org/data/upload/file-106-20220301111618.pdf>
- ดวงพร ศิริเทพมนตรี. (2552). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ หลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน. *วชิรเวชสาร*, 52(1), 39–47. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/download/329/268/546>
- ดารกา เศรษฐวานิช. (2564). การดูแลฟันเทียมชนิดถอดได้. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(1), 1–15. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/248008>
- ธิดาพร มงคลแดง. (2565). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของปัจจัยด้านคุณภาพฟันเทียมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ฐานพลาสติก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. CMU Intellectual Repository. <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:163646>
- นภาพร ศรีบุญเรือง. (2559). การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทาน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมือง ลำปาง [การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์]. TU Digital Collections. [https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU\\_2016\\_5717035199\\_4349\\_3904.pdf](https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5717035199_4349_3904.pdf)
- บังอร กล้าสุวรรณ, & ปิยะนุช เอกก้านตรง. (ม.ป.ป.). ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโครงการฟันเทียมพระราชทาน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 10 และ 12. ศูนย์อนามัยที่ 6. [http://203.157.71.148/Information/center/research-52/11\\_2552.pdf](http://203.157.71.148/Information/center/research-52/11_2552.pdf)
- บุญเอื้อ ยงวานิชกร, & ปิยะดา ประเสริฐสม. (2554). ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 16(1), 57–73. <https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/academic/abs28.pdf>
- ปณิธาน สมนพะเนา. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 5(1), 4–12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/247516>
- ปรารค์กมล ภู่อารีย์. (2559). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. [https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/12851/1/fulltext\\_154874.pdf](https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/12851/1/fulltext_154874.pdf)

- ปิยอนงค์ วรรณขาว. (2566). การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและในมิติสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chula Digital Collections. <https://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2023.562>
- พจมาน ศรีนวลรัตน์, & เพ็ญประภา ฤชวรารักษ์. (2540). การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยใส่ฟันปลอมทั้งปาก: 3-5 ปี ภายหลังการรักษา. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์มหิดล*, 17, 61–68.
- แพรว จิตตินันท์, กันทิมา อัครภากร, ศรีธัญญา จิรณานันท์, พินธสา เชื้อวานิช, สุธิดา สุกุลณี, & ดุลยรัตน์ โถวประเสริฐ. (2567). ประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานจังหวัดนนทบุรี พ.ศ. 2558 - 2562. *วารสารทันตสาธารณสุข*, 29(1), 112–129. [https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc\\_659404.pdf](https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc_659404.pdf)
- พิมพ์วิภา เศรษฐวรพณัฐ, ทรงชัย ฐิตโสมกุล, & ไพฑูรย์ ดาวสดใส. (2557). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์*, 64(1), 26–46. <https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/academic/full123.pdf>
- รัชนีวรรณ ภูมิสะอาด, & วรยา มณีลังกา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลช้างสูง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 32(1), 89–102. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/248760>
- ศิริพร ศรีบัวทอง. (2558). การติดตามผลการใช้งานฟันเทียมเมื่อเวลา 5 ปี ในโครงการฟันเทียมพระราชทาน: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 34(1), 80–91. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/119542/91400>
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานผลการดำเนินงานใส่ฟันเทียมโครงการฟันเทียมพระราชทานปี 2548-2566. <https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/formcheckpatient65.php>
- สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2567). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- สุปราณี ดาโลดม, นนทลี วีระชัย, วรางคณา เวชวิธ, & สุธา เจียรณนิโชติชัย. (2551). การประเมินผลโครงการฟันเทียมพระราชทานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมโภชฉลองพระชนมพรรษา 5 ธันวาคม 2550. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 13(2), 70–83. <https://ppdental.anamai.moph.go.th/elderly/english/pdf/article0701.pdf>
- อนงค์ ผุดผ่อง. (2557). ผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอกอนสารชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 34(2), 49–55. <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/7395/6785>
- อุศิรา กลัดจำนงค์. (2565). ผลการรักษาฟันฟูลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไร้ฟันด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปาก. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 31(2), 180–192. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/259675/176161>

- Adulyanon, S., Vourapukjaru, J., & Sheiham, A. (1996). Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(6), 385–389. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00884.x>
- Adulyanon, S., & Sheiham, A. (1997). Oral impacts on daily performances. In G. D. Slade (Ed.), *Measuring oral health and quality of life* (pp. 151–160). University of North Carolina, Dental Ecology.
- Ahmed, A. R., Bashir, A., Waqas, M., Darvesh, S. A., Das, G., Alanesi, W. A., & Chaturvedi, S. (2025). Assessment of residual ridge resorption in mandible of edentulous patients. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 17, 277–284. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S516058>
- Al-Rafee, M. A. (2020). The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(4), 1841–1843. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_1181\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1181_19)
- Alves, A. C., Cavalcanti, R. V. A., Calderon, P. S., Pernambuco, L., & Alchieri, J. C. (2018). Quality of life related to complete denture. *Acta Odontológica Latinoamericana*, 31(2), 91–96. [https://actaodontologicalat.com/wp-content/uploads/2018/10/aol\\_2018\\_31\\_2\\_91.pdf](https://actaodontologicalat.com/wp-content/uploads/2018/10/aol_2018_31_2_91.pdf)
- Araújo, M. M. C., Martins, M. R., Soares, A. R. S., Carvalho, L. R. A., Gomes, V. E., Ferreira, E. F., Cota, L. O. M., Senna, M. I. B., & Ferreira, R. C. (2018). Relationship between quality of complete dentures and user satisfaction at 1 and 5 years postinsertion. *The International Journal of Prosthodontics*, 31(3), 271–279. <https://doi.org/10.11607/ijp.5477>
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.). John Wiley & Sons.
- El Maroush, M. A., Benhamida, S. A., Elgendy, A. A., & Elsaltani, M. H. (2019). Residual ridge resorption, the effect on prosthodontics management of edentulous patient: An article review. *International Journal of Scientific Research and Management*, 7(09), MP-2019-260-267. <https://ijsrm.net/index.php/ijsrm/article/view/2366/1908>
- Limpuangthip, N., Somkotra, T., & Arksornnukit, M. (2019). Impacts of Denture Retention and Stability on Oral Health-Related Quality of Life, General Health, and Happiness in Elderly Thais. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2019, 3830267. <https://doi.org/10.1155/2019/3830267>
- Sivakumar, I., Sajjan, S., Ramaraju, A. V., & Rao, B. (2015). Changes in oral health-related quality of life in elderly edentulous patients after complete denture therapy and possible role of their initial expectation: A follow-up study. *Journal of Prosthodontics*, 24(6), 452–456. <https://doi.org/10.1111/jopr.12238>

- Srisilapanan, P., & Sheiham, A. (2001). The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*, 18(2), 102–108. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2001.00102.x>
- Tariq, S., Shoaib, A., Chaudhary, F. A., Habib, S. R., & Javed, M. Q. (2024). Impact of complete dentures treatment on oral health-related quality of life (OHRQoL) in edentulous patients: A descriptive case series study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 40(9), 2130–2135. <https://doi.org/10.12669/pjms.40.9.9402>