

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันปลอมและคุณภาพชีวิต
ในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ ในโรงพยาบาลนครพิงค์

ทพญ.จิรวดี ไชยประสิทธิ์
โรงพยาบาลนครพิงค์

บทคัดย่อ

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ การใส่ฟันเทียมทั้งปากสามารถฟื้นฟูสภาวะช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางคลินิกที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม 2567 ในผู้ป่วยใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ ทุกรายที่ได้รับการใส่ฟันเทียมมานานกว่า 6 เดือน ในโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยศึกษาข้อมูลพื้นฐานการใส่ฟันเทียม, ประวัติการใช้งาน และการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก OHIP-14 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Spearman Correlation

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 70 ราย เพศชาย ร้อยละ 47.1 เพศหญิง ร้อยละ 52.9 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 67.1 ระยะเวลาในการยอมรับการใช้งานฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ เฉลี่ย 2.3 ± 0.8 สัปดาห์ ระยะเวลาระหว่างวันใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ ถึงวันประเมินความพึงพอใจเฉลี่ย 16.9 ± 12.02 เดือน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้เคี้ยวอาหารพบว่าปัจจัยการสบฟัน (occlusion) ฟันหลังน้อยกว่า 5 ตำแหน่ง มีโอกาสเกิดการเคี้ยวอาหารลำบากเพิ่มขึ้น Adj.RR 14.9 (95% CI 4.8 - 45.9) และปัจจัยด้านเพศชาย มีโอกาสเกิดการเคี้ยวลำบากเพิ่มขึ้น Adj.RR 5.4 (95% CI 1.6-18.8) การประเมินมิติสุขภาพพบว่าปัจจัยด้านข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ ($r=0.63$) ความเจ็บปวดทางกายภาพ ($r=0.74$) ความบกพร่องทางกายภาพ ($r=0.88$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตระดับมากถึงมากที่สุดตามลำดับ

สรุปผล: การศึกษานี้พบว่า ความสำเร็จของการใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ ขึ้นกับจำนวนจุดสบฟันหลังการมีจุดสบฟันมากตำแหน่ง มีผลต่อความสำเร็จ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งควรนำไปใช้ในการวางแผนทำฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่

คำสำคัญ: ปัจจัยทางคลินิก, การสบฟันหลัง, ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว, คุณภาพชีวิต

ส่งบทความ: 19 ส.ค. 2567, แก้ไขบทความ: 5 พ.ย. 2567, ตีพิมพ์บทความ: 16 พ.ย. 2567

ติดต่อบทความ

ทพญ.จิรวดี ไชยประสิทธิ์, กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์
E-mail: moj2mook@gmail.com

Original Article

Clinical factors affecting the success of dentures and the oral health-related impact on the quality of life of elderly patients after using complete dentures at Nakornping Hospital

Jiravadee Chaiyaprasith, D.D.S

Nakornping Hospital

ABSTRACT

Tooth loss is a significant issue that affects the physical health of the elderly. Full dentures help restore oral conditions and improve the quality of life for patients. The purpose of this study was to investigate the clinical factors that influence the success of using more than 16 dentures and their impact on oral health-related quality of life.

Research Methodology: A retrospective cohort study was conducted in patients who had used more than 16 dentures for at least six months at Nakornping Hospital. The study period was from May 2023 to May 2024. Data were collected on denture use history, basic patient information, and quality of life assessments using the OHIP-14. Descriptive analysis was used for baseline data, and Spearman's correlation was employed to analyze relationships between variables.

Results: A total of 70 patients participated in the study, with 47.1% male and 52.9% female; 67.1% of the participants were over 70 years old. The average adaptation period for using more than 16 dentures was 2.3 ± 0.8 weeks. The mean period between denture placement and satisfaction assessment was 16.9 ± 12.02 months. Factors associated with difficulties in masticatory function included having fewer than five posterior occlusal contacts (Adj. RR 14.9 [95% CI 4.8-45.9]) and male gender (Adj. RR 5.4 [95% CI 1.6-18.8]). In terms of health-related quality of life, denture function limitations ($r = 0.63$), physical pain ($r = 0.74$), and physical disability ($r = 0.88$) were strongly associated with poor quality of life.

Conclusion: This study found that the success of placing over 16 prosthetic teeth depends on the number of posterior occlusal contact points. A greater number of occlusal contact points enhances success and improves quality of life, which should be considered in planning the placement of more than 16 prosthetic teeth.

Keywords: clinical factors, posterior occlusion, masticatory efficiency, quality of life

Submitted: 2024 Aug 19, Revised: 2024 Nov 5, Published: 2024 Nov 16

Contact

Jiravadee Chaiyaprasith, D.D.S, Department of Dentistry, Nakornping Hospital

E-mail: moji2mook@gmail.com

บทนำ

ปัญหาหลักด้านสุขภาพของช่องปากในผู้สูงอายุไทย คือ การสูญเสียฟัน โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-74 ปี มีร้อยละ 6.2 สูญเสียฟันทั้งปาก ผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี มีการสูญเสียฟันทั้งปาก^[1] ร้อยละ 23.1 ผู้สูงอายุกลุ่ม 60-74 ปีมีฟันถาวรคงเหลือเฉลี่ย 19.6 ซึ่งต่อคน ผู้สูงอายุตอนปลาย 80-85 ปี มีฟันถาวรคงเหลือเฉลี่ย 11.7 ซึ่งต่อคน ภาวะการไม่มีฟันสัมพันธ์ปัญหาสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากส่งผลให้ความสามารถในการเคี้ยวอาหารลดลง ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการก่อให้เกิดเป็นปัจจัยการเกิดโรคทางระบบในผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน^[2-4] และยังส่งผลต่อความไม่มั่นใจ และการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีการศึกษาปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จในการใส่ฟันเทียม ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ปี ซึ่งเป็นนิยามครอบคลุมการทำฟันเทียมทั้งปาก (complete denture, CD) และการทำฟันเทียมเกือบทั้งปากมากกว่า 16 ปีขึ้นไป^[5] (Temporary Plate, TP) ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย เช่น การศึกษาประสบการณ์การใส่ฟันเทียมของผู้ป่วยในอดีต ระยะเวลา หรือจำนวนชุดฟันเทียมที่เคยใช้มาก่อน การยึดติด การเสถียร การบดเคี้ยว การสบฟัน ความลำบากในการบดเคี้ยว คุณภาพทางคลินิกของฟันเทียมมากกว่า 16 ปี ที่ดีขึ้นอยู่กับสภาวะช่องปาก และโครงสร้างทางกายภาพของช่องปากที่เหมาะสม ดังนั้นแนวทางประเมินหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันเทียม ประกอบด้วย 1.ปัจจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับชิ้นฟันเทียม เช่น การสบฟัน การติดแน่น ความเสถียร รูปแบบการสบฟัน และ 2.ปัจจัยส่วนบุคคล คือ รูปร่างของสันเหงือกข้าง ประสบการณ์การใส่ฟันเทียม^[6-12] ทั้งสองปัจจัยมีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ปี แต่ในกรณีที่มีฟันธรรมชาติเหลือในช่องปาก

บางส่วนพบว่า มีปัญหาทางปริทันต์ มีผลต่อความสำเร็จ ดังนั้นเกณฑ์การเลือกฟันหลักอาจไม่เท่าเกณฑ์มาตรฐานของฟันหลักที่อวัยวะปริทันต์สมบูรณ์ ร่วมกับการออกแบบฟันปลอมที่เหมาะสมในกรณีมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ ย่อมทำให้การใส่ฟันเทียมสำเร็จมากขึ้น^[13] โดยเกณฑ์การเลือกฟันหลัก คือ อัตราส่วนตัวฟันกับรากฟันจากการศึกษาพบว่าอัตราส่วนตัวฟันกับรากฟันคือ 1:2 โดยที่อัตราส่วนต่ำสุดคือ 1:1 ถือว่าเป็นค่าต่ำสุด^[14] ที่ยอมรับได้ ในขณะที่ผู้ป่วยปริทันต์ที่มีปริมาณกระดูกเข้าฟันหลักเพียง 1/3 ของปริมาณทั้งหมด สามารถทำให้ฟันเทียมทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากพิจารณาอัตราส่วนตัวฟันกับรากฟัน ควรประเมินตรรกษณกระดูกเข้รากฟัน (bone index) การโยกของฟัน สภาพสันเหงือกข้างที่จะใส่ฟัน การกระจายตัวของฟันแนวแกนฟันร่วมด้วย สำหรับฟันเทียมถอดได้ ยังได้ประโยชน์จากความเสถียรข้ามฝั่งและมีการรองรับจากทั้งฟันและเหงือกทำให้เกิดความสำเร็จมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามความสามารถในการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการใส่ฟันเทียมแบบถอดได้^[15] รวมไปถึงการควบคุมแรงบดเคี้ยวให้อยู่ในระดับที่อวัยวะปริทันต์สามารถรองรับได้ เช่น การออกแบบเรสท์ที่ถูกต้อง การขยายฐานฟันเทียมให้กว้างที่สุดโดยไม่ขัดขวางการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง การควบคุมให้ฟันที่เหลืออยู่มีความเสถียร การควบคุมและกำจัดแรงบดกัดฟัน การป้องกันนิสัยการทำงานนอกหน้าที่ของฟัน การเลือกรูปแบบสบฟันที่มีความเสถียร เป็นปัจจัยส่งผลต่อความสำเร็จในฟันเทียมที่มีฟันธรรมชาติเหลือบางส่วน และการใส่ฟันเทียมมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพการใช้ชีวิตของผู้ป่วย งานวิจัยนี้น่าแบบประเมินที่ใช้แพร่หลายนำมาใช้ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ปี กับองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ภายหลัง

ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันปลอมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ฟันเทียมมากกว่า 16 ชี่ ในโรงพยาบาลนครพิงค์

การใส่ฟันเทียม คือ แบบสำรวจคุณภาพชีวิตใน มิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) ใช้เกณฑ์การให้ คะแนน 5 ลำดับ คือ 0=ไม่เคยเกิดเหตุการณ์หรือ ผลกระทบในช่วงที่ผ่านมา 1=เกิดเหตุการณ์ ผลกระทบนาน ๆ ครั้ง 1-2 ครั้ง ใน 1 เดือน 2=เกิดเป็นบางครั้งคราว 3-4 ครั้ง ในหนึ่งเดือน 3=เกิดเหตุการณ์ ผลกระทบค่อนข้างบ่อย 2-4 ครั้ง ในหนึ่งอาทิตย์ 4=เหตุการณ์ ผลกระทบค่อนข้าง บ่อยมาก >5 ครั้ง ในหนึ่งอาทิตย์ การประเมิน คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากคะแนนแต่ละ ข้อรวมกันหาค่าเฉลี่ยรวมทุกข้อ มีคะแนนอยู่ที่ 1.02 และกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ข้อมูลและตรวจใน

ช่องปากและตรวจฟันเทียมอยู่ในกลุ่มมีคะแนน ในช่วง 0-1 เป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดี โดย การศึกษาแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตแบบอิงกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ย 0-1 คะแนน เป็นกลุ่มที่ มีคุณภาพชีวิตดี กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ย >2 - <10 เป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และกลุ่มที่ คะแนนเฉลี่ย ≥ 10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีคุณภาพ ชีวิตไม่ดี^[16]

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมแบ่งได้สองปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับชิ้นฟันเทียม 2) ปัจจัยส่วนบุคคล

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ด้านปัจจัยที่เกี่ยวกับชิ้นฟันเทียม

- | | |
|-------------------|---|
| มีความสัมพันธ์ | <ul style="list-style-type: none"> - การติดอยู่ - ความเสถียร - จำนวนและการกระจายของจุดสบฟันหลัง (premolar และ molar) ด้านซ้ายและขวา |
| ไม่มีความสัมพันธ์ | <ul style="list-style-type: none"> - รูปแบบการสบฟัน - การสบไกลในศูนย์ - ความสัมพันธ์ระหว่างการสบฟันในศูนย์ และตำแหน่งของขากรรไกรในศูนย์ - ความสวยงามและสัดส่วนความสวยงามของฟันหน้าบน - อายุการใช้งาน |

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล

- | | |
|-------------------|--|
| มีความสัมพันธ์ | <ul style="list-style-type: none"> - สภาวะจิตใจ - รูปร่างสันเหงือกกว้างที่รองรับฟันเทียม |
| ไม่มีความสัมพันธ์ | <ul style="list-style-type: none"> - ระดับความคาดหวัง - ความรุนแรงของสภาวะช่องปาก - ประสบการณ์ในการใส่ฟันเทียมของผู้ป่วย - อายุเมื่อเริ่มใส่ฟันเทียม - อายุปัจจุบัน |

1. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับชิ้นฟันเทียม (Denture-related factors)

1.1 การติดอยู่และความเสถียร ปัญหาฟันเทียม ที่พบบ่อยที่สุด คือ ฟันเทียมหลวม ขยับ สะทอน ถึงการติดอยู่ (retention) และความเสถียร (stability) ของฟันเทียม หลายการศึกษาให้

ผลลัพธ์ตรงกันว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปากสัมพันธ์กับการติดอยู่และ / หรือ ความเสถียรของฟันเทียมในขากรรไกรล่าง^[16-19] ความเสถียรที่ไม่เหมาะสมในขากรรไกรบน มีความชุกน้อยกว่าในขากรรไกรล่างเนื่องจาก เนื้อเยื่อที่รองรับฟันเทียมในขากรรไกรล่างมี

รูปร่างแบน และมีพื้นที่ในการติดอยู่น้อยกว่า ขากรรไกรบน ทำให้ฟันเทียมในขากรรไกรล่างมีแรงยึดกับเนื้อเยื่อข้างใต้ น้อยกว่าฟันเทียมในขากรรไกรบน^[20] เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการติดอยู่ และความเสถียร พบว่า ปัญหาจากความไม่เสถียรของฟันเทียมมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้งานมากกว่าปัญหาการติดอยู่^[17] เนื่องจากฟันเทียมที่ขยับง่ายเมื่อได้รับแรงกระทำในแนวนอน (lateral force) จะสูญเสียการผนึกขอบโดยรอบ (border seal) หรือไม่สามารถวางกลับเข้าตำแหน่งที่ถูกต้องบนสันเหงือกได้ นั่นคือความไม่เสถียรของฟันเทียมจะส่งผลกระทบต่อ การติดอยู่ และการรองรับ (support)^[21]

1.2 ความสัมพันธ์ด้านบดเคี้ยว การพบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการสบฟันได้ดุล (bilateral occlusion) ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก แต่พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก สัมพันธ์กับการยึดอยู่และความเสถียร ร่วมกับการสบฟันด้านดูล และไม่มี การสบไลด นอกจากรูปแบบการสบฟันแล้ว รูปร่างด้านบดเคี้ยวของซี่ฟันเทียมก็ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเช่นกัน^[18] อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ที่มีจำนวนจุดสบฟันหลัง ตั้งแต่ 5 ตำแหน่ง ขึ้นไปที่กระจายกันอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านซ้ายและขวา มีความพึงพอใจต่อฟันเทียมทั้งปากของตนมากกว่าผู้ที่จุดสบฟันกระจายไม่สม่ำเสมอหรือจุดสบฟันหลังน้อยกว่า 5 ตำแหน่ง^[16] และสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่มากขึ้น โดยสามารถเคี้ยวอาหารได้อ่อนภาคที่เล็กกว่าผู้ที่มีจุดสบฟันหลังน้อยกว่า เมื่อใช้จำนวนรอบเท่ากัน ซึ่งประสิทธิภาพการเคี้ยวที่มากทำให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพดีขึ้น

1.3 ความสวยงามที่เกี่ยวข้องกับฟันเทียม มีการศึกษารายงานว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใช้ฟันเทียมทั้งปากไม่สัมพันธ์กับความสวยงามของฟันเทียม สรุปได้ว่า ความสวยงามของฟันเทียมไม่มีหลักตายตัวแต่มีความแตกต่างระหว่างบุคคล ตามลักษณะใบหน้าและริมฝีปาก

ทั้งขณะพักและยิ้ม และความรู้สึกส่วนตัวของผู้ป่วยเอง^[22]

1.4 อายุการใช้งานฟันเทียม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใช้ฟันเทียม กระทั่งผู้ป่วยที่มาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา 4 ปีหลังใส่ฟันเทียม^[23] ก็ตาม ดังนั้นการตัดสินใจทำฟันเทียมทั้งปากชุดใหม่ ควรพิจารณาจากคุณภาพของฟันเทียมหลังการใช้งาน เช่น การติดอยู่ ความเสถียร หรือ การสูญเสียมิติใน แนวตั้ง (vertical dimension) จากการสึกของซี่ฟันเทียมจนผู้ป่วยมีปัญหาในการบดเคี้ยวมากกว่าพิจารณาเพียงอายุการใช้งานของฟันเทียม

2. ปัจจัยส่วนบุคคล (Patient-related factors)

2.1 ผู้ที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีความรู้สึกเจ็บปวดจากการใส่ฟันเทียมได้ง่ายกว่าผู้ที่มีเสถียรทางอารมณ์ ดังนั้น ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจึงมีความรุนแรงกว่าคนทั่วไป^[24]

2.2 ระดับความคาดหวังของผู้ป่วยไม่บ่งบอกความสำเร็จของการรักษา ไม่ว่าจะก่อนรักษาผู้ป่วยจะมีความคาดหวังเพียงปานกลางหรือสูงก็ตาม

2.3 รูปร่างของสันเหงือกที่รองรับฟันเทียมทั้งปากเป็นปัจจัยในการสร้างชิ้นฟันเทียม แม้รูปร่างสันเหงือกที่รองรับฟันเทียม และความสูงของกระดูกขากรรไกรล่างไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก^[25] แต่อาจส่งผลโดยอ้อมในแง่การติดอยู่ และความเสถียรของฟันเทียม

2.4 ผู้ที่มีขากรรไกรล่างฝ่อลีบ (mandibular atrophy) มักทำให้ขากรรไกรล่างขาดการยึดติด ส่วนผู้ป่วยที่สันเหงือกมีรูปร่างโค้งกลม จะมีการติดอยู่และความเสถียรดีกว่าผู้ที่มีรูปร่างสันเหงือกแบนราบหรือเป็นสันแหลม จึงนำไปสู่การมีประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี

2.5 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับอายุ จำนวนชุดฟันเทียม ประสบการณ์การใส่ฟันเทียม

ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันปลอมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ ในโรงพยาบาลนครพิงค์

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง Retrospective cohort study

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่รับการใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ มานานกว่า 6 เดือน ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และได้รับการประเมินโดยผู้วิจัยทุกราย ในการประเมินหลังใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการติดตามหลังใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ มีการนัดหมายทุก 1 สัปดาห์ ได้รับการแก้ไขจนผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลรักษาฟันเทียม ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง โดยถอดฟันเทียม และทำความสะอาดในช่องปากและฟันเทียมในเวลาเช้า และก่อนเข้านอนทุกวัน

ระยะเวลาศึกษา

ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

ข้อมูลที่ศึกษา

ในด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคทางระบบ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประสบการณ์การใส่ฟันเทียมของผู้ป่วยในอดีต

ข้อมูลเกี่ยวกับฟันเทียมในด้านการยึดติด ความเสถียร การออกเสียง การสบฟันหลัง

การประเมินการยึดติดแน่นของฟันเทียมพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ การยึดติดแน่นของฟันเทียม ที่มีความเหมาะสมคือ ฟันเทียมไม่หลุดเมื่ออ้าปากกว้างประมาณ 20 มิลลิเมตร และมีแรงต้านต่อการหลุดเมื่อตั้งในทิศทางตรงข้ามกับการใส่ฟันเทียม การยึดติดแน่นของฟันเทียมที่ไม่เหมาะสมคือ ฟันเทียมหลุดเมื่ออ้าปากกว้าง

ประมาณ 20 มิลลิเมตร และไม่มีแรงต้านต่อการหลุดเมื่อตั้งในทิศทางตรงข้ามกับการใส่

การประเมินความเสถียรของฟันเทียมพิจารณา ดังนี้ ความเสถียรของฟันเทียมมีความเหมาะสม คือ ฟันเทียมไม่ขยับหรือหลุดเมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลังด้านซ้ายและขวา และบริเวณปลายฟันหน้า ความเสถียรของฟันเทียมไม่เหมาะสม คือ ฟันเทียมขยับหรือหลุดออกเมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลังด้านซ้ายและขวา และบริเวณปลายฟันหน้า

การประเมินความสูงของฟันเทียม และการออกเสียง พิจารณาความเหมาะสมจากค่าระยะปลอดภัย (Free way space) และการออกเสียง “ส” พิจารณาระยะห่าง และการเคลื่อนที่ของปลายฟันหน้าบน และริมปากล่าง การประเมินความสูงของฟันเทียม และการออกเสียงมีความเหมาะสม คือ ฟันหน้าเคลื่อนเข้ามาใกล้กันเกือบสัมผัสกัน และฟันหลังไม่กระทบกัน และการประเมินความสูงของฟันเทียม และการออกเสียง มีความไม่เหมาะสม คือ ฟันหน้าห่างกันมากกว่า 5 มิลลิเมตร หรือกระทบกันหรือฟันหลังกระทบกัน

การประเมินการสบฟัน ใช้วิธีการบันทึกจำนวนตำแหน่งจุดสบฟัน (occlusal contact) จากการกัดสบของฟันเทียมทั้งปากตำแหน่งในศูนย์ (centric occlusion) โดยใช้กระดาษกัดสบความหนา 60 ไมครอน โดยให้ผู้ป่วยกัด 5 ครั้ง แล้วนับจำนวนจุดสบฟันตามจำนวนซี่ที่มีการสบฟันระหว่างฟันบน และล่าง พิจารณาความเหมาะสมตามเกณฑ์ ดังนี้ การประเมินการสบฟันใช้วิธีการบันทึกจำนวนตำแหน่งจุดสบฟัน (occlusal contact) มีความเหมาะสมคือ มีจุดสบฟันหลังสม่าเสมอ ทั้งด้านซ้าย และขวา และมีตำแหน่งจุดสบฟันหลังรวมกันอย่างน้อย 5 ตำแหน่ง การประเมินการสบฟันใช้วิธีการบันทึกจำนวนตำแหน่งจุดสบฟัน (occlusal contact) มีความไม่เหมาะสม คือ มีจุดสบฟันหลังไม่สม่าเสมอทั้งด้านซ้าย และขวา และมีตำแหน่งจุดสบฟันหลัง

4 ตำแหน่ง หรือน้อยกว่า การนับจุดสบฟัน หมายถึง จำนวนซี่ที่มีตำแหน่งสบฟันบนซี่ฟัน และจุดสบฟัน หมายถึง การพบจุดสบฟันบนซี่ฟัน นับเป็น 1 ตำแหน่ง

ประวัติการตอบแบบสอบถามของกลุ่มงาน ประวัติการให้ข้อมูลเรื่องความพึงพอใจและ คุณภาพชีวิตหลังการใส่ฟันเทียม โดยทำการสอบถาม จากทันตแพทย์ผู้ทำการรักษาในผู้ป่วยทุกราย โดยมีบุตรหลานหรือผู้ดูแลคอยช่วยในการให้ ข้อมูลในกรณีที่มีผู้ป่วยไม่เข้าใจคำถามหรือมี ปัญหาเรื่องการไต่ถาม

การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่อง ปาก OHIP-14 เป็นการสอบถามหรือสัมภาษณ์ โดยงานวิจัยนี้ได้นำมาใช้เพื่อประเมินคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ คะแนนเป็นความรุนแรง ซึ่งคะแนนเต็ม 56 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่าคุณภาพชีวิตในมิติ สุขภาพช่องปากไม่ดี ถ้าคะแนนน้อยจะบ่งบอกว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูง^[26] และ ตรวจในช่องปาก ตรวจสอบการกัดสบ การกระจาย ของการกัดสบ การตรวจและสัมภาษณ์นี้กระทำ หลังจากใส่ฟันเทียมไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดย นำมาหาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้าน คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ภายหลัง การใส่ฟันเทียม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการขอรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่รับรอง No.111/67 วันที่รับรอง 26 กรกฎาคม 2567 ถึง 25 กรกฎาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางคลินิกที่มี ผลต่อความสำเร็จและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ช่องปาก โดยใช้สถิติ Spearman correlation

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 70 ราย โดยเป็นผู้ป่วยใส่ ฟันเทียมทั้งปาก (Complete Denture, CD) จำนวน 46 ราย ฟันเทียมทั้งปากเฉพาะฟันบน (Single Denture, SD) 13 ราย และฟันเทียม บางส่วนมากกว่า 16 ซี่ ที่มีฟันธรรมชาติเหลือ บางส่วน (TP) 11 ราย โดยกรณีผู้ป่วยที่มีฟัน ธรรมชาติเหมาะสมเป็นฟันหลัก พบว่ามีฟันเหลือ 4 ซี่ขึ้นไป 21 ราย กระจายทั้งชายและ หญิง มีความเสถียร ข้ามฝั่ง มีการรองรับจากฟันธรรมชาติที่เหลือและ สันเหงือก เป็นผู้มีประสบการณ์การใส่ฟันเทียม 58 ราย ไม่เคยใส่ฟันเทียม 12 ราย จำแนกเป็น เพศชาย ร้อยละ 47.1 เพศหญิง ร้อยละ 53 อายุ มากกว่า 70 ปี ร้อยละ 67.1 ข้อมูลโรคทางระบบ พบเป็นเบาหวาน ร้อยละ 21.4 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 11.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 2.8 ดังตารางที่ 1

ด้านการมารับบริการ พบว่า จำนวนครั้งใน การนัดติดตามผลของการใช้งานฟันเทียมโดยทำ การนัดหมายเฉลี่ย 2.3 ± 0.8 ครั้ง หลังใส่ฟันเทียม ให้การแก้ไขจนผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี และ มีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ต่อฟันเทียมอยู่ที่ ร้อยละ 87.1

ด้านคุณภาพฟันเทียม พบการยึดติดของ ฟันเทียมในระดับดีร้อยละ 97.1 พบปัญหา ประสิทธิภาพการเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 11.4 ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมสม่ำเสมอ ร้อยละ 100 ปัจจัยที่ มีผลต่อความสำเร็จในการใส่ฟันเทียมคือ ตำแหน่งการกัดสบฟันหลัง 5 ตำแหน่งขึ้นไปจึง จะทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวเป็นที่พึงพอใจ ดังตารางที่ 2

ด้านมิติสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพ ชีวิตมากที่สุด คือ มิติด้านประสิทธิภาพในการบด เคี้ยว ปัจจัยที่ทำนายประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่มากขึ้น ดังตารางที่ 3 ประกอบด้วย การสบฟัน หลังมากกว่า 5 ตำแหน่ง และเพศชายเป็นปัจจัย ที่ทำนายประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่มากขึ้น

ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันปลอมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ ในโรงพยาบาลนครพิงค์

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย 70 ราย

ปัจจัย	จำนวน (n=70)	ร้อยละ
เพศชาย	33	47.1
อายุ > 70 ปี	47	67.1
อายุเฉลี่ย, mean ± SD	75.1 ± 9.9	
โรคทางระบบ		
มะเร็ง	1	1.4
เบาหวาน	15	21.4
หัวใจ	8	11.4
โรคภูมิแพ้ (systemic lupus erythematosus)	1	1.4
ความดันโลหิตสูง	31	44.3
ประสบการณ์การใส่ฟันเทียม		
ไม่เคยใส่	12	17.1
เคยใส่	58	82.9
ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมทั้งปากบนล่าง (CD)	46	65.71
ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมทั้งปากบน (SD)	13	18.57
ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมทั้งปากบนสบฟันธรรมชาติล่าง (SD)	2	2.85
ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมทั้งปากบนสบฟันเทียมบางส่วนล่าง (SD/TP)	11	15.71
ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมบางส่วนบนและล่าง (TP U/L)	11	15.71
ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมบางส่วนที่มีฟันธรรมชาติ 2 ซี่	1	4.54
ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมบางส่วนที่มีฟันธรรมชาติ 3 ซี่	21	95.4

CD: complete denture SD: single denture TP U/L: temporary plate upper/lower

ตารางที่ 2 ลักษณะทางทันตกรรมและผลการรักษา

ลักษณะ	จำนวน (n=70)	ร้อยละ
พื้นปาก (Floor of mouth) น้อยกว่า 7 มม.	20	28.6
สันเหงือกรูปร่าง U shape	48	68.6
การสบฟันหลัง (premolar และ molar)		
น้อยกว่า 5 ตำแหน่ง	10	14.3
5-6 ตำแหน่ง	36	51.4
ตั้งแต่ 7 ตำแหน่ง	24	34.3
ฟันเทียมยึดติดแน่นในช่องปาก	68	97.1
มีการเคี้ยวอาหารไม่สะดวก	8	11.4
มีการใช้งานเป็นประจำ	70	100
ระดับความพึงพอใจ > 80%	61	87.1
ระยะเวลาติดตามการยอมรับใช้งานฟันเทียม (สัปดาห์), mean± SD	2.3 ± 0.8	
ระยะเวลาระหว่างใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ และวันประเมิน	16.9 ± 12.02	
ความพึงพอใจ (เดือน), mean± SD		

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยด้วยสถิติ Binary Regression ชนิดตัวแปรเดียว คัดเลือก ปัจจัยที่มีแนวโน้มสัมพันธ์การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกหลังการใส่ฟันเทียม โดยเลือกค่า $p < 0.2$ เข้าสมการ ดังแสดงตามตารางที่ 3

Clinical factors affecting the success of dentures and the oral health-related impact on the quality of life of elderly patients after using complete dentures at Nakornping Hospital

ตารางที่ 3 ปัจจัยสัมพันธ์กับการเคี้ยวอาหารไม่สะดวกหลังการใส่ฟันเทียม จากการวิเคราะห์ปัจจัยด้วยสถิติ Binary Regression ชนิดตัวแปรเดียว และตัวแปรพหุ

ปัจจัย	Crude RR (95% CI)	p-value	Adj.RR (95% CI)	p-value
การสบฟันหลังน้อยกว่า 5 ตำแหน่ง	10.00 (2.79-35.76)	>0.001	14.85 (4.81-45.86)	<0.001
เพศชาย	3.36 (0.72-15.70)	0.123	5.43 (1.59-18.76)	0.007
พื้นปาก (Floor of mouth)	4.16 (1.08-15.97)	0.037	n.a*	

*นำออกจาก model เนื่องจากมี collinearity

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-14) ค่าเฉลี่ยและร้อยละของคำตอบ (n=70)

มิติสุขภาพ	หัวข้อ	ไม่เคย n (%)	นานๆครั้ง n (%)	บางครั้ง n (%)	ค่อนข้างบ่อย n (%)	บ่อยมาก n (%)
ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ (Functional limitation)	การออกเสียงลำบาก	66 (94.0)	3 (4.2)	0	0	1 (1.4)
	การรับประทานอาหารแย่งลง	66 (94.0)	4 (5.7)	0	0	0
ความเจ็บปวดทางกายภาพ (Physical pain)	อาการปวดหรือเจ็บเหงือกและฟัน	59 (84.2)	11 (15.7)	0	0	0
	ทานอาหารลำบาก	65 (92.8)	4 (5.71)	0	0	1 (1.4)
ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (Psychological discomfort)	รู้สึกกังวลใจในตนเอง	65 (92.8)	4 (5.7)	0	1 (1.4)	0
	มีความเครียดจากฟันเทียม	68 (97.1)	2 (2.8)	0	0	0
ความบกพร่องทางกายภาพ (Physical disability)	ต้องทานอาหารที่ไม่อยากทาน	57 (81.4)	12 (17.1)	0	1 (1.4)	0
	พบปัญหาระหว่างทานอาหาร	61 (87.1)	8 (12.4)	0	1 (1.4)	0
ความบกพร่องทางจิตใจ (Psychological disability)	ไม่ได้พักผ่อนจากฟันเทียม	69 (98.5)	1 (1.4)	0	0	0
	รู้สึกอับอายในฟันเทียม	68 (97.1)	2 (2.8)	0	0	0
ความบกพร่องทางสังคม (Social disability)	รู้สึกหงุดหงิด	68 (97.1)	2 (2.8)	0	0	0
	ปัญหาในการทำงาน	69 (98.5)	1 (1.4)	0	0	0
ความพิการหรือด้อยโอกาส (Handicap)	รู้สึกไม่มีความสุข	69 (98.5)	1 (1.4)	0	0	0
	ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ	69 (98.5)	1 (1.4)	0	0	0

ไม่เคย = 0 คะแนน นานๆครั้ง = 1 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนน ค่อนข้างบ่อย = 3 คะแนน บ่อยมาก = 4 คะแนน

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ (Spearman correlation value) ของความสัมพันธ์ระหว่างมิติสุขภาพช่องปากกับคะแนนรวมคุณภาพชีวิต (OHIP-14)

มิติสุขภาพ	r	Correlation
1. ข้อจำกัดการทำหน้าที่ของฟันเทียมมากกว่า 16 ซี่ (Functional limitation) - การออกเสียงลำบาก - การรับประทานอาหารแย่งลง	0.63	Strong
2. ความเจ็บปวดทางกายภาพ (Physical pain) - อาการปวดหรือเจ็บเหงือกและฟัน - ทานอาหารลำบาก	0.74	Strong
3. ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (Psychological discomfort) - รู้สึกกังวลใจในตนเอง - รู้สึกเครียดจากฟันเทียม	0.54	Moderate
4. ความบกพร่องทางกายภาพ (Physical disability) - ไม่สามารถทานอาหารที่อยากรับประทาน - ปัญหาระหว่างรับประทานอาหาร	0.88	Very Strong

ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันปลอมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยฟันเทียมมากกว่า 16 ชี่ ในโรงพยาบาลนครพิงค์

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ (Spearman correlation value) ของความสัมพันธ์ระหว่างมิติสุขภาพช่องปากกับคะแนนรวมคุณภาพชีวิต (OHIP-14) (ต่อ)

มิติสุขภาพ	r	Correlation
5. ความบกพร่องทางจิตใจ (psychological disability) - ไม่ได้พักผ่อนจากฟันเทียม - รู้สึกอับอายในฟันเทียม	0.41	Moderate
6. ความบกพร่องทางสังคม (Social disability) - รู้สึกหงุดหงิด - ปัญหาในการทำงาน	0.49	Moderate
7. ความพิการหรือด้อยโอกาส (Handicap) - รู้สึกไม่มีความสุข - ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ	0.26	Low

(ค่า r 0.6 - 0.8 มีผลกระทบมาก โดยค่า $r > 0.8$ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด)

คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก จากแบบสอบถาม OHIP-14 รวมทุกข้อเฉลี่ย 1.02 ± 2.53 โดยมีมิติที่ผู้ป่วยมีคะแนนมากที่สุด คือ มิติความบกพร่องทางกายภาพ ได้แก่ ไม่สามารถทานอาหารที่อยากรับประทาน (ร้อยละ 18.5) และปัญหาระหว่างรับประทานอาหาร (ร้อยละ 13.6) และรองลงมา คือ มิติความเจ็บปวดทางกายภาพ ได้แก่ เจ็บเหงือกและฟันขณะบดเคี้ยว (ร้อยละ 15.7) และทานอาหารลำบาก (ร้อยละ 7.11) มิติสุขภาพที่คะแนนน้อยสุด

ความพิการหรือความด้อยโอกาส ได้แก่ รู้สึกไม่มีความสุข (ร้อยละ 1.4) และไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ (ร้อยละ 1.4) ดังแสดงในตารางที่ 4 โดยสัมพันธ์กับค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ของความบกพร่องทางกายภาพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากที่สุด ($r=0.88$) และความเจ็บปวดทางกายภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากรองลงมา ($r=0.74$) ดังตารางที่ 5



ภาพที่ 1 แสดงจุดสบฟัน ฟันเทียมทั้งปาก การสบกระเจายตัวด้านซ้าย และขวาสม่ำเสมอ



ภาพที่ 2 แสดงจุดสบฟัน ฟันเทียมบางส่วน การสบกระเจายตัวด้านซ้าย และขวาสม่ำเสมอ

บทวิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุ 70 คน เป็นผู้ใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ชี่ มานานกว่า 6 เดือน พบว่า ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ จำนวนจุดสบฟัน และปัจจัยด้านเพศ และมี

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต 1.02 ± 2.53 นับว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุจำนวน 70 คน พบว่าผู้ที่มีจำนวนจุดสบฟันหลังตั้งแต่ 5 ตำแหน่ง ขึ้นไปที่กระเจายกัน อย่างสม่ำเสมอทั้งด้านซ้ายและขวา ดังภาพที่ 1 และ 2 มีความพึงพอใจต่อฟันเทียมมากกว่า 16 ชี่ มากกว่า

ผู้ที่จุดสบฟันกระจายไม่สม่ำเสมอหรือจุดสบฟันหลังน้อยกว่า 5 ตำแหน่ง^[16] ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม และสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่มากขึ้น

ผู้สูงอายุที่มีจำนวนจุดสบฟันหลังตั้งแต่ 5 ตำแหน่งขึ้นไปที่กระจายกันอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านซ้ายและขวา สามารถเคี้ยวอาหารได้อนุภาคที่เล็กกว่าผู้ที่มีจุดสบฟันหลังน้อยกว่า เมื่อใช้จำนวนรอบเท่ากัน ซึ่งประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ดีทำให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพดีขึ้น กรณีผู้ป่วยมีจุดสบฟันน้อยกว่า 5 ตำแหน่ง และจุดสบไม่สม่ำเสมอ มีผลต่อความสำเร็จในการใส่ฟันเทียมมากกว่า 16 ซี ควรปรับแก้ไขตรวจการสบฟันให้มีการกระจายตัวซ้าย และขวาสม่ำเสมอ และมากกว่า 5 ตำแหน่ง ร่วมกับการกรอแต่งหลุมร่องฟันบนฟันเทียมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยวซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม^[16,18]

นอกจากปัจจัยในด้านการสบฟันหลังมีผลต่อการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิต และเพศชายยังเป็นปัจจัยการทำนายประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จูซาร์ตัน ฆาญาฮา^[27] และแตกต่างจากการศึกษาของ วรยา มณีลังกา^[28] การทำฟันเทียมนั้นเป็นงานที่มีความซับซ้อน ผู้สูงอายุเดินทางมาติดตามอาการได้ยาก ดังนั้น การประเมินปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้น และผลลัพธ์ของการรักษานั้น ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบจากสถานะช่องปากต่อการใช้ชีวิตประจำวันตามความรู้สึกของผู้ป่วยด้วย เพื่อแก้ไข้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม^[29] ความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยแตกต่างกัน อาจเป็นปัจจัยภายในที่มีความสำคัญต่อการบดเคี้ยวที่ดี ดังนั้นการได้รับคำอธิบายการปรับรูปแบบของอาหารเพื่อการเคี้ยวที่ง่ายขึ้นเป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสม นอกเหนือจากการแก้ไข้ฟันเทียม^[30] นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างแท้จริง คือ การติดอยู่ และ

ความเสถียรของฟันเทียมทั้งในขากรรไกรบนและล่างที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ดังนั้นกระบวนการที่สำคัญ คือการพิมพ์ปากขั้นสุดท้าย (final impression) การปั้นขอบ (border mold) การเลือกวัสดุที่มีการไหลแผ่เหมาะสม การผนึกขอบโดยรอบ (border seal) และครอบคลุมเนื้อเยื่อรองรับฟันเทียมมากที่สุด (maximum extension) การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการพิมพ์ในขณะกล้ามเนื้อทำงานเพื่อได้สภาวะที่แท้จริง โดยทั่วไปฟันเทียมล่างจะมีความเสถียรน้อยกว่าฟันเทียมบน เนื่องจากสันกระดูกในขากรรไกรล่างมีการละลายตัวมากกว่าสันกระดูกในขากรรไกรบน พื้นที่ในการติดอยู่น้อยกว่าการรบกวนของลิ้น เนื้อเยื่อลิ้นเนื้อเยื่อแก้ม และกล้ามเนื้อแก้ม มีลักษณะทางกายภาพที่กีดขวางการยึดติด ส่งผลให้ฟันเทียมล่างมีการเคลื่อนที่ตลอดเวลา เมื่อฟันเทียมไม่กระชับส่งผลให้ความพึงพอใจโดยรวมลดลงไป การพิมพ์สันเหงือกให้รายละเอียดและความถูกต้องที่ดีทำให้ฐานฟันเทียมแนบสนิทกับสันเหงือก รองรับแรงบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ^[31] ในผู้ป่วยที่มีสภาพสันเหงือกที่แบนราบ มีผลต่อการยึดติดของฟันเทียม ปัจจุบันมีทางเลือกให้กับผู้ป่วยโดยการใส่ฟันเทียมที่รองรับด้วยรากเทียม^[32] ซึ่งทำให้ฟันเทียมล่างยึดติดแน่น กระชับ ผู้ป่วยมั่นใจในการเคี้ยวอาหาร การพูดมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีถึงดีมาก^[33] การแก้ไข้ฟันเทียมตามการนัดหมาย ให้คำแนะนำการใช้งาน การปรับตัวจะส่งผลต่อความพึงพอใจต่อฟันเทียมโดยสภาพทางจิตใจ โดยเจตคติมีผลต่อการวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ดร.เอ็ม.เอ็ม. เฮาส์ (Dr.M.M.House; 1970) ได้ทำการจำแนกผู้ป่วยตามประเภทของจิตใจออกเป็น 4 กลุ่ม^[34] ดังนี้ 1) มีเหตุ มีผล (philosophical) เป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญการดูแลสุขภาพช่องปาก มองเห็นความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม ยอมรับข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ เช่น ความสวยงาม ความสบาย ประสิทธิภาพของฟันเทียม 2) ดีโพย ดีพาย

ปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อความสำเร็จของการใส่ฟันปลอมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ฟันเทียมมากกว่า 16 ชี่ ในโรงพยาบาลนครพิงค์

(hysterical) อารมณ์ไม่คงที่ ไม่ยอมรับว่ามี ปัญหาสุขภาพช่องปาก ขาดการมองเห็น ความสำคัญการใส่ฟันเทียม ทันตแพทย์ต้อง พยายามแก้ไขทัศนคติเพื่อให้ประสบความสำเร็จใน การทำฟันเทียม 3) จู้จี้ พิถีพิถัน (exacting) ต้องการความสมบูรณ์แบบเท่านั้น ไม่ยอม เปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพช่องปาก และนิสัย การรับประทานอาหาร การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทันตแพทย์ต้องอาศัยความอดทน และอธิบาย ขั้นตอนการรักษาอย่างละเอียด อธิบายขั้นตอน ของปัญหาอย่างละเอียด 4) เฉื่อยชา (indifferent) ผู้ป่วยมักไม่สนใจสภาพช่องปากของตนเอง และ สิ่งที่เกิดขึ้นในสภาพช่องปากของตนเอง มี ความอดทนต่อการเรียนรู้การใช้งานฟันเทียมต่ำ ทันตแพทย์ต้องพยายามในการชักจูงให้เห็น ประโยชน์ในการใส่ฟันเทียม

การแก้ไขการสบฟันหลังให้มีการกระจาย สม่ำเสมอ ความสัมพันธ์ของความเสถียรใน ฟันเทียมล่าง การสบฟันหลังที่มีการกระจาย สม่ำเสมอ มีผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และ ความพึงพอใจต่อฟันเทียมส่งผลโดยรวมต่อ คุณภาพชีวิต ปัจจัยมีผลต่อระดับความสำเร็จ เช่น สภาวะทางจิตใจ ความคาดหวังต่อการทำ หน้าที่ของฟันเทียม รวมถึงการให้คุณค่าที่ แตกต่างกันของผู้สูงอายุ^[5] และในส่วนเพศชาย นั้นที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่น้อย

เอกสารอ้างอิง

1. Dental Health Division, Bureau of dental health. The 9 th National Oral Health Survey 2023. Nonthaburi: Dental Health Division; 2023. [In Thai]
2. White BA, Maupomé G. Making clinical decisions for dental care: concepts to consider. Spec Care Dentist. 2003;23(5):168-72. doi: 10.1111/j.17544505.2003.tb00306.x
3. Koshino H, Hirai T, Ishijima T, Tsukagoshi H, Ishigami T, Tanaka Y. Quality of life and masticatory function in denture wearers. J Oral Rehabil. 2006;33(5):323-9. doi: 10.1111/j.1365-2842.2005.01152.x
4. Anastassiadou V, Robin Heath M. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. Gerodontology. 2006;23(1):23-32. doi: 10.1111/j.1741-2358.2006.00094.x

กว่าเพศหญิง ผู้ทำการวิจัยเห็นว่าอาจเนื่องจาก เพศชายจะมีความคาดหวังการใช้ฟันเทียมบดเคี้ยว ที่ใกล้เคียงฟันธรรมชาติและมีความอดทนต่ำกว่า เพศหญิง ซึ่งต้องการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต ที่ดี มีประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ดี มีความพึงพอใจ ต่อฟันเทียม มีคุณภาพชีวิตในระดับดี โดยการสบ ฟันหลังที่น้อยกว่า 5 ตำแหน่ง และเพศชาย เป็น ปัจจัยทำนายประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ลดลง องค์ประกอบที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตใน มิติสุขภาพช่องปากมากที่สุด คือ องค์ประกอบ ด้านความบกพร่องทางกายภาพ เช่น ปัญหา ระหว่างรับประทานอาหาร ด้านความเจ็บปวด ทางกายภาพ เช่น เจ็บเหงือกหรือเนื้อเยื่ออ่อนใน ช่องปาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ ในการรักษาและยินยอมในการรักษาในทุก ขั้นตอนและยินยอมให้ข้อมูลในการเผยแพร่ ซึ่ง จะเป็นแนวทางในการรักษาและเกิดประโยชน์แก่ ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป และขอขอบคุณท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ และ คณาจารย์ ผู้ให้คำแนะนำทางงานวิจัยโรงพยาบาลนครพิงค์ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูลในครั้งนี้

5. Ministry of public health, Department of health, National health security office, Dental Health Division. Operation Manual of the Royal Denture Project for the campaign to promote and restore oral health for the elderly in honor of His Majesty the King on the auspicious occasion of his 80th birthday under the Universal Health Insurance Project 2005 "Returning Smiles to the Elderly". Nonthaburi: Dental Health Division; 2005. [In Thai]
6. Songpaisan Y. Satisfaction and oral health related impact to quality of life of edentulous seniors after wearing complete dentures at Bangyai Hospital Nonthaburi. *Thai J Health Promotion and Environmental Health*. 2007;32:31–45. [In Thai]
7. Sinavarat P, Ruchuwarak PA. follow-up study in complete denture wearers : 3-5 years after treatment. *Mahidol Dental Journal*. 1997;17:61–8. [In Thai]
8. Diehl RL, Foerster U, Sposetti VJ, Dolan TA. Factors associated with successful denture therapy. *J Prosthodont*. 1996;5(2):84-90. doi: 10.1111/j.1532849x.1996.tb00279.x.
9. van Waas MA. The influence of clinical variables on patients' satisfaction with complete dentures. *J Prosthet Dent*. 1990;63(3):307-10. doi: 10.1016/00223913(90)90202n.
10. Celebić A, Knezović-Zlatarić D, Papić M, Carek V, Baucić I, Stipetić J. Factors related to patient satisfaction with complete denture therapy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(10):M948-53. doi: 10.1093/gerona/58.10.m948.
11. Turker SB, Sener ID, Özkan YK. Satisfaction of the complete denture wearers related to various factors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49(2):e126-9. doi: 10.1016/j.archger.2008.11.003
12. Fenlon MR, Sherriff M. Investigation of new complete denture quality and patients' satisfaction with and use of dentures after two years. *J Dent*. 2004;32(4):327-33. doi: 10.1016/j.jdent.2004.01.007
13. Yavilach P. Criteria for abutment selection in perio prio-prosthetic patient. *Chiang Mai Dental Journal*. 2001;22(1):7-16. [In Thai]
14. Reynold J M. Abutment selection for fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent*. 1968;19(5):483-8. doi: 10.1016/0022-3913(68)90064-4.
15. Addy M, Bates JF. The effect of partial dentures and chlorhexidine gluconate gel on plaque accumulation in the absence of oral hygiene. *J Clin Periodontol*. 1977;4(1):41-7. doi: 10.1111/j.1600-051x.1977.tb01881.x.
16. Setthaworaphan P, Thitasomakul S, Daosodsai P. Oral Health-Related Quality of Life among Elderly Complete Denture Wearers and Its Associations with Denture Quality and Masticatory Efficiency Assessed by the-Thai version of OHIP-EDENT. *Journal of the Dental Association of Thailand*. 2014;64(1):26-46. [In Thai]

17. Yamaga E, Sato Y, Minakuchi S. A structural equation model relating oral condition, denture quality, chewing ability, satisfaction, and oral health-related quality of life in complete denture wearers. *J Dent.* 2013;41(8):710-7. doi: 10.1016/j.jdent.2013.05.015
18. Limpuangthip N. The quality of complete denture, patient's satisfaction, oral health-related quality of life, and their association [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. [In Thai]
19. Alfadda SA, Al-Fallaj HA, Al-Banyan HA, Al-Kadhi RM. A clinical investigation of the relationship between the quality of conventional complete dentures and the patients' quality of life. *Saudi Dent J.* 2015;27(2):93-8. doi: 10.1016/j.sdentj.2014.10.003
20. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete denture retention, stability, and support. Part I: retention. *J Prosthet Dent.* 1983;49(1):5-15. doi: 10.1016/0022-3913(83)90228-7
21. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete dentures. Part II: stability. *J Prosthet Dent.* 1983;49(2):165-72. doi: 10.1016/00223913(83)90494-8
22. Waliszewski M. Restoring dentate appearance: a literature review for modern complete denture esthetics. *J Prosthet Dent.* 2005;93(4):386-94. doi: 10.1016/j.prosdent.2005.01.004
23. John MT, Szentpétery A, Steele JG. Association between factors related to the time of wearing complete dentures and oral health-related quality of life in patients who maintained a recall. *Int J Prosthodont.* 2007;20(1):31-6.
24. Soeda H, Sato Y, Yamaga E, Minakuchi S. A structural equation model to assess the influence of neuroticism on oral health-related quality of life in complete denture wearers. *Gerodontology.* 2017;34(4):446-54. doi: 10.1111/ger.12291
25. Marcello-Machado RM, Bielemann AM, Nascimento GG, Pinto LR, Del Bel Cury AA, Faot F. Masticatory function parameters in patients with varying degree of mandibular bone resorption. *J Prosthodont Res.* 2017;61(3):315-23. doi: 10.1016/j.jpor.2016.12.002
26. Drachev SN, Brenn T, Trovik TA. Oral Health-Related Quality of Life in Young Adults: A Survey of Russian Undergraduate Students. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(4):719. doi: 10.3390/ijerph15040719
27. Hanasa J. Quality of life related oral health and its factors associated with wearing denture among elderly patients to service in dentistry department, rong kham hospital, kalasin province. *Research and Development Health System Journal.* 2024;17(1):142-54. [In Thai]

28. Maneelangga W, Poomsa-ad R. Factors relating to satisfaction in denture service of senior citizens at Sam Sung Hospital, SumSung District, KhonKaen Province. *Thai Dental Nurse Journal*. 2021;32(1):89-102. [In Thai]
29. 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.
30. Fenlon MR, Sherriff M. Investigation of new complete denture quality and patients' satisfaction with and use of dentures after two years. *J Dent*. 2004;32(4):327-33. doi: 10.1016/j.jdent.2004.01.007.
31. Sukphatthi M. *Removable partial denture design*. Chiang Mai: Chiang Mai Niyom Publishing House; 2022. [In Thai]
32. Chaiyaprasith J. Conventional complete denture and implant retained overdenture PRK integrated line OA for follow up: A case report. *Journal of Nakornping Hospital*. 2024;15(2):307-20. [In Thai]
33. Pornprapapan S. Factors affecting the deterioration of ball attachment system on dental implantsin patients with implant-retained mandibular overdentures “Khao Aroi,” Kamphaeng Phet hospital. *Journal of Nakornping Hospital*. 2022;13(2):75-89. [In Thai]
34. Pisitanuson A. *Creation and treatment of patients with acrylic resin dentures*. 2nd ed. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2004. [In Thai]