ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก

The relationship between oral conditions on the quality of life in the elderly Mae Ramat district, Tak province.

กิตติคุณ บัวบาน
โรงพยาบาลแม่ระมาด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
Kittikhoon Buaban
Maeramad Hospital, Tak Provincial Public Health Office
Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก โดยได้ศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นผลกระทบมาจากสุขภาพช่องปาก ดำเนินการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 486 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้ง OHIP Prevalence, OHIP Extent และ OHIP Severity ได้แก่จำนวนฟันแท้ที่เหลือในปาก (ค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ <0.001,0.002,<0.001) และจำนวนคู่สบฟันหลัง (ค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ <0.001,<0.001,<0.001) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ OHIP Prevalence และ OHIP Extent ได้แก่การมีพฤติกรรมเคี้ยวหมาก (ค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ0.001,0.017) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต สุขภาพช่องปาก การเคี้ยวหมาก

Abstracts

This study aims to find relationship between oral health status, oral health behaviors, oral health risk factors and quality of life of elderly reside in Mae Ramat district, Tak province. The study was cross-sectional. Questionnaire was carried out to evaluate study subjects' quality of life. Study subjects were 486 elderly people aged 60 years and over. It is found that factors related to OHIP prevalence, severity and extent were numbers of remaining permanent teeth (statistical significance <0.001,0.002, <0.001) and number of posterior occluding pairs (statistical significance <0.001, <0.001, <0.001). Factors associated with the OHIP prevalence and extent were betel nut chewing behavior (statistical significance = 0.001,0.017). Other factors showed no relationship to study subjects' quality of life.

Keywords : Elderly, Quality of life, Oral health, Betel nut chewing.

ผู้รับผิดชอบบทความ
นายกิตติคุณ บัวบาน
โรงพยาบาลแม่ระมาด ต.แม่ระมาด อ.แม่ระมาด จ.ตาก 63140
มือถือ 08-1379-6225 แฟกซ์ 0-5558-1085
อีเมลล์ kkbuaban@hotmail.com

Corresponding author
Kittikhoon Buaban
Maeramad Hospital
Mobile +66 8 1379 6225 Fax. +66 5558 1085
E-mail : kkbuaban@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยมีเป้าหมายทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่สำคัญประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การมีอายุยืนยาวและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี[1] จากการประมาณการประชากรไทย จำแนกตามหมวดอายุและเพศ พ.ศ. 2533 - 2583 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของประชากรในประเทศไทยเริ่มมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจาก 4,017,000 คน ในปี พ.ศ. 2533 ไปเป็นประมาณ 12,622,000 คน ในปี พ.ศ. 2563 และยังจะเพิ่มไปเป็น 20,519,000 คนในปี พ.ศ. 2583 ในขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรรวมของประเทศไทยก็มีอัตราเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจาก 7.4 ในปี พ.ศ. 2533 ไปเป็น 9.4 ในปี พ.ศ. 2543 และจะกลายเป็น 25.1 ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งแสดงถึงการเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) ที่สมบูรณ์แบบ[2] สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่รายงานว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการดำเนินนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีสาธารณสุขทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น[3]

อย่างไรก็ดีการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นก็ทำให้พบมีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น จากข้อมูลทบทวนวรรณกรรมในแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2550 มีประชากรในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปีร้อยละ 53.9 เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ อัมพาต อัมพฤกษ์ หลอดเลือดในสมองตีบ และมะเร็ง กลุ่มโรคดังกล่าวพบเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 60.4 ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ในการทบทวนดังกล่าวยังพบอีกว่า ร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุมีปัญหาไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมือนที่เคยเป็นอันเนื่องมาจากการมีภาวะทุพลภาพจากปัญหาสุขภาพ ร้อยละ18.9 มีภาวะทุพลภาพนานมากกว่า 6 เดือนและต้องการคนดูแลตลอดเวลา โดยการดูแลเหล่านี้รวมถึงการดูแลสุขภาพช่องปากด้วย[4] จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับชาติครั้งที่ 7 พบว่าปัญหาหลักในช่องปากของผู้สูงอายุคือการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 74 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วน ร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุ โดยพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 80 - 89 ปี มีการสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 ในการสำรวจครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุ 60 - 74 ปี ร้อยละ 57.8 มีฟันแท้ใช้งานได้ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 43.3 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ แต่กลับพบว่ากลุ่มอายุ 80 - 89 ปี นั้นมีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป และมีเพียงร้อยละ15.6 ที่มีฟันหลังที่ใช้บดเคี้ยวสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ ยิ่งไปกว่านั้นถึงแม้จะพบว่าจำนวนฟันในช่องปากของผู้สูงอายุที่มีอายุช่วง 60 - 74 ปีในการสำรวจครั้งนี้จะมีมากกว่าในครั้งที่ผ่านมา แต่ฟันแท้ที่เหลืออยู่นี้ก็มักจะมีปัญหาหรือพบมีรอยโรคที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม[5]

ปัญหาสุขภาพช่องปากเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์และการเข้าสังคม ในด้านสุขภาพกายนั้น สุขภาพช่องปากมีความสำคัญต่อการบดเคี้ยวอาหาร จำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อความอยากรับประทานและการบดเคี้ยว พบว่าความเจ็บปวดจากฟันผุหรือโรคเหงือกมีความสัมพันธ์ต่อการเคี้ยวอาหาร ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันธรรมชาติการทำงานของระบบบดเคี้ยวอาหารจะลดประสิทธิภาพลง ส่งผลต่อระบบการย่อยอาหาร ทำให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืด ได้มากกว่าคนที่มีระบบการเคี้ยวที่ปกติ[6] ส่วนผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ และการเข้าสังคมนั้น พบว่าความเจ็บปวดจากการที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากจะส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ โดยมีผลต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม รวมถึงความกังวลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพช่องปากก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแยกตัวออกจากสังคมได้ง่ายกว่าผู้ที่อยู่ในวัยอื่นๆ[7]

Oral Health Impact Profile -14 (OHIP - 14) เป็นเครื่องมือประเมินผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากดัชนี OHIP - 49[8] ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ในปี ค.ศ. 2005 Slade และคณะได้ใช้ OHIP - 14 ศึกษาเปรียบเทียบผลของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่ในสหราชอาณาจักรกับออสเตรเลีย พบว่าคุณภาพชีวิตของประชากรในสหราชอาณาจักรได้รับผลกระทบจากช่องปากมากกว่าในออสเตรเลีย[9] Locker และ Quinonez ได้ใช้ OHIP - 14 เป็นดัชนีประเมิน

คุณภาพชีวิตของประชากรวัยผู้ใหญ่ในแคนาดา โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์พบว่ากลุ่มผู้ที่ไม่มีฟันในช่องปากจะมี OHIP Prevalence สูงกว่ากลุ่มที่มีฟันเหลือในช่องปาก และยังพบว่าชาวแคนาดา 1 ใน 5 คน เคยมีประสบการณ์ที่ได้รับผลกระทบจากช่องปากต่อการใช้ชีวิตของตนเอง[10] ในส่วนของผู้สูงอายุนั้นได้มีการใช้ OHIP มาใช้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในหลายลักษณะ ในปี 2015 Papaioannou และคณะได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุของประเทศกรีซ โดยใช้ OHIP - 14 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองจะดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การมี Functional limitation, physical pain และ psychological discomfort เป็นกลุ่มผลกระทบจากช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับผลกระทบทั้ง 7 กลุ่ม[11] Masood และคณะได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสหราชอาณาจักรพบว่าการมีฟันผุ การปวดฟัน และการใส่ฟันปลอมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่มีผลกระทบจากช่องปาก ส่วนการมีกระเป๋าปริทันต์ (Periodontal pocket) และการมีฟันหน้าสึกไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต[12] พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะได้ศึกษาผลของคุณภาพ และประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของฟันเทียม ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไร้ฟันในอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง โดยใช้แบบประเมิน Oral Health Impact Prole for Edentulous Patients (OHIP-EDENT) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 53.9 มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.0 และร้อยละ 22.1 มีคุณภาพชีวิตในระดับดีและไม่ดีตามลำดับ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70 มีระดับความพึงพอใจต่อฟันเทียมสูง ผู้สูงอายุที่มีการบดเคี้ยวและความเสถียรของฟันเทียมล่างดี จะมีความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมที่ดี และความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมมีผลต่อคุณภาพชีวิต[13] เช่นเดียวกับการศึกษาของยุพิน ส่งไพศาล ที่ใช้ OHIP -1 4 ในการประเมินความคาดหวัง ความพึงพอใจ และผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตหลังใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุไร้ฟันในโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่าร้อยละ 83.6 ที่ฟันเทียมทั้งปากไม่เคยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจหลังใส่ฟันเทียมทั้งปากมีผลแปรผกผันกับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต และยังพบว่าการที่ฟันเทียมทั้งปากสามารถเคี้ยวอาหารได้หรือไม่เป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด[14]

อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากในประชากรกลุ่มอายุต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในปัจจุบันมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากสูงขึ้น ทั้งการรับบริการรักษาทันตกรรม การใส่ฟันเทียม และการรับบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในรูปแบบต่างๆ จากฐานข้อมูลในระบบ Hospital OS พบว่ามีจำนวนครั้งในการรับบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลแม่ระมาดของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 4,908 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 5,325 ครั้งในปี พ.ศ. 2558 หรือเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 13.1 จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้ต้องมีการพัฒนารูปแบบและแนวทางในการบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพช่องปากที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นั่นหมายถึงการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี สามารถดำรงตนอย่างมีคุณค่า มีศักยภาพตลอดอายุขัย[15] โดยในการติดตามและประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากเหล่านี้ จะมีการใช้ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากมาเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ได้กำหนดให้มีการติดตามสำรวจสภาวะช่องปากในกลุ่มอายุสำคัญในระดับจังหวัดมาอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีการกำหนดสภาวะสุขภาพช่องปากให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของหน่วยงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 แต่ยังไม่พบว่ามีการประเมินผลในลักษณะที่เชื่อมโยงไปยังคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เพื่อนำผลการศึกษาไปประกอบกับข้อมูลอื่นๆแล้วนำไปใช้เพื่อวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุของอำเภอแม่ระมาดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross- sectional study) โดยศึกษาในผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 646 คน ตัวอย่างในการศึกษาคัดเลือกจากผู้สูงอายุซึ่งอาศัยในอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก โดยมีเงื่อนไขการคัดเข้าในการศึกษาคือ (1) แสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (2) ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวแต่อยู่ในระยะที่สามารถควบคุมได้ (3) มีประสบการณ์ในการตอบแบบทดสอบด้วยแบบสอบถาม หรือได้รับการประเมินจากผู้เก็บข้อมูล

แล้วว่าสามารถตอบแบบสอบถามได้ (4) สามารถโต้ตอบผู้สัมภาษณ์ได้ด้วยตนเอง หรือผ่านล่าม จำนวนตัวอย่างคำนวณจากสูตร $n = [(Z^2_{\alpha/2} P (1-P)) /d^2] \times deff$ โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ทำการคัดเลือกตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุในอำเภอแม่ระมาดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แล้วทำการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยแบบสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ตรวจที่เป็นทันตแพทย์หรือทันตาภิบาลที่ได้รับการอบรมและปรับมาตรฐานการตรวจสภาวะช่องปากโดยการฝึกอบรมด้วยหลักสูตรตามคู่มือการปรับมาตรฐานของสำนักทันตสาธารณสุข[16] การประเมินคุณภาพชีวิตใช้แบบสอบถามร่วมกับการสัมภาษณ์โดยใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตที่เป็นผลกระทบจากช่องปาก (Oral Health Impact Profile: OHIP-14) ฉบับภาษาไทย[17] ดำเนินการโดยทันตแพทย์หรือทันตาภิบาลที่ได้รับการอบรมและปรับมาตรฐานโดยการประชุมร่วมกันเพื่อทบทวนและทำความเข้าใจประเด็นคำถามในแบบสอบถามทุกข้อพร้อมทั้งทดลองสัมภาษณ์ การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตที่ได้จากการสอบถาม นำมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square และ ANOVA โดยมีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 ข้อมูลสภาวะช่องปาก ประกอบด้วย จำนวนฟันแท้ที่ใช้งานได้ จำนวนฟันคู่สบ (ฟันหลัง) การใส่หรือไม่ใส่ฟันเทียม

1.2 ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การใช้หรือไม่ใช้ยารักษาโรคทางระบบ การเป็นหรือไม่เป็นเบาหวาน การสูบหรือไม่สูบบุหรี่ การเคี้ยวหมากหรือไม่เคี้ยวหมาก

1.3 ข้อมูลพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การแปรงหรือไม่แปรงฟันก่อนนอน การดูแลหรือไม่ดูแลซอกฟันของตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมใช้ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นผลกระทบจากช่องปาก (Oral Health Impact Profile : OHIP) เป็นข้อมูลที่มาจากการใช้แบบสอบถาม OHIP - 14 ทำการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย โดยให้ตอบด้วยการทำเครื่องหมายในคำตอบที่ตรงกับประสบการณ์จริงของตนเองในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา หากมีข้อสงสัยหรือคำถามผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ หรือพูดคุยเพิ่มเติมโดยไม่ออกนอกกรอบคำถามนั้นๆ การวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นไปตามแนวทางการแปลผลที่นำเสนอโดย Slade ในปี ค.ศ. 2005 ที่แยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมินออกเป็น 3 ด้านดังนี้

2.1 Prevalence คือ จำนวนหรือร้อยละของผู้ที่มีการให้ข้อมูลในข้อคำถามหนึ่งข้อหรือมากกว่าว่ามีความถี่ในการเกิดของเหตุการณ์นั้นๆ ในระดับ “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก”

2.2 Extent คือ จำนวนข้อของคำถามที่มีการตอบว่ามีความถี่ในการเกิดอยู่ในระดับ “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก”

2.3 Severity คือผลรวมของคะแนนในทุกข้อคำถาม โดยจะมีการแทนค่าของความถี่ในการเกิดเหตุการณ์ในแต่ละข้อคำถามด้วยคะแนน 0 - 4 โดย 0 หมายถึงไม่เคยเกิด 4 หมายถึงเกิดบ่อยมาก (มีช่วงคะแนนในผู้ตอบแต่ละคน 0- 56 คะแนน) [9]

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 486 คน เป็นเพศชายร้อยละ 43.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.9) มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี มีผู้ที่ได้รับการศึกษาร้อยละ 53.3 ผู้สูงอายุที่มีฟันเหลือในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่มีร้อยละ 64.0 ส่วนผู้ที่มีฟันหลังที่สบกันตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไปมีร้อยละ 54.9 ในขณะที่มีผู้ใส่ฟันเทียมเพียงร้อยละ 14.2 ผู้สูงอายุที่กินยาเพื่อรักษาโรคทางระบบมีร้อยละ 45.2 แต่พบเป็นเบาหวานเพียงร้อยละ 9.5 ในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่นิยมเคี้ยวหมากเท่ากับการสูบบุหรี่ โดยพบร้อยละของการสูบบุหรี่และเคี้ยวหมากเท่ากับ 45.6 และ 25.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แปรงฟันก่อนนอนแต่ไม่นิยมดูแลซอกฟันด้วยอุปกรณ์ขัดซอกฟัน โดยมีร้อยละของผู้ที่แปรงฟันก่อนนอนและผู้ที่ดูแลซอกฟันเท่ากับ 69.7 และ 36.3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
1.1 **ข้อมูลประชากรศาสตร์**			
เพศ	ชาย	212	43.6
	หญิง	274	56.4
อายุ(ปี)	60 - 70	291	59.9
	71 - 80	163	33.5
	มากกว่า 80	32	6.6
การศึกษา	ได้เรียนหนังสือ	259	53.3
	ไม่เรียนหนังสือ	209	43.0
	ไม่สามารถระบุได้	18	3.7
สถานภาพสมรส	สมรส	341	70.2
	โสด	13	2.7
	หม้าย	131	27.0
	ไม่สามารถระบุได้	1	0.2
1.2 **ข้อมูลสภาวะช่องปาก***			
จำนวนฟัน	น้อยกว่า 20 ซี่	173	36.0
	20 ซี่ขึ้นไป	308	64.0
จำนวนคู่สบฟันหลัง	น้อยกว่า 4	217	45.1
	4 คู่สบหรือมากกว่า	264	54.9
ใส่ฟันเทียมถอดได้	ใส่	68	14.2
	ไม่ใส่	412	85.8
1.3 **ข้อมูลพฤติกรรม***			
กำลังได้รับยารักษาโรคทางระบบ	ใช่	218	45.2
	ไม่ใช่	264	54.8
เป็นเบาหวาน	เป็น	46	9.5
	ไม่เป็น	436	90.5
สูบบุหรี่	สูบ	220	45.6
	ไม่สูบ	262	54.4
เคี้ยวหมาก	เคี้ยว	123	25.5
	ไม่เคี้ยว	359	74.5
แปรงฟันก่อนนอน	แปรง	336	69.7
	ไม่แปรง	146	30.3
ดูแลซอกฟัน	ใช่	175	36.3
	ไม่ใช่	307	63.7

* ข้อมูลสภาวะช่องปากและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่สมบูรณ์ จึงทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เท่ากัน

เมื่อวิเคราะห์ในมิติของ OHIP Prevalence พบว่าจำนวนฟันแท้ที่เหลือในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป จำนวนฟันคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่ ขึ้นไป และการเคี้ยวหมาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่มีผลกระทบมาจากช่องปาก โดยพบว่ามีร้อยละ 31.2 ของกลุ่มผู้ที่มีฟันแท้เหลือในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ ให้ข้อมูลในข้อคำถามหนึ่งข้อหรือมากกว่า ว่ามีความถี่ในการเกิดของเหตุการณ์นั้นๆ ในระดับ “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก” ซึ่งแปลผลได้ว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่มีฟันแท้เหลือในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป มีเพียงร้อยละ16.9 ที่ได้รับผลกระทบเช่นนี้ เช่นเดียวกับพบว่าในกลุ่มผู้ที่มีจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ มีจำนวนร้อยละ 31.8 ตอบคำถามที่แปลผลได้ว่าสภาวะในช่องปากกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่มีจำนวนคู่สบฟันหลังตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 14.0 ที่ได้รับผลกระทบเช่นนี้ ส่วนในปัจจัยพฤติกรรมการเคี้ยวหมากนั้น พบว่าในกลุ่มผู้ที่เคี้ยวหมากมีจำนวนร้อยละ 32.5 ที่ปัจจัยเสี่ยงนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่ไม่เคี้ยวหมากมีเพียงร้อยละ 18.4 ที่ได้รับผลกระทบ ความแตกต่างเหล่านี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของข้อมูลสุขภาพช่องปากและ OHIP prevalence

ข้อมูลสุขภาพช่องปาก		OHIP Prevalence n (%)		Chi-Square Sig.
		ส่งผลกระทบ	ไม่ส่งผลกระทบ	
จำนวนฟันแท้	<20	54 (31.2)	119 (68.8)	<0.001
	+20	52 (16.9)	256 (83.1)	
จำนวนคู่สบฟันหลัง	<4	69 (31.8)	148 (68.2)	<0.001
	+4	37 (14.0)	227 (86.0)	
การใส่ฟันเทียม	ใส่	19 (27.9)	49 (72.1)	0.341
	ไม่ใส่	87 (21.1)	325 (78.9)	
การใช้ยารักษาโรคทางระบบ	ใช้	41 (18.8)	177 (81.2)	0.125
	ไม่ใช้	65 (24.6)	199 (75.4)	
เบาหวาน	เป็น	9 (19.6)	37 (80.4)	0.676
	ไม่เป็น	97 (22.2)	339 (77.8)	
สูบบุหรี่	สูบ	52 (23.6)	168 (76.4)	0.424
	ไม่สูบ	54 (20.6)	208 (79.4)	
เคี้ยวหมาก	เคี้ยว	40 (32.5)	83 (67.5)	0.001
	ไม่เคี้ยว	66 (18.4)	293(81.6)	
แปรงฟันก่อนนอน	แปรง	66 (19.6)	270 (80.4)	0.059
	ไม่แปรง	40 (27.4)	106 (72.6)	
ดูแลขอกฟัน	ดูแล	34 (19.4)	141 (80.6)	0.305
	ไม่ดูแล	72 (23.5)	235 (76.5)	

ในการวิเคราะห์ด้วย OHIP Extent และ OHIP severity พบว่าในกลุ่มผู้ที่มีฟันแท้เหลือในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่มีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent และ OHIP Severity เท่ากับ 0.95 และ 8.46 ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่มีฟันแท้เหลือในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent และ OHIP Severity เพียง 0.47 และ 5.78 เช่นเดียวกับพบว่าในกลุ่มผู้ที่มีจำนวนคู่สบฟันหลัง (ฟันแท้) น้อยกว่า 4 คู่ มีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent และ OHIP Severity เท่ากับ 0.97 และ 8.56 ในขณะที่ในกลุ่มผู้ที่มีจำนวนฟันคู่สบตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent และ OHIP Severity เพียง 0.37 และ 5.25 ในกลุ่มผู้ที่เคี้ยวหมากมีค่าเฉลี่ยของ OHIP Extent เท่ากับ 0.94 ในขณะที่กลุ่มผู้ที่ไม่เคี้ยวหมากมีค่าเฉลี่ยเพียง 0.53 ความแตกต่างเหล่านี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบ OHIP Extentและ OHIP severity กับ ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง		OHIP Extent		ANOVA Sig.	OHIP Severity		ANOVA Sig.
Mean		SD		Mean	SD		
จำนวนฟันแท้	<20	0.95	2.018	0.002	8.46	9.099	<0.001
	20+	0.47	1.356		5.78	7.101	
จำนวนคู่สบฟันหลัง	<4	0.97	2.024	<0.001	8.56	9.223	<0.001
	4+	0.37	1.176		5.25	6.417	
การใส่ฟันเทียม	ใส่	0.97	1.558	0.074	8.41	9.634	0.065
	ไม่ใส่	0.59	2.059		6.48	7.647	
การใช้ยารักษาโรคทางระบบ	ใช้	0.57	1.679	0.393	6.50	8.116	0.576
	ไม่ใช้	0.70	1.605		6.91	7.859	
เบาหวาน	เป็น	0.63	1.651	0.970	6.87	8.783	0.900
	ไม่เป็น	0.64	1.639		6.71	7.891	
สูบบุหรี่	สูบ	0.72	1.831	0.331	7.35	8.626	0.114
	ไม่สูบ	0.57	1.457		6.20	7.351	
เคี้ยวหมาก	เคี้ยว	0.94	1.738	0.017	7.81	8.071	0.080
	ไม่เคี้ยว	0.53	1.592		6.36	7.913	
แปรงฟันก่อนนอน	แปรง	0.56	1.577	0.120	6.59	7.929	0.562
	ไม่แปรง	0.82	1.766		7.05	8.085	
ดูแลซอกฟัน	ดูแล	0.53	1.393	0.252	6.20	7.132	0.272
	ไม่ดูแล	0.70	1.762		7.03	8.408	

บทวิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถติดตามข้อมูลกลับมาจากกลุ่มเป้าหมายได้ค่อนข้างครอบคลุม โดยสามารถติดตามกลับมาได้ร้อยละ 75.23 พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาดมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ค่อนข้างดี โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 63.4 ที่มีฟันแท้คงอยู่ในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป พบมีร้อยละ 54.3 ที่มีฟันหลังที่ใช้เคี้ยวอาหาร 4 คู่สบขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสภาวะช่องปากของจังหวัดตากปี 2559 ที่ข้อมูลสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาดที่มีจำนวนฟันแท้ 20 ซี่ขึ้นไปและจำนวนฟันหลังคู่สบในช่องปากตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 65.1 และ 53.8 ตามลำดับ[18] โดยผลการสำรวจในปี 2559 นี้มีสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับปี 2557 และ 2558 ที่มีร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ 20 ซี่ขึ้นไปและจำนวนฟันคู่สบตั้งแต่ 4 คู่ขึ้นไปเท่ากับ 61.0,44.0 และ 63.8,49.6 ตามลำดับ ซึ่งถือว่ามีสภาวะช่องปากในระดับดีกว่า

ที่กำหนดไว้เป็นตัวชี้วัดของสำนักทันตสาธารณสุขปี 2560 ที่มีเป้าหมายกำหนดให้ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่และ 4 คู่สบ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 44[19] และหากพิจารณาในประเด็นของการมีฟันแท้คงอยู่ในช่องปากนั้นก็ถือว่าดี เมื่อเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ขององค์การอนามัยโลก ที่กำหนดให้ไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 50[20]

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตกับผู้สูงอายุในประเทศอื่นๆ พบว่าระดับของ OHIP Severity ของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาดสูงกว่าประชากรกลุ่มอายุเดียวกันในประเทศอังกฤษ[12] โดยพบว่า มีค่า OHIP Severity ในผู้สูงอายุที่มีฟันคงอยู่ในช่องปากตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไปของอำเภอแม่ระมาดและประเทศอังกฤษเท่ากับ 5.78 และ 2.02 ตามลำดับ แต่เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีฟันในประเทศออสเตรเลีย[9] พบว่าผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาดที่มีฟันใช้งานตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไปมีค่า OHIP Severity ที่ดีกว่า นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ระหว่างการศึกษานี้กับการศึกษาของยุพิน ส่งไพศาล[14] พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของอำเภอแม่ระมาดได้รับผลกระทบจากการใส่ฟันเทียมมากกว่า โดยมีค่า OHIP Severity ถึง 8.41 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมในการศึกษาดังกล่าวมีค่า OHIP Severity เพียง 1.40

ในการศึกษานี้พบว่าจำนวนฟันแท้และคู่สบฟันหลังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้ง 3 มิติ คือ Prevalence, Extent และ Severity จากผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการคงสภาพให้ผู้สูงอายุมีฟันธรรมชาติใช้งานเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา ไชยประการ ที่พบว่าจำนวนฟันแท้ที่คงอยู่ในช่องปากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อความอยากรับประทานและการบดเคี้ยว[21] เช่นเดียวกับการศึกษาของสถาพร จันทร ที่ทำการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตจะมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียฟัน โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีฟันทั้งปาก และกลุ่มที่ไม่มีฟันหลังสบทั้งสองข้าง โดยพบว่าเกือบทุกคนที่มีสภาพช่องปากลักษณะนี้จะมีปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหาร ประสิทธิภาพในการรับประทานอาหารลดลงและเจ็บเหงือกเวลาเคี้ยวอาหารแข็ง ส่วนปัญหารองลงมาคือการยิ้ม การหัวเราะโดยไม่อายใคร และการพูดออกเสียงให้ชัดเจน ตามลำดับ[22] การสูญเสียฟันจึงส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากเป้าหมายสูงสุดของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุคือส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้สามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้ตลอดอายุขัย[23] ส่วนในประเด็นของการเคี้ยวหมากนั้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตใน 2 มิติ คือ Prevalence และ Extent สอดคล้องกับการที่มีรายงานว่าการเคี้ยวหมากถือเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการระคายเคืองอย่างเรื้อรังต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ในอนาคต[24] สาเหตุของการเกิดรอยโรคหรือแผลในช่องปากในผู้ที่เคี้ยวหมากเกิดจากปูนที่ใช้ในการกินหมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อร่วมกับการใช้ยาเส้น[25] จึงเป็นไปได้ว่าอาการเหล่านี้ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันจนทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

อย่างไรก็ตามในประเด็นที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับสภาวะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ นั้นอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งนี้ดัชนีวัดคุณภาพชีวิตเป็นการวัดคุณภาพชีวิตจากความรู้สึกของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้น ในระยะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ยังไม่ส่งผลให้เกิดโรคหรือความรู้สึกไม่สบายโดยตรงก็อาจเป็นสาเหตุให้ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติในตัวแปรบางประเภท ซึ่งจะเห็นได้ว่า ในการศึกษานี้ตัวแปรที่เป็นพฤติกรรมต่างๆ ยังไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้ยังไม่ส่งผลต่อความรู้สึกโดยตรงของผู้ตอบแบบสอบถามนั่นเอง ต่างจากตัวแปรที่เป็นสถาวะในช่องปากโดยตรง เช่น จำนวนฟัน และจำนวนคู่สบ จะมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน ทั้งนี้ พึงระลึกว่าตัวแปรที่เป็นพฤติกรรมต่างๆ แม้จะไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่ก็ไม่ได้หมายความว่าจะสามารถละเลยหรือไม่ให้ความสำคัญกับปัจจัยเหล่านั้น โดยหากพิจารณาผลการวิเคราะห์ตามข้อมูลสถิติที่ได้จากการศึกษาชิ้นนี้ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติใกล้เคียงกับ 0.05 ไม่ว่าจะเป็นการแปรงฟันก่อนนอน หรือการใส่ฟันเทียม

อีกทั้งมีการรายงานว่าการแปรงฟันยังถือเป็นการดูแลสภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ เมื่อใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะช่วยลดการเกิดฟันผุทั้งที่ตัวฟันและรากฟัน ซึ่งถือเป็นลักษณะพยาธิสภาพที่พบบ่อยในกลุ่ม

ผู้สูงอายุ ส่วนในประเด็นของโรคเรื้อรังนั้นพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาโรคปริทันต์ส่วนใหญ่มักเป็นเบาหวาน การดูแลสุขภาพฟันและปริทันต์จึงจำเป็นอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน[24] เช่นเดียวกับที่มีการศึกษาของ Grossi และ Gonco ในปี ค.ศ. 1998 พบว่าการเป็นโรคเบาหวานจะมีความสัมพันธ์กับสภาพของเหงือกและอวัยวะปริทันต์ โดยอาจกล่าวได้ว่าโรคปริทันต์และโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อกันและกัน จึงถือว่าโรคเบาหวานเป็นเรื่องสำคัญของผู้สูงอายุ

ในส่วนของการใส่ฟันเทียมนั้น Ettinger ได้ศึกษาในปี ค.ศ.1998 พบว่าการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่มีคุณภาพดีช่วยทำให้ระบบการเคี้ยวอาหารดีขึ้น ทำให้มีความสุขในการกินอาหารมากขึ้น เช่นเดียวกับการที่ไม่สามารถละเลยผลจากการสูบบุหรี่ต่อช่องปากของผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าความร้อนและสารประกอบต่างๆ ที่เหลือตกค้างจากการเผาไหม้ในช่องปากจะก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดรอยโรคเป็นปื้นสีขาวหรือแดง เกิดการติดเชื้อราที่อาจนำไปสู่การเกิดมะเร็ง มีการศึกษาพบว่าในผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปากสูงกว่าผู้ไม่ได้สูบถึง 5 เท่า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลโดยตรงต่อเนื้อเยื่อปริทันต์ และการสูญเสียกระดูกเบ้ารากฟัน ทำให้เกิดร่องลึกโดยรอบรากฟัน เกิดฟันโยก และสูญเสียฟัน[24] จึงอาจกล่าวได้ว่าผลของการวิเคราะห์พบความสัมพันธ์ของจำนวนฟันแท้ที่เหลืออยู่ จำนวนฟันหลังคู่สบ และการเคี้ยวหมากกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่ระมาดนั้น เป็นข้อมูลทางวิชาการที่แสดงถึงความสำคัญของปัจจัยหลักด้านสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอแม่ระมาดที่อาจมีบริบทต่างไปจากพื้นที่อื่นๆ

ในการศึกษาครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต OHIP - 14 ที่พัฒนามาจาก OHIP - 49 ซึ่งถือเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยในหลายพื้นที่อย่างไรก็ตามยังมีการประเมินคุณภาพชีวิตอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้ศึกษาในลักษณะนี้ได้ เช่น ดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) ดัชนีคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) หรือดัชนี Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) เป็นต้น[23] ผลการศึกษาที่ได้จากการใช้เครื่องมือประเมินที่ต่างกันก็อาจมีความแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของอนงค์ ผุดผ่องที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิในปี พ.ศ. 2556 โดยใช้ดัชนี OIDP พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ความถี่ในการทำความสะอาดช่องปาก เป็นต้น ดังนั้นหากมีการใช้ดัชนีประเมินคุณภาพชีวิตอื่นๆ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสภาวะช่องปากกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด อาจมีความแตกต่างไปจากการศึกษาชุดนี้ได้

เนื่องจากในอดีตไม่เคยมีการศึกษาเช่นนี้ในพื้นที่อำเภอแม่ระมาดมาก่อน มีเพียงการสำรวจสภาวะช่องปากและติดตามวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวมเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลที่มีกับระดับตัวชี้วัดที่ควรจะเป็น โดยไม่ได้มีการวิเคราะห์เชื่อมโยงกับผลกระทบในมิติอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม จึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ไปสู่การวิเคราะห์ในเชิงลึกที่สามารถนำไปสู่การดำเนินการบริการสุขภาพช่องปากที่จะส่งผลสู่ผลลัพธ์สุขภาพสำคัญคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ อาจมีการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยไม่ยึดติดเฉพาะปัจจัยที่กำหนดในกรอบข้อมูลสำรวจสภาวะช่องปากของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าอาจมีปัจจัยเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่อค่านิยมในการดูแลสุขภาพช่องปาก การกินอาหาร รอยโรคในช่องปาก การเป็นโรคปริทันต์ หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก[23, 24] รวมถึงอาจมีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสำคัญด้วยกันเอง เช่น ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาของผู้สูงอายุกับการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก หรือความสัมพันธ์ของการแปรงฟันก่อนนอนกับการคงอยู่ของฟันแท้ในช่องปากของผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อให้เกิดมุมมองของสถานการณ์และสภาพปัญหาในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกประเด็น

ควรมีการส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ให้มากขึ้น เพื่อจะได้มีข้อมูลสำคัญประกอบการตัดสินใจหรือวางแผนกลยุทธในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในพื้นที่ เนื่องจากพบว่าปัจจัยที่จะส่งผลต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของ

ผู้สูงอายุนั้นมีหลายประเด็น[24] บางประเด็นอาจมีความสำคัญต่อบางพื้นที่มากกว่าประเด็นอื่นๆ โดยเฉพาะการมีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาที่ชัดเจนและถูกต้องตามหลักวิชาการจะช่วยทำให้ทีมทันตบุคลากรสามารถเรียงลำดับความสำคัญ (Priority) ในการแก้ปัญหาหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านกำลังคนหรือทรัพยากรที่มีอยู่ ดังผลการศึกษาชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าหากต้องมีการมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด ควรให้ความสำคัญกับกลวิธีในการส่งเสริมให้ประชาชนเหล่านี้สามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้ในช่องปากเพื่อเคี้ยวอาหาร รวมถึงการรณรงค์ สร้างความเข้าใจและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงผลของการเคี้ยวหมากต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง

ควรมีการนำเสนอข้อมูลการศึกษาดังกล่าวให้กับทีมทันตบุคลากรและผู้บริหาร เพื่อใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด โดยเฉพาะผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นแนวโน้มของความสำคัญในการเก็บรักษาฟันแท้ให้คงอยู่ในช่องปากให้มากที่สุด นานที่สุด เนื่องจากการที่จะทำให้เกิดปรากฏการณ์ดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรมจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ โดยอาจต้องมีการพัฒนาในระดับนโยบาย รวมไปถึงการมุ่งเน้นกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากก่อนการเกิดโรค พัฒนาระบบบริการเป็นการดูแลเชิงรุกเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based care) มีการบริการในชุมชน เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน และการดูแลโดยชุมชนด้วยกันเอง ควรมีการสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมผ่านระบบเครือข่ายในชุมชน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้[26] เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดีได้[27] ควรมีการกำหนดเป้าหมายและวางกลยุทธที่จะคงสภาพให้มีฟันแท้ใช้งานได้ตลอดไปในกลุ่มผู้สูงอายุให้เป็นข้อตกลงในระดับของแผนการจัดบริการ (Service plan) ระดับอำเภอ เพื่อวางแผนการจัดบริการในระยะยาวอย่างต่อเนื่องต่อไป

บทสรุป

การศึกษาในครั้งนี้พบว่าการมีฟันแท้คงอยู่ในช่องปากตั้งแต่ยี่สิบซี่ขึ้นไป การมีฟันหลังคู่สบตั้งแต่สี่คู่ขึ้นไป และการเคี้ยวหมาก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด การที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพช่องปากที่จะส่งผลให้สามารถเก็บรักษาฟันแท้ไว้ได้ตลอดอายุขัย รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการเคี้ยวหมากต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.ทพ.สุธี สุขสุเดช ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ข้อแนะนำในการใช้แบบประเมิน OHIP-14 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ขอขอบคุณ อ.ทพ.ดร.นฤมนัส คอวนิช ผศ.ทพญ. ดร.กันยารัตน์ คอวนิช และ รศ.ทพญ. ดร.พัชราวรรณ ศรีศิลปนันทน์ ที่ช่วยตรวจสอบและให้คำแนะนำในการเขียนบทความนี้ ขอขอบคุณทีมทันตบุคลากร อำเภอแม่ระมาดทุกคนที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ จนทำให้การศึกษาวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อรวรรณ น้อยวัฒน์. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต [ออนไลน์]. มุมวิชาการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2555. (อ้างเมื่อ 7 พฤษภาคม 2560). จาก: http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book55_3/pbhealth.html
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานประชากรสูงอายุปี2533-2583. (อ้างเมื่อ 7 กรกฎาคม 2560). จาก http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=1209&template= 2R1C&yeartype=M&subcatid=27
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพ: เท็กซ์ แอน เจอนัล พับลิเคชัน;2557.
4. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักทันตสาธารณสุข ; 2558.

5. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
6. BrodeurJM, Laurin D, Vallee R, Lachapelle D. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. J Prosthet Dent. 1993;70(5):468-73.
7. Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. Br Dent J. 1998;84(2):90-3.
8. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 1997;25(4): 284-90.
9. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. Br Dent J. 2005; 198 (8):489-93.
10. Locker D, Quiñonez C. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. J Can Dent Assoc. 2009;75(7):521-521e.
11. Papaioannou W, Oulis CJ and Yfantopoulos J. The oral health related quality of life in different groups of senior citizens as measured by the OHIP-14 questionnaire. Oral Biol Dent. 2015; 3:1-7.
12. Masood M, Newton T, Noor Nazahiah Bakri, Khalid T. The relation between oral health relate quality of life among elderly people in United Kingdom. J Dent. 2017; 56 (1):78-83
13. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย ฐิตโสมกุล, ไพฑูรย์ดาวสดใส. ผลของคุณภาพ และประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไร้ฟัน. ใน : การประชุมวิชาการฉลองครบรอบ 10 ปี การสถาปนาราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย; วันที่ 23 ต.ค. 2556; ณ ห้องประชุมสโมสรทหารบก. กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยฯ ; 2556.
14. ยุพิน ส่งไพศาล. ความพึงพอใจและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2550; 3 (1):47-51
15. บุญเอื้อ ยงวานิชากร, ปิยะดา ประเสริฐสม. ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2554; 16 (1): 57-73.
16. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (เพื่อการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ). นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข; 2558.
17. Suksudaj S. The Thai social capital as a social determinant of oral health. [Doctor of Philosophy in Dentistry]. Australia: School of Dentistry, The University of Adelaide; 2010.
18. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. สรุปผลการสำรวจสภาวะช่องปากระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2559. ตาก; 2559.
19. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดด้านทันตสาธารณสุขประจำปี 2560. กรุงเทพ : สำนักฯ ; 2559.
20. World Health Organization. Oral health in ageing societies: integration of health and general health. Geneva: World Health Organization; 2006.
21. ขนิษฐา ไชยประการ, เยาวลักษณ์ เงินวิวัฒนกุล, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวิวัฒนา. สุขภาพช่องปากและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารทันตขอนแก่น. 2553; 13(1): 59 - 70.
22. สถาพร จันทร. คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2551;13 (3): 61-5.
23. พัชราวรรณ ศรีศิลปนันทน์. ตำราการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพิมพ์นันทกานต์; 2558.

24. การเปลี่ยนแปลงในช่องปากผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. (อ้างเมื่อ 3 สิงหาคม 2559). จาก http ://dental.anamai.moph.go.th/elderly/PR/E-book/elderly/keld04.html
25. ปริญญา ผกานนท์. ผลของการกินหมากต่อสุขภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ ตำบลคำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ใน : การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 :วันที่ 18-19 มิ.ย. 2558; ณ วิทยาลัยนครราชสีมา. นครราชสีมา : สำนักวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยนครราชสีมา; 2558.
26. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตู... สู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
27. สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, ผู้แปล. รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพพัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ = Milestones in health promotion : statements from global conferences;2009. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;2556.