MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Oral health-related quality of life among elderly wearing conventional acrylic complete denture at Phen Hospital, Udon Thani Province

วินิฐา สุวัตถิกุล

Winitha Suwattikul

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

Dentist, Senior Professional Level, Dental Department, Phen Hospital, Udon Thani Province 41150

Corresponding Author: *E-mail: winikhing@gmail.comCorresponding author: E-mail: Phatcha.h@msu.ac.th

Received: 23 December 2025 Revised: 12 April 2026 Accepted: 22 April 2026

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพ็ญ

รูปแบบและวิธีวิจัย : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross–sectional study) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 121 คน ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพ็ญได้ใส่ฟันเทียม 6 เดือน ถึง 5 ปี โดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การติดตามการใช้งานฟันเทียม การตรวจประเมินฟันเทียมทางคลินิกหลังการใช้งาน และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดัชนี Oral impact on Daily Performance (OIDP) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary logistic regression) นำเสนอค่าความสัมพันธ์ในรูปแบบ Adjusted Odds Ratio (AOR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

ผลการศึกษา : ปัจจัยการตรวจประเมินฟันเทียมที่มีความสัมพันธ์กับดัชนี OIDP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การกลับไปพบทันตแพทย์ (AOR=0.29, 95% CI: 0.08–0.99, p-value=0.050) จำนวนฟันเทียมที่เคยใส่ (AOR=2.94, 95% CI: 1.14–7.59, p-value=0.026) การยึดอยู่ฟันเทียมล่าง (AOR=0.19, 95% CI: 0.06–0.64, p-value=0.007) และการสบฟัน (AOR=0.18, 95% CI: 0.04–0.82, p-value=0.026)

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

สรุปผลการศึกษา : การกลับไปพบทันตแพทย์ จำนวนฟันเทียมที่เคยใส่ การยึดอยู่ฟันเทียมล่าง และการสบฟันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ดังนั้นการตรวจติดตามและการดูแลคุณภาพของฟันเทียมอย่างสม่ำเสมอมีความจำเป็นในการวางแผนต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิก

คำสำคัญ: ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิก, คุณภาพชีวิต, สุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุ, ดัชนี OIDP

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ABSTRACT

Objective : To examine the oral health-related quality of life among elderly individuals wearing full acrylic-based dentures and to investigate factors associated with it.

Methods : This was a cross-sectional descriptive study. The study involved a sample of 121 elderly patients who had worn dentures for 6 months to 5 years and received treatment at Phen Hospital. Data were collected through interviews covering personal information, denture usage follow-up, clinical assessment of the dentures after use, and the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) index to assess oral health-related quality of life. Descriptive statistics and Binary logistic regression were used for data analysis.

Results : Factors significantly associated with the OIDP index included returning to the dentist (AOR=0.29, 95% CI: 0.08–0.99, p-value=0.050), number of denture sets previously used (AOR=2.94, 95% CI: 1.14–7.59, p-value=0.026), lower denture retention (AOR=0.19, 95% CI: 0.06–0.64, p-value=0.007), and occlusion (AOR=0.18, 95% CI: 0.04–0.82, p-value=0.026).

Conclusion : In conclusion, returning to the dentist, number of denture sets previously used, and denture quality in terms of lower denture retention and occlusion were significantly associated with the oral health-related quality of life. Regular follow-up and maintenance of denture quality are essential to promote oral health-related quality of life among elderly individuals wearing full acrylic-based dentures.

Keywords : Conventional acrylic complete denture, Quality of life, Oral health, Elderly, OIDP index

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากอัตราการเกิดที่ลดลงและความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น[1] ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2567 โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของ ประชากรทั้งหมด[2] ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น ประสิทธิภาพของระบบการทำงานและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายจะเริ่มมีความถดถอยลง แม้แต่สุขภาพช่องปากและฟันก็มีความถดถอยลงเช่นกัน การลดลงของน้ำลาย การเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่ออ่อนและแข็งในช่องปาก การสูญเสียฟันธรรมชาติ รวมถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ลดลง ล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ และการสูญเสียฟันถาวร ซึ่งอาจส่งผลต่อการเคี้ยวอาหาร การพูด การเข้าสังคม และภาวะโภชนาการในระยะยาว ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการส่งเสริมให้เข้าถึงบริการทันตกรรมที่เหมาะสมอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60–74 ปี มีอัตราการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 6.2 เมื่อเปรียบเทียบผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 80–85 ปี มีอัตราการสูญเสียฟันทั้งปากสูงขึ้นถึงร้อยละ 23.1 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุตอนต้นมีฟันถาวรคงเหลือเฉลี่ย 19.6 ซี่ ต่อคน ในขณะที่ผู้สูงอายุตอนปลายเหลือเฉลี่ยเพียง 11.7 ซี่ ต่อคน[3] ทำให้ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพช่องปากในด้านการบดเคี้ยวที่เพิ่มมากขึ้น

การสูญเสียฟันไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย แต่ยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจและการเข้าสังคมอีกด้วย อีกนัยหนึ่งคือส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในทุกมิติสุขภาพนั้นเอง[4] แนวทางในการรักษาฟื้นฟูสุขภาพช่องปากในปัจจุบันในบริบทของประเทศไทย มีแนวคิดว่าการประเมินความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมควรพิจารณาร่วมกับผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของดัชนี Oral impact on Daily Performance (OIDP) เป็นตัวชี้วัด ซึ่งพบว่าไม่ใช่ผู้ไร้ฟันทุกคนจะต้องใส่ฟันเทียมทันที แต่ต้องมีปัญหาในการเคี้ยวอาหารหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน การประเมินจากผลกระทบจริงจึงสะท้อนความจำเป็นได้แม่นยำร่วมกับการประเมินด้วยเกณฑ์ทางคลินิก[5] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยฟันเทียมทั้งปากทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีขึ้น[6-7] แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งรายงานถึงปัญหาจากการใช้ฟันเทียมในชีวิตประจำวัน[6, 8]

โรงพยาบาลเพ็ญเป็นโรงพยาบาลของรัฐ มีการจัดให้บริการใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิกแก่ผู้สูงอายุ แต่ยังไม่เคยมีการประเมินผลการให้การรักษา การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้งานของฟันเทียมทั้งปากในบริบทของไทยยังมีจำกัด งานวิจัยในประเทศบางฉบับพบว่าคุณภาพของฟันเทียม ความพึงพอใจและพฤติกรรมการใช้งานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ[9-10] อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง และยังขาดการประเมินทางคลินิกหรือติดตามผลในระยะยาว

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล การติดตามการใช้งานฟันเทียม การตรวจประเมินทางคลินิกหลังใช้งานฟันเทียม กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

รูปแบบและวิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง และสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary logistic regression) โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ใส่ฟันเทียมมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือนถึง 5 ปีที่ผ่านมา ใช้ฐานข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 ทั้งหมด 188 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน ทุกคนต้องผ่านการประเมินความจำที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)[11] ทำให้มั่นใจว่าผู้เข้าร่วมสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ เกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตและย้ายภูมิลำเนา โดยมีผู้ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าเบื้องต้น 35 คน เหลือกลุ่มประชากรจำนวน 153 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีที่ทราบขนาดของประชากร[12] โดยใช้สูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{??/2}p(1-p)}{d^2(N-1)+Z^2_{??/2}p(1-p)}$$

จากสูตร $Z_{\alpha/2}$ = Confidence coefficient ได้จากความเชื่อมั่นที่กำหนด (1-α) = 95% (α = 0.05 หรือ $Z_{\alpha/2}$ = 1.96)

p = ค่าสัดส่วน (ไม่ทราบค่าสัดส่วนที่คาดไว้ จึงกำหนดให้ค่าสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 50)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ 0.05

N = ขนาดประชากรผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิกไปในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ.2563 ถึง มิถุนายน พ.ศ.2568 และอาศัยอยู่ในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เหลือจำนวน 153 คน

$$n = \frac{153(1.96)^2(0.5)(1-0.5)}{(0.05)^2(153-1)+(1.96)^2(0.5)(1-0.5)}$$

$$= 109.62 \approx 110 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันขนาดตัวอย่างสูญหายไม่เพียงพอจึงเพิ่มอัตราการสูญหาย (Attrition Rate) ร้อยละ 10 คือเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ตัวอย่าง ดังนั้นศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 121 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากร 153 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล เดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ

2) แบบสัมภาษณ์การติดตามการใช้งานฟันเทียม ได้แก่ การกลับไปพบทันตแพทย์ ความถี่ในการใส่ฟันเทียม จำนวนชุดฟันเทียมที่เคยใส่ อายุการใช้งานของชุดปัจจุบัน และการใช้กาวติดฟันเทียม

3) แบบตรวจประเมินฟันเทียมทางคลินิกหลังใช้งาน ในงานวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์จากงานวิจัยของอรจิรา แสนทวีสุข[13] ประเมินฟันเทียมทั้งปากด้วยตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ความเสถียร (ฟันเทียมบน-ล่าง) การยึดอยู่ของฟันเทียม (ฟันเทียมบน-ล่าง) มิติความสูงในแนวดิ่ง การออกเสียงค่าปลอดสบและการออกเสียง “ส” การสบฟัน สภาพฟันเทียม (ความชำรุดและบิ่นแตก) และความสะอาดของฟันเทียม โดยแบ่งระดับการประเมินออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดีมาก พอใช้ได้ และควรปรับปรุง เพิ่มเกณฑ์การออกเสียงและจัดกลุ่มเป็น “เหมาะสม” กับ “ไม่เหมาะสม” ตามแนวทางของ พิมพ์วิภาและคณะ[14] เกณฑ์การประเมินสภาพฟันเทียมทางคลินิก ด้านความเสถียร (ฟันเทียมบน-ล่าง) ระดับดีมาก (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมขยับเล็กน้อยในขอบเขตเนื้อเยื่อ ระดับพอใช้ได้ (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมขยับมากกว่าเนื้อเยื่ออื่น ระดับควรปรับปรุง (ไม่เหมาะสม) คือ ฟันเทียมเลื่อนไถลได้ ด้านการยึดอยู่ (ฟันเทียมบน-ล่าง) ระดับดีมาก (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมไม่หลุดออกตามแรงดึง ระดับพอใช้ได้ (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมหลุดออกได้ยาก ระดับควรปรับปรุง (ไม่เหมาะสม) คือ ฟันเทียมหลุดง่าย มิติความสูงในแนวดิ่ง ระดับดีมาก (เหมาะสม) คือ ระยะห่างขณะพัก 1-4 มม. ระดับพอใช้ได้ (เหมาะสม) คือ ระยะห่างขณะพัก 5-7 มม. ระดับควรปรับปรุง (ไม่เหมาะสม) คือ ระยะห่างขณะพัก ≥7 มม. หรือ ≤1 มม. การออกเสียงค่าปลอดการสบ และ การออกเสียง “ส” ระดับดีมาก (เหมาะสม) คือ ฟันหน้าเคลื่อนเข้ามาใกล้กัน เกือบสัมผัสกัน และฟันหลังไม่กระทบกัน ระดับควรปรับปรุง (ไม่เหมาะสม) คือ ฟันหน้าห่างกัน > 5 มม.หรือกระทบกัน หรือฟันหลังกระทบกัน ด้านการสบฟัน ระดับดีมาก (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมมีการสบสนิทและไม่มีจุดสบสูง ระดับพอใช้ได้ (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมมีการสบสนิทหรือไม่มีจุดสบสูง ระดับควรปรับปรุง (ไม่เหมาะสม) คือ ฟันเทียมไม่มีทั้งการสบสนิทและจุดสบสูง สภาพฟันเทียม (ความชำรุดและการบิ่นแตก) ระดับดีมาก (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมไม่มีชำรุด ระดับพอใช้ได้ (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมบิ่นหรือแตกเล็กน้อย 1-2 ตำแหน่ง ระดับควรปรับปรุง (ไม่เหมาะสม) คือ ฟันเทียมแตกหักมาก ซ่อมไม่ได้ หรือเลิกใช้งานแล้ว ความสะอาดของฟันเทียม ระดับดีมาก (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมสะอาดหรือมีเศษอาหารเล็กน้อย ระดับพอใช้ได้ (เหมาะสม) คือ ฟันเทียมมีคราบหรือเศษอาหารเล็กน้อย ระดับควรปรับปรุง (ไม่เหมาะสม) คือ ฟันเทียมมีคราบมาก กลิ่นเหม็น หรือล้างไม่ออก

4) แบบสัมภาษณ์ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของดัชนี OIDP โดย Adulyanon และ Sheiham[15] ใช้วัดผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 8 กิจกรรมหลัก

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การพูดหรือการออกเสียง การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม การดำเนินชีวิตทั่วไป การนอนหลับหรือพักผ่อน การรักษาอารมณ์จิตใจให้เป็นปกติ ไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย การยิ้มหัวเราะอวดฟันได้โดยไม่อายใคร ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบปะญาติสนิทมิตรสหาย โดยจะถามถึงปัญหาในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม จะบันทึกเป็นคะแนนความถี่และคะแนนความรุนแรง ดังนี้

คะแนนความถี่ 0 หมายถึง ไม่มีปัญหา 1 คือ 1–5 วัน 2 คือ 6–15 วัน 3 คือ 16–30 วัน 4 คือ 30–90 วัน 5 คือ เกิดขึ้นมากกว่า 90 วัน

ความรุนแรงของปัญหา ที่ไปกระทบกระเทือนชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 6 ระดับ คือ 0 คือ ไม่กระทบกระเทือน 1 คือ เล็กน้อยมาก 2 คือ เล็กน้อย 3 หมายถึง ปานกลาง 4 หมายถึง รุนแรง 5 หมายถึง รุนแรงมาก นำความถี่คูณความรุนแรงในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ได้คะแนนปัญหาของแต่ละกิจกรรม (คะแนนสูงสุดคือ 25) แล้วนำคะแนนของแต่ละกิจกรรมที่มีผลกระทบ (คะแนน > 0) เมื่อรวมคะแนนของทั้ง 8 กิจกรรมเข้าด้วยกันจะได้ค่าคะแนนรวม (คะแนนสูงสุดคือ 200) นำมาหารด้วยสองให้เป็นคะแนนร้อยละ โดยจัดแบ่งระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้ดัชนี OIDP แบ่งตามงานวิจัยของ Srisilapanan และ Sheiham[16] โดยระดับดัชนี OIDP เท่ากับ 0 คือ ไม่มีผลกระทบ และระดับดัชนี OIDP ที่มากกว่า 0 คือ มีผลกระทบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) เท่ากับ 0.97 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์ดัชนี OIDP โดย Adulyanon และ Sheiham[15] ที่ผ่านการทดสอบคุณสมบัติ การวัดทางจิตวิทยา ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและการทดสอบความถูกต้องจากกลุ่มตัวอย่างคนไทยเป็นแบบสัมภาษณ์มาตรฐานแล้ว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มประชากรของการวิจัยครั้งนี้ ในอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 ชุด เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอสำหรับปรับปรุง แบบสอบถามและกระบวนการตรวจโดยไม่สิ้นเปลืองทรัพยากรเกินความจำเป็น ตรวจสอบความเหมาะสมทางด้านภาษา ความเชื่อมโยงและลำดับคำถามและการตรวจประเมินทางคลินิก การปรับมาตรฐานผู้วิจัยทำการตรวจประเมินโดยทันตแพทย์ 1 ท่าน คือ ผู้วิจัยปรับมาตรฐานภายในผู้ตรวจ (intra-calibration) ด้วยการสุ่มตรวจซ้ำ (duplicate examination) ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างหาค่า Kappa มีการประเมินความเที่ยงภายในตัวของผู้วัด (intra-rate reliability) โดยได้ค่า Kappa 0.91 (95% CI: 0.89–0.92) งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 469 การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยสัมภาษณ์และการตรวจประเมินทางคลินิก ณ โรงพยาบาลเพ็ญ และ รพ.สต.ในพื้นที่อำเภอเพ็ญ

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลที่ได้จะถูกบันทึก ตรวจสอบ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary logistic regression)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 62 คน (ร้อยละ 51.24) เพศหญิง 59 คน (ร้อยละ 48.76) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป 63 คน (ร้อยละ 52.07) รองลงมาคือช่วงอายุ 60–69 ปี 58 คน (ร้อยละ 47.93) โดยอายุต่ำที่สุด 60 ปี และสูงที่สุด 86 ปี ด้านระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา 114 คน (ร้อยละ 94.22) สูงกว่าประถมศึกษา 7 คน (ร้อยละ 5.78) รายได้ต่อเดือน พบว่า 89 คน (ร้อยละ 73.55) มีรายได้มากกว่า 1,000 บาท และ 32 คน มีรายได้เท่ากับหรือต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 26.45)

2. การติดตามการใช้งานฟันเทียม ส่วนใหญ่เคยกลับไปพบทันตแพทย์มากที่สุด 76 คน (ร้อยละ 62.81) รองลงมาไม่เคย 45 คน (ร้อยละ 37.19) การใส่ฟันเทียมใส่ประจำมากที่สุด 94 คน (ร้อยละ 77.69) รองลงมาใส่ไม่ประจำ 27 คน (ร้อยละ 22.31) จำนวนฟันเทียมที่เคยใส่ 1 ชุด มากที่สุด 69 คน (ร้อยละ 57.03) รองลงมา มากกว่า 1 ชุด 52 คน (ร้อยละ 42.97) อายุการใช้งาน 6–24 เดือน มากที่สุด 71 คน (ร้อยละ 58.68) รองลงมา 25–60 เดือน 50 คน (ร้อยละ 41.32) ไม่ใช้กาวติดฟันเทียมมากที่สุด 109 คน (ร้อยละ 90.08) รองลงมา ใช้กาว 12 คน (ร้อยละ 9.92) โดยทุกคนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใส่ฟันเทียม การเก็บรักษาฟันเทียมและการทำความสะอาดฟันเทียม 121 คน (ร้อยละ 100)

3. การตรวจประเมินระดับคุณภาพฟันเทียมทางคลินิกหลังใช้งานของผู้สูงอายุ พบว่า ด้านที่ได้รับการประเมินว่าอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ สภาพฟันเทียม (ความชำรุดหรือการบิ่นแตกหัก) 86 คน (ร้อยละ 71.07) รองลงมา มิติความสูงในแนวดิ่ง 66 คน (ร้อยละ 54.55) และความสะอาดของฟันเทียม 65 คน (ร้อยละ 53.72) ระดับพอใช้ได้ การยึดอยู่ฟันเทียมล่าง 48 คน (ร้อยละ 39.67) รองลงมา การยึดอยู่ฟันเทียมบน 47 คน (ร้อยละ 38.85) และความเสถียรฟันเทียมบน 46 คน (ร้อยละ 38.02) และด้านที่ควรปรับปรุงมากที่สุด คือ การยึดอยู่ฟันเทียมล่าง 32 คน (ร้อยละ 26.45) และความเสถียรฟันเทียมล่าง 32 คน (ร้อยละ 26.45) รองลงมา การยึดอยู่ฟันเทียมบน 30 คน (ร้อยละ 24.79) และการสบฟัน 28 คน (ร้อยละ 23.14) ดังตารางที่ 1

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละการประเมินระดับคุณภาพฟันเทียมทางคลินิกหลังการใช้งานของผู้สูงอายุ (n=121)

รายการประเมิน	ระดับคุณภาพฟันเทียมหลังการใช้งาน					
	ดีมาก (เหมาะสม)		พอใช้ได้ (เหมาะสม)		ควรปรับปรุง (ไม่เหมาะสม)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การยึดอยู่ฟันเทียมบน	44	36.36	47	38.85	30	24.79
การยึดอยู่ฟันเทียมล่าง	41	33.88	48	39.67	32	26.45
2. ความเสถียรฟันเทียมบน	49	40.50	46	38.02	26	21.48
ความเสถียรฟันเทียมล่าง	46	38.02	43	35.53	32	26.45
3. มิติความสูงในแนวดิ่ง	66	54.55	42	34.71	13	10.74
4. การออกเสียงค่าปลอดการสบ (Freeway space) และการออกเสียง“ส”	107	88.43	0	0.00	14	11.57
5. การสบฟัน	58	47.93	35	28.93	28	23.14
6. สภาพฟันเทียม	86	71.07	21	17.36	14	11.57
7. ความสะอาดของฟันเทียม	65	53.72	41	33.88	15	12.40

4. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ดัชนี OIDP ผู้เข้าร่วม 60 คน (ร้อยละ 49.59) มีปัญหาสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรม ขณะที่ 61 คน (ร้อยละ 50.41) ไม่มีปัญหาใด ๆ เมื่อพิจารณารายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากมากที่สุด คือ การรับประทานอาหาร 59 คน (ร้อยละ 48.76) รองลงมา การพูดหรือการออกเสียง จำนวน 27 คน (ร้อยละ 22.31) สามารถยิ้มหัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อายใคร 19 คน (ร้อยละ 15.70) ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบปะญาติสนิทมิตรสหาย 8 คน (ร้อยละ 6.61) การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม การคงสภาพอารมณ์เป็นปกติ และการดำเนินชีวิตทั่วไป 6 คน เท่ากัน (ร้อยละ 4.96) ในขณะที่ การพักผ่อนและการนอนหลับ ไม่พบปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งผู้สูงอายุสามารถมีปัญหาสุขภาพช่องปาก อย่างน้อย 1 กิจกรรมพร้อมกันได้ ดังตารางที่ 2

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัญหาสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันรายกิจกรรม (n=121)

กิจกรรม	ปัญหาสุขภาพช่องปาก			
	ไม่มีปัญหา		มีปัญหา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร	62	51.24	59	48.76
2. การพูดหรือการออกเสียง	94	77.69	27	22.31
3. การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม	115	95.04	6	4.96
4. การพักผ่อนและการนอนหลับ	121	100.00	0	0.00
5. การคงสภาพอารมณ์เป็นปกติ	115	95.04	6	4.96
6. สามารถยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อายใคร	102	84.30	19	15.70
7. การดำเนินชีวิตทั่วไป	115	95.04	6	4.96
8. ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบปะญาติสนิทมิตรสหาย	113	93.39	8	6.61

หมายเหตุ: ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาสุขภาพช่องปากได้อย่างน้อย 1 กิจกรรม

ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ดัชนี OIDP ผลการศึกษา พบว่า จากค่าคะแนนรวมทั้ง 8 กิจกรรม เมื่อนำมาคิดคำนวณตามขั้นตอนเป็นร้อยละ แบ่งระดับคุณภาพชีวิตตามงานวิจัยของ Srisilapanan และ Sheiham[16] พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 61 คน (ร้อยละ 50.41) ไม่มีผลกระทบ ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบน้อย จำนวน 32 คน (ร้อยละ 26.45) รองลงมา ได้รับผลกระทบปานกลาง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 12.40) และได้รับผลกระทบรุนแรง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 10.74) ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.02 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (n=121)

ระดับคะแนน OIDP	ระดับดัชนีคุณภาพชีวิต OIDP	จำนวน	ร้อยละ
0	ไม่มีผลกระทบ	61	50.41
0.1–1.4	น้อย	32	26.45
1.5–5.9	ปานกลาง	15	12.40
6 ขึ้นไป	รุนแรง	13	10.74

Median = 0, Mean= 1.83, SD=1.02

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล การติดตามการใช้งานฟันเทียม และการตรวจทางคลินิกหลังใส่ฟันเทียม กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ดัชนี OIDP พบว่า การกลับไปพบทันตแพทย์ และจำนวนฟันเทียมที่เคยใส่ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อระดับดัชนี OIDP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่การกลับไปพบทันตแพทย์มีค่า Adjusted Odds Ratio (AOR)=0.29 (95% CI: 0.08–0.99) กล่าวคือผู้ที่เคยกลับไปพบทันตแพทย์มีโอกาสเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยไป และจำนวนฟันเทียมที่เคยใส่มีค่า AOR=2.94 (95% CI: 1.14–7.59) กล่าวคือ ผู้ที่เคยใส่ฟันเทียมมากกว่า 1 ชุด มีโอกาสเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมชุดเดียว 2.94 เท่า ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การติดตามการใช้ฟันเทียม กับ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ดัชนี OIDP (n=121)

ตัวแปรที่ศึกษา จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดัชนีคุณภาพชีวิต OIDP ไม่มีผลกระทบ (OIDP=0)	 มีผลกระทบ (OIDP>0)	AOR (95% CI)	p-value
เพศ				
ชาย	29 (23.97)	33 (27.27)	Ref.	
หญิง	32 (26.45)	27 (22.31)	0.73 (0.31–1.70)	0.458
อายุ				
60–69 ปี	30 (24.79)	28 (23.14)	Ref.	
70 ปีขึ้นไป	31 (25.62)	32 (26.45)	1.13 (0.45–2.80)	0.799
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	57 (47.11)	57 (47.11)	Ref.	
สูงกว่าประถมศึกษา	4 (3.30)	3 (2.48)	0.67 (0.11–4.28)	0.671
รายได้ต่อเดือน				
≤ 1,000 บาท	8 (6.61)	24 (19.83)	Ref.	
> 1,000 บาท	53 (43.80)	36 (29.75)	0.50 (0.13–1.94)	0.318
การกลับไปพบทันตแพทย์				
ไม่เคย	13 (10.74)	32 (26.45)	Ref.	
เคยไป	48 (39.67)	28 (23.14)	0.29 (0.08–0.99)	0.050

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ตัวแปรที่ศึกษา จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดัชนีคุณภาพชีวิต OIDP ไม่มีผลกระทบ (OIDP=0)	 มีผลกระทบ (OIDP>0)	AOR (95% CI)	p-value
การใส่ฟันเทียม				
ใส่ประจำ	54 (44.63)	40 (33.06)	Ref.	
ใส่ไม่ประจำ	7 (5.78)	20 (16.53)	0.45 (0.13–1.60)	0.218
จำนวนฟันเทียมที่เคยใส่				
1 ชุด	37 (30.58)	32 (26.45)	Ref.	
> 1 ชุด	24 (19.83)	28 (23.14)	2.94 (1.14–7.59)	0.026
อายุการใช้งาน				
6–24 เดือน	35 (28.93)	36 (29.75)	Ref.	
25–60 เดือน	26 (21.49)	24 (19.83)	0.97 (0.42–2.26)	0.94
การใช้กาว				
ไม่ใช้กาว	56 (46.28)	53 (43.80)	Ref.	
ใช้กาว	5 (4.13)	7 (5.79)	0.57 (0.12–2.58)	0.463

6. ความสัมพันธ์ของการตรวจประเมินฟันเทียมทางคลินิกหลังการใช้งานกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ดัชนี OIDP พบว่า การยึดอยู่ฟันเทียมล่าง และการสบฟัน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อระดับดัชนี OIDP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการยึดอยู่ฟันเทียมล่างมีค่า AOR=0.19 (95% CI: 0.06–0.64) แสดงว่าผู้ที่มีการยึดฟันเทียมล่างเหมาะสมมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ยึดฟันเทียมล่างไม่เหมาะสม และการสบฟันมีค่า AOR=0.18 (95% CI: 0.04–0.82) แสดงว่าผู้ที่มีการสบฟันเหมาะสมมีโอกาสเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่มีการสบฟันไม่เหมาะสม ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจประเมินฟันเทียมทางคลินิกหลังการใช้งานกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้ดัชนี OIDP (n=121 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดัชนีคุณภาพชีวิต OIDP ไม่มีผลกระทบ (OIDP=0)	 มีผลกระทบ (OIDP>0)	AOR (95% CI)	p-value
การยึดอยู่ฟันเทียมบน				
ไม่เหมาะสม	5 (4.13)	25 (20.66)	Ref.	

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ตัวแปรที่ศึกษา จำนวน (ร้อยละ)	ระดับดัชนีคุณภาพชีวิต OIDP		AOR (95% CI)	p-value
	ไม่มีผลกระทบ (OIDP=0)	มีผลกระทบ (OIDP>0)		
เหมาะสม	56 (46.28)	35 (28.93)	0.54 (0.13–2.32)	0.406
การยึดอยู่ฟันเทียมล่าง				
ไม่เหมาะสม	6 (4.96)	26 (21.49)	Ref.	
เหมาะสม	55 (45.45)	34 (28.10)	0.19 (0.06–0.64)	0.007
ความเสถียรฟันเทียมบน				
ไม่เหมาะสม	3 (2.48)	23 (19.01)	Ref.	
เหมาะสม	58 (47.93)	37 (30.58)	0.34 (0.07–1.77)	0.210
ความเสถียรฟันเทียมล่าง				
ไม่เหมาะสม	6 (4.96)	26 (21.49)	Ref.	
เหมาะสม	55 (45.45)	34 (28.10)	0.33 (0.09–1.15)	0.082
มิติความสูงในแนวดิ่ง				
ไม่เหมาะสม	2 (1.65)	11 (9.09)	Ref.	
เหมาะสม	59 (48.76)	49 (40.50)	0.43 (0.05–3.56)	0.434
การออกเสียง				
ไม่เหมาะสม	3 (2.48)	11 (9.09)	Ref.	
เหมาะสม	58 (47.93)	49 (40.50)	1.04 (0.16–7.06)	0.964
การสบฟัน				
ไม่เหมาะสม	3 (2.48)	25 (20.66)	Ref.	
เหมาะสม	58 (47.93)	35 (28.93)	0.18 (0.04–0.82)	0.026
สภาพฟันเทียม				
ไม่เหมาะสม	4 (3.31)	10 (8.26)	Ref.	
เหมาะสม	57 (47.11)	50 (41.32)	0.29 (0.07–1.30)	0.106
ความสะอาดฟันเทียม				
ไม่เหมาะสม	10 (8.26)	5 (4.13)	Ref.	
เหมาะสม	51 (42.15)	55 (45.45)	1.80 (0.43–7.60)	0.425

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนี OIDP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Seo และคณะ[17] ที่ศึกษาผลกระทบของนโยบายประกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุของประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ลักษณะทางสังคมประชากร เช่น เพศ รายได้ และประเภทประกันสุขภาพไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ด้านฟันเทียม ในบริบทของประเทศไทยพบว่างานวิจัยของบุษกร ธีรนุลักษณ์[18] และบทความปริทัศน์ของณฤดี ลิ้มปวงทิพย์[9] สนับสนุนว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ อาชีพ และรายได้ ไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับคุณภาพชีวิตในผู้ใช้ฟันเทียม ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของนิพัทธ์ สมศิริ[19] และ จุฑารัตน์ หาญอาษา[20] พบว่า รายได้น้อยมีความสัมพันธ์กับการใช้งานฟันเทียม และงานวิจัยของ Kawai และคณะ[21] จากประเทศญี่ปุ่น ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมักได้รับฟันเทียมคุณภาพต่ำ ซึ่งส่งผลต่อการบดเคี้ยว การบริโภคอาหารและคุณภาพชีวิตโดยรวม แสดงให้เห็นว่าข้อจำกัดด้านเศรษฐานะยังคงมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพช่องปาก ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทยมีการให้บริการทำฟันเทียมถอดได้ฐานอะคริลิกแก่ผู้สูงอายุทุกสิทธิ์ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือสามารถเบิกจ่ายกับต้นสังกัดได้ แต่ในเขตพื้นที่อำเภอเพ็ญผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลเพ็ญ ทำให้ไม่สามารถมาพบทันตแพทย์เพื่อติดตามการใช้งานหลังใส่ฟันเทียมได้ จึงส่งผลกระทบต่อการใช้งาน ดังนั้นโรงพยาบาลเพ็ญจึงเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยการจัดหน่วยฟันเทียมเคลื่อนที่ใน รพ.สต. ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสังคมและเศรษฐานะได้

การติดตามการใช้งานฟันเทียมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ที่กลับมาพบทันตแพทย์หลังใส่ฟันเทียมมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาในการใช้ฟันเทียมน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยพบทันตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของบุษกร ธีรนุลักษณ์[18] พบว่าการพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอช่วยลดปัญหาการใช้ฟันเทียม และจำนวนฟันเทียมที่เคยใส่ พบว่าผู้ที่เคยใส่ฟันเทียมมากกว่า 1 ชุด มีโอกาสเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมชุดเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากผู้ที่ใส่ฟันเทียมมากกว่า 1 ชุด คุ้นชินกับฟันเทียมชุดเดิมที่ใส่มาเป็นเวลานาน และยังไม่คุ้นชินกับฟันเทียมชุดใหม่ ทำให้ประสบปัญหาระหว่างการใส่ฟันเทียมชุดใหม่ได้ ซึ่งขัดแย้งกับการวิจัยของอรจิรา แสนทวีสุข[13] ที่พบว่าผู้ที่ใช้ฟันเทียมเพียงชุดเดียวมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาในการใช้งานมากกว่าผู้ที่เคยเปลี่ยนฟันเทียมหลายชุด ในขณะที่ความถี่ในการใส่ฟันเทียม อายุการใช้งานฟันเทียม และการใช้กาวติดฟันเทียม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนี OIDP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การตรวจประเมินฟันเทียมทางคลินิกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พบว่า การยึดอยู่ฟันเทียมล่างมีความสัมพันธ์กับดัชนี OIDP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีรายงานระบุว่าความมั่นคงของฟันเทียมมีผลอย่างชัดเจนต่อค่าการบดเคี้ยวและแรงกัดสูงสุด ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ฟันเทียมล่างมีปัญหาด้าน

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

การยึดอยู่สูงกว่าฟันเทียมบนอย่างชัดเจน[22] การละลายของสันกระดูกขากรรไกรล่างมีมากกว่าในขากรรไกรบน[23] แสดงให้เห็นว่าฟันเทียมล่างมีแนวโน้มที่จะหลวมและขยับตัวระหว่างการใช้งานได้ง่ายกว่าฟันเทียมบน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีฟันเทียมล่างมีโอกาสได้รับผลกระทบทางสุขภาพช่องปากและการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับที่สูงกว่ากลุ่มที่มีฟันเทียมบน ซึ่งจะต้องเพิ่มการใช้เทคนิคในการทำฟันเทียมที่แม่นยำขึ้น เช่น การพิมพ์ปากแบบเลือกแรงกด การใช้เทคนิคเขตเป็นกลาง การทำฐานฟันเทียมใหม่ หรือการฝังรากเทียม เป็นต้น เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยวให้ดีขึ้น

การสบฟันกับดัชนี OIDP มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวทางของ Felton และคณะ[24] และพิมพ์วิภา และคณะ[14] ที่เน้นความสำคัญของคุณภาพการสบฟันและเสถียรภาพของฟันเทียม ส่งผลให้บดเคี้ยวอาหารได้ดีกว่า การเคี้ยวอาหารเป็นกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด จากการสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมทั้งปาก[15] ผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปากมีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีฟันเทียมมีคุณภาพต่ำหรือไม่ได้รับการปรับแต่งอย่างเหมาะสม[21]

ในขณะที่การยึดอยู่ฟันเทียมบน ความเสถียรฟันเทียมบน-ล่าง มิติความสูงในแนวดิ่ง การออกเสียง สภาพฟันเทียมและความสะอาดฟันเทียมไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนี OIDP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามมีงานวิจัย[24] ชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ทำความสะอาดฟันเทียมอย่างเหมาะสมมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อราในช่องปาก ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากโดยรวม แม้ว่าความสะอาดจะไม่ได้ส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อการบดเคี้ยวในชีวิตประจำวัน แต่ยังมีความจำเป็นในการป้องกันปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ยังขาดการศึกษาในบางปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้และการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใช้งานฟันเทียม รวมทั้งเทคนิคและกระบวนการในการทำฟันเทียมของทันตแพทย์ เนื่องจากมีการให้บริการฟันเทียมโดยทันตแพทย์หลายท่าน ซึ่งมีเทคนิคกระบวนการและรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาสำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การกลับไปพบทันตแพทย์ จำนวนฟันเทียมที่เคยใส่ การยึดอยู่ฟันเทียมล่างและการสบฟัน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ การติดตามการใช้งานฟันเทียม ได้แก่ ความถี่ในการใส่ฟันเทียม อายุการใช้งาน การใช้กาวติดฟันเทียม คุณภาพฟันเทียม ได้แก่ การยึดอยู่ฟันเทียมบน ความเสถียรฟันเทียมบน-ล่าง มิติความสูงในแนวดิ่ง การออกเสียง สภาพฟันเทียม ความสะอาดฟันเทียม ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามความสะอาดของฟันเทียมแม้ไม่สัมพันธ์กับ OIDP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังจำเป็นต่อสุขอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุ

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

ข้อเสนอแนะ

1. ทันตแพทย์ควรมีการติดตามผลหลังการใส่ฟันเทียม โดยเฉพาะในช่วง 1–3 เดือนแรก เพื่อประเมินและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวให้คุ้นชินกับฟันเทียม ซึ่งในระยะนี้มักพบปัญหา เช่น การเคี้ยวอาหาร การพูดออกเสียง ฟันปลอมกดเจ็บ และเนื่องจากสภาพสันเหงือกของผู้สูงอายุจะมีการละลาย เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ และมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นจำเป็นต้องมีการติดตามทุกปี เพื่อให้ฟันเทียมยังคงใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ทันตแพทย์ควรได้รับการฝึกอบรมเพิ่มทักษะความรู้และความสามารถให้ทันสมัยอยู่เสมอ จากทันตแพทย์เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมประดิษฐ์ เพื่อพัฒนาทักษะการบูรณะฟันที่สูญเสียไป เน้นเทคนิคการวินิจฉัย การพิมพ์ปาก การบันทึกสบฟัน และวางแผนการรักษาที่แม่นยำ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการรักษา

3. โรงพยาบาลเพ็ญมีการจัดบริการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ทำฟันเทียมใน รพ.สต. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงทุกสิทธิ์การรักษาให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล

4. ทันตบุคลากรจัดโปรแกรมการฝึกทำความสะอาดช่องปากและฟันเทียมเน้นการพัฒนารูปแบบเครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.

เอกสารอ้างอิง

1. Sander M, Oxlund B, Jespersen A, Krasnik A, Mortensen EL, Westendorp RGJ, et al. The challenges of human population ageing. Age Ageing. 2015;44(2):185-7.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2568 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook/SYB-2025/8/index.html](https://www.google.com/search?q=https://www.nso.go.th/public/e-book/Statistical-Yearbook/SYB-2025/8/index.html)
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 18 พ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://dental.anamai.moph.go.th/th/national-oral-health-survey-report/4952#wow-book/](https://www.google.com/search?q=https://dental.anamai.moph.go.th/th/national-oral-health-survey-report/4952%23wow-book/)

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

4. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health Qual Life Outcomes. 2010;8:126.
5. Srisilapanan P, Korwanich N, Sheiham A. Assessing prosthodontic dental treatment needs in older adults in Thailand: normative vs. sociodental approaches. Gerodontology. 2003;20(3):123-9.
6. Boonmekhao P. Oral Health-related Quality of Life and patient satisfaction to the prosthodontic treatment at Faculty of Dentistry [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
7. Srisilapanan P, Korwanich N, Jienmaneechotchai S, Dalodom S, Veerachai N, Vejvitee W, et al. Estimate of Impact on the Oral Health-Related Quality of Life of Older Thai People by the Provision of Dentures through the Royal Project. Int J Dent. 2016;2016:1976013.
8. Chen YF, Yang YH, Chen JH, Lee HE, Lin YC, Ebinger J, et al. The impact of complete dentures on the oral health-related quality of life among the elderly. J Dent Sci. 2012;7(3):289-95.
9. ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: บทความปริทัศน์. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2562;15(1):45-58.
10. นภาพร ศรีบุญเรือง. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานอำเภอเมืองลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
11. หน่วยโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของจุฬาลงกรณ์ (Chula Mental Test) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 ต.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.slideshare.net/slideshow/chula-mental-test/6953803
12. สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. เอกสารประกอบคำสอน ชีวสถิติสำหรับสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์; 2558.

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

13. อรจิรา แสนทวีสุข. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิก โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2568;8(2):129-43.
14. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพงศ์, ทรงชัย ฐิติโสมกุล, ไพฑูรย์ ดาวสดใส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียม และประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 2557;64(1):26-46.
15. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
16. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. Gerodontology. 2001;18(2):102-8.
17. Seo H, Lee BA, Lim H, Yoon JH, Kim YT. The socioeconomic impact of Korean dental insurance policy on the elderly: a nationwide cohort study in South Korea. J Periodontal Implant Sci. 2019;49(4):248-57.
18. บุษกร ธีรนุลักษณ์. การติดตามผลการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทาน โรงพยาบาลพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม: 3–5 ปี ภายหลังการรักษา. วารสารแพทย์เขต 4–5. 2561;37(1):22-32.
19. นิพัทธ์ สมศิริ. สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทานในมิติคุณภาพชีวิต. วารสารสุขศึกษา. 2558;38(129):1-13.
20. จุฑารัตน์ หาญอาษา. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้งานฟันเทียมของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการของกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567;17(1):142-54.
21. Kawai Y, Murakami M, Tohara H, Hironaka S. The effects of denture quality on masticatory function and nutritional intake in older adults. J Prosthodont Res. 2020;64(1):98-105.
22. Rosa LB, Bataglion C, Siéssere S, Palinkas M, Mestriner Júnior W, de Freitas O, et al. Bite force and masticatory efficiency in individuals with different oral rehabilitations. Open J Stomatol. 2012;2(1):21-6.

MKHJ
วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม
Mahasarakham Hospital Journal

23. El Maroush MA, Benhamida SA, Elgendy AA, Elsaltani MH. Residual ridge resorption, the effect on prosthodontics management of edentulous patient: an article review. Int J Sci Res Manag. 2019;7(9):260-7.

24. Felton D, Cooper L, Duqum I, Minsley G, Guckes A, Haug S, et al. Evidence-based guidelines for the care and maintenance of complete dentures: a publication of the American College of Prosthodontists. J Prosthodont. 2011;20(Suppl 1):S1-12.