



ความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

PREVALENCE OF XEROSTOMIA IN THE ELDERLY

AT MUEANG ROIET DISTRICT

Received: October 17, 2021

Revised: March 21, 2022

Accepted: March 22, 2022

ณฐิตา อยู่จำ¹

Nathita Yookhum¹

บทคัดย่อ

ภาวะปากแห้ง (xerostomia) เป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้ในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง 250 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง (Xerostomia Inventory)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เพศหญิง ร้อยละ 62.00 เพศชายร้อยละ 38.00 มีอายุเฉลี่ย 68.75 ± 7.179 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 98 ปีพบภาวะปากแห้ง จำนวน 61 คน ร้อยละ 24.40 มีค่าเฉลี่ย 14.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.19 และมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 12 - 38 คะแนน) ความรุนแรงของภาวะปากแห้งมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของภาวะปากแห้งในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีการบริโภคยา โดยพบว่าการบริโภคยาหลายขนานมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะปากแห้งที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=0.026$

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีการบริโภคยาหลายขนาน มีความชุกของภาวะปากแห้งสูง ดังนั้น จึงควรมีแนวทางในการตรวจและจัดการภาวะปากแห้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีการบริโภคยาหลายขนานเพื่อให้มีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ภาวะปากแห้ง, ปากแห้ง

¹ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

² nathitanathita@hotmail.com



Abstract

Dry mouth is the most common changes in the elderly, which can affect the quality of life. The study was a cross sectional descriptive study. This study aimed to examine the prevalence of dry mouth. The data were collected using the Xerostomia Inventory to measure dry mouth. A total of 250 elderly living in Muang, Roi Et were included.

The results showed that the elderly were female representing 62.00%, males representing 38.0%, with mean age of 68.75 ± 7.179 years, with the lowest age being 60 years, the highest being 98 years, with dry mouth, 61 people thought. was 24.40% with a mean 14.59 (standard deviation of 4.19 and a score range of 12 - 38 points). The prevalence of dry mouth was 24.4%. The severity of dry mouth tended to increase with age. The prevalence of dry mouth was higher in females than in males. The prevalence of dry mouth increased in people with underlying diseases or with history of drug consumption. In addition, consumption of multiple drugs was significantly associated with increased severity of dry mouth ($p=.026$).

The present study showed high prevalence of dry mouth in the elderly with underlying medical conditions and multiple medications prescription. Therefore, there should be guidelines for detecting and managing dry mouth, including promoting proper oral health.

Keywords: elderly, xerostomia, dry mouth

¹Roi Et Hospital, Roi Et Province

²nathitanathita@hotmail.com



บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากและกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยก็เช่นกันปีพ.ศ. 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 10.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.06 ของจำนวนประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ โดยจังหวัดร้อยเอ็ดพบมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 22.31 ของจำนวนประชากรทั้งหมด⁽²⁾ ซึ่งในวัยผู้สูงอายุนี้อาจพบความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกายหลายอย่างรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น โรคปริทันต์อักเสบ มีฟันผุบริเวณคอฟัน ฟันสึก พบความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก⁽³⁾

ภาวะปากแห้ง (xerostomia)⁽⁴⁾ เป็นอีกอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและเมื่อเกิดแล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะปากแห้งนี้มักมีความสัมพันธ์กับปริมาณของน้ำลายที่มีอยู่ในช่องปาก⁽⁵⁾ มีหลายสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สาเหตุที่พบได้บ่อย เช่น การรับประทานยา ซึ่งมียาที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งน้ำลายน้อยมากกว่า 400 ชนิด สภาพจิตใจ เช่น ความเครียดความวิตกกังวล ความผิดปกติของต่อมน้ำลาย เช่น กลุ่มอาการ โจนเกรน (Sjogren's Syndrome) และการได้รับรังสีบำบัดบริเวณศีรษะและลำคอ⁽⁶⁻⁸⁾ อายุก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง⁽⁴⁾ พบว่าอายุที่มากขึ้นเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะปากแห้ง 1.24 เท่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นทุกๆ 10 ปี⁽⁷⁾ ในส่วนของยามีรายงานความชุกที่เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าของภาวะปากแห้งในผู้ป่วยที่ทานยา (ร้อยละ 28) เทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับยาใดๆ (ร้อยละ 7.5)⁽⁷⁾ ยังมีรายงานว่าไม่เพียงประเภทของยา แต่จำนวนยาที่นำมาใช้ก็จะเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะปากแห้ง⁽⁸⁾ รายงานความชุกของภาวะปากแห้งในกลุ่มประชากรทั่วไป พบว่า มีความชุกอยู่ในช่วงร้อยละ 10-46 โดยมีความชุกเพศหญิง (ร้อยละ 10.3-33.3) สูงไปกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 9.7-25.8) ซึ่งโดยเฉลี่ยร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปีขึ้นไป จะมีประสบการณ์ปากแห้ง⁽⁹⁾ และเมื่ออายุยิ่งมากขึ้นก็จะพบอุบัติการณ์ที่เพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย⁽¹⁰⁾ ตามรายงานทางระบาดวิทยามีรายงานความชุกของการเกิดภาวะปากแห้งระหว่างร้อยละ 0.9-64.8⁽¹¹⁾ ซึ่งประเทศไทยการศึกษาเรื่องความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งยังมีไม่มาก โดยเฉพาะในกลุ่มในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อให้ทราบความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ รวมทั้งยังสามารถเป็นข้อมูลทางระบาดวิทยาสำหรับผู้สนใจศึกษาเรื่องภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้ง



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) เพื่อการศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะปากแห้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแมต อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 896 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการศึกษาของ Yuki Ohara และคณะ⁽¹²⁾ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Wayne W.D.⁽¹³⁾ ดังนี้

จากสูตร

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร เท่ากับ 896 คน

α = ความผิดพลาดจากการสุ่มตัวอย่างเพื่อสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง (0.05)

p = ค่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้งจากงานวิจัยของ Yuki เท่ากับ 0.35¹²

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 250 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกรายออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ผู้มีความเจ็บป่วยที่อาจมีผลต่อการเก็บข้อมูล เช่น ผู้ป่วยความจำเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก โรคประจำตัว ยาที่รับประทาน

2) แบบประเมินภาวะปากแห้ง (xerostomia inventory) มีทั้งหมด 11 ข้อ ซึ่งวัดเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบบ 5 อันดับ 0-4 (0 = ไม่เคย 1 = แทบจะไม่เคย 2 = เป็นครั้งคราว 3 = ค่อนข้างบ่อย 4 = บ่อยมาก) คะแนนรวม 11 ข้อ จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 44 คะแนน หากมีคะแนนรวมมากกว่า 11 จะวินิจฉัยว่ามีภาวะปากแห้ง ระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งจากคะแนนรวม หากมีคะแนนสูงแปลว่ามีปากแห้งมาก



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบหาความเที่ยง ได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบประเมินภาวะปากแห้ง (XI) = 0.786

วิธีดำเนินการ

1. ทดสอบเครื่องมือทำความเข้าใจแบบสอบถามแก่ทีม อสม. เพื่อให้ อสม. เป็นผู้ช่วยแจกแบบสอบถามแก่ผู้สูงอายุ
2. ทำการเก็บข้อมูล ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมต ซึ่งได้จากกลุ่มเลือกพื้นที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนเมษายน 2563–กันยายน 2563
3. ตรวจสอบข้อมูล ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ โปรแกรม SPSS for window version 21 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าร้อยละค่าเฉลี่ยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Fisher's exact test, Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE632053

ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมา คือ เพศชายจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 38.00 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 68.75 ± 7.179 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 98 ปี (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะประชากร จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	38.00
หญิง	155	62.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	227	90.80



ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมขึ้นไป	23	9.20
สถานภาพสมรส		
โสด	56	22.40
สมรส	156	62.40
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	38	15.20
อาชีพ		
เกษตรกร	235	94.00
อื่นๆ	15	6.00
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	217	86.80
สูบบุหรี่	33	13.20
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	214	85.60
ดื่มแอลกอฮอล์	36	14.40
การเคี้ยวหมาก		
ไม่เคี้ยวหมาก	234	93.60
เคี้ยวหมาก	16	6.40
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	170	68.00
มีโรคประจำตัว	80	32.00

ผลการศึกษา ภาวะปากแห้ง (Xerostomia Inventory) ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า ไม่มีภาวะปากแห้ง จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 75.60 มีค่าเฉลี่ย 6.89 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.89 และมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-11 คะแนน) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะปากแห้ง จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 24.40 มีค่าเฉลี่ย 14.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.19 และมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 12-38 คะแนน) (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 แสดงความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ (N= 250)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	$\bar{X}$	SD
ภาวะปากแห้ง					
ไม่มีภาวะปากแห้ง	189 (75.6)	0	11	6.89	3.89
มีปากแห้ง	61 (24.4)	12	38	14.59	4.19
รวม	250				

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้งของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแมต อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของเพศกับภาวะปากแห้ง

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะปากแห้ง	จำนวนปากแห้ง		p-value
	ไม่	ใช่	
เพศ			0.547
เพศชาย	74	21	
เพศหญิง	115	40	

* p-value < 0.05

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับภาวะปากแห้ง จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไค-สแควร์ (chi square test) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอายุกับความชุกของภาวะปากแห้ง แต่เมื่อพิจารณาความชุกและระดับคะแนนความรุนแรงของภาวะปากแห้งของแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่าจะพบความชุกของภาวะปากแห้งมากกว่า และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งที่มากกว่า (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะปากแห้ง	จำนวนคนปากแห้ง		ภาวะปากแห้ง (ร้อยละ)	$\bar{x}$	SD	p-value
	ไม่	ใช่				
อายุ						
60 - 64 ปี	71	20	21.97	19.66	5.29	0.246
65 - 69 ปี	48	15	25.42	20.51	4.39	
70 ปีขึ้นไป	70	26	27.08	20.58	4.71	

* p-value < 0.05

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโรคประจำตัว การรับประทานยากับภาวะปากแห้งจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติไค-สแควร์ (chi square test) พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว การรับประทานยาเป็นประจำ และการได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป) พบความชุกของภาวะปากแห้งเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามไม่พบนัยสำคัญ (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง	จำนวนคนปากแห้ง		χ^2	p-value
	ไม่	ใช่		
การมีโรคประจำตัว			2.00	0.157
ไม่มีโรคประจำตัว	133	37		
มีโรคประจำตัว	56	24		
การรับประทานยาเป็นประจำ			2.281	0.131
ไม่ได้รับยา	137	38		
ได้รับยา	52	23		
ได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป)			2.941	0.086
ไม่ได้รับยาหลายขนาน	188	59		
ได้รับยาหลายขนาน	1	2		

* p-value < 0.05

ในการศึกษานี้โดยส่วนใหญ่ยาที่ผู้สูงอายุได้รับจะเป็นยารักษาโรคเบาหวาน และยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่บริโภคยารักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมี



ภาวะปากแห้งสูงกว่าผู้ที่ไม่บริโภคอย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง	จำนวนคนปากแห้ง			χ^2	p-value
	ไม่	ใช่	ร้อยละ		
ได้รับยาเบาหวาน					
ไม่ได้รับยาเบาหวาน	158	49	31.01	0.346	0.556
ได้รับยาเบาหวาน	31	12	38.71		
ได้รับยาความดันโลหิตสูง					
ไม่ได้รับยาความดันโลหิตสูง	139	39	28.06	2.077	0.150
ได้รับยาความดันโลหิตสูง	50	22	44.0		

* p-value < 0.05

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป) กับระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งด้วยสถิติ Mann-Whitney U (เนื่องจากผลการทดสอบข้อมูลไม่ได้แจกแจงแบบปกติ) พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป) กับระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง โดยมีค่า p-value = 0.026 (รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้ง

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง	ความรุนแรงของภาวะปากแห้ง		
	Mean(SD)	Median (IQR 25-75)	p-value
ได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป)			
ได้รับยาหลายขนาน	19.79(5.99)	21.0 (12-22)	0.026*
ไม่ได้รับยาหลายขนาน	9.41(5.53)	10(6-11)	

* p-value < 0.05



สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 มีอายุเฉลี่ย 68.75 ± 7.179 ปี พบความชุกของภาวะปากแห้ง ร้อยละ 24.40 ซึ่งในเพศหญิงมีความชุก ร้อยละ 25.80 สูงกว่าในเพศชายซึ่งมีความชุก ร้อยละ 22.10 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะปากแห้ง พบว่า ความรุนแรงของภาวะปากแห้งมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของภาวะปากแห้งในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบความชุกของภาวะปากแห้งมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีการบริโภคยา โดยพบว่า การบริโภคยาหลายขนานมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะปากแห้งที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.026$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความชุกของภาวะปากแห้งในผู้สูงอายุ พบความชุกของภาวะปากแห้ง ร้อยละ 24.40 สอดคล้องกับการศึกษาของ Locker และคณะ⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีอายุ 50 ถึง 65 ปีขึ้นไป พบความชุกของภาวะปากแห้งร้อยละ 22.60 เปรียบเทียบการศึกษาของ Yuki Ohara และคณะ⁽¹²⁾ พบความชุกของภาวะปากแห้งร้อยละ 34.80% และการศึกษาของ Rafaela และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่บราซิลในปี ค.ศ.2019 พบความชุกของภาวะปากแห้งสูงถึงร้อยละ 38.80 อาจเป็นเพราะในการศึกษาดังกล่าวกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีอายุเฉลี่ยที่มากกว่า รวมถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของประชากรที่แตกต่างกันตามถิ่นที่อยู่อาศัย

ปัจจัยเรื่องอายุแม้ในการศึกษานี้ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอายุกับความชุกของภาวะปากแห้ง แต่เมื่อพิจารณาความชุกและระดับคะแนนความรุนแรงของภาวะปากแห้งของแต่ละกลุ่มอายุพบว่า ในกลุ่มที่มีอายุมากกว่าจะพบความชุกของภาวะปากแห้งมากกว่า และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรุนแรงของภาวะปากแห้งที่มากกว่า ซึ่งการศึกษาทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับการทำงานของต่อมน้ำลายที่ทำงานลดลงพบว่ามีเพิ่มความชุกเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามในการศึกษาไม่ได้ระบุว่าอายุเป็นสาเหตุหรือความเสี่ยงที่สำคัญสำหรับปากแห้ง จากการทบทวนวรรณกรรมของ Vissink และคณะ⁽¹⁷⁾ และ จากการศึกษาของ Bing Liu และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในต่อมน้ำลาย เซลล์ที่ผลิตน้ำลายจะลดลง และถูกแทนที่ด้วยส่วนของไขมัน และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเพิ่มขึ้น รวมถึงพบว่า การผลิตน้ำลายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในต่อมน้ำลาย และการผลิตน้ำลายที่ลดลงนี้เองจึงทำให้มีการคาดการณ์ว่า ในวัยสูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะเกิดภาวะปากแห้งได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ⁽¹⁹⁾ ได้ทำการศึกษาโดยการรวบรวมน้ำลายทั้งหมดจากกลุ่มอายุที่แตกต่างกันสามกลุ่ม (จำนวน 180 ต่อกลุ่ม) และพบว่าผู้ที่มีอายุ (70 ปี) มีอัตราการไหลของน้ำลายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ



จากการศึกษาที่ผ่านมาการใช้ยาเชื่อว่าเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ในการลดการไหลของน้ำลายในผู้สูงอายุ ผลกระทบนี้เป็นสื่อกลางเป็นหลักผ่านฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกของยาหรือผลต่อความสมดุลของของเหลวภายในปัสสาวะยาต้านโรคซึมเศร้าไตรไซคลิกและยารักษาโรคจิต⁽¹⁶⁾ โดยพบว่าการศึกษานี้ของ Atkinson และคณะ⁽²⁰⁾ ในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 12 รับประทานยาอย่างน้อย 10 รายการ และร้อยละ 23 รับประทานยาตามใบสั่งแพทย์อย่างน้อย 5 รายการ และการได้รับยาหลายขนานในผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงรวมทั้งช่องปากแห้งด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะปากแห้งเป็นอาการหนึ่งที่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ภาวะปากแห้งนี้อาจมีสาเหตุร่วมกันหลายอย่างโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่บริโภคยาหลายขนาน ซึ่งในปัจจุบันมีจำนวนมากขึ้นและมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับความทุกข์จากภาวะช่องปากแห้งมากขึ้น ทันตแพทย์จึงควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง เพื่อบรรเทาผลข้างเคียงในช่องปากที่อาจเกิดขึ้น และเนื่องจากสถานการณ์ระบาดของเชื้อโควิด-19 การศึกษานี้จึงทำการเก็บข้อมูลโดยใช้เพียงแบบสอบถาม การศึกษาในอนาคตควรมีการตรวจประเมินทางคลินิกและเก็บตัวอย่างน้ำลายรวมถึงศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์และวางแผนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ศศ. ดร. ทพ. อชิรุฑ์ สุพรรณเกสัช และ ศศ. ดร. ทพญ. รัชฎา ฉายจิตที่ชี้แนะ และให้คำปรึกษา ขอบคุณ นางสาวอนุธิดา นิลพันธ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแมต ที่ให้ความร่วมมือและช่วยประสานงาน รวมถึงทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.ฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 28 ตุลาคม 2562]. จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.ระบบรายงานข้อมูลสุขภาพ [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 29 ตุลาคม 2562].จาก <https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
3. Lamster IB, Asadourian L, Carmen TD, Friedman PK. The aging mouth: Differentiating normal aging from disease. Periodontology 2016; 72(1): 96-107.



4. Han P, Suarez-Durall P, Mulligan R. Dry mouth: A critical topic for older adult patients. *J Prosthodont Res* 2015; 59(1): 6-19.
5. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: Etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* 2003; 134(1): 61-9.
6. Sreebny LM. Saliva in health and disease: an appraisal and update. *Int Dent J* 2000; 50(3): 140-61.
7. Field EA, Fear S, Higham SM, Ireland RS, Rostron J, Willetts RM, et al. Age and medication are significant risk factors for xerostomia in an English population, attending general dental practice. *Gerodontology* 2001; 18(1): 21-4.
8. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Biol Med* 2004; 15(4): 221-39.
9. Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *J Am Dent Assoc* 2007; 138: S15-20.
10. Johansson AK, Johansson A, Unell L, Ekbäck G, Ordell S, Carlsson GE. Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. *Gerodontology* 2012; 29(2): 107-15.
11. Orellana MF, Lagravère MO, Boychuk DGJ, Major PW, Flores-Mir C. Prevalence of xerostomia in population-based samples: A systematic review. *J Public Health Dent* 2006; 66(2): 152-8.
12. Ohara Y, Hirano H, Yoshida H, Obuchi S, Ihara K, Fujiwara Y, et al. Prevalence and factors associated with xerostomia and hyposalivation among community-dwelling older people in Japan. *Gerodontology* 2016; 33(1): 20-7.
13. Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
14. Locker D. Xerostomia in older adults: A longitudinal study. *Gerodontology* 1995; 12(1): 18-25.
15. Rafaela Soares Rech, F. N. Factors associated with hyposalivation and xerostomia in older. *Gerodontology* 2019; 1-7.
16. Gil-Montoya JA, Barrios R, Sánchez-Lara I, Carnero-Pardo C, Fornieles-Rubio F, Montes J, et al. Prevalence of drug-induced xerostomia in older adults with cognitive impairment or dementia: An observational study. *Drugs Aging* 2016; 33(8): 611-8.
17. Vissink, A., Spijkervet, F. K. L, Amerongen, A. V. N. Aging and saliva: A review of the literature. *Special Care in Dentistry* 1996; 16(3), 95-103.



18. Liu B, Dion MR, Jurasic MM, Gibson G, Jones JA. Xerostomia and salivary hypofunction in vulnerable elders: Prevalence and etiology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012; 114(1): 52-60.
19. Smith CH, Boland B, Daureeawoo Y, Donaldson E, Small K, Tuomainen J. Effect of aging on stimulated salivary flow in adults. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61(5): 805-8.
20. Atkinson JC, Margaret Grisius, Ward Massey. Salivary Hypofunction and Xerostomia: Diagnosis and Treatment. *Dent Clin North Am* 2005; Apr;49(2):309-26.