ผลของโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษาที่มีต่อดัชนีคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยจิตเวช

สาธกา ธาตรีนรานนท์* ท.บ., ป.บัณฑิต สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์
สุวรรณี ตุ่มทอง* ท.บ., ป.บัณฑิต สาขาทันตกรรมทั่วไป

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากสูง การป้องกันการเกิดโรคโดยการให้ทันตสุขศึกษาจึงมีความสำคัญ การศึกษาแบบกึ่งวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษาที่มีต่อการลดลงของดัชนีคราบจุลินทรีย์ในผู้ป่วยจิตเวช วิธีการศึกษาทำโดยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจำนวน 30 คนมาเข้ากลุ่มให้ทันตสุขศึกษาและฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ทำการสัมภาษณ์พฤติกรรมทันตสุขภาพ และย้อมคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษา วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาด้วยแบบทดสอบที (paired t-test) ผลการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.0 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เป็นปัญหาได้แก่ การแปรงฟันไม่ถูกวิธี ใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดฟันไม่เหมาะสม และไม่มาพบทันตแพทย์สม่ำเสมอ หลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาแล้วพบว่าผู้ป่วยมีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้นการนำโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษามาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชสามารถทำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดฟันได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวช, คราบจุลินทรีย์, การให้ทันตสุขศึกษา

** กลุ่มงานทันตกรรม สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*

บทนำ

ปัญหาทันตสุขภาพเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วไปในประชากรไทย จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ปี 2549-2550 พบว่าประชากรไทยกลุ่มอายุ 35-44 ปี เป็นโรคฟันผุที่ไม่ได้รักษาร้อยละ 53.28 สภาวะเหงือกอักเสบ ร้อยละ 47.30 โรคปริทันต์ร้อยละ37.60 และมีค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด 6.74 ซี่/คน[1] สำหรับผู้ป่วยจิตเวชตามรายงานสภาวะทันตสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา พ.ศ. 2544 พบว่า มีฟันผุร้อยละ 80.1 โรคปริทันต์ร้อยละ 96.6 (มีหินปูนร้อยละ 70.4 ร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 15.9)[2] และผลการศึกษาสภาวะทันตสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในปี 2548-2549 พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคฟันผุร้อยละ 85.33 โรคเหงือกอักเสบร้อยละ 62.00 โรคปริทันต์ร้อยละ 33.33 และมีค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด 12.23 ซี่/คน[3] ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานที่พบในต่างประเทศ[4,5,6] จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทันตสุขภาพสูงกว่าประชากรปกติ และปัญหานี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยมีผลต่อกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวันทั้งในด้านกายภาพ จิตวิทยา และสังคม[7] สาเหตุที่ผู้ป่วยมีปัญหาทันตสุขภาพสูง ไม่ว่าจะเป็นฟันผุลุกลาม เหงือกอักเสบรุนแรง โรคปริทันต์ และเชื้อราในช่องปากนั้น เนื่องจากสภาพร่างกายและสภาวะช่องปากที่เปลี่ยนแปลงไปจากอาการของโรคที่เป็น และจากผลข้างเคียงของยาจิตเวช [8,9,10] นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ไม่สนใจตนเอง ขาดการดูแลสุขภาพช่องปาก แปรงฟันไม่สม่ำเสมอ หรือไม่แปรงฟัน[11] การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยจิตเวชนอกจากการบำบัดรักษาแล้ว งานด้านการส่งเสริมป้องกันก็มีความสำคัญเช่นกัน[12] การให้ความรู้ทางทันตสุขศึกษาจะทำให้ผู้ป่วยเห็นความ สำคัญของการมีทันตสุขภาพที่ดีและเกิดแรงจูงใจที่จะดูแลรักษาฟัน[13]

การดูแลสุขภาพช่องปากที่ง่ายที่สุดและมีประสิทธิภาพดี ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองคือการแปรงฟัน วัตถุประสงค์หลักของการแปรงฟันคือเพื่อกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่ติดอยู่บนผิวฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคในช่องปากทั้งโรคฟันผุ[14,15] และโรคปริทันต์[16,17] การควบคุมคราบจุลินทรีย์จึงเป็นการควบคุมการเกิดโรคได้

การศึกษาครั้งนี้ได้นำโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษามาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทันตสุขภาพที่ดี มีความรู้เพื่อใช้ในการควบคุมการเกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ และเรียนรู้วิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง ซึ่งการวัดประสิทธิภาพของการแปรงฟันทำได้โดยดูความสามารถในการกำจัดคราบจุลินทรีย์ จากนั้นวัดผลโดยการเปรียบเทียบค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษา

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง (one group pre and post test) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ.2551 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1. ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตสงบพูดคุย สื่อสารได้เข้าใจ 2. มีฟันเหลือในช่องปากในสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ 3.ผู้ป่วยที่สามารถแปรงฟันได้ด้วยตนเอง (ไม่มีความพิการหรือความผิดปกติของมือและแขน) 4. ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามโปรแกรม และลงลายมือชื่อรับทราบในหนังสือยินยอม โดยการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมทันตสุขภาพประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ การตรวจฟันด้วยตนเอง ปัญหาสุขภาพช่องปาก จำนวนครั้งในการแปรงฟัน วิธีการแปรงฟัน การใช้อุปกรณ์อื่นในการทำความสะอาดฟัน แหล่งข้อมูลความรู้ทางทันตสุขภาพ การบริโภค

อาหารว่าง การใช้บริการทันตกรรม สาเหตุที่มารับบริการทันตกรรม และเหตุผลที่ไม่ได้มาพบทันตแพทย์สม่ำเสมอ โดยผลการสัมภาษณ์จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการให้ทันตสุขศึกษา โดยที่ไม่ได้นำมาหาความสัมพันธ์กับดัชนีคราบจุลินทรีย์ จากนั้นให้ผู้ป่วยแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันที่ผู้วิจัยเตรียมให้ตามวิธีการแบบเดิมที่ผู้ป่วยแปรงทุกวัน หลังจากแปรงฟันเสร็จทำการย้อมคราบจุลินทรีย์ ด้วยสี erythrosin dye 6% ซึ่งมีความปลอดภัยเนื่องจากเป็นสีผสมอาหาร แล้ววัดค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ตาม Plaque Control Record [18] ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการวัดประสิทธิภาพการแปรงฟันที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก หลังจากนั้นผู้ป่วยจะเข้าสู่โปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษา โดยเป็นรูปแบบการสอนกลุ่มย่อย 5-7 คน มีการสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มก่อนการสอน และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยด้วยการตั้งคำถามให้ตอบ และสรุปสาระสำคัญ โดยโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคฟันผุ โรคปริทันต์ รวมถึงความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี และกิจกรรมการสอนแปรงฟัน โดยใช้การแปรงฟันแบบขยับ-ปัด (modified Bass technic)[13] และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติแปรงฟัน ซึ่งผู้ป่วยจะแปรงฟันโดยมองกระจกบานใหญ่ และฝึกสังเกตบริเวณที่ติดสี ผู้สอนจะต้องชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงจุดบกพร่องในการแปรงฟันตามวิธีเดิมของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยลองแปรงฟันอีกครั้งตามวิธีการใหม่ และเน้นในจุดที่ผู้ป่วยยังทำได้ไม่ดี เช่น การวางแปรงสีฟัน ระยะเวลาในการแปรงฟัน การขยับแปรง เป็นต้น ทำเช่นนี้จนกว่าผู้ป่วยจะแปรงฟันได้สะอาดและไม่มีสีติดอยู่บนตัวฟันอีก หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ นำผู้ป่วยกลุ่มเดิมมา ให้ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันและยาสีฟันชุดเดิมที่ผู้วิจัยเตรียมให้ จากนั้นย้อมสีฟันด้วยสี erythrosin dye 6% ให้ผู้ป่วยสังเกตคราบจุลินทรีย์ของตนเองและวัดค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ ลงบันทึกใน Plaque Control Record

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพื้นฐาน และพฤติกรรมทันตสุขภาพ และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาด้วยแบบทดสอบที (paired t-test)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีอายุระหว่าง 21-61 ปี เป็นเพศชายและหญิงเท่าๆกัน โดยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 26.7 และปริญญาตรีร้อยละ 26.7 จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมทันตสุขภาพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.0 เคยตรวจสภาพช่องปากด้วยตนเอง และมีปัญหาสุขภาพปากและฟัน ถึงร้อยละ 70.0 โดยสิ่งที่เป็นปัญหากับผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ กลิ่นปาก ร้อยละ32.4 รองลงมาคือ ฟันผุ เสียวฟัน และมีหินปูน อย่างละร้อยละ 16.2 สำหรับวิธีการแปรงฟันที่ผู้ป่วยนิยม คือ วิธีปัดขึ้นปัดลงร้อยละ 43.3 และถูไปถูมา ร้อยละ 36.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแปรงฟันวันละ 2 ครั้งร้อยละ 76.7 และใช้น้ำยาบ้วนปาก หรือไม้จิ้มฟันเสริมจากการแปรงฟันร้อยละ 30.8 และ 25.6 ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับความรู้ทางทันตสุขภาพหลายๆทางโดยผ่านทางโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 31.6 รองลงมาคือจากบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 23.7 และหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 15.8 อาหารว่างที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานคือ ผลไม้ ร้อยละ 33.8 รองลงมาคือน้ำอัดลม ร้อยละ 19.1 ในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีผู้ป่วยร้อยละ 83.3 เคยมาใช้บริการทันตกรรม โดยส่วนใหญ่จะมาขูดหินปูนร้อยละ 24.0 อุดฟันร้อยละ 20.0 และรักษาอาการปวดฟันร้อยละ 16.0 และเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้มาพบทันตแพทย์สม่ำเสมอคือ ไม่มีเวลาร้อยละ 33.3 ไม่มีอาการของโรค ร้อยละ 20 และรอให้มีอาการมากขึ้นจึงจะมารักษา ร้อยละ 13.3 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมทันตสุขภาพ

Table 1 Oral health care behavior

พฤติกรรมทันตสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. การตรวจฟันด้วยตนเอง		
เคย	24	80.0
ไม่เคย	6	20.0
2. ปัญหาสุขภาพช่องปาก		
อาหารติดฟัน	5	13.5
กลิ่นปาก	12	32.4
ฟันผุ	6	16.2
ปวดฟัน	2	5.4
เสียวฟัน	6	16.2
มีหินปูน	6	16.2
3. จำนวนครั้งในการแปรงฟัน		
วันละ1ครั้ง	1	3.3
วันละ2ครั้ง	23	76.7
มากกว่า2ครั้ง/วัน	6	20.0
4. วิธีการแปรงฟัน		
ถูไปถูมา	11	36.7
ปัดขึ้นปัดลง	13	43.3
แปรงขึ้นลงตรงๆ	4	13.3
ขยับปัด	1	3.3
หมุนเป็นวงกลม	1	3.3
5. การใช้อุปกรณ์อื่นทำความสะอาดฟัน		
ไม่ได้ใช้	10	25.6
ไหมขัดฟัน	7	17.9
ไม้จิ้มฟัน	10	25.6
น้ำยาบ้วนปาก	12	30.8
6. แหล่งข้อมูลความรู้ทางทันตสุขภาพ		
โทรทัศน์	12	31.6
หนังสือพิมพ์	6	15.8
บุคลากรทางการแพทย์	9	23.7
บิดา มารดา ญาติ	4	10.5
เพื่อน	4	10.5
อื่นๆ(วิทยุ,โปสเตอร์)	3	7.9
7. การบริโภคอาหารว่าง		
ผลไม้	23	33.8
ขนมปัง	8	11.8
ขนมหวาน	11	16.2
น้ำอัดลม	13	19.1
ชา กาแฟ	10	14.7
ลูกอม	3	4.4
8. การใช้บริการทันตกรรม		
เคย	25	83.3
ไม่เคย	5	16.7
9. สาเหตุที่มารับบริการ		
ตรวจฟัน	2	8.0
ปวดฟัน	4	16.0
เสียวฟัน	2	8.0
ขูดหินปูน	6	24.0
ฟันผุ	5	20.0
ใส่ฟัน	2	8.0
อื่นๆ (ฟันโยก,ฟันคุด,จำไม่ได้)	4	16.0
10. เหตุผลที่ไม่มาพบทันตแพทย์สม่ำเสมอ		
ไม่มีเวลา	10	33.3
ไม่มีปัญหา	6	20.0
ไม่มีเงิน	2	6.7
รอให้มีอาการมากขึ้น	4	13.3
อื่นๆ (ไม่มีคนพาไป,กลัว)	2	6.7

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ก่อนและหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษา
Table 2 Comparison of plaque index score before and after dental health education program

Dental health education program	Plaque index		t-value(df)	P-value
	n	Mean ± SD		
before program	30	55.15 ± 17.49	7.85 (29)	.000
after program	30	37.15 ± 18.82		

ในการวัดประสิทธิภาพของการแปรงฟัน โดยดูความสามารถในการกำจัดคราบจุลินทรีย์บนผิวฟัน พบว่าค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์เฉลี่ยก่อนการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาคือ 55.15 และหลังการให้โปรแกรมคือ 37.15 เมื่อเปรียบเทียบผลค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ตาม Plaque Control Record ก่อนและหลังการให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยหลังการให้ทันตสุขศึกษาผู้ป่วยมีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงดังตารางที่ 2

บทวิจารณ์

ปัญหาทันตสุขภาพเป็นปัญหาใหญ่ที่ทันตบุคลากรมีหน้าที่ในการดูแลรับผิดชอบ การบำบัดรักษาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมโรคได้ แต่เมื่อร่วมกับการป้องกัน โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอนามัยช่องปากที่ดี จะทำให้ปัญหาทันตสุขภาพส่วนบุคคลและส่วนรวมดีขึ้นตามลำดับได้ เป็นที่ทราบกันดีว่ามีผู้ป่วยบางกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากสูง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชก็จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงนี้ [19] ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษามาใช้เพื่อปรับปรุงอนามัยช่องปากผู้ป่วยจิตเวช และทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลรักษาความสะอาดฟันโดยผลการศึกษาพบว่าหลังการให้ทันตสุขศึกษาและสอนแปรงฟัน1สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถแปรงฟันได้สะอาดขึ้นโดยทำให้ค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ซึ่งผลที่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกับการนำโปรแกรมทันตสุขศึกษาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ [20,21] ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพค่อนข้างดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก เคยมาพบทันตแพทย์ และแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมีปัญหาโรคในช่องปากค่อนข้างสูงโดยพบถึงร้อยละ 70.0 นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังแปรงฟันไม่ถูกวิธี และใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดฟันไม่เหมาะสม พบว่าส่วนใหญ่จะใช้ไม้จิ้มฟัน รองลงมาคือน้ำยาบ้วนปาก คล้ายคลึงกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลอนามัยช่องปากของคนไทยที่พบว่านอกจากยาสีฟันผู้ป่วยนิยมใช้ไม้จิ้มฟันและน้ำยาบ้วนปาก[22] ดังนั้นจึงมีความสำคัญ ที่จะต้องเน้น การให้ความรู้ถึงการแปรงฟันในวิธี Modified-bass และสอนการใช้ไหมขัดฟัน ในระหว่างการให้ทันตสุขศึกษาด้วย สำหรับแหล่งความรู้ด้านทันตสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชมาจากโทรทัศน์มากที่สุด รองลง มา คือบุคลากรทางการแพทย์ คล้ายคลึงกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 6 ทำให้ทันตบุคลากรต้องทำงานเผยแพร่ความรู้มากขึ้นเพื่อให้สามารถเป็นแหล่งความรู้ให้กับผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถรับรู้ข้อมูลได้จากทางสื่อโทรทัศน์ แต่ไม่รู้วิธีการแปรงฟันพบว่ามีผู้แปรงด้วยวิธีขยับปัดเพียง 1 คน เนื่องจากโทรทัศน์จะเน้นให้ข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์การทำความสะอาดฟันมากกว่า ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 83.3 เคยมาพบทันตแพทย์ ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นที่พบน้อยกว่าร้อยละ 50 [1,22]

น่าจะมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในซึ่งจะต้องทำการนัดมาตรวจรักษาสุขภาพฟันเป็นประจำอยู่แล้ว และเป็นเหตุผลเดียวกับที่ไม่ค่อยพบผู้ป่วยทานลูกอม แต่ทานผลไม้เป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากการเป็นผู้ป่วยในจะมีผู้ดูแลด้านอาหารให้ถูกสุขลักษณะ ในด้านทัศนคติต่อสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้ป่วยยังให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปากน้อยโดยให้เหตุผลในการไม่ไปตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอว่าไม่มีเวลาหรือรอให้มีอาการมากขึ้น ซึ่งสุขภาพช่องปากก็มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าสุขภาพทางกายที่ต้องอาศัยการมาตรวจอย่างสม่ำเสมอ โปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษาจะช่วยปรับทัศนคติและความเข้าใจของผู้ป่วย และเป็นแรงกระตุ้นภายใน (intrinsic factor) ที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองอยากจะมีสุขภาพที่ดีเมื่อรวมกับแรงเสริมจากผู้สอน (extrinsic factor) ทันตสุขศึกษาจะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้[13] โดยผู้สอนควรมีวิธีการสร้างแรงจูงใจทางบวก ได้แก่ คำชมเชย ไม่ควรใช้การตำหนิ และใช้สื่อการสอนที่มีสีสันสวยงาม มีขนาดใหญ่ชัดเจน และนอกจากนี้ในโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษายังมีการสอนแปรงฟันโดย ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการแปรงฟันที่ถูกวิธีด้วยการฝึกปฏิบัติจริง และในการสอนแบบกลุ่มย่อยจะทำให้เห็นข้อผิดพลาดในการแปรงฟันของผู้ป่วยได้ชัดเจน สามารถให้คำแนะนำรายบุคคลได้ นอกจากนี้เทคนิคการแปรงฟันแบบขยับ-ปัด เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยต้องอาศัยการสอนแบบดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยจึงจะสามารถแปรงฟันจนกำจัดคราบจุลินทรีย์ออกหมดได้ การสอนแปรงฟันในผู้ป่วยจิตเวชนั้นบางครั้งจะมีปัญหาในด้านการสื่อสารและความร่วมมือของผู้ป่วย การที่มีการย้อมคราบจุลินทรีย์จะช่วยอธิบายถึงความเป็นมาและความสำคัญของการทำความสะอาดฟัน ผู้ป่วยจะมองเห็นคราบจุลินทรีย์ รู้ว่าการแปรงฟันยังมีจุดบกพร่อง โดยในผู้ป่วยแต่ละคนก็จะแตกต่างกัน ผู้สอนก็จะเน้นถึงการวางตำแหน่งแปรงให้ถูกต้องเพื่อให้สามารถแปรงเอาคราบจุลินทรีย์ได้หมดทุกส่วน เมื่อมองเห็นภาพชัดการที่จะอธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจก็จะง่ายขึ้น ผู้ป่วยจะยอมรับการให้ความรู้ของผู้สอนได้ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าหลังการสอน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยแปรงฟันได้ดีขึ้นและมีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลง

ถึงแม้ว่าการแปรงฟันจะมีประสิทธิภาพในการลดคราบจุลินทรีย์ แต่ก็จัดว่าเป็นวิธีทางกล (mechanical) มีรายงานว่าถ้าใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีสารช่วยลดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นวิธีการทางเคมี (chemical) ร่วมด้วยจะสามารถลดคราบจุลินทรีย์ได้ดีขึ้น[23,24] การนำน้ำยาบ้วนปากมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชควรเลือกชนิดที่ไม่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาปากแห้ง เยื่อบุช่องปากจะระคายเคืองและเป็นแผลได้ง่าย

การให้โปรแกรมทันตสุขศึกษาเพียงครั้งเดียว ไม่สามารถสร้างพฤติกรรมที่ดีในการรักษาสุขภาพช่องปากได้อย่างถาวร ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าเพื่อทำการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ใกล้จะจำหน่ายแล้ว ทำให้ไม่สามารถวางโปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษาแบบต่อเนื่องในระยะยาวได้ ซึ่งต่อไปควรมีการศึกษาในขนาดตัวอย่างที่มากพอ และศึกษาระยะยาวเพื่อให้รู้ผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้การส่งเสริมทันตสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวชนอกเหนือจากการให้ความรู้ทางทันตสุขศึกษาและสอนแปรงฟันแล้ว ควรมีการให้คำแนะนำเรื่องอาหาร และมีการนำฟลูออไรด์มาใช้ด้วย ทั้งในรูปแบบของฟลูออไรด์เจล ฟลูออไรด์วานิช หรือน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์[12] เพื่อประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุ

บทสรุป

ผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ต้องการการดูแลจากทันตบุคลากร งานทันตกรรมป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ทันตสุขศึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ โปรแกรมการให้ทันตสุขศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช สามารถ

ทำให้ผู้ป่วยแปรงฟันได้ดีขึ้น โดยมีค่าดัชนีคราบจุลินทรีย์ลดลง ถึงแม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้เป็นการให้ทันตสุขศึกษาระยะสั้น ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ แต่ก็เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของอนามัยช่องปากและมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการทำความสะอาดฟัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ช่วยทันตแพทย์ทุกท่านของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ช่วยในการเก็บข้อมูล อาจารย์ทันตแพทย์หญิงนิตยา สโรบล ผู้ริเริ่มงานส่งเสริมทันตสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่6 (2549-2550) . [25 มีนาคม 2551] ที่มา : http://dental.anamai.moph.go.th/ .
2. สุจิมนต์ พรหมประดิษฐ์. สภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา พ.ศ. 2544. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10:187-94.
3. สุวรรณี ตุ่มทอง. สภาวะสุขภาพช่องปากผู้ป่วยจิตเภท. รายงานการวิจัย 2549.
4. Hede B. Dental health behavior and self-reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. Acta Odontol Scand 1995; 53:35-40.
5. Vigid M,Brinck JJ,Christensen J. Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institutions for the elderly. Community Dent Oral Epidermiol 1993;21:169-71.
6. Ter Horst G. Dental care in psychiatric hospitals in the Netherlands. Spec Care Dentist 1992 ; 12 :63-6.
7. สาธกา ธาตรีรานนท์, นิตยา สโรบล, สุวรรณี ตุ่มทอง. ผลกระทบของสุขภาพช่องปากที่มีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2549;56:392-400.
8. Thomas A. Factors which influence the oral condition of chronic schizophrenia patients. Spec Care Dentist 1996;16:84-6.
9. Lewis S, Jagger RG, Treasure E. The oral health of psychiatric in-patients in South Wales. Spec Care Dentist 2001;21:182-6.
10. Keene JJ Jr, Galasko GT, Land MF. Antidepressant use in psychiatry and medicine: Importance for dental practice. J Am Dent Assoc 2003;134 :71-9.
11. Mirza I,Day R, Phelan M. Oral health of psychiatric in-patients. Psychiatr Bull 2001;25:143-5.
12. King KC. The dental care of the psychiatric patient. N Z Dent J 1998 ; 94 :72-82.
13. Cooper MD, Wiechmann L. Essentials of dental hygiene : chapter 6 preventive dentistry. London:Pearson Education Ltd ;2000.p141-72.
14. Marsh PD. Microbiology aspects of dental plaque and dental caries. Dent Clin North Am 1999;43:599.
15. Edwina A.M. Kidd. Essentials of dental

เอกสารอ้างอิง

caries. 3th ed. London : Oxford University press ; 1994.p1-7.

16. ชนินทร์ เตชะประเสริฐวิทยา. ประเภทของโรคปริทันต์และสารต้านจุลชีพในปริทันต์บำบัด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2539 :9-46.
17. de Macedo TC , Costa Mda C, Gomes-Filho IS, Vianna MI, Santos CT. Factors related to periodontal disease in a rural population. Braz Oral Res 2006 ; 20(3) : 257-62.
18. O'Leary T, Drake R , Naylor. The plaque control record. J Periodontol 1972;43:38-9.
19. Gift HC. Social factors in oral health promotion.In: Schou L,Blinkhorn AS, editors. Oral health promotion.. London: Oxford University press ;1993.
20. Hochstetter AS , Lombardo MJ, D'eramo L, Piovano S, Bordoni N. Effectiveness of a preventive education programme on the oral health of preschool children. Promot Educ 2007;14(3):155-8.
21. Jane M, Knute D. A multidisciplinary dental program for community-living adults with chronic mental illness. Spec Care Dentist 1998;18:194-201.
22. วิกุล วิสาลเสสถ์,พวงทอง ผู้กฤตยาคามี, นนทินี ตั้งเจริญดี. พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลอนามัยช่องปากของคนไทย พ.ศ. 2548. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2550;12:30-6.
23. Barnes GP,Parker WA,Lyon TC,Fultz RP,Allen EH. Clinical evaluation of three sanguinarine delivery systems for use in a psychiatric hospital preventive dentistry program. Clin Prev Dent 1988;10:25-30.
24. Barnett ML. The role of therapeutic antimicrobial mouthrinses in clinical practice:control of supragingival plaque and gingivitis. J Am Dent Assoc 2003; 134:699-704.

■■■

Original Article

The effect of dental health education program on plaque index in psychiatric patients

Sathaka Thatreenaranon *DDS., Graduate diploma in Endodontics*
Suwannee Toomthong *DDS., Graduate diploma in General Dentistry*

Abstract

Psychiatric patients have been known as a high risk for dental diseases, therefore dental health education is essential for this patient group. This quasi-experimental study was aimed to investigate the effectiveness of dental health education program on plaque index in psychiatric patients. Thirty psychiatric patients from Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry were recruited to the study. They were interviewed about oral health care behaviors and entered to a dental health education program. In the program patients were educated the knowledge of dental diseases and practicing tooth brushing. The plaque index was measured before and after the program in each patient. The results revealed that 70% of the patients had dental problem and most of the patients did not correctly brush their teeth, inappropriately used the dental hygiene equipment and rarely consulted the dentists. After the dental health education program, the plaque index significantly reduced, compared to plaque index before the program ($p<.05$). This study was concluded that dental health education program had effect in reducing dental plaque in psychiatric patients.

Key words : psychiatric patient, plaque, dental health education

Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Department of Mental Health. Ministry of Public Health.