

สภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิต ด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประกกล พิบูลย์โรจน์
враดคณา เวชวิธี
คาวเรีอง แก้วขันตี
วิกุล วิศาลเสสส์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพกับปัจจัยทางพฤติกรรม เศรษฐกิจและสังคม ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1,113 คน อายุระหว่าง 60-75 ปี เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข 579 คน และผู้อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์ 534 คน ดำเนินการโดยตรวจสอบสภาวะสุขภาพช่องปาก และสัมภาษณ์ข้อมูลพฤติกรรมทันตสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจ และสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชราร้อยละ 30.6 และ 13.5 ตามลำดับ มีคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพดี วัดจากการมีฟันใช้งานได้ ≥ 20 ซี่ โดยต้องไม่มีโรคปริทันต์หรือมี ฟันหลังบนและล่างสบกันดีทั้งซ้ายและขวา อย่างน้อยด้านละ 2 คู่ พบผู้จำเป็นต้องใส่ฟันปลอมเพื่อแก้ไข ปัญหาการบดเคี้ยวร้อยละ 26.3 และ 55.6 ตามลำดับ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์ร้อยละ 22.4 และ 33.5 ไม่มีการแปรงฟันหรือแปรงฟันไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 38.3 และ 35.6 เคยไปพบทันตแพทย์ ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา เหตุผลในการไปพบทันตแพทย์ ส่วนใหญ่เพื่อรักษาอาการเจ็บปวดร้อยละ 41 รองลงมา คือต้องการใส่ฟันปลอมร้อยละ 23.4 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพทุก ปัจจัยพร้อมกัน โดยใช้ค่าสถิติ Logistic regression พบว่า คุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพสัมพันธ์กับปัจจัย ด้านการศึกษา การมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง และการแปรงฟันสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ โดยสรุปผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในสถาน สงเคราะห์คนชรา การจัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกัน เป็นเรื่องที่ควรศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีกว่า ปัจจุบัน

Quality of Life in Dental Health Aspects of the Elderly

Abstract

The aimed of this study was 1) to survey the oral health status and quality of life in dental health aspects of the elderly in Elderly Clubs and Homes for the Aged and 2) to determine socio-economic and behavioral factors which were predictive of quality of life in dental health aspects. The total sample were 1113 subjects, age 60-75 years, 579 subjects were members of Elderly Clubs in Hospitals and 534 subjects were in governmental Homes for the Aged. The data were collected by oral health examination and using interview questionnaires. The results showed that there are 30.6 % and 13.5 % of the elderly who had good quality of life in dental health aspects determined by having 20 or more functional teeth with no periodontal pockets >3 mm. or having good occlusion. It was found that 23.6% and 55.6 % of those who were in Elderly Clubs and Homes for the Aged need dentures to raise chewing ability. The elderly who had received dental care in the previous 2 years were 38.3 % from Elderly Clubs and 35.6 % from Homes for the Aged. The popular services received were 41% for pain relief and 23.4 % for dentures. Logistic regression was used to assess the correlation between quality of life in dental health aspects and all factors. It was found that only education, house-owner and toothbrushing can predictive quality of life in dental health aspects with statistically significance ($p < 0.05$). The finding of this study demonstrate poor quality of life in dental health aspects in both groups especially the elderly in Homes for the Aged. More coordinated efforts between social and dental care sector must be held to raise quality of life in dental health aspects of the elderly.

บทนำ

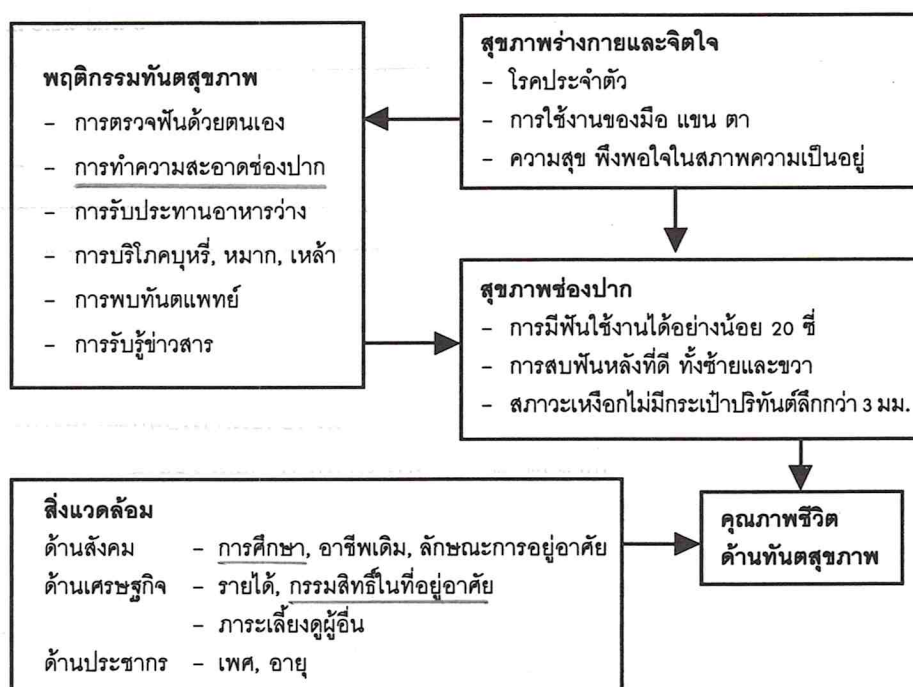
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ระบุว่าคนไทยต้องเป็นคนที่มีความปกติสุข ทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสังคม โดยกำหนดว่า มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุผล ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า¹ และกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 3 ประการ คือ

- 1) ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้
- 2) ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ
- 3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ทั้งสุขภาพร่างกายและช่องปาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยอาจเป็นผลมาจากกรรมพันธุ์ พฤติกรรมและสภาวะแวดล้อม² ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า เมื่ออายุมากขึ้นการสูญเสียฟันจะเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป^{3,4} การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประเทศไทย ครั้งล่าสุด ปี 2537⁵ พบว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 16.3 และมีฟันใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ร้อยละ 47.7 ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายทางทันตสุขภาพขององค์การอนามัยโลกและของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเกณฑ์สภาวะช่องปากที่สมบูรณ์ว่าควรมีฟันธรรมชาติไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ (Functional) และให้ความสวยงาม (Esthetic)⁶

UNESCO⁷ เสนอว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตที่ดีควรประกอบด้วยองค์ประกอบที่บ่งชี้คุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้งด้านวัตถุวิสัย และจิตวิสัย วัตถุวิสัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว ปัจจัยด้านสังคม เช่น การศึกษา อาชีพ ปัจจุบัน อาชีพเดิม และการเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจเช่น รายได้ เงินออม กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย และหนี้สิน คุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย เป็นเรื่องของการรับรู้ ความรู้สึก ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อสุขภาพตนเองต่อสภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการรับรู้ที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงสภาวะช่องปาก และความรู้สึกด้านจิตใจ แต่ในการศึกษานี้จะพิจารณาเฉพาะสภาวะสุขภาพช่องปาก โดยเกณฑ์การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านทันตสุขภาพ คือมีสภาพฟันที่ใช้บดเคี้ยวได้ดี ซึ่งเป็นความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุในการที่จะได้รับอาหารเข้าสู่ร่างกาย ส่วนความสวยงามของใบหน้าและความพึงพอใจของผู้เป็นเจ้าของ ยังไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ กรอบความคิดของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบดังนี้



การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปาก และคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ตัวบ่งชี้คือสภาวะสุขภาพช่องปากที่สามารถใช้บดเคี้ยวอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

คุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษารูปแบบการให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทางทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจ โดยวิธีการตรวจ และสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ที่สามารถตอบคำถามได้ กำหนดขนาดตัวอย่างจาก ประชากร 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชราของกรมประชาสงเคราะห์ จากทุกภาคของ ประเทศ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร ภาคละเท่าๆ กัน รวม 534 คน และ ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด เดียวกับที่ตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา อีก 579 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,113 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบตรวจที่ ดัดแปลงมาจากแบบสำรวจขององค์การอนามัยโลกปี 1997^๑ และแบบสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพทั่วไป ทั้งทางร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและด้านสังคม

ผู้เก็บข้อมูล เป็นทันตแพทย์ 4 คนและ ผู้สัมภาษณ์ 11 คน ซึ่งผ่านการปรับมาตรฐานการ ตรวจสภาวะช่องปากและการใช้แบบสัมภาษณ์แล้ว เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2539

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-PC สภาวะฟันผุ โรคปริทันต์ การสูญเสียฟัน การใส่ฟันปลอม รอยโรคในช่องปาก การสบฟัน การมีเหงือกอักเสบ น้ำลาย และคราบจุลินทรีย์ แสดงด้วยค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ด้านทันตสุขภาพกับปัจจัยทางพฤติกรรม เศรษฐกิจ และสังคม วิเคราะห์แยกทีละปัจจัย (Bivariate relationship) โดยใช้ Chi-square test และ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของทุกปัจจัยพร้อมกัน (Multivariate relationship) โดยใช้วิธี Logistic regression

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา (ร้อยละ 66.8 และ 66.9) ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 61.7 และ 47.8) และมีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 92 มีรายได้น้อยกว่า 500 บาทต่อเดือน อาชีพเดิมของผู้สูงอายุในชมรมส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 44.2) ในขณะที่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมคือรับจ้าง (ร้อยละ 30.0)

สุขภาพร่างกายทั่วไป ผู้สูงอายุในชมรมและในสถานสงเคราะห์ที่ตอบว่ามีโรคประจำตัว มีร้อยละ 80.7 และ 80.0 ตามลำดับ โรคที่พบมากที่สุดคือ ปวดข้อ (ร้อยละ 55.1 และ 49.2) ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 17.3 และ 25.3) ไม่สามารถใช้ อวัยวะในการทำความสะอาดช่องปากได้ดี ได้แก่ ไม่มีกำลังแขน มือสั่น ตามองไม่เห็น

สภาพด้านจิตใจ ผู้สูงอายุในชมรมและในสถานสงเคราะห์ประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 30.7 และ 32.8 ตามลำดับ) ตอบว่ามีความสุขมากและพอใจในความเป็นอยู่ปัจจุบัน มีเพียงส่วนน้อยที่ ตอบว่าไม่มีความสุข (ร้อยละ 4.1 และ 3.7) ผู้ที่ ตอบว่ามีความสุขปานกลางมีเท่ากันทั้งสองกลุ่ม คือร้อยละ 65.1

สภาวะสุขภาพในช่องปาก

สภาวะฟัน ผู้สูงอายุในชมรมที่มีฟันใช้งานได้ ≥ 20 ซึ่งมีร้อยละ 39.5 มากกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งมีเพียงร้อยละ 19.4 การมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาในสองกลุ่มใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 53.0 และ 57.7 ตามลำดับ) แต่ค่าเฉลี่ยฟันผุในสถานสงเคราะห์คนชราสูงกว่า (2.8 ซี่ต่อคน) พบการผุของรากฟันที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.5 และ 34.3 ตามลำดับ

สภาวะปริทันต์ วัดจากการมีกระเปาะปริทันต์ (Periodontal pocket) ลึกกว่า 3 มม. อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง พบว่าผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์มีโรคปริทันต์ ร้อยละ 72.0 และ 65.7 ตามลำดับ และยังพบเหงือกอักเสบในผู้สูงอายุทั้งสอง

กลุ่มถึงร้อยละ 83.6 และ 78.1 ตามลำดับ อนามัยในช่องปากของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับไม่ดี โดยตรวจพบว่า มากกว่า ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายรายละเอียดยในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสภาวะในช่องปาก

Table 1 Distribution of Study Sample by Oral Health Status

		Elderly Club			Home for the Aged		
		n	%	mean	n	%	mean
Dental	- 20 Functional teeth	228	39.5	-	104	19.4	-
	- Decayed	307	53.0	1.7 [#]	308	57.7	2.8 [#]
	- Filling	116	20.0	0.9 [#]	65	12.2	0.5 [#]
	- Missing	563	97.2	15.7 [#]	527	98.7	19.5 [#]
	- Denture wearing	309	53.4	6.6 [#]	206	38.6	5.3 [#]
	- Root caries	142	24.5	-	183	34.3	-
Periodontal	- Pocket > 3 mm.	321	72.0	1.4 ⁺	228	65.7	0.9 ⁺
	- Gingival recession	373	83.6	1.7 ⁺	271	78.1	1.2 ⁺
Oral hygiene	- Plaque	442	99.1	3.2 ⁺	320	92.2	2.3 ⁺
	- Calculus	435	97.5	3.1 ⁺	338	97.4	2.1 ⁺
Occlusion	- Good	427	73.7	-	237	44.4	-
	- Poor	152	26.3	-	80	55.6	-
Oral lesion	- Ulcer from denture	24	4.1	-	8	1.5	-
	- Other ulcers	13	6.4	-	19	3.6	-
	- Tumor	5	0.9	-	5	0.9	-
Quality of life in dental health aspect							
	- good	177	30.5	-	72	13.5	-
	- poor	402	69.4	-	462	86.5	-

mean teeth, + mean sextants

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 , $p < 0.05$)

Table 2 Percent distribution of study sample by socio-economic factors related to quality of life in dental health aspect with statistically significance (χ^2 , $p < 0.05$)

			Quality of life		P-value
			Good %	Poor %	
Education	- Can't read		11.6	22.9	< 0.05 d.f = 4
	- 1 st School		55.4	54.9	
	- 2 nd School		14.9	16.0	
	- College		12.4	4.5	
	- University		5.6	1.7	
Previous occupation					< 0.001 d.f = 5
	- Government service		24.9	13.5	
	- Professional/Business		2.8	3.1	
	- Shopkeeper		11.2	14.0	
	- Worker		12.9	22.6	
	- Farmer		36.1	32.4	
	- etc. (housewife, ...)		12.0	14.4	
Income	0-500 Baht		35.3	51.5	< 0.005 d.f = 4
	501-2000 Baht		25.7	28.2	
	2001-5000 Baht		14.9	10.3	
	5001-10000 Baht		12.4	5.4	
	>10001 Baht		11.6	4.5	
Have dependants			22.9	13.9	< 0.001 d.f = 1
Houseowner			70.7	47.7	< 0.005 d.f = 1

การสับสน พิจารณาจากการมีฟันกรามน้อยหรือฟันกรามบนและล่าง สบกันทั้งซ้ายและขวา อย่างน้อยด้านละ 2 คู่ โดยเป็นการสบกันของฟันธรรมชาติหรือฟันปลอมที่มีสภาพดี พบผู้สูงอายุในชมรมประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 26.3) และในสถานสงเคราะห์กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.6) มีการสับสนไม่ได้

ฟันปลอม ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มกว่าร้อยละ 90 มีการสูญเสียฟันไป โดยมีการใส่ฟันปลอมทดแทนเพียงร้อยละ 53.4 และ 38.6 เท่านั้น และพบผู้มีปัญหาเกี่ยวกับฟันปลอมร้อยละ 40 ของผู้ที่ใส่ฟันปลอมทั้งหมด ปัญหาฟันปลอมที่พบมากที่สุดคือ หลวมและใช้งานไม่ได้ พบร้อยละ 47.8 และ 50.3 ในผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมทั้งสองกลุ่มตามลำดับ

การไปรับบริการทันตกรรม ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุในชมรมและในสถานสงเคราะห์ไปใช้บริการรักษาทางทันตกรรมร้อยละ 38.3 และ 35.6 ตามลำดับ โดยในกลุ่มที่ไปรับบริการ ส่วนใหญ่ต้องการรักษาอาการเจ็บปวดเฉพาะที่ (ร้อยละ 41.0 และ 51.1) รองลงมาคือต้องการใส่ฟันปลอม (ร้อยละ 23.4 และ 15.8) การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันยังพบน้อย (ร้อยละ 12.2 และ 4.7)

คุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพ ใช้เฉพาะสภาวะช่องปาก เป็นตัวบ่งชี้โดยกำหนดจาก การมีฟันที่ใช้งานได้ดี ≥ 20 ซี่ ไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจะต้องถอน และไม่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคปริทันต์ หรือมีการสบฟันที่ดี พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมและในสถานสงเคราะห์มีคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพดีร้อยละ

30.6 และ 13.5 ตามลำดับ ที่เหลือมีคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านพฤติกรรม เศรษฐกิจและสังคม

ใช้สถิติ Chi-square Test วิเคราะห์ที่ละปัจจัยแยกจากกัน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ กับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพเดิม รายได้ การมีบ้านเป็นของตนเองและการมีภาระเลี้ยงดูผู้อื่น และสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพ ในเรื่องการตรวจฟันด้วยตนเอง การแปรงฟัน การไปรับบริการทันตกรรมในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา และการรับรู้ข่าวสารด้านทันตสุขภาพ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมทันตสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 , $p < 0.05$)

Table 3 Percent distribution of study sample by behavioral factors related to quality of life in dental health aspect with statistically significance (χ^2 , $p < 0.05$)

	Quality of life		
	Good %	Poor %	P-value
Self oral examination	73.5	64.1	0.01
Tooth brushing $\geq$ Twice a day	67.6	56.5	0.001
Use cleansing aids	70.9	42.2	0.0001
Dental visit in previous 2 years	43.4	35.2	0.05
Recieve dental health information	69.9	56.6	0.001

ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารว่าง การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก และการดื่มแอลกอฮอล์ การมีโรคประจำตัว และสภาพจิตใจ

เนื่องจากปัจจัยทั้งด้านพฤติกรรม เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ไม่มีการควบคุม การนำปัจจัย

ทุกตัวมาพิจารณาพร้อมกับคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพ (Multivariate relationship) โดยใช้สถิติ Logistic regression จะพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ด้านพฤติกรรม ได้แก่ การแปรงฟัน พบว่าผู้ที่แปรงฟันสม่ำเสมอวันละ 1 ครั้ง

ขึ้นไป มีโอกาสมีคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่แปรงฟัน 1.5 เท่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมที่พบว่ามีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพ คือ การศึกษาและการมีบ้านเป็นของตนเอง โดยผู้จบปริญญาตรีมีโอกาสมีคุณภาพชีวิตด้านทันต-

สุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ 2.1 เท่า ผู้ที่จบประถมศึกษาและอนุปริญญามีโอกาสคุณภาพชีวิตดี 1.8 และ 1.5 เท่าตามลำดับและผู้ที่มีบ้านเป็นของตนเองจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่มียบ้าน 1.9 เท่า รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 Logistic regression analysis แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพ กับ ปัจจัยที่ศึกษา

Table 4 Logistic regression analysis : Odds ratio on variables associated with good quality of life in dental health aspects.

Variables	B	S.E.	P-value	Odds ratio (Exp B)	95% CI of OR
Education (ref. can't read)					
- 1 ry school	.5697	.2289	.0128*	1.77	1.31,2.22
- 2 nd school	.2023	.1671	.2262	1.22	.88,1.55
- College	.3810	.1942	.0498*	1.46	1.07,1.85
- University	.7369	.2443	.0026*	2.09	1.60,2.58
Previous occupation (ref. house keeper)					
- Government service	-.1789	.2150	.4053	.84	.41,1.27
- Professional/Business	.2451	.3803	.5193	1.28	.52,2.04
- Shopkeeper	-.0832	.2144	.6980	.92	.49,1.35
- Worker	.2802	.1988	.1587	1.32	.92,1.72
- Farmer	-.1515	.1688	.3696	.86	.52,1.19
House owner	.6218	.1771	.0004*	1.86	1.31,2.63
Felt happy	.4099	.3660	.2628	1.51	.77,2.24
Tooth brushing (ref. didn't brush)					
- Once a day	.3958	.1426	.0055*	1.48	1.20,1.77
- Twice a day	.3488	.1534	.0230*	1.42	1.04,1.91
Self oral examination	-.1562	.1793	.3838	.85	.49,1.21
Dental visit	.0729	.1652	.6588	1.07	.78,1.48
Sugary snack	.0352	.0940	.7076	1.04	.85,1.22
Dental health info	-.2888	.1741	.0971	.75	.40,1.09
Smoking/Aloohol	-.3689	.1899	.0521	.69	.31,1.07
Diabetes Melitus	-.2380	.2631	.3657	.79	.26,1.31
Eye problem	.3076	.2513	.2210	1.36	.86,1.86
Constant	1.1842	.4312	.0060		

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ทำในผู้สูงอายุที่อยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ทำให้สะดวกในการเก็บข้อมูล และได้จำนวนตัวอย่างมากพอที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพได้ดีในระดับหนึ่ง และแม้ว่าจะไม่ได้สุ่มตัวอย่างจากลักษณะการกระจายตัวของผู้สูงอายุที่น่าจะมีผลต่อทันตสุขภาพ และไม่ได้แสดงผลเป็นตัวแทนผู้สูงอายุของประเทศโดยรวม แต่พบว่าข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากที่สำรวจได้จากกลุ่มตัวอย่างนี้ ใกล้เคียงกับผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2537⁵ หลายค่า เช่น ค่าเฉลี่ยฟันผุและฟันที่สูญเสียไปของผู้สูงอายุในชมรม ($D=1.7$ ซี่/คน, $M=15.7$ ซี่/คน) เป็นค่าเดียวกับของผู้สูงอายุในเขตเมือง และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ($D=2.8$ ซี่/คน) ใกล้เคียงกับผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ($D=2.7$ ซี่/คน) ร้อยละของผู้เป็นโรคปริทันต์ คือมีกระเปาะปริทันต์ลึก > 3 มม. และค่าเฉลี่ยจำนวน sextant ที่เป็นโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุในชมรม (ร้อยละ 72.0 และ 1.4 sextant/คน) ใกล้เคียงกับผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศ (ร้อยละ 74.4 และ 1.9 sextant/คน) การผุของรากฟัน พบในผู้สูงอายุในชมรมใกล้เคียงกับภาพรวมของประเทศ (ร้อยละ 24.5 และ 27.0 ตามลำดับ)

เหตุผลในการไปรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ คือ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเฉพาะที่ รองลงมาคือต้องการใส่ฟัน ใกล้เคียงกับภาพรวมของประเทศ คือ ไปเพื่อถอนฟัน รองลงมาคือใส่ฟัน เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุ ในชมรมและสถานสงเคราะห์คนชรา มีเหตุผลในการ ไปใช้บริการทันตกรรมต่างจากผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาของ วิไล สมพร ในศูนย์บริการสาธารณสุข 38 กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุต้องการใส่ฟันปลอมมากที่สุด (ร้อยละ 64.0) รองลงมาคือถอนฟัน

อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุในการศึกษานี้เคยได้รับบริการทันตกรรมมากกว่าผู้สูงอายุโดยรวมของประเทศ เช่น ค่าเฉลี่ยฟันผุของทั้ง 2 กลุ่ม (0.9 และ 0.5 ซี่/คน) สูงกว่าภาพรวมของประเทศ (0.1 ซี่/คน) และมีการใส่ฟันปลอม (ร้อยละ 53.4 และ 38.6) มากกว่าผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศ (ร้อยละ 37.9) และเป็นไปได้ว่าจะได้รับบริการถอนฟันมากกว่าด้วย จึงทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป ทั้งในชมรมและสถานสงเคราะห์ (ร้อยละ 39.5 และ 19.4) ต่ำกว่าภาพรวมของประเทศ (ร้อยละ 47.7)

ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุในชมรมจะมีศักยภาพในการได้รับบริการทันตกรรมสูงกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ดูจากค่าร้อยละของผู้สูญเสียฟันในชมรมและในสถานสงเคราะห์ที่ใกล้เคียงกัน แต่การใส่ฟันปลอมเพื่อใช้ในการบดเคี้ยวและรักษารูปร่างของใบหน้า ในชมรมมีประมาณครึ่งหนึ่ง ส่วนในสถานสงเคราะห์มีเพียง 1 ใน 3 ของผู้ที่จำเป็นเท่านั้น

การศึกษานี้ได้ทำการตรวจและบันทึกสภาวะในช่องปากมากกว่าการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2537 คือ ตรวจคราบจุลินทรีย์เพื่อบอกสภาพอนามัยช่องปาก การมีเหงือกอักเสบทำให้เสี่ยงต่อการผุที่รากฟันและเสี่ยงต่อการสะสมคราบจุลินทรีย์ การสับฟันเพื่อบอกความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร การมีรอยโรคในช่องปากซึ่งอาจกลายเป็นมะเร็งต่อไป นอกจากนี้ยังมีการบันทึกข้อมูลสุขภาพทั่วไปทางร่างกายและจิตใจ ปัจจัยเหล่านี้เมื่อใช้ Chi-square test ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพในเรื่องโรคประจำตัว การมีข้อจำกัดในการใช้อวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำความสะอาดช่องปาก เช่น มือ แขน ตา และการมีความสุขและพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Stephen A. Eklund Brian A. Burt

ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของการสูญเสียฟันกับการมีโรคเบาหวาน และโรคข้อ¹⁰

การวิเคราะห์ด้วย Logistic regression พบว่าคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมทันตสุขภาพเฉพาะการแปรงฟันสม่ำเสมอเท่านั้น ไม่พบความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพกับการบริโภคอาหารว่าง มีผลการศึกษาที่สนับสนุนเรื่องนี้ คือ การศึกษาของ Payne B.J. and Locker D. พบว่าการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นวิธีป้องกันฟันผุที่สำคัญ ในขณะที่การบริโภคอาหารหวานกลับมีผลน้อย¹¹

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นที่น่าสนใจเกตว่าเมื่อแยกวิเคราะห์ทีละปัจจัยด้วย Chi-square test พบว่าคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพสัมพันธ์กับการศึกษา รายได้ อาชีพเดิม การมีภาระเลี้ยงดูผู้อื่น และการมีบ้านเป็นของตนเอง แต่เมื่อวิเคราะห์ทุกปัจจัยพร้อมกันด้วย Logistic regression กลับพบความสัมพันธ์เฉพาะการศึกษา และการมีบ้านเป็นของตนเองเท่านั้น การเป็นเจ้าของบ้านจึงนับเป็นตัวชี้วัดสถานะทางเศรษฐกิจที่ชัดเจนในผู้สูงอายุไทย และน่าจะนำไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

1. ทันตแพทย์ ทันตบุคลากร ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีอยู่ ซึ่งรับผิดชอบดูแลทันตสุขภาพของประชาชนทั่วทุกภูมิภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล จะต้องลงมือปฏิบัติงานให้การส่งเสริมทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ที่ถูกต้องและมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีจำนวนเพิ่มขึ้นใกล้เคียงเป้าหมายทันตสุขภาพของประเทศไทย เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543 นั่นคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนร้อยละ 50 ของประชากรผู้สูงอายุสามารถดูแลทันตสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง ก่อนที่จะต้องไปหาทันตแพทย์

เพื่อรับการรักษา โดยลงมือปฏิบัติได้เป็นกิจวัตรประจำ หลังรับประทานอาหารทุกมื้อ

2. ในการปฏิบัติการส่งเสริมทันตสุขภาพและให้บริการทันตกรรมป้องกันแก่ผู้สูงอายุที่มาชุมนุมที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ของจังหวัด อำเภอ และสถานีอนามัย ตลอดจนศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตทั้ง 12 เขต ของกรมอนามัย (ซึ่งกรมอนามัยได้ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแล้วทั่วประเทศ) เจ้าหน้าที่ทันตบุคลากร เหล่านั้นจะต้องออกมาปฏิบัติงานในเชิงรุก ไม่ใช่รอให้ผู้สูงอายุเดินเข้าไปขอรับบริการในคลินิกทันตกรรม ของโรงพยาบาลดังกล่าวแต่อย่างเดียว โดยต้องให้ความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพด้วย

ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์ ซึ่งตั้งอยู่ในแต่ละจังหวัด โดยอยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การสงเคราะห์ในแต่ละแห่ง ทันตบุคลากรที่มีอยู่ในจังหวัดนั้นๆ ทั้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขตควรจะออกมาปฏิบัติงานส่งเสริมทันตสุขภาพและบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราโดยการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ประชาสงเคราะห์ของจังหวัด และของสถานสงเคราะห์นั้น

3. สำหรับมาตรการทันตกรรมป้องกันที่น่าจะนำมาใช้แก่ผู้สูงอายุก็คือ

3.1 สนับสนุนแปรงสีฟันและยาสีฟันผสมสารฟลูออไรด์ แก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันฟันผุและลดการเกิดคราบจุลินทรีย์

3.2 แนะนำการใช้น้ำยาฟลูออไรด์อมบ้วนปากแก่ผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุ

4. จากข้อมูลสถานะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ทันตบุคลากรทุกระดับควรจะขยายมาตรการ ส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันแก่กลุ่มผู้ใหญ่ซึ่ง

จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุให้สามารถดูแลทันตสุขภาพของตนเองได้ เพื่อลดปัญหาทันตสุขภาพที่จะเกิดกับตนในอนาคต

บทสรุป

จากสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม การตั้งเป้าหมายในแผน 8 ให้ผู้สูงอายุไทยทุกคนมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่านั้น ในด้านทันตสุขภาพแม้จะแก้ปัญหาเพียงความสามารถในการใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยยังไม่คำนึงถึงความสะดวกสบายของใบหน้าหรือบุคลิกภาพ ก็นับว่าต้องใช้ความพยายามอย่างมาก ภายใต้ข้อจำกัดทั้งจำนวนทันตบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในการให้บริการผู้สูงอายุ และข้อจำกัดด้านงบประมาณ การแก้ปัญหาในผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งที่สามารถพึ่งตนเองได้ คือทำการประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเพื่อให้มีการไปรับบริการทันตกรรมสม่ำเสมอ และเห็นความสำคัญ ของการดูแลอนามัยพื้นฐานในช่องปาก จะช่วยให้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพได้ จากการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพกับการแปรผันสม่ำเสมอ และการมีบ้านเป็นของตนเอง แสดงว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นกลุ่มที่เสี่ยงและด้อยโอกาส จึงควรได้รับการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพจากรัฐก่อน และจากลักษณะที่อยู่ร่วมกัน โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐดูแล น่าจะเอื้อให้จัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวันได้ เช่น การให้แปรงฟันก่อนนอน หรือหลังอาหารกลางวัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ หรือการอมน้ำยาฟลูออไรด์วันปาก 1-2 สัปดาห์ต่อครั้ง ซึ่งจะช่วยลดการเกิดฟันผุทั้งที่ตัวฟันและรากฟันได้¹² และส่งเสริม อนามัยช่องปากให้สะอาด ลดการสูญเสียฟันที่อาจจะเกิดตามมา ส่วนการรักษาฟันผุสภาพโดยเฉพาะการใส่ฟันปลอมนั้น

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรสาธารณกุศล ควร มีบทบาทร่วมกันในการศึกษาหารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมต่อไป

คำขอบคุณ

การวิจัยนี้ได้รับงบประมาณจากองค์การอนามัยโลก คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วีระ นิยมวัน ผู้สนับสนุนและอนุมัติโครงการ ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ผู้ช่วยทันตแพทย์ในฝ่ายทันตกรรมป้องกัน กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และผู้สูงอายุทุกท่านที่เป็นตัวอย่างในการศึกษานี้ด้วยความอดทนและร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก , 2539
2. Osyerberg T., Mellstorm D., and Sundh V.; Dental health and functional ageing, A study of 70-year-old people. Community Dent. Oral Epidemiol., 18 : 313-318, 1990.
3. P.H. Gordon, JJ Murray and J.E.Todd ; The shortened dental arch : supplementary analyses from the 1988 adult dental health survey, Community Dental Health. 11 : 87-90 ,1994..
4. ทรงธรรม สุนธภิรมย์ ณ พัทลุง, ยุทธนา ปัญญางาม, พรศรี ปฏิมานิเกษม : ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ กลุ่มหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. J. Dent. Assoc. Thai. Vol.47 No.1 , Jan. - Feb., 1997.

5. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ประเทศไทย : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538
6. World Health Organization 1982 : A review of current recommendations for the organization and administration of community oral health services in Northern and Western Europe. Report on WHO work shops, Oslo, May, 1982.
7. UNESCO : Evaluating the quality of life in Belgium, Social Indicators Research. 8 September 1980. 312
8. World Health Organization, Oral health survey. Basic methods, 4 th Edition, WHO Geneva 1997
9. วิไล สมพร ความต้องการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของศูนย์บริการสาธารณสุข 38 ว.ทันตมหิดล ปีที่ 14 หน้า 77-84, 2537
10. Stephen A Eklund and Brian A. Burt ; Risk factors for total tooth loss in The United States : Longitudinal Analysis of Natural Data , J. of Public Health Dent. Vol.54, No.1, Winter 1994.
11. Payne BJ, Locker D., Oral self-care behavior in older dentate adults. Community Dent. Oral Epidemiol 20 : 376 -380, 1992
12. Poul Holm - Pedersen & Harald Loe : Geriatric Dentistry. 1 st edition, Munksgaard Copenhagen, 1986.