

สภาวะสุขภาพช่องปากและความต้องการ บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ

ทันตแพทย์หญิงสวลี แสงเขียว

ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นและเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะโรคฟันผุและโรคปริทันต์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคฟันผุที่รากฟันสูงกว่าวัยอื่นๆ ประชากรกลุ่มนี้มีความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมประเภทรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นส่วนใหญ่ ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุกลับมีความต้องการบริการทันตกรรมมีค่าต่ำกว่าความจำเป็นที่ควรจะได้รับบริการทันตกรรม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ก็อาจมีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากที่แตกต่างกันไป ดังนั้นบุคลากรทันตสาธารณสุขควรให้ความสนใจแก่ประชากรกลุ่มนี้ให้มากขึ้นโดยให้ความสำคัญทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ

Oral Health Status and Dental Treatment Demand in Elderly

Abstract

Elderly population incline to increase and have oral health problem especially dental caries and periodontal disease. Moreover they have more root caries prevalence than other groups. Most kinds of their dental treatment needs are curative and rehabilitative. Meanwhile dental treatment demand are lower than of dental treatment needs in elderly. However elderly in different area have different problem. So dental personnel should pay attention to elderly group in promotive, preventive, curative and rehabilitative aspect.

บทนำ

การลดอัตราการเกิดของประชากรของประเทศไทย เป็นผลให้โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น^{1,2} องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี 2553 ประชากรของประเทศไทยจะเพิ่มจำนวนเป็น 71.5 ล้านคน หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 53 ของประชากรในปี 2523 (46.7 ล้านคน) เมื่อพิจารณาการเพิ่มของประชากรตามกลุ่มจะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุในปี 2553 มีการเพิ่มจำนวนมากถึง 6.7 ล้านคน หรือร้อยละ 167 ของประชากรผู้สูงอายุในปี 2523 (2.5 ล้านคน)²

การที่ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นนั้น เนื่องมาจากการพัฒนาด้านสาธารณสุขทำให้อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิด (Life expectancy at birth) สูงขึ้นทั้งในกลุ่มหญิงและชาย การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพแข็งแรง จากการศึกษาปัญหาผู้สูงอายุไทยพบว่าปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องการให้รัฐช่วยเหลือ คือ ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ด้านการเงิน สำหรับด้านสุขภาพนั้น ผู้สูงอายุในชนบทมีสุขภาพด้อยกว่าผู้สูงอายุในเมือง³

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 พบว่า กลุ่มอายุ 60-74 ปี มีผู้เป็นโรคฟันผุและมีการสูญเสียฟันร้อยละ 95 ผู้ที่มีสภาวะปริทันต์โดยคิดจากระดับโรคสูงสุดของแต่ละคน ถึงร้อยละ 94.8⁴

โรคทางระบบหลายโรคในผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก เช่น โรคเบาหวานที่ส่งผลกระทบเพิ่มความรุนแรงต่อโรคปริทันต์ ส่วนสุขภาพช่องปากก็ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปด้วย เช่น ภาวะโภชนาการ นอกจากนี้สุขภาพช่องปากยังมีผลกระทบทางจิตใจ การเข้าสังคม และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอีกด้วย^{5,6} ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุควรส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไปและสุขภาพช่องปากควบคู่กันไป

จากการตรวจช่องปากผู้สูงอายุโดยทันตแพทย์พบว่า ผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรม (Treatment need) สูง ในขณะที่ความต้องการบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ (Treatment demand) จะมีค่าต่ำกว่าความจำเป็นที่จะควรจะได้รับบริการทันตกรรม แม้ว่าข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากและความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุสามารถทราบจากข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 แต่ปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ อาจมีความแตกต่างออกไปจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ การศึกษาถึงความจำเป็นในการรับบริการและความต้องการบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุสามารถช่วยในการวางแผนบริการทันตกรรม ทั้งส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพในอนาคต

อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรโลกและประเทศไทย⁷

อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรโลก ระหว่าง พ.ศ. 2533-2538 เท่ากับ 64.7 ปี เพศชายเท่ากับ 62.7 ปี เพศหญิง 66.7 ปี ระหว่างพ.ศ. 2493-2513 อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดได้เพิ่มขึ้นถึง 10 ปี จากอายุขัยเฉลี่ยจาก 46 เป็น 56 ปี หลังปีพ.ศ. 2513 อัตราการเพิ่มอายุเฉลี่ยแรกเกิดได้ลดเป็น 3.7 ปี ระหว่างปี 2513-2523 และ 3.6 ปี ระหว่างปี 2523-2533

แต่อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่พ.ศ. 2493-2563 อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรโลก และประชากรไทยก็มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทางเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดว่าในปี 2543 ประชากรไทยจะมีอายุขัยเฉลี่ยแรกเกิด 70.8 ปี โดยเพศชายเท่ากับ 69.4 ปี เพศหญิง 73.4 ปี

อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดในประเทศที่พัฒนาแล้วจะเท่ากับ 74 ปี ในช่วง พ.ศ. 2528-2533 หรือมากกว่าประเทศที่กำลังพัฒนาในช่วงเวลานั้น 13 ปี

โดยอายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประเทศกำลังพัฒนาเท่ากับ 61 ปี ช่องว่างระหว่างอายุขัยเฉลี่ยของประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนามีแนวโน้มลดลง เพราะเมื่อพิจารณาระหว่างปี 2493-2498 ประเทศที่พัฒนาแล้วมีอายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดมากกว่าประเทศกำลังพัฒนาถึง 25 ปี (66 ปี และ 41 ปี ตามลำดับ)

โครงสร้างประชากร²

จากการคาดการณ์แนวโน้มประชากรโลก ประชากรกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น (จากร้อยละ 11.7 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 14.5 ในปี 2553 และร้อยละ 17.1 ในปี 2563) ในขณะที่ร้อยละของประชากรกลุ่มอายุ 0-4 ปี 5-14 ปี และ 15-24 ปี มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ สำหรับประเทศไทยก็มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกัน

การลดการเกิดของประชากรและการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดมีค่าเพิ่มขึ้น องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี 2553 ประชากรในประเทศไทยเพิ่มจำนวนเป็น 71.5 ล้านคน หรือเพิ่มประมาณร้อยละ 53 ของประชากรในปี 2523 (46.7 ล้านคน) แต่พิจารณาการเพิ่มของประชากรตามกลุ่มจะพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในปี 2553 มีการเพิ่มจำนวนมากถึง 6.7 ล้านคน หรือร้อยละ 167 ของประชากรผู้สูงอายุในปี 2523 (2.5 ล้านคน) และในปี 2563 จะมีประชากรวัย 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากในปี 2523 ถึงร้อยละ 306 (10.2 ล้านคน) ในขณะที่ประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 67 เท่านั้น ร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากร้อยละ 5 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 9 ในปี 2553 และร้อยละ 13 ในปี 2563

เป้าหมายทางสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุในประเทศไทย⁴

เป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 กำหนดเป้าหมายสำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยต้องการให้ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ มีฟันอยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่

อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 พบว่า เพียงร้อยละ 47.7 ของกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ยังคงสภาพฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ซึ่งมีค่ามากกว่าเมื่อเทียบกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 3 ซึ่งมีค่าเพียงร้อยละ 40.8 และมีค่าใกล้เคียงกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 2 (ร้อยละ 47.7) นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มนี้ร้อยละ 95.0 เป็นโรคฟันผุและหรือมีการสูญเสียฟัน ปัญหาสุขภาพช่องปากจึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยังไม่สามารถบรรลุมเป้าหมายได้

สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

โรคฟันผุ

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 พบว่าเมื่อมองภาพรวมของประเทศไทยในกลุ่มอายุ 60-74 ปี มีผู้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 95.0 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2527) และเมื่อครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2532) จะเห็นว่า ในปี 2532 (ร้อยละ 93.9) มีร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุลดลงจากปี 2527 (ร้อยละ 95.2) และปี 2537 ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุเพิ่มขึ้น จนค่าใกล้เคียงปี 2527

ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี เท่ากับ 15.8 ซี่ต่อคน หรือประมาณครึ่งหนึ่งของฟันในช่องปากเป็นโรคฟันผุ ซึ่งลดลงจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 และ 3 (ร้อยละ 16.3 และ 16.2 ตามลำดับ) เล็กน้อย

ในกลุ่ม 60-74 ปี ฟันที่ผุและยังไม่ได้ได้รับการรักษาเฉลี่ย 1.8 ซี่/คน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.4 ของฟันที่เป็นโรคทั้งหมด ฟันส่วนใหญ่จะถูกถอนไปแล้ว เฉลี่ย 13.9 ซี่/คน ฟันผุที่ได้รับการรักษาเฉลี่ย 0.1 ซี่/คน ร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุ และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในเขตเมืองสูงกว่าในเขตชนบท

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับต่างประเทศพบว่า ร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุของประเทศไทย (ร้อยละ 95.0) น้อยกว่าประเทศฮ่องกง (ร้อยละ 100.0) มาเลเซีย (ร้อยละ 99.1) แต่สูงกว่าประเทศอเมริกา (ร้อยละ 54.0) ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของไทย (15.8 ซี่ต่อคน) ต่ำกว่าประเทศฮ่องกง มาเลเซีย และอเมริกา (18.9, 22.83 และ 26.6 ซี่ต่อคน ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน ของทั้งประเทศ เขตเมือง เขตชนบทและของต่างประเทศ จะเห็นว่าเป็นฟันที่ถอนแล้วเป็นส่วนใหญ่ ส่วนฟันที่ผุหรือฟันที่ได้รับการอุดมีจำนวนน้อย

โรคฟันผุที่รากฟัน

นอกจากการเกิดโรคฟันผุที่ตัวฟันแล้วยังพบว่า ในผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคฟันผุที่รากฟัน โดยแนวโน้มสูงกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากการร่นของเหงือกทำให้ผิวรากฟันมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมในช่องปากมากขึ้น¹⁰

ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี มีอัตราความชุกของโรคฟันผุที่รากฟันร้อยละ 27.0 หรือมีอัตราความชุกของโรคสูงกว่าอัตราความชุกของโรคฟันผุที่รากฟันในกลุ่มอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 15.1) เกือบเท่าตัว ในเขตเมืองมีอัตราความชุกของโรคฟันผุที่รากฟันมากกว่าในเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 31.7) มีอัตราความชุกของโรคฟันผุที่รากฟันสูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ (ร้อยละ 28.6, 22.9, 17.6

ตามลำดับ) กรุงเทพฯมีอัตราความชุกของโรคฟันผุที่รากฟันสูงที่สุด (ร้อยละ 43.8) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศฮ่องกง พบว่า อัตราความชุกของโรคฟันผุที่รากฟัน มีค่าต่ำกว่าประเทศไทยเล็กน้อย คือ ร้อยละ 26⁸

โรคปริทันต์

เมื่อพิจารณาภาพรวมของประเทศในกลุ่มอายุ 60-74 ปี โดยดูระดับโรคสูงสุดของโรคปริทันต์ในแต่ละคน พบเพียงร้อยละ 0.8 ที่มีสภาพเหงือกปกติ ร้อยละ 0.5 ที่มีเลือดออก ร้อยละ 24.3 ที่มีหินน้ำลาย ร้อยละ 74.4 มีสภาวะโรคปริทันต์ระดับรุนแรง โดยร้อยละ 41.3 มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. และร้อยละ 33.1 มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม.

มีส่วนของช่องปากที่สามารถตรวจวัดได้เพียง 3.8 ส่วน/คน เนื่องจากมี Missing sextant 2.2 ส่วน/คน ฟันที่คงเหลืออยู่มีความผิดปกติ 2.1 ส่วน/คน ที่เหงือกอักเสบ (มีเลือดออก 0.1 ส่วน มีหินน้ำลายร่วมกับการมีเลือดออก 1.0 ส่วน มีหินน้ำลายร่วมกับการไม่มีเลือดออก 1.0 ส่วน) มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. จำนวน 1.1 ส่วน/คน และร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม. 0.5 ส่วน/คน และส่วนของช่องปากที่ปกติเพียง 0.1 ส่วน/คน

เมื่อพิจารณาการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ 3 ครั้ง (พ.ศ. 2527, 2532 และ 2537) เทียบกันพบว่า ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ปกติเพิ่มขึ้นทุกครั้งที่มีการสำรวจ (ร้อยละ 0 ในปี 2527, ร้อยละ 0.6 ในปี 2532 และร้อยละ 0.8 ในปี 2537) ร้อยละของผู้ที่มีเลือดออกและมีหินน้ำลายในปี 2537 มีจำนวนลดลงจากการสำรวจในปี 2532 ร้อยละของผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. ในปี 2537 มีจำนวนลดลงจากการสำรวจในปี 2532 และ 2527 แต่ร้อยละของผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม. ในปี 2537 กลับมีจำนวนมากขึ้นจากการสำรวจในปี 2532 และ 2527

ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก/คน ในทุกสภาวะ (CPI= 0,1,2,3,4) ในปี 2537 มีค่าใกล้เคียงกับในปี 2532 แม้ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก/คนที่มีหินน้ำลาย และที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 ม.ม.จะสูงขึ้น แต่ Missing Sextant ก็ลดลง

เมื่อพิจารณาตามเขต เขตชนบทมีร้อยละของผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. และมากกว่า 6 มม. ร้อยละ 42.5 และ 35.6 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนมากกว่าในเขตเมือง (ร้อยละ 35.6 และ 31.8 ตามลำดับ) ส่วนสภาวะโรคปริทันต์ในระดับต่ำ (มีเลือดออก และมีหินน้ำลาย) ในเขตชนบทมีร้อยละของผู้ที่มีเลือดออก 0.4 และร้อยละของผู้ที่มีหินน้ำลาย 21.0 ซึ่งมีค่าต่ำกว่าร้อยละของผู้ที่มีเลือดออก และผู้ที่มีหินน้ำลายในเขตเมือง (ร้อยละ 0.8 และ 31.4 ตามลำดับ)

ดังนั้น ความชุกของโรคปริทันต์ในเขตเมือง และชนบทมีค่าใกล้เคียงกัน แต่เขตชนบทจะมีร้อยละของผู้ที่เป็นโรคปริทันต์ระดับรุนแรง (ร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. และมากกว่า 6 มม.) สูงกว่าในเขตเมือง ในเขตเมืองจะมีร้อยละของผู้ที่มีสภาวะโรคปริทันต์ในระยะแรก (เลือดออก และมีหินน้ำลาย) มากกว่าเขตชนบท ในเขตเมืองและเขตชนบท มีค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากต่อคนที่ปกติ เลือดออก มีหินน้ำลายเท่ากัน แต่ส่วนของช่องปากที่มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. และมากกว่า 6 มม. ในเขตชนบท สูงกว่าในเขตเมือง

เมื่อเทียบกับประเทศอเมริกา ฮองกงและญี่ปุ่นพบว่า ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ปกติของประเทศอเมริกา (ร้อยละ 5) มากที่สุด รองลงมา คือ ไทย (ร้อยละ 0.8) ส่วนญี่ปุ่นและฮองกง ไม่มีผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ปกติเลย ในประเทศฮองกงและญี่ปุ่นจะมีร้อยละของผู้ที่มีหินน้ำลายและร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. สูงกว่าไทย แต่ร้อยละของผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม. ต่ำกว่า ของไทย ประเทศอเมริกามีผู้ที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม. ใกล้เคียงกับไทย แต่ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะช่องปาก

ปกติ (CPI = 0) และมีสภาวะโรคปริทันต์ในระยะแรก (CPI = 1,2) มีจำนวนสูงกว่าไทย

พิจารณาค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก/คน แม้ว่าส่วนของช่องปาก/คนที่สามารถตรวจได้ของไทยจะมีน้อยกว่าประเทศอื่น แต่ส่วนของช่องปาก/คนที่เป็นร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มม. ก็สูงใกล้เคียงกับประเทศอเมริกาและสูงกว่าฮองกงและญี่ปุ่น ในขณะที่ประเทศอเมริกา ฮองกง ญี่ปุ่นมีค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก/คนที่มีสภาวะช่องปากปกติ (CPI = 0) และมีสภาวะโรคปริทันต์ในระยะแรก (CPI = 1,2) สูงกว่าไทยยกเว้นประเทศฮองกงเท่านั้นที่มีค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่ปกติต่ำกว่าไทย

การสูญเสียฟัน

ร้อยละของกลุ่มอายุ 60-74 ปี ที่สูญเสียฟันทั้งปากของทั้งประเทศ เท่ากับร้อยละ 16.3

ภาคกลางมีร้อยละของผู้สูญเสียฟันทั้งปากสูงที่สุด (ร้อยละ 29.2) รองลงมาคือ ภาคใต้ (ร้อยละ 25.8) ภาคเหนือ (ร้อยละ 9.1) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ กรุงเทพฯมีร้อยละของผู้สูญเสียฟันทั้งปาก เท่ากับร้อยละ 18.8 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

จากการพิจารณาผลการสำรวจสภาวะทันต-สุขภาพแห่งชาติทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ร้อยละของผู้สูญเสียฟันทั้งปากของทั้งประเทศในปี 2537 มีค่าลดลงจากในปี 2532 และมีค่าใกล้เคียงกับในปี 2527 ในปี 2527 กรุงเทพฯซึ่งเดิมมีร้อยละของผู้สูญเสียฟันสูงกว่าค่าของทั้งประเทศเกือบเท่าตัว ได้ลดลงเรื่อย ๆ จนมีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเพียงเล็กน้อยในปี 2537 ภาคกลาง, ภาคใต้ เป็นพื้นที่ที่มีร้อยละของผู้สูญเสียฟันสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศจากการสำรวจทั้ง 3 ครั้ง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีร้อยละของผู้ที่สูญเสียฟันต่ำและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ จากการสำรวจทั้ง 3 ครั้ง

เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้ที่มีฟันอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ในอายุ 60-74 ปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ มีร้อยละของผู้ที่มีฟันอยู่ในช่องปาก สภาพที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เป็นจำนวนสูงในทุกครั้งที่มีการสำรวจ ในขณะที่ภาคกลางและภาคใต้มีร้อยละของผู้ที่มีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศทุกครั้งที่มีการสำรวจ

เมื่อเทียบกับต่างประเทศ ไทยมีร้อยละของผู้สูญเสียฟันทั้งปากต่ำกว่าประเทศฟินแลนด์ อเมริกา และสิงคโปร์ แต่สูงกว่าประเทศฮ่องกง (ร้อยละ 45, 56.9, 27.3 และ 12 ตามลำดับ)

การศึกษาความแตกต่างเรื่องการสูญเสียฟันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่า ร้อยละของผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากในเพศหญิงสูงกว่าในเพศชาย และจำนวนฟันเฉลี่ยที่คงเหลือในปากของเพศหญิงน้อยกว่าในเพศชาย

ความจำเป็นในการบริการทันตกรรม⁴

กลุ่มอายุ 60-74 ปี มีความจำเป็นในการรับบริการถอนฟัน ครอบฟัน และรักษาฟันสูงกว่าในกลุ่มอายุอื่น ความจำเป็นในการรับบริการอุดฟัน และป้องกันฟันผุต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่น ความจำเป็นในการรับบริการอุดฟัน, ครอบฟัน และรักษารากฟันในเมืองสูงกว่าในเขตชนบท

ค่าเฉลี่ยจำนวนฟัน (ซี่/คน) ที่จำเป็นต้องรับการรักษาในกลุ่มอายุ 60-74 ปี เท่ากับ 2.4 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่จำเป็นต้องรับการถอนฟัน เท่ากับ 1.7 ซี่/คน อุดฟัน 1 ด้าน 0.2 ซี่/คน อุดฟันมากกว่า 2 ด้าน 0.2 ซี่/คน ครอบฟัน 0.1 ซี่/คน รักษาฟัน 0.2 ซี่/คน ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันทั้งในเขตชนบท และเขตเมือง

ในภาพรวมของประเทศ ร้อยละของผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำฟันปลอมบนชนิดบางส่วนเป็นร้อยละ 38.3 ฟันปลอมล่างชนิดบางส่วน เท่ากับ

ร้อยละ 44.8 ฟันปลอมทั้งบนและล่างเท่ากับร้อยละ 32 ในภาพรวมของประเทศ เขตเมือง เขตชนบท มีร้อยละของผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำฟันปลอมบางส่วน มักมีความจำเป็นสูงในฟันล่าง รองลงมา คือ ฟันบน และต่ำสุด คือ ต้องทำฟันปลอมทั้งบนและล่าง ส่วนเขตเมืองมีความจำเป็นในการทำฟันปลอมบางส่วนในฟันบน ฟันล่าง ฟันปลอมทั้งบนและล่างสูงกว่าในเขตชนบท

ในภาพรวมของประเทศ ร้อยละของผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำฟันปลอมทั้งปากในชากรรไกรบนเป็นร้อยละ 12.0 ในชากรรไกรล่างร้อยละ 11.3 ทั้งชากรรไกรบนและล่างร้อยละ 8.4 เขตเมืองมีร้อยละของผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำฟันปลอมทั้งปากสูงกว่าเขตชนบท โดยมีร้อยละของความจำเป็นต้องทำฟันปลอมในชากรรไกรบนหรือล่างเพียงอย่างเดียวสูงกว่าบนและล่างร่วมกัน ภาคใต้และภาคกลางมีร้อยละของผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำฟันปลอมทั้งปากสูง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีร้อยละของผู้ที่มีความจำเป็นต้องทำฟันปลอมทั้งปากต่ำ

ความต้องการบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ

Grabowski และ Bertram พบว่า มีความแตกต่างอย่างมากระหว่างความเห็นของบุคคลที่มีต่อสภาวะในช่องปากของตนเองกับความเห็นของทันตแพทย์ที่ตรวจช่องปาก¹⁴ ผู้สูงอายุมักมองปัญหาสุขภาพของช่องปากตนเองเป็นเรื่องปกติเมื่ออายุมากขึ้นและเรียนรู้ที่จะยอมรับความไม่สบายหรือการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะเป็นเรื่องปกติของชีวิตประจำวัน¹⁵

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจะมองสุขภาพช่องปากว่ามีความสำคัญน้อยกว่าสุขภาพโดยทั่วไป ดังนั้นจึงมีความต้องการบริการทันตกรรมน้อย และจะมาพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการเท่านั้น¹⁶ ความจำเป็นในการรับบริการโดยผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-

assessed need) มีผลต่อความต้องการใช้บริการทันตกรรม โดยมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความต้องการใช้บริการทันตกรรมร่วมด้วยเช่น ความสามารถในการใช้บริการ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ¹⁷

ในปี พ.ศ.2523-2524 พบว่าในแคว้นควิเบค ประเทศแคนาดา มีการใช้บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุทั้งที่มีฟันธรรมชาติเหลืออยู่และสูญเสียฟันไปหมดแล้ว ต่ำมาก พบว่าเพียงร้อยละ 10.1 ของผู้เข้าร่วมในการวิจัยมารับบริการทันตกรรมในปีที่ผ่านมา ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่พบทันตแพทย์ครั้งสุดท้าย เท่ากับ 14 ปี จากการตรวจสุขภาพช่องปากพบว่า ร้อยละ 80.1 ที่จำเป็นต้องได้รับบริการแต่เพียงร้อยละ 45.7 ที่ยอมรับว่าตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน ความล้มเหลวที่ผู้สูงอายุไม่มารับบริการนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการไม่ทราบว่าตนเองมีปัญหาในช่องปากของตนเอง และการยอมรับพยาธิสภาพของสภาวะช่องปากตนเอง¹⁵ ผู้หญิงมีความต้องการรับบริการทันตกรรมและมาพบทันตแพทย์ในอัตราสูงกว่าเพศชาย¹⁸ ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นพบว่า ความต้องการบำบัดทางทันตกรรมมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ^{19,20}

จากการศึกษาความต้องการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของศูนย์บริการสาธารณสุข 38 พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการมารับบริการทางทันตกรรมทุกประเภทน้อยกว่าความจำเป็นในการรับบริการทางทันตกรรม เนื่องจากผู้สูงอายุจะคิดว่า อายุมากแล้วไม่มีความจำเป็นต้องมารับบริการ ไม่มีเงิน กลัวเจ็บ กลัวหมอฟัน ไม่มีใครพามาทำ²⁰ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Mattin และ Smith²¹ Kiyak²² และ MacEntee และคณะ²³ กล่าวถึง เหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ใช้บริการทางทันตกรรม คือไม่ต้องการหรือไม่จำเป็น ปัญหาค่าใช้จ่าย ความกลัว และการเดินทางไปรับบริการ

สรุปและวิจารณ์

ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสนใจแก่ประชากรกลุ่มนี้ให้มากขึ้นเพราะประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพทางกายทั้งที่เกิดจากการเสื่อมของร่างกายและการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุมีผู้เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 95.0 มีผู้เป็นโรคปริทันตโรค ร้อยละ 99.2 ซึ่งได้ส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียฟันในอัตราที่สูง คือ ร้อยละของผู้สูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 16.3 หรือมีเพียงร้อยละ 47.7 ที่ยังคงสภาพฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ที่กำหนดเป้าหมายสำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยต้องการให้ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุ มีฟันอยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาโรคฟันผุที่รากฟันสูงกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากการร่นของเหงือก ทำให้ผิวรากฟันมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมในช่องปากมากขึ้น

จากปัญหาสุขภาพช่องปากที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นรับบริการประเภทรักษา เช่น ถอนฟัน และฟื้นฟูสภาพเช่น ใส่ฟันปลอมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น

ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุจึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยังไม่สามารถบรรลุมเป้าหมายได้ ซึ่งบุคลากรทันตสาธารณสุขควรให้ความสนใจแก่ประชากรกลุ่มนี้ให้มากขึ้นโดยทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นทั้งด้านส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพเพื่อสุขภาพที่ดีซึ่งเป็นส่วนประกอบหนึ่งที่สำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.ทันตแพทย์ ยุพิน ส่งไพศาล ที่กรุณาให้คำ
ปรึกษา และแนะนำแก้ไข

เอกสารอ้างอิง

- Knodel J. Population ageing and fertility: Some implication for Thailand. In: Sabiha S., ed. New directions in population policies and programmes in Thailand. 1st edition; Bangkok. Institute Of Population Studies Chulalongkorn University. 1994:275-294.
- Chayovan N. Population ageing in Thailand: A call for research and action. In: Sabiha S., ed. New directions in population policies and programmes in Thailand. 1st edition; Bangkok. Institute of Population Studies Chulalongkorn University. 1994:129-154.
- ปิยะพงศ์ นิโครธา. กลวิธีแก้ปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ. แนวทางพัฒนาทันตกรรมป้องกันทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2534.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 ประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. พ.ศ. 2537.
- Storer R. Geriatric Dentistry. Br. Dent. J. 1996;121:547-552.
- Beck JD, Hunt RJ. Oral health status in the United States: Problems of special patients. J. Dent. Educ. 1985;49:407-425.
- United Nation. Current demographic situation and future change : World population prospects. The 1992 Revision. 1st edition; New York:1993:34-37.
- Lo Ecm, Schwarz E. Tooth and root conditions in the middle-aged and the elderly in Hong Kong. Community Dent Oral Epidemiol. 1994;22:381-5.
- Bothwell et al. 480 65 U.S.A./WHO/ORH/ICSII/480/1991.
- Herman K, Thijs Sch, Hans V. Preventive aspects of root caries. Int. Dent. J. 1993; 43:143-148.
- Holmgren CJ, Corbet EF, Lim LP. Periodontal conditions among the middle - aged and the elderly in Hong Kong. Community Dent Oral Epidemiol. 1994;22: 396-402.
- Miyazaki H, Taco P, Marie HL. Periodontal Profiles: The oral health programme. World Health Organization. 1994:33.
- Loh T, Ow RKK, Neo J, Lim LP. Tooth loss and coronal caries of elderly residents in Singapore. Community Dent Oral Epidemiol. 1996;24:300-1.
- Grabowski M, Bertram U. Oral health status and need of dental treatment in the elderly Danish population. Community Dent Oral Epidemiol. 1975;3:108-14.
- Brodeur JM, Demers M, Simard PL, Kandelman D. Need perception as a major determinant of dental health care utilization among the elderly. Gerodontology. 1988;4:259-264.
- Kiyak HA, Mulligan K. Studies of the relationship between oral health and psychological well-being. Gerodontology 1987;3:109-112.

17. Palmqvist S. Treatment needed and received in the elderly Swedish country population community. *Gerodontology* 1988; 4:272-276.
18. Razak IA, Ali MM. Need and demand for dental care in a group of Malaysian elderly. *Gerodontic*.1988;4:265-267.
19. Rise J, Holoe LA. Oral conditions and need for dental treatment in an elderly-population in Northern Norway. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1978;6: 6-11.
20. วิไล สมพร. ความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของศูนย์บริการสาธารณสุข 38 วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์มหิดล. 2527;2:77-84.
21. Mattin D, Smith J.M. The oral health status, and dental needs and factors affecting utilization of dental services in Asians aged 55 years and over, resident in Southampton. *Br. Dent. J.* 1991;25:369-372.
22. Kiyak, H.A. Reducing barrier to older persons, use of dental services. *Int. Dent.J.* 1989;39(2):95-102.
23. MacEntee, M.I., Mojon P et al..Predicting concerns for the mouth among institutionalized elders. *J. Public Health Dent.* 1991;51(2):82-90.