

ผลกระทบของสภาวะสุขภาพในช่องปาก ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้

อังคณา ลิโทขวลิต ท.บ.*¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาถึงผลกระทบของสภาวะสุขภาพในช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก ที่มีอายุการใช้งาน 6 เดือนขึ้นไป ที่โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร จำนวน 150 ราย โดยให้ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และผลกระทบของสภาวะสุขภาพในช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยใช้ดัชนี OIDP (Oral Impacts on Daily Performances) ที่ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม การนอนหลับพักผ่อน การมีอารมณ์และจิตใจเป็นปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย สามารถยิ้ม หัวเราะอวดฟันได้โดยไม่อายใคร การดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไป และความสนุกสนานในการได้ออกไปพบกับญาติสนิทมิตรสหาย

ผลการวิจัย: ผู้สูงอายุเป็นเพศชายร้อยละ 34.7 เพศหญิงร้อยละ 65.3 อายุเฉลี่ย 70.7 ± 6.1 ปี ชนิดของฟันเทียม เป็นชนิดถอดได้บางส่วน ร้อยละ 51.3 และฟันเทียมถอดได้ทั้งปากร้อยละ 48.7 ผู้สูงอายุร้อยละ 33.3 ใส่ฟันเทียมนาน 6-12 เดือน และร้อยละ 26.7 ใส่ฟันเทียมนาน 37-60 เดือน ร้อยละ 67.3 มีประสบการณ์ในการใส่ฟันเทียมมาก่อน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 39.3 ไม่ได้รับผลกระทบจากสภาวะสุขภาพในช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และร้อยละ 60.7 ได้รับผลกระทบ โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบสูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 57.3) การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน (ร้อยละ 12.0) และอารมณ์และจิตใจเป็นปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย (ร้อยละ 8.0) ตามลำดับ

สรุป: ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ร้อยละ 60.7 ได้รับผลกระทบจากสภาวะสุขภาพในช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ การรับประทานอาหาร

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

¹ ผู้ติดต่อ, อีเมล: ungkanadds@hotmail.com

Abstract

Oral Impact on Daily Performances in Elderly with Removable Denture

Ungkana Leethochawalit DDS¹

Dental Division, Taksin Hospital, Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

¹ Corresponding author, e-mail address: ungkanadds@hotmail.com

Objectives: To assess the oral impact on daily performances of the elderly wearing removable denture.

Methods: This was a descriptive study. A total of 150 participants, age more than 60 years old, wearing removable denture with acrylic base more than 6 months at Taksin hospital, Bangkok Metropolitan Administration were recruited. The participants were interviewed about basic characteristics and oral impact on daily performances according to the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) index. The OIDP composed of 8 activities: eating, speaking and pronouncing clearly, cleaning teeth, sleeping and relaxing, smiling laughing and showing teeth without embarrassment, maintaining usual emotional state without being irritable, carrying out major work or social role, enjoying contact with other people.

Results: The participants were male in 34.7% and female in 65.3%. Mean age was 70.7 ± 6.1 years. Slightly more than half or 51.3% had removable partial denture, while 48.7% had complete denture. Approximately one third of the elderly (33.3%) had put on denture for 6–12 months and one fourth (26.7%) had it for 37–60 months. Approximately two thirds of them (67.3%) had a history of wearing denture. The results showed that 39.3% had no oral impacts which affected daily performance while 60.7% had at least one affected activity. Eating was the most commonly affected performance (57.3%) followed by speaking and pronouncing clearly (12.0%) and maintaining usual emotional state without being irritable (8.0%).

Conclusion: About 60.7% of elderly who had removable denture had some oral impacts which affected daily performance. The most common affected activity was eating.

Keywords: oral health, daily performance, quality of life, removable denture, OIDP index

บทนำ

จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550¹ ผู้สูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนเกือบจะเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรวัยเด็ก และอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุยืนยาวขึ้น โดยมีอายุขัยเฉลี่ยในผู้หญิง 74.9 ปี และผู้ชาย 69.9 ปี² จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2549–2550³ พบว่าผู้สูงอายุวัย 60–74 ปี ร้อยละ 94.0 มีการสูญเสียฟันอย่างน้อย 1 ซี่ ร้อยละ 10.5 มีการสูญเสียฟันทั้งปาก และมีเพียงร้อยละ 54.8 ที่มีฟันที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการสูญเสียฟันเฉลี่ยมากกว่า 10 ซี่ต่อคน และมีการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ร้อยละ 51.2 ซึ่งเป็นการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากร้อยละ 7.1

การสูญเสียฟันธรรมชาติมีผลต่อสภาพลักษณะ ความมั่นใจ ความสวยงาม การมีฟันบางส่วนหายไป ทำให้รู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ การศึกษาของสุดาตวง กฤษณาพงษ์ และคณะ⁴ พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 53.6 มีปัญหาในการดำรงชีวิตอันเนื่องมาจากการสูญเสียฟัน โดยร้อยละ 40.9 มีปัญหาจากความยากลำบากในการรับประทานอาหาร รองลงมาคือด้านการพูด (ร้อยละ 21.8) และการทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 20.0) การศึกษาของ Srisilapanan และ Sheilam⁵ พบว่าร้อยละ 52.8 ของผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรม กิจกรรมด้านการรับประทานอาหารได้รับผลกระทบมากที่สุด (ร้อยละ 47.2) และพบว่าการสูญเสียฟันหน้า และ ฟันหลัง การมีฟันโยก การสูญเสียเยื่อยึดปริทันต์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

การใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนหรือฟันเทียมทั้งปาก จะช่วยให้อุณหภูมิชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น⁶ และการใส่ฟันเทียมช่วยลดปัญหาที่เกิดจากการบดเคี้ยวอาหาร การรับประทานอาหาร รวมถึงการเลือกอาหารที่บริโภค เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใส่ ฟันเทียมอย่างไรก็ตามหลังการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ไปแล้ว มีไม่น้อยที่ประสบกับปัญหาฟันเทียมขยับได้ หลวม ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ การศึกษาของ Fiske และคณะ⁸ พบว่าร้อยละ 93.5 ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้มักหลีกเลี่ยงกิจกรรมสังคม บางอย่าง เนื่องจากมีความกระดากอายในสภาวะสุขภาพช่องปากของตนเอง เช่น ฟันเทียมหลุดหรือขยับเวลารับประทานอาหาร กับผู้อื่น การศึกษาของ วีรัช บรรเจิดพงศ์ชัย⁹ พบว่าภายหลังใส่ ฟันเทียมทั้งปาก ผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.6 ยังมีผลกระทบจากสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำรงชีวิตในระดับปานกลาง และร้อยละ 14.9 มีผลกระทบในระดับมากที่สุด จากสถานการณ์นี้เริ่มสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของ

ผู้สูงอายุอย่างชัดเจนทั้งจากการสูญเสียฟันและการได้รับการใส่ฟันเทียม

สภาวะสุขภาพในช่องปากในความหมายที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเป็นสภาวะที่ช่องปากมีความปกติ สุขสบาย สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ดังนั้นคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้พัฒนามาตั้งแต่ทศวรรษ 1970's จนถึงปัจจุบันมีมากมายหลายดัชนี^{10–14} การพัฒนาเริ่มมาจากดัชนีสำหรับใช้กับผู้สูงอายุ เพราะคาดว่าเป็นวัยที่มีโรคในช่องปากสะสมมาช้านานที่สุด จึงน่าจะมีสุขภาพช่องปากหรือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ด้อยที่สุดด้วย

ดัชนี OIDP (Oral Impacts on Daily Performances) เป็นการวัดผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่นิยมใช้กันมาก^{4–6,9,15} ดัชนี OIDP นี้ สุปริดา อุดุลยานนท์ และ Aubrey Sheiham¹⁶ ได้พัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2540 ในกลุ่มประชากรไทย และถูกพัฒนาต่อเนื่องจากกรอบแนวคิดของ Locker^{17,18} โดยเน้นที่ผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย กิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม โดยมี 3 กิจกรรมที่สะท้อนมิติทางกายภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน การทำความสะอาดช่องปากหรือ ฟันเทียม 3 กิจกรรมที่สะท้อนมิติทางจิตใจ ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน การมีอารมณ์และจิตใจเป็นปกติไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย และสามารถยิ้มหัวเราะอวดฟันได้โดยไม่อายใคร และ อีก 2 กิจกรรมที่เป็นมิติด้านสังคมได้แก่ การดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไป และ ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบกับญาติสนิทมิตรสหาย

การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ที่โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร โดยใช้ดัชนี OIDP และศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ในผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้จากกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2550–เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 และกลับมาตรวจสอบสภาวะสุขภาพช่องปาก เพื่อร่วมงานวิจัยในเดือนสิงหาคม–ตุลาคม พ.ศ. 2554

จำนวน 150 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ฐานอคริลิกแบบทั้งปาก (complete denture) หรือแบบบางส่วน (removable partial denture) โดยฟันเทียมต้องมีอายุการใช้งาน 6 เดือนขึ้นไป และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้เกณฑ์ของ Yamane¹⁰ โดยคำนวณจาก จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ ฐานอคริลิกทั้งหมด 240 ราย ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 จะได้ขนาดตัวอย่าง 150 ราย

ฟันเทียมชนิดถอดได้²⁰ หมายถึง ฟันเทียมที่ผู้ป่วยสามารถถอดออกมาล้างทำความสะอาดได้ เป็นฟันเทียมที่ต้องถอดออกเป็นประจำ ฟันเทียมทั้งปาก (complete denture) เป็นฟันเทียมที่ทำในฟันบนและฟันล่างให้กับผู้ป่วยที่ไม่มีฟันธรรมชาติในช่องปาก ส่วนฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน (removable partial denture) เป็นฟันเทียมที่ทำในฟันบนหรือฟันล่าง หรือทั้งฟันบนและฟันล่างให้กับผู้ป่วยที่มีฟันธรรมชาติในช่องปากอยู่บางส่วน

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณา และควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์จะได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย ได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยจนเข้าใจ และลงลายมือชื่อด้วยความสมัครใจ หลังจากนั้นจะถูกสัมภาษณ์โดยทันตแพทย์ผู้วิจัย แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการใส่ฟันเทียม อายุการใช้งานของฟันเทียม และประเภทของฟันเทียมชนิดถอดได้ ส่วนที่ 2 คือข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจาก ปาก ฟัน และฟันเทียมโดยใช้ดัชนี OIDP ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ดังที่กล่าวไว้ในบทนำ ทุกคำถามของ OIDP ถามถึงปัญหาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโดยจะบันทึกคะแนนความถี่ (ตั้งแต่ 0-5) ของแต่ละกิจกรรม^{21,22} ดังนั้นคะแนนมากจึงหมายถึงมีปัญหา การให้คะแนนความถี่ยังแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของปัญหา กล่าวคือ ปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่องจะบันทึกคะแนนตามความบ่อยของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา แต่ถ้าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนน้อยครั้งแล้วหายไป ไม่ได้กลับมาเกิดใหม่ซ้ำ ๆ จะบันทึกคะแนนโดยใช้จำนวนวันโดยรวมที่มีปัญหาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้นคะแนน 0 คือ ไม่มีปัญหา คะแนน 1 หมายถึง จำนวนวันที่เกิดปัญหา 1-5 วัน คะแนน 2 หมายถึง ปัญหาเกิดขึ้นเดือนละ 1-2 ครั้งหรือเกิดขึ้น 6-15 วัน คะแนน 3 หมายถึง

ปัญหาที่เกิดขึ้นสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งหรือเกิดขึ้นประมาณ 16-30 วัน คะแนน 4 หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง หรือเกิดขึ้นประมาณ 30-90 วัน คะแนน 5 หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นทุกวัน หรือเกือบทุกวัน หรือเกิดขึ้นมากกว่า 90 วัน

สำหรับคะแนนความรุนแรงเป็นการถามถึงความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมที่กระทบกระเทือนชีวิตประจำวัน คำตอบเป็น 6 ระดับ (0 = ไม่กระทบกระเทือน 1 = เล็กน้อยมาก 2 = เล็กน้อย 3 = ปานกลาง 4 = รุนแรง 5 = รุนแรงมาก) เมื่อนำคะแนนความถี่มาคูณกับคะแนนความรุนแรงในแต่ละกิจกรรม จะได้เป็นปัญหาของแต่ละกิจกรรม (แต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนสูงสุด คือ 25) แล้วนำคะแนนของแต่ละกิจกรรมที่มีผลกระทบ (คะแนน > 0) มาแบ่งระดับความเข้มของปัญหา ตามหลักเกณฑ์ของ Krisdapong และคณะ²³ เป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1-2 คือความเข้มของปัญหาน้อยมาก คะแนน 3-5 คือ ความเข้มของปัญหาน้อย คะแนน 6-12 คือ ความเข้มของปัญหาปานกลาง คะแนน 15-19 คือ ความเข้มของปัญหา รุนแรง และคะแนน 20-25 คือ ความเข้มของปัญหา รุนแรงมาก

เมื่อรวมคะแนนของทั้ง 8 กิจกรรมเข้าด้วยกันจะได้ค่าคะแนนรวม (มีค่าสูงสุดคือ 200) แล้วจึงนำมาหารสองให้เป็นคะแนนร้อยละ (มีค่าสูงสุดคือ 100) จากนั้นแบ่งคะแนนปัญหาโดยรวมเป็น 4 ระดับ ตามการแบ่งของ Srisilapanan และคณะ⁵ โดยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และ 75 โดยคะแนน = 0 คือไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนมากกว่า 0 แต่น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 คือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันน้อย คะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 แต่น้อยกว่า เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 คือมีผลกระทบปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 คือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS version 11.5 รายงานผลในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และผลกระทบของสภาวะสุขภาพของปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ใช้การทดสอบไคสแควร์ โดยถือค่า $p\text{-value} < 0.05$ ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้จำนวน 150 คน เป็นเพศชายร้อยละ 34.7 เพศหญิงร้อยละ 65.3 มีอายุระหว่าง 60-89 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ (n=150)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	34.7
หญิง	98	65.3
อายุ (ปี)		
60-74	112	74.7
75-89	38	25.3
อายุการใช้งานของฟันเทียม (เดือน)		
6-12	50	33.3
13-24	34	22.7
25-36	26	17.3
37-60	40	26.7
ประสบการณ์ในการใส่ฟันเทียม		
ไม่มี	49	32.7
มี	101	67.3
ประเภทของฟันเทียมชนิดถอดได้		
บางส่วน	77	51.3
ทั้งปาก	73	48.7

โดยมีอายุเฉลี่ย 70.7 ± 6.1 ปี โดยเป็นฟันเทียมชนิดถอดได้ บางส่วนร้อยละ 51.3 และฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 48.7 ในด้านอายุการใช้งานของฟันเทียม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใส่ฟันเทียมนาน 6-12 เดือน มีมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ 37-60 เดือน ร้อยละ 26.7 ประสบการณ์ในการใส่ฟันเทียมพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 32.7 ไม่เคยใส่ฟันเทียมมาก่อนเลย และร้อยละ 67.3 มีประสบการณ์ในการใส่ฟันเทียมก่อนชุดปัจจุบันแต่ชำรุด แดกหัก หรือหลวม (ตารางที่ 1)

ผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.3 ไม่ได้รับผลกระทบในกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันเลย และ ร้อยละ 60.7 ได้รับผลกระทบในกิจกรรมการดำเนินชีวิตอย่างน้อย 1 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบสูงสุด 3 ลำดับ คือ การรับประทานอาหาร การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน และอารมณ์และจิตใจเป็นปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย

ร้อยละ 57.3 ร้อยละ 12.0 และร้อยละ 8.0 ตามลำดับ ส่วนการนอนหลับการพักผ่อนมีผลกระทบน้อยที่สุดร้อยละ 1.3 (ตารางที่ 2)

ระดับของความเข้มของปัญหาของผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตแต่ละกิจกรรม แสดงในตารางที่ 2 พบว่าถ้าพิจารณาเฉพาะในกลุ่มที่มีผลกระทบจากกิจกรรมนั้น ๆ เช่น ด้านการรับประทานอาหาร ส่วนมาก (ร้อยละ 54.7) จะมีผลกระทบในระดับรุนแรงมาก (ร้อยละ 32.6) หรือรุนแรง (ร้อยละ 22.1) ด้านการพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน ส่วนมาก (ร้อยละ 61.1) จะมีผลกระทบในระดับรุนแรงมาก (ร้อยละ 27.8) หรือรุนแรง (ร้อยละ 33.3) ในขณะที่ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ส่วนมากจะมีผลกระทบในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.6) และในด้านการนอนหลับพักผ่อน ทุกวัยจะมีผลกระทบในระดับน้อย (ร้อยละ 50.0) หรือ ปานกลาง (ร้อยละ 50.0)

สำหรับคะแนนปัญหาโดยรวมจากทั้ง 8 กิจกรรม ที่ได้รับ

ตารางที่ 2 ผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุตามระดับของความเข้มของปัญหาด้านต่าง ๆ จากการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ (n=150)

ผลกระทบของภาวะสุขภาพช่องปาก	ระดับความเข้มของปัญหา											
			น้อยมาก		น้อย		ปานกลาง		รุนแรง		รุนแรงมาก	
	จำ- นวน	ร้อยละ	จำ- นวน	ร้อยละ	จำ- นวน	ร้อยละ	จำ- นวน	ร้อยละ	จำ- นวน	ร้อยละ	จำ- นวน	ร้อยละ
ไม่มีผลกระทบ	59	39.3										
มีผลกระทบ	91	60.7										
กิจกรรมด้านที่มีผลกระทบ												
การรับประทานอาหาร	86	57.3	6	6.9	13	15.1	20	23.3	19	22.1	28	32.6
การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน	18	12.0	—	—	2	11.1	5	27.8	6	33.3	5	27.8
อารมณ์และจิตใจเป็นปกติ	12	8.0	1	8.3	1	8.3	3	25.0	2	16.7	5	41.7
ไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย												
การทำความสะอาดช่องปาก	11	7.3	—	—	2	18.2	7	63.6	1	9.1	1	9.1
การดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไป	11	7.3	2	18.2	1	9.1	3	27.3	4	36.3	1	9.1
ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบกับญาติสนิทมิตรสหาย	7	4.7	1	14.3	2	28.6	1	14.3	2	28.6	1	14.2
สามารถยิ้มหัวเราะอวดฟันได้โดยไม่อายใคร	7	4.7	—	—	—	—	1	14.3	4	57.1	2	28.6
การนอนหลับพักผ่อน	2	1.3	—	—	1	50.0	1	50.0	—	—	—	—

* ผู้สูงอายุแต่ละรายอาจจะมีผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่า 1 กิจกรรม

ให้มีค่าคะแนนเต็ม 100 พบว่าค่าคะแนนปัญหาโดยรวมสูงสุดเท่ากับ 48 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.5 จากนั้นทำการแบ่งคะแนนปัญหาโดยรวมเป็น 4 ระดับ โดยคะแนน = 0 คือไม่มีปัญหา คะแนนมากกว่า 0 แต่น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 (คะแนน = 2.5) คือมีปัญหาเล็กน้อย คะแนนตั้งแต่ เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 แต่น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 (คะแนน = 10.6) คือมีปัญหาปานกลาง และคะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 คือมีปัญหาหนัก พบว่า ร้อยละ 39.3 ไม่ได้รับผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 7.3 ได้รับผลกระทบในระดับน้อย ร้อยละ 28.7 ได้รับผลกระทบในระดับปานกลาง และร้อยละ

24.7 ได้รับผลกระทบในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกับผลกระทบของปัญหาโดยรวมของการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ประเภทของฟันเทียมชนิดถอดได้มีความสัมพันธ์กับคะแนนปัญหาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.008) โดยผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน ร้อยละ 42.9 จะได้รับผลกระทบปานกลางถึงรุนแรง ส่วนผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ร้อยละ 64.4 จะได้รับผลกระทบปานกลางถึงรุนแรง ส่วนเพศ อายุ อายุการใช้งานของฟันเทียม ประสิทธิภาพในการใส่ฟันเทียมไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนปัญหาโดยรวม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และผลกระทบของปัญหาโดยรวม (n=150)

ข้อมูลทั่วไป	ผลกระทบของปัญหาโดยรวม								p-value ^a
	ไม่มี		น้อย		ปานกลาง		รุนแรง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ									0.663
ชาย (n=52)	19	36.5	4	7.7	16	30.8	13	25.0	
หญิง (n=98)	40	40.8	7	7.1	27	27.6	24	24.5	
อายุ (ปี)									0.304
60-74 (n=112)	45	40.2	10	8.9	30	26.8	27	24.1	
75-89 (n=38)	14	36.9	1	2.6	13	34.2	10	26.3	
อายุการใช้งานของฟันเทียม (เดือน)									0.166 ^b
6-12 (n=50)	19	38.0	0	0.0	17	34.0	14	28.0	
13-24 (n=34)	13	38.3	3	8.8	10	29.4	8	23.5	
25-36 (n=26)	10	38.5	2	7.7	7	26.9	7	26.9	
37-60 (n=40)	17	42.5	6	15.0	9	22.5	8	20.0	
ประสบการณ์ในการใส่ฟันเทียม									0.274
ไม่มี (n=49)	23	47.0	3	6.1	13	26.5	10	20.4	
มี (n=101)	36	35.7	8	7.9	30	29.7	27	26.7	
ประเภทของฟันเทียมชนิดถอดได้									0.008
บางส่วน (n=77)	35	45.4	9	11.7	16	20.8	17	22.1	
ทั้งปาก (n=73)	24	32.9	2	2.7	27	37.0	20	27.4	
สถานภาพโดยรวม (n=150)	59	39.3	11	7.3	43	28.7	37	24.7	

^a p-value by chi-square test เปรียบเทียบระหว่างไม่มีผล-ผลกระทบน้อย กับ ผลกระทบปานกลาง-รุนแรง^b p-value เปรียบเทียบระหว่างอายุการใช้งาน 6-24 เดือน และ 25-60 เดือน

วิจารณ์

การใส่ฟันเทียมเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่สูญเสียฟันให้ดีขึ้น ฟันเทียมมีหลายประเภท ได้แก่ ฟันเทียมชนิดติดแน่น ฟันเทียมชนิดรากเทียม ฟันเทียมชนิดถอดได้ ซึ่งฟันเทียมชนิดถอดได้ยังแบ่งเป็นฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก และฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน ซึ่งฐานของฟันเทียมชนิดถอดได้ยังแบ่งเป็นชนิดฐานโลหะ และฐานอคริลิก ซึ่งฐานโลหะจะดีกว่าในแง่ความคงทน การมีตะขอลโลหะที่ยึดกับฟันธรรมชาติทำให้

สามารถยึดอยู่ในช่องปากได้ดี แต่ในการวิจัยนี้จะศึกษาในผู้สูงอายุที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานครที่มารับบริการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งชนิดทั้งปากและบางส่วนฐานอคริลิก เนื่องจากในปัจจุบันสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะครอบคลุมเฉพาะฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิกเท่านั้น

การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก ร้อยละ 39.3 ไม่ได้รับผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันเลย และร้อยละ 60.7 ได้รับผลกระทบในกิจกรรมการดำเนินชีวิตอย่างน้อย 1 กิจกรรม

โดยกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบสูงสุด 3 ลำดับ คือ การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 57.3) การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน (ร้อยละ 12.0) และอารมณ์และจิตใจเป็นปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย (ร้อยละ 8.0) ตามลำดับ ส่วนการศึกษาของ ดวงพร ศิริเทพมนตรี¹⁵ พบว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานชนิดถอดได้ทั้งปากและชนิดถอดได้บางส่วน 16 ชี้นไป ร้อยละ 69.2 ไม่ได้รับผลกระทบเกี่ยวกับปัญหาในช่องปากแม้แต่ประการเดียว และร้อยละ 30.8 ได้รับผลกระทบอย่างน้อยหนึ่งด้าน ซึ่งผลกระทบที่พบมากที่สุดจะเกี่ยวกับปัญหาด้านการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 29.8) รองลงมาคือ ปัญหาด้านการพูด (ร้อยละ 18.3) ส่วนการศึกษาของ วิรัช บรรเจิดพงศ์ชัย⁹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอคริลิกที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าร้อยละ 49.5 ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ร้อยละ 39.6 มีผลกระทบปานกลาง และร้อยละ 14.9 มีผลกระทบมากที่สุด ปัญหาที่มีผลกระทบมากที่สุดคือการรับประทานอาหาร จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้มีผู้ที่ไม่ได้รับผลกระทบมีอัตราส่วนน้อยกว่าการศึกษาของ ดวงพร ศิริเทพมนตรี¹⁵ และวิรัช บรรเจิดพงศ์ชัย⁹ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากกลุ่มประชากรที่ไม่เหมือนกัน แต่ในด้านกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดและผู้ใส่ฟันปลอมทุกรายงานพบตรงกัน^{9,11} คือ การรับประทานอาหาร

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของผลกระทบของสภาวะสุขภาพในช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การศึกษานี้พบว่า การใส่ฟันเทียมทั้งปาก หรือบางส่วนมีผลกระทบต่างกันอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน จะได้รับผลกระทบปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 42.9 ส่วนผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก จะได้รับผลกระทบปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 64.4 ส่วน เพศ อายุ อายุการใช้งานของฟันเทียม ประสิทธิภาพในการใส่ฟันเทียม ไม่มีผลกระทบ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ดวงพร ศิริเทพมนตรี¹⁵ ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับรายได้ และการมีฟันแท้เหลืออยู่ในช่องปาก กล่าวคือ ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี กลุ่มที่มีรายได้ต่ำคือน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และกลุ่มที่มีฟันแท้เหลืออยู่ในช่องปากจะมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่า

การศึกษาที่รายงานผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและฟันเทียมบางส่วนได้แก่การศึกษาของ John และคณะ²⁴ ซึ่งศึกษาในประชากรที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียม ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนฐานอคริลิก และฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากในประเทศเยอรมัน พบว่าการใส่ฟันเทียมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากจะมีผล

กระทบมากกว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ ในขณะที่ Bae และคณะ²⁵ ได้ศึกษาเปรียบเทียบการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ฐานโลหะและฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากฐานอคริลิก ของผู้สูงอายุประเทศเกาหลี พบว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมบางส่วน ชนิดถอดได้ฐานโลหะ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในเรื่องข้อจำกัดในการใช้งาน ความเจ็บปวดจากการใช้งาน และความรู้สึกไม่ดีทางด้านจิตใจสูงกว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากฐานอคริลิก และผู้ที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ฐานโลหะมีแนวโน้มว่ามีผลกระทบของสภาวะสุขภาพในช่องปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากฐานอคริลิก แต่ไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายงานนี้อธิบายว่าการที่ผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากดูเหมือนจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเนื่องจากผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากมีประสิทธิภาพในการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนมาก่อน ซึ่งแตกต่างจากผู้ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนมักจะมี ความคาดหวังที่เกินความเป็นจริงและมักเปรียบเทียบกับฟันธรรมชาติ

สำหรับการศึกษานี้การที่ผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนฐานอคริลิกมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันน้อยกว่าผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก น่าจะเนื่องมาจากการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนจะมีตะขอยึดเพื่อยึดฟันทำให้การยึดอยู่ในช่องปากดีกว่าฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ซึ่งอาจจะทำให้การรับประทานอาหาร การพูด ยิ้ม หัวเราะ สะดวกกว่า

โดยสรุป ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ร้อยละ 60.7 มีผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยกิจกรรมที่มีผลกระทบมากที่สุด คือ กิจกรรมการรับประทานอาหาร รองลงมาได้แก่ การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน อารมณ์ และจิตใจเป็นปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย ซึ่งการใส่ฟันเทียมบางส่วนจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน น้อยกว่าการใส่ฟันเทียมทั้งปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ แพทย์หญิงกิตติยา ศรีเลิศฟ้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร ที่อนุญาตให้ทำวิจัยและเผยแพร่ผลการวิจัยฉบับนี้ และขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงชนิษฐา ไชยปราการ และทันตแพทย์หญิงชุติมา โพธิ์แก้ว ที่ให้คำแนะนำสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology. Report on the 2007 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National Statistical office; 2008. p.21.
2. Office of the National Economic and Social Development Board. Population Projection for Thailand 1990–2020 Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Board; 1995. p. 10–2.
3. Dental Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health. The report of the sixth national oral health survey Thailand 2006–2007. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand. Under royal patronage of his majesty the king (office of printing mill); 2008. p.21–65.
4. Krisdapong S, Laksana K, Worakanchana T, Suraprasert P, Sirivanichsuntorn P. Comparisons of normative needs, oral health-related quality of life and perceived needs for denture in a group of elderly Thais. *J Dent Assoc Thai* 2007; 57: 98–106.
5. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology* 2001; 18: 102–8.
6. Chanthorn S. Oral health-related quality of life of older people in Chachoengsao district. *Thai J Dental Public Health* 2008; 13: 158–68.
7. Zinab S, Ismail NM, Norbance TH, Ismail AR. The prevalence of denture wearing and the impact on the oral health related quality of life among elderly in Kota Bharu, Kelantan. *Arch Orofacial Sci* 2008; 3: 17–22.
8. Fiske J, Gelbier S, Watson RM. The benefit of dental care to an elderly population assessed using a sociodental measure of oral handicap. *Br Dent J* 1990; 168: 153–6.
9. Bunjerdpongchai V. Quality of life in the elderly after complete denture insertion in royal denture project. *Uttaradit Hosp Med Bull* 2010; 25: 18–24.
10. Slade GD. The oral health impact profile. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 93–104.
11. Locker D. Subjective oral health status indicators. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 105–12.
12. Kressin NR. The oral health-related quality of life measure (OHQOL). In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 113–9.
13. Leao AT, Sheiham A. The dental impact on daily living. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 121–34.
14. Cornell JE, Saunders MJ, Paunovich ED, Frisch MB. Oral health quality of life inventory (OHQOL) In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 135–49.
15. Sirithemmontree D. Oral health related to quality of life among the elderly population after prosthesis of the royal denture program. *Vajira Med J* 2008; 52: 39–47.
16. 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. p. 151–60.
17. Locker D, Allen PF. Developing short-form measures of oral health-related quality of life. *J Public Health Dent* 2002; 62: 13–20.
18. Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 10–8.

19. Teerakanun S. Methods in social science research: guideline for implement. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2005. p.165-82.
20. Chatsutipphan S. Removable partial denture. 4th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2000. p.1.
21. Gherunpong S. Oral health-related quality of life: Part II index for adults. J Health Sci 2006; 16: 306-17.
22. Krisadapong S. Oral health-related quality of life: concept and measurement. Dental Health Divison, Department of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi: Mano printing and publishing ; 2009. p.39-48.
23. Krisdapong S, Sheiham A, Tsakos G. Oral health-related quality of life of 12-and 15-year-old Thai children: findings form a national survey. Community Dent Oral Epidemiol 2009; 37: 509-17.
24. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 125-32.
25. Bae KH, Kim C, Paik DI, Kim JB. A comparison of oral health related quality of life between complete and partial removable denture-wearing older adults in Korea. J Oral Rehabil 2006; 33: 317-22.