

## บทความวิจัยต้นฉบับ :

# ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก The Relationship between Denture Quality, Masticatory Performance and Oral Health-Related Quality of life and Happiness of using Denture in Elderly Complete Denture Wearers

วิภารัตน์ ยวดยั้ง

Wiparat Youdying

โรงพยาบาลสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

Sikhiu Hospital Nakhon Ratchasima

เบอร์โทรศัพท์ 08-7509-9073; E-mail: blackple@hotmail.com

วันที่รับ 29 พ.ค. 2563, วันที่แก้ไข 17 มิ.ย. 2563, วันที่ตอบรับ 29 มิ.ย. 2563

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความสุขต่อการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่โรงพยาบาลสิคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 63 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลแบบตรวจคุณภาพฟันเทียมแบบสอบถามการบริโภคอาหารแบบสัมภาษณ์ดัชนี OIDP และแบบสัมภาษณ์ความสุขในการใช้ฟันเทียม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากมากกว่าร้อยละ 60 มีฟันเทียมที่มีการยึดอยู่ที่เหมาะสม มีเสถียรภาพที่ดี มีความสูงและการสบฟันที่เหมาะสม ชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุ

มากกว่า ร้อยละ 80 สามารถเคี้ยวได้อย่างสบาย ได้แก่ ข้าวต้ม/โจ๊ก จับฉ่าย แกงจืด/ผักนึ่ง ข้าวสวย ไข่เจียว ปลาแห้ง อาหารที่ผู้สูงอายুর้อยละ 17 – 29 เคี้ยวไม่ได้เลย ได้แก่ ผัดผักฝรั่งและหมูทอดผู้สูงอายुर้อยละ 58.7 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีถึงดีมากกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดจากการใส่ฟันเทียมคือการรับประทานอาหาร ในด้านการใช้งานฟันเทียมพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 47.6 ใส่ฟันเทียมเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 63.5 ใส่ฟันเทียมทั้งเวลารับประทานอาหารและเมื่อออกไปพบปะผู้คน ดีความได้ว่าส่วนใหญ่มีความสุขในการใช้งานฟันเทียม การศึกษานี้พบว่าความสุขในการใช้งานฟันเทียมมีความสัมพันธ์กับการยึดอยู่ของฟันเทียม ความเสถียรของฟันเทียม ความสูงของฟันเทียม การสบฟัน ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

**คำสำคัญ:** คุณภาพฟันเทียม; ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว; คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก; ความสุขในการใช้ฟันเทียม

## Abstract

The aims of this study were to assess denture quality, masticatory performance, oral health-related quality of life (OHRQoL) and happiness of using denture in elderly complete denture wearers and to determine the relationship between denture quality, masticatory performance and OHRQoL and happiness of using denture. Sample of this study included 63 participants receiving complete denture from Sikhiu hospital, Nakhon Ratchasima. Tool for assessment consisted of demographic data, denture quality assessment form, food intake questionnaire, ODP index form and happiness of using denture questionnaire. Data were analyzed with descriptive statistics and inference statistics.

The results revealed over 60% of elderly had dentures with proper retention, stability, height and occlusion. The food that easily chewed by elderly over 80% were porridge, chinese vegetable stew, chinese cabbage soup, steamed rice, omelet and steamed fish. The food that elderly 17–29% could not chewed were stri-fried vegetables, fresh guava and fried pork. 58.7% of elderly had good to very good level of OHRQoL. The most common activity from wearing denture that affected quality of life was eating.

47.6% of elderly wearing their denture daily. 63.5% wearing denture while eating and meeting people. This could interpret that most of the elderly were happy with their dentures. This study showed there were relationship between happiness of using denture and retention of denture, stability of denture, height of denture, occlusion, masticatory performance and OHRQoL.

**Keywords:** Denture Quality; Masticatory Performance; Oral Health-Related Quality of Life; Happiness of using Denture

## บทนำ

จากสถิติประชากรของประเทศไทย ประมาณการว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2568<sup>[1]</sup> จากแนวโน้มดังกล่าวนำมาซึ่งความเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมไปถึงปัญหาสุขภาพช่องปากจากผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (พ.ศ. 2560) โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัญหาหลักด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไทยคือการสูญเสียฟัน พบการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี ร้อยละ 8.7 แต่เมื่ออายุ 80 – 85 ปี เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31.0<sup>[2]</sup>

ภาวะไร้ฟันสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุเนื่องจากความสามารถในการบดเคี้ยวที่ลดลงจะส่งผลกระทบต่อโภชนาการและการทำงานของระบบย่อยอาหารซึ่งเป็นปัจจัยของการเกิดโรคทางระบบที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ

ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น<sup>[3]</sup> นอกจากนี้ยังส่งผลต่อภาพลักษณ์ ความมั่นใจและและการใช้ชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุอีกด้วย อีกนัยหนึ่งคือส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในทุกมิติสุขภาพนั่นเอง<sup>[4]</sup> องค์การสหพันธ์ทันตกรรมโลก (FDI, Federal Dental International) ได้ให้นิยามสุขภาพช่องปากว่าเป็นภาวะที่มีหลายด้าน ทั้งความสามารถในการกิน เคี้ยว พูด หัวเราะ และการแสดงอารมณ์ผ่านทางสีหน้าได้อย่างมั่นใจ โดยปราศจากความเจ็บปวด ความไม่สบายและโรคที่เกี่ยวข้องกับกะโหลกศีรษะและใบหน้า เป็นองค์ประกอบหนึ่งของสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งเป็นตัวสะท้อนถึงสภาพร่างกายจิตใจและสังคมที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต<sup>[5]</sup> ดังนั้นแนวทางในการรักษาฟื้นฟูสุขภาพช่องปากปัจจุบันจึงมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (oral Health – related quality of Life; OHRQoL)<sup>[6]</sup> โดยเน้นศึกษาผลกระทบที่เกิดจากสภาวะช่องปากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

จากการที่ผู้สูงอายุยังคงมีปัญหาภาวะไร้ฟันนำมาสู่ความจำเป็นในการใส่ฟันเทียมทั้งปากเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากและเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจุบันมีการศึกษากันมากขึ้นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไร้ฟันภายหลังการใส่ฟันเทียม การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการใส่ฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุในหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น ประสิทธิภาพการใส่ฟันเทียม ระยะเวลา หรือจำนวนชุดฟันเทียมที่เคยใช้มาก่อนหน้านี้ การยึดอยู่ ความเสถียร การบดเคี้ยว ความสบายในการใช้งาน การพูดและการสบฟัน เป็นต้น<sup>[7,8]</sup>

ฟันเทียมทั้งปากที่มีคุณภาพดีจึงจะมีประสิทธิภาพในการใช้งานที่ดี และคุณภาพทางคลินิกของฟันเทียมทั้งปากที่ดียังขึ้นอยู่กับสภาวะช่องปากและโครงสร้างทางกายภาพของช่องปากที่เหมาะสม ดังนั้นแนวทางในการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมอาจเลือกประเมินเฉพาะบางประเด็นหรือประเมินจากความพึงพอใจโดยรวม<sup>[7,9]</sup> การวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสามารถบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของ การรักษาโรคในช่องปากและความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับโรคหรือสภาวะช่องปาก รวมทั้งการรักษาและการฟื้นฟูสภาวะช่องปากที่ได้รับสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในประเทศไทยดัชนีที่นิยมใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากได้แก่ดัชนี OHIP-EDENT (Oral Health Impact Profile for Edentulous Patients) ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Locker และ ดัชนี OIDP (Oral Impact on Daily Performance) ที่ได้กรอบแนวคิดมาจาก WHO's International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps พัฒนาขึ้นโดย Adulayanon และ Sheiham ในปีค.ศ.1997<sup>[10]</sup> ซึ่งได้รับการประเมินความเที่ยงและความตรงในประชากรไทยทั้งผู้ที่ใช้และไม่ใช้ฟันเทียมถอดได้<sup>[11, 12]</sup> โดยวัดผลกระทบจากสภาวะช่องปากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน 8 กิจกรรม ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ (การกิน/เคี้ยว พูด/ออกเสียง และการทำความสะอาดช่องปาก/ฟันเทียม) ด้านจิตใจ (การรักษาอารมณ์ให้ปกติไม่หงุดหงิดรำคาญง่าย สามารถยิ้ม/หัวเราะให้เห็นฟันได้โดยไม่อาย และการนอนหลับพักผ่อน) และด้านสังคม (การออกไป

พบปะผู้คนและทำงานหรือกิจกรรมเบา ๆ ดัชนี ODP มีจุดเด่นหลายประการเมื่อเทียบกับ OHIP-EDENT ได้แก่ (1) มีความกระชับและแม่นยำเพราะวัดเฉพาะผลกระทบขั้นสูงสุดหรือผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ในขณะที่ OHIP-EDENT วัดผลกระทบระดับกลางและความรู้สึกที่เกิดขึ้นแต่อาจไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (2) คะแนน ODP สะท้อนถึงความถี่และความรุนแรงของปัญหา ในขณะที่คะแนน OHIP-EDENT บ่งบอกถึงความถี่ของปัญหาเท่านั้น ดังนั้นหากความถี่ของปัญหาเกิดขึ้นเท่ากัน แต่มีความรุนแรงต่างกันอาจทำให้การวัดผลคลาดเคลื่อนได้ (3) ดัชนี OHIP-EDENT มีการให้คะแนนซ้ำซ้อน โดยเฉพาะคำถามเรื่องกิน ซึ่งมีซ้ำกันหลายข้อ และ (4) การใช้ดัชนี ODP ทำให้ทราบถึงสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เพื่อหาแนวทางการรักษาได้เหมาะสม ในขณะที่ OHIP-EDENT เน้นการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นเท่านั้น<sup>[13]</sup>

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่าคุณภาพฟันเทียมมีผลต่อการรับรู้และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อฟันเทียม แต่การศึกษาความสัมพันธ์ของสองปัจจัยนี้ยังมีไม่มากและมีเพียงไม่กี่การศึกษาที่วิเคราะห์ถึงคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวโดยใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุแล้วนำมาศึกษาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุภายหลังการใส่ฟันเทียม<sup>[14]</sup> คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพร่างกายโดยรวม (general health)

และความอยู่ดีมีสุข (well-being) ความอยู่ดีมีสุขนี้สามารถประเมินได้จากสภาวะสุขภาพ (health) และความสุข (happiness) ในชีวิตของแต่ละบุคคล<sup>[15]</sup> ที่ผ่านมายังไม่มีการรายงานถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพของฟันเทียม และประสิทธิภาพการบดเคี้ยวต่อความสุขของผู้ป่วย

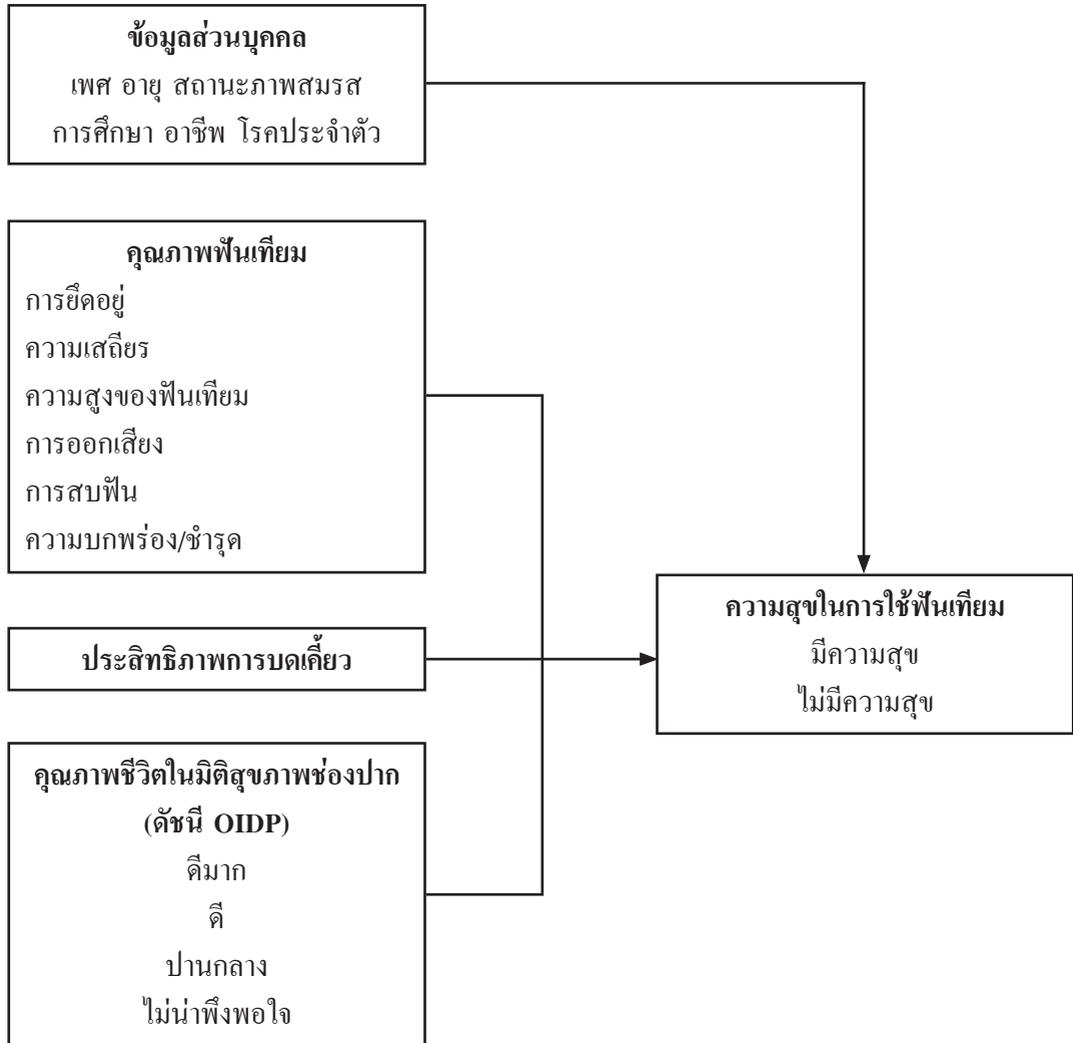
### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินคุณภาพฟันเทียมทั้งปากของผู้สูงอายุใช้งาน
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบดเคี้ยวของผู้สูงอายุเมื่อใส่ฟันเทียมทั้งปาก
3. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก
4. เพื่อประเมินความสุขของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียม

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียมในผู้สูงอายุไร้ฟันที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2561 – 30 ก.ย. 2562

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) โดยมีประชากรศึกษาเป็นผู้สูงอายุไร้ฟันที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากที่กลุ่มงานทันตกรรม

โรงพยาบาลสิคิ้วจังหวัดนครราชสีมาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ฟันเทียมตลอดได้ฐานพลาสติกทั้งปากตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 30 กันยายน พ.ศ. 2562 เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยสัมภาษณ์และข้อมูลส่วนตัว

เกณฑ์การคัดออก คือผู้ป่วยที่เสียชีวิต ป่วยหนัก มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ ย้ายภูมิลำเนา ผู้ป่วยที่มีรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก ทั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 63 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลแบบตรวจคุณภาพ ฟันเทียม แบบสอบถามการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และแบบสัมภาษณ์ความสุขในการใช้ฟันเทียม

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่เพศอายุ สถานภาพสมรสการศึกษาอาชีพและโรคประจำตัว

### ส่วนที่ 2

แบบตรวจคุณภาพฟันเทียม การศึกษานี้ใช้เกณฑ์การตรวจคุณภาพ ฟันเทียมทั้งปากที่คัดแปลงมาจากการศึกษาของ พิมวิภา เศรษฐวรพันธ์ และคณะ<sup>[14]</sup> โดยมีรายละเอียดดังนี้

การประเมินการยึดอยู่ของฟันเทียม พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ เหมาะสม คือ ฟันเทียม ไม่หลุดเมื่ออ้าปากกว้าง 20 มิลลิเมตร และมีแรงต้านต่อการหลุดเมื่อดึงในทิศทางตรงข้ามกับการใส่ ไม่เหมาะสม คือ ฟันเทียมหลุดเมื่อ อ้าปากกว้างประมาณ 20 มิลลิเมตร และไม่มีแรงต้านต่อการหลุดเมื่อดึงในทิศทางตรงข้ามกับการใส่

การประเมินความเสถียรของฟันเทียม พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ เหมาะสม คือ ฟันเทียม ไม่ขยับหรือหลุดเมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลัง ด้านซ้ายและขวา และเมื่อกดทดสอบบริเวณ ปลายฟันหน้า ไม่เหมาะสม คือ ฟันเทียมขยับหรือ หลุดออกเมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลังด้านซ้าย และด้านขวา และเมื่อกดทดสอบบริเวณปลายฟันหน้า

การประเมินความสูงของฟันเทียม และการออกเสียง พิจารณาความเหมาะสมจากค่าระยะ ปลอดภัย (free way space) และการออกเสียง “ส” พิจารณาระยะห่างและการเคลื่อนที่ของปลายฟัน หน้าบนและริมฝีปากล่าง เหมาะสม คือ ฟันหน้า เคลื่อนเข้ามาใกล้กันเกือบสัมผัสกันและฟันหลัง ไม่กระทบกัน ไม่เหมาะสม คือ ฟันหน้าห่างกัน มากกว่า 5 มิลลิเมตร หรือกระทบกัน หรือฟันหลัง กระทบกัน

การประเมินการสบฟันใช้วิธีการบันทึก จำนวนตำแหน่งจุดสบฟัน (occlusal contact) จากการกัดสบของฟันเทียมทั้งปากในตำแหน่ง ในศูนย์ (centric relation) โดยใช้กระดาษกัดสบ ความหนา 60 ไมครอน โดยให้ผู้ป่วยกัด 5 ครั้ง แล้วนับจำนวนจุดสบฟันตามจำนวนซี่ฟันที่มีการสบฟันระหว่างฟันบนและล่าง พิจารณาความ เหมาะสมตามเกณฑ์ดังนี้ เหมาะสม คือ มีจุดสบฟัน หลังสม่าเสมอทั้งด้านซ้ายและขวาและมีตำแหน่ง จุดสบฟันหลังรวมกันอย่างน้อย 5 จุด ไม่เหมาะสม คือ มีจุดสบฟันหลังไม่สม่าเสมอทั้งด้านซ้ายและ ขวาหรือมีตำแหน่งจุดสบฟัน 4 จุดหรือน้อยกว่า

การประเมินการบดพริบหรือชำรุด พิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้ เหมาะสมคือ ไม่พบความ บดพริบและการชำรุด เช่น รานฟันเทียมหรือ ปีกฟันเทียมไม่แตกหัก ซี่ฟันเทียมไม่หักหรือหลุด ไม่เหมาะสม คือ พบความบดพริบและการชำรุด

### ส่วนที่ 3

แบบสอบถามการบริโภคอาหาร การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามการบริโภค อาหาร (food intake questionnaire) จากการ ศึกษาของ Kunon N และ Kaewplung O ที่พัฒนาขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุไทย ถึงอาหารที่รับประทานทั้งที่บ้านและนอกบ้าน

เลือกชนิดอาหารที่มีความถี่ในการรับประทานสูง และมีความหลากหลายในด้านความแข็งและเหนียวของอาหาร ซึ่งประกอบไปด้วยอาหาร 14 ชนิด ได้แก่ ข้าวต้ม/โจ๊ก จับฉ่าย แกงจืด/ผักนึ่ง ข้าวสวย บะหมี่ ไข่เจียวปลาหนึ่งแกงส้ม กุ้ง ปลาทอด ส้ม ฝรั่ง หมูทอด และผักผัก<sup>[6]</sup> ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินความสามารถของตนเองในการกิน/เคี้ยวอาหาร แต่ละชนิดโดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ตสามระดับ เรียงจากคะแนนน้อยไปมากดังนี้ กิน/เคี้ยวไม่ได้เลย (0) กิน/เคี้ยวได้บ้าง/กินได้อย่างลำบาก (1) และกิน/เคี้ยวได้สบาย (2) อาหารที่ผู้เข้าร่วมวิจัยแพ้หรือไม่เคยกินจะได้คะแนนเป็นศูนย์ คะแนนการบริโภคอาหารเท่ากับคะแนนรวมของอาหารทุกชนิด (คะแนนเต็ม 28) โดยคะแนนสูงบ่งบอกถึงประสิทธิภาพการบริโภคที่ดีกว่า

**ส่วนที่ 4** แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิต ใช้ Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) เป็นการคำนวณหาค่าดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะเป็นการถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อต้องดำเนินกิจวัตรประจำวันทั้งด้านกายภาพด้านจิตใจ และด้านสังคมจำนวน 8 กิจกรรม โดยระดับคะแนนของคำตอบเกี่ยวกับความรุนแรงของปัญหาที่ไปกระทบกระเทือนชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 6 ระดับ คือกลุ่มที่ไม่กระทบกระเทือนชีวิตประจำวัน หรือระดับ 0 และกลุ่มที่กระทบกระเทือนต่อชีวิตประจำวันซึ่งแบ่งเป็นระดับ 1-5 ดังนี้

- ระดับ 1 หมายถึง เล็กน้อยมาก
- ระดับ 2 หมายถึง เล็กน้อย
- ระดับ 3 หมายถึง ปานกลาง

ระดับ 4 หมายถึง รุนแรง

ระดับ 5 หมายถึง รุนแรงมาก

คะแนนเกี่ยวกับระดับความถี่จะทำการบันทึกคะแนนโดยใช้จำนวนวันโดยรวมที่ผู้ป่วยประสบปัญหาดังกล่าวในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยกำหนดเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 หมายถึง 1-5 วัน

ระดับ 2 หมายถึง 6-15 วัน

ระดับ 3 หมายถึง 16-30 วัน

ระดับ 4 หมายถึง 1-3 เดือน

ระดับ 5 หมายถึง เกิดขึ้นมากกว่า 3 เดือน

เมื่อนำคะแนนความถี่มาคูณกับคะแนนความรุนแรงในแต่ละหัวข้อกิจกรรม (ค่าสูงสุดคือ 25) และเมื่อรวมคะแนนที่ได้จากทั้ง 8 กิจกรรมเข้าด้วยกันจะได้ค่าคะแนนรวม (มีค่าสูงสุด 200 คะแนน) แล้วจึงนำมาหารด้วย 2 เพื่อให้เป็นคะแนนเทียบเคียงเป็นคะแนนแบบร้อยละ (มีค่าสูงสุดเป็น 100 คะแนน) ค่าดัชนี OIDP ที่ได้จากการประมวลผลจะถูกนำมาแบ่งย่อยเป็น 4 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีมาก ดีปานกลาง และไม่น่าพึงพอใจ โดยคะแนน 0 คือมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีมาก การคำนวณหาจุดแบ่งระดับสำหรับกลุ่มที่มีค่าคะแนนดัชนี OIDP มากกว่า 0 ทำโดยวิเคราะห์การกระจายความถี่ของคะแนนดัชนี OIDP ทั้งหมดที่มากกว่า 0 และหาตำแหน่งคะแนนดัชนี OIDP ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ 50 ได้ค่าเท่าไรให้ใช้ค่านี้เป็นจุดแบ่งระดับแรก (rst cut-off point) และตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ 75 ได้ค่าเท่าไรให้ใช้ค่านี้เป็นจุดแบ่งระดับที่ 2 (second cut-off point) จากการคำนวณดังกล่าวสามารถแบ่งระดับคะแนนดัชนี OIDP เป็น 4 กลุ่มคือ คุณภาพชีวิตในมิติ

สุขภาพช่องปากดีมาก ดี ปานกลางและไม่น่า  
พึงพอใจตามลำดับ เพื่อแสดงถึงระดับความ  
แตกต่างของความรุนแรงและความถี่ของผลกระทบ  
ต่อคุณภาพชีวิต

**ส่วนที่ 5** แบบสัมภาษณ์ความสุขใน  
การใช้ฟันเทียม

คำถามข้อที่ 1 ท่านใส่ฟันเทียมชนิดนี้  
บ่อยแค่ไหน

คำถามข้อที่ 2 การใช้งานฟันเทียมชนิดนี้  
ของท่านเป็นลักษณะใด

การแปลผลเป็นระดับความสุขใน  
การใช้งานฟันเทียม พิจารณาดังนี้

มีความสุขในการใช้งานฟันเทียม เมื่อ  
ตอบคำถามข้อที่ 1 ว่าใส่ทุกวัน หรือ ใส่ 4 – 6 วัน  
ต่อสัปดาห์ และตอบคำถามข้อที่ 2 ว่าใส่ตลอดเวลา  
ตลอดตอนนอน

ไม่มีความสุขในการใช้งานฟันเทียม เมื่อ  
ตอบคำถามข้อที่ 1 ว่าใส่น้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์  
และหรือตอบคำถามข้อที่ 2 ว่าไม่ได้ใส่ตลอดเวลา  
ใส่เฉพาะเวลารับประทานอาหารเป็นส่วนใหญ่  
หรือไม่ได้ใส่ตลอดเวลาใส่เฉพาะเวลาไปออกงาน  
หรือเมื่อต้องพบปะผู้คนเป็นส่วนใหญ่

#### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

นำข้อมูลมาลงรหัสข้อมูล ตรวจสอบ  
ความถูกต้อง ความครบถ้วน นำเข้าข้อมูลใน  
คอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์  
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อ  
ความสุขในการใช้ฟันเทียม โดยใช้สถิติทดสอบ  
ไคแอสควร์ (Chi-square) และ point biserial  
correlation ตามความเหมาะสมของข้อมูล

#### ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาใน  
ผู้สูงอายุทั้งสิ้น 63 ราย ในจำนวนนี้เป็นเพศชาย  
26 คน (ร้อยละ 41.3) และเพศหญิง 37 คน (ร้อยละ  
58.7) มีอายุระหว่าง 60 – 85 ปี อายุเฉลี่ย 68.9  
6.8 ปี ร้อยละ 55.6 ยังใช้ชีวิตอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ  
82.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ปัจจุบัน  
ผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.1 ยังคงประกอบอาชีพ และ  
มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักผู้สูงอายุร้อยละ 58.7  
มีโรคประจำตัว ระบุว่าที่โรงพยาบาลตามนัดเป็น  
ประจำ สามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 41.3 ไม่มี  
โรคประจำตัว

คุณภาพฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่  
ฟันเทียมทั้งปากในการศึกษานี้ พบว่า ร้อยละ 61.9  
มีฟันเทียมที่มีการยึดอยู่ที่เหมาะสม ร้อยละ 73.0  
มีฟันเทียมที่มีเสถียรภาพที่ดี ร้อยละ 79.4  
ใส่ฟันเทียมที่มีความสูงและมีการออกเสียงที่  
เหมาะสม ร้อยละ 88.9 ฟันเทียมมีการสบฟัน  
ที่เหมาะสม พบมีผู้สูงอายุเพียง 1 รายที่ฟันปลอม  
มีการชำรุดแต่ยังสามารถใช้งานได้ ดังแสดง  
ในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามคุณภาพฟันเทียม

หัวข้อประเมิน	คุณภาพฟันเทียม	
	เหมาะสมจำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสมจำนวนคน (ร้อยละ)
การยึดอยู่ของฟันเทียม	39 (61.9)	24 (38.1)
ความเสถียรของฟันเทียม	46 (73.0)	17 (27.0)
ความสูงของฟันเทียม และการออกเสียง	50 (79.4)	13 (20.6)
การสบฟัน	56 (88.9)	7 (11.1)
การบกร่องหรือชำรุด	62 (98.4)	1 (1.6)

การประเมินความสามารถในการบดเคี้ยวพบว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากมีคะแนนการบริโภคอาหารจากการใช้แบบสอบถามการบริโภคอาหารตั้งแต่ 0 – 28 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 22.795.96 โดยมีผู้สูงอายุที่สามารถเคี้ยวอาหารทุกชนิดตามแบบสอบถามได้อย่างสบาย 15 รายคิดเป็นร้อยละ 23.8 จากรายการอาหารในแบบสอบถามการบริโภคอาหาร 14 ชนิดพบว่าชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80

สามารถเคี้ยวได้อย่างสบายคือ ข้าวต้ม/โจ๊ก ง่ายง่าย แกงจืด/ผักนึ่ง ข้าวสวย ไข่เจียว ปลาหนึ่ง ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 สามารถเคี้ยว ข้าวต้ม/โจ๊ก ง่ายง่าย แกงจืด/ผักนึ่ง ข้าวสวย บะหมี่ ไข่เจียว ปลาหนึ่ง แกงส้ม กุ้ง ปลาทอด ส้มได้อย่างสบาย มีผู้สูงอายุที่เคี้ยวผักผลไม้ได้เลย ร้อยละ 17.5 เคี้ยวฝรั่งและหมูทอดไม่ได้เลย ร้อยละ 28.6 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการเคี้ยวอาหารแต่ละชนิด

ชนิดอาหาร	ความสามารถในการเคี้ยว		
	เคี้ยวไม่ได้เลย จำนวนคน (ร้อยละ)	เคี้ยวได้บ้าง/เคี้ยวลำบาก จำนวนคน (ร้อยละ)	เคี้ยวได้สบาย จำนวนคน (ร้อยละ)
1. ข้าวต้ม/โจ๊ก	2 (3.2)	5 (7.9)	56 (88.9)
2. ง่ายง่าย	2 (3.2)	9 (14.3)	52 (82.5)
3. แกงจืด/ผักนึ่ง	2 (3.2)	8 (12.7)	53 (84.1)
4. ข้าวสวย	2 (3.2)	9 (14.3)	52 (82.5)
5. บะหมี่	3 (4.8)	11 (17.5)	49 (77.8)
6. ไข่เจียว	2 (3.2)	8 (12.7)	53 (84.1)
7. ปลาหนึ่ง	2 (3.2)	6 (9.5)	55 (87.3)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการเคี้ยวอาหารแต่ละชนิด (ต่อ)

ชนิดอาหาร	ความสามารถในการเคี้ยว		
	เคี้ยวไม่ได้เลย จำนวนคน (ร้อยละ)	เคี้ยวได้บ้าง/เคี้ยวลำบาก จำนวนคน (ร้อยละ)	เคี้ยวได้สบาย จำนวนคน (ร้อยละ)
8. แกงส้ม	5 (7.9)	13 (20.6)	45 (71.4)
9. กล้วย	4 (6.3)	9 (14.3)	50 (79.4)
10. ปลาทอด	5 (7.9)	24 (38.1)	34 (54.0)
11. ส้ม	4 (6.3)	17 (27.0)	42 (66.7)
12. ฝรั่ง	18 (28.6)	27 (42.9)	18 (28.6)
13. หมูทอด	18 (28.6)	30 (47.6)	15 (23.8)
14. ผัดผัก	11 (17.5)	23 (36.5)	29 (46.0)

การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก จากการคำนวณคะแนนดัชนี ODP ของผู้สูงอายุแต่ละคนพบว่าค่าคะแนนดัชนี ODP สูงสุดเท่ากับ 62.5 ต่ำสุดเท่ากับ 0 และจากการวิเคราะห์การกระจายความถี่ของคะแนนดัชนี ODP ทั้งหมดที่มากกว่า 0 และหาตำแหน่งคะแนนดัชนี ODP ที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ 50 ได้ที่ค่า 2.0 จึงใช้เป็นจุดแบ่งระดับแรก (first cut-off point) และตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ 75 ได้ที่ค่า 5.5 จึงใช้เป็นจุดแบ่งระดับที่ 2 (second cut-off point) คะแนนดัชนีซึ่งแบ่งครั้งจำนวนผู้สูงอายุซึ่งได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วง 0.1 – 2.0 ดังนั้นจึงแบ่งระดับคะแนนดัชนี ODP เป็น 4 กลุ่ม เพื่อแสดงถึงระดับความแตกต่างของความรุนแรงและความถี่ของผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดย

คะแนน 0 คือ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีมาก  
คะแนน 0.1 – 2.0 คือ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี  
คะแนน 2.1 – 5.5 คือ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากปานกลาง  
คะแนน 5.5 ขึ้นไป คือ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่น่าพึงพอใจ  
ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 20.6 ไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ในการใช้ชีวิตประจำวัน จัดว่ามีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมาก (ODP=0) ร้อยละ 38.1 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี ร้อยละ 22.2 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ 19.0 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับไม่น่าพึงพอใจ ค่าเฉลี่ยคะแนน ODP เท่ากับ 5.0711.1 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามค่าระดับคะแนน OIDP

ระดับคะแนน OIDP	ระดับคุณภาพ ชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean
0	ดีมาก	13	20.6	Mean = 5.07
0.1 – 2.0	ดี	24	38.1	S.D. = 11.1
2.1 – 5.5	ปานกลาง	14	22.2	
5.5 ขึ้นไป	ไม่น่าพึงพอใจ	12	19.0	
<b>รวม</b>		<b>63</b>	<b>100.0</b>	

กิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากการใส่ฟันเทียมคือการรับประทานอาหาร ร้อยละ 73 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากฟันเทียมขยับขณะรับประทานอาหารและฐานฟันเทียมกดเนื้อเยื่ออ่อนจนเป็นแผลทำให้มีอาการเจ็บขณะรับประทานอาหาร รองลงมาเป็นการพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน ร้อยละ 30.2 สาเหตุจากฟันเทียมขยับ หลวมและฟันเทียมมีความสูงมากเกินไปทำให้พูดไม่ถนัด ออกเสียงไม่ชัดเจน ไม่มีผู้สูงอายุท่านใดได้รับผลกระทบด้านการนอนหลับพักผ่อนและการทำงานหรือกิจกรรมเบา ๆ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.9 ได้รับผลกระทบจากการใส่ฟันเทียม 1 – 2 กิจกรรม ร้อยละ 17.5 ได้รับผลกระทบจากการใส่ฟันเทียม 3 – 5 กิจกรรม

ในการประเมินความถี่ในการใส่ฟันเทียมพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 47.6 ใส่ฟันเทียมทุกวัน ร้อยละ 9.5 ใส่ฟันเทียม 4–6 วันต่อสัปดาห์ และ ร้อยละ 42.9 ใส่ฟันเทียมน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ในด้านลักษณะการใช้งานฟันเทียมพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 63.5 ใส่ฟันเทียมตลอดเวลา ถอดเวลานอน ร้อยละ 28.6 ใส่ฟันเทียมเฉพาะเวลารับประทานอาหารเป็นส่วนใหญ่ และร้อยละ 7.9 ใส่ฟันเทียมเฉพาะเวลาไปออกงานหรือเมื่อต้องพบปะผู้คนเป็นส่วนใหญ่ เมื่อนำข้อมูลการใช้งานฟันเทียมมาประเมินเป็นความสุขในการใช้ฟันเทียมพบว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากมีความสุขจากการใช้ฟันเทียมน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 57.1 และรู้สึกไม่มีความสุขจากการใช้ฟันเทียมน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 42.9 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการใช้งานฟันเทียม และความสุขในการใช้ฟันเทียม

การใช้งานฟันเทียม และความสุขในการใช้ฟันเทียม	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความถี่ในการใส่ฟันเทียม</b>		
ใส่ทุกวัน	30	47.6
ใส่ 4–6 วันต่อสัปดาห์	6	9.5
ใสน้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์	27	42.9

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการใช้งานฟันเทียม และความสุขในการใช้ฟันเทียม (ต่อ)

การใช้งานฟันเทียม และความสุขในการใช้ฟันเทียม	จำนวน	ร้อยละ
<b>ลักษณะการใช้งานฟันเทียม</b>		
ใส่ตลอดเวลา ถอดตอนนอน	40	63.5
ไม่ได้ใส่ตลอดเวลา ใส่เฉพาะเวลารับประทานอาหารเป็นส่วนใหญ่	18	28.6
ไม่ได้ใส่ตลอดเวลา ใส่เฉพาะเวลาไปออกงานหรือเมื่อต้องพบปะผู้คนเป็นส่วนใหญ่	5	7.9
<b>ความสุขในการใช้ฟันเทียม</b>		
มีความสุข	36	57.1
ไม่มีความสุข	27	42.9

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการใช้ฟันเทียมกับปัจจัยต่าง ๆ พบความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการใช้ฟันเทียมกับการยึดอยู่ของฟันเทียม ความเสถียรของฟันเทียม ความสูง

ของฟันเทียม/การออกเสียง การสบฟัน ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของการใส่ฟันเทียมกับความสุขในการใช้งานฟันเทียม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการใช้งานฟันเทียม	ความสุขในการใช้งานฟันเทียม		P
	มีความสุข จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มีความสุข จำนวนคน (ร้อยละ)	
<b>การยึดอยู่ของฟันเทียม</b>			<b>0.000*</b>
เหมาะสม	30 (76.9)	9 (23.1)	
ไม่เหมาะสม	6 (25.0)	18 (75.0)	
<b>ความเสถียรของฟันเทียม</b>			<b>0.000*</b>
เหมาะสม	33 (71.7)	13 (28.3)	
ไม่เหมาะสม	3 (17.6)	14 (82.4)	
<b>ความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง</b>			<b>0.000*</b>
เหมาะสม	35 (70.0)	15 (30.0)	
ไม่เหมาะสม	1 (7.7)	6 (85.7)	

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆของการใส่ฟันเทียมกับความสุขในการใช้งานฟันเทียม (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข ในการใช้งานฟันเทียม	ความสุขในการใช้งานฟันเทียม		P
	มีความสุข จำนวนคน (ร้อยละ)	ไม่มีความสุข จำนวนคน (ร้อยละ)	
<b>การสบฟัน</b>			<b>0.036**</b>
เหมาะสม	35 (62.5)	21 (37.5)	
ไม่เหมาะสม	1 (14.3)	6 (85.7)	
<b>ความบกพร่องหรือชำรุด</b>			<b>0.429</b>
เหมาะสม	36 (58.1)	26 (41.9)	
ไม่เหมาะสม	0 (0.0)	1 (100.0)	
<b>ระดับคุณภาพชีวิต</b>			<b>0.000*</b>
ดีมาก	12 (92.3)	1 (7.7)	
ดี	19 (79.2)	5 (20.8)	
ปานกลาง	5 (35.7)	9 (64.3)	
ไม่น่าพึงพอใจ	0 (0.0)	12 (100.0)	
<b>ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว</b>		<b>ค่าสหสัมพันธ์</b>	<b>0.648***</b>

\*Chi-square test (p<0.05), \*\*Fisher's exact test, \*\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

### อภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพดี คือ ร้อยละ 61.9 มีการยึดอยู่ที่เหมาะสม ร้อยละ 73.0 มีเสถียรภาพที่ดี ร้อยละ 79.4 มีความสูงและมีการออกเสียงที่เหมาะสม ร้อยละ 88.9 มีการสบฟันที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของพิมวิภา เศรษฐวรพันธ์ และคณะที่ศึกษาคุณภาพฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 62 ใส่ฟันเทียมที่มีการยึดอยู่และเสถียรภาพที่ดี ร้อยละ 75 ใส่ฟันเทียมที่มีความสูงเหมาะสม<sup>[14]</sup>

2. การศึกษานี้พบว่าคุณภาพฟันเทียมที่ไม่เหมาะสมที่พบร้อยละ 20 – 40 คือ การยึดอยู่ (ร้อยละ 38.1) เสถียรภาพของฟันเทียม (ร้อยละ 27.0) และความสูงของฟันเทียม (ร้อยละ 20.6) โดยปัญหาการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียมที่ไม่เหมาะสมจะเกิดกับขากรรไกรล่างเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Limppuangthip N และคณะ และ Perea C และคณะ ที่กล่าวว่า การติดอยู่และความเสถียรที่ไม่เหมาะสมของฟันเทียมในขากรรไกรบนมีความชุกน้อยกว่าฟันเทียมในขากรรไกรล่าง<sup>[17,18]</sup> เนื่องจากเนื้อเยื่อรองรับ

ฟันเทียมในขากรรไกรล่างมักมีรูปร่างแบนราบ และมีพื้นที่ในการติดอยู่น้อยกว่าขากรรไกรบน ทำให้ฟันเทียมในขากรรไกรล่างมีแรงยึดติดกับเนื้อเยื่อข้างใต้ (interfacial tension) น้อยกว่าฟันเทียมในขากรรไกรบน<sup>[19]</sup> ในด้านความสูงที่ไม่เหมาะสมของฟันเทียมพบว่าทั้งหมดเป็นในลักษณะมีความสูงที่มากเกินไป ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาในการใช้งานฟันเทียมได้แก่พูดไม่ชัดเจนออกเสียง “ฝ” “ฟ” และ “ส” ได้ไม่ชัดเจน รับประทานอาหารลำบากเนื่องจากมีเนื้อที่ระหว่างฟันบนและฟันล่างน้อย ทำให้รับประทานอาหารได้ค้ำเล็กน้อย

3. การทดสอบประสิทธิภาพการบดเคี้ยว การศึกษานี้เลือกใช้แบบสอบถามการบริโภคอาหารจากการศึกษาของ Kunon N และ Kaewplung O ที่พัฒนาขึ้นจากอาหารไทยและใช้ทดสอบในประชากรไทยมาก่อน อาหารที่ใช้ในแบบสอบถามเป็นอาหารไทยทั่วไปที่รับประทานในชีวิตประจำวัน มีความหลากหลายในด้านความแข็งและเหนียวของอาหาร<sup>[16]</sup> นอกจากนี้การศึกษาของ ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์ และแมนสรวง อักษรนุกิจ ได้ใช้แบบสอบถามการบริโภคอาหารนี้ในผู้ที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้แบบต่าง ๆ และพบว่าแบบสอบถามการบริโภคอาหารนี้เหมาะสมที่จะใช้ประเมินประสิทธิภาพการบดเคี้ยวในกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากเนื่องจากผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่คะแนนการบริโภคอาหารสูงขึ้นหลังได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากเมื่อเทียบกับคะแนนตอนก่อนใส่ฟันเทียม<sup>[20]</sup>

4. การให้คะแนนความสามารถในการบดเคี้ยวตามเกณฑ์ของแบบสอบถามระบุว่าอาหารที่กลุ่มตัวอย่างแพ้หรือไม่เคยรับประทานจะได้คะแนนเป็นศูนย์ในส่วนนี้อาจทำให้การแปรผล

มีความคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากคะแนนศูนย์ในส่วนนี้อาจไม่ได้แปลว่าไม่มีประสิทธิภาพการบดเคี้ยวเสมอไป ทั้งนี้การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีการแพ้อาหารหรือไม่เคยรับประทานอาหารทั้ง 14 ชนิดในแบบสอบถาม

5. การศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างหลากหลาย ชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 สามารถเคี้ยวได้อย่างสบายคือ ข้าวต้ม/โจ๊ก จับฉ่าย แกงจืด/ผัดกึ่ง ข้าวสวย ไข่เจียว ปลาแห้ง อาหารที่ผู้สูงอายุบางส่วนที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก เคี้ยวลำบาก ได้แก่ ผัดผัด หมูทอดและฝรั่ง ผลการศึกษาในส่วนนี้สามารถนำไปใช้ในการแนะนำอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางท่านอาจมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องมาก่อน เช่นเข้าใจว่าการใส่ฟันเทียมจะช่วยให้เคี้ยวอาหารได้ทุกชนิด ทันทีแพทย์จึงควรแนะนำผู้ป่วยว่าอาหารบางชนิดที่แข็งหรือเหนียวอาจไม่สามารถเคี้ยวได้

6. สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจากส่งผลต่อภาวะโภชนาการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดัชนีที่นิยมใช้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากคือดัชนี OHIP และ ดัชนี OIDP การศึกษานี้นำดัชนี OIDP มาใช้เนื่องจากเป็นดัชนีที่มีการศึกษาในประชากรไทยแล้ว โดยพัชรวรรณ ศรีศิลป์นันท์ และคณะ ได้ศึกษาผลกระทบของปัญหาสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย<sup>[12]</sup> นอกจากนี้ดัชนี OIDP ยังให้ความสำคัญต่อผลกระทบทั้งในมิติทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม

7. การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 20.6 ไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ในการใช้ชีวิตประจำวัน จากการใส่ฟันเทียม ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ นิพัทธ์ สมศิริ การศึกษาของ ชัยรัตน์ ทับทอง และการศึกษาของ อนงค์ ผุดผ่อง ที่มีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับผลกระทบร้อยละ 69.2, 55.4 และ 53.7 ตามลำดับ<sup>[21,22,23]</sup> สาเหตุที่ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับผลกระทบจากการใส่ฟันเทียมน้อยกว่าผลการศึกษาอื่น ๆ ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ได้กลับมาตรวจเช็คและแก้ไขฟันเทียมตามนัดเนื่องจากอุปสรรคในเรื่องของการเดินทางและไม่มีคนพามาพบทันตแพทย์

8. กิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากการใส่ฟันเทียมคือการรับประทานอาหาร โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากฟันเทียมขยับขณะรับประทานอาหารและฐานฟันเทียมกดเนื้อเยื่ออ่อนจนเป็นแผลทำให้มีอาการเจ็บขณะรับประทานอาหาร รองลงมาเป็น การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน สาเหตุจากฟันเทียมขยับ หลวมและฟันเทียมมีความสูงมากเกินไปทำให้พูดไม่ถนัด ออกเสียงไม่ชัดเจน ซึ่งผลการศึกษาในส่วนนี้คล้ายกันกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา<sup>[21,24,25]</sup> แต่แตกต่างจากการศึกษาของรัชฎา น้อยสมบัติ ที่พบว่า การพูดมีความถี่และความรุนแรงในการเกิดมากที่สุด<sup>[26]</sup>

9. การศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งใส่ฟันเทียมตั้งแต่ 4 – 7 วันต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใส่ฟันเทียมตลอดเวลาทั้งเวลารับประทานอาหารและเมื่อออกไปพบปะผู้คน และถอดฟันเทียมเวลานอน มีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ใส่ฟันเทียมเฉพาะเวลารับประทานอาหารหรือเวลาออกไปพบปะผู้คนอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น

การศึกษานี้ได้นำความถี่ในการใส่ฟันเทียมและลักษณะการใช้งานฟันเทียมมาแปลผลเป็นความสุข โดยรวมต่อการใช้งานฟันเทียม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุขในการใช้งานฟันเทียมมีสัดส่วนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขในการใช้งานฟันเทียมเล็กน้อย

10. การศึกษานี้ตั้งข้อสังเกตได้ว่าความถี่ในการใส่ฟันเทียมทุกวันอาจอาจมีปัจจัยอื่น ๆ มาเกี่ยวข้องทำให้มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม อาจไม่ได้สัมพันธ์โดยตรงกับความสุขในการใช้งานฟันเทียม ทั้งนี้ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาในรูปแบบนี้มาก่อน จึงเป็นโอกาสพัฒนาที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการใช้งานฟันเทียมต่อไป

11. การศึกษาที่ผ่านมา มีรายงานถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับการติดอยู่ของฟันเทียม เสถียรภาพของฟันเทียม และการสบฟัน<sup>[13]</sup> มีรายงานถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียมทางกายภาพกับความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมพบว่าความเสถียรของฟันเทียมต่อการสบฟันหลังและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมทั้งปาก<sup>[14]</sup> การศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการใช้งานฟันเทียมกับการยึดอยู่ของฟันเทียม ความเสถียรของฟันเทียม ความสูงของฟันเทียม การสบฟัน ประสิทธิภาพการบดเคี้ยว และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้ที่ผ่านมามีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก หลายการศึกษาจะมีการหาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจต่อฟันเทียมกับปัจจัยต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ศึกษาถึงความสุขในการใช้งานฟันเทียม จึงเป็นโอกาสพัฒนาการศึกษาด้านนี้ต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. จากการที่พบฟันเทียมบางส่วนยังมีคุณภาพไม่เหมาะสม จึงเสนอแนะให้มีการจัดการอบรมให้แก่ทันตแพทย์ เพื่อทบทวนองค์ความรู้ในการให้การรักษาทันตกรรมประดิษฐ์มีช่องทางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาแนวทางการแก้ปัญหา เทคนิควิธีพิเศษในการรักษาทันตกรรมประดิษฐ์โดยผู้ชำนาญกว่าเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการต่อไป

2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในการใช้งานฟันเทียมบ้างไม่มากก็น้อย จึงควรมีการติดตามการใช้งานฟันเทียมเพื่อประเมินคุณภาพฟันเทียมและแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วในทางปฏิบัติพบว่ามีปัญหาในการติดตามการรักษาในผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมคือขาดระบบการติดตาม หรือการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถมาพบทันตแพทย์ตามนัดได้สาเหตุจากมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางหรือไม่มีผู้ดูแลมาจึงเป็นโอกาสในการปรับปรุงระบบและขั้นตอนการติดตามให้ทั่วถึงและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. ผลการศึกษาในส่วนของกรบริโภคอาหารสามารถนำไปใช้ในการแนะนำอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก โดยแนะนำให้เริ่มใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหารที่ละเอียดและเริ่มที่อาหารนิ่ม ๆ ก่อน เช่น ข้าวต้ม/โจ๊ก ผักให้ลองเป็นจับจ่าย ผักหนึ่ง เมื่อเคี้ยวได้คล่องให้ลองปรับปริมาณอาหาร ความหยาบและความแข็งของอาหาร และควรแนะนำผู้ป่วยว่าอาหารบางชนิดที่แข็งหรือเหนียวเช่นฝรั่ง หมูทอด อาจไม่สามารถเคี้ยวได้

4. ในการประเมินประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ในการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตร่วมด้วย และสามารถใช้ในการประเมินความสุขส่วนบุคคลเป็นด้วยยืนยันท้าได้

### การปกป้องสิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส KHE 2020 – 009 ลงวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ กระบวนการเก็บข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักวิจัยและสถิติ สุราษฎร์ธานี ที่ให้คำปรึกษาตลอดโครงการวิจัยและให้ความรู้ในการวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย

ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงนิธิดาคุริยะสายทันตแพทย์ชำนาญการเฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ โรงพยาบาลสีคิ้ว ที่ให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินคุณภาพฟันเทียมอาสาสมัครในการศึกษานี้

ขอขอบคุณบุคลากรในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสีคิ้ว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ที่ช่วยอำนวยความสะดวก ประสานงานในการเก็บข้อมูลงานวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- [1] Institute Geriatric Medicine. Thai elderly database, Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2006.
- [2] สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560. นนทบุรี : สามเจริญพาณิชย์; 2561
- [3] Maopome G, Gullion CM, White BA, Wyatt CC, Williams PM. Oral disorders chronic systemic diseases in very old adults living in institutions. *Spec Care Dentist* 2003; 23: 199 – 208.
- [4] Gerristen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 126.
- [5] Glick M, Williams DM, Cleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc* 2016; 147(12): 915 – 7.
- [6] Locker D, Allen F. What do measures of “oral health-related quality of life” measure? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35 (6): 401 – 11.
- [7] Sinavarat P, Ruchuwarak P. A follow-up study in complete denture wearers : 3–5 years after treatment. *Mahidol Dent J* 1997; 17: 61 – 8.
- [8] Songpaisan Y. Satisfaction and oral health related impact to quality of life of edentulous seniors after wearing complete dentures at Bangyai Hospital Nonthaburi. *Thai J Health Promotion and Environmental Health* 2007; 32: 31 – 45.
- [9] Felon MR, Sherriff M. Investigation of new complete denture quality and patients’ satisfaction with and use of dentures after two years. *J Dent* 2004; 32: 327 – 33.
- [10] Adulayanon S, Sheiham A. Oral Impacts on Daily Performances. Measuring oral health and quality of life. Slade GD, editor: Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
- [11] Adulayanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(6): 385 – 9.
- [12] Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology* 2001; 18(2): 102 – 8.
- [13] ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใช้ฟันเทียมทั้งปากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์* 2562; 69(4): 369 – 78.

- [14] พิมพ์วิภา เศรษฐวรพจน์ ทรัพย์จิต โสมกุล และ ไพฑูรย์ ดาวสดใส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์ 2557; 64(1): 26 – 46.
- [15] Graham C. Happiness and health: lessons and questions for public policy. *Health Affairs* 2008; 27: 72 – 87.
- [16] Kunon N, Kaewplung O. Comparison of chewing ability of mandibular implant-retained overdenture patients using the subjective and the objective assessments. *CU Dent J* 2014; 37: 171 – 82.
- [17] Limpuangthip N, Somkotra T, Arksomnukit M. Modified retention and stability criteria for complete denture wearers: A risk assessment tool for impaired masticatory ability and oral health-related quality of life. *J Prosthet Dent* 2018; 120(1): 43 – 9.
- [18] Perea C, Suarez-Garcia MJ, Del Rio J, Torres-Lagares D, Montero J, Castillo-Oyague R. Oral health-related quality of life in complete denture wearers—depending on their socio-dermographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013; 18(3): 371 – 80.
- [19] Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete denture retention, stability, and support. Part I: retention. *J Prosthet Dent* 1983; 49(1): 5 – 15.
- [20] ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์ และแมนสรวง อักษรนุกิจ. การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากหลังการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์: การศึกษาแบบไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผล. *ชม.ทันตสาร* 2562; 40(3): 103 – 12.
- [21] ชัยรัตน์ ทับทอง. การประเมินความพึงพอใจและผลกระทบของฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. *วิทยาลัยทันตสาธารณสุข* 2558; 20(2): 61 – 70.
- [22] นิพัทธ์ สมศิริ. สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทานในมิติคุณภาพชีวิต. *วารสารสุขศึกษา* 2558; 38: 1 – 13.
- [23] อนงค์ ผุดผ่อง. ผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร* 2557; 34(2): 49 – 5.
- [24] เบญจมาศ สือพัฒน์ธิดา. ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลโคกพระ จังหวัดนครสวรรค์. *วิทยาลัยทันตสาธารณสุข* 2556; 18(1): 36 – 48.
- [25] วิรัช บรรณเจตพงศ์ชัย. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน”. *วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์* 2553; 25: 18 – 24.
- [26] รัชฎา น้อยสมบัติ. สถานภาพในช่องปากและผลกระทบของสถานภาพในช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2545.