

นิพนธ์ต้นฉบับ

การให้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูก ต้องและมีสุขภาพในช่องปากที่ดี โดยการรณรงค์ แปรงฟันหลังอาหารกลางวันของบุคลากรใน โรงพยาบาลพระปกเกล้า

สินิทธิ์ โกศลนันทน์ ท.บ.*

Abstract Oral physiotherapy (oral hygiene instructions and daily toothbrushing after lunch campaign) in staffs of Prapokklao Hospital

Sinit Koslanun D.D.S., M.Sc *

* Dental Department, Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province, Thailand.

J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2008;25:5–9.

Context : As Periodontal diseases are chronic in nature, the successful periodontal therapy demands high level of patient cooperation.

Objective : To reduce Plaque Index scores to 20percent and Bleeding Index scores more than 80 percent by oral physiotherapy as follows: oral hygiene instructions and daily toothbrushing after lunch campaign in staffs of Prapokklao Hospital.

Participants : The 68 volunteers were staffs of Prapokklao Hospital.

Matrials and Methods : At the begin of study, after baseline Plaque Index and Bleeding Index scores was recorded, the participants were explained oral hygiene instructions and started daily toothbrushing after lunch campaign. In 3, 6 and 9 months of study period, Plaque Index and Bleeding Index scores was re-examined. Data were express as means of t-test for paired data

Results : That was statistically significant difference in Plaque Index and Bleeding Index in 3 months ($P < 0.05$). In 9 months 6 volunteers could reduce Plaque Index scores until 20 percent and 52 volunteers could reduce Bleeding Index scores more than 80percent.

Conclusions : The oral physiotherapy as follows: oral hygiene instructions and daily toothbrushing after lunch campaign can improve oral hygiene include reduce Plaque Index and Bleeding Index scores in staffs of Prapokklao Hospital.

Key Words : Periodontal disease; oral hygiene instructions; toothbrushing; Plaque Index; bleeding Index.

* กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

บทนำ

ปัญหาสุขภาพในช่องปากเป็นปัญหาสำคัญ ปัญหาหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนเรา รวมทั้งกระทบถึงด้านอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย เรื่องของเวลาที่เสียไป ในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 ของ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาวิทยาการระบาดของโรคปริทันต์ในประเทศไทย โดยตรวจสอบภาวะปริทันต์ของ กลุ่มอายุ 12 ปี กลุ่มอายุ 17-19 ปี กลุ่มอายุ 35-44 ปี และ กลุ่มอายุ 60-74 ปี ด้วย ดัชนีปริทันต์ทางชุมชน (ดัชนีซีพีไอ; Community Periodontal Index) ผลสรุปของสภาวะปริทันต์แยกตามกลุ่มอายุคือ กลุ่มอายุ 12 ปี และกลุ่มอายุ 17-19 ปี มีสภาวะเหงือกอักเสบและเลือดออก (ดัชนีซีพีไอ = 1) ร้อยละ 75.3 และ 68.6 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 35-44 ปี เป็นโรคปริทันต์อักเสบ โดยมีระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์เพิ่มขึ้น (ดัชนีซีพีไอ = 3,4) ส่วนกลุ่มสุดท้ายที่มีอายุ 60-74 ปี เป็นโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 70.46² ขณะที่ในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 กลุ่มอายุ 35-44 ปี มีระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์เพิ่มขึ้น (ดัชนีซีพีไอ = 3,4) ร้อยละ 37.3 แสดงให้เห็นว่าการป้องกันและรักษาโรคปริทันต์ในประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จดีนัก³

จากที่โรคปริทันต์เป็นโรคที่มีปัจจัยก่อโรคหลายด้านร่วมกัน⁴ การป้องกันและรักษาโดยมุ่งเน้นเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะไม่สามารถยับยั้งการเกิดหรือลุกลามของโรคได้อย่างสมบูรณ์ การรักษามักต้องใช้เวลาอันยาวนาน ดังนั้น การรักษาโรคปริทันต์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก⁵ โดยเฉพาะในส่วนของการดูแลอนามัยช่องปาก⁶ และการมารับรักษาในช่วงคงสภาพวัยระปริทันต์อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่ของโรค⁷⁻⁸ ปัจจุบันการรักษาโรคเรื้อรังในทางทันตกรรมเป็นที่ยอมรับแล้วว่า การให้ความสำคัญต่อการตอบสนองเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับโรคได้ทั้งหมด จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยในแง่ของจิตวิทยาและพฤติกรรมด้วย เพื่อที่จะสามารถป้องกันและรักษาโรคได้อย่างมี

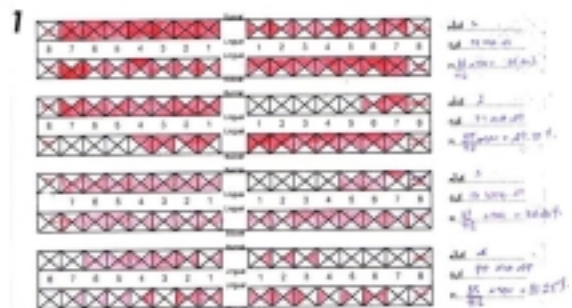
ประสิทธิภาพ⁹

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและมีสุขภาพในช่องปากที่ดี โดยเฉพาะการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ให้สามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ได้ปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 และสามารถลดภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบได้มากกว่าร้อยละ 80

ระเบียบวิธีวิจัย

ทำการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลพระปกเกล้า จำนวน 68 คน อายุ 24-59 ปี อายุเฉลี่ย 39.84 ปี ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งได้รับการตรวจสุขภาพฟัน บันทึกปริมาณคราบ จุลินทรีย์ (PI; Plaque Index)¹⁰ (ภาพที่ 1) และภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ (BI; Bleeding Index)¹¹ (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 1 การบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ 1: แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ 2: การย้อมคราบจุลินทรีย์ 3: ภายหลังการย้อมคราบจุลินทรีย์



ภาพที่ 2 การบันทึกดัชนีภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ 1: การวัดภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ 2: แบบบันทึกดัชนีภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ

ได้รับการสอนแปรงฟัน การให้ทันตสุขศึกษา และการรณรงค์แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน โดยทุก ๆ 3 เดือน ทำการตรวจพร้อมทั้งให้ทันตสุขศึกษาย่อมคราบจุลินทรีย์ แสดงจุดที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่สามารถทำความสะอาดได้ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและพัฒนาการแปรงฟันของผู้เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงบันทึกผลปริมาณคราบจุลินทรีย์ (PI) และภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ (BI) เป็นเวลา 9 เดือน

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการลดลงของปริมาณคราบจุลินทรีย์ และภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบในระยะเวลา 3 6 และ 9 เดือน

ระยะเวลา	บุคลากรในโรงพยาบาล พระปกเกล้า(คน)	คราบจุลินทรีย์ ลดลงเฉลี่ย (ร้อยละ)	ภาวะเลือดออกจากเหงือก อักเสบลดลงเฉลี่ย (ร้อยละ)
เริ่มต้นศึกษา	68	20.83	82.80
3 เดือน	68	7.48*	65.30*
6 เดือน	67	2.90	55.73
9 เดือน	52	2.32	38.42

* มีปริมาณคราบจุลินทรีย์ และภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้การคำนวณร้อยละ และ Paired t - test ในการคำนวณปริมาณคราบจุลินทรีย์ (PI) และภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ (BI) ในช่วงเริ่มต้นการศึกษาและเมื่อทำการศึกษาเป็นเวลา 3, 6 และ 9 เดือน

ผลการศึกษา

บุคลากรในโรงพยาบาลพระปกเกล้าจำนวน 68 คน อายุ 24-59 ปี อายุเฉลี่ย 39.84 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปริทันต์อักเสบ สามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ได้ร้อยละ 17.5 27.7 และ 44.38 ลดภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ ได้ร้อยละ 13.35 17.93 และ 18.51 ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 9 เดือน ตามลำดับ โดยพบว่าในระยะเวลา 3 เดือน ปริมาณคราบจุลินทรีย์และภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบมีปริมาณลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังตารางที่ 1 และ ในระยะเวลา 9 เดือน พบบุคลากรในโรงพยาบาลพระปกเกล้าสามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ได้ปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 จำนวน 6 คน และสามารถลดภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบได้มากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 52 คน

บทวิจารณ์

จากการศึกษาของ Helman¹² พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยหรือเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของบุคคลต่อการเจ็บป่วยมากที่สุด การทำความเข้าใจถึงวิธีคิด และวิธีปฏิบัติต่อโรคของบุคคลกลุ่มนี้ โดยการอาการแสดงและสิ่งที่ชี้ให้เห็นว่ามีโรคเกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การสื่อสารระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและความสำเร็จในการรักษาโรคในที่สุด¹³ ในการศึกษานี้ได้ใช้การวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ ซึ่งใช้ดัชนีของ O'Leary (O'Leary Plaque Index)¹⁰ เป็นการคำนวณจากตำแหน่งที่คราบจุลินทรีย์ติดสีทั้ง 4 ตำแหน่งของฟันทั้งหมดและนำมาคิดเป็นร้อยละของคราบจุลินทรีย์ วิธีการนี้ง่ายต่อการคำนวณ แม้มีความแม่นยำน้อยเนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยสามารถลดปริมาณการเกิดคราบจุลินทรีย์ได้แต่ตำแหน่งที่ติดคราบไม่ลดลงทำให้ค่าของดัชนีไม่ลดลง เมื่อเทียบกับดัชนีคราบจุลินทรีย์ของ Navy Index¹⁴ ซึ่งเป็นดัชนีที่ดีที่สุดในการประเมินปริมาณคราบจุลินทรีย์แต่เนื่องจากเป็นดัชนีที่มีรายละเอียดถึง 9 ส่วนของผิวฟันจึงทำให้ใช้งานได้ยากกว่า หรือเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการวัดการเกิดคราบจุลินทรีย์ด้วยพื้นที่บนผิวฟัน (plaque area)¹⁵ เป็นวิธีการวัดที่ถูกต้อง แม่นยำ และไวกว่า แต่ใช้เวลาในการวัดที่นานกว่าและต้องใช้ร่วมกับเครื่องคอมพิวเตอร์ เช่นเดียวกับการตรวจ ภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบที่มีความไวที่ต่ำ (low sensitivity) ซึ่งแสดงว่าการมีเลือดออกไม่ได้หมายถึงเกิดการอักเสบของเหงือก (false-positive) แต่มีความจำเพาะต่อโรคสูง (high specificity) ซึ่งแสดงว่าการไม่มีเลือดออกหมายถึงไม่เกิดการอักเสบของเหงือก¹⁶⁻¹⁷ และในการศึกษานี้ได้ทำการดัดแปลงดัชนีเลือดออกโดยคำนวณจากตำแหน่งที่มีเลือดออกของฟันทั้งหมดและนำมาคิดเป็นร้อยละของตำแหน่งเลือดออกเนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายต่อการคำนวณและสะดวกต่อการอธิบายแก่ผู้ป่วยในการศึกษานี้พบปริมาณคราบจุลินทรีย์และภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบ มีแนวโน้มลดลงเมื่อทำการศึกษาเป็นเวลา 3, 6 และ 9 เดือน ซึ่ง

แสดงให้เห็นว่า บุคลากรในโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง มีสุขภาพในช่องปากที่ดีขึ้นโดย สามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ และภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบได้ จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคปริทันต์ในผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล การสื่อสารระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย การให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง รวมถึงได้รับการณรงค์แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน มีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและความสำเร็จในการรักษาโรคแก่ผู้ป่วยได้

สรุป

การสื่อสารระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย โดย การให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง รวมถึงได้รับการณรงค์แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและความสำเร็จในการรักษาโรคได้ ดังเช่นบุคลากรในโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่มีสุขภาพในช่องปากที่ดีขึ้นสามารถลดปริมาณคราบจุลินทรีย์ และภาวะเลือดออกเนื่องจากเหงือกอักเสบได้ เมื่อได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง รวมถึงได้รับการณรงค์แปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน

เอกสารอ้างอิง

1. The American Academy of Periodontology. Proceeding of the World Workshop in Clinical Periodontics. Chicago; 1989.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 4. 2537.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสาธารณสุขแห่งชาติ ครั้งที่ 5. 2543.

4. American Academy of Periodontology. Epidemiology of periodontal disease. *J Periodontol* 1996;67:935–45.
5. Lindhe J, Nyman S. The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. *J Clin Periodontol* 1975;2:67–79.
6. Nyman S, Lindhe J, Rosling B. Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. *J Clin Periodontol* 1977;4:240–9.
7. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981;8:281–94.
8. American Academy of Periodontology. Treatment of plaque-induced gingivitis, chronic periodontitis and other clinical conditions. *J Periodontol* 2001;72:1790–1800.
9. Rowe JW. Health care of the elderly. *N Engl J Med* 1985;312:827–35.
10. O’Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. *J Periodontol* 1972;43:38.
11. Ainamo J, Ray J. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975;25:229–35.
12. Helman CG. The role of context in primary care. *J R Coll Gen Pract* 1984;34:547–50.
13. Kleinman A. Patient and healer in the context of culture. Berkeley : University of California Press;1990:432.
14. Quirynen M, Dekeyser C, van Steenberghe D. Discriminating power of five plaque indices. *J Periodontol* 1991;62:100–5.
15. Stean H, Forward GC. Measurement of plaque growth following toothbrushing. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;8:420–3.
16. Newbrun E. Indices to measure gingival bleeding. *J Periodontol* 1996;67:555–61.
17. Haffajee AD, Socransky SS, Goodson JM. Clinical parameters as predictors of destructive periodontal disease activity. *J Clin Periodontol* 1983;10:257–65.