

สภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มคนไร้ที่พึ่ง ในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี Oral Health Status among Thai Male Homeless at the Public Homeless Shelter in Thanyaburi, Pathum Thani

วิภารัตน์ วรหาร, ท.บ.,
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โรงพยาบาลเรณูนคร
จังหวัดนครพนม

Viparut Worahan, D.D.S.,
Division of Dental Public Health
Renunakhon Hospital,
Nakhon Panom

ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์, ท.บ., ส.ม., ประ.ด
ภาควิชาระบาดวิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ

Chanapong Rojanaworarit, D.D.S, MPH, PhD
Department of Epidemiology
Faculty of Public Health,
Mahidol University, Bangkok

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไป สภาวะสุขภาพช่องปาก และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีฟันใช้งาน ไม่เพียงพอของกลุ่มคนไร้ที่พึ่ง ในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

วิธีการศึกษา: รวบรวมข้อมูลจากการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากในคนไร้ที่พึ่งชาย ในปี 2561 ที่มีการบันทึกตามระบบบริการปกติของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลธัญบุรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ *t*-test, Wilcoxon rank-sum test, exact probability test และ univariable and multivariable logistic regression

ผลการศึกษา: คนไร้ที่พึ่งเป็นเพศชาย 468 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี ร้อยละ 71.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 92.7 เป็นคนเร่ร่อนมากถึงร้อยละ 81.5 และเป็นผู้พิการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.1 โดยมีความพิการทางจิตมากที่สุด ร้อยละ 65.4 ความพิการทางกาย ร้อยละ 35.5 และความพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 5.3 ปัญหาสุขภาพช่องปาก พบมีฟันในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 52.1 มีค่าเฉลี่ยอัตราฟันผุ ฟันถอน และฟันอุด เป็น 2.7, 12.8 และ 0.1 ซึ่งต่อคน ตามลำดับ มีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 97.3 พบปัจจัยการมีอายุมากกว่า 60 ปี และการมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานไม่เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป: คนไร้ที่พึ่งชายในการศึกษานี้มีสภาวะสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำกว่าประชากรไทยทั่วไปมาก จำเป็นต้องรับบริการทันตกรรมทั้งด้านบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ทั้งนี้การส่งเสริมให้สภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มคนไร้ที่พึ่งดีขึ้น โดยการแก้ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรมจึงควรให้ความสำคัญ เพื่อให้กลุ่มคนด้อยโอกาสเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : สภาวะสุขภาพช่องปาก คนไร้ที่พึ่ง

วารสารแพทย์เขต 4-5 2561 ; 37(3) : 210-225.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to describe general and oral health-related characteristics and to explore factors related to having insufficient functional remaining teeth among male homeless at the public homeless shelter in Thanyaburi, Pathum Thani.

Method: This study used data from dental check-up services for male homeless in 2018 which were recorded in dental chart on routine by the Dental Department of Thanyaburi Hospital. Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistics, i.e., *t*-test, Wilcoxon rank-sum test, exact probability test, univariable and multivariable logistic regression.

Results: There were 468 male homeless in this study, 71.5% of those were 20-59 years old adult, 92.7% were single, 81.5% were vagrant and 77.1% were disabled that 35% had physical disabilities, 65.4% had mental disabilities and 5.3% had intellectual disabilities. About oral health problems the prevalence of fewer than 20 functional remaining teeth was 52.1%. The mean rates of untreated decayed teeth, missing teeth and filled teeth was 2.7, 12.8 and 0.1 per person respectively. The prevalence of periodontal disease was 97.3%. Insufficient functional remaining teeth was significant statistical association with age more than 60 years and underweight at statistical level 0.05.

Conclusion: The oral health status of male homeless group in this study was much poorer compare to the general population in Thailand. They needed dental treatment and rehabilitation urgently, especially age more than 60 years and underweight group. Solving service – accessibility problems of the homeless group might be given priority in order to help promoting good functional oral health status and quality of life finally.

Keywords : oral health status, homeless

Reg 4-5 Med J 2018 ; 37(3) : 210-225.

บทนำ

ปัญหาคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากหลายปัจจัยในปัจจุบัน อาทิ การลดลงของขนาดครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวขนาดเล็ก การหย่าร้าง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุ ปัญหาเศรษฐกิจและหนี้สิน โรคภัยและภาวะความพิการ¹ ประเทศไทยมีผู้ขอเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง 11 แห่งทั่วประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 56,966 คน² ในการรับบุคคลเข้าดูแลในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งนั้น อาศัยอำนาจตามกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 พระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยพระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 นิยามคนไร้ที่พึ่ง ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งไร้ที่อยู่อาศัยและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ บุคคลที่มีฐานะยากจน บุคคลที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และให้รวมถึงบุคคลที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก และไม่อาจพึ่งพาบุคคลอื่นได้³ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำแนกผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งเป็น 3 ประเภทคือ “คนเร่ร่อน” ซึ่งไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง “คนไร้ที่พึ่ง” ซึ่งประสบปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมจนไม่สามารถดูแลตนเองหรือครอบครัว ไม่สามารถรับภาระดูแลได้ และ “คนขอทาน” ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจนำส่ง เนื่องจากกระทำผิดตามพระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2559⁴ ในทางปฏิบัติทุกจังหวัดมีศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทำหน้าที่สำรวจสืบเสาะข้อมูลเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่ง ประเมินสภาพปัญหา วางแผนการช่วยเหลือ และให้การดูแลจนกระทั่งสามารถส่งกลับคืนสู่ครอบครัวได้ ส่วนในรายที่มีปัญหาหนักเกินศักยภาพการดูแลของศูนย์คนไร้ที่พึ่งระดับจังหวัด ก็จะมีการประสานงานส่งคนไร้ที่พึ่งดังกล่าวไปตามสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งขนาดใหญ่ 11 แห่งข้างต้น อย่างไรก็ตาม การรับคนไร้ที่พึ่งเข้า

ดูแลในสถานสงเคราะห์ขนาดใหญ่ก็ยังมีลักษณะเป็นการดูแลชั่วคราวเป็นส่วนใหญ่ โดยสถานสงเคราะห์จะสร้างเสริมศักยภาพคนไร้ที่พึ่งด้วยกิจกรรม เช่น การฝึกอาชีพ เพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ ส่วนคนไร้ที่พึ่งบางรายที่มีความพิการหรือไม่อาจดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ สถานสงเคราะห์ก็จะดูแลถาวร การศึกษาเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทยเป็นทางด้านสังคมศาสตร์เป็นส่วนมาก การศึกษาด้านสุขภาพร่างกายค่อนข้างมีน้อย โดยเฉพาะด้านสุขภาพช่องปากยังมีอยู่จำกัด ซึ่งข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปากของคนไร้ที่พึ่งเป็นข้อมูลสำคัญ ที่สามารถใช้เพื่อวางแผนและดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพทางทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายนี้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุลักษณะทั่วไป สถานการณ์ สภาวะสุขภาพช่องปาก และประเมินความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมของกลุ่มคนไร้ที่พึ่งในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นหนึ่งในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งขนาดใหญ่ 11 แห่งของประเทศ นอกจากนี้ ยังทำการประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินการมีฟันเพียงพอต่อการใช้งาน ของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytic study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากที่มีการบันทึกตามระบบบริการปกติ ของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลธัญบุรี ที่บริการให้สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จาก 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจากเวชระเบียนของสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส วันที่เข้ามาอยู่

ในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง ประเภทของคนไร้ที่พึ่ง ประเภทความพิการ โรคประจำตัว ยาที่รับประทาน ประจำ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความถี่ในการแปรงฟัน โดยข้อมูลส่วนนี้ผู้ดูแลคนไร้ที่พึ่งในแต่ละบ้านเป็นผู้บันทึกข้อมูล 2) แบบบันทึกสภาวะสุขภาพช่องปาก ที่ปรับปรุงจากโปรแกรมบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม ในแฟ้มสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก (dental) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บันทึกประวัติทางการแพทย์ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง สัญญาณชีพ (vital sign) ส่วนที่ 2 บันทึกค่าสภาวะฟันผุถลอก ส่วนที่ 3 บันทึกสภาวะปริทันต์ ส่วนที่ 4 บันทึกความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรม โดยข้อมูลส่วนนี้ทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลธัญบุรี จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ทันตแพทย์ 4 คน และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 คน เป็นผู้ตรวจบันทึกภายใต้แสงสว่าง โดยใช้อุปกรณ์ตรวจฟัน ได้แก่ กระจกส่องปาก (plane mouth mirror) และไฟฉายหลอดแอลอีดี

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคล และสภาวะสุขภาพช่องปาก ใช้สถิติเชิงอนุมาน independent samples *t*-test และ two-sample Wilcoxon rank-sum test และ exact probability test ทดสอบความแตกต่างของลักษณะโรคทางระบบ พฤติกรรม สภาวะสุขภาพช่องปาก และความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมของคนไร้ที่พึ่ง เมื่อจำแนกตามสภาวะความพิการของคนไร้ที่พึ่ง และใช้สถิติ univariable and multivariable logistic regression เพื่อประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานไม่เพียงพอ แสดงขนาดความสัมพันธ์ด้วย odds ratio (OR) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และช่วงความเชื่อมั่น ที่ร้อยละ 95

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวិชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน จังหวัดปทุมธานี หมายเลขรับรอง PPHO-REC 2561/015

ผลการศึกษา

กลุ่มคนไร้ที่พึ่ง ในทะเบียนของสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ทั้งหมด 627 คน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก จำนวน 553 คน (ร้อยละ 88.2) แต่มีข้อมูลคนไร้ที่พึ่งที่ครบถ้วน ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวนทั้งสิ้น 468 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6 เมื่อเทียบกับคนไร้ที่พึ่งในทะเบียนทั้งหมด โดยเป็นคนไร้ที่พึ่งเพศชายทั้งหมด 468 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี (ร้อยละ 71.5) มีค่าเฉลี่ยอายุ 51.7 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 92.7 พบเป็นคนไร้ที่พึ่งประเภทคนเร่ร่อนจำนวนมาก ร้อยละ 81.5 ส่วนมากพำนักอยู่นาน 2.8 ปี โดยมีระยะเวลาพำนักต่ำสุดคือ 2 เดือน ถึงสูงสุดคือ 30 ปี พบมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 49.6 ส่วนมากไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 57.3 และส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.1 โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้พิการและไม่พิการ พบว่ากลุ่มคนไร้ที่พึ่งที่ไม่พิการ มีค่าเฉลี่ยอายุ และมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าในกลุ่มผู้พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

โรคเรื้อรังทางระบบร่างกายของคนไร้ที่พึ่งพบ ร้อยละ 15.8 โดยโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุด ร้อยละ 10.9 โรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน พบมากเป็นอันดับ 2 และ 3 ในระหว่างกลุ่มคนไร้ที่พึ่งที่พิการและไม่พิการ มีโรคเรื้อรังทางระบบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

สภาวะความพิการ เมื่อจำแนกประเภทคนไร้ที่พึ่งตามความพิการ พบว่ามีความพิการทางจิตมากที่สุด ร้อยละ 65.4 ส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ร้อยละ 97.9 มีความพิการทางกาย ร้อยละ 35.5 ส่วนใหญ่เป็นความพิการทางการเคลื่อนไหว ร้อยละ 77.3 และมีความพิการทางสติปัญญา ร้อยละ 5.3 โดยเกือบทั้งหมดมีภาวะปัญญาอ่อนและบกพร่องด้านการเรียนรู้ (ตารางที่ 3)

สุขภาพช่องปากคนไร้ที่พึ่ง มีจำนวนฟันในช่องปากที่ใช้งานได้ค่อนข้างน้อย โดยมีค่าเฉลี่ย 16.1 ซี่ต่อคน มีผู้มีฟันเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 52.1 มีจำนวนคู่สบเฉลี่ย 3.5 คู่ มีผู้มีจำนวนคู่สบน้อยกว่า 4 คู่ ร้อยละ 52.4 ในโรคฟันผุ มีค่าอัตราเฉลี่ยฟันผุ ฟันถอน และฟันอุดเป็น 2.7, 12.8 และ 1.1 ซี่ต่อคน ตามลำดับ (ร้อยละ 50.4, 93 และ 4.1 ตามลำดับ) ส่วนในโรคเหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบ จากการมีหินน้ำลาย ร้อยละ 97.3 ในการประเมินความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรม ต้องได้รับการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน และใส่ฟันปลอม ร้อยละ 12, 66.6, 97 และ 70.6 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้พิการและไม่พิการ พบว่า ผู้พิการมีฟันใช้งานในช่องปากและจำนวนคู่สบมากกว่า และมีฟันถอน

น้อยกว่าผู้ไม่พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.05$ และ $p < 0.05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 4)

เมื่อประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานไม่เพียงพอ โดยการวิเคราะห์ด้วยวิธี univariable logistic regression พบว่า ประเภทความพิการ ความพิการทางจิต อายุ ดัชนีมวลกาย และการแปรงฟัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า OR เป็น 0.6, 0.6, 5.6, 2.3 และ 0.6 ตามลำดับ แต่หลังจากมีการควบคุมปัจจัยตัวอื่นในสมการโดยการวิเคราะห์ด้วยวิธี multivariable logistic regression แล้ว พบว่า ปัจจัยเรื่องอายุ และดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานไม่เพียงพอ (< 20 ซี่) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 4.7 และ 1.8 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ลักษณะของคนไร้ที่พึ่งจำแนกตามสภาวะความพิการ

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	รวม 468 (100)	พิการ 361 (77.1)	ไม่พิการ 107 (22.9)	
อายุ (ปี) (จำนวน 467 คน)				
กลุ่มอายุ 20-59 ปี	334 (71.5)	279 (77.3)	55 (51.9)	$< 0.001^{**}$
กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี	133 (28.5)	82 (22.7)	51 (48.1)	
ค่าเฉลี่ย \pm S.D.	51.7 \pm 12.5	50.0 \pm 12.1	57.6 \pm 12.3	
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	20 - 98	20 - 98	23 - 92	
สถานภาพสมรส (จำนวน 458 คน)				
โสด	425 (92.7)	328 (93.1)	97 (91.5)	0.711*
คู่	12 (2.7)	8 (2.3)	4 (3.8)	
หย่า	18 (3.9)	14 (4.0)	4 (3.8)	
หม้าย	3 (0.7)	2 (0.6)	1 (0.9)	
ประเภทของคนไร้ที่พึ่ง (จำนวน 465 คน)				
คนเร่ร่อน	379 (81.5)	293 (81.6)	86 (81.1)	0.318*
คนไร้ที่พึ่ง	85 (18.3)	66 (18.4)	19 (17.9)	
ขอทาน	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (1.0)	

* exact probability test, ** independent sample t-test (equal variances), *** two-sample Wilcoxon rank-sum test,

**** independent samples t-test (unequal variances)

ตารางที่ 1 ลักษณะของคนไร้ที่พึ่งจำแนกตามสภาวะความพิการ (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	รวม 468 (100)	พิการ 361 (77.1)	ไม่พิการ 107 (22.9)	
ระยะเวลาพำนัก (ปี) (จำนวน 425 คน)				
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	2.8 (6.7)	3.1 (7.5)	2 (2.8)	<0.001***
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0.1 - 30.2	0.1 - 30.2	0.2 - 29.4	
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม) (จำนวน 439 คน)				
ปกติ (18.5-24.9)	218 (49.6)	166 (49.5)	52 (50.0)	0.493*
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	182 (41.5)	142 (42.4)	40 (38.5)	
เกินเกณฑ์ (≥ 25)	39 (8.9)	27 (8.1)	12 (11.5)	
ค่าเฉลี่ย \pm S.D.	20.1 \pm 4.3	20.0 \pm 3.9	20.6 \pm 5.4	0.247****
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	12.3-53.5	12.4-50.9	12.3-53.5	
การสูบบุหรี่ (จำนวน 462 คน)				
ไม่สูบบุหรี่	127 (27.5)	98 (27.5)	29 (27.4)	0.981*
สูบบุหรี่	310 (67.1)	238 (66.9)	72 (67.9)	
เคยสูบบุหรี่	255 (4)	20 (5.6)	5 (4.7)	
การดื่มสุรา (จำนวน 464 คน)				
ไม่ดื่มสุรา	266 (57.3)	216 (60.5)	50 (46.7)	0.032*
ดื่มสุรา	90 (19.4)	66 (18.5)	24 (22.5)	
เคยดื่มสุรา	108 (23.3)	75 (21.0)	33 (30.8)	
พิษสุราเรื้อรัง (จำนวน 464 คน)				
ไม่เป็น	456 (98.3)	352 (98.6)	104 (97.2)	0.393*
เป็น	8 (1.7)	5 (1.4)	3 (2.8)	
การฆ่าตัวตาย (จำนวน 460 คน)				
ไม่เคย	436 (94.8)	337 (95.2)	99 (93.4)	0.459*
เคย	24 (5.2)	17 (4.8)	7 (6.6)	

* exact probability test, ** independent sample t-test (equal variances), *** two-sample Wilcoxon rank-sum test,

**** independent samples t-test (unequal variances)

ตารางที่ 2 โรคเรื้อรังของคนไร้ที่พึ่ง จำแนกตามสภาวะความพิการ

โรคทางระบบ	จำนวน (ร้อยละ)			P-value [‡]
	รวม 468 (100)	พิการ 361 (77.1)	ไม่พิการ 107 (22.9)	
โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)				
ไม่เป็น	417 (89.1)	327 (90.6)	90 (84.1)	0.076
เป็น	51 (10.9)	34 (9.4)	17 (15.9)	
โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)				
ไม่เป็น	456 (97.4)	350 (96.9)	106 (99.1)	0.312
เป็น	12 (2.6)	11 (3.1)	1 (0.9)	
โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)				
ไม่เป็น	465 (99.4)	360 (99.7)	105 (98.1)	0.132
เป็น	3 (0.6)	1 (0.3)	2 (1.9)	
โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)				
ไม่เป็น	457 (97.6)	352 (97.5)	105 (98.1)	1.000
เป็น	11 (2.4)	9 (2.5)	2 (1.9)	
โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)				
ไม่เป็น	467 (99.8)	361 (100)	106 (99.1)	0.229
เป็น	1 (0.2)	0 (0)	1 (0.9)	
โรคไทรอยด์ (Thyroid disease)				
ไม่เป็น	465 (99.4)	359 (99.4)	106 (99.1)	0.542
เป็น	3 (0.6)	2 (0.6)	1 (0.9)	
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)				
ไม่เป็น	465 (99.4)	359 (99.4)	106 (99.1)	0.542
เป็น	3 (0.6)	2 (0.6)	1 (0.9)	
โรคโลหิตจาง (Anemia)				
ไม่เป็น	466 (99.6)	359 (99.4)	107 (100)	1.000
เป็น	2 (0.4)	2 (0.6)	0 (0)	
โรคหอบหืด (Asthma)				
ไม่เป็น	466 (99.6)	359 (99.4)	107 (100)	1.000
เป็น	2 (0.4)	2 (0.6)	0 (0)	
โรคเก๊าท์ (Gout)				
ไม่เป็น	467 (99.8)	361 (100)	106 (99.1)	0.229
เป็น	1 (0.2)	0 (0)	1 (0.9)	
โรคลมชัก (Epilepsy)				
ไม่เป็น	463 (98.9)	356 (98.6)	107 (100)	0.593
เป็น	5 (1.1)	5 (1.4)	0 (0)	

‡ exact probability test.

ตารางที่ 2 โรคเรื้อรังของคนไร้ที่พึ่ง จำแนกตามสถานะความพิการ (ต่อ)

โรคทางระบบ	จำนวน (ร้อยละ)			P-value [‡]
	รวม 468 (100)	พิการ 361 (77.1)	ไม่พิการ 107 (22.9)	
โรคเรื้อรัง (Psoriasis)				
ไม่เป็น	467 (99.8)	360 (99.7)	107 (100)	1.000
เป็น	1 (0.2)	1 (0.3)	0 (0)	
ไม่มีโรคเจ็บป่วยทางกาย				
มีโรค	74 (15.8)	56 (15.5)	18 (16.8)	0.763
ไม่มีโรค	394 (84.2)	305 (84.5)	89 (83.2)	

‡ exact probability test.

ตารางที่ 3 ประเภทความพิการของคนไร้ที่พึ่ง

ประเภทความพิการ	พิการ 361 คน	ทั้งหมด 468 คน
	จำนวน (ร้อยละ)	ร้อยละ
ความพิการทางกาย	128 (35.5)	27.5
ตาบอด	24 (18.8)	
หูหนวก	14 (10.9)	
พิการทางการเคลื่อนไหว	99 (77.3)	
ความพิการทางจิต	236 (65.4)	50.4
โรคจิตเภท (Schizophrenia)	231 (97.9)	
โรคซึมเศร้า (Depression)	6 (2.5)	
โรควิตกกังวล (Anxiety)	1 (0.0)	
ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance-related Disorder)	5 (2.1)	
ความพิการทางสติปัญญา	19 (5.3)	4.1
ภาวะปัญญาอ่อน (Mental retardation)	17 (89.5)	
ความบกพร่องด้านการเรียนรู้ (Learning disability)	17 (89.5)	

ตารางที่ 4 สภาวะสุขภาพช่องปาก ความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมและพฤติกรรมของคนไร้ที่พึ่ง จำแนกตามสภาวะความพิการ

พฤติกรรม สภาวะสุขภาพช่องปาก และความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรม	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	รวม 468 (100)	พิการ 361 (77.1)	ไม่พิการ 107 (22.9)	
จำนวนซี่ฟันที่มีในช่องปากที่ใช้งานได้ (จำนวน 468 คน)				
0	81 (17.3)	47 (13.0)	34 (31.8)	<0.001*
1-19	163 (34.8)	131 (36.3)	32 (29.9)	
≥ 20	224 (47.9)	183 (50.7)	41 (38.3)	
ค่าเฉลี่ย ± S.D.	16.1±10.9	16.9±10.5	13.3±11.7	
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	18 (20)	20 (18)	14 (25)	0.003**
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0 -32	0-32	0-32	
จำนวนคู่สบ (จำนวน 468 คน)				
0	180 (38.5)	127 (35.2)	53 (49.5)	0.023*
1-3	65 (13.9)	55 (15.2)	10 (9.4)	
≥ 4	223 (47.6)	179 (49.6)	44 (41.1)	
ค่าเฉลี่ย ± S.D.	3.5±3.4	3.6±3.4	2.9±3.4	
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	3 (6)	3 (6)	1 (6)	0.032**
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-10	0-10	0-10	
จำนวนซี่ฟันผุ (จำนวน 266 คน)				
0	132 (49.6)	99 (47.1)	33 (58.9)	0.361*
1-4	60 (22.5)	50 (23.8)	10 (17.9)	
5-8	55 (20.7)	47 (22.4)	8 (14.3)	
9-12	13 (4.9)	9 (4.3)	4 (7.1)	
≥ 13	6 (2.3)	5 (2.4)	1 (1.8)	
ค่าเฉลี่ย ± S.D.	2.7±3.7	2.9 ±3.8	2.2±3.5	
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	1 (5)	1 (5)	0 (4)	0.146**
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-20	0-20	0-15	
จำนวนซี่ฟันถอนเหตุฟันผุ (จำนวน 468 คน)				
0	33 (7.0)	27 (7.5)	6 (5.6)	0.023*
1-5	103 (22.0)	84 (23.3)	19 (17.8)	
6-10	96 (20.5)	81 (22.4)	15 (14.0)	
11-15	65 (13.9)	47 (13.0)	18 (16.8)	
16-20	55 (11.8)	44 (12.2)	11 (10.3)	
21-25	40 (8.6)	31 (8.6)	9 (8.4)	
≥ 26	76 (16.2)	47 (13.0)	29 (27.1)	

* exact probability test, ** two-sample Wilcoxon rank-sum test.

ตารางที่ 4 สภาวะสุขภาพช่องปาก ความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมและพฤติกรรมของคนไร้ที่พึ่ง จำแนกตามสภาวะความพิการ (ต่อ)

พฤติกรรม สภาวะสุขภาพช่องปาก และความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรม	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	รวม 468 (100)	พิการ 361 (77.1)	ไม่พิการ 107 (22.9)	
ค่าเฉลี่ย±S.D.	12.8 ± 9.9	12±9.6	15.6±10.7	
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	11 (16)	9 (15)	14 (20)	0.003**
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-32	0-32	0-32	
จำนวนซี่ฟันขาด (จำนวน 440 คน)				
0	422 (95.9)	330 (96.5)	92 (93.9)	0.306*
1-4	16 (3.6)	11 (3.2)	5 (5.1)	
≥ 5	2 (0.5)	1 (0.3)	1 (1.0)	
ค่าเฉลี่ย ± S.D.	0.1±0.7	0.1±0.5	0.2±1.0	
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.255**
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-9	0-7	0-9	
สภาวะเหงือกอักเสบ (จำนวน 402 คน)				
ไม่เป็น	11 (2.7)	9 (2.8)	2 (2.4)	1.000*
เป็น	391 (97.3)	311 (97.2)	80 (97.6)	
มีหินน้ำลาย (จำนวน 402 คน)				
ไม่มี	12 (3.0)	9 (2.8)	3 (3.7)	0.716*
มี	390 (97.0)	311 (97.2)	79 (96.3)	
ความจำเป็นต้องอุดฟัน (จำนวน 440 คน)				
0	387 (88.0)	298 (87.1)	89 (90.8)	0.699*
1-4	45 (10.2)	37 (10.8)	8 (8.2)	
≥ 5	8 (1.8)	7 (2.1)	1(1.0)	
ค่าเฉลี่ย ± S.D.	0.4±1.1	0.4±1.2	0.2±0.8	
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.297**
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-8	0-8	0-6	
ความจำเป็นต้องถอนฟัน (จำนวน 440 คน)				
0	147 (33.4)	113 (33.0)	34 (34.7)	0.188*
1-5	197 (44.8)	156 (45.6)	41 (41.8)	
6-10	76 (17.3)	60 (17.5)	16 (16.3)	
11-15	15 (3.4)	8 (2.4)	7 (7.2)	
≥ 16	5 (1.1)	5 (1.5)	0 (0)	
ค่าเฉลี่ย±SD	3.3±3.8	3.2±3.7	3.4 ±3.9	
ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์)	2 (5)	2 (5)	2.5 (5)	0.907**
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-20	0-20	0-15	

* exact probability test, ** two-sample Wilcoxon rank-sum test.

ตารางที่ 4 สภาวะสุขภาพช่องปาก ความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมและพฤติกรรมของคนไร้ที่พึ่ง จำแนกตามสภาวะความพิการ (ต่อ)

พฤติกรรม สภาวะสุขภาพช่องปาก และความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรม	จำนวน (ร้อยละ)			P-value
	รวม 468 (100)	พิการ 361 (77.1)	ไม่พิการ 107 (22.9)	
ความจำเป็นต้องขูดหินปูน (จำนวน 402 คน)				
ไม่ต้องการ	12 (3.0)	9 (2.8)	3 (3.7)	0.716*
ต้องการ	390 (97.0)	311 (97.2)	79 (96.3)	
ความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอม (จำนวน 465 คน)				
ไม่ต้องการ	137 (29.4)	110 (30.7)	27 (25.2)	0.135*
ฟันปลอมบน	11 (2.4)	11 (3.1)	0 (0)	
ฟันปลอมล่าง	17 (3.7)	14 (3.9)	3 (2.8)	
ฟันปลอมบน-ล่าง	300 (64.5)	223 (62.3)	77 (72.0)	
การแปรงฟัน (จำนวน 435 คน)				
ไม่แปรง	103 (23.7)	83 (24.6)	20 (20.7)	0.499*
แปรง	332 (76.3)	255 (75.4)	77 (79.3)	
ความถี่ของการแปรงฟัน (จำนวน 332 คน)				
วันละ 1 ครั้ง	176 (53.0)	134 (52.5)	42 (54.5)	0.795*
วันละ 2 ครั้ง	156 (47.0)	121 (47.5)	35 (45.5)	

* exact probability test, ** two-sample Wilcoxon rank-sum test.

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ univariable and multivariable logistic regression เพื่อประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานไม่เพียงพอ (<20 ซี่)

ปัจจัย	จำนวนผู้มีฟันใช้งาน < 20 ซี่ (ร้อยละ)	Univariable analysis			Multivariable analysis		
		OR	95% CI	P-value	OR	95% CI	P-value
ประเภทความพิการ							
ไม่พิการ	66 (61.7)	1.0	Reference		-	-	-
พิการ	178 (49.3)	0.6	0.4,0.9	0.025	- *	-	-
ความพิการทางกาย							
ไม่เป็น	175 (51.5)	1.0	Reference		1.0	Reference	
เป็น	69 (53.9)	1.1	0.7, 1.7	0.638	0.7	0.4, 1.4	0.375
ความพิการทางจิต							
ไม่เป็น	137 (59.1)	1.0	Reference		1.0	Reference	
เป็น	107 (45.3)	0.6	0.4, 0.8	0.003	0.7	0.4, 1.2	0.211

* ตัวแปรความพิการ ไม่นำเข้า multivariable analysis model เนื่องจากปัญหา collinearity

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ univariable and multivariable logistic regression เพื่อประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานไม่เพียงพอ (<20 ซี่) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนผู้มีฟันใช้งาน < 20 ซี่ (ร้อยละ)	Univariable analysis			Multivariable analysis		
		OR	95% CI	P-value	OR	95% CI	P-value
ความพิการทางสติปัญญา							
ไม่เป็น	235 (52.3)	1.0	Reference		1.0	Reference	
เป็น	9 (47.4)	0.8	0.3, 2.1	0.671	1.0	0.3, 3.1	0.995
อายุ (ปี)							
20-59	138 (41.3)	1.0	Reference		1.0	Reference	
≥ 60	106 (79.7)	5.6	3.5, 9.0	<0.001	4.7	2.3, 7.5	<0.001
ระยะเวลาพำนัก (ปี)							
0-1	30 (44.1)	1.0	Reference		1.0	Reference	
1.1-5	110 (51.9)	1.4	0.7, 2.4	0.266	1.1	0.5, 2.1	0.851
> 5	80 (55.2)	1.6	0.9, 2.8	0.133	1.1	0.5, 2.3	0.793
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม)							
ปกติ (18.5-24.9)	94 (43.1)	1.0	Reference		1.0	Reference	
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	115 (63.2)	2.3	1.5, 3.4	<0.001	1.8	1.1, 2.9	0.020
เกินเกณฑ์ (≥ 25)	16 (41.0)	0.9	0.5, 1.8	0.808	1.2	0.5, 2.6	0.697
การสูบบุหรี่							
ไม่สูบบุหรี่	66 (52.0)	1.0	Reference		1.0	Reference	
สูบบุหรี่	159 (51.3)	1.0	0.64, 1.5	0.898	1.2	0.8, 2.5	0.214
เคยสูบบุหรี่	16 (64.0)	1.6	0.7, 4.0	0.273	1.6	0.8, 7.5	0.103
การดื่มสุรา							
ไม่ดื่มสุรา	138 (51.2)	1.0	Reference		1.0	Reference	
ดื่มสุรา	48 (53.3)	1.1	0.7, 1.7	0.811	1.3	0.7, 2.2	0.438
เคยดื่มสุรา	57 (52.8)	1.0	0.7, 1.6	0.875	0.7	0.3, 1.3	0.202
โรคความดันโลหิตสูง							
ไม่เป็น	215 (51.6)	1.0	Reference		1.0	Reference	
เป็น	29 (56.9)	1.2	0.7, 2.2	0.475	0.9	0.4, 2.0	0.728
โรคหลอดเลือดสมอง							
ไม่เป็น	238 (52.2)	1.0	Reference		1.0	Reference	
เป็น	6 (50.0)	0.9	0.3, 2.9	0.881	0.5	0.1, 2.7	0.46
โรคหัวใจและหลอดเลือด							
ไม่เป็น	243 (52.3)	1.0	Reference		1.0	Reference	
เป็น	1 (33.3)	0.5	0, 5.1	0.524	0.7	0.1, 10.5	0.817

* ตัวแปรความพิการ ไม่นำเข้า multivariable analysis model เนื่องจากปัญหา collinearity

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ univariable and multivariable logistic regression เพื่อประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานไม่เพียงพอ (<20 ซี่) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนผู้มีฟันใช้งาน < 20 ซี่ (ร้อยละ)	Univariable analysis			Multivariable analysis		
		OR	95% CI	P-value	OR	95% CI	P-value
การแปรงฟัน							
ไม่แปรง	59 (57.3)	1.0	Reference		1.0	Reference	
แปรง	153 (46.1)	0.6	0.4, 1.0	0.048	0.7	0.4, 1.2	0.195

* ตัวแปรความพิการ ไม่นำเข้า multivariable analysis model เนื่องจากปัญหา collinearity

วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่าคนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีอายุเฉลี่ย 51.7 ปี คล้ายคลึงกับการศึกษาของประเทศอื่นๆ ที่พบได้ตั้งแต่อายุ 39-55 ปี⁵⁻⁹ และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 92.7 ซึ่งพบมากกว่าการศึกษาของ Allukian¹⁰ และ Figueiredo และคณะ⁹ ที่พบเป็นโสดร้อยละ 48 และ 66.3 ตามลำดับ

จากการศึกษากลุ่มคนไร้ที่พึ่งในสถานสงเคราะห์นี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้พิการร้อยละ 77.1 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้พิการทางจิต (ร้อยละ 65.4) ซึ่งพบว่าบุคคลกลุ่มนี้มีจำนวนมาก เนื่องจากอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ทำให้มีการนำตัวผู้ที่มีปัญหาทางจิต ที่มีภาวะอันตราย หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทางจิต ส่งไปรับการบำบัดที่สถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษาที่อยู่ใกล้เคียง¹¹ เมื่ออาการคงที่แล้วจึงส่งตัวผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ มาพำนักที่สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งให้ดูแลต่อไป และเนื่องจากคนกลุ่มนี้ไม่สามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองได้ จึงจำเป็นต้องอยู่ในการดูแลของสถานสงเคราะห์ค่อนข้างถาวร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Waplington และคณะ⁶ ที่พบคนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่ในศูนย์พักพิงในเมืองเบอร์มิงแฮม สหราชอาณาจักร มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบำบัดรักษาด้านจิตเวช เช่นเดียวกัน และจากการศึกษาอื่น พบคนไร้ที่พึ่งที่

มีปัญหาทางสุขภาพจิตเป็นส่วนมาก ตั้งแต่ร้อยละ 33-56^{7, 12}

ในการศึกษานี้ กลุ่มคนไร้ที่พึ่งที่มีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี โดยมีผลลัพธ์สภาวะสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ในทุกๆ ด้าน เมื่อเทียบกับประชากรของประเทศไทยที่มีการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในปี พ.ศ. 2555 โดยในกลุ่มอายุ 35-44 ปี กลุ่มคนไร้ที่พึ่งที่มีจำนวนฟันใช้งานมากกว่า 20 ซี่ จำนวนคู่สบฟันหลังมากกว่า 4 คู่ ค่าอัตราเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันผุ ซี่ฟันถอน และซี่ฟันอุด คิดเป็นร้อยละ 69, 68.9 และ 2.2, 7.8, 0.1 ซี่ต่อคน ตามลำดับ ในขณะที่ประชากรไทยทั้งประเทศพบร้อยละ 97.8, 93.7 และ 0.8, 3.7, 1.6 ซี่ต่อคนตามลำดับ¹³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าในกลุ่มคนไร้ที่พึ่งที่มีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันผุและฟันถอนสูงกว่า และมีค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันอุดต่ำกว่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปของประเทศ^{5, 8-10, 12, 14-16} และเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Lou และ MacGrath ที่ศึกษาคนไร้ที่พึ่งในเขตเศรษฐกิจพิเศษฮ่องกง ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี พบมีจำนวนฟันใช้งานมากกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 91.7 ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันผุ 4.19 ซี่ต่อคน ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันถอน 3.42 ซี่ต่อคน และค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันอุด 0.61 ซี่ต่อคน⁵ ทั้งนี้จะเห็นว่าในคนไร้ที่พึ่งของฮ่องกงมีสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าของไทย อาจเนื่องจากในเขตเศรษฐกิจพิเศษฮ่องกงมีการ

ส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การเติมฟลูออไรด์ลงไป
ในน้ำดื่มสาธารณะเป็นเวลานานถึง 40 ปี

เมื่อสังเกตเรื่องพฤติกรรมกรรมการแปรงฟัน พบว่า
คนไร้ที่พึ่งในการศึกษานี้ไม่มีการแปรงฟัน มากถึงร้อยละ
23.7 ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Figueiredo และคณะ⁹
และ Pizem และคณะ¹⁷ ที่พบไม่มีการแปรงฟันเป็น
จำนวนน้อยกว่า คือ ร้อยละ 5.2 และ 7 ตามลำดับ
ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ
ช่องปาก หรือเกิดจากแปรงสีฟันที่สถาน
สงเคราะห์จัดหาให้คนไร้ที่พึ่งไม่เหมาะสม โดยเฉพาะ
ในกลุ่มผู้พิการ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาความจำเป็นในด้านการรักษาทาง
ทันตกรรมจากการศึกษา พบว่าคนไร้ที่พึ่งมีความจำเป็น
ต้องใส่ฟันปลอมเป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 70.6 ของคน
ไร้ที่พึ่งทั้งหมด) แต่ในกลุ่มคนเหล่านี้ไม่มีผู้ใส่ฟันปลอม
เลย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lou และ MacGrath⁵
ที่ศึกษาในเขตเศรษฐกิจพิเศษฮ่องกง ทั้งนี้มีการศึกษา
ของ Waplinton และคณะ พบว่า การไม่มีฟันไม่เป็น
อุปสรรคต่อการรับประทานอาหารของคนไร้ที่พึ่งที่ไม่มี
ฟันเหลือในช่องปาก และยังพบผู้ที่ใส่ฟันปลอมมักใส่แต่
ฟันปลอมบนเพื่อความสวยงามเท่านั้น⁶

จากการศึกษานี้ พบปัจจัยการมีอายุมากกว่า
60 ปี สัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานไม่เพียงพออย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ De Palma
และคณะ¹⁸ ที่พบจำนวนฟันใช้งานของคนไร้ที่พึ่ง
ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Lou และ
MacGrath⁵ ที่พบจำนวนฟันที่มีอยู่ในช่องปากสัมพันธ์กับ
อายุเช่นเดียวกัน ซึ่งทำให้อธิบายเหตุผลที่ในการศึกษานี้
พบผู้พิการมีจำนวนฟันใช้งานเฉลี่ยมากกว่าผู้ไม่พิการ
ทั้งที่ผู้พิการมีโอกาสเกิดโรคในช่องปากได้มากกว่า
เนื่องจากปัจจัยทั้งจากตัวผู้ป่วย จากโรค และการรักษา
ทางจิตเวช¹⁹ ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้พิการมีจำนวนผู้สูงอายุ
น้อยกว่าผู้ไม่พิการนั่นเอง ส่วนปัจจัยเรื่องน้ำหนักต่ำกว่า
เกณฑ์ที่สัมพันธ์กับการสูญเสียฟันนั้น พบสอดคล้องกับ
การศึกษาของ Song และคณะ²⁰ ที่ศึกษาในประชากร

เกาหลีอายุ 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 17,870 คน โดยพบว่า
คนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการมีฟัน
ใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR
1.712, 95% CI 1.156-2.535)

การศึกษานี้มีข้อดี คือ เป็นการศึกษาในคน
ไร้ที่พึ่งซึ่งจัดเป็นกลุ่มคนด้อยโอกาสในสังคม
ข้อมูลทางการแพทย์ โดยเฉพาะด้านสุขภาพช่อง
ปากมีค่อนข้างน้อย ทำให้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐาน
ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนากลุ่มคนเหล่านี้ต่อไป และ
มีข้อจำกัดคือ การศึกษานี้ทำในสถานสงเคราะห์
คนไร้ที่พึ่งแห่งเดียว ซึ่งพบคนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่อายุ
น้อย จึงอาจไม่ใช่สภาวะสุขภาพช่องปากของคนไร้ที่
พึ่งในประเทศไทยทั้งหมดและในการศึกษานี้ ข้อมูล
ค่าเฉลี่ยฟันผุอาจจะน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจาก
มีการบันทึกข้อมูลจำนวนซี่ฟันผุไม่ครบถ้วน โดยไม่มี
การบันทึกข้อมูลนี้เป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 43 ซึ่งจะ
ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่เป็นตัวแทนของคนไร้ที่พึ่งของ
ประเทศได้

สรุป

ผลการศึกษานี้พบว่าคนไร้ที่พึ่งชาย ส่วนใหญ่อยู่
ในวัยทำงาน เป็นคนไร้ที่พึ่งประเภทคนเร่ร่อน และผู้พิการ
เป็นส่วนใหญ่ โดยมีความพิการทั้งทางกายและทางจิต
เมื่อเทียบกับคนไร้ที่พึ่งทั้งหมด จึงเป็นอุปสรรคในการ
ให้บริการด้านทันตกรรม และการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
คนไร้ที่พึ่งมีสภาวะสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำกว่า
ประชากรไทยทั่วไป มีจำนวนฟันใช้งานในช่องปาก
ไม่เพียงพอ และมีโรคเหงือกอักเสบเมื่อประเมิน
ความจำเป็นจึงต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรม
และฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ
มากกว่า 60 ปี และมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ การส่งเสริม
ให้สภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มคนไร้ที่พึ่งดีขึ้น
โดยให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาด้านการเข้าถึง
บริการทันตกรรม เพื่อให้กลุ่มคนด้อยโอกาสเหล่านี้
มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. คนไร้ที่พึ่งที่มีความรุนแรงของโรคฟันผุสูงมาก จนฟันไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ อาจเนื่องจากมีอุปสรรคด้านการเข้าถึงบริการทันตกรรม ทำให้การดำเนินของโรคลุกลามจนส่วนใหญ่เหลือแต่รากฟัน ทั้งนี้สถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งแห่งนี้ จะได้รับบริการด้านทันตกรรมจากหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ของสภาสุขภาพไทย ออกมาให้บริการ 2-3 ปีต่อครั้งเท่านั้น ส่วนโรงพยาบาลของรัฐในเขตพื้นที่ตั้งของสถานสงเคราะห์ อาจด้วยปัจจัยเรื่องอัตรากำลัง และพื้นที่แห่งนี้เป็นที่ตั้งของสถานสงเคราะห์จำนวนหลายแห่ง รวมถึงมีสถานกักขัง และทันตสถานของกรมราชทัณฑ์อีกหลายแห่ง ทำให้ภาวะความรับผิดชอบของโรงพยาบาลของรัฐอาจไม่สามารถดำเนินการได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นควรมีหน่วยงานอื่น ทั้งในส่วนของมหาวิทยาลัย หน่วยงานของรัฐบาล หรือเอกชน ให้ความช่วยเหลือในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพทางทันตกรรมให้กับคนไร้ที่พึ่ง เพื่อคนไร้ที่พึ่งจะได้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น มีฟันใช้งานทั้งฟันแท้และฟันปลอมอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของเขาเหล่านั้นดีขึ้นได้ในอนาคต

2. ควรส่งเสริมคนไร้ที่พึ่งให้มีการแปรงฟันให้มากขึ้น โดยการให้ทันตสุขศึกษา สอนและฝึกปฏิบัติการแปรงฟันทั้งในผู้พิการและไม่พิการ แต่ในส่วนผู้พิการนั้น อาจต้องมีการจัดหาอุปกรณ์เสริมพิเศษเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้ผู้พิการสามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้ตามสมรรถนะที่มีอยู่ เช่น แปรงสีฟันไฟฟ้า การดัดแปลงแปรงสีฟันให้ด้ามแปรงมีขนาดใหญ่สำหรับผู้พิการที่นิ้วมือไม่มีกำลัง การเพิ่มความยาวของด้ามแปรง สำหรับผู้พิการที่การงอข้อศอกหรือไหล่ผิดปกติ และการโค้งงอด้ามแปรงสำหรับผู้พิการที่ใช้เท้าแปรงฟัน เป็นต้น²¹

3. การฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยการทำฟันปลอมในผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ควรพิจารณาทำอย่างเร่งด่วน เพื่อให้คนไร้ที่พึ่งมีฟันใช้งาน ซึ่งอาจส่งผลให้มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นได้

4. ในการปฏิบัติงานประจำ การบันทึกข้อมูล ควรระวังในเรื่องความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้อย่างถูกต้อง สามารถวางแผนงาน/โครงการ แก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

5. การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีฟันใช้งานที่ไม่เพียงพอ ควรมีการศึกษาต่อเพื่อสนับสนุนผลการศึกษานี้ โดยใช้รูปแบบการวิจัยระยะยาว หรือการศึกษาเหตุและผล ซึ่งจะอธิบายเชิงเหตุผลได้ดีกว่าการศึกษาภาคตัดขวางนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงจรัสรัตน์ ทะนงศักดิ์สกุล หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม และนายแพทย์ศราวุธ ณะเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญบุรี ที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลที่เก็บในโรงพยาบาลธัญบุรี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และขอบคุณนายณัฐวุธ โปธิสาร นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย ที่ช่วยจัดระเบียบข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. มงคล ยะภักดี. เรื่องของสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง : วจรชีวิตคนไร้ที่พึ่ง (1) [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก URL: <http://www.gotoknow.org/posts/84056>
2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กองคุ้มครองสวัสดิภาพและเสริมสร้างคุณภาพชีวิต. รายงานสถิติผู้รับบริการของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 11 แห่ง ประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2559.
3. พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 131 ตอนที่ 83 ก (ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2557).

4. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คนไร้ที่พึ่ง
[อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2561].
เข้าถึงได้จาก URL: [http://61.19.50.68/dsdw/
page.php?module=service&pg=index](http://61.19.50.68/dsdw/page.php?module=service&pg=index)
5. Lou Y, McGrath C. Oral health status of
homeless people in Hong Kong. *Spec Care
Dentist* 2006;26:150-4.
6. Waplinton J, Morris J, Bradnock G. The
dental needs demands and attitudes of
a group of homeless people with mental
health problems. *Community Dent Health*
2000;17:134-7.
7. Yim LC, Leung HC, Chan WC, et al.
Prevalence of mental illness among
homeless people in Hong Kong. *PLoS One*
2015;10:e0140940.
8. Gibson G, Rosenheck R, Tullner JB, et al. A
national survey of the oral health status of
homeless veterans. *J Public Health Dent*
2003;63:30-7.
9. Figueiredo RL, Hwang SW, Quinonez C.
Dental health of homeless adults in
Toronto, Canada. *J Public Health Dent*
2013;73:74-8.
10. Allukian M Jr. Oral health: and essential
service for the homeless. *J Public Health
Dent* 1995;55:8-9.
11. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551, ราชกิจ
จานุเบกษาเล่มที่ 125 ตอนที่ 36 ก. (ลงวันที่ 20
กุมภาพันธ์ 2551).
12. Collins J, Freeman R. Homeless in North
and West Belfast: an oral health needs
assessment. *Br Dent J* 2007;202:E31.
13. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพ
ช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.
2555. กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข; 2555.
14. Jago JD, Sternberg GS, Westerman B. Oral
health status of homeless men in Brisbane.
Aust Dent J 1984;29:184-8.
15. Kaste LM, Bolden AJ. Dental caries in
homeless adults in Boston. *J Public Health
Dent* 1995;55:34-6.
16. Blackmore T, Williams SA, Prendergast MJ,
et al. The dental health of single male
hostel dwellers in Leeds. *Community Dent
Health* 1995;12:104-9.
17. Pizem P, Massicotte P, Vincent JR, et al.
The state of oral and dental health of
the homeless and vagrant population of
Montreal. *J Can Dent Assoc* 1994;60:1061-5.
18. De Palma P, Frithiof L, Persson L, et al. Oral
health of homeless adults in Stockholm,
Sweden. *Acta Odontol Scand* 2005;63:50-5.
19. Arnaiz A, Zumarraga M, Diez-Altuna I,
et al. Oral health and symptoms of
schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011;188:24-8.
20. Song IS, Han K, Ryu JJ, et al. Association
between underweight and tooth loss
among Korean adults. *Sci Rep* 2017;7:41524.
21. นิธิมา เสริมสุขอินุวัฒน์, เมธินี คุปพิทยานันท์.
สร้างเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการ. ใน: เมธินี
คุปพิท ยานันท์, สุพรรณณี ศรีวิริยกุล, บรรณาธิการ.
การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตูลู่สู่สุขภาพที่ดี
ในทุกช่วงวัยของชีวิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555. หน้า 73-80.