คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

นางสาวปรางค์กมล ภู่อารีย์

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2559

Oral Health-Related Quality of Life of the Elderly Receiving Removable Acrylic Dentures at Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital

Miss Prangkamon Phuaree

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2016

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
ชื่อและนามสกุล	นางสาวปรางค์กมล ภู่อารีย์
วิชาเอก	บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอฬาร

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2560

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอฬาร)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล)

.....
(รองศาสตราจารย์สราวุธ สุธรรมาสา)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษาค้นคว้าอิสระ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

ผู้ศึกษา นางสาวปรางค์กมล ภู่อารีย์ **รหัสนักศึกษา** 2585000298

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **อาจารย์ที่ปรึกษา** รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอฬาร

ปีการศึกษา 2559

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และ 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 203 คน สุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ จำนวน 135 คนเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็ค และสิทธิการรักษาพยาบาล ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยดัชนีความสอดคล้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย แมนน์-วิทนีย์ ยู และ ครัสคัลวอลลิส

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ไม่มีรายได้ อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและไม่เคยกลับมาตรวจเช็คฟันปลอม ระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี โดยกิจกรรมที่เป็นปัญหาหลัก 3 อันดับแรก คือ การรับประทานอาหาร รองลงมาคือด้านการพูด และการทำความสะอาดช่องปากหรือฟันปลอม และ 2) ผู้สูงอายุที่มีการกลับมาตรวจเช็คต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ0.05

คำสำคัญ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก

Independent Study title: Oral Health-Related Quality of Life of the Elderly Receiving Removable Acrylic Dentures at Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital
Author: Miss Prangkamon Phuaree; **ID:** 2585000298; **Degree:** Master of Public Health;
Independent Study advisor: Dr.Somphoch Ratioran, Associate Professor;
Academic year: 2016

Abstract

The objectives of this study were to: (1) identify personal factors and determine oral health-related quality of life; and (2) compare the oral health-related quality of life of elderly persons who wore removable acrylic dentures at Chaophraya Abhaibhubejhr Hospital.

This cross-sectional study was carried out among a sample of 135 elderly persons selected using the systemic sampling method from 203 elders who wore removable acrylic dentures. Data were collected by interviewing the respondents using a structured questionnaire containing 2 parts: part 1, for personal factors including sex, age, educational background, income, residence, denture recheck, and health-care eligibility; and part 2, for oral health-related quality of life. The questionnaire content validity was checked with the item-objective congruence index. Data were analyzed to determine percentage and mean, and to perform Mann-Whitney U test and Kruskall-Wallis test.

The results showed that: (1) the majority of respondents were female, aged 60–69 years, and eligible for universal health care; they completed secondary education, had no income, lived in municipal areas, and never came back to get their dentures rechecked; their oral health-related quality of life was at the good level; the three most common difficulties were eating, speaking and cleaning the mouth or dentures; and (2) the elderly who had dentures rechecked tended to have significant difference in their oral health-related quality of life (p value<0.05).

Keywords: Oral health-related quality of life, Elderly person, Removable acrylic denture

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภช รติโอฬาร อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าอิสระ และ อาจารย์ ดร. ธีระวุธ ธรรมกุล อาจารย์ผู้สอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ ในการให้คำแนะนำ ชี้แนะ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่อนุญาตให้ใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์ทุกท่านของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่ช่วยเหลือในการนัดผู้สูงอายุให้กลับมาตรวจเช็คฟันปลอม

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ครอบครัว ที่คอยอยู่เคียงข้างและให้กำลังใจตลอดมา จนผู้วิจัยสามารถสำเร็จการศึกษา ความดีและประโยชน์ใดๆที่ได้รับจากการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่พระคุณบิดา มารดา และคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ปรางค์กมล ภู่อารีย์

ตุลาคม 2560

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 3

กรอบแนวคิดการวิจัย 4

สมมติฐานการวิจัย 5

ขอบเขตของการวิจัย 5

นิยามศัพท์เฉพาะ 5

ประโยชน์ที่ได้รับ 7

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 8

แนวคิดเรื่องสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก 8

ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก 17

ฟันปลอม 23

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 28

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 30

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 30

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 31

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ 33

การเก็บรวบรวมข้อมูล 34

การวิเคราะห์ข้อมูล 35

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย 36

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 37
การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก 39
การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ในสามมิติ ได้แก่ มิติทางกายภาพ มิติด้านจิตวิทยา และมิติด้านสังคมวิทยาโดยใช้ดัชนี OIDP 41
การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน 51
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 55
สรุปการวิจัย 55
อภิปรายผล 57
ข้อเสนอแนะ 63
บรรณานุกรม 65
ภาคผนวก 69
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม 70
ข แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย 72
ค ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence:IOC) 75
ประวัติผู้ศึกษา 78

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อดี ข้อด้อยของดัชนีแต่ละชนิด 22
ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ตามปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 39
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก 43
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมระบุออกมาเป็นกิจกรรมหลัก 8 อย่าง 43
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมระบุออกมาเป็นกิจกรรมย่อย ใน 8 กิจกรรมหลัก 46
ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ 51
ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ 51
ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา 52
ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับรายได้ 52
ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามที่อยู่อาศัย 53
ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามการกลับมาตรวจเช็ค 53
ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามสิทธิการรักษา 54

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย 4
ภาพที่ 2.1 การจำแนกความผิดปรกติ การไร้ความสามารถ และความด้อยโอกาส (International Classification of Impairment, Disability and Handicap: ICIDH) ขององค์การอนามัยโลก 14
ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีเพื่อการวัดสุขภาพช่องปากของ Locker 15
ภาพที่ 4.2 ภาพฮิสโตแกรมแสดงจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละคะแนน OIDP 42

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยกำลังกลายเป็นสังคมของผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรลดลงและมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้นและการรณรงค์คุมกำเนิดที่ได้ผลดี ทำให้อัตราการเกิดลดลงและมีอัตราการตายที่ลดลงด้วยเช่นกัน ในปี พ.ศ.2548 มีประชากรสูงอายุอยู่ 6 ล้านคนเศษ (ร้อยละ 10) เมื่อถึงปี พ.ศ.2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 16 ล้านคน (ร้อยละ 25) เท่ากับเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัวในเวลาราวๆ 30ปีเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเช่นนี้ทำให้สังคมไทยเกิดปรากฏการณ์ที่มี “ผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก” ดังนั้นมาตรการหรือแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2549)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ดังนี้ สุขภาพหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล สุขภาพที่ดีต้องมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสุขภาพสังคมที่ดี แต่ก่อนการปราศจากโรคมักจะมุ่งเน้นแต่โรคทางพยาธิวิทยาหรือโรคที่มองเห็นทางร่างกายเท่านั้น ซึ่งใช้เครื่องมือชี้วัดทางคลินิกเป็นตัววัด เช่น ผลของน้ำตาลในเลือด ระดับความดัน เป็นต้น จนลืมคิดถึงสุขภาพในช่องปากไป เพราะสุขภาพช่องปากก็เป็นส่วนประกอบสำคัญของสุขภาพโดยทั่วไปและหากสุขภาพช่องปากไม่ดีก็จะส่งผลต่อสุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคมด้วย เช่น การรับประทานอาหาร การหัวเราะ ความมั่นใจในตัวเอง รวมไปถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ.2555 พบว่าการสูญเสียฟันพบตั้งแต่กลุ่มวัยทำงานและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนมากกว่าครึ่งปากในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นในการรับบริการทำฟันปลอม (สำนักทันตสาธารณสุข 2560) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานข้อมูลผู้มารับบริการใส่ฟันปลอมกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (2559) พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันปลอมถอดได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลหลักคือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาเป็นสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

การใส่ฟันปลอมนับเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับบุคคลที่มีการสูญเสียฟันแท้ในช่องปาก เพราะจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากให้กับผู้ป่วยแต่ฟันปลอมเป็นหัตถการที่มีต้นทุนในการทำสูงเมื่อเทียบกับหัตถการอื่นๆ โดยแยกออกเป็นค่าฟันปลอมและค่าแลป ค่าฟันปลอมสามารถเรียกเก็บจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานหลักประกันสังคม ในผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม ตามลำดับ โดยขั้นตอนการเบิกเงินคืนได้มีข้อกำหนดถึงแค่ขั้นตอนการใส่ฟันปลอม จึงทำให้ทันตแพทย์บางส่วนละเลยกับการนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจเช็คฟันปลอมหลังจากได้ทำการใส่ไปแล้ว การที่ไม่มีระบบตรวจเช็คฟันปลอมทำให้ทันตแพทย์ไม่ทราบว่าผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมไปจากโรงพยาบาลจะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งถ้าไม่ดีขึ้นก็จะเป็นการสูญเสียงบประมาณของรัฐโดยเปล่าประโยชน์

จากรายงานค่าแลปในการทำฟันปลอม (2559) พบว่ามีค่าแลปฟันปลอมเพิ่มขึ้นและรายงานสรุปจำนวนผู้ที่มารับบริการทำฟันปลอม (2559) พบว่ามีผู้สูงอายุมารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิกจำนวนมากขึ้นอีกทั้งทางกลุ่มงานทันตกรรมไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังจากได้รับการใส่ฟันปลอมไปว่าดีขึ้นหรือไม่ ทางผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสำรวจข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามปัจจัยส่วนบุคคลจากการใช้งานฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ที่ทำจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยในการศึกษาครั้งนี้จะใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่พัฒนาโดย พัชราวรรณ ศรีศิลปนันทน์ (Srisilapanan & Sheiham 2001) ซึ่งเรียกดัชนีนี้ว่า The Oral Impacts on Daily Performances Index (OIDP) เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการใช้งานฟันปลอม พัฒนาระบบการนัดตรวจเช็คฟันปลอมในแผนกทันตกรรม รวมถึงอาจใช้เป็นข้อมูลให้ภาครัฐกำหนดระเบียบเพิ่มเติมในการเบิกค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอมให้รัดกุม เพื่อลดการสูญเสียงบประมาณของรัฐที่เกิดจากการทำฟันปลอมแล้วผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีขึ้น

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

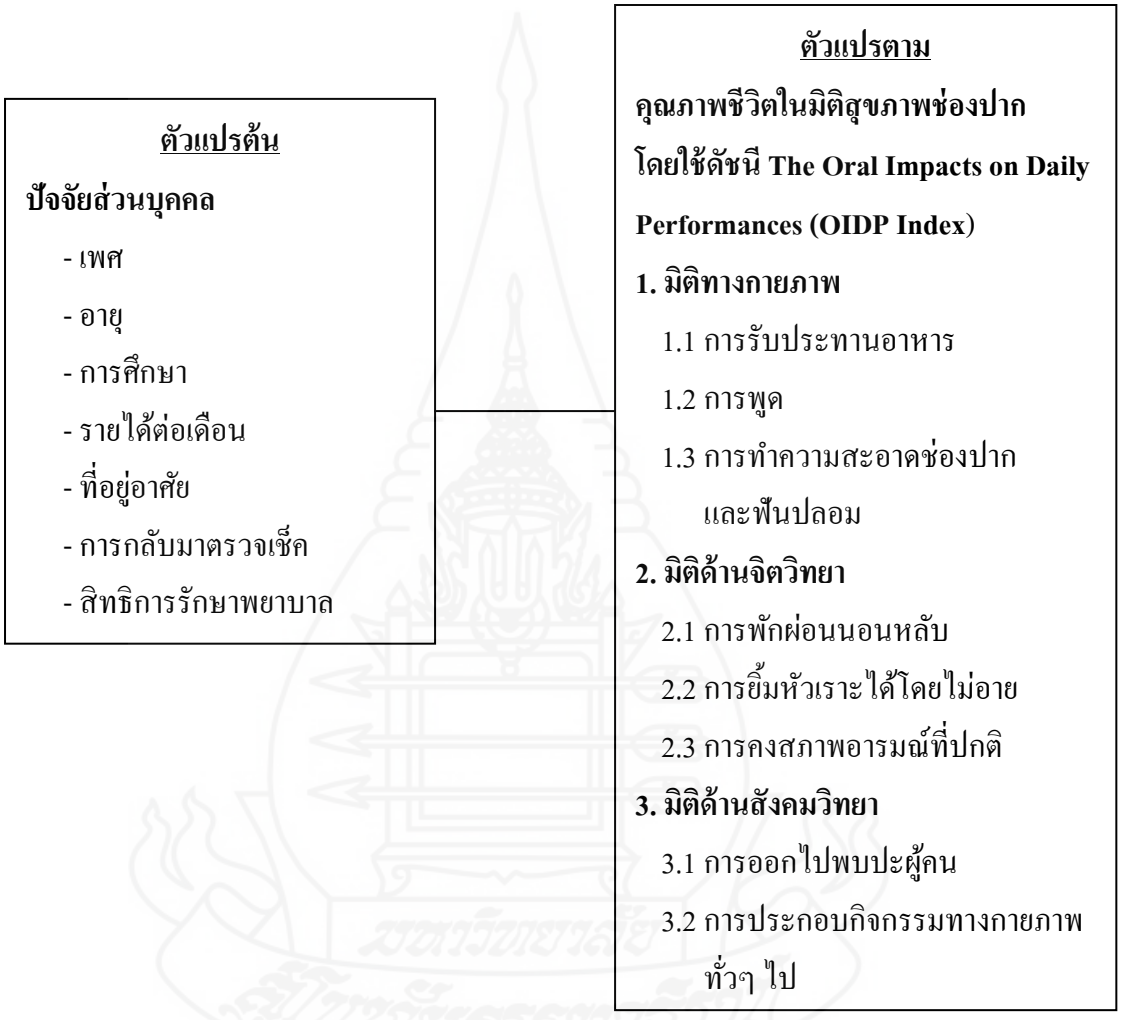
2.1 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็คและสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก

2.2 ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ในสามมิติ ได้แก่ มิติทางกายภาพ มิติด้านจิตวิทยา และมิติด้านสังคมวิทยาโดยใช้ดัชนี OIDP

2.3 ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานของการวิจัยดังต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็ค และสิทธิการรักษาที่ต่างกันมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ขอบเขตเนื้อหา

5.1.1 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OIDP)

5.1.2 ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็ค และสิทธิการรักษาพยาบาล

5.2 ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทยที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2558 จนถึงเดือนธันวาคม 2559

5.3 ขอบเขตระยะเวลา

ผู้วิจัยทำการวิจัยในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2560 และทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2560

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก หมายถึง สภาวะของช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมีความอยู่ดีมีสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้ดัชนีเป็นตัวชี้วัด ดัชนี Oral impacts on daily performance (OIDP) เป็นดัชนีที่ใช้ในการวัดการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลที่อาจได้รับผลกระทบจากความผิดปรกติของสภาวะช่องปาก โดยถูกระบุออกมาเป็นกิจกรรม8อย่าง ในมิติทางกายภาพ (physical) ทางจิตใจ (psychological) และทางสังคม (social) โดยรูปแบบที่ใช้สำหรับผู้สูงอายุมีดังนี้

6.1.1 มิติทางกายภาพ 3ข้อ ได้แก่

1) การรับประทานอาหาร (eating) ครอบคลุมทั้งการเคี้ยว กัดอาหาร การดื่มน้ำ เป็นต้น

2) การพูด (speaking) หมายถึง สามารถพูด และออกเสียงได้ชัดเจนตามปกติ

3) การทำความสะอาดช่องปาก (cleaning mouth) ครอบคลุมทั้งการบ้วนปาก แปรงฟัน และทำความสะอาดฟันปลอม

6.1.2 มิติทางจิตใจ 3 ข้อ ได้แก่

1) การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ (relaxing including sleeping)

2) การยิ้ม หัวเราะ ให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย (smiling,laughing and showing your teeth without embarrassment)

3) การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญใจ (maintaining your usual emotional state without being irritable)

6.1.3 มิติทางสังคม 2 ข้อ ได้แก่

1) การออกไปพบปะผู้คน ญาติสนิท มิตรสหาย (contact with people)

2) การประกอบกิจกรรมทางกายภาพโดยทั่วไปที่ไม่หักโหม (doing light physical activities) เช่น ทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหาร

ทุกคำถามของ OIDP ถามถึงปัญหาที่มาจากปาก ฟัน หรือฟันปลอมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา การคำนวณค่าดัชนีจะเป็นการถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เมื่อต้องดำเนินกิจวัตรประจำวัน

6.2 ฟันปลอมถอดได้ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นการทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป แบ่งออกเป็นฟันปลอมแบบทั้งปากและฟันปลอมแบบบางส่วน ฐานฟันปลอมทำจากฐานอะคริลิก

6.3 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

6.4 สิทธิการรักษาของคนไทย แบ่งออกเป็น3ระบบ

6.4.1 สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ คุ้มครองการรักษาพยาบาลให้กับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยสามารถรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลของรัฐมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังเป็นผู้ดูแลระบบ

6.4.2 สิทธิประกันสังคม คุ้มครองบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนตามสิทธิสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ตามโรงพยาบาลที่เลือกลงทะเบียนไว้ มีสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ดูแลเรื่องค่าเบิกจ่าย

6.4.3 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ความคุ้มครองคนไทยที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักและเป็นบุคคลที่ไม่มีสิทธิข้าราชการและประกันสังคมดังกล่าวข้างต้น โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่บริหารจัดการระบบ

6.5 การกลับมาตรวจเช็ค (follow up,recheck) คือ ขั้นตอนการแก้ไขฟันปลอมหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับบริการการใส่ฟันปลอมไปแล้ว ซึ่งอาจเกิดปัญหาต่างๆ เมื่อผู้ป่วยนำไปใช้งาน เช่น ปัญหาในเรื่องการเคี้ยวอาหาร การถอดใส่ฟันปลอม การหลุดหลวมหรือกระดก การสบฟันไม่ได้สมดุล โดยจะมีการตรวจหารอยกดที่เหงือกว่าง การปรับแต่งการสบฟันและการตรวจความเรียบด้านขัดมันทั้งหมด ซึ่งทันตแพทย์จำเป็นที่จะต้องทำการแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันปลอมได้

7. ประโยชน์ที่ได้รับ

7.1 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการใช้งานฟันปลอม

7.2 เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการให้บริการฟันปลอม นำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการบริการฟันปลอม เช่น ระบบการนัดตรวจเช็คฟันปลอมในแผนกทันตกรรม

7.3 เป็นข้อมูลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคม กำหนดระเบียบเพิ่มเติมในขั้นตอนการเบิกค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอมให้รัดกุม โดยอาจต้องมีขั้นตอนการทำถึงการนัดตรวจเช็คฟันปลอมจึงจะสามารถเบิกเงินคืนได้ เพื่อลดการสูญเสียงบประมาณที่เกิดจากการทำฟันปลอมแล้วผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีขึ้น

7.4 ใช้ในการวางแผนบริการทันตสาธารณสุข

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเรื่องสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
   1.1 แนวคิดเรื่องสุขภาพ
   1.2 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
2. ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
3. ฟันปลอม
   3.1 นิยามฟันปลอมติดแน่น
   3.2 นิยามฟันปลอมถอดได้
   3.3 วัสดุที่ใช้ในการทำฐานฟันปลอมถอดได้
   3.4 ขั้นตอนสำคัญในการทำฟันปลอมถอดได้
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเรื่องสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

1.1 แนวคิดเรื่องสุขภาพ

ความหมายหรือนิยามของสุขภาพเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งในการทำงานของวิชาชีพด้านการแพทย์ คำว่า “สุขภาพ” ได้ถูกนิยามหรือให้ความหมายแตกต่างกันในตลอดช่วงระยะเวลากว่าศตวรรษของวิชาชีพแพทย์และทันตแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของวิชาชีพและของสังคมในแต่ละยุคสมัย การให้ความหมายของสุขภาพที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้ลักษณะการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะเป้าหมายของการทำงานทางการแพทย์คือการสร้าง “สุขภาพที่ดี”ให้กับประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการ

หลักการแพทย์เชิงชีววิทยา เป็นการมุ่งเป้าหมายไปที่โรค ซึ่งโรคหมายถึงลักษณะที่ผิดเพี้ยนไปจากปรกติที่วิชาชีพแพทย์เป็นผู้กำหนด ความหมายของโรคจึงมักเป็นรูปธรรมเพราะเป็นลักษณะทางสรีระวิทยาที่ตรวจพบได้โดยวิธีการทางคลินิกและหรือทางห้องปฏิบัติการ (Hart 1985)

สุขภาพตามหลักการแพทย์เชิงชีววิทยาจึงหมายถึง การไม่มีโรค ตัวอย่างเช่น พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ.2542 ระบุว่า สุขภาพหมายถึงภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ พจนานุกรมภาษาอังกฤษฉบับมาตรฐาน (Oxford English Dictionary) ระบุว่า สุขภาพ หมายถึง การไม่มีความผิดปรกติหรือสภาพทางพยาธิวิทยาภายในตัวบุคคลและการมีสุขภาพที่ดี หมายถึง การปราศจากโรคหรือหายจากโรค แนวคิดเช่นนี้เชื่อว่าความผิดปรกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพล้วนมีสาเหตุจำเพาะของโรค แล้วทำการแก้ไขที่สาเหตุนั้น ได้แก่ ลักษณะทางสรีระวิทยาหรือกระบวนการทำงานของร่างกายเพื่อที่ร่างกายจะได้กลับคืนสู่สภาวะปกติ ต่อมาหลักการแพทย์เช่นนี้ถูกวิจารณ์ว่าเป็นการเปรียบร่างกายของมนุษย์เสมือนกับเป็นเครื่องจักร การทำงานที่ผิดพลาดของร่างกายมาจากชิ้นส่วนอะไหล่ หรือกลไกที่ผิดปรกติที่ถูกบัญญัติเรียกว่าโรคและหากได้รับการซ่อมแซม แก้ไข หรือเปลี่ยนชิ้นส่วนอะไหล่ได้ โรคจะหายไป ทิศทางการพัฒนาของการแพทย์เชิงชีววิทยาจึงอยู่ในรูปแบบของงานวิจัยในห้องปฏิบัติการและการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อที่จะได้ตรวจหาและซ่อมแซมร่างกายมนุษย์ ซึ่งสุขภาพตามหลักการแพทย์เชิงชีววิทยาจึงเป็นเพียงภาพฝัน หรือสิ่งที่ไม่มีอยู่จริง ตราบเท่าที่องค์ความรู้ทางชีววิทยายังคงก้าวหน้าต่อไป ปรากฏการณ์เช่นนี้คือสิ่งที่ Dubos (1960) นักจุลชีววิทยาชาวอเมริกัน เรียกว่า “ภาพลวงตาของสุขภาพ” หรือ “mirage of health”

การพัฒนาของหลักการแพทย์เชิงสังคม หลักการแพทย์เชิงสังคม (socio-medical concept) ถือกำเนิดขึ้นเมื่อประมาณครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา โดยเริ่มจากการตั้งข้อสังเกต ข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อความไม่เหมาะสมของหลักการแพทย์เชิงชีววิทยา จากนักวิชาการด้านสุขภาพที่มีชื่อเสียงหลายท่าน จนเป็นการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนผ่านสู่การใช้หลักการแพทย์เชิงสังคมในวิชาชีพ

ดูบอส (Dubos 1960) ยอมรับว่าการนำมุมมองเชิงชีววิทยามาใช้ในการนิยามสุขภาพนั้นไม่เหมาะสม เขาวิจารณ์งานบริการทางการแพทย์เชิงชีววิทยาว่าเป็นการหมกมุ่นอยู่กับความพยายามในการค้นหาสาเหตุของความผิดปกติภายในร่างกายแล้วทำการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เพื่อหวังให้ได้สุขภาพที่สมบูรณ์เพียบพร้อม ซึ่งไม่มีทางเป็นไปได้ตามความเป็นจริง Dubos ได้เสนอแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) ที่หมายถึง สภาวะที่สมดุล กลมกลืนไปกับธรรมชาติ ในขณะที่ แมคคานิค (Mechanic 1972) กล่าวว่าความท้าทายในการพัฒนาสุขภาพคือการสร้างความเข้าใจต่อบริบททางสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ แล้วส่งเสริมศักยภาพของบุคคลให้สามารถแสดงออก หรือมีบทบาทในการปรับปรุงแก้ไขสภาพทางสังคมของตนได้ องค์ความรู้ทางชีววิทยา สังคมและจิตวิทยาจะต้องมาผนวกรวมกัน เพราะปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมมีบทบาทสำคัญในการตัดสินว่าร่างกายทำงานผิดปรกติ

หรือไม่และควรได้รับการรักษาหรือไม่ เพราะปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้ การให้ความหมาย การให้ค่าของบุคคล มากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพจริงๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายของเขา ลิวอีส (Illich 1976) ได้วิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงต่อการแพทย์ที่เน้นการพัฒนาทางเทคโนโลยี เขาศึกษาวิจัยและเผยแพร่ข้อมูลว่าการให้การรักษาทางการแพทย์ในรูปแบบนี้ได้สร้างอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย ระบบการให้บริการทางการแพทย์เชิงชีววิทยาเป็นไปเพื่อการสร้างพลังอำนาจให้กับวิชาชีพแพทย์ ควบคุมจำกัดหน้าที่ในการดูแลสุขภาพให้อยู่เฉพาะภายในวิชาชีพของตนเองเท่านั้น ทำให้ประชาชนเชื่อว่าสุขภาพของตนจะต้องอาศัยพึ่งพิงเฉพาะแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น แมคเคียว (McKeown 1979) แสดงให้เห็นว่าการลดลงส่วนมากของอัตราการตายในช่วงศตวรรษที่ 19 มาจากการลดลงของโรคติดเชื้อ โดยสาเหตุหลักของการลดลงของโรคติดเชื้อ คือ การปรับปรุงระบบสุขอนามัยของสาธารณะ ได้แก่ รูปแบบการรับประทานอาหาร ระบบสุขาภิบาล ระบบน้ำดื่มน้ำใช้ และการลดขนาดครอบครัวลง ในขณะที่การให้บริการและการค้นพบใหม่ๆ ทางการแพทย์เชิงชีววิทยามีผลน้อยมากต่อการลดลงของโรค หากงานบริการทางการแพทย์เชิงชีววิทยามีประสิทธิภาพจริง ควรที่จะมาให้ความสำคัญกับการป้องกันมากกว่าอยู่กับการแก้ไขรักษา (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ 2557, น. 3-5)

นิยามสุขภาพในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่หลักการแพทย์เชิงสังคม ความเป็นมนุษย์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะทางสรีระวิทยาของร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่สภาพทางจิตใจ และสังคม สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์ดำรงอยู่ล้วนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการกำหนดสุขภาพของมนุษย์ แนวคิดดังกล่าวจึงทำให้เกิดการพัฒนาหลักการแพทย์เชิงสังคมขึ้น ในช่วงแห่งการเปลี่ยนผ่านนี้ ได้มีผู้เชี่ยวชาญและองค์กรด้านสุขภาพนำเสนอคำนิยามของสุขภาพตามแนวคิดใหม่ขึ้นมากมาย ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนว่าสุขภาพถูกนิยามในมุมมองที่กว้างขึ้น ไม่จำกัดเฉพาะการไม่มีโรคเท่านั้น

องค์การอนามัยโลก (1946) ได้ให้นิยามว่าสุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกายภาพ จิตใจและสังคม และไม่ใช่เฉพาะการไม่มีโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น การให้นิยามของสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลกนี้ ถือเป็นจุดเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของการขยายแนวความคิดแพทย์เชิงชีววิทยาไปสู่เชิงสังคม องค์การอนามัยโลกได้เน้นให้เห็นว่าสุขภาพจะต้องครอบคลุมมิติอื่นๆ ในระดับของตัวบุคคลด้วย นอกเหนือไปจากการไม่มีโรค นำไปสู่การพัฒนาหลักการแพทย์เชิงสังคมในเวลาต่อมา ดูบอส (Dubos 1960) เสนอว่า สุขภาพ หมายถึงความสามารถของบุคคลที่สามารถทำในสิ่งที่ตนอยากจะทำได้ สามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ตนปรารถนาได้ในสภาพแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ ดังนั้นความสมบูรณ์ของสุขภาพจึงขึ้นกับแต่ละบุคคล เพราะความต้องการของแต่ละคนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน สุขภาพจึงไม่สามารถบัญญัติให้เป็นลักษณะที่ตายตัวได้ องค์การอนามัยโลก (1984) อธิบายว่า เป็นการเน้นที่ความรู้สึกของบุคคลมากกว่าบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ นิยามขององค์การอนามัยโลกในครั้งนี้กล่าวว่าสุขภาพเป็นความสามารถที่บุคคลหรือกลุ่มตระหนัก

ถึงความต้องการของตนและสามารถตอบสนองได้ และมีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมของตนได้ ดังนั้นสุขภาพจึงเสมือนขุมพลังในการดำรงชีวิตในทุกๆวัน ขณะที่เอลเลสและซิมเนส (Ewles and Simnett 1999) เสนอนิยามสุขภาพที่ครอบคลุมมิติต่างๆ โดยพิจารณามิติต่างๆ ไปพร้อมๆ กัน มิติต่างๆ รวมอยู่เป็นหนึ่งหน่วยในความหมายของสุขภาพ ไม่ใช่พิจารณาทีละมิติแยกออกจากกัน และความสำคัญของมิติใดมิติหนึ่งจะไม่คงที่แต่จะแปรเปลี่ยนไปตามระยะเวลาและบริบททางสังคมของบุคคลนั้น เช่น มิติทางกายภาพ อาจมีความสำคัญมากขึ้นเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ มิติต่างๆ ที่เอลเลสและซิมเนส เสนอ ได้แก่

1. สุขภาพทางกายภาพ (physical health) หมายถึง การทำหน้าที่ของร่างกายได้ตามปรกติ

2. สุขภาพทางเชาวน์ปัญญา (mental health) หมายถึง ความสามารถในการคิดคิดได้ชัดเจน ต่อเนื่องกันและเป็นระบบ

3. สุขภาพทางอารมณ์ (emotional health) หมายถึง การรับรู้และแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

4. สุขภาพทางสังคม (social health) หมายถึง การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม

5. สุขภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual health) หมายถึง ความเชื่อละการปฏิบัติตามหลักศาสนา การมีหลักเกณฑ์เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและความประพฤติ เพื่อนำไปสู่ความสุขทางใจและพฤติกรรมที่ถูกต้องดีงาม

6. สุขภาพทางชุมชน (societal health) หมายถึง การเกี่ยวข้องที่เหมาะสมระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่

โดยสรุป สุขภาพมีหลากหลายความหมายและแตกต่างกันไปในช่วงระยะเวลา ในสมัยแรกที่วงการแพทย์ยังไม่พัฒนาเท่าที่ควรอัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงมาก อายุขัยเฉลี่ยของประชาชนสั้น สุขภาพจึงถูกตีความหมายถึง การอยู่รอดชีวิต (survival) การวัดสุขภาพจึงเน้นที่อัตราการตาย (mortality rate) ต่อมาเมื่อการแพทย์เริ่มพัฒนาในรูปแบบเชิงชีววิทยา สุขภาพจึงถูกตีความหมายถึงการปราศจากโรค แต่เมื่อแนวคิดทางการแพทย์เคลื่อนเข้าสู่การแพทย์เชิงสังคม สุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างขึ้นเชื่อมโยงไปกับการใช้งานจริงในชีวิตประจำวัน สุขภาพจึงมีความหมายในเชิงการทำหน้าที่และความสามารถในการทำกิจวัตรได้ตามปรกติ เมื่อบทบาทของจิตใจและสังคมที่มีต่อสภาพร่างกายเป็นที่ยอมรับ ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่างๆในความเป็นมนุษย์เป็นที่ประจักษ์ สุขภาพจึงหมายถึง ความสุข (happiness) สุขภาวะทางจิตและสังคม (social and emotional wellbeing) และคุณภาพชีวิต (quality of life) ดังนิยามสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2550 แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ 2557, น. 6-8)

1.2 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

คุณภาพชีวิต (Quality of life:QoL) หมายถึง "ความรู้สึกของตัวบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่เขากำลังเป็นอยู่ ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและรูปแบบการให้คุณค่าทางสังคมของเขา และเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจของเขา" (World Health Organization 1995) ในขณะที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สคช. 2531) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นนั้นจะรู้ได้โดยการที่คนหรือชุมชนนั้นๆ ได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐานหรือความต้องการขั้นพื้นฐานที่คนหรือชุมชนควรจะมีหรือควรจะเป็นเพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติพอสมควรในช่วงเวลาหนึ่งกู๊ดฮินสันและซิงเกิลตัน (Goodinson & Singleton 1989) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล นอกจากนี้ยังมีคำที่มีความหมายคล้ายกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความสุข (Happiness) ความผาสุก (Well-being) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) คุณค่าของชีวิต (Valve of life) เป็นต้น คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญโดยทั่วไปมนุษย์ทุกคนย่อมปรารถนาที่จะมีชีวิตที่ดีพร้อมในทุกๆ ด้าน มีเป้าหมาย มีความสำเร็จในงานและชีวิตครอบครัว มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม เพื่อความพร้อมในการทำงาน ความพร้อมในการดำรงชีวิต

นักวิชาการหลายท่านให้ คำจำกัดความของคำว่า "คุณภาพชีวิต" กันไว้หลากหลาย โดยการที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน แนวคิดคุณภาพชีวิตสามารถจัดกลุ่มได้ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเบอร์ฮอร์นร่วมกับเชฟเฟอร์และคณะ (Berghorn Schaefer et al. 1981) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าหมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคลต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต 5 องค์ประกอบ คือ ด้านสภาพทางเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านการสัมพันธภาพกับบุคคลกับสังคม ด้านการพึ่งพาตนเอง

กลุ่มที่ 2 คุณภาพชีวิตตามแนวคิดของซาน (Zhan 1992) ซานให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพว่า หมายถึง การมีความเป็นอยู่ดี มีความพึงพอใจและมีความสุขในการดำรงชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ มีองค์ประกอบ 4 ด้านที่สัมพันธ์กัน คือ 1) ด้านความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ อยู่ระหว่างความคาดหวังและความสำเร็จที่ได้รับ 2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึก รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) ด้านสุขภาพและ

การทำงานของร่างกาย เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม 4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา รายได้

กลุ่มที่ 3 คุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในสังคม แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่

3.1 ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย การรับรู้ถึงความแข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวด

3.2 ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ความรู้สึกภาคภูมิใจ

3.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม

3.4 ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการรับรู้ว่าตนเองมีชีวิตอย่างอิสระ มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ได้ว่าตนเองได้อยู่ในสภาพแวด ล้อมที่ดี

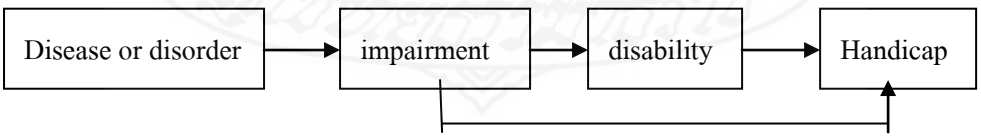
คุณภาพชีวิตจึงเป็นผลรวมของความสัมพันธ์ระหว่างส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตของบุคคลทั้งในด้านบวกและด้านลบ เช่น การงาน เศรษฐกิจ การเมือง ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม รวมไปถึงประเด็นด้านสุขภาพ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบต่างมีผลต่อกันและกัน คุณภาพชีวิตจึงมีความหมายที่กว้างกว่าสุขภาพ เพราะครอบคลุมประเด็นอื่นๆ ร่วมด้วย “คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ” (HRQoL) ได้ถูกให้นิยามไว้มากมาย ไม่มีนิยามที่กำหนดขึ้นอย่างตายตัว แต่ประเด็นหลักที่สอดคล้องกันคือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ประกอบด้วยหลายมิติที่ครอบคลุมความรู้สึกและประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ (heath) และความเจ็บป่วย (illness) ที่มีความสำคัญในการใช้ชีวิตของเขา กรอบแนวคิดในมิติสุขภาพจึงผสมผสานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม คนที่ไม่มีโรค ไม่ได้แปลว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีเสมอไป คนพิการหรือคนป่วยก็ไม่ได้แปลว่า เป็นคนที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพมีจุดเริ่มต้นมาจากความเจ็บป่วย แล้วส่งผลต่อคุณภาพชีวิตแต่ละโรคมีองค์ประกอบอื่นๆ ที่สำคัญแตกต่างกันไป จำนวนมิติที่เหมาะสม หรือความครอบคลุมของเนื้อหาในแต่ละมิติของการวัดคุณภาพชีวิตนั้นแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับภาระโรคที่แตกต่างกัน

สุขภาพ เป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญของคุณภาพชีวิต โดยจะเป็นโครงสร้างด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพด้านกายภาพ สุขภาพด้านจิตใจ และสุขภาพด้านสังคม

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2548) นิยามคำว่า “คุณภาพชีวิตและสุขภาพ” มารวมกันจะได้เป็นนิยามใหม่ ของ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” หรือที่เรียกว่า “Health Related Quality of Lif: HRQOL” ว่า “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ ระดับความสมบูรณ์และความพึงพอใจผูกพันกับชีวิตแต่ละบุคคลและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยหรือได้รับการรักษา” (กฤษฎากมล ชื่นอิ่ม 2555)

ปีเทอสัน (Petersen 2003) กล่าวว่า สุขภาพที่ดีมีความหมายในหลายมิติมากกว่าแค่การไม่มีโรคและสุขภาพช่องปากเป็นปัจจัยชี้วัดของคุณภาพชีวิต เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ต่างๆ ทางสภาวะสุขภาพไม่ตรงไปตรงมา ดังนั้นการทราบถึงสภาวะทางคลินิกเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอในการใช้ทำนายหรือบ่งบอกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ นักวิจัยด้านการแพทย์และทันตแพทย์เชิงสังคมหลายท่านได้นำเสนอกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่จะใช้เชื่อมโยงสภาวะทางคลินิกกับผลลัพธ์ต่างๆ ทางสุขภาพ จึงมีความพยายามที่จะคิดค้นและพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพช่องปากในมิติที่กว้างขึ้นเพื่อใช้ในการอธิบายลักษณะต่างๆของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากโรค การทราบถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพจะช่วยปรับปรุงและพัฒนาการรักษาทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพหรือความสุขของผู้ป่วย จึงมีการพัฒนากรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ พัฒนาขึ้นตามมาเพื่อพยายามที่จะวัดสุขภาพให้มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น และจากการที่นิยามเรื่องสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนไปจากมุมมองเรื่องโรคไปสู่ขอบเขตที่กว้างขึ้น ครอบคลุมปัจจัยทั้งทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย กรอบแนวคิดทางทฤษฎีต่างๆ จึงได้ถูกพัฒนาขึ้นตามมา เพื่อพยายามอธิบายความหมายและแสดงแนวทางการวัดสุขภาพให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ได้แก่ องค์การอนามัยโลกเสนอกรอบแนวคิดเพื่อแสดงผลที่ตามมาของโรค (disease consequences) ในลำดับต่างๆ อย่างเป็นโครงสร้างที่ชัดเจนขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1980 รู้จักกันในชื่อ ICIDH ย่อมาจาก International Classification of Impairment, Disability and Handicap ดังแสดงไว้ในรูปภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 การจำแนกความผิดปรกติ การไร้ความสามารถ และความด้อยโอกาส (International Classification of Impairment, Disability and Handicap: ICIDH) ขององค์การอนามัยโลก

โดยมีการบัญญัติศัพท์ต่างๆด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพเอาไว้ได้แก่

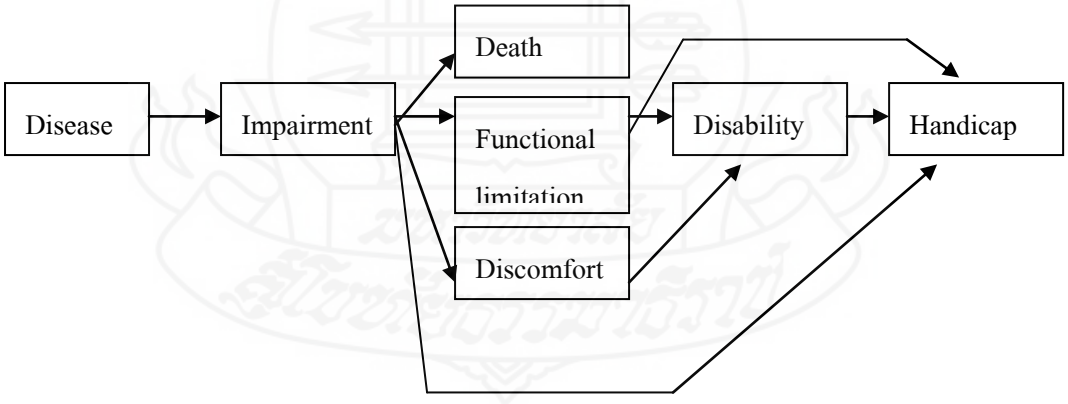
“Impairment” หมายถึงความผิดปรกติ หรือการสูญเสียของโครงสร้างทางร่างกาย อวัยวะหรือบางส่วนของอวัยวะหรือทางจิตใจ ซึ่งอาจเป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นผลมาจากโรคหรืออุบัติเหตุที่ได้รับ

“disability” หมายถึง การไร้ความสามารถหรือความบกพร่อง การที่ความสามารถถูกจำกัด ไม่สามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปรกติหรือตามที่คนปรกติทั่วไปควรจะทำได้ ซึ่งเป็นผลที่ตามมาจากความผิดปรกติ

“handicap” หมายถึง ความด้อยโอกาส การที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทได้ตามมาตรฐานของสังคมหรือตามที่สังคมคาดหวัง ซึ่งเป็นผลที่ตามมาจากความผิดปรกติหรือการไร้ความสามารถ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ด้วย เช่น อายุ เพศ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม

กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกได้ถูกนำไปพัฒนาต่อเนื่อง โดยนักวิชาการหลายท่าน รวมทั้ง Locker ในวิชาชีพทันตกรรม

ในปีค.ศ.1988 Locker ได้นำกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกมาปรับปรุงใหม่ พร้อมรวบรวมแนวคิดอื่นๆ ที่มีนักวิชาการทั้งทางแพทย์และทันตแพทย์เชิงสังคมเสนอไว้ แล้วนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดเพื่อการวัดสุขภาพช่องปากขึ้น ดังแสดงไว้ในรูปภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีเพื่อการวัดสุขภาพช่องปากของ Locker

กรอบแนวคิดของ Locker มีส่วนที่เพิ่มเติมมาจาก ICIDH ขององค์การอนามัยโลก คือ การเสียชีวิต (death) ความจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation) และความรู้สึกไม่สบาย (discomfort)

ความจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation) หมายถึง การสูญเสียหน้าที่ของส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือของระบบการทำงานของร่างกาย ส่วนความรู้สึกไม่สบาย (discomfort) เป็นสิ่งที่ได้จากการประเมินของตัวบุคคลถึงภาวะเครียด ไม่เป็นสุขทั้งทางกายภาพและทางจิตใจ ซึ่งรวมไปถึงความเจ็บปวด (pain) ด้วย ทั้งสององค์ประกอบที่เพิ่มขึ้นมานี้ เป็นการเพิ่มรายละเอียดให้กับกระบวนการระหว่างความผิดปรกติ และการไร้ความสามารถหรือความบกพร่อง โดยก่อนที่จะเกิดเป็นการไร้ความสามารถหรือความบกพร่องนั้น ความผิดปรกติที่เกิดขึ้นแล้วนั้นจะต้องทำให้เกิดความจำกัดในการทำหน้าที่ และ/หรือความรู้สึกไม่สบายเสียก่อน ตัวอย่างเช่นความผิดปรกติ คือ การสูญเสียเนื้อฟันไปบางส่วน หรือสูญเสียฟันทั้งซี่ไป จะต้องทำให้เกิดความจำกัดในการที่จะใช้ฟันบริเวณนั้นกัดอาหาร และ/หรือสร้างความรู้สึกไม่สบายให้กับบุคคล จึงจะเกิดเป็นความบกพร่องหรือการไร้ความสามารถในระดับบุคคลขึ้น เช่น ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปรกติ เป็นต้น

นอกจากนั้น Locker ยังได้แจกแจงการไร้ความสามารถหรือความบกพร่อง ซึ่งเป็นปัญหาในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของตัวบุคคล ออกเป็น3ประเภทคือความบกพร่องทางกาย ใจ และสังคม เพื่อเป็นการเน้นให้เห็นถึงสามมิติหลักของสุขภาพที่แสดงออกในระดับตัวบุคคล กรอบแนวคิดของ Locker ได้ถูกนำไปพัฒนาต่อยอด เป็นฐานแนวคิดในการพัฒนาดัชนีวัดสุขภาพช่องปากตามหลักการทันตสังคม

สำหรับวิชาชีพทันตแพทย์นั้นยอมรับและใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีสุขภาพช่องปากของ Locker อย่างแพร่หลาย ซึ่งเป็นการนำหลักการขององค์การอนามัยโลกมาพัฒนาต่อเนื่องและปรับปรุงให้สอดคล้องกับสุขภาพช่องปากและครอบคลุมผลลัพธ์ทุกๆ ด้าน ทั้งการทำหน้าที่ ผลทางจิตใจและสังคม กรอบแนวคิดนี้แสดงความสัมพันธ์ที่หลากหลายระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากในระดับต่างๆ เริ่มต้นจากการมีโรคในช่องปากที่นำไปสู่การสูญเสียหรือความผิดปรกติของอวัยวะภายในช่องปาก หรืออาจนำไปสู่ความตาย ความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือความจำกัดในการทำหน้าที่ของช่องปาก ผลขั้นต่อมาคือการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันและความด้อยโอกาส ทำให้เป็นการประเมินการทำหน้าที่ของช่องปากในชีวิตประจำวันทั้งในมิติด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม จึงถือว่าเป็นการวัด “คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก” (Oral Health-Related Quality of Life: OHRQoL) (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ 2557, น. 23)

หลักการเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากถูกพัฒนาขึ้นและได้รับความนิยมเพราะเข้าใจได้ง่ายและเป็นรูปธรรมมากกว่าคำว่าสุขภาพช่องปาก การวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

ช่องปากมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการทำงานทางทันตกรรม ทั้งในระดับผู้ป่วยและประชากร และในทุกขั้นตอนของการทำงานตั้งแต่การกำหนดปัญหา วางแผนงานบริการ ไปจนถึงการประเมินผล ทั้งนี้เพื่อเป็นการเติมเต็มให้กับการใช้ตัวชี้วัดทางคลินิกตามระบบสุขภาพแบบดั้งเดิม ซึ่งไม่เพียงพอที่จะสะท้อนภาพสุขภาพช่องปากออกมาได้ วิธีการมองแบบแยกส่วนตามหลักการแพทย์เชิงชีววิทยา ที่มองช่องปากแยกออกจากร่างกายทำให้การทำงานทันตกรรมทั้งในการวินิจฉัยปัญหาไปจนถึงการประเมินผลการรักษาจำกัดอยู่เฉพาะในระดับหรือขอบเขตของโรคหรือสภาวะทางช่องปาก แนวคิดเช่นนี้ถือว่าไม่ถูกต้องและทำให้งานทันตกรรมไม่สามารถก้าวข้ามขอบเขตของ “โรค” ไปสู่ “สุขภาพช่องปาก” ได้ เพราะในความเป็นจริงนั้น สุขภาพช่องปากเป็นสิ่งที่แยกไม่ออกจากสุขภาพโดยรวม และแยกไม่ออกจากคุณภาพชีวิตของตัวบุคคล กล่าวคือ ปัญหาหรือโรคที่เกิดขึ้นในช่องปากย่อมส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ทำให้เกิดเป็นปัญหาของตัวบุคคลตามมา เช่น อาการปวดฟัน รับประทานอาหารไม่ได้ ย่อมกระทบต่อสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของตัวบุคคล หลักการทันตสังคมเป็นการมองช่องปากอย่างเชื่อมโยงไปกับสุขภาพ และคุณภาพของการใช้ชีวิตของบุคคลในสังคม ซึ่งต่อมาได้รู้จักกันในชื่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life: OHRQoL) สอดคล้องกับการให้ความสนใจในประเด็น “คุณภาพชีวิต” ในวิชาชีพแพทย์ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น หลักการนี้จึงคล้ายกับเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (HRQoL) กล่าวคือเป็นการแสดงให้เห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การไม่มีโรคทางช่องปาก แต่หมายความไปถึงการที่บุคคลมีคุณภาพในการใช้ชีวิต ทั้งทางกาย ใจ และสังคม ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสภาวะช่องปากของเขา หลักการคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจึงมีลักษณะครอบคลุมหลายมิติและซับซ้อน อันเป็นผลมาจากปฏิกิริยาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ทั้งสภาวะทางช่องปาก สังคม บริบทที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนส่วนอื่นๆ ของร่างกายของบุคคล รายละเอียดขององค์ประกอบต่างๆอาจจะแตกต่างกันบ้างระหว่างกรอบแนวคิดต่างๆ ที่ได้ถูกพัฒนาขึ้น อย่างไรก็ดี หลักการพื้นฐานคือการแยก “โรค” ซึ่งเป็นสภาวะในระดับช่องปาก กับ “ผลที่ตามมาของโรค”ที่เกิดขึ้นในระดับตัวบุคคลออกจากกันอย่างชัดเจน (Sheiham 2005, pp. 644)

2. ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากควรจะผ่านการทดสอบทางไซโคเมทริก (psychometric properties) สำหรับการใช้งานเพื่อประเมินผลขณะเวลาหนึ่งควรผ่านการทดสอบความถูกต้อง (validity) และความเที่ยงตรง (reliability) สำหรับการใช้งานเพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงระยะยาว ควรได้ทดสอบคุณสมบัติการตอบสนองหรือความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness/ sensitivity) ในปัจจุบันมีดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก 3 ตัวสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่ผ่าน

การทดสอบคุณสมบัติไซโคเมทริกเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ The General Oral Health Assessment Index (GOHAI), The Oral Health Impacts Profile (OHIP), The Oral Impacts on Daily Performances Index (OIDP) (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ 2550; Atchison & Dolan 1990; Slade & Spencer 1994; Adulyanon & Sheiham 1997) โดยมีรายละเอียดของแต่ละดัชนีดังต่อไปนี้

2.1 The General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

GOHAI ถูกพัฒนาโดย Kathryn A. Atchison และ Teresa A. Dolan ใน พ.ศ. 2533 จากกลุ่มผู้ป่วยคลินิกทันตกรรมในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นดัชนีถูกพัฒนาเพื่อใช้สำหรับผู้สูงอายุ มีชื่อเดิมว่า “Geriatric Oral Health Assessment Index” แต่ต่อมาได้ถูกใช้ในกลุ่มอายุอื่นๆ จึงได้เปลี่ยนเป็น **“**General Oral Health Assessment Index” (GOHAI) การพัฒนาไม่ได้เกิดจากการสร้างกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ชัดเจนแต่มาจากหลักการที่ว่า การวัดสุขภาพช่องปากควรจะครอบคลุมมิติต่างๆ ที่หลากหลายในความหมายของสุขภาพช่องปาก การพัฒนาจึงมาจากการทบทวนวรรณกรรม การรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้จัดบริการทางทันตกรรม และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม ดังนั้นจึงรวบรวมคำถามต่างๆ ที่น่าจะสื่อถึงภาวะสุขภาพช่องปากคัดเลือกจนได้คำถามที่สะท้อนถึงสุขภาพช่องปากใน 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านความเจ็บปวดหรือรู้สึกไม่สบายจากช่องปาก การทำหน้าที่ทางกายภาพที่ครอบคลุมถึงการรับประทานอาหาร การพูด การกลืน และการทำหน้าที่ทางจิตใจและสังคมที่ครอบคลุมถึงความกังวล ความระแวงเกี่ยวกับปัญหาทางช่องปากที่มีความไม่พอใจในลักษณะที่มองเห็น การหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คนเพราะปัญหาทางช่องปาก มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ คำถามของ GOHAI เป็นการถามถึงความถี่ของสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากสภาวะช่องปากบันทึกคำตอบตามตัวเลือกลิเคิร์ท (Likert) 6 ระดับจาก 0 ถึง 5 (0 = ไม่เคย, 1 = น้อยมาก นานๆ ที, 2 = บางครั้ง, 3 = บ่อย, 4 = บ่อยมาก, 5 = เป็นประจำสม่ำเสมอ) แต่บางการศึกษาอาจใช้เพียง 3 ระดับเท่านั้น (ไม่เคย, บางครั้ง, สม่ำเสมอ) ดังนั้นแม้จะเป็นการศึกษาที่ใช้ GOHAI เหมือนกันแต่ระดับคำตอบที่แตกต่างกันก็ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ทันที

ข้อดีของดัชนี GOHAI คือ ใช้ง่ายและรวดเร็ว ข้อคำถามตรงไปตรงมาไม่ซับซ้อน จึงสามารถใช้โดยการสัมภาษณ์หรือการตอบด้วยตนเองได้

ส่วนข้อจำกัด คือไม่ได้มีกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ชัดเจนรองรับ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าสิ่งที่ดัชนี GOHAI วัดคือภาพรวมโดยย่อของปัญหาในการใช้งานของช่องปาก แต่ไม่สามารถยืนยันถึงความครอบคลุมมิติทั้งหมดของสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการวัดอย่างเป็นระบบและไม่ซ้ำซ้อนกันได้ นอกจากนั้นดัชนี GOHAI ไม่ได้กำหนดระยะเวลานึกย้อนไว้ตายตัว ทำให้ต้องใช้ความระมัดระวังในการแปลผลและเปรียบเทียบผลที่ได้กับการศึกษาอื่นที่อาจจะใช้ระยะเวลานึกย้อนที่แตกต่างกัน

2.2 The Oral Health Impacts Profile (OHIP)

OHIP ถูกพัฒนาโดย Gary B. Slade และ A. John Spencer ในปี พ.ศ. 2537 จากกลุ่มผู้ป่วยคลินิกทันตกรรมในประเทศออสเตรเลีย โดยถูกพัฒนาเพื่อใช้ในผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ GOHAI โดยจะวัดสภาวะช่องปากรวมทั้งสิ้น 7 หมวดซึ่งได้แก่ความจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation) การสูญเสียความสามารถ (disability) และความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) ความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบาย (pain and discomfort) ซึ่งแยกออกเป็น 4 มิติ ได้แก่ ความจำกัดในการทำหน้าที่ความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain) ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (psychological discomfort) และการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (physical disability) การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (psychological disability) การสูญเสียความสามารถทางสังคมและความด้อยโอกาสทางสังคม ประกอบไปด้วยคำถามทั้งสิ้น 49 ข้อ จึงเรียกดัชนีรูปแบบเต็มนี้ว่า OHIP-49 คำถามทั้ง 49 ข้อ ถามถึงความถี่ของสภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากช่องปากที่เกิดขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คำตอบเป็นตัวเลือก 5 ระดับ จาก 0 - 4 (0 = ไม่เคย, 1 = นานๆ ที, 2 = บางครั้ง, 3 = ค่อนข้างบ่อย, 4 = บ่อยมาก) คำถามของ OHIP ถูกพัฒนาจากมุมมองของประชาชน ไม่ใช่บุคลากรวิชาชีพอย่างเช่น GOHAI แต่เนื่องจากมีจำนวนข้อที่มากและหลายข้อมีความคล้ายคลึงซับซ้อนกันต้องใช้ความละเอียดอ่อนในการแยกแยะจึงส่งผลให้เกิดการพัฒนาดัชนีรูปแบบย่อหรือ OHIP-14 ที่มีจำนวน 14 ข้อ ใช้ระยะเวลานึกย้อน (recall period) 1 เดือนแทน 1 ปี OHIP เป็นดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ถือได้ว่าถูกใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน แต่ดัชนี OHIP รูปแบบภาษาไทยทั้งที่เป็นแบบเต็มและแบบย่อควรที่จะได้รับการทดสอบเพิ่มเติม เพื่อยืนยันถึงความเหมาะสมและความสามารถในการนำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของคนไทยในภาพ รวมทั้งที่เป็นผู้ป่วยและประชากรทั่วไป (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ 2557, น. 87)

2.3 The Oral Impacts on Daily Performances Index (OIDP)

OIDP เริ่มต้นโดยการพัฒนาในกลุ่มประชากรในวัยทำงานในคนไทยโดย สุปรีดา อดุลยานนท์ และ Aubrey Sheiham ในปี พ.ศ. 2540 ต่อมามีการพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุโดย พัชราวรรณ ศรีศิลปนันทน์ และพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเด็กโดย สุดาดวง เกรันพงษ์ (Adulyanon & Sheiham 1997; Srisilapanan & Sheiham 2001; สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ 2550) OIDP เป็นดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดัชนีแรกที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและการทดสอบความถูกต้องจากกลุ่มตัวอย่างคนไทย

การพัฒนาดัชนี OIDP มาจากความต้องการเน้นที่ผลที่ตามมาของโรคในระดับที่รุนแรงจนเกิดเป็นผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยไม่วัดผลในระดับความรู้สึก เช่น ความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย ความกังวล ความขุ่นเคืองใจ การวัดในระดับ

ความรู้สึกเช่นนี้ได้ถูกรวมเข้าในดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอื่นๆ ในขณะที่ผู้พัฒนาดัชนี OIDP พิจารณาว่าการวัดเฉพาะผลลัพธ์ในระดับพฤติกรรมน่าจะง่ายสั้น และสื่อถึงปัญหาในระดับที่รุนแรงและสำคัญของช่องปาก

กรอบแนวคิดทฤษฎีของ OIDP ถูกพัฒนาต่อเนื่องจากกรอบแนวคิดของ Locker โดยทำให้กระชับและเน้นที่ผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับที่หนึ่ง คือ ความผิดปรกติหรือการสูญเสีย(impairment)

ระดับที่สอง คือ ผลกระทบระดับกลาง (intermediate impact) ซึ่งหมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการมีความผิดปรกติ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ความเจ็บปวด (pain) 2) ความรู้สึกไม่สบาย (discomfort) 3) ความจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation) 4) ความไม่พอใจกับลักษณะที่ปรากฏ (appearance dissatisfaction)

ระดับที่สาม คือ ผลกระทบสูงสุด(ultimate impact) หมายถึง ผลกระทบหรือความยากลำบากที่เกิดขึ้นต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (impacts on daily performance) โดยดัชนี OIDP วัดเฉพาะผลกระทบในระดับท้ายสุดนี้ ผลกระทบท้ายสุดนี้เทียบเคียงได้เท่ากับการสูญเสียความสามารถและความด้อยโอกาสในสังคม ตามกรอบแนวคิดองค์การอนามัยโลก และของ OHIP

ดัชนี OIDP ประกอบด้วย 8 กิจกรรม รูปแบบที่ใช้สำหรับวัยทำงาน ประกอบด้วย 3 กิจกรรมสะท้อนมิติทางกายภาพ ได้แก่ การกินอาหาร การพูด การทำความสะอาดฟัน 3 กิจกรรมสะท้อนมิติทางจิตใจได้แก่ การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ การยิ้มหรือการให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย และ 2 กิจกรรมที่เป็นกิจกรรมทางด้านสังคม ได้แก่ การทำงานและการออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้คน สำหรับรูปแบบที่ใช้กับผู้สูงอายุจะใช้ “การประกอบกิจกรรมทางกายภาพโดยทั่วไป” แทนการทำงาน (Srisilapanan & Sheiham 2001) ทุกคำถามของ OIDP ถามถึงปัญหาที่มาจากปาก ฟัน หรือฟันปลอมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาดังนั้นคะแนนมากจึงหมายถึงปัญหามาก การถามคำถามและการให้คะแนนของ OIDP แตกต่างจาก GOHAI และ OHIP คือถามทั้งเรื่องความถี่และความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมที่เกิดขึ้น คำตอบอยู่ในช่วง 0 - 5 (0 = ไม่กระทบกระเทือน, 1 = เล็กน้อยมาก, 2 = เล็กน้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = รุนแรง, 5 = รุนแรงมาก) นอกจากนั้นการให้คะแนนความถี่ยังแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของปัญหา กล่าวคือปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือน จะบันทึกคะแนนตามความบ่อยของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ถ้าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นน้อยครั้งแล้วหายไปไม่ได้กลับมาเกิดใหม่ซ้ำๆ ในรอบ 6 เดือนจะบันทึกคะแนนวันโดยรวมที่มีปัญหา เมื่อนำคะแนนความถี่มาคูณกับคะแนนความรุนแรงในแต่ละกิจกรรมจะได้เป็นคะแนนปัญหาของแต่ละกิจกรรม (มีคะแนนสูงสุดคือ 25) เมื่อรวมคะแนนของทั้ง 8 กิจกรรมเข้าด้วยกัน จะได้ค่าคะแนนรวม

(มีค่าสูงสุด200) แล้วนำมาหารสองให้ได้เป็นคะแนนร้อยละ (มีค่าสูงสุดคือ100) ซึ่งสามารถนำค่าคะแนนที่ได้ทั้งหมดมาเปรียบเทียบปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

การเก็บข้อมูล OIDP ใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล ดังนั้นคำถามที่ใช้จึงไม่ได้ถูกกำหนดไว้อย่างตายตัว แต่ผู้สัมภาษณ์จะต้องมีความเข้าใจอย่างแท้จริงถึงข้อมูลที่ต้องการแล้วจึงซักถามผู้ถูกสัมภาษณ์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลนั้น เนื้อหาสาระของ OIDP คือ การวัดขนาดของความลำบากหรือปัญหา (difficulty) ที่เกิดขึ้นกับกิจกรรมในแต่ละข้อทั้งแปดข้อ ที่มีสาเหตุมาจากความผิดปรกติของสภาวะช่องปาก (oral impairment) ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

คุณสมบัติพิเศษของดัชนี OIDP ที่แตกต่างไปจากดัชนีอื่นๆ คือการวัดปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ (condition-specific impacts: CS-impacts) และสามารถคำนวณค่าคะแนนของปัญหาเจาะจงสภาวะนั้นๆ ได้ ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายในการพัฒนาดัชนี OIDP คือการนำไปใช้งานในระบบการประเมินความสำเร็จด้านทันตกรรม (dental need) และวางแผนบริการทันตสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ดีคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินจากความรู้สึกของตัวบุคคลและดัชนีที่ใช้เป็นการถามย้อนกลับไปในอดีต ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในเรื่องความถูกต้องของคำตอบจากบุคคลนั้น ดัชนี OIDP มีข้อคำถามจำนวนน้อย สั้น กระชับ เหมาะกับการใช้งานในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่หรือการศึกษาระดับประชากร

ข้อดีของ OIDP คือ สั้น กระชับกว่าดัชนีตัวอื่นๆ โดยจะถามแค่8กิจกรรมที่เป็นการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล จึงถือเป็นดัชนีที่ใช้เฉพาะคำถามเรื่องคุณภาพชีวิตล้วนๆ ในขณะที่ GOHAI และ OHIP ประกอบไปด้วยคำถามทั้งที่เป็นและไม่เป็นคุณภาพชีวิต มีคำถามหลายข้อที่มีความคล้ายคลึงกัน ส่วนข้อด้อยของ OIDP คือ ต้องมีการสัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการอบรม เนื่องจากมีการซักถามอย่างต่อเนื่องและเจาะลึกลงในแต่ละกิจกรรม ในขณะที่ GOHAI และ OHIP เป็นการตอบแบบสอบถามเอง

OIDP เป็นดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตัวเดียวที่ทดสอบแล้วว่าสามารถใช้ในประชากรไทยได้ผลถูกต้อง โดยสามารถแบ่งแยกประชากรออกเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในระดับต่างๆ ได้ การศึกษาของ OIDP เน้นในระดับประชากร ซึ่งต่างจาก GOHAI และ OHIP (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ 2550) จึงเป็นดัชนีตัวเดียวที่ถูกทดสอบแนวทางการนำไปใช้ร่วมกับดัชนีทางคลินิกในการประเมินความจำเป็นด้านทันตกรรมและวางแผนงานบริการทางทันตกรรมในประชากร (Gherunpong et al. 2006; Srisilapanan & Sheiham 2001)

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ดัชนี OIDP เนื่องจากเป็นดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตัวเดียวที่ทดสอบแล้วว่าสามารถใช้ในประชากรไทยได้ผลถูกต้อง และมีการพัฒนาให้เหมาะสม

กับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ข้อคำถามจำนวนน้อย สั้น กระชับ เหมาะกับการใช้งานในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่หรือการศึกษาระดับประชากร อีกทั้งเป็นดัชนีที่ถามถึงเรื่องคุณภาพชีวิตเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบข้อดี ข้อด้อยของดัชนีแต่ละชนิด

ข้อดี		
GOHAI	**OHIP**	**OIDP**
ใช้ง่าย รวดเร็ว	ข้อคำถามมาจากผู้ป่วย	ข้อคำถามสั้น กระชับ
ข้อคำถามตรงไปตรงมา	มีกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ครอบคลุม	ข้อคำถามเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเพียงอย่างเดียว
ใช้ได้ทั้งการสัมภาษณ์หรือตอบคำถามด้วยตนเอง	ใช้ได้ทั้งการสัมภาษณ์หรือตอบคำถามด้วยตนเอง	ได้รับการทดสอบในประชากรไทยได้ผลถูกต้อง
		เหมาะกับการใช้งานในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่
ข้อด้อย		
GOHAI	**OHIP**	**OIDP**
ไม่มีกรอบแนวคิดทางทฤษฎีรองรับ	มีจำนวนข้อมาก หลายข้อมีความหมายใกล้เคียงกัน	ต้องใช้การสัมภาษณ์เท่านั้น
ไม่มีการกำหนดระยะเวลานึกย้อนตายตัว ทำให้ต้องใช้ความระมัดระวังในการแปลผล	ต้องใช้ความละเอียดอ่อนในการแยะแยะความรู้สึกที่เป็นนามธรรม	ผู้สัมภาษณ์ควรได้รับการอบรม
ยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันความสามารถและความเหมาะสมในการนำมาใช้กับคนไทย	ยังต้องมีการทดสอบเพิ่มเติมถึงความเหมาะสมในการใช้งานให้เหมาะสมกับประชากรไทย	

3. ฟันปลอม

ฟันปลอม มี 2 ชนิด คือ ฟันปลอมติดแน่นและฟันปลอมถอดได้

3.1 นิยามฟันปลอมติดแน่น

ฟันปลอมชนิดติดแน่น จะมีการกรอฟันบางส่วนออกเพื่อทำครอบฟันทับฟันซี่ที่มีปัญหา เรียกว่าการทำครอบฟัน แต่หากถอนฟันบางซี่ไปแล้วมีช่องว่างฟันเกิดขึ้นจะต้องกรอฟันที่อยู่หัวและท้ายของช่องว่างเพื่อเป็นหลักยึดสำหรับฟันที่จะทดแทนในช่องว่างเรียกว่า การทำสะพานฟัน ฟันปลอมติดแน่นจะมีลักษณะและขนาดเหมือนฟันธรรมชาติมากกว่าฟันปลอมถอดได้ ทำให้ผู้ใส่รู้สึกสบายกว่า ไม่มีส่วนของเหงือกปลอมหรือตะขอที่เกะกะ และการใช้งานเคี้ยวอาหารก็มีประสิทธิภาพมากกว่าฟันปลอมถอดได้ แต่หากมีช่องว่างไร้ฟันที่กว้างเนื่องจากฟันถูกถอนไปหลายซี่ จะไม่สามารถทำฟันปลอมชนิดติดแน่นได้ เนื่องจากหลักยึดอาจไม่เพียงพอที่จะรองรับฟันปลอมที่เสริมขึ้นมาหลายซี่

ผู้ที่เหมาะสมกับฟันปลอมชนิดสะพานฟัน ได้แก่ ผู้ที่สูญเสียฟันธรรมชาติไปเป็นจำนวนน้อยเพียง 1-2 ซี่ ต่อ 1 ช่องว่าง ฟันธรรมชาติที่อยู่ด้านหน้าและด้านหลังของช่องว่างจะต้องอยู่ในสภาพดี ไม่มีปัญหาโรคเหงือกอักเสบหรือฟันผุที่รุนแรง สามารถดูแลทำความสะอาดภายในช่องปากได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

ข้อดีของฟันปลอมติดแน่น ฟันปลอมชนิดนี้จะไม่ขยับหรือหลวมหลุดขณะที่พูดหรือเคี้ยวอาหาร ทำให้ผู้ใส่มีความมั่นใจ รวมทั้งมีขนาดชิ้นงานที่ค่อนข้างเล็ก ไม่ก่อให้เกิดความรำคาญ มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวค่อนข้างสูง เนื่องจากแรงจากการบดเคี้ยวจะถูกถ่ายทอดไปสู่ฟันธรรมชาติซี่ข้างเคียงที่ใช้เป็นหลักในการยึดฟันปลอมโดยตรง

ข้อเสียของฟันปลอมติดแน่น การที่ฟันธรรมชาติที่อยู่ข้างเคียงจะต้องถูกกรอแต่งเพื่อให้มีขนาดเล็กลงเพื่อใช้เป็นฟันหลักสำหรับยึดฟันปลอมติดแน่น ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อฟันธรรมชาติต่อไปได้ นอกจากนี้แล้วผู้ที่ใส่ฟันปลอมชนิดนี้จะต้องดูแลความสะอาดของฟันปลอมเป็นอย่างดี เนื่องจากฟันปลอมไม่สามารถถูกถอดออกมาเพื่อทำความสะอาดภายนอกช่องปากได้ (นภาพร อัจฉริยะพิทักษ์ 2551, น. 2)

3.2 นิยามฟันปลอมถอดได้

ฟันปลอมถอดได้ หมายถึง ฟันปลอมที่ผู้ป่วยสามารถถอดออกมาล้างทำความสะอาดได้ เป็นฟันปลอมชนิดที่ต้องถอดออกเป็นประจำ

ฟันปลอม แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ฟันปลอมทั้งปากและฟันปลอมบางส่วน ฟันปลอมทั้งปากใช้เมื่อไม่มีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ในช่องปากเลย ฟันปลอมบางส่วนใช้เมื่อยังมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ในช่องปาก นอกจากจะใช้ในการเติมซี่ฟันในบริเวณฟันที่หายไป ยังสามารถป้องกัน

ฟันบริเวณข้างเคียงล้มเข้ามาแทนตำแหน่งช่องว่าง ป้องกันไม่ให้ฟันซี่ต่างๆ เคลื่อนขยับไปจากตำแหน่งเดิม (อรรถวิทย์ พิสิฐอนุสรณ์ 2544, น. 3)

3.3 วัสดุที่ใช้ในการทำฐานฟันปลอม

คือส่วนที่รองรับฟันและยึดติดกับส่วนโยงหลักโดยโครงยึดฟัน เมื่อมีแรงบดเคี้ยวลงบนฟันปลอม แรงจะกระจายไปตามฐานสู่เนื้อเยื่อที่รองรับ ฉะนั้นฐานที่ดีควรคลุมแผ่ไปให้กว้างที่สุด ใส่แล้วผู้ป่วยไม่รำคาญ หรือเจ็บเพราะกดบริเวณที่ยึดเกาะกล้ามเนื้อ การพูดหรือเคี้ยวอาหารทำได้ตามปกติ ถ้าทำฐานฟันปลอมให้กว้างแนบสนิทพอดีและได้สภาพสันเหงือกขณะรับแรง ผู้ป่วยจะใส่ฟันปลอมด้วยความสบาย นอกจากนั้นฐานฟันปลอมยังช่วยเพิ่มการยึดแน่น ช่วยให้ฟันปลอมไม่โคลงหรือไม่บิด (โสภี ชาติสุทธิพันธุ์ 2543, น. 188)

ทั้งนี้วัสดุที่นำมาใช้ในการทำฐานฟันปลอม มีดังนี้

3.3.1 วัสดุฐานอะคริลิก ลักษณะเป็นพลาสติกสีชมพู อาจมีการเพิ่มตะขอลวดเข้าไปเพื่อเพิ่มการยึดอยู่กรณีสูญเสียฟันไปหลายซี่ รู้จักกันในทางทันตกรรมว่า flipper (ฟันปลอมใช้ชั่วคราว) เป็นวัสดุที่ราคาถูกที่สุด เมื่อเทียบกับฟันปลอมชนิดถอดได้ทั้งหมด พลาสติกสีชมพูของฐานฟันปลอมจะเป็นอะคริลิกที่มีความเปราะ โดยเป็นวัสดุชิ้นเดียวกันกับที่ใช้ทำฟันปลอมทั้งปาก ในกรณีที่มีฟันธรรมชาติหลงเหลืออยู่และแข็งแรง จะมีการเติมตะขอลวดดัดเข้าไปในโครงสร้างฐานฟันปลอมด้วยเพื่อเพิ่มการยึดเกาะ เนื่องจากราคาถูกจึงมักใช้บ่อยในกรณีฟันที่เหลืออยู่ผุหรือเป็นโรคปริทันต์ และการพยากรณ์โรคของฟันไม่ดี ถ้าต่อมาในระหว่างช่วงการรักษา ฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ต้องถูกถอนออกด้วยเหตุผลใดก็ตาม สามารถเติมฟันปลอมเพื่อทดแทนได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยยังดูดีอยู่ ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วฟันปลอมชนิดนี้ใช้แก้ปัญหาชั่วคราวเท่านั้น แต่มีหลายคนที่ใช้เป็นเวลานานหลายๆ ปี ตราบเท่าที่พวกเขาสามารถใช้และดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากเห็นว่าลักษณะภายนอกที่ยังดูดีเท่าๆ กับ ฟันปลอมถาวรที่ราคาแพงกว่า การใช้ฐานอะคริลิกอีกกรณีหนึ่งคือใช้เป็นฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้ใส่ทันที เมื่อฟันถูกถอนออกสามารถใส่ฟันปลอมได้ทันที แต่เป็นแบบชั่วคราว เมื่อแผลถอนฟันหายต้องมาทำฟันปลอมใหม่

3.3.2 โครงโลหะ โครงโลหะถูกสร้างให้พอดีกับฟัน เมื่อใส่ลงไปบนฟันแล้วจะต้องมีความแนบที่ดี เพื่อความมั่นคงและการยึดอยู่ ฟันถูกแต่งให้มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยก่อนเพื่อให้ใส่ฟันปลอมบางส่วนได้โดยไม่รบกวนการบดเคี้ยวของผู้ป่วย โครงสร้างโลหะของฟันปลอมจะไม่แตะบนเหงือก ดังนั้นถ้ามีการยุบตัวจากเดิมฟันปลอมชนิดนี้จะไม่ยุบจมไปกับเหงือกจึงแทบไม่ต้องเติมฐานฟันปลอมใหม่ ลักษณะโดยทั่วไปของฟันปลอมบางส่วนถอดได้โครงโลหะ ทำจากทันตวัสดุหลายชนิดร่วมกัน โดยมีส่วนโครงหลักที่ทำจากโลหะเจือ (alloys) เช่น โลหะเจือโครเมียมโคบอลต์

(cobalt-chromium alloys) ส่วนฐานมักทำจากเรซินอะคริลิก หรือโลหะเจือ และส่วนสุดท้ายคือซี่ฟันปลอม ซึ่งอาจจะทำจากเรซินอะคริลิก กระเบื้อง(porcelain) หรือโลหะเจือ เป็นต้น

3.3.3 ฐานฟันปลอมแบบยืดหยุ่น ฐานฟันปลอมทำจากไนล่อนหรือไวนิลคอมโพสิต ใช้แทนโลหะและวัสดุอะคริลิกสีชมพู ในการสร้างโครงสำหรับฟันปลอมบางส่วนถอดได้มาตรฐานเป็นวัสดุที่ไม่มีการแตกหัก และมีสีชมพูเหมือนเหงือก สามารถทำให้ค่อนข้างบางได้ นอกจากจะใช้ทำเป็นฐานฟันปลอมแล้ว ยังสามารถใช้ทำเป็นตะขอยึดฟันได้อีกด้วย

ฟันปลอมที่ดีถ้าทำในฟันหน้าควรจะมีความสวยงามเหมือนฟันธรรมชาติ ถ้าทำในฟันหลังควรมีประสิทธิภาพสูงในการบดเคี้ยวอาหาร ยึดแน่นขณะพูดและเคลื่อนขยับปาก ไม่ทำความรำคาญให้แก่ผู้ป่วย ช่วยคงสภาพเนื้อเยื่อ ฟัน กล้ามเนื้อ และข้อต่อขากรไกรให้มีสภาพปกติ ฟันปลอมควรมีความคงทนถาวร เมื่อชำรุดซ่อมแซมได้ ถ้าต้องถอนฟันเพิ่มก็เติมฟันได้ วิธีทำและการเก็บรักษาง่าย ไม่เป็นพิษต่อร่างกาย ราคาไม่แพงเกินควร (อรรถวิทย์ พิสิฐอนุสรณ์ 2544, น. 9)

3.4 ขั้นตอนสำคัญในการทำฟันปลอม

ในการทำฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้ ทันตแพทย์ต้องทำอย่างประณีตในทุกขั้นตอน ผู้ป่วยควรรู้จักระมัดระวังรักษาฟันปลอมและรักษาความสะอาดช่องปาก เพื่อให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี จึงจะประสบความสำเร็จร่วมกัน ได้ฟันปลอมที่มีประสิทธิภาพ ใช้ได้ทนทาน ขั้นตอนหลักในการทำฟันปลอม มี 6 ประการ คือ

3.4.1 การให้สุขศึกษาเรื่องฟันแก่ผู้ป่วย คือ การให้ความรู้ด้านทันตกรรมในส่วนที่ฟันปลอมจะมีผลเกี่ยวเนื่องด้วย เริ่มแนะนำการเลือกชนิดของฟันปลอม ทันตแพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จักฟันปลอมเพราะไม่เคยใส่ ทันตแพทย์ควรแนะนำให้รู้จักกับฟันปลอม การระวังรักษา ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำเร็จในการใส่ฟันปลอม และความล้มเหลวของการใส่ฟันปลอมถ้าไม่ทำตามคำแนะนำของทันตแพทย์ให้ถูกต้อง

3.4.2 การวางแผนออกแบบฟันปลอมและเตรียมฟันที่เหลือ เมื่อทันตแพทย์จะใส่ฟันให้ผู้ป่วย ต้องวางแผนการรักษาและวิเคราะห์ว่าแผนการรักษาจะสำเร็จมากน้อยแค่ใด ตัวผู้ป่วยควรมีส่วนรับทราบเพื่อจะได้มีการระวังรักษาถึงสิ่งที่ทันตแพทย์คิดว่าจะไม่เป็นผลดี

3.4.3 การพิมพ์ปากให้ได้ดี เพื่อให้ฟันปลอมรับแรงบดเคี้ยวได้ เนื่องจากพื้นที่ที่รองรับฟันปลอมนั้นมีกล้ามเนื้อเกาะยึดโดยรอบ กล้ามเนื้อจะเคลื่อนขยับเมื่อพูดหรือเคลื่อนไหวขากรรไกร ในการบดเคี้ยวอาหาร ถ้าฐานฟันปลอมกดกล้ามเนื้อเหล่านี้จะเจ็บและมีบาดแผล หรือถ้าทำฐานฟันปลอมสั้นไปฟันปลอมจะขาดประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหาร ฉะนั้นฐานของฟันปลอมต้องมีความยาวของขอบสิ้นสุดพอดี ซึ่งจะได้โดยการพิมพ์ปาก

3.4.4 การหาความสัมพันธ์ของการสบฟัน ก่อนที่จะใส่ฟันปลอมให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องคำนึงถึงฟันคู่สบ ฟันปลอมจะทำงานได้ดีต้องสบกันพอดีกับฟันคู่สบ ไม่สบสะดุดหรือสบสูง ขณะบดเคี้ยว ซึ่งอาจมีผลทำให้เจ็บเหงือกหรือเจ็บฟันธรรมชาติได้

3.4.5 การใส่ฟันปลอม อาจมีความผิดพลาดเกิดขึ้นได้หลายประการ ความผิดพลาดอาจเกิดจากทันตแพทย์ไม่มีความระมัดระวัง ช่างทำฟันปลอมในห้องปฏิบัติการไม่มีความรู้ความสามารถ หรือวัสดุที่ใช้ทำฟันปลอมไม่มีคุณสมบัติพอดีกับของจริง ทันตแพทย์ต้องมีความรู้และเข้าใจถึงวิธีการที่จะปรับฟันปลอมให้เข้ากับสภาพปากของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งถ้าไม่มีการปรับแก้ไขหรือแก้ไขไม่ดีพอจะทำให้ใส่ฟันปลอมได้ไม่ดี ไม่มีประสิทธิภาพ กดเจ็บที่ฟัน ที่เนื้อเยื่อหรือกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง อาจถึงกับเป็นปัญหาใหญ่ในภายหน้าได้ ถ้าทันตแพทย์สามารถปรับและแก้ไขข้อผิดพลาดที่เบี่ยงเบนแต่เพียงเล็กน้อยได้หมด ผู้ป่วยจะใส่ฟันปลอมด้วยความสบาย มีความรู้สึกว่าไม่เป็นปัญหาใช้งานได้มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการใส่ฟันปลอมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย คือ

1) การใส่ฟันปลอมให้แนบสนิทกับสันเหงือกว่าง และฟันธรรมชาติตามที่ออกแบบไว้ ฐานฟันปลอมบริเวณขอบที่ยื่นเข้าไปที่ส่วนคอดของซี่ฟันแท้ และส่วนที่คลุมเหงือกที่อาจขัดขวางต่อการใส่ฟัน อาจครูดเสียดสีกับเนื้อเยื่อหากพยายามใส่ ทำให้ผู้ป่วยเจ็บและเป็นแผลในช่องปาก ให้กรอแต่งขอบของฐานฟันปลอมนี้ออกก่อนที่จะลองใส่ฟันในปากผู้ป่วย ตรวจสอบความแนบสนิทของฐานฟันปลอมโดยการทาPIP (pressure-indicator paste) ตรวจส่วนขอบของฟันปลอม ไม่ให้มีส่วนขอบขยายยาวเกิน ให้ผู้ป่วยขยับกล้ามเนื้อ อ้า-หุบปาก สบเยื้องซ้าย-ขวา กรอปรับแต่งส่วนเกินของขอบ กรณีที่มีความคลาดเคลื่อนของขั้นตอนการพิมพ์ขอบ

2) มีการแก้ไขการสบฟันให้ถูกต้องเหมาะสม ตรวจด้านสบฟัน ให้ใช้ Articulating paper เช็คจุดสบฟัน ใช้เข็มกรออะคริลิก (หัว Carbide) กรอด้านสบของฟันปลอม ตามหลักการกรอปรับแต่ง ควรถอดฟันปลอมออกมาปรับแต่งนอกช่องปากผู้ป่วย และห่างผู้ป่วยพอประมาณ เพื่อป้องกันเศษฝุ่นผงเข้าตาผู้ป่วย กรอปรับจุดสบฟันจนฟันธรรมชาติสบสนิทเหมือนเดิมก่อนใส่ฟัน

3) การปรับแต่งตะขอในกรณีที่จำเป็น ตะขอโลหะหล่อ ไม่ควรดัดแก้ไข เพราะอาจเกิดการหัก ถ้าจำเป็นต้องทำอย่างระวัง ปรับแต่งได้เพียงเล็กน้อย ตะขอลวดใช้คีมดัดลวดชนิดปลายกลมดัด เพื่อไม่ให้เกิดรอยบนผิวโลหะ จากนั้นตรวจตะขอทุกส่วนว่าแนบผิวฟัน

4) แนะนำผู้ป่วยเรื่องการดูแลรักษาฟันปลอม และการดูแลความสะอาดช่องปาก รวมทั้งเน้นให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจเป็นระยะหลังใส่ฟัน สอนการใส่และถอดฟันปลอมตามแนวที่ถูกต้อง สังเกตและให้คำแนะนำผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยลองถอดและใส่ฟันปลอม แนะนำให้ ถอด

ฟันก่อนนอน ทำความสะอาดด้วยแปรงสีฟันและน้ำสบู่ ก่อนเก็บรักษาโดยแช่ฟันปลอมไว้ในน้ำ เมื่อจะใส่ฟันปลอมจำเป็นจะต้องแปรงทำความสะอาดฟันปลอมอีกครั้ง

3.4.6 การตรวจติดตามผล เมื่อทันตแพทย์ได้ใส่ฟันปลอมให้ผู้ป่วยแล้วด้วยความละเอียดรอบคอบประณีต ทั้งยังปรับฟันปลอมให้เข้ากับสภาพปากของผู้ป่วย เพียงเท่านั้นยังไม่เพียงพอ จะต้องให้ผู้ป่วยทดลองใช้ประกอบการพูด บดเคี้ยวอาหาร แล้วตรวจติดตามผลว่ามีบริเวณใดที่มีปฏิกิริยา หรือกดเจ็บซึ่งต้องแก้ไขโดยทันท่วงที การตรวจติดตามผลต้องทำจนผู้ป่วยไม่มีปัญหาอะไร ซึ่งอาจมากหรือน้อยครั้งขึ้นกับผลงานที่ได้ทำมา ถ้าทำอย่างระมัดระวังมาโดยตลอด การมาตรวจติดตามผลอาจจะน้อยครั้งและการแก้ไขในแต่ละครั้งมีไม่มาก การตรวจติดตามผลตอนแรกที่ใส่ให้ผู้ป่วยไปยังไม่เพียงพอ ทันตแพทย์ต้องติดตามเฝ้าดูอย่างใกล้ชิดตลอดไป โดยนัดผู้ป่วยมาตรวจสภาพปากและฟันปลอมทุก 24 ช.ม. 1 สัปดาห์ 1 เดือน และทุก 6 เดือน การนัดระยะเวลามาตรวจแตกต่างกันอาจขึ้น กับสภาพปากผู้ป่วยและความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อฟันปลอม ถ้ามีสิ่งผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นจะได้แก้ไขหรือแนะนำได้ทันเวลา (โสภี ชาติสุทธิพันธุ์ 2543, น. 37-38)

สำหรับทันตแพทย์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีมาตรฐานในการทำฟันปลอมให้แก่ผู้ป่วยถูกต้องตามขั้นตอนหลักวิชาการ แต่มีขั้นตอนการตรวจติดตามผลที่ไม่มีการนัดหมายผู้ป่วยให้กลับมาตรวจเช็ค โดยเป็นการให้ผู้ป่วยกลับมาพบทันตแพทย์เองเมื่อต้องการแก้ไขฟันปลอม

สำหรับการให้บริการทำฟันปลอม ทางโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สามารถให้บริการทำฐานฟันปลอมได้ทุกชนิด แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิกเป็นกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากฐานอะคริลิกมีจำนวนผู้ใส่มากที่สุด อีกทั้งฐานแบบยืดหยุ่นเหมาะกับการใช้ในผู้ป่วยที่มีฟันหายไปเพียง 1-2 ซี่ ไม่เหมาะกับการใส่ในผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติเหลืออยู่น้อย ส่วนฐานโครงโลหะมีราคาที่ค่อนข้างสูง และต้องชำระเงินเองไม่สามารถเบิกเงินจากส่วนกลางได้ ผู้สูงอายุจึงนิยมที่ทำฐานฟันปลอมอะคริลิก เนื่องจากมีราคาถูกกว่า และในผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนสิทธิข้าราชการและประกันสังคม เสียเฉพาะค่าแลป ซึ่งมีราคาถูกกว่าฐานฟันปลอมชนิดอื่นๆ จึงเป็นที่นิยมของผู้มารับบริการใส่ฟันปลอม

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดวงพร ศิริเทพมนตรี (2551) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน เพื่อประเมินและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากสุขภาพช่องปากหลังการใส่ฟันเทียมพระราชทาน และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทานที่กลับมาตรวจซ้ำและไม่กลับมาตรวจซ้ำตามที่ได้โทรศัพท์ติดตาม โดยใช้ดัชนี OIDP ประเมินจากค่าความรุนแรงคูณความถี่ของปัญหาในช่องปากที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากสุขภาพในช่องปากหลังการใส่ฟันเทียมพระราชทานส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีถึงดีมาก ผลกระทบของปัญหาทางสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นโดยทั่วๆ ไป ไม่ใช่ปัญหาที่รุนแรง ปัญหาดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอายุ เศรษฐานะ และสถานภาพทางทันตสุขภาพ และผลจากการศึกษาของกัณฑพร ลักษณา และคณะ (2550) ที่ทำการศึกษาในเรื่องที่คล้ายคลึงกันพบว่าเพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในขณะที่ฐานะทางสังคมและระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิต Maria Augusta Bessa Rebelo et al (2015) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ประชากรศาสตร์ สถานภาพทางสังคม สภาวะช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยใช้ดัชนี GOHAI งานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีสภาวะช่องปากที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นด้วย อายุและการ ศึกษามีความเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิต มีความเชื่อมโยงกันระหว่างลักษณะทางประชากรศาสตร์ในแต่ละคน ปัจจัยทางด้านแวดล้อม และปัจจัยทางคลินิกมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและใช้ในการสนับสนุนปรับปรุงสภาวะช่องปากในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yen et al (2015) และ Shaghaghian et al (2015)

รัตนา จันทร (2559) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความต้องการใส่ฟันเทียม และความจำเป็นต่อการรับบริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุไทย โดยใช้ดัชนี OIDP ประเมินความรุนแรง ความถี่ของปัญหา และความต้องการใส่ฟันเทียม ได้พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปาก และสูญเสียฟันไม่ครบทั้งปากโดยไม่มีฟันหลังสบทั้งสองข้างมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากที่สุด การสูญเสียฟันทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของพิณโญ หงส์ยิ้ม และคณะ (2560) โดยใช้ดัชนี OIDP พบว่ากลุ่มที่ใส่ฟันเทียมมีผลกระทบเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปากอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านการพูดหรือการออกเสียง การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม การดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ

และการคงสภาพอารมณ์ กลุ่มใส่ฟันเทียมน้อยกว่า 16 ซี่มีสัดส่วนผลกระทบสูงที่สุด และสูงกว่ากลุ่มใส่ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่ และกลุ่มไม่มีฟันทั้งปาก อย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มใส่ฟันเทียมตั้งแต่ 16 ซี่ และลำบากในการพูดหรือออกเสียงและดำเนินชีวิตประจำวันมากกว่ากลุ่มที่มีฟันธรรมชาติตั้งแต่ 20 ซี่ นอกจากนี้พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะ (2557) ยังได้พบว่าคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

กล่าวโดยสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรไทย จะใช้ดัชนี OIDP มาเป็นตัววัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย จำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่ในช่องปาก ชนิดของฟันปลอม ปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยทางด้านแวดล้อม และการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ที่กลับมาตรวจเช็คและไม่กลับมาตรวจเช็ค ซึ่งเป็นสิ่งที่จะสามารถมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก รวมถึงศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิกที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนธันวาคม 2559 จำนวน 203 ราย

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 ผู้ศึกษาใช้วิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทราบจำนวนประชากร แต่ไม่ทราบค่าสัดส่วน (ศิริชัย พงษ์วิชัย 2547, น. 121)

$$n = NZ^2_{\alpha/2} \div (4Ne^2 + Z^2_{\alpha/2})$$

เมื่อ N = จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนธันวาคม 2559 ทั้งหมด 203 ราย

$Z_{\alpha/2}$ = 1.96 (ระดับความเชื่อมั่น 95%)

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

ได้ n = 135

ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูล มีจำนวน 135 คน
โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่

1. เป็นบุคคลที่มีอายุ60ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

2. ได้รับการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิกมาไม่น้อยกว่า 6 เดือนและยังใช้ฟันปลอมอยู่

3. สามารถทำการติดต่อได้

4. เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้และสามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือสถานที่ที่ผู้วิจัยสามารถเดินทางเพื่อทำการเก็บข้อมูลได้

5. เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้และมีที่อยู่ที่สามารถส่งเอกสารไปทางไปรษณีย์ได้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืมหรือมีอาการทางสมอง

2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพูดได้

3. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการได้ยิน

1.2.2 วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้

ค้นหารายชื่อผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก เดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนธันวาคม 2559 จากนั้นนำมาเรียงเป็นระบบตามเลขประจำตัวของผู้ป่วย ทำการหาช่วงของกลุ่มตัวอย่าง 203/135=1.50 ปัดเป็น2 นำหน่วยตัวอย่างในประชากร 2 ลำดับแรกมาสุ่มหมายเลขตั้งต้นได้เลขที่ 1 จากนั้นระบุหน่วยที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากเลขที่ตั้งต้น และเลขที่ต่อไปให้นำเลขที่ตั้งต้นบวกด้วยเลขบอกช่วงการสุ่ม ดังนี้ 1,3,5,….หลังจากนั้นให้บวกเลขวนกลับมาผ่านเลขที่ 1 อีกรอบ ถ้าซ้ำเลขเดิมให้ข้ามไป จนได้ครบ135คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยตรงและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ ลักษณะส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การกลับมาตรวจเช็ค และสิทธิการรักษาพยาบาล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ซึ่งใช้ดัชนี The Oral Impacts on Daily Performances (OIDP Index) เป็นแบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 8 อย่าง ได้แก่

2.1 การรับประทานอาหาร

2.2 การพูด

2.3 การทำความสะอาดช่องปากและฟันปลอม

2.4 การประกอบกิจกรรมทั่วไป

2.5 การพักผ่อนนอนหลับ

2.6 การยิ้มหัวเราะได้โดยไม่อาย

2.7 การคงสภาพอารมณ์ที่ปกติ

2.8 การติดต่อไปพบปะผู้อื่น

ทุกคำถามจะถามถึงปัญหาที่มาจากช่องปากหรือฟันปลอมในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งในแต่ละมิติตอบได้มากกว่า 1 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมผู้สัมภาษณ์จะบันทึกคะแนนความถี่ คะแนนความรุนแรงที่มีต่อชีวิตประจำวัน ดังนี้

คะแนนความรุนแรง 0-5 (0 = ไม่กระทบ และ 1-5 = เล็กน้อยมากถึงรุนแรงมากตามลำดับ) ความถี่ของปัญหามีคะแนน 1-5 พิจารณาจาก การเกิดขึ้นซ้ำต่อเนื่องหรือจำนวนวันโดยรวมที่มีปัญหา ทั้งนี้สามารถนำคะแนนความถี่คูณกับคะแนนความรุนแรงในแต่ละกิจกรรมเพื่อได้คะแนนปัญหาของแต่ละกิจกรรม (คะแนนสูงสุดคือ 25) และเมื่อรวมคะแนนของทั้ง 8 กิจกรรมเข้าด้วยกันจะได้ค่าคะแนนรวม (คะแนนสูงสุดคือ 200) แล้วนำมาหารด้วยสองให้เป็นคะแนนร้อยละ ซึ่งสามารถนำค่าคะแนนที่ได้ทั้งหมดมาเปรียบเทียบปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

การศึกษาในครั้งนี้จะทำการแบ่งระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างโดยนำผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมาเขียนกราฟฮิสโตแกรม เพื่อดูแนวโน้มและการกระจายของข้อมูล แล้วแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตโดยวิธีการอิงกลุ่ม(พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะ

2558) โดยแบ่งออกเป็น 3กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

3. การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เนื่องจากผู้วิจัยมีการปรับแต่งข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ OIDP จึงต้องมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาพร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง และแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เป็นทันตแพทย์ที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งทำงานด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 คน ได้แก่

3.1.1 ทันตแพทย์สุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

3.1.2 ทันตแพทย์ยาวี เมฆขำ ตำแหน่ง รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

3.1.3 ทันตแพทย์เอื้อมพร ธีรประเสริฐ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชุมชนบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากสูตร

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC หรือ IOC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของผู้ทรงคุณวุฒิ

N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ถ้าค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 0.5 ก็แสดงว่า ข้อคำถามหรือประเด็นที่จะทำการรวบรวมข้อมูลมีความตรง ถ้ามีค่าน้อยกว่า 0.5 แสดงว่าข้อคำถามนั้นไม่ตรง ไม่สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา ให้ตัดข้อคำถามนั้นออก

จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าแบบสอบถามส่วนใหญ่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ มีเพียง1ข้อคำถามที่ต้องตัดออก และอีก 1 ข้อคำถามผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้นำมารวมกัน

3.2 การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในงานวิจัยนี้ไม่มีการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น เนื่องจากแบบสัมภาษณ์ OIDP ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและการทดสอบความถูกต้องจากกลุ่มตัวอย่างคนไทยมาแล้ว เป็นแบบสัมภาษณ์มาตรฐาน

4. การเก็บรวมรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 3 เดือน (สิงหาคม-ตุลาคม 2560) โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร รหัสโครงการ IRB-BHUBEJHR 083 และนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอน

4.2 ดำเนินการหาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่มารับการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2558 จนถึงเดือนธันวาคม 2559 โดยค้นหารายชื่อกลุ่มตัวอย่างและเบอร์โทรศัพท์จากแฟ้มประวัติที่มีอยู่ในแผนก

4.3 ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์ติดต่อ ชี้แจงโครงการแก่กลุ่มตัวอย่าง และถามถึงความสะดวกด้านวัน เวลาและสถานที่ในการให้ข้อมูล สถานที่อาจเป็นโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านพักของกลุ่มตัวอย่างหรือสถานที่ที่ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างสะดวก

4.4 ผู้วิจัยเดินทางไปพบกลุ่มตัวอย่าง ขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการสัมภาษณ์ ในกรณีที่ไม่สามารถเดินทางไปพบกลุ่มตัวอย่างได้ จะสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และส่งใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไปทางไปรษณีย์ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดส่งซองติดแสตมป์ไปพร้อมกับใบยินยอมแล้ว

4.5 ผู้วิจัยสัมภาษณ์แต่ละข้อคำถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อคำถามทีละข้อจนครบ

4.6 ทำการเก็บและรวบรวมข้อมูล จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลมาประมวล จัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็คและสิทธิการรักษาพยาบาล มีลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check-list) จึงใช้วิธีการหาค่าความถี่แล้วสรุปออกมาเป็นค่าร้อยละ ส่วนอายุ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด จะทำการจัดกลุ่มช่วงอายุ3ช่วง จากนั้นจึงหาค่าความถี่แล้วสรุปออกมาเป็นค่าร้อยละเช่นเดียวกัน

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในสามมิติ ได้แก่ มิติทางกายภาพ มิติด้านจิตวิทยา และมิติด้านสังคมวิทยา ทำการหาค่าความถี่แล้วสรุปออกมาเป็นค่าร้อยละ

การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พิจารณาจากการเขียนกราฟฮิสโตแกรม เพื่อดูแนวโน้มและการกระจายของข้อมูล แล้วแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตโดยวิธีการอิงกลุ่ม

กลุ่มที่มีคะแนน 0 - 2 คะแนน	หมายถึง	กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี
กลุ่มที่มีคะแนน >2 - <12 คะแนน	หมายถึง	กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากปานกลาง
กลุ่มที่มีคะแนน >12 คะแนน	หมายถึง	กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี

เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตกับปัจจัยส่วนบุคคลทั้ง 7 ด้าน คือ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็ค และสิทธิการรักษา โดยใช้วิธี แมนน์-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test) และวิธีครัสคัล-วอลลิส (Kruskall-Wallis Test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิตินอนพาราเมตริก (สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล 2551, น. 255-325)

6. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

6.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัย เครื่องมือในการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

6.2 ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย โดยบอกวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย การตอบข้อคำถามให้กระจ่าง และประโยชน์ในการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อในการยินยอมให้ข้อมูล

6.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลไม่มีการบังคับ เป็นไปด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง

6.4 เก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับและอยู่ในที่ที่ปลอดภัย

6.5 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยเหตุผลทางวิชาการในลักษณะภาพรวม ไม่นำความลับของกลุ่มตัวอย่างมาเปิดเผยหรือเสนอเป็นรายบุคคล

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก รวมถึงศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตามปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุจำนวน 135 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 จนถึงเดือนธันวาคม 2559 โดยผู้สูงอายุทุกคนเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ในสามมิติ ได้แก่ มิติทางกายภาพ มิติด้านจิตวิทยา และมิติด้านสังคมวิทยา โดยใช้ดัชนี OIDP

โดยทำการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

2.1 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

2.2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

2.3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมระบุออกมาเป็นกิจกรรมหลัก 8 อย่าง ในมิติทางกายภาพ มิติทางจิตใจ และมิติทางสังคม

2.3.1 มิติทางกายภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพูด และการทำความสะอาดช่องปาก

2.3.2 มิติทางจิตใจ ได้แก่ การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปรกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญใจ และ การยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย

2.3.3 มิติทางสังคม ได้แก่ การทำกิจกรรมทางกายในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม และการออกไปพบปะผู้คนญาติสนิทมิตรสหาย

2.4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมระบุออกมาเป็นกิจกรรมย่อย ใน 8 กิจกรรมหลัก ได้แก่

2.4.1 การรับประทานอาหาร กิจกรรมย่อย คือ การเคี้ยวอาหาร การกลืนอาหารและการดื่มน้ำ

2.4.2 การพูด กิจกรรมย่อย คือ การพูดได้ชัดเจน การรู้สึกมั่นใจในการพูดคุย

2.4.3 การทำความสะอาดช่องปาก กิจกรรมย่อย คือ การทำความสะอาดฟันที่เหลืออยู่โดยการแปรงฟันหรือมีการใช้น้ำยาบ้วนปาก การทำความสะอาดเหงือกและเพดานปาก และการทำความสะอาดฟันปลอมโดยใช้น้ำสบู่หรือยาสีฟัน

2.4.4 การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ กิจกรรมย่อย คือ การพักผ่อนได้ตามปกติเมื่อใส่ฟันปลอม มีความสุขเมื่อใส่ฟันปลอมดูหนังฟังเพลง และ หลังจากได้ฟันปลอมนอนหลับได้เต็มอิ่ม

2.4.5 การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ กิจกรรมย่อย คือ อารมณ์ดีขึ้นไม่หงุดหงิดง่าย

2.4.6 การยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย กิจกรรมย่อย คือ การยิ้ม หรือ หัวเราะได้อย่างมีความสุข การไม่รู้สึกเขินอายเมื่อยิ้ม

2.4.7 การทำกิจกรรมทางกายภาพในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม กิจกรรมย่อย คือ สามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ สามารถทำอาหารได้ตามปกติ และสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ

2.4.8 การออกไปพบปะผู้คนญาติสนิทมิตรสหาย กิจกรรมย่อย คือ อยากออกไปนอกบ้านมากขึ้น อยากออกไปพบปะผู้คนเจอเพื่อนๆญาติพี่น้อง และอยากทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 135 คน ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็ค และสิทธิการรักษา ปรากฏดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ตามปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

(n=135)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	63	46.7
หญิง	72	53.3
2. อายุ		
60-69ปี	84	62.2
70-79ปี	38	28.1
>79ปี	13	9.6
อายุต่ำสุด/สูงสุด	60 ปี/89 ปี	
อายุเฉลี่ย (±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	68.25 ปี (±6.63)	
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	40	29.6
มัธยมศึกษา	56	41.5
ปริญญาตรี	20	14.8
ไม่ได้เรียน	19	14.1
4. รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	58	43.0
<5,000บาท	57	42.2
>5,000บาท	20	14.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n=135)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
5. ที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาล	123	91.1
นอกเขตเทศบาล	11	8.1
ต่างจังหวัด	1	0.7
6. การกลับมาตรวจเช็ค		
เคยมา	61	45.2
ไม่เคยมา	74	54.8
7. สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	98	72.6
ข้าราชการ	29	21.5
ประกันสังคม	4	3.0
ชำระเงินเอง	4	3.0

จากตารางที่ 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบดังนี้

1.1 เพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีเพศหญิง จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และเพศชาย จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7

1.2 อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 และช่วงอายุมากกว่า 79 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6 โดยมีอายุต่ำที่สุดคือ 60 ปี อายุสูงสุดคือ 89 ปี และมีอายุเฉลี่ย คือ 68.25 ปี (±6.63)

1.3 ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมามีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 ระดับปริญญาตรี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 และระดับอื่นๆ (ไม่ได้เรียนหนังสือ) จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1

1.4 รายได้ต่อเดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ไม่มีรายได้ มากที่สุด จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 43.0 รองลงมามีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 และมีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8

1.5 ที่อยู่อาศัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองปราจีนบุรีมากที่สุด จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 91.1 รองลงมาอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 8.1 และอาศัยอยู่ในต่างจังหวัด จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7

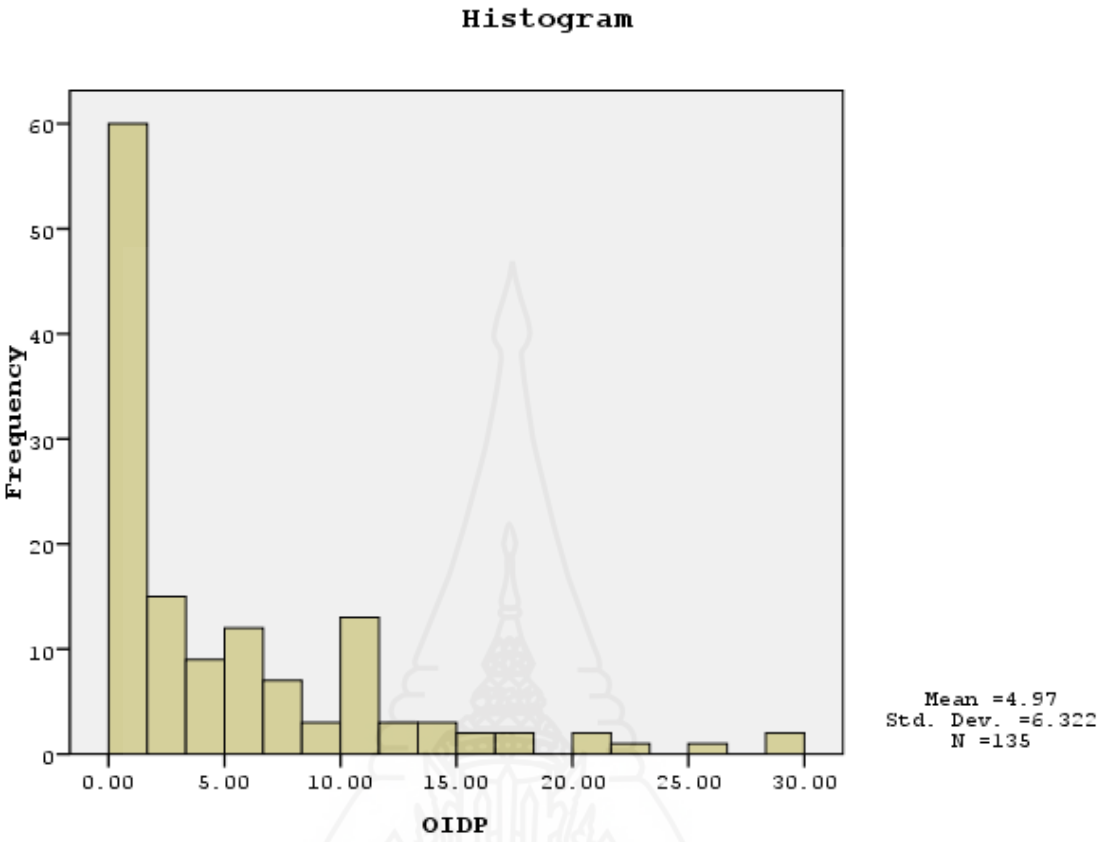
1.6 การกลับมาตรวจเช็ค พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไม่เคยกลับมาตรวจเช็คมากที่สุด จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 เคยกลับมาตรวจเช็ค จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2

1.7 สิทธิการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 72.6 รองลงมาเป็นสิทธิข้าราชการ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 21.5 เป็นสิทธิประกันสังคม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 และสิทธิชำระเงินเอง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ในสามมิติ ได้แก่ มิติทางกายภาพ มิติด้านจิตวิทยา และมิติด้านสังคมวิทยาโดยใช้ดัชนี OIDP

2.1 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ทำการแบ่งระดับคุณภาพชีวิตโดยนำผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมาเขียนกราฟฮิสโตแกรม ปรากฏดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 4.2 ภาพฮิสโตแกรมแสดงจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละคะแนน OIDP

จากภาพที่ 4.2 ได้วิเคราะห์แนวโน้มและการกระจายของข้อมูล จากนั้นจึงแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตโดยวิธีการอิงกลุ่ม โดยได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต 0 – 2 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต >2 ถึง < 12 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากปานกลาง และกลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต >12 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี

2.2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

วิเคราะห์ข้อมูลตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

(n=135)

ค่าดัชนี OIDP(คะแนน)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
0 - 2	64	47.4
> 2 - < 12	56	41.5
> 12	15	11.1

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมากที่สุด จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 41.5 และ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 11.1

2.3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมระบุออกมาเป็นกิจกรรมหลัก 8 อย่าง ในมิติทางกายภาพ มิติทางจิตใจ และมิติทางสังคม

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมใน 8 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพูด การทำความสะอาดช่องปาก การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ การยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อาย การทำกิจกรรมทางกายภาพในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม และการออกไปพบปะผู้คนญาติสนิทมิตรสหาย ผลการวิเคราะห์ปรากฏ ดังนี้

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมระบุออกมาเป็นกิจกรรมหลัก 8 อย่าง

(n=135)

กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร		
มีปัญหา	81	60
ไม่มีปัญหา	54	40
2. การพูด		
มีปัญหา	31	23
ไม่มีปัญหา	104	77

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

(n=135)

กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. การทำความสะอาดช่องปาก		
มีปัญหา	25	18.5
ไม่มีปัญหา	110	81.5
4. การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ		
มีปัญหา	18	13.3
ไม่มีปัญหา	117	86.7
5. การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ		
มีปัญหา	14	10.4
ไม่มีปัญหา	121	89.6
6. การยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย		
มีปัญหา	17	12.6
ไม่มีปัญหา	118	87.4
7. การทำกิจกรรมทางกายภาพในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม		
มีปัญหา	21	15.6
ไม่มีปัญหา	114	84.4
8. การออกไปพบปะผู้คนญาติสนิทมิตรสหาย		
มีปัญหา	14	10.4
ไม่มีปัญหา	121	89.6

จากตารางที่ 4.3 ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมตามกิจกรรมหลัก 8 อย่าง ตามลำดับของการเกิดปัญหา มีดังนี้

2.3.1 การรับประทานอาหาร มีปัญหาจำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 60

2.3.2 การพูด มีปัญหาจำนวน 31คน คิดเป็นร้อยละ 23

2.3.3 การทำความสะอาดช่องปาก มีปัญหาจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5

2.3.4 การทำกิจกรรมทางกายภาพในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม มีปัญหาจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6

2.3.5 การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ มีปัญหาจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3

2.3.6 การยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย มีปัญหาจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6

2.3.7 การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ มีปัญหาจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4

2.3.8 การออกไปพบปะผู้คนญาติสนิทมิตรสหาย มีปัญหาจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4

พบว่ากิจกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุดของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ ด้านการรับประทาน อาหาร (ร้อยละ 60) รองลงมา คือ การพูด (ร้อยละ 31) ส่วนลำดับสุดท้าย คือ การทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 18.5)

2.4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมระบุออกมาเป็นกิจกรรมย่อย ใน 8 กิจกรรมหลัก

เมื่อนำข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมตามกิจกรรมหลัก 8 อย่าง มาวิเคราะห์ในแต่ละกิจกรรมย่อยของ 8 กิจกรรมหลัก ดังนี้

2.4.1 การรับประทานอาหาร กิจกรรมย่อย คือ การเคี้ยวอาหาร การกลืนอาหาร และการดื่มน้ำ

2.4.2 การพูด กิจกรรมย่อย คือ การพูดได้ชัดเจน การรู้สึกมั่นใจในการพูดคุย

2.4.3 การทำความสะอาดช่องปาก กิจกรรมย่อย คือ การทำความสะอาดฟันที่เหลืออยู่ โดยการแปรงฟันหรือมีการใช้น้ำยาบ้วนปาก การทำความสะอาดเหงือกและเพดานปาก และการทำความสะอาดฟันปลอมโดยใช้น้ำสบู่

2.4.4 การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ กิจกรรมย่อย คือ การพักผ่อนได้ตามปกติ เมื่อใส่ฟันปลอม มีความสุขเมื่อใส่ฟันปลอมดูหนังฟังเพลง และ หลังจากได้ฟันปลอมนอนหลับได้เต็มอิ่ม

2.4.5 การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ กิจกรรมย่อย คือ อารมณ์ดีขึ้นไม่หงุดหงิดง่าย

2.4.6 การยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย กิจกรรมย่อย คือ การยิ้ม หรือหัวเราะได้อย่างมีความสุข การไม่รู้สึกเขินอายเมื่อยิ้ม

2.4.7 การทำกิจกรรมทางกายภาพในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม กิจกรรมย่อย คือ สามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ สามารถทำอาหารได้ตามปกติ และสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ

2.4.8 การออกไปพบปะผู้คนญาติสนิทมิตรสหาย กิจกรรมย่อย คือ อยากออกไปนอกบ้านมากขึ้น อยากออกไปพบปะผู้คนเจอเพื่อนๆญาติพี่น้อง และอยากทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

ผลการวิเคราะห์และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ปรากฏดังนี้

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมระบุออกมาเป็นกิจกรรมย่อย ใน 8 กิจกรรมหลัก

(n=135)

กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร		
1.1 การเคี้ยวอาหาร		
- มีปัญหา	76	56.3
- ไม่มีปัญหา	59	43.7
1.2 การกลืนอาหาร		
- มีปัญหา	45	33.3
- ไม่มีปัญหา	90	66.7
1.3 การดื่มน้ำ		
- มีปัญหา	36	26.7
- ไม่มีปัญหา	99	73.3
2. การพูด		
2.1 พูดได้ชัดเจนตามปกติ		
- มีปัญหา	27	20.0
- ไม่มีปัญหา	108	80.0
2.2 มีความมั่นใจในการพูดคุย		
- มีปัญหา	26	19.3
- ไม่มีปัญหา	109	80.7
3. การทำความสะอาดช่องปาก		
3.1 แปรงฟันในฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่		
- มีปัญหา	7	5.2
- ไม่มีปัญหา	128	94.8
3.2 ทำความสะอาดเหงือกและเพดานปาก		
- มีปัญหา	14	10.4
- ไม่มีปัญหา	121	89.6

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

(n=135)

กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. การทำความสะอาดช่องปาก (ต่อ)		
3.3 ทำความสะอาดฟันปลอมโดยใช้น้ำสบู่		
- มีปัญหา	20	14.8
- ไม่มีปัญหา	115	85.2
4. การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ		
4.1 พักผ่อนได้ตามปกติ		
- มีปัญหา	12	8.9
- ไม่มีปัญหา	123	91.1
4.2 มีความสุขเมื่อใส่ฟันปลอมดูหนังฟังเพลง		
- มีปัญหา	16	11.9
- ไม่มีปัญหา	119	88.1
4.3 การนอนหลับได้เต็มอิ่ม		
- มีปัญหา	7	5.2
- ไม่มีปัญหา	128	94.8
5. การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ		
5.1 รู้สึกอารมณ์ดีขึ้น ไม่หงุดหงิดง่าย		
- มีปัญหา	10	7.4
- ไม่มีปัญหา	125	92.6
6. การยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย		
6.1 ยิ้มหรือหัวเราะได้อย่างมีความสุข		
- มีปัญหา	14	10.4
- ไม่มีปัญหา	121	89.6
6.2 ไม่เขินอายเวลายิ้มเห็นฟัน		
- มีปัญหา	13	9.6
- ไม่มีปัญหา	122	90.4

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

(n=135)

กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. การทำกิจกรรมทางกายภาพในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม		
7.1 สามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ		
- มีปัญหา	9	6.7
- ไม่มีปัญหา	126	93.3
7.2 สามารถทำอาหารได้ตามปกติ		
- มีปัญหา	8	5.9
- ไม่มีปัญหา	127	94.1
7.3 สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ		
- มีปัญหา	18	13.3
- ไม่มีปัญหา	117	86.7
8. การออกไปพบปะผู้คนญาติสนิทมิตรสหาย		
8.1 อยากออกไปนอกบ้านมากขึ้น		
- มีปัญหา	12	8.9
- ไม่มีปัญหา	123	91.1
8.2 อยากออกไปพบปะผู้คนเจอเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง		
- มีปัญหา	12	8.9
- ไม่มีปัญหา	123	91.1
8.3 อยากทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น		
- มีปัญหา	12	8.9
- ไม่มีปัญหา	123	91.1

จากตารางที่ 4.4 ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากฟันปลอมตามกิจกรรม 8 กิจกรรมหลัก เมื่อสอบถามถึงปัญหาย่อยๆ จากกิจกรรมหลัก พบดังนี้

2.4.1 การรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการเคี้ยวอาหาร มากที่สุด 76 คน คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมาคือการกลืนอาหาร มีปัญหา 45 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 สำหรับการดื่มน้ำ มีปัญหา 36 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7

2.4.2 การพูด พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการพูดได้ชัดเจนตามปกติ มีปัญหามากที่สุด 27 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 รองลงมาคือ การมีความมั่นใจในการพูดคุย มีปัญหา 26 คน คิดเป็นร้อยละ 19.3

2.4.3 การทำความสะอาดช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการทำความสะอาดฟันปลอมโดยใช้น้ำสบู่ มีปัญหามากที่สุด 20 คน คิดเป็นร้อยละ 14.8 รองลงมาคือ การทำความสะอาดเหงือกและเพดานปาก มีปัญหา 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 สำหรับการแปรงฟันในฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ มีปัญหา 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2

2.4.4 การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาไม่มีความสุข เมื่อใส่ฟันปลอมดูหนังฟังเพลง มีปัญหามากที่สุด 16 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 รองลงมาคือ การพักผ่อนได้ตามปกติ มีปัญหา 12 คน คิดเป็นร้อยละ 8.9 สำหรับการนอนหลับได้เต็มอิ่ม มีปัญหา 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.2

2.4.5 การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องอารมณ์หงุดหงิดง่าย มีปัญหา 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.4

2.4.6 การยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องยิ้มหรือหัวเราะได้อย่างมีความสุข มีปัญหามากที่สุด 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4 รองลงมาคือไม่เขินอายเวลายิ้มเห็นฟัน มีปัญหา 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.6

2.4.7 การทำกิจกรรมทางกายภาพในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการออกกำลังกายได้ตามปกติ มีปัญหามากที่สุด 18 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 รองลงมาคือสามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ มีปัญหา 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 สำหรับการทำอาหารได้ตามปกติ มีปัญหา 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.9

2.4.8 การออกไปพบปะผู้คนญาติสนิทมิตรสหาย พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาไม่อยากออกไปนอกบ้าน ไม่อยากออกไปพบปะผู้คนเจอเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง และไม่อยากทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นทั้ง 3 กิจกรรมมีปัญหาเท่ากัน คือ มีปัญหา 12 คน คิดเป็นร้อยละ 8.9

พบว่ากิจกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร คือ การเคี้ยวแล้วเจ็บ (ร้อยละ56.3) รองลงมาด้านการพูด คือ พูดได้ไม่ชัดเจนตามปกติ (ร้อยละ 20.0) ส่วนลำดับสุดท้ายด้านการทำความสะอาดช่องปาก คือ การทำความสะอาดฟันปลอมโดยใช้น้ำสบู่ (ร้อยละ 14.8)

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม

1. ด้านการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุจะมีปัญหาในเรื่องการเคี้ยวอาหารแล้วฟันปลอมกดกระแทกเหงือกมีอาการเจ็บตามร่องเหงือก ฟันปลอมหลวมไม่พอดีทำให้เวลาเคี้ยวแล้วมีอาการเจ็บ

2. ด้านการพูด มีปัญหาเรื่องการพูดออกเสียงให้ชัดเจนมีความรู้สึกว่าตนเองพูดไม่ค่อยชัดเมื่อใส่ฟันปลอมออกเสียงได้ไม่เหมือนเดิม

3. ด้านการทำความสะอาดช่องปาก มีปัญหาเรื่องการทำความสะอาดฟันปลอมโดยการใช้น้ำสบู่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ ส่วนใหญ่จะใช้การล้างน้ำเปล่าหรือแช่น้ำไว้โดยไม่ได้ทำความสะอาดหรือใส่ฟันปลอมขณะนอนหลับโดยไม่ได้ทำความสะอาดเนื่องจากไม่รู้และลืม รวมทั้งผู้สูงอายุบางส่วนกลัวฟันปลอมลื่นหลุดมือขณะทำความสะอาด

4. ด้านการพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ มีปัญหาเรื่องการใส่ฟันปลอมดูหนังฟังเพลงหรือทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผ่อนคลาย เมื่อใส่ฟันปลอมจะรู้สึกไม่สบาย อึดอัดในช่องปาก มักพบในผู้สูงอายุที่มีปัญหาฟันปลอมกดเจ็บ

5. ด้านการยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย มักมีปัญหาเรื่องการยิ้มหัวเราะได้อย่างมีความสุขความมั่นใจในการยิ้ม ผู้สูงอายุยังไม่ชอบรอยยิ้มขนาดซี่ฟันรวมถึงสีเหงือกและสีฟัน

6. ด้านการทำกิจกรรมทางกายภาพในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม มักมีปัญหาด้านการออกกำลังกาย เมื่อมีการขยับร่างกาย เช่น การวิ่ง การเดิน การโยกตัว ออกท่าทางเพื่อฝึกกายภาพมักพบในผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมกดเจ็บ

7. ด้านการคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ มีผู้สูงอายุที่มีอารมณ์หงุดหงิดขึ้นถ้าฟันปลอมใส่ได้ไม่ดีหรือไม่สวย

8. ด้านการออกไปพบปะผู้คนญาติสนิทมิตรสหาย มีผู้สูงอายุบางส่วนที่ใส่ฟันปลอมไปแล้วยังรู้สึกเฉยๆ ไม่ได้มีความรู้สึกที่อยากไปข้างนอกหรือทำกิจกรรมต่างๆ บางส่วนไม่รู้สึกมั่นใจในความสวยงามของฟันปลอม เมื่อมีคนอื่นมาทักเรื่องฟันปลอม

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ทางด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย และการกลับมาตรวจเช็ค และสิทธิการรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุที่ต่างกัน มีผลกับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ

(n=135)

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	U	P-value
ชาย	63	49.16	14.299	1916.000	0.112
หญิง	72	52.71	10.827		

จากตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ จะเห็นได้ว่า เพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย แต่เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

(n=135)

อายุ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Chisquare	P-value
60-69 ปี	84	52.68	10.659	71.98	2.452	0.293
70-79 ปี	38	49.29	13.676	62.11		
>79 ปี	13	45.69	19.059	59.54		

จากตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ จะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยช่วงอายุ 60-69 ปีสูงกว่าช่วงอายุอื่น อธิบายได้ว่าช่วงอายุ 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าช่วงอายุอื่นแต่ค่าคะแนนเฉลี่ยก็ไม่ได้

แตกต่างกันมากนัก เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

(n=135)

ระดับการศึกษา	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Chisquare	P-value
ไม่ได้เรียน	19	53.47	9.553	72.11	3.051	0.384
ประถมศึกษา	40	50.9	14.599	71.94		
มัธยมศึกษา	56	52.57	9.303	68.52		
ปริญญาตรี	20	44.8	17.298	54.78		

จากตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา จะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยระดับการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุระดับการศึกษาอื่นๆ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มัธยมศึกษาและปริญญาตรี แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างๆ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับรายได้

(n=135)

รายได้ต่อเดือน	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Chisquare	P-value
ไม่มีรายได้	58	49.79	14.788	66.46	0.723	0.697
<5000บาท	57	52.56	10.423	71.09		
>5000บาท	20	50.4	11.794	63.68		

จากตารางที่ 4.8 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับรายได้ จะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000บาท สูงกว่ากลุ่มไม่มีรายได้และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 5,000บาท อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000บาท มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้และมีรายได้ มากกว่า 5,000บาท แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่างๆ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามที่อยู่อาศัย

(n=135)

ที่อยู่อาศัย	จำนวน	$\overline{X}$	S.D.	Mean Rank	Chisquare	P-value
ในเขตเทศบาล	123	51.33	12.865	69.57	2.398	0.301
นอกเขตเทศบาล	11	48.18	10.619	52.64		
ต่างจังหวัด	1	49		43.5		

จากตารางที่ 4.9 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามที่อยู่อาศัย จะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล สูงกว่านอกเขตเทศบาลและต่างจังหวัด อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและต่างจังหวัด แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยต่างๆ ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามการกลับมาตรวจเช็ค

(n=135)

การกลับมาตรวจเช็ค	จำนวน	$\overline{X}$	S.D.	U	P-value
เคยมา	61	49.75	12.147	1821.500	0.049
ไม่เคยมา	74	52.12	13.024		

จากตารางที่ 4.10 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามการกลับมาตรวจเช็ค จะเห็นได้ว่า กลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจเช็คมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่เคยมาตรวจเช็ค อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยมาตรวจเช็คฟันปลอมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่เคยมาตรวจเช็คฟันปลอม เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เคยมาและไม่เคยกลับมาตรวจเช็คแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.049)

ตารางที่ 4.11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามสิทธิการรักษา

(n=135)

สิทธิการรักษา	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	Mean Rank	Chisquare	P-value
หลักประกันสุขภาพ						
ถ้วนหน้า	98	51.56	12.01	68.74	1.739	0.628
ข้าราชการ	29	48.07	15.422	61.86		
ประกันสังคม	4	55.5	7.55	80.75		
ชำระเงินเอง	4	55.75	7.089	81.63		

จากตารางที่ 4.11 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามสิทธิการรักษา จะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่เป็นสิทธิชำระเงินเอง สูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคม อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นสิทธิชำระเงินเอง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคม แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีสิทธิการรักษาต่างๆ ไม่แตกต่างกัน

บทที่ 5
สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบการศึกษาภาคตัดขวาง(Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก รวมถึงศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ ได้จำนวน 135 ราย รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ และใช้ดัชนี OIDP เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็คและสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก

1.1.2 ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ในสามมิติ ได้แก่ มิติด้านกายภาพ มิติด้านจิตวิทยา และมิติด้านสังคมวิทยาโดยใช้ดัชนี OIDP

1.1.3 ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตามปัจจัยส่วนบุคคล

1.2 วิธีดำเนินการศึกษา

1.2.1 ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย ที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2558 จนถึงเดือนธันวาคม 2559 จำนวน 203 คน สุ่มตัวอย่างโดยการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน

1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ใช้ดัชนี The Oral Impacts on Daily Performances (OIDP Index) เป็นแบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก

ต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ด้านร่างกาย และ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผ่านกิจกรรมหลักในชีวิตประจำวัน 8 อย่างได้แก่ (1) การรับประทานอาหาร (2) การพูด (3) การทำความสะอาดช่องปากและฟันปลอม (4) การประกอบกิจกรรมทั่วไป (5) การพักผ่อนนอนหลับ (6) การยิ้มหัวเราะได้โดยไม่อาย (7) การคงสภาพอารมณ์ที่ปกติ (8) การติดต่อไปพบปะผู้อื่น และมีการสร้างกิจกรรมย่อยโดยยึดตามนิยามศัพท์ ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเพียงอย่างเดียว ไม่มีการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น เนื่องจากแบบสัมภาษณ์ OIDP ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและการทดสอบความถูกต้องจากกลุ่มตัวอย่างคนไทยมาแล้ว เป็นแบบสัมภาษณ์มาตรฐาน

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า จำนวน 92 คน และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 43 คน

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่แสดงจำนวนและร้อยละ

วิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยการแจงแจงความถี่ แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้วิธีแมนน์-วิทนีย์ ยู และวีธีครัสคัล-วอลลิส

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ53.3) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด อายุมากที่สุดคือ 89 ปี อายุเฉลี่ย 68.25 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ41.5) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ43) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000บาท (ร้อยละ 42.2) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองปราจีนบุรี (ร้อยละ91.1) ไม่เคยกลับมาตรวจเช็คฟันปลอม (ร้อยละ54.8) เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ72.6)

1.3.2 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี (ร้อยละ47.4) โดยมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับผลกระทบใดๆ เลย (ร้อยละ35.6) ผู้สูงอายุเกินครึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจากการใส่ฟันปลอม โดยกิจกรรมที่เป็นปัญหาหลัก 3 อันดับแรก คือ การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 60.0) ปัญหาเกิดจากการใส่ฟันปลอมเคี้ยวอาหารแล้วเจ็บ (ร้อยละ 56.3) รองลงมาคือ ด้านการพูด (ร้อยละ 23) ปัญหาเกิดจากการพูดไม่ชัดเจน (ร้อยละ 20.0) การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันปลอม (ร้อยละ18.5) ปัญหาเกิดจากการทำความสะอาดฟันปลอมโดยใช้น้ำสบู่ (ร้อยละ 14.8)

1.3.3 ผลการทดสอบสมมติฐาน ปัจจัยส่วนบุคคล ทางด้าน เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็ค และสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุที่ต่างกันมีผลกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลทางด้าน เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย และสิทธิการรักษา ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลด้านการกลับมาตรวจเช็คต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน

2. อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย การกลับมาตรวจเช็คและสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

1.1 เพศ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับประชากรของประเทศไทยโดยประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (อ้างถึงใน สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล 2560) และผลงานวิจัยของดวงพร ศิริเทพมนตรี (2551) เรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อีกทั้งเพศหญิงเป็นเพศที่มีการสูญเสียฟันมากกว่าและมีความอายเมื่อไม่มีฟัน จึงมารับบริการใส่ฟันปลอมมากกว่าเพศชาย

1.2 อายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด รองลงมาเป็นช่วงอายุ 70-79 ปี สอดคล้องกับอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ชาย 72.2 ปี หญิง 78.8 ปี (อ้างถึงใน สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล 2560) ทำให้ในงานวิจัยจึงพบกลุ่มอายุสองช่วงนี้มากเป็นสองอันดับแรก

1.3 การศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการเรียนหนังสือ โดยมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงพร ศิริเทพมนตรี (2551) และ พิณโญ หงส์ยิ้ม และคณะ (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา เนื่องจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งตั้งอยู่

ในเขตอำเภอเมืองปราจีนบุรี ผู้ที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตอำเภอเมือง ซึ่งในเขตอำเภอเมืองเป็นที่ตั้งของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนรวมถึงสถานศึกษา จึงมีโอกาสในการเรียนมากกว่าในเขตอำเภออื่นๆ

1.4 รายได้ต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องสิทธิการรักษาของผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นกลุ่มคนที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจหรือสิทธิอื่นๆ จากรัฐ ทำให้เมื่ออายุ60ปีขึ้นไป จึงไม่ได้รายได้จากบำนาญ แต่ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีรายได้มาจากแหล่งต่างๆ ดังนี้ รายได้จากการทำงาน รายได้จากบำนาญ รายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รายได้จากทรัพย์สินอื่นๆ เช่น ดอกเบี้ย ค่าเช่า การใช้เงินออม และการเกื้อหนุนจากครอบครัวไม่ว่าจะจากคู่สมรส บุตร ญาติ เป็นต้น ในงานวิจัยอาจมีข้อผิดพลาดที่ผู้วิจัยไม่ได้เน้นถามเรื่องเบี้ยยังชีพในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าไม่มีรายได้

1.5 ที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองปราจีนบุรี สอดคล้องกับตำแหน่งที่ตั้งโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อยู่ในเขตอำเภอเมือง และรับผิดชอบดูแลประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตอำเภอเมือง

1.6 การกลับมาตรวจเช็ค พบว่า ผู้สูงอายุไม่เคยกลับมาตรวจเช็คมากที่สุด สอดคล้องกับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีแสดงให้เห็นว่าฟันปลอมมีคุณภาพดีรวมกับการที่ทางแผนกทันตกรรมยังไม่มีระบบการนัดหมายให้ผู้สูงอายุกลับมาตรวจเช็คฟันปลอม เกศศินี วีระพันธ์ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ่อเกลือ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากทันตบุคลากร แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและการเข้าถึงบริการด้านทันตสุขภาพมีผลต่อการใช้บริการใส่ฟันปลอม ดังนั้นการกลับมาตรวจเช็คฟันปลอมของผู้สูงอายุมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง

1.7 สิทธิการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด สอดคล้องกับรายงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงจำนวนประชากรแยกตามสิทธิ จังหวัดปราจีนบุรี เดือนตุลาคม 2554 พบว่าจังหวัดปราจีนบุรี เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด มากกว่าสิทธิข้าราชการ 10 เท่า และมากกว่าสิทธิประกันสังคม 3 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ (2552) เรื่อง การใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยปี2552 เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยปี 2552 พบว่า อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มสูงอายุปี 2552 เท่ากับร้อยละ 98.1 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สูงสุดผู้สูงอายุที่เป็นสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิชำระเงิน ที่เสียค่าใช้จ่ายเองจะไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน สาเหตุที่สิทธิข้าราชการไม่ใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐเนื่องจากช้า รอนานและสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม การที่ผู้สูงอายุสิทธิประกันสุขภาพจำนวนมากมาใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก ในสามมิติ ได้แก่ มิติด้านกายภาพ มิติด้านจิตวิทยา และมิติด้านสังคมวิทยาโดยใช้ดัชนี OIDP

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี (ร้อยละ47.4) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังใส่ฟันปลอม เมื่อจำแนกตามรายกิจกรรม กิจกรรมที่เป็นปัญหาหลัก 3 อันดับแรก คือ การรับประทานอาหาร มักเกิดจากการใส่ฟันปลอมเคี้ยวอาหารแล้วเจ็บ สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ รัตนา จันทร (2559) เรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความต้องการใส่ฟันเทียม และความจำเป็นต่อการรับบริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสันเหงือกว่าง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีฟันทั้งปาก และกลุ่มที่ไม่มีฟันหลังสบทั้งสองข้างเกือบทุกคนมีปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหาร เกิดจากประสิทธิภาพในการเคี้ยวอาหารลดลง และเจ็บเหงือกเวลาเคี้ยวของแข็ง อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมทั้งปาก มีปัญหาเรื่องการหลวมเนื่องจากความไม่พอดีของฟันปลอมกับสันเหงือก รองลงมา คือ การพูด มักพูดออกเสียงได้ไม่ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พิณโญ หงส์ยิ้ม และคณะ (2560) เรื่องผลกระทบของการใส่ฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิกกับผู้สูงอายุที่มีฟันธรรมชาติอย่างน้อย 20 ซี่และไม่มีฟันทั้งปาก พบว่ากลุ่มที่ใส่ฟันปลอมทั้งปากจะมีผลกระทบด้านการพูดออกเสียงรองจากการรับประทานอาหาร จะเห็นว่าปัญหาด้านการรับประทานอาหารและการพูดเป็นปัจจัยพื้นฐานในการใช้ชีวิตประจำวัน จึงมีผลต่อการดำรงชีวิตมากว่าด้านอื่นๆ อันดับสามคือ การทำความสะอาดช่องปาก มีปัญหาในเรื่องการทำความสะอาดฟันปลอมโดยการใช้น้ำสบู่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนา บัวลอย และคณะ (2542) เรื่อง การดูแลรักษาฟันปลอมในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงวิธีการดูแลรักษาฟันปลอมในผู้สูงอายุและประเมินความรู้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำความสะอาดฟันปลอมโดยการใช้ยาสีฟัน ร่วมกับการใช้แปรงทำความสะอาดมากที่สุด ไม่ได้ใช้น้ำสบู่ในการทำความสะอาดฟันปลอม เนื่องจากการใช้ยาสีฟันสะดวกสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าน้ำสบู่ และน้ำสบู่มีความลื่น ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อมือที่ไม่แข็งแรง จึงเกิดความกลัวในการใช้น้ำสบู่ เพราะมีโอกาสที่ฟันปลอมจะตกลงมาแตกได้

วัตถุประสงค์ที่ 3 ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามปัจจัยส่วนบุคคล

จากผลการวิจัยตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ที่อยู่อาศัย และสิทธิการรักษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่แตกต่างกัน

3.1 เพศ พบว่าเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย เพศหญิงมักมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบจากช่องปากต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าเพศชายทั้งผลกระทบเชิงลบ เช่น ความรู้สึกเจ็บปวดทางช่องปาก ความรู้สึกไม่พอใจ ความรู้สึกไม่สบาย ปัญหาในการทำหน้าที่ของช่องปาก เช่น การเคี้ยว ปัญหาทางจิตใจ เช่น ความอาย ความกังวล ความเครียด ตลอดจนปัญหาในการเข้าสังคม และผลกระทบเชิงบวกกล่าวคือรู้สึกว่าช่องปากช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น เช่น เสริมสร้างบุคลิกภาพ เสริมสร้างภาพลักษณ์ สร้างความรู้สึกที่ดีทำให้มีความสุขในชีวิตโดยรวมมากขึ้น (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ 2557, น. 102) แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงหลังจากใส่ฟันปลอมไปแล้วมีผลกระทบในเชิงบวกมากกว่าเพศชาย มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีกว่าเพศชาย แต่เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันไม่แตกต่างกัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากยังขึ้นกับปัจจัยอย่างอื่น เช่น ปัจจัยด้านฟันปลอม ปัจจัยด้านทันตแพทย์ที่ทำฟันปลอม ประสบการณ์ในการใส่ฟันปลอม ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาด้วย

3.2 อายุ ช่วงอายุ 60-69 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่าช่วงอายุอื่น อธิบายได้ว่าช่วงอายุ 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าช่วงอายุอื่นแต่ค่าคะแนนเฉลี่ยก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงพร ศิริเทพมนตรี (2551) เรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน ที่พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มขึ้น จะมีระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากผู้ที่มีอายุมากกว่ามักจะเกิดความเคยชินและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีความคุ้นเคยกับการใส่ฟันปลอมได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันไม่แตกต่างกัน เพราะการใช้งานฟันปลอมยังขึ้นอยู่กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อช่องปาก จำนวนฟันธรรมชาติที่หลงเหลืออยู่ วัสดุที่ใช้ในการทำฟันปลอมถอดได้ ทันตแพทย์ผู้ทำฟันปลอม และการมีประสบการณ์ของผู้สูงอายุแต่ละคนเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการทำให้ใช้งานฟันปลอมได้ดี

3.3 ระดับการศึกษา จะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยระดับการศึกษาไม่ได้เรียนสูงกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มัธยมศึกษาและปริญญาตรี เนื่องจากมีความคาดหวังด้านฟันปลอมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้เรียน อีกทั้งผู้ที่มีการศึกษามักเป็นผู้มีความรู้ในการดูแลช่องปาก จึงทำให้มีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร ศิริเทพมนตรี (2551) ที่พบว่า การใส่ฟันเทียมร่วมกับฟันธรรมชาติในช่องปากมีคุณภาพชีวิตด้อยลงเพราะความยากลำบากในการทำความสะอาดช่องปากและฟันเทียม ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร การพูด การออกเสียงและการดำเนินชีวิตในประจำวัน แต่เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างๆ ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ William Papaioannou et al. (2015) ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มต่างๆ ของผู้สูงอายุ โดยใช้ OHIP-14 เพื่อศึกษาผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองกับเขตชนบทของประเทศกรีซ ที่มีพื้นหลังการศึกษาต่างกัน พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน

3.4 รายได้ต่อเดือน คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000บาท สูงกว่ากลุ่มไม่มีรายได้และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 5,000บาท อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000บาท มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้และมีรายได้ มากกว่า 5,000บาท แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่างๆ ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Srisilapanan & Sheiham (2001) ที่พบว่ารายได้ที่มากขึ้นจะทำให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีขึ้น และ ผู้ที่มีฐานะทางสังคมที่สูงกว่ามักจะมีสุขภาพในช่องปากที่ดีกว่า อาจเนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อยแต่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจากทางโรงพยาบาลได้ เนื่องจากก่อนทำฟันปลอมทันตแพทย์จะต้องมีการวางแผนการรักษา เตรียมช่องปากให้เหมาะสมทั้งการอุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน แต่งกระดูก ดังนั้นผู้สูงอายุที่มารับบริการฟันปลอมมักจะเป็นผู้ที่สามารถเดินทางมายังโรงพยาบาลได้ เนื่องจากต้องทำการรักษาหลายขั้นตอนและใช้เวลาค่อนข้างนานในแต่ละครั้ง การอธิบายรายละเอียดให้ผู้สูงอายุเข้าใจในสภาวะช่องปากและคุณภาพของงานฟันปลอมที่จะได้รับ จึงทำให้ไม่เกิดความแตกต่างในการรักษาระหว่างกลุ่มที่มีรายได้น้อยและกลุ่มที่มีรายได้มาก

3.5 ที่อยู่อาศัย คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล สูงกว่านอกเขตเทศบาลและต่างจังหวัด อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและต่างจังหวัด เนื่องจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ตั้งอยู่

ในเขตอำเภอเมืองจึงทำให้ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายว่านอกเขตเทศบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ William Papaioannou.et al. (2015) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองหลวงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเมือง เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยต่างๆ ไม่แตกต่างกัน การศึกษาที่เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างประชากรในเมืองและชนบท รายงานข้อค้นพบที่แตกต่างกัน การศึกษาส่วนหนึ่งไม่พบความแตกต่าง ในขณะที่บางการศึกษาพบว่าคนชนบทมีปัญหาคุณภาพชีวิตที่มาจากช่องปากมากกว่าคนเมืองเนื่องจากการศึกษาส่วนมากไม่ได้ควบคุมปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะปัจจัยโรคทางช่องปาก (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ 2557, น. 105)

3.6 สิทธิการรักษา จะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่เป็นสิทธิชำระเงินเอง สูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคม อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นสิทธิชำระเงินเอง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคม เนื่องจากสิทธิชำระเงินเอง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอมเองทั้งหมด ทำให้ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในขั้นตอนการรักษา และมีความละเอียดในทุกขั้นตอนที่ทันตแพทย์ต้องให้ผู้สูงอายุให้ความคิดเห็นร่วมด้วย เช่น ขั้นตอนการปั้นขอบเหงือก ขั้นตอนการลองฟัน ขั้นตอนการใส่ฟัน แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยก็ไม่ได้แตกต่างกันมากนัก เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Kruskall-Wallis Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มีสิทธิการรักษาต่างๆ ไม่แตกต่างกัน อยู่ที่ทักษะความสามารถของทันตบุคลากร คุณภาพของฟันเทียม การแนะนำของทันตแพทย์ในการกลับมาตรวจเช็คเมื่อฟันปลอมมีปัญหา

จากผลการวิจัยตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการกลับมาตรวจเช็คต่างกัน มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน

พบว่า กลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจเช็คมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่เคยมาตรวจเช็ค อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยมาตรวจเช็คฟันปลอมมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่เคยมาตรวจเช็คฟันปลอม เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เคยมาและไม่เคยกลับมาตรวจเช็คแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.049) จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุที่กลับมาตรวจเช็คฟันปลอม มีสาเหตุจากฟันปลอมที่ใส่ไปมีผลกระทบทางลบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง จึงกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อรับการแก้ไขตรวจเช็คฟันปลอมให้สามารถใช้งานได้ดีขึ้น โดยจะมาแก้ไขในช่วงแรกๆ หลังจากได้รับการใส่ฟันปลอม เนื่องจากแบบสัมภาษณ์ OIDP ใช้สอบถามปัญหาในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่เคยได้รับการตรวจเช็คจึงบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะช่วงเวลาหนึ่งซึ่งมักเป็นในช่วงแรกๆ ของการใส่ฟันปลอม และมีความรุนแรง

ของปัญหาในกิจกรรมนั้นต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงกลับมาตรวจเช็คฟันปลอม ทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยเฉลี่ยมีค่าที่น้อยกว่าอีกกลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจเช็ค ผู้สูงอายุที่ไม่กลับมาตรวจเช็คมักพบในกลุ่มตัวอย่างที่คุณภาพชีวิตดี เนื่องจากแบบสัมภาษณ์ OIDP ใช้สอบถามปัญหาในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จึงมักเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ปัจจุบันนี้ยังใช้งานฟันปลอมอยู่และไม่มีปัญหา โดยที่ไม่กลับมาตรวจเช็คเนื่องจากฟันปลอมใช้งานได้ดี ส่วนผู้สูงอายุที่ปัจจุบันนี้ไม่ได้ใส่แล้วหรือใส่น้อยกว่า 6 เดือนจะถูกคัดออกตั้งแต่ในขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มนี้จากการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ฟันปลอมจะมีปัญหา เช่น ใส่ฟันปลอมแล้วเจ็บ ใช้งานไม่ได้ จึงไม่ได้ใส่และไม่ได้กลับมารับการตรวจเช็ค ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องที่ทันตแพทย์ต้องมาปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงาน การมีระบบการนัดหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันปลอมไปแล้ว กลับมาพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจเช็คซ้ำ จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีจำนวนที่มากขึ้นและทำให้ปัญหาจากการทำฟันปลอมแล้วไม่ได้นำมาใช้งานจริงลดลง แนวทางการปฏิบัติงานทางคลินิกระดับปริญญาบัณฑิต วิชาฟันปลอมบางส่วนถอดได้ แนะนำให้มีขั้นตอนที่สำคัญคือการนัดผู้ป่วยเพื่อประเมินผลหลังการใส่ฟันปลอมในระยะแรก ซึ่งอาจเกิดปัญหาต่างๆ ได้ เมื่อผู้สูงอายุนำไปใช้งานการติดตามครั้งแรกควรทำภายใน 1-3 วันหลังใส่ฟันปลอม ครั้งต่อไปอาจทิ้งระยะให้นานขึ้นเช่น 7 วัน จนผู้ป่วยหายเจ็บ (วิเชฎฐ์ จินดาวณิค 2552, น. 1-2)

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 การศึกษาวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการใช้งานฟันปลอม

3.1.2 จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหาร จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่จะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการให้บริการฟันปลอม และนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม เช่น ระบบการนัดตรวจเช็คฟันปลอมในแผนกทันตกรรม จัดระบบติดตามผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมให้มารับการตรวจสุขภาพช่องปากและสภาพฟันปลอมอย่างน้อยปีละครั้ง

3.1.3 ให้ทันตแพทย์เห็นความสำคัญของการให้บริการหลังใส่ฟันปลอม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการใช้งานฟันปลอม

3.1.4 สามารถเป็นข้อมูลให้ภาครัฐกำหนดระเบียบเพิ่มเติมในการเบิกค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอมให้รัดกุม เช่น ควรมีระบบการนัดตรวจเช็คฟันปลอม จึงจะสามารถเบิกเงินจากภาครัฐได้

3.1.5 ใช้ในการวางแผนงานให้บริการทันตสาธารณสุขเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอยู่ให้คุ้มค่า ตรงตามเป้าหมายที่ต้องการ

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาในเรื่องชนิดของฟันปลอม การมีฟันแท้เหลืออยู่ การตรวจสภาวะช่องปากร่วมด้วย รวมถึงหากมีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันและไม่ได้รับการใส่ฟันปลอมจะทำให้ผลการศึกษามีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3.2.2 ควรมีการศึกษาคุณภาพและประสิทธิภาพในการใช้งานฟันปลอมทั้งในเชิงคลินิกและความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันปลอม

3.2.3 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังใส่ฟันปลอมถึงผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันเหมือนกันหรือแตกต่างกัน

3.2.4 ควรมีการศึกษาถึงวิธีและขั้นตอนการทำฟันปลอม รวมถึงผลการใช้งานฟันปลอมของผู้สูงอายุที่มีการเปรียบเทียบถึงวิธีการทำฟันปลอม ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อให้สามารถใช้งานฟันปลอมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

3.3.1 จำนวนบุคลากรและระยะเวลาในการทำวิจัยน้อย ทำให้มีปัญหาด้านการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยในงานวิจัยมีการสัมภาษณ์ทั้งแบบเผชิญหน้าและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทำให้เกิดอคติในการเก็บข้อมูล

3.3.2 ในการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างต้องใช้ทั้งความทรงจำเกี่ยวกับปัญหาความถี่ ความรุนแรงจากการใส่ฟันปลอม หลังจากใส่ฟันปลอมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ทำให้เกิดอคติที่เกิดจากการลืม (recall bias)

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กฤษฎามล ชื่นอิ่ม. (2555). *คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจังหวัดสมุทรสาคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.

กัณฑเพร ลักษณา, พฐู สุระประเสริฐ, พรทิพา ศิริวนิชสุนทร และสุดาดวง กฤษฎาพงษ์. (2550). การเปรียบเทียบระหว่างความจำเป็นทางวิชาชีพ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่ง. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์, 57*(2), 98-106.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. (2559). *รายงานข้อมูลผู้มารับบริการใส่ฟันปลอม*. ปราจีนบุรี: กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.

_____. (2559). *รายงานข้อมูลค่าแลปในการทำฟันปลอม*. ปราจีนบุรี: กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร.

เกศศินี วีระพันธ์. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ่อเกลือ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน*. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. นเรศวรวิจัยครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ. (หน้า 695-705)

ดวงพร ศิริเทพมนตรี. (2552). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน. *วชิรเวชสาร, 52*(39-47): 339-344.

นภาพร อัจฉริยะพิทักษ์. (2536). *การรักษาด้วยวิธีใส่ครอบฟันและฟันปลอมชนิดติดแน่น*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิณโญ หงษ์ยิ้ม, มิ่งขวัญ สิทธิวรนันท์ และสริตา คัชพงษ์. (2560). ผลกระทบของการใส่ฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 22*(1): 39-47.

พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย ฐิตโสมกุล และไพฑูรย์ ดาวสดใส. (2558).คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. *วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์, 64*(1): 26-46.

มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). *การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548-2568*. กรุงเทพฯ: ประชากรและสังคม.

รัตนา จันทร. (2559). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม. *วารสารวิชาการเขต 12, 27*(1): 41-46.

วิเชฎฐ์ จินดาวณิค. (2552). *แนวทางการปฏิบัติงานทางคลินิกระดับปริญญาบัณฑิต วิชาฟันปลอมบางส่วนถอดได้.* สืบค้นจาก http://www.dent.chula.ac.th/files/Invent/RemProsthReview2.pdf

ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2547). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์.* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาภรณ์มหาวิทยาลัย.

เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์, จิราพร เขียวอยู่ และวิลาวัลย์ วีระอาชากุล. (2557). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน กรณีศึกษาในเขตอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 29*(4): 339-344.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2560). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7.* กรุงเทพฯ: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

สุดาดวง กฤษฎาพงษ์. (2557). *คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุณี วงศ์คงคาเทพ. (2552). การใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทย ปี 2552. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 17*(2): 45-58.

โสภี ชาติสุพันธ์. (2543). *ฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรถวิทย์ พิสิฐอนุสรณ์. (2543). *ความรู้พื้นฐานและการออกแบบฟันปลอมบางส่วนถอดได้.* เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.

อรฉัตร คุรุรัตนะ และ ฐิติมา เดียววัฒนาวิวัฒน์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ทันตสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 10*(2): 116-126.

Balista M. J & Lawrence H. P., (2014). Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. *Health Qual life outcomes,* (12): 165. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263115/

Dubos R. (1960*). Mirage of health*. New York: Harper Colophan.

Hart N. (1985). *Themes and perspectives in sociology*. Ormsick Lancashrine: Causeway Press.

Locker D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health,* (5): 3-4.

Maria A. B. R., Evangeline M. C.,Peter G. R., & Mario V. V., (2016). Demographics,social position, dental status and oral health related quality of life in community-dwellling older adults. *Qual Life Res,* (25), 1735-1742.

Petersen P. (2003). *The oral health report 2003.* Geneva: World Health Organization.

Shaghaghian s., Taghva M., Abduo J., Bagheri R. (2015). Oral health-related quality of life of removable partial denture wearers and related factors. *Journal of Oral Rehabilitation,* (42), 40-48.

Srisilapanan, P., & Sheiham, A. (2001). Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in dentate older people. *Gerodontology, 18*(1), 25-34. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11813386

_____. (2001). The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology,* 18(2), 102-108. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=the+prevalence+ of+ dental+impacts+on+daily+performances+in+older+people+in+Northern+thailand

Srisilapanan, P., Korwanich, N.,Jienmaneechotchai, S.,Dalodom, S.,Veerachai, N.,Vejvitee, W.,Roseman, J. (2016). Estimate of Impact on the Oral Health-Related Quality of Life of Older Thai People by the Provision of Dentures through the Royal Project. International Journal of Dentistry. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1155/2016/1976013.

Yea Y. Y.,Huey E. L.,Yi M. W.,Shou J. L.,Wen C. W., Je K. D.,Shun T. H., & Kun J. H., (2015). Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC oral health, 15*(1), 1-12. Retrieved from http://www.biomedcentral.com/1472-6831/15/1

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

1. ทพ.สุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
   หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
   อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี

2. ทพ.ยาวี เมฆขำ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
   รักษาการหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
   สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี

3. ทพญ.เอื้อมพร ธีรประเสริฐ ทันตแพทย์ชำนาญการ
   โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานอะคริลิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

วันที่.....ฉบับที่.....

ผู้ถูกสัมภาษณ์.....

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ…….. ปี (ระบุอายุจริง)

3. การศึกษา

( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา

( ) ปริญญาตรี ( ) ไม่ได้เรียน

4. รายได้ต่อเดือน

( ) ไม่มีรายได้ ( ) <5,000บาท ( ) >5,000บาท

5. ที่อยู่อาศัย

( ) ในเขตเทศบาลเมืองปราจีน ( ) นอกเขตเทศบาลเมืองปราจีน

( ) ต่างจังหวัด

ส่วนที่ 2 ลักษณะส่วนบุคคล

1. การกลับมาตรวจเช็ค

( ) เคยมา ( ) ไม่เคยมา

2. สิทธิการรักษาพยาบาล

( ) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ( ) ข้าราชการ

( ) ประกันสังคม ( ) ชำระเงินเอง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ OIDP

หัวข้อหลัก	ข้อคำถาม	มีหรือไม่มีปัญหา	ความถี่	ความรุนแรง	หมายเหตุ
1.การรับประทานอาหาร	1.1ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถใช้ฟันปลอมเคี้ยวอาหารได้โดยไม่เจ็บ				
	1.2ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถกลืนอาหารได้สะดวกเมื่อใส่ฟันปลอม				
	1.3ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถดื่มน้ำได้ตามปกติเมื่อใส่ฟันปลอม				
2.การพูด	2.1ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถพูดได้ชัดเจนตามปกติเมื่อใส่ฟันปลอม				
	2.2ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกมั่นใจในการพูดคุยกับผู้อื่น				
3.การทำความสะอาดช่องปาก	3.1ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านมีการทำความสะอาดฟันที่เหลืออยู่โดยการแปรงฟันหรือมีการใช้น้ำยาบ้วนปาก				
	3.2ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านได้มีการทำความสะอาดเหงือกและเพดานปาก				
	3.3ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านมีการทำความสะอาดฟันปลอมโดยใช้น้ำสบู่				
4.การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ	4.1ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถพักผ่อนได้ตามปกติเมื่อใส่ฟันปลอม				
	4.2ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านมีความสุขเมื่อใส่ฟันปลอมดูหนังฟังเพลง				
	4.3ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาหลังจากได้ฟันปลอมท่านนอนหลับได้เต็มอิ่ม				
5.การคงสภาพอารณ์ให้เป็นปกติ	5.1ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาหลังจากได้ฟันปลอม ท่านรู้สึกอารมณ์ดีขึ้น ไม่หงุดหงิดง่าย				
6.การยิ้มหัวเราะให้ผู้อื่นเห็นฟัน	6.1ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาขณะใส่ฟันปลอมท่านสามารถยิ้มหรือหัวเราะได้อย่างมีความสุข				
ได้โดยไม่อับอาย	6.2ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านไม่รู้สึกเขินอายเวลายิ้มเห็นฟันปลอม				
7.การทำกิจกรรมทางกายภาพ	7.1ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาขณะใส่ฟันปลอมท่านสามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ				
ในชีวิตทั่วไปที่ไม่หักโหม	7.2ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาขณะใส่ฟันปลอมท่านสามารถทำอาหารได้ตามปกติ				
	7.3ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาขณะใส่ฟันปลอมท่านสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ				
8.การออกไปพบปะผู้คนญาติสนิท	8.1ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาเมื่อมีฟันปลอมแล้วท่านอยากออกไปนอกบ้านมากขึ้น				
มิตรสหาย	8.2ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาเมื่อมีฟันปลอมท่านอยากออกไปพบปะผู้คนเจอเพื่อนๆ				
	และญาติพี่น้อง				
	8.3ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาเมื่อใส่ฟันปลอมท่านมีความรู้สึกอยากทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น				
รวมคะแนน					

ภาคผนวก ค

ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence:IOC)

หัวข้อหลัก	ข้อคำถาม	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 3	IOC
1. การรับประทานอาหาร	1.1 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถใช้ฟันปลอมเคี้ยวอาหารได้โดยไม่เจ็บ	+1	+1	+1	1
	1.2 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถใช้ฟันปลอมในการกัดฉีกอาหารได้	-1	-1	+1	-0.33
	1.3 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถกลืนอาหารได้สะดวกเมื่อใส่ฟันปลอม	+1	+1	+1	1
	1.4 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถดื่มน้ำได้ตามปกติเมื่อใส่ฟันปลอม	+1	0	+1	0.67
2. การพูด	2.1 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถพูดได้ชัดเจนตามปกติเมื่อใส่ฟันปลอม	+1	+1	+1	1
	2.2 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านรู้สึกมั่นใจในการพูดคุยกับผู้อื่น	+1	+1	+1	1
3. การทำความสะอาดช่องปาก	3.1 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการทำความสะอาดช่องปากโดยการใช้น้ำยาบ้วนปาก	0	0	+1	0.33
	3.2 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้มีการทำความสะอาดฟันที่มีอยู่โดยการแปรงฟัน	+1	+1	+1	1
	3.3 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านได้มีการทำความสะอาดเหงือกและเพดานปาก	+1	+1	+1	1
	3.4 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการทำความสะอาดฟันปลอมโดยใช้น้ำสบู่	+1	+1	+1	1
4. การพักผ่อน	4.1 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านสามารถพักผ่อนได้ตามปกติเมื่อใส่ฟันปลอม	+1	+1	+1	1
	4.2 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความสุขเมื่อใส่ฟันปลอมดูหนังฟังเพลง	+1	+1	+1	1
	4.3 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาหลังจากได้ฟันปลอมท่านนอนหลับได้เต็มอิ่ม	+1	0	+1	0.67
5. การคงสภาพอารมณ์	5.1 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาหลังจากได้ฟันปลอม ท่านรู้สึกอารมณ์ดีขึ้น ไม่หงุดหงิดง่าย	+1	+1	+1	1
6. การยิ้มหัวเราะ	6.1 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาขณะใส่ฟันปลอมท่านสามารถยิ้มหรือหัวเราะได้อย่างมีความสุข	+1	+1	+1	1
	6.2 ในรอบ6เดือนที่ผ่านมาท่านไม่รู้สึกเขินอายเวลายิ้มเห็นฟันปลอม	+1	+1	+1	1

หัวข้อหลัก	ข้อคำถาม	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 3	IOC
7. การทำกิจกรรมทางกายภาพ	7.1 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาขณะใส่ฟันปลอมท่านสามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ	+1	+1	+1	1
	7.2 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาขณะใส่ฟันปลอมท่านสามารถทำอาหารได้ตามปกติ	+1	+1	+1	1
	7.3 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาขณะใส่ฟันปลอมท่านสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ	+1	+1	+1	1
8. การออกไปพบปะผู้คน	8.1 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาเมื่อมีฟันปลอมแล้วท่านอยากออกไปนอกบ้านมากขึ้น	+1	+1	+1	1
	8.2 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาเมื่อมีฟันปลอมท่านอยากออกไปพบปะผู้คนเจอเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง	+1	+1	+1	1
	8.3 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาเมื่อใส่ฟันปลอมท่านมีความรู้สึกอยากทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	+1	'+1	+1	1

ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

คำถามข้อที่ 1.2 มีผู้เชี่ยวชาญไม่เห็นด้วยสองท่าน เนื่องจากฟันปลอมไม่ควรใช้ฟันหน้ากัดฉีกอาหาร จะทำให้กระดก และเหมาะกับการใช้ถามในงานฟันปลอมติดแน่นมากกว่า

คำถามข้อที่ 1.4 มีผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจหนึ่งท่าน เนื่องจากควรถามเรื่องการบดเคี้ยวอาหารมากกว่า

คำถามข้อที่ 3.1 มีผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจสองท่าน โดยแนะนำให้ไปรวมกับข้อ 3.2

คำถามข้อที่ 4.3 มีผู้เชี่ยวชาญไม่แน่ใจหนึ่งท่าน คำถามมีแนวโน้มสื่อว่าใส่ฟันปลอมนอน

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางสาวปรางค์กมล ภู่อารีย์
วัน เดือน ปีเกิด	11 มีนาคม 2529
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดน่าน
ประวัติการศึกษา	ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2554
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
ตำแหน่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการ