

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษาตัวแปรที่ใช้ในการทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง
ผู้วิจัย นางอาภาพรณี เขมวดีพงษ์ **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร. อติศักดิ์ สัตย์ธรรม (2) รองศาสตราจารย์ สมโภช
 รัตโอบาร **ปีการศึกษา** 2546

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ (1) จำแนกตัวแปรที่สัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง และ (2) สร้างสมการถดถอยพหุคูณทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ศึกษาโดยการสุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดตรังอย่างเป็นระบบจำนวน 417 คน และ สัมภาษณ์พร้อมตรวจสภาวะช่องปากตามเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการดัดแปลงปริซึทโมเดล มีตัวแปรศึกษา 3 กลุ่มตัวแปร คือ กลุ่มตัวแปรนำ 13 ตัวแปรย่อย กลุ่มตัวแปรเอื้อ 17 ตัวแปรย่อย และกลุ่มตัวแปรสนับสนุน 14 ตัวแปรย่อย ซึ่งเครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารวมเท่ากับ 0.7023 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบความสัมพันธ์ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและไค-สแควร์ และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า (1) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ฟันปลอมจำนวนร้อยละ 24.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีตัวแปรย่อย 14 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม โดยเป็นตัวแปรนำ 6 ตัว ตัวแปรเอื้อ 4 ตัวและตัวแปรสนับสนุน 6 ตัว และ (2) มีตัวแปรย่อยเพียง 2 ตัว ที่สามารถทำนายการใช้ฟันปลอมได้ คือผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม และการทำความสะอาดฟันธรรมชาติที่เหลือและช่องปากภายหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ โดยการเข้าสมการถดถอยพหุคูณที่สร้างได้จากตัวแปรย่อยทั้ง 2 ตัว พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอมสามารถอธิบายการใช้ฟันปลอมได้ร้อยละ 15.6 และเมื่อเพิ่มตัวแปรย่อยการทำความสะอาดฟันธรรมชาติที่เหลือและช่องปากภายหลังรับประทานอาหารทุกมื้อในสมการ สามารถอธิบายการใช้ฟันปลอมได้ร้อยละ 19.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ ทันตกรรม การใช้ฟันปลอม ตัวแปรทำนาย

Thesis title: A STUDY OF THE VARIABLES PREDICTING THE USE OF DENTURE
AMONG THE ELDERLY IN TRANG PROVINCE

Researcher: Mrs.Apapunnee Kheamwuttipong; **Degree:** Master of Public Health (Public Health Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Adisak Sattam , Associate Professor ; (2) Sompoch Ratoran , Associate Professor; **Academic year:** 2003

ABSTRACT

The general objective of this thesis was to study variables that predict the use of denture among the elderly in Trang Province; and the specific objectives were (1) to discriminate variables that correlate with the use of denture among the elderly in Trang Province; and (2) to construct regression equation for predicting the use of denture by the elderly in Trang Province.

This survey research used systematic random sampling technique to draw the sample of the elderly in Trang Province resulting 417 people. The interview, together with oral examination was conducted using questionnaire constructed based on the PRECEDE Model. The 3 main studied groups of variables included 13 predisposing variables, 17 enabling variables, and 14 reinforcing variables. The questionnaire was reviewed by experts for its content validity and pre-tested for reliability with Conbrach's Alpha Coefficient of 0.7023. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation. Test of correlation was shown by the Pearson multiple correlation coefficient, results of chi-square test, and multiple regression analysis.

The results showed that; (1) In the group of the elderly who used denture with 24.2% of all elderly population, 14 variables correlated with the use of denture. The variables included 6 predisposing variables, 4 enabling variables, and 6 reinforcing variables; (2) Two variables found to predict the use of denture were “ the elderly felt that they could eat everything when using denture” and “cleaning the remained natural teeth and oral cavity after eating”. When entering the 2 variables into multiple regression equation, “ the elderly felt that they could eat everything when using denture” could explain the use of denture by 15.6% and by adding “cleaning the remained natural teeth and oral cavity after eating”, the 2 variables could explain the use of denture by 19.2 % with statistical significance at the 0.05 level.

Keywords : The elderly, Dentistry, Use of denture, Predicting variables

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือ อย่างดียิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร.อดิศักดิ์ สัตยธรรม และ รองศาสตราจารย์ สมโภช รติโอพาร สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้ คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยและช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง ของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจอย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ธนวิบูลย์ชัย สำนักทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และทันตแพทย์หญิงศรีสุดา ลีละศิธร กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และอาจารย์วัฒนา เป็นน้อย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ตรีง ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสถิติและการวิเคราะห์

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สำรวจจังหวัดตรัง ที่ช่วยเก็บข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลและที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน รวมทั้งขอบพระคุณคณาจารย์ และขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท บริหารสาธารณสุขศาสตร์ รุ่น 1 ในความเอื้ออาทร ช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ผู้เป็นครูคนแรกและคอยเป็น กำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบใจน้องชายที่ช่วยจัดส่งเอกสารและน้องสาวที่ช่วยพิมพ์เอกสาร และที่สำคัญที่สุดขอขอบคุณ คุณศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์ คู่สมรสและบุตรสาวที่สนับสนุน ให้กำลังใจ และช่วยเหลือให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

อาภาพรรณณี เขมวุฒิพงษ์

ตุลาคม 2546

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	7
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ.....	9
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม.....	13
การจัดบริการทันตกรรมด้านฟันปลอม.....	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อมูลของตัวอย่างที่ศึกษา.....	43
ปัจจัยนำ.....	43
ปัจจัยเอื้อ.....	65
ปัจจัยสนับสนุน.....	81
ผลการวิเคราะห์และการทดสอบสมมติฐาน.....	98
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	108
สรุปการวิจัย.....	108
อภิปรายผล.....	111
ข้อเสนอแนะ.....	122
บรรณานุกรม.....	126
ภาคผนวก.....	133
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	134
ข แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ	136
ประวัติผู้วิจัย.....	145

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	การกระจายของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษที่มีความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม จำแนกตามสภาวะการใส่ฟันปลอม ปี พ.ศ. 2534.....	11
ตารางที่ 2.2	การกระจายผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทฟันปลอม ปี พ.ศ. 2539.....	11
ตารางที่ 2.3	สภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษเปรียบเทียบกับระดับประเทศ.....	12
ตารางที่ 3.1	รายชื่อพื้นที่ที่ทำการสำรวจจำแนกตามเขตอาศัย.....	38
ตารางที่ 4.1	การกระจายจำนวนและร้อยละของตัวแปรปัจจัยนำจำแนกตามการใช้ฟันปลอม	44
ตารางที่ 4.2	การกระจายความถี่และร้อยละของสาเหตุความต้องการฟันปลอมชนิดใหม่ ของผู้สูงอายุ.....	51
ตารางที่ 4.3	ผลการตรวจนับจำนวนฟันในช่องปากของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีและไม่มี ฟันปลอม.....	52
ตารางที่ 4.4	ผลการตรวจประเภทของฟันปลอมในช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามขากรรไกร.....	53
ตารางที่ 4.5	ความจำเป็นที่ต้องมีฟันปลอมบนในช่องปากของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีและไม่มี ฟันปลอมโดยการตรวจของทันตแพทย์.....	54
ตารางที่ 4.6	ความจำเป็นที่ต้องมีฟันปลอมล่างในช่องปากของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีและไม่มี ฟันปลอมโดยการตรวจของทันตแพทย์.....	55
ตารางที่ 4.7	ความจำเป็นของการมีฟันปลอมของผู้สูงอายุในขากรรไกรบน และ/หรือล่าง จากการตรวจช่อง ปากโดยทันตแพทย์จำแนกตามการมีและไม่มีฟันปลอม.....	56
ตารางที่ 4.8	การเปรียบเทียบความต้องการฟันปลอมจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและการตรวจ ความจำเป็นต้องมีฟันปลอมโดยทันตแพทย์.....	56
ตารางที่ 4.9	ผลการตรวจจำนวนฟันคู่สบ(เฉพาะฟันหลังทั้งซ้าย-ขวา)ในช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามการมีและไม่มีฟันปลอม.....	57
ตารางที่ 4.10	ผลการตรวจสภาพฟันปลอมของผู้สูงอายุ.....	58
ตารางที่ 4.11	ประวัติการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ.....	59
ตารางที่ 4.12	การกระจายค่าสถิติ จำนวนและร้อยละของปัจจัยนำจำแนกตามการใช้ฟันปลอม...60	
ตารางที่ 4.13	การกระจายจำนวนและร้อยละของตัวแปรปัจจัยเอื้อจำแนกตามการใช้ฟันปลอม...66	

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.14	การกระจายค่าสถิติ จำนวนและร้อยละของปัจจัยเอื้อจำแนกตามการใช้ฟืนปลอม..	78
ตารางที่ 4.15	ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่และปัญหาการเดินทางไปรับบริการ.....	80
ตารางที่ 4.16	ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่และสถานที่ทำฟืนปลอม.....	80
ตารางที่ 4.17	ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่และการมีฟืนปลอม.....	81
ตารางที่ 4.18	การกระจายจำนวนและร้อยละของตัวแปรปัจจัยสนับสนุนจำแนกตามการใช้ฟืนปลอม.....	82
ตารางที่ 4.19	การกระจายค่าสถิติ จำนวนและร้อยละของปัจจัยสนับสนุนจำแนกตามการใช้ฟืนปลอม.....	95
ตารางที่ 4.20	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนำกับการใช้ฟืนปลอม.....	99
ตารางที่ 4.21	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยเอื้อกับการใช้ฟืนปลอม.....	101
ตารางที่ 4.22	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยสนับสนุนกับการใช้ฟืนปลอม.....	103
ตารางที่ 4.23	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ทำนายพฤติกรรมการใช้ฟืนปลอมจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยสนับสนุน....	105
ตารางที่ 4.24	ตัวอย่างผลการแทนค่าในสมการทำนาย.....	107

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุจังหวัดตรังในมิติ การรับประทานอาหาร.....	6
ภาพที่ 2.1 แสดงการบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุในญี่ปุ่น.....	22
ภาพที่ 2.2 การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในช่องปากในระดับบุคคลและ ครอบครัว.....	25
ภาพที่ 3.1 แผนผังการแบ่งพื้นที่สำรวจ.....	37

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาด้านสาธารณสุขไทยที่ผ่านมา ส่งผลให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้น คุณภาพชีวิตเปลี่ยนไป ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นจากรายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2537 พบว่าอายุขัยเฉลี่ยของชายไทยเท่ากับ 67.7 ปีและหญิงไทยเท่ากับ 72.4 ปี (อ้างถึงใน พนิตา คุณาธรรม 2538: 1) และจากผลการสำรวจประชากร ปี พ.ศ.2538 – 2539 พบว่าอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นโดยอายุขัยเฉลี่ยชายไทยเท่ากับ 69.9 ปี และหญิงไทยเท่ากับ 74.9 ปี (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ 2543: 173) เป็นผลให้โครงสร้างของประชากรมีการเปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากเดิมปี พ.ศ. 2523 มีผู้สูงอายุ จำนวน 2.5 ล้านคน เป็น 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2533 และจากรายงานของกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง ณ ธันวาคม พ.ศ. 2543 พบว่าประชากรของประเทศไทย 61,878,746 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 5,051,696 คนคิดเป็นร้อยละ 8.16 ของประชากรทั้งหมดและมีการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติว่าปี พ.ศ.2553 ประเทศไทยจะมีประชากรเพิ่มจำนวนเป็น 71.5 ล้านคน โดยกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 6.7 ล้านคนและเพิ่มเป็น 10.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 (สวัสดิ์ แสงเขียว 2539: 2) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยมีลักษณะสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับการเปลี่ยนแปลงของประชากรโลกซึ่งคาดประมาณว่า ประชากรโลกเพิ่มจำนวนจาก 2.5 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2493 เป็น 8.5 พันล้านคนหรือ 3 เท่าครึ่งในปี พ.ศ.2568 และผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มถึง 6 เท่าคือจาก 200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2493 เป็น 1.2 พันล้านคนในปีพ.ศ. 2568 (ดุสิต สุนทรานู และคณะ 2534: 1)

การเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและความเสื่อมสภาพของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุพบกับปัญหาในด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล และคณะ 2542: ก – ข) พบว่าร้อยละ 25 มีภาวะทุพพลภาพระยะสั้นและระยะยาว ร้อยละ 73 มีความผิดปกติเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 7 ตกอยู่ในภาวะพึ่งพาในด้านสุขลักษณะได้แก่ การกินอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า ฯลฯ ความผิดปกติข้างต้นพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนจนคนที่ต้องการศึกษามีโอกาสเผชิญกับความผิดปกติมากกว่าคนที่มีการศึกษามากกว่าคนที่มีผลต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือการรักษาร่างกายและจิตใจให้มีความสมบูรณ์ และสามารถอยู่ในสังคมได้ เป็นที่ยอมรับแล้วว่าร่างกายที่แข็งแรงจะต้องได้รับสารอาหารครบถ้วน อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารจึงมีส่วนสำคัญ โดยเฉพาะอวัยวะในช่องปากซึ่งถือเป็นตัวจักรสำคัญเริ่มแรกในการดำรงชีพ ดังจะเห็นว่าองค์การอนามัยโลกได้มีการตั้งเป้าหมายของสภาวะช่องปากที่สมบูรณ์ว่าผู้สูงอายุควรมีฟันธรรมชาติคงอยู่ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ที่สามารถใช้งานและให้ความสวยงาม (ประภคพิบูลย์โรจน์และคณะ 2540: 10)

จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 พบว่าผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีประสบการณ์เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 95 โดยมีผู้สูงอายุที่มีฟันสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เพียงร้อยละ 47.7 (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย 2538: 4 – 5) และจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของจังหวัดตรัง ปี พ.ศ.2544 พบว่าปัญหาทันตสุขภาพของจังหวัดตรังเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี มีประสบการณ์เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 96.9 ผู้สูงอายุมีฟันอยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เพียงร้อยละ 41.5 และพบว่าเป็นผู้ที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมหรือมีฟันปลอมที่ต้องทำใหม่ จากการพิจารณาของทันตแพทย์ถึงร้อยละ 58.5 ในขากรรไกรบน ร้อยละ 66.2 ในขากรรไกรล่าง จำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทั้งปากร้อยละ 10.4 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง งานทันตสาธารณสุข 2544: 22,38) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันตามธรรมชาติ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในแง่ของสุขภาพทางกายและจิตใจ กล่าวคือเกิดการสูญเสียหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหารไป ไม่สามารถทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ส่งผลกระทบต่อร่างกายเกิดปมด้อย พุดไม่ชัดไม่สวยงาม และอาจส่งผลต่อภาพลักษณ์ เช่น รูปร่างใบหน้าเปลี่ยนแปลง อาจจะสั้นลง ขากรรไกรล่างอาจกดบริเวณหูทำให้เกิดอาการหูตึงได้ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และนำไปสู่ภาวะแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช 2528: 53) ดังนั้นในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ดีทำได้โดยการใส่ฟันปลอมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปอีกทั้งยังเป็นการเสริมบุคลิกภาพให้ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่รัฐบาลให้ความสนใจ โดยมีนโยบายการออกบัตรสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยให้บริการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย และทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐาน โดยไม่ต้องเสียเงิน แต่จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุ 60 – 74 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้บริการทันตกรรมน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 33.1 (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย 2538: 46) ซึ่งจะเห็นว่าปัญหาในด้านการฟื้นฟูสภาพการใช้ฟันในผู้สูงอายุทำได้ยาก ทั้งในแง่ของการรักษา การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุมตลอดจนต้นทุนในการบริหารจัดการและการบริการ

จากแนวคิดและการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการจัดการส่งเสริมทัศนสุขภาพในผู้สูงอายุ จึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ จังหวัดตรังในมิติการรับประทานอาหาร เช่น สถานะสุขภาพและความต้องการฟันปลอม เศรษฐฐานะของผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอม ทัศนแพทย์ผู้ให้บริการ เป็นต้น สร้างเป็นสมการถดถอยพหุคูณทำนายการใช้ฟันปลอมในกลุ่มผู้สูงอายุของจังหวัดตรัง โดยการศึกษาครั้งนี้ดัดแปลงกรอบแนวคิดจาก PRECEDE Model ของ ลอเรนซ์ กรีน (Lawrence W. Green 1991: 15)

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

ศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 จำแนกตัวแปร ที่สัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

2.2.2 สร้างสมการถดถอยพหุคูณ ทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

คำอธิบายกรอบแนวคิด

แนวคิดนี้ได้ดัดแปลงมาจาก PRECEDE Model (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) หมายถึงกระบวนการใช้ปัจจัยทั้ง 3 ด้านคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยสนับสนุนในการวินิจฉัยและประเมินพฤติกรรม(ชนวรรธน อัมสมบูรณ์ อ้างถึงใน ระเด่น หัสดีและสรศักดิ์ ฤกษ์ ดวงคำสวัสดิ์ 2536: 38) โดยศึกษานี้นำมาดัดแปลงศึกษาการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) คือ ปัจจัยช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลประกอบด้วยความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ การรับรู้ ความเชื่อ ฯลฯ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเรื่องลักษณะประชากร การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ทัศนคติของผู้สูงอายุ ความตระหนัก/เห็นความสำคัญของฟันปลอม สุขภาพร่างกายและช่องปาก รวมถึงความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) คือ ปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลที่มีแรงจูงใจอยู่แล้วสามารถกระทำการได้ตามที่พึงประสงค์ เป็นตัวเสริมหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรม เกิดก็ต่อเมื่อมีทักษะ มีแหล่งทรัพยากร มีแหล่งบริการ ความยากง่ายของการเข้ารับบริการ การศึกษานี้ศึกษาเรื่องความสามารถในการจับจ่ายฟันปลอม ทักษะของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลทันตสุขภาพ การเดินทางไปรับบริการ และสถานที่ที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factors) คือ ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายหลังที่แสดงพฤติกรรมแล้วและได้รับผลในลักษณะการกระตุ้นเตือน การยกย่องให้พฤติกรรมคงอยู่ต่อไป เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคน /บุคคล /กลุ่มคน ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับ/ไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น การศึกษานี้ศึกษาเรื่องผู้ให้บริการทันตกรรมและการจัดบริการ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ปัญหาของระบบการช่อยอาหาร และภาวะโภชนาการ

การนำบางส่วนของ PRECEDE Model มาประยุกต์ใช้นี้เป็นการนำส่วนของการวินิจฉัยทางการศึกษา(Education Diagnosis) มาวิเคราะห์แล้วพิจารณาย้อนกลับว่าสิ่งที่วางแผนการบริหารจัดการนั้นส่งผลต่อการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุหรือไม่ และกรณีไม่มีฟันปลอมควรบริหารจัดการอย่างไร

รายละเอียดปัจจัยที่ศึกษา

3.1 ปัจจัยนำ

3.1.1 ลักษณะประชากร ตัวแปรย่อย 4 ตัวคือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา

3.1.2 การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.1.3 ทักษะของผู้สูงอายุ ตัวแปรย่อย 3 ตัวคือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีฟันปลอมพอดีกับช่องปาก ผู้สูงอายุรู้สึกว่ากัดเคี้ยวอาหารได้เมื่อใช้ฟันปลอม และ ผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม

3.1.4 ความตระหนัก/เห็นความสำคัญของฟันปลอม ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์ และผู้สูงอายุรู้สึกว่าควรจัดหาฟันปลอมใหม่เมื่อฟันปลอมเก่าไม่เหมาะสม

3.1.5 สุขภาพร่างกายและช่องปาก ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือ โรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพช่องปาก

3.1.6 ความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ

3.2 ปัจจัยเอื้อ

3.2.1 ความสามารถในการจ่าย ฟันปลอม ตัวแปรย่อย 6 ตัวคือ ค่าครองชีพของผู้สูงอายุ ค่ารักษาพยาบาล ราคาทำฟันปลอม ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ การเบิกค่าทำฟันปลอม และผู้สูงอายุคิดว่าค่าทำฟันปลอมของผู้สูงอายุมีราคาสูง

3.2.2 ทักษะของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลทันตสุขภาพ ตัวแปรย่อย 5 ตัวคือ ผู้ดูแลสะดวกในการพาผู้สูงอายุไปรับบริการ ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันปลอมหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากก่อนนอนทุกคืน และ ผู้สูงอายุถอดฟันปลอมออกแช่น้ำทุกคืน

3.2.3 การเดินทางไปรับบริการและเขตที่อยู่ ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือ การเดินทางไปรับบริการและเขตที่อยู่

3.2.4 สถานที่ที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรย่อย 4 ตัวคือ สถานที่พบทันตแพทย์ สถานที่ทำฟันปลอม สถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม และสถานที่รับประทานอาหาร

3.3 ปัจจัยสนับสนุน

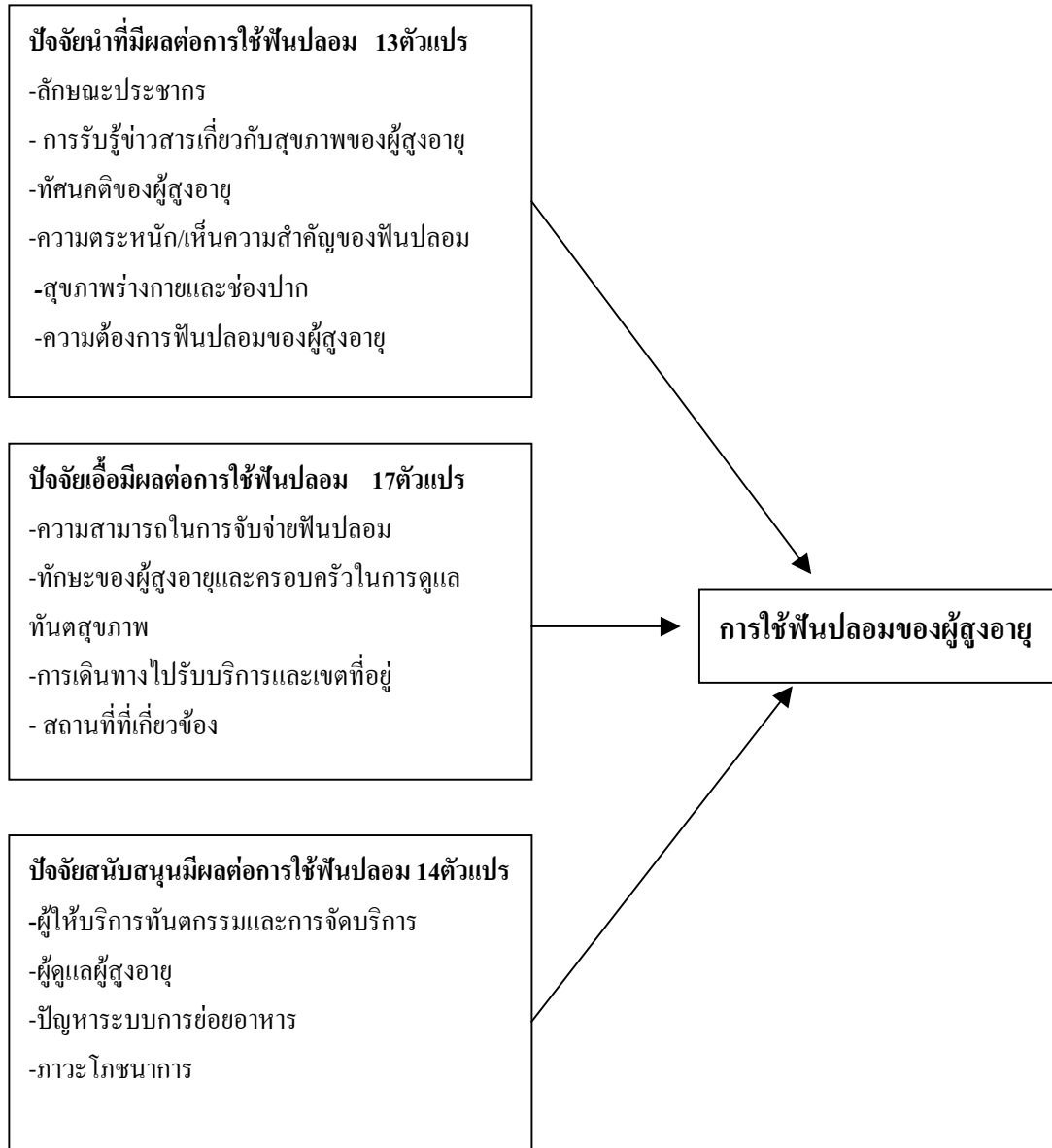
3.3.1 ผู้ให้บริการทันตกรรมและการจัดบริการ ตัวแปรย่อย 4 ตัวคือ ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอม ผู้สูงอายุมีทันตแพทย์ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและฟันปลอม ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันปลอม และผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์ในช่วง 1 ปี

3.3.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแปรย่อย 6 ตัวคือ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลเรื่องการมีและการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการใช้ฟันปลอม ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการใช้ฟันปลอม ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดถึงความจำเป็นของฟันปลอมที่มีต่อผู้สูงอายุ และบุคคลร่วมรับประทานอาหาร

3.3.3 ปัญหาาระบบการย่อยอาหาร ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเจ็บ-ปวดเหงือกเวลาใช้ฟันปลอมบดเคี้ยว และผู้สูงอายุรู้สึกท้องอืด ท้องเฟ้อหลังรับประทานอาหาร

3.3.4 ภาวะโภชนาการ ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารผักได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอม และผู้สูงอายุรับประทานอาหารเนื้อ/ปลาได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอม

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุจังหวัดตรังในมิติ การรับประทานอาหาร

4. สมมติฐานการวิจัย

- 4.1 ตัวแปรย่อยในชุดปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ
- 4.2 ตัวแปรย่อยในชุดปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ
- 4.3 ตัวแปรย่อยในชุดปัจจัยสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

5. ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดตรังที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่สามารถสื่อสารเข้าใจได้ด้วยวาจาโดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตรังไม่น้อยกว่า 1 ปี

6. ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ดัดแปลงจาก PRECEDE Model ของลอเรนซ์ กรีน (Lawrence W. Green 1991: 15) นำมาศึกษาการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรังในมิติการรับประทานอาหาร

7. ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุรวมทั้งทำการตรวจสภาพในช่องปากด้วย ทำให้ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะคือทันตบุคลากร อีกทั้งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้สูงอายุที่ต้องยินยอมให้ทำการตรวจช่องปากพร้อมการสัมภาษณ์

8. นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ใช้ฟันปลอมและไม่ใช้ฟันปลอม

ฟันปลอม หมายถึง ฟันที่ใช้ทดแทนฟันธรรมชาติ ประกอบด้วยฟันปลอมบางส่วนติดแน่น ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ และฟันปลอมทั้งปากถอดได้

ผู้ใช้ฟันปลอม หมายถึง ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่ควรจะมีฟันปลอมตามวินิจฉัยของทันตแพทย์ซึ่งในความเป็นจริงอาจพบกลุ่มนี้ไม่มีฟันปลอมอยู่ในช่องปาก

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 9.1 ผู้บริหารของจังหวัดรับทราบข้อมูลและนำมาใช้วางแผนบริหารจัดการบริการฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ
- 9.2 ผู้ให้บริการสามารถนำผลที่ได้มาพัฒนาการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ
- 9.3 ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ครอบคลุมและทั่วถึงมากขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ศึกษาตัวแปรที่ใช้ในการทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม
3. การจัดบริการทันตกรรมด้านฟันปลอม

1. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ประเทศไทย พ.ศ.2532 พบว่ากลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 93.9 เป็นโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟัน โดยมีจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปาก 17.1 ซี่/คน ในจำนวนฟันที่เหลือนี้กำลังเป็นโรคฟันผุ 1.5 ซี่ได้รับการบูรณะแล้ว 0.1 ซี่ กลุ่มอายุนี้มีการสูญเสียฟันไปแล้วคนละ 14.6 ซี่ อัตราการเป็นโรคและการสูญเสียฟันสูงสุดอยู่ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมบางส่วน (partial denture) ร้อยละ 56.6 และมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทั้งปากทดแทน (need for full denture) ร้อยละ 19.6 จากการสัมภาษณ์กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าส่วนใหญ่จะรู้ตัวว่าเป็นโรคในช่องปากเมื่อโรคลุกลามถึงระยะท้ายที่มีอาการปวด หรือมีรูให้เห็นชัดเจน ด้านความต้องการบริการทันตกรรมพบว่าส่วนใหญ่ต้องการการตรวจฟัน รองลงมาได้แก่การถอนฟัน การขูดหินน้ำลาย และการอุดฟันตามลำดับ ส่วนการใส่ฟันปลอมทดแทนการสูญเสียฟันนั้นยังมีความต้องการน้อยอยู่ทั้งๆที่มีการสูญเสียฟันในเกณฑ์สูงขึ้น โดยพบว่าร้อยละของผู้มีฟันใช้งานได้น้อย 20 ซี่ ไม่บรรลุเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติและยังมีการสูญเสียเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.2 ในพ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 20.6 ในพ.ศ. 2532 (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย 2534: 6 – 8)

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติมีการทำทุกๆ 5 ปี การสำรวจครั้งที่ 4 ได้ดำเนินการสำรวจใน พ.ศ.2537 พบว่าผู้สูงอายุ 60-74 ปี เกือบทุกคนมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ (ร้อยละ 95) โดยพบค่าเฉลี่ยของฟันผุ ถอน อุดมีถึง 15.8 ซี่/คนหรือประมาณครึ่งหนึ่งของฟันในช่องปากเป็นโรคฟันผุ ฟันที่ผุและยังไม่ได้การรักษาเฉลี่ย 1.8 ซี่/คนหรือคิดเป็นร้อยละ 11.4 ของ

ฟันที่เป็นโรคทั้งหมด ฟันส่วนใหญ่จะถูกถอนไปแล้วเฉลี่ย 13.9 ซี่/คน ฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษา ประมาณร้อยละ 16.7 เป็นฟันที่เก็บรักษาไว้ไม่ได้แล้ว กลุ่มอายุ 60-74 ปีมีผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากถึง ร้อยละ 16.3 ซึ่งส่งผลถึงการมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีเพียงร้อยละ 47.7 (เป้าหมาย ทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2543 กำหนดไว้ร้อยละ 50) ในด้านความต้องการใส่ฟันปลอม บางส่วนบนและล่าง พบร้อยละ 38.3 และ 44.8 ของผู้สูงอายุมีความต้องการใส่ฟันปลอมบางส่วน บนและล่างตามลำดับ ส่วนใหญ่ แล้วมีฟันปลอมทั้งปากใส่อยู่เป็นประจำโดยที่ร้อยละ 11.2 ใส่ฟันปลอมทั้งปากในขากรรไกรบน ร้อยละ 10.2 ใส่ฟันปลอมทั้งปากในขากรรไกรล่าง และ ร้อยละ 8.4 ที่ใส่ฟันปลอมทั้งขากรรไกรบนและล่าง ในด้านความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมทั้งปาก พบว่า ควรมีการทำฟันปลอมแก่ผู้ที่ไม่เคยมีฟันปลอมมาก่อน และมีฟันปลอมแต่สภาพควรทำใหม่ ร้อยละ 12.0 สำหรับขากรรไกรบน ร้อยละ 11.3 สำหรับขากรรไกรล่าง และร้อยละ 8.4 ต้องการ ฟันปลอมทั้งปากบนและล่าง (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย 2538: 4 – 8)

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของประชาชนจังหวัดตรัง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 ทำการ สุ่มประชากรทั้งสิ้น 1,499 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 240 คน ที่อาศัยทั้งในเขตเทศบาล เขตสุขภาพิบาล และเขตชนบท พบว่าร้อยละ 95.4 เป็น โรคฟันผุ และ/หรือมีการสูญเสียฟัน ซึ่งค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 16.0 ซี่/คนมีจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปาก 17.3 ซี่/คน ในจำนวนฟันที่เหลือนี้กำลังเป็น โรคฟันผุ 1.4 ซี่ ได้รับการบูรณะแล้ว 1.0 ซี่ และสูญเสียฟันไปแล้วคนละ 14.6 ซี่ มีฟันใช้งานได้ไม่ น้อยกว่า 20 ซี่ อยู่เพียงร้อยละ 39.6 ส่วน โรคปริทันต์พบว่า มีอัตราการสูญเสียฟันสูงสามารถตรวจ โรคปริทันต์ได้ 3.7 ส่วนใน 6 ส่วนของช่องปาก พบมีหินน้ำลาย 0.6 ส่วน และมีการทำลายเนื้อเยื่อ ปริทันต์ 3.1 ส่วน ด้านสถานภาพและความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม พบว่าผู้สูงอายุมีความจำเป็น ต้องใส่ฟันปลอมบางส่วน ร้อยละ 52.5 ต้องการซ่อมแซมหรือเปลี่ยนฟันปลอมใหม่ ร้อยละ 6.3 และ ต้องการใส่ฟันปลอมทดแทนทั้งปาก ร้อยละ 27.5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง 2534 : 9-11) ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การกระจายของผู้สูงอายุจังหวัดตรังที่มีความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมจำแนกตาม
สภาวะการใส่ฟันปลอม ปี พ.ศ. 2534

กลุ่ม อายุ	ไม่จำเป็น	จำเป็นต้องซ่อมหรือเปลี่ยน ฟันปลอมใหม่			จำเป็นต้องใส่ ฟันปลอมบางซี่			จำเป็นต้องใส่ ฟันปลอมทั้งปาก		
		บน	ล่าง	บน และ ล่าง	บน	ล่าง	บน และ ล่าง	บน	ล่าง	บน
60 ปี+	25.0	2.0	1.0	3.3	11.7	10.8	30.0	3.3	7.5	16.7

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพของประชาชนจังหวัดตรัง ปี 2534 ครั้งที่ 2535

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชาชน จังหวัดตรัง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2539 จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,040 คน เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล และชนบท จำนวน 200 คน พบว่าร้อยละ 60.3 เป็นโรคฟันผุ ค่าเฉลี่ยผุ ถอน อุด 14.1 ซี่ต่อคน ซึ่งมีความรุนแรงและความชุกลดลง ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดตรัง ครั้งที่ 1 มีฟันใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ สูงขึ้นกว่าการสำรวจครั้งที่ 1 คือพบร้อยละ 50.8 และมีผู้สูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 9.5 จากการสำรวจครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับสภาพปริทันต์ด้วยคือมีร่องปริทันต์ลึกมากกว่า 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 52.4 โดยมีค่าเฉลี่ยของเหงือกปกคลุมเพียง 0.33 ส่วนจาก 6 ส่วน ในแง่ของความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมพบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำเป็นต้องใส่ฟันร้อยละ 43.4 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง 2540: 8-9) ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 การกระจายผู้สูงอายุจำแนกตามประเภทฟันปลอม ปี พ.ศ. 2539

ผู้ สูง อายุ	ร้อยละผู้ ไม่ใส่ ฟัน ปลอม	ร้อยละผู้ซ่อมฟัน ปลอม						ร้อยละผู้ที่ต้องใส่ฟันปลอม					
		บน	ล่าง	บน/ ล่าง	บาง ส่วน (บน)	ทั้ง ปาก (บน)	บาง ส่วน (ล่าง)	ทั้ง ปาก (ล่าง)	บาง ส่วน (บน/ ล่าง)	ทั้ง ปาก (บน/ ล่าง)	บาง ส่วน (บน)	บาง ส่วน (ล่าง)	
													บน
60ปี	55.1	1.0	0.5	0.0	7.1	0.0	6.6	0.5	19.2	4.5	3.0	2.5	

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพของประชาชนจังหวัดตรัง ปี 2539 ครั้งที่ 2540

ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพประชาชนจังหวัดตรัง ครั้งที่ 3 พ.ศ.2544 ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,750 คน ที่อาศัยในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล มีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 60-74 ปี ทั้งสิ้น 260 คน พบว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 96.9 โดยมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 56.2 มีการถอนฟันร้อยละ 93.8 และได้รับการอุดฟันร้อยละ 6.2 ค่าเฉลี่ยซี่ฟันในปาก 18.4 ซี่/คน ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 16.01 ซี่/คน มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 41.5 ผู้ไม่มีฟันทั้งปากร้อยละ 11.2 ด้านสถานการณ์โรคปริทันต์ พบว่าผู้สูงอายุมีร่องปริทันต์ลึก 4 – 5 มิลลิเมตร ร้อยละ 37.6 ร่องลงมากคือร่องลึกมากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตร คิดเป็นร้อยละ 32.4 โดยมีค่าเฉลี่ยของเหงือกปกติเพียง 0.23 ส่วน จาก 6 ส่วน ด้านสถานการณ์ฟันปลอมพบว่าผู้ใช้ฟันปลอมในขากรรไกรบนและล่างร้อยละ 20.0 และ 11.2 ตามลำดับโดยส่วนใหญ่ใส่เป็นฟันปลอมบางส่วนถอดได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง 2544: 22 – 23)

โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในจังหวัดตรังและประเทศไทย ดังตารางที่ 2.3 พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดตรังมีปัญหาสุขภาพช่องปากเช่นเดียวกับระดับประเทศ คือมีประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุสูง ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปากน้อยและมีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

ตารางที่ 2.3 สภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดตรังเปรียบเทียบกับระดับประเทศ

ปีที่สำรวจ/เป้าหมาย	ประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุ (%)	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน)	ค่าเฉลี่ยซี่ฟันที่เหลือ (ซี่/คน)	มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (%)
เป้าหมายประเทศไทย ปีพ.ศ. 2543 ⁽¹⁾	-	-	-	50
ปี 2537 (ประเทศ) ⁽¹⁾	95.0	-	18.1	47.7
ปี 2543-44 (ประเทศ) ⁽¹⁾	95.5	-	19.7	49.5
ปี 2534 (ตรัง) ⁽²⁾	95.4	16.0	17.3	39.6
ปี 2539 (ตรัง) ⁽²⁾	60.3	14.1	20.3	50.8
ปี 2544 (ตรัง) ⁽²⁾	96.9	16.0	18.4	41.5

ที่มา : 1 กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ประเทศไทย 2543 – 44 ม.ป.ท.2538 และ

2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพของประชาชนจังหวัดตรัง ปี 2544 ตรัง 2544

เมื่อเปรียบเทียบผลสำรวจปี พ.ศ. 2544 กับปีพ.ศ. 2539และปีพ.ศ. 2534 พบว่าผู้สูงอายุ มีประสบการณ์เกิดโรคฟันผุสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยซี่ฟันที่เหลือในช่องปากมีจำนวนลดลง ร้อยละของผู้มี ฟันที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า20 ซี่ ลดลงเช่นกัน แนวโน้มของโรคในช่องปากและการสูญเสียฟันเพิ่ม ขึ้นอย่างมากในช่วงอายุ 35-44 ปี และ60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจระดับประเทศ ทั้งนี้ เนื่องจากลักษณะโรคในช่องปาก เป็นโรคที่เกิดแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ค่อยมีอาการเด่นชัดในระยะ แรก แต่หากไม่ได้รับการป้องกันหรือรักษาที่เหมาะสมจะทำให้โรคดำเนินต่อไปจนรุนแรงมากขึ้นเกิด ความเจ็บปวด ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ นำมาซึ่งการสูญเสียฟันในที่สุด และส่ง ผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้วย จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดตรังส่วนมากยังไม่ ได้รับบริการทันตกรรมที่เหมาะสม และครอบคลุมโดยเฉพาะเรื่องของฟันปลอมที่ช่วยในการบด เคี้ยวอาหาร

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม

2.1 สุขภาพช่องปากและการเปลี่ยนแปลง

โดยทั่วไปกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งทาง สุขภาพร่างกายและสภาพช่องปาก ซึ่งสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดโดยอาจเป็นผลจากพันธุกรรม พฤติกรรมและสภาวะแวดล้อม (Osterberg et al. 1990: 313 - 318 อ้างถึงในประภท พิบูลย์โรจน์ และคณะ 2540: 7) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ นั้นมีหลายประการ เช่น ความ สามารถในการรับรู้และตอบสนองทางประสาททั้งห้า ซึ่งจะมีประสิทธิภาพลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไปและบุคคลสามารถปรับตัวได้ (องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย 2539: 13) บรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2531:70-72 อ้างถึงในกรมพลศึกษา 2538: 36)ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาว พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุมากที่สุดคือเรื่องสุขภาพ รองลงมาเป็นเรื่อง การเงิน สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณและคณะ (2532: บทคัดย่อ)และจากการ ศึกษาของวันดี โภคะกุล และคณะ (2541: 1-2) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพฟันมากถึงร้อยละ 82.69

การเปลี่ยนแปลงและปัญหาในช่องปากที่พบได้ในผู้สูงอายุ (ประภท พิบูลย์โรจน์ และคณะ 2540: 7) คือ

ตัวฟัน: สีฟันเข้มขึ้นเล็กน้อย มีการสึกจากการบดเคี้ยวอาหาร และจากลักษณะอาหารที่รับประทาน ยิ่งในกลุ่มที่มีพฤติกรรมบางอย่าง เช่น นอนกัดฟัน เคี้ยวหมาก อาจส่งผลต่อการสึกของฟันรุนแรงขึ้น

ฟันผุ: พบฟันผุทั้งในส่วนตัวฟัน และรากฟัน โดยความชุกของการเกิดฟันผุบริเวณรากฟันจะเพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น เหงือกถ่น ทำให้รากฟันโผล่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรับบริโภค (รับประทานอาหารอ่อนนุ่ม รับประทานอาหารว่างนอกมื้อเพิ่มรวมทั้งการทำความสะอาดช่องปากไม่ดีเท่าที่ควร) และการหลั่งของน้ำลายที่ลดลงจากการใช้ยาบางอย่าง เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูงมีผลทำให้ปากแห้ง พวกกลุ่ม adrenergic blocker , clonidine และ ganglion blockers รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (อรรถา ไวกกุลและคณะ 2537: 76)

อวัยวะปริทันต์: สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลเหงือก และฟันดี เหงือกจะยังคงแน่น มีลักษณะปกติ แม้ว่าจะร่นบ้างเล็กน้อย เนื้อเยื่อปริทันต์ยังแข็งแรง ร่องปริทันต์ตื้น ไม่มีเลือดออก มีการละลายตัวของกระดูกเพียงเล็กน้อย ฟันไม่โยก

เนื้อเยื่อในช่องปาก: เปลี่ยนแปลงในทิศทางเสื่อม มีความยืดหยุ่นลดลง เนื้อเยื่ออาจบางลง มีเลือดมาเลี้ยงน้อย เยื่อบุช่องปากมีความต้านทานต่ำ น้ำลายและน้ำเมือกจากต่อมหลังลดลง อาจพบอาการปากแห้ง การทำงานของกล้ามเนื้อ หรือการเคลื่อนไหวของข้อต่อขากรรไกรล่างในการอ้าปากและสบฟันของผู้สูงอายุจะช้ากว่าวัยหนุ่มสาว

นอกจากการเปลี่ยนแปลงตามความเสื่อมแล้ว กอบกัจญ์ ทองประสม (2541: 1) พบว่ามีรอยโรคในช่องปากบางโรคที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงเช่น ไลเคนพลาเนตัส (lichen planus) ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุโดยผู้ป่วยจะมาพบทันตแพทย์ด้วยอาการระคายเคือง หรือปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก รับประทานอาหารรสจัดไม่ได้ บางรายมีเลือดออกจากรอยโรค ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ปกติ รับประทานยากดภูมิ และการพูด โดยมีรายงานว่าสัมพันธ์กับมะเร็งในช่องปากด้วย

เมื่อคนเรามีอายุเกิน 55 ปี ความสามารถในการรับรส และกลิ่นจะลดลง (องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย 2539: 14) ผู้ป่วยอาจให้ข้อมูลแก่ทันตแพทย์ว่า รู้สึกรสชาติอาหารไม่ดี เมื่อใส่ฟันปลอมชุดใหม่ที่หมอบทำให้ นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านระบบโครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้อ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานทันตกรรมคือ ความหนาแน่นของเนื้อกระดูกน้อยลง หรือมีความพรุนมากขึ้น ซึ่งมักพบในเพศหญิง ทำให้มีความจำเป็นต้องดูแลและบำรุงรักษาฟันปลอม โดยตรวจความแนบของส่วนฐานฟันปลอมกับส่วนเหงือกเป็นประจำ โดยทั่วไปความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะเริ่มลดลงเมื่อคนเรามีอายุเกิน 30 ปี ผู้สูงอายุจึงมักบ่นว่าบดเคี้ยวอาหารได้ไม่นาน ซึ่งเป็นผลมาจากจำนวนเซลล์ของ กล้ามเนื้อบดเคี้ยวลดลง จำนวนของ

ปลายประสาทที่ไปควบคุมกล้ามเนื้อลดลง ข้อต่อขากรรไกรก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน (องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย 2539: 15) สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536: 24) พบว่านอกจากประสาทการรับรสและกลิ่น ทำหน้าที่ลดลงทำให้การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนไปยังมีผลทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่ออาหาร ในรายที่ ฟันหลุดหมดปากจะยังไม่อยากรับประทานอาหารมากขึ้นเพราะเคี้ยวลำบาก รับประทานอาหารได้น้อย กากอาหารน้อย ทำให้ท้องผูก อีกทั้งระบบย่อยอาหารย่อยได้น้อยลงทำให้ท้องอืดท้องเฟ้อ สอดคล้องกับการศึกษาของรสสุคนธ์ แสงมณี (2537: 29)

นอกจากนี้โรคทางระบบบางโรคก็ส่งผลกระทบต่ออาการและอาการแสดงในช่องปาก เช่น เบาหวาน พบว่านอกจากทำให้กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย หิวและรับประทานอาหารบ่อยแล้วยังส่งผลทำให้เกิดอาการปากแห้งร่วมกับมีการปวดเสียวปวดร้อนในช่องปาก การรับรสไม่ดี อัตราการไหลของน้ำลายลดลง ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานมักมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย โดยยาควบคุมโลหิตสูงบางชนิดจะทำให้เกิดอาการปากแห้งได้ด้วย (อรสา ไวกกุลและคณะ 2537: 144)

ทันตแพทย์จึงไม่ควรละเลยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวของผู้สูงอายุ ควรมีความอดทน และเข้าใจผู้ป่วยว่าการที่สายตาเริ่มมีปัญหา การทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อไม่ค่อยประสานกัน อีกทั้งการได้ยินเสียงลดลง ทำให้ผู้ป่วยอาจดูแลสุขภาพโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์ได้ลดน้อยลง และทันตแพทย์ควรจัดให้มีกิจกรรมต่อเนื่อง เช่น การตรวจสุขภาพช่องปากและตรวจสภาพฟันปลอมให้แก่ผู้สูงอายุเป็นระยะ เพื่อปรับเปลี่ยนฟันปลอมให้เหมาะสมกับสภาพช่องปาก จันทรพีญ เบญจกุล (2537: 40-45) แนะนำว่าการรักษาผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงสรีรศาสตร์และปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุร่วมด้วยเสมอในการพิจารณารักษาทำฟันปลอมให้ผู้สูงอายุ

2.2 ฟันปลอมในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องใส่ฟันปลอม เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวดีขึ้น ส่งผลต่อระบบการย่อยอาหาร ภาวะโภชนาการ และสุขภาพร่างกายที่ดีหรือต้องการความสวยงาม ความมั่นใจในการเข้าสังคม การยิ้ม การพูดออกเสียงให้ชัดเจนขึ้น ฟันปลอมจึงถือเป็นสิ่งสำคัญของผู้สูงอายุ

ฟันปลอมมีความแตกต่างกัน หลายประเภท ขึ้นกับชนิดของวัสดุและลักษณะการออกแบบซึ่งทำให้มีธรรมชาติของฟันปลอม และคุณสมบัติจำเพาะที่แตกต่างกัน ฟันปลอมอาจแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ฟันปลอมชนิดถอดได้ และฟันปลอมชนิดติดแน่นโดยแบ่งตามการพุงรับฟันปลอม

2.2.1 ฟันปลอมชนิดถอดได้ แบ่งกลุ่มย่อย คือ

1) *ฟันปลอมทั้งปาก* ในกรณีที่ผู้ป่วยสูญเสียฟันถาวรทั้งหมด ทันตแพทย์จะออกแบบฐาน ฟันปลอมให้ครอบคลุมสันเหงือก โดยมีขนาดของฐานกว้างเท่าที่จะทำได้ในขอบเขตทางกายวิภาคของช่องปาก วัสดุที่ใช้ทำฐานฟันปลอมนิยมใช้อะคริลิกหรืออะคริลิกร่วมกับโลหะหล่อ อะคริลิกเป็นโพลีเมอร์ชนิดหนึ่งซึ่งภาษาโดยทั่วไปเรียกว่าพลาสติก

2) *ฟันปลอมบางส่วนชนิดที่มีโครงสร้างหลักเป็นโลหะหล่อ หรือ เป็นอะคริลิก* ใช้ในกรณีที่ฟันในช่องปากหายไปจำนวนหนึ่ง โครงสร้างฟันปลอมจะมีส่วนโยงหลักและส่วนโยงย่อยช่วยยึดซึ่งฟันปลอมและ โครงสร้างอื่น ๆ เข้าด้วยกัน อาจมีตะขอเกี่ยวยึดฟันหลักที่เหลือในช่องปาก ส่วนฐานมี 2 ลักษณะคือ ชนิดที่มีโครงสร้างหลักเป็นโลหะหล่อ กับชนิดที่มีโครงสร้างหลักเป็นอะคริลิกทั้งหมด

2.2.2 ฟันปลอมชนิดติดแน่น แบ่งกลุ่มย่อยคือ

1) *ครอบฟัน หรือ ฟันเดี่ยวและครอบฟัน* ครอบฟันเป็นฟันปลอมชนิดติดแน่น ทำด้วยโลหะหรือโลหะร่วมกับพอร์ซเลน ครอบหุ้มโครงสร้างของฟันตามธรรมชาติ

2) *สะพานฟัน หรือฟันเดี่ยวและสะพานฟัน* สะพานฟัน เป็นครอบฟันที่ยึดโยงระหว่างฟันธรรมชาติหลักอย่างน้อย 2 ซี่ และมีส่วนที่ทดแทนฟันธรรมชาติที่ถูกถอนออกไปแล้วอยู่ตรงกลาง

ฟันเดี่ยว เป็นโลหะที่ทำหน้าที่เป็นแกนให้ครอบฟันยึดอยู่ ใช้ในกรณีเป็นฟันที่รักษารากแล้วและเหลือส่วนที่เป็นเนื้อฟันอยู่น้อย (องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย 2539: 124 – 130)

การดูแลรักษาฟันปลอม ถ้ามีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ควรดูแลฟันปลอมและฟันธรรมชาติควบคู่กัน หากเป็นฟันปลอมชนิดติดแน่นควรแปรงฟันให้สะอาดและใช้เส้นใยขัดซอกฟันร่วม หากเป็นฟันปลอมชนิดถอดได้ควรถอดฟันปลอมออกทำความสะอาดและลดแช่น้ำทุกคืนในภาชนะที่มีฝาปิด โดยไม่ควรใส่ในเวลานาน

อายุการใช้งานของฟันปลอม แต่ละประเภทมีอายุการใช้งานไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับวัสดุที่ใช้และการใช้งาน โดยทั่วไปฟันปลอมแต่ละชิ้นจะมีอายุการใช้งานได้นานหลายปี ครอบและสะพานที่ดีอาจใช้ได้นานถึง 20 ปีโดยไม่มีปัญหา ฟันปลอมทั้งปากและฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้ อาจต้องเสริมฐานเป็นครั้งคราว ส่วนโครงสร้างหลักที่เป็นโลหะอาจใช้ได้ นานเกิน 10 ปี แต่หากดูแลรักษาฟันปลอมและฟันธรรมชาติไม่ดีจะเกิดปัญหาเช่น ฟันผุ โรคเหงือก หรือโรคปริทันต์อักเสบ ก็อาจทำให้ต้องปรับเปลี่ยนหรือตัดแปลงฟันปลอมบ่อยครั้ง ทำให้ต้องเสีย

เงินและเวลาโดยไม่จำเป็น (องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย 2539: 136 – 137)

ผู้สูงอายุจะใช้ฟันปลอมประเภทใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้านเป็นตัวกำหนด ได้แก่ ปัจจัยสถานภาพของสุขภาพโดยรวมทั้งร่างกาย จิตใจและสุขภาพช่องปาก ปัจจัยด้านลักษณะของการมีฟันไม่ครบและลักษณะของความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อฟันธรรมชาติ ปัจจัยด้านระดับความร่วมมือและความเข้าใจของผู้ป่วยต่อวิธีการบูรณะรักษา ปัจจัยด้านการเงินและเวลา ปัจจัยด้านระดับความรู้ ความชำนาญ ความสามารถในการวิเคราะห์ ตัดสิน แก้ไขปัญหาและทักษะด้านเทคนิคของทันตแพทย์ รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือสนับสนุนต่าง ๆ ที่ทันตแพทย์ใช้ (องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย 2539: 138)

2.3 คุณภาพชีวิต ด้านทันตสุขภาพ

องค์กรยูเนสโก (อ้างถึงใน ประกมล พิบูลย์โรจน์ และคณะ 2540: 10) ได้เสนอว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตที่ดี ควรประกอบด้วยองค์ประกอบที่บ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต ที่ครอบคลุมทั้งด้าน วัตถุประสงค์ และด้านจิตวิสัย โดยคุณภาพชีวิตด้านวัตถุประสงค์ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร (เช่น อายุ เพศ) ปัจจัยด้านสังคม (เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ) และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (เช่น รายได้ต่อเดือน) ส่วน คุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยจะเป็นเรื่องการรับรู้ ความรู้สึก ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อ องค์ประกอบต่างๆ

ครุพินสกี (Krupinski 1980 อ้างถึงใน ชาญชัย โห้สงวน 2544: 27) เสนอว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจอย่างลึกซึ้งในการดำรงชีวิตประจำวัน

World Health Organization 1982 (ประกมล พิบูลย์โรจน์ และคณะ 2540: 10) ได้ตั้งเป้าหมายของสภาวะช่องปากที่สมบูรณ์ว่า ควรจะมีฟันธรรมชาติ คงอยู่ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ สามารถใช้งานและให้ความสวยงาม

กอร์ดอน และคณะ (Gordon et al. อ้างถึงใน ประกมล พิบูลย์โรจน์ และคณะ 2540: 10) ได้ทำการสำรวจประชากรผู้ใหญ่ที่มีฟันในอังกฤษ และเวลส์ในปี 1988 ได้ศึกษาลักษณะการทำงานของฟันโดยใช้หลักของ Shortened dental arch แทนการพิจารณาความสวยงามและประสิทธิภาพการทำงานตามความหมายของ WHO 1982 “shortened dental arch ” มีคำจำกัดความของการพิจารณา โดยแบ่งช่องปากเป็น 4 ส่วน (Quadrant) แต่ละส่วนมี

2.3.1 ฟันหน้าซี่ที่ 1 ถึงฟันกรามน้อยซี่ที่ 2 อยู่ครบ หรือ

2.3.2 ถ้ามีฟันกรามซี่ที่ 1 อาจมีฟันที่อยู่ก่อนหน้าหายไป 1 ซี่ แต่ไม่มีช่องว่าง

หรือ

2.3.3 ถ้ามีฟันกรามซี่ที่ 2 อาจมีฟัน 2 ซี่ที่อยู่ก่อนหน้าหายไปแต่ไม่มีช่องว่าง

ซึ่งถ้าพบตามเงื่อนไข 2.3.1 2.3.2 หรือ 2.3.3 ถือว่ามีลักษณะของ quadrant ที่ดี และถ้าเป็น “good arch” ควรมี 2.3.1 2.3.2 หรือ 2.3.3 อย่างน้อย 2 quadrant และถ้าเป็น “good dentition” ควรมี 2.3.1 2.3.2 หรือ 2.3.3 ทั้ง 4 quadrant หรือ 2 good arch

ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และคณะ (2540: 16-21 อ้างถึงในประกลพิบูลย์โรจน์ และคณะ 2540: 11) พบว่า การสูญเสียฟันมีผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้า สูญเสียฟันกราม และการใส่ฟันปลอมจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารได้มากขึ้นกว่าการไม่มีฟัน และช่วยให้สามารถเคี้ยวอาหารที่ค่อนข้างแข็งได้

ประกล พิบูลย์โรจน์ และคณะ (2540:60) ได้สรุปไว้ว่าคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพที่ดี ต้องมีสภาวะช่องปากที่ดี โดยพิจารณาจากสภาวะของ เหงือก ฟัน และประสิทธิภาพของการบดเคี้ยว ร่วมกับการมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้องอันได้แก่ พฤติกรรมการตรวจ และรับรู้สภาวะช่องปากของตนเอง พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากอื่นๆ พฤติกรรมการไปรับบริการทางทันตกรรม และพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร แต่จากการศึกษาผู้สูงอายุระหว่าง 60-75 ปี ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล และผู้ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราจำนวน 200 คน พบว่าไม่มีผู้สูงอายุคนใดเลยที่มีคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพที่ดีครบถ้วน ผลการศึกษาดังกล่าว จึงใช้เฉพาะสภาวะในช่องปากเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ คือ ต้องมีฟันที่ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป โดยเป็นฟันที่เมื่อพิจารณาสภาพแล้ว ต้องไม่อยู่ในเกณฑ์ที่จะต้องถอนออก นอกจากนี้ต้องไม่มีปัญหาปริทันต์อักเสบใน 6 ส่วนของช่องปาก และ/หรือ มีการสบฟันหลังที่ดี คือ มีฟันกรามหรือฟันกรามน้อย หรือฟันปลอมที่ใช้งานได้ดี สบกันอย่างน้อยข้างละ 2 ซี่ ทั้ง 2 ข้าง ซ้ายและขวา

สภาพในช่องปากของผู้สูงอายุ หลากๆอย่าง อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ เช่น โรคฟันผุ โรคปริทันต์อักเสบ การสูญเสียฟันไป มะเร็งช่องปาก ปัญหาข้อต่อขากรรไกร การสบฟันผิดปกติรวมไปถึงสภาวะปากแห้ง ซึ่งมีติของสุขภาพชีวิตที่อาจถูกกระทบนี้ แบ่งได้ 4 ประการ คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านความสวยงาม ด้านความตระหนักในศักดิ์ศรีตนเอง และด้านความเจ็บปวด (ชาญชัย โห้สงวน 2544: 27) ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการรับประทานอาหาร แบ่งเป็น 2 แนวทาง ประการแรกความสามารถในการเคี้ยวอาหารที่ลดลง ทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกชนิดของอาหารที่รับประทานได้ ส่งผลต่อสภาวะโภชนาการ และสุขภาพอนามัยได้ ประการที่สองคือความลำบากในการเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้าสู่สังคม เกิดความรู้สึกไม่เอ่อยากรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม และบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ดัชนีสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับระบบบดเคี้ยว(พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ 2544: 84-85) เสนอว่าคือ 1)จำนวนฟันธรรมชาติ คนปกติควรมีฟันธรรมชาติ 32 ซี่ บางคนไม่มีฟันกรามซี่สุดท้ายอาจเหลือเพียง 28 ซี่ ก็ถือว่ามีฟันครบเช่นกัน จำนวนฟันธรรมชาติที่มีอยู่ในช่องปากถือเป็นดัชนีบ่งชี้ถึง คุณภาพของสุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คือร้อยละ 50 ควรมีฟันธรรมชาติคงเหลืออยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และ 2)จำนวนฟันคู่สบในฟันหลัง จำนวนฟันธรรมชาติที่คงเหลือในช่องปากในสภาพใช้งานได้ ขึ้นอยู่กับความรู้สึกของแต่ละคน ฟันที่เหลืออาจมีการกระจายในตำแหน่งต่างๆ กันในช่องปากอาจอยู่ในขากรรไกรบนทั้งหมดหรือส่วนใหญ่ หรืออยู่ในขากรรไกรล่างเป็นส่วนใหญ่ได้เช่นกัน การมีฟันสบกันเป็นคู่ ในบริเวณที่ใช้บดเคี้ยวน่าจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพการใช้งานของฟันได้ดีกว่า จึงมีการเสนอดัชนีใหม่เรียกว่า Posterior Occlusal Pairs หรือ POPs หมายถึง จำนวนคู่สบของฟันกรามในบริเวณที่ใช้บดเคี้ยว โดยกำหนดมาตรฐานบ่งชี้ถึงการ ทำงานที่พึงพอใจของระบบบดเคี้ยวอยู่ 4 คู่ขึ้นไป ไชแอม และคณะ (Sheiham, et al. 2001: 408) กล่าวว่า การรับรู้ถึงความสามารถในการบดเคี้ยวจะมีมากขึ้น เมื่อมีจำนวนฟันมากขึ้น และยังพบว่า ประชากรที่มีฟัน 21 ซี่ หรือมากกว่าจะได้รับสารอาหารมากขึ้น

กรณีคนที่ใส่ฟันปลอมที่มีคุณภาพไม่ดี เช่น ฟันปลอมหลวม แดกบิ่น หรือคนที่ไม่มีฟันธรรมชาติ มีผลต่อภาวะโภชนาการ คนที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนได้รับสารอาหารพวกเส้นใย น้อยลง คนที่ใส่ฟันปลอมทั้งปากร่วมกับใส่ฟันปลอมบางส่วนมีปัญหาด้านการบดเคี้ยวสูงกว่าคนที่ มีฟันธรรมชาติ(Papas et al 1998:17-25 อ้างถึงใน พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ 2544 : 86)

ไชแอม และคณะ(Sheiham, et al. 2001:195) ศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปาก ต่อชีวิตประจำวัน(Oral Impacts on Daily Performance :OIDP) หรือความผิดปกติของช่องปากและ ฟันต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน พบว่าร้อยละ 17 ของผู้ไม่มีฟันในช่องปากจะได้รับผลกระทบ และ ลดลงในกลุ่มที่มีฟันมากขึ้น ผลกระทบเช่นการเคี้ยวและการพูด ซึ่งยังสัมพันธ์กับความมั่นคงทาง อารมณ์ การนอนหลับ การพักผ่อน กิจกรรมอื่นของร่างกาย และการเข้าสังคม

ปาล์มควิสต์ โซเดอร์ฟีลด์และวิกิลด์ (Palmqvist, Soderfeldt and Vigild 2001: 16-19) ทำการศึกษาอิทธิพลของระบบการดูแลทันตสุขภาพต่อสถานะทันตสุขภาพ โดยเปรียบเทียบ 2 ประเทศ ที่มีระบบดูแลที่ต่างกัน แต่มีมาตรฐานความเป็นอยู่เหมือนกัน พบว่าสถานะ ทันตสุขภาพมีความแตกต่างระหว่าง 2 ประเทศ เมื่อทำแบบจำลองถดถอย โดยใช้การใส่ฟันปลอม ถอดได้เป็นตัวแปรตาม พบว่าทำนายโดยใช้ค่า Odd Ratio (OR) มากกว่า 4.1 ในเดนมาร์กเมื่อเทียบกับสวีเดนโดยตัวแปรที่มีผลบวกคือ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และถิ่นที่อยู่อาศัย

เมคเกรธและเบติ (Mc Grath and Bedi 1998: 93-98) ทำการศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษ โดยสำรวจพบว่า การรับรู้ถึงผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตคือ ผลต่อการกินอาหารและความสุขสบายในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมจะมีผลกระทบที่ดี (OR= 1.77,95%CI=1.22,2.78)

เวย์เลย์และคณะ(Waylev, et al . 1984: 284-289) กล่าวถึงการทำหน้าที่ในการบดเคี้ยวที่ลดลง เมื่อมีการสูญเสียฟัน ซึ่งสอดคล้องกับชวนซี่ และคณะ(Chauncey, el al. 1984: 98-104) โดยพบว่ามีผลต่อรสชาติและผิวสัมผัสของอาหารที่เปลี่ยนไป อาจยังคงมีอาการแบบนี้ต่อแม้จะได้รับการใส่ฟันปลอมทดแทนแล้วก็ตาม

โดยสรุปจะพบว่าคุณภาพชีวิตทางทันตสุขภาพ ในมิติของการกินอาหารจะเน้นถึงการมีฟันจำนวนมากที่มีสภาพดี ไม่เป็นโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์ และสามารถกัดสบกันได้ โดยจำนวนฟัน ที่น้อยสุดที่ควรมีคือ 20 ซี่ ฉะนั้นในคนที่ถอนฟันไปควรมีการใส่ฟันปลอมทดแทน โดยเฉพาะในฟันหลัง ซึ่งมีผู้ศึกษาพบว่า จำนวนของฟันคู่สบในฟันหลังน้อยสุดควรมีอย่างน้อย 4 คู่ คือ ฟันกรามน้อยข้างละ 2 คู่ และถ้าดียิ่งขึ้นควรมีฟันกรามใหญ่สบกันอีก 2 คู่ รวมเป็น 8 คู่ โดยฟันปลอมที่ใส่เพื่อการบดเคี้ยวที่ดี ต้องอยู่ในสภาพดี ไม่หลวม ไม่บิ่น ไม่แตก ไม่หัก วางอยู่บนอวัยวะรองรับที่มีสภาพดี ที่สำคัญต้องมีความสามารถในการกัดและบดเคี้ยวอาหารได้ละเอียดโดยไม่เจ็บ

3. การจัดบริการทันตกรรมด้านฟันปลอม

จากข้อมูลเชิงทันตระบาดวิทยา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียฟันไป และไม่มีฟันปลอมใช้หรือมีแต่สภาพไม่เหมาะสม รวมทั้งมีฟันธรรมชาติเหลือในช่องปากน้อย ทำให้ไม่มีฟันใช้บดเคี้ยวอาหาร ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ เช่น เกิดท้องอืด ท้องเฟ้อ และภาวะโภชนาการไม่ดี ซึ่งมีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟัน เช่น ลักษณะของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบที่ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้ผู้สูงอายุละเลยจนโรคลุกลามมากขึ้นทำให้ยากต่อการรักษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน รวมทั้งต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น นอกจากนี้อาจเป็นเพราะการขาดความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักในการรักษาฟัน โดยเชื่อว่าการถอนฟันเป็นวิธีเดียวที่ลดปัญหาการปวดฟัน อีกทั้งไม่เห็นความสำคัญของการใส่ฟันปลอมทดแทนเป็นผลให้มีจำนวนฟันในการบดเคี้ยวอาหารน้อยลง ทันตบุคลากรจึงควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพในช่องปาก

3.1 แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ประเทศไทยในขณะนี้อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านของระบบบริการสุขภาพจึงควรศึกษาแนวทางการดำเนินงาน ปัญหาและแนวทางการแก้ไขของประเทศอื่น เพื่อเลือกระบบที่ดีและเหมาะสมมาใช้ในประเทศไทย ในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายประเทศที่จัดระบบรองรับไว้ดี เช่น ญี่ปุ่นซึ่งมีการจัดทำโครงการและการจัดโครงสร้างอย่างชัดเจน ในขณะที่ประเทศเยอรมันหันกลับมาเน้นงานส่งเสริมป้องกันมากกว่างานรักษาโดยการรักษาบางอย่าง เช่น ฟันปลอมต้องมีการจ่ายร่วม ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกามีการจัดตั้งองค์กรขึ้นมาดูแลสุขภาพของประชาชน 2 ระบบคือ ระบบแรกประชาชนร่วมจ่ายเบี้ยประกันหรือหักเงินเดือน ระบบที่ 2 เป็นโครงการประกันสุขภาพแก่ผู้ที่มีรายได้น้อยและเด็ก หรือผู้สูงอายุเป็นต้น ซึ่งการที่ประเทศไทยจะนำระบบใดมาประยุกต์ใช้คงต้องศึกษาในรายละเอียด ข้อดี ข้อด้อยของแต่ละระบบก่อนการนำมาใช้

ประเทศญี่ปุ่น มีกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (Ministry of Health and welfare) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบโดยญี่ปุ่นจะให้ความสำคัญกับกลุ่มนี้มาก ระบบดูแลสุขภาพนี้เลียนแบบจากประเทศเยอรมัน โดยรัฐบาลร่วมจ่ายให้บางส่วน ประชาชนจะจ่ายมากกว่าน้อยขึ้นกับรายได้ที่มีในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เดิมใช้ 2 ระบบ คือระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ และระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีปัญหาการเบิกจ่าย การจ่ายร่วมโดยผู้ใช้บริการ การคัดเลือก ผู้เข้าร่วมโครงการ และการคัดกรองผู้เข้าพักในโรงพยาบาล ดังนั้นในปี ค.ศ. 2000 จึงมีการปรับระบบการดูแลระยะยาว (long term care) สำหรับผู้สูงอายุให้ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ บริการทันตกรรมและสวัสดิการต่าง ๆ ตามความสมัครใจของผู้ใช้บริการ ผู้มีสิทธิรับบริการสำหรับผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี (กลุ่มที่ 1) และผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 45 ปี (กลุ่มที่ 2)

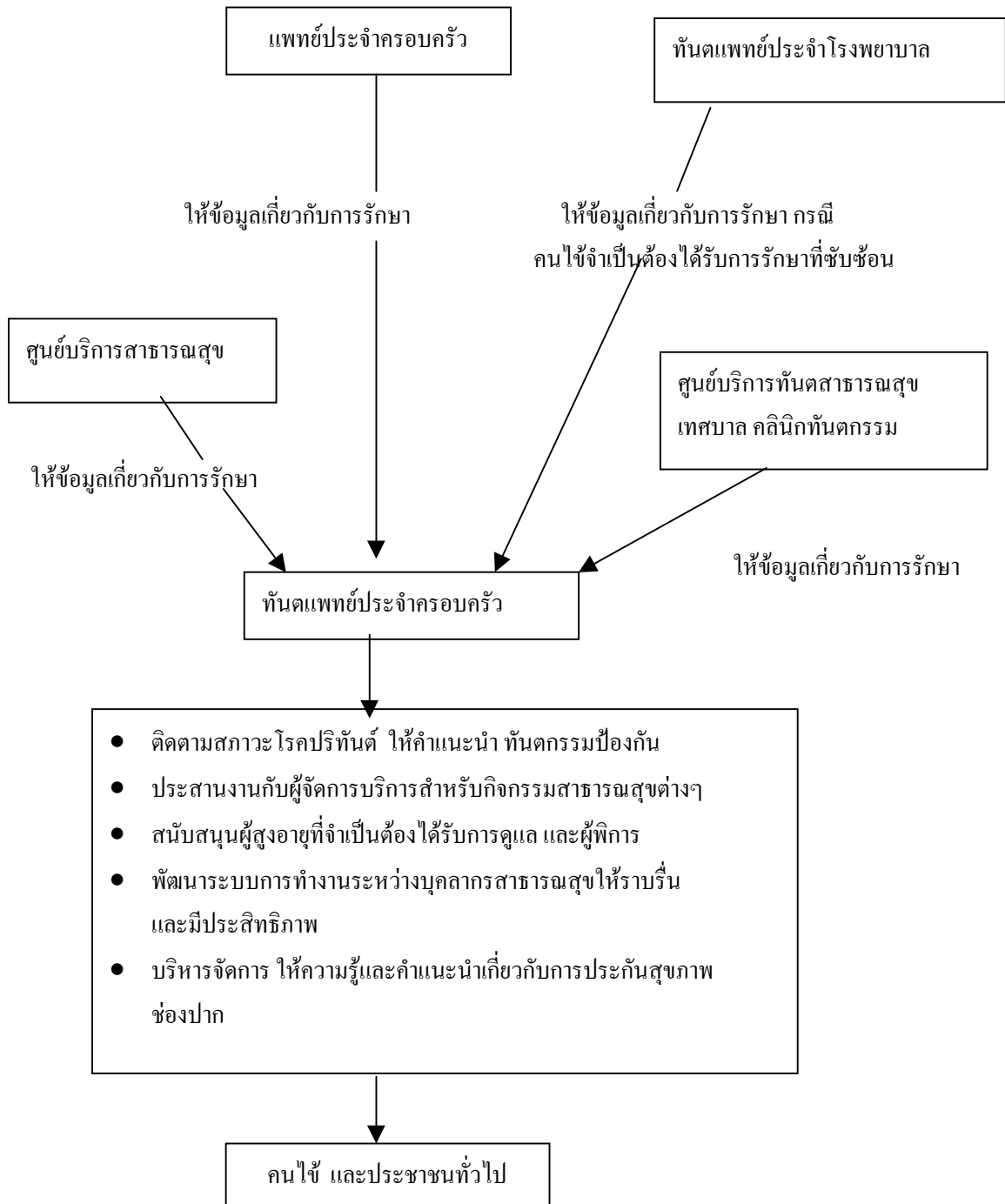
บทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ในการให้บริการระยะยาวแก่ผู้สูงอายุได้แก่

3.1.1 ร่วมกับคณะกรรมการประเมินผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมโครงการ

3.1.2 เป็นผู้จัดการบริการ

3.1.3 ให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่บ้านและเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการ และคำแนะนำใน

การดูแลสุขภาพช่องปาก



ภาพที่ 2.1 แสดงการบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุในญี่ปุ่น

ที่มา: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพช่องปาก
บทเรียนจากต่างประเทศเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย
กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง 2544

ประเทศเยอรมัน มีกองทุนสุขภาพเป็นระบบที่ให้ผลประโยชน์ที่เหมาะสมมากแห่งหนึ่งของโลก โดยครอบคลุมบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก บริการทางการแพทย์และบริการทางทันตกรรม แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงระบบทันตกรรมป้องกัน จนกระทั่งปี ค.ศ. 1989 ได้มีการเปลี่ยนแปลง คือมีการให้ผู้ใช้บริการร่วมจ่าย และการให้บริการบูรณะฟัน แต่การใส่ฟันปลอมลดลง มีบริการป้องกันมากขึ้น ลักษณะของระบบเป็นการให้บริการโดยเอกชนและมีกองทุนสุขภาพเป็นผู้จ่ายค่าบริการ ผลประโยชน์ที่สมาชิกกองทุนได้รับคือสามารถเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมโดยไม่เสียค่าบริการ ยกเว้น การใส่ฟันปลอมและการจัดฟัน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่ายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลอนามัยช่องปาก และโภชนาการในผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยร่วมจ่ายคิดเป็นร้อยละ 40 ของค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าวัสดุ ถ้าผู้ป่วยได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปีซึ่งต้องได้รับการดูแลป้องกันตามโครงการ 1 ครั้งแล้วจะลดค่าใช้จ่ายอีกร้อยละ 5 เมื่อมีหลักฐานยืนยันว่าได้รับการตรวจ และดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปีเป็นเวลา 10 ปีติดต่อกัน และในทุกกรณีผู้ป่วยยังคงต้องร่วมจ่าย อย่างน้อยร้อยละ 25 ของค่าฟันปลอม(สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2544 : 39-48)

ประเทศสหรัฐอเมริกาเมืองค์การในรัฐบาลกลาง (Department of Health and Human Services) รับผิดชอบในการจัดสรรทรัพยากรทางการเงิน และการกระจายอำนาจไปยังหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ รัฐบาลกลางจะออกแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพ ในระดับมลรัฐจะเมืองค์การที่คล้ายคลึงกันทุกรัฐ ดูแลสุขภาพโดยปฏิบัติตามมาตรฐานที่รัฐบาลกลางกำหนดไว้ องค์กรบริหารการเงินการคลังด้านบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนขององค์กรในรัฐบาลกลางได้จัดแผนประกันสุขภาพขึ้น เช่น Medicare , Medicaid , State Children health Insurance Program ฯลฯ

Medicare แบ่งสิทธิประโยชน์ 2 ส่วน คือ

1) ไม่ต้องจ่ายร่วม โดยต้องเป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปที่ทำงานในสถานจ้างงานอย่างน้อย 10 ปี โดยถูกหักเงินเดือน หรือผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี แต่เป็นผู้พิการ เป็นโรคไตเรื้อรัง

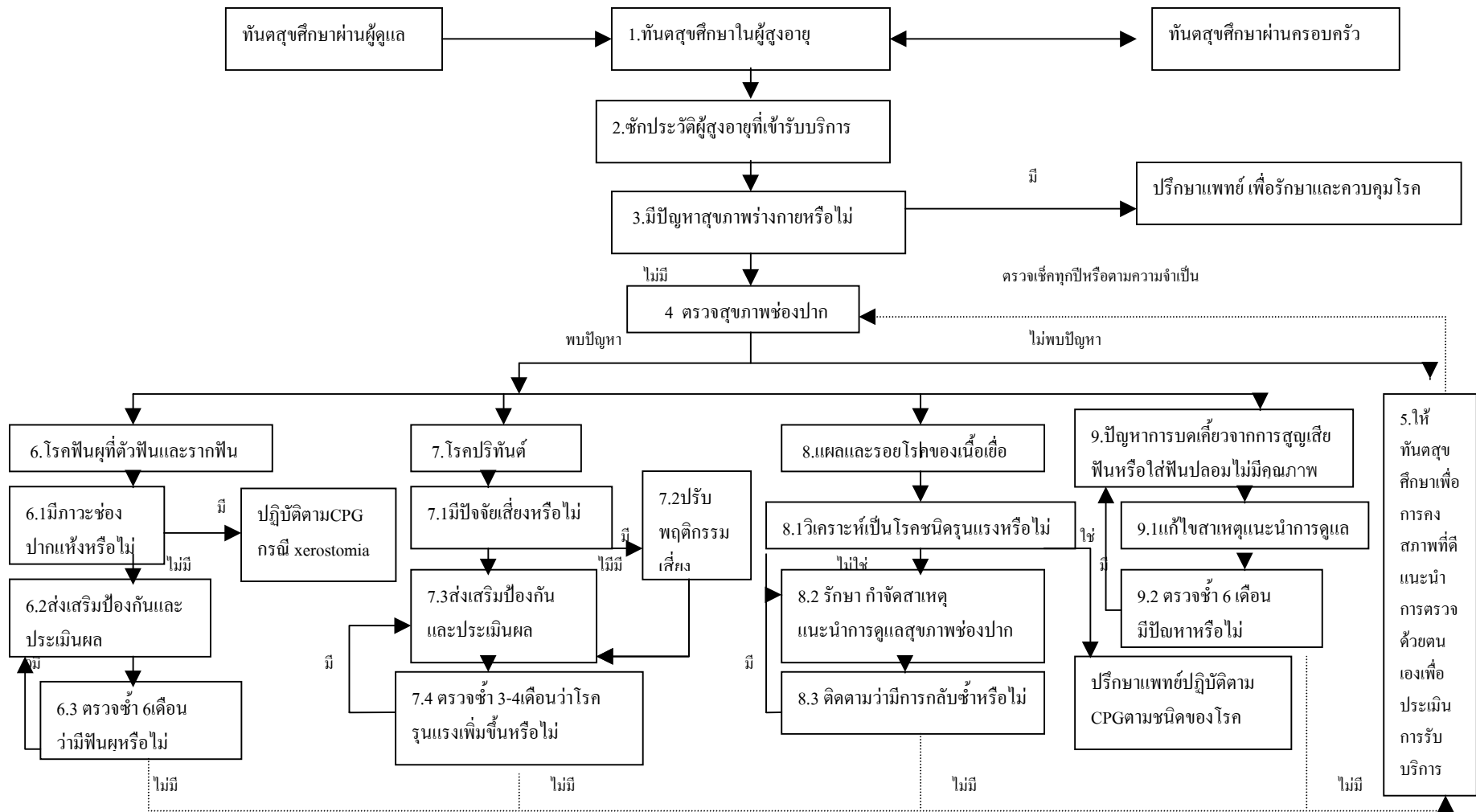
2) ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายแรกเข้า และเบี้ยประกันรายเดือน แต่ได้รับสิทธิประโยชน์ Medicaid เป็นโครงการประกันสุขภาพให้แก่ผู้ที่มีรายได้น้อยโดยต้องมีคุณสมบัติเป็นครอบครัวผู้มีรายได้น้อย และเด็กหรือผู้สูงอายุ (อายุต่ำกว่า 65 ปี) ผู้พิการและผู้ตาบอด (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2544: 51 – 65)

ประเทศออสเตรเลีย มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพช่องปาก โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่ตกงาน เกษียณอายุ และรายได้น้อย รัฐจ่ายค่าใช้จ่ายให้หมดแต่ไม่

ครอบคลุมการจัดฟัน การใส่ฟันปลอมติดแน่น การใส่ฟันปลอมถอดได้ ซึ่งโครงการดังกล่าวมีระยะเวลาดำเนินการในปี ค.ศ.1993 –1996 เมื่อประเมินผลพบว่าดี จึงยุติโครงการมาปรับเป็นบทบาทของรัฐบาลแต่ละรัฐ รัฐบางรัฐมาปรับโครงการ เช่น รัฐวิกตอเรียให้ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายเป็นต้น (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2544: 83-92)

ประเทศนิวซีแลนด์ มี Health Fund Authorities (HFA) เป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้จัดซื้อบริการสุขภาพช่องปากให้กับทุกคนตั้งแต่เด็กแรกเกิดถึง 18 ปี HFAจ่ายค่าบริการทุกอย่าง ยกเว้น จัดฟันและใส่ฟัน ในผู้ใหญ่ HFAจะจ่ายเฉพาะ การป้องกันฟันฐานตามราคาค่าบริการที่กำหนด(สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2544: 140)

ในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มาใช้บริการทันตกรรมน้อยที่สุด และบริการที่ได้รับโดยมากจะเป็นการถอนฟัน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการฟื้นฟูสภาพตามมา บางครั้งการรักษาและฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุทำได้ยากทั้งในแง่การรักษา ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุมแล้วยังไม่อาจช่วยให้อวัยวะในช่องปากสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมธรรมชาติ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี มีฟันใช้ตลอดชีวิต ควรเป็นรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค รวมไปถึงการคงสภาพหลังการรักษา ดังรายละเอียดแผนภูมิที่ 2.2 (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย 2544: 66)



ภาพที่ 2.2 การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในระดับบุคคลและครอบครัว

ที่มา: สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ “ แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ” 2544 (อัครา)

3.2 นโยบายหลักประกันสุขภาพของไทย

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่รัฐบาลมุ่งเน้นให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนโดยกำหนดให้ทุกคนสามารถมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้เท่าเทียมกันโดยมีกลุ่มผู้ที่สามารถประกันตนเองได้ เช่น กลุ่มสวัสดิการข้าราชการ กลุ่มประกันสุขภาพเอกชน กลุ่มที่รัฐร่วมลงทุน เช่น กลุ่มประกันสังคม กลุ่มที่รัฐสนับสนุนโดยรัฐเป็นผู้รับผิดชอบ ได้แก่กลุ่มผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เช่นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มเด็กอายุ 0 – 12 ปี กลุ่มผู้พิการและทุพพลภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุ

สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2518 โดยผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้แก่ เด็ก 0 – 12 ปี นักเรียน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทหารผ่านศึกและครอบครัว และภิกษุ / ผู้นำศาสนา (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสุขภาพ 2540: คำนำ)

สำหรับสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลในผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทุกคนที่อยู่ในครอบครัวผู้มีรายได้น้อย หรือ ครอบครัวทหารผ่านศึก หรือครอบครัวอื่น ๆ หรือ เป็นผู้พิการ หรือ เป็นภิกษุ / ผู้นำศาสนา ยกเว้น ผู้สูงอายุที่มีสิทธิเบิกสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการ หรือลูกจ้าง / พนักงานรัฐวิสาหกิจ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสุขภาพ 2540: 59) โดยสิทธิเมื่อเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่จำเป็นจนสิ้นสุดการ รักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลประจำครอบครัวและเครือข่ายโดยไม่ต้องเสียเงิน งานทันตกรรม จะคุ้มครองค่าอุดฟันธรรมดา ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐาน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสุขภาพ 2540: 69)

สำนักงานประกันสุขภาพยังได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนในกลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกร อาชีพอิสระที่มีรายได้ปานกลางถึงรายได้ขั้นต่ำ และไม่อยู่ในเกณฑ์ที่จะได้รับสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล โดยการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพ และมีการบริหารงานในลักษณะเงินทุนหมุนเวียน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสุขภาพ 2542 : คำนำ) โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับด้านทันตกรรม คือ การถอนฟัน ค่าอุดฟันทุกชนิด ค่าขูดหินน้ำลาย ค่าเคลือบฟลูออไรด์ ค่ารักษาโรคของฟันและเหงือก และค่าทำฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐานที่ทันตแพทย์เห็นว่าจำเป็นเพื่อการโภชนาการ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสุขภาพ 2542: 17)

ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่กำหนดเป็นนโยบายโดยรัฐบาลเมื่อ 1 เมษายน 2544 ในชื่อ นโยบาย “ 30 บาท รักษาทุกโรค ” มีเป้าหมายในการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็น “ สิทธิ ” ขั้นพื้นฐานของประชาชนตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ซึ่งในสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมบริการรักษาทันตกรรม คือ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย การทำฟันปลอมฐานอะคริลิก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ นอกจากนี้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะ และลำคอ รวมถึงการเคลือบหลุมร่องฟันในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ 2544 : 12 - 13)

ฟันปลอมที่ใช้ฐานอะคริลิกถือเป็นอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยโรงพยาบาลสามารถเรียกคืนจากสำนักงานประกันสุขภาพได้ในอัตราที่กำหนด คือ

- ฟันปลอมบางส่วน ชั้นละ ไม่เกิน 640 บาท
- ฟันปลอมทั้งปาก กรณี 1 ชั้น ชุดละไม่เกิน 950 บาท
- กรณี 2 ชั้น ชุดละไม่เกิน 1,600 บาท

(สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ 2544 : 25)

3.3 ต้นทุนทันตกรรม

จากการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะปี พ.ศ.2529 (อ้างถึงในอภาศันสนียวาณิช 2542:18) พบว่า ต้นทุนบริการทันตกรรมมีต้นทุนค่อนข้างสูง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการขยายบริการให้รองรับความต้องการของประชาชนได้ ปัญหาหนึ่งของผู้บริหารในการจัดบริการ คือ ขาดข้อมูลที่จำเป็นในเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการ เพื่อเป็นเครื่องมือนำมาใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบาย จัดสรรงบประมาณ บริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผล คุณภาพการบริการ ตลอดจนควบคุมกำกับการใช้ต้นทุนให้น้อยที่สุด

คนองยุทธ กาญจนกุล และคณะ (2523: จ, 82) ทำการศึกษาต้นทุนโรงพยาบาลระดับจังหวัดพบว่าต้นทุนต่อหน่วยของแผนกทันตกรรม มีราคาต้นทุนเฉลี่ยต่อหน่วย 62 บาทต่อ

ครั้ง ทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของต้นทุนบริการทันตกรรม ในโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกัน

พลสิทธิ์ บัวศรี และคณะ(2531:14) ได้ทำการศึกษาด้านต้นทุนบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลระดับจังหวัดจำนวน 6 แห่งพบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรมอยู่ระหว่าง 55.31-116.94บาทต่อครั้ง เฉลี่ยประมาณ 83.11บาทต่อครั้ง โดยพบว่าต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตกรรมของภาคใต้มีต้นทุนสูงกว่าภาคอื่นสอดคล้องกับการศึกษาของคนองยุทธ กาญจนกุล และคณะ ที่ศึกษาในปี พ.ศ.2523

เรวดี สุรัสวดี และ ณรงค์ชัย สุทธิภรณ์ (2534: ก) ทำการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยงานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในปี พ.ศ.2533 พบว่า ต้นทุนรวมโดยตรงงานบริการทันตกรรม 70.20 บาทต่อราย เป็นต้นทุนหมุนเวียน(ค่าวัสดุ) 26.40 บาทต่อราย ต้นทุนคงที่(ค่าแรงและงบลงทุน) 43.80 บาทต่อราย และศึกษาแยกตามประเภทบริการ 10ประเภท คือ งานทันตศัลยกรรม (ถอนฟัน) ทันตกรรมหัตถการ(อุดฟัน) งานปริทันตวิทยา (ขูดหินปูนและรักษาโรคเหงือก) งานทันตรังสี งานทันตกรรมประดิษฐ์ (ใส่ฟัน) งานศัลยกรรมช่องปาก งานทันตกรรมจัดฟัน งานทันตกรรมสำหรับเด็ก งานรักษาคอลงรากฟัน งานเวชศาสตร์ช่องปาก พบว่างานทันตกรรมประดิษฐ์ มีต้นทุนรวมสูงสุด คือ 618.40 บาทต่อราย เป็นต้นทุนหมุนเวียน 304.70 บาทต่อราย มีรายรับจริง 314.30 บาทต่อราย

อาภา ศันสนิษวาณิช (2542:17) พบว่าต้นทุนต่อครั้งตามประเภทการให้บริการได้แก่ ด้านบำบัดรักษาครั้งละ 116บาท ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพครั้งละ 41 บาท และด้านทันตกรรมป้องกันครั้งละ 69บาท จะพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้ต้นทุนต่อหน่วยของบริการทันตกรรมสูงขึ้น (คนองยุทธ กาญจนกุล และคณะ 2523 อ้างถึงใน พลสิทธิ์ บัวศรี และคณะ 2531: 2) ได้แก่

3.3.1 อัตราส่วน ระหว่างทันตบุคลากร และผู้ป่วยสูงขึ้น

3.3.2 จำนวน ผู้ป่วยไม่เพิ่มขึ้น

3.3.3 อัตรา ค่าใช้จ่ายในการบริหารสูงขึ้น

3.3.4 ขนาด ของโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป

3.3.5 ภูมิภาคที่ตั้ง โรงพยาบาลจังหวัดต่างกัน

วงเพชร อิฐรัตน์ (2536: 2) ได้ทำการศึกษาด้านต้นทุนบริการทันตกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี พ.ศ.2534 พบว่ามีต้นทุนรวมของการบริการทันตกรรมเท่ากับ 78.15 บาทต่อราย ต้นทุนคงที่(ค่าแรง และงบลงทุน) 60.48 บาทต่อราย และต้นทุนหมุนเวียน(ค่าวัสดุ) 17.67 บาทต่อราย โดยทำการศึกษาด้านต้นทุนต่อหน่วยของประเภทงานบริการทันตกรรม 8 ประเภท คือ งานตรวจ

วิเคราะห์ งานทัศนศึกษกรรม(ถอนฟัน) งานทัศนกรรมหัตถการ(อุดฟัน) งานปริทันตวิทยา (ชูดหินปูนและรักษาโรคเหงือก) ทันตรังสี งานทัศนกรรมประดิษฐ์(ใส่ฟัน) งานศัลยกรรมช่องปาก และงานรักษาคลองรากฟัน พบว่า งานทัศนกรรมประดิษฐ์(ใส่ฟัน) มีต้นทุนรวมสูงสุด คือ 426.48 บาทต่อราย ต้นทุนคงที่ 60.41 บาทต่อราย (ใกล้เคียงกับงานอื่นๆ) และต้นทุนหมุนเวียน 366.07 บาทต่อราย

3.4 ปัจจัยด้านการรับบริการ

พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม และคณะ(2542: 2) พบผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพอนามัย เนื่องจากความเสื่อมทางร่างกายที่มีผลให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหา ด้านเศรษฐกิจและด้อยการศึกษา ขาดความรู้พื้นฐานด้านการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยตั้งแต่ เด็ก

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อ้างถึงใน พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม และคณะ 2542: 14) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 53.3 และมีการ ศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 35 ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ขาดความรู้และ ความสามารถที่จะแสวงหาข่าวสารข้อมูลเพื่อช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะการดำรงชีพอย่างมีคุณภาพในวัยชรา และ ไม่ได้รับทราบข่าวสารอันจำเป็นแก่การเตรียมตัวเข้าสู่ชีวิตในวัยชรา

ศุมนา ชมพูทวีป และคณะ (อ้างถึงใน พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม และคณะ 2542: 21) ศึกษาปัญหาผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 64 ของผู้สูงอายุต้องไร้ฟันปลอม มีปัญหาการปวดเข่า การมอง ไม่ชัด การกลืนบัสสาวะไม่ได้ และหายใจลำบาก (หายใจได้สั้นๆ)

วิทส์น จันทรโพธิ์ศรี และคณะ (อ้างถึงใน พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม และคณะ 2542: 22) ปัจจัยที่กำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในสภาวะปกติและเจ็บป่วย ได้แก่ ประสพการณ์ การเรียนรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และอิทธิพลของการแพทย์แผนใหม่ และปัจจัยที่ทำให้ พฤติกรรมแตกต่างกัน ได้แก่ความใกล้ชิดชุมชนเมือง และระดับการพัฒนาของหมู่บ้านที่ดีกว่า

เกริกศักดิ์ บุญญานูนวงศ์ และคณะ (อ้างถึงใน พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม และคณะ 2542: 20) ทำการศึกษาคนชราในเชียงใหม่ พบว่า คนชราในเขตชนบทยังทำงานสูงกว่าในเขตเมือง แหล่งรายได้สำหรับจ่ายประจำวันคนชรา พบว่ารายได้ส่วนใหญ่มาจากการอุปถัมภ์ของลูก หลาน หรือญาติ และพบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของคนชราต้องอาศัยเงินรายได้ที่มาจากการทำงานในปัจจุบัน เป็นค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพแต่ละวัน โดยสรุปพบว่าปัญหาที่สำคัญที่คนชราตอบว่ารู้สึกเป็นปัญหา ได้แก่ สุขภาพ และเรื่องเงินที่จะใช้จ่าย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (อ้างถึงใน พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม และคณะ 2542: 21) แนวคิดในการจัดบริการในอนาคตควรเน้นการให้บริการสวัสดิการสังคมและการสังคมสงเคราะห์ที่มุ่งแก้ปัญหาและส่งเสริมความต้องการของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยนำแนวคิดในการปฏิบัติงานโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐานมาใช้

สถิต นิยมญาติ (อ้างถึงใน พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม และคณะ 2542: 22) ศึกษาวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในเขตชนบท (65 ปี ขึ้นไป : ศึกษาเฉพาะกรณีภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ด้านการรักษาพยาบาลนิยมพึ่งหมอบ้านมากกว่าแพทย์สมัยใหม่จะไปโรงพยาบาลหรือหาหมอสมัยใหม่ต่อเมื่ออาการของโรครุนแรงจริง ๆ จนทนไม่ได้ หรือถูกลูกหลานเคี่ยวเข็ญและพาไป

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (อ้างถึงใน พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม และคณะ 2542: 24) วิเคราะห์ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ในอีก 2 ทศวรรษหน้า เสนอว่ารัฐควรสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ เช่นการสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้ที่ต้องการดูแลผู้สูงอายุด้วยมาตรการทางภาษี สนับสนุนการจัดตั้งระบบดูแลผู้สูงอายุด้วยกันเองโดยสนับสนุนค่าใช้จ่ายและวิชาการในรูปของชมรมผู้สูงอายุ มีการเยี่ยมบ้านของพยาบาลเป็นต้น

พนิตนาฏ วิสุทธีธรรม และคณะ (2542 : 26) สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่แสดงให้เห็นและรับรู้ถึงบริบทในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เช่น

3.4.1 ด้านสุขภาพ ได้แก่ การที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บและโรคประจำตัว

3.4.2 ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การมีงานทำและมีเงินใช้ ไม่มีหนี้สิน มีหลักประกันในชีวิต (การทำประกันชีวิต) มีทรัพย์สินสมบัติ

3.4.3 ด้านสังคม ได้แก่การมีเพื่อน การได้รับการยอมรับจากสังคม การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมหรืองานบ้าน การได้ทำบุญ ทำทาน การได้อบรมหรือถ่ายทอดประสบการณ์แก่ลูกหลานรวมทั้งการได้พบปะเพื่อนฝูง หรือการมีเพื่อนฝูง มาเยี่ยมเยียน และการมีลูกหลานดูแลเอาใจใส่ หรือมาเยี่ยมเยียน เป็นต้น

ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของอัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล (2542: 116-117) เรื่องบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยโดยการสัมภาษณ์นั้นพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังต้องการให้หน่วยงานของรัฐและแหล่งอื่นๆ ช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย งานบริการและให้ความรู้ด้านสุขภาพ

โดยสรุปพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ และเศรษฐกิจมาก ดังนั้นการ จัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุจึงควรเน้นเรื่องการ เพิ่มพูนองค์ความรู้ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ผ่านสื่อต่าง ๆ หรือชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ และรัฐบาลควรจัดบริการด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง ได้สะดวก รวดเร็ว และไม่มีค่าบริการใด ๆ หรือมีการจัดเยี่ยมบ้าน ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจมี ส่วนลดหย่อนด้านภาษีเพื่อจะได้ดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้นอีกทางหนึ่ง

3.5 ปัจจัยด้านการรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ

จอห์นสัน (Johnson, 1993) และ คล็อก (Klock, 1995 อ้างถึงใน ชาญชัย โห้สงวน 2544: 21) พบว่าการถอนฟันหมดปากเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นค่านิยมและการยอมรับของการ ตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทันตแพทย์ในสังคมหนึ่ง ๆ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับระดับ เศรษฐฐานะ ระบบบริการทันตกรรม พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม รวมไปถึง ปัจจัยทางสังคม จิตวิทยาด้วย

แฮนด์และคณะ (Hand, et al. 1991 อ้างถึงใน ชาญชัย โห้สงวน 2544: 21) รายงาน ว่าร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันไปอย่างน้อย 1 ซี่ ภายในช่วงเวลา 5 ปี และปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการสูญเสียฟันอย่างมีนัยสำคัญ คือ เพศชาย การมีฟันผุที่รากฟัน การมีฟันผุที่ตัวฟัน และ การมีร่องลึกปริทันต์

ล็อกเกอร์ และคณะ (Locker, et al. 1996 อ้างถึงใน ชาญชัย โห้สงวน 2544: 21) รายงานปัจจัยเสี่ยงต่อการสูญเสียฟันบางส่วนในผู้สูงอายุชาวแคนาดา ไว้คล้ายคลึงกัน คือ เพศชาย การไม่มีคู่มรส ระดับสุขภาพช่องปากไม่ดี จากการประเมินด้วยตนเอง การมีฟันผุที่รากฟัน และ การสูญเสียการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์มากกว่า 4 มิลลิเมตร โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลมากที่สุด คือการมีฟันผุที่รากฟัน (อัตราเสี่ยงเท่ากับ 3.2)

Antczak and Branch ,1985; Gambucci, et al. 1986; Rickardsson and Hanson, 1989; Jones, et al. 1990; Holtzman, et al. 1990; Tennstedt, et al.1994 (อ้างถึงในชาญชัย โห้สงวน 2544: 23) ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ รายได้ การศึกษา ความต้องการรักษาในทัศนะของผู้สูงอายุ จำนวนฟันตามธรรมชาติที่เหลือ สมรรถภาพร่างกาย (functional status) ทัศนคติต่อสุขภาพช่องปาก ทัศนคติต่อบริการ ทันตกรรม พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก ราคาการรักษาพยาบาล ตลอดจนการมีประกัน ทันตสุขภาพ (dental care insurance)

โมจอน (Mojon , 1992 อ้างถึงใน ชาญชัย โห้สงวน 2544: 24) มีบุคคลจำนวนมากที่ไม่ได้มีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี บุคคลเหล่านี้บางรายมีอาการของเหงือกอักเสบ บางรายมีอาการเจ็บปวดเหงือกและฟันอยู่บ้าง แต่บุคคลเหล่านี้ไม่ตระหนักถึงสภาพความผิดปกติในช่องปาก แม้โรคและความผิดปกติในช่องปากจะมีมากจนกระทั่งระบบการบดเคี้ยวทำงานไม่ได้ตามปกติ อยู่ในสภาพที่ไม่น่าพึงพอใจในทัศนคติของทันตแพทย์อีกทั้งยังไม่ได้รับการใส่ฟันทดแทน หรือบูรณะระบบการบดเคี้ยวให้คืนสภาพการใช้งานได้ดีดั้งเดิม แต่เขาเหล่านั้นก็เชื่อว่าสภาพในช่องปากใช้งานได้ดีพออยู่แล้ว

ประกกล พิบูลย์โรจน์ และคณะ (2540:39) ศึกษาสภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชราร้อยละ 30.6 และ 13.5 ตามลำดับ มีคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพดี วัตถุประสงค์มีฟันใช้งานได้มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ โดยต้องไม่มีโรคปริทันต์ หรือมีฟันหลังบนและล่างสบกันดีทั้งซ้ายและขวา อย่างน้อยด้านละ 2 คู่ พบผู้ที่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม เพื่อแก้ไขปัญหาการบดเคี้ยว ร้อยละ 26.3 และ 55.6 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพทุกปัจจัยพร้อมกัน โดยใช้ค่าสถิติ Logistic regression พบว่าคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการศึกษา การมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง และการแปรงฟันสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ. พัทลุง (2540:16-17) ทำการศึกษาประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งในกรุงเทพ เพื่อวิเคราะห์หาอิทธิพลของอายุ เพศ และจำนวนฟันที่เหลือที่มีต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวโดยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณพบว่า จำนวนฟันที่เหลือในช่องปากเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.5$) ได้ถึงร้อยละ 45.86 และพบว่าการใช้ฟันปลอมสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ การบดเคี้ยวอาหารมากขึ้นกว่าการปล่อยช่องว่างที่ถอนไว้ ซึ่งประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารของฟันปลอมนี้ขึ้นกับปัจจัยต่างๆ อีกมาก เช่น จำนวนฟันปลอมที่ใส่ ชนิดของฟันปลอมที่เลือกใช้ ลักษณะของเนื้อเยื่อใต้ฟันปลอมและระยะเวลาการใส่ฟันปลอม เป็นต้น แต่ผู้สูงอายุที่สุขภาพฟันไม่ดีหรือมีการใส่ฟันปลอม มักมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยจะเลือกอาหารที่มีลักษณะนุ่ม มีปริมาณใยอาหารต่ำและมักมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนประกอบสูงทำให้มักเกิดอาการท้องผูก อีกทั้งสนับสนุนให้เสี่ยงต่อโรคทางระบบหลายอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง เป็นต้น

วิไล สมพร (2537: 77) ศึกษาความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในชุมชนแออัดของศูนย์บริการสาธารณสุข 38 จากการสัมภาษณ์ พบว่าร้อยละ 34.1 ของผู้สูงอายุที่

ตอบว่าต้องการมารับบริการทางทันตกรรมโดยร้อยละ 64.0 ของผู้ตอบต้องการใส่ฟันปลอม แต่ความต้องการการบำบัดทางทันตกรรม มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อมีอายุมากขึ้น จากการตรวจพบผู้สูงอายุร้อยละ 40.7 ไม่มีฟันทั้งปาก และมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 2.2 ที่มีฟันครบ 28 ซี่ โดยมีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันปลอมร้อยละ 74.26 สำหรับค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการให้บริการทางทันตกรรมตามความจำเป็น เป็นค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอม โดยเฉลี่ย รายละ 1010.07 บาท

พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ (2540: 3) ประเมินความต้องการในการใส่ฟันปลอมทั้งปากในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่โดยการนำปัจจัยด้านสุขภาพทั่วไป (คือเกณฑ์ *underweight* มีค่า BMI ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 18.5) ดัชนีทันตสังคม (การกินและค่าใช้จ่ายสุขภาพมาร่วมพิจารณา) การนำปัจจัยต่างๆ ร่วมพิจารณา จะช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุที่มีความต้องการใส่ฟันปลอมได้ระดับหนึ่ง พบว่าในกลุ่มสุขภาพปกติที่มีความจำเป็นในการรักษาร้อยละ 100 จะมีจำนวนที่รัฐควรพิจารณาจัดทำฟันปลอมให้ร้อยละ 32.9 (กลุ่มที่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย) ขณะที่กลุ่มน้ำหนักน้อยที่มีความจำเป็นร้อยละ 100 รัฐต้องพิจารณาจัดทำฟันปลอมให้ร้อยละ 27.0 สำหรับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการศึกษานี้ คาดว่าจะเป็นกลุ่มที่สามารถไปรับบริการได้จากคลินิกเอกชน

สวลี แสงเขียว (2540: 61-69) พบว่าเพศหญิงมีการสูญเสียฟันมากกว่าเพศชายและจำนวนฟันเฉลี่ยที่คงเหลือในช่องปากของเพศหญิงน้อยกว่าเพศชาย แต่ไม่มีความแตกต่างระหว่างเพศในด้านความต้องการบริการและการใช้ฟันปลอม

ธีรนุช สมทรัพย์ (2541: 41-44) ศึกษาผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันปลอมฐานพลาสติกที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมารับบริการมากกว่าเพศหญิง ซึ่งไม่สอดคล้องกับ Ranta, 1987: 14 อ้างถึงใน ชาญชัย โห้สงวน และคณะ 2545: 85-92 ที่รายงานว่าเพศหญิงใส่ฟันปลอมบางส่วนมากกว่าเพศชาย และผู้มีฐานะดีใส่ฟันปลอมบางส่วนมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ

ชาญชัย โห้สงวน และคณะ (2544: 5 - 7) ศึกษาอัตราการใส่ฟันปลอมบางส่วนซึ่งเป็นแบบแผนของการใส่ฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้ของผู้สูงอายุในชุมชนร่มเกล้า พบมีการแปรผันตามอายุ และเพศ โดยผู้สูงอายุใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ในขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างคิดเป็นร้อยละ 14.0 และ 7.4 ตามลำดับ และใส่ทั้งขากรรไกรบนและล่างร้อยละ 4.4 โดยเพศชายมีอัตราการใส่ฟันปลอมประเภทนี้สูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย อัตราการใส่ฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้นี้เพิ่มสูงขึ้นตามอายุ อย่างชัดเจนในเพศชาย แต่ในเพศหญิงไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างอายุกับอัตราการใส่ฟันปลอม เมื่อพิจารณาจำแนกตามขากรรไกรพบว่าผู้สูงอายุทุกเพศวัย มักใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ในขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง การใส่ฟันปลอม

บางส่วนชนิดติดแน่นพบในอัตราที่ต่ำกว่าฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากจากราคาที่ค่อนข้างแพงกว่าฟันปลอมชนิดถอดได้ มีเพียงร้อยละ 2.5 ของผู้สูงอายุที่ยังมีฟันอยู่ที่พบว่าใส่ฟันปลอมชนิดติดแน่น ผู้ใส่ฟันปลอมโดยเฉลี่ย 4.63 ซึ่งต่อคน จำแนกเป็นฟันปลอมชนิดถอดได้ (ทั้งปากและบางส่วน) 4.57 ซึ่งต่อคนและฟันปลอมชนิดติดแน่น 0.07 ซึ่งต่อคน จำนวนที่ฟันปลอมที่ใส่แปรผันตามอายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิงมีจำนวนที่ฟันปลอมที่ใส่มากกว่าเพศชาย (5.04 ซึ่ง เทียบกับ 3.96 ซึ่ง) อัตราของความจำเป็นต้องทำฟันปลอมบางส่วนแปรผันในทางลบกับอายุ ผู้อยู่ในวัยใกล้ สูงอายุ (51-59 ปี) มีความจำเป็นต้องทำฟันปลอมบางส่วนในอัตราสูงที่สุด (ร้อยละ 47.0) เมื่อเทียบกับอัตราร้อยละ 39.0 ในผู้มีวัยเกิน 70 ปี

การศึกษาสภาวะการใส่ฟันปลอม ของผู้ป่วยทันตกรรมในภาคใต้ของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2536 โดย สุพันธ์ จันทรัตน์และยุทธนา ปัญญาภาม (2536 :203-211) พบว่าสัดส่วนของซี่ฟันปลอมที่ใส่ทดแทนฟันที่ถอนไป ของฟันหน้าสูงกว่าฟันหลังอย่างชัดเจน แสดงว่าแบบแผนการใส่ฟันปลอมของผู้ป่วยกลุ่มนี้คำนึงถึงประโยชน์ของฟันปลอมที่ช่วยในด้านความสวยงามมากกว่าการใช้ประโยชน์บดเคี้ยวอาหารของฟันปลอม ทั้งๆที่สูญเสียฟันหลังในอัตราสูงกว่าฟันหน้า เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชาอูซัย โห้สงวน และคณะ (2545: 85-92) พบว่าอัตราการใส่ฟันปลอมในผู้สูงอายุชุมชนร่มเกล้าในฟันหน้าสูงกว่าฟันหลัง

ไซแอม และสตีล (Sheiham and Steele 2544: 797) พบว่าความสามารถในการเคี้ยวจะมีมากขึ้น เมื่อเพิ่มจำนวนฟันมากขึ้น และสัมพันธ์กับการสบฟันหลังด้วย ศรีศิลปนนท์ และไซแอม (Srisilapanan and Sheiham 2544: 2) ศึกษาผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและพฤติกรรมทางทันตสุขภาพพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์ จะมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของสุขภาพช่องปาก อย่างน้อย 1 ข้อ ซึ่งผลกระทบที่พบบ่อยมากที่สุด คือ การกินอาหาร ร้อยละ 47.2 ผู้มีเศรษฐฐานะดีกว่าจะมีผลกระทบน้อยกว่า ($P < 0.001$)

คูสิต สุนทรานู และคณะ (2532: 17) พบปัญหาเกี่ยวกับฟันจากการวัดด้วยคำถาม เรื่องการใส่ฟันปลอม และความลำบากในการเคี้ยวอาหาร โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการใส่ฟันปลอม ร้อยละ 33.5 เป็นผู้อยู่เขตเมือง ร้อยละ 44.4 ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ที่มีเพียงร้อยละ 27.7 ผู้สูงอายุชายและหญิงมีส่วนร่วมการใส่ฟันปลอมใกล้เคียง คือประมาณร้อยละ 32-34 ร้อยละ 41.2 ของผู้สูงอายุมีความลำบากในการเคี้ยวอาหาร โดยผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 46.9 จะมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุเพศชายซึ่งมีเพียงร้อยละ 35.4 ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีปัญหามากกว่าในเขตเมืองเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 43.6 และ 38.7 ตามลำดับ และมีปัญหามากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น

ลีวิส และคณะ (Lewis DW, et al.1995: 264 - 269) ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทดแทนฟันปลอมในช่วง 14 ปี พบว่าร้อยละ 47 มีการทำฟันปลอมใหม่ในช่วง 5 ปี หลังทำ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ให้

บริการด้วยว่าเป็นทันตแพทย์ หรือช่างทันตกรรม โดย ทันตแพทย์จะมีอัตราค่าจ้างต้องเปลี่ยนใหม่น้อยกว่าช่างทันตกรรม

โดยสรุปจะพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพช่องปากที่ดี และการมารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านประชากร สังคม และเศรษฐกิจ เป็นสำคัญ นอกจากนี้ขึ้นกับ ความรู้ ทักษะ ทักษะ ความตระหนัก ของผู้สูงอายุ ความสามารถในการจับจ่าย การจัดการบริการของสถานพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ความชำนาญของทันตบุคลากร ฯลฯ ซึ่งจะส่งผลต่อการรับบริการและคุณภาพชีวิตที่ดีทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.6 แนวทางการจัดบริการฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ

กานดา มณีรัตน์และคณะ (2544: 2-5) ได้นำเสนอแนวทางการจัดบริการฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรส่วนท้องถิ่นกับโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี อาศัยโอกาสของการกระจายอำนาจด้านงบประมาณสู่ท้องถิ่น ทำการประชาสัมพันธ์โครงการทำฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุให้ชุมชนเห็นความจำเป็นเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และหาความเป็นไปได้ในการเสนอของบอุดหนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ขณะเดียวกันก็จัดให้ชมรมผู้สูงอายุร่วมผลักดันอีกทางหนึ่ง ทั้งยังอาศัยความเป็นคนในท้องถิ่นและความโปร่งใสของโครงการทำให้เกิดการทำฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุโดยใช้บงค์การบริหารส่วนตำบลและให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นกรรมการ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยสำรวจผู้สูงอายุตามแบบ สัมภาษณ์เพื่อจำแนกตัวแปรและหาสมการทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุจังหวัดศรี

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้คือ

1.1 ประชากรที่สำรวจ ครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุจังหวัดศรีทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 – 74 ปี ทั้งผู้ที่มีและไม่มีฟันปลอม

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (ทัสสันี นุชประยูรและ เดิมศรี ชำนิจารกิจ 2533:182)

จากสูตร

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

n = จำนวนตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตาราง Z เมื่อ $\alpha = 0.05$ มีค่าเท่ากับ 1.96

p = สัดส่วนความชุกของโรค ในที่นี้คือสัดส่วนของผู้ที่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพจังหวัดศรีครั้งที่ 3 พ.ศ. 2544 เท่ากับร้อยละ 73.1

q = 1-p = 1-0.731 = 0.269

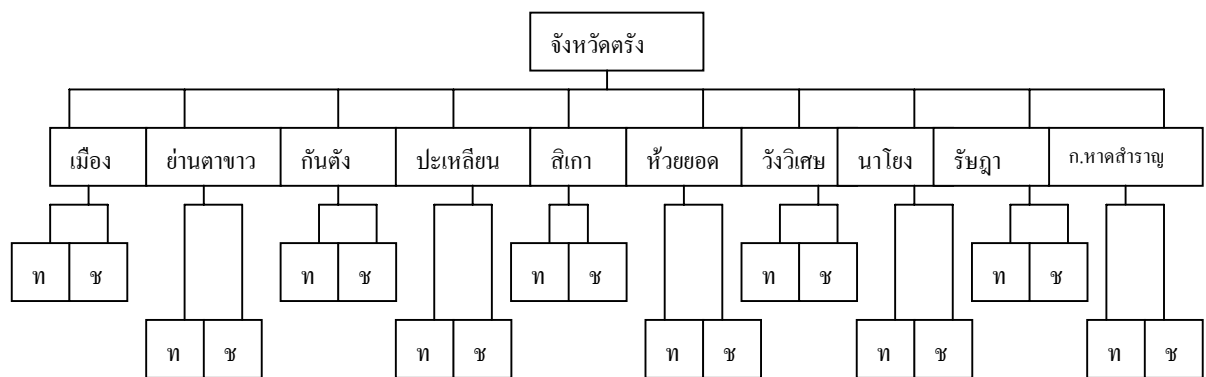
d = ความคลาดเคลื่อนของค่า p เท่ากับร้อยละ 10 ของค่า p

$$\text{ฉะนั้น } n = \frac{(1.96)^2(0.731)(0.269)}{(0.10 \times 0.731)^2} = \frac{0.755408}{0.0053436} = 141.36$$

จำนวนตัวอย่งน้อยสุดเท่ากับ 142 คน

1.2.2 การสุ่มพื้นที่ตัวอย่าง

การสุ่มพื้นที่ในการสำรวจครั้งนี้มีจำนวน 25 จุดตามแนวทางของการสุ่มพื้นที่การสำรวจของกองทัณฑสธารณสุข กรมอนามัย (กองทัณฑสธารณสุข 2544: 25) แยกจังหวัดตรงตามอำเภอ และเขตเมือง/ชนบท โดยการนำชื่อชุมชนในเทศบาล (เขตเมือง) ของทุกอำเภอพร้อมจำนวน ประชากรมาเรียงลำดับและสุ่มเป็นระบบ สุ่มมา 5 จุด ส่วนเขตชนบทนำชื่อตำบลของแต่ละอำเภอทุกอำเภอมาเรียงลำดับต่อกันพร้อมจำนวนประชากรและสุ่มเป็นระบบได้ 20 จุด รวมพื้นที่ศึกษา 25 จุด ในแต่ละจุดสุ่มตัวอย่างแบบไม่เฉพาะเจาะจงซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 417 คน ดังรายละเอียดแผนภาพที่ 3.1 และตารางที่ 3.1



ท=เขตเทศบาล ช=เขตชนบท

ภาพที่ 3.1 แผนผังการแบ่งพื้นที่สำรวจ

โดยสุ่มเป็นระบบจากระดับชุมชนในเขตเทศบาล 14 แห่ง มา 5 จุดคือ ชุมชน โลกยูง หนองยูวน วิเศษกุล ชุมชนตลาดย่านตาขาว และ ชุมชนหน้าวัดห้วยยอด

ส่วนเขตชนบททำการสุ่มระดับตำบลจาก 87 ตำบล มา 20 จุดคือตำบล นาบินหลา โคนหล่อ นาดาล่วง นาท่ามใต้ วังวน บ่อน้ำร้อน หนองบ่อ ทุ่งกระบือ ท่าข้าม บางด้วน ท่าพญา กะลาเส หนองช้างแล่น นาวง เขาขาว เขาวิเศษ ท่าสะบ้า ละมอ นาข้าวเสียดและหนองปรือ

ตารางที่ 3.1 รายชื่อพื้นที่ทำการสำรวจจำแนกตามเขตอาศัย

เขตอาศัย	อำเภอ	ตำบล/ชุมชน	จำนวนประชากร	จำนวนตัวอย่าง
เขตชนบท	เมือง	นาบิณฑล โคกหล่อ	5593	87
		นาตาล่วง นาท่ามใต้		
	กันตัง	วังวน บ่อน้ำร้อน	3896	31
	ย่านตาขาว	หนองบ่อ ฟุ่งกระบือ	3390	39
	ปะเหลียน	ท่าข้าม บางคิ้วน ท่าพญา	4048	55
		ลีเกา	กะลาเส	1650
	ห้วยยอด	หนองช้างแล่น นาวง เขาขาว	5094	23
	วังวิเศษ	เขาวิเศษ ท่าสะบ้า	2377	37
	นาโยง	ละมอ นาข้าวเสียด	2805	28
	รัชฎา	หนองปรือ	1304	10
เขตเทศบาล	เมือง	ชุมชนโคกยุง หนองญวน วิเศษกุล	4176	45
	ย่านตาขาว	ชุมชนตลาดย่านตาขาว	1189	22
	ห้วยยอด	ชุมชนหน้าวัดห้วยยอด	756	22
	รวม		36278	417

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์และตรวจสอบสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลการมีและใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ข้อมูลการรับบริการและสวัสดิการรักษายาบาล สำหรับแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ในการวิจัยให้สอดคล้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังรายละเอียดของแต่ละส่วนดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6 ข้อ

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

2.2.1 ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม 10 ข้อ

- 2.2.2 ตอนที่ 2** การมีและใช้ฟันปลอม การบริการและสวัสดิการรักษาทางทันตกรรม 6 ข้อ
- 2.2.3 ตอนที่ 3** การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ (เฉพาะผู้ใส่ฟันปลอม) 15 ข้อ
- 2.2.4 ตอนที่ 4** แบบตรวจสอบสภาพช่องปาก ฟันปลอมและความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม 5 ข้อ
- โดยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการทดสอบความตรงทางเนื้อหาโดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงหลังจากนั้นได้นำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงกับกลุ่มผู้สูงอายุจากอำเภอเมืองและอำเภอนาโยงที่มีความใกล้เคียงกับตัวอย่างจริงจำนวน 32 คน นำมาวิเคราะห์ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารวมได้ 0.7023

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ คือ

3.1 ขออนุญาตและขอความร่วมมือ จากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3.2 ติดต่อขอความร่วมมือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สำนักงานเทศบาลในพื้นที่ศึกษาเพื่อช่วยติดต่อประสานงานกับผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในตำบลหรือชุมชน พร้อมทั้งนัดวันเวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูล

3.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ทันตแพทย์ทำหน้าที่ในการตรวจ จำนวน 9 คน ทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์ทำหน้าที่สัมภาษณ์และบันทึก จำนวน 18 คน รวมทั้งสิ้น 27 คน (9 ทีม ทีมละ 3 คน) โดยผ่านการอบรมปรับมาตรฐานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เทคนิคแบบสัมภาษณ์ และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล

3.4 ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2545 โดยมีการตรวจและสัมภาษณ์ซ้ำ (duplication) ทุกการตรวจ 10 คน ผู้ตรวจ(ทันตแพทย์หัวหน้าทีม) จะทำการตรวจสอบความครบถ้วน ความสมบูรณ์และความเข้าใจตรงกันของแบบสอบถามทุกฉบับอีกครั้งก่อนจบการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลจะเดินพบผู้สูงอายุตามบ้าน

3.5 นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วนมาบันทึกผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเองทั้งหมด

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลการสัมภาษณ์ที่บ้านที่กหลังตรวจสอบความถูกต้องแล้วมาวิเคราะห์ตามขั้นตอน ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

4.1 เจริญพรณนา ลักษณะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเศรษฐกิจ สังคม สภาพาทันตสุขภาพ สภาพาทองการมีและการใช้ฟีนปลอมของผูสูงอายุที่สำรวจทั้งหมดรวม 417 คนซึ่งเป็นทั้งผู้ที่มีและไม่มีฟีนปลอม วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 จำแนกตัวแปรและทดสอบสมมติฐานที่กำกับการวิเคราะห์ ที่สัมพันธ์กับการใช้ฟีนปลอมของผูสูงอายุโดยการทดสอบความสัมพันธ์ (ไค-สแควร์ กรณีตัวแปรระดับ nominal และ correlation กรณีตัวแปรระดับ interval)ระหว่างตัวแปรอิสระ(ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุน) กับตัวแปรตาม (การใช้ฟีนปลอม) โดยวิเคราะห์เฉพาะผู้มีฟีนปลอม 101คน เนื่องจากสามารถเก็บข้อมูลด้านการใช้ฟีนปลอมได้ทุกปัจจัย

4.3 เจริญวิเคราะห์ถดถอย ประกอบด้วยค่าคงที่ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรแต่ละตัว ค่า t ค่า R^2 ค่า R^2 -change ค่า F-change และ ค่าOverall F โดยวิเคราะห์เฉพาะผู้มีฟีนปลอม 101คน

4.4 สร้างสมการถดถอยพหุคูณ ทำนายการใช้ฟีนปลอมของผูสูงอายุ

$$\begin{aligned} \text{สมการตั้งต้นคือ } Y = & b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6 + b_7X_7 + b_8X_8 + b_9X_9 + \\ & b_{10}X_{10} + b_{11}X_{11} + b_{12}X_{12} + b_{13}X_{13} + b_{14}X_{14} + b_{15}X_{15} + b_{16}X_{16} + b_{17}X_{17} + b_{18}X_{18} + b_{19}X_{19} + b_{20}X_{20} + b_{21}X_{21} + b_{22}X_{22} + \\ & b_{23}X_{23} + b_{24}X_{24} + b_{25}X_{25} + b_{26}X_{26} + b_{27}X_{27} + b_{28}X_{28} + b_{29}X_{29} + b_{30}X_{30} + b_{31}X_{31} + b_{32}X_{32} + b_{33}X_{33} + b_{34}X_{34} + \\ & b_{35}X_{35} + b_{36}X_{36} + b_{37}X_{37} + b_{38}X_{38} + b_{39}X_{39} + b_{40}X_{40} + b_{41}X_{41} + b_{42}X_{42} + b_{43}X_{43} + b_{44}X_{44} \end{aligned}$$

โดยการวิเคราะห์จะนำตัวแปรทุกตัวเข้าสมการด้วยวิธี stepwise method ยกเว้นข้อคำถามที่ถามผู้ดูแลผูสูงอายุ

Y = ค่าพยากรณ์ของตัวแปรตาม (การใช้ฟีนปลอมของผูสูงอายุ)

b = ค่าสถิติที่คำนวณได้จากตัวอย่างเพื่อใช้ประมาณค่า β

X_1 = อายุ

X_2 = เพศ

X_3 = สถานภาพสมรส

X_4 = ศาสนา

- X_5 = การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ
- X_6 = ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการฟันปลอมพอดีกับช่องปาก
- X_7 = ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการกัดเคี้ยวอาหารได้เมื่อใช้ฟันปลอม
- X_8 = ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการรับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม
- X_9 = ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์
- X_{10} = ผู้สูงอายุรู้สึกว่าควรจัดหาฟันปลอมใหม่เมื่อ ฟันปลอมเก่าไม่เหมาะสม
- X_{11} = โรคประจำตัว
- X_{12} = ปัญหาสุขภาพช่องปาก
- X_{13} = ความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ
- X_{14} = ค่าครองชีพของผู้สูงอายุ
- X_{15} = ค่ารักษาพยาบาล
- X_{16} = ราคาการทำฟันปลอม
- X_{17} = ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่
- X_{18} = การเบิกค่าทำฟันปลอม
- X_{19} = ผู้สูงอายุคิดว่าค่าทำฟันปลอมของผู้สูงอายุมีราคาสูง
- X_{20} = ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันปลอมหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ
- X_{21} = ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ
- X_{22} = ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติก่อนนอนทุกคืน
- X_{23} = ผู้สูงอายุถอดฟันปลอมออกแช่น้ำทุกคืน
- X_{24} = การเดินทางไปรับบริการ
- X_{25} = เขตที่อยู่
- X_{26} = สถานที่พบทันตแพทย์
- X_{27} = สถานที่ทำฟันปลอม
- X_{28} = สถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม
- X_{29} = สถานที่รับประทานอาหาร
- X_{30} = ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอม
- X_{31} = ผู้สูงอายุมีทันตแพทย์ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและฟันปลอม
- X_{32} = ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันปลอม
- X_{33} = ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์ในช่วง 1ปี
- X_{34} = การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ

X_{35} = ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการมีฟันปลอม

X_{36} = ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการใช้ฟันปลอม

X_{37} = บุคคลร่วมรับประทานอาหาร

X_{38} = ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเจ็บ-ปวดเหงือกเวลาใช้ฟันปลอมบดเคี้ยว

X_{39} = ผู้สูงอายุรู้สึกท้องอืด ท้องเฟ้อหลังรับประทานอาหาร

X_{40} = ผู้สูงอายุรับประทานอาหารผักได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอม

X_{41} = ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเนื้อ/ปลาได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยสำรวจผู้สูงอายุตามแบบ สัมภาษณ์เพื่อจำแนกตัวแปรและหาสมการทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 2 ตอนตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลของตัวอย่างที่ศึกษา

ผู้สูงอายุทั้ง 417 คนและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 232 คนจำแนกตามตัวแปรต่างๆ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์และการทดสอบสมมติฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ การทดสอบสมมติฐานและสมการถดถอยพหุคูณของผู้มีฟันปลอม 101 คน

ตอนที่ 1 ข้อมูลของตัวอย่างที่ศึกษา

นำเสนอการศึกษาข้อมูลของตัวอย่างโดยจำแนกตามปัจจัยที่ตั้งสมมติฐานว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุคือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุน

4.1 ปัจจัยนำ

ปัจจัยนำที่ศึกษาทั้งสิ้น 13 ตัวแปรย่อย คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีฟันปลอมพอดีกับช่องปาก ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีกลิ่นเหม็นเมื่อใช้ฟันปลอม ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีรสชาติอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทาน เวลาใส่ฟันปลอม ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการจัดหาฟันปลอมใหม่เมื่อฟันปลอมเก่าไม่เหมาะสม โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพช่องปาก และความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังตารางที่ 4.1และ4.10

ตารางที่ 4.1 การกระจายจำนวนและร้อยละของตัวแปรปัจจัยนำจำแนกตามการใช้ฟันปลอม

ปัจจัยนำ		การใช้ฟันปลอม				รวม	
		ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน		
ลักษณะประชากร							
กลุ่มอายุ	60 – 64ปี	n	105	1	0	30	136
		%total	25.2	0.2	0.0	7.2	32.6
	65 – 69ปี	n	82	5	0	32	119
		%total	19.7	1.2	0.0	7.7	28.5
	70 – 74ปี	n	129	3	2	28	162
		%total	30.9	0.7	0.5	6.7	38.8
รวม		n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

อายุเฉลี่ยของผู้มีฟันปลอม=67.21ปี (SD= 4.54, max.=74 ,min.= 60)

อายุเฉลี่ยของผู้ไม่มีฟันปลอม=67.55 ปี (SD= 4.87, max.=74 ,min.= 60)

อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งหมด= 67.47ปี (SD= 4.79, max.=74 ,min.= 60)

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยนำ			การใช้ฟันปลอม				รวม	
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน		
เพศ	ชาย	n	82	3	0	16	101	
		%total	19.7	0.7	0.0	3.8	24.2	
	หญิง	n	234	6	2	74	316	
		%total	56.1	1.4	0.5	17.8	75.8	
	รวม	n	316	9	2	82	417	
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0	
	สถานภาพสมรส	คู่	n	195	7	1	65	268
			%total	46.8	1.7	0.2	15.6	64.3
อื่นๆ (โสด,ม้าย/หย่า)		n	121	2	1	25	149	
		%total	29.0	0.5	0.2	6.0	35.7	
รวม		n	316	9	2	90	417	
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยนำ			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ศาสนา	พุทธ	n	292	9	2	88	391
		%total	70.0	2.2	0.5	21.1	93.8
	อิสลาม	n	23	0	0	2	25
		%total	5.5	0.0	0.0	0.5	6.0
	คริสต์	n	1	0	0	0	1
		%total	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2
	รวม	n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยนำ		การใช้ฟันปลอม				รวม
		ไม่มี	มีแต่ไม่ใช้	2มือ	ตลอดวัน	
การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ						
ไม่ได้รับ	n	65	0	1	14	80
	%total	15.6	0.0	0.2	3.4	19.2
ได้รับ 1 รายการ	n	175	3	1	51	230
	%total	42.0	0.7	0.2	12.2	55.2
ได้รับ 2 รายการ	n	63	3	0	17	83
	%total	15.1	0.7	0.0	4.1	19.9
ได้รับ 3 รายการ	n	12	3	0	6	21
	%total	2.9	0.7	0.0	1.4	5.0
ได้รับ 5 รายการ	n	1	0	0	2	3
	%total	0.2	0.0	0.0	0.5	0.7
รวม	n	316	9	2	90	417
	%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

หมายเหตุ การรับรู้ข่าวสาร 1 รายการพบว่าผ่านทางสื่อโทรทัศน์ร้อยละ 24.7 รองลงมาเพื่อนบ้านทำให้ฟังร้อยละ 11.5 และทางหอกระจายข่าวร้อยละ 4.6

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยนำ		การใช้ฟันปลอม				รวม	
		ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน		
สุขภาพร่างกายและช่องปาก							
โรคประจำตัว	ไม่มี	n	141	3	1	33	178
		%total	33.8	0.7	0.2	7.9	42.7
	มี	n	175	6	1	57	239
		%total	42.0	1.4	0.2	13.7	57.3
รวม		n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0
ปัญหาสุขภาพ	ไม่มี	n	167	7	2	59	235
		%total	40.0	1.7	0.5	14.1	56.4
ช่องปาก	มี	n	149	2	0	31	182
		%total	35.7	0.5	0.0	7.4	43.6
รวม		n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

หมายเหตุ โรคประจำตัวพบ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 28.9 รองลงมาพบอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและปวดกระดูกร้อยละ 13.7 และเบาหวานร้อยละ 4.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัจจัยนำ		การใช้ฟันปลอม				รวม
		ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ						
ไม่ต้องการ	n	176	3	1	47	227
	%total	42.2	0.7	0.2	11.3	54.4
ต้องการ	n	140	6	1	43	190
	%total	33.6	1.4	0.2	10.3	45.6
รวม	n	316	9	2	90	417
	%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

จากตารางที่ 4.1 พบว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาทั้งสิ้นจำนวน 417 คน เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 75.8 เพศชายร้อยละ 24.2 โดยเป็นผู้มีฟันปลอมทั้งหมด 101คน ร้อยละ 24.2 มีเพศชายที่มี ฟันปลอมเพียงร้อยละ 4.6 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีฟันปลอมร้อยละ 19.7 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา โดยมีผู้ใช้ฟันปลอมตลอดวันร้อยละ 17.7

ผู้สูงอายุมีสัดส่วนอายุสูงสุดระหว่าง 70-74 ปี ร้อยละ 38.8 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 60-64ปี ร้อยละ 32.6 และ 65-69ปี ร้อยละ 28.5 แต่ผู้สูงอายุที่ใช้ฟันปลอมตลอดวัน สัดส่วนมากที่สุด คือกลุ่มอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 7.7 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา โดยมีอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งหมด เท่ากับ 67.47 ปี ผู้มีฟันปลอมอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.21 ปีและผู้ไม่มีฟันปลอมอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.55 ปี

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.3 โดยในกลุ่มนี้ใช้ฟันปลอม ตลอดวันเพียงร้อยละ 15.6 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา ในขณะที่ผู้มีสถานภาพสมรสอื่นๆ ใช้ ฟันปลอม ตลอดวันร้อยละ 6.0 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดร้อยละ 93.8 นับถือศาสนาพุทธ เป็นผู้ที่มีฟันปลอมร้อยละ 23.8 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา โดยใช้ฟันปลอมตลอดวัน ร้อยละ 21.1 รองลงมานับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 6.0 และใช้ฟันปลอมตลอดวันร้อยละ 0.5 และเป็นผู้นับถือศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.2 ของผู้สูงอายุที่ ศึกษา

การรับข่าวสารของผู้สูงอายุผ่านช่องทางต่างๆ เช่น รายการวิทยุ รายการโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร หอกระจายข่าว เพื่อนบ้านเล่าให้ฟัง พบว่าผู้สูงอายุรับข่าวสารทางสื่อต่างๆ 1 รายการในสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 55.2 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา มีผู้ไม่ได้รับข่าวสารร้อยละ 19.2 ผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมและใช้ตลอดวันได้รับข่าวสาร 1 รายการในสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 12.2 รองลงมาได้รับ 2 รายการร้อยละ 4.1 และไม่ได้รับข่าวสารร้อยละ 3.4 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 57.3 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 42.7 กลุ่มผู้มีโรคประจำตัวเป็นผู้ใช้ฟันปลอมตลอดวัน ร้อยละ 13.7 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา โรคประจำตัวที่ พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 28.9 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 56.4 เป็นผู้มีปัญหา สุขภาพช่องปากร้อยละ 43.6 ในกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพช่องปากพบเป็นผู้ใช้ฟันปลอมตลอดวัน ร้อยละ 7.4 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

และผู้สูงอายุไม่ต้องการฟันปลอมร้อยละ 54.4 ต้องการฟันปลอมร้อยละ 45.6 โดย กลุ่มที่ต้องการฟันปลอมนี้เป็นผู้ที่ใช้ฟันปลอมอยู่แล้วร้อยละ 12.0 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ตารางที่ 4.2 การกระจายความถี่และร้อยละของสาเหตุความต้องการฟันปลอมชนิดใหม่
ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ		สาเหตุความต้องการฟันปลอมชนิดใหม่			
		บดเคี้ยว อย่างเดียว	สวยงาม อย่างเดียว	หลายสาเหตุ	รวม
ผู้ไม่เคยมีฟันปลอม	N	106	6	28	140
	%total	55.8	3.2	14.7	73.7
ผู้มีฟันปลอมแล้ว	N	31	3	16	50
	%total	16.3	1.6	8.4	26.3
รวม	N	137	9	44	190
	%total	72.1	4.8	23.1	100.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผู้ต้องการฟันปลอมใหม่ 190 คน มีสาเหตุของความต้อการ
สัดส่วนสูงสุดคือเพื่อการบดเคี้ยว 137 คน ร้อยละ 72.1 รองลงมาต้อการเพราะหลายสาเหตุทั้งเพื่
การบดเคี้ยว ความสวยงาม ความมั่นใจและการออกเสียง 44 คนร้อยละ 23.1 และเพื่อความสวยงาม
อย่างเดียว 9 คน ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ

ส่วนรายละเอียดการตรวจสุขภาพช่องปากมีดังนี้

ตารางที่ 4.3 ผลการตรวจนับจำนวนฟันในช่องปากของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีและไม่มี ฟันปลอม

จำนวนฟันธรรมชาติในช่องปาก			การมีฟันปลอม		รวม
จำนวนฟัน	ไม่มีฟัน	n	ไม่มี	มี	
					%total
	1-9ซี่	n	67	21	88
		%total	16.1	5.0	21.1
	10-19ซี่	n	58	20	78
		%total	13.9	4.8	18.7
	20ซี่ขึ้นไป	n	113	7	120
		%total	27.1	1.7	28.8
	รวม	n	316	101	417
		%total	75.8	24.2	100.0

ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันของผู้สูงอายุทั้งหมด 11.3ซี่ (SD=11.1 max=32 min=0)

ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันของผู้สูงอายุที่มีฟันปลอม 5.4ซี่ (SD=7.5max=30 min=0)

ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันของผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันปลอม 13.2ซี่ (SD=11.4 max=32 min=0)

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีฟันในช่องปากมีสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 31.4 รองลงมาพบว่ามีฟัน 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 28.8 และ 10-19 ซี่ ร้อยละ 18.7 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันในช่องปาก 11.3 ซี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.1 ซี่

ตารางที่ 4.4 ผลการตรวจประเภทของฟันปลอมในช่องปากของผู้สูงอายุจำแนกตามชาครรไกร

ประเภทฟันปลอม		ชาครรไกร	
		บน	ล่าง
ฐานพลาสติกบางส่วนถอดได้	n	33	12
	%column	34.3	19.4
ฐานโลหะบางส่วนถอดได้	n	0	2
	% column	0.0	3.2
ฐานพลาสติกทั้งปากถอดได้	n	57	48
	% column	59.4	77.4
ติดแน่น	n	6	0
	% column	6.3	0.0
รวม	n	96	62
	% column	100.0	100.0

จากตารางที่ 4.4 ผลการตรวจการใส่ฟันปลอมในชาครรไกรบนพบว่าผู้สูงอายุมีฟันปลอมฐานพลาสติกทั้งปากถอดได้สัดส่วนสูงสุดร้อยละ 59.4 รองลงมาเป็นฟันปลอมฐานพลาสติกบางส่วนถอดได้ ร้อยละ 34.3 และฟันปลอมติดแน่นร้อยละ 6.3 ส่วนในชาครรไกรล่างผู้สูงอายุมีฟันปลอมฐานพลาสติกทั้งปากถอดได้สัดส่วนสูงสุดร้อยละ 77.4 รองลงมาเป็นฟันปลอมฐานพลาสติกบางส่วนถอดได้ ร้อยละ 19.4 และฐานโลหะบางส่วนถอดได้ ร้อยละ 3.2

ตารางที่ 4.5 ความจำเป็นที่ต้องมีฟันปลอมบนในช่องปากของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีและไม่มีฟันปลอมโดยการตรวจของทันตแพทย์

ความจำเป็นที่ต้องมีฟันปลอม			การมีฟันปลอม		รวม
			ไม่มี	มี	
ซากรรไกรบน	ฐานพลาสติกบางส่วน	n	149	22	171
	ถอดได้	%total	35.7	5.3	41.0
	ฐานโลหะบางส่วน	n	7	1	8
	ถอดได้	%total	1.7	0.2	1.9
	ฐานพลาสติก	n	116	26	142
	ทั้งปากถอดได้	%total	27.8	6.2	34.1
	ติดแน่น	n	0	0	0
		%total	0.0	0.0	0.0
	ไม่ต้องการ	n	44	52	96
		%total	10.6	12.5	23.0
	รวม	n	316	101	417
		%total	75.8	24.2	100.0

จากตารางที่ 4.5 พบว่าจากการตรวจของทันตแพทย์ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีฟันปลอมประเภทฐานพลาสติกบางส่วนถอดได้ ร้อยละ 41.0 รองลงมาเป็นฐานพลาสติกทั้งปากถอดได้ ร้อยละ 34.1 โดยผู้ที่ไม่มีฟันปลอมแต่จำเป็นต้องมีฟันปลอมประเภทฐานพลาสติกบางส่วนถอดได้ ร้อยละ 35.7 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ตารางที่ 4.6 ความจำเป็นที่ต้องมีฟันปลอมล่างในช่องปากของผู้สูงอายุจำแนกตามการมีและไม่มีฟันปลอมโดยการตรวจของทันตแพทย์

ความจำเป็นที่ต้องมีฟันปลอม			การมีฟันปลอม		รวม
			ไม่มี	มี	
ขากรรไกรล่าง	ฐานพลาสติก	n	145	31	176
	บางส่วนถอดได้	%total	34.8	7.4	42.2
	ฐานโลหะ	n	6	2	8
	บางส่วนถอดได้	%total	1.4	0.5	1.9
	ฐานพลาสติก	n	109	25	134
	ทั้งปากถอดได้	%total	26.1	6.0	32.1
	ติดแน่น	n	1	0	1
		%total	0.2	0.0	0.2
	ไม่ต้องการ	n	55	43	98
		%total	13.2	10.3	23.5
	รวม	n	316	101	417
		%total	75.8	24.2	100.0

จากตารางที่ 4.6 พบว่าจากการตรวจของทันตแพทย์ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีฟันปลอมล่างประเภทฐานพลาสติกบางส่วนถอดได้ ร้อยละ 42.2 รองลงมาเป็นฐานพลาสติกทั้งปากถอดได้ ร้อยละ 32.1 โดยผู้ที่ไม่มีฟันปลอมแต่จำเป็นต้องมีฟันปลอมประเภทฐานพลาสติกบางส่วนถอดได้ ร้อยละ 34.8 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา และต้องการฐานพลาสติกทั้งปากถอดได้ ร้อยละ 26.1 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

เมื่อวิเคราะห์ความจำเป็นที่ต้องมีฟันปลอม (หรือมีฟันปลอมใหม่) ทั้งในขากรรไกรบน และ/หรือ ขากรรไกรล่างตามการตรวจของทันตแพทย์ ทั้งกรณีมีฟันปลอมเก่าอยู่แล้วแต่สภาพไม่ดี และกรณียังไม่เคยมีฟันปลอม พบว่ามีรายละเอียดดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความจำเป็นของการมีฟันปลอมของผู้สูงอายุในขากรรไกรบน และ/หรือ ล่างจากการตรวจช่องปากโดยทันตแพทย์ จำแนกตามการมีและไม่มีฟันปลอม (n=417)

ความจำเป็นมีฟันปลอมในขากรรไกร บน และ/ หรือ ล่างจากการตรวจ	ผู้สูงอายุ		รวม
	ไม่มีฟันปลอม	มีฟันปลอม	
ไม่จำเป็นต้องมีฟันปลอม (หรือไม่ต้องทำใหม่)	7.0	8.6	15.6
จำเป็นต้องมีฟันปลอม(หรือต้องทำใหม่)	68.8	15.6	84.4
รวม	75.8	24.2	100.0

$$\chi^2 = 40.745 \text{ sig.} = 0.000$$

พบว่าผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องมีฟันปลอม หรือทำฟันปลอมใหม่ร้อยละ 84.4 โดยเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันปลอมสูงถึงร้อยละ 68.8

เมื่อเปรียบเทียบผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในแง่ความต้องการฟันปลอม กับผลการตรวจความจำเป็นต้องมีฟันปลอมของผู้สูงอายุโดยทันตแพทย์พบรายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความต้องการฟันปลอมจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและการตรวจความจำเป็นต้องมีฟันปลอมโดยทันตแพทย์ (n=417)

ความต้องการมีฟันปลอม	จากการตรวจช่องปากโดยทันตแพทย์		รวม
	ไม่จำเป็นต้องมี	จำเป็นต้องมี	
ความรู้สึกของผู้สูงอายุ	ไม่ต้องการ	42.0	54.4
	ต้องการ	42.4	
รวม	15.6	84.4	100.0

$$\chi^2 = 20.288 \text{ sig.} = 0.000$$

จากตารางที่ 4.8 พบว่าผู้สูงอายุไม่ต้องการฟันปลอมร้อยละ 54.4 และต้องการฟันปลอมร้อยละ 45.6 ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องมีฟันปลอมจากการตรวจของทันตแพทย์สูงถึงร้อยละ 84.4 โดยเป็นผู้ที่มีความจำเป็นต้องมีฟันปลอมแต่ไม่รู้สึกรู้สึกต้องการร้อยละ 42.0 โดยมีค่าไค-สแควร์เท่ากับ 20.288 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.9 ผลการตรวจจำนวนฟันคู่สบ(เฉพาะฟันหลังทั้งซ้าย-ขวา)ในช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามการมีและไม่มีฟันปลอม

จำนวนฟันคู่สบหลังทั้งฟันปลอมและฟันธรรมชาติ			การมีฟันปลอม		รวม
			ไม่มี	มี	
จำนวน ฟันคู่สบหลัง	น้อยกว่า 4 คู่	n	198	39	237
		%total	47.5	9.4	56.8
	4 คู่ขึ้นไป	n	118	62	180
		%total	28.3	14.9	43.2
	รวม	n	316	101	417
		%total	75.8	24.2	100.0

หมายเหตุ จำนวนคู่สบฟันหลังด้านขวามากสุด 5 คู่ น้อยสุด 0 คู่ ค่าเฉลี่ย 1.82 คู่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.87 คู่
จำนวนคู่สบฟันหลังด้านซ้ายมากสุด 5 คู่ น้อยสุด 0 คู่ ค่าเฉลี่ย 1.74 คู่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.87 คู่
จำนวนคู่สบฟันหลังรวม มากสุด 10 คู่ น้อยสุด 0 คู่ ค่าเฉลี่ย 3.56 คู่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.65 คู่

จากตารางที่ 4.9 พบว่าผู้สูงอายุที่มีฟันคู่สบในฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ สัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 56.8 และมีคู่สบ 4 คู่ขึ้นไป ร้อยละ 43.2

ตารางที่ 4.10 ผลการตรวจสภาพฟันปลอมของผู้สูงอายุ

สภาพฟันปลอม		จำนวนและร้อยละ	
สภาพฟันปลอม	ไม่ดี	n	65
		%column	64.4
	ดี	n	36
		%column	35.6
รวม		n	101
		%column	100.0

หมายเหตุ สภาพดี คือ ไม่ปิ่น, ไม่แตก, ไม่หัก, ไม่หลวม, ไม่สกปรก จากการสังเกต, ตรวจ โดยทันตแพทย์

จากตารางที่ 4.10 พบว่าสภาพฟันปลอมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพไม่ดี ร้อยละ 64.4 และมีสภาพดี ร้อยละ 35.6

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในเรื่องการมีและใช้ฟันปลอม ได้สัมภาษณ์ถึงประวัติการใช้ฟันปลอม โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ประวัติการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

ประวัติการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ		จำนวนและร้อยละ	
		จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชุดฟันปลอม ที่เคยใช้	1-5ชุด	99	98.0
	6-10ชุด	2	2.0
	รวม	101	100.0
จำนวนปีที่เคยใช้	ต่ำกว่า5ปี	37	36.6
	5-9ปี	21	20.8
	10-14ปี	21	20.8
	15ปีขึ้นไป	22	21.8
	รวม	101	100.0
จำนวนมือที่ใช้ฟันปลอม	2มือ	2	2.0
	ตลอดวัน	90	88.2
	มีแต่ไม่ใช้	9	8.8
	รวม	101	100.0

หมายเหตุ

ค่าเฉลี่ยจำนวนชุดฟันปลอมเท่ากับ 1.51ชุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ1.35 ชุด มากสุด10ชุด น้อยสุด 1ชุด
ค่าเฉลี่ยจำนวนปีที่ใช้ฟันปลอมเท่ากับ 9.07 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.98 ปี มากสุด40ปี น้อยสุด 1ปี

จากตารางที่ 4.11 พบว่าผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมส่วนใหญ่เคยมีฟันปลอม 1-5ชุด ร้อยละ 98.0 ค่าเฉลี่ยจำนวนชุดฟันปลอมที่เคยใช้เท่ากับ 1.51ชุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.35 ชุด โดยใช้มานานต่ำกว่า 5 ปีในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 36.6 รองลงมาคือกลุ่มที่ใช้ นานกว่า15 ปีขึ้นไปร้อยละ21.8 ค่าเฉลี่ยจำนวนปีที่เคยใช้ฟันปลอมเท่ากับ 9.07 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.98 ปี และผู้สูงอายุใช้ฟันปลอมในการบดเคี้ยวอาหารตลอดวันเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ88.2

ตารางที่ 4.12 การกระจายค่าสถิติ จำนวนและร้อยละของปัจจัยนำจำแนกตามการใช้ฟันปลอม

ปัจจัยนำ			การใช้ฟันปลอมของผู้มีฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ทัศนคติของผู้สูงอายุ						
ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นปลอมพอดี	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
กับช่องปาก	น้อยที่สุด	n	2	0	2	4
		%total	2.0	0.0	2.0	4.0
	น้อย	n	1	0	14	15
		%total	1.0	0.0	13.9	14.9
	ปานกลาง	n	3	0	23	26
		%total	3.0	0.0	22.8	25.7
	มาก	n	2	1	35	38
		%total	2.0	1.0	34.7	37.6
	มากที่สุด	n	0	1	14	15
		%total	0.0	1.0	13.9	14.9
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	2.3+1.4	4.5+0.7	3.4+1.1	3.4+1.2

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัจจัยนำ			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช้	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุรู้สึกว่า กัดเคี้ยวอาหาร ได้เมื่อใช้	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
	น้อยที่สุด	%total	1.0	0.0	2.0	3.0
ฟันปลอม	น้อย	n	2	0	6	8
	ปานกลาง	%total	2.0	0.0	5.9	7.9
	มาก	n	1	0	10	14
	มากที่สุด	%total	1.0	0.0	9.9	13.9
รวม		n	3	0	21	22
		%total	3.0	0.0	20.8	21.8
		n	2	2	40	43
		%total	2.0	2.0	39.6	42.6
		n	0	0	11	11
		%total	0.0	0.0	10.9	10.9
		n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	1.9+1.2	4.0+0.0	3.4+1.2	3.3+1.2

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัจจัยนำ			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุรู้สึกว่ รับประทาน	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
อาหารทุกอย่าง ที่ยาก	น้อยที่สุด	n	3	1	2	6
		%total	3.0	1.0	2.0	5.9
รับประทาน เวลาใส่	น้อย	n	3	0	5	8
		%total	3.0	0.0	5.0	7.9
ฟันปลอม	ปานกลาง	n	1	0	30	31
		%total	1.0	0.0	29.7	30.7
	มาก	n	1	1	40	42
		%total	1.0	1.0	39.6	41.6
	มากที่สุด	n	0	0	11	11
		%total	0.0	0.0	10.9	10.9
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
X + SD		1.8+1.2	2.5+2.1	3.5+1.0	3.4+1.2	

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัจจัยนำ			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ความตระหนักของผู้สูงอายุกับฟันปลอม						
ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ฟันปลอมมี สำคัญ	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
และมีประโยชน์	น้อยที่สุด	n	1	0	0	1
		%total	1.0	0.0	0.0	1.0
	น้อย	n	2	0	2	4
		%total	2.0	0.0	2.0	4.0
	ปานกลาง	n	1	0	8	9
		%total	1.0	0.0	7.9	8.9
	มาก	n	3	1	57	61
		%total	3.0	1.0	56.4	60.4
	มากที่สุด	n	1	1	21	23
		%total	1.0	1.0	20.8	22.8
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	2.8+1.6	4.5+0.7	4.0+0.9	3.9+1.0

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัจจัยนำ			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุรู้สึกว่ ควรวัดหา	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
ฟันปลอมใหม่	น้อยที่สุด	n	1	0	3	4
		%total	1.0	0.0	3.0	4.0
อันเก่าไม่ เหมาะสม	น้อย	n	2	0	8	10
		%total	2.0	0.0	7.9	9.9
	ปานกลาง	n	1	0	17	18
		%total	1.0	0.0	16.8	17.8
	มาก	n	4	1	38	43
		%total	4.0	1.0	37.6	42.6
	มากที่สุด	n	0	1	22	23
		%total	0.0	1.0	21.8	22.8
รวม		n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	2.7+1.5	4.5+0.7	3.7+1.2	3.6+1.2

จากตารางที่ 4.12 พบว่าทัศนคติของผู้สูงอายุต่อการใช้ฟันปลอมในแง่ของความรู้สึกว่าฟันปลอมพอดีกับช่องปากมีส่วนของระดับเห็นด้วยมากที่สุดร้อยละ 37.6 รองลงมาเห็นด้วยระดับปานกลางร้อยละ 25.7 กรณีผู้สูงอายุรู้สึกว่าการกัดเคี้ยวอาหารได้เมื่อใช้ฟันปลอมพบว่าเห็นด้วยระดับมากที่สุดร้อยละ 42.6 รองลงมาเห็นด้วยระดับปานกลางร้อยละ 21.8 และผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอมเห็นด้วยระดับมากที่สุด ร้อยละ 41.6 รองลงมาเห็นด้วยระดับปานกลาง ร้อยละ 30.7

ด้านความตระหนักของผู้สูงอายุกับฟันปลอมพบว่าในกลุ่มผู้มีฟันปลอมทั้งหมดมีผู้เห็นด้วยว่าฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์ในระดับมากที่สุดร้อยละ 60.4 รองลงมาเห็นด้วยระดับมากที่สุด ร้อยละ 22.8 และพบว่ามีผู้เห็นด้วยว่าควรทำฟันปลอมใหม่เมื่อรู้สึกว่าการปลอมเก่าไม่เหมาะสมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาเห็นด้วยระดับมากที่สุด ร้อยละ 22.8

4.2 ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อที่ศึกษาทั้งสิ้น 17 ตัวแปรย่อย คือ ค่าครองชีพของผู้สูงอายุ ค่ารักษาพยาบาล ราคาทำฟันปลอม ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ การเบิกค่าทำฟันปลอม ผู้สูงอายุคิดว่าค่าทำฟันปลอมของผู้สูงอายุมีราคาสูง ผู้ดูแลสะดวกในการพาผู้สูงอายุไปรับบริการ ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันปลอมหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากก่อนนอนทุกคืน ผู้สูงอายุถอดฟันปลอมออกแช่น้ำทุกคืน การเดินทางไปรับบริการ เขตที่อยู่ สถานที่พบทันตแพทย์ สถานที่ทำฟันปลอม สถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม และสถานที่รับประทานอาหาร ดังรายละเอียดตารางที่ 4.13-4.14

ตารางที่ 4.13 การกระจายจำนวนและร้อยละของตัวแปรปัจจัยเอื้อจำแนกตามการใช้ฟันปลอม

ปัจจัยเอื้อ		การใช้ฟันปลอม				รวม	
		ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน		
ความสามารถในการจับจ่ายฟันปลอม							
ค่าครองชีพของ ผู้สูงอายุ	ไม่เพียงพอ	n	94	3	0	21	118
		%total	22.5	0.7	0.0	5.0	28.3
	ไม่แน่นอน	n	85	1	0	19	105
		%total	20.4	0.2	0.0	4.6	25.2
	เพียงพอ	n	137	5	2	50	194
		%total	32.9	1.2	0.5	12.0	46.5
รวม		n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยอื่น			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
คำรักษา	ไม่เพียงพอ	n	44	1	0	5	50
		%total	10.6	0.2	0.0	1.2	12.0
พยาบาล	ไม่แน่นอน	n	58	0	0	11	69
		%total	13.9	0.0	0.0	2.6	16.5
	เพียงพอ	n	214	8	2	74	298
		%total	51.3	1.9	0.5	17.7	71.5
รวม		n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยอื่น		การใช้ฟืนปลอม			รวม	
		มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน		
ราคาค่าทำ	น้อยกว่า1000บ.	n	0	1	19	20
ฟืนปลอม		%total	0.0	1.0	18.8	19.8
	1001-5000บ.	n	9	1	53	63
		%total	8.9	1.0	52.5	62.4
	5001-10000บ.	n	0	0	16	16
		%total	0.0	0.0	15.8	15.8
	มากกว่า10001บ.	n	0	0	2	2
		%total	0.0	0.0	2.0	2.0
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0

หมายเหตุ ค่าเฉลี่ยราคาฟืนปลอมเท่ากับ 833.33 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1,919.61 บาท ราคาสูงสุด 14,000 บาท ราคาต่ำสุด 0 บาท (ฟรี)

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยอื่น			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ความสามารถ ในการจ่ายค่าทำ ฟันปลอมใหม่	ไม่ได้	n	102	4	0	17	123
		%total	24.5	1.0	0.0	4.1	29.5
	ไม่แน่ใจ	n	147	2	0	26	175
		%total	35.3	0.5	0.0	6.2	42.0
	ได้	n	67	3	2	47	119
		%total	16.1	0.7	0.5	11.3	28.5
รวม	n	316	9	2	90	417	
	%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0	

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยอื่น		การใช้ฟันปลอม			รวม	
		มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน		
การเบิกค่าทำ ฟันปลอม	ไม่ได้	n	9	2	87	98
		%total	8.9	2.0	86.1	97.0
	ได้	n	0	0	3	3
		%total	0.0	0.0	3.0	3.0
รวม		n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยอื่น			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ทักษะของผู้สูงอายุและครอบครัว							
ในการดูแลทันตสุขภาพ							
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ไม่สะดวก	n	27	0	0	4	31
	สะดวก	%total	11.6	0.0	0.0	1.7	13.4
ในการพา	สะดวก	n	151	3	2	45	201
	ผู้สูงอายุ	%total	65.1	1.3	0.9	19.4	86.6
ไปรับบริการ	รวม	n	178	3	2	49	232
		%total	76.7	1.3	0.9	21.1	100.0

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุ	ไม่ใช่	n	3	0	19	22
ทำความเข้าใจ		%total	3.0	0.0	19.2	22.2
ฟันปลอมหลัง	ใช่	n	4	2	71	77
รับประทาน		%total	4.0	2.0	71.7	77.8
อาหาร	รวม	n	7	2	90	99
		%total	7.1	2.0	90.9	100.0
ผู้สูงอายุ	ไม่ใช่	n	5	1	27	33
ทำความเข้าใจ		%total	5.1	1.0	27.3	33.3
ฟันธรรมชาติ	ใช่	n	2	1	63	66
และช่องปาก		%total	2.0	1.0	63.6	66.7
หลัง	รวม	n	7	2	90	99
รับประทาน		%total	7.1	2.0	90.9	100.0
อาหาร						

หมายเหตุ ผู้มีฟันปลอมไม่ตอบ 2 คน

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุ	ไม่ใช่	n	3	1	20	24
ทำความเข้าใจ		%total	3.0	1.0	20.2	24.2
ฟันธรรมชาติ	ใช่	n	4	1	70	75
และช่องปาก		%total	4.0	1.0	70.7	75.8
ก่อนนอน	รวม	n	7	2	9	99
		%total	7.1	2.0	90.9	100.0
ผู้สูงอายุ	ไม่ใช่	n	4	2	39	45
ถอดฟันปลอม		%total	4.0	2.0	39.4	45.5
ออกแช่น้ำ	ใช่	n	3	0	51	54
ก่อนนอน		%total	3.0	0.0	51.5	54.5
	รวม	n	7	2	90	99
		%total	7.1	2.0	90.9	100.0

หมายเหตุ ผู้มีฟันปลอมไม่ตอบ 2 คน

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยอื่น			การใช้ในปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
การเดินทางไปรับบริการและเขตที่อยู่							
การเดินทางไป รับบริการของ ผู้สูงอายุที่เค ไปพบ ทันตแพทย์	ไม่มีปัญหา	n	76	1	0	24	101
		%total	62.8	0.8	0.0	19.9	83.5
เขตที่อยู่	มีปัญหา	n	18	0	0	2	20
		%total	14.9	0.0	0.0	1.6	16.5
	รวม	n	94	1	0	26	121
		%total	77.7	0.8	0.0	21.5	100.0
	เขตเทศบาล	n	83	3	1	43	130
		%total	19.9	0.7	0.2	10.3	31.2
	นอกเขต เทศบาล	n	233	6	1	47	287
		%total	55.9	1.4	0.2	11.3	68.8
	รวม	n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

หมายเหตุ ผู้มีปัญหาในการเดินทางไปรับบริการพบว่าปัญหาคือ ระยะทางไกลร้อยละ 2.2 รองลงมาคือ ไม่มีผู้พาไป ร้อยละ 1.2 และ เดินทางลำบาก ร้อยละ 0.7

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยอื่น		การใช้ฟันปลอม				รวม	
		ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน		
สถานที่ที่เกี่ยวข้อง							
สถานที่พบ ทันตบุคลากร	ไม่พบ	n	220	8	2	64	294
		%total	52.8	1.9	0.5	15.3	70.5
หน่วยเคลื่อนที่		n	3	0	0	0	3
		%total	0.7	0.0	0.0	0.0	0.7
สถานีอนามัย		n	3	0	0	1	4
		%total	0.7	0.0	0.0	0.2	0.9
โรงพยาบาล เอกชน		n	13	0	0	11	24
		%total	3.1	0.0	0.0	2.6	5.8
โรงพยาบาลรัฐ		n	77	1	0	14	99
		%total	18.5	0.2	0.0	3.4	22.1
รวม		n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยอื่น		การใช้ฟันปลอม			รวม	
		มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน		
สถานที่ทำ ฟันปลอม	รัฐ	n	1	1	8	10
		%total	1.0	1.0	7.9	9.9
	เอกชน	n	5	0	74	79
		%total	5.0	0.0	73.3	78.2
	หมอบ้าน	n	3	1	8	12
		%total	3.0	1.0	7.9	11.9
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
มีสถานที่ ทำความสะอาด	ไม่มี	n	5	0	20	25
		%total	5.1	0.0	20.2	25.3
	มี	n	2	2	70	74
		%total	2.0	2.0	70.7	74.7
	รวม	n	7	2	90	99
		%total	7.1	2.0	90.9	100.0
หมายเหตุ ผู้มีฟันปลอมไม่ตอบ 2 คน						

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ปัจจัยเอื้อ			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
สถานที่รับ	ร้านอาหาร/วัด	n	3	0	0	0	3
ประทานอาหาร		%total	0.7	0.0	0.0	0.0	0.7
เป็นประจำ	บ้าน	n	313	9	2	90	414
		%total	75.1	2.2	0.5	21.6	99.3
	รวม	n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

ตารางที่ 4.14 การกระจายค่าสถิติ จำนวนและร้อยละของปัจจัยเอื้อจำแนกตามการใช้ฟันปลอม

ปัจจัยเอื้อ			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ความสามารถในการจับจ่ายฟันปลอม						
ผู้สูงอายุคิดว่าค่า ทำฟันปลอม	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
ของผู้สูงอายุมี ราคาสูง	น้อยที่สุด	n	0	0	2	2
		%total	0.0	0.0	2.0	2.0
	น้อย	n	1	1	5	7
		%total	1.0	1.0	5.0	6.9
	ปานกลาง	n	4	1	39	44
		%total	4.0	1.0	38.6	43.6
	มาก	n	3	0	32	35
		%total	3.0	0.0	31.7	34.7
	มากที่สุด	n	0	0	10	10
		%total	0.0	0.0	9.9	9.9
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	2.9+1.3	2.5+0.7	3.4+1.0	3.4+1.0

จากตารางที่ 4.13 พบว่าผู้สูงอายุมีค่าครองชีพเพียงพอในสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 46.5 รองลงมาคือค่าครองชีพไม่เพียงพอร้อยละ 28.3 และค่าครองชีพไม่แน่นอนร้อยละ 25.2 โดยในกลุ่มผู้ใช้ฟันปลอมตลอดวันมีค่าครองชีพเพียงพอร้อยละ 12.0 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ด้านค่ารักษาพยาบาลพบว่ามีความเพียงพอสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 71.5 รองลงมาไม่แน่นอน ร้อยละ 16.5 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 12.0 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ราคาฟันปลอมส่วนใหญ่มีราคาประมาณ 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 62.4 รองลงมามีราคาต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 19.8 และราคา 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 15.8 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ผู้สูงอายุไม่แน่ใจว่าจะสามารถจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ได้มีสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 42.0 รองลงมาคือกลุ่มที่ไม่สามารถจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ได้ ร้อยละ 29.5 และผู้จ่ายได้มีเพียงร้อยละ 28.5 โดยผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมแล้วหากต้องทำฟันปลอมใหม่จะมีผู้ที่สามารถจ่ายค่าทำฟันปลอมได้ ร้อยละ 43.7 ของผู้ที่จ่ายได้และคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา ส่วนในกลุ่มผู้ไม่มีฟันปลอมพบว่าไม่แน่ใจว่าจะสามารถจ่ายค่าทำฟันปลอมได้มีสัดส่วน สูงสุด ร้อยละ 35.3 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเบิกค่าทำฟันปลอมได้ ร้อยละ 97.0 มีผู้เบิกได้เพียงร้อยละ 3.0

ตัวแปรด้านทักษะของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลทันตสุขภาพพบว่าผู้ดูแลมีความสะดวกในการพาผู้สูงอายุไปรับบริการ ร้อยละ 86.6 ของผู้ดูแลทั้งหมด โดยในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ผู้สูงอายุใช้ฟันปลอมตลอดวัน ร้อยละ 19.4

ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันปลอมหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 77.8 โดยเป็นผู้ที่ใช้ฟันปลอมตลอดวัน ร้อยละ 71.7 ขณะที่ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 66.7 ทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากก่อนนอน ร้อยละ 75.8 และถอดฟันปลอมออกแช่น้ำก่อนนอน ร้อยละ 54.5

ตัวแปรย่อยการเดินทางไปรับบริการพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาการเดินทางไปรับบริการ ร้อยละ 83.5 มีปัญหา ร้อยละ 16.5 โดยมีปัญหาเรื่องระยะทางไกล ร้อยละ 2.2 ไม่มีคนพาไป ร้อยละ 1.2 และการเดินทางลำบาก ร้อยละ 0.7

ตัวแปรย่อยสถานที่ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐ สัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 22.1 รองลงมาพบที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 5.8 และพบที่สถานีอนามัย ร้อยละ 1.0 ส่วนสถานที่ทำฟันปลอมพบว่าผู้สูงอายุไปรับบริการที่คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 78.2 รองลงมาทำที่หมอบ้าน ร้อยละ 11.9 และทำที่สถานบริการภาครัฐ ร้อยละ 9.9

ผู้สูงอายุมีสถานที่ทำความสะอาดฟันและฟันปลอม ร้อยละ 74.7 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทาน
อาหารภายในบ้าน ร้อยละ 99.3

จากตารางที่ 4.14 พบว่าผู้สูงอายุคิดว่าค่าทำฟันปลอมของผู้สูงอายุมีราคาสูงระดับ
ปานกลางสูงสุด ร้อยละ 43.6 รองลงมาเห็นด้วยระดับมาก ร้อยละ 34.7 และเห็นด้วยมากที่สุด
ร้อยละ 9.9 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่ กับการเดินทางไปรับบริการ สถานที่
ทำฟันปลอมและการมีฟันปลอม พบรายละเอียดตารางที่ 4.15-4.17

ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่และปัญหาการเดินทางไปรับบริการ (n=121)

ความสัมพันธ์		ปัญหาการเดินทางไปรับบริการ		รวม
		ไม่มี	มี	
เขตที่อยู่	ในเขตเทศบาล	9.8	21.3	31.2
	นอกเขตเทศบาล	14.4	54.4	68.8
รวม		24.2	75.8	100.0

$\chi^2=5.511$ sig.=0.019 (ผู้ไม่เคยไปพบทันตแพทย์ 296 คน)

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่และสถานที่ทำฟันปลอม (n=417)

ความสัมพันธ์		สถานที่ทำฟันปลอม			รวม
		ภาครัฐ	ภาคเอกชน	หมอเถื่อน	
เขตที่อยู่	ในเขตเทศบาล	5.9	36.6	4.0	46.5
	นอกเขตเทศบาล	4.0	41.6	7.9	53.5
รวม		9.9	78.2	11.9	100.0

$\chi^2=1.572$ sig.=0.456

ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่และการมีฟันปลอม (n=417)

ความสัมพันธ์		การมีฟันปลอม		รวม
		ไม่มี	มี	
เขตที่อยู่	ในเขตเทศบาล	19.9	11.3	31.2
	นอกเขตเทศบาล	55.9	12.9	68.8
รวม		75.8	24.2	100.0

$$\chi^2=14.655 \text{ sig.}=0.000$$

จากตารางที่ 4.15-4.17 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีปัญหาในการเดินทางไปรับบริการร้อยละ 9.1 ขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลมีปัญหาในการเดินทางร้อยละ 7.4 ผู้สูงอายุทำฟันปลอมกับภาคเอกชนมากที่สุดร้อยละ 78.2 รองลงมาทำกับหมอเถื่อนร้อยละ 11.9 และทำฟันปลอมกับภาครัฐ ร้อยละ 9.9 ผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลไม่มีฟันปลอมร้อยละ 55.9 ในขณะที่เป็นผู้มีฟันปลอมร้อยละ 12.9 โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลมีฟันปลอมเพียงร้อยละ 11.3

4.3 ปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุนที่ศึกษาทั้งสิ้น 14 ตัวแปรย่อยคือ ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอม ผู้สูงอายุมีทันตแพทย์ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและฟันปลอม ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันปลอม ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์ในช่วง 1ปี การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลเรื่องการมีและการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการมีฟันปลอม ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการใช้ฟันปลอม ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดถึงความจำเป็นของฟันปลอมที่มีต่อผู้สูงอายุ บุคคลร่วมรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะเจ็บ-ปวดเหงือกเวลาใช้ฟันปลอม บดเคี้ยว ผู้สูงอายุรู้สึกท้อใจ ท้องเฟ้อหลังรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุรับประทานอาหารผักได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอม และผู้สูงอายุรับประทานอาหารเนื้อ/ปลาได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอม โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 4.18-4.19

ตารางที่ 4.18 การกระจายจำนวนและร้อยละของตัวแปรปัจจัยสนับสนุนจำแนกตามการใช้ฟันปลอม

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช้	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้ให้บริการทันตกรรมและการจัดบริการ							
ผู้สูงอายุเคยไป พบทันตแพทย์ ในช่วง 1ปี	ไม่เคยไป	n	223	8	2	65	298
		%total	53.5	1.9	0.5	15.6	71.5
	เคยไป	n	93	1	0	25	119
		%total	22.3	0.2	0.0	6.0	28.5
	รวม	n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ							
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ไม่มี	n	138	6	0	41	185
		%total	33.1	1.4	0.0	9.8	44.4
	มี	n	178	3	2	49	232
		%total	42.7	0.7	0.5	11.7	55.6
รวม		n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้ดูแลเรื่องการ	ไม่ดูแล	n	105	0	1	14	120
		%total	45.3	0.0	0.4	6.0	51.7
มีและ การใช้ ฟันปลอมของ	ดูแลบ้าง	n	68	3	1	18	90
		%total	29.3	1.3	0.4	7.8	38.8
ผู้สูงอายุ	ดูแลประจำ	n	5	0	0	17	22
		%total	2.2	0.0	0.0	7.3	9.5
รวม		n	178	3	2	49	232
		%total	76.7	1.3	0.9	21.1	100.0

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ คิดถึงควม	น้อยที่สุด	n	37	0	0	1	38
		%total	15.9	0.0	0.0	0.4	16.4
จำเป็นของ ฟันปลอมที่มีต่อ	น้อย	n	50	0	2	4	56
		%total	21.6	0.0	0.9	1.7	24.1
ผู้สูงอายุ	ปานกลาง	n	54	2	0	11	67
		%total	23.3	0.9	0.0	4.7	28.9
	มาก	n	25	0	0	19	44
		%total	10.8	0.0	0.0	8.2	19.0
	มากที่สุด	n	12	1	0	14	27
		%total	5.2	0.4	0.0	6.0	11.6
รวม		n	178	3	2	49	232
		%total	76.7	1.3	0.9	21.1	100.0

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม				รวม
			ไม่มี	มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
บุคคลร่วมรับ	คนเดียว	n	84	3	0	31	118
	ประทานอาหาร	%total	20.1	0.7	0.0	7.4	28.3
มีผู้ร่วม	รับประทาน	n	232	6	2	59	299
	รวม	%total	55.6	1.4	0.5	14.1	71.7
		n	316	9	2	90	417
		%total	75.8	2.2	0.5	21.6	100.0

ตารางที่ 4.19 การกระจายค่าสถิติ จำนวนและร้อยละของปัจจัยสนับสนุนจำแนกตามการใช้ฟันปลอม

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้ให้บริการทันตกรรมและการจัดบริการ						
ผู้สูงอายุคิดว่า	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
ทันตแพทย์มี		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
ความชำนาญใน	น้อยที่สุด	n	3	0	9	12
การทำและ		%total	3.0	0.0	8.9	11.9
แก้ไขฟันปลอม	น้อย	n	3	0	10	13
		%total	3.0	0.0	9.9	12.9
	ปานกลาง	n	0	1	21	22
		%total	0.0	1.0	20.8	21.8
	มาก	n	2	1	36	39
		%total	2.0	1.0	35.6	38.6
	มากที่สุด	n	0	0	12	12
		%total	0.0	0.0	11.9	11.9
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	1.9+1.4	3.5+0.7	3.3+1.3	3.2+1.3

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุมี	ไม่ตอบ	n	1	0	3	4
ทันตแพทย์ดูแล		%total	1.0	0.0	3.0	4.0
ให้คำแนะนำ	น้อยที่สุด	n	3	2	30	35
เกี่ยวกับสุขภาพ		%total	3.0	2.0	29.7	34.7
ช่องปากและ	น้อย	n	4	0	20	24
ฟันปลอม		%total	4.0	0.0	19.8	23.8
	ปานกลาง	n	1	0	13	14
		%total	1.0	0.0	12.9	13.9
	มาก	n	0	0	20	20
		%total	0.0	0.0	19.8	19.8
	มากที่สุด	n	0	0	4	4
		%total	0.0	0.0	4.0	4.0
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	1.6+0.9	1.0+0.0	2.3+1.4	2.2+1.3

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุไปพบ ทันตแพทย์เพื่อ ตรวจสอบสภาพ ช่องปาก	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
และฟันปลอม	น้อยที่สุด	n	5	2	42	49
		%total	5.0	2.0	41.6	48.5
	น้อย	n	3	0	26	29
		%total	3.0	0.0	25.7	28.7
	ปานกลาง	n	0	0	10	10
		%total	0.0	0.0	9.9	9.9
	มาก	n	0	0	8	8
		%total	0.0	0.0	7.9	7.9
	มากที่สุด	n	0	0	2	2
		%total	0.0	0.0	2.0	2.0
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	1.2+0.7	1.0+0.0	1.8+1.1	1.8+1.1

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ						
ผู้สูงอายุคิดว่า	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
	คนใน	%total	1.0	0.0	2.0	3.0
ครอบครัวมี	น้อยที่สุด	n	4	1	19	24
	ส่วนกระตุ้น	%total	4.0	1.0	18.8	23.8
การมีฟันปลอม	น้อย	n	2	1	19	22
		%total	2.0	1.0	18.8	21.8
	ปานกลาง	n	2	0	18	20
		%total	2.0	0.0	17.8	19.8
	มาก	n	0	0	26	26
		%total	0.0	0.0	25.7	25.7
	มากที่สุด	n	0	0	6	6
		%total	0.0	0.0	5.9	5.9
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	1.6+1.0	1.5+0.7	2.7+1.3	2.6+1.3

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุคิดว่า คนใน	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
ครอบครัวมี ส่วนกระตุ้น	น้อยที่สุด	n	4	1	19	24
		%total	4.0	1.0	18.8	23.8
การใช้ ฟันปลอม	น้อย	n	2	1	18	21
		%total	2.0	1.0	17.8	20.8
	ปานกลาง	n	2	0	21	23
		%total	2.0	0.0	20.8	22.8
	มาก	n	0	0	24	24
		%total	0.0	0.0	23.8	23.8
	มากที่สุด	n	0	0	6	6
		%total	0.0	0.0	5.9	5.9
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	1.6+1.0	1.5+0.7	2.7+1.3	2.6+1.3

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ปัญหาาระบบย่อยอาหาร						
ผู้สูงอายุรู้สึกว่	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
เจ็บ-ปวดเหงือก		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
เวลาใช้	น้อยที่สุด	n	1	2	31	34
ฟันปลอม		%total	1.0	2.0	30.7	33.7
บดเคี้ยว	น้อย	n	4	0	25	29
		%total	4.0	0.0	24.8	28.7
	ปานกลาง	n	0	0	16	16
		%total	0.0	0.0	15.8	15.8
	มาก	n	3	0	13	16
		%total	3.0	0.0	12.9	15.8
	มากที่สุด	n	0	0	3	3
		%total	0.0	0.0	3.0	3.0
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	2.3+1.4	1.0+0.0	2.2+1.2	2.2+1.2

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุรู้สึก ท้องอืด	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
ท้องเพื่อหลัง รับประทานอาหาร	น้อยที่สุด	n	3	1	37	41
		%total	3.0	1.0	36.6	40.6
อาหาร	น้อย	n	4	1	26	31
		%total	4.0	1.0	25.7	30.7
	ปานกลาง	n	0	0	13	13
		%total	0.0	0.0	12.9	12.9
	มาก	n	1	0	8	9
		%total	1.0	0.0	7.9	8.9
	มากที่สุด	n	0	0	4	4
		%total	0.0	0.0	4.0	4.0
รวม		n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	1.7+1.1	1.5+0.7	2.0+1.2	2.0+1.2

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช่	2มือ	ตลอดวัน	
ภาวะโภชนาการ						
ผู้สูงอายุ	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
รับประทานผัก		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
ได้มากขึ้นเมื่อ	น้อยที่สุด	n	2	0	1	3
ใช้ฟันปลอม		%total	2.0	0.0	1.0	3.0
	น้อย	n	3	0	4	7
		%total	3.0	0.0	4.0	6.9
	ปานกลาง	n	1	0	17	18
		%total	1.0	0.0	16.8	17.8
	มาก	n	2	2	49	53
		%total	2.0	2.0	48.5	52.5
	มากที่สุด	n	0	0	17	17
		%total	0.0	0.0	16.8	16.8
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	2.1+1.4	4.0+0.0	3.8+1.0	3.6+1.1

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ปัจจัยสนับสนุน			การใช้ฟันปลอม			รวม
			มีแต่ไม่ใช้	2มือ	ตลอดวัน	
ผู้สูงอายุรับ ประทานเนื้อ/ ปลาได้มากขึ้น เมื่อใช้ฟันปลอม	ไม่ตอบ	n	1	0	2	3
		%total	1.0	0.0	2.0	3.0
	น้อยที่สุด	n	3	0	3	6
		%total	3.0	0.0	3.0	5.9
	น้อย	n	2	1	14	17
		%total	2.0	1.0	13.9	16.8
	ปานกลาง	n	1	0	20	21
		%total	1.0	0.0	19.8	20.8
	มาก	n	2	1	42	45
		%total	2.0	1.0	41.6	44.6
	มากที่สุด	n	0	0	9	9
		%total	0.0	0.0	8.9	8.9
	รวม	n	9	2	90	101
		%total	8.9	2.0	89.1	100.0
		X + SD	2.0+1.4	3.0+1.4	3.4+1.1	3.3+1.2

จากตารางที่ 4.18 พบว่าปัจจัยสนับสนุนด้านการบริการทันตกรรมมีผู้สูงอายุเคยไปพบทันตแพทย์ในช่วง 1 ปี ร้อยละ 28.5 ไม่เคยพบร้อยละ 71.5 โดยผู้ใช้ฟันปลอมตลอดวันเคยไปพบทันตแพทย์ในช่วง 1 ปีร้อยละ 6.0

ด้านการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลร้อยละ 55.6 ขณะที่ไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 44.4 ผู้ใช้ฟันปลอมตลอดวันมีผู้ดูแลร้อยละ 11.8 และไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 9.8

ผู้ดูแลไม่ดูแลเรื่องการมีและการใช้ฟันปลอมสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 51.7 รองลงมาดูแลบ้างร้อยละ 38.8 และดูแลประจำเพียงร้อยละ 9.5 ในกลุ่มผู้ใช้ฟันปลอมตลอดวันพบว่ามีส่วนดำเนินการดูแลใกล้เคียงกันคือ ดูแลบ้างร้อยละ 7.8 ดูแลประจำร้อยละ 7.3 และไม่ดูแลร้อยละ 6.0 ตามลำดับ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดถึงความเป็นของฟันปลอมระดับปานกลางสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 28.9 รองลงมาระดับน้อยร้อยละ 24.1 และระดับมากร้อยละ 19.0

และผู้สูงอายุมีเพื่อนร่วมรับประทานอาหารส่วนใหญ่ร้อยละ 71.7 และรับประทานอาหารคนเดียวร้อยละ 28.3

จากตารางที่ 4.19 พบว่า ตัวแปรย่อยด้านบริการทันตกรรมนั้น ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอมในระดับมากที่สุดสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 38.6 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 21.8 และระดับน้อยร้อยละ 12.9

ผู้สูงอายุมีทันตแพทย์ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในระดับน้อยที่สุดสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 34.7 รองลงมาระดับน้อยร้อยละ 23.8 และระดับมากร้อยละ 19.8

ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในระดับน้อยที่สุดสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 48.5 รองลงมาระดับน้อยร้อยละ 28.7 และระดับปานกลางร้อยละ 9.9

ด้านผู้ดูแล พบว่าผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการมีฟันปลอมในระดับมากที่สุดสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 25.7 รองลงมาระดับน้อยที่สุดร้อยละ 23.8 และระดับน้อยร้อยละ 21.8 ขณะที่ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการใช้ฟันปลอมในระดับมากที่สุดส่วนเท่ากับระดับน้อยที่สุดร้อยละ 23.8 รองลงมาระดับปานกลางร้อยละ 22.8 และระดับน้อยร้อยละ 20.8

ด้านปัญหาการขอยืมอาหารพบว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะเจ็บ-ปวดเหงือกเวลาใช้ฟันปลอมบดเคี้ยวในระดับน้อยที่สุดสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 33.7 รองลงมาระดับน้อยร้อยละ 28.7 และระดับปานกลางซึ่งมีส่วนเท่ากับระดับมากร้อยละ 15.8

ผู้สูงอายุรู้สึกท้องอืด ท้องเฟ้อ หลังรับประทานอาหารในระดับน้อยที่สุดสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 40.6 รองลงมาระดับน้อยร้อยละ 30.7 และระดับปานกลางร้อยละ 12.9 ตามลำดับ

ด้านภาวะโภชนาการพบว่าผู้สูงอายุรับประทานผักได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟีนปลอมในระดับมากที่สุดส่วนสูงสุดร้อยละ 52.5 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 17.8 และระดับมากที่สุดร้อยละ 16.8 ในขณะที่ผู้สูงอายุรับประทานเนื้อ/ปลาได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟีนปลอมในระดับมากที่สุดส่วนสูงสุดร้อยละ 44.6 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 20.8 และระดับน้อยร้อยละ 16.8 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์และการทดสอบสมมติฐาน

4.2 ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุนกับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุในจังหวัดตรังในมิติการรับประทานอาหาร โดยวิเคราะห์ผู้มีฟันปลอม 101 คน

4.2.1 ศึกษาปัจจัยนำกับผลลัพธ์ทางพฤติกรรมการใช้ฟันปลอม ทำการศึกษาตัวแปรนำทั้งสิ้น 13 ตัวแปรคือ

- 1) ลักษณะประชากร ตัวแปรย่อย 4 ตัวคือ อายุ เพศ สถานภาพสมรสและศาสนา
 - 2) การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3)ทัศนคติของผู้สูงอายุ ตัวแปรย่อย 3 ตัวคือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นปลอมพอดีกับช่องปาก ผู้สูงอายุรู้สึกว่ากัดเคี้ยวอาหารได้เมื่อใช้ฟันปลอม และ ผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม
 - 4) ความตระหนัก/เห็นความสำคัญของฟันปลอม ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าควรจัดหาฟันปลอมใหม่เมื่อฟันปลอมเก่าไม่เหมาะสม
 - 5) สุขภาพร่างกายและช่องปาก ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือ โรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพช่องปาก
 - 6) ความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ
- โดยนำมาหาค่าความสัมพันธ์พบผลดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยนำกับการใช้ฟันปลอม

ตัวแปรต้น	ค่าความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม		Sig
	Pearson Correlation	Pearson χ^2	
อายุ	-0.120		0.232
เพศ		3.596	0.308
สถานภาพสมรส		4.273	0.233
ศาสนา		4.247	0.643
การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ	-0.193		0.054
ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการใช้ฟันปลอมพอดีกับช่องปาก	0.231		0.020*
ผู้สูงอายุรู้สึกว่ากัดเคี้ยวอาหารได้เมื่อใช้ฟันปลอม	0.320		0.001**
ผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม	0.445		0.000**
ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์	0.323		0.001**
ผู้สูงอายุรู้สึกว่าควรจัดหาฟันปลอมใหม่เมื่อฟันปลอมเก่าไม่เหมาะสม	0.214		0.032*
โรคประจำตัว		2.182	0.536
ปัญหาสุขภาพช่องปาก		7.906	0.048*
ความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ		2.012	0.570

** =sig at the 0.01 level * =sig at the 0.05 level

จากตารางที่ 4.20 พบว่า ตัวแปรปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) มี 6 ตัวแปรย่อย คือ

ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการใช้ฟันปลอมพอดีกับช่องปากมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.231

ผู้สูงอายุรู้สึกว่ากัดเคี้ยวอาหารได้เมื่อใช้ฟันปลอมมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.320

ผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอมมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.445

ผู้สูงอายุรู้สึกว่าฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์ มีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.323

ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการจัดหาฟันปลอมใหม่เมื่อฟันปลอมเก่าไม่เหมาะสม มีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.214 และ

ปัญหาสุขภาพช่องปาก มีค่าความสัมพันธ์ Pearson χ^2 เท่ากับ 7.906

4.2.2 ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางพฤติกรรมการใช้ฟันปลอม ทำการศึกษาตัวแปรเอื้อทั้งสิ้น 17 ตัวแปรดังรายละเอียดคือ

1) ความสามารถในการจับจ่ายฟันปลอม ตัวแปรย่อย 6 ตัวคือ

ค่าครองชีพของผู้สูงอายุ ค่ารักษาพยาบาล ราคาทำฟันปลอม ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ การเบิกค่าทำฟันปลอม และผู้สูงอายุคิดว่าค่าทำฟันปลอมของผู้สูงอายุมีราคาสูง

2) ทักษะของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลทันตสุขภาพ ตัวแปรย่อย 5 ตัวคือ ผู้ดูแลสะดวกในการพาผู้สูงอายุไปรับบริการ ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันปลอมหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากก่อนนอนทุกคืน ผู้สูงอายุถอดฟันปลอมออกแช่น้ำทุกคืนก่อนนอน

3) การเดินทางไปรับบริการและเขตที่อยู่ ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือ การเดินทางไปรับบริการ และเขตที่อยู่

4) สถานที่ที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรย่อย 4 ตัวคือ สถานที่พบทันตบุคลากร สถานที่ทำฟันปลอม สถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม และสถานที่รับประทานอาหาร

โดยนำมาหาค่าความสัมพันธ์พบผลดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยเกี่ยวกับการใช้ฟันปลอม

ตัวแปรต้น	ค่าความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม		Sig
	Pearson Correlation	Pearson χ^2	
ค่าครองชีพของผู้สูงอายุ		7.486	0.278
ค่ารักษาพยาบาล		10.488	0.106
ราคาค่าทำฟันปลอม	0.026		0.798
ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่		39.739	0.000**
การเบิกค่าทำฟันปลอม		0.378	0.828
ผู้สูงอายุคิดว่าค่าทำฟันปลอมของผู้สูงอายุมีราคาสูง	0.166		0.097
ผู้ดูแลสะดวกในการพาผู้สูงอายุไปรับบริการ		2.417	0.490
ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันปลอมหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ		2.360	0.307
ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ		0.231	0.072
ผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากก่อนนอนทุกคืน		2.243	0.326
ผู้สูงอายุถอดฟันปลอมออกแช่น้ำทุกคืน		2.949	0.229
การเดินทางไปรับบริการ		1.780	0.619
เขตที่อยู่		15.462	0.001**
สถานที่พบทันตบุคลากร		13.875	0.309
สถานที่ทำฟันปลอม		12.304	0.015*
สถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม		9.021	0.011*
สถานที่รับประทานอาหาร		0.966	0.810

** =sig at the 0.01 level

* =sig at the 0.05 level

จากตารางที่ 4.21 พบว่าตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) มี 4 ตัวแปรย่อย คือ

ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ มีค่าความสัมพันธ์ Pearson χ^2 เท่ากับ 39.739

เขตที่อยู่ มีค่าความสัมพันธ์ Pearson χ^2 เท่ากับ 15.462

สถานที่ทำฟันปลอม มีค่าความสัมพันธ์ Pearson χ^2 เท่ากับ 12.304

สถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม มีค่าความสัมพันธ์ Pearson χ^2 เท่ากับ

9.021

4.2.3 ศึกษาปัจจัยสนับสนุนกับผลลัพธ์ทางพฤติกรรมการใช้ฟันปลอม ทำการศึกษาตัวแปรสนับสนุนทั้งสิ้น 14 ตัวแปรดังรายละเอียด

- 1) ผู้ให้บริการทันตกรรมและการจัดบริการ ตัวแปรย่อย 4 ตัวคือ ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอม ผู้สูงอายุมีทันตแพทย์ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและฟันปลอม ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันปลอม และผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์ในช่วง 1 ปี
 - 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตัวแปรย่อย 6 ตัวคือ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลเรื่องการมีและการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนร่วมกระตุ้นการมีฟันปลอม ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนร่วมกระตุ้นการใช้ฟันปลอม ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดถึงความจำเป็นของฟันปลอมที่มีต่อผู้สูงอายุ และ บุคคลร่วมรับประทานอาหารกับผู้สูงอายุ
 - 3) ปัญหาระบบการย่อยอาหาร ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือผู้สูงอายุรู้สึกกว่าเจ็บปวดเหงือกเวลาใช้ฟันปลอมบดเคี้ยว และ ผู้สูงอายุรู้สึกท้องอืด ท้องเฟ้อหลังรับประทานอาหาร
 - 4) ภาวะโภชนาการ ตัวแปรย่อย 2 ตัวคือ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารผักได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอม และ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเนื้อ/ปลาได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอม
- โดยนำมาหาค่าความสัมพันธ์พบผลดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยสนับสนุนกับการใช้ฟันปลอม

ตัวแปรต้น	ค่าความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม		Sig
	Pearson Correlation	Pearson χ^2	
ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำ และแก้ไขฟันปลอม	0.292		0.003**
ผู้สูงอายุมีทันตแพทย์ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับ สุขภาพช่องปากและฟันปลอม	0.188		0.060
ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ ช่องปากและฟันปลอม	0.182		0.068
ผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์ในช่วง 1ปี		2.288	0.515
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ		3.522	0.318
ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลเรื่องการมีและการใช้ ฟันปลอมของผู้สูงอายุ		53.156	0.000**
ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้น การมีฟันปลอม	0.268		0.007**
ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้น การใช้ฟันปลอม	0.268		0.007**
ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดถึงความเป็นของฟันปลอม ที่มีต่อผู้สูงอายุ	0.120		0.233
บุคคลร่วมรับประทานอาหารกับผู้สูงอายุ		3.036	0.386
ผู้สูงอายุรู้สึกง่วง-ปวดเหงือกเวลาใช้ฟันปลอม บ่อยเกินไป	-0.009		0.930
ผู้สูงอายุรู้สึกท้องอืด ท้องเฟ้อหลังรับประทานอาหาร	0.091		0.367
ผู้สูงอายุรับประทานผักได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอม	0.412		0.000**
ผู้สูงอายุรับประทานเนื้อ/ปลาได้มากขึ้นเมื่อ ใช้ฟันปลอม	0.329		0.001**

** =sig at the 0.01 level

* =sig at the 0.05 level

จากตารางที่ 4.22 พบว่า ตัวแปรปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) 6 ตัวแปรย่อย คือ

ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอมมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.292

ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลเรื่องการมีและการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ มีค่าความสัมพันธ์ Pearson χ^2 เท่ากับ 53.156

ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการมีฟันปลอมมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.268

ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการใช้ฟันปลอมมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.268

ผู้สูงอายุรับประทานผักได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอมบดเคี้ยวมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.412

และ ผู้สูงอายุรับประทานเนื้อ/ ปลา ได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอมบดเคี้ยวมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.329

4.2.4 การทดสอบสมมติฐาน

การวิจัยนี้มีสมมติฐาน จำนวน 3 ข้อ คือ

1) ตัวแปรย่อยในชุดปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

2) ตัวแปรย่อยในชุดปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

3) ตัวแปรย่อยในชุดปัจจัยสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

การศึกษานี้หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยสนับสนุน กับการใช้ฟันปลอม เลือกใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าไค-สแควร์ (Pearson's product – moment correlation coefficient and Pearson chi-square) พบว่าในปัจจัยทั้ง 3 มีเพียงตัวแปรย่อยบางตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ โดยดูจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันจำนวน 10 ตัวและค่าไค-สแควร์ 6 ตัว คือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการใช้ฟันปลอมพอดีกับช่องปาก ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเคี้ยวอาหารได้เมื่อใช้ฟันปลอม ผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม ผู้สูงอายุรู้สึกว่าฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าควรจัดหาฟันปลอมใหม่เมื่อฟันปลอมเก่าไม่เหมาะสม ปัญหาสุขภาพช่องปาก ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ เขตที่อยู่

สถานที่ทำฟันปลอม สถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอม ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลเรื่องการมีและการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการมีฟันปลอม ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการใช้ฟันปลอม ผู้สูงอายุรับประทานผักได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอมบดเคี้ยว ผู้สูงอายุรับประทานเนื้อ/ ปลาได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอมบดเคี้ยว ตามรายละเอียดข้างต้นจึงยอมรับสมมติฐานทั้ง 3 ข้อ

4.2.5 สมการถดถอยพหุคูณ

เริ่มต้นโดยนำตัวแปรย่อยจากข้อคำถามที่ถามผู้สูงอายุที่มีฟันปลอม 101 คน ทั้งหมด 41 ตัว มาเข้าสมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังรายละเอียด ตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ทำนายพฤติกรรมการใช้ฟันปลอม จากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยสนับสนุน

ลำดับที่	ตัวแปร	R Square	RSQ Change	F Change	B	SEB	β	t	P
	Constant(a)				1.892	0.218		8.661	0.000
1.	ผู้สูงอายุรู้สึกว่า รับประทานอาหาร ทุกอย่างที่อยาก รับประทานเวลา ใส่ฟันปลอม	0.156	0.156	17.896	0.175	0.043	0.374	4.053	0.000
2.	การทำความสะอาด ฟันธรรมชาติที่ เหลือและช่องปาก หลังรับประทาน อาหารทุกมื้อ	0.192	0.036	4.254	0.213	0.103	0.190	2.063	0.042

Overall $F_{2,96} = 11.375$ Sig = 0.000

โดยมีตัวแปรย่อยเพียง 2 ตัวแปรที่สามารถนำมาเข้าสมการทำนาย คือผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะรับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอมเป็นตัวแปรแรกที่ถูกเลือกเข้าในสมการตามวิธีขั้นตอน (Stepwise method) เพื่อทำนายความแปรปรวนของการใช้ฟันปลอมโดยทำนายได้ร้อยละ 15.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรที่ 2 ที่เข้าสมการทำนาย คือ การทำความสะอาดฟันธรรมชาติที่เหลือและช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อซึ่งสามารถทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวร่วมกันทำนายความแปรปรวนของการใช้ฟันปลอมได้ร้อยละ 19.2 และเริ่มทำนายตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการใช้ฟันปลอมที่มีค่าเท่ากับ 1.892 สามารถสร้างเป็นสมการทำนายคือ

การใช้ฟันปลอม = $1.892 + 0.175(\text{ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะรับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม}) + 0.213(\text{การทำความสะอาดฟันธรรมชาติที่เหลือหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ})$

1) ความหมายของค่าต่างๆจากตาราง

(1) ค่าสหสัมพันธ์พหุ “R” (MULTIPLE CORRELATION)

หมายถึงค่าที่บอกให้ทราบว่าตัวแปรต้นทุกตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากน้อยเพียงใด

(2) ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ “R²” (MULTIPLE

COEFFICIENT OF DETERMINATION)

หมายถึงค่าที่บอกให้ทราบว่าตัวแปรต้นทุกตัวที่อยู่ในสมการถดถอยพหุคูณสามารถอธิบายการแปรปรวนหรือการผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละเท่าไร

(3) ค่า Beta Coefficients

ค่า b_j ของตัวแปรอิสระที่ j หมายถึง ค่า Y ที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อ X_j เปลี่ยนไป 1 หน่วย ถ้าตัวแปรอิสระตัวใดมีค่า beta มาก (อาจเป็นบวก หรือ ลบก็ได้) แสดงว่า ตัวแปรอิสระนั้นมีความสำคัญกับตัวแปรตามมากด้วย

(4) ค่า t (t -test)

เป็นการทดสอบตัวแปรต้นตัวใดที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ตัวอย่างการแทนค่าในการนำไปใช้ทำนายการใช้ฟันปลอม

ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะรับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม สามารถแทนค่าคือ 0 = ไม่ตอบ 1 = ตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = ตอบเห็นด้วยน้อย 3 = ตอบเห็นด้วยปานกลาง 4 = ตอบเห็นด้วยมาก และ 5 = ตอบเห็นด้วยมากที่สุด

การทำความสะอาดฟันธรรมชาติที่เหลือหลังรับประทาน
อาหารทุกมื้อ สามารถแทนค่าคือ 0 = ไม่ทำความสะอาดทุกครั้ง และ 1 = ทำความสะอาดทุกครั้ง
การใช้ฟันปลอมมีค่า 1 = มีแต่ไม่ใช้ 2 = ใช้ 2 มื้อต่อวัน และ
3 = ใช้ตลอดทั้งวัน

ตารางที่ 4.24 ตัวอย่างผลการแทนค่าในสมการทำนาย

ตัวแปรและ การแทนค่า	ผู้สูงอายุที่ รับประทานอาหารทุกอย่างที่ อยากรับประทานเวลา ใส่ฟันปลอม	การทำความสะอาดฟันธรรมชาติ และช่องปากหลัง รับประทานอาหารทุกมื้อ	ค่าทำนายการใช้ฟันปลอม
กรณีที่ 1	0	0	1.892
กรณีที่ 2	0	1	2.105
กรณีที่ 3	5	0	2.762
กรณีที่ 4	5	1	2.975

จากตารางที่ 4.24 เป็นตัวอย่างการแทนค่าที่สามารถจะเป็นไปได้มากที่สุดและ
น้อยที่สุดของสมการการทำนายโดยพบว่า ถ้าผู้สูงอายุ 60-74 ปี เห็นด้วยว่าใช้ฟันปลอมแล้วทำให้
รับประทานอาหารที่อยากรับประทานได้ จะมีแนวโน้มจัดหาฟันปลอมและเมื่อมีพฤติกรรมที่เอื้อใน
การดูแลสุขภาพช่องปากเช่นการทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากหลังรับประทานอาหาร
จะยิ่งทำนายได้ว่ามีโอกาสใช้ฟันปลอมสูงขึ้นทดแทนเมื่อเกิดการสูญเสียฟันธรรมชาติไป โดยพบ
ว่าการใช้ฟันปลอมแปรผันตามความคิดเห็นว่า ใช้ฟันปลอมแล้วทำให้รับประทานอาหารที่อยาก
รับประทานได้ และ การทำความสะอาดฟันของผู้สูงอายุ ดังสมการการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ
จังหวัดตรังในมิติการรับประทานอาหาร

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ที่ศึกษาการทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุจังหวัดตรัง สามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุจังหวัดตรังโดยจำแนกตัวแปรที่สัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ และสร้างสมการถดถอยพหุคูณ (ในมิติการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ) จากการดัดแปลง PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิด และหาแนวทางการบริหารจัดการเพื่อจัดบริการฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดตรังไม่น้อยกว่า 1 ปี ไม่มีปัญหาในเรื่องการฟังและการพูด โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามหลักความน่าจะเป็นน้อยสุดเท่ากับ 142 คนและสุ่มตัวอย่างเป็นระบบ ในการสำรวจจริงได้จำนวนตัวอย่าง 417 คน เป็นผู้มีฟันปลอม 101 คน

1.2.2 เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบตรวจสอบสภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ในการวิจัยให้สอดคล้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย เก็บข้อมูลด้านประชากร ข้อมูลสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลการมีและการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ข้อมูลการรับบริการและสวัสดิการรักษายาบาล โดยเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการทดสอบความตรงทางเนื้อหาอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและนำมาปรับปรุงพร้อมนำไปตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงกับกลุ่มผู้สูงอายุ

จากอำเภอเมืองและอำเภอนาโยงที่มีความใกล้เคียงกับตัวอย่างจริงจำนวน 32 คน นำมาวิเคราะห์ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา รวมเท่ากับ 0.7023

1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล สัมภาษณ์โดยใช้วิธีเดินสำรวจตามบ้านผู้สูงอายุ ตั้งแต่กลุ่มภาพันธุ์ ถึงมีนาคม พ.ศ. 2545 โดยทีมสำรวจประกอบด้วยทันตแพทย์เป็นผู้ตรวจและเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือผู้ช่วยทันตแพทย์เป็นผู้สัมภาษณ์ โดยทีมได้ผ่านการอบรมปรับมาตรฐานและชี้แจงวิธีดำเนินการพร้อมวัตถุประสงค์ เก็บตัวอย่างได้ 417 คน

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ตามขั้นตอน โดยนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อทดสอบผลการวิจัย กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

1) เจริญพรรณา ลักษณะข้อมูลด้านประชากร สภาวะทันตสุขภาพ และการใช้ฟันปลอม โดยใช้ในการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 417 คน

2) จำแนกตัวแปรที่สัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ โดยการทดสอบความสัมพันธ์ (ไค-สแควร์ กรณีตัวแปรระดับ nominal และ correlation กรณีตัวแปรระดับ interval) ระหว่างตัวแปรอิสระ (ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุน) กับตัวแปรตาม (การใช้ฟันปลอม)

3) เจริญวิเคราะห์ประกอบด้วยค่าคงที่ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรแต่ละตัว ค่า t R^2 R^2 -change F-change Overall F Correlation และทดสอบสมมติฐานเฉพาะผู้มีฟันปลอม 101 คน

4) สร้างสมการถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ที่มีฟันปลอม 101 คน โดยวิธี Stepwise Multiple Regression Analysis

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 ลักษณะทางประชากร ศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 417 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.8 เพศชาย ร้อยละ 24.2 อาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 31.2 นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 68.8 มีอายุเฉลี่ย 67.47 ปี (SD = 4.79) ได้กลุ่มผู้มีอายุระหว่าง 70-74 ปี สัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 38.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.3 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีผู้ดูแล ร้อยละ 55.6 และเป็นผู้ใช้ฟันปลอม ร้อยละ 24.3

1.3.2 จำแนกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ โดยแบ่งตามกลุ่มปัจจัย 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุน พบว่า

ปัจจัยนำกับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) รวม 6 ตัวแปรย่อย คือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการใช้ฟันปลอมพอดีกับช่องปาก ผู้สูงอายุรู้สึกว่ากัดเคี้ยวอาหารได้เมื่อใช้ฟันปลอม ผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม ผู้สูงอายุรู้สึกว่าฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าควรจัดหาฟันปลอมใหม่เมื่อฟันปลอมเก่าไม่เหมาะสม และปัญหาสุขภาพช่องปาก

ปัจจัยเอื้อกับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) รวม 4 ตัวแปรย่อย คือ ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ เขตที่อยู่ สถานที่ทำฟันปลอม และสถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม

ปัจจัยสนับสนุนกับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรปัจจัยสนับสนุนที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) รวม 6 ตัวแปรย่อย คือ ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอม ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลเรื่องการมีและการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการมีฟันปลอม ผู้สูงอายุคิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการใช้ฟันปลอม ผู้สูงอายุรับประทานผักได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอมบดเคี้ยว และผู้สูงอายุรับประทานเนื้อ/ ปลาได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอมบดเคี้ยว

สรุปว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยสนับสนุน มีตัวแปรบางตัวแปรย่อยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุสอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 3 ข้อ

1.3.3 สร้างสมการทำนาย โดยนำตัวแปรที่ผู้สูงอายุตอบข้อคำถาม 41 ตัวแปรย่อย วิเคราะห์พร้อมกันแบบ stepwise method ได้สมการคือ

การใช้ฟันปลอม = $1.892 + 0.175(\text{ผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม}) + 0.213(\text{การทำมาความสะอาดฟันธรรมชาติที่เหลือหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ})$

2 อภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษามีประเด็นที่จะอภิปรายดังนี้

2.1 ปัจจัยนำ ศึกษาปัจจัยลักษณะประชากร การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ทักษะคิดของผู้สูงอายุ ความตระหนัก/เห็นความสำคัญของฟันปลอม สุขภาพร่างกายและช่องปากของผู้สูงอายุ และความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 417 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.8 เพศชายร้อยละ 24.2 เป็นผู้ที่มีฟันปลอมร้อยละ 24.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 19.7 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 70 – 74 ปีสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 38.8 โดยผู้ที่มีฟันปลอมมีอายุ 65-69 ปี สัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 8.9 อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่ศึกษาเท่ากับ 67.47 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.79 ปี) เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่สัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 64.3 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 93.8 จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจที่บ้านจึงพบผู้หญิงที่มักอยู่กับบ้านมีอาชีพเป็นแม่บ้านหรือผู้ที่ประกอบอาชีพที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสถานะทันตสุขภาพครั้งที่ 3 ของจังหวัดตรัง ที่พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ส่วนผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยางพาราซึ่งเป็นอาชีพหลักของจังหวัดตรัง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง 2544 : 2-3) อีกทั้งผู้ชายมักมีกิจกรรมนอกบ้าน เช่น การรับประทานชา-กาแฟ ตามร้านค้าหรือสภากาแฟต่างๆ เป็นต้น ตามวิถีชาวบ้านของชาวตรังทำให้เวลาสำรวจอาจไม่พบที่บ้านหรืออาจไม่สะดวกในการให้สัมภาษณ์พร้อมการตรวจฟันถือเป็นข้อจำกัดของการสุ่มข้อมูล

กรณีของผู้ไม่มีฟันปลอมพบว่ากลุ่มอายุ 60-64 ปี ไม่มีฟันปลอมร้อยละ 25.2 ขณะที่กลุ่มอายุ 65-69 ปีไม่มีฟันปลอมร้อยละ 19.7 และกลุ่มอายุ 70-74 ปีไม่มีฟันปลอมสัดส่วนสูงสุดถึงร้อยละ 30.9 เมื่อพิจารณาอายุร่วมกับจำนวนฟันธรรมชาติที่มีในช่องปากพบว่ากลุ่มอายุ 60-64 ปีจะมีฟันธรรมชาติเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปมากกว่ากลุ่มอายุอื่นอาจส่งผลต่อความจำเป็นในการใช้ฟันปลอมน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 65-69 ปี ที่เริ่มมีฟันธรรมชาติใช้งานในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปลดน้อยลงเรื่อยๆ ทำให้มีความต้องการที่จะใช้ฟันปลอมทดแทนสูงขึ้นจึงพบว่ากลุ่มอายุ 65-69 ปีมีฟันปลอมในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 8.9 ในขณะที่กลุ่มอายุ 70-74 ปีเป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมของร่างกายตามธรรมชาติสูงขึ้น ภาวะความต้องการพึ่งพิงสูงขึ้น การจะเดินทางไปรับบริการเองอาจมีความไม่สะดวกส่งผลให้มีสัดส่วนการมีฟันปลอมใช้งานลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล สมพร(2527: 77 – 84) ศึกษาความต้องการบริการทันตกรรมในชุมชนแออัดที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 38 เขตคูสิต พบว่าความต้องการบำบัดทางทันตกรรมมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P < 0.05$) เมื่อมีอายุมากขึ้น โดยมีสาเหตุไม่ต้องการมารับบริการทันตกรรมคือ อายุมากแล้ว ไม่มีความจำเป็นต้องมารับบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของไรซ์และโฮโล (Rise J and Holoe LA ,1978 : 6-11 อ้างถึงใน สวลิ แสงเขียว 2540: 61-69) พบว่าในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นมีความต้องการบำบัดทางทันตกรรมมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของโมจอน (Mojon, 1992 อ้างถึงในชาญชัย โห้สงวน 2544: 24) พบว่ามีบุคคลจำนวนมากที่ไม่ได้มีสภาวะทันตสุขภาพที่ดี ไม่ตระหนักถึงสภาพความผิดปกติของช่องปากแต่เขาเหล่านั้นก็เชื่อว่าสภาพในช่องปากใช้งานได้ดีพอแล้ว

ด้านการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับความรู้ผ่านสื่อต่างๆ อย่างน้อย 1 รายการ ร้อยละ 55.2 รองลงมาได้รับผ่านสื่ออย่างน้อย 2 รายการ ในสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่เคยได้รับข่าวสารด้านสุขภาพเลย และพบว่าผู้ที่สนใจข่าวสารด้านสุขภาพจากผ่านสื่อหลายทางยังมีจำนวนลดน้อยลง (ตารางที่ 4.1) ส่งผลต่อการเลือกเทคนิคในการถ่ายทอดความรู้ใหม่หรือข่าวสารให้ถึงประชาชน ต้องเลือกชนิดของสื่อที่เหมาะสม โดยสื่อที่ผู้สูงอายุนิยมคือ สื่อโทรทัศน์ร้อยละ 24.7 รองลงมาคือ เพื่อนเล่าให้ฟัง ร้อยละ 11.5 และทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 4.6 สอดคล้องกับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้สุขภาพจากโทรทัศน์สูงสุดร้อยละ 32.3 รองลงมา คือ ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข วิทยุ และ หอกระจายข่าว (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย 2545: 50)

ด้านทัศนคติของผู้สูงอายุ พบว่าการที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการฟันปลอมมีความพอดีกับช่องปากสามารถใช้ฟันปลอมกัดเคี้ยวอาหารได้และรู้สึกว่าอยากรับประทานอาหารทุกอย่างเมื่อใช้ฟันปลอมโดยมีระดับมากในสัดส่วนสูงสุดคือ ร้อยละ 37.6 ,42.6 และ41.6 ตามลำดับนั้นเป็นทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ฟันปลอม สอดคล้องกับตัวแปรย่อยด้านความตระหนัก/เห็นความสำคัญของฟันปลอมที่พบว่าผู้สูงอายุเห็นด้วยว่าฟันปลอมมีความสำคัญและประโยชน์ อีกทั้งยังรู้สึกว่าการจัดหาฟันปลอมใหม่ทดแทนเมื่อฟันปลอมอันเก่ามีสภาพไม่เหมาะสมในระดับมากที่สุดส่วนสูงสุดร้อยละ 60.4 และ 42.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.12) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ฟันปลอมโดยให้ความสำคัญของการกัดเคี้ยวอาหารเป็นหลัก เพราะฟันมีผลต่อภาวะโภชนาการ กล่าวคือฟันช่วยในการเคี้ยวโดยทำให้เกิดการแตกสลายของอาหารที่รับประทานเข้าไปให้มีขนาดเล็กลงเพื่อให้การกลืนเป็นไปอย่างปกติ และทำให้มนุษย์มีความสุขกับการรับประทานอาหารเข้าไป (พัชรารธรรม ศรีศิลปนันท์ 2544: 84-85)

ด้านความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ พบว่ามีความต้องการร้อยละ 45.6 โดยให้เหตุผลเพื่อการบดเคี้ยวอย่างเดียวสูงสุดร้อยละ 72.1 รองลงมาให้เหตุผลว่าต้องการเพราะหลายสาเหตุร่วมกัน (เพื่อการบดเคี้ยวอาหาร ความสวยงาม ความมั่นใจและการออกเสียง) ร้อยละ23.1

และเพื่อความสวยงามอย่างเดียวน้อยที่สุดร้อยละ 4.8 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญของฟันปลอมว่าสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบดเคี้ยวอาหารอันเป็นเหตุผลหลักที่สำคัญของทันตแพทย์ในการใส่ฟันปลอมให้กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของทรงธรรม สุกนธาภิรมย์ ณ.พัทลุงและคณะ (2540: 16-17) พบว่าจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ถึงร้อยละ 45.86 และพบว่าการใส่ฟันปลอมจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารได้มากขึ้นกว่าการปล่อยช่องว่างที่ถอนไว้ แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่าเหตุผลของความต้องการฟันปลอมไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ จันทรรัตน์และบุษยามา ปัญญางาม (2536: 203-211) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลทางภาคใต้ โดยพบว่าสัดส่วนของซี่ฟันปลอมที่ใส่ทดแทนฟันที่ถอนไปของฟันหน้าสูงกว่าฟันหลังอย่างชัดเจนแสดงว่าแบบแผนการใส่ฟันปลอมของผู้ป่วยคำนึงถึงความสวยงามมากกว่าทั้ง ๆ ที่มีการสูญเสียฟันหลังในอัตราที่สูงกว่าฟันหน้าและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย โห้สงวน และคณะ (2545: 85 – 92) พบว่าอัตราการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุในฟันหน้าสูงกว่าฟันหลัง อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$)

จากผลการตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุพบว่าผู้ที่มีฟันธรรมชาติในช่องปากที่ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 28.8 ในขณะที่ผู้ไม่มีฟันธรรมชาติทั้งปากร้อยละ 31.4 (ในกลุ่มนี้เป็นผู้ไม่มีฟันปลอมถึงร้อยละ 18.7) ผู้สูงอายุมิค่าเฉลี่ยฟันธรรมชาติในช่องปากเท่ากับ 11.3 ซี่ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.1 ซี่) และมีจำนวนฟันคู่สบหลังน้อยกว่า 4 คู่ สัดส่วนสูงสุดร้อยละ 56.8 ซึ่งฟันคู่สบในฟันหลัง เป็นฟันคู่สบที่จำเป็นในการบดเคี้ยวอาหาร (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันทน์ 2544: 84-85) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในจังหวัดตรังมีสัดส่วนของการไม่มีฟันใช้ในการบดเคี้ยวเป็นจำนวนมาก ถือเป็นปัญหาเรื่องฟันสอดคล้องกับการศึกษาของ ละออง สุวิทยาภรณ์ (2534: บทคัดย่อ) ศึกษาปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท พบว่ามีปัญหาเรื่องฟันมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พบว่าในระดับประเทศกลุ่มผู้สูงอายุมิฟันใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่ มีร้อยละ 49.0 ขณะที่ระดับภาคใต้มีร้อยละ 43.7 และร้อยละของผู้ไม่มีฟันทั้งปากระดับประเทศ ร้อยละ 8.2 ระดับภาคใต้ ร้อยละ 10.2 (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย 2545: 39-40)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นต้องมีฟันปลอมโดยวินิจฉัยของทันตแพทย์กับการมีฟันปลอมของผู้สูงอายุพบว่ามีผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีฟันปลอมหรือต้องทำฟันปลอมใหม่ตามวินิจฉัยของทันตแพทย์ในกลุ่มผู้ที่ยังไม่มีฟันปลอมสูงถึงร้อยละ 68.8 และเมื่อวิเคราะห์ความต้องการมีฟันปลอมจากความรู้สึกของผู้สูงอายุเทียบกับความจำเป็นต้องมีฟันปลอมโดยวินิจฉัยของทันตแพทย์ พบว่าผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีฟันปลอมแต่ไม่ต้องการมีฟันปลอม

มีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองต้องการมีฟันปลอม (ร้อยละ 42.0 และ 42.4 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ไม่มีฟันปลอมแต่จำเป็นต้องมีฟันปลอมตามวินิจฉัยของทันตแพทย์ในจังหวัดตรัง ยังมีอีกจำนวนมากและในจำนวนดังกล่าวก็เป็นผู้ที่ไม่อยากมีฟันปลอมในสัดส่วนครึ่งต่อครึ่ง ดังนั้นควรมีการทำงานเชิงรุกให้เพิ่มขึ้นเพื่อค้นหาผู้ที่จำเป็นต้องมีฟันปลอมและสร้างทัศนคติที่ดีต่อการมีและใช้ฟันปลอมเพื่อเป็นปัจจัยนำไปสู่การให้ผู้สูงอายุจัดหาฟันปลอมมาใส่ทดแทนฟันที่สูญเสียไป

ด้านสุขภาพร่างกายและช่องปาก พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4.20) แต่ไม่สามารถบ่งชี้ว่าการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุได้ เพียงแต่มีความสัมพันธ์กับการใช้ อาจหมายถึงผู้สูงอายุที่มีปัญหาในช่องปาก เช่น เป็นแผล ปากแห้ง ปากอักเสบอาจส่งผลต่อการใช้ฟันปลอมได้

โดยสรุปปัจจัยนำพบว่าตัวแปรทัศนคติของผู้สูงอายุและตัวแปรความตระหนัก/เห็นความสำคัญของฟันปลอม และปัญหาสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมแต่มีเพียงตัวแปรย่อยผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอมที่สามารถทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุได้

2.2 ปัจจัยอื่น

ศึกษาด้านความสามารถในการจับจ่ายฟันปลอม ทักษะของผู้สูงอายุและครอบครัว ในการดูแลทันตสุขภาพ การเดินทางไปรับบริการและสถานที่ที่เกี่ยวข้อง

ความสามารถในการจับจ่ายฟันปลอม พบว่าตัวแปรย่อยค่าครองชีพของผู้สูงอายุมีระดับเพียงพอร้อยละ 46.5 ไม่เพียงพอร้อยละ 28.3 และไม่แน่นอนร้อยละ 25.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.13) ด้านค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายด้านนี้เพียงพอร้อยละ 71.5 แต่เมื่อพิจารณาความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ตอบว่าไม่แน่ใจว่าจะสามารถจ่ายค่าทำฟันปลอมได้ ร้อยละ 42.0 และจ่ายไม่ได้ร้อยละ 29.5 มีเพียงร้อยละ 28.5 ที่ตอบว่าสามารถจ่ายค่าทำฟันปลอมได้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีค่าครองชีพส่วนใหญ่เพียงพอเพื่อการใช้จ่ายประจำวัน เช่น ซื้ออาหาร สิ่งของจำเป็น ในกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น แต่ในเรื่องการรับบริการทันตกรรมไม่สามารถจับจ่ายได้เพียงพอ อาจเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น ราคาทำฟันปลอมที่มีราคาค่อนข้างสูงผู้สูงอายุต้องจ่ายค่าทำฟันปลอมโดยประมาณ 1,001-5,000 บาท ในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 62.4 โดยไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 97.0 ซึ่งจากข้อมูลในการศึกษารุ่นนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าฟันปลอมมีราคาสูงในระดับ ปานกลาง และมาก ร้อยละ 43.6 และร้อยละ 34.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.14) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรารัตนศรีศิลป์นันท์ (2540: 3 – 4) พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลต่อการมารับบริการแม้ตระหนักว่าการ

สูญเสียฟันมีผลกระทบต่อสมรรถนะในการดำรงชีวิต แต่หากไม่สามารถจ่ายค่าใส่ฟันปลอมได้ ผู้สูงอายุก็ไม่สามารถมารับการรักษาได้

เมื่อพิจารณาเป็นกลุ่มผู้มีฟันปลอมและไม่มีฟันปลอม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าครองชีพเพียงพอในสัดส่วนที่ต่างกัน โดยกลุ่มผู้ไม่มีฟันปลอมมีระดับความเพียงพอสูงกว่า ขณะที่ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมในกลุ่มผู้ไม่มีฟันปลอมสามารถจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ได้สูงถึงร้อยละ 16.1 ส่วนผู้มีฟันปลอมสามารถจ่ายค่าทำฟันปลอมได้ร้อยละ 12.5 (ตารางที่ 4.13) แสดงว่าผู้ไม่มีฟันปลอมมีความพร้อมในการจ่ายค่าบริการแต่ยังอาจไม่พร้อมในการรับบริการจากหลายสาเหตุเช่น มีฟันธรรมชาติในช่องปากที่พอจะใช้งานได้ ไม่เห็นประโยชน์ของฟันปลอม หรือเข้าไม่ถึงบริการทันตกรรม จึงควรเน้นการประชาสัมพันธ์นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยสำนักงานปลัดกระทรวง (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง 2540: 59,69) ได้ระบุให้ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ยกเว้นผู้ที่ใช้สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลข้าราชการหรือลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจให้มีสิทธิอุดฟันธรรมชาติ ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย และทำฟันปลอม ที่ใช้อะคริลิกเป็นฐานได้ฟรี (แต่ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลจะไม่สามารถเบิกค่าทำฟันปลอมฐานอะคริลิกได้) และยังคงสิทธิประโยชน์เหมือนเดิมในนโยบายโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ 2544 : 13-14) แต่ผู้สูงอายุบางรายไม่เข้าใจในสิทธิประโยชน์ที่ตนเองพึงจะได้รับ หรือสมัครใจรับบริการจากเอกชน หรืออาจเป็นข้าราชการบำนาญทำให้ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจ่ายค่าทำฟันปลอมเองเป็นส่วนใหญ่

ส่วนผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมจะมีประสบการณ์ในการใส่ฟันปลอมจึงทราบราคาค่าทำฟันปลอมที่เคยรับบริการ ทำให้สามารถวางแผนการใช้จ่ายค่าครองชีพในด้านการทำฟันปลอมได้ดีกว่า ถึงแม้ว่าจะเห็นด้วยว่าราคาค่าทำฟันปลอมจะมีราคาสูง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้มีฟันปลอมว่าสามารถจ่ายค่าทำฟันปลอมในราคาระหว่าง 1,001 – 5,000 บาท สัดส่วนสูงสุดร้อยละ 62.4 และ 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 15.8 (ตารางที่ 4.13)

ราคาค่าทำฟันปลอมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ฟันปลอม กล่าวคือ ผู้สูงอายุคิดว่าราคาค่าทำฟันปลอมมีราคาสูง ซึ่งจากข้อมูลพบว่าผู้มีฟันปลอมส่วนใหญ่จะเลือกรับบริการกับภาคเอกชน ส่งผลให้ราคาค่าทำฟันปลอมสูงขึ้น อีกทั้งวัสดุอุปกรณ์และต้นทุนในการทำฟันปลอมมีราคาสูงซึ่งตรงกับข้อมูลการศึกษาของวิไล สมพร (2537: 77) พบว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการให้บริการทันตกรรมตามความจำเป็น เป็นค่าวัสดุและค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอมโดยเฉลี่ยรายละ 1010.07 บาท และการศึกษาของเรวดี สุรัสวดี และณรงค์ชัย สุทธิภรณ์ (2534: ก) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยงานบริการทันตกรรมแยกประเภทบริการ 10 ประเภท พบว่างานทันตกรรมประดิษฐ์มีต้นทุนรวมสูงสุด คือ 618.40 บาทต่อราย

ทักษะของครอบครัวในการดูแลทันตสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ สะดวกในการพาผู้สูงอายุไปรับบริการ ร้อยละ 86.6 โดยเมื่อพิจารณาพร้อมกับเขตที่อยู่ พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 68.8 และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 31.2 (ตารางที่ 4.13) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมาใช้บริการอาจต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการพาไปรับบริการซึ่งแม้ผู้ดูแลจะสะดวกแต่ก็ยังคงมีปัญหาด้านการเดินทางสูงถึงร้อยละ 75.8 โดยเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลร้อยละ 54.4 แต่ผู้สูงอายุที่อาศัยนอกเขตเทศบาลทำฟันปลอมกับภาคเอกชนสูงสุดร้อยละ 41.6 แสดงว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุนิยมพาผู้สูงอายุไปรับบริการกับเอกชนเพราะไม่ต้องรอนาน สามารถรีบเดินทางกลับบ้านได้อีกทั้งในอำเภอต่างๆในจังหวัดตรังมีคลินิกทันตแพทย์ ถึง 4 อำเภอคือนาโยง ห้วยยอด กันตังและย่านตาขาว ทำให้ลดระยะเวลาการเดินทางเข้าอำเภอเมืองได้ส่วนหนึ่ง ทำให้สัดส่วนผู้มีฟันปลอมที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 11.2) และนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 12.9) ใกล้เคียงกันซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคูตี สุนทรานูและคณะ (2532 : 17) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการใส่ฟันปลอมร้อยละ 33.5 โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองใส่ฟันปลอมร้อยละ 44.4 มากกว่าเขตชนบทที่มีเพียงร้อยละ 27.7

ทักษะของผู้สูงอายุในการดูแลทันตสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุทำความสะอาดฟันปลอมหลังรับประทานอาหาร ทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากหลังรับประทานอาหาร ทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากก่อนนอน และถอดฟันปลอมออกแช่น้ำก่อนนอน ร้อยละ 77.8 ,66.7 ,75.8 และ 54.5 ตามลำดับซึ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวกในการดูแลสุขภาพช่องปาก แสดงว่าผู้สูงอายุให้ความสนใจด้านสุขภาพดี เมื่อพิจารณาพร้อมกับสถานที่ที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเป็นประจำพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่บ้านร้อยละ 99.3 มีเพียง 3 คนรับประทานอาหารนอกบ้าน (ที่วัด เป็นผู้ถือศีล) การที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่บ้าน เป็นผลให้ผู้ที่มิฟันปลอมมีสถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม ร้อยละ 74.7 (ตารางที่ 4.13) สามารถทำความสะอาดฟันปลอมและฟันธรรมชาติทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร รวมถึงการทำความสะอาดฟันก่อนนอน ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมมีการปฏิบัติตนในด้านสุขอนามัยช่องปากที่ดี แต่ในการถอดฟันปลอมแช่น้ำก่อนนอนทำได้เพียงร้อยละ 54.5 อาจเป็นเพราะผู้ที่มีฟันปลอมไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการถอดฟันปลอมแช่น้ำ ทันตบุคลากรจึงควรมีการเน้นย้ำการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการแปรงฟัน ล้างเหงือก ทันทีหลังรับประทานอาหาร การใช้แปรงขนนุ่ม การอมน้ำอุ่นหรือน้ำเกลืออุ่นจะทำให้เหงือกและช่องปากสะอาด ควรถอดฟันปลอมล้างทุกครั้งหลังอาหารและแช่น้ำสะอาดไว้ในตอนกลางคืน

ด้านสถานที่ทำฟันปลอม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกทำฟันปลอมกับทันตแพทย์ภาคเอกชนสูงถึงร้อยละ 78.2 รองลงมาคือหมอบ้านร้อยละ 11.9 และทันตแพทย์ภาครัฐเพียงร้อยละ

9.9 (ตารางที่ 4.13) แม้ว่าภาคเอกชนจะมีราคาค่าบริการสูง แต่จากการบริการของภาคเอกชนมีความสะดวก รวดเร็วและขั้นตอนในการขอรับบริการไม่ยุ่งยากเหมือนสถานบริการของภาครัฐ จึงเหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ ที่ไม่ต้องรอนาน ไม่ต้องมาบ่อย แต่กรณีที่ผู้สูงอายุต้องการรับบริการทันตกรรมด้านอื่น เช่น การดูแลทั่วไปจากทันตบุคลากรผู้สูงอายุจะเลือกที่รับบริการจากทันตบุคลากรใกล้บ้านคือ จากสถานอนามัยเป็นอันดับหนึ่งร้อยละ 70.5 รองลงมาคือคลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 22.1 และหน่วยเคลื่อนที่ ร้อยละ 5.8 (ตารางที่ 4.13) แสดงว่าผู้สูงอายุต้องการรับบริการจากสถานที่ให้บริการที่ใกล้ตัว ดังนั้นหากต้องการจัดบริการใดแก่ผู้สูงอายุควรเน้นจัดในสถานที่ใกล้บ้านผู้สูงอายุลดปัญหาในการเดินทางไปรับบริการ (การทำฟันปลอมต้องทำโดยทันตแพทย์ซึ่งในระบบบริการ ภาครัฐของจังหวัดตั้งจัดที่โรงพยาบาล ชุมชน เนื่องจากมีทันตแพทย์ปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลเท่านั้นไม่มีปฏิบัติงานประจำที่ระดับสถานอนามัย)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ฟันปลอม พบว่า ความสามารถในการจ่ายค่าทำฟันปลอมใหม่ เขตที่อยู่ สถานที่ทำฟันปลอม และการมีสถานที่ทำความสะอาดฟันปลอม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้ฟันปลอม กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการวางแผนจ่ายฟันปลอม สามารถรับบริการทันตกรรมได้แม้อยู่นอกเขตเทศบาลซึ่งผู้สูงอายุนิยมเลือกทำฟันปลอมกับภาคเอกชนมากกว่าอาจเพราะมีความสะดวก รวดเร็ว รวมทั้ง ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของฟันปลอมว่าเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายต้องดูแลรักษาความสะอาดเพื่อสุขอนามัยที่ดีของช่องปาก ประกอบกับการรับประทานอาหารที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ทำให้การทำความสะอาดฟันทำได้สะดวก เพราะเมื่อรับประทานอาหารเสร็จก็มีสถานที่ส่วนตัวในการทำ ความสะอาดช่องปาก เช่น การมีห้องน้ำที่สามารถวางอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดฟันและช่องปากหยิบใช้ได้ทันที เป็นต้น แต่ตัวแปรย่อยการทำ ความสะอาดฟันธรรมชาติที่เหลือและช่องปากหลังรับประทานอาหารทุกมื้อซึ่งเป็นตัวแปรย่อยที่สัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 เป็นตัวแปรย่อยเพียงตัวเดียวที่สามารถใช้ทำนายการใช้ฟันปลอมได้

2.3 ปัจจัยสนับสนุน

ศึกษาการบริการทันตกรรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบการย่อยอาหาร และภาวะโภชนาการ

ด้านบริการทันตกรรม พบว่าในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาผู้สูงอายุไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากมีเพียงร้อยละ 28.5 เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้มีฟันปลอมพบว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากมีเพียงร้อยละ 6.2 (ตารางที่ 4.18) สอดคล้องกับข้อมูล

ผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันปลอมส่วนใหญ่ตอบว่า น้อยที่สุดร้อยละ 48.5 รองลงมาไปพบน้อย ร้อยละ 28.7 และปานกลางร้อยละ 9.9 ตามลำดับ เป็นผลให้ผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและฟันปลอมในระดับน้อยที่สุดร้อยละ 34.7 รองลงมาในระดับน้อยร้อยละ 23.8 (ตารางที่ 4.19) จากข้อมูล การศึกษาแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมมารับบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุยังมีน้อย เช่นเดียวกับ ข้อมูลการประเมินผลงานทันตสุขภาพ ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 พบว่าในรอบ 1 ปี ผู้สูงอายุไปรับบริการร้อยละ 13.3 (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย เอกสารประกอบการประชุม 2544: 1) แต่ยังคงสูงกว่าผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ที่พบว่าผู้สูงอายุมี พฤติกรรมการใช้บริการเพียง ร้อยละ 23.3 โดยมีสาเหตุชักนำการไปใช้บริการคือ อาการปวดและ เสียวฟัน รองลงมาคือการมีฟันผุหรือจุดดำบนตัวฟัน และการมีหินปูน ตามลำดับ แต่มีสาเหตุของ การไม่ไปใช้บริการคือไม่มีสิ่งผิดปกติในช่องปากร้อยละ 72.0 รองลงมาคือ รอให้มีอาการมากขึ้น จึงไปหาหมอฟัน ร้อยละ 21.6 และไม่มีเวลาร้อยละ 4.6 (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย 2545: 15,55) จึงควรปรับรูปแบบการบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุให้เกิดความตื่นตัวต่อผู้มารับบริการ จัดทำโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุให้ชัดเจน นอกจากนี้พบว่าตัวแปรความชำนาญ ของทันตแพทย์ในการทำและแก้ไขฟันปลอมนั้น ผู้สูงอายุเห็นด้วยว่าทันตแพทย์เป็นผู้มีความ ชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอมในระดับมาก สัดส่วนสูงสุดร้อยละ 38.6 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.8 ซึ่งวิชาชีพทันตกรรมถือเป็นวิชาชีพเฉพาะที่เป็นทั้งวิทยาศาสตร์และศิลปะ ทันตแพทย์ จึงต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ ฝึกฝนทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติจนเกิดความชำนาญจนเป็นที่เชื่อถือ ของประชาชน โดยอาจจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทางเพื่อทำการรักษาในกรณีผู้ป่วยมี ปัญหาในช่องปากมาก

การดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีผู้ดูแล ร้อยละ 55.6 เมื่อพิจารณาแยกเป็นผู้มี ฟันปลอมและไม่มีฟันปลอม พบว่ามีผู้ดูแลในสัดส่วนที่ต่างกันผู้มีฟันปลอมมีผู้ดูแลร้อยละ 12.9 และผู้ไม่มีฟันปลอมมีผู้ดูแลร้อยละ 42.7 (ตารางที่ 4.18) แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้ดูแลเรื่องการมีและ ใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุร้อยละ 51.7 โดยมีผู้ดูแลประจำเพียงร้อยละ 9.5 และผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดว่า ฟันปลอมมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุในระดับปานกลาง สัดส่วนสูงสุดร้อยละ 28.9 แสดงว่าผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีส่วนในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีฟันปลอมไว้ใช้งานเพียงระดับปานกลาง แต่ในส่วนของ ผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมเห็นด้วยว่าคนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นการมีและใช้ฟันปลอม ระดับมากใน สัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 25.7 และร้อยละ 23.8 ของผู้มีฟันปลอม (ตารางที่ 4.19) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะดูแลผู้สูงอายุเรื่องทั่วไป ไม่ได้ดูแลเรื่องเกี่ยวกับช่องปากมากนัก แต่ผู้สูงอายุ คิดว่าคนในครอบครัวมีส่วนร่วมกระตุ้นการมีและใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิด

ความมั่นใจในการเข้าสังคม แต่ก็มีผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่อีกกลุ่มหนึ่งที่กลับคิดว่าผู้ดูแลมีส่วนกระตุ้นการใช้ฟันปลอมน้อยที่สุดร้อยละ 23.8 ซึ่งอาจเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลต้องดูแลตนเอง จากแบบสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุมีคนที่ครอบครัวร่วมรับประทานอาหารด้วยเป็นส่วนใหญ่ โดยเป็นผู้มีฟันปลอมที่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่นร้อยละ 16.1 (ตารางที่ 4.18) จากการศึกษาของชาอูซัยโให้สวงวน (2539: 27) พบว่าร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลานานในการรับประทานอาหาร จากปัญหาการบดเคี้ยวจะรู้สึกอับอายและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารกับผู้อื่นแยกตัวจากสังคมได้ ดังนั้นการมีฟันปลอมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมั่นใจในการเข้าสังคมและรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

ระบบการย่อยอาหารพบว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเจ็บ-ปวดเหงือกเวลาใช้ฟันปลอมบดเคี้ยวระดับน้อยที่สุดมีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 33.7 รองลงมาคือระดับน้อยร้อยละ 28.7 จึงเห็นว่าผู้สูงอายุไม่ค่อยมีปัญหาในการใช้ฟันปลอม นอกจากนี้ผู้มีฟันปลอมมีปัญหาในระบบย่อยอาหารน้อย โดยรู้สึกว่าการท้องอืดท้องเฟ้อ หลังรับประทานอาหารในระดับน้อยที่สุด สัดส่วนสูงสุดร้อยละ 40.6 รองลงมาในระดับน้อยร้อยละ 30.7 และระดับปานกลาง ร้อยละ 12.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.19) เป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันปลอม มีฟันเพื่อการบดเคี้ยวอาหารมากขึ้น สามารถกัดชิ้นอาหารให้เล็กลงตั้งแต่ในปาก ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานได้อย่างปกติ ระบบย่อยอาหารดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านโภชนาการดีขึ้น ซึ่งตรงกับข้อมูลประกอบการอบรมผู้สูงอายุและความชรา (พัชรารวรรณศรีศิลป์นันท์ 2544: 85) หากการเคี้ยวอาหารลำบากส่งผลต่อการเลือกชนิดของอาหาร ผู้สูงอายุจะหันไปรับประทานอาหารพวกแป้ง น้ำตาล อาหารที่มีปริมาณแคลอรีมาก อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงหรืออาหารที่มีไขมันสูง ระบบการเคี้ยวอาหารลดน้อยลงทำให้เกิดอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืดได้มากกว่าคนที่ไม่มีระบบการเคี้ยวที่ปกติ

ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุที่มีฟันปลอมเห็นด้วยว่าสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น ในระดับมาก ร้อยละ 52.5 รองลงมาในระดับปานกลางร้อยละ 17.8 และระดับมากที่สุดร้อยละ 16.8 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการรับประทานอาหารเนื้อ/ปลาได้มากขึ้น ในระดับมากร้อยละ 44.6 ระดับปานกลางร้อยละ 20.8 (ตารางที่ 4.19) ดังนั้นการใช้ฟันปลอมจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถกัดเคี้ยวอาหารดีขึ้น เลือกอาหารได้หลากหลายมากขึ้นส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่ดี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านปัจจัยสนับสนุนต่อพฤติกรรมการใช้ฟันปลอมพบว่า ตัวแปรย่อยผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอม ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลเรื่องการมีและการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร เนื้อ/ปลาได้มากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอมบดเคี้ยว คนในครอบครัวมีส่วนในการกระตุ้นการมีและใช้ฟันปลอม มีความสัมพันธ์กับการใช้ฟันปลอม กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการดีจากการได้รับสารอาหาร

ที่จำเป็นต่อร่างกายเหมาะสมกับวัย เพราะผู้สูงอายุสามารถใช้ฟันปลอมรับประทานผัก เนื้อ/ปลาได้มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ระบบย่อยอาหารมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากให้มีสุขอนามัย ที่ดีจึงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องมีความตระหนัก โดยไปรับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันปลอมกับทันตแพทย์เป็นประจำอย่างน้อยทุก 6 เดือน การที่คนในครอบครัวมีส่วนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมิและใช้ฟันปลอมซึ่งถือเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สำคัญ แต่ตัวแปรปัจจัยสนับสนุนไม่สามารถทำนายการใช้ฟันปลอมได้

จากสมการถดถอยพหุคูณทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ มีตัวแปรย่อย 2 ตัวที่วิเคราะห์ว่ามีความสัมพันธ์และสามารถใช้ทำนายการใช้ฟันปลอม คือ ผู้สูงอายุรู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม เป็นปัจจัยนำ (ด้านทัศนคติของผู้สูงอายุ) และการทำความสะอาดฟันธรรมชาติหลังรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อ (ทักษะของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลทันตสุขภาพ) อภิปรายได้ว่าการใช้ฟันปลอมนั้นตัวแปรเรื่องทัศนคติของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ หากผู้สูงอายุคิดว่าการใช้ฟันปลอมมีประโยชน์และช่วยให้การบดเคี้ยวดีขึ้น รับประทานอาหารได้ปริมาณมากขึ้น หลากหลายประเภทมากขึ้นก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุจัดหาฟันปลอม ซึ่งพบว่าเป็นตัวแปรแรกที่ทำนายความแปรปรวนของการใช้ฟันปลอมได้ ร้อยละ 15.6 ส่วนการทำความสะอาดฟันธรรมชาติหลังรับประทานอาหาร เป็นตัวแปรย่อยตัวที่ 2 ที่มีผลเอื้อต่อการใช้ฟันปลอมเพราะหากผู้สูงอายุสามารถดูแลฟันธรรมชาติได้ในเกณฑ์ดีก็มีแนวโน้มที่จะใส่ใจต่อสุขภาพ เมื่อมีปัญหาเกิดก็มักจะรีบแก้ไข (ถ้าไม่มีอุปสรรคอื่น) และหากสูญเสียฟันธรรมชาติก็น่าจะมีแนวโน้มในการจัดหาฟันปลอมทดแทนมากกว่าผู้ไม่สนใจสุขภาพช่องปากและอยากให้สุขภาพช่องปากดีขึ้น โดยรวมทำนายความแปรปรวนได้เพิ่มอีกร้อยละ 3.6 เห็นได้ว่าหากผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับมีทักษะที่ดีก็จะบ่งชี้ว่าผู้สูงอายุท่านนั้นจะมีแนวโน้มรักษาสุขภาพช่องปากอย่างดีและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การใส่ฟันปลอมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป ฯลฯ ดังนั้นการวางแผนการให้บริการที่คั่นอกเหนือจากการจัดบริการที่สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย ราคาเหมาะสมแล้ว ปัจจัยอันหนึ่งที่ควรคำนึงถึงคือการทำให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยการสร้างทัศนคติและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรย่อยทั้ง 2 ร่วมกันทำนายความแปรปรวนได้เพียงร้อยละ 19.2 ซึ่งหมายความว่ายังมีปัจจัยหรือตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ได้ศึกษาแต่สามารถทำนายการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุได้

ตัวแปรย่อยอื่น ๆ เช่น การเข้าสังคม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีเพียงบางคำถาม เช่นการร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่นและสถานที่ที่รับประทานอาหาร แต่ไม่สามารถนำมาสรุปในมิติการเข้าสังคมได้ และกลุ่มตัวอย่างเป็นสังคมเกษตรกรรมไม่ใช่สังคมเมืองอย่างกรุงเทพฯ/ปริมณฑลหรือจังหวัดใหญ่ ๆ จึงพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมทั้งเหตุผลการมีฟันปลอมก็จะทำเพื่อ

การบดเคี้ยวอาหารเป็นหลัก ต่างจากการศึกษาของชาญชัย โห้สงวนและคณะ(2545: 85-92) และ สุนันท์ จันทรรัตน์และยุทธนา ปัญญางาม (2536: 203-211)

อีกประเด็นหนึ่งคือนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพที่อาจส่งผลต่อการมีและการใช้ ฟันปลอม ถึงแม้ว่าการทำฟันปลอมจะรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ (นโยบาย 30 บาท)ของผู้สูงอายุ แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุอีกกลุ่มที่ไม่ได้สิทธินี้เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ หรือกลุ่มที่มี บุตรเป็นข้าราชการหรือมีสิทธิเบิกได้แต่ไม่รวมค่าทำฟันปลอม เกิดความเหลื่อมล้ำของสิทธิ ประโยชน์ และอาจมีผลต่อการมีฟันปลอม ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้มีเป็นจำนวนมาก ถือเป็นจุดค้อยของ นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ จึงควรรหาแนวทางและนำเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดเป็น นโยบายที่มีความเท่าเทียมกันในบุคคลกลุ่มเดียวกันให้มากขึ้น เพื่อประโยชน์ของประชาชน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ เพื่อการบริหารจัดการบริการฟื้นฟูฟันปลอม เพื่อ ผู้สูงอายุจังหวัดตรัง ดังนี้

3.1.1 ด้านนโยบาย

1) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมารับบริการทันตกรรมน้อย ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพ ควรกำหนดนโยบายทางด้านทันตสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุให้เป็นนโยบายหลักที่สำคัญอันหนึ่งของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเช่นเดียวกับของประเทศญี่ปุ่น (สุฉิ ผลศิเยี่ยมและคณะ 2544: 1-13) โดยการกำหนดตัวชี้วัดทางด้านทันตสุขภาพให้ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เหมือนการสร้างภูมิคุ้มกันในตัว เช่น กำหนดการตรวจสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุขอย่างน้อยทุก 6 เดือน มีเป้าหมายร้อยละ 90 เป็นต้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเห็นความสำคัญ และควรกำหนดให้ผู้สูงอายุมีความเท่าเทียมกันในทุกสิทธิประโยชน์ รวมทั้งผู้บริหารทุกระดับควรที่จะผลักดันให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านทันตสุขภาพอย่างจริงจัง เช่น สนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุรักสุขภาพฟัน ฯลฯ ให้เป็นช่องทางที่ผู้สูงอายุจะมาพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนทัศนคติและเป็นช่องทางถ่ายทอดความรู้แก่ผู้สูงอายุช่องทางหนึ่ง

2) การวางแผนพัฒนากำลังคน จากสมการที่ได้พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะรับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม แสดงว่าฟันปลอมที่ใส่ต้องมีประสิทธิภาพ ใส่แล้วสบายไม่เจ็บเวลาเคี้ยว ผู้สูงอายุจึงอยากรับประทานอาหาร นั่นคือผู้ทำฟันปลอมควรมีความชำนาญมากพอ อีกทั้งจากการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์มีความชำนาญในการทำและแก้ไขฟันปลอมในระดับมาก รองลงมาคือระดับปานกลาง แสดงว่าผู้สูงอายุคิดว่าทันตแพทย์ยังมีความชำนาญไม่มากที่สุด ดังนั้นผู้บริหารของจังหวัดอาจต้องวางแผนพัฒนากำลังคน เช่น ผลิตบุคลากรสาขาเฉพาะทางเพิ่มขึ้นเพื่อให้ทันตแพทย์มีความชำนาญสามารถทำฟันปลอมให้ถูกใจผู้สูงอายุ และมีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว

ปัจจุบันจังหวัดตรังมีสถานบริการสุขภาพของภาครัฐมีการกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีสถานีอนามัยกระจายทุกตำบล และโรงพยาบาลกระจายทุกอำเภอ และมีการจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชนตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อัตราส่วนของทันตแพทย์ ต่อ ประชากรของจังหวัดตรังยังคงมีอัตราส่วนที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 คือ 1 : 21,883 (เป้าหมายแผนฯ 8 ทันตแพทย์ต้องมีอัตราส่วนต่อประชากร 1 : 9,800) การเพิ่มอัตรากำลังของทันตแพทย์จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการผลิตบุคลากร

และมีต้นทุนในการผลิตที่สูง ดังนั้นในการวางแผนการบริการจึงควรพัฒนาเครือข่ายการบริการโดยจัดระดับความสามารถของสถานบริการด้านความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์และบุคลากร โรงพยาบาลใหญ่ควรมีสักยภาพสูงขึ้น มีทันตแพทย์เฉพาะทางเพื่อรับการส่งต่อ พัฒนาระบบการส่งต่อ โดยกำหนดมาตรฐานและเกณฑ์การส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและรวดเร็วขึ้น

การพัฒนาทันตแพทย์ให้มีความชำนาญเฉพาะสาขาก็เป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องวางแผนเพราะการศึกษาต่อเนื่องระดับหลังปริญญาในปีหนึ่งๆ มหาวิทยาลัยต่างๆจะสามารถรับทันตแพทย์ศึกษาต่อได้น้อย ประกอบกับการศึกษาต่อเนื่องระดับหลังปริญญาใช้เวลาอีก 1-3 ปี แล้วแต่หลักสูตร และ ยังต้องมีคุณสมบัติเฉพาะ คือ ต้องปฏิบัติงานครบ 3 ปี ในบางสาขา เช่น สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ เป็นต้น จึงจะสามารถสมัครเข้าเรียนได้ จากข้อมูลทันตบุคลากรในจังหวัดตรังมีผู้จบสาขานี้เพียง 1 ท่าน ดังนั้นผู้บริหารควรวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดบริการให้สูงขึ้น เช่น ส่งทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลระดับอำเภอทุกแห่งเข้ารับการอบรมระยะสั้น เพื่อเพิ่มความชำนาญในการทำ ฟันปลอม หรือการรักษาอื่นที่อยู่ยากอีกทางหนึ่งนอกจากการส่งศึกษาต่อเนื่อง

นอกจากนี้ควรจัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อสร้างทีมทันตบุคลากรให้มีความรู้ ความชำนาญขึ้น เช่น ผู้ช่วยทันตแพทย์ให้มีความชำนาญในการช่วยยี่ให้บริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลภาครัฐทุกระดับ บุคลากรอีกกลุ่มคือช่างทันตกรรมที่ผลิตฟันปลอมในห้องปฏิบัติการ ควรสร้างให้มีในทีมงานของโรงพยาบาลภาครัฐตั้งแต่ขนาดโรงพยาบาลระดับ 60 เตียงขึ้นไป เพราะจะช่วยลดระยะเวลาการทำฟันปลอม การส่งชิ้นงาน ค่าขนส่ง และค่าจัดจ้างทำฟันปลอม เป็นการลดต้นทุนฟันปลอมได้อีกทางหนึ่ง (เนื่องจากการทำฟันปลอมอาจต้องส่งห้องปฏิบัติการในกรุงเทพฯ)

จากการที่อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรยังไม่เหมาะสม ผู้บริหารควรคาดการณ์ความต้องการกำลังคนจากการกำหนดอัตราส่วนกำลังคนต่อประชากร ซึ่งทำได้ง่าย ต้องการข้อมูลไม่มาก ทำได้เร็ว หรืออาจคาดการณ์จากความจำเป็นด้านสุขภาพ ซึ่งนิยมใช้ในการคาดการณ์กำลังคนที่เป็นเรื่องเฉพาะ เช่น กำลังคนด้านทันตสาธารณสุข (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2544: 105)

3) *ทรัพยากรด้านการเงิน* พบว่าหลังตุลาคม 2544 จังหวัดตรังได้ดำเนินงานตามหลักประกันสุขภาพ โดยใช้เงินบริหารจัดการตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน สำหรับงานทันตกรรมจะอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนพึงจะได้รับ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ 2544: 12-13) การจัดบริการฟันปลอม แก่ผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์

ที่ถือเป็นอุปสรรคในการบำบัดรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยโรงพยาบาลสามารถเรียกคืนจากสำนักงานประกันสุขภาพในอัตราที่กำหนด คือฟันปลอมบางส่วน ชั้นละไม่เกิน 640 บาท ฟันปลอมทั้งปาก กรณี 1 ชั้นชุดละไม่เกิน 950 บาท กรณี 2 ชั้น ชุดละไม่เกิน 1,600 บาท เป็นผลให้งบประมาณในโรงพยาบาลภาครัฐของจังหวัดจึงเพียงพอ แต่ขั้นตอนในการเบิกจ่ายเงินคืนมีหลายขั้นตอน และกำหนดระยะเวลาในการส่งหลักฐานถึงสำนักงานประกันสุขภาพภายใน 60 วัน หลังจากทันตแพทย์ใส่ฟันปลอมให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลให้หลายโรงพยาบาลไม่สามารถเรียกเงินคืนได้ทัน ส่งผลต่อระบบการเงินการคลังของโรงพยาบาลไม่คล่องตัวในการบริหารจัดการด้านทันตกรรม ดังนั้นสำนักงานประกันสุขภาพจึงควรลดขั้นตอนในการเบิกจ่ายลงให้มีความคล่องตัว

3.1.2 ด้านการบริหารจัดการงานบริการทันตกรรม

1) *ด้านการจัดบริการ* จากข้อมูลที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุนิยมไปทำฟันปลอมที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน จึงควรมีการจัดทำคลินิกพิเศษทางทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลภาครัฐ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการได้มากขึ้น มีความสะดวก และสามารถลดระยะเวลาในการขอรับบริการร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่น ๆ อีกทั้งควรมีการปรับลดขั้นตอนในการขอรับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุของโรงพยาบาลภาครัฐทุกระดับ ทำให้มีความรวดเร็ว สะดวก และสร้างความพึงพอใจ โดยการต้อนรับหรือให้บริการด้วยความอึดอ้อมเป็นกันเอง (Service mind)

2) *จากการศึกษา* พบว่าผู้สูงอายุเลือกสถานบริการประเภทสถานีนอนามัยสูงสุด แต่ในการทำฟันปลอมผู้สูงอายุเลือกรับบริการคลินิกเอกชนมากที่สุด ดังนั้นควรมีการปรับมาตรฐานการบริการของสถานีนอนามัยและเครือข่ายการส่งต่อในเรื่องของทันตกรรม ในปัจจุบันมีการบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นเครือข่ายการบริการหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาล คู่สัญญาหลัก รับผิดชอบร่วมในการจัดบริการสุขภาพ แต่การทำฟันปลอมเป็นทันตกรรมประดิษฐ์ที่ต้องอาศัยหลักวิชาเฉพาะของทันตแพทย์ในการทำ ดังนั้นศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดทั้งด้านบุคลากรซึ่งมีการหมุนเวียนทันตแพทย์และวัสดุ อุปกรณ์ ที่มีราคาสูง จึงควรทำหน้าที่เป็นหน่วยคัดกรองและส่งต่อโรงพยาบาลต่อไป

3) *การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าราคาค่าทำฟันปลอมสูง อีกทั้งไม่สามารถเบิกได้* (กรณีข้าราชการบำนาญหรือผู้มีลูกที่เบิกได้) จึงควรมีการกำหนดราคามาตรฐาน ค่าทำฟันปลอมของหน่วยสุขภาพของจังหวัดให้มีมาตรฐานเดียวกัน โดยการเชิญภาครัฐและเอกชนร่วมกำหนดราคาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นกลุ่มบุคคลที่ทำประโยชน์ต่อประเทศชาติ จะทำ

ให้ผู้สูงอายุสามารถวางแผนค่าใช้จ่ายในการครองชีพ และค่าใช้จ่ายเพื่อการทำฟันปลอมที่เหมาะสมได้

4) *ควรมีการประชาสัมพันธ์โดยเลือกใช้รูปแบบที่เหมาะสม* เกี่ยวกับการบริการทันตสุขภาพให้ผู้สูงอายุทราบ เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ของทันตสุขภาพในผู้สูงอายุในนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค หรือข่าวสารความรู้อื่นๆ ผ่านทางสื่อที่ผู้สูงอายุสนใจ เช่น โทรทัศน์ หรือ หอกระจายข่าว เพื่อให้ข่าวสารถึงมือผู้สูงอายุให้มากที่สุดและทันทั่วถึง

5) *ค้นหาวิธีสร้างชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง* เพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือดูแลสุขภาพร่วมกัน และยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการถ่ายทอดความรู้ด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับข่าวสารผ่านทางเพื่อนเล่าให้ฟังสูงเป็นลำดับสอง

6) *จากสมการจะพบว่าตัวแปรที่ทำนายการใช้ฟันปลอม คือ ผู้สูงอายุ* รู้สึกว่ารับประทานอาหารทุกอย่างที่อยากรับประทานเวลาใส่ฟันปลอม และ การทำความสะอาดฟันธรรมชาติและช่องปากภายหลังรับประทานอาหารทุกมื้อ ซึ่งการจะสร้างทัศนคติและพฤติกรรมที่พึงประสงค์นี้ ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีพื้นฐานในเรื่องการให้สุขภาพที่เหมาะสม ควรจัดให้มีหลักสูตรหรือการอบรมที่มีการฝึกให้ทันตสุขภาพที่ดี รวมถึงการประชาสัมพันธ์ด้วย เพื่อเพิ่มทักษะการถ่ายทอดความรู้และการสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 *ควรศึกษารูปแบบ* การรับบริการเปรียบเทียบระยะเวลา ก่อน – หลัง นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ ข้อดี – ข้อด้อยของนโยบายในการสนับสนุนการจัดบริการฟันปลอมแก่ผู้สูงอายุ

3.2.2 *ควรศึกษาต้นทุนทันตกรรม* ทั้งในคลินิกและการออกหน่วยให้บริการแก่ผู้ป่วย

3.2.3 *วิจัยหาขั้นตอนการผลิตฟันปลอมแบบง่าย* สะดวก รวดเร็ว ต้นทุนต่ำ

3.2.4 *ศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุ* ที่มีต่อระบบการจัดบริการทันตกรรม

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
2. ทนตแพทย์หญิงศรีสุดา ลีละศิธร
ทันตแพทย์ 8 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
3. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ธนวิบูลย์ชัย
สำนักทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุด้านทันตสุขภาพและการใช้ฟันปลอม

แบบสอบถามเลขที่.....

รหัสพื้นที่.....

คำชี้แจง

กรณำบันทึกข้อมูลที่ได้จากการตรวจ สัมภาษณ์ และการสังเกตในแบบสัมภาษณ์ชุดนี้ โดยการเลือกคำตอบจากตัวเลือกที่ต้องการหรือเติมช่องว่างให้ครบทุกข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มี 1 ตอน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ มี 4 ตอน

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม 10 ข้อ

ตอนที่ 2 การมีและใช้ฟันปลอม การบริการและสวัสดิการรักษาทางทันตกรรม 6 ข้อ

ตอนที่ 3 การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุเฉพาะผู้มีฟันปลอม 15 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบตรวจสภาพช่องปาก ฟันปลอมและความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม 5 ข้อ

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....นามสกุล.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....โทรศัพท์.....

ชื่อผู้ตรวจสุขภาพช่องปาก.....นามสกุล.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....โทรศัพท์.....

วันที่สัมภาษณ์และตรวจ.....

ชื่อผู้สูงอายุ.....นามสกุล.....

ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เขตที่อยู่ 1.เขตเทศบาล 2.นอกเขตเทศบาล

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ชื่อผู้ดูแล.....นามสกุล.....

1.1 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

1. ลูก 2. หลาน 3. สามเณร/ภรรยา 4. อื่นๆระบุ.....

1.2 อายุ ระบุ.....ปี

1.3 เพศ 1. ชาย 2. หญิง

1.4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุสะดวกในการพาผู้สูงอายุไปตรวจและทำฟันหรือไม่

1. สะดวก 2. ไม่สะดวก

1.5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุคิดว่าฟันปลอมมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุหรือไม่ (มากน้อยเพียงใด)

1. เห็นด้วยน้อยที่สุด 2. เห็นด้วยน้อย 3. เห็นด้วยปานกลาง

4. เห็นด้วยมาก 5. เห็นด้วยมากที่สุด

1.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดูแลผู้สูงอายุให้มี และ ใช้ฟันปลอมหรือไม่กรณีที่ต้องมีฟันปลอม

1. ไม่ดูแล 2. ดูแลบ้าง 3. ดูแลประจำ

อธิบาย.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม

2.1.1 อายุ.....ปี

2.1.2 เพศ 1. ชาย 2. หญิง

2.1.3 ศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. คริสต์ 4. อื่นๆระบุ.....

2.1.4 สถานภาพสมรส 1. โสด 2. สมรส 3. ม่าย/ หย่า /ร้าง

2.1.5 ค่าใช้จ่ายเพื่อการครองชีพของผู้สูงอายุ

1. ไม่เพียงพอ 2. ไม่แน่นอน 3. เพียงพอ

- 2.1.6 ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ
1. ไม่เพียงพอ
 2. ไม่แน่นอน
 3. เพียงพอ
- 2.1.7 ผู้สูงอายุได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากช่องทางใดมากที่สุด(ตอบได้หลายข้อ)
1. รายการวิทยุ
 2. รายการโทรทัศน์
 3. หนังสือพิมพ์
 4. นิตยสาร
 5. หอกระจายข่าว
 6. เพื่อนบ้านเล่าให้ฟัง
 7. อื่นๆ ระบุ.....
- 2.1.8 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว
1. ไม่มี
 2. มี ระบุ.....
- 2.1.9 ผู้สูงอายุรับประทานอาหารกับใครเป็นส่วนใหญ่
1. คนเดียว
 2. กับคนในครอบครัว
 3. กับเพื่อน
- 2.1.10 ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ใดเป็นส่วนใหญ่
1. ที่บ้าน
 2. ที่ร้านอาหาร

ตอนที่ 2 การมีและใช้ฟันปลอม การบริการและสวัสดิการรักษาทางทันตกรรม

1) การมีฟันปลอม

ก. สำหรับผู้สูงอายุที่มีฟันปลอม ตอบ 2.2.1-2.2.9

- 2.2.1 มีฟันปลอมประเภท
1. ติดแน่น
 2. ถอดได้
- 2.2.2 ทำฟันปลอมจากที่ใด
1. โรงพยาบาลชุมชน
 2. โรงพยาบาลต้ง
 3. คลินิกเอกชน/โรงพยาบาลเอกชน
 4. อื่นๆระบุ.....
- 2.2.3 เบิกค่าทำฟันปลอมได้หรือไม่
1. ได้ โดยใช้สิทธิ.....
 2. ไม่ได้ต้องจ่ายเอง
- 2.2.4 ราคาฟันปลอมชุดปัจจุบันโดยประมาณ.....บาท
- 2.2.5 เคยทำฟันปลอมมาทั้งหมดกี่ชุดรวมชุดปัจจุบัน.....ชุด
- 2.2.6 ฟันปลอมชุดปัจจุบันทำมากี่ปี.....ปี
- 2.2.7 ผู้สูงอายุต้องการทำฟันปลอมชิ้นใหม่หรือไม่
1. ไม่ต้องการ เพราะ.....
 2. ต้องการ
- 2.2.8 กรณีต้องการฟันปลอมใหม่เนื่องจากเหตุผล (เลือกได้หลายข้อ)
1. การบดเคี้ยว
 2. ความสวยงาม
 3. การออกเสียง
 4. ความมั่นใจ
- 2.2.9 ผู้สูงอายุสามารถจ่ายค่าฟันปลอมเมื่อจำเป็นต้องเปลี่ยนฟันปลอมตามสภาพช่องปากได้หรือไม่
1. ไม่ได้
 2. ไม่แน่ใจ
 3. ได้

ข. สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันปลอม ตอบ 2.2.10-2.2.2.13

2.2.10 ผู้สูงอายุเคยมีฟันปลอมมาก่อนหรือไม่

1. เคย ปัจจุบันเลิกใช้มาแล้วนาน.....ปี
2. ไม่เคยมี เพราะ

2.2.11 ผู้สูงอายุต้องการมีฟันปลอมหรือไม่

1. ไม่ใช่
2. ใช่ เพราะ.....

2.2.12 ต้องการทำให้ฟันปลอมใหม่เพราะสาเหตุ (ตอบได้หลายข้อ)

1. การบดเคี้ยว
2. ความสวยงาม
3. การออกเสียง
4. ความมั่นใจ

2.2.13 ผู้สูงอายุสามารถจ่ายค่าฟันปลอมเมื่อจำเป็นต้องเปลี่ยนฟันปลอมตามสภาพช่องปากได้หรือไม่

1. ไม่ได้
2. ไม่แน่ใจ
3. ได้

2) การใช้ฟันปลอมในการบดเคี้ยว

ผู้สูงอายุใช้ฟันปลอมในการบดเคี้ยวหรือไม่

1. ไม่ใช่เพราะ.....
2. ใช่ (ให้เลือกตอบ 1 ข้อ)

1. ใช้ 1 มือ
2. ใช้ 2 มือ
3. ใช้ 3 มือ
4. ตลอดวัน (รวมนอกมือ)

3) ผู้สูงอายุดูแลฟันปลอมโดย

3.1 แปรงฟันหรือทำความสะอาดฟันปลอมทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

1. ใช่
2. ไม่ใช่

3.2 แปรงฟันหรือทำความสะอาดเหงือกและฟันธรรมชาติที่เหลือหลังอาหารทุกมื้อ

1. ใช่
2. ไม่ใช่

3.3 แปรงฟันหรือทำความสะอาดเหงือกและฟันธรรมชาติที่เหลือก่อนนอนทุกวัน

1. ใช่
2. ไม่ใช่

3.4 กรณีฟันปลอมถอดได้ต้องถอดแช่น้ำทุกคืน

1. ใช่
2. ไม่ใช่

3.5 มีสถานที่ทำความสะอาดฟันปลอมหลังกินอาหารทุกมื้อ

1. ใช่
2. ไม่ใช่

4) ในรอบ 1 ปี ผู้สูงอายุเคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากในเรื่องใด

1. มี ระบุ..... 2. ไม่มี

5) ในรอบ 1 ปี ผู้สูงอายุเคยไปพบหมอฟันบ้างหรือไม่

1. เคยพบ สาเหตุ..... 2. ไม่เคยพบ

**ถ้าไป ผู้สูงอายุไปพบที่ใด 1. รพช. 2. รพศ. 3. คลินิกเอกชน/รพ.เอกชน

4. สอ. 5. สสจ. 6. หน่วยเคลื่อนที่ 7. วสส./เทศบาล

**ถ้าไป ผู้สูงอายุมีปัญหาในการเดินทางพบหมอฟันหรือไม่ 1. ค่าเดินทางสูง

2. ระยะทางไกล 3. การเดินทางลำบาก 4. ไม่มีคนพาไป 5. อื่นๆ ระบุ.....

6. ไม่มี

6) ผู้สูงอายุแนะนำการจัดบริการที่เหมาะสม

- นโยบายของรัฐ.....
- ประเภทของการบริการ.....
- การเข้ารับบริการ.....
- อื่นๆ.....

ตอนที่ 3 การกินอาหารของผู้สูงอายุ (เฉพาะกรณีผู้มิและใช้ฟันปลอมทุกประเภท)

หัวข้อเรื่อง	5 (มากที่สุด)	4 (มาก)	3 (ปานกลาง)	2 (น้อย)	1 (น้อยที่สุด)	อธิบายเพิ่มเติม
1. ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการกินอาหารของท่านพอดีกับช่องปาก (ไม่หลวม ไม่ใหญ่ ไม่เล็ก ไม่คับ ไม่หลุด)						
2. ผู้สูงอายุรู้สึกกัดเคี้ยวอาหารได้เมื่อใช้ฟันปลอม (มีความคม)						
3. ผู้สูงอายุรู้สึกเจ็บ-ปวดเหงือกเวลาที่ใช้ฟันปลอม บดเคี้ยว						
4. ผู้สูงอายุรู้สึกว่ากินอาหารทุกอย่างที่อยากกิน เวลาที่ใช้ฟันปลอม						
5. ผู้สูงอายุรู้สึกว่าฟันปลอมมีความสำคัญและมีประโยชน์						
6. ผู้สูงอายุรู้สึกว่ากินอาหารพวกผักมากขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอมบดเคี้ยวอาหาร						
7. ผู้สูงอายุรู้สึกว่ากินอาหารพวกเนื้อ/ปลาเพิ่มขึ้นเมื่อใช้ฟันปลอมบดเคี้ยวอาหาร						
8. ผู้สูงอายุคิดว่าควรจัดหาฟันปลอมใหม่ได้เมื่อรู้สึกว่าฟันปลอมเก่าหลวมหรือสภาพไม่เหมาะสม						
9. ผู้สูงอายุมีหมอฟันคอยดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพในช่องปากและฟันปลอม (รวมทั้งตาภิบาล)						
10. ผู้สูงอายุไปพบหมอฟันเพื่อตรวจดูสุขภาพช่องปากและฟันปลอมประจำ (กรณีหมดเดือนใส่ 1)						
11. หมอฟันของผู้สูงอายุมีความชำนาญในการทำฟันและแก้ไขปัญหาให้						
12. ผู้สูงอายุรู้สึกท้องอืด ท้องเฟ้อ หลังกินอาหาร						

หัวข้อเรื่อง	5 (มากที่สุด)	4 (มาก)	3 (ปานกลาง)	2 (น้อย)	1 (น้อยที่สุด)	อธิบายเพิ่มเติม
13.คนในครอบครัวของผู้สูงอายุมีส่วนกระตุ้นในการมีฟันปลอมของผู้สูงอายุ						
14.คนในครอบครัวของผู้สูงอายุมีส่วนกระตุ้นในการใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ						
15. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับฟันปลอมของผู้สูงอายุมีราคาสูง						

ตอนที่ 4 แบบตรวจสภาพช่องปาก ฟันปลอม และความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม

4.1แบบตรวจสภาพช่องปาก

ซี่ฟัน	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Status																
Status																
ซี่ฟัน	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Code health need

- 0= ไม่มีฟัน
- 1= ฟันสภาพดี ไม่ต้องรับการรักษาใดๆ/
เคยรักษามาและอยู่ในสภาพดี
- 2= ฟันผุ(อุดแล้ว)ต้องได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน
- 3 = ฟันผุ(อุดแล้ว)ต้องได้รับการรักษาโดยการถอน
- 4 = ฟันผุ (อุดแล้ว)ต้องได้รับการรักษาโดยการรักษาราก
- 5 = ฟันเป็นโรคปริทันต์ต้องได้รับการรักษาโดยการถอน

4.2 PROSTH STATUS
(ประเภทฟันปลอมที่ใส่)

U	
L	

4.3 PROSTH NEED
(การวินิจฉัยความต้องการฟันปลอม)

U	
L	

1= ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก (TP)

2= ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ(RPD/RB)

3= ฟันปลอมครึ่งปากถอดได้ฐานพลาสติก/โลหะ (SD)

4= ฟันปลอมติดแน่น (CB)

5= ไม่มี/ไม่จำเป็นต้องใส่(รวมมีฟันครบ/ฟันปลอมดี)

4.4 จำนวนคู่ของฟันที่สบกันในแต่ละด้าน (เฉพาะฟันหลัง นับรวมฟันปลอม)

ขวา	ซ้าย

4.5 สังเกตสภาพฟันปลอมของผู้สูงอายุ 1. สภาพไม่ดี 2. สภาพดี 3. ไม่มี

(สภาพดี คือ ไม่ปิ่น, ไม่แตก, ไม่หัก , ไม่หลวม, ไม่สกปรก จากการสังเกต, ตรวจ)

อธิบายสภาพที่สังเกต.....

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กานดา มณีรัตน์และคณะ “ ฟันปลอมเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ความร่วมมือขององค์กร
ส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลคอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ” เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติ
การเรื่องแนวทางการจัดบริการใส่ฟันปลอมในผู้สูงอายุ จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข
ณ โรงแรมรามาคาร์เดนท์ 7-8 สิงหาคม 2544
- กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุใน
ประเทศไทย พ.ศ. 2538 ม.ป.ท. ม.ป.ป.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข **รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3
ประเทศไทย 2532** พิมพ์ครั้งที่ 2 ม.ป.ท. 2534
- _____ . **รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 ประเทศไทย 2537** ม.ป.ท.
2538
- _____ . **รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ประเทศไทย 2543-44** ม.ป.ท.
2545
- _____ . “ สรุปสาระสำคัญจากการประเมินผล ปี 2544 ” ม.ป.ป. (อัคราเนนา)
- กอบกาญจน์ ทองประสม **รอยโรคในช่องปากที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน**
กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2541
- คณองุฑธ กาญจนกุล และคณะ **รายงานการศึกษาโครงการวิจัยต้นทุนโรงพยาบาลระดับจังหวัดปี
2523** กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์สำนักข่าวพานิชย์ 2526
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ บรรณธิการ **ชุดสุขภาพคนไทยปี 2543: สถานสุขภาพคนไทย**
กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2543
- จันทร์เพ็ญ เบญจกุล “ ผู้สูงอายุกับทันตกรรม ” **วารสารทันตสาธารณสุข** 44 (มกราคม-
กุมภาพันธ์ 2537) หน้า 40-45
- ชาญชัย ไห้สงวน และคณะ “ ความต้องการฟันปลอมในผู้สูงอายุไทย ” เอกสารประกอบการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการจัดบริการใส่ฟันปลอมในผู้สูงอายุ จัดโดย
กระทรวงสาธารณสุข ณ โรงแรมรามาคาร์เดนท์ 7-8 สิงหาคม 2544
- _____ . “ สถานภาพการใส่ฟันปลอมและความต้องการฟันปลอมของผู้สูงอายุ
ในชุมชนร่วมเกล้า ” **วารสารทันตสาธารณสุข** 52 (มีนาคม-เมษายน 2545)
หน้า 85-92

ดุสิต สุนทรานู และคณะ **โครงการระบาดวิทยาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2532**

ม.ป.ท. ม.ป.ป.

—————. **โครงการศึกษาวิจัยข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาผู้สูงอายุไทย 2534** ม.ป.ท. ม.ป.ป.

ทรงธรรม สุนทรานู ธีรณัฐ พัทลุง ยุทธนา ปัญญาแกม และพรศรี ปฏิมานุเกษม “ ประสิทธิภาพ
การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร ” **วารสาร**

ทันตสาธารณสุข 47 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2540) หน้า 16-21

ทัตสนี นุชประยูร และเต็มศรี ชำนิจารกิจ **หลักสถิติ** กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2533

ธีรนุช สมทรัพย์ “ ต้นทุนทันตกรรมของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ” **วารสารทันตแพทยศาสตร์**

มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 (มกราคม-มิถุนายน 2541) หน้า41-44

นภาพร ชโยวรรณ และคณะ “ สรุปผลโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากร
ของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ” **วารสารประชากรศาสตร์**

5 (มีนาคม 2532) หน้าบทคัดย่อ

บรรลุ ศิริพานิช บรรณาธิการ **เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ห้างหุ้นส่วน
จำกัดเกษมสุวรรณ 2528

ประกด พิบูลย์โรจน์ และคณะ การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านทันตสุขภาพ ม.ป.ท. 2540

—————. “สภาวะทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านทันตสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ” **วารสารทันตสาธารณสุข** 2 (สิงหาคม-ธันวาคม 2540) หน้า39-45

พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์ “ สรุปสาระจากบางส่วนของวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก เรื่อง

Assessing Dental Treatment Needs in Older People: a Socio-Dental Approach. ”

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องแนวทางการจัดบริการใส่ฟันปลอมในผู้สูงอายุ

จัดโดยคณะกรรมการด้านสุขภาพผู้สูงอายุและคณะกรรมการศึกษาและแก้ไข

ปัญหาสุขภาพฟันผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ณ โรงแรมรามาคาร์เด็นท์ 7-8

สิงหาคม 2544

—————. “ ความสัมพันธ์ของสุขภาพช่องปากต่อสภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ”

เอกสารประกอบการอบรมด้านผู้สูงอายุและความชรา พ.ศ. 2544 จัดโดยสมาคม

พุดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ณ โรงแรมวันนารามา 21-22 มิถุนายน

2544

พนิดา คุณาธรรม “ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ”

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาประชากรศาสตร์

- บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2539
- พนิตนาฏ วิสุทธิธรรม และคณะ รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องวิถีการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้
และความต้องการบริการทางสังคมศึกษาเฉพาะกรณี: จังหวัดตรัง นครศรีธรรมราช
อักษรการพิมพ์ 2542
- พลสิทธิ์ บัวศรี และคณะ การศึกษาต้นทุนบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลระดับจังหวัด
กรุงเทพ 2531
- พวงเพชร อิศูรัตน์ การศึกษาต้นทุนบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ม.ป.ท. 2536
- ระเด่น หัสดี การศึกษาและประชาสัมพันธ์กับการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดี
ถ้วนหน้า พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
2536
- เรวดี สุรัสวดีและณรงค์ชัย วุฒิกำรัมย์ กรณีศึกษาต้นทุนต่อหน่วยงานบริการทันตกรรมใน
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เอกสารผลงานวิจัย 2534
- รสสุคนธ์ แสงมณี “ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ ” วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2537
- ละออง สุวิทย์ภรณ์ “ ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอ
ควนขนุน จังหวัดพัทลุง ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขา
สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล 2534
- วันดี โภคะกุล และคณะ การศึกษาคูณลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนเกิน 100 ปี พ.ศ.2539
สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2541
- วิไล สมพร “ ความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของศูนย์บริการ
สาธารณสุข 38 ” วารสารทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 14 เล่มที่ 2 2537
หน้า 77-84
- สมชาย สุขศิริเสรีกุล “ หน่วยที่ 6 ความเป็นธรรมในการจัดระบบบริการสุขภาพ ” ใน เอกสาร
การสอนชุดวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขสำหรับผู้บริหารสาธารณสุข หน้า 13,105
นนทบุรี สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช 2544
- สวัสดิ์ แสงเขียว “ สภาวะสุขภาพช่องปากและความต้องการบริการทันตกรรมในชมรมผู้สูงอายุ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการวิจัยการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2539
- . “ สภาวะสุขภาพช่องปากและความต้องการบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ ”

- วารสารทันตสาธารณสุข 2** (สิงหาคม-ธันวาคม 2540) หน้า 61-69
- สาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรื่อง “ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต ”
 วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร 2536
- สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข **ระบบบริการสุขภาพ
 ชื่องปาก บทเรียนจากต่างประเทศเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพชื่องปากของ
 ประเทศไทย** กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง 2544
- สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข **คู่มือการออกบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการ
 รักษาพยาบาล** สำหรับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร
 ม.ป.ป. 2540
- _____ **คู่มือประมวลระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หนังสือเวียนเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกัน
 สุขภาพ** ม.ป.ป. 2542
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง **รายงานผลการสำรวจทัศนคติสุขภาพของประชาชนจังหวัดตรัง
 ปี 2534** ตรัง 2535
- _____ . **รายงานผลการสำรวจทัศนคติสุขภาพของประชาชนจังหวัดตรังปี 2539** ตรัง 2540
- _____ . **รายงานผลการศึกษาผลการสำรวจทัศนคติสุขภาพของประชาชนจังหวัดตรัง ครั้งที่ 3
 ปี 2544** ตรัง โรงพิมพ์แก้วอ่าวตรังใช้ 2544
- _____ . **รายงานประจำปี 2544** ตรัง 2545
- สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ “ แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขภายใต้โครงการ
 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ” 2544 (อัครา) (อัครา)
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย : บทสรุปสำหรับผู้บริหาร**
 กรุงเทพมหานคร โฮลิสติก พับลิชชิ่ง 2542
- สุนันท์ จันทรัตน์ และยุทธนา ปัญญางาม “ สภาวะโรคฟันผุและการใส่ฟันปลอมของผู้ป่วย
 ทันตกรรมในภาคใต้ของประเทศไทย ” **วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย** 16 (2536) หน้า 203- 211
- โสภา หอยสังข์ “ ความต้องการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวผู้สูงอายุ
 ในชนบท ” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2541
- องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย **ฟันดีมีใช้ตลอดชีวิต** กรุงเทพมหานคร

ชัตเตอร์แอนด์อิงค์ 2539

- อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งโสภาสกุล “ การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี 2541 ” ใน *บทความงานวิจัยและวิทยานิพนธ์สายงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพ* หน้า 116-117 ม.ป.ป. 2542
- อาภา ศันสนียาณิช “ ต้นทุนต่อหน่วยบริการทันตสาธารณสุขของกองทันตสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ” *วิทยาสารทันตสาธารณสุข* 4 (มกราคม-มิถุนายน 2542) หน้า 17-18
- อรสา ไวกกุล จิรพันธ์ พันธุ์ตุลิก และวัชรวิ จังศิริวัฒนธำรง *การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ* กรุงเทพมหานคร เท็กซ์ แอนด์ เจอนัลล์ แพบลิเคชัน จำกัด 2537
- A. Sheiham et al . “ The Relationship among Dental Status, Nutrient Intake, and Nutritional Status in Older People. ” *Journal of Dental Restoration* 2 (April –November 2000): 408-413.
- A. Sheiham and J. Steele “ Does the Condition of the Mouth and Teeth Affect the Ability to Eat Certain Foods, Nutrient and Dietary in Intake and Nutritional Status amongst Older People. ” *Public Health Nutrition* 4(3) (September –November 2000): 797-803.
- A. Sheiham and J. Steele “ Prevalence of Impacts of Dental and Oral Disorders and their Effects on Eating among Older People; National Survey in Great Britain. ” *Community Dental Oral Epidemiology* 29 (2001): 195-203.
- AW. Wayler et al. “ Masticatory Performance and Food Acceptability in Persons with Removable Partial Dentures, Full Dentures and Intact Natural Dentition.” *Journal Gerontology* 39(3) (May 1984): 284-289.
- C. McGrath and R. Bedi “ A Study of the Impact of Oral Health on the Quality of Life of Older People in the UK-Findings from a national Survey. ” *Gerodontology* 95(2) (1998): 93-98.
- D. Lewis et al. “ Denture Replacement During a 14-Year Period in Alberta’s Universal Dental Plan for the Elderly ” *Journal Prosthetic Dentistry* 74(3) (September 1995): 264-269.
- H. Chauncey et al . “ The Effect of the Loss of Teeth on Diet and Nutrition. ” *Dental Journal*

34(2) (June 1984): 98-104.

P. Srisilapanan and A. Sheiham “ The Prevalence of Dental Impacts on Daily Performances in Northern Thailand ” 3RD Draft (August 2001).

S. Palmqvist et al. “ Influence of Dental Care Systems on Dental Status. A Comparison between Two Countries with Different Systems but Similar Living Standards. ” *Community Dental Health* 18(1) (March 2001): 16-19.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางอาภาพรรณณี เขมวุฒิพงษ์
วัน เดือน ปีเกิด	5 ตุลาคม 2512
สถานที่เกิด	เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	ทบ.(ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ.2537 ประกาศนียบัตรทันตกรรมประดิษฐ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2540 สบ. (สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ.2541
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง
ตำแหน่ง	ทันตแพทย์ 7 (วช.) หัวหน้างานทันตสาธารณสุข