

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย

Oral health-related quality of life and satisfaction in removable
complete denture wearers with traditional and simplified impression method.

(Received: March 18,2024 ; Revised: March 21,2024 ; Accepted: March 23,2024)

กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิพงษ์¹

Kanyawan Srisawatphong¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และระดับความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก และศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ระหว่างกลุ่มใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย ของกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย ที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 16 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.4 ± 7.9 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 53.1 และเพศหญิงร้อยละ 46.9 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 และมีความพึงพอใจอย่างมากต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากอยู่ที่ 94.5 ± 4.1 โดยไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ระหว่างกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย ($p>.05$)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม วิธีการพิมพ์แบบง่าย

Abstract

This survey research by cross-sectional study aiming to study and compare oral health-related quality of life and satisfaction of removable complete denture wearers with traditional and simplified impression method. The subjects were the 32 patients who received removable complete denture with traditional and simplified impression method at Sirindhorn Khon Kaen hospital. Random sampling into 2 groups, each group contained 16 persons that met the inclusion criteria and signed consent form. The data were collected by the questionnaires and were analyzed by Mann-Whitney U test and Wilcoxon signed rank test.

The results were revealed that 32 patients have an average age of 66.4 ± 7.9 years. 53.1% were male and 46.9% were female. 59.4% had moderate oral health-related quality of life and had highly satisfied at the level of 94.5 ± 4.1 . There were no statistically significant differences in oral health-related quality of life and satisfaction between the 2 groups of traditional and simplified impression method ($p>.05$).

Keywords: Oral health-related quality of life, Removable complete denture, Traditional impression method, Simplified impression method

บทนำ

จำนวนประชากรผู้สูงอายุของโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปี 2565 ทั่วโลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของ

ประชากรโลกทั้งหมด ภูมิภาคอาเซียนมีประชากรทั้งหมด 674 ล้านคน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 79 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.74 ของประชากรทั้งหมด ส่วนประเทศไทย ในปี 2565 มีประชากรอายุ

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

60 ปีขึ้นไป 12.69 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.21¹ จากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคมและโครงสร้างของประเทศ รวมทั้งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต² จากการสูญเสียฟันหรือการมีสภาวะไร้ฟันในผู้สูงอายุ ซึ่งจะไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งการพูดที่ไม่เป็นปกติ และความมั่นใจต่อภาพลักษณ์ของใบหน้าเมื่อมีการพบปะสังสรรค์กับผู้คน ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสภาวะไร้ฟัน จึงจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่สูญเสียไปเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว การพูด ภาพลักษณ์ของใบหน้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ปี 2560 พบว่า กลุ่มวัยสูงอายุ 60-74 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันถาวรที่มีในช่องปาก 18.6 ซี่/คน โดยมีผู้มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ ร้อยละ 56.1 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบร้อยละ 40.2 มีจำนวนฟันถาวรใช้งาน 20 ซี่ และมีฟันหลัง 4 คู่สบร้อยละ 39.4 สำหรับผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 80-85 ปี มีการสูญเสียฟันถาวรเพิ่มขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยฟันถาวรที่มีในช่องปาก 10 ซี่/คน เหลือผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 22.4 ที่มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังสบกัน 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 12.1 ทำให้เมื่ออายุเพิ่มขึ้นประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารจะลดลง³ จากสถิติกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2564 - 2566 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มารับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งหมดจำนวน 83, 91 และ 112 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นฟันเทียมทั้งปากถอดได้จำนวน 27, 29 และ 48 ราย ตามลำดับ⁴

การใส่ฟันเทียมทั้งปาก สำหรับผู้ป่วยไร้ฟันหรือผู้ป่วยที่สูญเสียฟันทั้งปาก มีส่วนสำคัญที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในระยะยาว⁵ การทำฟันเทียมทั้งปากถอดได้มีขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งคือ การพิมพ์แบบ เพราะการพิมพ์แบบที่ดีจะทำให้ได้ขอบเขตที่ครอบคลุมมากที่สุด (maximum extension) เกิดความแนบสนิทอย่างเที่ยงตรง

(accurate adaptation) ช่วยส่งเสริมการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียม และเกิดการผนึกตามขอบ (peripheral seal) และสุดท้ายคือช่วยให้กระจายแรงกดอย่างเหมาะสม (equitable stress distribution) เพื่อกระจายแรงกดไปทั่วพื้นที่รองรับได้อย่างเหมาะสมตามความแตกต่างของลักษณะโครงสร้างทางกายวิภาคในแต่ละบริเวณ⁶⁻⁷

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีการให้การรักษาผู้ป่วยไร้ฟันด้วยการทำฟันเทียมทั้งปากถอดได้ โดยใช้วิธีการพิมพ์ 2 วิธีคือ วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย ซึ่งวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมมีขั้นตอนทางคลินิกดังนี้ 1) การพิมพ์แบบขั้นต้นด้วยสภาพพิมพ์สำเร็จรูปแบบมีรูสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน ร่วมกับวัสดุพิมพ์อัลจิเนต 2) การปั้นขอบและการพิมพ์แบบขั้นสุดท้ายด้วยสภาพพิมพ์เฉพาะบุคคลร่วมกับวัสดุพิมพ์โพลีไวนิลไคลลอกเซน 3) การลองแทนกัดบนและล่าง หาตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ บันทึกการสบฟันในศูนย์ของขากรรไกรบนและล่าง 4) การลองฟันเทียม 5) การใส่ฟันเทียมทั้งปากให้ผู้ป่วย 6) ติดตามผลหลังการใช้งานฟันเทียม⁸⁻⁹ ส่วนวิธีการพิมพ์แบบง่ายจะไม่มีขั้นตอนการปั้นขอบ และการพิมพ์แบบขั้นสุดท้าย ซึ่งจะทำให้ลดจำนวนครั้งในการรักษาลง 1 ครั้งเมื่อเทียบกับวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม¹⁰ วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมจะมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลานานกว่า และมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า ทั้งจากจำนวนครั้งของการรักษาที่มากกว่า และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากค่าวัสดุและอุปกรณ์ สำหรับวิธีการพิมพ์แบบง่ายจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย เพราะช่วยลดจำนวนครั้งของการรักษาลง¹¹ อย่างไรก็ตามวิธีการดั้งเดิมยังเป็นวิธีการที่สอนให้นักศึกษาทันตแพทย์มานาน แต่ทันตแพทย์ที่เรียนจบโดยทั่วไปมักจะเลือกใช้วิธีการพิมพ์แบบง่ายเพราะความสะดวก ช่วย ประหยัดเวลา และวัสดุ¹²

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและระดับความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ของกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ระหว่างกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย ที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2565 ถึง 2566 จำนวน 77 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ใช้ Test family เลือก t-tests คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ใช้งานวิจัยที่ใกล้เคียง (Ereifej NS. และคณะ; 2024¹¹) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.414 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ (Alpha) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 16 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและยินดีเข้าร่วมการวิจัยพร้อมลงนามเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และไม่มีฟันทั้งปาก ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้มาอย่างน้อย 6 เดือน ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้โดยทันตแพทย์คนเดียวกัน มีการรับรู้สมบูรณ์ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สวมใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้เป็นประจำ

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ป่วยหนักในขณะที่ทำการศึกษา เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีการย้ายภูมิลำเนา มีเนื้องอกในช่องปาก มีโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับการรับรู้ เช่น โรคความจำเสื่อม ความผิดปกติของการได้ยิน โรคทางจิตเวช เป็นโรคปากแห้ง หรือมีความผิดปกติในระบบบดเคี้ยว เช่น ปวดข้อต่อขากรรไกร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามผลกระทบต่อคุณภาพ

ชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน (OHIP-EDENT) โดย Allen F. และ Locker D.¹³ ที่ได้รับการพัฒนาเป็นรูปแบบภาษาไทยโดย พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์ และคณะ¹⁴ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก จากการศึกษาของ Celebic A. และ Knezovic-Zlataric D.¹⁵ และการศึกษาของ Alfadda SA.¹⁶ โดยแบบสอบถามมี 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความถาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และประสบการณ์การใส่ฟันเทียม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน (OHIP-EDENT) ฉบับภาษาไทย จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การจำกัดในหน้าที่ ความเจ็บปวดทางกายภาพ ความไม่สะดวกสบายทางจิตใจ การไร้ความสามารถทางกายภาพ การไร้ความสามารถทางจิตใจ การไร้ความสามารถทางสังคม และความพิการ หรือด้อยโอกาส ใช้เกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับของลิเคิร์ตสเกล แบ่งระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี จนถึง 76 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดี นำผลรวมของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมาเขียนกราฟฮิสโตแกรมเพื่อดูแนวโน้ม และการกระจายของข้อมูล และแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตโดยวิธีอิงกลุ่มให้ได้ 3 กลุ่ม¹⁴

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ประกอบด้วยข้อความถาม 13 ข้อ ใช้มาตรวัดความพึงพอใจด้วยสายตา (100-mm Visual analogue scale; 100-mm VAS) ผู้ป่วยจะให้ระดับความพึงพอใจได้ตั้งแต่ 0 คะแนน แสดงถึงความพึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง 100 คะแนน แสดงถึงความพึงพอใจมากที่สุด

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก (OHIP-EDENT) ฉบับภาษาไทย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 ส่วน

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของโคเฮน (Cohen's kappa) อยู่ที่ 0.76–0.92

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล ตามระเบียบวิธีการวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS 26.0 (SPSS Statistics 26.0, SPSS Inc., IBM Company, USA) ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับคุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปาก และระดับความพึงพอใจของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's Exact test, Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จากการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ 03/2567

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม จำนวน 16 ราย และกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก

ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบง่ายจำนวน 16 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 66.4 ± 7.9 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 53.1 และเพศหญิงร้อยละ 46.9 โดยร้อยละ 78.1 มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 68.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 65.6 ร้อยละ 46.9 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน 4 ราย โรคความดันโลหิตสูง 5 ราย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3 ราย และอื่น ๆ 4 ราย ร้อยละ 78.1 เคยใส่ฟันเทียม ส่วนมากเคยใส่ฟันเทียมมาก่อน 1 ชุด จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.3 และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.4 มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง และมีความพึงพอใจอย่างมากต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากโดยรวมอยู่ที่ 94.5 ± 4.1 ซึ่งไม่พบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบง่าย

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแสดงเป็นค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พบว่าไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย (ตารางที่ 1) และเมื่อแยกตามองค์ประกอบ พบว่าองค์ประกอบที่ 5 การรู้ความสามารถทางจิตใจ องค์ประกอบที่ 6 การรู้ความสามารถทางสังคม และองค์ประกอบที่ 7 ความพิการ หรือด้อยโอกาส มีค่าเป็นศูนย์ หมายถึง ไม่เคยเกิดขึ้นหรือไม่เกิดผลกระทบ โดยไม่พบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในแต่ละองค์ประกอบ ระหว่างสองกลุ่มวิธีการพิมพ์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT) ฉบับภาษาไทย ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยแสดงค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT)	วิธีการพิมพ์		p-value
	แบบดั้งเดิม (n=16)	แบบง่าย (n=16)	
เคยใส่ฟันเทียมแล้วบดเคี้ยวอาหารบางชนิดยาก	1 ± 0	1 ± 2	.419
เคยใส่ฟันเทียมแล้วมีเศษอาหารติดตามฟันเทียม (ขณะรับประทานอาหาร)	1 ± 1	1 ± 1	.769
เคยรู้สึกว่าฟันเทียมหลวมไม่กระชับ	0.5 ± 1	1 ± 2	.320

ตารางที่ 1 แสดงระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT) ฉบับภาษาไทย ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยแสดงค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT)	วิธีการพิมพ์		p-value
	แบบดั้งเดิม (n=16)	แบบง่าย (n=16)	
เคยใส่ฟันเทียมแล้วมีอาการเจ็บหรือปวดภายในช่องปาก (เนื่องจากฟันเทียม)	0 ± 1	1 ± 1	.077
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรับประทานอาหารบางชนิดไม่สะดวกสบาย	0	0 ± 1	.108
เคยมีจุดกดเจ็บหรือแผลในช่องปาก (เนื่องจากฟันเทียม)	0	0	.317
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกอึดอัด ไม่สะดวกสบาย	0 ± 1	0	.551
เคยรู้สึกวิตกกังวลกับปัญหาจากฟันเทียม	0	0	.317
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกประหม่าหรือไม่มั่นใจ	0	0	.151
เคยใส่ฟันเทียมแล้วต้องเลือกหรือหลีกเลี่ยงอาหารบางชนิด	1 ± 1	1 ± 1	.593
เคยใส่ฟันเทียมแล้วไม่สามารถรับประทานอาหารได้	0 ± 1	1 ± 1	.330
เคยใส่ฟันเทียมแล้วต้องหยุดการรับประทานอาหาร	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกอารมณ์เสีย	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกเหนื่อย	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วต้องหลีกเลี่ยงการออกไปนอกบ้าน	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกว่าความอดทนต่อคู่สมรส บุคคลในครอบครัวลดลง	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกหงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่ายกับผู้อื่น	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วการทำงานและกิจกรรมอย่างสนุกร่วมกับผู้อื่นยากขึ้น	0	0	1.000
เคยใส่ฟันเทียมแล้วรู้สึกพอใจต่อการใช้ชีวิตตามปกติลดลง	0	0	1.000
ผลของฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยรวม	4 ± 5	5.5 ± 5	.404
การจำกัดในหน้าที่ (functional limitation)	2 ± 2	2 ± 3	.788
ความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain)	0 ± 1	1 ± 2	.126
ความไม่สะดวกสบายทางจิตใจ (psychological discomfort)	0	0	.632
การไร้ความสามารถทางกายภาพ (physical disability)	1.5 ± 3	2 ± 3	.655
การไร้ความสามารถทางจิตใจ (psychological disability)	0	0	1.000
การไร้ความสามารถทางสังคม (social disability)	0	0	1.000
ความพิการ หรือด้อยโอกาส (handicap)	0	0	1.000
ผลของฟันเทียมทั้งปากต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยรวม	4 ± 5	5.5 ± 5	.404

ความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากแสดงเป็นค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจอย่างมาก และไม่มีแตกต่างกันของความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากระหว่างกลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยระดับ

ความพึงพอใจต่อการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างมีระดับความพึงพอใจต่ำกว่าหัวข้ออื่น (ตารางที่ 3) และระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากขึ้นบน สูงกว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (100-mm VAS rating score) ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยแสดงค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (100-mm VAS rating score)	วิธีการพิมพ์		p-value
	แบบดั้งเดิม (n=16)	แบบง่าย (n=16)	
ความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมทั้งปาก	95 ± 8	95 ± 9	.574
ความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากชั้นบน			
ความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมทั้งปากชั้นบน	100 ± 4	100 ± 5	.234
ความพึงพอใจต่อความสบายในขณะที่สวมใส่ฟันเทียมทั้งปากชั้นบน	100 ± 0	97.5 ± 5	.102
ความพึงพอใจต่อการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากชั้นบน	100 ± 4	97.5 ± 5	.155
ความพึงพอใจต่อเสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปากชั้นบน	100 ± 4	97.5 ± 5	.155
ความพึงพอใจต่อความสวยงามของฟันเทียมทั้งปากชั้นบน	100 ± 5	100 ± 5	.151
ความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง			
ความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง	92.5 ± 5	92.5 ± 15	.861
ความพึงพอใจต่อความสบายในขณะที่สวมใส่ฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง	97.5 ± 10	92.5 ± 15	.133
ความพึงพอใจต่อการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง	90 ± 5	90 ± 10	.697
ความพึงพอใจต่อเสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง	95 ± 10	90 ± 5	.177
ความพึงพอใจต่อความสวยงามของฟันเทียมทั้งปากชั้นล่าง	100 ± 5	100 ± 5	.663
ความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมทั้งปาก			
ความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมทั้งปากในการบดเคี้ยว	95 ± 5	95 ± 9	.937
ความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมทั้งปากในการพูด	100 ± 5	95 ± 10	.171

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ควรประเมินหลังจากผู้ป่วยได้รับการใส่ฟันเทียมไปแล้ว 3 – 6 เดือน เพื่อให้ทันตแพทย์ได้นัดผู้ป่วยกลับมาปรับแก้ไขฟันเทียมตามระยะ และผู้ป่วยมีเวลาเพียงพอในการปรับตัวกับการใช้งานฟันเทียมชุดใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยเคยใส่ฟันเทียมชุดเดิมมาก่อน¹⁷⁻¹⁸ การรักษาผู้ป่วยที่ไร้ฟันทั้งบนและล่างด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ จะช่วยให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด¹⁹ ยกเว้นองค์ประกอบความเจ็บปวดทางกายภาพที่เกิดขึ้นหลังจากการใส่ฟันเทียม จึงจำเป็นที่จะต้องนัดผู้ป่วยกลับมาแก้ไขฟันเทียม เพื่อลดอาการเจ็บหรือปวดภายหลังจากการใส่ฟันเทียม^{5,20-21}

ผลจากการศึกษานี้พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน ทำให้ไม่มีผลต่อการรับรู้ต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในมิติ

สุขภาพช่องปากของทั้งสองกลุ่ม²²⁻²³ โดยคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ระหว่างกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมและวิธีการพิมพ์แบบง่ายไม่แตกต่างกัน (p=0.40 และ p=0.57 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Albuquerque IS. และคณะ (2020)²² พบว่าระหว่างสองกลุ่มมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT) ในแต่ละองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน (p>0.05) และค่าคะแนนความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน (p>0.05) การศึกษาของ Kawai Y. และคณะ (2018)²⁴ พบว่า จากการติดตามการใช้งาน 10 ปี ทั้งกลุ่มที่ใช้วิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย มีค่าความพึงพอใจ (100-mm VAS) ต่อฟันเทียมทั้งปากบนและล่าง และค่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-20) ไม่แตกต่างกัน (p=0.36, p=0.48 และ p=0.46 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nunez MCO. และคณะ (2015)¹⁹ พบว่า คุณภาพชีวิต

ในมิติสุขภาพช่องปาก ความพึงพอใจต่อฟันเทียมบนและความพึงพอใจต่อฟันเทียมล่าง ของกลุ่มผู้ป่วยฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย หลังการใช้งานฟันเทียม 30 วัน ไม่แตกต่างกัน ($p=0.723$, $p=0.833$ และ $p=0.441$ ตามลำดับ) และติดตามผลการรักษา 6 เดือน ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.945$, $p=0.528$ และ $p=0.114$ ตามลำดับ) การศึกษาของ Regis RR. และคณะ (2013)¹⁸ พบว่า หลังจากใส่ฟันเทียมทั้งปากเป็นเวลา 3 และ 6 เดือน กลุ่มผู้ที่ใส่ฟันเทียมด้วยวิธีการพิมพ์แบบง่ายมีค่าคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.017$ และ $p=0.043$ ตามลำดับ) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หลังใส่ฟันเทียม 3 เดือน จะมีความพึงพอใจต่อการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่าง และความพึงพอใจต่อการใช้งานฟันเทียมทั้งปากในการพูด ($p=0.044$ และ $p=0.017$ ตามลำดับ) แต่หลังใส่ฟันเทียม 6 เดือน กลับไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาที่สรุปว่า วิธีการพิมพ์แบบง่าย สามารถสร้างฟันเทียมทั้งปากที่มีคุณภาพเทียบเท่ากับวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ Jo A. และคณะ (2015)¹² ทำการวัดผลหลังจากใส่ฟันเทียม 1 เดือน จากความพึงพอใจโดยรวม (100-mm VAS) และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (OHIP-EDENT) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิมมีความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการพิมพ์แบบง่ายอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.04$) ค่าคะแนนโดยรวม และค่าคะแนนทั้ง 7 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p=0.22$) จากการศึกษาจึงสรุปว่า การทำฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม โดยมีสภาพพิมพ์เฉพาะบุคคล ทำการปั้นขอบและพิมพ์ขั้นสุดท้าย จะให้ผลความพึงพอใจที่สูงกว่า เพราะการปั้นขอบจะช่วยให้เกิดเสถียรภาพ และทำให้ใส่ฟันเทียมได้สบายกว่า

ในบางการศึกษาได้มีการดัดแปลงวิธีการพิมพ์แบบง่าย โดยการรวมขั้นตอนการรักษาเข้าด้วยกัน เพื่อลดจำนวนครั้งในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึง

พอใจสูงกว่า โดยที่ระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากใกล้เคียงกับวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม ได้แก่ การศึกษาของ Ereifej NS. และคณะ (2024)¹¹ มีการประเมินการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียมในขั้นตอนการลองฟัน และใช้ฐานชั่วคราว เป็นสภาพพิมพ์เพื่อเสริมฐานฟันเทียม ด้วยวัสดุโพลีไวนิลไซลอกเซนอีกครั้ง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการนี้มีค่าคะแนนความพึงพอใจ (VAS) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ในหัวข้อความพึงพอใจโดยรวมต่อฟันเทียมทั้งปากขึ้นบน ($p=.036$), การยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากขึ้นบน ($p=.002$), เสถียรภาพของฟันเทียมทั้งปากขึ้นบน ($p=.003$) และการใช้งานฟันเทียมทั้งปากในการพูด ($p=.002$) การศึกษาของ Hsu YJ และคณะ (2021)²⁵ จะมีการดัดแปลงใช้ฐานแทนกััดทำการปั้นขอบ พิมพ์ขั้นสุดท้าย และบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างไปพร้อมกันในการรักษาครั้งเดียว พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มใส่ฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการดั้งเดิม และวิธีการดัดแปลง เท่ากับ 13.79 ± 3.81 และ 15.33 ± 5.25 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ (VAS 0-10) เท่ากับ 8.33 ± 0.61 และ 8.66 ± 1.13 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาที่สรุปได้ว่าการทำฟันเทียมทั้งปากด้วยวิธีการดัดแปลงจะลดจำนวนครั้งในการกลับมาแก้ไขหลังใส่ฟันเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Ceruti P. และคณะ (2017)²⁶ กลุ่มวิธีการพิมพ์แบบง่าย จะดัดแปลงรวมขั้นตอนของการพิมพ์แบบขึ้นต้น การลองแทนกััด การบันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง และการลองฟันหน้า ให้อยู่ในการรักษาครั้งเดียว ทำให้ใช้เวลาการทำฟันเทียมทั้งปากเพียง 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยพึงพอใจที่จำนวนครั้งของการรักษาลดลง ($p=.003$) จึงสรุปได้ว่า วิธีการทำฟันเทียมทั้งปากที่ดัดแปลงให้ง่ายขึ้น อาจพิจารณาเป็นทางเลือกของวิธีการทำฟันเทียมทั้งปากที่ยอมรับได้ และใช้กรอบเวลาในการรักษาที่ลดลง แต่ยังคงได้คุณภาพของฟันเทียมและความพึงพอใจของผู้ป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าวิธีการพิมพ์แบบง่ายมีข้อดีเหนือกว่าวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม ในแง่ของเวลาที่ใช้ในการรักษาที่น้อย

กว่า และต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมที่น้อยกว่า โดยที่ผลการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นวิธีการพิมพ์แบบง่ายจึงมีความคุ้มค่ามากกว่า^{24,27-32}

จากการศึกษานี้ยังพบว่า องค์กรประกอบที่ 5 การรู้ความสามารถทางจิตใจ องค์กรประกอบที่ 6 การรู้ความสามารถทางสังคม และองค์กรประกอบที่ 7 ความพิการ หรือด้อยโอกาส มีค่าเป็นศูนย์ หมายถึงไม่เคยเกิดขึ้น หรือไม่เกิดผลกระทบ เพราะการใส่หรือไม่ใส่ฟันเทียมไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ และการเข้าสังคมของผู้สูงอายุไทย อีกทั้งการใส่ฟันเทียมยังทำให้มีความมั่นใจในการเข้าสังคมมากกว่า ส่วนองค์กรประกอบที่ 1 การจำกัดในหน้าที่ และองค์กรประกอบที่ 4 การรู้ความสามารถทางกายภาพ เกิดผลกระทบได้นาน ๆ ครั้ง หรือบางครั้ง ดังนั้นทันตแพทย์ควรอธิบายการปรับรูปแบบของอาหารแก่ผู้ป่วยเพื่อการเคี้ยวที่ง่ายขึ้น

14

ระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากขึ้นบน สูงกว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เนื่องจากเสถียรภาพ และการยึดอยู่ของฟันเทียมทั้งปากขึ้นล่างที่น้อยกว่าขึ้นบน เพราะกายวิภาคที่แตกต่างกัน^{16,33} จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความพึงพอใจต่อฟันเทียมทั้งปาก มาจากการที่ใส่สบาย มีเสถียรภาพ และการยึดอยู่ที่ดี มีความสวยงาม และมีประสิทธิภาพในการพูดและการบดเคี้ยว ส่งผลไปถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้^{12,16-17,33} และยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาวะจิตใจ ความคาดหวังต่อการทำหน้าที่ของฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติ รวมทั้งการให้คุณค่าที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ¹⁴ ดังนั้นก่อนการให้การรักษาด้วยฟันเทียมทั้งปาก มีความจำเป็นที่ทันตแพทย์ควรพูดคุย และสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความคาดหวังต่อฟันเทียมทั้งปาก แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อจำกัดของฟันเทียมทั้งปาก รวมถึงสภาวะในช่องปากของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษาเช่น ลักษณะของสันเหงือกส่วนเหลือ เนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบ ปริมาณน้ำลาย

รวมถึงทางเลือกในการรักษาอื่น ๆ เช่น การใส่รากฟันเทียมเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก³⁴ นำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการรักษา และวางแผนเป้าหมายการรักษา ร่วมกันของทันตแพทย์และผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความคาดหวังต่อฟันเทียมที่สูงเกินไป และเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมากที่สุดในการใช้งานฟันเทียมทั้งปาก^{16,33,35}

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำฟันเทียมทั้งปากถอดได้ สามารถเลือกวิธีการพิมพ์แบบง่าย หรือวิธีการดัดแปลง โดยรวมขั้นตอนการรักษาเข้าด้วยกัน เพื่อลดจำนวนครั้งในการรักษา ช่วยทำให้ใช้เวลา และใช้ต้นทุนในการรักษาที่น้อยลง
2. ควรพัฒนารูปแบบการให้คำแนะนำภายหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ และระบบการนัดหมายผู้ป่วยกลับมาแก้ไขฟันเทียมเป็นระยะและต่อเนื่อง จนครบ 1 ปี เพื่อลดอาการเจ็บหรือปวดภายหลังจากการใส่ฟันเทียมทั้งปาก
3. ทันตแพทย์ควรพูดคุยและสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความคาดหวังต่อฟันเทียมทั้งปาก แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อจำกัดของฟันเทียมทั้งปาก สภาวะในช่องปากของผู้ป่วยที่มีผลต่อการรักษา รวมถึงทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษา เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาวางแผนการรักษา และวางแผนเป้าหมายการรักษา ร่วมกันของทันตแพทย์และผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการกำหนดประเภท และความสูงของสันเหงือกส่วนเหลือ ของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์แบบดั้งเดิม และวิธีการพิมพ์แบบง่าย
2. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมถึงการวิจัยทางคลินิก เพื่อเปรียบเทียบการใช้งานของผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากถอดได้ ด้วยวิธีการพิมพ์ทั้งสองแบบ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่กว่าเดิม



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานทันตกรรม เพื่อน

ร่วมงาน โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และ
ครอบครัว ที่อำนวยความสะดวก ช่วยเหลือ ให้
ข้อคิดเห็น และให้กำลังใจ ในการทำวิจัยนี้จนประสบ
ผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2565. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธนาพรสจำกัด. 2565.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2565. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. รายงานทันตกรรม แยกตามหัตถการ. เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2567 จากโปรแกรม HOSxP.
5. Martin AM, Guimaraes LS, Campos CH, Kuchler EC, Pereira DM, Maia LC, et al. The effect of complete dentures on edentulous patients' oral health-related quality of life in long-term: A systematic review and meta-analysis. Dent Res J. 2021; 18(1): 65. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34584643/>
6. Winkler S. Essentials of complete denture prosthodontics. 2nd edition. St. Louis: PSG Publishing Company INC; 1988.
7. Levin B. Impressions for Complete Dentures. Quintessence Publishing Co Inc; 1984.
8. ดนัย ยอดสุวรรณ. ฟันเทียมทั้งปาก 1. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560.
9. ดนัย ยอดสุวรรณ. ฟันเทียมทั้งปาก 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2561.
10. Duncan JP, Taylor TD. Simplified complete dentures. Dent Clin N Am. 2004; 48(3): 625-40.
11. Ereifej NS, Oweis YG, Manaseer WE, et al. Simplified versus conventional complete dentures: A randomized crossover clinical trial. J Prosthet Dent. 2024; 131(1): 50-5.
12. Jo A, Kanazawa M, Sato Y, Iwaki M, Akiba N. A randomized controlled trial of the different impression methods for the complete denture fabrication: Patient reported outcomes. J Dentistry. 2015; 43(8): 989-96.
13. Allen F, Locker D. A modified short version of the Oral Health Impact Profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. Int J Prosthodont. 2002; 15: 446-50.
14. พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธุ์, ทรงชัย จิตโสเมกุล และไพฑูรย์ ดาวสดใส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 2557; 64(1): 26-46.
15. Celebic A, Knezovic-Zlataric D. A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. J Dent. 2003; 31: 445-51.
16. Alfadda SA. The relationship between various parameters of complete denture quality and patients' satisfaction. 2014; 145(9): 941-8.
17. Soboleva U, Rogovska I. Edentulous patient satisfaction with conventional complete dentures. Medicina. 2022; 58(2): 344-54.
18. Regis RR, Cunha TR, Vecchia D, Ribeiro AB, Silva-Lovato CH, De Souza RF. A randomized trial of a simplified method for complete denture fabrication: patient perception and quality. J Oral Rehabil. 2013; 40(7): 535-45.
19. Nunez MCO, Silva DC, Barcelos BA, Leles CR. Patient satisfaction and oral health-related quality of life after treatment with traditional and simplified protocols for complete denture construction. Gerodontology. 2015; 32(4): 247-53.

20. Rad HM, Asli HN, Rebiei M, Falahchai M, Ghasemi F. Effect of complete denture therapy on oral health-related quality of life of edentulous patient. *Enviro Dental J.* 2020; 2(1): 21-8.
21. Shrestha B, Basnet BB, Adhikari G. A questionnaire study on the impact on oral-health-related quality of life by conventional rehabilitation of edentulous patient. *BDJ Open.* 2020; 6(3). Available from <https://doi.org/10.1038/s41405-020-0029-5>.
22. Albuquerque IS, Regis RR, de Souza RF, Gurgel KF, Silva PG, et al. Is a two-step impression mandatory for complete denture fabrication on the severely resorbed mandible? A randomized trial on patient perception and denture quality. *J Dent.* 2020; 98. Available from <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2020.103356>.
23. Albuquerque IS, Freitas-Pontes KM, de Souza RF, Negreiros WA, Ramos MB, et al. Is a two-step impression mandatory for complete denture fabrication on the severely resorbed mandible? A randomized trial on mastication, patient satisfaction and adjustments. *J Dent.* 2020; 99. Available from <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2020.103357>.
24. Kawai Y, Muarakami H, Feine JS. Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques? A 10-year follow-up of a randomized clinical trial. *J Dent.* 2018; 74(4): 30-6.
25. Hsu YJ, Lin JR, Hsu JF. Patient satisfaction, clinical outcomes and oral health-related quality of life after treatment with traditional and modified protocols for complete dentures. *J Dent Sciences.* 2021; 16(1): 236-40.
26. Ceruti P, Mobilio N, Bellia E, Borracchini A, Catapano S, Gassino G. Simplified edentulous treatment: A multicenter randomized controlled trial to evaluate the timing and clinical outcomes of the technique. *J Prosthet Dent.* 2017; 118(4): 462-7.
27. Vecchia MPD, Regis RR, Cunha TR, Andrade IM, Matta JCS, Souza RF. A randomized trial on simplified and conventional methods for complete denture fabrication: Cost analysis. *J Prosthodontics.* 2014; 23(3): 182-91.
28. Sanjeevan V, Rajagopal P, Venkitachalam R, Aras M. Efficiency of simplified versus traditional denture fabrication methods: A systematic review and meta-analysis. *J Prosthet Dent.* 2021; 126(3): 377-85.
29. Ye Ye, Jian Sun. Simplified complete denture: A systematic review of the literature. *J Prosthodont.* 2017; 26(4): 267-74.
30. Regis RR, Alves CCS, Rocha SSM, Negreiros WA, Freitas-Pontes KM. The importance of a two-step impression procedure for complete denture fabrication: a systematic review of the literature. *J Oral Rehabil.* 2016; 43(10): 771-7.
31. Paulino MR, Alves LR, Gurgel BCV, Calderon PS. Simplified versus traditional techniques for complete denture fabrication: A systematic review. *J Prosthet Dent.* 2015; 113(1): 12-6.
32. Kawai Y, Muarakami H, Shariati B, Klemetti E, Blomfield JV, Billette L, et al. Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques?. *J Dent.* 2005; 33(8): 659-68.
33. Yamaga E, Sato Y, Minakuchi S. A structural equation model relating oral condition, denture quality, chewing ability, satisfaction, and oral health-related quality of life in complete denture wearers. *J Dent.* 2013; 41(8): 710-7.
34. Subin KM, Koli DK, Jain V, Pruthi G, Nanda A. Comparison of ridge resorption and patient satisfaction in single implant-supported mandibular overdentures with conventional complete dentures: A randomized pilot study. *J Oral Bio Craniofac Res* 2021; 11(1): 71-7.
35. Devi BV, Ahmed N, Ganapathy D, Maiti S, Pandurangan KK. Expectation of treatment outcomes in complete denture wearers. *J Adv Pharm Technol Res* 2022; 18(1): 277-81.