คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

Oral Health-Related Quality of Life among Denture Wearers in Phra Samut Chedi District, Samut Prakarn Province.

(Received: May 3,2025 ; Revised: May 10,2025 ; Accepted: May 11,2025)

ณัฐพัชร์ ร่วมเจริญชัย[1]วรางคณา จันทร์คง[2] กิระพล กาละดี[2]
Natthaphat Ruamjaroenchai[1] Warangkana Chankong[2] Kiraphol Kaladee[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก 2) ข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และ 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ทำการศึกษาในผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ช่วงปี 2561-2566 ที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 218 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 145 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน และสถิติความถดถอยเชิงพหุแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี 2) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ใส่ฟันเทียมทั้งปาก มีอายุเฉลี่ย 68.44 ปี สามารถเดินทางมารับบริการได้ด้วยตัวเอง และส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับมาก 3) อายุและชนิดฟันเทียมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและ 4) ฟันเทียมบางส่วนถอดได้และการเข้าถึงบริการสุขภาพร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้ร้อยละ 10.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก การเข้าถึงบริการสุขภาพ ฟันเทียม

Abstract

The objectives of this research were to explore (1) oral health-related quality of life, (2) personal characteristics and access to health services, (3) factors related to oral health-related quality of life, and (4) factors influencing oral health-related quality of life among denture wearers in Phra Samut Chedi district, Samut Prakarn province. The survey research was conducted in 145 participants (calculated sample size) selected from all 218 complete denture or removable partial denture wearers during 2018–2023 at Phra Samut Chedi Sawatyanon Hospital in Phra Samut Chedi district. Data were collected using a questionnaire with the content validity value of 0.94 and reliability values for access to health services and oral health-related quality of life of 0.89 and 0.91, respectively. The data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, Spearman's rank correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that, among the participants: (1) most denture wearers had a high level of oral health-related quality of life; (2) most of them were female and complete denture wearers with a mean age of 68.44 years, had access to health services by themselves and had a high level of access to health services; (3) age and type of denture were related to oral health-related quality of life; and (4) removable partial dentures and access to health services significantly influenced 10%of oral health-related quality of life at a significance level of 0.05.

Keyword: Oral health-related quality of life, Access to health services, Denture

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

การสูญเสียฟันเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากสำคัญที่ทำให้เกิดผลกระทบตามมาหลายด้าน ทั้งความสามารถในการบดเคี้ยวที่ลดลง การออกเสียงไม่ชัดเจนส่งผลต่อการพูดและสูญเสียความมั่นใจทำให้ผู้ป่วยบางรายหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมส่งผลโดย ตรงต่อคุณภาพชีวิต[1] ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญคือการสูญเสียฟัน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 พบว่าอัตราการสูญเสียฟันพบสูงตั้งแต่ในวัยทำงานและเพิ่มสูงขึ้นในวัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 43.7 ที่เหลือจำนวนฟันหลังที่เพียงพอสำหรับการบดเคี้ยว ซึ่งปัญหาในช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากคือการสูญเสียฟันทั้งปาก ผู้สูงอายุ 80-85 ปีพบการสูญเสียฟันทั้งปากและมีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากเพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60-74 ปี[2] การฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้ที่สูญเสียฟันด้วยการใส่ฟันเทียมจึงเป็นการรักษาที่ช่วยให้ผู้สูญเสียฟันสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ให้มีอายุการใช้งานได้นานขึ้น ช่วยในการออกเสียงพูด ส่งเสริมด้านภาพลักษณ์และสร้างความมั่นใจในการเข้าสังคม ทำให้ผู้สูญเสียฟันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ฟันเทียมทดแทนที่เป็นบริการหลักในสถานบริการของรัฐ และอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมคือฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติก[3] มีข้อดีคือมีค่าใช้จ่ายน้อยและการรักษาไม่ยุ่งยากซับซ้อน อย่างไรก็ตามการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติกมีขั้นตอนทางคลินิกหลายขั้นตอน โดยผู้ป่วยจะต้องมารับบริการหลายครั้งขึ้นอยู่กับลักษณะและสภาพช่องปากของแต่ละบุคคล และเมื่อใช้งานฟันเทียมไปในระยะหนึ่งจะเริ่มหลวม รู้สึกไม่สบายจากการสลายตัวของกระดูกขากรรไกรที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังการถอนฟันและดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจแก้ไขเป็นประจำทุก 6 เดือน – 1 ปี[4] ดังนั้นภายหลังการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องมารับการตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ หากไม่มารับการตรวจแก้ไขมีโอกาสที่จะเกิดความไม่สบายจากการใช้งานฟันเทียม หากความไม่สบายนั้นรุนแรงมากขึ้นจนก่อให้เกิดความเจ็บปวด ผลคือผู้ป่วยจะเลิกใส่ฟันเทียมในที่สุด ความร่วมมือของผู้ป่วยในการเข้ารับการตรวจติดตามแก้ไขฟันเทียมจึงเป็นหนึ่งในขั้นตอนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผลสำเร็จของการรักษา **ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ**เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเลิกใส่ฟันเทียม ผู้ป่วยบางรายที่เป็นผู้สูงอายุหรือต้องมีการพึ่งพาเมื่อออกจากบ้านมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย และช่วงเวลาในการมารับบริการเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถมา**รับบริการตามที่แพทย์นัดได้**[5] และข้อจำกัดในการมารับบริการนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก[6] การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการรักษาและเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของบุคคล[7] ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้รับบริการมากหรือน้อยเพียงใดมีความสัมพันธ์กับ 5 องค์ประกอบตามแนวคิดของเพนชานสกีและโทมัส[8] ประกอบด้วย 1) ความพอเพียงของบริการ (Availability) 2) การเข้าถึงบริการ (Accessibility) 3) ความสะดวกของสถานบริการ (Accommodation) 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) และ 5) การยอมรับบริการ (Acceptability)

การที่จะกล่าวว่าผู้ที่สูญเสียฟันและได้รับการใส่ฟันเทียมทดแทนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือ ไม่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดตามมาจากการใส่ฟันเทียมร่วมด้วย สุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เชื่อมโยงกับสุขภาพกาย หากเกิดโรคหรือความผิดปกติในช่องปากย่อมส่งผลกระทบกับสุขภาพโดยรวมและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล สุขภาพช่องปากจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยตรงเช่นเดียวกัน จึงเป็นที่มาของหลักการทันตสังคมซึ่งต่อมารู้จักกันในชื่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ซึ่งคือโครงสร้างหลายมิติที่ซับซ้อนแสดงให้เห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีไม่ได้หมายถึงแค่การไม่มีโรคในช่องปาก แต่รวมถึงการที่บุคคลมีคุณภาพในการใช้ชีวิตทั้งทางกาย ทางใจและ

ทางสังคมที่เป็นผลมาจากสภาวะช่องปากของเขา[9] ล็อกเกอร์[10]นำเสนอกรอบ**แนวคิดการวัดสุขภาพช่องปากโดยแสดงให้เห็นความเชื่อมโยงกันระหว่างสภาวะทางคลินิกและผลกระทบต่อบุคคลและทางสังคม** ทั้งผลกระทบทางกาย ทางจิตใจและทางสังคมที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของช่องปาก คือเมื่อเกิดความผิดปกติหรือการสูญเสียบางส่วนของร่างกาย จะทำให้เกิดผลที่ตามมาคือ ความจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) ความรู้สึกไม่สบาย (Discomfort) การไร้ความสามารถหรือความบกพร่อง (Disability) และความด้อยโอกาส (Handicap) แนวคิดของล็อกเกอร์ถูกนำไปใช้ในการพัฒนาดัชนีวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางต่อ ๆ มา เช่น The Oral Impact Daily Performance (OIDP) The Oral Health Impact Profile (OHIP)

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมถอดได้อยู่ในระดับปานกลางถึงดีมากโดยกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมมากที่สุดคือการรับประทานอาหาร[6,11] พบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เพศ[12] อายุ[13,14] ระดับการศึกษา[14] ชนิดฟันเทียม[15,16] และการเข้าถึงบริการสุขภาพ[7] ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center; HDC)[17] ของประชากรทั้งกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีฟันหลัง (แท้,เทียม) ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบของอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ายังน้อยกว่าภาพรวมในระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเรื่องการมีฟันหลังเพื่อการบดเคี้ยวที่เพียงพอ การสูญเสียฟัน การเข้าถึงบริการ และการได้รับบริการใส่ฟันเทียมของประชากรทั้งสองกลุ่ม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ ให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติกตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมของกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่าปัญหาหลักคือผู้ป่วยมารับบริการไม่ต่อเนื่องและผู้ป่วยบางรายไม่มารับการตรวจติดตามภายหลังใส่ฟันเทียมซึ่งส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษา และที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพและผลกระทบต่อบุคคลภายหลังการใส่ฟันเทียมถอดได้**ในพื้นที่**

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดของ ล็อกเกอร์[10] และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดฟันเทียม และการเข้าถึงบริการสุขภาพตามกรอบแนวคิดของเพนชานสกีและโทมัส[8] เพื่อเป็นการขยายมุมมองในการรักษานอกเหนือจากการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ การนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาปรับใช้ในการวางแผนการรักษาและการประเมินติดตามหลังการรักษาให้มีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ และนำผลที่ได้มาปรับปรุงหรือพัฒนาระบบบริการทันตกรรมที่เหมาะสมกับผู้รับบริการและบริบทของพื้นที่ เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการทันตกรรมให้กับผู้รับบริการ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบการให้บริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับผู้ใส่ฟันเทียม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรง พยาบาล

พระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติกช่วงปี 2561-2566 ที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ เพศชายหรือหญิง อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 218 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน โดยได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของแดเนียล[18] จำนวน 140 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือรวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จึงเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 154 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้ที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติกที่โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ ปี 2561 – 2566 เพศชายหรือเพศหญิง มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) สามารถติดต่อเพื่อเข้าร่วมการวิจัยได้ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้โดยการพูดและฟังได้อย่างปกติ เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ที่ขอถอนตัวในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบ สอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดฟันเทียม การเดินทางมารับบริการ และสิทธิการรักษา พยาบาล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของเพนชานสกีและโทมัส[8] ประกอบด้วย 5 มิติ 1) ความพอเพียงของบริการ 2) การเข้าถึงบริการ 3) ความสะดวกของสถานบริการ 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และ 5) การยอมรับบริการ จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นการให้คะแนน 5 ระดับแบบมาตรวัดลิเคิร์ท คือ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 และน้อยที่สุด = 1 ยกเว้นข้อคำถามเชิงลบทำการกลับคะแนน คือ มากที่สุด = 1 มาก = 2 ปานกลาง = 3 น้อย = 4 และน้อยที่สุด = 5 การแปลผลพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของผลรวมคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดของล็อกเกอร์[10] แบบสอบถามถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใส่ฟันเทียมต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาประกอบด้วยความจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) ความรู้สึกไม่สบาย (Discomfort) การไร้ความสามารถหรือความบกพร่อง (Disability) และความด้อยโอกาส (Handicap) จำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นการให้คะแนน 5 ระดับแบบมาตรวัดลิเคิร์ท คือ ไม่ได้รับผลกระทบ = 0 น้อย = 1 ปานกลาง = 2 มาก = 3 และมากที่สุด = 4 คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาก หมายถึง ผู้ใส่ฟันเทียมได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาก การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาการกระจายความถี่ของข้อมูล[6]ตำแหน่งคะแนนที่เปอเซ็นไทล์ 50 คือ คะแนน = 0 เป็นจุดแบ่งระดับแรก และตำแหน่งเปอเซ็นไทล์ 75 คะแนน = 3 เป็นจุดแบ่งระดับที่ 2 สามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้เป็น 3 กลุ่ม

0 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี

1 – 3 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากปานกลาง

≥ 4 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การเข้าถึงบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหามีค่าเฉลี่ยดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item-object congruence; IOC) ทั้งแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การเข้าถึงบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รหัสโครงการวิจัย STOUIRB 2567/033.0606

ผลการศึกษา

ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 94.16 มีรายละเอียดผลการศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใส่ฟันเทียม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใส่ฟันเทียม พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.2 มีอายุเฉลี่ย 68.44 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69.0 ชนิดฟันเทียมส่วนใหญ่เป็นฟันเทียมทั้งปาก คิดเป็นร้อยละ 68.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่สามารถเดินทางมารับบริการด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 82.1 และมีสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) คิดเป็นร้อยละ 81.4

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ใส่ฟันเทียม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00) คิดเป็นร้อยละ 86.9 และมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) คิดเป็นร้อยละ 13.1 โดยมีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 4.2 คะแนน (S.D. = 0.45) มีคะแนน
สูงสุดเท่ากับ 5 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 3.07 คะแนน

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี (0 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 53.1 รองลงมามีคุณ ภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากปานกลาง (1 – 3 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 28.3 และมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไม่ดี (4 คะแนน ขึ้นไป) คิดเป็น ร้อยละ 18.6 โดยผู้ใส่ฟันเทียมมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเฉลี่ยเท่ากับ 2.42 คะแนน (S.D. = 5.16) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน ข้อคำถามที่ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่

ได้รับผลกระทบ คือ การใส่ฟันเทียมทำให้เคี้ยวอาหารได้ช้าลง เคี้ยวได้ไม่เต็มที่ หรือต้องระมัดระวังขณะเคี้ยวอาหาร

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าชนิดฟันเทียม (χ^2 = 7.054, p-value = 0.008) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา และชนิดฟันเทียมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ (n = 145)

ตัวแปร	n	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก		χ^2	p-value
		ไม่ได้รับผลกระทบ (คะแนน = 0)	ได้รับผลกระทบ (คะแนน > 0)		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	49	29 (59.2)	20 (40.8)	1.099	0.295
หญิง	96	48 (50.0)	48 (50.0)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ, ประถมศึกษา	105	61 (58.1)	44 (41.9)	3.808	0.051
มัธยมศึกษา,อนุปริญญาหรือปริญญาตรีขึ้นไป	40	16 (40.0)	24 (60.0)		
ชนิดฟันเทียม					
ฟันเทียมทั้งปาก	99	60 (60.6)	39 (39.4)	7.054	0.008
ฟันเทียมบางส่วนถอดได้	46	17 (37.0)	29 (63.0)		

และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ[19] (rs = -0.221, p-value = 0.007) กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ (n = 145)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (rs)	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
อายุ	-0.221	-0.375	-0.056	0.007
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.013	-0.155	0.180	0.878

ส่วนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม พบว่าตัว

แปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม ได้แก่ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ร่วมกันทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 10.0 (Adjusted R^2 = 0.100) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2$$

โดยที่ $\hat{Y}$ = คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

β_0 = ค่าคงที่

β_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของฟันเทียมบางส่วนถอดได้

X_1 = ฟันเทียมบางส่วนถอดได้

β_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

X_2 = การเข้าถึงบริการสุขภาพ

เมื่อแทนค่าในสมการจะได้ว่า

คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

= 11.752 + 3.006 (ฟันเทียมบางส่วนถอดได้)

– 0.163 (การเข้าถึงบริการสุขภาพ)

จากสมการสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าฟันเทียมทั้งปากอยู่ 3.006 คะแนน และเมื่อคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ในขณะที่ตัวแปรอื่นในสมการไม่เปลี่ยนแปลง คะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจะลดลง 0.163 คะแนน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ (Beta = 0.272) และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Beta = -0.214) ตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูนของตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ ในรูปแบบคะแนนดิบ (β) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณ (n = 145)

ตัวแปรพยากรณ์	β	SE	beta	t	p-value
ค่าคงที่ (constant)	11.752	3.820		3.077	0.003
ฟันเทียมบางส่วนถอดได้	3.006	0.876	0.272	3.431	<0.001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-0.163	0.060	-0.214	-2.703	0.008
$R = 0.335$, $R^2 = 0.112$, Adjusted $R^2 = 0.100$					

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ สามารถอภิปรายผลแต่ละประเด็นได้ดังนี้

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ใส่ฟันเทียม ผลการศึกษาพบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพมาก เนื่องจากผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือสิทธิหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) ซึ่งมีภูมิลำเนาพักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถาน พยาบาลจึงมีความคุ้นเคยกับการมารับบริการ และส่วนใหญ่สามารถเดินทางมารับบริการได้ด้วยตนเองจึงสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย คุณีพงษ์[20] และพรรณธรา จุลาสัย[21] พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูง การรับรู้**สิทธิประโยชน์เกี่ยวกับหลัก**ประกันสุขภาพจะเสริมสร้างความมั่นใจในการเข้ารับบริการ **ไม่ต้องกังวล**เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย[20] ผู้สูงอายุได้รับบริการที่เพียงพอตรงกับความต้องการ สถานบริการมีสิ่ง

อำนวยความสะดวกอย่างเหมาะสม **และมั่นใจในประสิทธิภาพการบริการที่ได้รับ**[21] และการศึกษาของนิลุบล ดีพลกรัง[22] พบว่าการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับมากเนื่องจากมีความมั่นใจทันตบุคลากรในการดูแลสุขภาพช่องปาก และการที่ผู้สูงอายุ**มีบัตรประกันสุขภาพผู้สูงอายุจึงทำให้ครอบคลุมการดูแลได้อย่างทั่วถึง** แตกต่างจากการศึกษาของปิ่นทอง ประสงค์สุข[23] ที่พบว่าผู้สูงอายุมีระดับการเข้าถึงบริการทันตกรรมในระดับปานกลาง อาจเนื่องจาก**จำนวนขององค์ประกอบที่ให้บริการยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ การเดินทางไปรับบริการอาจจะต้องมีผู้ดูแล** และการมีค่าใช้จ่ายบางส่วนที่ต้องรับผิดชอบเอง อาจเนื่องมาจากในการศึกษาดังกล่าวศึกษารวมถึงบริการทันตกรรมที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุมและการให้บริการนอกเวลา กลุ่มตัวอย่างบางส่วนจึงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยตนเอง

2. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม ผลการศึกษาพบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดี อภิปรายได้ว่าการมีฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรับประทานอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้หลากหลายมากขึ้นส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม สามารถพูดหรือออกเสียงได้ชัดเจนมากขึ้น ปราศจากความกังวลเมื่อต้องยิ้มหรือหัวเราะช่วยส่งเสริมบุคลิกภาพทำให้มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมหรือเข้าสังคมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภารัตน์ ยวดยิ่ง[6] และศศิกร นาคมณี[11] ที่พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีถึงดีมาก หรือไม่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก **ผู้สูงอายุส่วนใหญ่**มีความพึงพอใจในการใช้งานฟันเทียม **มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่อายุมากมักได้รับผลกระทบที่เกี่ยวกับช่องปากน้อยลง**[11]

ในการศึกษานี้พบว่าปัญหาที่ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ การใส่ฟันเทียมทำให้เคี้ยวอาหารได้ช้าลง เคี้ยวได้ไม่เต็มที่หรือต้องระมัดระวังขณะเคี้ยวอาหาร อาจเนื่องมาจากวัตถุประสงค์หลักในการใส่ฟันเทียมคือ เพิ่มประสิทธิภาพในการรับประทานอาหาร ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นขณะรับประทานอาหาร นอกจากนี้การทำหน้าที่ของฟันเทียมเกี่ยวข้องกับลักษณะสันกระดูก ตำแหน่งและลักษณะฟันธรรมชาติที่รองรับ ลักษณะน้ำลายและเนื้อเยื่อในช่องปาก และการปรับตัวของผู้ใส่ฟันเทียม ผลกระทบจากการใช้งานฟันเทียมจึงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษา[6,11] ที่พบว่ากิจกรรมที่มีผลกระทบต่อผู้ใส่ฟันเทียมมากที่สุดคือ การรับประทานอาหาร สาเหตุมาจากฟันเทียมหลวมทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวกและเกิดแผลจากการกดของฟันเทียม[11] การขยับของฟันเทียมขณะรับประทานอาหาร และฐานฟันเทียมกดเนื้อเยื่ออ่อนจนเป็นแผลทำให้มีอาการเจ็บขณะรับประทานอาหาร[6] แตกต่างจากการศึกษาของวาบี และเอลามิน[24] ที่พบว่าปัญหาที่ผู้ใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบคือ การออกเสียงพูดลำบากอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังกล่าวมีอายุน้อยกว่า โดยส่วนใหญ่มีอายุ 45-50 ปี จึงอาจให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่ส่งผลต่อบุคลิกภาพ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม ผลการศึกษาพบว่าชนิดฟันเทียมและอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ของผู้ใส่ฟันเทียม

3.1 ชนิดฟันเทียม ผู้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก อาจเนื่องมาจากความแนบสนิทและการยึดอยู่ของฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขึ้นกับรูปร่างและตำแหน่งของฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ หากฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ไม่แข็งแรงหรือเรียงตัวในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อการยึดอยู่และการเรียงตัวของซี่ฟันเทียมทำให้เกิดการขยับของ

ฟันเทียมขณะใช้งาน ความไม่สบายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการกระจายแรงกัดที่ไม่สม่ำเสมอระหว่างฟันธรรมชาติและซี่ฟันเทียม ทำให้เกิดข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร และอาจเกิดการบาดเจ็บต่อฟันหรือเนื้อเยื่อที่รองรับขณะถอดใส่หรือใช้งานฟันเทียมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิพัทธ์ สมศิริ[13] พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมที่มีฟันแท้เหลืออยู่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าเนื่องจากแรงบิดงัดที่เกิดจากฟันเทียมกระทำต่อฟันธรรมชาติและการใส่ฟันเทียมร่วมกับฟันธรรมชาติทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลทำความสะอาด[25]

3.2 อายุ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีอายุน้อยให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์และบุคลิกภาพ การใส่ฟันเทียมตั้งแต่อายุน้อยอาจทำให้เกิดความกังวลหรือไม่มั่นใจในตนเอง ความคาดหวังต่อฟันเทียมทั้งด้านความสวยงามและการทำหน้าที่ว่าจะสามารถทดแทนฟันธรรมชาติที่เสียไปได้ รวมถึงต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวให้คุ้นเคยกับฟันเทียมจึงอาจรู้สึกไม่สบายหรือได้รับความลำบากมากขึ้นในการรับประทานอาหารหรือการพูดซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในขณะที่ผู้สูงอายุอาจมีประสบการณ์การสูญเสียฟันมาก่อน มีความคุ้นเคยการใส่ฟันเทียมมากกว่า และให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสโทเรียส และคณะ[26] และไบรโมห์และอเลด[27] ที่พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมที่มีอายุน้อยได้รับผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าเนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นจะให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่ของฟันเทียมมากที่สุด ยอมรับการใส่ฟันเทียมว่าเป็นภาวะปกติเมื่อมีอายุมากขึ้น[26] และผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะยอมรับหรือปรับตัวต่อปัญหาสุขภาพช่องปากที่เกิดจากอายุที่เพิ่มขึ้นได้มากขึ้น[27]

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม ผลการศึกษาพบว่าฟันเทียมบางส่วนถอดได้และการเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

4.1 ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ผู้ที่ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะซี่ฟันเทียมไม่สามารถทดแทนตำแหน่งฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปได้อย่างสมบูรณ์ โดยความแนบสนิทและการยึดอยู่ของฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขึ้นกับรูปร่างและตำแหน่งของฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากความคาดหวังของผู้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ทั้งด้านความสวยงาม การรับประทานอาหาร และการพูด โดยคาดหวังว่าฟันเทียมจะสามารถทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปได้เหมือนเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของนิพัทธ์ สมศิริ[13] ที่พบว่าผู้ใส่ฟันเทียมที่มีฟันแท้เหลืออยู่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าเนื่องจากแรงบิดงัดที่เกิดจากฟันเทียมกระทำต่อฟันธรรมชาติ และการศึกษาของเยน และคณะ[15] เนื่องมาจากความคาดหวังที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงต่อฟันเทียมของผู้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ในขณะที่ผู้ใส่ฟันเทียมทั้งปากจะมีระยะเวลาปรับตัวกับการสูญเสียฟันมาก่อน ยอมรับความไม่สบายในช่องปากว่าเป็นลักษณะหนึ่งเมื่อเข้าสู่วัยชรา และยอมรับข้อจำกัดของฟันเทียมได้มากกว่า และอาจมาจากการมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ในช่องปากจะมีโอกาสเกิดโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์ ฟันโยก ทำให้เกิดความเจ็บปวดซึ่งส่งผลต่อการใช้งานฟันเทียมได้[28]

4.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้ใส่ฟันเทียมที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้มากจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากน้อยกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้มากจะมีโอกาสได้รับการตรวจช่องปาก ได้รับคำแนะนำในการดูสุขภาพช่องปากและการใช้งานฟันเทียมอย่างถูกวิธี ได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้น ซึ่งจะช่วยป้องกันการลุกลามของโรคซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อหรือส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของฟันเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณธรา จุลาสัย[21] ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับดีทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดี เนื่องจากสามารถ

จัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รู้สึกปลอดภัย หากเจ็บป่วยจะได้รับความช่วยเหลือ รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย สามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ และการศึกษาของบาสตอส และคณะ[7] พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผู้ที่ไม่ได้รับบริการเมื่อมีความต้องการใช้บริการจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสูงกว่า

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม เนื่องจากผู้ใส่ฟันเทียมในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายคลึงกัน คือ เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการ หากได้รับผลกระทบจากปัญหาในช่องปากจึงสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมของภาครัฐได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทาง ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลจึงไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์[29] ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันน้อยมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญกับการอธิบายขั้นตอนการรักษา และข้อจำกัดในการใส่ฟันเทียมให้กับผู้ป่วยแต่ละรายทราบ เพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับในข้อจำกัดการใช้งานฟันเทียม รวมถึงเน้นย้ำให้เห็นถึงความจำเป็นในการตรวจติดตามเพื่อแก้ไขฟันเทียมและเพื่อป้องกันการเกิดโรคกับฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่

1.2 สถานบริการควรเพิ่มบริการที่จะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ โดยในขั้นตอนการตรวจติดตามภายหลังการรักษาให้ผู้ใส่ฟันเทียมสามารถเลือกรับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านได้

1.3 การจัดให้มีบริการทันตกรรมเฉพาะทางในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านที่มีความพร้อม และควรจัดให้มีบริการนอกเวลาราชการเพื่อเพิ่มช่วงเวลาในการเข้ารับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ที่มีจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลือแตกต่างกัน หรือมีตำแหน่งการสูญเสียฟันที่แตกต่างกันว่ามีผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแตกต่างกันหรือไม่

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลและผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

2.3 ควรศึกษาอิทธิพลของข้อมูลเชิงคลินิกที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ใส่ฟันเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. Gerritsen AE, Allen PF, Witter, DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health- related quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health and Quality of Life Outcomes. 2010;5(8):126.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2567. [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2567].เข้าถึงได้จาก: https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf4787152 90ac946bee/202406/m_magazine/36716/4952/file_downloadf983389ded6e5dccbfe6f3362a453364.pdf

3. สภาองค์กรของผู้บริโภค. ตารางเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์การรักษาทันตกรรมของ 3 กองทุน. [อินเตอร์เนต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2567] เข้าถึงจาก: https://www.tcc.or.th/wp-content/uploads/2022/12/30122022_TCCNews_dentalservice-compare.pdf
4. พจมาน ศรีนวรัตน์. ฟันเทียมทั้งปาก. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง; 2557
5. อุศิรา กลัดจำนงค์. ผลการรักษาฟื้นฟูสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุไร้ฟันด้วยการใส่ฟันเทียมทั้งปาก. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี 2565;31(2):180-192.
6. วิภารัตน์ ยวดยิ่ง. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2563;6(2):58-75.
7. Bastos LF, Hugo FN, Hilgert JB, Cardozo DD, Bulgarelli AF, Santos CMD. Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. Brazilian oral research. 2019;33:e018. https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2019.vol33.0018
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical care. 1981;19(2):127–140.
9. สุดาดวง กฤษฎาพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
10. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community dental health. 1988;5 (1):3–18.
11. ศศิกร นาคมณี. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมพระราชทาน โรงพยาบาลบางปะกง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2561;35(1):30-39.
12. Ulinski KG, Nascimento MA, Lima AM, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KB, et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian elderly. International journal of dentistry; 2013:705047.
13. นิพัทธ์ สมศิริ. สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทานในมิติคุณภาพชีวิต. วารสารสุขศึกษา 2558;38(129):1-13.
14. Miranda-Medina A, Alcocer-Nunez J. Oral health-related quality of life of elderly people and associated sociodemographic factors. Journal of Oral Research. 2021;10(6):1-10.
15. Yen YY, Lee HE, Wu YM, Lan SJ, Wang WC, Du JK, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. BMC oral health. 2015; 15(1).
16. Nekouei AH, Mirzaee M, Shahravan A, Kakooei S, Hasheminejad N. Comparison of oral health-related quality of life in partial and complete denture wearers: A propensity Score analysis. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2023;37:77.
17. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
18. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. New York: Wiley & Sons; 1995.
19. ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: อมรการพิมพ์; 2560.
20. อภิชัย คุณีพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุใน จังหวัดปทุมธานี. วารสารกรมการแพทย์ 2562;44(5):75-80.
21. พรรณธรา จุลาสัย. คุณภาพชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสันกลาง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยพายัพ; 2559. http:///cgibin/getdoc?digital/research/M147477.pdf
22. นิลุบล ดีพลกรัง. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมภาครัฐของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2564;3(1):1-19.
23. ปิ่นทอง ประสงค์สุข. การเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560. https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/6634/1/Fulltext.pdf

24. Wahbi RH, Elamin, EI. Impact of Removable Partial Denture on Quality-of-life of Sudanese Adults in Khartoum State. The journal of contemporary dental practice. 2018; 19(1):102–108.
25. พินโญ หงส์ยิ้ม, มิ่งขวัญ สิทธิวรนันท์, สริตา คัชพงษ์. ผลกระทบของการใส่ฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2560;22(1):37-47.
26. Pistorius J, Horn JG, Pistorius A, Kraft J. Oral health-related quality of life in patients with removable dentures. Schweizer Monatsschr Zahnmedizin. 2013;123(11):964–971.
27. Braimoh OB, Alade GO. (2019). Oral health-related quality of life and associated factors of elderly population in Port Harcourt, Nigeria. Saudi Journal of Oral Sciences. 2019;6(1):18-24.
28. นิมิต เตชะวัชรีกุล. สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551. http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/13952
29. ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัด. นครนายก วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2561;11(3):51-63.