



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ
และสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่

พัชรี สมบัติโต

//

อธิการบดี

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2543

ISBN 974 - 664 - 798 - 9

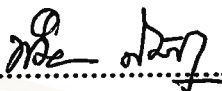
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ
และสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่

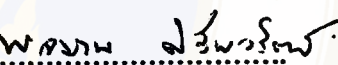


นางสาวพัชรี สมบัติโค
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย พ.บ.,
F.R.C.P. (London)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พจมาน ศรีนวลรัตน์ วท.บ.,
ท.บ., M.Sc. (Prosthetic Dentistry)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พงษ์จันทร์ โรจนวิภาต วท.บ.,
M.H.S. (Biostatistics)

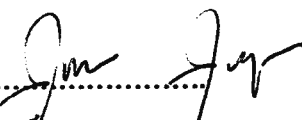
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์เลียงชัย ลิ่มล้อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



ศาสตราจารย์สุรพล สุวรรณกุล พ.บ., F.A.C.P.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาการระบาด

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ

และสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ.2543

.....

นางสาวพัชรี สมบัติโต

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสตันคชัย พ.บ.,

F.R.C.P. (London)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์พจมาน ศรีนวรรณ์ วท.บ.,

ท.บ.,M.Sc.(Prosthetic Dentistry)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพชร ชลปราณี วท.บ.,

ท.บ.,วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์เลียงชัย ถิมถ่อมวงศ์ Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์เพียงจันทร์ โรจนวิภาค

วท.บ.,M.H.S. (Biostatistics)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์คลินิก ปิยะสกล สกลสัตยาทร

พ.บ., ป. ชันสูง, ว.ว.(ศัลยศาสตร์)

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้ความจากคณาจารย์ ประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล รองศาสตราจารย์พจนาน ศรีนวรรณ์ ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ รองศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ โรจนวิภาต ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในการจัดทำวิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพชร ชลปรางค์ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์สุกิจ อนุทองวิไล ทันตแพทย์ โรงพยาบาลวังจันทน์ ซึ่งกรุณาเป็นผู้ตรวจสอบภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณกัญญา อรุณราษฎร์ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่กรุณาเป็นผู้บันทึกข้อมูลการสำรวจภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุและขอขอบพระคุณ คุณประจวบ ประจงแต่ง นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย คุณสุภาวดี ฝึกฝ่าย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี ตำบลแม่จั่ว อำเภอเด่นชัย ที่กรุณาเป็นผู้สัมภาษณ์ข้อมูลผู้สูงอายุ

ขอขอบพระคุณ คณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี ตำบลแม่จั่ว อำเภอเด่นชัย ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล นึกหมายผู้สูงอายุ อำนาจความสะดวกในการสำรวจข้อมูล และขอขอบพระคุณ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สูงอายุทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการสำรวจข้อมูลอย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่ ๆ น้อง ๆ ตลอดจนขอขอบพระคุณเพื่อน ๆ วิทยาการระดับรุ่นที่ 17 ซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งของผู้วิจัยมาโดยตลอด

พัชรี สมบัติโต

3836891 SIEP/M : สาขาวิชา : วิทยาการระบาด ; วท.ม. (วิทยาการระบาด)

คำสำคัญ : สภาวะทันตสุขภาพ/ ผู้สูงอายุ/ ปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ/ พฤติกรรมทันตสุขภาพ/
ความสัมพันธ์

พธีร์ สมบัติโต : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ (THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIO-ECONOMIC FACTORS, HEALTH BEHAVIOR AND ORAL HEALTH STATUS IN THE ELDERLY IN PHRAE PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ประเสริฐ อัสสันตชัย พ.บ.(เกียรตินิยมอันดับ 2), FRCP (London), พจมาน ศรีนวลรัตน์ ท.บ., M.Sc. (Prosthetic Dentistry), เพียงจันทร์ โรจนวิภาต วท.บ., M.H.S. (Biostatistics). 119 หน้า. ISBN 974 - 664 - 798 - 9

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2537 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาโรคฟันผุ โรคปริทันต์และการใส่ฟันปลอม การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อวางแผนแก้ไขและป้องกันปัญหาดังกล่าวได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาดวิทยาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดแพร่ จำนวน 389 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์และสัมภาษณ์ข้อมูลประชากร สังคมเศรษฐกิจ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การทดสอบไค สแควร์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุร้อยละ 94.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรุนแรงของโรคฟันผุ ได้แก่ อายุ ($p < .0001$) ระดับการศึกษา ($p < .0001$) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ($p < .0001$) การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ($p = .001$) และพฤติกรรมทันตสุขภาพ ($p < .0001$) พบเหงือกอักเสบร้อยละ 60.3 ปริทันต์อักเสบร้อยละ 39.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรุนแรงของโรคปริทันต์ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($p = .015$) และการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ($p = .031$) ผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 10.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการมีฟันคงเหลือในช่องปาก ได้แก่ อายุ ($p < .0001$) ระดับการศึกษา ($p < .0001$) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ($p < .0001$) การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ($p = .023$) และพฤติกรรมทันตสุขภาพ ($p < .0001$) มีผู้สูงอายุใส่ฟันปลอมร้อยละ 28.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ($p = .014$) และพฤติกรรมทันตสุขภาพ ($p = .048$)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการรักษาโรคในช่องปากอย่างถูกต้องและครอบคลุมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมทั้งต้องได้รับความรู้และส่งเสริมการมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่เยาว์วัย อันจะนำไปสู่การมีทันตสุขภาพที่ดีจนถึงวัยสูงอายุ

3836891 SIEP / M : MAJOR : EPIDEMIOLOGY ; M. Sc. (EPIDEMIOLOGY)

KEY WORDS : ORAL HEALTH STATUS / THE ELDERLY / SOCIOECONOMIC
FACTORS / HEALTH BEHAVIOR / RELATIONSHIP

PATCHAREE SOMBATTO :THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIOECONOMIC
FACTORS,HEALTH BEHAVIOR AND ORAL HEALTH STATUS IN THE ELDERLY IN
PHRAE PROVINCE. THESIS ADVISORS : PRASERT ASSANTACHAI,M.D., F.R.C.P.
(London) , POTCHAMAN SINAVARAT , M.Sc.(Prosthetic Dentistry), PIANGCHAN
ROJANAVIPART, M.H.S. (Bio statistics). 119 p. ISBN 974 – 664 – 798 – 9

The Thai national oral health survey in 1994 revealed that dental caries, periodontitis and denture problems were the important oral health problems among the Thai elderly. The study of various risk factors, related to this oral health problem is therefore crucial to the strategic planning of the management of the above problems. This cross-sectional survey intended to explore the epidemiology of oral health problem i.e. dental caries, periodontitis, the remaining teeth and denture wearing, as well as their relationship with socioeconomic factors including the oral health behavior. Three hundred and eighty nine elderly persons aged 60 years or more living in Phrae Province were recruited. The oral examination was done by a local dentist and the interview was done by the author and colleagues. Chi-square test and pearson's product moment correlation were used for data analysis

94.6 % of the elderly has dental carries. There is statistically significant association between age ($p < .0001$), education ($p < .0001$), social activities ($p < .0001$), the exposure to oral health hygiene information ($p = .001$), oral health behavior ($p < .0001$) and dental caries. 60.3 % have chronic gingivitis and 39.7 % have periodontitis. There is statistically significant association between family support ($p = .015$), as well as the exposure to oral health hygiene information ($p = .031$) and periodontal status. 10 % of these sample are totally edentulous. There is statistically significant association between age ($p < .0001$), education ($p < .0001$), social activities ($p < .0001$), the exposure to oral health hygiene information ($p = .023$), oral health behavior ($p < .0001$) and the number of remaining teeth. Regarding the denture wearing, there are 28.8 % of the sample. There is statistically significant association between male gender ($p = .014$), as well as oral health behavior ($p = .048$) and denture wearing.

In conclusion the elderly should easily access the correct treatment provided by dentists or dental nurses. The basic dental management should be incorporated into the local health centers in the community. This includes oral hygiene, education and oral health promotion.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
ตัวแปรในการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความหมายของผู้สูงอายุ	10
ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุ	13
รายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	31
ประชากรที่ศึกษา	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การเตรียมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์	37
การวิเคราะห์ข้อมูล	38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการศึกษา	
ลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	39
ระบาดวิทยาของสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ	
สภาวะความชุก ความรุนแรงและความจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุ	44
สภาวะความชุกและความรุนแรงของโรคปริทันต์	50
สภาวะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก	55
สภาวะการใส่ฟันปลอมและความจำเป็นในการใส่หรือ- ซ่อมแซมฟันปลอม	57
การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ- พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ	
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ- พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ	59
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ- พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุ	61
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ- พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก ของผู้สูงอายุ	63
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ- พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ	65
การศึกษาความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะทันตสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	67
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะโรคฟันผุของ ผู้สูงอายุ	68

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม-เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะการมีฟันเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ	69
5 อภิปรายผลการศึกษา	70
6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	79
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	92
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป	93
รายการอ้างอิง	94
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	
แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ (Oral health survey form)	102
แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ	104
ภาคผนวก ข	
สถิติที่ใช้ในการวิจัย	112
ภาคผนวก ค	
รายละเอียดผลการศึกษาเพิ่มเติม	116
ประวัติผู้วิจัย	119

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ลักษณะทางด้านประชากรของผู้สูงอายุ	40
2 ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ สังคมของผู้สูงอายุ	41
3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพ	42
4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคฟันผุ จำแนกตามปัจจัยด้านประชากร และพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ	45
5 จำนวนและร้อยละของฟันผุที่รากฟันในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ	46
6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาวะ โรคฟันผุของผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยด้านประชากรและพฤติกรรมทันตสุขภาพ	47
7 ความรุนแรงของโรคฟันผุ จำแนกตามอายุและเพศ	48
8 ร้อยละของผู้จำเป็นต้องได้รับการรักษาโรคฟันผุ ตามชนิดของการบริการจำแนกตามอายุและเพศ	49
9 ค่าเฉลี่ยจำนวนส่วนของช่องปาก (Sextant) ต่อคนในแต่ละระดับสภาวะปริทันต์ ปริทันต์จำแนกตามอายุและเพศ	51
10 ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ จำแนกตามปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ และพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ	52
11 ระดับสภาวะปริทันต์ของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ	54
12 สภาวะการมีฟันเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ	56
13 สภาวะการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิดของฟันปลอม	57
14 ความจำเป็นในการใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอมของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิดของฟันปลอม	58
15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุกับสภาวะ โรคฟันผุ	59
16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะปริทันต์ของผู้สูงอายุ	61

:

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรม ทันตสุขภาพกับสถานะการมีฟันเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ	63
18	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรม ทันตสุขภาพกับการมีหรือใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ	65
19	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพและสถานะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ	68
20	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพและสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ	69
21	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าง และการใช้ฟันผุคหน้า	116
22	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการรับรู้ปัญหาในช่องปากและ การรับบริการทันตกรรม	117
23	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความต้องการในการรักษาโรคฟันผุ โรคปริทันต์และจำเป็นในการใส่และซ่อมแซมฟันปลอม	118

สารบัญภาพ

แผนภูมิที่	หน้า
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	33
1 แสดงร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT เปรียบเทียบกับร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุในปัจจุบัน จำแนกตามอายุ	80
2 แสดงร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT เปรียบเทียบกับร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุในปัจจุบัน จำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ	81
3 แสดงร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT เปรียบเทียบกับร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุในปัจจุบัน จำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ	81
4 แสดงระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ จำแนกตามกลุ่มอายุ	82
5 แสดงระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ จำแนกตามระดับการศึกษา	83
6 แสดงระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ จำแนกตามระดับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	83
7 แสดงระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ จำแนกตามการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ	84
8 แสดงระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ	84
9 แสดงระดับความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	85
10 แสดงระดับความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ จำแนกตามการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ	86
11 แสดงสภาวะการมีฟันเหลืองในช่องปาก จำแนกตามกลุ่มอายุ	87
12 แสดงสภาวะการมีฟันเหลืองในช่องปาก จำแนกตามระดับการศึกษา	87
13 แสดงสภาวะการมีฟันเหลืองในช่องปาก จำแนกตามรายได้	88
14 แสดงสภาวะการมีฟันเหลืองในช่องปาก จำแนกตามระดับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	88
15 แสดงสภาวะการมีฟันเหลืองในช่องปาก จำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ	89
16 แสดงสภาวะการมีหรือใส่ฟันปลอม จำแนกตามเพศ	90
17 แสดงสภาวะการมีหรือใส่ฟันปลอม จำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ	90

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรวัยสูงอายุหรือผู้สูงอายุ เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากประชากรกลุ่มนี้ได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว และทุกประเทศก็ได้ตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีต่อสังคมมาโดยตลอดนับตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน จึงได้มีการตื่นตัวในเรื่องผู้สูงอายุกันอย่างมากทั้งในด้านการศึกษาทางวิชาการ การวิจัย และการนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ (1)

จากการศึกษาของนักประชากรศาสตร์และข้อมูลต่างๆ ในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้สูงอายุนับวันจะเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรค่อย ๆ ลดต่ำลง ซึ่งจากการประชุมขององค์การอนามัยโลกที่เมืองเจนีวา ระหว่าง วันที่ 21 - 22 มีนาคม 2532 ได้มีรายงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้วว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.2 ของประชากรโลกในปี พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 11.4 ในปี พ.ศ. 2528 และคาดว่าจะอีก 40 ปีข้างหน้าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.1 ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ของประชากรโลกในปี พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 6.3 ในปี พ.ศ.2528 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.9 ในอีก 40 ปีข้างหน้า (2)

สำหรับประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา ทั้งนี้เป็นผลจากความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มลดลงต่อไปในอนาคต (3) รวมทั้งการลดลงของอัตราตายในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอัตราตายของทารก (Infant mortality rate) ตลอดจนการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจสังคม การแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้โครงสร้างทางอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น ซึ่งเมื่อระยะเวลาผ่านไปประมาณ 40-50 ปี สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น (4) ดังจะเห็นได้ว่าประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศ ใน พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 5.5 และร้อยละ 6 ใน พ.ศ.2523 และ พ.ศ.2533 ตามลำดับ (5) และจากการสำรวจประชากรของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ.2543 พบว่ามีจำนวนประชากรทั้งประเทศ 62.05 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 5.35 ล้านคน หรือร้อยละ 8.6 ของประชากรทั้งประเทศ ยังได้มีการคาดหมายว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า ประชากร

สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 11.3 ล้านคน (6) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุในวันจะเพิ่มมากขึ้นและยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เช่น ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการทางการแพทย์ทำให้อัตราตายของคนลดลง โรคต่าง ๆ ที่เคยรักษาไม่ได้ก็สามารถรักษาหรือควบคุมได้ ทำให้ประชากรมีอายุยืนขึ้น การที่ประชากรมีอายุยืนขึ้นก็ต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย การเปลี่ยนแปลงของควมมีอายุและการเปลี่ยนแปลงของสังคมก็มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (7) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยและสภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากรายงานการศึกษาต่าง ๆ เช่น จรวย ศรีทองและคณะ (8) ศึกษาขนาดวิทยาของโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทยโดยการสำรวจสุขภาพและอนามัยของผู้สูงอายุในแฟลตดินแดงจำนวน 134 คน พบว่าโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันเลือดสูงร้อยละ 28 โรคต่อกระเพาะร้อยละ 15 กระดูกข้อเข่าเสื่อมและอักเสบร้อยละ 14 โรคเบาหวานร้อยละ 13 โรคหลอดเลือดของสมองร้อยละ 8 สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (9) ได้รายงานว่าผู้สูงอายุไทยมีความผิดปกติเกี่ยวกับฟันร้อยละ 69 ระบบไขข้อไม่ปกติร้อยละ 64 นอกจากนั้นมีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร การหายใจ การได้ยินและผิวหนัง และจากการศึกษาของ เสาวณีย์ กานต์เดชารักษ์ (10) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับฟันและตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแว่นทิพย์ น.สุพร (11) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการทำงานของฟันร้อยละ 78 ตาไม่ปกติร้อยละ 69 ระบบไขข้อร้อยละ 64 และการศึกษาของละออง สุวิทยานนท์ (12) ศึกษาปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพฟันร้อยละ 92.4 รองลงมาคือความสามารถในการมองเห็นร้อยละ 87.0 และสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ เหมธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (13) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับฟันคือ เคี้ยวอาหารลำบากร้อยละ 53 ส่วนโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทยคือโรคเกี่ยวกับปอด โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ โรคจิต และโรคเกี่ยวกับสมอง (14)

จากการศึกษาถึงปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่พบบ่อยและมีความสำคัญ คือปัญหาเกี่ยวกับฟัน เนื่องจากในภาวะสูงอายุ ปัจจัยทั้งทางสภาวะแวดล้อมและพันธุกรรม มีผลต่อการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย (15,16) ซึ่งรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก (16,17) โดยสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสุขภาพช่องปาก จากการสำรวจทางระบาดวิทยาพบว่าการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (18,19) โดยการสูญเสียฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป (20) และจากการศึกษาแนวโน้มของโรคในช่องปากของประชาชนไทย ซึ่งพิจารณาจากผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ (ร้อยละ 95) ค่าเฉลี่ยของฟันผุ ถอน อุด 15.8 ซี่/คน มีฟันผุที่ต้องการการรักษาเฉลี่ย 1.8 ซี่/คน หรือร้อยละ 11.4 ของฟัน

ที่เป็นโรคทั้งหมด ส่วนในเรื่องสภาวะการสูญเสียฟันนั้นตามเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2543 มุ่งเน้นการเก็บรักษาฟันไว้ โดยกำหนดให้ประชาชนในกลุ่มอายุ 60 - 74 ปีมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 50 แต่ผลการสำรวจพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ เพียงร้อยละ 47.7 ซึ่งยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย

สำหรับสภาวะปริทันต์ พบว่ามากกว่าครึ่งของคนอายุ 60 - 74 ปี (ร้อยละ 70.4) อยู่ในสภาวะที่เป็นโรคปริทันต์ ส่วนปัญหาอื่น ๆ ที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ ความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมทั้งปากทั้งในกรณีที่ยังไม่เคยมีฟันปลอมมาก่อนหรือมีแล้วแต่ทันตแพทย์เห็นว่าควรทำใหม่ถึงร้อยละ 20 ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัย การรับรู้สภาพในช่องปากและการแก้ไขปัญหา การใช้บริการทันตกรรมและการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ (21)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศ ซึ่งรัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญและได้กำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพของประเทศไทยเพื่อให้ประชาชนไทยมีทันตสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 โดยกำหนดเป้าหมายเฉพาะโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคฟันผุและโรคปริทันต์ ซึ่งมีเครื่องชี้วัดที่แสดงถึงการมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี ในกลุ่มผู้สูงอายุได้กำหนดว่าจำนวนร้อยละ 50 ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีฟันที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ จากการสำรวจพบว่ายังไม่บรรลุผลตามเป้าหมาย ประชาชนยังมีการสูญเสียฟันอยู่ในอัตราที่สูงมากจากการปล่อยปละละเลยทำให้โรคดำเนินไปมากเกินกว่าจะรักษาฟันไว้ได้ (22)

สาเหตุที่ประชาชนไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพช่องปาก เนื่องจากธรรมชาติของโรคในช่องปากเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ไม่ได้เกิดอาการเจ็บปวดทันทีจนโรคลุกลามไปมากจึงส่งผลให้สภาวะสุขภาพช่องปากไม่ดี (23) ซึ่งในการเกิดโรคในช่องปากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรและสังคมศาสตร์ ปัจจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านการป้องกันโรค และปัจจัยอื่น ๆ (24) จากปัจจัยสาเหตุเหล่านี้มีผลต่อการกำหนดแนวทางป้องกันและรักษาโรคในช่องปาก และการดำเนินงานทันตสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาของสุขภาพช่องปากของประชาชน ซึ่งในการดำเนินงานที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะบางกลุ่ม เช่น นักเรียน หญิงมีครรภ์ ในปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายที่นับว่าสำคัญและควรให้ความสนใจเพราะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางทันตสุขภาพมากกลุ่มหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาประกอบการวางแผน ในการดำเนินงานทันตสาธารณสุขให้บรรลุตามเป้าหมายทันตสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโรคฟันผุของสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1 สภาวะความชุก ความรุนแรงและความจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุ
- 1.2 สภาวะความชุกและความรุนแรงของโรคปริทันต์
- 1.3 สภาวะการมีฟันคงเหลืออยู่ในช่องปาก
- 1.4 สภาวะการใส่ฟันปลอม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคม-เศรษฐกิจ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ

4. พฤติกรรมทันตสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการดูแลทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ

5. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุ

6. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุ

7. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุ

8. พฤติกรรมทันตสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการดูแลทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสภาวะโรคปริทันต์ของผู้สูงอายุ

9. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสภาวะการมีฟันคงเหลืออยู่ในช่องปากของผู้สูงอายุ

10.ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์กับสถานะการมีฟันคงเหลืออยู่ในช่องปากของผู้สูงอายุ

11.ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสถานะการมีฟันคงเหลืออยู่ในช่องปากของผู้สูงอายุ

12.พฤติกรรมทันตสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการดูแลทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสถานะการมีฟันคงเหลืออยู่ในช่องปากของผู้สูงอายุ

13.ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีหรือใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

14.ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์กับการมีหรือใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

15.ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการมีหรือใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

16.พฤติกรรมทันตสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการดูแลทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการมีหรือใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในจังหวัดแพร่ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา และเป็นการศึกษาเฉพาะปัจจัยที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ เชื้อจุลินทรีย์ น้ำลาย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ไม่ได้อยู่ในขอบเขตของการศึกษาในครั้งนี้

ตัวแปรที่สำคัญในการวิจัย

1.ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

1.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้

1.3 ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ

1.4 พฤติกรรมทันตสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ การดูแลทันตสุขภาพ

2.ตัวแปรตาม ได้แก่ สภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น สภาวะโรคฟันผุ สภาวะโรคปริทันต์ สภาวะการมีฟันคงเหลืออยู่ในช่องปาก การมีหรือใส่ฟันปลอม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1.ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน

2.ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดที่ผู้สูงอายุได้รับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

2.1 ไม่ได้เรียน

2.2 ประถมศึกษา หมายถึง ได้รับการศึกษาในชั้นที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาปีที่ 4

2.3 สูงกว่าประถมศึกษา หมายถึง ได้รับการศึกษาในชั้นที่สูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4

3.รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งแบ่งตามความสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เพียงพอ พอกินพอใช้ มีเหลือเก็บ

4.การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของชมรมในสังคม การเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้าน

5.การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการดูแลอนามัยช่องปาก สนับสนุนด้านเศรษฐกิจและการไปรับบริการทางทันตกรรม

6.พฤติกรรมทันตสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพในช่องปากของตนเอง ประกอบด้วย

6.1 ความรู้ด้านทันตสุขภาพ หมายถึง ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับทันตสุขภาพ

6.2 ทักษะด้านทันตสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ หรือความรู้สึเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดูแลและการป้องกันโรคในช่องปาก

6.3 การดูแลทันตสุขภาพ หมายถึง การกระทำของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก และส่งเสริมทันตสุขภาพ

7.สภาวะทันตสุขภาพ หมายถึง สภาวะหรือสภาพภายในช่องปากของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินจากดัชนีชี้วัดโรคฟันผุ ดัชนีชี้วัดโรคปริทันต์และสภาวะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก ดังนี้

7.1 ดัชนีชี้วัดโรคฟันผุ คัดแปลงจากเกณฑ์การประเมินโรคฟันผุขององค์การอนามัยโลก ค.ศ.2530 โดยใช้ดัชนี DMFT ดังนี้ (25)

ฟันผุ (Decayed tooth) หมายถึง ฟันที่ตรวจพบโรค มีลักษณะนิ่ม ผุเข้าไปได้ ชั้นเคลือบฟันหรือมีรอยอุดชั่วคราว ในกรณีที่ไม่มีรูที่ด้านข้างของตัวฟันเครื่องมือตรวจหาฟันผุ (Explorer) จะต้องเขี่ยเข้าไปในโพรงฟันนั้นได้สะดวก กรณีที่ฟันได้รับการอุดถาวรและมีรูผุใหม่ก็ให้ถือว่าเป็นฟันผุ

ฟันถอน (Missing tooth) หมายถึง ฟันถาวรที่ถูกถอนหรือสูญเสียไป

ฟันอุด (Filled tooth) หมายถึง ฟันที่ได้รับการอุดถาวรโดยไม่มีรูผุซ้ำหรือผุใหม่ ฟันที่ได้รับการครอบเพราะการผุ ถือว่าเป็นฟันอุด

สภาวะโรคฟันผุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ฟันผุระดับต่ำ หมายถึง กลุ่มที่มีจำนวนซี่ของฟันผุ ถอน อุด อยู่ในช่วงระดับที่ต่ำกว่าเปอเซ็นต์ไทล์ที่ 33

ฟันผุระดับปานกลาง หมายถึง กลุ่มที่มีจำนวนซี่ของฟันผุ ถอน อุด อยู่ในช่วงระหว่างเปอเซ็นต์ไทล์ที่ 33 ถึง เปอเซ็นต์ไทล์ที่ 66

ฟันผุระดับสูง หมายถึง กลุ่มที่มีจำนวนซี่ของฟัน ผุ ถอน อุด สูงกว่าระดับเปอเซ็นต์ไทล์ที่ 66

7.2 ดัชนีชี้วัดโรคปริทันต์ การประเมินสภาวะปริทันต์ใช้ดัชนี CPI (Community Periodontal Index) ซึ่งการวัดด้วยดัชนีนี้จะแบ่งช่องปากออกเป็น 6 ส่วน แต่ละส่วนประกอบด้วย ฟันซี่ 18-14 ,13-23 ,24-28 ,38-34 ,33-43 และ44-48 ในการตรวจไม่นับรวมฟันกรามซี่ที่ 3 ขกเว้นกรณีที่ฟันซี่นั้นทำหน้าที่แทนฟันกรามซี่ที่ 2 ส่วนของช่องปากต้องมีฟันอย่างน้อยสองซี่ และไม่เป็นฟันที่กำลังจะถูกถอน ถ้ามีฟันเพียงซี่เดียวจะนับรวมเป็นส่วนหนึ่งของช่องปากที่อยู่ติดกัน

ฟันซี่สำคัญที่จะตรวจ (Index Teeth) ได้แก่

17,16	11	26,27
47,46	31	36,37

การตรวจฟันกรามซี่ที่ 2 ในส่วนของช่องปากหลัง ถ้าข้างใดข้างหนึ่งขาดหายไป ไม่ต้องหาทดแทน ยกเว้นกรณีที่ไม่มียี่สิบซี่สำคัญหรือฟันที่มีอยู่มีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน สำหรับการตรวจจะตรวจฟันทุกซี่ที่เหลือในส่วนนั้น

ในการตรวจสถานะปริทันต์ ใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์ (WHO Periodontal Probe) ซึ่งออกแบบเฉพาะ มีปลายเป็นรูปทรงกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.5 มิลลิเมตร แบ่งขีดเป็นมิลลิเมตร และมีแถบสีดำระหว่างขีดที่ 3.5 มิลลิเมตรถึง 5.5 มิลลิเมตร วิธีการตรวจโดยการสอดเครื่องมือตรวจปริทันต์เข้าไปในร่องลึกของเหงือกให้หัวรูปทรงกลมเข้าไปแนบกับรากฟันโดยใช้แรงไม่เกิน 25 กรัม และอ่านความลึกจากแถบสี บันทึกการหัดตามระดับความรุนแรง ดังนี้ เหงือกปกติ (CPI = 0) มีเลือดออกภายหลังใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์ (CPI = 1) พบหินน้ำลาย (CPI = 2) มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร (CPI = 3) มีร่องลึกปริทันต์ เท่ากับหรือมากกว่า 6 มิลลิเมตร (CPI = 4)

สถานะปริทันต์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

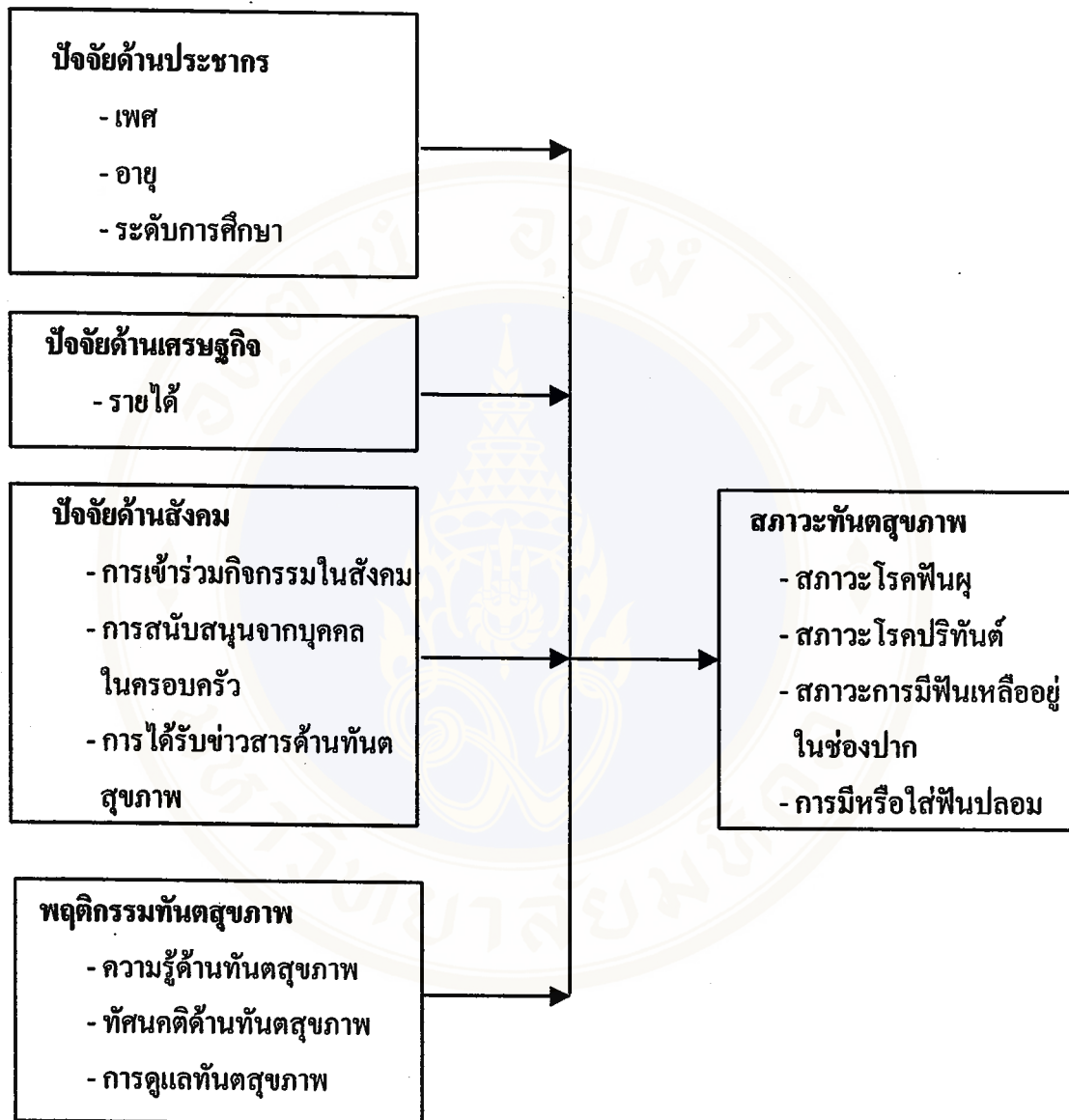
ระดับปกติ หมายถึง สถานะที่มีเหงือกปกติ (CPI=0)

ระดับปานกลาง หมายถึง สถานะที่มีเหงือกอักเสบ (CPI=1) หรือมีหินน้ำลาย (CPI=2)

ระดับสูง หมายถึง สถานะที่มีปริทันต์อักเสบ (CPI=3 และ 4)

7.3 สถานะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก หมายถึง สถานะที่มีฟันเหลืออยู่ในช่องปากอย่างน้อย 20 ซี่ แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า 20 ซี่ และเท่ากับหรือมากกว่า 20 ซี่ โดยไม่นับรวมฟันกรามแท้ซี่ที่ 3 (22)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพ และสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ดังต่อไปนี้

- 1.ความหมายของผู้สูงอายุ
- 2.ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุ
- 3.รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (The Elderly) ได้มีการกำหนดคำจำกัดความของคำว่า “ผู้สูงอายุ” แตกต่างกันในแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุขัยโดยเฉลี่ยของการทำงานและสภาพร่างกาย สภาพเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดความหมายแตกต่างกันไปตามแนวคิดของบุคคลอีกด้วย เช่น นักจิตวิทยาพัฒนาการบางคน แบ่งช่วงชีวิตของแต่ละวัย เป็นช่วงละ 10 ปี โดยกำหนดให้ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่อยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต บางคนแบ่งโดยกำหนดให้ผู้ที่มีอายุ 75 ปี ขึ้นไปอยู่ในวัยสูงอายุ จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุได้กำหนดอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงเป็นผู้สูงอายุ ประเทศส่วนใหญ่จึงใช้เป็นเกณฑ์เกษียณอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรปใช้เกณฑ์ 65 ปี สวีเดน เดนมาร์กและนอร์เวย์ใช้เกณฑ์ 70 ปี ประเทศมาเลเซียและแอฟริกาใช้เกณฑ์อายุ 55 ปี (26) ซึ่งบางครั้งอายุก็ไม่ได้เป็นเครื่องบอกว่าใครเป็นผู้สูงอายุ มีคนเป็นจำนวนมากแม้ว่าจะอายุ 60 ปีหรือ 65 ปี ก็ยังแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ขณะที่คนอายุน้อยกว่าบางคนกลับมีสภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม ฉะนั้นอายุจึงเป็นเพียงแนวทางที่ทำให้ทราบว่าบุคคลใดสมควรเป็นผู้สูงอายุ (27)

Grandall (28) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า เป็นกระบวนการเจริญเติบโตไปสู่วัยสูงขึ้น (The process of growing older) ซึ่งปกติบุคคลจะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วง 25 - 30 ปีแรกของชีวิต หลังจากนั้นจะเป็นช่วงของการเสื่อมถอยลงไปและถือว่าบุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

Mering และ Rand (29) ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในสภาพเสื่อมถอยทางร่างกาย (Degenerative conditions)

Hall (30) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและได้แบ่งการสูงอายุของคนเป็น 4 ประเภท คือ

1.ความชราตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทินโดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไปและบอกได้ทันทีว่าใครมีอายุนาน้อยเพียงใดโดยไม่นำเรื่องสุขภาพ ความรู้ความสามารถและบทบาททางสังคมมาเกี่ยวข้อง

2.ความชราตามสภาพร่างกาย (Biological aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้ดูได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวแห้ง ตกรกระ สายตาขาว เป็นต้น ซึ่งกระบวนการนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

3.ความชราตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) จะมีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวปัญญา และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละบุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4.ความชราตามสภาพสังคม (Sociological aging) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ในครอบครัว หน่วยงาน สโมสรและอื่น ๆ

สำหรับประเทศไทย คำว่า “ ผู้สูงอายุ ” ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรก โดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่าง ๆ (31) โดยได้กล่าวถึงลักษณะของผู้สูงอายุว่าควรจะมีลักษณะ ดังนี้

- 1.เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- 2.เป็นผู้ที่มีความเสื่อมถอยตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงซ้ำ
- 3.เป็นผู้มีโรค จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ (32)

กรมประชาสงเคราะห์ ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุนมนุษย์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อไปจนสิ้นสุดอายุขัยของชีวิตนั้น ๆ และกำหนดให้บุคคลที่มี อายุ 60 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ (33)

กุลยา ตันติผลาชีวะ (34) กล่าวว่า วัยสูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจมีมาก ขาดความคล่องแคล่วว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง ความขยันหมั่นเพียรและความคิดก้าวหน้าลดลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอยและหูดังตามัว ผมหงอกและต้องพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายและสังคมในวัยสูงอายุด้วย

ศรีทิพย์พิม พานิชพันธ์ (35) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ออันตราย (A population risk) เนื่องจากประสบปัญหาความยากจน ความบกพร่องทางร่างกาย อารมณ์หรือจิตใจและการแยกตัวออกจากสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายและที่ต้องอยู่คนเดียว

จารุวรรณ เหมธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (13) สรุปว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความสูงอายุนี้อาจเริ่มตั้งแต่เกิดมาและดำเนินต่อไปจนสิ้นอายุขัย

นิศา ชูโต (36) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุวัดด้วยจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาที่มีชีวิตอยู่ ดังนั้นเวลาจึงเป็นเครื่องชี้วัดอันหนึ่ง จำแนกว่าจำนวนปีเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับสังคมนั้นๆ สำหรับประเทศไทยผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกฎหมายการปลดเกษียณอายุราชการและตามกฎหมายอื่น ๆ

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว (37) ได้ให้ข้อพิจารณาการเป็นผู้สูงอายุ ไว้ 2 ประเด็น คือ

1.กำหนดโดยกาลเวลาหรือการตัดสินใจโดยอายุ เช่น ในประเทศไทยถือว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

2.เกิดขึ้นตามความเป็นจริงหรือตามสภาพที่พบเห็น โดยพิจารณาจากความเสื่อมโทรมของสังขารและสภาพอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้ที่มีอายุเท่ากันอาจจะมีสภาพร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกันและผู้ที่อายุต่างกันอาจจะมีสภาพที่ใกล้เคียงกันได้

ในการพิจารณาความมีอายุของบุคคลนี้ เกษม และกุลยา ดันติผลาชีวะ (7) ได้ให้แง่คิดในการพิจารณาความมีอายุคล้ายคลึงกับรุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว โดยให้รายละเอียดเพิ่มเติมในแง่ของสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ดังนี้

1.การพิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอาจจะเป็นข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนนัก เพราะบางคนมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายรวดเร็วมาก เช่น สายตาขาวตั้งแต่อายุเพียง 36 ปี เป็นต้น

2.พิจารณาความมีอายุในแง่จิตใจ ผู้สูงอายุมักจะมีลักษณะขี้ใจน้อย ไม่ยอมรับรู้ ยึดมั่นในความคิดของตนเองเป็นหลัก ไม่ค่อยยอมรับความรู้ใหม่หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีอารมณ์ไม่มั่นคง ฐิติ ชีพวัน หงุดหงิดหรือท้อแท้

3.พิจารณาความมีอายุในแง่สังคม ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะทางด้านสังคมกว้างขึ้นและมีความสำคัญในฐานะของผู้มีประสบการณ์ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมของบุคคลนั้นๆ ด้วย แม้สังคมจะกว้างขึ้นซึ่งหมายถึงมีคนรู้จักมาก เห็นโลกกว้างกว่า รู้ทิศทางสังคมมากกว่า แต่บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการทำงานจะลดลงเนื่องจากความจำกัดของอายุและความสามารถ (7)

จากความหมายและแนวคิดในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมา พอจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจและหน้าที่การงานทางสังคม ซึ่งแต่ละคนจะปรากฏอาการแตกต่างกันออกไปบางคนดูว่าชราเพราะสุขภาพไม่ดี บางคนชราเพราะสูญเสียหน้าที่การงานหรือต้องหยุดทำงาน

รายได้ลดลง (29) การที่จะใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี หรือ 65 ปี กำหนดว่าเป็นผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถวัดได้ตายตัวและแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม ทั้งนี้บางคนแม้จะอายุ 60 ปี หรือ 65 ปี แต่สุขภาพยังแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ในขณะที่บางคนอายุยังไม่ถึง 60 ปีก็ถูกรุดโรคมเพราะสุขภาพไม่ดี อายุจึงไม่ได้เป็นตัวชี้วัดอย่างชัดเจนว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุ แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศไทย จะใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป

2. ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของสุขภาพในช่องปาก

การมีสุขภาพในช่องปากที่ดี หมายถึง การไม่มีความผิดปกติและการไม่เป็นโรคของอวัยวะในช่องปาก ทำให้ทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งอวัยวะในช่องปากที่สำคัญ ได้แก่ ฟัน เหงือก อวัยวะปริทันต์ และเยื่อเมือกในช่องปาก (Oral mucosa)

การมีสุขภาพในช่องปากไม่ดี หรือการมีปัญหาสุขภาพในช่องปาก หมายถึง ความผิดปกติและโรคของอวัยวะในช่องปากทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือสูญเสียหน้าที่ ซึ่งรวมถึงการสูญเสียส่วนใดส่วนหนึ่งของอวัยวะในช่องปากไป (38)

2.2 ผลกระทบของปัญหาสุขภาพในช่องปาก

2.2.1 ผลต่อสุขภาพร่างกาย เนื่องจากช่องปากเป็นด่านแรกของระบบทางเดินอาหารซึ่งทำหน้าที่บดเคี้ยวอาหารและย่อยสารอาหารบางชนิดก่อนที่จะถูกกลืนลงสู่กระเพาะอาหาร ถ้าอวัยวะในช่องปากไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ อาจมีผลกระทบไปถึงระบบการย่อยอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหารและยังทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ นอกจากนี้หากอวัยวะในช่องปากเกิดความผิดปกติหรือเกิดโรคจะทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ไม่สบายและได้รับความทุกข์ทรมาน อันเป็นผลที่เกิดขึ้นโดยตรงจากความผิดปกติหรือเป็นโรคของอวัยวะในช่องปาก ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลแก้ไขหรือบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง จนกระทั่งโรคลุกลามมีความรุนแรงมากขึ้นก็อาจทำให้ต้องสูญเสียอวัยวะส่วนนั้นไป และในกรณีที่เป็นมะเร็งในช่องปากอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (38) นอกจากนี้เชื้อโรคในช่องปากยังอาจแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ซึ่งติดต่อกับช่องปาก ก่อให้เกิดโรคได้ เช่น การอักเสบและติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การอักเสบของหู การอักเสบและติดเชื้อของต่อมน้ำลาย การอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้คางหรือคอ การอักเสบของกระเพาะอาหาร ถ้าได้ และยังสามารถแพร่เชื้อให้ก่อเกิดโรคหัวใจ โรคไต โรคข้ออักเสบ (39,40) เป็นต้น

2.2.2 ผลต่อบุคลิกภาพและสภาวะจิต การมีปัญหาสุขภาพในช่องปากจะมีผลต่อบุคลิกภาพ เช่น ทำให้มีกลิ่นปาก มีปัญหาความสวยงามของใบหน้า ซึ่งถ้าสูญเสียฟันไปอาจทำให้แก้มตอบ ริมฝีปากยุบเข้า ออกเสียงพูดไม่ชัดเจน บั่นทอนความมั่นใจในการพูดคุยกับผู้อื่น (39) ส่วนผลทางด้านจิตใจซึ่งมีความสัมพันธ์กับด้านร่างกายอย่างแยกไม่ออก เช่น เมื่อมีโรคหรือความพิการเกิดขึ้นในช่องปากจะทำให้มีอาการเจ็บปวดจะมีผลกระทบไปถึงด้านจิตใจ ถ้าเป็นไม่มากก็อาจเกิดความรำคาญ หงุดหงิด แต่ถ้าอาการรุนแรงถึงขั้นต้องถอนฟันก็อาจเกิดความวิตกกังวล กลัวการถอนฟัน กลัวเจ็บ เป็นต้น (39)

2.2.3 ผลต่อการพัฒนาสาธารณสุขด้านอื่นๆ การมีปัญหาสุขภาพในช่องปากจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ด้วย ในการพัฒนาสาธารณสุขจำเป็นต้องพัฒนาสุขภาพช่องปากไปพร้อม ๆ กัน เพราะปัญหาสุขภาพในช่องปากไม่ได้มีผลเฉพาะภายในช่องปากเท่านั้น แต่มีผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกายด้วย เช่น การติดเชื้อภายในช่องปากอาจมีผลทำให้เกิดความผิดปกติหรือการติดเชื้อของระบบอื่น ๆ เช่น ไซนัสอักเสบ ทอนซิลอักเสบ หูอักเสบ เยื่อหูหัวใจอักเสบ เป็นต้น (38)

2.2.4 ผลต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพในช่องปากจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขและบำบัดรักษาความผิดปกติหรือโรคในช่องปาก ทำให้สิ้นเปลืองและเสียเวลาในการไปตรวจรักษา เสียเวลาในการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ในการบำบัดรักษายังต้องใช้เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์และยา ซึ่งต้องใช้งบประมาณของประเทศในการดำเนินงานและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ (38,39)

2.3 ระบาดวิทยาของการเกิดโรคในช่องปากของประชาชนไทย

สภาวะทันตสุขภาพของประชาชนไทย สามารถประเมินได้จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ซึ่งมีการสำรวจต่อเนื่องกันโดยมีการออกแบบสำรวจเหมือนกันเป็นระยะ ๆ ทำให้มองเห็นภาพการเปลี่ยนแปลงของโรคและพฤติกรรมของประชาชน ซึ่งจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการคาดคะเน การเกิดโรคต่อไปในอนาคตได้ ประเทศไทยได้ดำเนินการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งแรกในปี พ.ศ. 2520 และได้ดำเนินการเรื่อยมา จนถึงการสำรวจครั้งล่าสุดเป็นการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2537 ซึ่งได้ทำการสำรวจประชากรตัวอย่างจากภาคละ 4 จังหวัดและกรุงเทพมหานครรวม 17 จังหวัด จำนวน 10,248 คน โดยแบ่งออกเป็น 6 กลุ่มอายุ ได้แก่ อายุ 3 ปี, 6 ปี, 12 ปี, 7-19 ปี, 35-44 ปี และ 60-74 ปี ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ซึ่งกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน เพื่อให้บรรลุถึงสภาวะทันตสุขภาพอันพึงประสงค์ของประชาชนไทยไว้ในกลุ่มอายุนับตั้งแต่เด็กจนถึงผู้สูงอายุ พบว่าในการสำรวจครั้งนี้มีเพียงการควบคุมสภาวะโรคฟันผุในกลุ่มอายุ

12 ปี ที่สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติได้ ส่วนในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ยังมีสถานะซึ่งห่างไกลจากเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรายละเอียดของผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ ครั้งที่ 4 ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะในกลุ่มอายุ 60-74 ปี ดังนี้ (21)

2.3.1 สถานะโรคฟันผุในฟันถาวร โดยใช้ค่าเฉลี่ยฟัน ผุ ถอน อุด (DMFT) (ซี่/คน) และร้อยละของผู้เป็นโรคเป็นดัชนีชี้วัดสถานะโรคฟันผุพบว่าประชากรไทยในวัยสูงอายุเกือบทุกคนมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ (ร้อยละ 95) โดยมีค่าเฉลี่ยของฟัน ผุ ถอน อุด 15.8 ซี่/คน หรืออีกนัยหนึ่งคือ ประมาณครึ่งหนึ่งของฟันในช่องปากเป็นโรคฟันผุฟันที่ผุและยังไม่ได้ได้รับการรักษาเฉลี่ย 1.8 ซี่/คน หรือร้อยละ 11.4 ของฟันที่เป็นโรคทั้งหมด ฟันที่ถูกถอนไปแล้วเฉลี่ย 13.7 ซี่/คน ฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษานี้มีผู้ต้องการการรักษาด้วยการถอนฟันร้อยละ 53.3 และในประชากรกลุ่มนี้พบโรคฟันผุที่รากฟัน ร้อยละ 27

2.3.2 สถานะการสูญเสียฟัน ตามเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาตินั้นมุ่งเน้นการเก็บรักษาฟันไว้ ดังนั้นประเด็นที่น่าสนใจคือสถานะการสูญเสียฟันของประชากรไทย ซึ่งพิจารณาจากองค์ประกอบฟันถอน (MT) ในดัชนีฟัน ผุ ถอน อุด พบว่าการสูญเสียฟันจะเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น โดยในกลุ่มผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟัน เฉลี่ย 13.9 ซี่/คน และมีผู้สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 16.3 ส่งผลถึงการมีฟันใช้งานได้น้อยลง 20 ซี่ มีร้อยละ 47.7 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2527 (ร้อยละ 47.2) และผลการสำรวจ ครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ.2532 (ร้อยละ 40.8) (41) พบว่าไม่แตกต่างกันมากนักแต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ

2.3.3 สถานะปริทันต์ การประเมินสถานะปริทันต์ใช้ดัชนี CPI สำหรับในกลุ่มอายุ 60-74 ปี พบว่าส่วนของช่องปากที่สามารถตรวจวัดได้มีเพียง 3.8 ส่วน/คน ฟันที่คงเหลืออยู่ส่วนใหญ่มีความผิดปกติ โดยเฉลี่ย 1.1 ส่วน มีร่องลึกปริทันต์แบบตื้น (4-5 มิลลิเมตร) และ 0.5 ส่วน มีร่องลึกปริทันต์ลึกตั้งแต่ 6 มิลลิเมตรขึ้นไป ทั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มอายุนี้ (ร้อยละ 70.4) อยู่ในสถานะที่เป็นโรคปริทันต์

2.3.4 สถานะการใส่ฟันปลอมและความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม การสูญเสียฟันบางส่วนและสูญเสียฟันทั้งปากทำให้มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอม ซึ่งในการสำรวจพบว่าผู้ที่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอมมีปริมาณสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 60-74 ปี โดยมีความต้องการใส่ฟันปลอมบางส่วนบนร้อยละ 38.3 และต้องการใส่ฟันปลอมบางส่วนล่างร้อยละ 44.8 ส่วนการใส่ฟันปลอมทั้งปาก พบว่าผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากส่วนใหญ่มีฟันปลอมใส่อยู่แล้ว ความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมทั้งปาก ทั้งในกรณีที่ยังไม่เคยมีฟันปลอมหรือมีฟันปลอมแต่ทันตแพทย์พิจารณาแล้ว

เห็นว่าควรทำใหม่ โดยมีผู้ที่ต้องการฟันปลอมสำหรับขากรรไกรบนร้อยละ 12 ต้องการฟันปลอมสำหรับขากรรไกรล่างร้อยละ 11.3 และต้องการฟันปลอมทั้งปากร้อยละ 8.4

2.3.5 พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ/ การบริโภคอาหารว่าง และการรับรู้สภาพในช่องปาก พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 36.8 การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะพบต่ำสุดในกลุ่มผู้สูงอายุคือร้อยละ 42.5 และส่วนใหญ่รู้จักฟลูออไรด์ในรูปแบบของยาสีฟัน

พฤติกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่าง พบว่ามากกว่าร้อยละ 70 ของประชาชนไทยนิยมบริโภคขนมและอาหารว่าง โดยผู้ใหญ่จะนิยมบริโภคขนมหวานไทยและขนมกรอบบรรจุถุง และมีประชากรที่บ้วนปาก หรือแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร หรืออาหารว่างไม่ถึง 1 ใน 4 ของประชากรที่นิยมรับประทานขนมหรืออาหารว่าง

การรับรู้สภาพในช่องปากและการแก้ไขปัญหา พบว่าในกลุ่มอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 67.4 เคยส่งกระจกเพื่อตรวจฟันด้วยตนเอง ปัญหาที่รับรู้ได้ของประชาชนคือสภาพการมีหินน้ำลายหรือฟันเป็นรู อาการที่พบส่วนใหญ่คืออาการปวดฟันหรือเสียวฟัน ซึ่งส่วนใหญ่จะหึงไว้ให้หายเองหรือซื้อยามากินเอง มีส่วนน้อยที่ไปพบทันตแพทย์ทันทีเมื่อมีปัญหาในช่องปาก

2.3.6 การใช้บริการทันตกรรม พบว่าในรอบปีที่ผ่านมา (ก.ค.36 – มิ.ย.37) ผู้สูงอายुर้อยละ 33.1 เคยไปรับบริการทันตกรรม โดยได้รับบริการถอนฟันมากที่สุดร้อยละ 76.7 รองลงมา ได้แก่ การใส่ฟันปลอมร้อยละ 20.1 ประเภทของสถานบริการที่ผู้สูงอายุเลือกใช้บริการสูงสุด ได้แก่ สถานบริการเอกชนร้อยละ 33.7 รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 27.6 และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 17.4 ปัจจัยที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกสถานบริการคือ อยู่ใกล้บ้าน ให้บริการเร็ว และได้รับการรักษาพยาบาลฟรี

2.3.7 การรับรู้ข่าวสารด้านทันตสุขภาพ พบว่า ข่าวสารทางโทรทัศน์เข้าถึงประชาชนมากที่สุด รองลงมา เป็นโปสเตอร์และจากทันตบุคลากร ส่วนในกลุ่มเด็กและเยาวชนซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสถานศึกษา พบว่าครูเป็นสื่อที่ดีที่สุด (21)

2.4 ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ คือกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากและมีโอกาสที่จะมารับการบำบัดทางทันตกรรมน้อย ผู้สูงอายุทั้งผู้อยู่ในบ้านพักคนชราและผู้อาศัยอยู่ที่บ้านตนเอง ต่างก็มีปัญหาการดูแลตนเองและต้องทนทรมานต่อปัญหาต่าง ๆ เช่น ฟันปลอมเก่าไม่กระชับ การติดเชื้อราในช่องปาก (Candidiasis) การไม่มีฟันเคี้ยวอาหารและปัญหามักจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จากผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีรายงานดังต่อไปนี้

จารุวรรณ เหมธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (13) ศึกษาความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอแม่กะสัน กรุงเทพฯ จำนวน 132 คน พบว่าโรคที่เป็นปัญหามากที่สุด คืออาการเจ็บป่วยเนื่องจากกระดูกหักเข้า รong ลงไป ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับฟัน คือ เกี่ยวอาหารลำบาก ร้อยละ 53

แว่นทิพย์ น.สุวพร (11) ศึกษาเรื่องปัญหาและการกำหนดนโยบายประชากรวัยชราในประเทศไทย พบว่ามีปัญหาการทำงานของฟันร้อยละ 78 ตาไม่ปกติร้อยละ 69 และมีปัญหาระบบหายใจร้อยละ 64

ละออง สุวิทย์ภรณ์ (12) ศึกษาปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติของสุขภาพกายมากที่สุด ได้แก่ ฟันร้อยละ 92.4 รองลงมาคือ ความสามารถในการมองเห็นร้อยละ 87.0

Health Examination Survey of The Elderly at Koh-Chan by Srilhong Et. al. เป็นการศึกษาสำรวจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ โดยการสุ่มตัวอย่างจาก 200 ครอบครัว ปัญหาทางสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับทางเดินอาหารร้อยละ 80.95 โภชนาการร้อยละ 66.47 ปัญหาเกี่ยวกับฟัน ร้อยละ 62.40 โรคตาร้อยละ 54.60 และอื่น ๆ (42)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้นจะมีความแตกต่างกัน ไม่แน่นอนขึ้นกับสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ และความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายในแต่ละบุคคล โดยมีขบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องกันไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก สุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสุขภาพช่องปาก จากการสำรวจทางระบาดวิทยาพบว่าการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (18,19) โดยมีการสูญเสียฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (43) ในส่วนของโรคฟันผุพบการผุทั้งที่ตัวฟัน (Coronal Caries) และที่รากฟัน (Root Caries) (18,44) โดยที่ความชุกของฟันผุที่รากฟันสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (43) จากความสัมพันธ์ของสุขภาพร่างกายกับสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุดังกล่าว ปัญหาสุขภาพช่องปากนับว่าเป็นปัญหาหนึ่งที่ควรได้รับความสนใจในการศึกษาหาข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาสภาวะสุขภาพในช่องปากของผู้สูงอายุต่อไป

2.5 โรคฟันผุ

2.5.1 โรคฟันผุ (Dental caries) หมายถึง โรคที่เกิดกับส่วนประกอบของฟันในส่วนที่เป็นเคลือบฟัน เนื่องจากปฏิกิริยาของสลายคาร์โบไฮเดรตของเชื้อจุลินทรีย์ โดยมีการสูญเสียแร่ธาตุในส่วนของเคลือบฟันและเนื้อฟัน หลังจากนั้นจะมีการทำลายของส่วนอินทรีย์สาร

เมื่อโรคฟันผุลุกลามมากถึงโพรงประสาทฟัน ทำให้เกิดการอักเสบของโพรงประสาทฟันและ
แบคทีเรียเข้าไปทำให้ประสาทฟันตาย และมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่ปลายรากฟัน
ฟันผุในระยะเริ่มแรกสามารถหยุดยั้งได้โดยมีการเสริมสร้างแร่ธาตุขึ้นเพื่อปกป้องโพรงประสาทฟัน
(45)

2.5.2 ดัชนีโรคฟันผุ

ดัชนีหรือขบวนการวัดเชิงปริมาณของการเกิดโรคฟันผุ ซึ่งสามารถ
สะท้อนให้เห็นหรือเข้าใจถึงการแพร่กระจายของโรคในหมู่ประชาชน โดยลักษณะการดำเนินของ
โรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดขึ้นแล้วไม่หายคืนสู่สภาพเดิม คือเมื่อเกิดโรคฟันผุขึ้นบนฟัน ถ้าได้รับการ
รักษาด้วยการอุดหรือถอนฟันแล้วจะยังคงทิ้งร่องรอยและพยาธิสภาพให้เห็นได้ ดังนั้นจึงใช้ลักษณะ
เฉพาะนี้กำหนดขบวนการวัดเชิงปริมาณที่จะประเมินค่าการดำเนินของโรคฟันผุโดยใช้ดัชนี DMF
index ซึ่งใช้กับฟันแท้ โดยที่

D หมายถึง ฟันที่เกิดโรค ฟันนับเป็นซี่ฟันหรือด้านฟัน

M หมายถึง จำนวนฟันที่ถูกถอนไปเนื่องจากโรคฟันผุ

F หมายถึง จำนวนซี่หรือด้านฟันที่ได้รับการอุด

ค่ารวมของทั้ง 3 ตัวเรียกว่า ค่าดัชนี DMF ซึ่งเป็นค่าสะสมที่บอกว่าการเกิดโรคฟันผุใน
ประชากรกลุ่มเป้าหมายในองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้ง 3 ค่า มีปริมาณมากน้อยเพียงใด

2.5.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องในหลาย ๆ
ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัย
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านการป้องกันโรค เป็นต้น ปัจจัยที่มีการนำมาพิจารณา คือ อายุ
ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทน้ำตาลร่วมกับมื้ออาหารและระหว่าง
มื้อ ส่วนปัจจัยในด้านการป้องกันโรคพบว่าหากฟันได้รับปัจจัยด้านการป้องกัน เช่น ฟลูออไรด์ สาร
เคลือบร่องฟัน ก็ทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการผุลดลง (24) ซึ่งในที่นี้จะขอกกล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด
โรคฟันผุที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

2.5.3.1 ปัจจัยด้านประชากรและสังคมศาสตร์

เพศ จากการศึกษาวิทยาการระบาดของโรคฟันผุในหลายประเทศพบว่า
ความชุกของโรคฟันผุที่เกิดขึ้นกับฟันแท้ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย แม้ว่าการดูแลรักษา
สุขภาพช่องปากในเพศหญิงจะทำได้ดีกว่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการขึ้นของฟันแท้ในเพศหญิงจะขึ้น
เร็วกว่าในเพศชาย (46) ทำให้ฟันมีระยะเวลาในการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุนานกว่า
(47)

สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ในการศึกษาทางทันตระบาดวิทยา ส่วนใหญ่มีการจำแนกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็น 2 ระดับ คือ “ต่ำ” และ “สูง” จากการศึกษาในฟินแลนด์และฟินแลนด์ระหว่างปี พ.ศ.2523 - 2530 พบว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุและระดับชั้นในสังคมมีความสัมพันธ์ที่ผกผันกัน กล่าวคือพบอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงในเด็กที่มาจากสถานภาพทางเศรษฐกิจระดับต่ำทั้งในฟินแลนด์และฟินแลนด์ (24)

อายุ รอยโรคของโรคฟันผุนั้นจะมีลักษณะเป็นโพรงหรือหลุมบนตัวฟันซึ่งเป็นลักษณะไม่สามารถคืนกลับสภาพเดิมได้และยังเพิ่มจำนวนสะสมมากขึ้น การศึกษาทางวิทยาการระบาดของโรคฟันผุ จะพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างอายุและปริมาณของการเกิดโรคฟันผุ โดยพบว่า อุบัติการณ์ของโรคฟันผุมีค่าสูงสุดใน 3 ช่วงอายุ คือ กลุ่มอายุ 4-8 ปี , 11-19 ปี และ 55-65 ปี (48) ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ฟันผุที่รากฟัน (46)

เชื้อชาติ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความชุกของโรคฟันผุในหมู่ประชากรตามประเทศต่าง ๆ ด้วยเหตุที่ว่าความแตกต่างของเชื้อชาติจะหมายถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจและอาจเป็นความแตกต่างทางพันธุกรรม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากและระดับการศึกษาด้วย ดังนั้นเชื้อชาติจึงมีความสัมพันธ์กับความชุกของการเกิดโรคฟันผุ ดังจะเห็นว่าความชุกของโรคฟันผุในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ในแถบยุโรป อเมริกาจะต่ำกว่าในแถบประเทศเอเชียหรือ แอฟริกา (46)

2.5.3.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรม

อนามัยช่องปาก ระดับอนามัยช่องปากเป็นปัจจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผู้พยายามศึกษาผลที่มีต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ แต่จนถึงปัจจุบันนี้ยังไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ที่แน่ชัดระหว่างความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ กับระดับอนามัยช่องปากได้ มีผู้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอนามัยช่องปากกับการเกิดโรคฟันผุ โดยการใช้ดัชนีชี้วัดอนามัยช่องปากคือ Gingival Index, Plaque Index, OHI Simplified Index และการวัดอนามัยช่องปากโดยใช้ความถี่ของการแปรงฟัน โดยในการศึกษาแบบ Crosssectional ของ Richardson AS. และคณะ (49) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปากกับการเกิดโรคฟันผุในเด็ก ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง OHI-S Index กับการเกิดฟันผุ และ Sutcliffe P. (50) ได้ทำการศึกษาแบบ Longitudinal เป็นเวลานาน 3 ปี เกี่ยวกับการทำความสะอาดช่องปากและการเกิดโรคฟันผุในนักเรียน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับของคราบจุลินทรีย์กับอัตราอุบัติการณ์ของโรคฟันผุ

พฤติกรรมการบริโภค ปัจจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่สำคัญรองจากอนามัยช่องปาก คือ การบริโภคอาหารที่ส่งเสริมการเกิดฟันผุโดยเฉพาะน้ำตาล Reebny สรุปไว้ว่าจำนวน

น้ำตาลและความถี่ของการบริโภคส่งเสริมการเกิดโรคฟันผุ การเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุมีความสัมพันธ์ (Correlation) กับความถี่ของการบริโภคน้ำตาล อาหารหรือเครื่องดื่มที่ประกอบด้วยน้ำตาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบริโภคอาหารเหล่านี้นี้ระหว่างมื้อ ในการวิเคราะห์ข้อมูลระดับชาติในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความถี่ของการบริโภคน้ำอัดลมร่วมกับมื้ออาหารและระหว่างมื้อมีความสัมพันธ์กับการเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุเพิ่มขึ้น โดยที่มีการควบคุมตัวแปร อายุ ชาติพันธุ์ รายได้ และระดับการศึกษา นอกจากนี้การบริโภคน้ำตาลระหว่างมื้อเป็นตัวบ่งชี้ถึงความแตกต่างของการมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันแท้ต่ำหรือสูงอย่างเห็นได้ชัด การบริโภคขนมหวานมีความสัมพันธ์กับการมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดสูง (24)

2.5.3.3 ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม-กายภาพ

คราบจุลินทรีย์ (Plaque) ประกอบด้วยเชื้อจุลินทรีย์ที่สามารถก่อให้เกิดปฏิกิริยาในการเกิดโรคฟันผุ จากการศึกษาความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างคราบจุลินทรีย์และการเกิดฟันผุยังเห็นไม่เด่นชัด มีรายงานการศึกษาบางรายงานเท่านั้นที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสะสมคราบจุลินทรีย์บนด้านบดเคี้ยวกับการเพิ่มขึ้นของอัตราอุบัติการณ์ของโรคฟันผุ ในการศึกษาของ Axelson และ Lindhe พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของโรคฟันผุลดลงหากมีการทำความสะอาดฟัน (Prophylaxis) ทุก 15 วัน (24)

2.6 โรคปริทันต์

2.6.1 โรคปริทันต์ (Periodontal disease) หมายถึง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อที่ล้อมรอบฟัน ได้แก่ เคลือบรากฟัน (Cementum) เอ็นยึดปริทันต์ (Periodontal ligament) กระดูกเบ้าฟัน (Alveolar bone) และเหงือก (Gingiva) ลักษณะของการเกิดโรค จะเป็นไปอย่างช้า ๆ เป็นโรคเรื้อรัง มีการอักเสบและการทำลายเนื้อเยื่อปริทันต์ ในการเกิดโรคแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ อาจเกิดขึ้นกับเหงือกเพียงอย่างเดียว โดยมีการอักเสบของเหงือกทั้งการอักเสบแบบเฉียบพลันหรือแบบเรื้อรัง (Acute gingivitis or chronic gingivitis) ซึ่งเมื่อหายจากการอักเสบเหงือกสามารถกลับสู่สภาพเดิมได้หรือเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับเนื้อเยื่อปริทันต์ก่อให้เกิดการอักเสบและการทำลายเนื้อเยื่อปริทันต์ที่อยู่ลึกลงไปเรียกว่าโรคปริทันต์อักเสบ (Periodontitis) (51)

2.6.2 ลักษณะอาการทางคลินิก แบ่งเป็น

2.6.2.1 โรคเหงือกอักเสบ ในรายที่มีการอักเสบแบบเฉียบพลัน เหงือกจะมีสีแดงจัดบวม มักพบบาดแผลบริเวณเหงือก ผู้ป่วยจะมีอาการปวด มีการทำลายเนื้อเยื่อของเหงือก และมีเลือดออกขณะตรวจด้วยเครื่องมือตรวจปริทันต์ ส่วนในรายที่เป็นเหงือกอักเสบแบบเรื้อรัง สี

ของเหงือกจะเป็นสีแดงคล้ำหรือสีม่วง เหงือกกร่น (Recession) เมื่อใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์วัดความลึกของร่องเหงือก พบว่าความลึกของร่องเหงือกเพิ่มขึ้นในลักษณะของพ็อกเก็ตเทียม (Pseudopocket) (52)

2.6.2.2 โรคปริทันต์อักเสบ มักพบในรายที่เป็นโรคเหงือกอักเสบที่เป็น ๆ หาย ๆ มาก่อนแล้วมีการอักเสบลุกลามไปยังเนื้อเยื่อปริทันต์ที่อยู่ลึกลงไป เหงือกจะมีลักษณะบวมแดง มีเลือดออก เป็นหนอง ขอบเหงือกจะขยายโตขึ้น อาจพบมีเหงือกกร่น มีการทำลายของเนื้อเยื่อปริทันต์ทำให้เกิดการละลายของเคลือบรากฟัน กระดูกเบ้าฟันและเอ็นยึดปริทันต์ เกิดเป็นร่องลึกปริทันต์ (Periodontal pockets) (52)

2.6.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์

2.6.3.1 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุโดยตรง ได้แก่ เชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งอยู่ในคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลาย (Calculus) ที่จับอยู่บริเวณขอบเหงือกและร่องเหงือก เชื้อจุลินทรีย์จะปล่อยสารพิษออกมาทำให้เกิดการอักเสบและมีการทำลายเนื้อเยื่อปริทันต์ ซึ่งจากการศึกษาของ Russell พบว่า ปริมาณของคราบจุลินทรีย์ หินน้ำลายมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ ซึ่งเป็นสาเหตุเฉพาะที่ ได้แก่ การสบฟันผิดปกติ (Malocclusion) การใส่ฟันปลอมที่ไม่เหมาะสม (Poorly fitted dentures) การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก (Betel nut chewing) เป็นต้น สาเหตุเฉพาะที่เหล่านี้จะก่อให้เกิดการรบกวนหรือเสียดสีทำให้อวัยวะปริทันต์ได้รับอันตราย

2.6.3.2 ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ ได้แก่ สาเหตุจากความผิดปกติของระบบ (Systematic factors) จากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่าความผิดปกติของระบบของร่างกายเป็นสาเหตุเบื้องต้นของโรคปริทันต์ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ ได้แก่

การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่น ระยะตั้งครรภ์ หรือวัยหมดประจำเดือน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

ความผิดปกติทางกรรมพันธุ์หรือระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่น Leukocyte dysfunction หรือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเมตาโบลิซึมของร่างกาย เช่น เบาหวาน, Trisomy G syndrome มีผลทำให้เนื้อเยื่อปริทันต์อ่อนแอลงและง่ายต่อการถูกทำลาย การขาดสารอาหาร จะทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายอ่อนแอลง ก่อให้เกิดโรคปริทันต์ได้ง่าย เช่น การขาดวิตามินบีรวม จะทำให้เกิดการอักเสบของลิ้น ปากนกกระจอก

การได้รับยาบางชนิด จากผลการศึกษาพบว่ายาบางชนิด เช่น ยารักษาโรคประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาแก้แพ้ มีผลต่อเนื้อเยื่อปริทันต์ เช่น ทำให้เหงือกเป็นแผล หรือเหงือกบวมโตผิดปกติ

2.6.3.3 ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคปริทันต์ ดังนี้

อายุ พบว่าความชุกและความรุนแรงของโรคปริทันต์เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในวัยสูงอายุ ระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายเสื่อมถอยลง เนื้อเยื่อปริทันต์อ่อนแอและง่ายต่อการติดเชื้อ การหายของบาดแผลหรือเหงือกอักเสบจะช้าลงในผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมถอยของการมองเห็น การเคลื่อนไหว ขาดความกระฉับกระเฉง ทำให้ความสามารถในการดูแลอนามัยช่องปากลดลง (52,53)

เพศ จากการศึกษา พบว่าความชุกของการเกิดโรคปริทันต์ในเพศหญิงจะต่ำกว่าในเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างทางร่างกายหรือพฤติกรรมในการดูแลอนามัยช่องปากแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่าความชุกของการเกิดโรคปริทันต์ในประชากรทวีปเอเชียและแอฟริกาจะสูงกว่าในประเทศยุโรป ออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลอนามัยในช่องปาก (52)

3. รายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษารายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสถานะทันตสุขภาพนั้นยังมียานวิจัยที่เกี่ยวข้องไม่มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาในวัยผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้รวบรวมการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1 การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานะทันตสุขภาพ

ในการศึกษาเกี่ยวกับสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น วิไล สมพร (54) ศึกษาความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุ ในชุมชนแออัดของศูนย์บริการสาธารณสุข 38 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์และตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 34.1 ของผู้สูงอายุที่ศึกษาต้องการมารับบริการทางทันตกรรม โดยต้องการใส่ฟันปลอมร้อยละ 64 ถอนฟันร้อยละ 46 และพบว่าความต้องการบำบัดทางทันตกรรมมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีอายุมากขึ้น เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุตอบว่าไม่ต้องการมารับบริการทันตกรรม ได้แก่ แก่แล้วไม่รู้จะทำไปทำไมร้อยละ 60.6 ไม่มีเงินร้อยละ 12.3 ส่วนเหตุผลอื่นมีจำนวนน้อย เช่น กลัวเจ็บ กลัวหมอฟัน และไม่มีใครพาไปทำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mattin and Smith (55), Kiyak (56), และ MacEntee และคณะ (57) ที่พบว่าเหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ใช้บริการทันตกรรม ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่ต้องการหรือไม่จำเป็น มีปัญหาค่าใช้จ่าย มีความกลัว และปัญหาการเดินทางไปรับ

บริการ ส่วนการศึกษาของจิระวรรณ ธรรมพิพิธและ วรานันท์ บัวจิบ (58) ซึ่งศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทางทันตกรรมสูงอายุในประเทศไทย โดยการศึกษาในผู้ป่วยใหม่ของภาควิชาเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปในช่วงเวลา 2 ปี พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 62.8 ปี มีการสูญเสียฟันทั้งปากประมาณร้อยละ 12 ส่วนใหญ่เป็นเพสหญิงและเกือบร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีฟันตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป ผู้ป่วยเพสหญิงมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากน้อยกว่าผู้ป่วยเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก มีจำนวนฟันเฉลี่ย 19.6 ซี่ต่อคน ค่าดัชนีฟันผุที่รากฟันในผู้ป่วยที่มีเหงือกเรื้อรังเท่ากับ ร้อยละ 49.8 จากการตรวจสอบสภาวะปริทันต์ พบว่าร้อยละ 55.2 มีค่าดัชนีปริทันต์ชุมชนของความต้องการการรักษาเท่ากับ 4 แสดงให้เห็นว่าฟันผุที่รากฟันและโรคปริทันต์อักเสบเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยทันตกรรมสูงอายุกลุ่มนี้

Tero K.Sakki และคณะ (59) ทำการศึกษาในกลุ่มอายุ 55 ปี รัฐ Oulu ประเทศฟินแลนด์ ปี พ.ศ.2533-2534 โดยส่งแบบสอบถามไปให้ผู้สูงอายุ 1,012 คน ตอบเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมการบริโภค การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดำเนินกิจกรรมประจำวัน และเชิญผู้สูงอายุดังกล่าวมาตรวจสุขภาพในช่องปาก มีผู้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและนำข้อมูลมาศึกษา 527 คน พบว่าร่องลึกปริทันต์จะเพิ่มขึ้นตามลักษณะวิถีการดำเนินชีวิตและความถี่ในการแปรงฟัน ความสัมพันธ์ระหว่างร่องลึกปริทันต์กับสภาพสังคม เศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ เพศชายมีร่องลึกปริทันต์มากกว่าเพสหญิง แต่เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับร่องลึกปริทันต์ ได้แก่ วิถีการดำเนินชีวิตและความถี่ในการแปรงฟัน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างร่องลึกปริทันต์กับสภาวะเศรษฐกิจและเพศ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Beck JD และคณะ (60) ซึ่งศึกษาในรัฐไอโอวา พบว่าการเกิดโรคปริทันต์ในเพสหญิงและชายไม่แตกต่างกัน

Locker D and Leake JL (61) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปริทันต์ในผู้ที่อายุ 55 ปีขึ้นไป ในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา จำนวน 624 คน พบว่าในการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยว ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ การสูบบุหรี่ การพบทันตแพทย์ จำนวนฟันที่เหลืออยู่ จำนวนด้านที่ผุของตัวฟัน และจำนวนด้านของการผุที่รากฟัน ส่วนในการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนพบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์ ได้แก่ อายุ การศึกษา การสูบบุหรี่ และจำนวนฟันที่เหลืออยู่

ส่วนในการศึกษาเกี่ยวกับการใส่ฟันปลอมนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมผลการศึกษาของสุนันท์ จันทรัตน์และยุทธนา ปัญญางาม (62) ที่ศึกษาสภาวะโรคฟันผุและการใส่ฟันปลอมของผู้ป่วยทันตกรรมในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าในกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ย DMFT เท่ากับ 18.68 ซี่ต่อคน ค่าเฉลี่ยฟันดอน 14.38 ซี่ต่อคน ค่าเฉลี่ยของจำนวนฟันปลอมที่ใส่ทดแทนมีค่าต่ำมากเพียง

1.1 ซึ่งต่อคน สัดส่วนของจำนวนซี่ฟันปลอมที่ใส่ต่อฟันที่สูญเสียไปของฟันหน้าบนมากกว่าฟันหลัง ในขณะที่สัดส่วนของจำนวนซี่ฟันปลอมที่ใส่ต่อฟันที่สูญเสียไปของฟันหน้าล่างน้อยกว่าฟันหลัง ทั้งนี้การใส่ฟันปลอมในผู้สูงอายุเมื่อมีการถอนฟันไปแล้วหลาย ๆ ซี่ จะทำให้การใส่ฟันยากขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้ความอดทนต่อความรำคาญมาก เนื่องจากการถอนฟันหลายซี่ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ฟันปลอมชนิดถอดได้ ซึ่งมีฐานฟันเกะกะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joe Lemasney and Elmar Murphy (19) ที่พบว่าผู้ป่วยที่สูญเสียฟันทั้งปากเพียงร้อยละ 27 ที่ใส่ฟันปลอมทั้งปากบนและล่าง ส่วนใหญ่ใส่เพียงฟันปลอมบนเท่านั้น เนื่องจากการปรับตัวได้กับการใส่ฟันปลอมบนในขณะที่ปรับตัวไม่ได้กับการใส่ฟันปลอมล่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเคี้ยวฟันปลอมแต่ไม่ใส่ โดยให้เหตุผลว่า หายหรือแตก หรือมีอยู่แต่ไม่ใส่

ส่วนการศึกษาของ Hanson BS และคณะ (63) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง สถานภาพทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมกับสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในสวีเดน พบว่าสถานภาพทางสังคมมีความสัมพันธ์กับจำนวนซี่ฟันที่ใช้งานได้ และการใส่ฟันปลอมทั้งฟันปลอมทั้งปากชนิดติดแน่นและชนิดถอดได้ สถานภาพทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับจำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่ และเป็นตัวทำนายจำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่ ผู้ที่ใส่ฟันปลอมชนิดติดแน่นมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่ใส่ฟันปลอมชนิดติดแน่น

นอกจากการศึกษาถึงรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานะทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ ดังกล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยได้ศึกษารายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานะทันตสุขภาพในกลุ่มอื่น ๆ ที่คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

เพ็ญศรี สิทธิสมวงศ์ และสุวลักษณ์ ผลานวงศ์ (64) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพของคนไทย 2 กลุ่ม โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาและฐานะเศรษฐกิจต่างกัน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ไม่แตกต่างกันแต่การปฏิบัติแตกต่างกัน ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับทันตสุขภาพในบางเรื่อง ส่วนการศึกษาของจวีวรรณ อารยาพันธ์ (65) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพและภาวะสุขภาพในช่องปากของนักศึกษาในวิทยาลัยครูภาคใต้ พบว่าความรู้สัมพันธ์กับ ทักษะและการปฏิบัติ ทักษะสัมพันธ์กับการปฏิบัติและอนามัยช่องปาก โรคปริทันต์สัมพันธ์กับ อนามัยช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมพล เล็กเฟื่องฟู (66) ได้ศึกษาองค์ประกอบทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ และความต้องการทางการบริการ พบว่าในเด็กที่บิดามารดามีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง มีอัตราการเกิดโรคฟันผุต่ำกว่าในเด็กที่บิดามารดามีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ และโรคฟันผุที่เกิดขึ้นในอัตราสูงมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านทันตสุขภาพของบิดามารดาของเด็ก

เช่นเดียวกับ พอเพ็ญ ไกรนรา (67) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสุขภาพของมารดา ต่อสถานภาพโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาอาชีพและรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพฤติกรรมทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในโรคฟันผุของบุตรทั้งฟันน้ำนม ฟันถาวรและฟันทั้งหมด โดยมารดาที่มีคะแนนทันตสุขภาพสูง บุตรจะมีความรุนแรงของโรคฟันผุน้อย

ชลสรวย วาริตสวัสดิ์ และคณะ (68) ศึกษาเรื่องอิทธิพลทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีต่อความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมของประชาชนที่มารับบริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แต่ไม่มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ ในช่องปาก เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างสถานภาพสังคมและเศรษฐกิจกับความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้มีสถานภาพสังคมและเศรษฐกิจสูงจะมีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพถูกต้องกว่าผู้มีสถานภาพสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่า

ส่วนผลงานวิจัยในต่างประเทศนั้น Vogan WI (69) ได้ทำการศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับฟัน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นลูกจ้าง 300 คน ซึ่งทำงานในสำนักงานและโรงงานในเมืองดันดี (Dundee) ประเทศสกอตแลนด์ แบ่งเป็นลูกจ้างสองกลุ่ม คือ Non-Manual กับ Manual พบว่าในด้านความรู้และทัศนคติมีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของความรู้ และทัศนคติด้วยไค-สแควร์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากรายงานผลการศึกษาของ National health survey of USA (70) พบว่ารายได้และการศึกษามีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันผุ ถอนและอุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

มนตรี ต้นประยูร (71) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย เกี่ยวกับลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากร เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ใน 4 กลุ่มอาการ พบว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุในเขตชนบท เพศมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและระบบการไหลเวียนของโลหิตในผู้สูงอายุในเขตเมือง ในขณะที่ในเขตชนบทมีปัจจัยที่มีผล ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ และการศึกษา ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อ

การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ได้แก่ เพศ และ อาชีพ ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีผลในเขตเมือง คือ การศึกษา ในขณะที่อายุและฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในเขตชนบท

ณรงค์ เทียนส่ง (72) ศึกษาปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติในเรื่องเกี่ยวกับฟัน สายตา หู ความดันโลหิตและอื่น ๆ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีสุขภาพกายผิดปกติและมีปัญหาสุขภาพจิต ตามตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ การได้รับการดูแลและเอาใจใส่จากบุตรหลาน การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และตัวแปรที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตแตกต่างกันแต่สุขภาพกายไม่แตกต่างกัน ได้แก่ พฤติกรรมการรักษาตัวเองเมื่อเจ็บป่วยและพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธ์ (9) ศึกษาเรื่องปัญหาและการกำหนดนโยบาย สำหรับประชากรวัยชราในประเทศไทย โดยศึกษาสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัยของคนชรา ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ในสถาบันสงเคราะห์คนชรา ของกรมประชาสงเคราะห์กระทรวงมหาดไทย พบว่าคนชรา 2 ใน 3 ประเมินสุขภาพของตนเองว่าแข็งแรงดีและแข็งแรงพอใช้ คนชราเพศหญิงประเมินสุขภาพของตนเองไม่แข็งแรงมากกว่าเพศชาย

เพศ เพศนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง ที่มีส่วนสัมพันธ์กับความไวในการติดเชื้อได้ ทั้งนี้โดยทั่วไปผู้สูงอายุหญิงจะมีภาวะสุขภาพที่ด้อยกว่าผู้สูงอายุชาย ทำให้ผู้สูงอายุหญิงมีโอกาสในการติดเชื้อได้ไวกว่าผู้สูงอายุชาย (73) และจากผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุชายป่วยด้วยโรคติดเชื้อ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบทางเดินอาหารสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ยกเว้นระบบการไหลเวียนของโลหิต จะพบมากในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (74) ดังนั้นเพศจึงเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการเกิดโรคและเป็นตัวแปรที่น่าจะศึกษาในครั้งนี้

อายุ การศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างอายุและโรค พบว่าโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ มักมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นตามอายุ เช่น โรคระบบไหลเวียนของโลหิตและหัวใจ โรคมะเร็ง โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (75) และอายุมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ คืออัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี มีสุขภาพไม่ดี นั้นมีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (73)

ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ ได้แก่ มนุษย์ (Host) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งถ้าปัจจัยทั้ง 3 ประการ อยู่ในภาวะที่

ไม่สมควรถูกก่อให้เกิดโรค ในส่วนของมนุษย์นั้นระดับการศึกษานับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเจ็บป่วยเพราะการศึกษาเป็นตัวส่งผลถึงการที่จะปฏิบัติตัวทางด้านอนามัยอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การขาดการศึกษาทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งที่ทำให้เกิดโรคเนื่องจากความรู้และเกิดภาวะเจ็บป่วยในที่สุด จากเอกสารหรืองานวิจัยยังไม่พบความเกี่ยวข้องระหว่างระดับการศึกษาและภาวะการเจ็บป่วย แต่มีการศึกษาด้านภาวะการตายของประชากรทั่วไปในสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการตายจะลดลง หากประชากรได้รับการศึกษาสูงขึ้น (71) นอกจากนี้การศึกษาทำให้สามารถเรียนรู้ในการที่จะทำให้ตนเองดีขึ้น ในแง่สุขภาพก็รู้จักที่จะดูแลและรักษาตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย (7) ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่อาจขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของสุลิต ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (76) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาดำกว่า และผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาเลือกทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การเลือกดู เลือกอ่านหนังสือ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้ากลุ่มหรือกรรมการต่าง ๆ ได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย (77)

รายได้ของครอบครัว โรคจำนวนมากมีความสัมพันธ์กับฐานะเศรษฐกิจ ซึ่งพิจารณาจากรายได้หรือทรัพย์สินที่มีอยู่ในครอบครัว โรคบางชนิดพบมากในกลุ่มชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ส่วนโรคบางชนิดพบมากในกลุ่มชนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ เช่น โรคขาดสารอาหาร โรคติดเชื้อ ดังนั้นฐานะทางเศรษฐกิจ จึงเป็นตัวชี้วัดสถานภาพทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุได้ดีปัจจัยหนึ่ง ผู้สูงอายุที่มีฐานะดีแต่ขาดความรู้ ความเข้าใจ การเอาใจใส่ตนเอง อาจก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วย ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำก็มีความขัดสนที่จะใช้เงิน เพื่อการบำรุงรักษาสุขภาพ ก็อาจก่อให้เกิดโรคได้ Kitagawa และ Hauser ศึกษาเกี่ยวกับภาวะการตายของชาวอเมริกัน พบว่า เมื่อประชากรมีรายได้สูงขึ้นอัตราการตายจะลดลง ส่วน มนตรี ต้นประยูร (71) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบการไหลเวียนโลหิต โรคหัวใจของผู้สูงอายุในเขตเมืองและมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารของผู้สูงอายุในเขตชนบท เช่นเดียวกับละออง สุวิทยาภรณ์ (12) ที่พบว่ารายได้เป็นตัวแปรที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตแตกต่างกัน ดังนั้นรายได้ก็น่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่งที่บ่งชี้ถึงระดับสถานะสุขภาพอนามัยได้

การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการที่จะเสริมสร้างสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะช่วยให้บุคคลได้ระบายความรู้สึก คลายเครียดเป็น การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์กับตนเองและสังคม ซึ่งกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Berghon, Schafer & Associates (78) มี 3 ประเภท คือ

1. กิจกรรมที่มีรูปแบบ ได้แก่ การเข้าวัด การร่วมกิจกรรมในสโมสร เป็นต้น
2. กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนบ้าน การเดินทาง การซื้อของ เป็นต้น

3. กิจกรรมที่ทำคนเดียว ได้แก่ งานอดิเรก ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จากการศึกษาของ สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ (79) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว Haris and Cole (80) กล่าวว่าความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว หมายถึง การกระทำของสมาชิกในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ และการกระทำของผู้สูงอายุต่อสมาชิกในครอบครัว ถ้าผู้สูงอายุขาดการดูแลหรือขาดสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว จะทำให้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุต่ำได้ ซึ่งเจมิกา ขามะรัต (81) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา พบว่าสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในชีวิต และปัจจัยกิจกรรมการดำเนินชีวิต เช่นเดียวกับมารศรี นุชแสงพลี (82) ที่ศึกษาอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและระยะ สุขวัฒน์ (83) กล่าวว่าเมื่อใดที่ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและบุคคลอื่น ๆ จะพบว่าสุขภาพของผู้สูงอายุจะดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ดี และจากการศึกษาของ นิศา ชูโต (36) พบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากในยามชรา เพราะบุตรหลานเป็นที่พึ่งในยามแก่เฒ่าหรือเจ็บป่วย เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรือมีความวิตกกังวล รวมทั้งให้ความช่วยเหลือในด้านเงินทอง

พฤติกรรมทันตสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพของบุคคลหรือชุมชนทั้งในสถานะที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค อาจสังเกตได้ (Overt behavior) เช่น การไปพบทันตแพทย์ การซื้ออาหารรับประทาน การเคี้ยวอาหาร วิธีการแปรงฟัน เวลาในการแปรงฟัน หรือเป็นกิจกรรมที่สังเกตไม่ได้ (Covert behavior) ได้แก่ ความรู้และทัศนคติ เช่น ความกลัวทันตแพทย์ ความรู้และความเข้าใจกระบวนการเกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ ความเข้าใจผลการเกิดโรคฟันผุ เหงือกอักเสบ ความเข้าใจผลการรักษาอนามัยช่องปากกับโรคในช่องปาก (84) ซึ่งพฤติกรรมทันตสุขภาพแบ่งเป็น 2 ประเภท

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของบุคคลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งการไปตรวจสุขภาพฟันประจำปี

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของบุคคล เมื่อมีอาการเจ็บปวดหรือมีความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ (85)

พฤติกรรมทันตสุขภาพ มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

1. พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญาหรือความรู้ (Cognitive domain or knowledge) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของมนุษย์ ซึ่งเป็นกระบวนการทางสมอง เพราะความรู้หมายถึงข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ หรือรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ เมื่อบุคคลได้รับความรู้จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการแสดงออกซึ่งเป็นผลจากความรู้และประสบการณ์และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปรับตัวและพัฒนาตนเองของมนุษย์ เช่น หลังการสอนเรื่องการแปรงฟัน บุคคลนั้นมีความรู้โดยสามารถอธิบายได้ว่าลักษณะการแปรงฟันที่ดีเป็นอย่างไร ความรู้นี้ยังประกอบด้วยความสามารถระดับต่าง ๆ และจำแนกตามลำดับจากง่ายไปหายาก คือ การจำข้อเท็จจริง ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล (86)

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Attitude) หรือเจตพิสัย (Effective domain)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็น มีอารมณ์เป็นส่วนประกอบที่พร้อมจะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก (87)

Allport (88) ได้ให้นิยามทัศนคติว่า หมายถึง สถานการณ์ความพร้อมทางจิตใจซึ่งเกิดจากประสบการณ์ ภาพดังกล่าวจะเป็นแรงที่กำหนดทิศทางของปฏิกิริยาของบุคคลที่จะมีต่อบุคคล สิ่งของหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องด้วย

สำหรับ Rokeach (89) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นการผสมผสานหรือการจัดเรียงของความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

สรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนและการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมนี้ยากต่อการอธิบายเพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคลที่ยึดถืออยู่

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain)

เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกในสภาพการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป ซึ่งต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้ ความคิดและด้านทัศนคติ เป็นส่วนประกอบเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในด้านอนามัยถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี พฤติกรรมด้านความรู้ ด้านทัศนคติและด้านการปฏิบัตินี้ จะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและแต่ละอย่างมักไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ แต่จะเกิดขึ้นรวม ๆ กันและพึ่งพาอาศัยกัน เกิดเป็นพฤติกรรมอนามัย (86)

สำหรับรายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทันตสุขภาพในผู้สูงอายุนั้น Eli Schwarz and Edward C.M.Lo (90) ได้ศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติด้านทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มอายุวัยกลางคนและวัยสูงอายุ โดยศึกษาในผู้ที่มีอายุ 35-44 ปี และอายุ 65-74 ปี พบว่าระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ความสม่ำเสมอและความถี่ในการพบทันตแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านทันตสุขภาพ เพศหญิงที่มีความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปาก และมีการตอบสนองต่อการให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพดีจะมีคะแนนทัศนคติสูงกว่าเพศชาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติในกลุ่มวัยกลางคน ส่วนผลการศึกษาของ Lim LP และคณะ (91) ที่ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเหงือกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของกลุ่มวัยกลางคนและกลุ่มผู้สูงอายุในฮ่องกง พบว่าระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ระหว่างกลุ่มอายุ มีความเชื่อด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการแปรงฟัน และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและคะแนนความรู้ในทางบวก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัย ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ในพื้นที่จังหวัดแพร่ โดย การตรวจสถานะทันตสุขภาพและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ เพื่อนำมาศึกษาทางด้านระบาดวิทยาเกี่ยวกับสถานะความชุก ความรุนแรงของการเกิดโรคฟันผุ โรคปริทันต์ สถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก และการมีหรือใส่ ฟันปลอมของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งศึกษาความสัมพันธ์และความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแพร่ ในช่วงเวลาที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดแพร่ จำนวน 389 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขนาดตัวอย่าง การหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการศึกษา ค่าสัดส่วนหรือร้อยละ (92) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 P(1-P)}{NE^2 + Z^2 P(1-P)}$$

โดย

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

Z = ค่า Z ที่ขอบเขตระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

P = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคฟันผุ, โรคปริทันต์, ผู้ที่มีฟัน ใช้งานได้น้อย 20 ซี่, ผู้ที่มีหรือใช้ฟันปลอม

E = ค่าของความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้น 5% = 0.05

N = จำนวนประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดแพร่ = 46,128 คน

ในการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ใช้ค่าสัดส่วนของสถานะทันตสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระในการศึกษา ได้แก่ สัดส่วนของผู้ที่โรคฟันผุ (ร้อยละ 91.3) สัดส่วนของผู้ที่เป็นโรคปริทันต์ (ร้อยละ 70.4) สัดส่วนของผู้ที่มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ (ร้อยละ 53.3) และสัดส่วนของผู้ที่มีหรือใช้ฟันปลอม (ร้อยละ 47.7) จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ จังหวัดแพร่ พ.ศ.2534 (93) พบว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้สูงสุด คือขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากการใช้ค่าสัดส่วนของผู้ที่มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และสัดส่วนของผู้ที่มีหรือใช้ฟันปลอม ซึ่งคำนวณได้เท่ากันคือ 380 คน จึงใช้เป็นขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัย ดังตัวอย่างการคำนวณจากการใช้ค่าสัดส่วนของผู้ที่มีหรือใช้ฟันปลอม ดังนี้

$$n = \frac{46,128 (1.96)^2 (0.47)(0.53)}{46,128 (0.05)^2 + [(1.96)^2 (0.47)(0.53)]}$$

$$= 380$$

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยการสุ่มอำเภอตัวอย่าง 1 อำเภอ จาก 8 อำเภอของจังหวัดแพร่ ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผลการสุ่มตัวอย่างได้อำเภอเด่นชัย ซึ่งมี ทั้งหมด 6 ตำบล ต่อจากนั้นคัดเลือกตำบลซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ และเป็นพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัย คือ ตำบลแม่จัวะ ซึ่งมีทั้งหมด 10 หมู่บ้าน ประชากรผู้สูงอายุ 517 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุของสถานีอนามัยแม่จัวะจำนวน 390 คน ดังรายละเอียดตามแผนภูมิ



แผนภูมิแสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา

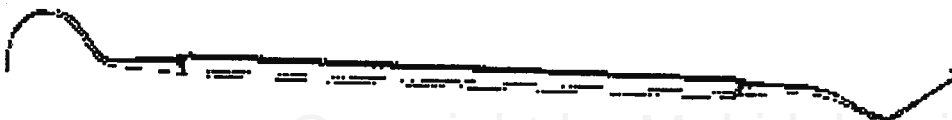


เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

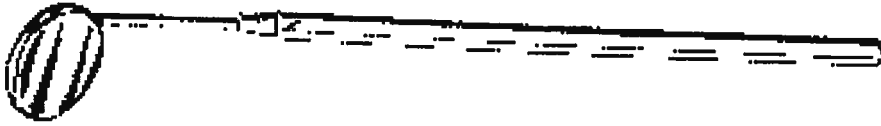
1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสถานะทันตสุขภาพ ได้แก่

1.1 แบบบันทึกสถานะทันตสุขภาพ (Oral health survey form) ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินสุขภาพในช่องปากขององค์การอนามัยโลก ปี 2529 (WHO oral health assessment form (1986) (25)

1.2 เครื่องมือตรวจหารูผุ เบอร์ 5 (Explorer No 5)



1.3 กระจกส่องปากชนิดเรียบ (Plane mouth mirror)



1.4 เครื่องมือตรวจปริทันต์ (WHO periodontal probe)



2. แบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 3 ส่วน และได้นำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ในส่วนของความรู้ ด้วยวิธีแบ่งครึ่ง (Split half method) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ในส่วนทัศนคติทดสอบด้วยวิธีคอนบรัค (Conbrach ' Alpha method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 (ภาคผนวก ข)

รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านประชากร และด้านเศรษฐกิจ มีจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสังคม มีจำนวน 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีจำนวน 9 ข้อ การให้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนนการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ออกเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีอิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

-ระดับน้อย คือ ผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
($\bar{X} - SD$)

-ระดับปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนนระหว่างค่าเฉลี่ยลบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
กับค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} \pm SD$)

-ระดับดี คือ ผู้ที่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
($\bar{X} + SD$)

ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 ช่วง ประกอบด้วย
ข้อความด้านบวก และด้านลบ มีเกณฑ์ให้คะแนน คือ

		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
คำตอบ	ใช่	3	1
	เป็นบางครั้ง	2	2
	ไม่ใช่	1	3

จากแบบสอบถาม 5 ข้อ มีคะแนน รวม 15 คะแนน แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามคะแนนการ
ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีอิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนของ
กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- ระดับน้อย คือ ผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
($\bar{X} - SD$)
- ระดับปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนน ระหว่างค่าเฉลี่ยลบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
กับค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} \pm SD$)
- ระดับดี คือ ผู้ที่มีคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
($\bar{X} + SD$)

ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารด้านทันตสุขภาพ มีจำนวน 1 ข้อ
ถ้าตอบว่า ไม่เคย ได้ 0 คะแนน เคย ได้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งเป็นการวัดความรู้ ทักษะ และการดูแล
ทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งข้อคำถาม เป็น 3 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้ มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน
- ตอนที่ 2 แบบวัดทัศนคติ มีจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 3 ช่วง
ประกอบด้วยคำถามด้านบวกและด้านลบ มีคะแนนเต็ม 24 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
คำตอบ	เห็นด้วย	2	0
	ไม่แน่ใจ	1	1
	ไม่เห็นด้วย	0	2

ตอนที่ 3. แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ มีจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านบวกซึ่งเป็นพฤติกรรมในการป้องกันหรือส่งเสริมให้มีทันตสุขภาพที่ดี และคำถามด้านลบซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีทันตสุขภาพที่ไม่ดี โดยมีคะแนนรวม 11 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- คำถามด้านบวก ได้แก่ คำถามข้อที่ 2,4,5,6,9,10,12,13,14,15,16,17 ถ้าตอบถูกต้อง ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน

- คำถามด้านลบ ได้แก่ คำถามข้อที่ 1,3,11 ถ้าตอบเลขทำให้ 0 คะแนน ถ้าไม่เลขทำให้ 1 คะแนน

- คำถามข้อที่ 7,8 ไม่มีคะแนน

จากแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 ซึ่งเป็นแบบพฤติกรรมทันตสุขภาพโดยวัดความรู้ ทักษะ และการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมคะแนนทั้งหมด 43 คะแนน

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพ เป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีอิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

-ระดับไม่ดี คือ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยลบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$(\bar{X} - SD)$$

-ระดับพอใช้ คือ ผู้ที่ได้คะแนนระหว่างค่าเฉลี่ยลบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$\text{กับค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน } (\bar{X} \pm SD)$$

-ระดับดี คือ ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยบวกค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$(\bar{X} + SD)$$

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำรวจสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการสำรวจในชุมชน โดยกำหนดแผนในการเก็บข้อมูล ในหมู่บ้านที่มีกลุ่มตัวอย่างมากใช้เวลาสำรวจ 2 วันต่อหมู่บ้าน ในหมู่บ้านที่มีกลุ่มตัวอย่างน้อยใช้เวลาสำรวจ 1 วันต่อหมู่บ้าน ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล มีดังนี้ ประสานแผนการเก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยผู้รับผิดชอบ และให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้า โดยในการออกสำรวจใช้สถานีอนามัยเป็นจุดนัดหมายในหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งของสถานีอนามัย ส่วนหมู่บ้านอื่น ๆ ใช้บ้านผู้ใหญ่บ้านหรือวัดเป็นจุดนัดหมาย เมื่อถึงกำหนดนัดหมายได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้ทันตแพทย์ซึ่งเป็นคนเดียวกันตลอดระยะเวลาสำรวจและเป็นทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยเป็นผู้ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเกี่ยวกับฟันผุ การสูญเสียฟัน ฟันที่ได้รับการอุด และความจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุสภาวะปริทันต์ จำนวนซี่ฟันที่

เหลืออยู่ในช่องปาก การมีหรือใส่ฟันปลอมและความจำเป็นที่ต้องใส่หรือแก้ไขฟันปลอม โดยใช้กระจกส่องปากชนิดเรียบ เครื่องมือตรวจหาฟันผุ และเครื่องมือตรวจปริทันต์ โดยให้ผู้ถูกตรวจนั่งเก้าอี้ที่มีพนักสูงสามารถพิงศีรษะได้ ใช้แสงธรรมชาติ ขณะตรวจทันตแพทย์จะบอกรหัสที่ตรงกับสภาพช่องปากตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล) ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่จดบันทึกตรวจรหัสในแบบบันทึกตามเกณฑ์ที่กำหนด ในระหว่างที่ทันตแพทย์ตรวจสอบสภาพช่องปากผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่งที่รอตรวจจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพตามแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัย นักวิชาการสาธารณสุข และทันตภิบาลซึ่งผ่านการชี้แจงเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุแต่ละคนใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที กรณีที่ผู้สูงอายุไม่มาตามที่นัดหมายได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการไปสำรวจที่บ้านของผู้สูงอายุ จำนวน 27 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2538 ถึงเดือนมีนาคม 2538 โดยเก็บข้อมูลเฉพาะในช่วงวันหยุดราชการ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 14 วัน

การเตรียมข้อมูลก่อนการวิเคราะห์

1.ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพและแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกฉบับก่อนออกจากพื้นที่ที่ทำการเก็บข้อมูล

2.ตรวจให้คะแนนความรู้ ทักษะและพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามแบบสัมภาษณ์

3.ลงรหัสข้อมูลแต่ละรายการในแบบสัมภาษณ์

4.ป้อนข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

5.แปลงข้อมูลดิบเพื่อให้เหมาะสมต่อวิธีการวิเคราะห์ ดังนี้

4.1 ใช้คำสั่ง Transformation, Count เพื่อสร้างตัวแปรใหม่โดยการนับตัวแปรแต่ละตัวว่ามีจำนวนตัวแปรที่ตรงตามค่าที่กำหนด ตัวแปรที่สร้างใหม่ ได้แก่ จำนวนซี่ฟันผุ ถอน อุด ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน จำนวนซี่ฟันที่ต้องการการรักษาในแต่ละวิธี ส่วนของช่องปากที่สามารถตรวจสถานะปริทันต์ได้

4.2 ใช้คำสั่ง Transformation , Compute เพื่อสร้างตัวแปรใหม่ โดยการนำตัวแปรต่าง ๆ หรือใช้ฟังก์ชันทางคณิตศาสตร์มาใช้ในการสร้างตัวแปร ตัวแปรที่สร้างใหม่ ได้แก่ คะแนนรวมของพฤติกรรมทันตสุขภาพซึ่งรวมจาก คะแนนความรู้ ทักษะ การดูแลทันตสุขภาพ ประเภทของการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมหรือซ่อมแซมฟันปลอมแต่ละประเภท

4.3 ใช้คำสั่ง Transformation , Recode แปลงค่ารหัสเดิมให้เป็นค่าใหม่ เพื่อสร้างตัวแปรใหม่ ได้แก่ การจัดกลุ่มอายุ การจัดกลุ่มตามระดับคะแนนของการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การจัดกลุ่มตามระดับคะแนนการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การจัดกลุ่มตามระดับคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพ การจัดระดับความรุนแรงของโรคฟันผุตามจำนวนซี่ฟันผุ ถอน อุด การจัดระดับความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ตามดัชนี CPI การจัดกลุ่มผู้ที่มีฟันคงเหลือในช่องปากมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ซี่ กับผู้ที่มีฟันคงเหลือในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลข้อมูลใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/W ดังนี้

1. สถิติพรรณนา ลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square test

2.2 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยบางตัวแปร ด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ได้ศึกษาระบาดวิทยาของสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งศึกษาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยบางปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะทันตสุขภาพ ของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลแม่จิวะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยการตรวจสอบสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทันตแพทย์และสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับข้อมูลด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรม ทันตสุขภาพ จำนวน 389 คน

ผลการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ระบาดวิทยาของสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 การศึกษาความหนักแน่นของความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากร เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมทันตสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

1.1 ลักษณะประชากร เศรษฐกิจและสังคม

ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามีอายุระหว่าง 60-94 ปี อายุเฉลี่ย 67.72 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.02 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 65.2 มีกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปเพียงร้อยละ 8 สัดส่วนเพศหญิง : เพศชาย เท่ากับ 57.8 : 42.2 ส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 79.4 ผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระดับพอกินพอใช้ มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวระดับปานกลาง ได้รับข่าวสารทันตสุขภาพทางโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 71.1 (ตารางที่ 1, 2)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางด้านประชากร ของผู้สูงอายุ (n = 389)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60 - 64	155	39.8
65 - 69	99	25.4
70 - 74	78	20.1
75 - 79	26	6.7
80 ปีขึ้นไป	31	8.0
($\bar{X}$ = 67.72 SD = 7.02)		
เพศ		
ชาย	164	42.2
หญิง	225	57.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	68	17.5
ประถมศึกษา	309	79.4
สูงกว่าประถมศึกษา	12	3.1

ตารางที่ 2 ลักษณะทางด้าน เศรษฐกิจ สังคมของผู้สูงอายุ (n = 389)

	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้	ไม่เพียงพอ	59	15.2
	พอกินพอใช้	246	63.2
	มีเหลือเก็บ	84	21.6
แหล่งรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
	ลูกหลาน	270	69.4
	บำเหน็จ/บำนาญ	5	1.3
	ประกอบอาชีพ	177	45.5
	จากเงินเก็บสะสม	40	10.3
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (คะแนน 9 คะแนน)			
	ระดับน้อย (1-5 คะแนน)	54	13.9
	ระดับปานกลาง (6-8 คะแนน)	239	61.4
	ระดับดี (9 คะแนน)	96	24.7
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (คะแนน 15 คะแนน)			
	ระดับน้อย (1-10 คะแนน)	40	10.3
	ระดับปานกลาง (11-14 คะแนน)	236	60.7
	ระดับดี (15 คะแนน)	113	29.0
การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ			
	ไม่ได้รับ	195	50.1
	ได้รับ	194	49.9
แหล่งข่าวสารทันตสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ), (n = 194)			
	โทรทัศน์	138	71.1
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม.	71	36.6
	วิทยุ	32	16.4
	หนังสือพิมพ์	14	7.2
	หอกระจายข่าว	13	6.7
	โปสเตอร์	12	6.2

1.2 พฤติกรรมทันตสุขภาพ

พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุแบ่งเป็นพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และการดูแลทันตสุขภาพ โดยความรู้มีข้อคำถาม 8 ข้อ คะแนนเต็ม 8 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้สูงอายุเท่ากับ 4.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.78 ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ 80.5 ทักษะมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะเท่ากับ 13.91 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.45 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะระดับพอใช้ร้อยละ 67.9 ส่วนด้านการดูแลทันตสุขภาพมีข้อคำถาม 15 ข้อ คะแนนเต็ม 11 คะแนน ผู้สูงอายุมีคะแนนด้านการดูแลทันตสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.07 ส่วนใหญ่มีการดูแลทันตสุขภาพระดับพอใช้ร้อยละ 62.2 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมทันตสุขภาพโดยรวมซึ่งมีคะแนนเต็ม 43 คะแนน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพเท่ากับ 23.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.34 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 69.2 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพ (n = 389)

พฤติกรรมทันตสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรู้ (คะแนนเต็ม 8 คะแนน)		
ระดับต่ำ (1-2 คะแนน)	17	4.4
ระดับปานกลาง (3-6 คะแนน)	313	80.5
ระดับสูง (7-8 คะแนน)	59	15.2
($\bar{X}$ = 4.56 SD = 1.78)		
ด้านทักษะ (คะแนนเต็ม 24 คะแนน)		
ระดับไม่ดี (0-10 คะแนน)	67	17.2
ระดับพอใช้ (11-17 คะแนน)	264	67.9
ระดับดี (18-24 คะแนน)	58	14.9
($\bar{X}$ = 13.91 SD = 3.45)		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพ (ต่อ)
(n = 389)

พฤติกรรมทันตสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการดูแลทันตสุขภาพ (คะแนนเต็ม 11 คะแนน)		
ระดับไม่ดี (0-2 คะแนน)	57	14.7
ระดับพอใช้ (3-6 คะแนน)	242	62.2
ระดับดี (7-11 คะแนน)	90	23.1
($\bar{X} = 4.56$ $SD = 2.07$)		
พฤติกรรมทันตสุขภาพรวม (คะแนนเต็ม 43 คะแนน)		
ระดับไม่ดี (0-17 คะแนน)	62	15.9
ระดับพอใช้ (18-28 คะแนน)	269	69.2
ระดับดี (29-43 คะแนน)	58	14.9
($\bar{X} = 23.26$ $SD = 5.34$)		

เมื่อพิจารณารายละเอียดเรื่องพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทันตสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าง ผู้สูงอายุนิยมรับประทานอาหารว่างพวกขนมหวาน ขนมบรรจุถุง น้ำหวาน น้ำอัดลม ร้อยละ 87.9 โดยมีความถี่ของการรับประทานคือนานๆ ครั้งร้อยละ 61.4 รับประทานประจำ (มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์) ร้อยละ 38.6 และผู้สูงอายุมีความนิยมในการอมเมี่ยงสูงสุดร้อยละ 68.4 เคี้ยวหมาก ร้อยละ 2.3 และเคี้ยวใบยาสูบหรือใช้ฉีดยา ร้อยละ 0.5

พฤติกรรมการใช้ฟันผิดหน้าที่ เช่น กัดด้ายหรือเปิดฝาขวด พบร้อยละ 9.3

พฤติกรรมการทำความสะอาดในช่องปาก พบว่ามีการทำความสะอาดช่องปากหลังจาก รับประทานอาหารว่างทุกครั้งร้อยละ 57.6 ทำเป็นบางครั้งร้อยละ 34.5 ไม่ทำร้อยละ 7.9 ส่วนการทำความสะอาดช่องปากตามปกติ พบว่าผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ในช่องปาก เกือบทั้งหมดทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน แต่มีผู้ที่แปรงฟันถูกวิธีเพียงร้อยละ 9.2 ผู้ที่ไม่มีฟันแท้ในช่องปาก ส่วนใหญ่จะทำความสะอาดช่องปากด้วยการบ้วนปากร้อยละ 97.4 (ภาคผนวก ค ตารางที่ 21)

การรับรู้ถึงสภาพปัญหาในช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจในสภาพช่องปากของตนเองโดยใช้กระจกส่องดูในช่องปากร้อยละ 71.2 และมีประสบการณ์การปวดฟัน เหงือกบวม เป็นแผลหรือมีเลือดออกร้อยละ 81.5 ซึ่งการปฏิบัติตนเมื่อประสบปัญหาเหล่านี้คือไปหาหมอฟัน ร้อยละ 42.3 ปล่อยให้หายเองร้อยละ 33.8 ใสยาแก้ปวดหรือซื้อยามากินร้อยละ 21.5 และอื่น ๆ เช่น รมควัน ใช้น้ำหม่องทา ร้อยละ 2.5

การรับบริการทันตกรรม พบว่าผู้สูงอายุเคยรับบริการทันตกรรมเพียงร้อยละ 40.9 โดยส่วนใหญ่รับบริการจากโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยของรัฐร้อยละ 84.3 คลินิกหรือสถานพยาบาล เอกชนร้อยละ 10.7 และจากหมอฟันที่มาทำฟันตามบ้านร้อยละ 5.0 ในรอบปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากมากกว่า 1 ครั้งร้อยละ 26.3 (ภาคผนวก ก ตารางที่ 22)

ส่วนที่ 2 ระบาดวิทยาของสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 สภาวะความชุก ความรุนแรงและความจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุ

2.2.1 สภาวะความชุกของโรคฟันผุ

สภาวะความชุกของโรคฟันผุในผู้สูงอายุ ซึ่งศึกษาจากประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุของผู้สูงอายุโดยคิดจากค่า DMFT พบว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 94.6 เมื่อจำแนกตามลักษณะประชากร พบว่าทุกกลุ่มมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุสูงกว่า ร้อยละ 90 โดยกลุ่มอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปซึ่งได้รับการตรวจเพียง 57 คน คิดเป็นร้อยละ 14.6 ของ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่ามีฟันผุทุกคน ประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุในเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกันคือร้อยละ 95.1 และร้อยละ 94.2 ตามลำดับ ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุทุกคน ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับพอใช้และระดับดีมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุใกล้เคียงกันเท่ากับร้อยละ 95.2 และร้อยละ 94.8 ซึ่งสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพไม่ดี ส่วนสภาวะความชุกของโรคฟันผุที่พบในปัจจุบันซึ่งคิดจากฟันที่ผุอยู่ โดยคิดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฟันแท้อยู่ในช่องปาก จำนวน 350 คน พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคฟันผุร้อยละ 42.3 กลุ่มอายุที่พบฟันผุสูงสุดคือกลุ่มอายุ 60-64 ปีร้อยละ 51.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 75-79 ปีร้อยละ 47.1 ส่วนในกลุ่มอายุอื่น ๆ เป็นโรคฟันผุใกล้เคียงกัน เพศชายเป็นโรคฟันผุสูงกว่าเพศหญิงร้อยละ 48.3 และร้อยละ 37.8 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่าผู้ที่เรียนจบระดับสูงกว่าประถมศึกษาเป็นโรคฟันผุสูงสุดร้อยละ 75.0 รองลงมาคือผู้ที่เรียนจบประถมศึกษาและไม่ได้เรียนเท่ากับ ร้อยละ 44.1 และร้อยละ 24.0 ตามลำดับ ผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับดีเป็นโรคฟันผุในปัจจุบันสูงสุดร้อยละ 48.2 ในขณะที่ผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับไม่ดีมีอัตราความชุกของโรค

ฟันผุในปัจจุบันต่ำสุดร้อยละ 29.6 เมื่อพิจารณาฟันผุที่รากฟันพบว่าผู้สูงอายุมีฟันผุที่รากฟันร้อยละ 1.3 (ตารางที่ 4 แผนภูมิที่ 1,2,3 และตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็น โรคฟันผุ จำแนกตามปัจจัยด้านประชากรและ พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ประสบการณ์การเป็น โรคฟันผุ (DMFT)			โรคฟันผุที่พบใน ปัจจุบัน (Decay)		
	n	จำนวน	ร้อยละ	n	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
60 - 64	155	145	93.5	153	78	51.0
65 - 69	99	90	90.9	96	32	33.3
70 - 74	78	76	97.4	64	23	35.9
75 - 79	26	26	100	17	8	47.1
80 ปีขึ้นไป	31	31	100	20	7	35.0
เพศ						
ชาย	164	156	95.1	149	72	48.3
หญิง	225	212	94.2	201	76	37.8
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	68	68	100	50	12	24.0
ประถมศึกษา	309	289	93.5	288	127	44.1
สูงกว่าประถมศึกษา 12		11	91.7	12	9	75.0
พฤติกรรมทันตสุขภาพ						
ระดับไม่ดี	62	57	91.9	54	16	29.6
ระดับพอใช้	269	256	95.2	240	105	43.7
ระดับดี	58	55	94.8	56	27	48.2
รวม	389	368	94.6	350	148	42.3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันผุที่รากฟัน จำแนกตาม อายุ และเพศ (n = 389)

ปัจจัย	n	ฟันผุที่รากฟัน	
		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)			
60 - 69	254	3	1.2
70 - 79	104	1	1.0
80ปีขึ้นไป	31	1	3.2
เพศ			
ชาย	164	1	0.6
หญิง	225	4	1.7
รวม	389	5	1.3

2.2.2 สภาพะความรุนแรงของโรคฟันผุ

ผู้สูงอายุที่ศึกษามีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) เท่ากับ 13.16 ซึ่งต่อกันค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 11.14 เมื่อพิจารณาตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่ากลุ่มอายุที่มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงสุด คือกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เท่ากับ 24.83 ซึ่งต่อกัน รองลงมาคือกลุ่มอายุ 75-79 ปี เท่ากับ 20 ซึ่งต่อกัน เพศชายมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงกว่าเพศหญิง เท่ากับ 14.40 และ 12.25 ซึ่งต่อกันตามลำดับ ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงกว่าผู้ที่เรียนจบประถมศึกษา และเรียนสูงกว่าประถมศึกษา เท่ากับ 21.09 , 11.56 และ 9.25 ซึ่งต่อกัน ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามระดับคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพไม่ดีมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพดีและพอใช้ เท่ากับ 19.15,13.16 และ 12.69 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาวะโรคฟันผุ ของผู้สูงอายุจำแนกตาม
ปัจจัยด้านประชากรและพฤติกรรมทันตสุขภาพ (n=389)

ปัจจัย	ฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ที่ต่อคน		
	n	X	SD
อายุ (ปี)			
60 - 64	155	8.63	8.20
65 - 69	99	11.03	9.81
70 - 74	78	17.91	11.71
75 - 79	26	20.00	12.09
80 ปีขึ้นไป	31	24.83	10.48
เพศ			
ชาย	164	14.40	10.48
หญิง	225	12.25	11.33
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน	68	21.09	11.46
ประถมศึกษา	309	11.56	10.39
สูงกว่าประถมศึกษา	12	9.25	9.03
พฤติกรรมทันตสุขภาพ			
ระดับไม่ดี	62	19.15	11.56
ระดับพอใช้	269	12.69	11.01
ระดับดี	58	13.16	11.14
รวม	389	13.16	11.14

เมื่อจำแนกความรุนแรงของโรคฟันผุ พบว่าผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันทั้งปาก 39 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา มีผู้ที่ฟันไม่ผุเลยจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 5.39 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา เมื่อจำแนกความรุนแรงของโรคฟันผุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฟันผุ 368 คน โดยใช้ค่าจำนวนฟันผุ ถอน อุด ที่เปื้อนสีน้ำตาลที่ 33 (เท่ากับ 5 ซี่) และเปื้อนสีน้ำตาลที่ 66 (เท่ากับ 17 ซี่) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ ดังนี้ ฟันผุระดับต่ำ (มีฟันผุ ถอน อุด 1-5 ซี่) ฟันผุระดับปานกลาง (มีฟันผุ ถอนอุด 6-17 ซี่) และฟันผุระดับสูง (มีฟันผุ ถอน อุด 18 ซี่ขึ้นไป) พบว่าในแต่ละกลุ่มอายุ เกือบทุกกลุ่มมีฟันผุระดับต่ำและระดับปานกลางใกล้เคียงกัน ยกเว้นกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีฟันผุระดับปานกลางต่ำกว่าระดับต่ำ ส่วนระดับความรุนแรงของโรคฟันผุในระดับสูง พบว่าเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ คือ ร้อยละ 19.1 , ร้อยละ 54.9 , ร้อยละ 80.6 ตามลำดับ เมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของโรคฟันผุตามเพศพบว่าเพศชายมีฟันผุระดับปานกลางสูงสุดร้อยละ 42.9 ในขณะที่เพศหญิงมีระดับความรุนแรงของโรคฟันผุระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 42.0 และพบว่าเพศชายมีระดับความรุนแรงของโรคฟันผุในระดับสูงมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 37.8 และร้อยละ 31.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความรุนแรงของโรคฟันผุ จำแนกตามอายุและเพศ (n = 368)

	n	ระดับสภาวะโรคฟันผุ					
		ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)							
60-69	235	92	39.2	98	41.7	45	19.1
70-79	102	22	21.6	24	23.5	56	54.9
80 ปีขึ้นไป	31	5	16.2	1	3.2	25	80.6
เพศ							
ชาย	156	30	19.3	67	42.9	59	37.8
หญิง	212	89	42.0	56	26.4	67	31.6
รวม	368	119	32.3	123	33.4	126	34.2

2.2.3 ความจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุ

ผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุ ด้วยวิธีถอนฟันสูงสุด ร้อยละ 61.2 รองลงมา ได้แก่ การอุดฟัน 1 ด้านร้อยละ 8.5 อุดฟันหรือมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ด้านร้อยละ 3.9 รักษาโรคฟันร้อยละ 1 ครอบฟันร้อยละ 0.5 (ตารางที่ 8) เมื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องการรักษาโรคฟันผุเกี่ยวกับความต้องการในการรักษา พบว่าผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งต้องการการรักษา โดยผู้ที่ไม่ต้องการการรักษาให้เหตุผลว่า แก่แล้วร้อยละ 3.9 กลัวเจ็บร้อยละ 45.7 คิดว่าไม่เป็นปัญหาร้อยละ 50.4 (ภาคผนวก ก ตารางที่ 23)

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้จำเป็นต้องรับการรักษาโรคฟันผุ ตามชนิดของการบริการ จำแนกตามอายุและเพศ

ตัวแปร	n	อุดฟัน	อุดฟัน	ครอบฟัน	รักษา	ถอนฟัน	อื่นๆ
		1 ด้าน	≥ 2 ด้าน	รากฟัน			
อายุ (ปี)							
60-69	254	11.0	4.7	0.8	1.6	68.1	0.8
70-79	104	4.8	2.9	0.0	0.0	51.9	0.0
80 ปีขึ้นไป	31	0.0	0.0	0.0	0.0	35.5	0.0
เพศ							
ชาย	164	9.8	3.7	0.6	1.2	65.2	0.0
หญิง	225	7.6	4.0	0.4	0.9	58.2	0.9
รวม	389	8.5	3.9	0.5	1.0	61.2	0.5

2.2 สภาวะความชุกและความรุนแรงของโรคปริทันต์

ในการตรวจสอบสภาวะปริทันต์ โดยใช้ดัชนีจีวีวีดโรคปริทันต์ ซึ่งแบ่งช่องปากออกเป็น 6 ส่วน แต่ละส่วนของช่องปากที่จะตรวจสอบสภาวะปริทันต์ต้องมีฟันอย่างน้อยสองซี่และไม่เป็นฟันที่กำลังจะถูกถอนหรือถ้ามีฟันเพียงซี่เดียวจะนับรวมเป็นส่วนหนึ่งของช่องปากที่อยู่ติดกันจึงจะลงรหัสในการตรวจสอบตามระดับความรุนแรงของโรคปริทันต์ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือเหงือกปกติ (CPI=0) , เหงือกมีเลือดออกภายหลังการใช้เครื่องมือตรวจปริทันต์ (CPI=1), พบหินน้ำลาย (CPI=2), มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร (CPI=3), มีร่องลึกปริทันต์เท่ากับหรือมากกว่า 6 มิลลิเมตร (CPI=4) ในกรณีที่ส่วนของช่องปากส่วนไหนไม่เข้าข่ายในการตรวจสอบดังกล่าวจะบันทึกเป็น Missing sextant ผลการตรวจ พบว่าผู้สูงอายุมีส่วนของช่องปากที่สามารถตรวจสอบสภาวะปริทันต์ได้เฉลี่ย 4.19 ส่วนต่อคน (ตารางที่ 9) มีผู้สูงอายุที่สามารถตรวจสอบสภาวะปริทันต์ได้ 330 คน (ร้อยละ 84.8) พบว่า มีสภาวะปริทันต์ในระดับที่มีหินน้ำลายสูงสุดร้อยละ 60.0 รองลงมา มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร ร้อยละ 23.0 และมีร่องลึกปริทันต์เท่ากับหรือมากกว่า 6 มิลลิเมตร ร้อยละ 16.7 เหงือกมีเลือดออก ร้อยละ 0.3 ไม่พบผู้ที่มีเหงือกปกติ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยจำนวนส่วนของช่องปาก (sextant) ต่อคนในแต่ละระดับสภาวะปริทันต์
จำแนกตามอายุและเพศ (n = 389)

		ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปาก (sextant)				
ตัวแปร	ปกติ	มีเลือด	หินน้ำลาย	ร่องลึก	ร่องลึก	Missing
		ออก		ปริทันต์	ปริทันต์	sextant
				4-5 มม.	≥ 6 มม.	
	(CPI =0)	(CPI=1)	(CPI=2)	(CPI=2)	(CPI=4)	
อายุ (ปี)						
60-69	0.01	0.13	4.03	0.58	0.22	1.03
70-79	0.00	0.02	2.56	0.34	0.15	2.93
80 ปีขึ้นไป	0.00	0.00	1.32	0.20	0.00	4.48
เพศ						
ชาย	0.01	0.11	3.17	0.54	0.15	2.02
หญิง	0.00	0.07	3.61	0.45	0.21	0.66
รวม	0.01	0.09	3.42	0.49	0.81	1.81

ตารางที่ 10 ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ จำแนกตามปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 330)

ตัวแปร	ร้อยละของสภาวะปริทันต์				
	n	มีเลือดออก	หินน้ำลาย	ร่องลึก ปริทันต์ 4 - 5 มม.	ร่องลึก ปริทันต์ ≥ 6 มม.
เพศ					
ชาย	141	0.0	58.2	26.2	15.6
หญิง	189	0.5	61.4	20.6	17.5
อายุ (ปี)					
60 - 69 ปี	243	0.4	58.8	23.0	17.7
70 - 79 ปี	74	0.0	59.4	24.3	16.2
80 ปีขึ้นไป	13	0.0	84.6	15.4	0.0
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	42	0.0	52.4	31.0	16.7
ประถมศึกษา	276	0.4	61.6	22.1	15.9
สูงกว่าประถมศึกษา	12	0.0	50.0	16.7	33.3
พฤติกรรมทันตสุขภาพ					
ระดับไม่ดี	44	0.0	70.5	13.6	15.9
ระดับพอใช้	232	0.4	60.3	24.6	14.7
ระดับดี	54	0.0	50.0	24.1	25.9
รวม	330	0.3	60.0	23.0	16.7

เมื่อจัดกลุ่มของผู้สูงอายุตามระดับความรุนแรงของสภาวะปริทันต์โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ เหงือกปกติ (CPI=0) เหงือกอักเสบ (CPI=1,2) และปริทันต์อักเสบ (CPI=3,4) พบว่าผู้สูงอายุมีเหงือกอักเสบสูงสุดร้อยละ 60.3 ปริทันต์อักเสบร้อยละ 39.7 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีเหงือกปกติ เมื่อจำแนกระดับความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ตามอายุและเพศ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปี ในแต่ละกลุ่มอายุมีเหงือกอักเสบสูงกว่าปริทันต์อักเสบ ในขณะที่กลุ่มอายุ 75 – 79 ปี พบปริทันต์อักเสบสูงกว่าเหงือกอักเสบ ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปซึ่งเข้าข่ายที่สามารถตรวจสภาวะปริทันต์ได้ 12 คน พบว่ามีเหงือกอักเสบ 10 คน ปริทันต์อักเสบ 2 คน เพศหญิงและเพศชายพบเหงือกอักเสบมากกว่าปริทันต์อักเสบ ผู้ที่เรียนจบประถมศึกษาพบเหงือกอักเสบสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนและเรียนสูงกว่าประถมศึกษาเท่ากับร้อยละ 62.0 , ร้อยละ 52.4 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมทันตสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับไม่ดี พบเหงือกอักเสบมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับพอใช้และดีเท่ากับร้อยละ 70.5, ร้อยละ 60.8 และร้อยละ 50 ตามลำดับ เพศชายพบปริทันต์อักเสบมากกว่าเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 41.8 และร้อยละ 38.1 ผู้ที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา พบปริทันต์อักเสบสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนและเรียนจบประถมศึกษาเท่ากับร้อยละ 50.0, ร้อยละ 47.6 และร้อยละ 38.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 11) เมื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคปริทันต์และทันตแพทย์เห็นสมควรว่ามีความจำเป็นต้องรักษา พบว่าผู้สูงอายุต้องการการรักษาร้อยละ 55.7 โดยผู้ที่ไม่ต้องการรักษาให้เหตุผลว่ากลัวฟันโยก ร้อยละ 63.5 แก่แล้วร้อยละ 19.6 คิดว่าไม่เป็นปัญหาร้อยละ 12.8 และเดินทางไปรักษาลำบาก ร้อยละ 4.1 (ภาคผนวก ก ตารางที่ 23)

ตารางที่ 11 ระดับสภาวะปริทันต์ของผู้สูงอายุจำแนกตามอายุและเพศ (n = 330)

		สภาวะปริทันต์			
		เหงือกอักเสบ		ปริทันต์อักเสบ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		n			
60-64	151	94	62.3	57	37.7
65-69	93	51	54.8	42	45.2
70-74	58	38	65.5	20	34.5
75-79	16	6	37.5	10	62.5
80 ปีขึ้นไป	12	10	83.3	2	16.7
เพศ					
ชาย	141	82	58.2	59	41.8
หญิง	189	117	61.9	72	38.1
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	42	22	52.4	20	47.6
ประถมศึกษา	276	171	62.0	105	38.0
สูงกว่าประถมศึกษา	12	6	50.0	6	50.0
พฤติกรรมทันตสุขภาพ					
ระดับไม่ดี	44	31	70.5	13	29.5
ระดับพอใช้	232	141	60.8	91	39.2
ระดับดี	54	27	50.0	27	50.0
รวม		199	60.3	131	39.7

2.3 สถานะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากของผู้สูงอายุ

สถานะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก เป็นสถานะที่บ่งชี้ถึงการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ มีการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 10.0 โดยมีค่าเฉลี่ยการสูญเสียฟันเท่ากับ 12 ซี่ต่อคน เพศชายมีการสูญเสียฟันทั้งปากใกล้เคียงกับเพศหญิงร้อยละ 9.1 และร้อยละ 10.7 ตามลำดับ กลุ่มอายุที่มีการสูญเสียฟันทั้งปากสูงสุด คือกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 35.5 รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 75-79 ปีร้อยละ 34.6 ส่วนสถานะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากซึ่งวัดได้จากจำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่ในช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยฟันคงเหลือในช่องปากเท่ากับ 20 ซี่ต่อคน มีผู้สูงอายุที่มีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 62.0 โดยเพศหญิงมีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 65.8 และร้อยละ 56.7 ตามลำดับ กลุ่มอายุที่มีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปสูงสุดคือกลุ่มอายุ 60-64 ปี ร้อยละ 78.7 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 70.7 กลุ่มอายุที่มีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 22.6 ผู้ที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษาที่มีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป สูงกว่าผู้ที่เรียนจบประถมศึกษาและไม่ได้เรียนเท่ากับร้อยละ 75.0, ร้อยละ 68.3 และร้อยละ 30.9 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมทันตสุขภาพพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับดี มีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปสูงกว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพพอใช้และไม่ดีคือร้อยละ 79.3 , ร้อยละ 63.2 และร้อยละ 40.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 สภาวะการมีฟันเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและอายุ

		สภาวะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก					
		ไม่มีเหลือ		1-19 ซี่		20 ซี่ขึ้นไป	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
n							
เพศ							
ชาย	164	15	9.2	56	34.1	93	56.7
หญิง	225	24	10.7	53	23.5	148	65.8
อายุ (ปี)							
60-64ปี	155	2	1.3	31	20.0	122	78.7
65-69ปี	99	3	3.0	26	26.3	70	70.7
70-74ปี	78	14	17.9	31	39.7	33	42.3
80 ปีขึ้นไป	31	11	35.5	13	41.9	7	22.6
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียน	68	18	26.5	29	42.6	21	30.9
ประถมศึกษา	309	21	6.8	77	24.9	211	68.3
สูงกว่าประถมศึกษา	12	0	0.0	3	25.0	9	75.0
พฤติกรรมทันตสุขภาพ							
ระดับไม่ดี	62	8	12.9	29	46.8	25	40.3
ระดับพอใช้	269	29	10.8	70	26.0	170	63.2
ระดับดี	58	2	3.4	10	17.2	46	79.3
รวม	389	39	10.0	109	28.0	241	62.0

ค่าเฉลี่ยการสูญเสียฟัน 12.07 ซี่/ คน
ค่าเฉลี่ยฟันคงเหลือในช่องปาก 19.6 ซี่/ คน

2.4 สถานะการใส่ฟันปลอมและความจำเป็นในการใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม

2.4.1 สถานะการใส่ฟันปลอม

จากการตรวจสอบสถานะการมีและใช้ฟันปลอมของผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้ใส่ฟันและใช้ฟันปลอมร้อยละ 28.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยแยกเป็นผู้ที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนบนมากที่สุดร้อยละ 33.0 รองลงมา ได้แก่ ใส่ฟันปลอมทั้งปากบน/ ฟันปลอมทั้งปากล่างร้อยละ 22.3 และฟันปลอมบางส่วนบน/ ฟันปลอมบางส่วนล่างร้อยละ 16.1 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 สถานะการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิดของฟันปลอม (n = 389)

สถานะการใส่ฟันปลอม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใส่ฟันปลอม	277	71.2
ใส่ฟันปลอม	112	28.8
- ฟันปลอมบางส่วนบน	37	33.0
- ฟันปลอมทั้งปากบน	8	7.1
- ฟันปลอมบางส่วนล่าง	9	8.1
- ฟันปลอมทั้งปากล่าง	1	0.9
- ฟันปลอมบางส่วนบน/ฟันปลอมบางส่วนล่าง	18	16.1
- ฟันปลอม ทั้งปากบน/ฟันปลอมทั้งปากล่าง	25	22.3
- ฟันปลอมบางส่วนบน/ฟันปลอมทั้งปากล่าง	2	1.8
- ฟันปลอมทั้งปากบน/ฟันปลอมบางส่วนล่าง	12	10.7

2.4.2 ความจำเป็นในการใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม

2.4.2.1 ความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม หมายถึงกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้ใส่ฟันปลอมแต่ทันตแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่ามีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอม ส่วนการซ่อมแซมฟันปลอม หมายถึงกรณีที่ผู้สูงอายุใส่ฟันปลอมอยู่แล้วแต่ทันตแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าควรซ่อมแซม จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมหรือซ่อมแซมฟันปลอมร้อยละ 72.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยมีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมร้อยละ 46.8 จำแนกเป็นต้องใส่ฟันปลอมบางส่วนบน / ฟันปลอมบางส่วนล่างมากที่สุดร้อยละ 49.45 รองลงมาคือ ฟันปลอมบางส่วนบนร้อยละ

15.4 และฟันปลอมบางส่วนล่างร้อยละ 14.84 ส่วนความจำเป็นในการซ่อมแซมฟันปลอม พบว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมทั้งหมด 112 คน มีความจำเป็นต้องซ่อมแซมฟันปลอม 101 คนคิดเป็นร้อยละ 90.2 ของผู้ที่ใส่ฟันปลอม โดยมีความจำเป็นต้องซ่อมแซมบนและล่างสูงสุดร้อยละ 51.49 รองลงมาคือซ่อมแซมฟันปลอมบนร้อยละ 40.59 และมีความจำเป็นในการซ่อมแซมฟันปลอมล่างร้อยละ 7.9 (ตารางที่ 14) เมื่อสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการใส่หรือซ่อมแซม ร้อยละ 54.8 ไม่ต้องการใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม ร้อยละ 45.2 โดยให้เหตุผลว่าค่าใช้จ่ายแพงร้อยละ 28.1 แก่แล้วร้อยละ 25.8 รอให้ฟันหมดปากร้อยละ 21.9 ฟันปลอมเดิมยังใช้ได้ ร้อยละ 16.4 และคิดว่าไม่เป็นปัญหาร้อยละ 7.8 (ภาคผนวก ก ตารางที่ 23)

ตารางที่ 14 ความจำเป็นในการใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม ของผู้สูงอายุจำแนกตามชนิดของฟันปลอม (n = 389)

ความจำเป็นในการใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม	จำนวน	ร้อยละ
จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม	182	46.8
ฟันปลอมบางส่วนบน	28	15.4
ฟันปลอมทั้งปากบน	2	1.1
ฟันปลอมบางส่วนล่าง	27	14.8
ฟันปลอมทั้งปากล่าง	3	1.6
ฟันปลอมบางส่วนบน/ฟันปลอมบางส่วนล่าง	90	49.5
ฟันปลอมทั้งปากบน/ฟันปลอมทั้งปากล่าง	12	6.6
ฟันปลอมบางส่วนบน/ฟันปลอมทั้งปากล่าง	10	5.5
ฟันปลอมทั้งปากบน/ฟันปลอมบางส่วนล่าง	10	5.5
จำเป็นต้องซ่อมแซมฟันปลอม	101	26.0
ฟันปลอมบน	41	40.6
ฟันปลอมล่าง	8	7.9
ฟันปลอมบนและล่าง	52	51.5
ไม่มีจำเป็นต้องใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม	106	27.2

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรม ทันตสุขภาพกับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับ สภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ

จากการจำแนกสภาวะความรุนแรงของโรคฟันผุโดยใช้ค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด เป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะความรุนแรงของโรคฟันผุ ได้แก่ อายุ ($p\text{-value} < .0001$) เพศ ($p\text{-value} < .0001$) ระดับการศึกษา ($p\text{-value} < .0001$) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ($p\text{-value} < .0001$) การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ($p\text{-value} = .0011$) พฤติกรรมทันตสุขภาพ ($p\text{-value} < .0001$) ส่วนรายได้และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับสภาวะความรุนแรงของโรคฟันผุ (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพ
ของผู้สูงอายุกับสภาวะโรคฟันผุ ($n = 368$)

ตัวแปร	สภาวะโรคฟันผุ						χ^2	df	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)							73.66	4	< .0001
60 - 69	92	39.2	98	41.7	45	19.1			
70 - 79	22	21.6	24	23.5	56	54.9			
80 ปีขึ้นไป	5	16.2	1	3.2	25	80.6			
เพศ							22.75	2	< .0001
ชาย	30	19.2	67	42.9	59	37.8			
หญิง	89	42.0	56	26.4	67	31.6			

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทัศนสุขภาพ
ของผู้สูงอายุกับสถานะ โรคฟันผุ (n=368) (ต่อ)

ตัวแปร	สภาวะโรคฟันผุ						χ^2	df	p-value
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับการศึกษา							42.84	4	<.0001
ไม่ได้เรียน	14	20.6	8	11.8	46	67.6			
ประถมศึกษา	102	35.3	110	38.1	77	26.6			
สูงกว่าประถมศึกษา	3	27.3	5	45.5	3	27.3			
รายได้							6.92	4	.1403
ไม่เพียงพอ	11	19.6	20	35.7	25	44.6			
พอกินพอใช้	76	32.8	79	34.1	77	33.2			
มีเหลือเก็บ	32	40.0	24	30.0	24	30.0			
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม							39.77	4	<.0001
ระดับน้อย	5	9.4	11	20.8	37	69.8			
ระดับปานกลาง	75	33.3	80	35.6	70	31.1			
ระดับดี	39	43.3	32	35.6	19	21.1			
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว							8.91	4	.0633
ระดับน้อย	16	42.1	7	18.4	15	39.5			
ระดับปานกลาง	76	33.5	83	3.5	68	30.3			
ระดับดี	27	26.2	33	32.0	43	41.8			
การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ							13.52	2	.0011
ได้รับ	66	36.1	71	38.8	46	25.1			
ไม่ได้รับ	53	28.6	52	28.1	80	43.3			
พฤติกรรมทันตสุขภาพ							27.78	4	<.0001
ระดับไม่ดี	7	12.3	15	26.3	35	61.6			
ระดับพอใช้	88	34.4	87	34.0	81	31.6			
ระดับดี	24	43.6	21	38.2	10	18.2			
รวม	119	32.3	123	33.4	126	34.2			

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสถานะโรคปริทันต์

จากการจำแนกสถานะปริทันต์ของผู้สูงอายุตามระดับความรุนแรง เป็น 3 ระดับ คือ เหงือกปกติ เหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ จากการตรวจไม่พบผู้สูงอายุที่มีเหงือกปกติส่วนใหญ่ จะพบโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งเมื่อทดสอบสถิติเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมทันตสุขภาพกับสถานะความรุนแรงของโรค ปริทันต์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะความรุนแรงของโรคปริทันต์ ได้แก่ การได้รับการ สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($p\text{-value} = .015$) และการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ($p\text{-value} = .031$) ส่วนเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และพฤติกรรมทันต สุขภาพไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับสถานะความรุนแรงของโรคปริทันต์ (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสถานะปริทันต์ของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	สภาวะปริทันต์				χ^2	df	p-value
	เหงือกอักเสบ		ปริทันต์อักเสบ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					0.47	1	.491
ชาย	82	58.2	59	41.8			
หญิง	117	61.9	72	38.1			
อายุ (ปี)					3.34	2	.188
60 - 69 ปี	144	59.3	99	40.7			
70 - 79 ปี	44	59.5	30	40.5			
80 ปีขึ้นไป	11	84.6	2	15.4			
ระดับการศึกษา					1.95	2	.377
ไม่ได้เรียน	22	52.4	20	47.6			
ประถมศึกษา	171	62.0	105	38.0			
สูงกว่าประถมศึกษา	6	50.0	6	50.0			

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสภาวะปริทันต์ของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ตัวแปร	สภาวะปริทันต์				χ ²	df	p-value
	เหงือกอักเสบ		ปริทันต์อักเสบ				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้					1.47	2	.478
ไม่เพียงพอ	34	68.0	16	32.0			
พอกินพอใช้	123	59.1	85	40.9			
มีเหลือเก็บ	42	58.3	30	41.7			
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม					2.11	2	.347
ระดับน้อย	19	70.4	8	29.6			
ระดับปานกลาง	129	61.1	82	38.9			
ระดับดี	51	55.4	41	44.6			
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว					8.4	2	.015
ระดับน้อย	25	75.8	8	24.2			
ระดับปานกลาง	111	54.4	93	45.6			
ระดับดี	63	67.7	30	32.3			
การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ					4.62	1	.031
ได้รับ	103	66.5	52	33.5			
ไม่ได้รับ	96	54.9	79	45.1			
พฤติกรรมทันตสุขภาพ					4.31	2	.115
ระดับไม่ดี	31	70.5	13	29.5			
ระดับพอใช้	141	60.8	91	39.2			
ระดับดี	27	50.0	27	50.0			



3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ

จากการจำแนกสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีฟันคงเหลือในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ และมีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก ได้แก่ อายุ ($p\text{-value} < .0001$) ระดับการศึกษา ($p\text{-value} < .0001$) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ($p\text{-value} < .0001$) การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ($p\text{-value} = .023$) พฤติกรรมทันตสุขภาพ ($p\text{-value} < .0001$) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก ได้แก่ เพศ รายได้ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพ และสถานะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	สถานะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก				χ^2	df	p-value
	น้อยกว่า 20 ซี่		20 ซี่ ขึ้นไป				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					3.31	1	.068
ชาย	71	43.3	93	56.7			
หญิง	77	34.2	148	65.8			
อายุ (ปี)					60.95	2	<.0001
60 - 69 ปี	62	24.4	192	75.6			
70 - 79 ปี	62	59.6	42	40.4			
80 ปีขึ้นไป	24	77.4	7	22.6			
ระดับการศึกษา					33.97	2	<.0001
ไม่ได้เรียน	47	69.1	21	30.9			
ประถมศึกษา	98	37.8	211	68.3			
สูงกว่าประถมศึกษา	3	25.0	9	75.0			

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพ และสถานะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ตัวแปร	สถานะการมีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก				χ^2	df	p-value
	น้อยกว่า 20 ซี่		20 ซี่ ขึ้นไป				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้					2.28	2	.318
ไม่เพียงพอ	27	45.8	32	54.2			
พอกินพอใช้	93	37.8	153	62.2			
มีเหลือเก็บ	28	33.3	56	66.7			
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม					39.49	2	< .0001
ระดับน้อย	40	74.1	14	25.9			
ระดับปานกลาง	86	36.0	153	64.0			
ระดับดี	22	22.9	74	77.1			
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว					4.46	2	.107
ระดับน้อย	17	42.5	23	57.5			
ระดับปานกลาง	80	33.9	156	66.1			
ระดับดี	51	45.1	62	54.9			
การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ					5.09	1	.023
ได้รับ	85	43.6	110	56.4			
ไม่ได้รับ	63	32.5	131	67.5			
พฤติกรรมทันตสุขภาพ					19.89	2	<.0001
ระดับไม่ดี	37	59.7	25	40.3			
ระดับพอใช้	99	36.8	170	63.2			
ระดับดี	12	20.7	46	79.3			
รวม	148	38.0	241	62.0			

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันต- สุขภาพ กับสถานะการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสถานะการใส่ฟันปลอม พบว่าผู้สูงอายุใส่ฟันปลอม 112 คน คิดเป็นร้อยละ 28.8 เมื่อทดสอบทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสถานะการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ($p\text{-value} = .014$) และพฤติกรรมทันตสุขภาพ ($p\text{-value} = .048$) ส่วนอายุ ระดับการศึกษา รายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับสถานะการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม พฤติกรรม
ทันตสุขภาพกับการมีหรือใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ($n = 389$)

ตัวแปร	ไม่มีฟันปลอม		มีฟันปลอม		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					5.9	1	.014
ชาย	106	64.6	58	35.4			
หญิง	171	76.0	54	24.0			
อายุ (ปี)					5.6	2	.058
60 - 69 ปี	191	75.2	63	24.8			
70 - 79 ปี	66	63.5	38	36.5			
80 ปีขึ้นไป	20	64.5	11	35.5			
ระดับการศึกษา					.31	2	.850
ไม่ได้เรียน	50	73.5	18	26.5			
ประถมศึกษา	219	70.9	90	29.1			
สูงกว่าประถมศึกษา 8		66.7	4	33.3			

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม พฤติกรรม
ทัศนสุขภาพกับการมีหรือใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ (ต่อ) (n=389)

ตัวแปร	ไม่มีฟันปลอม		มีฟันปลอม		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้					4.9	2	.082
ไม่เพียงพอ	36	61.0	23	39.0			
พอกินพอใช้	184	74.8	62	25.2			
มีเหลือเก็บ	57	67.9	27	32.1			
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม					2.2	2	.327
ระดับน้อย	43	79.6	11	20.4			
ระดับปานกลาง	166	69.5	73	30.5			
ระดับดี	68	70.8	28	29.2			
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว					3.7	2	.150
ระดับน้อย	33	82.5	7	17.5			
ระดับปานกลาง	161	68.2	75	31.8			
ระดับดี	83	73.5	30	26.5			
การได้รับข่าวสารทัศนสุขภาพ					1.7	1	.189
ได้รับ	133	68.2	62	31.8			
ไม่ได้รับ	144	74.2	50	25.8			
พฤติกรรมทัศนสุขภาพ					6.04	2	.048
ระดับไม่ดี	50	80.6	12	19.4			
ระดับพอใช้	192	71.4	77	28.6			
ระดับดี	35	60.3	23	39.7			
รวม	227	71.2	112	28.8			

ส่วนที่ 4 การศึกษาความหนักแน่นของความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

การศึกษาความหนักแน่นของความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ กับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้ มีตัวแปรตาม ซึ่งจำแนกเป็นสภาวะโรคฟันผุ สภาวะโรคปริทันต์ สภาวะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก และสภาวะการใส่ฟันปลอม ปัจจัยอิสระหรือตัวแปรต้นที่นำมาศึกษาบางตัวเป็นปัจจัยที่มีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลต่อเนื่อง (Quantitative variable) บางตัวแปรเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพหรือเป็นข้อมูลกลุ่ม (Qualitative variable or Nominal scale) ซึ่งนำมาแปรสภาพเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) รวมปัจจัยที่นำมาศึกษาทั้งสิ้น 8 ปัจจัย ดังนี้

1. อายุ มีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่องที่เป็นจำนวนปี
2. เพศ มีลักษณะเป็นข้อมูลกลุ่ม แบ่งเป็น ชาย (1) กับหญิง (0)
3. ระดับการศึกษามีลักษณะเป็นข้อมูลกลุ่ม แบ่งเป็น เรียน (1) กับไม่ได้เรียน (0)
4. รายได้ มีลักษณะเป็นข้อมูลกลุ่มแบ่งเป็น เพียงพอ (1) กับไม่เพียงพอ (0)
5. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่องที่เป็นระดับคะแนน
6. การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่องที่เป็นระดับคะแนน
7. การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพมีลักษณะเป็นข้อมูลกลุ่ม แบ่งเป็น ได้รับ (1) กับไม่ได้รับ (0)
8. พฤติกรรมทันตสุขภาพ มีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่องที่เป็นระดับคะแนน

4.1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรม ทันตสุขภาพกับสภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ

จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างจำนวนซี่ฟันผุ ถอน อุด ของผู้สูงอายุกับปัจจัยต่าง ๆ มีดังนี้ อายุ ($r = .4828$, $p < 0.0001$) ระดับการศึกษา ($r = -.3281$, $p < 0.0001$) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ($r = -.3712$, $p < 0.0001$) การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ($r = -.1661$, $p < 0.0001$) พฤติกรรมทันตสุขภาพ ($r = -.3021$, $p < 0.0001$) เพศ ($r = .0956$, $p = 0.060$) รายได้ ($r = -.0887$, $p = 0.080$) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($r = .0654$, $p = .198$) (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม
พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	r_{xy}	p-value
ด้านประชากร		
อายุ	0.4828	<.0001
เพศ	0.0956	.060
ระดับการศึกษา	-0.3281	<.0001
ด้านเศรษฐกิจ		
รายได้	-0.0887	.080
ด้านสังคม		
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	-0.3712	<.0001
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	0.0654	.198
การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ	-0.1661	.001
พฤติกรรมทันตสุขภาพ	-0.3021	<.0001

4.2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรม ทันตสุขภาพกับสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ

จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปากกับปัจจัยต่าง ๆ มีดังนี้ ระดับการศึกษา ($r = .03385$, $p < 0.0001$) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ($r = .3788$, $p < 0.0001$) การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ($r = .1601$, $p = 0.002$) พฤติกรรมทันตสุขภาพ ($r = .3091$, $p < 0.0001$) อายุ ($r = -.4883$, $p < 0.0001$) เพศ ($r = -.0879$, $p = 0.083$) รายได้ ($r = .0832$, $p = 0.101$) การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($r = -.0692$, $p = .173$) (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านประชากรด้านเศรษฐกิจพฤติกรรมทันตสุขภาพ และสถานะการมีฟันคงเหลืออยู่ในช่องปากของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	r_{xy}	p-value
ด้านประชากร		
อายุ	-.4883	<.0001
เพศ	-.0879	.083
ระดับการศึกษา	.0338	<.0001
ด้านเศรษฐกิจ		
รายได้	.0832	.101
ด้านสังคม		
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	.3788	<.0001
การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	-.0692	.173
การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ	.1601	.002
พฤติกรรมทันตสุขภาพ	.3091	<.0001

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลด้านระบาค วิทยาของสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ พร้อมทั้งศึกษาความหนักแน่น ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะ ทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่ตำบลแม่จิวะ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ซึ่งผู้สูงอายุที่ศึกษาจะได้รับการตรวจสภาวะทันตสุขภาพ ประกอบด้วยการตรวจฟัน สภาวะปริทันต์ และการใส่ฟันปลอม โดยทันตแพทย์เป็นผู้ตรวจ ส่วนข้อมูลด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และ พฤติกรรมทันตสุขภาพ เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ประกอบด้วย ผู้วิจัย ทันตภิบาลและนักวิชาการสาธารณสุข มีผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 389 คน ผลการ ศึกษาวิจัย อภิปรายได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และพฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูง อายุ

ผู้สูงอายุที่ศึกษา พบว่ามีอายุระหว่าง 60-94 ปี อายุเฉลี่ย 67.72 ปี ประมาณร้อยละ 65 อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะประชากร ผู้สูงอายุของจังหวัดแพร่ ปี 2538 ที่พบว่าการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามปีรามิดประชากร จำนวนผู้สูงอายุ จะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้นและพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (93) ประมาณร้อยละ 79 ของผู้สูงอายุเรียน จบประถมศึกษา มีรายได้อยู่ในระดับพอกินพอใช้ ผู้สูงอายุได้รับรายได้จากบุตรหลานและอาศัยอยู่ ในครอบครัวเดียวกับบุตรหลานประมาณร้อยละ 70 มีส่วนน้อยที่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ หรือนำเงิน/บำนาญ เกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ร้อยละ 60 เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งมีร่างกายแข็งแรง สามารถเดินทางไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของหมู่บ้านได้เมื่อมีเวลาว่าง แต่ในบางครั้งก็ต้องเฝ้าบ้านหรือ ดูแลบุตรหลาน ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมชนบทที่ผู้สูงอายุนักจะต้องดูแลบุตรหลานจึงไม่สามารถไป ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของหมู่บ้านได้ในบางครั้ง จึงทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวพบว่า ประมาณร้อยละ 60 ได้รับการ สนับสนุนในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือและดูแล ตนเองได้ จึงไม่ต้องพึ่งพิงบุตรหลานในการเดินทางไปรับการรักษาพยาบาล ประกอบกับในปัจจุบัน รัฐบาลมีนโยบายในการประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยสวัสดิการสำคัญที่รัฐบาลให้แก่ผู้สูงอายุคือ

การได้สิทธิรับการบริการทางสุขภาพโดยไม่คิดมูลค่าตั้งแต่ พ.ศ.2535 เป็นต้นมา (94) จึงทำให้การฟุ้งฟิง หรือรับการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 ลักษณะด้านระบาดวิทยาของสภาวะทันตสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 สภาวะโรคฟันผุ เมื่อศึกษาถึงสภาวะความชุกของโรคฟันผุ โดยศึกษาประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT พบว่า ผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุร้อยละ 94.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุดเท่ากับ 13.16 ซี่ ต่อคน ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537 ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 95 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุดเท่ากับ 15.8 ซี่ / คน (21) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุในผู้สูงอายุที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุและค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด สูงกว่าผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดแพร่ ปี 2539 ที่พบว่าผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 89.8 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุด เท่ากับ 9.2 ซี่ / คน (95) ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มอายุที่ทำการสำรวจไม่เท่ากันเพราะในการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดแพร่ ทำการสำรวจในกลุ่มอายุ 60-74 ปี แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่ายังมีผู้ที่อายุมากกว่า 74 ปี ถึงร้อยละ 14.7 ของผู้สูงอายุที่ศึกษา จากการศึกษาพบว่าการสูญเสียฟันจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (18,19) ดังนั้นการสำรวจในกลุ่มอายุมากกว่า 74 ปี จึงส่งผลให้ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุ และค่า DMFT จากการสำรวจครั้งนี้สูงขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT กับสภาวะที่ผู้สูงอายุเป็นโรคฟันผุที่พบในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงจำนวนผู้สูงอายุที่พบซี่ฟันผุจากการสำรวจในปัจจุบัน โดยไม่ได้นับรวมจำนวนซี่ฟันที่สูญเสียไปและฟันที่ได้รับการบูรณะแล้ว จำแนกตามปัจจัยที่ศึกษา พบว่าในเพศชายและเพศหญิงมีประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุใกล้เคียงกัน โดยเพศชายมีประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการเป็นโรคฟันผุในปัจจุบันที่พบว่า เพศชายพบมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในวัยสูงอายุเพศหญิง เอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่าเพศชาย ทำให้มีฟันผุในวัยสูงอายุต่ำกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim LP และคณะ (91) ที่พบว่าเพศหญิงที่มีความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปาก และตอบสนองต่อการให้ความรู้ทางทันตสุขภาพดีจะมีคะแนนทัศนคติสูงกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Gry Prytz berset และคณะ พบว่าการเกิดโรคฟันผุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก (96)

เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุของผู้สูงอายุจากค่า DMFT จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และพฤติกรรมทันตสุขภาพ เปรียบเทียบกับการเป็นโรคฟันผุในปัจจุบันพบว่า การเป็นโรคฟันผุทั้ง 2 ลักษณะจะผกผันกัน โดยที่พบว่าประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT เพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ยกเว้นในกลุ่ม อายุ 65-69 ปี ที่มีประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุต่ำกว่ากลุ่มอายุ 60-64 ปี ส่วนการเป็นโรคฟันผุในปัจจุบันลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ยกเว้นในกลุ่มอายุ 75-79 ปี ที่มีร้อยละของการเป็นโรคฟันผุในปัจจุบันสูงกว่าในกลุ่มอายุ 65-74 ปี เช่นเดียวกันในผู้ที่มีการศึกษาสูงขึ้นและในผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพดีขึ้น ประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT จะลดลง แต่โรคฟันผุที่พบในปัจจุบันกลับเพิ่มขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่าประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุที่คิดจากค่า DMFT เป็นค่าสะสมของจำนวนซี่ฟันผุ ถอนอุด ซึ่งเป็นขบวนการที่ใช้วัดเชิงปริมาณของการเกิดโรคฟันผุ โดยลักษณะการดำเนินของโรคฟันผุเป็นโรคที่เกิดขึ้นแล้วจะไม่หายคืนสู่สภาพเดิม ถึงแม้ได้รับการรักษา เช่น การอุดหรือถอนฟันก็ยังคงมีร่องรอยและพยาธิสภาพของโรคให้เห็นได้ ดังนั้นค่าดัชนี DMFT จึงสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นการสูญเสียฟันจะเพิ่มขึ้น (18,19) ส่วนการเป็นโรคฟันผุที่พบในปัจจุบันซึ่งไม่นับรวมฟันผุที่ได้รับการบูรณะแล้ว พบว่าลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้นหรือเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้นหรือในกลุ่มที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพดี ซึ่งอาจขึ้นกับโอกาสในการตรวจพบฟันผุสูงขึ้นจากจำนวนซี่ฟันที่คงเหลือมากขึ้น เนื่องจากในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปากจะลดลง ทำให้มีจำนวนซี่ฟันที่มีโอกาสตรวจพบฟันผุลดลง เช่นเดียวกับผู้ที่ระดับการศึกษาสูงขึ้นหรือมีพฤติกรรมทันตสุขภาพดีจำนวนซี่ฟันที่เหลือในช่องปากมีมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่าหรือมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ไม่ดี (ตารางที่ 12) ทำให้มีโอกาสดูตรวจพบฟันผุมากขึ้น ซึ่งในเรื่องนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงการที่ผู้สูงอายุเป็นโรคฟันผุในปัจจุบัน จึงเป็นเรื่องน่าสนใจที่จะศึกษาต่อไป

ส่วนการมีฟันผุที่รากฟันของผู้สูงอายุพบเพียงร้อยละ 1.3 ซึ่งต่ำกว่าผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 (21) ที่พบฟันผุที่รากฟันร้อยละ 27 และแตกต่างจากผลการศึกษาของ Katz RV และคณะ (43) ที่พบว่าความชุกของฟันผุที่รากฟันสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการตรวจฟันผุที่รากฟันค่อนข้างตรวจลำบาก มีฟันผุร่อนทั้งซี่ จนไม่สามารถตรวจได้ว่าผุบนตัวฟันหรือรากฟัน หรือมีคราบจุลินทรีย์เกาะบนฟันมากจนตรวจลำบาก

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจสังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคฟันผุ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ พฤติกรรมทันตสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคฟันผุ ได้แก่ เพศ รายได้ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับสถานะโรคฟันผุ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีขบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ต่อเนื่องกันไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงในช่องปากที่ในวัยสูงอายุจะมีสถานะปากแห้ง รวมทั้งมีปัจจัยเสริม เช่น ความสามารถในการใช้มือ การดูแลเอาใจใส่สุขภาพช่องปากลดลง ประเภทของอาหารที่รับประทานจะเป็นอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย นอกจากนี้การเดินทางพบทันตแพทย์ลำบาก ต้องพึ่งพานุตรหลาน ตลอดจนปัญหาสุขภาพทั่ว ๆ ไป ที่ส่งผลให้มีฟันผุเพิ่มขึ้น จากการสำรวจวิทยาการระบาดของโรคฟันผุพบว่าการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (18,19) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สีนประสงค์ (75) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า

ระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับสถานะโรคฟันผุ เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นตัวส่งผลถึงการที่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติตัวทางด้านอนามัยอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค (71) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุติ ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (76) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gry Prytz berset และคณะ (96) ที่พบว่าจำนวนด้านของฟันที่ผุมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา

การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมีความสัมพันธ์กับสถานะโรคฟันผุ ซึ่งตามทฤษฎีของการมีกิจกรรมร่วมกันเชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมในสังคมจะมีการปรับตัวได้ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ (79) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพและพฤติกรรมทันตสุขภาพ พบว่าการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพและพฤติกรรมทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานะโรคฟันผุของผู้สูงอายุ ซึ่งการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้สูงอายุได้รับ เมื่อบุคคลได้รับความรู้จะเกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในด้านอนามัยถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี (87) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารทันตสุขภาพจะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้น ทำให้สถานะโรคฟันผุของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Eli Schwarz และคณะ (90) ที่ศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติด้านทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ในฮ่องกง โดยศึกษาในผู้ที่มีอายุ 35-44 ปี และอายุ 65-74 ปี พบว่าระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ความสม่ำเสมอและความถี่ในการพบทันตแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านทันตสุขภาพในกลุ่มทั้งสองกลุ่มอายุ เพศหญิงที่มีความสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปากและการตอบสนองต่อการให้

ความรู้ด้านทันตสุขภาพดีจะมีคะแนนทัศนคติสูงกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim LP (91) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการแปรงฟันและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Gry Prytz berset และคณะ (96) ที่พบว่า การเกิดโรคฟันผุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอนามัยในช่องปากและความสม่ำเสมอในการพบทันตแพทย์

2.2 สภาวะปริทันต์ จากการศึกษาพบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายการตรวจสภาวะปริทันต์ 330 คน คิดเป็นร้อยละ 84.8 ของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษา โดยที่ผู้สูงอายุมีส่วนของช่องปากที่สามารถตรวจวัดได้เฉลี่ย 4.19 ส่วน / คน เมื่อจำแนกสภาวะปริทันต์เป็น 4 ระดับ คือ เหงือกปกติ (CPI = 0) เหงือกมีเลือดออก (CPI = 1) พบหินน้ำลาย (CPI = 2) มีร่องลึกปริทันต์ 4 – 5 มิลลิเมตร (CPI = 3) และมีร่องลึกปริทันต์เท่ากับหรือมากกว่า 6 มิลลิเมตร (CPI = 4) พบว่าผู้สูงอายุมีสภาวะปริทันต์ในระดับที่พบหินน้ำลายสูงสุด รองลงมา มีร่องลึกปริทันต์ 4 – 5 มิลลิเมตร มีร่องลึกปริทันต์เท่ากับหรือมากกว่า 6 มิลลิเมตร และเหงือกมีเลือดออกตามลำดับ ซึ่งเมื่อนำมาจัดกลุ่มสภาวะปริทันต์ตามระดับความรุนแรงออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เหงือกปกติ (CPI = 0) เหงือกอักเสบ (CPI = 1,2) และปริทันต์อักเสบ (CPI = 3,4) ไม่พบผู้สูงอายุที่มีเหงือกปกติ พบเหงือกอักเสบร้อยละ 60.3 ปริทันต์อักเสบร้อยละ 39.7 โดยพบเหงือกอักเสบสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาพบสูงสุด และพบในผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้และระดับดี ส่วนในกลุ่มที่มีปริทันต์อักเสบพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี เพศชายมากกว่าเพศหญิง พบในผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาศึกษามากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนและผู้ที่ยังจบประถมศึกษา และพบในผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมากกว่าระดับพอใช้และไม่ดี

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะความรุนแรงของโรคปริทันต์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะความรุนแรงของโรคปริทันต์ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวทั้งในด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านเงินทอง การจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลช่องปาก นอกจากนี้โดยธรรมชาติของโรคปริทันต์สามารถมองเห็นความผิดปกติได้ชัดเจน ตลอดจนอาจทำให้มีกลิ่นปาก ซึ่งบุคคลในครอบครัวสามารถมองเห็นว่าเป็นปัญหาจึงพาผู้สูงอายุไปรับการรักษาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาวะปริทันต์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ (79) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพกับสภาวะความรุนแรงของโรคปริทันต์ อธิบายได้เช่นเดียวกับความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพกับสภาวะความรุนแรง

ของโรคฟันผุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Eli Schwarz และคณะ (90) ที่ศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติด้านทันตสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยกลางคนและวัยสูงอายุในฮ่องกง พบว่าระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ความสม่ำเสมอและความถี่ในการพบทันตแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านทันตสุขภาพในทั้งสองกลุ่มอายุ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่ศึกษา เช่น อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับสถานะความรุนแรงของโรคปริทันต์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tero K. Sakki และคณะ (60) ที่พบว่าร่องลึกปริทันต์จะเพิ่มขึ้นตามลักษณะวิถีการดำเนินชีวิตและการแปรงฟัน ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตในที่นี้หมายถึง นิสัยการบริโภค การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการดำเนินกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานะปริทันต์กับสภาพสังคม เศรษฐกิจและเพศ

จากการศึกษาพบว่าประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับปัจจัยที่น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคฟันผุ และโรคปริทันต์บางประเด็น เช่น จากการศึกษพบว่าผู้สูงอายุอมเม็ขร้อยละ 68.3 ซึ่งโดยปกติใบเม็ขจะมีสารฟลูออไรด์ ที่สามารถช่วยป้องกันฟันผุได้แต่ยังพบว่าผู้สูงอายุมีฟันผุสูง อาจเนื่องมาจากลักษณะของเม็ขที่นิยมรับประทานในจังหวัดแพร่จะเป็นเม็ขที่มีการหมักจนมีรสเปรี้ยว ซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรด เมื่ออมอยู่ในปากเป็นเวลานานอาจทำให้ฟันผุได้และยังอาจก่อให้เกิดปัญหาโรคปริทันต์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนยังนิยมรับประทานเม็ขที่หมักด้วยน้ำตาลจนมีรสหวาน ที่อาจทำให้เกิดโรคฟันผุได้ ซึ่งประเด็นนี้เป็นอีกประเด็นที่น่าจะมีความรู้เปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่อมเม็ขและไม่อมเม็ข

2.3 สถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันเฉลี่ย 12.07 ซี่ต่อคน โดยมีผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 10 กลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไปมีการสูญเสียฟันทั้งปากสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 75-79 ปี กลุ่มอายุที่มีการสูญเสียฟันทั้งปากต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 60-64 ปี ซึ่งร้อยละของการสูญเสียฟันทั้งปากต่ำกว่าผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 (21) ที่พบการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 16.3 ในเพศชายมีการสูญเสียฟันทั้งปากใกล้เคียงกับเพศหญิง ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีการสูญเสียฟันทั้งปากสูงกว่าผู้ที่เรียนจบประถมศึกษา ไม่พบการสูญเสียฟันทั้งปากในผู้ที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา เกี่ยวกับพฤติกรรมทันตสุขภาพนั้น พบว่ามีการสูญเสียฟันทั้งปากสูงสุดในผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพไม่ดี เมื่อผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันย่อมส่งผลต่อการมีฟันคงเหลือในช่องปาก ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีฟันคงเหลือในช่องปากเฉลี่ย 19.26 ซี่ต่อคน มีผู้สูงอายุที่มีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 62.0 โดยกลุ่มอายุที่มีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปสูงสุดคือกลุ่มอายุ 60-64 ปี และต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เพศหญิงมีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปมากกว่าเพศชาย ผู้ที่

เรียนสูงกว่าประถมศึกษา มีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปสูงสุด ผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับดีมีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป มากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับ พอใช้และระดับไม่ดี จากผลการศึกษา พบว่าร้อยละของผู้ที่มีฟันคงเหลือในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไป สูงกว่าผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 และสูงกว่าเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดไว้ว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่มีอายุ 60 – 74 ปี มีฟันอยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปากไม่ได้แยกจำนวนซี่ฟันที่ใช้งานไม่ได้ เช่น ฟันที่กำลังจะถูกถอน ออกจากการสำรวจ

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะการมีฟันเหลือในช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะการมีฟันเหลือในช่องปาก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพและพฤติกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bertil S. Hanson และคณะ (64) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับตำแหน่งหน้าที่การงานแตกต่างกัน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับการสนับสนุนจากสังคม มีความสัมพันธ์กับจำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่

2.4 สถานะการใส่ฟันปลอม

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุใส่ฟันปลอม ร้อยละ 28.8 โดยกลุ่มอายุ 70 – 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป มีร้อยละของการใส่ฟันปลอมใกล้เคียงกัน แต่สูงกว่าในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี เพศชายใส่ฟันปลอมมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษา ใส่ฟันปลอมมากกว่าผู้ที่เรียนจบสูงกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา ผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับดีมีการใส่ฟันปลอมมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับพอใช้และระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาถึงชนิดของฟันปลอมที่ผู้สูงอายุใส่ พบว่าเป็นฟันปลอมบางส่วนบนมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ฟันปลอมทั้งปากบน / ฟันปลอมทั้งปากล่าง ฟันปลอมบางส่วนบน / ฟันปลอมบางส่วนล่างและฟันปลอมชนิดอื่น ๆ ส่วนชนิดของฟันปลอมที่ผู้สูงอายุใส่ต่ำสุด คือ ฟันปลอมทั้งปากล่าง

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุใส่ฟันปลอมบางส่วนบนมากกว่าฟันปลอมบางส่วนล่างถึง 4 เท่าและใส่ฟันปลอมทั้งปากบนมากกว่าฟันปลอมทั้งปากล่าง 8 เท่า เหตุผลอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการใส่ฟันปลอมบนมากกว่าฟันปลอมล่างเพื่อความสวยงาม ความชัดเจนในการพูด และการใส่ฟันปลอมล่างมีโอกาสดึงเจ็บมากกว่าการใส่ฟันปลอมบน ผู้สูงอายุจึงถอดออก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ จันทรัตน์ และยุทธนา ปัญญางาม (63) ที่ศึกษาสถานะโรคฟันผุและการใส่ฟันปลอมของผู้ป่วยทันตกรรมในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าสัดส่วนของ

จำนวนฟันปลอมที่ใส่ต่อฟันที่ถอนของฟันหน้าสูงกว่าฟันหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนส่วนใหญ่คำนึงถึงความสวยงามมากกว่าการใช้ประโยชน์ของฟันปลอมในการบดเคี้ยว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Joe Lemasney and Elmar Murphy (19) ที่พบว่าผู้ป่วยที่สูญเสียฟันทั้งปากมีเพียงร้อยละ 27 ที่ใส่ฟันปลอมทั้งปากบนและล่าง ส่วนใหญ่จะใส่เพียงฟันปลอมบนเท่านั้นเนื่องจากการปรับตัวได้กับการใส่ฟันปลอมบน ในขณะที่ปรับตัวไม่ได้กับการใส่ฟันปลอมล่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเคยทำฟันปลอมแต่ไม่ใส่ โดยให้เหตุผลว่าหายหรือแตก หรือมีอยู่แต่ไม่ใส่

ความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันปลอมแต่ทันตแพทย์เห็นสมควรว่าควรใส่ฟันปลอมมีจำนวนร้อยละ 46.8 ซึ่งจำแนกเป็นการใส่ฟันปลอมบางส่วนบน/ฟันปลอมบางส่วนล่างมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การใส่ฟันปลอมบางส่วนบน การใส่ฟันปลอมบางส่วนล่างและการใส่ฟันปลอมชนิดอื่น ๆ ความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมต่ำสุดคือการใส่ฟันปลอมทั้งปากบน

ความจำเป็นในการซ่อมแซมฟันปลอม ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมทั้งหมด 112 ราย พบว่ามีความจำเป็นต้องซ่อมแซมฟันปลอม 101 ราย คิดเป็น ร้อยละ 90.2 โดยร้อยละ 51.5 มีความจำเป็นต้องซ่อมแซมฟันปลอมบนและล่าง รองลงมา ได้แก่ ความจำเป็นในการซ่อมแซมฟันปลอมบน ส่วนการซ่อมแซมฟันปลอมล่างมีเพียง ร้อยละ 7.9

จากผลศึกษาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมมีจำนวนร้อยละ 28.8 มีผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้ใส่ฟันปลอมแต่ทันตแพทย์เห็นว่าควรใส่ฟันปลอมสูงถึงร้อยละ 46.8 ส่วนการซ่อมแซมหรือแก้ไขฟันปลอมคิดเป็นร้อยละ 90.2 ของผู้ที่ใส่ฟันปลอม พบผู้ที่ไม่มีปัญหาหรือไม่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมหรือซ่อมแซมฟันปลอมร้อยละ 27.2 ของผู้สูงอายุที่สำรวจทั้งหมด เหตุผลที่ผู้สูงอายุไม่ต้องการใส่ฟันปลอมหรือต้องการใส่เมื่อถอนฟันหมดปากก่อนเนื่องจากผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นฟันจะต้องหลุดไปเองเป็นธรรมชาติอยู่แล้ว จึงต้องการใส่ฟันปลอมเมื่อฟันหมดปากก่อนเพราะไม่อยากใส่ฟันปลอมบางส่วน ซึ่งต้องทำฟันปลอมบ่อ ๆ เมื่อมีการถอนฟันเพิ่มขึ้น และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการทำฟันปลอมหลายครั้ง บางรายกลัวเจ็บและรำคาญในการใส่ฟันปลอม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ จันทรัตน์และยุทธนา ปัญญางาม (63) ที่พบว่าการใส่ฟันปลอมในวัยสูงอายุเมื่อมีการถอนฟันไปแล้วหลาย ๆ ซี่ จะทำให้การใส่ฟันยากขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้ความอดทนต่อความรำคาญมาก เนื่องจากการถอนฟันหลายซี่ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ฟันปลอมชนิดถอดได้ ซึ่งมีฐานฟันเกะกะ ส่วนเหตุผลที่ต้องมีการซ่อมแซมหรือแก้ไขฟันปลอมเนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้สึกอายในการไปพบทันตแพทย์หรือการเดินทางลำบาก จึงนิยมใส่ฟันปลอมกับผู้ที่มาให้บริการทำฟันปลอมที่บ้านซึ่งไม่ใช่ทันตแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิไล สมพร (55) ได้ศึกษาความต้องการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของศูนย์บริการสาธารณสุข 38 สำนักถนนมัย กรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์และตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุพบว่ามีเพียง

ร้อยละ 34.1 ของผู้สูงอายุที่ศึกษาต้องการมารับบริการทางทันตกรรม นอกนั้นไม่ต้องการรับบริการทันตกรรม เหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุตอบว่าไม่ต้องการมารับบริการทันตกรรม เพราะแก่แล้วไม่รู้จะทำไปทำไม ไม่มีเงิน กลัวเจ็บ กลัวหมอฟัน และไม่มีใครพาไปทำ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mattin และ Smith (56) , Kiyak (57) และ MacEntee และคณะ (58) ที่พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุตอบว่าไม่ต้องการรับบริการทันตกรรมเพราะไม่ต้องการหรือไม่จำเป็น มีปัญหาค่าใช้จ่าย มีความกลัวและปัญหาการเดินทางไปรับบริการ



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาาระบาดวิทยาของสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งศึกษาความหนักแน่นของความสัมพันธ์ของปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามีอายุระหว่าง 60-94 ปี อายุเฉลี่ย 67.72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (ช่วง 60-69 ปี) เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา โดยที่ส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา เมื่อพิจารณาเรื่องความสมดุลของรายรับและรายจ่าย พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้พอกินพอใช้ ส่วนการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่ได้รับข่าวสารทันตสุขภาพมีจำนวนใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่ได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมทันตสุขภาพซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการดูแลทันตสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง มีทักษะและการดูแลทันตสุขภาพระดับพอใช้

ส่วนที่ 2 ระบาดวิทยา ความสัมพันธ์ และความหนักแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

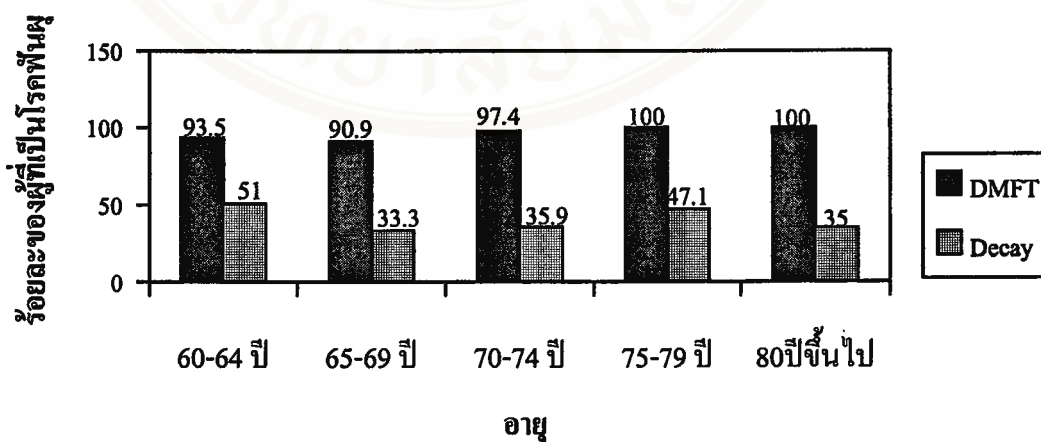
2.1 สภาวะโรคฟันผุ

2.1.2 สภาวะความชุกของโรคฟันผุ โดยศึกษาจากประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินจากค่า DMFT พบว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุร้อยละ 94.6 เพศหญิงและเพศชายมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีอัตราความชุกของโรคฟันผุสูงกว่าผู้ที่เรียนหนังสือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพ

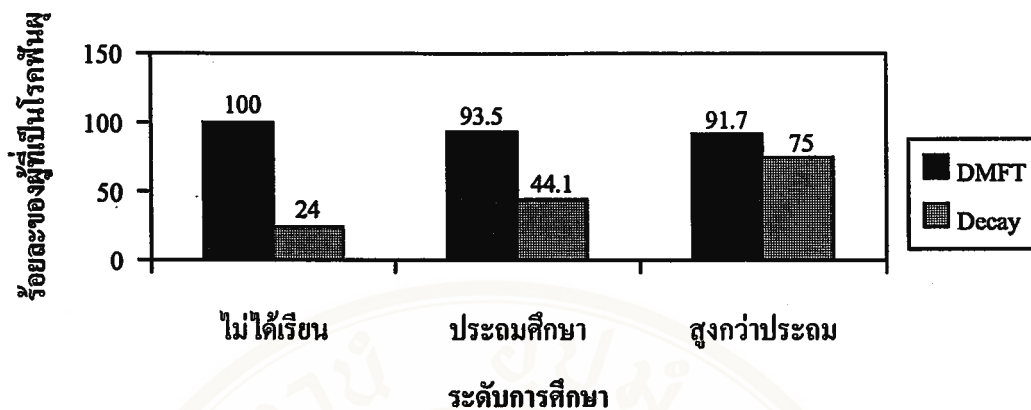
ระดับดีและพอใช้มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุใกล้เคียงกัน แต่สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพไม่ดี ซึ่งพฤติกรรมทันตสุขภาพในที่นี้ หมายถึง พฤติกรรมด้านความรู้ การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ ทักษะเกี่ยวกับโรค การป้องกันและรักษาในช่องปาก ตลอดจนการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้เกิดโรคฟันผุลดลง

ส่วนการศึกษาการเป็นโรคฟันผุในปัจจุบันของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสภาวะที่พบฟันผุอยู่พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคฟันผุร้อยละ 42.3 โดยที่กลุ่มอายุ 60-64 ปี เป็นโรคฟันผุสูงสุดร้อยละ 51 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 75-79 ปี ร้อยละ 47.1 นอกนั้นเป็นโรคฟันผุในปัจจุบันใกล้เคียงกัน เพศชายเป็นโรคฟันผุสูงกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุเป็นโรคฟันผุในปัจจุบันเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาและระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ

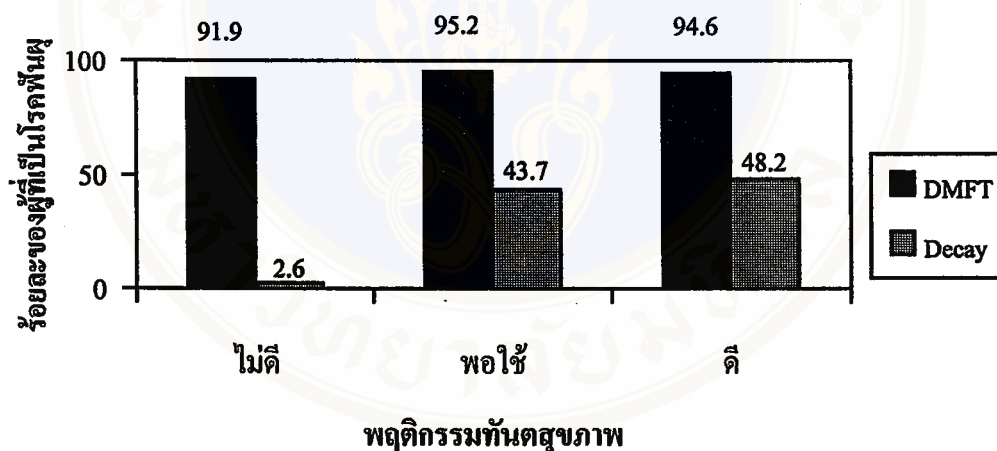
เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุที่ศึกษาจากค่า DMFT กับสภาวะการเป็นโรคฟันผุที่ตรวจพบในปัจจุบัน พบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่เป็นโรคฟันผุทั้งสองลักษณะมีความผกผันกันตามตัวแปรในเรื่องของอายุ ระดับการศึกษาและพฤติกรรมทันตสุขภาพ โดยร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT จะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ในขณะที่ร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุในปัจจุบันลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับเมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาและพฤติกรรมทันตสุขภาพที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาและมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีขึ้นมีร้อยละของการเป็นโรคฟันผุเพิ่มขึ้น ในขณะที่ร้อยละของโรคฟันผุจากค่า DMFT ลดลง (แผนภูมิที่ 1, 2 และ 3)



แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT เปรียบกับร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุในปัจจุบัน จำแนกตามกลุ่มอายุ

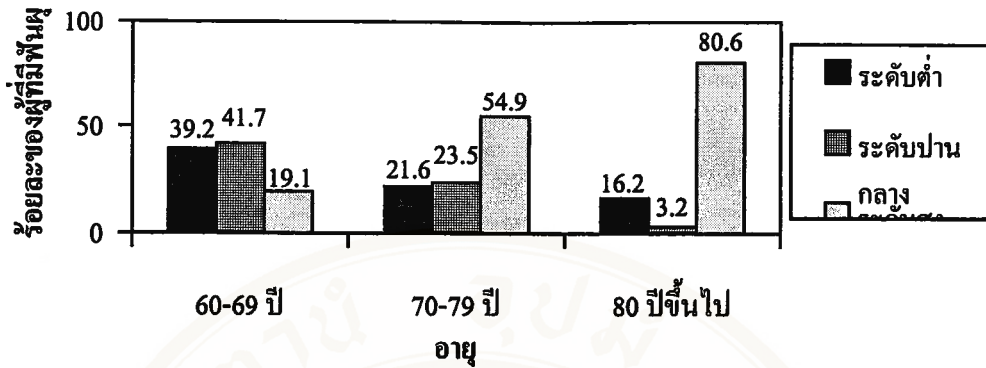


แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT เปรียบกับร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุในปัจจุบัน จำแนกตามระดับการศึกษา



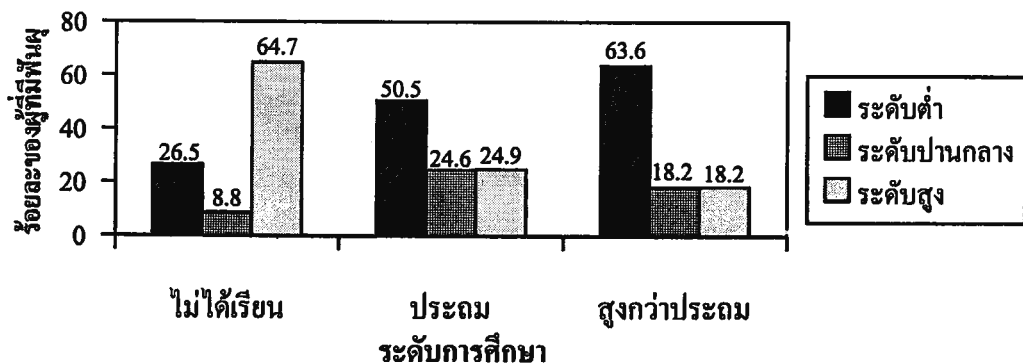
แผนภูมิที่ 3 แสดงร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุจากค่า DMFT เปรียบเทียบกับร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุในปัจจุบัน จำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ

2.1.2 ความรุนแรงของโรคฟันผุ ผู้สูงอายุที่ศึกษามีค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 13.16 ซี่/คน เมื่อจำแนกสถานะความรุนแรงของโรคฟันผุตามจำนวนซี่ ฟันผุ ถอน อุด เป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าจำนวนฟัน ผุ ถอน อุด ที่เปื้อนสีน้ำตาลที่ 33 และเปื้อนสีน้ำตาลที่ 66 พบว่าผู้สูงอายุมีสถานะโรคฟันผุระดับต่ำมากที่สุด (1-5 ซี่) รองลงมาเป็นระดับสูง (18 ซี่ขึ้นไป) และระดับปานกลาง (6-17 ซี่) ความรุนแรงของโรคฟันผุเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นดังจะเห็นได้จากสถานะโรคฟันผุระดับสูงจะเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่สถานะโรคฟันผุระดับต่ำจะลดลง (แผนภูมิ ที่ 4)

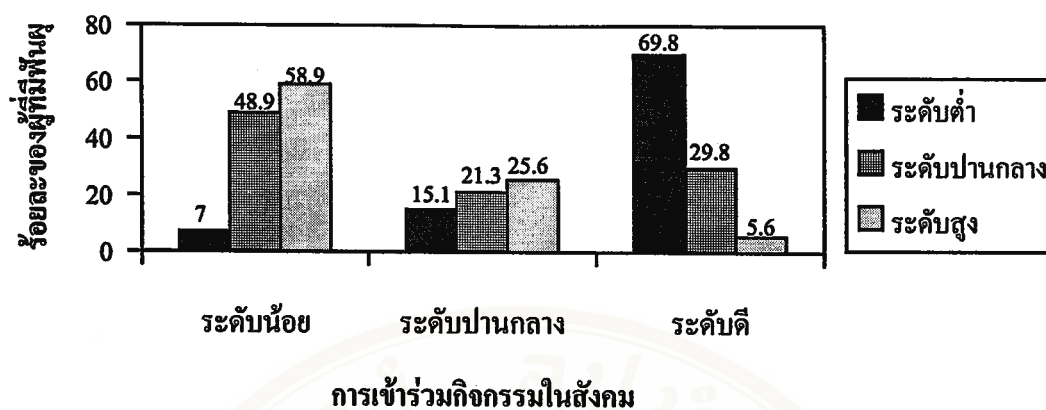


แผนภูมิที่ 4 แสดงระดับความรุนแรงของโรคพินสุ จำแนกตามกลุ่มอายุ

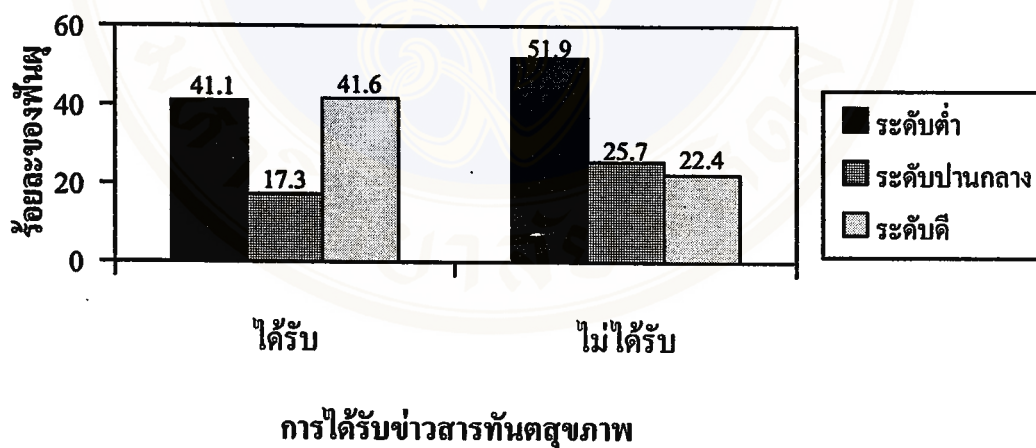
จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะความรุนแรงของโรคพินสุด้วยสถิติ Chi - square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะความรุนแรงของโรคพินสุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพและพฤติกรรมทันตสุขภาพ เมื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ พบว่าปัจจัยที่มีสหสัมพันธ์กับสภาวะโรคพินสุในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ซึ่งหมายความว่าเมื่ออายุมากขึ้นระดับความรุนแรงของโรคพินสุจะเพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยที่มีสหสัมพันธ์ในทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพและพฤติกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งหมายความว่าเมื่อปัจจัยเหล่านี้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นหรือการศึกษาสูงขึ้น ระดับความรุนแรงของโรคพินสุจะลดลง (แผนภูมิที่ 5,6,7,8)



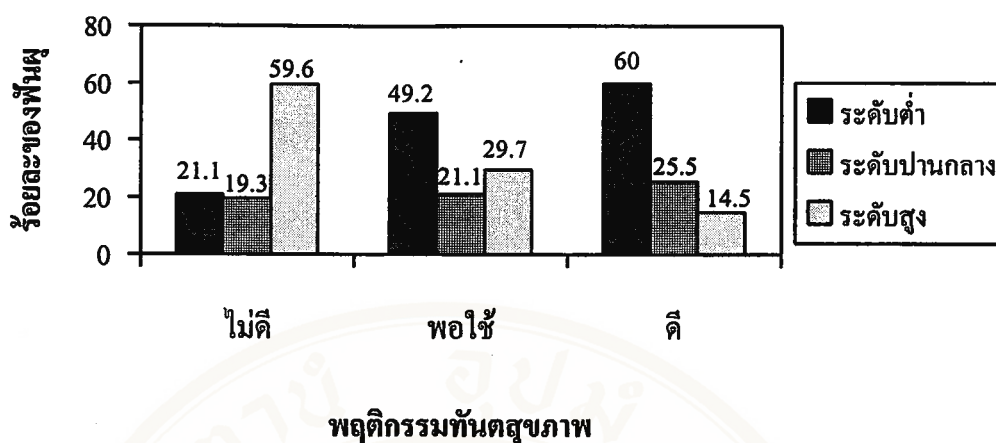
แผนภูมิที่ 5 แสดงระดับความรุนแรงของโรคพินสุ จำแนกตามระดับการศึกษา



แผนภูมิที่ 6 แสดงระดับความรุนแรงของโรคพิษณุ จำแนกตามระดับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม



แผนภูมิที่ 7 แสดงระดับความรุนแรงของโรคพิษณุ จำแนกตามการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ



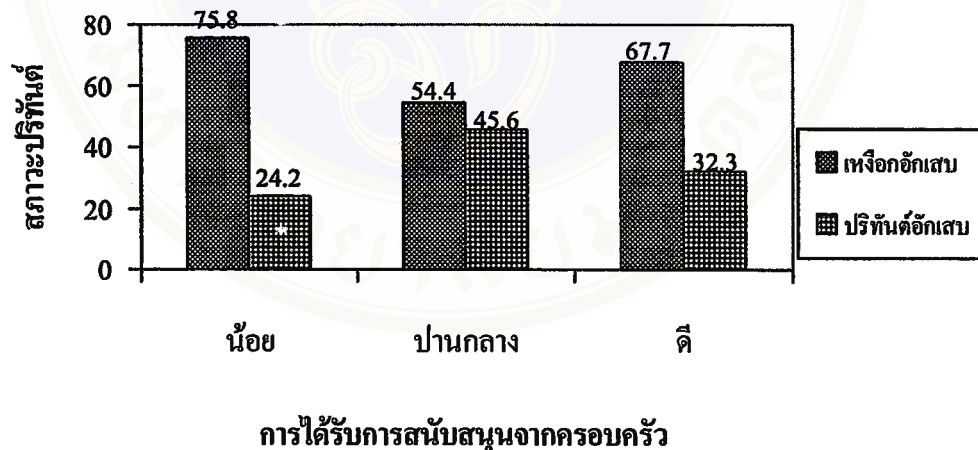
แผนภูมิที่ 8 แสดงระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ

2.1.3 ความจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุ ผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุด้วยวิธีถอนฟันสูงสุด รองลงมา ได้แก่ อุดฟัน ส่วนการรักษารากฟันและครอบฟันมีเพียงเล็กน้อย จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุถึงความต้องการในการรักษาโรคฟันผุพบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการรักษามีประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ร้อยละ 50.6 นอกนั้นไม่ต้องการรักษาโดยให้เหตุผลว่า คิดว่าไม่เป็นปัญหาร้อยละ 50.4 กลัวเจ็บร้อยละ 45.7 และแก่แล้วร้อยละ 3.9

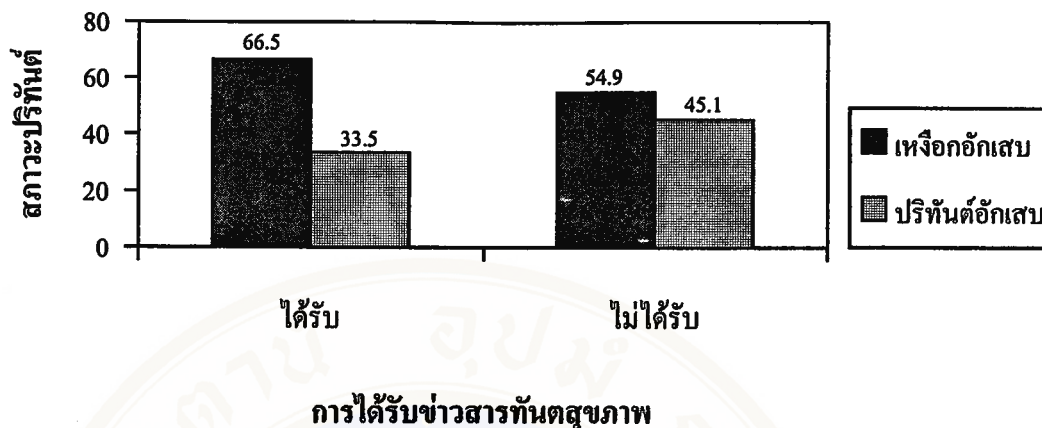
2.2 สภาวะโรคปริทันต์

2.2.1 สภาวะความชุกของโรคปริทันต์ ในการตรวจสอบสภาวะปริทันต์ของผู้สูงอายุโดยใช้ดัชนีชี้วัดสภาวะปริทันต์ พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายการตรวจสอบสภาวะปริทันต์ 330 คน คิดเป็นร้อยละ 84.8 ของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษา โดยมีส่วนของช่องปากที่สามารถตรวจวัดได้เฉลี่ย 4.19 ส่วน/คน เมื่อจำแนกตามระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ คือ เหงือกปกติ (CPI = 0), เหงือกมีเลือดออก (CPI = 1), พบหินน้ำลาย (CPI = 2), มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตร (CPI = 3) และมีร่องลึกปริทันต์เท่ากับหรือมากกว่า 6 มิลลิเมตร (CPI = 4) พบว่าผู้สูงอายุมีสภาวะปริทันต์ในระดับที่พบหินน้ำลายสูงสุด รองลงมา มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตรและมีร่องลึกปริทันต์เท่ากับหรือมากกว่า 6 มิลลิเมตรและเหงือกมีเลือดออก ตามลำดับ ซึ่งจากการตรวจไม่พบผู้สูงอายุที่มีเหงือกปกติ

2.2.2 สถานะความรุนแรงของโรคปริทันต์ เมื่อจัดกลุ่มของผู้สูงอายุตามระดับความรุนแรง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เหงือกปกติ (CPI = 1), เหงือกอักเสบ (CPI = 1,2) และปริทันต์อักเสบ (CPI = 3,4) ไม่พบผู้สูงอายุที่มีเหงือกปกติ ส่วนเหงือกอักเสบพบร้อยละ 60.3 ปริทันต์อักเสบพบร้อยละ 39.7 โดยที่เหงือกอักเสบจะพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เพศหญิงพบมากกว่าเพศชาย ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาพบมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนและเรียนจบสูงกว่าประถมศึกษา และพบเหงือกอักเสบในผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพไม่ดีมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับพอใช้และระดับดี ส่วนปริทันต์อักเสบพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 75-79 ปี เพศชายพบมากกว่าเพศหญิง พบในผู้ที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษาพบมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนและเรียนจบประถมศึกษา ส่วนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับดี พบปริทันต์อักเสบสูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับพอใช้และไม่ดี (แผนภูมิที่ 9,10) ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ



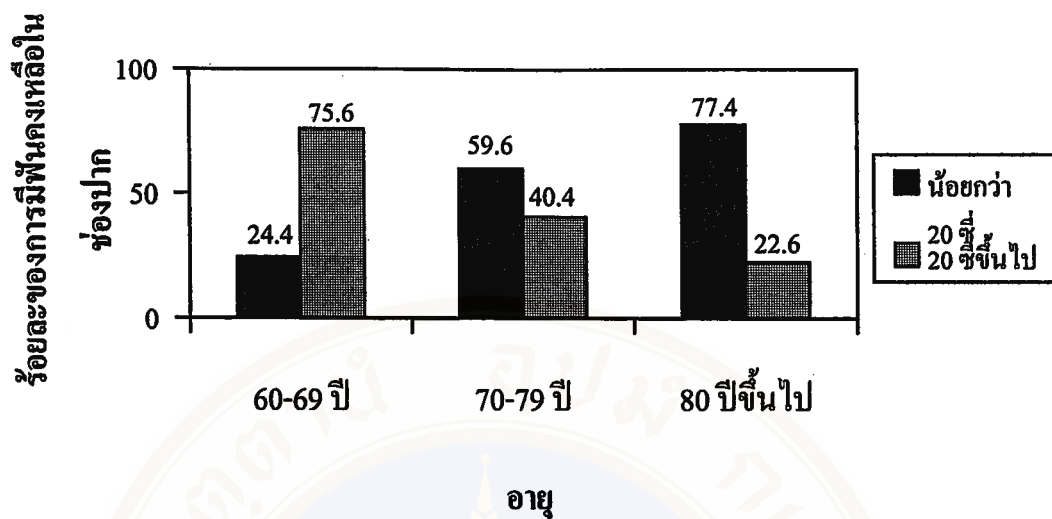
แผนภูมิที่ 9 แสดงระดับความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว



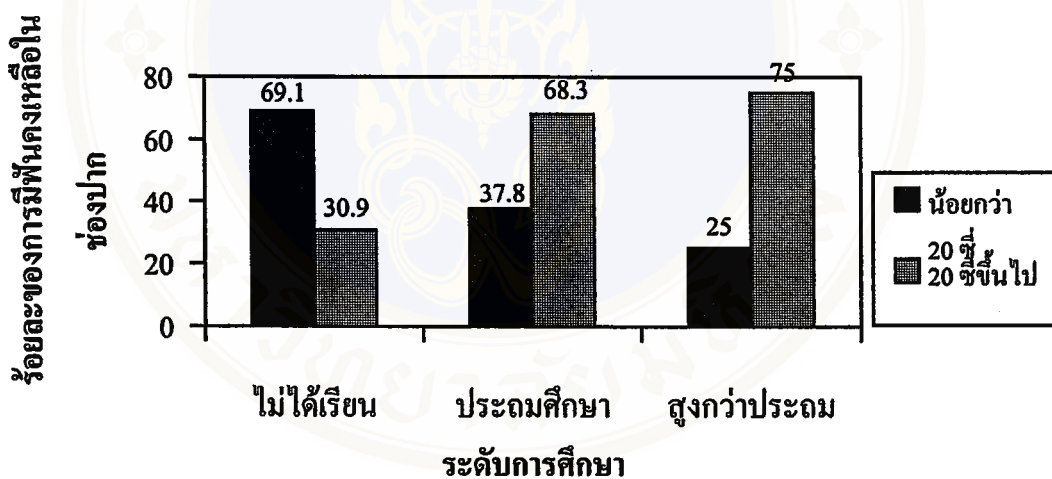
แผนภูมิที่ 10 แสดงระดับความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ จำแนกตามการได้รับ
ข่าวสารทันตสุขภาพ

2.3 สภาวะการมีฟันเหลืองในช่องปาก

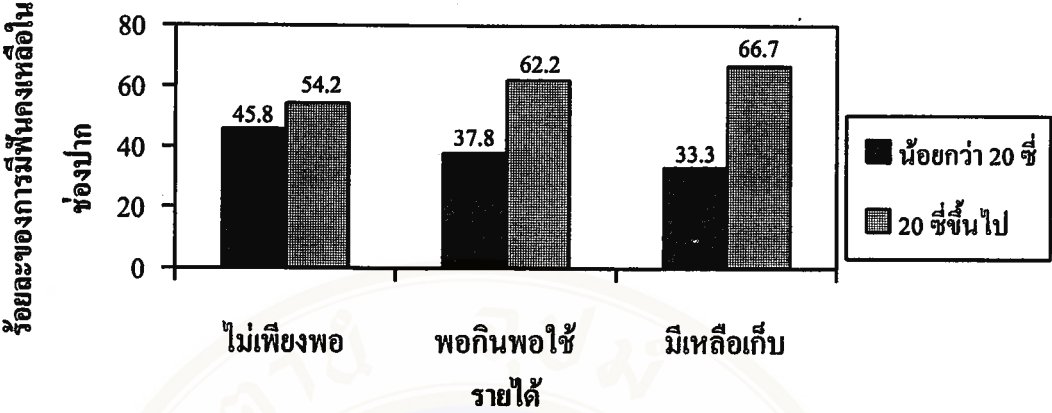
จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันเฉลี่ย 12.07 ซี่ต่อคน โดยมีผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 10.0 ร้อยละของผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ลดลงตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีขึ้น เพศชายมีการสูญเสียฟันทั้งปากใกล้เคียงกับเพศหญิง เมื่อผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันดังกล่าวย่อมส่งผลต่อการมีฟันเหลืองในช่องปาก ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีฟันเหลืองในช่องปากเฉลี่ย 19.26 ซี่ต่อคน มีผู้สูงอายุที่มีฟันเหลืองในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 62.0 ซึ่งพบว่าร้อยละของผู้ที่มีฟันเหลืองในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปลดลงตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น (แผนภูมิที่ 11) แต่เพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา รายได้ที่สูงขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ดีขึ้น (แผนภูมิที่ 12,13,14,15) เพศหญิงมีฟันเหลืองในช่องปาก 20 ซี่ขึ้นไปมากกว่าเพศชาย เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพกับสภาวะการมีฟันเหลืองในช่องปากของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ Chi-square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันเหลืองในช่องปาก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การได้รับข่าวสารทันตสุขภาพและพฤติกรรมทันตสุขภาพ



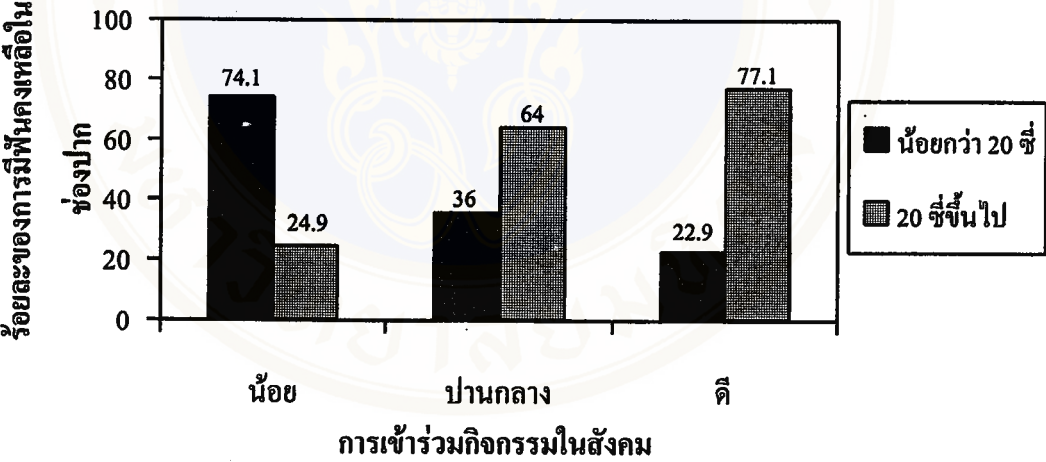
แผนภูมิที่ 11 แสดงสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก จำแนกตามกลุ่มอายุ



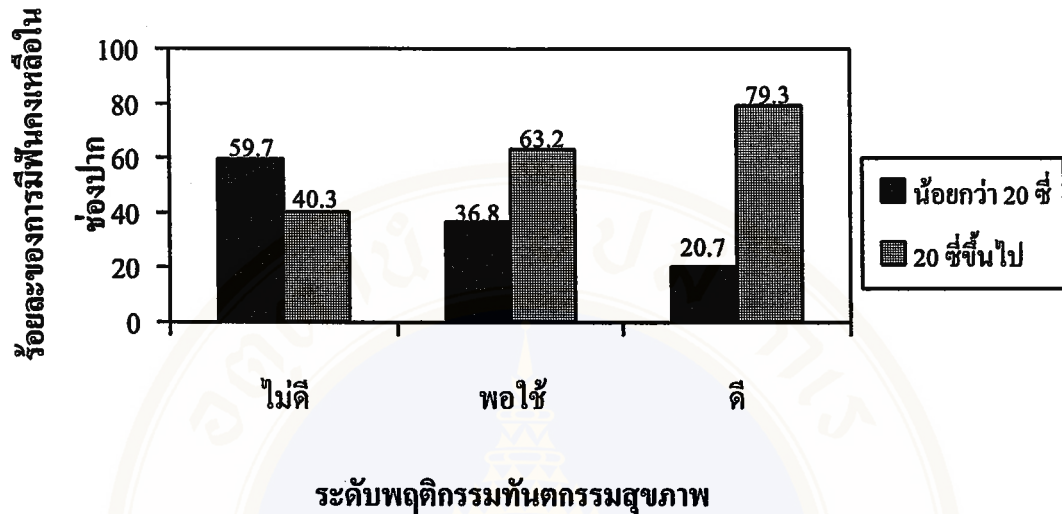
แผนภูมิที่ 12 แสดงสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปากจำแนกตามระดับการศึกษา



แผนภูมิที่ 13 แสดงสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก จำแนกตามรายได้



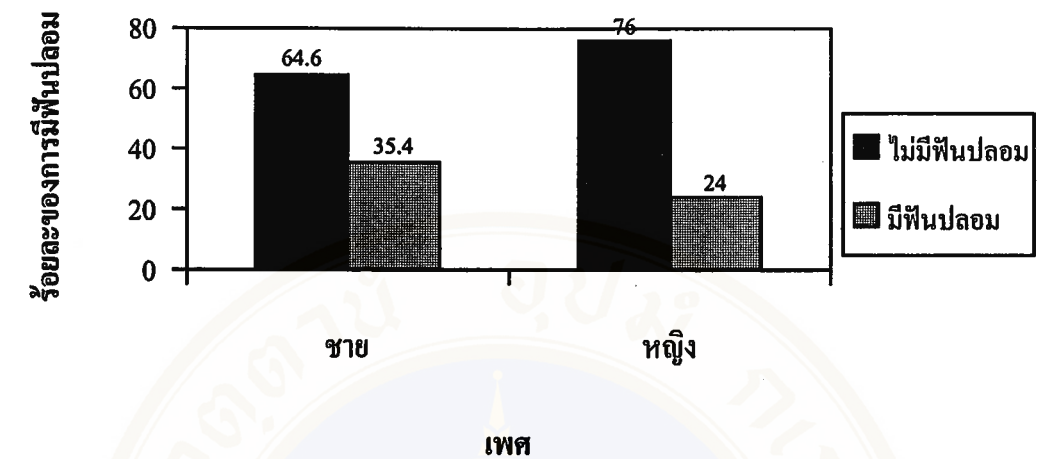
แผนภูมิที่ 14 แสดงสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก จำแนกตามระดับการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม



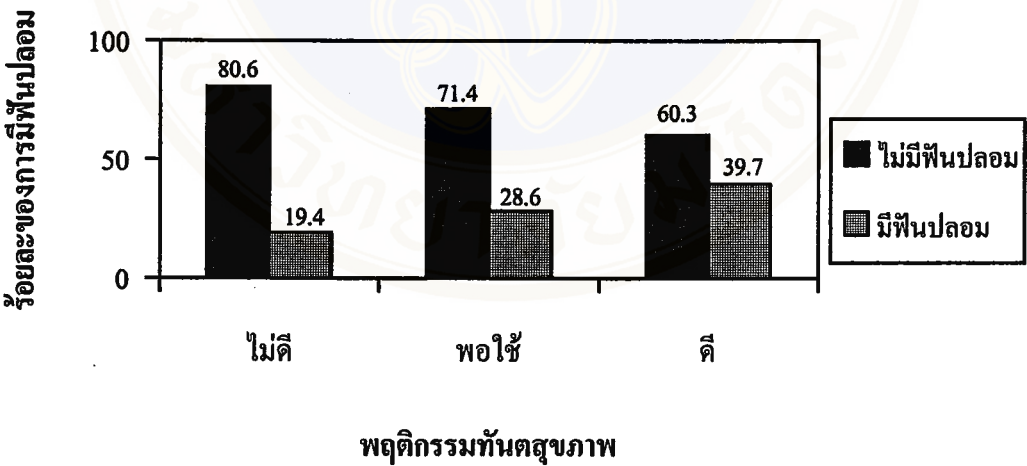
แผนภูมิที่ 15 แสดงสถานะการมีฟันคงเหลือในช่องปาก จำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ

2.4 สถานะการใส่ฟันปลอม

2.4.1 สถานะการใส่ฟันปลอม จากการตรวจช่องปากผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุใส่ฟันปลอมร้อยละ 28.8 กลุ่มอายุ 70-79 ปีและ 80 ปีขึ้นไปมีการใส่ฟันปลอมใกล้เคียงกัน แต่สูงกว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี เพศชายใส่ฟันปลอมมากกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจเนื่องมาจากเพศชายเคยทำงานนอกบ้านมากกว่าเพศหญิง ผู้ที่เรียนจบสูงกว่าประถมศึกษาใส่ฟันปลอมมากกว่าผู้ที่เรียนจบระดับประถมศึกษาและผู้ที่ไม่ได้เรียน ผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับดีใส่ฟันปลอมมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทันตสุขภาพระดับพอใช้และระดับไม่ดี (แผนภูมิที่ 16,17) เมื่อพิจารณาถึงชนิดของฟันปลอมที่ผู้สูงอายุใส่ พบว่าเป็นฟันปลอมบางส่วนบนมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ฟันปลอมทั้งปากบน/ฟันปลอมทั้งปากล่าง, ฟันปลอมบางส่วนบน/ฟันปลอมบางส่วนล่าง และฟันปลอมชนิดอื่น ๆ ส่วนชนิดของฟันปลอมที่ผู้สูงอายุใส่ต่ำสุด คือ ฟันปลอมทั้งปากล่าง



แผนภูมิที่ 16 แสดงสถานะการมีหรือใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ



แผนภูมิที่ 17 แสดงสถานะการมีหรือใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับพฤติกรรมทันตสุขภาพ

2.4.2 ความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันปลอมแต่ทันตแพทย์เห็นสมควรว่าควรใส่ฟันปลอมมีจำนวนร้อยละ 46.8 ซึ่งจำแนกเป็นการใส่ฟันปลอมบางส่วนบน/ฟันปลอมบางส่วนล่างมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การใส่ฟันปลอมบางส่วนบนและการใส่ฟันปลอมบางส่วนล่างและฟันปลอมชนิดอื่น ๆ ความจำเป็นในการใส่ฟันปลอมต่ำสุดคือ ฟันปลอมทั้งปากบน

2.4.3 ความจำเป็นในการซ่อมแซมฟันปลอม ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมทั้งหมด 112 ราย พบว่ามีความจำเป็นต้องซ่อมแซมฟันปลอม 101 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.2 โดยร้อยละ 51.5 มีความจำเป็นต้องซ่อมแซมฟันปลอมบนและล่าง รองลงมา ได้แก่ ความจำเป็นในการซ่อมแซมฟันปลอมบน และการซ่อมแซมฟันปลอมล่าง มีเพียงร้อยละ 7.9

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมมีจำนวน ร้อยละ 28.8 และมีผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้ใส่ฟันปลอมแต่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมสูงถึงร้อยละ 46.8 ส่วนการซ่อมแซมฟันปลอมคิดเป็นร้อยละ 90.2 ของผู้ที่ใส่ฟันปลอม พบผู้ที่ไม่มีปัญหา หรือไม่มีความจำเป็นต้องใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอมร้อยละ 27.2

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับสถานะการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ Chi -square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากทั้งในด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคฟันผุ โรคปริทันต์ ตลอดจนการใส่ฟันปลอม ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเหล่านี้หลาย ๆ ด้าน ดังนั้นจึงควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปประกอบการวางแผนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพทั้งในแง่ของการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก ตลอดจนส่งเสริมการใช้ฟันปลอมอย่างถูกต้อง ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาโรคฟันผุ โรคปริทันต์ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาไม่ต้องการการรักษา แสดงว่าผู้สูงอายุยังไม่ตระหนักว่าเป็นปัญหาของตนเอง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับสถานีนามัยซึ่งใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในพื้นที่ จึงควรวางแผนในการให้สุขศึกษาและให้บริการแก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามศักยภาพของบุคลากร เช่น การถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินน้ำลาย หรือการตรวจสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุและประชาชนในกลุ่มอื่น ๆ เมื่อพบปัญหาที่เกินขีดความสามารถในการให้บริการ ควรมีการส่งรักษาต่อในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

2. จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการใส่ฟันปลอมทั้งในกรณีที่ยังไม่ได้ใส่ฟันปลอมแต่ทันตแพทย์เห็นสมควรว่าควรใส่ฟันปลอม และกรณีที่ต้องซ่อมแซมฟันปลอมเนื่องจากผู้สูงอายุจะรู้สึกอายที่จะพบทันตแพทย์ ทำให้นิยมไปปรับบริการหรือทำฟันปลอมกับผู้ที่มาทำฟันตามบ้าน ดังนั้นจึงควรให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใส่ฟันปลอมอย่างถูกต้องและมีการดูแลโดยบุคคลที่ใกล้ชิด โดยเริ่มตั้งแต่บุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สถานีนามัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อและทัศนคติที่ดีในการรับบริการทันตกรรมกับทันตแพทย์หรือทันตบุคลากร

3. จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุและจำนวนซี่ฟันที่คงเหลือในช่องปาก โดยพบว่าการสูญเสียฟันจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นและการได้รับข่าวสารทันตสุขภาพ และพฤติกรรมทันตสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรเน้นเรื่องการให้ทันตสุขศึกษาเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคในช่องปากของประชาชนทั้งในสถานบริการและในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและมีพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่เยาว์วัย อันจะนำไปสู่การมีทันตสุขภาพที่ดี จนถึงวัยสูงอายุ

4. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรเน้นให้บุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ให้การสนับสนุนและ



มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพาผู้สูงอายุไปรับบริการทางทันตกรรมอย่างถูกต้องและเหมาะสม

5. โรงพยาบาลควรเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ และเพิ่มการบริการด้านการใส่ฟันปลอมอย่างเหมาะสมและครอบคลุม เพื่อลดปัญหาที่ผู้สูงอายุจะไปรับการรักษาจากบุคคลที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากตามมา

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทันตสุขภาพควรมีการศึกษาในวงกว้าง เช่น ศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุเพื่อเตรียมป้องกันก่อนถึงวัยสูงอายุ การศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรค เช่น ปัญหาโรคบางระบบ การได้รับยารักษาโรคบางอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การศึกษาเปรียบเทียบในประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยด้านการป้องกันโรคแตกต่างกัน เช่น ศึกษาเปรียบเทียบในผู้สูงอายุที่อมเมี่ยงเป็นประจำกับผู้สูงอายุที่ไม่อมเมี่ยง หรือศึกษาเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในภาคอื่น ๆ ที่ไม่นิยมอมเมี่ยง เป็นต้น

2. การใช้ดัชนีชี้วัดโรคฟันผุด้วยดัชนีฟันผุ อ่อน อุด ไม่เหมาะสมในการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะการสูญเสียฟัน (ค่า M) ในผู้สูงอายุอาจจะสูญเสียจากสาเหตุอื่น ๆ ที่ไม่ใช่จากฟันผุ ทำให้มีค่า DMFT สูงเกินความเป็นจริง ดังนั้นในการศึกษาต่อไป ควรพิจารณาหาดัชนีชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

3. การศึกษาถึงสถานะโรคฟันผุในผู้สูงอายุ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องระบาดวิทยาและปัจจัยที่มีผลต่อความชุกของโรคฟันผุในปัจจุบัน ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากการศึกษาโดยใช้ดัชนี DMFT เป็นตัวกำหนดสถานะโรคฟันผุ

4. ลักษณะการศึกษาควรเป็นการศึกษารายละเอียดด้านการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ ควรคำนึงถึงความถี่ ความถูกต้องในการแปรงฟัน การพบทันตแพทย์ การดูแลสุขภาพช่องปากอื่น ๆ หรือรายละเอียดหรือการรับรู้เกี่ยวกับข่าวสารด้านทันตสุขภาพที่ได้รับ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นต้น

รายการอ้างอิง

1. Decker D.L. Social Gerontology. Canada : Little Brown & Company ; 1980
2. สุจินต์ ผลการกุล. โครงการวิจัยขององค์การอนามัยโลกในเรื่องผู้สูงอายุ. การประชุมกลุ่มผู้สนใจ ณ เมืองเจนีวา วันที่ 21-22 มีนาคม 2532. วารสารกรมการแพทย์ 2532 มิถุนายน ; (14) : 385
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสถาบันประชากรศาสตร์. ผู้สูงอายุในประเทศไทย. ในเอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย.
4. ศุภวัตร พลายน้อย. การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ปรากฏการณ์ทางประชากรที่น่าสนใจ. ประชากรศึกษา. 2525 เมษายน ; (8) : 68-100
5. ภัตสร ลิมานนท์. จากวันนั้นถึงวันนี้ : 20 ปีของนโยบายประชากรไทย. วารสารประชากรศาสตร์ 2533 มีนาคม ; (6) : 8-12
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร. มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2543 .
7. เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การศึกษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์ ; 2528. 1,24,80-82
8. จรวัย ศรีทอง และคณะ. การสำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในแฟลตดินแดง. แพทย์สภาสาร. ปีที่ 18 ; ฉบับที่ 4 เมษายน 2532 : 213-6
9. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. รายงานการวิจัย เรื่อง ปัญหาและการกำหนดนโยบายประชากรวัยชราในประเทศไทย. กรุงเทพฯ ฯ : ภาควิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกองวิชาการ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ; 2518 : 22-3
10. เสาวณีย์ กานต์เดชารักษ์. ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ [ปริญญานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการพยาบาลศึกษา]. กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2524.
11. แว่นทิพย์ น.สุวพร รายงานการวิจัย เรื่อง ปัญหาและการกำหนดนโยบายประชากรวัยชราในประเทศไทย. กรุงเทพฯ ฯ : ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับกองวิชาการ กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย ; 2518.

12. ละออง สุวิทย์ภรณ์. ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอ
ควนขนุน จังหวัดพัทลุง [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากร
ศึกษา]. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2534
13. จารุวรรณ เหมธรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัย เรื่อง ความต้องการทางสุขภาพ
อนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2526.
14. ประสม รัตนกร. วิวัฒนา. ใน : รายงานการประชุมวิชาการประจำปี 2525 เรื่องการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
15. Hofecker G. The physiology and pathophysiology of ageing. Int Dent J 1983 ; 33 : 251-61.
16. Osterberg T, Mellstorm D, Sungh V. Dental health and functional aging . A study of 70 year-
Old people. Community Dent.
17. Scott J, Baum BJ. Oral effects of aging. In : Jones JH, Mason DK, editors. Oral manifestations
of systemic disease. 2 nd ed. London : bailliere Tindall ; 1990. 311-35
18. Heft MW, Mcneal DB, Knapp N, Jones J, Kincheloe J, Lotzkar S, and Shreve W. Carious
missing and filled teeth among elderly in Florida. J Dent Res 1987 ; 66 (Special
issue) : 185.
19. Lemasney JF, Murphy EM. Survey of the dental health and denture status of institutionalized
elderly patients in Ireland. Community Dent Oral Epidemiol 1984 ; 12 : 39 -42
20. Miyazaki H, Shirahama R, Ohtani , Shimada N, Takehara T. Oral health conditions and
denture treatment needs in institutions elderly people in Japan. Community Dent
Oral Epidemiol 1992 ; 20 : 297-301
21. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันต-
สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 ประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : 2538.
1-12
22. ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ. เป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทยและแนวทาง
การดำเนินงานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543. การสัมมนาระดับชาติ เป้าหมาย
ทางทันตสุขภาพของประเทศไทยและแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วน
หน้า ปี 2543. วันที่ 2-5 เมษายน พ.ศ. 2528 ; คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย :
เชียงใหม่ ; 2528

23. ขวลิต เหลืองธรรมะ. การป้องกันและควบคุมโรคปริทันต์. เอกสารการสอนชุดวิชาทันตกรรมป้องกัน หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ; 2535 . 111
24. พัชรารธรรม ศรีศิลปนันท์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ. ใน: นันทิรา โภคสวัสดิ์และคณะ, บรรณาธิการ.แนวทางการพัฒนาทันตกรรมป้องกันทางคลินิก. ม.ป.ท. : ม.ป.ป. ; 2533. 47-54
25. World Health Organization. Oral Health Survey. Basic Methods. Third edition. Belgium : n.d; 1987
26. สมบูรณ์ ศาสตราชีวิน. จิตวิทยาเพื่อการศึกษาผู้ใหญ่. เชียงใหม่ : ลานนาการพิมพ์ ; 2526. 29,51
27. สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช ; 2531. 50-1.
28. Grardall RC. Gerontology . A behavioral science approach. Massachusette : addison - Wesley : 9
29. Fry CL. Aging cultured health . New York : 1981. 257
30. Hall D.A. The aging of connective tissue. New York : Academia Press ; 1976. 3-4
31. สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ . ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2524. 3
32. บริบูรณ์ พรพิบูลย์. โลกยามชราและแนวทางการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข. เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์ ; 2527 : 23-24
33. กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงมหาดไทย. ให้ความรัก พิทักษ์อนามัย ผู้สูงวัยอายุยืน. คู่มือปฏิบัติฉบับพิเศษ. 2525 มกราคม ; 10
34. กุลยา ตันติผลาชีวะ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญผล ; 2524. 24
35. ศรีทับทิม พานิชพันธ์. บริการสังคมกับผู้สูงอายุ. คู่มือปฏิบัติฉบับพิเศษ. ปีสุขภาพผู้สูงอายุ. 2525. 26-35
36. นิศา ชูโต. รายงานการวิจัย เรื่อง คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2525. 4,7
37. รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. ผู้สูงอายุ. วารสารสุขศึกษา. 2527. 13
38. พิศาล เทพสิทธิ และกฤษณา อธิวัฒน์. ปัญหาสุขภาพในช่องปาก. เอกสารการสอนชุดวิชาทันตกรรมป้องกัน. หน่วยที่ 1-8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ; 2535. 159-60

39. สมนึก วัฒนสุนทร. ฟันคุดมีสุข. นิตยสารลูกรัก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศูนย์การพิมพ์พลชัย ; 2529 กุมภาพันธ์. 126-9
40. อ็อค กฤษฎากร. ผลเสียหายที่เกิดจากโรคฟันผุและโรคปริทันต์. บทความสำหรับประชาชน ตอนที่ 4. ว.ทันต. 2527 ; ปีที่ 24 : 233-7
41. พัชราวรรณ ศรีศิลปนันท์. ทันตกรรมป้องกันในผู้ป่วยวัยต่าง ๆ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : หน่วยบริการงานวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2536. 3
42. ประเสริฐ อัสสันตชัย และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน. ประมวลประเด็นการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุด้านคลินิก.ใน. หนังสือการสัมมนาโครงการศึกษาวิจัยครบวงจรการวิจัยเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย. 2538. 92
43. Katz RV, Hazen SP, Chiton NW, Mumma Jr RD. Prevalance and intraoral distribution of root caries in an adult population. Caries res. 1982 ; 16 : 265-71
44. Heft MW, Gilbert GH. Tooth loss and caries Prevalence in older Floridians attending senior activity centers. Community Dent Oral Epidemiol. 1991 ; 19 : 228- 32
45. Kidd EAM, Smith B GN. Pickard 's manual of operative dentistry. 6th ed. Oxford University press ; 1990 : 3
46. Burt BA. The Epidemiology of oral disease. In : Striffler DF ,Young WO ,Burt BA. editors. Dentistry. dental practice and the community. 3rd ed. Philadelphia : W.B. Saunder ; 1983 : 26-30
47. Briana Burt , Stephena Eklund , Donald W Lewis. Dentistry. Dental practice and the community. 4th Mexico : W.B.saunder ;
48. เอกสารการสอนชุดวิชาทันตกรรมป้องกัน หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ; 2535. 5, 21-31, 73-4, 79-83, 111-2, 193- 5
49. Reichardson AS, Boyd MA, Coury RF. A correlation study of diet. oral hygiene and dental caries in 457 Canadian children. Com Dent Oral Epi. 1977 : 227-30
50. Sutcliffe PA. Longitudinal clinical study of oral cleanliness and dental caries in school children. Ar. chives Oral Biology. 1973 ; 18 : 765-70
51. George S. Oral microbiology infections disease. 3rd ed . Philadelphia. Toronto.1990 : 521
52. Daniel A. Grant Irving B. Stern, Max A. Listgarton . Periodontics. St.Louis, Washington D.C, Toronto, 1988 : 217-350

53. Murray Schwartz., Ira B. Lamster., James Burke Fine. Clinical guide to periodontics.26-28
54. วิไล สมพร. ความต้องการการบริการทางทันตกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดของศูนย์บริการสาธารณสุข 38. ว. ทันต. มหิดล 2537 ; ปีที่ 14 : 77-84
55. Mattin D. and Smith,J.M. : The oral health status , dental needs and factors affecting utilization of dental services in Asians aged 55 years and over ,resident in Southamton. : br Dent J 1991 ; 25 : 369-72.
56. Kiyak HA : Reducing barriers to older persons' use of dental services. Int DentJ 1989 ; 39(2) : 95-102.
57. MacEntee MI , Mojon P, Berkowitz J and Glick N. Predicting concerns for the mouth among Institutionalized Elders. J Public Health Dent 1991; 51(2) : 82-90.
58. จิระวรรณ ธรรมพิพิธ และวรรณัทธ์ บัวจีบ. สภาพาสุภาพช่องปากของผู้ป่วยทางทันตกรรมสูงอายุในประเทศไทย. ว. ทันต มหิดล 2537 ;ปีที่ 14 : 115-122
59. Tero K Sakki , Matti L e Knuutila , Sirpa S Vimpari and Maija S L Hartikainen . Association of lifestyle with peridontal health. Community Dent Oral Epidemiol. Denmark : Allrights reserved 1995 ; 23 : 155 –8.
60. Beck JD, Lainson PA, Field HM , Hawkins BF. Risk factor for various level of peridontal disease and treatment needs in Iowa. Community Dent Oral Epidemiol 1984 ; 12 : 17-22.
61. Locker D and Leake JL. Risk indicators and Risk markers for peridontal disease experience in older adults living independently in Ontario,Canada. J Dent Res 1993 January ; 72 (1) : 9-17.
62. สุนันท์ จันทรรัตน์ และอุทธนา ปัญญางาม. สภาวะโรคฟันผุและการใส่ฟันปลอมของผู้ป่วยทันตกรรมในภาคใต้ของประเทศไทย. ว. ทันต. จุฬาฯ 2536 ; 16 (3) : 203-9
63. Bertil S Hansan , Birgitta Liedberg and Bengt Owall. Social network , social support and dental status in elderly Swedish men
64. เพ็ญศรี สิทธิสมวงศ์และสุวลักษณ์ ผลานวงศ์. การศึกษาเรื่องความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับทันตสุขภาพของคนไทยสองกลุ่ม. ว. ทันต. จุฬาฯ 2523 ;ปีที่ 3(3) : 149- 62
65. นวีวรรณ อารยาพันธ์. การศึกษาพฤติกรรมทันตสุขภาพและภาวะสุขภาพในช่องปากของนักศึกษาในวิทยาลัยครูภาคใต้ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาสุขศึกษา] กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2524.

66. สมพล เล็กเฟื่องฟู. องค์ประกอบทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุและความต้องการทาง
การบริการ. ว. ทนต. จุฬาฯ 2522 พฤษภาคม-สิงหาคม ; ปีที่ 2 (ฉบับที่ 2) : 95-107
67. พอเพ็ญ ไกรนรา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทันตสุขภาพของมารดาต่อ
สถานภาพโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. [วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาโรคติดเชื้อ] กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2532 .
68. ชลสรวย วาริตสวัสดิ์ และคณะ. การศึกษาอิทธิพลทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีต่อความรู้ ความ
เข้าใจและพฤติกรรมของประชาชนที่มารับบริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร.
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารทางวิชาการหมายเลข 65
กรุงเทพฯ ; 2525 : 50- 6
69. Vogan W I. Dental knowledge and attitude, an investigation. British dental journal. 1970 May ;
Vol. 128 : 481-7
70. D. H. E. W. U. S. National center for health statistics. Decayed , missing and filled teeth in
adults. U.S. 1960-1962 PHS Publication No 1000-11-23. Wash.D.C. : 1967
(อ้างใน สมพล เล็กเฟื่องฟู. วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
2522 พฤษภาคม – สิงหาคม ; ปีที่ 2 : 97
71. มนตรี ต้นประยูร. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ : ศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง
เขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหา-
บัณฑิต(วิจัยประชากรและสังคม) นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ;
2532
72. ณรงค์ เทียนสง. ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท. ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอควนขนุน
จังหวัดพัทลุง. วารสารกระทรวงสาธารณสุข. 2536 ตุลาคม-ธันวาคม ; ปีที่ 12 (10-12)
: 148-59.
73. นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย. ในเอกสารการประชุม
วิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530. โรงแรมอิมพีเรียล กรุงเทพฯ วันที่ 26-27
พฤศจิกายน 2530.
74. Prasartkul P. The morbidity and mortality differentials. Mahidol University. 1988 :52
75. พรทิพย์ ลินประสงค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ในผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและ
สังคม] นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2532

76. สุทธิ ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัย เรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2532
77. ประมวล คิคคิณ. วิจัยพัฒนาจิตวิทยาพัฒนาการวัยท้าย-วัยทอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แพร่พิทยา ; 2520
78. Berghon Schafer & Associates. อ้างในประมวล คิคคิณ. วิจัยพัฒนาจิตวิทยาพัฒนาการวัยท้าย-วัยทอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แพร่พิทยา ; 2520
79. สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล 2538 มกราคม-มีนาคม ; ปีที่ 2 (1) : 88-95
80. Harris DK and Cole WE. Sociology of aging. Boston : Houghton Mifflin company ; 1980 : 219
81. เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล] กรุงเทพฯ : คณะสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2527.
82. มารศรี นุชแสงพลี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล] กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2532.
83. ธาระ สุขวัญ. เรื่องของคนแก่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช ; 2523 : 72
84. อัญชลี ดุษฎีพรรณ. การให้ทันตสุขศึกษา. เชียงใหม่ : ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2528 : 66-70
85. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา. พิมพ์ครั้งที่ . กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์ ; 2526 : 151-209
86. Good CV. Dictionary of education. 2nd ed. New York : Mc Graw Hill Book ; 1973 : 325
87. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทศนคติ : การจัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์ ; 2526.
88. Allport GW. Attitude in attitude theory and measurement. New York : John Willy & Son ; 1987.
89. Rokeach M. Belief Attitude and Value : A theory of organization and change. San Francisco : Jossey Bass ; 1970.

90. Eli Schwarz and Edward C.M.Lo. Dental health knowledge and attitudes among the middle-age and the elderly in Hong Kong. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994 ; 22 : 358-63
91. Lim LP, Eli Schwarz and Edward CM Lo. Chinese health beliefs and oral health practices among the middle-age and the elderly in Hong Kong. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994 ; 22 : 364-8.
92. ศิริชัย กาญจนวาสิ และคณะ. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2537.
93. สุขจิตตรา วนาภิรักษ์. รายงานการวิจัย เรื่องการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดแพร่ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2539.แพร่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่.
94. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่. รายงานประจำปี 2539 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่.แพร่ : งานแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ; 2541 : หน้า 18
95. รศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ประชากรสูงอายุไทย ตอนที่ 2 : นโยบายและมาตรการต่อผู้สูงอายุไทย. เอกสารเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์และการสาธารณสุข สถานการณ์. 2542 มกราคม ; ฉบับที่ 26. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
96. Gry prytz Berset, Harald M Erikson , Espen Bjertness , Bjoirn Frode Hansen. Caries experience of 35 –year – old Oslo residents and changes over a 20 – year period. *Community Dental Health* 1996 ; 13 : 238 – 44.

ภาคผนวก ก

ORAL HEALTH SURVEY FORM

Date.....(1) (2) Registration Number (3) (5)

Name.....

PERSONAL AND DEMOGRAPHIC INFORMATION

Sex ☐ (6) Age in year (7) (8) Education level ☐ (9)1 = Male 2 = Female Occupation ☐ (10) Location (11) (12)

DENTAL CARIES AND TREATMENT NEED

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

Status (13) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (28)

Treatment (29) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (44)

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

status (45) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (60)

Treatment (61) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (76)

Status	Permanent	Treatment
Sound	0	0 = No Treatment
Decay	1	1 = One surface filling
Fill & decayed	2	2 = Two or more surface fillings
Fill , no decay	3	3 = Crown or bridge abutment
Missing	4	4 = Pulp care
Bridge abutment or special crown	5	5 = Extraction
Root caries	6	6 = Other care ระบุ.....
Excluded tooth	9	

ความต้องการการรักษา ☐ ต้องการ ระบุ☐ ไม่ต้องการ เพราะ [] 1. แก่แล้ว [] 2. ค่าใช้จ่ายแพง

[] 3. เดินทางลำบาก [] 4. อื่น ๆ ระบุ

CPITN

(77)				(79)
(80)				(82)

0 = Periodontal health

1 = Gingival bleeding after gentle probing

2 = Supra - or Subgingival calculus , defective margins of fillings or crowns

3 = Pathologic pockets , 4-5 mm. deep

4 = Pathologic pockets , 6 mm. or deeper

ความต้องการการรักษาร ☐ ต้องการ ระบ.....
☐ ไม่ต้องการ เพราะ [] 1. แก่แล้ว [] 2. ค่าใช้จ่ายแพง
[] 3. เคินทางลำบาก [] 4. อื่น ๆ ระบ.....

Denture wearing

Upper Lower

(83) ☐ ☐ (84)

Need for denture

Upper Lower

(85) ☐ ☐ (86)

0 = Not wearing

1 = Wearing a partial denture

2 = Wearing a full denture

0 = No denture need

1 = Need for repair denture

2 = Need for partial denture

3 = Need for full denture

ความต้องการใส่ฟันปลอมหรือแก้ไขฟันปลอม ☐ ต้องการ
☐ ไม่ต้องการ เพราะ [] 1. แก่แล้ว
[] 2. ค่าใช้จ่ายแพง
[] 3. เคินทางลำบาก
[] 4. อื่น ๆ ระบ.....

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ชุดที่.....

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร สังคมเศรษฐกิจ พฤติกรรมทันตสุขภาพ
และสภาวะทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง	สำหรับการกรอกแบบสัมภาษณ์ ให้ทำเครื่องหมาย “/” ลงในช่อง [] ที่ตรง กับคำตอบของผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์ และเติมค่าลงในช่องว่าง ให้สมบูรณ์	สำหรับผู้วิจัย
ส่วนที่ 1. ข้อมูลด้านประชากรและด้านเศรษฐกิจ		
1. ชื่อ - สกุล.....ที่อยู่.....		[] [] [] 1 - 3
2. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง		[] 4
3. ท่านอายุเท่าไร.....ปี		[] 5
[] 1. 60 - 69 ปี		
[] 2. 70 - 79 ปี		
[] 3. 80 ปีขึ้นไป		
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดขั้นใด		[] 6
[] 1. ไม่ได้เรียน		
[] 2. เรียนจบระดับประถมศึกษา		
[] 3. เรียนจบระดับมัธยมศึกษา		
[] 4. เรียนจบระดับอาชีวศึกษาหรือสูงกว่า		
5. รายได้ของท่านส่วนใหญ่ได้รับจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		[] [] [] [] 7 - 10
[] 1. ลูกหลาน		
[] 2. เงินบำนาญ/บำเหน็จ		
[] 3. การประกอบอาชีพ ระบุ.....		
[] 4. อื่นๆ ระบุ.....		
6. รายได้ของท่านเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่		[] 11
[] 1. ไม่เพียงพอ		
[] 2. พอกินพอใช้		
[] 3. มีเหลือเก็บ		

ส่วนที่ 2. ข้อมูลด้านสังคม

ตอนที่ 1 ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้สูงอายุ
ในรอบปีที่ผ่านมา

คำถาม ในรอบปีที่ผ่านมาท่านได้ทำกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่

สำหรับผู้วิจัย

[] 12

กิจกรรม	ทำ	ไม่ทำ
1. เป็นสมาชิกของชมรมต่างๆในหมู่บ้าน เช่น ชมรม ผู้สูงอายุ ชมรมนาฏศิลป์สงเคราะห์ หรือชมรมอื่นๆ ที่มีในหมู่บ้าน	☐	☐
2. เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมอื่นๆ ในหมู่บ้าน	☐	☐
3. ดูแลบุตรหลาน ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัว	☐	☐
4. ไปเยี่ยมญาติ หรือพูดคุยกับญาติที่มาเยี่ยม	☐	☐
5. ไปเยี่ยมเพื่อน หรือพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่มาเยี่ยม	☐	☐
6. ออกไปซื้อของนอกบ้าน	☐	☐
7. ไปวัดเพื่อทำบุญ ฟังธรรมะหรือร่วมงานประเพณีต่าง ๆ	☐	☐
8. ไปร่วมงานเพื่อนบ้าน เช่น งานบวช งานศพ งาน แต่งงาน เป็นต้น	☐	☐
9. เข้าร่วมประชุม เมื่อมีการจัดประชุมในหมู่บ้าน เช่น ประชุมประจำเดือน ประชุมเพื่อจัดงานต่างๆ	☐	☐

ตอนที่ 2 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “/” ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ

สำหรับผู้วิจัย

ข้อความ	1.เห็นด้วย	2.ไม่แน่ใจ	3.ไม่เห็นด้วย
1. สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพยกย่องเชื่อฟังท่านอย่างดี			
2. เมื่อมีปัญหาหรือไม่สบาย สมาชิกในครอบครัวจะช่วยดูแลท่าน			
3. เมื่อท่านไม่สบายสมาชิกในครอบครัวจะพาท่านไปหาหมอเสมอ			
4. ท่านจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองเมื่อเจ็บป่วย			
5. ท่านได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ			

[] []

13 - 14

ตอนที่ 3. การได้รับข่าวสารด้านทันตสุขภาพ

1. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยได้ยิน หรือ ได้เห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
 เหงือก และฟันจากที่ใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 15

[] 1. ไม่เคยได้ยินหรือไม่เคยเห็น

[] 2. เคยได้ยินหรือเคยเห็นจาก..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 1. วิทยู

[] 16

[] 2. โทรทัศน์

[] 17

[] 3. หนังสือพิมพ์ หนังสืออื่นๆ

[] 18

[] 4. โปสเตอร์ แผ่นพับ นิทรรศการ

[] 19

[] 5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / อาสาสมัคร

สาธารณสุข หรือ ผู้ใหญ่บ้าน พระ

[] 20

[] 6. หอกระจายข่าว

[] 21

[] 7. อื่นๆระบุ.....

[] 22

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมทัศนสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำหรับผู้วิจัย

ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย “/” ลงในช่อง [] หน้าหัวข้อที่เป็นคำตอบ
ของผู้สูงอายุ

1. ฟันของคนเรามีกี่ชุด...อะไรบ้าง

[] 23

[] 1 ชุด คือฟันแท้

[] 2 ชุด คือฟันน้ำนมและฟันแท้

[] ไม่ทราบ

2. ฟันผุเกิดจากสาเหตุอะไร

[] แมงกินฟัน

[] เศษอาหารและการไม่แปรงฟัน

[] ไม่ทราบ

3. อาหารอะไรที่ทำให้ฟันผุ

[] ผลไม้

[] ผัก

[] น้ำตาล

4. การแปรงฟันเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันฟันผุหรือไม่

[] ใช่

[] ไม่ใช่

[] ไม่ทราบ

5. ถ้ามีอาการปวดฟันหรือมีฟันผุท่านจะปฏิบัติอย่างไร

[] ปลอมให้หายเอง

[] ไปหาหมอฟัน

[] ไปซื้อยาชุดมากิน

6. โรคเหงือกอักเสบเกิดจากสาเหตุอะไร

[] การแปรงฟันไม่ถูกวิธี

[] กินผลไม้รสเปรี้ยว

[] ไม่ทราบ

7. เมื่อมีเลือดออกตามไรฟันหรือเหงือกบวมควรปฏิบัติอย่างไร

[] ปลอมให้หายเอง

[] ไปหาหมอฟัน

[] ซื้อยาชุดมากิน

8. เมื่อถอนฟันไปเพียงบางซี่ท่านควรใส่ฟันปลอมอย่างไร

[] ใส่เมื่อแผลหาย

[] รอใส่เมื่อถอนฟันหมดปาก

[] ไม่จำเป็นต้องใส่

ตอนที่ 2 แบบวัดทัศนคติด้านทันตสุขภาพ

ข้อความต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกของท่านอย่างไร โดยให้ตอบว่า เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย (เห็นด้วย หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน ,ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านพอควรแต่ไม่ตรงทั้งหมด, ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย)

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	สำหรับผู้วิจัย
1. โรคฟันผุเป็นกรรมพันธุ์				[] [] 24-25
2. โรคฟันผุสามารถป้องกันได้				
3. การเคี้ยวหมากทำให้ฟันแน่นและแข็งแรง				
4. เราสามารถรักษาฟันแท้ไว้ได้ตลอดชีวิต				
5. เมื่ออายุมากขึ้นฟันจะหลุดร่วงไป				
6. การมีหินปูนทำให้ฟันแข็งแรงขึ้น				
7. การถอนฟันทำให้เป็นโรคประสาท				
8. การไปหาหมอฟันเพื่อตรวจฟันเป็นการประหยัดเวลาและเงินในการรักษาโรคฟันผุ				
9. การแปรงฟันไม่ได้ช่วยป้องกันเหงือกอักเสบ				
10. ถ้าสุขภาพฟันดีจะทำให้สุขภาพกายดีด้วย				
11. การกินอาหารที่มีวิตามินซี เช่น มะขาม มะกอก มะม่วง เป็นประจำจะทำให้เหงือกแข็งแรง				
12. อาการเสียวฟันเกิดจากฟันผุ				

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ

สำหรับผู้วิจัย

[II]

26-27

กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารว่าง

1. ท่านกินของกินเล่นพวกขนมหวาน ขนมบรรจุถุง น้ำหวาน น้ำอัดลม

[] 1. ไม่กิน

[] 2. นานๆ ครั้ง

[] 3. กินเป็นประจำ มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์

2. หลังจากกินของกินเล่นแล้วท่านบ้วนปากหรือแปรงฟันหรือไม่

[] 1. ไม่เคยทำ

[] 2. ทำเป็นบางครั้ง

[] 3. ทำทุกครั้ง

[] 4. ไม่ได้กิน

3. ท่านทำกิจกรรมต่อไปนี้เป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[] 1. เคี้ยวหมาก

[] 2. เคี้ยวใบยาสูบหรือใช้ใบยาสูบดูดฟัน

[] 3. อมหมากหอมหรืออมเมี่ยง

[] 4. ใช้ฟันกัดสิ่งของ เช่น กัดด้าย เปิดฝาขวด

[] 5. อื่นๆ ระบุ.....

[] 6. ไม่เคยทำ

กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมการรักษาความสะอาดในช่องปาก

กรณีที่มีฟันแท้ในช่องปาก

4. ท่านทำความสะอาดปากและฟันอย่างไร

[] 1. ไม่ได้ทำอะไรเลย (ข้ามไปข้อ 7)

[] 2. บ้วนปาก (ข้ามไปข้อ 7)

[] 3. แปรงฟันเป็นบางวัน

[] 4. แปรงฟันทุกวันวันละ 1 ครั้ง

[] 5. แปรงฟันทุกวันวันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่า

[] 6. อื่นๆ เช่น ใช้เส้นใยไนลอน

สำหรับผู้วิจัย

5. ท่านแปรงฟันด้วยยาสีฟันประเภทใด

- ☐ 1. แบบครีม
- ☐ 2. แบบผง
- ☐ 3. อื่นๆ ระบุ.....

6. ท่านแปรงฟันอย่างไร

- ☐ 1. ถูไป - มาตามขวางทั้งฟันบน ฟันล่างและด้านบดเคี้ยว
- ☐ 2. ถูขึ้น - ถูลง ทั้งฟันบนฟันล่าง ด้านบดเคี้ยวถูไป-มา
- ☐ 3. ฟันบนปัดลงล่าง ฟันล่างปัดขึ้นบน ด้านบดเคี้ยวถูไป-มา
- ☐ 4. อื่นๆ ระบุ.....

7. ท่านมีและใช้ฟันปลอมหรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี เพราะ.....
- ☐ 2. มีแต่ไม่ใช้ เพราะ.....
- ☐ 3. มีและใช้

8. ท่านทำความสะอาดฟันปลอมอย่างไร

- ☐ 1. ไม่ได้ทำอะไรเลย
- ☐ 2. ถ้างน้ำหรือใช้แปรงสีฟันแปรงฟันปลอม

กรณีที่ไม่ใส่ฟันแท้ในปาก

9. ท่านทำความสะอาดในช่องปากอย่างไร

- ☐ 1. ไม่ได้ทำอะไรเลย
- ☐ 2. บ้วนปาก

10. ท่านมีและใช้ฟันปลอมหรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี เพราะ.....
- ☐ 2. มีแต่ไม่ใช้ เพราะ.....
- ☐ 3. มีและใช้

11. ท่านทำความสะอาดฟันปลอมอย่างไร

- ☐ 1. ไม่ได้ทำอะไรเลย
- ☐ 2. ถ้างน้ำหรือใช้แปรงสีฟันแปรงฟันปลอม

กลุ่มที่ 3 การรับบริการทันตกรรม

สำหรับผู้วิจัย

12. ท่านเคยส่งกระจกดูฟันและเหงือกของท่านบ้างหรือไม่
 - [] 1. ไม่เคย
 - [] 2. เคย
13. ท่านเคยมีอาการปวดฟัน ฟันเป็นรู เลือดออกตามไรฟันหรือไม่
 - [] 1. ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 15)
 - [] 2. เคย
14. เมื่อท่านมีอาการเสียวฟัน ปวดฟัน เหงือกมีเลือดออก ท่านทำอย่างไร
 - [] 1. ปลอมให้หายเอง
 - [] 2. ใส่ยาแก้ปวด หรือ ซึ่ยามากิน
 - [] 3. ไปหาหมอฟัน
 - [] 4. อื่นๆ ระบุ.....
15. ท่านเคยไปรับบริการทันตกรรม เช่น อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย หรือตรวจฟันหรือไม่
 - [] 1. เคย
 - [] 2. ไม่เคย (สิ้นสุดการสัมภาษณ์)
16. ท่านเคยไปรับบริการทำฟัน ขูดหินน้ำลาย หรืออุดฟัน จากที่ไหนบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - [] 1. หมอที่มาทำฟันตามบ้าน
 - [] 2. หมอแผนโบราณหรือแพทย์ประจำตำบล
 - [] 3. หน่วยแพทย์เคลื่อนที่
 - [] 4. โรงพยาบาลของรัฐบาล หรือ สถานีนอนามัย
 - [] 5. คลินิก หรือ สถานพยาบาลเอกชน
17. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านไปตรวจสุขภาพในช่องปากหรือไม่
 - [] 1. ไม่เคย
 - [] 2. ไป 1 ครั้ง
 - [] 3. ไปมากกว่า 1 ครั้ง

ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การหาค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum X_i}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ยเลขคณิต

$\sum X_i$ = ผลรวมของข้อมูลที่ได้จากตัวอย่างทั้งหมด ($i = 1, 2, 3$)

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2. การหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

$$SD = \sqrt{\frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

เมื่อ SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

X_i = ข้อมูล โดย $i = 1, 2, 3$

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ยเลขคณิต

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

สูตรที่ใช้ในการคำนวณ

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$Df = (r - 1)(c - 1)$$

เมื่อ 1. O_{ij} (observed frequency) เป็นค่าตัวเลขที่ได้มาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. E_{ij} (expected frequency) เป็นค่าตัวเลขที่ได้จากทฤษฎี ค่านี้ไม่ควรน้อยกว่า 5 การทดสอบจึงจะได้ผลดี

$$E_{ij} = \frac{R_i C_j}{n}$$

โดยที่ R_i = ผลรวมของ Row นั้น

C_j = ผลรวมของ Column นั้น

n = จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

คุณลักษณะที่สำคัญ

1. เป็นสถิติ Non parametric ที่ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือใช้ทดสอบ Goodness of fit ของลักษณะการกระจายข้อมูล

2. คำถามที่ต้องการใช้สถิติไคสแควร์ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลคือจำนวน (ค่าหรือลักษณะการกระจาย) ที่วัดได้จากตัวอย่างแตกต่างจากจำนวนที่คาดหวังของประชากรหรือจากทฤษฎีอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

3. สามารถใช้กับข้อมูลที่มีการวัดระดับ Nominal scale หรือข้อมูลเชิงคุณลักษณะ (Qualitative data) ที่แบ่งออกเป็นกลุ่ม (Categories) หรือข้อมูลที่มีการวัดระดับ Ratio และ Interval scale ที่นำมาจัดให้เป็น Ordinal หรือ Nominal scale

4. ใช้วิเคราะห์ข้อมูลจากเหตุการณ์หรือตัวอย่างที่เป็นอิสระ (Independent sample)

5. ในการคำนวณต้องใช้จำนวนของข้อมูล ไม่ใช่ค่าร้อยละ

6. ตารางไคสแควร์ในแต่ละ Cell ค่า Observe value ต้องไม่เท่ากับศูนย์ ในกรณีที่ศูนย์ต้องจัดรวม Cell ที่อยู่ติดกันตามแนว Column หรือ Row ตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้ Cell ใหม่ที่ใช้ในการคำนวณ

ข้อจำกัดหรือจุดอ่อนของการใช้สถิติไคสแควร์

1. ค่า Expected values ในแต่ละ Cell ของตารางต้องมีค่าอย่างน้อยเท่ากับ 5 หรือถ้ามีค่าน้อยกว่า 5 (ไม่เท่ากับศูนย์) ได้ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวน Cell ทั้งหมด

2. Cochran (1954) เสนอแนะว่าไม่ควรใช้สถิติไคสแควร์ เมื่อขนาดตัวอย่างน้อยกว่า 20

3. ไม่สามารถบอกระดับความมากน้อยของค่าความสัมพันธ์ได้

4. ไม่สามารถบอกลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้นได้

4..สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson ' s Product Moment Correlation , r)

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคู่ใดคู่หนึ่งที่เป็นตัวแปรอิสระ ได้จากการสุ่ม (Dependent variable, random variable) และมีระดับการวัดเป็นปริมาณ ความสัมพันธ์ที่ได้จะเป็นแบบเส้นตรงหรือใกล้เคียง มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว ซึ่งเป็นความสัมพันธ์โดยตรง สหสัมพันธ์เป็นดัชนีวัดปริมาณของความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยมีค่า $-1 < r < 1$ ถ้าค่าสหสัมพันธ์มีค่าสูง (เข้าใกล้ 1) แสดงว่ามีขนาดของความสัมพันธ์สูง ถ้าค่า r เข้าใกล้ 0 ถือว่ามีความสัมพันธ์กันน้อย หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนเครื่องหมาย + มีความหมายถึงทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองไปในทิศทางเดียวกัน หรือเรียกว่า ทั้ง X และ Y มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก กล่าวคือ เมื่อ X มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น Y จะเพิ่มขึ้นด้วย หรือเมื่อ X มีการเปลี่ยนแปลงลดลง Y ก็จะลดลงด้วย แต่ถ้าค่า r มีค่าเป็นลบ - หมายความว่าตัวแปร X และ Y มีความสัมพันธ์เชิงลบ กล่าวคือ ถ้า X เปลี่ยนแปลงลดลง Y จะเพิ่มขึ้น แต่ถ้า X เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น Y จะลดลง ดังนั้นค่าสหสัมพันธ์ (r) จะมีตัวเลขแสดงขนาดความสัมพันธ์และเครื่องหมายแสดงทิศทางของความสัมพันธ์

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1.ตัวแปร X และ Y เป็นตัวแปรคู่อิสระที่มีการแจกแจงปกติ และระดับข้อมูลของตัวแปร X และ Y ต้องเป็นระดับ Interval หรือ Ratio

2.มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือทฤษฎียืนยันว่า ตัวแปรทั้งสอง มีความเกี่ยวข้องกัน สามารถนำมาหาความสัมพันธ์ได้

คำนวณได้จากสูตร

$$r \text{ หรือ } r_{xy} = \frac{S_{xy}}{\sqrt{S_{xx} S_{yy}}}$$

กำหนดให้

$$S_{xy} = \frac{\sum xy - \frac{\sum x \sum y}{n}}$$

$$S_{xx} = \frac{\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n}}$$

$$S_{yy} = \frac{\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n}}$$

เมื่อ n = จำนวนคู่ของข้อมูล

5. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ (Reliability)

การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้หาค่าความเชื่อมั่นในส่วนที่เป็นแบบวัดความรู้และแบบวัดทัศนคติ ดังนี้

1.แบบวัดความรู้ ใช้วิธีการทดสอบแบบแบ่งครึ่ง (Split half method) โดยใช้สูตรของ Spearman Brown หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคู่และข้อคี่ ดังนี้

$$r_{tt} = \frac{n_{xy}}{1 + (n - 1)r_{xy}}$$

เมื่อ r_{tt} = ค่าความเชื่อมั่น
 n = จำนวนส่วนที่ถูกแบ่งของแบบทดสอบ
 r_{xy} = ค่าสหสัมพันธ์ (Pearson correlation)

2.แบบวัดทัศนคติ ใช้วิธี แอลฟาหรือครอนบัค (Cronbach's Alpha method) ซึ่งมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
 n = จำนวนข้อ
 S_i^2 = คะแนนของความแปรปรวนแต่ละข้อ
 S_t^2 = คะแนนของความแปรปรวนทั้งฉบับ

ภาคผนวก ค

รายละเอียดผลการศึกษาเพิ่มเติม

ตารางที่ 21 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่างและการใช้ฟันผิหน้าที่

พฤติกรรมทันตสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม (n = 389)		
ไม่กิน	47	12.1
กิน	342	87.9
- นาน ๆ ครั้ง	210	61.4
- กินเป็นประจำ	132	38.6
การทำความสะอาดช่องปากหลังบริโภคอาหารว่าง (n = 342)		
ไม่เคยทำ	27	7.9
ทำเป็นบางครั้ง	118	34.5
ทำทุกครั้ง	197	57.6
การเคี้ยวหมาก ใบยาสูบ อมเมี่ยง และการใช้ฟันผิหน้าที่ (n = 389)		
ไม่เคยทำ	76	19.5
เคี้ยวหมาก	9	2.3
เคี้ยวใบยาสูบหรือใช้ฟัน	2	0.5
อมเมี่ยง	266	68.4
ใช้ฟันกัดด้าย หรือเปิดฝาขวด	36	9.3
การทำความสะอาดช่องปาก		
กรณีที่มีฟันแท้ในช่องปาก (n = 350)		
- ไม่ทำ	2	0.6
- บ้วนปาก	23	6.6
- แปรงฟัน	325	92.8
- ถูกวิธี	30	9.2
- ไม่ถูกวิธี	295	90.8
กรณีที่ไม่มียุติฟันแท้ในช่องปาก (n = 39)		
- ไม่ทำ	1	2.6
- บ้วนปาก	38	97.4

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้ปัญหาในช่องปากและการรับบริการทันตกรรม

การรับรู้ปัญหาและการรับบริการทันตกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การส่องกระจกดูฟันและเหงือก (n = 389)		
ไม่ทำ	112	28.8
ทำ	277	71.2
ประสบการณ์การปวดฟัน หรือเหงือกบวม เหงือกมีเลือดออก (n = 389)		
ไม่เคย	72	18.5
เคย	317	81.5
การปฏิบัติเมื่อเสียวฟัน ปวดฟัน เหงือกมีเลือดออก (n = 317)		
ปล่อยให้หายเอง	107	33.8
ใส่ยาแก้ปวดหรือซื้อยามากิน	68	21.5
ไปหาหมอฟัน	134	42.3
อื่น ๆ เช่น รมควิน ทายาหม่อง	8	2.5
การรับบริการทันตกรรม (n = 389)		
ไม่เคย	230	59.1
เคย	159	40.9
แหล่งบริการทันตกรรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 159)		
หมอที่มาทำฟันตามบ้าน	8	5.0
โรงพยาบาล หรือสถานอนามัยของรัฐ	134	84.3
คลินิกหรือสถานพยาบาลเอกชน	17	10.7
การรับการตรวจสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมา (n = 389)		
ไม่ตรวจ	351	90.2
ตรวจ	38	9.8
- ตรวจ 1 ครั้ง	28	73.7
- ตรวจมากกว่า 1 ครั้ง	10	26.3

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความต้องการในการรักษาโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และการใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม

ความต้องการในการรักษาโรคและการใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาโรคฟันผุ (n = 261)		
ต้องการ	132	50.6
ไม่ต้องการ	129	49.4
- เพราะ		
1. คิดว่าไม่เป็นปัญหา	65	50.4
2. กลัวเจ็บ	59	45.7
3. แก่แล้ว	5	3.9
การรักษาโรคปริทันต์ (n = 330)		
ต้องการ	182	55.1
ไม่ต้องการ	148	44.9
- เพราะ		
1. กลัวฟันโยก	94	63.5
2. แก่แล้ว	29	19.6
3. คิดว่าไม่เป็นปัญหา	19	12.8
4. เดินทางไปรักษาลำบาก	6	4.1
การใส่หรือซ่อมแซมฟันปลอม (n = 288)		
ต้องการ	155	54.8
ไม่ต้องการ	128	45.2
- เพราะ		
1. ค่าใช้จ่ายแพง	36	28.1
2. แก่แล้ว	33	25.8
3. รอให้ถอนฟันหมดปาก	28	21.9
4. ฟันปลอมเดิมยังใช้ได้	21	16.4
5. คิดว่าไม่เป็นปัญหา	10	7.8

ประวัติผู้วิจัย



ชื่อ

นางสาวพัชรี สมบัติโต

วัน เดือน ปีเกิด

20 ธันวาคม 2504

สถานที่เกิด

จังหวัดแพร่ ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี พิชณุโลก,

พ.ศ.2523-2527

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง
สถาบันราชภัฏอุดรดิตถ์, พ.ศ. 2533-2535

วิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, พ.ศ. 2533-2535

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

มหาวิทยาลัยมหิดล , พ.ศ. 2538 – 2543

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเอกวิทยาการระบาด

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

พ.ศ.2527- 2532

โรงพยาบาลวังจั่น อำเภอวังจั่น จังหวัดแพร่

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5

พ.ศ.2532- 2534

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง จังหวัดแพร่

ตำแหน่ง นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ 5

พ.ศ.2534 - ปัจจุบัน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 6