

## บทที่ 5

### อภิปรายผลการศึกษา สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใส่ฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ต่อคุณภาพชีวิตในด้านผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน ภาวะโภชนาการและความสามารถในการเคี้ยวอาหารและการเลือกชนิดอาหารของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2550 และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ โดยแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด จะแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินความจำ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน ส่วนที่ 4 โภชนาการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ความสามารถในการเคี้ยว แบบสอบถามความถี่ในการกินอาหารและการรับรู้ชนิดอาหาร เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2551 ถึง กรกฎาคม 2551 มีผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานเสียชีวิต 10 คน สุขภาพไม่ดี 10 คน ย้ายภูมิลำเนา 3 คน จำนวนผู้สูงอายุที่สามารถให้สัมภาษณ์ได้จำนวน 127 คน ไม่ยินยอมให้สัมภาษณ์ 21 คน จึงมีผู้ให้สัมภาษณ์จำนวน 106 คน จากการประเมินความจำผู้สูงอายุ โดยแบบประเมิน Short Term Memory Test (Srisilapanan, 1997) พบว่ามีความจำปกติจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ที่มีความจำปกติ

#### อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในโครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2550 และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 92 คน สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานซึ่งสามารถให้สัมภาษณ์ได้จำนวน 106 คน มีความจำปกติจำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 86.8 ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ จากรายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2541 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อม ร้อยละ 3.04 และคาดว่าในอนาคต พ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 3.36 และความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) จึงต้องมีการประเมินความจำผู้สูงอายุ เพื่อแสดงว่าผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์มีความจำและสมารถเพียงพอในการตอบแบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ที่มีความจำปกติ

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า เป็นเพศชายมากที่สุดคือ ร้อยละ 62.0 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายมีโอกาสรับรู้ข่าวสารการทำฟันเทียมและสามารถเดินทางมารับบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลสารภีด้วยตนเองได้สะดวกกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษามีอายุระหว่าง 62-87 ปี (อายุเฉลี่ย  $74.6 \pm 5.7$ ) เป็นกลุ่มอายุ 75-87 ปี มากที่สุดคือ ร้อยละ 51.1 ซึ่งต่างจากการศึกษาของยุพิน ส่งไพศาลที่ศึกษาผู้ใส่ฟันเทียมพระราชทานมีอายุระหว่าง 44-85 ปี (อายุเฉลี่ย  $65.9 \pm 8.8$ ) ที่พบว่าเป็นเพศหญิงมาก ร้อยละ 77.1 (ยุพิน ส่งไพศาล, 2550) อาชีพปัจจุบันคือ ไม่มีอาชีพมากที่สุดคือ ร้อยละ 29.4 แสดงถึงลักษณะครอบครัวไทยที่ผู้สูงอายุอยู่กับลูกหลานได้โดยไม่ต้องประกอบอาชีพเพราะลูกหลานให้การเลี้ยงดูเป็นการตอบแทนบุญคุณ มีอาชีพเดิมเป็นเกษตรกรมากที่สุดคือ ร้อยละ 59.8 เพราะสังคมไทยในอดีตเป็นเกษตรกรรมและประชาชนอำเภอสารภีมีอาชีพทำสวนลำไยเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้ปัจจุบันต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือน มากที่สุดคือ ร้อยละ 64.1

### สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ในการศึกษานี้ศึกษาผลของการใส่ฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้ดัชนีประเมินผลกระทบสุขภาพช่องปากที่มีต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (Oral Impact on Daily Performance Index, OIDP) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.7) ตอบว่าสุขภาพช่องปากไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 29.3 ที่ตอบว่าสุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน ซึ่งต่างจากผลการศึกษาในผู้สูงอายุเชียงใหม่โดย Srisilapanan และ Sheiham พ.ศ. 2544 (Srisilapanan and Sheiham, 2001) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.8) ตอบว่า สุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน อาจเป็นเพราะว่าประชากรผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมพระราชทาน ทำให้ปัญหาในเรื่องสุขภาพช่องปากมีไม่มากเท่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป

ในผู้สูงอายุที่ตอบว่าสุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน พบว่ามีผลกระทบในเรื่องการกินอาหารมากที่สุดคือร้อยละ 19.6 ต่างจากการศึกษาโดย Srisilapanan และ Sheiham พ.ศ. 2544 (Srisilapanan and Sheiham, 2001) ในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ 623 คน ที่พบว่า ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันมากที่สุด คือการกินอาหาร ร้อยละ 47.2 โดยผู้สูงอายุที่ใส่ฟันได้รับผลกระทบมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฟันในช่องปาก และการศึกษาในผู้สูงอายุชาวอังกฤษ 454 คน โดย McGrath และ Bedi พ.ศ. 2542 (McGrath and Bedi, 1999) ที่พบว่า สุขภาพช่องปากมีผลต่อการกินอาหาร ร้อยละ 29 อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานในการศึกษานี้ใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพดีเหมือนมีฟันครบ 28 ซี่ ทำให้สามารถกินอาหารได้สบาย มีปัญหาในการกินอาหารเป็นส่วนน้อย และยังต่างจากการศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ 59 คน ด้วยดัชนี ODP ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร โดยอังคณา ลีโทชาลิต พ.ศ. 2550 (อังคณา ลีโทชาลิต, 2550) พบว่าผู้สูงอายุทุกคนได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรมโดยพบว่าการกินอาหารได้รับผลกระทบมากที่สุด ร้อยละ 98.3 ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ลักษณะการเป็นสังคมเมืองและชนิดของอาหารที่กิน

แต่ สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากใน โครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ด้วยดัชนี OHIP-14 พบว่าความสามารถของฟันเทียมทั้งปากในการรับประทานอาหารเป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด (ยุพิน ส่งไพศาล, 2550) ซึ่งในการศึกษานี้ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานของ โรงพยาบาลสารภีมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการกินอาหารมากที่สุดเช่นเดียวกัน

ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน กิจกรรม อารมณ์และจิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย ร้อยละ 4.3 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ (Srisilapanan and Sheiham, 2001) ที่พบว่าสุขภาพช่องปากทำให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ เกิดความหงุดหงิด หรือมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ (emotional stability) ซึ่งเป็นผลกระทบต่อสุขภาพจิต ร้อยละ 26.8 ด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับผลกระทบในด้านการกินอาหาร ที่ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานในการศึกษานี้ใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพดีเหมือนมีฟันครบ 28 ซี่ ทำให้ไม่มีปัญหาในเรื่องสุขภาพช่องปาก ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจน้อย

การศึกษารุ่นนี้เปรียบเทียบผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากกับผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป พบว่าผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไปได้รับผลกระทบ

มากกว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ในกิจกรรมการกินอาหารและกิจกรรมอารมณ์และจิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากได้รับผลกระทบมากกว่าผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป ในกิจกรรมการพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน กิจกรรมการทำความสะอาดช่องปากหรือฟันปลอม กิจกรรมการดำเนินชีวิตทั่วไป (การทำงานบ้าน การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำอาหาร) กิจกรรมการนอนหลับพักผ่อน กิจกรรมความสนุกสนานในการได้ออกไปพบญาติสนิทมิตรสหาย และกิจกรรมสามารถยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อายใคร ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก จำนวน 75 คน มีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป จำนวน 17 คน จึงเป็นการเปรียบเทียบเฉพาะการศึกษานี้ ในกิจกรรมการกินอาหารและกิจกรรมอารมณ์และจิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป ยังมีฟันแท้เหลืออยู่ แม้ว่าจะเตรียมสภาพช่องปากก่อนใส่ฟัน และให้คำแนะนำการดูแลฟันแท้ ฟันเทียมหลังการใส่แล้ว ถ้าดูแลสุขภาพช่องปาก ทำความสะอาดฟันแท้ไม่ดี อาจทำให้เกิดฟันผุหรือ โรคปริทันต์ ฟันโยก คลอน เคี้ยวอาหารได้ยาก ส่งผลกระทบต่อการกินอาหารและเกิดความหงุดหงิดได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก

จากการศึกษาของ Srisilapanan และ Sheiham พ.ศ. 2544 (Srisilapanan and Sheiham , 2001) ซึ่งแบ่งค่าคะแนนผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (OIDP Score) ออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมี OIDP Score = 0 และ OIDP Score = 0.1-7.9 (ไม่ได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันและได้รับผลกระทบน้อย) มากกว่าผู้สูงอายุที่รายได้ต่ำ ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมี OIDP Score 8 ถึง > 16 (ได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันปานกลางถึงมาก) มากกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีอาชีพและมีรายได้ ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น มีความสบายใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี ต่างจากการศึกษานี้ที่พบว่า คะแนนผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (OIDP Score) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพรายได้ โรคประจำตัว

โดยภาพรวมสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป อยู่ในระดับดีเนื่องจากว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน

### ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA) พบว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานมีภาวะโภชนาการที่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (คะแนน MNA =17-23.5) มากที่สุดคือ ร้อยละ 50.0 เมื่อประเมินโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่า BMI ในเกณฑ์ปกติ ( $18.5 \leq \text{BMI} < 23.5$ ) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.8 ซึ่งจากการประเมินทั้งสองส่วนพบว่าการใช้แบบประเมินที่ต่างกันให้ผลการประเมินที่ต่างกัน โดยที่เมื่อใช้ค่า BMI ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานมีภาวะโภชนาการที่ปกติ ต่ำกว่าการศึกษาของ Srisilapanan และคณะ พ.ศ. 2545 (Srisilapanan et al, 2002) ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ 623 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่า BMI ในเกณฑ์ปกติ ( $\text{BMI} \geq 20$ ) ร้อยละ 70.6 ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่ยังมีฟันเหลือในช่องปากและผู้สูงอายุไร้ฟัน ในขณะที่หากประเมินด้วย MNA ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของอรพินท์ บรรจงและคณะ พ.ศ. 2548 (อรพินท์ บรรจงและคณะ, 2548) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลพุทธมณฑล และสถานีอนามัยวัดสุวรรณ อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปไม่มีโรคที่มีผลกระทบโดยตรงต่อโภชนาการ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีภาวะไตหรือตับวายเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุตัวอย่าง 60 คน อายุ 55-85 ปี มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดี (คะแนน MNA >23.5) มากที่สุด ร้อยละ 50.0 และการศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปชาวบราซิล จำนวน 471 คน โดย De Marchi และคณะ พ.ศ. 2551 (De Marchi et al, 2008) พบว่าในผู้ที่ไร้ฟันซึ่งใส่ฟันเทียมทั้งปากทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น อาจเป็นเพราะกลุ่มอายุที่ใส่ฟันเทียมมีอายุมากกว่า (อายุระหว่าง 62-87 ปี, อายุเฉลี่ย  $74.6 \pm 5.7$ , เป็นกลุ่มอายุ 75-87 ปี มากที่สุด) ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านโภชนาการมากกว่า หรือผู้สูงอายุกลุ่มที่ใส่ฟันเทียม ไม่มีฟันใช้เคี้ยวเป็นเวลานาน การใส่ฟันเทียมในช่วงเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป อาจยังไม่สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการได้ นอกจากนี้อาจมาจากการที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่อายุ 75-87 ปี มีแนวโน้มการกินอาหารน้อยลง การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาท/เดือนลงไปถึงไม่มีรายได้ และมีโรคประจำตัว จึงไม่สามารถหาอาหารที่มีคุณค่าและเมื่ออาหารจากการมีโรคประจำตัว ทำให้กินอาหารได้น้อยลง จากการศึกษาที่มีอายุมากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy และคณะ พ.ศ. 2543 (Murphy et al, 2000) ที่ศึกษาในผู้ป่วย orthopaedic พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (คะแนน MNA =17-23.5) มากที่สุดคือ ร้อยละ 47.0 ซึ่งเป็นค่าที่ใกล้เคียงกัน

ความสามารถในการเคี้ยว การกัดและกลืนอาหาร พบว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานจำนวน 92 คน ไม่มีปัญหาในการใช้ฟันกัดอาหารเลย มากที่สุดคือ ร้อยละ 80.4 ไม่มีปัญหาในการเคี้ยวอาหารเลย มากที่สุดคือ ร้อยละ 72.9 ไม่มีปัญหาในการกลืนอาหารเลย มากที่สุดคือ ร้อยละ 95.6 แสดงว่าผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานไปแล้วส่วนมากไม่มีปัญหาในการใช้ฟันกัดอาหาร การเคี้ยวอาหารและการกลืนอาหาร ซึ่งแสดงถึงฟันเทียมพระราชทานที่ได้รับการใส่จากโรงพยาบาลสารภีมีคุณภาพที่ดีสามารถใช้เคี้ยวอาหารได้ดี จากการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ต้องการใส่ฟันเทียมและเตรียมสภาพช่องปากให้เหมาะสมก่อนใส่ฟัน ซึ่งจากการศึกษาของอรพินท์ บรรจง และคณะ พ.ศ. 2548 (อรพินท์ บรรจงและคณะ, 2548) ทดสอบการเคี้ยวแครอทดิบ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันแท้ทั้งปาก และไม่มีฟันปลอมร้อยละ 13.3 เคี้ยวแครอทไม่ได้เลย แต่ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ 5-16 ซี่ และมีฟันปลอมรวมครบ 28 ซี่ ร้อยละ 86.8 สามารถเคี้ยวแครอทได้ และจากการศึกษาของ Allen และ McMillan พ.ศ. 2544 (Allen and McMillan, 2001) รายงานว่าผู้ที่ได้รับการใส่ฟันปลอมล่างที่ฝังรากฟันเทียมเพื่อยึดฟันปลอมให้แน่น สามารถเคี้ยวอาหารที่แข็งได้ เช่น แครอท แอปเปิล และผลไม้แห้ง

เมื่อประเมินความสามารถในการกินอาหารชนิดต่างๆ ในผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทาน ในสูงอายุที่ใส่ฟันเทียมจำนวน 92 คน มีความสามารถในการกินอาหาร โดยอาหาร 3 ลำดับแรก ที่ผู้สูงอายุ ตอบว่ากินได้สบาย ได้แก่ ส้มเขียวหวาน (ร้อยละ 100) ข้าวสวย ผักต้ม หรือนึ่งและกล้วยสุก (ร้อยละ 98.9) ปลาหนึ่ง อย่าง (ร้อยละ 97.8) แสดงว่าผู้สูงอายุกินได้สบายกับชนิดอาหารที่เป็นผลไม้ที่มีลักษณะอ่อน เคี้ยวง่าย เช่น ส้มเขียวหวานและกล้วยสุก ข้าวสวยซึ่งเป็นอาหารหลักของคนไทยที่มีลักษณะอ่อน เคี้ยวง่าย ผักที่ต้ม หรือนึ่งเพื่อให้ผักมีความอ่อน และปลาหนึ่ง อย่างที่เป็นอาหารอ่อน ซึ่งโดยสรุปผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานจะกินได้สบายกับอาหารที่มีลักษณะอ่อน สามารถเคี้ยวได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพของฟันทางคลินิกกับการกินอาหารของชาวจีน โดย Zeng และคณะ พ.ศ. 2551 (Zeng et al, 2008) ที่พบว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมของชาวจีน ผู้สูงอายุจะกินอาหารอ่อน เช่น ข้าวต้ม ปลาที่ต้มสุก

สำหรับชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุตอบว่ากินได้แต่มีปัญหาเล็กน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ขนมหเทียน/ กะละแม (ร้อยละ 23.9) ถั่วลิสงทอด (ร้อยละ 22.8) ฝรั่งชนิดกรอบและกล้วยแขกทอด (ร้อยละ 10.9) โดยขนมหเทียน/ กะละแม เป็นอาหารที่มีลักษณะเหนียว เคี้ยวให้ขาดยาก ดัดฟันเทียม ถั่วลิสงทอด เป็นอาหารที่มีลักษณะเป็นเม็ดแข็ง เคี้ยวให้ละเอียดยาก นอกจากนี้ ฝรั่งชนิดกรอบเป็นผลไม้ที่ไม่สุก เนื้อแข็งเคี้ยวยากและกล้วยแขกทอดซึ่งเมื่อซุบแป็งทอดแล้วทำให้เป็นอาหารที่มีความแข็ง แสดงว่าอาหารที่กินได้แต่มีปัญหาเล็กน้อยเป็นอาหารที่มีความเหนียวและแข็งปานกลาง

สำหรับชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุตอบว่ากินไม่ได้เลย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ถั่วลิสงทอด (ร้อยละ 8.7) ฟรุ้งชนิดกรอบ (ร้อยละ 6.5) ผักสด (ร้อยละ 4.3) แสดงว่า อาหารที่กินไม่ได้เลยเป็นอาหารที่มีความแข็งมาก โดยเฉพาะฟรุ้งชนิดกรอบและถั่วลิสงทอด ซึ่งผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานกินแล้วไม่สามารถเคี้ยวได้เลย ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพของฟันทางคลินิกกับการกินอาหารของชาวจีน โดย Zeng และคณะ พ.ศ. 2551 (Zeng et al, 2008) ที่พบว่าผู้ที่ไม่ม่ฟันหน้ากินได้ลำบากกับแอปเปิล ผลไม้ที่มีผิวมันและเนื้อแข็ง เพราะต้องใช้ฟันหน้ากัด ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับฟรุ้งชนิดกรอบในการศึกษาที่ผู้ใส่ฟันเทียมมีความลำบากในการใช้ฟันเทียมหน้ากัดอาหารแข็ง

การเปรียบเทียบความสามารถในการกินอาหารของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากกับผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซึ่งขึ้นไปพบว่าผู้สูงอายุกินได้สบายกับอาหารที่เป็นอาหารอ่อน สามารถเคี้ยวได้ง่าย คือ ส้มเขียวหวาน ข้าวสวย ผักต้มหรือหนึ่ง กินได้แต่มีปัญหาเล็กน้อยกับอาหารที่มีความเหนียวและแข็งปานกลาง คือ ขนมเทียน กะละแม ถั่วลิสงทอด ฟรุ้งชนิดกรอบ กินไม่ได้เลยกับอาหารที่มีความแข็งมาก คือ ถั่วลิสงทอด ฟรุ้งชนิดกรอบ ผักสด ความสามารถในการกินอาหารของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มกับชนิดอาหารในอันดับแรกๆ คล้ายคลึงกัน

ในเรื่องของความถี่ในการกินอาหารชนิดต่างๆ ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานจำนวน 92 คน พบว่าความถี่ในการกินอาหาร กินบ่อยมากกับชนิดอาหาร 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผัดผักรต่างๆ (ร้อยละ 78.3) ก๋วยเตี๋ยว (ร้อยละ 77.2) ข้าวเหนียวและหมูสับ ใน ลาบ แกงแกงจืด/ผัด (ร้อยละ 76.1) เพราะผู้สูงอายุปลูกผักและก๋วยเตี๋ยวกินเองและหาซื้อได้ง่าย ก๋วยเตี๋ยวเป็นอาหารที่กินได้สบาย ส่วนข้าวเหนียวเป็นอาหารประจำของท้องถิ่น ซึ่งอาหารที่กล่าวมาเป็นอาหารที่กินได้สบายใน 10 อันดับแรก น่าจะมีความสัมพันธ์ระหว่างอาหารที่กินบ่อยมากกับอาหารที่กินได้สบาย

สำหรับความถี่ในการกินอาหาร กินบ่อยกับชนิดอาหาร 3 ลำดับแรก ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยวทอด (ร้อยละ 32.6) หมู (ย่าง/ทอด/อบ) (ร้อยละ 31.5) เป็ด/ไก่ ย่างและไก่ เป็ด ที่อยู่ในแกง/แกงจืด (ร้อยละ 28.3) เพราะเป็นอาหารที่หาซื้อได้ง่ายจากตลาดและร้านค้าในหมู่บ้าน สามารถเคี้ยวได้จากการมีคู่สบฟันหลังในผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทาน แล้วอาจขึ้นกับวิถีชีวิตของชุมชนนั้น ซึ่งการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพของฟันทางคลินิกกับการกินอาหารของชาวจีน โดย Zeng และคณะ พ.ศ. 2551 (Zeng et al, 2008) ปัจจัยทางวัฒนธรรมของชาวจีน ถือว่าเป็ด/ไก่ย่าง เป็นอาหารที่แข็งเกินไปสำหรับผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น จึงไม่กินบ่อย

สำหรับความถี่ในการกินอาหาร กินนานๆครั้งกับชนิดอาหาร 3 ลำดับแรก ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยวน้ำแห้งและขนมเทียน กะละแม ขนมชั้น (ร้อยละ 62.0) ถั่วลิสงทอด (ร้อยละ 53.3) แดงโม (ร้อยละ 50.0) เพราะผู้สูงอายุนิยมกินข้าวเป็นอาหารหลัก นานๆจะซื้อก๋วยเตี๋ยวกิน ส่วนขนมเทียนจะกินเมื่อถึงเทศกาลต่างๆ และเป็นอาหารที่กินได้แต่มีปัญหาเล็กน้อยหรือกินไม่ได้เลย

สำหรับความถี่ในการกินอาหาร กินไม่ได้/ไม่กิน กับชนิดอาหาร 3 ลำดับแรก ได้แก่ ฟรุ้งชนิดกรอบ (ร้อยละ 43.5) เนื้อ (ย่าง/ทอด/อบ) (ร้อยละ 31.5) เต้าหู้แผ่น/เต้าหู้ทอดและถั่วลิสงทอด (ร้อยละ 26.1) เพราะฟรุ้งชนิดกรอบเคี้ยวไม่ได้หรือกลัวฟันปลอมแตก, เนื้อ (ย่าง/ทอด/อบ) ไม่กินเพราะความเชื่อและไม่ชอบกิน ส่วนเต้าหู้แผ่น/เต้าหู้ทอด ไม่กินเพราะไม่ชอบกินและไม่มีใครซื้อให้กิน จากข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุให้เหตุผลของการไม่กินอาหารบางชนิดว่า หากไม่กินเป็นเพราะไม่ใช่วิถีชีวิต ดังนั้นปัจจัยในการกินอาหาร ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมด้วย นอกเหนือจากเหตุผลที่สัมพันธ์กับความสามารถในการเคี้ยว

ส่วนการเปรียบเทียบความถี่ในการกินอาหารของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากกับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป กินบ่อยมากกับอาหารที่กินได้สบาย คือ ผัดผักต่างๆและกล้วยสุก กินนานๆครั้งกับอาหารที่กินได้แต่มีปัญหาเล็กน้อยหรือกินไม่ได้เลย คือ ขนมเทียน กะละแม ถั่วลิสงทอด หรืออาหารที่ไม่ใช่อาหารหลักของคนไทย คือ ก๋วยเตี๋ยวน้ำ/แห้ง ความถี่ในการกินอาหารของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มกับชนิดอาหารในอันดับแรกๆ คล้ายคลึงกัน

ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานสามารถรับรู้ได้ว่าอาหารชนิดใดเป็นอาหารแข็ง/เหนียวมาก แข็ง/เหนียวปานกลางและอ่อน ไม่ชอบ/ชอบไม่ได้กับอาหารที่ไม่เคยกินเพราะความเชื่อทางด้านสุขภาพและไม่กิน/ไม่ชอบ ซึ่งส่งผลต่อการเลือกกินอาหารที่เป็นอาหารอ่อน เคี้ยวได้ง่าย

ส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้ในชนิดอาหารของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากกับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไปว่าอาหารชนิดใดเป็นอาหารแข็ง/เหนียวมาก คือ ฟรุ้งชนิดกรอบและถั่วลิสงทอด อาหารแข็ง/เหนียวปานกลาง คือ ถั่วลิสงทอด ขนมเทียน กะละแม เนื้อ (ย่าง/ทอด/อบ) และอาหารอ่อน คือ ส้มเขียวหวาน ขนมครก ขนมสอดไส้ กล้วยสุก การรับรู้ในชนิดอาหารของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ในอันดับแรกๆ คล้ายคลึงกัน

สรุปโดยรวมการเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากกับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป เกี่ยวกับความสามารถในการเคี้ยว ความถี่ในการกินอาหารและการรับรู้ในชนิดอาหารมีความคล้ายคลึงกัน โดยอันดับแรกๆของชนิดอาหารมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์กันระหว่างความถี่ในการกินอาหารกับความสามารถในการเคี้ยวและการรับรู้ในชนิดอาหาร กินบ่อยมากกับอาหารที่กินได้สบายและเป็นอาหารอ่อน แล้วยังขึ้นกับวิถีชีวิตของชุมชน

สรุปแล้วผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากและฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไปในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ สามารถฟื้นฟูสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุไร้ฟันหรือมีฟันเหลือน้อย 1-6 ซี่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการไม่ได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันเป็นส่วนมากในแปดกิจกรรมหลัก



ซึ่งสะท้อนถึงทั้งทางกายภาพ ทางจิตใจ และทางสังคม เป็นความสำเร็จของโครงการฟื้นฟูพระราชนคร ที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ

### สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการใส่ฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ต่อคุณภาพชีวิตในด้านผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน, ภาวะโภชนาการและความสามารถในการเคี้ยวอาหารและการเลือกชนิดอาหารของผู้สูงอายุที่มารับบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2550 จำนวน 92 คน พบว่า

1.ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน ส่วนน้อย (ร้อยละ 29.3) ได้รับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน

คะแนนผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (OIDP Score) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

2.ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานมีภาวะโภชนาการที่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (คะแนน MNA =17-23.5) มากที่สุดคือ ร้อยละ 50.0 ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ( $18.5 \leq \text{BMI} < 23.5$ ) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.8

3.ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานไปแล้วส่วนมากไม่มีปัญหาในการใช้ฟันกัดอาหาร, การเคี้ยวอาหารและการกลืนอาหาร ร้อยละ 80.4, 72.9 และ 95.6 ตามลำดับ

4.การเลือกชนิดอาหาร ความถี่ในการกินอาหารของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานพบว่าอาหารที่กินบ่อยมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผักผักต่างๆ ก๋วยเตี๋ยวและข้าวเหนียว อาหาร 3 ลำดับแรกที่สามารถกินได้สบาย ได้แก่ ส้มเขียวหวาน, ข้าวสวย, ผักต้ม นึ่งและก๋วยเตี๋ยว

5.การรับรู้ในชนิดอาหาร ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานรับรู้ได้ว่าอาหารชนิดใดเป็นอาหารแข็ง/เหนียวมาก, แข็ง/เหนียวปานกลางและอ่อน ไม่ตอบ/ตอบไม่ได้กับอาหารที่ไม่เคยกิน เพราะความเชื่อทางด้านสุขภาพและไม่กิน/ไม่ชอบ ส่งผลต่อการเลือกกินอาหารที่เป็นอาหารอ่อน เคี้ยวได้ง่าย กินได้สบาย

### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เข้าไปเก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาเย็นหลังเลิกงาน และช่วงวันเสาร์ อาทิตย์ บางครั้งไม่พบผู้สูงอายุต้องนัดหมายมาสัมภาษณ์ที่สถานีอนามัยใกล้บ้านและในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละคนใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมง ทำให้ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่มีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2551 ไม่ตรงตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งของการศึกษา

2. ในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดของเวลาที่ใช้ในการศึกษา เป็นการศึกษาเพียงช่วงเวลาหนึ่งมีเวลาน้อย จึงศึกษาเฉพาะผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันและภาวะโภชนาการ หลังจากใส่ฟันเทียมพระราชทานไปแล้ว

3. ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทานมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมเกือบทั้งปากตั้งแต่ 16 ซี่ มีเพียง 17 คนเท่านั้น เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก 75 คน ทำให้จำนวนที่นำมาเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในด้านผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันและภาวะโภชนาการ หลังจากใส่ฟันเทียมพระราชทานไปแล้ว ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลก่อนการใส่ฟันเทียมกับหลังการใส่ฟันเทียมในโอกาสต่อไป

ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นขยายไปในกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมถอดได้ทุกกลุ่ม ไม่ใช่ศึกษาเฉพาะกลุ่มที่ใส่ฟันเทียมพระราชทาน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้นและกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบที่ใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้ควรทำการศึกษาคุณภาพและประสิทธิภาพของการใส่ฟันเทียม โดยมีการตรวจทางคลินิกของสภาพช่องปากและสภาพของฟันเทียมร่วมด้วย เพื่อพัฒนาให้ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมสามารถใช้ฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ