

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยประชากรวัยเด็กมีจำนวนลดลงเนื่องจากอัตราการเกิดที่มีแนวโน้มลดลงและอัตราเจริญพันธุ์รวมของสตรีไทยที่มีแนวโน้มลดลงเช่นเดียวกัน ในขณะที่ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นไปประชากรวัยสูงอายุจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มในอัตราที่สูงขึ้นเรื่อยๆ และจะมีสัดส่วนมากกว่ากลุ่มวัยเด็ก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) ผลจากลักษณะโครงสร้างของประชากรไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงจึงมีการคาดการณ์ถึงสังคมไทยในอนาคตจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) จากข้อมูลประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี 2513 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ 1.7 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 5.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 9.5 ต่อมาในปี 2550 จำนวนประชากรผู้สูงอายุของไทย เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งประเทศ มีการคาดประมาณในปี 2563 ว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ของประชากรไทยทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ โดยมักเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าช่วงอายุอื่น เป็นผลจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายร่วมกับโรคหรือความผิดปกติต่างๆ และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จะมาพบแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุใช้บริการทางด้านสุขภาพมากสุดในอัตรา 3-4 เท่าตัวของประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ อาจเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลเหล่านี้มีการป่วยและมีภาวะทุพพลภาพทางด้านร่างกายมากที่สุด (Ebrahim and Kalache, 1996) จากการสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 48.0 มีโรคประจำตัว และมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังร้อยละ 80 โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น มะเร็ง โลหิตจาง ไตวาย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ

ส่วนใหญ่เจ็บป่วยมากกว่าหนึ่งโรค มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเจ็บป่วยในสังคมผู้สูงอายุในช่วง พ.ศ. 2533-2563 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) กล่าวคือ โรคติดต่อจะลดลงเหลือร้อยละ 22 โรคไม่ติดต่อที่จะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 43 อุบัติเหตุจะเพิ่มเป็น ร้อยละ 21 โรคทางจิตและสมองจากเดิมร้อยละ 9 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 โดยปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ คือ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งเป็นสาเหตุของความบกพร่อง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548; 2549) นอกจากผู้ป่วยจะสูญเสียความคิด ความจำ ความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจ ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย ทั้งกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจ (รัชฎา, 2543) จากการคาดการณ์ภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พ.ศ. 2548 พบผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจำนวน 229,000 ราย พ.ศ. 2563 คาดว่าจะพบเป็น 450,000 ราย และ พ.ศ. 2593 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ล้านคน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) พบได้ว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุกๆ 5 ปี (สุทธิชัยและคณะ, 2544) หรือพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี ประมาณร้อยละ 1 เมื่ออายุ 65 ปี พบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2 และเมื่ออายุ 90 ปี จะพบความชุกของภาวะนี้เท่ากับร้อยละ 64 หรือประมาณ 2 ใน 3 ของประชากร ระบาดวิทยาของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในต่างประเทศ (Incichen, 1987) พบความชุกตั้งแต่ร้อยละ 3.1-26.6 ใกล้เคียงกับการศึกษาของประเทศไทย (กนกรัตน์, 2542; มาโนช, 2544; วรพรรณ และคณะ, 2540; สามารถ, 2540; สุทธิชัยและคณะ, 2544; อรพินธุ์, 2541; Suparus et al., 2008) พบความชุกตั้งแต่ 2.3-37.0 ขึ้นกับวิธีการศึกษา ขนาดประชากรและพื้นที่ทำการศึกษา เช่น สุราษฎร์และคณะ (Suparus et al., 2008) ศึกษาความชุกภาวะสมองเสื่อมในจังหวัดเชียงใหม่ของกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป จำนวน 1,492 ราย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมเท่ากับร้อยละ 2.35 ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการสำรวจระดับชาติของสุทธิชัยและคณะ(2544)พบความชุกภาวะสมองเสื่อมประชากรไทยร้อยละ 3.4

จากสถานการณ์ของการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของสังคมไทย ภาวะการมีโรคประจำตัว และโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลมีจำนวนเพิ่มขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551; สุทธิชัย และไพบุลย์, 2542) จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผลกระทบจากการรักษาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุนอกจากภาระค่าใช้จ่ายแล้ว การเจ็บป่วยและภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุยังเป็นภาระสำคัญสำหรับผู้ดูแล ที่อาจเป็นคู่สมรส บุตรหลาน ญาติ หรือผู้อื่น โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพบปัญหาความไม่ปกติของพฤติกรรม

ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง อันเป็นผลจากปัญหาความจำของผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงและก่อให้เกิดภาระกับผู้ใกล้ชิดและครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุปกติในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแปรงฟัน การใช้ห้องน้ำ เป็นต้น (วรรณนิภา, 2537; กรมสุขภาพจิต, 2546; ศิริพันธ์, 2546)

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาทตระหนักถึงผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เห็นถึงความจำเป็นในการจัดระบบบริการคลินิกพิเศษ คือ คลินิกความจำ (Memory clinic) เพื่อบริการผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งทางด้านการบำบัด รักษา ฟื้นฟู ติดตามประเมินผล และจัดกิจกรรมสำหรับญาติและผู้ดูแลเพื่อรองรับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อมซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นตามอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ คลินิกความจำมีการจัดบริการทุกวันพฤหัสบดี ลักษณะการบริการแบบองค์รวมในทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล การดูแลสุขภาพช่องปาก (Oral hygiene care) เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการดูแลสุขภาพร่างกายและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากสุขภาพช่องปาก (Oral health) มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการทำงานของระบบบดเคี้ยว ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ และสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุโดยรวม (กองทันตสาธารณสุข, 2547) ปัญหาโรคในช่องปากส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลสุขภาพช่องปากที่ได้อย่างถูกต้องในช่วงเวลาที่เหมาะสม แต่ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หรือจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ อาศัยครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการดูแลสุขอนามัย ดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้อาจจะส่งผลถึงสภาวะสุขภาพช่องปากผู้ป่วย การดูแลเพื่อการคงสุขภาพช่องปากที่ดี ป้องกันโรคหรือการดูแลเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดการสูญเสียฟัน ลดความเจ็บปวด ลดความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติต่างๆ ประกอบกับรายงานการศึกษาที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมของประเทศไทยยังมีน้อย ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นทันตบุคลากรจึงมีความสนใจในการศึกษาถึงสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งด้านสภาวะช่องปาก (Oral status) และการดูแลสุขภาพช่องปาก (Oral hygiene care) ในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับในคลินิกความจำของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปวางแผนการรักษา ฟื้นฟูสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้อง ควบคู่กันไปกับการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมร่วมกันในกลุ่มสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ ผู้ป่วยครอบครัว และผู้ดูแล อีกทั้งเพื่อช่วยป้องกันปัญหาการเกิดโรคใหม่ โรคแทรกซ้อน รวมทั้งช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเหล่านี้ต่อไปนี้ให้ยืนยาว มีความสุข

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาวะช่องปากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่รับบริการจากคลินิกความจำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่รับบริการจากคลินิกความจำโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

### ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางเพื่อศึกษาสุขภาพช่องปากทั้งด้านสภาวะช่องปากและด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ที่มารับบริการคลินิกความจำโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2552

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการซักประวัติ การตรวจร่างกายที่สำคัญ การตรวจคัดกรองความผิดปกติของสมองด้วย Mini - Mental Status Examination: Thai version (MMSE Thai version 2002) หรือ Thai Mental State Examination (TMSE) ซึ่งค่าคะแนนจากการทดสอบแปลผลว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมด ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ ภาพถ่ายรังสีที่จำเป็นเพื่อวินิจฉัยแยกสาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อม และผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ประสาทวิทยาว่าป่วยด้วยอาการสมองเสื่อม

**ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม** หมายถึง เป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมารับบริการที่คลินิกความจำโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ คือ มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น ให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล โดยผู้ดูแลอาจจะเคยหรือไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน ไม่จำกัดประสบการณ์ในการดูแล สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้และให้ความร่วมมือในการศึกษา

**สภาวะสุขภาพช่องปาก** หมายถึง สภาพผลการตรวจสุขภาพส่วนต่างๆในช่องปากของผู้ป่วยภาวะ  
 สมองเสื่อม ได้แก่ จำนวนฟัน สภาวะโรคฟันผุ สภาวะโรคปริทันต์และเนื้อเยื่อที่เกี่ยวข้อง สภาวะ  
 ฟันปลอม รวมถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วยเองหรือโดยผู้ดูแล  
 ผู้ป่วย

**การดูแลสุขภาพช่องปาก** หมายถึง พฤติกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปาก  
 ของผู้ป่วยโดยตัวผู้ป่วยเองหรือโดยผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติการรักษาทางทันตกรรม การทำ  
 ความสะอาดช่องปาก การทำความสะอาดฟันปลอม การสังเกตความผิดปกติในช่องปาก

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ผลการศึกษาเป็นพื้นฐานในการวางแผนการรักษา ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพ  
 ช่องปากเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป
2. ผลจากการศึกษาวิจัยนี้จะเป็นพื้นฐานและประยุกต์ใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้ที่  
 เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 Copyright© by Chiang Mai University  
 All rights reserved