

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การค้นคว้าแบบอิสระครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อมในคลินิกความจำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปแนวคิดและขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความหมาย การวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล
3. สภาวะสุขภาพช่องปาก และปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
4. การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

1. แนวคิดเกี่ยวกับความหมาย การวินิจฉัยและการรักษาภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (สถาบันประสาทวิทยา, 2546) หมายถึง ภาวะที่การทำงานของสมองด้านสภาพเอาใจใส่หรือด้านการคิดและหาเหตุผลของสมอง (Cognitive function) หรือด้านการใช้ปัญญา (intellectual function) เสื่อมถอยและลดลงอย่างต่อเนื่องจากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงนี้มีค่อนข้างมากเกินกว่าที่พบในวัยสูงอายุ ทำให้การตัดสินใจผิดพลาดบ่อยๆ โดยที่ผู้ป่วยเองไม่รู้ แต่ญาติและคนข้างเคียงสังเกตเห็นได้ การปฏิบัติงานในกิจวัตรประจำวันลดลงเรื่อยๆ ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากสาเหตุหลายอย่าง อาจเกิดจากการเสื่อมของเซลล์ของสมองเอง (neurodegenerative disorders) จะมีความรุนแรงทางพยาธิสภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุของผู้ป่วย เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer disease; AD) ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด (Kocaelli et al., 2002) โรคพาร์กินสัน (Parkinson) หรือภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากผลของโรคหรือภาวะทางกายอื่นๆ เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง (Vascular dementia; VaD) ภาวะซึมเศร้า การติดเชื้อ (Infection) การขาดวิตามิน (Vitamin deficiencies) การใช้ยาหรือสารเสพติดมาเป็นเวลานาน เป็นต้น อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากแต่ละสาเหตุโดยรวมจะคล้ายๆกัน การสูญเสียความจำเป็นอาการเด่นที่สุด โดยเฉพาะความจำใหม่ๆ และถ้าเป็นมากขึ้นจะมีการเสียความจำเก่าๆ (Thomson, 1987) อาการอื่นๆ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจและใช้

เหตุผล อารมณ์แปรปรวน พฤติกรรมเปลี่ยนไปเป็นต้น ความรุนแรงและความรวดเร็วของการดำเนินโรค จะแปรผันไปตามสาเหตุ (วีรศักดิ์, 2552) ระยะเวลาการดำเนินโรคจะเป็นลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 8-10 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2546)

การวินิจฉัยภาวะภาวะสมองเสื่อม ต้องใช้ข้อมูลร่วมกับการตรวจและการซักประวัติ การตรวจร่างกายช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค การตรวจระบบประสาท การตรวจสภาพจิตสามารถใช้แบบทดสอบการทำหน้าที่สมองได้แก่ Mini mental state examination - MMSE (Folstein et al., 1975) Thai Mental State Examination- TMSE (Train the Brain Forum Committee, 1993) Mini - Mental State Examination : Thai version- MMSE Thai 2002 (สถาบันประสาทวิทยา, 2546) ช่วยการวินิจฉัย บ่งบอกความรุนแรงและอัตราการเสื่อมถอยของภาวะสมองเสื่อมตามกาลเวลา ร่วมกับการใช้มาตรวัดเกี่ยวกับการทำกิจกรรมพื้นฐานในแต่ละวัน (Activities of Daily Livings - ADLs) ซึ่งเป็นดัชนีชี้บ่งที่ดีที่สุด ไวที่สุดในการวินิจฉัย ติดตาม และประเมินความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม โดยทั่วไปการทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ได้รับการประเมินโดยการรายงานจากตัวผู้ป่วยเอง ถึงแม้ว่าในบางครั้งผู้ดูแลหรือคู่ชีวิตหรือตัวแทนอาจเป็นผู้ถูกถามแทนถ้าผู้ป่วยไม่อาจให้ข้อมูลที่ น่าเชื่อถือได้ นอกจากนี้ยังใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อแยกโรค จะช่วยให้ทราบถึงสภาพพื้นฐานของผู้ป่วย

การรักษาภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ประการแรกคือ การรักษาโรคต้นเหตุของภาวะสมองเสื่อม เช่น จากเนื้องอกในสมอง การติดเชื้อซิฟิลิสในสมอง เป็นต้น ซึ่งหากให้การวินิจฉัยได้เร็วและทันทั่วถึง จะช่วยไม่ให้สมองเสื่อมเลวลงหรืออาจดีขึ้นได้ ประการที่ 2 การรักษาตามอาการแบบประคับประคอง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีความสุข ไม่วุ่นวาย เช่น การให้ยาลดความวิตกกังวล การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย หรือเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุอันตรายต่างๆ ด้วยการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ประการสุดท้ายคือ การให้ยาบำบัดรักษาภาวะสมองเสื่อมได้แก่ ยาขยายหลอดเลือดสมอง และยาช่วยการทำงานของสมอง แม้ปัจจุบันมีกลุ่มยาที่ช่วยชะลออาการต่างๆของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นช้าลง แต่การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านพฤติกรรมบำบัด การปรับบรรยากาศสิ่งแวดล้อม การฝึกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตลอดจนการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยก็ยังคงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะรักษาคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ตามอาการและความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมที่เป็นและผลกระทบต่างๆที่เกิดกับตัวผู้ป่วย (กัมมันต์, 2543; American Psychiatric Association, 1994) ซึ่งแต่ละระดับต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นแตกต่างกันไป และระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามการดำเนินไปของโรค (Brodsky, 1999) โดยที่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระดับไม่รุนแรง หรือ ระยะเริ่มแรกของอาการ (Early stages) จะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีการหลงลืมไม่มากมีข้อบกพร่องในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการแก้ปัญหาบ้าง เมื่อการดำเนินโรคถึงระดับสมองเสื่อมปานกลาง (Middle stages) เป็นระยะที่ผู้ป่วยความจำเสียเห็นได้ชัด มีความสับสนเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆได้มากเท่าที่ควร ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น และเมื่อถึงระยะสุดท้ายของโรคหรือสมองเสื่อมมาก (Late stages) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องอาศัยผู้ดูแลเกือบทั้งหมด

ผู้ดูแล (จอม, 2541; ศิริพันธุ์ สาตย์, 2549; Alzheimer Research, 2003; Bell & Gibbons, 1989) หมายถึง สมาชิกของครอบครัวของผู้สูงอายุหรือบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวมอบหมายให้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลจากศูนย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลูกจ้าง เป็นต้น มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและครอบคลุมถึงการจัดการดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม พิจารณาแบ่งผู้ดูแลออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ได้แก่

ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ ซึ่งอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือจากครอบครัว โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล ผู้ดูแลประเภทที่ 2 คือ ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล กลุ่มผู้ดูแลมาจากวิชาชีพหรือผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน เช่น ลูกจ้างดูแลพยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจจะไม่รับ หรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลได้ตามข้อตกลง

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอาจจะช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือไม่ได้เลย เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการดูแล รวมทั้งมีภาวะทางอารมณ์ที่แปรปรวนง่าย จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการด้านต่างๆซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในสังคมไทย จะเป็นลักษณะผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการเป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติ

ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้สามารถมีความสุขในชีวิตตามบริบทแต่ละครอบครัว จากการศึกษาของอ้อมทิพย์ (2548) เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 มีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ 62.6 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลโดยรวมในระดับปฏิบัติเป็นประจำ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีการปฏิบัติเป็นประจำคือด้านการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ด้านการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ด้านการให้กำลังใจและความหวัง ด้านช่วยให้เกิดการจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้ปลอดภัย ด้านการมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ ด้านการแก้ไขโดยใช้เหตุผลชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ด้านการสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมอย่างทันท่วงที สำหรับด้านที่มีการปฏิบัติไม่สม่ำเสมอคือ ด้านการแสดงความยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งด้านบวกและด้านลบ และด้านการค้นหาความหมายในชีวิตของตนเอง เขาวลัทธิและคณะ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนที่มีต่อความรู้ของผู้ดูแลในคลินิกความจำโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมเพศชายมีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่าผู้ดูแลเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากได้รับโปรแกรมระดับความรู้ผู้ดูแลเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน ระดับความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นกว่าก่อนได้รับความรู้ตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมดีขึ้น

ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีรายงานการเสียชีวิตจากภาวะสมองเสื่อมโดยตรง แต่ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายต้องการการดูแลที่มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป (Rejnfeldt et al., 2006) ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ใกล้ชิดและครอบครัวเป็นอย่างมาก เนื่องจากปัญหาความจำบกพร่อง ปัญหาอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าการสื่อสารความไม่ปกติของพฤติกรรม เช่น การกระทำซ้ำซาก การกังวลและตื่นกลัว การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว การขับถ่าย การรับประทานอาหาร เป็นต้น ภาระจากการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมต่างๆ วรณนิภา (2537) สำรวจภาระของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมพบว่าปัญหาการสนทนาสื่อสารและปัญหาในการขับถ่ายเป็นด้านที่มีจำนวนผู้ดูแลเห็นว่าเป็นภาระมากที่สุด เกิดปัญหาทางด้านสังคมโดยส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นภาวะความเครียด เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและมีความไม่สบายกายเกิดขึ้น

3. สภาวะสุขภาพช่องปาก และปัญหาสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเสื่อมของสภาพร่างกายตามวัยทำให้พบปัญหาด้านสุขภาพต่าง ๆ มากขึ้น รวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแม้ว่าจะพบการสูญเสียฟันลดลง จำนวนฟันที่เหลือเพิ่มขึ้นก็ตาม (กองทันตสาธารณสุข, 2550; Chiappelli et al., 2002) จากความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่มีสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้แนวโน้มที่จะพบผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและมีปัญหาสุขภาพช่องปากจำนวนมากขึ้น การดูแลให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีจะส่งผลต่อสุขภาพต่างๆของผู้ป่วยสมองเสื่อม (Ghezzi and Ship, 2000; Kocaelli et al., 2002) ทั้งสุขภาพทั่วไป ความภูมิใจในตนเอง (self-esteem) การบูรณาการทางสังคม (social integration) ภาวะโภชนาการ (Shinsuke et al., 2008) เป็นสิ่งสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่ไม่ดีจะทำให้เกิดความเจ็บปวด มีการสูญเสียฟันในอนาคตรวมถึงความสามารถในการเคี้ยว ความมั่นใจในบุคลิกภาพลดลง เช่น การยิ้ม การหัวเราะ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมทุกราย ควรได้รับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพช่องปากโดยเริ่มแรก สาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Alzheimer's Australia, 2005) อาจมีผลมาจากการได้รับยาซึ่งมีผลต่อการทำงานของต่อมน้ำลาย การหลั่งของน้ำลายลดลง ทำให้มีอาหารปากแห้ง หรือเป็นแผลจากฟันปลอมได้ พฤติกรรมการกินที่เปลี่ยนไปจากกินมือหลักเป็นกินมือเล็กๆพวกอาหารว่าง อาหารหวาน ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เช่น ความสามารถในการแปรงฟัน การดูแลฟันปลอม เป็นต้น

สภาวะสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีการศึกษาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

สภาพฟัน (Dental status) ไม่พบว่ามีความแตกต่างของการมีฟันธรรมชาติระหว่างผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ปกติ (Nordenram et al., 1996) และระหว่างผู้ป่วยโรคอื่นๆเช่น จิตเวช (Gordon and McLain, 1991) จากการศึกษาของ Chalmers and Pearson (2005) ทำการทบทวนการศึกษาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่รวมถึงเศษรากฟัน (Retained root) อยู่ระหว่าง 14-17 ซี่ ความชุกของการมีสันเหงือกกว้างประมาณร้อยละ 65 ขึ้นไป ฟันปลอมที่พบเป็นฟันปลอมแบบถอดได้ พบได้ว่าผู้ป่วยที่เคยมีฟันปลอมแต่เมื่อพบมีภาวะสมองเสื่อมจึงลดการใส่ฟันปลอมจนถึงการใช้ฟันปลอม ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะพบการเกิดฟันผุในระดับที่สูง โดยพบผู้ป่วยมีฟันผุส่วนตัวฟัน (Coronal caries) ประมาณร้อยละ 65 และมีฟันผุส่วนรากฟัน (Root caries) ประมาณร้อยละ 50 กลุ่มผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีอัตราการเกิดฟันผุทั้งส่วนตัวฟันและส่วนรากฟันเพิ่มมากกว่าผู้ที่ไม่มภาวะสมองเสื่อม

Chalmers et al.(2002; 2005) ทำการศึกษาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในรัฐ Adelaide, South Australia โดยทำการตรวจช่องปากทั้งสภาพฟัน สภาวะปริทันต์ และฟันปลอมในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 116 รายเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม 116 ราย โดยใช้ ดัชนีค่าเฉลี่ยผุ อุด ถอน ค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index:PI) เพื่อดูปริมาณของการสะสมของคราบจุลินทรีย์ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุมากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุส่วนตัวฟันเท่ากับ 0.30 และ 0.03 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุส่วนรากฟันเท่ากับ 0.5 และ 0.03 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน 23.2 ซี่ต่อคน และมีอัตราการผุเพิ่มมากกว่า พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนแผ่นคราบจุลินทรีย์ (mean PI score) ในกลุ่มผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.7 และ 0.6 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อตรวจติดตามภายหลัง 1 ปี พบว่าผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคฟันผุ และปริทันต์อย่างรวดเร็ว

อนามัยช่องปากและสภาวะปริทันต์ (Oral hygiene and periodontal status) พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมมีอนามัยช่องปากที่ไม่ดีร่วมกับพบการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์และหินปูนในปริมาณที่สูง มีความแตกต่างกับผู้ที่ไม่มีความผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญในหลายการศึกษา และพบผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความชุกของการมีภาวะโรคปริทันต์สูง การเปลี่ยนแปลงสภาพเนื้อเยื่อในช่องปาก (Mucosal alterations) กรณีมีฟันปลอมถอดได้แบบที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ (denture stomatitis)

ปัญหาสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่พบว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จะพบปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติ โดยความแตกต่างของปัญหาโรคช่องปากในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติเริ่มต้นกับผู้สูงอายุทั่วไปมีเพียงเล็กน้อย ผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงระดับมากจะพบปัญหาสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป พบความสัมพันธ์ของโรคในช่องปากกับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าชนิดของภาวะสมองเสื่อม และปัญหาสุขภาพช่องปากจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรง (Gordon and McLain, 1991; Jones et al., 1993; Pearson and Chalmers, 2004; Ship, 1992)

การศึกษาของ Warren et al. (1997) เปรียบเทียบสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุที่มีและไม่มีความผิดปกติพบว่าผู้ที่มีความผิดปกติระดับรุนแรง (severe) จะมีโรคเหงือก และปัญหาอนามัยช่องปากมากกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่สุทธิมาศ และมลิวัดย์ (2544) ศึกษาสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากผู้ป่วยจิตเวชของ

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 124 คนที่มารับการตรวจรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรม มีจำนวนฟันเฉลี่ยในช่องปาก 23.9 ซี่ มีโรคฟันผุร้อยละ 89.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุค ถอน 15.6 ซี่ต่อคน มีฟันคู่สบเฉลี่ย 4.6 คู่ต่อคน จากการศึกษาภาวะปริทันต์โดยใช้ ดัชนี CPI พบว่าผู้ป่วยมีหินน้ำลายและเป็นโรคปริทันต์ร้อยละ 49.6 และ 45.2 พบปัจจัยด้านเพศ คือ เพศหญิง อายุมากกว่า 35 ปี และป่วยทางจิตมากกว่า 10 ปี จะมีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุค ถอน มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยด้านการศึกษาผู้ที่มีการศึกษาน้อยและไม่มีการศึกษาได้ มีค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีโรคปริทันต์มากกว่ามีนัยสำคัญ และไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยฟันผุ อุค ถอน และค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีโรคปริทันต์ในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชต่างชนิดกัน หรือมีโรคประจำตัวทางกายแตกต่างกัน ซึ่งในช่วงที่ทำการรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาทันตกรรมเพียงบางส่วนเนื่องจากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือและแรงจูงใจในการรักษา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปาก จากรายงานการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมที่เป็นมากขึ้นจะส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการประกอบกิจกรรมประจำวันที่ลดลง (Chalmers and Pearson, 2005) และเกิดภาวะการพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลอนามัยช่องปาก พบว่าระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลาง และรุนแรง ส่งผลถึงความร่วมมือของผู้ป่วยในการดูแลอนามัยช่องปาก เช่น การอ้าปาก การบ้วนปาก ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจะทำให้มีน้ำลายน้อย ปากแห้ง (Koller, 2994) สถานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่ำจากสิทธิประกันสุขภาพช่องปากของรัฐที่ไม่ครอบคลุม ปัญหาการรับบริการทันตกรรมของผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจะมีข้อจำกัดในการเดินทางเข้ารับบริการทันตกรรม และขาดผู้ช่วยเหลือในการดูแลอนามัยช่องปาก (MacEntee, 2007) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากทำให้พบปัญหาสุขภาพช่องปากได้ (Frenkel,1999) การไม่ได้ตรวจสุขภาพช่องปากนานมากกว่า 12 เดือน ปัญหาการกลืน การเคี้ยวอาหาร การสำลัก ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาทางทันตกรรมก่อนหน้านี้ มีผลต่อการมีสุขภาพช่องปากและความรุนแรง Jablonski et al. (2005)พบผู้สูงอายุในสถานพยาบาลมักมีปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปาก เกิดจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่องทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงต้องอาศัยผู้อื่นในการดูแลอนามัยช่องปากของตน และเกิดจากเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลขาดความรู้เรื่องดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย Dolan and Atchison (1993) พบผู้สูงอายุได้รับการรักษาปัญหาสุขภาพช่องปากน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ อาจเกิดจากข้อจำกัด เช่น ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทาง ความกลัว เป็นต้น

4. การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การป้องกันและการควบคุมไม่ให้เกิดความผิดปกติ หรือรอยโรคใหม่ในช่องปาก เพื่อคงสภาพการใช้งานในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งจำเป็นนอกเหนือจากการบริการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง สม่ำเสมอ ทั้งโดยตัวเองหรือโดยผู้ดูแล จึงเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุม ป้องกัน และส่งเสริมการมีสุขภาพช่องปากที่ดี (กองทันตสาธารณสุข, 2547)

ผู้ป่วยสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ ดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ให้ เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะปานกลางถึงสมองเสื่อมมาก นั้นผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยแต่ละวัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถแสดงอาการ หรือบอกเล่าอาการเกี่ยวกับความเจ็บปวดเป็นคำพูดได้ การดูแลขึ้นกับครอบครัว หรือผู้ดูแลในการสังเกต ทำความเข้าใจถึงอาการแสดงต่างๆ ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาเกี่ยวกับช่องปากได้ เช่น การไม่กินหรือกินอาหารน้อยลง การดื่มน้ำ การกดใบหน้า การไม่ยินยอมให้ผู้ดูแลช่องปาก เป็นต้น นอกจากนี้ทันตบุคลากรควรมีความรู้ความเข้าใจในภาวะสมองเสื่อมเพื่อช่วยให้การบริการทันตกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Kieser et al., 1999; Niessen and Jones, 2006)

วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ด้วยตัวผู้ป่วย หรือผู้ดูแล เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับการดูแลช่องปากชนิดที่มีฟลูออไรด์ เช่น ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก เจล การเตือน (Remind) ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกี่ยวกับการแปรงฟัน การดูแลฟันปลอม การควบคุมลดการบริโภคน้ำตาล การตรวจสุขภาพช่องปากกับทันตแพทย์เป็นประจำสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีการดูแลเพื่อการฟื้นฟูประสิทธิภาพการกลืน การพูด เช่น การบริหารกล้ามเนื้อใบหน้า ลิ้น และต่อมน้ำลาย

Jones et al. (2000) ศึกษาผลลัพธ์ที่คาดหวังในระยะยาวจากการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยสมองเสื่อมพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 270 คน ทั้งที่เป็นสมาชิกครอบครัวและบุคลากรการแพทย์เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือ นักโภชนาการ ทันตแพทย์ เป็นต้น ต้องการผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน และสามารถจัดแบ่งเป็น 4 ด้านหลัก คือ ด้านการไม่มีอาการเจ็บปวด (Free from oral pain) ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดฟัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมแบบเร่งด่วนเมื่อมีอาการ ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดจากการไม่มีฟัน หรือเป็นแผลที่เหงือก ด้านความปลอดภัย (Safety) ได้แก่ ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อการกลืน สำลักฟัน ฟันปลอม หรือวัสดุอุดฟันเข้าคอ และสามารถตรวจพบปัญหาช่องปากได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ด้านสุขอนามัย (Hygiene) ได้แก่ การดูแลอนามัยช่องปากร่วมกับการดูแลตามกิจวัตรประจำวันอื่นๆ เช่น โกนหนวด หวีผมเป็นประจำ สม่ำเสมอ การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีการ

จัดบริการทันตกรรมให้เมื่อมีความจำเป็น ด้านการป้องกันการเกิดโรค (Prevention) ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก การไม่มีอาการรำคาญจากการไม่มีฟันหรือเป็นแผลที่เหงือก และการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันปัญหาในการบดเคี้ยว

Hugo et al. (2007) ศึกษาด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่บ้านจำนวน 56 คนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (87.5%) จะเป็นผู้ดูแลอนามัยช่องปากให้ผู้ป่วย เช่น การแปรงฟัน การใช้ก๊อชเช็ดร่วมกับน้ำยาบ้วนปาก มีการดูแลทำความสะอาดฟันปลอมโดยการใช้ยาบ้วนปากแทนการแปรงฟัน

Reznick and Matear (2002) ศึกษาการรับรู้ต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ดูแลหลัก โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามี ความสำคัญมากที่สุด คือ การรักษาทางทันตกรรมอย่างเร่งด่วน (57%) หรือการรักษาเพื่อลดความเจ็บปวด (48%) รองลงมาคือ การรักษาความสะอาดเพื่อป้องกันโรค การตรวจเป็นระยะ การใส่ฟันปลอม และการอุดฟัน

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม มีปัจจัยหลายอย่าง ที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เช่น

พฤติกรรมของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงมีความก้าวร้าว หวาดระแวง ร้องไห้ สับสนและไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้เกิดความยากลำบากในกระบวนการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น ไม่ยอม อ้าปาก กัดแปรงสีฟัน หรือมือผู้ดูแล (Chalmers et al., 2005) การดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยความอดทนอย่างมาก ผู้ดูแลมักเกิดความรู้สึกรำคาญ (Henry and Wekstein, 1997)

Finger and Jedrychowski (1989) ศึกษาการรับรู้ของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มต่างๆที่มีความพิการหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยส่งแบบสอบถามจำนวน 15 ข้อ สุ่มสำรวจในกลุ่มผู้ปกครองของเด็กกลุ่มนี้ในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ทั้งหมด 5 เมือง เมืองละ 100 ราย เพื่อสอบถามปัญหาที่พบในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก พบว่า อัตราการตอบกลับแบบสอบถาม 55.4% (272 รายจาก 500 ราย) ส่วนใหญ่เป็นผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อน (ร้อยละ 38.6) ผู้ปกครองจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาในการนำเด็กเข้ารับบริการทันตกรรมโดยอ้างถึงข้อจำกัด ด้านค่าใช้จ่ายในการรับบริการ มากที่สุด รองลงมาคือด้านการเข้าถึงทันตแพทย์ที่ดูแลเฉพาะ ด้านการเดินทาง และด้านอื่นๆ เช่น ข้อจำกัดด้านสถานที่ พฤติกรรมเด็ก กลุ่มที่พบปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปากมากที่สุด คือ เด็กกลุ่มพิการทางสมองคิดเป็น 60% เด็กที่มาพบทันตแพทย์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จะพบปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปากน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เคยพบทันตแพทย์หรือพบนานเกิน 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ในเด็กกลุ่มที่ไม่มีประกัน

สุขภาพจะมีปัญหาช่องปากมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยสรุปการที่ผู้ปกครองจะพาเด็กที่มีปัญหาพิการมารับบริการทันตกรรมหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ทักษะติดต่อทีมที่ให้บริการทันตกรรมความเชื่อมั่น เรื่องความสามารถในการรักษา สภาพทางการเงิน สภาวะข้อจำกัดทางร่างกาย สถานที่ในการเข้ารับบริการ

Frenkel, Harvey, Needs (2002) พบว่าการที่ผู้ดูแลได้รับการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยช่องปากจะส่งผลดีต่อการดูแลช่องปากมากขึ้น ศึกษาผลของการให้ Oral Health Care Education program (OHCE) ในกลุ่มผู้ดูแลของสถานพยาบาล 22 แห่ง จำนวน 369 ราย ด้วยการส่งแบบสอบถามปลายปิดเพื่อติดตามคะแนนความรู้และทัศนคติหลังจากที่ได้เรียนรู้โปรแกรมนี้ เปรียบเทียบกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้รับ โปรแกรม พบว่า คะแนนด้านความรู้และคะแนนทัศนคติของกลุ่มผู้ดูแลที่ได้โปรแกรม OHCE เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.003$ และ $p < 0.001$)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยพบว่า สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมทั้งสภาพโรคในช่องปากและวิธีการดูแลอนามัยช่องปากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเป็นผลเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเอง และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

