

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใส่ฟันเทียมพระราชทานของ โรงพยาบาล สาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ต่อคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. โครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน”
2. สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
3. สุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
4. ภาวะโภชนาการและการประเมินภาวะโภชนาการ
5. ความสามารถในการเคี้ยวอาหารและการเลือกชนิดอาหารในผู้สูงอายุ

1. โครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน”

ผู้สูงอายุ นอกจากจะเป็นผู้ที่สะสมความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์อันมีคุณค่ายิ่ง ได้ทำคุณประโยชน์อย่างมากมาแก่ประเทศชาติแล้ว ผู้สูงวัยยังเป็นพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายของพวกเรา ที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ จึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลจากสังคม โดยเฉพาะในเรื่องสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพของผู้สูงวัย นอกเหนือจากเรื่องของตา และหัวใจ ซึ่งรัฐบาลได้จัดให้มีโครงการ "แก้ดวงใจ เกิดใจ 72 พรรษามหาราชนิ" แล้ว เรื่องฟัน ก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญ การสูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย ยังทำให้ขาดความมั่นใจ ในการพูด มีปัญหาในการเข้าสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิต ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยอีกด้วย

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ของประชาชนไทยครั้งล่าสุด ในปี 2543-2544 โดย กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงวัยของไทยไม่มีฟัน ทั้งปากร้อยละ 8.2 (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2545) นอกจากนี้ ยังมีการสูญเสียฟันบางส่วนอีกมาก ซึ่งส่วนใหญ่จะสูญเสียฟันหลัง จนทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ แม้ว่าส่วนหนึ่งจะได้รับการใส่ฟันเทียมไปแล้ว แต่ก็ยังคงพบผู้สูงวัยที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม ทั้งชนิดบางส่วน และทั้งปาก อีกประมาณ 4 ล้านคน และในจำนวนนี้ต้องการฟันเทียมทั้งปาก ประมาณ 300,000 คน ส่วนผู้สูงวัยที่มีฟันเหลืออยู่ในช่องปาก พบว่าเป็นโรคฟันผุ ร้อยละ 96 มีฟันผุที่รากฟัน ร้อยละ 20 และเป็นโรค

ปริทัศน์ ร้อยละ 62 ทั้งนี้ เป็นผลมาจากการละเลยต่อการดูแลสุขภาพช่องปากมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะการแปรงฟัน รวมทั้งมีการสะสมพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ มาตลอดช่วงชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การกินหมาก เป็นต้น ดังนั้น การร่วมกันสร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง ด้วยการแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่วัยเด็ก การลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดอาหารหรือขนมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่องปาก ทั้งที่บ้าน ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน ตลอดจนสถานที่ทำงาน หรือสถานประกอบการ จึงเป็นหนทางหนึ่ง ในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในระยะยาว

จากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และผลกระทบจากปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นเป็นภารกิจเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าว แก่ผู้สูงอายุ ในขณะที่ทันตบุคลากรในภาครัฐมีจำนวนจำกัด จึงเกิดการรวมพลังในกลุ่มวิชาชีพทันตแพทย์ จากองค์กรภาครัฐ และภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยทันตกรรมพระราชทาน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร มูลนิธิแพथ์อาสา สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทันตแพทยสภา ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สมาคมทันตแพทย์เอกชนไทย ชมรมวิชาชีพ ฯลฯ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยให้ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟัน จนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ได้ใส่ฟันเทียมทดแทน และในขณะเดียวกันก็ลดการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้สูงอายุ ด้วยการจัดบริการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาโรคในช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กัน

ปี 2550 เป็นวาระมหามงคล 80 พรรษาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้จัดให้มีโครงการ "ฟันเทียมพระราชทาน" เพื่อการณรงค์ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เถลิงพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ระยะเวลาดำเนินงานตั้งแต่ปี 2548-2550 ภายใต้คณะกรรมการ 3 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ มีกรมอนามัยเป็นศูนย์ประสานงาน โครงการ กำหนดให้การใส่ฟันเทียม เป็นภารกิจเร่งด่วนในโครงการ ให้จัดบริการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานพลาสติก ทั้งแบบบางส่วน และทั้งปาก เป็นกรณีพิเศษแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สูญเสียฟันจำนวน 80,000 คน ใน 75 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ซึ่งจะพิจารณาการใส่ฟันเทียมเพื่อการเคี้ยวอาหารเป็นลำดับแรก รวมทั้งกำหนดภารกิจระยะยาว ในการพัฒนารูปแบบ แนวทางการจัดบริการส่งเสริมป้องกัน โรคในช่องปาก ตลอดจนการดูแลฟันแท้

และฟันเทียมด้วยตนเอง เพื่อลดการสูญเสียฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ต้องทำฟันเทียมชิ้นใหม่ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

กิจกรรมในโครงการ นอกเหนือจากการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา โรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุ เพื่อลดการสูญเสียฟันแล้ว ยังมีการรณรงค์ร่วมกับหน่วยทันตกรรมพระราชทาน เป็นระยะๆ ตลอด 3 ปี และการพัฒนาศักยภาพของทันตบุคลากร ในโรงพยาบาลต่างๆ ให้สามารถจัดบริการที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และผลิตสื่อ คู่มือ แนวทางการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับทันตบุคลากร บุคลากรสาธารณสุข และผู้ดูแลอีกด้วย โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่ง จากรัฐบาล ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ ยังได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากมูลนิธิแพथ้อาสาสมัครเพื่อพระศรีนครินทร์ราชชนนี สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข ตลอดจนองค์กรภาคเอกชน และผู้มีจิตศรัทธาที่ประสงค์จะมีส่วนร่วมในโครงการ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2548)

ในช่วงแรก การจัดบริการเป็นไปตามระบบปกติของหน่วยบริการ เริ่มจากกลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีบัตรทองของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งสามารถรับบริการใส่ฟันเทียมฐานพลาสติกได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และหน่วยบริการเบิกเงินคืนในหมวดชดเชยค่าบริการร่วมกับบริการค่าใช้จ่ายสูงอื่นๆจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงต่อมาได้รับการสนับสนุนงบประมาณส่วนใหญ่จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในลักษณะ Vertical program สำหรับการจัดบริการและสนับสนุนการจัดบริการ 3 ปี รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน 435.1 ล้านบาท และได้รับการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนจากมูลนิธิ พอ.สว. กรมอนามัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งภาคเอกชน โดยพิจารณาความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม เพื่อการเคี้ยวอาหารเป็นลำดับแรก

ผลการดำเนินการ โครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน” เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และเนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปใน 75 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ได้รับการใส่ฟันเทียมพระราชทานไปเป็นจำนวน 94,756 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ 80,000 คน นับได้ว่าเป็นการเริ่มต้นแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ตรงกับความต้องการของประชาชน ผู้สูงวัย และนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการส่งเสริม ป้องกัน โรคในช่องปาก

ในส่วนของโรงพยาบาลสารภี เมื่อปฏิบัติงานตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน ปี 2548-2550 ไปแล้ว ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสารภียังไปขึ้นทะเบียนที่ชมรมผู้สูงอายุแต่

ละตำบลของอำเภอสารภีและมาขอรับบริการใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลสารภีอีกเป็นจำนวนมาก ดังนั้นถ้าต้องดำเนินการใส่ฟันเทียมให้ผู้สูงอายุต่อไป จากการทำโครงการฟันเทียมพระราชทานที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินผลของโครงการในแง่ของคุณภาพชีวิต จึงต้องการประเมินผลของโครงการฟันเทียมพระราชทาน ในส่วนของการประเมินสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมไปแล้ว

2. สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่ง เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อระบบบดเคี้ยว ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญต่อสุขภาพร่างกายอย่างยิ่งในวัยนี้ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากประชากรไทย ปี 2543-2544 รวบรวมโดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 53 มีโรคฟันผุ ร้อยละ 61.6 (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2545) มีโรคปริทันต์ที่ยังไม่ได้รับการรักษา ซึ่งโรคเหล่านี้ นอกจากจะลดทอนประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ก่อให้เกิดปัญหาความเจ็บปวดแล้ว ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียฟัน ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.2 ไม่มีฟันทั้งปาก ร้อยละ 50 มีฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่

ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 27 และ 23 ของผู้สูงอายุ ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ตามลำดับ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2540) สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 13.4 และดื่มสุราทุกวัน ร้อยละ 4.0 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2545) หรือร้อยละ 31.4 ของผู้สูงอายุสูบบุหรี่ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2545) และมีเพียงร้อยละ 30.5 ที่ดูแลความสะอาดโดยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง หลังตื่นนอนตอนเช้า และหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน โดยไม่รับประทานอาหาร/เครื่องดื่ม จนเข้านอน ร้อยละ 56.4 รับรู้ว่ามีปัญหาในช่องปากเมื่อมีอาการเด่นชัด เช่น ปวดฟัน เสียวฟัน ฟันโยก แต่ก็มีเพียง ร้อยละ 23.3 ที่ไปรับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปี และส่วนใหญ่จะไปรับบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถทนหรือดูแลด้วยตนเองได้อีก ทำให้ชนิดของบริการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับเป็นการรักษารอยโรคที่มีการลุกลามหรือมีอาการเจ็บปวดรุนแรงแล้ว การรักษาเพื่อกงสภาพฟันไว้ใช้งานจึงค่อนข้างซับซ้อน ใช้เวลานาน ผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการตามนัดได้ จึงมักตัดสินใจถอนฟันเพื่อจัดปัญหา

การเปลี่ยนแปลงในช่องปากผู้สูงอายุ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2548)

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่โครงสร้างและอวัยวะในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางถดถอย อวัยวะในช่องปาก ทั้งตัวฟัน เนื้อเยื่อรองรับฟัน เยื่อในช่องปาก ต่อมน้ำลาย รวมไปถึงข้อต่อ

ชากรรไกรที่เช่นเดียวกัน ซึ่งการเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะดังกล่าว นอกจากจะเป็นผลจากอายุแล้ว ปัจจัยจากการดูแลความสะอาดช่องปากที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ โรคทางระบบ เช่น เบาหวาน การรับประทานยารักษาโรคบางชนิดเป็นประจำ จะยิ่งทำให้เกิดความผิดปกติในช่องปากบางชนิดได้ง่าย รวดเร็ว และรุนแรงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการป้องกันรักษา ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ย่อมเกิดการสูญเสียฟัน จนทำให้ไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ในที่สุด บุคลากรสาธารณสุขควรสังเกต และแยกได้ว่า ลักษณะใดเป็นการเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติ หรือลักษณะใดเป็นความผิดปกติ ที่นำไปสู่การเกิดโรคได้ ซึ่งการจำแนกดังกล่าว ต้องอาศัยการตรวจในช่องปาก ร่วมกับการสังเกต และการซักถามความรู้สึกไม่สบาย หรือเจ็บปวด ซึ่งผู้สูงอายุสามารถระบุได้ สิ่งที่ควรสังเกตในช่องปาก ได้แก่ ตัวฟัน เหงือก และเนื้อเยื่อปริทันต์ เยื่อในช่องปากและลิ้น น้ำลาย และต่อมน้ำลาย

ตัวฟัน ลักษณะทั่วไป โดยปกติ ลักษณะฟันในผู้สูงอายุ จะดูเหมือนยาวขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นผลจากการร่นของเหงือก ฟันสีเข้มขึ้น เนื่องจากเคลือบฟันด้านนอกสุดของตัวฟัน ซึ่งมีความใสสึกกร่อนไป ทำให้เห็นสีของเนื้อฟันที่อยู่ถัดเข้าไป ซึ่งมีสีเข้มกว่า โพรงประสาทฟันมีขนาดเล็กลง ดิบ แคบ หรืออุดตัน เป็นลักษณะที่พบได้ปกติในผู้สูงอายุ

ความผิดปกติ และรอยโรคของตัวฟันที่พบบ่อย ได้แก่ ฟันสึก-กร่อน ซึ่งมีหลายลักษณะ ขึ้นกับสาเหตุ เช่น ฟันสึก-กร่อน บริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกราม และปลายฟันหน้า (Kelleher and Bishop, 1999; Asawaworarit et al, 2003) การสึกจะพบผิวฟันมีลักษณะแบบ เรียบ แข็ง ลักษณะนี้เกิดจากการใช้บดเคี้ยวอาหารที่ค่อนข้างแข็ง หรือใช้เฉพาะบริเวณนั้นเคี้ยวอาหาร อย่างต่อเนื่อง ยาวนาน แต่ถ้าพบลักษณะเป็นรอยหว่า เป็นหลุม บนด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง หรือบนผิวฟันของฟันหน้า เป็นการกร่อน ซึ่งเกิดจากอาหาร สารเคมี ที่มาจากการรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด หรือดื่มเครื่องดื่มบางประเภท ที่มีความเป็นกรดสูงเป็นประจำ ถ้าสึกกร่อนเล็กน้อย ไม่มีอาการ ไม่จำเป็นต้องรักษา แต่ถ้าสึก-กร่อนมาก จนมีอาการเสียวฟัน จำเป็นต้องได้รับการบูรณะ หรือบางรายที่ฟันหน้าสึกไปจนสั้น เพราะใช้ฟันหน้าเคี้ยว เนื่องจากสูญเสียฟันกราม ควรได้รับการใส่ฟันปลอม และฝึกเคี้ยวฟันหลัง

ฟันสึก บริเวณคอฟันใกล้ขอบเหงือก (Kelleher and Bishop, 1999; Asawaworarit et al, 2003) จะสังเกตเห็นรอยสึกเป็นรอยหว่า หรือบากเข้าไปในเนื้อฟัน บางครั้งมีอาการเสียวร่วมด้วย มักเกิดจากการแปรงฟันที่รุนแรง หรือผิควิธี หรือการใช้แปรงขนแข็ง ร่วมกับยาสีฟันบางชนิดที่มีผงขัดหยาบ การสึกลักษณะนี้ควรได้รับการบูรณะ เพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้ อาจสึกลึกลงไปถึงโพรง

ประสาทฟัน เกิดการปวด และถ้าไม่สามารถทำความสะอาดบริเวณนั้นได้ดีพอ อาจเกิดการผุร่วมด้วยภายหลัง

โรคฟันผุในผู้สูงอายุมักเกิดบริเวณคอฟัน ซอกฟัน รากฟัน (Joshi et al, 1993; Powell et al, 1991) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มเด็ก ที่มักพบการผุบริเวณด้านบดเคี้ยว เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการล้มเอียงขึ้นยาวของฟัน มีภาวะเหงือกกร่น จนเห็นรากฟัน ดังนั้น จึงเกิดการสะสมของเชื้อโรค และอาหาร ในบริเวณดังกล่าวได้ง่าย เกิดฟันผุง่าย โดยเฉพาะการผุบริเวณรากฟัน จะลุกลามรวดเร็วกว่าตัวฟัน จึงต้องหมั่นสังเกตเพื่อป้องกันรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ สาเหตุของโรคฟันผุ เกิดจากเชื้อโรคในคราบจุลินทรีย์ ที่เกาะติดอยู่บริเวณผิวฟัน ย่อยสลายอาหารพวกน้ำตาล ทำให้เกิดการคราบบริเวณผิวฟัน เกิดภาวะความเป็นกรดในช่องปาก เมื่อภาวะความเป็นกรดลดต่ำลงถึงระดับหนึ่ง ผิวฟันจะมีการสูญเสียแร่ธาตุ ซึ่งถ้าไม่มีการฟิ้นกลับของแร่ธาตุ จะเกิดเป็นรูผุได้ และสำหรับผู้สูงอายุ มักมีน้ำลายน้อย ทำให้เกิดการปรับสภาพความเป็นกรดในช่องปาก สู่สภาวะเป็นกลางทำได้ช้า จึงทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุต่อไปเรื่อยๆ จึงมักเกิดการผุได้ง่าย

เหงือก และเนื้อเยื่อปริทันต์ ลักษณะทั่วไป เหงือก ลักษณะปกติในผู้สูงอายุจะมีสีชมพูซีด อาจค่อนข้างคล้ำ มีความแน่นแข็งพอสมควร ไม่มีลักษณะบวมแดง ข้ำ แต่อาจมีการร่นบ้าง จากการแปรงฟันที่ผิดวิธี หรือผลจากรอยโรคในอืด เนื้อเยื่อปริทันต์ เป็นอวัยวะที่อยู่รอบรากฟัน ไม่สามารถเห็นได้ในช่องปาก ประกอบด้วย เยื่อยึดปริทันต์ และกระดูกเบ้าฟัน ทำหน้าที่รองรับ และกระจายแรงบดเคี้ยว จากตัวฟันสู่กระดูกขากรรไกร เมื่ออายุมากขึ้น จะมีการสร้างเนื้อเยื่อทดแทนลดลง เยื่อปริทันต์จึงบาง และยึดหยุ่นน้อยลง สำหรับกระดูกเบ้าฟัน มีการไหลเวียนโลหิตภายในลดลง การสร้าง และละลายของกระดูกช้าลง กระดูกเบ้าฟันจะบาง และพูนมากขึ้น แต่ยังไม่ใช้งานได้ตามปกติ ความผิดปกติ และรอยโรคของเหงือก และเนื้อเยื่อปริทันต์ ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคปริทันต์

อักเสบ (Beck et al, 1990; Locker and Leake, 1993) สาเหตุหลักมาจากคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นคราบเชื้อโรคที่ติดบริเวณคอฟัน เชื้อโรคเหล่านี้จะปล่อยสารพิษ ทำให้เกิดการระคายเคือง เกิดการอักเสบของเหงือก เยื่อยึดปริทันต์ และกระดูกเบ้าฟัน ทำให้ฟันโยกได้ นอกจากนี้ พฤติกรรมเสียบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ (พวงทอง เล็กเฟื่องฟู, 2545) ภาวะโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานที่ไม่ได้ควบคุม จะทำให้อาการของโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงขึ้น ในระยะแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติเด่นชัด แต่ถ้าสาเหตุยังคงอยู่ และร่างกายมีความต้านทานลดลง จะพบอาการอักเสบ โดยเหงือกจะบวม สีแดง ข้ำ เลือดออกง่าย และเมื่อกระดูกเบ้าฟันถูกทำลาย จะสังเกตความผิดปกตินี้ได้ จากการโยกของฟัน อาจมี หรือไม่มีอาการปวดร่วมด้วยก็ได้ ความผิดปกติอื่นๆ ที่พบบริเวณเหงือก เช่น แผ่นคราบสีขาว

หน้าตัว แผลที่มีลักษณะถลอกแดง จากการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อรา ก้อนตุ่ม หนองแข็ง หรือเป็นแผลจากการระคายเคืองอื่นๆ เป็นต้น

เยื่อในช่องปาก และลิ้น ลักษณะทั่วไป เยื่อในช่องปาก ได้แก่ เยื่อบริเวณกระพุ้งแก้ม เพดานปาก ริมฝีปากบน-ล่างด้านใน ใต้ลิ้น เหงือก ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้น เนื้อเยื่อเหล่านี้จะมีความยืดหยุ่นน้อยลง บางลง ในผู้สูงอายุบางคน สังเกตพบตุ่มนูนเล็กๆ คล้ายหัวสิวสีเหลืองอ่อน ขึ้นบริเวณกระพุ้งแก้ม เพดานปาก ซึ่งเป็นลักษณะของต่อมไขมันที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อบางลง บางคนพบลักษณะเส้นเลือดขดใต้ลิ้น พื้นปากใต้ลิ้น โดยจะสังเกตเห็น แนวเส้นเลือดดำเป็นปุ่มๆ ลักษณะเหล่านี้เป็นลักษณะปกติ ไม่มีอันตราย แต่ความต้านทานที่ลดลง อาจทำให้เกิดความระคายเคือง แสบร้อน หรือเกิดแผลในช่องปากง่ายกว่าปกติ ลิ้น ด้านบนจะบางลง เรียบแบน เกสรลิ้น (filiform papilla) หายไป ลิ้นดูเลี่ยน เป็นแผล หรือแสบลิ้นได้ง่าย แต่ไม่รุนแรง ต่อมรับรสบนลิ้นฝ่อ ทำให้ระดับการรับรสเปลี่ยนไป อาหารต้องมีรสจัดขึ้น จึงจะรับรสชาติได้

ความผิดปกติ และรอยโรคของเยื่อช่องปาก และลิ้น มีทั้งแบบมีอาการเฉียบพลัน เกิดขึ้นรวดเร็ว เจ็บปวดมาก หรือแบบเรื้อรังที่เกิดขึ้นช้าๆ และคงอยู่เป็นเดือนๆ โดยไม่เจ็บมากนัก ลักษณะที่สังเกตเห็นมีหลายลักษณะ ดังนี้ รอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อรา ลักษณะเป็นแผ่นสีขาวครีม ขูดออกได้ หรือเป็นแผ่นขาว ตุ่มขาวที่ล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อสีแดงจัด หรือเป็นแผ่นสีแดง มักจะเจ็บส่วนใหญ่มักพบบริเวณเพดาน กระพุ้งแก้ม ลิ้น เหงือก สัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ มีโรคทางระบบ เช่น เบาหวาน ได้รับความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน หรือใช้ยาพวกสเตียรอยด์เป็นเวลานาน ในผู้สูงอายุบางรายที่ใส่ฟันปลอม ที่มียางติดกลางเพดานปาก จะก่ออันตรายต่อเนื้อเยื่อเพดานปาก ทำให้อักเสบ ติดเชื้อรา และถ้าใส่นานๆ แรงดูดจะทำให้เพดานปากบางลงได้ ลักษณะผิดปกติและรอยโรคที่ไม่ใช่เกิดจากการติดเชื้อรา ที่พบบ่อย ได้แก่ โลเคนพลาเนียส (Tanakun and Dharmbhibhit, 1996) ลักษณะรอยโรคเป็นลายเส้นสีขาว ประกอบด้วย ตุ่มเล็กหน้าตัว เบียดกันแน่น กลายเป็นเส้นสีขาว หน้าตัวจากเนื้อเยื่อปกติ ขูดไม่ออก พบบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก รอยต่อระหว่างกระพุ้งแก้มกับเหงือก เพดานปาก ริมฝีปาก ผู้ป่วยมักมีอาการปวดแสบปวดร้อน โดยเฉพาะเมื่อรับประทาน อาหารรสจัด หรืออาหารร้อน ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตับอักเสบมากกว่าปกติ หรืออาจพบการบวมของต่อมน้ำลาย ขนาดเล็กบริเวณเพดานปาก และมีการขยายตัวของรูเปิดเห็นเป็นตุ่มหนา และมีจุดสีแดงชัดเจน (Nicotinic stomatitis) จากการสูบบุหรี่ (ลัดดา เหลืองงามิกร, 2545) หรือไม่เห็นรอยโรคชัดเจน แต่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเนื้อเยื่อบริเวณนั้น หยาบ หนา ระคายเคือง อาจเกิดจากสารเคมี หรือจากฟันที่บิ่น แตก คม หรือฟันปลอมที่ไม่พอดี

ลักษณะผิดปกติที่อาจเปลี่ยนเป็นมะเร็ง (สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์, 2547) เช่น พบก้อน บวม ซึ่งอาจมีลักษณะนิ่ม หรือแข็ง หรือเป็นแผ่นคราบสีแดง สีขาว มีรอยแผลที่ไม่หายนานกว่า 2 สัปดาห์ หรือมีอาการปวด ชา เป็นเวลานาน หรือมีเลือดไหลซึม จากบริเวณใดบริเวณหนึ่ง ลักษณะผิดปกติดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในช่องปากที่ถูกต้อง ร่วมกับการดูแลโรคทางระบบ และปรับพฤติกรรมเสี่ยง

น้ำลาย และต่อมน้ำลาย ลักษณะทั่วไป ปกติคนเราผลิตน้ำลายจากทุกๆ ต่อมนรวมกันได้วันละ 0.5-1.5 ลิตร น้ำลายประกอบไปด้วย น้ำ โปรตีนหลากหลายชนิด และอิเล็กโตรไลต์ต่างๆ น้ำลายมีประโยชน์อย่างมากต่อช่องปาก (Vissink et al, 1996) โดยน้ำลายจะทำหน้าที่หลักในการทำให้อาหารแตกตัว จากเอ็นไซม์อะมิเลส โปรติเอส ดีเนส อาร์เนส จากนั้นทำหน้าที่นำอาหารสู่กระเพาะ โดยทำให้อาหารรวมเป็นก้อน เพื่อสะดวกในการกลืน หล่อลื่นขณะกลืน โดยสร้างสารเมือก กลัยโคโปรตีน น้ำ ปรับสภาวะความเป็นกรด-ด่าง ทำให้เกิดความสมดุลย์ภายในช่องปาก ช่วยป้องกันเนื้อเยื่ออ่อน และแข็ง รวมทั้งซ่อมแซมเนื้อเยื่ออ่อนในปากต่อต้านเชื้อจุลินทรีย์ (Antimicrobial) เนื่องจากในน้ำลายมีสารคัดหลั่ง IgA โลโซไซม์ เลคโตเฟอริน สารต่อต้านเอสไอวี (Anti-HIV Factors) ช่วยหล่อลื่นอื่นๆ เช่น ณะพุคคูล

ในผู้สูงอายุ การทำงานของต่อมน้ำลายจะลดลง ขนาดของต่อมเล็กลง โดยเฉพาะต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ความชื้น-ไส และองค์ประกอบในน้ำลายเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการต่อต้านเชื้อโรคลดลง ในผู้สูงอายุบางราย อาจพบการฝ่อลีบ มีพังผืดมากขึ้น (Vissink et al, 1996) ทำให้น้ำลายถูกขับออกมาน้อยลง ทำให้ปากแห้ง รู้สึกแสบร้อนในปากผู้สูงอายุควรจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อให้ช่องปากมีความชุ่มชื้น ลดการระคายเคือง

ความผิดปกติและรอยโรค (Daniel and Ronald, 1996) ถ้ามีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกน้ำลายแห้งมาก ปากแห้งชัดเจน จนทำให้กลืนลำบาก เจ็บ เนื้อเยื่ออ่อนระคายเคือง ปากเป็นแผลงาย มีโอกาสเกิดเชื้อราในช่องปากสูง หรือเกิดฟันผุง่าย แสบทุกซู่ เนื่องจากไม่มีน้ำลายชะล้างเศษอาหาร และปรับสมดุลในปาก รวมทั้งการรับรสชาติเปลี่ยนแปลงไป มักพบในผู้สูงอายุที่ได้รับยาบางชนิด (Mintzer and Burns, 2000) เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูง ยารักษาอาการซึมเศร้า หรือผู้ที่ได้รับการฉายรังสีรักษา บริเวณใบหน้าและลำคอ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะในช่องปาก ร่วมกับการปรับใช้ยาทางระบบ

ปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติและรอยโรคในช่องปากมีหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยจากสภาวะอนามัยช่องปาก ปัจจัยจากอาหาร ปัจจัยจากโรคทางระบบ การรักษาและการใช้ยา ภาวะทุโภชนาการ ปัจจัยจากพฤติกรรมเสี่ยง (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2548)

ปัจจัยจากสภาวะอนามัยช่องปาก

ในผู้สูงอายุที่มีอนามัยช่องปากไม่ดี ช่องปากไม่สะอาด จะมีผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ และความรุนแรงของรอยโรค เนื่องจากช่องปากที่ไม่สะอาด จะมีการสะสมของคราบจุลินทรีย์ (plaque) ซึ่งเป็นกลุ่มของเชื้อโรค ที่เกาะติดผิวฟัน ทั้งที่อยู่เหนือขอบเหงือก ใต้เหงือก และที่ผิวฟันปลอม กลุ่มเชื้อโรคเหล่านี้ เป็นหนึ่งในปัจจัยเริ่มต้น ที่ทำให้เกิดฟันผุที่ตัวฟัน รากฟัน และโรคปริทันต์ ซึ่งพบบ่อย และเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ

สาเหตุที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ดีพอ ส่งผลให้มีอนามัยช่องปากที่ไม่ดี เนื่องจาก มีสภาพในช่องปากที่เอื้อต่อการเกาะติดของคราบจุลินทรีย์ เช่น มีฟันล้มเอียง ยื่นยาว อันเป็นผลจากการถอนฟันคู่สบ หรือฟันข้างเคียง มีร่องลึกบริเวณขอบเหงือก เหงือกกรัน รากฟันที่ผิวขรุขระ ไม่เรียบ หรือมีร่องบนคอฟัน รากฟัน จากการแปร่งฟันผิวดิวติ การมีฟันผุที่ตัวฟัน และรากฟันอยู่แล้ว การมีหินปูน หรือการใส่ฟันปลอม ซึ่งจะมีส่วนของตะขอ และแผ่นฟันปลอมเพิ่มเข้ามาในช่องปาก เกิดซอกมุม ทำให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ง่ายขึ้น มีสภาพร่างกายไม่พร้อม เนื่องจากมีโรคประจำตัวบางอย่าง ที่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพ การทำความสะอาด เช่น โรคตา ปัญหาสายตา ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน ไม่สามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์ และสิ่งตกค้างบางบริเวณได้หมด ไชข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid) (Simonova et al, 2002) เป็นอาการของไขข้ออักเสบ บวม ที่เกิดขึ้นที่กระดูกข้อมือ ทำให้ประสิทธิภาพการใช้มือลดลง แปร่งฟันล้มปาก ผู้ป่วยโรค Parkinson's ซึ่งขยับเคลื่อนไหวลำบาก กล้ามเนื้อใบหน้าแข็งแรง ริมฝีปาก ลื่น เคลื่อนไหวไม่ดี ควบคุมการกลืนยาก การทำความสะอาดช่องปากก็จะลำบากด้วย นอกจากนี้ ปัญหาภาวะจิตใจ ซึมเศร้า สมองเสื่อม ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุบางราย ไม่สามารถดูแลความสะอาดช่องปากด้วยตนเองได้ดีพอ

ปัจจัยจากอาหาร

อาหารที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ และรอยโรคในช่องปากโดยตรง คือ อาหารพวกน้ำตาล การรับประทานอาหารหวานระหว่างมื้ออาหารบ่อยๆ จะส่งผลต่อการเกิดโรคฟันผุชัดเจน เนื่องจากเชื้อโรคในคราบจุลินทรีย์ย่อยสลายอาหารจำพวกน้ำตาล เกิดกรดในช่องปาก ประกอบกับผู้สูงอายุมีน้ำลายไหลน้อย ยิ่งทำให้ภาวะความเป็นกรดคงอยู่นาน เกิดการสูญเสียแร่ธาตุจากตัวฟันอย่างต่อเนื่อง เกิดฟันผุได้ง่าย

ปัจจัยจากโรคทางระบบ การรักษา และการใช้ยา ภาวะทุโภชนาการ

โรคทางระบบ ได้แก่ โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย ที่มีผลกระทบต่อภาวะช่องปากชัดเจน โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุม (uncontrolled) จะพบภาวะแทรกซ้อน

ดังนี้ (Diabetes and Oral health, 2002) อาการปากแห้ง ปวดแสบปวดร้อนในช่องปาก เนื่องจากภาวะการไหลของน้ำลายลดลง ต่อม้ำลายโต มีโอกาสเกิดฟันผุได้ง่าย เนื่องจากการเพิ่มระดับของน้ำตาลกลูโคสในน้ำลาย ร่วมกับไหลของน้ำลายที่ลดลง ไม่มีน้ำลายช่วยชะล้างอาหาร และช่วยลดความเข้มข้นของภาวะกรดต่าง มีแนวโน้มเกิดโรคปริทันต์ได้ง่าย และรุนแรงกว่าปกติ เนื่องจากการทำลายเนื้อเยื่อของเหงือก เนื้อเยื่อปริทันต์ และกระดูกเบ้าฟัน ทำให้เหงือกบวม เกิดหนองปลายราก ฟันโยก และสูญเสียฟันได้ในที่สุด นอกจากนี้ ยังมีรายงานว่า การเกิดโรคปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ประสิทธิภาพของยารักษาโรคเบาหวานลดลงด้วย คิดเชื่อง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อรา (Candidiasis) เนื่องจากเชื้อราเจริญได้ดี ในน้ำลายที่มีน้ำตาลกลูโคสสูง และถ้าผู้ป่วยสูบบุหรี่ หรือมีภาวะอนามัยช่องปากที่ไม่ดีร่วมด้วย จะยิ่งทำให้เกิดการติดเชื้อราง่าย และรุนแรงขึ้น เมื่อเกิดแผลในปาก จะหายช้า

วันโรค วันโรคปอดในผู้สูงอายุ อาจพบแผลที่มีลักษณะเฉพาะของวันโรคในช่องปากได้ โดยแผลมีลักษณะสีแดง ไม่เจ็บ แผลคงอยู่นาน ไม่หาย

โรคไต ทำให้ร่างกายไม่สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกายได้ เกิดภาวะยูริเมีย อาจพบอาการแสดงทางช่องปากได้ เช่น เลือกออกในชั้นใต้เยื่อช่องปากบริเวณด้านข้างของลิ้น

การรักษาและการใช้ยา ได้แก่ การบำบัดทางรังสี เคมีรักษา เพื่อต้านเซลล์มะเร็ง การฉายรังสีรักษามะเร็งบริเวณศีรษะและใบหน้า ทำให้ต่อมน้ำลายมีการเปลี่ยนแปลง น้ำลายไหลน้อยลง มีอาการปากแห้ง ลิ้นแห้งเป็นฝ้า ฟันผุง่าย ควรรอมน้ำบ่อยๆ เพื่อให้ช่องปากชุ่มชื้น ถ้าเป็นไปได้ควรแนะนำผู้ป่วยให้ไปปรับการรักษาทางทันตกรรม ทุกชนิดให้เรียบร้อยก่อนไปฉายรังสีรักษา

การใช้ยารักษาโรคทางระบบที่เรื้อรังบางชนิด (Mintzer and Burns, 2000) เช่น ยารักษาโรคภูมิแพ้ (Antihistamines) เช่น CPM Atarax ยากลุ่มลดความเครียด (Antipsychotic, Antidepressive, Antianxiety drugs) ถ้าใช้นานๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านคุณภาพ และปริมาณของน้ำลาย ทำให้การหลั่งของน้ำลายลดลง ความสามารถในการต้านเชื้อจุลินทรีย์ลดลง น้ำลายมีความเป็นกรดเพิ่มขึ้น เกิดภาวะปากแห้ง ก่อให้เกิดการระคายเคือง อักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก และเกิดฟันผุง่าย ยารักษาโรคหอบหืด การใช้ยาพ่นในช่องปากกลุ่มสเตียรอยด์ (steroid) เป็นประจำ จะมีผลข้างเคียง ทำให้เกิดการติดเชื้อราในช่องปากง่ายขึ้น

ภาวะทุโภชนาการ อาจเป็นผลกระทบจากภาวะจิตใจ ซึมเศร้า หรือการไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหาร หรือการดูดซึมอาหารบกพร่อง ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ที่พบบ่อย (Brodeur et al, 1993; Walls, 2000) ได้แก่ การขาดวิตามินบี 2, 5, 6, 12 ทำให้ลิ้นเปลี่ยนเป็นมัน มีสีแดงจัด เนื้อเยื่อในปากเป็นแผลง่าย อาจเกิดแผลที่มุมปาก ที่เรียก ปากนกกระจอกได้ การขาดธาตุเหล็ก หรือกรดโฟลิก

เป็นเวลานานหลายปี ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง เนื้อเยื่อในช่องปากติดเชื้อง่าย ลื่นลิ้น รับประทานได้ไม่ดี ปากแห้ง รวมถึงเป็นสาเหตุของการเกิดแผลปากนกกระจอกด้วยสำหรับแผลปากนกกระจอก นอกจากเป็นผลจากการขาดสารอาหารแล้ว การ ลึกของฟัน หรือการสูญเสียฟันกรามในผู้สูงอายุ ทำให้ระยะห่างระหว่างขากรรไกรบน และล่าง มีระยะสั้นลง มีผลทำให้มุมปากตก มุมปากจะขึ้นอยู่ตลอดเวลา ง่ายต่อการติดเชื้อ

การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน มักพบในผู้สูงอายุหญิง ซึ่งอาการที่พบบ่อยมีอาการปากแห้ง ปวดแสบปวดร้อน บริเวณเนื้อเยื่อในช่องปาก การรับรสชาติไม่ดี

ปัจจัยจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้แก่

การสูบบุหรี่ การเคี้ยวยาเส้น / ยาสูบ / สารประกอบในบุหรี่ โดยเฉพาะนิโคติน (Nicotine) น้ำมันดิน (Tars) รวมทั้งสารอื่นที่เกิดจากการเผาไหม้ ในช่องปากส่งผลต่อร่างกาย โดย เมื่อผ่านไป ที่ปอด ผ่านไปตามกระแสเลือด จะกระตุ้นต่อมหมวกไต (Adrenal gland) ให้ขับสาร epineprine เพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการบีบตัวของเกล็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบง่ายขึ้น เกิดความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูงขึ้น เสี่ยงต่อหลอดเลือดอุดตัน (ลิคณา เหลืองจามีกร, 2545) ส่วนผลต่อช่องปาก ความร้อน และสารประกอบต่างๆ ที่เหลือตกค้างจากการเผาไหม้ในช่องปาก ซึ่งรวมถึง ยาเส้น ยาสูบ ที่ใช้เคี้ยวหรือสัมผัสกับเนื้อเยื่อ จะก่อให้เกิดความระคายเคือง ต่อเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดรอยโรคเป็นปื้นสีขาว สีแดง เกิดการติดเชื้อรา ที่อาจนำไปสู่การเกิดมะเร็ง ในผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปากสูงกว่า ผู้ไม่ได้สูบ ถึง 5 เท่า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีผลโดยตรง ต่อเนื้อเยื่อปริทันต์ และการสูญเสียกระดูกเขี้ยวฟัน ทำให้เกิดร่องลึกโดยรอบรากฟัน เกิดฟันโยก และสูญเสียฟัน โดยบางครั้งอาจไม่มีอาการอักเสบ บวมแดงของเหงือกเลยก็ได้ และบุหรี่ยังมีผลต่อ ความรุนแรงของโรคปริทันต์ รวมทั้งมีผลลดประสิทธิผล และไม่ตอบสนองต่อการรักษาทาง ทันตกรรมด้วย (พวงทอง เล็กเฟื่องฟู, 2545)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ / การใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์ พบความสัมพันธ์ ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์สูง กับการเกิดโรคมะเร็งในช่องปาก Oral Squamous Cell Carcinoma (Ramirez and Saldanha, 2002) ส่วนการใช้น้ำยาบ้วนปากที่ผสมแอลกอฮอล์ เป็นเวลานาน พบว่า ก่อให้เกิดความระคายเคือง ต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก และก่อให้เกิดรอยโรคได้ (Carretero-Pelaez et al, 2004)

การเคี้ยวหมาก การระคายเคืองอย่างเรื้อรัง ต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก อาจทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง (Chiba et al, 1998)

การระคายเคืองจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การระคายเคืองจากตัวฟัน รากฟันที่ผุ ลึกร้อน วัสดุอุดที่แตกบิ่น การใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ที่ไม่พอดี ฟันปลอมที่ใส่มาเป็นเวลานานจนหลวม หรือ ขยับไปมา เนื่องจากการละลายตัวของสันเหงือก ฟันปลอมที่แตกหักชำรุด และไม่ได้นำไปซ่อม การเสียดสี การระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อช่องปากเรื้อรัง อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ ภายหลัง จากปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติ และรอยโรคในช่องปาก ถ้าสามารถ ปฏิบัติตน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุ คงความมีสุขภาพช่องปากที่ดี สมวัยได้ ตลอดชีวิต

การเลือกรับประทานอาหาร ปกติคนเรามีความต้องการพลังงานเปลี่ยนไปตามอายุ เมื่ออายุ มากขึ้น ความต้องการพลังงานจะลดลง เนื่องจากมีกิจกรรมต่างๆ ลดลง การเผาผลาญพลังงานลดลง ความต้องการอาหารควรต้องลดลงด้วย ตามอัตราโนมัลลี แม้ว่าผู้สูงอายุจะต้องการพลังงานปริมาณ น้อยลง แต่ความต้องการชนิดของสารอาหาร ทั้งโปรตีน วิตามิน เหลือแร่ ไม่ได้ลดน้อยลงตามอายุที่ มากขึ้น ในวัยสูงอายุการเลือกรับประทานอาหาร นอกจากจะต้องคำนึงถึงคุณค่าอาหารให้ครบถ้วน พอเพียงกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวันแล้ว ชนิด ลักษณะ ความแข็ง นุ่ม และความถี่ ใน การบริโภคอาหารก็มีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคในช่องปาก มีการสูญเสีย ฟัน บางคนมีฟันโยก ใส่ฟันปลอม ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลง ความสามารถในการทำ ความสะอาดก็ลดลง เกิดการตกค้างของอาหาร โดยเฉพาะพวกคาร์โบไฮเดรต น้ำตาล ซึ่งนำไปสู่ฟัน ผุได้ (Edmomsen, 1990) สำหรับการรับประทานอาหาร เพื่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ควรปฏิบัติ ดังนี้ ควรรับประทานอาหารให้เป็นมื้อ ไม่ควรกินจุบจิบระหว่างมื้อ โดยเฉพาะช่วงก่อนนอน เพื่อ ลดการตกค้างของเศษอาหาร แต่ถ้าเลี้ยงไม่ได้ ยังชอบรับประทานอาหารว่างเพิ่มเติมจากมื้อปกติ ควรเลือกอาหารพวกโปรตีน และผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้ที่มีลักษณะเป็นเส้นใย รสไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง พุทรา ชมพู มังคุด ถั่ว อาหารธัญพืช เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะดีต่อช่องปากแล้ว ยังมีวิตามิน และเกลือแร่ต่างๆ และมีเส้นใยที่ช่วยให้ลำไส้ทำงานได้อย่างปกติ ป้องกันอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ ได้ ควรลดอาหารพวกรสหวานจัด พวกแป้ง น้ำตาลที่นุ่ม ละเอียดยากๆ หรือเหนียวติดฟันให้ น้อยลง เนื่องจากตกค้างในซอกฟันได้สูง ทำความสะอาดยาก เกิดฟันผุง่าย ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม เช่น ชา กาแฟ ซึ่งมีสารพวกคาเฟอีนที่เป็นอันตรายต่อระบบการทำงานของหัวใจ และความดัน โลหิต และน้ำอัดลม ที่มีน้ำตาล และความเป็นกรดสูง ส่งผลต่อการเกิดฟันผุ การลึกร้อนของฟัน โดยตรง ควรปรับเปลี่ยนเป็นนมสด หรือน้ำผลไม้ จะให้ประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายมากกว่า สำหรับผู้ใส่ฟันปลอม ควรระมัดระวังเป็นพิเศษในการรับประทาน โดยเฉพาะอาหารเหนียว และ แข็ง

การเสริมสร้างความแข็งแรงของช่องปาก การเสริมสร้างความแข็งแรงของตัวฟัน ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุที่ตัวฟัน และรากฟัน ควรเสริมสร้างความแข็งแรงของฟัน ร่วมไปกับการทำความสะอาด การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันฟัน ผุ โดยฟลูออไรด์ จะลดการละลายตัวของผิวฟัน (solubility) ยับยั้งการสูญเสียแร่ธาตุในโครงสร้าง ฟัน (Demineralization) และส่งเสริมการคืนกลับของแร่ธาตุไปยังผิวฟัน (Remineralization) ทำให้ ฟันผุเกิดขึ้น และลูกถาม เป็นรูปร่าง รูปแบบการใช้ฟลูออไรด์ มี 2 ลักษณะ แบบใช้ได้เองทั่วไป ผู้สูงอายุสามารถหาซื้อมาใช้ได้เองเป็นประจำ อยู่ในรูปของยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ น้ำยาบ้วนปากก ผสมฟลูออไรด์ หลายยี่ห้อ แบบที่ทันตบุคลากรเป็นผู้ให้บริการ เช่น การเคลือบฟลูออไรด์ในรูป ของเจล การทาฟลูออไรด์วานิช ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในปาก เฉพาะที่ ในช่วง เวลาหนึ่ง

การเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น เมื่ออายุมากขึ้น การทำงานของ กล้ามเนื้อบริเวณรอบๆ ปาก หรือหน้า จะช้าลง ทำให้บางครั้งเคี้ยวอาหารไม่ถนัด มีอาหารค้างอยู่ ภายในช่องปาก กระพุ้งแก้ม การบริหารใบหน้าและลิ้น จะช่วยกระตุ้นเส้นประสาท กล้ามเนื้อ ใบหน้า เช่น แก้ม ปาก และลิ้น ทำให้การทำงานที่เคยเคลื่อนไหวช้าลง ให้กลับเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น คล่องขึ้น

การป้องกันความผิดปกติ โดยปรับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น งดการสูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก พบ ทันตบุคลากรเพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง กรณีผู้สูงอายุมีโรคทางระบบ ควร ปรึกษาแพทย์ เพื่อควบคุมโรค ให้อยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และช่องปาก

3. สุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สุขภาพช่องปากมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างไร

คุณภาพชีวิตและสุขภาพเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากขึ้นในปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้ ผู้สูงอายุสามารถดำรงตนอย่างมีคุณภาพตลอดอายุขัยทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ ในส่วนของ สุขภาพช่องปากหมายถึงภาวะช่องปากที่มีความสบาย สามารถทำหน้าที่ได้ ทำให้คนเราสามารถ ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข เป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาสุขภาพและสุขภาพช่องปากเพื่อ นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี หรือให้แต่ละบุคคลสามารถดำรงตนอย่างมีคุณภาพ มีความสุขทั้งสุขภาพ กาย จิตใจ สังคม ดำรงตนอย่างเปี่ยมด้วยวิจารณญาณและปัญญา คุณภาพชีวิตมีขอบเขตกว้างขวาง ครอบคลุมเรื่องต่างๆที่สลับซับซ้อน ได้แก่ สุขภาพทางกาย สภาวะจิต ระดับความเป็นตัวของตัวเอง ความสัมพันธ์ต่างๆทางสังคม ความเชื่อส่วนบุคคลและสัมพันธ์ภาพที่มีต่อสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิต

เป็นกระบวนการทางจิตใจ ซึ่งอยู่ภายใต้อิทธิพลที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ พื้นฐานความรู้ วัฒนธรรม ค่านิยม มุมมองที่หลากหลาย คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ ในทัศนะทางศาสนากล่าวไว้ว่า ชีวิตที่มีคุณภาพมิใช่เป็นเพียงชีวิตในเชิงกายภาพ แต่ต้องมีความสุขทั้งทางจิตและปัญญาด้วย (อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ, 2539)

บทบาทของสุขภาพของสุขภาพช่องปากที่มีต่อสุขภาพร่างกายและต่อคุณภาพชีวิตนั้นมีหลายประการ การมีสุขภาพกายอยู่ที่การกินดีและสามารถกินได้ การกินได้ต้องมีองค์ประกอบสำคัญคือมีฟันเคี้ยวได้ หากไม่มีฟันหรือมีการสูญเสียฟันไปก็จำเป็นต้องมีการบูรณะสภาพ ฟันพุฟันซี่ที่สูญเสียไปด้วยฟันเทียมชนิดต่างๆ เพื่อให้ช่องปากสามารถทำหน้าที่บดเคี้ยวได้เป็นปกติ สุขภาพจิตที่ดี คนเราต้องมีความสุข มีอารมณ์แจ่มใสเบิกบาน ไม่เป็นโรค ไม่เจ็บปวดในปาก เราควรดูแลให้ฟันอยู่ในสภาพปกติ ไม่ผุ ไม่โยก ไม่บิ่นแตก ไม่สีกร่อน เพื่อมีภาพลักษณ์ที่ชวนมอง สุขภาพสังคมดี มีความมั่นใจ มีความภูมิใจในตนเอง สุขภาพปัญญาดี มีความรู้เท่าทันโลกและเทคโนโลยี สามารถดูแลสุขภาพตนเอง เลือกกระบวนการดูแลและรักษาที่เหมาะสมได้ การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นนท์, 2550)

ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต

ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพกาย

ฟันเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกาย การสูญเสียฟันธรรมชาติทำให้มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร จำนวนฟันที่เหลืออยู่น้อยจะกีดอาหารที่เป็นเส้นใยไม่ได้เคี้ยวอาหารเหนียวๆ ไม่ได้ กินอาหารแข็งไม่ได้เหมือนปกติ จึงต้องกินอาหารที่เคี้ยวได้ง่าย เช่น ข้าว แป้ง ทำให้มีโอกาสขาดสารอาหารบางประเภท ส่งผลต่อสภาวะโภชนาการได้ การศึกษาในผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีฟันธรรมชาติ 623 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการเคี้ยวอาหารมีโอกาสเกิดสภาวะที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (underweight) เป็น 3 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาจากการเคี้ยวอาหาร (Srisilapanan et al., 2002)

การเจ็บปวดที่สัมพันธ์ กับสุขภาพช่องปากมีผลต่อสุขภาพกาย อาการปวดจากฟันที่ผุ บวม มีหนองส่งผลต่อการเคี้ยว กลุ่มอาการผิดปกติของบริเวณข้อต่อขากรรไกรซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบมากรองลงมาจากการปวดฟัน (Irving et al., 1999) มีผลต่อระบบการบดเคี้ยวโดยเกิดอาการปวดเมื่อเคี้ยวอาหาร โดยคนที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกรมักจะเลี่ยงการกินอาหารที่แข็งเหนียว

มีการศึกษาถึงผลกระทบของสุขภาพช่องปากที่มีต่อการเคี้ยวอาหารในผู้สูงอายุหลายแห่ง ซึ่งขนาดของผลกระทบมีค่าต่างๆกัน การศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ที่มีฟันธรรมชาติ 623

คน พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 45 มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร (Srisilapanan and Sheiham, 2001) การศึกษาในผู้สูงอายุชาวอังกฤษ 454 คน พบว่าร้อยละ 29 รายงานว่าสุขภาพช่องปากมีผลต่อการกินอาหาร (McGrath and Bedi, 1999) การศึกษาผลกระทบในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกร 35 คน พบว่าร้อยละ 88.6 มีปัญหาด้านการเคี้ยวอาหาร ร้อยละ 80 มีปัญหาในการเคี้ยวอาหารบางชนิด ร้อยละ 43 รายงานว่าจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงการกินอาหารบางชนิด อีกร้อยละ 42.9 ต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีทำอาหาร เช่น ต้มนานขึ้นเพื่อทำให้เปื่อย ซึ่งหมายถึงการสูญเสียคุณค่าทางอาหารเพิ่มขึ้น (Irving et al, 1999)

ในการศึกษาในผู้สูงอายุชาวนิวซีแลนด์ 576 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาของสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวกับฟันเทียม ได้แก่ การพูดไม่ชัด การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก เกิดความเจ็บปวดและมีแผลเนื่องจากฟันเทียม (Chen and Hunter, 1996) การใส่ฟันเทียมมีผลต่อความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การพูดไม่ชัด การหิวระะ แต่อาจทดแทนฟันธรรมชาติได้ไม่ทั้งหมด ในการศึกษาผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากชาวแคนาดา 367 คน พบว่าร้อยละ 47.4 มีปัญหาด้านการเคี้ยวอาหารและการเลือกชนิดของอาหาร (Demers et al, 1996) หากไม่มีการดูแลฟันเทียมที่ถูกต้องและดีพอ ฟันเทียมที่ทำงานทดแทนฟันธรรมชาติก็ก่อให้เกิดปัญหาเช่นกัน และอาจมีปัญหามากกว่าปัญหาจากฟันธรรมชาติอีกด้วย

ผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อสุขภาพจิต

ฟันธรรมชาติเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของร่างกายที่มีความสำคัญ การสูญเสียฟันเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีผลต่อสุขภาพจิต เมื่อผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกละอายใจทางสุขภาพร่างกาย จะทำให้เกิดความไม่มั่นใจทั้งในด้านความสามารถของตนเองและในด้านคุณค่าของตนเอง ในด้านสุขภาพช่องปาก การสูญเสียฟันธรรมชาติมีผลต่อสภาพลักษณะ ความมั่นใจ ความสวยงาม การมีฟันบางส่วนหายไปทำให้ผู้สูงอายุหลายคนมีความรู้สึกละอายใจ ไม่อยากยิ้ม คนที่ใส่ฟันเทียมอาจมีความไม่มั่นใจในขณะที่พูดหรือเคี้ยวอาหาร ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ การศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ร้อยละ 26.8 คือทำให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ เกิดความหงุดหงิด หรือมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ (emotional stability) (Srisilapanan and Sheiham, 2001)

ความเจ็บปวดหรือความไม่สบายเนื่องจากฟันมีผลต่อการพักผ่อน การนอนหลับ และมีผลต่อการทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆตามปกติ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิต จิตสำนึกที่มีความเครียดสามารถส่งผลกระทบต่อฟันได้ เกิดการกัดฟันในขณะที่นอนหลับ และสามารถส่งผลทำให้ปวดข้อต่อขากรรไกร ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สบายใจได้เช่นกัน ผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่มีอาการปวด

ข้อต่อขากรรไกร 48 คน ร้อยละ 50 รายงานว่าความเจ็บปวดหรือความไม่สบายเนื่องจากอาการปวดข้อต่อขากรรไกรมีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับ (Reisine et al, 1989)

ความสุขและความสุนทรีย์ในการรับประทานอาหาร ส่วนหนึ่งได้มาจากอาหารที่มีกลิ่นดีและรสชาติดี อาหารที่มีรูป รส กลิ่นที่ดี จึงมีผลต่อสุขภาพอนามัยที่ดี การกินอาหารจึงเป็นเรื่องของความสนุกสนานเพลิดเพลิน ทำให้คนมีความสุข การสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมที่มีผลต่อการรับรสและกลิ่นของอาหาร ย่อมบั่นทอนความสุขที่เกิดจากการกินอาหาร ผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกรมีความสุขจากการกินอาหารลดลง เนื่องจากความเจ็บปวดขณะเคี้ยว รวมทั้งความอายจากเสียงที่ดังของข้อต่อขากรรไกร

ผลกระทบของสุขภาพช่องปากด้านการเข้าสังคม

เมื่อผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและมีสุขภาพแข็งแรง สิ่งที่เป็นความสุขอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมในเรื่องของคุณค่าและคุณภาพชีวิต คือการ ได้ออกนอกบ้านไปพบปะสมาคมกับเพื่อนๆ หรือทำตัวให้เกิดประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ การเข้าสังคมมีการสื่อสารด้วยวาจาและภาษากาย สุขภาพช่องปากมีส่วนเกี่ยวข้องในการสื่อสาร ในการพูด เกิดความมั่นใจในการเข้าสังคม ฟันเป็นอวัยวะที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ คนที่มีฟันสวย ฟันสะอาดปราศจากกลิ่นปาก จะพูดจา ยิ้ม หัวเราะ ได้อย่างมั่นใจ ผู้สูงอายุที่รู้ว่ามิกลิ้นไม่พึงประสงค์จากช่องปาก เกิดการสูญเสียความมั่นใจในการเข้าสังคม การสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมที่มีกลิ่น ไม่พึงประสงค์ย่อมบั่นทอนความมั่นใจในการเข้าสังคมได้

กลุ่มอาการปวดข้อต่อขากรรไกรมีผลต่อด้านการเข้าสังคม โดยผู้สูงอายุที่มีอาการเหล่านี้ รายงานว่า มักหลีกเลี่ยงการกินอาหารนอกบ้าน (Irving et al, 1999) ในผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกร ร้อยละ 81 รายงานว่าอาการปวดมีผลในด้านการเข้าสังคม (Resine et al, 1996)

ความเจ็บปวดจากฟันส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่อยากจะออกจากบ้าน ไปพบปะผู้คนหรือทำกิจกรรมตามปกติ ในปัจจุบันผลของสุขภาพช่องปากต่อด้านสังคมอาจมีไม่มากในผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตามปัจจัยทางการศึกษา สังคม วัฒนธรรมที่เข้ามากระทบต่อสังคมไทย อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความหมายหรือการให้คุณค่าของสุขภาพช่องปาก ในอนาคตผู้สูงอายุไทยมีการเข้าสังคมมากขึ้น ผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อความหมายสุขภาพช่องปากในด้านความสวยงามมากขึ้น อาจทำให้สุขภาพช่องปากมีผลต่อการเข้าสังคมหรือการออกนอกบ้าน ไปพบปะผู้คนมากขึ้น

การประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก

การวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นการประเมินจากตัวบุคคลโดยคำถามที่อยู่ในดัชนีจะต้องแสดงถึงกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่มีโอกาสสูงพอที่จะได้รับผลกระทบจากช่องปากและ

มีความเกี่ยวข้องสำคัญต่อชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นๆ ดังนั้นความรู้สึกว่าเหตุการณ์ใดเกี่ยวข้องกับช่องปากของตนและถือเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตของตนหรือไม่จึงอาจจะแตกต่างกันในแต่ละประชากร (Locker, 1989) กล่าวคือประชากรกลุ่มหนึ่งอาจรู้สึกว่าเป็นเรื่องหนึ่งๆ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในชีวิตของเขาได้รับผลกระทบมาจากช่องปาก ในขณะที่ประชากรอีกกลุ่มหนึ่ง อาจเห็นว่าเรื่องดังกล่าวไม่ค่อยจะเกี่ยวข้องกับช่องปากมากนัก หรือเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญในสังคมของเขา ซึ่งวิธีการหนึ่งที่จะยืนยันถึงความเหมาะสมของแต่ละคำถามและภาพรวมของดัชนีต่อการใช้ในประชากรใดๆ ต้องทดสอบคุณสมบัติทางไซโคเมตริกและคุณสมบัติต่างๆ ของดัชนีนั้นก่อน

ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ใหญ่

ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่พัฒนามาตั้งแต่ศตวรรษ 1970's จนถึงปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 10 ชนิด (Slade, 1997) การพัฒนาเริ่มมาจากดัชนีสำหรับใช้กับผู้สูงอายุเพราะคาดว่าเป็นวัยที่มีโรคในช่องปากสะสมยาวนานที่สุด จึงน่าจะมีสุขภาพช่องปากหรือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ด้อยที่สุดด้วย ดัชนีแต่ละตัวมีความแตกต่างกัน ทั้งความยาวตั้งแต่ 3 ข้อ ไปจนถึง 49 ข้อ วิธีการให้คะแนนและหลักการ กรอบแนวคิดซึ่งเป็นที่มาของดัชนี เป็นต้น ไม่มีดัชนีใดที่มีคุณสมบัติต่างๆ สมบูรณ์ทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากการได้มาซึ่งคุณสมบัติข้อหนึ่งก็จะทำให้เสียคุณสมบัติบางข้อไป ดังนั้นการทำความเข้าใจถึงข้อดีข้อด้อยของดัชนีแต่ละตัว และที่สำคัญอย่างยิ่งเข้าใจกรอบแนวคิดที่มาหรือความหมายของดัชนีว่าสื่อถึงอะไร และสอดคล้องกับความต้องการของการใช้งาน จึงเป็นสิ่งสำคัญมากก่อนจะเลือกใช้ ในปัจจุบันมีดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ได้แก่ Geriatric Oral Health Assessment Index, Subjective Oral Health Status Indicators, Oral Health Impact Profile-49, Dental Impact on Daily Living, Oral Health Impact Profile-14, Oral Impact on Daily Performances and German Version of the Oral Health Impact Profile (Eduardo and Antonio, 2007), The General Oral Health Assessment Index (GOHAI), The Oral Health Impacts Profile (OHIP), The Oral Impacts on Daily Performances Index (OIDP) (สุดาตวง เกร็นพงษ์, 2550) สุปริดา อุดุลยานนท์ และ Aubrey Sheiham พัฒนา OIDP ในปี พ.ศ. 2540 (Aduyanon and Sheiham, 1997) ในกลุ่มประชากรไทย กลุ่มเป้าหมายเริ่มต้นของ OIDP แตกต่างจาก GOHAI (Atchison and Dolan, 1990) และ OHIP (Slade and Spencer, 1994) คือไม่ได้เจาะจงสำหรับใช้ในผู้สูงอายุ แต่ถูกพัฒนาขึ้นจากประชากรวัยทำงานเพื่อนำไปใช้ในกลุ่มอายุทั่วไป นอกจากนั้น OIDP ยังแตกต่างจากดัชนีทั้งสองอีก 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ กรอบแนวคิดทางทฤษฎี ระบบการให้คะแนน และการนำไปประยุกต์ใช้ กรอบแนวคิดทางทฤษฎีของ OIDP ถูกพัฒนาต่อเนื่องมาจาก

กรอบแนวคิดของ David Locker (ซึ่งถูกใช้ในการพัฒนา OHIP) โดยทำให้กระชับและเน้นที่ผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

กรอบทฤษฎีนี้ให้แนวคิดพื้นฐานในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ 3 ระดับ เริ่มต้นจากสภาวะหรือโรคในช่องปากเมื่อก่อให้เกิดความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อ จัดอยู่ในระดับแรกคือ ความผิดปกติทางคลินิก (Impairment) ความผิดปกติในระดับนี้สามารถประเมินได้จากดัชนีชี้วัดทางคลินิก (clinical indicator) เช่น การสูญเสียเนื้อฟัน อวัยวะปริทันต์ หรือการสูญเสียฟัน

ผลกระทบในระดับต่อมา คือ ระดับผลกระทบระดับกลาง (Intermediate Impact) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อความผิดปกติต่างๆ ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด (pain) เช่น ปวดฟัน ปวดขากรรไกร ความไม่สบาย (discomfort) เช่น ความรำคาญจากอาหารติดที่ฟัน ความรำคาญฟันปลอมที่หลวม หรือจากแผลในช่องปาก การทำหน้าที่ได้จำกัด functional limitation เช่น เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด อ้าปากได้น้อยหรืออ้าปากลำบาก ความไม่พึงพอใจต่อรูปลักษณ์ (dissatisfaction with appearance) เช่น ความไม่พอใจในสีของฟัน การเรียงตัวของฟัน ไม่พอใจที่ไม่มีฟัน ผลกระทบในระดับที่ 2 หรือระดับ Intermediate Impact นี้อาจส่งผลกระทบในระดับที่ 3 ต่อสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน (daily performance) ทั้งทางกาย (physical) เช่นการกินอาหาร การพูด ในทางจิตใจ (Psychological) เช่นการรักษาอารมณ์ให้เป็นปกติ หรือทางสังคม (social) เช่น การเข้าสังคม ผลกระทบในระดับที่ 3 นี้ถือเป็นผลกระทบสูงสุด (Ultimate Impacts) ดัชนี OIIP ให้ความสำคัญต่อผลกระทบในระดับที่ 3 วัดผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ และสังคม ใน 9 กิจกรรม

ดัชนี OIIP สำหรับผู้สูงอายุ (Srisilapanan, 1997) ตัดกิจกรรม 1 ซ้อออกไป(การทำงานหลัก ประกอบอาชีพในผู้ใหญ่) วัดผลกระทบที่มีต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันในแปดกิจกรรมหลัก คือ 1.การกินอาหาร 2.การพูดหรือการออกเสียงให้ชัดเจน 3.การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันปลอม 4.การดำเนินชีวิตต่างๆไป (การทำงานบ้าน การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำอาหาร) 5.การนอนหลับพักผ่อน 6.ความสนุกสนานในการได้ออกไปพบญาติสนิทมิตรสหาย 7.อารมณ์และจิตใจเป็นปกติ ไม่หงุดหงิด รำคาญง่าย 8.สามารถยิ้ม หัวเราะ อวดฟันได้โดยไม่อายใคร โดยใช้แบบสัมภาษณ์ เพื่อให้ทราบถึงปัญหา ความถี่ของการเกิดปัญหา ปริมาณของความถี่ของการเกิดปัญหา ความรุนแรงของผลกระทบจากปัญหา ซึ่งคำตอบจะมีค่ารหัสคะแนนเพื่อใช้ในการแปลผล มีระบบการให้คะแนนที่สามารถนำมาใช้ร่วมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาในการกำหนดความจำเป็นในการ

รักษาทางทันตกรรมรูปแบบใหม่ โดยมีคะแนนความถี่ที่เกิดผลกระทบและความรุนแรงของผลกระทบ

ทุกคำถามของ OIDP ถามถึงปัญหาที่มาจากปาก ฟัน หรือฟันปลอมในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ดังนั้นคะแนนมากจึงหมายถึงปัญหาหนัก การถามคำถามและการให้คะแนนของ OIDP แตกต่างจาก GOHAI และ OHIP คือถามทั้งเรื่องความถี่และความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมที่เกิดขึ้น คำตอบอยู่ในช่วง 0-5 นอกจากนั้นการให้คะแนนความถี่ยังแบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของปัญหา กล่าวคือปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องในรอบ 6 เดือน จะบันทึกคะแนนตามความบ่อยของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ซึ่งคล้ายคลึงกับการให้คะแนนของ GOHAI และ OHIP) แต่ถ้าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นน้อยครั้งแล้วหายไป ไม่ได้กลับมาเกิดใหม่ซ้ำๆ ในรอบ 6 เดือน เช่น ปวดฟันครั้งเดียวที่เป็นระยะเวลาหลายวันแล้วหายไป ในที่สุด จะบันทึกคะแนนโดยใช้จำนวนวันโดยรวมที่มีปัญหา สำหรับคะแนนความรุนแรงเป็นการถามถึงความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมที่ไปกระทบกระเทือนชีวิตประจำวัน คำตอบเป็น 6 ระดับ (0 = ไม่กระทบกระเทือน 1 = เล็กน้อยมาก 2 = เล็กน้อย 3 = ปานกลาง 4 = รุนแรง 5 = รุนแรงมาก) ดังนั้นเมื่อนำคะแนนความถี่มาคูณกับคะแนนความรุนแรงในแต่ละกิจกรรม จะได้คะแนนปัญหาของแต่ละกิจกรรม (มีค่าสูงสุดคือ 25) เมื่อรวมคะแนนของทั้ง 8 กิจกรรมเข้าด้วยกัน จะได้ค่าคะแนนรวม (มีค่าสูงสุดคือ 200) แล้วจึงนำมาหารสองให้เป็นคะแนนร้อยละ (มีค่าสูงสุดคือ 100) (สุดาตวง เกร็นพงษ์, 2550)

คุณสมบัติพิเศษของดัชนี OIDP ที่แตกต่างจากดัชนีอื่นๆ คือการวัดปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ และสามารถคำนวณค่าคะแนนของปัญหาเจาะจงสภาวะนั้นๆ ได้ ทั้งนี้เนื่องจากเป้าหมายในการพัฒนาดัชนี OIDP คือการนำไปใช้งานในระบบการประเมินความจำเป็นด้านทันตกรรม (dental need) และวางแผนบริการทันตสาธารณสุข

การศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก ในโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ด้วยดัชนี OHIP-14 พบว่าร้อยละ 83.6 ที่ฟันเทียมทั้งปากไม่เคยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งความสามารถของฟันเทียมทั้งปากในการรับประทานอาหารเป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากที่สุด (ยุพิน ส่งไพศาล, 2550)

การศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ 623 คน ด้วยดัชนี OIDP พบว่าร้อยละ 52.8 ได้รับผลกระทบอย่างน้อย 1 กิจกรรมในรอบ 6 เดือน ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันมากที่สุด คือการกินอาหาร ร้อยละ 47.2 โดยผู้สูงอายุที่ไร้ฟันได้รับผลกระทบมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฟันในช่องปาก

(Srisilapanan and Sheiham, 2001) และการศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ 59 คน ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุทุกคนได้รับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันอย่างน้อย 1 กิจกรรมจากปัญหาในช่องปาก กิจกรรมการกินอาหารได้รับผลกระทบมากที่สุด ร้อยละ 98.3 (อังคณา ติโทชวลิต, 2550)

4. ภาวะโภชนาการและการประเมินภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ คือ ภาวะของร่างกายที่เป็นผลมาจากการได้รับสารอาหาร (เบญญา มุกตพันธุ์, 2549)

1. ภาวะโภชนาการปกติ (Normal nutrition)

2. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) เป็นได้ทั้งภาวะโภชนาการขาด (Undernutrition)

และภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition)

ภาวะโภชนาการขาด (Undernutrition) เป็นภาวะที่เกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในช่วงระยะเวลาต่างๆ เกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ภาวะขาดวิตามิน ขาดเกลือแร่

ภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) เป็นภาวะที่เกิดจากการได้รับพลังงานหรือสารอาหารมากเกินไป หรือไม่สมดุลในช่วงระยะเวลาต่างๆ เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วน นำไปสู่โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การมีภาวะโภชนาการที่ดี เป็นผลจากการบริโภคอาหารที่สมดุลกับความต้องการของร่างกาย ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ถ้าหากบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ไม่เพียงพอ ก็จะทำให้เกิดปัญหาโภชนาการได้

ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารที่แข็งและเหนียวแม้ว่าใส่ฟันปลอมแล้ว ผู้สูงอายุแต่ละคนพยายามปรับการกินอาหารให้สมดุลกับการทำหน้าที่ของช่องปาก ซึ่งการปฏิบัติอย่างนี้ทำให้เกิดภาวะสุขภาพทั่วไปที่เหมาะสมหรือไม่ การปรับการกินอาหารโดยลดอาหารจำพวกผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ และอาหารแข็งที่ยากต่อการเคี้ยวมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั่วไป ดังนั้นผู้สูงอายุใส่ฟันที่ขาดสารอาหาร จะมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพที่แย่ลง การใส่ฟันปลอมที่ดีจะทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีได้ (De Marchi et al, 2008)

อาหารนับเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ในการครองชีวิต และมีส่วนทำให้สุขภาพของคนสมบูรณ์แข็งแรง ถ้ารับประทานอาหารได้ถูกต้องและเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย หรืออาจทำให้

เป็นโรคได้ ถ้ามีการรับประทานไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกายในแต่ละวัย ผู้สูงอายุนับว่าเป็นวัยหนึ่ง ที่พบว่ามีปัญหาทางโภชนาการและนำไปสู่การเกิดโรค ซึ่งทำความยุ่งยากในการรักษาและครองตนให้มีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

ผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ซึ่งไม่ใช่โรคแต่เป็นไปตามวัย และการปฏิบัติตนของแต่ละคน ความเจ็บป่วยมีผลทำให้กระบวนการแก่เกิดได้เร็วขึ้นที่เรียกกันว่า แก่เพราะโรคหรือแก่ก่อนวัย ตรงกันข้ามคนที่มีการดูแลสุขภาพและการรับประทานให้เหมาะสมตลอดเวลา จะลดปัญหาการเจ็บป่วยและชะลอความแก่หรือความเป็นผู้สูงอายุไว้ได้นาน มีสุขภาพที่แข็งแรง และไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก กล่าวคือจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทยไว้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 15.3 ในปี 2563 (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2550) จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสนใจ ให้การดูแลในด้านอาหารและโภชนาการเพื่อให้อายุยืนยาวและมีสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคม ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ และมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

ความเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ (รุจิรา สัมมะสุต, 2543)

1. ความเสื่อมของสภาพร่างกาย

วัยที่เพิ่มขึ้นและความเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายอย่างที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการ นั่นคือ การเปลี่ยนแปลงหรือการเสื่อมของประสาททั้ง 5 ซึ่งได้แก่

ตา ฝ้าฟาง มองเห็นไม่ค่อยชัด

หู เริ่มตึง ฟังไม่ค่อยได้ยิน

จมูก ได้กลิ่นที่ผิดไปจากเดิม ทำงานไม่ได้ดี ไม่ได้กลิ่นของอาหารที่จะช่วย กระตุ้นให้เกิดความอยากรับประทานอาหาร

ฟันและลิ้น ฟันมีการสึกกร่อน หรือหักต้องใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบาก ถ้าไม่มีการดูแลในด้านการประกอบอาหารให้อ่อนนุ่มก็จะเป็นสาเหตุให้รับประทานอาหารได้น้อย ประสาทรับรสที่ลิ้นเสื่อมลงไม่ค่อยทราบถึงรสอาหาร หรือมีการรับรสเปลี่ยนแปลงไป ความชอบรสอาหารแตกต่างไปจากเดิม เช่น บางคนเคยชอบรสเปรี้ยว กลับเปลี่ยนไม่ชอบเมื่ออายุมากขึ้น

หรือชอบรับประทานอาหารที่มีรสขมและรสหวานมากขึ้น บางคนชอบรับประทานข้าวกับผลไม้ เป็นต้น

ความเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ถ้าไม่ได้รับความสนใจหรือสังเกตจากผู้ใกล้ชิด จะทำให้ไม่สามารถจัดอาหารให้เป็นไปตามที่ต้องการได้ และรับประทานอาหารได้น้อยลง นอกจากนี้ระบบทางเดินอาหารก็มีการเปลี่ยนแปลง น้ำย่อยต่างๆ น้ำดีจากตับอ่อน รวมถึงการบีบตัวของกระเพาะและลำไส้ทำงานน้อยลง เป็นเหตุให้การย่อย ดูดซึมสารอาหารลดน้อยตามไปด้วย การจับถ่ายน้อยลง มีอาการท้องผูก ท้องอืด มีแก๊ส แน่น จุกเสียด ทำให้ไม่สบายหลังการรับประทานอาหาร

ปัญหาความเสื่อมลงของสภาพร่างกายเช่นนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งภาวะโภชนาการเกินและภาวะโภชนาการขาดได้ ถ้าลูกหลานหรือผู้ดูแลไม่เข้าใจ ไม่ได้ให้การดูแลในด้านอาหารอย่างใกล้ชิด

2. ภาวะทางเศรษฐกิจ

เมื่ออายุสูงขึ้นการทำงานลดลง เช่น ข้าราชการที่เกษียณอายุเมื่อ 60 ปี ถ้าไม่มีการเตรียมการหางานอดิเรกทำ ก็กลายเป็นคนว่างงาน รายได้น้อยลง เงินบำนาญที่ได้รับอาจลดลงจากเงินเดือนที่เคยได้รับเป็นประจำ ความเปลี่ยนแปลงทางการเงิน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ต้องอดออม ถ้ามีเงินออมสะสมอยู่บ้างปัญหาเช่นนี้อาจไม่เกิด จากรายได้ที่ลดลงเช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพิจารณาใช้เงินอย่างประหยัด เนื่องจากกลัวรายรับไม่สมดุลกับรายจ่าย การซื้ออาหารมารับประทานก็พยายามหาของถูก ประกอบกับสายตาที่มองไม่ค่อยเห็น ก็จะไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพดีได้อย่างถูกต้อง การรับกลิ่นอาหารที่เก็บไว้นั้นว่าเสียแล้วหรือยัง ถ้ารับประทานอาหารที่เน่าบูด ก็อาจเกิดปัญหาท้องเสียได้ด้วย อาหารที่ซื้อมารับประทานจึงต้องทั้งคุณภาพและปริมาณ จากปัญหาของเศรษฐกิจทำให้กระทบถึงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุดังกล่าว

3. ภาวะทางจิตใจ

ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ทำงานในตำแหน่งหน้าที่การงานสูง มีลูกน้องหรือคนรู้จักไปมาหาสู่กันเป็นประจำ เมื่อเกษียณจากงานที่ทำอยู่ ภาระงานและอำนาจต่างๆ ที่เคยมีอยู่หมดไป คนที่เคยไปมาหาสู่ลดจำนวนลง ถ้าเป็นคนที่ยึดคิดในลาภยศ อำนาจหน้าที่ อาจเกิดความหงุดหงิด เสียหาย ไม่สามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น ประกอบกับครอบครัวในปัจจุบัน ไม่ได้อยู่รวมเป็นครอบครัวใหญ่เช่นในอดีต ที่มีพ่อ แม่ ลูกหลานหลายๆ คนอยู่ร่วมกัน การแยกครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่ลำพัง ต้องช่วยตนเองทุกด้านรวมถึงการกินอยู่ด้วย หรือถ้าอยู่ร่วมกันก็อาจจะถูกทอดทิ้งในตอนกลางวัน เพราะต่างก็ออกไปทำงานนอกบ้าน การถูกทอดทิ้งไม่มีใครดูแล

มีผลถึงสภาพของจิตใจและการยอมรับอาหารของผู้สูงอายุได้ และเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุได้

4. ภาวะโภชนาการเดิมที่เป็นอยู่และบริโชนิตัย

ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น พบว่ามีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีมาก่อน เช่น เป็นโรคอ้วน มีไขมันสูงในเลือด ความดันโลหิตสูง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อเนื่องถึงในวัยสูงอายุได้ด้วย ถ้าได้มีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถบรรเทาหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือลดความรุนแรงของโรคได้ระดับหนึ่ง แต่ก็พบว่ามักจะไม่ได้ได้รับความสนใจหรือได้รับการรักษา ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อาการต่างๆ ของโรคจะรุนแรงมากขึ้น มีโรคแทรกได้ง่าย การรักษาต้องใช้เวลาาน เพราะร่างกายอยู่ในภาวะที่อ่อนแอมากแล้ว ร่างกายก็มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมตลอดเวลา ดังนั้นปัญหาทางโภชนาการ สำหรับวัยสูงอายุจึงขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการเดิมที่เป็นอยู่ด้วย นอกจากนี้ บริโชนิตัยของผู้สูงอายุแต่ละคนที่เป็นอยู่ ก็เป็นตัวกำหนดให้ทราบถึง ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุคนนั้นในอนาคตได้อีกทางหนึ่ง เช่น ชอบอาหารที่มีไขมันสูง ชอบอาหารที่มีรสหวานหรือรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด สิ่งเหล่านี้นับเป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อการเป็น โรคหลายอย่างและถ้าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะเป็นผู้ยึดมั่น ถิ่นมั่น ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรง่ายๆ ดังนั้น โอกาสที่จะเกิดปัญหา ทางโภชนาการจึงเกิดขึ้นได้ในอนาคต

5. ความรู้ทางด้านโภชนาการ

ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ให้ความสนใจทางด้านโภชนาการและหาความรู้เพิ่ม ทางด้านโภชนาการเมื่อมีอายุมากขึ้น แหล่งความรู้มีมากมายทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ถ้าหากได้รับความรู้ที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะคำบอกเล่าที่ไม่สามารถหาคำตอบได้ หรือผลการทดลองทางการแพทย์มาสนับสนุน อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหา ทางโภชนาการได้ในระยะยาว ในขณะเดียวกัน ถ้าผู้สูงอายุเปิดใจกว้างรับฟังความคิดเห็น ยอมรับในข่าวสารต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบัน และนำมาสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ย่อมจะเป็นทางหนึ่งในการช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรงได้

จากปัญหาที่กล่าวมาเป็นสาเหตุทำให้กระทบถึงภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งนำมาสู่ความเจ็บป่วย และไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้

โรคที่พบในผู้สูงอายุ

โรคที่พบในผู้สูงอายุนั้น ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดมาตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาว แต่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงทำให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บางโรคเกิดเนื่องจากความ

เปลี่ยนแปลงของการบริโภคอาหาร ภายหลังจากเกษียณอายุราชการ โรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการในอดีตหรือปัจจุบันได้แก่

โรคอ้วน

อ้วนนับเป็นโรคอย่างหนึ่ง ที่เกิดจากการสะสมของพลังงานที่ได้จากอาหารที่รับประทานเกินความต้องการของร่างกาย และมีการเก็บสะสมไว้ในรูปของไขมันในระยะนานเข้า ก็จะปรากฏให้เห็นด้วยการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิมทีละน้อยๆ อายุที่เพิ่มขึ้น มีโอกาสมีน้ำหนักตัวเพิ่มอยู่แล้วเพราะการใช้แรงงานน้อยลง การรับประทานอาหารยังคงเดิม ดังนั้น ถ้าไม่ควบคุมการรับประทานอาหาร โอกาสอ้วนย่อมมีมากขึ้นเป็นเงาตามตัว โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การเป็นโรคอื่นๆ อีกหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเกี่ยวกับข้อต่างๆ คนต่างๆ ไปจะมีการเปลี่ยนแปลง น้ำหนักตัวและสังเกตเห็นว่าเริ่มอ้วนเมื่ออายุประมาณ 35-40 ปี ถ้าให้ความสนใจต่อสุขภาพ ระวังน้ำหนักตัวไม่ให้เกินมาตรฐานตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ปัญหาของโรคต่างๆที่จะเกิด ย่อมน้อยลงได้ หรือเมื่อมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานแล้วต้องพยายามควบคุมอาหาร จัดอาหารที่ให้คุณค่าอาหารสูง แต่พลังงานต่ำ เพื่อช่วยลดน้ำหนักลง ก็เป็นการช่วยลดปัญหาสุขภาพได้อีกทางหนึ่ง

โรคโลหิตจาง

บางครั้งเราเรียกว่า โรคซีด โรคโลหิตจางเกิดได้เนื่องจากการรับประทานอาหาร ที่ขาดธาตุเหล็กมาในระยะเวลาานาน หรืออาจเกิดจากการสูญเสียเลือดในปริมาณที่ไม่มากนัก จนไม่สามารถตรวจพบ แต่เกิดเรื้อรังมาเป็นเวลานาน เช่น เลือดออกในลำไส้หรือกระเพาะอาหาร เป็นต้น โรคนี้ทำให้ผู้สูงอายุซีด ร่างกายอ่อนเพลีย ความต้านทานโรคน้อยลง ทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น การจัดอาหารที่มีเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ให้รับประทานเป็นประจำ เพื่อให้ได้รับเหล็กที่เพียงพอ

โรคหัวใจและหลอดเลือด

สถิติของการเกิดโรคนี้มากที่สุดในช่วงอายุ 45 ปี ความรุนแรงจะมากขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในการรับประทานอาหารให้ถูกต้อง เพราะสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรค คือ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง เกินความต้องการของร่างกาย และการเลือกรับประทานที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่มีไขมันสูง โคลเลสเตอรอลสูง รวมถึงการสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย การป้องกันโรคนี้ ควรเริ่มเมื่อก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น หนังเป็ด หนังไก่ เครื่องในสัตว์ กะทิ เป็นต้น งดการสูบบุหรี่และมีการออกกำลังกายเป็นประจำ

โรคเบาหวาน

ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคนี้เป็นผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากกว่ามาตรฐาน ในช่วงอายุเกิน 50 ปี ผู้สูงอายุที่ชอบรับประทานน้ำตาลมากๆ พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น มากกว่าคนหนุ่ม-สาว และลดระดับคืนสู่ปกติได้ช้า โรคเบาหวานพบในผู้สูงอายุ ที่มีการเกิดโรคนี้ในครอบครัวรับประทานอาหารมากและอ้วน การเป็นโรคนี้จะนำไปสู่ การเป็นโรคหลอดเลือดแข็งและอุดตันได้ง่าย และเป็นสาเหตุการตายของผู้สูงอายุ เป็นโรคเบาหวานด้วย ดังนั้น การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ไม่ให้อ้วน เป็นทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคได้

โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ

ผู้สูงอายุมีการเสียมวลของฮอโมนทำให้การเผาผลาญอาหารในร่างกายผิดปกติ การดูดซึมสารอาหาร และแร่ธาตุ โดยเฉพาะแคลเซียมเปลี่ยนแปลง นำไปสู่การเกิดโรคกระดูกพรุน ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่พบมากในผู้สูงอายุ ที่ทำให้กระดูกเปราะและหักได้ง่าย เกิดมากในผู้หญิงอายุเกิน 50 ปี และผู้ชายอายุเกิน 60 ปี การอักเสบต่างๆ ของข้อ เกิดจากการมีน้ำหนักตัวมากเกินไป ทำให้เป็นอุปสรรคในการเคลื่อนไหวและการช่วยตัวเอง ของผู้สูงอายุ การจัดอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม เนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้งและผลไม้ ให้ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำเพื่อช่วยบำรุงความแข็งแรงให้แก่กระดูก

จากตัวอย่างของโรคที่พบในผู้สูงอายุที่กล่าวมา คงทำให้เห็นความสำคัญของโภชนาการ ที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ การให้การดูแลในเรื่องอาหารการกิน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหาร ในปริมาณที่มากพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ยังช่วยชะลอการเกิดโรค หรือบรรเทาความรุนแรงของโรคได้

ปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจาก นิสัยการบริโภค ผู้สูงอายุมักกินอาหารตามความชอบ และชอบอาหารหวานจัด อาจกินอาหารตามประเพณีความเชื่อ ทำให้ไม่สามารถได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ การเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางจิตใจ ผู้สูงอายุมีความคิดว่า ตนไม่มีความสำคัญต่อครอบครัว รู้สึกถูกทอดทิ้ง เบื่อสิ่งต่างๆ และเบื่ออาหาร ทำให้ไม่ชอบกินอาหาร ส่วนผู้สูงอายุบางคนกินตลอดเวลา ทำให้เกิดโรคอ้วน

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยามีดังนี้ ฟันไม่ดีเหมือนเก่า เคี้ยวอาหารไม่สะดวก ทำให้เคี้ยวอาหารได้น้อยลง ทำให้ไม่ได้รับโปรตีนและแคลอรีที่เพียงพอ การดูดซึมของสารอาหารลดลง เช่น ธาตุเหล็ก แคลเซียม ทำให้ขาดสารอาหารดังกล่าว คือ โรคโลหิตจาง และโรคกระดูกพรุน เซลล์หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ทำให้หลอดเลือดแข็ง และเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การบีบตัวของลำไส้ได้น้อยลง ประกอบกับการทานอาหารที่มีกากน้อย และดื่มน้ำน้อย ทำให้เกิดโรคท้องผูก

เลือดไหลผ่านไตน้อยลง ทำให้ขับของเสียได้น้อย จึงมีการตกตะกอนของแคลเซียมในไต ทำให้เกิดโรคนี้ การศึกษาการมีฟันหลังบดเคี้ยวอาหารได้ของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ 970 คนพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันหลังที่บดเคี้ยวอาหารได้ มีร้อยละ 52.6 กลุ่มอายุ 70 ปีหรือมากกว่ามีฟันคู่สบเป็นฟันเทียมมากกว่าในกลุ่มอายุอื่นๆ ผู้สูงอายุมีโรคทางระบบ ร้อยละ 40.9 โดยโรคทางระบบไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีฟันหลังที่บดเคี้ยวอาหารได้ (อัมพร เดชพิทักษ์, 2550)

การประเมินภาวะโภชนาการ

ประสงค์ เทียนบุญ, (2549) ได้แบ่งการประเมินภาวะทางโภชนาการออกเป็น 2 อย่างคือ

1. Community assessment คือ การประเมินภาวะทางโภชนาการของชุมชน ประเมินคนจำนวนมาก นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยของชุมชนนั้นๆ มักจะใช้วิธีการประเมินที่สามารถทำได้ง่ายและสะดวก

2. Individual assessment คือการประเมินภาวะทางโภชนาการของบุคคลแต่ละคน ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลของคนๆเดียว มักจะประเมินอย่างละเอียดและใช้วิธีการหลายๆ อย่างช่วยในการประเมิน นำผลที่ได้มาประกอบกันในการพิจารณาภาวะโภชนาการของผู้นั้น

โดยทั่วไปการประเมินภาวะทางโภชนาการในเด็กและผู้ใหญ่มักจะใช้วิธีการคล้ายๆกัน แต่ค่าต่างๆที่ใช้เป็นมาตรฐานจะแตกต่างกัน สามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธี

1. Direct Method เป็นการประเมินภาวะโภชนาการทางตรง ได้แก่ Anthropometric assessment Body composition assessment Clinical assessment Biochemical assessment Biophysical assessment

2. Indirect Method เป็นการประเมินภาวะโภชนาการทางอ้อม อาศัยข้อมูลต่างๆจากการสอบถามหรือค้นหาข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เพื่อนำมาช่วยในการประเมินทางโภชนาการ ได้แก่ History taking Dietary survey Vital statistic Age-specific mortality rate Morbidity and cause-specific mortality rate Nutritional relevant disease

การศึกษาโดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งใช้แบบสอบถาม ซึ่งแปลมาจาก Mini Nutritional Assessment (MNA) ตรวจวัดระดับ serum albumin และการประเมินปริมาณ และชนิดอาหารที่บริโภคในผู้สูงอายุ (อรพินท์ บรรจง, 2548) แบบสอบถาม Mini Nutritional Assessment (MNA) เป็นเครื่องมือสำหรับการตรวจสุขภาพทางคลินิก เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของประชากร โดยจำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ MNA เป็นเครื่องมือที่ง่าย บุคลากรด้านสาธารณสุขทุกคน สามารถทำได้โดยไม่ต้องรับความช่วยเหลือจากนักโภชนาการ

หรือนักโภชนาการ MNA ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้เป็นยุทธศาสตร์นำร่องของการดำเนินโครงการ โภชนาการ MNA ได้ถูกตรวจสอบความถูกต้อง ในการศึกษาที่ทำในหลายๆพื้นที่ในประชากร ผู้สูงอายุตัวอย่าง มากกว่า 600 คน แบบสอบถาม MNA ประกอบด้วยการประเมินสัดส่วนร่างกาย การประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ตอบ และประเมินพฤติกรรมการกินอาหาร คำถามทุกข้อจะมีคะแนนกำกับ ผลรวมคะแนนทุกข้อมีคะแนนสูงสุด 30 คะแนน เกณฑ์คะแนน MNA ที่ใช้ แยก ผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนนที่ได้ >23.5 คะแนน เป็นกลุ่มปกติมีภาวะ โภชนาการเพียงพอ คะแนน 17-23.5 เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และผู้ที่ได้คะแนน <17 เป็นกลุ่มขาดสารอาหาร ค้นหากลุ่มที่มีปัญหาขาดอาหาร และกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดอาหาร ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเลี้ยงดูกับภาวะโภชนาการ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพพื้นที่ดีกว่า เป็นผลต่อเนื้อให้ได้รับสารอาหารมากกว่า และมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่า ดังนั้นการใส่ฟันปลอมที่ดี ทำให้เคี้ยวอาหารได้ดี มีผลต่อภาวะ โภชนาการ ได้

การประเมินภาวะ โภชนาการ โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) เป็นวิธีการหนึ่ง ในการประเมิน (เบญญา มุกตพันธุ์, 2549) เป็นค่าที่ได้จากการนำน้ำหนักตัวและส่วนสูง มาคำนวณ เพื่อประเมินหาส่วนไขมันในร่างกาย ซึ่งค่าดังกล่าวนิยมใช้ในการคำนวณอย่างแพร่หลาย เนื่องจากคำนวณง่าย และสามารถใช้ได้กับทุกเพศ ทุกวัย และทุกเชื้อชาติ

การศึกษาของ Murphy และคณะ พ.ศ.2543 (Murphy et al, 2000) ที่พบว่าผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วย orthopaedic มีภาวะ โภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดี (คะแนน MNA >23.5) ร้อยละ 37.0 ภาวะ โภชนาการที่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (คะแนน MNA =17-23.5) ร้อยละ 47.0 ภาวะโภชนาการขาดอาหาร (คะแนน MNA <17) ร้อยละ 16.0

การศึกษาของอรพินท์ บรรจงและคณะในปี 2548 ที่พบว่าผู้สูงอายุตัวอย่าง 60 คน อายุ 55-85 ปี มีภาวะ โภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดี (คะแนน MNA >23.5) มากที่สุด ร้อยละ 50.0 ภาวะ โภชนาการที่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (คะแนน MNA =17-23.5) ร้อยละ 48.3 ภาวะโภชนาการขาดอาหาร (คะแนน MNA <17) ร้อยละ 1.7

จากการที่ MNA เป็นเครื่องมือที่ง่าย บุคลากรด้านสาธารณสุขทุกคน สามารถทำได้โดยไม่ต้องรับความช่วยเหลือจากนักโภชนาบำบัด หรือนักโภชนาการผู้ศึกษาจึงต้องการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA) เป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทาน ร่วมกับการประเมินโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI)

5.ความสามารถในการเคี้ยวอาหารและการเลือกชนิดอาหารในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ต้องกินอาหารอ่อน เนื่องจากมีปัญหาเรื่องฟัน อาจทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารบางอย่างไม่เพียงพอ โดยเฉพาะ โปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ ถึงแม้ว่าร่างกายต้องการเพียงน้อยนิด แต่ก็มี ความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายให้มีชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยเฉพาะธาตุเหล็ก ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ เลือดหมู ถ้าได้รับน้อย และมักจะดูดซึม น้อย เป็นเวลานาน จะทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคโลหิตจาง แร่ธาตุชนิดหนึ่งคือ ธาตุแคลเซียม ซึ่งช่วยใน การแข็งตัวของโลหิต การยึดหดของกล้ามเนื้อ การคงสภาพของกระดูกและฟันนั้น ถ้าร่างกาย ผู้สูงอายุขาดแคลเซียม เนื่องจากกินน้อยเพราะคิดว่าไม่จำเป็นแล้ว จะทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน กระดูกเปราะบางหักง่าย อาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง เต้าหู้แข็ง ผู้สูงอายุควรกิน ผักและผลไม้ เป็นประจำทุกวัน ผักควรเป็นผักที่อ่อนนุ่มหรือต้มเปื่อย ถ้าเป็นผลไม้ ต้องมีเนื้อนุ่มหรือคั้นเป็นน้ำผลไม้ (กรมอนามัย, 2550)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ

การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุทั่วประเทศ 808 คน (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2549) มีดังนี้ การกินอาหารมื้อหลักและอาหารว่าง พบว่าผู้สูงอายุกินอาหารมื้อหลัก ครบทั้ง 3 มื้อทุกวัน ร้อยละ 77.1 เพศชายมีพฤติกรรมการกินอาหารมื้อหลักครบทั้ง 3 มื้อทุกวัน มากกว่าเพศหญิงเพียงเล็กน้อย เมื่อพิจารณาตามมื้ออาหาร พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับอาหาร มื้อเช้าและมื้อเย็น สูงกว่ามื้อกลางวัน คือร้อยละ 91.7 และ 95.5

ความถี่ในการกินอาหาร

กลุ่มเนื้อสัตว์ พบว่าผู้สูงอายุกินปลาสูงเป็นอันดับ 1 ของเนื้อสัตว์ คือกินเกือบทุกคน กลุ่มไขมัน อาหารที่ปรุงโดยใช้ไขมันมาก เช่น ผัด ทอด พบว่าผู้สูงอายุนิยมกินเป็น

ส่วนใหญ่ มีเพียงร้อยละ 6.3 เท่านั้นที่ไม่กิน โดยส่วนใหญ่กินเป็นบางวัน การกินทุกวัน และนานๆ ครั้งใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุเพศหญิงกินอาหารผัด ทอด มากกว่าเพศชาย

กลุ่มผัก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่กินผัก มีเพียงร้อยละ 1.4 เท่านั้นที่ไม่กินผัก โดยมีแบบ แผนการกินผักทุกวัน ร้อยละ 68.5 และผู้สูงอายุเพศชายกินผักมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

กลุ่มผลไม้ พบว่าผู้สูงอายุกินผลไม้ที่มีรสหวานมากกว่าผลไม้รสไม่หวาน ผู้สูงอายุเพศ หญิงกินผลไม้มากกว่าเพศชาย ทั้งรสหวานและไม่หวาน โดยแบบแผนการกินผลไม้ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่กินเป็นบางวัน

กลุ่มขนม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กินขนมหวาน และไม่บริโภค ร้อยละ 18.0 ซึ่งใกล้เคียงกันทั้ง เพศชายและเพศหญิง โดยมีแบบแผนการกินส่วนใหญ่ คือนานๆกินครั้ง และเป็นบางวัน

การเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหาร ภายใน 3 เดือน ร้อยละ 33.0 ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกิน โดยจะบริโภคลดลง ร้อยละ 19.8 ในจำนวนนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่อจำแนกตามภาค พบว่าผู้สูงอายุภาคเหนือมีการเปลี่ยนแปลงสูงกว่าภาคอื่น และทุกภาคจะเปลี่ยนแปลงโดยกินลดลงมากกว่ากินเพิ่มขึ้น ซึ่งเหตุผลมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกินลดลงเนื่องจากสุขภาพ เพราะมีโรคประจำตัว

จากการสำรวจขนาดและพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุกินผักทุกวัน ร้อยละ 65.8 กินผลไม้ทุกวัน ร้อยละ 40.4 ดื่มนมทุกวัน ร้อยละ 20.1 ไม่ได้ดื่มนมถึงร้อยละ 33.1

การศึกษาในชาวจีนอายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 1,196 คน พบว่าสภาวะฟันทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับการกินอาหาร การที่มีฟันเหลือน้อยลง คู่สบฟันลดลงทั้งฟันหลังและฟันหน้า ทำให้การกินอาหารลำบากขึ้น (Zeng et al, 2008)

การศึกษาในผู้สูงอายุไร้ฟันชาวไอร์แลนด์ จำนวน 35 คน ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปาก พบว่ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ประมาณร้อยละ 70 รายงานว่าการเลือกชนิดอาหารเปลี่ยนไปเพราะปัญหาจากฟัน แต่การเลือกชนิดอาหารก่อนและหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากคล้ายๆกัน แต่ไม่มีความเกี่ยวข้องกันระหว่างการควบคุมอาหารกับสุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Allen, 2005)

การศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปชาวบราซิล จำนวน 471 คน พบว่าผู้ที่ไม่พอใจในสภาพเหงือกและใส่ฟันเทียมเพียงชิ้นเดียวมีความเสี่ยงของภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ในผู้ที่ไร้ฟันซึ่งใส่ฟันเทียมทั้งปากทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น (De Marchi et al, 2008)

ความสามารถในการเคี้ยวและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ขึ้นกับจำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก สภาวะสุขภาพในช่องปาก การใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่สูญเสียไปในผู้สูงอายุ จะเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟันให้สามารถทำหน้าที่ในการบดเคี้ยว ทำให้การเคี้ยวอาหารดีขึ้น ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดี (Koshino et al, 2006)