บทวิทยาการ

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและมิติสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยฟันเทียมถอดได้

Oral Health and Health Related Quality of Life in Patients with Removable Dentures

ปิยอนงค์ วรรณขาว[1], ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์[2], ศุภบูรณ์ บุรณเวช[2]

Piya-anong Wannakhaw[1], Nareudee Limpuangthip[2], Supaboon Purnaveja[2]

[1]นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

[1]Master student (Prosthodontics). Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

[2]ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

[2]Department of Prosthodontics, Faculty of dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีพ.ศ.2565 จำนวน 80 คน ผลลัพธ์ของการศึกษา ได้แก่ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยดัชนีประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันฉบับภาษาไทยและดัชนีเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อฉบับภาษาไทยตามลำดับ ตัวแปรต้นและตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะการสูญเสียฟัน (จำนวนคู่สบฟันหลังและจำนวนฟันธรรมชาติ) ภาวะฟันเทียมถอดได้ และลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการตรวจในช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบของครัสคาลวัลลิสและแมนวิทนีย์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่อผลลัพธ์ของการศึกษา และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สเปียร์แมนเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีจำนวนคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ (p = 0.019) มีจำนวนฟันธรรมชาติอย่างน้อย 20 ซี่ (p = 0.001) และมีฟันเทียมถอดได้ใช้งานได้ (p = 0.001) สัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดี ในขณะที่การมีรายได้เพียงพอ (p = 0.09) และไม่มีโรคประจำตัว (p = 0.012) สัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ดี และพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในมิติจิตใจกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman rho = -0.217; p = 0.045) สรุปได้ว่าภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแต่คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กันโดยตรง

คำสำคัญ: การสูญเสียฟัน, คุณภาพชีวิต, ทันตกรรมประดิษฐ์, ฟันเทียมถอดได้, สุขภาพช่องปาก

Abstract

This cross-sectional study was conducted in 80 patients at prosthodontics department, faculty of dentistry, Chulalongkorn University in 2022. Two outcomes, oral health (OHRQoL) and health-related quality of life (HRQoL), were interviewed using the Oral Impacts on Daily Performances and the World Health Organization Quality of Life-Bref index, respectively. Independent variables, collected by intraoral examination and interview, were general characteristics of patients, tooth loss status (number of posterior occluding pairs and remaining natural teeth), and removable denture status. The association between each outcome and independent variables were analyzed using Mann-Whitney U or Kruskal-Wallis test. The correlation between OHRQoL and HRQoL score was calculated to determine the Spearman

correlation coefficient. Data were analyzed at a 5% significance level. The results showed that a greater number of posterior occluding pairs (p = 0.019) and natural teeth (p = 0.001) and having functional denture (p = 0.001) were associated with better OHRQoL. Meanwhile, higher income (p = 0.09) and better medical conditions (p = 0.012) were associated with HRQoL. There was a correlation between psychological dimension of OHRQoL and overall HRQoL (Spearman rho = -0.217; p = 0.045). In conclusion, tooth loss and poor denture status were associated with worse OHRQoL. However, the OHRQoL and HRQoL were not directly related.

Keywords: tooth loss, quality of life, dental prosthesis, denture, oral health

Received Date: Jul 10, 2023 **Revised Date:** Aug 29, 2023 **Accepted Date:** Sep 26, 2023
doi: 10.14456/jdat.2024.2

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:
ณฤดี ลิ้มปวงทิพย์ ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 ประเทศไทย
โทรศัพท์: 02-2188532 อีเมล: Nareudee.L@chula.ac.th
Correspondence to:
Nareudee Limpuangthip, Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Henry Dunant Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand. Tel: 02-2188532 Email: Nareudee.L@chula.ac.th

บทนำ

ในอดีตเชื่อว่าสุขภาพคือการไม่มีโรค จุดมุ่งหมายของการแพทย์ในสมัยก่อนจึงเป็นเพียงการหาหนทางรักษาโรค อย่างไรก็ตาม มนุษย์ไม่ใช่แค่กลุ่มเซลล์หรืออวัยวะที่มารวมกันเท่านั้น ความรู้สึกจิตใจ สังคม ค่านิยม สิ่งแวดล้อม ล้วนผนวกเข้าเป็นคนคนหนึ่ง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) [1] จึงให้นิยามใหม่แก่สุขภาพว่า เป็นสภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสุขภาวะทางสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น เมื่อนำมาประยุกต์เข้ากับงานทันตกรรมสุขภาพช่องปาก (oral health) จึงได้รับนิยามใหม่ว่าเป็นการรวมกันของหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการพูด ยิ้ม รับกลิ่น สัมผัส เคี้ยว กลืน และสื่อออกมาทางสีหน้าโดยปราศจากความเจ็บปวด[2] และสุขภาพช่องปากยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 3 มิติ ได้แก่ มิติกายภาพ มิติจิตใจ และมิติสังคม[3] ดังนั้นจึงปฏิเสธไม่ได้ว่าการแพทย์เชิงสังคม (socio-medical concept) กำลังมีบทบาทสำคัญอย่างมากในปัจจุบัน และกล่าวได้ว่าการมีสุขภาพที่ดีคือการมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (oral health-related quality of life) ที่ดี

สภาวะช่องปากคือปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โรคในช่องปากที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์ เนื่องจากก่อให้เกิดความเจ็บปวดและความรู้สึกไม่สบาย[4,5] ภาวะการสูญเสียฟัน[6] ที่ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและการทำหน้าที่ของช่องปากด้อยลง[7] และภาวะฟันเทียมถอดได้ ซึ่งคุณภาพของฟันเทียมถอดได้สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในทุกมิติ[8]

การศึกษาที่ผ่านมาแสดงถึงความสัมพันธ์ของภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ[6,9] การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) แสดงให้เห็นว่าการสูญเสียฟันสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ไม่ดี อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่ที่นำมาอ้างอิงไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในหลากหลายมิติ[6] การศึกษาคุณภาพของฟันเทียมถอดได้ที่ประเมินโดยทันตแพทย์ชี้ให้เห็นว่าคุณภาพของฟันเทียมถอดได้ไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ อย่างไรก็ตามการประเมินคุณภาพของฟันเทียมถอดได้โดยทันตแพทย์ไม่ได้บ่งบอกถึงการใช้งานของฟันเทียมถอดได้ในมุมมองของผู้ป่วยโดยตรง[9] ยังไม่มีรายงานจากการศึกษาที่ผ่านมาที่แสดงผลกระทบจากภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ประเมินครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ สมมติฐานของงานวิจัย (null hypothesis) คือ

ภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์กับนิสิตระดับปริญญาบัณฑิตและ/หรือบัณฑิตศึกษาของภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ.2565 การศึกษาได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เลขที่จริยธรรม: HREC-DCU 2022-102)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่มีความต้องการใส่ฟันเทียมถอดได้และ/หรือฟันเทียมติดแน่น โดยอาจมีการสูญเสียฟันหรือใส่ฟันเทียมชิ้นเดิมอยู่แล้วหรือไม่ก็ได้ สามารถสื่อสารสารภาษาไทยได้ ไม่มีโรคทางระบบที่ซับซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจที่กระทบต่อการให้สัมภาษณ์ เช่น สภาวะสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน และปราศจากภาวะความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร **เกณฑ์การคัดออก** ได้แก่ ผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หรือไม่ยินยอมให้ตรวจช่องปาก และผู้ที่มีการใส่ชิ้นฟันเทียมบนรากฟันเทียม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยโปรแกรม G*power (Windows version 3.1.9.4 software) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสมมติฐานที่ว่า ความถี่และความรุนแรงของผลกระทบจากสภาวะช่องปากต่อการใช้ชีวิตประจำวันในผู้ที่ใส่ฟันเทียมถอดได้และผู้ที่ใส่ฟันเทียมติดแน่นมีความแตกต่างกัน เมื่ออ้างอิงผลจากการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยฟันเทียมถอดได้และฟันเทียมติดแน่น พบว่าคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้มีฟันน้อยกว่า 4 คู่สบ และอย่างน้อย 4 คู่สบ เท่ากับ 12.3 (10.9) และ 6.9 (3.9) ตามลำดับ[10] กำหนดให้ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และความผิดพลาดประเภทที่สอง (type II error) เท่ากับ 0.80 เมื่อใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่ไม่ขึ้นตรงต่อกัน (two independent mean) จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างรวมอย่างน้อย 76 คน และหากพิจารณาอัตราการออกกลางคัน (drop-out rate) ร้อยละ 5 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเท่ากับ 80 คน

ตัวแปรต้น คือ ภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้ โดยภาวะการสูญเสียฟันได้จากการตรวจในช่องปากของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนคู่สบฟันหลังซึ่งต้องเป็นคู่สบฟันกรามน้อยและฟันกรามใหญ่แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มีคู่สบฟันหลัง 0 - 3 คู่สบ และ 4 คู่สบขึ้นไป และจำนวนฟันธรรมชาติซึ่งต้องไม่มีข้อบ่งชี้ในการถอน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มีฟันธรรมชาติ 0 - 19 ซี่และ 20 ซี่ขึ้นไป การแบ่งกลุ่มดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมปริทัศน์อย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (systematic review and meta-analysis) โดย Gerritsen และคณะ[11] ที่ว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมีความแตกต่างกันในผู้ที่มีคู่สบฟันหลัง 0 – 3 คู่สบกับมีคู่สบฟันหลัง 4 คู่สบขึ้นไป และผู้ที่มีฟันธรรมชาติ 0 – 19 ซี่กับมีฟันธรรมชาติ 20 ซี่ขึ้นไป ในขณะที่สภาวะการใส่ฟันเทียมถอดได้ได้จากการตรวจในช่องปากและการสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ *ผู้ที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้* คือผู้ที่มีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบและ/หรือมีฟันธรรมชาตินอ้ยกว่า 20 ซี่แต่ยังไม่เคยใส่ฟันเทียมถอดได้ *ผู้ที่ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้* คือผู้ที่มีคู่สบฟันหลัง 4 คู่สบขึ้นไปและมีฟันธรรมชาติอย่างน้อย 20 ซี่ *ผู้ที่ฟันเทียมถอดได้ใช้งานได้* คือผู้ที่มีการสูญเสียฟันและใส่ฟันเทียมถอดได้ที่รายงานว่าฟันเทียมใช้งานได้ และ *ผู้ที่ฟันเทียมถอดได้ใช้งานไม่ดี* คือผู้ที่มีการสูญเสียฟันและใส่ฟันเทียมถอดได้ที่รายงานว่าฟันเทียมใช้งานไม่ดี

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยการสัมภาษณ์ ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ดัชนีประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวันฉบับภาษาไทย (Oral Impacts on Daily Performances; OIDP) [12] ประเมินผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตประจำวัน 8 อย่าง ประกอบด้วยมิติกายภาพ 3 กิจกรรม ได้แก่ การกิน การพูด การทำความสะอาดช่องปากหรือฟันเทียม มิติจิตใจ 3 กิจกรรม ได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การยิ้มหัวเราะอวดฟัน การรักษาอารมณ์ และมิติสังคม 2 กิจกรรม ได้แก่ การทำงานทั่วไป การติดต่อพบปะผู้อื่น โดยแต่ละกิจกรรมให้คะแนนความถี่ (frequency) โดยใช้มาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ 1: น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง 2: เดือนละ 1 - 2 ครั้ง 3: สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง 4: สัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง 5: ทุกวันหรือเกือบทุกวัน ให้คะแนนความรุนแรง (severity) โดยใช้มาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ 1: เล็กน้อยมาก 2: เล็กน้อย 3: ปานกลาง 4: รุนแรง 5: รุนแรงมาก คำนวนคะแนนรวม (additional score; ADD score) โดยการคูณคะแนนความรุนแรงและความถี่ (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) แล้วรวมคะแนนของทั้ง 8 กิจกรรม (คะแนนเต็ม 200 คะแนน) คะแนนสูงแสดงว่าได้รับผลกระทบจากช่องปากมาก หรือมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ด้อยกว่า[13]

ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life-Bref; WHOQOL-BREF) [14, 15]

ประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ โดย 24 ข้อเป็นการประเมินองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ส่วนอีก 2 ข้อประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาพองค์รวม คำถามประกอบด้วยกลุ่มคำถามทางลบ 3 ข้อ และคำถามทางบวก 23 ข้อ ซึ่งคำตอบอยู่ในรูปแบบของมาตรวัดของลิเคิร์ท 5 ระดับ โดยคำตอบในกลุ่มคำถามทางลบ ได้แก่ 5: ไม่เลย 4: เล็กน้อย 3: ปานกลาง 2: มาก 1: มากที่สุด และคำตอบกลุ่มคำถามทางบวก ได้แก่ 1: ไม่เลย 2: เล็กน้อย 3: ปานกลาง 4: มาก 5: มากที่สุด คิดคะแนนโดยการรวมคะแนนทั้ง 26 ข้อ (คะแนนเต็ม 130 คะแนน) คะแนนสูงหมายความว่าผู้ตอบมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ดี[15]

ตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย เพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ การทดสอบของครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis test) และการทดสอบของแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นต่อตัวแปรตาม และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สเปียร์แมน (Spearman correlation coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน OIDP แต่ละมิติ ได้แก่ คะแนนรวม มิติกายภาพ มิติจิตใจ และมิติสังคม กับคะแนนรวม WHOQOL-BREF วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics for Window version 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 80 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย (±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 63.1 (±10.4) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 *ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 80)*
Table 1 *General characteristics of the participants (N = 80)*

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	36	45.0
หญิง	44	55.0
อายุ		
0 - 59	33	41.3
≥ 60	47	58.7

ตารางที่ 1 *ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 80) (ต่อ.)*
Table 1 *General characteristics of the participants (N = 80) (cont.)*

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานะภาพสมรส	53	66.3
สมรส	20	25.0
โสด	7	8.7
หย่าร้าง		
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษาหรือประถมศึกษา	21	26.2
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	28	35.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	31	38.8
รายได้		
เพียงพอ	67	83.8
ไม่เพียงพอ	3	3.6
พอบ้างไม่พอบ้าง	10	12.6
โรคประจำตัว		
ไม่มี	18	22.5
มี	62	77.5
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	65	81.3
สูบ	10	12.5
เคยสูบ	5	6.2
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	73	91.2
ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือวันพิเศษ	6	7.5
ดื่มเป็นประจำ	1	1.3

ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ จำนวนคู่สบฟันหลัง จำนวนฟันซี่ธรรมชาติ และภาวะฟันเทียมถอดได้ ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีคู่สบฟันหลัง 4 คู่สบขึ้นไป (p =0.019) และ/หรือมีจำนวนฟันธรรมชาติ 20 ซี่ขึ้นไป (p = 0.001) มีคะแนน OIDP น้อยกว่ากลุ่มตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้เข้าร่วมการศึกษาร้อยละ 67.5 เคยได้รับการรักษาด้วยฟันเทียมถอดได้ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน OIDP ระหว่างผู้ที่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้ ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้ ฟันเทียมถอดได้ใช้งานได้และฟันเทียมถอดได้ใช้งานไม่ดี พบว่าทั้ง 4 กลุ่มมีคะแนน OIDP แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) โดยผู้ที่คะแนน OIDP ต่ำที่สุดและสูงที่สุดคือผู้ที่ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้และจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 *ตัวแปรตามและตัวแปรอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อคะแนนดัชนี OIDP และ คะแนนดัชนี WHOQOL-BREF*

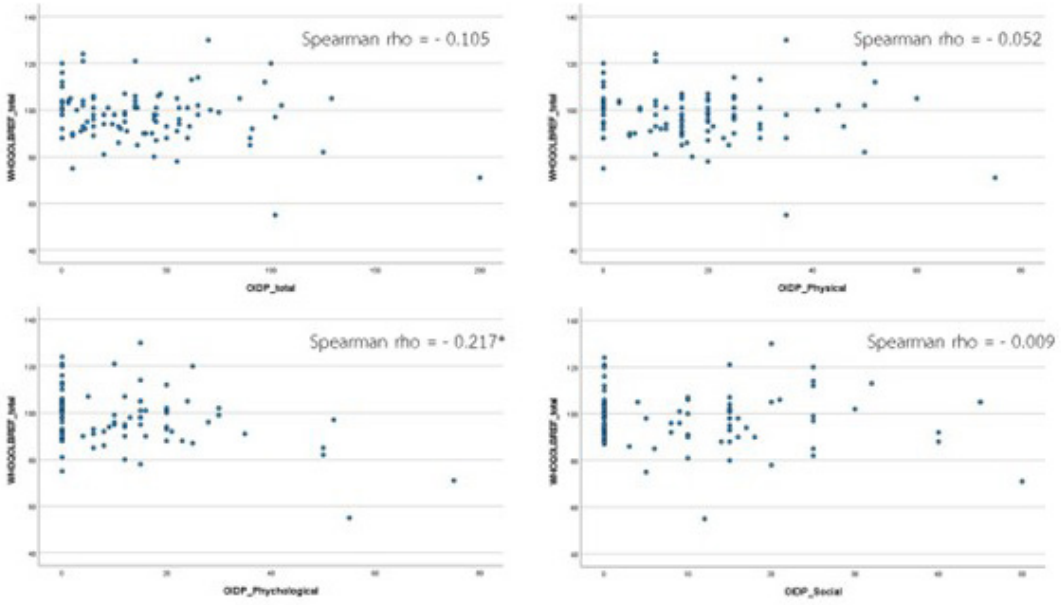
Table 2 *Variables effect OIDP total and WHOQOL-BREF total*

ตัวแปร		ร้อยละ	คะแนนรวม OIDP	คะแนนรวม WHOQOL-BREF
			มัธยฐาน (ควอร์ไทล์$_1$, ควอร์ไทล์$_3$)	มัธยฐาน (ควอร์ไทล์$_1$, ควอร์ไทล์$_3$)
จำนวนคู่สบฟันหลัง	- 0 - 3	63.7	30.0 (15.0, 52.5) *	99.0 (94.5, 103.0)
	- ≥ 4	36.3	15.0 (3.0, 47.0) *	103.0 (93.0, 106.0)
จำนวนฟันธรรมชาติ	- 0 - 19	58.7	32.0 (17.5, 55.5) **	99.0 (93.0, 103.5)
	- ≥ 20	41.3	12.0 (0.0, 35.0) **	102.0 (96.0, 106.0)
ภาวะฟันเทียมถอดได้	- จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้	25.0	37.0 (15.0, 55.5) **	101.5 (96.0, 105.5)
	- ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้	7.5	1.5 (0.0, 3.0) **	107.0 (103.0, 112.0)
	- ฟันเทียมถอดได้ใช้งานได้	23.7	25.0 (2.5, 40.5) **	101.0 (98.0, 102.5)
	- ฟันเทียมถอดได้ใช้งานไม่ดี	43.8	28.0 (15.0, 47.0) **	98.0 (92.0, 104.0)
รายได้	- เพียงพอ	83.8	25.0 (7.5, 46.0)	101.0 (96.5, 104.5) *
	- ไม่เพียงพอ	3.6	102.0 (63.5, 151.0)	71.0 (63.0, 84.5) *
	- พอบ้างไม่พอบ้าง	12.6	21.5 (12.0, 55.0)	95.5 (92.0, 105.0) *
โรคประจำตัว	- ไม่มี	22.5	31.0 (10.0, 55.0)	104.5 (100.0, 107.0) *
	- มี	77.5	25.0 (10.0, 47.0)	98.5 (93.0, 103.0) *

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05*

***ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.01*

ในทางตรงข้าม ถึงแม้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพจะไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้ แต่พบปัจจัยที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผู้เข้าร่วมการศึกษาคือรายได้ (p = 0.09) และการมีโรคประจำตัว (p = 0.012) โดยผู้ที่รายงานว่ารายได้เพียงพอมีคะแนน WHOQOL-BREF สูงที่สุด และอีกปัจจัยคือโรคประจำตัว ผู้ที่รายงานว่าไม่มีโรคประจำตัวมีคะแนน WHOQOL-BREF สูงกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2



**มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า p < 0.05*

รูปที่ 1 *แผนภูมิจุดแบบกระจายระหว่างคะแนนรวม WHOQOL-BREF กับคะแนน OIDP ได้แก่ คะแนนรวม มิติกายภาพ มิติจิตใจ มิติสังคม*

Figure 1 *Scatter plots of WHOQOL-BREF on OIDP total, physical, psychological and social dimensions.*

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงของคะแนนรวม OIDP และคะแนนรวม WHOQOL-BREF แต่ถ้าประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน OIDP แยกแต่ละมิติ ได้แก่ มิติกายภาพ มิติจิตใจ และมิติสังคม กับคะแนนรวม WHOQOL-BREF พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน OIDP ในมิติจิตใจกับคะแนนรวม WHOQOL-BREF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman rho = -0.217; p = 0.045) (รูปที่ 1)

บทวิจารณ์

การศึกษานี้ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินโดยผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมครบทุกมิติของคุณภาพชีวิต ได้แก่ มิติกายภาพ จิตใจ และสังคม[16] ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ที่ปราศจากความเจ็บปวดที่เกิดจากฟันและอวัยวะรอบรากฟันอันเป็นสาเหตุหลักที่เกิดผลกระทบต่อช่องปาก (oral impact) [17] จึงกล่าวได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นในการศึกษานี้เกิดจากภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้เท่านั้น ผลของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้สัมพันธ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก แต่ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพมีความสัมพันธ์กันแต่เฉพาะมิติจิตใจ

มาตรวัดที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพคือดัชนี OIDP และดัชนี WHOQOL-BREF ตามลำดับ ตัวอย่างดัชนีประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยรับการรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ อาทิ ดัชนีประเมินสภาวะช่องปากทั่วไป (General Oral Health Assessment Index; GOHAI) [18] ดัชนีประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปาก (Oral Health Impact Profile-14; OHIP-14) [19] ดัชนีประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยไร้ฟัน (Oral Health Impact Profile for Edentulous Patients; OHIP-EDENT) [20] และดัชนีประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อสมรรถภาพในชีวิตประจำวัน (Oral Impacts on Daily Performances; OIDP) [21] ดัชนี OIDP ประเมินเฉพาะผลกระทบขั้นสูงสุดต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ultimate impact) ไม่รวมเอาความรู้สึกหรือผลกระทบเล็กน้อยที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นการลดความซ้ำซ้อนของการประเมินแต่ละกิจกรรมประเมินทั้งความถี่และความรุนแรง ค่าความรุนแรงสะท้อนถึงความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ล้วนแต่เป็นจุดเด่นที่ดัชนีอื่นไม่มี[22] ดัชนีประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทยที่ได้รับการแปลและได้รับการทดสอบกระบวนการเชิงจิตวิทยาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามสำรวจสุขภาพ SF-36 (Short Form Health Survey-36; SF-36)[23] และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF) [15] หากแต่ดัชนี SF-36 นั้นเหมาะกับการประเมินโรคและผลการรักษาโรค เพราะเน้นการประเมินสภาวะร่างกายของผู้ป่วย แต่ดัชนี WHOQOL-BREF นอกจากจะประเมินทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแล้ว ยังมีการประเมินการอยู่ดีมีสุข (well-being) อีกด้วย[24] ซึ่งเหมาะสำหรับการศึกษานี้ที่ต้องการประเมินครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภาวะในช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ภาวะการสูญเสียฟันและภาวะฟันเทียมถอดได้ พบว่าผู้ที่มีฟันธรรมชาติอย่างน้อย 20 ซี่ และจำนวนคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ จะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่าผู้ที่มีฟันธรรมชาติน้อยกว่า 20 ซี่ และจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมปริทัศน์อย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน[11] รายงานว่าผู้ที่มีจำนวนฟันธรรมชาติน้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีจำนวนคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้อยกว่าในผู้ที่มีฟันธรรมชาติอย่างน้อย 20 ซี่ หรือมีจำนวนคู่สบฟันหลังอย่างน้อย 4 คู่สบ

ปัจจัยต่อมาคือภาวะฟันเทียมถอดได้ จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ไม่มีการสูญเสียฟันและไม่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีที่สุด ในขณะที่ผู้ที่มีการสูญเสียฟันแต่ยังไม่ได้ใส่ฟันเทียมถอดได้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากต่ำที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Naito และคณะ[25] ที่รายงานว่าผู้ที่มีจำนวนฟันธรรมชาติมากกว่า 20 ซี่ ซึ่งเป็นผู้ไม่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากดีกว่าผู้ที่มีจำนวนฟันธรรมชาติน้อยกว่า 20 ซี่หรือผู้ที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมถอดได้ นอกจากนี้คุณภาพของฟันเทียมถอดได้ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก[26] การประเมินคุณภาพฟันเทียมถอดได้ที่รายงานโดยผู้ป่วยในการศึกษาที่ผ่าน ๆ มา บางการศึกษาใช้ความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วยในการประเมินคุณภาพฟันเทียมถอดได้[26] บางการศึกษาประเมินคุณภาพฟันเทียมถอดได้ตามปัจจัยเกี่ยวกับฟันเทียม เช่น การยึดอยู่ ความเสถียร ความสวยงาม เป็นต้น[27] หรือใช้ดัชนีประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เช่น ดัชนี OHIP-EDENT ที่ถูกพัฒนาขึ้นใช้ในกลุ่มผู้ที่มีการสูญเสียฟันทั้งปากมาใช้ประเมิน[28] ขณะที่การศึกษานี้จำแนกคุณภาพฟันเทียมถอดได้ที่สะท้อนถึงการใช้งานตามคำรายงานของผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ ฟันเทียมถอดได้ใช้งานได้และฟันเทียมถอดได้ใช้งานไม่ดี จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ฟันเทียมถอดได้ใช้งานไม่ดีมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้อยกว่า

ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ฟันเทียมถอดได้ใช้งานได้ เป็นไปดังหลายการศึกษาที่ผ่านมา Inoue และคณะ[7] พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากได้รับผลกระทบจากคุณภาพของฟันเทียมถอดได้ที่ประเมินโดยทันตแพทย์ ผู้ที่ใส่ฟันเทียมถอดได้ที่คุณภาพไม่ดีมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ใส่ฟันเทียมถอดได้คุณภาพดี การศึกษาที่ประเมินฟันเทียมถอดได้ภายหลังการรักษาพบว่าหากผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อฟันเทียมถอดได้จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย ดังการศึกษาของ Murthy และคณะ[29] ที่ให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา เช่น ขั้นตอนการลองแท่นกัดการเลือกฟันด้วย และการศึกษาของ Ha และคณะ[30] ที่เริ่มการรักษาตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมช่องปากให้แก่ผู้ป่วย แตกต่างจากการศึกษานี้ที่ประเมินภาวะฟันเทียมถอดได้เดิมที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาใช้งานอยู่แล้วและผ่านการรักษาก่อนการทำฟันเทียมเสร็จสิ้น แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในการศึกษานี้คือรายได้และโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Puciato และคณะ[31] ที่พบว่าปัจจัยเรื่องรายได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ โดยกลุ่มอาชีพที่มีรายได้สูง เช่น กลุ่มอาชีพเจ้าของกิจการหรือพนักงานประจำมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มรายได้น้อยหรือว่างงาน นั่นเป็นเพราะคนกลุ่มนี้มีเศรษฐานะดี มีความก้าวหน้า และมีสภาพคล่องทางการเงิน ยิ่งไปกว่านั้นคนที่มีรายได้สูงมีโอกาสเข้าถึงการรักษา เข้าถึงประกันสุขภาพ และมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มรายได้น้อย ล้วนแต่ส่งเสริมให้กลุ่มคนเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ดีด้วย[32, 33] อีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพคือโรคประจำตัว เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Megari และคณะ[34] พบว่าหลายโรคเรื้อรังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น สาเหตุที่ภาวะการสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมถอดได้ไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยตรง เนื่องจากปัญหาดังกล่าวไม่ได้ก่อให้เกิดความเจ็บปวดสาหัสหรืออันตรายถึงชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าสภาวะช่องปากของผู้ที่มีภาวะกลุ่มอาการโจเกรน (Sjögren's syndrome) [35] หรือผู้ที่มีภาวะความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร (Temporomandibular disease) [36] จะมีผลกระทบในทางลบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพมีความเชื่อมโยงกันในหลายมิติ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้านร่างกายสัมพันธ์กับการจำกัดในการทำหน้าที่ ความเจ็บปวดทางกายภาพ ความบกพร่องทางกายภาพและความด้อยโอกาส ด้านจิตใจสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจและความบกพร่องทางจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสังคม เมื่อใช้เครื่องมือ WHOQOL-BREF และ OHIP-14 ประเมินในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั่วไป[37] นอกจากนั้นแล้วยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพเป็นตัวแปรที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก[38]

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอาจเนื่องมาจากการสูญเสียฟันมีการดำเนินของโรคมาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยปรับตัวในเรื่องการกิน การพูด ดังนั้นผลกระทบในมิติกายภาพจึงไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ในทางกลับกันความสัมพันธ์ระหว่างมิติจิตใจกับคะแนน WHOQOL-BREF อาจเกิดเพราะการที่ผู้ป่วยสามารถยิ้ม หัวเราะ และอารมณ์ดีจากการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเข้าสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบความสัมพันธ์ในระดับต่ำ Sekulić และคณะ[39] ศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมในศูนย์รวมบริการสุขภาพซึ่งมีอายุเฉลี่ย 54.7 ปี ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยใช้ดัชนีประเมินที่รายงานโดยผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (Patient-Reported Outcome Measures Information System; PROMIS) โดยจำแนกผลประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในด้านร่างกายและด้านจิตใจ พบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสัมพันธ์กับทั้งสองด้านของคุณภาพชีวิต ในด้านร่างกายนั่นเป็นเพราะอวัยวะช่องปากและขากรรไกรเป็นส่วนหนึ่งของระบบร่างกาย จึงกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากก็เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ เมื่อเกิดโรคในช่องปากและผู้ป่วยรับรู้ถึงการทำงานของช่องปากที่แย่ลง ย่อมทำให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพแย่ลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสำรวจสุขภาพชุมชนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปของ Kuo และคณะ[40] พบว่าเมื่อผู้ป่วยสูญเสียคู่สบฟันหลังส่งผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ด้อยลง ภาวะโภชนาการก็ด้อยลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพด้อยลงด้วย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาของการสูญเสียฟันและการใช้งานฟันเทียมที่ส่งผลกระทบต่อทั้งคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์รวมถึงตัวผู้ป่วยเองควรตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาฟันธรรมชาติ และเมื่อได้รับการรักษาด้วยฟันเทียมก็ควรมีการติดตามผลรักษาให้ฟันเทียมอยู่ในภาวะที่เหมาะสมและใช้งานได้อยู่เสมอ

จุดเด่นของการศึกษานี้คือเน้นถึงความสัมพันธ์ของการภาวะการสูญเสียฟันและการใส่ฟันเทียมถอดได้ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในมุมมองของผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นผู้ซึ่งปราศจากความเจ็บปวดในช่องปาก ดังนั้นผลกระทบจากช่องปากที่เกิดขึ้น

สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาของการสูญเสียฟันและปัญหาจากฟันเทียมถอดได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามการศึกษายังมีข้อจำกัดคือเป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลของผลลัพธ์การศึกษาได้ การศึกษาต่อไปควรเป็นรูปแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้าจากเหตุไปหาผลเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทั้งคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยฟันเทียมถอดได้

บทสรุป

ผู้ที่มีคู่สบฟันหลัง 0 - 3 คู่สบ มีฟันธรรมชาติน้อยกว่า 20 ซี่ และไม่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแย่กว่าผู้ที่มีคู่สบฟันหลังมากกว่า 4 คู่สบ ฟันธรรมชาติมากกว่า 20 ซี่และมีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม แต่ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้การสนับสนุนทั้งสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์และบุคลากรจนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Constitution of the World Health Organization. ***Bull World Health Organ*** 2002;80(12):983-4.

2. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. ***Br Dent J*** 2016;221:792–793.

3. Locker D, Slade G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. ***J Can Dent Assoc*** 1993;59(10):830-3, 837-8, 844.

4. Sim SJ. Association between oral health status and perceived general health (EuroQol-5D). ***J Dent Hyg Sci*** 2014;14(3):364-70.

5. Saletu A, Pirker-Frühauf H, Saletu F, Linzmayer L, Anderer P, Matejka M. Controlled clinical and psychometric studies on the relation between periodontitis and depressive mood. ***J Clin Periodontol*** 2005;32(12):1219-25.

6. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral conditions and health-related quality of life: a systematic review. ***J Dent Res*** 2017;96(8):864-74.

7. Ikebe K, Matsuda K, Kagawa R, Enoki K, Okada T, Yoshida M, Maeda Y. Masticatory performance in older subjects with varying degrees of tooth loss. ***J Dent*** 2012;40(1):71-76.

8. Chen YF, Yang YH, Chen JH, Lee HE, Lin YC, John E, Chou TM,. The impact of complete dentures on the oral health-related quality of life among the elderly. ***J Dent Sci*** 2012;7(3):289-95.

9. Inoue M, John MT, Tsukasaki H, Furuyama C, Baba K. Denture quality has a minimal effect on health-related quality of life in patients with removable dentures. ***J Oral Rehabil*** 2011; 38(11):818-26.

10. Limpuangthip N, Arksornnukit M. Changes in oral health-related quality of life after prosthetic treatment: a prospective cohort study. ***CM Dent J*** 2019;40(3):103-12.

11. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. ***Health Qual Life Outcomes*** 2010;8:126.

12. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. ***Community Dent Oral Epidemiol*** 1996;24(6):385-9.

13. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa Mda L. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. ***Health Qual Life Outcomes*** 2014;12:165.

14. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). ***Qual Life Res*** 1993;2(2):153-9.

15. Mahatnirunkul S, Tantipiwattanaskul W, Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Prommanajirangkul W. Comparison of the WHO-QOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). ***J Ment Health Thai*** 1998;(5):4-15.

16. Reissmann DR. Dental patient-reported outcome measures are essential for evidence-based prosthetic dentistry. ***J Evid Based Dent Pract*** 2019;19(1):1-6.

17. Gupta E, The determinants of oral health related quality of life in adults [dissertation]. Sheffield: University of Sheffield, the school of clinical dentistry; 2014.

18. Kaushik K, Dhawan P, Tandan P, Jain M. Oral health-related quality of life among patients after complete denture rehabilitation: a 12-month follow-up study. ***Int J Appl Basic Med Res*** 2018;8:169.

19. Bana KFMA, Shadab S, Hakeem S, Ilyas F. Comparing oral health-related quality of life (OHIP-14) and masticatory efficiency with complete denture treatment. ***J Coll Physicians Surg Pak*** 2021; 30(6):694-98.

20. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. ***Int J Prosthodont*** 2002;15(5):446-50.

21. Srisilapanan P, Korwanich N, Jienmaneechotchai S, Dalodom S, Veerachai N, Vejvitee W, Roseman J. Estimate of impact on the oral health-related quality of life of older Thai people by the provision of dentures through the roral project. ***Int J Dent*** 2016;2016:1976013.

22. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances; In: Slade G, editors. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill; 1997. P. 151-60.
23. Leurmarnkul W, Meetam P. Properties testing of the retranslated SF36 (Thai Version). ***Thai J Pharm Sci*** 2005; 29(1-2):69-88.
24. Abbasi-Ghahramanloo A, Soltani-Kermanshahi M, Mansori K, Khazaei-Pool M, Sohrabi M, Baradaran HR, Talebloo Z, Gholami A. Comparison of SF-36 and WHOQoL-BREF in measuring quality of life in patients with type 2 diabetes. ***Int J Gen Med*** 2020;13:497-506.
25. Naito M, Suzukamo Y, Nakayama T, Hamajima N, Fukuhara S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. ***J Public Health Dent*** 2006;66(4):273-5.
26. Yamaga E, Sato Y, Minakuchi S. A structural equation model relating oral condition, denture quality, chewing ability, satisfaction, and oral health-related quality of life in complete denture wearers. ***J Dent*** 2013;41(8):710-7.
27. Alfadda SA. The relationship between various parameters of complete denture quality and patients' satisfaction. ***J Am Dent Assoc*** 2014;145(9):941-8.
28. Raina K, Gupta BD, Gupta R, Sharma A, Kotia P, Nissar I. Self-reported oral health and denture satisfaction in partially and completely edentulous patients. ***J Indian Assoc Public Health Dent*** 2019;17:54.
29. Murthy V, Sethuraman KR, Rajaram S, Choudhury S. Predicting denture satisfaction and quality of life in completely edentulous: a mixed-mode study. ***J Indian Prosthodont Soc*** 2021;21(1):88-98.
30. Ha JE, Heo YJ, Jin BH, Paik DI, Bae KH. The impact of the National Denture Service on oral health-related quality of life among poor elders. ***J Oral Rehabil*** 2012;39(8):600-7.
31. Puciato D, Rozpara M, Bugdol M, Mróz-Gorgon B. Socio-economic correlates of quality of life in single and married urban individuals: a Polish case study. ***Health Qual Life Outcomes*** 2022;20(1):58.
32. Chiu SYR, Yang Z. Influence of family income and medical insurance coverage on health-related quality of life and optimism in cancer patients at a Hong Kong private hospital: a cross-sectional study. ***Psychooncology*** 2019;28(10):1971-7.
33. Frijters P, Haisken-DeNew JP, Shields MA. Money does matter! Evidence from Increasing real income and life satisfaction in east Germany following reunification. ***Am Eco Rev*** 2004;94(3):730-40.
34. Megari K. Quality of life in chronic disease patients. ***Health Psychol Res*** 2013;1(3):27.
35. Fernández-Martínez G, Zamora-Legoff V, Hernández Molina G. Oral health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome. ***Reumatol Clín (Engl Ed)*** 2020;16(2, Part 1):92-6.
36. Tjakkes GH, Reinders JJ, Tenvergert EM, Stegenga B. TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration. ***Health Qual Life Outcomes*** 2010;8:46.
37. Mello dos Santos C, Hugo FN, Leal AF, Hilgert JB. Comparison of two assessment instruments of quality of life in older adults. ***Rev Bras Epidemiol*** 2013;16(2):328-37.
38. Sagtani RA, Thapa S, Sagtani A. Smoking, general and oral health related quality of life - a comparative study from Nepal. ***Health Qual Life Outcomes*** 2020;18(1):257.
39. Sekulić S, John MT, Davey C, Rener-Sitar K. Association between oral health-related and health-related quality of life. ***Zdr Varst*** 2020;59(2):65-74.
40. Kuo HC, Kuo YS, Lee IC, Wang JC, Yang YH. The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patients' satisfaction of new complete dentures. ***Qual Life Res*** 2013;22(7):1665-74.