



โรคเรื้อรัง การสูญเสียฟัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

กรรภัทร์ ดอกไม้* สุคนธา ศิริ** กุลยา นาคสวัสดิ์**

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีลักษณะทางประชากรที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ พบได้ว่า ผู้สูงอายุจะมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังสะสมมานานตั้งแต่วัยหนุ่มสาว โดยโรคเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาบทบาทของโรคเรื้อรังและสภาวะช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัยในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย จำนวน 260 คน โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2556 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 68.15 ± 11.58 ปี มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 57.0 และมีผู้ที่ฟันแท้ที่ใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่ร้อยละ

29.4 พบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ซึ่งต้องปรับปรุง (48.53 ± 11.33) และด้านจิตใจถือว่าอยู่ในระดับดี (60.18 ± 1.72) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ลดลงได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยที่มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจลดลงได้แก่ การมีโรคไขข้ออักเสบ ปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีได้แก่ จำนวนซี่ของการใส่ฟันปลอม การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นที่การลดอาการและการะโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี และมีชีวิตที่มีความสุข

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง การสูญเสียฟัน

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

** ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดไว้ว่า ประเทศกำลังพัฒนาที่มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 หรือมีจำนวนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด แสดงว่า เป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แต่ถ้าหากมากกว่าร้อยละ 20 แสดงว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society)¹ ประเทศไทย ปีพ.ศ. 2555 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.59 คือ ประมาณ 9.5 ล้านคนเศษ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 9.5 คือ 6.4 ล้านคนเศษ และคาดว่าสังคมประเทศไทยอีก 10 ปีข้างหน้า จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์² การมีชีวิตยืนยาวขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจที่ดีที่จะสามารถนำไปสู่การใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยไม่ทุกข์ทรมาน การที่จะทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการเตรียมตัว ได้แก่ การเตรียมชุมชน เตรียมบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการป้องกัน การรักษา ที่สำคัญได้แก่ การฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตใจ เพื่อรองรับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคความเสื่อมของร่างกายและรวมถึงการมีโรคเรื้อรังหลายโรคที่เป็นภาระทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของ “คุณภาพชีวิต” ไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึก ความเชื่อ ความเข้าใจในสภาพชีวิตของตนเอง³ ได้มีการพัฒนาแบบสอบถามที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตจากองค์กรต่าง ๆ หลายชุด บางชุดที่เป็นที่ยอมรับได้ โดยมีการนำมาแปลเป็นภาษาต่าง ๆ รวมทั้งภาษาไทย ที่นิยมใช้กันมากได้แก่ แบบวัดคุณภาพ SF-36 ที่เป็นแบบสั้นที่ประกอบด้วยข้อถาม 36 ข้อ^{4,5}

จากผลสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยโดย

การตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบการมีโรคเรื้อรังที่เป็นภาระโลกที่สำคัญในผู้สูงอายุที่ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ รวมถึงโรคความเสื่อมของร่างกาย⁶ โรคเรื้อรังเหล่านี้มีสาเหตุจากการสะสมของปัจจัยเสี่ยงที่ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีทั้งหลายมานานตั้งแต่ในวัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ เช่น นิสัยการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เป็นต้น โรคในช่องปากที่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่มีผลให้มีการสูญเสียฟันเร็วกว่ากำหนดได้แก่ โรคฟันผุและโรคปริทันต์ ที่มาจากพฤติกรรมเช่นกัน โดยโรคเหล่านี้มักจะเป็นปัญหาเรื้อรังต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจเรื่อยมาจนถึงวัยสูงอายุ⁷

รัฐบาลไทยได้กำหนดให้มีนโยบายสร้างหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุโดยการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทั่วประเทศที่ไม่มีสวัสดิการด้านอื่น ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุเก็บออมเงินเพื่อใช้ในด้านเข้าถึงการบริการทางสุขภาพในการป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลที่ครบถ้วนมีมาตรฐาน จังหวัดสุโขทัยเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในตอนล่างของภาคเหนือของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2553 จังหวัดสุโขทัยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 12 โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ในปี พ.ศ.2563 ในเขตอำเภอเมือง มีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงสุดของจังหวัดร้อยละ 15 โดยตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองเป็นตำบลที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปี จำนวนร้อยละ 13 และพบการมีความชุกสูงสุดในโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ในวัยอายุไม่เกิน 60 ปี จะมีอาชีพทางกสิกรรม การ

ทำไร่ ทำนา และเมื่ออายุ 60 ปีก็ยังมีผู้สูงอายุที่ยังคงทำนา ทำสวนอยู่บ้าง แต่ส่วนใหญ่มักจะอยู่บ้านเฉย ๆ^{8,9} การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของการมีโรคเรื้อรัง การสูญเสียฟัน กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย ในชุมชนเขตเทศบาลในจังหวัดสุโขทัย ในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดวิธีการ โครงการ และกิจกรรมในการเตรียมตัวและเตรียมชุมชนเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ที่ได้ลงทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพทั้งหมด 977 คน ด้วยขนาดตัวอย่างของการสำรวจได้ 260 คน ได้เลือกตัวอย่างชุมชนเฉพาะในเขตเทศบาล ตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัยซึ่งมีทั้งหมด 12 ชุมชน เลือกชุมชนโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย 6 ชุมชน คำนวณจำนวนขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนแปรผันตามสัดส่วนของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ (Proportional to Size) มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าดังนี้ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเมืองเก่ามานานกว่า 5 ปี ไม่ป่วยหนัก สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ยินดี และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาหลังได้รับการบอกกล่าว การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MU2503-030) ก่อนการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2556 โดยมีขนาดตัวอย่างที่นำเข้าวิเคราะห์ทั้งสิ้น 286 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การสัมภาษณ์

ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 บัญชีส่วนบุคคลของผู้สูงอายุได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพก่อนและหลังอายุ 60 ปี และรายได้ ส่วนที่ 2 โรคเรื้อรัง เกี่ยวข้องกับการเคยได้รับการวินิจฉัยหรือกำลังได้รับการรักษาโรคเรื้อรังชนิดใดบ้าง ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย⁵ ที่มีการให้คะแนนระดับที่รู้สึก (Rating Scale) โดยแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็นสองด้านได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย (Physical Health) และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Mental Health) โดยในแต่ละด้านมีข้อถามด้านละ 4 มิติ รวมทั้งหมด 8 มิติ มีทั้งหมด 35 ข้อ ที่มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Function) มิติการทำหน้าที่ตามบทบาทของร่างกาย (Role Limitation Due to Physical Problem) มิติความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) และมิติการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป (General Health) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ประกอบด้วยมิติต่าง ๆ คือ มิติการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Function) มิติด้านพลกำลัง (Vitality) มิติด้านภาวะทางอารมณ์ (Role Limitation Due to Emotional Problem) และมิติทางสุขภาพจิต (Mental Health) คะแนนในแต่ละมิติและแต่ละด้านของคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่าง 0-100 โดยคะแนนที่สูงกว่าจะแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

ผู้พัฒนาเครื่องมือได้กำหนดจุดตัด ในงานวิจัยส่วนใหญ่จะพิจารณาเมื่อคะแนนเกิน 50 ถือว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี และถ้าต่ำกว่า 50 ควรต้องมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น



การตรวจในช่องปาก

ใช้แบบตรวจฟันและวิธีการตรวจฟันที่ดัดแปลงจากแบบตรวจขององค์การอนามัยโลก¹⁰ เป็นการตรวจฟันทุกซี่เพื่อให้ได้จำนวนฟันที่เหลือและใช้งานได้ (Remaining Functional Teeth) ที่ได้แก่ ฟันที่ไม่มีรอยผุเมื่อเคี้ยวแล้วเจ็บ ฟันที่ไม่มีโรคปริทันต์ที่มีร่องลึกทำให้โยกและเคาะเจ็บ ตรวจหาจำนวนฟันหลังที่มีคู่สบที่สามารถใช้ในการบดเคี้ยวได้ เป็นทั้งคู่สบระหว่างฟันแท้กับฟันแท้ ฟันแท้กับฟันปลอม ตรวจหาอัตราการใส่ฟันปลอมทั้งฟันปลอมทั้งปาก (Full Denture) และฟันปลอมบางส่วน (Partial Denture) และคุณภาพฟันปลอมว่าใช้ได้หรือไม่ รวมถึงการตรวจนับจำนวนซี่ของฟันปลอมที่ใส่ (Number of False Teeth)

สถิติวิเคราะห์

ใช้สถิติ ความถี่ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูล (T-test, ANOVA) การวิเคราะห์การถดถอยพหุ โดยวิเคราะห์ในสองโมเดลคือโมเดลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และโมเดลคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ใส่ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของแต่ละด้าน ทุกตัว และตัวแปรที่มีสัดส่วนสูงในชุมชนได้แก่ การมีโรคความดันโลหิตสูงไปพร้อมกัน (Multiple Regression Analysis แบบ Enter) กำหนดการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษา

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.5) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 61.9) และมีอายุเฉลี่ย

68.15±11.58 ปี กลุ่มใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับจบประถมศึกษา (ร้อยละ 69.6) และมีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 82.5) พบความชุกของการมีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 57.0 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 21.0 โรคเบาหวานร้อยละ 20.3 และโรคไขข้อเสื่อมหรืออัมพฤกษ์ร้อยละ 15.7 โรคหัวใจร้อยละ 13.6 โดยพบว่า ร้อยละ 15.7 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่มีทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

จำนวนฟันที่เหลือและสถานะการใส่ฟันปลอม

ผู้สูงอายุที่มีฟันเหลือและใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่เท่ากับร้อยละ 29.4 และผู้ที่ไม่มีฟันเลยพบร้อยละ 29.7 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันเหลือจะใส่ฟันปลอมที่บอกว่า มีคุณภาพใช้งานได้ดีร้อยละ 61.2 ฟันปลอมที่ใช้งานได้ไม่ดันทัก 10.6 และร้อยละ 28.2 ไม่ใช้ฟันปลอมหรือไม่มีฟันปลอม ผู้สูงอายุที่มีคู่สบของฟันหลังที่เป็นฟันแท้สองคู่พบร้อยละ 36.4 คู่สบของฟันแท้กับฟันปลอมรวมทั้งคู่สบระหว่างฟันปลอมกับฟันปลอมอย่างน้อยสองคู่ร้อยละ 26.6 ที่เหลือจะมีคู่สบน้อยกว่าหนึ่งคู่ และไม่มีเลยร้อยละ 37.1

คุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical Health) ที่เท่ากับ 48.53±13.84 ซึ่งต่ำกว่าด้านจิตใจ (Mental Health) ที่มีค่าเท่ากับ 60.83±11.27 โดยมีมิติที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดได้แก่ มิติด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) มีค่าเท่ากับ 29.54±22.43 สำหรับมิติที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ มิติด้านภาวะทางอารมณ์ (Role Limitation Due to Emotional Problem) มีค่าเท่ากับ 70.51±44.99 (ตารางที่ 1)

Table 1 Means (SD) of Score of SF-36 of Quality of Life (QoL) by Scale and Component of QoL (n=286).

Scales/Components	Mean (SD)
Physical function (PF)	60.41(26.89)
Role limitation due to physical problem (RP)	52.53(46.97)
Bodily pain (BP)	29.54(22.43)
General health (GH)	51.62±10.27
Vitality (VT)	58.39±10.30
Social functioning (SF)	50.39±13.21
Role limitation due to emotional problem (RE)	70.51±44.99
Mental health (MH)	60.83±11.27
Overall total score	54.35±11.33
Physical health component (PHC)	48.53±13.84
Mental health component (MHC)	60.18±13.72

คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตตามลักษณะทางประชากรและการมีโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุเพศชายจะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านร่างกายสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และลดลงตามระดับการศึกษาที่ลดลงในทั้งสองเพศของผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุที่เป็นโสดจะมีคุณภาพชีวิตทางด้าน

ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่แต่งงานแล้วและผู้ที่ย้ายกันอยู่กับคู่ชีวิต สำหรับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตามลักษณะทางประชากร สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่มีโรคไขข้ออักเสบจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีโรคนี้ (ตารางที่ 2)



Table 2 Means (SD) of QoL Score by Types of Chronic Diseases.

Chronic Diseases	Number of Person	Physical Component	Mental Component
DM			
Yes	58	49.46(14.26)	62.42(12.42)
No	228	48.29(13.76)	59.61(14.00)
		p=0.568*	p=0.164*
Arthritis			
Yes	45	42.43(12.09)	47.67(12.81)
No	241	49.67(13.87)	62.51(12.60)
		p=0.001*	p <0.001*
Heart disease			
Yes	39	49.82(13.10)	61.70(12.09)
No	247	48.32(13.97)	59.94 (13.97)
		p=0.532*	p=0.405*

*p from t-test

คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตกับสภาวะในช่องปาก

พบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฟันที่ใช้งานได้มากกว่า 20 ซี่ โดยลดต่ำลงตามลำดับเมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนฟันเหลือน้อยกว่า 20 ซี่ และไม่มีฟันเหลือเลย แต่สำหรับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจพบผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันเหลือแต่มีฟันปลอมและน่าจะมีความพอใจในความสวยงามของฟันปลอมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีฟันเหลือน้อยกว่า 20 ซี่

จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำสุด นอกจากนั้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจกับจำนวนคู่สบของฟันที่มี โดยค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดอยู่ที่ผู้สูงอายุที่มีจำนวนคู่สบของฟันที่เหลือ 2 คู่ โดยค่าต่ำสุดอยู่ที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนคู่สบเหลือคู่เดียวหรือไม่มีเลยโดยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจะแยกทางด้านจิตใจ อย่างไรก็ตามพบความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนฟันที่เหลือและจำนวนคู่สบของฟันที่มี (Pearson Correlation 0.716, $p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

Table 3 Means (SD) of QoL Score by Oral Health Status Among Elderly.

Tooth Status	Number of Person	Physical Component	Mental Component
Functional remaining teeth			
No teeth	85	43.83(14.42)	63.64(14.04)
1-19	117	48.92(13.77)	57.72(13.51)
20-32	84	52.73(11.90)	60.10(13.02)
		p<0.001*	p = 0.010*
Denture status			
Having good denture	49	43(14.50)	62.46(14.29)
Having not good denture	9	46.52(14.39)	68.12(11.36)
No denture	28	40.33(14.07)	61.32(16.20)
		p = 0.453*	p = 0.480*
Remaining occluding pair			
2 pairs between natural teeth	104	52.64 (12.11)	60.99 (12.83)
2 pairs between natural and false teeth or between false	76	47.34 (14.15)	62.69 (13.02)
0-1 pairs	106	45.34 (14.34)	57.58 (14.72)
		p < 0.001*	p = 0.034*

*p from ANOVA

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ

ผลจากการวิเคราะห์สมการการถดถอยพหุในการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายพบว่า การมีอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลง ($B = -0.631$, $p < 0.001$) รวมไปถึงผู้สูงอายุที่มีโรคไขข้อเสื่อม ($B = -7.421$, $p < 0.001$) จะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพ

ชีวิตด้านร่างกายที่ต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีโรคไขข้ออักเสบ (ตารางที่ 4) สำหรับสมการการถดถอยพหุในการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้แก่ การมีโรคไขข้อเสื่อม ($B = -14.62$, $p < 0.001$) แต่การมีจำนวนซี่ฟันปลอมที่เพิ่มมากขึ้น คะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจจะเพิ่มขึ้นด้วย ($B = 0.170$, $p = 0.036$) (ตารางที่ 5)



Table 4 Multiple Regression Models Analysis of Score Quality of Life in Physical Health.

Variable*	B	95%CI	p
Age (year)	-0.631	-0.853 to -0.408	<0.001
Being male	- 2.310	-5.64 to 1.025	0.174
Level of education			
- No education (ref.)			
- Primary school	2.64	-1.27 to 6.55	0.185
- Secondary school and higher	5.611	0.955 to 12.177	0.094
Having hypertension	- 1.906	-4.87 to 1.058	0.207
Having arthritis	-7.421	-11.48 to -3.35	<0.001
Number of natural functional teeth	0.085	-0.109 to 0.280	0.388
Number of false teeth	0.065	-0.097 to 0.226	0.429

* Variables included model: age in year, being male compared to female, level of education compared to no education, having hypertension, having arthritis, number of natural teeth, number of false teeth.

* Parameter of the model physical component: $F= 9.945$, $r 0.472$, $r^2 =0.223$, $p= <0.001$.

Table 5 Multiple Regression Models Analysis of Score Quality of Life in Mental Health.

Variable*	B	95%CI	p
Having arthritis	-14.62	-10.60 to -18.63	<0.001
Number of natural functional teeth	-0.015	-0.184 to -0.155	0.865
Number of false teeth	0.170	0.011 to -0.329	0.036

* Variables included in model: having arthritis, number of natural teeth, number of false teeth.

● Parameter of the model mental component: $F=20.388$, $r 0.450$, $r^2 =0.178$, $p = <0.001$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (48.53 ± 13.84) ต่ำกว่าผู้สูงอายุในชนบทของอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย (59.3 ± 18.3) โดยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจใกล้เคียงกัน (60.18 ± 13.72 และ 60.2 ± 15.6)¹¹ ซึ่งทั้งสองกลุ่มของผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเหมือนกับผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทยที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าด้านร่างกาย (55.01 ± 23.86 และ 63.86 ± 23.86)¹² พบว่าการมีอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดต่ำลงแต่อายุที่เพิ่มขึ้นไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเหมือนกันกับการศึกษาในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย (11) ลักษณะของผู้สูงอายุส่วนมากมักเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวโดยมักจะยึดยึดคำสอนทางศาสนาหลักที่ทำให้รู้สึกสบายใจ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติการเจ็บปวดของร่างกาย (Bodily Pain) ต่ำ (29.54 ± 22.43) และต่ำกว่าผู้สูงอายุในชนบทของประเทศจีน (31.9 ± 18.4)¹³ โดยน่าจะมีสาเหตุจากด้วยลักษณะการทำงานในวัยก่อน 60 ปี ที่ได้แก่การทำให้ไร่ ทำนา (ร้อยละ 52.8) และบางส่วนยังทำงานเดิมหลังอายุ 60 ปี โดยอาชีพนี้จะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่หนักหรือนักเกินไปในบางครั้ง จึงทำให้มีโรคข้อเสื่อมหรืออักเสบที่เรื้อรัง ซึ่งโรคนี้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สุขภาพในช่องปากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของจำนวนฟันที่เหลือและยังใช้งานได้ และการใส่ฟันปลอม

การมีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ

โรคอื่น ๆ ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบได้ว่าโรคเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นตั้งแต่อายุยังไม่ถึง 60 ปี ในการศึกษาพบว่า โรคเหล่านี้จะไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการการรักษาที่รัฐบาลจัดให้มีในชุมชนได้ดี ผู้สูงอายุได้ให้ข้อมูลว่าสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดี (ร้อยละ 50.7) และไปรับบริการตรวจวัดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่สถานบริการเป็นประจำ (ร้อยละ 81.5) และจากการเยี่ยมบ้านเป็นประจำ (ร้อยละ 47.6) จึงไม่น่าไปสู่วิถีโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะโรคที่สูงกว่า แต่อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังมีความจำเป็นที่ต้องควบคู่ไปกับการรักษาสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้แก่ ลักษณะการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.2) ปัญหาที่พบมากได้แก่ มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่ปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย (ร้อยละ 74.2-77.7) ผลการศึกษาได้ชี้แนะให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดให้มีบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรคที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก จัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ในชมรมผู้สูงอายุในเรื่องของการบริโภคอาหารและออกกำลังกายตามวัยให้มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยชักชวนผู้สูงอายุมาเข้าร่วมชมรมอย่างทั่วถึงจะเป็นวิธีการที่ดีอย่างยิ่งในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเพื่อเป็นตัวอย่างการเตรียมตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอนาคตอันใกล้นี้ของประเทศไทย

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มศึกษานี้เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย ซึ่งอาจไม่ใช่ตัวแทนผู้สูงอายุ



ในอำเภออื่นๆ ทั้งในและนอกเขตเทศบาลของจังหวัดสุโขทัย รวมไปถึงจังหวัดต่าง ๆ ในภาคเหนือทั้งหมด การให้ข้อมูลโดยการถามผู้สูงอายุถึงการมีโรคเรื้อรังประจำตัวซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนและไม่ได้รายละเอียดของโรคที่จะสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงได้ เช่นโรคไขข้อเสื่อมหรือไขข้ออักเสบ

ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีกว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย โดยปัญหาสำคัญทางร่างกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ การเป็นโรคไขข้ออักเสบจากกระดูกเสื่อม (Osteo-arthritis) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามอายุ และการใช้ข้อทำงานมากเกินไปในวัยก่อนสูงอายุ การใส่ฟันปลอมทั้งเพื่อการใช้งานและความสวยงามเป็นความจำเป็นต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation. Department of economic and social affairs. Population division. World population ageing: 1950-2050. Available at http://www.un.org/esa/population/publications/world_ageing_19502050/, accessed October 1, 2013.
2. มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. ประชากรประเทศไทย พ.ศ. 2556. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล 2556: 22.
3. World Health Organization. Division of Mental Health. WHOQOL Measuring Quality of life. Geneva: WHO; 1997.
4. Ware E, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30(6): 473-83.
5. Lim L, Seubsman S, Sleigh A. Thai SF-36 health survey: tests of data quality, scaling assumptions, reliability and validity in healthy men and women. Health and quality of life outcomes 2008; 6: 52.
6. กระทรวงสาธารณสุข สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์, 2553.
7. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD, ed. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina. 1997: 11-23.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข รายงานประจำปี 2554.
9. สำนักงานทะเบียนอำเภอเมือง สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เทศบาลตำบลเมืองเก่า รายงานประจำปี 2554.
10. World Health Organization. Oral health survey: basic methods 4th ed. Geneva, WHO. 1997.
11. ชูติเดช เจียนทอง, นวรัตน์ สุวรรณพงษ์, ณวีวรรณ บุญสุยา, นพพร ไหวธีระกุล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว

จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุข
ศาสตร์ 2554; 41(3): 229-39.

12. Tajvar M, Arad M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran. *BMC Public Health* 2008; 8: 323.

13. Liu N, Zeng L, Li Z, Wang J. Health-related quality of life and long term care needs among elderly individuals living alone: a cross sectional study in rural areas of Shaanxi province, China. *BMC Public Health* 2013; 13: 313.



Chronic Diseases, Tooth Loss and Quality of Life among Elderly in Muangkao Sub-district Municipality, Muang District, Sukhothai Province, Thailand

Pornpat Dokmai Sukhorntha Siri** Kulaya Narksawat***

ABSTRACT

Thailand is now facing an ageing society. The elderly usually have chronic diseases that effects their quality of life. This cross sectional study aimed to determine prevalence and relationships between several chronic diseases and the quality of life among 260 elderly in Sukothai province, located in the lower, northern part of Thailand. The Thai version of the SF-36 questionnaire was used to interview elderly from January to March 2013. This group of elderly had a mean age of 68.15 ± 11.58 years, a prevalence of hypertension of 57.0%, with 29.4% having 20 or more remaining functional teeth. Mean scores for physical health indicated

a need for improvement (48.53 ± 11.33), while mental health scores were rated good (60.18 ± 1.72). Factors related to decreased mean scores for physical health and mental health included having arthritis. While increased age decreased physical health, an increased number of false teeth increased mean score for mental health. Efforts to maximize the health and functional capacity of older people should be made through community health promotion activities and social participation. which boosts positive factors like good dental health

Keywords: quality of life, elderly, chronic diseases, tooth loss