

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์
ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

Factors associated with Oral Health Related Quality of Life in the Ethnic Elderly
Phan District, Chiang Rai Province

กชกร อ่อนจิตร¹ สิรินันท์ สุวรรณภรณ์¹ และภมรศรี อินทร์ชน¹

Kodchakon Onjit¹, Sirinan Suwannaporn¹, and Pamornsri Inchon¹

¹ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57100

¹ School of Health Science, Mae Fah Luang University, Mueang Chiang Rai District, Chiang Rai Province, 57100

* Corresponding Author: สิรินันท์ สุวรรณภรณ์ E-mail: sirinan.suw@mfu.ac.th

Received : 24 March 2026

Revised : 21 May 2026

Accepted : 29 June 2026

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 355 คน ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก การรับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือน แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน โดยผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่เคยดื่มหรือดื่มอยู่ในปัจจุบัน 2.26 เท่า ($OR_{adj} = 2.26$) ผู้สูงอายุที่เคยเคี้ยวหมากหรือยังเคี้ยวหมากอยู่มีคุณภาพชีวิตที่น้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยเคี้ยวหมากอยู่ 0.25 เท่า ($OR_{adj} = 0.25$, 95%CI = 0.09 – 0.77) ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่เคยรับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา 0.28 เท่า ($OR_{adj} = 0.28$, 95%CI = 0.11 – 0.71) แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับมากและปานกลางมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับระดับน้อย 3.61 เท่า ($OR_{adj} = 3.61$) และ 3.08 เท่า ($OR_{adj} = 3.08$) ตามลำดับ แรงสนับสนุนจากเพื่อนระดับปานกลางและระดับมากคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับระดับน้อย 6.51 เท่า ($OR_{adj} = 6.51$) และ 3.53 เท่า ($OR_{adj} = 3.53$) ตามลำดับ ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This cross-sectional analytical study examined the factors associated with the oral health-related quality of life (OHRQoL) among 355 elderly ethnics in Pan District, Chiang Rai Province. Data were analyzed using descriptive statistics Chi-square test Fisher's exact test and Multiple logistic regression analysis. The results revealed that lifestyle habits, healthcare access, and social support significantly influence OHRQoL. Individuals who never consumed alcohol had 2.26 times better OHRQoL than consumers ($OR_{adj} = 2.26$). Conversely, those with a history of betel chewing were 0.25 times less likely to have a good OHRQoL compared to non-chewers ($OR_{adj} = 0.25$, 95% CI = 0.09 – 0.77). Dental Services: Lack of dental service utilization within the past six months reduced the likelihood of a good OHRQoL by 0.28 times ($OR_{adj} = 0.28$, 95% CI = 0.11 – 0.71). Social Support: High and moderate family support increased OHRQoL by 3.08 and 3.61 times, respectively. Notably, moderate and high support from friends showed even stronger correlations, increasing OHRQoL by 6.51 and 3.53 times, respectively, compared to those with low support. Conclusion: Alcohol abstinence, avoiding betel chewing, regular dental visits, and strong social networks are critical drivers of oral health wellbeing. These findings provide a framework for developing sustainable healthcare initiatives and community-based support systems tailored to the specific needs of elderly ethnic populations.

Keywords: Oral health-related quality of life, Ethnic Older Adults, Oral Health Behaviors, Social Support

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อแนวทางการพัฒนาประเทศและคุณภาพชีวิตของประชากร เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงถดถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม [1] ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบมากในกลุ่มนี้คือ ปัญหาสุขภาพช่องปาก ข้อมูลจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 50.2 มีปัญหาารากฟันผุร้อยละ 12.7 และพบโรคปริทันต์อักเสบถึงร้อยละ 32.1 [2] สภาวะดังกล่าวนำไปสู่การสูญเสียฟัน ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลง และการติดเชื้อในช่องปากที่อาจแพร่กระจายไปสู่อวัยวะสำคัญอื่น ๆ เช่น ปอด และหัวใจ [3] สภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก (Oral health-related quality of life: OHRQoL) โดยเฉพาะในด้านของการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาและจิตสังคม ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันมักขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม รู้สึกอายขณะพูด ยิ้ม หรือรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น [4] แม้ความสำคัญของสุขภาพช่องปากจะได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานอย่างชัดเจน

โดยเฉพาะในกลุ่ม ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล พื้นที่ราบสูง หรือเขตชนบท ซึ่งเผชิญกับอุปสรรคทั้งด้านระยะทาง ภาษา และความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน [5] จังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 1 โดยเฉพาะในอำเภอพานที่มีกลุ่มชาติพันธุ์กระจายตัวอยู่เป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยทางสังคมร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชนมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในบริบทวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่ม [6] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ในเขตอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเชิงนโยบายและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิต เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยในพื้นที่อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 1,510 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ในระหว่างช่วง มกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan [7] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผู้วิจัยทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.0 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 355 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนร่วมกับการสุ่มอย่างง่าย (Proportionate stratified random sampling with simple random sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) แบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มย่อยตามลักษณะของกลุ่มตำบลที่อยู่อาศัยในอำเภอพานออกเป็น 6 ชั้นภูมิตามตำบลที่อยู่อาศัย ดังตารางที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ทำการคัดเลือกตัวอย่างจากรายชื่อประชากรผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ในอำเภอใช้ตารางเลขสุ่มโดยมีเลขกำกับหน่วยรายชื่อทั้งหมดของประชากร

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากการสุ่มตัวอย่างในพื้นที่ 6 ตำบล อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

ตำบล	ประชากร (คน)	ร้อยละ	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	487	32.3	114
2	231	15.3	54
3	158	10.5	37
4	283	18.7	66
5	159	10.5	38
6	192	12.7	46
รวม	1,510	100	355

เกณฑ์การคัดเข้า

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย อย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ช่วยเหลือตนเองได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะติดบ้าน ติดเตียง หรือปัญหาสุขภาพจิต และถอนตัวระหว่างการเก็บข้อมูล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เป็นการใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ ชนชาติพันธุ์ รายได้ครัวเรือน ระดับการศึกษา มีผู้ดูแล/ครอบครัว โรคประจำตัว ศาสนา สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (Oral health impact profile-14 Thai: OHIP-14 Thai) การศึกษาทดสอบความคงที่ภายในได้ผลค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.7 ขึ้นไปในระดับคะแนนรวมและในแต่ละด้าน [8] ประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวนทั้งหมด

14 ข้อ เป็นคำถามลักษณะมาตราส่วนความถี่ของปัญหา (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 = ไม่เคย ถึง 4 = บ่อยมาก คะแนนรวมในแต่ละบุคคลจะอยู่ในช่วง 0 – 56 คะแนน คะแนนจาก OHIP-14 Thai สูงกว่าแสดงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า ใช้แนวทางการแปลผลที่โดย Slade ในปี ค.ศ. 2005 [9] ตาม OHIP prevalence คือ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยพิจารณาจากผู้ที่ตอบแบบประเมินว่าพบปัญหาใน ระดับ ค่อนข้างบ่อย (3 คะแนน) หรือ บ่อยครั้ง (4 คะแนน) หัวข้อใดหัวข้อหนึ่งอย่างน้อย 1 ข้อ หรือมากกว่า จัดว่าได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากซึ่งสะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี [9]

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแรงสนับสนุนจากเพื่อน [10] ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 สำหรับการแปลผล ใช้เกณฑ์การจัดระดับคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best [11] แบ่งเป็นระดับมาก (12 – 15 คะแนน) ระดับปานกลาง (8 – 11 คะแนน) และระดับน้อย (5 – 7 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ซึ่งจะประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ คือ จำนวนครั้งการแปรงฟันต่อวัน การใช้ยาสีฟัน การเข้ารับบริการทางทันตกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการตรวจสถานะสุขภาพช่องปากด้วยแบบสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้ตรวจที่เป็นทันตแพทย์หรือทันตภิบาลที่ได้รับการอบรมและปรับมาตรฐานการตรวจสถานะช่องปาก โดยการฝึกอบรมด้วยหลักสูตรตามคู่มือการปรับมาตรฐานของสำนักทันตสาธารณสุข ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านทันตสาธารณสุขและการตรวจประเมินภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่า แบบบันทึกมีความครอบคลุมของเนื้อหาเหมาะสมครบทุกด้านสอดคล้องกับนิยามและเกณฑ์การตรวจสุขภาพช่องปากตามมาตรฐานมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถใช้ในการงานภาคสนามได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 ประกอบด้วย จำนวนฟันแท้ที่เหลือในช่องปาก สถานะปริทันต์ จำนวนคู่สบฟันหลัง การใส่ฟันเทียม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ใส่ฟันเทียมและไม่ใส่ฟันเทียม

4. การรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจากแบบสอบถามและการตรวจสุขภาพช่องปากซึ่งได้มีการดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประสานงานร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม.ในพื้นที่ที่ได้รับการสุ่ม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลที่ รพ.สต. ในเขตตำบลที่ได้รับการสุ่ม ซึ่งก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยและทีมวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ ตลอดจนการรักษาความลับของข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) ก่อนเริ่ม

ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย ทันตแพทย์หรือทันตภิบาลที่ได้รับการอบรม มีการปรับมาตรฐานตรวจสอบความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ตรวจ (Inter-examiner reliability) ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันจำนวน 2 คน บันทึกข้อมูลตามแบบตรวจมาเปรียบเทียบกัน แล้วนำไปวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยการใช้การทดสอบ Wilcoxon signed rank tests ค่าที่ได้ค่า 0.07 พบว่าการตรวจระหว่างผู้ตรวจคนที่ 1 และ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือภายในผู้ตรวจ (Intra-examiner reliability) โดยการสุ่มตรวจผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างซ้ำ ร้อยละ 10.0 โดยทำซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีลำดับที่ลงท้ายด้วยเลข 0 นำผลการตรวจไปวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือ โดยการใช้การทดสอบ Wilcoxon signed rank tests ได้ค่าที่ได้ 0.05 พบว่า การตรวจสุขภาพช่องปากกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกและครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน และดำเนินการสัมภาษณ์โดยอสม.ในพื้นที่การสุ่ม ที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้แบบสอบถามและทักษะการสัมภาษณ์จากผู้วิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในทุกข้อคำถาม ลดความคลาดเคลื่อนจากผู้สัมภาษณ์ใช้ภาษาที่เหมาะสมและมีการช่วยแปลภาษาในกรณีจำเป็น โดยการสัมภาษณ์และตรวจจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที ต่อหนึ่งตัวอย่าง

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม สภาวะสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก นำเสนอด้วยจำนวน ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม สภาวะสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก กับคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ ซึ่งกำหนดให้เป็นตัวแปรแบบสองกลุ่ม (Binary outcome) คือ กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดี (คะแนน OHIP-14 รวมเท่ากับ 0) และกลุ่มที่มีปัญหาคุณภาพชีวิต (คะแนน OHIP-14 รวมตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) หรือสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัว ในการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า 0.05 ออกจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward elimination นำเสนอผลการศึกษาคำตัดสินส่วนความเสี่ยง (Adjusted OR) และค่าร้อยละ 95.0 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95%CI)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และผลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ในอำเภอกวน จังหวัดเชียงราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 70.7 อยู่ในระดับการศึกษาไม่ได้เรียนหรือ

เรียนไม่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.0 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลื้อมากที่สุด ร้อยละ 30.2 รองลงมาคือ ชาติพันธุ์ลีซู ร้อยละ 20.8 ตามลำดับ สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ คือ สิทธิบัตรทอง 30 บาท คิดเป็นร้อยละ 83.7 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 56.9 ที่มีรายได้ต่อเดือนรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 61.4 และส่วนใหญ่มียุติแลคิดเป็นร้อยละ 74.6

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแปรงฟัน วันละ 2 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 54.4 แปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันชนิดผสมฟลูออไรด์ ร้อยละ 70.7 รองลงมาใช้ยาสีฟัน สมุนไพร ร้อยละ 25.9 ตามลำดับ และไม่ได้ใช้อุปกรณ์เสริมช่วยทำความสะอาดช่อง ร้อยละ 87.0 มีพฤติกรรม ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.8 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.9 และไม่เคี้ยวหมาก ร้อยละ 92.4 เคยได้เข้ารับ บริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 45.1

จากการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก พบว่า มีจำนวนซี่ฟันในช่องปากเฉลี่ย 23 ซี่ (S.D. = 7.34) เป็นผู้ที่มี จำนวนฟันในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่คิดเป็นร้อยละ 25.4 จำนวนคู่สบฟันหลังเฉลี่ย 4.1 คู่ (S.D. = 2.55) ส่วนใหญ่ไม่มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 50.1 และเป็นผู้ที่ไม่ใส่ฟันเทียมถอดได้ คิดเป็นร้อยละ 76.9 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และผลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ (n=355)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	222	62.5
ชาย	133	37.5
ศาสนา		
พุทธ	251	70.7
คริสต์	104	29.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน และประถมศึกษา	238	67.0
สูงกว่าประถมศึกษา	117	33.0
ชนชาติพันธุ์		
อาข่า	48	13.5
ลัวะ	66	18.6
ลีซู	74	20.8
ลื้อ	107	30.2
ลาหู่	60	16.9
สิทธิการรักษา		
สิทธิบัตรทอง 30 บาท	297	83.7

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ	17	4.8
สิทธิประกันสังคม/กองทุนทดแทน	14	3.9
ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน	10	2.8
ไม่มี/ไม่ทราบ	17	4.8
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	139	39.2
ไม่มีโรคประจำตัว	202	56.9
ไม่ทราบ	14	3.9
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	42	11.8
รายได้ $\leq 5,000$ บาท	218	61.4
รายได้ 5,001 – 15,000 บาท	82	23.1
รายได้ 15,001 ขึ้นไป	13	3.7
ผู้ดูแล		
มีผู้ดูแล	265	74.6
ไม่มีผู้ดูแล	90	25.4
จำนวนการแปร่งฟันต่อวัน		
< วันละ 2 ครั้งต่อวัน	162	45.6
$\geq$ วันละ 2 ครั้งต่อวัน	193	54.4
ชนิดของยาสีฟัน		
สมุนไพร	92	25.9
ผสมฟลูออไรด์	251	70.7
ไม่ทราบ	12	3.4
ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปาก		
ไม่ใช้	309	87.0
ใช้	46	13.0
สูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	287	80.8
เคยสูบหรือยังสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน	68	19.1
ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	202	56.9
เคยดื่มหรือยังดื่มอยู่จนถึงปัจจุบัน	153	43.1
เคี้ยวหมาก		
ไม่เคี้ยว	328	92.4

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยเคี้ยวหรือยังเคี้ยวอยู่จนถึงปัจจุบัน	27	7.6
เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือน		
ไม่เคย	195	54.9
เคย	160	45.1
จำนวนซี่ฟัน		25.4
< 20 ซี่	90	
≥ 20 ซี่	265	74.6
$(\bar{X} = 23.0, S.D. = 7.34, \text{Min} = 0, \text{Max} = 32)$		
จำนวนคู่สบฟันหลัง		
< 4 คู่สบ	153	43.1
≥ 4 คู่สบ	202	56.9
$(\bar{X} = 4.1, S.D. = 2.55, \text{Min} = 0, \text{Max} = 10)$		
สภาวะปริทันต์		
มีร่องลึกปริทันต์	177	49.9
ไม่มีร่องลึกปริทันต์	178	50.1
การใส่ฟันเทียม		
ไม่ใส่ฟันเทียมถอดได้	273	76.9
ใส่ฟันเทียมถอดได้	82	23.1

ส่วนที่ 2 แรงการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

จากการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.5 และแรงสนับสนุนของครอบครัว แรงสนับสนุนของอสม. และแรงสนับสนุนของเพื่อนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ (n=355)

แรงสนับสนุน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แรงสนับสนุนของครอบครัว		
ระดับมาก	156	43.9
ระดับปานกลาง	175	49.3
ระดับน้อย	24	6.8
แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
ระดับมาก	183	51.5
ระดับปานกลาง	165	46.5

แรงสนับสนุน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	7	2.0
แรงสนับสนุนของอสม.		
ระดับมาก	132	37.2
ระดับปานกลาง	188	52.9
ระดับน้อย	35	9.9
แรงสนับสนุนของเพื่อน		
ระดับมาก	76	21.4
ระดับปานกลาง	186	52.4
ระดับน้อย	93	26.2

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์พบว่า ปัจจัยทั่วไป คือ ระดับการศึกษา (p -value = 0.03) ชนชาติพันธุ์ (p -value = 0.02) สิทธิการรักษา (p -value = 0.002) รายได้ต่อเดือน (p -value = 0.01) โรคประจำตัว (p -value = 0.01) และการมีผู้ดูแล (p -value = 0.02) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ปัจจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก คือ จำนวนการแปรงฟันต่อวัน (p -value = 0.01) การดื่มแอลกอฮอล์ (p -value = 0.01) การเคี้ยวหมาก (p -value = 0.02) เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือน (p -value = 0.01) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ปัจจัยสภาวะสุขภาพช่องปากที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก คือ จำนวนซี่ฟัน (p -value = 0.01) และการใส่ฟันเทียม (p -value = 0.01) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม คือ แรงสนับสนุนของครอบครัว (p -value = 0.01) แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (p -value = 0.05) และแรงสนับสนุนของเพื่อน (p -value = 0.003) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ($n=355$)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี		p -value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					0.83
หญิง	37	63.8	185	62.3	
ชาย	21	36.2	112	37.7	
ระดับการศึกษา					0.03*
ไม่ได้เรียน และประถมศึกษา	46	79.3	192	64.6	
สูงกว่าประถมศึกษา	12	20.7	105	35.4	

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ชนชาติพันธุ์					0.02*
อาข่า	2	3.4	46	15.5	
ลัวะ	12	20.7	54	18.2	
ลีซู	12	20.7	62	20.9	
ลื้อ	15	25.9	92	30.9	
ลาหู่	17	29.3	43	14.5	
ศาสนา					0.35
พุทธ	44	75.9	207	69.7	
คริสต์	14	24.1	90	30.3	
สิทธิการรักษา					0.002 ^a
สิทธิ 30 บาท	55	94.8	242	81.5	
สิทธิข้าราชการ	0	0	17	5.7	
สิทธิประกันสังคม	3	5.2	11	3.7	
ประกันสุขภาพ	0	0	10	3.4	
ไม่มี/ไม่ทราบ	0	0	17	5.7	
รายได้ต่อเดือน					0.01*
ไม่มีรายได้	8	13.8	34	11.4	
รายได้ ≤ 5,000 บาท	45	77.6	173	58.2	
รายได้ 5,001 – 15,000 บาท	4	6.9	78	26.3	
รายได้ 15,001 ขึ้นไป	1	1.7	12	4.1	
โรคประจำตัว					0.01*
ไม่มีโรคประจำตัว	19	32.8	183	61.6	
มีโรคประจำตัว	37	63.8	102	34.3	
ไม่ทราบ	2	3.4	12	4.1	
ผู้ดูแล					0.02*
มีผู้ดูแล	50	86.2	215	72.4	
ไม่มีผู้ดูแล	8	13.8	82	27.6	
จำนวนการแปร่งฟันต่อวัน					0.01*
< วันละ 2 ครั้งต่อวัน	43	74.1	120	40.4	
≥ วันละ 2 ครั้งต่อวัน	15	25.9	177	59.6	
ชนิดของยาสีฟัน					0.09
สมุนไพร	15	25.9	76	25.6	
ผสมฟลูออไรด์	38	65.5	213	71.7	

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ไม่ทราบ	5	8.6	8	2.7	0.88
การใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดช่องปาก					
ไม่ใช้	51	87.9	259	87.2	
ใช้	7	12.1	38	12.8	0.26
การสูบบุหรี่					
ไม่เคยสูบ	50	86.2	237	79.8	
เคยสูบหรือยังสูบบุหรี่อยู่	8	13.8	60	20.2	0.01*
การดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่เคยดื่ม	42	72.4	160	53.9	
เคยดื่มหรือยังดื่มอยู่	58	27.6	137	46.1	0.02 ^a
การเคี้ยวหมาก					
ไม่เคยเคี้ยว	48	82.8	280	94.3	
เคยเคี้ยวหรือยังเคี้ยวอยู่	10	17.2	17	5.7	0.01*
เข้ารับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือน					
เคย	35	60.3	125	42.1	
ไม่เคย	23	39.7	172	57.9	0.01*
จำนวนซี่ฟัน					
< 20 ซี่	23	39.7	67	22.6	
≥ 20 ซี่	35	60.3	230	77.4	0.25
จำนวนคู่สบฟันหลัง					
< 4 คู่สบ	29	50.0	124	41.8	
≥ 4 คู่สบ	29	50.0	173	58.2	0.79
สภาวะปริทันต์					
การมีร่องลึกปริทันต์	28	48.3	149	50.2	
ไม่มีร่องลึกปริทันต์	30	51.7	148	49.8	0.01*
การใส่ฟันเทียม					
ไม่ใส่ฟันเทียม	37	63.8	236	79.5	
ใส่ฟันเทียม	21	36.2	61	20.5	0.01*
แรงสนับสนุนของครอบครัว					
ระดับน้อย	9	15.51	15	5.05	
ระดับปานกลาง	27	46.55	148	49.83	
ระดับมาก	22	37.93	134	45.11	

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตดี		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					0.05*
ระดับน้อย	3	5.17	4	1.34	
ระดับปานกลาง	21	36.20	144	48.48	
ระดับมาก	34	58.62	149	50.16	
แรงสนับสนุนของอสม.					0.20
ระดับน้อย	9	15.51	26	8.75	
ระดับปานกลาง	26	44.82	162	54.54	
ระดับมาก	23	39.65	109	36.70	
แรงสนับสนุนของเพื่อน					0.003*
ระดับน้อย	23	39.65	70	23.56	
ระดับปานกลาง	31	53.44	155	52.18	
ระดับมาก	4	6.89	72	24.24	

*p-value < 0.05, ^a = Fisher exact test

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ผลการการวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ หลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรทั้งหมดพบว่า ปัจจัยการดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก รับประทานทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อนมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ที่เคยดื่มหรือดื่มอยู่ในปัจจุบัน 2.26 เท่า ($OR_{adj} = 2.26$, 95%CI = 1.30 – 4.98) ผู้สูงอายุที่เคยเคี้ยวหมากหรือยังเคี้ยวหมากอยู่มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยเคี้ยวหมากอยู่ 0.25 เท่า ($OR_{adj} = 0.25$, 95%CI = 0.09 – 0.77) ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าผู้ที่เคยรับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา 0.28 เท่า ($OR_{adj} = 0.28$, 95%CI = 0.11 – 0.71) ผู้ที่มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 3.08 เท่า ($OR_{adj} = 0.28$, 95%CI = 0.78 – 12.05) และผู้ที่มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 3.61 เท่า ($OR_{adj} = 0.28$, 95%CI = 1.13 – 11.46) ส่วนผู้ที่มีแรงสนับสนุนจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลางมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 6.51 เท่า ($OR_{adj} = 6.51$, 95%CI = 1.34 – 31.51) ผู้ที่มีแรงสนับสนุนจากเพื่อนอยู่ในระดับมากมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนระดับน้อย 3.53 เท่า ($OR_{adj} = 3.53$, 95%CI = 1.36 – 9.32) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ		OR (95%CI)	AOR (95%CI)	p-value
	ช่องปากจำนวน (ร้อยละ)				
	คุณภาพชีวิต ไม่ดี (n = 58)	คุณภาพชีวิต ดี (n = 297)			
การดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่เคยดื่ม	42 (72.4)	160 (53.9)	1		
เคยดื่มหรือยังดื่มอยู่	58 (27.6)	137 (46.1)	2.25 (1.21 – 4.17)	2.26 (1.30 – 4.98)	0.042*
การเคี้ยวหมาก					
ไม่เคยเคี้ยว	48 (82.8)	280 (94.3)	1		
เคยหรือยังเคี้ยวอยู่	10 (17.2)	17 (5.7)	0.29 (0.12 – 0.67)	0.25 (0.09 – 0.77)	0.015*
รับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา					
เคย	35 (60.3)	125 (42.1)	1		
ไม่เคย	23 (39.7)	172 (57.9)	0.48 (0.26 – 0.84)	0.28 (0.11 – 0.71)	0.007*
แรงสนับสนุนครอบครัว					
ระดับน้อย	9 (15.5)	15 (5.1)	1		
ระดับปานกลาง	27 (46.6)	148 (49.8)	3.65 (1.42 – 9.36)	3.08 (0.78 – 12.05)	0.02*
ระดับมาก	22 (37.9)	134 (45.1)	3.28 (1.30 – 8.27)	3.61 (1.13 – 11.46)	0.03*
แรงสนับสนุนเพื่อน					
ระดับน้อย	23 (39.7)	70 (23.6)	1		
ระดับปานกลาง	31 (53.4)	155 (52.2)	5.91 (1.95 – 17.98)	6.51 (1.34 – 31.51)	0.020*
ระดับมาก	4 (6.9)	72 (24.2)	1.64 (0.89 – 3.02)	3.53 (1.36 – 9.32)	0.010*

อภิปราย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และสภาวะสุขภาพช่องปาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social determinants of health) ที่ชี้ชัดว่าสภาวะทางช่องปากมิได้ถูกจำกัดอยู่เพียงพฤติกรรมส่วนบุคคลเท่านั้น หากแต่ถูกหล่อหลอมโดยบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อสถานะทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ระดับการศึกษาและรายได้เป็นปัจจัยต้นทางที่กำหนดโอกาสในการเข้าถึงและดูแลสุขภาพช่องปากตลอดช่วงชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsakos และคณะ (2009) ที่พบว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านช่องปากที่แย่กว่าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการศึกษาเป็นรากฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

(Health literacy) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมักสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพมาปรับใช้ให้มีประสิทธิภาพกว่า ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยมักประสบปัญหาสุขภาพช่องปากมาตลอดช่วงชีวิต จนส่งผลกระทบต่อ การบดเคี้ยว การสื่อสาร และความมั่นใจในการเข้าสังคม [12] และรายได้ที่เพียงพอในการพึ่งพาตนเองเป็นปัจจัย ที่ลดอุปสรรคทางการเงินในการเข้ารับบริการทันตกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Barbosa และคณะ (2020) อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้นั้นจะสามารถแสวงหาการรักษาได้อย่างทันที่ ต่างจากผู้ที่ไม่มียาได้ซึ่งมักปล่อยให้ ปัญหาช่องปากสะสมจนกระทบต่อความสามารถในการบดเคี้ยว ความเจ็บปวด และความมั่นใจใน ชีวิตประจำวัน [13] ปัจจัยกลุ่มชาติพันธุ์มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงรายมีความหลากหลายและพบมากที่สุด คือ กลุ่มชาติพันธุ์ลื้อ อาข่า กะเหรี่ยง ลาหู่ เย้า และอื่นๆ ที่กระจายตัวทั่วอำเภอ แต่ละกลุ่มมีบริบทด้านภาษา ความเชื่อ วิถีวัฒนธรรม และการตั้งถิ่นฐานที่แตกต่างกัน รวมไปถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ด้วย ความแตกต่างระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ที่พบในการศึกษานี้จึงไม่ควรตีความเพียงในระดับบุคคล แต่ควรมองเป็น สัญญาณของความเหลื่อมล้ำเชิงระบบที่ต้องการมาตรการแก้ไขเฉพาะกลุ่ม เช่น การพัฒนาสุขภาพ การออก หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ที่มีความเข้าใจวัฒนธรรม และการบูรณาการกับระบบผู้นำชุมชนและผู้นำทางวัฒนธรรม ของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ และบริบทสังคมของกลุ่มชาติพันธุ์ในอำเภอพาน มีลักษณะเป็นสังคมเครือญาติและ ชุมชนแบบพึ่งพา เพื่อนบ้านหรือเพื่อนในวัยเดียวกันไม่ได้ทำหน้าที่เพียงเป็นคู่สนทนา แต่เป็นแหล่งสนับสนุนทาง สังคมที่สำคัญในเชิงปฏิบัติ เช่น การชักชวนและเดินทางไปรับบริการทันตกรรมพร้อมกัน การช่วยแปลภาษาใน กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษา ซึ่งช่วยลด ความกลัวต่อการทำฟัน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวระดับปานกลางมีคุณภาพชีวิตช่อง ปากดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนน้อย 3.08 เท่า และเมื่อได้รับการสนับสนุนในระดับมากคุณภาพชีวิตช่องปาก ดีเพิ่มขึ้นเป็น 3.61 เท่า ของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของกมลลักษณ์ แกมขุนทด (2567) ที่กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก [14] และพยาม การดีและคณะ (2559) ที่กล่าวว่าแรงสนับสนุนจากคนใกล้ชิดช่วยลดผลกระทบของความเครียดและ เสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ครอบครัวจึงเป็นหน่วยแรกและสำคัญที่สุดในการตอบสนองความต้องการของ ผู้สูงอายุ ซึ่งให้เห็นว่าแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่อง ปาก ซึ่งในบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร [15] เช่นเดียวกับ ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุน จากเพื่อนระดับปานกลางมีคุณภาพชีวิตช่องปากดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนน้อย 6.51 เท่า สอดคล้องกับ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวว่าเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อ สัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีผลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม แรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็น เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้การสนับสนุนด้านสุขภาพในเชิงสุขภาพด้านอื่นๆ แต่ยังขาดทักษะ เฉพาะทางด้านทันตสุขภาพที่เพียงพอในการส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากโดยตรง ปัจจัยพฤติกรรม

สุขภาพช่องปาก พบว่า จำนวนการแปรงฟันต่อวันมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zucoloto และคณะ (2016) ที่รายงานว่าความถี่การแปรงฟันเป็นตัวทำนายสำคัญของคุณภาพชีวิตด้านช่องปาก โดยพบว่าผู้สูงอายุที่แปรงฟันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน มีคุณภาพชีวิตแย่กว่าอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถูกขับเคลื่อนด้วยสภาวะทางคลินิกมากกว่า เช่น การสูญเสียฟัน การใส่ฟันเทียม หรืออาการปวดฟัน ซึ่งหากผู้สูงอายุสูญเสียฟันไปมากแล้ว ความถี่ในการแปรงฟันอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิตในบริบทนั้น [5] และการศึกษาของ Petersen and Yamamoto (2005) ระบุว่า พฤติกรรมการทำความสะอาดฟันเป็นปัจจัยป้องกันหลักของโรคปริทันต์และฟันผุในผู้สูงอายุ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากการแปรงฟันช่วยลดการสะสมของคราบพลัคและการอักเสบของเหงือก [16] พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ที่เคยดื่มหรือดื่มอยู่ในปัจจุบัน 2.26 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ McGrath and Bedi (2002) พบผู้ดื่มแอลกอฮอล์มีคะแนนคุณภาพชีวิตแย่ลง โดยเฉพาะในด้านอาการปวดและข้อจำกัดในการทำงานของช่องปาก [17] ผู้สูงอายุที่เคยเคี้ยวหมากหรือยังเคี้ยวหมากอยู่มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยเคี้ยวหมากอยู่ 0.25 เท่า ($OR_{adj} = 0.25$, 95%CI = 0.09 – 0.77) สอดคล้องกับจากการศึกษาของ กิตติคุณ บัวบาน (2560) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่าในกลุ่มผู้ที่เคี้ยวหมากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การเคี้ยวหมากยังสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า เนื่องจากส่งผลให้เกิดคราบฟัน ฟันสึก และโรคปริทันต์ [18] ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการทางทันตกรรมในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าผู้ที่เคยรับบริการทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา 0.28 เท่า ($OR_{adj} = 0.28$, 95%CI = 0.11 – 0.71) สอดคล้องกับงานศึกษาของ Gerritsen และคณะ (2010) พบว่าการใช้บริการทันตกรรมสม่ำเสมอลดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคี้ยวและความสวยงาม [19] เช่นเดียวกับและงานศึกษาของ Le และคณะ (2014) ชี้ว่าการเข้ารับบริการทางทันตกรรม มีผลป้องกันต่อปัญหาที่จะกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก [20] เกี่ยวเนื่องกับสภาวะสุขภาพช่องปาก พบว่าจำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากและการใส่ฟันเทียมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งแสดงว่าการมีจำนวนฟันที่เพียงพอช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ดี มีความมั่นใจในการเข้าสังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม เนื่องจากปัญหา เช่น ความมั่นคงของฟันเทียม ความยากลำบากในการเคี้ยว ความรู้สึกไม่มั่นใจด้านสุนทรียภาพ ซึ่งชี้ว่าแม้ฟันเทียมจะช่วยทดแทนฟันที่สูญเสียไป แต่ก็ยังไม่สามารถทดแทนการทำงานของฟันธรรมชาติได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ใช้มักพบปัญหา เช่น การเคี้ยวไม่สะดวก ความเจ็บหรือระคายเคือง ความไม่มั่นคง หรือปัญหาด้านความสวยงาม ส่งผลให้ได้รับผลกระทบในด้านสุขภาพช่องปากตามมา จึงสะท้อนคุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใส่ฟันเทียม [21]

สรุป

ผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มชาติพันธุ์ ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่ลี้ภัยมากที่สุดรองลงมา คือ ลีซุ ลัวะ ลาหู่ อาข่า ตามลำดับมีการกระจายตัวอยู่ทั่วอำเภอ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากที่ดี โดยปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ คือ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก รับประทานทางทันตกรรมในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมครอบครัวและเพื่อน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะที่พฤติกรรมกรรมการเคี้ยวหมากและการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นวิถีปฏิบัติในกลุ่มชาติพันธุ์ยังคงเป็นปัจจัยลบที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ผลการศึกษานี้จึงยืนยันว่าการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์จำเป็นต้องอาศัยทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลควบคู่ไปกับการเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพช่องปาก (OHRQoL) เป็นการแสดงให้เห็นว่าสุขภาพช่องปากที่ดีไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การไม่มีโรคทางช่องปากแต่หมายถึงการที่บุคคลมีคุณภาพในการใช้ชีวิต ทั้งทางกายใจ และสังคมจากปัจจัยหลายชั้นที่ส่งผลซ้อนทับกัน ทั้งด้านลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากที่ดีในชุมชนและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นปัจจัยส่งผลต่อสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่นี้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยทั้งด้านส่วนบุคคล พฤติกรรม และสังคม การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์จึงควรเป็นการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์แบบบูรณาการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในระยะยาว

1) ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ในชุมชนเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้กลุ่มเพื่อนและครอบครัวได้มีส่วนร่วมสนับสนุน โดยผ่านการบูรณาการกับบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น จัดกิจกรรมผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมร่วมกับบริการเยี่ยมบ้านของหมอครอบครัว เป็นต้น

2) ควรมีการส่งเสริมให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอสม. มีบทบาทในการให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจแก่ผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธี เช่น การแปรงฟันที่ถูกต้อง การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันปัญหาฟันผุและโรคปริทันต์ในระยะยาว

3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพช่องปากเชิงรุก (Mobile dental service) สำหรับผู้สูงอายุชนชาติพันธุ์ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม และควรบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมกับการดูแลสุขภาพทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

4) ควรมีการพัฒนาอสม. ที่เป็นคนในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน เพื่อช่วยสื่อสารและสร้างระบบสนับสนุนในการดูแลสุขภาพช่องปาก เนื่องจากมีความเข้าใจในภาษาและบริบทวัฒนธรรมเดียวกัน ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยในลักษณะการติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อศึกษาความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ ในระยะเวลา 3 – 5 ปี รวมถึงการศึกษาปัจจัยเชิงลึกด้านวัฒนธรรม วิถีชีวิต ความเชื่อ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

ข้อจำกัด

การศึกษานี้วัดได้เพียง ความสุขของสภาวะช่องปากและคุณภาพชีวิต ณ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล การศึกษาแบบตัดขวางอาจประเมินในระยะเวลาสั้น เป็นการศึกษเป็นแบบขวาง (Cross-sectional) จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผล ได้ดังนั้นควรมีการใช้ข้อมูลประเมินสุขภาพช่องปากในระบบสุขภาพเชิงลึกในการศึกษาต่อไป รวมไปถึงการวิจัยครั้งนี้ศึกษาการศึกษศึกษาในเชิงทัศนคติและความเชื่อของแต่ละชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งแต่ละชนชาติพันธุ์นั้นมีวัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกัน เช่น ภาษา วัฒนธรรม ความเหลื่อมล้ำทางบริการสุขภาพ พฤติกรรมและการรับรู้ด้านสุขภาพช่องปาก รวมไปถึงคุณภาพชีวิตในภาพรวมของแต่ละชาติพันธุ์

แหล่งสนับสนุนทุนวิจัย

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2568 รหัสโครงการวิจัย EC 25013-18 วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย วันที่ 9 เมษายน 2568 วันสิ้นสุดการรับรอง 8 เมษายน 2569

การอ้างอิง

กชกร อ่อนจิตร, สิรินันท์ สุวรรณภรณ์, และภมรศรี อินทร์ชน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2569; 4(3): 308 – 27.

Onjit K, Suwannaporn S, and Inchon P. Factors associated with Oral Health Related Quality of Life in the Ethnic Elderly Phan District, Chiang Rai Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2026; 4(3): 308 – 27.

เอกสารอ้างอิง

- [1] รัฎฐภัทร์ บุญมาทอง. การป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2560; 26(1): 106 – 17.
- [2] สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข. 2567.
- [3] กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ (LTC). นนทบุรี, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2560.
- [4] Naorungroj S, and Naorungroj T. Oral Health-Related Quality of Life in the Elderly: A Review and Future Challenges in Thailand. Siriraj Medical Journal. 2015; 67(5): 248 – 53.
- [5] Zucoloto ML, Maroco J, and Campos JADB. Oral health-related quality of life and associated factors in the elderly: A population-based cross-sectional study. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(11): 3467 – 76.
- [6] กิตติคุณ บัวบาน. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2560; 16(2): 45 – 56.
- [7] Krejcie RV, and Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3): 607 – 10.
- [8] สัมภาษณ์ ชาติอลงกรณ์. คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปาก ฉบับภาษาไทย (OHIP-14 Thai). วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560; 34(2): 158 – 70.
- [9] Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, and Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. British Dental Journal. 2005; 198(8): 489 – 93.
- [10] อรรถพร ฝาเจริญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรก่อนสูงวัย (50 -59 ปี) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. [วิทยานิพนธ์]. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2565.
- [11] Best JW. Research in education (3rd ed.). Prentice Hall. 1977.
- [12] Tsakos G, Steele JG, Marcenes W, Walls AG, and Sheiham A. Clinical correlates of oral health-related quality of life: Evidence from a national sample of British older people. Gerodontology. 2009; 27(4): 217 – 25.
- [13] Barbosa LC, Moimaz SAS, Saliba NA, and Saliba TA. Impact of oral conditions on the quality of life of elderly caregivers and oral health practices. ABCS Health Sciences. 2020; 45. DOI: 10.7322/abcshs.45.2020.1680.
- [14] กมลลักษณ์ แกมขุนทด. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2567; 2(3): 238 – 55.

- [15] พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงศ์, และ ดาว เวียงคำ. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559; 24(1): 40 – 51.
- [16] Petersen PE, and Yamamoto T. Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Program. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2005; 33(2): 81 – 92.
- [17] McGrath C, and Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2002; 30(2): 117 – 20.
- [18] กิตติคุณ บัวบาน. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2560; 16(2): 45 – 56.
- [19] Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, and Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. Health and Quality of Life Outcomes. 2010; 8(1): 126 – 32.
- [20] Le TN, Bhuvapanich V, and Viwatwongkase C. Health and oral health factors related to quality of life of the elders in Ninh Kieu district, Can Tho City, Vietnam. Mahidol Dental Journal. 2014; 34(3): 270 – 78.
- [21] Van der Meulen MJ, John MT, Naeije M, and Lobbezoo F. Oral health-related quality of life of people with complete dentures. Journal of Oral Rehabilitation. 2011; 38(3): 179 – 85.