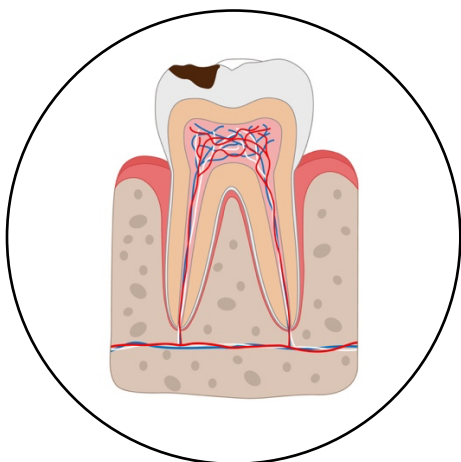




รายงานผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี DMFT

ในผู้ป่วยที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ



ทพ.ธิตีสรรค์ ภาชา

ทันตแพทย์ปฏิบัติการ

FACULTY OF DENTISTRY
KHON KAEN UNIVERSITY

คำนำ

ในปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และปัจจัยทางสังคมที่สูงวัยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากตามมา ไม่ว่าจะเป็นการเสื่อมของเนื้อฟัน เหงือกอักเสบ หรือการสูญเสียฟัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการบดเคี้ยว และโภชนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะฟันผุ ตลอดจนกลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษที่อาจประสบปัญหาความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือสติปัญญา ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเป็นเรื่องท้าทายยิ่งขึ้น การประเมินภาวะโรคฟันผุในกลุ่มดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการวางแผนบริการทันตกรรม ตลอดจนกำหนดแนวทางป้องกันและฟื้นฟูที่เหมาะสม

ดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT: decayed, missing, filled teeth) เป็นตัวชี้วัดมาตรฐานที่ใช้ประเมินภาวะโรคฟันผุในประชากร โดยคำนึงถึงจำนวนฟันผุ ที่ถูกถอน และที่ได้รับการอุดซ่อมแซม การศึกษาดัชนี DMFT ช่วยให้สามารถทราบระดับความรุนแรงของปัญหา ตลอดจนเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มอายุ เพศ และสภาพทางสุขภาพต่าง ๆ อย่างมีหลักฐาน อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะโรคฟันผุในผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งในแง่ของช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ผลตามลักษณะประชากรเฉพาะกลุ่ม เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและนโยบายสาธารณสุขที่ตรงเป้าหมาย การศึกษาเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้ จึงมุ่งวิเคราะห์ดัชนี DMFT ของผู้ป่วยสูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้วยวิธีการสุ่ม ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2568 เพื่อนำเสนอภาพรวมภาวะโรคฟันผุและแนวโน้มการรักษาในกลุ่มเป้าหมาย

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิเคราะห์นอกจากจะช่วยให้ทราบระดับภาวะโรคฟันผุแล้ว ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการปรับปรุงกลยุทธ์การจัดบริการทันตกรรมเชิงรุก การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเฉพาะกลุ่ม และการวางแผนนโยบายสาธารณสุขในระดับองค์กรต่อไป

ธิตติสรณ์ ภาชา

ทันตแพทย์ปฏิบัติการ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญแผนภาพและตาราง	ค
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	3
ประโยชน์ที่จะได้รับ	3
ขอบเขต	3
นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ	5
โรคฟันผุในผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ	7
ค่าดัชนี DMFT	8
แนวคิดและทฤษฎีหลักในการวัดค่า DMFT ในผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ	9
บทที่ 3 วิธีวิเคราะห์	
บริบทการรักษา	11
ขอบเขตการศึกษา	12
ขั้นตอนการเก็บข้อมูล	13
ขั้นตอนการดำเนินงาน	15
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์	
ข้อมูลเชิงพรรณนา	16
ข้อมูลเชิงสถิติ	16
บทที่ 5 สรุปผลการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิเคราะห์	18
ข้อเสนอแนะ	20
บรรณานุกรม	21

สารบัญแผนภาพและตาราง

	หน้า
แผนภาพที่ 1 แสดงการกระบวนการรักษาที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ	11
ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย	
ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ	17
ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของค่าดัชนี DMFT กับปัจจัยเพศ อายุ	
ลักษณะความต้องการพิเศษ และระดับการดูแล ของกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย	
ในผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ	17

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปี 2568 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งหมายถึงมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ประชากรอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีภาวะความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรือการรับรู้ ที่จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีความต้องการพิเศษ หรือมีภาวะพึ่งพิงสูง เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ใหญ่ที่มีภาวะออทิสติก ผู้ป่วยภาวะพิการซ้ำซ้อน กลุ่มประชากรเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น ฟันผุ ภาวะเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ ฟันสึกกร่อน และการสูญเสียฟัน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านอายุ โรคประจำตัว ข้อจำกัดทางกายภาพและจิตใจ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง อีกทั้ง ข้อจำกัดเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทันตกรรมแบบทั่วไประยะจำเป็นต้องได้รับการบริการในรูปแบบที่มีการออกแบบเฉพาะ โดยคำนึงถึงความสามารถ ความร่วมมือ และภาวะทางสุขภาพของแต่ละบุคคล องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าไปในระบบสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะในระบบการดูแลแบบระยะยาว (long-term care system) รวมถึงแนวคิดของ “oral health equity” ซึ่งมุ่งลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มทั่วไประยะกับกลุ่มเปราะบาง

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้เป็นส่วนที่สำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเหล่านี้มาโดยตลอด 40 ปี โดยเป็นศูนย์บริการที่รับผู้ป่วยปฐมภูมิในชุมชนและรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจากการส่งต่อจากหน่วยงานต่างๆ ปัจจุบันผู้มีความต้องการพิเศษที่ไม่สามารถเข้ารับบริการทันตกรรมตามคลินิกต่าง ๆ ได้ มาใช้บริการตามหน่วยงานต่าง ๆ ภายในคณะฯ ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ รวมถึงผู้ป่วยเด็กพิเศษซึ่งเคยได้รับการรักษาจากคลินิกทันตกรรมสำหรับเด็กเมื่อมีอายุมากกว่า 18 ปี ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง จากทันตแพทย์และบุคลากรการแพทย์แบบสหวิทยาการ ซึ่งตั้งอยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ ของคณะทำให้เกิดการนัดหมายซ้ำซ้อนหรือขาดการติดตาม ขาดการวางแผนการรักษาและการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ เกิดความไม่สะดวกในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์และไม่สะดวกต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล

เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสนับสนุนพันธกิจของคณะทันตแพทยศาสตร์ คณะฯ เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาสถานที่และระบบบริหารจัดการเฉพาะสำหรับกลุ่มประชากรดังกล่าวให้มีมาตรฐานสากลตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย โดยมุ่งเน้นการให้บริการแก่สังคม เป็นศูนย์กลางในการส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างระบบนิเวศการวิจัย รวมทั้งพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญในด้านทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จึงเกิดการจัดตั้ง “คลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ” โดยเริ่มให้บริการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 และจัดตั้งเป็น “หน่วยทัน

ตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ” ภายใต้สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ที่ผ่านมา

ตลอดระยะเวลา 3 ปี ที่หน่วยดำเนินการรักษาผู้ป่วย ณ ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแล ประมาณ 600 คน ประกอบด้วยผู้ป่วย 2 กลุ่มหลักคือ

1. กลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยพาร์กินสัน (Parkinson) ผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia) ซึ่งอาจมีอาการทางพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD) หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (complex NCDs) ซึ่งอาจได้รับยาหลายขนาน เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ ที่รับยาหลายขนานพร้อมกัน และมีภาวะเสี่ยงจากการรักษาทางทันตกรรม
2. กลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษ ที่มีอายุมากกว่า 18 ซึ่งอาจมีปัญหาทางด้านพัฒนาการทางสมองหรือสติปัญญา เช่น ผู้ป่วยออทิสติก ผู้ป่วยพัฒนาการบกพร่อง หรือผู้ป่วยโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ ที่มีผลต่อพัฒนาการ นอกจากนี้ยังรวมถึงผู้ป่วยที่มีความพิการอื่นๆ ผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยที่มีความกังวลต่อการรับการรักษาทางทันตกรรมสูง

อย่างไรก็ตาม ก่อนหน้านี้ยังไม่มีเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะโรคฟันในผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ ทั้งในแง่ของช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ผลตามลักษณะประชากรเฉพาะกลุ่ม ดังนั้น เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกและนโยบายสาธารณสุขที่ตรงเป้าหมาย การศึกษาเชิงวิเคราะห์นี้จึงได้นำดัชนี DMFT ซึ่งเป็นตัวชี้วัดมาตรฐานที่ใช้ประเมินภาวะโรคฟันในประชากร โดยคำนึงถึงจำนวนฟันผุ ที่ถูกถอน และที่ได้รับการอุดซ่อมแซม โดยการศึกษาดัชนี DMFT จะช่วยให้สามารถทราบระดับความรุนแรงของปัญหา ตลอดจนเปรียบเทียบผลการดูแลสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มอายุ เพศ และสภาพทางสุขภาพต่าง ๆ อย่างมีหลักฐาน ทั้งนี้ งานวิจัยหลายฉบับระบุว่า ผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษมักมีค่า DMFT สูงกว่าเกณฑ์ปกติ เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความยากลำบากในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การใช้ยาบางชนิดที่ก่อให้เกิดภาวะปากแห้ง และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทันตกรรม

การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ดัชนี DMFT ของผู้ป่วยสูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2568 โดยวิธีการสุ่มสำรวจ เพื่อนำเสนอภาพรวมภาวะโรคฟันและแนวโน้มการรักษาในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งผลการวิเคราะห์นอกจากจะช่วยให้ทราบระดับภาวะโรคฟันแล้ว ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการปรับปรุงกลยุทธ์การจัดบริการทันตกรรมเชิงรุก การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเฉพาะกลุ่ม และการวางแผนนโยบายสาธารณสุขในระดับองค์กรต่อไป

2. วัตถุประสงค์การศึกษา

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินและวิเคราะห์ค่า DMFT ในผู้ป่วยที่รับบริการ ณ หน่วยสูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน พ.ศ. 2568

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของดัชนี dmft

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนี dmft กับปัจจัยประชากรศาสตร์และทางคลินิก

– อายุ เพศ ระดับการดูแลตนเอง/การมีผู้ดูแล

– ลักษณะความต้องการพิเศษ (ความบกพร่องทางกายหรือสติปัญญา ฯลฯ)

2.3 เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการรักษาช่องปากที่ให้บริการกับผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่าง

2.4 เพื่อเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงบริการทันตกรรมเฉพาะกลุ่ม และโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากบนพื้นฐานหลักฐาน (evidence-based) ต่อไปในอนาคต

3. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ค่า DMFT จากการสุ่มผู้ป่วย 50 คนที่มารับบริการทันตกรรม ณ หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ ซึ่งมีประวัติการตรวจช่องปากสมบูรณ์และภาพถ่ายรังสีพานอรามิก (panoramic) ในช่วงเวลาเดือนมกราคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2568

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ต่อผู้ป่วย

- ทำให้เข้าใจภาวะโรคฟันผุและรูปแบบการรักษาของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ ช่วยวางแผนดูแลช่องปากเฉพาะบุคคล (personalized care)
- เพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลช่องปาก เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

2. ต่อหน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ

- ใช้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนจัดสรรทรัพยากรบุคคล เครื่องมือ และวัสดุทางทันตกรรมให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ
- พัฒนามาตรฐานแนวทางการดูแลรักษา (clinical protocol) และโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเฉพาะกลุ่ม (targeted oral health promotion)

3. ต่อคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - เสริมองค์ความรู้และผลงานวิชาการในสาขาทันตกรรมผู้สูงอายุและทันตกรรมสำหรับผู้มีความต้องการพิเศษ
 - เป็นฐานข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการเรียนการสอน การฝึกอบรม และการวิจัยต่อเนื่องในเรื่องการดูแลช่องปากกลุ่มเป้าหมายพิเศษ
4. ต่อการวิจัยในอนาคต
 - จัดทำฐานข้อมูลดัชนี DMFT ของกลุ่มเป้าหมายในหลายช่วงเวลา เพื่อเปรียบเทียบแนวโน้มของความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปากในระยะยาว
 - เปิดโอกาสศึกษาปัจจัยเสี่ยง เจาะลึกปัจจัยทางพฤติกรรม โภชนาการ หรือคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากในกลุ่มเฉพาะต่อไป

นิยามคำศัพท์

ค่าดัชนี DMFT	เป็นดัชนีทางระบาดวิทยาทางทันตกรรมที่ใช้ประเมินภาวะโรคฟันผุในประชากร โดยคำนวณจากจำนวนฟันที่ผุ (decayed) ฟันที่ถูกลบเนื่องจากผุ (missing) และฟันที่ได้รับการอุดซ่อมแซม (filled) ซึ่งเขียนรวมกันเป็น DMFT score
ผู้สูงอายุ	อายุ 60 ปีขึ้นไป ตามการกำหนดขององค์การอนามัยโลก (WHO) บางงานวิจัยทางทันตกรรมอาจใช้เกณฑ์ ≥ 65 ปี เพื่อเน้นกลุ่มที่มีภาวะโรคเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาชัดเจน
ผู้ป่วยเปราะบาง	กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังและรับยาหลายขนาน เช่น ผู้ป่วยหลังภาวะหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ
ผู้มีความต้องการพิเศษ	ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปีที่มีปัญหาทางด้านพัฒนาการทางสมอง หรือทางสังคม เช่น ผู้ป่วยออทิสติก ผู้ป่วยพัฒนาการบกพร่อง หรือผู้ป่วยโรคทางพันธุกรรมอื่นๆที่มีผลต่อพัฒนาการทางสมอง ผู้ป่วยที่มีความพิการอื่นๆ ผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยที่มีความกังวลต่อการรับการรักษาทางทันตกรรมสูง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ

องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนด “ผู้สูงอายุ” เริ่มต้นที่อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยบางงานวิจัยทางทันตกรรม อาจใช้เกณฑ์ ≥ 65 ปี เพื่อเน้นกลุ่มที่มีภาวะโรคเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาชัดเจน โดยการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในช่องปากที่มักพบคือ การหลั่งน้ำลายลดลง (Xerostomia) ซึ่งอาจมีสาเหตุหลักจากยา รักษาโรคเรื้อรัง เช่น ยาควบคุมความดัน ซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้ความสามารถในการล้างคราบจุลินทรีย์ลดลงด้วย ทำให้ฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังพบการสึกกร่อนของฟันจากพฤติกรรมรับประทานอาหาร เหงือกบางลง กระดูกขากรรไกรละลาย (alveolar bone loss) รวมไปถึงภาวะโรคเหงือกและโรคปริทันต์เรื้อรังที่พบมากกว่าช่วงวัยอื่นๆ รวมไปถึงการการสูญเสียฟัน และสภาพสันเหงือกไร้ฟัน ในขณะเดียวกันกลุ่มผู้สูงอายุและรวมถึงกลุ่มผู้ใหญ่ อาจมีภาวะเปราะบางอื่นๆจากโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับยาหลายขนาน โดยนอกจากยาเหล่านั้นอาจมีผลต่อการหลั่งน้ำลายลดลงแล้ว อาจส่งผลต่อการหยุดของเลือด นอกจากนี้สภาวะของร่างกายตามช่วงวัย จากโรคประจำตัว หรือภาวะของสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน ก็อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional Limitations) ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากสมรรถภาพของกล้ามเนื้อที่ลดลง

ในส่วนกลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษ (Persons with special needs / Special care patients) หมายถึง บุคคลที่มีความบกพร่องหรือข้อจำกัดทางร่างกาย ทางสติปัญญา ทางประสาทสัมผัส หรือทางจิต-อารมณ์ ที่ส่งผลให้ต้องการการดูแลหรือการบริการสุขภาพช่องปากที่ปรับเปลี่ยนหรือเอื้อพิเศษกว่าสถานพยาบาลมาตรฐานทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว (Mobility impairment) ผู้พิการทางการมองเห็น (Visual impairment) ผู้พิการทางการได้ยิน/สื่อความหมาย (Hearing / Communication impairment) ผู้พิการทางสติปัญญา (Intellectual disability) ผู้ป่วยโรคจิตและพฤติกรรม (Psychiatric / Behavioral disorders) ออทิสติก (Autism spectrum disorders) ผู้พิการทางการเรียนรู้ (Learning disabilities) โดยในทางทันตกรรมได้มีเกณฑ์ตาม American Dental Association (ADA) และ International Association for Disability and Oral Health (IADH) ซึ่งแบ่งผู้มีความต้องการทางทันตกรรมพิเศษ ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- บุคคลที่มีภาวะร่างกายหรือจิตใจเรื้อรัง (เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง)
- บุคคลที่มีความบกพร่องของพัฒนาการ (เช่น ออทิสติก ดาวน์ซินโดรม)
- บุคคลที่มีความบกพร่องทางประสาทสัมผัส สติปัญญา หรืออารมณ์
- บุคคลที่มีต้องการการดูแล ปรับอุปกรณ์ และเทคนิคการรักษาแตกต่างจากคนทั่วไป

ในหลายคำจำกัดความ ผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ ได้รวบรวมกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยเปราะบางไว้ด้วย เพราะเมื่อพิจารณาจากหลายๆปัจจัย ข้อจำกัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่มีผลต่อแนวคิดในการให้การรักษาทันตกรรมที่เหมือนกัน คือ

1. ภาวะโรคประจำตัวและการใช้ยาหลายชนิด (Comorbidities & Polypharmacy)

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมักมีโรคเรื้อรังหลายระบบ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ โรคไต โรคทางสมอง โรคจิตเวชและพฤติกรรม หรือโรคทางพันธุกรรม จึงต้องมีกระบวนการ

- ทบทวนประวัติการรักษาและยาทุกรายการ
- ประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแลหลักก่อนหัตถการเสมอ
- ใช้ ASA Physical Status Classification เพื่อประเมินความพร้อมก่อนหัตถการ
- ประสานงานกับสหวิชาชีพและผู้ดูแล ในการวางแผนการรักษา

2. การรักษาทางทันตกรรม

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมักมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรม ไม่ว่าจะจากปัจจัยพฤติกรรมของผู้ป่วย จากสถานะการดำเนินของโรคประจำตัว หรือปัจจัยความพร้อมของผู้ดูแล สภาพในช่องปากของผู้ป่วยที่เข้ามาตรวจรักษามักมีอาการโรคในช่องปากที่รุนแรง เช่น ฟันผุทั้งปาก ฝีรากฟันผุ (root caries) ฟันโยกจากโรคปริทันต์อักเสบ ปวดฟันจากโรคเนื้อเยื่อในอักเสบ (pulpitis) เหงือกบวมหรือมีหนองจากฟันตาย มีตอรากฟัน หรือฟันสึกทั้งปาก ซึ่งอาจเรียกสภาพเหล่านี้ว่า Rapid Oral Health Deterioration หรือ การเสื่อมของสุขภาพช่องปากอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมใช้ระบบการวางแผนแบบพร้อมมูล เน้นกระบวนการควบคุมโรคและครอบคลุมทุกโรคในช่องปาก เน้นการบริการการรักษาแบบ one-stop service เพื่อลดขั้นตอนการส่งต่อระหว่างแผนก ให้กระบวนการรักษาสั้นและมีประสิทธิภาพที่สุด และให้ทันตกรรมป้องกันเพื่อลดการเกิดโรคซ้ำ ซึ่งการวางแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีเป้าหมายในการรักษาต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับสภาพ ความร่วมมือของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เช่น ผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษหรือผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันบางรายอาจไม่พิจารณาที่จะใส่ฟันเทียมทดแทน เนื่องจากอาจมีความเสี่ยงที่จะกลืนฟันปลอมจากสภาพความบกพร่องทางกายหรือสติปัญญา

ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมต่อต้านการรักษา เช่น ผู้ป่วยออทิสติก หรือผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจต้องมีการใช้เทคนิคสนับสนุนพฤติกรรม (Behavior support) โดยอาจใช้วิธีการสนับสนุนอย่างง่าย เช่น Tell-show-do การเบี่ยงความสนใจ (distraction) ไปจนถึงการใช้ยาคลายกังวล การดมแก๊สไนตรัสออกไซด์ (Nitrous-Oxide Sedation) เพื่อคลายกังวล หรือการดมยาสลบ ซึ่งกระบวนการวางแผนการรักษาและการรักษาจำเป็นต้องใช้ความรู้ความสามารถของทันตแพทย์สหสาขา ในขณะเดียวกัน ทันตแพทย์ผู้มีบทบาทในการรักษาเอง ก็จำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับกระบวนการรักษาผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีความต้องการพิเศษมาแล้ว

การจัดสภาพแวดล้อมคลินิกจะต้องเอื้อต่อการเคลื่อนผู้ป่วยเข้าออก มีทางลาดที่ปลอดภัย รวมไปถึงต้องจัดบริเวณนั่งคอยและห้องทันตกรรมให้มีความเป็นส่วนตัว ลดสิ่งรบกวนสำหรับผู้วิตกกังวลหรือบกพร่องทางประสาทรับรู้ ใช้ยูนิตทันตกรรมที่ผู้ป่วยขึ้นลงง่ายและสะดวก และต้องมีการวางแผนการจัดวางเครื่องมือและวัสดุทางทันตกรรมที่พร้อมใช้งานทันที

นอกจากการรักษาทางทันตกรรมแล้ว การดูแลผู้ป่วยยังต้องจำเป็นต้องมองสุขภาพองค์รวมของผู้ป่วยเป็นหลัก ทันตแพทย์จึงต้องทำงานร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลหลัก รวมไปถึงจิตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

3. การดูแลอนามัยช่องปาก

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอาจมีสภาวะกล้ามเนื้อมัดละเอียดอ่อนแรงลง ซึ่งทำให้ใช้มือและแขนไม่คล่องแคล่ว หรือสมรรถภาพทางจิตใจหรือสติปัญญาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้น สุขภาพในช่องปากจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลอนามัยช่องปากของผู้ดูแลเป็นหลัก ในหลายครั้ง ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างภาระทั้งทางกายและใจให้กับผู้ดูแล จึงจำเป็นที่จะต้องให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลอนามัยช่องปากอย่างง่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายให้กับผู้ดูแล และมีการสนับสนุนและการดูแลสุขภาพกายและใจให้กับผู้ดูแลด้วย

2. โรคฟันผุในผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ

โรคฟันผุ (Dental Caries) คือ โรคเรื้อรังทางทันตกรรมที่เกิดจากการสลายตัวของเนื้อฟัน โดยแบคทีเรียในคราบจุลินทรีย์ (dental plaque) เปลี่ยนคาร์โบไฮเดรตในอาหารเป็นกรด ทำให้เกิดการละลายแร่ธาตุ (demineralization) และหากไม่ได้รับการย้อนกลับ (remineralization) จะพัฒนาจนเป็นโพรงฟัน เป็นโรคที่มีปัจจัยสี่ประการร่วมกันคือ host (ฟันและน้ำลาย), จุลินทรีย์, อาหาร (substrate) และเวลา ความแตกต่างของโรคฟันผุในผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป

1. รอยฟันที่รากฟันเพิ่มขึ้น
 - ผู้สูงอายุมักมีเหงือกกร่น (gingival recession) โอกาสที่รากฟัน (dentin) ถูกที่เผยผิวงจะฟันได้ง่าย
 - ผู้มีความต้องการพิเศษบางราย (เช่น ผู้มีสมองพิการ) แปรงฟันไม่ทั่วถึง จึงเกิดรอยฟันที่รากมากขึ้น
2. การหลั่งน้ำลายลดลงและการเปลี่ยนแปลงคุณภาพน้ำลาย
 - ยาหลายชนิดในผู้สูงอายุ (antihypertensives, anticholinergics) หรือผู้มีความต้องการพิเศษ (ยารักษาโรคจิตเวช) ก่อให้เกิดภาวะการหลั่งน้ำลายลดลง น้ำลายน้อยทำให้การล้างคราบจุลินทรีย์ลดลงและการย้อนกลับแร่ธาตุลดลง ส่งผลให้ฟันผุเร็วยิ่งขึ้น
3. ความยากลำบากในการดูแลช่องปาก (Functional & Cognitive Limitations)
 - ผู้สูงอายุอาจมีสมรรถภาพกล้ามเนื้อลดลง หรือโรคข้ออักเสบ หรือเคลื่อนไหวจำกัด

- ผู้มีความต้องการพิเศษบางราย (ออทิสติก, ดาวน์ซินโดรม, สมองเลื้อม) รวมไปถึงผู้สูงอายุบางราย ไม่เข้าใจหรือไม่ร่วมมือในการแปรงฟัน ต้องอาศัยผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากเท่านั้น
- การเปลี่ยนโภชนาการ เช่น การให้อาหารเหลว ทำให้คราบอาหารเหนียวติดฟันมากขึ้นก็เป็นการเพิ่มโอกาสเกิดฟันผุ

3. ค่าดัชนี DMFT

เป็นดัชนีทางระบาดวิทยาทางทันตกรรมที่ใช้ประเมินภาระโรคฟันผุในประชากร โดยคำนวณจากจำนวนฟันที่ผุ (decayed) ฟันที่ถูกถอนเนื่องจากผุ (missing) และฟันที่ได้รับการอุดซ่อมแซม (filled) ซึ่งเขียนรวมกันเป็น DMFT score โดยมีองค์ประกอบ คือ

D (decayed) = จำนวนซี่ของฟันที่พบมีโพรงผุจนทะลุถึงเนื้อฟันชั้นนอกหรือชั้นใน

M (missing) = จำนวนซี่ของฟันที่ถูกถอนออกเพราะเหตุผลหลักจากฟันผุ

F (filled) = จำนวนซี่ของฟันที่ได้รับการอุดซ่อมแซมจากการผุ

1. สูตรการคำนวณ

$$DMFT = D + M + F$$

– ค่าต่ำสุด = 0 (ไม่มีภาระโรคผุเลย)

– ค่าสูงสุด = จำนวนซี่ฟันทั้งหมด

2. การตีความค่าดัชนี

– ค่ามาก แปลว่ามีภาระโรคฟันผุสูง (ฟันผุมาก ถอนมาก หรืออุดมาก)

– ค่าต่ำ แปลว่าระบบการป้องกันและการดูแลรักษาช่องปากมีประสิทธิภาพดี

3. ประโยชน์ของค่า DMFT (decayed, missing, filled teeth)

3.1 ประเมินภาระโรคฟันผุในประชากร

- ให้อัตราส่วนจำนวนฟันผุ ฟันถอน และฟันอุด ต่อคนแต่ละกลุ่มอายุ เพศ หรือพื้นที่
- สามารถเปรียบเทียบภาระโรคระหว่างชุมชน ประเทศ หรือช่วงเวลาได้อย่างเป็นมาตรฐาน

3.2 ติดตามแนวโน้มการเกิดและการรักษาฟันผุ

- ใช้สำรวจเป็นระยะ (surveillance) เพื่อตรวจดูว่ามาตรการป้องกัน (เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน หรือการทา fluoride varnish) ได้ผลหรือไม่
- ประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาระฟันผุตามกาลเวลา

3.3 วางแผนและจัดสรรทรัพยากรทางทันตกรรม

- ข้อมูล DMFT ช่วยกำหนดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย (เช่น เด็ก โรงเรียน ผู้สูงอายุ)
- ช่วยคำนวณงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากรที่จะต้องจัดให้เพียงพอ

3.4 ประเมินความเสี่ยงในระดับบุคคล

- รวบรวมข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการรักษา เช่น กลุ่มที่มี DMFT สูงอาจต้องเน้นมาตรการป้องกันเชิงรุก
- ช่วยในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเฉพาะบุคคล

3.5 สนับสนุนงานวิจัยและนโยบายสาธารณสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับค่าดัชนี DMFT ในผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีการสำรวจในประชากรทั่วไปในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมักมีภาวะฟันผุสูง โดยมีค่า DMFT ≥ 20 ส่วนการศึกษาโดยกรมอนามัย ในรายงานสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่าค่าเฉลี่ย DMFT ในผู้มีอายุ 60-74 มีค่า 15.3 ส่วนผู้มีอายุ 80-85 ปีมีค่า 22.8 ซึ่งมีค่าสูงกว่าช่วงวัยอื่นๆ ส่วนกลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษ พบการศึกษาในประเทศมาเลเซียของ Sairi และคณะในปี 2025 ซึ่งศึกษาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษ พบว่าค่า DMFT ไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วไป แต่อัตราการสูญเสียฟันสูงกว่า และมีการศึกษาด้วยวิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Ward และคณะในปี 2019 พบว่าอัตราการเกิดฟันผุในผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาสูง และจะสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยปัจจัยหลักคือการเข้าไม่ถึงการรับบริการทางทันตกรรม และการดูแลสุขภาพช่องปาก

ตามปกติแล้วการบันทึกค่า DMFT จะใช้วิธีการตรวจในช่องปากและบันทึกค่า ก่อนนำมาคำนวณค่าเฉลี่ย แต่มีหลายการศึกษาที่ใช้วิธีการศึกษาแบบย้อนกลับ (retrospective study) โดยใช้ข้อมูลการบันทึกประวัติการตรวจช่องปากผู้ป่วย ไปจนถึงการใช้ภาพถ่ายรังสีมาเป็นข้อมูลหลักในการบันทึกค่า DMFT เช่น การศึกษาของ Adachi และคณะในปี 2023 ที่ย้อนกลับไปศึกษาและเก็บข้อมูลจากประวัติการรักษาของผู้ป่วยเมื่อ 20 ปีที่แล้วมาบันทึกค่า DMFT หรือการศึกษาของ Morjaria และคณะในปี 2025 ที่ใช้ข้อมูลจากประวัติการรักษาของผู้ป่วยและภาพถ่ายรังสีเพดานอรัณมิกมาบันทึกค่า DMFT อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวพบข้อจำกัดในการตรวจฟันที่ถอนซึ่งบางกรณีไม่ได้ระบุสาเหตุของการถอน และในผู้ป่วยที่ประวัติการรักษาไม่สมบูรณ์ก็จะถูกคัดออกจากการศึกษา

แนวคิดและทฤษฎีหลักในการวัดค่า DMFT ในผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ
สามารถสรุปได้ดังนี้

1. แนวคิดทางระบาดวิทยา (Epidemiological Framework)

- DMFT เป็นตัวชี้วัดภาระฟันผุสะสม เหมาะสำหรับประเมิน “ความชุก” (prevalence) และ “ภาระ” (burden) ในกลุ่มเป้าหมาย
- วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ลักษณะความต้องการพิเศษ
- Surveillance Cycle (WHO Model) ประกอบด้วย Assessment $\rightarrow$ Policy & Planning $\rightarrow$ Implementation $\rightarrow$ Evaluation โดยใช้ DMFT เป็นดัชนีติดตามผล

2. ทฤษฎีการโรคสะสมตลอดชีวิต (Life-Course & Cumulative Burden)
 - Accumulated Caries Experience โดยค่า DMFT สะท้อนปัญหาฟันผุ-ถอน-อุดที่สั่งสมมาตั้งแต่วัยเด็กจนสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษมักมีค่า DMFT สูง
 - Critical Periods – ระบุช่วงอายุหรือช่วงโรคประจำตัว (เช่น ภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง, โรคสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น) ที่ค่า DMFT อาจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เพื่อออกแบบการแทรกแซงเชิงรุก
3. แนวคิดการจัดสมดุลปัจจัยเสี่ยง-ป้องกัน (Caries Balance & CAMBRA)
 - Caries Balance Model – ชั่งน้ำหนักระหว่างปัจจัยก่อโรค (จุลินทรีย์ กรดซี้) กับปัจจัยปกป้อง (ฟลูออไรด์ น้ำลาย)
 - CAMBRA (Caries Management By Risk Assessment) – ใช้ DMFT ในการประเมินภาวะอดีต (past caries history) ร่วมกับ risk factors ปัจจุบันเพื่อจัดกลุ่มความเสี่ยง (low/moderate/high) และกำหนดแผนการรักษาและทันตกรรมป้องกันเฉพาะบุคคล
4. ทฤษฎีการดูแลครบวงจร (Geriatric & Special Care Dentistry)
 - มอง “สุขภาพช่องปาก” เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต
 - Person-Centered Care – ใช้ DMFT เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicator) ในการประเมินความคืบหน้า และใช้ปรับแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล
 - Interdisciplinary Approach – ผสานข้อมูล DMFT กับข้อมูลทางระบบร่างกาย (medications, comorbidities) เพื่อวางแผนดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ
5. ทฤษฎีการประเมินคุณภาพบริการ (Health Services Quality)
 - Continuous Quality Improvement (CQI) – ติดตามค่า DMFT เป็นระยะ เพื่อประเมินผลการปรับปรุงมาตรการป้องกันและระบบส่งต่อ

บทที่ 3

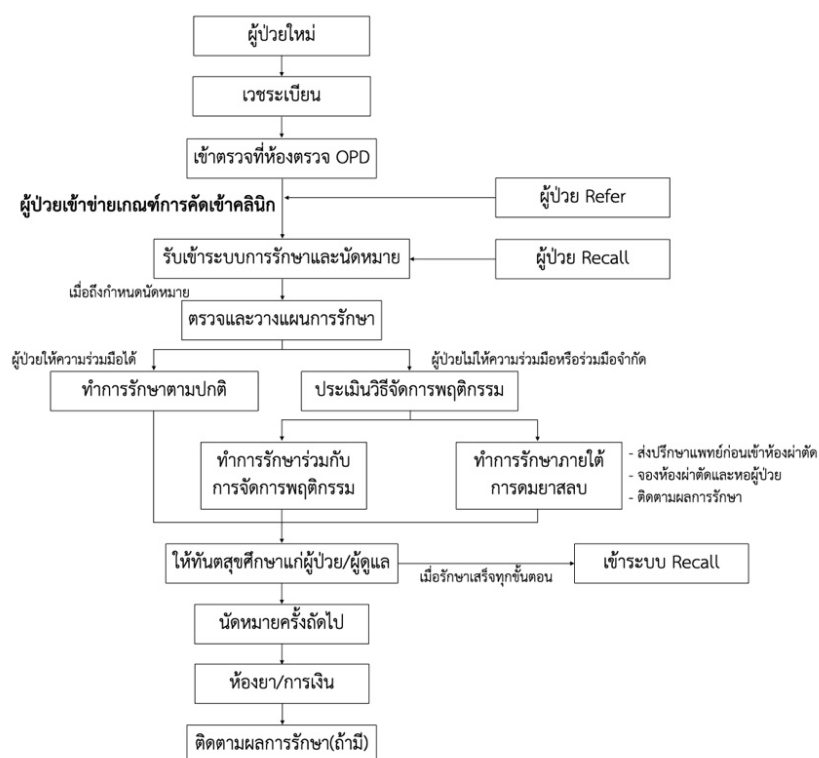
วิธีวิเคราะห์

บริบทการรักษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษได้ จะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินลักษณะความต้องการพิเศษ ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์การรับเข้า 4 ข้อ คือ

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนที่ ผู้ป่วยพาร์กินสัน ผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งอาจมีอาการทางพฤติกรรมและจิตใจที่เกิดจากภาวะสมองเสื่อม
2. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ ที่รับยาหลายขนานพร้อมกัน และมีภาวะเสี่ยงจากการรักษาทางทันตกรรม
3. ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาทางด้านพัฒนาการทางสติปัญญาหรือทางสังคม เช่น ผู้ป่วยออทิสติก ผู้ป่วยพัฒนาการบกพร่อง ผู้ป่วยโรคทางพันธุกรรมอื่นๆ รวมไปถึงผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ป่วยที่มีความกังวลต่อการรับการรักษาทางทันตกรรมสูง
4. ผู้พิการ หรือผู้ป่วยอื่นๆที่ไม่สามารถรับการรักษาทางทันตกรรมปกติได้

Geriatric and Special Care



แผนภาพที่ 1 แสดงการกระบวนการรักษาที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยหลายรายมีสุขภาพช่องปากที่ถดถอยลง เช่น เกิดฟันผุเพิ่มขึ้นในตำแหน่งอื่น หรือมีฟันผุใต้ตัววัสดุอุดเดิม ซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น ความร่วมมือของผู้ป่วย ความเอาใจใส่และความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล การขาดการกลับเข้ามาตรวจซ้ำ (Recall) หรืออาจเกิดจากขั้นตอนการรักษาของทันตแพทย์เอง

การเก็บข้อมูลค่าดัชนี DMFT จึงมีความจำเป็นในการช่วยวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยง รวมไปถึงสะท้อนผลลัพธ์ของการรักษา การเปลี่ยนแปลงของโรคฟันผุในผู้ป่วยเหล่านี้

ขอบเขตการศึกษา

1. สถานที่: หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ช่วงเวลา: ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568
3. กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยสูงที่ได้รับมาบริการทันตกรรม ณ หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการ
 - มีประวัติผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ที่แสดงการตรวจรักษาช่องปากและประวัติการรักษาสมบูรณ์และครบถ้วน
 - มีภาพถ่ายรังสีฟันอมิกที่ชัดเจน แสดงปริมาณฟัน ลักษณะฟันผุ สามารถตรวจสอบและอ่านผลได้

เกณฑ์การคัดออก: ผู้ป่วยมีการบันทึกข้อมูลประวัติไม่สมบูรณ์ เช่น ไม่ระบุอายุ โรคประจำตัว ลักษณะความต้องการพิเศษ ระดับการดูแลตัวเองหรือการมีผู้ดูแล ประวัติการรักษาไม่ชัดเจน หรือไม่มีภาพถ่ายรังสีที่สามารถมองเห็นฟันทุกซี่ในช่องปากได้ หรือภาพถ่ายรังสีไม่ชัดเจนบอกตำแหน่งฟันผุไม่ได้
4. ตัวแปรศึกษา
 - 4.1 ตัวแปรพื้นฐาน
 - อายุ เพศ
 - ลักษณะความต้องการพิเศษ (ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเปราะบาง หรือผู้มีความต้องการพิเศษ)
 - ระดับการดูแลตนเองหรือการมีผู้ดูแล
 - 4.2 ตัวแปรหลัก
 - ค่าดัชนี DMFT (D = Decayed, M = Missing, F = Filled)
 - ผลการรักษา (ถอน ฟันอุด)
5. ขอบเขตด้านวิธีการศึกษา
 - การออกแบบ: ศึกษาย้อนหลัง (retrospective record review)
 - การเก็บข้อมูล: ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ภาพถ่ายรังสี และแบบบันทึกทันตกรรม
 - การวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติเชิงพรรณนา (mean, SD, ร้อยละ)
- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง DMFT กับปัจจัยประชากรศาสตร์และปัจจัยทางคลินิก (correlation)

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การบันทึกค่าดัชนี DMFT ย้อนหลัง (retrospective dmft) จากแฟ้มประวัติการรักษาอิเล็กทรอนิกส์และภาพถ่ายรังสี มีหลักการและขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มผู้ป่วยจำนวน 50 ราย ที่เข้ามาใช้บริการระหว่างเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ. 2568 ซึ่งมีผู้เข้ารับบริการ 239 ราย ทำการเรียงลำดับของผู้ป่วยแต่ละราย แล้วใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการสุ่มลำดับผู้ป่วยทีละ 1 คน จากนั้นพิจารณาคัดเข้าตามเกณฑ์ที่กล่าวไปข้างต้น หากไม่ผ่านเกณฑ์จะทำการสุ่มใหม่จนครบ 50 ราย

2. เตรียมเครื่องมือและแบบฟอร์มตารางบันทึก

- แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ชื่อ รหัสผู้ป่วย อายุ เพศ ลักษณะความต้องการพิเศษและระดับการดูแล)
- ตารางฟัน 32 ซี่ พร้อมช่องบันทึก D, M, F
- จัดเก็บข้อมูลในโปรแกรม

3. เทียบความเที่ยงตรงของผู้ตรวจ (Calibration)

- ให้ผู้ตรวจทั้งหมดทบทวนเกณฑ์การวินิจฉัย D, M, F จากแฟ้มบันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์และภาพรังสีพานอรามิก
- ทำ intra- และ inter-examiner reliability (Kappa $\geq$ 0.8) โดยใช้ภาพรังสีตัวอย่างและรายงานประวัติการรักษาจำลอง

4. กำหนดเกณฑ์และการบันทึกค่า จากการวินิจฉัยและหัตถการย้อนหลัง

โดยใช้การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล DHIS หากผู้ป่วยที่ถูกสุ่มมาเข้ามารับการรักษามากกว่า 1 ครั้งในช่วงเวลาที่กำหนด จะใช้ประวัติการตรวจรักษาล่าสุดมาบันทึกค่าเท่านั้น

4.1 D (decayed)

- จากแฟ้มประวัติ: พบรายการวินิจฉัย “Caries” แล้วไม่มีหัตถการอุดหรือครอบในภายหลัง
- จากภาพถ่ายรังสี: แสดงรอยดำเข้าถึงหรือผ่านชั้นเคลือบฟันเข้าถึงชั้นเนื้อฟัน

4.2 M (missing)

- ฟันถูกถอนเนื่องจากฟันผุ (ตรวจสอบจากรหัสการวินิจฉัยในแฟ้มประวัติ)
- ยกเว้นการถอนฟันจากอุบัติเหตุ ฟันคุด หรือโรคอื่นๆ ที่มีการบันทึกประวัติชัดเจน
- หากแฟ้มประวัติขาดข้อมูลสาเหตุการถอน ให้ใช้เกณฑ์ “missing due to caries”

4.3 F (filled)

- จากแฟ้มประวัติ: ประวัติการรักษาหรือหัตถการรักษาที่ระบุหัตถการอุดฟัน ครอบฟัน สะพานฟัน หรือ ฟันที่ผ่านการรักษารากฟันมาแล้ว บันทึกเป็น F ครั้งละซี่ โดยไม่แบ่งตามจำนวนด้านที่อุด และถ้ามีฟันผุ ซ้ำในซี่เดียวกัน ให้นับ D เพิ่ม
- จากภาพถ่ายรังสี: แสดงขอบเขตวัสดุสีทึบ หากพบรอยดำได้วัสดุ ให้นับ D เพิ่ม

5. กระบวนการเก็บข้อมูล

5.1 บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยลงตารางบันทึก

- ชื่อ-นามสกุล และ รหัสผู้ป่วย
- อายุ
- เพศ: 0 = เพศหญิง 1 = เพศชาย
- ลักษณะความต้องการพิเศษ: 0 = ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเปราะบาง* 1 = ผู้มีความต้องการพิเศษ
*ต้องมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
- ระดับการดูแล: 0 = ดูแลทำความสะอาดช่องปากเองได้ 1 = มีผู้ดูแล

5.2 อ่านแฟ้มประวัติการรักษาทางทันตกรรมอย่างละเอียด ใช้ประวัติการรักษาล่าสุดของฟันแต่ละซี่ในการบันทึกค่า เช่น ฟันซี่ 35 มีประวัติการบันทึกการตรวจว่าพบฟันผุใหญ่ และมีประวัติการรักษาล่าสุดว่าถอนไปแล้ว จะบันทึกค่า M

5.3 วิเคราะห์ภาพรังสีควบคู่

- ประเมินสภาพฟันโดยรวม แสดงจำนวนฟันที่มีอยู่ในช่องปาก โดยจะใช้ภาพถ่ายรังสีพานอรามิกเป็นหลัก และตรวจรอยผุด้านประชิด (interproximal caries) หรือรอยผุอื่นๆที่ไม่ได้บันทึกในแฟ้มประวัติ
- สามารถใช้ภาพถ่ายรังสีที่อยู่นอกเหนือช่วงเวลาที่กำหนดได้ แล้วติดตามบันทึกประวัติการรักษาอื่นๆที่เกิดขึ้นหลังจากการถ่ายภาพรังสี เพื่อประเมินสภาพของฟันในช่องปากล่าสุด เช่น ฟันซี่ 46 พบว่ามีรอยผุในภาพถ่ายรังสี แต่พบประวัติว่าได้รับการอุดแล้ว จะบันทึกค่า F

5.4 บันทึกลงตารางฟัน

- แต่ละซี่ใส่ D, M หรือ F ตามสถานะสูงสุด (ตัวอย่าง: ซี่ที่ถอนให้ M เท่านั้น ไม่บวก D/F)
- ซี่ที่ไม่มีประวัติใดๆ บันทึก “0”

6. ควบคุมคุณภาพข้อมูล

- สุ่มเลือก 10% ของแฟ้มมาทำซ้ำโดยผู้ตรวจคนอื่น
- คำนวณ Kappa เพื่อประเมินความสอดคล้อง
- แก้ไขความคลาดเคลื่อนร่วมกัน

7. การสรุปค่า DMFT

- สำหรับแต่ละราย: $dmft = D + M + F$
- สรุปค่าเฉลี่ย (mean dmft) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
- แยกวิเคราะห์ตามช่วงอายุ เพศ และลักษณะความต้องการพิเศษ

8. นำเสนอและอภิปรายผลการวิเคราะห์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอน	ช่วงเวลา		
	ก.ย. 68	ต.ค. 68	พ.ย. 68
1. กำหนดวัตถุประสงค์และขอบเขต			
2. ออกแบบการศึกษาและกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง			
3. จัดทำและทบทวนระเบียบวิธี (protocol)			
4. เตรียมบุคลากรและอุปกรณ์			
5. การตรวจและบันทึกค่า DMFT จากแฟ้มประวัติอิเล็กทรอนิกส์และภาพถ่ายรังสี			
6. ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล			
7. การป้อนข้อมูลและจัดการฐานข้อมูล			
8. การวิเคราะห์ข้อมูล			
9. การตีความผลและจัดทำรายงาน			
10. การนำผลไปใช้และติดตามประเมินผล			

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์

1. ข้อมูลเชิงพรรณนา

1.1 กลุ่มตัวอย่าง

ในช่วงเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ.2568 มีผู้เข้ารับบริการที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษทั้งหมด 239 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยหญิง 109 ราย และผู้ป่วยชาย 130 ราย ได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมา 50 ราย โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

1.2 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

- เพศ: ผู้ป่วยชาย 25 ราย และผู้ป่วยหญิง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ทั้ง 2 กลุ่ม
- อายุ: อายุเฉลี่ย 59.06 ปี โดยอายุน้อยที่สุดคือ 16 ปี และอายุมากที่สุดคือ 91 ปี
- ลักษณะความต้องการพิเศษ: ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเปราะบาง 28 ราย และผู้มีความต้องการพิเศษ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 และ 44 ตามลำดับ
- ระดับการดูแล: สามารถดูแลช่องปากด้วยตัวเองได้ 30 ราย และต้องมีผู้ดูแล 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 และ 20 ตามลำดับ

1.3 ข้อมูลค่าดัชนี DMFT

- ค่าเฉลี่ย DMFT เท่ากับ 20.22
- ค่าน้อยสุดมีค่าเท่ากับ 1 และค่าสูงสุดมีค่าเท่ากับ 32
- ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.06

2. ข้อมูลเชิงสถิติ

2.1 การกระจายตัวของข้อมูล

จากการทดสอบข้อมูลด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนี DMFT และตัวแปรต่างๆ โดยสถิติ Pearson correlation ได้ผลดังนี้

- เพศ: ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนี DMFT
- อายุ: มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนี DMFT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยอายุมากขึ้นจะมีค่าดัชนี DMFT สูงขึ้น ($r = 0.487$)
- ลักษณะความต้องการพิเศษ: มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนี DMFT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเปราะบางมีค่าดัชนี DMFT สูงกว่าผู้มีความต้องการพิเศษ ($r = -0.377$)
- ระดับการดูแลตัวเองหรือมีผู้ดูแล: ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนี DMFT

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเชิงพรรณนาของกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุ และผู้มีความต้องการพิเศษ

		จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	SD	Min/ Max
เพศ	- หญิง (0)	25	50	-	-	-
	- ชาย (1)	25	50			
อายุ		-	-	59.06	24.35	16/ 91
ลักษณะความ	- ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเปราะบาง (0)	28	56	-	-	-
ต้องการพิเศษ	- ผู้มีความต้องการพิเศษ (1)	22	44			
ระดับการดูแล	- สามารถดูแลช่องปากด้วยตัวเองได้ (0)	30	60	-	-	-
	- ต้องมีผู้ดูแล (1)	20	40			
ค่า DMFT		-	-	22.02	9.06	1/ 32

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของค่าดัชนี DMFT กับปัจจัยเพศ อายุ ลักษณะความต้องการพิเศษ และระดับการดูแล ของกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ

		เพศ	อายุ	ลักษณะความ ต้องการพิเศษ	ระดับการดูแล
ค่า DMFT	Pearson correlation	-.105	.487	-.377	-.261
	sig. (2-tailed)	.469	.000	.007	.067
	N	50	50	50	50

บทที่ 5

สรุปผลการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิเคราะห์

ในช่วงเดือนมกราคมถึงกันยายน พ.ศ.2568 มีผู้เข้ารับบริการที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษทั้งหมด 239 ราย ซึ่งได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมาทั้งหมด 73 ราย โดยมีการออก 23 ราย เนื่องจากการข้อมูลไม่สมบูรณ์ ได้แก่ การตรวจซีฟันไม่ครบสมบูรณ์ ไม่มีการระบุระดับการดูแลตัวเองของผู้ป่วยหรือการมีผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปากให้ ประวัติการรักษาไม่ชัดเจนหรือขาดหาย และไม่มีภาพถ่ายรังสีที่สามารถมองเห็นฟันทุกซี่ในช่องปากได้ หรือภาพถ่ายรังสีไม่ชัดเจนบอกตำแหน่งฟันไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเดิมที่อยู่ระหว่างการรักษา หรือกลับมาตรวจสุขภาพช่องปากซ้ำ ไม่มีผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากภาควิชาอื่น

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ค่าดัชนี DMFT ซึ่งแสดงความชุกและสภาวะของโรคฟันผุ ไม่ได้แสดงถึงสภาวะของโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคปริทันต์ ซึ่งอาจเป็นอีกสาเหตุของการสูญเสียฟันในผู้ป่วยหลายราย อย่างไรก็ตาม โรคฟันผุถือเป็นโรคสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีสภาวะฟันผุหลายซี่จากโรคและยาประจำตัว หรือจากการดูแลสุขอนามัยช่องปากที่ยากเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ภาวะที่น่ากังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือปอดอักเสบจากการสำลัก (aspiration pneumonia) โรคฟันผุที่เกิดจากคราบจุลินทรีย์ จะเป็นแหล่งสะสมเชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งเมื่อสำลักลงสู่หลอดลมและปอดชั้นล่าง เกิดการติดเชื้อและอักเสบของเนื้อปอด โดยผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ต้องได้รับการช่วยเหลือ/ท่ช่วยหายใจ ยังมีความเสี่ยงสูงที่จะสำคัญของเหลวในช่องปากลงสู่ปอด เมื่อช่องปากมีความสะอาดไม่ดี ฟันผุหลายซี่ มีรากฟันผุหรือรอยโรคปริทันต์ เชื้อก่อโรคในช่องปากจะหนาแน่นและก่อโอกาสติดเชื้อปอดมากขึ้น จึงเป็นเหตุผลที่การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาค่าดัชนี DMFT เพื่อศึกษาสภาวะและความชุกของภาวะโรคฟันผุ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากการเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติอิเล็กทรอนิกส์ และการตรวจควบคู่กับภาพถ่ายรังสีเป็นหลัก ซึ่งต่างจากวิธีการบันทึกค่าดัชนี DMFT ตามปกติที่ใช้วิธีการตรวจในช่องปากและบันทึกค่า ณ เวลานั้นๆ จากผลการวิเคราะห์พบว่าค่าดัชนี DMFT เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 22.02 ซึ่งถือว่ามีความสูง (มากกว่า 20) เมื่อพิจารณาปัจจัยอายุกับค่า DMFT เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Pearson Correlation พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับค่า DMFT ที่มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ward และคณะในปี 2019 อย่างไรก็ตามการศึกษาด้วยการวัดค่า DMFT อาจไม่สามารถบอกสาเหตุของฟันผุ ฟันที่อุด หรือฟันที่ถูกถอนได้อย่างชัดเจน ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันอาจมาจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ฟันผุก็ได้ ทั้งนี้การตรวจสอบประวัติการรักษาในแฟ้มประวัติอิเล็กทรอนิกส์ย้อนหลังทำให้สามารถสืบประวัติและสาเหตุของการถอนฟันของผู้ป่วยบางรายได้ เช่น การถอนฟันโยกจากโรคปริทันต์อักเสบ การผ่าฟันคุด การถอนฟันคู่สบฟันคุด ซึ่งจะไม่ถูกบันทึกเป็นค่า M หรือฟันที่ถูกถอนในการเก็บข้อมูล

เมื่อพิจารณาตามลักษณะความต้องการพิเศษของผู้ป่วยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเปราะบาง มีสัดส่วนของค่า M หรือฟันที่ถูกถอนและค่า F หรือฟันที่อุดสูงกว่ากลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษ และเมื่อรวบรวมเป็นค่า DMFT พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเปราะบาง และกลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษมีค่าดัชนี DMFT เฉลี่ยเท่ากับ 28 และ 22 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วย Pearson Correlation พบว่าลักษณะความต้องการพิเศษของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับค่า DMFT ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเปราะบางมีความสัมพันธ์กับค่า DMFT ที่สูงมากกว่ากลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยเปราะบางจะเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า ในขณะที่กลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษจะมีอายุน้อยกว่า ดังนั้นความสัมพันธ์ของลักษณะความต้องการพิเศษและค่า DMFT อาจเป็นไปตามช่วงวัยของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากประวัติการรักษาแล้ว พบว่ามีผู้ป่วยบางรายในกลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษที่มีค่า DMFT เท่ากับ 32 มีปัจจัยที่ส่งผลต่อค่า DMFT ที่สำคัญคือการให้ความร่วมมือในการดูแลช่องปาก ซึ่งผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้านผู้ดูแล ทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก และการรักษาทางทันตกรรมก็ต้องทำภายใต้การดมยาสลบ นอกจากนี้การจัดกลุ่มผู้มีความต้องการพิเศษรวมกลุ่มโรคและภาวะหลายประเภทไว้ด้วยกัน อาจสะท้อนความเสี่ยงหรืออุปสรรคที่ต่างกันไม่ชัดเจนอีกด้วย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม และมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากโรค มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา หรือการทำความสะอาดช่องปาก

เมื่อพิจารณาระดับการดูแลตัวเองหรือการมีผู้ดูแลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะมีค่า DMFT น้อยกว่าผู้ป่วยที่ดูแลตัวเองได้ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์นี้มีค่าน้อยและไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.5$) ทำให้ยังไม่ยืนยันได้แน่ชัดว่า “การต้องมีผู้ดูแล” จะลดค่า DMFT ได้จริง ซึ่งจากการพิจารณาประวัติการรักษาแล้ว พบว่ามีผู้ป่วยบางรายสามารถแปร่งฟันด้วยตนเองได้ แต่ก็ยังต้องมีผู้ดูแลคอยแปร่งซ้ำให้อีกครั้ง นอกจากนี้ ระดับการดูแลตัวเองของผู้ป่วยไม่ได้สะท้อนเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยตลอดชีวิต เช่น ผู้ป่วยบางรายอาจจะเพิ่งมาให้ความสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อฟันถูกถอนไปหลายซี่แล้ว หรือการมีผู้ดูแลเองก็ไม่ได้สะท้อนถึงคุณภาพและความสามารถในการดูแลช่องปากได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลหลายคน หรือผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล ดังนั้นการพิจารณาภาวะโรคฟันผุกับปัจจัยระดับการดูแลตัวเองจึงจะต้องศึกษาและวิเคราะห์อย่างละเอียดต่อไป

แม้ว่าการวัดค่า DMFT จะเป็นการตรวจสอบสถานะและความชุกของโรคฟันผุ ไม่สามารถอธิบายสถานะของโรคอื่นๆได้ นอกจากนี้การศึกษารุ่นนี้ได้เป็นการนำเสนอให้เห็นความสัมพันธ์ของโรคฟันผุกับปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ ซึ่งจากผลการศึกษาจะได้นำไปสู่การวางแผนตรวจและบันทึกสุขภาพช่องปากในประเด็นอื่นๆ เพื่อเก็บเป็นข้อมูลและเป็นแบบแผนในการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย รวมไปถึงการพัฒนาระบบการให้บริการการรักษา ที่มุ่งเน้นการวางแผนโปรแกรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การป้องกันโรคฟันผุ การให้ทันตสุขศึกษาที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในอนาคต: ออกแบบศึกษาเชิงปัจจุบันหรือ cohort เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของค่า DMFT โดยมีการวัดซ้ำทุกๆ 6 เดือนหรือ 1 ปี
2. ออกแบบแผนผังตรวจฟัน (dental chart): ใช้เก็บข้อมูลฟันผุ การมีวัสดุบูรณะ โรคเหงือก โรคปริทันต์ ลักษณะสำคัญอื่นๆ พร้อมทั้งข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ปริมาณ/คุณภาพน้ำลาย ระดับพฤติกรรมและการให้ความร่วมมือ การดูแลอนามัยช่องปาก การมีบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลอนามัยช่องปาก ผนวกเข้ากับระบบฐานข้อมูลแฟ้มประวัติผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งสามารถใช้ติดตามการรักษา หรือนำข้อมูลไปใช้ในงานวิจัยได้ง่ายและสะดวกขึ้น
3. ใช้ภาพถ่ายรังสี bite-wing เพื่อประเมินรอยผุด้านประชิดให้ละเอียดขึ้น
4. แยกย่อยกลุ่มความต้องการพิเศษตามชนิดความพิการหรือความบกพร่อง เพื่อวางแผนการดูแลวิเคราะห์ความเสี่ยงเฉพาะกลุ่ม
5. พัฒนามาตรการเชิงรุก เช่น คลินิกเคลื่อนที่ ฝึกอบรมผู้ดูแล (caregiver) และโปรแกรมเคลือบฟลูออไรด์หรือเคลือบหลุมร่องฟัน หรือจัดโปรแกรมตรวจคัดกรองและป้องกันเชิงรุกให้กับกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะ
6. ใช้การติดตามค่า DMFT เป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (CQI) เพื่อปรับปรุงนโยบายและแนวทางการรักษาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

1. Petersen PE, et al. WHO Oral Health Surveys: Basic Methods. 5th ed. Geneva: WHO; 2013.
2. FDI World Dental Federation. Policy Statement: Special Care Dentistry. Int Dent J. 2017;67(Suppl 2):5–8.
3. International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001
4. International Association for Disability and Oral Health. Guidelines for Special Care Dentistry; 2017.
5. Dinakaran, Shiji & Gopinathan, Anupama. Root caries: A geriatric challenge. Dental and Medical Problems. 2017. 54. 403-408.
6. Sairi MN, et al. The Oral Health Status of Adults With Special Healthcare Needs: A Hospital-Based Study and Comparative Analysis With National Data. Cureus. 2025 Jul 26;17(7)
7. Ward LM, et al. Oral health of adults with intellectual disabilities: a systematic review. J Intellect Disabil Res. 2019 Nov;63(11):1359-1378.
8. Huang X, Kang L, Bi J. Epidemiology of oral health in older adults aged 65 or over: prevalence, risk factors and prevention. Aging Clin Exp Res. 2025 Jun 23;37(1):193.
9. Adachi N, Sugimoto K, Shinada K. Association between tooth loss and adherence to oral maintenance in a dental clinic: A retrospective study of more than 20 years. Int J Dent Hyg. 2024 Aug;22(3):596-603
10. Morjaria, C., Mannocci, F. & Cavalli, F. A retrospective, repeated, cross-sectional study assessing changes in the prevalence of apical periodontitis associated with the endodontic status and DMFT scores. Br Dent J (2025).



ประวัติผู้เขียน

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นาย ธิติศรรค์ ฤๅชา
2. ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr.Thitisan Luecha
3. ตำแหน่ง ทันตแพทย์ ปฏิบัติการ
4. สังกัด โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. โทรศัพท์ 0-4334-8312 โทรสาร 0-4320-2862
6. โทรศัพท์มือถือ : 089-421-8411 E-mail : thitlu@kku.ac.th
7. ประวัติการศึกษา
 - 7.1 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ทันตแพทยศาสตร์) 2562 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 7.2 ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต 2557 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8. ผลงาน
 - 8.1 ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี DMFT ในผู้ป่วยที่หน่วยทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 8.2 คู่มือการรักษาเนื้อเยื่อในโพรงฟันแท้แบบคงความมีชีวิตด้วยวิธีฟัลโฟโทมี โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



แบบคำขอรับรองรายงานผลการวิเคราะห์

ข้าพเจ้า ธิติสรณ์ ฤๅชา ตำแหน่ง ทันตแพทย์ ระดับปฏิบัติการ สังกัดโรงพยาบาลทันตกรรมคณะทันต
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ดำเนินการจัดทำรายงานผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี DMFT ในผู้ป่วยที่หน่วย
ทันตกรรมผู้สูงอายุและผู้มีความต้องการพิเศษโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามเอกสารที่แนบมา พร้อมนี้แล้ว ภายในงานได้ขอรับรองว่ารายงานผลการวิเคราะห์นี้
นำมาใช้ในการปฏิบัติงานแล้ว ตั้งแต่วันที่ 1 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ลงชื่อ.....

(นายธิติสรณ์ ฤๅชา)

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ ระดับปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....

(อ.ดร.ธีรพันธุ์ สอสกุล)

ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาลทันตกรรม