

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ
2. การเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ
3. ภาวะทันตสุขภาพช่องปาก
4. การดูแลความสะอาดช่องปาก
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า คนชราหรือผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหาว หน้าตาเหี่ยวย่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546, หน้า 347) ให้ความหมายคำว่าชราว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง ทั้งนี้ จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิสุนทรเป็นประธาน ได้กำหนดคำให้เรียกว่า ผู้สูงอายุ แทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้ง วัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์

สุรกุล เจนอบรม (2541, หน้า 6 - 7) ได้กำหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมิเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological going) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544, หน้า 10 - 11) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของ บาร์โรว์ และสมิธ (Barrow & Smith) ว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุ แต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงานเช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุ เมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุ อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอายุคือ ความจำเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้น ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคม

อื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60 - 65 ปีขึ้นไป

นอกจากนั้น ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ได้เสนอผลการศึกษาภาคสนามว่า การกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่าอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มีข้อพิจารณาอื่น ๆ ประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50 - 55 ปี แต่มีสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมหาว หลังกอง ก็เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่เริ่มแก่ และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจลง กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุ แต่พิจารณาตัดสินจากองค์ประกอบเช่น สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกล ๆ ไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

จากความหมาย ผู้สูงอายุ ที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ จากการกำหนดว่า บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2531, หน้า 27) (ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตะวันออก, 2543, หน้า 8) ได้เสนอข้อมูลขององค์การอนามัยโลก โดย อัลเฟรด เจ คาห์น (Professor Dr. Alfred J. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย มีการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี
3. คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

ยูริค และคนอื่น ๆ (Yuriek & others 1980, หน้า 31 อ้างถึงใน ภาวิณี วรประดิษฐ, 2552) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - Old) มีอายุ 60 - 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป พบว่าอายุขัยเฉลี่ยเพศหญิง 75 ปี เพศชาย 68 ปี และได้แบ่งช่วงผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี)
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัย (70 - 79 ปี)
3. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

จากข้อมูลการจัดเกณฑ์ช่วงอายุของผู้สูงอายุที่นักวิชาการ องค์การ หน่วยงาน กำหนดไว้ นั้น สรุปได้ว่าการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยกำหนดใช้การแบ่งช่วงอายุ แบบของประเทศไทย ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้คือ ช่วงอายุตั้งแต่ 60 - 69 ปี (ภาวิณี วรประดิษฐ, 2552)

ลักษณะความชรา มี 2 ลักษณะ

1. ความชราแบบปฐมภูมิ (Primary aging) เป็นความชราตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับทุกคน
2. ความชราแบบทุติยภูมิ (Secondary aging) เป็นความชราที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เกิดจากการละเลยไม่รักษาตนเอง ใช้อวัยวะทำงานหนัก หรืออาจเกิดจากการมีโรคภัยไข้เจ็บ (ละเอียดย แจ่มจันทร์ และสุรีย์ ชันธรักษวงศ์, 2549)

ทฤษฎีความสูงอายุ ความสูงอายุ ความชราหรือความแก่ เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับสิ่งมีชีวิตทุกชนิดอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นักทฤษฎีหลายคนได้พยายามที่จะอธิบายในเรื่องปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อนุคคลเข้าสู่วัยชรา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของความสูงอายุนี้จะแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ทำให้สาเหตุของความชราแตกต่างกันไป มีกระบวนการ การเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสูงอายุต่าง ๆ กัน ไม่สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้น แต่ต้องอาศัยหลาย ๆ ทฤษฎีมาประกอบกัน ทฤษฎีความสูงอายุ ประกอบด้วย

1. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories of aging) ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายความชราทางชีววิทยา ซึ่งเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพที่เกิดขึ้นภายในร่างกายของสิ่งมีชีวิตทุกชนิด เมื่อเข้าสู่วัยชรากระบวนการเปลี่ยนแปลงของความชราที่เกิดขึ้นมักจะสัมพันธ์กับอายุของสิ่งมีชีวิต ซึ่งอธิบายในเรื่องของผลกระทบของความชราที่ทำให้ระบบการทำงานที่ของอวัยวะในร่างกายทำงานได้ลดลง จนกระทั่งไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเหมือนในวัยเด็กหรือวัยหนุ่มสาว ซึ่งทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ได้แก่

1.1 ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theory) การศึกษาหลายทฤษฎีที่พบ ได้แก่

1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theory) กล่าวคือ อายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุขัยไม่เท่ากัน ทั้งนี้ถูกกำหนดขึ้นโดยรหัสพันธุกรรม เช่น แมลงหวี่ มีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 1 วัน หนู 2-3 ปี สุนัข 12 ปี ม้า 25 ปี และมนุษย์ 70 ปี สำหรับผู้หญิงจะมีอายุขัยยืนกว่าผู้ชายโดยเฉลี่ยประมาณ 8 ปี

ลักษณะทางเพศถูกกำหนดขึ้นโดยเพศชายจะมีโครโมโซม xy ส่วนเพศหญิงมีโครโมโซม xx และเนื่องจากเพศหญิงมีโครมาติน x มากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีอายุยืนกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวใดที่มีบรรพบุรุษที่มีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมียุขัยยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลให้รหัสพันธุกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัย เปลี่ยนไปได้เช่นกัน

1.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular genetic theory) ยีน (Gene) เป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม เรียงตัวอยู่บน โครโมโซม ยีนจำเพาะคู่หนึ่งซึ่งหน่วยหนึ่งมาจากพ่อและอีกหน่วยหนึ่งมาจากแม่ เป็นตัวกำหนดลักษณะหนึ่ง ๆ ของคน ส่วนประกอบทางเคมีของยีน คือ DNA (Deoxyribo nucleic acid) เป็นโพลีนิวคลีโอไทด์ (Polynucleotide) เป็นเกลียวคู่ ประกอบด้วยส่วนที่เป็นแกนกลาง คือ น้ำตาล ดีออกซีไรโบส (Deoxybose) กับกลุ่มฟอสเฟต และเบสของ DNA คือ พิวรีน (Purine) และไพริมิดีน (Pyrimidine) แขนทางด้านข้างพิวรีนของ DNA คือ อดีนีน (Adanine, A) หรือ กัวนีน (Guanine, G) และไพริมิดีน ของ DNA คือ ไทมีน (Thymine, T) หรือไซโตซีน (Cytosine, C) การจับคู่ของเบสจะเป็นการจับอย่างจำเพาะเจาะจง คือ อะดีนีนจับกับไทมีนด้วย Hydrogen bond 2 bond และกัวนีนจับกับไซโตซีนด้วย Hydrogen bond 3 bond

ยีนควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม โดยควบคุมการสร้างเอนไซม์ โดยการควบคุมการสร้างโปรตีน เนื่องจากเอนไซม์ทุกตัวมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ยีนหนึ่งควบคุมลักษณะของโพลีเปปไทด์หนึ่งชนิด (One gene-one polypeptide) ส่วนประกอบนี้จะทำหน้าที่เป็นรหัสพันธุกรรม (Genetic code) ฉะนั้น ถ้าโมเลกุลของ DNA ถูกทำลายไปจะทำให้สารประกอบอยู่ติดตำแหน่งไปได้ ยีนก็就会有ความผิดปกติ เอนไซม์ที่สร้างโดยการควบคุมของยีนที่ผิดปกติอาจจะมีน้อยหรือไม่ทำหน้าที่ก็ได้ มีผลให้ปฏิกิริยาในร่างกายต้องอาศัยเอนไซม์ตัวนี้มาเกี่ยวข้องก็จะเกิดขึ้นได้น้อย หรือเกิดไม่ได้เลย การทำหน้าที่ของเซลล์ก็จะเสียไป และในที่สุดก็就会有ความผิดปกติ และตายได้

1.1.3 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic mutation theory) เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA เป็นตัวเร่งให้แก่เร็วขึ้น รังสีจะทำให้โครโมโซมผิดปกติและมีจำนวนมากขึ้น จากการทดลองในหนูพบว่า หนูที่ไม่ได้รับรังสีก็จะเจริญเติบโต ตามปกติ และมีอายุขัยยาวนานกว่าเกือบ 1 เท่า รังสีทำให้เซลล์ชนิดที่สามารถแบ่งตัวได้เกิดการผ่าเหล่าขึ้น เมื่อมีการผ่าเหล่าสะสมเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่เสียหายของยีน และโครโมโซม จะทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตโปรตีนได้ เซลล์จะตาย (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2531) เช่น เซลล์ของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเซลล์เยื่อบุของลำไส้และผิวหนัง การผ่าเหล่าจะพบได้ภายหลังที่มีการแบ่งเซลล์ในรุ่นต่อไป เนื่องจากมีความผิดพลาดในการจำลอง ส่วนเซลล์ชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อลายที่มีการผ่าเหล่าจะพบได้น้อยมากสุด ส่วนสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ถ้าไม่ได้รับรังสีเลย จำนวนเซลล์ที่มีการผ่าเหล่าจะพบได้น้อยมาก เซลล์ที่ได้รับรังสีจะมีการทำลายของ DNA ซึ่งภายในเซลล์จะมีกลไกในการซ่อมแซมด้วยแต่จะช้ากว่าการทำลาย ทำให้เซลล์ตายในที่สุด

1.1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory of aging) ภายในนิวเคลียสของเซลล์มีรหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นโครงสร้างของโมเลกุลของ DNA รหัสพันธุกรรมจะถูกคัดลอก และแปลอีกหลายขั้นตอนจึงจะได้โมเลกุลของโปรตีนหรือเอนไซม์ตัวสุดท้าย โปรตีนที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วยกรดอะมิโน ซึ่งจะมีการสร้างบนไรโบโซม (Ribosome) รหัสพันธุกรรมจาก DNA ที่จะถ่ายทอดไปยังไรโบโซมจะต้องอาศัยโมเลกุลของ DNA (Dibonucleic acid) ที่เรียกว่า m-RNA (Messenger RNA) ฉะนั้น ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนของการถ่ายทอดข้อความในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอนไซม์ จะทำให้มีการจำลองโปรตีนหรือเอนไซม์ ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติผิดไปจากเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ดั้งเดิมได้ เป็นเหตุให้เซลล์ตายให้เซลล์ตายในที่สุด นอกจากนี้พบว่า เอนไซม์ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ได้น้อยลง เมื่ออายุมากขึ้น ในขณะที่เอนไซม์บางชนิดจะทำหน้าที่ได้มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะเกิดได้มาก ในวัยหนุ่มสาวอัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต่อมาเซลล์ก็จะตาย ความสูงอายุเกิดจากการสะสมความผิดพลาด หรือความบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ ซึ่งเกิดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางชีวเคมีของการสร้างโปรตีนในเซลล์ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในวัยหนุ่มสาว ต่อมาเมื่อสูงอายุมากขึ้นอัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ถ้าความผิดพลาดสะสมถึงระดับหนึ่ง เซลล์หรือเนื้อเยื่อจะค่อย ๆ เสื่อมสภาพและตาย หรือเซลล์อาจไม่ตายแต่การทำหน้าที่อาจจะหยุดชะงักทำให้เสียสมดุลการควบคุมของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์สำคัญ เช่น เซลล์สมอง เป็นต้น

1.1.5 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) ความสูงอายุมีการปรับตัวตาม
วิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต โดยจะมีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้าเป็นช่วงชีวิตหนึ่งของการเจริญและแพร่พันธุ์ของระยะเวลามีชีวิตจะสั้นลงเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

1.1.6 ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory) ความสูงอายุถูกกำหนดไว้
โดยรหัสที่อยู่ในยีนกำหนดให้เซลล์ต่าง ๆ หรือระบบแก่งเมื่อถึงเวลาที่กำหนดให้ สำหรับมนุษย์ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 85 - 90 ปี กระบวนการของความสูงอายุประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนาและเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุด เป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกำหนดไว้แล้ว

1.2 ทฤษฎีความสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic cellular theory)
ทฤษฎีนี้เกี่ยวกับระยะเวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของเซลล์ ซึ่งแบ่งออกได้อีกหลายทฤษฎี คือ

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบ
สิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานมาก ๆ ก็เกิดความผิดปกติขึ้น แต่มนุษย์และเครื่องจักรจะแตกต่างกันเพราะมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้โดยกระบวนการสร้างใหม่เพื่อทดแทน เช่น เซลล์ของผิวหนัง เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เป็นต้น แต่มีเซลล์บางชนิดไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์ประสาท เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ก็จะเสื่อมลงและตาย ทำให้การทำงานของอวัยวะเหล่านี้ลดลง

1.2.2 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) ความสูงอายุของเซลล์เกิดจากการ
คั่งค้างของของเสีย สะสมในเซลล์เป็นระยะเวลานาน ทำให้เซลล์เปลี่ยนแปลงรูปร่างและเสียปฏิกิริยาทางเคมี ในการสร้างพลังงานและเซลล์อาจตายได้ การสะสมของเสียจากการเผาผลาญอาจจัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเซลล์ที่ไม่มีการแบ่งตัวได้อีก จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเอง เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาทสมอง ไขสันหลัง และเซลล์ของไต

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมที่เป็นอันตรายต่อเซลล์สารนี้มีสีดำ เรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) สารไลโปฟัสซินนี้ คือ รังควัตถุไขมัน (Fatty pigment) หรือ รังควัตถุชรา (Age pigment) สามารถตรวจพบได้โดยใช้ Fluorcent microscope เท่านั้น เชื่อว่าสารนี้



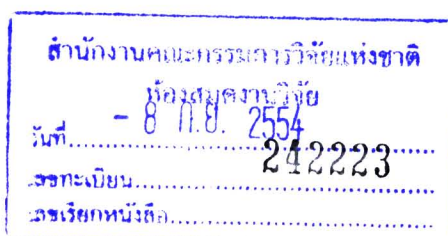
เป็นผลผลิตได้มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมัน ในขบวนการที่มีการใช้ออกซิเจนมากเกินไป (Peroxidation) ของผนังเซลล์ และเป็นของเสียในกระบวนการเมตาบอลิซึม มีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำ พบว่าไลโปพัสซินจะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พบได้มากในเนื้อเยื่อของตับ รังไข่ เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจและสุดท้ายจะพบได้ที่ผิวหนัง อัตราการสะสมจะไม่เท่ากันขึ้นกับเนื้อเยื่อของแต่ละชนิด

นอกจากนี้พบว่าจำนวนของ RNA ในเซลล์ประสาทจะลดลงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเพิ่มของไลโปพัสซิน ไลโปพัสซินที่อยู่ในไซโตพลาสมาของเซลล์จะทำให้กอลจิบอดี และไมโทคอนเดรียไม่ทำงาน โดยปกติกอลจิบอดีจะทำหน้าที่ขนส่งสารออกจากเซลล์ ส่วนไมโทคอนเดรียทำหน้าที่สร้างพลังงานและเอนไซม์เพื่อนำไปใช้ในการขบวนการต่าง ๆ ของเซลล์ เมื่อร่างกายมีไลโปพัสซินมากขึ้น ก็จะมีผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ และทำให้คุณสมบัติในการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงและเปลี่ยนแปลงไป

จากการศึกษาพบว่า ไวตามินอีและซีลีเนียม (Selenium) สามารถทำให้ลูกโซ่ของไลโปพัสซินแตกจากกันได้ ชัยยั้งการทำลายไขมันที่เป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ (Fatty membrane) และป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเซลล์ด้วย จากการทดลองในสัตว์พบว่าถ้าเพิ่มไวตามินอีในอาหารจะสามารถลดการสร้างไลโปพัสซินได้

1.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) Harman เป็นผู้เสนอทฤษฎีนี้ เชื่อว่าความสูงอายุเกิดจากร่างกายมีการสะสมของอนุมูลอิสระมากขึ้นจนเกิดเป็นสารหรือโมเลกุลที่มีฤทธิ์ทำลาย อนุมูลอิสระอาจเกิดจากการ Metabolism ของร่างกายเอง หรือจากการรับเข้าจากภายนอกก็ตาม แล้วไปทำปฏิกิริยากับไขมันที่ไม่อิ่มตัวในเซลล์ ได้แก่ ไมโทคอนเดรีย ไลโซโซม และเยื่อหุ้มนิวเคลียส ทำให้มีการใช้ออกซิเจนมากขึ้นเกิดเป็นอนุมูลอิสระมากขึ้น ก่อให้เกิดการยับยั้งการทำปฏิกิริยากับสารอื่น ๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เช่น เมื่อไมโทคอนเดรียทำปฏิกิริยากับอนุมูลอิสระ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เยื่อหุ้มเซลล์ถูกทำลายทำให้เพิ่มปริมาณน้ำเข้าสู่เซลล์มากขึ้น ระบบสมดุลของน้ำในเซลล์เสียไป ในที่สุดส่งผลทำให้เซลล์ตายได้

ในปกติร่างกายจะมีกลไกการกำจัดของเสีย หรือสารที่ร่างกายไม่ต้องการ รวมทั้งซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายตลอดเวลา แต่เชื่อว่าการสะสมของอนุมูลอิสระเกิดขึ้นรวดเร็วกว่าการซ่อมแซม การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของวิตามิน C และ E ซึ่งเป็นสาร Antioxidant จะมีส่วนช่วยยับยั้งการทำงานหรือการสร้างอนุมูลอิสระได้



1.2.4 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความสูงอายุเกิดขึ้นจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีนส่วนใหญ่จะพบการเชื่อมตามขวางมากที่สุด ในอิตาลีและคอลลาเจน ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในร่างกายของสิ่งมีชีวิต ที่เป็นส่วนประกอบของโครงสร้างร่างกาย ช่วยพยุงและให้ความแข็งแรงเนื้อเยื่อเหล่านี้ จะพบมากในผิวหนัง เอ็น กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือดหัวใจ

อัตราของการเชื่อมตามขวางจะเป็นมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น แต่จะเกิดเร็วในช่วงอายุ 30-50 ปีขึ้นไป นอกจากนั้นยังมีปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมหลายประเภทที่ทำให้มีการเพิ่มอัตราการเชื่อมตามขวาง ได้แก่ สารประกอบอัลดีไฮด์ ทองแดง แมกนีเซียม และ Oxidizing fat ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเยื่อคอลลาเจนและอิตาลีจะมีการเชื่อมตามขวางมากขึ้น ทำให้สูญเสียความยืดหยุ่น มีลักษณะแข็ง แดงและฉีกขาดง่ายขึ้น ก่อให้เกิดผลต่อการซึมผ่านของสารที่เยื่อหุ้ม ทำให้การแพร่และการดูดซึมของก๊าซ สารอาหาร แอนติบอดี ท็อกซิน ตลอดจนเมตาโบไลต์ต่าง ๆ ผ่านผนังหลอดเลือดลดลง เอ็นจะแข็งและแห้ง ผิวหนังแห้งเหี่ยว ฟันหลุดร่วง กล้ามเนื้อเสียความยืดหยุ่น ผนังหลอดเลือดมีแรงดึงดูดลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหลอดเลือด และอวัยวะต่างๆ มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

1.2.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัว (Stress and adaptation theory) ปฏิกริยาของร่างกายต่อความเครียด จะมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์ และทำให้เซลล์ตายได้ ภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้เกิดความสูงอายุได้เร็ว

1.3 ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา (Physiological theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความมีอายุเป็นผลมาจากความล้มเหลวของการทำงานต่าง ๆ ภายในร่างกาย และความบกพร่องของกลไกในการควบคุมทางสรีรวิทยา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1.3.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) ระบบภูมิคุ้มกันประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ หลายส่วน ทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจุลินทรีย์ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและเซลล์แปลกปลอม ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายของตนเอง เช่น การติดเชื้อ เซลล์มะเร็ง กลไกในการป้องกันมี 2 วิธี คือ

1. การสร้างแอนติบอดี เพื่อทำลายจุลินทรีย์ และโปรตีนที่แปลกปลอม
 2. การสร้างเซลล์ชนิดหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ในการกินและย่อยเซลล์หรือสิ่งแปลกปลอม
- ระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญ คือ

1. การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยผ่านเซลล์ (Cell-mediated immune response = CMR) เซลล์ที่ทำหน้าที่นี้ ได้แก่ ที-ลิมโฟไซต์ (T-Lymphocyte)

2. การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยการใช้สารน้ำ (Humoral immune response) หมายถึง แอนติบอดี (Antibody) เซลล์ที่รับผิดชอบ คือ บี-ลิมโฟไซต์ (B-Lymphocyte) และเซลล์ของพลาสมา (Plasma cell) นอกจากนี้ยังมีสารน้ำอื่น ๆ มาร่วมการทำงานด้วย ทั้ง ที-ลิมโฟไซต์ และบี-ลิมโฟไซต์ นี้ผลิตจากไขกระดูกที่อยู่ในกระดูกสันหลัง เมื่อมีเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย บี-ลิมโฟไซต์ จะเปลี่ยนพลาสมา และทำหน้าที่เป็นแอนติบอดี ซึ่งสามารถมีปฏิกิริยากับสิ่งแปลกปลอมหรือแอนติเจนได้ โดยปกติ ที-ลิมโฟไซต์จะซับซ้อนมากขึ้น บางส่วนจะช่วย บี-ลิมโฟไซต์ในการสังเคราะห์แอนติบอดี บางส่วนจะกดการสังเคราะห์แอนติบอดี นอกจากนี้ยังทำหน้าที่จับเนื้อเยื่ออื่น ๆ และป้องกันการสร้างเนื้องอก

เมื่ออายุมากขึ้นพบว่าการทำงานที่ ที-ลิมโฟไซต์ จะไม่แน่นอน หน้าที่ของเซลล์มักจะลดลงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมาก มีผลทำให้กลไกการป้องกันตนเองลดลงด้วย จากสัตว์ทดลองพบว่าระบบของภูมิคุ้มกันในสัตว์ที่มีอายุมากจะมีน้อยกว่าสัตว์ที่อายุน้อย และระบบภูมิคุ้มกันยังเสื่อมสมรรถภาพในการจำโครงสร้างของโมเลกุลหรือเซลล์ที่อยู่ในร่างกายด้วย ทำให้แอนติบอดีมีปฏิกิริยากับเซลล์ของร่างกายตนเอง (Autoimmune antibody) ในเลือดสูงทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune disease) เช่น โรคโลหิตจางบางชนิด ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคหัวใจรูมาติก หลอดเลือดแข็งเนื่องจากมีสารไขมันอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ นอกจากนี้ความสามารถในการจำเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปเสื่อมลง เช่น เซลล์มะเร็ง ในปัจจุบันพบว่าโรคมะเร็งในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกันก็ได้ การสูงอายุเพิ่มมากขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกันก็ได้

1.4 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory)

โดยปกติการทำงานของระบบสมอง ประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อจะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แต่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย เช่น

1.4.1 ต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะต่อมใต้สมองส่วนหน้า จะเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็ว ฮอร์โมนต่ำ ซึ่งเป็นผลให้สูงอายุเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขนบวิเคราะห้เร็ว และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเสื่อมและเล็กลง

1.4.2 ต่อมไทรอยด์ จะมีขนาดเล็กลงหลังอายุ 50 ปีขึ้นไป

1.4.3 ตับอ่อน จะผลิตอินซูลินได้น้อยลง เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

2. ทฤษฎีความสูงอายูเชิงจิตสังคม (Psychosocial theories of aging) ทฤษฎีความสูงอายูเชิงจิตสังคม จะอธิบายในเรื่องของบทบาทและสัมพันธภาพของบุคคลในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นใน

สังคม ซึ่งทฤษฎีนี้จะมีความเกี่ยวข้องกับการปรับบทบาทและหน้าที่ในสังคม ตำแหน่งหน้าที่การทำงาน เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเหล่านี้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคลิกภาพ สถานภาพ โครงสร้างของครอบครัวและการมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.1 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้ตั้งขึ้น โดย

Cumming และ Henry เชื่อว่าบุคคลเมื่อถึงวัยสูงอายุจะสามารถยอมรับในบทบาทและหน้าที่ของตน ที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีลักษณะแยกตัวออกจากสังคมทีละน้อย หรือต้องการปล่อยวางเป็นอิสระ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสัมพันธภาพของผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้างมีน้อยลง เช่น การเกษียณอายุ การทำงาน ทำให้การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนร่วมงานมีน้อยลง หรือการแยกครอบครัวของบุตรหลาน ทำให้หมดสภาพของการเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีการแยกตัวออกจากสังคม จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุ มีความสุขและพึงพอใจ เพราะว่าได้รับอิสระมากขึ้น ไม่ต้องอยู่ในระเบียบกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในสังคม แต่ก็มีการศึกษาว่าเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุอาจรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง ทำให้มีการถอนตัวออกจากการทำกิจกรรมในสังคมได้ ฉะนั้น ถ้าสังคมและบุคคลรอบข้างของผู้สูงอายุยอมรับ เปิดโอกาสและเคารพในตัวผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น และทำให้พวกเขารู้สึกว่ายังมีคุณค่ากับสังคม และบุคคลรอบข้างต่อไป

2.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity theory) Havighurst อธิบายว่า การที่ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จได้ (Successful aging) ผู้สูงอายุต้องมีการทำกิจกรรมอยู่เสมอ ไม่ถอนตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะมีความสุขในชีวิต ถ้ายังคงมีกิจกรรมในสังคม ซึ่งการทำกิจกรรมจะช่วยส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีทัศนคติที่ดี ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ อย่างไรก็ตามในการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ ควรจะเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน

2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เสนอ โดย Neugarten อธิบายว่า ผู้สูงอายุอาจมีความสุขในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีมาในอดีตที่แต่ละคนเคยปฏิบัติมาก่อน และบุคลิกภาพเป็นผลมาจากความพึงพอใจในชีวิตต่อการมีบทบาทในกิจกรรมนั้น ๆ ในบางครั้งทฤษฎีนี้ถูกเรียกว่า ทฤษฎีพัฒนาการ (Developmental theory) หรือทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) เพราะว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่ละคนจะพยายามคงความต่อเนื่องในเรื่องของนิสัย ความชอบ ความเชื่อ ค่านิยมและปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อบุคลิกภาพของเขาในวัยต้น ๆ ของชีวิต ฉะนั้นบุคคลรอบข้างควรเข้าใจถึงพฤติกรรมความต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากบุคลิกภาพส่วนตัวว่าพฤติกรรมพวกเขามีมา

ตั้งแต่วัยหนุ่มสาว และควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจที่จะเลือก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและไม่ขัดแย้งต่อความรู้สึกภายในของผู้สูงอายุ

2.4 ทฤษฎีอีริกสัน (Erikson's Epigenetic theory) อีริกสัน ได้แบ่งพัฒนาการทางบุคลิกภาพของชีวิต โดยเน้นความแตกต่างของความ สัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุของคนเรากับความต้องการด้านเจตคติและทักษะ และความต้องการด้านจิตใจไว้เป็น 8 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะแรกเกิดถึง 1 ปี เป็นลักษณะของความเชื่อถือไว้วางใจ กับไม่มี ความเชื่อถือไว้วางใจ

ระยะที่ 2 ระยะ 2 - 3 ปี เป็นลักษณะของความอิสระกับความละอาย ความสงสัย ไม่แน่ใจ

ระยะที่ 3 ระยะ 3 - 5 ปี เป็นลักษณะของความคิตรีเริ่มกับความรู้สึกลึก

ระยะที่ 4 ระยะ 6 ปี เป็นลักษณะของความขยันหมั่นเพียรกับความรู้สึกลึก

ระยะที่ 5 ระยะวัยรุ่น เป็นลักษณะของการทำงานเข้าใจรู้จักตนเองได้ กับความสับสน ไม่เข้าใจตนเอง

ระยะที่ 6 ระยะเริ่มเป็นผู้ใหญ่ เป็นลักษณะของความใกล้ชิดสนิทสนมและความเป็น ปึกแผ่นกับความโดดเดี่ยวอ้างว้าง

ระยะที่ 7 ระยะผู้ใหญ่และผู้ใหญ่มiddle-aged เป็นลักษณะของการให้กำเนิดและเลี้ยงดู บุตรกับการหมกมุ่นใฝ่ใจแต่ตนเอง

ระยะที่ 8 ระยะวัยชรา เป็นลักษณะของความมั่นคงสมบูรณ์ กับความหมดหวัง ทอดอาลัย

ในช่วงวัยระยะที่ 7 และ 8 เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล ระยะที่ 7 อยู่ ในช่วงอายุ 25 - 65 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่าง ๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าในช่วงวัยนี้ประสบความสำเร็จ จะส่งผลให้มีความมั่นคงมีความภาคภูมิใจในตนเอง และสืบทอดต่อไปยังรุ่นลูกหลาน อีริกสันเรียกกลุ่มนี้ว่า “Generativity” แต่ถ้าในช่วงวัยระยะที่ 7 ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเหงาหงอย ขาดความกระตือรือร้น กลุ่มนี้เรียกว่า “Stagnation”

2.5 ทฤษฎีของเพค (Peck's theory) โรเบิร์ต เพค ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อยู่ในช่วงอายุ 55 - 75 ปี และวัยปลายอยู่ในช่วง 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้จะมี ความแตกต่างทั้งด้านกายภาพ และจิตสังคม ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการ คือ

2.5.1 ความรู้สึกของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับงานที่มีทำอยู่ ผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นว่าตนเองมีคุณค่า แต่เมื่อเกษียณอายุแล้วความรู้สึกนี้จะลดลง ฉะนั้นบางคนจะสร้างความพึงพอใจต่อไปโดยการหางานอื่นทำแทน เช่น ปลูกต้นไม้

2.5.2 ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่ออายุมากขึ้น สมรรถภาพของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ร่างกายมีความแข็งแรงลดลง ชีวิตจะมีความสุข ถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้

2.5.3 ผู้สูงอายุยอมรับว่าร่างกายต้องเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ยอมรับเรื่องความตายโดยไม่รู้สึกกลัว

2.6 ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's theory) Maslow ได้อธิบายทฤษฎีว่าแต่ละบุคคลจะมีลำดับขั้นความต้องการไม่เหมือนกัน การพยายามทำให้ได้มาซึ่งความต้องการจะเป็นแรงจูงใจทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่ง Maslow ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการทางร่างกาย ความปลอดภัย ความรัก การมีคุณค่าในตนเองและการยอมรับจากผู้อื่น ตามลำดับขั้น เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับหนึ่ง เขาจะพยายามที่จะแสวงหาความต้องการในระดับที่สูงขึ้น ฉะนั้นเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น ความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนองแล้ว ผู้สูงอายุจึงต้องการที่จะเป็นผู้ที่มีอำนาจใจตนเอง มีความอิสระ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง และเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป

2.7 ทฤษฎีของจุง (Jung's theory of individualism) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลเมื่อเข้าวัยกลางคน มักจะเริ่มตามตัวเองเกี่ยวกับคุณค่า ความเชื่อของตนเอง หรือความฝันต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้ทำ ซึ่งจะเป็นช่วงที่บุคคลจะค้นหาเป้าหมายในชีวิตของตนเอง เขามักจะถามว่าอะไรที่เขาารู้สึกว่าอยากจะทำแต่ยังไม่ได้ทำ และมักพยายามค้นหาคำตอบนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสามารถยอมรับในการกระทำที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นความสำเร็จหรือข้อบกพร่อง ที่เกิดขึ้นกับเขาในอดีต

2.8 ทฤษฎีของบุเลอร์ (Course of human life theory) Buhler ได้อธิบายเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุว่า แต่ละคนจะมีเป้าหมายในชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งทุกคนจะใช้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ที่ดีที่เขาสามารถบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ หรือประสบการณ์ที่ผิดพลาดหรือล้มเหลว เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขปัจจุบัน โดยผ่านกระบวนการทบทวนชีวิต เรียกว่า "Life review process" ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุทบทวนถึงช่วงวัยต่าง ๆ ในชีวิต ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและนำประสบการณ์ต่าง ๆ มาปรับปรุงหรือคงไว้ เพื่อที่จะทำให้พวกเขาบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้

สรุป

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีความสูงอายุนั้นอาจสรุปได้เป็นทฤษฎีการถูกกำหนด (Programmed change theories) คือ การเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงชีวิตได้ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าในยีน และทฤษฎีการถูกทำลาย (Random damage, Unprogrammed theories) คือ ส่วนของร่างกายค่อย ๆ ถูกทำลายจากสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามยังไม่มีทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายความสูงอายุได้ครอบคลุมทั้งหมด ความสูงอายุเป็นหลาย ๆ กระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ความรู้จากศาสตร์เพียงสาขาหนึ่งไม่อาจอธิบายกระบวนการสูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ รวมทั้งกระบวนการสูงอายุมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยภายในและภายนอกของร่างกายด้วย (บุญศรี นุเกตุ และปาลีรัตน์ พรทวีกันทา, 2548)

การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลมาจากอายุที่เห็นได้ชัด ได้แก่

1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Biological change) เมื่ออายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ในระดับเซลล์ ความสามารถในการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง

1.1 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ฝ่อลีบ ไม่แข็งแรง ไม่สามารถพุงข้อไว้ได้ ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง ร่วมกับความไวของการตอบสนองของเซลล์ประสาทลดลง อวัยวะเกี่ยวกับการทรงตัวในหูชั้นในเสื่อมไป ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะเปลี่ยนอิริยาบถ เคลื่อนไหว หรือตอบโต้เมื่อจำเป็นต้องใช้ความเร็ว มากกว่าปกติได้ จึงมีการเสี่ยงที่จะเสียการทรงตัว พลัดหกล้มง่าย และเมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้ว มักจะเกิดความผิดปกติที่รุนแรง และภาวะทุพพลภาพได้

1.2 ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ เช่น

1.2.1 สายตามีปัญหาการมองเห็นชัด จากสายตาวาว ต้อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้การกรอกตาตาม การมองภาพเคลื่อนไหวไม่ชัด

1.2.2 การได้ยินมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากประสาทรับเสียงในหูชั้นในเสื่อมจากอายุที่มากขึ้น

1.2.3 การรับรส และกลิ่น มีแนวโน้มลดลง ลิ้นรับรสได้น้อยลง โดยเฉพาะรสหวาน ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มรับประทานอาหารหวานมากขึ้น

1.3 ผิวหนังและเยื่อต่าง ๆ รวมทั้งเยื่อช่องปาก มีความยืดหยุ่นลดลง ปริมาณไขมันใต้ผิวหนังลดลง เกิดการเหี่ยวย่นบางลง บาดเจ็บ และเกิดรอยแผลได้ง่าย

1.4 ระบบหายใจ และไหลเวียนโลหิต หลอดเลือดที่แข็งตัวจากการเสื่อมตามวัย เป็นสาเหตุหนึ่งของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าเป็นมากอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจ สมองไม่พอ เกิดอาการใจสั่น เจ็บหน้าอกได้ หน้ามืดเป็นลมได้

1.5 ระบบการบดเคี้ยว และการเปลี่ยนแปลงในช่องปาก (รายละเอียดในบทภาวะทันตสุขภาพช่องปาก)

1.6 ระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่าย ต่อม้ำลายที่ขับน้ำลายน้อยลง น้ำย่อยในกระเพาะที่ลดลง ทำให้การกลืน และการย่อยอาหารทำได้ไม่ดี การดูดซึมน้อยลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ลดลง ทำให้ท้องอืด หรือท้องผูกเพิ่มขึ้น การรับประทานที่มีกากใย ร่วมกับการมีระบบการบดเคี้ยวที่ดี จะช่วยการทำงานของกระเพาะลำไส้ ให้ร่างกายนำสารอาหารไปใช้งานง่ายขึ้น ขับถ่ายดีขึ้น

1.7 ระบบการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย มีอัตราลดลง (Basal metabolic rate) การใช้พลังงานของร่างกายลดลง เกิดภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนง่าย

1.8 ระบบอื่น ๆ เช่น ระบบต่อมไขมัน มีการผลิตฮอร์โมนลดลง เช่น ด้บอ่อน ผลิตอินซูลินน้อยลง อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานง่ายกว่าวัยอื่น ระบบการตอบสนองต่อการอักเสบของระบบภูมิคุ้มกันที่เสื่อมไป ตามอายุที่มากขึ้น จนเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งทางร่างกาย และช่องปากในผู้สูงอายุ (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระหน้าที่ และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบเพราะ สังคมมักจะประเมินว่าความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุ มิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541, หน้า 37-38) ได้นำเสนอข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เซลล์ในร่างกายมนุษย์มีการเจริญและเสื่อมโทรมตลอดเวลา โดยในผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อมโทรมมากกว่าการเจริญ ทั้งนี้ การเสื่อมโทรมทางจิตจะทำให้มีความรู้สึกลัว โดดเดี่ยว อ้างว้าง

2. ระบบหายใจ เสื่อมสภาพลงเพราะ อวัยวะในการหายใจเข้า-ออกลดความสามารถในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแตกเปลี่ยนแก้สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง

3. ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้การสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และ แรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4. สถิติปัญญาของผู้สูงอายุ สถิติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิดวิเคราะห์ ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผลและประสบการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจอะไร

5. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ หรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า ต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทำได้ แต่การเรียนรู้ที่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถเรียนรู้ได้รวดเร็ว

6. พฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

6.1 ถ้าไม่มีกิจกรรมอะไรทำอยู่ว่าง ๆ จะรำคาญและคิดฟุ้งซ่านหรืออาจจะบ่นพึมพำ

6.2 บางช่วงจะหลง ๆ ลืม ๆ

6.3 สายตาไม่ดี อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไปไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน

6.4 ชอบอ่าน ฟัง ดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมืองมากกว่า

บันเทิง หรือตำราวิชาการ

6.5 มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนาน และมีสมาธิดี ถ้ามีความตั้งใจจะทำสิ่งใด

จากข้อมูลที่ศึกษา การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุข้างต้น สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมลงไปตามอายุของผู้สูงอายุซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ และสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หากไม่มีวิธีป้องกันและการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (ภาวิณี วรประดิษฐ, 2552)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจดังกล่าว เป็นไปในทางเสื่อมถอย เป็นธรรมชาติในผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเร็ว หรือช้า

ขึ้นกับสาเหตุ 2 ประการ คือ กรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม แม้กรรมพันธุ์จะมีส่วน แต่ปัจจุบันพบว่า ปัจจัยแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญ ได้แก่

4.1 ภาวะโภชนาการ ทั้งภาวะ โภชนาการขาด และภาวะ โภชนาการเกิน นอกจากจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และจิตใจผู้สูงอายุในทางเสื่อมถอย โดยตรงแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเกิด และสัมพันธ์กับความรุนแรงของรอยโรค และโรคเรื้อรัง เช่น การขาดอาหาร พบกวิตามินบี สัมพันธ์กับเกิดรอยโรคปากนกกระจอก การได้รับอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวมาก เช่น กะทิ สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด อาหารรสเค็ม หรืออาหารที่มีเกลือในปริมาณสูง สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4.2 ภาวะโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ ถ้าควบคุมโรคทางระบบ ให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม ไม่ได้ หรือมีอุบัติเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรง และภาวะทุพพลภาพ จะส่งผลต่อการเสื่อมถอยของร่างกาย และจิตใจในผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เช่น ผู้สูงอายุที่ปกติมีการได้ยินลดลง เนื่องจาก การเสื่อมของประสาทรับเสียงในหูชั้นในอยู่แล้ว แต่ถ้ามีโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของเส้นเลือดเลี้ยงหูชั้นในง่ายขึ้น อาจทำให้เกิดหูอื้อ หูตึงได้ หรือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ควบคุมไม่ได้ จะมีแนวโน้มการเสื่อมของตา เส้นประสาทเสื่อม มือเท้าชา ผิวหนังอักเสบง่าย เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก และการสูญเสียฟันง่ายกว่า เร็วกว่า ผู้สูงอายุที่ปกติ เป็นต้น

4.3 วิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถช่วยทั้งชะลอการเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์หรือเป็นปัจจัยที่ช่วยเร่งการเสื่อมถอย เช่น พฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อาจก่อให้เกิดโรคเมเรียมที่ตับ ปอด เป็นต้น ดังนั้น แม้จะสูงวัย หากมีการปฏิบัติตน และได้รับการดูแลที่เหมาะสม ก็จะสามารถชะลอความชรา มีสุขภาพร่างกายที่ดี เหมาะสมกับวัยได้ (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

การเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ

แนวคิดการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ นักสังคมวิทยาการแพทย์หลายท่านได้พัฒนาแนวคิดและทฤษฎี เพื่ออธิบายพฤติกรรมแสวงหา และการใช้บริการด้านสุขภาพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีเกี่ยวกับขั้นตอนของความเจ็บป่วย และการรักษาทางการแพทย์ ทฤษฎีการแสวงหาความช่วยเหลือ และรูปแบบพฤติกรรม แต่สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่มีสรุปทฤษฎีอย่างชัดเจน มีเพียงแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพเท่านั้น ซึ่งนำเสนอไว้หลากหลาย ดังนี้

1. องค์การอนามัยโลก (WHO, 1978 อ้างถึงใน บัวลักษณ์ จันทระ, 2549 ก, หน้า 26)

เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การที่ประชาชนได้รับการดูแลในแบบปฐมภูมิ โดยพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่าง ๆ คือ

1.1 การเข้าถึงบริการทางด้านภูมิศาสตร์ (Geographical) ซึ่งเป็นการพิจารณาถึง ระยะทาง ระยะเวลาเดินทาง และค่าเฉลี่ยของการเดินทาง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องไม่เป็นอุปสรรคต่อการ ไปใช้บริการสุขภาพ

1.2 การเข้าถึงบริการทางการเงิน (Cultural) หมายถึง ความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการบริการสุขภาพ

1.3 การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถรักษารูปแบบวัฒนธรรมของชุมชน

1.4 การเข้าถึงบริการด้านหน้าที่ (Functional) หมายถึง การให้บริการด้านสุขภาพต่อ ผู้ใช้บริการตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

2. แนวคิดการเข้าถึงบริการของเพ็นชานสกี และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981 อ้างถึงใน บัวลักษณ์ จันทระ, 2549 ข, หน้า 26) ได้อธิบายการเข้าถึงบริการไว้ 5 ประการ ได้แก่

2.1 ความพึงพอใจของบริการที่มีอยู่ (Availabilibity) ความสัมพันธ์ของความพอเพียง ระหว่างบริการที่มีอยู่กับการต้องการทั้งปริมาณ และชนิดของผู้ใช้บริการ อันประกอบด้วย ความเพียงพอของผู้ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น คลินิก โรงพยาบาล โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และบริการต่าง ๆ

2.2 การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accesssibility) คือ ความสัมพันธ์ของสถานที่ตั้งของแหล่ง บริการกับความสามารถที่ผู้ใช้บริการจะไปถึงแหล่งได้สะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะสถานที่ตั้ง การเดินทาง ระยะทาง และราคาค่าบริการ

2.3 ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ และความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่าง สะดวก เช่น เวลาของการปฏิบัติการ การนัดหมาย ขั้นตอนการรับบริการ ความสะดวกในการเข้ารับ บริการ และสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อเข้าไปถึง

2.4 ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) เป็น ความสัมพันธ์ ระหว่างราคาค่าบริการและความสามารถในการจ่ายค่าบริการของผู้รับบริการ การรับรู้ ในราคาค่าบริการนั้น มีความสัมพันธ์กับราคาค่าบริการทั้งหมด ความรู้เรื่องค่าบริการ ราคาที่ สามารถจ่ายได้

2.5 การยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ทั้งหมคนี้ต้องเป็นระดับที่สมดุลระหว่างลูกค้าและระบบ

3. แนวคิดการเข้าถึงบริการของบราวน์ และเลวิส (Brown & Lewis, 1976 อ้างถึงใน บัวลักษ์ จันทร, 2549 ค, หน้า 27) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลต้องประกอบด้วย

- 3.1 ความเพียงพอของสถานที่ให้บริการ
- 3.2 การมีจำนวนเจ้าหน้าที่ตามจำเป็น และเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย
- 3.3 การมีการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพสุขภาพให้เหมาะสมทันสมัย
- 3.4 การบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแบบองค์รวม

4. แนวคิดการเข้าถึงบริการซูลซ์ และจอห์นสัน (Schulz & Johnson, 1990 อ้างถึงใน บัวลักษ์ จันทร, 2549 ง, หน้า 27) เสนอแนวคิดในการเข้าถึงบริการอันประกอบด้วย 5 เอ (Five A's) ได้แก่

- 4.1 ความเพียงพอของบริการ (Availability) หมายถึง ความเพียงพอของจำนวนผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการ
- 4.2 ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (Accesssibility) หมายถึง สถานที่ตั้งอันสามารถใช้บริการได้โดยสะดวก มีบริการทางคมนาคมได้หลายทาง
- 4.3 ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (Accommodation) หมายถึง การได้รับการอย่างรวดเร็ว มีการนัดหมายที่ไม่ยุ่งยาก
- 4.4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึง ราคาค่าบริการที่ผู้ป่วยจะสามารถจ่ายได้
- 4.5 การยอมรับผู้ให้บริการ (Acceptability) หมายถึง การยอมรับลักษณะบุคลิกภาพความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาล

5. คันนิงแฮม และคณะ (Cunninggham, et al., 1995 อ้างถึงใน บัวลักษ์ จันทร, 2549 จ, หน้า 27) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ ประกอบไปด้วย

- 5.1 ความสามารถของผู้ป่วยในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) หมายถึง ราคาค่าบริการทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องจ่าย และการไม่ได้รับการรักษาเพราะไม่มีเงินจ่าย
- 5.2 ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ (Availability) หมายถึง ความเพียงพอของแผนกฉุกเฉินระบบบริการของทางโรงพยาบาล และการดูแลในระยะเร่งด่วน

5.3 ความสะดวก (Convenience) หมายถึง เวลาเปิดให้บริการของโรงพยาบาล สถานที่ตั้งโรงพยาบาล และความเต็มใจของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ

5.4 การเข้าถึงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Access to specialist) หมายถึง ระยะเวลาการเดินทาง เวลาการนัดหมาย และระยะเวลาการรอคอย

6. แนวคิดการเข้าถึงบริการของเอเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1981 อ้างถึงใน บัณฑิต จันทร์, 2549 ฉ, หน้า 28) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ 2 ส่วน

6.1 ศักยภาพการเข้าถึง (Potential access) โดยการกล่าวถึงโอกาสของการเข้าระบบสุขภาพว่าเป็นความพอเพียงของการบริการ

6.2 การเข้าถึงที่แท้จริง (Realised access) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความพอเพียงของการบริการ และการใช้บริการที่แท้จริง ซึ่งการเข้าถึงบริการที่แท้จริงนั้นเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยกรอบแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของ เอเดย์ และแอนเดอร์เซน นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ได้แก่

1. นโยบายสาธารณสุข (Health policy) แนวคิดนโยบายสาธารณสุขส่วนใหญ่ มักมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายสำคัญจุดประสงค์ของแนวคิดนโยบายนี้จะเน้นทางด้านงบประมาณ การศึกษา อัตราค่าลงและโครงการการจัดการสุขภาพใหม่

2. ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ (Characteristic of health delivery system) ได้แก่ ระบบการให้บริการ ความพอเพียง การกระจายทรัพยากร และความครอบคลุมของการให้บริการ

3. ลักษณะประชากรของผู้ใช้บริการ (Characteristic of population) ได้แก่ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ และการเจ็บป่วย ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพ แหล่งบริการในชุมชน และระยะทาง ปัจจัยความต้องการ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินการเจ็บป่วย

4. การใช้บริการสุขภาพ (Utilization of health services) เช่น ชนิดของสถานบริการ จุดประสงค์ และเวลาที่ใช้บริการ

5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ (Consumer satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ผู้ใช้บริการได้รับจากประสบการณ์ในการใช้บริการแต่ละครั้ง

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น เมื่อเปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการ ตามแนวคิดของ ชูลซ์ และจอห์นสัน (Schulz & Johnson, 1990) และ เพ็นชานสกี และโทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) จะเห็นว่าเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งในส่วนบุคคลและระบบบริการ ส่วนมิติองค์การ

อนามัยโลก (WHO, 1978) เป็นมิติที่เน้นการเข้าถึงบริการที่ประชาชนได้รับการดูแลในแบบปฐมภูมิถึงอย่างไรทั้ง 3 แนวคิด มีมุมมองในการพิจารณามิติการเข้าถึงบริการที่คล้ายกัน ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบมิติการเข้าถึงบริการในแนวคิดของชูลซ์ และจอห์นสัน (Schulz & Johnson, 1990) และ เพ็นชานสกี และ โทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 1978)

มิติการเข้าถึงบริการสุขภาพ		
ชูลซ์ และจอห์นสัน	เพ็นชานสกี และ โทมัส	องค์การอนามัยโลก
Accesssibility	Accesssibility	Geographical
Affordability	Affordability	Financial
Acceptability	Acceptability	Cultural
Accommodation	Accommodation	Functional
Availabiblity	Availabiblity	

สำหรับผู้วิจัยได้ประมวลแล้วว่า เพื่อให้ครอบคลุมในมิติการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้ จะใช้มิติการเข้าถึงบริการ ตามแบบของเพ็นชานสกี และ โทมัส (Penchansky & Thomas, 1981) ในด้านความพอเพียงของการบริการที่มีอยู่ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถของผู้ใช้บริการในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับคุณภาพบริการ เป็นแนวคิดพื้นฐานสำหรับการวิจัยนี้ เพราะเป็นมิติที่ครอบคลุมทั้งในส่วนของคุณคนและระบบบริการ จะสามารถวัดหรือประเมินการเข้าถึงบริการ โดยรวมได้ วัดจากการใช้บริการสุขภาพประเภทต่าง ๆ ว่ามีการใช้บริการสุขภาพ ได้มากน้อยเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะหรือไม่ ซึ่งจะทำให้เราทราบถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพที่แท้จริง ของผู้สูงอายุในภาวะต่าง ๆ ทั้งทางด้านรักษาพยาบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงรุนแรง การส่งเสริมสุขภาพ ในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการ ในชุมชน การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านการทำความสะอาดช่องปาก การกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรม การออกกำลังกาย การบำเพ็ญประโยชน์ การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ รวมถึงการตรวจทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเองในขั้นเบื้องต้น นอกจากนี้การไปรับ

บริการตรวจสุขภาพประจำปีที่จะสามารถฟื้นฟูสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ว่าผู้สูงอายุไปใช้หรือไม่ไปใช้บริการ และไปใช้บริการประเภทใดบ้าง

ภาวะทันตสุขภาพช่องปาก

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่โครงสร้างและอวัยวะในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางถดถอย อวัยวะในช่องปาก ทั้งตัวฟัน เนื้อเยื่อรองรับฟัน เยื่อในช่องปาก ต่อมน้ำลาย รวมไปถึงข้อต่อขากรรไกรก็เช่นเดียวกัน ซึ่งการเสื่อมประสิทธิภาพของอวัยวะดังกล่าว นอกจากจะเป็นผลจากอายุแล้ว ปัจจัยจากการดูแลความสะอาดช่องปากที่ไม่เพียงพอ พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ โรคทางระบบ เช่น เบาหวาน การรับประทานยารักษาโรคบางชนิดเป็นประจำ จะยิ่งทำให้เกิดความผิดปกติในช่องปากบางชนิดได้ง่าย รวดเร็ว และรุนแรงขึ้น ถ้าไม่ได้รับการป้องกันรักษา ในช่วงเวลาที่เหมาะสม ย่อมเกิดการสูญเสียฟัน จนทำให้ไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ในที่สุด

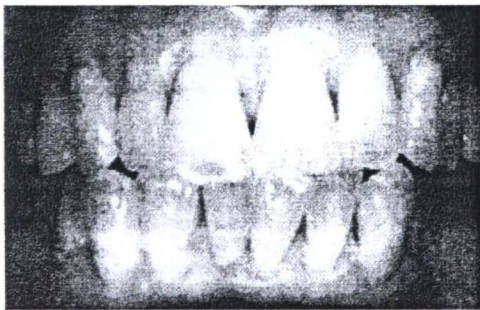
1. ตัวฟัน

1.1 ลักษณะทั่วไป โดยปกติ ลักษณะฟันในผู้สูงอายุ จะดูเหมือนยาวขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นผลจากการร่นของเหงือก ฟันสีเข้มขึ้น เนื่องจากเคลือบฟันด้านนอกสุดของตัวฟัน ซึ่งมีความใสสึกกร่อนไป ทำให้เห็นสีของเนื้อฟันที่อยู่ถัดเข้าไป ซึ่งมีสีเข้มกว่า โครงประสาทฟันมีขนาดเล็กลง ดิบแคบ หรืออดตัน เป็นลักษณะที่พบได้ปกติในผู้สูงอายุ

1.2 ความผิดปกติ และรอยโรคของตัวฟัน ที่พบบ่อย ได้แก่

1.2.1. ฟันสึก-กร่อน ซึ่งมีหลายลักษณะ ขึ้นกับสาเหตุ เช่น

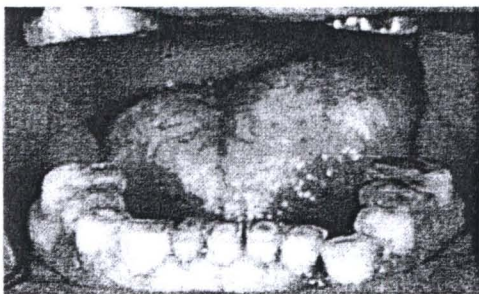
ฟันสึก-กร่อน บริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกราม และปลายฟันหน้า การสึกจะพบผิวฟันมีลักษณะแบบ เรียบ แข็ง ลักษณะนี้เกิดจากการใช้บดเคี้ยวอาหารที่ค่อนข้างแข็ง หรือใช้เฉพาะบริเวณนั้นเคี้ยวอาหาร อย่างต่อเนื่องยาวนาน แต่ถ้าพบลักษณะเป็นรอยหว่า เป็นหลุม บนด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง หรือบนผิวฟันของฟันหน้า เป็นการกร่อน ซึ่งเกิดจากอาหาร สารเคมี ที่มาจากการรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด หรือดื่มเครื่องดื่มบางประเภท ที่มีความเป็นกรดสูงเป็นประจำ ถ้าสึกกร่อนเล็กน้อย ไม่มีอาการ ไม่จำเป็นต้องรักษา แต่ถ้าสึก-กร่อนมาก จนมีอาการเสียวฟัน จำเป็นต้องได้รับการบูรณะ หรือบางรายที่ฟันหน้าสีน้ำตาลไปจนสิ้น เพราะใช้ฟันหน้าเคี้ยว เนื่องจากสูญเสียฟันกราม ควรได้รับการใส่ฟันเทียม และฝึกเคี้ยวฟันหลัง



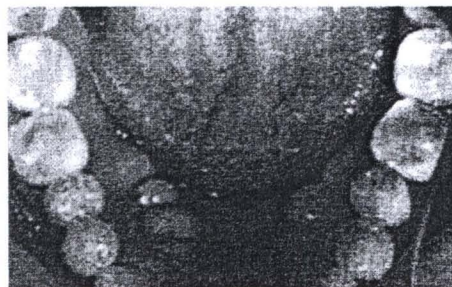
ฟันปกติในผู้สูงอายุหญิง 65 ปี



ฟันสึกจากการบดเคี้ยว



ฟันสึกจากการบดเคี้ยว ในผู้สูงอายุชาย 68 ปี



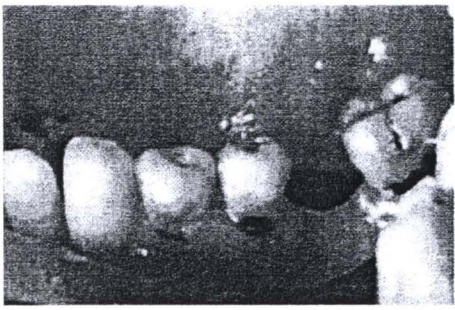
รอยโหว่บริเวณฟันล่าง ซ้าย-ขวา
จากอาหารรสจัด

ภาพที่ 2 ฟันสึก-กร่อน บริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกราม และปลายฟันหน้า (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

ฟันสึก บริเวณคอฟันใกล้ขอบเหงือก จะสังเกตเห็นรอยสึกเป็นรอยหว้าหรือปากเข้าไปในเนื้อฟัน บางครั้งมีอาการเสียวร่วมด้วย มักเกิดจากการแปรงฟันที่รุนแรง หรือผิดวิธี หรือการใช้แปรงขนแข็ง ร่วมกับยาสีฟันบางชนิดที่มีผงขัดหยาบ การสึกลักษณะนี้ควรได้รับการบูรณะ เพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้ อาจสึกลึกลงไปถึงโพรงประสาทฟัน เกิดการปวด และถ้าไม่สามารถทำความสะอาดบริเวณนั้นได้ดีพอ อาจเกิดการผุร่วมด้วยภายหลัง



ฟันกรามบน-ล่าง มีรอยสึกตึบขอบเหงือก

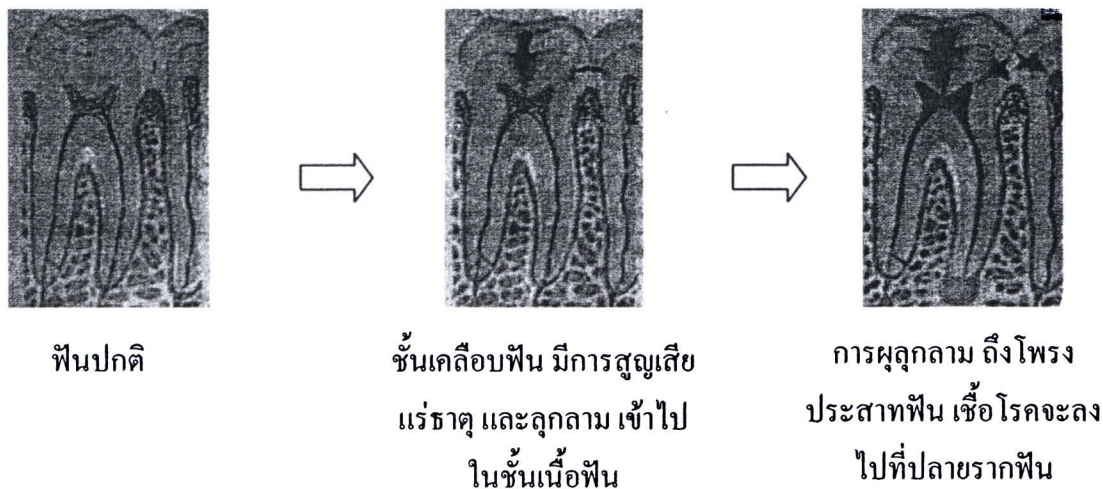


ฟันผุ ที่เกิดบริเวณฟันสึก

ภาพที่ 3 ฟันสึก บริเวณคอฟันใกล้ขอบเหงือก (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

1.2.2 โรคฟันผุ ในผู้สูงอายุมักเกิดบริเวณคอฟัน ซอกฟัน รากฟัน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มเด็ก ที่มักพบการผุบริเวณด้านบดเคี้ยว เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการล้มเอียง ยื่นยาวของฟัน มีภาวะเหงือกกร่น จนเห็นรากฟัน ดังนั้น จึงเกิดการสะสมของเชื้อโรค และอาหาร ในบริเวณดังกล่าวได้ง่าย เกิดฟันผุง่าย โดยเฉพาะการผุบริเวณรากฟัน จะลุกลามรวดเร็วกว่าตัวฟัน จึงต้องหมั่นสังเกตเพื่อป้องกันรักษาได้ทันทั่วทั้ง

สาเหตุของโรคฟันผุ เกิดจากเชื้อโรคในคราบจุลินทรีย์ ที่เกาะติดอยู่บริเวณผิวฟันย่อยสลายอาหารพวกน้ำตาล ทำให้เกิดกรดบริเวณผิวฟัน เกิดภาวะความเป็นกรดในช่องปาก เมื่อภาวะความเป็นกรดลดต่ำลงถึงระดับหนึ่ง ผิวฟันจะมีการสูญเสียแร่ธาตุ ซึ่งถ้าไม่มีการฟ้นกลับของแร่ธาตุ จะเกิดเป็นรูผุได้ และสำหรับผู้สูงอายุ มักมีน้ำลายน้อย ทำให้เกิดการปรับสภาพความเป็นกรดในช่องปาก สู่สภาวะเป็นกลางทำได้ช้า จึงทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุต่อไปเรื่อย ๆ จึงมักเกิดการผุได้ง่าย



ภาพที่ 4 โรคฟันผุ (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

ลักษณะของโรคฟันผุ ในระยะแรก อาจพบจุดขาว หรือฝ้าขาว ๆ คล้ายขอลูกที่ตัวฟัน ต่อมาถ้ามีการทำลายเนื้อฟันจะพบเส้นดำ ๆ และต่อมาจะลึกลงมาเป็นรูผุ อาจมีอาการเสียวฟันเมื่อกินน้ำเย็น หรืออาหารหวานร่วมด้วย ถ้ายังไม่ได้การรักษา รูผุจะกว้างและลึกขึ้น จนถึงขั้นโพรงประสาทฟัน จะทำให้เกิดอาการปวดมาก ฟันโยก และมีหนองปลายรากฟันตามมา

โรคฟันผุ เป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ทางน้ำลาย โคนกระบวนการเกิดโรคฟันผุ ต้องมีองค์ประกอบ 3 อย่างด้วยกัน ได้แก่ ตัวฟัน เชื้อจุลินทรีย์ และสภาวะความเป็นกรดภายในช่องปาก โดยปกติภายในช่องปากจะมีกระบวนการแลกเปลี่ยนแร่ธาตุระหว่างตัวฟัน และแร่ธาตุที่มีอยู่ในน้ำลายตลอดเวลา โดยจะมีทั้งการสูญเสียแร่ธาตุจากตัวฟัน และการคืนกลับของแร่ธาตุสู่ตัวฟัน ในสภาวะที่สภาพช่องปากเป็นกลาง และเมื่อสภาพในช่องปากเป็นกรด จากการทำปฏิกิริยาของน้ำตาลจากอาหาร กับเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก ก็จะทำให้เกิดโรคฟันผุตามมา

โรคฟันผุที่พบมากในผู้สูงอายุ มักพบการผุที่บริเวณรากฟัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของช่องปาก เช่น เหงือกเรื้อน การละลายตัวของกระดูกเบ้าฟัน สภาพเหงือกแห้ง จากปริมาณน้ำลายที่ลดลง ร่วมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ก็เป็นสาเหตุที่ทำให้พบการผุที่บริเวณรากฟันได้

การป้องกันโรคฟันผุ

1. ดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากให้สะอาดอย่างทั่วถึง สม่ำเสมอโดยแปรงฟันให้ถูกวิธี ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาด ในบริเวณซอกระหว่างฟัน
2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลีกเลี่ยงอาหารหวานเหนียวติดฟัน เช่น ชอคโกแลต ลูกอมลูกกวาด เป็นต้น
3. พบทันตบุคลากร เพื่อตรวจช่องปากเป็นประจำทุก ๆ 6 เดือน

2. เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์

2.1 ลักษณะทั่วไป

เหงือก ลักษณะปกติในผู้สูงอายุจะมีสีชมพูซีด อาจค่อนข้างคล้ำ มีความแน่นแข็งพอสมควร ไม่มีลักษณะบวมแดง ช้ำ แต่อาจมีการร่นบ้าง จากการแปรงฟันที่ผิดวิธี หรือผลจากรอยโรคในอดีต

เนื้อเยื่อปริทันต์ เป็นอวัยวะที่อยู่รอบรากฟัน ไม่สามารถเห็นได้ในช่องปาก ประกอบด้วยเยื่อยึดปริทันต์ และกระดูกเบ้าฟัน ทำหน้าที่รองรับ และกระจายแรงบดเคี้ยว จากตัวฟันสู่กระดูกขากรรไกร เมื่ออายุมากขึ้น จะมีการสร้างเนื้อเยื่อทดแทนลดลง เยื่อปริทันต์จึงบาง และยึดหยุ่นน้อยลง สำหรับกระดูกเบ้าฟัน มีการไหลเวียนโลหิตภายในลดลง การสร้าง และละลายของกระดูกช้าลง กระดูกเบ้าฟันจะบาง และพรุนมากขึ้น แต่ยังใช้งานได้ตามปกติ



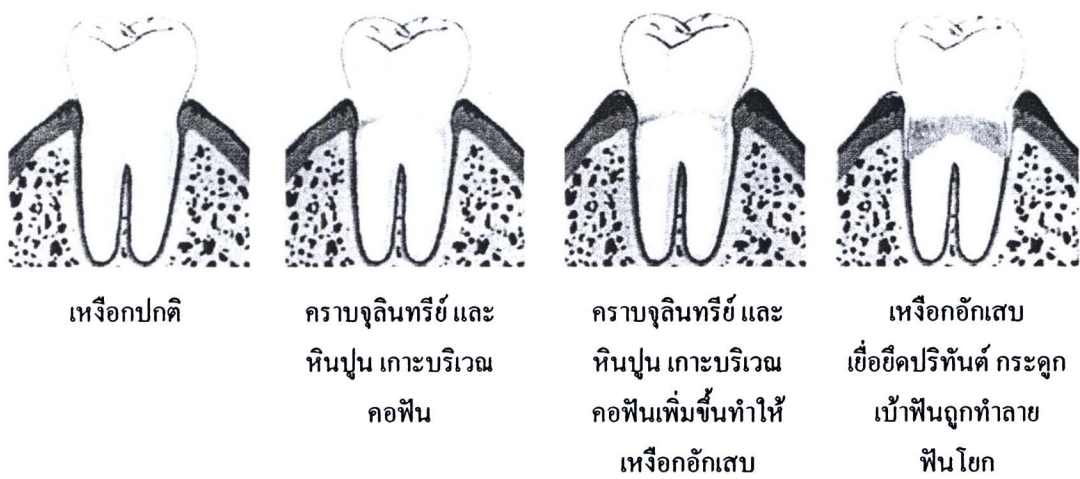
ผู้สูงอายุชาย 70 ปี มีเหงือกปกติ

ภาพที่ 5 เหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ปกติ (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

2.2 ความผิดปกติ และรอยโรคของเหงือก และเนื้อเยื่อปริทันต์ ที่พบบ่อย ได้แก่

2.2.1 โรคปริทันต์อักเสบ สาเหตุหลักมาจากคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นคราบเชื้อ

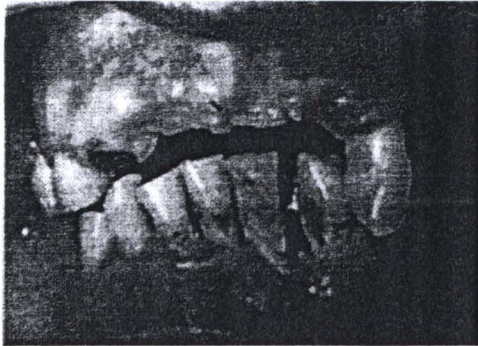
โรคที่ติดบริเวณคอฟัน เชื้อโรคเหล่านี้จะปล่อยสารพิษ ทำให้เกิดการระคายเคือง เกิดการอักเสบของเหงือก เชื้อยีสต์ปริทันต์ และกระดูกเบ้าฟัน ทำให้ฟันโยกได้



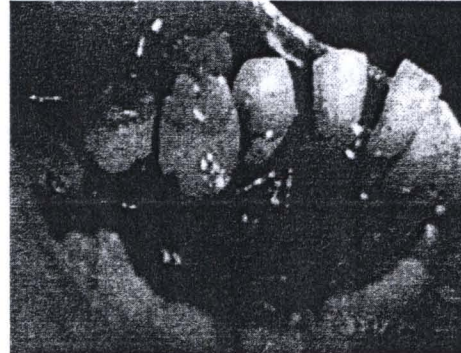
ภาพที่ 6 โรคปริทันต์อักเสบ (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

ลักษณะของโรคเหงือกอักเสบ จะมีลักษณะบวม แดง เป็นคัน มักมีเลือดซึมออกมาจากขอบเหงือกขณะแปรงฟัน โดยเฉพาะในบริเวณซอกฟัน จะเป็นบริเวณที่มักเกิดโรคเหงือกอักเสบก่อน ซึ่งเป็นบริเวณที่ถูกละเลยจากการทำความสะอาด ซึ่งถ้าปล่อยไว้นานเข้า จะเกิดหินปูน หรือหินน้ำลาย ที่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคร่วมด้วย จึงทำให้เกิดการอักเสบเพิ่มมากขึ้น

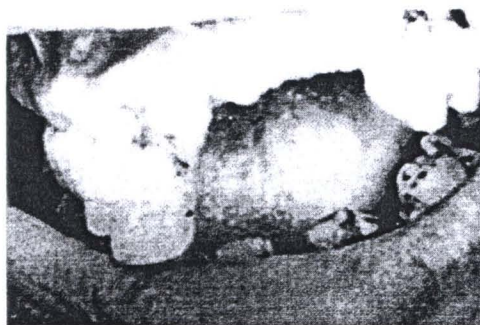
นอกจากนี้ พฤติกรรมเสี่ยงบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานที่ไม่ได้ควบคุม จะทำให้อาการของโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงขึ้น ในระยะแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติเด่นชัด แต่ถ้าสาเหตุยังคงอยู่ และร่างกายมีความต้านทานลดลง จะพบอาการอักเสบ โดยเหงือกจะบวม สีแดงซ้ำ เลือดออกง่าย และเมื่อกระดูกเบ้าฟันถูกทำลาย จะสังเกตความผิดปกตินี้ได้ จากการโยกของฟัน อาจมี หรือไม่มีอาการปวดร่วมด้วยก็ได้



เหงือกอักเสบเนื้อเยื่อปริทันต์ ถูกทำลาย ฟันโยก



เหงือกอักเสบรุนแรง บวม สีแดงเข้ม
เลือดออกง่าย



ภาพที่ 7 เหงือกอักเสบ เนื้อเยื่อปริทันต์ และฟันโยก (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

2.2.2 ความผิดปกติอื่น ๆ ความผิดปกติอื่น ๆ ที่พบบริเวณเหงือก เช่น แผ่นคราบสีขาวหนาตัว แผลที่มีลักษณะถลอกแดง จากการติดเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อรา ก้อนตุ่ม นูนแข็ง หรือเป็นแผลจากการระคายเคืองอื่น ๆ เป็นต้น

คนส่วนใหญ่ที่มีสถานะภูมิคุ้มกันดี ร่างกายจะกำจัดเชื้อโรค และไม่มีการลุกลามต่อเป็นเพียง แต่มีสถานะเหงือกอักเสบคงอยู่เท่านั้น แต่ในบางคน ซึ่งร่างกายไม่สามารถต้านทานโรคได้ โรคเหงือกอักเสบจะลุกลามต่อไป เชื้อโรคจะแทรกตัวลงสู่บริเวณปลายรากฟัน และปล่อยสารพิษทำลายอวัยวะปริทันต์ รวมถึงเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ รากฟัน ทำให้เกิดการอักเสบ มีหนอง มีฝี เป็นระยะ ๆ และจะรุนแรงรวดเร็วในคนที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย เช่น สูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก การใช้ยาบางชนิดเป็นระยะเวลานาน เช่น ยากันชัก ยาควบคุมภูมิคุ้มกันบางประเภท หรือในคนที่มีโรคทางระบบบางระบบ เช่น เบาหวาน HIV หรือในหญิงมีครรภ์ วัยรุ่นหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ก็มีผลทำให้มีความรุนแรงของโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบได้ด้วยเช่นกัน

การป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบทำได้โดย

1. ดูแลรักษาความสะอาดช่องปากให้สะอาดทั่วถึง และสม่ำเสมอ โดยการแปรงฟันให้ถูกวิธี และการใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาด ในบริเวณระหว่างซอกฟัน
2. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิด โรคเหงือกอักเสบ เช่น สูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก เป็นต้น
3. ดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงเพื่อไม่ให้เกิดโรคที่มีผลต่อโรคเหงือกอักเสบ เช่น โรคเบาหวาน โรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น
4. พบทันตบุคลากรเป็นประจำทุก ๆ 6 เดือน

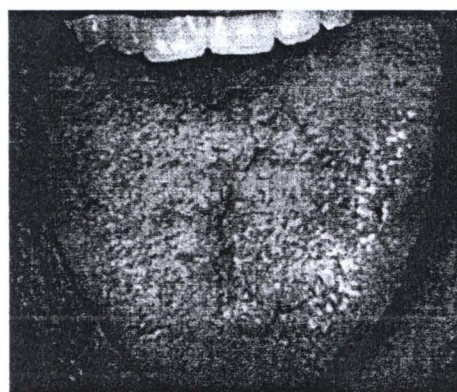
3. เยื่อในช่องปากและลิ้น

3.1 ลักษณะทั่วไป

เยื่อในช่องปาก ได้แก่ เยื่อบุบริเวณกระพุ้งแก้ม เพดานปาก ริมฝีปากบน-ล่างด้านใน ใต้ลิ้น เหงือก ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้น เนื้อเยื่อเหล่านี้จะมีความยืดหยุ่นน้อยลง บางลง ในผู้สูงอายุบางคน สังเกตพบตุ่มนูนเล็ก ๆ คล้ายหัวสิวสีเหลืองอ่อน ขึ้นบริเวณกระพุ้งแก้ม เพดานปาก ซึ่งเป็นลักษณะของต่อมไขมันที่สามารถมองเห็นได้ชัดขึ้น เนื่องจากเนื้อเยื่อบางลง บางคนพบลักษณะเส้นเลือดชอดใต้ลิ้น ฟันปากใต้ลิ้น โดยจะสังเกตเห็น แนวเส้นเลือดดำเป็นปุ่ม ๆ ลักษณะเหล่านี้เป็นลักษณะปกติ ไม่มีอันตราย แต่ความต้านทานที่ลดลง อาจทำให้เกิดความระคายเคือง แสบร้อน หรือเกิดแผลในช่องปากง่ายกว่าปกติ



เส้นเลือดชอดใต้ลิ้น พบได้ปกติ



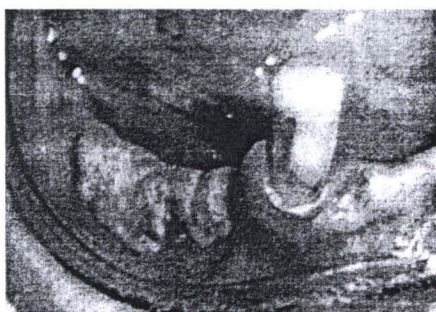
ลิ้นปกติในผู้สูงอายุชาย 68 ปี

ภาพที่ 8 สภาพเยื่อในช่องปากและลิ้น (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

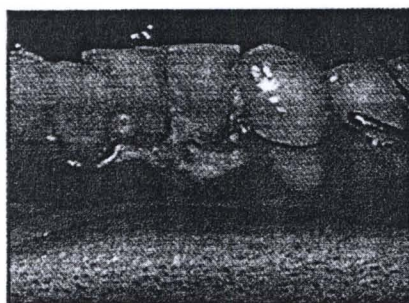
ลิ้น ด้านบนจะบางลง เรียบแบน เกสรลิ้น (Filiform papilla) หายไป ลิ้นดูเลี่ยน เป็น แผล หรือเสบลิ้นได้ง่าย แต่ไม่รุนแรง ค่อมรับรสบนลิ้นฝ่อ ทำให้ระดับการรับรสเปลี่ยนไป อาหาร ต้องมีรสจัดขึ้น จึงจะรับรสชาติได้

3.2 ความผิดปกติ และรอยโรคของเยื่อบุช่องปาก และลิ้น มีทั้งแบบมีอาการเจ็บปวด เกิดขึ้นรวดเร็ว เจ็บปวดมาก หรือแบบเรื้อรังที่เกิดขึ้นช้า ๆ และคงอยู่เป็นเดือน ๆ โดยไม่เจ็บมากนัก ลักษณะที่สังเกตเห็นมีหลายลักษณะ ดังนี้

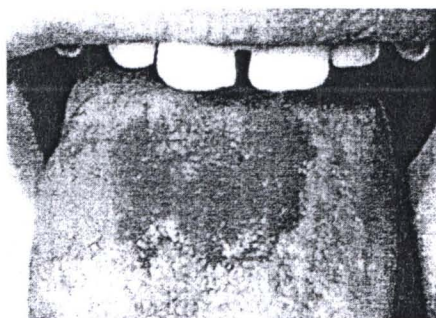
3.2.1 รอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อรา ลักษณะเป็นแผ่นสีขาวครีม ขูดออกได้ หรือ เป็นแผ่นขาว ตุ่มขาวที่ล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อสีแดงจัด หรือเป็นแผ่นสีแดง มักจะเจ็บ ส่วนใหญ่พบ บริเวณเพดาน กระพุ้งแก้ม ลิ้น เหงือก สัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ มีโรคทางระบบ เช่น เบาหวาน ได้รับยาปฏิชีวนะรักษาโรคบางชนิด หรือใช้ยาพวกสเตียรอยด์เป็นเวลานาน ในผู้สูงอายุบางรายที่ ใส่ฟันเทียม ที่มียางติดกลางเพดานปาก จะก่ออันตรายต่อเนื้อเยื่อเพดานปาก ทำให้อักเสบ ติดเชื้อรา และถ้าใส่นาน ๆ แรงดูดจะทำให้เพดานปากบางลงได้



รอยโรคแผ่นสีขาวครีม บริเวณสันเหงือก



รอยโรคสีขาวครีม ซึ่งสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์



รอยโรคสีแดงที่ลิ้น



การอักเสบ การติดเชื้อราได้ขาฟันเทียม

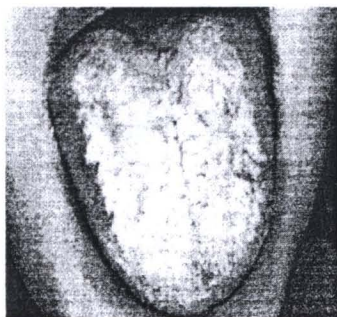
ภาพที่ 9 รอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อรา (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

3.2.2 ลักษณะผิปกติ และรอยโรคที่ไม่ใช่เกิดจากการติดเชื้อรา ที่พบบ่อย ได้แก่

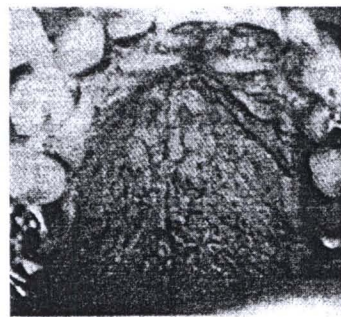
ไลเคนพลาเน็ต ลักษณะรอยโรคเป็นลายเส้นสีขาวประกอบด้วยตุ่มเล็กหนาตัว เบียดกันแน่น กลายเป็นเส้นสีขาว หนาตัวจากเนื้อเยื่อปกติ ขูดไม่ออก พบบริเวณกระพุ้งแก้ม เหงือก รอยต่อระหว่างกระพุ้งแก้ม กับเหงือก เพดานปาก ริมฝีปาก ผู้ป่วยมักมีอาการปวดแสบปวดร้อน โดยเฉพาะเมื่อรับประทานอาหารรสจัด หรืออาหารร้อน ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดับอีกเสบมากกว่าปกติ หรืออาจพบการบวมของต่อมน้ำลาย ขนาดเล็กบริเวณเพดานปาก และมีการขยายตัวของรูเปิด เห็นเป็นตุ่มหนา และมีจุดสีแดงชัดเจน (Nicotinic stomatitis) จากการสูบบุหรี่หรือไม่เห็นรอยโรคชัดเจน แต่ผู้ป่วยรู้สึกว่า เนื้อเยื่อบริเวณนั้น หยาบ หนา ระคายเคือง อาจเกิดจากสารเคมี หรือจากฟันที่บิ่น แตก คม หรือฟันเทียมที่ไม่พอดี



เส้นสีขาวหนาตัว
ของไลเคนพลาเน็ต
บริเวณกระพุ้งแก้ม



เส้นสีขาวหนาตัว
บริเวณลิ้น



ต่อมน้ำลายบริเวณเพดานปาก
ขยายตัว เห็นเป็นจุดแดงชัดเจน
จากการสูบบุหรี่

ภาพที่ 10 ลักษณะผิปกติ และรอยโรคที่ไม่ใช่เกิดจากการติดเชื้อรา (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

3.2.3 ลักษณะผิปกติที่อาจเป็นมะเร็ง เช่น พบก้อน บวม ซึ่งอาจมีลักษณะนิ่ม หรือแข็ง

หรือเป็นแผ่นคราบสีแดง สีขาว มีรอยแผลที่ไม่หายนานกว่า 2 สัปดาห์ หรือมีอาการปวด ชา เป็นเวลานาน หรือมีเลือดไหลซึม จากบริเวณใดบริเวณหนึ่ง



ก้อนขมับบริเวณเพดานปาก



รอยแผลนูน ด้านข้างของลิ้น

ภาพที่ 11 ลักษณะผิปกติที่อาจเป็นมะเร็ง (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

ลักษณะผิปกติดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการรักษาในช่องปากที่ถูกต้อง ร่วมกับการดูแลโรคทางระบบ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

4. น้ำลายและต่อมน้ำลาย

4.1 ลักษณะทั่วไปปกติคนเราผลิตน้ำลายจากทุกๆ ต่อมน้ำลายได้วันละ 0.5 - 1.5 ลิตร น้ำลายประกอบไปด้วย น้ำ โปรตีนหลากหลายชนิด และอิเล็กโทรไลต์ต่าง ๆ น้ำลายมีประโยชน์อย่างมากต่อช่องปาก โดยน้ำลายจะทำหน้าที่หลักในการ

4.1.1 ทำให้อาหารแตกตัว จากเอนไซม์อะมิเลส โปรติเอส ดีเนส อาร์เนส จากนั้นทำหน้าที่นำอาหารสู่กระเพาะ โดยทำให้อาหารรวมเป็นก้อน เพื่อสะดวกในการกลืน หล่อลื่นขณะกลืน โดยสร้างสารเมือก กลัยโคโปรตีน น้ำ

4.1.2 ปรับสภาวะความเป็นกรด-ด่าง ทำให้เกิดความสมดุลภายในช่องปาก

4.1.3 ช่วยป้องกันเนื้อเยื่ออ่อน และแข็ง รวมทั้งซ่อมแซมเนื้อเยื่ออ่อนในปาก

4.1.4 ต่อต้านเชื้อจุลินทรีย์ (Antimicrobial) เนื่องจากในน้ำลายมีสารคัดหลั่ง IgA ไลโซไซม์ เลคโตเฟอริน สารต่อต้านเอชไอวี (Anti-HIV factors)

4.1.5 ช่วยหล่อลื่นอื่น ๆ เช่น ขณะพูดคุย

ในผู้สูงอายุ การทำงานของต่อมน้ำลายจะลดลง ขนาดของต่อมเล็กลง โดยเฉพาะต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรล่าง ความชื้น-ไส และองค์ประกอบในน้ำลายเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการต่อต้านเชื้อโรคลดลง ในผู้สูงอายุบางราย อาจพบการฝ่อลีบ มีพังผืดมากขึ้น ทำให้น้ำลายถูก

ขับออกมาน้อยลง ทำให้ปากแห้ง รู้สึกแสบร้อนในปาก ผู้สูงอายุควรจิบน้ำบ่อย ๆ เพื่อให้ช่องปากมีความชุ่มชื้น ลดการระคายเคือง

4.2 ความผิดปกติและรอยโรค ถ้ามีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกน้ำลายแห้งมาก ปากแห้งชัดเจน จนทำให้กลืนลำบาก เจ็บ เนื้อเยื่ออ่อนระคายเคือง ปากเป็นแผลง่าย มีโอกาสเกิดเชื้อราในช่องปากสูง หรือเกิดฟันผุง่าย แสบทุกซ่ เนื่องจากไม่มีน้ำลายชะล้างเศษอาหาร และปรับสมดุลในปาก รวมทั้งการรับรสชาติเปลี่ยนแปลงไป มักพบในผู้สูงอายุที่ได้รับยาบางชนิด เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูง ยารักษาอาการซึมเศร้า หรือผู้ที่ได้รับการฉายรังสีรักษา บริเวณใบหน้าและลำคอ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะในช่องปาก ร่วมกับการปรับใช้ยาทางระบบ

การดูแลความสะอาดช่องปาก

ความสะอาดช่องปากมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและการเข้าสังคมของผู้สูงอายุตั้งแต่ในเรื่องการเคี้ยว การกัด การกลืน การรับรส การพูด การยิ้ม และการหัวเราะ ฟันธรรมชาติมีผลต่อภาพลักษณ์ ความสวยงาม ความมั่นใจ ในการเข้าสังคม ถ้ามีความเจ็บปวดเนื่องจากฟัน จะมีผลต่อการพักผ่อน ความสวยงาม การทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งส่งผลต่อสุขภาพจิตด้วย

ปัญหาด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ การเหลือฟันที่ใช้เคี้ยวได้น้อย ทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก พูดไม่ชัด ขาดความสวยงาม

ข้อแนะนำในการดูแลความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือพอจะช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ในการทำกิจวัตรประจำวัน อาจมีหรือไม่มีโรคประจำตัว สามารถดูแลความสะอาดช่องปากของตนเอง อย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดความผิดปกติ หรือรอยโรค ที่จะเกิดใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำ ได้ดังนี้

1. การทำความสะอาด การดูแลความสะอาดช่องปากให้เหมาะสม มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคส่วนใหญ่ในช่องปากออก การทำความสะอาดช่องปากนี้ นอกจากเหงือกและฟันแล้ว ยังรวมไปถึงการทำความสะอาดลิ้น และฟันเทียมด้วย ซึ่งวิธีทำความสะอาดช่องปาก สามารถทำได้ทั้งทางเชิงกล เช่น การขัด ถู ชูุด และการใช้สารเคมี

1.1 วิธีการทำความสะอาดฟันแท้

1.1.1 วิธีการทำความสะอาดโดยทั่วไป วิธีทำได้ด้วยตนเองที่สะดวก และคุ้นเคยที่สุด คือ การแปรงฟัน แต่ในผู้สูงอายุที่มีสภาพเหงือก และฟันที่เปลี่ยนแปลงไปรวมทั้ง

ความสามารถในการใช้มือ และสายตาที่เปลี่ยนแปลงไป ควรมีวิธีการ และการเลือกใช้อุปกรณ์เสริมอื่น ๆ ที่เหมาะสมร่วมด้วย อุปกรณ์ทำความสะอาดที่แนะนำ ได้แก่

แปรงสีฟัน การแปรงฟันที่ถูกวิธีมีหลักสำคัญ คือ

1. ควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน
2. ควรแปรงฟันให้ทั่วถึง ทุกซี่ ทุกด้าน โดยเฉพาะคอฟัน และชอกฟัน
3. ควรแปรงฟันร่วมกับการใช้ยาสีฟันชนิดครีมที่ผสมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ
4. ควรใช้เวลาแปรงฟันแต่ละครั้ง ประมาณ 2 นาที

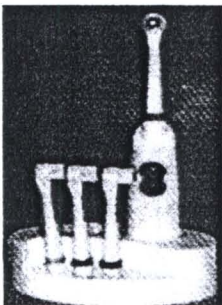
การเลือกใช้แปรงสีฟัน

1. ควรเลือกใช้แปรงสีฟันที่มีด้ามจับได้ถนัดมือ
2. ตัวแปรงไม่เล็ก หรือใหญ่เกินไป เมื่อเทียบกับขนาดของช่องปาก
3. ขนแปรงนิ่ม ปลายขนแปรงมน
4. ควรเปลี่ยนแปรงสีฟัน เมื่อขนแปรงบาน หรือมีอายุการใช้งาน 2-3 เดือน

กรณีผู้สูงอายุที่มีปัญหาหากล้ามเนื้อมือ หรือไม่สามารถควบคุมการใช้มือ ในการแปรงฟันแบบธรรมดาได้ดี อาจแก้ไขได้โดย

1. เลือกใช้แปรงสีฟันไฟฟ้าเพื่อผ่อนแรง

2. ปรับปรุงขนาดของด้ามแปรงสีฟันทั่วไป ให้จับได้เหมาะสมมือ เช่น ถ้านิ้วมือกางไม่ได้ อยู่ในลักษณะกำมือแน่นตลอดเวลา ให้สอดด้ามแปรงเข้าไปในฝ่ามือที่กำแน่น หรือถ้ามือไม่สามารถทำให้แน่นเท่าปกติ ควรปรับปรุงของด้ามแปรง ให้เหมาะกับการกำด้ามแปรง เช่น ใช้ยางที่เป็นมือจับของจักรยาน สวมทับด้ามแปรงสีฟัน ยึดด้วยกาว หรือดินน้ำมัน หรืออาจเพิ่มสายรัดยึดแปรงไว้กับมือ โดยใช้วัสดุที่หาง่าย น้ำหนักเบา ไม่ดูดซับน้ำ เช่น หลอดพลาสติก หรือสายน้ำเกลือผูกติดกับด้ามแปรง โดยปลายหนึ่งผูกไว้ทางด้านขนแปรง และอีกปลายผูกที่ปลายด้ามแปรง



แปรงสีฟันไฟฟ้า



รูปแบบประยุกต์ ของด้ามแปรงให้จับถนัดมือ

ภาพที่ 12 แปรงสีฟันไฟฟ้า (กองทัณฑสารณสุข, 2548)

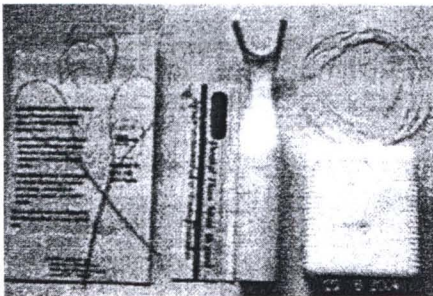
การทำงานจะใช้มือ สอดเข้าไปในระหว่างช่องด้ามแปรง และสายรัด โดยให้สายรัด รััด
หลังมือไว้กับด้ามแปรง เมื่อขยับมือก็จะสามารถแปรงฟันได้

1.1.2 วิธีการทำความสะอาดเสริม

1.1.2.1 ไหมขัดฟัน ลักษณะ เป็นเส้นแบบ มีทั้งขนาดเล็ก และใหญ่ ให้เลือกใช้
ตามขนาดความกว้างของชอกฟัน

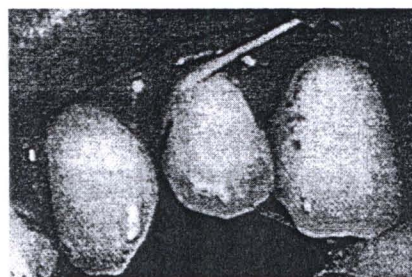
การใช้ไหมขัดฟัน

1. ใช้ช่วยทำความสะอาดชอกฟัน โดยใช้ควบคู่กับการแปรงฟัน อย่างน้อยวัน
ละ 1 ครั้งก่อนนอน
2. คึงไหมขัดฟันออกมายาวประมาณ 10-12 นิ้ว ใช้นิ้วกลางพันแต่ละปลายไว้
หรือผูกเส้นไหมเป็นวงกลมขนาดข้อมูล ใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้ จับเส้นไหมห่างประมาณ 1 นิ้ว ตาม
รูป



ภาพที่ 13 ไหมขัดฟัน (กองทัณฑสารณสุข, 2548)

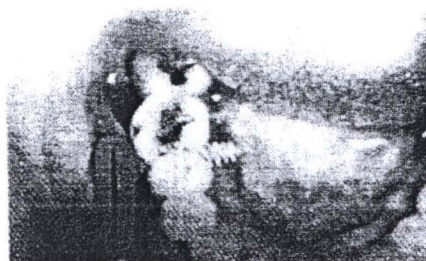
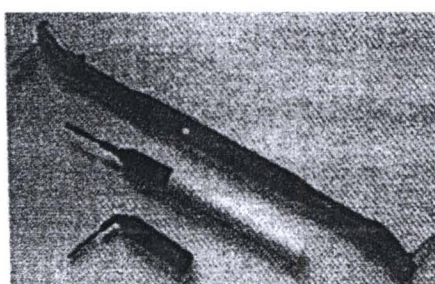
3. นำไหมขัดฟันค่อย ๆ ผ่านลงในซอกฟัน พยายามอย่าให้บาดเหงือก
4. กวาดดูไหมขัดฟันขึ้นลงในแนวดิ่ง เพื่อขจัดเอาคราบจุลินทรีย์ออก ถ้ารู้สึกไหมขัดฟันติด ให้ปล่อยปลายข้างหนึ่ง แล้วค่อย ๆ ดึงออกด้านข้าง



ภาพที่ 14 การใช้ไหมขัดฟัน (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

1.1.2.2 แปรงซอกฟัน ใช้ทำความสะอาดซอกฟันที่เป็นช่อง หรือฟันห่างได้ดี การใช้แปรงซอกฟัน

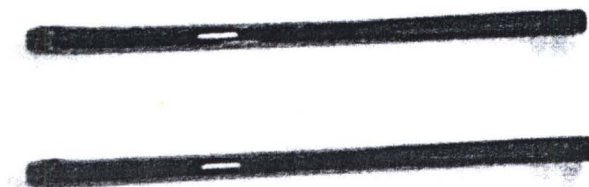
1. เลือกขนาดแปรง ให้ส่วนที่เป็นขนแปรงมีขนาดใหญ่กว่าซอกฟัน ที่จะทำความสะอาดเล็กน้อย
2. จุ่มน้ำให้ขนแปรงอ่อนนุ่ม สอดเบา ๆ เข้าไประหว่างซอกฟันในทิศทางเฉียงไปทางปลายฟัน ขยับเข้าออกแนวนอน



ภาพที่ 15 แปรงซอกฟัน (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

1.1.2.3 แปรงกระจุกเดียว ลักษณะคล้ายแปรงสีฟันปกติ แต่มีขนแปรงเพียงกระจุกเดียว

การใช้แปรงกระจุกเดียว ใช้ทำความสะอาดในจุดลึก ๆ หรือแคบ เช่น ด้านหลัง ฟันกรามซี่สุดท้าย ที่แปรงสีฟันปกติแปรงไม่ถึง ไม่นัด หรือใช้แปรงฟันซี่ที่เหลือเดียว ๆ ไม่มีฟันข้างเคียง

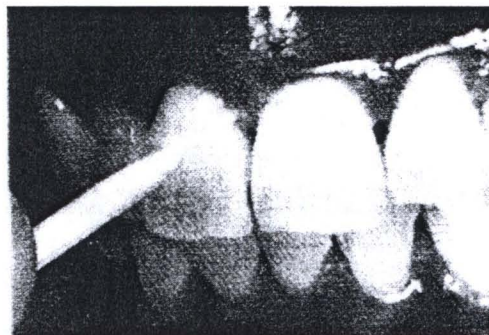
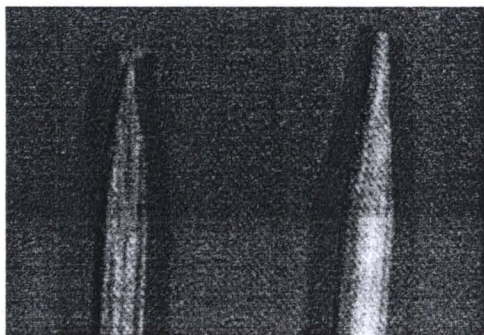


ภาพที่ 16 แปรงกระจุกเดียว (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

1.1.2.4 ไม้จิ้มฟัน ใช้ช่วยทำความสะอาดซอกฟัน แต่มักใช้ได้ถนัดในฟันหน้า ใช้ขจัดคราบจุลินทรีย์ที่อยู่ระหว่างซอกฟัน ที่มีเหงือกกร่น มีช่องเห็นชัด หรือช่องระหว่างแยกรากฟัน

การใช้ไม้จิ้มฟัน

1. ไม้จิ้มฟันควรมีลักษณะด้ามตรง แบน เรียบบาง ไม่มีเหลี่ยม
 2. ใช้ทำความสะอาดซอกฟันที่ห่าง และช่วยเขี่ยเศษอาหารออก โดยสอดเข้าไปในซอกฟัน ระวังอย่าให้ทำอันตรายต่อเหงือก
 3. กรณีใช้ทำความสะอาดคอฟัน ถ้าเป็นไม้จิ้มฟันปลายแหลม ควรกัดปลายให้แตกเป็นฟูก่อน แล้วค่อย ๆ ใช้ครูดไปตามคอฟันขอบเหงือก
- ไม้จิ้มฟันใช้อย่างง่ายกว่าไหมขัดฟัน แต่มีข้อจำกัดกว่า เพราะใช้ได้เฉพาะผู้ที่มีช่องว่างระหว่างซี่ฟัน ไม่สามารถใช้ขัดทำความสะอาดตรงมุมโค้งของฟัน และซอกฟันปกติ เพราะโอบรอบฟันไม่ได้



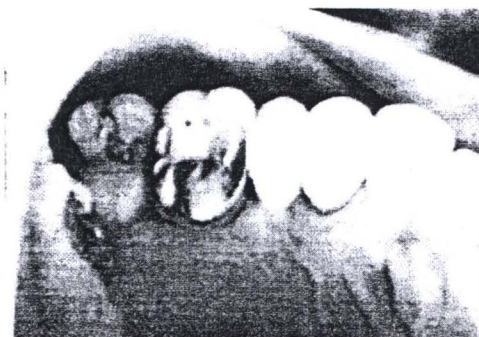
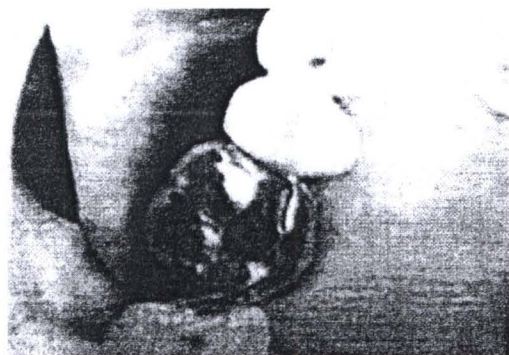
ภาพที่ 17 ไม้จิ้มฟัน (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

5. Water pick เป็นอุปกรณ์ฉีดน้ำแรงสูง ที่สามารถใช้แรงฉีดของน้ำ ทำความสะอาด และกำจัดเศษอาหารในซอกฟัน

6. น้ำยาบ้วนปาก มี 2 ประเภท คือ น้ำยาบ้วนปากเพื่อช่วยลดการเกิดคราบจุลินทรีย์ (Antiplaque) และขจัดเชื้อโรค น้ำยาบ้วนปากที่ผสม Chlorhexidine gluconate ส่วนผสมของน้ำยาอาจทำให้เกิดคราบสีน้ำตาล-ดำ บนตัวฟัน อีกประเภทหนึ่ง คือ น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ จะช่วยป้องกันฟันผุที่ตัวฟัน และรากฟัน

1.2 การทำความสะอาดฟันเทียม ฟันเทียมมี 2 ชนิด คือ ชนิดติดแน่น และชนิดถอดได้

1.2.1 ฟันเทียมชนิดติดแน่น จะสวมทับลงไปบนซี่ฟัน หรือใช้ฟันข้างเคียงช่องว่างเป็นหลักยึด ฟันเทียมชนิดนี้จะไม่มีตะขอ หรือฐานบนเหงือก หรือเพดานปาก ไม่สามารถถอดออกได้ ดังนั้น การรักษาความสะอาด นอกจากการแปรงฟันตามปกติแล้ว ควรใช้ไหมขัดฟัน สอดเข้าทำความสะอาดใต้ฟันเทียม และขอบเหงือกด้วย



ภาพที่ 18 ครอบฟัน, สะพานฟัน (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

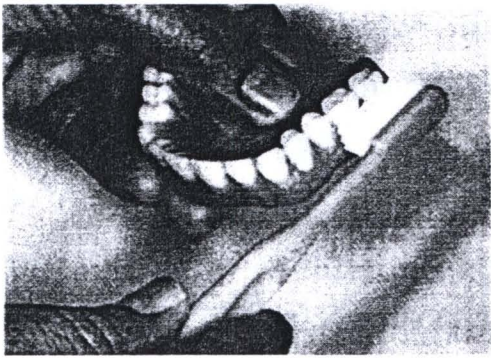
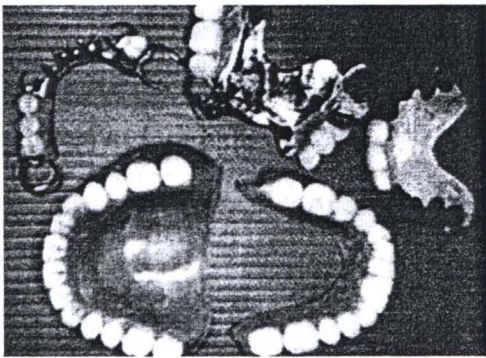
1.2.2 ฟันเทียมชนิดถอดได้ อาจมีส่วนของตะขอใช้ยึดกับฟันข้างเคียง และมีฐานพลาสติก หรือโลหะ วางบนเหงือก หรือเพดานปาก เพื่อรับแรงบดเคี้ยว ซึ่งบริเวณที่เป็นตะขอ หรือส่วนฐานนี้จะมีเศษอาหารมาติด หรือตกค้างได้ จึงควรถอดฟันเทียมออก ทำความสะอาดทุกครั้ง หลังรับประทานอาหาร พร้อมกับทำความสะอาดฟันแท้ในปาก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุ และกลิ่นปาก นอกจากนี้ ควรถอดฟันเทียมออกก่อนนอนทุกครั้ง ทั้งกลางวัน และกลางคืน เพื่อให้เหงือกได้พักผอม และฟันเทียมที่ถอดออกต้องล้างให้สะอาด และแช่น้ำไว้ทุกครั้ง เพื่อไม่ให้ฐานพลาสติกของฟันเทียมแห้ง ซึ่งจะทำให้แตกชำรุดได้

การทำความสะอาดฟันเทียม

วิธีที่ 1 ทำความสะอาดฟันเทียม ด้วยแปรงสีฟันขนนิ่มร่วมกับการใช้สนู่ หรือน้ำยาล้างจาน ขัดถูฟันเทียมให้สะอาดครั้งหนึ่งก่อน แล้วล้างออกด้วยน้ำสะอาดให้หมด จากนั้นใช้แปรงสีฟันกับยาสีฟัน ขัดถูฟันเทียมให้สะอาด ล้างด้วยน้ำสะอาดอีกครั้ง การล้างควรมีภาชนะคอยรองรับ เพื่อกันฟันเทียมตกแตก

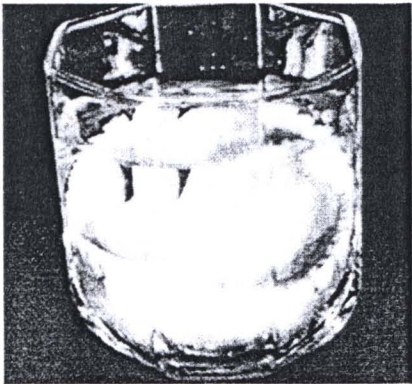
วิธีที่ 2 ทำความสะอาดฟันเทียม ด้วยแปรงสีฟันขนนิ่มร่วมกับยาสีฟันชนิดครีม จากนั้นจึงล้างออกด้วยน้ำ (ไม่ควรใช้ยาสีฟันชนิดผง หรือชนิดที่มีส่วนผสมเป็นผงขัด เพราะจะทำให้ฟันเทียมที่เป็นพลาสติกสึกเร็ว)

วิธีที่ 3 ในกรณีที่ใช้ฟันเทียมมานาน จนกระทั่งมีคราบหินปูน คราบหนูหรือเกาะติดฟันเทียม สามารถใช้น้ำยาเคมี หรือยาเม็ดสำหรับแช่ทำความสะอาดฟันเทียมได้ น้ำยาบางชนิด เช่น Alkaline hypochlorite แม้ว่าจะมีคุณสมบัติทำลายเชื้อรา และเชื้อแบคทีเรีย แต่ไม่เหมาะกับฟันเทียมที่มีโลหะ เนื่องจากกัดกร่อน และยังทำให้สีฐานพลาสติกจางลง หรือน้ำยาพวก Chlohexidine 2% เมื่อแช่ฟันเทียม จะสามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา Candida พร้อมลดการบดเคี้ยว ทำให้จำนวนเชื้อโรคเกาะฟันเทียมน้อยลง แต่หลังจากแช่แล้ว ต้องล้างทำความสะอาด และแช่น้ำสะอาดก่อนนำมาใส่



ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานคริลิกและฐานโลหะ

ใช้แปรงสีฟันขนอ่อน แปรงร่วมกับสบู่



ถอดแช่น้ำก่อนนอนทุกครั้ง

ภาพที่ 19 การทำความสะอาดฟันเทียมชนิดถอดได้ (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

ข้อควรระวัง

- 1. ห้ามนำฟันเทียมแช่ในน้ำเดือด น้ำร้อน เพราะจะทำให้บิดเบี้ยว และไม่ควรทิ้งฟันเทียมตากแห้ง เพราะอาจแตกร้าวได้
- 2. ฟันเทียมบางชนิดมีอายุการใช้งาน อาจต้องซ่อมแซม หรือเปลี่ยนใหม่ ถ้ามีการแตกหัก
- 3. ฟันเทียมที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเหงือก และเนื้อเยื่อช่องปาก ควรได้รับการแก้ไข หากทิ้งไว้ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ เกิดแผลมะเร็งในปาก

คำแนะนำหลังการใส่ฟันเทียม การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุหลังการใส่ฟันเทียม เป็นส่วนหนึ่งและช่วยให้การใส่ฟันเทียม ประสบความสำเร็จ เนื่องจากอายุที่ใส่ฟันเทียมมักจะเข้าใจ ผิด และคาดหวังว่าฟันเทียมที่ได้รับจะสามารถใช้งานได้เหมือนกับฟันแท้ที่สูญเสีย

ปัญหาที่พบบ่อยหลังการใส่ฟันเทียม ได้แก่

1. ฟันเทียมกดเนื้อเยื่ออ่อนจนเป็นแผล
2. ใช้ฟันเทียมเคี้ยวอาหาร ไม่ได้ เช่น เคี้ยวแล้วเจ็บ หรือเคี้ยวแล้วฟันเทียมกระดก
3. ฟันเทียมหลวม ซึ่งอาจจะหลวมจริง หรือคิดว่าหลวม เนื่องจากผู้สูงอายุนำไปเปรียบเทียบกับฟันจริง

4. ซี่ฟันเทียม หรือส่วนฐานพลาสติกของฟันเทียมแตกหัก
5. ใช้ฟันเทียมซุดเค็มไม่ได้ เนื่องจากมีการสูญเสียฟันเพิ่ม
6. ฟันเทียมสกปรก และมีกลิ่น เพราะขาดการดูแลทำความสะอาด

คำแนะนำที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม ได้แก่

1. เมื่อมีปัญหาหรืออาการต่าง ๆ เช่น ฟันเทียมกดเหงือกเจ็บ เคี้ยวอาหารไม่ได้ ฟันเทียมแตกหัก หรือพบปัญหาภายในช่องปากอื่น ๆ ผู้สูงอายุอย่าพยายามที่จะแก้ไขเอง ให้กลับไปพบทันตแพทย์ที่ทำการใส่ฟันเทียม เพื่อแก้ไขปัญหาให้
2. ทำความเข้าใจกับผู้สูงอายุ เพื่อให้พยายามปรับตัวให้สามารถใช้ฟันเทียมได้ โดยเฉพาะฟันเทียมทั้งปาก โดยในระยะแรกให้ฝึกหัดเคี้ยวอาหารนิ่มชิ้นเล็ก ๆ ก่อน
3. เน้นย้ำให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญของการทำความสะอาดฟันเทียม และฟันจริงที่เหลือยู่ในปาก ซึ่งอาจทำได้เอง หรือโดยผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอนามัยช่องปากที่ดี โดยเฉพาะกรณีใส่ฟันเทียมบางส่วน การทำเช่นนี้จะลดการสูญเสียฟันเพิ่มเติมได้
4. แนะนำให้มาพบทันตแพทย์ เพื่อรับการตรวจช่องปากทุก 3-6 เดือน เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคที่เกิดขึ้น เช่น การรับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องและเหมาะสม การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย เป็นต้น

ข้อสังเกตเมื่อฟันเทียมหมดอายุใช้งาน

ฟันเทียมก็เหมือนเครื่องมือทั่ว ๆ ไป ที่ไม่สามารถใช้งานได้ยาวนานตลอดไป กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ฟันเทียมแต่ละชุดสามารถใช้งานได้ไม่เกิน 5 ปี ควรทำชุดใหม่ แต่ในบางครั้งฟันเทียมอาจจะหมดอายุการใช้งานก่อนกำหนดได้ เนื่องมาจากการดูแลรักษา การใช้งาน และสภาพสันเหงือกและฟันที่รองรับ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรหมั่นตรวจสอบฟันเทียมของตนว่าอยู่ใน

สภาพสมบูรณ์หรือไม่ ถ้าหมดสภาพแล้วไม่ควรฝืนใช้ต่อไป ควรติดต่อทันตแพทย์ให้ตรวจสอบ และทำฟันเทียมชุดใหม่

ข้อพิจารณาที่ผู้สูงอายุต้องสังเกตฟันเทียมของตนเอง ดังต่อไปนี้

1. ฟันเทียมหลวมหลุดง่าย
2. เมื่อใส่ฟันเทียมเข้าที่แล้วขยับลอยไปมา
3. ฟันเทียมกดเจ็บอยู่เป็นประจำ
4. ฟันเทียมมีกลิ่นรุนแรง
5. ฟันเทียมมีรอยแตกร้าวหรือหักบิ่น ๑
6. ขณะกัดฟันเทียมกระดกไปมา
7. ฟันด้านบดเคี้ยวสึกจนกัดสบแล้วไม่สัมผัสกัน
8. ฐานฟันเทียมเปลี่ยนสี สีซีดลง หรือเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลเหลือง ไม่เป็นสีชมพู

สดใสเหมือนเคียว

9. ตะขอหัก

10. ฐานฟันเทียมบดเบี้ยว (กองทันตสาธารณสุข, 2551)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการใส่ฟันเทียม มีหลายประการดังต่อไปนี้

1. ช่วยในการบดเคี้ยว ในผู้ป่วยที่ถูกลอนฟันหลังไปจำนวนหลาย ๆ ซี่ ฟันเทียมสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวอาหารให้ดีขึ้นได้ และช่วยพยุงอาหารให้อยู่บนฟันซี่อื่น ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้อาหารเล็ดลอดไปอยู่ในช่องว่างบริเวณที่ถอนฟัน
2. ความสวยงาม การใส่ฟันเทียมโดยเฉพาะในฟันหน้าจะช่วยให้เกิดความสวยงามได้อย่างชัดเจน สำหรับการใส่ฟันเทียมในตำแหน่งฟันหลังจะช่วยเสริมความสวยงามในด้านแก้ม
3. รักษาสภาพอวัยวะเกี่ยวกับการบดเคี้ยว อวัยวะเกี่ยวกับการบดเคี้ยวคืออวัยวะในช่องปาก เช่น ฟัน เหงือก กล้ามเนื้อ ขากรรไกร ข้อต่อกระดูก ส่วนประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน ถ้าต้องถอนฟันออกฟันที่เหลือจะเรียงตัวใหม่ และจะมีผลต่อองค์ประกอบทุกส่วน ฉะนั้นการใส่ฟันเทียมจะช่วยยันไม่ให้ช่องว่างไม่ให้เกิดช่องเล็ก ๆ ระหว่างซี่ถัด ๆ ไปไม่ให้ฟันล้มและช่วยเป็นคู่สบของฟันซี่ตรงข้าม
4. ช่วยในการออกเสียง ในผู้ป่วยที่ถอนฟันหน้าออกไป การพูดหรือการออกเสียงจะทำให้เสียงผิดไป การใส่ฟันเทียมในฟันหน้าเพื่อทดแทนการสูญเสียฟันจะทำให้การออกเสียงคำบางคำที่ต้องใช้ฟันหน้าช่วย มีความชัดเจนยิ่งขึ้น (อ้างถึงในสุทิสฯ ไทยงาม, 2547)

1.3 การทำความสะอาดเยื่อช่องปากและลิ้น เพื่อจัดคราบอาหาร และคราบจุลินทรีย์ ที่ตกค้างอยู่บริเวณเยื่อช่องปาก กระพุ้ง แก้ม เพดานปาก ด้านบนของลิ้น โดยควรทำความสะอาด ทุกครั้งหลังอาหาร โดยวางแปรงสีฟัน หรืออาจใช้ไม้กวาดลิ้น วางลงบนผิวลิ้น กวาดจากโคนลิ้น ออกมาด้านปลายลิ้น ทำซ้ำ 4 - 5 ครั้ง ส่วนเยื่อช่องปาก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก อาจใช้แปรงสีฟัน ขนนุ่ม หรือใช้นิ้วมือกวาดเบา ๆ

2. การเลือกรับประทานอาหาร ปกติคนเรามีความต้องการพลังงานเปลี่ยนไปตามอายุ เมื่ออายุมากขึ้นความต้องการพลังงานจะลดลง เนื่องจากมีกิจกรรมต่างๆ ลดลง การเผาผลาญพลังงาน ลดลง ความต้องการอาหารควรลดลงด้วย ตามอัตรา โนมิตี แม้ว่าผู้สูงอายุจะต้องการพลังงาน ปริมาณน้อยลง แต่ความต้องการชนิดของสารอาหาร ทั้ง โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ ไม่ได้ลดน้อยลง ตามอายุที่มากขึ้น ในวัยสูงอายุ การเลือกรับประทานอาหาร นอกจากจะต้องคำนึงถึงคุณค่าอาหาร ให้ครบถ้วนพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ในแต่ละวันแล้ว ชนิด ลักษณะ ความแข็ง นุ่ม และความถี่ ในการบริโภคอาหารก็มีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคใน ช่องปาก มีการสูญเสียฟัน บางคนมีฟันโยก ใส่ฟันเทียม ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลง ความสามารถในการทำความสะอาดก็ลดลง เกิดการตกค้างของอาหาร โดยเฉพาะพวก คาร์โบไฮเดรต น้ำตาล ซึ่งนำไปสู่ฟันผุได้

สำหรับการรับประทานอาหาร เพื่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ควรปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ควรรับประทานอาหารให้เป็นมือ ไม่ควรกินจุบจิบระหว่างมือ โดยเฉพาะช่วง ก่อนนอน เพื่อลดการตกค้างของเศษอาหาร แต่ถ้าเลี่ยงไม่ได้ ยังขอรับประทานอาหารว่างเพิ่มเติม จากมือปกติ ควรเลือกอาหารพวก โปรตีน และผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้ที่มีลักษณะเป็นเส้นใย รสไม่ หวานจัด เช่น ฝรั่ง พุทรา ชมพู มังคุด ถั่ว อาหารธัญพืช เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะดีต่อช่องปากแล้ว ยังมีวิตามิน เกลือแร่ต่าง ๆ และมีเส้นใยที่ช่วยให้ลำไส้ทำงานได้อย่างปกติ ป้องกันอาการท้องผูกใน ผู้สูงอายุได้

2.2 ควรลดอาหารพวกรสหวานจัด พริกเผ็ด น้ำตาลที่เข้มข้น ละเอียดยาก ๆ หรือเหนียว ติดฟันให้น้อยลง เนื่องจากตกค้างในช่องฟันได้สูง ทำความสะอาดยาก เกิดฟันผุง่าย

2.3 ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่ม เช่น ชา กาแฟ ซึ่งมีสารพวกคาเฟอีนที่เป็นอันตรายต่อ ระบบการทำงานของหัวใจ ความดันโลหิต และน้ำอัดลมที่มีน้ำตาล ความเป็นกรดสูง ส่งผลต่อการ เกิดฟันผุ การสูบบุหรี่ของฟันโดยตรง ควรปรับเปลี่ยนเป็นนมสด หรือน้ำผลไม้ จะให้ประโยชน์ ต่อสุขภาพร่างกายมากกว่า

2.4 สำหรับผู้ใส่ฟันเทียม ควรระมัดระวังเป็นพิเศษในการรับประทาน โดยเฉพาะอาหารเหนียว และแข็ง

3. การตรวจฟันด้วยตนเอง การตรวจฟันด้วยตนเอง เป็นวิธีการที่ควรทำกันให้เป็นกิจวัตร และสามารถทำได้โดยง่าย เพราะจะช่วยให้เราได้รับรู้ปัญหาการเกิดโรคในช่องปากของตนเอง เพื่อที่จะเริ่มการดูแลและระวังรักษาเบื้องต้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลุกลามต่อไป หรือรีบไปรับการรักษา ถ้าพบว่ามีปัญหาการเกิดโรคมากแล้ว

การตรวจฟันควรทำหลังจากแปรงฟันเสร็จแล้ว โดยอาศัยกระจกเงาในห้องน้ำ และอาจใช้กระจกบานเล็ก ๆ ช่วยสะท้อนในปากตรงบางมุมที่ดูยาก การตรวจนี้จะทำให้เห็นว่าเราแปรงฟันได้สะอาดจริงหรือไม่ มีฟันที่เริ่มมีลักษณะผิดปกติ คือมีรอยดำ มีจุดฟันผุแล้วบ้างหรือไม่ หรือเหงือกบริเวณไหนมีการบวมแดงอักเสบเกิดขึ้น ซึ่งหากพบปัญหาจะได้รับแก้ไข ก่อนที่จะมีอาการรุนแรง วิธีการตรวจ ทำได้ ดังนี้

3.1 ตรวจฟันหน้าบนและล่างโดยอ้อมยังฟันกับกระจก ให้เห็นฟันหน้าบนทั้งหมด ตรวจทั้งตัวฟันและเหงือก

3.2 ตรวจฟันกรามด้านติดแก้มโดยอ้อมให้กว้างไปถึงฟันกราม อาจใช้นิ้วมือช่วยดึงมุมปาก เพื่อให้เห็นได้ชัดเจนขึ้น

3.3 ตรวจด้านในของฟันล่าง โดยก้มหน้าอ้าปากกว้าง กระดกลิ้นขึ้น เมื่อตรวจดูฟันกราม

3.4 ตรวจด้านบดเคี้ยวของฟันกรามล่าง โดยอ้าปากดูด้านบดเคี้ยวของฟันล่าง

3.5 ตรวจฟันบนด้านเพดานและด้านบดเคี้ยว โดยเงยหน้าอ้าปากดูในกระจก ส่วนฟันหน้าด้านเพดาน อาจใช้กระจกบานเล็กช่วยสะท้อนให้เห็นในกระจกส่องหน้า

นอกจากการตรวจดูความสะอาดของฟันและเหงือกแล้ว ควรจะดูความสะอาดของลิ้นด้วย เพราะลิ้นมีลักษณะผิวที่ไม่เรียบ บางคนมีลิ้นที่เป็นร่องลึก อาจมีเศษอาหารตกค้าง และเป็นที่สะสมของเชื้อโรคได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยการทำความสะอาดลิ้นด้วย (กองทันตสาธารณสุข, 2550)

4. การเสริมสร้างความแข็งแรงของช่องปาก

4.1 การเสริมสร้างความแข็งแรงของตัวฟัน ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุที่ตัวฟัน และรากฟัน ควรเสริมสร้างความแข็งแรงของฟัน ร่วมไปกับการทำความสะอาด การใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุ โดยฟลูออไรด์ จะลดการละลายตัวของผิวฟัน (Solubility) ชะลอการสูญเสียแร่ธาตุในโครงสร้างฟัน (Demineralization) และ

ส่งเสริมการคืนกลับของแร่ธาตุไปยังผิวฟัน (Remineralization) ทำให้ฟันผุเกิดขึ้น และลูกถาม เป็นรูปร่าง

รูปแบบการใช้ฟลูออไรด์ มี 2 ลักษณะ

1. แบบใช้ได้เองทั่วไป ผู้สูงอายุสามารถหาซื้อมาใช้ได้เองเป็นประจำ อยู่ในรูปของยา สีฟันผสมฟลูออไรด์ น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ หลายยี่ห้อ

2. แบบที่ทันตบุคลากรเป็นผู้ให้บริการ เช่น การเคลือบฟลูออไรด์ในรูปของเจล การทาฟลูออไรด์วานิช ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในปาก เฉพาะที่ในช่วงเวลาหนึ่ง

4.2 การเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าและลิ้น เมื่ออายุมากขึ้น การทำงานของกล้ามเนื้อบริเวณรอบ ๆ ปาก หรือหน้า จะช้าลง ทำให้บางครั้งเคี้ยวอาหารไม่ถนัด มีอาหารค้างอยู่ในช่องปาก กระพุ้งแก้ม การบริหารใบหน้าและลิ้น จะช่วยกระตุ้นเส้นประสาท กล้ามเนื้อใบหน้า เช่น แก้ม ปาก และลิ้น ทำให้การทำงานที่เคยเคลื่อนไหวช้าลง ให้กลับเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น คล่องขึ้น

การบริหารใบหน้า

1. ช่วยปลูกเส้นประสาท กระตุ้นกล้ามเนื้อใบหน้า เช่น แก้ม ปาก และลิ้น ให้เคลื่อนไหวได้ดีขึ้น

2. แนะนำให้ทำหลังล้างหน้าตอนเช้า

3. ขั้นตอนมี 3 ขั้น แต่ละขั้นใช้เวลาประมาณ 10 วินาที แล้วผ่อนคลาย จากนั้นให้ปฏิบัติซ้ำตั้งแต่ต้นอีก 3 รอบ ขั้นตอนมีดังนี้

ขั้นที่ 1 เริ่มต้นด้วยสูดลมหายใจเข้าให้เต็มปอด เขยิบริมฝีปากออกไปด้านข้าง เป็นแนวกว้าง ขยับแก้มให้สูง หลับตาให้สนิท

ขั้นที่ 2 อ้าปากกว้าง และลิ้นตวัดให้กว้าง

ขั้นที่ 3 ปิดปากให้สนิท ป้องแก้ม ขยับปาก ซ้าย-ขวา

การบริหารลิ้น

1. ช่วยให้การเคลื่อนไหวของลิ้นดีขึ้น ซึ่งจะช่วยในการทำงานที่ต้องคลุกเคล้าอาหารด้วยลิ้น ทำได้ดีขึ้น ป้องกันไม่ให้อาหารตกสู่หลอดลม ช่วยให้ออกเสียงพูดได้ชัดเจนขึ้น และช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย

2. แนะนำให้ทำก่อนรับประทานอาหาร

3. การบริหารลิ้นมี 2 แบบ คือ การบริหาร โดยการเปิดปาก และการบริหาร โดยการปิดปาก โดยมีขั้นตอนดังนี้

การบริหาร โดยการเปิดปาก (ปฏิบัติแต่ละขั้นตอน 5 ครั้ง)

1. แลบลิ้นเข้าและออก
2. แลบลิ้นแล้ว เคลื่อนไปทางซ้าย-ขวา หมุนลิ้นไปทางซ้าย ขวา เพื่อเลี้ยวรอบ ๆ ริม

ฝีปาก

3. แลบลิ้น แล้วขยับลิ้นขึ้นลง เพื่อที่จะเลียที่ปลายจมูก หรือคาง

การบริหาร โดยการปิดปาก (ปฏิบัติแต่ละขั้นตอน 5 ครั้ง)

1. ดันริมฝีปากบนด้วยลิ้น
2. ดันริมฝีปากล่างด้วยลิ้น
3. ดันแก้มซ้าย ขวาด้วยลิ้น หมุนลิ้นไปรอบ ๆ ทั้งซ้ายและขวา

4.3 การกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำลาย เมื่ออายุมากขึ้น น้ำลายผลิตน้อยลง ช่องปากมีแนวโน้มแห้งง่าย กลืนลำบาก การนวดต่อมน้ำลาย จะช่วยกระตุ้นให้ต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายมากขึ้น

1. แนะนำให้ทำก่อนรับประทานอาหาร

2. การนวดต่อมน้ำลายมี 3 ต่อมน ได้แก่ ต่อมน้ำลายใต้หู ต่อมน้ำลายใต้คาง ต่อมน้ำลายใต้ลิ้น หลังจากตรวจสอบตำแหน่งที่จะนวดแล้ว ให้ปฏิบัติตามขั้นตอน 1 - 3 แล้วทำซ้ำอีก 2 - 3 ครั้ง

ขั้นที่ 1. การกระตุ้นต่อมน้ำลายใต้หู วางนิ้วก้อยถึงนิ้วชี้ไว้ที่แก้ม แล้วหมุนแกว ๆ ฟันกรามบน วนจากข้างหลัง ไปข้างหน้า ทำ 10 ครั้ง

ขั้นที่ 2. การกระตุ้นต่อมน้ำลายใต้คาง วางนิ้วโป้งตรงส่วนที่นุ่ม ตรงกระดูกคาง กดตั้งแต่บริเวณใต้หู จนถึงใต้คาง ประมาณ 5 ตำแหน่ง ๆ ละ 5 ครั้ง ตามลำดับ

ขั้นที่ 3. การกระตุ้นต่อมน้ำลายใต้ลิ้น ใช้นิ้วโป้งทั้ง 2 มือกดลงช้า ๆ ที่บริเวณลิ้น ข้างใดข้าง 10 ครั้ง

5. การป้องกันความผิดปกติ โดย

1. ปรับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น งดการสูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก
2. พบทันตบุคลากรเพื่อตรวจความสะอาดช่องปาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. กรณีผู้สูงอายุมีโรคทางระบบ ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อควบคุมโรค ให้อยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และช่องปาก (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถาพร จันทร (2551) ได้ศึกษา “คุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับความสะอาดช่องปากในเขตเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา” พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันทั้งปาก และไม่มีฟันหลังสบทั้งสองข้าง จะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการรับประทานอาหารมากที่สุด รองลงมา คือ การยิ้ม หัวเราะ และการพูดคุย ตามลำดับ ร้อยละ 52.9 ของผู้สูงอายุมีความต้องการใส่ฟันเทียม ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 13.8 ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการใส่ฟันเทียมร้อยละ 27.2 พบว่า ความสะอาดช่องปากมีผลต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใส่ฟันเทียม เมื่อเปรียบเทียบความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมโดยทันตแพทย์กับความต้องการใส่ฟันของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 85.6 ของผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการรับบริการใส่ฟันเทียม และผู้สูงอายุที่ทันตแพทย์เห็นว่า จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม แต่ผู้สูงอายุไม่ต้องการมีถึงร้อยละ 32.7 ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว สามารถนำไปใช้ในการปรับแผนงาน/ โครงการ กลุ่มเป้าหมาย และแนวทางการจัดระบบบริการทันตกรรม เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

อำมา ปัทมสัตยาสนธิ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาพไรฟันทั้งปากในผู้สูงอายุ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ระหว่างตุลาคม 2548 ถึงกันยายน 2549 จำนวน 125 คน อายุ 60 - 87 ปี เฉลี่ย 70 ปี ทำการตรวจฟันเพื่อลงรหัสโรคฟันผุ และสภาวะปริทันต์ด้วยดัชนี Community Periodontal Index (CPI) บันทึกอายุ เพศ การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว และประวัติการทำฟันย้อนหลัง 5 ปี พฤติกรรมเคี้ยวหมาก ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.4 อยู่ในสภาพไรฟันทั้งปาก และร้อยละ 10.4 มีสภาพไรฟันในขากรรไกรหนึ่งข้าง จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติไคสแควร์พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสภาพไรฟันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาวะทางร่างกายที่มีโรคประจำตัวและเพศกับสภาพไรฟันทั้งปากในกลุ่มผู้สูงอายุ โครงการ “ฟันเทียมพระราชทาน”

อัมพร เดชพิทักษ์ (2551) ความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประเภทของคู่สบฟันหลังบดเคี้ยวได้ของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยประชากร เพศ กลุ่มอายุ กับการมีฟันหลังที่บดเคี้ยวอาหาร พิจารณาจากการมีคู่สบฟันหลังทั้งซ้าย-ขวา แต่ละข้างสบกันอย่างน้อยข้างละ 2 คู่ โดยเป็นคู่สบฟันแท้และ/ หรือฟันเทียมที่สามารถบดเคี้ยวใช้งานได้ดี ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 970 คน เก็บข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่ง โดยการสัมภาษณ์ และตรวจช่องปากบันทึกฟันคู่สบ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันหลังที่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ร้อยละ 52.6 กลุ่มอายุ 60 - 64 ปี มีฟันหลังใช้บดเคี้ยวอาหารเป็นฟันคู่สบฟันแท้ มากกว่า

กลุ่มอายุ 65 - 69 ปี และกลุ่มอายุ 70 ปีหรือมากกว่า อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มอายุ 70 ปี หรือมากกว่ามี ฟันคู่สบเทียมมากกว่าในกลุ่มอายุอื่น ๆ และเพศหญิงมีฟันหลังที่บดเคี้ยวอาหารได้มากกว่าชาย และเมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุ และเพศกับการมีฟันหลังที่บดเคี้ยวอาหาร ได้ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดวงพร ศิริเทพมนตรี (2551) คุณภาพชีวิตในมิติความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน ผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60 - 88 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.4) มีคุณภาพชีวิตหลังใส่ฟันเทียมพระราชทานอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (OIDP < 0.6) ร้อยละ 69.2 มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาก โดยไม่ได้รับผลกระทบเกี่ยวกับปัญหาในช่องปากแม้แต่ประการเดียว (OIDP = 0) และร้อยละ 30.8 ได้รับผลกระทบอย่างน้อยหนึ่งด้าน ซึ่งผลกระทบที่พบมากที่สุดเกี่ยวกับปัญหาด้านการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 29.8) รองลงมาเป็นปัญหาด้านการพูด (ร้อยละ 18.3) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสะอาดช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ (p-value = 0.030) ระดับรายได้ (p-value = 0.029) และการมีฟันแท้เหลืออยู่ในช่องปาก (p-value = 0.003) กล่าวคือในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น กลุ่มที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มที่มีฟันแท้เหลืออยู่ในช่องปากจะมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่า สำหรับการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทานที่กลับมาตรวจซ้ำและ ไม่กลับมาตรวจซ้ำตามที่โทรศัพท์ติดตามพบว่า กลุ่มที่กลับมาตรวจซ้ำมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้อยกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.067) สรุป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากสุขภาพในช่องปากหลังการใส่ฟันเทียมพระราชทานส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีถึงดีมาก ผลกระทบของปัญหาทางความสะอาดช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทานเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นโดยทั่ว ๆ ไปไม่ใช่ปัญหาที่รุนแรงปัญหาดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอายุ เศรษฐฐานะและสถานภาพทางทันตสุขภาพ

สมนึก สมบัติวัฒนางกูร และสุทิสรา โพธิสา (2550). ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพร่างกาย และความสะอาดช่องปากของผู้สูงอายุที่มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 75.8 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค โรคที่พบมากที่สุด ร้อยละ 39.6 ได้แก่ โรคข้อ และกระดูก โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน พบ ร้อยละ 28.7, 21.8 และ 11.6 ตามลำดับ สำหรับการศึกษาสภาวะความสะอาดช่องปาก ในส่วนสภาพฟัน พบว่า ผู้สูงอายุมีสภาพปริทันต์ ฟันสึก และฟันผุ ร้อยละ 97.4, 46.7 และ 38.3 ตามลำดับ ส่วนสภาวะของเยื่อเมือกในช่องปาก พบภาวะปากแห้งมากที่สุด ร้อยละ 54.6 รองลงมา ได้แก่ การรับรส น้อยลง และการมีลิ้นเปลี่ยนแดง ร้อยละ 42.5 และ 31.6 ตามลำดับ สำหรับรอยโรคของเยื่อเมือกในช่องปากที่พบมากที่สุด ได้แก่ เยื่อช่องปากอักเสบ และพบการติดเชื้อราในช่องปาก ร้อยละ 45.9

สำหรับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรอยโรคในช่องปากกับโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุพบว่า รอยโรค Erythroplakia มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน การสูญเสียการรับสัมผัส ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ สำหรับการเพาะเชื้อรา พบว่า ผลบวกของการพบเชื้อราที่ลิ้นมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจ การศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุจำนวน 21 ราย ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพในช่องปาก เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียม พระราชทานประจำปี 2548

บัวลักษณ์ จันทระ และคณะ (2549) การเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 49.8 เจ็บป่วยเล็กน้อยใน 1 เดือนที่ผ่านมา เจ็บป่วยหนัก ร้อยละ 24.4 และมีปัญหาเกี่ยวกับความสะอาดช่องปากและฟัน ร้อยละ 47.1 ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุไปใช้บริการสุขภาพสถานบริการที่ระบุในบัตรทองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 60.9 เจ็บป่วยหนัก ร้อยละ 83.7 และเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับความสะอาดช่องปากและฟัน ร้อยละ 55.7 ส่วนการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.9 เคยได้รับการบริการคำแนะนำด้านสุขภาพจากสถานบริการ และผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.0 เคยได้รับการออกเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำหรับการให้บริการด้านการป้องกัน ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.5) ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีและการตรวจโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ร้อยละ 64.5, 59.8 และ 45.8 ตามลำดับ ส่วนการให้บริการด้านการฟื้นฟูสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.1 ใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ ประจำวัน ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ แว่นตา รองลงมาเป็นฟันเทียม

สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์ และคณะ (2547) ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุ และจำนวนประเภทของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้นโยบายหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ปัจจัยด้านความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ความพึงพอใจต่อการใช้บริการของผู้สูงอายุ และจำนวนประเภทของการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถอธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ร้อยละ 83.3 การวิเคราะห์เส้นทางพบว่า รูปแบบตามสมมติฐานนั้นไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รูปแบบที่มีสอดคล้องนั้นต้อง

เพิ่มเส้นทางอีก 2 เส้นทาง ได้แก่ เส้นทาง การรับรู้ นโยบายหลักประกันสุขภาพมีอิทธิพลร่วมกับทาง ความพึงพอใจในการใช้บริการ ไปสู่การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพเส้นทางที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้บริการ ส่วนเส้นทางที่มีค่าอิทธิพลทางอ้อมสูงสุด ได้แก่ เส้นทางที่ปัจจัยด้านความพึงพอใจของบริการมีอิทธิพลร่วมกับความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงควรจัดบริการ โดยคำนึงถึงความพึงพอใจมีความพอเพียงและมีประเภทของบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

รัตนา บัวลอย (2542) การดูแลรักษาฟันเทียมในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่ม ตัวอย่าง เป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 75.7) และเป็นหม้ายมากที่สุด (ร้อยละ 46.1) จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 44.3) มีอาชีพข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 31.3) และมีรายได้ มากกว่า 10,000 บาท/ เดือน (ร้อยละ 20.9) ส่วนรายได้ของครอบครัวมีมากกว่า 3,000 บาท/ เดือน (ร้อยละ 25.2) ได้รับสิทธิข้าราชการ มากที่สุด (ร้อยละ 53.9) ส่วนมากใช้ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอด ได้ (ร้อยละ 67.8) และใช้ฟันเทียมที่ทันตแพทย์ทำให้ (ร้อยละ 77.4) ทำความสะอาดฟันเทียมที่ใช้ทุก ครั้งหลังอาหาร (ร้อยละ 56.5) ทำความสะอาดฟันเทียมหลังรับประทานอาหารโดยวิธีใช้ยาสีฟัน หรือครีมทำความสะอาดฟันเทียมร่วมกับการใช้แปรงทำความสะอาด มากที่สุด (ร้อยละ 47.0) มีการ ป้องกันฟันเทียมแตกในระหว่างการทำทำความสะอาดฟันเทียมที่ใช้โดยขณะทำความสะอาดฟันเทียม จะมีอ่างบัวนํ้ารองรับเพื่อป้องกันไม่ให้ฟันเทียมตกแตกทุกครั้ง (ร้อยละ 41.0) มีวิธีการดูแลรักษา ความสะอาดฟันเทียมแบบถอดได้โดยถอดฟันเทียมเอามาแช่น้ำก่อนนอนทุกครั้ง (ร้อยละ 46.2) และ มีวิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียมแบบติดแน่น โดยทำความสะอาดทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร (ร้อยละ 43.5) รับความรู้ วิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียมจากทันตแพทย์/ ผู้ทำฟันเทียม (ร้อยละ 69.6) ได้รับแหล่งที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาความสะอาดฟันเทียม จากทันตแพทย์/ ทันตบุคลากร (ร้อยละ 47.8) ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อให้เกิดความ กระจ่างในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

พัชรวรรณ ศรีศิลปนันท์ (2542) สภาวะทันตสุขภาพและพฤติกรรมทันตสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเมืองเชียงใหม่และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง การศึกษา สภาวะทันตสุขภาพพบค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ในส่วนตัวฟัน 0.1 ซี่ต่อคน หรือ 4.1 ด้านต่อคน สำหรับใน ส่วนรากฟัน 0.1 ซี่ต่อคนหรือ 0.2 ด้านต่อคน อัตราชุกชุมของโรคฟันผุ พบในเพศชายมากกว่าใน เพศหญิง (ร้อยละ 39.7 เปรียบเทียบกับร้อยละ 34.9) ความแตกต่างของประสบการณ์การเกิดฟันผุน ตัวฟันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ระหว่างเพศชายและหญิง สภาวะปริทันต์ที่

พบค่าเฉลี่ยจำนวน Sextants สูงสุดทั้งในเพศชายและเพศหญิงคือสภาวะที่มีเลือดออกและมีหิน น้ำลายพบเฉลี่ย 3.6 Sextants ต่อคน ส่วนสภาวะปริทันต์ที่รุนแรงที่สุดคือสภาวะปริทันต์ที่มีกระเปาะ ปริทันต์ที่ลึก พบเฉลี่ย 1.83 Sextants ต่อคน สภาวะการสูญเสียฟันทั้งปากพบร้อยละ 14.2 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.7 ใส่ฟันเทียม จากจำนวนฟันเทียมทั้งหมดทุกชนิดที่ผู้สูงอายุใส่ร้อยละ 67.4 เป็นฟัน เทียมที่ทำโดยหมอมชาวบ้าน โดยที่ฟันเทียมทั้งปาก (Full denture) ทำโดยหมอมชาวบ้านมากที่สุด (ร้อยละ 77.8) ผู้สูงอายุที่ไม่เคยใส่ฟันเทียม ร้อยละ 66.7 ต้องการใส่ฟันเทียม ผู้สูงอายุมีความจำเป็น ที่ต้องใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ (Removable partial denture) สูงสุดคือ ร้อยละ 31.7 ผู้สูงอายุที่ใส่ ฟันเทียม ร้อยละ 40.0 ใช้มานานกว่า 5 ปี ร้อยละ 59.8 ใส่ฟันเทียมทั้งกลางวันและกลางคืน สำหรับการ ทำความสะอาด ร้อยละ 85.1 ถอดฟันเทียมมาล้างทุกวัน ปริมาณเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวน ผู้สูงอายุทั้งหมด (ร้อยละ 46) มีปัญหาในช่องปากในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา เมื่อมีปัญหาในช่องปาก ร้อยละ 25.0 ปลดปล่อยให้หายเอง ในขณะที่ร้อยละ 25.0 ไปพบทันตแพทย์หรือแพทย์เมื่อมีปัญหา มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.1 ไม่เคยพบทันตแพทย์เลย กรณีที่เคยไปพบทันตแพทย์ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.1) ไปรับการ บริการถอนฟัน สถานบริการที่ผู้สูงอายุเลือกไปรับบริการมากที่สุดคือโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 37.3) ด้วยเหตุผลเนื่องจากการรักษาถูกหรือไม่เสียค่าใช้จ่าย ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับ ชนิดของสถานบริการที่เลือกไปรับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ร้อยละของผู้ที่มี ฟันธรรมชาติกับผู้ที่ไม่มีฟันธรรมชาติมีค่าใกล้เคียงกันในกลุ่มที่ไม่มีการศึกษากับกลุ่มที่มีการศึกษา (ร้อยละ 89.5 และร้อยละ 86.6 ตามลำดับ)

Leake (1990 อ้างถึงใน รัชฎา น้อยสมบัติ, 2545 หน้า 17) มีการศึกษาพบว่า จำนวนคู่สบ ในฟันหลังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการบดเคี้ยว