

อภิปรายผลการศึกษา สรุป และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งด้านสภาวะช่องปากและด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่มารับบริการคลินิกความจำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ปรับมาตรฐานของการตรวจสุขภาพช่องปากกับผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการทดสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เก็บข้อมูลโดยการตรวจสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และศึกษาการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยจากแบบสอบถามกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 40 คนเท่ากันในแต่ละกลุ่ม เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2552 ถึง เดือน กรกฎาคม 2552 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

อภิปรายผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ลักษณะทั่วไป ประวัติสุขภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เข้ารับบริการในคลินิกความจำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย อายุเฉลี่ย 75.1 ปี พบผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับ (Schoenberg et al, 1987; Aronson et al, 1991; Rocca et al, 1990) ที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากกว่าชนิดอื่นๆ ความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง ระยะเวลาที่เป็น 1-2 ปี ซึ่งถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มแรก ระยะเวลาและความรุนแรงของโรคจะส่งผลต่อระดับความต้องการช่วยเหลือ (กัมมันต์, 2543; Brodaty, 1999) ผู้ป่วยระยะแรกสามารถดูแลตัวเองและทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆได้เป็นปกติ ระยะกลางจะเริ่มมีการเสียการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว ประกอบผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่สามารถใช้แขน-ขาได้ตามปกติ จึงพบได้ว่าผู้ป่วยยังคงทำกิจวัตรประจำวันได้เองแต่เริ่มต้องการความช่วยเหลือในลักษณะการควบคุมชี้แนะ เช่นเดียวกับความสามารถทำความสะอาดช่องปากที่ส่วนใหญ่ยังคงทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด (ร้อยละ 50) และทำได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ เช่น เตรียมอุปกรณ์ เดือน (ร้อยละ 40)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ลักษณะทั่วไป **ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม** **ความรู้และทัศนคติต่อการดูแล**
สุขภาพช่องปากของผู้ดูแลผู้ป่วย

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และรับบริการที่คลินิกความจำโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 53.5 ปี ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 65.5) รองลงมาคือ คู่สมรส (ร้อยละ 32.5) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงเชียงใหม่ (สกาวิรัตน์, 2548; สุปราณี, 2548) และการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย พ.ศ. 2550 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2550) ที่พบได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีบุตรเป็นผู้ดูแล รองลงมาคือคู่สมรสเป็นผู้ดูแล อาจเนื่องจากลักษณะของสังคมไทยให้ความยกย่องกตัญญูต่อผู้สูงอายุ บุตรมีหน้าที่ดูแลมารดา ถือเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ เป็นพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การถูกปลูกฝังค่านิยมให้เพศหญิงที่ทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยในบ้านในฐานะมารดา ภรรยา (Blieszner and Mancini, 1987) ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่ที่บ้านเดียวกันกับผู้ดูแล อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมและพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่ส่วนมากจะอยู่อาศัยกับครอบครัว บุตรหลาน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

ผู้ดูแลเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95) เคยได้รับการแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขมากที่สุด รองลงมาคือ สื่อต่างๆ ครอบครัวและญาติ เนื่องจากผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยสมองเสื่อมมารับการรักษาติดตามเป็นระยะอยู่แล้วทำให้มีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของคลินิกความจำ เช่น การบริการด้วยทีมสหวิชาชีพ การบริการกลุ่มสัมพันธ์ การจัดอบรมผู้ดูแล และการจัดรณรงค์วันอัลไซเมอร์โลก ประกอบกับการดำเนินนโยบายและแผนระยะยาวเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย เช่น พระราชบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) และความร่วมมือจากภาคเอกชน โดยเฉพาะสื่อมวลชนในการด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2551) ทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้มีช่องทางหรือโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หรือภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ง่าย ซึ่งแตกต่างจากเรื่องสุขภาพช่องปากที่มีเพียงผู้ดูแลประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้น (ร้อยละ 47.5) ที่เคยได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากจากบุคลากรสาธารณสุข และเป็นการแนะนำจากทันตบุคลากรของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ทั้งหมด จากการสืบค้นเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมในความดูแลของผู้ดูแลกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากในปี 2551 ผู้ดูแลจึงเคยได้รับคำแนะนำมาก่อน และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก สนใจที่จะให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตรวจช่องปากในการศึกษารั้งนี้ก็

ตามเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลการดูแลช่องปากมาก่อนกับผู้ที่ไม่มีประสบการณ์พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในระดับมาก โดยผู้ดูแลที่เคยได้รับข้อมูลมาก่อนจะให้ความสำคัญมากกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Frenkel et al. (2002) พบว่าการที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลอนามัยช่องปากจะส่งผลดีต่อการดูแลช่องปากมากขึ้น

ผู้ดูแลส่วนใหญ่คิดว่าวิธีการเตือนผู้ป่วยสมองเสื่อมเกี่ยวกับการแปรงฟันและการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากชนิดที่มีฟลูออไรด์ เช่น ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก เป็นวิธีการดูแลอนามัยช่องปากที่เหมาะสมที่สุด อาจเนื่องจากผู้ป่วยในความดูแลจะสามารถแปรงฟันทำความสะอาดช่องปากได้เองและต้องการความช่วยเหลือบ้าง รองลงมาคือ การควบคุมลดการบริโภคน้ำตาล ซึ่งจากการสอบถามเพิ่มเติมเป็นวิธีการดูแลเนื่องจากการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันสูง มากกว่าการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก วิธีการดูแลอื่นๆ ได้แก่ การดูแลตามปัญหาที่ผู้ป่วยมีเช่น การดูแลฟันปลอม การดูแลเพื่อการฟื้นฟูประสิทธิภาพการกลืน การพูด มีเพียงส่วนน้อยที่เห็นความสำคัญการตรวจสุขภาพช่องปากกับทันตแพทย์เป็นประจำทั้งที่เป็นการส่งเสริมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในช่องปากของผู้สูงอายุ อาจเป็นจากความเชื่อว่าการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติตามอายุและสุขภาพของร่างกาย (กองทันตสาธารณสุข, 2551) และผู้ป่วยในความดูแลส่วนใหญ่ยังคงรับประทานอาหารได้ตามปกติหรืออาหารอ่อนๆ ได้ ผู้ดูแลจึงไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันหรือลดความรุนแรงโรคลดโอกาสการสูญเสียฟันและไม่มีฟันเคี้ยวอาหารมากนัก

แม้ว่าในการศึกษารั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสามารถแปรงฟันทำความสะอาดช่องปากได้เองแต่ถ้าผู้ป่วยทำเองไม่ได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังมีความรู้สึกเต็มใจ(ร้อยละ 77.5) และไม่รู้สึกรว่าเป็นภาระ(ร้อยละ 40) ถ้าต้องดูแลช่องปากให้ผู้ป่วยทั้งที่อนามัยช่องปากเป็นอนามัยส่วนบุคคล อาจเนื่องจากลักษณะสังคมไทยที่สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ดูแลของสมาชิกที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (จอม, 2541) ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลเพิ่มเติมของผู้ดูแลว่าเต็มใจเพราะเป็นหน้าที่ต่อผู้เป็นบิดา/มารดา/คู่สมรส ต้องการใกล้ชิดดูแล เหตุผลเพิ่มเติมอื่นๆเช่น อยากให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากดีเพื่อให้สามารถรับประทานอาหารได้สะดวก สามารถพูดคุยด้วยความมั่นใจ ลดการเกิดกลิ่นปาก ล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนให้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลสุขภาพช่องปากทั้งหมดให้สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones et al. (2000) ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 270 คน ทั้งที่เป็นสมาชิกครอบครัวและบุคลากรการแพทย์มีความคาดหวังผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดฟัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมแบบเร่งด่วนเมื่อมีอาการ ป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก การไม่มีอาการรำคาญจากการไม่มีฟันหรือเป็นแผลที่

เหงือกและการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันปัญหาในการบดเคี้ยว เช่นเดียวกับ Nordenram et al. (2006) ศึกษาทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับรุนแรงของโรงพยาบาลเมือง Stockholm พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเห็นความสำคัญในประเด็นการบดเคี้ยว การกินอาหารและประเด็นอื่นๆ เช่น การเข้าสังคม การสื่อสาร

ส่วนที่ 3 สถานะช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อม

สถานะฟัน (Dental status) และสถานะปริทันต์ (Periodontal status)

ผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อมของคลินิกความจำโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ส่วนใหญ่ยังคงมีฟันธรรมชาติรวมถึงฟันเขรกรากฟันเหลืออยู่ (ร้อยละ 82.5) จำนวนฟันเฉลี่ย 18.9 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมในต่างประเทศที่พบจำนวนฟันที่เหลืออยู่ระหว่าง 11-17 ซี่ (Adam and Preston, 2006; Chalmers et al., 2002; Chalmers and Pearson, 2005) อาจเป็นเพราะลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุในต่างประเทศส่วนใหญ่อาศัยในบ้านพักผู้สูงอายุหรือสถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ มีภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลางถึงรุนแรง มีโรคประจำตัวร่วม มีปัญหาเรื่องการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุที่ยังอาศัยอยู่ที่บ้าน แม้ว่าสถานพยาบาลหรือบ้านพักเหล่านี้จะมีการดูแลเรื่องสุขอนามัยต่างๆรวมถึงอนามัยช่องปากให้ แต่การรักษาฟันที่มีปัญหาด้วยการถอนฟันในผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นการรักษาที่ง่ายและเหมาะสมกว่าวิธีอื่นๆที่ใช้เวลานานหรือซับซ้อนกว่า (Adam and Preston, 2006) และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนฟันที่มีอยู่ของผู้สูงอายุไทยจากการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศของประเทศไทยครั้งที่ 6 เฉลี่ย 18.1 ซี่/คน (กองทันตสาธารณสุข, 2550) มีความใกล้เคียงกันมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Nordenram et al. (1996) พบจำนวนฟันธรรมชาติที่เหลือของผู้ป่วยสมองเสื่อมกับผู้ที่ไม่มีความแตกต่างกัน และอาจเนื่องจากลักษณะผู้สูงอายุของไทยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551) การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่บ้านจะมีลักษณะการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) มากกว่าการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล (Dolan and Atchison, 1993)

ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโรคฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอน 15.3 ซี่/คน เปรียบเทียบกับการสำรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทยระดับประเทศครั้งที่ 6 (กองทันตสาธารณสุข, 2550) มีค่าเฉลี่ยฟันผุแตกต่างกันโดยเท่ากับ 1.5 ซี่/คนและ 2.1 ซี่/คนตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาหลายฉบับที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีอัตราการเกิดฟันผุและอัตราการเกิดฟันผุเพิ่มภายหลัง 1 ปีมากกว่าผู้ที่ไม่มีความแตกต่างทั้งฟันผุส่วนตัวฟันและส่วนรากฟัน (Chalmers et al., 2002; Jones et al., 1993; Chalmers and Pearson, 2005) ค่าเฉลี่ยฟันผุของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รับบริการจากคลินิกความจำ มีความใกล้เคียงกันกับค่าเฉลี่ยฟันผุของผู้สูงอายุไทยจากการ

สำรวจระดับประเทศ(กองทันตสาธารณสุข, 2550) โดยเท่ากับ 0.5 ซี/คน และ 0.37 ซี/คนตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pearson and Chalmers (2004) ศึกษาสภาวะช่องปากของผู้อาศัยใน สถานบริบาลผู้สูงอายุพบว่าไม่มีความแตกต่างของจำนวนฟันผุในผู้ป่วยสมองเสื่อมเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ค่าเฉลี่ยฟันผุมีความแตกต่างกัน Chalmers et al. (2005) ทำการศึกษาสภาวะช่องปากของผู้ที่มีและไม่มีภาวะสมองเสื่อม กลุ่มละ 116 ราย พบความชุกโรคฟันผุของผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 65 ค่าเฉลี่ยฟันผุตัวฟันทั้งสองกลุ่มเพียง 0.3 ซี/คน ฟันผุประมาณ 9 ซี/คน ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันผุของผู้ป่วยในประเทศไทยและในต่างประเทศ อาจเกิดจากพฤติกรรมการใช้บริการทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่ส่วนใหญ่จะพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการ ประมาณหนึ่งในสามเข้ารับบริการในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการถอนฟันและทำฟันปลอม ไม่พบการอุดฟัน

เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยสมองเสื่อมพบความชุกของการมีเศษรากฟันและมีฟันโยกมาก ต้องถอนทำให้มีโอกาสสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ดูแลความสะอาดช่องปากตนเองไม่ได้เลยพบว่ามีฟันที่เหลือในช่องปากเพียงครึ่งหนึ่ง เป็นฟันที่โยกมากต้องถอนและเป็นเศษรากฟันเฉลี่ย 3-4 ซี/คน ทำให้มีโอกาสสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ทำได้เองหรือต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่นเดียวกับผู้ป่วยสมองเสื่อมปานกลางพบได้ว่าสองในสามของผู้ป่วยกลุ่มนี้พบมีฟันผุ ฟันโยกมาก เศษรากฟันในช่องปากทำให้มีโอกาสสูญเสียฟันมากกว่าผู้ที่สมองเสื่อมน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Gordon and McLain (1991) Jones et al. (1993) Pearson and Chalmers (2004) Ship (1992) พบความสัมพันธ์ของโรคในช่องปากกับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมและปัญหาสุขภาพช่องปากจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรง

องค์การอนามัยโลกกำหนดเกณฑ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางทันตสุขภาพว่าต้องมีฟันใช้งานตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไป และมีฟันคู่สบหลัง 4 คู่ขึ้นไป ผู้ป่วยสมองเสื่อมของคลินิกความจำเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่พบฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีการสูญเสียฟันอย่างน้อย 1 ซี (ร้อยละ 94.3) เมื่อเปรียบเทียบการสูญเสียฟันทั้งปากของผู้ป่วยสมองเสื่อมกับกลุ่มผู้สูงอายุของไทยจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของไทยครั้งที่ 5 และ 6 พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมของคลินิกความจำ มีสูญเสียฟันทั้งปากมากกว่า โดยเท่ากับร้อยละ 12.5 ร้อยละ 8 และร้อยละ 10 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ Chalmers et al. (2005) พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม มีการสูญเสียฟันร้อยละ 14 มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม เมื่อติดตามไป 1 ปี พบว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียฟันเพิ่มเป็นร้อยละ 18.4 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีแนวโน้มการสูญเสียฟันในอนาคตเพิ่มขึ้นส่งผลต่อการบดเคี้ยวโดยเฉพาะการสูญเสียฟันทั้งปาก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รับบริการของคลินิกความจำ ส่วนใหญ่มีสภาวะปริทันต์ไม่ปกติ (ร้อยละ 93.3) แม้ว่าความชุกการเป็นโรคปริทันต์พบเพียงร้อยละ 53 น้อยกว่า ความชุกของโรคปริทันต์ผู้สูงอายุจากการสำรวจระดับประเทศที่พบร้อยละ 84 แต่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความชุกของการมีหินน้ำลายและร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตรมากกว่าซึ่งสภาวะปริทันต์ไม่ปกติเหล่านี้ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดความรุนแรงของสภาวะปริทันต์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว Chalmers et al. (2005) ติดตามสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมกับผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าสภาวะปริทันต์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมภายหลัง 1 ปีจะเพิ่มขึ้นรุนแรงและรวดเร็วกว่าผู้ป่วยปกติ จะรุนแรงได้สมองเสื่อมของต่างประเทศ และผู้ที่มีภาวะต้องพึ่งพิงอื่น ๆ จะมีความชุกของการมีภาวะโรคปริทันต์สูง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจิตเวช (สุทธิมาศและมลิวัดย์, 2544)

สภาวะฟันปลอม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ใส่ฟันปลอมเกือบทั้งหมดยังสามารถถอด-ใส่และดูแลทำความสะอาดฟันปลอมได้เองทั้งหมด คุณภาพของฟันปลอมยังดี และสะอาด พบผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เคยมีฟันปลอมแต่ไม่ใส่ พบว่าเกิดจากภาวะโรคทำให้ผู้ป่วยลืมว่าถอดเก็บฟันปลอมที่ไหน ถ้าหาพบก็ไม่สามารถใส่กลับคืนได้เองและผู้ดูแลไม่สามารถถอด-ใส่ให้ได้ หรือกรณีที่สภาพฟันปลอมที่ไม่พอดีญาติจึงให้ถอดออก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยยังคงมีลักษณะการใส่ฟันปลอมแบบใส่ตลอดเวลาถึงร้อยละ 43.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีลักษณะการใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ (ร้อยละ 50) เช่นเดียวกับ Chalmers and Pearson (2005) พบผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ พบผู้ที่เคยมีฟันปลอมแต่เมื่อพบมีภาวะสมองเสื่อมจึงลดการใส่ฟันปลอมจนถึงงดการใช้ฟันปลอม คุณภาพของฟันปลอมที่ใส่อยู่จำนวนหนึ่งไม่พอดีและไม่สะอาด โดยที่ผู้ป่วยยังไม่ต้องการทำใหม่แต่จะใส่เป็นบางเวลาเฉพาะเวลาออกนอกบ้านและเมื่อกินอาหารแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมยังคงต้องการความมั่นใจในการเข้าสังคม และต้องการกินอาหารตามปกติ

จากการตรวจสภาพเนื้อเยื่อในช่องปากแม้จะไม่พบรอยโรคใดแต่อย่างไรก็ตามจากแบบสอบถามพบได้ว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งเคยมีประวัติแผลในช่องปาก และปากแห้ง ซึ่งอาการปากแห้งอาจเป็นผลจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเวช (สุทธิมาศและมลิวัดย์, 2544) หรือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติโรคประจำตัว

การวางแผนการรักษาทางทันตกรรม

หลักการดูแลสุขภาพช่องปากและการวางแผนการรักษาโรคในช่องปากของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเน้นการดูแลแบบประคับประคอง การรักษาตามอาการ การคงสภาพช่องปากที่ดีและการส่งเสริมป้องกันในการเกิดโรคเพื่อลดโอกาสในการสูญเสียฟันในอนาคต เช่นเดียวกับหลักการดูแลรักษาทั่วไปของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถคงสภาพ หรือชะลอการเสื่อมให้ช้า

ลงโดยใช้พฤติกรรมบำบัด การเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งการวางแผนการรักษาทางทันตกรรม จะต้องคำนึงถึงระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการทำความสะอาดช่องปาก ความร่วมมือของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งสมาชิกครอบครัว หรือผู้อื่นที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (Kocaelli H. et al, 2002) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสมองเสื่อม และผู้ดูแลทุกรายจะได้รับการแนะนำให้เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นระยะ พบว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยการขูดหินปูนมากที่สุด รองลงมาคือ การถอนฟัน โดยฟันที่แนะนำให้ถอนเป็น เศษรากฟันและเป็นฟันที่โยกมากระดับ 3 แต่การพิจารณาแผนการรักษาทางทันตกรรมทั้งการรักษา โดยทันตแพทย์ทั่วไปและการรักษาที่ซับซ้อนจากทันตแพทย์เฉพาะทางนั้น ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ภาวะโรคประจำตัวเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือความดันโลหิตสูง บางรายอาจได้รับยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ส่งผลต่อการทำหัตถการที่มีเลือดออก ในกรณีมีฟันแนะนำให้ถอนนั้นต้องวางแผนร่วมกับญาติ/ผู้ดูแลต้องพิจารณาความสามารถในการดูแลแผลถอนฟัน การกัดผ้าก๊อศเพื่อหยุดเลือดบริเวณแผลถอนฟัน เช่นเดียวกับการพิจารณาถึงความจำเป็นในการทำฟันปลอม หนึ่งในสามของฟันปลอมที่มีอยู่มีลักษณะ ไม่เหมาะสมแต่มีการแนะนำเพื่อแก้ไขฟันปลอมหรือทำใหม่เพียงร้อยละ 7.2 อาจเนื่องจากการทำฟันปลอมชิ้นใหม่นั้นผู้ป่วยต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการบดเคี้ยวใหม่ ซึ่งผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีความสามารถในการปรับตัวได้น้อยลง เมื่อพิจารณาด้านความรุนแรงของสภาวะโรคพบว่า ภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางและระดับรุนแรง ส่งผลถึงความร่วมมือของผู้ป่วย เช่น การอ้าปาก การบ้วนปาก นอกจากนี้การวางแผนรักษาทางทันตกรรมต้องคำนึงถึงด้านความร่วมมือในการรักษาและความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทธิมาศและมลิวลัย (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาทางทันตกรรมเพียงบางส่วนเนื่องจากขาดความร่วมมือ และแรงจูงใจในการรักษา

ส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อม การใช้บริการทันตสุขภาพของผู้ป่วยสมองเสื่อม

จากประวัติการรักษาทางทันตกรรม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการ พบทันตแพทย์ครั้งสุดท้ายมากกว่า 1 ปีขึ้นไป การรับบริการที่ได้รับครั้งสุดท้าย คือ การตรวจในช่องปากร้อยละ 37.1 การทำฟันปลอมร้อยละ 34.3 หนึ่งในสามของผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการตรวจสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมาซึ่งแตกต่างกับการศึกษาผู้สูงอายุไทยในระดับประเทศของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในการศึกษาผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทยในปี 2549 จำนวน 9,000 คน และศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550 ในกลุ่มที่มีลักษณะเปราะบาง เช่น การไม่มีญาติ การอยู่คนเดียว จำนวน 2,000 คน พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมาเพียง

ร้อยละ 13.2 และร้อยละ 8 ตามลำดับ อาจเนื่องจากความแตกต่างของลักษณะประชากรที่จำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมคลินิกความจำมีจำนวนน้อยกว่า นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยรับบริการการรักษาที่คลินิกความจำอย่างต่อเนื่องตามนัด แสดงให้เห็นถึงความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและทราบถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยประกอบกับผู้ดูแลบางส่วนเคยได้รับการแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยจากทันตบุคลากรของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ในกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่คลินิกความจำปี 2551 ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทันตกรรมและได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมถือว่าเป็นภาวะโรคเรื้อรังที่มีภาระทั้งค่าใช้จ่ายสูงและเกิดภาระพึ่งพิงผู้อื่น ส่งผลต่อการเลือกเข้าถึงบริการและการเลือกสถานบริการทางสุขภาพของผู้ป่วยและญาติ (สุปราณี, 2548) ผู้ดูแลผู้ป่วยของคลินิกความจำส่วนใหญ่เลือกที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด (ร้อยละ 68.6) รองลงมา คือ คลินิกเอกชน (ร้อยละ 25.7) โดยเป็นการเข้ารับบริการเพื่อทำฟันปลอม อาจเนื่องจากผู้ดูแลบางส่วนมีความพร้อมของฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีและต้องการความรวดเร็วในการรับบริการ อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการนำผู้ป่วยรับบริการทันตกรรมพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมบางรายได้รับการปฏิเสธการรักษาเมื่อทันตบุคลากรที่คลินิกทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อม เช่นเดียวกับผู้ปกครองเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายจะพบปัญหาในการนำเด็กเข้ารับบริการที่คลินิกทันตกรรมทั่วไป ต้องเข้ารับการรักษาจากทันตแพทย์เฉพาะ (Finger and Jedrychowski, 1989) ซึ่งทำให้เห็นว่าทันตบุคลากรทั่วไปควรมีการทำความเข้าใจถึงสภาวะโรคและการจัดบริการทันตกรรมพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Ghezzi and Ship, 2000) เนื่องจากเป็นภาวะที่จะพบได้มากขึ้นตามประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น

วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อควบคุมป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากที่จะส่งผลกระทบต่อการบดเคี้ยวและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (Ghezzi and Ship, 2000; Kocaelli et al., 2002) ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะพบว่ามีปัญหาเรื่องสุขภาพช่องปากกว่าผู้สูงอายุปกติ (Ship, 1992) ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากตนเองลดลง การใช้อุปกรณ์เสริมนอกเหนือจากการแปรงฟันที่เป็นวิธีการหลักในการทำความสะอาดฟันจึงเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การใช้น้ำยาบ้วนปาก

ระยะเวลาการดำเนินโรคส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกของการมีภาวะสมองเสื่อมพบส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถดูแลความสะอาด

ช่องปากได้เองทั้งหมด แต่ในปัจจุบันพบกลุ่มผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ด้วยตนเองทั้งหมดลดลง แต่พบกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการผู้ช่วยเหลือเพิ่มขึ้น มีการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดมากขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 42.5 และร้อยละ 70 ตามลำดับ) ผู้ดูแลนิยมใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุดอาจเนื่องจากและเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และมีความวิตกกังวลถึงความสะอาดในช่องปากเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหลงลืมมากขึ้น แต่ถ้านักผู้ป่วยที่ทำได้เองได้เองทั้งหมดจะตัวผู้ป่วยจะใช้ไม้จิ้มฟันมากที่สุด ไม่พบการใช้อุปกรณ์อื่นๆช่วย เช่น แปรงสีฟันไฟฟ้า อาจเนื่องจากความไม่คุ้นเคยของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เสียงดังของแปรง (Heidi et al., 2006) และถ้าผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้นั้นผู้ดูแลจะเป็นผู้ดูแลอนามัยช่องปากให้ผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hugo et al. (2007) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่บ้านส่วนใหญ่ (87.5%) จะเป็นผู้ดูแลอนามัยช่องปากให้ผู้ป่วย ด้วยวิธีการแปรงฟัน การใช้ก๊อชเช็ดร่วมกับน้ำยาบ้วนปาก เป็นต้น

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการสังเกตความผิดปกติหรือปัญหาในช่องปากผู้ป่วยที่ตนเองดูแลถึงร้อยละ 85 แต่เป็นการสังเกตนานๆครั้ง และสังเกตเมื่อผู้ป่วยบอกรู้ มีผู้ดูแลส่วนน้อยการสังเกตทุกวัน และสังเกตอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นลักษณะความผิดปกติหรือปัญหาที่สังเกตได้ง่าย ส่งผลต่อผู้ป่วยชัดเจน เช่น กลืนปาก ปากแห้งซึ่งเป็นผลจากยาที่ใช้ (Koller M, 2009) หรือปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร เช่น ฟันโยกเคี้ยวได้ลำบาก เคี้ยวแล้วเจ็บ

ปัญหาผู้ดูแลที่พบจากการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม ส่วนใหญ่คือ การกลืน ผู้ดูแลจะต้องคอยเตือน หรือย้าอยู่เสมอ การบกพร่องด้านความจำของผู้ป่วยเป็นผลจากสภาวะโรคซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังมีการดำเนินโรคในระยะปานกลางและมีการสูญเสียความสามารถยังไม่มาก แต่ถ้าวเวลาผ่านไปผู้ป่วยสูญเสียการรับรู้มากขึ้นและไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากเองได้ ผู้ดูแลอาจจะพบปัญหาอื่น ๆ มากขึ้น เช่น การที่ผู้ป่วยปฏิเสธ/ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการนำผู้ป่วยเข้ารับบริการทันตกรรม มีเพียงส่วนน้อยหรือร้อยละ 25 ที่พบปัญหาหรืออุปสรรค พบปัญหาการเดินทางมากที่สุด น้อยที่สุดคือ การไม่มีเวลาพาไปและความร่วมมือของผู้ป่วยแตกต่างจากการศึกษาของ Finger and Jedrychowski (1989) ศึกษาปัญหาของผู้ปกครอง พบผู้ปกครองจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งมีปัญหาในการนำเด็กที่มีความบกพร่องหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองเข้ารับบริการทันตกรรม โดยมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการเข้าถึงทันตแพทย์ที่ดูแลเฉพาะ ด้านการเดินทาง อาจเนื่องจากลักษณะปัญหาในช่องปากที่แตกต่างกันตามวัย ผู้ป่วยของคลินิกความจำเป็นผู้สูงอายุ มีจำนวนฟันที่เหลืออยู่น้อย ฟันที่เหลือสภาพส่วนใหญ่ยังพอใช้งานได้ เคี้ยวอาหารได้ตามปกติ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บปวด ประกอบกับความพร้อมของผู้ดูแลในการนำผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดของคลินิกสมองเสื่อมอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพร้อมในการนำผู้ป่วยเข้ารับบริการทันตกรรมเมื่อมี

ปัญหาเช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของคลินิกความจำนั้นมีหลายลักษณะ เช่น เป็นคู่สมรสทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือเป็นผู้ดูแลที่เป็นบุตรแต่อาจอยู่คนละบ้าน/จังหวัดมีหน้าที่หลักในการพาผู้ป่วยเดินทางมาพบแพทย์ที่คลินิกตามนัด 2-3 เดือนครั้ง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาช่องปาก ผู้ดูแลหลักที่บ้านที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกันจะมีปัญหาเรื่องการเดินทางนำผู้ป่วยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล

สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม

กลุ่มประชากรที่ศึกษา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 40 คนและกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 40 คน เป็นชายร้อยละ 42.5 หญิงร้อยละ 57.5 อายุตั้งแต่ 61-88 ปี อายุเฉลี่ย 75.1 ปี ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง(ร้อยละ 80) พบผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์มากที่สุด (ร้อยละ45) ช่วงระยะเวลาการดำเนินโรค 1-2 ปี (ร้อยละ 47.5) ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ75.5) ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยมีผู้คอยควบคุม (ร้อยละ 72.5) สามารถดูแลความสะอาดช่องปากได้เอง(ร้อยละ 50) ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดสามารถใช้แขนได้ดีทั้งสองข้าง เดินได้ตามปกติและสามารถรับประทานอาหารชนิดปกติได้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

กลุ่มผู้ดูแลจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70) อายุตั้งแต่ 28-76 ปี อายุเฉลี่ย 53.5 ปี เป็นบุตร(ร้อยละ 65.5) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 30) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 30) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ36.7) อาศัยอยู่ที่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย (ร้อยละ 67.5) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม 1-3 ปี (ร้อยละ 62.5) เกือบทั้งหมดเคยได้รับการแนะนำ/ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ร้อยละ 95) เกือบครึ่งหนึ่งเคยได้รับการแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย (ร้อยละ 47.5) โดยได้รับการแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขมากที่สุด ผู้ดูแลส่วนใหญ่ทราบว่าสุขภาพช่องปากส่งผลต่อการบดเคี้ยว/ภาวะโภชนาการ (ร้อยละ 85) การเข้าสังคม (ร้อยละ90) และการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น (ร้อยละ87.5) วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่เห็นว่าเหมาะสม คือ การเตือนผู้ป่วยเกี่ยวกับการแปรงฟัน (ร้อยละ 27.8) การใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากชนิดที่มีฟลูออไรด์ เช่น ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก (ร้อยละ 25.6) ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยในระดับมาก (ร้อยละ60) ส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีใจ (ร้อยละ77.5) และไม่รู้สึกรว่าเป็นภาระ (ร้อยละ 40) ถ้าต้องดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้เอง

ส่วนที่ 3 สถานะสุขภาพช่องปากและปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อม

สถานะช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมส่วนใหญ่ยังคงมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ (ร้อยละ 82.5) มีโรคฟันผุร้อยละ 54.3 มีการสูญเสียฟันร้อยละ 94.3 โดยสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 12.5 มีฟันโยกมากระดับ 3 ร้อยละ 40 และมีเศษรากฟันในช่องปากร้อยละ 42.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีฟันปลอมหรือเคยมีแต่ไม่ใส่ (ร้อยละ 57.1) และไม่พบรอยโรคต่างๆในช่องปาก

สถานะฟัน (Dental status)

กลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม มีค่าเฉลี่ยจำนวนฟันทั้งหมดในช่องปาก 18.9 ซี่/คน (SD=8.7) เป็นฟันที่สามารถใช้งานได้ 16.9 ซี่ (SD=9.8) มีฟันที่ใช้ได้ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 54.3 ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันผุถอนออก 15.3 ซี่/คน (SD=8.9) ค่าเฉลี่ยจำนวนเศษรากฟัน 1.1 ซี่/คน (SD=1.6) ค่าเฉลี่ยจำนวนฟันที่โยกมากระดับ 3 0.8 ซี่/คน (SD=1.2) ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์พบฟันผุมากกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรค 5-6 ปี มีฟันผุและฟันโยกมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่เริ่มต้นเป็น ผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางพบจำนวนเฉลี่ยของฟันผุ ฟันโยกมาก เศษรากฟันมากกว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับอื่นๆ ผู้ป่วยที่ทำกิจวัตรประจำวันได้เองแต่ต้องควบคุมพบความชุกโรคฟันผุมากที่สุด (ร้อยละ 73.7) ผู้ป่วยที่ทำความสะอาดช่องปากเองไม่ได้เลยมี ค่าเฉลี่ยฟันผุมากที่สุด 6.3 ซี่/คน

สถานะปริทันต์ (Periodontal status)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานะปริทันต์ไม่ปกติ (ร้อยละ 93.3) พบความชุกของการมีหินน้ำลายมากที่สุดร้อยละ 36.7 เป็นโรคปริทันต์ร้อยละ 53.3 เมื่อพิจารณาตามความรุนแรงและชนิดของภาวะสมองเสื่อมพบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมระดับปานกลางจะมีความชุกของการมีหินน้ำลายมากที่สุด ส่วนผู้ป่วยสมองเสื่อมรุนแรงและผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีความชุกของโรคปริทันต์ที่มีร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม. มากที่สุด ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวจะมีร้อยละของสถานะปริทันต์ไม่ปกติในทุกระดับมากกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว

สถานะฟันปลอม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีการสูญเสียฟันมีเพียงครึ่งหนึ่งที่ยังคงมีการใส่ฟันปลอม โดยใส่ตลอดเวลามากที่สุด (ร้อยละ 43.8) ฟันปลอมที่ใส่ส่วนใหญ่มีความพอดีและสภาพสะอาด (ร้อยละ 62.5) ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดสามารถถอด-ใส่และดูแลทำความสะอาดฟันปลอมได้เองทั้งหมด (ร้อยละ 93.8 และ 87.5) ส่วนใหญ่จะทำความสะอาดฟันปลอมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 37.5) โดยการใช้แปรงสีฟันและล้างน้ำ

การวางแผนการรักษาทางทันตกรรม

ผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลทุกรายจะได้รับการแนะนำให้เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นระยะ พบว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยการขูดหินปูนมากที่สุด (ร้อยละ 21.6) รองลงมา คือ การถอนฟัน (ร้อยละ 17.1) การสอนการแปรงฟัน/การดูแลอนามัยช่องปาก (ร้อยละ 13.5) ทำหรือแก้ไขฟันปลอม (ร้อยละ 7.2) การอุดฟัน (ร้อยละ 4.5) และไม่พบความจำเป็นในการรักษาที่ซับซ้อนจากทันตแพทย์เฉพาะทาง

ส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อม การใช้บริการทันตสุขภาพของผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยมักจะพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการร้อยละ 80 ตรวจเป็นประจำร้อยละ 5 และไม่เคยพบทันตแพทย์เลยร้อยละ 15 ผู้ป่วยมีประวัติเจ็บปวดในช่องปากช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 30 ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบทันตแพทย์ครั้งสุดท้าย เกิน 1 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 64.8) การรับบริการที่ได้รับครั้งสุดท้ายคือ การตรวจในช่องปาก (ร้อยละ 37.1) และการทำฟันปลอม (ร้อยละ 34.3) สถานที่เข้ารับบริการ คือ โรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด รองลงมาคือ คลินิกเอกชน ไม่พบการไปเข้ารับบริการที่สถานีนามัย หรืออื่นๆ เช่น การให้บริการออกหน่วยทันตกรรมในชุมชน

วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย

ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ในระยะเริ่มแรกของการมีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่กลุ่มผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดช่องปากได้เอง (ร้อยละ 70) แต่ในปัจจุบันพบกลุ่มผู้ป่วยที่ทำได้เองลดลง (ร้อยละ 50) แต่พบกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการผู้ช่วยเหลือ (ร้อยละ 40) และทำเองไม่ได้เลย (ร้อยละ 10) เพิ่มขึ้น กลุ่มผู้ป่วยที่ทำเองไม่ได้เลยนั้นผู้ดูแลจะใช้วิธีการแปรงฟันและการใช้น้ำยาบ้วนปาก กลุ่มผู้ป่วยที่ทำได้เองทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมชนิดมีสาเหตุจากหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ต้องการผู้ช่วยเหลือและกลุ่มที่อาศัยผู้ดูแลทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมอัลไซเมอร์

ความถี่ในการดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้อุปกรณ์ช่วยเสริม ในการทำความสะอาดผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะแรกและในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมีการดูแลความสะอาดช่องปากมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/วัน (ร้อยละ 47.5 และร้อยละ 52.5) มีการใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดมากขึ้น (ร้อยละ 70) อุปกรณ์เสริมที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ น้ำยาบ้วนปากและไม้จิ้มฟัน ผู้ป่วยที่ดูแลความสะอาดได้เองทั้งหมดจะใช้ไม้จิ้มฟันมากที่สุด (ร้อยละ 23.5) และผู้ทำโดยมีผู้ช่วยเหลือจะใช้น้ำยาบ้วนปากมากที่สุด (ร้อยละ 29.4)

ความผิดปกติในช่องปากและปัญหาที่ผู้ดูแลพบในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อม

การสังเกตความผิดปกติ/ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีการสังเกตความผิดปกติหรือปัญหาในช่องปากของผู้ป่วยที่ตนดูแลร้อยละ 85 แต่ส่วนใหญ่เป็นการสังเกตนานๆครั้ง (ร้อยละ35) และสังเกตเมื่อผู้ป่วยบอก (ร้อยละ32.5) มีผู้ดูแลส่วนน้อยการสังเกตทุกวัน (ร้อยละ10.0) และสังเกตอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง (ร้อยละ7.5) ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ กลิ่นปาก ปากแห้ง ฟันโยก ปัญหาที่สังเกตพบน้อยที่สุดคือ ฟันผุ

ปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ผู้ดูแลร้อยละ 47.5 พบปัญหาเมื่อทำการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยลืมหรือต้องช่วยเตือนให้ผู้ดูแลทำความสะอาดช่องปาก (ร้อยละ 35) ผู้ป่วยปฏิเสธ/ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลอนามัยช่องปาก (ร้อยละ 12.5) ปัญหาการถอด-ใส่ฟันปลอมให้ผู้ป่วย (ร้อยละ10.0) และไม่พบผู้ป่วยกัดแปรงสีฟันหรือนิ้วมือผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วย มีผู้ดูแลร้อยละ 25 ที่พบปัญหาหรืออุปสรรคในการนำผู้ป่วยเข้ารับบริการทันตกรรม ได้แก่ การเดินทาง ข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่มีเวลาพาไป ความร่วมมือของผู้ป่วย การปฏิเสธการรักษา

ประเด็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่

ต้องมีความอดทนสูง แนะนำและคอยเตือนเมื่อถึงเวลาแปรงฟัน แปรงฟันทุกวัน ดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของผู้ป่วยให้สะอาด เริ่มมีปัญหาให้เริ่มพบแพทย์ และให้เจ้าหน้าที่ช่วยแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

1. การดูแลทันตสุขภาพผู้ป่วยสมองเสื่อมที่รับบริการจากคลินิกความจำของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ทันตบุคลากรของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ควรมีผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการดูแลทันตสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การนัดหมายเพื่อบริการทันตกรรม การจัดเก็บเป็นข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามเป็นระยะ หรือ การส่งต่อข้อมูลทันตสุขภาพของผู้ป่วยแก่ทันตบุคลากรที่สถานบริการใกล้บ้านเพื่อความสะดวกในการรับบริการทางทันตกรรม
2. จากข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วย ควรมีการส่งเสริมความรู้ การสร้างทัศนคติ และส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เช่น การจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากแจกให้กับผู้ดูแล เพื่อป้องกัน

การเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากผู้ป่วย หรือลดการลุกลามที่ส่งผลต่อระบบการบดเคี้ยว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรม

3. เป็นข้อมูลในการศึกษาเพื่อหารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น โปรแกรมความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยสมองเสื่อมแก่ผู้ดูแล
4. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางการศึกษาในทำนองเดียวกันนี้ โดยศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางมากขึ้น
5. พัฒนาการความรู้แก่ทันตบุคลากร เช่น แนวทางการดูแลทางทันตกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับทันตบุคลากร
6. เป็นข้อมูลในการจัดบริการผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ร่วมกัน เช่น นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลที่เข้ารับบริการในคลินิกความจำ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เปิดบริการเฉพาะวันพฤหัสบดีของเดือนเวลา 8.30-12.00 น. เป็นผู้ป่วยระบบนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการตรวจ รักษาภาวะสมองเสื่อม ร่วมกับการกิจกรรมกลุ่มในผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลด้วยบุคลากรทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ เวลาที่เหมาะสมในการดำเนินการเก็บข้อมูล คือ ช่วงเวลา 11.00-12.00 น. หลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มและเป็นช่วงระหว่างผู้ป่วยรอเข้าพบแพทย์

นอกจากข้อจำกัดเรื่องเวลาการเก็บข้อมูล การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการนัดติดตามทุก 2-3 เดือน จึงมีผู้ป่วยรายเก่าบางส่วนที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากแล้วจากการตรวจเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ หรือมีผู้ป่วยรายเก่าบางส่วนที่ปฏิเสธการตรวจในครั้งนี้เนื่องจากเคยได้รับการตรวจฟันจากกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากในคลินิกความจำเมื่อปี 2551 แล้ว การเก็บข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วง 6 เดือน จำนวน 16 ครั้ง นับเฉพาะครั้งที่สามารถเก็บข้อมูลได้ ไม่รวมจำนวนครั้งที่ไม่มีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วม หรือไม่รวมจำนวนครั้งที่คลินิกไม่เปิดบริการ จึงจะได้จำนวนประชากรครบตามจำนวนที่ต้องการ คิดประมาณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย/ครั้ง ทำให้ประชากรที่ได้ในช่วงดำเนินการศึกษามีจำนวนน้อยเกินกว่าจะนำมาหาศึกษาข้อมูลมาวิเคราะห์

เชิงสถิติอื่นๆ ดังนั้นถ้าต้องการเก็บข้อมูลในประชากรกลุ่มนี้จะต้องคำนึงถึงเวลาที่เหมาะสมในการเข้าเก็บข้อมูล ขยายระยะเวลาในการเก็บข้อมูลให้นานขึ้นหากต้องการจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

การเก็บข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยต้องอาศัยข้อมูลจากผู้ดูแลเป็นหลักเนื่องจากผลของสภาวะโรคทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียความจำ การรับรู้บกพร่อง หลงลืม และมีปัญหาในการสื่อสาร ซึ่งผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการและตอบแบบสอบถามถึงแม้ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่บ้านเดียวกันก็อาจจะไม่ใช่ผู้ดูแลหลักที่บ้านก็ได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอที่จะวิเคราะห์เชิงสถิติอื่นๆ เช่น การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของสภาวะโรคในช่องปากกับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม หรือความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองหรือด้วยผู้ดูแล
2. ควรมีการตรวจติดตามสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยสมองเสื่อมเป็นระยะเพื่อเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร
3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเฉพาะกลุ่มที่คลินิกความจำ ควรมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพช่องปากของเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อมกับสภาวะสุขภาพช่องปากผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยลมชัก ผู้มีความพร่องทางสติปัญญา ผู้มีความพิการทางร่างกายต่างๆ เป็นต้น