

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม

ศุจดวง เกร้นพงษ์

อาจารย์ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ญาติา พวงสาธิต

อาจารย์ ภาควิชาทันตกรรมทั่วไป
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พรรณพร นิมศิริสุขกุล

ทันตแพทย์
โรงพยาบาลชุมแพ จ.ขอนแก่น

พัชชาวรรณจรัสรัตน์

ทันตแพทย์
คลินิกเอกชน

ศิริณา พงศ์วิวัฒน์

ทันตแพทย์
โรงพยาบาลสามโก้ จ.อ่างทอง

สุปริดา สุภานันตชาติ

ทันตแพทย์
คลินิกเอกชน

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.ศุจดวง เกร้นพงษ์
ภาควิชาทันตกรรมชุมชน
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนอังรีดูนังต์ ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร: 02-2188548
โทรสาร: 02-2188545
อีเมล: sudaduang.g@chula.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรู้สึกจำเป็น การตัดสินใจเข้ารับบริการ และปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกจำเป็นและการตัดสินใจเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างร่วมกับสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้สูงอายุจำนวน 32 คน ในตำบลหนองเหียง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาแสดงถึงความแตกต่างอย่างมากระหว่างมุมมองของตัวบุคคลกับมุมมองทางวิชาชีพและการเข้ารับบริการ ร้อยละ 46.9 รู้สึกว่าตนไม่มีปัญหาใด ๆ เพราะสามารถปรับตัวได้และรู้สึกว่าปัญหาในการดำรงชีวิตไม่ได้มาจากเรื่องปากและฟัน ร้อยละ 28.1 มีปัญหาเล็กน้อย ร้อยละ 25.0 มีปัญหามาก ปัญหาส่วนใหญ่มาจากการรับประทานอาหาร ร้อยละ 81.3 ของผู้สูงอายุมีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมซึ่งร้อยละ 34.6 เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหา ร้อยละ 43.8 ของผู้สูงอายุได้ไปเข้าคิวทำฟันเทียมไว้แล้วซึ่งร้อยละ 35.7 เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหา ในขณะที่ร้อยละ 47.1 ของผู้ที่มีปัญหาและมีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมกลับไม่ได้ไปเข้าคิว ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความไม่สอดคล้องระหว่างบริการทันตกรรมกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าแนะนำจากทันตบุคลากร ปัญหาทางสุขภาพร่างกายและเศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น

บทนำ

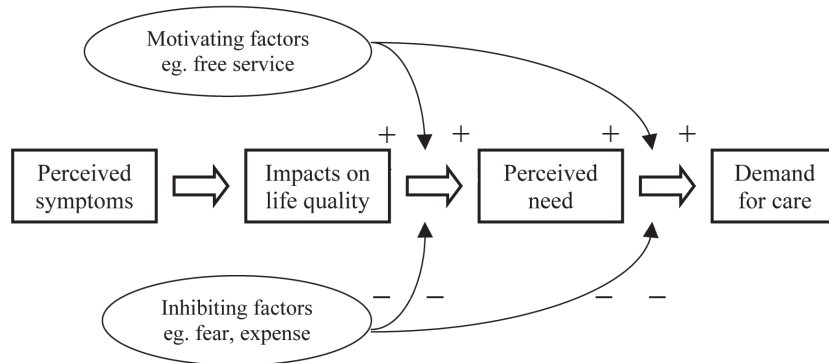
หลักการเรื่อง “ความจำเป็นด้านสุขภาพ” (health need) และ “ความจำเป็นด้านทันตกรรม” (dental need) เป็นพื้นฐานของงานทันตสาธารณสุข เนื่องจากค่าความจำเป็นที่ประเมินได้ในประชากรจะนำไปใช้ในการวางแผนบริการทันตกรรม คำนวณงบประมาณ จำนวนและประเภทของทันตบุคลากรที่ต้องการ ตลอดจนจัดและกระจายบริการเพื่อรองรับความต้องการนั้นๆ โดยทั่วไปแล้ววิธีการประเมินความจำเป็นด้านทันตกรรมที่ใช้กันมาแต่ดั้งเดิม คือ วิธีการประเมินทางวิชาชีพหรือทางคลินิก โดยบุคลากรทางวิชาชีพนั้นๆ (Normative approach to need assessment) และผลที่ได้เรียกว่าความจำเป็นทางวิชาชีพ (Normative need) ซึ่งจัดเป็นความจำเป็นด้าน

สุขภาพประเภทหนึ่งเท่านั้น Bradshaw² ได้กล่าวถึงความจำเป็นด้านสุขภาพอีก 3 ประเภท ได้แก่ ความรู้สึกจำเป็น (Perceived/Felt need) ประเมินจากตัวบุคคลนั้น ซึ่งจะคาบเกี่ยวแต่ไม่ตรงกันเสมอไปกับความจำเป็นทางวิชาชีพ ความรู้สึกจำเป็นที่แสดงออก (Demand/Expressed need) เป็นความรู้สึกจำเป็นของตัวบุคคลที่ถูกพัฒนาขึ้นจนเกิดเป็นการกระทำเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนต้องการ เช่น ไปขอรับบริการทางการแพทย์ และประเภทสุดท้ายคือ ความจำเป็นเชิงเปรียบเทียบ (Comparative need) ที่มาจากการเปรียบเทียบระหว่างประชากรที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพเหมือนกันแต่ได้รับการตอบสนองไม่เท่ากัน

หลักการเรื่องความจำเป็นด้านสุขภาพได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยด้านทันตสาธารณสุข โดยคาดว่า จะช่วยให้งานบริการทันตสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ และการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดเป็นไปอย่างคุ้มค่ามากยิ่งขึ้น³ ในขณะที่เดียวกันหลักการเรื่องสุขภาพได้เปลี่ยนไปจากการไม่มีโรค (disease) ไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (well-being) หรือมีคุณภาพชีวิต (quality of life) ที่ดี⁴⁻⁵ นิยามเรื่องสุขภาพตามแนวคิดใหม่นี้สอดคล้องกับหลักการเรื่องความจำเป็นด้านสุขภาพที่กล่าวถึงความจำเป็นหลายประเภท การมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ต้องประเมินจากตัวบุคคลเอง (Subjective assessment) หากใช้ประเมินจากมุมมองทางวิชาชีพไม่ (Normative assessment) งานวิจัยในเรื่องความจำเป็นด้านทันตกรรมได้

ถูกพัฒนาขึ้นมากมายตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 1670 เมื่อมีรายงานจาก Bulman⁶ ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ทันตแพทย์เห็นว่าฟันเทียมของเขาอยู่ในสภาพที่ไม่ดีและควรจะทำใหม่ ยังคงพอใจกับฟันเทียมที่ใช้อยู่ ไม่รู้สึกถึงปัญหาใด ๆ และไม่ต้องการฟันเทียมใหม่ ในปัจจุบันได้เป็นที่ยอมรับแล้วว่าบ่อยครั้งที่ผลของการประเมินทางวิชาชีพไม่ตรงกันกับการประเมินจากตัวบุคคล บ่อยครั้งที่มุมมองทางวิชาชีพถือว่าบุคคลผู้นั้นมีโรคและมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษา แต่เขากลับรู้สึกว่าตนไม่มีปัญหาใด ๆ และไม่ต้องการการรักษา หรือในทางกลับกันที่มุมมองทางวิชาชีพถือว่าผู้นั้นปกติ ไม่มีโรค จึงไม่มีความจำเป็นต่อการรักษา แต่เขากลับรู้สึกว่าตนเองไม่สบายและต้องการการรักษา⁷⁻¹¹

ความรู้สึกของตัวบุคคลต่อสุขภาพและการได้รับการบริการทางสุขภาพนั้นเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ ดังแสดงในรูปที่ 1 กล่าวคือ เมื่อบุคคลรู้สึกถึงอาการหรือลักษณะปรากฏที่เปลี่ยนแปลงไป (perceived symptoms) หรือจนอาการนั้นส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (oral impacts on daily living) เขาอาจจะเกิดความรู้สึกจำเป็นต่อการได้รับการรักษา (perceived need) ขึ้น และอาจดำเนินการใด ๆ เพื่อให้ได้รับการรักษา (demand)¹² อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน ตัวอย่างเช่น บุคคลสองคนมีอาการปวดฟันที่ก่อให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตเหมือนกัน คนหนึ่งอาจต้องการการรักษาทันทีและรีบเข้ารับการรักษา ในขณะที่อีกคน



รูปที่ 1 กระบวนการจากการรับรู้อาการไปจนถึงการแสวงหาการรักษา
Fig. 1 Pathway from perceived symptoms to seeking health care

อาจไม่ยอมรับการรักษาแล้วปล่อยปัญหานั้นทิ้งไว้ หรือการที่บุคคลสองคนมีลักษณะการเรียงตัวของฟันเหมือนกัน คนหนึ่งอาจรู้สึกพอใจ อีกคนอาจไม่พอใจและต้องการการจัดฟัน เป็นต้น กระบวนการที่การรับรู้ถึงปัญหาถูกพัฒนาไปจนเป็นความรู้สึกจำเป็นต่อการได้รับการรักษาและจนเป็นการเข้ารับบริการนั้น มีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องของทั้งที่เป็นตัวกระตุ้นให้กระบวนการเกิดเร็วขึ้น (เช่น การรักษาฟรี การรักษาที่เบี่ยงจากระบบประกันได้ ค่านิยมในสังคม ความต้องการเลื่อนสถานะทางสังคม) และเป็นตัวยับยั้งให้เกิดช้าลงหรือไม่เกิดเลย (เช่น ความกลัว อยู่ไกลสถานพยาบาล ไม่มีเงิน)¹³

โรคฟันผุและโรคปริทันต์เกิดขึ้นและลุกลามไปตามช่วงอายุ จนอาจทำให้เกิดภาวะสูญเสียฟันได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 รายงานว่าอุบัติการณ์การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุไทยสูงถึงร้อยละ 92 ผู้สูงอายุจำนวนสูงถึง 4 ล้านคนมีความจำเป็นที่จะต้องใส่ฟันเทียม แบ่งเป็นฟันเทียมบางส่วน 3,700,000 คน และฟันเทียมทั้งปาก 300,000 คน⁴ อย่างไรก็ตาม ค่าความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุที่สูงมากนี้เป็นค่าความจำเป็นทางวิชาชีพที่ประเมินจากสภาวะทางคลินิกเป็นหลัก ในขณะที่การใส่ฟันเทียมตามแนวคิดสุขภาพแนวใหม่จะมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติสุข เช่น รับประทานอาหาร มีสภาพจิตใจ และเข้าสังคมได้ เป็นต้น¹⁵ ซึ่งจะต้องมาจากการประเมินจากตัวผู้สูงอายุเอง การศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างมุมมองทางวิชาชีพและมุมมองจากตัวผู้สูงอายุ¹⁶ อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจต่อมุมมองของผู้สูงอายุไทยต่อสภาวะช่องปากของตนยังคงมีอยู่อย่างจำกัดมาก ไม่ว่าจะเป็นในด้านผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิต ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม การตัดสินใจเข้ารับการรักษา ตลอดจนปัจจัยที่กระตุ้นและยับยั้งกระบวนการของความรู้สึกและการกระทำดังกล่าว การพัฒนาองค์ความรู้เหล่านี้จะช่วยนำไปสู่การพัฒนางานทันตสาธารณสุขให้ดำเนินไปสู่เป้าหมายเรื่องคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนขึ้นและสามารถจะช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในประเทศเป็นไปอย่างตรงกลุ่มเป้าหมายและคุ้มค่ามากยิ่งขึ้น งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อ 1) ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life: OHRQoL) ของผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม 2) ประเมินความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมและการตัดสินใจเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ

แล้วเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และ 4) ค้นหาปัจจัยที่กระตุ้นและขัดขวางต่อการมีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมและการตัดสินใจเข้ารับบริการใส่ฟันเทียม

วิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพพร้อมกับเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลแบบตัดขวางในผู้สูงอายุจำนวน 32 คน ในตำบลหนองเหียง อำเภอบ้านสนธิคม จังหวัดชลบุรี ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการคือผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม¹⁷ ดังนั้นจึงเลือก 1 หมู่บ้าน จาก 15 หมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุมาเข้าคิวทำฟันเทียมมากที่สุด ทำการเลือกผู้สูงอายุผ่านอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยเลือกผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสันเหงือกกว้างตั้งแต่ 16 ซี่ขึ้นไป¹⁷ มีความสามารถในการสื่อสารได้ตามปกติและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

ทำการศึกษานำร่องเพื่อพัฒนาโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์และปรับมาตรฐานของผู้สัมภาษณ์ โดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในตำบลหมอนาง ซึ่งเป็นตำบลข้างเคียง จำนวน 20 คน ทำการพัฒนาแบบสัมภาษณ์โดยกำหนดโครงสร้างและหัวข้อทั้งหมดที่ต้องการ สำหรับหัวข้อย่อยเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากนั้น ได้นำแนวคิดของดัชนี The Oral Impacts on Daily Performances (OIDP Index)¹⁸ มาใช้ในการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ โดยประเมินแบบเจาะจงสภาวะช่องปาก (condition-specific oral impacts)¹⁹ เฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีสันเหงือกกว้างเท่านั้น ไม่ใช่ปัญหาโดยรวมของสภาวะช่องปาก (general oral impacts) ซึ่งจากการศึกษานำร่องพบว่าปัญหาทั้งหมดจากการมีสันเหงือกกว้างที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีเพียง 3 ประเด็น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพูด และการเข้าสังคม การปรับมาตรฐานของผู้สัมภาษณ์ไม่ได้ใช้การทดสอบทางสถิติแต่ใช้วิธีเชิงคุณภาพทำการพิจารณาและทดลองซ้ำร่วมกันระหว่างผู้สัมภาษณ์ทุกคน โดยร่วมกันกำหนดแนวทางการสัมภาษณ์ เช่น การใช้คำพูด ลำดับการซักถาม การเชื่อมโยงคำถาม แล้วฝึกการสัมภาษณ์ร่วมกันจากแนวทางที่กำหนด ทำการปรับแก้ไข เพิ่มเติม ทดลองซ้ำ จนแน่ใจว่าผู้สัมภาษณ์ทุกคนทำการสัมภาษณ์ไปในแนวทางเดียวกันและได้ข้อมูลที่ตรงกันมากที่สุด งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้สัมภาษณ์ 5 คน ตรวจสอบภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ (เพื่อให้แน่ใจว่าตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างดังระบุข้างต้น) และทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล โดยสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพื่อเก็บข้อมูล 4 ประเภท ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐาน ประชากร 2) คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้า การพูด และการเข้าสังคม บันทึกระดับของปัญหาในแต่ละประเด็นเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มีปัญหาต่อการดำเนินชีวิต มีปัญหาเล็กน้อย และมีปัญหามาก 3) ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ว่าผู้สูงอายุต้องการใส่หรือไม่ 4) การตัดสินใจเข้ารับบริการใส่ฟันเทียม โดยสอบถามผู้สูงอายุและตรวจสอบจากข้อมูลที่แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลพูนสินคม ว่าได้เข้าคิวแล้วหรือยังไม่ได้เข้าคิว นอกจากนี้ได้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมด้วยเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 2 ประเภท คือ 1) ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากการมีสันเหงือกกว้าง (กรณีที่มีการกล่าวถึงปัญหาทางสุขภาพร่างกายจะทำการตรวจสอบข้อมูลจากทางโรงพยาบาลภายหลัง) รวมทั้งสาเหตุที่ผู้สูงอายุบางคนมีสันเหงือกกว้างแต่ไม่รู้สึกถึงปัญหาใด ๆ และ 2) ปัจจัยที่มีผลทั้งทางด้านกระตุ้นและขัดขวางต่อความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมและการตัดสินใจเข้ารับบริการใส่ฟันเทียม บันทึกตามคำบอกเล่าของผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์ใช้วิธีพูดคุยอย่างเป็นกันเอง ถามซ้ำเพื่อให้แน่ใจว่าได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง บันทึกคำตอบโดยย่อลงในแบบสัมภาษณ์และใช้เครื่องบันทึกเสียงเพื่อความครบถ้วนของข้อมูล ซึ่งผู้สัมภาษณ์ทั้ง 5 คนได้ร่วมกันถอดเทปแล้วเรียบเรียงบทสัมภาษณ์ที่ได้จากผู้สูงอายุทุกคนตามหัวข้อต่าง ๆ ตามที่ได้กำหนดไว้ ผู้สูงอายุทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและเข้าใจว่าเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความจริง ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางทันตกรรมใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์โดยคำนวณร้อยละของความรู้สึกต้องการและการเข้ารับบริการเทียบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ผล

ผู้สูงอายุทั้ง 32 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 26 คน และเพศชาย 6 คน อายุตั้งแต่ 60-80 ปี อายุเฉลี่ย 69 (S.D.=5.8) ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ 16 คน และประกอบอาชีพ 16 คน แบ่งเป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป 7 คน มีกิจการขายของของตัวเอง 6 คน และทำการเกษตร 3 คน ผู้สูงอายุทุกคนมีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม

1. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health Related Quality of Life)

ผู้สูงอายุจำนวน 15 คน (ร้อยละ 46.9) รู้สึกว่าตนไม่มีปัญหาใด ๆ สามารถรับประทานอาหารได้ พูดได้ และเข้าสังคมได้ตามปกติ ส่วนอีก 17 คน (ร้อยละ 53.1) รู้สึกว่าการมีสันเหงือกกว้างทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของตน แบ่งเป็นปัญหาเล็กน้อย 9 คน (ร้อยละ 28.1) และปัญหามาก 8 คน (ร้อยละ 25.0) (ตารางที่ 1) ในกลุ่ม 17 คนที่มีปัญหานั้น เกือบทุกคน (16 คน) มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร และ 4 คนมีปัญหาเรื่องการเข้าสังคม ทั้งนี้ผู้สูงอายุ 3 คนที่มีปัญหาทั้งทางด้านการรับประทานอาหารและการเข้าสังคม ส่วนด้านการพูดนั้น ไม่มีผู้สูงอายุคนใดเลยที่รู้สึกว่ามีปัญหา

1.1 ผู้ที่มีปัญหาในคุณภาพชีวิต

1.1.1 ปัญหาในการรับประทานอาหาร

ผู้สูงอายุ 16 คน (ร้อยละ 50.0) มีปัญหาในการรับประทานอาหารอันเนื่องมาจากการมีสันเหงือกกว้าง โดยที่ 9 คน (ร้อยละ 28.1) รู้สึกว่าความยากลำบากในการรับประทานเป็นปัญหาลดน้อยต่อชีวิตของตน ในขณะที่ 7 (ร้อยละ 21.9) คนรู้สึกว่าเป็นปัญหามาก จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การมีสันเหงือกกว้างก่อให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต่าง ๆ ตัวอย่างคำบอกเล่าถึงปัญหาดังกล่าว เช่น “ฟันมันกระแทกกับเหงือก เจ็บ เคี้ยวไม่ได้ เคี้ยวไม่ละเอียด” หรือ “ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้เลย มันเจ็บมาก” หรือ “กินได้น้อยลง เพราะต้องทำให้มัน กินอะไรก็ไม่อร่อย” หรือ “พอกินไม่ได้ ชีวิตมันก็ยุ่งยากลำบาก ต้องคอยเลือกว่าจะกินอะไร ต้องทำให้มันกินได้ง่ายเข้า” หรือ “พอเคี้ยวได้ไม่ดี โดยเฉพาะผักสด ที่จะเคี้ยวไม่ได้ละเอียด ท้องก็อืด อาหารมันก็ไม่ย่อย” (ได้รับการยืนยันจากคำบอกเล่าของแพทย์ที่โรงพยาบาล) หรือ “เบื่ออาหาร เพราะต้องกินแต่ของอ่อน ๆ ละ ๆ บางทีก็ไม่กินมันเลย น้ำหนักก็ลด ไม่มีแรงทำงาน” หรือ “กินได้แต่อาหารอ่อน ๆ บางทีได้แต่น้ำแกง ไม่อยู่ท้อง ก็เลยหิวบ่อยและกินไม่เป็นเวลา ตอนนี้เป็นแผลในกระเพาะรุนแรง” (ได้รับการยืนยันจากคำบอกเล่าของแพทย์ที่โรงพยาบาล) เป็นต้น

1.1.2 ปัญหาในการเข้าสังคม

ผู้สูงอายุ 4 คน (ร้อยละ 12.5) มีปัญหาในการเข้าสังคมอันเนื่องมาจากการมีสันเหงือกกว้าง โดยที่ 2 คน (ร้อยละ 6.3) รู้สึกว่าการไม่สามารถเข้าสังคมได้ตามปกติเป็นปัญหาลดน้อยต่อชีวิต ในขณะที่ 2 คน (ร้อยละ 6.3) รู้สึกว่าเป็นปัญหามาก จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การมีสันเหงือกกว้างก่อให้เกิดปัญหาในการเข้าสังคมที่มีต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ตัวอย่างคำบอก

ถึงปัญหาดังกล่าว เช่น “อายุที่ไม่มีฟัน ยิ้มก็เห็นแต่เหงือก ไม่มีฟัน มาปิด ไม่ค่อยกล้าจะยิ้มต่อหน้าคนอื่น” หรือ “ดูแตกต่างจากคนอื่น” หรือ “หน้ายุบ ดูแล้วน่าเกลียด ไม่อยากออกไปไหน” หรือ “เคี้ยวข้าวก็ช้า เวลาเคี้ยวก็ดูไม่เหมือนคนอื่น ทำให้รู้สึกไม่อยากไปกินข้าวกับคนอื่นเขา”

1.2 ผู้ที่ไม่มีปัญหาในคุณภาพชีวิต

1.2.1 ไม่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร

ผู้สูงอายุจำนวน 16 คน (ร้อยละ 50.0) รู้สึกว่าตนไม่มีปัญหาในการรับประทานอาหาร จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าทุกคนมีสภาวะช่องปากดังที่ปรากฏ ไม่มีการสูญเสียฟันเพิ่ม มาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี ทำให้เกิดการปรับตัวและเคยชินกับสภาพที่เป็น ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารอ่อน ๆ ได้ ประงและเลือกอาหารที่เหมาะสมกับตนได้โดยไม่ลำบาก อาหารที่รับประทาน เช่น ข้าวสวยหุงนุ่ม เนื้อสัตว์ต้มเปื่อย เนื้อปลา ผักต้ม และผลไม้ฝานเป็นชิ้นบาง ๆ แม้จะรับประทานอาหารที่แข็ง กรอบ เหนียว เช่น ผักสด ผลไม้กรอบบางชนิด เช่น อ้อย มะม่วงมัน ไม่ค่อยได้ และรู้สึกเสียดายที่ไม่สามารถรับประทานของที่ตนชอบ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ก็รู้สึกที่ตนสามารถเปลี่ยนไปรับประทานอาหารอื่นและก็ไม่รู้สึกเป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิตประจำวันแต่อย่างใด บางรายที่ไม่มีฟันเหลืออยู่เลย จะใช้สันเหงือกบดอาหาร กลืนอาหารที่นิ่ม ๆ และเลือกรับประทานอาหารชนิดที่ตนทานได้ แม้บางครั้งอาหารแข็งจะกระแทกเหงือกให้เจ็บบ้าง ก็ไม่รู้สึกเดือดร้อนใจ ยังคงรู้สึกว่าตนรับประทานได้ตามปกติ ในปริมาณตามที่ต้องการ และครบทุกประเภทอาหาร จากการสัมภาษณ์ไม่พบผู้สูงอายุ

คนใดที่มีปัญหาเรื่องการย่อยอาหาร สุขภาพอ่อนแอ หรือไม่มีแรงจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ

1.2.2 ไม่มีปัญหาในการเข้าสังคม

ผู้สูงอายุจำนวน 28 คน (ร้อยละ 87.5) กล่าวว่า การไม่มีฟันไม่ได้สร้างปัญหาด้านความสวยงามและการเข้าสังคมให้กับตน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้รู้สึกว่า การสูญเสียฟันเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นปกติตามช่วงอายุ ถึงแม้บางคนจะรู้สึกอายบ้างในช่วงแรกที่สูญเสียฟัน แต่ต่อมาไม่นานก็ยอมรับได้ว่าเป็นเรื่องปกติของคนอายุมาก ผู้สูงอายุทุกคนในกลุ่มนี้สามารถพูดคุยกับคนอื่น ไปไหนมาไหน ไปงานบุญ งานตามบ้านต่าง ๆ ได้โดยไม่รู้สึกอาย

1.2.3 ไม่มีปัญหาในการพูด

ผู้สูงอายุทุกคนไม่รู้สึกว่า มีปัญหาในการพูดที่รบกวนคุณภาพชีวิตของตน ถึงแม้ 3 คน (ร้อยละ 9.5) จะรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงในการออกเสียงที่ไม่ชัดเจนเหมือนก่อน แต่ก็ไม่รู้สึกว่า เป็นปัญหาในชีวิตแต่อย่างใด

1.2.4 ไม่มีปัญหาใด ๆ ทั้งสิ้น

ผู้สูงอายุ 15 คน (ร้อยละ 46.9) รู้สึกว่าการมีสันเหงือกว่าไม่ได้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของตนไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหาร การพูด และการเข้าสังคม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าทุกคนมองปัญหาในการดำรงชีวิตเป็นเรื่องอื่น ๆ เช่น สุขภาพร่างกาย สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว และบุคคลในครอบครัว โดยที่ไม่ได้รู้สึกว่าปัญหาในการดำรงชีวิตมาจากเรื่องปากและฟัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลกระทบของช่องปาก ความรู้สึกต้องการ และการเข้ารับบริการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุไทย กลุ่มหนึ่งที่มีความต้องการฟันเทียมทางวิชาชีพ

Table 1 Comparison of oral impacts, perceived needs and demand for denture in a group of elderly Thais normatively needing dentures (N = 32)

			Level of impacts		
			No	Low	High
Oral impacts on quality of life			15 (46.9%)	9 (28.1%)	8 (25.0%)
Perceived need for denture	No	Demand - No	5	0	0
		Demand - Yes	1	0	0
		Total	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
	Yes	Demand - No	5	4	4
		Demand - Yes	4	5	4
Total		9 (34.6%)	9 (34.6%)	8 (31.8%)	

2. ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม (Perceived need for denture)

ผู้สูงอายุ 26 คน (ร้อยละ 81.3) ต้องการฟันเทียม และ 6 คน (ร้อยละ 18.7) ไม่ต้องการฟันเทียม ผู้สูงอายุทั้ง 6 คนที่ไม่ต้องการเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาใด ๆ ในคุณภาพชีวิต สำหรับผู้สูงอายุ 26 คนที่ต้องการ แบ่งเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหา 9 คน มีปัญหาเล็กน้อย 9 คน และมีปัญหามาก 8 คน (ตารางที่ 1)

3. การเข้ารับบริการใส่ฟันเทียม (Demand for denture)

ผู้สูงอายุ 14 คน (ร้อยละ 43.8) ได้ไปเข้าคิวทำฟันเทียมไว้แล้ว ในขณะที่อีก 18 คน (ร้อยละ 56.2) ไม่ได้ไปเข้าคิว ในกลุ่ม 14 คนที่ได้ไปเข้าคิวแล้วนั้น เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาในคุณภาพชีวิต 5 คน มีปัญหาเล็กน้อย 5 คน และมีปัญหามาก 4 คน สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าคิว 18 คนนั้น เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหา 10 คน มีปัญหาเล็กน้อย 4 คน และมีปัญหามาก 4 คน (ตารางที่ 1)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมและการตัดสินใจเข้ารับบริการ

4.1 ปัจจัยกระตุ้น (Motivating factors)

ผู้สูงอายุ 9 คน จาก 15 คนที่ไม่มีปัญหาเรื่องคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 60.0 ของผู้ที่ไม่มีปัญหา) มีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการทั้ง ๆ ที่สามารถดำรงชีวิตปัจจุบันได้เป็นปกติอยู่แล้ว อาทิเช่น การที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของผู้สูงอายุ 7 คน) การได้เห็นผู้อื่นใส่จึงอยากลองใส่บ้าง เพื่อจะเคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น และการได้รับคำแนะนำของทันตบุคลากรที่ทำให้เชื่อว่าเป็นต้องใส่ฟันหลังถอนฟันไปแล้ว แม้ว่าตนเองจะไม่รู้สึกถึงปัญหาใด ๆ ก็ตาม

4.2 ปัจจัยขัดขวาง (Inhibiting factors)

ผู้สูงอายุทั้ง 17 คนที่มีปัญหาในคุณภาพชีวิตต่างต้องการฟันเทียม อย่างไรก็ตาม มีเพียง 9 คนที่ได้ไปเข้าคิวทำฟันเทียม ในขณะที่ผู้สูงอายุอีก 8 คน (ร้อยละ 47.1 ของผู้ที่มีปัญหา) ไม่ได้ไปเข้าคิว จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบสาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการได้แม้รู้สึกว่าตนเองมีปัญหาและต้องการเกิดขึ้นแล้ว อาทิเช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (ค่าเดินทางไปกลับ 100-400 บาท) ปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลโดยลำพังได้ และไม่ต้องกรงให้ลูกหลานลากานเพื่อพาตนไป เพราะจะเสียรายได้ของครอบครัว การที่ต้องประกอบอาชีพหารายได้ จึงไม่มีเวลาไปโรงพยาบาล ไม่ต้องกรงรอคิว และไม่มีเงินพอที่จะไปรักษาที่คลินิกเอกชนดัง

เพื่อนบ้านบางคนที่ไม่ต้องการรอคิวยาวนาน ไม่แน่ใจในคุณภาพของฟันเทียม จากคำบอกเล่าของผู้อื่นว่าใส่ฟันเทียมแล้วใช้งานไม่ได้และไม่แน่ใจในอรรถยาศัยการบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ไม่ทราบว่าทำฟันเทียมได้ฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย และไม่ต้องการถอนฟัน เข้าใจว่าต้องถอนฟันออกให้หมดทุกซี่จึงจะใส่ฟันเทียมได้

บทวิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และเจาะจงเฉพาะกลุ่ม จำนวนตัวอย่างต่ำเกินไปสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ ทำให้ผลที่ได้จึงไม่อาจสื่อไปถึงประชากรผู้สูงอายุทั่วไปหรือแม้แต่ในพื้นที่นั้น อย่างไรก็ตาม คุณค่าของงานวิจัยนี้ คือ การพัฒนาไปสู่เครื่องมือการศึกษาเชิงปริมาณที่กว้างขวางขึ้นต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาที่พบมีความน่าสนใจและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาอื่น ๆ ที่เคยมีมา ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ที่ได้รับผลกระทบของการมีสันเหงือกกว้างต่อคุณภาพชีวิต (impacts on quality of life) เกือบทุกคนรายงานถึงปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหาร อันเนื่องมาจากอาการเจ็บและความสามารถอันจำกัดในการเคี้ยว ซึ่งตรงกับการศึกษาในอดีตทั้งในผู้สูงอายุไทยในจังหวัดเชียงใหม่และในต่างประเทศว่าภาวะสูญเสียฟันของผู้สูงอายุนำมาซึ่งปัญหาในการรับประทานอาหารมากที่สุด²⁰⁻²¹ อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ผู้สูงอายุทุกคนมีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน อีกประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีปัญหา ความแตกต่างที่เห็นได้ชัดนี้ ระหว่างการประเมินตามความรู้สึกของผู้สูงอายุและการประเมินทางวิชาชีพนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุไทยที่พบว่า ร้อยละ 60.5 ของผู้สูงอายุไทยที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมและมีสุขภาพดี มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตที่มาจากกรณีสันเหงือกกว้าง¹⁶ ในต่างประเทศ ค่าความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมในประชากรผู้สูงอายุหนึ่ง ๆ อยู่ระหว่างร้อยละ 67.0-70.0 ในขณะที่ค่าความรู้สึกจำเป็นของผู้สูงอายุนั้นอยู่ระหว่างร้อยละ 22.0-42.0 ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ 30.0-60.0 ของความจำเป็นทางวิชาชีพเท่านั้น⁶⁻⁸ Cautley และคณะ รายงานว่าร้อยละ 39.0 ของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพมีความรู้สึกจำเป็น⁹ ส่วนการศึกษาของ Locker และ Jokovic ได้ผลที่ใกล้เคียงกันมากคือร้อยละ 41.0 สำหรับการตัดสินใจเข้ารับบริการ¹⁰ และการศึกษานี้พบว่า เป็นร้อยละ 40.0 ของผู้ที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Smith และ Sheiham ที่รายงานไว้ที่ร้อยละ 19.0 เท่านั้น¹¹ ความแตกต่าง

ระหว่างมุมมองทางวิชาชีพและมุมมองของตัวบุคคลไม่เพียงแต่จะพบจากการประเมินความจำเป็นหรือการตัดสินใจให้การรักษาแล้ว ยังพบได้จากการประเมินผลหลังการใส่ฟันเทียม กล่าวคือ ผู้ป่วยทั่วไปมักจะมี ความพอใจมากกว่า ในขณะที่ทันตแพทย์ไม่พอใจและยังคงต้องการปรับปรุงฟันเทียมนั้น²²

ความแตกต่างระหว่างมุมมองทางวิชาชีพและมุมมองของตัวบุคคลในเรื่องความจำเป็นด้านทันตกรรมเป็นสิ่งที่อธิบายได้ตามหลักทฤษฎี เนื่องจากมุมมองทั้งสองอยู่บนพื้นฐานที่ต่างกัน วิธีทางวิชาชีพเป็นไปตามหลักชีววิทยาการแพทย์ (Bio-medical) ที่ถือว่าสิ่งที่ผิดปกติไปเป็น “โรค” และควรจะได้รับ การรักษา ผลลัพธ์จากการประเมินความจำเป็นด้านทันตกรรมด้วยวิธีนี้ มักจะสูงมาก^{14,23} ในขณะที่มุมมองของประชาชนมาจากการผสมผสานระหว่างลักษณะทางชีววิทยา สภาพทางจิตใจและการใช้ชีวิตในสังคม (Bio-psycho-social) ของบุคคลผู้นั้น²⁴ Dubos²⁵ ได้กล่าวไว้ว่า การปรับตัวเป็นหัวใจสำคัญต่อสภาวะสุขภาพของบุคคล และการวัดสุขภาพที่แท้จริงนั้นคือความสามารถในการดำรงชีวิตได้ตามความคาดหวังของบุคคลนั้น ๆ และของสังคมของเขา การศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทยพบว่าประชาชนให้ความหมายสุขภาพช่องปากโดยคำนึงถึงลักษณะที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน และผลกระทบของลักษณะดังกล่าวกับความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น²⁶ แม้ว่าบุคคลจะมีอาการที่ผิดปกติในช่องปาก แต่ไม่กระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันเข้าสังคม ประกอบกรงานได้ตามปกติ บุคคลนั้นอาจรู้สึกว่ามี “สุขภาพ” ช่องปากที่ดีและไม่มีความรู้สึกจำเป็นต้องการรักษาใด ๆ

ในสถานการณ์ที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด งานบริการทันตกรรมไม่สามารถรองรับปริมาณความจำเป็นทางวิชาชีพที่สูงมากได้^{14,23} มุมมองเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจจะนำมาช่วยประกอบการตัดสินใจ โดยจัดบริการตามลำดับความจำเป็น (priority) ตัวอย่างเช่น ในกรณีของงานวิจัยนี้ ผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมอาจจะแบ่งออกได้เป็นสามกลุ่ม ครึ่งหนึ่งคือกลุ่มที่ไม่มีปัญหาในคุณภาพชีวิต หนึ่งในสี่เป็นกลุ่มที่มีปัญหาเล็กน้อย และอีกหนึ่งในสี่เป็นกลุ่มที่มีปัญหา มาก ถ้าพิจารณาจากผลกระทบของการมีสันเหงือกกว่าต่อการดำรงชีวิต กลุ่มที่มีความจำเป็นควรได้ใส่ฟันเทียมก่อนคือกลุ่มสุดท้ายซึ่งมีเพียงหนึ่งในสี่ของผู้ที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพเท่านั้น หรือถ้าพิจารณาจากผู้เข้ามาใช้บริการแล้ว (14 คน) จะพบว่า มีเพียงหนึ่งในสามที่ควรได้รับบริการในลำดับต้น เนื่องจากมีปัญหา มาก หนึ่งในสามอาจได้รับบริการในลำดับต่อมาเนื่องจากมีปัญหาเล็กน้อย และอีกหนึ่ง

ในสามซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาอาจจะได้รับบริการในภายหลัง แนวทางเช่นนี้ได้เคยถูกเสนอไว้โดย พัชรารัตน นฤมนัส และ Sheiham¹⁶ ซึ่งพบว่าสามารถคัดเลือกกลุ่มที่มีความจำเป็นในลำดับต้นได้ครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพทั้งหมด

นอกจากจะพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม และหนึ่งในสามของผู้ที่ไปเข้าคิวใส่ฟันเทียมนั้นเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก การศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีปัญหา กลับไม่ได้ไปเข้าคิวเพื่อรับการรักษา ความไม่สอดคล้องกันระหว่างระบบบริการกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ มาจากปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม (psychological and social factors) สองประเภท ประเภทแรกคือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการแสดงออกซึ่งความรู้สึกต้องการและตัดสินใจเข้ารับบริการ (barrier) ทำให้เกิดเป็นความต้องการการ รักษาที่ไม่สามารถแสดงออกมาได้ (unexpressed demand) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ สุขภาพร่างกาย สถานะทางเศรษฐกิจ ความไม่ทั่วถึงและคลาดเคลื่อนของข้อมูลและข่าวสารทางทันตกรรม และประสิทธิภาพของงานบริการทันตกรรมในอดีต ส่วนประเภทที่สองคือ ปัจจัยที่สร้างแรงกระตุ้น (motivation) จนทำให้เกิดความต้องการและการเข้ารับบริการที่เกินความจำเป็น (excess perceived needs and demands)¹⁴ ซึ่งในการศึกษานี้ ได้แก่ งานบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย รวมไปถึงความรู้สึกต้องการที่เกิดจากคำแนะนำของทันตบุคลากรเอง (supply-induced demand) ฉะนั้นการปรับปรุงงานทันตสาธารณสุขให้มีการกระจายทรัพยากรและจัดสรรงานบริการทันตกรรมอย่างเหมาะสมในประชากร จึงควรที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ถึงแม้การแก้ไขที่ปัจจัยทางสภาพเศรษฐกิจสังคม ซึ่งแลดูเหมือนจะเป็นต้นตอของปัญหาทั้งหลายทั้งปวง จะไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานทันตสาธารณสุข และขึ้นอยู่กับบุคลากรในสายวิชาชีพอื่น ๆ การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า วิสัยทัศน์ของการทำงานทันตสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมายนั้น ไม่ใช่การทำงานแยกส่วนที่พิจารณาเฉพาะสุขภาพช่องปากเพียงอย่างเดียว หากแต่มองการพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชาชนรวมอยู่ในบริบทของการพัฒนาสุขภาพโดยรวม และทำที่สุทธรวมอยู่ในบริบทของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม²⁷⁻²⁸

การศึกษานี้ได้นำเสนอข้อมูลเบื้องต้นถึงความแตกต่างระหว่างมุมมองทางวิชาชีพและมุมมองของประชาชนต่อสุขภาพช่องปาก ตลอดจนปัจจัยที่ทำให้งานบริการทันตกรรมไม่สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผลการศึกษาได้สร้างประเด็นใหม่ที่น่าสนใจและท้าทายอย่างยิ่งต่อ

งานทันตสาธารณสุขของประเทศไทย และแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของงานวิจัยเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ต่อไปในอนาคต เพื่อสร้างองค์ความรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของคนไทย อันน่าจะนำไปสู่การพัฒนางานทันตสาธารณสุข ให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของประเทศเป็นไปตรงตามเป้าหมายในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนชาวไทย

บทสรุป

ผลกระทบของการมีสันเหงือกว่างต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือปัญหาในการรับประทานอาหารและการเข้าสังคม การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมากระหว่างมุมมองทางวิชาชีพและมุมมองของตัวบุคคล ตลอดจนความไม่สอดคล้องระหว่างงานบริการทันตกรรมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ สาเหตุของความไม่สอดคล้องดังกล่าวมาจากปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาทางสุขภาพร่างกายและเศรษฐกิจสังคม ตลอดจนระบบงานบริการทันตกรรมในปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

- Wright J, Williams R, Wilkinson J. The development of health needs assessment. In: Wright J, editor. Health needs assessment in practice. London: BMJ; 1998. p. 1-11.
- Bradshaw JS. A taxonomy of social need. In: McLachlan G, editor. Problems and Progress in Medical Care. Oxford: Oxford University Press; 1972. p. 69-82.
- Sheiham A, Tsakos G. Health needs assessment. In: Pine CM, Harris R, editors. Community Oral Health. Edinburgh: Elsevier Science Limited (in press).
- Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988;5:3-18.
- Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* 2003;53:285-8.
- Bulman JS, Richards ND, Slack GL, Willcocks AJ. Demand and need for dental care. A socio-dental study. Oxford: Oxford University Press; 1968. p. 62-72.
- Tobias B. Dental aspects of an elderly population. *Age Ageing* 1988;17: 103-10.
- Fiske J, Lloyd HA. Dental needs of residents and carers in elderly peoples' homes and carers' attitudes to oral health. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 1992;1:91-5.
- Cautley AJ, Rodda JC, Treasure ET, Spears GF. The oral health and attitudes to dental treatment of a dentate elderly population in Mosgiel, Dunedin. *NZ Dent J* 1992;88:138-43.
- Locker D, Jokovic A. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:398-402.
- Smith JM, Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980;8: 360-4.
- Kay EJ. Patients' needs—more than meets the eye. *Br Dent J* 1993;174:212-4.
- Maizels J, Maizels A, Sheiham A. Dental disease and health behaviour: the development of an interactional model. *Community Dent Health* 1991;8:311-21.
- กองทันตสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
- Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
- Srisilapanan P, Korwanich N, Sheiham A. Assessing prosthodontic dental treatment needs in older adults in Thailand: normative vs. sociodental and approaches. *Spec Care Dentist* 2003;23:131-4.
- สุปราณี ดาไลดม, นนทลี วีรัชย์, วรางคณา เวชวิณี, พงทอง ผู้กฤตยาคามิ, สุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา. โครงการ "ฟันเทียมพระราชทาน" เพื่อการรณรงค์ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ เจริญพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวาระมหามงคล 80 พรรษา "ร่วมคืนรอยยิ้มแก่ผู้สูงอายุ" คู่มือดำเนินโครงการ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
- Adulyanon S, Sheiham A. Oral Impacts on Daily Performances. In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 151-160.
- Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:57.
- Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology* 2001;18:102-8.

21. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. **Community Dent Oral Epidemiol** 2001;29:195-203.
22. Celebic A, Valentic-Peruzovic M, Stipetic J, Delic Z, Stanicic T, Ibrahimagic L. The patient's and the therapist's evaluation of complete denture therapy. **Coll Antropol** 2000;24:71-7.
23. สุดาดวง เกร็นพงษ์. ความต้องการทางทันตกรรมที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองของเด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่หก. **ว.ทันต** 2549;56: 1-10.
24. Engel GL. The clinical application of biopsychosocial model. **Am J Psychiatry** 1980;137:535-44.
25. Dubos R. Mirage of Health. In: Black N, Boswell D, Gray A, Murphy S, Popay J, editors. Health and disease. A reader. Open University press: Buckingham; 1990. p. 4-9.
26. พัชรลักษณ์ เกื้ออนนาคี, สุปรีดา อุดุลยานนท์. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน : กรณีศึกษา ตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. **ว.ทันต ขอนแก่น** 2542;2:28-37.
27. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. **Bull World Health Organ** 2005;83:644.
28. Bradshaw J. The conceptualization and measurement of need: a social policy perspective In: Popay J, William G, editor. Researching the people's health. London: Routledge; 1994. p. 45-57.

Original Article

Oral Health-Related Quality of Life and Perceived Need for Denture in a Group of Elderly Thais with Normative Denture Need

Sudaduang Gherunpong

Lecturer
Department of Community Dentistry
Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

Yada Puangsaard

Lecturer
Department of Hospital Dentistry
Faculty of Dentistry, Srinakharinwirot University

Panpaporn Nimsrisukkul

Dentist
Choompae Hospital, Khonkaen

Patcha Wanjarrurat

Dentist
Private Clinic

Sirina Purthivorawong

Dentist
Samkoe Hospital, Angthong

Supreda Suphanantachat

Dentist
Private Clinic

Correspondence to:

Lecturer Dr. Sudaduang Gherunpong
Department of Community Dentistry
Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University
Henri-Dunang Road, Patumwan, Bangkok 10330
Tel: 02-2188548
Fax: 02-2188545
E-mail: sudaduang.g@chula.ac.th

Abstract

This study's objective was to assess oral health-related quality of life, perceived needs and demands for denture and factors affecting perceived needs and demands in a group of elderly Thais normatively needing dentures. Data were collected in 32 elderly Thais, using a combined qualitative and quantitative method through structured and in-depth interviews. If any oral impacts on quality of life were detected, older people were asked to rate their impacts. Results showed that subjective assessment differed considerably from normative assessment and from service utilisation. Forty-seven percent of the elderly did not have oral impacts while 28.1% had low and 25.00% had high levels of oral impacts. Oral impacts affected quality of life mainly through eating difficulties. Eighty-one percent had perceived need for denture; 34.6% did not have oral impacts. 43.8% had demands for denture; 35.7% did not have oral impacts. Nevertheless, 47.1% of those having oral impacts and perceived needs did not get access to service. The discrepancy between demand or service utilisation and oral health-related quality of life was due to factors such as free service, dental personnel's suggestions, problems regarding general health and socioeconomic conditions.

Key words: demand; denture; normative need; perceived need; quality of life