

# การเปรียบเทียบระหว่างความจำเป็นทางวิชาชีพ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ- ช่องปาก และความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่ง

## ผู้แต่งบทความ

อาจารย์ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน  
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กัณณพกร ลักษณะ

ทันตแพทย์  
โรงพยาบาลสระโบสถ์ จ.สระบุรี

## ธีรดา ารกาญจน

ทันตแพทย์  
โรงพยาบาลด่านขุนทด จ.นครราชสีมา

## พญ สุระประเสริฐ

ทันตแพทย์  
โรงพยาบาลลำไ้ จ.อุบลราชธานี

## พรทิพา ศิริวิษสุนทร

ทันตแพทย์  
โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย จ.กาญจนบุรี

## ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

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

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม และความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่ง เก็บข้อมูลโดยการตรวจสุขภาพช่องปาก เพื่อประเมินความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม และสัมภาษณ์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) และความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม จากผู้สูงอายุจำนวน 110 คนที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ตลอดช่วงเดือนมกราคม 2549 โดยการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากใช้วิธีบันทึค่าความรุนแรงและความถี่ของปัญหาที่มีแล้วนำมาคำนวณค่าคะแนนของปัญหาคุณภาพชีวิตที่มาจาก การสูญเสียฟัน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 88.2 ของผู้สูงอายุมีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม ในขณะที่ร้อยละ 53.6 มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและร้อยละ 47.3 มีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก/ความรู้สึกจำเป็นของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความจำเป็นทางวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) อย่างไรก็ตาม เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพไม่รู้สึกจำเป็น/ไม่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ค่าการวินิจฉัยของ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมเทียบกับความจำเป็นทางวิชาชีพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมไม่สามารถนำมาใช้ทำนายหรือทดแทนการประเมินทางวิชาชีพได้ แต่หากสามารถนำไปใช้ร่วมกันน่าจะช่วยให้การประเมินสุขภาพช่องปาก และการจัดบริการทันตกรรมเป็นไปเพื่อการสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้น

## บทนำ

เป็นระยะเวลากว่าครึ่งศตวรรษแล้วที่กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพได้ขยายกว้างขึ้น จากหลักการทางการแพทย์ชีววิทยา (bio-medical) ที่มองว่าสุขภาพคือการปราศจาก

โรคไปสู่หลักการแพทย์เชิงสังคม (socio-medical) ที่สุขภาพ หมายถึงสภาวะที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (physical, psychological and social wellbeing)<sup>1</sup> ตลอดจนจิตวิญญาณ<sup>2</sup> ทำให้หลักการเรื่องสุขภาพในมิติกาย ใจ และสังคมได้ถูกนำมาปรับใช้ในวิชาชีพทันตแพทย์ เรียกว่าหลักการทันตสังคม (socio-dental)<sup>3</sup> ดังนั้นการวัดสุขภาพช่องปากจึงไม่ได้จำกัดอยู่ เฉพาะการใช้ดัชนีทางคลินิกวัดโรคหรือสภาวะช่องปากเพียงอย่างเดียว แต่ครอบคลุมไปถึงการวัดผลที่เกิดขึ้นตามมาจากสภาวะช่องปากนั้น ๆ (oral health consequences) เช่น อาการทางกายภาพ สภาพจิตใจและความสามารถในการใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น<sup>4</sup> นิยามของสุขภาพจะถูกพัฒนาต่อไปจนเกิดเป็นแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (oral health-related quality of life)<sup>5</sup> หลักการเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากนี้ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ถูกบั่นทอนลงมาจากสภาวะช่องปากของเขา ดังนั้นเป้าหมายของงานทันตกรรมจึงไม่ได้อยู่ที่การปรับปรุงสภาวะช่องปากเท่านั้น หากจะต้องนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยด้วย<sup>6</sup> เช่น ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เพราะสูญเสียฟัน สามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้นหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจและการเข้าสังคมเพราะปัญหาความไม่สวยงามของช่องปาก กลับมีสภาพจิตใจและความมั่นใจในการเข้าสังคมได้มากขึ้น

การวัดสุขภาพช่องปากตามหลักการทันตสังคมหรือคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากนั้นเป็นการประเมินจากตัวบุคคล (subjective assessment) ซึ่งแตกต่างจากการวัดสุขภาพแบบดั้งเดิมที่เป็นการประเมินจากมุมมองทางวิชาชีพ (normative assessment) งานวิจัยในต่างประเทศมากมายได้แสดงให้เห็นว่าผลที่ได้จากการวัดด้วยวิธีทั้งสองนี้แตกต่างกัน Bulman<sup>3</sup> ได้รายงานไว้ตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 1970 ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ทันตแพทย์เห็นว่าฟันเทียมของเขาอยู่ในสภาพที่ไม่ดีและควรจะทำใหม่ ยังคงพอใจกับฟันเทียมที่ใช้อยู่ ไม่รู้สึกถึงปัญหาใด ๆ และจึงไม่มีความรู้สึกจำเป็นต้องการใส่ฟันเทียมใหม่ งานวิจัยในด้านนี้เป็นที่สนใจและถูกพัฒนาขึ้นจนในปัจจุบันได้ยอมรับแล้วว่าบ่อยครั้งที่ผลของการประเมินทางวิชาชีพไม่ตรงกันกับการประเมินจากตัวบุคคล บ่อยครั้งที่การประเมินทางวิชาชีพถือว่าบุคคลผู้นั้นมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา แต่เขากลับรู้สึกว่าเขาไม่มีความจำเป็นหรือในทางกลับกันที่การประเมินทางวิชาชีพถือว่าผู้นั้นไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา แต่เขากลับรู้สึกว่าเขาเองไม่สบายและมีความ

รู้สึกจำเป็นหรือต้องการการรักษา<sup>7-13</sup> Bradshaw<sup>14</sup> ได้จัดประเภทของความจำเป็นด้านสุขภาพ (health need) เป็นประเภทต่าง ๆ เช่น ความจำเป็นทางวิชาชีพ (normative need) และความรูสึกจำเป็นหรือความต้องการของตัวบุคคล (perceived need/felt need/want) ที่เป็นคนละประเภทที่คาบเกี่ยวแต่ไม่ตรงกันเสมอไป

ถึงแม้ว่าหลักการสุขภาพและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจะเป็นที่ยอมรับ และความแตกต่างระหว่างผลการประเมินสุขภาพจากตัวบุคคลและจากวิธีทางวิชาชีพจะเป็นที่ประจักษ์จากกรณีวิจัยข้างต้น การประเมินความจำเป็นด้านทันตกรรม (dental need) ตลอดจนการจัดบริการทันตกรรมที่ใช้กันอยู่ทั่วไป ยังคงอ้างอิงตามหลักการทางวิชาชีพเป็นหลัก ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งล่าสุด<sup>15</sup> รายงานว่าร้อยละ 90.2 ของผู้สูงอายุไทยมีการสูญเสียฟัน ความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมในประชากรผู้สูงอายุไทยสูงมากถึง 4 ล้านคน โดย 3,700,000 คนมีความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมบางส่วน และ 300,000 คนมีความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ประมาณค่าใช้จ่ายต่อคนเฉลี่ย 4,000 บาท ทำให้การประมาณค่าใช้จ่ายในการใส่ฟันเทียมให้ประชากรผู้สูงอายุไทยสูงถึง 16,000,000,000 บาท<sup>16</sup> ค่าความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมที่สูงมากนี้เป็นค่าความจำเป็นทางวิชาชีพที่ประเมินจากสภาวะทางคลินิก ในขณะที่การใส่ฟันเทียมให้สอดคล้องกับหลักการสุขภาพควรที่จะได้พิจารณาผลการประเมินจากตัวบุคคลร่วมด้วย ในสภาวะการณ์ที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัดและค่าความจำเป็นทางวิชาชีพสูงมากจนไม่สามารถให้การรองรับได้อย่างทั่วถึง การนำเอาหลักการเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาปรับใช้กับระบบบริการแบบดั้งเดิม นอกจากจะช่วยให้งานบริการทันตกรรมดำเนินไปตรงตามเป้าหมายด้านคุณภาพชีวิตแล้วยังน่าจะช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตรงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น<sup>11,13</sup> อย่างไรก็ตาม องค์กรความรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุไทยมีอยู่อย่างจำกัดมาก ยังไม่มีงานวิจัยใดที่แสดงให้เห็นชัดเจนถึงความแตกต่างระหว่างการประเมินจากตัวผู้สูงอายุเองกับการประเมินจากมุมมองทางวิชาชีพต่อความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่ง แล้วเปรียบเทียบผล หากความสัมพันธ์และค่าการวินิจฉัย (diagnostic values)

## วิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นแบบตัดขวางในผู้สูงอายุตำบลคลองสี่ คลองห้า และคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานีที่ มาเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในตลอดเดือนมกราคม 2549 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจงโดยประสานงานกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลคลองหลวงและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านถึงการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 15 แห่งที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารได้ตามปกติและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ โดยการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เก็บข้อมูลโดยทำการตรวจสภาวะช่องปากของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมทางวิชาชีพว่ามีหรือไม่มี โดยผู้วิจัย 1 คน และผู้จัดบันทึก 1 คน ผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากและไม่ได้ใส่ฟันเทียมถือว่ามีความจำเป็น ส่วนผู้ที่สูญเสียฟันบางส่วนและ/หรือใส่ฟันเทียมอยู่พิจารณาจากเกณฑ์ความจำเป็นทางวิชาชีพ<sup>17</sup> จากนั้นผู้สูงอายุจะได้รับการสัมภาษณ์รายบุคคลโดยผู้วิจัย 2 คนที่ผ่านการฝึกการสัมภาษณ์ร่วมกันมาแล้ว การสัมภาษณ์เก็บข้อมูล 3 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานประชากร ข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ใช้ดัชนี The Oral Impacts on Daily Performances (OIDP Index)<sup>18</sup> ประเมินผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 8 อย่าง ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การพูด 3) การทำความสะอาดช่องปากและฟันปลอม 4) การประกอบกิจกรรมทั่วไป 5) การพักผ่อนนอนหลับ 6) การยิ้มหัวเราะได้โดยไม่อาย 7) การคงสภาพอารมณ์ที่เป็นปกติ และ 8) การติดต่อออกไปพบปะผู้อื่น (มิติด้านสังคม) โดยแต่ละกิจกรรม บันทึกคะแนนความถี่ (ตั้งแต่ 0-5) คะแนนความรุนแรงที่มีต่อชีวิตประจำวัน (ตั้งแต่ 0-5)<sup>18</sup> และสาเหตุในช่องปาก (oral impairments) ตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ สำหรับข้อมูลประเภทสุดท้าย คือ ความรู้สึกจำเป็นหรือความต้องการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุว่ามีหรือไม่ โดยผู้สูงอายุทุกคนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและเข้าใจว่าข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อการศึกษา ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางทันตกรรมใด ๆ ทั้งสิ้น

วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุมาคำนวณหาค่าคะแนนของปัญหาที่มาจาก การสูญเสียฟัน (condition-specific oral impact score)<sup>11</sup> โดยรวมคะแนนจากทั้ง 8 กิจกรรม (แต่ละกิจกรรมได้จากคะแนนความถี่คูณกับ

คะแนนความรุนแรง คูณ 25 คะแนน) แล้วนำมาปรับให้เป็นคะแนนร้อยละ (คะแนนสูงสุดเท่ากับร้อยละ 100.0) จากนั้นหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตกับความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม และกับความจำเป็นทางวิชาชีพ โดยใช้การทดสอบมันน์-วิตนีย์ ยู ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมกับความจำเป็นทางวิชาชีพ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ การทดสอบการวินิจฉัยใช้ค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) แต่ถ้าความชุกของโรคน้อยกว่าร้อยละ 25.0 ค่า positive and negative predictive values (PPV, NPV) จะเหมาะสมกว่า<sup>19</sup>

## ผล

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุ 110 คน จากชมรมผู้สูงอายุ 5 แห่งที่มีการจัดกิจกรรมในช่วงเดือนมกราคม 2549 (จากทั้งหมด 15 แห่งในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล) แบ่งเป็นเพศชาย 32 คน (ร้อยละ 29.1) และเพศหญิง 78 คน (ร้อยละ 70.9) อายุระหว่าง 60-84 ปี เฉลี่ย 68.3 ปี (SD=6.6) การประเมินความจำเป็นทางวิชาชีพพบว่า 13 คน (ร้อยละ 11.8) ไม่มีความจำเป็นในการใส่ฟันเทียม และ 97 คน (ร้อยละ 88.2) มีความจำเป็น ส่วนการประเมินความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมโดยผู้สูงอายุเองพบว่า 58 คน (ร้อยละ 52.7) ไม่ต้องการที่จะใส่ฟันเทียม ในขณะที่ 52 คน (ร้อยละ 47.3) ต้องการฟันเทียม

### 1. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ผู้สูงอายุร้อยละ 53.6 มีปัญหาในการดำรงชีวิตอันเนื่องมาจากการสูญเสียฟัน เมื่อพิจารณาจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 8 ประเภท ร้อยละ 22.8 มีปัญหาในกิจกรรมหนึ่งประเภท ร้อยละ 14.5 มีปัญหาในกิจกรรมสองประเภท และร้อยละ 16.3 มีปัญหาในกิจกรรม 3-7 ประเภท ไม่มีผู้ใดที่มีปัญหาในกิจกรรมทั้งหมด 8 ประเภท คะแนนของปัญหาอยู่ระหว่าง 0-57.5 (คะแนนเต็ม 100.0) ค่าคะแนนเฉลี่ยในประชากรคือ 7.2 (SD=10.9) และค่าเฉลี่ยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาคือ 13.4 (SD=11.8) เมื่อพิจารณาที่แต่ละกิจกรรมในชีวิตประจำวันพบว่า การรับประทานอาหารเป็นกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียฟันบ่อยและรุนแรงที่สุด โดยผู้สูงอายุร้อยละ 40.9 มีปัญหาในคุณภาพชีวิตจากความยากลำบากในการรับประทานอาหาร คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มผู้ที่มีปัญหานี้เท่ากับ 15.6 (SD=6.7) (คะแนนเต็ม 25.0) การพูดและการทำความสะอาดช่องปากเป็น

กิจกรรมที่เกิดปัญหาลำดับรองลงมา ซึ่งมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 21.8 และ 20.0 และค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาอยู่ที่ 10.7 (SD=6.9) และ 13.1 (SD=8.1) ตามลำดับ ปัญหาเรื่องการพักผ่อนนอนหลับแม้จะมีความชุกน้อยเป็นอันดับที่สอง คือ ร้อยละ 3.6 แต่ความรุนแรงของปัญหาค่อนข้างมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาเท่ากับ 12.5 (SD=8.5) ส่วนกิจกรรมทางสังคมมีความชุกของปัญหาน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 0.9 (ผู้สูงอายุเพียง 1 คน) แต่ระดับของปัญหารุนแรงที่สุดในผู้ที่มีปัญหานั้น โดยมีค่าคะแนนที่ 25.0 (ตารางที่ 1)

## 2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความ รู้สึกจำเป็น

ผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้สึกจำเป็นหรือไม่ต้องการฟันเทียมส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 34.5 จากร้อยละ 52.7) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกจำเป็นหรือต้องการฟันเทียมส่วนใหญ่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 35.5 จากร้อยละ 47.3) ค่ามัธยฐานของปัญหาคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ไม่ต้องการและกลุ่มที่ต้องการคือ 0.0 และ 8.5 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) การวิเคราะห์ค่าการวินิจฉัยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเทียบกับความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม พบว่าความไวเท่ากับ 0.75 และความจำเพาะเท่ากับ 0.66 (ตารางที่ 2)

## 3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความ จำเป็นทางวิชาชีพ

ผู้สูงอายุที่ไม่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 10.0 จากร้อยละ 11.8) ในขณะที่ผู้สูงอายุร้อยละ 88.2 ที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพ ร้อยละ 51.8 มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต และร้อยละ 36.4 ไม่มีปัญหา ค่ามัธยฐานของปัญหาในคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ไม่มีและกลุ่มที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพ คือ 0.0 และ 3.0 ตามลำดับ ซึ่งคะแนนระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .002$ ) การวิเคราะห์ค่าการวินิจฉัยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเทียบกับความจำเป็นทางวิชาชีพ พบว่าความไวเท่ากับ 0.59 และความจำเพาะเท่ากับ 0.85 (ตารางที่ 2)

## 4. เปรียบเทียบความจำเป็นทางวิชาชีพกับความรู้สึกจำเป็น ต่อการใส่ฟันเทียม

ร้อยละ 84.6 ของผู้สูงอายุที่ไม่มีความจำเป็นทางวิชาชีพ

ไม่มีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม สำหรับในกลุ่มที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพ ร้อยละ 51.5 มีความรู้สึกจำเป็น ในขณะที่ร้อยละ 48.5 ไม่มีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นทางวิชาชีพและความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .014$ ) การวิเคราะห์ค่าการวินิจฉัยของความจำเป็นทางวิชาชีพ เทียบกับความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม พบว่าความไวเท่ากับ 0.52 และความจำเพาะเท่ากับ 0.85 (ตารางที่ 3)

## บทวิจารณ์

ความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในการศึกษานี้สูงถึงร้อยละ 88.2 ถึงแม้จะสูงกว่าผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติที่รายงานไว้ที่ร้อยละ 70.9<sup>15</sup> แต่ยังคงอยู่ในช่วงร้อยละ 70-90 ที่มีรายงานไว้จากหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ<sup>8,12,13</sup> ค่าความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมอาจจะสูงขึ้นอีกในกลุ่มผู้สูงอายุผู้ด้อยโอกาส<sup>10</sup> สำหรับด้านคุณภาพชีวิต การศึกษานี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีปัญหาอันเนื่องมาจากการสูญเสียฟัน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ใช้หลักการวัดเดียวกัน พบว่าผลที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้สูงอายุไทยในจังหวัดเชียงใหม่<sup>20</sup> ที่รายงานไว้ที่ร้อยละ 52.8 ในขณะที่ค่าความชุกของผลกระทบของช่องปากที่มีต่อคุณภาพชีวิตในประชากรผู้สูงอายุประเทศอังกฤษอยู่ในระดับต่ำกว่ามากคือร้อยละ 15.27<sup>21</sup> เมื่อพิจารณาที่ปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ละกิจกรรมในชีวิตประจำวัน พบว่าการรับประทานอาหารเป็นกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียฟันบ่อยและรุนแรงที่สุด โดยผู้สูงอายุเกือบครึ่งรายงานปัญหานี้ ซึ่งตรงกับการศึกษาในอดีตทั้งในผู้สูงอายุไทยและในต่างประเทศ<sup>20-21</sup> ปัญหาด้านการพูดนั้นพบรองลงมาจากปัญหาด้านการรับประทานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ<sup>21-22</sup> สำหรับปัญหาทางด้านจิตใจและการเข้าสังคมที่เคยมีรายงานไว้ว่ามีความชุกค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุไทยที่มีการสูญเสียฟัน<sup>20,22</sup> แต่กลับพบค่อนข้างต่ำในการศึกษานี้ อาจจะมาจากการเจาะจงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ค่าที่ได้น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงในประชากรผู้สูงอายุนั้น เพราะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตใจและ/หรือการเข้าสังคมอาจจะไม่มาร่วมในชมรมผู้สูงอายุก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าปัญหาทางด้านสังคม แม้จะมีความชุกน้อยที่สุด แต่ระดับของปัญหาลับรุนแรงที่สุดเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ซึ่งตรงกันกับผลการศึกษาในผู้สูงอายุในประเทศสหราชอาณาจักร<sup>21</sup>

**ตารางที่ 1** ผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่ง

**Table 1** Oral impacts on daily performances in a group of elderly Thais (N = 110)

Oral impacts	Prevalence (%)	OIDP score		
		Range (Quartiles)	Mean (sd) of sample	Mean (sd) of person affected
Overall impact	53.6	0-57.5 (0, 2.3, 11.4)	7.2 (10.9)	13.4 (11.8)
Number of performance affected				
- One item	22.8			
- Two items	14.5			
- Three – seven items	16.3			
1. Eating	40.9	0-25.0	6.5 (8.9)	15.6 (6.7)
2. Speaking	21.8	0-25.0	2.3 (5.4)	10.7 (6.9)
3. Cleaning teeth	20.0	0-25.0	2.6 (6.3)	13.1 (8.1)
4. Physical activity	5.5	0-15.0	0.4 (2.1)	8.0 (4.9)
5. Relaxing & sleeping	3.6	0-25.0	0.5 (2.7)	12.5 (8.5)
6. Smiling	11.9	0-25.0	1.0 (3.5)	8.8 (7.0)
7. Emotional stability	9.1	0-25.0	0.8 (3.2)	8.7 (7.2)
8. Social contact	0.9	0-25.0	0.2 (2.3)	25.0 (-)

Maximum possible overall score = 100.0

Maximum possible performance score = 25.0

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความรู้สึกจำเป็นและความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม

**Table 2** Comparisons of oral impacts to perceived need and to normative need for denture

		Prevalence (%)	Without impacts (%)	With impacts (%)	Median OIDP score	Sensitivity	Specificity
Perceived need	No	52.7	34.5	18.2	0.0	0.75	0.66
	Yes	47.3	11.8	35.5	8.5*		
Normative need	No	11.8	10.0	1.8	0.0	0.59	0.85
	Yes	88.2	36.4	51.8	3.0†		

\*  $p < .001$

†  $p = .002$  (Mann-Whitney U Test)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความรู้สึกจำเป็นกับความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม

**Table 3** Comparison between perceived need and normative need for denture

		Perceived need		P value	Sensitivity	Specificity
		No	Yes			
Normative need	No	11 (84.6%)	2 (15.4%)	.014*	0.52	0.85
	Yes	47 (48.5%)	50 (51.5%)			

\* Chi-square test is significant ( $p < .05$ ).

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 2) ซึ่งพบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาและระดับความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มผู้ที่มีความรู้สึกจำเป็นสูงกว่าในกลุ่มผู้ที่ไม่มีความรู้สึกจำเป็น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาที่ค่าร้อยละในกลุ่มผู้ที่มีและไม่มีความรู้สึกจำเป็นพบว่าประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ที่มีความรู้สึกจำเป็นไม่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ในขณะที่ประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่ไม่มีความรู้สึกจำเป็นกลับมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต (ตารางที่ 2) ความแตกต่างระหว่างการประเมินทั้งสองวิธีที่ถึงแม้ต่างก็เป็นการประเมินจากตัวบุคคลนี้ ได้รับการยืนยันจากผลการวิเคราะห์การวิจัยที่พบว่า การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของปากไม่แม่นยำเพียงพอที่จะทำนายความรู้สึกจำเป็นของตัวบุคคลได้ ความคลาดเคลื่อนระหว่างความรู้สึกถึงปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกจำเป็นต่อการรักษานั้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความซับซ้อนของกระบวนการความรู้สึกของตัวบุคคล<sup>22</sup> ตามปกตินั้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงอาการหรือลักษณะต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป (perceived symptoms) หรือเมื่อความผิดปกตินั้นส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล (oral impacts on daily living) เขาจะเกิดความรู้สึกจำเป็นขึ้น กระบวนการนี้สามารถถูกกระตุ้นให้เกิดเร็วขึ้น จากปัจจัยต่าง ๆ เช่น การรักษาฟัน การรักษาที่เบิกจากระบบประกันใต้ คานียมในสังคม ความต้องการเลื่อนสถานะทางสังคม เป็นต้น และสามารถถูกตัวบ่งชี้ให้เกิดช้าลงหรือไม่เกิดเลย จากปัจจัยที่เป็นอุปสรรค เช่น ความกลัว ปัญหาทางสุขภาพร่างกาย อยู่ไกลสถานพยาบาล ไม่มีเงินค่ารักษา เป็นต้น<sup>22-24</sup>

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินทางวิชาชีพกับการประเมินจากตัวบุคคล พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นทางวิชาชีพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นทางวิชาชีพกับความรู้สึกจำเป็นของตัวบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า สัดส่วนของผู้ที่มีปัญหา/ความรู้สึกจำเป็นและระดับความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มผู้ที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพสูงกว่าในกลุ่มผู้ที่ไม่มีความจำเป็นทางวิชาชีพ ความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิตินี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งทำให้เกิดแนวคิดที่ตามมาคือ ใช้การตีค่าความถูกต้องแม่นยำของการประเมินความรู้สึกจากตัวบุคคลโดยเทียบเคียงกับการประเมินทางวิชาชีพและมีความพยายามที่จะใช้การประเมินความรู้สึกจากตัวบุคคลแทนที่การประเมินทางวิชาชีพ<sup>9,25</sup> อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ทางสถิติไม่ได้หมายความว่าผลการประเมินจากทั้งสองมุมมองจะสอดคล้องและใช้แทนกันได้<sup>26-27</sup> ในทางตรง-

กันข้ามการประเมินทางวิชาชีพกับการประเมินจากตัวบุคคลนั้นให้ผลที่แตกต่างกันอย่างมาก ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 2 และ 3 ว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพ ไม่มีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพไม่มีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียม ความไวของปัญหาคุณภาพชีวิต/มีความรู้สึกจำเป็นเทียบกับความจำเป็นทางวิชาชีพมีค่าต่ำ สำหรับความจำเป็นที่มีค่าสูงที่แสดงถึงโอกาสที่ผู้ที่ไม่มีความจำเป็นทางวิชาชีพจะไม่รู้สึกถึงปัญหา/ไม่มีความรู้สึกจำเป็นนั้น มาจากสัดส่วนที่สูงมากของความจำเป็นทางวิชาชีพนั่นเอง การศึกษาที่ผ่านมาในผู้สูงอายุไทยในจังหวัดเชียงใหม่และชลบุรีรายงานผลที่สอดคล้องกันกับการศึกษานี้ ซึ่งพบว่าร้อยละ 50-60 ของผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิตที่มากจากการมีฟันเหงือก<sup>11,13,22</sup> การศึกษาในต่างประเทศพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมนั้นอยู่ระหว่างหนึ่งในสามถึงสองในสามของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพเท่านั้น<sup>7,9</sup>

ความแตกต่างระหว่างมุมมองทางวิชาชีพและมุมมองของตัวบุคคลในด้านสุขภาพนี้สอดคล้องกับคำอธิบายตามหลักการสุขภาพ กล่าวคือการประเมินทางวิชาชีพเป็นการวัด “โรค” หรือความผิดปกติใด ๆ ของช่องปาก ผลที่ได้จากการประเมินทางวิชาชีพนี้มักจะมีปริมาณที่สูงมาก<sup>28</sup> ในขณะที่ผลการประเมินจากตัวบุคคลมาจากการผสมผสานระหว่างลักษณะทางชีววิทยา สภาพทางจิตใจและการใช้ชีวิตในสังคม (Bio-psycho social)<sup>29</sup> ของบุคคลผู้นั้น แม้ว่าบุคคลจะมีอาการผิดปกติในช่องปาก แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตประจำวัน เขายังคงมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ประกอบกรงาน มีสภาวะทางจิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นได้ตามปกติได้ตามปกติ บุคคลนั้นก็อาจรู้สึกว่ามี “สุขภาพ” ช่องปากที่ดีและไม่ต้องการการรักษาใด ๆ<sup>29-30</sup>

ผลของการศึกษานี้มาจากผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งเท่านั้น ไม่สามารถสื่อไปถึงประชากรผู้สูงอายุไทยทั่วไป อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นในเบื้องต้นถึงความแตกต่างระหว่างการประเมินสุขภาพช่องปากตามมุมมองทางวิชาชีพและมุมมองของประชาชน ถึงแม้ผลการประเมินทั้งสองจะสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากการทดสอบทั้งสองแบบแตกต่างกันอย่างมากในทางปฏิบัติและอาจไม่สามารถนำมาใช้แทนกันได้ในระหว่างที่การประเมินด้านคุณภาพชีวิตยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง โดยในปัจจุบันการประเมินทางวิชาชีพไม่ได้ใช้อำนวยต่อการปฏิบัติ กล่าวคือ ค่าความจำเป็นทางวิชา-

ชีพสูงมากจนไม่สามารถให้บริการทันตกรรมรองรับอย่างทั่วถึง<sup>28</sup> การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผ่านงานวิจัยขนาดใหญ่พอที่จะแสดงภาพของประชากรไทยจึงเป็นสิ่งสำคัญ อันน่าจะนำไปสู่ความเข้าใจต่อมุมมองของประชาชน เพื่อส่งเสริมงานบริการทันตกรรมที่ต้องการมุ่งเป้าไปยังการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและอยู่บนหลักการสุขภาพที่ได้ผนวกเอามุมมองของประชาชนเข้าไว้เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข

## บทสรุป

ความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 88.2 ในขณะที่ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ต้องการฟันเทียมและมีปัญหาด้านคุณภาพชีวิต ปัญหาในการรับประทานอาหารเนื่องจากการไม่มีฟันส่งผลต่อคุณภาพชีวิต บ่อยและรุนแรงที่สุด ค่าการวินิจฉัยของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก/ความรู้สึกรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมเทียบกับความจำเป็นทางวิชาชีพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ การประเมินจากตัวบุคคลไม่สามารถสื่อหรือทำนายผลการประเมินทางวิชาชีพได้

## คำขอขอบคุณ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ทพ.พิศักดิ์ องค์ศิริมงคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ทพ.ธวัชชัย พิริยะธรรมวงศ์ และ ทพญ.รพีพร มั่งงิไพศรพณ์ โรงพยาบาลคลองหลวง สำหรับความช่วยเหลือในการดำเนินโครงการนี้

## เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Official records of the World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference; 1946 June 19-22; New York: World Health Organization; 1948. p. 100.
- Chuengsatiansup K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. World Health Organization [cited 2006 Sept 26]. Available from: URL: [www.who.int/hia/examples/overview/whohia203/en](http://www.who.int/hia/examples/overview/whohia203/en)
- 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.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995;273:59-65.
- Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
- Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J* 2003;53:285-8.
- 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.
- 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.
- 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.
- Pearson N, Croucher R, Marcenes W, O'Farrell M. Dental health and treatment needs among a sample of Bangladeshi medical users aged 40 years and over living in Tower Hamlets, UK. *Int Dent J* 2001;51:23-9.
- Srisilapanan P, Sheiham A. Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in dentate older people. *Gerodontology* 2001;18:25-34.
- Walter MH, Wolf BH, Rieger C, Boening KW. Prosthetic treatment need in a representative German sample. *J Oral Rehabil* 2001;28:708-16.
- Srisilapanan P, Korwanich N, Sheiham A. Assessing prosthetic dental treatment needs in older adults in Thailand: normative vs. sociodental approaches. *Spec Care Dentist* 2003;23:131-4.
- 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.
- กองทันตสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
- กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2548 กรมอนามัย [cited 2006 Aug 7]; Available from: URL: <http://planning.anamai.moph.go.th/product/reportDOH2548/รายงานประจำปี2548กรมอนามัย.doc>
- Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP, Glantz PO. A clinical guideline to removable partial denture. London: British Dental Association; 2000.
- 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.

19. Eckert SE, Goldstein GR, Koka S. How to evaluate a diagnostic test. *J Prosthet Dent* 2000;83:386-91.
20. 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, Wallis 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. สุดาดวง เกรินทร์พงษ์, ญาดา พวงสอาด, พรรณปพร นิมศรีสุขกุล, พัชราวรรณจากรัตน์, ศิริมา พงศ์วิรวงศ์, สุปรีดา สุภันต์ชาติ. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความรู้สึกจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ฟันเทียม. *ว.ทันต* 2550;57 (in press)
23. Zola IK. Pathways to the doctor-from person to patient. *Soc Sci Med* 1973;7:677-89.
24. Maizels J, Maizels A, Sheiham A. Dental disease and health behaviour: the development of an interactional model. *Community Dent Health* 1991;8:311-21.
25. Astrom AN, Mashoto K. Determinants of self-rated oral health status among school children in northern Tanzania. *Int J Paediatr Dent* 2002;12:90-100.
26. Gilbert AD, Nuttall NM. Self-reporting of periodontal health status. *Br Dent J* 1999;186:241-4.
27. Tsakos G, Gherunpong S, Sheiham A. Can oral health-related quality of life measures substitute for normative needs assessments in 11 to 12-year-old children? *J Public Health Dent* 2006;66:263-8.
28. สุดาดวง เกรินทร์พงษ์. ความต้องการทางทันตกรรมที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองของเด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่หก. *ว.ทันต* 2549;56: 1-10.
29. Engel GL. The clinical application of biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980;137:535-44.
30. พัชราลักษณ์ เกื่อนนาคี, สุปรีดา อุดุลยานนท์. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน : กรณีศึกษา ตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. *ว.ทันต ขอนแก่น* 2542;2:28-37.



Original Article

# Comparisons of Normative Needs, Oral Health-Related Quality of Life and Perceived Needs for Denture in a Group of Elderly Thais

**Sudaduang Krisdapong**

Lecturer  
Department of Community Dentistry  
Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University

**Kantaporn Laksana**

Dentist  
Srabos Hospital, Saraburi

**Teerada Worakanchana**

Dentist  
Dankhontod Hospital, Nakhon Ratchasima

**Patoo Suraprasert**

Dentist  
Samrong Hospital, Ubon Ratchathani

**Porntipa Sirivanichsuntorn**

Dentist  
Danmakhamtia Hospital, Kanchanaburi

**Correspondence to:**

Lecturer Dr. Sudaduang Krisdapong  
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 objectives were to assess and compare oral health-related quality of life (OHRQoL), perceived needs and normative needs in a group of Thai older people. Data were collected through oral examinations to assess normative denture need, and interviews to assess OHRQoL and perceived denture need. Samples were 110 older people who participated in local meetings organised for elderly people during January 2006. The Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) index was used to assess OHRQoL. Severity and frequency scores of oral impacts were recorded, and impacts scored were later calculated. 88.2% of older people had normative denture need while 53.6% had oral impacts on quality of life and 47.3% had perceived denture need. Relationships between OHRQoL/perceived need and normative need were statistically significant. However, nearly half of those normatively needing dentures did not have oral impacts/perceived needs. Diagnostic values of OHRQoL/perceived need against normative needs were low. OHRQoL/perceived need poorly predicted the normative needs of individuals. In order to assess oral health in a multidimensional concept, the subjective assessment should be used in combination with the traditional normative assessment.

**Key words:** denture; elderly; normative need; perceived need; quality of life