

คุณภาพชีวิต ในมิติสุขภาพช่องปาก

Oral Health-Related Quality of Life

พิมพ์ครั้งที่ 2

ศาสตราจารย์ ดร. ทันตแพทย์หญิงสุดาดวง กฤษणाพงษ์
ภาควิชาทันตกรรมชุมชน
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สุดาตวง กฤษฎาพงษ์

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.— กรุงเทพฯ : ภาควิชาทันตกรรมชุมชน
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557.
428 หน้า.

1. การดูแลทันตสุขภาพ. I. ชื่อเรื่อง.

617.6

ISBN 978-616-551-792-8

ลิขสิทธิ์ของผู้แต่ง สุดาตวง กฤษฎาพงษ์

อนุญาตให้เผยแพร่เนื้อหาของตำราเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาและไม่แสวงหาผลกำไร
นอกเหนือกรณีดังกล่าว การผลิตและลอกเลียนเนื้อหาส่วนหนึ่งส่วนใด ในทุกรูปแบบ
ต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้เขียนเท่านั้น

พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2557 จำนวน 600 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 ตุลาคม 2564 จำนวน 100 เล่ม

ราคา 400 บาท

สามารถสั่งซื้อหนังสือ E-book เล่มนี้ ได้ทาง Application CU-eBook Store หรือ www.chulabook.com

จัดทำโดย ศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงสุดาตวง กฤษฎาพงษ์

197 ซอย 8 ถนนพระราม 6

แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 099-249-3591

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [6501-036D/100]

ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02-218-3549-50 โทรสาร 02-218-3547

www.cupress@chula.ac.th

คำปรารภ

Foreword

Traditionally, dentists diagnose diseases, such as caries and periodontal disease, using clinical measures. Although clinical measures are important, they only assess the end-point of the disease processes. The widely used measures of dental caries and other dental diseases provide very little information on the impact of oral disorders on daily living and on function and psychosocial well-being; a person's quality of life. Therefore clinical measurements of health and disease provide an inadequate picture of the oral health of individuals. They tell us very little about the functioning of the mouth, how the person feels about their mouth and their subjective perception of need for treatment.

This very informative book reviews the shortcomings of using the traditional clinical assessments of oral health and need for treatment that focus on the absence or presence of oral diseases without information about the oral well-being of people in terms of feelings about their mouths or their ability to chew and enjoy their food. Clinical assessments do not conform to the widely accepted definitions of oral health and therefore do not provide dentists and planners with a comprehensive measure of oral health. The limitations of the biomedical model of health have been recognized. A measure of health should assess social and emotional aspects of health as well as assessing presence or absence of disease. New approaches to patient assessment and intervention were needed to extend the traditional clinical methods.

Associate Professor Sudaduang Krisdapong has contributed to those approaches. In this book, she reviews how oral health and treatment needs should

be measured. She presents convincing evidence in support of a broader view of oral health. The broader approach emphasizes multidimensional and dynamic concepts of subjective experiences to appraise both positive and negative aspects of how the mouth affects daily life.

Oral health is defined as a standard of health of the oral and related tissue health that enables individuals to eat, speak and socialize without active disease, discomfort or embarrassment, and that contributes to overall physical, mental and social wellbeing and which allows them to continue in their chosen social roles. The assessment of oral health status therefore entails both a clinical, biomedical assessment of health by a health professional, and an assessment of a person's subjective experience of health.

A person's subjective experience of wellbeing and social functioning are assessed by quality of life measures. Health-related quality of life includes physical, emotional, psychological, social and functional dimensions. The concept of oral health-related quality of life (OHRQoL) aims to assess how oral health affects all dimensions of life. Measures of OHRQoL attempt to quantify the extent to which dental and oral disorders interfere with daily life and well-being. They also assess the outcomes of clinical care, such as the effectiveness of treatment interventions.

Over the past two decades, a number of OHRQoL measures have been developed. Two Thai dental researchers, Assistant Professor Supreda Adulyanon and the author of this book, Associate Professor Sudaduang Krisdapong, have played a leading role in the development of such measures. They have developed a practical method of assessing how the mouth impacts on daily performances and how to incorporate OHRQoL measures into assessments of oral health and a sociodental assessment of need for dental care. Adulyanon developed a new sociodental indicator, the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP). That measure

was mainly used for adults. As children would have some difficulty answering some of the questions Sudaduang Krisdapong used Adulyanon's method to develop a measure specifically for children – the Child-OIDP.

The OIDP and Child-OIDP are now widely used in many countries and have been translated into a number of languages. A measure of the importance of the OIDP and Child-OIDP measures is that they have been included in the national oral health surveys of a number of countries, including the national dental surveys in Thailand. Moreover, the assessment of OHRQoL using OIDP and Child-OIDP has become an integral part of evaluating oral health programmes and the assessment of sociodental needs.

The developments and uses of measures of OHRQoL have been eloquently reviewed in this book. She comprehensively outlines how to use the OIDP and Child-OIDP and how to incorporate the measures into a radically different method of assessing the need for dental care. I congratulate and thank Sudaduang Krisdapong for writing a very clear useful text that will enrich the understanding of how dentists and dental planners should assess oral health and patients' oral health treatment needs.

Emeritus Professor Aubrey Sheiham
University College London

คำนำ

“คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก” เป็นจุดเริ่มต้นของวิชาชีพทันตกรรม อาการผิดปกติทางช่องปาก เช่น ความเจ็บปวด ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ หรือความกังวลด้านความสวยงามของช่องปากได้ทำให้ “บุคคล” กลายเป็น “ผู้ป่วย” เพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรม วิชาชีพทันตกรรมจึงถือกำเนิดขึ้นเพื่อบรรเทาและขจัดความทุกข์เหล่านั้น เพื่อให้ “ผู้ป่วย” กลับไปเป็น “บุคคล” ที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี สามารถใช้ช่องปากในการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคมได้อย่างเป็นปรกติมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ดี การเติบโตของวิชาชีพมาพร้อมศตวรรษ มีทิศทางไปที่**ช่องปาก**มากกว่าตัว**บุคคล** องค์ความรู้ส่วนใหญ่ที่ถูกพัฒนาขึ้นเป็นไปเพื่อความเข้าใจต่อกลไกชีววิทยาหรือสภาวะภายในช่องปาก จนทำให้เรามองต่อ**ช่องปาก**ที่เป็นส่วนหนึ่งของ**บุคคล**ที่ใช้ชีวิตใน**สังคม**ถูกมองข้ามไป

หลักการเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจึงได้ถูกพัฒนาขึ้น ซึ่งแท้จริงแล้วเป็นการนำเอาพื้นฐานเดิมของวิชาชีพมาปรับให้เป็นรูปธรรม เป็นหลักการทางทฤษฎี มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีกระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์รองรับ เพื่อหวังเป็นแนวทางให้ทิศทางของวิชาชีพทั้งในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและชุมชน การวิจัย และการจัดการศึกษา มุ่งสู่เป้าหมายที่แท้จริงที่มีอยู่แล้วในหัวใจของทันตบุคลากรทุกคน นั่นคือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและ/หรือประชาชนนั่นเอง

หลักการเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากถูกพัฒนาขึ้นมานานกว่า 40 ปี เป็นหัวข้อที่ได้รับความสนใจมากที่สุดหัวข้อหนึ่งในวิชาชีพทันตกรรมในระดับสากล และสอดคล้องกับการพัฒนาของประเทศไทยในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื้อหาในตำราเล่มนี้ได้รวบรวมองค์ความรู้ของหลักการนี้ไว้อย่างกว้างขวาง เริ่มจากแนวคิดเชิงทฤษฎี ตัวชี้วัดที่เป็นที่นิยม แนวทางการพัฒนาและทดสอบตัวชี้วัด ข้อค้นพบทั้งเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ ตลอดจนการนำไปประยุกต์ใช้ โดยได้ถูกสอดแทรกด้วยผลงานวิจัยของผู้เขียนตลอดทั้งเล่ม ผู้เขียนตั้งใจนำเสนอเนื้อหาบางประเด็นอย่างละเอียดเพื่อหวังให้

ผู้อ่านเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและสามารถนำไปปฏิบัติตามได้ นอกจากนั้น ยังได้นำเสนอเนื้อหาบางประเด็นในเชิงวิพากษ์วิจารณ์และท้าทาย เพื่อหวังให้เกิดการกระตุ้นทางความคิดให้เกิดการคิดนอกกรอบ โดยเฉพาะการขยับขยายมุมมองจากช่องปากออกสู่ชีวิตของบุคคล อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเนื้อหาของตำราครอบคลุมทุกประเด็นที่สำคัญและมีความทันสมัยตามการพัฒนาขององค์ความรู้ในระดับสากล ผู้ที่ไม่คุ้นเคยอาจรู้สึกว่เนื้อหาบางส่วนยาก จึงสามารถเลือกอ่านเฉพาะส่วนที่ตนสนใจได้

รักษา คน

... ไม่ใช่รักษา ปาก

สุชาติ วง กฤษณาพงษ์

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณด้วยหัวใจทั้งดวงแด่ Professor Aubrey Sheiham ผู้เป็นครูแห่งวิชาชีพของผู้เขียน เป็นต้นแบบและแรงบันดาลใจในการทำงานด้านทันตสาธารณสุข ท่านเป็นผู้สร้าง ส่งเสริม และผลักดันองค์ความรู้และแนวทางการทำงานเพื่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของประชาชนในหลายประเทศ ท่านเป็นทั้งหมดของความสำเร็จในวิชาชีพของผู้เขียน รวมทั้งตำราเล่มนี้

ขอบพระคุณอย่างสูง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.พัชรววรรณ ศรีศิลป์นันท์ และอาจารย์ ทันตแพทย์ ดร.พีระศักดิ์ มะลิแก้ว รุ่นพี่ปริญญาเอกทั้งสามท่าน ผู้เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในการเติบโตทางวิชาชีพของผู้เขียน การต่อยอดงานวิจัยด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก จนมาถึงตำราเล่มนี้

ขอขอบคุณอาจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สุธี สุขสุเดช อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.อรฉัตร คุรุรัตน์ และ ทันตแพทย์หญิง ปิยะดา ประเสริฐสม ที่เอื้อเพื่อเอกสารงานวิจัยและ/หรือดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก OHIP, CPQ₁₁₋₁₄ และ GOHAI รูปแบบภาษาไทย ตามลำดับ และ Dr.Georgios Tsakos สำหรับดัชนี SOHO-5 รูปแบบเต็มต้นฉบับและภาพประกอบ

ขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้โอกาสและสนับสนุนการทำงานวิจัยด้านคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

กราบแทบเท้า บิดาและมารดา ผู้ให้ชีวิตและให้การศึกษา คุณความดีทั้งหลายทั้งปวงที่เกิดจากตัวผู้เขียนเป็นของท่าน

สุดท้ายนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณผู้แต่งและหน่วยงานที่ให้การอนุญาตในการนำรูปภาพและ/หรือตารางของผลงานภายใต้ลิขสิทธิ์มาจัดพิมพ์และเผยแพร่ดังต่อไปนี้

- Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. *Int J Paediatr Dent*. 2006;16: 81-8. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © 2006 John Wiley and Sons
- Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A socio-dental approach to assessing children's orthodontic needs. *Eur J Orthod*. 2006;28:393-9. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © Oxford University Press
- Krisdapong S, Sheiham A, Tsakos G. Oral health-related quality of life of 12- and 15-year-old Thai children: findings from a national survey. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:509-17. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © 2009 John Wiley & Sons A/S
- Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Adulyanon S, Sheiham A. Using associations between oral diseases and oral health-related quality of life in a nationally representative sample to propose oral health goals for 12-year-old children in Thailand. *Int Dent J*. 2012;62:320-30. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © 2012 FDI World Dental Federation
- Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A. Impacts on quality of life related to dental caries in a national representative sample of Thai 12- and 15-year-olds. *Caries Res*. 2013;47:9-17. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © 2012 Karger Publishers
- Srisilapanan P, Korwanich N, Sheiham A. Assessing prosthodontic dental treatment needs in older adults in Thailand: normative vs. sociodental approaches. *Spec Care Dentist*. 2003;23:131-4. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © 2008 John Wiley and Sons

- 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. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © 2008 John Wiley and Sons
- Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. Community Dent Oral Epidemiol. 2004;32: 107-14. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © 2004 John Wiley and Sons
- Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift CG, et al. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. Eur J Oral Sci. 2009;117:286-92. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © 2009 ผู้แต่งร่วมกับวารสาร © 2009 Eur J Oral Sci
- Watt R, Fuller S, Harnett R, Treasure E, Stillman-Lowe C. Oral health promotion evaluation--time for development. Community Dent Oral Epidemiol. 2001;29:161-6. ลิขสิทธิ์เผยแพร่ © 2001 John Wiley and Sons

นอกจากนั้น ขอขอบคุณไปยังผู้แต่งและหน่วยงานต่าง ๆ ที่อนุญาตให้นำบางส่วนของผลงานไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการศึกษาและไม่แสวงหาผลกำไรได้ โดยไม่ต้องขออนุญาต

สุดาตวง กฤษฎาพงษ์

ตุลาคม 2564

Acknowledgements

Thank you from my whole heart to Professor Aubrey Sheiham. He was my professional teacher, my role model and inspiration in dental public health. He innovates, and promotes knowledge and implications on Oral Health-Related Quality of Life of population across the world. My career success, including the writing of this book, owes a lot to him.

I should also like to thank very much, Assistant Professor Supreda Adulyanon, Associate Professor Patcharawan Srisilapanan and Dr. Peerasak Malikaew, my three seniors at University College London. They supported my professional growth and research on Oral Health-Related Quality of Life.

Also thank to Dr. Sutee Suksudaj, Dr. Orachad Gururatana and Dr. Piyada Prasertsom for their provisions of research reports and/or indices on Oral Health-Related Quality of Life regarding the OHIP, CPQ₁₁₋₁₄ and GOHAI respectively. Thank to Dr. Georgios Tsakos for the full version, including the pictures of SOHO-5 index.

I thank the Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University for giving me the opportunities and supports to do research on Oral Health-Related Quality of Life.

I am deeply grateful to my father and mother, who gave me life and education. All my goodness belongs to them.

Finally, I thank the authors and organizations who gave their permissions to reproduce and distribute figures and/or tables from their published articles:

- Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. *Int J Paediatr Dent*. 2006;16: 81-8. Copyright © 2006 John Wiley and Sons
- Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. A socio-dental approach to assessing children's orthodontic needs. *Eur J Orthod*. 2006;28:393-9. Copyright © Oxford University Press
- Krisdapong S, Sheiham A, Tsakos G. Oral health-related quality of life of 12- and 15-year-old Thai children: findings from a national survey. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:509-17. Copyright © 2009 John Wiley & Sons A/S
- Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Adulyanon S, Sheiham A. Using associations between oral diseases and oral health-related quality of life in a nationally representative sample to propose oral health goals for 12-year-old children in Thailand. *Int Dent J*. 2012;62:320-30. Copyright © 2012 FDI World Dental Federation
- Krisdapong S, Prasertsom P, Rattananangsim K, Sheiham A. Impacts on quality of life related to dental caries in a national representative sample of Thai 12- and 15-year-olds. *Caries Res*. 2013;47:9-17. Copyright © 2012 Karger Publishers
- Srisilapanan P, Korwanich N, Sheiham A. Assessing prosthodontic dental treatment needs in older adults in Thailand: normative vs. sociodental approaches. *Spec Care Dentist*. 2003;23:131-4. Copyright © 2008 John Wiley and Sons

- 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. Copyright © 2008 John Wiley and Sons
- Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32: 107-14. Copyright © 2004 John Wiley and Sons
- Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift CG, et al. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *Eur J Oral Sci*. 2009;117:286-92. Copyright © 2009 The Authors. Journal compilation © 2009 Eur J Oral Sci
- Watt R, Fuller S, Harnett R, Treasure E, Stillman-Lowe C. Oral health promotion evaluation--time for development. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29:161-6. Copyright © 2001 John Wiley and Sons

In addition, I gratefully appreciate those who unconditionally permit reusing their materials for educational and non-commercial purposes.

Sudaduang Krisdapong

October 2021

คำนิยม

“คุณภาพชีวิต” เป็นคำหรู ๆ คำหนึ่งที่ถูกพูดถึงและศึกษากันแพร่หลายพอสมควร แต่กลับถูกนำมาใช้อย่างจริงจังในการดูแลชีวิตประชาชนวงกว้างน้อยเกินไป เช่นเดียวกับคำแฝดอย่าง “สุขภาพ” หรือ “สุขภาวะ” ที่ก็มักจะถูกนำมาใช้กันแบบนามธรรม แต่แทบจะไม่ถูกหยิบมาใช้ในงานวิจัย วิชาการ โดยเฉพาะในการวางแผนงานอย่างเป็นจริงเป็นจังกันเท่าไรนัก

หนังสือ “คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของปาก” คงเป็นหนังสือไม่กี่เล่มในวงวิชาการสุขภาพไทย ที่ออกแรงคลี่คลายนิยาม ความคิดเรื่องนี้ จนถึงขั้นการนำมาใช้ในการวัด การประเมิน จนสู่วางแผนการใช้ทรัพยากรเพื่อพัฒนาสุขภาวะในประชากร และการอภิปรายถึงการประยุกต์ใช้ในด้านต่าง ๆ อย่างกว้างขวางและแหลมคม รศ. ดร.สุดาตวง กฤษญาพงษ์ ผู้เขียนได้ใช้ทั้งความรู้ ประสบการณ์และความอดทนในการเรียบเรียงขึ้นทั้งจากตำรา และบทวิทยากรมากมาย รวมทั้งจากการทุ่มเตตนในการศึกษาวิจัยภาคปฏิบัติด้วยตนเองอยู่หลายปี

สำหรับผม ได้อ่านหนังสือเล่มนี้ด้วยความปิติในใจอย่างสูง นอกจากด้วยความรู้สึกชื่นชมผลงานทางวิชาการชิ้นสำคัญของผู้เขียนแล้ว ยังรู้สึกหนังสือเล่มนี้เสมือนเป็น “เรือใบแห่งความฝัน” ที่ได้ขับเคลื่อนออกจากท่า นำส่วนหนึ่งของความฝันส่วนตัวตั้งแต่ยี่สิบปีที่แล้วของผมมุ่งสู่ทะเลไทย และสู่ขอบฟ้าแห่งความรู้อันกว้างไกล

เมื่อราวสองทศวรรษก่อน อันเป็นช่วงเวลาที่ผมครุ่นคิดถึงหัวข้อวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกที่กรุงลอนดอน แนวคิดเรื่องมิติ “สุขภาพ” ที่มาทดแทนมิติ “โรค” จากมุมมองของชีววิทยาการแพทย์ ได้รับการถกเถียงมาช้านานในเชิงปรัชญา แต่รู้ปธรรมของการนำมาประยุกต์ทางวิชาการระดับประชากรยังน้อยมาก อันทำให้บทบาทของผลึกแนวคิดสุขภาพที่แม้จะได้รับการยอมรับเชิงปรัชญาอย่างกว้างขวาง แต่ก็ยังคงไม่ค่อยมีบทบาทในการศึกษาทางระบาดวิทยา และการวางแผนงานทางสาธารณสุข การพัฒนาดัชนีทันตสังคมที่มาร่วมกับการประเมินความจำเป็น (need) ทางทันตกรรม จึงได้ถูกทดลองพัฒนาขึ้นมา

เป็นที่น่ายินดีที่หลายปีมานี้ แนวคิดของการใช้ดัชนีทัศนสังคมในการประเมินความจำเป็นทางทันตกรรมได้ถูกนำมาใช้จริงในหลายประเทศ รวมทั้งในประเทศไทย อันเป็นผลจากการทำงานอย่างจริงจังและเหนียวแน่นของนักวิชาการด้านนี้จำนวนหนึ่ง ซึ่งผมผู้ที่ถอยออกมาจากวงการแล้วก็ยังคอยติดตามและเอาใจช่วยพวกเขาอยู่เสมอ

รวมทั้งในโอกาสนี้ที่ขอร่วมตั้งความหวังให้ “คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก” ซึ่งนับเป็นเครื่องมือในการช่วยขับเคลื่อนเรื่องที่ยากแต่สำคัญ ให้ได้ถูกใช้อย่างคุ้มค่าในการร่วมเดินทางของประชาคมวิชาการสากลและของสังคมไทยไปสู่ขอบฟ้าแห่งการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคตอันใกล้ต่อไป

สุปรีดา อุดุลยานนท์

ผู้จัดการ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
คำปรารภ (Foreword)	i
คำนำ	v
กิตติกรรมประกาศ	vii
Acknowledgements	x
คำนิยม	xiii
สารบัญ	xv
สารบัญตาราง	xxii
สารบัญรูปภาพ	xxiv
บทที่ 1 หลักการและความเป็นมา	1
วิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องสุขภาพ	1
หลักการแพทย์เชิงชีววิทยา	1
การพัฒนาของหลักการแพทย์เชิงสังคม	3
นิยามสุขภาพในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่หลักการแพทย์เชิงสังคม	5
แนวคิดเรื่องสุขภาพในปัจจุบัน	10
สุขภาพแบบองค์รวม	10
โรคและความเจ็บป่วย	11
สุขภาพทางปัญญา	15
นิยามสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	16
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ	18
กรอบแนวคิดทางทฤษฎีเพื่อการวัดสุขภาพ	23
การจำแนกความผิดปกติ การไร้ความสามารถ และความด้อยโอกาส (ICIDH)	23

	หน้า
กรอบแนวคิดเพื่อการวัดสุขภาพช่องปากของ Locker	26
กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของ Wilson และ Cleary	27
การจำแนกการทำหน้าที่ การวัดความสามารถ และสุขภาพ (ICF)	31
หลักการต้นตอสังคม	34
สุขภาพช่องปาก	36
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	38
เอกสารอ้างอิง	40
บทที่ 2 ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	47
ดัชนีแบบหลายข้อคำถาม	48
The Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)	49
ที่มาและกรอบแนวคิดทางทฤษฎี	49
ข้อคำถาม	51
The Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)	59
ที่มาและกรอบแนวคิดทางทฤษฎี	59
ข้อแตกต่างจากดัชนี OIDP	59
การวิเคราะห์ข้อมูลของดัชนี OIDP และ Child-OIDP	69
ตัวอย่างการวิเคราะห์ผลดัชนี Child-OIDP	77
ข้อดีและข้อจำกัด	79
การนำไปใช้งาน และดัชนีรูปแบบดัดแปลง	79
The General Oral Health Assessment Index (GOHAI)	81
ที่มา	81
ข้อคำถามและการวิเคราะห์ข้อมูล	82
ข้อดีและข้อจำกัด	85
การนำไปใช้งาน และดัชนีรูปแบบดัดแปลง	85

	หน้า
The Oral Health Impacts Profile (OHIP)	87
ที่มาและกรอบแนวคิดทางทฤษฎี	87
ข้อคำถาม	88
การวิเคราะห์ข้อมูล	93
ข้อดีและข้อจำกัด	96
การนำไปใช้งาน และดัชนีรูปแบบดัดแปลง	97
The Child Perceptions Questionnaire (CPQ) ₁₁₋₁₄	101
ที่มาและกรอบแนวคิดทางทฤษฎี	101
ข้อคำถามและการวิเคราะห์ข้อมูล	103
ข้อดีและข้อจำกัด	105
การนำไปใช้งาน และดัชนีรูปแบบดัดแปลง	105
The Child Perceptions Questionnaire (CPQ) ₈₋₁₀	109
ที่มา	109
ข้อคำถามและการวิเคราะห์ข้อมูล	109
การนำไปใช้งาน	111
The Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5)	111
ที่มา	111
ข้อคำถามและการวิเคราะห์ข้อมูล	112
การนำไปใช้งาน และดัชนีรูปแบบดัดแปลง	116
การประเมินโดยรวม	116
ที่มา แนวคิดทางทฤษฎี และข้อคำถาม	116
ข้อดี ข้อจำกัด และข้อควรระวัง	118
การนำไปใช้งาน	120

	หน้า
ดัชนีวัดผลต่อสังคม	122
ที่มา แนวคิดทางทฤษฎี และข้อคำถาม	122
ข้อดี ข้อจำกัด และการนำไปใช้งาน	123
เอกสารอ้างอิง	124
 บทที่ 3 ข้อพิจารณาในการใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	136
การดัดแปลงข้ามวัฒนธรรมและการทดสอบความถูกต้อง	137
ขั้นตอนที่ 1: การทำความเข้าใจแนวคิดและความหมายของดัชนี	137
ขั้นตอนที่ 2: การแปลและทดสอบนาร่องเบื้องต้น	139
ขั้นตอนที่ 3: การแปลกลับ	141
ขั้นตอนที่ 4: การทดสอบนาร่องและยืนยันรูปแบบภาษาไทย	142
ขั้นตอนที่ 5: การทดสอบความถูกต้องเชิงจิตวิทยา	143
ความตรง	143
ความเที่ยง	150
การตอบสนอง	157
สรุปวิธีการทดสอบคุณสมบัติเชิงจิตวิทยา	162
การแปลความหมายของผลการวัด	163
ผลการวัดในขณะใดขณะหนึ่ง	163
ผลการวัดที่เปลี่ยนแปลงไป	165
การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของเด็ก	166
ข้อควรพิจารณาในการประเมินจากตัวเด็ก	167
การประเมินจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง	172
การเลือกใช้ตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	174
จุดประสงค์ของการวัด	175
คุณสมบัติของตัวชี้วัด	178

	หน้า
ความเหมาะสมในทางปฏิบัติ	179
เอกสารอ้างอิง	180
บทที่ 4 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	189
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของประชากรไทย	189
ความชุก ลักษณะและความรุนแรงของผลกระทบของช่องปากต่อ	
คุณภาพชีวิต	189
สาเหตุทางช่องปาก	193
ผลกระทบแบบเฉอะฉนภาวะ	197
ผลกระทบแบบเฉอะฉนภาวะที่มาจากโรคฟันผุ	199
ผลกระทบแบบเฉอะฉนภาวะที่มาจากโรคปริทันต์	202
ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม	203
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของประชากรในต่างประเทศ	204
เอกสารอ้างอิง	213
บทที่ 5 ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับ	
โรคทางช่องปาก	216
โรคฟันผุ	217
โรคปริทันต์	222
การสูญเสียฟัน	226
การสบฟันผิดปกติ	230
ความผิดปกติของเคลือบฟันและโครงสร้างฟัน	233
ฟันหักจากอุบัติเหตุ	237
ความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร	238
ปากแห้งเพดานโหว่	240

	หน้า
ภาวะปากแห้ง	241
ข้อควรระวังในการแปลผลการศึกษา	242
เอกสารอ้างอิง	243
บทที่ 6 ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม	257
เพศ	258
อายุ	260
เชื้อชาติและชาติพันธุ์	263
บริเวณที่อยู่อาศัย	272
สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม	276
เอกสารอ้างอิง	284
บทที่ 7 การนำแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไปใช้และ แนวทางการพัฒนาองค์ความรู้ในอนาคต	299
ข้อวิจารณ์ต่อการใช้ตัวชี้วัดโรคในงานด้านสุขภาพ	299
คลาดเคลื่อนจากความรู้สึกรับรู้ของตัวบุคคล	299
ขาดความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน	305
ไม่สามารถนำผลการวัดไปใช้ได้จริง	308
ไม่สามารถแสดงถึงความจำเป็นด้านสุขภาพได้	311
ประโยชน์ของการรักษา	311
การดำเนินของโรคตามธรรมชาติ	312
ความร่วมมือของตัวบุคคล	314
การประยุกต์ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	315
การพัฒนาระบบการประเมินและจัดลำดับความจำเป็นทางทันตสังคม	315

	หน้า
แบบจำลองพื้นฐานของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก	318
แบบจำลองความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากสำหรับสภาวะช่องปาก ที่คุกคามชีวิตและลูกกลาม	322
แบบจำลองความจำเป็นสำหรับการใส่ฟันเทียม	324
ตัวอย่างผลการประเมินความจำเป็นทางทันตสังคมสำหรับการ ใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุ	328
ตัวอย่างผลการประเมินความจำเป็นทางทันตสังคมในเด็ก ประถมศึกษา	331
การกำหนดเป้าหมายสุขภาพช่องปากแห่งชาติ	339
ข้อเสนอเป้าหมายสุขภาพช่องปากสำหรับประชากรไทย	340
เป้าหมายเรื่องจำนวนฟันในกลุ่มผู้สูงอายุ	347
การประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก	349
การให้บริการผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรม	354
การสื่อสาร	359
แนวทางการพัฒนาองค์ความรู้ในอนาคต	361
งานบริการสุขภาพช่องปาก	362
งานวิจัยทางทันตกรรม	364
การศึกษาทางทันตแพทยศาสตร์	368
ข้อพึงระวังในการนำไปใช้	369
เอกสารอ้างอิง	370
ดัชนี (ภาษาไทย)	385
ดัชนี (ภาษาอังกฤษ)	392

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 ตัวอย่างดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ	22
ตารางที่ 2.1 คะแนนความถี่ของดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)	54
ตารางที่ 2.2 คะแนนความถี่ของดัชนี Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)	65
ตารางที่ 2.3 การจำแนกระดับความเข้มของผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตจากการประเมินด้วยดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) และ Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)	75
ตารางที่ 2.4 ดัชนี General Oral Health Assessment Index (GOHAI) ต้นฉบับและรูปแบบภาษาไทย	83
ตารางที่ 2.5 การปรับคะแนนของดัชนี General Oral Health Assessment Index (GOHAI) ที่ใช้มาตรวัดที่มีระดับแตกต่างกัน	86
ตารางที่ 2.6 ดัชนี Oral Health Impacts Profile-49 (OHIP-49) ต้นฉบับ และ Oral Health Impacts Profile-54 (OHIP-54) รูปแบบภาษาไทย	89-93
ตารางที่ 2.7 ดัชนี Oral Health Impacts Profile-14 (OHIP-14) Regression Short Form ต้นฉบับและรูปแบบภาษาไทย และ Item-Impact Short Form ต้นฉบับ	98,99
ตารางที่ 2.8 ดัชนี Child Perceptions Questionnaire ₁₁₋₁₄ (CPQ ₁₁₋₁₄) ต้นฉบับ ⁹⁰	103,104
ตารางที่ 2.9 ดัชนี Child Perceptions Questionnaire ₁₁₋₁₄ (CPQ ₁₁₋₁₄) รูปแบบย่อ 4 แบบ ⁹⁸	107,108
ตารางที่ 2.10 ดัชนี Child Perceptions Questionnaire ₈₋₁₀ (CPQ ₈₋₁₀) ต้นฉบับ ⁹¹	110
ตารางที่ 2.11 ดัชนี Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5) ต้นฉบับ ¹⁰³	113
ตารางที่ 2.12 แบบสอบถามสำหรับพ่อแม่ถึงผลกระทบของช่องปากต่อตัวของเด็กของดัชนี Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5) ต้นฉบับ ¹⁰⁹	114
ตารางที่ 2.13 แบบสอบถามสำหรับพ่อแม่ถึงผลกระทบของช่องปากของเด็กต่อครอบครัวของดัชนี Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5) ต้นฉบับ ¹⁰⁹	115

	หน้า
ตารางที่ 2.14 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยรวมจากการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติของประเทศไทย ครั้งที่ 6 ในกลุ่มอายุ 15 ปี จำนวน 815 คน	120
ตารางที่ 4.1 ความชุกของผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของประชากรไทยที่ประเมินด้วยดัชนีหรือแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) หรือ Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)	190
ตารางที่ 4.2 ความรุนแรงของผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชากรไทยที่ประเมินด้วยดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) หรือ Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)	192
ตารางที่ 4.3 ความรุนแรงของผลกระทบของช่องปากต่อกิจกรรมในการดำเนินชีวิตของประชากรไทยที่ประเมินด้วยดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) หรือ Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)	195,196
ตารางที่ 4.4: ความชุกของผลกระทบของช่องปากต่อคุณภาพชีวิตแบบเจาะจงสถานะในประชากรไทยกลุ่มอายุ 12 และ 15 ปี	198
ตารางที่ 4.5 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจากการสำรวจแห่งชาติ	207-212
ตารางที่ 7.1 ความแตกต่างระหว่างความจำเป็นทางวิชาชีพและผลการประเมินจากตัวบุคคล	302-304
ตารางที่ 7.2 ความแตกต่างระหว่างทันตแพทย์ในการตัดสินใจทางคลินิก	306,307
ตารางที่ 7.3 โรคทางช่องปากและจำนวนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ	309
ตารางที่ 7.4 ระบบการประเมินความจำเป็นทางทันตสังคม	317
ตารางที่ 7.5 เปรียบเทียบความจำเป็นทางวิชาชีพกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับการใส่ฟันเทียมในผู้สูงอายุในอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 110 คน ¹²	330
ตารางที่ 7.6 การเข้ารับบริการและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพในการใส่ฟันเทียมในอำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 32 คน ¹³	330
ตารางที่ 7.7 เปรียบเทียบความจำเป็นทางวิชาชีพและความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบในเด็กนักเรียนประถมศึกษาไทยจำนวน 1,034 คน	333

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1.1 วิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องสุขภาพ	10
รูปภาพที่ 1.2 สรุปความแตกต่างระหว่างโรคและความเจ็บป่วย	13
รูปภาพที่ 1.3 บทสนทนาสะท้อนความแตกต่างระหว่างโรคและความเจ็บป่วย	14
รูปภาพที่ 1.4 องค์ประกอบต่าง ๆ ของสุขภาพ ที่เชื่อมโยงและมีผลกระทบต่อกัน	17
รูปภาพที่ 1.5 การจำแนกความผิดปกติ การไร้ความสามารถ และความด้อยโอกาส (International Classification of Impairment, Disability and Handicap: ICIDH) ขององค์การอนามัยโลก ⁴⁶	24
รูปภาพที่ 1.6 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีเพื่อการวัดสุขภาพช่องปากของ Locker ⁵⁰	26
รูปภาพที่ 1.7 กรอบแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของ Wilson และ Cleary ³⁴	29
รูปภาพที่ 1.8 การจำแนกการทำงานหน้าที่ การไร้ความสามารถ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) ขององค์การอนามัยโลก ⁴²	32
รูปภาพที่ 1.9 ขอบเขตของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	40
รูปภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีของดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)	50
รูปภาพที่ 2.2 คะแนนความรุนแรงของดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)	55
รูปภาพที่ 2.3 แบบแสดงรายการสาเหตุทางช่องปากตามความรู้สึกสำหรับดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) และ Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP) รูปแบบภาษาไทย	57
รูปภาพที่ 2.4 แบบบันทึกของดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) รูปแบบภาษาไทย	58
รูปภาพที่ 2.5 แบบบันทึกของดัชนี Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP) รูปแบบภาษาไทย	61
รูปภาพที่ 2.6 แบบแสดงรายการความผิดปกติทางช่องปากต่าง ๆ สำหรับตอบด้วยตนเองก่อนการสัมภาษณ์ด้วยดัชนี Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP) รูปแบบภาษาไทย	63

	หน้า
รูปภาพที่ 2.7	มาตรวัดความรู้สึkd้วยสายตา (visual analog scale) สำหรับใช้ประกอบการประเมินระดับความรุนแรงของดัชนี Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)
	65
รูปภาพที่ 2.8	ภาพประกอบการสัมภาษณ์ของดัชนี Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP) รูปแบบภาษาไทย
	67,68
รูปภาพที่ 2.9	สูตรการคำนวณคะแนนผลกระทบโดยรวมของดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) และ Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)
	70
รูปภาพที่ 2.10	สูตรการคำนวณคะแนนผลกระทบแบบเจาะจงสภาวะของดัชนี Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) และ Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP)
	71
รูปภาพที่ 2.11	ตัวอย่างการบันทึกผลในแบบบันทึกของดัชนี Child-Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP) รูปแบบภาษาไทย
	77
รูปภาพที่ 2.12	สูตรการคำนวณคะแนน Oral Health Impacts Profile (OHIP) แบบปรับมาตรฐาน
	95
รูปภาพที่ 2.13	รูปภาพแสดงความรู้สึkอย่างง่ายที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ของดัชนี Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5) ต้นฉบับ ¹⁰⁹
	113
รูปภาพที่ 3.1	ขั้นตอนการดัดแปลงข้ามวัฒนธรรมและทดสอบความถูกต้องของดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
	138
รูปภาพที่ 3.2	ความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) ของตัวชี้วัด
	144
รูปภาพที่ 3.3	มาตรวัดความรู้สึkทางสายตา (visual analog scale) ประกอบการประเมินการเปลี่ยนแปลงโดยรวม
	160
รูปภาพที่ 4.1	ผลกระทบโดยรวมและผลกระทบแบบเจาะจงสภาวะที่มาจากโรคฟันผุต่อการดำเนินชีวิตโดยรวมและในแต่ละกิจกรรมของเด็กไทยอายุ 12 และ 15 ปี
	201
รูปภาพที่ 6.1	ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและจำนวนฟัน ของประชากร (ก.) ในประเทศของออสเตรเลียและสหราชอาณาจักร และ (ข.) ในประเทศของออสเตรเลียแบ่งตามประเทศที่เกิด
	270

	หน้า
รูปภาพที่ 6.2 ความลาดเอียงทางการศึกษา (educational gradient) ในคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่พบในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร	279
รูปภาพที่ 7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความจำเป็นที่ประเมินจากวิชาชีพและจากตัวบุคคล	300
รูปภาพที่ 7.2 แบบจำลองพื้นฐานของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก (Basic Model of Dental Needs: BMDN)	319
รูปภาพที่ 7.3 แบบจำลองของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากสำหรับสภาวะช่องปากที่คุกคามชีวิตและลุกลาม (Dental Needs for Life-threatening and Progressive oral conditions: DNLP)	323
รูปภาพที่ 7.4 แบบจำลองการประเมินความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมบางส่วนในผู้สูงอายุและผลการประเมินในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฟันจำนวน 549 คน	326
รูปภาพที่ 7.5 แบบจำลองการประเมินความจำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุและผลการประเมินในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันจำนวน 158 คน	327
รูปภาพที่ 7.6 ความจำเป็นทางทันตสังคมในการจัดฟันในเด็กไทยจำนวน 1,101 คนคำนวณเป็นจำนวนต่อเด็ก 100 คนที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพ	335
รูปภาพที่ 7.7 ความจำเป็นทางทันตสังคมในเด็กนักเรียนประถมศึกษาไทยจำนวน 1,034 คน	337
รูปภาพที่ 7.8 แบบแผนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขตามหลักการแพทย์ชีววิทยา	340
รูปภาพที่ 7.9 สัดส่วนของเด็กไทยอายุ 12 ปี จำแนกตามความเสี่ยงต่อการมีปัญหาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจากการมีโรคฟันผุและโรคปริทันต์	343
รูปภาพที่ 7. 10 สัดส่วนของวัยรุ่นไทยอายุ 15 ปี จำแนกตามความเสี่ยงต่อการมีปัญหาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจากการมีโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ	346
รูปภาพที่ 7.11 แบบจำลองการประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ	350
รูปภาพที่ 7.12 แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ¹¹⁰	351
รูปภาพที่ 7.13 ภาพล้อเลียนงานบริการทางทันตกรรมที่ไม่ได้ผนวกมุมมองของผู้ป่วยร่วมด้วย	355
รูปภาพที่ 7.14 ขั้นตอนการให้บริการทางทันตกรรมที่สามารถให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม	356
รูปภาพที่ 7.15 บทบาทของหลักการเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในวิชาชีพทันตกรรม	362

บทที่ 1

หลักการและความเป็นมา

วิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องสุขภาพ

ความหมายหรือนิยามของสุขภาพ (definition of health) เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งในการทำงานของวิชาชีพด้านการแพทย์ อย่างไรก็ตาม คำว่า “สุขภาพ” ได้ถูกนิยามหรือให้ความหมายแตกต่างกันในตลอดช่วงระยะเวลากว่าศตวรรษของวิชาชีพแพทย์และทันตแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของวิชาชีพและของสังคมในแต่ละยุคสมัย การให้ความหมายของสุขภาพที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้ลักษณะการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะเป้าหมายของการทำงานทางการแพทย์ คือ การสร้าง “สุขภาพที่ดี” ให้กับประชาชนหรือผู้ป่วยที่มารับบริการนั่นเอง

หลักการแพทย์เชิงชีววิทยา

วิชาชีพทางการแพทย์สมัยใหม่ (modern medicine) ได้ถือกำเนิดและถูกพัฒนาขึ้นในประเทศแถบตะวันตก ตามหลักการแพทย์เชิงชีววิทยา (bio-medical concept) ที่เป็นการศึกษาทางชีววิทยาของร่างกายมนุษย์ เพื่อสร้างความเข้าใจต่อสภาวะปกติทางชีววิทยาของร่างกายและอวัยวะส่วนต่าง ๆ วิชาชีพแพทย์สมัยใหม่เติบโตขึ้นพร้อมกับองค์ความรู้ทางชีววิทยา การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์คือการตรวจหาความผิดปกติทางชีววิทยาของร่างกาย แล้วแก้ไขให้เป็นปกติ วิธีการทำงานดังกล่าว คือการสร้างสุขภาพที่ดีตามหลักการแพทย์เชิงชีววิทยานั้นเอง¹

หลักการแพทย์เชิงชีววิทยา จึงเป็นการมุ่งเป้าหมายไปที่โรค (disease-oriented approach) ซึ่ง “โรค” (disease) หมายถึง ลักษณะที่ผิดเพี้ยนไปจากปกติ (deviation from normality) ที่วิชาชีพแพทย์เป็นผู้กำหนด และบัญญัติชื่อความผิดปกติต่าง ๆ ขึ้น จากองค์ความรู้ทางชีววิทยาที่ถูกพัฒนาเรื่อยมาตั้งแต่อดีต ความหมายของโรคจึงมักจะเป็นรูปธรรม

เพราะเป็นลักษณะทางสรีระวิทยาที่ตรวจพบได้โดยวิธีการทางคลินิก และ/หรือทางห้องปฏิบัติการ^{1,2}

สุขภาพ ตามหลักการแพทย์เชิงชีววิทยาจึงหมายถึง การไม่มีโรค (absence of diseases) ตัวอย่างเช่น พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ. 2542 ระบุว่า สุขภาพ หมายถึงภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ³ พจนานุกรมภาษาอังกฤษฉบับมาตรฐาน (Oxford English Dictionary) ระบุว่า สุขภาพ หมายถึง การไม่มีความผิดปกติหรือสภาพทางพยาธิวิทยาภายในตัวบุคคล (lack of any recognised pathology within an individual) และการมีสุขภาพที่ดี หมายถึง การปราศจากโรคหรือหายจากโรค (free from disease or recovered from disease)²

แนวคิดเช่นนี้เชื่อว่าความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพล้วนมีสาเหตุจำเพาะ (specific aetiology) หน้าที่ของแพทย์ คือ การตรวจหาให้เจอสาเหตุจำเพาะของโรค แล้วทำการแก้ไขที่สาเหตุนั้น ได้แก่ ลักษณะทางสรีระวิทยา หรือกระบวนการทำงานของร่างกาย เพื่อที่ร่างกายจะได้กลับคืนสู่สภาวะปกติ ต่อมาหลักการแพทย์เช่นนี้ถูกวิจารณ์ว่าเป็นการเปรียบร่างกายของมนุษย์เสมือนกับเป็นเครื่องจักร (body as a machine)⁴ การทำงานที่ผิดพลาดของร่างกายมาจากชิ้นส่วน อะไหล่ หรือกลไกที่ผิดปกติ ที่ถูกบัญญัติเรียกว่าโรค และหากได้รับการซ่อมแซม แก้ไข หรือเปลี่ยนชิ้นส่วนอะไหล่ได้ โรคจะหายไป และร่างกายจึงจะกลับเป็นปกติหรือมีสุขภาพที่ดีนั่นเอง แนวคิดนี้ประเมินและพิสูจน์ปรากฏการณ์ ความผิดปกติของร่างกายเป็นรูปธรรม กำหนดค่าเป็นตัวเลข แม้กระทั่งความผิดปกติทางจิตใจของผู้ป่วย ที่ยังคงจะใช้การวินิจฉัยความผิดปกติของกลไกการทำงานของร่างกาย เช่น ระดับสารเคมีบางชนิดในร่างกาย และให้การรักษาเพื่อปรับระดับสารเคมีต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นต้น การรักษาทางการแพทย์เชิงชีววิทยาจึงเปรียบเสมือนกระสุนวิเศษ (magic bullet) กล่าวคือ เมื่อยิงถูกเป้า ร่างกายจะสามารถกลับคืนเป็นปกติตามเดิม กล่าวโดยสรุปการกำหนดสภาวะขึ้นอยู่กับความผิดปกติของอวัยวะ และหน้าที่ของแพทย์จึงหมายถึงการแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะนั้น ๆ นั่นเอง⁵

ทิศทางการพัฒนาของการแพทย์เชิงชีววิทยาจึงอยู่ในรูปแบบของงานวิจัยในห้องปฏิบัติการและการพัฒนาเทคโนโลยีให้ก้าวหน้าทันสมัย การผลิตอุปกรณ์ เครื่องมือทาง

การแพทย์ที่มีความละเอียด แม่นยำมากขึ้น เพื่อที่จะได้ตรวจหาและซ่อมแซมปรากฏการณ์ต่าง ๆ และสารเคมีต่าง ๆ ภายในร่างกายมนุษย์ที่ละเอียดและซับซ้อนได้มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ความเป็นที่น่าสังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของส่วนประกอบย่อยต่าง ๆ ภายในร่างกายมนุษย์เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา อย่างค่อยเป็นค่อยไป ตามกระบวนการวิวัฒนาการของการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเช่นเดียวกัน ทุกอย่างไม่ได้หยุดนิ่ง ดังนั้น สถานะหนึ่ง ๆ ที่ถูกเรียกว่า ปรกติ จึงไม่มีอยู่จริง ในขณะที่ความก้าวหน้าทางการแพทย์เชิงชีววิทยาได้นำไปสู่การค้นพบสิ่งใหม่ ๆ อย่างเนื่อง ๆ เกิดการบัญญัติศัพท์ใหม่ การกำหนดชื่อโรคใหม่ ๆ ขึ้นมาเรื่อย ๆ สุขภาพตามหลักการแพทย์เชิงชีววิทยาจึงเป็นเพียงภาพฝัน หรือสิ่งที่ไม่มีอยู่จริง (utopia) ตราบเท่าที่องค์ความรู้ทางชีววิทยายังคงก้าวหน้าต่อไป ปรากฏการณ์เช่นนี้ คือสิ่งที่ Dubos นักจุลชีววิทยาชาวอเมริกา เรียกว่า “ภาพลวงตาของสุขภาพ” หรือ “mirage of health” นั่นเอง⁶

การพัฒนาของหลักการแพทย์เชิงสังคม

หลักการแพทย์เชิงสังคม (socio-medical concept) ถือกำเนิดขึ้นเมื่อประมาณครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา โดยเริ่มจากการตั้งข้อสังเกต ข้อวิพากษ์วิจารณ์ต่อความไม่เหมาะสมของหลักการแพทย์เชิงชีววิทยา จากนักวิชาการด้านสุขภาพที่มีชื่อเสียงหลายท่าน จนเป็นการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนผ่านสู่การใช้หลักการแพทย์เชิงสังคมในวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น

Rene Dubos: ค.ศ. 1960

Dubos⁶ เป็นนักจุลชีววิทยา ที่ในที่สุดกลับยอมรับว่าการนำมุมมองเชิงชีววิทยามาใช้ในการนิยามสุขภาพนั้นไม่เหมาะสม เขาวิจารณ์งานบริการทางการแพทย์เชิงชีววิทยาว่าเป็นการหมกหมุ่นอยู่กับความพยายามในการค้นหาสาเหตุของความผิดปกติภายในร่างกาย แล้วทำการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เพื่อหวังให้ได้สุขภาพที่สมบูรณ์เพียบพร้อม (perfect health) ซึ่งไม่มีทางเป็นไปได้ตามความเป็นจริง เพราะการตรวจหาที่ละเอียดซับซ้อนขึ้นจะได้พบเจอลักษณะที่ “ถูกเรียกว่าความผิดปกติหรือโรค” ใหม่ ๆ ขึ้นเสมอ และการซ่อมแซมแก้ไขเปลี่ยนแปลงสถานะนั้นก็จะดำเนินไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด สุขภาพในลักษณะนี้จึงเป็นสิ่งที่เราไม่สามารถไป

ถึงได้จริง คำว่า “ภาพลวงตาของสุขภาพ” หรือ “mirage of health” ที่ Dubos นำมาใช้เรียกปรากฏการณ์นี้ ถูกกล่าวขานอย่างมากในวิชาชีพ สร้างความสับสนเทือนให้กับหลักการแพทย์เชิงชีววิทยา และก่อให้เกิดการเปลี่ยนผ่านสู่หลักการแพทย์เชิงสังคม Dubos เสนอแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) ที่หมายถึงสภาวะที่สมดุล กลมกลืนไปกับธรรมชาติ (being a state of balance, equilibrium and harmony with nature)

David Mechanic: ค.ศ. 1972

Mechanic⁷ กล่าวว่า ความท้าทายในการพัฒนาสุขภาพ คือการสร้างความเข้าใจต่อบริบททางสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ แล้วส่งเสริมศักยภาพของบุคคลให้สามารถแสดงออก หรือมีบทบาทในการปรับปรุงแก้ไขสภาพทางสังคมของตนได้ Mechanic กล่าวต่อไปว่า แต่กลับเป็นเรื่องน่าเศร้าและน่าประหลาดใจอย่างยิ่ง ที่ความทะเยอทะยานของบุคลากรทางการแพทย์กลับไปอยู่ที่เรื่องของเทคโนโลยี และการรักษาโรคในร่างกายที่ซับซ้อน เหมือนกับว่าสามารถแก้ไขได้โดยง่ายเช่นเดียวกับการซ่อมเครื่องจักร องค์ความรู้ทางชีววิทยา สังคม และจิตวิทยาจะต้องมาผนวกรวมกัน เพราะปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจว่าร่างกายทำงานผิดปกติหรือไม่ และควรได้รับการรักษาหรือไม่ เพราะปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้ การให้ความหมาย การให้ค่าของบุคคล มากกว่าการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพจริง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายของเขา

Ivan Illich: ค.ศ. 1976

Illich⁸ วิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงต่อการแพทย์ที่เน้นการพัฒนาทางเทคโนโลยี เขาศึกษาวิจัยและเผยแพร่ข้อมูลว่าการให้การรักษาทันทีในรูปแบบนี้ได้สร้างอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย หรือกลับทำให้ผู้ป่วยแย่ยิ่งขึ้นอยู่บ่อยครั้ง (iatrogenic diseases) ระบบการให้บริการทางการแพทย์เชิงชีววิทยาเป็นไปเพื่อการสร้างพลังอำนาจให้กับวิชาชีพแพทย์ควบคุมจำกัดหน้าที่ในการดูแลสุขภาพให้อยู่เฉพาะภายในวิชาชีพของตนเองเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันได้ตัดรอนศักยภาพของประชาชน ทำให้ประชาชนหมดความเชื่อมั่นใน

ความสามารถและภูมิปัญญาของในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองได้ ทำให้ประชาชนเชื่อว่าสุขภาพของตนจะต้องอาศัยพึ่งพิงเฉพาะแพทย์สมัยใหม่เท่านั้น

Thomas McKeown: ค.ศ. 1979

McKeown⁹ แสดงผลการศึกษาให้เห็นว่าการลดลงส่วนมากของอัตราการตายในช่วงศตวรรษที่ 19 มาจากการลดลงของโรคติดเชื้อ (infectious diseases) โดยสาเหตุหลักของการลดลงของโรคติดเชื้อ คือ การปรับปรุงระบบสุขอนามัยของสาธารณะ ได้แก่ รูปแบบการรับประทานอาหาร ระบบสุขาภิบาล ระบบน้ำดื่ม น้ำใช้ และการลดขนาดครอบครัวลง ในขณะที่การให้บริการและการค้นพบใหม่ ๆ ทางทางการแพทย์เชิงชีววิทยามีผลน้อยมากต่อการลดลงของโรค เขาเสนอแนะอย่างท้าทายต่อไปว่า หากงานบริการทางการแพทย์เชิงชีววิทยามีประสิทธิภาพจริง ควรที่จะมาให้ความสำคัญกับการป้องกันมากกว่าการหมกมุ่นอยู่กับการแก้ไขรักษา ด้วยวิทยาการซับซ้อนขั้นสูง

นิยามสุขภาพในช่วงเปลี่ยนผ่านสู่หลักการแพทย์เชิงสังคม

หลักการแพทย์เชิงชีววิทยาถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นมุมมองที่คับแคบ ที่พิจารณาเฉพาะส่วนประกอบของร่างกายของมนุษย์เท่านั้น การวิเคราะห์เจาะลึกลงไปในรายละเอียดของอวัยวะ เซลล์ หรือสารเคมีต่าง ๆ นั้นเป็นระบบการแพทย์แบบแยกส่วน ทั้งที่ในความเป็นจริงนั้น ความเป็นมนุษย์ไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะทางสรีระวิทยาของร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่สภาพทางจิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์ดำรงอยู่ล้วนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการกำหนดสุขภาพของมนุษย์^{1,10} ดังนั้นศาสตร์ทางการแพทย์จึงจำเป็นที่จะต้องผนวกเอาศาสตร์ทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาเข้าร่วมด้วย แนวคิดดังกล่าวจึงทำให้เกิดการพัฒนาหลักการแพทย์เชิงสังคมขึ้น^{4,5} ในช่วงแห่งการเปลี่ยนผ่านนี้ ได้มีผู้เชี่ยวชาญและองค์กรด้านสุขภาพนำเสนอคำนิยามของสุขภาพตามแนวคิดใหม่ขึ้นมากมาย ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนว่า สุขภาพถูกนิยามในมุมมองที่กว้างขึ้น ไม่จำกัดเฉพาะการไม่มีโรคเท่านั้น ตัวอย่างของเป็นนิยามที่มีชื่อเสียง ได้แก่

องค์การอนามัยโลก: ค.ศ. 1946

สุขภาพ เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม และไม่ใช่เฉพาะการไม่มีโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น (a complete state of physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity)¹¹

การให้นิยามของสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลกนี้ ถือเป็นจุดเริ่มต้นอย่างเป็นทางการของการขยายแนวความคิดแพทย์เชิงชีววิทยาไปสู่เชิงสังคม องค์การอนามัยโลกได้เน้นให้เห็นว่าสุขภาพจะต้องครอบคลุมมิติอื่น ๆ ในระดับของตัวบุคคลด้วย นอกเหนือไปจากการไม่มีโรคนิยามนี้ได้ถูกนำไปใช้และเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาหลักการแพทย์เชิงสังคมในเวลาต่อมา อย่างไรก็ตาม การให้นิยามขององค์การอนามัยโลกในครั้งนั้น ยังคงติดกรอบแนวคิดเชิงชีววิทยาแบบเดิม เพราะถึงแม้จะได้เพิ่มมิติต่าง ๆ ในการใช้ชีวิตของบุคคลเข้าไป แต่ยังคงใช้คำว่า “และ” เชื่อมกับเนื้อหาส่วนหลังที่ระบุถึงการไม่มีโรค นอกจากนั้นยังใช้คำว่า “สมบูรณ์” ต่อภาวะในมิติต่าง ๆ ของบุคคล ดังนั้นจึงอาจพิจารณาได้ว่าเป็นนิยามที่อุดมคติเกินกว่าจะเป็นไปได้จริง เพราะมุ่งหวังความสมบูรณ์ในทุก ๆ ด้าน ทั้งเชิงชีววิทยาและเชิงสังคม

Rene Dubos: ค.ศ. 1960

Dubos เสนอว่า สุขภาพ หมายถึงความสามารถของบุคคลที่สามารถทำในสิ่งที่ตนอยากจะทำได้ สามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ตนปรารถนาได้ในสภาพแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ ดังนั้นความสมบูรณ์ของสุขภาพจึงขึ้นกับแต่ละบุคคล เพราะความต้องการของแต่ละคนไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน สุขภาพจึงไม่สามารถบัญญัติให้เป็นลักษณะที่ตายตัวได้⁶

Claudine Herzlich: ค.ศ. 1973

Herzlich เป็นบุคคลสำคัญผู้หนึ่งในยุคแห่งการบุกเบิกการศึกษาแนวคิดเรื่องสุขภาพตามหลักการแพทย์เชิงสังคม เขาไม่ได้ให้นิยามของสุขภาพที่ชัดเจน แต่กล่าวถึงสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ ไว้ดังนี้¹²

- สุขภาพมีความหมายที่หลากหลาย โดยขึ้นอยู่กับประชาชนทั่วไป (lay people) ไม่ใช่บุคลากรทางวิชาชีพ (professionals)

- สุขภาพเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองไม่มีความเจ็บป่วย (illness)
- สุขภาพเป็นศักยภาพที่แสดงถึงความเข้มแข็งภายใน และสามารถต่อต้านความเจ็บป่วยได้
- สุขภาพเป็นสภาวะที่บุคคลสามารถกระทำและเติมเต็มศักยภาพที่สูงสุดของชีวิต

ลักษณะต่าง ๆ ของสุขภาพที่ถูกกล่าวไว้โดย Herzlich แสดงให้เห็นการหลุดออกจากรอบแนวคิดเชิงชีววิทยาอย่างสิ้นเชิง สุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาวะโรค และการกำหนดโดยบุคลากรทางวิชาชีพ แนวคิดของเขาแสดงถึงความสำคัญของตัวบุคคลและศักยภาพภายในของแต่ละบุคคลที่จะมีผลต่อสุขภาพของตนอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามแนวคิดนี้มีขอบเขตที่กว้างและเป็นนามธรรมสูง จึงไม่เป็นที่นิยมและไม่ค่อยถูกนำไปใช้มากนัก

George Engel: ค.ศ. 1980

Engel นำเสนอแบบจำลองชีวจิตใจและสังคม (bio-psychosocial model)¹³ ของสุขภาพ ที่เป็นการผนวกรวมกันระหว่างองค์ประกอบทางชีววิทยา จิตใจ และสังคมของแต่ละบุคคล และให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นผลจากปฏิกิริยาที่ซับซ้อนระหว่างองค์ประกอบทั้งสาม กล่าวคือชีววิทยา สภาวะทางจิตใจ และสังคม ดังนั้นสุขภาพหรือผลลัพธ์ของปฏิกิริยาจึงแตกต่างกันระหว่างบุคคลที่ถึงแม้จะมีลักษณะทางชีววิทยาเหมือนกันก็ตาม แนวคิดของ Engel เป็นการขยายคำนิยามของสุขภาพให้กว้างขึ้นกว่าแนวคิดเชิงชีววิทยา ในลักษณะที่ซับซ้อน และเข้าใจง่าย จึงได้รับความนิยมและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในเวลาต่อมาจนถึงปัจจุบัน

องค์การอนามัยโลก: ค.ศ. 1984

องค์การอนามัยโลกให้นิยามสุขภาพอีกครั้ง หลังจากการศึกษาแนวคิดของสุขภาพได้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางจนเริ่มเห็นทิศทางที่ชัดเจน ว่าเป็นการเน้นที่ความรู้สึกของบุคคลมากกว่าบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ นิยามขององค์การอนามัยโลกในครั้งนี้นักกล่าวว่าสุขภาพเป็นความสามารถที่บุคคลหรือกลุ่มตระหนักถึงความต้องการของตนและสามารถตอบสนองได้ และในขณะเดียวกันมีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อม

ของตนได้ ดังนั้นสุขภาพจึงเสมือนชุมพลในการดำรงชีวิตในทุก ๆ วัน ไม่ใช่เป้าหมายในการมีชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวกที่เน้นทรัพยากรหรือต้นทุนจากตัวบุคคลและสังคม พร้อม ๆ ไปด้วยความสามารถทางกายภาพ¹⁴

การให้นิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในครั้งนี้นี้ แตกต่างจากนิยามครั้งก่อนอย่างสิ้นเชิง ถึงแม้ว่านิยามครั้งใหม่จะหลุดออกจากกรอบแนวคิดเชิงชีววิทยาอย่างชัดเจน แต่การนำเสนอแนวคิดเชิงสังคมวิทยาที่เป็นนามธรรมสูงทำให้นิยามนี้กลับไม่ได้รับความนิยม

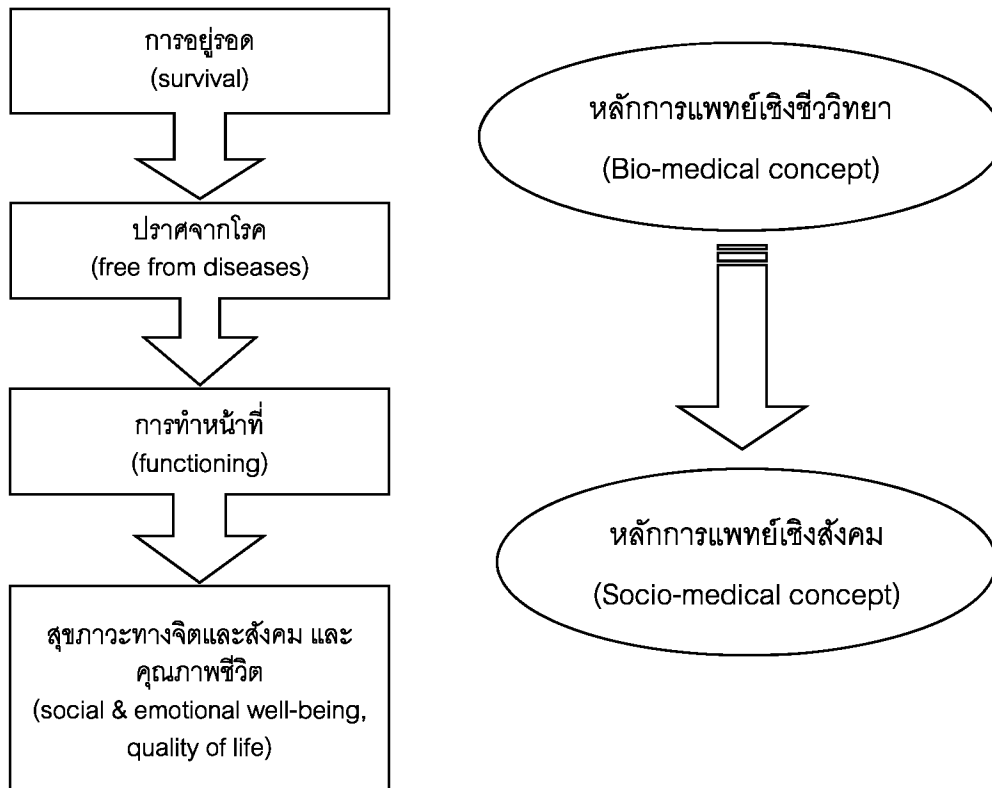
Linda Ewles และ Ina Simnett: ค.ศ. 1999

Ewles และ Simnett¹⁵ เสนอนิยามสุขภาพที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ โดยเน้นว่าจะต้องพิจารณามิติต่าง ๆ ไปพร้อม ๆ กัน มิติต่าง ๆ รวมอยู่เป็นหนึ่งหน่วยในความหมายของสุขภาพ ไม่ใช่พิจารณาทีละมิติแยกออกจากกัน และความสำคัญของมิติใดมิติหนึ่งจะไม่คงที่ แต่จะแปรเปลี่ยนไปตามระยะเวลาและบริบททางสังคมของบุคคลนั้น เช่น มิติทางกายภาพอาจมีความสำคัญมากขึ้นเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ เป็นต้น มิติต่าง ๆ ที่ Ewles และ Simnett เสนอ มีดังนี้

- สุขภาพทางกายภาพ (physical health) หมายถึง การทำหน้าที่ของร่างกายได้ตามปกติ
- สุขภาพทางเขาวนปัญญา (mental health) หมายถึง ความสามารถในการคิด โดยคิดได้ชัดเจน ต่อเนื่องกัน และเป็นระบบ
- สุขภาพทางอารมณ์ (emotional health) หมายถึง การรับรู้ แล้วแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม
- สุขภาพทางสังคม (social health) หมายถึง การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม
- สุขภาพทางจิตวิญญาณ (spiritual health) หมายถึง ความเชื่อและการปฏิบัติตามหลักศาสนา การมีหลักเกณฑ์เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจและความประพฤติ เพื่อที่จะนำไปสู่ความสุขทางใจและพฤติกรรมอันถูกต้องดีงาม

- สุขภาพทางชุมชน (societal health) หมายถึง การเกี่ยวข้องกับที่เหมาะสมระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่

โดยสรุป “สุขภาพ” ถูกให้ความหมายหลากหลายและแตกต่างกันไปในช่วงระยะเวลา กว่าศตวรรษของวิชาชีพแพทย์ วิวัฒนาการโดยสรุปของนิยามสุขภาพแสดงใน รูปภาพที่ 1.1 ในยุคสมัยแรกที่มีการแพทย์ยังไม่พัฒนา อัตราการตายของทารกแรกเกิดสูงมาก อายุขัยเฉลี่ยของประชาชนสั้น สุขภาพจึงถูกตีความหมายถึงการอยู่รอดชีวิต (survival) การวัดสุขภาพจึงเน้นที่อัตราการตาย (mortality rate) เป็นต้น ต่อมาเมื่อการแพทย์เริ่มพัฒนาไปในรูปแบบเชิงชีววิทยา สุขภาพจึงถูกตีความหมายถึงการปราศจากโรค (free from diseases) แต่เมื่อแนวคิดทางการแพทย์เคลื่อนเข้าสู่การแพทย์เชิงสังคม สุขภาพจึงมีความหมายที่กว้างขึ้น นอกเหนือไปจากลักษณะทางสรีระวิทยาของร่างกายหรืออวัยวะ แต่เชื่อมโยงไปกับการใช้งานจริงในชีวิตประจำวัน สุขภาพมีความหมายในเชิงการทำงาน (functioning) และความสามารถในการทำกิจวัตรได้ตามปกติ เมื่อบทบาทของจิตใจและสังคมที่มีต่อสภาพร่างกายเป็นที่ยอมรับ ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ในความเป็นมนุษย์เป็นที่ประจักษ์ มนุษย์มีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนมากกว่าเครื่องจักรอย่างเทียบไม่ได้ สุขภาพจึงหมายถึง ความสุข (happiness) สุขภาวะทางจิตและสังคม (social and emotional well-being) และคุณภาพชีวิต (quality of life)^{1,4,5,10}



รูปภาพที่ 1.1: วิวัฒนาการของแนวคิดเรื่องสุขภาพ

แนวคิดเรื่องสุขภาพในปัจจุบัน

สุขภาพแบบองค์รวม

แนวคิด “องค์รวม” (holism) ถูกกล่าวถึงครั้งแรกอย่างเป็นทางการโดยนักปรัชญาชาวแอฟริกาใต้ ชื่อ Jan Christiaan ที่เชื่อว่าทุก ๆ สิ่งในธรรมชาติมีความเกี่ยวเนื่องกัน ความสัมพันธ์และระบบต่าง ๆ ในจักรวาลมีลักษณะเป็นองค์รวม แต่ละสิ่งล้วนเชื่อมโยงและพึ่งพาอาศัยกันและกัน¹⁶ ดังนั้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับองค์ประกอบส่วนหนึ่ง ย่อมทำให้เกิดผลกระทบต่อองค์ประกอบส่วนอื่น ๆ ตามมา ดังคำกล่าวที่ว่า เด็ดดอกไม้สะเทือนดวงดาว นั่นเอง

ดังนั้นสุขภาพตามแนวคิดแบบองค์รวม (holistic health) จึงเน้นที่ “ความเชื่อมโยง” ระหว่างมิติต่าง ๆ ของบุคคล บุคคลแต่ละคนไม่ได้เป็นเพียงการมารวมกันของส่วนประกอบต่าง ๆ อวัยวะ หรือเซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายเท่านั้น บุคคลแต่ละคนถูกมองเป็นหน่วยหนึ่งหน่วยที่เกิดจากการผสมผสานทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และบริบททางสังคมสิ่งแวดล้อมนั้น สุขภาพแบบองค์รวมจึงเป็นภาวะที่ “สมดุล” (equilibrium) ของการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ ที่ไม่สามารถพิจารณาแยกออกเป็นแต่ละส่วนประกอบได้ ซึ่งตรงกับที่ Ewles และ Simnett¹⁵ ได้กล่าวไว้ข้างต้น

นอกจากนั้น ส่วนประกอบต่าง ๆ ในความเป็นองค์รวมไม่ได้มีรูปแบบที่แน่นอนตายตัว ความเป็นองค์รวมของบุคคลหนึ่งอาจประกอบด้วยส่วนประกอบที่แตกต่างกับอีกบุคคลหนึ่ง หรือความเป็นองค์รวมของบุคคลหนึ่งอาจประกอบด้วยส่วนประกอบที่แตกต่างกัน เมื่อบริบทบางอย่างเปลี่ยนแปลงไป เช่น วัย หรือลักษณะทางสังคมของบุคคลนั้น เป็นต้น สุขภาพจึงมีลักษณะ “หลากหลาย” (vary) และ “ไม่คงที่” หรือ “เป็นพลวัต” (dynamic)

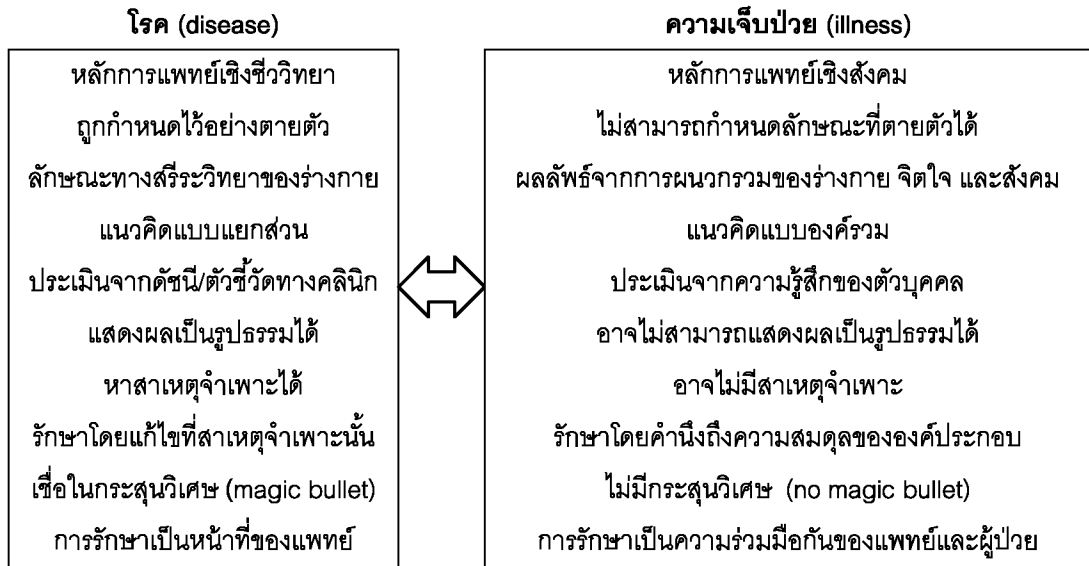
จะเห็นได้ชัดเจนว่า หลักการแพทย์เชิงชีววิทยา ที่ศึกษาร่างกายของมนุษย์แยกย่อยลงในรายละเอียด เป็นแนวคิดแบบแยกส่วน และไม่สอดคล้องกับแนวคิดแบบองค์รวม

โรคและความเจ็บป่วย

เมื่อสุขภาพมีความหมายที่กว้างและมากไปกว่าการไม่มีโรค คำว่า “ความเจ็บป่วย” (illness/sickness) จึงถูกนำมาใช้ในการเรียกภาวะของการมีสุขภาพที่ไม่ดี ความเจ็บป่วยหมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ หรือประกอบกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ หรือตามที่สังคมคาดหวัง^{5,17} ความเจ็บป่วยจึงมีลักษณะเช่นเดียวกับสุขภาพ กล่าวคือ เป็นความรู้สึกของตัวบุคคลที่ไม่มีเกณฑ์ตายตัว เป็นผลลัพธ์ที่ซับซ้อนของกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย ทั้งทางจิตใจของตัวบุคคล ความคาดหวัง การให้ความสำคัญ ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวัน บริบททางสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ วัฒนธรรม ความเชื่อในสังคม สถานการณ์ในสังคมขณะนั้น ตลอดจนสถานการณ์ของระบบบริการ เช่น ค่าใช้จ่าย คุณภาพของงานบริการ และระบบดูแลสุขภาพในภาคประชาคม เป็นต้น¹⁸ ในขณะที่ “โรค” (disease) ยังคงมีความหมายเดิมตามหลักการแพทย์เชิงชีววิทยา ซึ่งหมายถึง ลักษณะที่ผิดเพี้ยนไปจาก

ปกติ ให้การวินิจฉัยโดยบุคลากรทางการแพทย์ โรคจึงมีความแน่นอนตายตัวมากกว่า การประเมินหรือตัดสินว่ามีความเจ็บป่วยหรือไม่จากการที่มีโรคอยู่นั้น จึงไม่ตรงไปตรงมา โรคเป็นเพียงปัจจัยส่วนหนึ่งที่ท่ามกลางปัจจัยอื่น ๆ มากมายที่อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วย นอกจากนั้นอิทธิพลของโรคต่อการเกิดความเจ็บป่วยยังขึ้นกับลักษณะของโรคที่ปรากฏให้เห็น เช่น ลักษณะของโรคที่แลดูน่ากลัว อาจจะนำไปสู่การมีความเจ็บป่วยได้มากกว่าโรคที่มีลักษณะที่ไม่แตกต่างจากภาวะปกติมากนัก การมีความรู้หรือได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคนั้น เช่น หากบุคคลทราบถึงอันตรายร้ายแรงของโรค อาจมีส่วนในกระบวนการตีความหมายของบุคคลทำให้โรคเกิดเป็นความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น¹⁸

ตัวอย่างที่พบได้บ่อยครั้ง ได้แก่ กรณีที่พบความผิดปกติหรือโรคจากการตรวจร่างกาย แต่บุคคลนั้นไม่ได้รู้สึกถึงความผิดปกติใด ๆ เช่น ความดันสูงหรือต่ำที่ไม่มีอาการหรือในทางกลับกันที่การตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติแต่บุคคลรู้สึกถึงความไม่สบายหรือมีความเจ็บป่วย เช่น ความรู้สึกอ่อนแรง ไม่มีกำลัง หรือปวดเมื่อยเรื้อรัง¹⁹ เป็นต้น รูปภาพที่ 1.2 เปรียบเทียบลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างโรคและความเจ็บป่วยโดยสังเขป



รูปภาพที่ 1.2: สรุปความแตกต่างระหว่างโรคและความเจ็บป่วย

เมื่อพิจารณาว่า การทำงานของแพทย์ตามฐานแนวคิดการแพทย์เชิงชีววิทยาที่เน้นการตรวจหาและรักษา “โรค” ในขณะที่ผู้ป่วยสะท้อนสุขภาพของตนผ่านนิยาม “ความเจ็บป่วย” ความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง ทั้งนี้เพราะโรคและความเจ็บป่วยแตกต่างกันนั่นเอง

เรื่องเล่า “เห็นไข้ไม่เห็นคน”²⁰ ในรูปภาพที่ 1.3 เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงความพยายามของแพทย์ในการวินิจฉัย “โรค” ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามเล่าถึง “ความเจ็บป่วย” ของตนเอง

เห็นไข่ ไม่เห็นคน

หมอ : ป้า เป็นอะไรมาครับ

คนไข้ : ปวดหัวจัง

หมอ : ปวดมากี่วันแล้วครับ

คนไข้ : สามวันแล้ว

หมอ : มันปวดยังงี้ ป้า ปวดตื้อ ๆ แสบ ๆ หรือ ตื้อ ๆ

คนไข้ : คืออย่างนั้นะหมอ คือว่าลูกสาวของอิชั้นมันไปทำงานที่ได้วัน ...

หมอ : เดี่ยว ๆ ป้า ... ตอบหมอก่อนว่าปวดตื้อ ๆ แสบ ๆ หรือ ตื้อ ๆ อย่าเพิ่งเล่าเรื่องอื่นครับ

สุขภาพ และความเจ็บป่วย

หมอ : ป้า เป็นอะไรมาครับ

คนไข้ : ปวดหัวจัง

หมอ : ปวดมากี่วันแล้วครับ

คนไข้ : สามวันแล้ว

หมอ : ก่อนหน้านี้ ป้าทำอะไรบ้างครับ ไหนลองเล่าให้หมอฟังหน่อย

คนไข้ : คืออย่างนั้นะหมอ คือว่าลูกสาวของอิชั้นมันไปทำงานที่ได้วันเมื่อหลายเดือนก่อน เสียเงินให้เอเจนต์หางานไปตั้งสองแสน แล้วอิชั้นเพิ่งได้ข่าวจากเพื่อนบ้านว่าลูกถูกหลอกไปขายตัว นี่ก็เพิ่งได้ข่าวอีกว่าเกิดแผ่นดินไหวที่ได้วัน อิชั้นไม่รู้ว่ตอนนี้อยู่อาศัยอยู่ที่ไหน เป็นต่ายร้ายดียังไง

ที่มา: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ²⁰

รูปภาพที่ 1.3: บทสนทนาสะท้อนความแตกต่างระหว่างโรคและความเจ็บป่วย