

ความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม



นางสาวฟ้าใส ภูเกียรติ

สถาบันวิทยบริการ  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยว ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6835-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# **KNOWLEDGES AND OPINIONS OF DENTAL PATIENTS TO BRUXISM**



**Miss Fasai Pukiatt**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements**

**for the Degree of Master of Science in Occlusion**

**Department of Occlusion**

**Faculty of Dentistry**

**Chulalongkorn University**

**Academic Year 2004**

**ISBN 974-17-6835-4**



ฟ้าใส ภูเกียรติ : ความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม (KNOWLEDGES AND OPINIONS OF DENTAL PATIENTS TO BRUXISM)  
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ทญ.วันทนี มุทิตรากร, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : อ.ทญ.อดิษฐ มาลากุล  
ณ อรุษา 80 หน้า. ISBN 974-17-6835-4

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) สํารวจระดับความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม และ(2) ศึกษาผลของปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟันต่อระดับความรู้และความคิดเห็น ทำการศึกษาในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2547 โดยผู้ป่วยจำนวน 450 คนตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยแบบวัดความรู้จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ ของการนอนกัดฟัน และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามนี้ผ่านการประเมินความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาทันตแพทยศาสตร์และสาขาสังคมศาสตร์ และผ่านการทดสอบความเที่ยง โดยแบบวัดความรู้มีค่าความเชื่อมั่น .8778 และแบบสอบถามความคิดเห็นมีค่าความเชื่อมั่น .8224 ผลศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนรวมในด้านความรู้เรื่องนอนกัดฟันโดยเฉลี่ยร้อยละ 39.8 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับน้อย ผู้ป่วยร้อยละ 51.6-81.9 เห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันไม่มากนัก และผู้ป่วยร้อยละ 50.7-68.9 ไม่ค่อยสนใจติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมร้อยละ 78.9 ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาการนอนกัดฟัน ในส่วนของความรู้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ และการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงและผู้ป่วยที่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันจะมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$ ) ในส่วนของความคิดเห็นพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่รายงานการนอนกัดฟันต่างกันมีความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันต่างกันบ้างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$ )

โดยสรุปพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมจะตระหนักถึงความสำคัญในการรักษา แต่ผู้ป่วยก็ยังมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันระดับน้อย เห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มากนัก และไม่ค่อยสนใจติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว  
สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยว  
ปีการศึกษา 2547

ลายมือชื่อนิสิต.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4676117032 : MAJOR OCCLUSION

KEYWORD : KNOWLEDGE/ OPINION/ BRUXISM

FASAI PUKIAT : KNOWLEDGES AND OPINIONS OF DENTAL PATIENTS TO BRUXISM

THESIS ADVISOR : PROFESSOR ASSISTANCE WANTANEE MUTIRANGURA,

THESIS CO-ADVISOR : ATINUCH MALAKUL, 80 pp. ISBN 974-17-6835-4

This purpose of this study were (1) to survey knowledge level and opinions of dental patients to bruxism and (2) to study the effect of gender, age, education, perception about bruxism and self report of bruxism to the knowledge level and the opinions. The study was conducted between October to December 2004. Total of 450 patients were included. A 25-item test for measuring the knowledge and a 20-item questionnaire for the opinion assessment were developed. The validity of the scale was approved by experts in the fields of dental sciences and social sciences. The reliability of the scale was .8778 in knowledge test and .8224 in opinion questionnaire. The result of this study revealed that the dental patients had low knowledge score as average of 39.8%. In addition 51.6-81.9% of the patients felt that bruxism had minor impact on daily life and 50.7-68.9% of them had few interests in seeking information about bruxism. However 78.9% of the dental patients realized the importance of bruxism treatment. In knowledge component, no significant difference was found between patients with different gender, age and perception about bruxism. Patients with higher education and patient who were informed previously about bruxism had more knowledge level ( $p < .01$ ). In opinion component, no significant difference was found in patient with different gender, age, education and perception about bruxism. However patients with different self report of bruxism had some different opinions ( $p < .01$ ).

In conclusion, it was found that although most patients realized the importance of bruxism treatment, they had little knowledge about bruxism, minor impact on daily life, and few interests in seeking information about bruxism.

Department of Occlusion

Field of Study Occlusion

Academic year 2004

Student .....

Advisor .....

Co-advisor .....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิงวันทนีย์ มุทิตรางกูร และอาจารย์ ทันตแพทย์หญิงอดิษฐ์ มาลากุล ณ อยุธยา ที่ได้กรุณาจุดประกายความคิด ให้คำแนะนำ ตลอดจนชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิงสุปราณี วิเชียรเนตร รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิงสุนิภา วงศ์ทองศรี และรองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ชาญชัย โห้สงวน ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ หวังพานิช รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาแบบสอบถาม ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าหน่วยทันตกรรมโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่มาทำบัตรที่เวชระเบียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์

และสุดท้ายนี้ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว และขอขอบคุณเพื่อนๆ ที่เป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

คุณงามความดี และประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทั้งที่ได้เอ่ยนามและไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
<b>1. บทนำ.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b> ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา.....	<b>1</b>
<b>1.2</b> วัตถุประสงค์ ของการวิจัย.....	<b>2</b>
<b>1.3</b> ขอบเขตของการวิจัย.....	<b>3</b>
<b>1.4</b> ข้อจำกัดของการวิจัย.....	<b>3</b>
<b>1.5</b> คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	<b>3</b>
<b>1.6</b> ประโยชน์ของการวิจัย.....	<b>4</b>
<b>1.7</b> กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	<b>4</b>
<b>2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1</b> เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัณฑ์.....	<b>5</b>
<b>2.2</b> เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้.....	<b>11</b>
<b>2.3</b> เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็น.....	<b>13</b>
<b>3. วิธีการดำเนินการวิจัย.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b> รูปแบบการวิจัย.....	<b>18</b>
<b>3.2</b> ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	<b>18</b>
<b>3.3</b> เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	<b>19</b>
<b>3.4</b> การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	<b>21</b>
<b>3.5</b> การวิเคราะห์ข้อมูล.....	<b>22</b>

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

<b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....</b>	<b>24</b>
<b>41 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม.....</b>	<b>25</b>
<b>42 ความรู้.....</b>	<b>27</b>
<b>43 ความคิดเห็น.....</b>	<b>29</b>
<b>431 ด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน....</b>	<b>29</b>
<b>432 ด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน .....</b>	<b>30</b>
<b>433 ด้านการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน.....</b>	<b>32</b>
<b>44 ข้อมูลของผู้ที่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลเพราะต้องการมาปรึกษาเรื่องการนอนกัดฟัน...33</b>	
<b>45 การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ และโดยรวม     ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา... 37</b>	
<b>45 การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ และโดยรวม     ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ     การนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน.....38</b>	
<b>46 การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของ     ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา.....40</b>	
<b>47 การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของ     ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการ     นอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน.....41</b>	
<b>5. อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ .....</b>	<b>44</b>
<b>5.1 อภิปรายผล.....</b>	<b>44</b>
<b>5.2 สรุปผล.....</b>	<b>50</b>
<b>5.3 ข้อเสนอแนะ.....</b>	<b>51</b>
<b>รายการอ้างอิง.....</b>	<b>52</b>
<b>ภาคผนวก.....</b>	<b>59</b>
<b>ผนวก ก แบบสอบถาม.....</b>	<b>60</b>
<b>ผนวก ข ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่น.....</b>	<b>66</b>
<b>ผนวก ค ตารางแสดงค่าความเป็นหมวดหมู่.....</b>	<b>68</b>



สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ผนวก ง ตารางแสดงรายละเอียดของผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม.....69

ผนวก จ รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ.....77

ผนวก ฉ หนังสือขอความอนุเคราะห์จาก โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์.....78

ผนวก ช หนังสืออนุมัติจริยธรรม.....79

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....80



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
41.1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาการหลักที่นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์.....25
41.2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตาม การรับทราบข้อมูลเรื่องการนอนกัดฟัน แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบเรื่อง การนอนกัดฟัน.....26
41.3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตาม ภาวะการนอนกัดฟัน และแหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่านอนกัดฟัน.....26
421	ระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทาง ทันตกรรม .....27
432b	ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมต่อ ความจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาการนอนกัดฟัน.....31
433b	สื่อที่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมสะดวกจะติดตามข่าวสาร เรื่องการนอนกัดฟัน .....33
44a	จำนวนผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลที่ต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟัน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....34
44b	ระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ ด้วยเหตุผลที่ต้องการปรึกษาเรื่องการนอนกัดฟัน .....35
44d	เปรียบเทียบผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลเพราะ ต้องการปรึกษาเรื่องการนอนกัดฟันกับผู้ป่วยทั่วไป.....37
45a	เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ และโดยรวม ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา..... 38
45b	เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันเป็นรายคู่ จำแนกตามระดับการศึกษา.....38
46a	เปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างผู้ที่เคยและไม่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การนอนกัดฟัน.....39

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า	
<b>46b</b>	เปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างผู้ที่กัณฑ์ และผู้ที่ไม่กัณฑ์ หรือไม่ทราบว่าตนเองนอนกัณฑ์หรือไม่.....	<b>40</b>
<b>47</b>	เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ จำแนกตาม เพศ อายุ และระดับการศึกษา.....	<b>41</b>
<b>48a</b>	เปรียบเทียบความคิดเห็นในแต่ละด้านระหว่างคนที่มีการรับทราบข้อมูล เกี่ยวกับการนอนกัณฑ์ต่างกัน (A) และระหว่างคนที่มีการรายงานการนอนกัณฑ์ต่างกัน (B).....	<b>42</b>
<b>48b</b>	ผลต่างของความคิดเห็นระหว่างผู้ที่มีการรายงานการนอนกัณฑ์ต่างกัน ในด้านการพูด และด้านการมาตามที่ทันตแพทย์นัด .....	<b>43</b>

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
422	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม ที่ตอบคำถามถูกต้องในแต่ละข้อ ..... 28
431a	ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม ที่มีต่อการนอนกัดฟันในด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ..... 29
432a	ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม ที่มีต่อการนอนกัดฟันในด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน..... 30
433a	ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม ที่มีต่อการนอนกัดฟันในด้านการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน..... 32
44c	จำนวนผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์เพราะต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟัน จำแนกตามความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันด้านต่างๆ..... 35

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนอนกัดฟันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในคนทั่วไป (Nadler, 1968; Christensen, 2001) และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 (Granada และ Hicks, 2003) การนอนกัดฟันเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยวของผู้ป่วย เช่น ฟันสึก ฟันแตกร้าว วัสดุอุดหลุดบดบวม ปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อขากรรไกร จากการซักประวัติและตรวจในช่องปากของผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มาพบทันตแพทย์พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการและอาการแสดงของการนอนกัดฟัน ในจำนวนนี้บางคนทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน แต่ยังไม่ต้องการรับการรักษาอาการดังกล่าว เหตุผลอาจเป็นเพราะผู้ป่วยยังไม่ทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดต่อระบบบดเคี้ยวถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าการนอนกัดฟันเป็นนิสัยอย่างหนึ่งที่ไม่ได้เป็นอันตรายคุกคามชีวิต (Moti, 2000) โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากถึง 90 เปอร์เซ็นต์ ไม่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันเนื่องจากไม่ทราบว่าอาการและอาการแสดงของการนอนกัดฟันเป็นอย่างไร (Moore, 1956) และจากการศึกษาของ Macfarlane และคณะ (2003) พบว่าร้อยละ 68 จะทราบว่าตนเองนอนกัดฟันเมื่อมีการบอกกล่าวจากผู้ที่นอนด้วย และร้อยละ 37 ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันเมื่อได้รับการตรวจช่องปากจากทันตแพทย์ ทั้งนี้เพราะอาการขั้นแรกของการนอนกัดฟันจะแสดงอาการเพียงเล็กน้อย เช่น รู้สึกไม่ค่อยสบาย (discomfort) ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทันตกรรมจึงมีทั้งที่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน และที่ไม่ทราบ โดยกว่าผู้ป่วยจะมารับการรักษาก็มักจะเกิดผลเสียต่อบางส่วนของระบบบดเคี้ยวไปแล้ว

เนื่องจากทันตแพทย์ยังไม่ทราบปัจจัยเหตุ และธรรมชาติการดำเนินโรคของการนอนกัดฟันที่แน่ชัด จึงยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง (Attanasio, 1997; Bader และ Lavigne, 2000; Kato และคณะ, 2001) การรักษาที่มีอยู่มุ่งเน้นเพื่อลดอาการและอาการแสดง และกำจัดปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับกรนอนกัดฟัน เช่น ลดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ป้องกันแรงที่เป็นอันตรายต่อระบบบดเคี้ยว ฟันฟูสภาพในการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว และให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ในการรักษาการนอนกัดฟันทันตแพทย์ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย บำบัดรักษาด้วยฝือกสบฟัน และบูรณะฟันที่แตกร้าว ซึ่งการรักษาการนอนกัดฟันจะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และจากการรายงานการนอนกัดฟันของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้น ความรู้ และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ทั้งนี้อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้ป่วยส่วนมากมักไม่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน และมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับการรักษาเมื่อมีอาการและอาการแสดงมากแล้ว เช่น ฟันสึกสั้นทำให้ความยาวในแนวตั้งของโบน้าลดลง ฟันคมบาดกระพุ้งแก้มและลิ้น ฟันแตกร้าว วัสดุอุดหลุดบ่ย เสียฟัน ฟันโยก เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกหุ้มรากฟัน โดยอาจพอกพูนสูงขึ้น หรือทำให้กระดูกหุ้มรากฟันถูกทำลาย ปวดค้ำแน่นือบคเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ปวดศีรษะ คุณภาพการนอนลดลง ซึ่งอาการและอาการแสดงเหล่านี้ล้วนมีผลให้การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมบูรณะ การรักษาโรคเหงือก การรักษาคลองรากฟัน การรักษาความผิดปกติของขากรรไกร และแผนการรักษาทางการแพทย์ด้านการรักษาอาการปวดศีรษะ และการนอน ทำได้ยากลำบาก และไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เนื่องจากมีการสูญเสียโครงสร้างของฟันและกระดูก สูญเสียความสมดุลของระบบบคเคี้ยว และสูญเสียความสมดุลของระบบประสาทส่วนกลางไปแล้ว จึงนับว่าการนอนกัดฟันเป็นปัญหาหนึ่งที่ทันตแพทย์ไม่ควรละเลยในการตรวจวินิจฉัย ให้การบำบัดรักษา และให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนกัดฟันแก่ผู้ป่วย โดยสันนิษฐานว่าการที่ผู้ป่วยขาดความรู้และความคิดเห็นที่ถูกต้องอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงผลกระทบของการนอนกัดฟัน และไม่เห็นความสำคัญของการมารับการรักษานอนกัดฟัน จึงควรมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องการนอนกัดฟัน ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และความจำเป็นในการรักษาการนอนกัดฟัน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้ความรู้ที่ถูกต้อง **Loig (2003)** จึงเสนอว่าควรมีการสำรวจความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วย เพื่อจะได้จัดแนวทางที่เหมาะสมในการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาสำรวจความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสำรวจความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม โดยคาดว่าผลจากการศึกษารั้งนี้จะเป็นแนวทางในการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม และบุคคลทั่วไปต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 1.2.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 1.2.2 วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ และโดยรวม จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ และโดยรวม จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน



- 3 เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ในด้านต่างๆ จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา
- 4 เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ในด้านต่างๆ จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัณฑ์ และการรายงานการนอนกัณฑ์

### 1.3 ขอบเขตของการวิจัย

#### 1.3.1 ขอบเขตประชากร

กลุ่มประชากรของการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2547

#### 1.3.2 ขอบเขตพื้นที่

ทำการศึกษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 1.3.3 ขอบเขตเนื้อหา

การศึกษานี้มุ่งที่จะทำการสำรวจความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2547 ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม และผู้ป่วยสามารถซักถามได้ตลอดการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นส่งแบบสอบถามคืนที่กล่องรับแบบสอบถามซึ่งวางไว้ที่โต๊ะประชาสัมพันธ์ของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 1.4 ข้อจำกัดของการวิจัย

- 1.41 บางคำถามในแบบสอบถามอ้างอิงถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีตซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูล เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องความจำของผู้ป่วย
- 1.42 เป็นการศึกษาระยะกลุ่มพื้นที่ คือที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำให้มีข้อจำกัดในการขยายผลไปยังกลุ่มประชากรอื่นๆ

### 1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1.5.1 ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2547

1.5.2 ความรู้ หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับ

- คำจำกัดความของการนอนกัณฑ์

การนอนกัณฑ์ หมายถึง การกัดแน่นฟันและงูไถฟันขณะหลับ มักจะเกิดขึ้นในขณะที่ไม่รู้ตัว และอาจมีเสียงร่วมด้วย

- ผลกระทบของการนอนกัดฟัน ได้แก่ ฟันสึก ฟันร้าว/แตก ฟันโยก มีกระดูกส่วนงอกเจ็บบริเวณแก้มหลังตื่นนอน กรามเหลี่ยมโต อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการผิดปกติเพิ่มโพโรแมนดิบูลาร์ ปวดศีรษะ ระบายท้องต่อเนื่องอ่อนในช่องปาก
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน ได้แก่ ปัจจัยการสบฟัน เพศ อายุ พันธุกรรม ความเครียด บุคลิกภาพ สารที่มีผลต่อระบบประสาท
- การรักษาการนอนกัดฟัน ได้แก่ วิธีการรักษา (รักษาทางทันตกรรม การรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตใจและพฤติกรรม) จุดมุ่งหมายในการรักษา และวิธีดำเนินการรักษา

**1.5.3** ความคิดเห็น หมายถึง ความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน และด้านการติดตามข่าวสารเรื่อง การนอนกัดฟัน

**1.5.4** การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยเคย หรือไม่เคย รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน

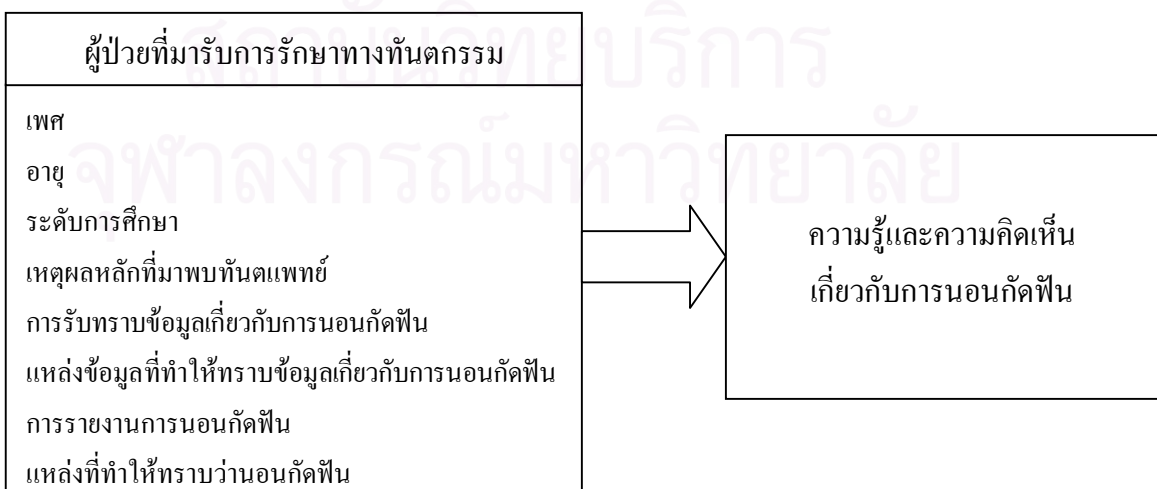
**1.5.5** การรายงานการนอนกัดฟัน หมายถึง การที่ผู้ป่วยนอนกัดฟัน การที่ผู้ป่วยไม่นอนกัดฟัน หรือการที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันหรือไม่

## 1.6 ประโยชน์ของการวิจัย

**1.6.1** เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมเพื่อชี้แนะให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนกัดฟันที่มีผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยว

**1.6.2** เป็นแนวทางในการพัฒนาเผยแพร่ความรู้เรื่องการนอนกัดฟันแก่บุคคลทั่วไป

## 1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 2.1 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน

##### 2.1.1 คำจำกัดความ

**Bruxism** ตามพจนานุกรมทางการแพทย์ (*Butterworth Medical dictionary 2<sup>nd</sup>ed.*) หมายถึง การกัดแน่นฟัน (**clenching**) และถูไถฟัน (**grinding**) ขณะหลับ ซึ่งจัดเป็นความผิดปกติของการนอนหลับประเภทหนึ่ง โดย **International Classification of Sleep Disorders (ICSD) 306.8** ได้ให้นิยามของการนอนกัดฟันว่า “**a stereotyped movement disorder characterized by grinding and clenching of the teeth during sleep**” ซึ่งในที่นี้จะขอใช้คำว่านอนกัดฟันแทนคำว่า **Bruxism** ตามศัพท์ทันตแพทยศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2541

นอกจากนี้ **Bader** และ **Lavigne (2000)** ยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการนอนกัดฟัน คือการกัดแน่น หรือถูไถฟันขณะที่ฟันยังสบกันโดยเกิดนอกเหนือการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ซึ่งการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างนั้นเกิดจากการคงตัว หรือหดตัวเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์ (**masseter muscle**) หรือกล้ามเนื้อบดเคี้ยวมัดอื่นๆ ของขากรรไกร มักจะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวหรือไม่ได้ระวังตัว และสามารถเกิดได้ทั้งในเวลากลางวัน (**Diurnal**) ซึ่งส่วนมากจะกัดรู้ตัวและไม่รู้ตัว หรือเวลากลางคืน (**Nocturnal**) ขณะนอนหลับ (**sleep bruxism**) ซึ่งมักไม่รู้ตัว การกัดฟันอาจมีเสียงร่วมด้วย บางครั้งดังจนคนข้างๆ หรือคนที่นอนด้วยได้ยิน

##### 2.1.2 การสำรวจ ความชุกของการนอนกัดฟัน

การนอนกัดฟันเป็นสภาวะที่พบได้ในประชากรประมาณร้อยละ 8-10 (**Ohayon, Kasey และ Guilleminault, 2001**) มีบางการศึกษาที่รายงานความชุกสูงถึงร้อยละ 31.4 (**Ciancaglini, Gherlone และ Radaelli, 2001**) และจากการศึกษาในคนไทยกลุ่มหนึ่ง พบว่าการนอนกัดฟันมีความชุกร้อยละ 7.55 ถึง 11.1 (ปราณปรียา ใจธีรภาพกุล, อุทุมพร ลิขิตรัตน์กร และอดิณุช ลัดพลี, 2540; ภาณุเพ็ญ สิทธิสมวงศ์ และคณะ, 2545) แต่ความชุกของการนอนกัดฟันมักเป็นการประเมินที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากส่วนใหญ่มักเป็นการสำรวจทางอ้อม จากรายงานของผู้ป่วยเอง จากแบบสอบถาม จากรายงานของผู้ที่นอนด้วยซึ่งได้ยินเสียงนอนกัดฟันของผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่านอนกัดฟัน ดังนั้นผู้ที่นอนคนเดียว หรือผู้ป่วยบางคนที่ไม่ได้นอนกัดฟันทุกคืน อาจไม่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน (**Lavigne และคณะ, 2001**) นอกจากนี้ยังสามารถตรวจการนอนกัดฟันทางคลินิกโดยดูการสึกของฟันที่มีลักษณะเรียบมันรับกันพอดีทั้งฟันบน และฟันล่างในตำแหน่งนอกเหนือการทำหน้าที่ (**Rugh**

และ **Ohrbach, 1988; Okeson, 1998**) โดยทันตแพทย์มักเป็นผู้ตรวจพบ หรือตั้งข้อสงสัยแก่ผู้ป่วยนอนกัดฟันจากการซักประวัติ และตรวจทางคลินิก เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ อาการของฟัน อาการของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว หลัง ใหญ่ อาการของข้อต่อขากรรไกร อาการปวดศีรษะ อาการปวดหู (**Kuttila และคณะ, 2001**) ส่วนการสำรวจการนอนกัดฟันโดยใช้เครื่องมือทางคลินิก เช่น **Bruxcore Plates** มีข้อจำกัดในความเชื่อมั่นของเครื่องมือ หรือเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการ เช่น **Ambulatory devices** ที่ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านก็ยังไม่สามารถแยกกิจกรรมอื่นที่ไม่ใช่การนอนกัดฟันได้ หรือการทดลองในห้องปฏิบัติการหลับ (**sleep laboratory/polysomnographic**) ซึ่งถึงแม้จะมีความไว และความเฉพาะเจาะจงค่อนข้างสูง แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณของการทดลอง (**Kato และคณะ, 2001**) ดังนั้นการสำรวจการนอนกัดฟันมักใช้วิธีรายงานจากผู้ป่วยหรือผู้ที่นอนด้วย และจากการตรวจทางคลินิกของทันตแพทย์

### 21.3 ผลกระทบของการนอนกัดฟันต่อระบบบดเคี้ยว

#### Y ผลกระทบต่อฟัน

การนอนกัดฟันก่อให้เกิดผลเสียต่อฟันในลักษณะต่างๆ ดังนี้

**ฟันสึก** การสึกของฟันด้านบดเคี้ยวเป็นปัญหาที่พบบ่อยจากการนอนกัดฟัน โดยพบว่าผู้ที่นอนกัดฟันจะมีฟันสึกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟัน (**Xhonga, 1977**) และพบว่า การนอนกัดฟันเป็นปัจจัยสำคัญส่งเสริมในการเกิดการสึกของฟัน โดยเฉพาะฟันหน้าจะมีอัตราการสึกมากกว่าฟันหลัง (**Pigo และคณะ, 2001**) และจากการสำรวจรูปแบบการสึกของเฟือกสบฟันในผู้ป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติเพิ่มโพโรแมนดิบูลาร์ที่นอนกัดฟัน จะพบรูปแบบการสึกทั้งแบบเป็นมันและแบบมีรอยขีดข่วนบนเฟือกสบฟัน ซึ่งแสดงถึงการนอนกัดฟันทำให้เกิดการสึกของฟันคู่สบได้ (**Chung Kim และ Kim, 2000**) แต่มีรายงานว่า การมีฟันสึกไม่สามารถทำนายการนอนกัดฟันได้ (**Pergamalian และคณะ, 2003; Baka และคณะ, 2004**) เพราะการสึกของฟันอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางสรีรวิทยา ลักษณะอาหารที่รับประทาน นิสัยบางอย่างของผู้ป่วย สารเคมี การแปรงฟันไม่ถูกวิธี เช่น แรงเกินไป อาชีพ สิ่งแวดล้อม (**Johansson และคณะ, 1993**) การกรอปรับแต่งฟันของทันตแพทย์ อายุ และการมีจำนวนฟันที่ไม่เพียงพอต่อการบดเคี้ยว ซึ่งเมื่อพิจารณาแยกแยะปัจจัยเหล่านี้ออกไปแล้ว การสึกของฟันจึงจะเป็นผลมาจากการนอนกัดฟัน (**Nadler, 1966**) เมื่อปลายฟันหรือด้านบดเคี้ยวของฟันสึกต่ำกว่าจุดสัมผัสบริเวณด้านประชิด (**proximal contact**) จะเกิดช่องว่างระหว่างซี่ฟัน มักพบได้บริเวณฟันหน้า (**Nadler, 1968**) ซึ่งมีผลต่อความสวยงาม และยากต่อการบูรณะ (**Attanasio, 1997**) ถ้าร่วมไปกับการสึกของฟันหลังจำนวนหลายซี่ จะทำให้มีการติดของเศษอาหารบริเวณซอกฟัน และความสูงของโอบหน้าในแนวตั้งลดลง (**Reding Rubright และ Zimmeman, 1966**) ทำให้จุกและคางจุ่มเข้าหากัน คูด้ายคนแก่ (**Schlott, 1997**) และการนอนกัดฟันยังเป็นปัจจัยเริ่มแรกที่ทำให้เกิด



การสึกกร่อนบริเวณคอฟัน (Lee และ Eakle, 1983; Lyons, 2001) ที่มีลักษณะเป็น V shape เนื่องจากการมีแรงจำนวนมากกระทำบนตัวฟัน ทำให้เกิดแรงเครียดบริเวณคอฟันมาก มีผลทำให้เกิดการแตกของพันธะระหว่างผลึกไฮดรอกซีอะพาไทต์ (hydroxyapatite crystal) ตามมาด้วยการสูญเสียเคลือบฟันบริเวณคอฟัน นอกจากนี้การนอนกัดฟันยังก่อให้เกิดการสึก ชำรุด แตกหัก หรือหลุดของวัสดุบูรณะทำให้ผู้ป่วยนอนกัดฟันที่อุดฟันด้วยอะมัลกัมรู้สึกว่ามีรสคล้ายโลหะอยู่ในปาก (Moris, 1990) และมีระดับของปรอทในกระแสเลือดสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟัน (Isacsson และคณะ, 1997)

**ฟันร้าว/แตก** จากการสังเกตทางคลินิกพบฟันร้าวหรือแตกในผู้ป่วยที่นอนกัดฟันมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนกัดฟัน (Pavone, 1985)

**ฟันโยก** จากการศึกษาบันทึกการโยกของฟันใน 24 ชั่วโมง พบว่าการนอนกัดฟันทำให้การโยกของฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 (Hirt และ Muhlemann, 1955) และเมื่อลดแรงที่เกิดจากการนอนกัดฟันโดยการใส่ฝือกสบฟัน การโยกของฟันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Niedememeier, 1993)

**เสียวฟัน** อาการเสียวฟันเป็นผลต่อเนื่องที่อาจพบได้จากการนอนกัดฟัน หลังจากที่ฟันสึกมาก ๆ จนเกือบถึงโพรงประสาทฟัน หลังจากที่มีการแตก/หลุดของวัสดุบูรณะ หรือมีการแตกร้าวของฟันจึงเป็นช่องทางให้แบคทีเรียเข้าสู่โพรงประสาทฟัน ทำให้เกิดการอักเสบ หรือการตายของฟันได้ (Ingle, 1960; Cooke, 1982)

#### Y ผลกระทบต่ออวัยวะปริทันต์

จากการศึกษาพบว่าการนอนกัดฟันมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์ ซึ่งร้อยละ 78 (Boyers, 1940) และร้อยละ 81 (Leof, 1944) ของผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์มีการนอนกัดฟันร่วมด้วย แต่มีบางการศึกษารายงานว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทางปริทันต์ (periodontal status) และการนอนกัดฟัน (Thompson และคณะ, 1972) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haramura และคณะ (1987) ที่พบว่ามีโอกาสน้อยที่จะพบว่าการสูญเสียกระดูก เอ็นยึดปริทันต์ หรือมีฟันโยกร่วมกับฟันสึกในผู้ป่วยคนเดียวกัน แม้ว่ากรนอนกัดฟันอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ แต่ก็นับเป็นปัจจัยที่ส่งเสริม หรือทำให้การดำเนินของโรคอยู่ต่อไป

**เหงือก** มีรายงานว่ากรนอนกัดฟันทำให้เหงือกอักเสบ และร่น (Ulrich และ Griffin, 1967)

**เอ็นยึดปริทันต์** กรนอนกัดฟันอย่างรุนแรงทำให้เอ็นยึดปริทันต์หนาตัว โดยเฉพาะเมื่อมีแรงกระทำในแนวข้าง (lateral force) และมีการขัดกัน (lock) ระหว่างปุ่มฟัน (Nadler, 1968)

**กระดูกเบ้าฟัน** กรนอนกัดฟันอาจทำให้เกิดการสูญเสียกระดูกเบ้าฟัน โดยพบว่ามีการละลายของกระดูกเกิดพยาธิสภาพบริเวณปลายรากฟันหน้าล่าง และเงาค้ำของกระดูกบริเวณด้านประชิด ร่วมไปกับการกว้างขึ้นของช่องระหว่างปลายรากฟันกับเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal space) (Ingle, 1960) ดังนั้นกรนอนกัดฟันอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟันธรรมชาติ หรือเกิดความล้มเหลวในการคงอยู่ของรากเทียมที่ฝัง (Ekfeldt และคณะ, 2001) นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าความชุกของ

การมีกระดูกส่วนนอก (*exostoses*) ทางด้านแก้มและด้านลิ้น มีความสัมพันธ์อย่างมากกับผู้ที่เคี้ยวฟัน (*Kerdpon และ Sinungrojying 1999*)

**Y** ผลกระทบต่อกลุ่มอาการความผิดปกติเท็มโปโรแมนดิบูลาร์ (*Temporomandibular disorders, TMD*) และความเจ็บปวดบริเวณช่องปากและใบหน้า (*Orofacial pain*)

เนื่องจากสาเหตุของกลุ่มอาการความผิดปกติเท็มโปโรแมนดิบูลาร์มีลักษณะเป็นสหปัจจัย ดังนั้นในปัจจุบันจึงไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนว่าการนอนกัดฟันเป็นสาเหตุแท้จริงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการความผิดปกติเท็มโปโรแมนดิบูลาร์หรือไม่ การนอนกัดฟันจึงมักถูกจัดเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดลักษณะอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการความผิดปกติเท็มโปโรแมนดิบูลาร์ (*Lobbezoo และ Lavigne, 1997; Ciancaglini และคณะ, 2001*) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ *Molina และคณะ (1997)* ที่พบว่าผู้ป่วย *TMD* ร้อยละ 57 มีอาการและอาการแสดงของการนอนกัดฟันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ อาการและอาการแสดงของ *TMD* ที่มักพบได้แก่ อ้าหุบปากได้ลำบาก มีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร เจ็บขณะที่มีการเคลื่อนที่ของขากรรไกร และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนอนกัดฟันกับกลุ่มอาการความผิดปกติเท็มโปโรแมนดิบูลาร์ที่แบ่งตามเกณฑ์ *Research Diagnostic Criteria /temporomandibular disorder (RDC/TMD)* พบว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวร่วมกับแผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อน (*myofascial pain and disc displacement*) มีความชุกของการนอนกัดฟันมากที่สุดถึงร้อยละ 85 โดยการนอนกัดฟันมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวมากกว่าพยาธิสภาพของแผ่นรองข้อต่อขากรรไกรและข้อต่อขากรรไกร (*Manfredini และคณะ, 2003*) และการนอนกัดฟันอาจเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อเจ็บปวดมากขึ้น นานขึ้น (*Molin และ Levin, 1966*) โดยการนอนกัดฟันจะทำให้กล้ามเนื้อบดเคี้ยวหดเกร็งตัวมากกว่าปกติ ดังนั้นผู้ป่วยที่นอนกัดฟันจึงรู้สึกเมื่อยล้า ตึง หรือเจ็บบริเวณแก้มหลังตื่นนอนในระยะแรก (*Dao, Lund และ Lavigne, 1994*) แต่เมื่อนานไปร่างกายจะเกิดการปรับตัวโดยปรับให้ขนาดของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวโดยเฉพาะกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์จะมีขนาดใหญ่อขึ้น เพื่อเพิ่มจำนวนของเส้นใยกล้ามเนื้อในการทำงาน ทำให้ไม่เจ็บปวดมากเท่าเดิม (*Rugh และ Ohnbach, 1988*) ดังนั้นถ้าการนอนกัดฟันเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดลักษณะกรามเหลี่ยม เนื่องจากการโตของกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์ ซึ่งมีผลต่อความสวยงาม และในผู้ป่วยบางรายการโตอย่างไม่ได้สัดส่วนของกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์อาจไปปิดรูเปิดของต่อมน้ำลายพาโรติด ขัดขวางการไหลของน้ำลายเข้าสู่ช่องปาก เป็นผลให้เกิดการคั่งของน้ำลายในต่อมน้ำลาย ซึ่งจะนำไปสู่การบวม ปวด และการอักเสบ รวมทั้งทำให้เกิดอาการปากแห้งด้วย (*Mehta, 1992*)

นอกจากนี้การนอนกัดฟันยังเป็นปัจจัยเสริมประการหนึ่งที่ทำให้เกิดความความเจ็บปวดเรื้อรังบริเวณใบหน้าและช่องปาก (*Macfadane และคณะ, 2003; Velly, Gomisky และ Philippe, 2003*) โดยผู้ป่วยร้อยละ 69 จะมีความเจ็บปวดที่แผ่กระจายจากข้อต่อขากรรไกรมาที่บริเวณหู ศีรษะ ลำคอ



หลัง ไหล่ ร้อยละ 48 รู้สึกปวดศีรษะบ่อยๆ (Kampe, Taglae และคณะ, 1997) และร้อยละ 65 รู้สึกปวดศีรษะเมื่อตื่นนอนตอนเช้า (Bader และคณะ, 1997)

แต่บางการศึกษารายงานว่าการนอนกัดฟัน และกลุ่มอาการผิดปกติเพิ่มเติมโพโรแมนดิบูลาร์มีความเกี่ยวข้องกับค่อนข้างน้อย โดยพบว่าการนอนกัดฟันไม่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บ หรือการกดเจ็บของกล้ามเนื้อ และข้อต่อขากรรไกร (Pergamalian และคณะ, 2003)

ÿ ผลกระทบต่อเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปาก

ฟันที่สึกอย่างมาจากการนอนกัดฟัน มักมีขอบคมคล้ายสันมีด ทำให้ระคายเคืองต่อริมฝีปาก แก้ม และลิ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่นอนกัดฟันมักจะเกี่ยวโคนเนื้อเยื่ออ่อน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนได้ (Nadler, 1968)

ÿ ผลกระทบอื่นๆ ได้แก่ เสียงกัดฟันอาจรบกวนผู้ที่นอนร่วมด้วย และทำให้คุณภาพการนอนของผู้ป่วยลดลง โดยพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมักรู้สึกง่วงในเวลากลางวัน (Bader และคณะ, 1997) นอกจากนี้อาจมีอาการปวดหู โดยถ้าแยกอาการปวดหูที่เกิดจากการติดเชื้อ หรือจาก TMD พบว่าอาการปวดหูนี้ส่วนหนึ่งอาจมาจากการนอนกัดฟัน (Kuttilla และคณะ, 2001) ซึ่งผลจากการนอนกัดฟันดังกล่าวมักเป็นอาการที่นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์

## 21.4 ปัจจัยที่อาจมีผลทำให้นอนกัดฟัน

เนื่องจากยังไม่สามารถทราบสาเหตุที่แท้จริงของการนอนกัดฟัน จึงต้องมีการพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการนอนกัดฟัน ซึ่งแบ่งเป็น

ÿ ปัจจัยการสบฟัน

ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนเกี่ยวกับปัจจัยการสบฟันต่อการนอนกัดฟัน เนื่องจากพบว่าแม้ในปัจจุบันจะมีการศึกษาว่าทางด้านอารมณ์ และสมองเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการนอนกัดฟันมากกว่า ปัจจัยการสบฟัน และจากการสรุปหลายๆ การศึกษาพบว่าไม่มีหลักฐานที่แน่นอนว่าสิ่งกีดขวางการสบฟันเป็นสาเหตุให้เกิดการนอนกัดฟัน (Clark และคณะ, 1999) แต่ยังมีบางทฤษฎีเชื่อว่าปัจจัยการสบฟันร่วมกับปัจจัยทางอารมณ์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน (Rugh และ Ohrbach, 1988)

ÿ เพศ

จากการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างของเพศอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ที่นอนกัดฟันและไม่ได้นอนกัดฟัน (Reding และคณะ, 1966; Kuch, Till และ Messer, 1979; Glaros, 1981) แต่มีผู้ทำการศึกษาในฝาแฝดพบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องของเพศทั้งในเด็ก และผู้ใหญ่ โดยในวัยเด็กเพศหญิงจะพบมากกว่า ส่วนวัยผู้ใหญ่เพศหญิงจะพบน้อยกว่า (Hublin และคณะ, 1998) แต่บางการศึกษารายงานผลว่าเพศหญิงมีการนอนกัดฟันมากกว่า (Ahlberg และคณะ, 2002)

## ÿ อายุ

พบการนอนกัดฟันมากในช่วงอายุ 19 ถึง 44 ปี (Ohayon และคณะ, 2001) และค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Reding และคณะ, 1966; Ahlberg และคณะ, 2002)

## ÿ ความผิดปกติของสมอง และพันธุกรรม

ผู้ป่วยที่สมองถูกทำลาย (brain damage) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมอง (mental retard) จะมีฟันสึกอย่างมากจากการนอนกัดฟัน (Lindquist และ Heijbel, 1974; Peak, Eveson และ Scully, 1992; Bell, Kaidonis และ Townsend, 2002)

จากการที่พบว่าเด็กที่มีบุคคลในครอบครัวนอนกัดฟัน มักมีแนวโน้มนอนกัดฟัน (Rugh และ Ohbach, 1988) และในการศึกษาผ่าเผยพบว่าพันธุกรรมส่งเสริมให้เกิดการนอนกัดฟันได้ประมาณร้อยละ 39-64 (Hublin และคณะ, 1998) ทำให้พอจะสรุปได้ว่าพันธุกรรมมีบทบาทเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน แต่ในปัจจุบันยังไม่ทราบกลไก และการถ่ายทอดที่แน่ชัด (Hublin และ Kaprio, 2003)

## ÿ การนอน

การนอนกัดฟันเป็นรูปแบบหนึ่งของความผิดปกติที่พบได้ขณะนอนหลับ ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากการนอนละเมอ และนอนกรน (Ohayon และคณะ, 2001) เมื่อทำการสำรวจด้วยแบบสอบถาม และการตรวจทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยนอนกัดฟันที่มีอายุ 23-28 ปี ร้อยละ 72 มีความผิดปกติขณะนอนหลับ (Kampe, Tagdae, และคณะ, 1997)

## ÿ ความเครียด และบุคลิกภาพ

ผู้ที่นอนกัดฟันเป็นประจำมักมีความเครียดที่รุนแรง (Kuch และคณะ, 1979; Pingitore, Chrobak และ Petrie, 1991; Pierce และคณะ, 1995; Ahlberg และคณะ, 2002) มีบุคลิกภาพวิตกกังวล ชอบค้นหา หุนหันพลันแล่น คิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิดง่าย มองโลกในแง่ร้าย หวาดกลัว ขี้อาย อ่อนด้า สันโดษ เกียจคร้าน (Molin และ Levin, 1966; Thaller, Rosen และ Saltz, 1967; Kampe, Edman และคณะ, 1997) และมักมาใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟัน (Ahlberg และคณะ, 2002)

## ÿ สารที่มีผลต่อระบบประสาท

ผู้ที่นอนกัดฟันมักดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์เวลาก่อนนอน (Flores และคณะ, 2003) ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนอย่างน้อย 6 แก้วต่อวัน และสูบบุหรี่ (Ohayon และคณะ, 2001) และการนอนกัดฟันพบได้มากในคนที่สูบบุหรี่ (Ahlberg และคณะ, 2004)

## 21.5 การรักษาการนอนกัดฟัน

เนื่องด้วยการนอนกัดฟันเกิดจากสทหปัจจัย จึงยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง (Attanasio, 1997 ; Bader และ Lavigne, 2000; Kato และคณะ, 2001) การรักษามุ่งเน้นเพื่อลดอาการและอาการแสดง และกำจัดปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน เช่น ลดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ป้องกันแรงที่เป็นอันตรายต่อระบบบดเคี้ยว ฟันฟุสภาพในการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว และให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ จึงควรมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ การรักษาการนอนกัดฟันสามารถแบ่งได้ดังนี้

Y การรักษาทางทันตกรรม ได้แก่ (1)การบูรณะผิวหน้าและรูปร่างฟันที่แตกร้าว เสียข หรือคม และ(2)การใส่ฝือกสบฟันเพื่อป้องกันการสึกของฟัน และอาจมีส่วนช่วยลดอาการติงของกล้ามเนื้อ และข้อต่อขากรรไกร (Dylina, 2001; Kreiner, Betancor และ Clark, 2001) นอกจากนี้กลไกในการทำงานของฝือกสบฟันอาจรวมถึง placebo และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องด้วย

Y การรักษาด้วยยา เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาด้านซึมเศร้า ยาคลายกังวล แต่ในปัจจุบันยังไม่ มีข้อสรุปถึงประสิทธิภาพที่แน่ชัดของการใช้ยาเพื่อรักษาการนอนกัดฟัน และควรใช้ยาเมื่อการนอนกัดฟันนั้นเกี่ยวข้องกับความคิดปกติของระบบประสาท (Winocur และคณะ, 2003)

Y การรักษาทางจิตใจและพฤติกรรม เช่นการผ่อนคลาย โปรแกรมฝึกฝน กลไกการตอบกลับทางชีววิทยา โดยพบว่าโปรแกรมฝึกให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน และการผ่อนคลายที่เน้นรักษาผู้ป่วยทั้งตัว (muscular awareness relaxation training, MART) สามารถลดผลกระทบจากการนอนกัดฟันได้มากกว่าการรักษาเฉพาะบริเวณที่มีอาการปวดด้วย transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS (Treacy, 1999) นอกจากนี้ควรมีการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน โดยอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น ให้ผู้ป่วยสังเกตรอยสีบนฝือกสบฟันทุกเช้า และมีการนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลเป็นระยะๆ

## 2.2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้

### 2.2.1 คำจำกัดความ

พจนานุกรมของ Webster (1995: 706) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า ความรู้เป็นผลหรือผลผลิตจากการรู้ เป็นข้อมูล หรือความเข้าใจที่ได้รับผ่านประสบการณ์ ความสามารถในการปฏิบัติ และทักษะ

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้นิยามความหมายของความรู้ว่า เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ เป็นความเข้าใจหรือสารสนเทศที่ได้รับมาจากประสบการณ์ เป็นสิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ หรืออาจหมายถึงองค์วิชาในแต่ละสาขา เช่นความรู้เรื่องสุขภาพ

อาจกล่าวโดยสรุปว่าความรู้เป็นผลที่ได้จากการเรียนรู้ผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การเล่าเรียน ประสบการณ์ การปฏิบัติ

## 2.22 วิธีการวัดความรู้

การวัดความรู้สามารถทำได้หลายวิธี แต่ละชนิดใช้ได้เหมาะสมกับสภาพของสิ่งที่ต้องการวัดบางอย่าง (ลิวน สายยศ และอังคณา สายยศ, 2539) ดังนี้

1. การสังเกต เป็นการเฝ้ามองดูอย่างมีวัตถุประสงค์ จะวัดด้วยการสังเกตได้ก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นมี การแสดงพฤติกรรมภายนอกให้เห็น แต่การสังเกตมักมีข้อจำกัดเรื่องเวลา และความแม่นยำในการสังเกต
2. การสัมภาษณ์ เป็นการพูดคุยอย่างมีวัตถุประสงค์ ส่วนใหญ่จะวัดได้เฉพาะคนที่แสดงออกด้วยความจริงใจ และชอบพูด ชอบตอบ และมักมีข้อจำกัดเรื่องเวลา
3. แบบทดสอบ เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมที่สุดในการวัดความรู้

แบบทดสอบ หมายถึงชุดของข้อความ หรือข้อปัญหาที่ออกแบบสร้างขึ้นอย่างมีระบบ และกระบวนการ เพื่อค้นหาพฤติกรรมของผู้ตอบ ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะอย่าง (Wiersma และ Jurs, 1990; Gronlund และ Linn, 1990) ชนิดของแบบทดสอบที่นิยมมีอยู่ 5 แบบ ได้แก่

- แบบความเรียง (essay) มีวัตถุประสงค์ในการวัดความสามารถในการบรรยาย อธิบาย และแสดงเหตุผลตามความคิดของตนเอง
- แบบถูกผิด (true-false) มีวัตถุประสงค์ในการวัดความสามารถในการพิจารณาข้อความที่กำหนดให้ว่าถูกหรือผิด ใช่หรือไม่ใช่ จากความรู้ที่เคยเรียน หรือเคยรับรู้มาก่อน
- แบบเติมคำ (completion) มีวัตถุประสงค์ในการวัดความสามารถในการหาคำ หรือข้อความมาเติมลงในช่องว่างของประโยคที่กำหนดได้ถูกต้องแม่นยำ โดยไม่มีคำตอบใดชี้นำมาก่อน
- แบบจับคู่ (matching) มีวัตถุประสงค์ในการวัดความสามารถในการหาความเกี่ยวข้องของสิ่งที่กำหนด โดยการวางข้อเท็จจริง หรือเงื่อนไขไว้ 2 ด้านขนานกัน แล้วให้พิจารณาจับคู่ข้อความที่มีความเกี่ยวข้องกัน
- แบบเลือกตอบ (multiple choices) เป็นแบบสอบที่สามารถวัดได้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และสะดวกในการให้คะแนน มีลักษณะเป็นข้อความที่มีตัวเลือก และตัววง



## 2.2.3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาใดสำรวจความรู้เกี่ยวกับเรื่องกรนอนกัดฟัน จึงนำเอกสารที่ทำการสำรวจความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพทั่วไปมาอ้างอิงแทนดังนี้

**Brook, Heim และ Alkalai (1996)** มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อสำรวจพฤติกรรม ความรู้ และทัศนคติต่อทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยม อายุ 14-18 ปี พบว่าความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ โดยความรู้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ นักเรียนจำนวนมากกว่าครึ่งให้ความสำคัญกับความสวยงามของฟัน และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพช่องปากได้มาจากทันตแพทย์ ผู้ปกครอง และสื่อต่างๆ ตามลำดับ

**Al-Hussaini (2003)** มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อสำรวจ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ต่อทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยม อายุ 14-18 ปี พบว่านักเรียนในมหาวิทยาลัย มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และการป้องกันโรคทางทันตสุขภาพไม่ถูกต้อง โดยในเพศหญิงจะมีความตระหนักเรื่องสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชาย

## 2.3 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็น

### 2.3.1 คำจำกัดความ

ความคิดเห็น (**Opinion**) เป็นการแสดงออกของแต่ละคนในการพิจารณาถึงข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่ง มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมาย และคำนิยามของความคิดเห็นไว้ดังนี้

พจนานุกรมของ **Webster (1995: 885)** ให้ความหมายของความคิดเห็นไว้ว่า ความคิดเห็นเป็นความเชื่อที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความแน่นอน หรือความรู้อันแท้จริง แต่ขึ้นอยู่กับจิตใจ และการลงความเห็นของแต่ละบุคคล

**Good (1973)** ให้คำจำกัดความของความคิดเห็นไว้ว่า ความคิดเห็นหมายถึง ความเชื่อ หรือความคิด หรือการลงความเห็นเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งไม่อาจบอกได้ว่าเป็นการถูกต้องหรือไม่

**Kolesnik (1970)** กล่าวว่า ความคิดเห็นเป็นการแปลความหมาย (**interpretation**) หรือการลงความเห็นที่เกิดจากข้อเท็จจริง ซึ่งแต่ละบุคคลคิดว่าถูกต้อง แต่คนอื่นๆ อาจไม่เห็นด้วยทุกคนก็ได้ เป็นความเห็นที่ไม่ลึกซึ้ง ความคิดเห็นเฉพาะอย่าง และมีอยู่เป็นเวลาอันสั้น เรียกว่า **Opinion** จะเกิดขึ้นได้อย่างง่ายแต่จะสลายตัวเร็ว

**Kretch และ Crutchfield (1948)** ได้ให้ความหมายของความคิดเห็นว่า เป็นผลรวมของกระบวนการที่ก่อให้เกิดสภาพการจูงใจ อารมณ์ยอมรับและเกี่ยวพันกับความรู้สึก ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ของบุคคล

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่ความคิดเห็นนั้นมักจะมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความคิดเห็นเป็นนามธรรม เป็นการแสดงออกทางความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม เป็นสภาพที่พร้อมจะตอบโต้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เข้ามาสัมผัสรอบตัวเรา ด้วยการพูด หรือการเขียน ให้สอดคล้องกับความรู้สึกภายในของตนเอง โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคลนำมาประกอบในการพิจารณา ซึ่งความคิดเห็นนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ถ้ามีหลักฐานข้อเท็จจริงปรากฏ

### 2.3.2 การวัดความคิดเห็น

เนื่องจากความคิดเห็นเป็นนามธรรม จึงไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่ต้องอนุมานจากการแสดงออกทางความคิดด้วยภาษาพูด หรือพฤติกรรมภายนอก และอาจวัดความคิดเห็นที่แสดงออกมาด้วยวิธีต่างๆ เช่น

• **วิธีการสังเกต (observation)** เป็นวิธีการใช้ตรวจสอบบุคคลอื่น โดยการเฝ้ามอง และจดบันทึกพฤติกรรมของบุคคลอย่างมีแบบแผน

• **วิธีการสัมภาษณ์ (interview)** เป็นวิธีการที่ผู้ศึกษาต้องออกไปสอบถามบุคคลนั้นด้วยวิธีการพูดคุย

• **วิธีใช้แบบสอบถาม (questionnaire)** เป็นวิธีที่ใช้มากในการวัดความคิดเห็น เพราะสามารถที่จะสร้างและถามในหลายๆ ด้านตามความต้องการของผู้ศึกษา อีกทั้งยังประหยัดเวลาในการหาข้อมูล และลงทุนน้อยกว่าอีกหลายวิธี

การวัดความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมักวัดออกมาในลักษณะของทิศทาง (**direction**) และปริมาณ (**magnitude**) โดยทิศทางจะมีอยู่ 2 ทิศทาง คือทางบวก และทางลบ ส่วนปริมาณเป็นความเข้มข้น หรือความรุนแรงของความคิดเห็นไปในทิศทางที่เห็นด้วยมาก หรือเห็นด้วยน้อยนั่นเอง ตัวอย่างแบบสอบถามที่นิยมใช้กัน ได้แก่

• **วิธีของ Thurstone** วิธีนี้พัฒนาขึ้นโดย **Thurstone** ในปีค.ศ. 1928 โดยมีเป้าหมายที่จะสร้างมาตรวัดที่มีหน่วยเท่าๆ กัน

• **วิธีของ Likert** วิธีนี้สร้างขึ้นโดย **Likert** ในปีค.ศ. 1932 มีรูปแบบการวัดคือมีข้อความที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัดทัศนคติ และให้ผู้ตอบเลือกคำตอบของมาตราที่จัดไว้

5	4	3	2	1
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง



### 2.3.3 ความสำคัญของความคิดเห็น

การศึกษาความคิดเห็นจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรต่อเรื่องการนอนกัดฟัน ทั้งทางด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการมารับการตรวจรักษา และด้านการติดตามข่าวสาร เพราะความคิดเห็นเกิดขึ้นจากความรู้ และประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยต่อไป

### 2.3.4 ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของการนอนกัดฟันต่อชีวิตประจำวัน

Doa และคณะ (1994) ศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่นอนกัดฟันกับผู้ป่วย **myofascial pain** อายุ **22-36** ปี จากการวัดความรุนแรงของความเจ็บปวดด้วย **100-mm visual analog scale** และ วัดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับการรบกวนการนอน กิจกรรมทางสังคม ความอยากอาหาร ประสิทธิภาพในการทำงาน การพูด หรือเคี้ยว ด้วยมาตราส่วนประเมินค่า **5** ระดับ พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันและมีความเจ็บปวดร่วมกับผู้ป่วย **myofascial pain** มีการลดลงของคุณภาพชีวิตพอๆ กัน และผู้ป่วยที่นอนกัดฟันร้อยละ **42.1** คิดว่าการนอนกัดฟันทำให้รู้สึกตึงเครียด ร้อยละ **36.8** คิดว่ารบกวนการนอน ร้อยละ **36.8** คิดว่าเคี้ยวอาหารได้ลำบาก ร้อยละ **15.88** คิดว่าลดประสิทธิภาพในการทำงาน ร้อยละ **15.88** คิดว่าพูดได้ลำบาก ร้อยละ **10.5** คิดว่ารู้สึกหดหู่ ร้อยละ **10.5** คิดว่ารบกวนการเข้าสังคม และร้อยละ **5.3** คิดว่ารบกวนความอยากอาหาร แต่เมื่อแบ่งผู้ที่นอนกัดฟันออกเป็น **2** กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเจ็บปวดร่วมด้วย กับกลุ่มที่นอนกัดฟันแต่ไม่มีความเจ็บปวดพบว่า ในกลุ่มหลังมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันไม่รบกวนการเข้าสังคม ไม่รบกวนความอยากอาหาร และไม่ทำให้รู้สึกหดหู่ โดยพิจารณาว่าความเจ็บปวดอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความต่างในความคิดเห็นด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

Ohayon และคณะ (2001) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการนอนกัดฟัน อายุตั้งแต่ **15** ปี ในกลุ่มประชากรทั่วไป (ประเทศอังกฤษ เยอรมัน อิตาลี) พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันร้อยละ **23.3** คิดว่าเสี่ยงจากการนอนกัดฟันรบกวนการนอนของผู้ที่นอนด้วย ร้อยละ **23** ต้องการการรักษาทางทันตกรรมเนื่องมาจากการกัดฉุน และร้อยละ **81** อ้างว่ามีความไม่สบายของกล้ามเนื้อขากรรไกรเวลาตื่นนอน

### 2.3.5 ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับความต้องการรับการตรวจรักษาอาการความผิดปกติเพิ่มเติม โพรแมนดิบูลาร์ ความเจ็บปวดบริเวณช่องปากและใบหน้า ความผิดปกติในการนอน และการรักษาทางทันตกรรมทั่วไป

ถึงแม้ยังไม่มีการศึกษาความคิดเห็นในการมารับการตรวจรักษาการนอนกัดฟันโดยตรง แต่มีการศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมารับการตรวจรักษาอาการที่เป็นผลกระทบจากการนอน

กัณฑ์ เช่น อาการความผิดปกติเพิ่มเติมโพโรแมนดิบูลาร์ ความเจ็บปวดบริเวณช่องปากและใบหน้า ความผิดปกติในการนอน และการรักษาทันตกรรมทั่วไปไว้ดังนี้

**Molina และคณะ (2000)** ได้ศึกษาลักษณะของผู้ป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติเพิ่มเติมโพโรแมนดิบูลาร์ที่นอนกัณฑ์ และผู้ป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติเพิ่มเติมโพโรแมนดิบูลาร์ที่ไม่ได้นอนกัณฑ์ จากอาการที่นำมาพบทันตแพทย์ (**chief complaint**) การไปขอรับการรักษาก่อนหน้าที่จะมาพบทันตแพทย์ (**previous consultations**) วิธีการรักษา (**mode of therapy**) โดยแบ่งผู้ป่วยในกลุ่มแรกออกตามระดับความรุนแรงในการกัณฑ์ และให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งตรวจทางคลินิก พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ทั้ง 2 กลุ่ม คือความเจ็บปวดบริเวณใบหน้า ข้อต่อขากรรไกร ศีรษะ ต้นคอ และเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร โดยความต้องการมาพบแพทย์เพิ่มขึ้นตามระดับความรุนแรงของการนอนกัณฑ์ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงกระตุ้นให้มีแบบสอบถามประเมินความรุนแรงของการนอนกัณฑ์ เพื่อประโยชน์ในการให้การรักษา และสรุปว่าการนอนกัณฑ์ก็มีระดับความรุนแรงต่างๆ กัน

**Epker และ Gatchel (2000)** พบว่าปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติเพิ่มเติมโพโรแมนดิบูลาร์ที่ได้รับการวินิจฉัย **myofascial pain** มีความต้องการการตรวจรักษา ได้แก่ เพศหญิง มีอาการผิดปกติระยะสั้นๆ เกิดการรบกวนการทำกิจกรรม ส่วนปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติเพิ่มเติมโพโรแมนดิบูลาร์ที่ได้รับการวินิจฉัย **disc displacement** และความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรอื่นๆ จะมีความต้องการการตรวจรักษาเมื่อมีความเจ็บปวด

**Macfarlane และคณะ (2002, 2003)** ศึกษาความชุก และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปากและใบหน้า อายุ 18-65 ปี จะมีความชุกประมาณร้อยละ 26 แต่มีไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 46) ที่มาพบแพทย์ หรือทันตแพทย์ โดยผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น ผู้ป่วยที่มาตรวจรับการรักษาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดมากกว่า 3 เดือน หรือความถี่ของความเจ็บปวดสูง ผู้ป่วยที่เจ็บปวดจนต้องหยุดทำงาน จะต้องการรับการรักษาจะเพิ่มขึ้น

**Blanco และคณะ (2003)** ศึกษาความตั้งใจและเหตุผลของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการนอนต่อการมารับการรักษา ทำการศึกษาใน **Buenos Aires, Mexico City** และ **Sao Paulo** โดยสุ่มเลือกผู้ที่มีความผิดปกติในการนอน 200 คน และไม่ได้มีความผิดปกติในการนอน 100 คน จากจำนวน 600 และ 300 คนตามลำดับ แบบสอบถามสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการนอน ความรู้สึกเกี่ยวกับความผิดปกติในการนอน และวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เมื่อคำนวณข้อมูลด้วย **ANOVA** พบว่าร้อยละ 22.7 ของผู้ป่วยมีความผิดปกติในการนอนทุกวัน ราวๆ 3 ใน 4 (ร้อยละ 74.2) ของผู้ป่วยคิดว่าอาการของตนเองอยู่ในระดับรุนแรงน้อยและไม่ได้กังวลกับอาการดังกล่าว มีเพียงร้อยละ 31 ที่ต้องการรับการรักษา ถึงแม้ผู้ป่วยร้อยละ 45 จะมีปัญหาเรื่องง่วงนอนทุกวัน เรื่องการจดจำสิ่งต่างๆ หรือรู้สึกหงุดหงิดและปวดศีรษะ แต่ก็ไม่ต้องการรับการรักษา และมีวิธีจัดการปัญหาดังกล่าว เช่น อาบน้ำอุ่น อ่านหนังสือ ดื่มเครื่องดื่มสมุนไพร และรับประทานยาตามลำดับ

**Heft และคณะ (2003)** ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการรับการรักษาทางทันตกรรมกับรายงานสภาพทางทันตกรรมในผู้ป่วยทั่วไป อายุตั้งแต่ 45 ปี เพื่อที่จะได้เข้าใจปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการรับการรักษา เมื่อวัดความต้องการรับการรักษาด้วย **4-point nominal scale** พบว่าผู้ป่วยที่มีวัสดุอุดฟันแตก ฟันปลอมแตก ฟันเป็นรู สูญเสียฟัน ฟันดูไม่สวยงาม ความไม่พอใจในการเคี้ยวอาหาร มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับความต้องการรับการรักษาทางทันตกรรม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

### 3.2 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

#### 3.2.1 ประชากร

ประชากร คือผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 5,000 คน (ประมาณจากจำนวนผู้ป่วยใน 3 ปีที่ผ่านมา: พ.ศ.2544-2546)

#### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2547 โดยมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามเน (Yamene 1967: 886) ที่กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
 $N$  = จำนวนหน่วยผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงในช่วงเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2547 5,000 คน

$e$  = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

แทนค่าได้ดังนี้

$$n = \frac{5,000}{1 + 5,000(0.05)^2}$$
$$= 371 \text{ คน}$$

### 3.23 เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. ผู้ป่วยที่มาทำบัตรที่เวชระเบียนที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2547
2. ผู้ป่วยที่อ่านออกเขียนได้
3. อายุ 15-60 ปี
4. ผู้ป่วยยินยอมในการตอบแบบสอบถาม

#### เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยนอนกัดฟันที่เคยมารับการรักษาการนอนกัดฟันด้วยวิธีการใส่ฝือกสบฟัน และ/หรือด้วยยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาคลายเครียด

## 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 3.3.1 ลักษณะของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 8 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา เหตุผลที่มาพบทันตแพทย์ การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน แหล่งที่ทำให้ทราบข้อมูล การรายงานการนอนกัดฟัน แหล่งที่ทำให้ทราบว่านอนกัดฟัน

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟัน 25 ข้อ ประกอบด้วยคำจำกัดความของการนอนกัดฟัน (ข้อ 1-4) ผลกระทบของการนอนกัดฟัน (ข้อ 5-12) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน (ข้อ 13-19) และการรักษาการนอนกัดฟัน (ข้อ 20-25)

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นที่มีต่อการนอนกัดฟัน 20 ข้อ ประกอบด้วยด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน 9 ข้อ ด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน 6 ข้อ และด้านการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน 5 ข้อ และเป็นข้อให้เลือกตอบเพิ่มเติมอีก 3 ข้อในแต่ละด้าน

โดยตัวอย่างของแบบสอบถามแสดงในภาคผนวก ก

### 3.3.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. กำหนดสิ่งที่ต้องการวัด กำหนดที่จะวัดความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความของการนอนกัดฟัน ผลกระทบของการนอนกัดฟัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน การรักษาการนอนกัดฟัน และความคิดเห็นด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน และด้านการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน



2. **ค้นหาข้อมูล** ศึกษารายละเอียดข้อมูลจากเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวกับการนอนกัดฟัน สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่นอนกัดฟัน ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
3. **กำหนดจำนวนคำถาม** นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาให้สอดคล้องกับคำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย เพื่อสร้างแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องการนอนกัดฟัน 25 ข้อ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน 20 ข้อ
4. **กำหนดรูปแบบของแบบสอบถาม** แบ่งแบบสอบถามออกเป็น
  1. ความรู้ มีลักษณะเป็นคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ เพื่อลดการเดาสุ่มของผู้ตอบ
  2. ความคิดเห็น มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด(5) เห็นด้วยมาก(4) เห็นด้วยปานกลาง(3) เห็นด้วยน้อย(2) เห็นด้วยน้อยที่สุด(1)
5. **การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม**

**ความตรง**

นำแนวทางคำถามในการทำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่านตรวจสอบ ใช้เกณฑ์ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปถือว่ายอมรับได้ ผลจากการตรวจสอบพบว่าคำถามเกี่ยวกับความรู้ใช้ได้ทั้ง 25 ข้อ ส่วนด้านความคิดเห็นจาก 30 ข้อเหลือ 20 ข้อตามที่กำหนดไว้ในข้อ 3 โดยเพิ่มข้อคำถามที่ให้ผู้ป่วยตอบเพิ่มเติมในความคิดเห็นแต่ละด้านด้านละ 1 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่ผู้ป่วยจะตอบหรือไม่ก็ได้ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษา

**ความเชื่อมั่น**

นำแนวทางแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผู้มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังสูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$



เมื่อ $\alpha$	=	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
$n$	=	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
$\sum Si^2$	=	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
$St^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

พบว่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนความรู้มีค่า **.8778** และใน ส่วนความคิดเห็นมีค่า **.8224** จากผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีความเชื่อมั่นระดับ ดี (มากกว่า **0.8**) โดยรายละเอียดได้แสดงไว้ในภาคผนวก ข

#### ความเป็นหมวดหมู่

ในส่วนของความคิดเห็น ผู้วิจัยต้องการจัดเป็นหมวดหมู่ จึงได้นำมาวิเคราะห์หาค่า **Factor analysis** แบบ **vaimax rotation** ของ **principle component** แต่ด้วยข้อจำกัดของ จำนวนกลุ่มทดลองที่ต่ำกว่าข้อกำหนดของ **Factor analysis** (ที่ให้มีจำนวนผู้ตอบในแต่ละ ข้อมากกว่า **10** คน) จึงนำข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์แทน พบว่าทุกข้อเข้าหมวดหมู่ ที่จัดไว้ ยกเว้นในข้อที่ **7**. “ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้อายที่ จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น” ไม่เข้าในหมวดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน แต่ผู้เชี่ยวชาญ เห็นว่าควรมีข้อนี้ เพราะมีเนื้อหาที่มีความสำคัญต่อการวัด ผู้วิจัยจึงยังคงเก็บข้อนี้ไว้ โดย รายละเอียดได้แสดงไว้ในภาคผนวก ค

**6** ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อ ตรวจสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมในเนื้อหาอีกครั้ง จึงนำไปใช้สอบถาม กับกลุ่มตัวอย่าง

### 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

**3.41** ทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยส่งถึงหัวหน้าหน่วยทันตกรรมโรงพยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอน ในแจกแบบสอบถาม พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่ในการ สอบถามผู้ป่วย

**3.42** ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วยที่มาทำบัตรที่วพระเป็ยนว่าเป็นนิสิตปริญญาโท ขณะนี้ กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “ความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่มา รับการรักษาทางทันตกรรม” จากนั้นสอบถามเกี่ยวกับอายุ และประวัติการรักษาการ นอนกัดฟันก่อนคัดเลือกให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

343 ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม และให้ผู้ป่วยซักถามได้ตลอดการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้ผู้ป่วยส่งแบบสอบถามในกล่องที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ หรือส่งคืนที่ผู้วิจัยเอง

344 เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ถือว่าเป็นการสุ่มมาในระดับหนึ่งแล้ว จึงทำการสุ่มเก็บตัวอย่างวันละ 25-30 คน ในเวลา 3 เดือน (ตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2547) เดือนละ 6 วัน รวมเป็น 18 วัน ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 469 ฉบับ จาก 500 ฉบับ คิดเป็นอัตราการส่งกลับ ร้อยละ 93.8 และเมื่อตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามแล้ว พบว่ามีแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 450 ฉบับ

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทางสถิติเพื่อพรรณนา และวิเคราะห์ถึงความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 10.0 ในการวิเคราะห์ แบ่งเป็นออก 2 ส่วนได้แก่

#### 3.5.1 วิเคราะห์เชิงพรรณนา

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความรู้ และจำนวนคนที่ตอบถูกเป็นรายชื่อ แสดงเป็น ค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าร้อยละ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25

ตอบใช่ 1 คะแนน

ตอบไม่ใช่ 0 คะแนน

ตอบไม่ทราบ 0 คะแนน

ข้อ 3, 4, 15, 24

ตอบใช่ 0 คะแนน

ตอบไม่ใช่ 1 คะแนน

ตอบไม่ทราบ 0 คะแนน

- เกณฑ์การคิดคะแนน

- ค่าเฉลี่ยระดับความรู้

รวมคะแนนในแต่ละด้าน แล้วนำมาหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน

รวมคะแนนทุกข้อ แล้วนำมาหารด้วยจำนวนข้อ (25 ข้อ)

- จำนวนคนที่ตอบถูกเป็นรายชื่อ  
นับความถี่ของคนที่ตอบถูก

- เกณฑ์การแปลผล นำค่าเฉลี่ยที่ได้มาแปลงเป็นร้อยละ โดย

ร้อยละ 80-100 หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ร้อยละ 51- 79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

ร้อยละ 0- 50 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

3. วิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟัน โดยรวมระดับความคิดเห็นเป็นหมวดหมู่ดังนี้
- เห็นด้วยมากที่สุด + เห็นด้วยมาก = เห็นด้วยมาก
- เห็นด้วยปานกลาง + เห็นด้วยน้อย + เห็นด้วยน้อยที่สุด = เห็นด้วยน้อย
- แล้วแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ และนำความคิดเห็นที่อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุดอันดับมากน้อย

### 3.5.2 วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ

1. เปรียบเทียบระดับความรู้ จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน โดยในการเปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างเพศ ระหว่างผู้ที่มีการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันต่างกัน และระหว่างผู้ที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน ใช้ **independent sample t-test** ส่วนในการเปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างผู้ที่มีอายุต่างกัน และระหว่างผู้ที่มีการศึกษาต่างกัน ใช้ **One Way ANOVA**

2. เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ จำแนกตามเพศ อายุ การศึกษา การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน โดยใช้ **Chi- Square test**

โดยในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบจะแบ่งดังนี้

เพศ (1)ชาย, (2)หญิง

อายุ (1)15-30ปี, (2)31-45ปี, (3)46-60ปี

การศึกษา (1)ประถม, (2)มัธยม/ปวช., (3)อนุปริญญา/ปวส., (4)ปริญญาตรี (5)สูงกว่าปริญญาตรี

การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน (1)เคยทราบ, (2)ไม่ทราบ

การรายงานการนอนกัดฟัน (1)กัดฟัน (2)ไม่กัดฟันรวมกับไม่ทราบว่านอนกัดฟันหรือไม่

และจะปฏิเสธสมมติฐานเมื่อระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 ( $p < 0.01$ )

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการแจกแบบสอบถาม 500 ฉบับ ในการวิจัยเรื่อง “ความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม” ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 469 ฉบับ คิดเป็นอัตราการส่งกลับ ร้อยละ 93.8 และเมื่อตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามแล้ว พบว่ามีแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบ 19 ฉบับ สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 450 ฉบับ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับต่อไปนี้

#### ตอนที่ 1 วิเคราะห์เชิงพรรณนา

- 41 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- 42 ระดับความรู้เรื่องการนอนกัณฑ์
- 43 ความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์
- 44 ข้อมูลของผู้ที่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลที่ต้องการปรึกษาเรื่องการนอนกัณฑ์

#### ตอนที่ 2 วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ

- 45 เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัณฑ์ทั้งโดยรวมและในด้านต่างๆ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา
- 46 เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัณฑ์ทั้งโดยรวมและในด้านต่างๆ จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัณฑ์ และการรายงานการนอนกัณฑ์
- 47 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ในด้านต่างๆ จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา
- 48 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ในด้านต่างๆ จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัณฑ์ และการรายงานการนอนกัณฑ์

## ตอนที่ 1 วิเคราะห์เชิงพรรณนา

### 41 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตาราง 41.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และเหตุผลที่นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์

1. เพศ (n= 450)	จำนวนคน	ร้อยละ
หญิง	303	67.3
ชาย	147	32.7
2 อายุ (n= 450)	จำนวนคน	ร้อยละ
15-30ปี	281	62.4
31-45ปี	129	28.7
45-60ปี	40	8.9
3 ระดับการศึกษา (n= 450)	จำนวนคน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	227	50.4
มัธยม/ ปวช.	108	24.0
สูงกว่าปริญญาตรี	56	12.4
อนุปริญญา/ ปวส.	38	8.4
ประถม	21	4.7
4 เหตุผลที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์* (n= 450)	จำนวนคำตอบ	ร้อยละ
ตรวจเช็คสุขภาพช่องปาก	212	28.6
ต้องการขูดหินปูน	125	16.9
ต้องการอุดฟัน	115	15.5
ปวดฟัน / เสียวฟัน	76	10.3
ต้องการจัดฟัน	76	10.3
ต้องการถอนฟัน	69	9.3
ต้องการใส่ฟัน	29	3.9
ปวดกล้ามเนื้อ / ปวดข้อต่อขากรรไกร	17	2.3
ต้องการปรึกษาเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน	14	1.9
อื่นๆ	7	1.6

\*หมายเหตุ เหตุผลที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



**ตาราง 41.2** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามการรับทราบ ข้อมูลเรื่องการนอนกัดฟัน แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบเรื่องการนอนกัดฟัน

1. การรับทราบข้อมูลเรื่องการนอนกัดฟัน (n= 450)	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่เคยรับทราบ	274	60.9
เคยรับทราบ	176	39.1
2 แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบเรื่องการนอนกัดฟัน* (n= 176)	จำนวนคำตอบ	ร้อยละ
เพื่อน / คนอื่น	95	39.6
หมอ / หมอฟัน	54	22.5
นิตยสาร / แผ่นพับ	48	20.0
โทรทัศน์ / วิทยู	41	17.1
อินเทอร์เน็ต / เว็บไซต์ของคณะทันตแพทย	2	0.8

\*หมายเหตุ แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบเรื่องการนอนกัดฟันตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

**ตาราง 41.3** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามการรายงาน การนอนกัดฟัน และแหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่านอนกัดฟัน

1. การรายงานการนอนกัดฟัน (n= 450)	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่กัดฟัน	254	56.4
ไม่ทราบ	112	24.9
กัดฟัน	84	18.7
2 แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่านอนกัดฟัน* (n= 84)	จำนวนคำตอบ	ร้อยละ
คนอื่นบอก	57	57.0
ทราบเอง	32	32.0
หมอ/หมอฟันบอก	11	11.0

\*หมายเหตุ แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่านอนกัดฟันตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ในจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 450 ฉบับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 15-30 ปี มีการศึกษาระดับปริญญาตรี เหตุผลหลักที่มาพบทันตแพทย์ 3 อันดับแรกได้แก่ ตรวจเช็ค สุขภาพช่องปาก ต้องการขูดหินปูน ต้องการอุดฟัน ส่วนความต้องการปรึกษาเรื่องการนอนกัดฟันอยู่ในอันดับสุดท้าย คือร้อยละ 1.9 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยรับทราบข้อมูลเรื่องการนอนกัดฟัน มีเพียงร้อยละ 39.1 ที่เคยรับทราบ โดยรับทราบจากเพื่อนหรือ คนอื่นมากที่สุด และส่วนใหญ่ปฏิเสธ การนอนกัดฟัน ส่วนที่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันมีเพียงร้อยละ 18.7 ซึ่งทราบจากคนอื่นบอกมากที่สุด

## 42 ความรู้

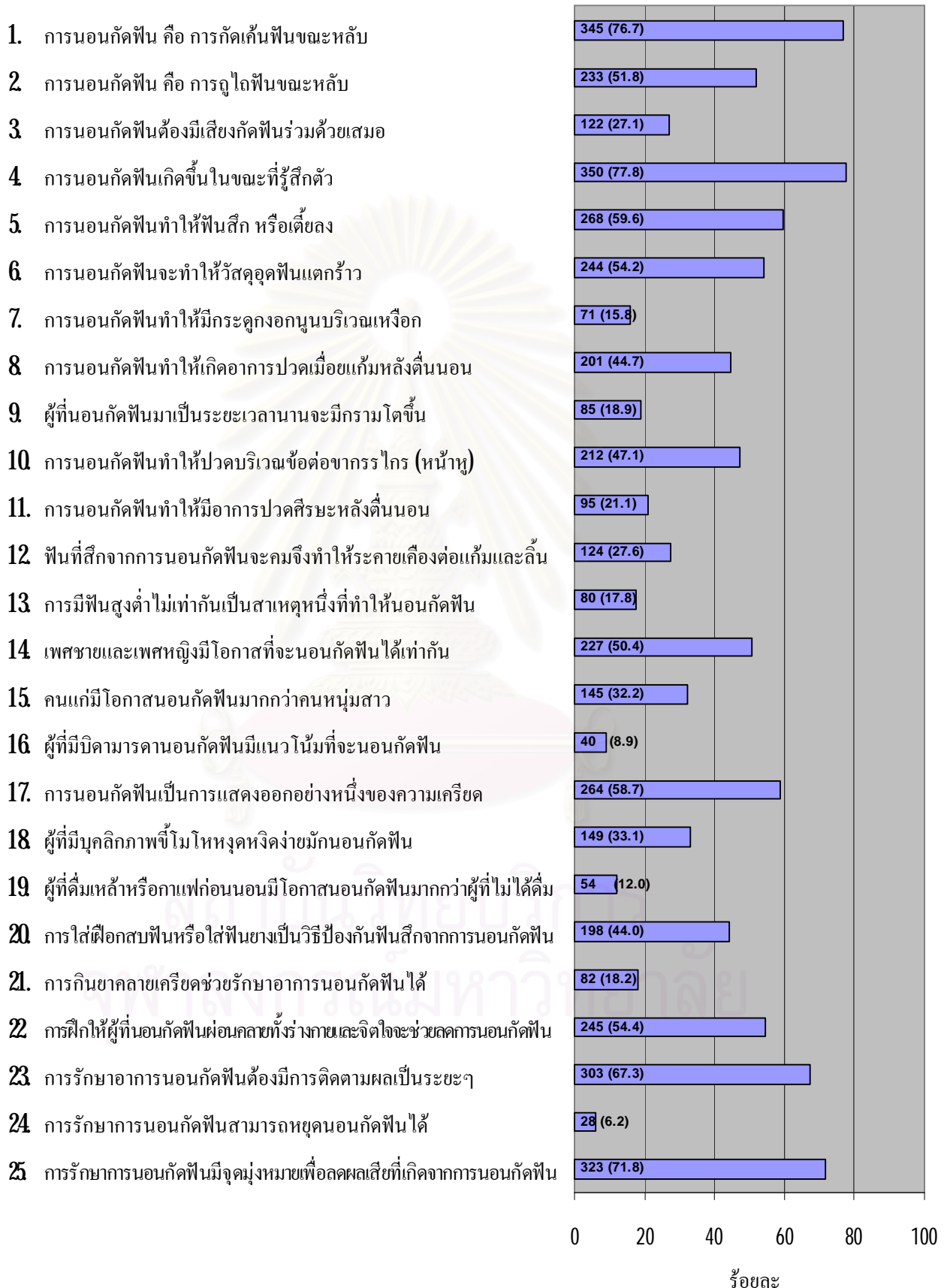
ตาราง 421 ระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการแปลผล

ระดับความรู้เกี่ยวกับ การนอนกัดฟันด้านต่างๆ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ	การแปลผล
คำจำกัดความของการนอนกัดฟัน	4	2.33(1.06)	58.25	ปานกลาง
ผลกระทบของการนอนกัดฟัน	8	2.89(2.35)	36.12	น้อย
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน	7	2.13(1.52)	30.42	น้อย
การรักษาการนอนกัดฟัน	6	2.62(1.67)	43.67	น้อย
คะแนนรวม	25	9.97(5.05)	39.88	น้อย

ตาราง 421 พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมมีคะแนนความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการนอนกัดฟันเฉลี่ย 9.97 จาก 25 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 39.88 ซึ่งแปลว่าผู้ป่วยมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยถ้าจำแนกในแต่ละด้านพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความของการนอนกัดฟันเฉลี่ย 2.33 จาก 4 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 58.25 ซึ่งแปลว่าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความของการนอนกัดฟันอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีความรู้ในด้านอื่นๆ อยู่ในระดับน้อย โดยผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ด้านผลกระทบของการนอนกัดฟัน เฉลี่ย 2.89 จาก 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 36.12 ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน เฉลี่ย 2.13 จาก 7 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 30.42 ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ด้านการรักษาการนอนกัดฟัน เฉลี่ย 2.62 จาก 6 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 43.67 และถ้าจำแนกรายข้อจะพบว่าผู้ป่วยส่วนมากทราบว่า การนอนกัดฟันเกิดขึ้นในขณะที่ไม่รู้สึกรู้สึ แต่ก็ไม่ทราบว่า การรักษาการนอนกัดฟัน ไม่สามารถทำให้หยุดนอนกัดฟันได้ โดยแสดงรายละเอียดดังแผนภาพ 422

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แผนภาพ 422** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่ตอบคำถามถูกต้อง  
ในแต่ละข้อ



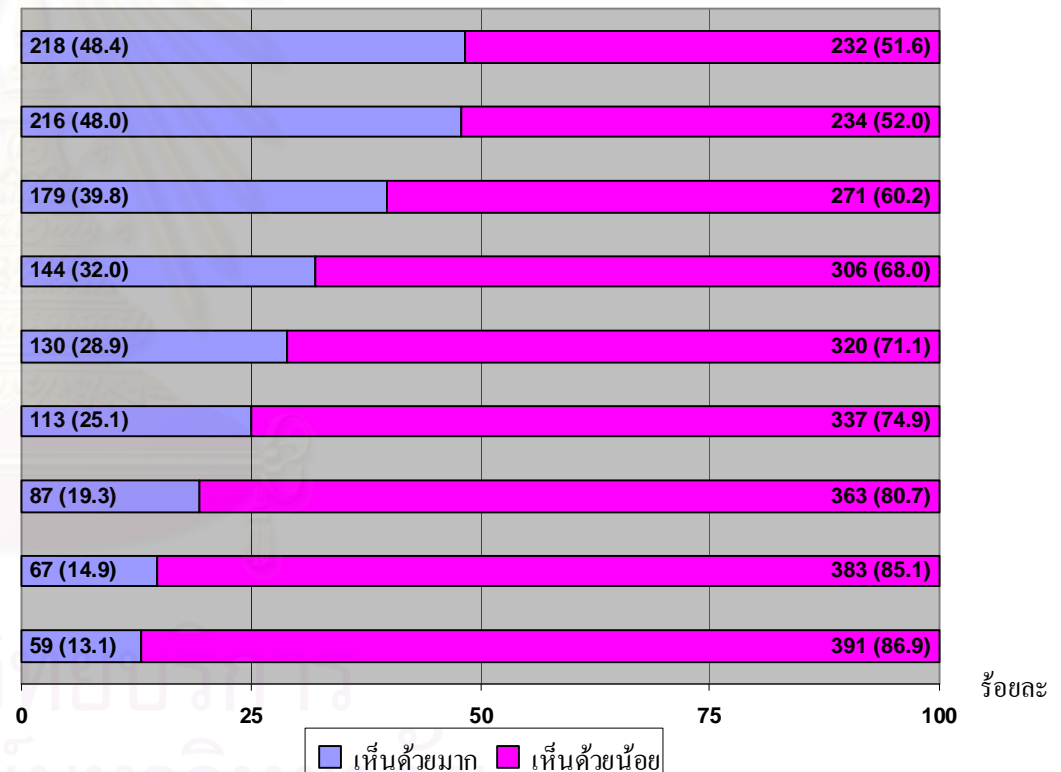
## 43 ความคิดเห็น

### 431 ด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

แผนภาพ 431 ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีต่อการนอนกัดฟันในด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ

จำนวน (ร้อยละ)

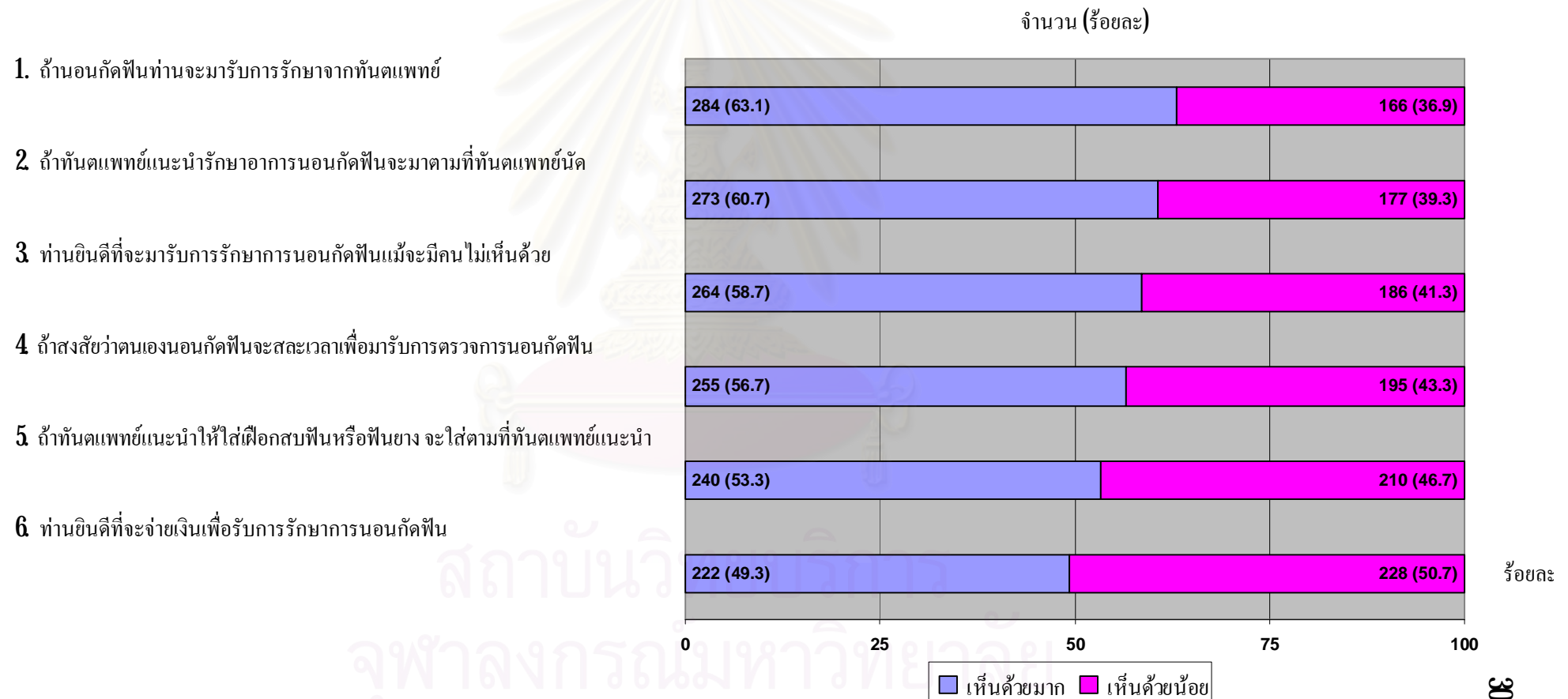
1. ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด
2. ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้อายุที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น
3. ด้านการนอน เช่น ทำให้นอนหลับไม่สนิท
4. ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น
5. ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น
6. ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่ออ้าปากหาหรืออ้าปากเพื่อแปร่งฟัน
7. ด้านการได้ยิน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อจึงได้ยินเสียงไม่ชัด
8. ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก
9. ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน หรือการทำงานลดลง



จากแผนภาพ 431 พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมคิดว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุดในด้านอารมณ์และจิตใจ รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการนอนตามลำดับ แต่ผู้ป่วยคิดว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อด้านการเรียน หรือทำงานน้อยที่สุด

## 4.3.2 ด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน

แผนภาพ 4.3.2a ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีต่อการนอนกัดฟันในด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน





ตาราง 4.3.2b ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมต่อความจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาการนอนกัดฟัน

ความจำเป็นในการรักษาการนอนกัดฟัน	จำนวนคน	ร้อยละ
จำเป็น	355	78.9
ไม่จำเป็น	62	13.8

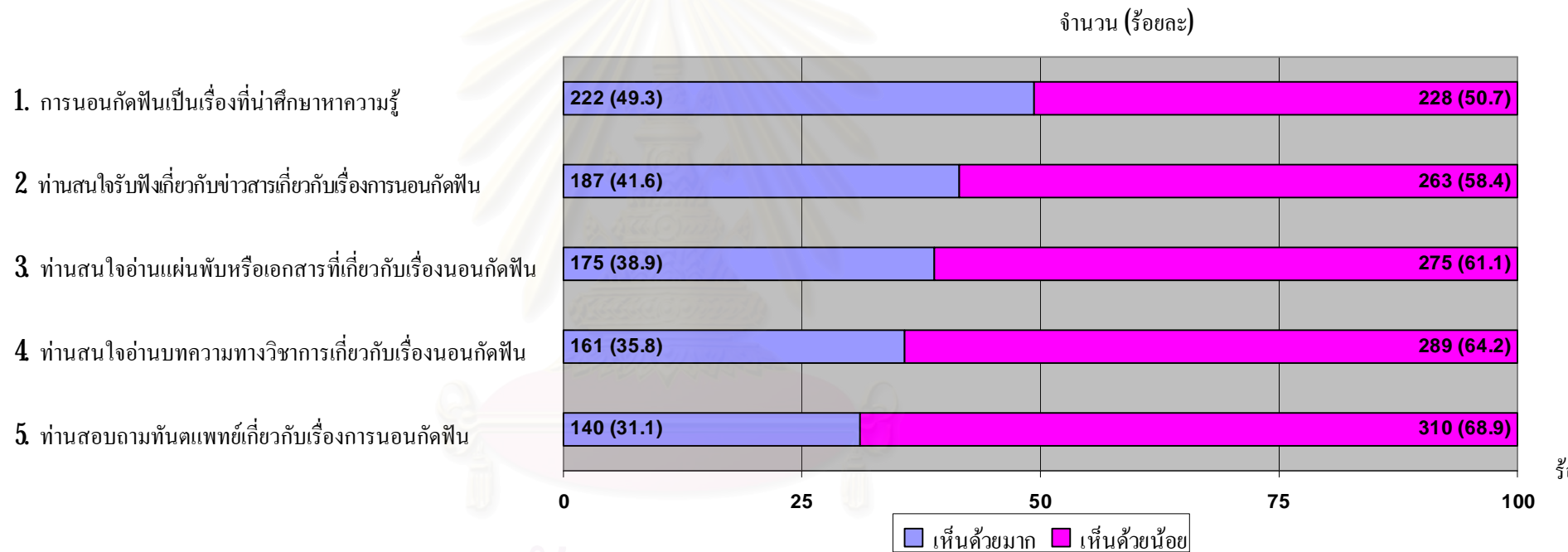
\* หมายเหตุ missing 33 คน (ร้อยละ 7.4)

จากแผนภาพ 4.3.2a และตาราง 4.3.2b พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมจำนวนมากเห็นด้วยว่าถ้าทราบว่าตนเองนอนกัดฟันจะมารับการรักษา และถ้าทันตแพทย์แนะนำให้มารับการรักษาอาการนอนกัดฟันก็พร้อมที่จะมาตามที่ทันตแพทย์นัด แต่มีจำนวนน้อยที่มีความเห็นด้วยในเรื่องการจ่ายเงินเพื่อรับการรักษาการนอนกัดฟัน สรุปโดยรวมว่าผู้ป่วยส่วนมากยังเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาการนอนกัดฟัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 4.3.3 ด้านการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน

แผนภาพ 4.3.3a ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีต่อการนอนกัดฟันในด้านการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน



**ตาราง 433b** สื่อที่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมสะดวกจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน แจกแจงเป็นจำนวนและร้อยละ

สื่อ	จำนวนคำตอบ
นิตยสาร / แผ่นพับ	234
โทรทัศน์ / วิทยุ	171
อินเทอร์เน็ต / เว็บไซต์	115
ถามหมอฟัน	95
อื่นๆ เช่น คนที่นอนกัดฟัน พ่อแม่ หนังสือพิมพ์ จดหมาย ไปรษณีย์	11

\*หมายเหตุ สื่อที่ผู้ป่วยที่สะดวกจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากแผนภาพ 433a และตาราง 433b พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมมีความสนใจติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการนอนกัดฟันโดยคิดว่าเรื่องนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้ แต่ผู้ป่วยยังสนใจรับฟัง อ่านแผ่นพับ อ่านบทความ หรือสอบถามทันตแพทย์เรื่องการนอนกัดฟันในระดับน้อย โดยสื่อที่ผู้ป่วยสะดวกจะติดตามมากที่สุด ได้แก่ นิตยสารหรือแผ่นพับ โทรทัศน์หรือวิทยุ อินเทอร์เน็ตหรือเว็บไซต์ และถามหมอฟันตามลำดับ

#### 44 ข้อมูลของผู้ที่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลเพราะต้องการปรึกษาเรื่องการนอนกัดฟัน

เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลเพราะต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟัน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสัดส่วนของเพศ อายุ การศึกษาในระดับต่างๆ ใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม ผู้ป่วยที่เคยและไม่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม แต่ส่วนใหญ่ทราบข้อมูลจากหมอฟันซึ่งต่างจากผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มักทราบจากเพื่อนหรือคนอื่น และผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์เพราะต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟันส่วนมากจะนอนกัดฟัน แต่ส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันด้วยตนเองซึ่งต่างจากผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มักทราบจากทันตแพทย์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ และโดยรวมใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันค่อนข้างน้อย โดยมีสัดส่วนความคิดเห็นระดับมากต่อระดับน้อยใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกคนเห็นความสำคัญในการรักษาการนอนกัดฟัน และส่วนใหญ่สนใจติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันจากทันตแพทย์มากกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม ดังแสดงในตาราง 44a, 44b, 44c และ 45d

**ตาราง 44a** จำนวนผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลที่ต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟัน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

เพศ (n=14)	จำนวนคน	ร้อยละ
หญิง	9	64.3
ชาย	5	35.7
อายุ (n=14)	จำนวนคน	ร้อยละ
15-30ปี	8	57.1
31-45ปี	2	14.3
46-60ปี	4	28.6
ระดับการศึกษา (n=14)	จำนวนคน	ร้อยละ
ป.ตรี	7	50.0
มัธยม/ปวช.	3	21.4
ประถม	2	14.3
อนุปริญญา/ปวส.	1	7.1
สูงกว่าป.ตรี	1	7.1
การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน (n=14)	จำนวนคน	ร้อยละ
ไม่เคย	8	57.1
เคย	6	42.9
แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบเรื่องการนอนกัดฟัน* (n=6)	จำนวนคำตอบ	ร้อยละ
หมอฟัน	6	42.9
คนอื่น	4	28.6
การรายงานการนอนกัดฟัน (n=14)	จำนวนคน	ร้อยละ
กัด	12	85.7
ไม่กัด	1	7.1
ไม่ทราบ	1	7.1
แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่านอนกัดฟัน* (n=12)	จำนวนคำตอบ	ร้อยละ
ตนเอง	8	57.1
คนอื่น	7	50.0
หมอฟัน	5	35.7

\*หมายเหตุ แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบเรื่องการนอนกัดฟัน และแหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่านอนกัดฟัน

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

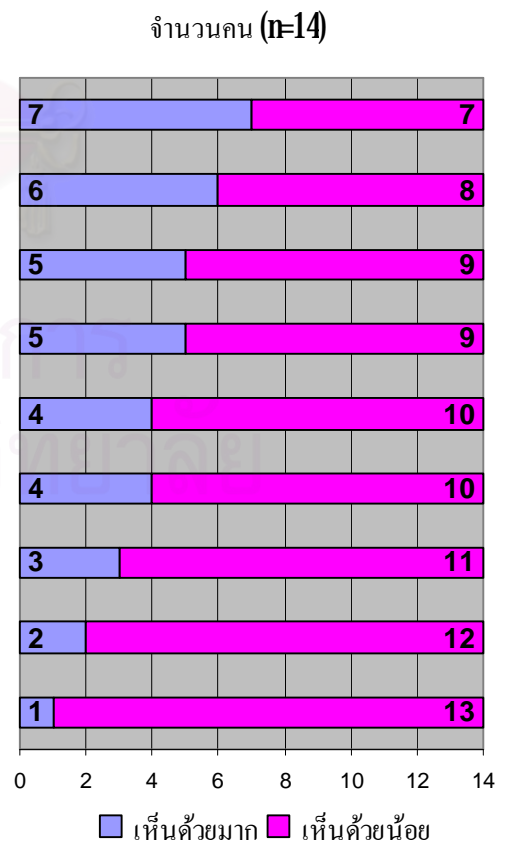
**ตาราง 4b** ระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลที่ต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟัน แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการแปลผล

ระดับความรู้เกี่ยวกับ การนอนกัดฟันด้านต่างๆ (n=14)	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ	การแปลผล
คำจำกัดความของการนอนกัดฟัน	4	2.36(1.34)	59.00	ปานกลาง
ผลกระทบของการนอนกัดฟัน	8	2.71 (1.94)	33.88	น้อย
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน	7	1.86(1.41)	26.57	น้อย
การรักษาการนอนกัดฟัน	6	2.43(1.55)	40.50	น้อย
คะแนนรวม	25	9.36(4.20)	37.44	น้อย

**แผนภาพ 4c** จำนวนผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์เพราะต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟัน จำแนกตามความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันด้านต่างๆ

**ด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน**

1. ด้านการนอน เช่น ทำให้อ่อนหลับไม่สนิท
2. ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น อายุที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น
3. ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น ทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น
4. ด้านความสวยงาม เช่น ทำให้กรามสองข้างโตขึ้น
5. ด้านการได้ยินเช่น ทำให้มีอาการหูอื้อ จึงได้ยินเสียงไม่ชัด
6. ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด
7. ด้านการอ้าปาก เช่น ทำให้ปวดเมื่อยอ้าปากหาว หรือแปร่งฟัน
8. ด้านการเรียนหรือทำงาน เช่น ทำให้ประสิทธิภาพเรียน หรือทำงานลดลง
9. ด้านการพูด เช่น ทำให้พูดไม่สะดวก

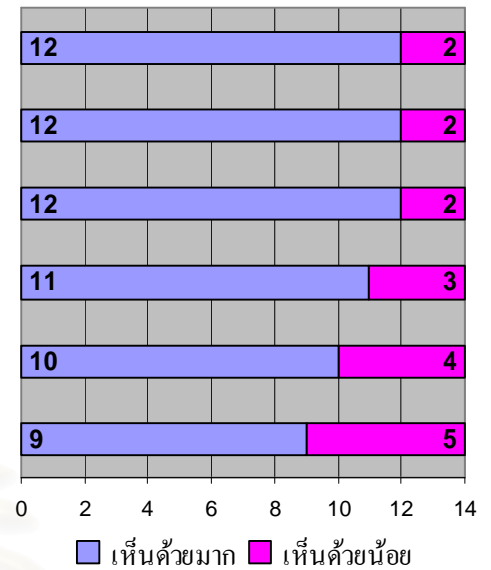




### การตรวจรักษาการนอนกัดฟัน

จำนวนคน (n=14)

1. ถ้าท่านนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์
2. ถ้าทันตแพทย์แนะนำรักษาการนอนกัดฟัน ท่านจะมาตามที่ทันตแพทย์นัด
3. ถ้าทันตแพทย์ให้ใส่ฝือกสบฟันหรือฟันยาง จะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ
4. ถ้าสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน จะใช้เวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน
5. ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย
6. ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อมารับการรักษาการนอนกัดฟัน

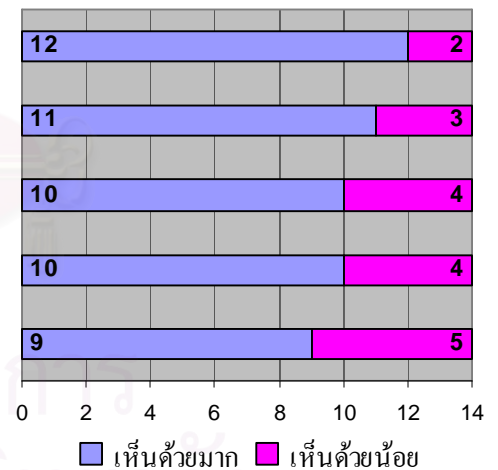


ความจำเป็นในการรักษาการนอนกัดฟัน	จำนวนคน (n=14)
จำเป็น	14
ไม่จำเป็น	0

### การติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน

จำนวนคน (n=14)

1. ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน
2. การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้
3. ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน
4. ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน
5. ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน



\*หมายเหตุ สื่อที่ผู้ป่วยสะดวกจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันตอบ ได้มากกว่า 1 ข้อ

สื่อที่ผู้ป่วยสะดวกจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน*	จำนวนคำตอบ
ถามหมอฟัน	11
โทรทัศน์/วิทยุ	5
อินเทอร์เน็ต/เว็บไซต์	5
นิตยสาร/แผ่นพับ	4

**ตาราง 44d** เปรียบเทียบผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลเพราะต้องการปรึกษา  
เรื่องนอนกัดฟันกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม

ข้อมูลต่างๆ	ผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์ ด้วยเหตุผลเพราะต้องการ ปรึกษาเรื่องนอนกัดฟัน (n=14) (ร้อยละ)	ผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษา ทางทันตกรรม (n=450) (ร้อยละ)
เพศชาย : เพศหญิง	35.7 : 64.3	32.7 : 67.3
อายุ 15-30 : 31-45 : 46-60 ปี	57.1 : 14.3 : 28.6	62.4 : 28.7 : 8.9
ศึกษาระดับประถม : มัธยม : อนุปริญญา : ปตรี : สูงกว่าปตรี	14.3 : 21.4 : 7.1 : 50.0 : 7.1	4.7 : 24.0 : 8.4 : 50.4 : 12.4
ผู้ที่เคย : ไม่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน	42.9 : 57.1	39.1 : 60.9
ผู้ที่ทราบข้อมูลจากคนอื่น : ทราบจากทันตแพทย์	(n=6) 28.6 : 42.9	(n=176) 39.6 : 22.5
ผู้ที่กัดฟัน : ผู้ที่ไม่กัดฟัน : ผู้ที่ไม่ทราบ	85.7 : 7.1 : 7.1	18.7 : 56.4 : 24.9
ผู้ที่ทราบว่านอนกัดฟันจากตนเอง : คนอื่น : หมอฟัน	(n=12) 57.1 : 50.0 : 35.7	(n=84) 32.0 : 57.0 : 11.0
ระดับความรู้ด้านคำจำกัดความ	59.00	58.25
ระดับความรู้ด้านผลกระทบของการนอนกัดฟัน	33.88	36.12
ระดับความรู้ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน	26.57	30.42
ระดับความรู้ด้านการรักษาการนอนกัดฟัน	40.50	43.67
ระดับคะแนนความรู้รวม	37.44	39.88
ด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน*	a < b	a < b
ด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน*	a > b	a > b
ด้านการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน*	a > b	a < b

\*หมายเหตุ ความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ผู้ที่เห็นด้วยมาก (a), ผู้ที่เห็นด้วยน้อย (b)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ

### 45 การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ และโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา

ตาราง 45a เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ และโดยรวมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ความรู้	p-value (n=450)		
	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา
คำจำกัดความของการนอนกัดฟัน	.683	.383	.001*
ผลกระทบของการนอนกัดฟัน	.220	.216	.001*
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน	.221	.538	.001*
การรักษาการนอนกัดฟัน	.620	.413	.001*
คะแนนรวม	.205	.270	.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 45b เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันเป็นรายคู่ จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ประถม	มัธยม/ปวช.	อนุปริญญา/ปวส.	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
ประถม	-				
มัธยม/ปวช.	.002*	-			
อนุปริญญา/ปวส.	.053	1.000	-		
ปริญญาตรี	.000*	.314	.290	-	
สูงกว่าปริญญาตรี	.000*	.912	.516	1.000	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 45a เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษาโดยใช้ t-test พบว่าผู้ป่วยที่มีเพศ และอายุต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันแตกต่างกัน โดยจากตาราง 45b พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมมีระดับความรู้โดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาชั้นมัธยม/ปวช. ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี แต่ไม่ต่างจากชั้นอนุปริญญา/ปวส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**46 การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งด้านต่างๆ และโดยรวม ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน**

**ตาราง 46a** เปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างผู้ที่เคย และไม่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน

ความรู้	X (SD)		t	p-value
	เคยรับรู้ (n= 176)	ไม่เคยรับรู้ (n= 274)		
คำจำกัดความของการนอนกัดฟัน	261 (.90)	216(1.11)	-4.004	.000*
ผลกระทบของการนอนกัดฟัน	3.30(2.28)	2.63(2.36)	-3.244	.001*
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน	2.32(1.46)	2.01 (1.54)	-2.246	.025
การรักษาการนอนกัดฟัน	3.01 (1.52)	2.37(1.72)	-3.930	.000*
คะแนนรวม	11.23(4.52)	9.16(5.21)	4.462	.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 46a เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันจำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันโดยใช้ t-test พบว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน มีความรู้เรื่องการนอนกัดฟันในด้านคำจำกัดความของการนอนกัดฟัน ผลกระทบของการนอนกัดฟัน การรักษาการนอนกัดฟัน และความรู้โดยรวมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน แต่ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความรู้เรื่องการนอนกัดฟันในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

**ตาราง 46b** เปรียบเทียบระดับความรู้ระหว่างผู้ที่กักฟัน และผู้ที่ไม่กักฟันหรือไม่ทราบว่าเป็นตนเองนอนกักฟันหรือไม่

ความรู้	X (SD)		t	p-value
	กักฟัน (n= 84)	ไม่กักฟัน/ไม่ทราบ (n= 366)		
คำจำกัดความของการนอนกักฟัน	249(1.01)	230(1.06)	-1.160	.246
ผลกระทบของการนอนกักฟัน	265(2.10)	294(2.40)	-.735	.462
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกักฟัน	201 (1.40)	216(1.54)	-.503	.615
การรักษาการนอนกักฟัน	246(1.36)	266(1.73)	-1.232	.218
คะแนนรวม	962(3.98)	1005(5.27)	-1.213	.227

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 46b เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกักฟันจำแนกตามการรายงานการนอนกักฟันโดยใช้ t-test พบว่าผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกักฟันต่างกันมีความรู้เรื่องการนอนกักฟันทั้งโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยในเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยโดยรวม และในแต่ละด้าน พบว่าผู้ที่นอนกักฟันมีความรู้โดยรวม และความรู้ในด้านผลกระทบของการนอนกักฟัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกักฟัน การรักษาการนอนกักฟัน น้อยกว่าผู้ที่ไม่นอนกักฟันหรือผู้ที่ไม่ทราบว่าตนเองนอนกักฟันหรือไม่ แต่ผู้ที่นอนกักฟันมีความรู้ในด้านคำจำกัดความมากกว่าผู้ที่ไม่นอนกักฟันหรือผู้ที่ไม่ทราบว่าตนเองนอนกักฟันหรือไม่

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## 47 การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่มารับการ รักษาทางทันตกรรม จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

ตาราง 47 เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ จำแนกตามเพศ อายุ และ  
ระดับการศึกษา

ข้อความ	p-value		
	เพศ	อายุ	ระดับ การศึกษา
ด้านการนอน เช่น ทำให้อ่อนหลับไม่สนิท	.923	.537	.163
ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก	.802	.896	.301
ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่อยอ้าปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปรงฟัน	.238	.115	.046
ด้านการได้ยิน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อจึงได้ยินเสียงไม่ชัด	.883	.603	.638
ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน การทำงานลดลง	.116	.856	.281
ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น	.734	.022	.374
ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้อายุที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น	.474	.391	.173
ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	.211	.457	.425
ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น	.836	.953	.412
ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะสละเวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	.092	.025	.152
ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	.229	.237	.367
ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	.877	.291	.029
ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อรับการรักษาการนอนกัดฟัน	.034	.477	.150
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามทันตแพทย์นัด	.286	.707	.010
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยาง ท่านจะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ	.904	.352	.550
การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้	.363	.109	.434
ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.040	.095	.605
ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.873	.798	.764
ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.036	.876	.642
ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.111	.444	.996

หมายเหตุ n = 450

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 46 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นเรื่องการนอนกัดฟันจำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษาโดยใช้ **chi-square test** พบว่าผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ และระดับการศึกษาต่างกัน มีความ  
ความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

**48 การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน**

**ตาราง 48a** เปรียบเทียบความคิดเห็นในแต่ละด้านระหว่างคนที่มีการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันต่างกัน (A) และระหว่างคนที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน (B)

ข้อความ	p-value	
	A	B
ด้านการนอน เช่น ทำให้นอนหลับไม่สนิท	.845	.695
ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก	.158	.004*
ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่ออ้าปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปรงฟัน	.029	.155
ด้านการได้ยิน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อจึงได้ยินเสียงไม่ชัด	.995	.108
ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน การทำงานลดลง	.582	.150
ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น	.376	.255
ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้อายที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น	.386	.749
ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	.410	.682
ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น	.033	.455
ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะสละเวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	.107	.732
ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	.432	.209
ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	.260	.195
ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อรับการรักษาการนอนกัดฟัน	.540	.119
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามทันตแพทย์นัด	.403	.007*
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยาง ท่านจะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ	.050	.594
การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้	.260	.555
ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.675	.982
ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.959	.203
ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.481	.563
ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.845	.989

หมายเหตุ n = 450

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ตาราง 48b** ผลต่างของความคิดเห็นระหว่างผู้ที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน ในด้านการพูด และด้านการมาตามที่ทันตแพทย์นัด โดยแสดงผลเป็นจำนวนและร้อยละ

**ด้านการพูด**

การรายงานการนอนกัดฟัน		ระดับความคิดเห็น	
		เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก
กัดฟัน	จำนวน	80	4
	% ภายในความคิดเห็น	20.9%	6.0%*
ไม่กัดฟัน / ไม่ทราบ	จำนวน	303	63
	% ภายในความคิดเห็น	79.1%	94.0%*
รวม	จำนวน	383	67
	% ภายในความคิดเห็น	100.0%	100.0%

\*แสดงส่วนที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ด้านการมาตามที่ทันตแพทย์นัด**

การรายงานการนอนกัดฟัน		ระดับความคิดเห็น	
		เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก
กัดฟัน	จำนวน	44	40
	% ภายในความคิดเห็น	24.9%	14.7%*
ไม่กัดฟัน / ไม่ทราบ	จำนวน	133	233
	% ภายในความคิดเห็น	75.1%	85.3%*
รวม	จำนวน	177	273
	% ภายในความคิดเห็น	100.0%	100.0%

\*แสดงส่วนที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 48a เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความคิดเห็นเรื่องการนอนกัดฟันจำแนกตามการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟันโดยใช้ **chi-square test** พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันต่างกันมีความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และจากตาราง 48a และ 48b พบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกันมีความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันไม่ต่างกัน ยกเว้นความคิดเห็นเกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านผลกระทบต่อกรพูด ด้านการมารับการรักษาการนอนกัดฟันตามที่ทันตแพทย์นัด โดยผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟันหรือไม่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันหรือไม่ มีความคิดเห็นระดับเห็นด้วยมากกับข้อความข้างต้นมากกว่าผู้นอนกัดฟัน โดยรายละเอียดแสดงในภาคผนวก ง

## บทที่ 5

### อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ

#### 5.1 อภิปรายผล

ผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยวจากการนอนกัดฟันเป็นปัญหาที่ทันตแพทย์มักตรวจพบได้ และผลกระทบดังกล่าวมักก่อให้เกิดปัญหาในการวางแผนการรักษาทางทันตกรรม ไม่ว่าจะเป็นการรักษาทางทันตกรรมบูรณะ การรักษาคลองรากฟัน การรักษาโรคปริทันต์ หรือแม้แต่การรักษาความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร เนื่องจากการนอนกัดฟันอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการสึกของฟัน วัสดุอุดแตกร้าว ฟันโยกได้ (Christensen, 2000) และถึงแม้ว่าการนอนกัดฟันยังไม่ได้เป็นปัญหาทางทันตสาธารณสุข แต่ในมุมมองการรักษาของทันตแพทย์นั้นถือว่าการนอนกัดฟันเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยวของผู้ป่วย และแผนการรักษาของทันตแพทย์ เพราะกว่าที่ผู้ป่วยจะตระหนักถึงผลเสียของการนอนกัดฟัน ก็มักเกิดความสูญเสียทั้งโครงสร้างและความสมดุลของระบบบดเคี้ยวไปมากแล้ว และเนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่เหมาะสมในการตรวจวัดภาวะการนอนกัดฟันของผู้ป่วย นอกจากวิธีรายงานการนอนกัดฟันของผู้ป่วยเอง ดังนั้นถึงแม้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน แต่ถ้าผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงผลเสียที่อาจเกิดจากการนอนกัดฟันผู้ป่วยก็ยังไม่ต้องการรับการรักษา ทั้งนี้การรักษาการนอนกัดฟันจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของทันตแพทย์ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการนอนกัดฟันจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Christensen, 2001) และเพื่อให้การให้ความรู้นั้นมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการสำรวจของความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน โดยผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

#### เกณฑ์การวัด

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง และความเชื่อมั่นแล้วได้ผลอยู่ในระดับดี ทำให้แบบสอบถามฉบับนี้มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง โดยในการวัดความรู้ได้มีคำตอบ “ไม่ทราบ” ด้วยเพื่อลดการเดาสุ่มของผู้ตอบ และจัดรวมมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับในการวัดความคิดเห็นให้เหลือเพียง 2 ระดับ เพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขในการทดสอบด้วย Chi-Square test ที่ต้องมีค่าความถี่คาด (expected frequency) ไม่ต่ำกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนช่องตาราง และเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันในบางประเด็นยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด โดยเฉพาะประเด็นสาเหตุของการนอนกัดฟัน ดังนั้นในการสร้างแบบสอบถามจึงกำหนดให้สาเหตุของการนอนกัดฟันเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันแทน

## ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งคล้ายกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (สุวิทย์ และคณะ, 2543) และมหาวิทยาลัยมหิดล (วนิดา และคณะ, 2542) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ **Manski** และ **Magder(1998)** ที่กล่าวว่าเพศหญิงมักเห็นความสำคัญในการมารับการรักษาทางทันตกรรมมากกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาระดับปริญญาตรี อาจเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ แต่การศึกษาทั้งสองที่กล่าวมาพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมส่วนใหญ่มีอายุ **30-50** ปี ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ อาจเพราะในการศึกษาของสุวิทย์ และคณะ (2543) จัดช่วงอายุตั้งแต่ **30-50** ปีและในการศึกษาของวนิดา และคณะ (2542) จัดช่วงอายุตั้งแต่ **20-29** ปี จากการจัดช่วงอายุที่ต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวต่างกัน และเหตุผลหลักที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ คือการมารับการตรวจสุขภาพช่องปาก จึงนับได้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ที่สนใจเรื่องทันตสุขภาพในระดับหนึ่ง

ผู้ที่เคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันมีเพียงร้อยละ **391** โดยส่วนมากมักทราบจากเพื่อนหรือคนอื่น แต่รับทราบจากทันตแพทย์เพียงร้อยละ **225** อาจแสดงว่าข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันที่ผู้ป่วยรับทราบมาเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเองมากกว่าที่จะได้รับข้อมูลจากทันตแพทย์ ซึ่งข้อมูลที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนกันนั้นอาจไม่ถูกต้องทั้งหมด ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนของความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันระดับน้อย

จากแบบสอบถามพบว่าผู้ที่รายงานว่าตนเองนอนกัดฟัน **84** คน คิดเป็นร้อยละ **187** ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในอดีตที่กล่าวว่าในผู้ป่วยทั่วไปจะมีผู้รายงานการนอนกัดฟันประมาณร้อยละ **8-10 (Ohayon** และคณะ, 2001) โดยผู้ที่รายงานว่าการนอนกัดฟันร้อยละ **57** ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันจากคำบอกของผู้อื่น และทราบจากการมาพบทันตแพทย์ร้อยละ **11** โดยผลการศึกษาที่ทราบจากผู้อื่นนั้นใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันมักทราบว่าตนเองนอนกัดฟันจากผู้ที่ยืนด้วยถึงร้อยละ **68** แต่การทราบจากทันตแพทย์น้อยกว่าผลการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันจะทราบจากทันตแพทย์ถึงร้อยละ **37 (Macfarlane** และคณะ, 2003) และผู้ที่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันด้วยตนเองมีประมาณร้อยละ **32** แต่เนื่องจากไม่มีคำถามเชิงคุณภาพในการเจาะลึกถึงเหตุผล จึงทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยทราบเองได้อย่างไร รวมทั้งไม่มีคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางสถานภาพสมรส ซึ่งอาจมีผลต่อการรายงานการนอนกัดฟันของผู้ป่วย จึงควรมีการเพิ่มเติมในส่วนนี้ด้วย และจากแบบสอบถามพบว่าผู้ป่วยร้อยละ **564** ปฏิเสธการนอนกัดฟัน และมีจำนวนร้อยละ **249** ที่ไม่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันหรือไม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ **Moore (1956)** ที่พบว่าคนส่วนมากมักไม่ทราบว่าหรือปฏิเสธการนอนกัดฟัน





เกี่ยวกับการนอนกัฟนั้นมีระดับความรู้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัฟน แสดงว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับกับเรื่องการนอนกัฟน ได้ถูกต้องมากขึ้น แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงว่าความรู้เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัฟนทั้งในด้านปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนกัฟน และวิธีการรักษาการนอนกัฟนยังมีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ขึ้น ดังนั้นทันตแพทย์ควรติดตามข่าวสารเพื่อนำมาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และรับทราบเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัฟนมากขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัฟนของผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกัฟนต่างกัน (กัฟน และไม่กัฟนหรือไม่ทราบว่าการนอนกัฟนหรือไม่) พบว่าผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกัฟนต่างกัน มีระดับความรู้ไม่ต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่นอนกัฟนไม่ได้มีอาการและอาการแสดง หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัฟนครบทุกอย่างเหมือนคำถามในแบบสอบถาม ทำให้ผู้ที่นอนกัฟนตอบเฉพาะอาการและอาการแสดง หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัฟนที่เกิดขึ้นกับตนเอง และอาจเป็นไปได้ว่าคนที่ไม่ได้นอนกัฟน ได้รับความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนกัฟนจากคนข้างเคียงที่นอนกัฟน ทำให้ระดับความรู้ไม่แตกต่างกัน

#### ความคิดเห็น

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมมีความคิดเห็นว่าการนอนกัฟนมีผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจมากที่สุด รองลงมาได้แก่ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการนอนตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Doa และคณะ (1994) ที่พบว่าผู้ที่นอนกัฟนมีความคิดเห็นว่าการนอนกัฟนทำให้เกิดความตึงเครียด และรบกวนการนอน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ohayon และคณะ (2001) ที่พบว่าผู้ที่นอนกัฟนคิดว่าเสียงจากการนอนกัฟนรบกวนการนอนของผู้ที่นอนด้วย แต่โดยรวมผู้ป่วยคิดว่าการนอนกัฟนมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันไม่ถึงร้อยละ 50 แม้ในด้านด้านอารมณ์และจิตใจซึ่งเป็นด้านที่ผู้ป่วยเห็นว่าได้รับผลกระทบจากการนอนกัฟนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Doa และคณะ (1994) ที่ศึกษาความคิดเห็นของการนอนกัฟนต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าแม้ในคนที่นอนกัฟนเองก็ยังไม่รู้สึกว่าการนอนกัฟนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองมาก นอกจากผู้ที่นอนกัฟนแล้วมีความเจ็บปวดร่วมด้วย และในการศึกษาเรื่องดังกล่าวได้ให้ข้อคิดเห็นว่าเป็นเพราะผู้ที่นอนกัฟนอย่างรุนแรง ร่างกายจะเกิดการปรับตัวเพื่อลดความเจ็บปวด (Rugh และ Ohrbach, 1988) แต่จะทำให้ฟันสึกมากขึ้น โดยที่ผู้ที่นอนกัฟนไม่รู้สึกเจ็บปวด ดังนั้นทันตแพทย์ต้องพยายามชี้ให้ผู้ที่นอนกัฟนตระหนักถึงผลเสียของการนอนกัฟน แม้ว่าจะไม่ใช้ผลกระทบโดยตรงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

ส่วนในด้านการรับการตรวจรักษาการนอนกัฟน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับมากในการมารับการตรวจรักษาการนอนกัฟน ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่นอนกัฟน

ฟันจะมารับการรักษาเมื่อมีระดับความเจ็บปวดจากการนอนกัดฟันรุนแรงมากขึ้น (Molina และคณะ, 2000) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเท็มโปโรแมนดิบูลาร์จะมารับการรักษาเมื่อมีการบกวนการทำกิจกรรม มีอาการผิดปกติระยะสั้นๆ หรือมีอาการเจ็บปวด (Esker และ Gatchel, 2000) โดยทั่วไปถึงแม้ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดบริเวณใบหน้าและช่องปากถึงร้อยละ 26 แต่มีเพียงไม่ถึงครึ่ง คือร้อยละ 46 ที่มาพบแพทย์ หรือทันตแพทย์ โดยความต้องการการรักษาจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีความเจ็บปวดมากกว่า 3 เดือน มีความถี่ของความเจ็บปวดมากขึ้น และไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้เองจนทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Macfarlane และคณะ, 2002) หรือแม้แต่ผู้ที่มีความผิดปกติในการนอนประเภทอื่นที่ไม่ใช่การนอนกัดฟัน ก็ยังมีความต้องการการรักษาน้อยเพราะผู้ป่วยมักมีวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง (Blanco และคณะ, 2003) แต่การศึกษานี้สำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่เอาใจใส่ต่อทันตสุขภาพระดับหนึ่งและส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความคิดเห็นโดยรวมเห็นด้วยค่อนข้างมากต่อการรับการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Macfarlane และคณะ (2003) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอจะมีความต้องการในการรับการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่ได้มารับการรักษาสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Hussaini และคณะ (2003) ที่พบว่าเพศหญิงมีความตระหนักในเรื่องทันตสุขภาพมากกว่าเพศชาย

ส่วนในเรื่องการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะคิดว่าการนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษา แต่ผู้ป่วยยังสนใจติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันน้อย อาจเป็นเพราะผู้ป่วยคิดว่าเรื่องนี้ยังเป็นเรื่องไกลตัวสำหรับผู้ป่วยเพราะในขณะนี้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับผลกระทบจากเรื่องนี้ สังเกตได้จากผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบทันตแพทย์ด้วยเหตุผลที่ต้องการตรวจสุขภาพช่องปาก ขูดหินปูน อุดฟันมากกว่าจะมาปรึกษาเรื่องนอนกัดฟัน การให้ความรู้เรื่องการนอนกัดฟันสามารถทำได้ 2 ทาง คือจากทันตแพทย์โดยตรง และจากสื่อต่างๆ แต่ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยกว่าร้อยละ 80 สะดวกจะติดตามข่าวสารเกี่ยวกับนอนกัดฟันจากนิตยสารและแผ่นพับมากกว่าที่จะสอบถามจากทันตแพทย์ อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันน้อย และคิดว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มาก และคาดว่าทันตแพทย์เองอาจไม่ได้สนใจที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วย ดังนั้นการเผยแพร่ความรู้เหล่านี้ผ่านทางสื่อต่างๆ จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนส่วนใหญ่

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน พบว่าผู้ป่วยที่มีความคิดเห็นทั้งในด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการรับการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน และด้านการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันไม่ต่างกัน

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ที่มีการรับทราบข้อมูลเรื่องการนอนกัดฟันต่างกัน พบว่าผู้ที่เคย และไม่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันมีความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ไม่ต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของ

ผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบจากต่อกรพุด และมีความคิดเห็นว่าจะมาได้รับการรักษาการนอนกัดฟันตามที่ทันตแพทย์ น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟันหรือผู้ที่ไม่ทราบว่าตนเองกัดฟันหรือไม่ อาจเนื่องมาจากผู้ที่นอนกัดฟันไม่ได้รับผลกระทบทุกอย่างจากการนอนกัดฟันดังที่แสดงในแบบสอบถาม ทำให้ผู้ที่นอนกัดฟันโดยเฉพาะผลกระทบที่ผู้นอนกัดฟันได้รับ ซึ่งอาจมีไม่มากทำให้ไม่เห็นความสำคัญในการมารับการตรวจรักษาการนอนกัดฟันตามที่ทันตแพทย์นัด ดังนั้นจึงควรมีการชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบที่ผู้ป่วยให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการมารับการรักษาการนอนกัดฟัน เช่น ชี้นำประเด็นไปถึงเรื่องด้านนอนกัดฟันจะทำให้ฟันสึกไม่สวยงามซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยหันมาสนใจรับการรักษาการนอนกัดฟันมากขึ้น ดังเช่นในการศึกษาของ Helf และคณะ (2003) ที่พบว่าผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ เมื่อฟันดูไม่สวยงาม

เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์เพราะต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟันจะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสัดส่วนของเพศ อายุ การศึกษาในระดับต่างๆ ใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม ผู้ป่วยที่เคยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันมีสัดส่วนใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม แต่ส่วนใหญ่ทราบข้อมูลจากหมอฟันซึ่งต่างจากผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มักทราบจากเพื่อนหรือคนอื่น และผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์เพราะต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟันส่วนมากจะนอนกัดฟัน แต่ส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันด้วยตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มักทราบจากทันตแพทย์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ และโดยรวมใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม อาจเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีการระดับปริญญาตรีเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันค่อนข้างน้อย โดยมีสัดส่วนความคิดเห็นระดับมากต่อระดับน้อย ใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นที่กล่าวว่าผู้ที่นอนกัดฟันคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันเป็นสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ (ปราณปรียา และคณะ, 2540) ที่เป็นเช่นนี้อาจเพราะในการศึกษาที่กล่าวมาทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตทันตแพทย์ซึ่งอาจมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันมากกว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีผู้ที่นอนกัดฟัน 12 ใน 14 คน ค่อนข้างเห็นความสำคัญในการรักษาการนอนกัดฟัน สอดคล้องกับการศึกษาของปราณปรียา และคณะ (2540) ที่กล่าวว่าผู้ที่นอนกัดฟันส่วนมากคิดว่าควรรับการรักษาการนอนกัดฟัน และผู้ป่วยกลุ่มนี้สะดวกจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันจากทันตแพทย์มากกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม แต่เนื่องด้วยตัวอย่างผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์เพราะต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟันมีจำนวนน้อย จึงได้แต่เพียงเปรียบเทียบเชิงพรรณนา แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบทางสถิติได้



อาจกล่าวโดยสรุปว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ให้ความสนใจทันตสุขภาพในระดับหนึ่งแล้ว ยังมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันระดับน้อย และมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันค่อนข้างน้อย ถึงแม้ผู้ป่วยจะเห็นด้วยว่ามีความจำเป็นต้องรับการรักษา และคิดว่าการนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษา แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีความสนใจในการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันน้อย อาจเป็นไปได้ว่าความเห็นด้วยในเรื่องการมารับการรักษานี้มาจากลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ให้ความสนใจหรือใส่ใจต่อการมารับการรักษาทางทันตกรรมอยู่แล้ว ดังนั้นการที่จะให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตระหนักถึงผลกระทบจากการนอนกัดฟัน และความสำคัญในการมารับการรักษาการนอนกัดฟัน จะควรมีการให้ความรู้เรื่องการนอนกัดฟันแก่ผู้ป่วย รวมทั้งพิจารณาหาสื่อหรือวิธีที่เหมาะสมในการให้ความรู้ด้วย

#### การขยายผล

เนื่องจากการศึกษาเชิงพรรณนา ซึ่งไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยรบกวนต่างๆ และเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มบุคคล คือในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีลักษณะผู้ป่วยคล้ายกับในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์บางคณะ เช่น โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์มหิดล โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ ขอนแก่น แต่อาจมีลักษณะผู้ป่วยต่างจาก โรงพยาบาลในต่างจังหวัด จึงเป็นข้อจำกัดในการขยายผลการศึกษา

#### 5.2 สรุปผล

จากการศึกษานี้สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่เอาใจใส่ต่อทันตสุขภาพแล้ว มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันอยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน ด้านอาการและอาการแสดง และด้านการรักษา
2. ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มากนัก โดยเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อเรื่องอารมณ์และจิตใจ เช่นทำให้มีความเครียดมากที่สุด และมีผลกระทบต่อเรื่องการเรียนหรือการทำงานน้อยที่สุด ผู้ป่วยไม่ค่อยสนใจจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนมากเห็นด้วยต่อการมารับการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน และยังเห็นความสำคัญของการรักษาการนอนกัดฟัน และผู้ป่วยส่วนมากสะดวกติดตามข่าวสารจากนิตยสารหรือแผ่นพับมากที่สุด
3. ผู้ป่วยที่มาพบทันตแพทย์เพราะต้องการปรึกษาเรื่องนอนกัดฟันมีระดับความรู้ทั้งรายด้าน และโดยรวมใกล้เคียงกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม และมีความคิดเห็น



ว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มาก แต่เห็นด้วยอย่างมากต่อการมารับการตรวจรักษาการนอนกัดฟันซึ่งคล้ายกับผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม แต่มีความสนใจติดตามข่าวสารมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่มารับการรักษาทางทันตกรรม

4. ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ และการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน มีระดับความรู้ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา และการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันต่างกัน มีระดับความรู้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมมีความรู้น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นอื่น และผู้ป่วยที่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันมีความรู้โดยรวมมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน
5. ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการนอนกัดฟันในทุกๆ ด้านไม่ต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน มีความคิดเห็นในด้านผลกระทบต่อการพูด ด้านการมารับการรักษาการนอนกัดฟันตามที่ทันตแพทย์นัดต่างกัน โดยผู้ที่นอนกัดฟันมีความคิดเห็นด้วยเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟันหรือผู้ที่ไม่ทราบว่าตนเองกัดฟันหรือไม่

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงระดับความรู้และความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งจะเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดของรูปแบบการศึกษาทำให้ต้องระวังในการแปลผล และขยายผลการศึกษา

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นเชิงปริมาณ จึงอาจไม่ทราบเหตุผลเกี่ยวกับความรู้และความคิดเห็นในด้านต่างๆ อย่างลึกซึ้ง จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงเหตุผล หรือปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าวเพิ่มเติม และเพื่อให้ทราบว่า การให้ความรู้ของทันตแพทย์มีผลต่อความรู้เรื่องการนอนกัดฟันของผู้ป่วยหรือไม่ และความรู้เรื่องการนอนกัดฟันมีผลต่อความร่วมมือในการมารับการรักษาอย่างไร จึงควรมีการศึกษาถึงความตระหนักของทันตแพทย์ต่อเรื่องการนอนกัดฟัน และศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และความคิดเห็นต่อความร่วมมือในการมารับการรักษาของผู้ป่วยที่นอนกัดฟันต่อไป

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- ศัพท์ทันตแพทยศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พิมพ์ครั้งที่2 กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน, 2541.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่2 กรุงเทพฯ: วังบูรพา, 2526.
- ปราณปรียา ใจธีรภาพกุล, อุทุมพร ลิขิตรัตน์ และอดิษฐ์ ลัดพลี. ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนกัดฟันกับอาการแสดงทางคลินิก. ส่วนหนึ่งของวิชาการศึกษาดตามหลักสูตรปริญญาทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต วิชาโครงการวิจัยทางทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น, 2546.
- ภาณุเพ็ญ สิทธิสมวงศ์, วรณวิภา บุญเพ็ง, สิริกมล อินทวิ, สุรีย์ ลีลาศุภกร และกัญญาเพ็ญ เอื้อกิ่งเพชร. ความสัมพันธ์ของอาการแสดงในช่องปากกับนิสัยนอนกัดฟัน. ว.ทันต.มหิดล 2545; 22(2-3): 55-60.
- ล้วน สายยศ, อังคนาสายศ. เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น 2539.
- วนิดา นิมนานนท์, ธารวิทย์ สุขเจริญ, สมศักดิ์ จักรไพวงศ์, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปร่งฟันของผู้ป่วยอนามัยในช่องปากที่มีเหงือกกรัน ในคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. ว.ทันต.มหิดล 2542; 19(1-3): 61-72.
- สุวิทย์ อุดมพาณิชย์, วรณวิมล กาญจนกรทอง, นัตรมงคล พรหมทา, ศิรินาถ ชีวะเกรียงไกร, สุธิดา สกุลณี. สิทธิผู้ป่วยกับความเห็นด้วยของผู้ป่วยและทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ว.ทันต.ขอนแก่น 2543; 3(2): 45-50.

### ภาษาอังกฤษ

- Ahlberg J., Savolainen A., Rantala M., Lindholm H. and Kononen M. Reported bruxism and biopsychosocial symptoms: a longitudinal study. Community Dent Oral Epidemiol 2004;32: 307-11.
- Ahlberg J., et al. Reported bruxism and stress experience. Community Dent Oral Epidemiol 2002;30(6): 405-8
- Al-Hussaini, R., et al. Dental health knowledge, attitudes and behaviour among students at the Kuwait University Health Sciences Centre. Med Princ Pract 2003;12(4): 260-5.
- Attarasio, R. An overview of bruxism and its management. Dent Clin North Am 1997;41(2): 229-40.

- Bader, G. and Lavigne, G. Sleep Bruxism an overview of an oromandibular sleep movement disorder. Sleep Medicine Reviews 2000;40(1): 27-43
- Bader, G., Kampe, T., Tagdæ, T., Karlsson, S. and Blomqvist, M. Descriptive physiological data on a sleep bruxism population. Sleep 1997;20: 982-90
- Baka, K., Haketa, T., Clark, G. T. and Ohyama, T. Does tooth wear status predict ongoing sleep bruxism in 30-year-old Japanese subjects? Int J Prosthodont 2004;17(1): 39-44
- Bell, E. J., Kaidonis, J. and Townsend, G. C. Tooth wear in children with down syndrome. Aust Dent J 2002;47(1): 30-5.
- Blanco, M., Krigger, N., Lloret, S. P. and Cardinali, D. P. Attitudes towards treatment among patients suffering from sleep disorders. A Latin American survey. BMC Fam Pract 2003;20(4): 17.
- Boyers, P. Value of autosuggestion in the therapy of bruxism and other oral habits. J Am Dent Assoc 1940;27: 1773-7.
- Brook, U., Heim, M. and Alkalai, Y. Attitude, knowledge and habits of high school pupils in Israel regarding oral health. Patient Educ Cours. 1996;27(2): 171-5.
- Christensen, G. J. Treating bruxism and clenching. J Am Dent Assoc 2000;131(2): 233-5.
- Christensen, G. J. Now is the time to observe and treat dental occlusion. J Am Dent Assoc 2001;132(1): 100-2.
- Chung S. C., Kim, Y. K. and Kim, H. S. Prevalence and patterns of Nocturnal Bruxofacets on stabilization splints in temporomandibular disorder patients. Cranio 2000;18(2): 92-7.
- Ciancaglini, R., Gherlone, E. F. and Radaelli, G. The relationship of bruxism with craniofacial pain and symptoms from the masticatory system in the adult population. J Oral Rehabil 2001;28(9): 842-8
- Clark, G. T., Tsukiyama, Y., Baba, K. and Watarabe, T. Sixty-eight years of experimental occlusal interference studies: what have we learned? J Prosthet Dent 1999;82(6): 704-13
- Cooke, G. H. Reversible pulpitis with etiology of bruxism. J Endodont 1982;8: 280-1.
- Critchley, M. Medical dictionary. 2nd ed. London: Butterworth & Co (publisher) Ltd, 1978.
- Dao, T. T., Lund, J. P. and Lavigne, G. J. Comparison of pain and quality of life in bruxers and patients with myofascial pain of the masticatory muscles. J Orofac Pain 1994;8: 350-6.
- Dylina, T. J. A common-sense approach to splint therapy. J Prosthet Dent 2001;86(5): 539-45.

- Ekfeldt, A., et al. A retrospective analysis of factors associated with multiple implant failures in maxillae. Clin Oral Implants Res 2001;12(5): 462-7.
- Epker, J. and Gatchel, R.J. Prediction of treatment-seeking behavior in acute TMD patients: Practical application in clinical setting. J Orofac Pain 2000; 14(4): 303-9
- Flores, R. I. G., et al. Risk Factors for sleep bruxism in Japanese dental students. J Appli Res 2003;3(4): 420-8
- Glaros, A. G. Incidence of diurnal and nocturnal bruxism. J Prosthet Dent 1981;45: 545-9.
- Good, C. V. Dictionary of Education. New York: McGraw-Hill, 1973
- Granada, S. and Hicks, R. A. Changes in self-reported incidence of nocturnal bruxism in college students: 1966-2002. Percept Mot Skills 2003;97(3 Pt 1): 777-8
- Gronlund, N.E. and Linn, R.L. Measurement and evaluation in teaching 6th. New York: Macmillan Publishing Company, 1990
- Hanamura, H., et al. Periodontal status and bruxism A comparative study of patients with periodontal disease and occlusal parafunctions. J Periodontol 1987;58(3): 173-6
- Heft, M. W., Gilbert, G. H., Shelton, B. J. and Duncan, R. P. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31(5): 351-60.
- Hirt, H. A. and Muhlemann, H. R. Diagnosis of bruxism by measurement of the tooth mobility. Paradontologie 1955;9: 47-55.
- Hublin, C. and Kaprio, J. Genetic aspects and genetic epidemiology of parasomnias. Sleep Medicine Reviews 2003;7(5): 413-21.
- Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M. and Koskenvuo, M. Sleep bruxism based on self-report in a nationwide twin cohort. J Sleep Res 1998;7(1): 61-7.
- Ingle, J. I. Alveolar osteoporosis and pulpal death associated with compulsive bruxism. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1960;13: 1371-81.
- Isacsson, G., Barregard, L., Selden, A. and Bodin, L. Impact of nocturnal bruxism on mercury uptake from dental amalgams. Eur J Oral Sci 1997;105: 251-7.
- Johansson, A., et al. Comparison of the prevalence, severity, and possible causes of occlusal wear in two young adult population. J Oral Rehabil 1993;20: 463-70.
- Kampe, T., Edman, G., Bader, G., Tagdæ, T. and Karlsson, S. Personality traits in a group of subjects with long-standing bruxing behaviour. J Oral Rehabil 1997;24(8): 588-93.



- Kampe, T., Taghæ, T., Bader, G., Edman, G. and Karlsson, S. Reported symptoms and clinical findings in a group of subjects with long standing bruxing behaviour. J Oral Rehabil 1997;24: 581-87.
- Kato, T., Thic, N. M R., Montplaisir, J. Y. and Lavigne, G. J. Bruxism and orofacial movements during sleep. Dent Clin North Am 2001;45(4): 657-84
- Kerdpon, D. and Sirirungrojying S. A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. Eur J Oral Sci 1999;107(1): 9-13
- Kolesnik, W. L. Education Psychology. 2. New York: McGraw-hill, 1970
- Kreiner, M., Betancor, E. and Clark, G. T. Occlusal stabilization appliances evidence of their efficacy. J Am Dent Assoc 2001;32: 770-7.
- Kretch, D. and Crutchfield, R. S. Theory and Problem in Social Psychology. New York: McGraw-Hill, 1948
- Kuch, E. V., Till, M. J. and Messer, L. B. Bruxing and non-bruxing children: a comparison of their personality traits. Pediatr Dent 1979;1(3): 182-7.
- Kuttila, S. J., et al. Secondary otalgia in an adult population. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127: 401-5.
- Lavigne, G. J., Guitard, F., Rompre, P. H. and Montplaisir, J. Y. Variability in sleep bruxism activity overtime. J Sleep Res 2001;10(3): 237-44
- Lee, W. C. and Eakle, W. S. Cervical erosion. J Am Dent Assoc 1983;107(4): 550
- Leof, M. Chomping and grinding habits. Their relation to periodontal disease. J Am Dent Assoc 1944;31: 184-94
- Lindquist, B. and Heijbel, J. Bruxism in children brain damage. Acta Odontol Scand 1974; 32: 313-9
- Lobbezoo, F. and Lavigne, G. J. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause-and-effect relationship? J Orofac Pain 1997;11(1): 15-23
- Lorig K. Guide to clinical preventive service. Available from <http://www.vnh.org/GCPS2109.html> 2004 [21/04/04]
- Lyons, K. Aetiology of abfraction lesions. N Z Dent J 2001;97(429): 93-8
- Macfarlane, T. V., Blinkhorn, A. S., Davies, R. M. and Worthington, H. V. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. J Dent 2003;31: 535-42.



- Macfarlane, T. V., Blinkhorn, A. S., Davies, R. M., Kinsey, J. and Worthington, H. V. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. Community Dent Oral Epidemiol 2002;30(1): 52-60
- Manfredini, D., Cantini, E., Romagnoli, M. and Bosco, M. Prevalence of bruxism in patients with different research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) diagnoses. Cranio 2003;21(4): 279-85.
- Mehta, N. Muscular Disorders. In Kaplan A. S. and Assael L. A., Temporomandibular Disorders, 118-41. Philadelphia: Saunders, 1992.
- Molin, C. and Levin, L. A psycho-odontalgic investigation of patients with bruxism Acta Odontol Scand 1966;24: 373-91.
- Molina, O. F., Santos, J., Nelson, S. J. and Grossman, E. Prevalence of modalities of headaches and bruxism among patients with craniomandibular disorder. Cranio 1997;15(4): 314-25.
- Molina, O. F., Santos, J. D., Nelson, S. J. and Nowlin, T. Profile of TMD and bruxer compared to TMD and unbruxer patients regarding chief complaint, previous consultations, modes of therapy, and chronicity. Cranio 2000;18(3): 205-19.
- Moore, D. S. Bruxism diagnosis and treatment. J Periodontol 1956;27: 227-83.
- Morris, H. F. Veterans Administration cooperative studies project No.147. Association of metallic taste with metal ceramic alloys. J Prosthet Dent 1990;63: 124-9.
- Moti, N. Symptoms, signs, and consequences of bruxism Available from <http://www.is.wayne.edu/mmissari/bruxnet/Effects.htm> 2004. [21/04/04]
- Nadler, S. C. The effects of bruxism J Periodontol 1966;37: 311-8
- Nadler, S. C. The importance of bruxism J Oral Med 1968;23(4): 142-8
- Niedermeyer, W. Parameters of tooth mobility in cases of normal function and functional disorders of the masticatory system. J Oral Rehabil 1993;20: 189-202.
- Ohayon, M. M., Kasey, K. L. and Guilleminault, C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. Chest 2001;119(1): 53-61.
- Okeson, J. F. Management of Temporomandibular Disorder and Occlusion. 4th. St.Louis: Mosby, 1998.
- Pavone, B. W. Bruxism and its effect on the natural teeth. J Prosthet Dent 1985;53(3): 692-6.
- Peak, J., Eveson, J. W. and Scully, C. Oral manifestation of Rett's syndrome. Br Dent J 1992;172: 248-9.

- Pergamalian, A., Rudy, T. E., Zaki, H. S. and Carol, M. G. The association between wear facets, bruxism, and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent 2003;90: 194-200
- Pierce, C. J., Chrisman, K., Berett, E. and Close, J. M. Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to sleep bruxism. J Orofac Pain 1995;9: 51-6
- Pigno, M. A., Hatch, J. P., G.R.C., R., Sakai, S. and Rugh, J. D. Severity, distribution, and correlates of occlusal tooth wear in a sample of Mexican-American and European-American adults. Int J Prosthodon 2001;14(1): 65-70
- Pingitore, G., Chrobak, V. and Petrie, J. The social and psychologic factors of bruxism. J Prosthet Dent 1991;65: 443-6
- Reding, G. R., Rubright, W. C. and Zimmeman, S. O. Incidence of bruxism. J Dent Res 1966;45: 1198-204
- Rugh, W. K. and Ohrbach, R. Occlusal parafunction. In Mohl, N., Zarb, G.A., Carlsson, G.E., and Rugh, J.D., A textbook of occlusion, 249-56. Chicago: Quintessence Publishing Company, 1988
- Schlott, W. J. Midface collapse: an overlooked disease. Dent Today 1997;16(9): 54-7.
- Thaller, J. L., Rosen, G. and Saltzman, S. Study of the relationship of frustration and anxiety to bruxism. Periodontol 1967;38: 193-7.
- The new international webster's comprehensive dictionary of English language. Deluxe encyclopedia edition. Chicago: Trident Press International, 1995.
- Thompson, R. H., Geiger, A. M., Wasseman, B. H. and Turgeon, L. R. Relationship of occlusion and periodontal disease. Part III relation of periodontal status of general background characteristics. J Periodontol 1972;43: 540-6
- Thorpy, M. J., Chaiman, Rochester. Diagnostic and Coding manual: Diagnostic Classification Steering Committee. In: ICSD-International Classification of Sleep Disorders: American Sleep Disorders Association, 1990
- Treacy, K. Awareness/relaxation training and transcutaneous electrical neural stimulation in treatment of bruxism. J Oral Rehabil 1999;26: 280-7.
- Ulrich, G. H. and Griffin, J. W. Atypical granuloma associated with compulsive bruxism in an adolescent female. J Periodontol 1967;38: 514-7.

Velly, A. M, Gornisky, M and Philippe, P. Contributing factors to chronic myofascial pain: case-control study. Pain 2003;104: 491-9.

Wiersma, W., Jurs, S.G. Educational measurement and testing 2nd. Boston: Allyn and Bacon, 1990.

Winocur, E., Gavish, A., Voikovitch, M and Eli, I. Drugs and bruxism: a critical review. J Oralfac Pain 2003;17(2): 99-111.

Xhonga, F. Bruxism and its effect on the teeth. J Oral Rehabil 1977;4(1): 65-76.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

### แบบสอบถามความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง : แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้และความเข้าใจที่มีต่อการนอนกัณฑ์

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นที่มีต่อการนอนกัณฑ์

#### การตอบแบบสอบถาม

1. โปรดอ่านคำถามโดยละเอียด แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดและโปรดตอบให้ครบทุกข้อ เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการวิจัย
2. ท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถามจากผู้วิจัยได้ตลอดการตอบแบบสอบถาม
3. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม โดยยังได้รับการตรวจรักษาตามระเบียบของทางโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นความลับ และจะเผยแพร่เฉพาะในรูปแบบที่เป็นผลสรุปงานวิจัย หรือด้วยเหตุผลทางราชการเท่านั้น และขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่เสียสละเวลา ในการตอบแบบสอบถาม

(ทพญ. ฟ้าใส ภูเกียรติ)

ผู้วิจัย

#### คำยินยอมของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้อ่าน และทำความเข้าใจในข้อความทั้งหมดของใบยินยอมครบถ้วนดีแล้ว  
ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมที่จะตอบแบบสอบถามเรื่องความรู้และความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมต่อการนอนกัณฑ์ด้วยความสมัครใจ

ลงนาม.....ผู้ตอบแบบสอบถาม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม



คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย Ü ในช่อง i ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือตอบคำถามในช่องว่าง





สำหรับ

ผู้วิจัย

- |  |  |   |        |
|--|--|---|--------|
| 1. เพศ   |  |   |        |
| i 1. ชาย   |  | i 2 หญิง                                  | 1_ _   |
| 2. อายุ ..... ปี   |  |   | 2_ _   |
| 3. ระดับการศึกษา   |  |   | 3_ _   |
| i 1. ประถม   |  | i 4. ปริญญาตรี                            |        |
| i 2. มัธยม/ ปวช.   |  | i 5. สูงกว่าปริญญาตรี                     |        |
| i 3. อนุปริญญา/ ปวส.   |  | i 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....                  |        |
| 4. ท่านมาพบทันตแพทย์ด้วยสาเหตุใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)                            |  |   |        |
| i 1. ตรวจเช็คสุขภาพช่องปาก   |  | i 6. ต้องการถอนฟัน                        | 1_ 6_  |
| i 2. ปวดฟัน / เสียวฟัน   |  | i 7. ต้องการใส่ฟัน                        | 2_ 7_  |
| i 3. ปวดกล้ามเนื้อ / ปวดข้อต่อขากรรไกร   |  | i 8. ต้องการจัดฟัน                        | 3_ 8_  |
| i 4. ต้องการอุดฟัน   |  | i 9. ต้องการปรึกษาเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน   | 4_ 9_  |
| i 5. ต้องการขูดหินปูน  |  | i 10. อื่นๆ โปรดระบุ .....                | 5_ 10_ |
| 5. ท่านเคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องกรนอนกัดฟันมาก่อนหรือไม่                         |  |   | 5_ _   |
| i 1. เคย   |  |   |        |
| i 2. ไม่เคย (ถ้าตอบไม่เคย ข้ามไปตอบข้อที่ 7)   |  |   |        |
| 6. ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องกรนอนกัดฟันจากแหล่งใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) |  |   |        |
| i 1. เพื่อน/คนอื่น   |  | i 4. นิตยสาร/แผ่นพับ                      | 1_ 4_  |
| i 2. หมอ/หมอฟัน  |  | i 5. อินเทอร์เน็ต/เว็บไซต์ของคณะทันตแพทย์ | 2_ 5_  |
| i 3. โทรทัศน์/ วิทยู   |  | i 6. อื่นๆ โปรดระบุ .....                 | 3_ 6_  |
| 7. ท่านนอนกัดฟันใช่หรือไม่   |  |   | 7_ _   |
| i 1. ใช่   |  |   |        |
| i 2. ไม่ใช่ (ถ้าตอบไม่ใช่ข้ามไปตอบส่วนที่ 2)   |  |   |        |
| i 3. ไม่ทราบ (ถ้าตอบไม่ทราบข้ามไปตอบส่วนที่ 2)   |  |   |        |
| 8. ท่านทราบได้อย่างไรว่าตนเองนอนกัดฟัน (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)                      |  |   |        |
| i 1. ทราบเอง   |  | i 3. หมอ/หมอฟันบอก                        | 1_ 3_  |
| i 2. คนอื่นบอก   |  | i 4. อื่นๆ โปรดระบุ .....                 | 2_ 4_  |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจที่มีต่อการนอนกัดฟัน

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย **ü** ในช่อง **i** ตามที่ท่านเข้าใจ

1. การนอนกัดฟัน คือ การกัดเค้นฟันขณะหลับ	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
2. การนอนกัดฟัน คือ การถูไถฟันขณะหลับ	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
3. การนอนกัดฟันต้องมีเสียงกัดฟันร่วมด้วยเสมอ	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
4. การนอนกัดฟันเกิดขึ้นในขณะที่รู้สึกตัว	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
5. การนอนกัดฟันทำให้ฟันสึก หรือเตี้ยลง	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
6. การนอนกัดฟันจะทำให้วัสดุอุดฟันแตกร้าว	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
						
7. การนอนกัดฟันทำให้มีกระดูกงอกนูนบริเวณเหงือก	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
						
8. การนอนกัดฟันทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยแก้มหลังตื่นนอน	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
9. ผู้ที่นอนกัดฟันมาเป็นระยะเวลานานจะมีกรามโตขึ้น	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
						
10. การนอนกัดฟันทำให้ปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร (หน้าหู)	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
						
11. การนอนกัดฟันทำให้มีอาการปวดศีรษะหลังตื่นนอน	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ
12. ฟันที่สึกจากการนอนกัดฟันจะคมจึงทำให้ระคายเคืองต่อแก้มและลิ้น	i	ใช่	i	ไม่ใช่	i	ไม่ทราบ

<p>13. การมีฟันสูงต่ำไม่เท่ากันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เห็นอนกััดฟัน</p> 	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>14. เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสที่จะนอนกััดฟันได้เท่ากัน</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>15. คนแก่มีโอกาสนอนกััดฟันมากกว่าคนหนุ่มสาว</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>16. ผู้ที่มีบิดามารดานอนกััดฟันมีแนวโน้มที่จะนอนกััดฟัน</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>17. การนอนกััดฟันเป็นการแสดงออกอย่างหนึ่งของความเครียด</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>18. ผู้ที่มีบุคลิกภาพจีโมโหหงุดหงิดง่ายมักนอนกััดฟัน</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>19. ผู้ที่ดื่มห้ำหรือกาแฟก่อนนอนมีโอกาสนอนกััดฟันมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ดื่มห้ำ</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>20. การใส่ฝ่ือกสบฟันหรือใส่ฟันยางเป็นวิธีป้องกันฟันสึกจากการนอนกััดฟัน</p> 	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>21. การกินยาคลายเครียดช่วยรักษาอาการนอนกััดฟันได้</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>22. การฝึกให้ผู้ทีนอนกััดฟันผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจจะช่วยลดการนอนกััดฟัน</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>23. การรักษาอาการนอนกััดฟันต้องมีการติดตามผลเป็นระยะๆ</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>24. การรักษาอาการนอนกััดฟันสามารถหยุดนอนกััดฟันได้</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>
<p>25. การรักษาอาการนอนกััดฟันมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดผลเสียที่เกิดจากการนอนกััดฟัน</p>	<p>ใช่    ไม่ใช่    ไม่ทราบ</p>

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อการนอนกัดฟัน

**คำชี้แจง :** โปรดอ่านข้อความ และทำเครื่องหมาย **ü** ในช่อง **i** ที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- ท่านคิดว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ  
ต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

การนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน.....	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
<b>1.</b> ด้านการนอน เช่น ทำให้นอนหลับไม่สนิท	i	i	i	i	i
<b>2.</b> ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก	i	i	i	i	i
<b>3.</b> ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่ออ้าปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปรงฟัน	i	i	i	i	i
<b>4.</b> ด้านการได้ยิน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อจึงได้ยินเสียงไม่ชัด	i	i	i	i	i
<b>5.</b> ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน หรือการทำงานลดลง	i	i	i	i	i
<b>6.</b> ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น	i	i	i	i	i
<b>7.</b> ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้อายที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น	i	i	i	i	i
<b>8.</b> ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	i	i	i	i	i
<b>9.</b> ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น	i	i	i	i	i
<b>10.</b> ถ้าท่านเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ อีก โปรดระบุ .....					

— ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการตรวจ และการรักษาอาการนอนกัดฟัน

ด้านการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะสละเวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	i	i	i	i	i
2. ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	i	i	i	i	i
3. ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	i	i	i	i	i
4. ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อรับการรักษาการนอนกัดฟัน	i	i	i	i	i
5. ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามที่ทันตแพทย์นัด	i	i	i	i	i
6. ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยาง เพื่อรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านจะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ	i	i	i	i	i
7. ท่านคิดว่าจำเป็นต้องรักษาอาการนอนกัดฟันหรือไม่ i จำเป็น เพราะ ..... i ไม่จำเป็น เพราะ .....					

• ท่านติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันมากน้อยเพียงใด

ด้านผลการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้	i	i	i	i	i
2. ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	i	i	i	i	i
3. ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	i	i	i	i	i
4. ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	i	i	i	i	i
5. ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	i	i	i	i	i
6. ถ้าท่านสนใจติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน ท่านสะดวกจะรับข่าวสารด้วยสื่อใด i โทรทัศน์/ วิทู i นิตยสาร/ แผ่นพับ i อินเทอร์เน็ต/ เว็บไซต์ i ถามหมอฟัน i อื่นๆ โปรดระบุ .....					

ขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ค่ะ



**ภาคผนวก ข**  
**ตารางแสดงความเชื่อมั่น**

ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของความรู้เมื่อวิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ข้อคำถามความรู้	Scale mean if item deleted	Scale variance if item deleted	Corrected item-total correlation	Alpha if item deleted
1. การนอนกัดฟัน คือ การกัดเส้นฟันขณะหลับ	42.7500	192.7051	.1877	.8810
2. การนอนกัดฟัน คือ การงูไถฟันขณะหลับ	42.7250	188.2045	.2952	.8795
3. การนอนกัดฟันต้องมีเสียงกัดฟันร่วมด้วยเสมอ	42.8750	191.1378	.1967	.8813
4. การนอนกัดฟันเกิดขึ้นในขณะที่รู้สึกตัว	43.3000	185.9590	.2810	.8806
5. การนอนกัดฟันทำให้ฟันสึก หรือเคี้ยวลง	42.2000	184.4205	.3822	.8777
6. การนอนกัดฟันจะทำให้วัสดุอุดฟันแตกร้าว	42.1250	182.3686	.4291	.8765
7. การนอนกัดฟันทำให้มีกระดูกงอกนูนบริเวณเหงือก	41.5500	181.5872	.4131	.8771
8. การนอนกัดฟันทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยแก้มหลังตื่นนอน	41.8250	180.8660	.5016	.8747
9. ผู้ที่นอนกัดฟันมาเป็นระยะเวลานานจะมีกรามโตขึ้น	41.8250	176.4558	.5791	.8723
10. การนอนกัดฟันทำให้ปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร (หน้าหู)	41.7500	177.0128	.6238	.8714
11. การนอนกัดฟันทำให้มีอาการปวดศีรษะหลังตื่นนอน	41.4750	175.8455	.6855	.8700
12. ฟันที่สึกจากการนอนกัดฟันจะคมจึงทำให้ระคายเคืองต่อแก้มและลิ้น	41.9000	178.9641	.4810	.8752
13. การมีฟันสูงต่ำไม่เท่ากันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ฟันนอนกัดฟัน	41.9500	172.9205	.5809	.8720
14. เพศชายและเพศหญิงมีโอกาสที่จะนอนกัดฟันได้เท่ากัน	41.9500	182.4077	.4298	.8765
15. คนแก้มมีโอกาสนอนกัดฟันมากกว่าคนหนุ่มสาว	41.9250	175.5071	.4940	.8750
16. ผู้ที่มีบิดามารดานอนกัดฟันมีแนวโน้มที่จะนอนกัดฟัน	41.9250	177.7122	.4545	.8762
17. การนอนกัดฟันเป็นการแสดงออกอย่างหนึ่งของความเครียด	42.2750	178.1019	.5688	.8728
18. ผู้ที่มีบุคลิกภาพขี้โมโหหงุดหงิดง่ายมักนอนกัดฟัน	41.7000	181.8051	.4541	.8759
19. ผู้ที่ดื่มเหล้าหรือกาแฟก่อนนอนมีโอกาสนอนกัดฟันมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ดื่ม	41.6500	179.1051	.4556	.8760
20. การใส่เสื้อสบฟันหรือใส่ฟันยางเป็นวิธีป้องกันฟันสึกจากการนอนกัดฟัน	41.8250	182.0455	.4243	.8767
21. การกินยาคลายเครียดช่วยรักษาอาการนอนกัดฟันได้	41.6500	179.4128	.4741	.8753
22. การฝึกให้ผู้ที่ไม่นอนกัดฟันผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจจะช่วยลดการนอนกัดฟัน	42.1750	176.0968	.6641	.8704
23. การรักษาอาการนอนกัดฟันต้องมีการติดตามผลเป็นระยะๆ	42.3500	187.3103	.3354	.8787
24. การรักษาอาการนอนกัดฟันสามารถหยุดนอนกัดฟันได้	42.1000	185.8359	.2938	.8802
25. การรักษาอาการนอนกัดฟันมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดผลเสียที่เกิดจากการนอนกัดฟัน	42.6250	187.5737	.4224	.8773

ตารางแสดงค่าความเชื่อมั่นของความคิดเห็นเมื่อวิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ข้อคำถามความคิดเห็น	Scale mean if item deleted	Scale variance if item deleted	Corrected item-total correlation	Alpha if item deleted
1. ด้านการนอน - ทำให้นอนหลับไม่สนิท	66.3000	99.9077	.1864	.8183
2. ด้านการพูด - การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก	66.8250	95.1224	.3886	.8071
ด้านการอ้าปาก - การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่อยอ้าปากหรืออ้าปาก เพื่อแปรงฟัน	66.4500	92.0487	.4833	.8014
4. ด้านการได้ยิน - การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อจึงได้ยินเสียงไม่ชัด	67.1000	95.2205	.4130	.8057
5. ด้านการเรียน หรือทำงาน - การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน การทำงานลดลง	67.0500	94.0487	.4380	.8042
6. ด้านการเคี้ยวอาหาร - การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น	66.6000	93.3231	.5168	.8001
7. ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น - การนอนกัดฟันทำให้อายที่จะต้องนอน ร่วมกับผู้อื่น	66.0250	94.4865	.3404	.8111
8. ด้านอารมณ์และจิตใจ - การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	65.8250	100.2506	.1933	.8171
9. ด้านความสวยงาม - การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น	66.5500	95.0231	.3679	.8085
10. ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะสละเวลา เพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	65.4500	94.4590	.6288	.7975
11. ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	65.4250	95.8404	.6114	.7997
12. ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	65.8000	92.2154	.5635	.7973
13. ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อรับการรักษาการนอนกัดฟัน	66.1250	92.6763	.5350	.7989
14. ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามทันตแพทย์นัด	65.6500	97.6179	.3274	.8102
15. ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยาง เพื่อรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านจะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ	65.6500	96.4897	.4205	.8057
16. การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้	65.5500	102.6641	.1706	.8158
17. ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	65.9250	101.8660	.1873	.8157
18. ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	66.7500	100.9103	.1280	.8224
19. ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	66.1000	93.9897	.4969	.8013
20. ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	66.2000	96.7795	.4194	.8058

## ภาคผนวก ก

### ตารางแสดงค่าความเป็นหมวดหมู่

ตารางแสดงค่าความเป็นหมวดหมู่ของความคิดเห็นเมื่อวิเคราะห์ด้วย Factor analysis

ลำดับ	ข้อความ	component		
		1	2	3
1A	ด้านการนอน - ทำให้นอนหลับไม่สนิท			.438
2A	ด้านการพูด - การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก			.653
3A	ด้านการอ้าปาก - การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่ออ้าปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปรงฟัน			.714
4A	ด้านการได้ยิน - การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อจึงได้ยินเสียงไม่ชัด			.719
5A	ด้านการเรียน หรือทำงาน - การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน การทำงานลดลง			.709
6A	ด้านการเคี้ยวอาหาร - การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น			.672
7A	ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น - การนอนกัดฟันทำให้อายที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น			
8A	ด้านอารมณ์และจิตใจ - การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด			.558
9A	ด้านความสวยงาม - การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น			.658
1B	ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะสละเวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	.770		
2B	ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	.833		
3B	ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	.841		
4B	ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อรับการรักษาการนอนกัดฟัน	.831		
5B	ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามที่ทันตแพทย์นัด	.848		
6B	ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่ฟลิกสปีนหรือฟันยาง เพื่อรักษาการนอนกัดฟัน ท่านจะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ	.702		
1C	การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้			.727
2C	ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน			.838
3C	ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน			.798
4C	ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน			.862
5C	ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน			.871

## ภาคผนวก ง

### ตารางแสดงรายละเอียดของผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม

**ตาราง 45a-1** ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งโดยรวมและในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามเพศ

ความรู้	X (SD)		t	P
	เพศชาย (n= 147)	เพศหญิง (n= 303)		
คำจำกัดความของการนอนกัดฟัน	230(1.08)	235(1.04)	-.408	.683
ผลกระทบของการนอนกัดฟัน	264(2.22)	299(2.40)	-1.225	.220
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน	1.98(1.37)	2.20(1.58)	-1.223	.221
การรักษาการนอนกัดฟัน	2.59(1.61)	2.64(1.70)	-.496	.620
คะแนนรวม	954(4.73)	1018(5.20)	-1.269	.205

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ตาราง 45a-2** ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งโดยรวมและในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามอายุ

ความรู้	(n= 450)		
	Mean Square	F	P
คำจำกัดความของการนอนกัดฟัน	.73 1.12	.651	.522
ผลกระทบของการนอนกัดฟัน	7.90 5.50	1.436	.239
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน	1.59 2.30	.690	.502
การรักษาการนอนกัดฟัน	3.60 2.79	1.294	.275
คะแนนรวม	33.46 25.51	1.312	.270

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 45a-3 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของความรู้จำแนกตามอายุ

อายุ	N	X	SD
15-30ปี	281	102349	50542
31-45ปี	129	96977	51835
46-60ปี	40	90000	45573
รวม	450	99711	50540

ตาราง 45a-4 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัศพินทั้งโดยรวมและในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามระดับการศึกษา

ความรู้	(n= 450)		
	Mean Square	F	P
คำจำกัดความของการนอนกัศพิน	499 1.08	4634	.001*
ผลกระทบของการนอนกัศพิน	2674 5.32	5025	.001*
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัศพิน	1067 2.27	4735	.001*
การรักษาการนอนกัศพิน	1370 2.69	5094	.001*
คะแนนรวม	18602 2410	7.719	.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 45a-5 ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของความรู้จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	X	SD
ประถม	21	50476	39557
มัธยม/ ปวช.	108	94352	51105
อนุปริญญา/ ปวส.	38	87895	45806
ปริญญาตรี	227	106740	49034
สูงกว่าปริญญาตรี	56	108036	50576
รวม	450	99711	50540



ตาราง 471 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ จำแนกตามเพศ

ข้อความ	$\chi^2$	P
ด้านการนอน เช่น ทำให้นอนหลับไม่สนิท	.009	.923
ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก	.063	.802
ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่ออ้าปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปรงฟัน	1.390	.238
ด้านการได้ยิน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อหรือได้ยินเสียงไม่ชัด	.022	.883
ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน การทำงานลดลง	2.466	.116
ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น	.116	.734
ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้ผู้อื่นที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น	.513	.474
ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	1.562	.211
ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น	.043	.836
ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะสละเวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	2.834	.092
ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	1.446	.229
ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	.024	.877
ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อมารับการรักษาการนอนกัดฟัน	4.473	.034
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามทันตแพทย์นัด	1.136	.286
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยางเพื่อรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านจะใส่ตามทันตแพทย์แนะนำ	.015	.904
การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้	.826	.363
ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	4.232	.040
ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.025	.873
ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	4.394	.036
ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	2.535	.111

หมายเหตุ n = 450

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 47-2 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ จำแนกตามอายุ

ข้อความ	$\chi^2$	P
ด้านการนอน เช่น ทำให้นอนหลับไม่สนิท	1.113	.537
ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก	.221	.896
ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่อยอ้าปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปรงฟัน	4.318	.115
ด้านการได้ยิน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อหรือได้ยินเสียงไม่ชัด	1.013	.603
ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน การทำงานลดลง	.312	.856
ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น	7.627	.022
ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้ผู้อื่นที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น	1.878	.391
ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	1.564	.457
ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น	.095	.953
ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะสละเวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	7.404	.025
ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	2.876	.237
ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	2.468	.291
ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อมารับการรักษาการนอนกัดฟัน	1.480	.477
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามทันตแพทย์นัด	.695	.707
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยางเพื่อรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านจะใส่ตามทันตแพทย์แนะนำ	2.086	.352
การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้	4.437	.109
ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	4.715	.095
ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.452	.798
ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.265	.876
ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	1.625	.444

หมายเหตุ n = 450

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 473 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ จำแนกตามการศึกษา

ข้อความ	$\chi^2$	P
ด้านการนอน เช่น ทำให้นอนหลับไม่สนิท	6.526	.163
ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก	4.468	.301
ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่ออ้าปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปรงฟัน	9.667	.046
ด้านการได้ยิน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อจึงได้ยินเสียงไม่ชัด	2.536	.638
ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน การทำงานลดลง	5.058	.281
ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น	4.248	.374
ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้ผู้อื่นที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น	6.371	.173
ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	3.860	.425
ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น	3.955	.412
ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะสละเวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	6.715	.152
ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	4.299	.367
ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	10.756	.029
ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อมารับการรักษาการนอนกัดฟัน	6.743	.150
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามทันตแพทย์นัด	13.282	.010
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยาง เพื่อรักษาอาการนอนกัดฟัน ท่านจะใส่ตามทันตแพทย์แนะนำ	3.050	.550
การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้	3.800	.434
ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	2.724	.605
ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	1.848	.764
ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	2.516	.642
ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.179	.996

หมายเหตุ n = 450

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 48a-1 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นในด้านต่างๆ ระหว่างผู้ป่วยที่มีการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันต่างกัน

ข้อความ	$\chi^2$	P
ด้านการนอน เช่น ทำให้นอนหลับไม่สนิท	.038	.845
ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก	1.995	.158
ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่อยอ้าปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปรงฟัน	4.770	.029
ด้านการได้ยิน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อจึงได้ยินเสียงไม่ชัด	.000	.995
ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน การทำงานลดลง	.303	.582
ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น	.784	.376
ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้ชายที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น	.750	.386
ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	.679	.410
ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น	4.567	.033
ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะใช้เวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	2.597	.107
ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	.617	.432
ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	1.271	.260
ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อรับการรักษาการนอนกัดฟัน	.376	.540
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามทันตแพทย์นัด	.699	.403
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยาง เพื่อรักษาการนอนกัดฟัน ท่านจะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ	3.850	.050
การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าสนใจหาความรู้	1.267	.260
ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.176	.675
ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.003	.959
ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.496	.481
ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.038	.845

หมายเหตุ n = 450

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 48a-2 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นในด้านต่างๆ ระหว่างผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน

ข้อความ	$\chi^2$	P
ด้านการนอน เช่น ทำให้นอนหลับไม่สนิท	.154	.695
ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก	8.358	.004*
ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้ปวดเมื่อยอ้าปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปร่งฟัน	2.019	.155
ด้านการไคยีน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อจึงไคยีนเสียงไม่ชัด	2.577	.108
ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน การทำงานลดลง	2.069	.150
ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น	1.297	.255
ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้ชายที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น	.102	.749
ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	.168	.682
ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น	.558	.455
ถ้าท่านสงสัยว่าตนเองนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะสละเวลาเพื่อมารับการตรวจการนอนกัดฟัน	.117	.732
ถ้าท่านทราบว่าตนเองนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	1.580	.209
ท่านยินดีที่จะมารับการรักษาการนอนกัดฟันแม้จะมีคนไม่เห็นด้วย	1.683	.195
ท่านยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อมารับการรักษาการนอนกัดฟัน	2.429	.119
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านมารับการรักษาการนอนกัดฟัน ท่านพร้อมที่จะมาตามที่ทันตแพทย์นัด	7.368	.007*
ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ท่านใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยาง เพื่อรักษาการนอนกัดฟัน ท่านจะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ	.285	.594
การนอนกัดฟันเป็นเรื่องที่น่าศึกษาหาความรู้	.349	.555
ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.001	.982
ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	1.618	.203
ท่านสนใจอ่านแผ่นพับหรือเอกสารที่เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.335	.563
ท่านสนใจอ่านบทความทางวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน	.000	.989

หมายเหตุ n = 450

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



**ตาราง 48b** ผลต่างของความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน โดย  
แสดงผลเป็นจำนวน และร้อยละ

**ด้านการพูด**

ภาวะการนอนกัดฟัน		ระดับความคิดเห็น		รวม
		เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	
กัดฟัน	จำนวน	<b>80</b>	<b>4</b>	<b>84</b>
	% ภายในภาวะการนอนกัดฟัน	<b>95.2%</b>	<b>4.8%</b>	<b>100.0%</b>
	% ภายในความคิดเห็น	<b>20.9%</b>	<b>6.0%</b>	<b>18.7%</b>
ไม่กัดฟัน / ไม่ทราบ	จำนวน	<b>303</b>	<b>63</b>	<b>366</b>
	% ภายในภาวะการนอนกัดฟัน	<b>82.8%</b>	<b>17.2%</b>	<b>100.0%</b>
	% ภายในความคิดเห็น	<b>79.1%</b>	<b>94.0%</b>	<b>81.3%</b>
รวม	จำนวน	<b>383</b>	<b>67</b>	<b>450</b>
	% ภายในภาวะการนอนกัดฟัน	<b>85.1%</b>	<b>14.9%</b>	<b>100.0%</b>
	% ภายในความคิดเห็น	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

**ด้านการมาตามจีที่ทันตแพทย์นัด**

ภาวะการนอนกัดฟัน		ระดับความคิดเห็น		รวม
		เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยมาก	
กัดฟัน	จำนวน	<b>44</b>	<b>40</b>	<b>84</b>
	% ภายในภาวะการนอนกัดฟัน	<b>52.4%</b>	<b>47.6%</b>	<b>100.0%</b>
	% ภายในความคิดเห็น	<b>24.9%</b>	<b>14.7%</b>	<b>18.7%</b>
ไม่กัดฟัน / ไม่ทราบ	จำนวน	<b>133</b>	<b>233</b>	<b>366</b>
	% ภายในภาวะการนอนกัดฟัน	<b>36.3%</b>	<b>63.7%</b>	<b>100.0%</b>
	% ภายในความคิดเห็น	<b>75.1%</b>	<b>85.3%</b>	<b>81.3%</b>
รวม	จำนวน	<b>177</b>	<b>273</b>	<b>450</b>
	% ภายในภาวะการนอนกัดฟัน	<b>39.3%</b>	<b>60.7%</b>	<b>100.0%</b>
	% ภายในความคิดเห็น	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

ภาคผนวก จ  
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ หวังพานิช

อาจารย์ประจำสำนักทดสอบ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รองศาสตราจารย์ ชุศรี วงศ์รัตน์

อาจารย์ประจำภาควิชาวัดผลและวิจัย คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร

อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รองศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงสุนิภา วงศ์ทองศรี

อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

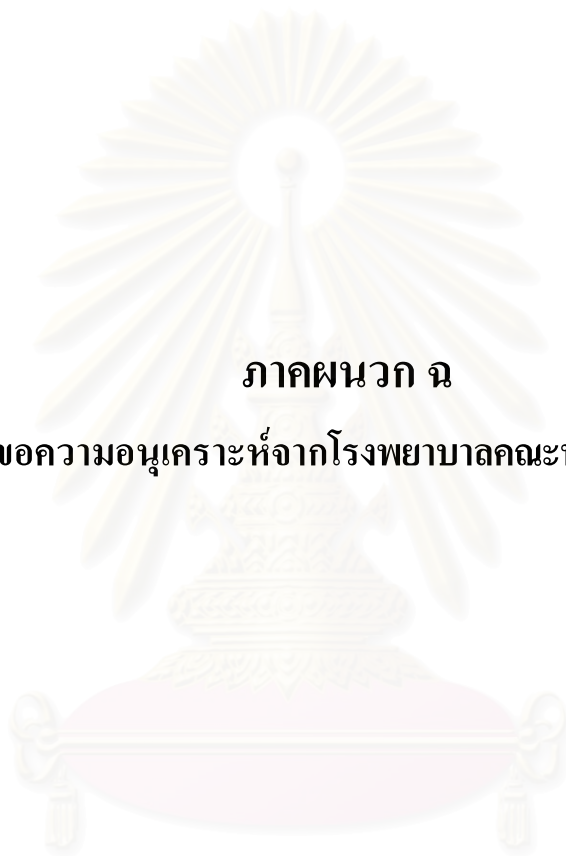
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงวันนี มุทิตางกูร

อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ทันตแพทย์หญิงอดิษฐ มาลากุล ณ อยุธยา

อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ

หนังสือขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

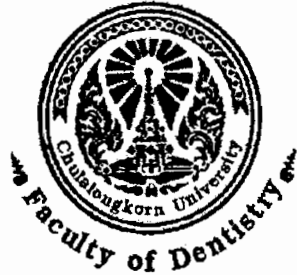




**ภาคผนวก ข**  
**หนังสืออนุมัติจริยธรรม**

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





No. 9/2005

## Study Protocol and Consent Form Approval

The Ethics Committee of the Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand has approved the following study to be carried out according to the protocol and informed consent dated and/or amended as follows in compliance with the ICH/GCP.

**Study Title** : Knowledges and opinions of dental patients to bruxism  
**Study Code** :-  
**Center** : Chulalongkorn University  
**Principle Investigator** : Dr. Fasai Pukiat  
**Protocol Date** : November 12, 2004  
**Document Reviewed** : December 22, 2004

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Surasith Kiatpongsan'.

.....  
(Associate Professor Dr. Surasith Kiatpongsan)  
**Chairman of Ethics Committee**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Aree Jankittivong'.

.....  
(Associate Professor Dr. Aree Jankittivong)  
**Associate Dean for Research Affairs**

**Date of Approval** : January 13, 2005  
**Approval Expires** : January 13, 2007

\*A list of the Ethics Committee members (names and positions) present at the Ethics Committee meeting on the date of approval of this study has been attached (upon requested). This Study Protocol Approval Form will be forwarded to the Principal Investigator

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวฟ้าใส ภูเกียรติ เกิดวันที่ **31** เดือนมีนาคม พ.ศ. **2521** ที่กรุงเทพมหานคร  
สำเร็จปริญญาบัณฑิตจากคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ ปีการศึกษา **2543**  
ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งอาจารย์ประจำภาคโอบุสสุวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย