

ความร่วมมือระยะสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรของผู้ป่วย  
เพิ่มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสอเดอร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



นางสาวสิริยา ผกานิมิตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดช่องปากและใบหน้า ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว  
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SHORT-TERM COMPLIANCE AND RELATED FACTORS OF STABILIZATION SPLINT  
IN TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS PATIENTS  
AT THE FACULTY OF DENTISTRY, CHULALONGKORN UNIVERSITY



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science Program in Occlusion and Orofacial Pain

Department of Occlusion

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความร่วมมือระยะสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใส่ฝือก  
สบฟันชนิดเสถียรของผู้ป่วยเต็มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออ  
เตอร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
โดย นางสาวสิริยา ผกานมิตร  
สาขาวิชา ทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดช่องปากและใบหน้า  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุชนิภา วงศ์ทองศรี

---

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สุจิต พูลทอง)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร)  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุชนิภา วงศ์ทองศรี)  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.เปรมทิพย์ ชลิตาพงศ์)



# # 5775826532 : MAJOR OCCLUSION AND OROFACIAL PAIN

KEYWORDS: COMPLIANCE, STABILIZATION SPLINT, TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

SIRIYA PAKANIMIT: SHORT-TERM COMPLIANCE AND RELATED FACTORS OF STABILIZATION SPLINT IN TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS PATIENTS AT THE FACULTY OF DENTISTRY, CHULALONGKORN UNIVERSITY. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUKNIPA VONGTHONGSRI, 71 pp.

The purpose of this study was to investigate short-term compliance in the usage of stabilization splint in temporomandibular disorders (TMD) patients and to analyze the difference in compliance rate classified by gender, age, education level, duration of symptom, pain intensity, the treatment outcome, and the adverse effect after the usage of stabilization splint. The sample group consisted of 90 TMD patients receiving stabilization splint treatment in the Department of Occlusion, Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University during January to June 2016. Patients were asked to complete a questionnaire during a period of 14 days after splint insertion. Comparisons of compliance rate were carried out with independent sample t-test, one-way ANOVA and the LSD post-hoc test. The response rate was 96% . Eighty completed questionnaires were analyzed and this constituted a 89% rate. The mean compliance rate was 88%. The majority of patients (51%) reported that they did not wear splints every day. Forgetfulness was the main reason for noncompliance, followed by adverse effect (tooth pain). The compliance rate in a group with an improved symptom was higher than in groups with unchanged or worse symptoms ( $p < 0.05$ ). The patients who reported tooth pain problem complied to wear the stabilization splint lower than the patients who reported no tooth pain problem ( $p < 0.05$ ). In contrast, gender, age, education level, duration of symptom, and pain intensity did not affect compliance rate.

Department: Occlusion Student's Signature .....

Field of Study: Occlusion and Orofacial Pain  
Advisor's Signature .....

Academic Year: 2016

## กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินงานวิจัยสามารถเป็นไปตามกำหนดการของแผนการดำเนินงานวิจัย โดยได้รับความกรุณาจากคณาจารย์ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว ผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยชี้แนะเนื้อหาและปรับแก้ไขแบบสอบถามจนครบถ้วนสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิง ดร. ภาชิตา ภูริเดช ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำทางสถิติ รวมถึงได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากผู้ป่วยผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน และเจ้าหน้าที่ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยวที่ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยนี้ลุล่วงได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์อาจารย์ทันตแพทย์หญิงอดิษฐ มาลากุล ณ อยุธยา และรองศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงสุชนิภา วงศ์ทองศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นในการทำวิจัยมาด้วยดีตลอด ตลอดจนขอขอบคุณบุคคลดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นที่ได้มีส่วนช่วยสนับสนุนให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
สารบัญตาราง.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
2.คำถามงานวิจัย .....	2
3.วัตถุประสงค์ของงานวิจัย.....	3
4.สมมติฐานของการศึกษา.....	3
5.ขอบเขตของการวิจัย .....	3
6.คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	3
7.ข้อจำกัดของการวิจัย .....	4
8.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
1.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการใส่เปลือกสบฟัน.....	6
1.1 ความหมายของเปลือกสบฟัน .....	6
1.2 วัตถุประสงค์ของการใส่เปลือกสบฟัน .....	6
1.3 ชนิดของเปลือกสบฟัน .....	6
1.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกเชิงการรักษาของการใส่เปลือกสบฟัน.....	7
1.5 เปลือกสบฟันชนิดเสถียร .....	10

1.6	ข้อบ่งชี้ในการใช้ฝือกสบฟันชนิดเสถียร .....	11
1.7	ข้อห้ามใช้สำหรับฝือกสบฟันชนิดเสถียร.....	13
1.8	อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใส่ฝือกสบฟัน .....	13
1.9	ช่วงเวลาในการใส่ฝือกสบฟัน.....	13
1.10	ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใส่ฝือกสบฟัน.....	13
1.11	การติดตามผู้ป่วยที่ใส่ฝือกสบฟัน .....	14
2.	แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา .....	14
2.1	ความหมายของความร่วมมือในการรักษา.....	14
2.2	การประเมินความร่วมมือในการรักษา.....	15
2.3	ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษา.....	17
2.5	แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา .....	19
2.6	กลวิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา.....	22
3.	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	25
4.	กรอบแนวคิดการวิจัย .....	27
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
1.	รูปแบบการวิจัย.....	28
2.	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	28
3.	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	29
4.	การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	31
5.	การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	31
6.	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
7.	ข้อพิจารณาทางจริยธรรม .....	32
บทที่ 4	ผลการศึกษา.....	33



1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	34
2. ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง .....	35
3. อัตราความร่วมมือในการใส่หน้ากากสพฟนของกลุ่มตัวอย่าง.....	37
4. อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่หน้ากากสพฟนของกลุ่มตัวอย่าง.....	37
5. ผลการรักษาในช่วง 14 วันที่ใส่หน้ากากสพฟนของกลุ่มตัวอย่าง .....	39
6. ผลการทดสอบสมมติฐาน .....	40
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	45
1. สรุปผลการวิจัย .....	45
2. อภิปรายผลการวิจัย .....	46
3. ข้อเสนอแนะ .....	51
รายการอ้างอิง .....	53
ภาคผนวก.....	64
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	71

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 เฟือกสบฟันชนิดเสถียร .....	10
ภาพที่ 2 เฟือกสบฟันชนิดเสถียรด้านบดเคี้ยว.....	10
ภาพที่ 3 เฟือกสบฟันชนิดเสถียรในขากรรไกรบน.....	11
ภาพที่ 4 เฟือกสบฟันชนิดเสถียรในขากรรไกรล่าง .....	11



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา (n = 80).....	34
ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านเหตุผลในการเลือกมารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรม บดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (n = 80).....	35
ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80).....	36
ตารางที่ 4 ข้อมูลการใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80).....	37
ตารางที่ 5 อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80).....	38
ตารางที่ 6 อาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟัน จำแนกตามลำดับอาการที่เป็นปัญหา (n = 80).....	39
ตารางที่ 7 ผลการรักษาในช่วง 14 วันที่ใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80).....	40
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันของผู้ป่วย จำแนกตามปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา (n = 80).....	41
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันของผู้ป่วย จำแนกตามผลการรักษาเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD (n = 80).....	42
ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันของผู้ป่วย จำแนกตามอาการที่ไม่พึงประสงค์ (n = 80).....	43

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การศึกษาเรื่องความร่วมมือในการรักษามีตั้งแต่ ค.ศ.1950 ซึ่งทำให้เห็นได้ว่าความร่วมมือในการรักษามีความจำเป็นในแง่ของระบบสุขภาพ(1) ถึงแม้ว่าจะมีการให้คำแนะนำหรือข้อควรปฏิบัติแก่ผู้ป่วย แต่สิ่งเหล่านี้อาจจะไม่มีประโยชน์อันใดเลย หากผู้ป่วยไม่ยินยอมปฏิบัติตาม(2) ความร่วมมือในการรักษานั้น หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เลือกจะกระทำหรือเลือกที่จะปฏิบัติตามคำสั่ง หรือเชื่อฟังตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งมีความสำคัญต่อประสิทธิผลของการรักษา(3)

ทั้งนี้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งผลการศึกษามีความแตกต่างกันตามลักษณะของโรคและวิธีการศึกษา(4-7) โดยความรุนแรงของโรคไม่ใช่ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรักษา(2) ในแง่ปัจจัยด้านการรักษา พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มให้ความร่วมมือน้อยต่อการรักษาที่ทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์(8) และผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์จากการรักษา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น(2)

ฝือกสบฟันเป็นเครื่องมือทางทันตกรรมชนิดถอดได้ ส่วนใหญ่ทำจากอะคริลิกเรซินชนิดแข็งใส่ระหว่างด้านบดเคี้ยวของฟันในขากรรไกรบนหรือขากรรไกรล่าง(9) การรักษาด้วยฝือกสบฟันเป็นการรักษาประเภทหนึ่งในผู้ป่วยเพิ่มโพโรแมนดิบิวลาร์ติสออเดอร์ หรือทีเอ็มดี ซึ่งเป็นสภาวะที่ผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร และ/หรือกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ตลอดจนโครงสร้างอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดบริเวณศีรษะและใบหน้า มีการทำหน้าที่ผิดปกติของระบบบดเคี้ยว(10) ฝือกสบฟันชนิดเสถียรเป็นฝือกสบฟันรูปแบบหนึ่งที่ยอมรับใช้ในการรักษาทีเอ็มดี จากหลักฐานงานวิจัยในปัจจุบันพบว่ายังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดถึงประสิทธิภาพของฝือกสบฟันชนิดนี้ต่อการลดอาการปวดในผู้ป่วยทีเอ็มดี เนื่องจากผลการศึกษาไม่มีความสอดคล้องกัน(11-13) อย่างไรก็ตามการใส่ฝือกสบฟันนั้นมีข้อดีในแง่ช่วยป้องกันฟันสึกจากการนอนกัดฟัน(14) และอาจกล่าวได้ว่าการรักษาด้วยฝือกสบฟันจะประสบความสำเร็จได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการใส่ฝือกสบฟันตามคำแนะนำของทันตแพทย์โดยเคร่งครัด

การรักษาด้วยการใส่ฝือกสบฟัน อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น รำคาญในช่องปากและลิ้น น้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ น้ำลายน้อยลง ช่องปากแห้ง ริมฝีปากแห้งหรือแตก ใส่แล้วนอนไม่หลับ เจ็บฟัน รู้สึกตึงๆ ซาๆ หรือล้าๆ ที่ฟันแต่ไม่ถึงกับเจ็บ กัดสบฟันผิดปกติหลายนาที่หลังถอดฝือกสบฟัน ตื่นนอนรู้สึกเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกรและใบหน้า ปวดศีรษะหรือปวดศีรษะมากขึ้นกว่าเดิม หุบปากได้ไม่สนิท มีกลิ่นปากที่ผิดปกติ มีแผลที่กระพุ้งแก้มหรือที่ขอบลิ้น ออกเสียงไม่ชัด มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน(15-17) ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใส่ฝือกสบฟัน และส่งผลต่อความร่วมมือในระยะยาวก็เป็นได้

จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรมีความแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 43 ไปจนถึงร้อยละ 73(18, 19) และการศึกษาความร่วมมือระยะยาว พบว่าผู้ป่วยที่ประเมินว่าการใส่ฝือกสบฟันให้ผลดี จะมีความร่วมมือสูงในการใส่ฝือกสบฟัน(18) ในแง่ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดครั้งแรกของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระยะสั้นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และระดับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือระยะสั้นในการใส่ฝือกสบฟัน(19) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาลักษณะดังกล่าวในประเทศไทย ซึ่งมีลักษณะทางสังคมที่แตกต่างออกไป จึงเป็นที่น่าสนใจว่าความร่วมมือและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใส่ฝือกสบฟันของผู้ป่วยไทยจะมีความแตกต่างไปหรือไม่ ซึ่งผลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงด้านการรักษา เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันมากขึ้น อันนำไปสู่ประสิทธิผลในการรักษาต่อไป

## 2.คำถามงานวิจัย

- 1.ผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามที่ใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรมีความร่วมมืออย่างไร
- 2.ความร่วมมือระยะสั้นในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียร เมื่อจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่มีอาการ ระดับความปวด อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัญหาหลังใส่ฝือกสบฟัน ผลการรักษา ในแต่ละด้านนั้นแตกต่างกันหรือไม่ และมีรายละเอียดในประเด็นใดบ้างที่แตกต่างกัน

### 3.วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.เพื่อศึกษาความร่วมมือระยะสั้นในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรของผู้ป่วยที่เอมดี ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือระยะสั้นในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียร จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่มีอาการ ระดับความปวด อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัญหาหลังใส่ฝือกสบฟัน ผลการรักษา

### 4.สมมติฐานของการศึกษา

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกัน มีความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน มีความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 3 ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 4 ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่มีอาการแตกต่างกัน มีความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 5 ผู้ป่วยที่มีระดับความปวดแตกต่างกัน มีความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 6 ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัญหาแตกต่างกัน มีความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 7 ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาแตกต่างกัน มีความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันแตกต่างกัน

### 5.ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่เอมดีของภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้รับการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรทั้งในคลินิกปริญาบัณฑิต และคลินิกบัณฑิตศึกษา

### 6.คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

นิสิตปริญาบัณฑิต หมายถึง นิสิตทันตแพทย์ ชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2558 ที่ให้การรักษากับผู้ป่วยของภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิสิตบัณฑิตศึกษา หมายถึง ทันตแพทย์ที่กำลังศึกษาต่อระดับหลังปริญญา ปีการศึกษา 2558 ที่ให้การรักษากับผู้ป่วยของภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพิ่มโพรมานดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ (temporomandibular disorders) หรือทีเอ็มดี (TMD) หมายถึง สภาวะที่ผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร และ/หรือ กล้ามเนื้อบดเคี้ยว ตลอดจนโครงสร้างอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง(10)

ฝือกสบฟันชนิดเสถียร (stabilization splint) หมายถึง ฝือกสบฟันชนิดแข็ง ทำจาก อะคริลิกเรซินใสไม่มีสีชนิดบ่มด้วยความร้อน โดยออกแบบให้คลุมฟันทุกซี่ในขากรรไกร ซึ่งอาจคลุม ฟันบนหรือฟันล่าง ด้านสบของฝือกสบฟันมีลักษณะแบนเรียบ และสัมผัสกับฟันคู่สบขณะที่ ขากรรไกรล่างอยู่ในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ (CR) และเมื่อเคลื่อนไหวขากรรไกรล่าง ฟันซี่ของ ฟันคู่สบจะเคลื่อนไปบนแนวนำฟันเขี้ยว

อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียร (complaints) หมายถึง อาการที่เกิด หลังใส่ฝือกสบฟัน ได้แก่ อาการรำคาญในช่องปากและลิ้น น้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ น้ำลาย น้อยลง ช่องปากแห้ง ริมฝีปากแห้งหรือแตก ใสแล้วนอนไม่หลับ เจ็บฟัน รู้สึกตึงๆ ซาๆ หรือล้าๆ ที่ ฟันแต่ไม่ถึงกับเจ็บ กัดสบฟันผิดปกติหลายนาที่หลังถอดฝือกสบฟัน ตื่นนอนรู้สึกเมื่อยกล้ามเนื้อ บริเวณขากรรไกรและใบหน้า ปวดศีรษะหรือปวดศีรษะมากขึ้นกว่าเดิม หุบปากได้ไม่สนิท มีกลิ่นปาก ที่ผิดปกติ มีแผลที่กระพุ้งแก้มหรือที่ขอบลิ้น ออกเสียงไม่ชัด มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน และอาการอื่นๆ ตามการรายงานของผู้ป่วย

ความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียร (compliance) หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำ หรือการปฏิบัติตามการรายงานของผู้ป่วยในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรตามแผนการรักษาและ คำแนะนำของทันตแพทย์

## 7. ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรในระยะสั้น ซึ่งอาจจะ ไม่สามารถอธิบายถึงความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันระยะยาวได้
2. การวิจัยนี้มีผู้ให้การรักษาผู้ป่วยหลายคน ไม่ว่าจะเป็นนิสิตทันตแพทย์ ปี 5 หรือทันตแพทย์ ที่กำลังศึกษาต่อหลังปริญญา จึงอาจมีความแตกต่างของการรักษาได้
3. ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาด้วยฝือกสบฟันชนิดเสถียรครั้งแรกไม่สามารถ กำหนดได้อย่างแน่นอน แม้ว่าตามเกณฑ์การปฏิบัติงานทางคลินิกของภาควิชาฯ จะกำหนดที่ ระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังจากผู้ป่วยใส่ฝือกสบฟันก็ตาม
4. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยฝือกสบฟันชนิดเสถียรในคลินิก ปริญญาบัณฑิตและคลินิกบัณฑิตศึกษา ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาในโรงพยาบาลหรือสถานบริการอื่น ๆ ผลการศึกษาที่ได้จึงไม่สามารถนำไปเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่ใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรทั้งหมดได้

#### 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงด้านการรักษาด้วยฝือกสบฟันชนิดเสถียรภายในคลินิก ปริญญาบัณฑิตและคลินิกบัณฑิตศึกษา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันของผู้ป่วยมากขึ้น
2. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไป





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นในการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือระยะสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใส่เฝือกสบฟันชนิดเสถียรของผู้ป่วยเพิ่มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเพื่อให้งานวิจัยนี้มีประสิทธิผลและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในอนาคต ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการใส่เฝือกสบฟัน
- 2.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา
- 3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการใส่เฝือกสบฟัน

##### 1.1 ความหมายของเฝือกสบฟัน

เฝือกสบฟัน (occlusal splint หรือ occlusal appliance) เป็นเครื่องมือทางทันตกรรมชนิดถอดได้ มักทำจากอะคริลิกเรซินชนิดแข็ง ใส่ระหว่างด้านบดเคี้ยวของฟันในขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง โดยขอบเขตของเครื่องมือจะคลุมฟันทุกซี่ในขากรรไกร(9)

##### 1.2 วัตถุประสงค์ของการใส่เฝือกสบฟัน

วัตถุประสงค์ในการใส่เฝือกสบฟันตามความเห็นของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเจ็บปวดที่ใบหน้าและช่องปากในประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Orofacial Pain)(10) คือ เพื่อเปลี่ยนความสัมพันธ์ด้านสบฟัน เพื่อกระจายแรงสบฟัน เพื่อป้องกันฟันสึกและฟันโยก เพื่อรักษาอาการปวดและการทำหน้าที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว เพื่อรักษาอาการปวดของข้อต่อขากรรไกร และเพื่อเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (structural relationship) ในข้อต่อขากรรไกร

##### 1.3 ชนิดของเฝือกสบฟัน

ชนิดของเฝือกสบฟัน สามารถจำแนกได้ ดังนี้(20-23)

1. จำแนกตามขอบเขตของเครื่องมือที่คลุมฟัน ได้เป็นเครื่องมือที่มีขอบเขตครอบคลุมฟันทุกซี่ (complete coverage appliance) และเครื่องมือที่คลุมฟันเพียงบางซี่ (partial coverage appliance)

2. จำแนกชนิดของเครื่องมือตามวัตถุประสงค์การใช้งาน ได้เป็นเครื่องมือชนิดเปลี่ยนตำแหน่งขากรรไกร (repositioning appliance) และเครื่องมือที่ใช้เพื่อเพิ่มเสถียรภาพของขากรรไกรล่าง และเสถียรภาพของการสบฟัน เรียกว่า เครื่องมือชนิดเสถียร (stabilization appliance)

นอกจากนี้ยังมีฝือกสบฟันรูปแบบอื่นๆ ได้แก่ anterior repositioning appliance partial coverage non repositioning device (เช่น anterior bite plane และ posterior bite plane) เครื่องมือชนิดอ่อนยืดหยุ่น (soft resilient appliance) และ pivoting appliance เป็นต้น

#### 1.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกเชิงการรักษาของการใส่ฝือกสบฟัน

ทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกเชิงการรักษาของการใส่ฝือกสบฟัน สรุปได้ดังนี้(24-28)

##### 1. Occlusal disengagement

ทฤษฎีนี้อธิบายว่าฝือกสบฟันเป็นเครื่องมือแยกการสบฟันของผู้ป่วยออกจากระบบบดเคี้ยว และทำการเปลี่ยนหรือสร้างการสบฟันขึ้นใหม่ให้มีรูปแบบการสบฟัน (occlusal scheme) ที่เป็นอุดมคติ เพื่อลดหรือกำจัดการทำงานที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และช่วยให้เกิดเสถียรภาพของข้อต่อขากรรไกร ดังนั้นฝือกสบฟันตามทฤษฎีนี้จะต้องมีจุดสบที่สม่ำเสมอของฟันคู่สบทุกซี่ในขณะที่ขากรรไกรล่างอยู่ในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์กลาง (centric relation) และสร้างแนวนำฟันเขี้ยว (canine guidance) หรือแนวนำฟันหน้า (anterior guidance) บนด้านบดเคี้ยวของฝือกสบฟัน สำหรับการเคลื่อนที่ออกจากศูนย์กลาง (excursive movement) ของขากรรไกรล่าง

##### 2. Restored occlusal vertical dimension

ทฤษฎีนี้อธิบายว่าอาการผิดปกติของระบบบดเคี้ยวเกิดจากการสูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน (occlusal vertical dimension) จึงออกแบบฝือกสบฟันให้มีความหนาที่ถูกต้อง เพื่อชดเชยมิติแนวตั้งขณะสบฟันที่สูญเสียไปก่อนหน้านี้ โดยเลือกความหนาให้ตรงกับมิติแนวตั้งขณะสบฟันเดิมของผู้ป่วยที่สุดซึ่งอาจจะทำได้ยาก อย่างไรก็ตามการใช้ฝือกสบฟันทั่วไปไม่ว่าแบบใดหรือเพื่อ

วัตถุประสงค์ได้อธิบายเป็นการเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบฟันโดยชั่วคราวอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงว่าการรักษาอาการที่เื่อมติด้วยเฝือกสบฟันที่มีความหนาแน่นสามารถลดการทำงานของกล้ามเนื้อและลดอาการปวดได้จริง ดังนั้นการเพิ่มมิติแนวตั้งขณะสบฟันให้ผู้ป่วยอาจมีส่วนในการรักษา ทำให้อาการลดลง

### 3. Maxillomandibular realignment

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในบางกรณีตำแหน่งของขากรรไกรกลางขณะอยู่ในตำแหน่งสบสนิทที่สุด (maximum intercuspal position) อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สมดุลเมื่อเทียบกับขากรรไกรบน ซึ่งส่งผลทำให้เกิดอาการความผิดปกติของระบบบดเคี้ยวได้ ดังนั้นการเปลี่ยนตำแหน่งของคอนดอยล์หรือขากรรไกรกลางไปสู่ตำแหน่งที่ถูกต้องตามลักษณะทางกายวิภาคศาสตร์และอยู่ในสมดุลประสาทรวมกล้ามเนื้อ (neuromuscular balanced position) หรือเรียกว่าตำแหน่งสมดุลทางสรีรวิทยา (physiologic balanced position) โดยเมื่อข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยวอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและมีเสถียรภาพทางออร์โธพีดิกส์หรือกระดูกร่วมกล้ามเนื้อ (musculoskeletal or orthopedically stable position) อาการปวดและการทำหน้าที่ผิดปกติต่างๆ ก็จะลดลง แนวคิดนี้เชื่อว่าควรทำเฝือกสบฟันในขณะที่ขากรรไกรกลางอยู่ในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์

### 4. Temporomandibular joint repositioning

ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ในกรณีแผ่นรองข้อต่อเคลื่อนไปด้านหน้า (anterior disc displacement) ซึ่งแผ่นรองข้อต่อในข้อต่อขากรรไกรมีตำแหน่งอยู่หน้ากว่าปกติ การใส่เฝือกสบฟันชนิดจัดตำแหน่งขากรรไกร (repositioning splint) จะช่วยปรับให้ขากรรไกรกลางอยู่ในตำแหน่งยื่นมาข้างหน้ากว่าปกติเป็นการชั่วคราวเพียงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อรอให้เกิดการหายของเนื้อเยื่อหลังแผ่นรองข้อต่อ (retrodiscal tissue) หลังจากนั้นเฝือกสบฟันชนิดจัดตำแหน่งนี้จะถูกรอปรับให้ขากรรไกรล่างค่อยๆ ถอยหลังกลับมาอยู่ในตำแหน่งปกติตามเดิม

### 5. Increasing peripheral input to the central nervous system

เนื่องจากการนอนกัดฟันมีสาเหตุมาจากภายในระบบประสาทส่วนกลาง การใส่เฝือกสบฟันระหว่างฟันบนและฟันล่างทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประสาทรับความรู้สึกส่วนปลาย อาจช่วยลด

พฤติกรรมนอนกัดฟันที่เกิดจากการกระตุ้นภายในระบบประสาทส่วนกลางได้ ดังนั้นการใส่ฝือกสบฟันจึงไม่ใช่การรักษาการนอนกัดฟัน แต่เป็นเพียงการลดแนวโน้มการนอนกัดฟันในขณะที่ใส่เครื่องมืออยู่เท่านั้น

#### 6.Cognitive awareness

การใส่ฝือกสบฟันไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดหรือเพื่อวัตถุประสงค์ทางกลใดก็ตาม ผลพลอยได้คือเสมือนเป็นเครื่องมือช่วยเตือนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพฤติกรรมหรือการทำงานนอกหน้าที่ (parafunctional habits) ที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนหรือลดกิจกรรมและพฤติกรรมที่มีผลต่อโรค เช่น การขบแน่นฟันขณะทำงานหรือขณะเครียด พฤติกรรมชอบจัดขากรรไกรล่างให้อยู่ในตำแหน่งที่ผิดไปจากปกติ ทำให้เกิดความเครียดในกล้ามเนื้อบดเคี้ยว เช่น ชอบเกร็งยื่นหรือเอียงขากรรไกรล่างตลอดเวลา เป็นต้น

#### 7.Placebo effect

โดยปกติ placebo effect สามารถเกิดขึ้นในการรักษาโรคทุกโรครวมถึงการรักษาที่เอ็มดี การมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การเข้าหา (approach) ผู้ป่วยรวมทั้งการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัญหา และการให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าการใส่ฝือกสบฟันนั้นให้ประสิทธิผลดีในการรักษา สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและคลายความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ placebo effects ของการใส่ฝือกสบฟัน ดังนั้น placebo effect จัดเป็นผลทางด้านจิตใจจากการใส่ฝือกสบฟัน

#### 8.Regression to the mean

เป็นคำทางสถิติแสดงถึง การดีขึ้นของอาการเป็นไปตามการดำเนินปกติของโรค ปกติธรรมชาติการดำเนินของโรคเป็นแบบขึ้นๆ ลงๆ หรือเป็นๆ หายๆ คือบางช่วงอาการของโรคจะเป็นมาก ในขณะที่บางช่วงอาการจะทุเลาลงตามการดำเนินโรคปกติ ในผู้ป่วยที่เอ็มดีก็เช่นกัน ช่วงที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษา มักอยู่ในช่วงที่อาการเป็นมาก หลังจากได้รับการรักษาเบื้องต้นและใส่ฝือกสบฟันในเวลาต่อมาทำให้อาการทุเลาลง ทั้งนี้อาจเกิดจากผลของการใส่ฝือกสบฟันหรืออาจเกิดจากการที่อาการทุเลาลงเองตามการดำเนินโรคปกติก็เป็นได้

กล่าวโดยสรุป อาการที่ดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยใส่เฝือกสบฟันเป็นผลร่วมกันของผลทางกลจากตัวเฝือกสบฟันเอง ร่วมกับผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ตลอดจนผลทางด้านจิตใจ หรืออาจเกิดจากการทุเลาของโรคตามธรรมชาติการดำเนินโรคปกติก็เป็นได้

### 1.5 เฝือกสบฟันชนิดเสถียร

เฝือกสบฟันชนิดเสถียร เป็นเฝือกสบฟันชนิดแข็ง ทำจากอะคริลิกเรซินใสไม่มีสีชนิดบ่มด้วยความร้อน โดยออกแบบให้คลุมฟันทุกซี่ในขากรรไกร ซึ่งอาจคลุมฟันบนหรือฟันล่าง ด้านสบของเฝือกสบฟันมีลักษณะแบนเรียบ และสัมผัสกับฟันคู่สบขณะที่ขากรรไกรล่างอยู่ในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์ (CR) และเมื่อเคลื่อนขากรรไกรล่าง ฟันเขี้ยวของฟันคู่สบจะเคลื่อนไปบนแนวนำฟันเขี้ยว(9)



ภาพที่ 1 เฝือกสบฟันชนิดเสถียร



ภาพที่ 2 เฝือกสบฟันชนิดเสถียรด้านบดเคี้ยว



ภาพที่ 3 เฟือกสบฟันชนิดเสถียรในขากรรไกรบน



ภาพที่ 4 เฟือกสบฟันชนิดเสถียรในขากรรไกรล่าง

#### 1.6 ข้อบ่งชี้ในการใช้เฟือกสบฟันชนิดเสถียร

ข้อบ่งชี้ในการใช้เฟือกสบฟัน สรุปลได้ ดังนี้(21, 22, 29)

1. ผู้ป่วยที่มีนิสัยการทำงานนอกหน้าที่ เช่น นอนกัดฟัน ขบแน่นฟัน เพื่อลดโอกาสการเกิด ฟันสึก ฟันแตก ฟันร้าว

2. ผู้ป่วยที่เื่อมติ ในกรณีนี้ได้แก่

1) อาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (masticatory myalgia) ที่เกิดจากหรือเกิดร่วมกับการนอนกัดฟันหรือนิสัยขบแน่นฟัน โดยการหดเกร็งของกล้ามเนื้อจะทำให้การหมุนเวียนเลือดลดลง และเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อตามมา

2) อาการปวดข้อต่อขากรรไกร (TMJ arthralgia) เช่น retrodiscitis ที่เกิดร่วมกับการนอนกัดฟันหรือนิสัยขบแน่นฟัน การใช้เฟือกสบฟันชนิดเสถียรสามารถช่วยลดแรงบนเนื้อเยื่อที่อักเสบ ทำให้ขบวนการหายของเนื้อเยื่อมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) อาการข้อต่อเสื่อม (osteoarthritis) มีการทำลายพื้นผิวข้อต่อขากรรไกร และเกิดจากหรือเกิดร่วมกับการนอนกัดฟัน การขบแน่นฟัน

4) การทำหน้าที่ผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร (TMJ dysfunction) เช่น การมีเสียงคลิกในข้อต่อขากรรไกรที่เป็นมานาน อาจมีอาการอ้าปากไม่ขึ้นเป็นครั้งคราว (episodic closed lock) และมีการนอนกัดฟันหรือขบแน่นฟันเป็นปัจจัยซ้ำเติมหรือปัจจัยก่อให้เกิดอาการดังกล่าวขึ้น

3.การสบฟันที่ไม่มีเสถียรภาพ (unstable occlusion) เช่น ผู้ป่วยมีการสูญเสียฟันหลังทั้งสองข้างหลายๆ ซี่ โดยการสบฟันที่ไม่มีเสถียรภาพอาจเป็นผลจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณใบหน้า ช่องปาก ภาวะข้อต่อเสื่อม การใส่ฟันปลอมจะช่วยสร้างเสถียรภาพการสบฟันชั่วคราว และหาตำแหน่งขากรรไกรล่างที่เหมาะสม ควรวางแผนสร้างการสบฟันที่มีเสถียรภาพขึ้นใหม่หลังจากใส่ฟันปลอม และหาตำแหน่งขากรรไกรล่างที่มีเสถียรภาพได้แล้ว

4.อาการปวดศีรษะบ่อยๆ เช่น episodic tension headache, migraine headache หรือแม้แต่ chronic daily headache โดยอาการปวดศีรษะถูกกระตุ้นจากการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวหรือปวดข้อต่อขากรรไกรที่เกิดจากการนอนกัดฟัน การขบแน่นฟัน ตลอดจนอาการปวดหูที่เกิดจากการนอนกัดฟัน การขบแน่นฟัน ที่เรียกว่า secondary otalgia

5.ควบคุมการบาดเจ็บจากการสบฟัน (trauma from occlusion)

6.ช่วยยึดฟันที่โยกให้อยู่กับที่

7.เป็นเครื่องมือสำหรับพิเคราะห์แยกโรค (differential diagnosis)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) พบว่าฟันปลอมชนิดเสถียรมีข้อดีในแง่ของการป้องกันอันตรายจากการนอนกัดฟัน เช่น ฟันสึก ฟันร้าว(14) และมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดในผู้ป่วยที่เฮอร์ตี(13) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Al-Ani และคณะ(11) ที่สรุปว่า ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าการรักษาด้วยฟันปลอมชนิดเสถียรในผู้ป่วยที่เฮอร์ตีจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาชนิดอื่นๆ และช่วยลดระดับความปวดได้ แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ขณะที่ Forssell และคณะ(12) สรุปว่าฟันปลอมชนิดเสถียรอาจจะให้ผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยที่เฮอร์ตี

### 1.7 ข้อห้ามใช้สำหรับเฝือกสบฟันชนิดเสถียร

ถ้าเฝือกสบฟันถูกปรับอย่างเหมาะสมและผู้ป่วยรักษาความสะอาดเครื่องมือได้เป็นอย่างดีแล้ว แทบจะไม่มีข้อห้ามใช้สำหรับเฝือกสบฟันชนิดนี้เลย อย่างไรก็ตามทันตแพทย์ควรระมัดระวังในการใช้เฝือกสบฟันชนิดนี้ในผู้ป่วยเด็กที่ยังมีการเจริญเติบโตอยู่ เนื่องจากการใช้เครื่องมือในระยะยาวสามารถส่งผลต่อรูปแบบการเจริญเติบโตของขากรรไกร (growth pattern)(22)

### 1.8 อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใส่เฝือกสบฟัน

จากการทบทวนวรรณกรรม(9, 15, 16, 22, 30) สรุปได้ว่า อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยใส่เฝือกสบฟันพบได้หลายอย่างตั้งแต่ความรู้สึกรำคาญในช่องปากและลิ้น น้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ น้ำลายน้อยลง ช่องปากแห้ง ริมฝีปากแห้งหรือแตก ใส่แล้วนอนไม่หลับ เจ็บฟัน รู้สึกตึงๆ ซาๆ หรือล้าๆ ที่ฟันแต่ไม่ถึงกับเจ็บ กัดสบฟันผิดปกติหลายนาที่หลังถอดเฝือกสบฟัน ตื่นนอนรู้สึกเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกรและใบหน้า ปวดศีรษะหรือปวดศีรษะมากขึ้นกว่าเดิม หุบปากได้ไม่สนิท มีกลิ่นปากที่ผิดปกติ มีแผลที่กระพุ้งแก้มหรือที่ขอบลิ้น ออกเสียงไม่ชัด มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน ซึ่งอาการเหล่านี้จะค่อยๆ หายไปเมื่อผู้ป่วยปรับตัวได้และเริ่มชินกับเฝือกสบฟัน

### 1.9 ช่วงเวลาในการใส่เฝือกสบฟัน

ช่วงเวลาการใส่และคำแนะนำการใส่สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยสาเหตุของโรค หากผู้ป่วยมีอาการปวดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อขากรรไกรหลังตื่นนอน และการนอนกัดฟันเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องควรให้ผู้ป่วยใส่เฝือกสบฟันเวลานอน(9) ในช่วงแรกของการรักษาอาจให้ผู้ป่วยใส่เฝือกสบฟันยกเว้นเวลารับประทานอาหารในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเฉียบพลันจากความผิดปกติภายในข้อต่อขากรรไกร (articular disorder of the temporomandibular joint) เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้นจึงให้ผู้ป่วยลดเวลาในการใส่เฝือกสบฟัน(20)

### 1.10 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยใส่เฝือกสบฟัน

ในผู้ป่วยที่เฝ้าติดตาม แนะนำให้ค่อยๆ ลดเวลาการใส่เฝือกสบฟันลงหลังจากอาการปวดหมดไป หากตรวจพบการสึกกร่อนของเรซินอะคริลิกบนด้านบดเคี้ยวของเฝือกสบฟัน ซึ่งแสดงถึงการนอนกัดฟัน จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยใส่เฝือกสบฟันขณะนอนหลับต่อไปในระยะยาว(23)



### 1.11 การติดตามผู้ป่วยที่ใส่ฝือกสบฟัน

ในการติดตามผลการรักษาทันตแพทย์ควรสอบถามผู้ป่วยเรื่องความถี่ในการใส่ฝือกสบฟัน และอาการของผู้ป่วย(26) ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยที่ใส่ฝือกสบฟันมีการกล่าวถึงไว้แตกต่างกัน Clark(26) แนะนำให้ติดตามอาการในช่วง 1-2 สัปดาห์ ในบางรายอาจจะจำเป็นต้องปรับฝือกสบฟันเพิ่มทุก 2 สัปดาห์ Nelsen(22) แนะนำให้ติดตามอาการและปรับฝือกสบฟันใน 1 ถึง 2 เดือนแรก และทุก ๆ 6 เดือน แต่กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดเฉียบพลันหรือนอนกัดฟันแบบรุนแรงอาจจำเป็นต้องนัดผู้ป่วยให้เร็วขึ้น สำหรับการปฏิบัติงานที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะติดตามอาการผู้ป่วยครั้งแรกและปรับฝือกสบฟันห่างจากครั้งที่นัดใส่ประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะติดตามอาการผู้ป่วยครั้งที่สองประมาณ 1-2 เดือน หลังจากนั้นนัดติดตามอาการครั้งแรก

## 2.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา

### 2.1 ความหมายของความร่วมมือในการรักษา

Davis(31) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ความยินดีและเต็มใจที่จะกระทำและหยุดทำในสิ่งที่แพทย์แนะนำ

Mccord(32) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาว่า เป็นการที่บุคคลมีความเห็นสอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร และการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

Dracup และ Meleis(33) ให้ความหมายของความร่วมมือของผู้ป่วยว่า เป็นพฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้นสอดคล้องตามคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมและรับพฤติกรรมใหม่ ความไม่ร่วมมือในการรักษาจึงหมายถึง พฤติกรรมที่ขัดแย้งกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำ ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งการไม่ปฏิบัติตาม หรือการปฏิบัตินอกเหนือแผนการรักษา

Sacket, Haynes และ Tugwell(34) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาว่า เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการรักษา ทั้งการรับประทานยา การยินยอมที่จะรักษาตามแผนการรักษา การไปตรวจตามนัด

Kyngas(1) กล่าวว่า ความร่วมมือ หมายถึง การรับรู้ แรงจูงใจของบุคคล ซึ่งมีเจตนาในการปฏิบัติตามคำแนะนำในด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง โดยอาศัยความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์

Kaplan และ Sadock(35) อธิบายว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นการยึดมั่นของบุคคลต่อพฤติกรรมในการรับประทานยา หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำ

Brannon และคณะ(2) อธิบายว่าความร่วมมือในการรักษาเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์

องค์การอนามัยโลก (WHO) (36) ให้ความหมายของความร่วมมือ (adherence) ว่าหมายถึง พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งการใช้จ่ายตามคำสั่งแพทย์ การปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือคำแนะนำ โดยพฤติกรรมนี้เกิดขึ้นจากการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนความหมายของ compliance คือ พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยที่เกิดจากการได้รับคำแนะนำหรือข้อควรปฏิบัติตามแผนการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่ Haynes และ Sackett (37) มีความเห็นว่าความหมายของ adherence และ compliance นั้นใกล้เคียงกัน

Ogedegbe และคณะ(38) ให้ความเห็นว่าความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นประเด็นที่ซับซ้อน ความหมายเบื้องต้น โดยสรุป ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เลือกจะกระทำหรือเลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ หรือการยินยอมทำตามคำสั่งตามแผนการรักษา

สำหรับคำจำกัดความของความร่วมมือในการใส่เฝือกสบฟันชนิดเสถียรที่ใช้ในงานวิจัยนี้ หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำหรือการปฏิบัติตามการรายงานของผู้ป่วยในการใส่เฝือกสบฟันชนิดเสถียรตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทันตแพทย์

## 2.2 การประเมินความร่วมมือในการรักษา

การประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ทำได้ 6 วิธี ดังนี้

1. การประเมินโดยแพทย์ เป็นวิธีที่มีความเที่ยงตรงน้อยที่สุด เนื่องจากแพทย์มักประเมินอัตราความร่วมมือของผู้ป่วยสูงเกินจริง และข้อมูลมีความถูกต้องค่อนข้างต่ำ(39)
  2. การประเมินโดยผู้ป่วย วิธีนี้ความเที่ยงตรงมากกว่าการประเมินจากแพทย์ แต่ยังคงพบความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มให้ข้อมูลว่าตนเองร่วมมือมากกว่าความเป็นจริง และผู้ป่วยมักไม่ใส่ใจกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องนักวิจัยจึงมักใช้ข้อมูลจากรายงานของผู้ป่วยร่วมกับการประเมินความร่วมมือวิธีอื่นๆ(39) เมื่อพิจารณาในแง่วิธีการเก็บข้อมูลนั้นพบว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยนั้นจะมีความคลาดเคลื่อนสูงกว่าข้อมูลที่ได้จากการให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมเป็นรายวัน(40)
  3. การประเมินโดยบุคลากรของโรงพยาบาล และคนในครอบครัว วิธีนี้มีข้อจำกัดเนื่องจากบุคคลเหล่านี้ อาจไม่สามารถสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยได้ตลอดเวลาและข้อมูลอัตราความร่วมมือที่ได้มักสูงเกินจริง(2)
  4. การประเมินจาก objective data เช่น การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือจริง การนับจำนวนผู้ป่วยที่มารับยาตามกำหนดนัดหมาย(41) ข้อดีของวิธีนี้คือมีความคลาดเคลื่อนจากการนับเกิดขึ้นได้น้อย แต่ข้อจำกัดของวิธีนี้คือผู้ป่วยอาจไม่ได้กินยานั้นจริง หรือรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง(2)
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ในแง่ของการวิจัย ได้มีการพัฒนาอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สำหรับบันทึกความร่วมมือของผู้ป่วย เช่น เครื่องมือบันทึกการออกกำลังกาย การสำรวจการออกกำลังกายของผู้ป่วยทางโทรศัพท์มือถือ (42) การติดตามเวลาที่ผู้ป่วยกินยา โดยให้ผู้ป่วยถ่ายรูปและส่งภาพยาทางโทรศัพท์มือถือ(43) วิธีอื่นๆ เช่น MEMS (Medication Event Monitoring System) ซึ่งเป็นระบบที่มีการติดตั้งไมโครโปรเซสเซอร์ที่สามารถบันทึกวันและเวลาที่ผู้ป่วยเปิด-ปิด ขวดยาได้ โดยถือว่าการเปิดขวดยาแสดงถึง การกินยาของผู้ป่วย(41)
5. การตรวจสอบสารชีวเคมี เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ เพื่อวัดระดับความเข้มข้นของยาหรือเมตาบอไลต์ของยา อย่างไรก็ตามค่าที่วัดได้มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างกัน และการประเมินวิธีนี้ต้องมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ทำให้ผู้วิจัยเสียค่าใช้จ่ายสูง(2)

6. การใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การนับเม็ดยา การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และการตรวจสอบสารชีวเคมี เพื่อประเมินความร่วมมือในการกินยา(44, 45) การประยุกต์ใช้หลายวิธีร่วมกัน ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงสูง อย่างไรก็ตามการใช้หลายวิธีทำให้ผู้วิจัยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง

กล่าวโดยสรุป การวัดความร่วมมือในการรักษามีด้วยกันหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน จึงควรเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะทางคลินิก บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ หากผู้วิจัยต้องการข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงสูง ควรประยุกต์ใช้วิธีดังกล่าวอย่างน้อย 2 วิธีร่วมกัน(2)

### 2.3 ปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษา

ปัญหาความไม่ร่วมมือตามคำแนะนำทางการแพทย์นั้นพบได้โดยทั่วไป โดยอัตราความไม่ร่วมมือของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความของความร่วมมือ, สถานะโรค, ลักษณะทางประชากร และวิธีที่ใช้ประเมินความร่วมมือ(2) จากการวิเคราะห์ 569 การศึกษาในทางการแพทย์ พบว่า อัตราเฉลี่ยของความร่วมมือคิดเป็นร้อยละ 75.2 (หรือกล่าวได้อีกอย่างว่าอัตราเฉลี่ยของความไม่ร่วมมือคิดเป็นร้อยละ 24.8) โดยพบว่าอัตราความร่วมมือในการกินยามีค่าสูงกว่าอัตราความร่วมมือในการออกกำลังกาย การทานอาหาร หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ(46) โดยอัตราความร่วมมือของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความแตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยเอชไอวี, ข้ออักเสบ, โรคในระบบทางเดินอาหาร มีอัตราความร่วมมือในการกินยาสูง ต่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคปอดที่มีความร่วมมือต่ำกว่า(46)

เหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา มีตั้งแต่ปัญหาการได้ยินของคนไข้ ปัญหาทางการเงินในการมารับยาเดิมตามกำหนดนัดหมาย ปัญหาจากการรักษาที่มีความยุ่งยาก การรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลา นาน ราคาแพง หรือไม่มีประสิทธิภาพ ปัญหาการกินยาตามเวลาที่ไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ปัญหาลืม ผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การใช้ยาเหล่านี้ จัดว่าไม่ร่วมมือในการรักษา(2)

เหตุผลอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยบางคนเชื่อว่าตนเองจะไม่ได้รับผลเสียใดๆ จากการไม่ร่วมมือในการรักษา (optimistic bias)(47) ผู้สูงอายุไม่ร่วมมือ เพราะมองเห็นคำสั่งการใช้ยาไม่ชัด(2)

### 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา สามารถสรุปได้ว่ามี 4 ปัจจัย ดังนี้

**1. ความรุนแรงของโรค** ในทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคที่มีความรุนแรงไม่ได้ให้ความร่วมมือในการรักษาสูงต่างไปจากผู้ป่วยโรคที่มีความรุนแรงน้อยกว่า(46) ปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือของผู้ป่วยไม่ใช่ความรุนแรงของโรค แต่กลับเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความรุนแรงของโรคนั้น(48) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษามากกว่าความรุนแรงของโรค(2)

**2. ปัจจัยด้านการรักษา** ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์ของยา ความซับซ้อนของการรักษา และผลการรักษา

**อาการไม่พึงประสงค์** อาการไม่พึงประสงค์เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดกินยาหรือถอนตัวจากแผนการรักษา(49) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน(50) และผู้ป่วยเอชไอวี(51, 52) ที่มีอาการไม่พึงประสงค์มีแนวโน้มที่จะกินยาตามแพทย์สั่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์

**ความซับซ้อนของการรักษา** ผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายชนิด และต้องรับประทานหลายครั้ง เช่น 4 ครั้ง/วัน ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มไม่ได้กินยาตามแพทย์สั่ง(53) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องหักยาทานครั้งละครึ่งเม็ดและต้องกินหลายครั้งต่อวัน จะมีอัตราความร่วมมือต่ำ(54)

**ผลการรักษา** ผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์จากการรักษา อาจส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น(2) และผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษาทางการแพทย์มีโอกาสได้รับผลการรักษาที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาเกือบ 3 เท่า(55)

**3. ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกลักษณะ ปัจจัยด้านอารมณ์

**อายุ** ปัจจัยด้านอายุมีผลเล็กน้อยต่อความร่วมมือและเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน การประเมินความร่วมมือในผู้ป่วยเด็กทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการรักษาคือผู้ปกครอง ไม่ใช่ตัวเด็ก(56) จึงมีความแตกต่างจากการประเมินความร่วมมือในผู้ป่วยวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่สามารถรับผิดชอบการรักษาได้ด้วยตนเอง ขณะที่ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องความร่วมมือเนื่องจากเริ่มหลงลืม สุขภาพไม่ดี และได้รับยาหลายชนิด(57) ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความร่วมมือนั้นมีลักษณะเป็นเส้นโค้ง โดยผู้ป่วยมีความร่วมมือมากที่สุดในช่วงอายุ 70 ปี ซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 55 ปี และมากกว่า 80 ปีที่จะให้ความร่วมมือน้อยกว่า(58) ซึ่งผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยในทุกวัยมีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการรักษา

**เพศ** อัตราความร่วมมือมีความแตกต่างกันไม่มากนักเมื่อจำแนกตามเพศ ซึ่งความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยศึกษา โดยพบว่าผู้ชายกับผู้หญิงไม่มีความแตกต่างกันในแง่ของความร่วมมือในการกินยา(59, 60) การควบคุมเบาหวาน(61) หรือการมาตามนัดตรวจ(62) อย่างไรก็ตามผู้หญิงจะร่วมมือน้อยกว่าผู้ชายในการกินยาลดไขมัน(63) ในทางตรงกันข้ามผู้หญิงจะร่วมมือมากกว่าผู้ชายในการทานอาหารเพื่อสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์(64, 65) นอกเหนือจากความแตกต่างเหล่านี้ สรุปลงได้ว่าผู้ชายและผู้หญิงมีระดับความร่วมมือไม่แตกต่างกัน(46)

**บุคลิกลักษณะ** จากหลักฐานงานวิจัยไม่สนับสนุนแนวคิดที่ว่า ผู้ที่มีบุคลิกลักษณะแบบไม่ร่วมมือจะมีอัตราความร่วมมือในการรักษาต่ำ โดยจากการศึกษาพบว่าความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่จำเพาะกับการรักษา(66) และความร่วมมือในการรักษาอย่างหนึ่งไม่ได้มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษารูปแบบอื่นๆ(38)

**ปัจจัยทางอารมณ์** ผู้ที่มีความเครียดและมีปัญหาทางอารมณ์จะมีปัญหาความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ที่มีความเครียดมีแนวโน้มถอนตัวจากพฤติกรรมการออกกำลังกาย(67) และผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับความเครียดสูงจะมีความร่วมมือในการกินยาน้อยกว่า(68, 69)

**4.ปัจจัยสิ่งแวดล้อม** ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางด้านสังคม และบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม

**ปัจจัยทางเศรษฐกิจ** ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความร่วมมือในการรักษา โดยผู้ที่มีรายได้และระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มจะให้ความร่วมมือมากกว่า(46) และรายได้มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือมากกว่าระดับการศึกษา(46, 70) นอกจากนี้ปัจจัยทางเศรษฐกิจยังมีความสัมพันธ์ต่อระบบสุขภาพในแง่ของการเข้าถึงระบบบริการและความสามารถของผู้ป่วยในการจ่ายค่ารักษา(2)

**การสนับสนุนทางด้านสังคม** การสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ จากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน เช่น การสนับสนุนทางสิ่งของ การสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการสนับสนุนทางด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(71) และมีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษา(72) โดยผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีความร่วมมือในการรักษาต่ำ(2)

**บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม**  
ผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับวิธีการรักษาโดยการกินยา จะมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการกินยาน้อย(2) ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ต่างกันส่งผลต่อความร่วมมือ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุชาวญี่ปุ่นมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ป่วยชาวยุโรปหรือสหรัฐอเมริกา(73)

กล่าวโดยสรุปในทางการแพทย์ ไม่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่สามารถอธิบายเรื่องความร่วมมือของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอย่างองค์รวม เนื่องจากหลายปัจจัยมีความเกี่ยวข้องกันอย่างซับซ้อน โดยปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก(2)

## 2.5 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

แนวคิดทฤษฎีของความร่วมมือในการรักษา สามารถสรุปได้ ดังนี้

**1.ทฤษฎีความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ (Continuum theories) ทฤษฎีนี้ถูก**  
นำมาใช้ในการทำนายแรงจูงใจและความตั้งใจของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการนำมาใช้เพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งทฤษฎีนี้มาจากแนวคิดที่ว่าปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือนั้นสามารถนำไปใช้อธิบายได้ในผู้ป่วยทุกคน ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีระดับแรงจูงใจมากหรือน้อย ทฤษฎีความต่อเนื่องประกอบด้วยแนวคิดจาก 4 ทฤษฎี(2) ได้แก่

1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Becker(74)

แนวคิดนี้เชื่อว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาเมื่อรับรู้ว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ รับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ โดยไม่เกิดผลเสียหรืออุปสรรคใดๆ ต่อตนเอง อย่างไรก็ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพนั้นมีข้อจำกัดในการทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพ(2)

2) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Bandura(75)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลนั้นต้องเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ รวมทั้งยังเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทำให้ได้รับผลลัพธ์ด้านบวก โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญปัจจัยหนึ่งของพฤติกรรมทางสุขภาพ

3) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The theory of planned behavior) ของ Ajzen(76)

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยทำนายความตั้งใจของผู้ป่วย ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมนั้น การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยที่การรับรู้ความสามารถในการควบคุมและความตั้งใจเป็นปัจจัยทำนายหลักต่อ

ความร่วมมือในการรักษา ขณะที่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยทำนายหลักต่อพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่น

4) ทฤษฎีวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning theory) ของ Skinner(77)

ทฤษฎีนี้อธิบายความร่วมมือในการรักษาในแง่ของการเสริมแรง โดยเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดแล้วได้รับการเสริมแรง บุคคลนั้นมีแนวโน้มจะทำพฤติกรรมนั้นอีก ตัวเสริมแรง เช่น รางวัล เงิน คำชมเชย ความรู้สึกที่อาการป่วยดีขึ้น โดยตัวเสริมแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ทฤษฎีนี้จะให้ความสำคัญกับการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย โดยการใช้สิ่งเตือนความจำ เช่น การโทรศัพท์เตือนผู้ป่วย และการทำข้อตกลงในการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

**2.ทฤษฎีขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพ (Stage theories)** ทฤษฎีนี้อธิบายความร่วมมือของผู้ป่วยว่าเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยหลายขั้นตอน และแต่ละขั้นตอนจะมีปัจจัยที่ทำนายแตกต่างกัน ทฤษฎีขั้นตอนประกอบด้วยแนวคิดจาก 3 ทฤษฎี(2) ได้แก่

1) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The transtheoretical model) ของ Prochaska(78)

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญในการช่วยให้บุคคลได้ปรับพฤติกรรมของตนเองก้าวหน้าไปยิ่งขึ้นสูงขึ้นไป โดยขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีทั้งหมด 5 ขั้นตอน คือ ขั้นก่อนตั้งใจ, ขั้นตระหนักและเริ่มตั้งใจถึงผลดี/ผลเสียของพฤติกรรม, ขั้นเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติ, ขั้นปฏิบัติ, ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง โดยมีการนำทฤษฎีนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลิกสูบบุหรี่

2) แบบแผนกระบวนการยอมรับการป้องกัน (The precaution adoption process model) ของ Weinstein(79)

แบบแผนนี้อธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลทั้ง 7 ขั้นตอน และทำอย่างไรจะช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงไปสู่ขั้นที่สูงขึ้น โมเดลนี้ได้ถูกนำมาใช้ในการ



อธิบายพฤติกรรมกำบังโรคของบุคคล เช่น การตรวจหาก๊าซเรดอนในบ้าน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งในปอด

3) แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (The health action process approach) ของ Schwarzer(80)

แนวคิดนี้ได้รวมเอาหลักการสำคัญจากทั้งทฤษฎีความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ และทฤษฎีขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพเข้าไว้ด้วยกัน แนวคิดนี้เสนอว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นแรงจูงใจ (motivational phase) และขั้นกระทำ (volitional phase) โดยที่การรับรู้ความเสี่ยง ความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติ และการคาดการณ์ประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นปัจจัยสำคัญในขั้นแรงจูงใจ ขณะที่การวางแผนและการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญในขั้นกระทำ

กล่าวโดยสรุปทั้งทฤษฎีความต่อเนื่องและทฤษฎีขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพเป็นประโยชน์สำหรับใช้เพื่ออธิบายเรื่องความร่วมมือในการรักษา อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของทฤษฎีเหล่านี้ คือ ไม่ได้รวมปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านประชากรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเข้าไปในทฤษฎี(2)

## 2.6 กลวิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา

กลวิธีในการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา มี 2 วิธี(2) ได้แก่

1. กลวิธีให้ความรู้ (educational strategies) Haynes(81) อธิบายว่ากลวิธีที่เน้นแต่การให้ความรู้และการอธิบายถึงผลเสียหรืออันตรายของการไม่ร่วมมือในการรักษาทำให้เกิดความสำเร็จด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้น้อย

2. กลวิธีทางด้านพฤติกรรม (behavioral strategies)

กลวิธีทางด้านพฤติกรรมเป็นวิธีที่ส่งเสริมความร่วมมือได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้(2) กลวิธีทางด้านพฤติกรรม มี 4 วิธี(82) ได้แก่

1) การใช้เครื่องเตือนความจำ เครื่องเตือนความจำอาจเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน เช่น มีอาหารเป็นสิ่งเตือนความจำให้ผู้ป่วยจำได้ถึงการกินยาก่อนอาหาร การโทรศัพท์เพื่อเตือนผู้ป่วยเรื่องนัดหมายหรือการมารับยาตามกำหนด วิธีอื่นๆ เช่น การใช้แพคเกจยาที่

ระบุวันและช่วงเวลาในการรับประทาน(83) การใช้สัญญาณจากเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อเตือนเวลากินยา

2) การปรับการรักษาให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การลดจำนวนครั้งของการทานยา(84)

3) การปรับกฎเกณฑ์เรื่องการกิน การออกกำลังกายหรือกิจกรรมอื่นๆ ของผู้ป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป

4) การทำข้อตกลงในการรักษาระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา โดยมีการให้รางวัล เช่น ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งวิธีนี้จะมีประสิทธิภาพเมื่อผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาได้ตกลงร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น

## 2.7 ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยทางพันธุกรรม

ความร่วมมือในการใส่เครื่องมือทางพันธุกรรมชนิดถอดได้ มีการศึกษา ดังนี้

### เครื่องมือทางพันธุกรรมจัดฟัน

Kacer และคณะ(85) พบว่าความร่วมมือในการใส่เครื่องมือคงสภาพฟันของผู้ป่วยจะลดลงตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยถอดเครื่องมือจัดฟันติดแน่น กล่าวคือจากอัตราความร่วมมือร้อยละ 69 (ช่วง 3 เดือนแรก) ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 45 (ช่วง 19-24 เดือน) โดยนิยามของความร่วมมือในการศึกษานี้คือผู้ป่วยที่รายงานว่าใส่เครื่องมือคงสภาพฟันในตอนกลางคืน

Pratt และคณะ(86) ศึกษาความร่วมมือในการใส่เครื่องมือคงสภาพฟันของผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนถึง 6 ปี หลังจากผู้ป่วยถอดเครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น พบว่าเพศหญิงมีความร่วมมือมากกว่าเพศชาย และความร่วมมือระยะสั้นในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยจะมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า สำหรับเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่ได้ใส่เครื่องมือคงสภาพฟัน ได้แก่ ลืมใส่ ไม่ชอบใส่ รำคาญในช่องปาก เครื่องมือไม่พอดี พุดลำบาก ทำเครื่องมือหายไป และเหตุผลเรื่องความสวยงาม

Wong และ Freer(87) พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ใส่เครื่องมือคงสภาพฟันตามที่ทันตแพทย์แนะนำเนื่องจากปัญหาความไม่สบายของเครื่องมือและลืมนใส่ โดยที่ความร่วมมือในการใส่เครื่องมือคงสภาพฟันชนิดถอดได้มีความสัมพันธ์อย่างมาก (strong relationship) กับการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องความสบายของเครื่องมือหลังใส่ในช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความ

ร่วมมือในการใส่อีลาสติกในช่องปาก (intraoral elastic) และเฮดเกียร์ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับความไม่สบายที่เกิดขึ้นหลังใส่เครื่องมือ(88)

Doll และคณะ(89) พบว่าปัญหาหลักของผู้ป่วยจากการใส่เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้คือทำให้เกิดความไม่สบายต่างๆ ในช่องปาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ในด้านการพูด การกลืน การหายใจ และการนอนหลับ

Sergl และคณะ(90) พบว่าความร่วมมือของผู้ป่วยนั้นอาจจะทำนายได้จากความไม่สบายที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยใส่เครื่องมือครั้งแรก ดังนั้นทันตแพทย์จึงควรมีบทบาทในการปรับเครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยใส่เครื่องมือได้อย่างสบายและสามารถปรับตัวได้เร็วขึ้น โดยความไม่สบายที่เกิดจากการใส่เครื่องมือมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับความร่วมมือของผู้ป่วย(88) โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สบายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาเป็นเหตุผลหลักที่จะทำให้ผู้ป่วยหยุดการรักษาที่กำหนด(91) ดังนั้นทันตแพทย์ควรจะอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับความไม่สบายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงแรกหลังใส่เครื่องมือ(92) เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น(93)

### ฟันปลอมถอดได้ฐานโลหะ

Akeel(94) พบว่า 1 ปีหลังได้รับการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานโลหะ หนึ่งในสามของผู้ป่วยหยุดใส่หรือใส่เป็นครั้งคราว เนื่องจากมีปัญหาความไม่สบาย(94, 95) สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ราคาอยู่ในช่องปาก ใส่ได้ไม่พอดี และเคี้ยวด้วยฟันธรรมชาติได้ดีกว่า

Yeung และคณะ(95) พบว่าระยะเวลาการใส่ฟันปลอมเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีปัญหาหลังใส่อยู่ที่ 12 เดือน ขณะที่แนวโน้มการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวมีความเป็นไปได้ว่าจะมีผู้ป่วยที่หยุดใส่ฟันปลอมเพิ่มขึ้น

Graham และคณะ(96) กล่าวว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานโลหะ เนื่องจากผู้ป่วยและทันตแพทย์ประเมินความจำเป็นในการใส่ฟันแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยต้องการใส่ฟันในแง่ของการเข้าสังคม ขณะที่ทันตแพทย์จะให้ความสำคัญกับการใส่ฟันในแง่ของการ

บดเคี้ยว โดยผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือประเมินว่าการใส่ฟันทำให้เกิดความรำคาญมากกว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการบดเคี้ยว

Murai และคณะ(97) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานโลหะ เนื่องจากรู้สึกว่ามีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในช่องปาก ไม่สะดวกเวลาต้องถอดหรือใส่ฟันปลอม ไม่สามารถปรับตัวได้กับการใส่ฟันปลอม ไม่เห็นประโยชน์ของการใส่เนื่องจากสามารถบดเคี้ยวได้และไม่มีปัญหาเรื่องความสวยงาม

### เครื่องมือยื่นขากรรไกรล่าง

การประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือยื่นขากรรไกรล่าง มีทั้งการประเมินโดยให้ผู้ป่วยรายงานด้วยตนเอง (self-reported compliance คิดจากร้อยละของจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยใส่เปรียบเทียบกับจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยนอนหลับ) และอีกวิธีหนึ่งคือการติดตั้งเซนเซอร์ เพื่อบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยใส่เครื่องมือจริง (objective compliance คิดจากจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยใส่เครื่องมือ/วัน โดยผู้ที่ร่วมมือคือผู้ที่ใส่เครื่องมืออย่างน้อย 4 ชั่วโมง/วัน)(98, 99)

Bates(100) ศึกษาความร่วมมือในการใส่เฝือกสบฟันชนิดจัดตำแหน่งขากรรไกรล่าง (mandibular repositioning splint) หลังได้รับการรักษา 3 เดือน พบว่า ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยรายงานว่ายังคงใส่เครื่องมือ หลังใส่เครื่องมือผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการที่ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 อาการ โดยส่วนใหญ่มีความเห็นว่าอาการดังกล่าวเป็นปัญหาเล็กน้อยต่อการใส่เครื่องมือ โดยอาการที่พบมากที่สุด คือ น้ำลายไหลเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 43) รองลงมา ได้แก่ เจ็บในช่องปาก (ร้อยละ 40) เมื่อยขากรรไกร (ร้อยละ 28) นอนหลับยากขึ้นและตื่นบ่อย (ร้อยละ 24) หายใจลำบาก (ร้อยละ 20) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการกลับมาเป็นปกติหลังจากใส่เครื่องมือไปแล้ว 1 สัปดาห์ ขณะที่ผู้ป่วยส่วนน้อย (ร้อยละ 5-11) เห็นว่าอาการดังกล่าวข้างต้นมีผลทำให้ไม่สามารถใส่เครื่องมือได้

### 3.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่กล่าวถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยเฝือกสบฟัน มีดังนี้

Wig และคณะ(19) ศึกษาความร่วมมือของผู้ป่วยที่เมีมิติ ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 81 คน ต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาเชิงอนุรักษ์ ได้แก่ การผ่อนคลายขากรรไกร การบริหาร

ขากรรไกร (jaw stretching) การประคบเย็น การประคบอุ่น การใส่ฝือกสบฟัน (ชนิดอะคริลิกแข็ง หรือแบบนิ่มชนิดกึ่งสำเร็จรูป) ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยให้ผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติดังกล่าวใน อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามการรักษาร้อยละ 54 สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยฝือกสบฟัน ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันจากร้อยละของจำนวนวันที่ผู้ป่วยรายงานใส่ฝือกสบฟันในระยะเวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 37 คน มีอัตราความร่วมมือเฉลี่ยร้อยละ 43 และผู้ป่วยที่เคยใส่ฝือกสบฟันมาก่อนมีอัตราความร่วมมือสูงกว่าผู้ป่วยที่ใส่ฝือกสบฟันครั้งแรก เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยใส่ฝือกสบฟันมาก่อนเคยได้รับประโยชน์จากการรักษาจึงใส่ฝือกอย่างสม่ำเสมอ ขณะที่ผู้ป่วยที่ใส่ฝือกสบฟันเป็นครั้งแรก บางส่วนมีอาการไม่พึงประสงค์ หรือไม่สามรถปรับตัวให้คุ้นชินกับการใส่ได้ สำหรับผู้ป่วยใหม่ที่ใช้ฝือกสบฟันแบบนิ่มมีปัญหาเรื่องฝือกสบฟันหลวม ไม่พอดี ทำให้อัตราความร่วมมือน้อย ในด้านของปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดครั้งแรก และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความปวดกับความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟัน

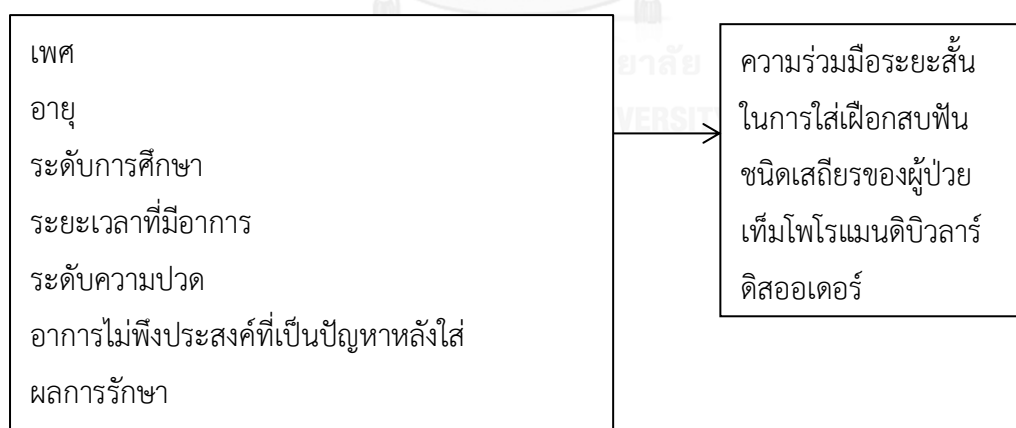
Lindfors และคณะ(18) ศึกษาความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันชนิดอะคริลิกแข็ง ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากทันตแพทย์ทั่วไปจำนวน 274 คนและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากทันตแพทย์เฉพาะทางระบบบดเคี้ยว จำนวน 63 คนในประเทศสวีเดน ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันจากร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่รายงานว่ายังคงใส่ฝือกสบฟันในช่วง 1 ปีครึ่งถึง 2 ปี หลังจากได้รับการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา ข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบกลับทางไปรษณีย์ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากทันตแพทย์ทั่วไปมีความร่วมมือร้อยละ 73 ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากทันตแพทย์เฉพาะทางมีความร่วมมือร้อยละ 54 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใส่ฝือกสบฟันเฉพาะเวลากลางคืน และใส่ 5-7 ครั้ง/สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รายงานว่าใส่ฝือกสบฟันประเมินว่าการใส่ฝือกสบฟันให้ผลการรักษาที่ดีแตกต่างจากผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่ใส่ฝือกสบฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือกล่าวอีกอย่างว่า ผู้ป่วยซึ่งประเมินว่าฝือกสบฟันให้ผลการรักษาที่ดีจะให้ความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันมากกว่า

นอกจากนี้การศึกษาวิจัยทางคลินิกในผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามที่ได้รับการรักษาด้วยฝือกสบฟันชนิดเสถียร ผู้วิจัยจะใช้แบบสอบถามประเมินพฤติกรรมกรใส่ฝือกสบฟันหลังรักษา เช่น ความถี่ในการใส่

เผือกสบฟันต่อสัปดาห์ โดยที่ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ป่วยเลือกตอบ (101, 102) ได้แก่ (1) ไม่ได้ใส่ (2) ใส่ 1-2 วันต่อสัปดาห์ (3) ใส่ 3-4 วันต่อสัปดาห์ (4) ใส่ 5-6 วันต่อสัปดาห์ (5) ใส่ทุกวัน หรือถามจำนวนชั่วโมงในการใส่เผือกสบฟันขณะหลับต่อวัน เพื่อประเมินระยะเวลาในการใส่โดยเฉลี่ยของผู้ป่วยว่าใกล้เคียงกับค่าระยะเวลาที่แนะนำให้ใส่เผือกสบฟันคือ 8 ชั่วโมงต่อวันหรือไม่(102) อย่างไรก็ตามการประเมินการใส่เผือกสบฟัน โดยให้ผู้ป่วยตอบภายหลังรักษา จะมีอคติจากการใช้ความจำ (recall bias) มาเกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า การรักษาด้วยการใส่เผือกสบฟัน ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการใส่เผือกสบฟันเป็นสำคัญ และมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา สำหรับความร่วมมือในการใส่เผือกสบฟันชนิดเสถียรนั้นยังมีผู้ทำการศึกษาไม่มากนัก โดยมีเพียงการศึกษาเดียวที่เป็นการศึกษาชนิดติดตามผลไปข้างหน้าระยะสั้น (short-term prospective study)(19) และอีกหนึ่งการศึกษาที่เป็นชนิด cross-sectional(18) นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาลักษณะดังกล่าวในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องความร่วมมือระยะสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใส่เผือกสบฟันชนิดเสถียร โดยแสดงได้ดังกรอบแนวคิด

#### 4.กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความร่วมมือระยะสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรของผู้ป่วยเต็มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือระยะสั้นในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรของผู้ป่วยที่เอมดี ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือระยะสั้นในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียร จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ ระดับความปวด อาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัญหาหลังใส่ฝือกสบฟัน ผลการรักษา เพื่อให้การวิจัยนี้ดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

#### 1.รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงสังเกตที่มีการติดตามผลไปข้างหน้า (observational prospective study)

#### 2.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เอมดีที่ได้รับการรักษาด้วยฝือกสบฟันชนิดเสถียรในคลินิกปริญา บัณฑิต และคลินิกบัณฑิตศึกษา ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เอมดีที่ได้รับการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรทั้งในคลินิกปริญา บัณฑิต และคลินิกบัณฑิตศึกษา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 และมารับการติดตามผลการรักษาครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2559 จนถึงระยะเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนตัวอย่าง และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างที่กำหนด

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนด Large effect size ( $f = 0.40$ ), significance level = 0.05, power = 0.80  
 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 66 คน(103) เนื่องจากคาดการณ์ว่าอาจจะมีผู้ป่วยที่ไม่ได้กลับมา  
 ติดตามผลการรักษาครั้งแรกและมีผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบ จึงขอใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
 เป็น 90 คน

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria)

- 1.อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2.เป็นผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเจ็บปวดที่ใบหน้า  
 และช่องปากในประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Orofacial Pain) ปี 2013(10)
- 3.ได้รับการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรที่ขากรรไกรบน
- 4.ใส่ฝือกสบฟันเป็นครั้งแรก
- 5.ได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์ให้ใส่ฝือกสบฟันเฉพาะเวลานอน
- 6.มีฟันกรามบน-ล่างสบกันอย่างน้อยหนึ่งคู่ทั้งด้านซ้ายและขวา

### เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการวิจัย (exclusion criteria)

- 1.ผู้ที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทย

### **3.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (รายละเอียดตามภาคผนวก) ซึ่ง  
 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา เหตุผล  
 ที่เลือกมารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 2** แบบบันทึกการใส่ฝือกสบฟันรายวันในระยะเวลา 14 วัน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวนชั่วโมง  
 นอน และจำนวนชั่วโมงที่ใส่ฝือกสบฟัน



### วิธีคำนวณอัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียร

$$\text{อัตราความร่วมมือ} = \frac{\text{จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยใส่ฝือกสบฟัน (ใน 14 วัน)}}{\text{จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยนอน (ใน 14 วัน)}} \times 100$$

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามข้อมูลด้านการรักษา จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย

1. เหตุผลที่ไม่ใส่ฝือกสบฟันอย่างต่อเนื่องทุกวันในระยะเวลา 14 วัน

โดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่า ลืมใส่/มีอาการไม่พึงประสงค์/อื่น ๆ โปรดระบุ

ผู้ป่วยที่เลือกตอบในข้อนี้ ถือเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การใส่ฝือกสบฟันและไม่ร่วมมือในการรักษา (noncompliance)

2. ผลการรักษาหลังใส่ฝือกสบฟัน การเปลี่ยนแปลงโดยรวมของอาการปวดและความผิดปกติของขากรรไกรโดยให้ผู้ป่วยประเมินผลการรักษาโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) ซึ่งมีค่าตั้งแต่ -10 ถึง 10

โดยระดับ -10 คืออาการแย่ลงมากที่สุด, ระดับ 0 หมายถึง อาการเหมือนเดิม และระดับ 10 หมายถึง อาการหายเป็นปกติ และตัวเลขดังกล่าวจะถูกนำไปคำนวณร้อยละของอาการที่เปลี่ยนแปลงหลังใส่ฝือกสบฟัน (percentage of symptom change)

**ส่วนที่ 4** แบบบันทึกอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟัน ในระยะเวลา 14 วัน และให้ผู้ป่วยจัดลำดับอาการที่เป็นปัญหาทราบกวนการใส่ฝือกสบฟันมากที่สุด 3 ลำดับแรก

**ส่วนของผู้วิจัย** ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกระเบียบประวัติผู้ป่วยของภาควิชาฯ ได้แก่ อาการสำคัญ ระยะเวลาที่มีอาการ การวินิจฉัย ระดับความปวด โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (numerical rating scale) ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และระดับ 10 หมายถึงมีอาการปวดรุนแรงจนไม่สามารถทนได้ โดยจัดกลุ่มผู้ป่วยตาม numerical rating scale (NRS) ตามเกณฑ์ ดังนี้(104)

ผู้ป่วยที่มี NRS = 0      ไม่ปวด

NRS = 1-3      ปวดเล็กน้อย

NRS = 4-6      ปวดปานกลาง

NRS = 7-10      ปวดมาก

#### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมไปให้อาจารย์ภาควิชาฯ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ตามวิธีของ Rovinelli และ Hambleton(105) ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าเห็นว่าข้อคำถามมีความสอดคล้อง ตรงกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าเห็นว่าข้อคำถามไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์

ผู้วิจัยนำผลที่เป็นคะแนนนี้ไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (Item of Objective Congruence Index: IOC) โดยใช้สูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ R = คะแนนความสอดคล้องที่อาจารย์แต่ละคนประเมินในแต่ละข้อ

$$N = \text{จำนวนอาจารย์ทั้งหมด} = 3$$

ผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ที่มากกว่า 0.5 ขึ้นไป และปรับปรุงแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อดูความเข้าใจในข้อคำถาม รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และได้ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามอีกครั้ง เพื่อจัดทำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์

#### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผู้ป่วยได้รับการใส่ฝือกสับฟันแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.ผู้วิจัยอธิบายการบันทึกข้อมูลในแบบสอบถาม และขอความร่วมมือผู้ป่วนำแบบสอบถามกลับมาคืนให้ผู้วิจัยในวันนัดติดตามอาการครั้งแรก (first-follow up evaluation)

## 6.การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (version 17.0) การพิจารณานัยสำคัญทางสถิติของการวิจัยในครั้งนี้ใช้ค่าความเชื่อมั่นในระดับร้อยละ 95 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานของการวิจัย ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละส่วน ดังนี้

1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะของข้อมูลทั่วไป

2.สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) โดยใช้ Independent sample t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม และ One-way ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่ม กรณีพบค่าความแตกต่างเป็นรายกลุ่ม จะวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายกลุ่มเป็นรายคู่อีกครั้งโดยใช้ LSD analysis

## 7.ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (HREC-DCU 2015-087)

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาวិจัยเรื่อง ความร่วมมือระยะสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใส่หน้ากากสพพันชนิดเสถียรของผู้ป่วยเพิ่มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสอเดออร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2559 และได้รับแบบสอบถามกลับคืน 86 ชุด อัตราการได้รับแบบสอบถามคืนคิดเป็นร้อยละ 95.56 โดยมีผู้ป่วยที่ไม่ได้กลับมาติดตามอาการครั้งแรกจำนวน 4 คน เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง และมีผู้ป่วยตอบแบบสอบถามไม่ครบ จำนวน 6 คน เนื่องจากผู้ป่วยมารับการติดตามอาการครั้งแรกเร็วกว่า 14 วัน จึงได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 80 ชุด คิดเป็นร้อยละ 88.89 โดยการประมวลผลและวิเคราะห์ผล แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความร่วมมือในการใส่หน้ากากสพพันของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่หน้ากากสพพันของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ผลการรักษาในช่วง 14 วันที่ใส่หน้ากากสพพันของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 6 การทดสอบสมมติฐาน

เพื่อความเข้าใจในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
Min	หมายถึง	ค่าต่ำสุด (Minimum)
Max	หมายถึง	ค่าสูงสุด (Maximum)
t	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
Sig.	หมายถึง	ค่านัยสำคัญทางสถิติ (Significant)
*	หมายถึง	การมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และเหตุผลในการเลือกมารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา (n = 80)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	12	15.00
หญิง	68	85.00
<b>อายุ</b>		
น้อยกว่า 20 ปี	16	20.00
20 – 40 ปี	38	47.50
41 – 60 ปี	18	22.50
มากกว่า 60 ปี	8	10.00
Min = 18, Max = 73, $\bar{X}$ = 35.36, S.D. = 15.79		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22	27.50
ปริญญาตรี	51	63.75
สูงกว่าปริญญาตรี	7	8.75

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุดเท่ากับ 18 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 73 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35 ปี เมื่อนำข้อมูลมาจัดเป็นช่วงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20 – 40 ปี (ร้อยละ 48) และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้านเหตุผลในการเลือกมารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรม  
บดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (n = 80)

เหตุผลในการเลือกมารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	จำนวน	ร้อยละ
ชื่อเสียงของคลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ฯ	43	53.75
ความรู้ ความชำนาญของทันตแพทย์ มีทันตแพทย์เฉพาะสาขาครบ ระบบการให้บริการดี	49	61.25
การเดินทางสะดวก	18	22.50
ถูกส่งต่อมาจากคลินิกอื่น	28	35.00
อื่น ๆ (มีผู้อื่นแนะนำมา/เป็นนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)	19	23.75
อื่น ๆ (มีผู้อื่นแนะนำมา/เป็นนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)	11	13.75

หมายเหตุ: ผู้ป่วยบางคนมีเหตุผลที่เลือกมารับการรักษามากกว่า 1 เหตุผล

เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการเลือกมารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันต  
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อันดับหนึ่งคือ ความรู้ ความชำนาญของทันตแพทย์ มีทันต  
แพทย์เฉพาะสาขาครบ (ร้อยละ 61) รองลงมาคือ ชื่อเสียงของคลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันต  
แพทยศาสตร์ฯ (ร้อยละ 54) และการเดินทางสะดวก (ร้อยละ 35)

## 2. ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อาการสำคัญ  
ระยะเวลาที่มีอาการ ระดับความปวด การวินิจฉัย ซึ่งในส่วนนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ  
ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาการสำคัญ</b>		
กลุ่มอาการที่ 1 ปวดบริเวณใบหน้า ขากรรไกร ในช่องปาก ปวดศีรษะ	45	56.25
กลุ่มอาการที่ 2 ขากรรไกรทำงานไม่เป็นปกติ	29	36.25
-มีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร	27	33.75
-อ้าปากได้น้อยลง	2	2.50
กลุ่มอาการที่ 3 มีปัญหาฟันสึก	2	2.50
กลุ่มอาการที่ 4 มีปัญหานอนกัดฟัน	4	5.00
<b>ระยะเวลาที่มีอาการ</b>		
น้อยกว่า 1 เดือน	13	16.25
1 – 3 เดือน	32	40.00
4 – 6 เดือน	16	20.00
มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป	19	23.75
<b>ระดับความปวด</b>		
ไม่ปวด	35	43.75
ปวด	45	56.25
-ปวดเล็กน้อย	14	17.50
-ปวดปานกลาง	17	21.25
-ปวดมาก	14	17.50
Min = 0, Max = 10, $\bar{X}$ = 2.85, S.D. = 2.94		
<b>การวินิจฉัย*</b>		
Arthralgia	10	12.50
Disc displacement with reduction	46	57.50
Disc displacement with reduction with intermittent locking	2	2.50
Osteoarthritis	1	1.25
Osteoarthrosis	1	1.25
Local myalgia	51	63.75
Myofascial pain with spreading	2	2.50

\*ผู้ป่วยบางคนได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 อาการ

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56) มีอาการสำคัญคือ ปวดบริเวณ ใบหน้า ขากรรไกร ในช่องปาก ปวดศีรษะ มีระดับความปวดปานกลาง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Local myalgia โดยระยะเวลาที่มีอาการนาน 1-3 เดือน

### 3. อัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในส่วนนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลการใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80)

การใส่ฝือกสบฟัน	ผู้ป่วย		ความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟัน	
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ใส่ฝือกสบฟันทุกวัน	39	48.75	99.62	1.69
ไม่ได้ใส่ฝือกสบฟันทุกวัน	41	51.25	77.13	25.65
-เพราะลืมใส่	29	36.25	84.73	11.81
-เพราะมีอาการไม่พึงประสงค์	12	15.00	56.46	36.90
รวม	80	100.00	88.09	21.51

กลุ่มตัวอย่างมีอัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 88 (Min = 7.96, Max = 100.00, S.D. = 21.51) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51) ไม่ได้ใส่ฝือกสบฟันทุกวัน สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือเนื่องจากลืมใส่ รองลงมาคือมีอาการไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จำนวน 12 คน มีอาการเจ็บฟันเป็นปัญหาอันดับแรกหลังใส่ฝือกสบฟัน

### 4. อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ป่วยบันทึกอาการที่ไม่พึงประสงค์ในแต่ละวันตลอดระยะเวลาการรักษา 14 วัน และจัดอันดับอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัญหามากที่สุด 3 อันดับแรก ซึ่งในส่วนนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6



ตารางที่ 5 อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80)

อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟัน	ผู้ป่วยที่มีอาการ		จำนวนวันที่มีอาการ			
	จำนวน	ร้อยละ	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.
รำคาญในช่องปากและลิ้น	60	75.00	1	14	6.02	4.49
น้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ	54	67.50	1	14	5.28	3.96
น้ำลายน้อยลง ช่องปากแห้ง ริมฝีปากแห้งหรือแตก	23	28.75	1	14	5.96	4.29
ใส่แล้วนอนไม่หลับ	14	17.50	1	14	4.57	4.47
เจ็บฟัน	32	40.00	1	14	4.47	3.58
รู้สึกตึงๆ ซาๆ หรือล้าๆ ที่ฟัน แต่ไม่ถึงกับเจ็บ	63	78.75	1	14	5.76	3.74
กัดสบฟันผิดปกติหลายนาที่หลังถอดฝือกสบฟัน	21	26.25	2	14	7.14	5.02
ตื่นนอนรู้สึกเมื่อยกล้ามเนื้อขากรรไกรและใบหน้า	25	31.25	1	14	6.16	4.10
ปวดศีรษะหรือปวดศีรษะมากขึ้นกว่าเดิม	12	15.00	1	14	2.75	3.65
หุบปากได้ไม่สนิท	39	48.75	1	14	8.62	5.13
มีกลิ่นปากที่ผิดปกติ	13	16.25	1	14	5.38	4.98
มีแผลที่กระพุ้งแก้ม หรือที่ขอบลิ้น	12	15.00	1	14	4.83	4.51
ออกเสียงไม่ชัด	40	50.00	1	14	9.38	4.93
มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน	6	7.50	1	13	4.83	4.22
อื่น ๆ (ปวดขากรรไกร)	1	1.25	4	4	4.00	0.00

หมายเหตุ: ผู้ป่วยบางคนมีอาการที่ไม่พึงประสงค์มากกว่า 1 อาการ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรายงานว่ามีอาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟัน โดยมีอาการไม่พึงประสงค์เฉลี่ย 5 อาการต่อคน โดยค่าต่ำสุดคือ 1 อาการ และค่าสูงสุดคือ 11 อาการ อาการที่ไม่พึงประสงค์ที่พบมากที่สุดคือ รู้สึกตึงๆ ซาๆ หรือล้าๆ ที่ฟัน แต่ไม่ถึงกับเจ็บ (ร้อยละ 79) จำนวนวันที่มีอาการโดยเฉลี่ยเท่ากับ 6 วัน รองลงมาได้แก่ รำคาญในช่องปากและลิ้น (ร้อยละ 75) จำนวนวันที่มีอาการโดยเฉลี่ยเท่ากับ 6 วัน และน้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ (ร้อยละ 68) จำนวนวันที่มีอาการโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5 วัน

ตารางที่ 6 อาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟัน จำแนกตามลำดับอาการที่เป็นปัญหา (n = 80)

อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟัน	ผู้ป่วยที่มีอาการ		ผู้ป่วยที่จัดลำดับว่าเป็นปัญหา			
	N	%	อันดับ 1		อันดับ 1-3	
	N	%	N	%	N	%
รำคาญในช่องปากและลิ้น	60	75.00	20	25.00	46	57.50
น้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ	54	67.50	14	17.50	41	51.25
น้ำลายน้อยลง ช่องปากแห้ง ริมฝีปากแห้ง	23	28.75	4	5.00	8	10.00
ใส่แล้วนอนไม่หลับ	14	17.50	1	1.25	4	5.00
เจ็บฟัน	32	40.00	12	15.00	17	21.25
ตึงๆ ซากๆ หรือล้าๆ ที่ฟันแต่ไม่ถึงกับเจ็บ	63	78.75	12	15.00	39	48.75
กัดสบฟันผิดปกติหลายนาที่หลังถอดฝือก	21	26.25	2	2.50	8	10.00
เมื่อยกล้ามเนื้อขากรรไกรและใบหน้า	25	31.25	5	6.25	11	13.75
ปวดศีรษะหรือปวดศีรษะมากขึ้นกว่าเดิม	12	15.00	-	-	5	6.25
หุบปากได้ไม่สนิท	39	48.75	5	6.25	27	33.75
มีกลิ่นปากที่ผิดปกติ	13	16.25	-	-	4	5.00
มีแผลที่กระพุ้งแก้มหรือที่ขอบลิ้น	12	15.00	-	-	4	5.00
ออกเสียงไม่ชัด	40	50.00	5	6.25	23	28.75
มีอาการคลื่นไส้อาเจียน	6	7.50	-	-	3	3.75

หมายเหตุ: ผู้ป่วยบางคนมีอาการไม่พึงประสงค์มากกว่า 1 อาการ

อาการที่เป็นปัญหาอันดับหนึ่งถึงสาม ซึ่งพบในผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ รำคาญในช่องปากและลิ้น (ร้อยละ 58) รองลงมาได้แก่ น้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ (ร้อยละ 51) และรู้สึกตึงๆ ซากๆ หรือล้าๆ ที่ฟันแต่ไม่ถึงกับเจ็บ (ร้อยละ 49) ทั้งนี้อาการดังกล่าวข้างต้นพบในผู้ป่วยมากที่สุดเช่นกันเมื่อพิจารณาอาการที่เป็นปัญหาอันดับแรก

## 5. ผลการรักษาในช่วง 14 วันที่ใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ผลการรักษาในช่วง 14 วันที่ใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้ป่วยประเมินระดับผลการรักษาด้วยตนเอง จากอาการแย่งมากที่สุด (-10) จนถึงอาการหายเป็นปกติ (+10) และจัดกลุ่มผลการรักษาเป็น 3 กลุ่ม คือ อาการแย่ง อาการเหมือนเดิม และอาการดีขึ้น ซึ่งในส่วนนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการรักษาในช่วง 14 วันที่ใส่ฝือกสบฟันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80)

ผลการรักษาในช่วง 14 วันที่ใส่ฝือกสบฟัน	จำนวน	ร้อยละ
อาการแฉ่ง	3	3.75
อาการเหมือนเดิม	17	21.25
อาการดีขึ้น	60	75.00

ผู้ป่วยประเมินผลการรักษาหลังใส่ฝือกสบฟันว่าทำให้อาการดีขึ้น (percentage of symptom change) เฉลี่ยร้อยละ 30 ( $\bar{X} = 3.00$ , S.D. = 2.88) โดยอาการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงตั้งแต่อาการแฉ่งมากขึ้นร้อยละ 60 (Min = -6) ไปจนถึงอาการดีขึ้นร้อยละ 90 (Max = 9) ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น มีระยะเวลาใส่ฝือกสบฟันเฉลี่ย 6 ชั่วโมง 52 นาที ต่อวัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ประเมินว่าการรักษาด้วยการใส่ฝือกสบฟันเป็นผลดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) มีอาการปวดบริเวณใบหน้า ขากรรไกร ในช่องปาก ปวดศีรษะ ลดลง, ร้อยละ 59 ของผู้ป่วยมีเสียงที่ซู่ต่อขากรรไกรเบาลง และผู้ป่วยทุกคนที่เคยอ้าปากได้น้อยลงสามารถอ้าปากได้ปกติ

ผู้ป่วยร้อยละ 21 เห็นว่าการใส่ฝือกสบฟันไม่ได้ทำให้อาการเปลี่ยนแปลง โดยร้อยละ 41 ของผู้ป่วยมีเสียงที่ซู่ต่อขากรรไกรเหมือนเดิม

ผู้ป่วยส่วนน้อย (ร้อยละ 4) เห็นว่าการใส่ฝือกสบฟัน ทำให้อาการแฉ่งเนื่องจากมีอาการปวดบริเวณใบหน้า ขากรรไกร ในช่องปาก ปวดศีรษะเพิ่มขึ้น

## 6. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ในส่วนนี้เป็นการทดสอบสมมติฐานของการวิจัย โดยใช้สถิติการทดสอบการแจกแจงแบบที (t-test) และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ในการทดสอบสมมติฐาน ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่หน้ากากอนามัยของผู้ป่วย  
จำแนกตามปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา (n = 80)

ปัจจัย	n	$\bar{X}$	S.D.	t	F	Sig.
<b>เพศ</b>						
ชาย	12	84.37	22.16	-0.65		0.518
หญิง	68	88.75	21.49			
<b>อายุ</b>						
น้อยกว่า 20 ปี	16	88.27	22.93		0.78	0.510
20 – 40 ปี	38	85.26	23.49			
41 – 60 ปี	18	89.64	20.42			
มากกว่า 60 ปี	8	97.72	3.19			
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	22	94.62	8.90		1.51	0.227
ปริญญาตรี	51	85.17	25.69			
สูงกว่าปริญญาตรี	7	88.91	9.14			
<b>ระยะเวลาที่มีอาการ</b>						
น้อยกว่า 1 เดือน	13	91.01	15.67		0.33	0.804
1 – 3 เดือน	32	88.46	21.87			
4 – 6 เดือน	16	83.57	28.86			
มากกว่า 6 เดือน	19	89.30	17.97			
<b>ระดับความปวด</b>						
ไม่ปวด	35	85.87	25.14	-0.81		0.419
ปวด	45	89.82	18.31			
<b>ผลการรักษา</b>						
อาการแย่ลง	3	61.67	45.08		8.97	0.000*
อาการเหมือนเดิม	17	74.40	34.53			
อาการดีขึ้น	60	93.30	10.50			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟัน จำแนกตามผลการรักษา โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาแตกต่างกัน มีอัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ (Post-hoc test) ต่อไปว่า คู่ใดบ้างที่มีอัตราเฉลี่ยความร่วมมือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้การเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี LSD ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันของผู้ป่วย จำแนกตามผลการรักษาเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD (n = 80)

ผลการรักษา	$\bar{X}$	(1)	(2)	(3)
(1) อาการแย่ลง	61.67	–	12.73 (0.303)	31.63* (0.008)
(2) อาการเหมือนเดิม	74.40		–	18.90* (0.001)
(3) อาการดีขึ้น	93.30			–

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟัน จำแนกตามผลการรักษาเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการดีขึ้น มีอัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเหมือนเดิม และกลุ่มที่มีอาการแย่ลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเหมือนเดิมและมีอาการแย่ลงมีอัตราความร่วมมือไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันของผู้ป่วย จำแนกตามอาการที่ไม่พึงประสงค์ (n= 80)

อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟัน		n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
รำคาญในช่องปากและลิ้น	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	46	91.20	17.32	1.43	0.158
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	34	83.89	25.83		
น้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	41	88.34	18.46	0.11	0.916
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	39	87.83	24.56		
น้ำลายน้อยลง ช่องปากแห้งริมฝีปากแห้งหรือแตก	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	8	84.31	31.40	-0.52	0.603
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	72	88.51	20.39		
ใส่แล้วนอนไม่หลับ	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	4	79.29	41.42	-0.45	0.686
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	76	88.56	20.36		
เจ็บฟัน	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	17	65.17	36.24	-3.29	0.004*
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	63	94.28	8.23		
รู้สึกตึงๆ ซากๆ หรือล้าๆ ที่ฟันแต่ไม่ถึงกับเจ็บ	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	39	90.64	15.87	1.05	0.300
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	41	85.67	25.73		
กัดสบฟันผิดปกติหลายนาที	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	8	94.99	8.28	0.96	0.343
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	72	87.33	22.41		
หลังถอดฝือกสบฟัน	ตื่นนอนรู้สึกเมื่อยกล้ามเนื้อ	11	93.98	8.12	0.98	0.331
	ขากรรไกรและใบหน้า	69	87.15	22.83		
ปวดศีรษะหรือปวดศีรษะมากขึ้นกว่าเดิม	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	5	57.55	44.61	-1.62	0.178
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	75	90.13	17.86		
หุบปากได้ไม่สนิท	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	27	92.46	12.34	1.59	0.116
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	53	85.87	24.74		
มีกลิ่นปากที่ผิดปกติ	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	4	99.52	0.97	1.09	0.279
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	76	97.49	21.91		
มีแผลที่กระพุ้งแก้มหรือที่ขอบลิ้น	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	4	79.29	41.42	-0.45	0.686
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	76	88.56	20.36		

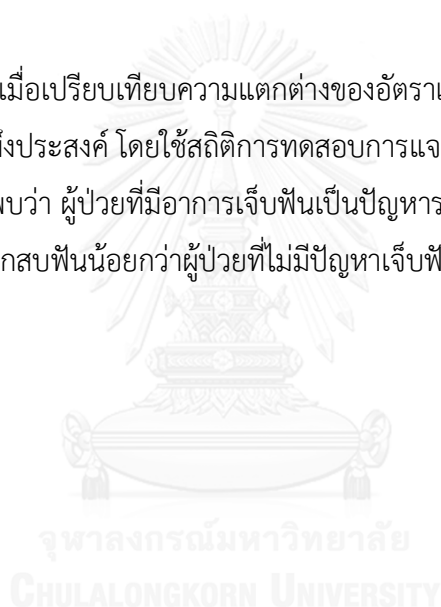
\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 (ต่อ) การเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่หน้ากากสบฟันของผู้ป่วย จำแนกตามอาการไม่พึงประสงค์ (n= 80)

อาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่หน้ากากสบฟัน		n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
ออกเสียงไม่ชัด	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	23	92.44	13.77	1.15	0.253
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	57	86.34	23.82		
มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน	เป็นปัญหาอันดับ 1-3	3	90.51	10.92	0.20	0.844
	ไม่เป็นปัญหาอันดับ 1-3	77	88.00	21.85		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 10 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่หน้ากากสบฟัน จำแนกตามอาการไม่พึงประสงค์ โดยใช้สถิติการทดสอบการแจกแจงแบบที (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บฟันเป็นปัญหารบกวนการใส่หน้ากากสบฟันมีอัตราความร่วมมือในการใส่หน้ากากสบฟันน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเจ็บฟัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความร่วมมือระยะสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรของผู้ป่วยเต็มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออดอร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือระยะสั้นในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียรของผู้ป่วยที่เฝ้าดี และเพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือระยะสั้นในการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียร จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่มีอาการ ระดับความปวด อาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัญหาหลังใส่ฝือกสบฟัน ผลการรักษา

ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เฝ้าดีของภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 90 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การทดสอบการแจกแจงแบบทีสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent-sample t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ (Post-hoc test) ด้วยวิธี LSD

#### 1. สรุปผลการวิจัย

1.1 กลุ่มตัวอย่างมีอัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 88 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51) ไม่ได้ใส่ฝือกสบฟันทุกวัน สาเหตุหลักที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือเนื่องจากลิ้มใส่รองลงมาคือมีอาการไม่พึงประสงค์ (เจ็บฟัน)

1.2 ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บฟันเป็นปัญหาการใส่ฝือกสบฟันมีอัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเจ็บฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยที่มีผลการรักษาแตกต่างกัน มีอัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการดีขึ้น มีอัตราความร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟันสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเหมือนเดิมและกลุ่มที่มีอาการแย่ลง และไม่พบความแตกต่างของอัตราความ



ร่วมมือในการใส่เฟือกสบฟัน เมื่อจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่มีอาการ ระดับความปวด

## 2. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่อง ความร่วมมือระยะสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใส่เฟือกสบฟันชนิดเสถียรของผู้ป่วยเพิ่มโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออดอร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยมีประเด็นอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เฝ้าที่ได้รับการใส่เฟือกสบฟันชนิดเสถียร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) และมีอายุ 20-40 ปี (ร้อยละ 48) ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของที่เฝ้าที่มักพบในผู้หญิง อายุประมาณ 20-40 ปี(106-108)

ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่เฝ้า เนื่องจากภาวะความเจ็บปวดบริเวณศีรษะและใบหน้า การทำหน้าที่ผิดปกติของระบบดเคี้ยว เป็นปัจจัยในด้านความรุนแรงของอาการที่ต่างไปจากผู้ป่วยประเภทอื่นๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยเฟือกสบฟัน เช่น ผู้ป่วยนอนกัดฟันที่ไม่มีอาการ ความแตกต่างดังกล่าวนี้จึงอาจมีผลต่อความต้องการการรักษาและความร่วมมือของผู้ป่วย

ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ใส่เฟือกสบฟันเฉพาะขณะหลับเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มีอาการที่เฝ้าที่รุนแรงมาก และมีน้อยรายที่จะได้รับคำแนะนำให้ใส่เฟือกสบฟันทั้งวัน นอกจากนี้ภาวณอนกัดฟันยังเป็นปัจจัยร่วม (contributing factor) หนึ่ง ซึ่งอาจมีส่วนทำให้เกิดอาการที่เฝ้า(10)

ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกข้อมูลการใส่เฟือกสบฟันด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย อีกทั้งยังสะดวกต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประเมินความร่วมมือควรพิจารณาถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยใส่เครื่องมือได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ O'Brien(109)

การประเมินอัตราความร่วมมือในการศึกษานี้คิดจากร้อยละของระยะเวลาที่ผู้ป่วยใส่เฟือกสบฟันได้จริงเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนหลับ ซึ่งเป็นวิธีการที่ต่างจากวิธีที่ใช้ในการศึกษาของ Wig และคณะ(19) นอกจากนี้การเก็บข้อมูลจากจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยใส่เฟือกสบฟันและจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยนอน ยังทำให้ผู้วิจัยทราบถึงพฤติกรรมการใส่ของผู้ป่วยรายวันได้ละเอียดกว่าการพิจารณาเฉพาะจำนวนวันที่ผู้ป่วยใส่ได้จริง สาเหตุที่ผู้วิจัยไม่เลือกการประเมินความร่วมมือโดยวิธีคำนวณจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ผู้ป่วยใส่เฟือกสบฟันรายวันแล้วนำมาเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่แนะนำ

ให้ผู้ป่วยใส่อย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน(102) เนื่องจากผู้ป่วยบางคนอาจมีเวลานอนน้อย ทำให้ไม่สามารถใส่เพื่อทดสอบฟันได้ตามระยะเวลาที่ทันตแพทย์แนะนำ

อัตราการได้รับแบบสอบถามคืนในการศึกษานี้ (ร้อยละ 96) อยู่ในระดับสูง โดยการได้รับแบบสอบถามคืนมากกว่าร้อยละ 90 จัดอยู่ในอัตราสูง(110)

ในการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยมีอัตราความร่วมมือในการใส่เพื่อทดสอบฟันเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 88 ซึ่งมีค่าสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของความร่วมมือในทางการแพทย์ซึ่งมีค่าร้อยละ 75 (46) ผู้วิจัยคาดว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยร่วมมือในการใส่เพื่อทดสอบฟันสูง เนื่องจากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการใส่และทราบถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ร่วมกับผู้ให้การรักษาได้ปรับแต่งเพื่อทดสอบฟันให้มีความแน่นและความสบายพอดีกับฟันของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ทั้งนี้อัตราความร่วมมือของผู้ป่วยในการศึกษารั้งนี้สูงกว่าที่พบในการศึกษาของ Wig และคณะ(19) ซึ่งรายงานอัตราความร่วมมือเท่ากับร้อยละ 43 เมื่อประเมินจากร้อยละของจำนวนวันที่ผู้ป่วยรายงานใส่เพื่อทดสอบฟันในระยะเวลา 2 สัปดาห์ จึงเป็นไปได้ว่าความแตกต่างของอัตราความร่วมมือนี้มาจากวิธีการประเมินและปัจจัยด้านความสบายของเครื่องมือที่ต่างกัน เนื่องจากในการศึกษานี้ไม่ได้รับการรักษาด้วยเพื่อทดสอบฟันชนิดนิ่มกึ่งสำเร็จรูป และมีผู้ป่วยส่วนน้อยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จนต้องหยุดใส่เพื่อทดสอบฟัน

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใส่เพื่อทดสอบฟันทุกวัน (ร้อยละ 51) มีสาเหตุหลักมาจากลืมใส่ ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่คุ้นชินกับการเข้านอนโดยใส่เพื่อทดสอบฟันหรือตั้งใจที่จะไม่ใส่เพราะไม่เห็นความสำคัญและคิดว่าจะไม่เกิดผลเสียใดๆ ต่อตนเอง อีกเหตุผลที่พบคือผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์หลังใส่เพื่อทดสอบฟัน โดยมีอาการเจ็บฟันเป็นปัญหาอันดับแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยจัดฟันที่พบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ใส่เครื่องมือคงสภาพฟัน เนื่องจากปัญหาความไม่สบายของเครื่องมือและลืมใส่(87) ในทางการแพทย์พบปัญหาความไม่ร่วมมือได้เช่นเดียวกันโดยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าผู้ป่วยลืมทานยามากที่สุด รองลงมาคือมีอาการไม่พึงประสงค์(111)

เมื่อพิจารณาอาการไม่พึงประสงค์หลังจากใส่เพื่อทดสอบฟัน พบว่า อาการที่พบมากที่สุดคือติ่งๆ ซากๆ หรือล้าๆ ที่ฟัน แต่ไม่ถึงกับเจ็บ (ร้อยละ 79) เนื่องจากมีแรงดันบริเวณฟันที่เพื่อทดสอบ(16) รองลงมาได้แก่ รำคาญในช่องปาก (ร้อยละ 75) และน้ำลายไหลเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 68) ซึ่งการใส่สิ่งแปลกปลอมเข้าไปในช่องปากจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของน้ำลายมากขึ้นในช่วงแรกและจะค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาที่ใส่เพื่อทดสอบฟัน อย่างไรก็ตามจากลักษณะทางกายภาพของเพื่อทดสอบฟันและลักษณะทางกายวิภาค จึงพบได้ว่าผู้ป่วยบางรายมีน้ำลายไหลน้อยลง การใส่เพื่อทดสอบฟันเป็นการเพิ่ม

มิติแนวตั้งระหว่างฟันบนและฟันล่างทำให้ผู้ป่วยปิดริมฝีปากไม่สนิท ซึ่งน่าจะส่งผลให้มีสภาวะช่องปากแห้ง ริมฝีปากแตกแห้ง อาการปวดศีรษะและบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้น สาเหตุน่าจะมาจากการใส่ฝือกสบฟันอาจทำให้กล้ามเนื้อบดเคี้ยวทำงานเพิ่มขึ้น(16) ขณะที่บางรายอาจมีอาการเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณช่องปาก(112) อาการขย้อน (gagging) รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน อาจจะเป็นผลที่เกิดตามมา (secondary effect) หลังจากอาการปวดบรรเทาลง(16) ผู้ป่วยมีอาการเจ็บฟัน สาเหตุอาจเนื่องจากขอบของฝือกสบฟันสูงเกินไปหรือมีส่วนเกินทำให้เกิดการกดฟันได้ แผลในช่องปากและลิ้นน่าจะเกิดจากการระคายเคืองจากขอบของฝือกสบฟันที่คม(15)

ในการศึกษานี้อาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟันนั้นเป็นอาการที่เกิดขึ้นเฉพาะที่บริเวณใบหน้าและช่องปากซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รุนแรงและเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวโดยมีผู้ป่วยน้อยรายเท่านั้นที่มีอาการเกิดขึ้นตลอดช่วง 14 วัน ที่ใส่ฝือกสบฟัน โดยอาการที่เกิดขึ้นส่วนมากไม่ได้มีผลต่ออัตราการร่วมมือในการใส่ฝือกแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนมากสามารถปรับตัวกับการใส่ฝือกสบฟันได้ และการที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่อาจจะเกิดขึ้นหลังใส่ น่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นที่จะต้องใช้เวลาในการปรับตัวให้คุ้นชินกับอาการเหล่านั้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ระบุว่ามีอาการไม่พึงประสงค์นั้นมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่คิดว่าอาการเหล่านั้นเป็นปัญหา น่าจะเนื่องมาจากความรุนแรงของอาการนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น บางคนเจ็บฟันเล็กน้อยแต่ไม่รบกวนการใส่ ขณะที่บางคนเจ็บฟันมากจนไม่สามารถทนใส่ฝือกสบฟันได้ ซึ่งผลการทดสอบสมมติฐานแสดงให้เห็นว่าอาการเจ็บฟันซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่วนน้อยนั้นมีผลกระทบต่ออัตราการร่วมมือมากกว่าอาการไม่พึงประสงค์ชนิดอื่นๆ และอาการเจ็บฟันเป็นปัญหาความไม่สบายที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใส่ฝือกสบฟันได้ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Wig และคณะ(19) ที่พบว่าผู้ป่วยหยุดใส่ฝือกสบฟันเพราะมีอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการใส่เครื่องมือในช่องปากรูปแบบอื่นๆ เช่น เครื่องมือชนิดถอดได้ในผู้ป่วยจัดฟัน(113) และฝือกสบฟันชนิดจัดตำแหน่งขากรรไกรลงในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการนอนหลับ(100)

ถึงแม้ว่าผลการศึกษาจะไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอัตราการร่วมมือในการใส่ฝือกสบฟัน เมื่อจำแนกตามอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นปัญหา ได้แก่ รำคาญในช่องปาก หุบปากได้ไม่สนิท แต่ก็ยังเป็นปัญหาที่ควรให้ความสำคัญเนื่องจากพบมากในผู้ป่วยถึงร้อยละ 58 และ 34 ตามลำดับ ทันตแพทย์จึงควรปรับแต่งรูปร่างฝือกสบฟันให้มีขนาดที่เหมาะสม ไม่ใหญ่เทอะทะจนเกินไป เพื่อลดความรำคาญและไม่รบกวนการปิดริมฝีปากของผู้ป่วย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ประเมินว่าการใส่เฝือกสบฟันทำให้อาการปวดหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับขากรรไกรลดลง และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราความร่วมมือมากกว่าผู้ป่วยที่ประเมินว่าอาการไม่เปลี่ยนแปลงหรือมีอาการแย่ลงหลังใส่เฝือกสบฟัน แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของผลการรักษาในระยะสั้นตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยจะพิจารณาว่าการรักษานั้นเกิดผลดีหรือเป็นประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร และใช้อาการของตนเองเป็นตัวตัดสินว่าจะใส่หรือไม่ใส่เฝือกสบฟัน โดยผู้ป่วยที่ประเมินว่ามีอาการดีขึ้นจะมีอัตราความร่วมมือสูงกว่าผู้ที่มีอาการเหมือนเดิม ผลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindfors และคณะ(18) ที่พบว่า ผู้ป่วยซึ่งประเมินว่าเฝือกสบฟันให้ผลการรักษาที่ดี จะให้ความร่วมมือในการใส่เฝือกสบฟันมาก และยังคงคล้ายคลึงกับการศึกษาเรื่องความร่วมมือในทางการแพทย์ เช่นการใส่อุปกรณ์ที่ยึดนิ้วมือ (hand splint)(114) และการใส่เครื่องเป่าความดันลมเพื่อเปิดขยายทางเดินหายใจ (CPAP)(115)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่รายงานว่าใส่เฝือกสบฟันไม่ได้ทำให้อาการเปลี่ยนแปลง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวด (TMD without pain) ขณะที่ผู้ป่วยที่ประเมินว่าอาการดีขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวด (TMD with pain) ความแตกต่างนี้น่าจะมีผลต่อการใส่เฝือกสบฟันของผู้ป่วย เนื่องจากปัจจัยหลักที่เป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษาหรือไม่คือระดับอาการปวด (116) ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดจึงน่าจะมีแรงจูงใจในการรักษามากกว่า อย่างไรก็ตามผลของการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามทั้งสองกลุ่มมีอัตราความร่วมมือไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wig และคณะ(19) ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความปวดกับความร่วมมือระยะสั้นในการใส่เฝือกสบฟัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ DiMatteo(46) ที่พบว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคน้อยไม่ได้มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์น้อยกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของโรคมากและปัจจัยที่ทำนายความร่วมมือของผู้ป่วยคือการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความรุนแรงของโรค ไม่ใช่ความรุนแรงของโรค(48) ตัวอย่างเช่น การใส่อุปกรณ์พยุงข้อมือ(117-120) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด บวม ในผู้ป่วย rheumatoid arthritis จึงเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามไม่ได้มีอาการปวดมีการรับรู้ความรุนแรงของความผิดปกติไม่ต่างจากผู้ป่วยที่มีอาการปวด และส่งผลให้อัตราความร่วมมือในการใส่เฝือกสบฟันของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใส่เฝือกสบฟัน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่มีอาการ พบว่าอัตราความร่วมมือระยะสั้นในการใส่เฝือกสบฟันชนิดเสถียรไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งผลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Wig และ

คณะ(19) ที่พบว่าความร่วมมือระยะสั้นในการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดครั้งแรก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในทางการแพทย์ที่พบว่า ผู้ป่วยทุกวัยมีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการรักษา(58) ผู้ชายและผู้หญิงมีระดับความร่วมมือไม่แตกต่างกัน(46) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ DiMatteo(46) ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มให้ความร่วมมือมากกว่า

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายพฤติกรรม การใส่ฝือกสบฟันตามทฤษฎีแนวทางการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ (The health action process approach) ของ Schwarzer(80) โดยการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษามีผลต่อเจตนาหรือความตั้งใจที่จะใส่ฝือกสบฟัน ความตั้งใจของผู้ป่วยร่วมกับการวางแผนจะส่งผลต่อพฤติกรรม การใส่ฝือกสบฟัน โดยพฤติกรรมของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การวางแผนตั้งแต่ช่วงเวลาที่ตนจะต้องใส่ฝือก และแผนการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ โดยความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จะส่งผลต่อแผนการใส่ฝือกสบฟัน โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยวางแผนหยุดใส่ฝือกสบฟัน ขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรง สามารถปรับตัวให้คุ้นชินกับอาการเหล่านั้น จึงไม่ส่งผลกระทบต่อ การใส่ฝือกสบฟัน สำหรับผู้ป่วยที่ลืมใส่ส่วนหนึ่งน่าจะเนื่องจากผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญและขาดความตั้งใจ จึงไม่เกิดการปฏิบัติ ในขั้นต่อมา นอกจากนี้พฤติกรรม การใส่ฝือกสบฟันยังสอดคล้องกับทฤษฎีวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning theory) ของ Skinner(77) โดยผู้ป่วยที่ใส่ฝือกสบฟันแล้วรู้สึกว่าการนั้น ดีขึ้น ผลดังกล่าวนั้นจะเป็นตัวเสริมแรงทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น จากผลการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีอัตราความร่วมมือมากกว่าผู้ป่วยที่ใส่ฝือกสบฟันแต่ไม่ได้รับประโยชน์จากการใส่ เนื่องจากการกระทำที่ไม่ได้รับการเสริมแรง พฤติกรรมนั้นจะค่อยๆ ลดลง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดอยู่บางประการคือ ผู้ป่วยได้รับการใส่ฝือกสบฟันจากผู้ให้การรักษาที่ต่างกัน ซึ่งแต่ละคนจะมีประสบการณ์และมีการปรับแต่งฝือกที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อความสบายของเครื่องมือที่ผู้ป่วยได้รับ โดยอัตราความร่วมมือในการใส่น่าจะสูงถ้าฝือกสบฟันได้รับการปรับแต่งให้ใส่ได้อย่างสบาย

จุดแข็งสำหรับการศึกษานี้ คือเป็นการศึกษาชนิด prospective ผู้ป่วยบันทึกแบบสอบถามเป็นรายวัน จึงลดอคติจากการใช้ความจำ (recall bias) ในการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วย สำหรับการ ใช้แบบสอบถามประเมินความร่วมมือของผู้ป่วย อาจทำให้เกิดอคติจากการตอบตามความปรารถนาของสังคม (social desirability bias) โดยผู้ป่วยจะเลือกตอบในเชิงบวก แต่ไม่สอดคล้องกับ

ความเป็นจริงเพื่อให้ตนเองดูดี และเกิดผลดีต่อผู้ให้การรักษา ซึ่งนำไปสู่อัตราความร่วมมือที่สูงเกินจริง(121) และการที่ผู้ป่วยทราบว่าผู้วิจัยเก็บข้อมูลเรื่องความร่วมมือ อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สื่อโซเชียลมีเดียของผู้ป่วย ที่เรียกว่า performance bias

สำหรับรูปแบบของแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยระบุอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในช่วง 14 วัน โดยให้ผู้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายในช่องว่างในแต่ละวันนั้นเป็นวิธีที่ง่ายต่อการบันทึก ผู้ป่วยจึงอาจระบุอาการไม่พึงประสงค์ที่มากกว่าความจริงได้ และอาจมีการเลือกตอบในรูปแบบเดียวกัน

### 3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือระยะสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการใช้สื่อโซเชียลมีเดียของผู้ป่วยทีมโพโรแมนดิบิวลาร์ติสออเดออร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1) ทันตแพทย์ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการลืมนำสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ใช้การบันทึกช่วยเตือนความจำในกระดาษหรือในโทรศัพท์มือถือ การตั้งเวลาที่โทรศัพท์มือถือให้ส่งสัญญาณเสียงเพื่อเตือนความจำ การเตือนทางโทรศัพท์หรือการส่งข้อความสั้น (short message service: SMS) ให้แก่ผู้ป่วย

2) ทันตแพทย์ควรปรับแต่งโซเชียลมีเดียให้ผู้ป่วยใช้ได้โดยไม่มีอาการเจ็บฟัน เนื่องจากอาการเจ็บฟันเป็นปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้สื่อโซเชียลมีเดียได้

3) ทันตแพทย์สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยว่าการใช้สื่อโซเชียลมีเดียอย่างน้อย 7 ชั่วโมง/วัน ทำให้อาการดีขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามการใช้สื่อโซเชียลมีเดียของกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลาหนึ่งเพื่อประเมินความร่วมมือในระยะยาว

2) ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่หยุดใช้สื่อโซเชียลมีเดียจากปัญหาอาการไม่พึงประสงค์ว่าหลังจากที่โซเชียลมีเดียได้รับการปรับจนผู้ป่วยสามารถใช้ได้สบายแล้ว ผู้ป่วยจะมีอัตราความร่วมมืออย่างไร

3) ควรมีการประเมินผลการรักษาด้วยการใส่ฝือกสบฟัน โดยนำข้อมูลการตรวจทางคลินิกของผู้ป่วยมาพิจารณา เพื่อให้เห็นผลที่ชัดเจนมากขึ้น

4) ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษากับตัวแปรปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariate analytic method)

5) เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เมีนติของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เท่านั้น ผลการศึกษาที่ได้จึงอยู่ภายในขอบเขตของประชากรกลุ่มดังกล่าว ในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากหลายแห่งให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่เมีนติให้กว้างขึ้นและมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น



## รายการอ้างอิง

1. Kyngas H, Duffy ME, Kroll T. Conceptual analysis of compliance. *J Clin Nurs.* 2000;9(1):5-12.
2. Brannon L, Feist J, Updegraff JA. *Health psychology: an introduction to behavior and health.* 8<sup>th</sup> ed. California: Wadsworth Cengage Learning; 2014.
3. Kamolratanakul P. *Clinical economics II: Clinical economics method.* *Chula Med J.* 1987;31:851-61.
4. Chamroonsawasdi S. *Effect of Relationship Establishing, Health teaching and Contracting on compliance of schizophrenic patient in Chiangmai Neuropsychiatric Hospital [dissertation].* Chiangmai: Chiangmai University, Faculty of Nursing; 1993.
5. Chuaichum C. *Selected factors related to medication adherence in epileptic patients [dissertation].* Bangkok: Chulalongkorn University, Faculty of Nursing; 2012.
6. Gelder MG, Lopez-lbor JJ, Andreasen N. *New oxford textbook of psychiatry.* New York: Oxford University Press; 2000.
7. Rodpaewpan B. *Selected factors related to compliance in elderly with glaucoma [dissertation].* Bangkok: Chulalongkorn University, Faculty of Nursing; 2009.
8. Fotheringham MJ, Sawyer MG. Adherence to recommended medical regimens in childhood and adolescence. *J Paediatr Child Health.* 1995;31(2):72-8.
9. Okeson JP. *Management of temporomandibular disorder and occlusion.* 7<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier; 2013.
10. de Leeuw R, Klasser GD, editors. *Orofacial pain: guideline for assessment, diagnosis, and management.* 5<sup>th</sup> ed. Chicago: Quintessence; 2013.
11. Al-Ani MZ, Davies SJ, Gray RJ, Sloan P, Glenny AM. Stabilisation splint therapy for temporomandibular pain dysfunction syndrome. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2004(1):CD002778.
12. Forssell H, Kalso E, Koskela P, Vehmanen R, Puukka P, Alanen P. Occlusal treatments in temporomandibular disorders: a qualitative systematic review of randomized controlled trials. *Pain.* 1999;83(3):549-60.



13. Fricton J, Look JO, Wright E, Alencar FG, Jr., Chen H, Lang M, et al. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating intraoral orthopedic appliances for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain.* 2010;24(3):237-54.
14. Macedo CR, Silva AB, Machado MA, Saconato H, Prado GF. Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). *The Cochrane database of systematic reviews.* 2007(4):CD005514.
15. Kornkhit B, Sukarawan W, Nakboonnum S, Ladpli A, editors. Problems reported by patients after occlusal splint insertion. Proceedings of the Dental Research project; 1998 Feb 2; Bangkok, Thailand. Bangkok: Chulalongkorn University; 1998.
16. List T, Helkimo M. Acupuncture and occlusal splint therapy in the treatment of craniomandibular disorders. II. A 1-year follow-up study. *Acta Odontol Scand.* 1992;50(6):375-85.
17. Mejersjo C, Wenneberg B. Diclofenac sodium and occlusal splint therapy in TMJ osteoarthritis: a randomized controlled trial. *J Oral Rehabil.* 2008;35(10):729-38.
18. Lindfors E, Helkimo M, Magnusson T. Patients' adherence to hard acrylic interocclusal appliance treatment in general dental practice in Sweden. *Swed Dent J.* 2011;35(3):133-42.
19. Wig AD, Aaron LA, Turner JA, Huggins KH, Truelove E. Short-term clinical outcomes and patient compliance with temporomandibular disorder treatment recommendations. *J Orofac Pain.* 2004;18(3):203-13.
20. Attanasio R. Intraoral orthotic therapy. *Dent Clin North Am.* 1997;41(2):309-24.
21. Laskin DM, Greene CS, Hylander WL. TMDs an evidence-based approach to diagnosis and treatment. IL: Quintessence; 2006.
22. Nelsen SJ. Principles of stabilization bite splint therapy. *Dent Clin North Am.* 1995;39(2):403-21.
23. Pertes RA, Gross SG. Clinical management of temporomandibular disorders and orofacial pain. Illinois: Quintessence; 1995.
24. Clark GT. A critical evaluation of orthopedic interocclusal appliance therapy: design, theory, and overall effectiveness. *J Am Dent Assoc.* 1984;108(3):359-64.

25. Dao TT, Lavigne GJ. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? *Crit Rev Oral Biol Med.* 1998;9(3):345-61.
26. Mohl ND, Zarb GA, Carlsson GE, Rugh JD. A textbook of occlusion. Michigan: Quintessence; 1988.
27. Klasser GD, Greene CS. Oral appliances in the management of temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107(2):212-23.
28. Becker IM. Comprehensive occlusal concepts in clinical practice. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
29. Ramfjord SP, Ash MM. Reflections on the Michigan occlusal splint. *J Oral Rehabil.* 1994;21:491-500.
30. Santos JJ. Occlusion: Principle and treatment. Illinois: Quintessence publishing; 2007.
31. Davis MS. Physiologic, psychological and demographic factors in patient compliance with doctor's orders. *Med Care.* 1968;6:115.
32. Mccord MA. Self care or compliance? *Clinical nurse.* 1986;9:18.
33. Dracup KA, Meleis AI. Compliance: an interactionist approach. *Nurs research.* 1982;31(20):31-6.
34. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology a basic science for clinical medicine. Boston: Brown and company; 1985.
35. Kaplan HI, Saddock BJ. Pocket handbook of clinical psychiatry. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: William and Wilkins; 1996.
36. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Switzerland: World Health Organization; 2003.
37. Haynes RB, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
38. Ogedegbe G, Schoenthaler A, Fernandez S. Appointment-keeping behavior is not related to medication adherence in hypertensive African Americans. *J Gen Intern Med.* 2007;22(8):1176-9.

39. Parker CS, Chen Z, Price M, Gross R, Metlay JP, Christie JD, et al. Adherence to warfarin assessed by electronic pill caps, clinician assessment, and patient reports: results from the IN-RANGE study. *J Gen Intern Med.* 2007;22(9):1254-9.
40. Garber MC, Nau DP, Erickson SR, Aikens JE, Lawrence JB. The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature. *Med Care.* 2004;42(7):649-52.
41. Balkrishnan R, Jayawant SS. Medication adherence research in populations: measurement issues and other challenges. *Clin Ther.* 2007;29(6):1180-3.
42. Dunton GF, Liao Y, Intille SS, Spruijt-Metz D, Pentz M. Investigating children's physical activity and sedentary behavior using ecological momentary assessment with mobile phones. *Obesity (Silver Spring, Md).* 2011;19(6):1205-12.
43. Galloway GP, Coyle JR, Guillen JE, Flower K, Mendelson JE. A simple, novel method for assessing medication adherence: capsule photographs taken with cellular telephones. *J Addict Med.* 2011;5(3):170-4.
44. Liu H, Golin CE, Miller LG, Hays RD, Beck CK, Sanandaji S, et al. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Ann Intern Med.* 2001;134(10):968-77.
45. Velligan DI, Wang M, Diamond P, Glahn DC, Castillo D, Bendle S, et al. Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. *Psychiatr Serv.* 2007;58(9):1187-92.
46. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care.* 2004;42(3):200-9.
47. Weinstein ND. Unrealistic optimism about future life events. *J Pers Soc Psychol.* 1980;39(5):806-20.
48. DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Med Care.* 2007;45(6):521-8.
49. Masur FT. Adherence to health care regimens. In: Prokop CK, Bradley LA, editors. *Medical psychology: Contributions to behavioral medicine.* New York: Academic Press; 1981. p. 441-70.

50. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med.* 2009;32(3):278-84.
51. Applebaum AJ, Richardson MA, Brady SM, Brief DJ, Keane TM. Gender and other psychosocial factors as predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in adults with comorbid HIV/AIDS, psychiatric and substance-related disorder. *AIDS Behav.* 2009;13(1):60-5.
52. Herrmann S, McKinnon E, John M, Hyland N, Martinez OP, Cain A, et al. Evidence-based, multifactorial approach to addressing non-adherence to antiretroviral therapy and improving standards of care. *Intern Med J.* 2008;38(1):8-15.
53. Piette JD, Heisler M, Horne R, Caleb Alexander G. A conceptually based approach to understanding chronically ill patients' responses to medication cost pressures. *Soc Sci Med.* 2006;62(4):846-57.
54. Pollack M, Chastek B, Willaism SA, Moran J. Impact of treatment complexity on adherence and glycemic control: An analysis of oral anti-diabetic agents. *J Clin Outcomes Manag.* 2010;17(6):257-65.
55. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care.* 2002;40(9):794-811.
56. De Civita M, Dobkin PL. Pediatric adherence: Conceptual and methodological considerations. *Child Health Care.* 2005;34(1):19-34.
57. Gans JA, McPhillips T. Medication compliance-adherence-persistence. *Medication Compliance-Adherence-Persistence (CAP) Digest.* 2003;1:1-32.
58. Thomas W, White CM, Mah J, Geisser MS, Church TR, Mandel JS. Longitudinal compliance with annual screening for fecal occult blood. *Minnesota Colon Cancer Control Study. Am J Epidemiol.* 1995;142(2):176-82.
59. Andersson K, Melander A, Svensson C, Lind O, Nilsson JL. Repeat prescriptions: refill adherence in relation to patient and prescriber characteristics, reimbursement level and type of medication. *Eur J Public Health.* 2005;15(6):621-6.
60. Chapman RH, Petrilla AA, Benner JS, Schwartz JS, Tang SS. Predictors of adherence to concomitant antihypertensive and lipid-lowering medications in older adults: a retrospective, cohort study. *Drugs Aging.* 2008;25(10):885-92.

61. Hartz A, Kent S, James P, Xu Y, Kelly M, Daly J. Factors that influence improvement for patients with poorly controlled type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2006;74(3):227-32.
62. Sola-vera J, Saez J, Laveda R, Girona E, Garcia-Sepulcre MF, Cuesta A, et al. Factors associated with non-attendance at outpatient endoscopy. *Scand J Gastroenterol.* 2008;43(2):202-6.
63. Mann DM, Woodward M, Muntner P, Falzon L, Kronish I. Predictors of nonadherence to statins: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother.* 2010;44(9):1410-21.
64. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Worrall-Carter L, Bentley B, Trupp R, et al. Gender differences in adherence to the sodium-restricted diet in patients with heart failure. *J Card Fail.* 2006;12(8):628-34.
65. Thompson OM, Yaroch AL, Moser RP, Finney Rutten LJ, Petrelli JM, Smith-Warner SA, et al. Knowledge of and adherence to fruit and vegetable recommendations and intakes: results of the 2003 health information national trends survey. *Journal of health communication.* 2011;16(3):328-40.
66. Lutz RW, Silbret M, Neal O. Treatment outcome and compliance with therapeutic regimens: Long-term follow-up of a multidisciplinary pain program. *Pain.* 1983;17(3):301-8.
67. Oman RF, King AC. The effect of life events and exercise program format on the adoption and maintenance of exercise behavior. *Health Psychol.* 2000;19(6):605-12.
68. Bottonari KA, Roberts JE, Ciesla JA, Hewitt RG. Life stress and adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive individuals: a preliminary investigation. *AIDS Patient Care STDs.* 2005;19(11):719-27.
69. Leserman J, Ironson G, O'Cleirigh C, Fordiani JM, Balbin E. Stressful life events and adherence in HIV. *AIDS Patient Care STDs.* 2008;22(5):403-11.
70. Falagas ME, Zarkadoulia EA, Pliatsika PA, Panos G. Socioeconomic status (SES) as a determinant of adherence to treatment in HIV infected patients: a systematic review of the literature. *Retrovirology.* 2008;5:13.

71. Kyngas H. Support network of adolescents with chronic disease: adolescents' perspective. *Nurs Health Sci.* 2004;6(4):287-93.
72. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol.* 2004;23(2):207-18.
73. Chia LR, Schlenk EA, Dunbar-Jacob J. Effect of personal and cultural beliefs on medication adherence in the elderly. *Drugs Aging.* 2006;23(3):191-202.
74. Becker MH, Rosenstock IM. Compliance with medical advice. In: Steptoe A, Mathews A, editors. *Health care and human behavior.* London: Academic Press; 1984. p. 135-52.
75. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:1-26.
76. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50(2):179-211.
77. Skinner BF. *Science and human behavior.* New York: Macmillan; 1953.
78. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102-14.
79. Weinstein ND. The precaution adoption process. *Health Psychol.* 1988;7(4):355-86.
80. Schwarzer R. Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Appl Psychol.* 2008;57(1):1-29.
81. Haynes RB. Strategies for improving compliance: A methodologic analysis and review. In: Sackett DL, Haynes RB, editors. *Compliance with therapeutic regimen.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1976. p. 69-82.
82. DiMatteo MR, DiNicola DD. *Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role.* New York: Pergamon Press; 1982.
83. Mahtani KR, Heneghan CJ, Glasziou PP, Perera R. Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2011(9):Cd005025.
84. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. Interventions for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2004(2):Cd004804.

85. Kacer KA, Valiathan M, Narendran S, Hans MG. Retainer wear and compliance in the first 2 years after active orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010;138(5):592-8.
86. Pratt MC, Kluemper GT, Lindstrom AF. Patient compliance with orthodontic retainers in the postretention phase. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011;140(2):196-201.
87. Wong P, Freer TJ. Patients' attitudes towards compliance with retainer wear. *Aust Orthod J.* 2005;21(1):45-53.
88. Egolf RJ, BeGole EA, Upshaw HS. Factors associated with orthodontic patient compliance with intraoral elastic and headgear wear. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1990;97(4):336-48.
89. Doll GM, Zentner A, Klages U, Serogl HG. Relationship between patient discomfort, appliance acceptance and compliance in orthodontic therapy. *J Orofac Orthop.* 2000;61(6):398-413.
90. Serogl HG, Klages U, Zentner A. Functional and social discomfort during orthodontic treatment—effects on compliance and prediction of patients' adaptation by personality variables. *Eur J Orthod.* 2000;22(3):307-15.
91. Brattström V, Ingersson M, Aberg E. Treatment cooperation in orthodontic patients. *Br J Orthod.* 1991;18:37-42.
92. Serogl HG, Klages U, Zentner A. Pain and discomfort during orthodontic treatment: causative factors and effects on compliance. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1998;114(6):684-91.
93. Stewart FN, Kerr WJ, Taylor PJ. Appliance wear: the patient's point of view. *Eur J Orthod.* 1997;19(4):377-82.
94. Akeel R. Usage of removable partial dentures in Saudi male patients after 1 year telephone interview. *Saudi Dent J.* 2010;22(3):125-8.
95. Yeung A, Lo E, Clark R, Chow T. Usage and status of cobalt-chromium removable partial dentures 5-6 years after placement. *J Oral Rehabil.* 2002;29:127-32.
96. Graham R, Mihaylov S, Jepson N, Allen P, Bond S. Determining need for a removable partial denture: a qualitative study of factors that influence dentist provision and patient use. *Br Dent J.* 2006;200:155-8.

97. Murai S, Matsuda K, Ikebe K, Enoki K, Hatta K, Fujiwara K, et al. A field survey of the partially edentate elderly: Investigation of factors related to the usage rate of removable partial dentures. *J Oral Rehabil.* 2015;42(11):828-32.
98. Dieltjens M, Braem MJ, Vroegop AV, Wouters K, Verbraecken JA, De Backer WA, et al. Objectively measured vs self-reported compliance during oral appliance therapy for sleep-disordered breathing. *Chest.* 2013;144(5):1495-502.
99. Vanderveken OM, Dieltjens M, Wouters K, De Backer WA, Van de Heyning PH, Braem MJ. Objective measurement of compliance during oral appliance therapy for sleep-disordered breathing. *Thorax.* 2013;68(1):91-6.
100. Bates CJ, McDonald JP. Patients' and sleeping partners' experience of treatment for sleep-related breathing disorders with a mandibular repositioning splint. *Br Dent J.* 2006;200(2):95-101; discussion 92.
101. Wahlund K, Nilsson IM, Larsson B. Treating temporomandibular disorders in adolescents: a randomized, controlled, sequential comparison of relaxation training and occlusal appliance therapy. *J Oral Facial Pain Headache.* 2015;29(1):41-50.
102. Lohakanmacheep A. Effect of stabilization splint on disclusion time in patients with masticatory muscle pain [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University, Faculty of Dentistry; 2012.
103. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91.
104. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, et al. Assessment of pain. *Br J Anaesth.* 2008;101(1):17-24.
105. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research.* 1977;2:49-60.
106. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain.* 1988;32(2):173-83.
107. Dworkin SF, LeResche L, Von Korff MR. Diagnostic studies of temporomandibular disorders: challenges from an epidemiologic perspective. *Anesth Prog.* 1990;37(2-3):147-54.



108. De Kanter RJ, Truin GJ, Burgersdijk RC, Van 't Hof MA, Battistuzzi PG, Kalsbeek H, et al. Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. *J Dent Res.* 1993;72(11):1509-18.
109. O'Brien L. Adherence to therapeutic splint wear in adults with acute upper limb injuries: a systematic review. *J Hand Ther.* 23(4):e12-e3.
110. Berdie DR, Anderson JF, Niebuhr MA. Questionnaires: design and use. NJ: Scarecrow Press; 1974.
111. Dusing R, Weisser B, Mengden T, Vetter H. Changes in antihypertensive therapy--the role of adverse effects and compliance. *Blood Press.* 1998;7(5-6):313-5.
112. Clark GT, Beemsterboer PL, Solberg WK, Rugh JD. Nocturnal electromyographic evaluation of myofascial pain dysfunction in patients undergoing occlusal splint therapy. *J Am Dent Assoc.* 1979;99(4):607-11.
113. Bartsch A, Witt E, Sahm G, Schneider S. Correlates of objective patient compliance with removable appliance wear. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1993;104(4):378-86.
114. Paternostro-Sluga T, Keilani M, Posch M, Fialka-Moser V. Factors that influence the duration of splint wear in peripheral nerve lesions. *Am J Phys Med Rehabil.* 2003;82(2):86-95.
115. Meurice JC, Dore P, Paquereau J, Neau JP, Ingrand P, Chavagnat JJ, et al. Predictive factors of long-term compliance with nasal continuous positive airway pressure treatment in sleep apnea syndrome. *Chest.* 1994;105(2):429-33.
116. Epker J, Gatchel RJ. Prediction of treatment-seeking behavior in acute TMD patients: practical application in clinical settings. *J Orofac Pain.* 2000;14(4):303-9.
117. Nicholas JJ, Gruen H, Weiner G, Crawshaw C, Taylor F. Splinting in rheumatoid arthritis: I. Factors affecting patient compliance. *Arch Phys Med Rehabil.* 1982;63(2):92-4.
118. de Boer IG, Peeters AJ, Runday HK, Mertens BJ, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. The usage of functional wrist orthoses in patients with rheumatoid arthritis. *Disabil Rehabil.* 2008;30(4):286-95.
119. Veehof MM, Taal E, Willems MJ, van de Laar MA. Determinants of the use of wrist working splints in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008;59(4):531-6.

120. Stern EB, Ytterberg SR, Krug HE, Larson LM, Portoghese CP, Kratz WN, et al. Commercial wrist extensor orthoses: a descriptive study of use and preference in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1997;10(1):27-35.
121. Sluijs EM, Kok GJ, van der Zee J. Correlates of exercise compliance in physical therapy. *Phys Ther.* 1993;73(11):771-82; discussion 83-6.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**อาสาสมัครได้รับทราบถึงขั้นตอนการทำวิจัยนี้แล้ว  
และยินยอมที่จะร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามนี้  
โปรดนำแบบสอบถามคืนให้ผู้วิจัยในวันนัดติดตามผลการรักษาครั้งแรก**

เลขที่.....

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามโดยเติมคำลงในช่องว่าง หรือเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน

หน้าข้อความ ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุของท่าน.....ปี

3. ระดับการศึกษา

ต่ำกว่าปริญญาตรี

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

4. เหตุผลที่ท่านเลือกมารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ชื่อเสียงของคลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความรู้ ความชำนาญของทันตแพทย์ มีทันตแพทย์เฉพาะสาขาคอบ

ระบบการให้บริการดี

การเดินทางสะดวก

ถูกส่งต่อมาจากคลินิกอื่น

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

## ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการใส่ฝือกสบฟันรายวัน

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลตามการปฏิบัติจริงของท่าน

วันที่	วัน/เดือน/ปี ที่ท่านใส่ฝือกสบฟัน	จำนวนชั่วโมง ที่ท่านนอน	จำนวนชั่วโมง ที่ท่านใส่ฝือกสบฟัน
1	...../...../.....		
2	...../...../.....		
3	...../...../.....		
4	...../...../.....		
5	...../...../.....		
6	...../...../.....		
7	...../...../.....		
8	...../...../.....		
9	...../...../.....		
10	...../...../.....		
11	...../...../.....		
12	...../...../.....		
13	...../...../.....		
14	...../...../.....		

## ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลด้านการรักษา

1. หากท่านไม่ได้ใส่ฝือกสบฟันอย่างต่อเนื่องทุกวัน ในระยะเวลา 14 วัน

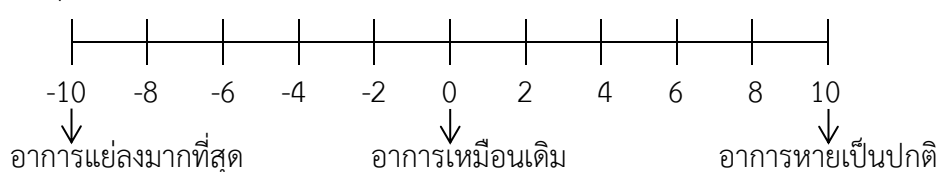
โปรดระบุเหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน

มีอาการไม่พึงประสงค์หลังใส่ฝือกสบฟัน

ลืมใส่ฝือกสบฟัน

อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. กรุณาทำเครื่องหมาย X บนเส้นตรง เพื่อประเมินอาการของท่านหลังใส่ฝือกสบฟันนาน 14 วัน



**ส่วนที่ 4** แบบประเมินอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่เสื้อกสพพัน

**คำชี้แจง** กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเพื่อระบุอาการที่ไม่พึงประสงค์ของท่าน

อาการที่ไม่พึงประสงค์	วันที่ใส่เสื้อกสพพัน โปรดระบุ วัน/เดือน ในช่องว่างที่กำหนดให้													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. ราคายูในช่องปากและลิ้น	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
2. น้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
3. น้ำลายน้อยลง ช่องปากแห้ง	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
ริมฝีปากแห้งหรือแตก	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
4. ใส่แล้วนอนไม่หลับ	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
5. เจ็บฟัน	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
6. รู้สึกตึงๆ ซากๆ หรือล้าๆ ที่ฟัน แต่ไม่ถึงกับเจ็บ	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...
7. กัดสบฟันชนิดปกติหลายวันที่ หลังถอดเสื้อกสพพัน	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังใส่เสื้อกสพพัน

**คำชี้แจง** กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเพื่อระบอบอาการที่ไม่พึงประสงค์ของท่าน

	วันที่ใส่เสื้อกสพพัน โปรแกรม วัน/เดือน ในช่องว่างที่กำหนดให้													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
อาการที่ไม่พึงประสงค์	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...	.../...

8.ตื่นนอนรู้สึกเมื่อยกล้ามเนื้อ

อาการรบกวนและใบหน้า

9.ปวดศีรษะหรือปวดศีรษะ

มากขึ้นกว่าเดิม

10.หุบปากได้ไม่สนิท

11.มีกลิ่นปากที่ผิดปกติ

12.มีแผลที่กระดูกพุงแก้ม

หรือที่ขอบลิ้น

13.ออกเสียงไม่ชัด

14.มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน

15.อื่น ๆ โปรแกรม

.....

โปรดจัดลำดับอาการที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งรบกวนการใส่ฝือกสบฟันมากที่สุด 3 ลำดับแรก เรียงลำดับ

จากมากไปน้อย โดยเติมตัวเลข 1 ถึง 3 ในช่อง

- รำคาญในช่องปากและลิ้น
- น้ำลายไหลเพิ่มมากกว่าปกติ
- น้ำลายน้อยลง ช่องปากแห้ง ริมฝีปากแห้งหรือแตก
- ใส่แล้วนอนไม่หลับ
- เจ็บฟัน
- รู้สึกตึงๆ ซาๆ หรือล้าๆ ที่ฟัน แต่ไม่ถึงกับเจ็บ
- กัดสบฟันผิดปกติหลายนาทิตั้งแต่หลังถอดฝือกสบฟัน
- ตื่นนอนรู้สึกเมื่อยกล้ามเนื้อบริเวณขากรรไกรและใบหน้า
- ปวดศีรษะหรือปวดศีรษะมากขึ้นกว่าเดิม
- หุบปากได้ไม่สนิท
- มีกลิ่นปากที่ผิดปกติ
- มีแผลที่กระพุ้งแก้ม หรือที่ขอบลิ้น
- ออกเสียงไม่ชัด
- มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน
- อื่น ๆ โปรดระบุ.....



### เอกสารสำหรับผู้วิจัย

เลขที่.....

อาการสำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ อาการหมายเลข.....ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ.....

1.ปวดบริเวณใบหน้า ขากรรไกร ในช่องปาก ปวดศีรษะ ได้แก่ ปวดตลอดเวลา ปวดเฉพาะ  
ขณะใช้หรือหลังใช้ขากรรไกร เช่น ปวดขณะเคี้ยวหรือหลังเคี้ยว เจ็บขณะอ้าปาก-เคี้ยวอาหาร ปวด  
หลังตื่นนอนตอนเช้า

2.ขากรรไกรทำงานไม่เป็นปกติ ได้แก่ อ้าปากไม่ขึ้น อ้ากว้างไม่ได้ ติดขัดขณะอ้าหรือหุบปาก  
หรือต้องขยับขากรรไกรไปมากก่อนที่จะอ้าปากได้ หรือรู้สึกข้อต่อขากรรไกรไม่เข้าที่ มีเสียงที่ข้อต่อ  
ขากรรไกร อ้าปากแล้วขากรรไกรเบี้ยว เคี้ยวไม่ละเอียดเหมือนที่เคย

3.มีปัญหาฟันสึก ฟันแตกบิ่น และ/หรือมีปัญหาการสบฟัน เช่น การสบฟันเปลี่ยนไป

4.มีปัญหาหนองกดฟัน

5.อื่น ๆ.....

ระดับความปวดของผู้ป่วย.....

การวินิจฉัย ได้แก่ หมายเลข.....

1. Arthralgia

2. Disc displacement with reduction

3. Disc displacement with reduction with intermittent locking

4. Disc displacement without reduction with limited opening

5. Disc displacement without reduction without limited opening

6. Osteoarthritis

7. Local myalgia

8. Myofascial pain with spreading

9. Myofascial pain with referral

10. อื่น ๆ.....

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสิริยา ผกานิมิตร เกิดเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ.2527 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2550 และประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงสาขาวิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2553 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดช่องปากและใบหน้า คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557

