

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-
ใบหน้า ในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นางสาวปรางทิพย์ โพธิ์วิรัตน์นนท์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยว ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

IMPACT ON ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN OROFACIAL PAIN
PATIENTS AT CHULALONGKORN UNIVERSITY DENTAL SCHOOL



Prangtip Potewiratnanond

ศูนย์วิทยุทันตกรรม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Occlusion

Department of Occlusion

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย
ทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า ในคณะทันต
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย

นางสาวปราณีทิพย์ โพธิ์วิรัตน์านนท์

สาขาวิชา

ทันตกรรมบดเคี้ยว


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต


..... คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง วชิราภรณ์ ทัศจันทร์)


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุขนิภา วงศ์ทองศรี)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. กนกพร พะลัง)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ดร.วไลกัญญา พลาศรัย)

ปรางทิพย์ โพธิ์วิรัตน์านนท์ : ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย
 ทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า ในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย. (Impact on oral health related quality of life in orofacial pain
 patients at Chulalongkorn University dental school) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก :
 รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม :
 รองศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 110 หน้า.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
 ของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า โดยศึกษาแบบตัดขวางในผู้ป่วยจากคณะทันต-
 แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 463 คน เป็นเพศชาย:หญิงเท่ากับ 1:1.4 อายุ 15-60 ปี
 เฉลี่ย 32.06 ± 12.1 ปี ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร
 ร้อยละ 10 กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากร้อยละ 68 และกลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่อง
 ปาก-ใบหน้าที่ร้อยละ 22 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล
 ลักษณะความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า ภาวะสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก
 โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง พบว่าความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าส่งผลกระทบต่อ
 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kruskal-Wallis test, $P < 0.0001$)
 โดยกลุ่มความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรได้รับผลกระทบเรื่องความลำบากในการกินอาหาร
 และความรู้สึกกังวลกับลักษณะของตนเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.1 ส่วนกลุ่มความผิดปกติ
 จากอาการปวดในปากได้รับผลกระทบเรื่องปัญหาการกินอาหารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ
 42 ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าส่งผลกระทบต่อ
 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน และสะท้อนทิศทางการต้องการการรักษาของผู้
 ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าประเภทต่าง ๆ

ภาควิชา ทันตกรรมบดเคี้ยว.....
 สาขาวิชา ทันตกรรมบดเคี้ยว.....
 ปีการศึกษา 2553.....

ลายมือชื่อนิสิต..... สุพรรณิณี โพธิ์วิรัตน์านนท์
 ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... สุปราณี วิเชียรเนตร
 ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม..... สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์

5176117932 : MAJOR OCCLUSION

KEYWORDS : SHORT-FORM ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14) / ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE / OROFACIAL PAIN

PRANGTIP POTEWIRATNANOND : IMPACT ON ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN OROFACIAL PAIN PATIENTS AT CHULALONGKORN UNIVERSITY DENTAL SCHOOL. THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. SUPRANEE VICHENNET , THESIS CO-ADVISOR : ASSOC.PROF.SOMRAT LERTMAHARIT, 110 pp.

This study aimed to investigate the oral health related quality of life (OHRQoL) in orofacial pain patients. A cross-sectional study was performed on 463 patients, aged 15-60, mean±S.D. = 32.06±12.1, male:female = 1:1.4, at Chulalongkorn University Dental School. Participants comprised 10% temporomandibular disorders (TMDs) patients, 68% intraoral pain patients and 22% non-orofacial pain patients. Data were collected by using self-administered questionnaires consisting of questions regarding demographic data, orofacial pain conditions, mental health status, and the OHRQoL. This study found that orofacial pain has a statistically impact on the OHRQoL (Kruskal-Wallis test, $P<0.0001$). In addition, discomfort while eating and self-consciousness were the items reported most impact in the TMDs group (57.1%), while interrupted meals were the most impact in the intraoral pain group (42%). As a result, orofacial pain showed a significant impact on OHRQoL and reflected the treatment needs in each orofacial pain type.

Department : Occlusion.....

Field of Study : Occlusion.....

Academic Year : 2010.....

Student's Signature 

Advisor's Signature 

Co-Advisor's Signature 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถจากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รศ.ทญ.สุปราณี วิเชียรเนตร รศ.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ และ ผศ.ทญ.พนมพร วานิชชานนท์ ที่ให้ความกรุณา ความเอาใจใส่ในการตรวจแก้ไขงาน และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณ อ.ทพ.ดร.สุทธิ สุขสุเดช และ อ.ไพพรรณ พิทยานนท์ สำหรับคำแนะนำ และความช่วยเหลือในการแปลผลข้อมูลซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ผลักดันให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ขอขอบพระคุณ รศ.ทญ. สุขนิภา วงศ์ทองศรี ผศ.ทญ.ดร. กนกพร พะลัง และ ดร.วไลกัญญา พลาศัย ที่ได้ชี้แนะสิ่งที่เป็นประโยชน์ และตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณอาจารย์ และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกตรวจพิเศษ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ให้ข้าพเจ้าได้ใช้เก็บข้อมูล และช่วยเหลือการทำงานวิจัยให้เป็นไปอย่างราบรื่น รวมทั้งผู้ป่วยทันตกรรม ในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ขอบคุณทุกๆ ท่านที่มีน้ำใจคอยแนะนำ ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจ ผลักดันให้เกิดความสำเร็จในครั้งนี้ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าทุกคน ที่ให้การสนับสนุน คอยติดตามและเป็นกำลังใจให้ข้าพเจ้าตั้งใจทำการศึกษานสำเร็จ ขอขอบคุณทุกคนจากใจจริงมา ณ ที่นี้ด้วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
3. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
4. ขอบเขตของการวิจัย.....	3
5. ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
6. ข้อจำกัดของการวิจัย.....	4
7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	8
1.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดช่องปาก-ไอบุหน้า.....	8
1.1.1 คำจำกัดความ.....	8
1.1.2 การแบ่งประเภทความเจ็บปวดช่องปาก-ไอบุหน้า.....	8
1.1.3 การประเมินและมาตรวัดความเจ็บปวดช่องปาก-ไอบุหน้า.....	11
1.1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเจ็บปวดช่องปาก-ไอบุหน้า.....	13
1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.....	19
1.2.1 คำจำกัดความ.....	19
1.2.2 หลักการและแนวคิดของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก...	20

1.2.3	หลักการและแนวคิดของแบบสอบถามผลกระทบบจากสุขภาพช่องปาก.....	22
2.	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	
1.	ประชากร.....	30
2.	กลุ่มตัวอย่าง.....	30
3.	เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	32
4.	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
5.	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
1.	ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่.....	37
2.	ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล.....	40
3.	ข้อมูลจากแบบประเมินความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า.....	43
4.	ข้อมูลจากแบบประเมินสุขภาพจิต.....	46
5.	ข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.....	48
บทที่ 5	สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	
1.	สรุปผลการวิจัย.....	54
2.	อภิปรายผลการวิจัย.....	57
3.	ข้อเสนอแนะ.....	61
	เอกสารอ้างอิง.....	63
	ภาคผนวก.....	73
	ภาคผนวก ก แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย.....	74
	ภาคผนวก ข ตารางแสดงค่าข้อมูลจากแบบสอบถาม.....	80
	ภาคผนวก ค การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	85
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	110

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4.1	โรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่าง.....	39
4.2	ข้อมูลลักษณะประชากร.....	43
4.3	ลักษณะความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า และการจัดการ.....	45
4.4	วิธีการจัดการความปวดที่พบในกลุ่มตัวอย่าง.....	46
4.5	ผลการตอบแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก.....	49
4.6	ค่า P ของความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและการตอบคำถามว่า "บ่อย"/ "บ่อยมาก".....	51
4.7	ค่า P จากการทดสอบความรุนแรงเป็นรายชื่อ.....	53

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
2.1	แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ โรค และคุณภาพชีวิต ของ Locker...	21
2.2	กรอบแนวคิดเรื่องผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากของสูดาดวง เกร็นพงษ์.....	21
2.3	กรอบแนวคิดเรื่องผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากของ Locker.....	22
4.1	กลุ่มประชากรตัวอย่าง.....	37



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
4.1	จำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัว.....	38
4.2	จำนวนผู้ที่มีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว.....	40
4.3	สัดส่วนเพศชายและหญิงในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง.....	41
4.4	จำนวนประชากรตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุ.....	41
4.5	ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	47
4.6	ร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามในแบบประเมินสุขภาพจิตว่า“มาก”/ “มากที่สุด”.....	48
4.7	ค่าความชุกเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ.....	50
4.8	ค่าความรุนแรงเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ.....	52

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแนวคิดเรื่องสุขภาพช่องปากของ Locker(1) ซึ่งพิจารณาว่าสุขภาพช่องปากคือส่วนหนึ่งของสุขภาพโดยรวม ประกอบกับการให้นิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1948(2) จึงได้ว่าสุขภาพช่องปากมิได้หมายถึงการปราศจากโรคทางช่องปากเพียงอย่างเดียว แต่หมายถึง สภาวะของช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมีความอยู่ดีมีสุขทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคมอีกด้วย ตัวชี้วัดหนึ่งที่กำลังพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อภาวะจิตใจ และภาวะทางสังคมของประชากร ได้แก่ ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health Related Quality of Life indicator) ตัวชี้วัดนี้จะแสดงการเชื่อมโยงสภาวะช่องปากทางคลินิกกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อตัวบุคคลและการใช้ชีวิตในสังคมของบุคคลนั้น(3) โดยแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก (Oral Health Impact Profile, OHIP) คือ ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากชนิดหนึ่ง ที่ผ่านการทดสอบคุณสมบัติไซโคเมตริก (psychometric properties) เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ และมีการใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ(4-9)

ปัจจุบันสามารถแบ่งการใช้แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ ได้แก่ การนำไปใช้เชิงสำรวจ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health Related Quality of Life, OHRQoL) ของประชากรทั่วไป(10-14) และการนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ใส่ฟันปลอม(15) กลุ่มผู้มีความปวด(16) กลุ่มผู้มีอาการปากแห้ง (xerostomia)(9) กลุ่มผู้มีฟันคุด(4) กลุ่มผู้จัดฟัน(17) กลุ่มผู้เป็นโรคปริทันต์(18) เป็นต้น

ความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า (orofacial pain) หมายถึง อาการเจ็บปวดที่อาจเกิดกับเนื้อเยื่อแข็ง (hard tissue) และ/หรือเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) บริเวณศีรษะ ช่องปาก ใบหน้า ลำคอ(19) และเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังส่งผลถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจอีกด้วย จากการสำรวจความชุกในประชากรทั่วไปพบว่า ความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการปวดฟัน คิดเป็นร้อยละ 12.2 (19-22) อาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อ และข้อต่อขากรรไกรพบอยู่ในช่วงร้อยละ 3-15 (23) ส่วนความปวดจากอวัยวะปริทันต์ และเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากซึ่งศึกษาในผู้ที่เป็นโรคเริม (herpes simplex) และแผลร้อนใน (aphthous stomatitis) พบความชุกร้อยละ 0.6 และร้อยละ 1.9 ตามลำดับ(24)

การศึกษาในต่างประเทศเรื่องความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าจากสาเหตุต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เช่น ความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าจากอาการปวด

จากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร (temporomandibular disorder)(5-7,16,25) และ ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าจากโรคปริทันต์(26) แสดงให้เห็นถึงผลกระทบเชิงลบอย่างชัดเจน สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อการดำเนินชีวิตในกลุ่มประชากรสูงอายุ(27) และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท(28) โดยพบว่า ในกลุ่มประชากรสูงอายุสภาวะช่องปากที่มีบทบาทต่อการใช้งานเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การเคี้ยว กลืนปาก จำนวนฟันโยกใช้งานไม่ได้ และการมีฟันที่รกรากฟัน มีผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นสุข และในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทพบว่า อาการปวดฟันเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของปัญหาในช่องปากที่มีผลต่อกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวัน

จากรายงานผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า สภาวะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ในประเทศไทยยังไม่มีรายงานการศึกษาวินิจฉัยและข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาวะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีสภาวะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าประเภทต่าง ๆ โดยใช้แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากภาษาไทย รูปแบบย่อฉบับดัดแปร เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นพื้นฐานในการจัดการรักษาอย่างเหมาะสม อันได้แก่การจัดการรักษาของสภาวะของช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมีความอยู่ดีมีสุขทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

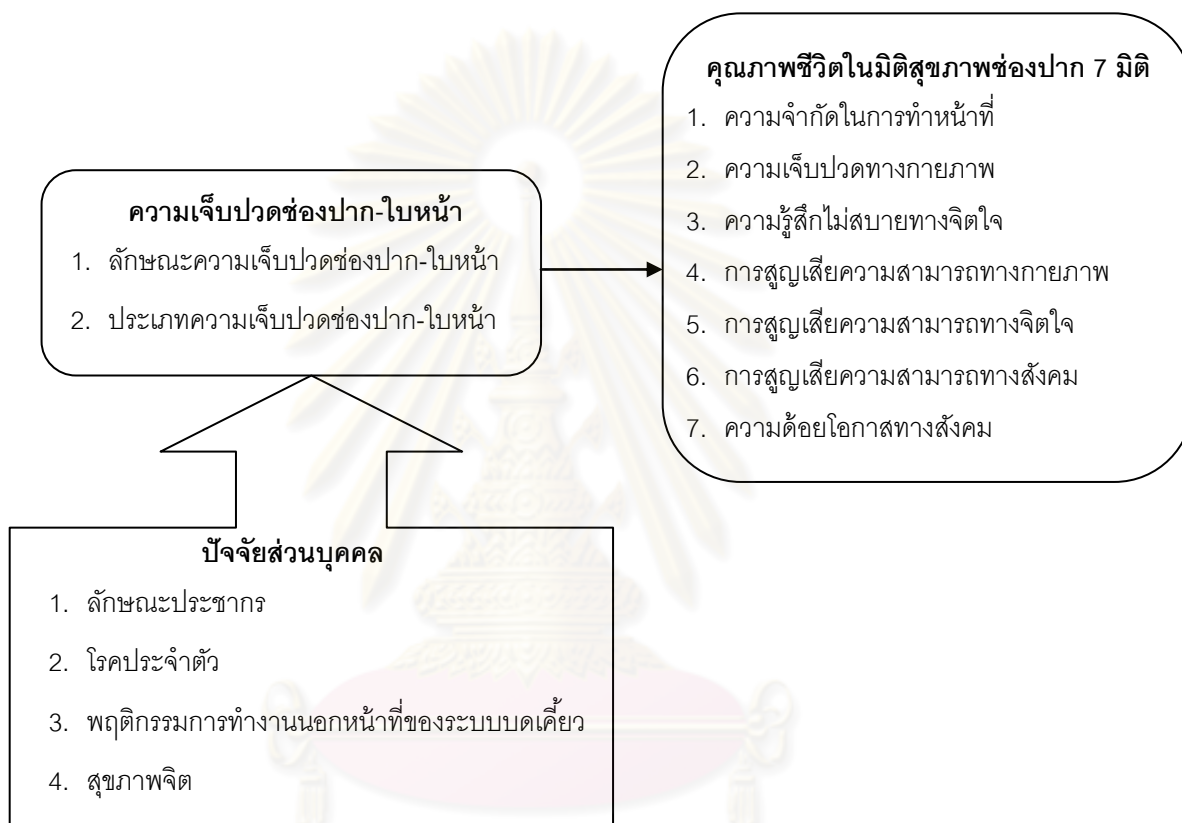
วัตถุประสงค์จำเพาะ

1) เพื่อวิเคราะห์ลักษณะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าแต่ละประเภท และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะประชากร โรคประจำตัว พฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว และสุขภาพจิต ของผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2) เพื่อวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทันตกรรมที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า และผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าประเภทต่าง ๆ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



4. ขอบเขตของการวิจัย

4.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยทันตกรรมที่มีและไม่มี ความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า ซึ่งต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีได้ทำการนัดหมายล่วงหน้า

4.2 การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การศึกษา 7 มิติ ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Locker(29) ได้แก่

- 1) ความจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation)
- 2) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain)
- 3) ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (psychological discomfort)
- 4) การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (physical disability)

- 5) การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (psychological disability)
- 6) การสูญเสียความสามารถทางสังคม (social disability)
- 7) ความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap)

4.3 การวิจัยนี้ศึกษาความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า เฉพาะผู้ที่มีอาการปวดจากความผิดปกติในปาก (intraoral pain disorders) และอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร (temporomandibular disorders) ตามแนวทางการแบ่งประเภทความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าของสมาคมการศึกษาคความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้าแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Orofacial Pain, AAOP)

4.4 การศึกษาวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างภายในโรงพยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2552 ถึงวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ.2553

5. ข้อตกลงเบื้องต้น

5.1 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก วัดได้จากการตอบแบบสอบถาม ผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก ภาษาไทย รูปแบบย่อ ฉบับดัดแปร (modified short-form Oral Health Impact Profile-Thai version) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ (short-form Oral Health Impact Profile, OHIP-14) ของ Slade(30) โดยถือว่าผลที่ได้แสดงถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ตอบแบบสอบถาม

5.2 สุขภาพจิต วัดได้จากดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพจิตของคนไทย ฉบับสั้น (Thai Mental Health Indicator, TMHI) โดยอภิชัย มงคล(31) ซึ่งถือว่าผลคะแนนที่ได้แสดงถึงระดับสุขภาพจิต

5.3 แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก ภาษาไทย รูปแบบย่อ ฉบับดัดแปร ได้รับการปรับปรุงคำถามในแบบสอบถามบางส่วน ได้แก่ การเปลี่ยนคำว่า “ปัญหาจากฟัน ปาก หรือฟันปลอม” เป็นคำว่า “ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร” ลงในแบบสอบถาม ตัวอย่างคำถาม เช่น ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่ ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้การออกเสียงคำพูดลำบาก

6. ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากความชุกของความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าแต่ละกลุ่มจึงมีจำนวนไม่เท่ากัน โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างตามอัตราความชุกที่ได้จากการสังเกตจำนวนประชากรที่เข้า

มารับการรักษาในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ข้อมูลโรคประจำตัว และพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้จากการสอบถามผู้ป่วยโดยตรงเท่านั้น และเป็นข้อมูลที่ไม่ได้มีการตรวจวัดด้วยเครื่องมือใด ๆ ซึ่งผลที่ได้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงเพราะโรคประจำตัวบางอย่างอาจไม่มีอาการใด ๆ จะทราบได้จากการตรวจร่างกาย และพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ที่เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะไม่รู้สึกรู้สีกตัว หากไม่มีอาการใด ๆ จะทราบได้จากการบอกเล่าของคนรอบข้างเท่านั้น

7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

7.1 ผู้ป่วยที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า หมายถึง หญิงหรือชายที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อถอน/ผ่าฟันคุดตามที่ทันตแพทย์แนะนำแต่ไม่เคยมีอาการใด ๆ หรือมารับการตรวจสุขภาพช่องปากทั่วไปตามที่ทันตแพทย์นัด โดยไม่มีภาวะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า

7.2 ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า หมายถึง หญิงหรือชายที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกี่ยวกับอาการปวดบริเวณช่องปาก และ/หรือไบหน้า โดยมีได้ทำการนัดหมายล่วงหน้า และได้รับการวินิจฉัยจากทันตแพทย์ว่าอยู่ในกลุ่มอาการดังต่อไปนี้

7.2.1 อาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร

(temporomandibular disorders) มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังนี้(32)

I. อาการกล้ามเนื้อผิดปกติ (muscle disorders)

- a. มีอาการปวดตึงบริเวณขากรรไกร ขมับ ไบหน้า หน้าหูหรือในหู ขณะพักและ/หรือขณะใช้งาน
- b. มีอาการกดเจ็บที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยวอย่างน้อยสามตำแหน่ง จากกล้ามเนื้อบดเคี้ยวด้านซ้ายและขวารวมทั้งหมดสี่ตำแหน่ง คือ กล้ามเนื้อบริเวณขมับส่วนหน้า (anterior temporalis muscle) กล้ามเนื้อบริเวณขมับส่วนกลาง (middle temporalis muscle) กล้ามเนื้อบริเวณขมับส่วนหลัง (posterior temporalis muscle) จุดยึดของกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์ (origin of masseter) มัดกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์ (body of masseter) จุดติงของกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์ (insertion of masseter) ส่วนหลังของขากรรไกรล่าง (posterior mandibular region) ใต้ขากรรไกรล่าง (submandibular region) กล้ามเนื้อเทอริกอยด์มัดนอก (lateral pterygoid area) และเอ็นกล้ามเนื้อ

บริเวณขมับ (tendon of the temporalis) และมีอย่างน้อยหนึ่งตำแหน่งอยู่ด้านเดียวกันกับตำแหน่งเรื่องความเจ็บปวดของผู้ป่วย

II. อาการปวดข้อต่อขากรรไกร (arthralgia)

- a. เมื่อคลำบริเวณข้อต่อขากรรไกร พบมีอาการกดเจ็บข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง
- b. มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกรที่รายงานโดยผู้ป่วยเองอย่างน้อย 1 เรื่อง ดังนี้ ปวดที่บริเวณข้อต่อขากรรไกร และ/หรือ ปวดที่บริเวณข้อต่อขากรรไกรขณะอ้าปากด้วยตนเอง และ/หรือ ปวดที่บริเวณข้อต่อขากรรไกรขณะช่วยให้อ้าปาก และ/หรือ ปวดที่บริเวณข้อต่อขากรรไกรขณะเคี้ยวขากรรไกร

7.2.2 อาการปวดจากความผิดปกติในปาก (intraoral pain disorders) มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังนี้(19,33)

I. อาการปวดเหตุฟัน (odontogenic pain)

i อาการปวดเกี่ยวกับเนื้อเยื่อใน (pulpal pain)

- a. จากการตรวจในช่องปาก พบว่าฟันมีพยาธิสภาพซึ่งทำให้เกิดอาการปวด เช่น ฟันผุ วัสดุบูรณะฟันหลุดหรือแตกหัก ชัดเจน ร่วมกับข้อ b
- b. เมื่อทำการกระตุ้นฟันเหล่านั้นด้วยความร้อน/เย็น หรือแรงกล จะทำให้เกิดอาการปวดหรือปวดมากขึ้น และเมื่อตรวจความมีชีวิตของฟันด้วยไฟฟ้า (Electric Pulp Test, EPT) พบว่าค่าที่ได้แตกต่างจากฟันปกติ
- c. ทำการถ่ายภาพรังสีเพิ่มเติม หากการตรวจในช่องปากไม่พบพยาธิสภาพชัดเจน จากภาพรังสีพบความผิดปกติบริเวณเนื้อเยื่อใน (pulp) เช่น มีเงาดำใกล้เนื้อเยื่อใน เกิดการละลายตัวของเนื้อฟันจากภายในโพรงฟัน (internal resorption) เป็นต้น

ii อาการปวดปริทันต์ (periodontal pain)

- a. จากการตรวจช่องปาก พบว่าอาการปวดเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณอวัยวะปริทันต์ (periodontium) ซึ่งประกอบด้วยเหงือก เอ็นยึดปริทันต์ เคลือบรากฟัน กระดูกเบ้าฟัน อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง เช่น ฝีที่เหงือก ร่องลึกปริทันต์ (periodontal pocket) เป็นต้น
- b. หากลักษณะการตรวจพบในช่องปากไม่ชัดเจน ต้องมีภาพรังสีที่แสดงความผิดปกติของอวัยวะปริทันต์ เช่น มีการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟัน มีเงาดำในกระดูกเบ้าฟัน เป็นต้น

iii โรคปริทันต์ร่วมกับรอยโรคเอ็นโดดอนต์ (combined periodontic-endodontic lesions)

- a. จากการตรวจช่องปากพบว่า อาการปวดเกิดจากพยาธิสภาพบริเวณอวัยวะปริทันต์ ซึ่งประกอบด้วยเหงือก เอ็นยึดปริทันต์ เคลือบรากฟัน กระดูกเบ้าฟัน อย่างน้อย 1

ตำแหน่ง ร่วมกับพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน คือ ฟันมีพยาธิสภาพซึ่งทำให้เกิดอาการปวด เช่น ฟันผุ วัสดุบูรณะฟันหลุด หรือแตกหัก เป็นต้น โดยไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดจากสาเหตุใดก่อน

- b. จากภาพรังสี พบความผิดปกติบริเวณโพรงเนื้อเยื่อใน และอวัยวะปริทันต์
- c. หากไม่พบพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในโพรงฟันที่ชัดเจนจากการตรวจช่องปาก ให้ทำการกระตุ้นฟันเหล่านั้นด้วยความร้อน/เย็น หรือแรงกล จะเกิดอาการปวดหรือปวดมากขึ้น และเมื่อตรวจความมีชีวิตของฟันด้วยไฟฟ้า พบว่าค่าที่ได้แตกต่างจากฟันปกติ

II. ความผิดปกติจากอาการปวดเยื่อเมือก-เหงือก และลิ้น (mucogingival and glossal pain disorders) มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังนี้ (19)

- a. มีลักษณะอาการปวดบริเวณเยื่อเมือก-เหงือกในช่องปาก หรือลิ้น จากการมีรอยโรคที่บริเวณนั้น ๆ เช่น ตุ่มน้ำ รอยถลอก บาดแผล เป็นต้น

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทันตแพทย์สามารถนำผลงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการจัดการเพื่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในได้สังคมอย่างมีความสุข

โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นแนวทางในการวางนโยบายการจัดการรักษา ทั้งในแง่การเจ้าหน้าที่บุคลากร และขั้นตอนการรักษา ให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า

กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำแนวทางการศึกษาวิจัย ไปพัฒนาดัชนีชี้วัดการสำรวจสุขภาพช่องปากของประชากร เพื่อนำมาสู่การพัฒนาโยบายการจัดการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากของประชาชนซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยสนับสนุนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากภายหลังการรักษาความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ากับผู้ป่วยทันตกรรมในภาวะอื่น ๆ เช่น ผู้ที่ใส่ฟันปลอม เป็นต้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด และทฤษฎีจากเอกสาร วารสาร หนังสือ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา คือ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า

1.1.1 คำจำกัดความ

ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า หมายถึง ความรู้สึกไม่พึงพอใจ ร่วมกับประสบการณ์ทางอารมณ์ที่สัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายอย่างชัดเจน หรือสัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่มีแนวโน้มจะถูกทำลาย หรือสัมพันธ์กับเนื้อเยื่อที่ให้นิยามว่าอยู่ในรูปแบบของการบาดเจ็บ(34) ซึ่งเนื้อเยื่อเหล่านี้ประกอบด้วยเนื้อเยื่อแข็ง (hard tissue) เช่น กระดูก และเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) เช่น ผิวหนัง เส้นเลือด กล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งอยู่ในตำแหน่งศีรษะ ไบหน้า และลำคอ โดยเนื้อเยื่อเหล่านี้จะส่งกระแสประสาทผ่านเส้นประสาทไตรเจมินัล (trigeminal nerve) เพื่อแปลผลที่สมอง(19)

1.1.2 การแบ่งประเภทความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า

ปัจจุบันมีการจัดแบ่งประเภทความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าหลายวิธี ขึ้นกับเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา เช่น ลักษณะพยาธิสภาพ สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดนั้น ๆ เป็นต้น ดังนั้นการเลือกใช้เกณฑ์การแบ่งประเภทจึงขึ้นกับวัตถุประสงค์ในการใช้งาน

สำหรับสมาคมการศึกษาความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้าแห่งสหรัฐอเมริกาปีค.ศ.2008(19) ได้กำหนดแนวทางการแบ่งประเภทความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าตามสาเหตุความปวด ซึ่งเป็นแนวทางที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายแนวทางหนึ่ง อิงตามการจัดแบ่งของสมัชชานานาชาติว่าด้วยเรื่องปวดศีรษะ ปีค.ศ.2004 (International Headache Society, IHS) โดยสมาคมการศึกษาความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้าแห่งสหรัฐอเมริกาแบ่งการวินิจฉัยแยกอาการปวดออกเป็น 9 หมวด ดังนี้

- I. อาการปวดจากความผิดปกติในกะโหลกศีรษะ (intracranial pain disorders)

อาการปวดจากความผิดปกติในกะโหลกศีรษะเป็นความผิดปกติของโครงสร้างภายในกะโหลกศีรษะ เช่น เนื้องอก (neoplasm) หลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm) ฝี (abscess) เลือดออกหรือก้อนเลือดขัง (hemorrhage or hematoma) บวมน้ำ (edema) ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยผู้ที่มีความผิดปกติเข้าข่ายอาการรุนแรงมักมีอาการปวดเกิดขึ้นมาไม่นาน หรือมีอาการปวดที่รุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อาจมีอาการปวดจนทำให้ตื่นนอน ปวดเมื่อมีการเปลี่ยนตำแหน่งร่างกาย เช่น ไอ จาม เป็นต้น ลักษณะอื่น ๆ ที่อาจพบร่วมด้วยได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีไข้ และมีอาการทางประสาท เช่น ชัก ช้ำ หน้ามืดเวียนศีรษะ

II. อาการปวดศีรษะปฐมภูมิ (primary headache disorders)

อาการปวดศีรษะปฐมภูมิประกอบด้วยโรคไมเกรน (migraine) ปวดศีรษะชนิดกล้ามเนื้อตึงตัว (tension-type headache) ปวดศีรษะคลัสเตอร์ (cluster headache) และปวดศีรษะไตรเจมินัลอัตโนมัติอื่น ๆ (other trigeminal autonomic cephalalgias) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มีสาเหตุจากกลไกทางระบบประสาทซึ่งกระตุ้นหลอดเลือดให้เกิดการตอบสนอง ลักษณะของอาการปวดศีรษะมีหลายรูปแบบ เช่น ปวดไมเกรน อาจมีอาการปวดตื้อ (throbbing pain) ปวดตามจังหวะการเต้นของชีพจร (pulsating pain) หรือปวดเหมือนถูกตี (beating pain) ส่วนการปวดศีรษะชนิดกล้ามเนื้อตึงตัว อาจมีอาการปวดตื้อ (dull pain) แบบคงที่ เป็นต้น

III. อาการปวดศีรษะทุติยภูมิ (secondary headache disorders)

อาการปวดศีรษะทุติยภูมิ ได้แก่ อาการปวดศีรษะที่ตรวจพบว่า มีสาเหตุชัดเจน เช่น ปวดศีรษะจากเนื้องอกในสมอง ปวดศีรษะจากความดันโลหิตสูง เป็นต้น

IV. อาการปวดจากโรคเส้นประสาท (neuropathic pain disorders)

อาการปวดจากโรคเส้นประสาทเกิดจากพยาธิสภาพ และการทำงานผิดปกติของระบบประสาท โดยแบ่งออกเป็นสองชนิดหลัก คือ

- a. ความผิดปกติจากอาการปวดเส้นประสาทเป็นช่วง ๆ (episodic neuropathic pain disorders) มีลักษณะอาการปวดแบบทันทีทันใด ปวดแปลบและหายไปในเวลาสั้น ๆ (ภายในวินาทีถึงนาที) โรคเหล่านี้ตั้งชื่อตามเส้นประสาทที่ผิดปกติ เช่น อาการปวดประสาทไตรเจมินัล (trigeminal neuralgia) อาการปวดประสาทเนอเวอัส อินเทอร์มีเดียส (nervus intermedius neuralgia) อาการปวดประสาทซุพีเรียร์ลาริงเจียล (superior laryngeal neuralgia)
- b. ความผิดปกติจากอาการปวดเส้นประสาทแบบต่อเนื่อง (continuous neuropathic pain disorders) ประกอบด้วยความผิดปกติของประสาทส่วนกลาง และส่วนปลาย (central and peripheral component) ความ

ผิดปกติของประสาทส่วนปลาย ได้แก่ ประสาทอักเสบ (neuritis) อาการปวดประสาทภายหลังเป็นงูสวัด/เริม/อีสุกอีใส (postherpetic neuralgia) เป็นต้น ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้มักเกิดภายหลังการบาดเจ็บ มักมีลักษณะอาการปวดแสบปวดร้อน (burning pain) ปวดตลอดเวลา การรับรู้ผิดปกติ (paresthesias) อาการปวดถูกกระตุ้นได้โดยการเคลื่อนไหว หรือสัมผัส การแยกความผิดปกติของประสาทส่วนกลาง และประสาทส่วนปลาย ทำได้ยากเนื่องจากความซับซ้อนของระบบประสาท รวมทั้งมีอิทธิพลของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ที่ส่งผลต่อภาวะความปวดร่วมด้วย

V. อาการปวดจากความผิดปกติในปาก (intraoral pain disorders)

อาการปวดจากความผิดปกติในปากเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าซึ่งพบได้บ่อยที่สุด ทันตแพทย์มีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัย และจัดการกับผู้ป่วยเหล่านี้โดยตรง ทั้งนี้ทันตแพทย์ต้องสามารถแยกสาเหตุของอาการปวดได้ เช่น อาการปวดจากประสาทฟัน (dental pulp) อาการปวดจากอวัยวะปริทันต์ อาการปวดจากเยื่อเมือก-เหงือก (mucogingival tissues) หรือลิ้น เป็นต้น

VI. อาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร (temporomandibular disorders)

อาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรประกอบด้วยความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และ/หรือข้อต่อขากรรไกร ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุหลักของความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ารองจากความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าสาเหตุจากฟัน และเป็นความผิดปกติที่แบ่งย่อยมาจากความผิดปกติโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal disorders)

VII. อาการปวดจากความผิดปกติที่คอ (cervical pain disorders)

อาการปวดจากความผิดปกติที่คอเป็นส่วนหนึ่งของความผิดปกติโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลกระทบอย่างมากต่อโครงสร้างของช่องปาก-ไบหน้า (orofacial structure) อาการปวดจากความผิดปกติที่คอแบ่งออกเป็นความผิดปกติที่มีจุดกำเนิดจากกล้ามเนื้อ และความผิดปกติที่มีจุดกำเนิดจากกระดูกคอ (cervical spine) ซึ่งโดยปกติโครงสร้างเหล่านี้อาจทำให้เกิดอาการปวดที่ไบหน้าด้วย

VIII. อาการปวดช่องปาก-ไบหน้า เหตุจากนอกกะโหลกศีรษะและระบบของร่างกาย (extracranial and systemic causes of orofacial pain)

อวัยวะหลายชนิดเกี่ยวข้องกับอาการปวดช่องปาก-ไบหน้า เช่น ตา หู จมูก โพรงอากาศข้างจมูก (paranasal sinuses) คอ ต่อมน้ำเหลือง และต่อมน้ำลาย เป็นต้น อวัยวะ

เหล่านี้ทำให้เกิดอาการปวดต่างที่ (referred pain) ไปยังบริเวณอื่น เช่น ปวดฟัน ปวดบริเวณขมับ-ขากรรไกร ซึ่งมักก่อให้เกิดการวินิจฉัยผิดพลาดได้

IX. อาการปวดจากปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychologic factor)

ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนซึ่งได้รับอิทธิพลจากทั้ง 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (biologic factor) และปัจจัยทางด้านจิตใจ โดยที่ความปวดอาจเป็นผลจากปัจจัยทางด้านจิตใจ หรือความปวดเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจก็ได้

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบัน แสดงให้เห็นบทบาทความสำคัญของปัจจัยด้านจิตใจ เช่น อารมณ์ ความคาดหวัง ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวด ตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีความเครียดมีแนวโน้มที่จะมีอาการตึงที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยวเนื่องจากพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว (parafunctional habits) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (depression) วิตกกังวล (anxiety) มีความคิดในแง่ลบมาเป็นเวลานาน (prolonged negative feelings) มักพบว่ามีอาการปวดเรื้อรังและรักษาได้ยาก ขณะที่อาการปวดช่องปาก-ไบหน้าสามารถก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ด้วยเช่นกันโดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรัง เนื่องจากความปวดมักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไปอยู่ในรูปของความไม่พึงพอใจ ซึ่งปัญหาด้านอารมณ์ที่สะสมสามารถก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมา ซึ่งหากพบว่าปัจจัยทางด้านจิตใจมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างชัดเจน ควรจัดการรักษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านจิตใจโดยเฉพาะ

1.1.3 การประเมินและมาตรวัดความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า

การประเมินความปวด คือ การรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น ความรู้สึกทางกาย ความรุนแรง ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมทั้งผลของการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ที่เคยได้รับ เพื่อนำมาวินิจฉัยสาเหตุและกลไกของความปวดอันจะนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย (35)

การประเมินความปวดมีจุดประสงค์เพื่อให้ทราบสาเหตุของอาการปวด ปัจจัยทางกาย และจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่ออาการปวด และศึกษาผลกระทบของอาการปวดต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยจะรวบรวมรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับอาการปวดหลัก ๆ 4 เรื่อง (36) ได้แก่

- a. ความรุนแรงของอาการปวด
- b. ลักษณะของอาการปวด แบ่งเป็น
 - 1.1 อาการปวดเฉียบพลัน (acute pain)
 - 1.2 อาการปวดเรื้อรัง (chronic pain)
 - 1.3 อาการปวดจากมะเร็ง (cancer pain)

c. ผลกระทบของอาการปวดต่อทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

d. การรักษาที่เคยได้รับ และการตอบสนอง

การวัดความปวด คือ การรวบรวมข้อมูลความปวดเฉพาะเรื่อง โดยมีค่าตัวเลขเป็นสื่อ เพื่อแสดงถึงปริมาณความรู้สึกที่ผู้ป่วยมีอยู่ในแต่ละช่วงเวลา

การวัดอาการปวดไม่สามารถเปรียบเทียบระดับความรู้สึกปวดของผู้ป่วยคนหนึ่งกับอีกคนหนึ่ง หรือชนิดหนึ่งกับอีกชนิดหนึ่งได้ เพราะอาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะในแต่ละบุคคลเท่านั้น(36)

วิธีหลัก 3 วิธีที่ใช้ในการวัดความปวด(36) ได้แก่

- i วัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiologic measure) ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบโต้ความรู้สึกปวด เช่น จังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต เป็นต้น แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่จำเพาะเจาะจงต่ออาการปวด จึงทำให้มีข้อจำกัดในการแปลผล
- ii วัดพฤติกรรม (behavioral measure) ที่แสดงออกเพื่อตอบสนองความรู้สึกปวดที่เกิดขึ้น เช่น ร้องไห้ บ่นว่าปวด เป็นต้น โดยการวัดพฤติกรรมสามารถกระทำได้สองวิธี คือ
 - ไม่ถามผู้ป่วยโดยตรง วัดพฤติกรรมโดยสังเกตการแสดงออกของสีหน้า และประเมินกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้
 - ถามจากผู้ป่วยโดยตรง
- iii การบอกถึงความรู้สึกด้วยตนเอง (subjective/self-report measure) เนื่องจากอาการปวดเป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล ดังนั้นการวัดที่บอกโดยตัวผู้ป่วยเอง อาจแสดงถึงปริมาณที่ใกล้เคียงน่าเชื่อถือกว่าสองวิธีแรก อย่างไรก็ตามการบอกความรู้สึกขึ้นกับความสามารถในการสื่อสารของบุคคล จึงมีข้อจำกัดในการใช้ในเด็กเล็ก และผู้ที่มีปัญหาในด้านการสื่อสาร

วิธีวัดความปวดโดยการบอกความรู้สึกด้วยตนเอง (37-39) แบ่งเป็น

- a) การวัดความปวดแบบหนึ่งมิติ (unidimensional pain measurement) เป็นการวัดความปวดเฉพาะเรื่อง เช่น วัดปริมาณ วัดผลกระทบ วัดอารมณ์ วัดการลดลงของอาการปวด เป็นต้น

ตัวอย่างมาตรวัดความปวดหนึ่งมิติที่นิยมใช้ ได้แก่

- มาตรวัดความปวดด้วยคำพูด (Verbal Descriptor Scale, VDS) เป็นการบอกความรู้สึกปวดด้วยคำแบบง่าย ๆ เช่น ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดปานกลาง ปวดรุนแรง

- **มาตรวัดความปวดแบบใบหน้า (Face Pain Scale, FPS)** เป็นการใช้รูปแบบบอกความรู้สึก โดยใช้รูปแสดงถึงความไม่ปวด คือรูปภาพยิ้ม จนถึงปวดมาก คือร้องไห้
- **มาตรวัดความปวดด้วยสายตา (Visual Analogue Scale, VAS)** เป็นมาตรวัดแบบเปรียบเทียบที่เชื่อถือได้มากที่สุด และนิยมใช้เป็นเครื่องมืออ้างอิงเพื่อการศึกษาวิจัย โดยจะกำหนดเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ในแนวราบหรือแนวดิ่งเป็นตัวแทนของอาการปวดของผู้ที่ถูกประเมิน จุดเริ่มต้นด้านซ้ายของเส้นแนวราบ หรือจุดต่ำสุดของเส้นแนวดิ่งเท่ากับ 0 คือ ไม่ปวดเลย และจุดสิ้นสุดทางปลายขวาของเส้นแนวราบ หรือจุดสูงสุดของเส้นแนวดิ่งเท่ากับ 10 คือ ปวดมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- **มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale, NRS)** มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 10 โดยคะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด คะแนน 10 หมายถึงระดับความปวดที่มีมากที่สุด จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างมาตรวัดความปวดด้วยสายตา และมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข พบว่ามีความน่าเชื่อถือใกล้เคียงกัน แต่มาตรวัดความปวดด้วยสายตามีอัตราความสำเร็จในการประเมินต่ำกว่ามาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยอุบัติเหตุ เป็นเหตุให้มีการใช้มาตรวัดความปวดด้วยสายตาน้อยลงในปัจจุบันและมีการใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลขทั้งในเวชปฏิบัติและในการศึกษาวิจัยเพิ่มขึ้น(40)

b) การวัดความปวดแบบหลายมิติ (multidimensional pain measurement) พัฒนามาเนื่องจากธรรมชาติของความปวดประกอบด้วยหลายมิติ ซึ่งเป็นผลจากทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ การแปลผลที่ถูกต้องจำเป็นต้องวัดผลให้ครอบคลุมทุกมิติ การวัดความปวดชนิดนี้มักมีลักษณะเป็นแบบสอบถามที่มีคำถามครอบคลุมข้อมูลอาการปวดทุก ๆ ด้าน ตัวอย่างแบบสอบถามที่นิยมใช้ เช่น แบบสอบถามเรื่องความปวดแม็กกิลล์ (McGill pain questionnaire, MPQ)

1.1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าประกอบด้วยหลายปัจจัย ซึ่งการศึกษานี้พิจารณา 4 ปัจจัย ได้แก่

1.1.4.1 ลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร คือ ลักษณะประจำตัวของประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ สถานะ รายได้ อาชีพ เป็นต้น(41) ซึ่งเพศและอายุเป็นปัจจัยที่มักพบว่ามีความสัมพันธ์กับความปวด การศึกษาหลายชิ้นแสดงว่าเพศมีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวด(42) โดยพบว่าเพศหญิงมักมีความรุนแรงของความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า (oro-facial pain intensity) สูงกว่าเพศชาย(43,44) สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านชีววิทยา (biologic factor) ได้แก่ ลักษณะจีน (gene) ฮอริโมน (hormone) การปรับความเจ็บปวดภายใน (endogenous pain modulation) หรือปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factor) ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในสังคม อิทธิพลด้านการรับรู้/ความรู้สึก (cognitive/affective influences) หรือทั้งสองปัจจัยร่วมกัน(45,46) แต่ทั้งนี้ในอีกหลาย ๆ การศึกษาไม่พบความแตกต่างของความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้อาจขึ้นกับคำจำกัดความในการวิจัยนั้น ๆ ด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมภาวะความปวดเรื้อรัง โดยทั่วไปของ Verhaak และคณะ(47)พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความชุกของอาการปวดเรื้อรังสูงขึ้น ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาความปวดเรื้อรังบริเวณช่องปาก-ไบหน้า(22,48) ส่วนใหญ่ การศึกษาเรื่องอายุกับความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ามักเกี่ยวข้องกับเรื่องความชุกที่สัมพันธ์กับลักษณะอาการปวดประเภทต่าง ๆ โดยพบว่า ความชุกของผู้มีความเจ็บปวดข้อต่อขากรรไกรจะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น และความชุกของผู้มีอาการปวดแสบปวดร้อนในปากจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น(20) แต่ไม่พบว่าอายุมีผลต่อความรุนแรงของอาการปวดเรื้อรังของช่องปาก-ไบหน้า(21)

1.1.4.2 โรคประจำตัว

โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่มีติดตัวอยู่เป็นประจำ รักษาไม่หายขาด(49)

เนื่องจากความปวดเป็นผลรวมการรับรู้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ(34) ผลของโรคประจำตัวต่อความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า จึงอาจพิจารณาได้เป็น 2 ส่วนหลัก ๆ ดังนี้

1) ผลทางร่างกาย

โรคประจำตัวหลายชนิดก่อให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้าได้ ตัวอย่างเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาจมีอาการปวดคอ หรือขากรรไกรล่าง โรคเอดส์ สามารถเกิดแผลในช่องปาก และโรคปริทันต์ได้ง่ายจากการติดเชื้ออวัยวะ(50,51) โรคเบาหวานอาจเกิดอาการปวดเหงือกจากโรคปริทันต์(52) โรคข้ออักเสบ อาจทำให้เกิดอาการปวดข้อต่อขากรรไกร(53) และโรคมะเร็งซึ่งความปวดเกิดจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย หรือความปวดที่เกิดภายหลัง

จากการรักษา(54) โดยมีการศึกษาพบว่าหากมีการกระตุ้นให้เกิดความปวดในระยะเวลาที่ต่อเนื่องยาวนาน ระดับขีดสุดความปวด (pain threshold) ของเส้นประสาทจะลดลง ซึ่งจะทำให้เกิดความปวดได้ง่ายขึ้นแม้จะถูกกระตุ้นโดยสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด (nonpainful stimuli) (19)

2) ผลทางจิตใจ

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากโรคประจำตัวส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรัง หรือมีอาการปวดรุนแรง(19) เนื่องจากความปวดมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอารมณ์ ดังนั้นผู้ที่มีภาวะจิตใจ และอารมณ์ในเชิงลบอาจรู้สึกปวดได้มากกว่าปกติ(36) ทั้งนี้ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอารมณ์กับความปวดมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล(55)

1.1.4.3 พฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

พฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว หมายถึง พฤติกรรมของระบบบดเคี้ยวที่นอกเหนือจากการใช้งาน ตัวอย่างเช่น การขบแน่นฟัน (clenching) การบด-ถูฟัน (bruxing) การกัดแก้ม และ/หรือริมฝีปาก (lip/cheek-biting) เป็นต้น โดยทั่วไปสามารถแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ พฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวที่เกิดขึ้นตอนกลางวัน (diurnal activity) และพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวที่เกิดขึ้นตอนกลางคืน (nocturnal activity)(56)

โดยปกติอวัยวะต่าง ๆ ในระบบบดเคี้ยว (masticatory system) ทำงานร่วมกันอย่างสมดุล แรงกระทำผิดปกติจากพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวซึ่งทำลายความสัมพันธ์ของระบบจนเสียสมดุล สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะเหล่านั้นได้ เช่น อาการฟันสึก ประสาทฟันอักเสบ ฟันโยก และอาการปวดที่ตำแหน่งต่าง ๆ บริเวณช่องปาก-ไบหน้า(57,58) ได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว อาการปวดข้อต่อขากรรไกร อาการปวดหู และอาการปวดศีรษะ เป็นต้น

Okeson อธิบายสาเหตุที่พฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ในระบบบดเคี้ยวโดยแบ่งออกเป็น 5 สาเหตุ(56) ได้แก่

- i ขณะมีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ที่จะเพิ่มแรงที่กระทำกับฟันซึ่งมากกว่าภาวะปกติอย่างน้อย 3 เท่า
- ii ขณะมีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ทิศทางของแรงจะกระทำกับฟันในแนวนอน (horizontal plane) ซึ่งเป็นทิศทางที่มักก่อให้เกิดการบาดเจ็บของฟัน

- iii ขณะมีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ ขากรรไกรล่างมักอยู่ในตำแหน่งนอกศูนย์ (eccentric positions) ซึ่งถือเป็นตำแหน่งที่ไม่มีเสถียรภาพ และสามารถก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อฟันและข้อต่อขากรรไกรได้
- iv ขณะมีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ การหดตัวของกล้ามเนื้อจะเป็นการหดตัวคงความยาว (isometric contraction) ซึ่งขัดขวางการไหลเวียนโลหิตตามปกติในกล้ามเนื้อจึงเกิดของเสียดก้าง ก่อให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อตามมา
- v รีเฟล็กซ์ป้องกัน (protective reflexes) ทำงานได้ลดลงเมื่อมีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ทำให้เกิดการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้นเนื่องจากไม่มีกระบวนการยับยั้ง

1.1.4.4 สุขภาพจิต

สุขภาพจิต หมายถึง คุณสมบัติของจิตใจ อันมี

ความคิดเป็นพื้นฐานในการที่จะเผชิญปัญหา สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ อย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นถึงความสมบูรณ์ของจิตใจ ปราศจากความประหวั่นพรั่นพรึง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาท และโรคจิตเท่านั้น(59-63)

เนื่องจากชีวิตมนุษย์ต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งกายและใจ ตลอดเวลาเพื่อให้เกิดความสอดคล้องและสมดุลระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งภาวะการปรับเปลี่ยนดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต กล่าวคือ สุขภาพจิตของมนุษย์จะขึ้น ๆ ลง ๆ ตามผลของการปรับเปลี่ยนกาย ใจ และสังคม ตราบใดที่บุคคลนั้นสามารถเลือกใช้วิธีการปรับตัวที่เหมาะสมเมื่อตกอยู่ในภาวะวิกฤติ หรือภาวะที่มีความตึงเครียดแล้ว บุคคลนั้นก็จะสามารถเอาชนะอุปสรรค หรือปัญหาชีวิตได้ นั่นคือสามารถลดความกดดัน ความตึงเครียดทางอารมณ์ หรือความวุ่นวายทางจิตใจได้ และบุคคลนั้นก็จะมีสุขภาพจิตดี(64)

ในคนปกติทั่วไปที่มีบุคลิกภาพหรือสุขภาพจิตเดิม แข็งแรงจะยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย มีความยืดหยุ่น ไม่ขัดขืน แม้จะมีความตึงเครียดรุนแรง ก็จะมีภาวะจิตตกไม่นานกว่า 4-6 สัปดาห์ อย่างมากไม่เกิน 3 เดือนภาวะสุขภาพจิตก็จะกลับคืนสู่ระดับเดิม หรืออาจจะดีกว่าเดิมก็ได้(64)

ปัจจุบันจากการศึกษาและค้นคว้าเรื่องสุขภาพจิตที่มากขึ้นได้ข้อมูลสรุปว่า สุขภาพจิตมีความสำคัญมากต่อชีวิตของคนและสัตว์พอ ๆ กับสุขภาพกาย สุขภาพทางกายที่เสื่อมโทรมทำให้เกิดการตายได้ และสุขภาพจิตที่เสื่อมโทรมก็ทำให้มนุษย์และ

สัตว์ถึงแก่ความตายได้เช่นกัน ทางการแพทย์พบว่าสุขภาพทางจิตที่เสียหายทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตั้งแต่โรคติดเชื้อ โรคภูมิแพ้ ไปจนถึงโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็ง และโรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการวิจัยที่แสดงว่าสุขภาพทางกายและทางจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (65) ตัวอย่างเช่น การศึกษาหนึ่งที่โรงเรียนแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยวอชิงตันพบว่า คนส่วนมากที่มีอาการปวดหลังอย่างรุนแรง ได้แรงหนุนทางใจที่ส่งเสริมให้อาการปวดมากขึ้น ดังนั้นเขาจึงลองใช้วิธีการรักษาแนวใหม่คือไม่ให้ยาระงับปวด แต่จัดโครงการบำบัดโดยการตัดตน ออกกำลังกาย และบำรุงกำลังใจโดยให้ทำงานซึ่งสามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ขึ้นหนึ่ง ปรากฏว่าได้ผลดียิ่งกว่าการผ่าตัด(66) การเจ็บป่วยทางจิตใจและร่างกายจึงส่งผลกระทบต่อถึงกันได้ตลอดเวลา คนที่มีสุขภาพจิตดีย่อมมีร่างกายที่แข็งแรงควบคู่กันไปด้วยเสมอ ฉะนั้นไม่ว่าร่างกายหรือจิตใจต่างมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน จิตใจคือผู้เป็นนาย และร่างกายคือผู้รับคำสั่งไปปฏิบัติ(61)

ผลทางตรงที่จิตใจมีต่อร่างกายได้แก่ ความ

เปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น เวลาตกใจหน้าจะซีด ใจเต้นแรง เวลาโกรธจัดหน้าจะแดงหรือแสดงออกทางพฤติกรรมโดยใช้ความรุนแรงทางวาจาหรือการกระทำ(61)โดยพบว่า อารมณ์มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคที่ไม่มีเชื้อโรค ได้แก่ อาการปวดศีรษะไมเกรน สัมพันธ์กับความโกรธ ไม่พอใจ อาการปวดตึงท้ายทอย สัมพันธ์กับความเครียด กังวลใจ อาการปวดตึงที่ขา สัมพันธ์กับความกังวลใจในภาวะที่รับผิดชอบ อาการความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับความโกรธ อาการนอนกััดฟัน ปวดกราม สัมพันธ์กับความก้าวร้าวที่เก็บกดไว้(67)

ผลทางอ้อมที่จิตใจมีต่อร่างกายเกิดจากความผิดปกติ

ของจิตใจ เช่น มีความวิตกกังวล จิตใจเศร้าหมอง เป็นต้น นอกจากจะแสดงออกทางพฤติกรรม ยังมีผลกระทบต่อระบบประสาททุกระบบที่ควบคุมการทำงานของร่างกาย ปรากฏเป็นอาการทางร่างกายให้เห็นได้ชัด เช่น ท้องอืด ท้องผูก หายใจไม่อิ่ม ขาดความกระฉับกระเฉงในการทำงาน เป็นต้น(61)

ผลของร่างกายต่อจิตใจที่เห็นได้ชัดคือความเจ็บปวด

ซึ่งเป็นสัญญาณอันตรายของร่างกายที่ส่งไปบอกจิตใจ(61) ความปวดมีความใกล้ชิดกับอารมณ์ค่อนข้างมาก สภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ต่าง ๆ อาจมีผลกับความอดทนต่อความปวด ผู้ป่วยที่กำลังวิตกกังวลหรือตื่นตระหนกง่ายย่อมรู้สึกปวดได้มากกว่าปกติ(36) แม้อารมณ์แบบต่าง ๆ จะเป็นสภาวะทางธรรมชาติที่เกิดกับมนุษย์ได้ทุกคนก็ตาม เช่น อารมณ์เศร้า อารมณ์กลัว อารมณ์โกรธ เป็นต้น แต่ถ้าไม่รู้จักรักษา ปล่อยให้ลุกลาม หรือหาทางผ่อนคลาย ย่อมมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดปัญหาทางอารมณ์ และมีปัญหาสุขภาพจิตได้ในเวลาต่อมา(63) อย่างไรก็ตามจิตใจมีกลไกในการลดความรู้สึกเจ็บปวดลงได้ เช่น การไม่สนใจความเจ็บปวดนั้น ๆ หรือมีเรื่องที่สำคัญกว่ามาเป็นความสนใจของจิตใจจะทำให้ลืมความเจ็บปวดไปได้ชั่วขณะ(61)

ความปวดเป็นความรู้สึกที่ละเอียดอ่อนของมนุษย์ ประกอบด้วยมิติทางกายและใจ การแยกแยะความรู้สึกปวดทางกายเป็นหน้าที่ของวิถีประสาทของไขสันหลังด้านหลังที่ส่งไปยังทาลามัส (thalamus) ส่วนแรงจูงใจทางอารมณ์เป็นหน้าที่ของวิถีประสาทด้านในไขสันหลังที่ส่งไประบบลิมบิก (limbic system) และสมองใหญ่ส่วนหน้า (frontal lobe)(36)

ความปวดมีความสำคัญและความหมายมากกว่าการรับรู้ความรู้สึกทั่วไป เพราะเป็นการรับรู้ความรู้สึกที่ช่วยปกป้องให้ร่างกายพ้นจากอันตรายภายนอก และเป็นแรงผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในรูปของความไม่พึงพอใจกับแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงการคุกคามที่กดดันในรูปแบบต่าง ๆ ภาวะอารมณ์เหล่านี้แปรตามความรุนแรงของอาการปวดอันมีสิ่งเร้า ระยะเวลา และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องในขณะนั้นเป็นปัจจัยร่วม (36)

เมื่อมีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อจะถูกกระตุ้น ความปวดเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้สิ่งเร้าทั้งหมดและปฏิกิริยาการแสดงออกที่ผู้อื่นสังเกตได้ ตัวอย่างเช่น ความรู้สึกเมื่อถูกหยิก เรารับรู้ว่ามีถูกสัมผัสและบีบ หากหยิกแรงขึ้นความรู้สึกนั้นเปลี่ยนเป็นเจ็บและถ้าเกิดมีเสียงดังเกิดขึ้นพร้อมกัน ความรู้สึกอาจเปลี่ยนไปเป็นปวด เพราะอาจมีอาการต่อเสียงดังที่เกิดขึ้นก็เป็นได้ ความรู้สึกในแต่ละขณะจึงเป็นผลรวมของปฏิกิริยาที่ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้า ดังนั้นสถานการณ์และอารมณ์ในขณะเกิดการรับรู้การบาดเจ็บจึงกำหนดความรุนแรงของความรู้สึกปวด หากมีความรู้สึกไม่สบายเกิดขึ้น ความรู้สึกนั้นก็จะเป็นความรู้สึกปวดทันที ตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นเกิดความพอใจในขณะที่เกิดการบาดเจ็บหรือไม่รู้สึกเดือดร้อนกับความรู้สึกดังกล่าว อาจไม่รู้สึกปวดเลยก็เป็นได้ ความปวดจึงเป็นความรู้สึกที่ผู้ประสบบอกให้ทราบ ความปวดจะเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นกับบุคคลที่ประสบอย่างแท้จริง(36)

1.1.4.4.1 การวัดสุขภาพจิต

เนื่องจากกายและใจมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ซับซ้อน และมีบทบาทต่อความปวดมาก จึงจำเป็นต้องประเมินสภาพร่างกายและจิตใจทั้งสองอย่าง การประเมินจิตใจไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยที่ทรมานจากความปวดเรื้อรังและไร้ความสามารถ แต่ยังช่วยให้สามารถเลือกวิธีการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม(36)

การวัดสุขภาพจิตในคนไทย มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือไว้หลายรูปแบบ แตกต่างกันตามกรอบแนวคิดการวิจัย ตัวอย่างเช่น ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 66 ข้อ (TMHI-66) และฉบับสั้น 15 ข้อ (TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดย อภิชัย มงคล และคณะ(31) ซึ่งประกอบด้วยการวัด 4 องค์ประกอบ คือ สภาพจิตใจ สมรรถภาพ

ของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน สำหรับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ ผ่านการทดสอบค่าคุณสมบัติต่าง ๆ มาแล้วดังนี้

- 1) การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการประเมิน จำนวน 10 ครั้ง
- 2) การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) และพิจารณาลดข้อคำถามโดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ตั้งแต่ 0.40 ขึ้นไป (ยกเว้นข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นว่าเป็นต้องมีข้อนี้ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อาจต่ำกว่า 0.40) ทำการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง 2 ครั้ง โดยลดข้อคำถามจาก 157 ข้อเหลือเพียง 85 ข้อ ในครั้งที่ 1 และจาก 85 ข้อ เหลือเพียง 66 ข้อ (ฉบับสมบูรณ์) และ 15 ข้อ (ฉบับสั้น) ในครั้งที่ 2
- 3) การศึกษาความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) โดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของอัมพร โอตระกูล และคณะจำนวน 12 ข้อ ทำการศึกษาควบคู่กันไปในเวลาเดียวกันผลการศึกษาพบว่า ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย 15 ข้อกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของอัมพร โอตระกูล และคณะมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) เท่ากับ 0.49
- 4) การศึกษาความเที่ยง (reliability) โดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.70

1.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

1.2.1 คำจำกัดความ

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก หมายถึง แนวคิดที่ประเมินสุขภาพช่องปากในแง่การใช้งาน ผลต่อจิตใจ ผลต่อสังคม โดย "สุขภาพ" ตามแนวคิดนี้คือส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิตประจำวัน และมีความจำเป็นต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งมีติของสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ จนถึงสามารถเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้(68-71)

ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก หมายถึง ตัวชี้วัดขนาดของการที่สภาวะช่องปากรบกวนการทำหน้าที่หรือบทบาทตามปกติในสังคม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของพฤติกรรมของบุคคลนั้น(72,73)

1.2.2 หลักการและแนวคิดของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ในปีค.ศ.1977 Engel(74) กล่าวถึงปัญหาของแนวคิดชีวเวช (biomedical model) ซึ่งเป็นแนวทางหลักของการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ในสมัยนั้นว่า แนวคิดชีวเวชมุ่งเน้นการรักษาความผิดปกติทางกาย โดยไม่นับรวมถึงปัจจัยด้านจิตใจ หรือสังคม ซึ่งมีค่ากล่าวเปรียบเทียบกับร่างกายเป็นเครื่องจักร การเกิดโรคเหมือนกับกรณีที่เครื่องจักรเสีย หน้าที่ของแพทย์คือการซ่อมบริเวณที่เสียนั้น แล้วเครื่องจักรหรือร่างกายก็จะสามารถกลับมาใช้งานได้เหมือนเดิม ด้วยแนวคิดนี้การรักษาจึงเป็นการคิดแยกส่วนโดยเน้นร่างกายบริเวณที่คิดว่าเป็นสาเหตุและแก้ไขที่บริเวณนั้นเพียงอย่างเดียว ทั้งที่จริงแล้วยังมีอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

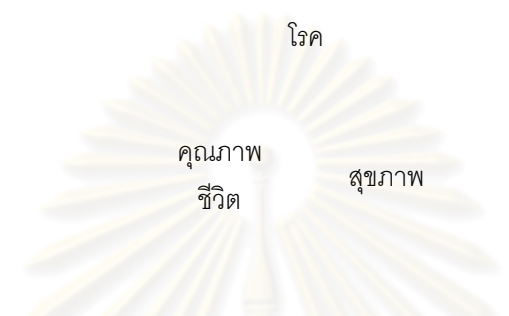
แนวคิดชีวจิตสังคม (biopsychosocial concept) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นภายหลังเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพมากขึ้น โดยมองว่าการเกิดโรคมมาจากการทำงานร่วมกันของปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งปัจจัยด้านร่างกายยังคงเป็นปัจจัยหลักของการวินิจฉัยและการรักษา ปัจจัยทางจิตใจ และสังคมมีส่วนสำคัญในแง่ของความเสี่ยงในการเกิดโรค การป้องกันโรค ความร่วมมือในการรักษา คุณภาพชีวิต และอัตราการรอดชีวิต(74) การมองพฤติกรรมของผู้ป่วยแบบผสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมนี้ บางทีเรียกว่าสัมพัทธนิยม หรือองค์รวม (holism)(75) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาหลักการแพทย์เชิงสังคม (socio-medical concept) ในเวลาต่อมา

จากนิยามสุขภาพตามแนวคิดข้างต้น สุขภาพช่องปากจึงไม่ได้หมายถึงการปราศจากโรคในช่องปากเท่านั้น แต่หมายถึงสภาวะของช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมีความอยู่ดีมีสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งหลักการตามแนวคิดนี้มีความสอดคล้องกับคำนิยามขององค์การอนามัยโลก ปีค.ศ.1948 ที่ให้ความหมายว่า สุขภาพ คือความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต และสังคม มิใช่เพียงการปราศจากโรคเท่านั้น(2)

บทความของ Cohen และ Jago(76) เป็นที่มาของการพัฒนาหลักการทันตสังคม (socio-dental concept) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากหลักการแพทย์เชิงสังคม โดยชี้ให้เห็นว่าการประเมินสุขภาพช่องปากที่เป็นอยู่ขาดความเชื่อมโยงระหว่างสภาวะช่องปากกับผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงความจำเป็นในการพัฒนาเครื่องมือวัดความสามารถในการทำหน้าที่ สภาวะทางจิตใจและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคในช่องปาก

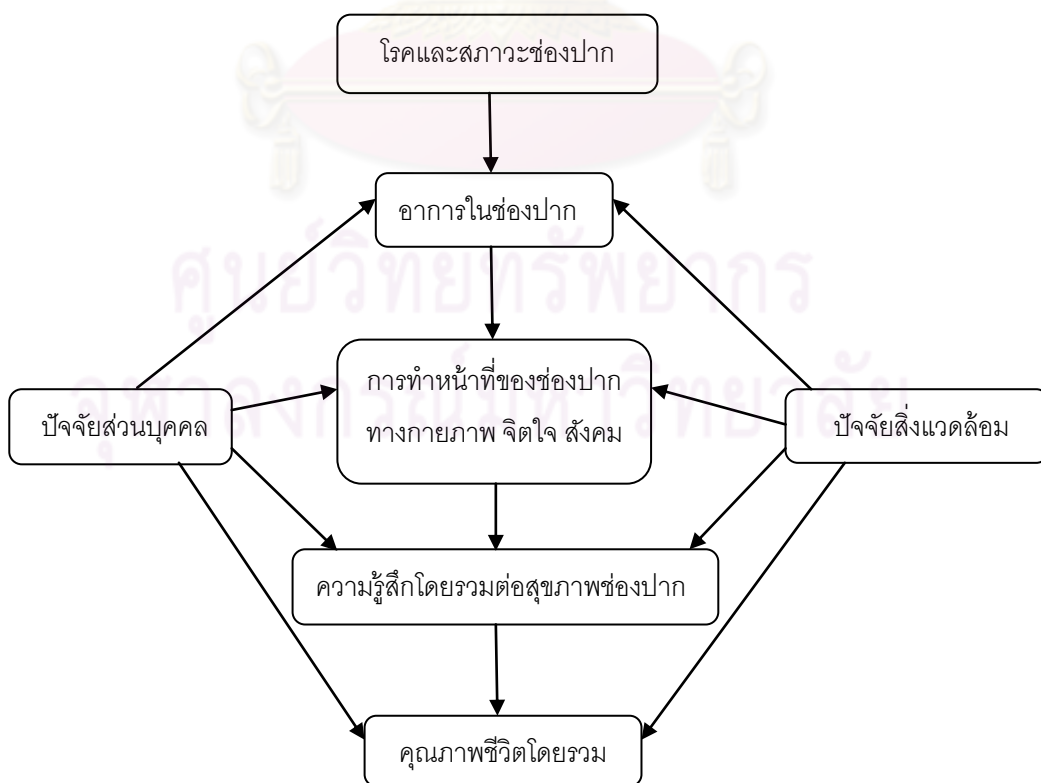
ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตัวชี้วัดทางทันตสังคมที่เรียกว่า ดัชนีทางทันตสังคม (socio dental indicator) ขึ้นเป็นจำนวนมาก รวมถึงดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ความสัมพันธ์ของสุขภาพ โรค และคุณภาพชีวิตสามารถอธิบายได้ด้วยแบบจำลองของ Locker(1) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสุขภาพและโรค ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้



แผนภาพที่ 2.1 แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ โรค และคุณภาพชีวิต ของ Locker

สำหรับความเชื่อมโยงของผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นชัดเจนขึ้นในแบบจำลองหลักการเรื่องผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากของสุดาตวง เกิร์นพงษ์(3) ซึ่งดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดผลลัพธ์ทางสุขภาพของ Wilson และ Cleary(77)

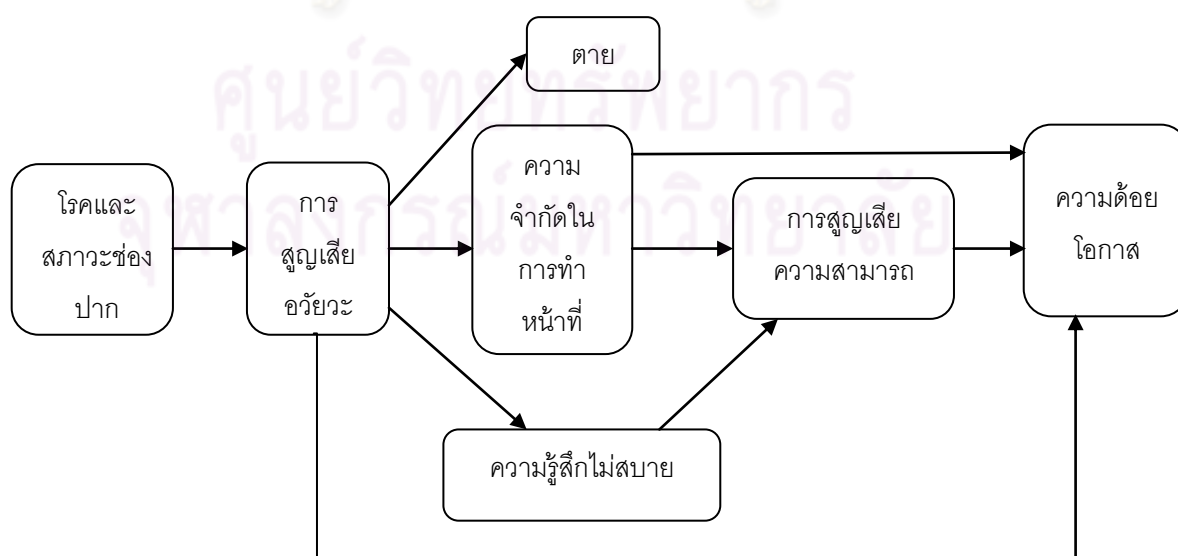


แผนภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดเรื่องผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากของสุดาตวง เกิร์นพงษ์

องค์ประกอบทั้งห้าในกรอบแนวคิดนี้เป็นผลต่อเนื่องกันตามลำดับ ได้แก่ 1.โรคและสภาวะช่องปาก (oral diseases) 2.อาการในช่องปาก (oral symptoms) 3.การทำหน้าที่ของช่องปากทางกายภาพ จิตใจ สังคม (physical, psychological, social functions) 4.ความรู้สึกโดยรวมต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง (overall oral health perceptions) และ 5.คุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) โดยมีอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสภาวะแวดล้อม ทั้งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก เช่น ความเชื่อ ทศนคติ การบริการทางการแพทย์ และที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก เช่น รายได้ การจ้างงาน ส่งผลต่อผลตามทั้งสี่ลำดับจากโรคและสภาวะช่องปากใด ๆ อีกด้วย

1.2.3 หลักการและแนวคิดของแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก (Oral Health Impact Profile, OHIP) (78)

แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก(30) เป็นดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ใหญ่ตัวหนึ่งที่นิยมใช้ในปัจจุบัน เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ของช่องปากในชีวิตประจำวันทั้งในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งพัฒนามาจากแบบจำลองสุขภาพช่องปากของ Locker(29) โดยมีพื้นฐานแนวคิดเรื่องผลกระทบของโรคมาจากองค์การอนามัยโลก ครอบคลุม 7 มิติ ได้แก่ ความจำกัดในการทำหน้าที่ ความเจ็บปวดทางกายภาพ ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ การสูญเสียความสามารถทางสังคม และความด้อยโอกาสทางสังคม



แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดเรื่องผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากของ Locker

วิธีการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่อง

ปาก(79) ทำโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลผลกระทบจากสุขภาพช่องปากทางสังคมจากกลุ่มผู้ป่วยทันตกรรมจำนวน 64 คน ด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ความผิดปกติที่เกิดจากช่องปาก และการจัดการ ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยทันตกรรมได้มาจากการเลือกผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรมเอกชน โรงพยาบาลทันตกรรมระดับปฐมภูมิ และคลินิกเฉพาะทางด้านทันตกรรมประดิษฐ์ ณ เมือง Adelaide ประเทศออสเตรเลีย ผลจากการสัมภาษณ์ได้คำตอบทั้งสิ้น 535 คำตอบ จากนั้นนำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์จัดกลุ่ม และลดจำนวนลงโดยให้ครอบคลุม 7 มิติตามแบบจำลองสุขภาพช่องปากของ Locker ได้ชุดข้อมูล 46 ข้อ ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลคำตอบในมิติความด้อยโอกาสทางสังคมมีน้อย จึงทำการเพิ่มข้อมูลเข้าไปอีก 3 ข้อ ได้เป็นชุดข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 49 ข้อ จากนั้นนำชุดข้อมูลทั้ง 49 ข้อ มาคำนวณน้ำหนักของผลกระทบในสถานการณ์ต่าง ๆ เนื่องจากในแต่ละสถานการณ์มีค่าความรุนแรงแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น อาการปวดฟันที่รุนแรงจะมีน้ำหนักมากกว่าอาการเสียวฟันจากการสัมผัสของร้อนหรือเย็น ด้วยการเปรียบเทียบค่าเชิงคู่วิธีของ Thurstone (Thurstone's method of paired comparisons) ซึ่งเป็นวิธีการให้น้ำหนักโดยนำสถานการณ์มาเปรียบเทียบกันทีละคู่ แล้วแปลผล(80) โดยให้กลุ่มคนจากชุมชน ทันตแพทย์ และนักเรียนจำนวน 328 คน เป็นผู้ประเมินด้วยตัวเอง

แบบสอบถามผลกระทบสุขภาพช่องปากผ่านการทดสอบ

คุณสมบัติต่าง ๆ ดังนี้(78,79)

I. ความตรง (validity)

- a. ความตรงตามเนื้อหา มีความตรงตามเนื้อหาเนื่องจากข้อคำถามในแบบสอบถามได้มาจากการสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดในกลุ่มตัวอย่างโดยตรง
- b. ความตรงตามโครงสร้าง ใช้การทดสอบระหว่างการศึกษานำร่องติดตามผล 20 เดือน ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 122 คน โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามผลกระทบสุขภาพช่องปาก และความต้องการพบทันตแพทย์ (perceived need to visit a dentist) พบว่า ค่าคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามผลกระทบสุขภาพช่องปากของผู้ที่ต้องการพบทันตแพทย์มีค่าสูงกว่าผู้ที่ไม่ต้องการพบทันตแพทย์ประมาณสองเท่า โดยก่อนหน้านี้ Cushing และคณะแสดงให้เห็นว่าผลกระทบทางสังคม (social impact) จะแสดงออกมาในรูปความต้องการพบทันตแพทย์(81) ดังนั้นแบบสอบถามผลกระทบสุขภาพช่องปากจึงมีความไวต่อผลกระทบทางสังคมซึ่งแสดงออกมาในรูปความต้องการการดูแลสุขภาพนั่นเอง

II. ความเที่ยง

- a. หาค่าความสอดคล้องภายในด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบัค ได้ว่า 6 มิติ มีค่าความเที่ยงดี (0.7-0.83) แต่มีติความด้อยโอกาสทางสังคมมีค่าความเที่ยงปานกลาง (0.37)
- b. หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการวัดซ้ำ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน ภายในระยะเวลา 3 เดือน แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า 6 มิติ มีความเที่ยงระดับดีถึงยอดเยี่ยม (0.42-0.77) ยกเว้นมิติการสูญเสียความสามารถทางสังคม (0.08)

ข้อดีของแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากฉบับสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 49 ข้อ (Oral Health Impact Profile, OHIP-49) คือ มีกรอบแนวคิดทางทฤษฎีรองรับชัดเจน(29) มีความจำเพาะเจาะจงต่อโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก(82,83) ครอบคลุมมิติที่หลากหลายของสุขภาพช่องปาก(84) และมีการศึกษาคุณสมบัติการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness) ในระยะยาวแล้ว(85) รวมทั้งผ่านการทดสอบคุณสมบัติไซโคเมตริก (psychometric properties) ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติแปลเป็นภาษาต่าง ๆ หลายภาษา เช่น ภาษาสเปน(86) ภาษาดัตช์(87) ภาษาจีน(88) ภาษาญี่ปุ่น(89) ภาษาเยอรมัน (90) มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ(5,6,15,16,91) แต่มีข้อด้อยคือใช้เวลาตอบแบบสอบถามนาน เนื่องจากมีจำนวนข้อมาก และหลายข้อมีความคล้ายคลึงซ้ำซ้อนกัน จึงมีการพัฒนาดัชนีรูปแบบย่อ หรือแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ (short-form Oral Health Impact Profile, OHIP-14) ซึ่งแบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

A. รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีทางสถิติแบบถดถอย

(regression short form)(30)

พัฒนาขึ้นโดย Slade มีขั้นตอนหลักในการเลือกข้อคำถามดังนี้

- I. ตัดข้อคำถามที่มักไม่ได้รับคำตอบเกินกว่า 5 % หรือมักตอบ “ไม่ทราบ” หรือเป็นคำถามที่เกี่ยวกับผู้ที่ใส่ฟันปลอมเท่านั้น
- II. วิเคราะห์ความเที่ยง โดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบัค
- III. วิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์ปัจจัย
- IV. วิเคราะห์ความถดถอยด้วยวิธี สแควร์ (least-squares regression)

ได้ผลว่าแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อนี้ ยังคงประกอบด้วยมิติและแนวคิดเช่นเดียวกับฉบับสมบูรณ์ มีค่าความเที่ยง ความตรงที่ดี แต่

ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลในประชากรชาวออสเตรเลียที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การนำไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่น ๆ อาจให้ผลที่ต่างกัน

B. รูปแบบที่เกิดขึ้นจากการเลือกข้อคำถามที่มีความซุกสูง
(item-impact short form)(92)

พัฒนาขึ้นโดย Locker และ Allen มีขั้นตอนหลักในการเลือกข้อคำถามดังนี้

- I. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากฉบับสมบูรณ์ (49 ข้อ) มาหาค่าคะแนนผลกระทบ (impact score) โดยการนำผลบวกคะแนนคำตอบของทุกคนที่ตอบแบบสอบถามข้อนั้น ๆหารด้วยจำนวนคนที่ตอบแบบสอบถาม จะได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนจากการตอบแบบสอบถามแต่ละข้อ จากนั้นคูณด้วยค่าน้ำหนักของคำถามแต่ละข้อ (item weight) เพื่อเลือกข้อคำถามที่มีค่าคะแนนผลกระทบสูงที่สุดสองข้อในแต่ละมิติ มาใช้ในแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ
- II. วิเคราะห์ความเที่ยง โดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบัค และหาความเที่ยงจากการวัดซ้ำ
- III. วิเคราะห์ความตรงตามสภาพปัจจุบัน และวิเคราะห์ความตรงตามโครงสร้างโดยการหาความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity)
- IV. วิเคราะห์ความถดถอยด้วยลีสท์ สแควร์

ผลที่ได้แสดงว่าแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีทางสถิติแบบถดถอยมีคุณภาพดีกว่าในด้านการจำแนกผู้ป่วยที่มีปัญหาต่าง ๆ กับผู้ที่ไม่มีปัญหา ส่วนแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ ที่เกิดขึ้นจากการเลือกข้อคำถามที่มีความซุกสูงจะมีประสิทธิภาพดีในการบรรยายความเกี่ยวข้องของสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิต และตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปาก(92)

ผลการทดสอบคุณสมบัติการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ความเที่ยง และความตรง เมื่อลดจำนวนข้อของแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากในผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปาก(93)พบว่า เมื่อลดข้อคำถามในแบบสอบถามลงไม่มีผลต่อการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง แต่มีค่าความเที่ยงและความตรงลดลง ดังนั้นการลดข้อคำถามควรคำนึงถึงความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถามที่จะนำไปใช้ด้วย

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ ขึ้นให้เหมาะกับประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูญเสียฟันทั้งปาก (OHIP-EDENT)(94) แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากสำหรับประเมินด้านความสวยงาม (OHIP-aesthetic)(95) แบบสอบถาม

ผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ สำหรับชาวมาเลเซีย(96) และแบบสอบถาม
ผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อสำหรับชาวเยอรมัน(97) เป็นต้น

ปัจจุบันยังไม่มีมีการแปลและทำการทดสอบคุณสมบัติทางไซโคเมตริกของแบบสอบถามผลกระทบสุขภาพช่องปากฉบับสมบูรณ์เป็นภาษาไทย แต่ได้มีการนำแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ จากการใช้วิธีทางสถิติแบบถดถอย(30) มาแปลเป็นภาษาไทย และผ่านการทดสอบคุณสมบัติต่าง ๆ ดังนี้(98)

- I. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์ปัจจัย
- II. การศึกษาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบัก ซึ่งได้ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.90

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของภาวะความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก มีดังนี้

การศึกษาของ Murray และคณะ ใช้แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมายังหน่วยความปวดกะโหลก-ใบหน้า (craniofacial pain unit) โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มความผิดปกติที่มีพื้นฐานมาจากระบบประสาทหรือได้รับการวินิจฉัยอื่น ๆ (neurologically based or other diagnoses) เปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาต่อการใช้งานอวัยวะ เช่น การเคี้ยวอาหาร มากกว่าประชากรทั่วไป 4 เท่า และมีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 9 เท่า ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะของอาการปวดและการวินิจฉัยโรค (16) การศึกษานี้เป็นงานวิจัยชิ้นต้น ๆ ที่เริ่มนำ แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก มาประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าซึ่งแบบสอบถามนี้ครอบคลุมการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แสดงให้เห็นว่าความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ แต่คำถามจากแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้คัดเลือกมาจากแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากฉบับสมบูรณ์จำนวน 30 ข้อ จากทั้งหมด 49 ข้อ และมีการเพิ่มเติมขึ้นใหม่อีก 2 ข้อ ดังนั้นจึงมีผลต่อการนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปใช้เพื่อเปรียบเทียบในการศึกษาอื่น ๆ

การศึกษาของ Reissmann และคณะ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรตามเกณฑ์การวินิจฉัยอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรในงานวิจัย แกนที่ I

(RDC/TMD axis I) กับบุคคลทั่วไป ด้วยการตอบแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก

ฉบับสมบูรณ์ ภาษาเยอรมัน ได้ผลสรุปว่าผู้ที่มีอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร จะมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแตกต่างจากบุคคลทั่วไปที่ไม่มีความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการปวดร่วมด้วยจะมีค่าคะแนนจากการตอบแบบสอบถามมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการปวด และในผู้ที่มีอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมากกว่า 1 อาการ เช่น มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับอาการแผ่นรองข้อต่อเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ที่มีความผิดปกติเพียงอาการเดียว(6) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงบทบาทความสำคัญของความปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ถ้ามีความซับซ้อนของอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมากจะยิ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น โดยแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก ฉบับสมบูรณ์ ภาษาเยอรมันที่ใช้ในการศึกษานี้ได้ผ่านการทดสอบการแปลภาษา และคุณสมบัติทางไซโคเมตริก ซึ่งจะมีค่าถามเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 4 ข้อ สำหรับประชากรชาวเยอรมันโดยเฉพาะ

การศึกษาของ John และคณะ ใช้แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก ฉบับสมบูรณ์ ภาษาเยอรมัน เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มคนปกติและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร ซึ่งได้รับการวินิจฉัยออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรในงานวิจัยทั้งเกณฑ์ I และเกณฑ์ II รวมทั้งหาค่าความแตกต่างของผลคะแนนจากแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร ซึ่งมีอายุ และเพศต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร เกณฑ์ II มีแนวโน้มของค่าคะแนนจากแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น และเพศหญิงมีแนวโน้มของค่าคะแนนจากแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากสูงกว่าเพศชาย(5) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยด้านจิตใจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และเมื่อแบ่งย่อยกลุ่มอาการความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรพบว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตไม่เท่ากัน ตัวอย่างเช่น แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง (disc displacement with reduction) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยกว่าแผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อน (disc displacement) ชนิดอื่น ๆ

การศึกษาของ Barros และคณะ เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับ ลักษณะความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากด้วยแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ พบว่าความเจ็บปวดบริเวณ

ช่องปาก-ไบหน้าส่งผลกระทบต่ออย่างชัดเจนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่มี ความแตกต่างกันระหว่างเพศ ทั้งนี้ผู้ที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ และกระดูกข้อต่ออักเสบ (osteoarthritis) จะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นแผ่นรองข้อต่อขากรรไกร เคลื่อน(7) แสดงให้เห็นว่าอาการผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรจากสาเหตุที่ต่างกัน จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่างกันด้วย

การศึกษาของ Luo และคณะ เรื่องผลของความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าจากสาเหตุต่าง ๆ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชาวจีน ประเทศฮ่องกง โดยการโทรศัพท์ สอบถามเพื่อคัดกรองผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า จากนั้นจึงเชิญมาตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป (general health questionnaire) ใช้วัดผลด้านจิตใจ แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ ใช้วัดผลความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ต่อคุณภาพชีวิต และการประเมินความปวดที่ทำให้ไร้ความสามารถ (pain-related disability questions) ด้วยตนเอง จากนั้นจึงตรวจทางคลินิกเพื่อแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามแนวทางของสมาคม เพื่อการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดสากล (International association for the study of pain, IASP) ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท/หลอดเลือด (neurological/vascular) กลุ่มที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เอ็น/เนื้อเยื่ออ่อน (musculoligamentous/soft tissue) และกลุ่มที่มีความผิดปกติของฟันและกระดูก (dentoalveolar) พบว่า ผู้สูงอายุชาวจีนที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าได้รับผลกระทบ ทางด้านจิตใจ คุณภาพชีวิต และการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในกลุ่มที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เอ็น/เนื้อเยื่ออ่อน และกลุ่มที่มีความผิดปกติของฟันและกระดูก จะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก(25) การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากร เฉพาะกลุ่มคือผู้สูงอายุ และชี้ให้เห็นถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท/หลอดเลือด กลุ่มที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เอ็น/เนื้อเยื่ออ่อน และกลุ่มที่มีความผิดปกติของฟันและกระดูก ที่ถึงแม้จะรวมอยู่ในผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า แต่ลักษณะ ของความรุนแรง และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตนั้นมีความแตกต่างกัน

Cunha-Cruz และคณะ ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคปริทันต์ โดยการใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นใหม่ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม จากแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก 4 ข้อ ดัชนีประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ (geriatric oral health assessment index) 1 ข้อ การวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (oral health-related quality of life measure) 1 ข้อ ครอบคลุม 6 มิติหลัก ได้แก่ การทำหน้าที่ทางกาย (physical function) การทำหน้าที่ทางสังคม (social role function) ความทุกข์ (distress) ความวิตกกังวล (worry) ความไม่สบายจากฟันปลอม (denture discomfort) โรค

(impairment/disease) และหาความสัมพันธ์ของการประเมินสุขภาพช่องปากของตนเองกับผลที่ได้จากการตรวจทางคลินิก พบว่าปัญหาของโรคปริทันต์อักเสบส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต(26) การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงภาวะต่าง ๆ ของโรคปริทันต์ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รวมถึงผลของความปวดจากโรคปริทันต์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าเช่นกัน

การศึกษาของ Slade และคณะ เกี่ยวกับผลของความปวดและบวมที่เกิดจากฟันกรามแท้ซี่ที่สามคุดต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยการผ่าตัด โดยสุ่มผู้ป่วยที่มีนัดผ่าฟันคุดทั้ง 4 ซี่ ให้ตอบแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประวัติสุขภาพทั่วไป และสุขภาพช่องปาก เหตุผลที่เข้ารับการรักษา ข้อมูลลักษณะประชากร (demographic data) และประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อ ผลที่ได้สรุปว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าฟันคุดหนึ่งคนในแปดคนได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้นอีกสามเท่าถ้ามีอาการปวดหรือบวมร่วมด้วย(4) จะเห็นว่าอาการปวดฟันคุด ซึ่งเป็นภาวะหนึ่งของความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษานั้น ผู้ที่มีฟันคุด และเคยมีอาการแต่ไม่ได้เข้ารับการรักษาก็จะไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง ข้อจำกัดนี้อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีค่าสูง

จากแนวทางการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่าความผิดปกติที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจนทั้งทางกาย จิต และสังคม ส่วนใหญ่ภาวะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ที่เคยศึกษามาแล้วนั้น จะเน้นไปที่อาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร ส่วนความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าจากภาวะอื่น ๆ ยังมีการศึกษาน้อย และยังไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าจากสาเหตุที่ต่างกัน นอกเหนือจากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากร

ประชากรเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. กลุ่มตัวอย่าง

จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยใหม่ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ถึง พ.ศ.2551 พบว่ามีผู้ป่วยใหม่เฉลี่ย 20,000 คนต่อปี ซึ่งกลุ่มประชากรเป้าหมายมีขนาดใหญ่ ดังนั้นจึงทำการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นตัวแทนของประชากร

$$\text{สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง คือ } n = \frac{pqZ^2}{E^2}$$

โดย	n	=	ขนาดของตัวอย่าง
	P	=	สัดส่วนของประชากรผู้ป่วยทันตกรรมที่มี และไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ตามคำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย
	q	=	สัดส่วนของประชากรผู้ป่วยทันตกรรมที่เหลือ (โดย q = 1- p)
	Z	=	ค่าสถิติทดสอบ Z ณ ระดับความเชื่อมั่นที่เลือก
	E	=	ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดจากสัดส่วนที่แท้จริง

เนื่องจากยังไม่พบงานวิจัยใดแสดงถึงจำนวนผู้ป่วยทันตกรรมที่มีและไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงกำหนดค่า p เท่ากับ 0.5 และกำหนดความคลาดเคลื่อนไว้ไม่เกินร้อยละ 5 หรือ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

แทนค่าตามที่กำหนดได้ดังนี้

p	=	0.5	
q	=	1 - 0.5	= 0.5
Z	=	1.96	
E	=	0.05	
n	=	$\frac{(0.5)(0.5)(1.96)^2}{(0.05)^2}$	= 385

เมื่อแทนค่าตามที่กำหนดลงในสูตรจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 385 คน โดยเลือกตัวอย่างจากประชากรด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบกำหนดจำนวนไว้ก่อน (quota sampling method)(99) หมายถึง การคัดเลือกตัวอย่างโดยกำหนดจำนวนตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มไว้ก่อน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

- 1) อายุ 15-60 ปี
- 2) ในกลุ่มศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้าเป็นอาการสำคัญ และเป็นไปตามคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย
- 3) ในกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า และเป็นไปตามคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการวิจัย

- 1) มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้าและมีความผิดปกติตามคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย มากกว่า 1 อาการ
- 2) มีความผิดปกติในด้านการรับรู้ และสื่อสาร เช่น ผู้มีภาวะตาบอด ออทิสติก ผู้ป่วยจิตเภท ผู้มีความผิดปกติด้านสติปัญญา เป็นต้น

จากรายงานการศึกษาความชุกของผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า พบว่ามีความแตกต่างกันตามประเภทของความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า(19-22,24) เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างแต่ละประเภทสอดคล้องกับความชุกของประชากรที่เข้ามารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงทำการหาความชุกของประชากรกลุ่มต่างๆ ที่ใช้ในงานวิจัยโดยการสังเกตผู้ป่วยทันตกรรมที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยมิได้ทำการนัดหมายล่วงหน้า (walk in) เป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์ พบว่าความชุกของผู้ป่วยที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากความผิดปกติในปาก มีอัตราส่วน 1:1:11 ดังนั้นจึงแบ่งสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นดังนี้

กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า จำนวน 30 คน
 กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร จำนวน 30 คน
 กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก จำนวน 330 คน
 การเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลา 3 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2552

ถึงวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2553

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยคือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1 แบบบันทึกข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้วิจัยจะเป็นผู้สอบถามผู้เข้าร่วมงานวิจัย และกรอกข้อมูลลงในแบบบันทึก โดยแบบบันทึกข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ประกอบด้วยข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับ

- i. ประเภทของคลินิกที่เข้ารับการรักษา
- ii. ผลการวินิจฉัยโรค
- iii. ข้อมูลโรคประจำตัว
- iv. ข้อมูลพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

3.2 แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัย

ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามนี้ให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยกรอกด้วยตนเอง และสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรงหากไม่เข้าใจคำถามในแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะประกอบด้วย

- i. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากร อันได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
- ii. แบบประเมินความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นเกิดอาการปวดจนถึงปัจจุบัน ความถี่ของอาการปวด ระยะเวลาที่ปวดในแต่ละครั้ง การจัดการกับอาการปวด และความรุนแรงของอาการปวด

โดยที่การประเมินระดับความรุนแรงใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของความปวดเป็น 10 ระดับ ดังนี้

- 0 คือ ไม่มีอาการปวดเลย
- 10 คือ มีอาการปวดมากที่สุดเท่าที่เคยปวดมา
- iii. แบบประเมินสุขภาพจิต โดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น พัฒนาขึ้นโดยอภิชัย มงคล และคณะ(31) ซึ่งผ่านการทดสอบค่าคุณสมบัติความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความตรงร่วมสมัย และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว(100) แบบประเมินสุขภาพจิตนี้ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ มีคะแนนเต็ม 45

คะแนน โดยลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากา ร ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ
เล็กน้อย	หมายถึง	เคยมีเหตุการณ์ อากา ร ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย
มาก	หมายถึง	เคยมีเหตุการณ์ อากา ร ความรู้สึก ในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก
มากที่สุด	หมายถึง	เคยมีเหตุการณ์ อากา ร ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

มีกำหนดการให้คะแนนโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1 2 4 5 6 7 9 10 11 13 14 15

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 3 8 12

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย	ให้	0	คะแนน
ตอบเล็กน้อย	ให้	1	คะแนน
ตอบมาก	ให้	2	คะแนน
ตอบมากที่สุด	ให้	3	คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบไม่เลย	ให้	3	คะแนน
ตอบเล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ตอบมาก	ให้	1	คะแนน
ตอบมากที่สุด	ให้	0	คะแนน

การแปลผล สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด(31) ดังนี้

คะแนน 33 – 45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good)

คะแนน 27 – 32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair)

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor)

ทั้งนี้แบบประเมินสุขภาพจิตที่ไม่ตอบคำถามตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปจะไม่นำมาหาผล

คะแนนรวม

- iv. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ใช้แบบสอบถาม ผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก ภาษาไทย รูปแบบย่อ ฉบับดัดแปร

ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก รูปแบบย่อของ Slade(78) เมื่อแปลเป็นภาษาไทยได้ผ่านการทดสอบความตรงตามโครงสร้าง และการทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(98) ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ โดยลักษณะคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

บ่อยมาก	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง
บ่อย	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นเป็นประจำ
บางครั้งบางครั้ง	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นบ้างเป็นบางครั้งบางครั้ง
ไม่บ่อย	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นเพียงไม่กี่ครั้งในรอบปี
ไม่เคยเลย	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย

มีกำหนดการให้คะแนน ดังนี้

ตอบบ่อยมาก	ให้	4	คะแนน
ตอบบ่อย	ให้	3	คะแนน
ตอบบางครั้งคราว	ให้	2	คะแนน
ตอบไม่บ่อย	ให้	1	คะแนน
ตอบไม่เคยเลย	ให้	0	คะแนน

การแปลผลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม(11) มีดังนี้

- i. ความชุก (prevalence) พิจารณาจากจำนวนร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถามว่า “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก”
 - ii. ขอบเขต (extent) พิจารณาจากจำนวนข้อในแบบสอบถามที่ตอบว่า “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก”
 - iii. ความรุนแรง (severity) พิจารณาจากผลคะแนนรวมของคำตอบทั้งหมด จึงมีค่าตั้งแต่ 0-56
- ทั้งนี้แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากที่ไม่ตอบคำถามตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป จะไม่นำมาหาผลคะแนนรวม

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 4.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการวิจัย พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์การใช้สถานที่ในแผนกตรวจพิเศษให้ผู้ป่วยเพื่อการรวบรวมข้อมูล

- 4.2 ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยพบกับเจ้าหน้าที่ของแผนกตรวจ
วิเคราะห์ผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือ
ในการรวบรวมข้อมูล
- 4.3 ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัยจากการชักถามอาการสำคัญ
ร่วมกับเป็นผู้ตรวจผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวิจัยซ้ำอีกครั้งหนึ่งภายหลังจากที่
ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองจากทันตแพทย์ที่อยู่ประจำแผนกตรวจ
วิเคราะห์ หรือสอบถามผลการวินิจฉัยจากทันตแพทย์ที่อยู่ประจำแผนก
ตรวจวิเคราะห์ หรือดูแฟ้มประวัติผู้ป่วยภายหลังจากการตรวจคัดกรองจาก
ทันตแพทย์ที่อยู่ประจำแผนกตรวจวิเคราะห์ หากผู้ใดมีอาการตรงตาม
เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือใน
การทำวิจัย โดยผู้ป่วยจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดและ
วัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่
ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยต้องอ่านข้อมูลที่ควรทราบ และลงชื่อในใบยินยอม
เข้าร่วมการวิจัย
- 4.4 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ หลังจากนั้น
แจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยทำทุกข้อ ก่อนหรือ
หลังเข้ารับการรักษา
- 4.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้
ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน เมื่อถึงกำหนดเวลา หากได้ข้อมูลไม่ครบ
ตามจำนวนที่ประมาณไว้ จะขยายระยะเวลาการเก็บข้อมูลออกไปเพื่อให้ได้จำนวนขั้นต่ำตามที่
กำหนด ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 13.0
และ Statsdirect version 2.7.8 ซึ่งมีขั้นตอนและรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

สถิติเชิงพรรณนาใช้แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากแบบบันทึก
ข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเจ็บปวดช่องปาก-
ไบหน้า แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก ภาษาไทย รูปแบบย่อ ฉบับดัดแปร และ

แบบประเมินสุขภาพจิต ในรูปแบบความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

5.2 สถิตินั้นพาราเมตริกซ์ (non-parametric statistics)

เนื่องจากข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นมาตราส่วนอันดับ (ordinal scale) และกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาจากการสุ่มด้วยหลักความน่าจะเป็น จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิตินั้นพาราเมตริกซ์ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ด้วยสถิติทดสอบ ดังนี้

- I. ใช้สถิติทดสอบของครัสคาล-วัลลิส (The Kruskal-Wallis One-Way Analysis of Variance By Rank Test)(101) ในโปรแกรมสำเร็จรูป StatsDirect version 2.7.8 เพื่อหาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากซึ่งอยู่ในรูปความชุก ขอบเขต และความรุนแรง ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม
- II. ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 13.0 หาความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มกับการตอบแบบสอบถามว่า "บ่อย"/"บ่อยมาก" และพิจารณาระดับความสัมพันธ์ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์การจร (Contingency coefficient)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการศึกษารื่อง “ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และข้อมูลการวิเคราะห์ทางสถิติระหว่างตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม โดยกำหนดให้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่ไม่มีอาการปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า

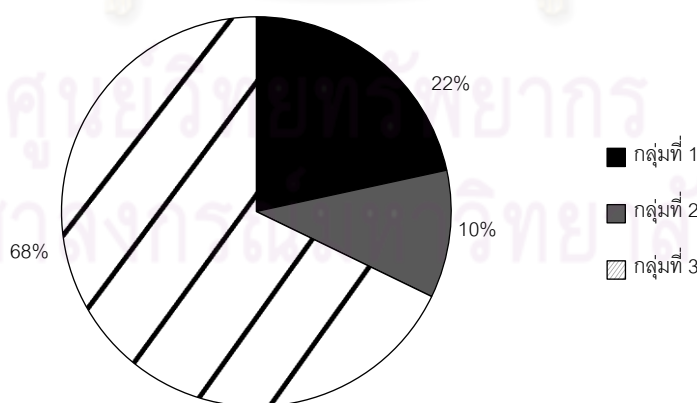
กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก

มีรายละเอียดดังนี้

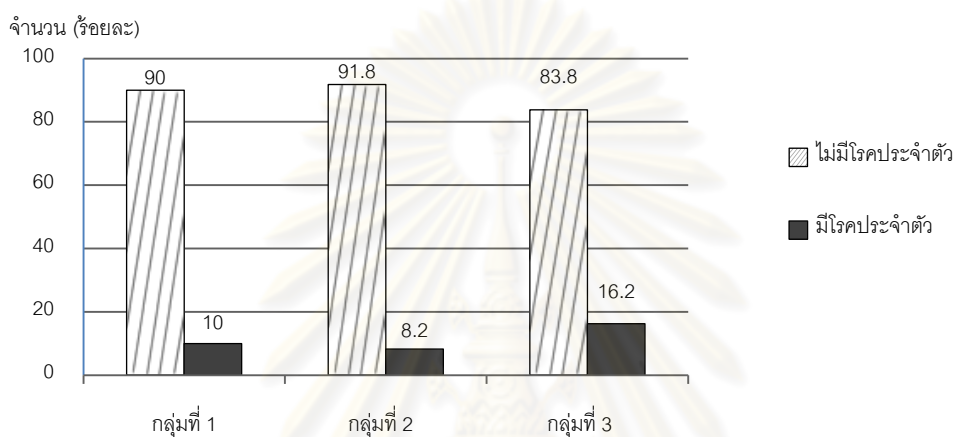
1. ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่

ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ประกอบด้วยผลการวินิจฉัยแยกโรค โรคประจำตัว และพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 463 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีอาการเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า 100 คน คิดเป็นร้อยละ 22 กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร 49 คน คิดเป็นร้อยละ 11 และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก 314 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ดังแสดงในแผนภาพ 4.1



แผนภาพ 4.1 กลุ่มประชากรตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวแสดงในแผนภูมิ 4.1 พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวในกลุ่มที่ไม่มีภาวะเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ามีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 16.2



แผนภูมิ 4.1 จำนวนผู้ที่มีโรคประจำตัว

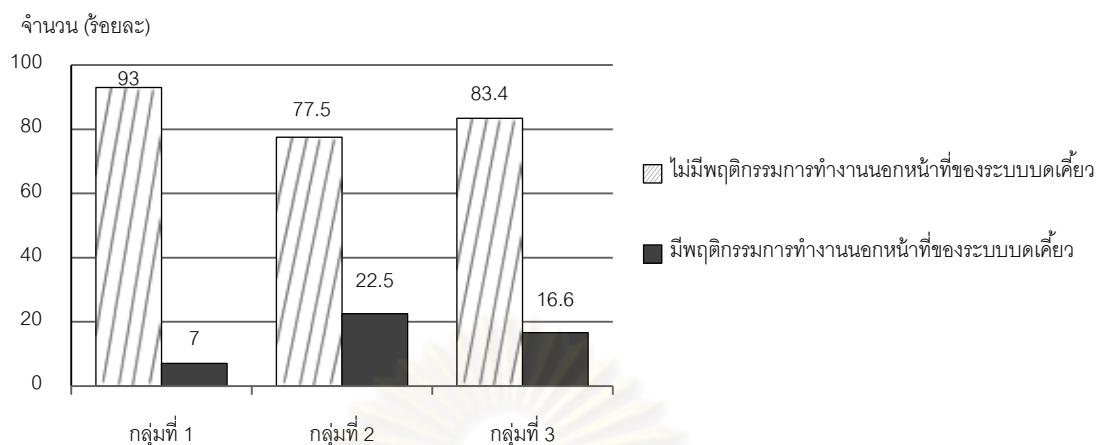
ตาราง 4.1 แสดงโรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนคน และค่าร้อยละของโรคประจำตัวที่พบ เทียบกับจำนวนตัวอย่างทั้งหมดในแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้ตัวอย่าง 1 คน อาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 4.1 โรคประจำตัวที่พบในกลุ่มตัวอย่าง

โรคประจำตัว	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	0	0.0	0	0.0	17	5.5
โรคไขมันในเลือดสูง	1	1.0	0	0.0	10	3.3
โรคไตรอยด์	1	1.0	0	0.0	9	2.9
โรคเบาหวาน	0	0.0	0	0.0	6	2.0
โรคหอบหืด	3	3.0	1	2.0	1	0.3
โรคไมเกรน	0	0.0	2	4.1	1	0.3
โรคกระดูก	0	0.0	0	0.0	3	1.0
โรคมะเร็ง	1	1.0	0	0.0	1	0.3
โรคเลือด	0	0.0	1	2.0	1	0.3
โรคหัวใจ	1	1.0	0	0.0	1	0.3
โรคไต	0	0.0	0	0.0	1	0.3
โรคไวรัสตับบี	1	1.0	0	0.0	0	0.0
โรคลมชัก	0	0.0	0	0.0	1	0.3
โรคทางระบบประสาท	0	0.0	0	0.0	1	0.3
โรคเส้นเลือดในสมองตีบ	0	0.0	0	0.0	1	0.3
โรคเก๊า	0	0.0	0	0.0	1	0.3
โรคสะเก็ดเงิน	1	1.0	0	0.0	0	0.0

ข้อมูลพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว แสดงในแผนภูมิ 4.2 ผู้ที่มีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในกลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ามีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 ซึ่งพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวที่พบในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การขบแน่นฟัน และการบด-ถูฟัน โดยพบเป็นผู้มีการขบแน่นฟัน และการบด-ถูฟันที่เกิดขึ้นตอนกลางวัน 2 คน จากกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร ที่เหลือเป็นผู้มีการขบแน่นฟัน และการบด-ถูฟันที่เกิดขึ้นตอนกลางคืนทั้งหมด



แผนภูมิ 4.2 จำนวนผู้ที่มีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

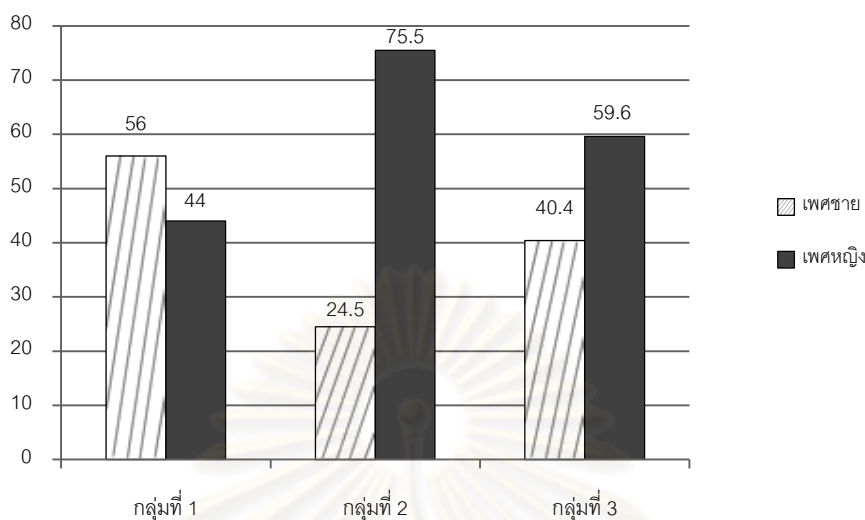
2. ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลลักษณะประชากรอันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

แผนภูมิ 4.3 แสดงสัดส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิงของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่า มีสัดส่วนเพศหญิงในกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้ กลุ่มที่ไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 44 กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 75.5 และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีจำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 59.6

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

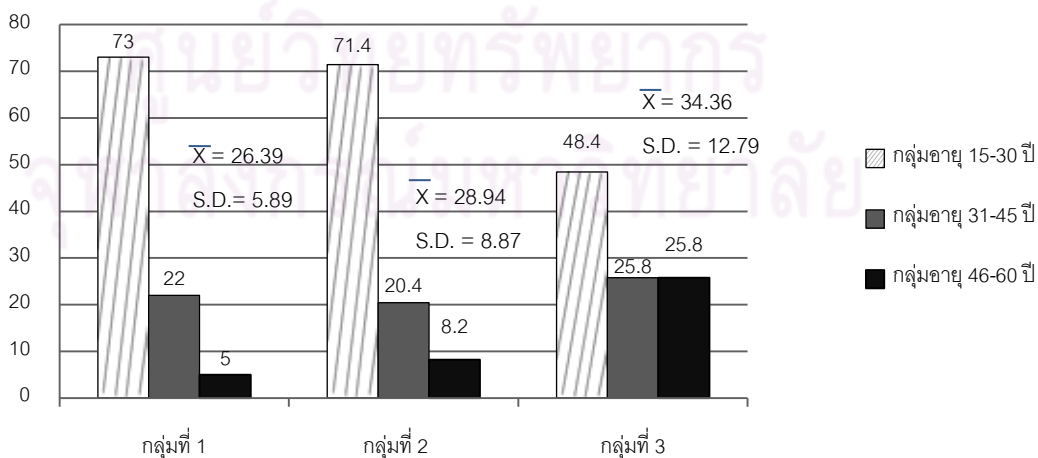
จำนวน (ร้อยละ)



แผนภูมิ 4.3 สัดส่วนเพศชายและหญิงในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

อายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอยู่ระหว่าง 15-60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 32.06 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.1 ปี แผนภูมิ 4.4 แสดงจำนวนตัวอย่างแบ่งตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ไม่มีภาวะเจ็บปวดช่องปาก-ไบหนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.39 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.89 ปี กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.94 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.87 ปี และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.36 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.79 ปี

จำนวน (ร้อยละ)



แผนภูมิ 4.4 จำนวนประชากรตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุ

ตาราง 4.2 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนจากการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มที่ไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 85 ร้อย ละ 77.6 และร้อยละ 62.4 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 63 ร้อยละ 73.5 และร้อยละ 57.5 ตามลำดับ กลุ่มที่ไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ส่วนมากเป็นนักเรียนหรือนักศึกษาคิดเป็นร้อยละ 51 กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณ ขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากส่วนมากประกอบอาชีพพนักงาน หรือลูกจ้างคิดเป็นร้อยละ 40.8 และร้อยละ 34.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มที่ไม่มี ความ เจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีรายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 46 และร้อยละ 40.2 ตามลำดับ กลุ่ม อาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 15,001-30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 42.9

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 4.2 ข้อมูลลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3	
	(ร้อยละ)		(ร้อยละ)		(ร้อยละ)	
สถานภาพสมรส	โสด	85 (85.0)	38 (77.6)	196 (62.4)		
	คู่	13 (13.0)	9 (18.4)	94 (29.9)		
	ม้าย	1 (2.0)	1 (2.0)	8 (2.5)		
	หย่า/แยกกันอยู่	1 (3.0)	1 (2.0)	16 (5.1)		
	รวม	100 (100.0)	49 (100.0)	314 (100.0)		
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่า/เทียบเท่า ประถมศึกษา	2 (2.0)	0 (0.0)	19 (6.1)		
	มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	16 (16.0)	7 (14.3)	68 (21.7)		
	ปริญญาตรี/เทียบเท่า	63 (63.0)	36 (73.5)	180 (57.5)		
	สูงกว่าปริญญาตรี	19 (19.0)	6 (12.2)	46 (14.7)		
	รวม	100 (100.0)	49 (100.0)	313 (100.0)		
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	51 (51.0)	14 (28.6)	77 (24.5)		
	เกษตรกร	1 (1.0)	1 (2.0)	12 (3.8)		
	ธุรกิจส่วนตัว	5 (5.0)	6 (12.2)	45 (14.3)		
	พนักงาน/ลูกจ้าง	28 (28.0)	20 (40.8)	107 (34.1)		
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12 (12.0)	6 (12.2)	53 (16.9)		
	ว่างงาน	3 (3.0)	2 (4.1)	17 (5.4)		
	*อื่นๆ	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.0)		
รวม	100 (100.0)	49 (100.0)	314 (100.0)			
รายได้เฉลี่ย (บาท)	น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000	8 (8.0)	1 (2.0)	20 (6.4)		
	5001-15,000	18 (18.0)	7 (14.3)	89 (28.6)		
	15,001-30,000	28 (28.0)	21 (42.9)	77 (24.8)		
	มากกว่า 30,000	46 (46.0)	20 (40.8)	125 (40.2)		
รวม	100 (100.0)	49 (100.0)	311 (100.0)			

*นักบวช 2 รูป และเกษตรกร 1 คน

3. ข้อมูลจากแบบประเมินความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า

ข้อมูลจากแบบประเมินความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าประกอบด้วยข้อมูลระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นเกิดอาการปวดจนถึงปัจจุบัน ความถี่ของอาการปวด ระยะเวลาที่ปวดในแต่ละครั้ง การจัดการกับอาการปวด และความรุนแรงของอาการปวด

ตาราง 4.3 แสดงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-
ไบหน้าซึ่งได้จากการตอบแบบประเมินความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าพบว่า กลุ่มอาการปวดจาก
ความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากส่วนใหญ่มี
ระยะเวลาที่ปวดครั้งแรกจนถึงปัจจุบันน้อยกว่า 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 57.1 และร้อยละ 75.5
ตามลำดับ มีอาการปวดทุกวันคิดเป็นร้อยละ 51.0 และร้อยละ 39.2 ตามลำดับ โดยแต่ละครั้ง
ปวดน้อยกว่า 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และร้อยละ 46.6 ตามลำดับ ความปวดอยู่ในระดับ 4-
6 คิดเป็นร้อยละ 44.9 และร้อยละ 45.0 ตามลำดับ และมักไม่ทำการจัดการกับความปวดคิดเป็น
ร้อยละ 53.1 และร้อยละ 62.4 ตามลำดับ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 4.3 ลักษณะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า และการจัดการ

ลักษณะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3	
		จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ปวดครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน	น้อยกว่า 3 เดือน	28	57.1	237	75.5
	มากกว่า/เท่ากับ 3 เดือน	21	42.9	59	18.8
	ไม่ทราบ	0	0.0	18	5.7
	รวม	49	100.0	314	100.0
ความถี่ของอาการปวด	ทุกวัน	25	51.0	122	39.2
	2-4 ครั้ง/สัปดาห์	3	6.1	56	18.0
	1 ครั้ง/สัปดาห์	1	2.0	31	10.0
	น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	3	6.1	14	4.5
	เมื่อมีการใช้งาน	12	24.6	37	11.9
	อื่นๆ	5	10.2	51	16.4
	รวม	49	100.0	311	100.0
ระยะเวลาที่ปวดในแต่ละครั้ง	น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	32	66.7	146	46.6
	1-4 ชั่วโมง	6	10.4	76	24.3
	5-12 ชั่วโมง	2	4.2	30	9.6
	มากกว่า 12 ชั่วโมง	9	18.8	61	19.5
	รวม	49	100.0	313	100.0
ระดับความเจ็บปวด	0	0	0.0	5	1.6
	1-3	16	32.7	89	28.4
	4-6	22	44.9	141	45.0
	7-10	11	22.4	78	24.9
	รวม	49	100.0	313	100.0
การจัดการความปวด	ไม่ทำ	26	53.1	196	62.4
	ทำ	23	46.9	118	37.6
	รวม	48	100.0	309	100.0

*อื่น ๆ เช่น มีความปวดตลอดเวลา หรือ มีความปวดไม่แน่นอน เป็นต้น

** ระดับความเจ็บปวด วัดด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลข มี 11 ระดับ โดยระดับ 0 หมายถึง ไม่ปวด ระดับ 10 หมายถึง ความปวด มากที่สุดเท่าที่จะจินตนาการได้

วิธีการจัดการความปวดของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตาราง 4.4 ทั้งนี้ใน

ตัวอย่าง 1 คน อาจมีวิธีจัดการความปวดมากกว่า 1 วิธีได้ โดยส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มอาการปวดจาก

ความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากจะจัดการ
ความปวดด้วยวิธีการรับประทานยา

ตาราง 4.4 วิธีการจัดการความปวดที่พบในกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการจัดการความปวด	กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3	
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ
ทายา/แปะแผ่นบรรเทาปวด	2	6.7	32	13.9
ประคบร้อน/เย็น	8	26.7	15	6.5
รับประทานยา	20	66.7	159	68.8
อมเกลือ	0	0	9	3.9
รักษาความสะอาดช่องปากเพิ่มขึ้น	0	0	12	5.2
*อื่นๆ	0	0	4	1.7
รวม	30	100	231	100

*อื่นๆ ได้แก่ รับประทานขนมหวาน ดื่มน้ำมากขึ้น และนอน

4. ข้อมูลจากแบบประเมินสุขภาพจิต

ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินสุขภาพจิตเป็นคะแนนที่แปลงจากการตอบ
คำถามแต่ละข้อซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับ
เรื่องนั้น ๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียง
เล็กน้อยหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึก ในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือ
เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด
หรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

โดยค่าคะแนนรวมจะมีเกณฑ์การเปรียบเทียบ(31) ดังนี้

คะแนน 33 – 45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป

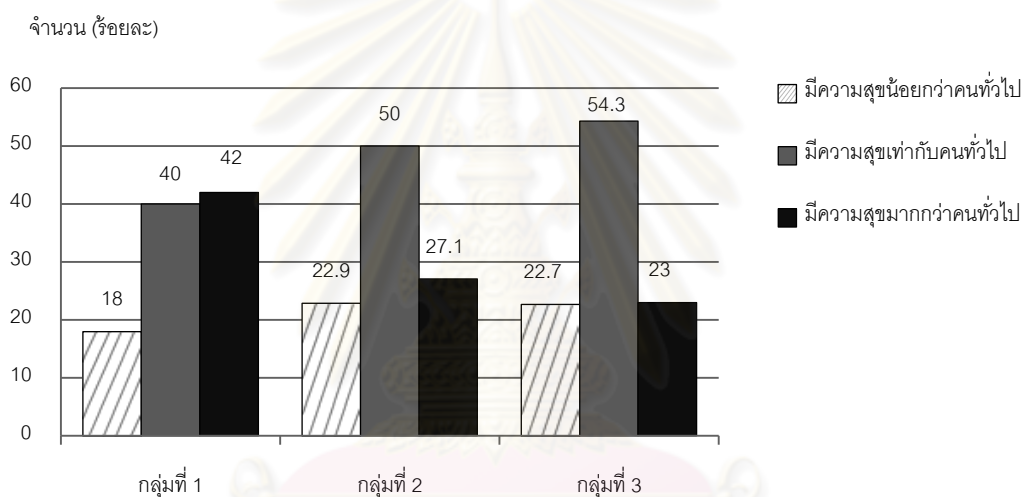
คะแนน 27 – 32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป

คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 29.78 คะแนน
ซึ่งอยู่ในภาวะมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ค่ามัธยฐาน และฐานนิยมเท่ากับ 30 คะแนน ส่วน

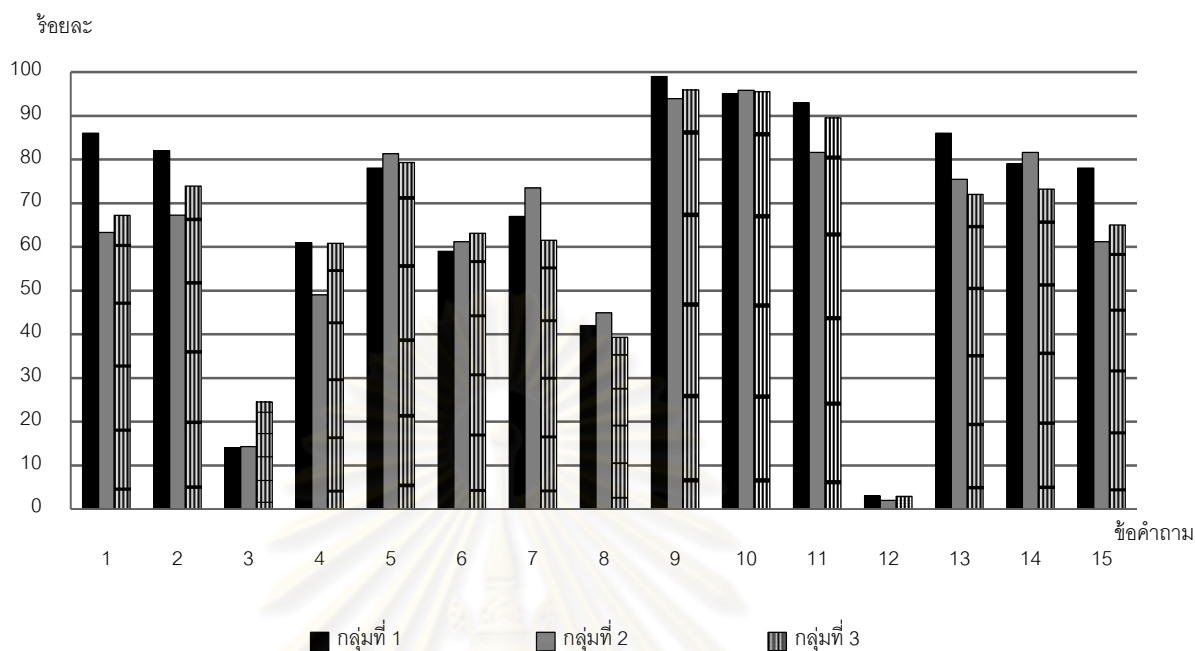
เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.63 คะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 15 คะแนน พบในกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก คะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 43 คะแนน พบในกลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก

ภาวะสุขภาพจิตแบ่งกลุ่มตามประเภทความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าแสดงในแผนภูมิ 4.5 พบว่ากลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้ามีภาวะสุขภาพจิตแบบมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42 ส่วนกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีภาวะสุขภาพจิตแบบมีความสุขเท่ากับคนทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 54.3 ตามลำดับ



แผนภูมิ 4.5 ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

แผนภูมิ 4.6 แสดงค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามจากแบบประเมินสุขภาพจิตว่า “มาก” หรือ “มากที่สุด” จำแนกตามรายชื่อพบว่า กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากตอบคำถามว่า “มาก” หรือ “มากที่สุด” ในข้อ 9 ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 99 และร้อยละ 95.9 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรตอบคำถามว่า “มาก” หรือ “มากที่สุด” ในข้อ 10 ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหาคิดเป็นร้อยละ 95.8



แผนภูมิ 4.6 ร้อยละของผู้ที่ตอบคำถามในแบบประเมินสุขภาพจิตว่า "มาก" / "มากที่สุด"

5. ข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสามารถนำมาแปลผล(11) ตามที่แสดงในตาราง 4.5 ดังนี้

- i. ความชุก พิจารณาจากร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถามว่า “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก”
- ii. ขอบเขต พิจารณาจากจำนวนข้อในแบบสอบถามที่ตอบว่า “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก”
- iii. ความรุนแรง พิจารณาจากผลคะแนนรวมของคำตอบทั้งหมด มีค่าตั้งแต่ 0-56

โดยคำตอบที่ได้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

บ่อยมาก	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง
บ่อย	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นเป็นประจำ
บางครั้งบางคราว	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นบ้างเป็นบางครั้งบางคราว
ไม่บ่อย	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้นเพียงไม่กี่ครั้งในรอบปี
ไม่เคยเลย	หมายถึง	เหตุการณ์นั้น ๆ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย

ตาราง 4.5 ผลการตอบแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก

	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
ความชุก	11.1†	81.3†	64.7†
ขอบเขต :			
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.24 \pm 0.87	4.42 \pm 3.79	2.97 \pm 3.30
เปอร์เซ็นต์ไทม์ 25	0.0	1.0	0.0
เปอร์เซ็นต์ไทม์ 50 (ค่ามัธยฐาน)	0.0†	4.0‡	2.0‡
เปอร์เซ็นต์ไทม์ 75	0.0	7.0	5.0
ความรุนแรง :			
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	7.37 \pm 7.52	24.40 \pm 12.23	21.19 \pm 10.18
เปอร์เซ็นต์ไทม์ 25	1.0	15.3	13.0
เปอร์เซ็นต์ไทม์ 50 (ค่ามัธยฐาน)	5.0†	23.0†	21.0†
เปอร์เซ็นต์ไทม์ 75	12.0	30.8	28.0

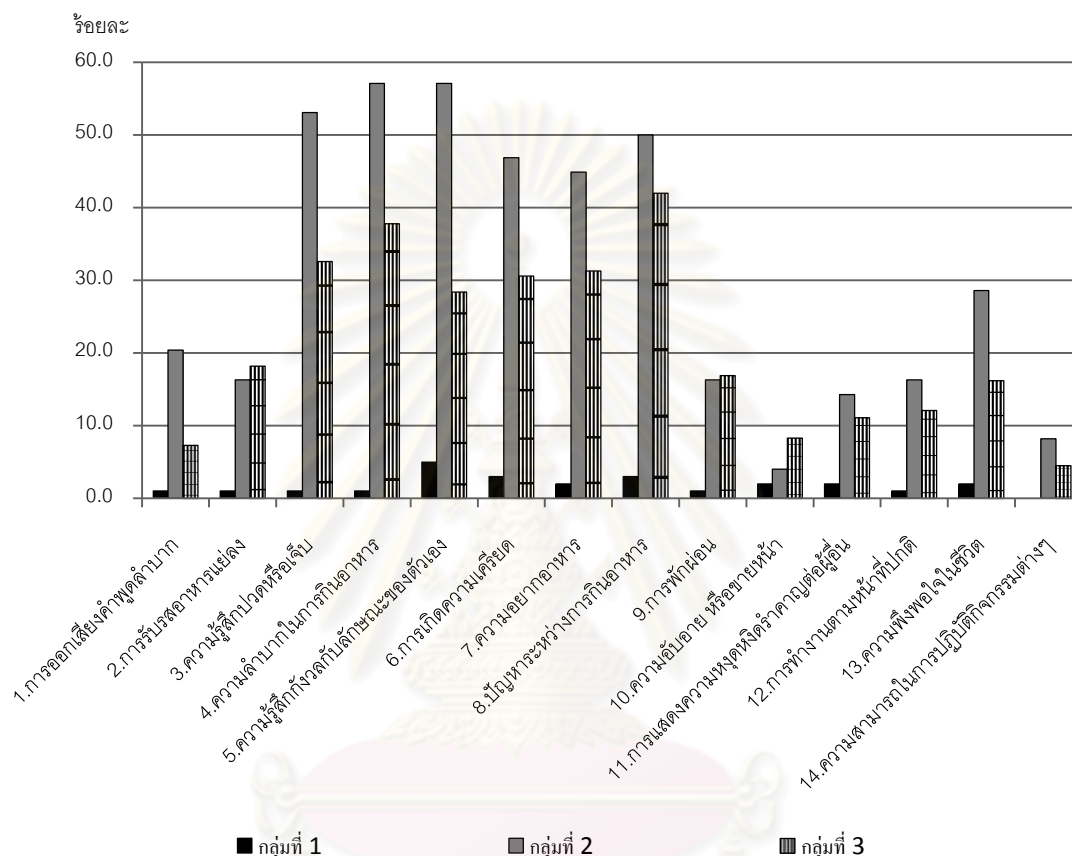
† แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ไม่มีภาวะเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า และกลุ่มที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า (ครัสคาล-วัลลิส, $P < 0.05$)

‡ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญภายในกลุ่มที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า (ครัสคาล-วัลลิส, $P < 0.05$)

ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้จากการเปรียบเทียบค่าความชุก ขอบเขต และความรุนแรงของตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบของครัสคาล-วัลลิสพบว่า ค่าความชุก ขอบเขต และความรุนแรงในกลุ่มที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ามีค่ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.0001$) เมื่อพิจารณาภายในกลุ่มที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากพบว่า ค่าขอบเขตในกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมากกว่ากลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.0050$) แต่ค่าความชุก และความรุนแรงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร ($P = 0.0937$) และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก ($P = 0.3516$)

แผนภูมิ 4.7 แสดงค่าความชุกจากการตอบแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า มีความชุกมากที่สุดข้อ 5 ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกกังวลกับลักษณะของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 5 ส่วนกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีความชุกมากที่สุดเท่ากัน 2 ข้อ ใน

ข้อ 4 และข้อ 5 ที่เป็นคำถามเกี่ยวกับความลำบากในการกินอาหาร และความรู้สึกกังวลกับลักษณะของตนเอง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 57.1 และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีความชุกมากที่สุดข้อ 8 ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาระหว่างการกินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 42



แผนภูมิ 4.7 ค่าความชุกเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

เมื่อใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ หาค่าความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มกับการตอบแบบสอบถามว่า "บ่อย" หรือ "บ่อยมาก" พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ($P < 0.05$) และมีค่าความสัมพันธ์ซึ่งพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การจรเท่ากับ 0.428

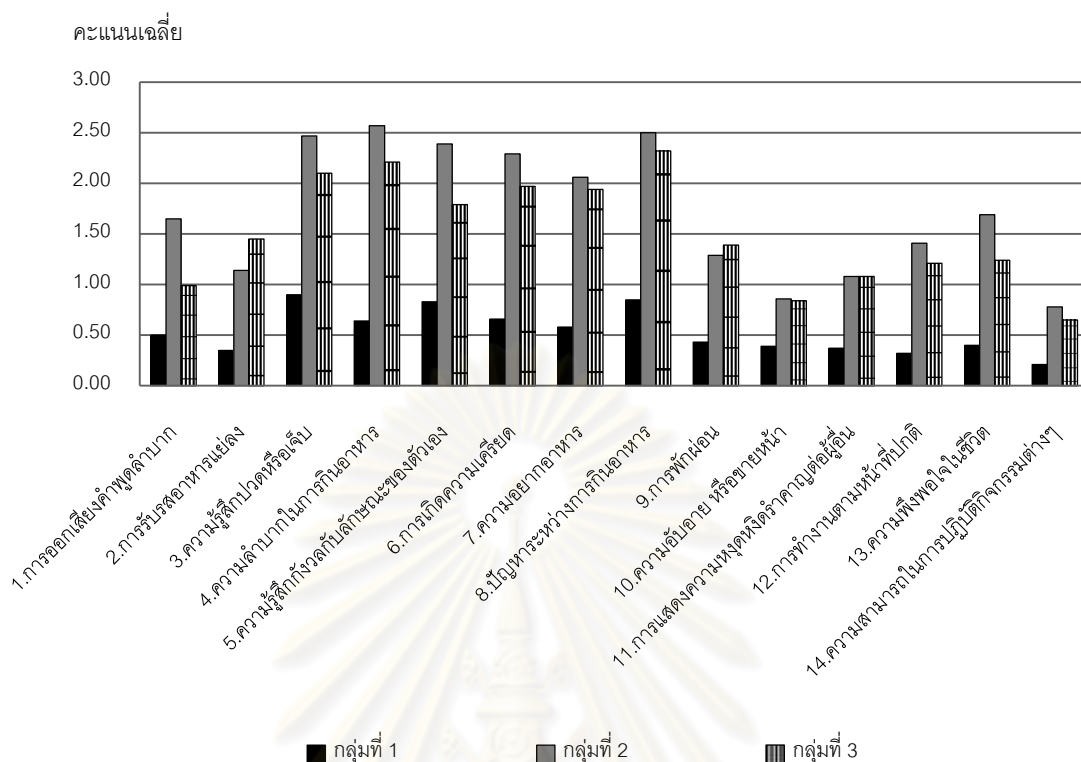
เมื่อใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ หาค่าความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มกับการตอบแบบสอบถามว่า "บ่อย" หรือ "บ่อยมาก" โดยพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่ม มีความสัมพันธ์กับการตอบว่า "บ่อย" หรือ "บ่อยมาก" ในคำถามทุกข้อ ($P < 0.05$) ยกเว้นข้อ 10 ($P > 0.05$) โดยมีความสัมพันธ์กับคำถามข้อ 4 เรื่องความลำบากในการกินอาหารมากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การจร เท่ากับ 0.348 ดังแสดงในตาราง 4.6

ตาราง 4.6 ค่า P (P-value) ของความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและการตอบคำถามว่า"บ่อย"/"บ่อยมาก"

ข้อ	คำถามในแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก	ค่า P	ค่าสัมประสิทธิ์การจร
1.	การออกเสียงคำพูดลำบาก	<0.0001	0.1950
2.	การรับประทานอาหารแย่งลง	<0.0001	0.1950
3.	ความรู้สึกรปวดหรือเจ็บ	<0.0001	0.3260
4.	ความลำบากในการกินอาหาร	<0.0001	0.3480
5.	ความรู้สึกรบกวนกับลักษณะของตัวเอง	<0.0001	0.3070
6.	การเกิดความเครียด	<0.0001	0.2870
7.	ความอยากอาหาร	<0.0001	0.2920
8.	ปัญหาระหว่างการกินอาหาร	<0.0001	0.3310
9.	การพักผ่อน	<0.0001	0.1880
10.	ความอับอาย หรือขายหน้า	0.0950	0.1000
11.	การแสดงความรู้สึกหงุดหงิดรำคาญต่อผู้อื่น	0.0120	0.1370
12.	การทำงานตามหน้าที่ปกติ	0.0020	0.1620
13.	ความพึงพอใจในชีวิต	<0.0001	0.2090
14.	ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ	0.0480	0.1050

แผนภูมิ 4.8 แสดงค่าความรุนแรงจากการตอบแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มที่ไม่มีภาวะเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ใบหน้ามีความรุนแรงในข้อ 3 มากที่สุด ซึ่งเป็นเรื่องความรู้สึกรปวดหรือเจ็บ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 0.9 คะแนน กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีความรุนแรงมากที่สุดในข้อ 4 เรื่องความลำบากในการกินอาหาร มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.57 คะแนน และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก มีความรุนแรงมากที่สุดในข้อ 8 เรื่องปัญหาระหว่างการกินอาหาร ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.32 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิ 4.8 ค่าความรุนแรงเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของความรุนแรงเป็นรายข้อระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสามกลุ่มพบว่า กลุ่มที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้ามีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ดังแสดงในตาราง 4.6 โดยกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร มีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากอย่างมีนัยสำคัญในคำถามข้อ 1 ที่เกี่ยวกับการออกเสียงคำพูดลำบาก คำถามข้อ 3 ที่เกี่ยวกับความรู้สึกปวดหรือเจ็บ และคำถามข้อ 5 ที่เกี่ยวกับความรู้สึกกังวลกับลักษณะของตัวเอง และคำถามข้อ 13 เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ส่วนคำถามข้อ 10 ซึ่งเกี่ยวกับความอับอาย หรือขายหน้า กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปากใบหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีความรุนแรงไม่ต่างจากกลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า

ตาราง 4.7 ค่า P (P-value) จากการทดสอบความรุนแรงเป็นรายข้อ

คำถามในแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก	ค่า P		
	ระหว่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2	ระหว่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 3	ระหว่างกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3
1 การออกเสียงคำพูดลำบาก	<0.0001*	<0.0001*	<0.0001*
2 การรับรสอาหารแย่งลง	<0.0001*	<0.0001*	0.0503
3 รู้สึกปวดหรือเจ็บ	<0.0001*	<0.0001*	0.0198*
4 ความลำบากในการกินอาหาร	<0.0001*	<0.0001*	0.0549
5 ความรู้สึกกังวลกับลักษณะของตัวเอง	<0.0001*	<0.0001*	0.0043*
6 การเกิดความเครียด	<0.0001*	<0.0001*	0.1087
7 ความอยากอาหาร	<0.0001*	<0.0001*	0.7769
8 ปัญหาระหว่างการกินอาหาร	<0.0001*	<0.0001*	0.2192
9 การพักผ่อน	<0.0001*	<0.0001*	0.4839
10 ความอับอาย หรือขายหน้า	0.0565	0.0012*	0.7964
11 การแสดงความรู้สึกหงุดหงิดรำคาญต่อผู้อื่น	0.0003*	<0.0001*	0.6631
12 การทำงานตามหน้าที่ปกติ	<0.0001*	<0.0001*	0.3292
13 ความพึงพอใจในชีวิต	<0.0001*	<0.0001*	0.0242*
14 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ	0.0038*	<0.0001*	0.9342

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ครัสคาล-วัลลิส, $P < 0.05$)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ในคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยทันตกรรมที่มีและไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ซึ่งมีความต้องการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีได้มีการนัดหมายล่วงหน้า จำนวนทั้งหมด 463 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ ในส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สอบถามผู้เข้าร่วมงานวิจัย และกรอกข้อมูลลงในแบบบันทึก ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัย ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง

ข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และผลการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถสรุปได้ดังนี้

1.1 ผลการวิจัยแยกโรค

จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 463 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า 100 คน คิดเป็นร้อยละ 22 และกลุ่มที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า 363 คน ประกอบด้วย 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร 49 คน และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก 314 คน

1.2 โรคประจำตัว

กลุ่มตัวอย่างที่พบผู้มีโรคประจำตัวมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก รองลงมาคือกลุ่มที่ไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร ตามลำดับ โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด กลุ่มที่ไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าพบโรคหอบหืดมากที่สุด และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรพบโรคไมเกรนมากที่สุด

1.3 พฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

พฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวที่พบในการศึกษาวิจัยนี้ ได้แก่ การขบเนิ่นฟัน และการบด-ถูฟัน ซึ่งส่วนใหญ่ที่พบในการศึกษานี้ได้แก่ พฤติกรรมการขบ

แน่นฟัน และการบด-บดฟันที่เกิดขึ้นตอนกลางคืน โดยพบผู้มีพฤติกรรมการขบแน่นฟัน และการบด-บดฟันที่เกิดขึ้นตอนกลางวัน จากกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรเท่านั้น

1.4 ลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.9 โดยกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก มีจำนวนตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ยกเว้นกลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหนามีจำนวนตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.06 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.1 ปี เมื่อแบ่งช่วงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก มีอายุอยู่ในช่วง 15-30 ปี มากที่สุด

สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก ส่วนใหญ่เป็นโสด

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ส่วนมากเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา แต่กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก ส่วนมากประกอบอาชีพพนักงานหรือลูกจ้าง

ส่วนใหญ่กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 15,001-30,000 บาทต่อเดือน

1.5 ลักษณะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ได้แก่ ผู้ที่อยู่ใน 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก ซึ่งมีข้อมูลของลักษณะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าโดยสรุป ดังต่อไปนี้

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าทุกกลุ่ม มีระยะเวลาการปวดครั้งแรกจนถึงปัจจุบันน้อยกว่า 3 เดือน และมีความถี่ของอาการปวดทุกวัน

โดยแต่ละครั้งปวดน้อยกว่า 1 ชั่วโมง เมื่อให้บอกระดับความปวดโดยเฉลี่ยด้วยมาตรวัดความปวดแบบตัวเลขจะให้ความปวดอยู่ในระดับ 4-6 รองลงมาคือระดับ 1-3 และ 7-10 ตามลำดับ การจัดการกับความปวดที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ รับประทานยา ทายาหรือแปะแผ่นบรรเทาปวด และดูแลรักษาความสะอาดช่องปากมากขึ้น ตามลำดับ แต่ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมักไม่ทำการใด ๆ เพื่อจัดการกับความปวด

1.6 ภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าเท่ากับคนทั่วไป แต่จะมีความแตกต่างกันตามกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ส่วนใหญ่กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหนามีภาวะสุขภาพจิตแบบมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีภาวะสุขภาพจิตแบบมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป

1.7 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

การแปลผลข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากประกอบด้วยเรื่อง ความซุก ขอบเขต และความรุนแรง ได้ผลโดยสรุป ดังนี้

ความซุกซึ่งพิจารณาจากร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถามว่า “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก” ขอบเขตซึ่งพิจารณาจากจำนวนข้อในแบบสอบถามที่ตอบว่า “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก” และความรุนแรงซึ่งพิจารณาจากผลคะแนนรวมของคำตอบทั้งหมด พบว่ามีค่าเรียงลำดับจากสูงที่สุดไปต่ำที่สุดตามกลุ่มตัวอย่าง เป็นดังนี้ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก และกลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า ตามลำดับ

ค่าความซุก ขอบเขต และความรุนแรงของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหนามีค่ามากกว่าผู้ที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปากไบหน้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าขอบเขตของกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมากกว่ากลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากอย่างมีนัยสำคัญ แต่ค่าความซุก และความรุนแรงไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก

เมื่อพิจารณาความซุกจากแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก เป็นรายข้อซึ่งประกอบด้วย 7 มิติหลักพบว่า กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า มีความซุกมากที่สุดในคำถามข้อ 5 ความรู้สึกกังวลกับลักษณะของตัวเอง อยู่ในมิติด้านความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ ส่วนกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีความซุกมากที่สุดเท่ากับ 2 ข้อ ในคำถามข้อ 4 ความลำบากในการกินอาหาร อยู่ในมิติด้านความเจ็บปวดทาง

กายภาพ และคำถามข้อ 5 กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีความชุกมากที่สุด
 คำถามข้อ 8 ปัญหาระหว่างการกินอาหาร อยู่ในมิติด้านการสูญเสียความสามารถทางกายภาพ
 พบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มกับการตอบแบบสอบถามว่า
 "บ่อย"/"บ่อยมาก" ในคำถามทุกข้อ ยกเว้นข้อ 10 ความอับอาย หรือขายหน้า อยู่ในมิติการ
 สูญเสียความสามารถทางจิตใจ โดยมีความสัมพันธ์กับคำถามข้อ 4 เรื่องความลำบากในการกิน
 อาหารมากที่สุด ซึ่งอยู่ในมิติด้านความเจ็บปวดทางกายภาพ เมื่อทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์
 กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้ามีความรุนแรงในคำถาม
 ข้อ 3 รู้สึกปวดหรือเจ็บ ซึ่งอยู่ในมิติด้านความเจ็บปวดทางกายภาพมากที่สุด กลุ่มอาการปวด
 จากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีความรุนแรงมากที่สุด ในคำถามข้อ 4 ความลำบากใน
 การกินอาหาร และอยู่ในมิติด้านความเจ็บปวดทางกายภาพ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติใน
 ปากมีความรุนแรงมากที่สุด ในคำถามข้อ 8 ปัญหาระหว่างการกินอาหาร และอยู่ในมิติด้านการ
 สูญเสียความสามารถทางกายภาพ

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบของครัสคาล-วัลลิสพิจารณาเป็นรายข้อ
 พบว่า กลุ่มที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ามีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่อง
 ปากไบหน้ทุกข้ออย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมี
 ความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากอย่างมีนัยสำคัญในคำถามข้อ 1
 การออกเสียงคำพูดลำบาก อยู่ในมิติความจำกัดในการทำหน้าที่ และคำถามข้อ 5 ความรู้สึกกังวล
 กับลักษณะของตัวเอง อยู่ในมิติด้านความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ ส่วนคำถามข้อ 10 ซึ่งเกี่ยวกับ
 ความอับอาย หรือขายหน้า อยู่ในมิติการสูญเสียความสามารถทางจิตใจ กลุ่มอาการปวดจาก
 ความผิดปกติในปากมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปากไบหน้อย่างมี
 นัยสำคัญ แต่กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีความรุนแรงไม่ต่างจาก
 กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้

2. อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาครั้งแรกในประเทศไทยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติ
 สุขภาพช่องปากของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ โดยทำการศึกษาในคณะทันต
 แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-
 ไบหน้ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทันตกรรม
 ที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่ม
 ผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ประเภทต่าง ๆ ในต่างประเทศ เช่น การศึกษาในผู้ปวดฟันคุด
 (4) การศึกษาในผู้มีอาการปวดบริเวณขมับ-ขากรรไกร(5,7) การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มี
 ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้(25) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อเข้ามารับการรักษานใน
 หน่วยความปวดกะโหลกและไบหน้(16) เป็นต้น

การแปลผลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ผลกระทบจากสุขภาพช่องปากสามารถทำได้หลายรูปแบบ ซึ่งคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยการพิจารณา 1. ความซุก คือ ร้อยละของผู้ที่ตอบแบบสอบถามว่า “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก” 2. ขอบเขต คือ จำนวนข้อในแบบสอบถามที่ตอบว่า “บ่อย” หรือ “บ่อยมาก” และ 3. ความรุนแรง คือ ผลคะแนนรวมของคำตอบทั้งหมด โดยอ้างอิงการแปลผลตาม การศึกษาของ Slade(11) ในกลุ่มประชากรทั่วไปชาวอังกฤษ และออสเตรเลียที่ไม่มีความเจ็บปวด ช่องปาก-ไบหน้า เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาที่ได้กับการศึกษาของ Slade(11) พบว่า กลุ่มที่ไม่ มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าจากการศึกษานี้มีค่าความซุก ขอบเขต และความรุนแรงใกล้เคียง กับค่าที่ได้จากประชากรทั่วไปชาวอังกฤษ และออสเตรเลียที่ยังมีฟันใช้งาน ขณะที่กลุ่มที่มีความ เจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ- ขากรรไกร และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีค่าความซุก ขอบเขต และความรุนแรง สูงกว่าค่าที่ได้จากประชากรทั่วไปชาวอังกฤษ และออสเตรเลียที่ยังมีฟันใช้งานอย่างชัดเจน นอกจากนี้การ เปรียบเทียบความรุนแรงซึ่งได้มาจากผลคะแนนรวมของคำตอบทั้งหมดจากการ ตอบแบบสอบถามจากการศึกษานี้กับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ชาวจีน(25) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า มีความรุนแรงน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษานี้ เหตุผลที่ผลการศึกษาที่ได้มีความแตกต่างกันอาจมาจากลักษณะ กลุ่มตัวอย่างที่ต่างกันทั้งด้านอายุ และเชื้อชาติ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้ที่ ต้องการเข้ารับการรักษาแล้ว ขณะที่การศึกษาในชาวอังกฤษ และออสเตรเลีย รวมทั้งผู้สูงอายุชาว จีนเป็นการศึกษาในประชากรทั่วไป

ในการศึกษานี้พบว่า ความซุกในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามผลกระทบจาก สุขภาพช่องปากมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง (แผนภูมิ 4-7) โดยพบว่ากลุ่มอาการ ปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร มีความลำบากในการกินอาหาร และความรู้สึกกังวล ต่อลักษณะของตนเองมากที่สุด ขณะที่กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมีปัญหาระหว่างการกินอาหารมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากประเภทความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าที่ ต่างกัน ดังนี้ อาการปวดบริเวณขมับขากรรไกรมักทำให้อ้าปากได้น้อยลง และขากรรไกรเคลื่อนที่ ผิดปกติ อาการเหล่านี้นำไปสู่การจำกัดการทำงานของขากรรไกร(102) และอาจทำให้ผู้ป่วยเกิด ความไม่มั่นใจต่อรูปปลักษณ์ที่เปลี่ยนไป โดยที่อาการปวดในปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดฟัน มักมีสาเหตุมาจากการอักเสบ ซึ่งการกระตุ้นบริเวณที่อักเสบจะทำให้มีอาการปวดเพิ่มมากขึ้น (103) และอาจทำให้เกิดปัญหาในการกินอาหาร โดยการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ในผู้สูงอายุชาวจีน พบว่ากลุ่มความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เอ็นเนื้อเยื่ออ่อน (รวมผู้ที่มีอาการปวดจากความผิดปกติ บริเวณขมับ-ขากรรไกร และผู้ที่มีอาการปวดจากความผิดปกติในปากชนิดที่มีสาเหตุจากเนื้อเยื่อ อ่อนในช่องปาก) และกลุ่มความผิดปกติของฟันและกระดูก (รวมผู้ที่มีอาการปวดจากความ

ผิดปกติในปากชนิดที่มีสาเหตุจากฟัน) ก่อให้เกิดความลำบากในการกินอาหาร และแผลในช่องปากสูงที่สุด ตามลำดับ(25) ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อเข้ามารับการรักษานในหน่วยความปวดกะโหลกและใบหน้า พบว่ามีความกังวลในเรื่องความปวดสูงที่สุด(16)

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด-ช่องปาก-ใบหน้าประเภทต่าง ๆ ซึ่งได้ผลเป็นเช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าชาวจีน(25) ที่ไม่พบความแตกต่างระหว่างตัวอย่าง 3 กลุ่ม อันได้แก่ กลุ่มความผิดปกติของกล้ามเนื้อ เอ็น/เนื้อเยื่ออ่อนซึ่งรวมถึงอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร และอาการปวดจากความผิดปกติในปากชนิดที่มีสาเหตุจากเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก กลุ่มความผิดปกติของฟันและกระดูก ซึ่งรวมถึงอาการปวดจากความผิดปกติในปากชนิดที่มีสาเหตุจากฟัน และกลุ่มความผิดปกติของระบบประสาท/หลอดเลือด อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความรุนแรงเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากอย่างมีนัยสำคัญเรื่องการออกเสียงคำพูดลำบาก เรื่องความรู้สึกรู้ปวดหรือเจ็บ เรื่องความรู้สึกรู้สึกกังวลกับลักษณะของตนเอง และเรื่องความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาของกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรที่มากกว่ากลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปาก

เนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษา และได้มาจากวิธีการเลือกตัวอย่างแบบกำหนดจำนวนไว้ก่อน ข้อมูลลักษณะประชากรที่ได้ อาจมีความแตกต่างจากการศึกษาในประชากรทั่วไป ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี และมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจไม่ใช่ตัวแทนลักษณะทั่วไปของประชากรชาวไทยทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งแสดงให้เห็นผลกระทบในเชิงลบของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าที่ตัวอย่างประชากรชาวไทยที่มีการศึกษาและรายได้ในระดับสูงกว่ามาตรฐานประชากรไทยทั้งประเทศ ได้กระตุ้นให้เกิดแนวคิดที่จะดำเนินการศึกษาเพิ่มเติมในประชากรชาวไทยทั่วไป เพื่อจะเปรียบเทียบผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อประชากรกลุ่มอื่น ๆ ทั่วประเทศ หากพบว่าเป็นปัญหาต่อประชากรส่วนใหญ่จริง จะได้นำข้อมูลที่ได้ศึกษามาเป็นพื้นฐานในการวางนโยบายการจัดการด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสมต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ได้รวบรวมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าที่ได้แก่ ลักษณะประชากร โรคประจำตัว พฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว และสุขภาพจิต ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของประชากรทั่วไปในกรุงเทพมหานครที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า(104) และประชากรทั่วไปที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าที่สหรัฐอเมริกา(20) สาเหตุที่พบเพศหญิงซึ่งมีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าที่มาเข้ารับการรักษา

มากกว่าเพศชายในการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านชีววิทยา (biologic factor) ได้แก่ ลักษณะยีน (gene) ฮอรโมน (hormone) กลไกการปรับความเจ็บปวด (endogenous pain modulation) หรือปัจจัยด้านจิตสังคม (psychosocial factor) ได้แก่ บทบาทหน้าที่ในสังคม อิทธิพลด้านการรับรู้/ความรู้สึก (cognitive/affective influences) หรือทั้งสองปัจจัยร่วมกัน (45,46) แต่ในกลุ่มผู้ที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า พบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงที่นิสิตทันตแพทย์พาเพื่อนมาตรวจ เพื่อเก็บคะแนน และผู้ชายมักให้ความร่วมมือมากกว่าผู้หญิง

ข้อมูลโรคประจำตัวที่ได้จากการศึกษานี้พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง และยังไม่แสดงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างโรคประจำตัวกับความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า อย่างไรก็ตามจากการสังเกตของผู้วิจัยมีความเห็นว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้เข้าร่วมงานวิจัย เนื่องจากพบผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ามีความถี่ของโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง มากที่สุด ซึ่งโรคทั้งสองชนิดนี้ จะมีความชุกมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น (105) โดยพบโรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูงอยู่ในกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากมากที่สุด ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 46-60 ปี มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า และกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติในปากอย่างชัดเจน

ผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้ามีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบ บดเคี้ยวสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า โดยเฉพาะในกลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรที่มีจำนวนผู้มีพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวสูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า (58) ที่แสดงว่าพฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวชนิดบด-ถูฟัน มีความสัมพันธ์กับความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าอย่างมีนัยสำคัญ

ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มที่มี และไม่มี ความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าค่อนข้างแตกต่างกัน (แผนภูมิ 4-5) สนับสนุนแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย และจิตใจ (61) ที่กล่าวถึงผลทางตรงที่ร่างกายมีต่อจิตใจ ได้แก่ ความเจ็บป่วยทำให้เกิดจิตใจเศร้าหมอง และผลทางตรงที่จิตใจมีต่อร่างกาย ได้แก่ จิตใจที่เศร้าหมองทำให้เกิดความเจ็บป่วย จากผลการศึกษาค้างนี้ แสดงว่าปัจจัยเรื่องลักษณะประชากร พฤติกรรมการทำงานนอกหน้าที่ และภาวะสุขภาพจิต มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า แต่ยังไม่สามารถระบุขนาดความสัมพันธ์ และไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุ หรือปัจจัยใดเป็นผลที่ตามมา เนื่องด้วยรูปแบบการศึกษาวิจัยที่ไม่ได้ออกแบบมาเพื่อการหาสาเหตุ หรือผลตามของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า

วิธีการเก็บข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยตอบแบบสอบถามก่อน หรือหลังเข้ารับการรักษ ผลที่ได้รับไม่น่าจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่มีอาการปวดรุนแรง มักจะรับประทานยาแก้ปวดมาก่อน หรือผู้ที่ไม่จัดการใด ๆ กับความปวดมักรอจนอาการปวดดีขึ้น

ก่อนจึงเข้ามารับการรักษารักษา หรือผู้ที่มีอาการปวดรุนแรงมากในวันที่เข้ามารับการรักษามักถูกส่งตรงเข้ารับการรักษารักษาแบบฉุกเฉินซึ่งจะไม่ได้ผ่านเข้ามาสู่กระบวนการคัดผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย อีกทั้งเมื่อเข้ารับการรักษาแล้วอาการปวดอาจยังคงมีอยู่ไม่ได้หายไปทั้งหมด หรือหลังรับการรักษาอาจไม่มีความแตกต่างจากเดิม ซึ่งระยะเวลาก่อน และหลังเข้ารับการรักษาห่างกันโดยมากไม่เกิน 1 ชั่วโมง และคำถามส่วนใหญ่ในแบบสอบถามจะเกี่ยวกับผลของความปวดต่อการดำเนินชีวิตไม่ได้เน้นที่ความปวดปัจจุบัน

ผลของข้อมูลประชากร ลักษณะความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ภาวะสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของตัวอย่าง ได้มาจากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูลลักษณะนี้ เช่น ผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้ไม่สมบูรณ์เนื่องจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยเลือกตอบเฉพาะบางข้อ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่เข้าใจคำถามในแบบสอบถาม หรือเข้าใจผิด ผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นต้น ทั้งนี้ได้ทำการป้องกันปัญหาจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยโดยผู้วิจัยจะตรวจทานแบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วอีกครั้ง หากพบว่าตอบคำถามไม่ครบจะให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยตอบจนครบ และจะไม่แปลผลข้อมูลเรื่องภาวะสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่มีข้อมูลไม่ครบ นอกจากนี้จะทำการแจ้งผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนว่าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้หากไม่เข้าใจคำถามในแบบสอบถามที่ได้รับ และกำชับให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเท่านั้น

จุดเด่นของการศึกษาในครั้งนี้คือวิธีการดำเนินการศึกษาวิจัยที่ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัยทางคลินิกก่อนการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการตรวจทางคลินิกช่วยเพิ่มความเที่ยงตรงในการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าการตรวจทางคลินิกจะมีได้ดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว แต่ด้วยลักษณะของประเภทความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าทั้งสองที่มีความแตกต่างกันชัดเจน การตรวจเป็นไปตามมาตรฐานสากลและมีการบันทึกผลการตรวจเพื่อยืนยันไว้ในประวัติของผู้ป่วย จึงช่วยลดปัญหาอคติจากการตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเจ้าหน้าที่หลายคนลงได้

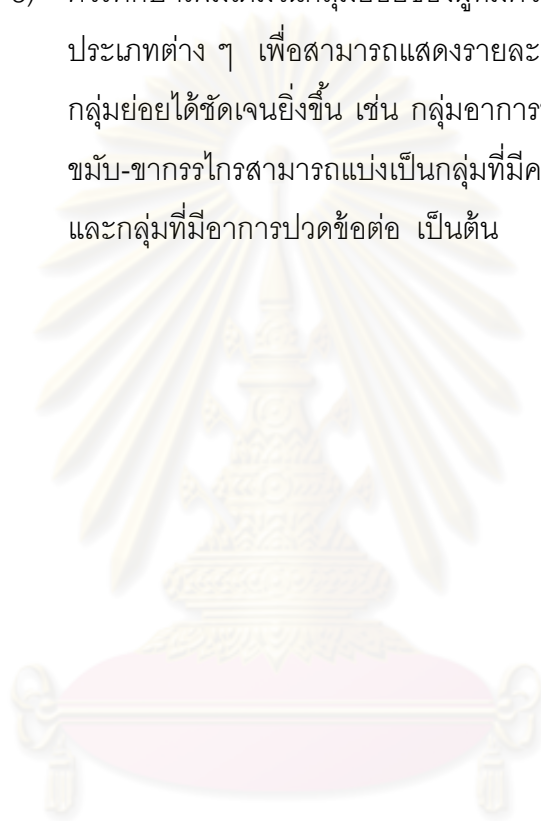
3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยสะท้อนถึงทิศทางการความต้องการการรักษารักษาของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้าประเภทต่าง ๆ โดยแนวทางการรักษาที่เหมาะสมในผู้ที่มีอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร คือ การพิจารณาทั้งทางด้านกายภาพ และด้านจิตใจ ขณะที่ปัจจัยด้านกายภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึงในผู้ที่มีอาการปวดจากความผิดปกติในปาก เพื่อให้การรักษาระยะสั้นประสบความสำเร็จ

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรทั่วไป และทำการศึกษากลุ่มประชากรต่างพื้นที่
- 2) ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ก่อนและหลังการให้การรักษาตามทิศทางความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการศึกษานี้
- 3) ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มย่อยของผู้ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ไบหน้า ประเภทต่าง ๆ เพื่อสามารถแสดงรายละเอียดที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่มย่อยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น กลุ่มอาการปวดจากความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกรสามารถแบ่งเป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ และกลุ่มที่มีอาการปวดข้อต่อ เป็นต้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

- (1) Locker D. *Concepts of oral health, disease and the quality of life*. Measuring oral health and quality of life: Chapel hill: University of North Carolina; 1997.
- (2) WHO. *Constitution of the World Health Organization*. International Health Conference; 19-22 June 1946; New York 1948.
- (3) สุดาตวง เกร์นพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 1: หลักการและความเป็นมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2550;16:17-25.
- (4) Slade GD, Foy SP, Shugars DA, Philips C, White RP, Jr. The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. *J Oral Max Surg*. 2004;62:1118-24.
- (5) John MT, Reibmann DR, Schierz O. Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*. 2007;21:46-54.
- (6) Reissmann DR, John MT, Schiera O, Wassell RW. Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses. *J Dent*. 2007;35:643-50.
- (7) de Magalhaes Barros V, Seraidarian PI, de Souza Cortes MI. The impact of orofacial pain on the quality of life of patients with temporomandibular disorder. *J Orofac Pain*. 2009;23:28-37.
- (8) Ikebe K, Hazeyama T, Morii K, Matsuda K, Maeda Y, Nokubi T. Impact of masticatory performance on oral health-related quality of life for elderly Japanese. *Int J Prosthodont*. 2007;20:478-85.
- (9) Baker SR, Pankhurst CL, Robinson PG. Utility of two oral health-related quality of life measures in patients with xerostomia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34:351-62.
- (10) Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37:171-81.

- (11) Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J.* 2005;198:489-93.
- (12) Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J.* 2001;190:121-6.
- (13) Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32:107-14.
- (14) Fernandes MJ, Ruta DA, Ogden GR, Pitts NB, Ogston SA. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34:53-62.
- (15) Bae KH, Kim C, Paik DI, Kim JB. A comparison of oral health related quality of life between complete and partial removable denture-wearing older adults in Korea. *J Oral Rehabil.* 2006;33:317-22.
- (16) Murray H, Locker D, Mock D, Tenenbaum HC. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. *J Orofac Pain.* 1996;10:316-23.
- (17) de Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *J Orthod.* 2004;31:20-7.
- (18) Ng. SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34:114-22.
- (19) The American Academy of Orofacial Pain. *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management* 4th ed. Leeuw Rd, editor. Chicago: Quintessence publishing; 2008.
- (20) Lipton JA, Ship JA, Robinson DL. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc.* 1993;124:115-21.
- (21) Chung JW, Kim JH, Kim HD, Kho HS, Kim YK, Chung SC. Chronic orofacial pain among Korean elders: prevalence, and impact using the graded chronic pain scale. *Pain.* 2004;112:164-70.

- (22) Leung WS, McMillan AS, Wong MCM. Chronic orofacial pain in Southern Chinese people: experience, associated disability, and help-seeking response. *J Orofac Pain*. 2008;22:323-30.
- (23) LeResche L, Drangsholt M. *Epidemiology of orofacial pain: prevalence, incidence, and risk factors* In: Sessle BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R, editors. Orofacial pain from basic science to clinical management. 2th ed. Chicago: Quintessence publishing; 2008. p. 13-8.
- (24) Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the third national health and nutrition examination survey, 1988-1994. *J Am Dent Assoc*. 2004;135:1279-86.
- (25) Luo Y, McMillan AS, Wong MCM, Zheng J, Lam CLK. Orofacial pain conditions and impact on quality of life in community-dwelling elderly people in Hong Kong. *J Orofac Pain*. 2007;21:63-71.
- (26) Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. *J Periodontol Res*. 2007;42:169-76.
- (27) ประภล พิบูลย์โรจน์, ชาญชัย ให้สงวน, วรางคณา เวชวิธิ. สถานภาพในช่องปากกับความรู้สึกเป็นสุขในผู้สูงอายุไทย. ว ทันต จุฬาฯ. 2541;21:167-76.
- (28) นิตยา สโรบล, สาธกา ชาติรินรานนท์, สุวรรณณี ตุ่มทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพในช่องปากกับผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4; โรงแรมปรีนซ์ พาเลซ กรุงเทพมหานคร 2548.
- (29) Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988;5:3-18.
- (30) Slade GD. Derivation and validation of a short-form Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25:284-90.
- (31) อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัศรา เษษฐิ์โชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอรกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจิต สุวรรณชีพ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2544;46:209-25.

- (32) Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord.* 1992;6:301-55.
- (33) ชนินทร์ เตชะประเสริฐวิทยา. โรคปริทันต์และกระบวนการรักษา. กรุงเทพฯ: เอเชียบุ๊กพับลิชเชอร์; 2544.
- (34) IASP task force on taxonomy. *Classification of chronic pain* 2th ed. Merskey H, Bogduk N, editors. Seattle: IASP Press; 1994.
- (35) *Handbook of pain assessment.* In: Turk DC, Melzack R, editors. New York: Guilford Press; 1992.
- (36) พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน และคณะ. ความหมายและชนิดของความปวด. กรุงเทพฯ: บริษัท เมดิมีเดีย (ประเทศไทย) จำกัด; 2547.
- (37) Rainville P. *Measurement of pain.* In: Sessle BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R, editors. Orofacial pain from basic science to clinical management. 2th ed. Chicago: Quintessence Publishing; 2008. p. 79-86.
- (38) Melzack R, Katz J. *Pain assessment in adult patients* In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Wall and Melzack's textbook of pain. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. p. 291-304.
- (39) พงศ์ภารดี เจาทะเกษตริน และคณะ. การประเมินและมาตรวัดอาการปวด. กรุงเทพฯ: บริษัท เมดิมีเดีย(ประเทศไทย) จำกัด; 2547.
- (40) การบำบัดความเจ็บปวดในห้องฉุกเฉิน (*Emergency Department Pain Management*) [database on the Internet]2009 [cited 23 ก.ย. 2552]. Available from: <http://www.slideshare.net/taem/taem10pain-management>.
- (41) เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์. ประชากรศาสตร์ : สำคัญโดยสังเขป. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2527.
- (42) Gracely RH. *Studies of pain in human subjects.* In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Wall and Melzack's textbook of pain. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. p. 267-89.

- (43) Riley JL, III, Gilbert GH. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *Pain*. 2001;90:245-56.
- (44) Vickers E, Cousins M, Woodhouse A. Pain description and severity of chronic orofacial pain conditions. *Australian Dental Journal*. 1998;43:403-9.
- (45) Shinal RM, Fillingim RB. Overview of Orofacial Pain: epidemiology and gender differences in orofacial pain. *Dent Clin North Am*. 2007;51:1-18.
- (46) Dao TTT. *Pain and gender*. In: Sessle BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R, editors. Orofacial pain from basic science to clinical management. 2th ed. Chicago: Quintessence Publishing; 2008. p. 101-8.
- (47) Verhaak P, Kerssens J, Dekker J, Sorbi M, Bensing J. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*. 1998;77:231-9.
- (48) Macfarlane T, Blinkhorn A, Davies R, Kincey J, Worthington H. Predictors of outcome for orofacial pain in the general population: a four-year follow-up study. *J Dent Res*. 2004;83:712.
- (49) ราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร2542; Available from: <http://www.royin.go.th/th/home/index.php>.
- (50) Alagappan R. *Oral manifestations in systemic disorders*. New Delhi: Jaypee brothers medical; 2004.
- (51) Zolopa AR, Katz MH. *HIV infection*. In: McPhee SJ, Papadakis MA, Tierney LM, editors. Current medical diagnosis and treatment 2007. 46th ed. New York: McGraw-Hill; 2007. p. 1346-77.
- (52) ชรินทร์ เศรษฐประเสริฐวิทยา. สาเหตุก่อโรคปริทันต์. กรุงเทพฯ: เอเชียร์บุ๊คพับลิชเชอร์; 2544.
- (53) Hellmann DB, Stone JH. *Arthritis and musculoskeletal disorders*. In: McPhee SJ, Papadakis MA, Tierney LM, editors. Current medical diagnosis and treatment 2007. 46th ed. New York: McGraw-Hill; 2007. p. 826-86.

- (54) Rugo HS. *Cancer*. In: McPhee SJ, Papadakis MA, Tierney LM, editors. *Current medical diagnosis and treatment 2007*. New York: McGraw-Hill; 2007. p. 1670-736.
- (55) Craig KD. *Emotions and psychobiology*. In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. *Wall and Melzack's textbook of pain*. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. p. 231-9.
- (56) Okeson JP. *Management of temporomandibular disorders and occlusion*. 6th ed. St.Louis: Mosby; 2008.
- (57) Gavish A, Halachmi M, Winocur E, Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls. *J Oral Rehabil*. 2000;27:22-32.
- (58) Ahlberg K, Ahlberg J, Kninen M, Alakuijala A, Partinen M, Savolainen A. Perceived orofacial pain and its associations with reported bruxism and insomnia symptoms in media personnel with or without irregular shift work. *Acta Odontologica*. 2005;63:213-7.
- (59) *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: A report of the World Health Organization, department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne* [database on the Internet]2005. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Health#cite_note-2.
- (60) ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์; 2522.
- (61) กัญญา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น; 2532.
- (62) ถวิล ธาราโกชนัน, ศรีณย์ คำวิสุข. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ; 2541.
- (63) เต็มศักดิ์ คทวนิช. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัทซีเอ็ดดูเคชั่นจำกัด(มหาชน); 2546.
- (64) จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. จิตวิทยาเบื้องต้น. สงขลา: คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2532.

- (65) บัวทอง สว่างโสภากุล. สุขภาพเพื่อชีวิต. สุชาติ โสมประยูร, สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, editors. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2541.
- (66) ประมวญ ดิศจินสัน. จิตพัฒนา:จิตวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด; 2524.
- (67) สติ และสมาธิ เพิ่มสติเพิ่มคุณภาพชีวิต. [database on the Internet]2008. Available from: <http://www.thaigoodview.com/node/2137>.
- (68) Tsakos G, editor. *Oral health-related quality of life*. EADPH; 2006; Prague.
- (69) Inglehart MR, Bagramian RA. *Oral health-related quality of life: an introduction*. In: Inglehart MR, Bagramian RA, editors. *Oral health-related quality of life*. Chicago: Quintessence publishing; 2002. p. 1-6.
- (70) Okunseri C, Chattopadhyay A, Lugo RI, McGrath C. Pilot survey of oral health-related quality of life: a cross-sectional study of adults in Benin City, Edo State, Nigeria. *BMC Oral Health*. 2005;5:7.
- (71) Nuca C, Amariei C, Rusu D, Arendt C, Galieta M, Ligia F, et al. Oral health-related quality of life evaluation. *OHDMBSC*. 2007.
- (72) Nikias M, Sollecito M, Fink R. An empirical approach to developing multi dimensional oral status profiles. *J Public Health Dent*. 1978;38:148-58.
- (73) Locker D. *Measuring oral health: socio-dental indicators*. Locker D, editor: Routledge; 1989.
- (74) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
- (75) สมจิต พุกชะวิตานนท์. เวชศาสตร์ครอบครัวคืออะไร. . กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2010 [updated 22/3/2553]; Available from: <http://www.thaifammed.org/article/whatFM.html>.
- (76) Cohen L, Jago J. Towards the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv*. 1976;6:681-7.

- (77) Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995;273:59-65.
- (78) Slade GD. *The Oral Health Impact Profile*. In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life: Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 94-104.
- (79) Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11:3-11.
- (80) *Pairwise comparison*. 2009 [updated 21/10/2009]; Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Pairwise_comparison.
- (81) Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing sociodental indicators - the social impact of dental disease. *Community Dent Health*. 1986;3:3-17.
- (82) Allen PF, McMillan AS, Walshaw D, Locker D. A comparison of the validity of generic-and disease-specific measure in the assessment of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1999;27:344-52.
- (83) Broder HL, Slade G, Caine R, Reisine S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. *J Public Health Dent*. 2000;60:189-92.
- (84) John MT, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L. Dimensions of oral health-related quality of life. *J Dent Res*. 2004;83:956-60.
- (85) Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral health related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32:10-8.
- (86) Lopez R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health*. 2006;6:1-8.
- (87) Meulen MJvd, John MT, Naeije M, Lobbezoo F. The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): translation, reliability and construct validity. *BMC Oral Health*. 2008;8:1-7.

- (88) Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:423-30.
- (89) Yamazaki M, Inukai M, Baba K, John MT. Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J). *J Oral Rehabil.* 2007;34:159-68.
- (90) John MT, Patrick DL, Slade GD. The German version of the Oral Health Impact Profile – translation and psychometric properties. *European Journal of Oral Sciences.* 2002;110:425-33.
- (91) สุดาดวง เกรัมย์พงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 2: ดัชนีสำหรับผู้ใหญ่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2550;16:306-17.
- (92) Locker D, Allen F. Developing short-form measures of oral health related quality of life. *J Public Health Dent.* 2002;62:13-20.
- (93) Awad M, AL-Shamrany M, Locker D, Allen F, Feine J. Effect of reducing the number of items of the Oral Health Impact Profile on responsiveness, validity and reliability in edentulous populations. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36:12-20.
- (94) Allen F, Locker D. A modified short version of the Oral Health Impact Profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont.* 2002;15:446-50.
- (95) Wong AH, Cheung CS, McGrath C. Developing a short form of Oral Health Impact Profile (OHIP) for dental aesthetics: OHIP-aesthetic. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35:64-72.
- (96) Saub R, Locker D, Allison P. Derivation and validation of the short version of the Malaysian Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33:378-83.
- (97) John MT, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Hujoel P, Micheelis W. German short forms of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34:277-88.

- (98) Suksudaj S. *Social determinants of oral health* [Dissertation]. Adelaide The University of Adelaide 2009.
- (99) ทวีสิน ต้นประยูร. ประชากรและตัวอย่าง. In: ภิมรณ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวรรตน์, ทวีสิน ต้นประยูร, editors. *หลักการทำให้สำเร็จ*. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์ นัล พับลิเคชัน จำกัด; 2543. p. 19-26.
- (100) อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เศรษฐ์โชติศักดิ์, วรณประภา ชลอุด, ละเอียด ปัญญา ใหญ่. *การศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล)*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2544.
- (101) จักรพงษ์ สายหงษ์, ชญานิน แพทย์วงศ์, วรวัฒน์ เจียมภิมรณสุข, วิวรรณ ไวยศยะวรรณ. *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่มเบื้องต้น*. 2006; Available from: <http://project.astyleplus.net/index.html>.
- (102) Friction JR, Schiffman EL. *Management of masticatory myalgia and arthralgia*. In: Sessle BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R, editors. *Orofacial pain from basic science to clinical management*. 2th ed. Chicago: Quintessence publishing; 2008. p. 179-86.
- (103) Holland GR. *Management of dental pain*. In: Sessle BJ, Lavigne GJ, Lund JP, Dubner R, editors. *Orofacial pain from basic science to clinical management*. 2th ed. Chicago: Quintessence publishing; 2008. p. 161-70.
- (104) Inthawi S. *Prevalence of orofacial pain in general population in Bangkok*. Bangkok Mahidol University; 2009.
- (105) สุรเกียรติ อชานานภาพ. *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2544.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่.....

ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ชื่อ-นามสกุล.....

ชื่อโครงการวิจัย ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทันตกรรม ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย ได้แก่ คลินิกบัณฑิตศึกษา สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว คลินิกรวม ชั้น 2 ตึก 5 คลินิกรวม ชั้น 1 ตึกสมเด็จย่า 93 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทันตกรรม ที่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้าจากสาเหตุที่แตกต่างกันร่วมกับผู้ป่วยทันตกรรม ที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า ในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 385 คน โดยทำการตรวจทางคลินิกเพื่อวินิจฉัยโรค และให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น

ความไม่สะดวกที่อาจเกิดจากการศึกษาวิจัย คือผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยต้องได้รับการตรวจทางคลินิกซ้ำ รวมทั้งจำเป็นต้องใช้เวลาในการให้ข้อมูลที่ละเอียด และถูกต้อง

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยนี้ คือนำข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางกาย และการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยอื่นต่อไป

การเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้ ขอให้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่านเอง ทันตแพทย์ทุกท่านจะดูแลท่านอย่างดีที่สุดไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการศึกษานี้หรือไม่ก็ตาม และท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ทำให้คุณภาพการรักษาที่ท่านได้รับด้อยลงไป

ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยจะใช้ในวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณชน และขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากทันตแพทย์ผู้ตรวจ ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางในการวิจัย รวมทั้งได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และยอมรับสิ่งไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทำได้เฉพาะกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ ภายใต้อำนาจที่ระบุไว้แล้วข้างต้น

(ผู้ยินยอม/ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะ)	(ผู้วิจัย)	(พยาน)
.....
(.....)	(ทพญ.ปรางทิพย์ โพธิ์วิรัตน์านนท์)	(.....)
...../...../...../...../...../...../.....

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากทันตแพทย์หญิงปรางทิพย์ โพธิ์วิรัตน์านนท์ ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรมเลขที่ 9327 หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 02-2188766

เลขที่.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย X ทับ () และเติมคำ ตามความเป็นจริง

1. เพศ
 - (1) ชาย
 - (2) หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส
 - (1) โสด
 - (2) คู่
 - (3) ม่าย
 - (4) หย่า/แยกกันอยู่
 - (5) อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 - (1) ต่ำกว่าประถมศึกษา
 - (2) ประถมศึกษา/เทียบเท่า
 - (3) มัธยมศึกษา/เทียบเท่า
 - (4) ปริญญาตรี/เทียบเท่า
 - (5) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 - (1) นักเรียน/นักศึกษา
 - (2) เกษตรกร
 - (3) ธุรกิจส่วนตัว
 - (4) พนักงาน/ลูกจ้าง
 - (5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - (6) ว่างาน
 - (7) อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
 - (1) น้อยกว่าเท่ากับ 5,000 บาท
 - (2) 5,001-15,000 บาท
 - (3) 15,001-30,000 บาท
 - (4) 30,001 บาทขึ้นไป

สำหรับเจ้าหน้าที่

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่.....

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

คำชี้แจง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาบทยอนผลกระทบที่ท่านได้รับจากโรคหรือสภาวะในช่องปากตามคำถามทั้ง 14 ข้อ และโปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องที่ตรงกับประสบการณ์ของท่าน

โดย บ่อยมาก หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง
 บ่อย หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นเป็นประจำ
 บางครั้งบางครั้ง หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นบ้างเป็นบางครั้งบางครั้ง
 ไม่บ่อย หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้นเพียงไม่กี่ครั้งในรอบปี
 ไม่เคยเลย หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆ ไม่เคยเกิดขึ้นเลย

ข้อ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา บ่อยครั้งเพียงใดที่....	บ่อยมาก	บ่อย	บางครั้ง บ้าง คราว	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย	สำหรับ เจ้าหน้าที่
1	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้การออกเสียงคำพูดลำบาก						
2	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้การรับประทานอาหารแย่ง						
3	คุณรู้สึกปวดหรือเจ็บฟัน เหงือก ขากรรไกรหรือส่วนอื่นๆในช่องปาก						
4	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้กินอาหารลำบาก						
5	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้คุณรู้สึกกังวลถึงลักษณะของตัวเอง						
6	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้คุณเกิดความเครียด						
7	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้คุณต้องกินอาหารที่ไม่อยากกิน หรือต้องอดอาหารที่อยากกิน						
8	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้เกิดปัญหาระหว่างการกินอาหาร						
9	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้ไม่ได้พักผ่อน						
10	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้คุณอับอาย หรือขายหน้า						
11	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้คุณแสดงความรู้สึกหงุดหงิด รำคาญต่อผู้อื่น						
12	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้คุณมีปัญหาในการทำงานตามหน้าที่ปกติ						
13	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่น่าอภิรมย์						
14	ปัญหาจากฟัน ปาก หรือขากรรไกร ทำให้คุณไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมใดๆได้โดยสิ้นเชิง						

เลขที่.....

แบบประเมินสุขภาพจิต

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย x ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ อากาหรือความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด และตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากา ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่ เลย	เล็ก น้อย	มาก	มาก ที่สุด	สำหรับ เจ้าหน้าที่
1	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความสุข					
2	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					
3	ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอ ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้					
4	ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่าน					
5	ท่านมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					
6	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต					
7	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต					
8	ถ้าสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด					
9	ท่านสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตัวท่านเอง					
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา					
11	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ					
12	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไร้ค่า ไม่มีประโยชน์					
13	ท่านมีเพื่อนหรือญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ					
14	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอยู่อาศัยมีความปลอดภัยต่อท่าน					
15	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด					

เลขที่.....

แบบประเมินความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า

ตอนที่ 1

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย X ทับ () ซึ่งบอกลักษณะความเจ็บปวดของท่านที่เกิดขึ้น

- เริ่มมีอาการปวดครั้งแรก จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลาานานเท่าไร
 - น้อยกว่า 3 เดือน
 - ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป
 - ไม่ทราบ
- ความถี่ของอาการปวด
 - ทุกวัน วันละ.....ครั้ง
 - 2-4 ครั้ง / สัปดาห์
 - 1 ครั้ง / สัปดาห์
 - อื่นๆ โปรดระบุ.....
- ระยะเวลาที่ปวดในแต่ละครั้ง
 - ไม่ถึง 1 ชั่วโมง
 - 1-4 ชั่วโมง
 - 5-12 ชั่วโมง
 - มากกว่า 12 ชั่วโมง
- ท่านจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ไม่ได้ทำ
 - ทายา
 - ประคบร้อน/เย็น
 - รับประทานยา
 - ฝังเข็ม
 - อื่นๆ โปรดระบุ.....

สำหรับ
เจ้าหน้าที่

ตอนที่ 2

คำชี้แจง กรุณาบอกระดับความเจ็บปวดของท่านที่เกิดขึ้น โดยทำเครื่องหมาย x ที่ตัวเลขแสดงระดับความเจ็บปวดที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

0 หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บปวดเลย

10 หมายถึง มีอาการเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้

- อาการปวดในขณะนี้ของท่าน



- อาการปวดรุนแรงที่สุดของท่าน ภายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา



- อาการปวดโดยเฉลี่ยของท่าน ภายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

สำหรับ
เจ้าหน้าที่



ภาคผนวก ข

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กำหนดให้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้า

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มความผิดปกติจากอาการปวดในปาก



ศูนย์วิจัยทันตวิทยาการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินสุขภาพจิตว่า "มาก"/ "มากที่สุด"

ข้อ	คำถาม	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
1	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตของท่านมีความสุข	86.0	63.3	67.2
2	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	82.0	67.3	73.9
3	ท่านต้องไปปรับการรักษาพยาบาลเสมอ ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้	86.0	85.7	75.5
4	ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่าน	61.0	49.0	60.8
5	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	78.0	*81.3	79.3
6	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จ และมีความก้าวหน้าในชีวิต	59.0	61.2	63.1
7	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	67.0	73.5	61.5
8	ถ้าสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด	58.0	55.1	*60.7
9	ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตัวท่านเอง	99.0	93.9	95.9
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	95.0	*95.8	95.5
11	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ	93.0	81.6	89.5
12	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไร้ค่า ไม่มีประโยชน์	97.0	98.0	97.1
13	ท่านมีเพื่อนหรือญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ	86.0	75.5	72.0
14	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอยู่อาศัยมีความปลอดภัยต่อท่าน	79.0	81.6	73.2
15	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	78.0	61.2	65.0

*ขาดข้อมูล 1ฉบับ

ตารางแสดงความชุกเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก		ร้อยละของผู้ที่ตอบว่า "บ่อย"/ "บ่อยมาก"		
คำถาม	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	
1. การออกเสียงคำพูดลำบาก	1.0	20.4	7.3	
2. การรับประทานอาหารแย่ง	1.0	16.3	18.2	
3. รู้สึกปวดหรือเจ็บ	1.0	53.1	32.6	
4. ความลำบากในการกินอาหาร	1.0	57.1	37.8	
5. ความรู้สึกกังวลกับลักษณะของตัวเอง	5.0	57.1	28.4	
6. การเกิดความเครียด	3.0	46.9	30.6	
7. ความอยากอาหาร	2.0	44.9	31.3	
8. ปัญหาระหว่างการกินอาหาร	3.0	50.0	42.0	
9. การพักผ่อน	1.0	16.3	16.9	
10. ความอับอาย หรือขายหน้า	2.0	8.2	8.3	
11. การแสดงความรู้สึกหงุดหงิดรำคาญต่อผู้อื่น	2.0	14.3	11.1	
12. การทำงานตามหน้าที่ปกติ	1.0	16.3	12.1	
13. ความพึงพอใจในชีวิต	2.0	28.6	16.2	
14. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ	0.0	8.2	4.5	

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดงความรุนแรงเฉลี่ยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

คำถามในแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพ	คะแนนรวมเฉลี่ย			
	ช่องปาก	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
1 การออกเสียงคำพูดลำบาก		0.50	1.65	0.99
2 การรับประทานอาหารแย่งลง		0.35	1.14	1.45
3 รู้สึกปวดหรือเจ็บ		0.90	2.47	2.10
4 ความลำบากในการกินอาหาร		0.64	2.57	2.21
5 ความรู้สึกกังวลกับลักษณะของตัวเอง		0.83	2.39	1.79
6 การเกิดความเครียด		0.66	2.29	1.97
7 ความอยากอาหาร		0.58	2.06	1.94
8 ปัญหาระหว่างการกินอาหาร		0.85	2.50	2.32
9 การพักผ่อน		0.43	1.29	1.39
10 ความอับอาย หรือขายหน้า		0.39	0.86	0.84
11 การแสดงความรู้สึกหงุดหงิดรำคาญต่อผู้อื่น		0.37	1.08	1.08
12 การทำงานตามหน้าที่ปกติ		0.32	1.41	1.21
13 ความพึงพอใจในชีวิต		0.40	1.69	1.24
14 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ		0.21	0.78	0.65

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิเคราะห์ความแตกต่างของความชุกในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

Kruskal-Wallis test

Variables: control group, TMD group, intraoral pain group

Groups = 3

df = 2

Total observations = 42

T = 27.953488

P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 28.071772

P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (39 df) = 2.022691

control group and TMD group (23.071429 > 5.424549)	significant P < 0.0001
control group and intraoral pain group (18.714286 > 5.424549)	significant P < 0.0001
TMD group and intraoral pain group (4.357143 > 5.424549)	not significant P = 0.1123

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิเคราะห์ความแตกต่างของขอบเขตในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

Kruskal-Wallis test

Variables: temporomandibular pain group, intraoral pain group, control group

Groups = 3

df = 2

Total observations = 456

T = 88.904817

P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 98.21332

P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (453 df) = 1.965215

temporomandibular pain group and intraoral pain group significant
(51.817658 > 36.119525) P = 0.005

temporomandibular pain group and control group significant
(180.793876 > 40.947579) P < 0.0001

intraoral pain group and control group significant
(128.976218 > 26.886918) P < 0.0001

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิเคราะห์ความแตกต่างของความรุนแรงในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

Kruskal-Wallis test

Variables: TMD, intraoral pain, control group (OHIPsum)

Groups = 3

df = 2

Total observations = 456

T = 128.925891

P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 129.041966

P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (453 df) = 1.965215

TMD and intraoral pain (29.131978 > 34.08813)	not significant P = 0.0937
TMD and control group (193.833018 > 38.64465)	significant P < 0.0001
intraoral pain and control group (164.70104 > 25.374774)	significant P < 0.0001

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิเคราะห์ความแตกต่างของความรุนแรงเฉลี่ยในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาเป็นรายข้อ

(item 1) Kruskal-Wallis test

Variables: item11, item21, item31

Groups = 3

df = 2

Total observations = 463

T = 39.199091

P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 43.989682

P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item11 and item21 (77.550175 > 38.719579)	significant P < 0.0001
item11 and item31 (142.577755 > 43.957731)	significant P < 0.0001
item21 and item31 (65.02758 > 28.945131)	significant P < 0.0001

(item2) Kruskal-Wallis test ((lu;

Variables: item12, item22, item32

Groups = 3

df = 2

Total observations = 463

T = 63.942364

P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 69.889756

P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item12 and item22 (37.513746 > 37.56952)	not significant P = 0.0503
item12 and item32 (85.194184 > 42.652088)	significant P < 0.0001
item22 and item32	significant

(122.70793 > 28.085396) P < 0.0001

(item3) Kruskal-Wallis test

Variables: item13, item23, item33

Groups = 3

df = 2

Total observations = 463

T = 103.207879

P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 111.597719

P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item13 and item23 (42.449597 > 35.66844)	significant P = 0.0198
item13 and item33 (187.028673 > 40.493821)	significant P < 0.0001
item23 and item33 (144.579076 > 26.664228)	significant P < 0.0001

(item4) Kruskal-Wallis test

Variables: item14, item24, item34

Groups = 3

df = 2

Total observations = 463

T = 125.080362

P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 131.372736

P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item14 and item24 (33.854316 > 34.564146)	not significant P = 0.0549
item14 and item34 (196.442755 > 39.240133)	significant P < 0.0001
item24 and item34 (162.588439 > 25.838704)	significant P < 0.0001

(item5) Kruskal-Wallis test

Variables: item15, item25, item35

Groups = 3

df = 2

Total observations = 463

T = 55.462384

P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 58.362609

P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item15 and item25 significant
(55.50403 > 37.96759) P = 0.0043

item15 and item35 significant
(152.888265 > 43.104011) P < 0.0001

item25 and item35 significant
(97.384236 > 28.382976) P < 0.0001

(item6) Kruskal-Wallis test

Variables: item16, item26, item36

Groups = 3

df = 2

Total observations = 463

T = 95.999317

P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 101.558035

P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item16 and item26 not significant
(29.466398 > 36.024969) P = 0.1087

item16 and item36 significant
(171.952449 > 40.898583) P < 0.0001

item26 and item36 significant
(142.486051 > 26.930754) P < 0.0001

(item7) Kruskal-Wallis test

Variables: item17, item27, item37

Groups = 3

df = 2
Total observations = 463

T = 88.258455
P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 93.098571
P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item17 and item27 (5.252795 > 36.403937)	not significant P = 0.7769
item17 and item37 (146.453878 > 41.32882)	significant P < 0.0001
item27 and item37 (141.201083 > 27.214055)	significant P < 0.0001

(item8) Kruskal-Wallis test

Variables: item18, item28, item38

Groups = 3
df = 2
Total observations = 463

T = 105.887786
P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 111.804229
P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item18 and item28 (22.247953 > 35.534982)	not significant P = 0.2192
item18 and item38 (173.877857 > 40.342309)	significant P < 0.0001
item28 and item38 (151.629904 > 26.56446)	significant P < 0.0001

(item9) Kruskal-Wallis test

Variables: item19, item29, item39

Groups = 3
df = 2
Total observations = 463

T = 58.582504
P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 63.682015
P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item19 and item29 (13.484109 > 37.821612)	not significant P = 0.4839
item19 and item39 (103.56949 > 42.938283)	significant P < 0.0001
item29 and item39 (117.053599 > 28.273849)	significant P < 0.0001

(item10) Kruskal-Wallis test

Variables: item110, item210, item310

Groups = 3
df = 2
Total observations = 463

T = 10.46726
P = 0.0053

Adjusted for ties:

T = 13.075076
P = 0.0014

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item110 and item210 (5.256077 > 40.013569)	not significant P = 0.7964
item110 and item310 (44.189592 > 45.426778)	not significant P = 0.0565
item210 and item310 (49.445669 > 29.912464)	significant P = 0.0012

(item11) Kruskal-Wallis test

Variables: item111, item211, item311

Groups = 3
df = 2
Total observations = 463

T = 34.723626

$P < 0.0001$

Adjusted for ties:

$T = 39.679051$

$P < 0.0001$

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item111 and item211 (8.63444 > 38.923968)	not significant $P = 0.6631$
item111 and item311 (81.349286 > 44.189771)	significant $P = 0.0003$
item211 and item311 (89.983726 > 29.097924)	significant $P < 0.0001$

(item12) Kruskal-Wallis test

Variables: item112, item212, item312

Groups = 3

df = 2

Total observations = 463

$T = 61.605261$

$P < 0.0001$

Adjusted for ties:

$T = 68.288939$

$P < 0.0001$

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item112 and item212 (18.727252 > 37.679649)	not significant $P = 0.3292$
item112 and item312 (134.002857 > 42.777115)	significant $P < 0.0001$
item212 and item312 (115.275605 > 28.167723)	significant $P < 0.0001$

(item13) Kruskal-Wallis test

Variables: item113, item213, item313

Groups = 3

df = 2

Total observations = 463

$T = 51.50126$

$P < 0.0001$

Adjusted for ties:

T = 56.970252
P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item113 and item213 (43.890225 > 38.152112)	significant P = 0.0242
item113 and item313 (141.496531 > 43.313495)	significant P < 0.0001
item213 and item313 (97.606306 > 28.520917)	significant P < 0.0001

(item14) Kruskal-Wallis test

Variables: item114, item214, item314

Groups = 3
df = 2
Total observations = 463

T = 18.588398
P < 0.0001

Adjusted for ties:

T = 25.747312
P < 0.0001

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (460 df) = 1.965134

item114 and item214 (1.666255 > 39.6521)	not significant P = 0.9342
item114 and item314 (66.580204 > 45.016408)	significant P = 0.0038
item214 and item314 (64.913949 > 29.642245)	significant P < 0.0001

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับการตอบแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพ
ช่องปากว่า “บ่อย” / “บ่อยมาก”

2 group * ngroup Crosstabulation

Count

		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogi ngival glossal pain	control group	
2 group	else	9	109	88	206
	fairly/very often	39	200	11	250
Total		48	309	99	456

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	102.144 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	111.338	2	.000
Linear-by-Linear Association	89.290	1	.000
N of Valid Cases	456		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21.68.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.428	.000
N of Valid Cases	456	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับการตอบแบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากว่า “บ่อย” / “บ่อยมาก” เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ

Trouble pronouncing words * ngroup

Crosstab

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogingival glossal pain	control group	
Trouble pronouncing words	else	39	291	99	429
	fairly/very often	10	23	1	34
Total		49	314	100	463

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.206 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	17.712	2	.000
Linear-by-Linear Association	16.614	1	.000
N of Valid Cases	463		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.60.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.195	.000
N of Valid Cases	463	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Taste affected * ngroup

Crosstab

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogi ngival glossal pain	control group	
Taste affected	else	41	257	98	396
	fairly/very often	8	57	1	66
Total		49	314	99	462

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.251 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	26.667	2	.000
Linear-by-Linear Association	11.431	1	.001
N of Valid Cases	462		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.00.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.195	.000
N of Valid Cases		462	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Painful aching * ngroup**Crosstab**

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogi ngival glossal pain	control group	
Painful	else	23	211	99	333
aching	fairly/very often	26	102	1	129
Total		49	313	100	462

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54.786 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	73.118	2	.000
Linear-by-Linear Association	53.249	1	.000
N of Valid Cases	462		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.68.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.326	.000
N of Valid Cases	462	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Uncomfortable to eat * ngroup**Crosstab**

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogingival glossal pain	control group	
Uncomfortable to eat	else fairly/very often	21 28	194 118	99 1	314 147
Total		49	312	100	461

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	63.372 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	85.238	2	.000
Linear-by-Linear Association	59.981	1	.000
N of Valid Cases	461		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.62.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.348	.000
N of Valid Cases	461	

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Been self conscious * ngroup**Crosstab**

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogingival glossal pain	control group	
Been self conscious	else	21	224	95	340
	fairly/very often	28	89	5	122
Total		49	313	100	462

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48.062 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	53.041	2	.000
Linear-by-Linear Association	47.628	1	.000
N of Valid Cases	462		

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.94.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.307	.000
N of Valid Cases	462	

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Felt tense * ngroup

Crosstab

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogi ngival glossal pain	control group	
Felt tense	else	26	218	97	341
	fairly/very often	23	96	3	122
Total		49	314	100	463

Chi-Square Tests

	Value	df	Asy mp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41.683 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	52.693	2	.000
Linear-by-Linear Association	40.096	1	.000
N of Valid Cases	463		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.91.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.287	.000
N of Valid Cases		463	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Diet unsatisfactory * ngroup**Crosstab**

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogi ngival glossal pain	control group	
Diet unsatisfactory	else	27	215	98	340
	fairly/very often	22	98	2	122
Total		49	313	100	462

Chi-Square Tests

	Value	df	Asy mp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.146 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	57.277	2	.000
Linear-by-Linear Association	40.114	1	.000
N of Valid Cases	462		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.94.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.292	.000
N of Valid Cases	462	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Interrupted meals * ngroup**Crosstab**

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogi ngival glossal pain	control group	
Interrupted meals	else fairly/very often	24 24	182 132	97 3	303 159
Total		48	314	100	462

Chi-Square Tests

	Value	df	Asy mp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56.974 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	74.037	2	.000
Linear-by-Linear Association	47.052	1	.000
N of Valid Cases	462		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.52.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.331	.000
N of Valid Cases	462	

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Difficult to relax * ngroup**Crosstab**

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogingival glossal pain	control group	
Difficult to relax	else fairly/very often	41	260	99	400
		8	53	1	62
Total		49	313	100	462

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.957 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	24.793	2	.000
Linear-by-Linear Association	11.481	1	.001
N of Valid Cases	462		

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.58.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.188	.000
N of Valid Cases	462	

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Been embarrassed * ngroup

Crosstab

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogi ngival glossal pain	control group	
Been embarrassed	else	45	288	97	430
	fairly/very often	4	26	2	32
Total		49	314	99	462

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.706 ^a	2	.095
Likelihood Ratio	5.991	2	.050
Linear-by-Linear Association	3.240	1	.072
N of Valid Cases	462		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.39.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.100	.095
N of Valid Cases		462	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Been a bit irritable * ngroup**Crosstab**

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogi ngival glossal pain	control group	
Been a bit	else	42	279	98	419
irritable	fairly/very often	7	35	2	44
Total		49	314	100	463

Chi-Square Tests

	Value	df	Asy mp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.835 ^a	2	.012
Likelihood Ratio	11.463	2	.003
Linear-by-Linear Association	7.846	1	.005
N of Valid Cases	463		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.66.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.137	.012
N of Valid Cases	463	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Difficulty doing jobs * ngroup**Crosstab**

Count	ngroup			Total
	TMD	odontogenic pain+mucogingival glossal pain	control group	
Difficulty doing jobs else fairly/very often	41	276	99	416
	8	38	1	47
Total	49	314	100	463

Chi-Square Tests

	Value	df	Asy mp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.541 ^a	2	.002
Likelihood Ratio	17.576	2	.000
Linear-by-Linear Association	11.314	1	.001
N of Valid Cases	463		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.97.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.162	.002
N of Valid Cases	463	

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Life less satisfying * ngroup

Crosstab

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogingival glossal pain	control group	
Life less satisfying else		35	263	98	396
fairly/very often		14	51	2	67
Total		49	314	100	463

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.233 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	25.969	2	.000
Linear-by-Linear Association	21.119	1	.000
N of Valid Cases	463		

- a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.09.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.209	.000
N of Valid Cases	463	

- a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Unable to function * ngroup

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Unable to function * ngroup	463	100.0%	0	.0%	463	100.0%

Unable to function * ngroup Crosstabulation

Count		ngroup			Total
		TMD	odontogenic pain+mucogingival glossal pain	control group	
Unable to function	else fairly/very often	45	300	100	445
		4	14	0	18
Total		49	314	100	463

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	6.716 ^a	2	.035	.032		
Likelihood Ratio	10.032	2	.007	.009		
Fisher's Exact Test	7.748			.015		
Linear-by-Linear Association	6.666 ^b	1	.010	.017	.008	.006
N of Valid Cases	463					

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.90.

b. The standardized statistic is -2.582.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.120	.035	.032
N of Valid Cases	463		

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความรุนแรงเฉลี่ยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสุขภาพจิตระดับ
ต่างๆ

กลุ่มที่ไม่มีความเจ็บปวดช่องปาก-ใบหน้า **Kruskal-Wallis test**

Variables: poor, fair, good

Groups = 3

df = 2

Total observations = 99

T = 6.345257

P = 0.0419

Adjusted for ties:

T = 6.407509

P = 0.0406

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (96 df) = 1.984984

poor and fair not significant

(15.754274 > 15.874307) P = 0.0517

poor and good significant

(20.269841 > 15.694253) P = 0.0119

fair and good not significant

(4.515568 > 12.388293) P = 0.4711

กลุ่มที่มีความผิดปกติบริเวณขมับ-ขากรรไกร **Kruskal-Wallis test**

Variables: poor, fair, good

Groups = 3

df = 2

Total observations = 47

T = 2.045374

P = 0.3596

Adjusted for ties:

T = 2.047386

P = 0.3593

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (44 df) = 2.015368

poor and fair not significant

(4.098485 > 10.056369) P = 0.4159

poor and good not significant

(8.181818 > 11.528853) P = 0.1597

fair and good not significant

(4.083333 > 9.764818) P = 0.4039

กลุ่มความผิดปกติจากอาการปวดในปาก **Kruskal-Wallis test**

Variables: poor, fair, good

Groups = 3

df = 2

Total observations = 308

T = 11.062431

P = 0.004

Adjusted for ties:

T = 11.07549

P = 0.0039

Kruskal-Wallis: all pairwise comparisons (Conover-Inman)

Critical t (305 df) = 1.967772

poor and fair (33.346127 > 24.600385)	significant P = 0.0081
poor and good (47.90754 > 28.974628)	significant P = 0.0013
fair and good (14.561412 > 24.358871)	not significant P = 0.2404



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปรางทิพย์ โพธิ์วิรัตน์านนท์ เกิดที่กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2525 เป็นบุตรคนที่สองในจำนวนสามคน ของนายสุวรรณ และนางจิต โพธิ์วิรัตน์านนท์

- พ.ศ.2548 สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พ.ศ.2549-2551 รับราชการในตำแหน่งทันตแพทย์ทั่วไป ประจำโรงพยาบาลประจันตคาม จ.ปราจีนบุรี
- พ.ศ.2551 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรทันตแพทยศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย