

การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

โดยทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย



นางสาวจิตตวดี บุญธรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยว ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

MANAGEMENT OF MASTICATORY SYSTEM DYSFUNCTION PATIENTS

BY PUBLIC DENTISTS IN NORTH-EASTERN THAILAND



Miss Jitawadee Boontham

ศูนย์วิทยุทันตวิทยา
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

การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบไตเดียว

โดยทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

โดย

นางสาวจิตตวดี บุญธรรม

สาขาวิชา

ทันตกรรมบดเคี้ยว

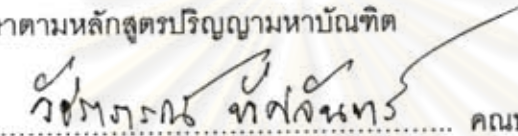
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ชาญชัย ให้สงวน

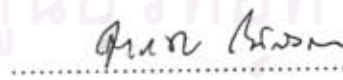
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต



..... คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง จุฬารภรณ์ ทศจันทร์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุชนิภา วงศ์ทองศรี)


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


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ชาญชัย ให้สงวน)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.วราณุช ปิติพัฒน์)

จิตตวดี บุญธรรม : การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว
 โดยทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย
 (MANAGEMENT OF MASTICATORY SYSTEM DYSFUNCTION PATIENTS
 BY PUBLIC DENTISTS IN NORTH-EASTERN THAILAND)
 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ทพญ.สุปราณี วิเชียรเนตร
 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : รศ.ทพ.ชาญชัย ไห้สงวน, 53 หน้า.

วัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจข้อมูลในกลุ่มทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

วัตถุประสงค์และวิธีการ สำรวจทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 857คน โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา แบบสอบถามตอบกลับที่มีข้อมูลเพียงพอจำนวน 509 ชุด โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นชายจำนวน 139 คน และหญิงจำนวน 370 คน มีอายุตั้งแต่ 24 ถึง 58 ปี (เฉลี่ย 33.9 ปี) ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และอื่น ๆ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.2) ปฏิบัติงานทั้งทันตกรรมทั่วไปและเฉพาะทางโดยไม่ปรากฏทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวตอบแบบสอบถาม ทันตแพทย์ทุกคนพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวโดยมีอาการและ/หรืออาการแสดงอย่างน้อยหนึ่งอาการ ทันตแพทย์เกือบทุกคน (ร้อยละ 98.8) พบผู้ป่วยที่มีฟันและ/หรือวัสดุบูรณะฟันสึกจนมีอาการเสียวฟัน รongลงมา(ร้อยละ68.73- 88.4)พบผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวข้องกับเพิ่มโพโรแมนดิบิวลาริตีสออเคอร์(ทีเอ็มดี) และทันตแพทย์จำนวนมาก (ร้อยละ 53.2-70.3) พบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการสบฟันและการบดเคี้ยว ทันตแพทย์ทุกคนให้การตรวจและรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีที่หลากหลายตามอาการต่าง ๆ และมีทันตแพทย์จำนวนไม่น้อยส่งต่อผู้ป่วย ไปยังบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ โดยส่งไปยังทันตแพทย์อื่นมากที่สุดด้วยสาเหตุของการขาดบุคลากร ความรู้/ทักษะ และเครื่องมือ ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมักจะส่งต่อผู้ป่วย ที่มีอาการต่าง ๆ ไปยังโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอื่นๆ ในขณะที่ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มักส่งต่อผู้ป่วยไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์ ด้วยเหตุผลว่ามีความพร้อมมากกว่า

สรุป ทันตแพทย์ภาครัฐในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวได้ทั่วไป โดยทันตแพทย์ให้การจัดการผู้ป่วยเหล่านี้ได้ในระดับหนึ่ง

ภาควิชา ทันตกรรมบดเคี้ยว ลายมือชื่อนิสิต.....
 สาขาวิชา ทันตกรรมบดเคี้ยว ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ปีการศึกษา 2553 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5176106032 : MAJOR OCCLUSION

KEYWORDS : Management / masticatory system dysfunction patients / North-Eastern Thailand / public dentist


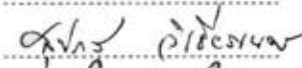

JITAWADEE BOONTHAM : MANAGEMENT OF MASTICATORY SYSTEM DYSFUNCTION PATIENTS BY PUBLIC DENTISTS IN NORTH-EASTERN THAILAND. ADVISOR : ASSOC. PROF. SUPRANEE VICHENNET, D.D.S CO-ADVISOR : ASSOC. PROF. CHANCHAI HOSANGUAN, D.D.S, 53 pp.

Objectives: To investigate the information obtaining from public dentists in north-east Thailand in management of masticatory system dysfunction patients.

Materials and Methods: 857 dentists working at public health service in north-east part of Thailand were surveyed by using mailed questionnaires. Concerned data was processed under descriptive statistics.

Result: There were mails with enough information derived from 509 respondents. They were 139 male and 370 female dentists with aged ranged 24 to 58 years (mean age 33.9 years) practicing in regional hospital, general hospital, community hospital and others. Most of them (75.2%) had a practice profile as a combination of general and specialty practice. No occlusion specialist was found. All had found patients with at least one signs or symptoms of dysfunctional masticatory system. Most of them (98.8%) had found patients suffer from hypersensitivity due to attrition of teeth/restoration, next (68.7-88.4%) had found patients with temporomandibular disorders(TMD) and some of them (53.2-70.3%) had found patients with occlusal and chewing problems. Dentists had investigated and managed their patients based on various symptoms. Some were referring their patients to other medical personnel and most likely referring to other dentists with main causes as the lack of personnel, knowledge/skill and equipments. Dentists in community hospital were more likely to refer their patients to other public health hospital, while dentists in general and regional hospitals were more likely to refer their patients to faculty of dentistry due to better equipped facilities.

Conclusion: Public dentist in North-eastern Thailand had found patients with masticatory system dysfunction in general. They had managed their patients with some level.

Department : Occlusion	Student's Signature 
Field of Study : Occlusion	Advisor's Signature 
Academic Year : 2010	Co-advisor's Signature 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้มีอุปการคุณหลายท่านซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร รองศาสตราจารย์ทันตแพทย์ ชาญชัย ให้สงวน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิง วันทนี มุทิตรางกูร ที่กรุณาอ่าน ตรวจสอบ แก้ไข ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์เสมอมา ตลอดจนให้การดูแลและสนับสนุนจนวิทยานิพนธ์สำเร็จเรียบร้อย

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิง สุชนิภา วงศ์ทองศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.วราวุธ ปิติพัฒน์ ที่ร่วมเป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยฉบับนี้

ขอขอบพระคุณทันตแพทย์หญิง ไสริยา เฉลยจิต ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลรายชื่อทันตแพทย์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและที่อยู่ที่ใช้ในการส่งแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณทันตแพทย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
กรอบแนวความคิด.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
นิยามปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว.....	8
ขนาดวิทยาของปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว.....	8
ผลของปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวต่อผู้ป่วย.....	8
ความต้องการรับการรักษา.....	10
การตรวจ วินิจฉัยและแนวทางในการรักษา.....	10
ความรู้ ความเข้าใจของทันตแพทย์เกี่ยวกับปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว.....	12
การส่งต่อ.....	13
ระบบบริการสาธารณสุขของไทยและสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม.....	13
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	16
ประชากรและตัวอย่าง.....	16
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	16
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	17
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	18

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป.....	18
ประสบการณ์ในการจัดการปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว.....	21
การตรวจระบบบดเคี้ยว.....	22
การจัดการผู้ป่วย.....	24
การส่งต่อผู้ป่วย.....	26
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	28
รายการอ้างอิง.....	35
ภาคผนวก.....	43
ภาคผนวก ก.....	44
หนังสือชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย.....	45
เอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....	46
ภาคผนวก ข.....	47
แบบสอบถามเรื่องการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว.....	48
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	53

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ร้อยละและจำนวนของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามตามช่วงปีที่จบการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต.....	18
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามตามสาขาและประเภทของสถานบริการสาธารณสุข.....	20
ตารางที่ 3	ร้อยละและจำนวนของทันตแพทย์ที่พบผู้ป่วยมาด้วยอาการสำคัญของปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวอาการต่าง ๆ.....	21
ตารางที่ 4	ร้อยละและจำนวนของการตรวจระบบบดเคี้ยวแบบต่าง ๆ.....	23
ตารางที่ 5	ร้อยละและจำนวนของทันตแพทย์กับการจัดการอาการต่าง ๆ ของปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว.....	25
ตารางที่ 6	ร้อยละและจำนวนของทันตแพทย์กับสาเหตุของการส่งต่อผู้ป่วย.....	26
ตารางที่ 7	ร้อยละและจำนวนของทันตแพทย์ที่บอกถึงสถานที่ และเหตุผลการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงานและเหตุผลของการส่งต่อ.....	27

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ประกอบด้วยอาการและอาการแสดง หลากหลายดังต่อไปนี้คือ เจ็บปวด หรือไม่สบายข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของขากรรไกร ฟันธรรมชาติ ฟันเทียมและวัสดุบูรณะฟันอื่น ๆ ร้าว ลึก แตก หรือหลุดออก ฟันเทียมชนิดถอดได้สูญเสียการยึดอยู่ ไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับอาการเสียวฟัน ปวดฟัน ฟันโยก ขณะบดเคี้ยวจากเหตุสบฟัน เจ็บบริเวณใต้ฐานฟันเทียม ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง ปวดศีรษะ ปวดในหู หูอื้อ มีเสียงแว่วในหู(1-3) เป็นต้น และอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (4-12) สำหรับการศึกษาปัญหาเหล่านี้ส่วนใหญ่ในประเทศไทยจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเท็มโพรแมนดิบิวลาร์ดีสออกเดอร์(ทีเอ็มดี) ในเรื่องความชุกของอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ซึ่งไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดของระบบบดเคี้ยว จากการศึกษาเหล่านี้พบว่าประชากรไทยทั่วไปมีอาการทีเอ็มดี ได้ถึงร้อยละ 10.9 ถึง 74.1(13-17) แต่มีความต้องการรับการรักษาร้อยละ 1.5 ถึง 72.75 (15-16) ส่วนใหญ่อาการที่ต้องการรักษาได้แก่อาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด ไม่สบายข้อต่อขากรรไกร ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการปัญหาเหล่านี้พบมีการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนมากและเป็นการศึกษารักษาทีเอ็มดี ส่วนใหญ่ของการศึกษาพบว่า การรักษาทีเอ็มดี มักเป็นแนวอนุรักษ์โดยทันตแพทย์เฉพาะทางให้การรักษามากกว่าทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์ทั่วไปมีการส่งต่อผู้ป่วยมากกว่าทันตแพทย์เฉพาะทาง โดยการส่งต่อผู้ป่วยมักเป็นการส่งต่อไปยังไปโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย และทันตแพทย์เฉพาะทางด้านข้อต่อขากรรไกร (18-21) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวเป็นการสำรวจความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ การวินิจฉัย และการรักษาปัญหาทีเอ็มดี ตัวอย่างเช่น การสำรวจทันตแพทย์ไทยกลุ่มหนึ่งเปรียบเทียบกับความคิดเห็นของทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสหรัฐอเมริกา พบว่าทันตแพทย์จบใหม่ประสบการณ์น้อย มีความรู้ไม่เพียงพอ (22) การศึกษาของเจนจิรา ธีระวัฒน์ ในปี 2544 (23) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจปัญหาระบบบดเคี้ยวที่ได้รับหลังจากจบการศึกษาของทันตแพทย์จบใหม่จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ปฏิบัติงานทั้งในส่วนราชการและเอกชนพบว่าบัณฑิตทันตแพทย์ต้องการให้มีการเพิ่มความรู้/ประสบการณ์ในเรื่องการตรวจและรักษาปัญหาระบบบดเคี้ยว และลิสสา อานันทนะ และคณะในปี 2539 (24) สำรวจความคิดเห็น และความสนใจเกี่ยวกับปัญหาทีเอ็มดี โดยการแจกแบบสอบถามในงานประชุม จากการศึกษาเหล่านี้สรุปได้ว่าทันตแพทย์ไทยให้

ความสนใจน้อย เนื่องจากเห็นว่าปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวเป็นเรื่องเข้าใจได้ยาก และการรักษาจะประสบความสำเร็จทำได้ลำบากน่าจะส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญมากกว่า

จากการศึกษาทั้งหมดดังกล่าว เป็นการศึกษาปัญหาของทีเอ็มดี ซึ่งไม่ครอบคลุม ปัญหาทั้งหมดของระบบบดเคี้ยว และเนื่องจากในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมี ประชากรมากที่สุดในประเทศไทยและประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ใช้บริการในสถานบริการ สาธารณสุขภาครัฐ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในพื้นที่ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบบดเคี้ยวหรือไม่และได้ตรวจวิเคราะห์ อย่างไรและจัดการบำบัดรักษาและ/หรือส่งต่อผู้ป่วยเหล่านี้หรือไม่อย่างไร เพื่อนำข้อมูลที่ได้เสนอต่อ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาและจัดทำแนวทางในการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ ของระบบบดเคี้ยวในพื้นที่ต่อไป

คำถามการวิจัย

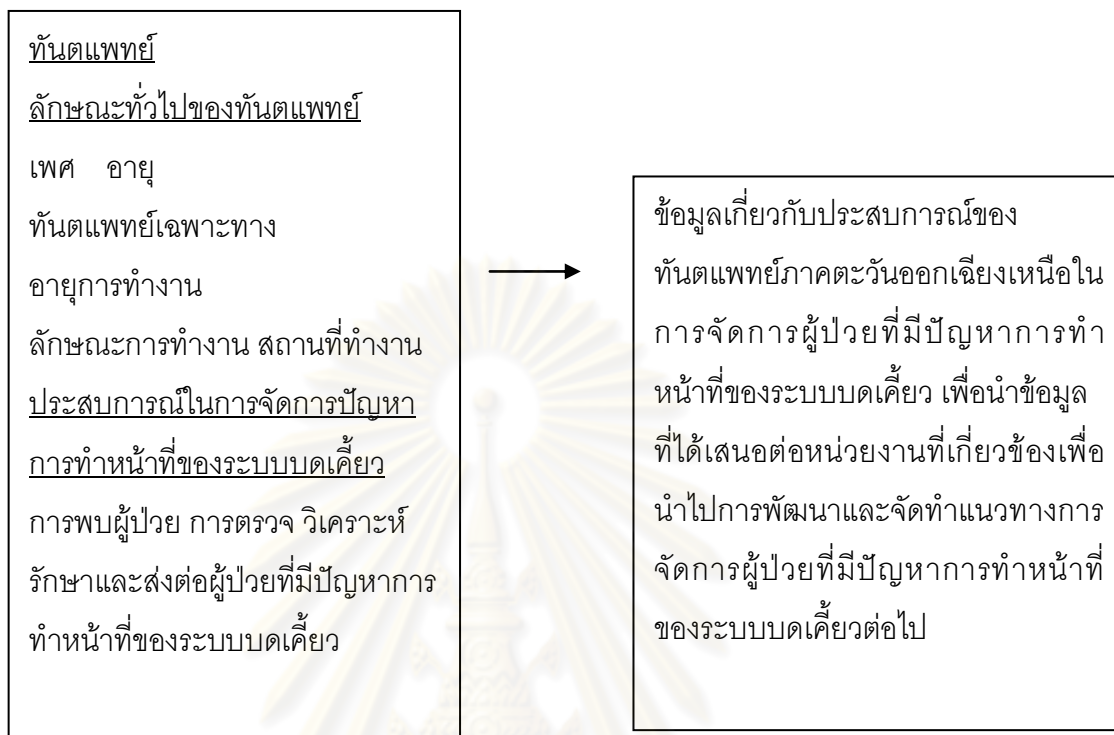
ทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้การ จัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบบดเคี้ยวหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาข้อมูลการจัดการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวของ ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวความคิด



ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร ทันตแพทย์จำนวน 857 คนที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2553

ขอบเขตด้านพื้นที่ ทำการศึกษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 19 จังหวัดประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 14 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 259 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 19 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐอื่น ๆ ประกอบด้วย ศูนย์อนามัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลกรมสุขภาพจิต

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษานี้มุ่งทำการสำรวจข้อมูลการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยโดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์

ข้อตกลงเบื้องต้น

คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามเป็นคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงและเป็นคำตอบที่ได้จากประสบการณ์ในการทำงานจริง ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์อาจได้แบบสอบถามกลับมาไม่ตรงตามจำนวนที่ต้องการ
2. เป็นการศึกษาเฉพาะในพื้นที่นี้อาจไม่สามารถข้อมูลนำไปใช้อ้างอิงในพื้นที่อื่นได้
3. การศึกษานี้ไม่สามารถบอกได้ว่าพบผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ จำนวนเท่าใด และไม่ได้ติดตามความพึงพอใจและความสำเร็จในการจัดการ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

ระบบบดเคี้ยว หมายถึง ระบบที่ประกอบด้วยอวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการเคี้ยว การกลืน การพูด นอกจากนั้นเมื่อทำหน้าที่ร่วมกับระบบอื่น ๆ ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรส การหายใจและยังมีผลกับการแสดงออกทางสีหน้าและความสวยงามของใบหน้า ซึ่งประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ คือ กระดูก ส่วนของกระดูกที่เป็นโครงสร้างหลักของระบบบดเคี้ยวคือ ขากรรไกรล่าง ขากรรไกรบน และ กระดูกขมับ ข้อต่อขากรรไกร เอ็นยึด กล้ามเนื้อ และฟัน(1)

หน้าที่หลักของระบบบดเคี้ยว ประกอบด้วย การเคี้ยว การกลืน การออกเสียง

ปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่าง ๆ ของระบบบดเคี้ยวทำให้การทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวผิดปกติไป ประกอบด้วยอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์และอาการแสดงที่ทันตแพทย์ตรวจพบได้ดังนี้

อาการที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ (1-2)

ซึ่งผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกันซึ่งได้แก่

- ความเจ็บปวด หรือไม่สบายของข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยวขณะทำหน้าที่ได้แก่ อาการปวดซึ่งมักจะเป็นอาการปวด อยู่ในหูหรือหน้าหู และอาจจะแผ่ไปยังมุมขากรรไกรล่าง ขมับ หรือบริเวณด้านข้างของลำคอ อาการปวดอาจมีระดับคงที่ ปวดมากเมื่อตื่นนอนตอนเช้า หรืออาจมีอาการเล็กน้อย ในตอนเช้าแล้วค่อย ๆ เป็นมากขึ้น อาการปวดอาจเพิ่มขึ้นระหว่างรับประทานอาหาร หรือขณะที่มีการเคลื่อนที่ของขากรรไกร มีอาการเมื่อย ตึง บริเวณใบหน้า ขากรรไกรหรือกล้ามเนื้อบดเคี้ยวหลังตื่นนอนตอนเช้า ระหว่างวัน ขณะอ้าปาก เคี้ยวอาหาร หาว พุด หรือขณะที่มีการเคลื่อนที่ของขากรรไกร อาจเกิดเป็นประจำหรือเป็นบางครั้งบางคราว
- ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของขากรรไกรได้แก่ การเคลื่อนที่ของขากรรไกรได้จำกัด การเบี่ยงเบนระหว่างการเคลื่อนที่ของขากรรไกร มีเสียงที่บริเวณข้อต่อขากรรไกรขณะที่มีการเคลื่อนที่ของขากรรไกร
- ฟันเทียมและวัสดุบูรณะฟัน ลึก แดง หรือหลุดออก ไม่สามารถใช้งานได้ หรือมีปัญหาเรื่อง ความสวยงาม
- อาการเสียวฟัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ ซึ่งเกิดจากการสึก แดง ร้าวของฟันหรือวัสดุ บูรณะฟันจนเกือบถึงโพรงประสาทฟัน
- ปวดฟัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ ขณะสบฟัน หรือเคี้ยวอาหาร ซึ่งเกิดจากการสึก แดง ร้าวของฟันหรือวัสดุบูรณะฟัน จนเกิดการอักเสบของโพรงประสาทฟัน
- ฟันโยก อาจโยกมากขึ้นในฟันที่เป็นโรคปริทันต์หรือโยกในฟันที่ไม่ได้เป็นโรค อาจปวดเมื่อกัด โดนฟันซี่ที่โยก
- ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง ซึ่งได้แก่ เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด เศษอาหารติดซอกฟันมากขึ้นจากการสึกด้านบดเคี้ยวของฟันต่ำกว่าจุดสัมผัสบริเวณด้านประชิด (proximal contact) ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างซี่ฟัน
- ปวดศีรษะชนิดที่เกิดจากการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
- ปวดในหู หูอื้อ มีเสียงแว่วในหู การได้ยินผิดปกติไปซึ่งไม่ได้เป็นอาการที่เกิดจากการติดเชื้อ

อาการที่ทันตแพทย์ตรวจพบ (1-2)

อาจตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกันซึ่งได้แก่

- การสึกของฟันหรือวัสดุบูรณะฟัน เป็นการสึกด้านสบที่อยู่นอกตำแหน่งการเคี้ยว (nonfunctional facets หรือ wear facets) รอยสึกบนด้านสบหรือด้านตัดที่ไม่ตรงกับรอยสึกที่เกิดจากการเคี้ยวอาหาร หรือจากการกลืนอาหาร อาจเกิดในฟันซี่เดียวหรือหลายซี่ในปาก การสึกบนด้านบดเคี้ยวของฟันมักจะเรียบเป็นมันเงารับกันพอดีทั้งฟันบนและฟันล่าง
- ฟันหรือวัสดุบูรณะฟันแตก ร้าว อาจแตกแยกออกจากกัน (split teeth) หรือฟันแตกหัก (fracture) ส่วนใหญ่พบว่าเกิดร่วมกับการสึกของแอ่งกลางฟัน (central fossa) ที่ได้ขุดไว้ด้วยวัสดุสำหรับอุดฟันที่อ่อนเกินไปจึงทำให้ยอดปุ่มฟันที่อยู่ข้างเคียงซึ่งแข็งและไม่สึกกลายเป็นส่วนที่กีดขวางการบดเคี้ยว (occlusal interferences) การแตกหักที่เกิดกับส่วนที่ถูกรบูรณะ และที่เกิดขึ้นต่อฟัน อาจเกิดขึ้นนอกเขตการบดเคี้ยวอาหาร
- การกดเจ็บที่ข้อต่อขากรรไกร กล้ามเนื้อบดเคี้ยวและกล้ามเนื้อคออาจมีการปวดร้าวไปยังบริเวณอื่น ๆ ของใบหน้า
- ฟันโยกขยับ อาจพบว่าเกิดในฟันที่เป็นโรคปริทันต์เล็กน้อยหรือไม่ได้เป็นโรค เมื่อดูจากภาพรังสี อาจพบการสูญเสียกระดูกรองรับฟัน
- ฟันตาย ไม่ตอบสนองจากการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิหรือการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า อาจพบมีรอยโรคที่ปลายรากฟัน จากการดูภาพรังสี
- ปวดฟัน จากการตรวจโดยเคาะที่ฟัน
- มีวัสดุบูรณะฟันที่ไม่เหมาะสม
- การสูญเสียฟันหลังทำให้สูญเสียมิติแนวตั้งขณะสบฟัน

ทันตแพทย์ในภาครัฐ

หมายถึง ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร โรงพยาบาลกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน

ทันตแพทย์เฉพาะทาง

หมายถึง ทันตแพทย์ที่ได้รับการศึกษาหรืออบรมหลังระดับปริญญาบัณฑิต

ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม

หมายถึง บริการทางทันตกรรมที่ประชาชนจะได้รับเมื่อไปรับบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ของทันตแพทย์ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. นำข้อมูลที่ได้เสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาและจัดทำแนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในพื้นที่ต่อไป
3. นำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว
4. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวได้รับประโยชน์จากการมีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ สะดวก และรวดเร็ว

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นิยามปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

ปัญหาของระบบบดเคี้ยวเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการเคี้ยว พูด กลืน ซึ่งประกอบด้วยอาการและอาการแสดงหลากหลายได้แก่ ปวดบริเวณโบนหน้า และข้อต่อขากรรไกร มีเสียงดังที่บริเวณหน้าหูขณะอ้าปากหรือหุบปาก อ้าปากได้น้อยลง ฟันหรือวัสดุบูรณะฟันสึก ร่วมกับอาการอื่น ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ หูอื้อ มีเสียงในหู ฟันโยก (1-3)

ระบาดวิทยาของปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

ปัญหาของระบบบดเคี้ยวเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้กับประชากรทุกเพศและทุกกลุ่มอายุ (25) มีการศึกษาระบาดวิทยา ของปัญหาของระบบบดเคี้ยวในต่างประเทศพบว่า มักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (3, 26-30) อาการต่าง ๆ ที่พบได้แก่ รู้สึกเมื่อยบริเวณโบนหน้าและขากรรไกรร้อยละ 6 มีเสียงดังที่ข้อต่อขากรรไกรร้อยละ 6 ถึง 48 กดเจ็บที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยวร้อยละ 41 ปวดศีรษะร้อยละ 5 ถึง 29 ข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนที่ได้จำกัดร้อยละ 5 ถึง 14 และขากรรไกรค้ำร้อยละ 1 ถึง 7 (25, 28, 31)

สำหรับในประเทศไทยทั้งพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มที่เฝ้าติดตามในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการทันตกรรมและในกลุ่มประชากรทั่วไปหลายการศึกษาทั้งการใช้แบบสอบถาม การตรวจทางคลินิก และการสัมภาษณ์ โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ได้แก่ มีเสียงดังที่บริเวณหน้าหูหรือในหูร้อยละ 19.2 ถึง 53.5 (15-16) อ้าปากได้ไม่ตรงร้อยละ 36.3 ถึง 50.1 (13, 17) ปวดบริเวณโบนหน้าและข้อต่อขากรรไกรร้อยละ 15.8 ถึง 36.7 (14-15) ปวดศีรษะร้อยละ 30 เมื่อยบริเวณขากรรไกรและกล้ามเนื้อโบนหน้าร้อยละ 12.5 ถึง 24.8 (13,15) อ้าปากได้จำกัดร้อยละ 9.8 และขากรรไกรค้ำร้อยละ 7.01 (15)

ผลต่อการทำงานหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

ปัญหาของระบบบดเคี้ยวที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือความไม่สบายของข้อต่อขากรรไกร ฟัน และกล้ามเนื้อบดเคี้ยวอาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเคี้ยวอาหาร การกลืน การนอนหลับพักผ่อน การทำงานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ หากเป็นรุนแรงและต่อเนื่องนาน ๆ อาจส่งผลทำให้ต้องหยุดงานเพื่อมารักษาหรือดูแลตัวเอง ทำให้ ขาดงาน ขาดรายได้ ขาดเรียน (4-5, 32)

มีการศึกษาพบว่าผู้เจ็บปวดบริเวณใบหน้าไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 26.1 (33) รบกวนการนอนร้อยละ 29.7 ถึง 59.0 (5-6, 33) รบกวนต่อการรับประทานอาหาร ส่งผลต่อความอยากอาหารหรือรสชาติของอาหารแย่ง (11) นอกจากนี้หากมีปัญหาค้างคางบางครั้งขอบฟันที่แหลม คม แตกหรือบิ่นจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อช่องปากของผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาในการเคี้ยวอาหารหรือการพูด บางครั้งหากฟันสึกมากจนตัวฟันสั้นลงอาจทำให้เกิดช่องห่างระหว่างฟันซึ่งทำให้เศษอาหารติดซอกฟัน นอกจากนี้การมีปัญหาของระบบบดเคี้ยวเป็นเวลานานนำมาซึ่งความเครียดทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานและสมาธิในการทำงานลดลง (6) หรือในผู้ที่อ้าปากได้จำกัดทำให้มีปัญหาในเรื่องการดูแลทำความสะอาดช่องปากทำให้เกิดเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์และฟันผุได้ง่าย

ผลต่อสังคมและจิตใจ

ปัญหาของระบบบดเคี้ยวอาจส่งผลต่อสังคมและจิตใจโดยนำมาซึ่งการสูญเสียความมั่นใจในการเข้าสังคม การพบปะผู้คน ตลอดจนการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังเช่น ผู้ที่มีปัญหาขากรรไกรค้างเป็นประจำ หรือมีเสียงดังขณะอ้าปาก อาจหลีกเลี่ยงการพูดคุย หรือการออกนอกบ้าน นอกจากนี้ยังปัญหาของระบบบดเคี้ยวส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื้อรังอาจส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า (11, 33-34) โดยผู้หญิงจะพบความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย

ผลต่อความสวยงาม

ปัญหาระบบบดเคี้ยวที่เกิดจากฟันหรือวัสดุบูรณะฟันสึกหรือแตก โดยเฉพาะในฟันหน้าอาจส่งผลต่อความสวยงามและเพศหญิงมีปัญหาเรื่องความสวยงามมากกว่าเพศชาย(10) หากมีปัญหาฟันสึกมากเป็นเวลานาน อาจส่งผลต่อความสูงในแนวตั้งของใบหน้าทำให้ใบหน้าดูสั้นลงหรือหากฟันสึกมากและไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ทะลุโพรงประสาทฟันและทำให้เนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันตาย ทำให้ฟันมีสีคล้ำลง หรือในผู้ที่มีปัญหากร้ามเนื้อบดเคี้ยวโตจากการมีแรงบดเคี้ยวที่มากผิดปกติอาจส่งผลให้ใบหน้าโตขึ้น (25, 35) ซึ่งมีลักษณะเป็นเหลี่ยม

ความต้องการรับการรักษา

ความต้องการรับรักษามีความหลากหลาย ทั้งความต้องการรักษาจากความ ต้องการของตนเองและจากคำแนะนำของทันตแพทย์ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการต่าง ๆ ซึ่งอาการที่ผู้ป่วย ต้องการรับการรักษาส่วนใหญ่เป็นอาการที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือขัดขวางต่อการบดเคี้ยวหรือ เคลื่อนขากรรไกร การศึกษาของ Dworkin ในปี 1994 (36) พบว่าผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง ต้องการรับการรักษาจากความ ต้องการของตนเองร้อยละ 70 ถึง 80 การศึกษาของ Carlsson

ในปี 1999 (37) พบว่า ผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามมีความต้องการการรักษาจากความต้องการของตนเองร้อยละ 3 ถึง 7 ในขณะที่มีความต้องการการรักษาจากคำแนะนำของทันตแพทย์ร้อยละ 1.5 ถึง 30 (38-39) การศึกษา Epker และ Gatchel ในปี 2000 (40) พบว่าผู้ป่วยที่เฝ้าติดตาม มีความต้องการการรักษาจากความต้องการด้วยตนเองร้อยละ 52.27 โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดฟันผุค้ำงมีเนื้อเยื่อ มีความต้องการรับการรักษาด้วยความต้องการของตนเองร้อยละ 60.87 และผู้ป่วยที่มีอาการแผ่นรอง ข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนมีความต้องการรับการรักษาด้วยความต้องการของตนเองร้อยละ 85.71

การศึกษาของประเทศไทยถึงปัญหาความผิดปกติของระบบบดเคี้ยวโดย เพ็ญพรรณ เลหาพันธ์ และเรดา เกษตรสุวรรณ ในปี 2529 (15) พบว่าผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามมีความต้องการการรักษาร้อยละ 72.5 ในขณะที่ปานตา เจริญลาภและคณะ ในปี 2554 (16) พบว่าผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามมีความต้องการการรักษาเพียงร้อยละ 1.5 โดยร้อยละ 50 ต้องการรับการรักษาด้วยการปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร ไบหน้า ปวดคอ ไหล่ ปวดศีรษะ และร้อยละ 13.6 ต้องการรับรักษาอาการมีเสียงที่หน้าหู อ้าปากได้จำกัด และรู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกรและพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการที่เฝ้าติดตามใช้บริการทันตกรรมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีอาการร้อยละ 10 ถึง 20 (41)

การตรวจ วินิจฉัย และแนวทางในการรักษา

การตรวจวินิจฉัย (1-3, 42-43) ประกอบไปด้วย การซักประวัติ และการตรวจทางคลินิก และการตรวจเพิ่มเติมต่าง ๆ สำหรับการซักประวัติได้แก่ อาการสำคัญของผู้ป่วย ระยะเวลาของการเกิดอาการ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจระบบบดเคี้ยวซึ่งได้แก่ การตรวจกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง ข้อต่อขากรรไกร ตรวจวัดระยะอ้าปาก การตรวจในช่องปากได้แก่ ตรวจตรวจการสบฟัน การสึกของฟันและวัสดุบูรณะฟัน การโยกของฟัน ความผิดปกติของเนื้อเยื่อในช่องปาก และการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้อาจมีการตรวจเพิ่มเติมอื่นหากจำเป็นได้แก่ การตรวจโดยภาพรังสี การทำแบบจำลองการสบฟัน อาจส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ ที่อาจมีอาการใกล้เคียงกันได้แก่ ตรวจโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทควบคุมหลอดเลือด ความผิดปกติที่เกิดในกะโหลกศีรษะ ความผิดปกติของระบบประสาทและโรคที่เกี่ยวข้องกับหู หรือการได้ยินในบางอาการที่เกี่ยวข้องกับการมีเสียงดังที่หน้าหูหรือในหู

สำหรับการรักษามีเป้าหมายในการรักษาเพื่อลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา (43-46) โดยแบ่งเป็นการรักษาในแนวอนุรักษ์และการรักษาในแนวรุกรานซึ่งการรักษาในแนวอนุรักษ์ประกอบด้วย การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยถึงสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการทำให้ผู้ป่วยลดความกังวล การดูแลตนเองโดยแนะนำให้หลีกเลี่ยงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรืออุปนิสัยบางอย่างที่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ประคบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็นบริเวณที่ปวด การให้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ และการใส่เฝือกสบฟัน มีการศึกษาหลายการศึกษา (47-50) แนะนำว่าการทำเฝือกสบฟันชนิดแข็งมีประสิทธิภาพในการรักษาอาการของปัญหาระบบบดเคี้ยวโดยเฉพาะอาการปวดที่สัมพันธ์กับกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยที่นอนกัดฟันเพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและป้องกันฟันสึกจากการนอนกัดฟัน ถึงแม้ว่าในบางการศึกษายังไม่แน่ใจในบทบาทของเฝือกสบฟันว่ามีส่วนช่วยในการรักษาอาการต่าง ๆ ของที่เริมดี ได้อย่างไร นอกจากนี้การรักษาในแนวรุกราน ได้แก่ การกรอปรับการสบฟัน การผ่าตัด การจัดฟัน มีคำแนะนำว่าควรพิจารณาใช้อย่างระมัดระวัง และจะใช้การรักษาแนวรุกรานเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนหรือใช้การรักษาแนวอนุรักษ์และการดูแลเบื้องต้นแล้วไม่ตอบสนองต่อการรักษา (45) บางครั้งอาจให้การรักษาโดยวิธีการต่าง ๆ ร่วมกันโดยการใส่เฝือกสบฟัน กรอปรับการสบฟัน การบูรณะฟัน ทำให้อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยดีขึ้นทั้งอาการปวดที่เกิดจากกล้ามเนื้อ อาการรู้สึกขัดขณะอ้าปาก หุบปาก รวมทั้งอาการที่มีเสียงในหู (51) จากการศึกษาของ Glaros และคณะ ในปี 1991(52) พบว่าการรักษาที่ทันตแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการปวดฟันผัดกล้ามเนื้อได้แก่ การทำเฝือกสบฟันโดย ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางให้การรักษาใกล้เคียงกัน และหากต้องส่งต่อจะส่งต่อไปเพื่อทำกายภาพบำบัดและจัดฟันมากที่สุด ส่วนการศึกษาของ Pierce และคณะ ในปี 1995 (20) พบว่าทันตแพทย์ทั่วไปรักษาผู้ป่วยโดยวิธีทำเฝือกสบฟันน้อยกว่าทันตแพทย์เฉพาะทาง และทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ทำเฝือกสบฟันมากที่สุดเมื่อเทียบกับทุกสาขา สำหรับการศึกษานี้ของ Ommerborn และคณะในปี 2009 (19) พบว่าการรักษาผู้ป่วยอาการที่เริมดี ที่ทำมากที่สุดคือ การทำเฝือกสบฟัน และหากจะต้องส่งต่อผู้ป่วยจะส่งต่อผู้ป่วยไปที่ทันตแพทย์อื่น ๆ หรือทันตแพทย์ในมหาวิทยาลัยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Glaros และคณะ ในปี 1995 (53) พบว่ารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหากผู้ป่วยถูกตรวจโดยแพทย์จะส่งต่อไปยังแพทย์อื่น ๆ และหากทันตแพทย์เป็นคนตรวจผู้ป่วยจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังทันตแพทย์คนอื่น ๆ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาการจัดการปัญหาที่เฝ้าไข้ ของ
ทันตแพทย์ไทย จากการศึกษาของลิสลา อานันท์นทะ และคณะ ในปี 2539 (24) โดยการใช้
แบบสอบถามทันตแพทย์ทั้งหมดจำนวน 310 คนโดย เป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานทันตกรรมทั่วไป
จำนวน 246 คน ทันตแพทย์ปฏิบัติงานเฉพาะทางจำนวน 51 คน และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงาน
ทันตกรรมทั่วไปพร้อมกับเฉพาะทางจำนวน 13 คนพบว่า ทันตแพทย์ส่วนน้อยตรวจระบบบดเคี้ยว
ในขณะที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ตรวจฟันสึก การตรวจเป็นไปตามอาการสำคัญของผู้ป่วย และการ
รักษาส่วนใหญ่ที่ให้ผู้ป่วยคือ การให้ยาแก้ปวด การบูรณะฟัน การทำฟันปลอมตามลำดับ

ความรู้ ความเข้าใจของทันตแพทย์เกี่ยวกับปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

มีการศึกษาความรู้ความเข้าใจในปัญหาระบบบดเคี้ยวในต่างประเทศ โดย
เปรียบเทียบความรู้ของทันตแพทย์ทั่วไปกับผู้เชี่ยวชาญ บางการศึกษาพบว่าทันตแพทย์ทั่วไปมี
ความรู้ ความเข้าใจสอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญ (54) บางการศึกษาพบว่าทันตแพทย์ทั่วไปมีความรู้
ความเข้าใจแตกต่างจากผู้เชี่ยวชาญในบางหัวข้อเช่น พยาธิสรีระวิทยาของการเกิดที่เฝ้าไข้

(55-56)

การศึกษาของเจนจิรา ธิระวัฒน์ ในปี 2544 (23)โดยใช้แบบสอบถามถึงความ
คิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย และการรักษาปัญหาระบบบดเคี้ยว ทันตแพทย์ทั่วไปจำนวน 276
คนและทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ จำนวน 10 สาขาจากคณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 101 คน พบว่า ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าทันตแพทย์
ทั่วไปควรมีความสามารถในการตรวจ วินิจฉัยการสบฟัน การตรวจกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และวินิจฉัย
การสบฟันจากแบบจำลองฟัน และสามารถให้การรักษาในเชิงอนุรักษ์ได้ ในขณะที่ทันตแพทย์
ทั่วไปให้ความเห็นว่า การตรวจ วินิจฉัยปัญหาระบบบดเคี้ยวค่อนข้างเข้าใจยาก เรียนน้อย และ
ไม่ค่อยได้เจอผู้ป่วยที่มีปัญหาเหล่านี้ในขณะที่เรียนระดับปริญญาตรี แต่เมื่อมาปฏิบัติงานพบผู้ป่วยที่
มีปัญหาเหล่านี้ค่อนข้างมากและไม่ทราบจะให้การรักษาอย่างไร จึงคิดว่าน่าจะส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญ
รักษา

การส่งต่อ

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย (57)

ระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยแบ่งระดับการให้บริการผู้ป่วยตามศักยภาพของสถานบริการออกเป็น 3 ระดับใหญ่ ๆ คือ สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิโดยแบ่งเป็นระดับปฐมภูมิหลักและปฐมภูมีย่อย โดยหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมีย่อยได้แก่ สถานีอนามัยที่มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยให้บริการเฉพาะผู้ป่วยนอกไม่มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน มีแพทย์หมุนเวียนมาตรวจผู้ป่วย สถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิหลักได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนโดยมีการให้บริการสาธารณสุขทั้งผู้ป่วยนอกและรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนโดยกำหนดให้มีแพทย์ประจำเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก รักษาโรคที่ไม่มีความซับซ้อนมากนัก สถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่มีขนาดใหญ่กว่าสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ให้บริการสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนมากกว่าประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ แบ่งย่อยได้เป็นสถานบริการสาธารณสุขทุติยภูมิระดับต้นประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ เช่น ระบาดวิทยา เวชศาสตร์ป้องกัน เวชปฏิบัติครอบครัว สถานบริการสาธารณสุขทุติยภูมิระดับกลางประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ได้แก่ สูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ วิสัญญีแพทย์ กุมารเวชศาสตร์ และสถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิระดับสูงส่วนใหญ่มักจะเป็นโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ให้การรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ มากขึ้นเช่น จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู รังสีวิทยา ส่วนสถานบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิเป็นสถานบริการสาธารณสุขขนาดใหญ่มีศักยภาพมากขึ้นโดยประกอบด้วยแพทย์สาขาต่าง ๆ มากขึ้นที่สำคัญได้แก่ แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ศัลยศาสตร์ ทรวงอก โรคเลือด โรคทางลมหายใจ รังสีวิทยานอกจากการแบ่งสถานบริการสาธารณสุขตามศักยภาพและการมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ แล้ว การแบ่งประเภทของสถานบริการสาธารณสุขยังมีการแบ่งตามจำนวนเตียงผู้ป่วยที่มีอยู่ในโรงพยาบาลโดย โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลมหาราชมีจำนวนเตียง 600 ถึง 1000 เตียง โรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนเตียง 500 ถึง 600 เตียง โดยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาราชจะมีอยู่เฉพาะในจังหวัดใหญ่ ๆ โรงพยาบาลทั่วไปหรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า โรงพยาบาลประจำจังหวัดมีจำนวนเตียงอยู่ 2 ขนาดคือ 150 ถึง 250 เตียง และขนาด 250 ถึง 500 เตียง โดยในหนึ่งจังหวัดจะมีโรงพยาบาลทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งแห่ง โรงพยาบาลชุมชนหรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่าโรงพยาบาลประจำอำเภอแบ่งเป็นหลายขนาดได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กมีจำนวนเตียง 10 ถึง 30 เตียง และขนาด 30 ถึง 60 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางมีจำนวนเตียง 60

ถึง 90 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่มีจำนวนเตียง 90 ถึง 120 เตียง และ 120 ถึง 150 เตียง โดยในหนึ่งอำเภอจะมีโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งแห่ง

สำหรับทันตแพทย์ไม่มีการกำหนดสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐแต่ละขนาดและแต่ละประเภทมีเพียงการกำหนดจำนวนทันตแพทย์ประจำสถานบริการสาธารณสุขแต่ละขนาดตามจำนวนประชากรในพื้นที่ที่ต้องดูแล และกำหนดให้ทันตแพทย์ทำสัญญาการใช้ทุนเพื่อเข้าทำงานในสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เป็นเวลา 3 ปี หากไม่ทำตามสัญญาดังกล่าวจะต้องชดใช้เป็นจำนวนเงิน 4 แสนบาท สำหรับในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วย 19 จังหวัดมีสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขสังกัดกรมต่าง ๆ ทั้งกรมสำนักงานปลัดกระทรวง กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 14 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 259 แห่ง และอื่น ๆ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ศูนย์อนามัย ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน และมีทันตแพทย์ที่สังกัดในสถานบริการสาธารณสุขดังกล่าวเป็นจำนวนทั้งสิ้น 857 คน

สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม (58) ในปัจจุบันมีการแบ่งสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกเป็น 3 อย่างคือ เบิกได้จากกรมบัญชีกลาง ประกันสังคม และบัตรทอง ผู้ที่มีสิทธิเบิกได้ตามที่กำหนดโดยสามารถใช้บริการทันตกรรมโดยใช้สิทธิเบิกได้ดังนี้ คือ การอุดฟัน ถอนฟัน การรักษาโรคปริทันต์ ผ่าฟันคุดและการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับช่องปากและขากรรไกร การรักษาคลองรากฟัน การแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ ฟอกสีฟันที่ตายแล้ว การใส่เครื่องมือปิดช่องเพดานโหว่ การเคลือบฟลูออไรด์ทั้งปาก การใส่ฟันปลอมสบฟัน โดยใช้สิทธิดังกล่าวได้ที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐเท่านั้นหากใช้บริการที่สถานบริการในภาคเอกชนไม่สามารถเบิกค่ารักษาได้ สิทธิประกันสังคม ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิประกันสังคมได้ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนโดยสามารถนำไปเสร็จและหลักฐานไปเบิกค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมกับสำนักงานประกันสังคมโดยให้เบิกได้ปีละ 2 ครั้ง ๆ ละ 250 บาทสำหรับการรักษา ถอนฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน โดยกำหนดให้ชูดหินปูนได้ปีละ 1 ครั้ง และสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการใส่ฟันเทียมแบบถอดได้ฐานพลาสติกไม่เกิน 5 ซี่ได้ 1200 บาทและเบิกได้ 1400 บาท หากมากกว่า 5 ซี่ บัตรทองซึ่งมีผู้ใช้เป็นจำนวนมากใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้ใช้สิทธิบัตรทองสามารถใช้สิทธิได้ตามสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเท่านั้นโดยมีสิทธิดังนี้คือ อุดฟัน รักษาโรคปริทันต์ ถอนฟัน ผ่าฟันคุดรวมถึงการผ่าตัดอื่น ๆ เกี่ยวกับช่องปากและขากรรไกร การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็ก รักษาคลองรากฟันน้ำนม การใส่เครื่องมือปิดช่องเพดานโหว่ การใส่

พื้นที่ยวมฐานพลาสติกแบบถอดได้โดยหากเป็นแบบถอดได้ทั้งปากจะกำหนดให้ใส่ได้ 1 ชั้นมีอายุการใช้งาน 5 ปี ถ้าหากเป็นแบบถอดได้บางส่วนกำหนดให้ใส่ 1 ชั้นมีอายุการใช้งาน 2 ปี ถ้าหากไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดผู้ใช้สิทธิจะต้องจ่ายค่ารักษาเอง และผู้มีสิทธิบัตรทองจะต้องใช้บริการสาธารณสุขรวมถึงบริการทางทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขที่ได้กำหนดไว้ในบัตรทองเท่านั้นหากใช้บริการที่สถานบริการสาธารณสุขอื่นนอกเหนือจากที่กำหนดไว้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเว้นในกรณีที่ได้รับการส่งต่อโดยแพทย์หรือทันตแพทย์ผู้รักษา ทั้งนี้การส่งต่อจะต้องส่งต่อผู้ป่วยโดยมีใบส่งต่อและส่งต่อไปตามลำดับสถานบริการโดยเงื่อนไขของระบบบริการ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและตัวอย่าง

ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมดจำนวน 857 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว จำนวน 7 ข้อ

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากอาจารย์ในภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยวจำนวน 3 ท่านเพื่อให้ตรวจสอบแก้ไขและทดลองใช้กับทันตแพทย์ที่กำลังศึกษาระดับหลังปริญญาคณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 10 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยใช้แบบสอบถาม ส่งทางไปรษณีย์ ผนึกดวงตราไปรษณียากรทั้งไปและกลับ ซึ่งกำหนดให้ส่งแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ หากไม่ได้รับแบบสอบถามคืนจะส่งซ้ำรอบที่ 2 และให้ส่งกลับภายใน 2 สัปดาห์และถ้าไม่ได้รับคืนอีกครั้งจะติดตามโดยส่งไปรษณียบัตรเตือนให้ส่งแบบสอบถามกลับ โดยกำหนดให้ตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามถูกส่งกลับทั้งหมด 537 ชุด จาก 857 ชุด ซึ่งตอบกลับมาในรอบแรก จำนวน 326 ชุด รอบที่สองตอบกลับมามีจำนวน 132 ชุด และรอบที่สามตอบกลับมามีจำนวน 79 ชุด และยังมีแบบสอบถามที่ถูกส่งกลับคืนเนื่องจากทันตแพทย์ย้ายที่อยู่ ลาออก เรียนต่อ จำนวน 28 ชุด ดังนั้นคิดเป็นอัตราการตอบกลับแบบสอบถามจากผู้ปฏิบัติงานจริงร้อยละ 61.3 โดยเป็นแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 509 ชุด

ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ทันตแพทย์หญิงจำนวน 370 คน (ร้อยละ 72.7) ทันตแพทย์ชายจำนวน 139 คน (ร้อยละ 27.3) โดยมีอายุตั้งแต่ 24 ปี ถึง 58 ปี โดยอายุเฉลี่ยคือ 33.9 ปี

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ที่จบทันตแพทยศาสตรบัณฑิตระหว่างปีพ.ศ.2519 ถึงปี พ.ศ.2553 โดยจำนวนมากที่สุดเป็นผู้ที่จบการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิตระหว่างปีการศึกษา 2553 - 2547 จำนวน 212 คน (ร้อยละ 41.7) น้อยที่สุดเป็นทันตแพทย์ที่จบในปีการศึกษา 2525-2519 จำนวน 18 คน (ร้อยละ 3.5)(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละและจำนวนทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามในช่วงปีที่จบ การศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

ปีที่จบการศึกษา	ร้อยละ	จำนวน
2553-2547	41.7	212
2546-2540	33.2	169
2539-2533	15.5	79
2532-2526	6.1	31
2525-2519	3.5	18
รวม	100.0	509

ผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกเป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 345 คน (ร้อยละ 67.7) โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 60 คน (ร้อยละ 11.7) โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 56 คน (ร้อยละ 11.0) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 21 คน และอื่น ๆ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์อนามัย ศูนย์มะเร็ง รพ.ส่งเสริมสุขภาพ รพ.กรมสุขภาพจิต) จำนวน 27 คน เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่าเป็นทันตแพทย์ศาสตรบัณฑิต 287 คน และทันตแพทย์เฉพาะทางจำนวน 222 คน โดยมีการกระจายของทันตแพทย์ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขดังตารางที่ 2

อย่างไรก็ตามทันตแพทย์ส่วนใหญ่ในทุกหน่วยงานจำนวน 383 คน (ร้อยละ 75.2) ปฏิบัติงานทั้งงานทันตกรรมทั่วไปและเฉพาะทาง ในขณะที่มีทันตแพทย์เพียง 89 คน (ร้อยละ 17.4) ปฏิบัติงานทันตกรรมทั่วไป และทันตแพทย์จำนวน 28 คน (ร้อยละ 5.5) ปฏิบัติงานบริหาร



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามตามสาขาและประเภทของสถานบริการสาธารณสุข

สาขา	จำนวน (ร้อยละ)	ประเภทของสถานบริการสาธารณสุข (จำนวน, ร้อยละ)									
		รพ.ศูนย์	รพ.ทั่วไป	รพ.ชุมชน	สสจ.*	วสส.**	ศูนย์สุขภาพชุมชน	ศูนย์แม่เร่	รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	ศูนย์อนามัย	รพ.กรมสุขภาพจิต
ทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต	287(56.3)	19(6.6)	26(9.0)	222(77.3)	8(2.7)	10(3.4)	0(0.0)	1(0.3)	0(0.0)	0(0.0)	1(0.3)
ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	37(7.2)	11(2.9)	7(18.9)	19(51.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ปริทันตวิทยา	4.5(23)	5(21.7)	3(13.0)	12(52.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(4.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ทันตกรรมสำหรับเด็ก	2.7(14)	3(21.4)	3(21.4)	8(57.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ทันตกรรมจัดฟัน	5(0.9)	1(20.0)	1(20.0)	8(60.0)	2(8.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ทันตกรรมประดิษฐ์	28(5.5)	8(28.5)	5(17.8)	13(46.4)	1(3.5)	0(0.0)	1(3.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ทันตสาธารณสุข	18(3.5)	2(11.1)	0(0.0)	9(50.0)	2(11.1)	4(22.2)	0(0.0)	0(0.0)	1(5.5)	0(0.0)	0(0.0)
วิทยาเอ็นโดดอนต์	15(2.9)	3(20.0)	3(20.0)	6(40.0)	2(13.3)	0(0.0)	1(13.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ทันตกรรมหัตถการ	10(1.9)	1(10.0)	0(0.0)	8(80.0)	1(10.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ทันตกรรมทั่วไป	31(6.0)	3(9.6)	4(12.9)	19(61.2)	2(6.4)	1(3.2)	1(3.2)	0(0.0)	1(3.2)	0(0.0)	0(0.0)
วิทยาการวินิจฉัยโรค (เวชศาสตร์ช่องปาก)	7(1.3)	2(28.5)	1(14.2)	4(57.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
สาธารณสุขศาสตร์	22(4.3)	1(4.5)	2(9.0)	17(77.2)	1(4.5)	1(4.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4.5(1)	0(0.0)
อื่น ๆ (วิทยาศาสตร์สุขภาพ การวิจัยทางทันตแพทยศาสตร์)	11(2.1)	1(9.0)	1(9.0)	5(45.4)	2(18.1)	2(18.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
รวม	509(100.0)	60(11.7)	56(11.0)	345(67.7)	21(4.1)	18(3.5)	3(0.5)	2(0.2)	2(0.2)	1(0.1)	1(0.1)

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

ประสบการณ์ในการจัดการปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

ประสบการณ์พบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสำคัญต่าง ๆ ของปัญหาระบบบดเคี้ยว

จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ทันตแพทย์ทุกคนเคยพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวแต่มีประสบการณ์พบผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญแตกต่างกันโดย ร้อยละ 98.8 พบผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญคือมีฟันสึกเหตุดเคี้ยวจนมีอาการเสียวฟัน รองลงมาพบผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวข้องกับทีเอ็มดี ได้แก่ ร้อยละ 91.1 พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกรขณะสบฟัน เคี้ยวอาหารหรืออ้าปาก ร้อยละ 88.4 พบผู้ป่วยที่มีอาการอ้าปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณหน้าหู ร้อยละ 85.0 พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะใบหน้า ขณะสบฟันเคี้ยวอาหารหรืออ้าปาก ร้อยละ 82.7 พบผู้ป่วยที่มีอาการอ้าปากได้น้อยลงกว่าเดิม ร้อยละ 68.7 พบผู้ป่วยที่มีอาการเมื่อยบริเวณใบหน้าขณะตื่นนอนหรือเคี้ยวอาหาร และทันตแพทย์จำนวนมากพบผู้ป่วยที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับการสบฟัน ได้แก่ ร้อยละ 70.3 พบผู้ป่วยที่มีอาการเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด และร้อยละ 53.2 พบผู้ป่วยที่มีอาการรู้สึกกัดฟันหรือสบฟันเปลี่ยนไป (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละและจำนวนของทันตแพทย์ที่พบผู้ป่วยมาด้วยอาการสำคัญของปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวอาการต่าง ๆ

อาการสำคัญ	ร้อยละ	จำนวน
มีการสึกของฟัน (attrition) หรือวัสดุบูรณะฟัน จนมีอาการเสียวฟัน	98.8	503
ปวดบริเวณใบหน้า ศีรษะ ขมับ ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก	85.0	433
ปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก	91.1	464
เมื่อยบริเวณใบหน้าขณะตื่นนอน หรือเคี้ยวอาหาร	68.7	350
อ้าปากได้น้อยลงกว่าเดิม	82.7	421
รู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกรขณะอ้าปากหรือหุบปาก	82.3	419
อ้าปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณหน้าหู	88.4	450
รู้สึกสบฟัน หรือกัดฟันเปลี่ยนไป	53.2	271
เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด (ทั้งในผู้ที่มีฟันธรรมชาติและผู้ใส่ฟันเทียม)	70.3	358

การตรวจระบบบดเคี้ยว

ในกรณีที่ทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ ของปัญหา ระบบบดเคี้ยว

ทันตแพทย์ตรวจระบบบดเคี้ยว โดยร้อยละ 97.6 (497 คน) ตรวจการสึกของฟัน และวัสดุบูรณะฟัน ร้อยละ 95.8 (488 คน) ตรวจกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ร้อยละ 90.1 (459 คน) ตรวจการมีเสียงดังที่ข้อต่อขากรรไกรขณะมีการเคลื่อนไหวขากรรไกร ในขณะที่มีร้อยละ 77.6 (395 คน) ตรวจวัฏระยะการอ้าปากกว้าง ร้อยละ 74.2 (378 คน) ตรวจการสบฟันในตำแหน่ง สบในศูนย์และสบนอกศูนย์ ร้อยละ 22.4 (114 คน) ส่งตรวจภาพรังสี และร้อยละ 11.2 (57 คน) ทำ แบบจำลองการสบฟันและเมื่อจำแนกออกตามสาขาเฉพาะทางต่าง ๆ พบว่าทันตแพทย์ให้การตรวจ ใกล้เคียงกันทุกสาขา ยกเว้นทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ที่ให้ความสำคัญกับการตรวจการ สบฟันในตำแหน่งสบในศูนย์/นอกศูนย์และการทำแบบจำลองการสบฟันมากกว่าทันตแพทย์สาขา อื่น ๆ (ตารางที่ 4)



ศูนย์วิทยทันตวิทยา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 ร้อยละและจำนวน ของการตรวจระบบบดเคี้ยวของทันตแพทย์สาขาต่าง ๆ

สาขา	จำนวน	การตรวจระบบบดเคี้ยว						
		ตรวจการเรียงฟัน ที่ทันตแพทย์ประจำ คลินิก	ตรวจการเรียงฟัน และข้อต่อขากรรไกร โดยทันตแพทย์ประจำ คลินิก	ตรวจการเรียงฟันที่ ข้อต่อขากรรไกร	ตรวจการเรียงฟันที่ขากรรไกร	ตรวจการสบฟัน	ส่งตรวจภาพรังสีเพิ่มเติม	ทำแบบจำลองการสบฟัน
ทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต	287	96.4(277)	96.8(275)	88.3(251)	74.2(211)	70.4(200)	15.5(44)	0.83(25)
ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล	37	100.0(37)	100.0(37)	97.2(36)	97.2(36)	86.4(32)	59.4(22)	10.8(4)
ปริทันตวิทยา	23	100.0(23)	100.0(23)	95.6(22)	69.5(16)	69.5(16)	30.4(7)	13.0(3)
ทันตกรรมสำหรับเด็ก	14	100.0(14)	92.8(13)	78.5(11)	78.5(11)	78.5(11)	28.5(4)	0.0(0)
ทันตกรรมจัดฟัน	5	100.0(5)	100.0(5)	80.0(4)	80.0(4)	80.0(4)	80.0(4)	0.0(0)
ทันตกรรมประดิษฐ์	28	100.0(28)	96.4(27)	92.8(26)	82.1(23)	100.0(28)	35.7(10)	46.4(13)
ทันตสาธารณสุข	18	100.0(18)	100.0(18)	94.1(16)	70.5(12)	88.2(15)	11.7(2)	5.8(1)
วิทยาเอ็นโดดอนต์	15	100.0(15)	93.3(14)	93.3(14)	73.3(11)	80.0(12)	26.6(4)	0.0(0)
ทันตกรรมหัตถการ	10	100.0(10)	90.0(9)	100.0(10)	90.0(9)	70.0(7)	20.0(2)	20.0(2)
ทันตกรรมทั่วไป	31	100.0(31)	96.6(29)	100.0(31)	83.3(25)	80.0(24)	26.6(8)	23.3(7)
วิทยาการวินิจฉัยโรค (เวชศาสตร์ช่องปาก)	7	100.0(7)	100.0(7)	100.0(7)	57.1(8)	42.8(3)	28.5(2)	0.0(0)
สาธารณสุขศาสตร์	22	95.4(21)	95.4(21)	90.9(20)	81.8(18)	72.7(16)	9.0(2)	4.5(1)
อื่น ๆ (วิทยาศาสตร์สุขภาพ การวิจัยทางทันตแพทยศาสตร์)	11	92.3(11)	84.6(10)	84.6(11)	84.6(11)	76.9(10)	23.1(3)	7.6(1)
รวม	509	97.6(497)	95.8(488)	90.1(459)	77.6(395)	74.2(378)	22.4(114)	11.2(57)

การจัดการผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าเมื่อทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสำคัญต่าง ๆ ของปัญหาบบบดเคี้ยว ได้มีการจัดการอาการต่าง ๆ อย่างหลากหลาย และจากแบบสอบถามที่ให้ทันตแพทย์เลือกคำตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ วิธีการที่ทันตแพทย์จัดการผู้ป่วยเหล่านี้จึงน่าจะมีการรักษาร่วมมากกว่าหนึ่งวิธี รวมทั้งมีการส่งต่อไปยังบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ (ตารางที่ 5)

ทันตแพทย์เกือบทุกคน (503 คน) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (509 คน) รายงานว่าพบและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาฟันสึกเหตุดเคี้ยว ทันตแพทย์จำนวนมาก (ร้อยละ 88.6) ใช้วิธีการบูรณะฟัน โดยมีการรักษาร่วมด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ ทันตแพทย์ร้อยละ 46.5 ให้คำแนะนำในการปรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง ทันตแพทย์ร้อยละ 15.9 ทำการกรอปรับการสบฟัน เป็นต้น และมีทันตแพทย์จำนวนหนึ่งส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ ทันตแพทย์ร้อยละ 23.4 ส่งต่อไปยังผู้ป่วยยังทันตแพทย์สาขาอื่น

ทันตแพทย์จำนวน 433 คน ที่พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดบริเวณ ไบหน้า ศีรษะ ขมับ ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหารหรืออ้าปาก ประมาณร้อยละ 80 ให้การรักษา 3 อย่างร่วมกันคือ ให้คำแนะนำการปรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง ให้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ แนะนำการประคบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็น ในขณะที่ร้อยละ 34.4 ส่งต่อไปยังทันตแพทย์สาขาอื่น

ทันตแพทย์จำนวนมากเมื่อพบอาการที่เกี่ยวข้องกับที่เอ็มดี ได้แก่ อาการปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกรขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหารหรืออ้าปาก เมื่อยบริเวณไบหน้าขณะตื่นนอนหรือเคี้ยวอาหาร อ้าปากได้น้อยลงกว่าเดิม รู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกรขณะอ้าปากหรือหุบปาก อ้าปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณหน้าหู ทันตแพทย์ให้การจัดการหลากหลายวิธีร่วมกันได้แก่ ให้คำแนะนำในการปรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง ให้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ แนะนำการประคบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็น และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังทันตแพทย์สาขาอื่นจำนวนมาก

ในกรณีที่ทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวข้องกับการสบฟัน ได้แก่ อาการรู้สึกกัดฟันหรือสบฟันเปลี่ยนไป และเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด พบว่าทันตแพทย์จำนวนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างให้การรักษาร่วมเหล่านี้และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังทันตแพทย์สาขาอื่น

ในการส่งต่อ ทันตแพทย์จำนวนมากส่งต่อผู้ป่วยทุกกลุ่มอาการไปยังทันตแพทย์สาขาอื่น มีจำนวนน้อยที่ส่งต่อไปยังแพทย์และนักกายภาพบำบัด และที่น่าสนใจคือมีทันตแพทย์ร้อยละ 8.3 ส่งผู้ป่วยที่มีอาการปวดบริเวณไบหน้า ศีรษะ ขมับ ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหารหรืออ้าปากไปยังแพทย์

ตารางที่ 5 ร้อยละและจำนวนของทันตแพทย์กับการจัดการอาการต่าง ๆ ของปัญหาการทำหน้าที่ของระบบเคี้ยว (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ (จำนวน)	การจัดการ (ร้อยละ, จำนวน)							ส่งต่อ (ร้อยละ, จำนวน)		
	บูรณะฟันที่เกิดจากฟันสึก	ให้คำแนะนำการปรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง	ใช้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ	แนะนำการปรับระบุน้ำขึ้น หรือน้ำเย็น	การปรับการสบฟัน	ใส่เสื้อสบฟัน	อื่น ๆ ได้แก่ ทำอัลตราซาวด์	ส่งต่อทันตแพทย์สาขาอื่น	ส่งต่อแพทย์	ส่งต่อนักกายภาพบำบัด
1. มีการสึกของฟัน (attrition) หรือวัสดุบูรณะฟัน จนมีอาการเสียวฟัน (503)	88.6(446)	46.5(234)	4.3(22)	4.5(23)	15.9(80)	8.5(43)	3.5(18)	23.4(11)	0.3(2)	0.1(1)
2. ปวดบริเวณใบหน้า ศีรษะ ขมับ ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก (433)	14.5(63)	86.8(376)	82.2(356)	78.9(342)	17.5(76)	12.4(54)	2.0(9)	34.4(191)	8.3(36)	4.8(21)
3. ปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก (464)	10.3(48)	80.6(364)	10.3(48)	73.4(344)	15.5(72)	19.8(92)	0.6(3)	45.0(209)	2.8(13)	4.7(22)
4. เมื่อยบริเวณใบหน้าขณะตื่นนอน หรือเคี้ยวอาหาร (350)	4.8(17)	73.7(258)	47.1(165)	56.5(198)	5.7(20)	26.2(92)	0.8(3)	27.4(96)	0.8(3)	2.2(8)
5. ซ้ำปากได้น้อยลงกว่าเดิม (421)	4.0(17)	61.2(258)	53.2(224)	57.9(244)	3.3(14)	5.2(22)	4.7(20)	50.5(213)	2.8(12)	3.3(14)
6. รู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกรขณะอ้าปากหรือหุบปาก (419)	3.8(16)	69.4(291)	27.9(117)	36.2(152)	6.2(26)	12.1(51)	2.3(10)	51.5(216)	3.8(16)	2.1(9)
7. ซ้ำปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณหน้าหู (450)	6.4(29)	70.6(318)	18.0(81)	28.4(128)	4.2(19)	12.2(55)	0.1(6)	44.8(202)	3.1(14)	0.8(4)
8. รู้สึกสบฟัน หรือกัดฟันเปลี่ยนไป (271)	23.6(64)	36.1(98)	9.5(26)	11.4(31)	37.6(102)	4.7(11)	0.3(1)	53.1(144)	3.3(9)	0.3(1)
9. เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด (ทั้งในผู้ที่มีพื้นฐานธรรมชาติและผู้ที่ใส่ฟันเทียม) (358)	37.4(134)	40.7(146)	3.9(14)	6.7(24)	47.2(169)	1.9(7)	0.0(0)	30.1(108)	1.3(5)	0(0.0)

การส่งต่อผู้ป่วย

จากแบบสอบถามพบว่า มีทันตแพทย์จำนวนมากส่งต่อผู้ป่วยโดยตอบว่ามีสาเหตุของการส่งต่อดังนี้ ทันตแพทย์ร้อยละ 46.3 ตอบว่าขาดบุคลากร ร้อยละ 35.1 ตอบว่าขาดความรู้/ทักษะ ร้อยละ 25.1 ตอบว่าขาดเครื่องมือ ร้อยละ 6.6 ตอบว่ารักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น และ ร้อยละ 2.5 เลือกคำตอบอื่นใด ได้แก่ เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย และไม่มีเวลารักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ อาจมีหลายสาเหตุในการที่ทันตแพทย์ต้องส่งต่อผู้ป่วย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละและจำนวนของทันตแพทย์กับสาเหตุของการส่งต่อผู้ป่วย
(เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สาเหตุของการส่งต่อ	ร้อยละ(จำนวน)
ขาดบุคลากร	46.3(236)
ขาดความรู้/ทักษะ	35.1(179)
ขาดเครื่องมือ	25.1(128)
รักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น	6.6(34)
อื่น ๆ (ความต้องการของผู้ป่วย ไม่มีเวลา)	2.5(13)

เมื่อจำแนกตามสถานที่ส่งต่อและเหตุผลของการส่งต่อผู้ป่วยพบว่า ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่งต่อผู้ป่วยไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์มากที่สุด โดยมีเหตุผลต่าง ๆ ที่หลากหลายเรียงตามลำดับดังนี้คือ ความมีศักยภาพ ของสถานบริการ ความสะดวกของผู้ป่วย เงื่อนไขของระบบบริการ และความคุ้นเคยกับสถานที่ที่ส่งต่อ ส่วนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหลัก 2 อันดับแรกคือ โรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขอื่น ๆ และคณะทันตแพทยศาสตร์ โดยเหตุผลที่สำคัญคือ เป็นไปตามเงื่อนไขของระบบบริการ ความสะดวกของผู้ป่วย ความมีศักยภาพ และความคุ้นเคยกับสถานที่ที่ส่งต่อ และทันตแพทย์ที่สังกัดหน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย ศูนย์มะเร็ง รพ.กรมสุขภาพจิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน ก็พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบเคี้ยว และที่มีการส่งต่อผู้ป่วยก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์เป็นหลักด้วยเหตุผลสำคัญคือ ความมีศักยภาพของสถานบริการ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละและจำนวนของทันตแพทย์ที่บอกถึงสถานที่ และเหตุผลการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงานและเหตุผลของการส่งต่อ (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ประเภทของสถานที่ปฏิบัติงาน (จำนวน)	สถานที่ส่งต่อ					เหตุผลของการส่งต่อไปยังสถานที่ต่าง ๆ			
	รพ.สังกัด กระทรวง สาธารณสุข อื่น ๆ	คณะทันต แพทยศาสตร์	คลินิกหรือรพ. เอกชน	หน่วยงานอื่น ในสถาน ปฏิบัติงาน เดียวกัน	อื่น ๆ	เงื่อนไขของ ระบบบริการ	ความสะดวก ของผู้ป่วย	ความ คุ้นเคย	มีศักยภาพ
รพ.ศูนย์ (60)	16.6(10)	65.0(39)	3.3(2)	31.6(19)	5.0(3)	33.3(20)	35.0(21)	21.6(13)	45.0(27)
รพ.ทั่วไป (56)	30.0(17)	78.5(44)	0.0(0)	14.2(8)	5.3(3)	32.1(18)	35.7(20)	21.4(12)	37.5(21)
รพ.ชุมชน (345)	57.1(197)	37.1(128)	3.7(13)	6.3(22)	1.1(4)	54.7(189)	31.0(107)	13.9(48)	25.7(89)
อื่น ๆ * (48)	20.8(10)	45.8(22)	6.2(3)	4.1(2)	4.1(2)	12.5(6)	31.2(15)	14.5(7)	39.5(19)

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย ศูนย์มะเร็ง รพ.กรมสุขภาพจิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์วิทยุทันตกรรม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทวิจารณ์

วัตถุประสงค์และคำนิยามของการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา คือเป็นการศึกษาประสบการณ์การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวซึ่งรวมถึงการตรวจ การรักษา การส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดการผู้ป่วย และในการศึกษานี้ใช้คำว่าปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวซึ่งเป็นคำที่มีความหมายรวมถึงอาการและอาการแสดงของปัญหาต่าง ๆ ของระบบบดเคี้ยวซึ่งให้ความหมายรวมถึง การมีฟันสึกเหตุดัดเคี้ยว อาการในกลุ่มของปัญหาการสบฟันได้แก่ เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด กัดฟันหรือสบฟันเปลี่ยนไป และกลุ่มอาการของเท็มโพรแมนดิบิวลาร์ดิสออเดอร์(ทีเอ็มดี)ได้แก่ อาการปวดบริเวณใบหน้า ศีรษะ ขมับ ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหารหรืออ้าปาก ปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหารหรืออ้าปาก เมื่อยบริเวณใบหน้าขณะตื่นนอนหรือเคี้ยวอาหาร อ้าปากได้น้อยลงกว่าเดิม รู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกรขณะหุบปากหรืออ้าปาก อ้าปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณหน้าหู ส่วนการศึกษาอื่นที่เคยมีมาก่อนซึ่งเป็นการศึกษาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัญหาทีเอ็มดี (22-24) ซึ่งให้ความหมายไม่ครอบคลุมอาการอื่น ๆ ของปัญหารบบบดเคี้ยว

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุดของประเทศและในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประชากรใช้บริการระบบบริการสาธารณสุขของรัฐเป็นส่วนใหญ่ และการศึกษานี้จะมีส่วนช่วยให้ทราบว่าทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือไม่ และมีวิธีการจัดการผู้ป่วยเหล่านี้อย่างไร และถ้ามีการศึกษาระบาดวิทยาต่อในพื้นที่นี้ในภาครัฐสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปบริหารจัดการเชิงนโยบาย เช่น การจัดสรรกำลังคน การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ได้

ในการศึกษานี้มีทันตแพทย์ตอบกลับแบบสอบถามอัตราตอบกลับร้อยละ 61.3 ซึ่งเป็นการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ร่วมกับการส่งจดหมายเตือน 3 รอบ เป็นอัตราการตอบแบบสอบถามซึ่งใกล้เคียงกับอัตราตอบแบบสอบถามของทันตแพทย์ทางไปรษณีย์ร่วมกับการส่งจดหมายเตือนจำนวน 3 รอบในรายงานการวิจัยของ ชาญชัย ให้สงวน ในปี 2554 (59) พบว่าทันตแพทย์ตอบแบบสอบถามร้อยละ 60.9 การศึกษาของ ภูมิศักดิ์ เลาวกุล และปฐวี คงขุนเทียน ในปี 2545 (60) ส่งแบบสอบถามรอบเดียวอัตราตอบกลับร้อยละ 25.2 และการศึกษาของ

ชาญชัย ให้สงวน ในปี 2550 (61) และ 2552 (62) ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ 2 รอบอัตราการตอบกลับร้อยละ 36.9-38.6 หนึ่งในลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ไม่ตอบแบบสอบถามของการศึกษาคั้งนี้มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ ในกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามเป็นหญิงร้อยละ 72.7 ชายร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 67.7 และในกลุ่มที่ไม่ตอบแบบสอบถามเป็นหญิงร้อยละ 67.8 ชายร้อยละ 32.1 และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 62.1

ประสบการณ์ในการพบผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบบดเคี้ยว ทันตแพทย์เกือบทุกคนพบผู้ป่วยที่มีอาการหลากหลาย และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภทอาจพบผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ แตกต่างกันไป แม้ว่าในสถานบริการสาธารณสุขบางแห่งเช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย ไม่ได้ให้การรักษาผู้ป่วยเป็นงานหลัก แต่ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขเหล่านี้ก็มีโอกาสพบผู้ป่วยที่มีอาการเหล่านี้ได้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ไม่อาจจะระบุถึงปริมาณของผู้ป่วยแต่ละอาการที่ทันตแพทย์พบ

ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางปฏิบัติงานทั้งในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และอื่น ๆ เนื่องจากการจัดสรรทันตแพทย์ภาครัฐปฏิบัติงานในพื้นที่ต่าง ๆ มีเพียงการจัดสรรทันตแพทย์ในระดับปริญญาบัณฑิต ไม่พบว่ามีความต้องการศึกษาต่อหรือการจัดสรรทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ประจำในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับจึงทำให้พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ นั้นต้องปฏิบัติงานทั้งงานทันตกรรมทั่วไปและงานทันตกรรมเฉพาะทาง น่าสนใจว่า การที่ทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบบดเคี้ยวที่มีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วทันตแพทย์พบผู้ป่วยดังกล่าวในการปฏิบัติงานทันตกรรมทั่วไปหรือทันตกรรมเฉพาะทาง ซึ่งแตกต่างจากการจัดสรรแพทย์ซึ่งมีข้อกำหนดในสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิหลัก เช่น โรงพยาบาลชุมชนจะต้องมีแพทย์ประจำเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป สถานบริการระดับทุติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์จะต้องมีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักและสาขาย่อยบางสาขา เช่น สาขาสูติศาสตร์ ศัลยศาสตร์อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ และระดับตติยภูมิเป็นการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น

จากการตรวจวิเคราะห์ระบบบดเคี้ยว พบว่าทันตแพทย์ทำการตรวจและวิเคราะห์ระบบบดเคี้ยวในทุกหัวข้อ และในหัวข้อการตรวจที่ปฏิบัติมากคือตรวจการสึกของฟัน ซึ่งสอดคล้องกับอาการที่ผู้ป่วยมักมาพบทันตแพทย์และเช่นเดียวกับการศึกษาของลิสลา อานันทนะและคณะในปี

2539 (24) และการตรวจอื่น ๆ ที่พบว่าทันตแพทย์ปฏิบัติมากรองลงมาคือ การตรวจกล้ามเนื้อและข้อต่อขากรรไกรโดยการคลำ ตรวจการมีเสียงดังที่ข้อต่อขากรรไกร การวัดระยะอ้าปากกว้าง การตรวจการสบฟันในตำแหน่งสบในศูนย์/นอกศูนย์ การตรวจภาพรังสีเพิ่มเติมและการทำแบบจำลอง การสบฟันตรวจค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับการตรวจระบบบดเคี้ยวที่แนะนำโดย กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านความปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้าแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (AAOP)(2) ได้ให้คำแนะนำในการตรวจระบบบดเคี้ยวว่าควรให้ความสำคัญกับการซักประวัติผู้ป่วยและการตรวจทางคลินิก ส่วนการตรวจเพิ่มเติมอื่น ๆ ไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกคนซึ่งอาจทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายหรือเป็นการตรวจที่เกินความจำเป็น เช่น การตรวจภาพรังสีเพิ่มเติมจะทำเมื่อตรวจทางคลินิกแล้วสงสัยว่ามีพยาธิสภาพต่าง ๆ กับข้อต่อขากรรไกรหรือเพื่อดูความรุนแรงหรือระยะของโรคหรือพยาธิสภาพ และอาจมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคของข้อต่อขากรรไกรออกจากโรคของฟันหรือโรคปริทันต์ หรือเพื่อวินิจฉัยพยาธิสภาพอื่น ๆ ที่เกิดบริเวณศีรษะและคอ นอกเหนือจากโรคของข้อต่อขากรรไกรและฟัน Carlsson และ Magnusson (25) แนะนำว่า บางครั้งการส่งตรวจภาพรังสีอาจมีข้อจำกัดสำหรับทันตแพทย์ทั่วไป และพบน้อยกว่าให้การส่งตรวจภาพรังสีในผู้ป่วยที่เฝ้าติดตาม ซึ่งการถ่ายภาพรังสีแพโนรามาสามารถตรวจดูความผิดปกติในส่วนที่เป็นกระดูกได้บางส่วน และการสร้างภาพด้วยเรโซแนนซ์แม่เหล็กใช้ตรวจดูความผิดปกติในส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อได้ ส่วนการตรวจการสบฟันและการทำแบบจำลองการสบฟันแนะนำว่ายังไม่มีเหตุผลสนับสนุนเพียงพอว่าการสบฟันเป็นสาเหตุหลักของการเกิดที่เฝ้าติดตาม ดังนั้น การทำแบบจำลองฟันเพื่อประเมินหรือวินิจฉัยปัญหาที่เฝ้าติดตามอาจมีประโยชน์น้อย โดยอาจใช้แบบจำลองฟันเพื่อประเมินการสึกของฟันในระหว่างการรักษา สำหรับทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ให้การตรวจการสบฟันในตำแหน่งสบในศูนย์/นอกศูนย์ และการทำแบบจำลองฟันมาก น่าจะเป็นเพราะในงานทันตกรรมประดิษฐ์เป็นงานที่สร้าง บำรุงและแก้ไขการสบฟันแก่ผู้ป่วยจำเป็นที่ทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์จะต้องตรวจการสบฟันโดยละเอียดมากกว่าทุกสาขา จากการศึกษาของ Arbree และคณะ ในปี1995 (21) พบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 80 ตรวจระบบบดเคี้ยวของผู้ป่วยที่เฝ้าติดตาม โดยการตรวจข้อต่อขากรรไกร ตรวจการมีเสียงดังที่ข้อต่อขากรรไกร ตรวจวัดระยะอ้าปาก และตรวจกล้ามเนื้อบดเคี้ยว การตรวจการสบฟัน อย่างน้อยหนึ่งอย่าง และมีการส่งตรวจภาพรังสีและการทำแบบจำลองเพิ่มเติมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้

ส่วนการจัดการผู้ป่วย ทันตแพทย์เลือกจัดการผู้ป่วยทุกอาการด้วยการวินิจฉัยการที่ หลากหลาย โดยอาการปวดบริเวณไบหน้า ศีรษะ ขมับ ขณะสบฟัน เคี้ยวอาหารหรืออ้าปาก ทันตแพทย์เลือกการรักษาในแนวอนุรักษ์ได้แก่ ให้คำแนะนำในการปรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง ให้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ และแนะนำประคบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็น เนื่องจากเป็น การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว (63-65) รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปพบแพทย์ และนักกายภาพบำบัด ซึ่งอาการปวดไบหน้า ศีรษะ ขมับ เป็นอาการที่ใกล้เคียงกับอาการในกลุ่ม

อื่น ๆ เช่น อาการปวดที่เกิดจากความผิดปกติที่เกิดในกะโหลกศีรษะ (intracranial disorders) ความผิดปกติของระบบประสาทควบคุมหลอดเลือด (neurovascular disorders) อาการปวดเหตุระบบประสาท (neurogenic pain disorders) เป็นต้น ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้จำเป็นวินิจฉัยที่ถูกต้องเป็นอันดับแรกและได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ดังนั้นเมื่อพบว่าอยู่นอกเหนือขอบเขตงานของทันตแพทย์การส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและรักษาโดยเร็วเป็นสิ่งสำคัญ (2) นอกจากนี้ อาจส่งต่อแพทย์เพื่อวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ เช่น โรคของหูซึ่งอาจมีอาการใกล้เคียงกันได้ (3) นอกจากนี้หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้องจะทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่ายลดลง (44) และอาจส่งต่อนักกายภาพบำบัดเพื่อการรักษาอื่น ๆ เช่น การทำอัลตราซาวด์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามก็ดีสำหรับอาการปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกรขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก ทันตแพทย์เลือกการรักษาในแนวอนุรักษ์โดยแนะนำการปรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง และแนะนำประคบน้ำอุ่นน้ำเย็น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ทันตแพทย์เลือกให้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้น้อยกว่าการกรอปรับการสบฟัน หรือใส่ฝือกสบฟัน ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นการรักษาที่ยอมรับได้เนื่องจากหากตรวจพบว่าผู้ป่วยมีการสบฟันที่ผิดปกติหรือมีสิ่งกีดขวางการสบฟันซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกรอาจพิจารณาการกรอปรับการสบฟันได้ การศึกษาของ Wenneberg และคณะในปี 1988 (66) พบว่าการกรอปรับการสบฟันเพียงอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลในการรักษาอาการที่เฝื้มดี อาจต้องใช้ร่วมกับการรักษาอื่น และหากสันนิษฐานว่าผู้ป่วยมีปัญหอนกกัดฟันร่วมด้วยซึ่งอาจเป็นปัจจัยร่วมหนึ่งที่ทำให้มีอาการปวดข้อต่อขากรรไกรก็อาจพิจารณาใส่ฝือกสบฟันให้ผู้ป่วย สำหรับอาการเมื่อยบริเวณใบหน้าขณะตื่นนอนหรือเคี้ยวอาหาร เป็นกลุ่มที่ทันตแพทย์เลือกการรักษาโดยทำฝือกสบฟันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในกลุ่มนี้ผู้ป่วยอาจมีปัญหอนกกัดฟันการทำฝือกสบฟันให้ผู้ป่วยถือเป็นการรักษาที่เหมาะสมและได้ผลดีในการรักษาอาการดังกล่าวและช่วยป้องกันฟันและวัสดุบูรณะฟันสึก(25,67-68) ส่วนในผู้ป่วยที่เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด มีการกรอปรับการสบฟันมากกว่าทุกอาการอาจเป็นการกรอปรับฟันเทียมเพื่อให้การสบฟันดีขึ้น เพื่อให้ฟันเทียมมีเสถียรภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยจะได้เคี้ยวอาหารได้ดีขึ้น และเป็นที่น่าสังเกตว่าทันตแพทย์ส่งต่อทันตแพทย์สาขาอื่นในกรณีมีอาการสบฟัน หรือกัดฟันเปลี่ยนไป รู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกรขณะหุบปากหรืออ้าปาก และอ้าปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณหน้าหู จากการศึกษาของ Clark และคณะ ในปี 2009 (69) อาการมีเสียงดังที่หน้าหู และรู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกร ตอบสนองต่อการรักษาโดยการใส่ฝือกสบฟัน การใช้ยาแก้ปวด และการดูแลตนเอง

การรักษาที่ประสบความสำเร็จต้องให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง แต่ปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวมีหลายปัจจัยทั้งที่เป็นสาเหตุและเป็นปัจจัยร่วมไม่สามารถที่จะแยกแยะสาเหตุที่แท้จริงได้ ดังนั้นการรักษาจึงมักเป็นการรักษาไปตามอาการของผู้ป่วย สำหรับการศึกษาก่อนหน้านี้ของลิซา อานันทนะ และคณะในปี 2539 (24) ซึ่งรักษาอาการที่เอมดี โดยการให้ยาแก้ปวดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากการรักษาครั้งนี้ทันตแพทย์ใช้วิธีการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มที่เอมดี ด้วยวิธีการปรับและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง และประคบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็น ซึ่งสอดคล้องกับการรักษาที่แนะนำโดย กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้าแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (AAOP)(2)

เป็นที่น่าสังเกตว่าทันตแพทย์ให้การจัดการโดยการกรอปรับการสบฟันในทุก ๆ อาการทั้งอาการในกลุ่มที่เอมดี ปัญหาการสบฟัน และกลุ่มของปัญหาฟันสึก ถึงแม้ว่าการกรอปรับการสบฟันเพื่อรักษาอาการที่เอมดี บางการศึกษาไม่เห็นด้วย (70) และมีบางการศึกษาเห็นด้วยซึ่งในกลุ่มที่เห็นด้วยเชื่อว่าปัญหาการสบฟันเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ของที่เอมดี (27) และหากกำจัดสิ่งกีดขวางการสบฟันออกไปอาการต่าง ๆ ก็ดีขึ้นหรือลดความรุนแรงหรือการเกิดอาการต่าง ๆ (71-75) หรือใช้อาจใช้การกรอปรับการสบฟันร่วมกับการรักษาอื่น ๆ (66, 76) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Tsoika และคณะในปี 1992 (70) และ Forssell และคณะ ในปี 1999 (77) พบว่าการกรอปรับการสบฟันไม่ได้มีผลรักษาอาการและอาการแสดงของที่เอมดี และจากการรักษาที่แนะนำโดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความปวดบริเวณช่องปาก-ไบหน้าแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (AAOP)(2) ระบุว่ากรอปรับการสบฟันเป็นการรักษาที่ต้องใช้ความระมัดระวังอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ทันตแพทย์ใช้การรักษาโดยทำฝือกสบฟันค่อนข้างน้อยถึงแม้ว่าการทำฝือกสบฟันเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่เอมดี (2,78) และในกลุ่มที่มีปัญหาอุดฟันโดยช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและช่วยป้องกันฟันสึก (76)(79) จึงน่าจะมีการศึกษาเพิ่มเติม

จากการศึกษาของเจนจิรา ธิระวัฒน์ ในปี 2544 (23) พบว่า บัณฑิตทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบบดเคี้ยวด้วยสาเหตุของการส่งต่อคือ ขาดบุคลากร ขาดเครื่องมือ และขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าสาเหตุของการส่งต่อตามลำดับคือ ขาดบุคลากร ขาดความรู้/ทักษะ ขาดเครื่องมือ และในการศึกษาเดียวกันของเจนจิรา ธิระวัฒน์ ในปี 2544 จากการสอบถามความเห็นของอาจารย์ทันตแพทย์ มีความเห็นว่าบัณฑิตทันตแพทย์ควรมีความรู้ในการตรวจวิเคราะห์ปัญหา ระบบบดเคี้ยวและให้การรักษาในแนวอนุรักษ์ได้ และทันตแพทย์ทั่วไปสามารถตรวจวิเคราะห์และให้การรักษาอาการต่าง ๆ ของที่เอมดีได้(42,48-49)

สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่น พบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของการส่งต่อผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งจากการศึกษานี้ไม่พบว่ามีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวในพื้นที่ดังกล่าว การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ ก็เป็นเพียงการส่งต่อไปตามลำดับบริการโดยไม่ได้ส่งต่อไปพบทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมบดเคี้ยว ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยไปที่คณะทันตแพทยศาสตร์ โดยหากไม่สามารถรักษาได้ในระบบบริการก็ต้องมีการส่งออกนอกระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขโดยส่งไปที่มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นที่ที่เชื่อว่ามีบุคลากรและเครื่องมือเพียงพอในการจัดการผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่มีในต่างประเทศ (19)

การศึกษานี้พบว่าทันตแพทย์จำนวนมากที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบบดเคี้ยวทำหน้าที่ผิดปกติ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ทำการตรวจ และให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยเหล่านั้น และทันตแพทย์อีกจำนวนไม่น้อยมีการส่งต่อผู้ป่วย โดยที่ไม่สามารถบอกได้ว่าทันตแพทย์เหล่านั้นสามารถให้การจัดการผู้ป่วยได้เพียงใด ความรู้หรือประสบการณ์จากการศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตจากทุกมหาวิทยาลัยเพียงพอหรือไม่สำหรับการจัดการผู้ป่วยหรือควรสนับสนุนให้มีทันตแพทย์เชี่ยวชาญสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐหรือไม่ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาเบื้องต้นให้ได้ข้อมูลจากประสบการณ์จริงของทันตแพทย์ ควรจะมีการศึกษาเพิ่มเติมทั้งในเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษา และเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความสำเร็จในการให้การบำบัดรักษาและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการ เป็นต้น

บทสรุป

ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทันตแพทย์ภาครัฐพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวได้ทั่วไป ทันตแพทย์ให้การตรวจและรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการที่หลากหลายตามอาการต่าง ๆ และทันตแพทย์จำนวนหนึ่งมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังทันตแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นและหน่วยงานที่มีความพร้อมมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

แบบสอบถามมีข้อจำกัดคือ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ไม่สามารถบอกได้ว่าพบผู้ป่วยจำนวนเท่าใด และไม่ได้มีการติดตามผลและความพึงพอใจของการรักษา

ในแบบสอบถามไม่ได้กำหนดช่วงเวลาของการตอบข้อมูลลักษณะของการปฏิบัติงานว่าเป็นการปฏิบัติงานในช่วงเวลาทำงานเฉพาะทาง หรือในช่วงเวลาของการตรวจผู้ป่วยใหม่ที่มารับบริการทันตกรรมจึงทำให้ได้ข้อมูลไม่ตรงตามต้องการ

ในหัวข้อของการจัดการไม่ได้ให้ตอบตามลำดับของการรักษาจึงไม่ทราบว่าทันตแพทย์ได้ให้การรักษาแบบใดบ้างตามลำดับก่อนหลัง

ควรมีการศึกษาความชุกและความต้องการรักษาปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มเติม



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- (1) Okeson, J. P. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, 6th ed. Philadelphia: Mosby, 2008.
- (2) The American Academy of Orofacial Pain. Orofacial Pain. Guidelines for assessment, Diagnosis, and Management. Chicago: Quintessence, 2008.
- (3) Gelb, H.; Calderone, J. P.; Gross, S. M. and Kantor, M. E. The role of the dentist and the otolaryngologist in evaluating temporomandibular joint syndrome. J Prosthet Dent 18 (1967): 497-53.
- (4) Locker, D.; and Grushka, M. The impact of dental and facial pain. J Dent Res 66 (1987): 1414-7.
- (5) Reiseine, S.T.; Fertig, J.; Weber, J. and Leder, S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. Community Dent Oral Epidemiol 17 (1989): 7-10.
- (6) Dao, T. T. T.; Lund, J. P.; and Lavigne, G. J. Comparison of pain and quality of life in bruxers and patients with myofascial pain of the masticatory muscles. J Orofac Pain 8 (1994): 350-6.
- (7) Fabio, R. P.D. Physical Therapy for Patients with TMD: A Descriptive Study of Treatment, Disability, and Health Status. J Orofac Pain 12 (1998): 124-35.
- (8) Yap, A. U. J.; Dworkin, S. F.; Chua, E. K.; List, T.; Tan, K. B. C. and Tan, H. H. Prevalence of Temporomandibular Disorders Subtypes, Psychologic Distress, and Psychosocial Dysfunction in Asian Patients. J Orofac Pain 17 (2003): 21-8.
- (9) Yap, A. U. J.; Chua, E. K.; Tan, K. B. C.; and Chan, Y. H. Relationships between Depression / Somatization and Self-reports of Pain and Disability. J Orofac Pain 18 (2004): 220-5.
- (10) AL-Omiri, M. K.; Lamey, P. J. and Clifford, T. Impact of Tooth Wear on Daily Living. Int J Prosthodont 19 (2006): 601-5.

- (11) Luo, Y.; McMillan, A. S.; Wong, M. C. M.; Zheng, J.; and Lam, C. L. K. Orofacial Pain Conditions impact on Quality of Life in Community-Dwelling Elderly People in Hong Kong. *J Orofac Pain* 21 (2007): 63-70.
- (12) Barros, V. M.; Seraidarian, P. I.; Cortes, M. I. S and Paula, L. V. The Impact of Orofacial Pain on the Quality of Life of Patients with Temporomandibular Disorders. *J Orofac Pain* 23 (2009): 28-37.
- (13) สุปราณี วิเชียรเนตร และสุนิภา วิชัยเฉลิมวงศ์. ความชุกของความผิดปกติของระบบการบดเคี้ยวในวัยหนุ่มสาว. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์* 2 (2531): 11-21.
- (14) สมศักดิ์ ศิริรุ่งโรจน์ยิ่ง และเปรมทิพย์ อรรถชยานนท์. ความชุกของผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความผิดปกติข้อต่อขากรรไกร และปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง. *ว.ทันต.* 48 (2541): 24-9.
- (15) เพ็ญพรรณ เลหาพันธ์ และเรดา เกษตรสุวรรณ. ความชุกของการทำงานผิดปกติในระบบการบดเคี้ยวของผู้ป่วยทางทันตกรรม. *ว.ทันต มหิดล* 6 (2529): 1-11.
- (16) ปานตา เจริญลาภ, ญญา อิศวรรฤทธิ์, จุไร นาคะบัษิณ, วิณา อังคะธา และภูมิภดา จาวจักรศิริ. ความชุกของอาการและอาการแสดงของเทมโปโรแมนดิบูลาร์ดิสออเดอริในผู้ป่วยที่มาใช้บริการทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *ว.ทันต มหิดล* 21 (2544): 41-51.
- (17) พนมพร วาณิชชานนท์, ชะรอยบุญญา ศาสตรสุข และปิยะนันท์ เกื้อสกุล. ความชุกของอาการแสดงของเทมโปโรแมนดิบูลาร์ดิสออเดอริในกลุ่มตัวอย่างคนไทยกลุ่มหนึ่ง. *ว.ทันต.* 49 (2542): 10-9.
- (18) Glass, E. G.; Glaros, A. G. and McGlynn, F. D. Myofascial Pain Dysfunction: Treatments used by ADA members. *J Craniomandib Pract* 11 (1993): 25-9.
- (19) Ommerborn, M. A.; Kollmann, C.; Handschel, J.; Depprich, R. A.; Lang, H. and Raab, W. H. M. A survey on German dentists regarding the management of craniomandibular disorders. *Clin Oral Invest* 14 (2010): 137-44.

(20) Pierce, C. J.; Weyant, R. J.; Block, H. M.; and Nemir, D. C. Dental Splint Prescription Patterns: A Survey. J Am Dent Assoc 126 (1995): 248-54.

(21) Arbree, N. S.; Campbell, S. D.; Renner, R. P. and Goldstein, G. R. A survey of temporomandibular disorder conducted by the Greater New York Academy of Prosthodontics. J Prosthet Dent 74 (1995): 512-6.

(22) Siritapetawee, M.; and Kositbowornchai, S. Temporomandibular disorders: A pilot survey of the opinions on its cause and treatment among young staffs of Faculty of Dentistry, Khon Kaen University. KDJ 2 (1999): 96-100.

(23) เจนจิรา ธีระวัฒน์. การสำรวจความคิดเห็นต่อมาตรฐานสมรรถนะวิชาชีพทันตแพทยศาสตร์สำหรับทันตแพทยศาสตร์บัณฑิตใหม่. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

(24) ลิสา อานันทนะ, กิตตินันท์ คงมีผล และอติษฐ ด้ดพลี. ความสนใจของทันตแพทย์ไทยต่อ เท็มโพรแมนดิบิวลารีดีสออเดอร์. ส่วนหนึ่งของวิชาการศึกษปริญาทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต วิชาโครงการวิจัยทางทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

(25) Carlsson, G. E. and Magnusson, T. Management of Temporomandibular Disorders in the General Dental Practice. Munchen: Quintessence, 1999.

(26) Kuttilla, M.; Niemi, P. M.; Kuttilla, S.; Alanen, P. and Bell, Y. L. TMD Treatment Need in Relation to Age, Gender, Stress, and Diagnostic Subgroup. J Orofac Pain 12 (1998): 67-74.

(27) Marklund, S. and Wanman, A. Incidence and prevalence of temporomandibular joint pain and dysfunction. A one-year prospective study of university students. Acta Odontol Scand 65 (2007): 119-27.

(28) Wanman, A. and Agerberg, G. Mandibular dysfunction in adolescents. Acta Odontol Scand 44 (1986): 55-62.

(29) List, T.; Wahlund, K.; Wenneberg, B. and Dworkin, S. F. TMD in Children and Adolescents: Prevalence of Pain, Gender Differences, and Perceived Treatment Need. J Orofac Pain 13 (1999): 9-20.

- (30) Egermark, I.; Carlsson, G. E. and Magnusson, T. A 20-year longitudinal study of subjective symptoms of temporomandibular disorders from children to adulthood. Acta Odontol Scand 59 (2001): 40-8.
- (31) Wanman, A. and Agerberg, G. Mandibular dysfunction in adolescents. Acta Odontol Scand 44 (1986): 47-54.
- (32) Nilsson, I-M.; Drangsholt, M.; List, T. Impact of Temporomandibular Disorder Pain in Adolescents: Differences by Age and Gender. J Orofac Pain 23 (2009): 115-22.
- (33) Murray, H.; Locker, D.; Mock, D. and Tennenbaum H. C. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. J Orofac Pain 10 (1996): 316-23.
- (34) Yap, A. U. J.; Tan, K. B. C.; Chua, E. K.; and Tan, H. H. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent 88 (2002): 479-84.
- (35) Clark, G. T.; Solberg, W. K. and Monterio, A. A. Temporomandibular Disorders: New Challenges in Clinical Management, Research, and Teaching. In: Clark, G. T. and Solberg, W. K. (eds.), Perspectives in Temporomandibular Disorders, pp. 13-26. Quintessence, 1987.
- (36) Dworkin, S. F. Perspectives on the interaction of biological, psychological and social factors in TMD. J Am Dent Asso 125 (1994): 856-63.
- (37) Carlsson, G. E. Epidemiology and Treatment Need for Temporomandibular Disorders. J Orofac Pain 13 (1999): 232-7.
- (38) Tervonen, T. and Knuuttila, M. Prevalence of signs and symptoms of mandibular dysfunction among adults aged 25, 35, 50, and 65 years in Ostroboonia, Finland. J Oral Rehabil 15 (1988): 455-63.
- (39) Magnusson, T.; Carlsson, G. E. and Egermark, I. Changes in Clinical Signs of Craniomandibular Disorders From the Age of 15 to 25 Years. J Orofac Pain (1994): 207-14.

- (40) Epker, J. and Gatchel, R. J. Prediction of Treatment-Seeking Behavior in Acute TMD Patients: Practical Application in Clinical Settings. J Orofac Pain 14 (2000): 303-9.
- (41) Hobson, K. A.; Huang, G. J. and Covell Jr, D. A. Patterns of Dental Care Utilization Among Patients with Temporomandibular Disorders. J Orofac Pain 22 (2008): 108-14.
- (42) De Boever, J. A.; Nilner, M.; Orthlieb, J-D.; and Steenks, M. H. Recommendations by the EACD for Examination, Diagnosis, and Management of Patients with Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain by the General Dental Practitioner. J Orofac Pain 22 (2008): 268-78.
- (43) Zarb, G. A.; Carlsson, G. E.; Rugh, J. D. Clinical Management of TMD. In Zarb, G. A.; Carlsson, G. E.; Sessle, B. J. and Mohl, N.D.(eds.), Temporomandibular Joint And Masticatory Muscle Disorders, pp.529-48. Copenhagen: Aio Print as, Odense, 1994.
- (44) Turp, J. C.; Kowalski, C. J. and Stohler, C. S. Treatment-Seeking Patterns of Facial Pain Patients: Many Possibilities, Limited Satisfaction. J Orofac Pain 12 (1998): 61-6.
- (45) Friction, J. R. and Hathaway, K. M. Interdisciplinary Management of Patients With TMJ and Craniofacial Pain: Characteristics and Outcome. J Craniomandib Disord 1 (1987): 115-27.
- (46) Kuttilla, M.; Kuttilla, S.; Bell, Y. L. and Alanen, P. Association Between TMD Treatment Need, Sick Leaves, and Use of Health Care Services for Adults. J Orofac Pain 11 (1997): 242-8.
- (47) Kreiner, M.; Betancor, E.; and Clark, G. T. Occlusal stabilization appliances: Evidence of their efficacy. J Am Dent Assoc 132 (June 2001): 770-7.
- (48) Wassell, R. W.; Adams, N.; and Kelly, P. J. Treatment of temporomandibular disorders by stabilizing splints in general dental practice: results after initial treatment. Br Dent J 197 (July 2004): 35-41.

(49) Wassell, R. W.; Adams, N.; and Kelly, P. J. The treatment of temporomandibular disorders with stabilizing splints in general dental practice. J Am Dent Assoc 137 (2006): 1089-98.

(50) Gunner, E. C.; Anders, J.; and Sture, L. Occlusal wear: A follow-up study of 18 subjects with extensively worn dentitions. Acta Odontol Scand 43 (1985): 83-90.

(51) Rubinstein, B. and Carlsson, G. E. Effects of Stomatognathic Treatment on Tinnitus: A Retrospective Study. J Craniomandib Pract 5 (1987): 255-9.

(52) Glass, E. G.; McGlynn, F. D.; Glaros, A. G. A Survey of Treatments for Myofascial Pain Dysfunction. J Craniomandib Pract 9 (1991): 165-8.

(53) Glaros, A. G.; Glass, E. G. and Hayden, W. J. History of Treatment Received by Patients with TMD: A Preliminary Investigation. J Orofac Pain 9 (1995): 147-51.

(54) Tegelberg, A.; Wenneberg, B.; and List, T. General practice dentist's knowledge of temporomandibular disorders in children and adolescents. Eur J Dent Educ 11 (2007): 216-21.

(55) Glaros, A. G.; Glass, E. G. and McLaughlin, L. Knowledge and Beliefs of Dentists Regarding Temporomandibular Disorders and Chronic Pain. J Orofac Pain 8 (1994): 216-22.

(56) Le Resche, L.; Truelove, E. L. and Dworkin, S. F. Temporomandibular Disorders: A survey of dentist's knowledge and beliefs. J Am Dent Assoc 124 (1993): 90-106.

(57) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ [online]. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ สุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2008. แหล่งที่มา: <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf> [20/4/2554]

(58) ทันตแพทยสภา. สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม [online]. ทันตแพทยสภา, 1998. แหล่งที่มา: <http://www.dentalcouncil.or.th> [21/3/2554]

(59) ชาญชัย ให้สงวน. เป้าหมายปลายทางเชิงวิชาชีพของบัณฑิตทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. รายงานการวิจัย, 2554

(60) ภูมิศักดิ์ เลาวกุล และปฐวี คงขุนเทียน. ความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาของทันตแพทย์ไทย. รายงานการวิจัยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยสาขาทันตแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 6. โรงแรมสวนบัวรีสอร์ท จังหวัด เชียงใหม่, 14-17 ตุลาคม 2545.

(61) ชาญชัย ให้สงวน. การกระจายตัวเชิงพื้นที่และความคิดเห็นต่อการเลือกพื้นที่ปฏิบัติงานของบัณฑิตทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้นโยบายทันตแพทย์ใช้ทุนและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ทันต จุฬาฯ 30 (2550): 85-102.

(62) ชาญชัย ให้สงวน. ความเที่ยงและความตรงของดัชนีแบบอย่างความเป็นวิชาชีพ ฉบับภาษาไทย. ทันต จุฬาฯ 32 (2552): 53-68.

(63) Marbach, J. J. and Dworkin, S. F. Chronic MPD, group therapy and Psychodynamics. J Am Dent Asso 90 (1975): 827-33.

(64) Michelotti, A.; Steenks, M. H.; Farella, M.; Parisini, F.; Cimino, R. and Martina, R. The Addittional Value of a Home Physical Therapy Regimen Versus Patient Education Only for the Treatment of Myofascial Pain of the Jaw Muscles: Short-term Results of a Randomized Clinical Trial. J Orofac Pain 18 (2004): 114-25.

(65) Riley III, J. L.; et.al. Self-Care Behaviors Associated with Myofascial Temporomandibular Disorder Pain. J Orofac Pain 21 (2007): 194-202.

(66) Wenneberg, B.; Nystrom, T. and Carlsson, G. E. Occlusal equilibration and other stomatognathic treatment in patients with mandibular dysfunction and headache. J Prosthet Dent 59 (1988): 478-83.

(67) Widmer, C. G. Current Beliefs and Educational Guidelines. In Sessle, B. J.; Lavigne, G. J.; Lund, J. P. and Dubner, R.(eds.), Orofacial Pain from basic science to clinical management, pp.19-24. Quintessence, 2008.

(68) Dawson, P. E. Functional Occlusion From TMJ to Smile Design. Missouri: Mosby, 2007.

(69) Clark, T. G.; Baba, K. and McCreary, C. P. Predicting the Outcome of a Physical Medicine Treatment for Temporomandibular Disorder Patients. J Orofac Pain 23 (2009): 221-9.

(70) Tsolka, P.; Morris, R. W. and Preiskel, H. W. Occlusal adjustment therapy for craniomandibular disorders: A clinical assessment by a double-blind method. J Prosthet Dent 68 (1992): 957-64.

(71) Kirveskari, P.; Jamsa, T. and Alanen, P. Occlusal adjustment and the incidence of demand for temporomandibular disorders treatment. J Prosthet Dent 79 (1998): 433-8.

(72) Forssell, H.; Kirveskari, P. and Kangasniemi, P. Effect of occlusal adjustment on mandibular dysfunction: A double blind study. Acta Odontol Scand 44 (1986): 65-9.

(73) Kirveskari, P.; Bell, L. Y.; Salonen, M.; Forssell, H. and Grans, L. Effects of elimination of occlusal interferences on sign and symptoms of craniomandibular disorder in young adults. J Oral Rehabil 16 (1989): 21-6.

(74) Kirveskari, P.; Alanen, P. and Jamsa, T. Association between craniomandibular disorders and occlusal interferences in children. J Prosthet Dent 67 (1992): 692-6.

(75) Posselt, U. The temporomandibular joint syndrome and occlusion. J Prosthet Dent 25 (1971): 432-8.

(76) Johansson, A. and Omar, R. Identification and Management of tooth wear. Int J Prosthodont 7 (1994): 506-16.

(77) Forssell, H.; Kalso, E.; Koskela, P.; Vehmanen, R.; Puukka, P. and Alanen, P. Occlusal treatments in temporomandibular disorders: a qualitative systematic review of randomized controlled trials. Pain. 83 (1999): 549-60.

(78) Messing, S.G. Splint Therapy. In: Kaplan, A. S. and Assael, L. A.(eds.), Temporomandibular Disorders: Diagnosis and Treatment, pp. 395-454. Philadelphia: W.B Saunders, 1991.

(79) Carlsson, G. E.; Johansson, A. and Lundqvist, S. Occlusal wear: A follow-up study of 18 subjects with extensively worn dentitions. Acta Odontol Scand 43 (1985): 83-90.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

เอกสารคำชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม เรื่อง การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวโดย ทันตแพทย์ภาครัฐ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

คำชี้แจงแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของ ระบบบดเคี้ยวของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและจัดทำแนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในพื้นที่

2. แบบสอบถามนี้มีจำนวน 4 หน้า ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวจำนวน 7 ข้อ

3. การตอบแบบสอบถามในแต่ละส่วนให้ใส่เครื่องหมาย / ลงใน หรือ กรอกข้อมูล

ลงในช่องว่างโปรดอ่านคำถามโดยละเอียด แล้วตอบให้ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุดและโปรดช่วยตอบให้ครบทุกคำถาม เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการวิจัย

4. โปรดส่งแบบสอบถามที่ท่านได้ตอบครบถ้วนแล้วในซองติดแสตมป์พร้อมที่อยู่ที่เหมาะสมไปให้ภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถาม

5. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม การนำข้อมูลไปเผยแพร่จะใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เรื่อง การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวโดยทันตแพทย์ภาครัฐ

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2553

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามคำยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดครบถ้วน และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในเอกสารคำยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ การลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัยเท่านั้นและหากท่านยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแต่ไม่ประสงค์ที่จะลงนาม ขอความกรุณาท่านโปรดช่วยตอบแบบสอบถามครบทุกคำถามและส่งกลับคืนในซองติดแสตมป์พร้อมที่อยู่ที่อยู่แนบไปให้



ภาคผนวก ข

แบบสอบถามเรื่อง การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบไตเคียวของทันตแพทย์

ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมษายน 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่าน ทญ./ทพ.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามเรื่อง การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวโดยทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1 ชุด

ด้วยหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ทันตแพทยศาสตร์ สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยว กำหนดให้นักศึกษาต้องทำวิทยานิพนธ์ ก่อนสำเร็จการศึกษาในหลักสูตร ในกรณี นางสาวจิตตวดี บุญธรรม กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวโดยทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” โดยมีรองศาสตราจารย์ สุปราณี วิเชียรเนตร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมีความประสงค์ที่จะสอบถามความคิดเห็นของท่านเพื่อสำรวจข้อมูลการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของ ระบบบดเคี้ยวของทันตแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ นำข้อมูลที่ได้รับไปพัฒนาและจัดทำแนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในพื้นที่ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

รองศาสตราจารย์ ทญ.สุปราณี วิเชียรเนตร

(อาจารย์ที่ปรึกษา)

หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ

น.ส.จิตตวดี บุญธรรม

หมายเลขโทรศัพท์ 081-7906372

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 7 ข้อ

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่าง

โปรดตอบคำถามให้ตรงกับสภาพความเป็นจริง หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ

 (1) หญิง (2) ชาย 1
2. อายุของท่านในปัจจุบัน.....ปี 2 3. ระดับการศึกษาสูงสุดทางทันตแพทยศาสตร์ที่ท่านได้รับหรือกำลังศึกษา 3 (1) กำลังศึกษาต่อระดับ..... สาขา (โปรดระบุ)..... (2) ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (ทบ.) (3) ประกาศนียบัตรบัณฑิต / ป.บัณฑิตชั้นสูง สาขา (โปรดระบุ)..... (4) ปริญญาโท สาขา (โปรดระบุ)..... (5) ปริญญาเอก สาขา (โปรดระบุ)..... (6) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....4. จบการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อปี พ.ศ..... 4 5. ประเภทของสถานที่ปฏิบัติงานหลักของท่านในปัจจุบัน 5 (1) รพ. ศูนย์ (2) รพ.ทั่วไป (3) รพ.ชุมชน (4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (5) อื่นๆ (โปรดระบุ).....6. ประเภทของงานทันตกรรมที่ท่านทำมากที่สุดในสถานที่ปฏิบัติงานหลัก 6 (1) ทันตกรรมทั่วไปเท่านั้น (ถอนฟัน ขูดหินปูน) (2) ทันตกรรมเฉพาะทางเท่านั้น (3) ทันตกรรมทั่วไปและทันตกรรมเฉพาะทาง (4) งานบริหาร (วางแผน ส่งเสริมป้องกัน)7. จำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง (รวมตัวท่านเอง) ในสถานที่ปฏิบัติงานหลักของท่าน..... คน 7

(ไม่รวมทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกนอกเวลา และทันตแพทย์ที่มีชื่ออยู่ที่สถานที่ปฏิบัติงานของท่านแต่ปฏิบัติงานที่อื่น หรือทันตแพทย์ที่ลาศึกษาต่อ)

ส่วนที่ 2 การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว จำนวน 7 ข้อ

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงใน หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่างให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านเคยพบผู้ป่วยที่มาด้วย **อาการสำคัญ (chief complaint)** เหล่านี้หรือไม่ (กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ)

อาการ	เคย	ไม่เคย	สำหรับผู้ป่วย
1. ปวดบริเวณใบหน้า ศีรษะ ขมับ ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
2. ปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
3. เมื่อยบริเวณใบหน้าขณะตื่นนอน หรือเคี้ยวอาหาร	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
4. อ้าปากได้น้อยลงกว่าเดิม	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
5. รู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกรขณะอ้าปากหรือหุบปาก	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
6. อ้าปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณหน้าหู	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
7. รู้สึกสบฟัน หรือกัดฟันเปลี่ยนไป	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
8. เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด (ทั้งในผู้ที่มีฟันธรรมชาติและผู้ใส่ฟันเทียม)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
9. มีการสึกของฟัน (attrition) หรือวัสดุบูรณะฟัน จนมีอาการเสียวฟัน	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	

2. ในกรณีเคยอย่างน้อย 1 ข้อ ท่านให้การตรวจวิเคราะห์ผู้ป่วยเหล่านี้อย่างไรบ้าง (กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ)

รายการ	เคย	ไม่เคย	สำหรับผู้ป่วย
1. ตรวจกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และข้อต่อขากรรไกรโดยการคลำ	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
2. ตรวจการสึกของฟันและวัสดุบูรณะฟัน	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
3. ตรวจการสบฟันในตำแหน่ง centric และตำแหน่ง eccentric	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
4. ตรวจวัฏระยการอ้าปากกว้าง	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
5. ส่งตรวจภาพรังสีเพิ่มเติม (Panoramic, Transcranial, CT, MRI)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
6. ทำแบบจำลองการสบฟัน (Study model) เพื่อวิเคราะห์การสบฟัน	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	
7. ตรวจการมีเสียงดังที่ข้อต่อขากรรไกรขณะมีการเคลื่อนไหวขากรรไกร	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	

3. ท่านให้การจัดการผู้ป่วยที่มีอาการดังต่อไปนี้อย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ	ไม่เคยจัดการ เพราะไม่ได้ พบผู้ป่วยที่อาการเหล่านี้	ให้คำแนะนำการปรับหรือ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง	แนะนำการปรับระบบ น้ำอู่น หรือน้ำเย็น	ให้ยกแก้วน้ำ หรือ ยาดละลายลิ้นแข็ง	บวมระฟุ้งที่เกิดจาก ฟันสึก (attrition)	ใส่เฝือกสบฟัน	การปรับการสบฟัน	ส่งต่อแพทย์	ส่งต่อทันตแพทย์สาขาอื่น	ส่งต่อทันตแพทย์ขาบำบัด	อื่น ๆ
1. ปวดบริเวณโบน้า คีระชะ ฆมับ ฆณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (11)
2. ปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร ฆณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (11)
3. เมื่อยบริเวณโบน้าขณะตื่นนอน หรือเคี้ยวอาหาร	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (11)
4. อ้าปากได้น้อยลงกว่าเดิม	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (11)
5. รู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกรขณะอ้าปากหรือหุบปาก	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (11)
6. อ้าปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณโบน้า	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (11)
7. รู้สึกสบฟัน หรือกัดฟันเปลี่ยนไป	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (11)
8. เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด (ทั้งในผู้ที่มีฟันธรรมชาติและผู้ใส่ฟันเทียม)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (11)
9. มีการสึกของฟัน (attrition) หรือวัสดุบูรณะฟัน จนมีอาการเสียวฟัน	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (7)	<input type="checkbox"/> (8)	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (11)

การส่งต่อ หมายถึง การส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา หรือปรึกษาทั้งในระหว่างหน่วยงานในสถานที่ปฏิบัติงานเดียวกันและการส่งต่อไปยังสถานที่ปฏิบัติงานอื่น ทั้งมีใบส่งต่อและไม่มีใบส่งต่อ

4. ในกรณีที่มีการส่งต่ออย่างน้อย 1 อย่างเหตุผลที่ท่านส่งต่อคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สำหรับผู้วิจัย

(1) ขาดเครื่องมือ (2) ขาดบุคลากร

(3) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

5. ท่านส่งต่อผู้ป่วยไปที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) รพ.ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อื่น ๆ (2) คณะทันตแพทยศาสตร์.....

(3) คลินิกหรือ รพ.เอกชน (4) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

6. เหตุผลที่ท่านส่งผู้ป่วยไปที่ดังกล่าวคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) ตามเงื่อนไขของระบบบริการ (2) ความสะดวกของผู้ป่วย

(3) ความคุ้นเคย (4) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

7. ท่านมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบใดบ้าง

.....

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาใช้เวลาตอบแบบสอบถาม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

น.ส.จิตตวดี บุญธรรม เกิดเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ.2518 ที่จังหวัดอุบลราชธานี สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรี ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อปีพ.ศ.2544 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งทันตแพทย์ ที่โรงพยาบาลห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย