

ความรู้และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการนอนกัดฟัน

KNOWLEDGES AND OPINIONS OF PATIENTS TO BRUXISM



โดย

นางสาวฟ้าใส ภูเกียรติ

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

616.8498
พ368ค

ทุนอุดหนุนวิจัยจาก เงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2553

616.8498
พ3๕8 ก

CD-ROM ดัดต่อยืมได้ที่
แผนกเตอร์ยืม-คืนสื่อฯ ชั้น 1

บริจาค

ความรู้และความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการนอนกัดฟัน

KNOWLEDGES AND OPINIONS OF PATIENTS TO BRUXISM

U5 S.N. 2554



โดย

นางสาวฟ้าใส ภูเกียรติ

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ทุนอุดหนุนวิจัยจาก เงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2553

5402602

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) สำรวจระดับความรู้ ความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟัน และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม และ(2) ศึกษาผลของปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟันต่อระดับความรู้และความคิดเห็นทำการศึกษาในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม 2553 โดยผู้ป่วยจำนวน 277 คน ตอบแบบสอบถามที่ประกอบด้วยแบบวัดความรู้ 25 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ ของการนอนกัดฟัน แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ 16 ข้อ และแบบสำรวจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน 19 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นในส่วนแบบวัดความรู้แบบสอบถามความคิดเห็น และแบบสำรวจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน .8778 , .8588 และ .7511 ตามลำดับ ผลศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนรวมในด้านความรู้เรื่องนอนกัดฟันโดยเฉลี่ยร้อยละ 36.9 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับน้อย ผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20.9-53.1 เห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และสนใจข่าวสารเกี่ยวกับการนอนกัดฟันเพียงร้อยละ 20.6-29.2 แต่กว่าร้อยละ 70 ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาการนอนกัดฟัน ในส่วนของความรู้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ อาชีพรับทราบข้อมูล และการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ในส่วนของความคิดเห็นพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มีเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอายุ และการรายงานการนอนกัดฟันต่างกันมีความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันต่างกันบ้างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)

โดยสรุปพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจะตระหนักถึงความสำคัญในการรักษา แต่ผู้ป่วยก็ยังมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันระดับน้อย เห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มากนัก และไม่ค่อยสนใจติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน

Abstract

This purpose of this study were (1) to survey knowledge level opinions of dental patients to bruxism and behavior related bruxism and (2) to study the effect of gender, age, education, occupation, perception about bruxism and self report of bruxism to the knowledge level and the opinions. The study was conducted between January to March 2010. Total of 277 patients were included. A 25-item test for measuring the knowledge a 13-item questionnaire for the opinion assessment and a 19-item behavior survey form were developed. The reliability of the scale was .8778 in knowledge test .8224 in opinion questionnaire and .7511 in behavior survey form. The result of this study revealed that the dental patients had low knowledge score as average of 36.9%. In addition only 20.9-53.1 % of the patients felt that bruxism had impact on daily life and 20.6-29.2 % of them had few interests in seeking information about bruxism. However more than 70% of the dental patients realized the importance of bruxism treatment. In knowledge component, no significant difference was found between patients with different gender, age, occupation, perception about bruxism and self report of bruxism. Patients with higher education had more knowledge level ($p < .01$). In opinion component, no significant difference was found in patient with different gender, education, occupation and perception about bruxism. However patients with different self report of bruxism had some different opinions ($p < .01$).

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

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงวันทนีย์ มุทิตรางกูร และ
อาจารย์ทันตแพทย์หญิงอดิษฐ์ มาลากุล ณ อยุธยา รองศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงสุชนิภา วงศ์
ทองศรี รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ หวังพานิช รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะ และผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ
เกี่ยวกับการพัฒนาแบบสอบถาม ตลอดจนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

ขอขอบคุณผู้ป่วยที่มาทำบัตรที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัว ขอขอบคุณผู้ช่วยทันตแพทยศาสตร์ ห้องตรวจ
และผู้ที่มีความช่วยเหลือทั้งที่ได้เอ่ยนามและไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน



สารบัญ

หน้า

1. บทนำ	1
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	3
3. วิธีการดำเนินการวิจัย	9
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	12
5. อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ	22
บรรณานุกรม	27
ประวัติย่อผู้วิจัย	31

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1.1	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และอาการหลักที่นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์	12-13
1.2	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามการรับทราบข้อมูล เรื่องการนอนกัดฟัน แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบเรื่องการนอนกัดฟัน ตามการรายงานการนอนกัดฟัน และแหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่านอนกัดฟัน	13
2.1	ระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม	14
5.1	การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ และโดยรวม ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจำแนกตามเพศอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน	19
5.2	การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน	20

สารบัญภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
3.1	ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมที่มีต่อการนอนกัดฟันในด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ	15
3.2	ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมที่มีต่อการนอนกัดฟันในการตรวจรักษาและการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน	16
3.3	ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมต่อความจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาการนอนกัดฟัน	16
3.4	สื่อที่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมสะดวกจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน	17
4.1	พฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน	18

บทที่ 1

บทนำ

การนอนกัดฟันเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยวของผู้ป่วย เช่น ฟันสึก ฟันแตกร้าว วัสดุอุดหลุดบิ่น ปวดคกล้ามเนื้อและข้อต่อขากรรไกร จากการซักประวัติและตรวจในช่องปากของผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มาพบทันตแพทย์พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีอาการและอาการแสดงของการนอนกัดฟัน ในจำนวนนี้บางคนทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน แต่ยังไม่ต้องการรับการรักษาอาการดังกล่าว เหตุผลอาจเป็นเพราะผู้ป่วยยังไม่ทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดต่อระบบบดเคี้ยวถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าการนอนกัดฟันเป็นนิสัยอย่างหนึ่งที่ไม่ได้เป็นอันตรายคุกคามชีวิต (Moti, 2000) ทั้งนี้อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้ป่วยส่วนมากมักไม่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน และมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มารับการรักษาเมื่อมีอาการและอาการแสดงมากแล้ว เช่น ฟันสึกฟันหักทำให้ความยาวในแนวดิ่งของไบหน้าลดลง ฟันคมบาดกระพุ้งแก้มและลิ้น ฟันแตกร้าว วัสดุอุดหลุดบิ่น เสียฟัน ฟันโยก เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระดูกหุ้มรากฟันโดยอาจพอกพูนสูงขึ้น หรือทำให้กระดูกหุ้มรากฟันถูกทำลาย ปวดคกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ปวดศีรษะ คุณภาพการนอนลดลง ซึ่งอาการและอาการแสดงเหล่านี้ล้วนมีผลให้การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมบูรณะ การรักษาโรคเหงือก การรักษาคลองรากฟัน การรักษาความผิดปกติของขากรรไกร และแผนการรักษาทางการแพทย์ด้านการรักษาอาการปวดศีรษะ และการนอน ทำได้ยากลำบาก และไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เนื่องจากการสูญเสียโครงสร้างของฟันและกระดูก สูญเสียความสมดุลของระบบบดเคี้ยว และสูญเสียความสมดุลของระบบประสาทส่วนกลางไปแล้ว จึงนับว่าการนอนกัดฟันเป็นปัญหาหนึ่งที่ทันตแพทย์ไม่ควรละเลยในการตรวจวินิจฉัย ให้การบำบัดรักษา และให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนกัดฟันแก่ผู้ป่วย

เนื่องจากยังไม่ทราบปัจจัยเหตุ และธรรมชาติการดำเนินโรคของการนอนกัดฟันที่แน่ชัด จึงยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจงในรักษาการนอนกัดฟัน (Attanasio, 1997 ;Bader และ Lavigne, 2000; Koyano และคณะ, 2008) และพฤติกรรมกรนอนกัดฟันเอง ไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ที่จะต้องรักษา แต่ที่จำเป็นต้องรักษาคือผลกระทบจากการนอนกัดฟัน ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพช่องปาก เช่นอาการของฟันสึกอย่างรุนแรง อาการกล้ามเนื้อและข้อต่อขากรรไกร หรืออาจส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต เช่น การนอน ความสัมพันธ์ของผู้ที่นอนด้วย ดังนั้นการรักษาจึงมุ่งเน้นเพื่อลดอาการและอาการแสดง กำจัดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน เช่น ลดความเจ็บปวดคกล้ามเนื้อและข้อต่อขากรรไกร ป้องกันแรงที่เป็นอันตรายต่อระบบบดเคี้ยว ปรับปรุงสภาพในการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว และให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

ดังนั้นในการรักษาการนอนกัณพันทันตแพทยทำหน้าทีเป็นผูให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย บำบัดรักษาด้วยเฝือกสบฟัน และบูรณะฟันที่แตกร้าว ซึ่งการรักษาการนอนกัณพันทันตจะประสบความสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยทั้งในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และจากการรายงานการนอนกัณพันทันตของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นความรู้ และความคิดเห็นต่อการนอนกัณพันทันตของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยสันนิษฐานว่าการที่ผู้ป่วยขาดความรู้และความคิดเห็นที่ถูกต้องอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงผลกระทบของการนอนกัณพันทันต และไม่เห็นความ สำคัญของการมารับการรักษาการนอนกัณพันทันต จึงควรมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องการนอนกัณพันทันตผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และความจำเป็นในการรักษาการนอนกัณพันทันต

ทั้งนี้เพื่ให้เกิดประสิทธิภาพในการให้ความรู้ที่ถูกต้อง (Lorig 2003) จึงเสนอว่าควรมีการสำรวจความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัณพันทันตของผู้ป่วย เพื่จะได้จัดแนวทางที่เหมาะสมในการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย จึงสนใจที่จะสำรวจความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัณพันทันตของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม โดยคาดว่าผลจากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม และบุคคลทั่วไปต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การนอนกัดฟัน

คำจำกัดความ

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

นอกจากนี้ Bader และ Lavigne (2000) ยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการนอนกัดฟัน คือการกัดแน่น หรือถูไถฟันขณะที่ฟันยังสบกันโดยเกิดนอกเหนือการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว มักจะเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกตัวหรือไม่ได้ระวังตัว และสามารถเกิดได้ทั้งในเวลากลางวันซึ่งส่วนมากจะกึ่งรู้ตัวและไม่รู้ตัว หรือเวลากลางคืนซึ่งมักไม่รู้ตัว ICSD จึงเสนอให้ใช้คำว่า sleep bruxism แทน nocturnal bruxism เนื่องจากเกี่ยวข้องกับขณะนอนหลับมากกว่าช่วงเวลา การกัดฟันอาจมีเสียงร่วมด้วย บางครั้งดังจนคนข้างๆ หรือคนที่นอนด้วยได้ยิน

การสำรวจ ความชุกของการนอนกัดฟัน

การนอนกัดฟันเป็นสภาวะที่พบได้ในประชากรประมาณร้อยละ 8-10 (Ohayon, Kasey และ Guilleminault, 2001) มีบางการศึกษาที่รายงานความชุกสูงถึงร้อยละ 31.4 (Ciancaglini, Gherlone และ Radaelli, 2001) และจากการศึกษาในคนไทยกลุ่มหนึ่ง พบว่าการนอนกัดฟันมีความชุกร้อยละ 7.55 ถึง 11.1 (ปรามปรีชา ใจธีรภาพกุล, อุทุมพร ลิขิตรัตนกร และอดิษฐ์ ลัดพลี, 2540; ภาณุเพ็ญ สิทธิสมวงศ์ และคณะ, 2545) แต่ความชุกของการนอนกัดฟันมักเป็นการประเมินที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากส่วนใหญ่มักเป็นการสำรวจทางอ้อม จากรายงานของผู้ป่วยเอง จากแบบสอบถาม จากรายงานของผู้ที่นอนด้วยซึ่งได้ยินเสียงนอนกัดฟันของผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่านอนกัดฟัน ดังนั้นผู้ที่นอนคนเดียวหรือผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟันทุกคืนอาจไม่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน (Lavigne และคณะ, 2001) นอกจากนี้ยังสามารถตรวจการนอนกัดฟันทางคลินิกโดยดูการสึกของฟันที่มีลักษณะเรียบมันรับกันพอดีทั้งฟันบนและฟันล่างในตำแหน่งนอกเหนือการทำหน้าที่ (Rugh และ Ohrbach, 1988; Okeson, 1998) โดยทันตแพทย์มักเป็นผู้ตรวจพบ หรือตั้งข้อสังเกตว่าผู้ป่วยนอนกัดฟันจากการซักประวัติ และ

ตรวจทางคลินิก เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น เสียวฟัน ปวดค้ำแน่นเนื้อบดเคี้ยว ปวดข้อต่อขากรรไกร ปวดศีรษะ ปวดหู (Kuttila และคณะ, 2001) ส่วนการสำรวจการนอนกัดฟัน โดยใช้เครื่องมือ เช่น Bruxcore Plates มีข้อจำกัดในความเชื่อมั่นของเครื่องมือ หรือ Ambulatory devices ที่ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้านก็ยังไม่สามารถแยกกิจกรรมอื่นที่ไม่ใช่การนอนกัดฟันได้ หรือ การทดลองในห้องปฏิบัติการหลับ (sleep laboratory/polysomnographic) ซึ่งถึงแม้จะมีความไว และความเฉพาะเจาะจงค่อนข้างสูง แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณของการทดลอง (Kato และคณะ, 2001) ดังนั้นการสำรวจการนอนกัดฟันมักใช้วิธีรายงานจากผู้ป่วยหรือผู้ที่นอนด้วย และจากการตรวจทางคลินิกของทันตแพทย์

ผลกระทบของการนอนกัดฟันต่อระบบบดเคี้ยว

ผลกระทบต่อนอนกัดฟัน

ฟันสึก การสึกของฟันด้านบดเคี้ยวเป็นปัญหาที่พบบ่อยจากการนอนกัดฟัน โดยพบว่าผู้ที่นอนกัดฟันจะมีฟันสึก ฟันร้าวหรือแตกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟัน (Abe และคณะ 2009) การนอนกัดฟันเป็นปัจจัยสำคัญส่งเสริมในการเกิดการสึกของฟัน แต่มีรายงานว่า การมีฟันสึกไม่สามารถทำนายการนอนกัดฟันได้ (Pergamalian และคณะ, 2003; Baka และคณะ, 2004) เพราะการสึกของฟันอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย เมื่อปลายฟันหรือด้านบดเคี้ยวของฟันสึกต่ำกว่าจุดสัมผัสบริเวณด้านประชิด (proximal contact) จะเกิดช่องว่างระหว่างซี่ฟัน ซึ่งมีผลต่อความสวยงาม ทำให้มีการติดของเศษอาหารบริเวณซอกฟัน ความสูงของไบหน้ในแนวตั้งลดลง (Reding, Rubright และ Zimmerman, 1966) และยากต่อการบูรณะ (Attanasio, 1997) และเป็นปัจจัยเริ่มแรกที่ทำให้เกิดการสึกลักษณะ V shape บริเวณคอฟัน (Lyons, 2001) ด้วยแรงที่ทำให้เกิดแรงเครียดบริเวณคอฟันมาก ทำให้วัสดุบูรณะเกิดการชำรุด ผู้ที่นอนกัดฟันที่อุดฟันด้วยอะมัลกัมจึงรู้สึกว่ามีรสคล้ายโลหะอยู่ในปาก (Morris, 1990) นอกจากนี้ อาจทำให้ฟันโยกเพราะเมื่อลดแรงที่เกิดจากการนอนกัดฟัน โดยการใส่เฝือกสบฟัน การโยกของฟันลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Niedermemeier, 1993)

ผลกระทบต่ออวัยวะปริทันต์

การนอนกัดฟันมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปริทันต์ ซึ่งร้อยละ 81 (Leof, 1944) ของผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์มีการนอนกัดฟันร่วมด้วย แต่ Hanamura และคณะ (1987) รายงานว่าการนอนกัดฟันไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทางปริทันต์ แม้ว่าการนอนกัดฟันอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ แต่ก็นับเป็นปัจจัยร่วม (co-destructive factor) ที่ทำให้เกิดการละลายของกระดูกเบ้าฟัน และพบว่าความชุกของการมีกระดูกส่วนนอก (exostoses) ทางด้านแก้มและด้านลิ้น มีความสัมพันธ์อย่างมากกับผู้ที่ถูกไฟฟันหรือนอนกัดฟัน (Kerdpon และ Sirirungrojying, 1999)

ผลกระทบต่อกลุ่มอาการความผิดปกติเทมโปโรแมนดิบูลาร์ (Temporomandibular disorders, TMD) และความเจ็บปวดบริเวณช่องปากและใบหน้า (Orofacial pain)

การนอนกัดฟันจึงมักถูกจัดเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดลักษณะอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการความผิดปกติเทมโปโรแมนดิบูลาร์ (Lobbezoo และ Lavigne, 1997; Ciancaglini และคณะ, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Molina และคณะ (1997) ที่พบว่าผู้ป่วย TMD ร้อยละ 57 มีอาการและอาการแสดงของการนอนกัดฟันมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อศึกษาตามเกณฑ์ Research Diagnostic Criteria /temporomandibular disorder (RDC/TMD) การนอนกัดฟันมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวมากกว่าพยาธิสภาพของแผ่นรองข้อต่อขากรรไกร และข้อต่อขากรรไกร (Manfredini และคณะ, 2003) ทำให้ข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อเจ็บปวดมากขึ้น นานขึ้น ทำให้รู้สึกเมื่อยล้า ตึง หรือเจ็บบริเวณแก้มหลังตื่นนอนในระยะแรก (Dao, Lund และ Lavigne, 1994) ต่อมากล้ามเนื้อบดเคี้ยวโดยเฉพาะกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์จะมีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อเพิ่มจำนวนของเส้นใยกล้ามเนื้อในการทำงาน ทำให้เจ็บปวดลดลง (Rugh และ Ohrbach, 1988) ดังนั้นถ้านอนกัดฟันเป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดลักษณะกรามเหลี่ยม เนื่องจากการโตของกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์ ซึ่งมีผลต่อความสวยงาม และการนอนกัดฟันยังเป็นปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดความความเจ็บปวดเรื้อรังบริเวณใบหน้าและช่องปาก (Macfarlane และคณะ, 2003) โดยผู้ป่วยร้อยละ 69 จะมีความเจ็บปวดที่แผ่กระจายจากข้อต่อขากรรไกรมาที่บริเวณหู ศีรษะ ลำคอ หลัง ไหล่ ร้อยละ 48 รู้สึกปวดศีรษะบ่อยๆ (Kampe, Tagdae และคณะ, 1997) และร้อยละ 65 รู้สึกปวดศีรษะเมื่อตื่นนอนตอนเช้า (Bader และคณะ, 1997) นอกจากนี้ฟันสึกมักมีขอบคมคล้ายสันมีด ทำให้ระคายเคืองต่อริมฝีปาก แก้ม และลิ้น (Nadler, 1968) และเสียงกัดฟันอาจรบกวนผู้ที่นอนร่วมด้วย และทำให้คุณภาพการนอนลดลง พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่นอนกัดฟันมักง่วงในเวลากลางวัน (Bader และคณะ, 1997)

ปัจจัยที่มีผลทำให้นอนกัดฟัน

ปัจจัยการสบฟัน

ไม่มีหลักฐานที่ชี้ชัดว่าสิ่งกีดขวางการสบฟันเป็นสาเหตุทำให้นอนกัดฟัน (Clark และคณะ, 1999) แต่บางทฤษฎีเชื่อว่าถ้าร่วมกับปัจจัยทางอารมณ์มีส่วนทำให้นอนกัดฟัน (Rugh และ Ohrbach, 1988)

เพศ

ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Glaros, 1981) แต่ Hublin และคณะ, 1998 ศึกษาฝาแฝดพบว่ากรนอนกัดฟันในวัยเด็กเพศหญิงมากกว่า ส่วนวัยผู้ใหญ่เพศหญิงจะพบน้อยกว่า ซึ่งต่างจากการศึกษา Ahlberg และคณะ, 2002 ที่พบว่าเพศหญิงมีการนอนกัดฟันมากกว่า

อายุ

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

ความผิดปกติของสมอง และพันธุกรรม

ผู้ป่วยที่สมองถูกทำลาย(brain damage) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมอง(mental retard) จะมีพื้นที่รอยโรคอย่างมากจากการกดพื้น (Bell, Kaidonis และ Townsend, 2002) และเด็กที่มีบุคคลในครอบครัวนอนกัดฟัน มักมีแนวโน้มนอนกัดฟัน (Rugh และ Ohrbach, 1988) Hublin และคณะ, 1998 ศึกษาผ่าเผยพบว่าพันธุกรรมส่งเสริมให้นอนกัดฟันได้ร้อยละ 39-64 พันธุกรรมจึงอาจมีบทบาทเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน แต่ยังไม่ทราบกลไก และการถ่ายทอดที่แน่ชัด (Hublin และ Kaprio, 2003)

การนอน

การนอนกัดฟันเป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งของการนอนหลับ พบเป็นอันดับ 3 รองจากการนอนละเมอ และนอนกรน (Ohayon และคณะ, 2001) เมื่อทำการสำรวจด้วยแบบสอบถาม และการตรวจทางคลินิก พบว่าร้อยละ 72 ของผู้ทึนอนกัดฟันที่มีอายุ 23-28 ปี มีความผิดปกติขณะนอนหลับ (Kampe, Tagdae, และคณะ, 1997)

ความเครียด และบุคลิกภาพ

ผู้ทึนอนกัดฟันเป็นประจำมักมีความเครียดที่รุนแรง (Ahlberg และคณะ, 2002) มีบุคลิกภาพวิตกกังวล หุนหันพลันแล่น คิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิดง่าย มองโลกในแง่ร้าย หวาดกลัว ขี้อาย อ่อนล้า สิ้นโดย (Sutin และคณะ, 2010) และมักมาใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟัน (Ahlberg และคณะ, 2002)

สารที่มีผลต่อระบบประสาท

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

การรักษาการนอนกัดฟัน

เนื่องด้วยการนอนกัดฟันเกิดจากสหปัจจัย จึงยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง (Attanasio, 1997 ; Bader และ Lavigne, 2000; Koyano และคณะ, 2008) การรักษามุ่งเน้นเพื่อลดอาการและอาการแสดง และกำจัดปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง และควรมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ ซึ่งแบ่งเป็น

การรักษาทางทันตกรรม ได้แก่ การบูรณะผิวหน้าและรูปร่างฟันที่แตกร้าว เสียว และการใส่เฝือกสบฟัน เพื่อป้องกันฟันสึก และลดอาการตึงของกล้ามเนื้อ และข้อต่อขากรรไกร (Dylina, 2001)

การรักษาด้วยยา เช่น ยาลดหลั่งกล้ามเนื้อ ยาด้านซึมเศร้า ยาลดความกังวล แต่ควรใช้ยาเมื่อการนอนกัดฟันนั้นเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท (Winocur และคณะ, 2003)

การรักษาทางจิตใจและพฤติกรรม โปรแกรมฝึกให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน ลดผลกระทบจากการนอนกัดฟันได้มากกว่าการรักษาเฉพาะบริเวณที่มีอาการปวดด้วย TENS (Treacy, 1999) นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น ให้ผู้ป่วยสังเกตรอยสึกบนเฝือกสบฟันทุกเช้า และมีการนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลเป็นระยะๆ

ความรู้

คำจำกัดความ

พจนานุกรมของ Webster (1995: 706) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้เป็นผลหรือผลผลิตจากการรู้ เป็นข้อมูล หรือความเข้าใจที่ได้รับผ่านประสบการณ์ ความสามารถในการปฏิบัติ และทักษะ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้นิยามความหมายของความรู้ว่า เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ เป็นสิ่งที่ได้รับการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ หรือหมายถึงองค์วิชาในแต่ละสาขา อาจกล่าวโดยสรุปว่าความรู้เป็นผลที่ได้จากการเรียนรู้ผ่านวิธีการต่างๆ เช่น การเล่าเรียน ประสบการณ์ การปฏิบัติ

วิธีการวัดความรู้

การวัดความรู้สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ แบบทดสอบที่นิยมใช้มีอยู่ 5 แบบ ได้แก่ แบบความเรียง แบบถูกผิด แบบเติมคำ แบบจับคู่ แบบเลือกตอบ

การสำรวจความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

Brook, Heim และ Alkalai (1996) สำรวจพฤติกรรม ความรู้ และทัศนคติต่อทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยม อายุ 14-18 ปี พบว่าความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ โดยความรู้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพช่องปากได้มาจากทันตแพทย์ ผู้ปกครอง และสื่อต่างๆ ตามลำดับ และเพศหญิงจะมีความตระหนักเรื่องสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชาย (Al-Hussaini, 2003)

ความคิดเห็น

คำจำกัดความ

พจนานุกรมของ Webster (1995: 885) ให้ความหมายของความคิดเห็นไว้ว่า ความคิดเห็นเป็นความเชื่อที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนความรู้อันแท้จริง แต่ขึ้นอยู่กับจิตใจ และการลงความเห็นของแต่ละบุคคล

การวัดความคิดเห็น

เนื่องจากความคิดเห็นเป็นนามธรรม เป็นการแสดงออกทางความรู้สึก ความเชื่อ ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกซึ่งพฤติกรรม โดยอาศัยพื้นความรู้ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคลนำมาประกอบในการพิจารณาซึ่งความคิดเห็นนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ถ้าทราบข้อเท็จจริง จึงต้องวัดด้วยวิธีต่างๆ เช่น วิธีการสังเกต วิธีการสัมภาษณ์ วิธีใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้มากในการวัดความคิดเห็นเพราะสามารถที่จะสร้างและถามในหลายๆ ด้านตามความต้องการของผู้ศึกษา

ความสำคัญของความคิดเห็น

การศึกษาความคิดเห็นจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรต่อเรื่องการนอนกัดฟัน ทั้งทางด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ด้านการมารับการตรวจรักษา และด้านการติดตามข่าวสาร เพราะความคิดเห็นเกิดขึ้นจากความรู้ และประสบการณ์ที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยต่อไป

ความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของการนอนกัดฟันต่อชีวิตประจำวัน

Doa และคณะ (1994) ศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวดและคุณภาพชีวิตของผู้ที่นอนกัดฟัน กับผู้ป่วย myofascial pain อายุ 22-36 ปี ด้วย 100-mm visual analog scale และวัดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับการรบกวนการนอน กิจกรรมทางสังคม ความอยากอาหาร ประสิทธิภาพในการทำงาน การพูด หรือเคี้ยว พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันและความเจ็บปวดร่วมกับผู้ป่วย myofascial pain มีการลดลงของคุณภาพชีวิตพอๆ กัน และผู้ป่วยที่นอนกัดฟันร้อยละ 42.1 คิดว่าการนอนกัดฟันทำให้รู้สึกตึงเครียด ร้อยละ 36.8 คิดว่ารบกวนการนอน ร้อยละ 36.8 คิดว่าเคี้ยวอาหารได้ลำบาก ร้อยละ 15.88 คิดว่าลดประสิทธิภาพในการทำงาน ร้อยละ 15.88 คิดว่าพูดได้ลำบาก ร้อยละ 10.5 คิดว่ารู้สึกหุดหุด ร้อยละ 10.5 คิดว่ารบกวนการเข้าสังคม และร้อยละ 5.3 คิดว่ารบกวนความอยากอาหาร แต่เมื่อแบ่งผู้ที่นอนกัดฟันออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเจ็บปวดร่วมกับกลุ่มที่นอนกัดฟันแต่ไม่มีความเจ็บปวดพบว่า ในกลุ่มหลังมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันไม่รบกวนการเข้าสังคม ไม่รบกวนความอยากอาหาร และไม่ทำให้รู้สึกหุดหุด โดยพิจารณาว่าความเจ็บปวดอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความต่างในความคิดเห็นด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

Ohayon และคณะ (2001) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการนอนกัดฟัน อายุตั้งแต่ 15 ปี ในกลุ่มประชากรทั่วไป (ประเทศอังกฤษ เยอรมัน อิตาลี) พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันร้อยละ 23.3 คิดว่าเสี่ยงจากการนอนกัดฟันรบกวนการนอนของผู้ที่นอนด้วย ร้อยละ 23 ต้องการการรักษาทางทันตกรรม เนื่องมาจากการกัดฟัน และร้อยละ 8.1 มีความไม่สบายของกล้ามเนื้อขากรรไกรเวลาตื่นนอน

Macfarlane และคณะ (2002, 2003) ศึกษาความชุก และปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดบริเวณช่องปากและใบหน้า อายุ 18-65 ปี จะมีความชุกประมาณ ร้อยละ 26 แต่มีไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 46) ที่มาพบแพทย์ หรือทันตแพทย์

Blanco และคณะ (2003) ศึกษาความตั้งใจและเหตุผลของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการนอนต่อการมารับการรักษา พบว่าร้อยละ 22.7 ของผู้ป่วยมีความผิดปกติในการนอนทุกวัน ราวๆ 3 ใน 4 (ร้อยละ 74.2) ของผู้ป่วยคิดว่าอาการของตนเองอยู่ในระดับรุนแรงน้อย เช่น เรื่องการจดจำสิ่งต่างๆ หรือรู้สึกหงุดหงิดและปวดศีรษะ แต่ไม่ได้กังวลกับอาการดังกล่าว มีเพียงร้อยละ 31 ที่ต้องการรับการรักษา และมีวิธีจัดการปัญหาดังกล่าว เช่น อาบน้ำอุ่น อ่านหนังสือ ดื่มเครื่องดื่มสมุนไพร และรับประทานยาตามลำดับ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 900 คน (ประมาณจากจำนวนผู้ป่วยใน 3 ปีที่ผ่านมา: พ.ศ.2548-2551)

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 ใช้สูตรของยามเน่ (Yamene, 1967) ดังนี้

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

โดย

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนหน่วยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553~ 900 คน (ประมาณจากจำนวนผู้ป่วยใน 3 ปีที่ผ่านมา: พ.ศ.2548-2551)

e = ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

แทนค่าได้ดังนี้

n = $\frac{900}{1 + 900(0.05)^2}$

= 277 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยใหม่ที่มาทำบัตรที่เวชระเบียนในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553
2. ผู้ป่วยที่อ่านออกเขียนได้(ภาษาไทย)
3. อายุ 15-60 ปี
4. ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยนอนกัดฟันที่เคยมารับการรักษาการนอนกัดฟันด้วยวิธีการใส่เฝือกสบฟัน และ/หรือ ด้วยยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาคลายเครียด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟัน
 - ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นที่มีต่อการนอนกัด
 - ส่วนที่ 4 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน
- โดยตัวอย่างของแบบสอบถามแสดงในภาคผนวก

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. สร้างแนวคำถามในการทำแบบสอบถามโดยศึกษารายละเอียดข้อมูลจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. นำแนวทางคำถามในการทำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วไปตรวจสอบความตรง(validity) ของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์จำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ผลการตรวจสอบ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ให้ความเห็นตรงกัน 2 ท่านขึ้นไป จึงใช้ได้
3. นำแนวทางแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผู้มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวนละ 20 ชุด แล้วนำมาหาความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จึงนำไปใช้สอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนความรู้มีค่า .8778 ในส่วนความคิดเห็นมีค่า .8588 และในส่วนพฤติกรรมมีค่า .7511 จากผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีความเชื่อมั่นระดับดี (มากกว่า 0.8)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แจกแบบสอบถามผู้ป่วยใหม่ที่เข้าเกณฑ์ทุกคน ตั้งแต่เวลา 9.00 -19.00 น. ระหว่างรอตรวจ ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 341 ฉบับ จาก 370 ฉบับ คิดเป็นอัตราการส่งกลับ ร้อยละ 92.1 และเมื่อตรวจสอบความครบถ้วน พบว่ามีแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 277 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทางสถิติเพื่อพรรณนา และวิเคราะห์ถึงทัศนคติต่อการนอนกักฟัน การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อหาค่าสถิติต่างๆ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 11.5 ในการคำนวณ แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

-วิเคราะห์เชิงพรรณนา

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมของผู้ตอบโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความรู้แสดงเป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการนอนกักฟัน โดยรวมระดับความคิดเห็นเป็นหมวดหมู่ แล้วแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ
4. วิเคราะห์พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกักฟัน แจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ

-วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ

1. เปรียบเทียบระดับความรู้จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยในการเปรียบเทียบระดับความรู้กับตัวแปรที่สามารถตอบได้ 2 คำตอบใช้ independent sample t-test ส่วนในการเปรียบเทียบระดับความรู้กับตัวแปรที่สามารถตอบได้มากกว่า 2 คำตอบ ใช้ One Way ANOVA
2. เปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกักฟันในด้านต่างๆ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถามใช้ Chi- Square test และจะปฏิเสธสมมติฐานเมื่อระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 ($p < 0.01$)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการแจกแบบสอบถาม 370 ฉบับ ได้รับคืนมาจำนวน 341 ฉบับ คิดเป็นอัตราการส่งกลับ ร้อยละ 92.1 และเมื่อตรวจสอบความครบถ้วน พบว่ามีแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 277 ฉบับ

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตาราง 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และเหตุผลที่นำผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์

1. เพศ (n = 277)	ร้อยละ (คน)
หญิง : ชาย	72.2 (200) : 27.8 (77)
2. อายุ (n = 277)	
15-30 ปี : 31-45 ปี : 45-60 ปี	51.6 (143) : 24.9 (69) : 23.5 (65)
3. ระดับการศึกษา (n = 277)	
ปริญญาตรี	52.7 (146)
มัธยม/ ปวช.	19.5 (54)
สูงกว่าปริญญาตรี	16.2 (45)
อนุปริญญา/ ปวส.	6.5 (18)
ประถม	5.1 (14)
4. อาชีพ (n = 277)	
นักเรียน/นักศึกษา	34.3 (95)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20.9 (58)
เอกชน/งานอิสระ	19.1 (53)
ค้าขาย	9.4 (26)
แม่บ้าน	9.0 (25)
อื่นๆ เช่น รับจ้าง	4.7 (13)
งานทางการแพทย์	2.2 (6)
เกษตรกร	0.4 (1)

4. เหตุผลที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ * (n = 277)	ร้อยละ (คน)
ตรวจเช็คสุขภาพช่องปาก	52.0 (144)
ต้องการอุดฟัน	24.5 (68)
ปวดฟัน / เสียวฟัน	22.7 (63)
ต้องการอุดฟัน	22.0 (61)
ต้องการจัดฟัน	13.0 (36)
ต้องการถอนฟัน	13.0 (36)
อื่นๆ เช่น ถ่ายภาพรังสี	12.6 (35)
ต้องการใส่ฟัน	7.6 (21)
ต้องการปรึกษาเกี่ยวกับการถอนกัณฑ์ฟัน	2.2 (6)
ปวดกล้ามเนื้อ / ปวดข้อต่อขากรรไกร	1.4 (4)

*หมายเหตุ เหตุผลที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตามการรับทราบข้อมูลเรื่องการถอนกัณฑ์ฟัน แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบเรื่องการถอนกัณฑ์ฟัน ตามการรายงานการถอนกัณฑ์ฟัน และแหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าถอนกัณฑ์ฟัน

1. การรับทราบข้อมูลเรื่องการถอนกัณฑ์ฟัน (n = 277)	ร้อยละ (คน)
ไม่เคย รับทราบ : เคยรับทราบ	61.7 (171) : 38.3 (106)
2. แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบเรื่องการถอนกัณฑ์ฟัน* (n = 106)	
เพื่อน / คนอื่น	43.4 (46)
นิตยสาร / แผ่นพับ	23.6 (25)
หมอ / หมอฟัน	22.6 (24)
โทรทัศน์ / วิทยุ	22.6 (24)
อินเทอร์เน็ต / เว็บไซต์ของคณะทันตแพทย์	16.0 (17)
อื่นๆ เช่น ญาติ ค่ายทันตะ	2.8 (3)
3. การรายงานการถอนกัณฑ์ฟัน (n = 106)	
ไม่กัณฑ์ฟัน : กัณฑ์ฟัน : ไม่ทราบ	41.5 (44) : 34.9 (37) : 23.6 (25)
4. แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าถอนกัณฑ์ฟัน* (n = 37)	
คนอื่นบอก	83.8 (31)
ทราบเอง	21.6 (8)
หมอ/หมอฟันบอก	21.6 (8)

*หมายเหตุ แหล่งข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าถอนกัณฑ์ฟันตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2. ความรู้

ตาราง 2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และการแปลผล

ระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันด้านต่างๆ		คะแนนเต็ม	$\bar{X}$ (SD)	ร้อยละ	การแปลผล
คำจำกัดความของการนอนกัดฟัน		4	2.20 (1.10)	55.00	ปานกลาง
ผลกระทบของการนอนกัดฟัน		8	2.63 (2.35)	32.88	น้อย
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน		7	2.04 (1.50)	29.14	น้อย
การรักษาการนอนกัดฟัน		6	2.38 (1.60)	39.67	น้อย
คะแนนรวม		25	9.24 (4.96)	36.96	น้อย
ร้อยละ 80-100	หมายถึง มีความรู้ระดับมาก				
ร้อยละ 51- 79	หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง				
ร้อยละ 0 - 50	หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย				

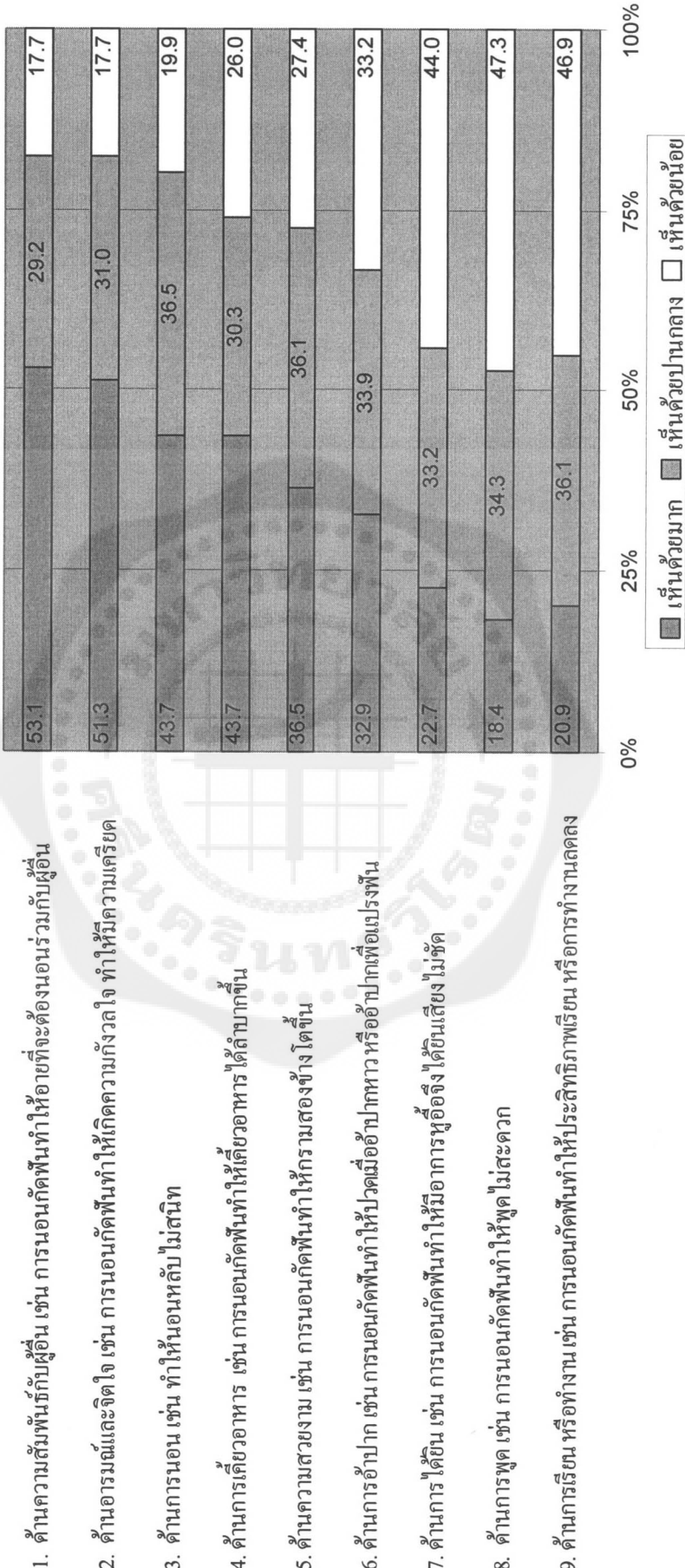
ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมมีคะแนนความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการนอนกัดฟันอยู่ในระดับน้อย โดยถ้าจำแนกในแต่ละด้านพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความของการนอนกัดฟันอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังมีความรู้ในด้านอื่นๆ อยู่ในระดับน้อย แต่ถ้าจำแนกตามข้อพบว่าผู้ป่วยส่วนมากทราบว่าการนอนกัดฟันเกิดขึ้นในขณะนอนหลับ และไม่รู้สึกรำคาญ ไม่จำเป็นต้องมีเสียงร่วมเสมอ การนอนกัดฟันทำให้ฟันสึก วัสดุแตกร้าว ปวดหน้าหู แต่มักไม่ทราบว่ามีผลกระทบอื่นๆ เช่น ทำให้ปวดศีรษะ มีกระดูกงอกบนบริเวณเหงือก รวมทั้งยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน เช่น การดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน

ผู้ป่วยส่วนมากทราบวิธีการรักษาการนอนกัดฟันว่ามีจุดมุ่งหมายเพื่อลดผลกระทบ ไม่สามารถทำให้หยุดนอนกัดฟันได้ ต้องใส่เครื่องมือ สามารถใช้วิธีผ่อนคลายร่วมด้วย และต้องมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะ

3. ความคิดเห็น

3.1 ด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

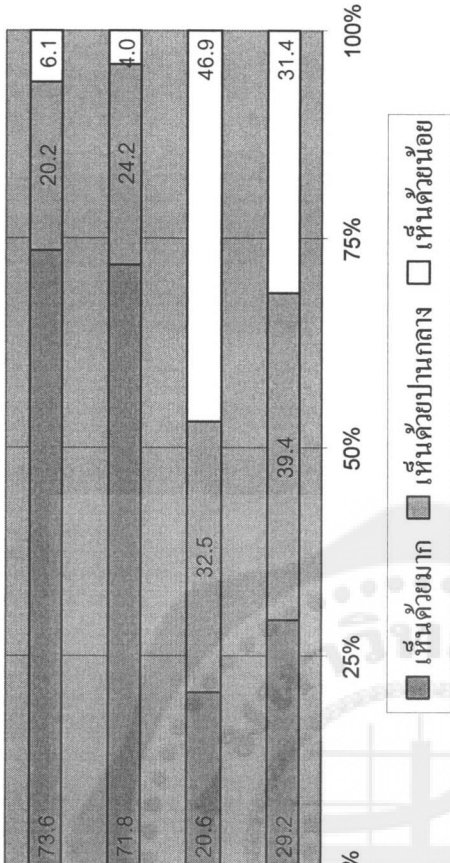
แผนภาพ 3.1 ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีต่อการพบข้อจำกัดประจำวันในด้านต่างๆ



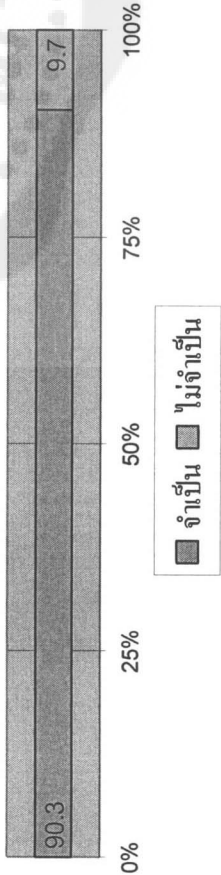
3.2 ด้านการตรวจรักษา และการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน

แผนภาพ 3.2 ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีต่อการนอนกัดฟัน ในด้านการตรวจรักษา และการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน

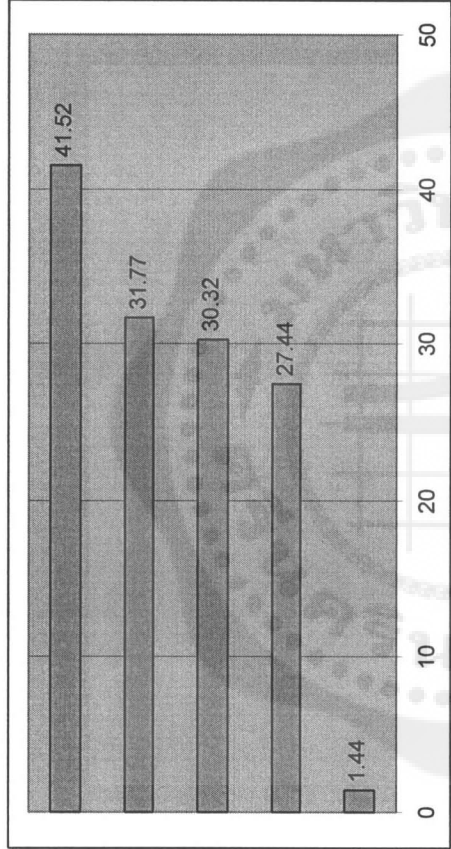
- 1. ถ้านอนกัดฟัน ท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์
- 2. ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยาง จะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ
- 3. ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน
- 4. ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน



แผนภาพ 3.3 ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมต่อความจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาการนอนกัดฟัน



แผนภาพ 3.4 สื่อที่ผู้ปวยที่มีการรักษาทางทันตกรรมสะดวกจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน แจกแจงเป็นร้อยละ



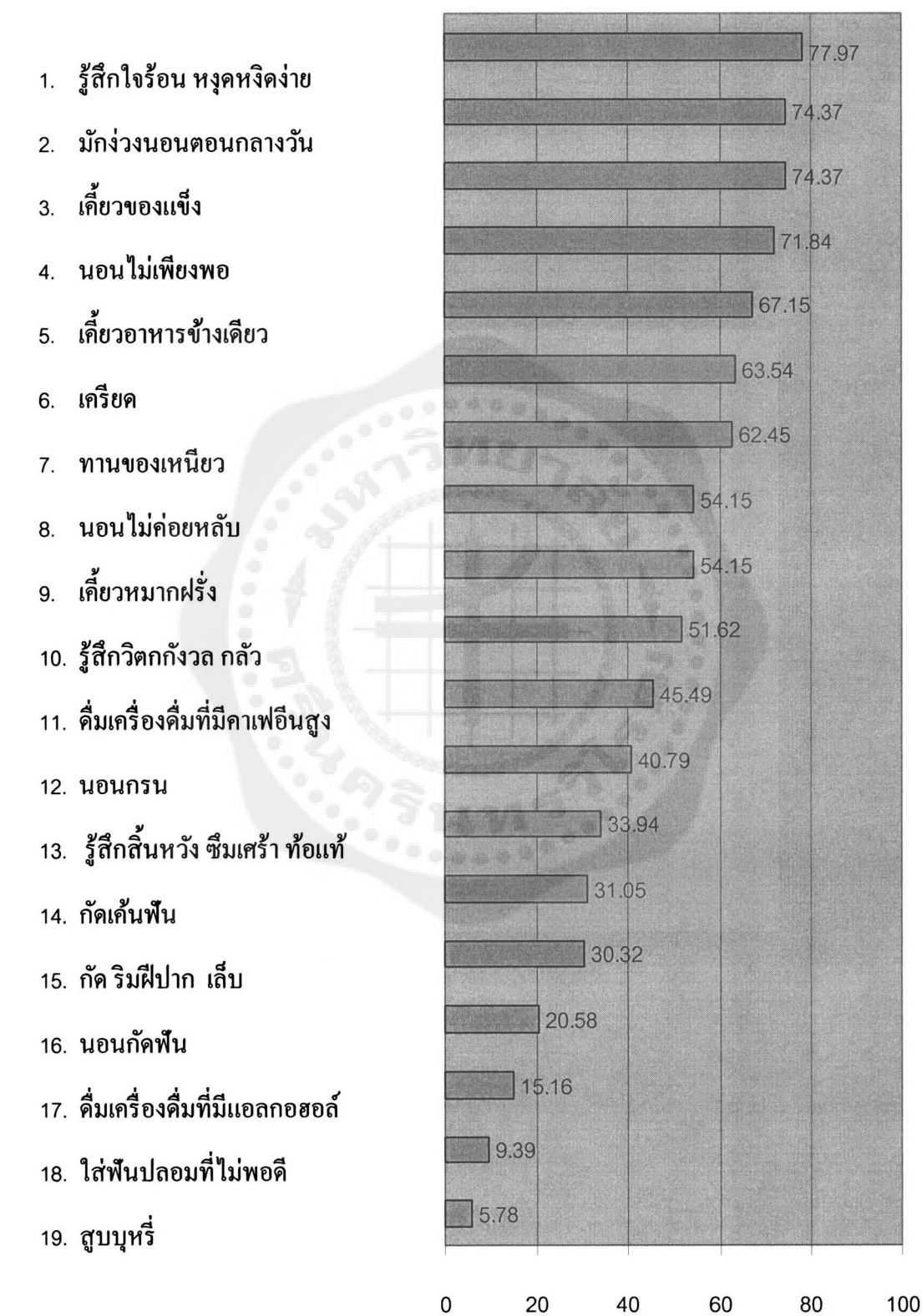
- 1. อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์
- 2. นิตยสาร แผ่นพับ
- 3. โทรทัศน์ วิทยุ
- 4. ทันตแพทย์
- 5. อื่นๆ เช่น ญาติ

*หมายเหตุ สื่อผู้ปวยที่สะดวกจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ผู้ปวยที่มีการรักษาทางทันตกรรมจำนวนมากเห็นด้วยว่าถ้าทราบว่าตนเองนอนกัดฟันจะมารับการรักษา แต่มีจำนวนน้อยที่สนใจสอบถามหมอฟันหรือรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน และแหล่งที่สะดวกจะรับข่าวสารมากที่สุด คือ อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ สรุปโดยรวมว่าผู้ปวยส่วนมากยังเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาการนอนกัดฟัน

4. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน

แผนภาพ 4.1 พฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน แจกแจงเป็นร้อยละ



5. วิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ

ตาราง 5.1 การเปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกััดฟันทั้งในด้านต่างๆ และโดยรวมของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม จ้าแนกตามเพศอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกััดฟัน และการรายงานการนอนกััดฟัน

ความรู้	p-value					
	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	การรับทราบข้อมูล	รายงานการนอนกััดฟัน
คำจำกัดความของการนอนกััดฟัน	.134	.640	.001*	.408	.022	.459
ผลกระทบของการนอนกััดฟัน	.054	.333	.000*	.566	.282	.277
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกััดฟัน	.031	.395	.020	.539	.404	.067
การรักษาการนอนกััดฟัน	.889	.575	.000*	.157	.223	.425
คะแนนรวม	.072	.571	.000*	.247	.043	.682

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5.1 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้เรื่องการนอนกััดฟันจ้าแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับทราบข้อมูล และรายงานการนอนกััดฟัน โดยใช้ t-test และ ANOVA พบว่าผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ อาชีพ การรับทราบข้อมูล และรายงานการนอนกััดฟันต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกััดฟันไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกััดฟันแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นประถม และมัธยม/ปวช. มีระดับความรู้โดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี แต่ไม่ต่างจากชั้นอนุปริญญา/ปวส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 5.2 การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับการนอนกัดฟันทั้งในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยที่มีการรักษาทางทันตกรรม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน

ข้อความ	P					
	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	การรับทราบข้อมูล	รายงานการนอนกัดฟัน
ด้านการนอน เช่นทำให้นอนหลับไม่สนิท	.511	.004*	.345	.081	.546	.001*
ด้านการพูด เช่น ทำให้พูดไม่สะดวก	.252	.303	.313	.517	.079	.758
ด้านการอ้าปาก เช่น ทำให้ปวดเมื่อยอ้าปากหรืออ้าปากแปร่งฟัน	.863	.345	.979	.017	.207	.247
ด้านการได้ยิน เช่น ทำให้มีอาการหูอื้อจึงได้ยินเสียงไม่ชัด	.904	.890	.933	.728	.798	.807
ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น ทำให้ประสิทธิภาพการเรียน การทำงานลดลง	.812	.945	.967	.923	.355	.147
ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น ทำให้เคี้ยวอาหาร ได้ลำบากขึ้น	.883	.122	.754	.063	.205	.132
ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ทำให้ายที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น	.014	.057	.944	.055	.083	.006*
ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด	.159	.009*	.398	.080	.179	.000*
ด้านความสวยงาม เช่น ทำให้กรมสองข้างโด้ขึ้น	.154	.260	.955	.196	.258	.015
ถ้าท่านนอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์	.894	.387	.395	.204	.194	.123
ท่านจะได้เลือกสบฟันหรือฟันยางตามที่ทันตแพทย์แนะนำ	.273	.806	.181	.221	.258	.002*
ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน	.701	.060	.693	.575	.793	.472
ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน	.758	.810	.694	.666	.683	.683

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5.2 เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความคิดเห็นเรื่องการนอนกัดฟันจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ การรับทราบข้อมูล และรายงานการนอนกัดฟัน โดยใช้ chi-square test พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีความเห็นเรื่องด้านการนอน และด้านอารมณ์และจิตใจต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีระดับความเห็นด้วยมากที่สุดมากกว่าทั้ง 2 ด้าน ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ส่วนมากจะเห็นด้วยในระดับปานกลาง และผู้ที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกันมีความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันต่างกัน ใน 1) ด้านการนอน 2) ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น 3) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ 4) ด้านความตั้งใจที่ใส่เฝือกสบฟัน โดยผู้นอนกัดฟันที่รายงานว่าไม่ได้กัดฟันจะมีระดับเห็นด้วยมากที่สุดมากกว่า ส่วนผู้ที่มีเพศ ระดับการศึกษาอาชีพ การรับทราบข้อมูล ต่างกันมีความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01



บทที่ 5

อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ

1. อภิปรายผล

ถึงแม้การนอนกัดฟันไม่ใช่โรคที่อันตรายถึงชีวิต แต่ก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะต่อระบบบดเคี้ยว เนื่องจากการนอนกัดฟันอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการสึกของฟัน วัสดุอุดแตกร้าว ฟันโยกได้ และความเจ็บปวดบริเวณใบหน้า (Christensen, 2000) การนอนกัดฟันมักก่อให้เกิดปัญหาในการวางแผนการรักษาทางทันตกรรม ไม่ว่าจะเป็นการรักษาทางทันตกรรมบูรณะ การรักษาคลองรากฟัน การรักษาโรคปริทันต์ หรือแม้แต่การรักษาความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร และถือว่าการนอนกัดฟันเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยวของผู้ป่วยด้วย เพราะกว่าที่ผู้ป่วยจะตระหนักถึงผลเสียของการนอนกัดฟัน ก็มักเกิดความสูญเสียทั้งโครงสร้างและความสมดุลของระบบบดเคี้ยวไปมากแล้ว แต่ปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่เหมาะสมในการตรวจวัดภาวะการนอนกัดฟันของผู้ป่วย (Koyano, 2008) นอกจากวิธีรายงานการนอนกัดฟันของผู้ป่วยเอง ดังนั้นแม้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน แต่ไม่ตระหนักถึงผลเสียผู้ป่วยก็ยังไม่ต้องการรับการรักษา ทั้งนี้การรักษาการนอนกัดฟันจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของทันตแพทย์ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการนอนกัดฟันจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น (Christensen, 2001) และเพื่อให้การให้ความรู้นั้นมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการสำรวจของความรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน

แบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง และความเชื่อมั่นแล้วได้ผลอยู่ในระดับดี ซึ่งทำให้มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง โดยในการวัดความรู้มีคำตอบ “ไม่ทราบ” ด้วยเพื่อลดการเดาสุ่มของผู้ตอบ เนื่องจากความรู้ด้านสาเหตุของการนอนกัดฟันในบางประเด็นยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด จึงใช้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันแทนคำว่า สาเหตุของการนอนกัดฟัน

ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มศว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพนักเรียน/นักศึกษา ซึ่งคล้ายกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (วนิดา และคณะ, 2542) และมหาวิทยาลัยขอนแก่น (สุวิทย์ และคณะ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ Manski และ Magder (1998) ที่กล่าวว่าเพศหญิง

มักเห็นความสำคัญในการมารับการรักษาทางทันตกรรมมากกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาระดับปริญญาตรีอาจเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ และเนื่องจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มศว อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับโรงเรียนและ คณะต่างๆ จึงทำให้ผู้มารับบริการเป็นนักเรียน/นักศึกษาเป็นส่วนมาก เหตุผลหลักที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ คือการมารับการตรวจสุขภาพช่องปาก จึงนับได้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ที่สนใจเรื่องทันตสุขภาพในระดับหนึ่ง

ผู้ที่เคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันมีเพียงร้อยละ 38.3 โดยส่วนมากมักทราบจากเพื่อนหรือคนอื่น แต่รับทราบจากทันตแพทย์เพียงร้อยละ 22.6 อาจแสดงว่าข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันที่ผู้ป่วยรับทราบมาเกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเองมากกว่าที่จะได้รับข้อมูลจากทันตแพทย์ ซึ่งข้อมูลที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนกันนั้นอาจไม่ถูกต้องทั้งหมด ทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันของผู้ป่วยมีระดับน้อย

จากแบบสอบถามพบว่าผู้ที่รายงานว่าตนเองนอนกัดฟัน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ohayon และคณะ, 2001 ที่พบว่าในผู้ป่วยทั่วไปจะมีผู้รายงานการนอนกัดฟันประมาณร้อยละ 8-10 โดยผู้ที่รายงานว่านอนกัดฟันร้อยละ 83.9 ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันจากคำบอกของผู้อื่น และผู้ที่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันด้วยตนเองเท่ากับที่ทราบจากการมาพบทันตแพทย์คือร้อยละ 21.6 สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันมักทราบว่าตนเองนอนกัดฟันจากผู้ที่นอนด้วยถึงร้อยละ 68 แต่การทราบจากทันตแพทย์น้อยกว่าผลการศึกษาอื่นที่พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันจะทราบจากทันตแพทย์ถึงร้อยละ 37 (Macfarlane และคณะ, 2003) และผู้ที่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันด้วยตนเองมีประมาณร้อยละ 32 แต่เนื่องจากไม่มีคำถามเชิงคุณภาพในการเจาะลึกถึงเหตุผล จึงทำให้ไม่ทราบว่าผู้ป่วยทราบเองได้อย่างไร รวมทั้งไม่มีคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางสภาพสมรส ซึ่งอาจมีผลต่อการรายงานการนอนกัดฟันของผู้ป่วย จึงควรมีการเพิ่มเติมในส่วนนี้ด้วย

ความรู้

จากการศึกษานี้พบว่าความรู้โดยรวมเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม ซึ่งนับว่าเป็นผู้ที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับทันตสุขภาพในระดับหนึ่งแล้วยังอยู่ในระดับน้อย ยกเว้นในด้านคำจำกัดความของการนอนกัดฟันที่อยู่ในระดับปานกลาง จึงอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยเคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟันอย่างผิวเผิน แต่ยังไม่ทราบว่า การนอนกัดฟันมีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้อง อาการและอาการแสดงของการนอนกัดฟันเป็นอย่างไร และมีวิธีใดในการรักษาการนอนกัดฟันบ้าง เช่นเดียวกับความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพโดยทั่วไป เช่น เรื่องอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ การดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งถึงแม้จะมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องดังกล่าวค่อนข้างแพร่หลายมากกว่าเรื่องการนอนกัดฟัน แต่ก็ยังพบว่านักเรียน และนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ทำให้ขาดทัศนคติที่ดีต่อการทำความช่องปากด้วย (Brook และคณะ, 1996; Al-Hussaini และคณะ, 2003) โดยเมื่อจำแนกความรู้เป็นรายข้อพบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะทราบว่าการนอนกัดฟัน

เกิดขึ้นเมื่อไร แต่มักไม่ทราบว่าผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยว มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน และมีวิธีการรักษาอย่างไร ประกอบกับการนอนกัดฟันมักเกิดตอนที่ไม่รู้สึกรู้สีกตัว จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองนอนกัด ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนกัดฟันจึงควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน อาการและอาการแสดง และวิธีการรักษานอนกัดฟันเพิ่มมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน พบว่าผู้ป่วยที่มีเพศ และอายุต่างกัน มีระดับความรู้ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับสำรวจความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของ Brook (1996) โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมมีความรู้ไม่น้อยกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นผลโดยตรงมาจากการศึกษาโดยระดับการศึกษาสูงกว่าจะได้รับความรู้เรื่องทันตสุขภาพมากกว่า และถึงแม้จะไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่เคยและไม่เคยการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน แต่พบว่าผู้ป่วยที่เคยทราบข้อมูลมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้มากกว่ากับผู้ป่วยที่ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน แสดงว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับกับเรื่องการนอนกัดฟัน ได้ถูกต้องมากขึ้น แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงว่าความรู้เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟันทั้งในด้านปัจจัยที่ทำให้เกิดการนอนกัดฟัน และวิธีการรักษาการนอนกัดฟันยังมีการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ขึ้น ดังนั้นทันตแพทย์ควรจะต้องติดตามข่าวสารเพื่อนำมาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และรับทราบเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟันมากขึ้น พบว่าผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน มีระดับความรู้ไม่ต่างกัน อาจเพราะผู้ป่วยที่นอนกัดฟันไม่ได้มีอาการและอาการแสดง หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันครบทุกอย่างเหมือนคำถามในแบบสอบถาม ทำให้ผู้ที่นอนกัดฟันตอบเฉพาะอาการและอาการแสดง หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันที่เกิดขึ้นกับตนเอง และอาจเป็นไปได้ว่าคนที่ไม่ได้นอนกัดฟัน ได้รับความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนกัดฟันจากคนข้างเคียงที่นอนกัดฟัน ทำให้ระดับความรู้ไม่แตกต่างกัน

ความคิดเห็น

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟัน มีผลกระทบต่อด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากที่สุด รองลงมาได้แก่ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการนอนและด้านเคี้ยวอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับ Ohayon และคณะ (2001) ที่พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันคิดว่าเสียงจากการนอนกัดฟันรบกวนการนอนของผู้ที่นอนด้วย Doal และคณะ (1994) พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันทำให้เกิดความตึงเครียด และรบกวนการนอน แต่โดยรวมผู้ป่วยคิดว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันไม่ถึงร้อยละ 60 อาจเพราะยังไม่รู้สึกรู้สีกว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองมาก ดังนั้นทันตแพทย์ต้องพยายามชี้ให้ผู้ที่นอน

กัณฑ์ตระหนักถึงผลเสียของการนอนกัณฑ์แม้ว่าจะไม่ใช่ผลกระทบโดยตรงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

ส่วนในด้านการรับการตรวจรักษาการนอนกัณฑ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับมากในการรับการตรวจรักษาการนอนกัณฑ์ ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่นอนกัณฑ์จะมารับการรักษาเมื่อมีระดับความเจ็บปวดจากการนอนกัณฑ์รุนแรงมากขึ้น (Molina และคณะ, 2000) โดยทั่วไปถึงแม้ผู้ป่วยจะมีความเจ็บปวดบริเวณใบหน้าและช่องปากถึงร้อยละ 26 แต่มีเพียงไม่ถึงครึ่งที่มาพบทันตแพทย์ โดยความต้องการการรักษาก็เพิ่มขึ้นเมื่อมีความเจ็บปวดมากกว่า 3 เดือน มีความถี่เพิ่มขึ้นขึ้น และไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้เองจนทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (Macfarlane และคณะ, 2002) แต่การศึกษานี้สำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่เอาใจใส่ต่อทันตสุขภาพระดับหนึ่ง และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความคิดเห็นโดยรวมเห็นด้วยค่อนข้างมากต่อการรับการตรวจรักษาการนอนกัณฑ์ แต่ผู้ป่วยยังสนใจติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัณฑ์น้อย อาจเป็นเพราะผู้ป่วยคิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องไกลตัวสำหรับผู้ป่วยเพราะในขณะนี้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับผลกระทบจากเรื่องนี้ การให้ความรู้เรื่องการนอนกัณฑ์สามารถทำได้ 2 ทาง คือจากทันตแพทย์โดยตรง และจากสื่อต่างๆ แต่ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะติดตามข่าวสารเกี่ยวกับนอนกัณฑ์จากอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์มากกว่าที่จะสอบถามจากทันตแพทย์ ดังนั้นการเผยแพร่ความรู้เหล่านี้ผ่านทางสื่อต่างๆ จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนส่วนใหญ่

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ของผู้ที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการรับทราบข้อมูลต่างกัน พบว่าไม่ต่างกัน แต่ความคิดเห็นต่อการนอนกัณฑ์ของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีระดับความเห็นด้วยมากกว่าด้านการนอน และด้านอารมณ์และจิตใจ และพบว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัณฑ์มีความคิดเห็นว่าการนอนกัณฑ์มีผลกระทบจากการนอน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น อารมณ์และจิตใจ และพร้อมที่จะมาใส่เฝือกสบฟันมากกว่าผู้ที่นอนกัณฑ์ อาจเพราะผู้ที่นอนกัณฑ์ไม่ได้รับผลกระทบทุกอย่างจากการนอนกัณฑ์ดังที่แสดงในแบบสอบถาม จากการศึกษาของ Blanco และคณะ, 2003 พบว่าผู้ที่มีความผิดปกติในการนอนประเภทอื่นที่ไม่ใช่การนอนกัณฑ์ ก็ยังมีความต้องการการรักษาน้อยเพราะผู้ป่วยมักมีวิธีในการแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง

ผู้ที่รายงานการนอนกัณฑ์ต่างกันมีและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัณฑ์ไม่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่าผู้ที่รายงานว่าการนอนกัณฑ์จะมีพฤติกรรมง่วงนอน รับประทานอาหารข้างเดียว เคี้ยวของแข็ง และเคี้ยวมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่นอนกัณฑ์เป็นประจำมักมีความเครียดที่รุนแรง (Ahlberg และคณะ, 2002) แต่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัณฑ์ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Flores และคณะ, 2003 Ahlberg และคณะ, 2004)

การขยายผล

เนื่องจากการศึกษาเชิงพรรณนา ซึ่งไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยรบกวนต่างๆ และเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มบุคคล คือในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ซึ่งมีลักษณะผู้ป่วยคล้ายกับในโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์บางคณะ แต่อาจมีลักษณะผู้ป่วยต่างจากโรงพยาบาลในต่างจังหวัด จึงเป็นข้อจำกัดในการขยายผลการศึกษา

2. สรุปผล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่เอาใจใส่ต่อทันตสุขภาพแล้ว มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันอยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน ด้านอาการและอาการแสดง และด้านการรักษา
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มากนัก โดยเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากที่สุด และด้านการเรียนหรือการทำงานน้อยที่สุด ผู้ป่วยไม่ค่อยสนใจจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจำนวนมากเห็นด้วยต่อการมารับการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน และยังเห็นความสำคัญของการรักษาการนอนกัดฟัน และผู้ป่วยส่วนมากสะดวกติดตามข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ มากที่สุด
3. ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ อาชีพ การรับทราบข้อมูล และการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน มีระดับความรู้ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีระดับความรู้แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมและมัธยมมีความรู้น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นอื่น
4. ผู้ที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการรับทราบข้อมูลต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการนอนกัดฟันในทุกๆ ด้านไม่ต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความคิดเห็นในด้านผลกระทบต่อการนอน อารมณ์และจิตใจต่างกัน และผู้ป่วยที่มีการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน มีความคิดเห็นในด้านผลกระทบต่อการนอน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น อารมณ์ และจิตใจ และความพร้อมที่จะมาใส่เฝือกสบฟันต่างกัน

3. ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นเชิงปริมาณ จึงอาจไม่ทราบเหตุผลเกี่ยวกับความรู้และความคิดเห็นในด้านต่างๆ อย่างลึกซึ้ง จึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงเหตุผล หรือปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าวเพิ่มเติม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

ปรางปรียา ใจธีรภาพกุล, อุทุมพร ลิขิตรัตนกร และอดิษฐ์ ลัดพลี. ความสัมพันธ์ระหว่างการนอนกัดฟันกับอาการแสดงทางคลินิก. ส่วนหนึ่งของวิชาการศึกษาดตามหลักสูตรปริญญาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต วิชาโครงการวิจัยทางทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น, 2546.

ภาณุเพ็ญ สิทธิสมวงศ์, วรรณวิภา บุญเพ็ง, สิริกมล อินทวิ, สุรีย์ ลีลาสุภกร และกัญญาเพ็ญ เอื้อกิ่งเพชร. ความสัมพันธ์ของอาการแสดงในช่องปากกับนิสัยนอนกัดฟัน. ว.ทันต.มหิดล 2545; 22(2-3): 55-60.

วนิดา นิมนานนท์, ธารวิทย์ สุขเจริญ, สมศักดิ์ จักรไพวงศ์, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการแปรงฟันของผู้ป่วยอนามัยในช่องปากที่มีเหงือกอักเสบ ในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ว.ทันต.มหิดล 2542; 19(1-3): 61-72.

สุวิทย์ อุดมพาณิชย์, วรรณวิมล กาญจนกรทอง, นัตรมงคล พรหมทา, ศิรินาถ ชีวะเกรียงไกร, สุธิดา สกุลณี. สิทธิผู้ป่วยกับความเห็นด้วยของผู้ป่วยและทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ว.ทันต.ขอนแก่น 2543; 3(2): 45-50.

ภาษาอังกฤษ

Abe, S., Yamaguchi, T., Rompré, PH., De Grandmont, P., Chen, YJ. and Lavigne GJ. Tooth wear in young subjects: a discriminator between sleep bruxers and controls. Int J Prosthodont 2009;22(4):342-50.

Ahlberg, J., Savolainen, A., Rantala, M., Lindholm, H. and Kononen, M. Reported bruxism and biopsychosocial symptoms: a longitudinal study. Community Dent Oral Epidemiol 2004;32: 307-11.

Ahlberg, J., et al. Reported bruxism and stress experience. Community Dent Oral Epidemiol 2002;30(6): 405-8.

Al-Hussaini, R., et al. Dental health knowledge, attitudes and behaviour among students at the Kuwait University Health Sciences Centre. Med Princ Pract 2003;12(4): 260-5.

Attanasio, R. An overview of bruxism and its management. Dent Clin North Am 1997;41(2): 229-40.

- Bader, G. and Lavigne, G. Sleep Bruxism an overview of an oromandibular sleep movement disorder. Sleep Medicine Reviews 2000;40(1): 27-43.
- Bader, G., Kampe, T., Tagdae, T., Karlsson, S. and Blomqvist, M. Descriptive physiological data on a sleep bruxism population. Sleep 1997;20: 982-90.
- Baka, K., Haketa, T., Clark, G. T. and Ohyama, T. Does tooth wear status predict ongoing sleep bruxism in 30-year-old Japanese subjects? Int J Prosthodont 2004;17(1): 39-44.
- Bell, E. J., Kaidonis, J. and Townsend, G. C. Tooth wear in children with down syndrome. Aust Dent J 2002;47(1): 30-5.
- Blanco, M., Kriger, N., Lloret, S. P. and Cardinali, D. P. Attitudes towards treatment among patients suffering from sleep disorders. A Latin American survey. BMC Fam Pract 2003;20(4): 17.
- Brook, U., Heim, M. and Alkalai, Y. Attitude, knowledge and habits of high school pupils in Israel regarding oral health. Patient Educ Couns. 1996;27(2): 171-5.
- Christensen, G. J. Treating bruxism and clenching. J Am Dent Assoc 2000;131(2):233-5.
- Christensen, G. J. Now is the time to observe and treat dental occlusion. J Am Dent Assoc 2001;132(1): 100-2.
- Ciancaglini, R., Gherlone, E. F. and Radaelli, G. The relationship of bruxism with craniofacial pain and symptoms from the masticatory system in the adult population. J Oral Rehabil 2001;28(9): 842-8.
- Critchley, M. Medical dictionary. 2nd ed. London: Butterworth & Co (publisher) Ltd, 1978.
- Dao, T. T., Lund, J. P. and Lavigne, G. J. Comparison of pain and quality of life in bruxers and patients with myofascial pain of the masticatory muscles. J Orofac Pain 1994;8: 350-6.
- Dylina, T. J. A common-sense approach to splint therapy. J Prosthet Dent 2001;86(5): 539-45.
- Flores, R. I. G., et al. Risk Factors for sleep bruxism in Japanese dental students. J Appli Res 2003;3(4): 420-8.
- Glaros, A. G. Incidence of diurnal and nocturnal bruxism. J Prosthet Dent 1981;45:545-9.
- Hublin, C. and Kaprio, J. Genetic aspects and genetic epidemiology of parasomnias. Sleep Medicine Reviews 2003;7(5): 413-21.
- Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M. and Koskenvuo, M. Sleep bruxism based on self-report in a nationwide twin cohort. J Sleep Res 1998;7(1): 61-7.
- Kampe, T., Edman, G., Bader, G., Tagdae, T. and Karlsson, S. Personality traits in a group of subjects with long-standing bruxing behaviour. J Oral Rehabil 1997;24(8): 588-93.

- Kampe, T., Tagdae, T., Bader, G., Edman, G. and Karlsson, S. Reported symptoms and clinical findings in a group of subjects with long standing bruxing behaviour. J Oral Rehabil 1997;24: 581-87.
- Kato, T., Thic, N. M. R., Montplaisir, J. Y. and Lavigne, G. J. Bruxism and orofacial movements during sleep. Dent Clin North Am 2001;45(4): 657-84.
- Koyano, K., Tsukiyama, Y., Ichiki, R. and Kuwata, T. Assessment of bruxism in the clinic. J Oral Rehabil 2008;35(7):495-508.
- Kerdpon, D. and Sirirungrojying, S. A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. Eur J Oral Sci 1999;107(1): 9-13.
- Kuttila, S. J., et al. Secondary otalgia in and adult population. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001;127: 401-5.
- Lavigne, G. J., Guitard, F., Rompre, P. H. and Montplaisir, J. Y. Variability in sleep bruxism activity overtime. J Sleep Res 2001;10(3): 237-44.
- Leof, M. Chomping and grinding habits. Their relation to periodontal disease. J Am Dent Assoc 1944;31: 184-94.
- Lobbezoo, F. and Lavigne, G. J. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause-and-effect relationship? J Orofac Pain 1997;11(1): 15-23.
- Lorig, K. Guide to clinical preventive service. Available from <http://www.vnh.org/GCPS2109.html> 2009. [01/12/09]
- Lyons, K. Aetiology of abfraction lesions. N Z Dent J 2001;97(429): 93-8.
- Macfarlane, T. V., Blinkhorn, A. S., Davies, R. M. and Worthington, H. V. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. J Dent 2003;31: 535-42.
- Macfarlane, T. V., Blinkhorn, A. S., Davies, R. M., Kincey, J. and Worthington, H. V. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. Community Dent Oral Epidemiol 2002;30(1): 52-60.
- Manfredini, D., Cantini, E., Romagnoli, M. and Bosco, M. Prevalence of bruxism in patients with different research diagnostic criteria for temporomandibular disorders (RDC/TMD) diagnoses. Cranio 2003;21(4): 279-85.
- Manski RJ and Magder LS. Demographic and socioeconomic predictors of dental care utilization. J Am Dent Assoc 1998;129(2):195-200.

- Molina, O. F., Santos, J. D., Nelson, S. J. and Nowlin, T. Profile of TMD and bruxer compared to TMD and unbruxer patients regarding chief complaint, previous consultations, modes of therapy, and chronicity. Cranio 2000;18(3): 205-19.
- Morris, H. F. Veterans Administration cooperative studies project No.147. Association of metallic taste with metal ceramic alloys. J Prosthet Dent 1990;63: 124-9.
- Moti, N. Symptoms, signs, and consequences of bruxism. Available from <http://www.is.wayne.edu/mnissani/bruxnet/Effects.htm> 2010. [12/01/10]
- Nadler, S. C. The importance of bruxism. J Oral Med 1968;23(4): 142-8.
- Niedermemeier, W. Parameters of tooth mobility in cases of normal function and funtional disorders of the masticatory system. J Oral Rehabil 1993;20: 189-202.
- Ohayon, M. M., Kasey, K. L. and Guilleminault, C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. Chest 2001;119(1): 53-61.
- Okeson, J. F. Management of Temporomandibular Disorder and Occlusion. 4th. St.Loius: Mosby, 1998.
- Pergamalian, A., Rudy, T. E., Zaki, H. S. and Carol, M. G. The association between wear facets, bruxism, and severity of facial pain in patients with temporomandibular disorders. J Prosthet Dent 2003;90: 194-200.
- Reding, G. R., Rubright, W. C. and Zimmerman, S. O. Incidence of bruxism. J Dent Res 1966;45: 1198-204.
- Rugh, W. K. and Ohrbach, R. Occlusal parafunction. In Mohl, N., Zarb, G.A., Carlsson, G.E., and Rugh, J.D., A textbook of occlusion, 249-56. Chicago: Quintessence Publishing Company, 1988.
- Sutin, AR., Terracciano, A., Ferrucci, L., and Costa, PT. Teeth Grinding: Is Emotional Stability related to Bruxism. J Res Pers 2010;44(3):402-405.
- Treacy, K. Awareness/relaxation training and transcutaneous electrical neural stimulation in traetment of bruxism. J Oral Rehabil 1999;26: 280-7.
- Winocur, E., Gavish, A., Voikovitch, M. and Eli, I. Drugs and bruxism: a critical review. J Oralfac Pain 2003;17(2): 99-111.

ประวัติย่อผู้วิจัย

นางสาวฟ้าใส ภูเกียรติ

ตำแหน่ง อาจารย์

หน่วยงาน ภาควิชาโษฐวิทยา ชั้น 10 คณะทันตแพทยศาสตร์ มศว

โทร 02-664-1000 ต่อ 5130

แฟกซ์ 02-664-1882

อีเมล fasai@swu.ac.th

ประวัติการศึกษา

2538- 2543 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2546- 2548 หลักสูตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ
ทันตกรรมบดเคี้ยว