

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่
ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

นางสาวภาณีณี ลีกำเนิดไทย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CLEFT LIP AND PALATE PATIENTS
BEFORE AND AFTER ALVEOLAR BONE GRAFTING

Miss. Paninee Leekumnerdthai

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Oral and Maxillofacial Surgery

Department of Oral and Maxillofacial Surgery

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้ง
เพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

โดย

นางสาวภาณี ลีกำเนิดไทย

สาขาวิชา

ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร. อาทิตันท์ พิมพชาวซ่า

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. สุดาตวง กฤษฎาพงษ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง วัชรารภรณ์ ทัศนจันทร์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ นายแพทย์ ดร. สิทธิชัย ทัดศรี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร. อาทิตันท์ พิมพชาวซ่า)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. สุดาตวง กฤษฎาพงษ์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร. เกศกัญญา สัมพะเลข)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง กอบสุข สมบัติเปี่ยม)

ภานินี ลีกำเนิดไทย : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน (ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CLEFT LIP AND PALATE PATIENTS BEFORE AND AFTER ALVEOLAR BONE GRAFTING) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ทพ.ดร. อาทิตันท์ พิมพ์ขาวขำ, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : รศ.ทญ.ดร. สุดาตวง กฤษฎาพงษ์, 113 หน้า.

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันโดยใช้ดัชนี Child-OIDP และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่เกิดจากการมีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่กับปัญหาอื่นในช่องปาก

วัสดุและวิธีการ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีอายุในช่วง 9 – 12 ปี ที่มาเข้ารับการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 21 คน มีอายุเฉลี่ย 10.38 ± 0.92 ปี เก็บข้อมูลทำโดยใช้ดัชนี Child-OIDP ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในช่วงก่อนผ่าตัดและ 3 เดือนหลังผ่าตัด

ผลการศึกษา ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีคะแนนรวม Child-OIDP และคะแนนปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ (Condition-Specific Child-OIDP score: CS-COIDP score) ที่เกิดจากปากแหว่งเพดานโหว่ลดลงจากก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .003$ และพบว่าช่วงก่อนผ่าตัดมีคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปากแหว่งเพดานโหว่สูงกว่าคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .009$

สรุป การผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันสามารถช่วยทำให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ดีขึ้น โดยเฉพาะในหัวข้อการรับประทานอาหาร และการพูด

ภาควิชา ศัลยศาสตร์.....
สาขาวิชา ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล.....
ปีการศึกษา 2554.....

ลายมือชื่อนิสิต.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

527 61208 32 : MAJOR ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

KEYWORDS : CLEFT LIP AND PALATE/ ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE/ SECONDARY ALVEOLAR BONE GRAFTING

PANINEE LEEKUMENRDTHAI : ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN CLEFT LIP AND PALATE PATIENTS BEFORE AND AFTER ALVEOLAR BONE GRAFTING. ADVISOR : ASST. PROF. ATIPHAN PIMKHAOKHAM, Ph.D., CO-ADVISOR : ASSOC. PROF. SUDADUANG KRISDAPONG, Ph.D., 113 pp.

Objective To investigate the Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in cleft lip and palate (CLP) patients before and after secondary alveolar cleft bone grafting (SABG) and to compare the effects of CLP-related and non-CLP-related problems on the OHRQoL.

Material and Method This study consisted of 21 patients (9 -12 years of age, mean age = 10.38 ± 0.92 years). The CLP patients were individually interviewed prior to surgery and 3 months post SABG. The OHRQoL was assessed using the Child Oral Impacts on Daily Performances (Child-OIDP) questionnaire.

Result After SABG, there were significant decreases in the overall Child-OIDP scores ($p = .003$) and in the Condition-Specific Child-OIDP (CS-COIDP) scores in the CLP-related group ($p = .003$). Preoperatively, the CLP-related scores were significantly higher than the non-CLP-related scores ($p = .009$).

Conclusion SABG can improve the patient's OHRQoL, especially in eating and speaking performances postoperatively.

Department : <u>Oral and Maxillofacial Surgery</u>	Student's Signature
Field of Study : <u>Oral and Maxillofacial Surgery</u>	Advisor's Signature
Academic Year : <u>2011</u>	Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สามารถดำเนินการสำเร็จลงได้ด้วยดี ทั้งนี้เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนทั้งจากบุคคล และหน่วยงานต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. โครงการศูนย์ความเป็นเลิศในการบูรณะช่องปากและใบหน้า ทูลจุฬาราช 100 ปี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนับสนุนงบประมาณในการทำงานวิจัยครั้งนี้
2. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ทพ.ดร. อาทิพันธุ์ พิมพ์ขาวขำ ภาควิชาศัลยศาสตร์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รศ.ทญ.ดร. สุดาตวง กฤษฎาพงษ์ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้คอยเอาใจใส่และให้คำปรึกษาตลอดมา
3. อาจารย์ไพพรรณ พิทยานนท์ ผู้ให้คำปรึกษาในด้านสถิติ
4. บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ ได้แก่ นางอรพรรณ จิตต์วราวงษ์ นางธีราภรณ์ เพชรประเสริฐ นางกนกพรรณ กรธนเกียรติ์ และนางวิไลภรณ์ มีทรัพย์ ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลการวิจัย
5. นายภมร นามเสนาะ เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ความเป็นเลิศในการบูรณะช่องปากและใบหน้า
6. อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักเรียน โรงเรียนทับทอง
7. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ทุกท่าน

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามของการวิจัย.....	4
สมมุติฐานการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
รูปแบบการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
ข้อจำกัดของการทำวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ปากแหว่งเพดานโหว่.....	8
ก. อธิบายการเกิดของปากแหว่งเพดานโหว่.....	8
ข. ชนิดของปากแหว่งเพดานโหว่.....	9
ค. ประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่.....	9
ง. ปัญหาและความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่.....	12
จ. การรักษาภาวะปากแหว่งเพดานโหว่.....	13
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.....	20
ก. คำจำกัดความ.....	20
ข. หลักการและแนวคิดของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.....	20

	หน้า
ค. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.....	21
ง. การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.....	33
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่.....	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากร.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การคำนวณคะแนน.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย.....	46
ข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.....	49
ผลการทดสอบความตรงของข้อมูลคะแนน Child-OIDP.....	51
การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย	
ปากแห้งเพดานโหว่ในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน	53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	58
อภิปรายผลการวิจัย.....	58
สรุปผลการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	64
รายการอ้างอิง.....	65
ภาคผนวก.....	78
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	113

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการให้คะแนนความถี่ของปัญหา.....	42
ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่.....	47
ตารางที่ 3 แสดงอายุ เพศและค่าคะแนน Child-OIDP ของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ แต่ละรายก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน.....	50
ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกต่อช่องปากโดยรวมและคะแนนรวม Child-OIDP ในกลุ่มตัวอย่าง.....	51
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนน Child-OIDP ของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน.....	53
ตารางที่ 6 แสดงคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและ หลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน จำแนกตามการดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านต่างๆ.....	55
ตารางที่ 7 แสดงการกระจายของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมี ปากแห้งเพดานโหว่ในแต่ละช่วงเวลาของการผ่าตัด.....	56

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงการจำแนกประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่ตามหลักการของ Kernahan และ Stark.....	11
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีของแบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวัน.....	24
ภาพที่ 3 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การกินอาหาร”.....	29
ภาพที่ 4 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การพูด”.....	30
ภาพที่ 5 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การทำความสะอาดช่องปาก”.....	30
ภาพที่ 6 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การพักผ่อน รวมทั้งการนอนหลับ”.....	31
ภาพที่ 7 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ”.....	31
ภาพที่ 8 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การยิ้ม หัวเราะหรือให้ผู้อื่นเห็นฟันโดยไม่อับอาย”	32
ภาพที่ 9 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การศึกษา”	32
ภาพที่ 10 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้คน”	33

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติของช่องปากและใบหน้าแต่กำเนิด[1] ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีปัญหาสุขภาพแบบเรื้อรังซึ่งอาจพบได้ตั้งแต่แรกเกิด เช่น ความยากลำบากในการดูดนมและการกลืน การพูดออกเสียงไม่ชัดเจน ความผิดปกติของฟันและการสบฟัน ปัญหาด้านความสวยงาม และปัญหาด้านจิตใจและสังคม เป็นต้น[2, 3] ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยผู้ใหญ่ การผ่าตัดหลักๆ ที่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้รับ ได้แก่ การเย็บปิดปากแหว่ง การเย็บปิดเพดานโหว่ และการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตยังคงมีความผิดปกติของรูปร่าง การบิดเบี้ยว หรือมีความพิการอื่นหลงเหลืออยู่ และต้องการแก้ไขความพิการนั้นให้ได้ใกล้เคียงกับคนปกติ จึงพิจารณาให้การรักษาอื่นเพิ่มเติม เช่น การทำศัลยกรรมจัดกระดูกขากรรไกรร่วมกับการจัดฟัน (orthognathic surgery) หรือการผ่าตัดแก้ไข ริมฝีปาก-จมูก (lip-nose correction) ซึ่งขึ้นกับความต้องการของตัวผู้ป่วย[4] Kalaaji และคณะ[5] กล่าวว่า การผ่าตัดที่กระทำโดยแพทย์ที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์จะให้ผลสำเร็จของการรักษาที่ค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการผ่าตัดจะเป็นที่น่าพอใจในมุมมองของแพทย์ ซึ่งมักเป็นการประเมินผลทางคลินิก แต่ผู้ป่วยอาจจะให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตหรือการทำหน้าที่โดยเฉพาะในด้านการพูด การเคี้ยว การกลืนภายหลังการรักษา รวมทั้งในแง่ของความสวยงาม ซึ่งตัวผู้ป่วยเองอาจยังรู้สึกว่ายังมีปัญหาเหล่านี้หลงเหลืออยู่ ดังนั้น จึงอาจถือได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการรักษา นอกจากนี้การที่จะทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โดยเฉพาะในวัยเด็ก ควรจะแยกแยะให้ชัดเจนว่าสิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้มาจากปัญหาใดในช่องปาก เช่น การมีฟันผุ เหงือกอักเสบ แผลในช่องปาก หรือการปวดฟัน เป็นต้น[6]

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life: OHRQoL) เป็นหลักการที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของสภาวะช่องปากกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นผลกระทบของโรคและสภาวะในช่องปากที่มีต่อชีวิตประจำวันของบุคคลทั้งในด้านกายภาพ (physical) จิตใจ (psychological) และสังคม (social)[7] ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันมีการพัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life index) หรือดัชนีทันต

สังคม (socio-dental indicators) ขึ้นเป็นจำนวนมากเพื่อให้มีความจำเพาะเจาะจงในการนำมาใช้ในงานทันตกรรมเพื่อประเมินสภาวะช่องปากทางคลินิกที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลและการใช้ชีวิตประจำวันในสังคมของบุคคลนั้น[8, 9] ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทันตสังคม ปัจจุบันมีการนำหลักการคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากไปใช้กันอย่างแพร่หลายโดยใช้แบบสอบถามที่แตกต่างกันไป เช่น ดัชนีประเมินสภาวะช่องปากทั่วไป (General Oral Health Assessment Index: GOHAI)[10] แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก (Oral Health Impact Profile: OHIP)[11] แบบสอบถามการรับรู้ของเด็ก (Child Perceptions Questionnaire: CPQ)[12, 13] แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากในเด็ก (Children's Oral Health Impact Profile: COHIP)[14] และแบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (Oral Impacts on Daily Performances : OIDP)[15] เป็นต้น โดยแบบสอบถามเหล่านี้ได้ถูกนำไปใช้ในการประเมินผลของการรักษาในหลายการศึกษา ตัวอย่างเช่น การรักษาเมเร็งในช่องปาก[16] การจัดฟัน[17] งานทันตกรรมชุมชน[18] และการรักษาผู้ป่วย ปากแห้ง เพดานโหว่[19] เป็นต้น

ดัชนี OIDP เป็นแบบสอบถามที่ใช้การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ซึ่งได้พัฒนาต่อเนื่องมาจากกรอบแนวคิดทางทฤษฎีสุขภาพของ David Locker[7] และองค์การอนามัยโลก[20] ดัชนี OIDP ถูกนำมาใช้ในการวัดผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจและสังคม ซึ่งวัดผ่าน 8 กิจกรรมในชีวิตประจำวันซึ่งถือว่าครอบคลุมเรื่องราวที่สำคัญทั้งหมดในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาวะช่องปาก ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การพูด 3) การทำความสะอาดช่องปาก 4) การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ 5) การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ 6) การยิ้มหรือให้ผู้อื่นเห็นฟันโดยไม่อับอาย 7) การศึกษาหรือการทำงาน และ 8) การออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น OIDP มีข้อดีคือ สั้นกระชับกว่าดัชนีตัวอื่นๆ และมีคุณสมบัติพิเศษที่แตกต่างไปจากแบบสอบถามอื่นๆ คือสามารถใช้วัดปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ (Condition-Specific impacts: CS-impacts)[21] ต่อมาในปีค.ศ. 2004 สูดาดวง เกร็นพงษ์และคณะ[22] ได้พัฒนาดัชนี Child-OIDP ขึ้นโดยปรับมาจากดัชนี OIDP ในบางประเด็น ได้แก่ ลำดับของคำถาม ระดับคะแนน ระยะเวลาที่ย่อน และได้ทำการทดสอบคุณสมบัติไซโคเมตริก (psychometric property) แล้ว พบว่าสามารถใช้ในประชากรเด็กไทยได้ผลถูกต้อง Child-OIDP ถูกแปลงเป็นหลายภาษาและนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ เช่น ฝรั่งเศส เปรู บราซิล และแทนซาเนีย[23-26] เป็นต้น ในประเทศไทยได้มีการนำ OIDP

และ Child-OIDP ไปใช้ทดสอบในประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น การศึกษาเปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ป่วยทางพันธุกรรมทั่วไป[27] การศึกษาอุบัติการณ์ของผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ[28] และในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา[29] การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน[30] แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในเรื่องคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ OIDP และ Child-OIDP ในกลุ่มผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ยังมีค่อนข้างน้อย[12, 31, 32] และไม่พบรายงานในกลุ่มผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ในประเทศไทย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันโดยใช้ดัชนี Child-OIDP

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันโดยใช้ดัชนี Child-OIDP
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่เกิดจากการมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่กับปัญหาอื่นในช่องปาก

คำถามของการวิจัย

1. การผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันทำให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ดีขึ้นหรือไม่
2. การมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากกว่าปัญหาอื่นในช่องปากหรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

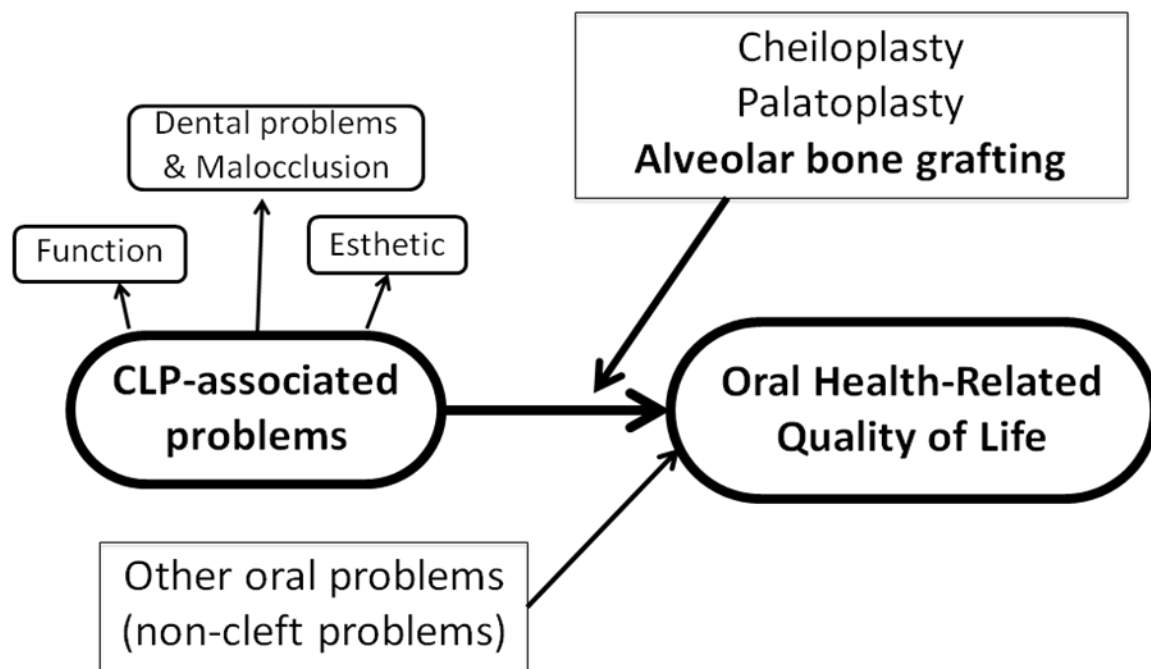
H_0 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันไม่แตกต่างกัน

H_1 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันแตกต่างกัน

H_0 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่เกิดจากการมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่กับที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากไม่แตกต่างกัน

H_1 : คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่เกิดจากการมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่กับที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดงานวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน โดยแหล่งที่มาของประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่กลุ่มหนึ่ง ที่มารับการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันแบบทุติยภูมิที่โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2553 ถึง เมษายน พ.ศ. 2554 โดยผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 9 – 12 ปี การเก็บข้อมูลทำโดยใช้แบบสอบถาม Child-OIDP ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ในช่วงก่อนผ่าตัดและ 3 เดือนหลังผ่าตัด

รูปแบบการวิจัย

Prospective Analytic Studies / Cohort Studies

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก วัดได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม Child-OIDP โดยถือว่าผลที่ได้จากแบบสอบถามนี้แสดงถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ตอบแบบสอบถาม
2. ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทุกคนจะได้รับการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เพียงผู้เดียว
3. ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้ อาจมีรอยแยกสันกระดูกขากรรไกรบน (alveolar cleft) เป็นแบบข้างเดียว (unilateral) หรือสองข้าง (bilateral) โดยผู้ป่วยอาจได้ รับการผ่าตัดเพียงครั้งเดียว หรือแบ่งทำเป็นสองครั้ง ซึ่งการประเมินผลหลังผ่าตัดนี้ จะทำหลังจากที่ ผู้ป่วยได้รับการรักษาครั้งสุดท้ายเรียบร้อยแล้วเป็นเวลา 3 เดือน

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันในระยะทุติยภูมิที่โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยไม่ได้กำหนดว่า ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดเย็บปิดปากแหว่ง (cheiloplasty) และเย็บปิดเพดานโหว่ (palatoplasty) จากที่เดียวกัน ส่วนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันแม้จะทำในสถานที่เดียวกัน แต่ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับการผ่าตัดจากศัลยแพทย์คนละคน นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่ได้กำหนดชนิดของปากแหว่งเพดานโหว่ที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างจำกัด ดังนั้น ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้าร่วมในการศึกษานี้ อาจได้รับการผ่าตัดเย็บปิดปากแหว่งและเย็บปิดเพดานโหว่จากต่างสถานที่ รวมทั้งได้รับการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันโดยศัลยแพทย์หลายคน แต่ศัลยแพทย์ทุกคนทำการผ่าตัดโดยใช้เทคนิคมาตรฐานเดียวกัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาษาไทย	ภาษาอังกฤษ	ตัวย่อ
ปากแหว่งเพดานโหว่	Cleft lip and palate	CLP
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	Oral Health-Related Quality of life	OHRQoL
การผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน	Alveolar bone grafting	ABG
แบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับเด็ก	Child Oral Impacts on Daily Performances	Child-OIDP
คะแนนปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ	Conditioned-specific Child-OIDP score	CS-COIDP score

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อประเมินว่าหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันแล้ว ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นหรือไม่
2. ทราบผลกระทบของปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเปรียบเทียบกับสภาวะในช่องปากอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปากแหว่งเพดานโหว่ (cleft lip and palate)

ก. อุบัติการณ์ของปากแหว่งเพดานโหว่

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนบริเวณใบหน้าและ เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่ 6 ของความผิดปกติแต่กำเนิด 7 อันดับแรกของ ประเทศไทย[1, 33] โดยมีสาเหตุการเกิดจากการเชื่อมที่ไม่สมบูรณ์ของโครงสร้างช่องจมูกและปาก ซึ่ง เกิดขึ้นในระยะเวลาการพัฒนาการของช่องปากและใบหน้าในสัปดาห์ที่ 4 ถึง 12 ของการตั้งครรภ์ ทำให้ เกิดรอยแยกบริเวณช่องจมูกและช่องปาก อุบัติการณ์ของการคลอดทารกที่มีปากแหว่งเพดานโหว่มี ความแตกต่างกันไปในแต่ละเชื้อชาติ เพศ และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม[34, 35] มีการศึกษาจำนวนมากถึงอุบัติการณ์การเกิดของปากแหว่งเพดานโหว่ในหลายประเทศทั่วโลก เช่น ในปีค.ศ. 1971 Gorlin และคณะ[36] ได้ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ในประชากรเชื้อชาติต่างๆ ซึ่ง ผลการศึกษาพบว่า คนผิวดำมีอุบัติการณ์การเกิดเท่ากับ 0.5 : 1000 คนคอเคเซียน (Caucasian) มี อุบัติการณ์การเกิดเท่ากับ 1 : 1000 และคนอินเดียอเมริกัน (Indian American) มีอุบัติการณ์การเกิด เท่ากับ 3.63 : 1000 ในปีค.ศ. 1972 Ross และ Johnston[37] ได้รายงานถึงความแตกต่างของ อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่โดยแบ่งแยกตามเชื้อชาติเช่นเดียวกัน ซึ่งพบว่า คนแอฟริกัน- อเมริกัน (African-American) มีอุบัติการณ์การเกิดต่ำที่สุด คืออยู่ในช่วงระหว่าง 0.21 ถึง 0.41 ต่อการ คลอดมีชีพ 1,000 ราย คนตะวันออก (Oriental) มีอุบัติการณ์การเกิดสูงที่สุด คืออยู่ในช่วงระหว่าง 1.14 ถึง 2.13 ต่อการคลอดมีชีพ 1,000 ราย ส่วนคนอเมริกันและยุโรปตะวันตก พบว่ามีอุบัติการณ์ การเกิดอยู่ในช่วงระหว่าง 0.77 ถึง 1.40 ต่อการคลอดมีชีพ 1,000 ราย นอกจากนี้ยังมีการศึกษา แยกในประเทศต่างๆ เช่น ในปีค.ศ. 2004 Vallino-Napoli และคณะ[38] ศึกษาอุบัติการณ์การเกิด ปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศออสเตรเลีย พบว่ามีอุบัติการณ์เท่ากับ 1.21 : 1000 ในปีค.ศ. 2005 Magdalenic-Mestrovic และคณะ[39] ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศจีน ระหว่างปี ค.ศ. 1988 ถึง 1998 พบว่ามีอุบัติการณ์เท่ากับ 1.2 : 1000 สำหรับในประเทศไทย พบว่ามี

อุบัติการณ์การเกิดปากแหว่งเพดานโหว่อยู่ระหว่าง 1.10 และ 2.49 ต่อการคลอดมีชีพ 1,000 ราย และ ยังพบอีกว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยและส่วนใหญ่มีสาเหตุทางเศรษฐกิจยากจน [1] ref บวรศิลป์เพิ่ม

ข. ชนิดของปากแหว่งเพดานโหว่

ปากแหว่งเพดานโหว่ แบ่งได้เป็น 2 ชนิดใหญ่[40] คือ

1. ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่แบบกลุ่มอาการ (syndromic type) พบประมาณร้อยละ 30 ของปากแหว่งเพดานโหว่ที่พบทั้งหมด การจำแนกว่าภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการหรือไม่มีความสำคัญต่อการพยากรณ์โรครวมทั้งผลของการให้การรักษา เนื่องจากภาวะนี้มักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ชนิดนี้จะอาจจะเสียชีวิตตั้งแต่อายุยังน้อย ตัวอย่างของกลุ่มอาการที่พบภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ร่วมด้วยได้บ่อย เช่น

- ปีแอร์ โรแบง ซีควเอนซ์ (Pierre-Robin sequence)
- กลุ่มอาการเทรเชอร์คอลลินส์ (Treacher-Collins syndrome)
- กลุ่มอาการเอเปอร์ต (Apert syndrome)

2. ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่แบบไม่มีกลุ่มอาการ (non-syndromic type) พบประมาณร้อยละ 70 ของปากแหว่งเพดานโหว่ที่พบทั้งหมด ภาวะนี้การพยากรณ์โรคจะดีมาก สามารถได้รับการผ่าตัดแก้ไข โดยมีความพิการต่ำ เมื่อพูดถึงปากแหว่งเพดานโหว่โดยทั่วไปจะหมายถึงชนิดนี้

ค. ประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่

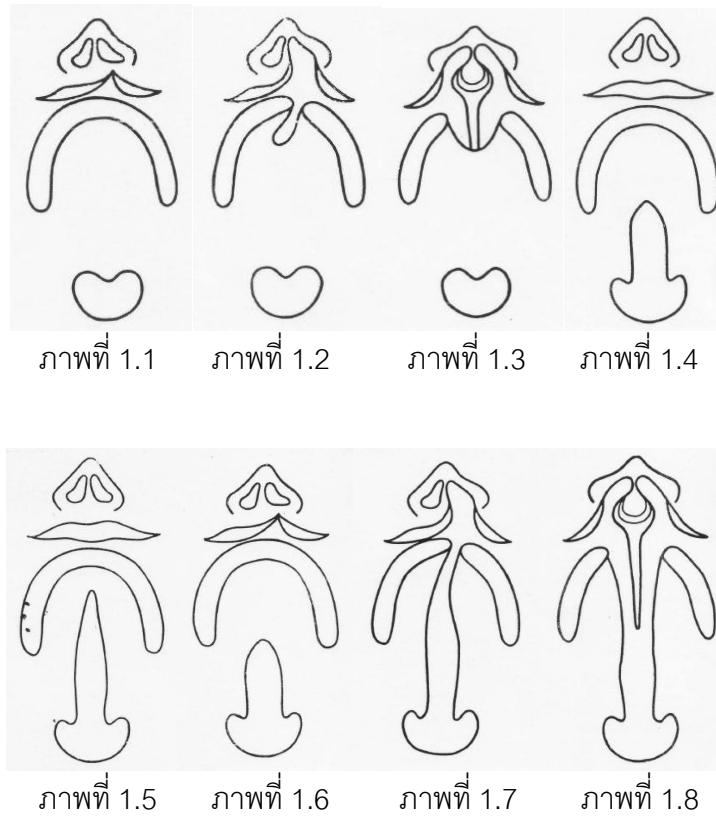
วิธีการจำแนกประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่มีหลายวิธี แต่วิธีที่นิยมในปัจจุบันคือการจำแนกประเภทตามลักษณะคัพภะวิทยา โดยใช้รูหลังฟันตัด (incisive foramen) เป็นขอบเขตในการแบ่งประเภท ซึ่งนำเสนอโดย Kernahan และ Stark ในปีค.ศ. 1958[41] โดยจำแนก ความพิการเป็น 3 ประเภทใหญ่ดังต่อไปนี้

1. เพดานชนิดปฐมภูมิโหว่ (cleft of primary palate) ประกอบด้วยรอยแยกของอวัยวะที่อยู่หน้าต่อขอบเขตรูหลังฟันตัด ซึ่งเป็นส่วนที่พัฒนามาจากเพดานชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ปากแหว่ง (cleft lip) และการมีรอยแยกสันกระดูกขากรรไกรบน (Alveolar cleft)

2. เพดานชนิดทุติยภูมิโหว่ (cleft of secondary palate) ประกอบด้วยรอยแยกของอวัยวะที่อยู่หลังต่อขอบเขตรูหลังฟันตัด ซึ่งเป็นส่วนที่พัฒนามาจากเพดานชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ เพดานโหว่ (cleft palate)

3. เพดานชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิโหว่ (cleft of primary and secondary palate) ประกอบด้วยรอยแยกของอวัยวะที่อยู่ทั้งหน้าต่อและหลังต่อขอบเขตรูหลังฟันตัด ได้แก่ ปากแหว่งและเพดานโหว่

นอกจากนี้ Kernahan และ Stark ยังได้แบ่งประเภทปากแหว่งเพดานโหว่อย่างละเอียด เป็นอีก 8 ประเภท ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการจำแนกประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่ตามหลักการของ Kernahan และ Stark[41]

- ภาพที่ 1.1 Unilateral incomplete cleft of the primary palate
- ภาพที่ 1.2 Unilateral complete cleft of the primary palate
- ภาพที่ 1.3 Bilateral complete cleft of the primary palate
- ภาพที่ 1.4 Incomplete cleft of the secondary palate
- ภาพที่ 1.5 Complete cleft of the secondary palate
- ภาพที่ 1.6 Unilateral incomplete cleft of the primary and secondary palate
- ภาพที่ 1.7 Unilateral complete cleft of the primary palate and secondary palate
- ภาพที่ 1.8 Bilateral complete cleft of the primary and secondary palate

ง. ปัญหาและความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่[2, 3]

ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มักมีปัญหาหลายๆ อย่างร่วมกัน ได้แก่

1. ความผิดปกติของฟันและการสบฟัน

การมีรอยแยกสันกระดูกขากรรไกรบนจะมีผลต่อการสร้างฟันน้ำนมและฟันแท้ ทำให้ฟันบางซี่ขาดหายไปแต่กำเนิด (missing teeth) หรือมีรูปร่างผิดปกติไป ซึ่งมักพบกับฟันตัดซี่ที่สองหรือฟันเขี้ยว เนื่องจากอยู่ชิดกับบริเวณรอยแยก นอกจากนี้ยังอาจพบฟันเกิน (supernumerary teeth) บริเวณรอยแยกสันกระดูกขากรรไกรบนได้ ความผิดปกติบางอย่างอาจส่งผลให้มีการออกเสียง (articulation) ที่ไม่ชัดเจนด้วย ซึ่งเกิดจากการที่ฟันหน้ามีความผิดปกติ เช่น ฟันซ้อนเก ทำให้ชัดเจนของการเคลื่อนที่ของปลายลิ้น

2. ความผิดปกติของขากรรไกร

ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มักพบว่า มีลักษณะของคางยื่นเทียม (pseudoprognathism) คือ เกิดจากการมีภาวะกระดูกขากรรไกรบนถอยหลัง (retrusion) ในขณะที่ขากรรไกรล่างมีการเจริญเติบโตตามปกติ โดยส่วนใหญ่มักพบว่าเป็นผลมาจากการผ่าตัดที่ผ่านมาที่ทำให้เกิดแผลเป็นหดรั้ง (Scar contracture) ส่งผลให้เกิดการดิ่งรั้งการเจริญของกระดูกขากรรไกรบน[42, 43]

3. การดูดนมและการกลืน ในเด็กที่มีปากแหว่งทำให้ขาดการแนบสนิทตามขอบทางด้านหน้า (anterior peripheral seal) ของริมฝีปากบน ส่วนในเด็กที่มีเพดานโหว่จะทำให้มีการรั่วของนมเข้าสู่จมูกและทางเดินหายใจ (aspiration) เกิดความยากลำบากในการกลืนและเกิดการสำลักได้ (regurgitation) เป็นผลให้เด็กได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต หรืออาจตามมาด้วยการติดเชื้อในปอด

4. การพูดออกเสียง เนื่องจากในผู้ป่วยเพดานโหว่พบว่ามีรอยแยกบริเวณกึ่งกลางของเพดานอ่อน ทำให้การเกาะของกล้ามเนื้อและการทำงานผิดปกติ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของเพดานอ่อนลดลง ทำให้การออกเสียงผิดปกติ ไม่ชัดเจน พูดเสียงขึ้นจมูก (hypernasality sound) และพัฒนาการทางภาษารวมทั้งการพูดล่าช้า

5. ความบกพร่องของการได้ยิน อาจพบได้โดยเฉพาะในเด็กที่มีเพดานอ่อนโหว่ ส่งผลให้การทำงานของท่อยูสเตเชียน (eustachian tube) ผิดปกติ ถ้าไม่รีบทำการรักษาตั้งแต่เด็กอาจเกิดภาวะการติดเชื้อในหูชั้นในเรื้อรังจนนำมาสู่ภาวะหูหนวกได้

6. ความสวยงามของรูปร่างจมูก เนื่องจากการมีปากแหว่งส่งผลให้จมูกด้านที่อยู่ชิดกับช่องโหว่แบนฐานปีกจมูก (alar base) ถูกดึงรั้งไปทางด้านที่มีช่องโหว่ และมักพบว่าผู้ป่วยมีคอลูเมลลา (columella) สั้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีจมูกและโพรงจมูกผิดปกติยังส่งผลให้ทางเดินหายใจมีขนาดเล็กลงด้วย

7. ด้านจิตใจและสังคม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีสภาพใบหน้าหรือการพูดที่ต่างจากคนปกติ อาจทำให้ได้รับการยอมรับทางสังคมน้อยกว่าคนทั่วไป และถ้าไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดเป็นปมด้อยได้[44]

จ. การรักษาภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำเป็นต้องได้รับการรักษาตั้งแต่แรกเกิดและได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ ความผิดปกติอาจพบได้ตั้งแต่ส่วนปลายของจมูก ริมฝีปาก สันเหงือก เพดานปาก ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาและความผิดปกติหลายอย่างตามที่ได้กล่าวไปแล้ว ดังนั้นการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ควรเป็นการรักษาแบบสหสาขาวิชา (interdisciplinary treatment) ต้องอาศัยความร่วมมือจากแพทย์เฉพาะทางหลายด้านรวมถึงทันตแพทย์ด้วย

วัตถุประสงค์หลักในการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ได้แก่ เพื่อแก้ไขรูปร่างจมูก ริมฝีปาก สภาพฟันและการสบฟันให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อให้มีการพัฒนาการเจริญที่ปกติของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า และเพื่อให้เกิดความสวยงามและการทำหน้าที่อย่างปกติในด้านต่างๆ เช่น การพูด การเคี้ยว การกลืน การหายใจ หรือการได้ยิน เป็นต้น นอกจากนี้ยังช่วยในด้านพัฒนาการทางจิตใจ สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ[45, 46]

ในส่วนของ การรักษาโดยการผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดหลายขั้นตอน ตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน โดยการผ่าตัดจะเริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่นตอนปลาย การผ่าตัดหลักๆ ที่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้รับ มีดังนี้

1. การเย็บปิดปากแหว่ง (cleft lip repair, Cheiloplasty)

วัตถุประสงค์ของการเย็บปิดปากแหว่ง ได้แก่ เพื่อให้ริมฝีปากมีความต่อเนื่องและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำให้เกิดการเชื่อมต่อกันของผิวหนัง กล้ามเนื้อและเยื่อหุ้มมิวคัส (mucous membrane) เพื่อสร้างให้เกิดสิ่งแฉกที่กลมที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของใบหน้าและอวัยวะในช่องปาก เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องความสวยงามของริมฝีปาก โดยทำให้เกิดลักษณะของริมฝีปากที่สมดุลและคัสปิดส์โบว์ (cupid's bow) อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมใกล้เคียงกับคนปกติ[47, 48]

การเย็บปิดปากแหว่งสามารถทำได้หลายช่วงอายุขึ้นกับสุขภาพและความปลอดภัยของทารกเป็นสำคัญ เนื่องจากการผ่าตัดจะต้องมีการให้ยาระงับความรู้สึก ศัลย์แพทย์ส่วนใหญ่มักปฏิบัติตามหลักกฎของสิบ (rule of Ten) ในการพิจารณาเวลาที่สำหรับผ่าตัด กล่าวคือ ทารกต้องมีน้ำหนักตัว 10 ปอนด์ ฮีโมโกลบิน (hemoglobin) อย่างน้อย 10 กรัมเปอร์เซ็นต์ และอายุอย่างน้อย 10 สัปดาห์[4, 46, 48-50] ซึ่งพบว่าโดยทั่วไปแล้วมักจะทำการเย็บปิดปากแหว่งในช่วงอายุ ประมาณ 3 เดือน หรือ 10 ถึง 12 สัปดาห์[51-53]

การผ่าตัดริมฝีปากมีหลายวิธีโดยวิธีที่ได้รับความนิยม ได้แก่ แผ่นเนื้อเยื่อไตรแองกูลาร์ (triangular flap) เช่น เทคนิคของเทนนิสันแรนดอล (Tennison-Randall technique) แผ่นเนื้อเยื่อโรเตชันแอดวานซ์ (rotational advancement flap) เช่น เทคนิคของมิลลาร์ด (Millard technique) และแผ่นเนื้อเยื่อสเตรตไลน์ (straight-line flap) เช่น เทคนิคของโรสทอมป์สัน (Rose-Thompson technique) ซึ่งพบว่าในกรณีปากแหว่งสองด้าน การเย็บริมฝีปากอาจทำพร้อมกันหรือแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยแบ่งเย็บรอยแยกทีละด้านในช่วงเวลาห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน โดยข้างที่ลักษณะรุนแรงกว่าจะได้รับการผ่าตัดก่อน[4, 46, 48, 51]

2. การเย็บปิดเพดานโหว่ (Cleft palate repair, Palatoplasty)

วัตถุประสงค์ในการเย็บปิดเพดานโหว่ เป็นการปิดช่องโหว่บริเวณเพดานให้เกิดการแบ่งแยก (separate) บริเวณช่องปากและช่องจมูกออกจากกันเพื่อให้มีการพูดและการออกเสียงชัดเจนโดยไม่รบกวนต่อการเจริญเติบโตที่ปกติของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า ส่งผลให้มีการกลืนที่ปกติและช่วยให้รับประทานอาหารได้โดยไม่สำลักเข้าจมูก[51, 53, 54]

การเย็บปิดเพดานโหว่สามารถทำได้ทั้งเย็บส่วนเพดานอ่อนและเพดานแข็งไปพร้อมกัน (one stage repair) หรือกระทำการเย็บปิดเพดานโหว่เป็น 2 ขั้นตอน (two stage repair) โดยเย็บเฉพาะเพดานอ่อนก่อนแล้วใส่แผ่นปิดเพดาน (obturator) ไว้เพื่อป้องกันการสำลักขณะรับประทานอาหาร จากนั้นจึงเย็บปิดเพดานแข็งในภายหลัง ซึ่งช่วงเวลาที่แน่นอนที่เหมาะสมในการเย็บปิดเพดานโหว่นั้น ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ ศัลยแพทย์บางส่วนมีความเห็นว่าควรเย็บปิดเพดานโหว่ทั้งหมดให้เสร็จสิ้นภายในอายุ 2 ปีก่อนที่เด็กจะเริ่มพูดเป็นประโยค เนื่องจากการเรียนรู้ด้านการพูดจะเกิดขึ้นก่อนอายุ 2 ขวบ[55] ดังเช่นการศึกษาของ Rohrich[56] ได้เสนอให้ทำการเย็บปิดเพดานแข็งให้เร็วขึ้น (early two-stage palatal repair) โดยเย็บปิดเพดานอ่อนพร้อมกับเย็บปากแหว่งในช่วงอายุ 3 ถึง 6 เดือน และเย็บปิดเพดานแข็งในช่วงอายุ 15 ถึง 18 เดือน ซึ่งผลจากการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยมีการพูดที่ดีขึ้นโดยไม่พบการรบกวนต่อการเจริญของขากรรไกร-ใบหน้า (maxilla-facial growth) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเกิดรูทะลุช่องปาก-จมูก (oronasal fistula) ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบ 2 ขั้นตอนระยะหลัง (late two-stage repair) และการผ่าตัดแบบเย็บเพดานอ่อนและเพดานแข็งพร้อมกัน

ในขณะที่ศัลยแพทย์บางส่วนต้องการชลออายุของการเย็บปิดเพดานโหว่ออกไปเพื่อให้รอยแยกนั้นมีลักษณะที่แคบลงเมื่ออายุมากขึ้นและลดผลกระทบต่างๆ ของการทำศัลยกรรม เช่น การเกิดพังผืดต่อศูนย์กลางการเจริญของขากรรไกรบน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตของโครงสร้างใบหน้าและการสบฟันของผู้ป่วย โดยชลอการผ่าตัดไปจนกว่าการเจริญของขากรรไกรจะเกิดขึ้นโดยสมบูรณ์[48] ดังเช่นการศึกษาของ Schweckendiek[57] ซึ่งได้เสนอให้ทำการเย็บเพดานอ่อนในช่วงอายุประมาณ 4 ถึง 6 เดือน ซึ่งมักทำพร้อมกับการเย็บปิดปากแหว่ง และเย็บเพดานแข็งในช่วงอายุ 12 ถึง 15 ปี เนื่องจากต้องการให้การเจริญของกระดูกขากรรไกรเสร็จสิ้นเสียก่อน และการศึกษาของ Perko[58] ได้เสนอให้ทำการเย็บปิดเพดานอ่อนในช่วงอายุประมาณ 18 สัปดาห์ และเย็บปิดเพดานแข็งเมื่ออายุประมาณ 5 ถึง 7 ขวบ ซึ่งทั้ง 2 การศึกษาพบว่าแม้จะเย็บปิดเพดานแข็งหลัง 2 ขวบ ผลที่ได้ก็พบว่าผู้ป่วยมีการพูดและการเจริญเติบโตของขากรรไกรบนที่เป็นปกติ

เทคนิคการผ่าตัดที่ใช้ในการเย็บปิดเพดานโหว่มีหลายวิธี เช่น เทคนิควอนแลนเกนแบก (Von Langenbeck technique) เทคนิควี-วายพุชแบก (V-Y Pushback technique) และเทคนิคเฟอโลว (Furlow double opposing Z plasty)[4, 48, 50, 51] ซึ่งการเลือกใช้เทคนิคการผ่าตัดนั้นขึ้นกับความ

กว้างของรอยแยก ลักษณะของรอยแยกว่าเป็นชนิดข้างเดียวหรือสองข้าง[51] และประสบการณ์ของแพทย์ผู้ผ่าตัด

3. การผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน (alveolar bone grafting)

การผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เนื่องจากผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แม้จะได้รับการบำบัดทางศัลยกรรมเพื่อเย็บริมฝีปากและเย็บเพดานมาแล้ว ยังคงพบว่ามีส่วนของกระดูกรองรับฟันที่หายไปซึ่งเป็นลักษณะที่มักพบได้ในผู้ป่วยประเภทนี้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพดานปรัสมภูมิโหว่ ส่งผลให้ฟันที่อยู่ติดกับรอยแยกไม่มีกระดูกรองรับเพียงพอจนเกิดความผิดปกติ เช่น ฟันหมุน ฟันซ้อนเก ฟันหน้าสบไขว้และฟันหน้าบางซี่หายไป เป็นต้น นอกจากนี้บริเวณที่มีรอยแยกสันกระดูกขากรรไกรบนยังเป็นที่กักสะสมของเศษอาหาร ส่งผลให้อัตราเสี่ยงของการสูญเสียฟันซี่ที่อยู่ติดกับรอยแยกในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมีโรคปริทันต์มีความรุนแรงมากขึ้น

3.1 วัตถุประสงค์ของการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน มีดังนี้[51, 59, 60]

- เพื่อยึดขากรรไกรบนส่วนหน้าให้มีตำแหน่งคงที่ และป้องกันการล้ม (collapse) ของขากรรไกรบนในแนวหน้าหลังและแนวขวาง
- เพื่อให้ฟันที่อยู่ติดกับรอยแยกมีกระดูกรองรับเพียงพอและสามารถเจริญขึ้นมาในช่องปากในตำแหน่งที่เหมาะสมได้โดยเฉพาะฟันเขี้ยว ซึ่งการขึ้นของฟันโดยธรรมชาตินี้ยังช่วยกระตุ้นการเจริญของกระดูกขากรรไกรให้มีสภาพใกล้เคียงกับปกติด้วยและยังทำให้ทันตแพทย์สามารถจัดฟันบริเวณนี้ให้เข้าสู่ตำแหน่งที่ต้องการได้ง่ายขึ้น
- เพื่อปิดทางติดต่อระหว่างช่องปากกับช่องจมูก เนื่องจากช่องบริเวณกระดูกรองรับฟันเป็นทางเชื่อมระหว่างช่องปากและช่องจมูก ถึงแม้บางรายได้รับการผ่าตัดปิดริมฝีปากและเพดานแล้วก็ตามก็ยังคงมีช่องนี้เหลืออยู่โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยเพดานปรัสมภูมิโหว่
- เพื่อให้มีกระดูกเพียงพอที่จะช่วยเสริมฐานปีกจมูกและริมฝีปากบนให้มีความโค้งงอใกล้เคียงปกติ
- เพื่อป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ของฟันที่จะงอกขึ้นมาบริเวณรอยแยก เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดได้ง่ายขึ้น
- เพื่อเสริมสร้างเนื้อเยื่อและกระดูกบริเวณสันเหงือกให้เพียงพอให้สำหรับที่จะใส่ฟัน ปลูกฟัน หรือฝังรากเทียมในอนาคตในกรณีนี้จำเป็น

3.2 ช่วงอายุในการผ่าตัดปลูกกระดูก แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ[61]

(1) ผ่าตัดปลูกกระดูกแบบปฐมภูมิ (primary bone grafting)

ผ่าตัดปลูกกระดูกแบบปฐมภูมิ เป็นการผ่าตัดปลูกกระดูกในวัยเด็กก่อนอายุ 1 ปี ซึ่งมักจะทำไปพร้อมๆ กับการผ่าตัดเย็บริมฝีปาก[62] เพื่อส่งเสริมให้มีการปิดรูทะลุช่องปาก-จมูกตั้งแต่วัยเด็ก อย่างไรก็ตามการผ่าตัดปลูกกระดูกในระยะนี้อาจทำให้รบกวนต่อการเจริญเติบโตของขากรรไกรบนทั้งในแนวหน้าหลังและแนวขวาง ซึ่งปรากฏให้เห็นในลักษณะที่มีฟันสบไขว้ (crossbite) และส่งผลต่อการเจริญของโครงสร้างใบหน้าส่วนกลาง[63, 64] ดังนั้นการผ่าตัดปลูกกระดูกในช่วงอายุนี้อาจมีความนิยมลดน้อยลงหรือถูกยกเลิกไป

(2) การผ่าตัดปลูกกระดูกแบบทุติยภูมิ (secondary bone grafting)

การผ่าตัดปลูกกระดูกแบบทุติยภูมิ เป็นระยะที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในการผ่าตัดปลูกกระดูก คือ ในช่วงอายุระหว่าง 9 ถึง 11 ปี เนื่องจากเป็นช่วงที่ฟันบริเวณรอยแยกกำลังจะขึ้นและมีการเจริญของขากรรไกรมากเพียงพอที่จะทำการผ่าตัดแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม การพิจารณาช่วงอายุที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดปลูกกระดูก ควรพิจารณาจากพัฒนาการของฟันที่อยู่ชิดกับรอยแยกร่วมด้วยมากกว่าพิจารณาจากอายุปฏิทินเพียงอย่างเดียว ดังนั้นช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการผ่าตัดปลูกกระดูกคือ ในระยะก่อนที่ฟันเขี้ยวแท้เจริญสู่ช่องปาก และพัฒนาการของรากฟันเขี้ยวมีประมาณ 1/2 ถึง 2/3 ของความยาวรากฟันปกติ[5, 59, 63, 65-68] เนื่องจากพบว่าฟันจะเจริญสู่ช่องปากได้เร็วในระยะที่มีการสร้างรากฟันในช่วงเวลาดังกล่าว[69]

การผ่าตัดปลูกกระดูกในช่วงอายุนี้นับว่าไม่มีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางด้านความกว้างและความสูงของขากรรไกรบน เนื่องจากการเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกรบนส่วนใหญ่สิ้นสุดตั้งแต่อายุ 8 ปี[70] และพบว่า การเสริมกระดูกในช่วงเวลาที่ฟันที่อยู่ชิดกับรอยแยกกำลังออกสู่ช่องปากช่วยกระตุ้นและส่งเสริมการเจริญเติบโตของกระดูกเบ้าฟันบริเวณนี้ด้วย นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาการพูดที่ไม่ชัดและการมีเสียงขึ้นจมูกจากการที่มีลมรั่วผ่านทางรูติดต่อระหว่างช่องปากกับช่องจมูกอีกด้วย[71]

นอกเหนือจากการผ่าตัดปลูกกระดูกแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิแล้วยังมีการกล่าวถึงการผ่าตัดปลูกกระดูกแบบทุติยภูมิระยะหลัง (late secondary/delayed/tertiary bone grafting)[61, 72]

ซึ่งทำในช่วงชุดฟันแท้หรือหลังจากฟันเขี้ยวขึ้นแล้ว อย่างไรก็ตามมีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดปลูกกระดูกในช่วงหลังจากฟันเขี้ยวขึ้นมีอัตราความสำเร็จที่ต่ำและมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดปลูกกระดูกก่อนฟันเขี้ยวขึ้น[5, 59, 62, 71, 73, 74] เนื่องจากทำให้ฟันที่อยู่ชิดกับรอยแยกมีการสูญเสียกระดูกรองรับฟัน เกิดการละลายของรากฟันในส่วนคอฟัน มีโอกาสสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นและทำให้การจัดฟันเพื่อปิดรอยแยกกระดูกเข้าฟันยากลำบากมากขึ้น[5] นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นพบว่ามีความเสี่ยงการสร้างกระดูกลดลงส่งผลต่ออัตราความสำเร็จที่ต่ำลงด้วย[75] โดยการเสริมกระดูกแบบหัตถิยภูมิระยะหลังจะเลือกทำกับผู้ป่วยในบางกรณีเท่านั้น[61, 74] เช่น ในกรณีที่ต้องการใช้กระดูกจากบริเวณแนวประสานคาง (mandibular symphysis) ซึ่งเป็นการยากที่จะทำในระยะฟันชุดผสม เนื่องจากอาจไปรบกวนต่อการขึ้นของฟันแท้[61] เป็นต้น

3.3 ประเภทของกระดูกที่นำมาใช้

ปัจจุบันการปลูกกระดูกในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่นิยมใช้กระดูกที่นำมาจากร่างกายของผู้ป่วยเอง (autogenous bone) ซึ่งถือว่าเป็นกระดูกที่ดีที่สุด เนื่องจากทำให้กระดูกที่ปลูกไปนั้นมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกระดูกเข้าฟันเดิม[68] โดยเฉพาะในกรณีที่กระดูกที่นำมาเป็นแบบอนุภาค (particulate bone graft) มากกว่าเป็นชิ้นใหญ่ (block graft) โดยพบว่าอนุภาคยิ่งเล็กจะทำให้กระดูกที่นำมาปลูกถ่ายรวมเป็นอันเดียวกับกระดูกข้างเคียงได้เร็วขึ้น[68] กระดูกที่นำมาปลูกนั้นได้มาจากทั้งบริเวณกะโหลกศีรษะ คาง ซี่โครง สะโพก หรือขา[61] ซึ่งการเลือกใช้กระดูกชนิดใดนั้นจะต้องพิจารณาถึงช่วงอายุในการผ่าตัดปลูกกระดูกด้วย เช่น ในการผ่าตัดปลูกกระดูกแบบประจักษ์นิยมใช้กระดูกจากซี่โครงเนื่องจากมีปริมาณกระดูกที่เพียงพอ ส่วนการผ่าตัดปลูกกระดูกแบบหัตถิยภูมินั้นนิยมใช้กระดูกบริเวณสะโพก เนื่องจากมีปริมาณและคุณภาพของกระดูกพรุน (cancellous bone) ที่ดี[61, 76] อีกทั้งการผ่าตัดทำได้ง่ายและภาวะแทรกซ้อนน้อย[61, 77] การปลูกกระดูกรองรับฟันโดยส่วนใหญ่มักเลือกใช้กระดูกในส่วนของกระดูกพรุน เนื่องจากกระดูกพรุนมีความสามารถในการเหนี่ยวนำการสร้างกระดูก (osteinduction capacity) ทำให้เกิดการสร้างหลอดเลือดเข้าไปทดแทนได้เร็วกว่า (rapid revascularization)[61, 78] และมีการหายที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับการใช้กระดูกทึบ (cortical bone)[79]

การหายของกระดูกที่นำมาปลูกถ่ายนั้น พบว่าจากภาพถ่ายรังสีกระดูกที่นำมาปลูกถ่ายนั้นจะมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับกระดูกปกติใน 8 สัปดาห์ภายหลังการผ่าตัด[61] และมีความแข็งแรงเพียงพอ

ที่ทันตแพทย์จัดฟันจะทำการเคลื่อนฟันหรือขยายขากรรไกรบนในกรณีที่มีความจำเป็นรีบด่วนได้ภายใน 12 สัปดาห์[68]

Turvey และคณะ[74] ได้ทำการศึกษาผลการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันโดยใช้กระดูกพรุนจากสะโพกของผู้ป่วยเองที่มีลักษณะเป็นอนุภาค (particulate autogenous cancellous iliac graft) ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 88 สามารถปิดรูทะลุช่องปาก-จมูกได้สำเร็จ ฟันซี่ใหม่ที่อยู่บริเวณรอยแยกสามารถงอกสู่ช่องปากได้เองและจากภาพถ่ายรังสีพบว่ามีความผิดปกติของกระดูกเป็นปกติ (normal trabecular pattern)

นอกจากนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายตนเองยังคงมีความผิดปกติของรูปร่าง การบดเคี้ยว หรือมีความพิการอื่นๆ หลงเหลืออยู่ ต้องการแก้ไขความพิการนั้นให้ได้ใกล้เคียงกับคนปกติ จึงพิจารณาให้การรักษาอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การทำศัลยกรรมจัดกระดูกขากรรไกรหรือการผ่าตัดแก้ไขริมฝีปาก-จมูก ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง[4]

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

ก. คำจำกัดความ

สุขภาพช่องปาก (oral health) หมายถึง สภาวะของช่องปากที่ส่งผลให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม[7, 9]

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก หมายถึง ผลกระทบของโรคในช่องปากและสภาวะต่างๆ ในช่องปากที่มีต่อชีวิตประจำวันของบุคคล หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความสัมพันธ์ของสภาวะทันตสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากสุขภาพช่องปากจะมีผลต่อการพูด การยิ้ม ภาพลักษณ์ การรับรู้รสตลอดจนการเคี้ยวและกลืนอาหาร ซึ่งผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเหล่านี้จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้าน เช่น ความมั่นใจและความพึงพอใจในด้านความเป็นอยู่ในสังคม หรือผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพร่างกายที่เกี่ยวข้องจากสุขภาพในช่องปาก เช่น ระบบโภชนาการ และการเจ็บป่วยของร่างกายที่มีผลต่อความสุขในการดำรงชีวิตในภาพรวม แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่มีโรคในช่องปากไม่จำเป็นต้องมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในมิติสุขภาพช่องปาก เพราะยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก[7, 9]

ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากหรือดัชนีทันตสังคมเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดขนาดของการที่สภาวะช่องปากรบกวนการทำหน้าที่หรือบทบาทตามปกติในสังคม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น ไม่สามารถทำงานหรือเรียนหนังสือได้ตามปกติ สูญเสียความมั่นใจ หรือไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ เป็นต้น[80, 81]

ข. หลักการและแนวคิดของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

หลักการของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากหรือหลักการทางทันตสังคม (socio-dental concept) ถูกพัฒนาขึ้นมาตามหลักการแพทย์ทางสังคม (socio-medical concept) แนวคิดการแพทย์หรือทันตแพทย์เชิงสังคมนี้ค่อนข้างแตกต่างจากแนวคิดการแพทย์แบบเดิมหรือเรียกว่าหลักการแพทย์เชิงชีววิทยา (bio-medical concept) ซึ่งมองแค่การมีหรือไม่มีโรคเท่านั้น แนวคิดใหม่นี้เป็นการขยายมุมมองต่อสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากให้กว้างขึ้นกว่าเดิมคือ นอกจากจะมองในแง่สภาวะทางคลินิกแล้วยังพิจารณาในมิติของการใช้ชีวิตในสังคมร่วมด้วย ดังนั้นความหมายของคำว่า “สุขภาพ”

ในหลักการแพทย์ทางสังคมจึงหมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะดำเนินชีวิตได้ตามปกติในสังคม [9] ซึ่งสอดคล้องกับนิยามสุขภาพที่ให้ไว้โดยองค์การอนามัยโลก[82]

จากนิยามสุขภาพตามแนวคิดใหม่นี้ การวัดสุขภาพช่องปากจึงไม่ใช่พิจารณาแค่การมีหรือปราศจากโรคในช่องปาก แต่ยังคงครอบคลุมไปถึงผลกระทบทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม[83] ในปัจจุบันมีการพัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากขึ้นเป็นจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น ดัชนีประเมินสภาวะช่องปากทั่วไป (General Oral Health Assessment Index : GOHAI)[10] แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก (Oral Health Impact Profile : OHIP)[11] แบบสอบถามการรับรู้ของเด็ก (Child Perceptions Questionnaire : CPQ)[12, 13] แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากในเด็ก (Children's Oral Health Impact Profile : COHIP)[14] และแบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (Oral Impacts on Daily Performances : OIDP)[15]

ค. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ใหญ่

1.1 ดัชนีประเมินสภาวะช่องปากทั่วไป (General Oral Health Assessment Index : GOHAI)[10]

GOHAI เป็นดัชนีตัวแรกที่ใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก และยังคงมีใช้อยู่ในปัจจุบัน ถูกพัฒนาโดย Atchison และ Dolan ในปีค.ศ. 1990 จากกลุ่มผู้ป่วยคลินิกทันตกรรมในประเทศสหรัฐอเมริกา การพัฒนา GOHAI ไม่ได้มีกรอบแนวคิดทางทฤษฎีที่ชัดเจนรองรับ เป็นเพียงการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญและผู้สูงอายุในคลินิกเพื่อให้ได้คำถามที่สะท้อนสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในมิติต่างๆ เริ่มแรก GOHAI ถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก ซึ่งมีชื่อเดิมว่าดัชนีประเมินสภาวะช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ (Geriatric Oral Health Assessment Index) แต่ปัจจุบันมีการนำมาปรับใช้ในกลุ่มอายุอื่นๆ จึงเปลี่ยนชื่อเป็น General Oral Health Assessment Index[84] ลักษณะของแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อที่สะท้อนถึง 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านความเจ็บปวดหรือรู้สึกไม่สบาย (pain or discomfort) ประกอบด้วยข้อย่อย 3 ข้อ 2) หน้าที่ทางกายภาพ (physical function) ประกอบด้วยข้อย่อย 4 ข้อ และ 3) หน้าที่ทางจิตสังคม

(psychosocial function) ประกอบด้วยข้อย่อย 5 ข้อ โดยทุกคำถามเป็นการถามถึงความถี่ของสภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของช่องปาก คำตอบเป็นตัวเลือก 6 ระดับ คือ 0 ถึง 5 (0 = ไม่เคย 5 = เป็นประจำสม่ำเสมอ) สำหรับคำถาม 12 ข้อนั้นมี 3 ข้อที่เป็นคำถามในเชิงบวกและ 9 ข้อที่เป็นคำถามในเชิงลบ ดังนั้นก่อนคิดคะแนนรวมจะต้องกลับคะแนนให้กันไปในทางเดียวกัน โดยคะแนนรวมที่มากแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ขณะที่คะแนนรวมน้อยแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำ GOHAI ถูกนำไปใช้ในหลายประเทศและแปลงเป็นหลายภาษา เช่น ญี่ปุ่น เยอรมัน มาเลเซีย หรือจีน เป็นต้น[85-89] ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการนำมาใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกทันตกรรม

ข้อดีของ GOHAI คือมีจำนวนข้อน้อย สามารถใช้ได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยไม่เสียเวลาในการตอบคำถาม ทำให้ได้รับความร่วมมือที่ค่อนข้างดี ส่วนข้อเสียคือการทำไม่มีการออกแบบทิศทางทฤษฎีรองรับชัดเจน ทำให้ถูกมองว่าคำถามนั้นไม่ชัดเจนและไม่มีน้ำหนักเพียงพอ[84]

1.2 แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปาก (Oral Health Impact Profile : OHIP)[11]

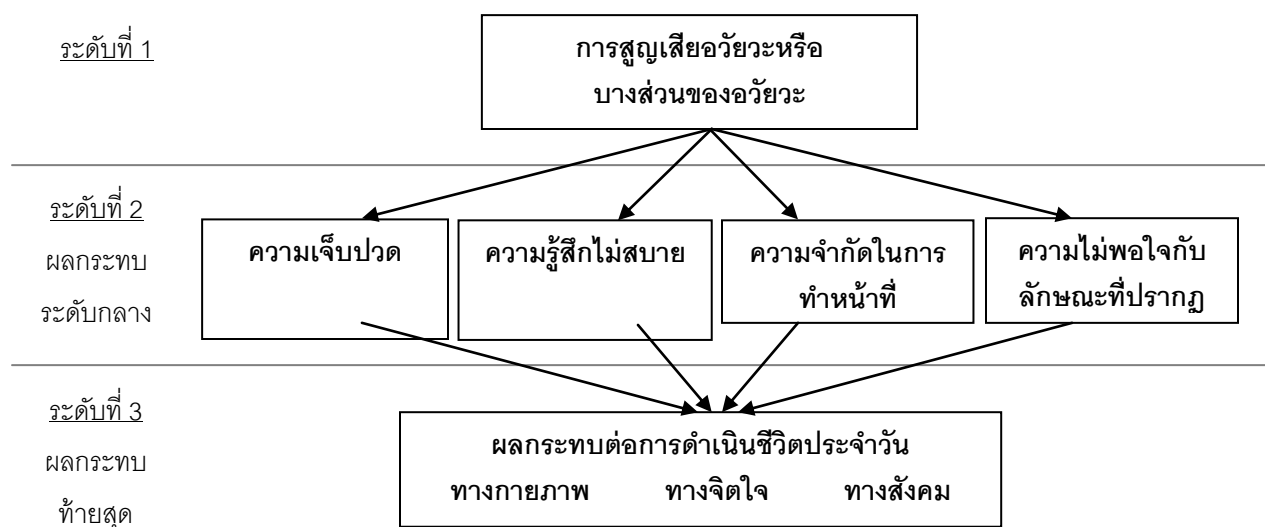
OHIP ถูกพัฒนาโดย Slade และ Spencer ในปีค.ศ. 1994 จากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางทันตกรรมในประเทศออสเตรเลีย เพื่อนำมาใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ซึ่ง OHIP ถูกสร้างขึ้นโดยอยู่บนพื้นฐานของกรอบแนวคิดทางทฤษฎีสุขภาพช่องปากของ David Locker ลักษณะของแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม 49 ข้อ แบ่งเป็น 7 หมวด ได้แก่ 1) ความจำกัดในการทำหน้าที่ (functional limitation) 2) ความเจ็บปวดทางกายภาพ (physical pain) 3) ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (psychological discomfort) 4) การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (physical disability) 5) การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (psychological disability) 6) การสูญเสียความสามารถทางสังคม (social disability) 7) ความด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) โดยแต่ละคำถามจะถามถึงความถี่ของสภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของช่องปากที่เกิดขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยทุกข้อเป็นการถามถึงปัญหา ดังนั้นคะแนนมากจึงหมายถึงปัญหาหนัก คำตอบเป็นตัวเลือก 5 ระดับตั้งแต่ 0 ถึง 4 (0 = ไม่เคย 4 = บ่อยมาก)

ข้อดีของ OHIP คือ มีการออกแบบทิศทางทฤษฎีรองรับชัดเจนและครอบคลุมมิติที่หลากหลายของสุขภาพช่องปาก ผ่านการทดสอบคุณสมบัติไซโคเมตริกเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ถูกแปลงเป็นหลายภาษาเช่น ญี่ปุ่น ดัตช์ มาเลเซีย หรือเกาหลี เป็นต้น[90-93] และมีการใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาต่างๆ เช่น การประเมินผลกระทบของการฟอกสีฟันต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

[94] และการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมถอดได้ทั้งปากและบางส่วน[95] เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ทดสอบต้องใช้เวลาตอบแบบสอบถามนานเนื่องจากมีจำนวนคำถามมากและหลายข้อมีความคล้ายคลึงซ้ำซ้อนกันซึ่งเป็นข้อเสียของแบบสอบถามนี้

1.3 แบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (Oral Impacts on Daily Performances: OIDP)[15]

OIDP ถูกคิดค้นและนำเสนอโดยสุปรีดา อุดุลยานนท์และ Aubrey Sheiham ในปีค.ศ. 1997[15] เพื่อนำมาใช้ในกลุ่มประชากรไทย โดยแนวคิดของ OIDP ได้พัฒนามาจากแบบจำลองสุขภาพของ David Locker[7] ซึ่งเป็นกรนำเอาหลักการการจำแนกประเภทของการสูญเสียอวัยวะ การสูญเสียความสามารถ และความด้อยโอกาสทางสังคมขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO) International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)[20] มาพัฒนาต่อเนื่อง แนวคิดทางทฤษฎีของ OIDP ได้จัดแบ่งประเภทผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปากเป็น 3 ระดับดังภาพที่ 2 คือ ระดับที่ 1 การสูญเสียอวัยวะหรือบางส่วนของอวัยวะ (impairment) ซึ่งสามารถประเมินได้จากดัชนีชี้วัดทางคลินิก (clinical indicator) เช่น การสูญเสียเนื้อฟัน อวัยวะปริทันต์ หรือการสูญเสียฟัน อาจนำไปสู่ระดับที่ 2 หรือผลกระทบระดับกลาง(intermediate impacts) ซึ่งเกิดได้ 4 ลักษณะ ได้แก่ ความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย ความจำกัดในการทำหน้าที่และความไม่พอใจกับลักษณะที่ปรากฏ (dissatisfaction with appearance) ผลกระทบในระดับที่ 2 นี้อาจส่งผลต่อระดับที่ 3 หรือผลกระทบในขั้นสุดท้าย (ultimate impacts) คือทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วยทางกายภาพ จิตใจ และสังคม เมื่อเทียบกับกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ผลกระทบขั้นสุดท้ายเทียบได้กับการสูญเสียความสามารถและความด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่ง OIDP ให้ความสำคัญต่อผลกระทบขั้นสุดท้ายนี้



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีของแบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวัน[15]

ข้อดีของ OI DP[21] คือ สั้น กระชับ ครอบคลุมถึงผลกระทบที่สำคัญทั้งหมดในชีวิตประจำวันที่เกิดจากสภาวะช่องปาก แต่ไม่เน้นปัญหาเล็กน้อยที่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจาก OI DP เป็นดัชนีที่ใช้วัดเฉพาะผลกระทบขั้นสุดท้ายเท่านั้น ทำให้ไม่เป็นการวัดซ้ำซ้อนที่ผลกระทบระดับแรกและระดับกลาง นอกจากนี้คุณสมบัติพิเศษของ OI DP ที่แตกต่างไปจากแบบสอบถามชนิดอื่นๆ คือ การวัดและคำนวณค่าคะแนนของปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ (Condition-Specific impacts: CS-impact)[21] ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้สามารถนำมาคำนวณหาค่าปัญหาเฉพาะต่อสภาวะโรคที่สนใจได้ เช่น ปัญหาที่มาจากฟันผุหรือปัญหาที่มาจากภาวะปากแห้งเพดานโหว่ เป็นต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาต่อไป และจากการที่การเก็บข้อมูลของดัชนี OI DP เป็นลักษณะของการสัมภาษณ์ ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างการสัมภาษณ์กับการใช้แบบสอบถาม จะเห็นได้ว่าการสัมภาษณ์มีข้อได้เปรียบเหนือการใช้แบบสอบถามหลายประการ[96, 97] ดังนี้

(ก) การสัมภาษณ์สามารถนำไปใช้ได้กับบุคคลทุกอาชีพ ทุกระดับการศึกษา ตรงข้ามกับแบบสอบถามที่ส่งไปให้กรอกได้เฉพาะบุคคลที่สามารถอ่านหนังสือออกและสามารถทำความเข้าใจกับแบบสอบถามได้เท่านั้น

(ข) การสัมภาษณ์ทำให้ได้คำตอบจากจำนวนประชากรมากกว่าแบบสอบถาม เพราะประชากรมักเต็มใจที่จะตอบคำถามมากกว่ากรอกแบบสอบถาม โดยเฉพาะแบบสอบถามที่ส่งไปทางไปรษณีย์มักกลับคืนมาเพียงร้อยละ 10 ถึง 50

(ค) การสัมภาษณ์สามารถยืดหยุ่นได้มากกว่าแบบสอบถาม เนื่องจากเมื่อผู้กรอกแบบสอบถามไม่เข้าใจคำถามจะไม่สามารถหาคำอธิบายได้ ซึ่งตรงข้ามกับกรณีที่เป็นการสัมภาษณ์ ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถซักถามได้กรณีที่มีข้อสงสัย

(ง) การสัมภาษณ์ยังช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้ทันทีว่าคำตอบใดขัดแย้งกัน คำตอบใดสอดคล้องกันหรือตอบคำถามครบทุกส่วนหรือไม่ ส่วนแบบสอบถามไม่สามารถตรวจสอบดังกล่าวได้

(จ) การสัมภาษณ์เป็นเทคนิคที่เหมาะสมในการรวบรวมข้อมูลที่ซับซ้อนโดยเฉพาะการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์และทัศนคติ เพราะผู้สัมภาษณ์สามารถสร้างบรรยากาศเป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้สัมภาษณ์แสดงความรู้สึกออกมาได้เต็มที่ และสามารถสัมภาษณ์ในแนวลึกได้ทำให้ได้ข้อเท็จจริงบางอย่างที่ซ่อนเร้นอยู่

อย่างไรก็ตามการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ก็มีข้อเสีย ได้แก่ การที่ต้องใช้ผู้สัมภาษณ์ที่มีความชำนาญในการใช้แบบสอบถามและอาจเกิดความลำเอียงจากผู้สัมภาษณ์ แต่อย่างไรก็ตามข้อเสียที่กล่าวมานี้สามารถแก้ไขได้ โดยการจัดให้ผู้สัมภาษณ์เข้ารับการฝึกอบรมการใช้แบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับมาตรฐานของการสัมภาษณ์ให้ได้ความน่าเชื่อถือและมีความเที่ยงภายในผู้สัมภาษณ์เอง (intra-examiner reliability) ก่อนทำการสัมภาษณ์จริง

ดัชนี OIDP มีคำถาม 8 ข้อซึ่งแสดงถึง 8 กิจกรรมในชีวิตประจำวันซึ่งถูกคัดเลือกมาจากดัชนีแพทย์และทันตแพทย์เชิงสังคมในอดีตโดยผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการทดสอบความตรงและความน่าเชื่อถือในการนำมาใช้ในประชากรผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไทยแล้ว[15] คำถามทั้ง 8 ข้อ แบ่งเป็น 3 กิจกรรมที่สะท้อนมิติทางกายภาพ ได้แก่ การกินอาหาร การพูด การทำความสะอาดฟัน 3 กิจกรรมที่สะท้อนมิติทางจิตใจ ได้แก่ การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับ การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ การยิ้มหรือให้ผู้อื่นเห็นฟันได้โดยไม่อับอาย และ 2 กิจกรรมที่เป็นมิติด้านสังคม ได้แก่ การทำงานหรือการศึกษา การออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้คน โดยทุกคำถามของ OIDP เป็นการถามถึงปัญหาที่มา

จากบริเวณช่องปาก ฟัน และใบหน้าในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา โดยถามถึงความถี่และความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งมีคำตอบอยู่ในช่วง 0 ถึง 5 นอกจากนั้นการให้คะแนนความถี่ยังแบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของปัญหา ได้แก่ ปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องในรอบ 6 เดือนหรือเกิดขึ้นเดือนละครั้งขึ้นไป จะบันทึกคะแนนตามความบ่อยของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การมีน้ำไหลออกทางจมูกขณะกินน้ำซึ่งเกิดทุกครั้งทีกินน้ำ จะถูกบันทึกคะแนนเป็น 5 และปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงไม่กี่ครั้งแล้วหายไป ไม่ได้เกิดซ้ำๆ ในรอบ 6 เดือนหรือเกิดขึ้นน้อยกว่าเดือนครั้ง จะบันทึกคะแนนโดยใช้จำนวนวันโดยรวมที่มีปัญหา เช่น การแปรงฟันลำบากจากการที่มีแผลร้อนใน ซึ่งเป็นแค่ในช่วงเวลาประมาณ 10 วัน จะถูกบันทึกคะแนนเป็น 2 สำหรับคะแนนความรุนแรงเป็นการถามถึงความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมที่ไปกระทบกระเทือนชีวิตประจำวัน มีคำตอบเป็น 6 ระดับ (0 = ไม่กระทบกระเทือน 1 = เล็กน้อยมาก 2 = เล็กน้อย 3 = ปานกลาง 4 = รุนแรง 5 = รุนแรงมาก)

ในประเทศไทยได้มีการนำดัชนี OIDP ไปใช้ทดสอบในประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น เปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ป่วยทางทันตกรรมทั่วไป[27] การศึกษาอุบัติการณ์ของผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ[28] การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน[30] เป็นต้น

2. แบบสอบถามสำหรับเด็ก

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ของเด็ก (Children Perceptions Questionnaires: CPQ)[12]

ถูกพัฒนาขึ้นในปีค.ศ. 2002 โดย Jokovic และคณะ CPQ เป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของเด็ก (Child Oral Health-related Quality of Life measure: COHQoL) ซึ่งประกอบไปด้วยแบบสอบถามการรับรู้ของผู้ปกครอง (Parental Perception Questionnaire: PPQ) แบบสอบถามการรับรู้ของเด็ก (Child Perception Questionnaire: CPQ) และแบบประเมินผลกระทบต่อครอบครัว (Family Impact Scale: FIS) CPQ ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 11 ถึง 14 ปี หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า CPQ₁₁₋₁₄ CPQ₁₁₋₁₄ เป็นการเก็บข้อมูลในลักษณะที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามชนิดนี้ผ่านการพิสูจน์ว่าเป็นเครื่องมือที่มีความตรง (validity) ให้ผลน่าเชื่อถือและเริ่มใช้ในประเทศแคนาดา จากนั้นมีการนำไปปรับใช้ในหลายประเทศ เช่น นิวซีแลนด์ อังกฤษ หรือยูกันดา เป็นต้น[98-100] แบบสอบถามนี้มี 36 ข้อ ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 หมวดได้แก่ 1) อาการในช่องปาก (oral symptoms) ประกอบด้วยข้อย่อย 6 ข้อ 2) ความจำกัด

ในการทำหน้าที่ ประกอบด้วยข้อย่อย 9 ข้อ 3) ความเป็นอยู่ด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional well-being) ประกอบด้วยข้อย่อย 9 ข้อ และ 4) ความเป็นอยู่ด้านสังคม (social well-being) ประกอบด้วยข้อย่อย 13 ข้อ โดยถามถึงความถี่ของสภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของช่องปากที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยทุกข้อคำถามเป็นคำถามในเชิงลบ ดังนั้น คะแนนมากหมายถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่แย่ คำตอบเป็นตัวเลือก 5 ระดับ คือ 0 ถึง 4 (0 = ไม่เคย 4 = ทุกวันหรือเกือบทุกวัน) นอกจากนี้แบบสอบถามนี้ยังถูกพัฒนาต่อเนื่องเพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 8-10 ปี (CPQ₈₋₁₀)[13] ข้อดีของแบบสอบถามนี้ คือ การที่มีกรอบแนวคิดทางทฤษฎีรองรับชัดเจนและเนื่องจากคำถามทุกข้อเลือกมาจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์จริงในผู้ป่วยหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเด็กที่มีฟันผุ ผู้ป่วยจัดฟัน และผู้ป่วยที่มีรอยโรคกระดูก-ใบหน้า เป็นต้น รวมถึงในเด็กที่มีสุขภาพดี และเลือกจากข้อคำถามที่มีความชุกสูง (item impact study) จึงสามารถสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยได้ดีและสามารถใช้ได้ในผู้ป่วยหลายกลุ่ม แต่สำหรับการใช้ในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ พบว่าผลการศึกษายังเป็นที่ขัดแย้งกันอยู่ [12, 101] และเนื่องจากตัวแบบสอบถามมีถึง 36 หัวข้อ ผู้ป่วยต้องใช้เวลาค่อนข้างนานเพื่อตอบแบบสอบถาม จึงเป็นข้อด้อยของแบบสอบถามนี้

2.2 แบบสอบถามผลกระทบจากสุขภาพช่องปากในเด็ก (Children's Oral Health Impact Profile : COHIP)[14]

แบบสอบถามนี้ปรับปรุงมาจาก CPQ เพื่อใช้สำหรับกลุ่มเด็กวัยเรียน (ช่วงอายุ 8-15 ปี) ถูกพัฒนาขึ้นในปีค.ศ. 2007 โดย Broader และคณะ จากกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาทางทันตกรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา การเก็บข้อมูลเป็นลักษณะที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ลักษณะของแบบสอบถามมีทั้งหมด 34 ข้อ ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 หมวด ได้แก่ 1) สุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยข้อย่อย 10 ข้อ 2) ความเป็นอยู่ด้านการทำหน้าที่ (functional well-being) ประกอบด้วยข้อย่อย 6 ข้อ 3) ความเป็นอยู่ด้านสังคม-อารมณ์ (social-emotional well-being) ประกอบด้วยข้อย่อย 8 ข้อ 4) สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน (School environment) ประกอบด้วยข้อย่อย 4 ข้อ และ 5) ภาพลักษณ์ของตนเอง (self-Image) ประกอบด้วยข้อย่อย 6 ข้อ โดยถามถึงความถี่ของสภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของช่องปากที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คำตอบเป็นตัวเลือก 5 ระดับ ซึ่งอยู่ในช่วง 0 ถึง 4 (0 = ไม่เคย 4 = ทุกวันหรือเกือบทุกวัน) สำหรับคำถาม 34 ข้อมี 6 ข้อที่เป็นคำถามในเชิงบวกและ 28 ข้อที่เป็นคำถามในเชิงลบ ดังนั้นก่อนคิดคะแนนรวมจะต้องกลับ

คะแนนให้เป็นไปในทางเดียวกัน โดยคะแนนรวมที่มากแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ขณะที่คะแนนรวม น้อยแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

ข้อดีของแบบสอบถามนี้ที่นอกเหนือจาก CPQ คือ สามารถใช้ในในกลุ่มเด็กที่ช่วงอายุกว้างมาก ขึ้น (8 ถึง 15 ปี) ทำให้ง่ายต่อการรวบรวมข้อมูลและแปลผล ส่วนข้อด้อยคือจากการที่แบบสอบถามมีหลายหัวข้อ ทำให้ผู้ปวยต้องใช้เวลาค่อนข้างนานเพื่อตอบแบบสอบถาม และแบบสอบถามนี้ยังไม่เป็นที่นิยมมากนักมีเพียงบางการศึกษาที่นำไปใช้ เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มเด็กที่มีรอยโรคกระดูก-โอบหน้า และประเมินความสอดคล้องของการให้คะแนนโดยตัวเด็กเองกับคะแนนที่ได้จากการประเมินของผู้ปกครอง[31] การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในเด็กประถมศึกษปีที่ 5 และ 6 ในโรงเรียนประถมในอัมสเตอร์ดัมประเทศเนเธอร์แลนด์[102] และในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการจัดฟันชาวเนเธอร์แลนด์[103]

2.3 แบบสอบถามผลกระทบของช่องปากต่อการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับเด็ก (Child Oral Impacts on Daily Performances: Child-OIDP)[22]

สุชาติวง เกรินทร์พงษ์ และคณะในปีค.ศ. 2004 ได้คิดค้นและพัฒนา Child-OIDP โดยปรับมาจากดัชนี OIDP เพื่อให้สามารถใช้ในกลุ่มประชากรเด็กไทยได้ โดยได้มีการปรับเปลี่ยนในประเด็นต่างๆ ดังนี้

(ก) ปรับรูปแบบภาษา : โดยใช้ภาษาที่ง่ายขึ้นและลดความเป็นทางการลง

(ข) เปลี่ยนลำดับของคำถาม : ในดัชนี OIDP เริ่มต้นด้วยการสัมภาษณ์ถึงอุบัติการณ์ของผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้านต่างๆ ซึ่งเป็นการยากที่จะเข้าใจสำหรับเด็กและยากต่อการตอบคำถาม ดังนั้นในดัชนี Child-OIDP จึงเริ่มโดยการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาปัญหาปาก-ฟันทั้งหมดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาตามที่รู้สึก (ซึ่งเป็นคำถามลำดับที่ 4 ในดัชนี OIDP) โดยเด็กจะได้รับรายการของปัญหาในช่องปากและฟันที่มักเกิดขึ้นในช่วงวัยนี้หรือบางกรณีผู้สัมภาษณ์จะอ่านรายการของปัญหาในช่องปากให้ฟังทีละรายการ หลังจากนั้นจึงสัมภาษณ์ถึงผลกระทบของปัญหาที่ได้ตอบมาต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 8 ข้อ

(ค) ปรับระดับคะแนนความรุนแรงและความถี่ : เมื่อนำ OIDP ซึ่งมีระดับคะแนน 0 ถึง 5 มาใช้กับเด็กจะพบว่ามีความน่าเชื่อถือของการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ที่ค่อนข้าง

ต่ำ ดังนั้น Child-OIDP จึงปรับระดับคะแนนให้ง่ายขึ้นเป็น 0 ถึง 3 ซึ่งผ่านการทดสอบแล้วว่ามีค่าความน่าเชื่อถือที่มากกว่า

(ง) ปรับระยะเวลาที่ยกยอนให้สั้นลง : Child-OIDP ใช้ระยะเวลาที่ยกยอน 3 เดือน ซึ่งจากเดิมคือ 6 เดือน เนื่องจากจากการศึกษาของสุดาตวง เกร็นพงษ์พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีความจำที่ค่อนข้างสั้น[22]

(จ) ใช้รูปภาพประกอบการสัมภาษณ์ : การใช้รูปภาพนั้นเป็นเทคนิคที่สำคัญในการสัมภาษณ์พูดคุยกับเด็ก[81] ดังนั้น Child-OIDP จึงเลือกใช้รูปภาพที่แสดงถึงกิจกรรมที่มีปัญหาทั้ง 8 กิจกรรมมาประกอบการสัมภาษณ์ ดังตัวอย่างในภาพที่ 3 ถึง 10 ซึ่งพบว่าการใช้รูปภาพนี้ช่วยให้เด็กเกิดความสนใจและอยากมีส่วนร่วมในการตอบคำถามมากส่งผลให้ลดเวลาในการสัมภาษณ์ลงได้อีกด้วย



ภาพที่ 3 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การกินอาหาร”



ภาพที่ 4 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การพุด”



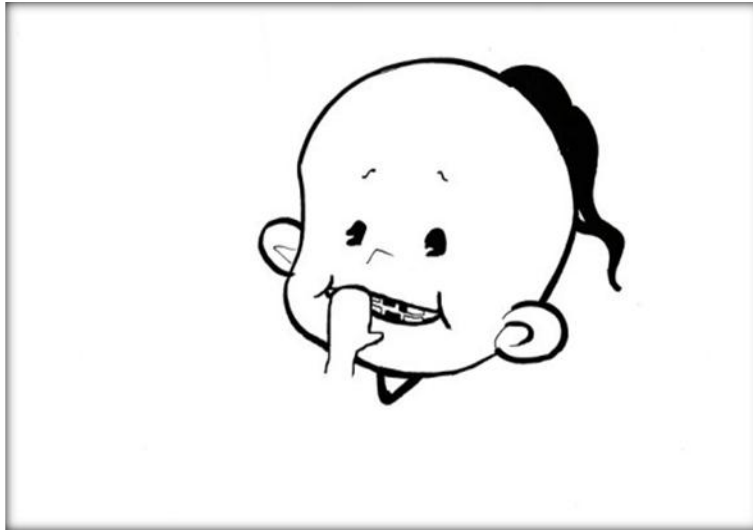
ภาพที่ 5 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การทำความสะดวกช่องปาก”



ภาพที่ 6 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การพักผ่อน รวมทั้งการนอนหลับ”



ภาพที่ 7 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ”



ภาพที่ 8 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การยิ้ม หัวเราะหรือให้ผู้อื่นเห็นฟันโดยไม่อาย”



ภาพที่ 9 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การศึกษา”



ภาพที่ 10 รูปประกอบการสัมภาษณ์ในหัวข้อ “การออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้คน”

จากนั้นได้ทำการทดสอบคุณสมบัติไซโคเมตริก ซึ่งพบว่าดัชนี Child-OIDP สามารถนำไปใช้ในประชากรเด็กไทยได้ผลถูกต้อง

ในประเทศไทยนั้นมีการนำดัชนี Child-OIDP ไปใช้ เช่น ศึกษาอุบัติการณ์ของผลกระทบของช่องปากต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา[29] เป็นต้น รวมถึงในต่างประเทศ Child-OIDP ยังถูกแปลงเป็นหลายภาษาและนำไปใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ เช่น ฝรั่งเศส เปรู บราซิล และแทนซาเนีย เป็นต้น[23-26]

ง. การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากถูกนำไปใช้ในหลายการศึกษา เช่น การสำรวจข้อมูลพื้นฐานสุขภาพช่องปาก การประเมินความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก การศึกษาวิจัยทางคลินิก และการประเมินผลของการให้การรักษาทางทันตกรรม[104, 105] ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป[106-108] และแบบเฉพาะโรค[106-109] ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแบบทั่วไป (generic OHRQoL)

เป็นการประเมินแบบภาพรวมเพื่อดูผลกระทบของโรคและสภาวะในช่องปากทั้งหมดที่มีต่อชีวิตประจำวันของบุคคล ไม่ได้จำเพาะเจาะจงเฉพาะโรค อาการ หรือสภาวะใดๆ ในช่องปาก เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบทั่วไปนี้ คือ แบบสอบถามชนิดทั่วไป (generic questionnaire) ซึ่งค่าคะแนนที่ได้นั้นมาจากสภาวะช่องปากทั้งหมดโดยรวม ข้อดีของการประเมินในลักษณะนี้ คือ สามารถใช้ประเมินภาพรวมของสภาวะในช่องปาก สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างผู้ป่วยที่มีสภาวะโรคต่างๆ กันหรือเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรที่ไม่มีโรคได้ ส่วนข้อเสียของการประเมินแบบนี้ คือ มีความไว (responsiveness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสภาวะสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเครื่องมือชนิดนี้ไม่มีความจำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถนำการประเมินชนิดนี้ไปใช้ในการวางแผนการรักษาได้ เนื่องจากค่าคะแนนรวมที่สูงนั้นอาจจะมาจากการปวดฟัน การมีฟันผุ หรือการไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ซึ่งปัญหาเหล่านั้นต้องการการรักษาที่แตกต่างกัน

2. การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแบบเฉพาะโรค (CS-OHRQoL)

เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่จำเพาะต่อสภาวะโรคในช่องปากที่เราสนใจโดยใช้แบบสอบถามชนิดเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ (CS-questionnaire) ข้อดีของการประเมินแบบนี้ คือ มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสภาวะในช่องปากและค่าคะแนนของปัญหาแบบเจาะจงสภาวะที่เราคำนวณได้นั้นยังสามารถเชื่อมโยงกับการรักษาแต่ละชนิดได้ ดังนั้นแบบสอบถามชนิดนี้จึงสามารถนำไปใช้ในการประเมินความจำเป็นด้านทันตกรรม (dental need) และการวางแผนการให้การรักษาได้อีกด้วย

ในปัจจุบันมีแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากจำนวนมากโดยแบบสอบถามที่ยกตัวอย่างข้างต้นนั้นทั้งหมดเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแบบทั่วไป แต่พบว่ามีเพียง OIDP และ Child-OIDP เท่านั้นที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงปัญหาที่เกิดขึ้นในช่องปากอย่างจำเพาะเจาะจงซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้ [15, 22] ดังนั้น OIDP และ Child-OIDP จึงสามารถนำมาใช้ทั้งในการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแบบทั่วไปและการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากแบบเฉพาะโรคได้ [110]

ที่ผ่านมา มีหลายการศึกษาที่ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยนำแบบสอบถามชนิดทั่วไปและแบบสอบถามชนิดเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุมาใช้ร่วมกัน นอกจากนี้ยังมี การศึกษาเปรียบเทียบคุณสมบัติในการแยกแยะ (discriminative properties) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ประเภทนี้ เพื่อประเมินว่าแบบสอบถามชนิดใดมีความสามารถในการแยกแยะความแตกต่างของ คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มีสภาวะโรคต่างๆ ได้ดีกว่ากัน เช่น การศึกษาของ Bernabe และคณะในปี ค.ศ. 2008[111] ประเมินคุณสมบัติในการแยกแยะของแบบสอบถาม OHIP ซึ่งเป็นแบบสอบถามชนิด ทั่วไป และ OIDP ในรูปแบบของแบบสอบถามชนิดเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ (CS-OIDP questionnaire) ซึ่งในการศึกษานี้เจาะจงเฉพาะการที่มีการสบฟันผิดปกติ (malocclusion) กลุ่ม ตัวอย่างในการศึกษานี้ คือเด็กนักเรียนที่มีอายุ 16 - 17 ปีที่อาศัยอยู่ในเมืองลอนดอน ประเทศอังกฤษ จำนวน 200 คน ทุกคนจะได้รับแบบสอบถามทั้ง 2 ชนิดเพื่อประเมินผลกระทบของสภาวะในช่องปาก ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ทุกคนจะได้รับการตรวจช่องปากเพื่อ ประเมินถึงการมีและไม่มีควมจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน โดยผลการศึกษาพบว่า แบบสอบถาม CS-OIDP ที่เจาะจงเฉพาะการมีการสบฟันผิดปกติ นั้น มีคุณสมบัติในการแยกแยะ ระหว่างกลุ่มที่มีและกลุ่มที่ไม่มีควมจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้ดีกว่าแบบสอบถาม OHIP นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังสนับสนุนให้ใช้แบบสอบถามชนิดเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็น สาเหตุร่วมกับแบบสอบถามชนิดทั่วไปในการประเมินคุณภาพชีวิต เพื่อจะทำให้ได้ข้อมูลคุณภาพชีวิต ที่มีความครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Choi และคณะในปีค.ศ. 2010 และ การศึกษาของ Khadka และคณะ ในปีค.ศ. 2011[112, 113]

ในปีค.ศ. 2009 Bernabe และคณะ[110] ประเมินคุณสมบัติในการแยกแยะของ แบบสอบถาม ODP ในรูปแบบของแบบสอบถามชนิดทั่วไป และในรูปแบบของ CS-OIDP ที่เจาะจง เฉพาะการมีการสบฟันผิดปกติ โดยเปรียบเทียบระหว่างการมีและไม่มีควมจำเป็นในการรักษาทาง ทันตกรรมจัดฟัน ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 15 - 16 ปีที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาในประเทศบราซิล จำนวน 1,060 คน ผลการศึกษาที่ได้พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 2008 คือพบว่า แบบสอบถาม CS-OIDP ที่เจาะจงเฉพาะการมีการสบฟันผิดปกติ นั้น มีคุณสมบัติในการแยกแยะ ระหว่างกลุ่มที่มีและกลุ่มที่ไม่มีควมจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้ดีกว่าแบบสอบถาม ODP ในรูปแบบของแบบสอบถามชนิดทั่วไป

นอกจากนั้นในปีเดียวกันนี้ Bernabe และคณะ[114] ยังได้ทำการศึกษาในลักษณะคล้ายกัน แต่เปลี่ยนจาก OIDP เป็น Child-OIDP และใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 11 – 12 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี ประเทศไทย จำนวน 1,034 คน โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีควมจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรม 4 ประเภท ได้แก่ การรักษาโรคฟันผุ การรักษาโรคปริทันต์ การรักษาการสบฟันผิดปกติ และการรักษาฟันที่ได้รับอุบัติเหตุ ผลการศึกษาที่ได้พบว่า Child-OIDP ในรูปแบบของแบบสอบถามชนิดเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ (CS-COIDP questionnaire) มีคุณสมบัติในการแยกแยะระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีควมจำเป็นในการรักษาได้ทั้ง 4 ประเภท ในขณะที่ Child-OIDP ในรูปแบบของแบบสอบถามชนิดทั่วไปนั้นสามารถแยกแยะความแตกต่างของคุณภาพชีวิตได้แค่เพียงกลุ่มเดียว คือ กลุ่มที่มีและไม่มีควมจำเป็นในการรักษาโรคฟันผุเท่านั้น นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังแสดงความเห็นว่ากรณีในกลุ่มประชากรนั้นมีปัญหาหรือสภาวะโรคในช่องปากเกิดขึ้นร่วมกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปนั้น การใช้แบบสอบถามชนิดทั่วไปน่าจะให้ผลในการแยกแยะความแตกต่างได้ดีกว่าแบบสอบถามชนิดเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ

จากรายงานการศึกษาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าการศึกษาคูณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรที่มีสภาวะช่องปากที่แตกต่างกัน ควรใช้แบบสอบถามที่เป็นชนิดที่ออกแบบมาเพื่อวัดปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุเนื่องจากมีความสามารถในการแยกแยะที่ดีกว่า ซึ่งจะทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากกว่า[115] แบบสอบถามชนิดทั่วไปที่ค่าคะแนนที่ได้มาจากสภาวะช่องปากทั้งหมดโดยรวม นอกจากนั้นแบบสอบถามชนิดเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุนี้ ยังได้รับการทดสอบแล้วว่าสามารถใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการได้รับการรักษาใดๆ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแบบสอบถามชนิดนี้จะมีความสามารถในการแยกแยะที่ดี แต่ก็ยังมีการแนะนำให้ใช้แบบสอบถามชนิดนี้ร่วมกับแบบสอบถามชนิดทั่วไปในการประเมินคุณภาพชีวิต เพื่อจะทำให้ได้ข้อมูลคุณภาพชีวิตที่มีความครอบคลุมมากขึ้น[112, 113]

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

การศึกษาของ Jokovic และคณะ[12] ได้พัฒนาแบบสอบถาม CPQ₁₁₋₁₄ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ ฟันผุ และจัดฟัน ในช่วงอายุระหว่าง 11 ถึง 14 ปี โดยถามถึงความถี่ของสภาวะต่างๆ ที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของช่องปากที่เกิดขึ้นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามชนิดนี้มีความตรงและความน่าเชื่อถือในระดับดีมาก สามารถใช้การบ่งชี้ถึงผลกระทบของการมีภาวะช่องปากและใบหน้าที่ผิดปกติต่อคุณภาพชีวิตได้ และยังพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตรวมของกลุ่มผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีคะแนนสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มจัดฟัน และฟันผุตามลำดับ และเมื่อพิจารณาคะแนนของแต่ละหมวดพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีคะแนนที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหัวข้อ “ความเป็นอยู่ด้านอารมณ์” และ “ความเป็นอยู่ด้านสังคม” ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะในด้านอารมณ์และสังคมที่ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Border และ Wilson-Genderson[14] ที่ทำการศึกษเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างผู้ป่วยเด็กที่มีฟันผุ ผู้ป่วยจัดฟัน และผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ซึ่งถือเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มีรอยวิการกะโหลก-ใบหน้า (craniofacial deformity) โดยใช้แบบสอบถาม COHIP สำหรับแบบสอบถาม COHIP คะแนนที่สูงกว่าแสดงถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีกว่า ส่วนคะแนนที่ต่ำกว่าแสดงถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่แย่กว่า ผลการศึกษาพบว่าคะแนนรวม COHIP ของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีคะแนนต่ำที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแหว่งเพดานโหว่มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่สุดใน 3 กลุ่ม

การศึกษาของ Wogelius และคณะ[101] ใช้แบบสอบถาม CPQ ฉบับภาษาเดนมาร์กซึ่งผ่านการทดสอบความตรงทางโครงสร้าง (construct validity) และความสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน (internal consistency) แล้วว่าสามารถใช้ได้ในกลุ่มเด็กที่ใช้ภาษาเดนมาร์ก โดยการศึกษาแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกใช้แบบสอบถาม CPQ₈₋₁₀ ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 8 ถึง 10 ปี โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตัวฟัน เช่น การสร้างเคลือบฟันไม่สมบูรณ์ (amelogenesis imperfecta) และ

เด็กนักเรียนที่มีสุขภาพดี และกลุ่มที่ 2 ใช้แบบสอบถาม CPQ₁₁₋₁₄ ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 11 ถึง 14 ปี โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของตัวฟัน ผู้ป่วยจัดฟัน และเด็กนักเรียนที่มีสุขภาพดี ผลการศึกษาของทั้ง 2 กลุ่มพบว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีคะแนน CPQ ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กนักเรียนที่มีสุขภาพดีพบว่าไม่มีความแตกต่างของคะแนน CPQ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นและไม่แตกต่างจากคนปกติ ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของทั้ง Jokovic[12] และ Border และ Wilson-Genderson[14] จากผลการศึกษาที่ได้นี้อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่นั้นถือเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาปรับตัวในการอยู่กับโรค ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกว่าการมีปากแหว่งเพดานโหว่นั้นทำให้ตนมีความยากลำบากในการใช้ชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างไปจากคนปกติ

Geels และคณะ[31] พัฒนาแบบสอบถาม COHIP ฉบับภาษาดัตช์และใช้แบบสอบถามนี้ ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยชาวเนเธอร์แลนด์ที่มีรอย विकารกะโหลก-ใบหน้าที่มีอายุระหว่าง 11 ถึง 14 ปี โดยทำการเก็บข้อมูลทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและผู้ปกครองจำนวน 35 คู่ แบบสอบถาม COHIP ฉบับภาษาดัตช์นี้มีความแตกต่างจากแบบเดิม คือ มีข้อความคำถามเพิ่มเติมจากเดิม 3 ข้อ รวมเป็น 38 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ สุขภาพช่องปาก ความเป็นอยู่ด้านการทำหน้าที่ ความเป็นอยู่ด้านอารมณ์ โรงเรียน และความสัมพันธ์กับเพื่อน มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1 = ไม่เคย จนถึง 5 = บ่อยมาก ซึ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากคะแนน 1 ถึง 5 ยังเพิ่มช่องคำตอบ “ไม่ทราบ” อีกด้วย นอกจากนี้ในส่วนแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองนั้นมีคำถามเพิ่มเติมอีก 9 ข้อ เกี่ยวกับผลกระทบต่อครอบครัว (family impact) เมื่อพิจารณาผลคะแนนรวม COHIP และคะแนนที่แยกแต่ละหัวข้อของทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองพบว่า ผู้ป่วยที่มีรอย विकารกะโหลก-ใบหน้ามีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดี นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ยังศึกษาถึงความสอดคล้องระหว่างผลคะแนนที่ได้จากตัวผู้ป่วยเองและผู้ปกครอง ซึ่งผลที่ได้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผลคะแนนของผู้ปกครองและผู้ป่วย แต่เมื่อมองในรายละเอียดของแต่ละคำตอบในแบบสอบถามของผู้ปกครองเพื่อประเมินว่าผู้ปกครองรู้จักตัวเด็กดีเพียงใด พบว่าหัวข้อที่ตอบ “ไม่ทราบ” มากที่สุด ได้แก่ หัวข้อ “โรงเรียน” และ “ความสัมพันธ์กับเพื่อน” เนื่องจาก 2 หัวข้อนี้เป็นเหตุการณ์ที่เด็กอยู่นอกบ้าน ดังนั้นผู้ปกครองอาจมีโอกาสดูแลรับรู้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jokovic ในปีค.ศ. 2004 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แม้ว่าผลของผู้ปกครองและผู้ป่วยจะมีความสอดคล้องกัน

แต่การประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กนั้นควรทำโดยให้เด็กเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองเป็นหลัก ซึ่งอาจใช้การประเมินโดยผู้ปกครองเป็นเพียงส่วนเสริมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มากขึ้นเท่านั้น

ในปีค.ศ. 2011 Bos และคณะ^[19] ได้นำแบบสอบถาม COHIP ฉบับภาษาดัตช์มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยเด็กชาวเนเธอร์แลนด์ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีอายุระหว่าง 8 – 15 ปี จำนวน 122 คน รวมถึงทำการเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองของเด็กกลุ่มนี้ด้วย การศึกษานี้พิจารณาใน 4 ประเด็นหลักๆ โดยมีสมมุติฐานดังนี้ 1) คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ปกครองไม่มีความแตกต่างกัน 2) ไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างเพศชายและหญิง 3) ไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีอาการ (symptoms) ต่างกัน และ 4) ไม่มีความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือน้อยกว่า 12 ปี โดยผลการศึกษาที่ได้พบว่ามีเพียงสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่เป็นไปตามที่ตั้งไว้ในทางตรงกันข้ามพบว่าสมมุติฐานข้ออื่นๆ ถูกปฏิเสธ ซึ่งหมายถึงข้อมูลที่ได้จากการประเมินของผู้ปกครองไม่สามารถนำมาทดแทนการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยตัวเด็กเองได้ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแยกโรคเป็นปากแหว่ง หรือปากแหว่งร่วมกับการมีรอยแยกสันกระดูกขากรรไกรบน (cleft lip and cleft lip and alveolus) มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในด้านความเป็นอยู่ในการทำหน้าที่ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในหัวข้อความเป็นอยู่ด้านอารมณ์ และสุขภาพช่องปากแยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ในการศึกษานี้ กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ไทยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันที่โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 21 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังต่อไปนี้

1. อายุตั้งแต่ 9-12 ปี
2. เป็นผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันที่โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ เมษายน 2553 ถึง เมษายน 2554
3. ชนิดของปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ข้างเดียวหรือปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งสองข้าง
4. ผู้ป่วยทุกคนได้รับการผ่าตัดเย็บปิดปากแหว่งและเย็บปิดเพดานโหว่แล้ว

และเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการได้ยินและไม่สามารถสื่อสารได้
2. มีกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับปากแหว่งเพดานโหว่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ภูมิฐานะ ระดับการศึกษาและสถานภาพของผู้ปกครอง และรายได้รวมครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Child-OIDP

การเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่นี้เลือกใช้ดัชนี Child-OIDP เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการพัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และพบว่าดัชนี Child-OIDP นี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมถึงปัญหาที่มักพบได้ในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ เช่น ความยากลำบากในการรับประทานอาหาร การพูดออกเสียงไม่ชัดเจน ปัญหาด้านความสวยงาม และปัญหาด้านจิตใจและสังคม เป็นต้น ดัชนี Child-OIDP ใช้วิธีสัมภาษณ์รายบุคคลโดยผู้สัมภาษณ์ซึ่งผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับมาตรฐานของการสัมภาษณ์ จากนั้นทำการทดสอบความเที่ยงภายในผู้สัมภาษณ์โดยการนำดัชนี Child-OIDP มาทำการทดสอบนักร้องในกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง ที่มีช่วงอายุระหว่าง 9 - 11 ปี จำนวน 15 คน ทำการทดสอบ 2 ครั้ง แต่ละครึ่งห่างกัน 2 สัปดาห์ และวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ kappa ซึ่งค่าความเที่ยงภายในผู้สัมภาษณ์มีค่าอยู่ในช่วง 0 – 1 [116]

Child-OIDP ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ และภาพประกอบการสัมภาษณ์ 8 ภาพ (ภาพที่ 3 – 10) ซึ่งเป็นการวัดผลกระทบของช่องปากต่อ 8 กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การพูด 3) การทำความสะอาดช่องปาก 4) การพักผ่อน รวมทั้งการนอนหลับ 5) การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ 6) การยิ้มหรือให้ผู้อื่นเห็นฟันโดยไม่อับอาย 7) การศึกษา และ 8) การออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้คน โดยเกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ก. คะแนนความถี่ของปัญหา

การให้คะแนนความถี่ แบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะของปัญหา คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างต่อเนื่องในรอบ 3 เดือน จะบันทึกคะแนนตามความบ่อยหรือจำนวนครั้งของการเกิดเหตุการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นน้อยครั้งแล้วหายไปไม่ได้กลับมาเกิดใหม่ซ้ำๆ ในรอบ 3 เดือน เช่น ปวดฟันครั้งเดียวที่เป็นระยะเวลาหลายวันแล้วหายไปในที่สุด จะบันทึกคะแนนโดยใช้จำนวนวันโดยรวมที่มีปัญหา โดยวิธีการให้คะแนนความถี่ของปัญหาแสดงในตารางที่ 1

โดยเฉลี่ย เกิดทุกเดือน	โดยเฉลี่ย เกิดไม่ทุกเดือน รวมทั้ง 3 เดือน ปัญหาที่เกิดรวมเป็นกี่วัน
ไม่ถึงทุกสัปดาห์ เฉลี่ยเดือนละ 1-2 ครั้ง 1	1-7 วัน 1
สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เดือนละ 3 ครั้งขึ้นไป 2	8-14 วัน 2
สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป หรือ แทบทุกวัน..... 3	15 วันขึ้นไป 3

ตารางที่ 1 แสดงการให้คะแนนความถี่ของปัญหา

ข. คะแนนความรุนแรงของปัญหา

การให้คะแนนความรุนแรง มีค่าตอบอยู่ในช่วง 0 ถึง 3 ดังนี้ 0 = ไม่กระทบกระเทือน
1 = น้อย 2 = ปานกลาง 3 = รุนแรง ขึ้นอยู่กับว่าปัญหาในช่องปากที่ผู้ป่วยรู้สึกนั้น ส่งผล
กระทบกระเทือนต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดทำโครงร่างงานวิจัย (research proposal) และเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาและได้รับอนุมัติให้
ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่
6/2553 เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2553

การเก็บข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเองทั้งหมด
โดยแบ่งเวลาสัมภาษณ์เป็น 2 ช่วง คือ ก่อนเข้ารับการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน และหลังจากเข้ารับ
การผ่าตัดกระดูกรองรับฟันเป็นเวลา 3 เดือน การสัมภาษณ์นี้จัดทำในห้องเงียบ ไม่มีเสียงรบกวน และ
ผู้สัมภาษณ์ได้อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงขั้นตอนทั้งหมดก่อนที่จะเริ่มเก็บข้อมูล

การสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งจะสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว คือในช่วงก่อนเข้ารับการรักษาผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน และ 2) การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยใช้ดัชนี Child-OIDP ซึ่งจะทำการทำทั้งก่อนผ่าตัดและ 3 เดือนหลังผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

การสัมภาษณ์โดยใช้ดัชนี Child-OIDP จะเริ่มจากการค้นหาปัญหาบริเวณช่องปาก-ฟันทั้งหมดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาตามผู้ป่วยรู้สึก จากนั้นเป็นการสัมภาษณ์ถึงผลกระทบของปัญหาที่ผู้ป่วยได้ตอบมาต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 8 ข้อ โดยใช้รูปภาพ 8 รูปที่แสดงถึงกิจกรรมที่มีปัญหาประกอบการสัมภาษณ์ เพื่อช่วยให้การสื่อสารเป็นไปได้ง่ายขึ้น ในขั้นตอนการสัมภาษณ์นั้น เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาในกิจกรรมใดๆ ในชีวิตประจำวัน ผู้สัมภาษณ์จะถามเพื่อบันทึกค่าคะแนนความถี่และความรุนแรงของปัญหานั้น และสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงสาเหตุหลักตามความรู้สึก (main perceived clinical cause) ของปัญหา โดยให้ผู้ป่วยเลือก 2 ปัญหาหลักๆ จากทั้งหมดที่ตอบมา เพื่อใช้ในการหาปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ แล้วนำมาประเมินว่าแต่ละปัญหา (เช่น การมีปากแห้ง เพดานโหว่ การปวดฟัน ฯลฯ) มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใด ซึ่งการประเมินปัญหานี้จะอธิบายต่อไปในหัวข้อของการคำนวณคะแนน

นอกจากนั้นจะให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกต่อช่องปากโดยรวม โดยอาศัย 2 คำถามเพิ่มเติม ได้แก่ ปัญหาช่องปากโดยรวมตามความรู้สึก (perceived overall oral problem) โดยใช้สเกลคำตอบ 0 ถึง 3 (0 = ไม่มีปัญหา 1 = เล็กน้อย 2 = ปานกลาง 3 = มาก) และความต้องการการรักษาในปัจจุบัน (perceived current treatment need) เพื่อใช้ในการยืนยันความตรง (validity) ของข้อมูล

การคำนวณคะแนน

1. คะแนนรวม Child-OIDP

คือ ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบมาจากสภาวะช่องปากทั้งหมดโดยรวมสามารถใช้บ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงของปัญหาในช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งคะแนนที่มากกว่าแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่แย่กว่า โดยคะแนนที่ได้จะถูกทำให้อยู่ในรูปร้อยละ ดังสูตรต่อไปนี้

$$\text{Overall Child-OIDP score} = \sum_{n=1}^8 \frac{(F \times S)}{72} \times 100$$

เมื่อ F คือ คะแนนความถี่

S คือ คะแนนความรุนแรง

n คือ กิจกรรมที่ 1 ถึง 8

การคำนวณคะแนนปัญหาของแต่ละกิจกรรมทำโดย นำคะแนนความถี่มาคูณกับคะแนนความรุนแรงในแต่ละกิจกรรม ซึ่งผลรวมคะแนนของแต่ละกิจกรรมจะอยู่ในช่วง 0 ถึง 9 จากนั้นจึงรวมคะแนนของทั้ง 8 กิจกรรมเข้าด้วยกัน จะได้ค่าคะแนนรวมปัญหาทั้งหมด (total scores) ซึ่งอยู่ในช่วง 0 ถึง 72 แล้วนำมาทำเป็นรูปร้อยละด้วยการหารด้วย 72 ซึ่งเป็นค่าคะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ และคูณด้วย 100 จะได้เป็นค่าคะแนนรวม Child-OIDP (overall Child-OIDP score) ดังนั้น คะแนนรวม Child-OIDP ที่ได้จะมีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 100

2. คะแนนปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ (Conditioned-Specific Child-OIDP score: CS-COIDP score)

คือ ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่จำเพาะต่อสภาวะโรคในช่องปากที่เราสนใจ ซึ่งในการศึกษานี้จะแบ่งคะแนน CS-COIDP ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ และคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปาก ซึ่งใช้บ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงของปัญหาจากปากแห้งเพดานโหว่และปัญหาอื่นในช่องปากที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ตามลำดับ

คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ได้มาจากการรวมคะแนนของกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ เช่น การมีรูทะลุช่องปาก-จมูก การมีรอยแผลเป็นบริเวณริมฝีปาก และการมีฟันซ้อนเกหรือฟันขาดหายไปเนื่องจากการมีรอยแยกสันกระดูกขากรรไกรบน เป็นต้น ส่วนคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากได้มาจากการรวม

คะแนนของกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาในช่องปากอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ เช่น การมีฟันผุ การปวดฟัน แผลในช่องปาก เป็นต้น การคำนวณคะแนนปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุนี้ ใช้สูตรการคำนวณเช่นเดียวกับการคำนวณคะแนนรวม Child-OIDP และมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 เช่นเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows version 17.0 และโปรแกรม StatDirect version 2.0 และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวไม่เป็นแบบปกติ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงใช้สถิตินอนพาราเมตริกซ์ โดยสถิติที่ใช้ในการคำนวณ มีดังนี้

1. ทดสอบความตรงของข้อมูลคะแนน Child-OIDP ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ปากแหว่งเพดานโหว่ก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน โดยการจัดกลุ่มของคะแนนรวม Child-OIDP เป็น 4 กลุ่มตามคะแนนปัญหาช่องปากโดยรวมตามความรู้สึก ใช้ค่ามัธยฐานของแต่ละกลุ่มมาทำการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis เนื่องจากเป็นการเปรียบเทียบใน 4 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ระหว่างก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน โดยใช้คะแนนรวม Child-OIDP คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปากแหว่งเพดานโหว่ และคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ก่อนและหลังผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันมาเปรียบเทียบกันโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่เกิดจากการมีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่กับปัญหาอื่นในช่องปาก โดยนำคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปากแหว่งเพดานโหว่มาเปรียบเทียบกับคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปาก โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการศึกษาเรื่อง “คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน” ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย และข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก มีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้าร่วมจำนวน 21 ราย ส่วนใหญ่พบว่าเป็น Unilateral complete cleft of the 1⁰ and 2⁰ palate คิดเป็นร้อยละ 66.7 เป็นเพศชายร้อยละ 61.9 และเพศหญิงร้อยละ 38.1 ผู้ป่วยทั้งหมดมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 9 - 12 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 10.38 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92 ปี ซึ่งพบว่ามีช่วงอายุ 11 และ 10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.1 และ 33.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 95.2

ภูมิลำเนาของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่พบว่าอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมากกว่าต่างจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 42.9 ตามลำดับ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ปกครองซึ่งคิดเป็นร้อยละ 85.7 สถานภาพของบิดา-มารดาส่วนใหญ่ คือ อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 81.0 และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.1 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค	Unilateral complete cleft of the 1 ⁰ and 2 ⁰ palate	14	66.7
	Bilateral complete cleft of the 1 ⁰ and 2 ⁰ palate	6	28.6
	Unilateral complete cleft of the 1 ⁰ palate	1	4.8
เพศ	ชาย	13	61.9
	หญิง	8	38.1
อายุ(ปี)	9	4	19.0
	10	7	33.3
	11	8	38.1
	12	2	9.5
ระดับการศึกษาในปัจจุบัน	ประถมศึกษา	20	95.2
	มัธยมศึกษา	1	4.8
ภูมิลำเนา	กรุงเทพฯ	12	57.1
	ต่างจังหวัด	9	42.9
สถานภาพผู้ปกครอง	อยู่ด้วยกัน	17	81.0
	แยกกันอยู่	3	14.3
	หย่าร้าง	1	4.8
การอาศัยอยู่	อยู่กับผู้ปกครอง	18	85.7
	อื่นๆ	3	14.3
ระดับการศึกษาบิดา	≤ ประถมศึกษา	1	4.8
	มัธยมศึกษา	8	38.1
	ปริญญาตรี	7	33.3
	> ปริญญาตรี	5	23.8

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ (ต่อ)

ลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษามารดา	≤ ประถมศึกษา	3	14.3
	มัธยมศึกษา	7	33.3
	ปริญญาตรี	7	33.3
	> ปริญญาตรี	4	19.0
รายได้เฉลี่ยครอบครัว ต่อเดือน (บาท)*	≤ 5,000	2	9.5
	5,001-10,000	3	14.3
	10,001-20,000	5	23.8
	20,001-30,000	3	14.3
	>30,000	8	38.1

*รายได้เฉลี่ยครอบครัวในประเทศไทย 23,544 บาท/เดือน (ref)

ข้อมูลจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

จากทำการทดสอบความเที่ยงภายในผู้สัมภาษณ์ และวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ kappa พบว่า ค่าความเที่ยงภายในผู้สัมภาษณ์เท่ากับ .76 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดี

จากผลการศึกษาการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยการใช้แบบสอบถาม Child-OIDP พบว่า ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่มีค่าคะแนน Child-OIDP ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอายุ เพศและค่าคะแนน Child-OIDP ของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แต่ละราย ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

No.	อายุ	เพศ	คะแนน Child-OIDP					
			คะแนนรวม		คะแนน CS-COIDP			
			Child-OIDP		ปากแห้งเพดานโหว่		ปัญหาอื่นในช่องปาก	
			ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	10	ญ	2.78	0	0	0	2.78	0
2	11	ช	8.33	0	5.56	0	2.78	0
3	11	ช	1.39	0	1.39	0	0	0
4	11	ช	0	0	0	0	0	0
5	9	ช	5.56	6.94	5.56	0	0	6.94
6	11	ญ	20.83	15.28	20.83	0	0	15.28
7	9	ญ	13.89	2.78	13.89	2.78	0	0
8	10	ช	0	2.78	0	0	0	2.78
9	9	ญ	9.72	5.56	5.56	5.56	4.17	0
10	11	ช	18.06	2.78	18.06	2.78	0	0
11	12	ช	2.78	1.39	2.78	1.39	0	0
12	11	ญ	0	0	0	0	0	0
13	10	ญ	29.17	6.94	29.17	6.94	1.39	0
14	12	ช	0	0	0	0	0	0
15	10	ช	4.17	0	4.17	0	0	0
16	11	ช	0	0	0	0	0	0
17	10	ช	5.56	5.56	4.17	4.17	1.39	1.39
18	10	ช	11.11	9.72	11.11	9.72	0	0
19	11	ญ	12.5	9.72	12.5	9.72	0	0
20	10	ญ	0	0	0	0	0	0
21	9	ช	11.11	0	0	0	11.11	0

คะแนน CS-COIDP หมายถึง คะแนนปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ

ผลการทดสอบความตรงของข้อมูลคะแนน Child-OIDP

เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลคะแนน Child-OIDP ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยว่ามีความตรง และสามารถแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ การศึกษาจึงนำคะแนนรวม Child-OIDP และความรู้สึกต่อช่องปากโดยรวมในช่วงก่อนผ่าตัดปลูกกระดูกกรงรับฟันมาเปรียบเทียบกัน โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test และ Mann-Whitney U Test โดยผู้ป่วยที่ตอบว่ามีปัญหาโดยรวมตามความรู้สึกมาก ควรมีค่าคะแนนรวม Child-OIDP ที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ตอบว่ามีปัญหาโดยรวมตามความรู้สึกปานกลาง เล็กน้อยและไม่มีปัญหา ตามลำดับ และนอกจากนั้นผู้ป่วยที่ตอบว่ามีความต้องการการรักษาในปัจจุบัน ควรมีค่าคะแนนรวม Child-OIDP ที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความต้องการการรักษาในปัจจุบัน

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกต่อช่องปากโดยรวมและคะแนนรวม Child -OIDP ในกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้สึกต่อช่องปากโดยรวม		จำนวน	คะแนนรวม Child-OIDP		p-value
			mean \pm SD	P25, P50, P75	
ปัญหาโดยรวมตามความรู้สึก	ไม่มีปัญหา	6	0.70 \pm 1.16	0.00, 0.00, 1.74	.005*
	เล็กน้อย	8	6.60 \pm 5.59	0.70, 6.25, 12.15	
	ปานกลาง	7	14.29 \pm 8.77	5.56, 1.11, 20.83	
	มาก	-	-	-	
ความต้องการการรักษาในปัจจุบัน	ไม่ต้องการ	12	3.47 \pm 4.79	0.00, 0.70, 5.56	.007 [†]
	ต้องการ	9	12.81 \pm 8.61	5.56, 11.11, 19.45	

* Kruskal Wallis Test

[†] Mann-Whitney U Test

SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

P25, P50, P75 หมายถึง เปอร์เซนไทล์ที่ 25 เปอร์เซนไทล์ที่ 50 และเปอร์เซนไทล์ที่ 75 ตามลำดับ

ผลการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวม Child-OIDP กับปัญหาช่องปากโดยรวมตามความรู้สึกและความต้องการการรักษาในปัจจุบันแสดงในตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม Child-OIDP ในกลุ่มผู้ที่รู้สึกว่าตนไม่มีปัญหาเท่ากับ 0.70 ± 1.16 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม Child-OIDP ในกลุ่มผู้ที่รู้สึกว่าตนมีปัญหาเล็กน้อยและปานกลางเท่ากับ 6.60 ± 5.59 และ 14.29 ± 8.77 ตามลำดับ แต่ในการศึกษานี้ไม่พบว่ามีผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่รู้สึกว่าตนมีปัญหามากเมื่อทำการทดสอบทางสถิติโดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test พบว่าคะแนนรวม Child-OIDP กับปัญหาช่องปากโดยรวมตามความรู้สึกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวม Child-OIDP กับความต้องการการรักษาในปัจจุบัน พบว่าในกลุ่มผู้ที่ไม่ต้องการการรักษาในปัจจุบันนั้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม Child-OIDP เท่ากับ 3.47 ± 4.79 ในขณะที่กลุ่มที่ต้องการรักษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม Child-OIDP เท่ากับ 12.81 ± 8.61 และเมื่อทำการทดสอบทางสถิติโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test พบว่าคะแนนรวม Child-OIDP กับความต้องการการรักษาในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p = .007$)

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนน Child-OIDP ของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

คะแนน Child-OIDP	ก่อน			หลัง			p-value ^a
	Range	mean ± SD	P25, P50, P75	Range	mean ± SD	P25, P50, P75	
คะแนนรวม Child-OIDP	0 - 29.17	7.47 ± 8.04	0.00, 5.56, 11.80	0 - 15.28	3.31 ± 4.34	0.00, 1.39, 6.25	.003
คะแนน CS-COIDP							
ปากแห้งเพดานโหว่	0 - 29.17	6.41 ± 8.23	0.00, 4.17, 11.81	0 - 9.72	2.05 ± 3.28	0.00, 0.00, 3.48	.003
ปัญหาอื่นในช่องปาก	0 - 11.11	1.12 ± 2.58	0.00, 0.00, 1.39	0 - 15.28	1.26 ± 3.59	0.00, 0.00, 0.00	.888
p-value ^b	.009			.325			

คะแนน CS-COIDP หมายถึง คะแนนปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ

SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

P25, P50, P75 หมายถึง เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25 เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 50 และเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 75 ตามลำดับ

^a Wilcoxon Signed-Ranks Test (เปรียบเทียบระหว่างคะแนน Child-OIDP ก่อนและหลังการผ่าตัด)

^b Wilcoxon Signed-Ranks Test (เปรียบเทียบระหว่างคะแนน CS-COIDP จากการมีปากแห้งเพดานโหว่และคะแนน CS-COIDP จากปัญหาอื่นในช่องปาก)

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวม Child-OIDP ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน พบว่าคะแนนรวม Child-OIDP ก่อนและหลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 7.47 ± 8.04 และ 3.31 ± 4.34 ตามลำดับ เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่าหลังผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันมีคะแนนรวม Child-OIDP ลดลงจากก่อนผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) ส่วนเมื่อเปรียบเทียบคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ก่อนและหลังผ่าตัด พบว่าคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่หลังผ่าตัด (ค่าเฉลี่ย 2.05 ± 3.28) มีค่าลดลงจากก่อนผ่าตัด (ค่าเฉลี่ย 6.41 ± 8.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามี ความแตกต่างของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากระหว่างช่วงเวลาก่อนและหลังผ่าตัด

ในการพิจารณาว่าปัญหาที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่หรือปัญหาอื่นในช่องปากที่เป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำโดยนำคะแนนของทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกันในแต่ละช่วงเวลาของการผ่าตัด ผลที่ได้แสดงในตารางที่ 5 เช่นเดียวกัน ซึ่งพบว่าช่วงก่อนผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ (ค่าเฉลี่ย 6.41 ± 8.23) มีค่าเฉลี่ยมากกว่าคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปาก (ค่าเฉลี่ย 1.12 ± 2.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .009$) อย่างไรก็ตามพบว่าในช่วงหลังผ่าตัดไม่มีความแตกต่างของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ (ค่าเฉลี่ย 2.05 ± 3.28) และคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปาก (ค่าเฉลี่ย 1.26 ± 3.59)

ตารางที่ 6 แสดงคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน จำแนกตามการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ

กิจกรรม	คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่		p-value
	ก่อน	หลัง	
	Mean ± SD	Mean ± SD	
การรับประทานอาหาร	0.76 ± 1.18	0.10 ± 0.44	.041
การพูด	1.48 ± 2.90	0.38 ± 0.93	.041
การทำความสะดวกช่องปาก	0.57 ± 1.99	0	.109
การพักผ่อน รวมทั้งการนอนหลับ	0	0	1.000
การคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ	0.61 ± 2.06	0.10 ± 0.44	.109
การยิ้มหรือให้ผู้อื่นเห็นฟันโดยไม่อับอาย	1.10 ± 1.95	0.86 ± 1.53	.395
การศึกษา	0	0	1.000
การออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้คน	0.05 ± 0.22	0.05 ± 0.22	1.000

คะแนน CS-COIDP หมายถึง คะแนนปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากตารางที่ 6 เมื่อดูผลคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ในแต่ละกิจกรรมทั้ง 8 ข้อ พบว่ากิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดในช่วงก่อนผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน ได้แก่ การพูด รองลงมาคือการยิ้มหรือให้ผู้อื่นเห็นฟันโดยไม่อับอาย และการรับประทานอาหาร ส่วนกิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดในช่วงหลังผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน ได้แก่ การยิ้มหรือให้ผู้อื่นเห็นฟันโดยไม่อับอาย รองลงมาคือการพูด และการรับประทานอาหารและการคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ในแต่ละกิจกรรมก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน พบว่าในช่วงหลังการผ่าตัด ทุกกิจกรรมมีคะแนนลดลงหรือเท่าเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด โดยกิจกรรมที่มีคะแนนลดลงภายหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับประทานอาหารและการพูด ($p = .041$)

ตารางที่ 7 แสดงการกระจายของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ในช่วงเวลา ก่อนและหลังการผ่าตัดการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่	ก่อน	หลัง	p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
0 (ระดับที่ 1)	8 (38.1)	13 (61.9)	.012
0.1 – 4.16 (ระดับที่ 2)	2 (9.5)	3 (14.3)	
≤ 4.17 (ระดับที่ 3)	11 (52.4)	5 (23.8)	

คะแนน CS-COIDP หมายถึง คะแนนปัญหาแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ

*Chi-square goodness of fit test

จากข้อมูลคะแนน Child-OIDP ของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ จำนวน 21 คน มีระดับคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปากแหว่งเพดานโหว่ในช่วงก่อนผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน ดังนี้ ค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 29.17 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.42 ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งระดับของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่เป็น 3 กลุ่มตามระดับความแตกต่างของความรุนแรงและความถี่ของผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การกระจายความถี่ของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ในช่วงก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน ซึ่งกำหนดให้ระดับที่ 1 มีค่าเท่ากับ 0 จากนั้นทำการหาตำแหน่งคะแนนที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ 50 ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 4.17 จึงเลือกใช้ค่านี้เป็นจุดแบ่งระหว่างระดับที่ 2 และ 3

โดยสรุป การศึกษานี้ได้แบ่งระดับคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่เป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ไม่ได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (คะแนน 0) ระดับที่ 2 ได้รับผลกระทบระดับต่ำ (คะแนน 0.1 – 4.16) และระดับที่ 3 ได้รับผลกระทบระดับสูง (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4.17)

จากตารางที่ 7 พบว่า ช่วงก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันมีจำนวนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ไม่ได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันคิดเป็นร้อยละ 38.1 ได้รับผลกระทบระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 9.5 และ ได้รับผลกระทบระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 52.4 และช่วงหลังผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันมีจำนวนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ไม่ได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันคิดเป็นร้อยละ 61.9 ได้รับผลกระทบระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 14.3 และได้รับผลกระทบระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 23.8 ซึ่งเมื่อทดสอบโดยใช้สถิติ Chi-square goodness-of-fit พบว่าการกระจายของ

คะแนนปัญหาที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด มีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .012$

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่เกิดจากการมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่กับปัญหาอื่นในช่องปาก โดยใช้แบบสอบถาม Child-OIDP

ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กจำนวนมาก เช่น CPQ[12, 13] COHIP[14] และ Child-OIDP[22] แต่ยังไม่พบว่ามีแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากใดที่ออกแบบมาเพื่อวัดผลกระทบจากการผ่าตัดรักษาปากแห้งเพดานโหว่โดยเฉพาะ[117] นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรวัยเด็กนั้นควรเก็บข้อมูลจากตัวเด็กเอง เนื่องจากจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความตรงและมีความน่าเชื่อถือมากกว่าข้อมูลที่ได้จากผู้ปกครอง [19, 31, 98] ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแรกที่ประเมินผลกระทบของสภาวะช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่วัยเด็กโดยใช้แบบสอบถาม Child-OIDP และข้อมูลที่ได้นั้นมาจากการสัมภาษณ์ตัวผู้ป่วยเด็กเองโดยตรง แม้ว่าในอดีตจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่นำ Child-OIDP มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในกลุ่มประชากรทั่วไปวัยเด็กที่มีสภาวะช่องปากต่างๆ ที่พบได้บ่อยในวัยนี้ เช่น การมีฟันผุ แผลในช่องปาก และการปวดฟัน เป็นต้น[118-120] แต่มีส่วนน้อยที่นำแบบสอบถามนี้มาใช้ในกลุ่มเด็กที่มีสภาวะโรคแบบจำเพาะ เช่น ในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี[121] ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทั้งคะแนนรวม Child-OIDP กับปัญหาช่องปากโดยรวมตามความรู้สึก และคะแนนรวม Child-OIDP กับความต้องการการรักษาในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .005$ และ $.007$ ตามลำดับ (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถาม Child-OIDP มีความสามารถในการแยกแยะความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่มีปัญหา ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีปัญหาเล็กน้อย และผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีปัญหาอย่างมาก นอกจากนี้ ยังสามารถแยกแยะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยปากแห้ง

เพดานโหว่ที่มีความต้องการและไม่ต้องการการรักษาในปัจจุบันได้ ซึ่งผลจากการศึกษานี้สามารถบอกได้ว่าแบบสอบถาม Child-OIDP มีความตรงเพียงพอสำหรับการใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่

ในงานวิจัยนี้ได้นำ Child-OIDP มาใช้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน โดยใช้ทั้งในรูปแบบของแบบสอบถามชนิดทั่วไปและชนิดเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ ในปีค.ศ. 2008 และ 2009 Bernabe และคณะ[110, 111, 114] ได้กล่าวไว้ว่า แบบสอบถามชนิดเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุมีคุณสมบัติในการแยกแยะระหว่างกลุ่มประชากรที่มีสภาวะช่องปากต่างๆ กัน ได้ดีกว่าแบบสอบถามชนิดทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้แบบสอบถาม Child-OIDP ในรูปแบบเจาะจงสภาวะช่องปากที่เป็นสาเหตุ สามารถแยกแยะระหว่างคุณภาพชีวิตที่ได้รับผลกระทบจากการมีปากแห้งเพดานโหว่และปัญหาอื่นในช่องปากได้อย่างชัดเจน

การศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับความสำเร็จในการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันในผู้ป่วยที่มีรอยแยกสันกระดูกขากรรไกรบนมักเป็นการประเมินเชิงวัตถุวิสัย (objective measurement) โดยใช้การวัดที่เชื่อถือได้ เช่น การประเมินการออกเสียง การวัดจากฟิล์มเอกซเรย์ และจากภาพสแกนคอมพิวเตอร์โทโมกราฟี (CT scan) เป็นต้น[67, 122, 123] แต่ในความเป็นจริงแม้ว่าผลการรักษาจะเป็นที่น่าพอใจในมุมมองของแพทย์หรือจากการประเมินเชิงวัตถุวิสัย สิ่งที่ควรคำนึงถึงอีกอย่างและถือเป็นเป้าหมายที่แท้จริงของการรักษาก็คือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการประเมินเชิงจิตวิสัย (subjective measurement) โดยใช้ความรู้สึกของตัวผู้ป่วยเอง ในการศึกษานี้ทำการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน (ตารางที่ 5) ผลที่ได้พบว่าทั้งคะแนนรวม Child-OIDP และคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่มีค่าลดลงภายหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .003$) จากผลที่ได้กล่าวได้ว่าปัญหาที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขภายหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผลที่ได้จากการศึกษานี้แม้ว่าจะไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ได้โดยตรงเนื่องจากไม่พบการศึกษาใดที่ทำในลักษณะเดียวกัน โดยส่วนใหญ่การศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตภายหลังจากการรักษาต่างๆ ในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่ไม่ใช้ขั้นตอนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Yoshiro และคณะในปีค.ศ. 2004[124] ประเมินผลกระทบทางจิตสังคม (psychosocial effect) ภายหลังการฝังรากเทียมของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันเรียบร้อยแล้ว การศึกษาของ Sandor และ

Ylikontiola ในปีค.ศ. 2006[125] ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ภายหลังการผ่าตัดแก้ไขรูปร่างจมูก (rhinoplasty) และการศัลยกรรมของ Munz และคณะ ในปีค.ศ. 2011[126] ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้รับการรักษาทั้งการผ่าตัดและการรักษาอื่นทุกขั้นตอนเสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งทั้ง 3 การศึกษากล่าวมานี้ พบว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการรักษาหรือผ่าตัดใดๆ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในครั้งนี้

ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากระหว่างก่อนและหลังผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน (ตารางที่ 5) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นไปได้ว่าปัญหาที่ผู้ป่วยรู้สึกที่นอกเหนือจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ เช่น การมีฟันผุ การปวดฟัน แผลในช่องปาก เป็นต้น อาจยังไม่ได้รับการรักษา หรือปัญหาเหล่านี้ อาจเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาใหม่ในระหว่างช่วงเวลา 3 เดือนหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่ คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่เป็นผลมาจากการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันเท่านั้น นอกจากนี้จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นสามารถกล่าวได้ว่าในช่วงก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันนั้น การมีปากแหว่งเพดานโหว่ถือเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นเมื่อได้รับการผ่าตัดแล้วทำให้ปัญหาที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ได้รับการแก้ไข จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ในแต่ละกิจกรรม (ตารางที่ 6) พบว่าภายหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน คะแนนของทั้ง 8 กิจกรรมมีค่าลดลงหรือเท่าเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหัวข้อการรับประทานอาหารการพูด และ การทำความสะอาดช่องปาก เป็น 3 กิจกรรมที่มีคะแนนลดลงมากที่สุด โดยทั้ง 3 กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สะท้อนถึงมิติทางกายภาพ ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bureau และคณะ[127] ในปีค.ศ. 2001 ซึ่งทำการศึกษาผลของการพูดภายหลังจากการผ่าตัดปิดรูทะลุช่องปาก-จมูกด้วยการปลูกกระดูกโดยใช้ภาพรังสีเคลื่อนไหว (videofluoroscope) เพื่อประเมินการทำงานของเพดานอ่อน ประเมินการได้ยิน (audiologic assessment) และประเมินการพูดโดยทำการประเมินความก้องของเสียง (resonance) ภาวะลมรั่วทางจมูก (nasal emission) การวางฐานกรณ์ (articulation) การพูดที่ฟังได้รู้เรื่อง (intelligibility) และการมีเสียงขึ้นจมูก (nasalance) โดยทำการทดสอบในช่วงเวลาก่อนผ่าตัดปิดรูทะลุช่องปาก-จมูกและ 3 เดือนหลังผ่าตัดปิดรูทะลุช่อง

ปาก-จมูก ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากผ่าตัดปิดรูทะลุช่องปาก-จมูกผู้ป่วยมีการได้ยินปกติทุกคนและมีการพูดที่ฟังได้รู้เรื่องดีทุกคน โดยเฉพาะภาวะลมรั่วทางจมูก การมีเสียงขึ้นจมูก และความบกพร่องในการทำงานของเพดานอ่อนและผนังคอดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Oosterkamp และคณะ[128] ในปีค.ศ. 2007 ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัดหลักๆ เรียบร้อยแล้วตามแนวทางการรักษาของทีมดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในมหาวิทยาลัย Medical Center Gronigen ประเทศเนเธอร์แลนด์ คือ เย็บปิดปากแหว่งในช่วงอายุ 3 เดือน เย็บปิดเพดานอ่อนในช่วงอายุ 9 เดือน และเย็บปิดเพดานแข็งในช่วงก่อนอายุ 2 ปี และนอกจากนั้นในกรณีที่มีความจำเป็นผู้ป่วยอาจได้รับการผ่าตัดแก้ไขริมฝีปาก-จมูกในช่วงอายุ 5 ปี ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่รู้สึกว่าการพูด การรับประทานอาหาร รวมถึงการดื่มน้ำ และการได้ยินที่ไม่แตกต่างจากคนปกติ ดังนั้น จากผลการศึกษาในครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า การผ่าตัดปลุกกระดูกรองรับฟันทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ดีขึ้น โดยเฉพาะในมิติทางกายภาพ ซึ่งข้อสรุปนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีรอยแยกสันกระดูกขากรรไกรบนหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่าง โดยปัญหาที่เห็นเด่นชัด ได้แก่ การสำลักน้ำและอาหารเข้าสู่จมูก การมีเสียงขึ้นจมูก และฟันที่อยู่บริเวณรอยแยก มีโอกาสเกิดโรคปริทันต์ได้ง่าย[129] ซึ่งปัญหาเหล่านี้ตรงกับกิจกรรมในมิติทางกายภาพที่กล่าวมาข้างต้น และนอกจากนี้วัตถุประสงค์หลักของการผ่าตัดปลุกกระดูกรองรับฟัน คือ เพื่อปิดทางติดต่อระหว่างช่องปากกับช่องจมูก เพื่อให้ฟันที่อยู่ติดกับรอยแยกมีกระดูกรองรับเพียงพอและสามารถเจริญขึ้นมาในช่องปากในตำแหน่งที่เหมาะสม และเพื่อป้องกันการเกิดโรคปริทันต์บริเวณฟันที่จะงอกขึ้นมาบริเวณรอยแยก เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถทำความสะอาดได้ง่ายขึ้น เป็นต้น[65, 130] ซึ่งถือเป็นการแก้ไขในส่วนที่ตรงกับมิติทางกายภาพโดยตรงเช่นกัน

ส่วนกิจกรรมอื่นในมิติทางจิตใจและทางสังคม ที่พบว่าไม่ค่อยมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังผ่าตัดนั้น อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกว่ามีปัญหาในกิจกรรมนั้นๆ ตั้งแต่ต้นแล้ว ได้แก่ การพักผ่อนรวมทั้งการนอนหลับและการศึกษา ส่วนในกิจกรรมที่เหลือ คือการคงสภาพอารมณ์ให้เป็นปกติ การยิ้มหรือให้ผู้อื่นเห็นฟันโดยไม่อับอาย และการออกไปพบปะสังสรรค์กับผู้อื่น ที่ไม่ค่อยมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังผ่าตัดนั้น น่าจะเป็นเพราะว่ากิจกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหาในเรื่องความสวยงามมากกว่าปัญหาในการทำหน้าที่ ซึ่งการผ่าตัดปลุกกระดูกรองรับฟันไม่ได้เน้นการแก้ไขในส่วนของคุณภาพสวยงามเป็นหลัก แต่อาจช่วยแก้ไขในเรื่องของคุณภาพได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น คือ มีส่วนช่วยในการเสริมฐานปีกจมูก

และริมฝีปากบนให้มีความโค้งงอใกล้เคียงปกติ อย่างไรก็ตามถ้าผู้ป่วยยังรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติของรูปหน้าหลงเหลืออยู่ เช่น มีรอยแผลเป็นบริเวณริมฝีปากบน มีพื้นหน้าซ้นอก ต้องการแก้ไขให้มีความสวยงามใกล้เคียงกับคนปกติ อาจพิจารณาให้การรักษาอื่นเพิ่มเติม เช่น การจัดฟันหรือการผ่าตัดแก้ไขริมฝีปาก-จมูก เป็นต้น

เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ภายหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันได้ชัดเจนมากขึ้น การศึกษานี้จึงเลือกใช้สถิติ chi-square goodness-of-fit test เพื่อดูการกระจายของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ในช่วงเวลาก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน (ตารางที่ 7) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ พบว่า การกระจายของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ในช่วงก่อนและหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) โดยจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่ไม่ได้รับผลกระทบและได้รับผลกระทบระดับต่ำมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.1 เป็น 61.9 และจากร้อยละ 9.5 เป็น 14.3 ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่ได้รับผลกระทบระดับสูงมีจำนวนลดลงภายหลังผ่าตัดจากร้อยละ 52.4 เป็น 23.8 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ในช่วงก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับที่ 3 ซึ่งหมายถึงได้รับผลกระทบจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ต่อคุณภาพชีวิตระดับสูง เมื่อได้รับการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันเรียบร้อยแล้วส่วนใหญ่มีคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ลดลงไปอยู่ในระดับที่ 2 หรือ 1 ซึ่งหมายถึงได้รับผลกระทบจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ต่อคุณภาพชีวิตในระดับต่ำหรือไม่ได้รับผลกระทบเลย จากผลที่ได้นี้ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

สรุปผลการวิจัย

ปัญหาหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่าเป็นปัญหาที่เกิดมาจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่เอง ซึ่งการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันนั้นทำให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ดีขึ้น โดยเฉพาะในหัวข้อการรับประทานอาหารและการพูด นอกจากนี้ยังสามารถทำให้ปัญหาที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ลดลงจนไม่มีความแตกต่างจากปัญหาอื่นในช่องปาก

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการทดสอบคุณสมบัติไซโคเมตริกของแบบสอบถาม Child-OIDP สำหรับการนำมาใช้ในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหวโดยเฉพาะ และนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในการผ่าตัดอื่นของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว

รายการอ้างอิง

- [1] Chuangsuwanich, A.; Aojanepong, C.; Muangsombut, S.; and Tongpiew, P. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. Ann Plast Surg. 41 (1998): 7-10.
- [2] Campbell, R.; Dock, M.; and Kummer, A. W. Dental anomalies associated with cleft lip/palate: Effect on speech. In A. W. Kummer (ed.), Cleft palate and craniofacial anomalies: Effect on speech and resonance, pp. 246-251. Boston: Thomson Delmar learning, 2008
- [3] Kummer, A. W. Clefts of the lip and palate. In A. W. Kummer (ed.), Cleft palate and craniofacial anomalies: effect on speech and resonance, pp. 36-64. Boston: Thomson Delmar learning, 2008.
- [4] Posnick, J. C.; and Ruiz, R. L. Staging of cleft lip and palate reconstruction: infancy through adolescence. In D. F. Wyszynsk (ed.), Cleft lip & palate: From origin to treatment, pp. 319-347. New York: Oxford University Press, 2002.
- [5] Kalaaji, A.; Lilja, J.; Friede, H.; and Elander, A. Bone grafting in the mixed and permanent dentition in cleft lip and palate patients: long-term results and the role of the surgeon's experience. J Craniomaxillofac Surg. 24 (1996): 29-35.
- [6] Krisdapong, S.; Sheiham, A.; and Tsakos, G. Oral health-related quality of life of 12- and 15-year-old Thai children: findings from a national survey. Community Dent Oral Epidemiol. 37 (2009): 509-517.
- [7] Locker, D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health. 5 (1988): 3-18.
- [8] Slade, G. D., ed. Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina, Dental Ecology: Chapel Hill, 1997.
- [9] สุชาติวง เกษนพงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 1: หลักการและความเป็นมา. Journal of Health Science. 16 (2550): 17-25.
- [10] Atchison, K. A.; and Dolan, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 54 (1990): 680-687.

- [11] Slade, G. D.; and Spencer, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Health. 11 (1994): 3-11.
- [12] Jokovic, A.; Locker, D.; Stephens, M.; Kenny, D.; Tompson, B.; and Guyatt, G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. J Dent Res. 81 (2002): 459-463.
- [13] Jokovic, A.; Locker, D.; Tompson, B.; and Guyatt, G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. Pediatr Dent. 26 (2004): 512-518.
- [14] Broder, H. L.; and Wilson-Genderson, M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). Community Dent Oral Epidemiol. 35 Suppl 1 (2007): 20-31.
- [15] Adulyanon, S.; and Sheiham, A. Oral Impacts on Daily Performances. In G. D. Slade (ed.), Measuring oral health and quality of life, pp. 151-160. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- [16] Sabine Linsen, U. S.-B., Rolf Fimmers, Manfred Grüner, and Bernd Koeck. Craniomandibular Pain, Bite Force, and Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Jaw Resection. Journal of Pain and Symptom Management. 37 (2009): 94-106.
- [17] de Oliveira, C. M.; and Sheiham, A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. J Orthod. 31 (2004): 20-27; discussion 15.
- [18] Gherunpong S, T. G., Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. Health and Quality of Life Outcomes. 2 (2004): 57.
- [19] Bos, A.; and Prah, C. Oral health-related quality of life in Dutch children with cleft lip and/or palate. Angle Orthod. 8 (2011): 865-871.
- [20] International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: World Health Organization, 1980.

- [21] สุดาตวง เกรินทร์พงษ์. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ตอนที่ 2: ดัชนีสำหรับผู้ใหญ่. Journal of Health Science. 16 (2550): 306-317.
- [22] Gherunpong, S.; Tsakos, G.; and Sheiham, A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. Community Dent Health. 21 (2004): 161-169.
- [23] Tubert-Jeannin, S.; Pegon-Machat, E.; Gremeau-Richard, C.; Lecuyer, M. M.; and Tsakos, G. Validation of a French version of the Child-OIDP index. Eur J Oral Sci. 113 (2005): 355-362.
- [24] Bernabe, E.; Sheiham, A.; and Tsakos, G. A comprehensive evaluation of the validity of Child-OIDP: further evidence from Peru. Community Dent Oral Epidemiol. 36 (2008): 317-325.
- [25] Castro, R. A., et al. Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. Health Qual Life Outcomes. 6 (2008): 68.
- [26] Mtaya, M.; Astrom, A. N.; and Tsakos, G. Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary schoolchildren in Tanzania. Health Qual Life Outcomes. 5 (2007): 40.
- [27] นันทพร ใจยงค์. รายงานวิจัยเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบสภาวะทันตสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ป่วยทางทันตกรรมทั่วไป ของโรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่. (2548)
- [28] Srisilapanan, P.; and Sheiham, A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. Gerodontology. 18 (2001): 102-108.
- [29] Gherunpong, S.; Tsakos, G.; and Sheiham, A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. Health Qual Life Outcomes. 2 (2004): 57.
- [30] ดวงพร ศิริเทพมนตรี. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุหลังใส่ฟันเทียมพระราชทาน. Vajira Medical Journal. 52 (2551): 39-47.

- [31] Geels, L. M.; Kieffer, J. M.; Hoogstraten, J.; and PrahI-Andersen, B. Oral health-related quality of life of children with craniofacial conditions. Cleft Palate Craniofac J. 45 (2008): 461-467.
- [32] Wogelius, P.; Gjorup, H.; Haubek, D.; Lopez, R.; and Poulsen, S. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8-10 and CPQ11-14). BMC Oral Health. 9 (2009): 11.
- [33] ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ. รายงานการทบทวนองค์ความรู้สถานะสุขภาพของเด็กปฐมวัยไทย. สงขลา: หน่วยพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2543.
- [34] Bender, P. L. Genetics of cleft lip and palate. J Pediatr Nurs. 15 (2000): 242-249.
- [35] Croen, L. A.; Shaw, G. M.; Wasserman, C. R.; and Tolarova, M. M. Racial and ethnic variations in the prevalence of orofacial clefts in California, 1983-1992. Am J Med Genet. 79 (1998): 42-47.
- [36] Gorlin, R. J.; Cervenka, J.; and Pruzansky, S. Facial clefting and its syndromes. Birth Defects Orig Artic Ser. 7 (1971): 3-49.
- [37] Ross, R. B.; and Johnston, M. C. Cleft lip and palate. Baltimore: Williams and Wilkins, 1972.
- [38] Vallino-Napoli, L. D.; Riley, M. M.; and Halliday, J. An epidemiologic study of isolated cleft lip, palate, or both in Victoria, Australia from 1983 to 2000. Cleft Palate Craniofac J. 41 (2004): 185-194.
- [39] Magdalenic-Mestrovic, M.; and Bagatin, M. An epidemiological study of orofacial clefts in Croatia 1988-1998. J Craniomaxillofac Surg. 33 (2005): 85-90.
- [40] Stanier, P.; and Moore, G. E. Genetics of cleft lip and palate: syndromic genes contribute to the incidence of non-syndromic clefts. Hum. Mol. Genet. 13(April 2004) 73-81.
- [41] Kernahan, D. A.; and Stark, R. B. A new classification for cleft lip and cleft palate. Plast Reconstr Surg Transplant Bull. 22 (1958): 435-441.
- [42] Ross, R. B. Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. Cleft Palate J. 24 (1987): 5-77.

- [43] Capelozza Filho, L.; Normando, A. D.; and da Silva Filho, O. G. Isolated influences of lip and palate surgery on facial growth: comparison of operated and unoperated male adults with UCLP. Cleft Palate Craniofac J. 33 (1996): 51-56.
- [44] Kapp-Simon, K. A. Psychological care of children with cleft lip and palate in the family. In D. F. Wyszynsk (ed.), Cleft lip & palate: From origin to treatment, pp. 412-423. New York: Oxford University Press, 2002.
- [45] Costello, B. J.; and Ruiz, R. L. Cleft Lip and Palate: Comprehensive Treatment Planning and Primary Repair. In M. Miloro (ed.), Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery, pp. 839-858. London: BC Decker Inc, 2004.
- [46] Peterson, S. J.; Hardin-Jones, M. A.; and Karmell, M. P. Surgical management of cleft lip and palate. In J. A. Schreffer (ed.), Cleft palate speech, pp. 82-122. St. Louis: Mosby, 2001.
- [47] Tibesar, R. J.; Black, A.; and Sidman, J. D. Surgical repair of cleft lip and cleft palate. Operative Techniques in Otolaryngology 20 (2009): 245-255.
- [48] สมรตรี วิถีพร. ทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: โครงการตำรา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- [49] Wilhelmsen, H. R.; and Musgrave, R. H. Complication of cleft lip surgery. Cleft Palate J. 3 (1966): 223-231.
- [50] Billmire, D. A. Surgical management of cleft and velopharyngeal dysfunction. In A. W. Kummer (ed.), Cleft palate and craniofacial anomalies: Effect on speech and resonance, pp. 508-533. Boston: Thomson Delmar learning, 2008.
- [51] Arosarena, O. A. Cleft lip and palate. Otolaryngologic Clinics of North America. 40 (2007): 27-60.
- [52] Delaire, J. Theoretical principles and technique of functional closure of the lip and nasal aperture. J Maxillofac Surg. 6 (1978): 109-116.

- [53] Campbell, A.; Costello, B. J.; and Ruiz, R. L. Cleft lip and palate surgery: an update of clinical outcomes for primary repair. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 22 (2010): 43-58.
- [54] Rohrich, R. J.; Love, E. J.; Byrd, H. S.; and Johns, D. F. Optimal timing of cleft palate closure. Plast Reconstr Surg. 106 (2000): 413-421.
- [55] Dorf, D. S.; and Curtin, J. W. Early cleft palate repair and speech outcome. Plast Reconstr Surg. 70 (1982): 74-81.
- [56] Rohrich, R. J.; and Gosman, A. A. An update on the timing of hard palate closure: a critical long-term analysis. Plast Reconstr Surg. 113 (2004): 350-352.
- [57] Schweckendiek, W.; and Doz, P. Primary veloplasty: long-term results without maxillary deformity. a twenty-five year report. Cleft Palate J. 15 (1978): 268-274.
- [58] Perko, M. Two-stage palatoplasty. In J. Bardach, and H. L. Morris (eds.), Multidisciplinary Management of Cleft Lip and Palate. 1st ed, pp. 311-320. WB Saunders Co, 1991.
- [59] Bergland, O.; Semb, G.; and Abyholm, F. E. Elimination of the residual alveolar cleft by secondary bone grafting and subsequent orthodontic treatment. Cleft Palate J. 23 (1986): 175-205.
- [60] Andlin-Sobocki, A.; Eliasson, L. A.; and Paulin, G. Periodontal evaluation of teeth in bone grafted regions in patients with unilateral cleft lip and cleft palate. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 107 (1995): 144-152.
- [61] Larsen, P. E. Reconstruction of the Alveolar Cleft. In M. Miloro (ed.), Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery. pp. 859-870. London: BC Decker Inc, 2004.
- [62] Helms, J. A.; Speidel, T. M.; and Denis, K. L. Effect of timing on long-term clinical success of alveolar cleft bone grafts. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 92 (1987): 232-240.

- [63] Rehrmann, A.; Koberg, W.; and Coch, H. Long-term post-operative results of primary and secondary bone grafting in complete clefts of lip and palate. Cleft Palate J. 7 (1970): 206-221.
- [64] Pickrell, K.; Quinn, G.; and Massengill, R. Primary bone grafting of the maxilla in clefts of the lip and palate: a four year study. Plast Reconstr Surg. 41 (1968): 438-443.
- [65] Boyne, P. J.; and Sands, N. R. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. J Oral Surg. 30 (1972): 87-92.
- [66] El Deeb, M.; Messer, L. B.; Lehnert, M. W.; Hebda, T. W.; and Waite, D. E. Canine eruption into grafted bone in maxillary alveolar cleft defects. Cleft Palate J. 19 (1982): 9-16.
- [67] Trindade, I. K.; Mazzottini, R.; Silva Filho, O. G.; Trindade, I. E.; and Deboni, M. C. Long-term radiographic assessment of secondary alveolar bone grafting outcomes in patients with alveolar clefts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 100 (2005): 271-277.
- [68] Ochs, M. W. Alveolar cleft bone grafting (Part II): Secondary bone grafting. J Oral Maxillofac Surg. 54 (1996): 83-88.
- [69] Troxell, J. B.; Fonseca, R. J.; and Osbon, D. B. A retrospective study of alveolar cleft grafting. J Oral Maxillofac Surg. 40 (1982): 721-725.
- [70] Chang, H. P., et al. Maxillofacial growth in children with unilateral cleft lip and palate following secondary alveolar bone grafting: an interim evaluation. Plast Reconstr Surg. 115 (2005): 687-695.
- [71] Enemark, H.; Krantz-Simonsen, E.; and Schramm, J. E. Secondary bonegrafting in unilateral cleft lip palate patients: indications and treatment procedure. Int J Oral Surg. 14 (1985): 2-10.
- [72] Boyne, P. J.; and Sands, N. R. Combined orthodontic-surgical management of residual palato-alveolar cleft defects. Am J Orthod. 70 (1976): 20-37.

- [73] Dempf, R.; Teltzrow, T.; Kramer, F. J.; and Hausamen, J. E. Alveolar bone grafting in patients with complete clefts: a comparative study between secondary and tertiary bone grafting. Cleft Palate Craniofac J. 39 (2002): 18-25.
- [74] Turvey, T. A.; Vig, K.; Moriarty, J.; and Hoke, J. Delayed bone grafting in the cleft maxilla and palate: a retrospective multidisciplinary analysis. Am J Orthod. 86 (1984): 244-256.
- [75] Oyama, T.; Nishimoto, S.; Tsugawa, T.; and Shimizu, F. Efficacy of platelet-rich plasma in alveolar bone grafting. J Oral Maxillofac Surg. 62 (2004): 555-558.
- [76] Murthy, A. S.; and Lehman, J. A. Evaluation of alveolar bone grafting: a survey of ACPA teams. Cleft Palate Craniofac J. 42 (2005): 99-101.
- [77] Murthy, A. S.; and Lehman, J. A. Secondary alveolar bone grafting: An outcome analysis. Can J Plast Surg. 14 (2006): 172-174.
- [78] Albrektsson, T. Repair of bone grafts. A vital microscopic and histological investigation in the rabbit. Scand J Plast Reconstr Surg. 14 (1980): 1-12.
- [79] Morselli, P. G., et al. Treatment of alveolar cleft performing a pyramidal pocket and an autologous bone grafting. J Craniofac Surg. 20 (2009): 1566-1570.
- [80] Locker, D. An introduction to behavioural science and dentistry. London: Routledge, 1989.
- [81] Greig, A.; Taylor, J.; and MacKay, T. Doing research with children. 2nd ed. London: Sage Publications, 2007.
- [82] Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1948.
- [83] Slade, G. D.; Strauss, R. P.; Atchison, K. A.; Kressin, N. R.; Locker, D.; and Reisine, S. T. Conference summary: assessing oral health outcomes--measuring health status and quality of life. Community Dent Health. 15 (1998): 3-7.
- [84] Atchison, K. A. The General Oral Health Assessment Index (The Geriatric Oral Health Assessment Index). In G. D. Slade (ed.), Measuring oral health and

- quality of life. pp. 55-80. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.
- [85] Naito, M.; Suzukamo, Y.; Nakayama, T.; Hamajima, N.; and Fukuhara, S. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. J Public Health Dent. 66 (2006): 273-275.
- [86] Ikebe, K.; Hazeyama, T.; Morii, K.; Matsuda, K.; Maeda, Y.; and Nokubi, T. Impact of masticatory performance on oral health-related quality of life for elderly Japanese. Int J Prosthodont. 20 (2007): 478-485.
- [87] Hassel, A. J.; Rolko, C.; Koke, U.; Leisen, J.; and Rammelsberg, P. A German version of the GOHAI. Community Dent Oral Epidemiol. 36 (2008): 34-42.
- [88] Othman, W. N., et al. Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in the Malay language. J Public Health Dent. 66 (2006): 199-204.
- [89] Yu, D. S.; Lee, D. T.; Hong, A. W.; Lau, T. Y.; and Leung, E. M. Impact of oral health status on oral health-related quality of life in Chinese hospitalised geriatric patients. Qual Life Res. 17 (2008): 397-405.
- [90] Yamazaki, M.; Inukai, M.; Baba, K.; and John, M. T. Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J). J Oral Rehabil. 34 (2007): 159-168.
- [91] van der Meulen, M. J.; John, M. T.; Naeije, M.; and Lobbezoo, F. The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity. BMC Oral Health. 8 (2008): 11.
- [92] Saub, R.; Locker, D.; Allison, P.; and Disman, M. Cross-cultural adaptation of the Oral Health Impact Profile (OHIP) for the Malaysian adult population. Community Dent Health. 24 (2007): 166-175.
- [93] Bae, K. H., et al. Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly. Community Dent Oral Epidemiol. 35 (2007): 73-79.

- [94] McGrath, C.; Wong, A. H.; Lo, E. C.; and Cheung, C. S. The sensitivity and responsiveness of an oral health related quality of life measure to tooth whitening. J Dent. 33 (2005): 697-702.
- [95] Bae, K. H.; Kim, C.; Paik, D. I.; and Kim, J. B. A comparison of oral health related quality of life between complete and partial removable denture-wearing older adults in Korea. J Oral Rehabil. 33 (2006): 317-322.
- [96] สีน พันธุ์พินิจ. เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์. วิทยพัฒน์ 2547.
- [97] อำนวยวิทย์ ชูวงษ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. สำนักพิมพ์แพรวพิทยา, 2517.
- [98] Foster Page, L. A.; Thomson, W. M.; Jokovic, A.; and Locker, D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14). J Dent Res. 84 (2005): 649-652.
- [99] O'Brien, K.; Wright, J. L.; Conboy, F.; Macfarlane, T.; and Mandall, N. The child perception questionnaire is valid for malocclusions in the United Kingdom. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 129 (2006): 536-540.
- [100] Robinson, P. G.; Nalweyiso, N.; Busingye, J.; and Whitworth, J. Subjective impacts of dental caries and fluorosis in rural Ugandan children. Community Dent Health. 22 (2005): 231-236.
- [101] Wogelius, P.; Gjorup, H.; Haubek, D.; Lopez, R.; and Poulsen, S. Development of Danish version of child oral-health-related quality of life questionnaires (CPQ8-10 and CPQ11-14). BMC Oral Health. 9 (2009): 11.
- [102] Calis, E. M.; Geels, L. M.; Prah-Andersen, B.; and Zentner, A. Oral health-related quality of life and dental esthetics in Amsterdam schoolchildren. J Dent Child (Chic). 76 (2009): 130-135.
- [103] Bos, A.; Hoogstraten, J.; and Zentner, A. Perceptions of Dutch orthodontic patients and their parents on oral health-related quality of life. Angle Orthod. 80 (2010): 367-372.
- [104] Allen, P. F. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 1 (2003): 40.

- [105] Locker, D.; Jokovic, A.; and Clarke, M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol. 32 (2004): 10-18.
- [106] Fletcher, A.; Gore, S.; Jones, D.; Fitzpatrick, R.; Spiegelhalter, D.; and Cox, D. Quality of life measures in health care. II: Design, analysis, and interpretation. BMJ. 305 (1992): 1145-1148.
- [107] Guyatt, G. H.; Feeny, D. H.; and Patrick, D. L. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 118 (1993): 622-629.
- [108] Camilleri-Brennan, J.; and Steele, R. J. Measurement of quality of life in surgery. J R Coll Surg Edinb. 44 (1999): 252-259.
- [109] Cunningham, S. J.; and Hunt, N. P. Quality of life and its importance in orthodontics. J Orthod. 28 (2001): 152-158.
- [110] Bernabe, E.; de Oliveira, C. M.; Sheiham, A.; and Tsakos, G. Comparison of the generic and condition-specific forms of the Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) Index. J Public Health Dent. 69 (2009): 176-181.
- [111] Bernabe, E.; de Oliveira, C. M.; and Sheiham, A. Comparison of the discriminative ability of a generic and a condition-specific OHRQoL measure in adolescents with and without normative need for orthodontic treatment. Health Qual Life Outcomes. 6 (2008): 64.
- [112] Khadka, A., et al. Changes in quality of life after orthognathic surgery: a comparison based on the involvement of the occlusion. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 112 (2011): 719-725.
- [113] Choi, W. S.; Lee, S.; McGrath, C.; and Samman, N. Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 109 (2010): 46-51.
- [114] Bernabe, E.; Krisdapong, S.; Sheiham, A.; and Tsakos, G. Comparison of the discriminative ability of the generic and condition-specific forms of the Child-OIDP index: a study on children with different types of normative dental treatment needs. Community Dent Oral Epidemiol. 37 (2009): 155-162.

- [115] Al-Ahmad, H. T.; Al-Sa'di, W. S.; Al-Omari, I. K.; and Al-Bitar, Z. B. Condition-specific quality of life in Jordanian patients with dentofacial deformities: a comparison of generic and disease-specific measures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 107 (2009): 49-55.
- [116] Altman, D. G. Practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall, 1991.
- [117] Eckstein, D. A.; Wu, R. L.; Akinbiyi, T.; Silver, L.; and Taub, P. J. Measuring quality of life in cleft lip and palate patients: currently available patient-reported outcomes measures. Plast Reconstr Surg. 128 (2011): 518e-526e.
- [118] Krisdapong, S.; Sheiham, A.; and Tsakos, G. Impacts of recurrent aphthous stomatitis on quality of life of 12- and 15-year-old Thai children. Qual Life Res. (2011):
- [119] Tsakos, G.; Gherunpong, S.; and Sheiham, A. Can oral health-related quality of life measures substitute for normative needs assessments in 11 to 12-year-old children? J Public Health Dent. 66 (2006): 263-268.
- [120] Mashoto, K. O.; Astrøm, A. N.; David, J.; and Masalu, J. R. Dental pain, oral impacts and perceived need for dental treatment in Tanzanian school students: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 7 (2009): 73.
- [121] Raymundo de Andrade, L. H.; de Souza Rocha, B.; Castro, G. F.; and Ribeiro de Souza, I. P. Impact of oral problems on daily activities of HIV-infected children. Eur J Paediatr Dent. 12 (2011): 75-80.
- [122] van der Meij, A. W.; Baart, J. A.; Prah-Andersen, B.; Kostense, P. J.; van der Sijp, J. R.; and Tuinzing, D. B. Outcome of bone grafting in relation to cleft width in unilateral cleft lip and palate patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 96 (2003): 19-25.
- [123] Jakkabat, J.; Pimkhaokham, A.; Tudsri, S.; and Pracharitpukdee, N. Speech evaluation in a group of Thai cleft lip and palate patients after surgical closure of oronasal fistula. CJ Dent J. 32 (2009): 143-156.

- [124] Yoshiro, M., et al. Dental Implant Therapy for Alveolar Cleft Patients-A Multicenter Study with a Questionnaire. Journal of Japanese Cleft Palate Association. 29 (2004): 40-47.
- [125] Sándor, G. K.; and Ylikontiola, L. P. Patient evaluation of outcomes of external rhinoplasty for unilateral cleft lip and palate. Int J Oral Maxillofac Surg. 35 (2006): 407-411.
- [126] Munz, S. M.; Edwards, S. P.; and Inglehart, M. R. Oral health-related quality of life, and satisfaction with treatment and treatment outcomes of adolescents/ young adults with cleft lip/palate: an exploration. Int J Oral Maxillofac Surg. 4 (2011): 790-796.
- [127] Bureau, S.; Penko, M.; and McFadden, L. Speech outcome after closure of oronasal fistulas with bone grafts. J Oral Maxillofac Surg. 59 (2001): 1408-1413; discussion 1413-1404.
- [128] Oosterkamp, B. C., et al. Satisfaction with treatment outcome in bilateral cleft lip and palate patients. Int J Oral Maxillofac Surg. 36 (2007): 890-895.
- [129] Kummer, A. W. Ear, Nose, and Throat Anomalies: Effects on Speech and Resonance. In A. W. Kummer (ed.), Cleft palate and craniofacial anomalies: effect on speech and resonance, pp. 214-229. Boston: Thomson Delmar learning, 2008.
- [130] Tai, C. C.; Sutherland, I. S.; and McFadden, L. Prospective analysis of secondary alveolar bone grafting using computed tomography. J Oral Maxillofac Surg. 58 (2000): 1241-1249.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ข้อมูลและรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัยที่ ใช้ประกอบการพิจารณาเข้าร่วมโครงการ

ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่มักพบปัญหาหลาย ๆ อย่าง คือ ปัญหาที่เกิดจากการมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่เอง เช่น ปัญหาในการการเคี้ยว พุด กลืน ปัญหาในด้านความสวยงามของใบหน้า และปัญหาของตัวฟันรวมทั้งการสบฟัน ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะสามารถแก้ไขได้โดยการผ่าตัด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังอาจจะมีปัญหาอื่น ๆ ในช่องปากที่นอกเหนือจากการมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ เช่น ฟันผุ โรคเหงือก หรือการมีแผลร้อนใน เป็นต้น ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ดังนั้น จึงควรที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมุ่งประเด็นไปที่คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยทางคลินิก เพื่อศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ โดยใช้แบบสอบถาม Child-OIDP ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันโดยใช้ดัชนี Child-OIDP
4. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่เกิดจากการมีภาวะปากแห้งเพดานโหว่กับปัญหาอื่น ๆ ในช่องปาก

วิธีการ

การเก็บข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเองทั้งหมด โดยแบ่งเวลาสัมภาษณ์เป็นสองช่วง คือ ก่อนเข้ารับการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันอย่างน้อย 1 วัน และหลังจากเข้ารับการผ่าตัดกระดูกรองรับฟันเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน การสัมภาษณ์นี้จัดทำในห้องเงียบ ไม่มีเสียงรบกวน และผู้สัมภาษณ์ได้อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงขั้นตอนทั้งหมดก่อนที่จะเริ่มเก็บข้อมูล

การสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ 1) สอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งจะสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียว ในช่วงก่อนเข้ารับการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน และ 2) การประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบสอบถาม Child-OIDP

คุณสมบัติและความรับผิดชอบของอาสาสมัคร

1. อาสาสมัครจะต้องเป็นผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีอายุ 9 ปีขึ้นไป
2. ชนิดของปากแหว่งเพดานโหว่ของอาสาสมัครเป็นแบบปากแหว่งเพดานโหว่ข้างเดียวหรือปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งสองข้าง
3. อาสาสมัครจะต้องได้รับการผ่าตัดเย็บปิดปากแหว่งและเย็บปิดเพดานโหว่แล้ว
4. อาสาสมัครจะต้องไม่มีความบกพร่องในการได้ยินและการสื่อสาร
5. อาสาสมัครจะต้องไม่มีกลุ่มอาการ (Syndrome) ที่เกี่ยวข้องกับปากแหว่งเพดานโหว่
6. อาสาสมัครที่ขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งข้างต้นอาจถูกร้องขอให้ถอนตัวจากการวิจัย
7. อาสาสมัครที่ไม่พร้อมหรือขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

3. เพื่อประเมินว่าหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟันแล้ว ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นหรือไม่
4. ทราบผลกระทบของปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากเปรียบเทียบกับสภาวะในช่องปากอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

อาสาสมัครไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย โดยการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และอาสาสมัครอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องได้รับโทษหรือสูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ทั้งนี้ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยา สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของอาสาสมัคร เพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนในการวิจัยทางคลินิกและข้อมูลอื่นๆโดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ในการปิดบังข้อมูลของอาสาสมัคร ตามกรอบที่กฎหมายและกฎระเบียบได้อนุญาตไว้ นอกจากนี้โดยการเห็นให้ความยินยอม อาสาสมัคร หรือผู้แทนตามกฎหมายจะมีสิทธิตรวจสอบและมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลด้วยเช่นกัน

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของอาสาสมัคร จะได้รับการปกปิดและยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของอาสาสมัครจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดย

อาสาสมัครหรือผู้แทนตามกฎหมายจะได้รับแจ้งโดยทันที่ในกรณีที่มีข้อมูลใหม่ซึ่งอาจใช้ประกอบการตัดสินใจของอาสาสมัครว่าจะยังคงเข้าร่วมในโครงการวิจัยต่อไปได้หรือไม่

ระยะเวลาที่คาดว่าอาสาสมัครจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัย

2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้ารับการรักษาผ่าตัดปลูกกระดูกของรับฟัน และหลังผ่าตัดปลูกกระดูกของรับฟันอย่างน้อย 3 เดือน ซึ่งตรงกับวันที่ทันตแพทย์ผู้ทำการรักษานัดผู้ป่วยมาติดตามอาการ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 10-20 นาที

จำนวนของอาสาสมัครโดยประมาณที่จะใช้ในการวิจัย

อาสาสมัครที่จะใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน

หมายเหตุ หากอาสาสมัครมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากผู้วิจัยทุกเมื่อ

เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form)

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

วันที่ให้คำยินยอมเข้าร่วมวิจัย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการนี้หรือยินยอมให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ข้าพเจ้าหรือบุตรของข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือบุตรของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือบุตรของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....ภาณีณี ลีกำเนิดไทย.....)

วันที่ให้คำยินยอมเข้าร่วมวิจัย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....ภาณิณี ลีกำเนิดไทย.....)

วันที่ให้คำยินยอมเข้าร่วมวิจัย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ในกรณีที่อาสาสมัครยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้

อุปการะ

โดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....ภาณิณี ลีกำเนิดไทย.....)

วันที่ให้คำยินยอมเข้าร่วมวิจัย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารยกเลิกการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Withdrawal Form)

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

เหตุผลในการยกเลิกการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

- ข้ายกภูมิลำเนา
- ไม่สะดวกในการเดินทาง
- เหตุผลอื่น.....
-

ลงนาม.....ผู้ยกเลิกการ

ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....หัวหน้า

โครงการวิจัย

(.....ภานิติ ลีกำเนิดไทย.....)

วันยกเลิกการยินยอมเข้าร่วมวิจัย วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....
 เพศ.....ที่อยู่.....
 เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 1

ประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bilateral |
| <input type="checkbox"/> Left | <input type="checkbox"/> Right |
| <input type="checkbox"/> Primary palate | <input type="checkbox"/> Secondary palate |
| <input type="checkbox"/> Complete | <input type="checkbox"/> Incomplete |

ประวัติการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่

- ได้รับการรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยตั้งแต่แรก
- ได้รับการรักษาที่.....ก่อนจึงค่อยมารับ
 การรักษาที่คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการผ่าตัด

- | | อายุของผู้ป่วย |
|---|----------------|
| 1. ผ่าตัดเย็บปิดริมฝีปาก | |
| 2. ผ่าตัดเย็บปิดเพดานโหว่ | |
| 3. ผ่าตัดเสริมกระดูกรองรับฟันและปิดรูทะลุช่องปาก-จมูก | |
| 4. การผ่าตัดอื่นๆ..... | |
| | |

ส่วนที่ 2

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. วัน-เดือน-ปีเกิด _____
4. การศึกษาสูงสุดในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)
5. สถานภาพของพ่อ-แม่ อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ หย่าร้าง
6. อาศัยอยู่กับ _____
7. ระดับการศึกษาของบิดา

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)
8. ระดับการศึกษาของมารดา

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)
9. อาชีพของผู้ปกครอง

<input type="checkbox"/> ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท/องค์กรเอกชน
<input type="checkbox"/> รับราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> ว่างงาน/แม่บ้าน/เกษียณอายุ	<input type="checkbox"/> ประกอบอาชีพอื่น ๆ (ระบุ).....
10. รายได้รวมครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	<input type="checkbox"/> 5,001 – 10,000 บาท
<input type="checkbox"/> 10,001 – 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> 20,001 – 30,000 บาท
<input type="checkbox"/> 30,001 – 40,000 บาท	<input type="checkbox"/> 40,000 บาทขึ้นไป

The Child-Oral Impacts on Daily Performances Index
(Child-OIDP)

ขั้นตอนที่ 1 : ใช้แบบรายการเพื่อค้นหาปัญหาปาก-ฟันทั้งหมดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ตามที่ผู้ป่วยรู้สึก

ขั้นตอนที่ 2 : จากนี้เป็นการสัมภาษณ์รายคน ถึงผลกระทบของปัญหาที่ผู้ป่วยได้ตอบมา ต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 8 ข้อ

- บันทึกคะแนนความถี่ของปัญหาที่เกิดกับแต่ละกิจกรรม
- บันทึกคะแนนความรุนแรงของปัญหาในแต่ละกิจกรรมที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
- ปัญหาที่เกิดกับแต่ละกิจกรรม ให้บันทึกสาเหตุตามที่รู้สึกด้วย บันทึกให้ตรงความจริงที่สุด สามารถตรวจดูช่องปากประกอบ ซึ่งคำตอบแต่ละข้อจะเป็นส่วนหนึ่งของคำตอบในขั้นตอนที่ 1

ชื่อ.....

HN..... อายุ.....

ใน 3 เดือน ที่ผ่านมา (ตั้งแต่เดือน หรือช่วงเทศกาล/วันหยุด.....จนถึงวันนี้)
 ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีปัญหาใดของปาก-ฟัน เกิดขึ้นบ้าง (ทั้งที่เคยเป็นแต่หายแล้ว และที่เป็นอยู่)

กาเครื่องหมาย (รวมทั้งที่เคยเป็นในช่วง 3 เดือนแต่หายแล้ว และที่รู้สึกว่าเป็นอยู่)

- | | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> ปวดฟัน | 1 |
| <input type="checkbox"/> เสียวฟัน | 2 |
| <input type="checkbox"/> ฟันผุ, ฟันเป็นรู | 3 |
| <input type="checkbox"/> ฟันน้ำนมโยก, หัก, หลุด | 4 |
| <input type="checkbox"/> ฟันหลอ (ฟันน้ำนมหลุด แต่ฟันแท้ยังไม่ขึ้น) | 5 |
| <input type="checkbox"/> ฟันแท้หัก, บิ่น | 6 |
| <input type="checkbox"/> สีฟันผิดปกติ (เช่น ฟันเหลือง หรือ ดำ ผิดปกติ) | 7 |
| <input type="checkbox"/> ฟันซี่เล็ก หรือใหญ่เกินไป | 8 |
| <input type="checkbox"/> ฟันเรียงไม่ดี (เช่น ฟันเก, ซ้อน, ห่าง, ยื่น, เหยิน, หุบ) | 9 |
| <input type="checkbox"/> เลือดออกจากเหงือก (เช่น ตอนแปรงฟัน) | 10 |
| <input type="checkbox"/> เหงือกอักเสบ, บวม | 11 |
| <input type="checkbox"/> หินปูน | 12 |
| <input type="checkbox"/> แผลร้อนใน, แผลในปาก | 13 |
| <input type="checkbox"/> กลิ่นปาก | 14 |
| <input type="checkbox"/> ความผิดปกติของปาก-หน้า (เช่น ปากแห้ง, เพดานโหว่) | 15 |
| <input type="checkbox"/> ฟันกรามแท้ขึ้นขึ้น | 16 |
| <input type="checkbox"/> ฟันแท้หลอ (เช่น ถูกลอนไป) | 17 |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | 99 |

(ใน 3 เดือน ที่ผ่านมา)

ปัญหาของปาก-ฟันที่เกิดขึ้นตามที่ได้บอกมานั้น ทำให้การ “.....” ยาก ลำบาก ผิดปกติไป บ้างหรือไม่

เป็นอุปสรรคต่อการ “.....” บ้างหรือไม่

กระทบกระเทือนการ “.....” บ้างหรือไม่

ถ้าไม่มีผลกระทบต่อการ “.....” เลย ให้ลง 0 แล้วข้ามไปกิจกรรมถัดไป

ถ้ามีผลกระทบต่อการ “.....” ให้ถาม ค่า “ความถี่” และ “ความรุนแรง” ของกิจกรรมนี้ต่อไป

ความถี่ (Frequency of difficulties in performances)

ในรอบ 3 เดือน ปัญหาในเรื่อง “.....” ที่มีนั้น เกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน เกิดทุกเดือนหรือไม่

โดยเฉลี่ย เกิดทุกเดือน	
ไม่ถึงทุกสัปดาห์ เฉลี่ยเดือนละ 1-2 ครั้ง	1
สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เดือนละ 3 ครั้งขึ้นไป	2
สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป หรือ แทบทุกวัน.....	3

โดยเฉลี่ย เกิดไม่ทุกเดือน รวมทั้ง 3 เดือน ปัญหาที่เกิดขึ้นรวมเป็นกี่วัน	
1-7 วัน	1
8-14 วัน	2
15 วันขึ้นไป	3

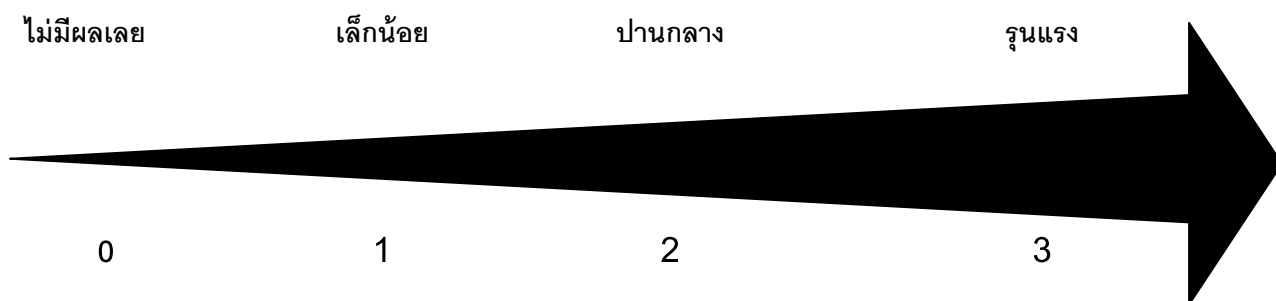
ความรุนแรง (Severity of impacts on daily life)

ระดับความรุนแรงตั้งแต่ 0 ถึง 3 0 หมายความว่าไม่มีความรุนแรงหรือไม่มีผลต่อชีวิตประจำวันเลย, 3 หมายถึงมีผลกระทบรุนแรงต่อชีวิตประจำวันมากที่สุด, 2 หมายถึงมีผลกระทบปานกลาง และ 1 หมายถึงมีผลกระทบเล็กน้อย

หมายเลขใดแสดงถึงความรุนแรงของปัญหาในการ “.....” ที่มีต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ดีที่สุด

ปัญหาในการ “.....” กระทบกระเทือนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน

(use 3-scale VAS)



Child-OIDP Record Form

ID

ปัญหาปากฟันทั้งหมดตามที่รู้สึก (All perceived oral problems)

.....

.....

กิจกรรม (Performance)	ความถี่ (Frequency)	ความรุนแรง (Severity)	สาเหตุตามที่รู้สึก (Perceived causes)	
			1	2
1. การกินอาหาร (เช่น ข้าว, ไอติม, น้ำหวาน-น้ำเย็น, กัดขนม)				
2. การพูด				
3. การทำความสะอาดช่องปาก (เช่น บ้วนปาก, แปรงฟัน)				
4. การพักผ่อน (รวมทั้ง การนอนหลับ)				
5. การรักษาอารมณ์ตามปกติ โดยไม่รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
6. การยิ้ม, หัวเราะ หรือให้คนอื่นเห็นฟันโดยไม่รู้สึกอาย				
7. การศึกษา (เช่น ไปโรงเรียน, เรียนหนังสือ, ทำการบ้าน)				
8. การติดต่อ, ออกไปพบเจอกับคนอื่นๆ (เช่น ไปเที่ยวกับเพื่อน, ไปบ้านเพื่อน)				

Perceived overall oral health problem

รู้สึกว่ามีปัญหาในช่องปากของตนเองโดยรวม มีมากน้อย รุนแรงแค่ไหน (เลือกจาก 0 - 3)

Current perceived need

ตอนนี้ อยากรักษา แก้ไข อะไรในช่องปากไหม

0 (No)

1 (Yes)

ภาคผนวก ข

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ตารางแสดงการทดสอบความเที่ยงภายในผู้สัมภาษณ์ (Intra-observer reliability)

โดยใช้สถิติ kappa ทำโดยการนำแบบสอบถาม Child-OIDP มาทำการทดสอบนำร่องในกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่ง ที่มีช่วงอายุระหว่าง 9 - 11 ปี จำนวน 15 คน ทำการทดสอบ 2 ครั้ง แต่ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์

first1 * sec1 Crosstabulation

Count

		sec1				Total
		0	1	2	3	
first1	0	167	3	3	0	173
	1	6	37	4	0	47
	2	4	2	11	1	18
	3	0	1	0	1	2
Total		177	43	18	2	240

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.766	.043	15.250	.000
N of Valid Cases		240			

a. Not assuming the null hypothesis.

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

2. ตารางแสดงอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

N		Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Valid	Missing				
21	0	10.38	.921	9	12

3. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แยกตามอายุ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 9 yrs	4	19.0	19.0	19.0
10 yrs	7	33.3	33.3	52.4
11 yrs	8	38.1	38.1	90.5
12 yrs	2	9.5	9.5	100.0
Total	21	100.0	100.0	

4. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แยกตามผลการวินิจฉัยโรค

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Unilateral complete cleft of the 1 ^o and 2 ^o palate	14	66.7	66.7	66.7
Bilateral complete cleft of the 1 ^o and 2 ^o palate	6	28.6	28.6	95.2
Unilateral complete cleft of the 1 ^o palate	1	4.8	4.8	100.0
Total	21	100.0	100.0	

5. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แยกตามเพศ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Male	13	61.9	61.9	61.9
Female	8	38.1	38.1	100.0
Total	21	100.0	100.0	

6. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามระดับการศึกษาในปัจจุบัน

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primary	20	95.2	95.2	95.2
	Secondary	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

7. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามภูมิลำเนา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BKK	12	57.1	57.1	57.1
	Other	9	42.9	42.9	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

8. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามสถานภาพผู้ปกครอง

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Married	17	81.0	81.0	81.0
	Separated	3	14.3	14.3	95.2
	Divorced	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

9. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามการอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	3	14.3	14.3	14.3
	No	18	85.7	85.7	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

10. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามระดับการศึกษาบิดา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primary	1	4.8	4.8	4.8
	Secondary	8	38.1	38.1	42.9
	University	7	33.3	33.3	76.2
	Graduated	5	23.8	23.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

11. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามระดับการศึกษามารดา

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primary	3	14.3	14.3	14.3
	Secondary	7	33.3	33.3	47.6
	University	7	33.3	33.3	81.0
	Graduated	4	19.0	19.0	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

12. ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน
(บาท)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≤5,000	2	9.5	9.5	9.5
	5,001-10,000	3	14.3	14.3	23.8
	10,001-20,000	5	23.8	23.8	47.6
	20,001-30,000	3	14.3	14.3	61.9
	>30,000	8	38.1	38.1	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

13. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

Overallpre = คะแนนรวม Child-OIDP ก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

Overallpost = คะแนนรวม Child-OIDP หลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

CLPpre = คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่ก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

CLPpost = คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแหว่งเพดานโหว่หลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

Otherpre = คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

Otherpost = คะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

	N		Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
	Valid	Missing					25	50	75
Overallpre	21	0	7.4743	8.04455	.00	29.17	.0000	5.5600	11.8050
Overallpost	21	0	3.3071	4.33605	.00	15.28	.0000	1.3900	6.2500
CLPpre	21	0	6.4167	8.23435	.00	29.17	.0000	4.1700	11.8050
CLPpost	21	0	2.0505	3.27504	.00	9.72	.0000	.0000	3.4750
Otherpre	21	0	1.1248	2.58433	.00	11.11	.0000	.0000	1.3900
Otherpost	21	0	1.2567	3.59262	.00	15.28	.0000	.0000	.0000

13.1 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามระดับคะแนนรวม Child-OIDP
ก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

		Overallpre			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	6	28.6	28.6	28.6
	1.39	1	4.8	4.8	33.3
	2.78	2	9.5	9.5	42.9
	4.17	1	4.8	4.8	47.6
	5.56	2	9.5	9.5	57.1
	8.33	1	4.8	4.8	61.9
	9.72	1	4.8	4.8	66.7
	11.11	2	9.5	9.5	76.2
	12.50	1	4.8	4.8	81.0
	13.89	1	4.8	4.8	85.7
	18.06	1	4.8	4.8	90.5
	20.83	1	4.8	4.8	95.2
	29.17	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

13.2 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามระดับคะแนนรวม Child-OIDP หลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

Overallpost

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid .00	10	47.6	47.6	47.6
1.39	1	4.8	4.8	52.4
2.78	3	14.3	14.3	66.7
5.56	2	9.5	9.5	76.2
6.94	2	9.5	9.5	85.7
9.72	2	9.5	9.5	95.2
15.28	1	4.8	4.8	100.0
Total	21	100.0	100.0	

13.3 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามระดับคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

CLPpre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid .00	8	38.1	38.1	38.1
1.39	1	4.8	4.8	42.9
2.78	1	4.8	4.8	47.6
4.17	2	9.5	9.5	57.1
5.56	3	14.3	14.3	71.4
11.11	1	4.8	4.8	76.2
12.50	1	4.8	4.8	81.0
13.89	1	4.8	4.8	85.7
18.06	1	4.8	4.8	90.5
20.83	1	4.8	4.8	95.2
29.17	1	4.8	4.8	100.0
Total	21	100.0	100.0	

13.4 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามระดับคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่หลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

CLPpost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	13	61.9	61.9	61.9
	1.39	1	4.8	4.8	66.7
	2.78	2	9.5	9.5	76.2
	4.17	1	4.8	4.8	81.0
	5.56	1	4.8	4.8	85.7
	6.94	1	4.8	4.8	90.5
	9.72	2	9.5	9.5	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

13.5 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามระดับคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

Otherpre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	15	71.4	71.4	71.4
	1.39	2	9.5	9.5	81.0
	2.78	2	9.5	9.5	90.5
	4.17	1	4.8	4.8	95.2
	11.11	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

13.6 ตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แยกตามระดับคะแนน CS-COIDP
ที่เกิดจากการที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปากหลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน

Otherpost					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	17	81.0	81.0	81.0
	1.39	1	4.8	4.8	85.7
	2.78	1	4.8	4.8	90.5
	6.94	1	4.8	4.8	95.2
	15.28	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

13.7 ตารางทดสอบการกระจายของข้อมูลแบบปกติ

Explore

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
overallpre	.176	21	.087	.864	21	.007
overallpost	.253	21	.001	.786	21	.000
CLPpre	.256	21	.001	.794	21	.001
CLPpost	.353	21	.000	.683	21	.000
OtherPre	.383	21	.000	.509	21	.000
OtherPost	.446	21	.000	.415	21	.000

a. Lilliefors Significance Correction

14. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาช่องปากโดยรวมตามความรู้สึกและคะแนนรวม Child-OIDP

Kruskal-Wallis Test

Ranks		
ปัญหาช่องปากโดยรวมตามความรู้สึก	N	Mean Rank
Overallpre 0 ไม่มีปัญหา	6	4.92
1 เล็กน้อย	8	11.13
2 ปานกลาง	7	16.07
Total	21	

Test Statistics^{a,b}

	Overallpre
Chi-Square	10.711
df	2
Asymp. Sig.	.005

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

perceivedoralproblem

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

Critical t (18 df) = 2.100922

0 and 1 (6.208333 > 5.128868)	significant P = 0.0204
0 and 2 (11.154762 > 5.283542)	significant P = 0.0003
1 and 2 (4.946429 > 4.915071)	significant P = 0.0487

15. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการรักษาในปัจจุบันและคะแนนรวม Child-OIDP

Mann-Whitney Test

Ranks			
	ความต้องการการรักษาในปัจจุบัน	N	Mean Rank
Overallpre	0 ไม่ต้องการ	12	7.88
	1 ต้องการ	9	15.17
	Total	21	

Test Statistics ^b	
	Overallpre
Mann-Whitney U	16.500
Wilcoxon W	94.500
Z	-2.699
Asymp. Sig. (2-tailed)	.007
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.006 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: 0=No, 1=Yes

16. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของคะแนนรวม Child-OIDP ก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูก
รองรับพื้น

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Overallpost - Overallpre	Negative Ranks	13 ^a	8.69	113.00
	Positive Ranks	2 ^b	3.50	7.00
	Ties	6 ^c		
	Total	21		

a. Overallpost < Overallpre

b. Overallpost > Overallpre

c. Overallpost = Overallpre

Test Statistics^c

	Overallpost - Overallpre
Z	-3.016 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

a. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

17. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ ก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูกกรงรับฟัน

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
CLPpost - CLPpre	Negative Ranks	11 ^d	6.00	66.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	10 ^f		
	Total	21		

d. CLPpost < CLPpre

e. CLPpost > CLPpre

f. CLPpost = CLPpre

Test Statistics^c

	CLPpost - CLPpre
Z	-2.941 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

a. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

18. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดปัญหาอื่นในช่องปากก่อนและหลังการผ่าตัดกระดูกกรงรับฟัน

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Otherpost - Otherpre	Negative Ranks	5 ^g	3.80	19.00
	Positive Ranks	3 ^h	5.67	17.00
	Ties	13 ⁱ		
	Total	21		

g. Otherpost < Otherpre

h. Otherpost > Otherpre

i. Otherpost = Otherpre

Test Statistics ^c	
	Otherpost - Otherpre
Z	-.141 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.888

b. Based on negative ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

19. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ และคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปาก ในช่วงก่อนการผ่าตัดกระดูกรองรับ ฟัน

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Otherpre - CLPpre	Negative Ranks	13 ^j	8.15	106.00
	Positive Ranks	2 ^k	7.00	14.00
	Ties	6 ^l		
	Total	21		

j. Otherpre < CLPpre

k. Otherpre > CLPpre

l. Otherpre = CLPpre

Test Statistics^c

	Otherpre - CLPpre
Z	-2.619 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.009

a. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

20. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ และคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากปัญหาอื่นในช่องปาก ในช่วงหลังการผ่าตัดกระดูกองรับ ฟัน

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Otherpost - CLPpost	Negative Ranks	8 ^m	5.50	44.00
	Positive Ranks	3 ⁿ	7.33	22.00
	Ties	10 ^o		
	Total	21		

m. Otherpost < CLPpost

n. Otherpost > CLPpost

o. Otherpost = CLPpost

		Test Statistics ^c
		Otherpost - CLPpost
Z		-.984 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)		.325

a. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

21. ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ยของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ ก่อนการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน จำแนกตามการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ

	N		Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
	Valid	Missing				
preeat	21	0	.76	1.179	0	4
prespeak	21	0	1.48	2.892	0	9
preclean	21	0	.57	1.989	0	9
prerelax	21	0	.00	.000	0	0
preemo	21	0	.61	2.058	0	9
presmile	21	0	1.10	1.947	0	6
prestudy	21	0	.00	.000	0	0
presocial	21	0	.05	.218	0	1

22. ตารางแสดงคะแนนเฉลี่ยของคะแนน CS-COIDP ที่เกิดจากการมีปากแห้งเพดานโหว่ หลังการผ่าตัดปลูกกระดูกรองรับฟัน จำแนกตามการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ

	N		Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
	Valid	Missing				
posteat	21	0	.10	.436	0	2
postspeak	21	0	.38	.973	0	3
postclean	21	0	.00	.000	0	0
postrelax	21	0	.00	.000	0	0
postemo	21	0	.10	.436	0	2
postsmile	21	0	.86	1.526	0	6
poststudy	21	0	.00	.000	0	0
postsocial	21	0	.05	.218	0	1

23. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติของการกระจายของคะแนน CS-CO1DP ที่เกิดจากการมีปาก
แห้งเพดานโหว่ในแต่ละช่วงเวลาของการผ่าตัด

	N		Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Percentiles		
	Valid	Missing					25	50	75
CLPpre	21	0	6.4167	8.23435	.00	29.17	.0000	4.1700	11.8050
CLPpost	21	0	2.0505	3.27504	.00	9.72	.0000	.0000	3.4750

Chi-Square Test

Frequencies

CLPpre

	Observed N	Expected N	Residual
0	8	13.0	-5.0
1	2	3.0	-1.0
2	11	5.0	6.0
Total	21		

Test Statistics

	CLPpre
Chi-Square	9.456 ^a
df	2
Asymp. Sig.	.009
Exact Sig.	.012
Point Probability	.001

a. 1 cells (33.3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 3.0.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวภาณีณี ลีกำเนิดไทย เกิดเมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2525 ณ จังหวัดกรุงเทพฯ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จากคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2549 แล้วเข้ารับราชการในกระทรวงสาธารณสุข ตำแหน่งทันตแพทย์ ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล กระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เป็นเวลา 3 ปี และลาศึกษาต่อ

ปัจจุบันลาศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศัลยศาสตร์ช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย