

การจัดการผู้ป่วยเอดส์โรมาเนียไวรัสของทันตแพทย์ภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ในภาคกลางของประเทศไทย



นางสาวศุภางค์ จันทร์ทนต์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดช่องปากและใบหน้า ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

MANAGEMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDER PATIENTS BY MINISTRY OF
PUBLIC HEALTH DENTISTS IN THE CENTRAL PROVINCES OF THAILAND

Miss Supang Chanton



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

Department of Occlusion

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การจัดการผู้ป่วยเทมโพรแมนติบิวลาร์ติสออเดอ์ของ ทันตแพทย์ภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาค กลางของประเทศไทย
โดย	นางสาวศุภางค์ จันทร์ทน
สาขาวิชา	ทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดช่องปากและใบหน้า
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ชาญชัย โห้สงวน

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

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

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ชาญชัย โห้สงวน)

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

ศุภางค์ จันทร์ทน : การจัดการผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ของทันตแพทย์ภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลางของประเทศไทย (MANAGEMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDER PATIENTS BY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH DENTISTS IN THE CENTRAL PROVINCES OF THAILAND) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ทพ. สุปราณี วิเชียรเนตร, อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รศ. ทพ. ชาญชัย โห้สงวน, 84 หน้า.

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ (ทีเอ็มดี) ของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดในภาคกลาง

วัตถุประสงค์ โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดภาคกลางของประเทศไทยทั้งหมด 969 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา แบบสอบถามถูกส่งกลับทั้งหมด 522 ฉบับ (ร้อยละ 53.9) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ได้ 502 ฉบับ (ร้อยละ 51.8) ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย 109 คน (ร้อยละ 21.7) และเพศหญิง 393 คน (ร้อยละ 78.3) อายุ 23-59 ปี อายุเฉลี่ย 34.7 ปี ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และอื่น ๆ ใน 1 ปีที่ผ่านมาทันตแพทย์ 427 คน (ร้อยละ 85.1) พบผู้ป่วยทีเอ็มดีอย่างน้อย 1 คน และจัดการผู้ป่วยทีเอ็มดี 356 คน (ร้อยละ 70.9) โดยทันตแพทย์ส่วนใหญ่มักให้การจัดการโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การไช้ยา และกายภาพบำบัด และทันตแพทย์น้อยกว่าร้อยละ 50 จัดการทีเอ็มดีโดยใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยว ทันตแพทย์ที่จัดการทีเอ็มดีวินิจฉัยแยกประเภททีเอ็มดี 176 คน (ร้อยละ 49.4) ทันตแพทย์มักให้การจัดการทีเอ็มดีโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วยในทีเอ็มดีทุกประเภท ไช้ยาในทีเอ็มดีภาวะปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ข้อต่อขากรรไกรอักเสบ และทีเอ็มดีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ให้กายภาพบำบัดในทีเอ็มดีภาวะปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ทันตแพทย์มีแนวโน้มใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์มากขึ้นในทีเอ็มดีภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อน และทีเอ็มดีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร และให้การรักษาด้านบดเคี้ยวมากขึ้นในทีเอ็มดีที่มีภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ และทีเอ็มดีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ทันตแพทย์ที่ไม่จัดการผู้ป่วยทีเอ็มดีส่วนใหญ่ระบุว่าเนื่องจากขาดความรู้ และทักษะ ในจำนวนทันตแพทย์ที่พบผู้ป่วยทีเอ็มดีส่งต่อผู้ป่วยไปสถานบริการอื่น 298 คน (ร้อยละ 69.8) โดยระบุว่าเหตุผลว่าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด และส่งต่อผู้ป่วยไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ มากที่สุด

สรุป ทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดภาคกลางส่วนใหญ่มักพบ และจัดการผู้ป่วยทีเอ็มดี ทันตแพทย์มักให้การจัดการทีเอ็มดีด้วยวิธีที่อนุรักษ์และผันกลับได้ และเลือกวิธีการจัดการจำเพาะต่อทีเอ็มดีแต่ละประเภท และทันตแพทย์ส่วนใหญ่มักส่งต่อผู้ป่วยทีเอ็มดีไปยังสถานบริการอื่น

ภาควิชา	ทันตกรรมบดเคี้ยว	ลายมือชื่อนิสิต
สาขาวิชา	ทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดช่องปาก และใบหน้า	ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาร่วม

5675819032 : MAJOR OCCLUSION AND OROFACIAL PAIN

KEYWORDS: MANAGEMENT/ TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS/ MINISTRY OF PUBLIC HEALTH DENTISTS/ CENTRAL PROVINCES OF THAILAND

SUPANG CHANTON: MANAGEMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDER PATIENTS BY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH DENTISTS IN THE CENTRAL PROVINCES OF THAILAND. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUPRANEE VICHENNET, DDS, Diplome Thai Board of Oral Diagnostic Sciences, CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. CHANCHAI HOSANGUAN, DDS, MS, 84 pp.

Aim: To investigate the management and referral of temporomandibular disorder (TMD) patients by Ministry of Public Health dentists in the central provinces of Thailand

Methods: A questionnaire of TMD management was developed and mailed to all the Ministry of Public Health dentists in the central provinces of Thailand (n=969). The data were analyzed by descriptive statistics.

Results: Of the 522 (53.9%) returned forms, 502 (51.8%) forms were usable. The respondents comprised 109 (21.7%) males and 393 (78.3%) females, whose age ranged from 23 - 59 years (mean 34.7 years), working in regional hospital, general hospital, community hospital and others. In the preceding year, 427 (85.1%) had encountered TMD patients, 356 (70.9%) managed TMD patients. Most of these dentists managed TMD patients by providing patient education and self-care, pharmacologic management, and physical therapy. Less than 50% of these dentists used orthopedic appliance and occlusal therapy. Out of dentists who managed TMD patients, 176 (49.4%) made differential diagnosis of TMD subcategories. Respondents regularly managed TMD patients by providing patient education and self-care in all TMD subcategories. Pharmacologic management was frequently used in muscular disorders, osteoarthritis, and combination of muscular and joint disorders. Physical therapy was likely used in muscular disorders. The use of orthopedic appliance was increased in derangement disorders and combination of muscular and joint disorders. Occlusal therapy was increasingly used in osteoarthritis and combination of muscular and joint disorders. More than a half of respondents who experienced TMD patient (n=298, 69.8%) referred patients to other health facilities, which mostly referred to University-based hospitals (53.7%). The most reason for referral was specialist referral.

Conclusion: Most of Ministry of Public Health dentists in central provinces of Thailand encountered and managed TMD patients. The dentists likely managed TMD patients with conservative and reversible treatment and managed TMD specific to TMD subcategories. In addition, most of them referred patients to University-based hospitals.

Department: Occlusion

Field of Study: Occlusion and Orofacial Pain

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ. ทญ. วันทนี มุทิตรากร ร.ศ. ทญ. สุขนิภา วงศ์ทองศรี และ ร.ศ. ทญ. ดร. วรานุช ปิติพัฒน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้ ผศ. ทญ. พนมพร วณิชชานนท์ และ อ. ทญ. อติรุช มาลากุล ณ อยุธยา ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษา และคุณอรุณี ทองเนียม เจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยวที่ให้คำแนะนำ และอำนวยความสะดวกในการจัดการเอกสารต่าง ๆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตจังหวัดภาคกลางที่กรุณาเอื้อเพื่อข้อมูลรายชื่อ และสถานที่ปฏิบัติงานของทันตแพทย์ และขอขอบคุณทันตแพทย์ทุกท่านที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสอบถามนี้เป็นอย่างยิ่ง



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามงานวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	4
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	4
1.5 ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
1.8 คำสำคัญ.....	7
1.9 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 เหมโพรแมนติบิวลาร์ดีสออดอร์.....	8
2.2 การวินิจฉัย และแนวทางในการรักษาเหมโพรแมนติบิวลาร์ดีสออดอร์.....	11
2.3 ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย	21
2.4 พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของคนไทย.....	23

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	25
3.1 รูปแบบการวิจัย	25
3.2 ประชากร	25
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	25
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	26
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	27
3.6 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม	27
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	28
4.1 ข้อมูลทั่วไป	28
4.2 ประสิทธิภาพการพบผู้ป่วยที่เอดส์ และการจัดการผู้ป่วยที่เอดส์.....	32
4.3 การวิเคราะห์การจัดการที่เอดส์ตามตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัย	33
4.4 การวินิจฉัยแยกชนิดที่เอดส์.....	38
4.5 การจัดการที่เอดส์ประเภทต่าง ๆ	38
4.6 การส่งต่อผู้ป่วยที่เอดส์.....	42
บทที่ 5 อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ.....	45
5.1 อภิปรายผล	45
5.2 บทสรุป	54
5.3 ข้อเสนอแนะ	54
รายการอ้างอิง.....	55
ภาคผนวก.....	64
ภาคผนวก ก สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยที่เอดส์.....	65
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม.....	71
ภาคผนวก ค รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ.....	77

ภาคผนวก ง ตารางแสดงความน่าเชื่อถือ.....	78
ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูล และอนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด.....	79
ภาคผนวก ฉ หนังสืออนุมัติจริยธรรม.....	81
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	84



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของอายุของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม.....	29
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของสาขา และสถานที่ปฏิบัติงานหลักของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม	30
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของสาขา และงานทันตกรรมเฉพาะทางที่ปฏิบัติมากที่สุดของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม.....	31
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละการพบผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามใน 1 ปีที่ผ่านมาของทันตแพทย์.....	32
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เฝ้าติดตามทันตแพทย์จำแนกตามเพศ	33
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เฝ้าติดตามทันตแพทย์จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	33
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เฝ้าติดตามทันตแพทย์จำแนกตามสถาบันที่สำเร็จการศึกษา	34
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละของการจัดการผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามทันตแพทย์สาขาต่าง ๆ.....	35
ตารางที่ 9	จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เฝ้าติดตามทันตแพทย์จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงานหลัก	35
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เฝ้าติดตามทันตแพทย์จำแนกตามจำนวนผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามพบใน 1 ปีที่ผ่านมา.....	36
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ไม่จัดการผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามทันตแพทย์ (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)	37
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละการจัดการที่เฝ้าติดตามประเภทต่าง ๆ ของทันตแพทย์ (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)	39
ตารางที่ 13	จำนวนและร้อยละการจัดการที่เฝ้าติดตามประเภทต่าง ๆ ด้วยการใช้จ่าย (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ).....	40
ตารางที่ 14	จำนวนและร้อยละการจัดการที่เฝ้าติดตามประเภทต่าง ๆ ด้วยกายภาพบำบัด (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)	40

ตารางที่ 15	จำนวนและร้อยละการจัดการที่เอเอ็มดีประเภทต่าง ๆ ด้วยเครื่องมือออร์โธพีดิกส์ (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ).....	41
ตารางที่ 16	จำนวนและร้อยละการจัดการที่เอเอ็มดีประเภทต่าง ๆ ด้วยการรักษาด้านบดเคี้ยว (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ).....	41
ตารางที่ 17	จำนวนและร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยที่เอเอ็มดีจำแนกตามการจัดการผู้ป่วยที่เอเอ็มดี ของทันตแพทย์.....	42
ตารางที่ 18	จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยที่เอเอ็มดีจำแนกตามการ จัดการที่เอเอ็มดี (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ).....	42
ตารางที่ 19	จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทันตแพทย์ไม่ส่งต่อผู้ป่วยที่เอเอ็มดีจำแนกตามการ จัดการที่เอเอ็มดี (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ).....	43
ตารางที่ 20	จำนวนและร้อยละของสถานที่ที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วย (เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ).....	44
ตารางที่ 21	ค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (test-retest reliability)	78

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่ 1 จำนวนและร้อยละของทันตแพทย์ และการจัดการผู้ป่วยที่เฝ้าไข้ของทันตแพทย์ที่ ตอบแบบสอบถาม.....	28
--	----



คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

DDWR (Disc dislocation with reduction)	=	แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง
DDWOR (Disc dislocation without reduction)	=	แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้
LMS (Local muscle soreness)	=	ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่
MFP (Myofascial pain)	=	ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล
MJ (Muscular and joint disorders)	=	ที่เอ็นมีติที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร
Osteo (Osteoarthritis หรือ Osteoarthrosis)	=	ภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ
TMD (Temporomandibular disorders)	=	ความผิดปกติที่เอ็นมีติ (ไม่วินิจฉัยแยกที่เอ็นมีติ)



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดิสออเดอร์ หรือ ทีเอ็มดี (Temporomandibular disorders; TMD) เป็นคำหมายรวมถึงสภาวะที่ผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร และ/หรือ กล้ามเนื้อบดเคี้ยว รวมถึงโครงสร้างใกล้เคียง (1) ทีเอ็มดีมีอาการทั่วไปหลายอาการ อาการที่พบบ่อยที่สุด คือความเจ็บปวด ซึ่งจะพบมากบริเวณกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและบริเวณรอบหู การเคี้ยวและการเคลื่อนไหวขากรรไกรมักทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเคลื่อนไหวขากรรไกรได้จำกัด และมีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร (2) การศึกษาทางระบาดวิทยาในประเทศไทยพบว่าประชากรทั่วไปมีอาการทีเอ็มดีได้ร้อยละ 10.9 ถึง 73.6 (3-8) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทีเอ็มดีพบได้ในประชากรทั่วไป (6, 8) ผู้ป่วยทีเอ็มดีมีความต้องการรักษาน้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของผู้ป่วยทีเอ็มดีทั้งหมด (8) และประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่มีอาการปวดต้องการรับการรักษา (6, 8)

การแบ่งประเภททีเอ็มดีมีความหลากหลาย ทีเอ็มดีแบ่งตามอาการและลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร ขากรรไกรล่างเคลื่อนที่จำกัดเรื้อรัง และความผิดปกติจากการเจริญเติบโต และแต่ละประเภทก็จะแบ่งเป็นประเภทย่อย ๆ ตามลักษณะทางคลินิก (9) ทีเอ็มดีที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะปวดกล้ามเนื้อ และข้อต่อขากรรไกร รองลงมาคือภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดกลับเข้าที่เองได้ (10) การศึกษาโดยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในกลุ่มกล้ามเนื้อร้อยละ 45.3 กลุ่มแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนร้อยละ 41.1 และกลุ่มความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรร้อยละ 30.1 (11) การศึกษานี้จึงสนใจการจัดการทีเอ็มดี 5 ประเภท ได้แก่ ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ (Local muscle soreness) ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล (Myofascial pain) แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้ (Disc dislocation without reduction) แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองได้ (Disc dislocation with reduction) และภาวะกระดูกข้อต่อขากรรไกรอักเสบ (Osteoarthritis และ osteoarthrosis) รวมถึงทีเอ็มดีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร

Okeson (2013) เสนอว่าทีเอ็มดีต่างประเภทกันตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างกัน การรักษาทีเอ็มดีแต่ละประเภทจึงแตกต่างกัน การวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ และไม่มีการรักษาแบบใดแบบหนึ่งที่เหมาะสมกับการรักษาผู้ป่วยทีเอ็มดีทั้งหมด (9) เนื่องจากทีเอ็มดีมีอาการและอาการแสดงที่ไม่แน่นอนและซับซ้อน (12) ทันตแพทย์ควรประเมินภาวะแทรกซ้อนและอาการที่

เกี่ยวข้องกับที่เฝ้าที่ที่หลากหลายเพื่อเลือกการจัดการที่เฝ้าที่เหมาะสม (13) การวางแผนการรักษา ต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (12, 14) ซึ่งขึ้นกับลักษณะของความผิดปกติ (14) การให้การรักษา ทางทันตกรรมจึงต้องให้ความสำคัญกับอาการและอาการแสดงของที่เฝ้าของผู้ป่วย (12) การศึกษา ที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงของกระดูกข้อต่อขากรรไกรจากภาพถ่ายรังสีมีผลต่อการวินิจฉัยที่เฝ้าร้อยละ 21 ถึง 27 และการรักษาที่เฝ้าร้อยละ 17 ถึง 27 (15-17) ร้อยละ 41.1 ของผู้ที่มีการ เปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา (16) ปัจจุบันมีเพียง Okeson ที่เสนอแนว ทางการรักษาที่เฝ้าที่จำเพาะต่อที่เฝ้าแต่ละประเภท (9) และยังไม่มีการศึกษาที่สำรวจ แนวความคิดการรักษาที่เฝ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่จำเพาะ

การรักษาที่เฝ้าแบ่งเป็นประเภทหลัก 2 ประเภท คือ การรักษาแบบพื้นฐานแบบอนุรักษ์ และผันกลับได้ และการรักษาแบบบูรณาการที่ผันกลับไม่ได้ (9) ประกอบด้วย การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติ ในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย (patient education and self-care) การรักษาเชิงพฤติกรรมและ การเรียนรู้ (cognitive behavioral intervention) การใช้ยา (pharmacologic management) กายภาพบำบัด (physical therapy) การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ (orthopedic appliance therapy) การรักษาด้านบดเคี้ยว (occlusal therapy) และการผ่าตัด (surgery) (2, 18-20) การศึกษาพบว่าทันตแพทย์ที่ให้การรักษานี้ใช้รักษาผู้ป่วยที่เฝ้าร้อยละ 75.9 ถึง 86.4 เป็นทันตแพทย์ทั่วไป (21, 22) การรักษาที่ทันตแพทย์เหล่านี้ใช้รักษาผู้ป่วย คือ การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ การให้ความรู้ และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา การปรับการสบฟัน และกายภาพบำบัด (1, 22) การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์เป็นการรักษาที่ทันตแพทย์เลือกใช้มากที่สุด (21-23) ทั้งผู้ป่วยมี ความผิดปกติที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยว หรือที่ข้อต่อขากรรไกร รวมถึงการศึกษาไม่ได้ระบุชัดเจนว่าการรักษา ใดมีประสิทธิภาพดีกว่า (20)

สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐมีความสำคัญในประเทศ การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการ สุขภาพช่องปากปี พ.ศ. 2554 พบว่าประชาชนใช้บริการสถานพยาบาลในภาครัฐร้อยละ 54.7 ภาคเอกชนร้อยละ 37.7 ส่วนที่เหลือใช้บริการที่โรงเรียน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หน่วยเคลื่อนที่ หมอชาวบ้าน หมอมอเตอร์ไซด์/ปิกอัพ และอื่น ๆ รวมร้อยละ 7.5 (24)

ทันตแพทย์ภาครัฐส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.9) อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอยู่ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 29.0) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 26.9) ภาคเหนือ (ร้อยละ 22.3) ภาคใต้ (ร้อยละ 17.0) และภาคตะวันออก (ร้อยละ 4.7) (25) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค กลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีจำนวนทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุดสองอันดับแรกพบว่า ถึงแม้ภาคกลางจะมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรดีกว่าภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ (25) แต่อัตราผู้ใช้บริการทันตกรรมทั้งสองภาคใกล้เคียงกัน (ภาคกลางร้อยละ 8.4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 8.3) (24)

การสำรวจแผนการเลือกพื้นที่ปฏิบัติงานในกรอบระยะสั้นของนิสิตทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพบว่าภูมิภาคที่มีสัดส่วนสูงที่สุดคือภาคกลาง (ร้อยละ 34.8) ส่วนแผนการเลือกปฏิบัติงานในกรอบระยะยาว นิสิตร้อยละ 65.7 เลือกปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีเพียงร้อยละ 2.2 ที่เลือกปฏิบัติงานในเขตภาคกลาง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่นิสิตเลือกลดลงจากกรอบระยะสั้นมากที่สุด (26) กล่าวได้ว่าภาคกลางเป็นพื้นที่ที่มีการหมุนเวียนการปฏิบัติงานของทันตแพทย์จบใหม่มาก การสำรวจการกระจายตัวเชิงพื้นที่ และความเห็นต่อการเลือกพื้นที่ปฏิบัติงานของบัณฑิตทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้นโยบายทันตแพทย์ใช้ทุนและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าปัจจัยประกอบการตัดสินใจเลือกพื้นที่ปฏิบัติงานที่มีความสำคัญมากที่สุดอันดับแรกคือ การคมนาคมเดินทางได้สะดวก และบัณฑิตทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร้อยละ 51.7 ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 9.9 ปฏิบัติงานในเขตปริมณฑล และร้อยละ 38.4 กระจายตัวอยู่ตามจังหวัดอื่น ๆ โดยอยู่ในเขตจังหวัดภาคกลางมากที่สุด (27) นอกจากนี้คณะทันตแพทย์หลายแห่งตั้งอยู่ในเขตภาคกลางและกรุงเทพมหานครทำให้มีบุคลากรที่ชำนาญสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวทำให้ทันตแพทย์ท่านอื่นส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อได้ง่าย ต่างจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมบดเคี้ยว (28) การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงอาจทำให้ได้ข้อมูลการจัดการผู้ป่วยที่เอมดีไม่ครบทุกด้านเนื่องจากขาดข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลว่าทันตแพทย์ภาครัฐในเขตภาคกลางจัดการผู้ป่วยที่เอมดีอย่างไร และไม่มีข้อมูลของจำนวนทันตแพทย์ที่ชำนาญสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวในภาคกลาง การศึกษานี้จึงทำให้ทราบข้อมูลการจัดการผู้ป่วยที่เอมดีของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลาง และข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจ และความสามารถการจัดการผู้ป่วยที่เอมดี

โดยสรุปแล้วปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาว่าการจัดการผู้ป่วยที่เอมดีของทันตแพทย์จำเพาะต่อที่เอมดีแต่ละประเภทหรือไม่ การทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับการให้การจัดการผู้ป่วยที่เอมดีของทันตแพทย์พบว่าเป็นการศึกษาว่าทันตแพทย์รักษาผู้ป่วยที่เอมดีอย่างไร หรือมีแนวโน้มรับไว้รักษาเองหรือส่งต่อ (21, 22, 29) การศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาความรู้และความเชื่อต่อเทมโปโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ทั้งหมด (30, 31) หรือศึกษาเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว (28) แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาการจัดการผู้ป่วยที่เอมดีในทันตแพทย์ และยังไม่มีการจัดการที่เอมดีของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลาง ว่าทันตแพทย์จัดการผู้ป่วยที่เอมดีอย่างไร ส่งต่อผู้ป่วยกรณีใด และส่งต่อไปที่ใด รวมถึงข้อมูลทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมบดเคี้ยวของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลาง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการ และการส่งต่อผู้ป่วยเทมโปโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลางของประเทศไทย

1.2 คำถามงานวิจัย

ทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดในภาคกลางจัดการผู้ป่วยไหมโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการผู้ป่วยไหมโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดในภาคกลาง
2. เพื่อศึกษาการส่งต่อผู้ป่วยไหมโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดในภาคกลาง

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตของประชากร

กลุ่มประชากร คือ ทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดในภาคกลางที่ปฏิบัติงานในช่วงปี พ.ศ. 2557 (ข้อมูลเดือนกรกฎาคม-กันยายน)

1.4.2 ขอบเขตพื้นที่

ศึกษาในเขตจังหวัดในภาคกลางซึ่งแบ่งกลุ่มจังหวัดตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2551 ตามการเสนอของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โดยกำหนดจังหวัดในเขตภาคกลางรวม 21 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยนาท สิงห์บุรี ลพบุรี สุพรรณบุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา สระบุรี กาญจนบุรี นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี นครนายก ปราจีนบุรี ราชบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สมุทรปราการ เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และสระแก้ว (32)

1.4.3 ขอบเขตเนื้อหา

การศึกษานี้สำรวจการจัดการผู้ป่วยไหมโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ และรายละเอียดการจัดการผู้ป่วยไหมโพโรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ 5 ประเภท ได้แก่ ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้ และภาวะกระดูกข้อต่อขากรรไกรอักเสบ รวมถึงที่เมีนดีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร

การจัดการผู้ป่วยเทมโพรแมนดิบิวลาร์ติสออเดอร์ หมายถึง วิธีการรักษาโดยเครื่องมือออร์โธพิดิกส์ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา การปรับการสบฟัน และกายภาพบำบัด ตามผลการสำรวจการการรักษาที่ทันตแพทย์เลือกใช้รักษาผู้ป่วยที่เอมตี (1, 22)

1.5 ข้อจำกัดของการวิจัย

1.5.1 เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของเทมโพรแมนดิบิวลาร์ติสออเดอร์มีหลายเกณฑ์ การศึกษานี้เลือกใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ Okeson (2013) (9) เนื่องจาก Okeson ได้ระบุการรักษาเทมโพรแมนดิบิวลาร์ติสออเดอร์แต่ละประเภทซึ่งอาจมีความแตกต่างจากเกณฑ์การวินิจฉัยที่เสนอโดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเจ็บปวดที่ใบหน้าและช่องปากในประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Orofacial Pain; 2013) (2) บ้าง (ภาคผนวก ก แสดงเกณฑ์การวินิจฉัยที่เอมตี)

1.5.2 การจัดการผู้ป่วยเทมโพรแมนดิบิวลาร์ติสออเดอร์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย การศึกษานี้เลือกศึกษารายละเอียดการให้การรักษาที่เอมตี 5 ประเภท ได้แก่ ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ ภาวะปวดไมโอแพสเซียล แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้ และภาวะกระดูกข้อต่อขากรรไกรอักเสบ รวมถึงที่เอมตีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร จึงอาจไม่สามารถใช้อ้างอิงการรักษาเทมโพรแมนดิบิวลาร์ติสออเดอร์ประเภทอื่นได้

1.5.3 การจัดการผู้ป่วยเทมโพรแมนดิบิวลาร์ติสออเดอร์ หมายถึง การจัดการโดยเครื่องมือออร์โธพิดิกส์ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา การปรับการสบฟัน และกายภาพบำบัด ตามผลการสำรวจการการรักษาที่ทันตแพทย์เลือกใช้รักษาผู้ป่วยที่เอมตี (1, 22) จึงอาจไม่ครอบคลุมการจัดการผู้ป่วยที่เอมตีด้วยวิธีอื่น (เช่น การผ่าตัด)

1.5.4 การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มทันตแพทย์ คือ ทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงอาจไม่สามารถนำข้อมูลไปอ้างอิงทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในบริบทอื่นได้

1.5.5 การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มพื้นที่จังหวัดในภาคกลางจึงอาจไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้อ้างอิงในพื้นที่อื่นได้

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1.6.1 เทมโพรแมนดิบิวลาร์ติสออเดอร์ หมายถึง สภาวะที่ผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรและ/หรือ กล้ามเนื้อบดเคี้ยว รวมถึงโครงสร้างใกล้เคียง (1) มีอาการ เช่น ความเจ็บปวดบริเวณ

กล้ามเนื้อบดเคี้ยวและบริเวณรอบหู ความเจ็บปวดเมื่อเคลื่อนไหวขากรรไกร เคลื่อนขากรรไกรได้จำกัด และมีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร (2)

1.6.2 เกณฑ์การวินิจฉัยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ หมายถึง เกณฑ์การวินิจฉัยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ที่เสนอโดย Okeson (2013) (9)

1.6.3 การจัดการเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ หมายถึง การจัดการเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ในภาพรวม และเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ 5 ประเภท ได้แก่ ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้ และภาวะกระดูกข้อต่อขากรรไกรอักเสบ ตามการวินิจฉัยที่เอ็ดดีที่เสนอโดย Okeson (2013) (9) รวมถึงที่เอ็ดดีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร โดยมีทั้งการให้การรักษหลัก (definitive treatment) และการรักษาแบบประคับประคองอาการ (supportive treatment)

1.6.4 การจัดการผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ หมายถึง การจัดการโดยเครื่องมือ ออร์โธพิดิกส์ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา การปรับการสบฟัน และกายภาพบำบัด (1, 22)

1.6.5 การส่งต่อผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์เพื่อรับการรักษากจากทันตแพทย์ท่านอื่น หรือบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่น ในสถานพยาบาลเดียวกัน หรือสถานพยาบาลอื่น

1.6.6 ทันตแพทย์ หมายถึง ทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดในภาคกลางที่ปฏิบัติงานในช่วงปี พ.ศ. 2557 (ข้อมูลเดือนกรกฎาคม-กันยายน) ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาคกลางรวม 21 จังหวัดตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2551 (32)

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการ และการส่งต่อผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิสออเดอร์ในกลุ่มทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลาง

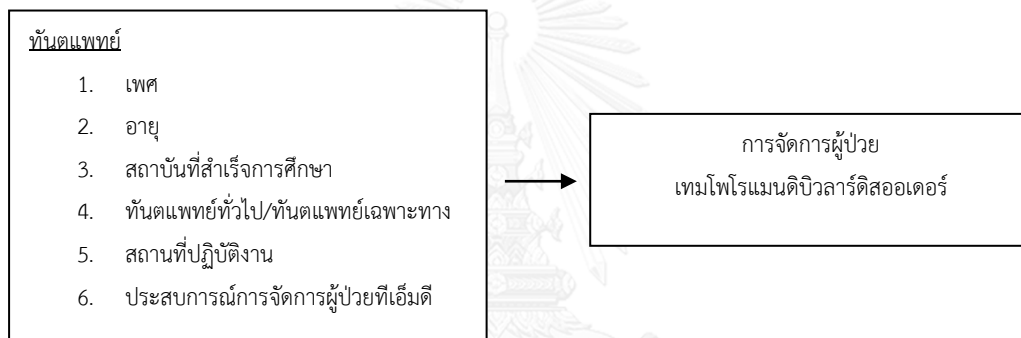
1.7.2 นำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจ และความสามารถการจัดการผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์

1.7.3 นำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการแก่ผู้ป่วยที่เอดส์ในภาครัฐสังกัด
กระทรวงสาธารณสุขในภาคกลาง

1.8 คำสำคัญ

- การจัดการผู้ป่วยเอดส์โรโรแมนติบิวลาร์ติสออเดอร์
- เอดส์โรโรแมนติบิวลาร์ติสออเดอร์
- ทัศนแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- จังหวัดภาคกลางของประเทศไทย

1.9 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 เหมโพโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์

เหมโพโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ หรือ ทีเอ็มดี (Temporomandibular disorders; TMD) หมายถึงสภาวะที่ผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร และ/หรือ กล้ามเนื้อบดเคี้ยว รวมถึงโครงสร้างใกล้เคียง (1) มีลักษณะอาการปวดที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยวหรือที่ข้อต่อขากรรไกร หรือทั้งสองบริเวณ (10) การเคี้ยวและการเคลื่อนไหวขากรรไกรมักทำให้ความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (2) อาการแสดงที่มักพบทางคลินิกคือมีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร เช่น เสียงคลิก หรือ เสียงกรอบแกรบ อ้าปากได้จำกัด หรืออ้าปากได้ไม่ตรง ทีเอ็มดีที่พบมากที่สุดคือ ภาวะปวดกล้ามเนื้อ และข้อต่อขากรรไกร รองลงมาคือภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อเคลื่อนชนิดกลับเข้าที่เองได้ (10) ทีเอ็มดีพบได้ในประชากรทั่วไป (6, 8) และมีผลกระทบในแง่ลบต่อคุณภาพชีวิต อาการปวดเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดต่อคุณภาพชีวิตเนื่องมาจากสุขภาพช่องปาก (33) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบสรุปว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการปวดได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยกว่าผู้ที่มีอาการปวด โดยถ้ามีอาการปวดมากก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น (34) ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากระยะเวลาของอาการปวดขากรรไกร ปัญหาการอ้าปากได้จำกัด ความรุนแรงของอาการปวดคอ (35) ผู้ป่วยที่มีอาการปวดจะมีปัญหาเมื่ออิม หวีเราะ กัดฟันแน่น กลิ่น และพูด (36) ประสิทธิภาพการทำงานลดลง รู้สึกตึงเครียดมากกว่า (37) และรู้สึกเคี้ยวอาหารลำบาก (37, 38) นอกจากนี้อาการปวดยังส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ สภาวะทางอารมณ์ (38) รวมถึงมีภาวะซึมเศร้า (38-40) และการเปลี่ยนภาวะทางจิตเป็นภาวะทางกาย (somatization) (40) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการทำความสะอาดช่องปากด้วย ผู้ป่วยทีเอ็มดีประมาณร้อยละ 62.5 รู้สึกแปร่งฟันลำบาก เนื่องจากอาการเจ็บปวดและอ้าปากได้จำกัด ผู้ป่วยร้อยละ 15 ไม่สามารถใช้ไหมขัดฟันได้ (41) ทีเอ็มดีในเด็กส่งผลต่อการเรียน (39, 42) และการทำกิจกรรมกับเพื่อน (42) ทันตแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยทีเอ็มดีมักเป็นทันตแพทย์ทั่วไป (21, 22) ทันตแพทย์จึงควรมีความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัย และการรักษาทีเอ็มดี (43) แต่การศึกษาพบว่าทันตแพทย์ทั่วไปเห็นว่าการตรวจวินิจฉัยปัญหาระบบบดเคี้ยวค่อนข้างเข้าใจยาก (44)

ระดับวิทยาของเหมโพโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์

ทีเอ็มดีพบได้ในประชากรทั่วไป (6, 8) การศึกษาโดยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมานพบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในกลุ่มกล้ามเนื้อร้อยละ 45.3 กลุ่มแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนร้อยละ 41.1 และกลุ่มความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรร้อยละ 30.1 ภาวะปวดไมโอแฟสเซียลทั้งอ้าปากได้จำกัดและไม่จำกัดเป็นการวินิจฉัยที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วย การศึกษา

ในประชากรทั่วไปพบว่าได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติในกลุ่มกล้ามเนื้อร้อยละ 9.7 กลุ่มแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนร้อยละ 11.4 และกลุ่มความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรร้อยละ 2.6 การวินิจฉัยที่พบมากที่สุดในกลุ่มประชากรทั่วไปคือแผ่นรองข้อกระดูกต่อเคลื่อนชนิดกลับเข้าที่ได้เอง (11) การศึกษาในกลุ่มประชากรที่เป็นทีเอ็มดีกลุ่มใหญ่ที่มีการรักษาพบว่ามีการปวดมากที่สุด (ร้อยละ 96.1) รองลงมาคืออาการรู้สึกไม่สบายบริเวณหู และหูทำหน้าที่ผิดปกติ (ร้อยละ 82.4) อาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 79.3) อาการรู้สึกไม่สบายที่ข้อต่อขากรรไกร และข้อต่อขากรรไกรทำหน้าที่ผิดปกติ (ร้อยละ 75.0) อาการแสดงที่พบมากที่สุดคือ กดเจ็บที่กล้ามเนื้อเทอริกอยด์ (ร้อยละ 85.1) รองลงมาคือ กดเจ็บที่ข้อต่อขากรรไกร (ร้อยละ 62.4) (45) การศึกษา Magnusson และคณะพบว่าอาการของทีเอ็มดีมักพบในวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนมากกว่าวัยเด็กและวัยสูงอายุ (46) ช่วงอายุ 20-50 ปี (43, 45) การประชุมของสถาบันเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา สรุปว่าความชุกของอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยตระหนักรู้ระหว่างร้อยละ 5 ถึง 15 เมื่อพิจารณาช่วงอายุพบว่าทีเอ็มดีมีความชุกมากที่สุดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในช่วงอายุ 20 - 40 ปี (1) อีกการศึกษาหนึ่งพบว่าความชุกของความถี่ การมีอาการเป็นระยะเวลานาน และความรุนแรงของอาการทีเอ็มดี มีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (35) ถึงแม้ว่าการกระจายของอาการแสดงของทีเอ็มดีเท่ากันในเพศชายและหญิง (1, 47) แต่การศึกษามักพบอาการทีเอ็มดีในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (45, 48-50)

การศึกษาความชุกของทีเอ็มดีในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยทีเอ็มดี การศึกษาในผู้ที่มารับบริการทันตกรรม และการศึกษาในประชากรทั่วไป พบว่ามีอาการทีเอ็มดีร้อยละ 10.9-73.6 (3-8) อาการที่เป็นมากที่สุดคือ มีเสียงที่บริเวณหน้าหูร้อยละ 19.22 ถึง 54.4 (3-8) รองลงมาคืออาการปวด ได้แก่ อาการกดเจ็บที่ข้อต่อขากรรไกรร้อยละ 4.7 ถึง 22 (3-5, 7) ความเจ็บปวดบริเวณกล้ามเนื้อใบหน้าร้อยละ 12.6 ถึง 36.7 (3, 4, 7) อาการเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหวขากรรไกรร้อยละ 12.7 ถึง 21.2 (3, 5, 7) รู้สึกเมื่อยล้าบริเวณข้อต่อขากรรไกรหรือขากรรไกรร้อยละ 20.2 – 24.8 (3, 4) อ้าปากไม่ตรงร้อยละ 36.3 ถึง 50.1 (4, 5) อ้าปากได้ไม่เต็มที่ร้อยละ 9.88 (7) และอาการขากรรไกรค้างร้อยละ 5.5 ถึง 7.1 (3, 4, 7)

ความต้องการรับการรักษา

การศึกษาของ Magnusson และคณะพบว่าความต้องการรับการรักษาทีเอ็มดีมีน้อย (46) การศึกษาของ Carlsson พบว่าความต้องการการรักษานั้นมีความหลากหลายอยู่ในช่วงร้อยละ 1.5 ถึง 30 (43) สอดคล้องกับการศึกษาโดยวิธีวิเคราะห์ห่อถักที่พบว่าความชุกของความต้องการการรักษาทีเอ็มดีในผู้ใหญ่มีประมาณร้อยละ 15.6 ถึง 16.2 ความเจ็บปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกร และกล้ามเนื้อบดเคี้ยวเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อความต้องการรับการรักษา (47) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยทีเอ็มดีส่วนใหญ่ที่มีการรักษามักมีอาการปวด และมักมีอาการปวดมากกว่าหนึ่งชนิด (45) และการศึกษาของ Adern และคณะพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดเนื่องจากทีเอ็มดีร้อยละ 43 มี

ความต้องการรับการรักษา โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการปวดรุนแรง (50) การสำรวจทันตแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยที่เอดส์พบว่าทันตแพทย์รายงานว่าผู้ป่วยร้อยละ 76 มีอาการปวดที่ขากรรไกร ร้อยละ 51.2 มีอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 50.8 มีอาการปวดบริเวณใบหน้า (22) เมื่อพิจารณาอายุพบว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีความต้องการรับการรักษาที่เอดส์มากกว่า อาจเนื่องมาจากความชุกของผู้ป่วยที่เอดส์ในผู้ที่ยอายุน้อยมีมากกว่าผู้ที่อายุมาก (47) แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าผู้ที่อายุมากมีความต้องการรับการรักษาทางทันตกรรมมากกว่า และช่วงอายุ 50 ปี เป็นช่วงอายุที่มีความต้องการรับรักษามากที่สุด (51) เมื่อพิจารณาเพศพบว่าเพศหญิงที่เป็นที่เอดส์มีความต้องการรับการรักษาที่เอดส์มากกว่าเพศชายที่เป็นที่เอดส์ (39) และเพศหญิงที่เป็นที่เอดส์ใช้บริการทางทันตกรรมมากกว่าเพศชายที่เป็นที่เอดส์ เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการทางทันตกรรมในผู้ป่วยที่เป็นที่เอดส์และไม่เป็นที่เอดส์พบว่าผู้ป่วยที่เอดส์ใช้บริการทางทันตกรรมมากกว่าร้อยละ 10 ถึง 20 (51) เมื่อเปรียบเทียบลักษณะประชากรและลักษณะทางจิตสังคมของผู้ที่เป็นที่เอดส์ที่ต้องการรับรักษากับผู้ที่ไม่ต้องการรับการรักษาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมาก เช่น กลุ่มที่มีความต้องการรับรักษาจะมีอาการปวดเมื่อเร็ว ๆ นี้ เคยได้รับการบำบัดทางจิต มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า มีคะแนนระดับความปวดมากกว่า ได้รับผลกระทบจากอาการปวดมากกว่า และรับประทานยาเนื่องจากอาการที่เอดส์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องการรับการรักษาที่เอดส์ (52) โดยสรุปแล้วปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อความต้องการรับการรักษาในผู้ป่วยที่เอดส์เป็นปัจจัยเดียวกับปัจจัยที่มีผลต่อความชุกของที่เอดส์ แต่ไม่แน่ชัดว่าความต้องการรับรักษามีการเปลี่ยนแปลงตามเวลาหรือไม่ (47)

ในประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีอาการและอาการแสดงของที่เอดส์ทั้งหมดมีผู้ต้องการรับการรักษา ร้อยละ 72.5 (7) ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งพบว่าผู้ต้องการรับรักษาน้อยกว่าร้อยละ 1.5 (8) เมื่อพิจารณาอาการที่ต้องการรับรักษาพบว่ากลุ่มผู้มีอาการปวดเนื่องจากที่เอดส์มีความต้องการรับรักษาร้อยละ 50 ถึง 55.6 (6, 8) ในขณะที่กลุ่มผู้ไม่มีเสียงในข้อต่อขากรรไกร มีอาการติดขัดที่ข้อต่อขากรรไกร และอ้าปากได้จำกัดมีความต้องการรับรักษาร้อยละ 13.6 (8)

ความรู้ความเข้าใจของทันตแพทย์เกี่ยวกับเทมโพรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์

การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและสวีเดนพบว่าความรู้เกี่ยวกับที่เอดส์ และกระบวนการตรวจเพื่อการวินิจฉัยที่เอดส์ตั้งแต่ต้นของทันตแพทย์ทั่วไปมีความหลากหลาย แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์ชำนาญสาขาที่เอดส์ คือ ทันตแพทย์มีความเห็นตรงกับผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับกายและจิต และความผิดปกติเกี่ยวกับจิตเวช แต่ไม่เห็นด้วยเกี่ยวกับความเจ็บปวดเรื้อรัง และพยาธิวิทยา (53, 54) การสำรวจความรู้และความเชื่อของทันตแพทย์เกี่ยวกับที่เอดส์พบว่ายังคงมีความขัดแย้งสูงเกี่ยวกับพยาธิกำเนิดของที่เอดส์ รวมถึงการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม (55, 56)

ในประเทศไทยมีการศึกษาของมูซตา ศิริเทพทวี และ สุวดี โฆษิตบวรชัย ที่ศึกษานำร่องเกี่ยวกับความคิดเห็นด้านสาเหตุและการรักษาความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรในกลุ่มอาจารย์ทันตแพทย์รุ่นเยาว์ เกี่ยวกับสรีรวิทยาของการปฏิบัติหน้าที่ที่บกร่อง จิตสรีรวิทยา ความเจ็บปวดเรื้อรังและความผิดปกติทางจิตใจ แล้วนำผลการศึกษาที่ได้ไปเปรียบเทียบกับผลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญจากสหรัฐอเมริกาพบว่าอาจารย์ทันตแพทย์มีความเห็นแตกต่างจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมากที่สุดเกี่ยวกับสรีรวิทยาของการปฏิบัติหน้าที่ที่บกร่อง และมีความเห็นสอดคล้องกับผู้เชี่ยวชาญมากที่สุดเกี่ยวกับจิตสรีรวิทยาและความผิดปกติทางจิตใจ (30) ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งของอินทิดา พรรณเชษฐ์ และสิริพร ไชยมะโน ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และความเชื่อของทันตแพทย์ที่มีต่อเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์พบว่าทันตแพทย์มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยทางจิตที่มีผลต่อการเกิดที่เอมดี แต่ขาดความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาของการปฏิบัติหน้าที่ที่บกร่อง การวินิจฉัย และการรักษา รวมถึงทันตแพทย์มีความเห็นตรงกับผู้เชี่ยวชาญในประเทศสหรัฐอเมริกาเพียง 6 ข้อความจาก 35 ข้อความโดยทันตแพทย์เฉพาะทางมีแนวโน้มที่จะมีความเห็นตรงกับผู้เชี่ยวชาญมากกว่าทันตแพทย์ทั่วไป (31) การศึกษาของเจนจิรา ธิระวัฒน์ พบว่าทันตแพทย์ทั่วไปเห็นว่าการตรวจ วินิจฉัยปัญหาระบบบดเคี้ยวค่อนข้างเข้าใจยาก (44)

2.2 การวินิจฉัย และแนวทางในการรักษาเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์

การวินิจฉัยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์

เกณฑ์การวินิจฉัยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์มีความหลากหลายอาจเนื่องจากเกณฑ์การวินิจฉัยหนึ่งอาจไม่เหมาะต่อการนำไปใช้ในบางสถานการณ์ (57) เช่น การทำวิจัยต้องการเกณฑ์การวินิจฉัยที่มีความจำเพาะสูงเพื่อให้ได้ประชากรที่มีความใกล้เคียงกัน ในขณะที่ทันตแพทย์ต้องการเกณฑ์การวินิจฉัยที่มีความไวสูงเพื่อหลีกเลี่ยงการให้การรักษาที่ไม่จำเป็นต่ออาการและอาการแสดงที่ยังไม่แสดงทางคลินิกที่พบได้ในกลุ่มประชากรทั่วไป (2) เกณฑ์การวินิจฉัยที่เอมดีที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเจ็บปวดที่ใบหน้าและช่องปากในประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Orofacial Pain) ปี 2013 (2) เกณฑ์การวินิจฉัย Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) (58) เกณฑ์การวินิจฉัยที่เอมดีของ Okeson (2013) เกณฑ์การวินิจฉัยของ Research Diagnostic Criteria ใช้วินิจฉัยแยกผู้ที่เป็นที่เอมดีจากผู้ที่ไม่เป็นที่เอมดีได้ จึงเหมาะกับการทำวิจัย แต่อาจไม่เหมาะต่อการวินิจฉัยแยกประเภทที่จำเพาะของที่เอมดี (9) การศึกษาพบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 94.4 ให้การวินิจฉัยที่เอมดีตามเกณฑ์การซักประวัติและการตรวจทางคลินิก (22)

ระบบการจัดแบ่งประเภทของเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์

ระบบการจัดแบ่งประเภทที่เอ็มดีมีความหลากหลายที่เอ็มดีแบ่งตามอาการและลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันเป็น 4 ประเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Okeson (2013) ได้แก่ (9)

1. ความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ได้แก่

- 1) ภาวะกล้ามเนื้อหดตัวปกป้อง (Protective co-contraction) เป็นการตอบสนองแรกของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวจากระบบประสาทส่วนกลางต่อการบาดเจ็บ (injury) โดยเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อที่ทำงานตรงข้าม (antagonist muscle) ระหว่างที่กล้ามเนื้อตัวทำการ (agonist muscle) หดตัว ทำให้เคลื่อนไหวกรรไกรช้าลง และจำกัดเนื่องจากความเจ็บปวด เจ็บปวดเล็กน้อยหรือไม่เจ็บปวดขณะพัก มีอาการเจ็บปวดมากขึ้นเมื่อกำลังเนื้อที่เกี่ยวข้องทำงาน และผู้ป่วยมักรู้สึกว่าการบดเคี้ยวอ่อนแรง
- 2) ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ (Local muscle soreness) เป็นความผิดปกติที่มีอาการปวดของกล้ามเนื้อที่ไม่ได้เกิดจากการอักเสบ เป็นการตอบสนองของกล้ามเนื้อต่อจากภาวะกล้ามเนื้อหดตัวปกป้อง ทำให้เคลื่อนไหวกรรไกรช้าลง และจำกัดเนื่องจากความเจ็บปวด มักไม่เจ็บปวดขณะพัก เจ็บปวดมากขึ้นเมื่อกำลังเนื้อที่เกี่ยวข้องทำงาน รู้สึกกล้ามเนื้อล้า และเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเมื่อคลำกล้ามเนื้อ
- 3) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Myospasm) เป็นภาวะที่ระบบประสาทส่วนกลางกระตุ้นให้กล้ามเนื้อหดตัว ทำให้เคลื่อนไหวกรรไกรจำกัดอย่างชัดเจน การสับสนอาจผิดปกติแบบเฉียบพลัน เจ็บปวดขณะพัก เจ็บปวดเพิ่มขึ้นเมื่อกำลังเนื้อที่เกี่ยวข้องทำงาน รู้สึกเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเมื่อคลำกล้ามเนื้อ รู้สึกกล้ามเนื้อตึง แน่น และแข็ง
- 4) ภาวะปวดไมโอแฟสเชียล (Myofascial pain) เป็นภาวะปวดกล้ามเนื้อที่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง มีแถบแน่น ไวต่อการกระตุ้นในกล้ามเนื้อ เรียกว่าจุดกระตุ้นเจ็บปวด (trigger point) ทำให้เคลื่อนไหวกรรไกรช้าลง และจำกัดเนื่องจากปวดกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมักรายงานว่ามีอาการเจ็บปวดแม้ขณะพัก มีอาการเจ็บปวดที่ (referred pain) ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการสำคัญคือปวดศีรษะ เจ็บปวดเพิ่มขึ้นเมื่อกำลังเนื้อที่เกี่ยวข้องทำงาน แต่มักน้อยกว่าภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ มักเจ็บปวดเมื่อกระตุ้นจุดกระตุ้นเจ็บปวด มีจุดกระตุ้นเจ็บปวดเป็นบริเวณที่เป็นแถบแน่น ไวต่อการถูกกระตุ้นในกล้ามเนื้อ เมื่อกระตุ้นทำให้เกิดอาการปวดต่างที่ได้
- 5) ภาวะปวดกล้ามเนื้อเหตุระบบประสาทส่วนกลาง (Centrally mediated myalgia) เป็นภาวะปวดกล้ามเนื้อต่อเนื่องบริเวณใดบริเวณหนึ่งเรื้อรัง มีลักษณะทางคลินิกคือเคลื่อนไหวกรรไกรช้าลง และจำกัดอย่างชัดเจน เนื่องจากความเจ็บปวด การอักเสบ

เหตุระบบประสาทผิดปกติ (neurogenic inflammation) ทำให้เคลือบขากรรไกรได้จำกัดมากขึ้น เจ็บปวดขณะพัก ซึ่งเป็นลักษณะอาการทางคลินิกที่สำคัญ เจ็บปวดเพิ่มขึ้นเมื่อกำลังเนื้อที่เกี่ยวข้อทำงาน เมื่อกำลังเนื้อจะเจ็บปวดมาก ผู้ป่วยมักรู้สึกกล้ามเนื้อตึง มักเกี่ยวข้องกับภาวะปวดเหตุสิ่งเร้าปกติ (allodynia) เช่น การสัมผัสเบา ๆ ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดได้ และอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง (กล้ามเนื้อหดสั้นลงโดยไม่เจ็บปวด) ได้

โดยภาวะกล้ามเนื้อหดตัวปกป้อง ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ และภาวะปวดไมโอแพสเซียลเป็นสภาวะผิดปกติที่พบบ่อยในคลินิกทันตกรรม

2. ความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร ได้แก่

1) แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อน (Derangements of the condyle-disc complex) เกิดจากความล้มเหลวของการหมุนของแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรบนคอนดายล์ ได้แก่

1. แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อน (Disc displacement) แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรอาจเคลื่อนมาด้านหน้า เนื่องจากกล้ามเนื้อเทอร์โกยด์มีด้นอกส่วนบน (superior lateral pterygoid) ทำให้มีเสียงคลิกเมื่ออ้าปาก และหุบปาก ระยะเคลื่อนขากรรไกรปกติ
2. แผ่นรองข้อกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง (Disc dislocation with reduction) เมื่อเนื้อเยื่อท้ายแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรส่วนล่าง (inferior retrodiscal lamina) และ เอ็นยึดเคียงข้าง (discal collateral ligament) ยึดมากขึ้น และส่วนหลังของแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรบางพอ ทำให้แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนอย่างสมบูรณ์ในช่องว่างของแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกร (discal space) ไม่ติดกับคอนดายล์ และแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรกลับเข้าที่ได้อ้าปากขากรรไกรจะเบี่ยงไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออ้าปากจำกัด เมื่อแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรกลับเข้าที่ (บางครั้งจะเกิดเสียงดังคลิก) ขากรรไกรจะเบนออกจากแนวกลางและกลับมาใหม่ (deviation) หลังจากนั้นขากรรไกรจะเคลื่อนได้ระยะปกติ
3. แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้ (Disc dislocation without reduction) เมื่อเอ็นยึดยึดมากขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อท้ายแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรส่วนบน (superior retrodiscal lamina) เสียไป ทำให้แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรกลับ

เข้าที่ยากขึ้น จนไม่กลับเข้าที่ ทำให้ระยะอ้าปากกว้างสุดได้ 25-30 มิลลิเมตร เมื่อผู้ป่วยพยายามอ้าปากมากขึ้นขากรรไกรล่างจะเบี่ยงเบน (deflection) และไม่สามารถเพิ่มระยะอ้าปากได้ (hard end feel) ระยะเยื้องขากรรไกรไปด้านข้างข้างเดียวกันปกติ แต่เยื้องไปด้านตรงข้ามได้น้อยลง มีอาการปวดเมื่อมีแรงลงที่ข้อต่อขากรรไกร

- 2) โครงสร้างของผิวข้อต่อขากรรไกรเข้ากันไม่ได้ (Structural incompatibilities of articular surfaces) ทำให้เกิดความผิดปกติของแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกร เคลื่อนบางชนิดได้ มักเกิดจากภัยอันตราย
 1. การเบี่ยงเบนของรูปร่าง (Deviation in form) เกิดจากรูปร่างข้อต่อขากรรไกรเปลี่ยนแปลง (คอนดอยล์ แอ่งข้อต่อขากรรไกร และ/หรือ แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกร) ทำให้ขากรรไกรทำหน้าที่ผิดปกติที่ระยะเคลื่อนที่บางจุด ซ้ำที่เดิม ความเร็วและแรงที่อ้าปากไม่เปลี่ยนแปลง
 2. การเกาะติด (Adherences) คือพื้นผิวข้อต่อยึดติดชั่วคราว เกิดจากมีแรงคงที่กระทำที่ข้อต่อขากรรไกร หรือสูญเสียการหล่อลื่น เมื่อมีแรงมากพอจะทำให้ข้อต่อหยุดยึดติดได้ แต่ถ้าข้อต่อยึดติดถาวรเรียกว่า การยึดติด (Adhesion) เนื่องจากมีเนื้อเยื่อยึดต่อ (fibrotic connective tissue) ระหว่างผิวข้อต่อขากรรไกร
 3. ข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนจากที่บางส่วน (Subluxation) เป็นสภาวะที่คอนดอยล์เคลื่อนไปข้างหน้ากะทันหันในระยะอ้าปากช่วงท้าย ทำให้เกินปุ่มหน้าแอ่งข้อต่อขากรรไกร (articular eminence) ทำให้เมื่อผู้ป่วยอ้าปากกว้างอาจรู้สึกหรือสังเกตเห็นด้านข้าง (lateral pole) ของคอนดอยล์ขากรรไกรเบนออกจากแนวกึ่งกลาง (มีระยะกว้างกว่าและเกิดที่ใกล้ระยะอ้าปากกว้างสุดมากกว่าภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อน) เมื่อเคลื่อนผ่านปุ่มหน้าแอ่งข้อต่อขากรรไกรจะเบนกลับมา มักไม่มีอาการเจ็บปวด และการอ้าปากไม่เปลี่ยนแปลงความเร็วและแรง
 4. ข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนหลุดจากที่เอง (Spontaneous dislocation) เกิดเมื่ออ้าปากมากเกินไป ผู้ป่วยหุบปากไม่ได้ ทำให้ขากรรไกรติดขัดที่ตำแหน่งอ้าปากกว้าง อาจมีอาการไม่สบายหรือเจ็บปวดได้
- 3) ความผิดปกติเกี่ยวกับการอักเสบของข้อต่อขากรรไกร
 1. เยื่อหุ้มข้อ/ เยื่อสร้างไขข้ออักเสบ (Synovitis/ capsulitis) เป็นการอักเสบของ เยื่อหุ้มข้อ (synovial tissues) หรือ เอ็นหุ้มข้อ (capsular ligament)

เกิดจากภยันตรายต่อเนื้อเยื่อ ทำให้เจ็บปวด อ้าปากได้จำกัดเนื่องจากความเจ็บปวด โดยเพิ่มระยะอ้าปากได้ (soft end feel) ถ้าข้อต่อบวมน้ำ (edema) จากการอักเสบ ทำให้คอนดายล์เคลื่อนมาด้านล่างทำให้พื้นหลังข้างเดียวกันไม่สบกัน

2. เนื้อเยื่อส่วนหลังข้อต่ออักเสบ (Retrodiscitis) เป็นการอักเสบของเนื้อเยื่อท้ายแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกร (retrodiscal tissues) เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับภยันตราย ทำให้ขากรรไกรเคลื่อนที่จำกัดเนื่องจากปวดข้อต่อขากรรไกร กรณีที่ไม่เกี่ยวข้องกับแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดกลับเข้าที่เองไม่ได้จะเพิ่มระยะอ้าปากได้ (soft end feel) ถ้าข้อต่อบวมเนื่องจากอักเสบทำให้คอนดายล์เคลื่อนมาด้านล่าง ทำให้พื้นหลังข้างเดียวกันไม่สบกัน และพื้นหน้าด้านตรงข้ามสบหนักได้
3. ภาวะข้อต่ออักเสบ (Arthritides) เป็นการอักเสบของผิวข้อต่อขากรรไกรได้แก่
 - 1) ภาวะข้อต่อเสื่อม (Osteoarthritis และ osteoarthrosis) เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อแรงกระทำที่เพิ่มขึ้น เกิดการทำลายผิวกระดูกทำให้รูปร่างคอนดายล์และแองข้อต่อขากรรไกรเปลี่ยนแปลง Osteoarthritis มักมีอาการเจ็บปวด อาการเจ็บปวดแย่ลงเมื่อเคลื่อนขากรรไกร และมีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) มีการเปลี่ยนแปลงกระดูกทางภาพถ่ายรังสี เมื่อเกิดการปรับตัว เรียกว่า osteoarthrosis
 - 2) ภาวะข้อต่ออักเสบหลายข้อ (Polyarthritides) เป็นกลุ่มความผิดปกติเนื่องจากผิวข้อต่ออักเสบ ซึ่งเกิดจากสาเหตุที่แตกต่างกันได้แก่ ภาวะข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) ภาวะข้ออักเสบโสเรียซีส (Psoriatic arthritis) ภาวะข้ออักเสบจากกรดยูริกเกิน (Hyperuricemia) ภาวะข้ออักเสบจากการบาดเจ็บ (Traumatic arthritis) และภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบจากการติดเชื้อ (infectious arthritis)
3. **ขากรรไกรล่างเคลื่อนที่จำกัดเรื้อรัง** เป็นสภาวะที่ขากรรไกรล่างเคลื่อนที่จำกัดเรื้อรัง โดยไม่มีอาการเจ็บปวด ได้แก่

- 1) ข้อยึดติด (Ankylosis) เป็นการยึดติดในข้อต่อขากรรไกรจากเนื้อเยื่อเส้นใย (fibrous tissue) หรือกระดูก ทำให้ขากรรไกรล่างไม่สามารถเคลื่อนไหวในแง่ข้อต่อขากรรไกรได้ ทำให้เคลื่อนไหวที่ได้จำกัดอย่างมาก
- 2) ภาวะกล้ามเนื้อหดรั้ง (Muscle contracture) เป็นสภาวะทางคลินิกที่ความยาวการทำงานของกล้ามเนื้อสั้นลง เนื่องจากกล้ามเนื้อหดตัว ไม่ถูกยืดเป็นระยะเวลาเวลานานทำให้ขากรรไกรเคลื่อนไหวที่ได้จำกัดโดยไม่มีอาการเจ็บปวด
- 3) ภาวะคอโรนอยด์ขัดขวางการเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่าง (Coronoid impedance) เป็นภาวะที่คอโรนอยด์ยาวหรือมีภาวะเกิดเส้นใยมาก (fibrosis) ทำให้เคลื่อนไหวขากรรไกรได้จำกัดโดยไม่มีอาการเจ็บปวด
4. **ความผิดปกติจากการเจริญเติบโต** เป็นที่เฝ้าระวังที่เกิดจากการเจริญเติบโตเกิดจากรบกวนการเจริญเติบโตของกระดูกและกล้ามเนื้อ

ระบบการจัดแบ่งประเภทที่เฝ้าติดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ Okeson (2013) (9) นี้ได้ดัดแปลงมาจากเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเจ็บปวดที่ใบหน้าและช่องปากในประเทศสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Orofacial Pain) ปี ค.ศ. 1996 (59) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับเกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเจ็บปวดที่ใบหน้าและช่องปากในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2008 (60) โดยเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรเหมือนในปี ค.ศ. 1996 ต่างที่เกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (ปี ค.ศ. 2008 เพิ่มสภาวะ ภาวะปวดกล้ามเนื้อเหตุระบบประสาทส่วนกลาง) แต่ในปี ค.ศ. 2013 กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเจ็บปวดที่ใบหน้าและช่องปากในประเทศสหรัฐอเมริกา (2) ได้ปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยใหม่ (ดังแสดงในภาคผนวก ก)

แนวทางการรักษาเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์

การรักษาที่เฝ้าระวังจุดประสงค์เพื่อลดความเจ็บปวด ลดแรงที่มากกระทำ ฟันพุการทำหน้าที่ และกลับมาทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งจะบรรลุจุดประสงค์ได้เมื่อการรักษานั้นสามารถลดหรือกำจัดปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดที่เฝ้าระวัง เช่น นิสัยการทำงานนอกหน้าที่ (parafunctional habits) ได้ (2) แต่การหาสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดที่เฝ้าระวังเป็นเรื่องยาก โดยเฉพาะในครั้งแรก ๆ ที่ผู้ป่วยมาตรวจ และมีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดที่เฝ้าระวัง ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดที่เฝ้าระวังบางปัจจัยกำจัดยาก ถ้าการรักษายังไม่ครอบคลุมปัจจัยเหล่านั้นทำให้หลังการรักษายังมีอาการอยู่ จึงต้องเพิ่มการรักษาเพื่อครอบคลุมปัจจัยดังกล่าวจึงทำให้อาการดีขึ้น ปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญที่ทำให้เกิดที่เฝ้าระวังที่มี 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ สภาวะการสบฟัน ภัยอันตราย (trauma) ความเครียดทางอารมณ์ ความเจ็บปวดจากโครงสร้างอื่น (deep pain input) และการใช้ขากรรไกรนอกหน้าที่ ปัจจุบันยังคงเป็นที่ถกเถียงกันว่าการสบฟันเป็นสาเหตุของที่เฝ้าระวังหรือไม่ เนื่องจากผลของงานวิจัยยังมีความหลากหลาย (9) การศึกษา

รูปแบบการสบฟันบางรูปแบบพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามแต่พบได้น้อยในผู้ที่ไม่มีเฝ้าติดตาม ได้แก่ ฟันหน้าสบเปิด ฟันบนด้านลิ้นสบไขว้ข้างเดียว (unilateral maxillary lingual crossbite) ระยะระหว่างตำแหน่งสบถอยและตำแหน่งสบสับหว่างมากกว่า 2 มิลลิเมตร ระยะเหลื่อมแนวนอน (overjet) 6-7 มิลลิเมตร และไม่มีฟันหลัง 5 ซี่หรือมากกว่า และไม่ใส่ฟันทดแทน แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าการสบฟันเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด (61) บางการศึกษา กล่าวว่าปัจจัยเกี่ยวกับการสบฟันมีความเกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของทีเฝ้าติดตามน้อย (2, 46, 62)

เนื่องจากทีเฝ้าติดตามมีอาการและอาการแสดงที่ไม่แน่นอนและซับซ้อน (12) การวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมจะนำไปสู่การรักษาที่สำเร็จได้ (9) การวางแผนการรักษาต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน (12, 14) ซึ่งขึ้นกับลักษณะของความผิดปกติ (14) การให้การรักษาทางทันตกรรมจึงต้องให้ความสำคัญกับอาการและอาการแสดงของทีเฝ้าติดตามของผู้ป่วย (12) และมีการศึกษาที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงของกระดูกข้อต่อขากรรไกรจากภาพถ่ายรังสีมีผลต่อการวินิจฉัยทีเฝ้าติดตามร้อยละ 21 ถึง 27 และการรักษาทีเฝ้าติดตามร้อยละ 17 ถึง 27 (15-17) ร้อยละ 41.1 ของผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยมีการเปลี่ยนแปลงการรักษา โดยการรักษาที่มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การรักษาด้วยยา กายภาพบำบัด การให้คำปรึกษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใส่เฝือกสบฟัน การส่งต่อ การตรวจเพิ่มเติม และการผ่าตัด (16) อาการและอาการแสดงของทีเฝ้าติดตามบางอย่าง เช่น การมีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร หรือการเคลื่อนไหวขากรรไกรในบางรูปแบบไม่ใช่ข้อบ่งชี้ในการป้องกันหรือการรักษามากกว่า 20 ปีแล้ว (47)

การรักษาทีเฝ้าติดตามแบ่งเป็นประเภทหลัก 2 ประเภท คือ การรักษาแบบพื้นฐานแบบอนุรักษ์ และผันกลับได้ และการรักษาแบบบูรณาการที่ผันกลับไม่ได้ (9) ได้แก่ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การรักษาเชิงพฤติกรรมและการเรียนรู้ การใช้ยา กายภาพบำบัด การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ การรักษาด้านบดเคี้ยว และการผ่าตัด (2, 18-20)

เมื่อพิจารณาที่ประสิทธิภาพของการรักษา ยังไม่พบว่าการรักษาใดมีประสิทธิภาพเหนือการรักษาอื่น (20) การรักษาแบบไม่บูรณาการ และผันกลับได้ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ (1, 20) ทำให้เกิดความไม่สบายน้อย และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงควรได้รับการรักษาเริ่มแรกเป็นการรักษาแบบอนุรักษ์และผันกลับได้ ซึ่งการรักษาเหล่านี้ ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การใช้ยา กายภาพบำบัด และการใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ สำหรับการรักษาด้านบดเคี้ยวนั้นไม่ใช่การรักษาเริ่มแรกที่ดีที่สุด (1) การรักษาทีเฝ้าติดตามควรเน้นการให้การรักษาแบบอนุรักษ์ที่ทำให้ระบบโครงสร้างกล้ามเนื้อ (musculoskeletal system) หายตามธรรมชาติ และการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางกาย และการปรับพฤติกรรมที่ส่งผลต่อปัญหา (19) คือใช้การรักษาที่บูรณาการน้อยที่สุดก่อน ถ้าวัดอาการปวดได้เพียงพอแล้ว ก็ไม่ต้องรับการรักษาอื่นอีก (23)

การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับธรรมชาติและการดำเนินโรคทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลได้ (9) ส่งเสริมการหายใจของเนื้อเยื่อและป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มเติม (2) การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การแนะนำให้พักกล้ามเนื้อและข้อต่อขากรรไกร รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงการใช้ขากรรไกรโดยไม่จำเป็น (เช่น หลีกเลี่ยงการเคี้ยวหมากฝรั่ง การกัดฟัน) การประคบร้อน การประคบเย็น การออกกำลังกายเป็นประจำ การบริหารขากรรไกร การรับประทานยา เป็นต้น (63) การศึกษาในผู้ป่วยภาวะปวดไมโอแฟสเซียล พบว่าการให้ความรู้ร่วมกับการใส่ฝือกสบฟันลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการใส่ฝือกสบฟันโดยไม่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเล็กน้อย (64)

การรักษาเชิงพฤติกรรมและการเรียนรู้ใช้เมื่อการทำงานนอกหน้าที่เป็นสาเหตุของที่เอมดี เมื่อผู้ป่วยตระหนักถึงและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคจะทำให้อาการดีขึ้นได้ (9) และเป็นการรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยที่เอมดีที่มีอาการเรื้อรัง ทำให้อาการดีขึ้นและดีขึ้นเป็นระยะเวลานานเมื่อเทียบกับการรักษาที่เอมดีด้วยวิธีอื่น (65) การศึกษาการรักษาเชิงพฤติกรรมและการเรียนรู้ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การฝึกความกล้าแสดงออก และการสะกดจิต เป็นต้น การร่วมกับการรักษาที่เอมดีมาตรฐานอื่น ๆ (ได้แก่ การใส่ฝือกสบฟัน การบริหารขากรรไกร การใช้ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือยาคลายกล้ามเนื้อ ยาที่ใช้บรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน) ในผู้ป่วยที่เอมดีที่มีความผิดปกติที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยวพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาเชิงพฤติกรรมและการเรียนรู้ร่วมด้วยมีอาการทางคลินิกดีขึ้นมากกว่าทั้งความถี่ของอาการปวด ความถี่การรับประทานยา ความรุนแรงของอาการปวด ความรู้สึกต่ออาการปวด และความทุกข์ทางอารมณ์ และคงที่เป็นระยะเวลานาน โดยร้อยละ 90 มีอาการปวดดีขึ้น และร้อยละ 70 มีความทุกข์ทางอารมณ์ลดลง (66)

การใช้ยามีผลต่ออาการที่เกี่ยวข้องกับที่เอมดีได้ แต่ไม่มีผลรักษาความผิดปกติ (9) การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยที่เอมดีที่มีอาการปวดขากรรไกรในผู้ป่วยภาวะปวดไมโอแฟสเซียลด้วยยากลุ่มคลายกังวล (clonazepam) ยาคลายกล้ามเนื้อ (cyclobenzaprine) และยาหลอก ร่วมกับการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีอาการปวดดีขึ้น โดยกลุ่มที่ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วยมีอาการปวดกล้ามเนื้อดีขึ้นมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (67) การใช้ยาสามารถบรรเทาอาการปวดข้อต่อขากรรไกรในผู้ป่วยภาวะข้อต่อเสื่อม (osteoarthritis) หรือผู้ป่วยที่ปวดข้อต่อขากรรไกรได้ และทำให้ระยะอ้าปากกว้างสุดเพิ่มขึ้น (68)

กายภาพบำบัดเป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการที่ลดอาการที่เอมดีได้ (9) การศึกษาการรักษาผู้ป่วยที่เอมดีที่ผิดปกติที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยวด้วยการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวเปรียบเทียบกับ การให้ความรู้ร่วมกับให้ผู้ป่วยกายภาพบำบัดที่บ้าน (ได้แก่ ออกกำลังกายแบบผ่อนคลายด้วยการหายใจด้วยกระบังลม นวดกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์ (masseter) และกล้ามเนื้อขมับ (temporalis) ด้วย

ตนเอง ประคบร้อน และยืดกล้ามเนื้อ) พบว่าการให้ความรู้ร่วมกับกายภาพบำบัดที่บ้านประสบความสำเร็จในการรักษาร้อยละ 77 มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 57) ระยะอ้าปากโดยไม่มีอาการเจ็บปวดในกลุ่มที่ได้รับความรู้ร่วมกับกายภาพบำบัดที่บ้านมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สรุปว่าการทำกายภาพบำบัดที่บ้านให้ผลทางคลินิกดีกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวเล็กน้อย (69)

การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์เลือกใช้เมื่อการสบฟัน และ/หรือ การทำนอกหน้าที่เป็นสาเหตุของทีเอ็มดี (9) การศึกษาการใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์รักษาผู้ป่วยทีเอ็มดีที่มีความผิดปกติที่ข้อต่อขากรรไกรพบว่าประสบความสำเร็จร้อยละ 83 โดยทำให้เปลี่ยนแปลงตำแหน่งคอนดอยล์ของผู้ป่วย (ร้อยละ 92) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 50) และผู้ป่วยที่มีตำแหน่งคอนดอยล์เปลี่ยนแปลงมักมีอาการดีขึ้นมากกว่า (70) อีกการศึกษาหนึ่งพบว่าเครื่องมือออร์โธพิดิกส์ทำให้ผู้ป่วยทีเอ็มดีที่มีอาการจากข้อต่อขากรรไกรมีอาการโดยรวมดีขึ้นร้อยละ 83 มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 50) โดยความรุนแรงของอาการปวดข้อต่อขากรรไกรลดลงทั้งขณะพักและขณะเคลื่อนไหวขากรรไกร (71) และเครื่องมือออร์โธพิดิกส์ยังมีประสิทธิภาพต่อการรักษาทีเอ็มดีที่มีความผิดปกติที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยวเช่นกัน การศึกษาพบว่าทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 83-97 มีอาการดีขึ้น ลดความเจ็บปวดขณะพัก ขณะใช้ขากรรไกร (72, 73) ลดจุดกดเจ็บในกล้ามเนื้อ (73) และอาการปวดศีรษะดีขึ้น (74)

การรักษาด้านบดเคี้ยวใช้เมื่อการสบฟันเป็นสาเหตุของทีเอ็มดี (9) การปรับการสบฟันให้เกิดแนวหน้าฟันหน้า และลดระยะเวลาการสบแยกออก (disclusion time) ให้น้อยกว่า 0.4 วินาที ทำให้กล้ามเนื้อแมสซีเตอร์ และกล้ามเนื้อขมับทำงานลดลงขณะเยื้องขากรรไกร ซึ่งถ้ากล้ามเนื้อทำงานมากเกินไปจะทำให้ของเสียคั่งในกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อขาดเลือด และเกิดอาการทีเอ็มดีได้ (75)

การผ่าตัดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพต่อความผิดปกติของข้อต่อบางชนิด โดยทั่วไปแล้วการรักษาทีเอ็มดีโดยการผ่าตัดมีข้อบ่งชี้เฉพาะเมื่อการรักษาแบบไม่ผ่าตัดอย่างสมเหตุสมผลแล้วล้มเหลว และกระทบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก และไม่ควรมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่เห็นทางภาพถ่ายรังสีมาเป็นแนวทางในการรักษา (2) การศึกษาผู้ป่วยจำนวน 123 คน ที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศฟินแลนด์ พบว่าอาการทีเอ็มดีที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยคืออาการปวดข้อต่อขากรรไกร และผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาแบบอนุรักษ์ได้ดี (ผู้ป่วยทุกรายได้รับการใส่ฝือกสบฟัน) มีเพียง 34 รายที่ต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการทีเอ็มดีรุนแรงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์เพียงอย่างเดียว และเมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาของการรักษาแบบอนุรักษ์และการผ่าตัดพบว่าการรักษาทั้งสองแบบมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (12)

การศึกษาพบว่าทักษะ และประสบการณ์ ของผู้รักษามีผลต่อการบรรเทาอาการของผู้ป่วยทีเอ็มดีที่ได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น (20) การรักษาผู้ป่วยทีเอ็มดีทันตแพทย์ทั่วไปควรตัดสินใจ

ว่าจะรับไว้รักษาเองหรือส่งต่อ (76) ทันตแพทย์ควรประเมินสถานะทางจิตสังคมของผู้ป่วยด้วยเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับจิตแพทย์ (40) นอกจากนี้มีการศึกษาที่สรุปสถานการณ์ที่ทันตแพทย์ควรส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาแก่นักกายภาพบำบัด ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการปวดคอที่สมควรแก่การรักษา ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะที่มีสาเหตุมาจากคอ ผู้ป่วยมีลักษณะการวางศีรษะมาข้างหน้าปานกลางถึงรุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการที่เฝ้าติดตามเพิ่มขึ้นจากการวางท่าทางผิดปกติ ผู้ป่วยมีความต้องการเปลี่ยนแปลงท่านอน ผู้ป่วยยังมีอาการดีขึ้นไม่เพียงพอหลังจากการรักษาเริ่มแรกโดยยังไม่ได้รับการรักษากายภาพบำบัด และผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดข้อต่อขากรรไกร (23)

พฤติกรรมการรักษาผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ของทันตแพทย์

การศึกษาในกลุ่มทันตแพทย์ในสหรัฐอเมริกาโดยส่งแบบสอบถามทางจดหมาย มีทันตแพทย์ส่งแบบสอบถามกลับจำนวน 930 คน พบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 64.9 รักษาผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามร้อยละ 54.6 ส่งต่อผู้ป่วยที่เฝ้าติดตาม จึงกล่าวได้ว่าทันตแพทย์เลือกรักษาผู้ป่วยและเลือกส่งต่อผู้ป่วยบางราย โดยทันตแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยต่ำ และทันตแพทย์ที่ไม่รักษาผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยสูง การรักษาที่ทันตแพทย์ใช้มักเป็นการรักษาแบบอนุรักษ์และไม่ยุ่งยาก (29) ทันตแพทย์ที่รักษาที่เฝ้าติดตามส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์ทั่วไปถึงร้อยละ 75.9 ถึง 86.4 (21, 22) เป็นเพศชายร้อยละ 76.5 อายุเฉลี่ย 50.5 ปี อายุการทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 85.2 ทันตแพทย์ร้อยละ 85.2 พบผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามมากกว่า 30 คนต่อเดือน และทันตแพทย์รักษาผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามเฉลี่ยเดือนละ 3 คน (22)

การรักษาที่ทันตแพทย์เลือกใช้รักษาผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา การปรับการสบฟัน และกายภาพบำบัด (1, 22) การรักษาที่ทันตแพทย์ใช้มากที่สุดคือใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ (21-23) ร้อยละ 68 ถึง 97.6 (21, 22) โดยทันตแพทย์เลือกใช้เพื่อทดสอบชนิดอะคริลิกแข็งที่สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายร้อยละ 60.1 เพื่อทดสอบชนิดนิ่มที่สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ร้อยละ 13.3 เพื่อทดสอบชนิดนิ่มที่ซื้อได้ที่ร้านขายยา ร้อยละ 2.5 เพื่อทดสอบชนิดที่ทำให้ขากรรไกรล่างมีตำแหน่งมาข้างหน้า (anterior repositioning splints) ร้อยละ 4 และเพื่อทดสอบชนิด nociceptive trigeminal inhibition splints ร้อยละ 7.5 (22)

เมื่อพิจารณาการเลือกการรักษาที่เฝ้าติดตามกับอายุทันตแพทย์พบว่าทันตแพทย์ที่อายุน้อยกว่า 50 ปี ใช้เพื่อทดสอบฟันร้อยละ 100 ใกล้เคียงกับทันตแพทย์อายุมากกว่า 50 ปี ที่เลือกใช้เพื่อทดสอบฟันร้อยละ 96.6 สำหรับการปรับสบฟันพบว่าทันตแพทย์ที่อายุน้อยกว่า 50 ปี ใช้การปรับสบฟันร้อยละ 59.9 น้อยกว่าทันตแพทย์ที่อายุมากกว่า 50 ปี ที่ใช้การปรับสบฟันร้อยละ 67.1 การใช้ยา การแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกันในอายุของทันตแพทย์ (22) ซึ่งสอดคล้องกับอีกการศึกษาหนึ่งที่ศึกษาผลของจำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาของทันตแพทย์ต่อการเลือกการรักษาที่เฝ้าติดตาม พบว่าทันต

แพทย์เลือกใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ไม่แตกต่างกัน แต่ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษามานานกว่ารักษาที่เอเอ็มดีโดยการกรอปรับสบฟันมากกว่า (77) เมื่อพิจารณาการเลือกการรักษาที่เอเอ็มดีระหว่างทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติ คือ ทันตแพทย์ทั่วไปเลือกใช้เฟือกสบฟัน การกรอปรับการสบฟัน (occlusal equilibration) การบูรณะฟันพุททางทันตกรรมประดิษฐ์ (prosthodontic reconstruction) มากกว่าทันตแพทย์เฉพาะทาง และทันตแพทย์เฉพาะทางรักษาที่เอเอ็มดีด้วยกายภาพบำบัด การจัดฟัน มากกว่าทันตแพทย์ทั่วไป สำหรับการรักษาที่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ได้แก่ การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การประคบ การใช้ยา การแนะนำให้ปรับเปลี่ยนอาหาร การรักษาทางจิตวิทยา และการรักษาอื่น ๆ (21)

การศึกษาในประเทศไทยของ จิตตวดี บุญธรรม และคณะ ที่ศึกษาการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบบดเคี้ยวโดยทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าทันตแพทย์ทุกคนพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว โดยมีอาการและ/หรืออาการแสดงอย่างน้อยหนึ่งอาการ ทันตแพทย์ร้อยละ 68.7 ถึง 91.1 พบผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวกับที่เอเอ็มดี ได้แก่ อาการปวดข้อต่อขากรรไกรขณะสบฟัน เคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก อ้าปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณหน้าหู ปวดศีรษะใบหน้า ขมับขณะสบฟันเคี้ยวอาหาร หรืออ้าปาก อ้าปากได้น้อยลงกว่าเดิม เมื่อยบบริเวณใบหน้าขณะตื่นนอนหรือเคี้ยวอาหาร สำหรับการตรวจระบบบดเคี้ยวพบว่าทันตแพทย์มากกว่าร้อยละ 90 ตรวจการสึกของฟันและวัสดุบูรณะ ตรวจกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ตรวจเสียงที่ข้อต่อขากรรไกรขณะเคลื่อนไหวขากรรไกร ทันตแพทย์ร้อยละ 74.2 ตรวจการสบฟันในตำแหน่งในศูนย์และนอกศูนย์ เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย ทันตแพทย์เลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีที่หลากหลายตามอาการต่าง ๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำการปรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง ให้ยาแก้ปวด หรือยาคลายกล้ามเนื้อ แนะนำการประคบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็น การปรับสบฟัน การใส่เฟือกสบฟัน และอื่น ๆ (ได้แก่การทำอัลตราซาวด์) และมีทันตแพทย์ร้อยละ 23.4 ที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังทันตแพทย์สาขาอื่น มีจำนวนน้อยที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์และนักกายภาพบำบัด (28)

2.3 ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

สถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทยแบ่งระดับการให้บริการเป็น 3 ระดับ คือ **สถานบริการระดับปฐมภูมิ** ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ที่ยกระดับขึ้นมาจากสถานีอนามัย (78)) ศูนย์เทศบาลศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการงานส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูสุขภาพป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) **สถานบริการระดับทุติยภูมิ**เป็นสถานบริการที่มีขนาดใหญ่กว่าสถานบริการระดับปฐมภูมิมิเพียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD)

แบ่งเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิระดับต้นซึ่งรักษาโรคพื้นฐานทั่วไปไม่ซับซ้อนมากนัก ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก **สถานบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง**ให้การรักษาพยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ได้แก่ สาขาสุนัขศาสตร์ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ออร์โธพีดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ มักเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ **สถานบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง**ซึ่งขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ใช้แพทย์เฉพาะทางสาขารองเพิ่ม เช่น จักษุวิทยา โสต นาสิกกลาติงซ์ รังสีวิทยา จิตเวชศาสตร์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เวชบำบัดวิกฤต ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ **สถานบริการระดับตติยภูมิ**สถานบริการระดับนี้จะมีการรักษาพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาค่อยอด (Sub-specialty) เช่น สาขาค่อยอดอายุรศาสตร์ สาขาค่อยอดศัลยศาสตร์ สาขาค่อยอดกุมารเวช เป็นต้น สถานบริการเหล่านี้ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป บางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง **สถานบริการตติยภูมิระดับสูง**ทำหน้าที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิ และเป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น (79)

จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีจำนวนสถานบริการที่มีเตียงผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งประเทศ จำนวน 1,348 แห่ง จำแนกเป็นภาครัฐ 1,027 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76 (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 912 แห่ง) ภาคเอกชน 321 แห่ง (ร้อยละ 24) เขตจังหวัดภาคกลาง 21 จังหวัด มีสถานบริการที่มีเตียงรองรับผู้ป่วยทั้งหมด 297 แห่ง โดยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 185 แห่ง ในจำนวนนี้มีโรงพยาบาลรวม 172 แห่ง โดยแบ่งเป็น โรงพยาบาลชุมชน 140 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 6 แห่ง (25)

การกระจายของทันตแพทย์ในแต่ละพื้นที่

จากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 ของสำนักทันตสาธารณสุข พบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 48.5 อยู่ในภาครัฐ สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรระหว่าง พ.ศ. 2547-2553 มีแนวโน้มดีขึ้น โดยทั้งประเทศมีสัดส่วน 1:5,788 โดยสัดส่วนในกรุงเทพมหานคร เป็น 1:1,076 ในขณะที่ส่วนภูมิภาคเป็น 1:10,151 และมีโรงพยาบาล 3 แห่ง ไม่มีทันตแพทย์ประจำ (ได้แก่ รพ. เกาะกูด จังหวัดตราด รพ.ท่าอุเทน จังหวัดนครพนม และ รพ.นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี) (80) รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขปี พ.ศ. 2554 พบว่าทันตแพทย์ภาครัฐทั้งประเทศมีทั้งหมด 5,037 คน อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4,026 คน (ร้อยละ 79.92) โดยอยู่ในภาคกลาง 1,084 คน (ร้อยละ 26.92) ภาคตะวันออก 190 คน (ร้อยละ 4.72) ภาคเหนือ 897 คน (ร้อยละ 22.28) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1,169 คน (ร้อยละ 29.04) และภาคใต้ 686 คน (ร้อยละ 17.04) เมื่อพิจารณาสัดส่วนทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากรแล้วพบว่าภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วน 1:18,634 ภาคกลางมีสัดส่วน 1:12,264 ภาคเหนือมีสัดส่วน 1:13,408 ภาคใต้มีสัดส่วน 1:13,021 และภาคตะวันออกมีสัดส่วน 1: 14,193 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์งานเกี่ยวกับทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ (25) จะเห็นได้ว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรต่ำที่สุด สำหรับการจัดการปัญหาทันตสาธารณสุขเน้นไปที่การจัดการปัญหาฟันผุ ฟันแท้ตก กระ และโรคปริทันต์ซึ่งเป็นปัญหาหลักในปัจจุบัน (80)

สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม

สำหรับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในปัจจุบัน แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ สิทธิเบิกได้ สิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรทอง ในกรณี**สิทธิเบิกได้**สามารถเบิกค่าใช้จ่ายการอุดฟันถอนฟัน ผ่าฟันคุด การผ่าตัดอื่น ๆ เกี่ยวกับช่องปาก และขากรรไกร การรักษาโรคปริทันต์ การรักษารากฟัน การแก้ไข การสบฟันที่ผิดปกติ การเคลือบฟลูออไรด์ทั้งปาก การใส่ฟันปลอม การฟอกสีฟันที่ตายแล้ว ฟันเทียม พลาสติกถอดได้ เดือยฟัน และครอบฟัน การใส่เครื่องมือปิดช่องเพดานโหว่ โดยต้องใช้บริการในสถานบริการของรัฐเท่านั้น (81) **สิทธิประกันสังคม**เบิกค่าใช้จ่ายการอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟัน จากได้สำนักงานประกันสังคมครั้งละ 300 บาท จำนวน 2 ครั้งต่อปี สำหรับการใส่ฟันเทียมถอดได้ ฐานพลาสติกสามารถเบิกได้ภายในระยะเวลา 5 ปี นับจากที่ใส่ฟันเทียมนั้น (โดยฟันเทียมบางส่วน 1-5 ซี่ เบิกได้ 1,300 บาทกรณีมากกว่า 5 ซี่ เบิกได้ 1,500 บาท ถ้าเป็นฟันเทียมทั้งปากขึ้นบนหรือเบิกได้ 2,400 บาท ถ้าเป็นฟันเทียมทั้งปากขึ้นบนและล่างเบิกได้ 4,400 บาท) โดยนำใบเสร็จจากสถานบริการของรัฐหรือเอกชน แนบกับเอกสารจากทันตแพทย์ไปเบิกคืนที่สำนักงานประกันสังคม ภายใน 1 ปี นับจากวันที่ระบุไว้ในใบเสร็จ (82) **สิทธิบัตรทอง**สามารถรับรักษาอุดฟัน รักษาโรคปริทันต์ ถอนฟัน ผ่าฟันคุดผ่าตัดอื่น ๆ เกี่ยวกับช่องปากและขากรรไกร เคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุไม่เกิน 15 ปี รักษารากฟันน้ำนม การใส่เครื่องมือปิดช่องเพดานโหว่ ใส่ฟันเทียมพลาสติกแบบถอดได้ ระยะเวลา 5 ปี/ขึ้น ณ โรงพยาบาลของรัฐที่ระบุในบัตรทองได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ (81) โดยสรุปแล้วสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่ครอบคลุมการรักษาที่เอื้อมี ได้แก่ สิทธิเบิกได้และสิทธิบัตรทองที่ครอบคลุมค่ายา และสิทธิเบิกได้ยังเบิกค่าใช้จ่ายการแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติได้ แต่สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมไม่ครอบคลุมการใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ทุกสิทธิการรักษา ผู้ป่วยจึงต้องชำระค่าใช้จ่ายเอง

2.4 พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของคนไทย

การศึกษาของเพ็ญแข ลากยั้ง และวีระศักดิ์ พุทธาศรี ที่สำรวจการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ในทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทยในช่วงปี พ.ศ. 2554 เปรียบเทียบกับการสำรวจครั้งก่อนในปี พ.ศ. 2550 และ 2546 พบว่าคนไทยใช้บริการสุขภาพช่องปากมากกว่าปี พ.ศ. 2550 แต่น้อยกว่าปี พ.ศ. 2546 เมื่อพิจารณาอัตราการใช้บริการ พบว่าเพศหญิง (ร้อยละ 10.4) มี

อัตราการใช้บริการมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 8.1) ประชาชนในกรุงเทพมหานครใช้บริการมากที่สุด (ร้อยละ 14.4) โดยเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในการสำรวจแต่ละครั้ง รองลงมาคือประชาชนในเขตภาคเหนือ (ร้อยละ 9.8) ภาคใต้ (ร้อยละ 8.7) ภาคกลาง (ร้อยละ 8.4) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้บริการน้อยที่สุด (ร้อยละ 8.3) และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาสถานพยาบาลพบว่า ประชาชนใช้สถานบริการภาครัฐร้อยละ 54.7 (ปี 2546 และ 2550 ร้อยละ 59.8 และ 58.2 ตามลำดับ) สถานพยาบาลเอกชนร้อยละ 37.7 (ปี 2546 และ 2550 ร้อยละ 31.6 และ 35.6 ตามลำดับ) ส่วนที่เหลือใช้บริการที่โรงเรียน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หน่วยเคลื่อนที่ หมอชาวบ้าน หมอหมอเตอร์ไซด์/ปิกอัพ และอื่น ๆ รวมร้อยละ 7.5 (ปี 2546 และ 2550 ร้อยละ 8.5 และ 6.2 ตามลำดับ) สถานพยาบาลี่อันดับแรกที่ประชาชนนิยมใช้บริการ คือ คลินิกเอกชน (ร้อยละ 32.7) โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 21.4) โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 15.6) และสถานีนอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตบุคลากรบริการ (ร้อยละ 11.1) ต่างจากการสำรวจ 2 ครั้งแรกที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 33.7 ปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 34.0) รองลงมาเป็นคลินิกเอกชน (ปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 26.2 ปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 30.8) โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป (ปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 9.1 ปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 10.5) สถานีนอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตบุคลากรบริการ (ปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 9.3 ปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 8.3) ชนิดบริการทางทันตกรรมที่มีผู้ใช้บริการมากที่สุด 3 อันดับคือ ถอนฟัน (ร้อยละ 35.1) อุดฟัน (ร้อยละ 25.8) ขูดหินน้ำลาย ขัดฟัน รักษาโรคปริทันต์ (ร้อยละ 24.3) เมื่อพิจารณากลุ่มสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมพบว่ากลุ่มสิทธิประโยชน์สังคมใช้บริการมากที่สุดทั้ง 3 ปี (ร้อยละ 16.4, 15.2, 14.3 ตามลำดับ) รองลงมาคือกลุ่มสิทธิเบิกได้ (ร้อยละ 11.9, 10.0, 13.3 ตามลำดับ) สุดท้ายคือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 9.2, 7.6, 8.1 ตามลำดับ) สาเหตุของการไม่ใช้สิทธิประกันสุขภาพที่มี 5 อันดับแรกเนื่องจาก ช้ำ รอนาน (ร้อยละ 40.6) สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม (ร้อยละ 23.2) ไม่สะดวกกับเวลาทำการของสถานบริการที่มีสิทธิ (ร้อยละ 12.5) เจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 3.6) และเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ร้อยละ 3.0) ตามลำดับ (24) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มใช้บริการทันตกรรมภาครัฐน้อยลง การรักษานี้อาจเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงระบบบริการทันตกรรมของสถานบริการภาครัฐ ทำให้ประชาชนกลับมาใช้บริการภาครัฐมากขึ้น การศึกษานี้ไม่ได้ระบุข้อมูลการรับบริการสุขภาพช่องปากเนื่องจากที่เอมดี จึงยังขาดแคลนข้อมูลการใช้บริการที่เอมดีของคนไทย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

3.2 ประชากร

ทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลางที่ปฏิบัติงานในช่วงปี พ.ศ. 2557 (ข้อมูลเดือนกรกฎาคม-กันยายน) จำนวน 969 คน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 ลักษณะของเครื่องมือ

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจัดการผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ (ทีเอ็มดี)

ส่วนที่ 3 รายละเอียดการจัดการผู้ป่วยผู้ป่วยทีเอ็มดีตามเกณฑ์วินิจฉัยแยกประเภท (TMD diagnosis subcategories)

3.3.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. กำหนดสิ่งที่ต้องการวัด เก็บข้อมูลของการเลือกการจัดการผู้ป่วยทีเอ็มดี และทีเอ็มดีแต่ละประเภท (5 ประเภท) ได้แก่ ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้ และภาวะกระดูกข้อต่อขากรรไกรอักเสบ ตามการวินิจฉัยทีเอ็มดีที่เสนอโดย Okeson (2013) (9) รวมถึงทีเอ็มดีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร และเลือกการจัดการทีเอ็มดีจากผลการศึกษาการรักษาที่ทันตแพทย์เลือกใช้ คือ การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา การปรับการสบฟัน และกายภาพบำบัด (1, 22) และเพิ่มการจัดการอื่น ๆ เพื่อให้ทันตแพทย์ได้ตอบเพิ่มเติมตามต้องการ และคำถามเกี่ยวกับการส่งต่อ เหตุผลการส่งต่อ และสถานที่ที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยทีเอ็มดี

2. ค้นหาข้อมูล ศึกษารายละเอียดข้อมูลจากเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทีเอ็มดีของทันตแพทย์ ตลอดจนขอคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

3. กำหนดรูปแบบของแบบสอบถาม

แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการที่เอเอ็มดีแบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นการจัดการที่เอเอ็มดีในภาพรวมมีคำตอบให้เลือกการจัดการ 5 ประเภท ได้แก่ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา ภายภาพบำบัด การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ และการปรับการสบฟัน โดยมีรายละเอียดย่อยของการจัดการแต่ละชนิดให้เลือก รวมถึงมีข้อเพิ่มเติมอื่น ๆ เพื่อให้ทันตแพทย์ตอบเพิ่มเติม สอบถามเกี่ยวกับการติดตามการรักษา และการส่งต่อผู้ป่วย ตอนที่ 2 การเลือกการจัดการที่เอเอ็มดีตามการวินิจฉัยที่เอเอ็มดี ซึ่งมีคำตอบให้เลือกการจัดการ 5 ประเภท และมีข้ออื่น ๆ ให้ทันตแพทย์ตอบเพิ่มเติม เช่นเดียวกับตอนที่ 1

3.3.3 การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรง (validity)

นำแนวทางคำถามในแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยอาจารย์ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยวจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบแก้ไข ใช้เกณฑ์ที่อาจารย์เห็นด้วย 2 ท่านขึ้นไปถือว่ายอมรับได้ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของอาจารย์

ความน่าเชื่อถือ (reliability)

นำแนวทางแบบสอบถามมาทดลองใช้กับทันตแพทย์ที่กำลังศึกษาระดับหลังปริญญาที่คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 20 คน และทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยให้ทันตแพทย์ดังกล่าวทำแบบสอบถามซ้ำในระยะเวลาห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ และหาค่าร้อยละที่ทันตแพทย์ดังกล่าวตอบแบบสอบถามซ้ำคำตอบเดิม โดยใช้เกณฑ์ตอบซ้ำเกินร้อยละ 80 ถือว่ายอมรับได้ แต่เนื่องจากมีทันตแพทย์ในกลุ่มประชากรตอบแบบสอบถามกลับซ้ำ 10 คน จึงนำแบบสอบถามนี้มาคำนวณค่าความน่าเชื่อถือ

ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วปรึกษาอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วจึงนำไปใช้สอบถามกลุ่มประชากร

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมรายชื่อทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลางที่ปฏิบัติงานในช่วงปี พ.ศ. 2557 (ข้อมูลเดือนกรกฎาคม-กันยายน) โดยติดต่อขอรายชื่อทันตแพทย์ดังกล่าวจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัดในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2557

เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังหน่วยงานที่ทันตแพทย์ปฏิบัติงาน โดยเจ้าหน้าที่ของระบุถึงทันตแพทย์แต่ละท่าน แบบสอบถามถูกทำเป็นจดหมายธุรกิจตอบรับ ทำให้

ทันตแพทย์สามารถส่งกลับได้สะดวก โดยกำหนดให้ส่งกลับภายใน 2 สัปดาห์ หากไม่ได้รับการตอบแบบสอบถามกลับ จะส่งแบบสอบถามครั้งที่ 2 และกำหนดให้ส่งกลับภายใน 2 สัปดาห์ หากไม่ได้รับคืนอีกครั้งจะส่งไปรษณียบัตรเตือนให้ส่งแบบสอบถามกลับโดยกำหนดให้ตอบแบบสอบถามภายใน 2 สัปดาห์

แบบสอบถามจะมีหมายเลขชุดที่จับคู่กับรายชื่อทันตแพทย์ เพื่อตรวจสอบว่าทันตแพทย์ท่านใดตอบแบบสอบถามกลับบ้าง เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งแบบสอบถามครั้งต่อ ๆ ไปซ้ำซ้อน เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลจะทำลายรายชื่อทันตแพทย์นั้น

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนการจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยเทมโพโรแมนดิบิวลาร์ติสออเดอรั ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS (version 17.0) สำหรับ Windows

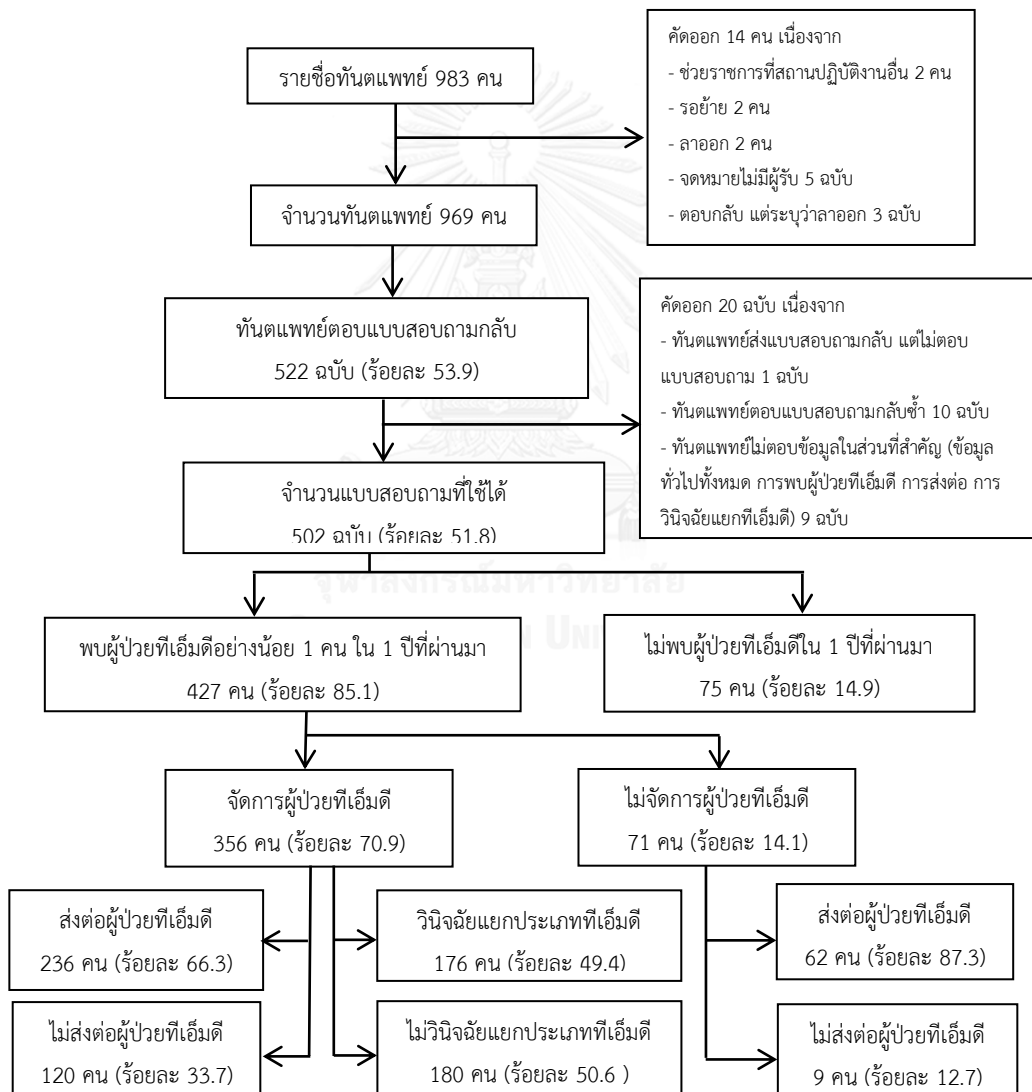
3.6 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวិชาลัยในมนุษย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เข้าร่วมการศึกษาจะได้รับทราบการทำการศึกษารายละเอียดในจดหมายที่แนบไปกับแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมการศึกษาเป็นไปโดยสมัครใจ โดยการส่งแบบสอบถามกลับเป็นการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมทำการศึกษาเป็นความลับ และจะเผยแพร่เฉพาะในรูปแบบที่เป็นผลสรุปงานวิจัย

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 ข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามถูกตอบกลับทั้งหมด 522 ฉบับ จาก 969 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 53.9 โดยตอบกลับรอบแรก 272 ฉบับ (ร้อยละ 28.1) รอบที่สอง 136 ฉบับ (ร้อยละ 14.0) และรอบที่สาม 114 ฉบับ (ร้อยละ 11.8) ในจำนวนนี้เป็นแบบสอบถามที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้ 502 ฉบับ (ร้อยละ 51.8) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 จำนวนและร้อยละของทันตแพทย์ และการจัดการผู้ป่วยที่เอมตีของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย 109 คน (ร้อยละ 21.7) เพศหญิง 393 คน (ร้อยละ 78.3) อายุตั้งแต่ 23 - 59 ปี อายุเฉลี่ย 34.7 (± 8.0) ปี (ตารางที่ 1) จบทันตแพทยศาสตรบัณฑิตระหว่าง พ.ศ. 2522 ถึง พ.ศ. 2557

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอายุของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
23-30 ปี	168	33.5
31-40 ปี	227	45.2
41-50 ปี	80	15.9
51-60 ปี	26	5.2
ไม่ระบุ	1	0.2
รวม	502	100.0

ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 19 คน (ร้อยละ 3.8) โรงพยาบาลศูนย์ 38 คน (ร้อยละ 7.6) โรงพยาบาลทั่วไป 137 คน (ร้อยละ 27.3) โรงพยาบาลชุมชน 304 คน (ร้อยละ 60.6) และอื่น ๆ 4 คน (ร้อยละ 0.8) เป็นทันตแพทย์ทั่วไป 207 คน (ร้อยละ 41.2) ทันตแพทย์เฉพาะทาง 292 คน (ร้อยละ 58.2) ไม่ระบุ 3 คน (ร้อยละ 0.6) โดยมีการกระจายของทันตแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุข ดังตารางที่ 2

ผู้ตอบแบบสอบถาม 281 คน (ร้อยละ 56.0) ปฏิบัติงานทันตกรรมเฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่ ทันตแพทย์ 195 คน (ร้อยละ 38.8) ปฏิบัติงานทันตกรรมทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ และทันตแพทย์ 26 คน (ร้อยละ 5.2) ไม่สามารถระบุได้ หรือไม่ได้ปฏิบัติงานทันตกรรม เมื่อพิจารณาตามสาขาที่ทันตแพทย์สำเร็จการศึกษา และสาขาที่ทันตแพทย์ปฏิบัติงานเป็นส่วนใหญ่ พบว่าทันตแพทย์ 331 คน (ร้อยละ 65.9) ปฏิบัติงานทันตกรรมสาขาที่สำเร็จการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ทันตแพทย์ 148 คน (ร้อยละ 29.1) ไม่ปฏิบัติงานทันตกรรมตามสาขาที่สำเร็จการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ และทันตแพทย์ 23 คน (ร้อยละ 4.6) ไม่สามารถระบุได้ หรือไม่ปฏิบัติงานทันตกรรม ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อพิจารณากลุ่มทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานทันตกรรมไม่ตรงสาขาที่สำเร็จการศึกษาพบว่า ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ปฏิบัติงานทันตกรรมเฉพาะทาง 74 คน (ร้อยละ 14.7) ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาเฉพาะทาง แต่ปฏิบัติงานทันตกรรมทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ 54 คน (ร้อยละ 10.8) และทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาเฉพาะทางแต่ปฏิบัติงานไม่ตรงสาขาที่สำเร็จการศึกษา 20 คน (ร้อยละ 4.0) จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่างานทันตกรรมทุกสาขามีทันตแพทย์สาขา

อื่นปฏิบัติงานทุกสาขา ยกเว้นสาขาวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปากซึ่งมีสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวเป็น
หนึ่งในสาขานั้น และทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในสาขาวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปากมัก
ปฏิบัติงานทันตกรรมสาขาอื่น

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสาขา และสถานที่ปฏิบัติงานหลักของทันตแพทย์ที่ตอบ
แบบสอบถาม

สาขา	จำนวน (ร้อยละ)	สถานที่ปฏิบัติงานหลัก				
		สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	สถาน ปฏิบัติงาน อื่น ๆ***
1. ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	207 (41.2)	12 (5.8)	8 (3.9)	57 (27.5)	127 (61.4)	3 (1.5)
2. ศัลยศาสตร์ช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล	65 (12.9)	1 (1.5)	8 (12.3)	19 (29.2)	37 (56.9)	0 (0.0)
3. ปรีทันตวิทยา	23 (4.6)	1 (4.3)	2 (8.7)	7 (30.4)	13 (56.5)	0 (0.0)
4. ทันตกรรมสำหรับเด็ก	28 (5.6)	0 (0.0)	3 (10.7)	8 (28.6)	17 (60.7)	0 (0.0)
5. ทันตกรรมจัดฟัน	12 (2.4)	0 (0.0)	2 (16.7)	6 (50.0)	4 (33.3)	0 (0.0)
6. ทันตกรรมประดิษฐ์	59 (11.8)	0 (0.0)	4 (6.8)	16 (27.1)	39 (66.1)	0 (0.0)
7. สาธารณสุขศาสตร์*	33 (6.6)	5 (15.2)	1 (3.0)	5 (15.2)	21 (63.6)	1 (3.0)
8. วิทยาเอนโดดอนต์	22 (4.4)	0 (0.0)	3 (13.6)	10 (45.5)	9 (40.9)	0 (0.0)
9. ทันตกรรมหัตถการ	13 (2.6)	0 (0.0)	2 (15.4)	2 (15.4)	9 (69.2)	0 (0.0)
10. เวชศาสตร์ช่องปาก	5 (1.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	0 (0.0)	3 (60.0)	0 (0.0)
11. ทันตกรรมบดเคี้ยว	2 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)
12. ทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง	29 (5.8)	0 (0.0)	3 (10.3)	5 (17.2)	21 (72.4)	0 (0.0)
13. สาขาอื่น ๆ**	4 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (50.0)	2 (50.0)	0 (0.0)
รวม	502 (100.0)	19 (3.8)	38 (7.6)	137 (27.3)	304 (60.6)	4 (0.8)

*สาธารณสุขศาสตร์ หมายถึง สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ทันตกรรมป้องกัน เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการ
วิจัยทางทันตแพทย์

**สาขาอื่น ๆ ได้แก่ ทันตกรรมประดิษฐ์และวิทยาเอนโดดอนต์ 1 คน และ ไม่ระบุสาขา 3 คน

***สถานที่ปฏิบัติงานอื่น ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ศูนย์อนามัย (กรมอนามัย) และโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสาขา และงานที่นิตกรรมเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานมากที่สุดของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถาม

งานที่สำเร็จ การศึกษา	ทันตกรรม ทั่วไป	ทันตกรรม สำหรับเด็ก	ทันตกรรม จัดฟัน	ทันตกรรม ประดิษฐ์	สาธารณสุข ศาสตร์	วิทยา เอนโดดอนต์	ทันตกรรม ทันตกรรม	วิทยาการ วินิจฉัยโรค ช่องปาก***	อื่น ๆ****
1. ทันตแพทย์ศาสตร์บัณฑิต (207)	124 (59.9)	2 (1.0)	0 (0.0)	22 (10.6)	5 (2.4)	11 (5.3)	13 (6.3)	0 (0.0)	9 (4.4)
2. ศัลยศาสตร์ช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล	13 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.1)
3. บริทันตวิทยา (23)	3 (13.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ทันตกรรมสำหรับเด็ก (28)	2 (7.1)	24 (85.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (7.1)
5. ทันตกรรมจัดฟัน (12)	2 (16.7)	0 (0.0)	10 (83.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. ทันตกรรมประดิษฐ์ (59)	12 (20.3)	0 (0.0)	1 (1.7)	42 (71.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.8)
7. สาธารณสุขศาสตร์ (33)*	7 (21.2)	1 (3.0)	0 (0.0)	4 (12.1)	9 (27.3)	4 (12.1)	1 (3.0)	0 (0.0)	1 (3.0)
8. วิทยาเอนโดดอนต์ (22)	6 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (68.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (4.5)
9. ทันตกรรมทันตกรรม (13)	6 (46.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (46.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. เวชศาสตร์ช่องปาก (5)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	1 (20.0)
11. ทันตกรรมบดเคี้ยว (2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
12. ทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง (29)	17 (58.6)	1 (3.4)	0 (0.0)	3 (10.3)	0 (0.0)	2 (6.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (10.3)
13. สาขาอื่น ๆ (4)**	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)***	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
รวม (502)	195 (38.8)	28 (5.6)	11 (2.2)	73 (14.5)	14 (2.8)	33 (6.6)	21 (4.2)	2 (0.4)	26 (5.2)

หมายเหตุ: บริเวณที่แรเงา หมายถึง จำนวนและร้อยละของงานทันตกรรมเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานมากที่สุดที่ตรงตามสาขาที่สำเร็จการศึกษาของทันตแพทย์

*สาขารัฐศาสตร์ หมายถึง สาขาสาขารัฐศาสตร์ ทันตกรรมป้องกัน เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข และการวิจัยทางทันตแพทย์

**สาขาอื่น ๆ ได้แก่ ทันตกรรมประดิษฐ์ และวิทยาเอนโดดอนต์ (1 คน) และ ไม่ระบุสาขา (3 คน)

*** วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก ได้แก่ สาขาเวชศาสตร์ช่องปาก รังสีวิทยา ทันตพยาธิวิทยา และ ทันตกรรมบดเคี้ยว

**** ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาทันตกรรมประดิษฐ์ และวิทยาเอนโดดอนต์ ปฏิบัติงานทันตกรรมสาขาวิทยาเอนโดดอนต์มากที่สุด

***** 1 ได้แก่ ทันตแพทย์ 21 คน (ร้อยละ 4.2) ไม่สามารถระบุได้ (เนื่องจาก 18 คน ตอบสาขาทันตกรรมที่ปฏิบัติงานที่สุดมากกว่า 1 สาขา และ 3 คนไม่ระบุสาขาที่สำเร็จการศึกษา) ทันตแพทย์ทั่วไป 2 คน (ร้อยละ 0.4) ไม่ปฏิบัติงานทางทันตกรรม และทันตแพทย์ 3 คน ที่สำเร็จ

การศึกษาสาขาทันตกรรมขั้นสูง ตอบสาขาทันตกรรมที่ปฏิบัติงานที่สุดมากกว่า 1 สาขา

4.2 ประสบการณ์การพบผู้ป่วยที่เอมดี และการจัดการผู้ป่วยที่เอมดี

ทันตแพทย์ 427 คน (ร้อยละ 85.1) พบผู้ป่วยที่เอมดีอย่างน้อย 1 คนใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยทันตแพทย์ 283 คน (ร้อยละ 56.4) พบผู้ป่วยที่เอมดี 1-3 คน ทันตแพทย์ 106 คน (ร้อยละ 21.1) พบผู้ป่วยที่เอมดี 4-10 คน ทันตแพทย์ 38 คน (ร้อยละ 7.6) พบผู้ป่วยที่เอมดีมากกว่า 10 คน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละการพบผู้ป่วยที่เอมดีใน 1 ปีที่ผ่านมาของทันตแพทย์

จำนวนผู้ป่วยที่เอมดีที่พบใน 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
0 คน	75	14.9
1-3 คน	283	56.4
4-10 คน	106	21.1
มากกว่า 10 คน	38	7.6
รวม	502	100.0

ทันตแพทย์ที่พบผู้ป่วยที่เอมดีมากกว่า 10 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ 10 คน (ร้อยละ 26.3) โรงพยาบาลทั่วไป 19 คน (ร้อยละ 50.0) และโรงพยาบาลชุมชน 9 คน (ร้อยละ 23.7) เป็นทันตแพทย์สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล 18 คน (ร้อยละ 47.4) ทันตแพทย์ศาสตร์บัณฑิต 8 คน (ร้อยละ 21.1) สาธารณสุขศาสตร์ 3 คน (ร้อยละ 7.9) ทันตกรรมบดเคี้ยว 2 คน (ร้อยละ 5.3) ทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง 2 คน (ร้อยละ 5.3) และปริทันตวิทยา ทันตกรรมสำหรับเด็ก ทันตกรรมประดิษฐ์ วิทยาเอนโดดอนต์ เวชศาสตร์ช่องปาก สาขาละ 1 คน (ร้อยละ 13.2)

ในจำนวนทันตแพทย์ที่พบผู้ป่วยที่เอมดี 427 คนนี้ ให้การจัดการผู้ป่วยที่เอมดี 356 คน (ร้อยละ 70.9) ทันตแพทย์ไม่จัดการผู้ป่วยที่เอมดี 71 คน (ร้อยละ 14.1) (แผนภาพที่ 1) ในภาพรวมการจัดการที่ทันตแพทย์ใช้ คือ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย 354 คน (ร้อยละ 99.4) กายภาพบำบัด 339 คน (ร้อยละ 95.2) การฉายยา 328 คน (ร้อยละ 92.1) การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ 173 คน (ร้อยละ 48.6) และการรักษาฟันบดเคี้ยว 164 คน (ร้อยละ 46.1) ตามลำดับ และมีทันตแพทย์ 1 คน (ร้อยละ 0.3) ให้จัดการอื่น ๆ ได้แก่ การนำข้อต่อขากรรไกรกลับเข้าที่ (jaw reduction)

4.3 การวิเคราะห์การจัดการที่เอเอ็มตีตามตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัย

เมื่อพิจารณาการจัดการที่เอเอ็มตีจำแนกตามเพศแล้ว พบว่าทันตแพทย์ชายที่พบผู้ป่วยที่เอเอ็มตีจัดการผู้ป่วยที่เอเอ็มตีมากกว่าทันตแพทย์หญิง การเลือกวิธีการจัดการที่เอเอ็มตีทันตแพทย์ทั้งชาย และหญิงมีแนวโน้มใช้วิธีการรักษาที่เอเอ็มตีใกล้เคียงกัน ยกเว้นการรักษาด้านบดเคี้ยวที่ทันตแพทย์เพศชายมีแนวโน้มใช้การจัดการนี้มากกว่า (ตารางที่ 5) ทันตแพทย์ที่จัดการที่เอเอ็มตีโดยนำขากรรไกรกลับเข้าที่เป็นเพศชาย

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เอเอ็มตีของทันตแพทย์จำแนกตามเพศ

เพศ	พบผู้ป่วยที่เอเอ็มตีอย่างน้อย 1 คน	จัดการที่เอเอ็มตี	การจัดการที่เอเอ็มตี				
			การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย	การใส่ยา	กายภาพบำบัด	การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์	การรักษาด้านบดเคี้ยว
1. ชาย (109)	91 (83.5)	84 (77.1)	84 (100.0)	77 (91.7)	79 (94.0)	42 (50.0)	44 (52.4)
2. หญิง (393)	336 (85.5)	272 (69.2)	270 (99.3)	251 (92.3)	260 (95.6)	131 (48.2)	120 (44.1)
รวม (502)	427 (85.1)	356 (70.9)	354 (99.4)	328 (92.1)	339 (95.2)	173 (48.6)	164 (46.1)

เมื่อพิจารณาการจัดการที่เอเอ็มตีกับอายุของทันตแพทย์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มอายุ คือ อายุต่ำกว่า 32 ปี และอายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไป* พบว่าทันตแพทย์ที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มให้การจัดการผู้ป่วยที่เอเอ็มตีมากกว่าทันตแพทย์ที่อายุมากกว่า ทันตแพทย์ทั้ง 2 กลุ่มนี้เลือกใช้การจัดการโดยให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย และกายภาพบำบัดใกล้เคียงกัน แต่ทันตแพทย์ที่มีอายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไปมักใส่ยา และการรักษาด้านบดเคี้ยวมากกว่า ในขณะที่ทันตแพทย์ที่อายุน้อยกว่า 32 ปีให้การจัดการด้วยเครื่องมือออร์โธพิดิกส์มากกว่า (ตารางที่ 6) และทันตแพทย์ที่จัดการที่เอเอ็มตีโดยการนำข้อต่อขากรรไกรกลับเข้าที่มีอายุน้อยกว่า 32 ปี

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เอเอ็มตีของทันตแพทย์จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	พบผู้ป่วยที่เอเอ็มตีอย่างน้อย 1 คน	จัดการที่เอเอ็มตี	การจัดการที่เอเอ็มตี				
			การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย	การใส่ยา	กายภาพบำบัด	การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์	การรักษาด้านบดเคี้ยว
1. 23-31 (192)	167 (87.0)	146 (76.0)	146 (100.0)	126 (86.3)	140 (95.9)	77 (52.7)	54 (37.0)
2. 32-59 (309)	259 (83.8)	209 (67.6)	207 (99.0)	201 (96.2)	198 (94.7)	96 (45.9)	110 (52.6)
3. ไม่ระบุ (1)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
รวม (502)	427 (85.1)	356 (70.9)	354 (99.4)	328 (92.1)	339 (95.2)	173 (48.6)	164 (46.1)

*ผู้วิจัยพิจารณาเลือกอายุ 32 ปี เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถาม มีความถี่อายุ 32 มากที่สุด และเมื่อพิจารณาการศึกษาต่อ พบว่าทันตแพทย์ทั่วไป 143 คน (ร้อยละ 69.1) อายุน้อยกว่า 32 ปี ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาเฉพาะทาง 49 คน (ร้อยละ 16.8) อายุน้อยกว่า 32 ปี

เมื่อพิจารณาการรักษาที่เอเอ็มดีตามสถาบันที่สำเร็จการศึกษาพบว่าทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาแต่ละสถาบันให้การรักษาที่เอเอ็มดี ร้อยละ 58.3 ถึง ร้อยละ 76.8 ดังตารางที่ 7

การรักษาโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย และกายภาพบำบัด ใกล้เคียงกันทุกสถาบันการศึกษา แต่การรักษาโดยใช้ยา เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยวมีแนวโน้มหลากหลาย (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เอเอ็มดีของทันตแพทย์จำแนกตามสถาบันที่สำเร็จการศึกษา

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา	พบผู้ป่วยที่เอเอ็มดีอย่างน้อย 1 คน	จัดการที่เอเอ็มดี	การจัดการที่เอเอ็มดี				
			การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย	การใช้ยา	กายภาพบำบัด	การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์	การรักษาด้านบดเคี้ยว
1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (144)	120 (83.3)	99 (68.8)	99 (100.0)	90 (90.9)	93 (93.9)	56 (56.6)	53 (53.5)
2. มหาวิทยาลัยมหิดล (125)	109 (87.2)	96 (76.8)	94 (97.9)	90 (93.8)	95 (99.0)	41 (42.7)	38 (36.6)
3. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (80)	67 (83.8)	55 (68.8)	55 (100.0)	52 (94.5)	54 (98.2)	27 (49.1)	30 (54.5)
4. มหาวิทยาลัยขอนแก่น (35)	29 (82.9)	26 (74.3)	26 (100.0)	25 (96.2)	24 (92.3)	9 (34.6)	9 (34.6)
5. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (28)	26 (92.9)	19 (67.9)	19 (100.0)	15 (78.9)	16 (84.2)	8 (42.1)	9 (47.4)
6. มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ (12)	9 (75.0)	7 (58.3)	7 (100.0)	7 (100.0)	7 (100.0)	5 (71.4)	1 (14.3)
8. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (45)	41 (91.9)	31 (68.9)	31 (100.0)	27 (87.1)	30 (96.8)	20 (64.5)	16 (51.6)
9. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (32)	25 (78.1)	23 (71.9)	23 (100.0)	22 (95.7)	20 (87.0)	7 (30.4)	8 (34.8)
10. ไม่ระบุ (1)	1 (100.0)	0 (0.0)	-	-	-	-	-
รวม (502)	427 (85.1)	356 (70.9)	354 (99.4)	328 (92.1)	339 (95.2)	173 (48.6)	164 (46.1)

เมื่อพิจารณาการจัดการผู้ป่วยที่เอเอ็มดีของทันตแพทย์สาขาต่าง ๆ พบว่าทันตแพทย์สาขาต่าง ๆ ให้การจัดการผู้ป่วยใกล้เคียงกัน แต่ทันตแพทย์สาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก วิทยาเอนโดดอนต์ ทันตแพทย์ศาสตร์บัณฑิต ทันตกรรมหัตถการ และทันตกรรมประดิษฐ์ มีแนวโน้มให้การจัดการผู้ป่วยที่เอเอ็มดีน้อยกว่าทันตแพทย์สาขาอื่น ดังแสดงในตารางที่ 8

ทันตแพทย์ทุกสาขาให้การจัดการที่เอเอ็มดีโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา และกายภาพบำบัด ใกล้เคียงกัน ทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว และเวชศาสตร์ช่องปากให้การจัดการโดยการใส่เครื่องมือออร์โธพีดิกส์มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตแพทย์สาขาที่ให้การจัดการด้านบดเคี้ยวมากที่สุด ได้แก่ สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว รองลงมา ได้แก่ สาขาทันตกรรมจัดฟัน ทันตกรรมหัตถการ และปริทันตวิทยา ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 8 และทันตแพทย์ที่จัดการดีด้วยการนำขากรรไกรกลับเข้าที่เป็นทันตแพทย์สาขาศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของการจัดการผู้ป่วยที่เอดส์ของทันตแพทย์สาขาต่าง ๆ

สาขา	พบผู้ป่วย ที่เอดส์ อย่างน้อย 1 คน	จัดการ ที่เอดส์	การจัดการที่เอดส์				
			การให้ความรู้ และวิธีปฏิบัติใน การดูแลรักษา ตนเองแก่ผู้ป่วย	การใช้ยา	กายภาพบำบัด	การใช้ เครื่องมือ ออโรโพรติกส์	การรักษา ด้านบดเคี้ยว
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (207)	171 (82.6)	140 (67.6)	140 (100.0)	121 (86.4)	129 (92.1)	66 (47.1)	52 (37.1)
ศัลยศาสตร์ช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล (65)	57 (87.7)	55 (84.6)	55 (100.0)	55 (100.0)	54 (98.2)	29 (52.7)	25 (45.5)
ปริทันตวิทยา (23)	22 (95.7)	19 (82.6)	19 (100.0)	18 (94.7)	19 (100.0)	7 (36.8)	12 (63.2)
ทันตกรรมสำหรับเด็ก (28)	21 (75.0)	15 (53.6)	15 (100.0)	15 (100.0)	14 (93.3)	2 (13.3)	4 (26.7)
ทันตกรรมจัดฟัน (12)	12 (100.0)	9 (75.0)	9 (100.0)	8 (88.9)	9 (100.0)	1 (11.1)	7 (77.8)
ทันตกรรมประดิษฐ์ (59)	50 (84.7)	41 (69.5)	41 (100.0)	37 (90.2)	40 (97.6)	31 (75.6)	23 (56.1)
สาธาณสุขศาสตร์ (33)	27 (81.8)	26 (78.8)	25 (96.2)	24 (92.3)	23 (88.5)	10 (38.5)	15 (57.7)
วิทยาเอนโดดอนต์ (22)	21 (95.5)	14 (63.6)	13 (92.6)	14 (100.0)	14 (100.0)	5 (35.7)	4 (28.6)
ทันตกรรมหัตถการ (13)	11 (84.6)	9 (69.2)	9 (100.0)	9 (100.0)	9 (100.0)	5 (55.6)	6 (66.7)
เวชศาสตร์ช่องปาก (5)	5 (100.0)	4 (80.0)	4 (100.0)	4 (100.0)	4 (100.0)	4 (100.0)	2 (50.0)
ทันตกรรมบดเคี้ยว (2)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)
ทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง (29)	25 (86.2)	20 (69.0)	20 (100.0)	19 (95.0)	20 (100.0)	11 (55.0)	12 (60.0)
ไม่ระบุสาขา (4)	3 (75.0)	2 (50.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
รวม (502)	427 (85.1)	356 (70.9)	354 (99.4)	328 (92.1)	339 (95.2)	173 (48.6)	164 (46.1)

เมื่อพิจารณาการให้การจัดการที่เอดส์ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานตามสถานที่ต่าง ๆ พบว่าทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มให้การจัดการผู้ป่วยที่เอดส์มากกว่าทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์

การจัดการโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา และกายภาพบำบัด ใกล้เคียงกันทุกสถานที่ปฏิบัติงาน แต่ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์มีแนวโน้มใช้การจัดการโดยใช้เครื่องมือออโรโพรติกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยวมากกว่า (ตารางที่ 9) และทันตแพทย์ที่จัดการที่เอดส์โดยการนำข้อต่อขากรรไกรกลับเข้าที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เอดส์ของทันตแพทย์จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงานหลัก

สถานที่ปฏิบัติงานหลัก	พบผู้ป่วย ที่เอดส์ อย่างน้อย 1 คน	จัดการ ที่เอดส์	การจัดการที่เอดส์				
			การให้ความรู้ และวิธีปฏิบัติใน การดูแลรักษา ตนเองแก่ผู้ป่วย	การใช้ยา	กายภาพบำบัด	การใช้ เครื่องมือ ออโรโพรติกส์	การรักษา ด้านบดเคี้ยว
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (19)	12 (63.2)	9 (47.4)	9 (100.0)	7 (77.8)	9 (100.0)	4 (44.4)	6 (66.7)
2. โรงพยาบาลศูนย์ (38)	35 (92.1)	25 (65.8)	24 (96.0)	24 (96.0)	24 (96.0)	18 (72.0)	18 (72.0)
3. โรงพยาบาลทั่วไป (137)	125 (91.2)	102 (74.5)	102 (100.0)	94 (92.2)	98 (96.1)	56 (54.9)	50 (49.0)
4. โรงพยาบาลชุมชน (304)	253 (83.2)	218 (71.7)	217 (99.5)	201 (92.2)	206 (94.5)	95 (43.6)	90 (41.3)
5. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ (2)	2 (100)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
รวม (502)	427 (85.1)	356 (70.9)	354 (99.4)	328 (92.1)	339 (95.2)	173 (48.6)	164 (46.1)

เมื่อพิจารณาการจัดการที่เอเอ็มดีตามจำนวนผู้ป่วยที่พบใน 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าทันตแพทย์มีแนวโน้มจัดการที่เอเอ็มดีใกล้เคียงกัน สำหรับการเลือกวิธีจัดการที่เอเอ็มดีพบว่าทันตแพทย์ทุกกลุ่มให้การจัดการด้วยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้อายา และกายภาพบำบัดใกล้เคียงกัน แต่ทันตแพทย์กลุ่มที่พบผู้ป่วยที่เอเอ็มดีมากกว่า 10 คน มีแนวโน้มให้การจัดการด้วยเครื่องมือออร์โธพีดิกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยวมากกว่าทันตแพทย์ที่พบผู้ป่วยที่เอเอ็มดีน้อยกว่า (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของการจัดการที่เอเอ็มดีของทันตแพทย์จำแนกตามจำนวนผู้ป่วยที่เอเอ็มดีที่พบใน 1 ปีที่ผ่านมา

จำนวนผู้ป่วยที่เอเอ็มดีที่พบใน 1 ปีที่ผ่านมา	พบผู้ป่วยที่เอเอ็มดีอย่างน้อย 1 คน	จัดการที่เอเอ็มดี	การจัดการที่เอเอ็มดี				
			การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย	การใช้อายา	กายภาพบำบัด	การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์	การรักษา ด้านบดเคี้ยว
1. 0 คน	75 (14.9)	0 (0.0)	-	-	-	-	-
2. 1-3 คน	283 (56.4)	228 (80.6)	227 (99.6)	207 (90.8)	214 (93.9)	92 (40.4)	94 (41.2)
3. 4-10 คน	106 (21.1)	94 (88.7)	93 (98.9)	88 (93.6)	92 (97.9)	53 (56.4)	47 (50.0)
4. มากกว่า 10 คน	38 (7.6)	34 (89.5)	34 (100.0)	33 (97.1)	33 (97.1)	28 (82.4)	23 (67.6)
รวม (502)	427 (85.1)	356 (70.9)	354 (99.4)	328 (92.1)	339 (95.2)	173 (48.6)	164 (46.1)

จากตารางที่ 5-10 สรุปได้ว่า การจัดการที่เอเอ็มดีโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย และกายภาพบำบัด ใกล้เคียงกันในกลุ่มเพศ อายุ สถาบันที่สำเร็จการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงานหลัก และจำนวนผู้ป่วยที่เอเอ็มดีที่พบใน 1 ปีที่ผ่านมา การใช้อายามีแนวโน้มแตกต่างกันในกลุ่มอายุ โดยทันตแพทย์กลุ่มที่อายุน้อยกว่ามีแนวโน้มใช้น้อย สำหรับการจัดการด้วยเครื่องมือออร์โธพีดิกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยวมีแนวโน้มแตกต่างกันในกลุ่มเพศ (เฉพาะการรักษา ด้านบดเคี้ยว) อายุ สถาบันที่สำเร็จการศึกษา สาขา สถานที่ปฏิบัติงาน และจำนวนผู้ป่วยที่เอเอ็มดีที่พบใน 1 ปีที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณาการติดตามการรักษาพบว่าทันตแพทย์ 256 คน (ร้อยละ 72.8) ติดตามผลการรักษา ทันตแพทย์ 94 คน (ร้อยละ 26.4) ไม่ติดตามผลการรักษา และทันตแพทย์ 3 คน (ร้อยละ 0.8) ไม่ระบุ

ทันตแพทย์ที่ไม่จัดการที่เอเอ็มดี 71 คน ระบุเหตุผลที่ไม่จัดการผู้ป่วยที่เอเอ็มดีเนื่องจากขาดความรู้หรือทักษะถึง 52 คน (ร้อยละ 73.2) (ตารางที่ 11) และมีทันตแพทย์ 1 คนระบุเพิ่มเติมว่าไม่จัดการเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้จัดการไม่อยู่ในสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผู้ป่วยมีปัญหาค่าใช้จ่าย

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ไม่จัดการผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามของทันตแพทย์ (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

เหตุผลที่ไม่จัดการที่เฝ้าติดตาม	จำนวน	ร้อยละ
1. ขาดความรู้ หรือทักษะ	52	73.2
2. ขาดเครื่องมือ	6	8.5
3. ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา	7	9.9
4. ไม่มีเวลารักษา	3	4.2
5. ต้องการส่งต่อ	5	7.0
6. สถานที่ปฏิบัติงานมีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว	2	2.8
7. สถานที่ปฏิบัติงานมีทันตแพทย์สาขาศัลยกรรมช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล	1	1.4
8. ไม่ระบุเหตุผล	4	5.6

4.4 การวินิจฉัยแยกชนิดที่เอมดี

เมื่อพิจารณาการวินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดีพบว่าทันตแพทย์จำนวน 176 คน (ร้อยละ 49.4) วินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดี และทันตแพทย์ 180 คน (ร้อยละ 50.6) ไม่วินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดี (แผนภาพที่ 1)

4.5 การจัดการที่เอมดีประเภทต่าง ๆ

เมื่อพิจารณาการจัดการที่เอมดีด้วยวิธีต่าง ๆ พบว่า ทันตแพทย์ใช้การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วยในทีเอมดีทุกประเภทมากที่สุด และใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มที่วินิจฉัยแยกและไม่วินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดี ทันตแพทย์กลุ่มที่ไม่วินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดีมักให้การจัดการด้วยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา และกายภาพบำบัด ทันตแพทย์กลุ่มที่วินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดี นอกจากการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วยแล้ว ทันตแพทย์กลุ่มนี้มีแนวโน้มเลือกวิธีการจัดการอื่นจำเพาะในทีเอมดีแต่ละประเภท คือ มักใช้ยาในทีเอมดีภาวะปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ข้อต่อขากรรไกรอักเสบ และทีเอมดีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ให้กายภาพบำบัดในทีเอมดีภาวะปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์มากขึ้นในทีเอมดีภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อน และทีเอมดีที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร และให้การรักษาด้านบดเคี้ยวมากขึ้นในทีเอมดีที่มีภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ และภาวะที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ดังแสดงดังตารางที่ 12

ตารางที่ 13-16 แสดงรายละเอียดวิธีการจัดการที่เอมดีโดยการใช้ยา กายภาพบำบัด การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยว ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการจัดการที่เอมดีด้วยยาพบว่าทันตแพทย์มักใช้ยาระงับปวดมากที่สุดในทีเอมดีทุกประเภท (ยกเว้นทีเอมดีกลุ่มภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ) และใช้ยาคลายกล้ามเนื้อรองลงมา ในกลุ่มที่ไม่วินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดี ทีเอมดีภาวะปวดกล้ามเนื้อ และทีเอมดีที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ทันตแพทย์ใช้ยาต้านการอักเสบรองลงมาจากยาระงับปวดในทีเอมดีกลุ่มแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อน สำหรับทีเอมดีภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ ทันตแพทย์มีแนวโน้มใช้ยาต้านการอักเสบมากที่สุด รองลงมา คือ ยาระงับปวด และยาคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ (ตารางที่ 13)

การจัดการที่เอมดีด้วยกายภาพบำบัด พบว่าทันตแพทย์กลุ่มที่ไม่วินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดีมักให้การจัดการโดยแนะนำให้ผู้ป่วยประคบอุ่น/เย็นมากกว่าการบริหารขากรรไกร เช่นเดียวกับในภาวะปวดกล้ามเนื้อ ภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ และภาวะที่ผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อ

ชากรรไกร แต่หันตแพทย์มักแนะนำให้ผู้ป่วยบริหารชากรรไกรมากกว่าการประคบอุ่นเย็นในภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อชากรรไกรเคลื่อน (ตารางที่ 14)

การจัดการที่เอ็มดีด้วยเครื่องมือออร์โธพีดิกส์ หันตแพทย์มักใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ชนิดแข็งมากกว่าชนิดอ่อนทั้งกลุ่มที่ไม่วินิจฉัยแยกที่เอ็มดี และในกลุ่มที่วินิจฉัยแยกที่เอ็มดี และใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ชนิดแข็งมากกว่าชนิดอ่อนในที่เอ็มดีทุกประเภท (ตารางที่ 15)

การจัดการที่เอ็มดีด้วยการรักษาด้านบดเคี้ยว หันตแพทย์ที่ไม่วินิจฉัยแยกประเภทที่เอ็มดีมักให้การรักษาโดยกรอปรับสบฟันมากที่สุด ในขณะที่หันตแพทย์ที่วินิจฉัยแยกประเภทที่เอ็มดีมักให้การรักษาโดยการใส่ฟัน หรือบูรณะฟันมากที่สุดในที่เอ็มดีทุกประเภท (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละการจัดการที่เอ็มดีประเภทต่าง ๆ ของหันตแพทย์ (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ประเภทที่เอ็มดี	การจัดการ	การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย	การใช้ยา	กายภาพบำบัด	การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์	การรักษาด้านบดเคี้ยว	อื่น ๆ
1. TMD* (172**)	166 (96.5)	153 (89.0)	153 (89.0)	59 (34.3)	55 (32.0)	3 (1.7) ⁺	
2. LMS* (157)	149 (94.9)	132 (84.1)	135 (86.0)	15 (9.6)	16 (10.2)	2 (1.2) ⁺⁺	
3. MFP* (132)	128 (97.0)	124 (93.9)	110 (83.3)	16 (12.1)	17 (12.9)	1 (0.8) ⁺⁺⁺	
4. DDWR* (149)	141 (94.6)	49 (32.9)	87 (58.4)	49 (32.9)	24 (16.1)	1 (0.7) ⁺⁺⁺⁺	
5. DDWOR* (79)	75 (94.9)	39 (49.4)	53 (67.1)	31 (39.2)	13 (16.5)	1 (1.3) ⁺⁺⁺⁺	
6. Osteo* (49)	44 (89.8)	43 (87.8)	28 (57.1)	13 (26.5)	15 (30.6)	0 (0.00)	
7. MJ* (69)	64 (92.8)	56 (81.2)	52 (75.4)	35 (50.7)	22 (31.9)	1 (1.4) ⁺⁺⁺⁺	

*TMD = ความผิดปกติที่เอ็มดี (ไม่วินิจฉัยแยกที่เอ็มดี), LMS = ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่, MFP = ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล, DDWR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อชากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง, DDWOR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อชากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้, Osteo = ภาวะข้อต่อชากรรไกรอักเสบ, MJ = ภาวะที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อชากรรไกร

**ผู้ร่วมวิจัยไม่ตอบข้อมูลนี้ 8 คน

⁺ ส่งผู้ป่วยไปทำอัลตราซาวด์

⁺⁺ แนะนำนวดคลายกล้ามเนื้อ และการทา capsaicin gel

⁺⁺⁺ การฉีดยาเฉพาะที่ที่จุดกระตุ้นให้เกิดอาการปวดในกล้ามเนื้อ (trigger point injection)

⁺⁺⁺⁺ แนะนำนวดชากรรไกร รับประทาน น้ำมันกานพลู (clove oil) คอลลาเจน และไกลโคสะมิโนไกลแคน (glycosaminoglycan) เพื่อซ่อมแซมกระดูก

⁺⁺⁺⁺⁺ พิจารณาจัดฟันร่วมกับผ่าตัดชากรรไกร

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละการจัดการที่เอเอ็มดีประเภทต่าง ๆ ด้วยการใช้ยา (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ชนิดยา ประเภทที่เอเอ็มดี	ยาระงับปวด	ยาต้านการ อักเสบ	ยากลาย กล้ามเนื้อ	ไม่ระบุยา
TMD* (153)	119 (77.8)	90 (58.8)	114 (74.5)	2 (1.3)
LMS* (132)	100 (75.8)	61 (46.2)	99 (75.0)	0 (0.0)
MFP* (124)	100 (80.6)	78 (62.9)	91 (73.4)	0 (0.0)
DDWR* (49)	42 (85.7)	29 (59.2)	27 (55.1)	0 (0.0)
DDWOR* (39)	34 (87.2)	23 (59.0)	20 (51.3)	0 (0.0)
Osteo* (43)	34 (79.1)	37 (86.0)	16 (37.2)	0 (0.0)
MJ* (56)	45 (80.4)	39 (69.6)	41 (73.2)	0 (0.0)

*TMD = ความผิดปกติที่เอเอ็มดี (ไม่วินิจฉัยแยกที่เอเอ็มดี), LMS = ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่, MFP = ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล, DDWR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง, DDWOR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้, Osteo = ภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ, MJ = ภาวะที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละการจัดการที่เอเอ็มดีประเภทต่าง ๆ ด้วยกายภาพบำบัด (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

การจัดการ ประเภทที่เอเอ็มดี	ประคบอุ่น/เย็น	บริหารขากรรไกร	ไม่ระบุ
TMD* (153)	145 (94.8)	74 (48.4)	4 (2.6)
LMS* (135)	134 (99.3)	43 (31.9)	0 (0.0)
MFP* (110)	109 (99.1)	36 (35.5)	0 (0.0)
DDWR* (87)	54 (62.1)	71 (81.6)	0 (0.0)
DDWOR* (53)	32 (60.4)	36 (67.9)	0 (0.0)
Osteo* (28)	27 (96.4)	7 (25.0)	0 (0.0)
MJ* (52)	50 (96.2)	39 (75.0)	0 (0.0)

*TMD = ความผิดปกติที่เอเอ็มดี (ไม่วินิจฉัยแยกที่เอเอ็มดี), LMS = ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่, MFP = ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล, DDWR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง, DDWOR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้, Osteo = ภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ, MJ = ภาวะที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละการจัดการที่เอเอ็มดีประเภทต่าง ๆ ด้วยเครื่องมือออร์โธพีดิกส์ (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ประเภทที่เอเอ็มดี \ การจัดการ	Soft splint	Hard splint
TMD* (59)	15 (25.4)	51 (86.4)
LMS* (15)	2 (13.3)	13 (86.7)
MFP* (16)	3 (18.8)	14 (87.5)
DDWR* (49)	7 (14.3)	45 (91.8)
DDWOR* (31)	2 (6.5)	30 (96.8)
Osteo* (13)	3 (23.1)	11 (84.6)
MJ* (35)	3 (8.6)	35 (100.0)

*TMD = ความผิดปกติที่เอเอ็มดี (ไม่วินิจฉัยแยกที่เอเอ็มดี), LMS = ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่, MFP = ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล, DDWR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง, DDWOR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้, Osteo = ภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ, MJ = ภาวะที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละการจัดการที่เอเอ็มดีประเภทต่าง ๆ ด้วยการรักษาด้านบดเคี้ยว (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ประเภทที่เอเอ็มดี \ การจัดการ	การปรับการสบฟัน	บูรณะฟัน หรือ ใส่ฟัน	จัดฟัน	ไม่ระบุ
TMD* (55)	43 (78.2)	33 (60.0)	3 (5.5)	0 (0.0)
LMS* (16)	9 (56.3)	12 (75.0)	1 (6.3)	0 (0.0)
MFP* (17)	10 (58.8)	13 (76.5)	2 (11.8)	0 (0.0)
DDWR* (24)	14 (58.3)	18 (75.0)	6 (25.0)	1 (4.2)
DDWOR* (13)	8 (61.5)	10 (76.9)	4 (30.8)	1 (7.7)
Osteo* (15)	7 (46.7)	13 (86.7)	3 (20.0)	1 (6.7)
MJ* (22)	12 (54.5)	18 (81.8)	6 (27.3)	1 (4.5)

*TMD = ความผิดปกติที่เอเอ็มดี (ไม่วินิจฉัยแยกที่เอเอ็มดี), LMS = ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่, MFP = ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล, DDWR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง, DDWOR = แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้, Osteo = ภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ, MJ = ภาวะที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร

4.6 การส่งต่อผู้ป่วยที่เอ็ดมีตี

ทันตแพทย์ 298 คน (ร้อยละ 69.8) ส่งต่อผู้ป่วย และทันตแพทย์ 129 คน (ร้อยละ 30.2) ไม่ส่งต่อผู้ป่วย เมื่อพิจารณาการส่งต่อตามการจัดการที่เอ็ดมีตีแล้วพบว่าทันตแพทย์ที่ไม่จัดการที่เอ็ดมีตีส่งต่อผู้ป่วยถึงร้อยละ 87.3 ในขณะที่ทันตแพทย์ที่จัดการที่เอ็ดมีตีส่งต่อผู้ป่วยร้อยละ 66.3 (ตารางที่ 17)

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วยที่เอ็ดมีตีจำแนกตามการจัดการผู้ป่วยที่เอ็ดมีตีของทันตแพทย์

การจัดการที่เอ็ดมีตี	จัดการ	ไม่จัดการ	รวม
ส่งต่อ	236 (66.3)	62 (87.3)	298 (69.8)
ไม่ส่งต่อ	120 (33.7)	9 (12.7)	129 (30.2)
รวม	356 (100.0)	71 (100.0)	427 (100.0)

เหตุผลที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยมากที่สุดเนื่องจาก ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 70.8) และผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 33.2) ดังแสดงในตารางที่ 18 ในขณะที่เหตุผลที่ไม่ส่งต่อผู้ป่วยมากที่สุดพบว่าเนื่องจาก ผู้ป่วยหาย หรืออาการดีขึ้น (ร้อยละ 46.5) และผู้ป่วยปฏิเสธการส่งต่อ (ร้อยละ 20.9) ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยที่เอ็ดมีตีจำแนกตามการจัดการที่เอ็ดมีตี (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

การจัดการที่เอ็ดมีตี	จัดการ	ไม่จัดการ	รวม
ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ	150 (63.6)	61 (98.4)	211 (70.8)
ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น	99 (41.9)	0 (0.0)	99 (33.2)
ส่งเฉพาะกรณีที่เกินความสามารถ	3 (1.3)	0 (0.0)	3 (1.0)
อื่น ๆ	5 (2.1)*	0 (0.0)	5 (1.7)
ไม่ระบุเหตุผล	6 (2.5)	1 (1.6)	7 (2.3)
รวม	236	61	297

*อื่น ๆ ได้แก่ ต้องการส่งผู้ป่วยพบแพทย์สาขาอื่น เช่น จิตแพทย์ กายภาพบำบัด แพทย์ฝังเข็ม ส่งผู้ป่วยเพื่อถ่ายภาพรังสีฟันออรามิก ผู้ป่วยมีอาการปวดเนื่องจากปลายประสาทอักเสบ และส่งต่อตามความสมัครใจของผู้ป่วย

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่ทันตแพทย์ไม่ส่งต่อผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามการจัดการที่เฝ้าติดตาม (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

เหตุผลที่ไม่ส่งต่อ	การจัดการที่เฝ้าติดตาม	จัดการ	ไม่จัดการ	รวม
ผู้ป่วยปฏิเสธการส่งต่อ		25 (20.8)	2 (22.2)	27 (20.9)
ผู้ป่วยหายหรืออาการดีขึ้น		59 (49.2)	1 (11.1)	60 (46.5)
ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง		7 (5.8)	0 (0.0)	7 (5.4)
ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษา		12 (10.0)	0 (0.0)	12 (9.3)
สามารถรักษาผู้ป่วยได้เอง		7 (5.8)	0 (0.0)	7 (5.4)
อยู่ระหว่างการรักษา และการติดตามผลการรักษา		3 (2.5)	0 (0.0)	3 (2.3)
ไม่มีทันตแพทย์ในหน่วยงานเดียวกัน หรือใกล้เคียงให้ส่งต่อ		3 (2.5)	1 (11.1)	4 (3.1)
ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา		0 (0.0)	4 (44.4)	4 (3.1)
อื่น ๆ		2 (1.7)*	1 (11.1)**	3 (2.3)
ไม่ระบุ		7 (5.8)	0 (0.0)	7 (5.4)
รวม		120	9	129

*ให้คำแนะนำผู้ป่วยไปเอง ปรับพฤติกรรมและให้ความรู้ แล้วผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร

**ไม่มีเวลารักษาและไม่ใช่อาการสำคัญของผู้ป่วยในวันนั้น

สถานที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ ส่งต่อที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ (ร้อยละ 53.7) ส่งต่อทันตแพทย์ในโรงพยาบาลอื่นในจังหวัดเดียวกัน (ร้อยละ 32.2) และส่งต่อทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเดียวกัน (ร้อยละ 15.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 20)

เมื่อพิจารณากลุ่มที่ส่งต่อผู้ป่วยไปที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ 160 คน พบว่าทันตแพทย์ 10 คน (ร้อยละ 6.3) ส่งผู้ป่วยไปที่คณะทันตแพทยศาสตร์ในจังหวัดเดียวกัน และ 155 คน (ร้อยละ 96.9) ส่งผู้ป่วยไปที่คณะทันตแพทยศาสตร์ในจังหวัดอื่น

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของสถานที่ที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วย (เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

สถานที่ส่งต่อ	ส่งต่อ ทันตแพทย์ใน โรงพยาบาล เดียวกัน	ส่งต่อ ทันตแพทย์ใน โรงพยาบาล อื่นในจังหวัด เดียวกัน	ส่งต่อ ทันตแพทย์ ในจังหวัด อื่น	ส่งต่อ คณะทันต- แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ต่าง ๆ	อื่น ๆ*
สถานที่ปฏิบัติงานหลัก					
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (9)	0 (0.0)	4 (44.4)	0 (0.0)	6 (66.7)	0 (0.0)
2. โรงพยาบาลศูนย์ (30)	16 (53.3)	1 (3.3)	0 (0.0)	13 (43.3)	2 (6.7)
3. โรงพยาบาลทั่วไป (92)	19 (20.7)	21 (22.8)	4 (4.3)	50 (54.3)	4 (4.3)
4. โรงพยาบาลชุมชน (165)	12 (7.3)	69 (41.8)	3 (1.8)	90 (54.5)	3 (1.8)
5. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ (2)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
รวม (298)	47 (15.8)	96 (32.2)	7 (2.3)	160 (53.7)	6 (3.4)

*ส่งต่อคลินิกเอกชนที่มีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว แพทย์สาขาอื่น และศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา



บทที่ 5

อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ

5.1 อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยที่เอดส์ในภาพรวม และศึกษารายละเอียดการจัดการที่เอดส์ 5 ประเภท (ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดกลับเข้าที่เองได้ แผ่นรองข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้ และภาวะกระดูกข้อต่อขากรรไกรอักเสบ รวมถึงที่เอดส์ที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อข้อต่อและข้อต่อขากรรไกร) ของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดในภาคกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาการจัดการผู้ป่วยที่เอดส์แบบภาพรวม (21, 22, 83) หรือภาวะปวดไมโอแฟสเซียลเท่านั้น (84, 85) และต่างจากการศึกษาที่เคยมีในประเทศไทยที่เป็นการศึกษาความรู้และความเชื่อต่อเทมโพรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ทั้งหมด (30, 31) หรือการจัดการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว (28) การศึกษานี้เป็นการศึกษาการจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยที่เอดส์ในภาพรวม และที่เอดส์แต่ละประเภทดังกล่าว จึงทำให้ทราบรายละเอียด และแนวโน้มความแตกต่างของการจัดการผู้ป่วยที่เอดส์แต่ละประเภท

การศึกษานี้เลือกศึกษาในกลุ่มทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดในภาคกลาง เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ใช้บริการสถานพยาบาลภาครัฐมากกว่าสถานบริการอื่น ๆ (24) และทันตแพทย์ภาครัฐส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และถึงแม้ว่าสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรภาคกลางดีกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (25) แต่ประชาชนทั้ง 2 ภาค กลับมีอัตราการใช้บริการทันตกรรมใกล้เคียงกัน (24) นั่นอาจหมายความว่าประชาชนในภาคกลางมีอุปสรรคบางอย่างที่ทำให้การให้บริการทันตกรรมไม่เกิดขึ้นในอัตราที่สูงกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และนอกจากนี้นิสิตทันตแพทย์มักมีแผนการเลือกพื้นที่ปฏิบัติงานในกรอบระยะสั้นในภาคกลาง (26) จึงอาจกล่าวได้ว่าภาคกลางเป็นพื้นที่ที่มีการหมุนเวียนการปฏิบัติงานของทันตแพทย์จบใหม่มาก นอกจากนี้ภาคกลางยังมีคณะทันตแพทยศาสตร์หลายแห่ง ทำให้ทันตแพทย์ในพื้นที่สามารถส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อได้ง่าย และการศึกษานี้จะช่วยให้ทราบว่าทันตแพทย์ในภาคกลางมีโอกาสพบผู้ป่วยที่เอดส์มากน้อยเพียงใด และทราบการเลือกวิธีการจัดการผู้ป่วยที่เอดส์แต่ละประเภทของทันตแพทย์เหล่านี้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ดำเนินการส่งแบบสอบถาม และจดหมายเตือนทั้งหมด 3 ครั้ง มีทันตแพทย์ตอบแบบสอบถามกลับทั้งหมดร้อยละ 53.9 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาที่ส่งแบบสอบถาม และจดหมายเตือนรวม 3 ครั้งของจิตตวดี บุญธรรม และคณะ ในปี พ.ศ. 2554 (อัตราตอบกลับร้อยละ 61.3) (28) อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศไทยในกลุ่มบุคลากรทาง

การแพทย์ที่ส่งแบบสอบถาม 2 ครั้ง พบว่ามีอัตราการตอบแบบสอบถามกลับค่อนข้างต่ำกว่า การศึกษานี้ คืออยู่ระหว่างร้อยละ 36.9-39.7 (27, 86, 87) อัตราการตอบแบบสอบถามกลับของการศึกษานี้จึงอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจ เมื่อวิเคราะห์ลักษณะของทันตแพทย์ผู้ไม่ตอบแบบสอบถามกลับ พบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 29.1 และเพศหญิงร้อยละ 70.9 ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยละ 4.4 โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 8.5 โรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 32.6 และโรงพยาบาล ชุมชนร้อยละ 53.6 และสถานปฏิบัติงานอื่น ๆ (ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และศูนย์ อนามัย) ร้อยละ 0.9 ซึ่งสอดคล้องกับทันตแพทย์กลุ่มที่ตอบแบบสอบถามที่เป็นเพศหญิง และ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือของคำถามหลักเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่เอเอ็มดี และการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยที่เอเอ็มดี ร้อยละ 80-90 แสดงให้เห็นว่าผลการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่เอเอ็มดี และการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยมีความน่าเชื่อถือในระดับที่ยอมรับได้ แต่อาจมีข้อจำกัดบ้างใน ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยที่เอเอ็มดีที่พบใน 1 ปีที่ผ่านมา สถานที่ส่งต่อผู้ป่วย (ระดับความน่าเชื่อถือ ร้อยละ 70) และงานทันตกรรมเฉพาะทางที่ทำมากที่สุด (ระดับความน่าเชื่อถือร้อยละ 60) ดังแสดง ในภาคผนวก ง ตารางแสดงความน่าเชื่อถือ

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทาง โดยเป็น ทันตแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 41.2 ทันตแพทย์เฉพาะทาง ร้อยละ 58.2 และไม่สามารถระบุได้ ร้อยละ 0.6 สาขาที่มีทันตแพทย์เฉพาะทางมากที่สุด ได้แก่ สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล รองลงมา ได้แก่ ทันตกรรมประดิษฐ์ สาธารณสุขศาสตร์ ทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง ทันตกรรมสำหรับเด็ก ปริทันตวิทยา วิทยาเอนโดดอนต์ ทันตกรรมหัตถการ ทันตกรรมจัดฟัน เวชศาสตร์ช่องปาก และ ทันตกรรมบดเคี้ยว โดยมีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว 2 คน (ร้อยละ 0.4) ซึ่งอาจไม่เพียงพอ สำหรับประชาชนกว่า 13 ล้านคนในภาคกลาง (25) เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ พบผู้ป่วยที่เอเอ็มดีใน 1 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าประชากรในเขตจังหวัดภาคกลางมีปัญหาที่เอเอ็มดีที่ ต้องการรับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาระบาดวิทยาในประเทศไทย (5, 6, 8) นอกจากนี้ผล การศึกษายังพบว่าทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวปฏิบัติงานทันตกรรมบดเคี้ยวมากที่สุด 1 คน หรือร้อยละ 50 เท่านั้น ในขณะที่ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ ปฏิบัติงานหลักในสาขาเฉพาะทาง ของตนเป็นส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นว่านอกจากพื้นที่ภาคกลางต้องการทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบด เคี้ยวเพิ่มขึ้นแล้ว ยังต้องการการสนับสนุนให้ทันตแพทย์สาขานี้ปฏิบัติงานหลักอยู่ในสาขาทันตกรรม บดเคี้ยวด้วยโดยไม่หันไปประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสาขาอื่น ๆ

การจัดการที่เอ็ดดีตามตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัย

เมื่อพิจารณาการจัดการที่เอ็ดดีแบบภาพรวม การศึกษานี้พบว่าทันตแพทย์มักจัดการผู้ป่วยด้วยวิธีการรักษาแบบอนุรักษ์ และผันกลับได้ โดยการจัดการที่ให้ผู้ป่วยมากที่สุด คือ การให้ความรู้ และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย ภายภาพบำบัด และการใช้ยา ตามลำดับ และมีแนวโน้มให้การจัดการโดยใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ก่อนหน้านี้ (28) แต่ต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าทันตแพทย์มักให้การจัดการที่เอ็ดดีโดยใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์มากที่สุด (21-23, 83) ทั้งนี้ทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม 1 คนระบุเหตุผลว่าเครื่องมือออร์โธพิดิกส์ไม่อยู่ในสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการรักษา จึงเป็นเรื่องที่น่าทำการศึกษาถึงผลกระทบของการมีสิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพต่อการตัดสินใจเลือกประเภทการจัดการของทันตแพทย์ไทย ข้อค้นพบอีกประการของการศึกษานี้ คือ ทันตแพทย์มีแนวโน้มให้การรักษาด้านบดเคี้ยวน้อยที่สุด อาจเนื่องจากการรักษาแบบบูรณาการ และผันกลับไม่ได้ สอดคล้องกับที่กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเจ็บปวดที่ใบหน้าและช่องปากในประเทศสหรัฐอเมริกา แนะนำว่าควรพิจารณาให้การรักษาด้านบดเคี้ยวอย่างระมัดระวัง (2) และการประชุมของสถาบันเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1996 แนะนำว่าไม่ควรให้การรักษาด้านบดเคี้ยวเป็นการรักษาเริ่มแรกให้แก่ผู้ป่วยที่เอ็ดดี (1)

เมื่อพิจารณาการจัดการที่เอ็ดดีตามเพศ การศึกษานี้พบว่าทันตแพทย์ชายจัดการผู้ป่วยที่เอ็ดดีมากกว่าทันตแพทย์หญิง และทันตแพทย์ชายมีแนวโน้มเลือกวิธีการจัดการที่เอ็ดดีด้วยการรักษาด้านบดเคี้ยวมากกว่าทันตแพทย์หญิง

การจัดการที่เอ็ดดีตามอายุ การศึกษานี้พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามทุกกลุ่มอายุเลือกให้การจัดการโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย และกายภาพบำบัด ใกล้เคียงกัน ในขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามที่อายุมากกว่ามีแนวโน้มเลือกการจัดการด้วยยา และการรักษาด้านบดเคี้ยวมากกว่า ผู้ตอบแบบสอบถามที่อายุน้อยมีแนวโน้มจัดการที่เอ็ดดีด้วยเครื่องมือออร์โธพิดิกส์มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการรักษาในต่างประเทศที่พบว่าทันตแพทย์ที่อายุต่างกันเลือกการแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน (22) และทันตแพทย์ที่อายุมากกว่ามักให้การจัดการโดยการกรอปรับสบฟันมากกว่า (22, 77) แต่มีแนวโน้มไม่สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าทันตแพทย์ที่อายุต่างกันเลือกใช้ยา (22) และเครื่องมือออร์โธพิดิกส์ (22, 77) ไม่แตกต่างกัน

การจัดการที่เอ็ดดีตามสถาบันที่สำเร็จการศึกษา พบว่าทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันต่าง ๆ มีแนวโน้มให้การจัดการผู้ป่วยที่เอ็ดดีโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย และกายภาพบำบัด ใกล้เคียงกัน แต่มีแนวโน้มให้การจัดการด้วยยา การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยวต่างกัน โดยทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัย

สงขลานครินทร์มีแนวโน้มใช้น้อยกว่าทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอื่น ๆ ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยนครสวรรค์มีแนวโน้มใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์มากกว่าทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอื่น และทันตแพทย์ที่มีแนวโน้มใช้การรักษาด้านบดเคี้ยวมากเป็นทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตามลำดับ

การจัดการที่เอเอ็มดีตามสาขาเฉพาะทางพบว่าทันตแพทย์ทุกสาขาให้การจัดการที่เอเอ็มดีโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา และกายภาพบำบัด ใกล้เคียงกัน แต่การเลือกการจัดการด้วยเครื่องมือออร์โธพิดิกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยวมีแนวโน้มแตกต่างกัน คือ ทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว เวชศาสตร์ช่องปาก และทันตกรรมประดิษฐ์ให้การจัดการโดยการใส่เครื่องมือออร์โธพิดิกส์มากที่สุดตามลำดับ สาขาที่ให้การรักษาด้านบดเคี้ยวมากที่สุด ได้แก่ สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว ทันตกรรมจัดฟัน ทันตกรรมหัตถการ และปริทันตวิทยา ตามลำดับ ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเยอรมันที่พบว่า การปรับเปลี่ยนอาหาร การการประคบอุ่น/เย็น การใช้ยา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ในขณะที่การจัดการโดยเฟือกสบฟัน กายภาพบำบัด การปรับการสบฟัน การบูรณะฟันพุทางทันตกรรมประดิษฐ์ การจัดฟัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติ (21) โดยมีความไม่สอดคล้องกันบ้าง คือ การศึกษาในประเทศเยอรมันพบว่าทันตแพทย์ทั่วไปให้การจัดการด้วยเครื่องมือออร์โธพิดิกส์ การกรอปรับการสบฟัน และการบูรณะฟันพุทางทันตกรรมประดิษฐ์มากกว่าทันตแพทย์เฉพาะทาง ในขณะที่ทันตแพทย์เฉพาะทางเลือกใช้กายภาพบำบัด และการจัดฟันมากกว่าทันตแพทย์ทั่วไป

การจัดการที่เอเอ็มดีตามสถานที่ปฏิบัติงานหลักพบว่าพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามในสถานบริการทุกประเภทเลือกการจัดการที่เอเอ็มดีโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา และกายภาพบำบัด ใกล้เคียงกัน แต่ผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์มีแนวโน้มเลือกวิธีการจัดการด้วยเครื่องมือออร์โธพิดิกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยวมากกว่า โดยผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เลือกใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ถึงร้อยละ 72.0 รองลงมาคือ ผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 54.9) ผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 44.4) และผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 43.6) ตามลำดับ สำหรับการรักษาด้านบดเคี้ยวผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เลือกใช้การรักษาที่ร้อยละ 72.0 รองลงมาคือผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 66.7) ผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 49.0) และผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 41.3) ตามลำดับ

การจัดการที่เอมดีตามจำนวนผู้ป่วยที่เอมดีที่พบ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเลือกการจัดการที่เอมดีโดยการใช้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา และกายภาพบำบัดใกล้เคียงกัน แต่ผู้ตอบแบบสอบถามที่พบผู้ป่วยที่เอมดีมากกว่ามีแนวโน้มเลือกวิธีการจัดการด้วยเครื่องมือออร์โธพีดิกส์ และการรักษาด้านบดเคี้ยวมากกว่า โดยผู้ตอบแบบสอบถามที่พบผู้ป่วยที่เอมดีมากกว่า 10 คนเลือกใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ถึงร้อยละ 82.4 รองลงมาคือผู้ตอบแบบสอบถามที่พบที่เอมดี 4-10 คน (ร้อยละ 56.4) และผู้ตอบแบบสอบถามที่พบที่เอมดี 1-3 คน (ร้อยละ 40.4) ตามลำดับ และผู้ตอบแบบสอบถามที่พบที่เอมดีมากกว่า 10 คน เลือกใช้การรักษาด้านบดเคี้ยวร้อยละ 67.6 รองลงมาคือผู้ตอบแบบสอบถามที่พบที่เอมดี 4-10 คน (ร้อยละ 50.0) และผู้ตอบแบบสอบถามที่พบที่เอมดี 1-3 คน (ร้อยละ 41.2) ตามลำดับ

จากข้อค้นพบข้างต้น อาจเป็นไปได้ว่า เพศ อายุ สาขาเฉพาะทาง สถานที่ปฏิบัติงานหลัก และจำนวนผู้ป่วยที่เอมดีที่พบใน 1 ปีที่ผ่านมา รวมถึงสิทธิประโยชน์ในบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการที่เอมดีของทันตแพทย์ จึงเป็นเรื่องน่าสนใจที่จะทำการศึกษาต่อไปถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการผู้ป่วยที่เอมดีของทันตแพทย์เพื่อประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางการจัดการผู้ป่วยที่เอมดีในสถานบริการแต่ละระดับของกระทรวงสาธารณสุข

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ที่ไม่จัดการผู้ป่วยที่เอมดีระบุเหตุผลว่าขาดความรู้หรือทักษะมากที่สุดถึงร้อยละ 73.2 รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา (ร้อยละ 9.9) ขาดเครื่องมือ (ร้อยละ 8.5) ต้องการส่งต่อ (ร้อยละ 7.0) ไม่มีเวลารักษา (ร้อยละ 4.2) สถานที่ปฏิบัติงานมีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว (ร้อยละ 2.8) สถานที่ปฏิบัติงานมีทันตแพทย์สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล (ร้อยละ 1.4) ซึ่งมีแนวโน้มสอดคล้องกับเหตุผลที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยในการศึกษาของจิตตวดี บุญธรรมและคณะ ในปี พ.ศ. 2553 (28) คือ ขาดความรู้และทักษะ (ร้อยละ 35.1) ขาดเครื่องมือ (ร้อยละ 25.5) และเป็นความต้องการของผู้ป่วย และไม่มีเวลา (รวมร้อยละ 2.5)

การจัดการที่เอมดีประเภทต่าง ๆ

การจัดการผู้ป่วยที่เอมดีแต่ละประเภทพบว่าจัดการโดยการใช้ยา กายภาพบำบัด การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ การรักษาด้านบดเคี้ยวมีแนวโน้มแตกต่างกัน แต่ทันตแพทย์มักให้การจัดการโดยการใช้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วยในที่เอมดีทุกประเภท แสดงให้เห็นว่าทันตแพทย์ให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยเข้าใจภาวะความผิดปกติ และสามารถดูแลปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการสรุปของกลุ่มทันตแพทย์สาขาศัลยศาสตร์ของวิทยาลัยในประเทศอังกฤษ (Royal College of Surgeons-England) ที่สรุปแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่เอมดีในสถานบริการปฐมภูมิว่าความเข้าใจ และการดูแลตัวเองของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการฟื้นฟู และควบคุมอาการและ

อาการแสดงของทีเอ็มดี (88) อย่างไรก็ตามแนวทางจัดการของประเทศอังกฤษดังกล่าวเสนอแนะสำหรับสถานบริการระดับปฐมภูมิเท่านั้น การศึกษาในประเทศไทยครั้งนี้ พบว่าทันตแพทย์ทุกระดับบริการ (ปฐมภูมิถึงตติยภูมิ) ล้วนให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ de Fereitas และคณะในปี ค.ศ. 2013 พบว่าการรักษาทีเอ็มดีด้วยการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และการให้การรักษานที่เน้นการปฏิบัติตนของผู้ป่วย (counseling- and self-management-based therapies) เป็นการรักษาอนุรักษ์ที่มีค่าใช้จ่ายน้อย และเป็นการรักษาทางเลือกที่ให้ผลดีต่อการบรรเทาและควบคุมอาการปวดของผู้ป่วย แต่หลักฐานจากการศึกษานี้ยังไม่ชัดเจน จึงควรทำการศึกษาทางคลินิกที่มีคุณภาพต่อไป (89)

การจัดการภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จัดการผู้ป่วยโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 94.9) ภายภาพบำบัด (ร้อยละ 86.0 โดยมีคำแนะนำให้ประคบอุ่น/เย็น) การใช้ยา (ร้อยละ 84.1 โดยใช้อาแกปวดใกล้เคียงกับยาคลายกล้ามเนื้อ รองลงมาคือยาต้านการอักเสบ) และมีแนวโน้มใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ (ร้อยละ 9.6) และการรักษาด้านบดเคี้ยว (ร้อยละ 10.2) น้อย ซึ่งมีแนวโน้มสอดคล้องกับคำแนะนำของ Okeson (9) ซึ่งแนะนำว่าการรักษาหลักของทีเอ็มดีประเภทนี้ คือ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย โดยระมัดระวังไม่ให้เคลื่อนไหวกรโกรมาจนถึงระยะที่เกิดอาการปวด รับประทานอาหารอ่อน คำเล็ก ๆ และเคี้ยวช้า ๆ และลดการใช้ชากรโกรนอกหน้าที่ รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับอาการปวดกล้ามเนื้อ การใช้ยาระงับปวด รวมถึงพิจารณาให้การรักษาด้วยเครื่องมือออร์โธพีดิกส์ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนกัดฟัน และการรักษาด้านบดเคี้ยวมีความจำเป็นเมื่อการสบฟันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ ที่สำคัญควรกำจัดสาเหตุที่ทำให้ปวดกล้ามเนื้อ (ซึ่งอาจมาจากฟัน หรือจากโครงสร้างอื่น) การรักษาแบบประคับประคองอาการอาจใช้ยาคลายกล้ามเนื้อซึ่งอาจไม่มีประโยชน์ต่อการลดอาการปวดกล้ามเนื้อมากนัก แต่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และนอนหลับง่ายขึ้น การรักษาแบบประคับประคองอาการอีกประการหนึ่งคือกายภาพบำบัด โดยบริหารชากรโกรเพื่อยืดกล้ามเนื้อ และนวดกล้ามเนื้อเบา ๆ ในขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามมักแนะนำให้ประคบอุ่นเย็น แต่มีผู้ตอบแบบสอบถาม 1 คน ระบุว่าแนะนำให้ผู้ป่วยนวดคลายกล้ามเนื้อ

ในทีเอ็มดีภาวะปวดไมโอแฟสเซียล ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จัดการผู้ป่วยโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 97.0) การใช้ยา (ร้อยละ 93.9 โดยใช้อายาระงับปวดมากที่สุด รองลงมา คือ ยาคลายกล้ามเนื้อ และยาต้านการอักเสบ) ภายภาพบำบัด (ร้อยละ 83.3 โดยมีคำแนะนำให้ประคบอุ่น/เย็น) และมีแนวโน้มเลือกวิธีการจัดการโดยใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ (ร้อยละ 12.1) และการรักษาด้านบดเคี้ยว (ร้อยละ 12.9) น้อย เช่นเดียวกับภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ และผู้ตอบแบบสอบถาม 1 คน ซึ่งเป็นทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมบดเคี้ยว ระบุว่าให้การจัดการอื่น ๆ โดยการฉีดยาเฉพาะที่ที่จุดกระตุ้นให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นเพียงราย

เดียวที่ปฏิบัติสอดคล้องกับคำแนะนำของ Okeson (9) ที่แนะนำว่าการรักษาหลักของทีเอ็มดีประเภทนี้ คือ กำจัดแหล่งที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวด กำจัดจุดกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยการสเปรย์และยืดกล้ามเนื้อ การฉีดยาเฉพาะที่ที่จุดกระตุ้นให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ การนวด และการทำอัลตราซาวด์ นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจากความเครียด วางท่าทางให้เหมาะสม และพิจารณาใช้ยาต้านซึมเศร้า (Tricyclic antidepressant) ขนาดต่ำในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหาการนอนหลับ การรักษาแบบประคับประคอง คือ ให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย การใช้ยา โดยใช้อายาคลายกล้ามเนื้อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ แต่ยานี้ไม่มีผลกำจัดจุดกระตุ้นให้เกิดอาการปวดในกล้ามเนื้อ ผักวางท่าทางให้เหมาะสม หรือยืดกล้ามเนื้อบริเวณ คอ และไหล่ และกายภาพบำบัด โดยการนวด (soft tissue mobilization) และบริหารชากรรไกร ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามแนะนำต่างจาก Okeson คือ มักแนะนำให้ประคบอุ่นเย็น นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสอบถามยังเลือกวิธีการจัดการทีเอ็มดีประเภทนี้ต่างจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มักให้การรักษาโดยเครื่องมือออร์โธพีดิกส์มากที่สุด (84, 85) และการเลือกให้ยาซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามเลือกให้ยาระงับปวด มากที่สุด รองลงมาคือยาคลายกล้ามเนื้อ และยาต้านการอักเสบ ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าทันตแพทย์มักให้ยาต้านการอักเสบมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ยาระงับปวด และยาคลายกล้ามเนื้อ (4, 5)

การจัดการภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อชากรรไกรเคลื่อนชนิดกลับเข้าที่เองได้ การจัดการที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือก คือ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 94.6) รองลงมา คือ กายภาพบำบัด (ร้อยละ 58.4 โดยให้การบริหารชากรรไกรมากกว่าการประคบอุ่น/เย็น) การใช้ยา (ร้อยละ 32.9 โดยให้ยาระงับปวด ยาต้านการอักเสบ และยาคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ) การเครื่องมือออร์โธพีดิกส์ (ร้อยละ 32.9) และการรักษาด้านบดเคี้ยว (ร้อยละ 16.1) ตามลำดับ ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามมีแนวโน้มเลือกวิธีการจัดการทีเอ็มดีประเภทนี้ไม่สอดคล้องกับคำแนะนำของ Okeson (9) ที่แนะนำว่าการรักษาหลักของทีเอ็มดีประเภทนี้ คือ การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณาลดเวลาการใช้เครื่องมือ และให้การรักษาด้านบดเคี้ยวกรณีไม่มีเสถียรภาพเชิงออร์โธพีดิกส์ การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย โดยอธิบายกลไกการเกิดโรค และการปรับตัวของร่างกาย และแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการกัดฟัน หรือการใช้ชากรรไกรนอกหน้าที่ ให้ยาต้านการอักเสบกรณีที่สงสัยว่ามีการอักเสบ ประคบอุ่น/เย็น และกายภาพบำบัดชนิดหัตถบำบัด (manual therapy) โดยนักกายภาพบำบัด

ในภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อชากรรไกรเคลื่อนชนิดกลับเข้าที่เองไม่ได้ ผู้ตอบแบบสอบถามมักจัดการโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 94.9) รองลงมา คือ กายภาพบำบัด (ร้อยละ 67.1 โดยให้บริหารชากรรไกรมากกว่าการประคบอุ่น/เย็นเล็กน้อย) การ

ใช้ยา (ร้อยละ 49.4 โดยให้ยาระงับปวด ยาต้านการอักเสบ และยาคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ) และ การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ (ร้อยละ 39.2) และการรักษาด้านบดเคี้ยว (ร้อยละ 16.5) ซึ่งมีแนวโน้ม ไม่สอดคล้องกับการรักษาที่ Okeson (9) แนะนำคือการพยายามนำแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกร กลับเข้าที่โดยการขยับเคลื่อนขากรรไกร (manual manipulation) กรณีที่นำกลับเข้าที่ได้ให้ใส่ เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ชนิดที่ทำให้ขากรรไกรเคลื่อนมาด้านหน้า แต่กรณีที่ไม่สามารถนำกลับเข้าที่ได้ แนะนำให้ใช้การรักษาแบบอนุรักษ์โดยการใส่เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ชนิดเสถียร (stabilization splint) เพื่อลดแรงกระทำต่อเนื้อเยื่อหลังแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกร โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วย นอนกัดฟัน การรักษาแบบประคับประคองอาการ ได้แก่ การรักษาโดยการให้ความรู้และวิธีปฏิบัติใน การดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย โดยแนะนำว่าไม่ควรพยายามอ้าปากกว้าง เพราะทำให้เนื้อเยื่อหลัง แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรและอาการปวดแสบ ผู้ป่วยจะสามารถอ้าปากได้กว้างมากขึ้นเมื่อ ร่างกายเกิดการปรับตัว หลีกเลี่ยงการใช้ขากรรไกรโดยไม่จำเป็น เช่น เคี้ยวหมากฝรั่ง การกัดแรง ๆ หลีกเลี่ยงการกัดฟัน การใช้ยาต้านการอักเสบกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์กรณีมีอาการปวด และการ อักเสบ ภาวะภาพบำบัดโดยการบริหารขากรรไกรแบบนุ่มนวล และควบคุมเป็นอย่างดี รวมถึงการ ประคบอุ่น/เย็น กรณีที่มีอาการปวด การใช้คลื่นเหนือเสียงผลึกยาเข้าเนื้อเยื่อ (phonophoresis)

ในภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกวิธีการจัดการโดยการให้ความรู้ และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 89.8) รองลงมา คือ การใช้ยา (ร้อยละ 87.8 โดยให้ยาต้านการอักเสบมากที่สุด รองลงมา คือ ยาระงับปวด และยาคลายกล้ามเนื้อตามลำดับ) ภาวะภาพบำบัด (ร้อยละ 57.1 โดยให้การประคบอุ่น/เย็น มากกว่าการบริหารขากรรไกร) การรักษา ด้านบดเคี้ยว (ร้อยละ 30.6) และ การใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ (ร้อยละ 26.5) ตามลำดับ ซึ่ง ทันตแพทย์เลือกใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์น้อยที่สุด แตกต่างจาก Okeson (9) ที่แนะนำว่าการรักษา หลักที่ควรให้ผู้ป่วยคือการใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ หลีกเลี่ยงการขากรรไกรนอกหน้าที่ การรักษา แบบประคับประคอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค และความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าจะเกิด การซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และอาการจะดีขึ้น การให้ยาต้านการอักเสบเพื่อลดการอักเสบ การประคบอุ่น/ เย็นเพื่อลดอาการปวด และการบริหารขากรรไกรเพื่อยืดกล้ามเนื้อ ป้องกันกล้ามเนื้อหดเกร็ง และการ คุมการทำงานของข้อต่อขากรรไกรให้เป็นปกติ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 1-2 เดือนอาจพิจารณาการฉีดยาต้านการอักเสบชนิดสเตียรอยด์เข้าข้อต่อขากรรไกร ถ้าอาการไม่ดีขึ้นอาจพิจารณาการรักษาด้วย การผ่าตัดข้อต่อขากรรไกร

การจัดการผู้ป่วยที่เมีตีที่มีภาวะผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร ผู้ตอบ แบบสอบถามมีแนวโน้มใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกันคล้ายกับผู้ตอบแบบสอบถามกลุ่มที่ไม่วินิจฉัยแยก ประเภทที่เมีตี แต่ที่น่าสนใจคือผู้ตอบแบบสอบถามมีแนวโน้มเลือกใช้เครื่องมือออร์โธพีดิกส์ (ร้อยละ 50.7) ในที่เมีตีประเภทนี้มากกว่าที่เมีตีประเภทอื่น

การส่งต่อผู้ป่วยที่เอมตี

ในด้านการส่งต่อผู้ป่วยพบว่าทันตแพทย์มากกว่าครึ่งส่งต่อผู้ป่วยที่เอมตี โดยทันตแพทย์ที่จัดการที่เอมตีมีแนวโน้มส่งต่อผู้ป่วยที่เอมตีน้อยกว่าทันตแพทย์ที่ไม่จัดการที่เอมตี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Simmons และ Kilpatrick ในปี ค.ศ. 2004 (29) ถึงแม้ว่าทันตแพทย์ที่จัดการผู้ป่วยที่เอมตีจะส่งต่อผู้ป่วยที่เอมตีน้อยกว่า แต่ทันตแพทย์กลุ่มนี้ส่งต่อผู้ป่วยที่เอมตีถึงร้อยละ 66.3 อาจเนื่องมาจากวิธีการจัดการที่ทันตแพทย์เลือกใช้มักเป็นวิธีการจัดการที่ไม่ซับซ้อน ดังจะเห็นได้จากการจัดการที่ทันตแพทย์เลือกให้แก่ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ คือ การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย ภาวะสุขภาพบำบัด และการใช้ยา และเหตุผลของการส่งต่อมากที่สุดคือต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Simmons และ Kilpatrick ในปี ค.ศ. 2004 ที่พบว่าทันตแพทย์มักให้การรักษาที่ง่าย และอนุรักษ์ และหลีกเลี่ยงการรักษาที่ซับซ้อนไว้ให้ทันตแพทย์อื่นให้การรักษา (29)

เมื่อพิจารณาเหตุผลการส่งต่อพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามให้เหตุผลว่าส่งต่อผู้ป่วยเนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญมากที่สุด (ร้อยละ 70.8) เหตุผลอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 33.2) ส่งเฉพาะกรณีที่เกิดความสามารถ (ร้อยละ 1.0) และอื่น ๆ (ได้แก่ ต้องการส่งผู้ป่วยพบแพทย์สาขาอื่น เพื่อถ่ายภาพรังสีฟันอรามิก ผู้ป่วยมีอาการปลายประสาทอักเสบ และส่งต่อตามความสมัครใจของผู้ป่วย รวมร้อยละ 1.7) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของจิตตวดี บุญธรรม และคณะ ในปี พ.ศ. 2553 ที่พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวเนื่องจากขาดบุคลากรมากที่สุด (ร้อยละ 46.3) และมีผู้ตอบว่ารักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ร้อยละ 6.6 (28)

เมื่อพิจารณาสถานที่ส่งต่อพบว่าทันตแพทย์ส่งผู้ป่วยที่เอมตีไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตตวดี บุญธรรม และคณะ (28) การที่ทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่งผู้ป่วยไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์ซึ่งอยู่นอกระบบบริการ และระบบส่งต่อของกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด อาจเนื่องมาจากภาคกลางมีคณะทันตแพทยศาสตร์หลายแห่งที่อยู่ใกล้ และการคมนาคมสะดวก แสดงให้เห็นว่ายังมีความต้องการทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดภาคกลางเพิ่มขึ้นเพื่อลดการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลนอกระบบประกันสุขภาพ หรือต้องการการสนับสนุนให้ทันตแพทย์สาขาอื่นให้มีความสามารถรักษาผู้ป่วยที่เอมตีด้วยการรักษาที่ซับซ้อน (เช่น การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์) มากขึ้น และสนับสนุนให้ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาให้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์อยู่ในสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.2 บทสรุป

ทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตจังหวัดภาคกลางมักพบและจัดการผู้ป่วยที่เอดส์ โดยทันตแพทย์กลุ่มนี้มักให้การจัดการที่เอดส์แบบอนุรักษ์และผันกลับได้ และมีแนวโน้มจัดการผู้ป่วยที่เอดส์จำเพาะตามประเภทของที่เอดส์ และทันตแพทย์ส่วนใหญ่มักส่งต่อผู้ป่วยที่เอดส์ไปยังสถานบริการอื่นที่อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ศึกษาเฉพาะในกลุ่มทันตแพทย์ภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดภาคกลางเท่านั้น ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานภาครัฐสังกัดหน่วยงานอื่น ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกเอกชน ตลอดจนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคอื่นของประเทศไทยได้ จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรทันตแพทย์ทั้งหมด การศึกษานี้ศึกษาที่เอดส์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยที่เอดส์ของ Okeson (2013) และศึกษารายละเอียดการจัดการที่เอดส์ 5 ประเภท จึงอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยที่เอดส์อื่น ๆ และที่เอดส์ประเภทอื่น จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยอื่น และในที่เอดส์ประเภทอื่น การศึกษานี้เลือกศึกษาวิธีการจัดการที่เอดส์ที่ทันตแพทย์ใช้มากที่สุด 5 วิธี จึงอาจไม่สามารถนำไปใช้ในการจัดการที่เอดส์วิธีอื่น จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมวิธีการจัดการที่เอดส์ทั้งหมด

การศึกษานี้ไม่ทราบเหตุผลที่แท้จริงของการเลือกการจัดการที่เอดส์ของทันตแพทย์ จึงเป็นที่น่าสนใจในการทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการที่เอดส์ของทันตแพทย์ รวมถึงศึกษาสาเหตุที่ทันตแพทย์ให้การจัดการโดยใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์น้อย เพื่อนำมาปรับปรุงการจัดการของทันตแพทย์ให้ได้ประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากทันตแพทย์ภาคกลางมีการหมุนเวียนการปฏิบัติงานของทันตแพทย์จบใหม่มาก การแก้ปัญหาจึงควรแก้ไขควบคู่ไปกับการส่งเสริม หรือเพิ่มแรงจูงใจให้ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่เดิมมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่มักส่งต่อผู้ป่วยที่เอดส์ไปยังสถานบริการอื่นที่อยู่นอกระบบประกันสุขภาพ อาจเนื่องจากทันตแพทย์สถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวน้อย หรือทันตแพทย์สาขาอื่นไม่สามารถให้การรักษาที่เอดส์ที่ซับซ้อนได้ จึงควรส่งเสริมให้เพิ่มจำนวนทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว หรือเพิ่มแรงจูงใจให้ทันตแพทย์มาศึกษาต่อสาขาทันตกรรมบดเคี้ยว และส่งเสริมทันตแพทย์สาขานี้ได้ปฏิบัติงานสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างครอบคลุม และลดการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น

รายการอ้างอิง

1. National Institutes of Health Technology Assessment Conference Statement. Management of temporomandibular disorders. J Am Dent Assoc 1996;127(11):1595-606.
2. The American Academy of Orofacial Pain. Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. 5th ed. IL: Quintessence; 2013.
3. สมศักดิ์ ศิริรุ่งโรจน์ยิ่ง, เปรมทิพย์ อรรถชยานนท์. ความชุกของผู้ป่วยทันตกรรมที่มีความผิดปกติข้อต่อขากรรไกร และปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง. วทันต 2541;48(1):24-30.
4. สุปราณี วิเชียรเนตร, สุชนิภา วิชัยเฉลิมวงศ์. ความชุกของความผิดปกติของระบบบดเคี้ยวในวัยหนุ่มสาว. วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2531;2(1):11-21.
5. พนมพร วานิชชานนท์, ชะรอยบุญ ศาสตรสุข, ปิยนันท์ เกื้อสกุล. ความชุกของอาการแสดงของเท็มโปโรแมนดิบูลาร์ดีสออเดอร์ในกลุ่มตัวอย่างคนไทยกลุ่มหนึ่ง. วทันต 2542;49(1):10-20.
6. ดารารพร แซ่ลี, สุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, กัณตนา ศรีเวียง, สุพัทธกา สายรัตน์. ความชุกของกลุ่มอาการเท็มโปโรแมนดิบูลาร์ ดีสออเดอร์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น. วทันต ขอนแก่น 2554;14(1):3-16.
7. เพ็ญพรรณ เลหาพันธ์, เรดา เกษตรสุวรรณ. ความชุกของการทำงานผิดปกติในระบบบดเคี้ยวของผู้ป่วยทางทันตกรรม. วทันต มหิดล 2529;6(1):1-11.
8. ปานตา เจริญลาภ, ญญา อัครวรฤทธิ, จุไร นาคะปักษิน, วิณา อังคะธา, ภูมิภดา จาวจักรศิริ. ความชุกของอาการและอาการแสดงของเท็มโปโรแมนดิบูลาร์ ดีสออเดอร์ในผู้ป่วยที่มารับบริการทางทันตกรรมที่คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วทันต มหิดล 2544;21(2):41-51.
9. Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 7th ed. Missouri: Elsevier; 2013.
10. Truelove EL, Sommers EE, Le Resche L, Dworkin SF, Von Korff M. Clinical diagnostic criteria for TMD. New classification permits multiple diagnoses. J Am Dent Assoc 1992;123(4):47-54.
11. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112(4):453-62.
12. Polso HL, Napankangas R, Raustia AM. Treatment outcome in patients with TMD--a survey of 123 patients referred to specialist care. Cranio 2010;28(3):156-65.

13. Karibe H, Goddard G, McNeill C, Shih ST. Comparison of patients with orofacial pain of different diagnostic categories. Cranio 2011;29(2):138-43.
14. Murphy MK, MacBarb RF, Wong ME, Athanasiou KA. Temporomandibular disorders: a review of etiology, clinical management, and tissue engineering strategies. Int J Oral Maxillofac Implants 2013;28(6):e393-414.
15. White SC, Pullinger AG. Impact of TMJ radiographs on clinician decision making. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995;79(3):375-81.
16. Wiese M, Wenzel A, Hintze H, Petersson A, Knutsson K, Bakke M, et al. Influence of cross-sectional temporomandibular joint tomography on diagnosis and management decisions of patients with temporomandibular joint disorders. J Orofac Pain 2011;25(3):223-31.
17. Callender KI, Brooks SL. Usefulness of tomography in the evaluation of patients with temporomandibular disorders: a retrospective clinical study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1996;81(6):710-9.
18. Temporomandibular disorders [Internet]. ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Available from: www.occlusion.dent.chula.ac.th/TMD.pdf [2 เมษายน 2557]
19. McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concepts and controversies. J Prosthet Dent 1997;77(5):510-22.
20. Stohler CS, Zarb GA. On the management of temporomandibular disorders: a plea for a low-tech, high-prudence therapeutic approach. J Orofac Pain 1999;13(4):255-61.
21. Ommerborn MA, Kollmann C, Handschel J, Depprich RA, Lang H, Raab WH. A survey on German dentists regarding the management of craniomandibular disorders. Clin Oral Investig 2010;14(2):137-44.
22. Velly AM, Schiffman EL, Rindal DB, Cunha-Cruz J, Gilbert GH, Lehmann M, et al. The feasibility of a clinical trial of pain related to temporomandibular muscle and joint disorders: the results of a survey from the Collaboration on Networked Dental and Oral Research dental practice-based research networks. J Am Dent Assoc 2013;144(1):e1-10.

23. Wright EF, North SL. Management and treatment of temporomandibular disorders: a clinical perspective. *J Man Manip Ther* 2009;17(4):247-54.
24. เพ็ญแข ลากยั้ง, วีระศักดิ์ พุทธานศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2556;22(6):1080-90.
25. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รายงานทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2554. มะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ, ชยาภรณ์ ศรีवार, สาวณัฐรัตน์ ธนธีรวงษ์, สวาสโรชิน สหสาคร, ญัฐวิณี อมรเจริญวงศ์ , จิราภรณ์ สุ่มดีบ และคณะ, บรรณาธิการ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
26. ชาญชัย โห้สงวน. การวางแผนเลือกพื้นที่ปฏิบัติงานในกรอบเวลาระยะสั้นและระยะยาวของนิสิตทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. *ว.ทันต.จุฬาฯ* 2551;31:87-102.
27. ชาญชัย โห้สงวน. การกระจายตัวเชิงพื้นที่และความคิดเห็นต่อการเลือกพื้นที่ปฏิบัติงานของบัณฑิตทันตแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้นโยบายทันตแพทย์ใช้ทุนและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *ว.ทันต.จุฬาฯ* 2550;30:85-102.
28. จิตตวดี บุญธรรม, สุปราณี วิเชียรเนตร, ชาญชัย โห้สงวน. การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวโดยทันตแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย: วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
29. Simmons H C 3rd, Kilpatrick SR. A survey of dentists in the United States regarding a specialty in craniofacial pain. *Cranio* 2004;22(1):72-6.
30. Siritapetawee M, Kositbowornchai S. Temporomandibular disorders: A pilot survey of the opinions on its cause and treatment among young staffs of Faculty of Dentistry, Khon Kaen University. *KDJ* 1999;2(1):96-100.
31. อินทิตรา พรรณเชษฐ์, สิริพร ไชยมะโน. การสำรวจความรู้และความเชื่อของทันตแพทย์ในประเทศไทยที่มีต่อเทโพรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์. ภาควิชาทันตวิทยา-พยาธิวิทยาช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
32. ความเป็นมาของการแบ่งกลุ่มจังหวัด [Internet]. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี. 2551 Available from: <http://www.osmsouth-e.moi.go.th/file/osm1.pdf> [25 มิถุนายน 2557]
33. Hunter P. Temporomandibular disorders affect oral health-related quality of life substantially, but limited evidence is available regarding their magnitude of impact. *J Am Dent Assoc* 2011;142(9):1048-9.

34. Dahlstrom L, Carlsson GE. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. Acta Odontol Scand 2010;68(2):80-5.
35. Mienna CS, Wanman A. Self-reported impact on daily life activities related to temporomandibular disorders, headaches, and neck-shoulder pain among women in a Sami population living in Northern Sweden. J Orofac Pain 2012;26(3):215-24.
36. Karacayli U, Mumcu G, Cimilli H, Sisman N, Sur H, Gunaydin Y. The effects of chronic pain on oral health related quality of life in patients with anterior disc displacement with reduction. Community Dent Health 2011;28(3):211-5.
37. Dao TT, Lund JP, Lavigne GJ. Comparison of pain and quality of life in bruxers and patients with myofascial pain of the masticatory muscles. J Orofac Pain 1994;8(4):350-6.
38. Murray H, Locker D, Mock D, Tenenbaum HC. Pain and the quality of life in patients referred to a craniofacial pain unit. J Orofac Pain 1996;10(4):316-23.
39. Nilsson IM, Drangsholt M, List T. Impact of temporomandibular disorder pain in adolescents: differences by age and gender. J Orofac Pain 2009;23(2):115-22.
40. Miettinen O, Lahti S, Sipila K. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. Acta Odontol Scand 2012;70(4):331-6.
41. Humphrey SP, Lindroth. JE, Carlson CR. Routine dental care in patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2002;16(2):129-34.
42. Jedel E, Carlsson J, Stener-Victorin E. Health-related quality of life in child patients with temporomandibular disorder pain. Eur J Pain 2007;11(5):557-63.
43. Carlsson GE. Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. J Orofac Pain 1999;13(4):232-7.
44. เจนจิรา ธีระวัฒน์. การสำรวจความคิดเห็นต่อมาตรฐานสมรรถนะวิชาชีพทันตแพทยศาสตร์สำหรับทันตแพทยศาสตร์บัณฑิตใหม่: วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสุขภาพ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
45. Cooper BC, Kleinberg I. Examination of a large patient population for the presence of symptoms and signs of temporomandibular disorders. Cranio 2007;25(2):114-26.

46. Magnusson T, Egermarki I, Carlsson GE. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary. Acta Odontol Scand 2005;63(2):99-109.
47. Al-Jundi MA, John MT, Setz JM, Szentpetery A, Kuss O. Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult nonpatients. J Orofac Pain 2008;22(2):97-107.
48. Winocur E, Littner D, Adams I, Gavish A. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents: a gender comparison. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2006;102(4):482-7.
49. Marklund S, Wanman A. Incidence and prevalence of temporomandibular joint pain and dysfunction. A one-year prospective study of university students. Acta Odontol Scand 2007;65(2):119-27.
50. Adern B, Stenvinkel C, Sahlqvist L, Tegelberg A. Prevalence of temporomandibular dysfunction and pain in adult general practice patients. Acta Odontol Scand 2014:1-6.
51. Hobson KA, Huang GJ, Covell DAJ. Patterns of dental care utilization among patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain 2008;22(2):108-14.
52. Epker J, Gatchel RJ. Prediction of treatment-seeking behavior in acute TMD patients: practical application in clinical settings. J Orofac Pain 2000;14(4):303-9.
53. Glaros AG, Glass EG, McLaughlin L. Knowledge and beliefs of dentists regarding temporomandibular disorders and chronic pain. J Orofac Pain 1994;8(2):216-22.
54. Tegelberg A, Wenneberg B, List T. General practice dentists' knowledge of temporomandibular disorders in children and adolescents. Eur J Dent Educ 2007;11(4):216-21.
55. Le Resche L, Truelove EL, Dworkin SF. Temporomandibular disorders: a survey of dentists' knowledge and beliefs. J Am Dent Assoc 1993;124(5):90-4, 7-106.
56. Lee WY, Choi JW, Lee JW. A study of dentists' knowledge and beliefs regarding temporomandibular disorders in Korea. Cranio 2000;18(2):142-6.
57. Altman RD. Criteria for classification of clinical osteoarthritis. J Rheumatol Suppl 1991;27:10-2.

58. Dworkin SF, Le Resche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord 1992;6(4):301-55.
59. The American Academy of Orofacial Pain. Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. Illinois: Quintessence; 1996.
60. The American Academy of Orofacial Pain. Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management. 4th ed. IL: Quintessence; 2008.
61. Pullinger AG, Seligman DA, Gornbein JA. A multiple logistic regression analysis of the risk and relative odds of temporomandibular disorders as a function of common occlusal features. J Dent Res 1993;72(6):968-79.
62. Gesch D, Bernhardt O, Kirbschus A. Association of malocclusion and functional occlusion with temporomandibular disorders (TMD) in adults: a systematic review of population-based studies. Quintessence Int 2004;35(3):211-21.
63. Goddard G. Self-care tips for temporomandibular disorders. Cranio 1993;11(4):312.
64. Michelotti A, Iodice G, Vollaro S, Steenks MH, Farella M. Evaluation of the short-term effectiveness of education versus an occlusal splint for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles. J Am Dent Assoc 2012;143(1):47-53.
65. Dworkin SF. Behavioral and educational modalities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;83(1):128-33.
66. Ferrando M, Galdon MJ, Dura E, Andreu Y, Jimenez Y, Poveda R. Enhancing the efficacy of treatment for temporomandibular patients with muscular diagnosis through cognitive-behavioral intervention, including hypnosis: a randomized study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012;113(1):81-9.
67. Herman CR, Schiffman EL, Look JO, Rindal DB. The effectiveness of adding pharmacologic treatment with clonazepam or cyclobenzaprine to patient education and self-care for the treatment of jaw pain upon awakening: a randomized clinical trial. J Orofac Pain 2002;16(1):64-70.
68. Marini I, Bartolucci ML, Bortolotti F, Gatto MR, Bonetti GA. Palmitoylethanolamide versus a nonsteroidal anti-inflammatory drug in the

treatment of temporomandibular joint inflammatory pain. J Orofac Pain 2012;26(2):99-104.

69. Michelotti A, Steenks MH, Farella M, Parisini F, Cimino R, Martina R. The additional value of a home physical therapy regimen versus patient education only for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: short-term results of a randomized clinical trial. J Orofac Pain 2004;18(2):114-25.

70. Ekberg EC, Sabet ME, Petersson A, Nilner M. Occlusal appliance therapy in a short-term perspective in patients with temporomandibular disorders correlated to condyle position. Int J Prosthodont 1998;11(3):263-8.

71. Ekberg EC, Vallon D, Nilner M. Occlusal appliance therapy in patients with temporomandibular disorders. A double-blind controlled study in a short-term perspective. Acta Odontol Scand 1998;56(2):122-8.

72. Ekberg E, Vallon D, Nilner M. The efficacy of appliance therapy in patients with temporomandibular disorders of mainly myogenous origin. A randomized, controlled, short-term trial. J Orofac Pain 2003;17(2):133-9.

73. Ekberg E, Nilner M. Treatment outcome of appliance therapy in temporomandibular disorder patients with myofascial pain after 6 and 12 months. Acta Odontol Scand 2004;62(6):343-9.

74. Ekberg EC, Nilner M. Treatment outcome of short- and long-term appliance therapy in patients with TMD of myogenous origin and tension-type headache. J Oral Rehabil 2006;33(10):713-21.

75. Kerstein RB, Radke J. Masseter and temporalis excursive hyperactivity decreased by measured anterior guidance development. Cranio 2012;30(4):243-54.

76. De Boever J A, Nilner M, Orthlieb JD, Steenks MH. Recommendations by the EACD for examination, diagnosis, and management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner. J Orofac Pain 2008;22(3):268-78.

77. Reissmann DR, Behn A, Schierz O, List T, Heydecke G. Impact of dentists' years since graduation on management of temporomandibular disorders. Clin Oral Investig 2015. Epub ahead of print.

78. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. ไพจิตร วราชาติ, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธาดล, นิตศน์ รวยยาว, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุทธานนท์, สุธิมา สงวนศักดิ์ และคณะ, บรรณาธิการ: (ม.ป.ท.); 2554.
79. เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System : GIS) [Internet]. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2551 Available from: www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf [18 มิถุนายน 2557]
80. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙. เพ็ญแข ลากยั้ง, กันยา บุญธรรม, editors. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
81. สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม [Internet]. ทันตแพทย์สภา. 2552 Available from: <http://www.dentalcouncil.or.th/content/people/detail.php?type=6&id=158> [24 มิถุนายน 2557]
82. สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม [Internet]. สำนักงานประกันสังคม. 2556 Available from: <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=868&id=3648> [24 มิถุนายน 2557]
83. Aldrigue RH, Sanchez-Ayala A, Urban VM, Pavarina AC, Jorge JH, Campanha NH. A Survey of the Management of Patients with Temporomandibular Disorders by General Dental Practitioners in Southern Brazil. *J Prosthodont* 2015. doi: 10.1111/jopr.12255. Epub ahead of print.
84. Glass EG, McGlynn FD, Glaros AG. A survey of treatments for myofascial pain dysfunction. *Cranio* 1991;9(2):165-8.
85. Glass EG, Glaros AG, McGlynn FD. Myofascial pain dysfunction: treatments used by ADA members. *Cranio* 1993;11(1):25-9.
86. จามร เงินขารี, เนสินี ไชยเอื้อย, สุภัชชา เขียวหวาน, อิศราภรณ์ เทพวงษา, ทวี ศิริวงศ์, กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ. พฤติกรรมเชิงสุขภาพของสมาชิกองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2550;22(3):220-9.
87. ชาญชัย โห้สงวน. ความเที่ยงและความตรงของดัชนีแบบอย่างความเป็นวิชาชีพ ฉบับภาษาไทย. *วทันตจุฬาฯ* 2552;32:53-68.
88. Durham J. Summary of Royal College of Surgeons' (England) clinical guidelines on management of temporomandibular disorders in primary care. *Br Dent J* 2015;218(6):355-6.

89. de Freitas RF, Ferreira MA, Barbosa GA, Calderon PS. Counselling and self-management therapies for temporomandibular disorders: a systematic review. J Oral Rehabil 2013;40(11):864-74.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยที่เอ็มดี

สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยที่เอ็มดีของ Okeson (2013) (9)

- I. Masticatory muscle disorders
 - a. Protective co-contraction
 - b. Local muscle soreness
 - c. Myofascial pain
 - d. Myospasm
 - e. Centrally mediated myalgia
- II. Temporomandibular joint (TMJ) disorders
 - a. Derangements of the condyle-disc complex
 - i. Disc displacement
 - ii. Disc dislocation with reduction
 - iii. Disc dislocation without reduction
 - b. Structural incompatibility of the articular surfaces
 - i. Deviation in form
 1. Disc
 2. Condyle
 3. Fossa
 - ii. Adhesion
 1. Disc to condyle
 2. Disc to fossa
 - iii. Subluxation (hypermobility)
 - iv. Spontaneous dislocation
 - c. Inflammatory disorders of the TMJ
 - i. Synovitis/ capsulitis
 - ii. Retrodiscitis

- iii. Arthritides
 - 1. Osteoarthritis
 - 2. Osteoarthrosis
 - 3. Polyarthritides
 - iv. Inflammatory disorders of associated structures
 - 1. Temporal tendonitis
 - 2. Stylomandibular ligament inflammation
- III. Chronic mandibular hypomobility
- a. Ankylosis
 - i. Fibrous
 - ii. Bony
 - b. Muscle contracture
 - i. Myostatic
 - ii. Myofibrotic
 - c. Coronoid impendance
- IV. Growth disorders
- a. Congenital and developmental bone disorders
 - i. Agenesis
 - ii. Hypoplasia
 - iii. Hyperplasia
 - iv. Neoplasia
 - b. Congenital and developmental muscle disorders
 - i. Hypotrophy
 - ii. Hypertrophy
 - iii. Neoplasia

สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยที่เอเอ็มดีของ The American Academy of Orofacial Pain (1996) (59)

- I. Temporomandibular joint disorders
 - a. Congenital or developmental disorders
 - i. Aplasia
 - ii. Hypoplasia
 - iii. Hyperplasia
 - iv. Neoplasia
 - b. Disc derangement disorders
 - i. Disc displacement with reduction
 - ii. Disc displacement without reduction
 - c. Temporomandibular joint dislocation
 - d. Inflammatory disorders
 - i. Capsulitis/ synovitis
 - ii. Polyarthritides
 - e. Osteoarthritis (noninflammatory disorders)
 - i. Osteoarthritis: Primary
 - ii. Osteoarthritis: Secondary
 - f. Ankylosis
 - g. Fracture
- II. Masticatory muscle disorders
 - a. Myofascial pain
 - b. Myositis
 - c. Myospasm
 - d. Local myalgia - unclassified
 - e. Myofibrotic contracture
 - f. Neoplasia

สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยที่เอ็ดมีดีของ The American Academy of Orofacial Pain (2008) (60)

- I. Temporomandibular joint disorders
 - a. Congenital or developmental disorders
 - i. Aplasia
 - ii. Hypoplasia
 - iii. Hyperplasia
 - iv. Dysplasia
 - v. Neoplasia
 - b. Disc derangement disorders
 - i. Disc displacement with reduction
 - ii. Disc displacement without reduction
 - c. Temporomandibular joint dislocation
 - d. Inflammatory disorders
 - i. Synovitis and capsulitis
 - ii. Polyarthritides
 - e. Noninflammatory disorders
 - i. Primary Osteoarthritis
 - ii. Secondary Osteoarthritis
 - f. Ankylosis
 - g. Fracture
- II. Masticatory muscle disorders
 - a. Local myalgia
 - b. Myofascial pain
 - c. Centrally mediated myalgia
 - d. Myospasm
 - e. Myositis
 - f. Myofibrotic contracture
 - g. Masticatory muscle neoplasia

สรุปเกณฑ์การวินิจฉัยที่เอเอ็มดีของ The American Academy of Orofacial Pain (2013) (2)

Temporomandibular joint disorders

1. Joint pain
 - a. Arthralgia
 - b. Arthristis
2. Joint disorders
 - a. Disc-condyle complex disorders
 - i. Disc displacement with reduction
 - ii. Disc displacement with reduction with intermittent locking
 - iii. Disc displacement without reduction with limited opening
 - iv. Disc displacement without reduction without limited opening
 - b. Other hypomobility disorders
 - i. Adhesions/ adherence
 - ii. Ankylosis
 1. Fibrous ankylosis
 2. Osseous ankylosis
 - c. Hypermobility disorders
 - i. Subluxation
 - ii. Luxation
 1. Closed dislocation
 2. Recurrent dislocation
 3. Ligamentous laxity
3. Joint disease
 - a. Degenerative joint diseases
 - i. Osteoarthrosis
 - ii. Osteoarthritis
 - b. Condylitis
 - c. Osteochondritis dissecans
 - d. Oteonecrosis
 - e. Systemic arthritides
 - f. Neoplasm
 - g. Synovial chondromatosis
4. Fracture
 - a. Closed fracture of condylar process
 - b. Closed fracture of subcondylar process
 - c. Open fracture of condylar process
 - d. Open fracture of subcondylar process
5. Congenital/ developmental disorders
 - a. Aplasia
 - b. Hypoplasia
 - c. Hyperplasia

Masticatory muscle disorders

1. Muscle pain limited to the orofacial region
 - a. Myalgia
 - i. Local Myalgia
 - ii. Myofascial pain with spreading
 - iii. Myofascial pain with referral
 - b. Tendonitis
 - c. Myositis
 - i. Noninfective
 - ii. Infective
 - d. Spasm
2. Contracture
 - a. Muscle
 - b. Tendon
3. Hypertrophy
4. Neoplasms
 - a. Jaw
 - i. Malignant
 - ii. benign
 - b. Soft tissues of head, face, and neck
 - i. Malignant
 - ii. benign
5. Movement disorders
 - a. Orofacial dyskinesia
 - i. Abnormal involuntary movements (tremor unspecified; cramp and spasm; fasciculations)
 - ii. Ataxia, unspecified; muscular incoordination
 - iii. Subacute, due to drugs; oral tardive dyskinesia
 - b. Oromandibular dystonia
 - i. Acute, due to drugs
 - ii. Deformans, familial, idiopathic, and torsion dystonia
6. Masticatory muscle pain attributed to systemic/central disorders
 - a. Fibromyalgia
 - b. Centrally mediated myalgia

Headache disorders

1. Headache attributed to TMDs

Associated structures

1. Coronoid hyperplasia

ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่องการจัดการผู้ป่วยเทมโพรแมนติบิวลาร์ติสออเดอ์ของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในภาคกลางของประเทศไทย

คำชี้แจงแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้มีจุดประสงค์ศึกษาการจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยเทมโพรแมนติบิวลาร์ติสออเดอ์ของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลางของประเทศไทย
2. แบบสอบถามนี้มีจำนวน 3 หน้า ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจัดการผู้ป่วยเทมโพรแมนติบิวลาร์ติสออเดอ์ (ทีเอ็มดี)
ส่วนที่ 3 รายละเอียดการจัดการผู้ป่วยผู้ป่วยทีเอ็มดีตามเกณฑ์วินิจฉัยแยกประเภท (TMD diagnosis subcategories)
3. การตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย / ลงใน หรือกรอกข้อมูลลงในช่องว่าง โปรดอ่านคำถามโดยละเอียด และตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และ**กรุณาตอบทุกข้อตามที่กำหนด**เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการวิจัย
4. โปรดส่ง**เฉพาะแบบสอบถาม**ที่ท่านได้ตอบคำถามครบถ้วนแล้วกลับ โดยพับแบบสอบถามและเย็บกระดาษ ส่งกลับทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ในหน้าที่ 4 **ภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถาม (ไม่ต้องส่งเอกสารชี้แจงกลับ)**
5. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม การนำข้อมูลไปเผยแพร่จะใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวมไม่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล การส่งแบบสอบถามกลับคืนเป็นการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เรื่องการจัดการผู้ป่วยเทมโพรแมนติบิวลาร์ติสออเดอ์โดยทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลางของประเทศไทย

การส่งแบบสอบถามกลับเป็นการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(โปรดพลิกแบบสอบถามให้ครบทุกหน้า)

เอกสารแนบ

ประเภทของเทมโพรแมนติบิวลาร์ติสออเดอ์

- 1) **ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ (Local muscle soreness)** เป็นความผิดปกติที่มีอาการปวดของกล้ามเนื้อที่ไม่ได้เกิดจากการอักเสบ เป็นการตอบสนองของกล้ามเนื้อต่อจากภาวะกล้ามเนื้อหดตัวปกป้อง ทำให้เคลื่อนขากระดูกไขว้ลง และจำกัดเนื่องจากความเจ็บปวด มักไม่เจ็บปวดขณะพัก เจ็บปวดเมื่อใช้ขากระดูก รู้สึกกล้ามเนื้อล้า และเจ็บปวดเพิ่มขึ้นเมื่อคลำกล้ามเนื้อ
- 2) **ภาวะปวดไมโอแฟสเซียล (Myofascial pain)** เป็นภาวะปวดกล้ามเนื้อที่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง มีแถบแน่น ไวต่อการกระตุ้นในกล้ามเนื้อ เรียกว่าจุดกระตุ้นเจ็บปวด (trigger point) เมื่อกระตุ้นทำให้เกิดอาการปวดต่างที่ได้ (referred pain) ผู้ป่วยจะมีอาการเคลื่อนขากระดูกไขว้ลง และจำกัดเนื่องจากปวดกล้ามเนื้อ มักมีอาการเจ็บปวดแม้ขณะพัก ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการสำคัญคือปวดศีรษะ เจ็บปวดเมื่อใช้ขากระดูก แต่น้อยกว่าภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ โดยเจ็บปวดเมื่อกระตุ้นจุดกระตุ้นเจ็บปวด
- 3) **แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูกเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง (Disc dislocation with reduction)** เมื่อเนื้อเยื่อท้ายแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูกส่วนล่าง (inferior retrodiscal lamina) และ เอ็นยึดเคียงข้าง (discal collateral ligament) ยึดมากขึ้น และส่วนหลังของแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูกบางพอ ทำให้แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูกเคลื่อนอย่างสมบูรณ์ในช่องว่างของแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูก (discal space) ไม่ติดกับคอนดายล์ และแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูกกลับเข้าที่ได้อ้าปากขากระดูกจะเบี่ยงไปข้างใดข้างหนึ่งหรืออ้าปากจำกัด เมื่อแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูกกลับเข้าที่ (บางครั้งจะเกิดเสียงดังคลิก) ขากระดูกจะเบนออกจากแนวกลางและกลับเข้ามาใหม่ (deviation) หลังจากนั้นขากระดูกจะเคลื่อนได้ระยะปกติ
- 4) **แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูกเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้ (Disc dislocation without reduction)** เมื่อเอ็นยึดยึดมากขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อท้ายแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูกส่วนบน (superior retrodiscal lamina) เสียไป ทำให้แผ่นรองกระดูกข้อต่อขากระดูกกลับเข้าที่ยากขึ้น จนไม่กลับเข้าที่ ทำให้ระยะอ้าปากกว้างสุดได้ 25-30 มิลลิเมตร เมื่อผู้ป่วยพยายามอ้าปากมากขึ้นขากระดูกกลางจะเบี่ยงเบน (deflection) และไม่สามารถเพิ่มระยะอ้าปากได้ (hard end feel) ระยะเยื้องขากระดูกไปด้านข้างข้างเดียวกันปกติ แต่เยื้องไปด้านตรงข้ามได้น้อยลง มีอาการปวดเมื่อมีแรงลงที่ข้อต่อขากระดูก
- 5) **ภาวะข้อต่ออักเสบ (Athritides)** เช่น **ภาวะข้อขากระดูกต่อเสื่อม (Osteoarthritis และ Osteoarthrosis)** เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อแรงกระทำที่เพิ่มขึ้น เกิดการทำลายผิวกระดูกทำให้รูปร่างคอนดายล์และแองข้อต่อขากระดูกเปลี่ยนแปลง Osteoarthritis มักมีอาการเจ็บปวด อาการเจ็บปวดแย่ลงเมื่อเคลื่อนขากระดูก และมีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) มีการเปลี่ยนแปลงกระดูกทางภาพถ่ายรังสี เมื่อเกิดการปรับตัวเรียกว่า Osteoarthrosis

(โปรดพลิกหน้าหลัง)

คำจำกัดความการจัดการเทมโพรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์

1. **การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย (patient education and self-care)** การให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความผิดปกติมากขึ้น การแนะนำการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย เช่น หลีกเลี่ยงการอ้าปากกว้าง ใช้มือดันคางขณะหาว รับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง เหนียว เคี้ยวอาหารช้า ๆ หลีกเลี่ยงการใช้ชากรรไกรทำงานนอกหน้าที่ เช่น กัดฟัน ตอนกลางวัน เคี้ยวหมากฝรั่ง ใช้ปากกัดสิ่งของ หลีกเลี่ยงการเล่นดนตรี หรือร้องเพลงเมื่อมีอาการปวด เป็นต้น
2. **การใช้ยา (pharmacologic management)** การใช้ยาช่วยจัดการบางอาการของทีเอ็มดีได้ และใช้ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ได้ ยาที่มักใช้ ได้แก่ ยาระงับปวด ยาต้านการอักเสบ และยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น
3. **กายภาพบำบัด (physical therapy)** กายภาพบำบัดเป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการที่มักใช้ร่วมกับการรักษาหลัก ได้แก่ การประคบอุ่น การประคบเย็น การใช้คลื่นอัลตราซาวด์ การกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า การทำ Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) การนวด การทำ joint mobilization เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวขากรรไกรได้มากขึ้น และการทำ muscle conditioning
4. **การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ (occlusal appliance)** occlusal appliance เป็นเครื่องมือถอดได้ มักทำจากอะคริลิกชนิดแข็ง พอดีกับด้านสบฟันของฟันในขากรรไกร และสบกับฟันของขากรรไกรด้านตรงข้าม ซึ่งเครื่องมือนี้รวมถึง occlusal splint, bite guard, night guard, interocclusal appliance และ orthopedic device ด้วย การใช้ occlusal appliance มีจุดประสงค์เพื่อทำให้เกิดสภาวะการสบฟันที่มีเสถียรภาพชั่วคราว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทกล้ามเนื้อ ทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อดีขึ้น occlusal appliance ทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อดีขึ้น occlusal appliance ทำให้คอนดัยล้อยู่ในตำแหน่งที่มีเสถียรภาพ และยังใช้เพื่อปกป้องฟัน และโครงสร้างอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจากแรงที่ผิดปกติที่อาจทำลายเนื้อเยื่อ และ/หรือ ทำให้ฟันสึกได้โดย occlusal appliance มีทั้งชนิด passive และชนิด active ที่กำหนดตำแหน่งขากรรไกรได้
5. **การรักษาด้านบดเคี้ยว (occlusal therapy)** การรักษาด้านบดเคี้ยวแบบผันกลับไม่ได้ (irreversible occlusal therapy) เป็นการบำบัดรักษาการสบฟันที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะการสบฟันของผู้ป่วยแบบถาวร ไม่สามารถกลับมาสภาวะเดิมได้ เช่น การทำ selective grinding, occlusal equilibration, restorative procedures, การจัดฟัน

(โปรดพลิกแบบสอบถามทุกหน้า)

อาสาสมัครได้รับทราบถึงขั้นตอนการทำวิจัยนี้แล้ว และยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือตอบคำถามลงในช่องว่าง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ..... ปี
3. จบการศึกษาระดับบัณฑิตแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อปี พ.ศ.
4. สถาบันที่จบการศึกษาระดับบัณฑิตแพทยศาสตรบัณฑิต

<input type="checkbox"/> 1) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> 2) มหาวิทยาลัยมหิดล	<input type="checkbox"/> 3) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
<input type="checkbox"/> 4) มหาวิทยาลัยขอนแก่น	<input type="checkbox"/> 5) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	<input type="checkbox"/> 6) มหาวิทยาลัยนเรศวร
<input type="checkbox"/> 7) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	<input type="checkbox"/> 8) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	<input type="checkbox"/> 9) มหาวิทยาลัยรังสิต
<input type="checkbox"/> 10) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....		
5. จบระดับการศึกษาสูงสุด (เลือกตอบระดับการศึกษาสูงสุดเพียง 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1) บัณฑิตแพทยศาสตรบัณฑิต (ทบ.)
<input type="checkbox"/> 2) ประกาศนียบัตรบัณฑิต สาขา (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> 3) ประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง สาขา (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> 4) ปริญญาโท สาขา (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> 5) วุฒิบัตร/ อนุมัติบัตร/ ปริญญาเอก สาขา (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> 6) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
6. ประเภทของสถานที่ปฏิบัติงานหลักของท่านในปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	<input type="checkbox"/> 2) โรงพยาบาลศูนย์	<input type="checkbox"/> 3) โรงพยาบาลทั่วไป
<input type="checkbox"/> 4) โรงพยาบาลชุมชน <input type="checkbox"/> 5) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....		
7. ประเภทของงานทันตกรรมเฉพาะทางที่ท่านทำมากที่สุดที่สุดในสถานที่ปฏิบัติงานหลัก (เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1) ทันตกรรมทั่วไป	<input type="checkbox"/> 2) ศัลยศาสตร์ช่องปาก	<input type="checkbox"/> 3) ปรีทันตวิทยา
<input type="checkbox"/> 4) ทันตกรรมสำหรับเด็ก	<input type="checkbox"/> 5) ทันตกรรมจัดฟัน	<input type="checkbox"/> 6) ทันตกรรมประดิษฐ์
<input type="checkbox"/> 7) ทันตสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 8) วิทยาเอนโดดอนต์	<input type="checkbox"/> 9) ทันตกรรมหัตถการ
<input type="checkbox"/> 10) วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก (เวชศาสตร์ช่องปาก/ รังสีวิทยา/ ทันตพยาธิวิทยา/ ทันตกรรมบดเคี้ยว)		
<input type="checkbox"/> 11) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจัดการผู้ป่วยเทมโปโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ (ทีเอ็มดี)

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือตอบคำถามลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2.1 ประสบการณ์การพบผู้ป่วยทีเอ็มดี

1. ในหนึ่งปีที่ผ่านมาท่านพบผู้ป่วยทีเอ็มดีหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1) ไม่พบ (สิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม กรุณาส่งแบบสอบถามกลับ)
<input type="checkbox"/> 2) พบ 1-3 คน
<input type="checkbox"/> 3) พบ 4-10 คน
<input type="checkbox"/> 4) พบ มากกว่า 10 คน

(โปรดตอบแบบสอบถามหน้าที่ 2 หน้าหลัง)

ส่วนที่ 2.2 การรักษาผู้ป่วยที่เอมดี

2. ท่านรักษาผู้ป่วยที่มีอาการที่เอมดีหรือไม่
- 1) **ไม่รักษา** (กรุณาตอบเหตุผลด้านล่าง และข้ามไปตอบส่วนที่ 2.3 และสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม)
 เนื่องจาก I) ขาดความรู้/ทักษะ II) ขาดเครื่องมือ III) ผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา
 IV) ไม่มีเวลารักษา V) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
- 2) รักษา
3. ท่านรักษาผู้ป่วยที่เอมดีอย่างไร

การรักษาผู้ป่วยที่เอมดี	ความถี่	ทุกครั้ง (5)	เป็นส่วนใหญ่ (4)	ปานกลาง (29)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
1. การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย						
2. การให้ยา (เช่น ยาระงับปวด ยาต้านการอักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อ)						
3. กายภาพบำบัด (เช่น แนะนำให้ประคบอุ่น/เย็น บริหารชากรรไกร)						
4. การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ (soft splint/hard splint)						
5. การรักษาด้านบดเคี้ยว (การกรอปรับการสบฟัน/การบูรณะฟัน/การจัดฟัน)						
6. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....						

4. ท่านนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาหรือไม่
- 1) **ไม่ติดตามผลการรักษา** 2) ติดตามผลการรักษา

ส่วนที่ 2.3 การส่งต่อผู้ป่วย

5. ท่านส่งต่อผู้ป่วยหรือไม่
- 1) **ไม่ส่งต่อ** เนื่องจาก I) ผู้ป่วยปฏิเสธการส่งต่อ II) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
- 2) ส่งต่อ เนื่องจาก I) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ
 II) ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น III) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
6. กรณีที่ท่านส่งต่อผู้ป่วยไปที่ใด
- 1) ส่งต่อทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเดียวกัน 2) ส่งต่อทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลอื่นในจังหวัดเดียวกัน
 3) ส่งต่อทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลในจังหวัดอื่น ๆ 4) คณะทันตแพทยศาสตร์ (โปรดระบุมหาวิทยาลัย).....
 5) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 3 รายละเอียดการรักษานผู้ป่วยที่เอมดีตามเกณฑ์วินิจฉัยแยกประเภท (TMD diagnosis subcategories)

คำชี้แจงโปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือตอบคำถามลงในช่องว่าง

7. ท่านวินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดี (ระบุการวินิจฉัย TMD subcategories) ก่อนการรักษาผู้ป่วยหรือไม่
- 1) **ไม่วินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดี** (กรุณาเลือกการจัดการผู้ป่วยด้านล่าง และสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ไม่ต้องตอบข้อ 8)
 ท่านจัดการผู้ป่วยที่เอมดีอย่างไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 I) การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย
 II) การให้ยา 1) ให้ยาระงับปวด 2) ให้ยาต้านการอักเสบ 3) ให้ยาคลายกล้ามเนื้อ
 III) กายภาพบำบัด 1) ประคบอุ่น/เย็น 2) บริหารชากรรไกร
 IV) การใช้เครื่องมือออร์โธพิดิกส์ 1) Soft splint 2) Hard splint
 V) การรักษาด้านบดเคี้ยว 1) การกรอปรับการสบฟัน 2) การบูรณะฟันหรือใส่ฟัน 3) จัดฟัน
 VI) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
- 2) วินิจฉัยแยกประเภทที่เอมดี (กรุณาตอบแบบสอบถาม ข้อ 8 ในหน้าถัดไป)

8. กรณีที่ท่านวินิจฉัยแยกประเภทที่เริ่มดี (ระบุการวินิจฉัย TMD subcategories) ท่านจัดการผู้ป่วยที่เริ่มดีต่อไปอย่างไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

การรักษาก่อน	ผู้ป่วยที่เริ่มดีเฉพาะที่ (1)	การปรับพฤติกรรมเฉพาะที่ (2)	การใช้ยา			กายภาพบำบัด		การใช้เครื่องมือออร์โธติกส์		การรักษาตามเดือย			อื่น ๆ (โปรดระบุ)
			คลายกล้ามเนื้อ (3)	กล้ามเนื้อ (4)	ยาแก้ปวด (5)	ประคบร้อน/เย็น/นวด (6)	บริหารการกรไกร (7)	Soft splint (8)	Hard splint (9)	การปรับระบบการสบฟัน (10)	การปรับการสบฟัน (11)	การปรับการสบฟัน (12)	
ผู้ป่วยที่เริ่มดีต่อไปนี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ (Local muscle soreness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ภาวะปวดไมโอแฟสเชียล (Myofascial pain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่ตัวเอง (Disc dislocation with reduction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดเข้าที่เองไม่ได้ (Disc dislocation without reduction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ (Osteoarthritis และ Osteoarthrosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทั้งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*****ขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาตอบแบบสอบถาม*****

ภาคผนวก ค รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รองศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิง สุชนิภา วงศ์ทองศรี

อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิง พนมพร วานิชชานนท์

อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ทันตแพทย์หญิงอติษฐ มาลากุล ณ อยุธยา

อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง ตารางแสดงความน่าเชื่อถือ

ทดสอบความน่าเชื่อถือด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ทันตแพทย์ตอบกลับซ้ำ 10 คน มาคำนวณหาค่าร้อยละที่ตอบซ้ำคำตอบเดิม โดยใช้เกณฑ์ตอบซ้ำเกินร้อยละ 80 ถือว่ายอมรับได้

ตารางที่ 21 ค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (test-retest reliability)

คำถาม	ความเชื่อมั่น (%)
ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	
1. เพศ	100
2. อายุ	100
3. ปีที่สำเร็จการศึกษา	100
4. สถาบันที่สำเร็จการศึกษาระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	100
5. การศึกษาระดับสูงสุด และสาขา	100
6. ประเภทของสถานที่ปฏิบัติงานหลักในปัจจุบัน	100
7. ประเภทของงานทันตกรรมเฉพาะทางที่ทำมากที่สุด ในสถานปฏิบัติงานหลัก	60
ตอนที่ 2 ประสบการณ์การพบผู้ป่วยที่เอมตี	
1. ในหนึ่งปีที่ผ่านมาท่านพบผู้ป่วยที่เอมตีหรือไม่	70
2. ท่านรักษาผู้ป่วยที่มีอาการที่เอมตีหรือไม่	90
3. ท่านรักษาผู้ป่วยที่เอมตีอย่างไร	(เฉลี่ย 81.7)
3.1 การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย	90
3.2 การให้ยา	80
3.3 กายภาพบำบัด	80
3.4 การใช้เครื่องมือออร์โธดิกส์	80
3.5 การรักษาด้วยทันตศัลยกรรม	70
3.6 อื่น ๆ	90
4. ท่านนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาหรือไม่	70
5. ท่านส่งต่อผู้ป่วยหรือไม่ และเหตุผลการส่งต่อ	80
6. กรณีที่ท่านส่งต่อ ท่านส่งต่อผู้ป่วยไปที่ใด	70
ตอนที่ 3 รายละเอียดการรักษาผู้ป่วยที่เอมตีตามเกณฑ์วินิจฉัยแยกประเภท	
7. ท่านวินิจฉัยแยกประเภทที่เอมตีก่อนการจัดการผู้ป่วยหรือไม่	90
1) การจัดการที่เอมตีกรณีไม่วินิจฉัยแยกที่เอมตี	(เฉลี่ย 83.3)
1.1 การให้ความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลรักษาตนเองแก่ผู้ป่วย	80
1.2 การให้ยา	80
1.3 กายภาพบำบัด	90
1.4 การใช้เครื่องมือออร์โธดิกส์	80
1.5 การรักษาด้วยทันตศัลยกรรม	90
1.6 อื่น ๆ	80
8. การจัดการที่เอมตีกรณีวินิจฉัยแยกที่เอมตี	(เฉลี่ย 85.0)
8.1 ภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่	90
8.2 ภาวะปวดกล้ามเนื้อโอฟสเซียล	80
8.3 ภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดกลับเข้าที่เองได้	80
8.4 ภาวะแผ่นรองกระดูกข้อต่อขากรรไกรเคลื่อนชนิดกลับเข้าที่เองไม่ได้	90
8.5 ภาวะข้อต่อขากรรไกรอักเสบ	90
8.6 ผู้ป่วยที่มีปัญหาทั้งกล้ามเนื้อข้อต่อและข้อต่อขากรรไกร	80

ภาคผนวก จ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูล และอนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด





ที่ ศธ 0512.8 / 6/06

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๓

กันยายน 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูล และอนุญาตให้นิสิตเก็บข้อมูลงานวิจัยในกลุ่มทันตแพทย์สังกัดกระทรวง
สาธารณสุขด้วยแบบสอบถามทางไปรษณีย์

เรียน

ด้วยทันตแพทย์หญิงศุภางค์ จันทร์ทน นิสิตคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวและความเจ็บปวดบริเวณช่องปากและใบหน้า จะทำวิจัย
เรื่อง “การจัดการผู้ป่วยเทมโพรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ของทันตแพทย์ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคกลาง
ของประเทศไทย” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการผู้ป่วยเทมโพรแมนติบิวลาร์ดีสออเดอร์ของทันตแพทย์
ภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดในภาคกลาง โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังสถานที่ปฏิบัติงานของ
ทันตแพทย์กลุ่มดังกล่าว

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านแจ้งรายชื่อทันตแพทย์ที่
รับราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดของท่านที่ปฏิบัติงาน ณ ปัจจุบัน (ไม่รวมถึงทันตแพทย์ที่ลาศึกษาต่อ)
และสถานที่ปฏิบัติงานของทันตแพทย์ดังกล่าว (โดยส่งข้อมูลดังกล่าวมาที่ e-mail: supangch@gmail.com หรือ
โทรสาร 02-218-8553) และขออนุญาตให้นิสิตเก็บข้อมูลวิจัยในรูปแบบแบบสอบถามทางไปรษณีย์ระหว่างเดือน
พฤศจิกายน 2557 ถึง มกราคม 2558

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.สุชิต พูลทอง)
คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์

ผู้ประสานงาน ญญศุภางค์ จันทร์ทน
โทร. 089-1599558
โทรสาร 02-218-8553
E-mail: supangch@gmail.com

ภาคผนวก ฉ หนังสืออนุมติจริยธรรม





No. 074/2014

Study Protocol and Consent Form Approval

The Human Research Ethics Committee of the Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand has approved the following study to be carried out according to the protocol and patient/participant information sheet dated and/or amended as follows in compliance with the ICH/GCP.

Study Title : MANAGEMENT OF TEMPOROMANDIBULAR
DISORDER PATIENTS BY MINISTRY OF PUBLIC
HEALTH DENTISTS IN THE CENTRAL PROVINCES
OF THAILAND

Study Code : HREC-DCU 2014-068

Study Center : Chulalongkorn University

Principle Investigator : Dr. Supang Chanton

Protocol Date : September 19, 2014

Date of Approval : November 4, 2014

Date of Expiration : November 3, 2016

V. Lertchirakarn

(Associate Professor Dr. Veera Lertchirakarn)
Chairman of Ethics Committee

K. Bhalang

(Assistant Professor Dr. Kanokporn Bhalang)
Associate Dean for Research

*A list of the Ethics Committee members (names and positions) present at the Ethics Committee meeting on the date of approval of this study has been attached (upon requested). This Study Protocol Approval Form will be forwarded to the Principal Investigator.

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of the approval)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any) bearing the Human Research Ethics Committee's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Human Research Ethics Committee for the record;
3. Report to the Human Research Ethics Committee any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Human Research Ethics Committee concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration.

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบบินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะทันตแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนวันสิ้นสุดการอนุมัติ อย่างน้อย 1 เดือน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

น.ส. ศุภางค์ จันทร์ทนต์ เกิดวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2528 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตจากคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี การศึกษา 2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งทันตแพทย์ ที่โรงพยาบาลหนองหญ้าไซ จังหวัด สุพรรณบุรี

