

ความถูกต้องของดัชนีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยคนไทย

นายณัฐวัฒน์ ชัยพจนพงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาทันตกรรมประดิษฐ์ ภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

VALIDITY OF THE THAI VERSION OF THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE
IN THAI PATIENTS

Mr. Natthawat Chaiphotchanaphong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Prosthodontics

Department of Prosthodontics

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความถูกต้องของดัชนีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยคนไทย
โดย	นายณัฐวัฒน์ ชัยพจนพงศ์
สาขาวิชา	ทันตกรรมประดิษฐ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ทันตแพทย์ ดร.วัชรศักดิ์ ตุมราศวิน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.สุดาดวง กฤษญาพงษ์

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง วัชรารัตน์ ทัดจันทร์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร. แมนสรวง อักษรนุกิจ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ทันตแพทย์ ดร.วัชรศักดิ์ ตุมราศวิน)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.สุดาดวง กฤษญาพงษ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.อรพินท์ แก้วปลั่ง)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ทันตแพทย์ ดร.สุธี สุขสุเดช)

ณัฐวัฒน์ ชัยพจนพงศ์ : ความถูกต้องของดัชนีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ
ช่องปากฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยคนไทย (VALIDITY OF THE THAI VERSION
OF THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE IN THAI PATIENTS) อ.ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก : อ.ทพ.ดร.วัชรศักดิ์ ตุมราศวิน , อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : รศ.
ทพญ.ดร.สุดาดวง กฤษฎาพงษ์ , 71 หน้า.

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากชนิด
ออรัลเฮลท์อิมแพคโพรไฟล์ฉบับภาษาไทยและนำมาทดสอบคุณสมบัติทางไซโคเมตริก วิธีการ
วิจัยทำโดยการแปลดัชนีต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลไปและแปลกลับ
แล้วทดสอบความตรงทางเนื้อหาโดย กระบวนการ สังเคราะห์ประเด็นของปัญหาซึ่งได้มีการ
เพิ่มข้อคำถามอีก 5 ข้อ ได้แก่ การกัดแก้ม อาการปากแห้ง การมีเสียงที่ข้อต่อขากรรไกร การ
หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นและการใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานขึ้น
จากนั้นนำดัชนี ที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย 54 ข้อคำถามมาทดสอบ ในผู้ป่วยทันต
กรรมคนไทยที่มีปัญหาในด้านต่างๆจำนวน 600 คน อายุ 20-85 ปี การทดสอบความตรงทาง
โครงสร้างทำโดยการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนรวมของดัชนีกับ การประเมิน
สภาวะช่องปากและคุณภาพของฟันปลอมของผู้ป่วยด้วยตนเองและความผิดปกติใน
ช่องปาก 6 ชนิด ได้แก่ อาการเจ็บปวด บริเวณขมับและขากรรไกร การมีเสียงคลิกที่ข้อต่อ
ขากรรไกร อาการเสิร์รอนช่องปาก การมีกลิ่นปาก การอ้าปากได้ยากและนิสัยเกี่ยวกับ
อวัยวะช่องปาก ทดสอบความเที่ยงโดยการทดสอบค่าความเชื่อมั่นภายในและการ
ทดสอบ ซ้ำในผู้ป่วยคนไทยที่มีปัญหาด้านทันตกรรมจำนวน 60 คน ที่ระยะเวลาห่างกัน 2
สัปดาห์ โดยทดสอบค่าสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษาพบว่าดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากชนิดออรัลเฮลท์อิมแพค
โพรไฟล์ฉบับภาษาไทยที่ถูกพัฒนาขึ้นมีคุณสมบัติทางไซโคเมตริกที่ดี ผลการประเมิน
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยพบว่าระดับการศึกษา จำนวนซี่ฟัน
ธรรมชาติที่สูญเสียไป สภาวะฟันและฟันปลอม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ
ช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาควิชา.....ทันตกรรมประดิษฐ์.....ลายมือชื่อ.....
สาขาวิชา.....ทันตกรรมประดิษฐ์.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ปีการศึกษา...2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5276109032 : MAJOR PROSTHODONTICS

KEYWORDS : QUALITY OF LIFE / VALIDITY / RELIABILITY

NATTHAWAT CHAIPHOTCHANAPHONG : VALIDITY OF THE THAI
VERSION OF THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE IN THAI PATIENTS.
ADVISOR : WACHARASAK TUMRASVIN, Ph.D., CO-ADVISOR : ASSOC.
PROF. SUDADUANG KRISDAPONG, Ph.D., 71 pp.

The objective of this study was to develop the Thai version of the Oral Health Impact Profile (Thai-OHIP) and to investigate its psychometric properties. The original English version of the OHIP was translated into Thai using a forward-backward method. A *de novo* development of Thai items was conducted to establish content validity. Five new items ('bite cheeks', 'dry mouth', 'clicking joint sounds', 'avoiding eating with others' and 'take longer time to complete a meal') were added. The Thai-OHIP with 54 items was further tested in a group of Thai dental patients (n = 600, aged 20-85 yrs). The relationships between Thai-OHIP summary scores, self-reported oral health, self-reported denture quality and six oral conditions (TMD pain, joint clicking, burning mouth sensation, halitosis, difficulty in opening the mouth and oral habits) were investigated for construct validity. The internal consistency and test-retest reliability (n = 60; at 2 week intervals) were investigated for reliability. All statistical tests were done at significant level 0.05.

As a result, psychometric properties of Thai-OHIP were good. The findings of this study showed that educational level, tooth loss, oral status and denture status had a significant impact on oral health-related quality of life of Thai dental patients.

Department : Prosthodontics..... Student's Signature

Field of Study : Prosthodontics..... Advisor's Signature

Academic Year : 2011..... Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลักอ.ทพ. ดร.วัชรศักดิ์ ตุมราศวิน และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รศ.ทพญ. ดร.สุดาตวง กฤษฎาพงษ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ดูแลเอาใจใส่ ทำให้ทุกขั้นตอนของการ วิจัยดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ปวยด้านทันตกรรมที่เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความ อนุเคราะห์ สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์สำหรับงานวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณอ.ไพพรรณ พิชยานนท์ที่ให้ความรู้ และคำแนะนำทางด้านสถิติ ในการวิจัยมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ในภาควิชาทันตกรรมประดิษฐ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการทำงานวิจัยและเป็นกำลังใจอันสำคัญ ทำให้การวิจัยดำเนินไปได้ ด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำและแก้ไข วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วง

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ญ

บทที่

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
ข้อตกลงเบื้องต้น	2
ข้อจำกัดในการวิจัย	3
การออกแบบการวิจัย	3
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
คุณภาพชีวิต	5
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	5
สุขภาพ	6
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก.....	7
คุณสมบัตินៃโคเมทริก	8
Oral Health Impact Profile (OHIP).....	10

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย17
	ประชากรเป้าหมาย.....17
	กลุ่มตัวอย่างวิจัย.....17
	วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย.....17
	การดำเนินการวิจัย.....18
	การวิเคราะห์ทางสถิติ.....23
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....25
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ33
	อภิปรายผลการวิจัย33
	สรุปผลการวิจัย35
	ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ.....35
	รายการอ้างอิง.....36
	ภาคผนวก.....40
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....71

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย	22
ตารางที่ 2 ประเมินความตรงทางโครงสร้าง	27
ตารางที่ 3 การประเมินความน่าเชื่อถือ	29
ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง	30

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดทางทฤษฎีสุขภาพช่องปาก.....10
ภาพที่ 2	ขั้นตอนการแปลภาษา20

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันวงการทันตแพทย์ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality Of Life: OHRQoL) เพิ่มมากขึ้นโดยนำมาใช้ในการสำรวจสภาวะช่องปาก [1-2] การวางแผนให้การรักษาทางคลินิก [3] และประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลรักษาทันตสุขภาพ [4]

ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เริ่มถูกพัฒนามาตั้งแต่ปีทศวรรษ 1970 โดยมีแนวคิดพื้นฐานของการมองสุขภาพช่องปากซึ่งมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและประเมิน สุขภาพช่องปาก จากทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง จนถึงปัจจุบันมีดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอยู่ 3 ชนิดที่ได้รับความนิยมและถูกนำมาแปลภาษาและปรับข้ามวัฒนธรรม เพื่อใช้ในหลายประเทศทั่วโลก ได้แก่

1. General Oral Health Assessment Index (GOHAI) [5] ถูกพัฒนาขึ้น จากการรวบรวมคำถามที่น่าจะสื่อถึงสภาวะสุขภาพช่องปากซึ่งได้มาจากการรวบรวมวรรณกรรม ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาสุขภาพและผู้ป่วยสูงอายุ แล้วนำมาทดสอบ คัดเลือกคำถามเพื่อให้สามารถสะท้อน 3 มิติสุขภาพช่องปากซึ่งได้แก่ มิติด้านความเจ็บปวด หรือรู้สึกไม่สบาย มิติการทำหน้าที่ทางกายภาพ และมิติการทำหน้าที่ทางจิตสังคม [6]

2. Oral Impacts on Daily Performances index (OIDP) [7] ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีสุขภาพช่องปาก ที่ชัดเจน มีค่าคุณสมบัติไซโคเมตริกที่ ดี แต่ดัชนีชนิดนี้เป็นแบบสัมพัทธ์ จึงจำเป็นต้องใช้ผู้สัมพัทธ์ที่มีความชำนาญและได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังจำเป็นต้อง มีการปรับมาตรฐานของผู้สัมพัทธ์เพื่อลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูล กรณีที่มีผู้สัมพัทธ์หลายคน

3. Oral Health Impact Profile (OHIP) [8] ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีสุขภาพช่องปาก ที่ชัดเจน เช่นเดียวกัน ดัชนีนี้เป็นแบบสอบถา มโดยผู้ตอบจะเขียนตอบด้วยตนเอง มีค่าคุณสมบัติไซโคเมตริกที่สูงกว่า OIDP นอกจากนี้ยังเป็นดัชนีเดียวที่มีการทดสอบคุณสมบัติการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness) อย่างจริงจังในการศึกษา ระยะยาว [9]

ประเทศไทยมีดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก OIDP [7] เพียงชนิดเดียวจากทั้งหมดสามชนิดดังที่กล่าวตอนต้น ที่มีการแปลภาษาและปรับข้ามวัฒนธรรมเพื่อนำมาใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของคนไทยแล้ว โดยดัชนี เป็นแบบสัมภาษณ์ ดังนั้นหาก OHIP ซึ่งถูกพัฒนาเพื่อการเขียนตอบคำถามด้วยตัวเองสามารถนำมาใช้ได้กับคนไทย จะทำให้มีความสะดวกในการเก็บข้อมูลมากกว่า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

พัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากชนิด Oral Health Impact Profile ฉบับภาษาไทย (THAI-OHIP) และนำมาทดสอบความถูกต้องเพื่อนำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากใน ผู้ป่วยคนไทย

ขอบเขตของการวิจัย

1. เป็นการศึกษา ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)
2. ทดสอบในผู้ป่วย ทางทันตกรรม คนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่านและเขียนตอบแบบสอบถามภาษาไทยได้ด้วยตนเอง
3. ทำการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยจาก สถานบริการทันตกรรม 3 แห่ง ได้แก่
 - โรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐ
 - โรงพยาบาลเดชาซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน
 - คลินิกการเรียนการสอนคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยนี้เป็นการทดลองโดยใช้การตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยที่มารับบริการทางทันตกรรมใน สถานบริการทันตกรรม 3 แห่งที่มีความแตกต่างกันในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยได้รับการ อนุญาต จากเจ้าของสถานบริการแต่ละแห่งและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามทุกคนด้วยความสมัครใจ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยโดยความสมัครใจ ดังนั้นในกรณีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ให้ความร่วมมือก็ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

การออกแบบการวิจัย

การศึกษา ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

“Oral Health-Related Quality of Life” แปลจาก คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

“Validity” แปลจาก ความตรง

“Reliability” แปลจาก ความเที่ยง

สมมติฐานการวิจัย

1. ดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทยที่พัฒนา ขึ้นมีค่า ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) เป็นที่น่าพอใจ
2. ดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทยที่พัฒนา ขึ้นมีค่า ความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) เป็นที่น่าพอใจ
3. ผู้ป่วยที่มีการประเมินสภาวะช่องปาก (Self-reported oral health) และคุณภาพของฟันปลอม (Self-reported denture quality) ของตนเอง ดีจะมีค่า คะแนนรวมของดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทย (THAI-OHIP score) น้อยกว่า ผู้ป่วยที่มีการประเมินสภาวะช่องปากและคุณภาพของฟันปลอม ของตนเองไม่ ดี
4. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณขมับและ ขากรรไกร (Temporomandibular pain) อาการ แสบร้อน ช่องปาก (Burning mouth sensation) การมีกลิ่นปาก (Halitosis) การอ้าปากได้ยาก (Difficulty in opening the mouth) จะมีค่า คะแนนรวมของดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทยน้อยกว่าผู้ป่วยที่มี อาการดังกล่าว
5. การมีเสียงคลิก กที่ข้อต่อขากรรไกร (Clicking of joints) และนิสัยเกี่ยวกับอวัยวะช่องปาก (Oral habits) ไม่มีความสัมพันธ์กับค่า คะแนนรวมของ ดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากชนิดใหม่ที่มีความถูกต้องเหมาะสมในการนำมาใช้ในคนไทย
2. สร้างความตระหนักให้ทันตบุคลากรในประเทศไทยหันมาใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขแทนการมุ่งรักษาโรคในช่องปากของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

มีการให้ คำนิยาม ของ คุณภาพชีวิต ไว้หลายแบบ ตัวอย่างเช่น ปีคริสต์ศักราช 1992 Zhan [10] กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือ ระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิต ของแต่ละบุคคล ต่อมาในปี คริสต์ศักราช 2001 Orem [11] กล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีความหมาย เช่นเดียวกับความผาสุก (well-being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) [12] ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการ และบริการในด้านต่างๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อาศัยอยู่ เป็นต้น

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก [12] กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกของบุคคลที่มีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือความกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence domain) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ถึงว่าตนไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social-relationship domain) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนเองได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality religion/person beliefs domain) รวมไปถึงการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้เรื่องความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต เป็นต้น

สุขภาพ (Health)

สุขภาพ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 1948 หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น ต่อมาใน ปีค.ศ. 1998 [13] มีการเติมคำว่าสุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เข้าไปจึงมีความหมายว่า ภาวะของการดำรงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ด้วยดี อยู่บนพื้นฐานของคุณธรรม และการใช้สติปัญญา

ปัจจุบัน คำว่า สุขภาพ มิได้หมายความเฉพาะสุขภาพกายและสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังสามารถถึงสุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณอีกด้วย จึงสามารถสรุปได้ว่าในความหมายของ "สุขภาพ" ในปัจจุบัน มีองค์ประกอบ 4 ส่วน ด้วยกันคือ [14]

1. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

2. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถในการควบคุมอารมณ์ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส ไม่ทำให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้ง ภายในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ

3. สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ มีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่วรู้เท่าทันและมีความเข้าใจแยกแยะได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

สุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (health-related quality of life หรือ HRQOL) จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญอย่างมากในอันที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบต่ออย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) หรือการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยมากขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย (the whole person) ไม่ใช่แต่เพียงการมองที่ตัวโรค [14]

คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (Oral Health-Related Quality of Life)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาวงการทันตแพทย์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้ให้ความสนใจเรื่อง “คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก” เนื่องจากนิยามของสุขภาพที่เปลี่ยนไปจากหลักการแพทย์เชิงชีววิทยา (bio-medical) ไปสู่หลักการแพทย์เชิงสังคม (socio-medical) ดังนั้นตัวชี้วัดสภาวะหรือโรคในช่องปากทางคลินิก เช่น ดัชนีฟันผุ ถอน ขุด (Decayed, Missing, and Filled Teeth Index, DMFT), ดัชนีปริทันต์ชุมชน (Community Periodontal Index, CPI) เป็นต้น อาจไม่เพียงพอในการสะท้อนภาพของสุขภาพช่องปาก [6] จึงมีความพยายามในการพัฒนาตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของสภาวะโรคในช่องปากกับความอยู่ดีมีสุขในชีวิตของบุคคลขึ้น โดยเน้นที่ผลกระทบของสภาวะช่องปากในลำดับต่างๆตามกรอบแนวคิดเรื่องผลลัพธ์ทางสุขภาพเรียกว่า “ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก (oral health-related quality of life indicator)” [7] ซึ่งมีนิยามว่า ตัวชี้วัดของขนาดของสภาวะช่องปากที่รบกวนต่อการทำ

หน้าที่หรือบทบาทตามปกติในสังคม และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น การไม่สามารถไปทำงาน ทำหน้าที่พ่อแม่หรือการทำงานบ้านได้ตามปกติ [15,16]

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของสุดาตวง กฤษญาพงษ์ [17] พบความแตกต่างอย่างมากระหว่างสภาวะโรคกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากโดยพบว่าประชาชนจำนวนมากที่มีโรค แต่ไม่มีความเดือดร้อนในคุณภาพชีวิต ในขณะที่ประชาชนจำนวนมากไม่มีโรคตามการวินิจฉัยของทันตแพทย์แต่กลับรู้สึกมีปัญหาในการดำเนินชีวิตเนื่องมาจากสภาวะช่องปาก ซึ่งผลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนของ “สุขภาพช่องปาก” ที่ไม่ได้หมายถึงเฉพาะการมีหรือไม่มีโรค ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากและดัชนีที่ทันตแพทย์ใช้ในการวินิจฉัยโรคไม่สามารถนำมาใช้ทดแทนซึ่งกันและกันได้ ดังนั้นหากมีการนำดัชนีทั้งสองประเภทมาใช้ร่วมกันได้อย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ น่าจะช่วยให้การวัดสุขภาพช่องปากของประชาชนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและช่วยให้การจัดบริการด้านทันตกรรมเป็นไปเพื่อเป้าหมายสูงสุดคือคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้นด้วย

คุณสมบัติไซโคเมตริก (psychometric properties) [14]

คือ คุณสมบัติที่ต้องการของดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ที่แสดงให้เห็นถึงการเป็นเครื่องมือวัดที่ดีในเชิงจิตวิทยา ประกอบด้วย

1. ความเป็นไปได้ในการใช้เครื่องมือ (feasibility หรือ practicality)

ความเป็นไปได้ของการใช้เครื่องมือใดๆ สามารถประเมินได้จากหลายแง่มุม เช่น เวลาที่ใช้ในการตอบคำถาม การให้คะแนน ความยากง่ายของคำถามหรือวิธีการตอบ เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่ให้ข้อมูลไม่ครบทุกข้อ (missing data) หรือ เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่ทำแบบสอบถามไม่เสร็จ (incomplete rate) หรือไม่ยอมตอบ (non-response) เป็นต้น

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

คือ ความสามารถของเครื่องมือ วัดที่จะให้ค่าเท่าเดิมสำหรับการประเมินในคนเดิม แต่ต่างช่วงเวลา กัน เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตที่เวลาห่างกัน 1 - 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพช่องปากในช่วงเวลาดังกล่าว

3. ความตรง (validity)

ความตรง คือ ความสามารถของเครื่องมือที่จะประเมินสิ่งที่ต้องการจะประเมิน สามารถแบ่งได้ดังนี้

3.1 ความตรงโดยเปรียบเทียบกับมาตรฐาน (criterion validity)

ความตรงของเครื่องมือประเภทนี้เป็นความตรงที่ได้จากการเทียบกับมาตรฐาน (gold standard) หรือเครื่องมืออื่นที่เป็นที่ยอมรับและได้รับการทดสอบความตรงมาเป็นอย่างดี

3.2 ความตรงทางเนื้อหา (content validity) [18]

ความตรงประเภทนี้พิจารณาว่าข้อคำถามในเครื่องมือนั้นมีความเหมาะสม (appropriateness) และความครอบคลุม (comprehensiveness) ในการประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพช่องปากหรือไม่

3.3 ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity)

เป็นการตรวจสอบว่า แบบสอบถามสามารถวัดได้ตรงทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดของผู้วิจัยหรือไม่ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้หลายวิธีเช่น ตรวจสอบเชิงเหตุผลและผล ตรวจสอบความสอดคล้องภายใน ตรวจสอบความสัมพันธ์กับเกณฑ์ที่มีโครงสร้างเหมือนกันตรวจสอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ และตรวจสอบด้วยการเทียบกับกลุ่มที่ทราบ เป็นต้น

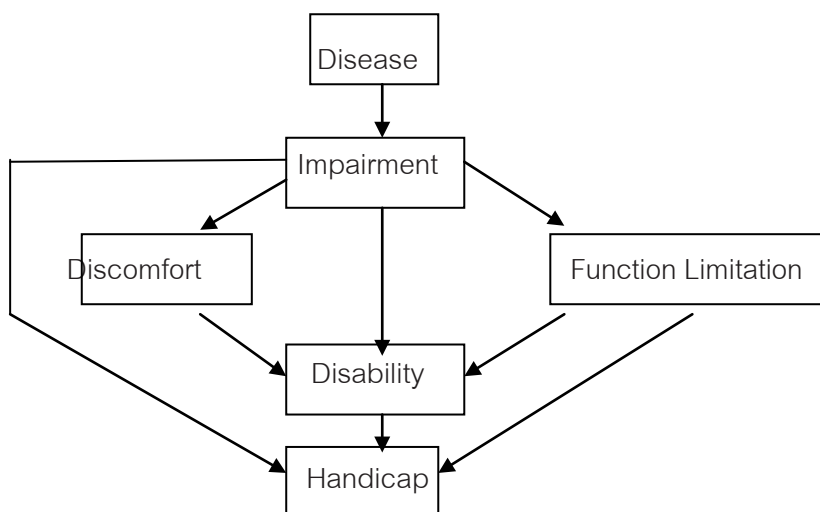
4. ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness)

ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง คือ ความสามารถของเครื่องมือที่จะประเมินความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ ช่องปากที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาถัดไป โดยค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับค่าความเชื่อมั่น กล่าวคือ ถ้าค่าความเชื่อมั่นมีค่ามาก ค่าความไวก็จะมีค่ามากตามไปด้วย

อย่างไรก็ตาม ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ที่ดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับการมีค่าคุณสมบัติไซโคเมตริกสูงเพียงอย่างเดียว [19] สิ่งสำคัญในการตัดสินใจเลือกใช้ดัชนีชนิดใดอยู่ที่การทำความเข้าใจและยอมรับในกรอบแนวคิดที่มาในการพัฒนาของดัชนีชนิดนั้น โดยเข้าใจว่าผลคะแนนที่ได้จากการวัดมีความหมายว่าอย่างไรหรือสะท้อนความหมายของสุขภาพช่องปากอย่างไร นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ควรพิจารณาในการเลือก ใช้ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การแปลและคำแนะนำในการใช้เครื่องมือ ต้นทุนค่าใช้จ่าย และระบบการให้คะแนนที่เหมาะสมของดัชนีแต่ละชนิด เป็นต้น

Oral Health Impact Profile (OHIP)

ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Slade และ Spencer [7] ในปีค.ศ. 1994 จากกลุ่มผู้ป่วยทันตกรรมในประเทศออสเตรเลีย ภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีสุขภาพช่องปากของ David Locker [20] (ภาพที่ 1) โดยกรอบแนวคิดนี้มุ่งที่การประเมินผลของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคมโดยเริ่มจากเมื่อคนเราเกิดมีโรค (disease) เช่นการเกิดโรคฟันผุหรือโรคปริทันต์ที่ส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟันจะส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางกายภาพ (impairment) นำไปสู่การมีข้อจำกัดในการทำงานของส่วนต่างๆ (functional limitation) เช่น ข้อจำกัดในการเคี้ยวอาหาร การพูด ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) คือ ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (physical disability) เช่น ความสามารถในการรับประทานอาหารลดลงเนื่องจากการสูญเสียฟัน การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (psychological disability) ความรู้สึกอับอายจากการสูญเสียฟันและการสูญเสียความสามารถทางสังคม (social disability) เช่น การหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ซึ่งหากส่งผลกระทบมากขึ้นอาจทำให้บุคคลนั้นด้อยโอกาสทางสังคม (handicap) ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไปในสังคม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีสุขภาพช่องปาก

ดัชนี OHIP ต้นฉบับหรือ OHIP-49 เป็นแบบสอบถาม ภาษาอังกฤษ ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 49 ข้อ ครอบคลุมผลลัพธ์ทางสุขภาพช่องปาก 7 มิติ ได้แก่ ความจำกัดในการทำหน้าที่ (Functional limitation) จำนวน 9 ข้อ, ความเจ็บปวดทางกายภาพ (Physical pain) 9 ข้อ, ความรู้สึกไม่สบายทางจิตใจ (Psychological discomfort) จำนวน 5 ข้อ, การสูญเสียความสามารถทางกายภาพ (Physical disability) จำนวน 9 ข้อ, การสูญเสียความสามารถทางจิตใจ (Psychological disability) จำนวน 6 ข้อ, การสูญเสียความสามารถทางสังคม (Social disability) จำนวน 5 ข้อ, ความด้อยโอกาสทางสังคม (Handicap) จำนวน 6 ข้อ โดยแต่ละข้อจะถามเกี่ยวกับความถี่ของสภาวะต่างๆที่ส่งผลมาจากสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมาซึ่งมีคำตอบตามตัวเลือกลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยคือ 0, แทบจะไม่เคยคือ 1, เป็นบางครั้งคือ 2, ค่อนข้างบ่อยคือ 3 และบ่อยมากคือ 4 การคำนวณคะแนนมีทั้งแบบง่ายและแบบซับซ้อน การคำนวณแบบง่ายใช้การนับจำนวนคำตอบที่ตรงกับระดับที่กำหนดไว้ เช่น นับจำนวนคำตอบตั้งแต่ค่อนข้างบ่อยขึ้นไป การคำนวณแบบยากจะให้ ค่าน้ำหนักหรือความรุนแรงของแต่ละข้อคำถามแตกต่างกันมีค่าตั้งแต่ 0.747 ถึง 2.555 ซึ่งไม่เป็นที่นิยมเพราะยุ่งยาก ผู้ใช้งานไม่เข้าใจความหมายและที่มาของค่าน้ำหนัก อีกทั้งไม่ได้ก่อให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมที่ชัดเจน [21]

ปัจจุบันมีการพัฒนาดัชนี OHIP ออกมาหลายรูปแบบเพื่อความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการใช้งานและกลุ่มเป้าหมาย ตัวอย่างเช่น OHIP-14 Regression short form [22] ซึ่งคำถามได้มาจากวิธีการทางสถิติแบบถดถอย โดยอ้างว่าเหมาะสำหรับการแยกแยะผู้ป่วยที่มีปัญหาออกจากผู้ที่ไม่มีปัญหา, OHIP-14 Item-impact short form [23] ได้จากการแยกข้อคำถามที่มีความชุกของคำตอบสูงออกมาเพื่อต้องการลดสัดส่วนของผู้ตอบที่ ได้คะแนนเป็นศูนย์ (floor effect) ซึ่งอ้างว่าเหมาะสำหรับการค้นหาและบรรยายปัญหาที่เกิดจากสภาวะช่องปากและติดตามความเปลี่ยนแปลงของปัญหา นอกจากนี้ในกรณีผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปากอ้างว่าเหมาะสมที่จะใช้ OHIP-EDENT [24] เป็นต้น

OHIP ต้นฉบับ ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 49 ข้อ ถูกแปลภาษาและปรับข้ามวัฒนธรรมเป็นหลายภาษาเพื่อให้เหมาะสมในการนำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ประชากรในแต่ละประเทศโดยใช้กระบวนการพัฒนา กลุ่มประชากรและขนาดประชากรที่แตกต่างกันออกไป ตัวอย่างเช่น OHIP ฉบับภาษาเยอรมัน [25] ถูกพัฒนาขึ้นโดย John และคณะ ซึ่งทำการศึกษาในชาวเยอรมันจำนวน 163 คน กระบวนการพัฒนา เริ่มจากการแปลภาษา และปรับข้ามวัฒนธรรม ตามแบบจำลอง ของ Beaton และคณะ [26] แล้วนำมา ทดสอบความตรงทางโครงสร้างโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนรวม OHIP กับการประเมินสภาวะช่องปากของผู้ป่วยด้วยตนเองและสภาวะความผิดปกติในช่องปาก 5 ชนิด ได้แก่ อาการเจ็บปวด

บริเวณขมับและขากรรไกร เสียงคลิก ที่ข้อต่อขากรรไกร อาการ แสบร้อน ช่องปาก การมีกลิ่นปากและนิสัยเกี่ยวกับอวัยวะ ช่องปาก มีการทดสอบค่าการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดบริเวณขมับและขากรรไกรก่อนและหลังการรักษาเป็นเวลา 1 เดือน มีการทดสอบค่าความเที่ยงโดยการทดสอบ ซ้ำในช่วงระยะห่างกัน 2 สัปดาห์และการหาค่าความเชื่อมั่นภายในของ แบบสอบถาม มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ (completeness) โดยประเมินจากจำนวนแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ซึ่งมีเกณฑ์อยู่ 2 ข้อหลักได้แก่ ข้อแรกคือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่า 5 ข้อจากทั้งหมดและข้อที่สองคือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่าสองข้อในมิติใดมิติหนึ่งจากทั้งหมดเจ็ดมิติ จากการทดสอบพบว่า OHIP ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม มีค่าความตรง ความเที่ยง และการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงที่ดี สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของคน เยอรมัน ได้ นอกจากนี้ จากการทดสอบความตรงทางเนื้อหาโดยกระบวนการสังเคราะห์ดัชนีขึ้นมาใหม่ (de novo development) แนะนำให้มีการเพิ่มคำถามอีก 4 ข้อจากต้นฉบับได้แก่ การใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานขึ้น การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ความอับอายจากเสียงดังบริเวณข้อต่อขากรรไกร ภาวะปากแห้งรวมทั้งหมดเป็น 53 ข้อคำถาม ทั้งนี้จากการศึกษาโดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมปกติและคะแนนรวมที่มีการคิดค่านำหนักคำถามแต่ละข้อจากทั้งหมด 49 ข้อถามพบว่ามีความสูงมาก ดังนั้นจึงถือว่าค่าทั้งสองไม่แตกต่างกันสามารถนำมาใช้ทดแทนกันได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Allen [27] ซึ่งกล่าวว่า กระบวนการคิดค่านำหนักมีความยุ่งยากซับซ้อนและไม่ได้มีผลต่อการเพิ่มค่าคุณสมบัติไซโคเมตริกแต่อย่างใด

OHIP ฉบับภาษาอังกฤษ [28] ถูกพัฒนาโดย Szentpetery และคณะ ซึ่งทำการศึกษาในชาวอังกฤษ จำนวน 403 คน กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การแปลภาษาและปรับข้ามวัฒนธรรม การสังเคราะห์ดัชนีขึ้นมาใหม่เพื่อประเมินความตรงทางเนื้อหา การหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนรวม OHIP กับการประเมินสภาวะช่องปาก และการประเมินคุณภาพฟันปลอมด้วยตนเองของผู้ป่วยและสภาวะ ความผิดปกติ ในช่องปาก 6 ชนิดได้แก่ อาการเจ็บปวดบริเวณขมับและขากรรไกร การมีเสียงคลิก ที่ข้อต่อขากรรไกร อาการ แสบร้อน ช่องปาก การมีกลิ่นปาก การมี ฟันปลอมและนิสัยเกี่ยวกับอวัยวะช่องปาก มีการทดสอบค่าการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงระหว่างก่อนและหลังการศัลยกรรมช่องปากเป็นเวลา 1 เดือน มีการทดสอบค่าความเที่ยงโดยการทดสอบ ซ้ำในช่วงระยะห่างกัน 2 สัปดาห์และการหาค่าความเชื่อมั่นภายในของ แบบสอบถาม นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบความสมบูรณ์โดยประเมินจากจำนวนแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ซึ่งมีเกณฑ์อยู่ 3 ข้อหลักได้แก่ ข้อแรกคือแบบสอบถาม

ที่ตอบไม่ครบมากกว่า 5 ข้อจากทั้งหมด ข้อที่สอง คือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่าสองข้อในมิติใดมิติหนึ่งจากทั้งหมดเจ็ดมิติ ข้อที่สามคือการไม่ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับฟันปลอมมากกว่าหนึ่งข้อจากทั้งหมดสามข้อ จากการทดสอบพบว่า OHIP ฉบับภาษาอังกฤษที่พัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม มีค่าความตรง ความเที่ยงและการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงที่ดี สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของคนยังงารีได้ นอกจากนี้มีการเสนอให้เพิ่มคำถามอีก 4 ข้อจากต้นฉบับได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานขึ้น ความอับอายจากเสียงดังบริเวณข้อต่อขากรรไกรและภาวะปากแห้งรวมทั้งหมด 53 ข้อคำถาม เหมือนกับ OHIP ฉบับภาษาเยอรมัน [25]

OHIP ฉบับภาษาอาหรับ [29] ถูกพัฒนาขึ้นโดย Al-Jundi และคณะซึ่ง ทดสอบในชาวซาอุดีอาระเบีย จำนวน 506 คน กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การแปลภาษาและปรับข้ามวัฒนธรรม การสังเคราะห์ดัชนีขึ้นมาใหม่เพื่อประเมินความตรงทางเนื้อหา การหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนรวม OHIP กับการประเมินสภาวะช่องปากด้วยตนเอง อาการเจ็บปวดบริเวณขมับและขากรรไกร การมีเสียงคลิก ที่ข้อต่อขากรรไกร อาการ แสบร้อน ช่องปาก การมีกลิ่นปาก นิสัยเกี่ยวกับอวัยวะช่อง ปาก และความต้องการในการรักษาทางทันตกรรม การทดสอบค่าการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลง ของผู้ป่วย ก่อนและหลังการ ใส่ฟันปลอม เป็นเวลา 1 เดือน มีการทดสอบค่าความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำในช่วงระยะ 1-2 สัปดาห์และการหาค่าความเชื่อมั่นภายในของ แบบสอบถาม นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบความสมบูรณ์โดยประเมินจากจำนวนแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ซึ่งมีเกณฑ์อยู่ 2 ข้อหลัก ได้แก่ ข้อแรกคือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่า 5 ข้อจากทั้งหมด ข้อที่สองคือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่าสองข้อในมิติใดมิติหนึ่งจากทั้งหมดเจ็ดมิติ จากการทดสอบพบว่า OHIP ฉบับภาษาอาหรับที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม มีค่าความตรง ความเที่ยงและการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงที่ดี นอกจากนี้มีการเสนอให้เพิ่มคำถามอีก 4 ข้อจากต้นฉบับได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การต้องใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานขึ้น ความอับอายจากเสียงดังบริเวณข้อต่อขากรรไกร และภาวะปากแห้งรวมทั้งหมด 53 ข้อคำถาม เหมือนกับ OHIP ฉบับภาษาเยอรมัน [25] และ OHIP ฉบับภาษาอังกฤษ [28]

OHIP ฉบับภาษาญี่ปุ่น [30] ถูกพัฒนาขึ้นโดย Yamazaki และคณะ ซึ่งทำการศึกษาในคนญี่ปุ่นจำนวน 283 คน กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การแปลภาษาและปรับข้ามวัฒนธรรม การสังเคราะห์ดัชนีขึ้นมาใหม่เพื่อประเมินความตรงทางเนื้อหา การหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนรวมของ OHIP กับการประเมินสภาวะช่องปากและคุณภาพของฟันปลอมของผู้ป่วยด้วยตนเองและสภาวะความผิดปกติในช่องปาก 6 ชนิด ได้แก่ อาการเจ็บปวดบริเวณขมับและขากรรไกร เสียงคลิก ที่ข้อต่อขากรรไกร อาการ แสบร้อน ช่องปาก การมีกลิ่นปาก การอ้าปากได้ยากและ นิสัยเกี่ยวกับอวัยวะช่อง ปากเพื่อประเมินความตรงทางโครงสร้าง การทดสอบค่าการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลง ในผู้ป่วย ก่อนและหลังการใส่ฟันปลอมเป็นเวลา 1 เดือน การทดสอบค่าความเที่ยงโดยการทดสอบ ซ้ำในช่วงระยะห่างกัน 2 สัปดาห์และการหาค่าความเชื่อมั่นภายในของ แบบสอบถาม การตรวจสอบความสมบูรณ์โดยประเมินจากจำนวนแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ซึ่งมีเกณฑ์อยู่ สองข้อหลัก ได้แก่ ข้อแรกคือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่า 5 ข้อจากทั้งหมด ข้อที่สอง คือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่าสองข้อในมิติใดมิติหนึ่งจากทั้งหมดเจ็ดมิติ จากการทดสอบพบว่า OHIP ฉบับภาษาญี่ปุ่นที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม มีค่าความตรง ความเที่ยงและการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงที่ดี สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของคนญี่ปุ่นได้ นอกจากนี้มีการเสนอให้เพิ่มคำถามอีก 5 ข้อจากต้นฉบับได้แก่ ปัญหาการกัดแก้ม การกลืนได้ลำบาก ความอับอายจากเสียงดังบริเวณข้อต่อขากรรไกร ภาวะปากแห้ง และการรับรู้ที่แย่ ต่อพื้นผิวของอาหารรวมทั้งเป็น 54 ข้อคำถาม

OHIP ฉบับภาษาดัตช์ถูกพัฒนาขึ้นโดย Marylee และคณะ [31] ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยชาวเนเธอร์แลนด์ที่มีปัญหา จาก การสูญเสียฟันธรรมชาติหรือการใส่ฟันปลอม ที่ถูกแนะนำ ให้ มา รับบริการยัง คลินิกทันตกรรมประดิษฐ์และรากฟันเทียมจำนวน 119 คน กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การแปลภาษาและปรับข้ามวัฒนธรรม มีการทดสอบค่าความตรงโดยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนรวมและการประเมินสภาวะช่องปากของผู้ป่วยเอง อาการปากแห้ง สภาวะของฟัน จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลือในช่องปาก การมี ปัญหาที่เกี่ยวกับฟัน ปัญหาจากฟันที่ส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในด้านต่างๆ และการ มีนิสัยเกี่ยวกับอวัยวะช่อง ปาก มีการทดสอบค่าความเที่ยงโดยการทดสอบ ซ้ำในช่วงระยะ 1-2 สัปดาห์และการหาค่าความเชื่อมั่นภายในของ แบบสอบถาม มีการตรวจสอบความสมบูรณ์โดยประเมินจากจำนวนแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ซึ่งมีเกณฑ์อยู่ 2 ข้อหลัก ได้แก่ ข้อแรกคือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่า 5 ข้อจากทั้งหมด ข้อที่สอง คือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่าสองข้อในมิติใดมิติหนึ่งจากทั้งหมดเจ็ดมิติ จากการทดสอบพบว่า OHIP ฉบับ

ภาษา ดัตช์ ที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม มีค่าความตรง ความเที่ยงที่ดี สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่มีการทดสอบเกี่ยวกับการสังเคราะห์ดัชนีขึ้นมาใหม่เพื่อประเมินความตรงทางเนื้อหา ทั้งยังทำการศึกษา ภาคตัดขวาง ในช่วงเวลาหนึ่งซึ่ง ยังไม่มีการ ทดสอบการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลง ของแบบสอบถามอีกด้วย

OHIP ฉบับภาษา จีนถูกพัฒนาขึ้นโดย Wong และคณะ [32] ซึ่งทำการ ศึกษา ในผู้สูงอายุชาวฮ่องกงจำนวน 586 คน กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การแปลภาษาและปรับข้ามวัฒนธรรม มีการทดสอบค่าความตรงโดยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนรวมและการประเมินสภาวะช่องปาก และความจำเป็นในการใส่ฟันปลอม ของผู้ป่วยด้วยตนเอง มีการทดสอบค่าความเที่ยงโดยการทดสอบ ซ้ำในช่วงระยะ 1 สัปดาห์ และการหาค่าความเชื่อมั่นภายในของ แบบสอบถาม จากการทดสอบพบว่า OHIP ฉบับภาษา ดัตช์ที่ถูกพัฒนาขึ้นมีค่าความตรง ความเที่ยงที่ดี สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่มีการทดสอบเกี่ยวกับการสังเคราะห์ดัชนีขึ้นมาใหม่เพื่อประเมินความตรงทางเนื้อหา ไม่มีการทดสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเนื่องจากการศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์ทั้งหมดและไม่ มีการทดสอบการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเป็นการศึกษา ภาคตัดขวาง ในช่วง เวลาหนึ่ง

OHIP ฉบับภาษา สเปนถูกพัฒนาขึ้นโดย Rodrigo และ Vibeke [33] ซึ่งทำการ ศึกษา ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาของประเทศชิลีจำนวน 9,163 คน กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย การแปลภาษาและปรับข้ามวัฒนธรรม มีการทดสอบค่าความตรงโดยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนรวมและการประเมินสภาวะช่องปาก ด้วยตนเองและสภาวะช่องปากที่ตรวจพบทางคลินิกได้แก่จำนวนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป ระดับเนื้อเยื่อยึดติดของเหงือก (clinical attachment levels ;CAL) และการเกิดแผลเนื้อเยื่อตายของเหงือกบริเวณซอกฟัน (necrotizing ulcerative gingival lesions) มีการหาค่าความเชื่อมั่นภายในของ แบบสอบถาม มีการตรวจสอบความสมบูรณ์โดยประเมินจากจำนวนแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์ซึ่งมีเกณฑ์เพียงหนึ่งข้อ คือแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบมากกว่า 5 ข้อจากทั้งหมด จากการทดสอบพบว่า OHIP ฉบับภาษาที่ถูกพัฒนาขึ้นมี ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม มี ความตรงที่ดี และมีค่าความเชื่อมั่นภายใน ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นการศึกษา ภาคตัดขวาง ในช่วงเวลา หนึ่งและทดสอบเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นจึงแนะนำให้เพิ่มการ ทดสอบการตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลง ทำการศึกษาในกลุ่มอายุที่มากขึ้นรวมถึงการทดสอบซ้ำเพื่อหา ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

จากการศึกษาบททวนยังไม่พบว่ามีการพัฒนา OHIP ต้นฉบับ ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 49 ข้อเป็นภาษาไทย มีเพียง OHIP-14 ฉบับภาษาไทย ซึ่งถูกพัฒนาโดย สุทธิ สุขสุเดช [34] ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะพัฒนา OHIP ต้นฉบับ ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 49 ข้อ ฉบับภาษาไทย โดยกระบวนการแปลภาษาโดยยึดตามแบบจำลองสากลอย่างเคร่งครัด รวมถึงทำการทดสอบคุณสมบัติทางไซโคเมตริกเพื่อความน่าเชื่อถือ สามารถนำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในกลุ่มประชากรไทยและสามารถนำไปเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรอื่นได้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรเป้าหมาย

ผู้ป่วยคนไทยที่มีปัญหาด้านทันตกรรม

กลุ่มตัวอย่างวิจัย

ผู้ป่วยคนไทยที่มีปัญหาด้านทันตกรรม จากสถานบริการทันตกรรม 3 แห่ง ได้แก่

- โรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐ จำนวน 200 คน
- โรงพยาบาลเดชาซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน จำนวน 200 คน
- คลินิกการเรียนการสอนคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 200 คน

วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ ชุดแบบสอบถามที่ ประกอบด้วย 5 ส่วน แสดงในภาคผนวก

ส่วนที่ 1 เป็นการแนะนำการวิจัยและ ใบบินยอมเข้าร่วมการ วิจัยของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับอายุ เพศ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับ

การศึกษา ภาวะการสูญเสียฟัน ตลอดจนชนิดของฟันปลอมที่ผู้ป่วยใส่อยู่

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถาม ดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับการพัฒนา ขึ้นประกอบด้วย คำถามทั้งหมด 54 ข้อ แต่ละข้อจะถามเกี่ยวกับความถี่ของสภาวะต่างๆที่เป็นผลมาจากสุขภาพช่องปากที่เกิดขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีคำตอบตามตัวเลือกลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับได้แก่

- ไม่เคย คือ 0
- แทบจะไม่เคย คือ 1
- เป็นบางครั้ง คือ 2
- ค่อนข้างบ่อย คือ 3
- บ่อยมาก คือ 4

การคำนวณคะแนนรวมทำโดยนับตามจำนวนคำตอบที่ตรงกับระดับที่กำหนดไว้

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินสภาวะช่องปากและคุณภาพของ ฟันปลอมที่ใช้ของผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยมีคำตอบหลายระดับได้แก่

- ดีเลิศ
- ดีมาก
- ดี
- พอใช้
- แย่

สภาวะความผิดปกติภายในช่องปาก 6 ชนิด ประกอบด้วย อาการเจ็บปวด บริเวณ ขมับและขากรรไกร การมีเสียงคลิก ที่ต่อขากรรไกร อาการ แสบร้อน ช่องปาก การมี กลิ่นปาก การอักเสบได้ยากและ นิสัยเกี่ยวกับอวัยวะช่อง ปาก เช่น การกัดเล็บและ ริมฝีปาก โดยมีคำตอบสองแบบได้แก่

- มี
- ไม่มี

การดำเนินการวิจัย

กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ขั้นแรกเป็นขั้นตอนของการแปลดัชนี คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากชนิด OHIP เป็นภาษาไทยโดยวิธีที่ได้รับการยอมรับในระดับ สากลได้แก่ Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures [24] ขั้นตอนที่ต่อมาจะนำดัชนีที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยมาทดสอบความ ถูกต้องในผู้ป่วยทางด้านทันตกรรม คนไทย ขั้นตอนที่สุดท้ายคือ การประเมินผลการใช้งานของ ดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากที่พัฒนาขึ้นมา

1. ขั้นตอนการแปลภาษา

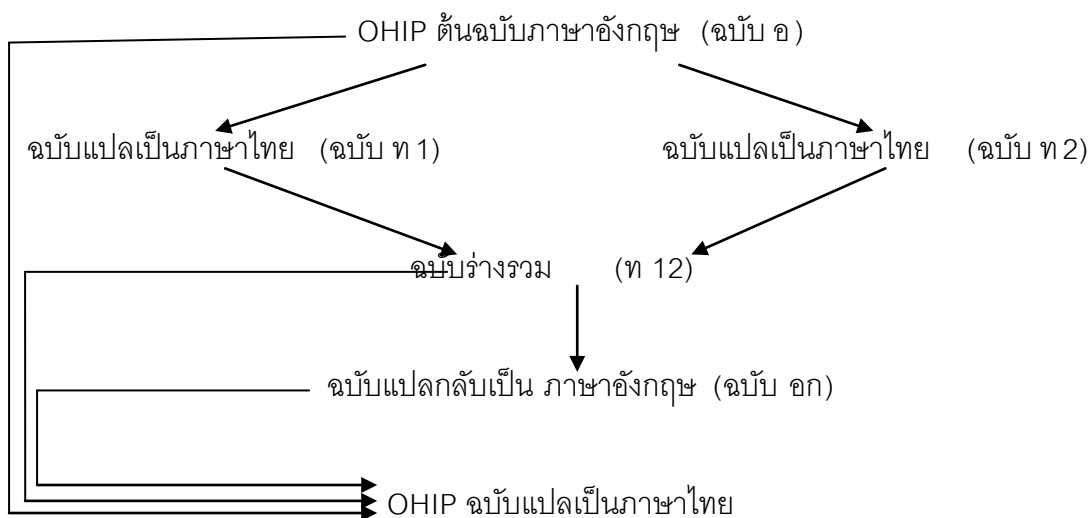
ขั้นตอนในการแปลภาษายึดตามกระบวนการ ปรับข้ามวัฒนธรรมตามแบบจำลอง ของ Beaton และคณะ [24] ซึ่งได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้ในหลายประเทศ โดยมีกระบวนการทั้งสิ้น 5 ขั้นตอน (ภาพที่ 2) ได้แก่

ขั้นตอนแรกเป็นการนำดัชนี OHIP ต้นฉบับภาษาอังกฤษ (ฉบับ อ) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามจำนวน 49 ข้อมาแปลเป็นภาษาไทย (forward translation) จำนวน 2 ฉบับ ฉบับแรกแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแปลภาษาจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฉบับ ท 1) อีกฉบับแปลโดยทันตแพทย์คนไทยหนึ่งท่านที่มีความเชี่ยวชาญในการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษ (ฉบับ ท 2) ซึ่งผู้แปลทั้งสองท่านทำการแปลโดยอิสระจากกัน

ขั้นตอนที่สองเป็นการรวมร่างแปลทั้งสองฉบับเข้าเป็นฉบับร่างรวม (ฉบับ ท 12) โดยทันต-แพทย์คนไทยสามท่านที่มีความเชี่ยวชาญในการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษ ทำการเลือกสำนวนการแปลที่สื่อความหมายถูกต้องตามต้นฉบับให้มากที่สุด ขั้นตอนนี้จะทำการร่วมกับการปรับข้ามวัฒนธรรมโดยการดัดแปลงถ้อยคำที่มีความแตกต่างในเชิงวัฒนธรรมเพื่อให้แบบสอบถามมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย

ขั้นตอนที่สามเป็นการแปลย้อนกลับ (backward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแปลภาษาชาวต่างชาติ 2 ท่านทั้งหมดเป็นคณาจารย์ประจำของ สถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วม แปล แบบสอบถามฉบับร่างรวม (ท 12) ให้ย้อน กลับเป็นภาษาอังกฤษ (ฉบับ ออก) ซึ่ง 2 ท่านทั้งนี้ไม่เคยเห็นดัชนีต้นฉบับภาษาอังกฤษมาก่อน

ขั้นตอนที่สี่ คณะกรรมการ จำนวนทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบไปด้วย ผู้วิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย หนึ่งท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมซึ่งเป็นอาจารย์ ทันต-แพทย์ จากคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สองท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและนักแปลภาษา หนึ่งท่าน จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะนำดัชนีต้นฉบับภาษาอังกฤษ (ฉบับ อ) ดัชนีภาษาไทยฉบับ ร่าง รวม (ฉบับ ท 12) และดัชนีที่ถูกแปลกลับไปเป็นภาษาอังกฤษ (ฉบับ ออก) มาวิเคราะห์ร่วมกันแล้วปรับเปลี่ยนแก้ไขดัชนีฉบับแปลเป็นภาษาไทยให้ มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย และมีความหมายตรงตามของต้นฉบับภาษาอังกฤษให้มากที่สุด



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการแปลภาษา

ขั้นตอนสุดท้ายเป็นการ ทดสอบนำร่อง (pilot test) ในผู้ป่วยคนไทยที่มีปัญหาด้านทันตกรรมจากคลินิกการเรียนการสอน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 20 คนเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจความหมายของคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามได้ OHIP ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ได้อย่างชัดเจน และสามารถ ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้

2. ขั้นตอนการทดสอบความถูกต้อง

2.1 ประเมินความตรงทางเนื้อหา

เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและครอบคลุมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของคนไทยจำเป็นต้องมีกระบวนการ สังเคราะห์ประเด็นของปัญหาขึ้นมาใหม่ (de novo development) จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย ทางทันตกรรมหลายสาขาประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบริเวณขมับและขากรรไกร (temporomandibular disorders; TMD) จำนวน 10 คน ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันทั้งปากร่วมกับการใส่ฟันปลอมทั้งปากแบบถอดได้ (edentulous patients with complete dentures) จำนวน 10 คน ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันบางส่วนร่วมกับการใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้ (partially edentulous patients with removable partial dentures) จำนวน 10 คน ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันบางส่วนร่วมกับการใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบติดแน่น (partially edentulous patients with fixed partial dentures)

จำนวน 10 คน ผู้ป่วยโรคปริทันต์ (periodontal diseases) จำนวน 10 คน ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการจัดฟัน (current orthodontic treatment) จำนวน 10 คน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับเยื่อเมือกภายในช่องปาก (diseases of the oral mucosa) จำนวน 10 คน และผู้ป่วยด้านทันตกรรมอื่นจากคลินิกการเรียนการสอน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวนอีกจำนวน 10 คนรวมทั้งหมด 80 คน (ตารางที่ 1; กลุ่มตัวอย่าง A) การสัมภาษณ์จะถามถึงปัญหาที่ผ่านมาของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและฟันปลอมของผู้ป่วย จากนั้นนำปัญหาที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์แยกเป็นประเด็นที่ชัดเจนแล้วนำมาเปรียบเทียบกับคำถามแต่ละข้อในดัชนี OHIP ฉบับแปลเป็นภาษาไทย

2.2 การตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

แบบสอบถามทั้ง 600 ชุดต้องได้รับการตรวจความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนจะนำมาทดสอบค่าทางสถิติ (ตารางที่ 1; กลุ่มตัวอย่าง B และ C) โดยมีเกณฑ์ในการตรวจสอบสองข้อ หากพบว่าแบบสอบถามชุดใดที่อยู่ในเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งแบบสอบถามนั้นจะถูกคัดออกโดยไม่นำมาทดสอบทางสถิติ เกณฑ์ที่ใช้ในการตรวจสอบ ได้แก่

- แบบสอบถาม ที่ตอบไม่ครบ มากกว่า 5 ข้อจากคำถามทั้งหมด
- แบบสอบถาม ที่ตอบไม่ครบ มากกว่า 2 ข้อในแต่ละมิติสุขภาพช่องปาก จากทั้งหมดเจ็ดมิติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง	การทดสอบ	จำนวน (คน)	อายุ (ปี)	ระดับการศึกษา		
				ต่ำกว่า ป.ตรี	ป.ตรี	สูงกว่า ป.ตรี
A	ความตรงทางเนื้อหา	80	20-87	39.1	41.7	19.3
B	ความตรงทางโครงสร้าง ความเที่ยง	283	20-83	44.0	46.7	9.3
C	ความครบถ้วนสมบูรณ์	317	22-85	36.7	45.2	18.0

A = ผู้ป่วยที่มีสภาวะช่องปากแตกต่างกัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบริเวณขมับและขากรรไกร ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันทั้งปากร่วมกับการใส่ฟันปลอมทั้งปากแบบถอดได้ ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันบางส่วนร่วมกับการการใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้ ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟันบางส่วนร่วมกับการการใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบติดแน่น ผู้ป่วยโรคปริทันต์ ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการ จัดฟัน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับเยื่อเมือกภายในช่องปากและผู้ป่วยด้านทันตกรรม อื่นๆจากคลินิกการเรียนการสอน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

B = ผู้ป่วยที่ไม่ใส่ฟันปลอมจากสถานบริการทันตกรรม 3 แห่ง

C = ผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมจากสถานบริการทันตกรรม 3 แห่ง

2.3 ประเมินความตรงทางโครงสร้าง

ทดสอบในผู้ป่วยคนไทยซึ่งเป็นผู้ป่วยด้านทันตกรรมจำนวน 600 คน (ตารางที่ 1; กลุ่มตัวอย่าง B และ C) การเก็บข้อมูลได้จากสถานบริการทันตกรรม 3 แห่งที่มีความแตกต่างกันในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมจากผู้ป่วยด้านทันตกรรมทุกกลุ่มซึ่งแสดงผลตามระดับการศึกษา แรกทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐ แห่งที่สองทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลเดชาซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน แห่งที่สามทำการเก็บข้อมูลจากคลินิกการเรียนการสอน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดยแต่ละแห่งจะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 200 คน การทดสอบจะทำการแจก แบบสอบถาม ให้ผู้ป่วยอ่านและเขียนตอบด้วยตนเองระหว่างรอรับบริการทางทันตกรรม โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

2.3.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของ OHIP ฉบับภาษาไทย กับการประเมินสภาวะช่องปากและคุณภาพของฟันปลอมที่ใช้ของผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยใช้ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

2.3.2 ทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรวมของ OHIP ฉบับภาษาไทย กับสภาวะความผิดปกติภายในช่องปาก 6 ชนิด ได้แก่ อาการเจ็บปวด บริเวณขมับและขากรรไกร การมีเสียงคลิก ที่ข้อต่อขากรรไกร อาการ แสบร้อน ช่องปาก การมีกลิ่นปาก การอ้าปากได้ยากและ นิสัยเกี่ยวกับอวัยวะช่อง ปากเช่น การกัดเล็บ และ ริมฝีปาก เป็น ต้น โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์บิเซอเรียล (Point-biserial correlation coefficient)

2.4 การประเมินความน่าเชื่อถือ

2.4.1 ทดสอบความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามจำนวนผู้ป่วยจำนวน 600 คน (ตารางที่ 1; กลุ่มตัวอย่าง B และ C) โดยใช้ ค่าสถิติสัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟา (Cronbach's Alpha)

2.4.2 ทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) โดยให้ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรอใส่ฟันปลอมจำนวน 60 คน (ตารางที่ 1; subset ของกลุ่มตัวอย่าง B และ C) ที่คลินิกการเรียนการสอนคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตอบแบบสอบถามชุดเดียวกันสองครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ซึ่งวิเคราะห์ผลโดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Intraclass Correlation Coefficient; ICC) ร่วมกับการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบจำแนกทางเดียว (one-way ANOVA) [32]

3. ขั้นตอนการประเมิน คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดย ดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทย

ทดสอบการนำมาใช้งานของ ดัชนี คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ที่พัฒนาขึ้นมาโดยนำข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 600 คน (ตารางที่ 1; กลุ่มตัวอย่าง B และ C) ได้แก่ เพศ แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการศึกษา จำนวนฟันที่เหลืออยู่ในช่องปาก สภาวะฟันและฟันปลอม มาทดสอบดูว่ามีหัวข้อใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย การทดสอบของครัสคาล วัลลิส (Kruskal-Wallis test) และสถิติการทดสอบของแมน วิทนี (Mann-Whitney test)

* วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเอสพีเอสเอส เวอร์ชัน 17.0

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การแปลภาษา ปรับข้ามภาษา

ขั้นตอนการแปลภาษาไม่พบข้อขัดข้องประการใด โดยหลังจากที่คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกัน วิเคราะห์ เปรียบเทียบระหว่างแบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษ แบบสอบถามภาษาไทยที่ได้รับการแปลและแบบสอบถามภาษาอังกฤษฉบับแปลย้อนกลับ ได้มีปรับเปลี่ยนแก้ไข ข้อถกเถียงจำนวนที่ใช้ในแบบสอบถามเพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้ง่าย และยังคง ความหมาย เดิมของต้นฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งเมื่อนำมาทดสอบ ภาคสนาม ในผู้ป่วยคนไทยที่มีปัญหาด้านทันตกรรม จากคลินิกการเรียนการสอน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจำนวน 20 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความเข้าใจใน ความหมายของคำถาม แต่ละข้อ อย่างชัดเจนและ สามารถ ตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

2. การทดสอบความถูกต้อง

2.1 ประเมินความตรงทางเนื้อหา

จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยคนไทยที่มีปัญหาด้านทันตกรรมจำนวน 80 คนพบประเด็นของปัญหาซึ่งนอกเหนือจาก ดัชนีต้นฉบับ จึงมีการเพิ่มเติมคำถาม อีก 5 ข้อ ได้แก่

- ปัญหาการกัดแก้ม
- ปัญหาปากแห้ง
- ปัญหาการมีเสียงบริเวณข้อต่อขากรรไกร
- ปัญหาจากการต้องใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานขึ้น
- ปัญหาจากการต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

2.2 การตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

จากการตรวจสอบ แบบสอบถามทั้งหมด 600 ชุด ไม่พบแบบสอบถามชุดใดเลยที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องตัดออกก่อนการคำนวณทางสถิติเพื่อประเมินความตรงทางโครงสร้าง ความน่าเชื่อถือของดัชนีที่ได้รับการพัฒนาขึ้น

2.3 ประเมินความตรงทางโครงสร้าง

ผลของค่า ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของ ดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม จำนวน 54 ข้อคำถามกับการประเมินสภาวะช่องปาก การประเมินคุณภาพของฟันปลอมที่ใช้ของผู้ป่วยด้วยตนเองและสภาวะความผิดปกติในช่องปาก 6 ชนิด แสดงไว้ในตารางที่ 2 โดยพบว่า

- คะแนนรวมของ ดัชนี OHIP มีความสัมพันธ์กับการประเมินสภาวะช่องปาก และการ ประเมินคุณภาพของฟันปลอมที่ใช้ด้วยตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman rank correlation coefficient, $p < 0.01$)
- คะแนนรวมของ ดัชนี OHIP มีความสัมพันธ์กับสภาวะความผิดปกติภายในช่องปาก 4 ชนิด ได้แก่ภาวะอาการเจ็บปวดบริเวณ ขมับและ ขากรรไกร อาการไหม้ในช่องปาก การมีกลิ่นปาก การอ้าปากได้ยากอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (Point-biserial correlation coefficient, $p < 0.05$)
- ค่าความสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรวมของ ดัชนี OHIP กับ การมีเสียงคลิก ที่ข้อต่อขากรรไกรและพฤติกรรมช่องปากมีค่าน้อยมาก

ตารางที่ 2 ประเมินความตรงทางโครงสร้าง

จำนวน		คะแนนรวม (ค่าเฉลี่ย)	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์
การประเมินสภาวะช่องปาก			
ดีเลิศ	2	3.00	0.68**
ดีมาก	58	20.57	
ดี	199	41.28	
พอใช้	275	69.46	
แย่	66	103.32	
การประเมินคุณภาพฟันปลอม			
ดีเลิศ	4	14.50	0.49**
ดีมาก	26	36.31	
ดี	109	56.62	
พอใช้	117	70.43	
แย่	61	117.11	
อาการเจ็บปวดบริเวณข มับและ ขากรรไกร			
ไม่มี	371	50.2	0.32*
มี	229	72.9	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ตารางที่ 2 ประเมินความตรงทางโครงสร้าง(ต่อ)

จำนวน		คะแนนรวม (ค่าเฉลี่ย)	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์
อาการ แสบร้อนช่องปาก			
ไม่มี	491	52.8	0.38*
มี	109	86.4	
การมีกลิ่นปาก			
ไม่มี	122	40.9	0.26*
มี	478	63.5	
การมีเสียงคลิก ที่ข้อต่อขากรรไกร			
ไม่มี	379	54.8	0.16*
มี	221	65.8	
การอ้าปากได้ยาก			
ไม่มี	464	51.6	0.39*
มี	136	83.6	
นิสัยเกี่ยวกับอวัยวะช่อง ปาก			
ไม่มี	408	55.6	0.14*
มี	192	65.9	

* p<0.05, ** p<0.01

2.4 การประเมินความน่าเชื่อถือ

ผลการทดสอบความสอดคล้องภายในของ ดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม จำนวน 54 ข้อคำถามโดยใช้ ค่าสถิติสัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟา (Cronbach's Alpha) และการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Intraclass Correlation Coefficient; ICC) แสดงไว้ในตารางที่ 3 พบว่าค่าทั้งสองค่อนข้างสูงและมีความสอดคล้องซึ่งกันและกัน

ตารางที่ 3 การประเมินความน่าเชื่อถือ

Test-retest reliability (2 week intervals ; n = 60)		Cronbach's alpha (n = 600)
ICCs	95% CI	
0.982	0.975 - 0.988	0.97

3. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

จากการประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 600 คน โดยใช้ ดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทยที่ได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม จำนวน 54 ข้อคำถาม จากงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุ 20-87 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย (Mean) 45.6 ± 13.2 ปี มีค่าคะแนนรวม OHIP ตั้งแต่ 2 ถึง 202 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม OHIP (Mean) 58.89 ± 34.38 มีค่าคะแนนรวม OHIP ในระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile) ที่ 25, 50 และ 75 เท่ากับ 32.25, 53.0 และ 80.0 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์โดยแบ่งตาม เพศ แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง ระดับการศึกษา จำนวนชีพจรธรรมชาติที่เหลือในช่องปาก สภาวะฟันและฟันปลอมแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

	จำนวน		ค่าเฉลี่ย คะแนนรวม	SD	P-value§
	คน	ร้อยละ			
<u>เพศ</u>					
ชาย	235	39.2	61.54	34.58	0.114
หญิง	365	60.8	57.18	34.20	
<u>แหล่งที่มาของกลุ่มตัวอย่าง</u>					
โรงพยาบาลของรัฐ	200	33.3	55.46	31.63	0.141
โรงพยาบาลเอกชน	200	33.3	58.99	36.63	
คลินิกการเรียนการสอน	200	33.3	62.22	34.55	
<u>ระดับการศึกษา</u>					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	264	44.0	65.66	38.71	<0.0001
ปริญญาตรี	280	46.7	52.29	29.40	
สูงกว่าปริญญาตรี	56	9.3	59.95	29.73	
<u>จำนวนซี่ฟันธรรมชาติที่เหลือในช่องปาก</u>					
<7 ซี่	24	4.0	86.58	37.64	<0.0001
7-21 ซี่	105	17.5	80.18	36.03	
>21 ซี่	471	78.5	52.73	31.17	
<u>สถานะฟันและฟันปลอม</u>					
ไม่ใส่ฟันปลอม	283	47.1	50.59	32.04	<0.0001
ใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้	307	51.2	66.46	34.90	
ใส่ฟันปลอมทั้งปาก	10	1.7	61.50	31.52	

§ = Kruskal-Wallis test

3.1 เพศของผู้ป่วย

- ระดับคะแนนรวม OHIP ในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ผู้ป่วยจากสถานบริการทันตกรรม 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราชซึ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเดชาซึ่งเป็นสถานพยาบาลของเอกชน และคลินิกการเรียนการสอนคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ระดับคะแนนรวม OHIP ในผู้ป่วยจาก สถานบริการทันตกรรม 3 แห่ง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ระดับการศึกษา

- ระดับคะแนนรวม OHIP ในผู้ป่วยที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีและผู้ป่วยที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยผู้ป่วยที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม OHIP มากกว่าผู้ป่วยที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี

3.4 จำนวนซี่ฟันธรรมชาติที่เหลือในช่องปาก

- ระดับคะแนนรวม OHIP ในผู้ป่วยที่มีจำนวนซี่ฟันธรรมชาติเหลือในช่องปาก น้อยกว่า 7 ซี่และผู้ป่วยที่มีจำนวน ซี่ฟันธรรมชาติ เหลือในช่องปากมากกว่า 21 ซี่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยผู้ป่วยที่มีจำนวน ซี่ฟันธรรมชาติ เหลือใน ช่องปากนี้ อกกว่า 7 ซี่มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม OHIP มากกว่าผู้ป่วยที่มีจำนวนซี่ฟันธรรมชาติเหลือในช่องปากมากกว่า 21 ซี่
- ระดับคะแนนรวม OHIP ในผู้ป่วยที่มีจำนวนซี่ฟันธรรมชาติเหลือในช่องปาก 7-21 ซี่ และผู้ป่วยที่มีจำนวนซี่ฟันธรรมชาติ เหลือในช่องปากมากกว่า 21 ซี่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยผู้ป่วยที่มีจำนวนซี่ฟันธรรมชาติ เหลือในช่องปาก 7-21 ซี่มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม OHIP มากกว่า ผู้ป่วยที่มีจำนวนซี่ฟันธรรมชาติเหลือใน ช่องปากมากกว่า 21 ซี่

3.5 สภาวะฟันและฟันปลอม

- ระดับคะแนนรวม OHIP ในผู้ป่วยที่ไม่ใส่ฟันปลอมและผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบ ถอดได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) โดยผู้ป่วยที่ไม่ใส่ ฟันปลอมมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม OHIP น้อยกว่าผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมบางส่วนแบบถอดได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

อภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก OHIP ฉบับภาษาไทย โดยผ่านการแปลภาษาโดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้แบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยมีความทัดเทียมกันกับข้อความในดัชนีต้นฉบับทั้งในเชิงสังกัปและเชิงวัฒนธรรม ซึ่งยึดตามแบบจำลองสากลอย่างเคร่งครัด

เนื่องจากดัชนี OHIP ต้นฉบับถูกพัฒนาขึ้นในผู้ป่วยทันตกรรมชาวออสเตรเลียซึ่งมีความเป็นอยู่ สังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากของคนไทยซึ่งอาจส่งผลทำให้การมองปัญหาระหว่างผู้ป่วยทั้งสองประเทศมีความแตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อมีการพัฒนา ดัชนี OHIP เพื่อนำมาใช้วัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในผู้ป่วยคนไทยจึงมีความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนเนื้อหาของคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะสังคมวัฒนธรรมไทย จากการทดสอบความตรงทางเนื้อหาพบว่าควรเพิ่มคำถามอีก 5 ข้อ ได้แก่ การกัดแก้ม ภาวะปากแห้ง การต้องใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานขึ้น การต้องหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การมีเสียงบริเวณข้อต่อขากรรไกร ซึ่งทำให้ ดัชนี OHIP ฉบับภาษาไทยมีคำถามทั้งหมด 54 ข้อ ทั้งนี้พบว่าประเทศที่มีภูมิประเทศใกล้เคียงกันและมีสังคมวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกันจะมีการเพิ่มเนื้อหาของคำถามที่คล้ายกัน ตัวอย่างเช่น คำถามที่เพิ่มขึ้นของ OHIP ที่พัฒนาขึ้นในประเทศเยอรมัน [23] และในประเทศฮังการี [26] เหมือนกันทุกข้อคำถาม จากการวิจัยนี้ พบว่าคำถามที่เพิ่มขึ้นทั้งหมดจำนวนห้าข้อมีสามข้อคล้ายกับของ OHIP ที่พัฒนาขึ้นในประเทศซาอุดีอาระเบีย [27] ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การต้องใช้เวลาในการรับประทานอาหารนานขึ้น ภาวะปากแห้ง และมีสองข้อคล้ายกับ OHIP ที่พัฒนาขึ้นในประเทศญี่ปุ่น [28] ได้แก่ การกัดแก้ม และภาวะปากแห้ง เป็นต้น

การทดสอบความตรงทางโครงสร้างเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้โดยพบความสัมพันธ์ที่เด่นชัดระหว่างคะแนนรวม ดัชนี OHIP กับการประเมินสภาวะช่องปากและการประเมินคุณภาพฟันปลอมด้วยตนเองของผู้ป่วย ส่วนค่า ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวม ดัชนี OHIP กับการมีเสียงคลิกบริเวณข้อต่อขากรรไกรและนิสัยเกี่ยวกับช่องปากแม้ว่าจะมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีค่าน้อยมากจึงถือว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ในทางคลินิกสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศ [27,28] ซึ่งผลดังกล่าวยืนยันว่า OHIP ที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยนี้มีความตรงทางโครงสร้างที่ดี ทั้งนี้ควรทำการทดสอบทางคลินิกร่วมด้วยในอนาคต เช่น สภาวะโรคฟันผุและโรคปริทันต์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเป็นการยากที่จะนำ

ผลการทดสอบความตรงทางโครงสร้างในการพัฒนา OHIP ของแต่ละประเทศมาเปรียบเทียบกัน เนื่องจากมีความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะและสภาวะช่องปากที่นำมาหา

ความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของ OHIP

การทดสอบความน่าเชื่อถือพบว่าค่าที่ได้สูงกว่าการทดสอบของหลายประเทศ [23,26-31]

โดยในการทดสอบซ้ำของการวิจัยนี้ทำในผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรอใส่ฟันปลอมจึงไม่มีการ

เปลี่ยนแปลงของสภาวะช่องปากของผู้ป่วย อีกทั้งระยะเวลาที่ใช้ถือว่ามีความเหมาะสมเนื่องจาก

หากทดสอบซ้ำเร็วเกินไปผู้ป่วยอาจยังจดจำคำตอบครั้งแรกได้ (learning effect) ในทางตรงกัน

ข้ามหากทิ้งช่วงเวลานานเกินไปอาจมีโอกาที่ผู้ป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาวะช่องปาก

ขึ้นโดยแท้จริง (maturation effect) ดังนั้นจึงยืนยันได้ว่า OHIP ที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือที่ดี

จากการประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทางทันตกรรมคนไทย

โดยใช้ดัชนี OHIP ที่พัฒนาขึ้น จำนวน 54 ข้อคำถาม พบว่าระดับการศึกษา จำนวนซี่ฟัน

ธรรมชาติที่เหลือในช่องปาก สภาวะฟันและฟันปลอม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

ช่องปากอย่างชัดเจน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีหรือมี จำนวนซี่ฟัน

ธรรมชาติที่เหลือในช่องปากน้อยกว่า 7 ซี่หรือใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้จะส่งผลกระทบต่อ

ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก กรณีของ ผู้ป่วยที่มีวุฒิการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี

ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมากที่สุด นั้นพบว่ามีหลายการศึกษาซึ่ง

แสดงผลสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้โดยพบว่าระดับการศึกษาส่งผลกระทบต่อ คุณภาพ

ชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน [35-37] โดยผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าจะมีผลกระทบ

เชิงลบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากมาก กว่าทั้งนี้อาจมีสาเหตุมาจาก ผู้ป่วยที่มีระดับ

การศึกษาต่ำกว่าจะมีโอกาสได้ทำงานในตำแหน่งที่ตํ่ากว่า ได้รับค่าจ้างเงินเดือนน้อยกว่า มี

สถานภาพทางสังคมที่ตํ่ากว่า นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าการมีระดับการศึกษาต่ำกับการ

ใส่ฟันปลอมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย [37] กรณีของผู้ป่วยที่มีจำนวนฟัน

ธรรมชาติที่เหลือในช่องปากน้อยกว่า 7 ซี่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่อง

ปากมากที่สุด นั้นพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งเสนอว่าการสูญเสียฟันธรรมชาติมี

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่อง ปากอย่างชัดเจนโดยผู้ป่วยที่มีการสูญเสียฟัน

ธรรมชาติจำนวนมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้น [38-

40] กรณีของการ ใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

ช่องปากมากที่สุด นั้นอาจอธิบายได้ว่าเนื่องมาจากผู้ป่วยซึ่งใส่ฟันปลอมทั้งปากเคยผ่านช่วงเวลา

ของการไม่มีฟันหรือเคยใส่ฟันปลอมแบบถอดได้มาก่อนดังนั้นจึงสามารถปรับตัวและยอมรับ

ปัญหาเมื่อใส่ฟันปลอมทั้งปากได้ง่ายกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่ ใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ มักจะ

คาดหวังว่าฟันปลอมที่ใส่จะมีประสิทธิภาพเทียบเท่าฟันธรรมชาติ ดังนั้นจึงรู้สึกว่าการใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ไม่น่าพอใจเท่าที่ควร [41-42] ทั้งนี้อาจต้องมีการศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในเรื่องดังกล่าวต่อไปเนื่องจากยังมีปัจจัยแวดล้อมอีกหลายอย่างที่ยังไม่ได้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้ได้มีการพัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก OHIP ฉบับภาษาไทยซึ่งมีการเพิ่มข้อคำถามจากต้นฉบับอีก 5 ข้อ รวมทั้งหมดเป็น 54 ข้อ ซึ่งจากการทดสอบพบว่ามีความตรงและความน่าเชื่อถือที่ดี

ข้อเสนอแนะในงานวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ภาคตัดขวางดังนั้นจึงยังไม่มี การทดสอบคุณสมบัติทางไซโคเมตริกเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้แนะนำให้มีการทดสอบดังกล่าวในอนาคต
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ อาจยังไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรไทยทั้งประเทศได้ เนื่องจากสภาพสังคมไทยมีความซับซ้อนไม่สามารถแยกกลุ่มได้อย่างชัดเจนดังนั้นควรมีการทดสอบเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างอื่นเพื่อเป็นการยืนยันว่าดัชนีที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในคนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

- [1] Awad M, Locker D, Korner-Bitensky N, Feine JS. Measuring the effect of intra-oral implant rehabilitation on health-related quality of life in a randomized clinical trial. J Dent Res. 79 (2000): 1659-1663.
- [2] Allen PF, McMillan AS, Walshaw D. A patient-based assessment of implant-stabilized and conventional complete dentures. J Prosthet Dent. 85 (2001): 141-147.
- [3] Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. A socio-dental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. B World Health Organ. 84 (2006): 36-42.
- [4] Miura H, Yamasaki K, Morizaki N, Moriya S, Sumi Y. Factors influencing oral health-related quality of life (OHRQoL) among the frail elderly residing in the community with their family. Archives of Gerontology and Geriatrics. 51 (2010): 62-65.
- [5] Atchison KA, Dolan TA. Development of the geriatric oral health assessment index. Journal of Dental Education. 54 (1990): 680-687.
- [6] Atchison KA. The General Oral Health Assessment Index. In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina. (1997): 55-80.
- [7] Adulyanon S, Sheiham A. Oral Impacts on Daily Performances. In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina. (1997): 151-160.
- [8] Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Health. 11 (1994): 3-11.
- [9] Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol. 32 (2004): 10-18.
- [10] Zhan L. Quality of Life : Conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing. 17 (1992): 979.
- [11] Orem DE. Nursing concepts of practice. New York: Mc.Graw-Hill Book, 2001.
- [12] The WHOQOL group. 1994. The development of the world health organization

- quality of life assessment instrument. In: J Orley, & Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives*. New York: Springer-verlag.
- [13] World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communications(HPR) Health Education and Health Promotion Unit (HEP). Geneva: Switzerland; 1988.
- [14] พรรณทิพา ศักดิ์ทอง.คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ; Health-Related Quality of Life. Thai Pharm Health Sci J. 2 (2007): 327-337.
- [15] Nikias M, Sollecito M, Fink R. An empirical approach to developing multidimensional oral status profiles. J Public Health Dent. 38 (1978): 148-158.
- [16] Locker D. Measuring oral health: socio-dental indicators. In: Locker D. editor. *An introduction to behavioural science and dentistry*. London: Routledge. (1989): 73-87.
- [17] Gherunpong S. Can Oral Health-Related Quality of Life Measures Substitute for Normative Needs Assessments in 11 to 12-year-old Children?. Journal of Public Health Dentistry. 66 (2006).
- [18] ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2005.
- [19] Sheiham A. Spencer J. Health needs assessment. In: Pine CM, editor. *Community oral health*. Edinburgh: Elsevier Science. (2002): 39-54.
- [20] Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health. 5 (1988): 3-18.
- [21] Slade GD. Measuring oral health and quality of life. In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina. (1997): 81-104.
- [22] Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 25 (1997): 284-290.
- [23] Locker D, Allen PF. Developing short-form measures of oral health-related quality of life. J Public Health Dent. 62 (2002): 13-20.
- [24] Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. Int J Prosthodont. 15

(2002): 446-450.

- [25] John MT, Patrick DL, Slade GD. The German version of the Oral Health Impact Profile – translation and psychometric properties. Eur J Oral Sci. 110 (2002): 425-433.
- [26] Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 24 (2000): 3186-3191.
- [27] Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. Community Dent Health. 14 (1997): 133-138.
- [28] Szentpétery A, Szabó G, Marada G, Szántó I, John MT. The Hungarian version of the Oral health Impact Profile. Eur J Oral Sci. 114 (2006): 197-203.
- [29] Al-Jundi MA, Szentpetery A, John MT. An Arabic version of the Oral Health Impact Profile-translation and psychometric properties. Int Dent J. 57 (2007): 84-92.
- [30] Yamazaki M, Inukai M, Baba K, John MT. Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J). J Oral Rehabil. 34 (2007): 159-168.
- [31] Marylee J, John MT, Naeije M, Lobbezoo F. The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity. BMC Oral Health. 8 (2008): 11.
- [32] Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). Community Dent Oral Epidemiol. 30 (2002): 423-431.
- [33] Lopez R. & Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). BMC Oral Health. 6 (2006): 11.
- [34] Suksudaj, S. (2010). The Thai social capital as a social determinant of oral health. Ph.D.'s thesis, University of Adelaide, School of Dentistry, Adelaide.
- [35] Zhou Y, Zhang M, Jiang H, Wu B, Du M. Oral Health Related Quality of Life among Older Adults in Central China. Community Dent Health. 14 (1997): 133-138.
- [36] Pa paioannou w, Oulis CJ, Latsou D, John Y. Oral Health-Related Quality of Life of Greek Adults: A Cross-Sectional Study. International Journal of Dentistry: 2011,
- [37] Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift CG, Gillman G, Stuck AE. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older

- people in London. Eur J Oral Sci. 117 (2009): 286–292.
- [38] Pallegedara C, Ekanayake L. Effect of tooth loss and denture status on oral health-related quality of life of older individuals from Sri Lanka. Community Dent Health. 25 (2008): 196-200.
- [39] Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 32 (2004):107–114.
- [40] Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. Health and quality of life outcomes. (2010): 8:126.
- [41] BAE KH, KIM C, PAIK DI, KIM JB. A comparison of oral health related quality of life between complete and partial removable denture-wearing older adults in Korea. Journal of Oral Rehabilitation 33 (2006): 317–322.
- [42] John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol. 2004 Apr; 32(2):125-32.
-

ภาคผนวก

Association between self-reported oral health and Thai-OHIP summary score

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * oral1	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

oral1	Mean	N	Std. Deviation
1 excellent	3.0000	2	1.41421
2 very good	20.5690	58	8.86173
3 good	41.2814	199	20.82009
4 fair	69.4553	275	28.91265
5 poor	103.3182	66	33.90855
Total	58.8887	600	34.38430

Correlations

			ohipnew	oral1
Spearman's rho	ohipnew	Correlation Coefficient	1.000	.679**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	600	600
	oral1	Correlation Coefficient	.679**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	600	600

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Association between self-reported denture quality and Thai-OHIP summary score

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * dent1	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

dent1	Mean	N	Std. Deviation
0 no denture	45.1449	283	25.04231
1 excellent	14.5000	4	3.31662
2 very good	36.3077	26	16.34324
3 good	56.6147	109	25.00700
4 fair	70.4292	117	29.67526
5 poor	117.1148	61	30.92739
Total	58.8887	600	34.38430

Correlations

			ohipnew	dent1
Spearman's rho	ohipnew	Correlation Coefficient	1.000	.494**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	600	600
	dent1	Correlation Coefficient	.494**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	600	600

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Means of TMD pain

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * TMD1	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

TMD1	Mean	N	Std. Deviation
1 no	50.2183	371	30.05811
2 yes	72.9355	229	36.32337
Total	58.8887	600	34.38430

Means of Burning mouth sensation

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * burning1	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

burning1	Mean	N	Std. Deviation
1 no	52.7764	491	30.82977
2 yes	86.4220	109	36.19374
Total	58.8887	600	34.38430

Means of Halitosis**Case Processing Summary**

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * halitosis1	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

halitosis 1	Mean	N	Std. Deviation
1 no	40.9098	122	29.05310
2 yes	63.4774	478	34.15809
Total	58.8887	600	34.38430

Means of Joints clicking

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * clicking1	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

clicking1	Mean	N	Std. Deviation
1 no	54.8264	379	30.93246
2 yes	65.8552	221	38.70221
Total	58.8887	600	34.38430

Means of Difficulty in opening the mouth

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * diff1	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

diff1	Mean	N	Std. Deviation
1 no	51.6509	464	29.28609
2 yes	83.5825	136	38.85821
Total	58.8887	600	34.38430

Means of oral habits**Case Processing Summary**

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * habit1	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

habit1	Mean	N	Std. Deviation
1 no	55.5931	408	32.75313
2 yes	65.8918	192	36.73323
Total	58.8887	600	34.38430

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.971	.972	54

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Single Measures	.339	.265	.438
Average Measures	.982	.975	.988

One-way random effects model where people effects are random.

Means Denture

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * dentalstatus	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

Dentalstatus	Mean	N	Std. Deviation
1.00000000 natural	50.5866	283	32.03548
2.00000000 partial denture	66.4567	307	34.89842
3.00000000 CD	61.5000	10	31.52160
Total	58.8887	600	34.38430

Kruskal-Wallis Test denture

Ranks

	Dentalstatus	N	Mean Rank
ohipnew	1.00000000 natural tooth	283	257.63
	2.00000000 partial denture	307	339.39
	3.00000000 CD	10	319.60
	Total	600	

Test Statistics^{a,b}

	ohipnew
Chi-Square	32.884
Df	2
Asymp. Sig.	.000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: dentalstatus

Mann-Whitney Test natural tooth - partial denture**Ranks**

Dentalstatus		N	Mean Rank	Sum of Ranks
ohipnew	1.00000000 natural tooth	283	253.79	71823.00
	2.00000000 partial denture	307	333.95	102522.00
	Total	590		

Test Statistics^a

	Ohipnew
Mann-Whitney U	31637.000
Wilcoxon W	71823.000
Z	-5.707
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: dentalstatus

Mann-Whitney Test natural tooth - CD

Ranks

Dentalstatus	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ohipnew 1.00000000 natural tooth	283	145.84	41273.50
3.00000000 CD	10	179.75	1797.50
Total	293		

Test Statistics^a

	Ohipnew
Mann-Whitney U	1087.500
Wilcoxon W	41273.500
Z	-1.244
Asymp. Sig. (2-tailed)	.214

a. Grouping Variable: dentalstatus

Mann-Whitney Test partial denture - CD

Ranks

Dentalstatus	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ohipnew 2.00000000 partial denture	307	159.44	48949.50
3.00000000 CD	10	145.35	1453.50
Total	317		

Test Statistics^a

	Ohipnew
Mann-Whitney U	1398.500
Wilcoxon W	1453.500
Z	-.479
Asymp. Sig. (2-tailed)	.632

a. Grouping Variable: dentalstatus

Means Patient's group**Case Processing Summary**

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * group	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

group	Mean	N	Std. Deviation
1 university	62.2200	200	34.54575
2 local hospital	55.4561	200	31.63243
3 private hospital	58.9900	200	36.62920
Total	58.8887	600	34.38430

Kruskal-Wallis Test group

Ranks

Group	N	Mean Rank
Ohipscale 1 university	200	319.69
2 local hospital	200	286.64
3 private hospital	200	295.17
Total	600	

Test Statistics^{a,b}

	ohipscale
Chi-Square	3.919
Df	2
Asymp. Sig.	.141

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: group

Means number of teeth

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * nteeth	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

Nteeth	Mean	N	Std. Deviation
1.00 <7	52.7943	485	30.83020
2.00 7-21	85.9505	101	36.09830
3.00 >21	74.7857	14	41.43239
Total	58.8887	600	34.38430

Kruskal-Wallis Test number teeth

Ranks

	Nteeth	N	Mean Rank
Ohipscale	1.00 <7	485	272.49
	2.00 7-21	101	426.47
	3.00 >21	14	362.18
	Total	600	

Test Statistics^{a,b}

	Ohipscale
Chi-Square	67.784
Df	2
Asymp. Sig.	.000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: nteeth

Mann-Whitney Test number teeth<7 - number teeth7-21

Ranks

	Nteeth	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ohipscale	1.00 <7	485	267.56	129766.50
	2.00 7-21	101	418.06	42224.50
	Total	586		

Test Statistics^a

	Ohipscale
Mann-Whitney U	11911.500
Wilcoxon W	129766.500
Z	-8.128
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: nteeth

Mann-Whitney Test number teeth7-21 - number teeth>21

Ranks

	Nteeth	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ohipscale	2.00 7-21	101	59.41	6000.00
	3.00 >21	14	47.86	670.00
	Total	115		

Test Statistics^a

	Ohipscale
Mann-Whitney U	565.000
Wilcoxon W	670.000
Z	-1.215
Asymp. Sig. (2-tailed)	.224

a. Grouping Variable: nteeth

Mann-Whitney Test number teeth<7 - number teeth>21**Ranks**

	Nteeth	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ohipscale	1.00 <7	485	247.93	120244.50
	3.00 >21	14	321.82	4505.50
	Total	499		

Test Statistics^a

	Ohipscale
Mann-Whitney U	2389.500
Wilcoxon W	120244.500
Z	-1.891
Asymp. Sig. (2-tailed)	.059

a. Grouping Variable: nteeth

Means Education

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * edu	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

edu	Mean	N	Std. Deviation
1 under bachelor	65.6591	264	38.71134
2 bachelor	52.2936	280	29.39640
3 upper bachelor	59.9464	56	29.73301
Total	58.8887	600	34.38430

Mann-Whitney Test education level

Ranks

Edu		N	Mean Rank
ohipnew	1 under bachelor	264	328.38
	2 bachelor	280	271.67
	3 upper bachelor	56	313.19
	Total	600	

Test Statistics^{a,b}

	Ohipnew
Chi-Square	14.877
Df	2
Asymp. Sig.	.001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: edu

Mann-Whitney Test education under bachelor - bachelor**Ranks**

Edu		N	Mean Rank	Sum of Ranks
ohipnew	1 under bachelor	264	298.61	78833.50
	2 bachelor	280	247.88	69406.50
	Total	544		

Test Statistics^a

	Ohipnew
Mann-Whitney U	30066.500
Wilcoxon W	69406.500
Z	-3.763
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: edu

Mann-Whitney Test education under bachelor – upper bachelor

Ranks

Edu		N	Mean Rank	Sum of Ranks
ohipnew	1 under bachelor	264	162.27	42840.00
	3 upper bachelor	56	152.14	8520.00
Total		320		

Test Statistics^a

	Ohipnew
Mann-Whitney U	6924.000
Wilcoxon W	8520.000
Z	-.744
Asymp. Sig. (2-tailed)	.457

a. Grouping Variable: edu

Mann-Whitney Test education bachelor – upper bachelor

Ranks

Edu		N	Mean Rank	Sum of Ranks
ohipnew	2 bachelor	280	164.29	46001.50
	3 upper bachelor	56	189.54	10614.50
Total		336		

Test Statistics^a

	Ohipnew
Mann-Whitney U	6661.500
Wilcoxon W	46001.500
Z	-1.776
Asymp. Sig. (2-tailed)	.076

a. Grouping Variable: edu

Means Sex**Case Processing Summary**

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ohipnew * sex	600	100.0%	0	.0%	600	100.0%

Report

Ohipnew

sex	Mean	N	Std. Deviation
1 man	61.5447	235	34.58004
2 woman	57.1787	365	34.19597
Total	58.8887	600	34.38430

Mann-Whitney Test sex

Ranks

	Sex	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ohipscale	1 man	235	314.45	73895.50
	2 woman	365	291.52	106404.50
	Total	600		

Test Statistics^a

	Ohipscale
Mann-Whitney U	39609.500
Wilcoxon W	106404.500
Z	-1.582
Asymp. Sig. (2-tailed)	.114

a. Grouping Variable: sex

ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ชื่อ-นามสกุล.....

ชื่อโครงการวิจัย ความถูกต้องของดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากชนิด The Oral Health Impacts Profile (OHIP) ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยคนไทย

สถานที่ทำการวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเดชา โรงพยาบาลบางมดและคลินิก
รวม

ชั้น 2 ตึก 5 คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวิจัยนี้เพื่อศึกษา สร้างและพัฒนาดัชนีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากในรูปแบบของ The Oral Health Impacts Profile (OHIP) ฉบับภาษาไทย

ความไม่สะดวกที่อาจเกิดจากการวิจัยนี้คือผู้เข้าร่วมการวิจัยจำเป็นต้องใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ในการอ่านและตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด ถูกต้องตามความเป็นจริงด้วยตนเอง

การเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในโครงการวิจัยนี้ขอให้เป็นไปโดยความสมัครใจของท่านเอง
ทันตแพทย์จะดูแลให้การรักษาท่านตามมาตรฐานวิชาชีพไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการศึกษานี้หรือไม่
ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยจะใช้ในวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผย

ข้อมูลสู่สาธารณชนและขอ รับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านตามกฎหมาย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากทันตแพทย์ผู้ตรวจซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึง
วัตถุประสงค์และแนวทางการวิจัยดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมงานวิจัยนี้โดย
สมัครใจและยอมรับสิ่งไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์
ในการวิจัยโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับจะเปิดเผย
เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่
เกี่ยวข้องทำได้เฉพาะกรณีที่เป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้ว

ข้างต้น

ผู้ยินยอม

ผู้วิจัย

พยาน

(.....)

(ทพ.ณัฐวัฒน์ ชัยพจนพงศ์)

(

.....)

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมค่า ตามความเป็นจริง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส โสด คู่ ม่าย หย่า/แยกกันอยู่
4. วุฒิการศึกษา ไม่ได้ศึกษา ต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี/เทียบเท่า
 - สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ ว่างาน ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 - ลูกจ้าง รับราชการ นักศึกษา
 - พ่อบ้าน/แม่บ้าน อื่นๆระบุ.....
6. รายได้ต่อเดือน ไม่มีรายได้ 30,001-50,000 บาท
 - น้อยกว่า/เท่ากับ 10,000 บาท 50,001 บาทขึ้นไป
 - 10,001-30,000 บาท
7. ท่านมีการสูญเสียพันธุกรรมชาติหรือไม่ อย่างไร(ไม่รวมพันคุณ)
 - พันยังอยู่ครบทุกซี่
 - สูญเสียฟันบน.....ซี่
 - สูญเสียฟันล่าง.....ซี่
 - สูญเสียฟันบนทั้งหมด
 - สูญเสียฟันล่างทั้งหมด
 - สูญเสียฟันหมดทั้งปาก
8. ท่านใส่ฟันปลอมหรือไม่ อย่างไร
 - ไม่มีฟันปลอม
 - มีแต่ไม่ใช้
 - มีและใช้อยู่ ชนิด บางส่วนถอดได้ ถอดได้ทั้งปาก
 - บางส่วนติดแน่น ติดแน่นทั้งปาก
 - รากฟันเทียม

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก

คำชี้แจง กรุณาทบทวนผลกระทบที่ท่านได้รับจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่าน

ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ตามคำถามทั้ง 54 ข้อและโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับประสบการณ์ของท่าน

โดย บ่อยมาก หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้ง
 ค่อนข้างบ่อย หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นเป็นประจำ
 เป็นบางครั้ง หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นบ้างเป็นบางครั้งบางคราว
 แทบจะไม่เคย หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆเกิดขึ้นเพียงไม่กี่ครั้งในรอบปี
 ไม่เคย หมายถึง เหตุการณ์นั้นๆไม่เคยเกิดขึ้นเลย

ข้อ	คำถาม	บ่อย มาก (4)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น บาง ครั้ง (2)	แทบ จะไม่ เคย (1)	ไม่ เคย (0)
1.	ท่านเคยมีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟัน ปลอมของท่านหรือไม่					
2.	ท่านเคยออกเสียงคำใดๆได้ลำบาก เนื่องจาก ปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอม ของท่านหรือไม่					
3.	ท่านเคยสังเกตเห็นว่าฟันซี่ใดซี่หนึ่งของท่านดู ไม่ปกติหรือไม่					
4.	ท่านเคยรู้สึกว่ารูปลักษณ์ของท่านได้รับผล กระทบเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปาก หรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					

ข้อ	คำถาม	บ่อย มาก (4)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น บางครั้ง (2)	แทบ จะไม่ เคย (1)	ไม่ เคย (0)
5.	ท่านเคยรู้สึกว่ามีกลิ่นปาก เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
6.	ท่านเคยรู้สึกว่าการรับประทานอาหารแย่ง เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
7.	ท่านเคยมีปัญหาเศษอาหารติดฟันหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
8.	ท่านเคยรู้สึกว่าระบบการย่อยอาหารของท่านแย่ง เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
9.	ท่านเคยรู้สึกว่าฟันปลอมของท่านหลวมหรือแน่นเกินไปหรือไม่ (หากไม่มีฟันปลอมให้ตอบ "ไม่เคย")					
10.	ท่านเคยรู้สึกเจ็บปวดภายในช่องปากหรือไม่					
11.	ท่านเคยมีอาการปวดขากรรไกรหรือไม่					
12.	ท่านเคยปวดศีรษะ เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
13.	ท่านเคยเสียวฟันเพราะอาหารหรือเครื่องดื่มร้อนหรือเย็นหรือไม่					
14.	ท่านเคยปวดฟันหรือไม่					

ข้อ	คำถาม	บ่อย มาก (4)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น บางครั้ง (2)	แทบ จะไม่ เคย (1)	ไม่ เคย (0)
15.	ท่านเคยปวดเหงือกหรือไม่					
16.	ท่านเคยรู้สึกว่ามีกลิ่นอาหารไม่ค่อยสะอาด เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟัน ปลอมของท่านหรือไม่					
17.	ท่านเคยมีจุดเจ็บในช่องปากหรือไม่					
18.	ท่านเคยมีฟันปลอมที่ใส่ไม่สบายหรือไม่ (หาก ไม่มีฟันปลอมให้ตอบ “ไม่เคย”)					
19.	ท่านเคยกังวลเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปาก หรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
20.	ท่านเคยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของ ตนเองเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปาก หรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
21.	ท่านเคยรู้สึกทุกข์ใจ เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับ ฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
22.	ท่านเคยรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับรูปลักษณ์ ของฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่าน หรือไม่					
23.	ท่านเคยรู้สึกเครียด เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับ ฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
24.	ท่านเคยพูดไม่ชัด เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับ ฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					

ข้อ	คำถาม	บ่อย มาก (4)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น บาง ครั้ง (2)	แทบ จะไม่ เคย (1)	ไม่ เคย (0)
25.	เคยมีคนเข้าใจบางคำพูดของท่านผิดไป เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟัน ปลอมของท่านหรือไม่					
26.	ท่านเคยรู้สึกว่ารับรสชาติของอาหารได้ น้อยลง เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปาก หรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
27.	ท่านเคยแปรงฟันผิดปกติไปจากเดิม เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟัน ปลอมของท่านหรือไม่					
28.	ท่านเคยต้องหลีกเลี่ยงการกินอาหาร บางอย่าง เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่อง ปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
29.	ท่านเคยรู้สึกไม่พอใจในการกินอาหารของ ท่าน เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปาก หรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
30.	ท่านเคยไม่สามารถกินอาหารได้ เนื่องจากฟัน ปลอมของท่านหรือไม่ (หากไม่มีฟันปลอมให้ ตอบ “ไม่เคย”)					
31.	ท่านเคยต้องเลี่ยงการยิ้ม เนื่องจากปัญหา เกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่าน หรือไม่					

ข้อ	คำถาม	บ่อย มาก (4)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น บางครั้ง (2)	แทบ จะไม่ เคย (1)	ไม่ เคย (0)
32.	ท่านเคยต้องหยุดกินในระหว่างมื้ออาหาร เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟัน ปลอมของท่านหรือไม่					
33.	การนอนของท่านเคยถูกรบกวน เนื่องจาก ปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอม ของท่านหรือไม่					
34.	ท่านเคยรู้สึกขุ่นเคืองใจ เนื่องจากปัญหา เกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่าน หรือไม่					
35.	ท่านเคยรู้สึกไม่ผ่อนคลาย เนื่องจากปัญหา เกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่าน หรือไม่					
36.	ท่านเคยรู้สึกหดหู่ เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับ ฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
37.	ท่านเคยเสียสมาธิ เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับ ฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
38.	ท่านเคยรู้สึกอาย เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
39.	ท่านเคยต้องเลี่ยงการออกไปนอกบ้าน เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟัน ปลอมของท่านหรือไม่					

ข้อ	คำถาม	บ่อย มาก (4)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น บางครั้ง (2)	แทบ จะไม่ เคย (1)	ไม่ เคย (0)
40.	ความอดทนต่อคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวของท่านเคยน้อยลง เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
41.	ท่านเคยเข้ากับคนอื่น ๆ ได้ลำบาก เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
42.	ท่านเคยรู้สึกหงุดหงิดคนรอบข้าง เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
43.	ท่านเคยประสบความลำบากในการทำงานที่เป็นประจำ เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
44.	ท่านเคยรู้สึกว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านแย่ลง เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
45.	ท่านเคยประสบปัญหาค่าใช้จ่าย เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
46.	ท่านเคยสนทนากับผู้อื่นได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร เนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					

ข้อ	คำถาม	บ่อย มาก (4)	ค่อนข้าง บ่อย (3)	เป็น บางครั้ง (2)	แทบ จะไม่ เคย (1)	ไม่ เคย (0)
47.	ท่านเคยรู้สึกว่าคุณวิตกกังวลโดยทั่วไปน่าพอใจน้อยลงเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
48.	ท่านเคยไม่สามารถทำอะไรได้เลยเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
49.	ท่านเคยไม่สามารถทำงานได้เต็มความสามารถเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
50.	ท่านเคยเคี้ยวโดนแก้มของตนเองหรือไม่					
51.	ท่านเคยรู้สึกปากแห้งหรือไม่					
52.	ท่านเคยมีเสียงหายใจเวลาอ้าปากกว้างหรือเวลาเคี้ยวอาหารหรือไม่					
53.	ท่านเคยต้องหลีกเลี่ยงการกินอาหารร่วมกับผู้อื่นเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					
54.	ท่านเคยต้องใช้เวลาในการกินอาหารแต่ละมื้อนานขึ้นเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับฟัน ช่องปากหรือฟันปลอมของท่านหรือไม่					

.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสุขภาพช่องปาก คุณภาพของฟันปลอมรวมถึงสภาวะในช่องปาก

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน ตามประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

1. ท่านมีความเห็นว่าสุขภาพช่องปากโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร
 ดีเลิศ ดีมาก ดี พอใช้ แย่
2. ท่านมีความเห็นว่าคุณภาพของฟันปลอมของท่าน(ถ้ามี) เป็นอย่างไร
 ดีเลิศ ดีมาก ดี พอใช้ แย่ ไม่มีฟันปลอม
3. ท่านเคยมีอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อขากรรไกรหรือไม่ มี ไม่มี
4. ท่านเคยมีอาการปวดแสบร้อนภายในช่องปากหรือไม่ มี ไม่มี
5. ท่านเคยรู้สึกว่ามีกลิ่นปากหรือไม่ มี ไม่มี
6. ท่านเคยมีเสียงบริเวณข้อต่อขากรรไกรเวลาอ้าปากหรือเคี้ยวอาหารหรือไม่ มี ไม่มี
7. ท่านเคยอ้าปากกว้างได้ลำบากหรือไม่ มี ไม่มี
8. ท่านมีนิสัยที่ผิดปกติบางประการเกี่ยวกับอวัยวะช่องปาก (Oral Habits)
 ยกตัวอย่างเช่น การกัดฟันหรือเคี้ยวฟันขณะหลับหรือไม่ มี ไม่มี

ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาย ณัฐวัฒน์ ชัยพจนพงษ์ เกิดเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2522 ที่กรุงเทพมหานคร สัญชาติไทย สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2547 จากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปี พ.ศ. 2547-พ.ศ.2549 รับราชการตำแหน่งทันตแพทย์ โรงพยาบาลไชยปราการ อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่และได้ลาราชการเพื่อมาศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมประดิษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย