

## ความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วยทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ฟ้าใส กุเกียรติ\*

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) สสำรวจระดับความรู้ ความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟัน และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรม และ(2) ศึกษาผลของปัจจัยด้านเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟันต่อระดับความรู้ และความคิดเห็น ทำการศึกษาในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 โดยผู้ป่วยจำนวน 277 คน ตอบแบบสอบถามที่ประกอบด้วยแบบวัดความรู้ 25 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ ของการนอนกัดฟัน แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ 16 ข้อ และแบบสำรวจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน 19 ข้อ โดยความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนความรู้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .8778 ในส่วนความคิดเห็นมีค่า .8588 และในส่วนพฤติกรรมมีค่า .7511 ผลศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 13.3 รายงานว่าตนเองนอนกัดฟัน คะแนนรวมในด้านความรู้เรื่องนอนกัดฟันโดยเฉลี่ยร้อยละ 36.9 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับน้อย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศ อายุ อาชีพ การรับทราบข้อมูลเรื่องการนอนกัดฟัน และการรายงานการนอนกัดฟัน แต่ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความรู้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$ ) ในส่วนของความคิดเห็นพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20.9-53.1 เห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และสนใจข่าวสารเกี่ยวกับการนอนกัดฟันเพียงร้อยละ 20.6-29.2 แต่กว่าร้อยละ 70 ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาการนอนกัดฟัน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน แต่ผู้ป่วยที่มีอายุ และการรายงานการนอนกัดฟันต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าเกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน ได้แก่ รู้สึกใจร้อนหงุดหงิดง่าย ง่วงนอนตอนกลางวัน เคี้ยวของแข็ง นอนไม่เพียงพอ เคี้ยวอาหารข้างเดียว เครียด เคี้ยวของเหนียว นอนไม่ค่อยหลับ เคี้ยวหมากฝรั่ง รู้สึกวิตกกังวล/กลัว แต่ผู้ที่รายงานการนอนกัดฟันต่างกัน มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

โดยสรุปพบว่าถึงแม้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมจะตระหนักถึงความสำคัญในการรักษา แต่ผู้ป่วยก็ยังมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันระดับน้อย เห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำ วันไม่มากนัก และไม่ค่อยสนใจติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน

**คำสำคัญ:** นอนกัดฟัน ความรู้ ความคิดเห็น

# Knowledge and Opinion of Dental Patients at Srinakharinwirot University To Bruxism

Fasai Pukiat\*

## Abstract

This purposes of this study were (1) to survey knowledge, opinions and behavior related to bruxism and (2) to study the effect of gender, age, education, occupation, perception about bruxism and self report of bruxism to the patient's knowledge and opinion. The study was conducted between January to March 2010 with a total of 277 patients included. The 25-item test for measuring knowledge, 13-item questionnaire for the opinion assessment and 19-item behavior survey were developed. The alpha cronbach's alpha reliability of the scale was .8778 in knowledge test .8224 in opinion questionnaire and .7511 in behavior survey form. The result of this study revealed that 13.3% of dental patients reported bruxism. The dental patients had low knowledge score as average of 36.9% and no significant difference was found between patients with different gender, age, occupation, perception about bruxism and self report of bruxism. Patients with higher education had higher knowledge level ( $p < .01$ ). In addition only 20.9-53.1 % of the patients felt that bruxism had impact on daily lifes and no significant difference was found among patients with different gender, education, occupation and perception about bruxism. The patients with age over 30 years compared to those under 30 and different self report of bruxism had different opinions ( $p < .01$ ). Only 20.6-29.2 % of them had little interests in seeking information about bruxism. Interestingly, more than 70% of the dental patients realized the importance of bruxism treatment. In the patient's view, the behaviors related to bruxism included irritability, daytime sleepiness, hard chewing, insufficient sleep, unilateral chewing, stress, sticky chewing, insomnia, gum chewing and anxiety. However no significant difference in bruxism-related behaviors was found between patients with different self report of bruxism

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

**Keywords:** Bruxism, Knowledge, Opinion

\*Lecturer, Department of Stomatology, Faculty of Dentistry, Srinakharinwirot University, Sukhumvit 23, Wattana, Bangkok 10110

## บทนำ

การนอนกัดฟัน (Bruxism) [1] หมายถึงการขบแน่นฟัน (clenching) และการบดฟัน (grinding) ขณะหลับ ซึ่งจัดเป็นความผิดปกติของการนอนหลับประเภทหนึ่ง มักจะเกิดขึ้นในเวลาที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวหรือไม่ได้ระวังตัว และสามารถเกิดได้ทั้งในเวลากลางวันซึ่งส่วนมากจะกึ่งรู้ตัวและไม่รู้ตัว หรือเวลากลางคืนซึ่งมักไม่รู้ตัว [2] การกัดฟันอาจมีเสียงร่วมด้วย บางครั้งดังจนคนข้างๆ หรือคนที่นอนด้วยได้ยิน

การนอนกัดฟันพบได้ในประชากรประมาณร้อยละ 8-10 [3] และจากการศึกษาคนไทยกลุ่มหนึ่งในคณะทันตแพทยศาสตร์มหิดล และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าการนอนกัดฟันมีความชุกร้อยละ 7.55 ถึง 11.1 [4,5] แต่ความชุกของการนอนกัดฟันมักเป็นการประเมินที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากส่วนใหญ่มักเป็นการสำรวจทางอ้อม เช่น รายงานของผู้ป่วยเอง (self report of bruxism) แบบสอบถาม รายงานของผู้ที่นอนด้วย ซึ่งได้ยินเสียงนอนกัดฟันของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ที่นอนคนเดียวหรือผู้ที่ไม่ทราบว่าการกัดฟันมีอาการหรืออาการแสดงอย่างไรอาจไม่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน นอกจากนี้ยังสามารถตรวจการนอนกัดฟันทางคลินิก โดยดูการสึกของฟันที่มีลักษณะเรียบมันรับกันพอดีทั้งฟันบน และฟันล่างในตำแหน่งนอกเหนือการทำหน้าที่ [6,7] โดยทันตแพทย์มักเป็นผู้ตรวจพบ หรือตั้งข้อสังเกตว่าผู้ป่วยนอนกัดฟันจากการซักประวัติ และตรวจทางคลินิก ส่วนการสำรวจการนอนกัดฟันโดยใช้เครื่องมือ เช่น Bruxcore Plates หรือการทดลองในห้องปฏิบัติการหลับ (sleep laboratory/polysomnographic) ซึ่งถึงแม้จะมีความไว และความเฉพาะเจาะจงค่อนข้างสูง แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องราคา [8] ดังนั้นการสำรวจการนอนกัดฟันนิยมใช้วิธีรายงานจากผู้ป่วยหรือผู้ที่นอนด้วย และจากการตรวจทางคลินิกของทันตแพทย์

การนอนกัดฟันอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยว เช่น ฟันสึก ฟันร้าวหรือแตก [9] และเมื่อปลายฟันหรือด้านบดเคี้ยวของฟันสึกต่ำกว่าจุดสัมผัสบริเวณด้านประชิด จะเกิดช่องว่างระหว่างซี่ฟันทำให้

มีเศษอาหารติดบริเวณซอกฟัน ความสูงของไบหน้าในแนวตั้งลดลง [10] และยากต่อการบูรณะ [11] และด้วยแรงที่ทำให้เกิดแรงเครียดบริเวณคอฟันมากจึงเป็นปัจจัยเริ่มแรกที่ทำให้เกิดการสึกแอ็บแฟรคชัน (abfraction) [12] ทำให้วัสดุบูรณะเกิดการชำรุด แม้การนอนกัดฟันอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ แต่ก็นับเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการละลายของกระดูกเขี้ยวฟัน [13] และพบว่าความชุกของการมีกระดูกส่วนงอกทางด้านแก้มและด้านลิ้น มีความสัมพันธ์อย่างมากกับผู้ถูไถฟันหรือนอนกัดฟัน [14] นอกจากนี้การนอนกัดฟันมักถูกจัดเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดลักษณะอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการผิดปกติเพิ่มโพโรแมนดิบูลาร์ [15,16] ทำให้ข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อเจ็บปวดมากขึ้น นานขึ้น ทำให้รู้สึกเมื่อยล้า ตึง หรือเจ็บบริเวณแก้มหลังตื่นนอนในระยะแรก [17] ก่อให้เกิดความเจ็บปวดเรื้อรังบริเวณไบหน้าและช่องปาก [18] มีความเจ็บปวดที่แผ่กระจาย จากข้อต่อขากรรไกรมาที่บริเวณหู ศีรษะ ลำคอ หลัง ไหล่ ปวดศีรษะเมื่อตื่นนอนตอนเช้า [19] นอกจากนี้ฟันสึกมักมีขอบคม ทำให้ระคายเคืองต่อริมฝีปาก แก้ม และลิ้น [20] และเสียงกัดฟันอาจรบกวนผู้ที่นอนร่วมด้วย และทำให้คุณภาพการนอนลดลง พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่นอนกัดฟันมักง่วงในเวลากลางวัน [19]

ปัจจัยที่มีผลทำให้นอนกัดฟัน พบว่าไม่มีหลักฐานที่ชี้ชัดว่าสิ่งกีดขวางการสบฟันเป็นสาเหตุให้นอนกัดฟัน แต่บางทฤษฎีเชื่อว่าถ้าร่วมกับปัจจัยทางอารมณ์มีส่วนทำให้นอนกัดฟัน [6] ผู้ป่วยที่สมองถูกทำลายและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมองจะมีฟันสึกอย่างมากจากการกัดฟัน [21] และเด็กที่มีบุคคลในครอบครัวนอนกัดฟัน มีแนวโน้มนอนกัดฟัน [6] ผู้ที่นอนกัดฟันร้อยละ 72 มีความผิดปกติขณะนอนหลับอย่างอื่นร่วมด้วย [22] ผู้ที่นอนกัดฟันเป็นประจำมักมีความเครียดที่รุนแรง มีบุคลิกภาพวิตกกังวล หุนหันพลันแล่น คิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิดง่าย มองโลกในแง่ร้าย หวาดกลัว ซื่อาย อ่อนล้า สันโดษ และมักมาใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟัน [23,24] เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มน้ำที่มีคาเฟอีน และยาสูบ มีความเกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน [3,25,26] แต่พบการนอนกัดฟันมากในช่วงอายุ 19 ถึง 44 ปี [3] แล้วค่อยๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น [23] และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศ [27]

เนื่องด้วยการนอนกัดฟันเกิดจากสหปัจจัย จึงยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง [2,12,28] การรักษามุ่งเน้นเพื่อลดอาการและอาการแสดง และกำจัดปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้อง และควรมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะๆ ซึ่งแบ่งเป็น (1)การรักษาทางทันตกรรม ได้แก่ การบูรณะฟันที่แตกกร้าว เสีย และใส่ฟันปลอมเพื่อป้องกันฟันสึก และลดอาการตึงของกล้ามเนื้อ และข้อต่อขากรรไกร [29] (2)การรักษาด้วยยา เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาต้านซึมเศร้า ยาคลายกังวล แต่ควรใช้ยาเมื่อการนอนกัดฟันนั้นเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท [30] (3)การรักษาทางจิตใจและพฤติกรรม โปรแกรมฝึกให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน ลดผลกระทบจากการนอนกัดฟันได้ [31] นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น ให้ผู้ป่วยสังเกตรอยสึกบนฟันปลอมทุกเช้า และมีการนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลเป็นระยะๆ ผู้ที่นอนกัดฟันกับผู้ป่วยที่ปวดกล้ามเนื้อและพังผืด (myofascial pain) มีคุณภาพชีวิตลดลงพอๆ กัน โดยผู้ที่นอนกัดฟัน คิดว่าการนอนกัดฟันทำให้รู้สึกตึงเครียด รบกวนการนอน เคี้ยวอาหารได้ลำบาก ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ร้อยละ พวดได้ลำบาก รู้สึกหดหู่ รบกวนการเข้าสังคม รบกวนความอยากอาหาร คิดเป็นร้อยละ 42.1, 36.8, 36.8, 15.88, 15.88, 10.5, 10.5 และ 5.3 ตามลำดับ แต่เมื่อแบ่งผู้ที่นอนกัดฟันออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเจ็บปวดร่วมด้วย กับกลุ่มที่นอนกัดฟันแต่ไม่มีความเจ็บปวดพบว่า ในกลุ่มหลังมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันไม่ได้รับรบกวนการเข้าสังคม ความอยากอาหาร และไม่รู้สึกหดหู่ โดยพิจารณาว่าความเจ็บปวดอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความต่างในความคิดเห็นด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน [17] เมื่อศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป (ประเทศอังกฤษ เยอรมัน

อิตาลี) พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันร้อยละ 23.3 คิดว่าเสี่ยงจากการนอนกัดฟันรบกวนการนอนของผู้ที่นอนด้วย และร้อยละ 23 ต้องการการรักษาทางทันตกรรมเนื่องมาจากการกัดฟัน ร้อยละ 8.1 ต้องการรับการรักษา เพราะมีความไม่สบายของกล้ามเนื้อขากรรไกรเวลาตื่นนอน [3]

แม้การนอนกัดฟันจะมีผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยวของผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยมักคิดว่าอาการไม่รุนแรง ไม่ค่อยมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต จึงยังไม่ต้องการรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษามีอาการและอาการแสดงลุกลามไปแล้ว ทำให้การวางแผนการรักษาทางทันตกรรมอื่น เช่น ทันตกรรมบูรณะ การรักษาโรคเหงือก การรักษาคลองรากฟัน และการรักษาความผิดปกติของขากรรไกร มีความซับซ้อนขึ้น และอาจไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร และอาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันค่อนข้างน้อย รวมถึงการรักษาการนอนกัดฟันที่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยเป็นหลัก ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน อาจนำไปสู่การป้องกันและจะทำให้การรักษาประสบความสำเร็จ [32]

การวิจัยนี้จึงต้องการสำรวจความรู้และความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันของผู้ป่วย เพื่อจะได้ข้อมูลในการเสนอแนวทางที่เหมาะสมในการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

## วิธีการศึกษา

### ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือก

#### กลุ่มประชากร

คือผู้ป่วยที่มารับการักษาทางทันตกรรมในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 900 คน (ประมาณจากจำนวนผู้ป่วยใน 3 ปีที่ผ่านมา: พ.ศ.2548-2551)

#### กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 277 คน คำนวณจากจำนวนกลุ่มประชากร โดยใช้สูตรของยามเน่ [33]

#### เกณฑ์การคัดเลือก

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

#### เกณฑ์การคัดออก

ผู้ป่วยนอนกัดฟันที่เคยมารับการรักษาการนอนกัดฟันด้วยวิธีการใส่เฟือกสบฟัน และ/หรือ ด้วยยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาคลายเครียด

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามจำนวน 63 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟัน

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นที่มีต่อการนอนกัด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน

โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรง (validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน และความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนตัวความรู้อัตลักษณ์ประสิทธิผลแอลฟาของครอนบาค .8778 ในส่วนความคิดเห็นมีค่า .8588 และในส่วนพฤติกรรมมีค่า .7511

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

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 11.5 ในการคำนวณ แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

#### การวิเคราะห์เชิงพรรณนา ประกอบด้วย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมของผู้ตอบ โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความรู้แสดงเป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันโดยรวมระดับความคิดเห็นเป็นหมวดหมู่ แล้วแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ
4. วิเคราะห์พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน แจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ

#### การวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ ประกอบด้วย

1. เปรียบเทียบระดับความรู้จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถามโดยในการเปรียบเทียบระดับความรู้กับตัวแปรที่สามารถตอบได้ 2 คำตอบ ใช้ independent sample t-test ส่วนในการเปรียบเทียบระดับความรู้กับตัวแปรที่สามารถตอบได้มากกว่า 2 คำตอบ ใช้ One Way ANOVA
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ กับข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถามใช้ Chi-Square test และจะปฏิเสธสมมติฐานเมื่อระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 ( $p < 0.01$ )

#### ผลการศึกษา

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.2 เพศชายร้อยละ 27.8 มีอายุ 15-30 ปี ร้อยละ 51.6, 31-45 ปี ร้อยละ 24.9 และ 45-60 ปี ร้อยละ 23.5 มีการศึกษาระดับประถมร้อยละ 5.1 มัธยม/ปวช. ร้อยละ 19.5 อนุปริญญา/ ปวส. ร้อยละ 6.5 ปริญญาตรีร้อยละ 52.7 และสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 16.2 ส่วนใหญ่ เป็นนักศึกษาร้อยละ 34.3 รองลงมาคืออาชีพรับราชการ เอกชน ค้าขาย แม่บ้าน รับจ้าง งานทางการแพทย์ และเกษตรกร (ร้อยละ 20.9, 19.1, 9.4, 9.0, 4.7, 2.2

และ 0.4 ตามลำดับ) อาการสำคัญได้แก่ ตรวจเช็คสุขภาพช่องปากร้อยละ 52.0 รองลงมา คือ ชุดหินปูน ปวดฟัน/เสียวฟัน อุดฟัน จัดฟัน ถอนฟัน ถ่ายภาพรังสี ใฝ่ฟัน ปรึกษาเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน และปวดกล้ามเนื้อ/ปวดข้อต่อขากรรไกร (ร้อยละ 24.5, 22.7, 22.0, 13.0, 13.0, 12.6, 7.6, 2.2 และ 1.4 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมถึงร้อยละ 61.7 ไม่เคยรับทราบข้อมูลเรื่องการนอนกัดฟัน ส่วนใหญ่ที่เคยรับทราบข้อมูลเรื่องการนอนกัดฟันมีแหล่งข้อมูลจากเพื่อน/คนอื่น ร้อยละ 43.4 รองลงมา ได้แก่ นิตยสาร/แผ่นพับ หมอ/หมอฟัน โทรทัศน์/วิทยุ อินเทอร์เน็ต/เว็บไซต์ของคณะทันตแพทยศาสตร์ และอื่นๆ เช่น ญาติ ค่ายทันตะ (ร้อยละ 23.6, 22.6, 22.6, 16.0 และ 2.8 ตามลำดับ) จากผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด พบว่ามีผู้ที่รายงานว่าตนเองนอนกัดฟันร้อยละ 13 โดยทราบว่าตนเองนอนกัดฟันเนื่องจากคนอื่นบอก ร้อยละ 83.8 ทราบด้วยตนเองร้อยละ 21.6 และทันตแพทย์บอกร้อยละ 21.6

## 2. ความรู้

ผู้ตอบแบบสอบถามมีคะแนนความรู้โดยรวมเกี่ยวกับการนอนกัดฟันอยู่ในระดับน้อย โดยถ้าจำแนกในแต่ละด้านพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความของการนอนกัดฟันอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ยังมีความรู้ในด้านอื่นๆ อยู่ในระดับน้อย ผู้ป่วยส่วนมากทราบว่า การนอนกัดฟันเกิดขึ้นในขณะนอนหลับ ไม่รู้สึกตัว ไม่จำเป็นต้องมีเสียงร่วมเสมอ ทำให้ฟันสึก วัสดุแตกร้าว ปวดหน้าหู แต่ก็ไม่ทราบว่า มีผลกระทบอื่นๆ เช่น ทำให้ปวดศีรษะ มีกระดูกงอกงูขึ้นบริเวณเหงือก รวมทั้งยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน เช่น การดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ หรือคาเฟอีน ผู้ป่วยส่วนมากทราบวิธีรักษาการนอนกัดฟันว่ามีจุดมุ่งหมายเพื่อลดผลกระทบ ไม่สามารถทำให้หยุดนอนกัดฟันได้ ต้องใส่เครื่องมือ สามารถใช้วิธีฟันคลายร่วมด้วย และต้องมีการติดตามผลการรักษาเป็นระยะ (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยทันตกรรม

ระดับความรู้เกี่ยวกับ การนอนกัดฟันด้านต่างๆ	คะแนนเต็ม	X (SD)	ร้อยละ	การแปลผล
คำจำกัดความของการนอนกัดฟัน	4	2.20 (1.10)	55.00	ปานกลาง
ผลกระทบของการนอนกัดฟัน	8	2.63 (2.35)	32.88	น้อย
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน	7	2.04 (1.50)	29.14	น้อย
การรักษาการนอนกัดฟัน	6	2.38 (1.60)	39.67	น้อย
คะแนนรวม	25	9.24 (4.96)	36.96	น้อย

ร้อยละ 80-100 หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ร้อยละ 51-79 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

ร้อยละ 0-59 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

ระดับความรู้เรื่องการนอนกัดฟันไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ อายุ อาชีพ การรับทราบข้อมูล และการทำงานของงานการนอนกัดฟัน แต่ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาชั้นประถม และมีวัย/ปวช. มีระดับความรู้โดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี แต่ไม่ต่างจากชั้นอนุปริญญา/ปวส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p < 0.01$ )

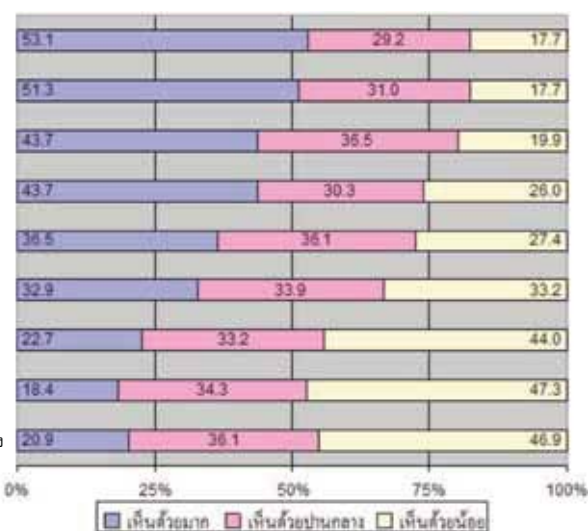
### 3. ความคิดเห็น

#### 3.1 ด้านผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากที่สุดด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น รองลงมาคือด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการนอนตามลำดับ แต่คิดว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อด้านการเรียน หรือทำงานน้อยที่สุด (รูปที่ 2)

รูปที่ 2 ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยทันตกรรมต่อการนอนกัดฟันในด้านผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ

1. ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การนอนกัดฟันทำให้อายุที่จะต้องนอนร่วมกับผู้อื่น
2. ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น การนอนกัดฟันทำให้เกิดความกังวลใจ ทำให้มีความเครียด
3. ด้านการนอน เช่น ทำให้นอนหลับไม่สนิท
4. ด้านการเคี้ยวอาหาร เช่น การนอนกัดฟันทำให้เคี้ยวอาหารได้ลำบากขึ้น
5. ด้านความสวยงาม เช่น การนอนกัดฟันทำให้กรามสองข้างโตขึ้น
6. ด้านการอ้าปาก เช่น การนอนกัดฟันทำให้อ่อนแอปากหาว หรืออ้าปากเพื่อแปรงฟัน
7. ด้านการได้ยิน เช่น การนอนกัดฟันทำให้มีอาการหูอื้อหรือได้ยินเสียงไม่ชัด
8. ด้านการพูด เช่น การนอนกัดฟันทำให้พูดไม่สะดวก
9. ด้านการเรียน หรือทำงาน เช่น การนอนกัดฟันทำให้ประสิทธิภาพเรียน หรือการทำงานลดลง



#### 3.2 ด้านการตรวจรักษา และการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าถ้าตนเองนอนกัดฟัน และทันตแพทย์แนะนำให้รักษาอาการนอนกัดฟันก็พร้อมที่จะมารับการรักษา แต่มีจำนวนน้อยที่สนใจสอบถามทันตแพทย์หรือรับฟังข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟัน (รูปที่ 3) และแหล่งที่สะดวกจะรับข่าวสารมากที่สุด คือ อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ ร้อยละ 41.52 รองลงมา คือ นิตยสาร/แผ่นพับ โทรทัศน์/วิทยุทันตแพทย์ และอื่น เช่น ญาติ (ร้อยละ 31.77, 30.32, 27.44 และ 1.44 ตามลำดับ) (\*สื่อผู้ป่วยที่สะดวกจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟันตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

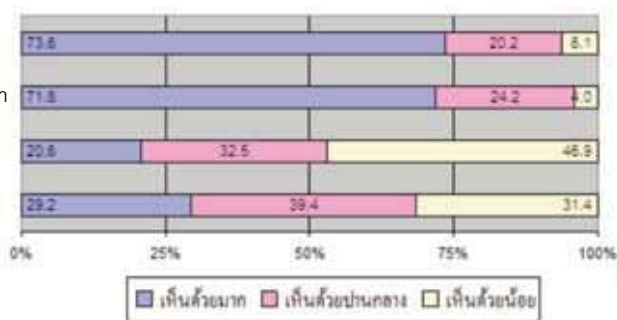
สรุปโดยรวมว่าผู้ป่วยส่วนมากเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาการนอนกัดฟัน

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าระดับคะแนนความคิดเห็นเรื่องการนอนกัดฟันไม่แตกต่างกันระหว่างเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการรับทราบข้อมูล ( $p < 0.01$ ) แต่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี เห็นด้วยว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อด้านการนอน และด้านอารมณ์และมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี และผู้ที่รายงานว่าไม่ได้กัดฟันเห็นด้วยว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อด้านการนอน ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านความตั้งใจที่ใส่เฟืองสับสน มากกว่าผู้ที่รายงานว่านอนกัดฟัน ( $p < 0.01$ )



**รูปที่ 3 ระดับความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมที่มีต่อการนอนกัดฟันในด้าน การตรวจรักษา และการติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน**

1. ด้านอนกัดฟันท่านจะมารับการรักษาจากทันตแพทย์
2. ถ้าทันตแพทย์แนะนำให้ใส่เฝือกสบฟันหรือฟันยาง จะใส่ตามที่ทันตแพทย์แนะนำ
3. ท่านสอบถามทันตแพทย์เกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน
4. ท่านสนใจรับฟังเกี่ยวกับข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องการนอนกัดฟัน



**4. พฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน**

พฤติกรรมที่ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบว่าเกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน ได้แก่ รู้สึกใจร้อนหงุดหงิดง่าย (ร้อยละ 77.9) รองลงมา คือ มักร่วงนอนตอนกลางวัน (ร้อยละ 74.4) เคี้ยวของแข็ง (ร้อยละ 74.4) นอนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 71.8) เคี้ยวอาหารข้างเดียว (ร้อยละ 67.2) เครียด (ร้อยละ 63.5) เคี้ยวของเหนียว (ร้อยละ 62.4) นอนไม่ค่อยหลับ (ร้อยละ 54.2) เคี้ยวหมากฝรั่ง (ร้อยละ 54.2) รู้สึกวิตกกังวล/กลัว (ร้อยละ 51.6) ตีمةเครื่องตีمةที่มีคาเพนีนสูง (ร้อยละ 45.5) นอนกรน (ร้อยละ 40.8) รู้สึกลิ้นห้วงซีมเคร้าท้อแท้ (ร้อยละ 33.9) กัดเค้นฟัน (ร้อยละ 31.1) กัดริมฝีปาก/เล็บ (ร้อยละ 30.3) ตีمةเครื่องตีمةที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 15.2) ใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดี (ร้อยละ 9.4) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 5.8) (\*พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผู้ที่รายงานการนอนกัดฟันต่างกัน มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่าผู้ที่รายงานว่านอนกัดฟันมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมกัดเค้นฟัน เคี้ยวหมากฝรั่ง นอนกรน เครียด เครื่องตีمةที่มีแอลกอฮอล์ เคี้ยวของแข็ง รู้สึกลิ้นห้วงซีมเคร้าท้อแท้ ทานของเหนียว เคี้ยวอาหารข้างเดียวมากกว่า

**บทวิจารณ์**

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษานี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง และความเชื่อมั่นแล้วได้ผลอยู่ในระดับดี ซึ่งทำให้มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง โดยในการวัดความรู้มีคำตอบ “ไม่ทราบ” ด้วยเพื่อลด recall bias ของผู้ตอบ เนื่องจากความรู้ด้านสาเหตุของการนอนกัดฟันในบางประเด็นยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด จึงใช้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องแทนคำว่า สาเหตุของการนอนกัดฟัน

ผู้ที่เคยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันมีเพียงร้อยละ 38.3 โดยส่วนมากมักทราบจากเพื่อนหรือคนอื่น แต่รับทราบจากทันตแพทย์เพียงร้อยละ 22.6 ซึ่งข้อมูลที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนกันนั้น อาจไม่ถูกต้องทั้งหมด ทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันของผู้ป่วยมีระดับน้อย

จากแบบสอบถามพบว่ามีผู้ที่รายงานว่าตนเองนอนกัดฟัน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ohayon และคณะ [3] ที่พบว่าในผู้ป่วยทั่วไปจะมีผู้รายงานการนอนกัดฟันประมาณร้อยละ 8-10 โดยผู้ที่รายงานว่านอนกัดฟันร้อยละ 83.9 ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันจากคำบอกของผู้อื่น และมีผู้ที่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 21.6 เท่ากับที่ทราบจากทันตแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษา



อื่นที่พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันมักทราบว่าตนเองนอนกัดฟัน จากผู้ที่นอนด้วยถึงร้อยละ 68 ซึ่งมากกว่าการทราบจากทันตแพทย์ (ร้อยละ 37) [34] และมากกว่าผู้ที่ทราบว่าตนเองนอนกัดฟันด้วยตนเอง (ร้อยละ 32 )

ความรู้โดยรวมเกี่ยวกับเรื่องกรนอนกัดฟันของผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับ ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพโดยทั่วไป เช่น เรื่องอาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ การดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งถึงแม้จะมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องดังกล่าวค่อนข้างแพร่หลายมากกว่าเรื่องกรนอนกัดฟัน แต่ก็ยังพบว่านักเรียน และนักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ทำให้ขาดทัศนคติที่ดีต่อการทำความสะอาดช่องปากด้วย [35,36] โดยเมื่อจำแนกความรู้เป็นรายข้อพบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะทราบว่ากรนอนกัดฟันเกิดขึ้นเมื่อไร แต่มักไม่ทราบว่ามิผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยว มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันและมีวิธีการรักษาอย่างไร ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนกัดฟันจึงควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน อาการและอาการแสดง และวิธีการรักษานอนกัดฟันเพิ่มมากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันของผู้ป่วย พบว่าผู้ระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับความรู้มากกว่า เช่นเดียวกับสำรวจความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพของ Brook [35] โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมมีความรู้น้อยกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นผลโดยตรงจากการศึกษาโดยระดับการศึกษาสูงกว่าจะได้รับความรู้เรื่องทันตสุขภาพมากกว่า และถึงแม้จะไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับการนอนกัดฟันของผู้ป่วยที่เคยและไม่เคยการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟันแต่พบว่าผู้ป่วยที่เคยรับทราบข้อมูลมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้มากกว่ากับผู้ป่วยที่ไม่เคยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการนอนกัดฟัน แสดงว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับกับเรื่องกรนอนกัดฟันได้ถูกต้องมากขึ้น

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากที่สุด รองลงมาได้แก่ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการนอนและด้านเคี้ยวอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับ Ohayon [3] ที่พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันคิดว่าเสียงจากการนอนกัดฟันรบกวนการนอนของผู้ที่นอนด้วย Doa [17] พบว่าผู้ที่นอนกัดฟันมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันทำให้เกิดความตึงเครียด และรบกวนการนอน แต่โดยรวมผู้ป่วยคิดว่ากรนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันไม่ถึงร้อยละ 60 อาจเพราะยังไม่รู้ลึกว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเองมาก

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟัน และทันตแพทย์แนะนำให้รักษาอาการนอนกัดฟันก็พร้อมที่จะมารับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ทำวิจัยในประเทศไทย ในกลุ่มผู้ป่วยทันตกรรมคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [37] แต่จากการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่นอนกัดฟันจะมารับการรักษาเมื่อมีระดับความเจ็บปวดจากการนอนกัดฟันรุนแรงมากขึ้น [38] มีความเจ็บปวดมากกว่า 3 เดือน มีความถี่เพิ่มขึ้น และไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้เองจนทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง [18] แต่การศึกษานี้ไม่ได้สอบถามเชิงลึกเหมือนการศึกษาในต่างประเทศ และอาจเพราะผู้ป่วยมักมีวิธีในการแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง [39] ผู้ป่วยยังสนใจติดตามข่าวสารเรื่องกรนอนกัดฟันน้อย ทั้งผู้ที่รายงานว่ามีนอนกัดฟันและไม่ได้กัดฟัน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยคิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องไกลตัวสำหรับผู้ป่วยเพราะในขณะนี้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับผลกระทบจากเรื่องนี้ การให้ความรู้เรื่องกรนอนกัดฟันสามารถทำได้ 2 ทาง คือจากทันตแพทย์โดยตรง และจากสื่อต่างๆ แต่ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยส่วนมากจะติดตามข่าวสารเกี่ยวกับนอนกัดฟันจากอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์มากกว่าที่จะสอบถามจากทันตแพทย์ ดังนั้นการเผยแพร่ความรู้เหล่านี้ผ่านทางสื่อต่างๆ จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนส่วนใหญ่

การศึกษานี้พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการรับทราบข้อมูลไม่มีผลต่อความคิดเห็นต่อการนอนกัดฟัน แต่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี เห็นด้วยว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการนอน และอารมณ์และจิตใจมากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี และพบว่าผู้ที่รายงานว่าได้นอนกัดฟันมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการนอน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น อารมณ์และจิตใจ และพร้อมที่จะมาใส่เฟือกสบฟันมากกว่าผู้ที่นอนกัดฟัน อาจเป็นเพราะผู้ที่นอนกัดฟันมีวิธีในการแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย

ถึงแม้ผู้ที่รายงานการนอนกัดฟันต่างกัน มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟันไม่ต่างกันอย่างไรก็ตามสำคัญ แต่พบว่าผู้ที่รายงานว่านอนกัดฟันมีแนวโน้มนอนกรน เกรียด ต่อมเครื่องตีมีแอลกอฮอล์มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ohoyon และคณะ [23] และการศึกษาพบว่าผู้ที่รายงานว่านอนกัดฟันจะกัดเค้นฟัน เคี้ยวหมากฝรั่ง เคี้ยวของแข็ง ทานของเหนียว และเคี้ยวอาหารข้างเดียว และท้อแท้มากกว่าผู้ที่รายงานว่าไม่นอนกัดฟันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Blanco และคณะ [40] ที่พบว่าผู้ที่รายงานว่านอนกัดฟันจะมีพฤติกรรมการทำงานนอกเหนือหน้าที่ และการศึกษาของ Fernandes และคณะ [41] กล่าวว่า การนอนกัดฟันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความท้อแท้ ซึ่งอาจเป็นเพราะความเครียด

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แต่ไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยรบกวนต่างๆ และเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มบุคคล คือในคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งอาจมีลักษณะต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ จึงเป็นข้อจำกัดในการนำไปสรุปใช้กับประชากรทั่วไป

#### บทสรุป

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนอนกัดฟันอยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน ด้านอาการและอาการ

แสดง และด้านการรักษา รวมทั้งมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันไม่มากนัก ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยสนใจจะติดตามข่าวสารเรื่องการนอนกัดฟัน แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วยต่อการมารับการตรวจรักษาการนอนกัดฟัน และยังเห็นความสำคัญของการรักษาการนอนกัดฟัน โดยผู้ป่วยส่วนมากสะดวกติดตามข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ และพบว่าเพศ อายุ อาชีพ การรับทราบข้อมูล และการรายงานการนอนกัดฟันไม่มีผลต่อระดับความรู้ แต่ระดับการศึกษาชั้นประถมและมัธยมมีความรู้ต่ำกว่าระดับการศึกษาชั้นอื่น ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีความคิดเห็นในด้านผลกระทบต่อการนอน อารมณ์และจิตใจต่างกัน และผู้ที่ไม่ได้นอนกัดฟันมีความคิดเห็นว่าการนอนกัดฟันมีผลกระทบต่อการนอน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น อารมณ์และจิตใจ และพร้อมที่จะมาใส่เฟือกสบฟันมากกว่าผู้ที่นอนกัดฟัน ดังนั้นเพื่อผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการนอนกัดฟันจึงควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนกัดฟัน อาการและอาการแสดง และวิธีการรักษาการนอนกัดฟันเพิ่มมากขึ้น ผ่านสื่อต่างๆ ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้มาก

#### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ 2553 และได้รับความอนุเคราะห์ในการตรวจแบบสอบถามจากรองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ หวังพานิช สำนักทดสอบ รองศาสตราจารย์ ชูศรี วงศ์รัตนะภาควิชาวัดผลและวิจัยคณะสังคมศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร สถาบันวิจัยพฤติกรรม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รองศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงสุนิภา วงศ์ทองศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงวันทนี มุทิรางกูร และอาจารย์ทันตแพทย์หญิงอดิษฐ์ มาลากุล ณ อยุธยา ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Martlond Critchley, editor. Butterworths medical dictionary. 2nd ed. London: Butterworth; 1978.
2. Bader G, Lavigne G. Sleep Bruxism an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep Medicine Reviews* 2000; 40(1): 27-43.
3. Ohayon MM, Kasey KL, Guilleminault C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. *Chest* 2001; 119(1): 53-61.
4. Chaiteerapapku, Likitratanakorn U, Ladplee A. Relationship between bruxism and clinical signs. Dental research project of faculty of dentistry chulalongkorn university, 1997.
5. Sitthisomwong P, Boonpeng W, Intawee S, Leelasupakorn S, Aerkingpet K. Relationship between oral signs and bruxism habit. *Mahidol Dent J* 2002; 22(2-3): 55-60.
6. Rugh WK, Ohrbach R. Occlusal para-function. In Mohl, N, Zarb G.A, Carlsson G.E, Rugh JD. A textbook of occlusion. Chicago: Quintessence Publishing Company; 1988. p.249-256.
7. Okeson JF. Management of Temporomandibular Disorder and Occlusion. 4<sup>th</sup>. St.Louis: Mosby, 1998.p268.
8. Kato T, Thic NMR, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Bruxism and orofacial movements during sleep. *Dent Clin North Am* 2001; 45(4): 657-684.
9. Abe S, Yamaguchi T, Rompré PH, De Grandmont P, Chen YJ, Lavigne GJ. Tooth wear in young subjects: a discriminator between sleep bruxers and controls. *Int J Prosthodont* 2009; 22(4): 342-350.
10. Reding GR, Rubright WC, Zimmerman SO. Incidence of bruxism. *J Dent Res* 1966; 45: 1198-1204.
11. Attanasio R. An overview of bruxism and its management. *Dent Clin North Am* 1997; 41(2): 229-240.
12. Lyons K. Aetiology of abfraction lesions. *N Z Dent J* 2001; 97(429): 93-98.
13. Harrel SK, Nunn ME, Hallmon WW. Is there an association between occlusion? Yes-occlusion forces can contribute to periodontal destruction. *J Am Dent Assoc* 2006; 137: 1380-1392.
14. Kerdpon D, Sirirungrojying SA. Clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. *Eur J Oral Sci* 1999; 107(1): 9-13.
15. Lobbezoo F, Lavigne GJ. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause-and-effect relationship? *J Orofac Pain* 1997; 11(1): 15-23.
16. Ciancaglini R, Gherlone EF, Radaelli G. The relationship of bruxism with craniofacial pain and symptoms from the masticatory system in the adult population. *J Oral Rehabil* 2001; 28(9): 842-848.
17. 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: 350-356.
18. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(1): 52-60.

19. Bader G, Kampe T, Tagdae T, Karlsson S, Blomqvist M. Descriptive physiological data on a sleep bruxism population. *Sleep* 1997; 20: 982-990.
20. Nadler SC. The importance of bruxism. *J Oral Med* 1968; 23(4): 142-148.
21. Bell EJ, Kaidonis J, Townsend GC. Tooth wear in children with down syndrome. *Aust Dent J* 2002; 47(1): 30-35.
22. Kampe T, Tagdae T, Bader G, Edman G, Karlsson S. Reported symptoms and clinical findings in a group of subjects with long standing bruxing behaviour. *J Oral Rehabil* 1997; 24: 581-587.
23. Ahlberg, J., et al. Reported bruxism and stress experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(6): 405-408.
24. Sutin AR, Terracciano A, Ferrucci L, Costa PT. Teeth Grinding: Is Emotional Stability related to Bruxism. *J Res Pers* 2010; 44(3): 402-405.
25. Flores RIG, et al. Risk Factors for sleep bruxism in Japanese dental students. *J Appl Res* 2003; 3(4): 420-428.
26. Ahlberg J, Savolainen A, Rantala M, Lindholm H, Kononen M. Reported bruxism and biopsychosocial symptoms: a longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 307-311.
27. Glaros, A. G. Incidence of diurnal and nocturnal bruxism. *J Prosthet Dent* 1981; 45: 545-549.
28. Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R, Kuwata T. Assessment of bruxism in the clinic. *J Oral Rehabil* 2008; 35(7): 495-508.
29. Dylina, T. J. A common-sense approach to splint therapy. *J Prosthet Dent* 2001; 86(5): 539-545.
30. Winocur E, Gavish A, Voikovitch M, Eli I. Drugs and bruxism: a critical review. *J Oralfac Pain* 2003; 17(2): 99-111.
31. Treacy K. Awareness/relaxation training and transcutaneous electrical neural stimulation in treatment of bruxism. *J Oral Rehabil* 1999; 26: 280-287.
32. Lorig, K. Guide to clinical preventive service. Available from <http://www.vnh.org/GCPS2109.html> 2009. [01/12/09]
33. Yamane, Taro. *Statistics: An Introductory Analysis*. 2nd ed., New York: Harper and Row; 1967.
34. Macfarlane, T. V., Blinkhorn, A. S., Davies, R. M. and Worthington, H. V. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. *J Dent* 2003; 31: 535-542.
35. Brook, U., Heim, M. and Alkalai, Y. Attitude, knowledge and habits of high school pupils in Israel regarding oral health. *Patient Educ Couns* 1996; 27(2): 171-175.
36. Al-Hussaini, R., et al. Dental health knowledge, attitudes and behaviour among students at the Kuwait University Health Sciences Centre. *Med Princ Pract* 2003; 12(4): 260-265.
37. Pukiat F. *Knowledges and opinions of dental patients to bruxism (Theses)*. Occlusion. Chulalongkorn University, Bangkok; 2004.
38. Molina, O. F., Santos, J. D., Nelson, S. J. and Nowlin, T. Profile of TMD and bruxer compared to TMD and unbruxer patients regarding chief complaint, previous consultations, modes of therapy, and chronicity. *Cranio* 2000; 18(3): 205-219.

39. Blanco, M., Krieger, N., Lloret, S. P. and Cardinali, D. P. Attitudes towards treatment among patients suffering from sleep disorders. A Latin American survey. BMC Fam Pract 2003; 20(4): 17.

40. Blanco AA, Gonzalez LL, Blanco AE, De la Hoz Aizpurua JL, Rodriguez TA, Segura SR, Blanco HA. Relationship between self-reported sleep bruxism and pain in patients with temporomandibular disorders. J Oral Rehabil 2014; 41(8): 564-572.

41. Fernandes G, Franco AL, Siqueira JT, Gonçalves DA, Camparis CM. Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorder, depression and non-specific physical symptoms. J Oral Rehabil 2012; 39(7): 538-544.

**ติดต่อบทความ:**

อ.ทพญ.ฟ้าใส ภูเกียรติ

ภาควิชาโสตจักษุวิทยา คณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา

กรุงเทพมหานคร 10110

โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 15130

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ fasai31@yahoo.com

**Corresponding author:**

Dr.Fasai Pukiat

Department of Stomatology, Faculty of Dentistry

Srinakharinwirot 114 Soi Sukhumvit 23,

Sukhumvit Rd., Wattana, Bangkok 10110

Tel: 02-649-5000 Ext. 15130

E-mail: fasai31@yahoo.com