

ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับสื่อแบบผสมผสาน ต่อความ
ร่วมมือในการประคบอุ่นของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

ร้อยตรีหญิง ภัทริยาภรณ์ บุญญวงค์

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาทันตกรรมบดเคี้ยว ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTIVENESS OF A HEALTH EDUCATION VIA PERSONAL INFORMATION
COMPARED WITH MULTIMEDIA HEALTH INFORMATION ON ADHERANCE TO
HOT MOIST APPLICATION IN MASTICATORY MUSCLE PAIN PATIENTS



Second Lieutenant Pattriyaporn Boonyawong WRTA

ศูนย์วิทยุทันตกรรม
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Department of Occlusion

Faculty of Dentistry

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับสื่อแบบผสมผสาน ต่อความร่วมมือในการประคบอุ่นของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

โดย

ร้อยตรีหญิง ภัทริยาภรณ์ บุญญวงศ์

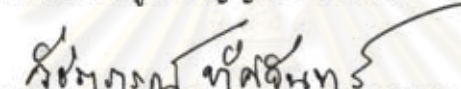
สาขาวิชา

ทันตกรรมบดเคี้ยว


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

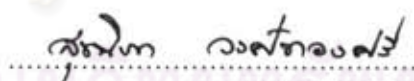
รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุชนิภา วงศ์ทองศรี

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโท


..... คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง วัชรภรณ์ ทักษิณ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุปราณี วิเชียรเนตร)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุชนิภา วงศ์ทองศรี)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ สุรวุฒน์ พงษ์ศิริเวทย์)

ภัทริยาภรณ์ บุญญวงค์: ประสิทธิภาพของการให้สุศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับสื่อแบบผสมผสาน ต่อความร่วมมือในการประคบอุ่นของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว. (EFFECTIVENESS OF A HEALTH EDUCATION VIA PERSONAL INFORMATION COMPARED WITH MULTIMEDIA HEALTH INFORMATION ON ADHERANCE TO HOT MOIST APPLICATION IN MASTICATORY MUSCLE PAIN PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ทพญ.สุชนิภา วงศ์ทองศรี, 97 หน้า.

การประคบอุ่นสามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวมีอาการดีขึ้นได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเบื้องต้นอื่นๆ แล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการประคบอุ่น การให้สุศึกษาที่มีประสิทธิภาพน่าจะมีผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือมากยิ่งขึ้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้สุศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลกับสื่อแบบผสมผสาน ในการให้ความร่วมมือประคบอุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ซึ่งมารับการรักษา ณ คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว เป็นครั้งแรก โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 47 รายและ 46 รายตามลำดับ ด้วยวิธีสุ่มแบบบล็อก กลุ่มควบคุมจะได้รับสุศึกษาโดยสื่อบุคคล ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับสุศึกษาโดยสื่อแบบผสมผสาน การประเมินความร่วมมือทำได้โดยการให้ผู้ป่วยตอบแบบรายงานตนเองเกี่ยวกับการประคบอุ่นตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบว่าทุกคนให้ความร่วมมือในการประคบอุ่น ค่าคะแนนความร่วมมือประคบอุ่นเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคือ 18.55 ± 8.48 และ 19.54 ± 8.61 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อทดสอบด้วย t -test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.937, t = 0.559$)

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา.....ทันตกรรมบดเคี้ยว..... ลายมือชื่อนิสิต.....ภัทริยาภรณ์ บุญญวงค์.....
สาขาวิชา.....ทันตกรรมบดเคี้ยว..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....ศ.ทพญ.สุชนิภา วงศ์ทองศรี.....
ปีการศึกษา.....2553.....

5076116132 : MAJOR OCCLUSION

KEYWORDS : MASTICATORY MUSCLE PAIN / HOT MOIST APPLICATION / COMPLIANCE / ADHERANCE / PATIENT'S EDUCATION

PATTRIYAPORN BOONYAWONG: EFFECTIVENESS OF A HEALTH EDUCATION VIA PERSONAL INFORMATION COMPARED WITH MULTIMEDIA HEALTH INFORMATION ON ADHERANCE TO HOT MOIST APPLICATION IN MASTICATORY MUSCLE PAIN PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUKNIPA VONGTHONGSRI, 97 pp.

Hot moist application is useful for relieving masticatory muscle pain. But patients have less adherence in hot moist application compared to other self-care therapies. The efficient delivery of health education increases adherence. This study aimed to compare the effectiveness of a health education between personal information and multimedia health information on adherence to hot moist application. Subjects were the new masticatory muscle pain patients at Occlusion Clinic and were divided into control and experimental groups of 47 and 46 respectively by blocked randomization. Control group received health education via personal information and experimental group received health education via multimedia health information. At the end of 2 week period, all of the subjects filled out the self-report questionnaire regarding adherence to hot moist application. All of the patients complied with hot moist application. The means of adherence score were 18.55 ± 8.48 and 19.54 ± 8.61 in control and experimental groups respectively. Comparison with *t*-test revealed no statistically significant. ($p = 0.937$, $t=0.559$)

Department :Occlusion.....

Student's Signature

Field of Study :Occlusion.....

Advisor's Signature

Academic Year : 2010.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง สุชนิภา วงศ์ทองศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ทันตแพทย์หญิง อติณัฐ มาลากุล ณ อยุธยา สำหรับแนวคิดในการทำวิทยานิพนธ์ คำแนะนำ ข้อคิดเห็น อ่านบททวนแก้ไขข้อบกพร่อง และเป็นกำลังใจที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศุภชาติ บุญญวงษ์ และอาจารย์ ทันตแพทย์หญิงจุฑารัตน์ ฉิมเรือง ผู้ให้คำปรึกษาทางสถิติ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์สุรวุฒน์ พงษ์ศิริเวทย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิงสิริพร ไชยมะโน สำหรับการติดตาม ให้คำแนะนำ สนับสนุน และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านในภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว ผู้ช่วยทันตแพทย์เจ้าหน้าที่ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน จากคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่าน ในภาควิชาชีววิทยาช่องปากและวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับการสนับสนุน และให้กำลังใจในการทำวิจัย

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา และเพื่อนทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจ ตลอดการทำงานวิจัย

การทำวิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก ทุนอุดหนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเฉลิมฉลองวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
ข้อกำหนดการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความรู้เกี่ยวกับเท็มโฟโรแมนดิบิวลาร์ดีสออกเดออร์.....	7
ความรู้เกี่ยวกับการประคบอุ่น.....	10
ความร่วมมือในการรักษา.....	16
ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	24
การสุขศึกษา.....	26
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย.....	32
รูปแบบการวิจัย.....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	41
สมมติฐานการวิจัย.....	41

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	57
สรุปผลการวิจัย.....	57
อภิปรายผลการวิจัย.....	59
ข้อเสนอแนะ.....	63
รายการอ้างอิง.....	64
ภาคผนวก.....	73
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	97



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม.....	43
ตารางที่ 2 ลักษณะความเจ็บปวดและการทำหน้าที่ผิดปกติจากอาการที่เื่อมดี ในครั้งแรกของการมาพบทันตแพทย์.....	45
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพ.....	47
ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการประคบอุ่นจากแบบบันทึกอาการและการประคบอุ่นรายวัน.....	47
ตารางที่ 5 ลักษณะความเจ็บปวดและการทำหน้าที่ผิดปกติจากอาการที่เื่อมดี ในวันที่มาพบทันตแพทย์ครั้งที่ 2 (หลังจากได้รับคำแนะนำ 2 สัปดาห์).....	48
ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เื่อมดี จากการประเมินด้วยตนเองระหว่างวันแรกที่มาพบทันตแพทย์กับอีก 2 สัปดาห์ต่อมา.....	49
ตารางที่ 7 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เื่อมดี จากการประเมินด้วยตนเอง.....	49
ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เื่อมดี จากการประเมินของทันตแพทย์ระหว่างวันแรกที่มาพบทันตแพทย์กับอีก 2 สัปดาห์ต่อมา.....	50
ตารางที่ 9 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เื่อมดี จากการประเมินของทันตแพทย์.....	50
ตารางที่ 10 ที่ประคบแบบที่ผู้ป่วยเลือกใช้.....	51
ตารางที่ 11 เหตุผลในการเลือกใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น.....	52
ตารางที่ 12 เหตุผลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความลำบากและความยุ่งยากในการทำตามคำแนะนำประคบอุ่นของทันตแพทย์.....	52
ตารางที่ 13 การประเมินตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการโดยรวมเมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 2 สัปดาห์.....	53
ตารางที่ 14 เหตุผลที่ผู้ป่วยใช้อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการโดยรวมของตนเองเมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 2 สัปดาห์.....	53
ตารางที่ 15 เหตุผลประกอบการตัดสินใจให้คำแนะนำประคบอุ่นในลักษณะเดียวกันแก่ผู้อื่น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	54

ตารางที่ 16 การประเมินด้วยตนเองของผู้ป่วยว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำในข้อใดที่ ทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้น	54
ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการประคบอุ่นกับตัวแปรที่เกี่ยวข้อง.....	55



ศูนย์วิทยพัชการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวเป็นหนึ่งในอาการนำสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มโพโรแมนดิบิวลาร์ดีสออเดอร์ (temporomandibular disorders) หรือทีเอ็มดี (TMD) มาขอรับการรักษา (1) ปัญหาเหล่านี้อาจเกิดได้อย่างเฉียบพลันหรือคงอยู่อย่างเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน (2) สาเหตุของการเกิดอาการดังกล่าวยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยมีส่วนร่วม (1, 3) การรักษาที่มีในปัจจุบันจึงเป็นเพียงการรักษาตามอาการ มุ่งลดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นและฟื้นฟูการทำหน้าที่ของข้อต่อขากรรไกร กล้ามเนื้อบดเคี้ยวและอวัยวะที่เกี่ยวข้องให้กลับเป็นปกติเท่านั้น ไม่ใช่เป็นการกำจัดโรคที่เกิดขึ้น (1, 3-6) การรักษาอาการทีเอ็มดีมีหลากหลายวิธีการ ทั้งการรักษาเชิงอนุรักษ์ (conservative treatments) หรือการรักษาแบบผันกลับได้ (reversible treatments) เช่นการให้กายภาพบำบัด การใส่ฝือกสบฟัน (occlusal splint) การรักษาด้วยยา เป็นต้น จนถึงการรักษาเชิงรุก (aggressive treatments) หรือการรักษาแบบผันกลับไม่ได้ (irreversible treatments) ด้วยการจัดฟัน บูรณะฟัน การกรอปรับแต่งการสบฟัน แต่อย่างไรก็ตามเพียงการรักษาเชิงอนุรักษ์ก็สามารถลดอาการส่วนใหญ่ของโรคลงได้ (1, 3, 4, 7-13) ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันจึงให้การรักษาเชิงอนุรักษ์เป็นเบื้องต้นและเมื่อการรักษาเชิงอนุรักษ์ไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจจึงพิจารณาเลือกการรักษาเชิงรุกต่อไป (1, 3, 4, 8)

สำหรับการรักษาเชิงอนุรักษ์ที่นิยมใช้ ประกอบด้วย การให้ความรู้และเพิ่มการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย การใส่ฝือกสบฟันชนิดต่างๆ การทำกายภาพบำบัด การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม (1, 3, 5) การใส่ฝือกสบฟันเป็นการรักษาที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถลดความเจ็บปวดและฟื้นฟูการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในผู้ป่วยได้ทั้งจากการใช้เดี่ยวๆ หรือร่วมกับการรักษาอื่น (14-22) เช่นเดียวกับการทำกายภาพบำบัดก็ได้รับการยืนยันว่าช่วยลดความเจ็บปวดและฟื้นฟูการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวได้ โดยเฉพาะจากทีเอ็มดีที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (10, 13, 17, 23-28)

Truelove และคณะ (29) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใส่ฝือกสบฟันชนิดเสถียร (stabilization splint) ร่วมกับการให้ความรู้และให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และการใส่ฝือกสบฟันชนิดอ่อน (soft splint) ร่วมกับการให้ความรู้และให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง กับการให้ความรู้และให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพียงอย่างเดียว พบว่าอาการทีเอ็มดีของผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มสามารถลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อ

เปรียบเทียบกับอาการก่อนรักษา และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทั้งสาม จึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้และให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง สามารถลดอาการที่เอ็ดมีตีได้โดยไม่ต้องใช้เฟือกสบฟัน

Dworkin และคณะ (30) ศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน ระหว่างผู้ป่วยที่เอ็ดมีตีที่ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากทันตแพทย์แบบย่อกับผู้ป่วยที่ได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองแบบครบถ้วน พบว่าในระยะ 4 เดือนแรก ผู้ป่วยที่เอ็ดมีตีที่ได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองแบบครบถ้วนจากทันตแพทย์มีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้คำแนะนำแบบย่ออย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุขเหนือกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบย่อ

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ Wig และคณะ (31) เกี่ยวกับความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำสำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เอ็ดมีตี แสดงให้เห็นว่า ในบรรดาคำแนะนำที่ประกอบด้วย การทำกายภาพบำบัดด้วยการยืดและการคลายบริเวณขากรรไกร การประคบเย็น การประคบอุ่น และการใช้เฟือกสบฟันนั้น สิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามน้อยที่สุดคือการประคบอุ่น ทั้งๆ ที่เป็นการทำกายภาพบำบัดที่ให้ผลดีในการลดอาการปวดที่มีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อ ช่วยคลายกล้ามเนื้อและเร่งการไหลเวียนของกระแสโลหิตในตำแหน่งดังกล่าว (25, 32-37) การเพิ่มความร่วมมือในการประคบอุ่น จึงน่าจะทำให้อาการของผู้ป่วยลดลงมากขึ้น

จากการศึกษาของวัชร (38) ที่แสดงว่าการให้สุขศึกษาด้วยสื่อแบบผสมผสานสามารถทำให้ประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ มีความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้จากสื่อบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะปรับปรุงการให้ความรู้ โดยใช้สื่อแบบผสมผสานเข้ามาผนวกร่วมกับการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยที่เอ็ดมีตีที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว เพื่อให้ผู้ป่วยเพิ่มความร่วมมือในการประคบอุ่นซึ่งน่าจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้ และในขณะเดียวกันก็เป็นการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำประคบอุ่นด้วย โดยคาดว่าผลที่ได้รับจากการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยที่เอ็ดมีตีที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวต่อคำแนะนำประคบอุ่น และเลือกให้สุขศึกษาได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ ดังนี้

5.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลกับสื่อแบบผสมผสาน ในการให้ความร่วมมือประคบอุ่นของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

5.2 วัตถุประสงค์รอง

เพื่อประเมินผลการประคบอุ่น ที่มีต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่เฝ้าไข้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ซึ่งมารับการรักษา ณ คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลา 10 เดือน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2552 - 31 มีนาคม 2553

ข้อตกลงเบื้องต้น

วิธีการประเมินผล การประเมินประสิทธิผลของการสอนสุขศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินด้วยวิธีการต่อไปนี้

1. ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขศึกษา ประเมินจากการตอบแบบสอบถาม โดยถือว่าระดับการแสดงความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของผู้ป่วย สามารถสะท้อนถึงความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขศึกษาอย่างแท้จริงของผู้ป่วย
2. การปฏิบัติตามคำแนะนำประคบอุ่น ประเมินจากการตอบแบบสอบถาม โดยถือว่าคำตอบของผู้ป่วยเป็นไปตามการปฏิบัติจริง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรด้านชีวสังคมซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อผลการทดลองได้ เนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลองในสภาพจริง แต่ได้ทำการควบคุมตัวแปรดังกล่าวทางอ้อมด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มได้รับอิทธิพลจากตัวแปรต่างๆ ใกล้เคียงกัน พร้อมทั้งนำตัวแปรเหล่านั้นมาเสนอเพื่ออธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. การประเมินการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วย ไม่สามารถทำการวัดพฤติกรรม โดยการสังเกตการปฏิบัติจริงของผู้ป่วยได้ จึงต้องอาศัยการประเมินโดยการทำแบบสอบถามแทน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้มีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ภายหลังจากการได้รับสุขศึกษา โดยประเมินจากการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ซึ่งในการศึกษานี้เน้นเรื่องการประคบอุ่นเป็นหลัก ดังนั้นประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาในการศึกษานี้ จึงหมายถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำประคบอุ่นของผู้ป่วย

2. การให้สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการที่เอมดีและการดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้ป่วยรวมถึงการประคบอุ่น โดยสอนให้กับผู้ป่วยที่เอมดีเป็นรายคนที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว ด้วยการแบ่งกลุ่มการสอนสุขศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมที่มีการสอนสุขศึกษาด้วยสื่อบุคคลแบบเดิม ดังที่เคยปฏิบัติขณะทำการตรวจโรคผู้ป่วยนอก ด้วยวิธีการให้ทันตแพทย์อธิบายปากเปล่า ส่วนกลุ่มทดลองทันตแพทย์จะอธิบายอาการที่ผู้ป่วยเป็น ด้วยการใช้สื่อแบบผสมผสาน มีทั้งภาพและเสียงประกอบความเข้าใจ โดยลักษณะการให้สุขศึกษาของทั้ง 2 กลุ่ม จะเป็นการให้สุขศึกษาอิงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (อ้างถึงใน Rosenstock, Strecher และ Becker) (39) ด้วยวิธีของ Ley (40) และเนื้อหาการให้สุขศึกษาของทั้ง 2 กลุ่มจะเป็นไปในทำนองเดียวกันคือ ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เอมดี วิธีการดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้ป่วย พร้อมกับเน้นย้ำถึงความสำคัญของการประคบอุ่นและแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน

3. ผู้ป่วย หมายถึง หญิงหรือชายที่มาขอรับการตรวจรักษาเป็นครั้งแรกที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการวินิจฉัยจากทันตแพทย์ว่า มีปัญหาที่เอมดีที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวร่วมด้วย (Myogenous Temporomandibular disorders) และเป็นไปตามเกณฑ์ (41) คือ

3.1 มีอาการปวดตึงบริเวณขากรรไกร ขมับ ใบหน้า หน้าหูหรือในหูในขณะพักและ/หรือขณะใช้งาน

3.2 มีอาการกดเจ็บที่กล้ามเนื้อบดเคี้ยว 3 ตำแหน่งหรือมากกว่า จากกล้ามเนื้อบดเคี้ยว 20 ตำแหน่ง ทั้งซ้ายและขวา คือ กล้ามเนื้อเทมโพรลิสส่วนหน้า, กล้ามเนื้อเทมโพรลิสส่วนกลาง, กล้ามเนื้อเทมโพรลิสส่วนหลัง, จุดยึดของกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์, มัดกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์, จุดติ่งของกล้ามเนื้อแมสซีเตอร์, ส่วนหลังของขากรรไกรล่าง, ใต้ขากรรไกรล่าง, กล้ามเนื้อเทอริกอยด์มัดนอกและเอ็นกล้ามเนื้อเทมโพรลิส และมีอย่างน้อยหนึ่งตำแหน่งในด้านเดียวกันกับคำบ่นเรื่องความเจ็บปวดของผู้ป่วย

4. การประเมินผลเกี่ยวกับอาการที่เฝ้าติดตาม หมายถึง อาการที่เฝ้าติดตามในด้านต่างๆ ดังนี้

4.1 การประเมินระดับความรุนแรงของอาการเจ็บปวด ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาการปวดด้วยตนเองโดยใช้นัมเมอริก เรตติ้งสเกล (numeric rating scale)

4.2 การประเมินระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ขากรรไกร ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินปัญหาการใช้ขากรรไกรด้วยตนเองโดยใช้นัมเมอริก เรตติ้งสเกล

4.3 การประเมินอาการทางคลินิกโดยทันตแพทย์ ด้วยการตรวจและซักประวัติอย่างละเอียด ตรวจการสบฟัน คลำกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกร วัดระยะอ้าปาก และการเคลื่อนขากรรไกรในลักษณะยื่นเยื้อง เสียงดังที่ข้อต่อขากรรไกร พร้อมทั้งอาการปวดที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนขยับขากรรไกร

5. ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมและความสม่ำเสมอในการประกอบอันอย่างสอดคล้องกับคำแนะนำของทันตแพทย์ สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลทางสุขศึกษา หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อวิธีการให้ข้อมูล ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล และการแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ ภายหลังจากการได้รับสุขศึกษา สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประโยชน์ต่อสาขาทันตกรรมบดเคี้ยว คือ นำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการสอนสุขศึกษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เมีนดี
2. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ ได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่เมีนดี และทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถแนะนำบุคคลรอบข้างให้ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดอาการที่เมีนดีขึ้น
3. ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและต่อยอดสำหรับการวิจัยอื่นๆ ในอนาคต



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จากเอกสาร วารสาร หนังสือและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นพื้นฐานการดำเนินการวิจัยโดยนำมาเรียบเรียงไว้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเท็มโปโรแมนดิบิวลาร์ดิสออเดอร์
2. ความรู้เกี่ยวกับการประคบอุ่น
3. ความร่วมมือในการรักษา
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ
5. กลวิธีทางสุขศึกษา

โดยแต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเท็มโปโรแมนดิบิวลาร์ดิสออเดอร์

คำจำกัดความ

เท็มโปโรแมนดิบิวลาร์ดิสออเดอร์ (temporomandibular disorders) หรือทีเอ็มดี (TMD) เป็นคำจำกัดความโดยรวมของกลุ่มอาการทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบของข้อต่อขากรรไกรและโครงสร้างอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบทั้งสอง (1)

การแบ่งประเภทของทีเอ็มดี

การจัดแบ่งประเภทของทีเอ็มดี เป็นการจัดกลุ่มของโรคโดยอาศัยลักษณะทางกายภาพ คือ อาการ การดำเนินโรค พยาธิสภาพ สิ่งที่ตรวจพบทางคลินิกเป็นหลัก โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรและกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (1)

1. กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร (temporomandibular joints disorders)

ความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรในการจัดกลุ่มนี้มีหลากหลาย ตั้งแต่เป็นภาวะที่ข้อต่อขากรรไกรผิดปกติแต่กำเนิดหรือมีความผิดปกติในขณะพัฒนาการ การเกิดเนื้องอก การมีกระดูกข้อต่อหัก พยาธิสภาพที่มีต่อแผ่นรองข้อต่อ การอักเสบของข้อต่อขากรรไกร เยื่อหุ้มข้อและหรือเยื่อสร้างไขข้ออักเสบ ข้อต่อเสื่อม ข้อตอยึด

ความผิดปกติทั้งหลายเหล่านี้ทำให้เกิดอาการที่สำคัญ 2 ประการ คือ ความเจ็บปวดและความผิดปกติในการทำหน้าที่ โดยความเจ็บปวดที่ข้อต่อขากรรไกร (arthralgia) เกิดจากการมีแรงกดกระทำต่อเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อต่อขากรรไกรที่มีตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด เนื้อเยื่อเหล่านี้ ได้แก่ เนื้อเยื่อรีโทรดิสคัล (retrodiscal tissues) และเอ็นหุ้มข้อ (capsular ligament) ส่วนความผิดปกติในการทำหน้าที่ แสดงออกในลักษณะของเสียงบริเวณข้อต่อขากรรไกรและอาการติดขัดเมื่อต้องขยับหรือเคลื่อนไหวขากรรไกร ขณะอ้าหรือหุบปาก

2. กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (masticatory muscle disorders)

ความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วย ทีเอ็มดี สามารถจัดจำแนกออกเป็น ภาวะปวดไมโอแฟสเชียล (myofascial pain) กล้ามเนื้ออักเสบ (myositis) กล้ามเนื้อหดเกร็ง (myospasm) กล้ามเนื้อหดรั้ง (myofibrotic contracture) เนื้องอก และภาวะปวดกล้ามเนื้อเฉพาะที่ชนิดไม่เข้ากับกลุ่มใด (local myalgia)

ความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ก่อให้เกิดอาการสำคัญ 2 ประการเช่นเดียวกับความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร ได้แก่ ความเจ็บปวดและความผิดปกติในการทำหน้าที่ ความรุนแรงของความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อบดเคี้ยวมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อการใช้งานที่มากขึ้น กล่าวคือ ผู้ป่วยจะรายงานว่าอาการเจ็บปวดจะเกิดขึ้นขณะเคี้ยวอาหาร อ้าปากกว้างหรือพูดคุย และจะลดลงเมื่อพัก ความผิดปกติในการทำหน้าที่จะเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเจ็บ เมื่อเกิดความเจ็บปวดผู้ป่วยจะไม่กล้าใช้งานขากรรไกรตามปกติ ทำให้ระยะอ้าปากและยื่นเยื้องขากรรไกรทำได้น้อยลง นอกจากนี้อาจพบการสบฟันที่ผิดปกติได้

จากการศึกษาของ Mense และ Stahnke (42) เกี่ยวกับการรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ ได้แสดงให้เห็นว่าตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อจะไวต่อภาวะการขาดเลือด

ซึ่งจากการทดลองในแมวพบว่า การหดเกร็งของกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียวไม่สามารถกระตุ้นให้ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดของกล้ามเนื้อทำงานได้ จำเป็นต้องทำให้เกิดการอุดตันของเส้นเลือดแดงที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อมัดนั้นๆ ก่อนแล้วทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อตามมา ตัวรับความรู้สึกเจ็บปวดจึงจะได้รับการกระตุ้น ซึ่งจากสาเหตุเดียวกันนี้จึงสามารถอธิบายได้ว่า ทำไมจึงเกิดความเจ็บปวดขึ้น เมื่อกล้ามเนื้อต้องออกแรงที่มากเกินไป (43)

การบำบัดรักษาอาการที่เอมดี

การบำบัดรักษาอาการที่เอมดีมีหลายวิธี ทั้งการให้กายภาพบำบัด การใส่ฝีกสบฟัน การรักษาด้วยยา จนถึงการจัดฟัน บรูณะฟัน การผ่าตัดข้อต่อขากรรไกร ซึ่งสามารถแยกประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม คือการรักษาเชิงอนุรักษ์ เช่น การทำกายภาพบำบัด การใส่ฝีกสบฟัน และการรักษาในเชิงรุกราน เช่น การบรูณะฟัน การผ่าตัดข้อต่อขากรรไกร แต่อย่างไรก็ตามจากรายงานสนับสนุนหลายการศึกษาเห็นพ้องกันว่า ผู้ป่วยที่เอมดีส่วนใหญ่สามารถลดอาการของโรคลงได้ ด้วยการรักษาเชิงอนุรักษ์ (1, 3, 4, 7-13) ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยที่เอมดีในปัจจุบันจึงควรเน้นไปยังการรักษาเชิงอนุรักษ์เป็นเบื้องต้น

สำหรับการรักษาเชิงอนุรักษ์ที่นิยมใช้ ประกอบด้วย การให้ความรู้และเพิ่มการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย การใส่ฝีกสบฟันชนิดต่างๆ การทำกายภาพบำบัด การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยการปรับพฤติกรรม (1, 3, 5) การใส่ฝีกสบฟันเป็นการรักษาที่ได้รับการยอมรับในหลายการศึกษาว่าสามารถลดความเจ็บปวดและทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวได้ทั้งจากการใช้เดี่ยวๆ หรือร่วมกับการรักษาอื่นๆ (14-22) ส่วนการทำกายภาพบำบัดได้รับการยืนยันจากหลายการศึกษาถึงประสิทธิผลที่ดีในการลดความเจ็บปวดและฟื้นฟูการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว โดยเฉพาะจากอาการที่เอมดีที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (9, 17, 44, 45)

จากการศึกษาของ Truelove และคณะ (29) เปรียบเทียบระหว่างการใส่ฝีกสบฟันชนิดเสถียร การใส่ฝีกสบฟันชนิดอ่อน กับการให้ความรู้และเพิ่มการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มสามารถลดอาการที่เอมดีได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับอาการก่อนรักษา และไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทั้งสาม จึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเพียงให้ความรู้และเพิ่มการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ก็สามารถที่จะลดอาการของที่เอมดีได้

จากการศึกษาของ Dworkin และคณะ (30) ศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดและความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน ระหว่างผู้ป่วยที่เอมดีที่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากทันตแพทย์แบบย่อ กับผู้ป่วยที่ได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองแบบครบถ้วน ผล

การศึกษาพบว่า ในระยะ 4 เดือนแรก ผู้ป่วยที่เฝ้าติดตามที่ได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองแบบครบถ้วนจากทันตแพทย์มีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้คำแนะนำแบบย่ออย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวยังสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุขเหนือกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำแบบย่อด้วย

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า กลุ่มอาการที่เฝ้าติดตาม เป็นกลุ่มอาการที่สามารถควบคุมได้ เพียงแค่ปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์อย่างเคร่งครัด แต่ทั้งนี้การกระทำดังกล่าวก็เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจึงจะช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้นได้

ความรู้เกี่ยวกับการประคบอุ่น

คำจำกัดความ

1. ประคบอุ่น

- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (46)
 - ประคบ (ก.) หมายถึง นานหรือกดคลึงด้วยลูกประคบ
 - อุณหภูมิ (ว.) หมายถึง ค่อนข้างร้อน เช่น ตัวอุ่น, ไม้ร้อนไม่หนาวนัก เช่น อากาศ, อุณหภูมิ ก็ว่า

จากคำจำกัดความข้างต้น ประคบอุ่น ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 จึงหมายถึง การนานหรือกดคลึงด้วยลูกประคบค่อนข้างร้อน

2. ลูกประคบ และ ที่ประคบ

- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (46)
 - ลูกประคบ (น.) หมายถึง ผ้าห่อเครื่องยาผูกเป็นลูกกลมๆ ใช้อังไฟ นาน หรือกดคลึงตามร่างกายตรงบริเวณที่ปวดหรือโนเป็นต้น
 - ที่ (น.) หมายถึง ภาชนะ, เครื่องใช้ เช่น ที่บูชา ที่นอน ที่เขียนหรือ

จากคำจำกัดความข้างต้น ศัพท์คำว่า ที่ประคบ ไม่มีบัญญัติไว้ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 แต่คำว่าลูกประคบมีความหมายที่สื่อถึงผ้าห่อเครื่องยาผูกเป็นลูกกลมๆ เท่านั้น ในงานวิจัยนี้จึงขอประยุกต์เรียกสิ่งื่อนำมาใช้ نابหรือกดคลึงว่า ที่ประคบ ซึ่งหมายถึงเครื่องใช้สำหรับประคบ นานหรือกดคลึงร่างกายตรงบริเวณที่ปวดหรือโน แทน

หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับการประคบอุ่น

การทำกายภาพบำบัดด้วยความร้อน แบ่งเป็น 2 ประเภท (47) คือ การให้ความร้อนระดับตื้นและการให้ความร้อนระดับลึก ซึ่งการให้ความร้อนในระดับตื้นคือการให้ความร้อนในชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ลึกประมาณ 1 ถึง 2 เซนติเมตรจากผิวหนังด้านบน (48, 49) แต่ไม่ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เนื่องจากมีชั้นไขมันใต้ผิวหนังที่ทำหน้าที่เป็นฉนวนกั้นไว้ (50, 51) ตัวอย่างของการให้ความร้อนระดับตื้น ได้แก่ การประคบอุ่น การใช้วารีบำบัด การใช้ความร้อนจากหลอดไฟ การพอกซีผึ้งเหลว ส่วนการให้ความร้อนระดับลึกคือการให้ความร้อนที่สามารถลงไปได้ถึงชั้นกล้ามเนื้อ ตัวอย่างของการให้ความร้อนระดับลึก ได้แก่ การใช้คลื่นเสียง (therapeutic ultrasound) การใช้เลเซอร์ (laser) เป็นต้น

หลักการถ่ายโอนความร้อนในการให้ความร้อนระดับตื้น ประกอบไปด้วย 3 ลักษณะ (51) คือ การนำความร้อน การพาความร้อนและการแปลงความร้อน

1. การนำความร้อน หมายถึง การถ่ายโอนความร้อนจากจุดที่มีอุณหภูมิสูงกว่าไปยังจุดที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า โดยโมเลกุลของวัตถุตัวกลางที่นำความร้อนไม่มีการเคลื่อนที่ วิธีการเช่นนี้เป็นลักษณะเฉพาะของการบำบัดโดยให้แหล่งความร้อนสัมผัสโดยตรงกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะเป้าหมาย ตัวอย่างของวิธีการรักษาแบบนี้ ได้แก่ การประคบอุ่น การใช้แผ่นนำความร้อนด้วยไฟฟ้า และการพอกซีผึ้งเหลว

2. การพาความร้อน หมายถึง ถ่ายโอนความร้อนจากจุดที่มีอุณหภูมิสูงกว่าไปยังจุดที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า โดยโมเลกุลของวัตถุตัวกลางที่พาความร้อนมีการเคลื่อนที่ไปด้วย ซึ่งวัตถุตัวกลางประเภทนี้มักได้แก่ ของเหลวและอากาศ ตัวอย่างของวิธีการรักษาแบบนี้ ได้แก่ การใช้วารีบำบัด

3. การแปลงความร้อน หมายถึง ถ่ายโอนความร้อนโดยใช้หลักการเปลี่ยนแปลงพลังงานในรูปแบบอื่นๆ ซึ่งอาจได้แก่ พลังงานแสงและพลังงานเสียง มาเป็นพลังงานความร้อน

ตัวอย่างของวิธีการรักษาแบบนี้ ได้แก่ การใช้ความร้อนจากหลอดไฟและการแผ่รังสีความร้อนจากแหล่งกำเนิดพลังงานอื่นๆ

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการให้ความร้อนระดับตื้น (50, 51) คือระดับอุณหภูมิของเนื้อเยื่อ ระยะเวลาที่อุณหภูมิของเนื้อเยื่อสูงขึ้น อัตราความเร็วในการเพิ่มอุณหภูมิของเนื้อเยื่อ และขนาดของเนื้อเยื่อที่ให้ความร้อน

วิธีการและประโยชน์ของการประคบอุ่น

ประโยชน์ของการประคบอุ่น

1. การประคบอุ่นจะทำให้อุณหภูมิของเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกประคบสูงขึ้น ซึ่งอุณหภูมิที่สูงขึ้นนี้จะมีผลให้ เส้นใยคอลลาเจน (collagen fibers) ในเนื้อเยื่อเพิ่มความสามารถในการยืดขยาย ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ระวังความปวด เพิ่มการไหลเวียนของกระแสโลหิต เพิ่มกระบวนการเมแทบอลิซึม (metabolism) (50) และลดการติดขัดของข้อ (52)

2. การเพิ่มอุณหภูมิของเนื้อเยื่อขึ้นกับความลึกและชนิดของเนื้อเยื่อในตำแหน่งดังกล่าวว่า มีความสามารถในการนำความร้อนมากน้อยเท่าใดและมีชั้นไขมันในตำแหน่งนั้นๆ หนาหรือไม่ว (53) ซึ่งระดับอุณหภูมิที่เพิ่มสูงขึ้นมีหลากหลายตั้งแต่ 1 ถึง 3 องศาเซลเซียสที่ระดับความลึกแตกต่างกัน (54)

3. ในแง่ของการเพิ่มความสามารถในการยืดขยายของเส้นใยคอลลาเจนในเนื้อเยื่อ มีการศึกษาหลายการศึกษาที่ยืนยันถึงผลในด้านนี้ของการประคบอุ่นว่า สามารถเพิ่มระยะยืดของเอ็นกล้ามเนื้อได้ภายหลังจากการประคบอุ่นในทันที (48, 50, 52, 53, 55) ทั้งนี้เกิดจากการเสื่อมสภาพของเส้นใยคอลลาเจนชนิดต่างๆ ในเอ็นกล้ามเนื้อเมื่ออุณหภูมิสูงกว่า 41 องศาเซลเซียส (50)

4. ผลลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความร้อนที่ใช้ประคบ กล่าวคือ การหดเกร็งของกล้ามเนื้อเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากเส้นประสาทรับความรู้สึกในตำแหน่งดังกล่าวรับรู้ว่าการตีตวัดจากการบาดเจ็บ และการนำกระแสประสาทดังกล่าวจะช้าลงเมื่อได้รับความร้อน ทำให้การหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง และในขณะเดียวกันกล้ามเนื้อออร์แกน (golgi tendon organ) ที่มีหน้าที่ระวังการตีตวัดของกล้ามเนื้อจะถูกกระตุ้นเมื่อได้รับความร้อน (50, 53) จึงส่งผลร่วมกันให้ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

5. ความสามารถระงับปวดเกิดจากหลายกลไก หนึ่งในนั้นคือการระงับปวดตามทฤษฎีเกทคอนโทรล (Gate control theory) ของ Melzack และ Wall (56) ที่ว่า ความร้อนที่ถูกประคบลงไปบนผิวหนังจะกระตุ้นให้ตัวรับอุณหภูมิที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อส่วนที่ลึกลงไปทำงาน และถ่ายทอดความรู้สึกดังกล่าวผ่านทางเส้นประสาทขนาดใหญ่ และเมื่อเซลล์ประสาทขนาดใหญ่ได้รับการกระตุ้นจะมีผลยับยั้งการนำสัญญาณประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดของเซลล์ประสาทขนาดเล็ก ทำให้เกิดผลลดความเจ็บปวดได้ และนอกจากนี้ความร้อนยังเพิ่มระดับกระตุ้นความรู้สึกเจ็บปวดของปลายประสาทให้สูงขึ้นอีกด้วย (48)

6. การเพิ่มการไหลเวียนของกระแสโลหิต เป็นผลโดยตรงจากการที่ความร้อนทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดบริเวณผิวหนังคลายตัว เกิดภาวะหลอดเลือดขยายตัวขึ้น และเพิ่มระดับการหมุนเวียนโลหิตที่ผิวหนังได้มาก 6 ถึง 8 ลิตรต่อนาที (57) การไหลเวียนของกระแสโลหิตที่มากขึ้น ทำให้สารอักเสบที่ค้างอยู่ในบริเวณนั้นถูกระบายออกได้เร็วขึ้น (53) นำออกซิเจน สารภูมิต้านทานและสารอาหารมายังบริเวณดังกล่าว (58) จึงมีผลช่วยลดการอักเสบ เร่งการหาย

7. การเพิ่มกระบวนการเมแทบอลิซึม เป็นเพียงผลระยะสั้นๆ ของการประคบอุ่น แต่ถ้าให้ความร้อนติดต่อกันเป็นระยะเวลาช้านานก็จะเกิดผลในทางตรงข้าม คือลดกระบวนการเมแทบอลิซึมเนื่องจากเอนไซม์ที่ไวต่อความร้อนถูกทำลายลง การเพิ่มกระบวนการเมแทบอลิซึมนี้ หากทำการศึกษาในข้อต่อจะพบว่า อุณหภูมิที่สูงขึ้นจะเร่งปฏิกิริยาสังเคราะห์เส้นใยคอลลาเจนให้มากขึ้น (50) เท่ากับเป็นการเร่งการหายด้วย

8. การลดการติดขัดของข้อ เกิดขึ้นเนื่องจากไขข้อจะลดความหนืดลงเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้น การเคลื่อนไหวข้อจึงทำได้สะดวกและราบรื่นกว่าเดิม (52, 53)

วิธีการประคบอุ่นและข้อควรระวัง

วิธีการประคบอุ่นเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ง่าย และเหมาะสมเป็นอย่างดีที่ผู้ป่วยจะใช้วิธีนี้ในการบำบัดเบื้องต้นที่บ้าน รายละเอียดของการประคบอุ่นมีดังนี้ (47, 50, 52, 53)

1. อุณหภูมิที่เหมาะสมที่สุดในการประคบอุ่นคือไม่เกิน 104 ถึง 113 องศาฟาเรนไฮต์ หรือ 40 ถึง 45 องศาเซลเซียส เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงกว่านั้นจะทำให้เกิดภัยอันตรายต่อเนื้อเยื่อ
2. ระยะเวลาประคบอุ่นอยู่ในช่วง 20 ถึง 30 นาทีต่อครั้ง เปลี่ยนที่ประคบเมื่ออุณหภูมิต่ำลง (ระยะเวลาในการประคบด้วยที่ประคบแต่ละชนิดจะแตกต่างกันออกไป ตามประสิทธิภาพในการกักเก็บความร้อนของที่ประคบ) การประคบอุ่นซ้ำในตำแหน่งเดิมจนครบตาม

เวลาที่กำหนด จะช่วยรักษาระดับอุณหภูมิที่สูงขึ้นให้คงที่และดำรงประโยชน์ของการประคบอุ่นเอาไว้

3. ผู้ป่วยควรทำการประคบอุ่นอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และสามารถทำซ้ำได้มากกว่านั้นหากต้องการ โดยเว้นระยะเวลาการประคบแต่ละครั้งนาน 10 นาทีหรือจนกว่าระดับอุณหภูมิที่ผิวหนังจะกลับสู่ระดับปกติ การให้ความร้อนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผิวหนังเกิดความระคายเคือง เกิดภาวะไวต่อความเจ็บปวด ความร้อนจะทำลายเอ็นไซม์บางชนิดลงและลดกระบวนการเมแทบอลิซึม

4. ชนิดของที่ประคบอุ่นที่นิยมใช้ได้แก่

- กระเป๋าน้ำร้อน ที่ประคบชนิดนี้เป็นที่นิยมมากที่สุด เนื่องจากพกพาได้ง่ายและคงความร้อนได้นาน แต่ในขณะเดียวกันก็อาจจะก่อให้เกิดปัญหาได้ง่าย จากการรั่วซึมของน้ำร้อนที่บรรจุภายใน
- แผ่นนำความร้อนด้วยไฟฟ้า พบได้บ่อยในโรงพยาบาล เนื่องจากสามารถปรับและควบคุมอุณหภูมิได้ง่าย เตรียมการไม่ยุ่งยาก แต่ปัญหาใหญ่สำหรับที่ประคบชนิดนี้คือ เนื่องจากเป็นเครื่องใช้ไฟฟ้าจึงมีโอกาสที่จะลัดวงจรได้ และหากผู้ใช้ไม่มีความชำนาญเพียงพอ อาจจะทำให้เกิดเป็นแผลไฟไหม้ได้
- แผ่นประคบอุ่น เป็นถุงผ้าที่บรรจุซิลิเกต (Silicate gel) เอาไว้ด้านใน วิธีใช้คือนำถุงผ้าดังกล่าวไปแช่ในน้ำร้อน หรือนำไปแช่ในน้ำอุณหภูมิห้องแล้วเอาเข้าเตาอบไมโครเวฟ จากนั้นจึงนำมาประคบ ข้อควรระวังของการใช้แผ่นประคบอุ่นคือ ผู้ป่วยบางรายอาจจะมีอาการแพ้ซิลิเกต และการนำแผ่นประคบอุ่นเข้าเตาอบไมโครเวฟ มีโอกาสสูงที่จะทำให้แผ่นประคบอุ่นดังกล่าว มีอุณหภูมิสูงมากเกินไปจนก่อให้เกิดการลวกได้
- ผ้าชุบน้ำอุ่น เป็นวิธีที่สามัญที่สุด ปลอดภัยที่สุด แต่ก็ยุ่งยากในการใช้งานที่สุดด้วย เนื่องจากประสิทธิภาพในการกักเก็บความร้อนของที่ประคบชนิดนี้ต่ำ จึงจำเป็นที่จะต้องทำการเปลี่ยนที่ประคบหลายครั้งกว่าจะครบ 20 นาที แต่อย่างไรก็ตามจากการที่มือของผู้ป่วยต้อง

สัมผัสกับอุณหภูมิของน้ำก่อนทำการเปลี่ยนที่ประคบทุกครั้ง ทำให้ลด
ปัญหาแผลน้ำร้อนลวกไปได้

โดยที่ประคบแบบเปียกจะให้ความร้อนที่สูงกว่าและลงลึกไปได้ผิวหนังได้
มากกว่าที่ประคบชนิดแห้ง (59, 60) แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีผลการศึกษาที่
ขัดแย้งกัน โดยกล่าวว่าที่ประคบทั้งสองแบบ สามารถเพิ่มอุณหภูมิของเนื้อเยื่อให้สูงได้ในระดับที่
เท่ากันและได้ในอัตราเร็วที่ใกล้เคียงกัน ความชอบในการเลือกใช้ของผู้ป่วยเท่านั้นที่มีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยชอบที่ประคบแบบเปียกมากกว่าที่ประคบแบบแห้ง เนื่องจาก
ความรู้สึกสบายขณะทำการประคบ (59)

ข้อควรระวังสำหรับการประคบอุ่น (49, 51, 53)

ปัญหาสำคัญสำหรับการประคบอุ่นคือการถูกลวก ซึ่งหากปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ
ในการประคบอุ่นข้างต้นก็จะสามารถป้องกันปัญหานี้ได้ในระดับหนึ่ง ส่วนข้อควรระวังที่
นอกเหนือไปจากนี้ ได้แก่

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิได้ เช่น มี
ความบกพร่องในการรับความรู้สึก ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ มีระดับอายุเซเวนต์
2. ห้ามใช้ในการบาดเจ็บอย่างเฉียบพลัน (ภายใน 48 ชั่วโมง)
3. ห้ามใช้ในตำแหน่งที่มีการอักเสบที่ผิวหนัง
4. ห้ามใช้ในตำแหน่งที่มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง
5. ห้ามใช้ในตำแหน่งที่มีแผลเปิดหรือมีเลือดออก
6. ห้ามใช้ในตำแหน่งที่มีเนื้องอก หรือในตำแหน่งที่มีการบวมโดยไม่มีสาเหตุจาก
การอักเสบ
7. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการไหลเวียนโลหิตบกพร่องและมีการขาดโลหิต
เฉพาะที่
8. ห้ามใช้ที่ประคบแบบเปียกประคบบริเวณแผลผ่าตัด

9. ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เสื่อมแรง ผู้ป่วยโรคเอสแอลอี และผู้ป่วยเบาหวาน

10. ห้ามใช้ประคบร้อนที่ต่อมบ่งเพศและที่ครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์

การประคบอุ่นและผลต่อการรักษาอาการที่เอมดี

การประคบอุ่นเป็นคำแนะนำที่ทันตแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา นิยมใช้มากที่สุดสำหรับแนะนำให้ผู้ป่วยที่เอมดีปฏิบัติตาม ด้วยเหตุผลที่ว่าเมื่อการประคบอุ่นได้ผลกับส่วนอื่นๆ ของร่างกาย การรักษาอาการที่เอมดี ก็ย่อมจะได้ผลด้วย (9)

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว ไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องการประคบอุ่นเพียงอย่างเดียวเพื่อหาประสิทธิผลในการรักษาอาการที่เอมดีแต่อย่างใด ส่วนใหญ่การประคบอุ่นจะรวมอยู่ในกลุ่มการดูแลตนเองเบื้องต้น ซึ่งประกอบด้วย การทานอาหารอ่อน การประคบร้อน-เย็น การบริหารชากรรไกรและการพักชากรรไกร ซึ่งจากการศึกษาของ De Laat, Stappaerts และ Papy (7) แสดงให้เห็นว่าเพียงผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองเบื้องต้น ก็สามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทำการรักษา และจากการศึกษาของ Michelotti และคณะ (6) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองเบื้องต้น สามารถลดความเจ็บปวดและความผิดปกติในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับเพียงคำอธิบายเกี่ยวกับโรคที่เอมดีเพียงอย่างเดียว

โดยสรุปการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลตนเองขั้นต้นของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการลดความเจ็บปวดและความผิดปกติในการทำหน้าที่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัญหาที่เอมดีที่เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว (6-10, 61)

ความร่วมมือในการรักษา

คำจำกัดความ

- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (46)
- ร่วมมือ (ก.) หมายถึง พยายามช่วยกัน

- รักษา (ก.) หมายถึง ระวัง เช่น รักษาสุขภาพ, ดูแล เช่น รักษาทรัพย์สินสมบัติ, ป้องกัน เช่น รักษาบ้านเมือง, สงวนไว้ เช่น รักษาความสะอาด รักษาไมตรี; เยียวยา เช่น รักษาคนไข้

จากคำจำกัดความข้างต้น ความร่วมมือในการรักษา ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 จึงหมายถึง ความพร้อมใจช่วยกันเยียวยา

ส่วนในภาษาอังกฤษคำว่า ความร่วมมือในการรักษา มีศัพท์ที่ถูกนำมาใช้และมีความหมายใกล้เคียงกัน 3 คำ คือ concordance, adherence และ compliance โดย Haynes และคณะ (อ้างถึงใน Price) (62) จำแนกความแตกต่างระหว่างทั้ง 3 คำเอาไว้ดังนี้

- concordance หมายถึง กระบวนการแห่งการตกลงร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับแผนการรักษา
- adherence หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติในแผนการรักษา ซึ่งอาจจะเป็นไปโดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ได้
- compliance หมายถึง ความร่วมมือหรือการเชื่อฟังของผู้ป่วย ต่อคำแนะนำทางการแพทย์

จากการจำแนกความหมายของ Haynes และคณะ (อ้างถึงใน Price) (62) คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ให้ความหมายตรงกับคำจำกัดความของคำว่า ความร่วมมือในการรักษา ในภาษาไทย จึงเป็นคำศัพท์ว่า compliance ซึ่งมีกรให้คำจำกัดความหลากหลาย ดังนี้

Sackett และ Haynes (อ้างใน Ramirez Garcia และ Cote และอ้างใน Kyngas, Duffy และ Kroll) (63, 64) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความร่วมมือในการรักษา (compliance) หมายถึง ระดับความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมของผู้ป่วย (เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร หรือการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต) กับคำแนะนำหรือการรักษาที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์

Dracup และ Meleis (อ้างใน Kyngas, Duffy และ Kroll) (64) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความร่วมมือในการรักษา (compliance) หมายถึง ขอบเขตพฤติกรรมเลือกของบุคคล ที่เห็นพ้องกับคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเป็นทางการและเป็นเอกฉันท์ และก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

Fletcher (อ้างใน Playle และ Keeley) (65) ได้ให้คำจำกัดความว่า ความร่วมมือในการรักษา (compliance) หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยกระทำ ตามความประสงค์ที่บุคลากรทางการแพทย์ ต้องการให้ตนกระทำ

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา

1. รูปแบบพฤติกรรม (behavioral model) แนวคิดนี้กล่าวว่า การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีคือกุญแจสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดี (62) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจจะให้ความรู้สึกทั้งในทางบวกหรือในทางลบก็ได้ เช่น การให้รางวัลหรือคำชมเชยก่อนให้เกิดความรู้สึกในทางบวกที่มีลักษณะเสริมแรงให้ผู้ป่วยต้องการกระทำตามคำแนะนำมากขึ้น หรือการข่มขู่ถึงอันตรายของโรคหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกในทางลบ แต่ก็ก่อให้เกิดผลคือเร่งปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

2. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (theory of reasoned action) (66) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า พฤติกรรมที่บุคคลแสดงเป็นสิ่งที่บุคคลผู้นั้นสามารถควบคุมได้ โดยการผ่านกระบวนการคิดเกี่ยวกับเหตุและผลตามข้อมูลที่มีอยู่ และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดพิจารณาว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ นอกจากเหตุและผลแล้วยังขึ้นกับทัศนคติส่วนบุคคลและอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรมนั้นด้วย ในส่วนของทัศนคติส่วนบุคคลจะถูกกำหนดด้วยความเชื่อ คือถ้าบุคคลเชื่อว่าการทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลบวก เขาก็จะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น แต่ในทางตรงข้ามหากบุคคลเชื่อว่า ถ้าทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลลบ เขาก็จะต่อต้านพฤติกรรมนั้น และอิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรม คือถ้าบุคคลหรือกลุ่มคนที่สำคัญสำหรับเขา เห็นว่าพฤติกรรมดังกล่าว เขาควรทำหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น การจะคล้อยตามบุคคลหรือกลุ่มบุคคลก็อาจเกิดขึ้นได้

3. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (theory of planned behavior) (67) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการขึ้นนำโดยความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม, ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ และความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งความเชื่อแต่ละอย่างจะส่งผลต่อตัวแปรต่างๆ ดังนี้ ในแง่ของความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม การที่บุคคลเชื่อว่าถ้าตนทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลทางบวก ก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้ามหากมีความเชื่อว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลในทางลบ ก็จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น และเมื่อมีทัศนคติทางบวก ก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ด้านความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ถ้าบุคคลได้เห็นหรือรับรู้ว่าคุณค่าที่มีความสำคัญต่อเขาได้ทำพฤติกรรมนั้นก็มีแนวโน้มที่จะคล้อยตาม

และทำตามด้วย และในประเด็นสุดท้าย ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ คือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสภาพการณ์นั้นได้ และสามารถควบคุมให้เกิดผลได้ตั้งใจ เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมนั้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

Brannon และ Feist (68) อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ว่า ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการคือ ปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคล และ ปัจจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วยความรุนแรงของโรค แผนการรักษาของแพทย์และระยะเวลาในการรักษา คือ ถ้าโรคมีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มาก แต่ถ้าแผนในการรักษาซับซ้อน ผู้ป่วยก็มีแนวโน้มที่จะสับสนและให้ความร่วมมือในการรักษาต่ำ และถ้ายิ่งใช้เวลาในการรักษายาวนาน ความร่วมมือในการรักษาก็จะยิ่งต่ำ

2. ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ซึ่งได้แก่ปัจจัยทางชีวสังคมประเภท อายุ เพศ สถานภาพการสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจฐานะ

3. ปัจจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยประทับใจและสามารถจดจำในสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำได้

แนวคิดเกี่ยวกับการขาดความร่วมมือในการรักษาและการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา

The National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D [NSCCDO] (69) จัดประเภทผู้ป่วยที่ขาดความร่วมมือในการรักษา เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ขาดความร่วมมือในการรักษาโดยไร้เจตนา กับกลุ่มที่ขาดความร่วมมือในการรักษาโดยเจตนา ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างมีสาเหตุและวิธีกระตุ้นเตือนที่ต่างกัน ดังนี้

1. กลุ่มที่ขาดความร่วมมือในการรักษาโดยไร้เจตนา สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการขาดความร่วมมือคือ การขาดความรู้ ขาดความชำนาญ ขาดความสามารถ ที่จะกระทำตามคำแนะนำทางการแพทย์ วิธีกระตุ้นเตือนที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การให้ความรู้ ให้คำอธิบายที่ชัดเจน

และมอบเอกสารหรือข้อความเล็กๆ น้อยๆ เพื่อช่วยสร้างความเข้าใจ ตลอดจนตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ รวมทั้งเป็นการเตือนความจำผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง

2. กลุ่มที่ขาดความร่วมมือในการรักษาโดยเจตนา ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะดัดแปลง พลิกแพลง หรือเปลี่ยนแปลงคำแนะนำและขั้นตอนการปฏิบัติตัวทางการแพทย์ ตามความเชื่อ ความชอบ และประสบการณ์ของตนเอง โดยไม่ใส่ใจว่าสิ่งนั้นจะแตกต่างไปจากเหตุผลหรือความมุ่งหวังทางการแพทย์ ดังนั้นวิธีกระตุ้นเตือนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การเปลี่ยนความเชื่อของผู้ป่วยให้กลับมาสอดคล้องกับข้อเท็จจริงทางการแพทย์ และอธิบายประโยชน์ที่เขาจะได้รับเมื่อให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ

Lee (70) อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ประกอบด้วย

1. บุคลิกของบุคลากรทางการแพทย์ เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยุติการรักษา คือความไม่พอใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย โดยบุคลิกของบุคลากรทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกในด้านลบ คือ การไม่ให้เกียรติ การแสดงความเฉยเมย ความรังเกียจและความเบียดเบียนต่อผู้ป่วย ส่วนบุคลิกที่ก่อให้เกิดความรู้สึกด้านบวกคือ การสื่อสารอย่างสุภาพ และรับฟังคำปรึกษาอย่างใส่ใจ

2. ความพึงพอใจของผู้ป่วย การเพิ่มการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย จะเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยในตัวบุคลากรผู้ให้คำแนะนำ และจะเป็นผลทำให้เขาปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าการที่บุคลากรทางการแพทย์ยอมให้เวลากับการอธิบายโรค สาเหตุการเกิดโรคและวิธีการรักษาแก่เขา เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความมีมนุษยธรรม มากกว่าจะเป็นการกระทำในเชิงธุรกิจ

3. ความซับซ้อนของคำแนะนำทางการแพทย์ คำแนะนำที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยทำตามคำแนะนำนั้นมากขึ้น การเลือกใช้คำสามัญ หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ จะช่วยเพิ่มความเข้าใจ และหากขั้นตอนการปฏิบัติตามคำแนะนำซับซ้อน บุคลากรทางการแพทย์ควรอธิบายแจ่มแจ้งอย่างละเอียด และตั้งคำถามเพื่อทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยซ้ำทุกครั้ง

4. ความทรงจำของผู้ป่วย สิ่งที่มีผลต่อความทรงจำคือความวิตกกังวลของผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เป็นลำดับแรกเพื่อลดความ

วิตกกังวลลง ก่อนจะให้คำแนะนำทางการแพทย์เป็นลำดับถัดไป และขั้นตอนการให้คำแนะนำควรแยกประเภทอย่างชัดเจน พุดสิ่งที่ไม่ควรทำทั้งหมด แล้วจึงพุดสิ่งที่ควรทำ อย่าพุดผสมปนเปกัน

5. ครอบครัว หน่วยทางสังคมที่มีผลกับผู้ป่วยมากที่สุดคือครอบครัว ทัศนคติ ความคาดหวัง การสนับสนุน และกำลังใจจากครอบครัวคือสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องอธิบาย สื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาให้มากขึ้น

6. สภาพของคลินิก การให้คำแนะนำควรทำในสถานที่ที่ให้ความรู้สึกอบอุ่นและรู้สึกเป็นส่วนตัว การจำชื่อของผู้ป่วยได้ การได้พบแพทย์ท่านเดิม และการใช้เวลาในการรอคอย เพื่อที่จะพบแพทย์น้อย จะสร้างความรู้สึกเป็นมิตรให้แก่ผู้ป่วย และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา

7. รูปแบบของคำแนะนำทางการแพทย์ ควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน พุดคุยเพื่อมองหารูปแบบที่เหมาะสมร่วมกัน โดยเน้นหลัก ทำได้ง่าย สะดวก และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันน้อยที่สุด

8. ความเชื่อของผู้ป่วย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อของผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำอย่างละเอียด ตอบในททุกข้อคำถามที่ผู้ป่วยสงสัย จะเป็นการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยมากขึ้น

Ley (40) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย ต่อคำแนะนำด้วยวาจาของบุคลากรทางการแพทย์เอาไว้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะจดจำสิ่งแรกที่ได้ยินมากที่สุด ดังนั้นควรลำดับความสำคัญของคำแนะนำที่ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม เอาไว้ต้นประโยค

2. ใช้ภาษาที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและไม่ซับซ้อน

3. เน้นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยการบอกว่า เหตุใดการกระทำเช่นนั้นจึงมีความสำคัญ

4. ให้คำแนะนำอย่างง่าย ด้วยการแยกคำแนะนำที่ซับซ้อนออกมาเป็นหัวข้อสั้นๆ

5. พุดซ้ำ ทวนคำแนะนำเดิม

6. ขอให้ผู้ป่วยพุดคำแนะนำนั้นออกมาอีกครั้งโดยใช้ภาษาของเขาเอง

7. ให้คำแนะนำเฉพาะเจาะจงในแต่ละราย มากกว่าให้คำอธิบายสามัญ เหมือนกันทุกๆ คน

8. ติดตามผลการปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น ด้วยการสัมภาษณ์เพิ่มเติม แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง (transtheoretical model) (71) แบ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็น 5 ระดับ คือ

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (precontemplation) เป็นขั้นที่บุคคลไม่คิดว่าตนมีปัญหา จากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือไม่สนใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น

2. ขั้นลังเลใจ (contemplation หรือ learning) เป็นขั้นที่บุคคลตระหนักว่า พฤติกรรมนั้นเป็นปัญหาและเริ่มประเมินประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น แต่ก็ยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (preparation) เป็นขั้นที่บุคคลคิดและตัดสินใจที่จะ เปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเริ่มวางแผน ขอคำปรึกษา หาข้อมูล

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) เป็นขั้นการลงมือทำ ที่บุคคลได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายนอกในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และบรรลุตามเกณฑ์ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า เหมาะสม

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (maintenance หรือ habit) เป็นขั้นที่เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน

การวัดความร่วมมือในการรักษา

Morse และคณะ (72) ให้ความเห็นว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นสิ่งที่ซับซ้อน เนื่องจากประกอบขึ้นจากเจตคติ อารมณ์ พฤติกรรมและสิ่งแสดงออก อันไม่สามารถวัดได้ในทางตรง

Kyngas, Duffy และ Kroll (64) กล่าวว่า กรรณวิธีวัดความร่วมมือในการรักษาเท่าที่มีในปัจจุบัน จำเป็นที่จะต้องผ่านการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนจะเลือกใช้ ด้วยเหตุผลหลักสามประการดังนี้ เหตุผลแรก โรคเรื้อรังที่มีกระบวนการรักษาหลากหลายย่อมต้องการการวัดที่

หลากหลาย มากไปกว่าโรคเฉียบพลันที่มีการรักษาอย่างเรียบง่าย เหตุผลที่สอง ความสำเร็จในการให้ร่วมมือในการรักษา ไม่ได้เกิดจากเหตุเบื้องต้นเพียงประการเดียว ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องวัดทุกเหตุ ทุกองค์ประกอบ เข้ามาใช้พิจารณาด้วย และเหตุผลสุดท้าย การวัดผลพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นเรื่องไม่ชัดเจน จำเป็นที่จะต้องอธิบายคำจำกัดความให้ละเอียดว่า พฤติกรรมดังกล่าวคืออะไรและพฤติกรรมนั้นๆ สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์อย่างไร

การวัดความร่วมมือในการรักษา แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (64) ตามรูปแบบของการวัดข้อมูล คือการวัดทางตรงและการวัดทางอ้อม ดังนี้

1. การวัดทางตรง ตัวอย่างเช่น การวัดระดับยาในกระแสเลือด เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมความทนยาของผู้ป่วย วิธีนี้เป็นวิธีที่ง่าย ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือและสามารถทำซ้ำได้ แต่ในขณะเดียวกันการวัดทางตรงด้วยวิธีนี้ก็ไม่สามารถสะท้อนพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยได้จริง เพราะผู้ป่วยอาจจะเพิ่งรับประทานยาก่อนมาพบแพทย์เพียงสองถึงสามวัน ในขณะที่ก่อนหน้านี้ อาจจะลืมหรือไม่ใส่ใจที่จะทานยาก็ได้ จากผลเช่นนี้จึงมีผู้วิจัยทดลองหาการวัดในรูปแบบใหม่ และหนึ่งในนั้นก็คือ การเฝ้าระวังพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่การวัดในรูปแบบนี้ยุ่งยาก ทำได้ยากและจำเป็นต้องให้ผู้สังเกตพฤติกรรมที่คุ้นเคยกับผู้ป่วยเป็นอย่างดี เช่น ญาติหรือคนใกล้ชิดติดกับผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จึงมักจะไม่น่าเชื่อถือหรือผิดพลาด

2. การวัดทางอ้อม วิธีเหล่านี้จะเป็นการสัมภาษณ์ การทำแบบสอบถาม การเขียนบันทึก หรือการรายงานผลด้วยตัวของผู้ป่วย วิธีนี้พบได้มากที่สุดในการทำวิจัย เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายต่ำ แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่มีหลักฐานใดๆ ที่จะยืนยันได้ว่าผู้ป่วยกระทำตามที่บันทึกเอาไว้หรือตอบในแบบสอบถามจริงๆ และคำถามที่ตั้งขึ้นมา ได้สอบถามครอบคลุมอย่างครบถ้วนหรือไม่

การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่เข้มแข็ง

จากการศึกษาของ Wig และคณะ (31) เรื่องความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เข้มแข็ง ผลปรากฏว่า จากคำแนะนำที่ประกอบด้วย การทำกายภาพบำบัดด้วยการยืดและการคลายบริเวณขากรรไกร การประคบเย็น การประคบอุ่น และการใช้ฝี้ออกสพพัน คำแนะนำที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามน้อยที่สุดคือการประคบอุ่น ซึ่ง Wig และคณะให้คำอธิบายว่าการประคบอุ่นจำเป็นที่จะต้องใช้เวลาในการประคบต่อครั้งนานและต้องใช้วัสดุเพิ่มเติม ผู้ป่วยจึงไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำจำกัดความ

- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (46)
 - เชื่อ (ก.) หมายถึง เห็นตามด้วย, มั่นใจ, ไว้ใจ
 - สุขภาพ (น.) หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

จากคำจำกัดความข้างต้น ความเชื่อด้านสุขภาพ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 จึงหมายถึง การเห็นตามไปว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

- Rokeach (อึ้งในสมัยพร) (73) กล่าวว่า ความเชื่อเป็นเรื่องของปัจเจกและไม่จำเป็นที่ความเชื่อจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความจริงแต่อย่างใด ความเชื่อเป็นเพียงองค์ประกอบที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิด ความคาดหวัง ที่จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพสร้างขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการป้องกันโรค เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจหามะเร็ง การฉีดวัคซีนและการตรวจสุขภาพฟัน โดย Rosenstock, Strecher และ Becker (39) กล่าวว่า บุคคลทั่วไปจะไม่แสวงหาการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าบุคคลผู้นั้นไม่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ ไม่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

แนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เกี่ยวกับการนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพ คือแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (อ้างใน Rosenstock, Strecher และ Becker) (39) ที่กล่าวว่า บุคคลจะทำกิจกรรมใดเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อโรคนั้นๆ 4 ประการคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำตามคำแนะนำ และการรับรู้ว่ามีอุปสรรคจากการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำนั้นๆ ดังรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค คือ การเข้าใจและตระหนักถึงโอกาสในการเกิดโรคของตนเองในแต่ละบุคคล ซึ่งบางคนเชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในขณะที่บางคนเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ การเข้าใจและตระหนักถึงผลของการเกิดโรคต่อตนเอง บุคคลต้องรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการรักษา
3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำตามคำแนะนำ คือ การเข้าใจและตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับหากเขาให้ความร่วมมือในการรักษา เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์และประสิทธิผลของการรักษา ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น
4. การรับรู้ว่าไม่มีอุปสรรคจากการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำนั้นๆ คือ การเข้าใจและตระหนักถึงอุปสรรค ความไม่สะดวกสบายต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ทว่าอุปสรรคเหล่านี้ก็ไม้อาจที่จะขัดขวางการปฏิบัติตามคำแนะนำได้

การวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพก็เป็นเช่นเดียวกันกับความร่วมมือในการรักษา คือ ชับซ้อนประกอบขึ้นจากความคิด ทศนคติ การวัดความเชื่อด้านสุขภาพจึงนิยมใช้เป็นแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์มากที่สุด

สำหรับการวัดความเชื่อด้านสุขภาพมีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือไว้หลายรูปแบบ เช่น การศึกษาของสมัยพร (73) สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค และการศึกษาของกมลมาลย์ (74) สร้างแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โดยการศึกษาทั้งสอง วัดความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน อิงตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (อ้างใน Rosenstock, Strecher และ Becker) (39) คือ การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการรับรู้ถึงอุปสรรคของการรักษา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับลิเคอร์ท สเกล (Likert Scale)

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เริมดี

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับเรื่องนี้

การสุขศึกษา

คำจำกัดความ

- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (46)
 - สุขศึกษา (น.) หมายถึง การศึกษาที่ว่าด้วยกระบวนการที่เกี่ยวกับสุขภาพ
- Green และ Kreuter (75) ให้คำจำกัดความว่า ผลโดยรวมจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ถูกจัดขึ้น อันส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเพื่อควมมีสุขภาพดี ด้วยความสมัครใจ
- Murray และ Zentner (76) ให้คำจำกัดความว่า เป็นกระบวนการเรียนการสอนที่ก่อให้เกิดการแสวงหาความรู้และทักษะในการเปลี่ยนพฤติกรรม จากการได้รับข้อมูลและแรงจูงใจในตัวบุคคล โดยพฤติกรรมเหล่านี้จะต้องเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตที่มีผลดีต่อสุขภาพ
- องค์การอนามัยโลก (77) ให้คำจำกัดความว่า สุขศึกษาเป็นเช่นเดียวกับการศึกษาทั่วไป ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงความรู้ ความสามารถและพฤติกรรมของแต่ละบุคคล แต่สุขศึกษาจะเน้นหนักที่การพัฒนาการของการปฏิบัติทางสุขภาพ อันจะก่อให้เกิดสภาวะความเป็นอยู่ที่ดี

จากคำจำกัดความที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่าสิ่งที่เหมือนกันในแต่ละความหมายของคำว่าสุขศึกษา คือการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติตัว อันเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์ที่ได้รับ และผลของการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น มีเป้าหมายคือการมีสุขภาพดี

แนวคิดและหลักการทางสุขศึกษา

สุขศึกษาเป็นส่วนประกอบขององค์ประกอบ 3 ประการที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน โดยหลักการนี้ได้ถูกพัฒนาและนำมาใช้เป็นเวลากว่า 20 ปี (78) แทนที่ด้วยวงกลม 3 วงที่ต่อเนื่องกันของส่วนประกอบทั้ง 3 ได้แก่

1. สุขภาพ ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ
3. กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย บุคคล ครอบครัว และชุมชน

องค์ประกอบย่อยและองค์ประกอบหลักทั้งหมดของสุขศึกษา จึงต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยไม่อาจแยกจากกันได้ จำเป็นต้องผสมผสานทั้ง 3 แนวคิดเข้าด้วยกันและใส่ใจในทุกองค์ประกอบ เฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้น หากจำแนกตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยประกอบ 3 ลักษณะคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม (67) ดังนี้ ในส่วนของปัจจัยนำ ปัจจัยนี้มีส่วนช่วยในการสร้างแรงจูงใจ โดยรวมถึงความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายในอันจะนำไปสู่การกระทำใดการกระทำหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพประกอบเข้าด้วยกัน ปัจจัยนี้เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ของแต่ละบุคคล ปัจจัยนี้อาจให้ผลเสริมแรงหรือยับยั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพได้ ในส่วนของปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับทักษะในการกระทำนั้นๆ และแหล่งทรัพยากร โดยจะต้องมีแหล่งทรัพยากรที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอย่างเพียงพอ และมีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรนั้น สุดท้ายในส่วนของปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลแวดล้อมผู้มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพ

วิธีการให้สุขศึกษา

สามารถแบ่งได้ตามลักษณะรูปแบบการปฏิบัติออกเป็น การให้สุขศึกษารายบุคคล การให้สุขศึกษารายกลุ่ม การให้สุขศึกษาชุมชน และการให้สุขศึกษาสื่อมวลชน ซึ่งแต่ละวิธีล้วนมีความแตกต่างในรูปแบบของวิธีการและมีประโยชน์แตกต่างกันออกไป ดังนี้ (79)

1. การให้สุขศึกษารายบุคคล วิธีนี้สามารถให้ความรู้ความเข้าใจแก่แต่ละบุคคลได้โดยละเอียด โดยสามารถแก้ไขปัญหาและปรับรูปแบบวิธีการจัดการปัญหาให้เหมาะกับแต่ละคนได้ ทำให้ผู้รับความรู้สามารถซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ แต่วิธีนี้จำเป็นต้องใช้เวลาในแต่ละครั้งมากและสามารถให้สุขศึกษาได้กับคนเพียงคนเดียวเท่านั้น รูปแบบวิธีการได้แก่

- การถามตอบ
- การบรรยาย
- การสาธิต

- การใช้แบบเรียนสำเร็จรูป
- การให้คำปรึกษา

2. การให้ศึกษารายกลุ่ม วิธีนี้จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างผู้เข้าร่วมกลุ่มศึกษา ก่อให้เกิดแรงบันดาลใจที่จะร่วมมือกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การให้ศึกษาแบบกลุ่ม จำเป็นต้องใช้บุคลากรผู้มีประสบการณ์สูง สามารถที่จะระดมสมอง สร้างทัศนคติให้กับกลุ่มได้ รูปแบบของวิธีการ ได้แก่

- การอภิปรายกลุ่ม
- การบรรยาย
- การสาธิต
- การสัมมนา
- นิทรรศการ

3. การให้ศึกษาชุมชน เป็นการให้ศึกษาที่ก่อให้เกิดประโยชน์ในแง่ของการ สนับสนุนและกระตุ้นเตือนให้ชุมชนเป็นผู้จัดการกับปัญหาด้วยตนเอง รูปแบบของวิธีการ ได้แก่

- การฝึกอบรม
- การใช้ต้นแบบ
- การแสดงความคิดเห็นของชุมชน

4. การให้ศึกษามวลชน มักเป็นการให้ความรู้ ข่าวสารและข้อเท็จจริง โดยมี จุดประสงค์เพื่อให้ข้อมูลเหล่านั้นไปถึงประชาชนโดยเร็วที่สุด รูปแบบของวิธีการ ได้แก่

- การให้ข้อมูลผ่านสื่อสารมวลชนแขนงต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และวารสาร
- หอกระจายข่าว
- การให้ข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

จึงจำเป็นที่ผู้ให้สุขศึกษาต้องเลือกพิจารณาวิธีการให้สุขศึกษาที่เหมาะสม เพื่อให้ การให้สุขศึกษานั้นประสบความสำเร็จมากที่สุด โดยพิจารณาจาก ความรู้และประสบการณ์ของผู้ให้ สุขศึกษา ขนาดของกลุ่มเป้าหมายและพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการให้ สุข ศึกษา เนื้อหาสาระของการให้สุขศึกษา เวลา และสิ่งอำนวยความสะดวก

นอกจากนี้จำเป็นต้องพิจารณาถึงกลวิธีทางสุขศึกษาอีกประการหนึ่ง ว่าจะนำกลวิธี ไตมาใช้ในการให้สุขศึกษา ซึ่งกลวิธีเหล่านั้นประกอบด้วย

1. การบรรยาย เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด เนื่องจากสามารถทำได้ง่าย แต่ ในทางกลับกันวิธีนี้จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่น้อยที่สุด จึงจำเป็นต้องใช้การซักถามร่วมด้วย
2. การสอนเฉพาะตัว เป็นการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเฉพาะตัว เน้นเฉพาะ ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับโรคที่เป็นเท่านั้น
3. สื่อสารมวลชน เหมาะจะใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก แต่มีข้อจำกัดเรื่อง ประสิทธิภาพของการให้ข้อมูล
4. โสตทัศนอุปกรณ์ ใช้สื่อประกอบการให้สุขศึกษา แต่เจาะจงเฉพาะคนหรือกลุ่ม คนจำนวนไม่มาก
5. โปรแกรมสำเร็จรูป เป็นโปรแกรมที่ออกแบบขึ้นเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ ด้วยตนเอง อาจจะเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสิ่งพิมพ์ต่างๆ
6. การสร้างทักษะเฉพาะ เป็นวิธีที่ต้องมีการฝึกปฏิบัติจริง
7. การอภิปรายกลุ่ม เหมาะสำหรับการสร้างแรงจูงใจในระยะยาว และทำในกลุ่ม ที่มีความคุ้นเคยกันอยู่เป็นเบื้องต้น
8. การซักถาม เหมาะสำหรับการให้สุขศึกษาในหมู่นักเรียน นักศึกษา ใช้การ ซักถามเป็นการเปิดประเด็นแล้วจึงขยายขอบเขตความเข้าใจให้กว้างออกไป
9. การใช้ต้นแบบ เหมาะสำหรับการให้สุขศึกษาชุมชน ใช้กลไกของกระบวนการ ทางสังคมเป็นตัวขับเคลื่อน โดยเชื่อว่าบุคคลมักมีการเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ที่ตนยอมรับ
10. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเงื่อนไข ใช้ในการแก้ไขพฤติกรรมบางประการ โดยอาศัยเงื่อนไขที่ถูกกำหนดขึ้น

11. การพัฒนาชุมชน ใช้สำหรับการให้สุศึกษาชุมชน โดยจัดให้ชุมชนได้เรียนรู้ และพัฒนาทักษะต่างๆ อย่างทั่วถึงกันทั้งชุมชน
 12. การใช้มาตรการทางสังคม ใช้มาตรการที่มีระดับความเข้มงวดแตกต่างกัน สำหรับจัดการกับปัญหาระดับต่างๆ ของชุมชน
 13. การวางแผนพัฒนาสังคมและองค์กร เป็นกลวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรม โดยวางแผนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร
 14. การสร้างกระแสสังคม เป็นกลวิธีในการสร้างให้สังคมมีจิตสำนึกร่วมกัน
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกลวิธีการให้สุศึกษา

จากการศึกษาของพรทิพย์ (80) เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการสุศึกษาแบบผสมผสาน ต่อการดูแลทารกแรกเกิดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กด้วยนมแม่และการอาบน้ำเด็ก โดยศึกษาในกลุ่มมารดาที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลเลิดสินระหว่างเดือนพฤษภาคม 2529 ถึง สิงหาคม 2529 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการบรรยายระหว่างการตั้งครรภ์ สานิตด้วยสื่อวีดิทัศน์ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเยี่ยมบ้านหลังจากการคลอด เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติที่โรงพยาบาลจัดให้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูลูกด้วยนมแม่และการอาบน้ำเด็ก ถูกต้องกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาของวัชร (38) เกี่ยวกับประสิทธิผลของสื่อการสอนเรื่องการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาประสิทธิผลของการให้ความรู้ผ่านสื่อการสอน 2 ชนิดคือ สื่อบุคคล ซึ่งได้แก่ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาจากผู้วิจัย และสื่อประสม ซึ่งคือการใช้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน ร่วมกับการติดภาพโฆษณา ทำการศึกษาในกลุ่มแม่บ้านในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ผลปรากฏว่า หลังจากการให้ความรู้ กลุ่มที่ได้รับความรู้จากสื่อประสมมีความรู้และมีพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้องกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้จากสื่อบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาของศุภมาส (81) เกี่ยวกับประสิทธิผลของสื่อสุศึกษาสองชนิดที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินรายใหม่ที่มาใช้บริการที่สถาบันโรคผิวหนัง โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับแผ่นพับความรู้ กับกลุ่มที่ได้ชมวีดิทัศน์ความรู้เรื่องโรคสะเก็ดเงิน ผลปรากฏว่าภายหลังจากทดลองทั้งสองกลุ่มต่างมีความรู้และการปฏิบัติตัวดีกว่าก่อนการทดลองอย่าง

มีนัยสำคัญ ส่วนเจตคติก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ทำการเปรียบเทียบระหว่างทั้ง 2 กลุ่มแต่อย่างใด

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกลวิธีการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยที่เอดส์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับเรื่องนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ออกแบบให้เป็น การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุม ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ผู้ป่วยที่เริมตี ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่เริมตี ที่มารับการรักษา ณ คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมีลักษณะตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยวิจัยคือ

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย

- อายุ 15 ปีขึ้นไป
- มีอาการทางคลินิกตรงตามคำนิยามการปฏิบัติการของผู้ป่วย
- สามารถมาติดตามผลได้ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์
- สามารถอ่านเขียนและฟังภาษาไทยได้

2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการวิจัย

- มีโรคทางระบบอื่นๆ อันแสดงถึงการอักเสบอย่างเรื้อรังบริเวณ ข้อต่อขากรรไกรและใบหน้า
- มีลักษณะตามข้อห้ามในการประกอบอื่น
- เคยได้รับการรักษาอาการที่เริมตีมาก่อน
- มีประวัติผิดปกติหรือบกพร่องทางจิต

วิธีเลือกและจัดสรรชนิดการรักษา

เฉพาะผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดผู้ป่วยวิจัย และลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงจะเข้าสู่การจัดสรรชนิดการรักษา ด้วยวิธีการสุ่มแบบบล็อก (Block randomization) (82) ออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสามารถคำนวณขนาดตัวอย่างได้จากสูตร (83)

$$N = \frac{2 \cdot [z_{\text{crit}} \sqrt{2p(1-p)} + z_{\text{pwr}} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{D^2}$$

โดยกำหนดค่า p_1 และ p_2 จากงานวิจัยของ Dworkin และคณะ (30)

ดังนั้นขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มจึงเท่ากับ 48 คน

และหากมีผู้ป่วยเล็กเข้าร่วมวิจัยประมาณร้อยละ 5 จำนวนผู้ป่วยต่อกลุ่มจะเป็นไปตามสูตร

$$n_{\text{sample}} = n / (1-R)^2 \text{ เมื่อ } R = 0.05$$

ดังนั้นจึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 53 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดังแสดงในภาคผนวก) ประกอบด้วย
 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกที่ประกอบด้วย ข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจสุขภาพฟัน
 2. แบบประเมินอาการที่เดิมดี เป็นแบบบันทึกที่ประกอบด้วย 2 ส่วน คือแบบประเมินตนเองของผู้ป่วยต่อระดับความรุนแรงของอาการเจ็บปวดและระดับความรุนแรงของปัญหา

การใช้ชากรรไกร กับแบบประเมินอาการทางคลินิกของทันตแพทย์เกี่ยวกับกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อชากรรไกร โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบประเมินตนเองของผู้ป่วยต่อระดับความรุนแรงของอาการเจ็บปวดและระดับความรุนแรงของปัญหาการใช้ชากรรไกร เป็นแบบประเมินที่ใช้ในอเมริกา เบทิงสเกล แบ่งเป็นปัญหาความเจ็บปวดและปัญหาการใช้งานชากรรไกร ซึ่งค่า 0 เกี่ยวกับปัญหาความเจ็บปวดหมายถึงไม่มีอาการเจ็บปวดเลย และค่า 10 หมายถึงมีอาการเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้ ในขณะที่ปัญหาเกี่ยวกับการใช้งานของชากรรไกร ค่า 0 หมายถึงสามารถทำกิจกรรมได้เป็นปกติ ไม่มีความลำบากหรือความไม่สบายใดๆ เลย และค่า 10 หมายถึง มีความลำบากและไม่สบายจนต้องหยุดการทำกิจกรรมนั้นๆ การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้คะแนนความเจ็บปวดมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยเพื่อให้ได้คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยของผู้ป่วยรายนั้น และกระทำเช่นเดียวกันกับคะแนนปัญหาการใช้งานชากรรไกร และใช้คะแนนเฉลี่ยที่ได้ทั้ง 2 ค่ามาวิเคราะห์ทางสถิติ

และคะแนนความรุนแรงของอาการที่เอมดีที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยกับคะแนนปัญหาการใช้งานชากรรไกรเฉลี่ยของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 แบบประเมินอาการทางคลินิกของทันตแพทย์ เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแบบประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วยที่เอมดี ที่ใช้ในคลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (41) ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อชากรรไกรที่มีอาการกดเจ็บ ระยะอ้าปากและการเคลื่อนไหวของขากรรไกรในลักษณะยื่นเยื้อง เสียงดังที่ข้อต่อชากรรไกร พร้อมทั้งอาการปวดที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวของขากรรไกร โดยจะทำการบันทึกและให้ค่าคะแนนตามความเป็นจริง ที่เกิดจากการประเมินความเจ็บปวดด้วยการตรวจทางคลินิกโดยทันตแพทย์ท่านเดิม ซึ่งข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้ คือจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวที่กดเจ็บโดยรวม หาได้จากการนำค่าจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวที่กดเจ็บของทั้งด้านซ้ายและขวามารวมกัน ตามเกณฑ์ของ Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (41) จะได้คะแนนจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวที่กดเจ็บโดยรวมของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้นคะแนนจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อบดเคี้ยวที่กดเจ็บโดยรวมจึงมีค่าระหว่าง 0 – 20 และใช้คะแนนดังกล่าวมาวิเคราะห์ทางสถิติ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ความพึงพอใจในตัวผู้ให้ข้อมูล ความพึงพอใจในวิธีการให้ข้อมูล ความพึงพอใจในข้อมูลที่ได้รับ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 13 ข้อ คือ

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

ตอบพอใจมาก	ได้	3	คะแนน
ตอบเฉยๆ	ได้	2	คะแนน
ตอบไม่พอใจ	ได้	1	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

ตอบพอใจมาก	ได้	1	คะแนน
ตอบเฉยๆ	ได้	2	คะแนน
ตอบไม่พอใจ	ได้	3	คะแนน

คะแนนความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพ จึงเกิดจากการนำคะแนนทั้งหมดที่ได้มารวมเข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้คะแนนความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยรายนั้น ดังนั้นคะแนนความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพจึงมีค่าระหว่าง 0 – 39 คะแนน และใช้คะแนนความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพโดยรวมที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

4. แบบสอบถามการดูแลตนเองขั้นต้นของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามคำแนะนำในการดูแลตนเองขั้นต้นของ The American Academy of Orofacial Pain [AAOP] (1) โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ที่ผู้ตอบสามารถตอบได้มากกว่าหนึ่งตัวเลือกถามในสิ่งที่ผู้ป่วยเคยปฏิบัติในการดูแลตัวเอง ก่อนการมาพบทันตแพทย์

5. แบบสอบถามความร่วมมือในการประคบอุ่น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

5.1 แบบบันทึกอาการและการประคบอุ่นรายวัน ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากสมุดบันทึกความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง (84) โดยกำหนดให้ผู้ป่วยบันทึกการประคบอุ่น อาการเจ็บปวดและอาการไม่สบายของตนเองในเวลาเช้า กลางวันและเย็น ทั้งก่อนที่จะประคบอุ่นและหลังจากการประคบอุ่น โดยใช้หม้อเมอริก เพรตติงสเกล

5.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประคบอุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบที่ผู้ตอบสามารถตอบได้มากกว่าหนึ่งตัวเลือก

5.3 แบบสรุปการให้ความร่วมมือในการประคบอุ่น ซึ่งเป็นการสรุปการประคบอุ่นและอาการของผู้ป่วยจากสมุดบันทึกอาการและการประคบอุ่น โดยในส่วนนี้เป็นแบบฟอร์มสำหรับผู้วิจัยเป็นผู้กรอก การให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการประคบอุ่นจะคิดการประคบอุ่น 1 ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนความร่วมมือในการประคบอุ่นจึงเกิดจากการนำคะแนนทั้งหมดที่ได้มารวมเข้าด้วยกัน และเนื่องจากคำแนะนำในการประคบอุ่นคือ ทำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้เวลาติดตามผล 14 วัน ดังนั้นคะแนนที่ได้จึงมีค่าระหว่าง 0 – 28 คะแนน และใช้คะแนนความร่วมมือในการประคบอุ่นที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำราทางวิชาการและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถามในการวิจัย และอาการที่เอ็มดี
2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า มาสร้างแบบสอบถามที่มีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. วิเคราะห์ความถูกต้องของเนื้อหาและโครงสร้าง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจแก้ไขรูปแบบ ความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสม ของการใช้ภาษาและความตรงของเนื้อหาตามแนวความคิดทางทฤษฎีและครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยก่อนการทดสอบเครื่องมือ และตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง หลังจากการทดสอบหาคุณภาพเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขแล้ว
4. วิเคราะห์อำนาจจำแนกรายข้อและความเที่ยง หลังจากปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เอ็มดีที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2552 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการที่เอ็มดี แบบสอบถามการดูแลตนเองขั้นต้นของผู้ป่วย สมุดบันทึกอาการและการประคบอุ่น และ แบบสอบถามเกี่ยวกับการประคบอุ่น ทดลองใช้กับผู้ป่วยไม่เกิน 10 คน เพื่อดูความเหมาะสม ความชัดเจน ความเข้าใจในภาษาและนำมาปรับปรุงแก้ไข ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพหลังจากการทดลองใช้แล้ว นำมาตรวจวิเคราะห์ดังนี้

- การวิเคราะห์อำนาจจำแนกรายข้อ (item discrimination) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (corrected item-total correlation; r) คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสหสัมพันธ์ (ปรับแก้) เป็นบวกและมีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (85) มาใช้ในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริง เนื่องจากถือเป็นข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกสูง อยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ สามารถจำแนกความแตกต่างได้

ผลการวิเคราะห์คำถามทั้ง 13 ข้อพบว่า คำถามทั้ง 13 ข้ออยู่ในเกณฑ์ทั้งหมดคือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันอยู่ในช่วงระหว่าง 0.28 ถึง 0.60 ($r = 0.28 - 0.60$)

- การวิเคราะห์ความเที่ยง โดยการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของความสอดคล้องภายในด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient of internal consistency) (อ้างในอรพินทร์) (86) ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคจะอยู่ระหว่าง 0-1 ยิ่งค่าที่ได้เข้าใกล้ 1 มากเท่าไร จะยิ่งมีความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายในสูงมากขึ้น ซึ่งแสดงว่าแบบสอบถามนั้นสามารถวัดเนื้อหาเดียวกันได้ และมีความสอดคล้องกันในรายข้อ

ซึ่งผลการวิเคราะห์แบบสอบถามความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพศึกษาทั้งหมด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของความสอดคล้องภายในด้วยวิธีของครอนบาคเท่ากับ 0.750 ($\alpha = 0.75$)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (แสดงในภาคผนวก) ประกอบด้วย

1. แผนการสอนสุขศึกษา
2. เอกสารแผ่นพับคู่มือการประคบอุ่น

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำราทางวิชาการและงานวิจัยเกี่ยวกับที่เฝื้มดี
2. จัดทำแผ่นพับความรู้เรื่องการดูแลตัวเองขั้นต้นของผู้ป่วยที่เฝื้มดี และการประคบอุ่น
3. จัดทำวีดิทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตัวเองขั้นต้นของผู้ป่วยที่เฝื้มดีและการประคบอุ่น

4. จัดทำโปรแกรมคอมพิวเตอร์นำเสนอสำเร็จรูปไมโครซอฟต์ เพาเวอร์พอยต์ (Microsoft powerpoint) เกี่ยวกับการดูแลตัวเองขั้นต้นของผู้ป่วยที่เริมดี และการประคบอุ่น

5. วิเคราะห์ความถูกต้องของเนื้อหาและโครงสร้าง โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ตรวจแก้ไขรูปแบบ ความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสม การใช้ภาษาและความตรงของเนื้อหาตาม แนวความคิดทางทฤษฎีและครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยก่อนการทดสอบเครื่องมือ และ ตรวจสอบซ้ำอีกครั้ง หลังจากการตรวจสอบความเหมาะสม ความชัดเจน ความเข้าใจและความยากง่ายของภาษาที่ใช้ในการสื่อสารและปรับปรุงแก้ไขแล้ว

6. ตรวจสอบความเหมาะสม ความชัดเจน ความเข้าใจและความยากง่ายของ ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร หลังจากปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ทดลองใช้ กับผู้ป่วยที่เริมดี ที่คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2552 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมา ปรับปรุงแก้ไข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้สมบูรณ์
2. ทำหนังสือเพื่อยื่นใบคำร้องขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยส่งถึงรองคณบดีฝ่าย โรงพยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนในการวิจัย พร้อมทั้งขอความอนุเคราะห์การใช้สถานที่ในการรวบรวมข้อมูลที่คลินิกทัน ตกรรมบดเคี้ยว
4. เมื่อได้รับอนุญาตจากรองคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเข้าพบกับเจ้าหน้าที่ของคลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจคัดกรอง และให้การวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการที่เอมดีที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ตรงตามเกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยต้องอ่านข้อมูลที่ควรทราบและลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบบล็อก (Block randomization) (83, 87) จากนั้นเริ่มแจกแบบสอบถาม ให้ผู้ป่วยทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการที่เอมดีและแบบสอบถามการดูแลตนเองขั้นต้นของผู้ป่วย

3. หลังจากที่ผู้ป่วยทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการตรวจและซักประวัติอย่างละเอียด บันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินอาการที่เอมดี

4. ผู้วิจัยให้สุศึกษา โดยใช้สื่อต่างประเภทกันสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

สื่อบุคคล สำหรับ กลุ่มควบคุม

สื่อผสมผสาน สำหรับ กลุ่มทดลอง

โดยสองกลุ่มจะได้รับคำอธิบายในสาระเดียวกัน เกี่ยวกับกลุ่มอาการที่เอมดีและการดูแลตนเองเบื้องต้นของผู้ป่วยรวมถึงการประคบอุ่น ในเวลาที่เท่าเทียมกันคือประมาณ 20 นาทีต่อคน แต่มีความแตกต่างในส่วนของการให้ศึกษาดังนี้

สื่อบุคคล หมายถึง วิธีการให้ความรู้แบบมาตรฐานของทันตแพทย์ ใช้การอธิบายปากเปล่าและมอบแผ่นพับการดูแลตนเองขั้นต้นที่ใช้ทั่วไปในคลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว

สื่อแบบผสมผสาน หมายถึง วิธีการให้ความรู้ของทันตแพทย์โดยการอธิบายประกอบโปรแกรมคอมพิวเตอร์นำเสนอสำเร็จรูปไมโครซอฟต์ เพาเวอร์พอยต์ ซึ่งมีภาพและวิดีโอที่ประกอบความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุของอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว วิธีการดูแลตนเองขั้นต้น เน้นในเรื่องประโยชน์ของการประคบอุ่น ลดความเชื่อในเรื่องอุปสรรคความยากง่ายของการประคบอุ่น เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ แล้วจึงเน้นการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการประคบอุ่นที่ถูกต้อง และแจกเอกสารแผ่นพับการดูแลตนเองขั้นต้นที่ใช้ทั่วไปในคลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว และเอกสารแผ่นพับคู่มือการประคบอุ่นให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน จากนั้นจึงทำการนัดเพื่อติดตามผลในอีก 2 สัปดาห์ พร้อมทั้งอธิบายการใช้แบบบันทึกอาการและการประคบอุ่นรายวัน ก่อนจะมอบให้ผู้ป่วยนำกลับไปบ้าน

ขั้นตอนติดตามผล

1. ในการนัดครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 2 สัปดาห์ (14-16 วัน) ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินอาการที่เอ็มดี แบบสอบถามความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพ แบบสอบถามการดูแลตนเองขั้นต้นของผู้ป่วย และแบบสอบถามเกี่ยวกับการประคบอุ่น
2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม
3. ตรวจอาการและบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินอาการที่เอ็มดี และขอแบบบันทึกอาการและการประคบอุ่นคืนจากผู้ป่วย
4. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งมีขั้นตอนและรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

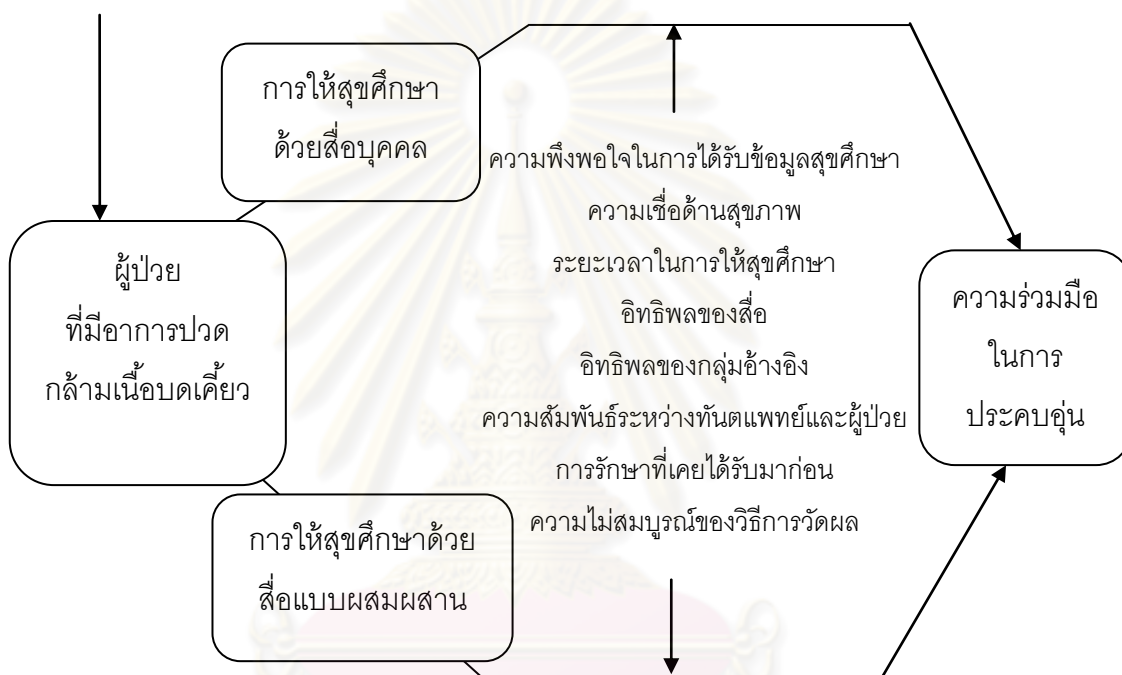
1. สถิติเชิงพรรณนาแสดงเป็นความถี่และร้อยละ ใช้ในการแจกแจงข้อมูลทั่วไปทางชีวสังคมของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แจกแจงความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพ ระดับความรุนแรงของอาการที่เอ็มดี การดูแลตนเองขั้นต้นของผู้ป่วย คะแนนความร่วมมือในการประคบอุ่น และคำตอบเกี่ยวกับการประคบอุ่น เพื่อใช้ในการอภิปรายผลการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของข้อมูลดังกล่าว ทั้งภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. การทดสอบค่าที (t -test) และการทดสอบที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และ two-independent sample tests ใช้ในการเปรียบเทียบความมีนัยสำคัญของความแตกต่างของลักษณะทางชีวสังคม ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพ ระดับความรุนแรงของอาการที่เอ็มดี และคะแนนความร่วมมือในการประคบอุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งในช่วงก่อนการให้สุขศึกษาและหลังการให้สุขศึกษา เพื่อพิสูจน์ให้เห็นว่าการให้สุขศึกษาโดยมีแผ่นพับเอกสารคู่มือประกอบการใช้สื่อผสมผสมผสาน ให้ผลดีกว่าการให้สุขศึกษาปากเปล่า โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลาก่อนการให้สุขศึกษาและหลังการให้สุขศึกษาในอีก 2 สัปดาห์ถัดมา และใช้การทดสอบค่าทีแบบ pair t -test เพื่อทดสอบหาความมีนัยสำคัญของความแตกต่างของ ระดับความรุนแรงของอาการที่เอ็มดี ระหว่างก่อนการให้สุขศึกษาและหลังการให้สุขศึกษาในอีก 2 สัปดาห์ถัดมา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ใช้ในการหาค่าความสัมพันธ์และนัยสำคัญของค่าความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำประคบอุ่นกับตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วย

ระดับความรุนแรงของอาการปวด



สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานหลัก

ผู้ป่วยที่ได้รับสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อแบบผสมผสาน จะให้ความร่วมมือในการประคบอุ่นสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อบุคคล

สมมติฐานรอง

ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการประคบอุ่นสูง จะมีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการประคบอุ่นต่ำ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง "ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษา โดยใช้สื่อบุคคลเปรียบเทียบกับสื่อแบบผสมผสาน ต่อความร่วมมือในการประคบอุ่น ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว" ที่ดำเนินการในช่วงระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2552 ถึง 31 มีนาคม 2553 มีผู้ป่วยที่เฝ้าที่ดีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 107 คน การสุ่มแบบบล็อกแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 53 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 54 คน แต่มีผู้เข้าร่วมวิจัย 14 คนที่ไม่มาตามนัดเพื่อติดตามอาการในอีกสองสัปดาห์ให้หลัง คิดเป็นร้อยละ 13.08 ของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด คือเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 6 และ 8 คนตามลำดับ ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 93 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 47 คน และกลุ่มทดลอง 46 คน

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 93 คนนี้ มาใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ข้อมูลทางชีวสังคมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขศึกษา ระดับความรุนแรงของอาการอาการที่เฝ้าที่ดี การดูแลตนเองขั้นต้นของผู้ป่วย คะแนนความร่วมมือในการประคบอุ่นและคำตอบเกี่ยวกับการประคบอุ่น จากนั้นทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขศึกษา ระดับความรุนแรงของอาการอาการที่เฝ้าที่ดี และคะแนนความร่วมมือในการประคบอุ่น ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบในช่วงเวลาก่อนการให้สุขศึกษา และหลังการให้สุขศึกษาในอีก 2 สัปดาห์ถัดมา และทดสอบความสัมพันธ์ตามสมมติฐาน วิเคราะห์ปัจจัย ค่าความสัมพันธ์และนัยสำคัญของค่าความสัมพันธ์ ระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำประคบอุ่นกับความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขศึกษา และระดับความรุนแรงของอาการอาการที่เฝ้าที่ดี ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการให้สุขศึกษา และหลังการให้สุขศึกษาในอีก 2 สัปดาห์ถัดมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม

	ลักษณะ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ	หญิง	39	82.98	38	82.61	0.963
	ชาย	8	17.02	8	17.39	
อายุเฉลี่ย		32.54 ± 11.95 ปี		37.27 ± 14.33 ปี		0.144
ศาสนา	พุทธ	39	82.98	40	86.96	0.603
	คริสต์	7	14.89	5	10.87	
	อิสลาม	1	2.13	1	2.17	
สถานภาพการสมรส	โสด	31	65.96	29	63.04	0.666
	แต่งงาน	15	31.91	14	30.43	
	หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	2.13	3	6.53	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า	2	4.26	1	2.17	0.563
	มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	4	8.51	4	8.70	
	มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	7	14.89	8	17.39	
	ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	29	61.70	32	69.57	
	สูงกว่าปริญญาตรี	5	10.64	1	2.17	
อาชีพ	นักเรียน นักศึกษา	15	31.91	10	21.74	0.671
	เกษตรกร	6	12.77	9	19.57	
	ธุรกิจส่วนตัว	15	31.91	16	34.78	
	พนักงาน/ ลูกจ้าง	5	10.64	7	15.22	
	รับราชการ	4	8.51	4	8.70	
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	4.26	0	0.00	

ลักษณะ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
รายได้ต่อเดือน	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	11	23.40	11	23.91	0.477
ของท่าน	5,001 ถึง 15,000 บาท	20	42.55	15	32.61	
	15,001 ถึง 30,000 บาท	11	23.40	12	26.09	
	สูงกว่า 30,000 บาท	5	10.64	8	17.39	
รายได้ต่อเดือน	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	0	0.00	1	2.17	0.670
ของครอบครัว	5,001 ถึง 15,000 บาท	7	14.89	2	4.35	
	15,001 ถึง 30,000 บาท	15	31.91	18	39.13	
	สูงกว่า 30,000 บาท	25	53.19	25	54.35	
การตรวจสุขภาพ	สม่ำเสมอทุกปี	13	27.66	13	28.26	0.746
ประจำปี	2-3 ปีต่อครั้ง	4	8.51	4	8.70	
	ตรวจร่างกายเฉพาะ	27	57.45	28	60.87	
	เมื่อรู้สึกเจ็บป่วยหรือไม่สบาย	3	6.38	1	2.17	
	ไม่เคยตรวจร่างกายมาก่อน	3	6.38	1	2.17	
การตรวจสุขภาพฟัน	สม่ำเสมอทุกปี	11	23.40	10	21.74	0.541
	2-3 ปีต่อครั้ง	6	12.77	4	8.70	
	ตรวจฟันเฉพาะ	29	61.70	30	65.22	
	เมื่อรู้สึกปวดหรือไม่สบาย	1	2.13	2	4.34	
	ไม่เคยตรวจฟันมาก่อน	1	2.13	2	4.34	

จากตารางที่ 1 สามารถสรุปลักษณะทางชีวสังคมได้ว่า ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.98 มีอายุเฉลี่ยในช่วง 32.54 ± 11.95 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 82.98 เป็นโสดร้อยละ 65.96 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 61.70 ประกอบอาชีพนักเรียนร้อยละ 31.91 พอๆ กับประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีรายได้ต่อเดือนในช่วง 5,001 ถึง 15,000 บาทร้อยละ 42.55 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวสูงกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 53.19 ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพร่างกายและตรวจสุขภาพฟันเฉพาะเมื่อรู้สึกไม่สบายเท่านั้น ร้อยละ 57.45 และ 61.70 ตามลำดับ

ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน มีจำนวนร้อยละ 82.61 มีอายุเฉลี่ยในช่วง 37.27 ± 14.33 ปี นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 86.96 เป็นโสดร้อยละ 63.04 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 69.57 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 34.78 มีรายได้ต่อเดือนในช่วง 5,001 ถึง 15,000 บาทร้อยละ 32.61 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวสูงกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 54.35 ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพร่างกายและตรวจสุขภาพฟันเฉพาะเมื่อรู้สึกไม่สบายเท่านั้น ร้อยละ 60.87 และ 65.22 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบค่าทีและสถิติทดสอบไคสแควร์ ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 2 ลักษณะความเจ็บปวดและการทำหน้าที่ผิดปกติจากอาการที่เริมดี ในครั้งแรกของการมาพบทันตแพทย์

ลักษณะความเจ็บปวดและความไม่สบาย	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	p-value
คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย	5.96 ± 1.83	6.38 ± 2.41	0.280
คะแนนปัญหาการใช้งานชากรรไกรเฉลี่ย	5.62 ± 1.89	6.01 ± 2.42	0.438
ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการ (วัน)	354.93 ± 1106.01	195.26 ± 474.43	0.370
จำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่กดเจ็บ	8.60 ± 4.88	8.59 ± 5.43	0.993

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่า สำหรับครั้งแรกของการมาพบทันตแพทย์ เมื่อให้กลุ่มควบคุมประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการที่เริมดี พบว่ามีคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย 5.96 ± 1.83 และมีคะแนนปัญหาการใช้งานชากรรไกรเฉลี่ย 5.62 ± 1.89 โดยระยะเวลาของการเริ่มมีอาการก่อนมาพบทันตแพทย์คือ 354.93 ± 1106.01 วัน และเมื่อให้ทันตแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก พบว่ามีจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่กดเจ็บโดยเฉลี่ย 8.60 ± 4.88 ตำแหน่ง

ในขณะที่กลุ่มทดลอง เมื่อให้ทำการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการที่เริมดี พบว่ามีคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย 6.38 ± 2.41 และมีคะแนนปัญหาการใช้งานชากรรไกรเฉลี่ย 6.01 ± 2.42 โดยระยะเวลาของการเริ่มมีอาการก่อนมาพบทันตแพทย์คือ 195.26 ± 474.43 วัน และเมื่อให้ทันตแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก พบว่ามีจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่กดเจ็บโดยเฉลี่ย 8.59 ± 5.43 ตำแหน่ง

ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าทีและสถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่า ในครั้งแรกของการพบทันตแพทย์ คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย คะแนนปัญหาการใช้งานขากรรไกรเฉลี่ย ช่วงเวลาดั้งแต่เริ่มมีอาการ และจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่กดเจ็บของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองขึ้นต้น เพื่อลดหรือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นก่อนมาพบทันตแพทย์ โดยใช้แบบสอบถามแบบชนิดเลือกตอบได้หลายตัวเลือก พบว่า ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่สิ่งที่ผู้ป่วยกระทำคือการทานอาหารอ่อนจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 38.30 จากกลุ่มตัวอย่าง 47 คน และรองลงมาก็คือการทานยาแก้ปวดหรือคลายกล้ามเนื้อจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 31.91 จากกลุ่มตัวอย่าง 47 คน ซึ่งจากแบบสอบถามนี้ ผู้ป่วยมักจะใช้การรักษาแบบผสมผสานมากกว่าการกระทำใดๆ เพียงอย่างเดียว และพบว่าผู้ป่วยทานยาแก้ปวดร่วมกับการทานอาหารอ่อนมากที่สุด

ในขณะที่กลุ่มทดลอง จะดูแลตัวเองขึ้นต้นด้วยการทานอาหารอ่อนจำนวน 20 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 43.48 จากกลุ่มตัวอย่าง 46 คน รองลงมาก็คือการทานยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 39.13 จากกลุ่มตัวอย่าง 46 คน และนิยมใช้การรักษาแบบผสมผสานมากกว่าการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงสิ่งเดียว และสิ่งที่กระทำคู่กันคือการทานยาแก้ปวดและทานอาหารอ่อน เช่นกัน

นอกจากนั้น พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมถึง 41 คน คิดเป็นร้อยละ 87.23 ไม่เคยทำการประคบอุ่นมาก่อน และจำนวน 38 คน หรือร้อยละ 82.61 ของกลุ่มทดลองไม่เคยทำการประคบอุ่นเช่นกัน ดังนั้นจึงเหลือผู้ป่วยเพียง 6 คนในกลุ่มควบคุมและ 8 คนในกลุ่มทดลอง ที่จะทำแบบสอบถามเพื่อบอกผลของการประคบอุ่นที่เคยใช้ก่อนหน้านี้

ผู้ป่วยที่เคยประคบอุ่นมาแล้วในกลุ่มควบคุมบอกว่า การประคบอุ่นทำให้อาการดีขึ้นบ้างจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และทำให้อาการคงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้นจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67

ส่วนในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยที่เคยประคบอุ่นมาแล้วบอกว่า การประคบอุ่นทำให้อาการดีมาก จนกลับเป็นปกติทุกประการ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ทำให้อาการดีขึ้นบ้างจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 และทำให้อาการคงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้นจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00

อย่างไรก็ตาม จากทั้งสองกลุ่มได้แสดงให้เห็นว่า การประคบอุ่นไม่ได้ทำให้อาการที่เริมดีขึ้นเป็นอยู่ ทరుกลงแต่ประการใด

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพศึกษา

กลุ่ม	n	Mean±S.D.	Skewness	Kurtosis	Mean rank	Mann-Whitney Wilcoxon	Asymp. Sig. (2-tailed)
กลุ่มควบคุม	47	38.04±1.76	-1.978	3.302	41.57	826.00	0.006**
กลุ่มทดลอง	46	38.89±0.31	-2.600	4.974	52.54	1954.00	

** p<0.01

จากตารางที่ 3 เมื่อสอบถามเรื่องความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเท่ากับ 38.04±1.76 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนน 38.89±0.13

และเมื่อตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล ผลปรากฏว่าข้อมูลไม่ได้มีการแจกแจงปกติ จึงต้องใช้การทดสอบที่ไม่ใช้พารามิเตอร์ พบว่าคะแนนความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่ากลางแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.006

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการประคบอุ่นจากแบบบันทึกอาการและการประคบอุ่นรายวัน

กลุ่ม	n	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มควบคุม	47	18.55	8.48	0.559	91	0.937
กลุ่มทดลอง	46	19.54	8.61			

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือประคบอุ่น โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมอยู่ที่ 18.55±8.48 และ 19.54±8.61 สำหรับกลุ่มทดลอง ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที พบว่า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความร่วมมือในการประคบอุ่นไม่ต่างกัน

ตารางที่ 5 ลักษณะความเจ็บปวดและการทำหน้าที่ผิดปกติจากอาการที่เอ็ดดี ในวันที่มาพบทันตแพทย์ ครั้งที่ 2 (หลังจากได้รับคำแนะนำ 2 สัปดาห์)

ลักษณะความเจ็บปวดและความไม่สบาย	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	p-value
คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย	3.58±1.86	3.58±1.83	0.996
คะแนนปัญหาการใช้งานชากรรไกรเฉลี่ย	2.89±1.80	2.82±2.09	0.867
จำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่กดเจ็บ	4.32±4.01	4.50±4.43	0.837

จากตารางที่ 5 สรุปได้ว่า สำหรับในวันที่มาพบทันตแพทย์เป็นครั้งที่ 2 ในอีก 2 สัปดาห์ต่อมา เมื่อให้กลุ่มควบคุมประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการที่เอ็ดดี พบว่าคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยลดลงเหลือ 3.58±1.86 และคะแนนปัญหาการใช้งานชากรรไกรเฉลี่ยลดลงเหลือ 2.89±1.80 และเมื่อให้ทันตแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก พบว่ากลุ่มควบคุมมีจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่กดเจ็บโดยเฉลี่ย 4.32±4.01 ตำแหน่ง

ในขณะที่กลุ่มทดลอง เมื่อให้ทำการประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการที่เอ็ดดี พบว่าคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยลดลงเหลือ 3.58±1.83 และคะแนนปัญหาการใช้งานชากรรไกรเฉลี่ยลดลงเหลือ 2.82±2.09 และเมื่อให้ทันตแพทย์ประเมินอาการทางคลินิก พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่กดเจ็บโดยเฉลี่ย 4.50±4.43 ตำแหน่ง

ซึ่งเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าทีและสถิติทดสอบไคสแควร์พบว่า ในวันที่มาพบทันตแพทย์เป็นครั้งที่ 2 คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ย คะแนนปัญหาการใช้งานชากรรไกรเฉลี่ย และจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่กดเจ็บของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินด้วยตนเอง ระหว่างวันแรกที่มาพบทันตแพทย์กับอีก 2 สัปดาห์ต่อมา

กลุ่ม (จำนวน)	Pre-treatment Mean±S.D.	Post-treatment Mean±S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มควบคุม (47)	5.79±1.96	3.23±1.68	9.623	46	0.000***
กลุ่มทดลอง (46)	6.20±1.95	3.20±1.86	10.854	45	0.000***

*** p<0.001

จากตารางที่ 6 แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินด้วยตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวันที่มาพบทันตแพทย์ครั้งแรกและมาพบทันตแพทย์ในครั้งที่ 2 โดยใช้การทดสอบค่าที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.000 แสดงว่าจากการประเมินด้วยตนเองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามในช่วงก่อนและหลังการได้รับสุขศึกษามีความแตกต่างกัน นั่นคือผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองแล้วพบว่าอาการที่เฝ้าติดตามของตนลดลง

ตารางที่ 7 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินด้วยตนเอง

กลุ่ม	n	Mean change	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มควบคุม	47	2.56	1.82	1.148	91	0.254
กลุ่มทดลอง	46	3.00	1.87			

จากตารางที่ 7 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันของการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินด้วยตนเองของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที พบว่า การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินด้วยตนเองของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินของทันตแพทย์ ระหว่างวันแรกที่มาพบทันตแพทย์ กับอีก 2 สัปดาห์ต่อมา

กลุ่ม (จำนวน)	Pre-treatment Mean±S.D.	Post-treatment Mean±S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มควบคุม (47)	8.60±4.88	4.32±4.01	8.348	46	0.000 ^{***}
กลุ่มทดลอง (46)	8.59±5.43	4.50±4.43	7.990	45	0.000 ^{***}

*** p<0.001

จากตารางที่ 8 แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินของทันตแพทย์ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวันแรกที่มาพบทันตแพทย์ ครั้งแรกและมาพบทันตแพทย์ในครั้งที่ 2 โดยใช้การทดสอบค่าที่ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.000 แสดงว่าจากการประเมินของทันตแพทย์ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามในช่วงก่อนและหลังการได้รับสุขศึกษามีความแตกต่างกัน นั่นคือทันตแพทย์ประเมินว่าอาการที่เฝ้าติดตามของผู้ป่วยลดลง

ตารางที่ 9 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินของทันตแพทย์

กลุ่ม	n	Mean change	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มควบคุม	47	4.28	3.51	0.262	91	0.794
กลุ่มทดลอง	46	4.09	3.47			

จากตารางที่ 9 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันของการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินของทันตแพทย์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที่ พบว่า การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เฝ้าติดตามจากการประเมินของทันตแพทย์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 10 ที่ประคบแบบที่ผู้ป่วยเลือกใช้

ที่ประคบแบบที่ผู้ป่วยเลือกใช้	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผ้าชุบน้ำอุ่น	24	51.06	19	41.30
ผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มกระเป๋าน้ำร้อน	3	6.38	5	10.87
ผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มแผ่นเจลประคบอุ่น	11	23.41	11	23.91
ผ้าชุบน้ำเข้าไมโครเวฟ	7	14.89	4	8.71
ผ้าชุบน้ำอุ่นและผ้าชุบน้ำเข้าไมโครเวฟ	1	2.13	0	0.00
ผ้าชุบน้ำอุ่นและผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มกระเป๋าน้ำร้อน	0	0.00	1	2.17
ผ้าชุบน้ำอุ่นและผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มแผ่นเจลประคบอุ่น	0	0.00	2	4.35
ผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มกระเป๋าน้ำร้อนและหุ้มแผ่นเจลประคบอุ่น	0	0.00	2	4.35
ผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มแผ่นเจลประคบอุ่นและผ้าชุบน้ำอุ่นเข้าไมโครเวฟ	0	0.00	1	2.17
อื่นๆ	1	2.13	1	2.17

จากตารางที่ 10 เมื่อสอบถามถึงที่ประคบแบบที่ผู้ป่วยเลือกใช้ สรุปได้ว่า เลือกใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นมากที่สุด จำนวน 24 และ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 51.06 และ 41.30 ตามลำดับในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แต่จะสังเกตได้ถึงความหลากหลายของแบบของที่ประคบในกลุ่มทดลอง ที่จะมีการใช้อย่างผสมผสานมากกว่าในกลุ่มควบคุม ที่มุ่งใช้แบบใดแบบหนึ่งเพียงอย่างเดียว

ซึ่งเมื่อสอบถามเหตุผลสำหรับการเลือกใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น ที่เป็นที่ประคบแบบที่นิยมใช้มากที่สุดในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยนับรวมผู้เลือกใช้อย่างผสมผสานด้วย พบว่าทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีจำนวนผู้เลือกผ้าชุบน้ำอุ่นเท่ากันคือ 25 คน คิดเป็นร้อยละ 53.19 และ 54.35 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 เหตุผลในการเลือกใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น

เหตุผลในการเลือกใช้ผ้าชุบน้ำอุ่น	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใช้งานง่าย สะดวก	13	52.00	7	28.00
สามารถลดอาการได้ดี	1	4.00	4	16.00
ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	1	4.00	0	0.00
ใช้งานง่ายและลดอาการได้ดี	4	16.00	9	36.00
ใช้งานง่ายและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	4	16.00	2	8.00
ลดอาการได้ดีและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	1	4.00	0	0.00
ใช้งานง่ายและลดอาการได้ดีและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	1	4.00	3	12.00

จากตารางที่ 11 สรุปได้ว่า เหตุผลหลักของการเลือกผ้าชุบน้ำอุ่นของกลุ่มควบคุม เป็นด้วยใช้งานง่าย สะดวก จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 ในขณะที่เหตุผลหลักของกลุ่มทดลอง คือใช้งานง่ายและลดอาการได้ดี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 36.00

ตารางที่ 12 เหตุผลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความลำบากและความยุ่งยากในการทำตามคำแนะนำประคบอุ่นของทันตแพทย์

ความลำบากหรือความยุ่งยากขณะทำการประคบอุ่น	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ลำบาก	24	51.06	25	54.35
เสียเวลามาก	13	27.66	10	21.74
ต้องเตรียมอุปกรณ์หลายอย่าง	3	6.38	4	8.70
ต้องซื้ออุปกรณ์ใหม่	1	2.13	0	0.00
ไม่สามารถทำได้ทุกสถานที่	20	42.55	16	34.78
อื่นๆ	0	0.00	1	2.17

จากตารางที่ 12 ความลำบากและความยุ่งยากในการทำตามคำแนะนำประคบอุ่นของทันตแพทย์ ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบว่าไม่มีความลำบากร้อยละ 51.06 และ 54.35 ตามลำดับ แต่หากมีปัญหา ปัญหาที่ได้รับคำตอบสูงสุดเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่มคือ ไม่สามารถทำการประคบอุ่นได้ทุกที่ ร้อยละ 42.55 และ 34.78 ตามลำดับ

ตารางที่ 13 การประเมินตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการโดยรวมเมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 2 สัปดาห์

อาการโดยรวมเมื่อสิ้นสุดเวลา 2 สัปดาห์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการดีมาก จนกลับเป็นปกติทุกประการ	11	23.40	10	21.74
อาการดีขึ้นบ้าง	32	68.09	31	67.39
อาการคงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ	3	6.38	4	8.70
อาการทรุดลง	0	0.00	1	2.17
อาการทรุดลงมาก	1	2.13	0	0.00

จากตารางที่ 13 เมื่อให้ผู้ป่วยประเมินอาการโดยรวมของตนเอง หลังจากการได้รับคำแนะนำ 2 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมให้คำตอบว่าอาการดีขึ้นบ้างร้อยละ 68.09 และอาการดีมากจนกลับเป็นปกติทุกประการร้อยละ 23.40 ส่วนกลุ่มทดลองให้คำตอบว่าอาการดีขึ้นบ้างร้อยละ 67.39 และอาการดีมากจนกลับเป็นปกติทุกประการร้อยละ 21.74

ตารางที่ 14 เหตุผลที่ผู้ป่วยใช้อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการโดยรวมของตนเอง เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 2 สัปดาห์

เหตุผลที่ทำให้อาการโดยรวมมีการเปลี่ยนแปลง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเลย	2	4.26	3	6.53
ปฏิบัติตามคำแนะนำบ้าง เฉพาะข้อที่ทำงาน	30	63.83	24	52.17
ลองปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งหมดแล้ว แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงหยุดทำ	1	2.13	1	2.17
ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างครบถ้วน	14	29.79	18	39.13

จากตารางที่ 14 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มต่างให้คำตอบว่า การเปลี่ยนแปลงอาการของพวกเขา เป็นเพราะปฏิบัติตามคำแนะนำบ้างเฉพาะข้อที่ทำงานเป็นร้อยละ 63.83 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 52.17 ในกลุ่มทดลอง มีผู้ตอบว่าปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างครบถ้วนร้อยละ 29.79 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 39.13 ในกลุ่มทดลอง ส่วนคำตอบที่ว่าไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเลยมีร้อยละ 4.26 และ 6.53 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ

เมื่อสอบถามผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มว่า ท่านจะให้คำแนะนำประคบอุ่นในลักษณะเดียวกันนี้แก่ผู้อื่นหรือไม่ ปรากฏว่าทุกคนตอบว่าจะให้คำแนะนำนี้แก่ผู้อื่น ซึ่งเหตุผลประกอบการตัดสินใจแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 เหตุผลประกอบการตัดสินใจให้คำแนะนำประคบอุ่นในลักษณะเดียวกันแก่ผู้อื่น

เหตุผลในการให้คำแนะนำประคบอุ่น	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใช้งานง่าย สะดวก	19	40.43	18	39.13
สามารถลดอาการได้ดี	38	80.85	39	84.78
ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	14	29.79	9	19.57
ทันตแพทย์เคยแนะนำให้ทำ	26	55.32	16	34.78
อื่นๆ	0	0.00	1	2.17

จากตารางที่ 15 เหตุผลของการให้คำแนะนำ กลุ่มควบคุมจำนวนมากถึง 38 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 80.85 จาก 46 คน ตอบว่าเนื่องจากการประคบอุ่นช่วยลดอาการได้ดี และร้อยละ 55.32 ตอบว่าเนื่องจากทันตแพทย์เคยแนะนำให้ทำ ในขณะที่กลุ่มทดลองจำนวน 39 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 84.78 ตอบว่าเนื่องจากลดอาการได้ดี และร้อยละ 39.13 บอกว่าเพราะใช้งานง่ายและสะดวก

ตารางที่ 16 การประเมินตนเองของผู้ป่วยว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำในข้อใดที่ทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้น

คำแนะนำที่ทำให้อาการดีขึ้น	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทานอาหารอ่อน	35	74.47	34	73.91
ฝึกอ้าหุบปากหลายๆ ครั้ง	1	2.13	1	2.17
ทานยาแก้ปวด หรือ ยาคลายกล้ามเนื้อ	1	2.13	3	6.52
ประคบอุ่น	40	85.11	39	84.78
ประคบเย็น	0	0.00	0	0.00
นวด กด คลึง บริเวณที่ปวดหรือตึง	13	27.66	11	23.91
ไม่ได้ทำอะไรเลย อาการก็ดีขึ้นได้เอง	3	6.38	1	2.17

จากตารางที่ 16 และเมื่อให้ทำการประเมินด้วยตนเองว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในข้อใดที่ทำให้ตนเองมีอาการดีขึ้น พบว่า กลุ่มควบคุมร้อยละ 85.11 คือมีจำนวนสูงถึง 40 คน ตอบว่าประคบอุ่นทำให้อาการของตนดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มทดลองร้อยละ 84.78 หรือมีจำนวน 39 คนตอบว่าเป็นเพราะการประคบอุ่นเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบได้หลายข้อ และเมื่อนำมาพิจารณาคำตอบที่อาจมีโอกาสเป็นไปได้ในทุกกรณี เช่นเลือกตอบทั้งการประคบอุ่นและทานยาในคำตอบเดียว หรือเลือกคำตอบทุกข้อ จะพบว่าคำตอบที่ได้รับการเลือกสูงสุด คือการเลือกคู่แบบผสมผสานระหว่างการประคบอุ่นกับการทานอาหารอ่อน ซึ่งมีจำนวนมากถึง 22 คนในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 46.8 และ 18 คนในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 39.1

ตารางที่ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการประคบอุ่น กับตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัย	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	r	p-value	r	p-value
ความรุนแรงของอาการจากการประเมินด้วยตนเองในครั้งแรก	0.083	0.579	0.273	0.066
ความรุนแรงของอาการจากการประเมินของทันตแพทย์ในครั้งแรก	0.321	0.028*	0.03	0.843
ความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพ	0.064	0.667	0.011	0.945
ความแตกต่างของอาการก่อนและหลังจากการประเมินด้วยตนเอง	0.549	0.000***	0.684	0.000***
ความแตกต่างของอาการก่อนและหลังจากการประเมินโดยทันตแพทย์	0.547	0.000***	0.424	0.003**

* p 0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

จากตารางที่ 17 เมื่อใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อหาค่าความสัมพันธ์และนัยสำคัญของค่าความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามคำแนะนำประคบอุ่นกับตัวแปรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในส่วนของกลุ่มควบคุม ความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการประคบอุ่น กับ การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เอมดี จากการประเมินด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความร่วมมือในการประคบอุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เอมดี จากการประเมินด้วยทันตแพทย์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความร่วมมือในการประคบอุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.000 และระยะเวลาของการเริ่มมีอาการมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความร่วมมือในการประคบอุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และในกลุ่มทดลอง การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เอ็ดมีดี จากการประเมินด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความร่วมมือในการประคบอุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เอ็ดมีดี จากการประเมินด้วยทันตแพทย์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความร่วมมือในการประคบอุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.000



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุม ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งมุ่งศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลกับสื่อแบบผสมผสาน ในการให้ความร่วมมือประคบอุ่นของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยที่เฝ้าไข้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ซึ่งมารับการรักษา ณ คลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาเป็นครั้งแรกและมาตรวจซ้ำอีกครั้งในอีก 2 สัปดาห์ต่อมาเพื่อประเมินความจำเป็นในการรักษาด้วยการใส่เฝือกฟัน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 47 รายและ 46 รายตามลำดับ ด้วยวิธีสุ่มแบบบล็อก ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเบื้องต้นและการประคบอุ่นเพื่อบรรเทาอาการที่เฝ้าไข้ ในสาระเดียวกัน แต่มีความแตกต่างในส่วนของการวิธีการให้สุขศึกษา คือ กลุ่มควบคุมจะได้รับสื่อบุคคลซึ่งเป็นวิธีการให้ความรู้แบบมาตรฐานของทันตแพทย์ หลังจากการตรวจประเมินอาการที่เฝ้าไข้เบื้องต้น กลวิธีการให้สุขศึกษาประกอบด้วยการอธิบายปากเปล่าและมอบแผ่นพับการดูแลตนเองขั้นต้น ก่อนจะนัดมาประเมินอาการซ้ำในอีก 2 สัปดาห์ต่อมา ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับสื่อแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์นำเสนอสำเร็จรูปไมโครซอฟต์ พาวเวอร์พอยต์ ประกอบวีดิทัศน์ มีทั้งภาพและเสียง ประกอบความเข้าใจ อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว วิธีการดูแลตนเองขั้นต้น เน้นในเรื่องประโยชน์ของการประคบอุ่น ลดความเชื่อในเรื่องอุปสรรคความยากง่ายของการประคบอุ่น เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ แล้วจึงเน้นการปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการประคบอุ่นที่ถูกต้อง ก่อนจะนัดมาประเมินอาการซ้ำในอีก 2 สัปดาห์ต่อมา เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2552 จนถึง 31 มีนาคม 2553 สรุปผลการวิจัย ดังนี้

สรุปผลตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย คือ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้สื่อบุคคลกับสื่อแบบผสมผสาน ในการให้ความร่วมมือประคบอุ่นของผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า สื่อแบบผสมผสานที่ให้สุขศึกษาอิงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (อ้างถึงใน Rosenstock, Strecher และ Becker) (39) ด้วยวิธีของ Ley (40) ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยที่เฝ้าไข้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว มีความร่วมมือในการประคบอุ่น

แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับสื่อบุคคลแบบเดิมแต่อย่างไรก็ตาม ยืนยันได้จากผลการศึกษาในตารางที่ 4 ซึ่งเป็น การทดสอบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการประคบอุณหภูมิตั้งแต่มุมควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่อย่างไรก็ตามในส่วนของความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพนั้น ผลการศึกษาปรากฏว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.006 ดังตารางที่ 3 จึงสรุปว่าการใช้สื่อแบบผสมผสาน แม้จะไม่ได้มีประสิทธิผลในเรื่องของการเพิ่มความร่วมมือในการประคบอุณหภูมิตั้งแต่มุมของผู้ป่วย แต่สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลสุขภาพมากกว่าสื่อบุคคลแบบเดิม

และเมื่อทดสอบสมมติฐานหลักที่กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพด้วยการใช้สื่อแบบผสมผสาน จะให้ความร่วมมือในการประคบอุณหภูมิตั้งแต่มุมสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับสุขภาพด้วยการใช้สื่อบุคคล ผลการทดสอบสมมติฐานคือ ผู้ป่วยที่ได้รับสุขภาพด้วยการใช้สื่อแบบผสมผสานกับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับสุขภาพด้วยการใช้สื่อบุคคล ไม่มีความแตกต่างของการให้ความร่วมมือในการประคบอุณหภูมิตั้งแต่มุมทางสถิติ 0.937 จึงปฏิเสธสมมติฐานดังกล่าว

สรุปผลตามวัตถุประสงค์รองของการวิจัย

วัตถุประสงค์รองของการวิจัย คือ เพื่อประเมินผลการประคบอุณหภูมิตั้งแต่มุมที่มีการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การประคบอุณหภูมิตั้งแต่มุมกับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เริมที่ เกิดจากการประเมินของทันตแพทย์และผู้ป่วยนั้น มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ดังแสดงในตารางที่ 17 สำหรับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เริมที่ ทั้งจากการประเมินด้วยตนเองและโดยทันตแพทย์ ในกลุ่มควบคุม และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 และ 0.003 การเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เริมที่ จากการประเมินด้วยตนเองและโดยทันตแพทย์ ตามลำดับ ในกลุ่มทดลอง และยืนยันให้เห็นซ้ำได้จากในตารางที่ 6 และ 8 ที่แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เริมที่ ระหว่างวันแรกที่มาพบทันตแพทย์กับอีก 2 สัปดาห์ต่อมา จากการประเมินของผู้ป่วยและทันตแพทย์ตามลำดับ ซึ่งทั้งสองตารางต่างแสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เริมที่จริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000

และเมื่อสมมติฐานรองที่กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการประคบอุณหภูมิตั้งแต่มุมจะมีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยวลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการประคบอุณหภูมิตั้งแต่มุมต่ำ ผลการทดสอบสมมติฐานคือ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคะแนนความร่วมมือในการประคบอุณหภูมิตั้งแต่มุมมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของอาการที่เริมที่

ทั้งการประเมินด้วยตนเองและการตรวจด้วยทันตแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000, 0.000, 0.000 และ 0.003 ตามลำดับ ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานนี้

อภิปรายผลการวิจัย

ในการอภิปรายผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วนตามลำดับ คือ ส่วนแรกเป็นการอภิปรายลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ส่วนที่สองเป็นการอภิปรายผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย และส่วนที่สามเป็นการอภิปรายผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์รองของการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งคู่ ต่างมีลักษณะร่วมคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ยในช่วง 30-40 ปี ซึ่งการพบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชายสอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่นๆ และมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ในงานวิจัยครั้งนี้อัตราส่วนของเพศหญิงต่อเพศชายเป็น 8.3 : 1.7 ในขณะที่งานวิจัยของ Wig และคณะ (31) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มประชากรชาวอเมริกา พบอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเป็น 8.5 : 1.5 ใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Dworkin และคณะ (30) ที่ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรชาวอเมริกา ได้อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเป็น 8.1 : 1.9 และในด้านของอายุเฉลี่ย พบว่ามีความสอดคล้องกับการรายงานการวิจัยของ Dworkin และคณะ (30) คือผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ย 38.6 ปี

ในส่วนของศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และรายได้ของครอบครัว รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีและการตรวจสุขภาพฟัน ถึงแม้จะไม่มีการศึกษาอื่นที่ทำการเปรียบเทียบข้อมูลดังกล่าวไว้ แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่ม ทำให้การกระจายของลักษณะประชากร ระยะเวลาของการเกิดอาการที่เริมดีขึ้นมาพบทันตแพทย์ ความรุนแรงของอาการที่เริมดีขึ้น และประวัติการดูแลตนเองก่อนมาพบทันตแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความคล้ายในประเด็นต่างๆ ดังที่กล่าวมา จึงนับว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะทางชีวสังคมที่คล้ายคลึงกัน

ด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนผู้เลิกเข้าร่วมวิจัยสูงถึงร้อยละ 13.08 เกินจำนวนที่ประมาณไว้ในเบื้องต้น สาเหตุของการเลิกเข้าร่วมวิจัยอาจตีความได้หลายประการ ได้แก่ คำแนะนำในการดูแลตนเองเบื้องต้นที่ทันตแพทย์ให้ไป อาจเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยและทำให้เขามีอาการดีขึ้นมาก จึงไม่กลับมาทำการติดตามผลอีก หรือการให้

คำแนะนำดังกล่าวน้อยเกินไป ไม่สามารถตอบสนองต่อความประสงค์ของผู้ป่วยได้ เขาจึงไปเสาะหาวิธีการรักษาอื่นหรือทันตแพทย์ท่านอื่นแทน แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องคำนึงถึง ได้แก่ สถานที่ตั้งของคลินิกทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์จนถึงเดือนเมษายน ปีพ.ศ. 2553 ตกอยู่ในวงล้อมของการชุมนุมทางการเมือง ผู้ป่วยที่ต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าวจึงเลือกที่จะไม่มาที่นี่ และไม่มาตามนัดเพื่อติดตามผลได้

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

จากผลการศึกษาคั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่า สื่อแบบผสมผสานที่ให้ผู้ศึกษาอิงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (อ้างถึงใน Rosenstock, Strecher และ Becker) (39) ด้วยวิธีของ Ley (40) ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยที่เฝ้าไข้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว มีความร่วมมือในการประคบอุ่นแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับสื่อบุคคลแบบเดิมแต่อย่างใด และถึงแม้กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ก็ไม่ได้ให้ผลเพิ่มความร่วมมือในการประคบอุ่นเลย ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นผลการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาของวัชรวิ (38) เรื่องประสิทธิผลของสื่อการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากให้ความรู้ กลุ่มที่ได้รับความรู้จากสื่อประสม มีความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้จากสื่อบุคคล

ซึ่งผลการศึกษาที่แตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยของสื่อบุคคลเป็นหลัก โดยในการศึกษาของวัชรวิ (38) สื่อบุคคลที่ใช้คืออาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเท่าเทียมกับผู้ป่วย แต่ในส่วนของศึกษานี้สื่อบุคคลที่ใช้เป็นตัวทันตแพทย์เองและอยู่ในฐานะผู้ให้การรักษา ย่อมจะมีอิทธิพลในการจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับรูปแบบของการเก็บข้อมูลด้วยการทำเป็นแบบบันทึกประจำวัน ซึ่งเท่ากับเป็นการกระตุ้นเตือนและเสริมแรงให้ผู้ป่วยทำการประคบอุ่นไปด้วยทางอ้อม และยิ่งอาจพิจารณาได้ว่า รูปแบบสื่อผสมผสานที่ใช้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอาจไม่มีความแตกต่างกันอย่างเพียงพอ ซึ่งพิจารณาได้จากคะแนนความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลสุขภาพ ที่ถึงแม้จะมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทั้งสองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแจกแจงข้อมูลแล้ว กลับแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้น เป็นเพียงความต่างของตัวเลขที่เกิดจากคำตอบของผู้ป่วยจำนวนไม่กี่คนเท่านั้น เพราะค่าเฉลี่ยคะแนนของทั้งสองกลุ่มล้วนแสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจในระดับสูงคือ 38 คะแนนใกล้เคียงกับคะแนนเต็ม 39 คะแนนมาก นั่นจึงอาจจะอธิบายได้ว่า ทันตแพทย์ผู้ให้ศึกษาเอง อาจ

สามารถอธิบายเรื่องการประคบอุ่นได้ละเอียดและชี้แจงได้เห็นภาพพจน์อย่างเท่าเทียมกันเกินไป มีการให้เวลากับการอธิบายของทั้งสองกลุ่มมากเกินกว่าเวลาที่ใช้ในการอธิบายผู้ป่วยตามปกติ นอกจากนี้กลวิธีการให้สุขศึกษายังเป็นไปในแนวทางเดียวคือมุ่งให้ความรู้เป็นหลัก มากกว่าส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อของกลุ่มทดลองตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (อ้างถึงใน Rosenstock, Strecher และ Becker) (39) นี่จึงเป็นสิ่งที่พิสูจน์ว่า การมีความรู้เพิ่มมากขึ้นหรือการมีความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลเพิ่มมากขึ้น ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป แม้ว่าความรู้ด้านสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล และการมีความพึงพอใจในการได้รับข้อมูลทางสุขศึกษาจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำก็ตาม แต่ต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลมากพอต่อการเกิดแรงจูงใจของบุคคล ที่จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจประพฤติตัวตามคำแนะนำต่างๆ ได้ นั่นคือความรู้และความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อได้พิจารณาถึงการสอบถามเรื่องการประคบอุ่นก่อนมาพบทันตแพทย์ว่าผู้ป่วยเคยทำการประคบอุ่นหรือไม่ ปรากฏว่ามีจำนวนของผู้ป่วยไม่เกินร้อยละ 15 ตอบว่าตนเองเคยประคบอุ่นมาก่อน แต่เมื่อทำการสำรวจหลังจากการให้คำแนะนำไปแล้ว 2 สัปดาห์ ผลปรากฏว่า เหตุผลที่ผู้ป่วยบอกว่าตนมีอาการดีขึ้น ก็เป็นเพราะได้การประคบอุ่นถึงกว่าร้อยละ 80 ซึ่งมีข้อสังเกตว่า เหตุผลที่ให้อาจไม่ใช่การประคบอุ่นเพียงอย่างเดียว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะให้เหตุผลแบบผสมผสานว่า เป็นการทานอาหารอ่อนและการประคบอุ่นเข้าด้วยกัน และผู้ป่วยทุกคนก็ยินดีที่จะให้คำแนะนำในการประคบอุ่นแก่บุคคลอื่นที่มีอาการใกล้เคียงกับตนเองต่อ เหตุผลของการให้คำแนะนำนั้นคือการประคบอุ่นช่วยลดหรือบรรเทาอาการได้ดีและสิ่งนี้ทันตแพทย์เคยแนะนำให้ทำ นั่นจึงแสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะไม่มีความร่วมมือในการประคบอุ่นแตกต่างกัน แต่พวกเขาเหล่านั้นกลับมีการเปลี่ยนแปลงตัวเอง เกี่ยวกับการดูแลตนเองเบื้องต้นอย่างเห็นได้ชัด และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Wig และคณะ (31) ที่แสดงให้เห็นว่ามีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30.5 เท่านั้นที่ปฏิบัติตามคำแนะนำประคบอุ่น จะพบว่าในการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยทุกคนได้ทำการประคบอุ่น ดังแสดงในตารางที่ 4 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 18 - 19 ครั้ง ซึ่งนั่นหมายความว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำการประคบอุ่นทุกวัน ผลการศึกษาที่แตกต่างกันในกรณีนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ในสังคมไทยที่มีความแตกต่างกับสังคมตะวันตก ในสังคมไทยแพทย์เป็นบุคคลที่ได้รับความเคารพนับถือสูง คำสั่งของแพทย์จึงมีอิทธิพลที่จะจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งได้ง่าย (88) และประกอบกับการวิจัยนี้มีการให้สุขศึกษาเรื่องการประคบอุ่นอย่างเข้มข้นแตกต่างจากการศึกษาของ Wig และคณะ (31) ที่ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองกว้างๆ ความสนใจของผู้ป่วยจึงไม่ได้มุ่งไปที่การประคบอุ่นมากเท่าที่ควร

นอกจากนี้ยังมีอีกหนึ่งตัวแปรที่น่าสนใจเกี่ยวกับความร่วมมือในการประคบอุ่น คือ ระยะเวลาของการเริ่มมีอาการ ซึ่งมีความสัมพันธ์ในแง่ลบกับความร่วมมือประคบอุ่น นั่นจึงแปลว่า ผู้ป่วยยิ่งมีระยะเวลาในการมีอาการที่เฝ้าติดตามเพียงไร ก็จะมีความร่วมมือในการประคบอุ่น น้อยลงเท่านั้น ปัจจุบันนี้เป็นปัจจัยที่มีความสอดคล้องและใกล้เคียงกันกับการศึกษาโรคหรืออาการที่มีลักษณะเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคลมชัก โรครูมาตอยด์ โรคความดันโลหิตสูง และจิตเภท เป็นต้น (89-92) ซึ่งสิ่งที่มีผลต่อความสำเร็จในการสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง การสร้างทัศนคติในแง่บวกต่อการดูแลตนเอง และความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้จึงเป็นปัจจัยที่ควรพิจารณาในการเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยด้วย

ในส่วนของการเลือกใช้ที่ประคบ มีความแตกต่างประการหนึ่งที่สามารถสังเกตได้จากรูปแบบการเลือกที่ประคบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือ จะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมเลือกที่จะใช้ที่ประคบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงชนิดเดียว ในขณะที่กลุ่มทดลองกลับมีความหลากหลายของการเลือกใช้ที่ประคบมากกว่า นั่นอาจเป็นเพราะได้เห็นตัวอย่างที่ชัดเจนจากสื่อสุขภาพที่มีทั้งภาพและเสียงประกอบ จึงเป็นการกระตุ้นและเร้าความสนใจให้ผู้ป่วยลองเลือกทำหลายๆ อย่าง เพื่อเลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง และในส่วนของที่ประคบแบบที่ผู้ป่วยนิยมใช้มากที่สุดคือผ้าชุบน้ำอุ่นนั้น ผู้วิจัยได้ลองสอบถามสิ่งถึงที่น่าจะสะดวกต่อการใช้งานมากกว่า เช่น การใช้ผ้าปิดหมาดเข้าไมโครเวฟ ผู้ป่วยที่เลือกวิธีใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นให้คำตอบต่อข้อข้อใจว่า ผ้าชุบน้ำปิดหมาดเข้าไมโครเวฟแม้จะสะดวกก็จริง แต่ระยะเวลาของการคงความอุ่นกลับสั้นกว่าผ้าชุบน้ำอุ่นมาก ต้องเปลี่ยนสลับไปมาหลายครั้งกว่าจะครบเวลา 20 นาที เขาจึงเลือกที่จะใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นที่อุ่นได้นานกว่าแทน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์รองของการวิจัย

จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า การประคบอุ่นกับความเปลี่ยนแปลงของอาการที่เฝ้าติดตามที่เกิดจากการประเมินของทันตแพทย์และผู้ป่วยนั้น มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก ซึ่งสิ่งนี้แสดงให้เห็นว่า การประคบอุ่นตามคำแนะนำสามารถลดและบรรเทาอาการที่เฝ้าติดตามได้จริง ตามงานวิจัยก่อนหน้าที่ทำการศึกษาผลของการประคบอุ่นกับกล้ามเนื้อส่วนอื่นๆ ของร่างกาย (48, 50, 52, 53, 55) อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการที่เฝ้าติดตามที่มีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง เช่น มีปัญหาการนอนกัดฟัน การประคบอุ่นที่แนะนำไปจะเป็นเพียงการดูแลตนเองขั้นต้นเท่านั้น จำเป็นที่จะต้องพิจารณาเสริมด้วยการรักษาอื่นๆ เช่น การใส่เฝือกฟัน ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบของสื่อแบบผสมผสานที่ใช้ ยังไม่สามารถเพิ่มความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการประคบอุ่นได้เพียงพอ จึงควรจะทำการศึกษาตรวจสอบเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติในการดูแลตนเองขั้นต้นของผู้ป่วยที่เฝ้าไข้ก่อนเป็นลำดับแรก เพื่อปรับรูปแบบของสื่อสุขภาพและกิจกรรมที่ทำให้เหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่า

2. เนื่องจากการศึกษามีการให้สุขศึกษาเพียง 1 ครั้ง และประเมินผล จึงควรจะปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้สุขศึกษาใหม่ในระยะเวลาที่นานและหลายครั้งขึ้น สร้างความต่อเนื่องและเพิ่มการกระตุ้นเตือน เพื่อความคงทนของพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ กลวิธีในการให้สุขศึกษาตามทฤษฎีต่างๆ ที่แตกต่างกันออกไป เพื่อแสวงหาสิ่งที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. The American Academy of Orofacial Pain. Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and management. 4th ed. De Leeuw R, editor. Chicago: Quintessence Publishing; 2008.
2. Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, Von Korff M, Howard J, Truelove E, et al. Epidemiology of sign and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. JADA 1990;120(3):273-81.
3. Okeson JF. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2007.
4. Dimitroulis G, Gremillion HA, Dolwick MF, Walter JH. Temporomandibular disorders. 2. Non-surgical treatment. Aust Dent J 1995 Dec;40(6):372-6.
5. Klineberg I, Jagger R. Occlusion and clinical practice: an evidence-based approach. Edinburgh: Wright; 2004.
6. Michelotti A, de Wijer A, Steenks M, Farella M. Home-exercise regimes for the management of non-specific temporomandibular disorders. J Oral Rehabil 2005 Nov;32(11):779-85.
7. De Laat A, Stappaerts K, Papy S. Counseling and physical therapy as treatment for myofascial pain of the masticatory system. J Orofac Pain 2003 Winter;17(1):42-9.
8. Dahlstrom L. Conservative treatment methods in craniomandibular disorder. Swed Dent J 1992;16(6):217-30.
9. Feine JS, Widmer CG, Lund JP. Physical therapy: a critique. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997 Jan;83(1):123-7.
10. Gray RJ, Quayle AA, Hall CA, Schofield MA. Physiotherapy in the treatment of temporomandibular joint disorders: a comparative study of four treatment methods. Br Dent J 1994 Apr 9;176(7):257-61.

11. Randolph CS, Greene CS, Moretti R, Forbes D, Perry HT. Conservative management of temporomandibular disorders: a posttreatment comparison between patients from a university clinic and from private practice. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1990 Jul;98(1):77-82.
12. Skeppar J, Nilner M. Treatment of craniomandibular disorders in children and young adults. *J Orofac Pain* 1993 Fall;7(4):362-9.
13. Suvinen TI, Hanes KR, Reade PC. Outcome of therapy in the conservative management of temporomandibular pain dysfunction disorder. *J Oral Rehabil* 1997 Oct;24(10):718-24.
14. Carraro JJ, Caffesse RG. Effect of occlusal splints on TMJ symptomatology. *J Prosthet Dent* 1978 Nov;40(5):563-6.
15. Clark GT. A critical evaluation of orthopedic interocclusal appliance therapy: design, theory, and overall effectiveness. *J Am Dent Assoc* 1984 Mar;108(3):359-64.
16. Greene CS, Laskin DM. Splint therapy for the myofascial pain--dysfunction (MPD) syndrome: a comparative study. *J Am Dent Assoc* 1972 Mar;84(3):624-8.
17. Moss RA, Garrett JC. Temporomandibular joint dysfunction syndrome and myofascial pain dysfunction syndrome: a critical review. *J Oral Rehabil* 1984 Jan;11(1):3-28.
18. Okeson JP, Kemper JT, Moody PM. A study of the use of occlusion splints in the treatment of acute and chronic patients with craniomandibular disorders. *J Prosthet Dent* 1982 Dec;48(6):708-12.
19. Sheikholeslam A, Holmgren K, Riise C. A clinical and electromyographic study of the long-term effects of an occlusal splint on the temporal and masseter muscles in patients with functional disorders and nocturnal bruxism. *J Oral Rehabil* 1986 Mar;13(2):137-45.
20. Suvinen T, Reade P. Prognostic features of value in the management of temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome by occlusal splint therapy. *J Prosthet Dent* 1989 Mar;61(3):355-61.

21. Tsuga K, Akagawa Y, Sakaguchi R, Tsuru H. A short-term evaluation of the effectiveness of stabilization-type occlusal splint therapy for specific symptoms of temporomandibular joint dysfunction syndrome. *J Prosthet Dent* 1989 May;61(5):610-3.
22. Zarb GA, Thompson GW. Assessment of clinical treatment of patients with temporomandibular joint dysfunction. *J Prosthet Dent* 1970 Nov;24(5):542-54.
23. Katsoulis J, Richter M. Efficacy of specific physiotherapy for temporomandibular joint dysfunction of muscular origin. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 2008 Feb;109(1):9-14.
24. Burgess JA, Sommers EE, Truelove EL, Dworkin SF. Short-term effect of two therapeutic methods on myofascial pain and dysfunction of the masticatory system. *J Prosthet Dent* 1988 Nov;60(5):606-10.
25. Casserley-Feeney SN, Phelan M, Duffy F, Roush S, Cairns MC, Hurley DA. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:50.
26. Di Fabio RP. Physical therapy for patients with TMD: a descriptive study of treatment, disability, and health status. *J Orofac Pain* 1998 Spring;12(2):124-35.
27. Michelotti A, Parisini F, Farella M, Cimino R, Martina R. Muscular physiotherapy in patients with temporomandibular disorders. Controlled clinical trial. *Minerva Stomatol* 2000 Nov-Dec;49(11-12):541-8.
28. Moss RA, Wedding D, Sanders SH. The comparative efficacy of relaxation training and masseter EMG feedback in the treatment of TMJ dysfunction. *J Oral Rehabil* 1983 Jan;10(1):9-17.
29. Truelove E, Huggins KH, Mancl L, Dworkin SF. The efficacy of traditional, low-cost and nonsplint therapies for temporomandibular disorder: a randomized controlled trial. *J Am Dent Assoc* 2006 Aug;137(8):1099-107; quiz 169.

30. Dworkin SF, Turner JA, Mancl L, Wilson L, Massoth D, Huggins KH, et al. A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2002 Fall;16(4):259-76.
31. Wig AD, Aaron LA, Turner JA, Huggins KH, Truelove E. Short-term clinical outcomes and patient compliance with temporomandibular disorder treatment recommendations. *J Orofac Pain* 2004 Summer;18(3):203-13.
32. Hurley MV, Beame LM. Non-exercise physical therapies for musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2008 Jun;22(3):419-33.
33. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)* 2008 May;47(5):670-8.
34. Schnitzer TJ. Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Clin Rheumatol* 2006;25 Suppl 1:S22-9.
35. Simon S. Management of musculoskeletal pain. . CME-Today Web site. ; 2004 [cited 2008 20th August]; Available from: <http://pcp.cme-today.com/CMETODAY/PCPV3N1/PDF/AB0303.pdf> .
36. Svensson P, List T, Hector G. Analysis of stimulus-evoked pain in patients with myofascial temporomandibular pain disorders. *Pain* 2001 Jun;92(3):399-409.
37. Turner JA, Holtzman S, Mancl L. Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2007 Feb;127(3):276-86.
38. วัชรีย์ คุณานันท์วัฒนชัยเดช. ประสิทธิภาพของสื่อการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
39. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change In: DiClemente RJ, Peterson JL, editors. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* Springer 1994. p. 5-24.

40. Ley P, Llewelyn S. Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. In: Broome A, Llewelyn SP, editors. Health psychology: process and applications. 2nd ed. London, UK: Chapman& Hall; 1995. p. 75-98.
41. Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. J Craniomandib Disord 1992 Fall;6(4):301-55.
42. Mense S, Stahnke M. Responses in muscle afferent fibres of slow conduction velocity to contractions and ischaemia in the cat. J Physiol 1983;342:383-97.
43. Mense S. The Pathogenesis of Muscle Pain. Current Pain and Headache Reports 2003;7:419-25.
44. Rudy TE, Turk DC, Kubinski JA, Zaki HS. Differential treatment responses of TMD patients as a function of psychological characteristics. Pain 1995 Apr;61(1):103-12.
45. Rugh JD, Montgomery GT. Physiological reactions of patients with TM disorders vs symptom-free controls on a physical stress task. J Craniomandib Disord 1987 Winter;1(4):243-50.
46. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. 1st ed. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชันส์; 2546.
47. Carlson AH. Hot & cold. Tried and true ice and heat modalities still prove effective for acute and chronic pain. Rehab Manag 2007 Dec;20(10):32-3.
48. Ahlman A. Hot topic - an evidence-based look at the therapeutic properties of heat. Advance for Directors in Rehabilitation 2005;14(8):63-6.
49. Health Stream. Therapeutic uses of heat and cold: study guide for nurses. Medical Study Guide Web site. ; 2004 [cited 2008 12th July]; Available from: <http://www.cszmedical.com/documents/Medical%20Study%20Guide.pdf>. .

50. Kaul MP, Herring SA. Superficial heat and cold: how to maximize the benefits. *Physician and sportsmedicine* 1994;22(12):65-72
51. Klein MJ. Superficial heat and cold *eMedicine*; 2006 February 13 [cited 2008 July 10]; Available from: <http://www.emedicine.com/pmr/topic201.htm>.
52. Leadbetter JD. The Effect of Therapeutic Modalities on Tendinopathy. In: Maffulli N, Renström P, Leadbetter WB, editors. *Tendon injuries: basic science and clinical medicine*. illustrated ed: Springer; 2005. p. 233-41.
53. Tepperman PS, Devlin M. The Therapeutic Use of Local Heat and Cold. *Can Fam Physician* 1986;32:1110-4.
54. Draper DO, Hopkins TJ. Increased intramuscular and intracapsular temperature via ThermoCare Knee Wrap application. *Med Sci Monit* 2008 Jun;14(6):PI7-11.
55. Leung MS, Cheing GL. Effects of deep and superficial heating in the management of frozen shoulder. *J Rehabil Med* 2008 Feb;40(2):145-50.
56. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965 Nov 19;150(699):971-9.
57. Charkoudian N. Skin blood flow in adult human thermoregulation: how it works, when it does not, and why. *Mayo Clin Proc* 2003 May;78(5):603-12.
58. Cochrane DJ. Alternating hot and cold water immersion for athlete recovery: a review. *Physical Therapy in Sport* 2004;5:26-32.
59. Poindexter RH, Wright EF, Murchison DF. Comparison of moist and dry heat penetration through orofacial tissues. *Cranio* 2002 Jan;20(1):28-33.
60. Polar Products Inc. Frequently Asked Questions. . Polar Products Inc. Web site. ; 2002 [cited 2008 July 13]; Available from: <http://www.polarsoftice.com/faq.html>.
61. Michelotti A, Steenks MH, Farella M, Parisini F, Cimino R, Martina R. The additional value of a home physical therapy regimen versus patient education only for the treatment

of myofascial pain of the jaw muscles: short-term results of a randomized clinical trial. *J Orofac Pain* 2004 Spring;18(2):114-25.

62. Price PE. Education, psychology and 'compliance'. *Diabetes Metab Res Rev* 2008 May-Jun;24 Suppl 1:S101-5.

63. Ramirez Garcia P, Cote JK. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2003 Jul-Aug;14(4):37-45.

64. Kyngas H, Duffy ME, Kroll T. Conceptual analysis of compliance. *J Clin Nurs* 2000 Jan;9(1):5-12.

65. Playle JF, Keeley P. Non-compliance and professional power. *J Adv Nurs* 1998 Feb;27(2):304-11.

66. Fishbein M, Ajzen I. Attitudes and voting behaviour: An application of the theory of reasoned action In: Stephenson GM, Davis JM, editors. *Social psychology*. London Wiley; 1981. p. 95-125.

67. Ajzen I, Manstead ASR. Changing health-related behaviors: An approach based on the theory of planned behavior. . In: Hewstone M, Schut H, de Wit J, Van Den Bos K, Stroebe M, editors. *The scope of social psychology: Theory and applications* New York Psychology Press; 2007. p. 43-63.

68. Brannon L, Feist J. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*: Wadsworth Publishing Company 1999.

69. Horne R, Weinman J, Barber N, Elliot R, Morgan M. Report for National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D. London 2005.

70. Lee PWH. Understanding and improving patient compliance. *the Hongkong Practitioner* 1983;May.

71. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997 Sep-Oct;12(1):38-48.

72. Morse JM, Mitcham C, Hupcey JE, Tason MC. Criteria for concept evaluation. J Adv Nurs 1996 Aug;24(2):385-90.
73. สมัยพร อาชาล. ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
74. กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐ์สิน. ประสิทธิภาพการสอนสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยใช้วิดีโอเทป: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2530.
75. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning : an Educational and Environmental Approach: Harper; 1999.
76. Murray RB, Zentner JP. Health promotion strategies through the life span. 7th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall; 2001.
77. Ottawa Charter for Health Promotion. International conference on health promotion. Ontario Canada 1998.
78. Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. Health Promotion: Models and Values. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 1996.
79. สมเกียรติ สุทธิรัตน์. การะบวนการเรียนการสอนทางสุขภาพ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม 2543.
80. พรทิพย์ ทยานันท์. ประสิทธิภาพวิธีการสุขศึกษาแบบผสมผสานต่อการดูแลทารกแรกเกิดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กด้วยนมแม่และการอาบน้ำเด็ก: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2529.
81. ศุภมาส สุวรรณเมฆ. ประสิทธิภาพของสื่อสุขศึกษาสองชนิดที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินรายใหม่ที่มาใช้บริการที่สถาบันโรคผิวหนัง: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.
82. GraphPad Software. GraphPad Software. Scientific graphing, curve fitting (nonlinear regression) & statistics. GraphPad Software Web site; 2002 [cited 2009 April 9]; Available from: <http://www.graphpad.com/quickcalcs/randomize1.cfm>.
83. Eng J. Sample size estimation: how many individuals should be studied? Radiology 2003 May;227(2):309-13.

84. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. Daily Pain Diary [serial on the Internet]. 2002; 50(June supplement): Available from: http://www.americangeriatrics.org/education/daily_pain_diary.pdf.
85. Aiken LR. Psychological Testing and Assessment. 11th ed. Boston: Allyn and Bacon; 2003.
86. อรพินทร์ ชูชม. เอกสารคำสอนวิชา วป 502 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์. In: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, editor. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,. กรุงเทพฯ2545.
87. Eng J. Sample size estimation: a glimpse beyond simple formulas. Radiology 2004 Mar;230(3):606-12.
88. พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต). การแพทย์แนวพุทธ. 2 ed. กรุงเทพฯ: มูลนิธิพุทธธรรม; 2541.
89. Kyngas H. Compliance of adolescents with chronic disease. J Clin Nurs 2000 Jul;9(4):549-56.
90. Kyngas HA. Compliance of adolescents with asthma. Nurs Health Sci 1999 Sep;1(3):195-202.
91. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. Acta Psychiatr Scand Suppl 2000(407):83-6.
92. Kyngas H, Lahdenpera T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. J Adv Nurs 1999 Apr;29(4):832-9.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ-สกุล..... HN.....
 วันเดือนปีที่ตอบแบบสอบถาม.....ลำดับที่.....

ส่วนที่1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย หรือ ลงในช่องว่างที่ตรงความเป็นจริงของท่าน

หัวข้อ	รายละเอียดของข้อมูล	สำหรับผู้วิจัย
1. เพศ	1. <input type="checkbox"/> หญิง 2. <input type="checkbox"/> ชาย	
2. วันเดือนปีเกิด	□□-□□-□□□□ วันที่ เดือน ปีพ.ศ.	
3. ศาสนา	1. <input type="checkbox"/> พุทธ 2. <input type="checkbox"/> คริสต์ 3. <input type="checkbox"/> อิสลาม 4. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	
4. สถานภาพการสมรส	1. <input type="checkbox"/> โสด 2. <input type="checkbox"/> สมรส 3. <input type="checkbox"/> หย่าร้าง/แยกกันอยู่ 4. <input type="checkbox"/> คู่สมรสเสียชีวิต 5. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	
5. ระดับการศึกษา	1. <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือเทียบเท่า 2. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 3. <input type="checkbox"/> มัธยมปลายหรือเทียบเท่า 4. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 5. <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	
6. อาชีพ	1. <input type="checkbox"/> นักเรียน นักศึกษา 2. <input type="checkbox"/> เกษตรกร 3. <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว 4. <input type="checkbox"/> พนักงาน/ ลูกจ้าง 5. <input type="checkbox"/> รับราชการ 6. <input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ 7. <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	

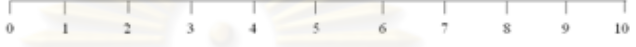


หัวข้อ	รายละเอียดของข้อมูล	สำหรับผู้วิจัย
7. รายได้ต่อเดือนของท่าน	1. <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท 2. <input type="checkbox"/> 5,001 ถึง 15,000 บาท 3. <input type="checkbox"/> 15,001 ถึง 30,000 บาท 4. <input type="checkbox"/> สูงกว่า 30,000 บาท	
8. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	1. <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท 2. <input type="checkbox"/> 5,001 ถึง 15,000 บาท 3. <input type="checkbox"/> 15,001 ถึง 30,000 บาท 4. <input type="checkbox"/> สูงกว่า 30,000 บาท	
9. การตรวจสุขภาพประจำปี	1. <input type="checkbox"/> เสมอทุกปี 2. <input type="checkbox"/> 2-3 ปีต่อครั้ง 3. <input type="checkbox"/> ตรวจร่างกายเฉพาะเมื่อรู้สึกเจ็บป่วยหรือไม่สบาย 4. <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจร่างกายมาก่อน	
10. การตรวจสุขภาพฟัน	1. <input type="checkbox"/> เสมอทุกปี 2. <input type="checkbox"/> 2-3 ปีต่อครั้ง 3. <input type="checkbox"/> ตรวจฟันเฉพาะเมื่อรู้สึกปวดหรือไม่สบาย 4. <input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจฟันมาก่อน	

ส่วนที่2 แบบประเมินอาการที่เอ็มดี

คำชี้แจง กรุณาบอกระดับอาการเจ็บปวดของท่านที่เกิดขึ้นบริเวณข้อต่อขากรรไกรและใบหน้าในหัวข้อต่างๆ ต่อไปนี้ ด้วยการทำเครื่องหมาย **O** หรือ **X** ที่ตัวเลขแสดงระดับความเจ็บปวดที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บปวดเลย




10 หมายถึง มีอาการเจ็บปวดมากจนทนไม่ได้

หัวข้อ	รายละเอียดของข้อมูล	สำหรับ ผู้วิจัย
1. อาการปวดใน ขณะนี้ของท่าน		
2. อาการปวดรุนแรง ที่สุดของท่าน ในช่วง เวลาที่ผ่านมา		
3. อาการปวดโดย เฉลี่ยของท่าน ในช่วง เวลาที่ผ่านมา		

คำชี้แจง กรุณาบอกระดับความรุนแรงของความไม่สบายและความลำบากขณะที่ท่านทำกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้ ด้วยการทำเครื่องหมาย **O** หรือ **X** ที่ตัวเลขแสดงระดับความไม่สบายและความลำบากที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดย

0 หมายถึง สามารถทำกิจกรรมได้เป็นปกติ ไม่มีความลำบากหรือความไม่สบายใดๆ เลย

10 หมายถึง มีความลำบากและไม่สบายจนต้องหยุดการทำกิจกรรมนั้นๆ

หัวข้อ	รายละเอียดของข้อมูล	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ขณะเคี้ยว อาหาร		
2. ขณะอ้า ปากกว้าง เช่น หาว		
3. ขณะพูดคุย		

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางคลินิก

วันที่ตรวจ -- HN..... เวชระเบียนภาควิชา.....

1. Brief History

CC:.....

.....

.....

Onset days months year

2. TMJ Sounds	Right	Left	3. TMJ Tenderness	Right	Left
Clicking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lateral aspect	0 1 2 3	0 1 2 3
Popping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posterior aspect	0 1 2 3	0 1 2 3
Crepitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4. Muscle Tenderness	Right	Left
Temporalis muscles		
Anterior	0 1 2 3	0 1 2 3
Middle	0 1 2 3	0 1 2 3
Posterior	0 1 2 3	0 1 2 3
Masseter muscles		
Origin	0 1 2 3	0 1 2 3
Body	0 1 2 3	0 1 2 3
Insertion	0 1 2 3	0 1 2 3
Posterior mandibular region	0 1 2 3	0 1 2 3
Submandibular region	0 1 2 3	0 1 2 3
Lateral Pterygoid area	0 1 2 3	0 1 2 3
Tendon of Temporalis	0 1 2 3	0 1 2 3

5. Range of Motion	mm.	6. Parafunctional Habit
Unassisted opening without pain	<input type="checkbox"/> Bruxing
Maximum unassisted opening	<input type="checkbox"/> Clenching
Maximum assisted opening	<input type="checkbox"/> Unilateral Chewing
Right lateral excursion <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Biting.....
Left lateral excursion <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Other.....
Protrusion <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	

ส่วนที่4 แบบสอบถามการดูแลตนเองขั้นต้นของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย หรือ ลงในช่องว่างเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านทำ เพื่อลดหรือบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น โดยท่านสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

- ทานอาหารอ่อน
- ฝึกอ้าหุบปากหลายๆ ครั้ง
- ทานยาแก้ปวด หรือ ยาคลายกล้ามเนื้อ
- ประคบอุ่น เช่น ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบ ใช้กระเป๋าน้ำร้อนประคบ เป็นต้น
- ประคบเย็น เช่น ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบ หรือ ใช้ผ้าห่มน้ำแข็งประคบ เป็นต้น
- นวด กด คลึง บริเวณที่ปวดหรือตึง
- อื่นๆ.....

และถ้าท่านเคยทำการประคบอุ่นมาก่อน การประคบอุ่นทำให้อาการของท่านเป็นเช่นไร

- อาการดีขึ้น จนกลับเป็นปกติทุกประการ
- อาการดีขึ้นบ้าง
- อาการคงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้น
- อาการทรุดลง
- อาการทรุดลงมาก

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประคบอุ่น

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย หรือ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยท่านสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งตัวเลือกในแต่ละข้อ

1. ลูกประคบแบบใดที่ท่านเลือกใช้

 - ผ้าชุบน้ำอุ่น
 - ผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มกระเป๋าน้ำร้อน
 - ผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มแผ่นเจลประคบอุ่น
 - ผ้าชุบน้ำ บิดหมาด นำเข้าไมโครเวฟ ใช้ความร้อนระดับสูงสุด นาน 1 นาที
 - อื่นๆ.....

เพราะเหตุใด

 - ใช้งานง่าย สะดวก
 - สามารถลดอาการเจ็บปวดหรือไม่สบายได้ดี
 - หาซื้อได้ง่าย
 - ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม
 - อื่นๆ.....
2. การประคบอุ่นทำให้อาการของท่านเป็นเช่นไร

 - อาการดีมาก จนกลับเป็นปกติทุกประการ
 - อาการดีขึ้นบ้าง
 - อาการคงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้น
 - อาการทรุดลง
 - อาการทรุดลงมาก
3. หากท่านพบว่าญาติหรือเพื่อนของท่าน มีอาการเหมือนกับท่าน ท่านจะแนะนำให้เขาทำการประคบอุ่นหรือไม่

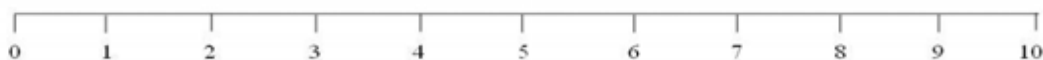
 - แนะนำให้ทำ
 - ไม่แนะนำให้ทำ

เพราะเหตุใด

 - ใช้งานง่าย สะดวก
 - สามารถลดอาการเจ็บปวดหรือไม่สบายได้ดี
 - ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม
 - ทันตแพทย์เคยแนะนำให้ทำ
 - อื่นๆ.....

4. ท่านรู้สึกว่ามีความลำบากหรือยุ่งยากอย่างไรในการทำตามคำแนะนำประคบอุ่นของทันตแพทย์บ้าง
- ไม่ลำบาก
 - เสียเวลามาก
 - ต้องเตรียมอุปกรณ์หลายอย่าง
 - ต้องซื้ออุปกรณ์ใหม่
 - ไม่สามารถทำได้ทุกสถานที่
 - อื่นๆ.....
5. หลังจากระยะเวลา 2 สัปดาห์ผ่านมา ท่านรู้สึกว่าอาการโดยรวมเป็นอย่างไรบ้าง
- อาการดีมาก จนกลับเป็นปกติทุกประการ
 - อาการดีขึ้นบ้าง
 - อาการคงเดิม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้น
 - อาการทรุดลง
 - อาการทรุดลงมาก
- เพราะเหตุใด
- ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำเลย
 - ปฏิบัติตามคำแนะนำบ้าง เฉพาะในข้อที่สามารถทำได้ง่าย
 - ลองปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งหมดแล้ว แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงหยุดทำ
 - ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างครบถ้วน
6. หากท่านมีอาการดีขึ้น ท่านคิดว่าอาการที่ดีขึ้นของท่าน เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำใดมากที่สุด
- ทานอาหารอ่อน
 - ฝึกอ้าหุบปากหลายๆ ครั้ง
 - ทานยาแก้ปวด หรือ ยาคลายกล้ามเนื้อ
 - ประคบอุ่น เช่น ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นประคบ ใช้กระเป๋าน้ำร้อนประคบ เป็นต้น
 - ประคบเย็น เช่น ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบ หรือ ใช้ผ้าห่มน้ำแข็งประคบ เป็นต้น
 - นวด กด คลึง บริเวณที่ปวดหรือตึง
 - ไม่ได้ทำอะไรเลย อาการก็ดีขึ้นได้เอง

แบบบันทึกอาการและการประคบอุ่นรายวัน



โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย หรือ สามารถเคี้ยวอาหาร พุด หรือหาว ได้เป็นปกติ
 10 หมายถึง ปวดมากจนทนไม่ได้ หรือ ต้องหยุดเคี้ยวอาหาร พุด หรือหาว ในทันที

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน ซึ่งจะอำนวยความสะดวกต่อทันตแพทย์ในการเข้าใจอาการและรูปแบบการประคบอุ่นของท่าน เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป และกรุณานำแบบบันทึกอาการฉบับนี้กลับมาให้ทันตแพทย์เมื่อถึงการนัดหมายครั้งต่อไป

วันที่	เวลาที่ท่านทำการประคบอุ่น				ความรู้สึกเจ็บปวด	ความรู้สึกลำบากขณะทำกิจกรรม
	เช้า	กลางวัน	เย็น	ก่อนนอน		
วันแรก						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

โดยในช่องเวลาที่ท่านทำการประคบอุ่น

- ทำเครื่องหมาย เมื่อท่านทำการประคบอุ่นครบ 20 นาทีในช่วงเวลานั้นๆ
 เมื่อท่านทำการประคบอุ่นในช่วงเวลานั้น แต่ไม่ครบ 20 นาที
 เมื่อท่านไม่ได้ทำการประคบอุ่น

โปรแกรมคอมพิวเตอร์นำเสนอสำเร็จรูปไมโครซอฟต์ พาวเวอร์พอยต์

อาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว และ วิธีบรรเทาอาการเบื้องต้น

ทพญ.ภัทริยาภรณ์ บุญญวงศ์



อาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สาเหตุของเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อตื้อยาว



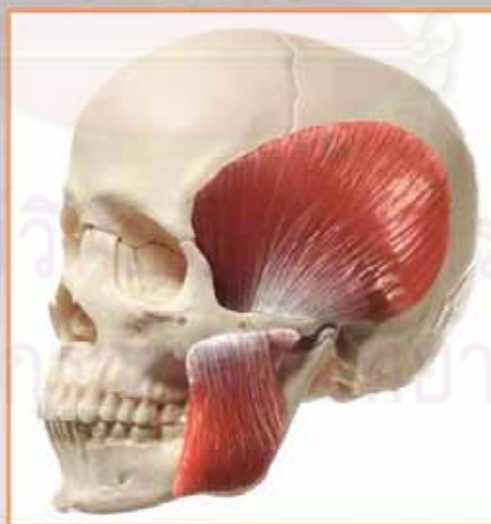
สาเหตุของเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อตื้อยาว



สาเหตุของเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว



โครงสร้างของข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว



โครงสร้างของข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว



การบรรเทาอาการเบื้องต้น
เมื่อมีอาการปวดกล้ามเนื้อบดเคี้ยว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดูแลตนเองเบื้องต้น

- ประคบอุ่น
- ทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงของแข็งเหนียว
- ทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทันตแพทย์
- นวดคลึงบริเวณที่ปวดหรือติดขัด
- ทานยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ

การดูแลตนเองเบื้องต้น

- ประคบอุ่น
- ทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงของแข็งเหนียว
- ทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทันตแพทย์
- นวดคลึงบริเวณที่ปวดหรือติดขัด
- ทานยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ



การดูแลตนเองเบื้องต้น

- ประคบอุ่น
- ทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงของแข็งเหนียว



การดูแลตนเองเบื้องต้น

- ประคบอุ่น
- ทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงของแข็งเหนียว



การดูแลตนเองเบื้องต้น

- ประคบอุ่น
- ทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงของแข็งเหนียว
- ทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทันตแพทย์



การดูแลตนเองเบื้องต้น

- ประคบอุ่น
- ทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงของแข็งเหนียว
- ทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทันตแพทย์
- นวดคลึงบริเวณที่ปวดหรือตื้อ



การดูแลตนเองเบื้องต้น

- ประคบอุ่น
- ทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงของแข็งเหนียว
- ฝึกอาหุบปาก ทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทันตแพทย์
- นวดคลึงบริเวณที่ปวดหรือตื้อขัด
- ทานยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ



การดูแลตนเองเบื้องต้น

- ประคบอุ่น
- ทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงของแข็งเหนียว
- ทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทันตแพทย์
- นวดคลึงบริเวณที่ปวดหรือตื้อขัด
- ทานยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ



- เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ



- ลดการเกร็ง การตึงตัว ของกล้ามเนื้อ



ประโยชน์ของการประคบอุ่น

- เพิ่มการไหลเวียนของเลือด



- ลดการติดขัดของข้อ



ประโยชน์ของการประคบอุ่น

- ระวังปวด



- เพิ่มกระบวนการสังเคราะห์เส้นใยกล้ามเนื้อ



ประโยชน์ของการประคบอุ่น

- ใช้ที่ ประคบ ประคบ กล้ามเนื้อ บริเวณที่ ท่านมี อาการปวด



วิธีการประคบอุ่น

- อุณหภูมิเหมาะสมที่ใช้สำหรับประคบอุ่นคือ

40-45 องศาเซลเซียส



วิธีการประคบอุ่น

- ควรประคบอุ่นแต่ละครั้ง

20 ถึง 30 นาที



- ที่ประคบแบบเปียก จะให้อุณหภูมิที่สูงกว่าและลงลึกไปถึงกล้ามเนื้อได้ดีกว่า ที่ประคบแบบแห้ง



วิธีการประคบอุ่น

ผ้าชุบน้ำอุ่น



ผ้าชุบน้ำอุ่น
หุ้มกระเป๋าน้ำร้อน



วิธีการประคบอุ่น

ผ้าชุบน้ำอุ่น
หุ้มแผ่นเจลประคบอุ่น



ผ้าแช่น้ำ
นำเข้าไมโครเวฟ



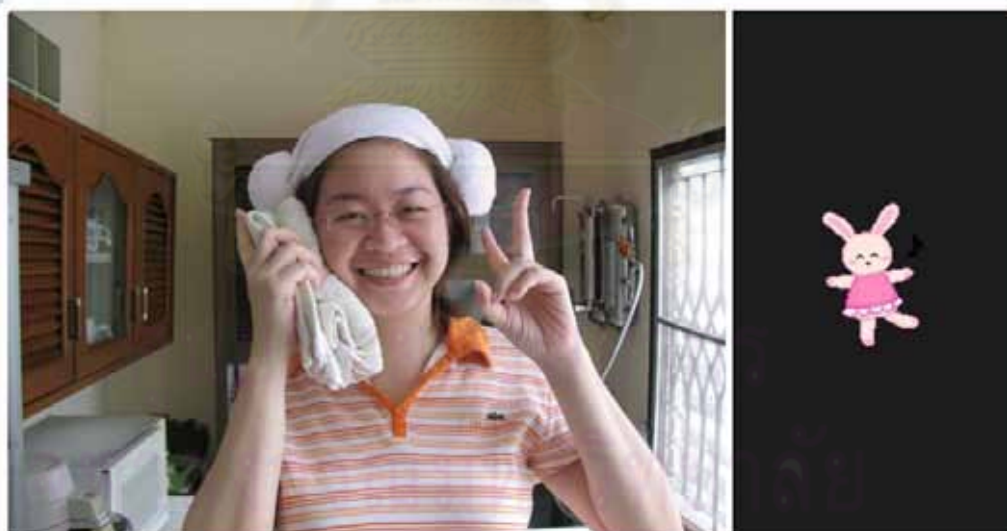
วิธีการประคบอุ่น

- ควรทำการประคบอุ่น
อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง



- สามารถทำซ้ำได้มากกว่า
นั้นหากต้องการ
- โดยเว้นระยะเวลาการประคบ
แต่ละครั้งนาน 10 นาที
- หรือจนกว่าระดับอุณหภูมิ
ที่ผิวหนังจะกลับสู่ระดับ
ปกติ

วิธีการประคบอุ่น



♥♥♥ เรามาประคบอุ่นกันเถอะ ♥♥♥



เอกสารแผ่นพับคู่มือการประคบอุ่น

ตำแหน่งสำหรับประคบอุ่น
ในผู้ป่วยที่มีโรคโรมาเทอริส อาร์ตริคัล




วิธีการการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโพโรมาเทอริส อาร์ตริคัล
คือข้อต่อที่ขยับเคลื่อนไหวได้มากที่สุดและรับภาระน้ำหนักอาหารก่อนหรือหลังการเคี้ยวอาหารแข็งเหนียว และพยายามเคี้ยวอาหารให้ได้ทั้งด้านซ้ายและขวาอย่างสม่ำเสมอแล้ว สิ่งที่คุณควรมองดูอีกประการหนึ่ง เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น คือ การประคบอุ่น

โดยผลของการประคบอุ่นจะปรากฏเมื่อได้ทำติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง และอาการของโรคจะดีขึ้นอย่างช้าๆ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรประคบอุ่นอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำนี้จะเห็นผลในระยะแรก

ประโยชน์ของการประคบอุ่น

1. ทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อเพิ่มความสามารถในการยืดขยาย จึงเป็นการเพิ่มระยะการยืดปากให้มากขึ้น
2. ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อ
3. ระบายปวด
4. เพิ่มการไหลเวียนของเลือด จึงมีผลช่วยลดการอักเสบระหว่างการหาย
5. เพิ่มกระบวนการสังเคราะห์เส้นใยกล้ามเนื้อ
6. ลดการยึดติดของข้อ

ข้อควรระวังสำหรับการประคบอุ่น

ปัญหาสำคัญสำหรับการประคบอุ่นคือการถูกลวก ซึ่งควรระวังตรวจสอบอุณหภูมิของน้ำที่ประคบก่อนจะนำไปประคบ และถ้าใช้กระดาษเปียกหรือร้อนเป็นที่ประคบ ควรตรวจสอบค่าบิกของกระดาษที่ร้อนอย่างรอบคอบ ก่อนการใช้งานทุกครั้ง

วิธีการประคบอุ่น

หลักทั่วไปสำหรับการประคบอุ่นมีดังนี้

1. ใช้ที่ประคบ ประคบกล้ามเนื้อ บริเวณที่ท่านมีอาการปวด
2. อุณหภูมิที่ใช้สำหรับประคบอุ่นคือ 40 ถึง 45 องศาเซลเซียส หากใช้อุณหภูมิที่สูงกว่านั้นจะทำให้เกิดอันตรายได้

3. ควรประคบอุ่นแต่ละครั้งนาน 20 ถึง 30 นาที เมื่อรู้สึกว่าการประคบอุ่นช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดจนครบตามเวลาที่กำหนด เพื่อรักษาระดับอุณหภูมิไว้คงที่และสร้างประโยชน์ของการประคบอุ่นเอาไว้
4. ที่ประคบแบบเปียกจะให้อุณหภูมิที่สูงกว่าและลวกได้ไปถึงกล้ามเนื้อได้ดีกว่าที่ประคบแบบแห้ง โดยท่านสามารถเลือกใช้ที่ประคบ ได้ตามความชอบและความเหมาะสม ดังนี้
 - ผ้าชุบน้ำอุ่น
 - ผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มกระดาษเปียกร้อน
 - ผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มแผ่นเจลประคบอุ่น
 - ผ้าชุบน้ำอุ่นหุ้มไมโครเวฟ ใช้ความร้อนระดับสูงสุด นาน 1 นาที
5. ควรทำการประคบอุ่นอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และสามารถทำซ้ำได้มากกว่านั้นหากต้องการ โดยเว้นระยะเวลาประคบแต่ละครั้งนาน 10 นาทีหรือจนกว่าระดับอุณหภูมิที่ผิวหนังจะกลับสู่ระดับปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ร้อยตรีหญิงภัทริยาภรณ์ บุญญวงส์ เกิดวันที่ 30 มกราคม 2522 ที่จังหวัดสงขลา ประวัติการศึกษา สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปีการศึกษา 2546 เข้ารับราชการทหารในตำแหน่งทันตแพทย์ ประจำโรงพยาบาลค่ายเทพสตรีศรีสุนทร ต.กะปาง อ.ทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช ปัจจุบันเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยในตำแหน่งอาจารย์ภาควิชาชีววิทยาช่องปากและวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเข้ารับการศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาทันตกรรมบดเคี้ยว ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2550



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย