



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษา  
ทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น

**Factors Associated with Referral of Orthodontic Patients and Basic  
Orthodontic Treatments of Non-Orthodontic Dentists**

อัญชลิกา สงวนดีกุล

Anchalika Sa-nguandeeikul

เลขที่: RK527 062 2552 A. 2  
Bib. Key: 322385  
25 ส.ย. 2552

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Science in Oral Health Sciences**

**Prince of Songkla University**

**2552**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์      ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษา  
ทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น  
ผู้เขียน              นางสาวอัญชลิกา สงวนดีกุล  
สาขาวิชา              วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก

---

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
.....  
(รองศาสตราจารย์สุปราณี สุนทรโลหะนะกุล)

.....  
.....  
(ศาสตราจารย์สมรตรี วิถีพร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....  
.....  
(รองศาสตราจารย์สุปราณี สุนทรโลหะนะกุล)

.....  
.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคณา เขียวมนตรี)

.....  
.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคณา เขียวมนตรี)

.....  
.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงชัย จูดี โสมกุล)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์  
สุขภาพช่องปาก

.....  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น
ผู้เขียน	นางสาวอัญชลิกา สวงวนศิริกุล
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก
ปีการศึกษา	2551

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน การให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบวิธีการวิจัย ดำรงกลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันจำนวน 600 คน ซึ่งถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่ายจากทันตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทยจำนวน 8,478 คน ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติไควสแควร์

ผลการศึกษา ทันตแพทย์สาขาอื่นจาก 76 จังหวัดในประเทศไทยส่งแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 304 คน (อัตราตอบกลับร้อยละ 51) ผู้ตอบแบบสอบถามประมาณ 3 ใน 4 (78%) เห็นว่าทันตแพทย์สาขาอื่นควรให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น โดยให้เหตุผลว่า 1) เพื่อช่วยลดปัญหาความรุนแรงของการสบฟัน (ร้อยละ 94.6) 2) ช่วยลดปริมาณการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน (ร้อยละ 45.2) และ 3) ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน (ร้อยละ 41.4) อย่างไรก็ตามทันตแพทย์สาขาอื่นที่เหลือ (ร้อยละ 22) เห็นว่าทันตแพทย์สาขาอื่นไม่ควรให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเพราะมีความรู้ความสามารถไม่เพียงพอ (ร้อยละ 77.4) และไม่มีแนวทางในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อการรักษาหรือส่งต่อ (ร้อยละ 46.8) นอกจากนี้ร้อยละ 76.2 เห็นว่าทันตแพทย์สาขาอื่นควรให้การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเป็นการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วย (ร้อยละ 83.5) ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่เห็นด้วยที่ทันตแพทย์สาขาอื่นควรให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

เบื้องต้นและแก้ไขปัญหาลูกเงินระหว่างการจัดฟัน แต่มีเพียงร้อยละ 35.9 และ 38.9 ตามลำดับ ที่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.7) เคยส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน โดยให้เหตุผลที่ส่งต่อมากที่สุดคือ ผู้ป่วยมีการสบฟันผิดปกติ (ร้อยละ 85.2) และทันตแพทย์ผู้ส่งต่อไม่สามารถรักษาเองได้ (ร้อยละ 65.7) มีเพียงร้อยละ 25.3 ที่ไม่เคยส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่มีความต้องการที่จะรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน (ร้อยละ 54.8) ส่วนปัจจัยที่พบว่า มีผลส่งเสริมการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) คือ อายุที่มาก ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ สถานที่ทำงานในเขตเมือง ประสบการณ์การทำงานที่มาก และสถาบันที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีที่เปิดมานาน ยิ่งกว่านั้นการศึกษานี้พบว่า ความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

สรุปผลการศึกษา ทันตแพทย์สาขาอื่นส่วนใหญ่เคยส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และมีทัศนคติในแง่บวก และตระหนักถึงประโยชน์ของการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาลูกเงินระหว่างการจัดฟัน แต่มีจำนวนทันตแพทย์เพียงหนึ่งในสามของทันตแพทย์ทั้งหมดที่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว โดยคิดว่าการมีความรู้พื้นฐานทางทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีอย่างเพียงพอเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ทันตแพทย์สาขาอื่นให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นได้ ดังนั้นเพื่อพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นและการแก้ไขปัญหาลูกเงินระหว่างการจัดฟันที่เหมาะสม และมีมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งเพื่อเพิ่มความมั่นใจและทักษะให้ทันตแพทย์สาขาอื่นในการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นและการแก้ไขปัญหาลูกเงินระหว่างการจัดฟัน จึงควรจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และควรเพิ่มเติมเนื้อหาการเรียนการสอนในหลักสูตรปริญญาตรี รวมทั้งจัดให้มีการฝึกอบรมในเรื่องเหล่านี้ต่อไป

**Thesis Title** Factors associated with referral of orthodontic patients and basic orthodontic treatments of non-orthodontic dentists

**Author** Miss Anchalika Sa-nguandeekul

**Major Program** Oral Health Sciences

**Academic Year** 2008

### ABSTRACT

**Objectives:** To seek opinions and practices of non-orthodontic dentists on referral of orthodontic patients, basic orthodontic treatments and emergency care during orthodontic treatments, as well as to evaluate the factors associated with these practices.

**Methods:** The self-administered questionnaires were sent to 600 non-orthodontic dentists who were selected by random sampling from all 8,478 non-orthodontic dentists in Thailand. The questionnaire consisted of questions related to the opinions and experiences of orthodontic referral, basic orthodontic treatments and emergency care during orthodontic treatments. Descriptive statistics were calculated and the Chi-square test was used to evaluate the significance of the relationship.

**Results:** Three-hundred and four non-orthodontic dentists from 76 provinces in Thailand returned the questionnaires (51% response rate). About three quarters (78%) of the respondents agreed that basic orthodontic treatment should be provided by non-orthodontic dentists. The three main reasons given for their responses included 1) decreasing the severity of developing malocclusion (94.6%), 2) reducing the numbers of patients who do not really need to see orthodontists (45.2%), and 3) decreasing the cost of orthodontic treatment in the future (41.4%). However, 22% of the samples did not agree because they thought that non-orthodontists may not have enough knowledge (77.4%) and lack guidelines for referral and basic orthodontic treatment (46.8%). In addition, 76.2% of the respondents agreed that emergency care during orthodontic treatment should be performed by non-orthodontic dentists. The main reason given was to reduce the

patient's anxiety and pain (83.5%). Although most respondents thought that non-orthodontists should provide basic orthodontic treatments and emergency care during orthodontic treatments, only 35.9% and 38.9% had performed basic and emergency orthodontic treatments respectively. 74.7% of the samples had referred patients to see orthodontists. The most frequent reasons for referral were patients had malocclusion (85.2%) and non-orthodontic dentists do not have enough ability to treat the patients (65.7%). Nevertheless, 25.3% of the samples had never referred the patients to see orthodontists because the patients didn't want to have orthodontic treatment (54.8%). The results showed that the factors that increased referral of orthodontic patients were the dentist's increasing age, being a specialist, practicing in an urban area and having high experience of practice, and having graduated from early established institutes ( $p < 0.01$ ). Furthermore, the perceived sufficiency of orthodontic knowledge at the undergraduate study level was only a factor that influenced the basic orthodontic treatment of non-orthodontic dentists ( $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** Almost all non-orthodontic dentists referred orthodontic patients and had a positive attitude towards the benefits of basic orthodontic treatments and emergency care during orthodontic treatments. However, only one third of them had experience in providing these types of treatment. They thought that sufficient orthodontic knowledge at the undergraduate study level could promote the basic orthodontic treatment of non-orthodontists. Therefore, to increase skills and confidence of non-orthodontists for these treatments, standard guidelines for referral of orthodontic patients and case selection for basic and emergency orthodontic treatment should be developed, and knowledge on these issues should be added to the undergraduate curriculum. In addition, continuing education courses on basic and emergency orthodontic treatment should be provided to non-orthodontists continuously.

## กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณหน่วยงานและบุคคลทุกท่านดังต่อไปนี้ ที่ได้ให้ความกรุณาช่วยเหลือ อนุเคราะห์ สนับสนุนและเป็นกำลังใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

แผนกทันตกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี มศว.องครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งเป็นต้นสังกัดที่สนับสนุนการลาศึกษาต่อของข้าพเจ้า

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่ และภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่ ผู้ให้ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

รศ.ทพญ. สุภาณี สุนทรโถหะนะกุล และ ศศ.ดร. อังคณา เขียวมนศรี ผู้ซึ่งให้ความกรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ช่วยให้คำปรึกษา ระยะเวลาให้คำแนะนำถึงประเด็นต่างๆ ในการวิจัย และชี้แนวทางในการแก้ปัญหา การค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติม อันเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ และสรุปผลการศึกษา รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์จนสำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงเป็นอย่างดี พร้อมทั้งคอยเป็นกำลังใจให้ข้าพเจ้าเสมอมา

ทันตแพทย์ทั่วทั้งประเทศไทยที่เป็นทันตแพทย์กลุ่มตัวอย่างทุกคน ผู้ซึ่งระยะเวลาในการเอื้อเพื่อข้อมูลอันเป็นประโยชน์สำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

คณาจารย์สาขาทันตกรรมจัดฟัน ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งติดตามผลการดำเนินงานวิจัยมาโดยตลอด จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

นักศึกษาหลังปริญญาสาขาทันตกรรมจัดฟัน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกคนที่ให้ความเอื้อเพื่อช่วยเหลือและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้

คุณนงเยาว์ อุไรรัตน์ และเจ้าหน้าที่ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือในการติดต่อและดำเนินการสอบวิทยานิพนธ์ผู้ช่วยเหลือทุกท่านที่มีอาจกล่าวนามได้ทั้งหมด ณ ที่นี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณมารดา บิดา พี่สาวของข้าพเจ้า และคุณวิสุทธิ์ ผู้ซึ่งสนับสนุนการศึกษา และเป็นกำลังใจให้ข้าพเจ้าเสมอมา และหากผลงานวิจัยนี้มีข้อผิดพลาดหรือบกพร่องประการใด ข้าพเจ้าขออภัยไว้ ณ ที่นี้

อัญชฎิกา สวงวนดีกุล

## สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(9)
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
การทบทวนวรรณกรรม.....	3
วัตถุประสงค์.....	7
2. วิธีการวิจัย.....	9
3. ผลการวิจัย.....	15
4. บทวิจารณ์.....	41
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	49
เอกสารอ้างอิง.....	53
ภาคผนวก.....	58
ภาคผนวกที่ 1.....	59
ภาคผนวกที่ 2.....	76
ภาคผนวกที่ 3.....	79
ภาคผนวกที่ 4.....	82
ภาคผนวกที่ 5.....	106
ประวัติผู้เขียน.....	108



## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลทั่วไปของทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม	16
2 ประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน	18
3 เหตุผลของการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	18
4 เหตุผลที่ไม่เคยส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น	19
5 ความถี่ ลักษณะและรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟัน	20
6 ความคิดเห็นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่มีต่อองค์ประกอบในเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน	21
7 ความคิดเห็นต่อการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน โดยทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาจัดฟัน	22
8 เหตุผลที่ควรและไม่ควรให้การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน	22
9 ประสิทธิภาพการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	23
10 เหตุผลที่ไม่ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ตอบแบบสอบถาม	23
11 เหตุผลที่ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ตอบแบบสอบถาม	24
12 ความถี่ในการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	24
13 ความคิดเห็นต่อการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น โดยทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาจัดฟัน	25
14 เหตุผลที่ควรและไม่ควรให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของกลุ่มเป้าหมาย	25
15 ความถี่ (%) ของความคิดเห็นและประสิทธิภาพที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (Preventive orthodontics)	26

## รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
16	ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (Preventive orthodontics)	27
17	ความถี่ (%) ของความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics)	28
18	ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics)	30
19	ความถี่ (%) ของความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (Limited corrective orthodontics)	31
20	ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (Limited corrective orthodontics)	32
21	ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	34
22	ความสัมพันธ์ของระดับความคิดเห็นต่อการให้การรักษาในงานทันตกรรมจัดฟันป้องกันและความเพียงพอของความรู้ด้านจัดฟันระดับปริญญาตรี	35
23	ความสัมพันธ์ของระดับความคิดเห็นต่อการให้การรักษาในงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้นและความเพียงพอของความรู้ด้านจัดฟันระดับปริญญาตรี	36
24	ความสัมพันธ์ของระดับความคิดเห็นต่อการให้การรักษาในงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่ายและความเพียงพอของความรู้ด้านจัดฟันระดับปริญญาตรี	37

## รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
25	ความคิดเห็นต่อแนวทางการส่งต่อและการรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น ของทันตแพทย์สาขาอื่น	38
26	ความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันที่ทันตแพทย์สาขาอื่นเสนอให้เพิ่มในระดับ ปริญญาตรีและเสนอให้จัดอบรม	40

## บทที่ 1

### บทนำ

#### บทนำต้นเรื่อง

ในปัจจุบันการให้บริการทางทันตกรรมจัดฟันมีความแพร่หลายและมีความต้องการสูง อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขการสบฟันแต่ไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม ทำให้อาจต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาได้แก่ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ ค่าใช้จ่าย ความยุ่งยากในการรักษามากขึ้นตลอดจนอาจเพิ่มความเสี่ยงของความคิดปกติกมากยิ่งขึ้น<sup>1-6</sup> ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และเกิดปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในเวลาที่เหมาะสมดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่ทราบว่าคุณเองมีความคิดปกติกของการสบฟันซึ่งต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน การไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง การไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางทันตกรรมจัดฟัน เช่น อยู่ห่างไกลจากสถานบริการทางทันตกรรมที่มีทันตแพทย์จัดฟันและปัญหาสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว<sup>7</sup> เป็นต้น

ทันตแพทย์ทั่วไปเป็นบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยทั้งการให้การป้องกันและการรักษาโรคในช่องปาก และมักจะเป็นผู้พบความคิดปกติกของการสบฟันของผู้ป่วยได้ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น จึงทำให้ทันตแพทย์ทั่วไปเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญต่อการช่วยลดปัญหาผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ทันตแพทย์ผู้มีความชำนาญในสาขาวิชาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันก็สามารถเป็นผู้พบความคิดปกติกของการสบฟันก่อน ทำให้สามารถช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้เช่นกัน

บทบาทของทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์ผู้มีความชำนาญในสาขาวิชาอื่นที่ไม่ใช่ทันตแพทย์จัดฟันเมื่อพบความคิดปกติกของการสบฟันก่อน คือ ควรพิจารณาความจำเป็นของการแก้ไขการสบฟันดังกล่าวแล้วให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเฉพาะผู้ป่วยรายที่เหมาะสมและให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์จัดฟันในเวลาที่เหมาะสม<sup>8</sup> ถ้าผู้ป่วยได้รับการตรวจพบปัญหาการสบฟันในช่องปากตั้งแต่ต้นจะทำให้ได้รับการแก้ปัญหาของการสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างทัน่วงทีและช่วยให้การรักษาไม่ยุ่งยาก<sup>10, 11</sup> ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ป่วย เนื่องจากทันตแพทย์จัดฟันจะมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาการสบฟันและเพิ่มโอกาสในการรักษาได้อย่างเหมาะสมตามหลักวิชาชีพมากยิ่งขึ้น

ซึ่งการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เหมาะสมครอบคลุมถึงการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (preventive orthodontics) และทันตกรรมจัดฟันในระยะเริ่มต้น (interceptive orthodontics) รวมทั้งทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (limited corrective orthodontics)

ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นรวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่ทันตแพทย์จัดฟัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของระบบการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การจัดฝึกอบรมทางทันตกรรมจัดฟัน

การศึกษานี้มุ่งศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟัน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการให้บริการทางทันตกรรมจัดฟันให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการพัฒนาระบบประกันคุณภาพของโรงพยาบาลในปัจจุบัน รวมทั้งยังมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในช่วงระยะเวลาที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและการพบทันตแพทย์จัดฟันโดยไม่จำเป็น ตลอดจนลดขั้นตอนการรักษาที่ยุงยากที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้จะเป็นการเอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนทันตแพทย์ศาสตร์ต่อไป

## การทบทวนวรรณกรรม

### บทบาทและแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น

ปัจจุบันลักษณะ โครงสร้างการทำงานด้านทันตกรรมในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันซึ่งส่งผลให้บทบาท และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น ในแต่ละประเทศจึงมีความแตกต่างกันด้วย เช่นในประเทศอังกฤษ British Orthodontic Standards Working Party<sup>12</sup> ได้จำแนกบทบาทของทันตแพทย์เพื่อช่วยในการกำหนดขอบเขตของการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการส่งต่อ โดยแบ่งกลุ่มทันตแพทย์ออกเป็น 4 กลุ่ม คือกลุ่มทันตแพทย์ทั่วไป (general dental practitioner) กลุ่มทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟัน (specialist practitioner) กลุ่มทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟันที่ทำงานในชุมชน (community orthodontist) และกลุ่มทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟันที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ (consultant orthodontist) โดยแต่ละกลุ่มมีบทบาทดังนี้

1. กลุ่มทันตแพทย์ทั่วไป (general dental practitioner หรือ GDP) มีหน้าที่ในการตรวจและวิเคราะห์ความคิดปกติของการสบฟันและพิจารณาว่าจะทำการรักษาความคิดปกตินั้นเองหรือส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์จัดฟัน ดังนั้นบทบาทของทันตแพทย์ทั่วไปจึงเปรียบเสมือนกับยามหรือคนเฝ้าประตูที่จะนำไปสู่การดูแลของทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟัน

2. กลุ่มทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟัน (specialist practitioner) จะเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนในระบบการศึกษาหลังปริญญา (formal postgraduate training) ทางทันตกรรมจัดฟันและได้รับประกาศนียบัตรทางทันตกรรมจัดฟัน (postgraduate diploma and practice orthodontics) ซึ่งสามารถให้การรักษาผู้ป่วยที่มีการสบฟันที่ผิดปกติโดยวิธีการทางทันตกรรมจัดฟันประกอบด้วย การจัดฟันร่วมกับการถอนฟันโดยใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดติดแน่น (fixed appliance) การใช้เครื่องมือกระตุ้นการเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกร (functional appliances) การจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดเล็กในช่องปาก (minor oral surgical procedures) และการควบคุมการเคลื่อนรากฟัน (apical root control)

3. กลุ่มทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟันที่ทำงานในชุมชน (community orthodontist) เป็นทันตแพทย์จัดฟันที่อยู่ในระบบบริการทางสุขภาพในชุมชน (community service) มีบทบาทในการให้การรักษาผู้ป่วยเด็กที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางทันตสุขภาพได้เนื่องจากปัญหาทางด้านสังคมและลักษณะภูมิประเทศ ซึ่งจะทำงานร่วมกันเป็นทีมกับทันตแพทย์-

สาขาอื่น โดยให้คำแนะนำแก่ทันตแพทย์อื่นๆ ในชุมชน (community dental surgeons) ในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันแก่ผู้ป่วยเหล่านี้

4. กลุ่มทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟันที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ (consultant orthodontist) เป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางทันตกรรมจัดฟันขั้นสูงจนได้รับใบรับรองคุณภาพทางทันตกรรมจัดฟัน (orthodontic qualification) ซึ่งมีบทบาท 3 ด้าน ได้แก่ การให้คำแนะนำในด้านทันตกรรมจัดฟันแก่ทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟัน การรักษาการสบฟันที่ผิดปกติที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ต้องมีการวางแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันร่วมกันระหว่างสหสาขา (interdisciplinary planning) เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของศีรษะและใบหน้า (craniofacial anomalies) ที่ต้องการรักษาโดยใช้วิธีการผ่าตัดร่วมกับการจัดฟัน (orthognathic surgery) และการให้การอบรมและให้ความรู้แก่ทันตแพทย์ทั่วไป โดยมีจะเป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย

สำหรับในประเทศไทยนั้น โครงสร้างการทำงานด้านทันตกรรมไม่ได้แบ่งชัดเจน แต่แบ่งโดยลักษณะการทำงานตามความเชี่ยวชาญ และความรู้ความสามารถออกเป็นทันตแพทย์ทั่วไป ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมจัดฟัน และทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟัน

การศึกษาถึงบทบาทของทันตแพทย์ทั่วไปต่องานทันตกรรมจัดฟันนั้นพบว่าทันตแพทย์ทั่วไปเข้ามามีบทบาทอย่างมากในการส่งต่อผู้ป่วยและให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น โดย Pietila และ Vaataja<sup>13</sup> ในประเทศฟินแลนด์ พบว่าทันตแพทย์ทั่วไปมีบทบาทอย่างมากในงานทันตกรรมจัดฟัน โดยมีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วยที่สมควรได้รับการจัดฟัน เพราะเป็นผู้พบปัญหาการสบฟันผิดปกติได้บ่อยกว่าทันตแพทย์สาขาอื่นๆ และพบเด็กหลายช่วงอายุในระหว่างการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีทำให้สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงอายุของผู้ป่วย และดูแนวโน้มความร่วมมือของผู้ป่วยได้ดีเนื่องจากผู้ป่วยและผู้ปกครองมาพบทันตแพทย์ทั่วไปอย่างสม่ำเสมอทำให้ดูแลรักษาผู้ป่วยได้ตั้งแต่เบื้องต้นที่พบความผิดปกติของการสบฟัน Buttke และ Proffit<sup>10</sup> ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำว่า ทันตแพทย์ทั่วไปเป็นทันตแพทย์คนแรกที่สามารถให้คำแนะนำและส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และนอกจากนี้ยังเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลและคำแนะนำที่จำเป็นต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยได้ รวมทั้งยังสามารถแสดงให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการจัดฟัน และเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำในเรื่องการจัดฟันที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ ซึ่งจะนำไปสู่ผลการรักษาทางทันตกรรมด้านอื่นๆ เช่น การอุดฟัน การรักษาโรคเหงือก การใส่ฟัน ได้ผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้นด้วย<sup>14</sup>

เนื่องจากการทำงานที่ต่างกันในแต่ละประเทศทำให้การส่งต่อผู้ป่วยและแนวทางที่กำหนดขึ้นเพื่อการปฏิบัติงานที่เหมาะสมทางทันตกรรมจัดฟันจึงมีความแตกต่างกัน มีการศึกษา

หลายการศึกษาที่ศึกษาความเหมาะสมของแนวทางต่างๆที่กำหนดขึ้น เช่น การศึกษาในประเทศอังกฤษ ปีค.ศ.1996<sup>2,15</sup> ที่ศึกษาว่าการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์มีความเหมาะสมหรือไม่ โดยพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการส่งต่อมารับการจัดฟันโดยไม่จำเป็น และไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างอัตราการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและจำนวนผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่ได้รับการส่งต่อ โดยไม่เหมาะสม โดยการศึกษาี้สรุปว่าแนวทาง การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่เหมาะสมมีความจำเป็นและควรมุ่งให้ทันตแพทย์ทั่วไปทุกคนปฏิบัติตาม และต่อมามีผลวิจัยเดียวกันนี้ ยังได้ทำการศึกษาอีกครั้งในปีค.ศ. 2000<sup>16</sup> เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันซึ่งพบว่าแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นและใช้กันอยู่ยังไม่เหมาะสมเนื่องจากแนวทางส่งต่อไม่ได้ลดจำนวนการส่งต่อที่ไม่เหมาะสมลง และแนวทางส่งต่อดังกล่าวไม่ได้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งต่อผู้ป่วยของทันตแพทย์ทั่วไป จึงแนะนำให้ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับนำมาสร้างเป็นแนวทางสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการจัดฟันของทันตแพทย์ทั่วไป

สำหรับประเทศไทยนั้น ทันตแพทยสภาได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์สาขาอื่นในการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และได้กำหนดร่างแนวปฏิบัติการรักษาทันตกรรมจัดฟัน (Clinical practice guideline (CPG))<sup>17</sup> สำหรับทันตแพทย์ทั่วไปเพื่อแก้ปัญหาการสบฟันผิดปกติเพียงบางเรื่อง (ภาคผนวกที่ 4) ได้แก่

1. เรื่องฟันเขี้ยวบนคุดที่คล้ำไม่พบ และหน่อฟันเขี้ยวอยู่ทางด้านเพดาน (non palpable canine tooth bud, palatally displaced canine)
2. เรื่องสเปสรีเทนเนอร์ชนิดถอดได้ (removable space regainer)
3. เรื่องนิสัยการดูดที่ผิดปกติ (abnormal sucking habit)
4. เรื่องการสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้า การสบเอียงของขากรรไกร (anterior crossbite, jaw shift)
5. เรื่องการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่ (minor tooth movement in adults)
  - 5.1) เรื่องการคั่งฟันขึ้น (forced eruption)
  - 5.2) เรื่องการสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้า (anterior crossbite)
  - 5.3) เรื่องการเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติเล็กน้อย (minor mal-alignment of teeth)
6. เรื่องการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ (obturator in cleft palate patient)

แนวปฏิบัติการรักษาทันตกรรมจัดฟันดังกล่าวนี้ แสดงถึงข้อบ่งชี้ของลักษณะความผิดปกติของการสบฟันที่ทันตแพทย์ทั่วไปควรตัดสินใจในการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษาที่ทันตแพทย์จัดฟัน ซึ่งไม่ได้มีการบรรยายละเอียดของการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน โดยแนวปฏิบัติการรักษาทันตกรรมจัดฟันนี้อยู่ในระหว่างการจัดทำเป็นฉบับที่สมบูรณ์



และแนวทางปฏิบัตินี้ยังไม่มี การเผยแพร่ในหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง และยังไม่ได้มีการกำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์ทั่วไป ให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันนี้

สัดส่วนของทันตแพทย์ที่ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดย O'Brien และคณะ<sup>2</sup> ในประเทศอังกฤษ ปีค.ศ.1996 พบว่า 74%ของทันตแพทย์ทั่วไปส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ในขณะที่ผลการสำรวจของ Wolsky และ McNamara<sup>18</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1996 พบว่าสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปที่ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาทางทันตกรรมจัดฟันมากกว่าการศึกษาในประเทศอังกฤษเล็กน้อย (85%) ส่วนการศึกษาโดย Birkeland และคณะ<sup>19</sup> ในประเทศนอร์เวย์ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อให้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันสูงถึง 56% ของผู้ป่วยทั้งหมด แต่ในจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปทั้งหมดนั้นได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันโดยเสร็จสมบูรณ์เพียง 44%

#### ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่นๆและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันมีสองปัจจัยหลักด้วยกัน ได้แก่ปัจจัยจากส่วนของทันตแพทย์ และปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง

ปัจจัยจากทันตแพทย์ ได้แก่ อายุของทันตแพทย์ ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ทำงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรู้ด้านทันตกรรมจัดฟัน ผลการศึกษาของ Manasse และ Dooley<sup>20</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปีค.ศ.1980 พบว่าทันตแพทย์ที่จบการศึกษาเป็นระยะเวลาไม่นานจะมีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการจัดฟันมากกว่าทันตแพทย์ที่จบการศึกษามาเป็นระยะเวลาไม่นานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้ทางทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีทำให้ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้มากขึ้น ทำให้จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันลดจำนวนลง ปัจจัยด้านสถานที่ทำงานของทันตแพทย์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการส่งต่อโดยในประเทศสหรัฐอเมริกา Keim และคณะ ในปีค.ศ. 2003<sup>21</sup> และ 2004<sup>22</sup> สำรวจการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันพบว่าทันตแพทย์ที่ทำงานในชนบทที่ห่างไกลความเจริญจะมีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการจัดฟันน้อยกว่าทันตแพทย์ที่ทำงานในเมืองหรือในสถานที่ทำงานที่เป็นแหล่งชุมชนที่มีความเจริญ การศึกษาของ Bensch<sup>23</sup> ในปีค.ศ.2004ในประเทศเบลเยียมพบว่าความรู้เกี่ยวกับการ สบฟันที่ผิดปกติ พฤติกรรมหรือนิสัยที่ก่อให้เกิดการสบฟันผิดปกติทำให้ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์จัดฟันได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นได้

สำหรับปัจจัยจากตัวผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน ได้แก่ เพศ และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ปกครอง โดย Onyeraso<sup>24</sup> ในปีค.ศ.2004 ศึกษาความต้องการ และรูปแบบการส่งต่อของการให้บริการทันตกรรมจัดฟันในประเทศไนจีเรีย พบว่า 25.4% ของผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการอยากจัดฟันเอง และ 18.3% ถูกส่งต่อไปพบทันตแพทย์จัดฟันเนื่องจากความต้องการของผู้ปกครอง ส่วนปัจจัยด้านเพศของผู้ป่วยพบว่า ผู้หญิงมีความต้องการจัดฟันมากกว่าผู้ชายและด้วยเหตุนี้ทันตแพทย์ทั่วไปส่วนใหญ่จึงมักส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงเข้ารับการจัดฟันมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย Birkeland และคณะ<sup>19</sup> (ค.ศ.1999) ในประเทศนอร์เวย์ พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่ที่ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการจัดฟันเนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการในแง่ความสวยงามและไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการจัดฟัน

Galbreath และคณะ<sup>25</sup> ในปีค.ศ.2006 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไป พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นคือ สถาบันการศึกษาระดับปริญญาตรีที่ให้ความรู้ทางทันตกรรมจัดฟันเป็นที่แรก และจำนวนชั่วโมงต่อปีที่ได้รับการอบรมด้านทันตกรรมจัดฟันเพิ่มเติม ที่ตั้งสถานที่ทำงานของทันตแพทย์ รวมทั้งระยะทางที่ตั้งของสถานที่ทำงานของทันตแพทย์จัดฟันที่อยู่ใกล้เคียงมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทำในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในเรื่องนี้ การศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาในประเทศไทยเพื่อที่จะนำมาพัฒนาการบริการด้านทันตกรรมจัดฟันในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวิจัย

เพื่อศึกษาการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน การให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

## วัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัย

1. เพื่อหาความถี่/สัดส่วนและรูปแบบของการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน การให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยของทันตแพทย์สาขาอื่น ซึ่งได้แก่คุณลักษณะทั่วไปของทันตแพทย์ เช่น เพศ อายุของทันตแพทย์ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ทำงาน สถาบันที่จบการศึกษา และความรู้ด้านทันตกรรมจัดฟัน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น ได้แก่ เพศ อายุของทันตแพทย์ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ประสบการณ์การทำงาน สถานที่ทำงาน สถาบันที่จบการศึกษา และความรู้ด้านทันตกรรมจัดฟัน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

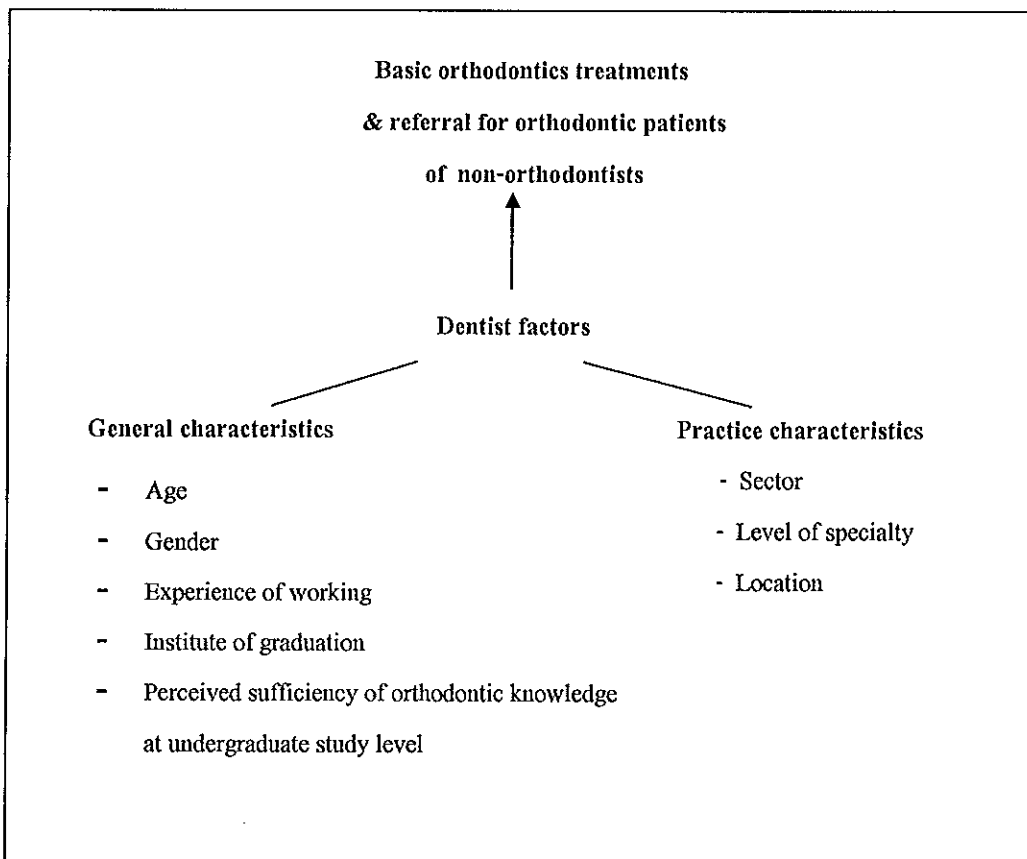
1. สามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยและการให้บริการทางทันตกรรมจัดฟันในประเทศไทยให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและปัจจัยที่มีผลต่อการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น
3. ทำให้ได้ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น
4. สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นพื้นฐานพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับงานทันตกรรมจัดฟันทั้งระดับปริญญาตรีและหลังปริญญา รวมทั้งการจัดอบรมความรู้เบื้องต้นทางทันตกรรมจัดฟัน
5. สร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างทันตแพทย์จัดฟันและทันตแพทย์สาขาอื่น ในการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

## บทที่ 2

### วิธีการวิจัย

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบการศึกษาในครั้งนี้พิจารณาจากปัจจัยด้านทันตแพทย์ที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟัน โดยมีปัจจัยต่างๆที่ใช้ในการศึกษาดังกรอบแนวคิดการวิจัยในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยที่เกิดจากส่วนของทันตแพทย์ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยทางด้านลักษณะทั่วไปของทันตแพทย์
  - 1.1 อายุของทันตแพทย์
  - 1.2 เพศของทันตแพทย์
  - 1.3 ประสบการณ์การทำงานของทันตแพทย์  
(ระยะเวลา ประเภทของงานที่ปฏิบัติอยู่)
  - 1.4 สถาบันที่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี
  - 1.5 ความเพียงพอของความรู้ทางด้านทันตกรรมจัดฟันที่ได้รับในระดับปริญญาตรี
2. ปัจจัยทางด้านการทำงานของทันตแพทย์
  - 2.1 สังกัดสถานที่ทำงานหลักที่ทันตแพทย์ประกอบวิชาชีพ (ภาครัฐ ภาคเอกชน)
  - 2.2 ความเป็นผู้เชี่ยวชาญของทันตแพทย์  
(ทันตแพทย์ทั่วไป ทันตแพทย์เฉพาะทาง)
  - 2.3 ที่ตั้งของสถานที่ทำงานหลักที่ทันตแพทย์ประกอบวิชาชีพอยู่  
(เขตเมือง เขตชนบท)

ข้อตกลงเบื้องต้นและขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาข้อมูลจากทันตแพทย์สาขาอื่นในประเทศไทยเท่านั้น ซึ่งข้อมูลที่ได้ จะเป็นการรวบรวมปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำมาพัฒนาปรับปรุงการให้บริการทางทันตกรรมจัดฟันต่อไปในอนาคตได้

ค่านิยมเชิงปฏิบัติการ : การส่งต่อผู้ป่วย, การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น, ทันตแพทย์สาขาอื่น

การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การแนะนำผู้ป่วยให้ไปเข้ารับการรักษาต่อกับทันตแพทย์เฉพาะทางหรือทันตแพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหรือชำนาญในสาขาทันตกรรมจัดฟัน โดยการแนะนำเป็นได้ทั้งการบอกด้วยคำพูดหรือเขียนใบส่งต่อผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่ผู้ป่วย การให้คำแนะนำและความรู้เบื้องต้นทางทันตกรรมจัดฟัน ได้แก่ ความจำเป็นต่อการรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ประโยชน์และความเสี่ยงของการจัดฟัน การปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการจัดฟันและขณะจัดฟัน การดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดฟันและการดูแลสุขภาพช่องปากขณะจัดฟัน เป็นต้น

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น หมายถึง การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน<sup>11, 26-33</sup> ตามหัวข้อดังต่อไปนี้คือ

1. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (Preventive orthodontics) ได้แก่การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เพื่อให้มีการคงอยู่ของการสบฟันปกติในสภาวะนั้น และพยายามกำจัดหรือป้องกันเหตุหรือปัจจัยที่จะทำให้เกิดการสบฟันผิดปกติขึ้น เช่น
  - การอุดฟันน้ำนมเพื่อควบคุมปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียฟันที่สำหรับฟันแท้ที่จะขึ้นอย่างเป็นระเบียบในขากรรไกร
  - การขจัดลักษณะนิสัยผิดปกติซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูกโครงสร้างใบหน้าหรือการวางตัวของฟันเช่น ลักษณะนิสัยชอบดูดนิ้วมือ ลักษณะนิสัยการกลืนผิดปกติ
2. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics) ใช้เพื่อแก้ไขความผิดปกติของการสบฟันซึ่งกำลังเริ่มพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้การสบฟันเข้าสู่สภาพปกติหรือลดความรุนแรงของความผิดปกติลง เช่นการใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้แก้ไขลักษณะนิสัยที่ทำให้เกิดการสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว รวมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน
3. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (Limited corrective orthodontics) ใช้เพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติที่พัฒนาแล้ว โดยการบำบัดอย่างง่ายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้การสบฟันเข้าสู่สภาพปกติหรือลดความรุนแรงของความผิดปกติลง เช่นการใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ การเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่ การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ป่วยโรคปริทันต์ที่ได้รับการรักษาแล้ว การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่นในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเกี่ยวกับฟัน การใส่เพดานเทียม (obturator) ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน (emergency care during orthodontic treatments)<sup>34</sup> หมายถึง การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในกรณีเครื่องมือจัดฟันหลวม หลุดหรือหัก มีอาการปวด เลือดออก ปัญหาในการออกเสียงหรือรับประทานอาหารอันเนื่องจากการใช้เครื่องมือจัดฟัน เป็นต้น

ทันตแพทย์สาขาอื่น หมายถึง ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาหลังปริญญาเฉพาะทางสาขาอื่นๆที่มีใช้สาขาทันตกรรมจัดฟัน และทันตแพทย์ทั่วไปที่ยังไม่สำเร็จการศึกษาเฉพาะทางด้านใดๆ

## คำถามการวิจัย

ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ปัจจัยทางลักษณะทั่วไปของทันตแพทย์และปัจจัยจากด้านการทำงานมีความสัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นอย่างไร

## วิธีดำเนินการ

### 1. ประเภทการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์(cross sectional analytical study)โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study)

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรประกอบด้วยทันตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทย ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปีโดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 600 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

p = สัดส่วนของทันตแพทย์ที่ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

q = 1-p\*

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ กำหนดที่ 5 %

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.74 \times 0.26}{0.05^2}$$

$$= 295.65 \rightarrow 296$$

กำหนดที่  $\alpha = 5\%$

ค่า  $p^*$  ได้จากสัดส่วนของทันตแพทย์ที่ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของประเทศไทยซึ่งเท่ากับ 74%<sup>2</sup> เนื่องจากยังไม่มีสัดส่วนที่คำนวณในประเทศไทยมาก่อน

ในการปฏิบัติจริงจะกำหนด  $n = 592$  โดยเพิ่มจำนวนเพื่อทดแทนการไม่ได้รับการตอบกลับซึ่งประมาณไว้จากอัตราการตอบกลับของทันตแพทย์จากการศึกษาในประเทศไทยซึ่งเท่ากับ 50%<sup>35,36</sup>

สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มเลือกที่ทันตแพทย์ทุกคนมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆกัน โดยมีขั้นตอนดังนี้

พิมพ์ข้อมูลกรอบบัญชีรายชื่อของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันทั้งหมดในประเทศไทยที่รวบรวมรายชื่อล่าสุดจากทะเบียนสมาชิกของทันตแพทย์สภาแห่งประเทศไทย ณ เดือนมีนาคม ปีพ.ศ. 2550 จำนวนทั้งสิ้น 8,478 คน ทำการสุ่มหมายเลขรหัสด้วยโปรแกรม SPSS version 14.0 ให้ครบจำนวนทันตแพทย์ตัวอย่างที่ต้องการคือ 600 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ประกอบด้วยทันตแพทย์ที่ทำงานกระจายตามจังหวัดต่างๆในประเทศไทย ทั้ง 76 จังหวัด (ภาคผนวกที่ 2)

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Self-administered questionnaire)

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 สร้างแบบสอบถามนำร่อง เพื่อหาข้อมูลนำมาใช้ในการสร้างแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 2 ร่างแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามนำร่องมาสร้างแบบสอบถาม โดยเอาข้อมูลที่ได้เหล่านี้มาสร้างเป็นตัวเลือกเพื่อถามในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น

ขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ในมหาวิทยาลัย 5 คน ตรวจสอบความตรง (validity) ของร่างแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 4 แก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้กับทันตแพทย์สาขาอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ประกอบด้วย

- อาจารย์ในมหาวิทยาลัย 5 คน
- ทันตแพทย์เฉพาะทางที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ 5 คน
- ทันตแพทย์ทั่วไปที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ 5 คน
- ทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกเอกชน 5 คน

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงแก้ไขจนได้แบบสอบถามจริงที่เป็นฉบับสมบูรณ์ (ภาคผนวกที่ 1)



แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม
- ส่วนที่ 2 การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น
- ส่วนที่ 3 การให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น
- ส่วนที่ 4 เรื่องความคิดเห็นในเรื่องการส่งต่อและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่นและความต้องการเข้ารับการจัดอบรมความรู้ทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นแก่ทันตแพทย์สาขาอื่น

#### 4. การรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมทำโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ (mailed questionnaire) รวม 2 รอบ เพื่อเพิ่มอัตราการตอบแบบสอบถามกลับคืน แบบสอบถามรอบแรกถูกจัดส่งไปยังทันตแพทย์ทั้งหมดในกลุ่มตัวอย่าง 600 คน โดยวิธีการส่งแบบสอบถามนี้ได้ปรับปรุงจากวิธีการของทันตแพทย์สมาคมแห่งสหรัฐอเมริกา<sup>37</sup> ซึ่งใช้เพื่อการปกปิดไม่ให้มีการจำแนกถึงปัจเจกบุคคล (personal identification) ของทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม หลังจากการส่งแบบสอบถามครบ 2 รอบ มีผู้ส่งคืนแบบสอบถามทั้งหมด 304 คน (ภาคผนวกที่ 3) คิดเป็นอัตราการส่งคืนร้อยละ 51 จากการเปรียบเทียบลักษณะของทันตแพทย์กลุ่มตัวอย่างที่ส่งคืนแบบสอบถามกับประชากรทันตแพทย์ทั้งประเทศไทยพบว่า มีโครงสร้างทางด้านเพศ สถาบันที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และปีที่จบการศึกษาใกล้เคียงกัน

#### การวิเคราะห์ทางสถิติ :

- 1.1 สถิติพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามเช่น ความถี่ ค่าเฉลี่ยของการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และการรักษาเบื้องต้นทางทันตกรรมจัดฟัน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟัน
- 1.2 สถิติ Chi-square เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่ของข้อมูลชนิดนามมาตรา (nominal scale) หรืออันดับมาตรา (ordinal scale)  
การวิเคราะห์ข้อมูลตัดกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### บทที่ 3

#### ผลการวิจัย

##### ข้อมูลลักษณะทั่วไปของทันตแพทย์

กลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 304 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 51 ประกอบด้วยทันตแพทย์หญิง 197 คน (ร้อยละ 64.8) และทันตแพทย์ชาย 107 คน (ร้อยละ 35.2) มีอายุเฉลี่ย 35.56 ปี ( $\pm 10.65$  ปี) โดยมีช่วงอายุระหว่าง 23-83 ปี เป็นทันตแพทย์ที่อยู่ในช่วงกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปี มากที่สุด และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในช่วง 1-5 ปี ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในภาคกลางโดยทันตแพทย์ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานที่ทำงานหลักอยู่ในส่วนภาครัฐ โดยทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนและรองลงมาคือในคลินิกเอกชนซึ่งส่วนใหญ่ทำงานในเขตเมือง ส่วนด้านความเป็นผู้เชี่ยวชาญพบว่าทันตแพทย์ในกลุ่มเป้าหมายนี้ส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์ทั่วไป และส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ (N = 304)	ชาย	107	35.2
	หญิง	197	64.8
อายุ (ปี)* (N = 285)	<30	127	44.6
	31-40	87	30.5
	41-59	67	23.5
	≥60	4	1.4
ประสบการณ์การทำงาน (ปี) (N=304)	1-5	108	35.5
	6-10	57	18.8
	11-15	44	14.5
	16-20	30	9.9
	>20	65	21.4
ที่ตั้งสถานที่ทำงาน (N = 304)	ภาคเหนือ	28	9.2
	ภาคกลาง	131	43.1
	ภาคตะวันออก	19	6.3
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	52	17.1
	ภาคใต้	74	24.3
เขตที่ตั้งสถานที่ทำงาน* (N= 288)	เขตเมือง	196	68.1
	เขตชนบท	92	31.9
สถานที่ทำงานหลัก* (N=302)	โรงพยาบาลชุมชน	100	35.1
	คลินิก/รพ.เอกชน	112	39.3
	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปหรือ สถานพยาบาลของรัฐระดับจังหวัด	48	16.8
	ทบวงมหาวิทยาลัย	13	4.6
	หน่วยงานอื่นๆ	12	4.2
ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ* (N = 289)	ทันตแพทย์ทั่วไป	196	67.8
	ทันตแพทย์เฉพาะทาง	93	32.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป		จำนวนทันตแพทย์	
		จำนวน	ร้อยละ
สถาบันที่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี* (N=302)	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	93	30.8
	มหาวิทยาลัยมหิดล	69	22.9
	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	43	14.2
	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	38	12.6
	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	26	8.6
	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	13	4.3
	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	12	4.0
	มหาวิทยาลัยนเรศวร	8	2.6

\*หมายเหตุ: ทันตแพทย์บางท่านไม่ได้ให้ข้อมูลในบางคุณลักษณะทำให้จำนวน N ในบางคุณลักษณะที่\* มีค่าไม่เท่ากับ 304

### การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

ผลการศึกษพบว่าทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (74.7%) เคยส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 2) เหตุผลหลักที่ทำการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันดังแสดงในตารางที่ 3 โดยพบว่า เหตุผลหลักที่ทันตแพทย์ส่งต่อผู้ป่วยมากที่สุด 3 อันดับ คือ ผู้ป่วยมีการสบฟันผิดปกติ ทันตแพทย์ผู้ส่งต่อไม่สามารถรักษาเองได้ และต้องการปรึกษาทางเลือกในการรักษา

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

ประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวนทันตแพทย์ (N=289)	
	จำนวน	ร้อยละ
เคยส่งต่อ	216	74.7
ไม่เคยส่งต่อ	73	25.3

ตารางที่ 3 เหตุผลของการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

เหตุผลของการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน*	จำนวนทันตแพทย์ (N=216)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยมีการสบฟันผิดปกติ	184	85.2
2. รักษาด้วยตนเองไม่ได้	142	65.7
3. ต้องการปรึกษาทางเลือกในการรักษา	140	64.8
4. ผู้ป่วยต้องการรักษากับทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟัน	119	55.1
5. ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันในสถานที่ทำงาน	96	44.4
6. ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นแล้วและต้องรักษาต่อโดยทันตแพทย์จัดฟัน	22	10.2
7. ผู้ป่วยสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	21	9.7

\*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ทันตแพทย์ 73 คน (ร้อยละ 25.3) ไม่เคยส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยไม่มีความต้องการที่จะรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้ และไม่มีทันตแพทย์จัดฟันในสถานที่ทำงาน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เหตุผลที่ไม่เคยส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น

เหตุผลที่ไม่เคยส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน*	จำนวนทันตแพทย์ (N=73)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยไม่มีความต้องการที่จะรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	40	54.8
2. ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้	32	44.4
3. ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันในสถานที่ทำงาน	28	38.4
4. ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	19	26.0
5. ไม่ทราบวิธีการหรือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน	9	12.3
6. ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันในจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่	9	12.3

\*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (71.2%) ส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมจัดฟัน 1-2 คนต่อเดือน ลักษณะการส่งต่อส่วนใหญ่ (75.9%) เป็นการส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยก่อน โดยร้อยละ 69 ของทันตแพทย์ที่ทำการส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมจัดฟัน มีรูปแบบการส่งต่อด้วยการบอกกล่าวแบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษรกับผู้ป่วย

สถานที่ที่ทันตแพทย์มักทำการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการจัดฟันมากที่สุดคือคลินิกเอกชน ศูนย์ทันตกรรม โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งทันตแพทย์ที่ส่งต่อไปยังสถานที่เหล่านั้นให้เหตุผลที่ส่งต่อเพราะสถานที่นั้นมีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟัน ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปรักษาที่สถานะนั้นได้สะดวก และค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้ ในการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันนั้นทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99.5) มักให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ โดยให้คำแนะนำเรื่องการรักษาทางทันตกรรมอื่นๆ เช่น การอุดฟัน การขูดหินปูน ตรวจเช็คสุขภาพช่องปากให้พร้อมก่อนการจัดฟัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความถี่ ลักษณะและรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์  
สาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟัน

การส่งต่อผู้ป่วย		จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ในการส่งต่อ (จำนวนผู้ป่วย / เดือน) (N = 215)	1-2	153	71.2
	3-5	47	21.9
	6-10	11	5.1
	> 10	4	1.9
ลักษณะการส่งต่อ (N=216)	ส่งต่อเลยโดยไม่รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	164	75.9
	ทำทั้งการส่งต่อเลยโดยไม่รักษาจัดฟันเบื้องต้น และรักษาก่อนแล้วจึงส่งต่อ	46	21.3
	รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นก่อน แล้วจึงส่งต่อผู้ป่วย	6	2.8
รูปแบบในการส่งต่อ* (N = 216)	1. มอกล่ามแบบไม่เป็นลายลักษณะอักษรกับผู้ป่วย	149	69.0
	2. มีจดหมายส่งต่อหรือแบบฟอร์มการส่งต่อของหน่วยงานให้ผู้ป่วยถือไป	101	46.8
	3. พுகุญหรือโทรศัพท์ติดต่อกับทันตแพทย์จัดฟันที่จะส่งต่อผู้ป่วยด้วยตนเอง	72	33.3
สถานที่ที่ส่งต่อผู้ป่วย (N = 216)	1. คลินิกเอกชน/ศูนย์ทันตกรรม/รพ. เอกชนในจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่	130	60.2
	2. คณะทันตแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัย	26	12.0
	3. โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่	25	11.6
	4. คลินิกหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่	19	8.8
	5. คลินิกเอกชน/ศูนย์ทันตกรรม/รพ. เอกชนในจังหวัดใกล้เคียง	14	6.5
	6. โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดใกล้เคียง	2	0.9
เหตุผลที่ส่งต่อไปยัง สถานะนั้น* (N=215)	1. มีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟัน	189	87.9
	2. ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปรักษาที่สถานที่นั้นได้สะดวก	102	47.4
	3. ค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้	53	24.7
	4. รู้จักคุ้นเคยกับทันตแพทย์จัดฟันในสถานที่นั้นเป็นการส่วนตัว	52	24.2
	5. ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อเนื่องจากคิวการรักษาไม่ยาว	50	23.3
	6. อยู่ในสถานที่ปฏิบัติงานเดียวกัน	7	2.1
คำแนะนำที่ทันต แพทย์ให้แก่ผู้ป่วยที่ ได้รับการส่งต่อทาง ทันตกรรมจัดฟัน* (N = 215)	1. การรักษาทางทันตกรรมด้านอื่นๆ เช่น การอุดฟัน ซุกหินปูน ให้พร้อมก่อนการจัดฟัน	197	91.6
	2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดฟันเช่น ความจำเป็น ข้อดีข้อเสีย ของการจัดฟัน ระยะเวลาในการจัดฟัน	183	85.1
	3. ค่าใช้จ่ายในการจัดฟัน	151	70.2

\*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

### ความคิดเห็นต่อเอกสารประกอบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

จากผลการศึกษานี้พบว่าทันตแพทย์ที่มีความเห็นว่าควรมีเอกสารประกอบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันมีสูงถึงร้อยละ 89.7 คิดเป็นจำนวน 192 คน โดยทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (>50%) ในกลุ่มนี้คิดว่าเอกสารการส่งต่อนี้ควรประกอบด้วย 1) เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการจัดฟัน 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 3) เหตุผลของการส่งต่อของทันตแพทย์ 4) ข้อมูลการรักษาทางทันตกรรมอื่นๆ และ 5) ประวัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่ผู้ป่วยเคยได้รับหรือกำลังได้รับ แต่มีเพียงส่วนน้อย (< 50%) ที่คิดว่าต้องส่ง ภาพถ่ายรังสี แบบจำลองฟัน และรูปถ่ายผู้ป่วยด้วย (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความคิดเห็นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่มีต่อองค์ประกอบในเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

เอกสารการส่งต่อควรประกอบด้วย*	จำนวนทันตแพทย์ (N=192)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการจัดฟัน	165	85.9
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	161	83.9
3. เหตุผลของการส่งต่อของทันตแพทย์	137	74.1
4. ข้อมูลการรักษาทางทันตกรรมอื่นๆ	136	70.8
5. ประวัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่ผู้ป่วยเคยได้รับหรือกำลังได้รับ	120	62.5
6. ชื่อ ที่อยู่ติดต่อได้ของทันตแพทย์ที่ส่งต่อผู้ป่วย	92	47.9
7. ปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเช่น ความร่วมมือของผู้ป่วย ผลการรักษาที่ผ่านมา เป็นต้น	58	30.2
8. ภาพถ่ายรังสี	58	30.2
9. แบบจำลองฟัน	37	19.3
10. รูปถ่ายของผู้ป่วย	20	10.4

\*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



## การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน (Emergency care during orthodontic treatment)

การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน (Emergency orthodontic treatment) คือ การแก้ไขเมื่อเครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟัน หัก หลวม หลุด แดง แทะ บาดคมจนทำให้เกิดบาดแผลเป็นต้น จากผลการสำรวจพบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ 174 คน (61.1%) ไม่เคยให้การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน แต่เมื่อสอบถามความคิดเห็นพบว่าทันตแพทย์ถึงร้อยละ 76.2 เห็นว่าทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันควรแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน (ตารางที่ 7) โดยให้เหตุผลว่าเป็นการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยและช่วยลดปัญหาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากเครื่องมือจัดฟันที่หลวมหลุดหรือหัก แต่ทันตแพทย์ 66 คน (ร้อยละ 23.8) ที่คิดว่าไม่ควรแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันเพราะทันตแพทย์สาขาอื่น ให้เหตุผลว่าไม่มีความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และอาจรบกวนกระบวนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่เป็นอยู่ได้ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 ความคิดเห็นต่อการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันโดยทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาจัดฟัน

ความคิดเห็นต่อการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน	จำนวนทันตแพทย์ (N=277)	
	จำนวน	ร้อยละ
ควรให้การรักษา	211	76.2
ไม่ควรให้การรักษา	66	23.8

ตารางที่ 8 เหตุผลที่ควรและไม่ควรแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน

เหตุผลที่ควรแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน*	จำนวนทันตแพทย์ (N=211)		เหตุผลที่ไม่ควรแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน*	จำนวนทันตแพทย์ (N=66)	
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
1. เป็นการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วย	182	83.5	1. ไม่มีความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้	49	73.1
2. ช่วยลดปัญหาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากเครื่องมือจัดฟันที่หลวม หลุดหรือหัก	173	79.4	2. รบกวนกระบวนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่เป็นอยู่	34	51.5
3. ช่วยให้ผู้ป่วยไม่เสียเวลาไปพบทันตแพทย์จัดฟัน	68	31.2	3. ไม่มีเครื่องมือที่เพียงพอ	1	1.5
4. การทำเฉพาะฉุกเฉินจริงและไม่ยุ่งยากไม่รบกวนการจัดฟันที่ดำเนินอยู่	4	1.9	4. อาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วย	1	1.5

\*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

## การให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่จำนวน 184 คน (ร้อยละ 64.1) ไม่เคยให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 9) โดยทันตแพทย์ที่ไม่เคยให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นจำนวน 183 คนได้ให้เหตุผลของการไม่ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเพราะขาดความรู้ความชำนาญในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น มีทันตแพทย์จัดฟันที่จะส่งต่อเพื่อรับการรักษาในสถานที่ทำงานเดียวกัน และขาดความมั่นใจในการให้การรักษา

ส่วนเหตุผลอื่นๆที่ให้ ได้แก่ เหตุผลที่ว่าผู้ป่วยควรจัดฟันอย่างถูกต้องเหมาะสมจากทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟันที่สำเร็จการศึกษาอย่างสมบูรณ์เท่านั้น รวมทั้งไม่สามารถให้การวินิจฉัยถึงสาเหตุการเกิดความคิดปกติได้ และขาดเครื่องมือในการให้การรักษา รวมทั้งขาดเครื่องเอกซเรย์ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 9 ประสิทธิภาพการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น

ประสิทธิภาพการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	จำนวนทันตแพทย์ (N=287)	
	จำนวน	ร้อยละ
เคยให้การรักษา	103	35.9
ไม่เคยให้การรักษา	184	64.1

ตารางที่ 10 เหตุผลที่ไม่ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ตอบแบบสอบถาม

เหตุผลที่ไม่ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น*	จำนวนทันตแพทย์ (N=183)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ขาดความรู้ความชำนาญในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	114	62.3
2. มีทันตแพทย์จัดฟันที่จะส่งต่อเพื่อรับการรักษาในสถานที่ทำงานเดียวกัน	77	42.1
3. ขาดความมั่นใจในการให้การรักษา	62	33.9
4. ไม่มีเวลาให้การรักษานี้เนื่องจากต้องให้การรักษาเฉพาะทางสาขาอื่น	26	14.2
5. ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	23	12.6
6. ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	22	12
7. ไม่เห็นความจำเป็นในการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	6	3.3
8. เหตุผลอื่นๆ	8	4.4

\*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ทันตแพทย์ประมาณ 1 ใน 3 (103 คน หรือ 35.9%) ที่ให้การรักษาทางทันตกรรม จัดฟันเบื้องต้น ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเพื่อลดความรุนแรงของความคิดปกติที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต ต้องการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนระดับปริญญาตรีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ และช่วยลดปริมาณการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน (ตารางที่ 11) ส่วนเหตุผลอื่นๆ ได้แก่ ช่วยให้ผู้ป่วยที่ยากจน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟันบางท่านไม่จัดฟันแบบป้องกันและไม่ทำการรักษาในระยะฟันชุดผสมซึ่งการรอเวลาอาจทำให้ความคิดปกติรุนแรงยิ่งขึ้นได้

ตารางที่ 11 เหตุผลที่ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ตอบแบบสอบถาม

เหตุผลที่ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น*	จำนวนทันตแพทย์ (N=183)	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เพื่อลดความรุนแรงของความคิดปกติที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต	164	89.6
2. ต้องการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนระดับปริญญาตรีมาใช้ให้เกิดประโยชน์	48	26.2
3. ช่วยลดปริมาณการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	46	25.1
4. เคยประสบผลสำเร็จในการให้การรักษแก่ผู้ป่วยหลายราย	28	15.3
5. เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่จะรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเท่านั้น	26	14.2
6. ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปรักษากับทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟันได้	26	14.2
7. ช่วยลดปริมาณผู้ป่วยที่รอคิวรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	19	10.4
8. ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันที่จะส่งต่อเพื่อรับการรักษาในพื้นที่ใกล้เคียงได้	16	8.7
9. เหตุผลอื่นๆ	6	3.3

\*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 12 ความถี่ในการให้การักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ความถี่ในการให้การรักษา ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	จำนวนทันตแพทย์ (N=103)	
	จำนวน	ร้อยละ
1-2 คน	50	48.5
3-5 คน	15	14.6
6-10 คน	14	13.6
>10 คน	24	23.3

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (48.5%) ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย 1-2 คน (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 13 แสดงว่าทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (78%) คิดว่าทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันควรรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น โดยให้เหตุผลว่า เพื่อช่วยลดปัญหาความรุนแรงของการสบฟันผิดปกติ ช่วยลดปริมาณการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรม ส่วนทันตแพทย์ 63 คน (22%) ที่เห็นว่าไม่ควรให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเพราะความรู้ความสามารถไม่เพียงพอและไม่มีแนวทางในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อการรักษาหรือส่งต่อ (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 13 ความคิดเห็นต่อการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นโดยทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาจัดฟัน

ความคิดเห็น	จำนวนทันตแพทย์ (N=286)	
	จำนวน	ร้อยละ
ควรให้การรักษา	223	78
ไม่ควรให้การรักษา	63	22

ตารางที่ 14 เหตุผลที่ควรและไม่ควรให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของกลุ่มเป้าหมาย

เหตุผลที่ควรให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น*	จำนวนทันตแพทย์ (N=223)		เหตุผลที่ไม่ควรให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น*	จำนวนทันตแพทย์ (N=63)	
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
1. ช่วยลดปัญหาความรุนแรงของการสบฟันที่ผิดปกติ	210	94.6	1. ความรู้ความสามารถไม่เพียงพอ	48	77.4
2. ช่วยลดปริมาณการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	100	45.2	2. ไม่มีแนวทางในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อการรักษาหรือส่งต่อ	29	46.8
3. ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรม	92	41.4	3. อาจเกิดปัญหาภายหลังได้ถ้าความรู้ความชำนาญไม่พอ	1	1.6
4. ช่วยลดระยะเวลาการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	86	38.7	4. งานอื่นที่มีปัญหาฉุกเฉินกว่างานทันตกรรมจัดฟัน	1	1.6
5. ช่วยลดปริมาณผู้ป่วยที่รอคิวรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	62	27.9			
6. เหตุผลอื่นๆ	9	4.0			

\*เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนเหตุผลอื่นๆของทันตแพทย์ที่คิดว่าทันตแพทย์สาขาอื่นควรให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นคือเป็นการลดภาระการเดินทางไปพบทันตแพทย์จัดฟันของผู้ป่วยได้ เพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วยบางกรณีได้ โดยควรเลือกสภาวะการสบฟันผิดปกติให้เหมาะสมในการรักษา

ตารางที่ 15 ความถี่ (%) ของความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (Preventive orthodontics) (N=287)

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (Preventive orthodontics)	ระดับความคิดเห็น n (%)			ประสบการณ์ n (%)	
	ควรทำ	ไม่แน่ใจ	ไม่ควรทำ	เคยทำ	ไม่เคยทำ
1. การอุดฟันน้ำนมเพื่อควบคุมปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียฟันที่สำหรับฟันแท้ที่จะขึ้น	285 (99.3)	2 (0.7)	0 (0)	270 (94.1)	17 (5.9)
2. จัดลักษณะนิสัยผิดปกติซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูก โครงสร้างใบหน้าหรือการวางตัวของฟันเช่น การดูดนิ้ว, ลักษณะนิสัยก้มศีรษะผิดปกติ	261 (91.0)	23 (8.0)	3 (1.0)	130 (45.3)	157 (54.7)
3. การใส่เครื่องมือกันช่องว่าง (Space maintainer) ในตำแหน่งที่สูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด	264 (92.0)	20 (7.0)	3 (1.0)	103 (35.9)	184 (64.1)
4. การถอนฟันน้ำนมที่อาจขัดขวางการขึ้นของฟันแท้	247 (86.1)	35 (12.2)	5 (1.7)	250 (87.1)	37 (12.9)
5. การถอนฟันเกิน (supernumerary tooth) ที่ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้	263 (91.6)	23 (8.0)	1 (0.3)	221 (77.0)	66 (23.0)

จากผลการศึกษา (ตารางที่15) พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 85 เห็นด้วยว่า ทันตแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันควรให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (preventive orthodontics) แต่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในงานทันตกรรมจัดฟันป้องกันเฉพาะการอุดฟันน้ำนมเพื่อควบคุมปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียฟันที่สำหรับฟันแท้ที่จะขึ้น การถอนฟันน้ำนมที่อาจขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ และการถอนฟันเกิน (supernumerary tooth) ที่ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ เท่านั้น

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (Preventive orthodontics) (N=287)

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (Preventive orthodontics)	ประสบการณ์ n (%)	ระดับความคิดเห็น n (%)			Chi-square test
		ควรทำ	ไม่แน่ใจ	ไม่ควรทำ	
1. การอุดฟันน้ำนมเพื่อควบคุมปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียฟันที่สำหรับฟันแท้ที่จะขึ้น	เคยทำ	270 (100)	0 (0)	0 (0)	$\chi^2 = 15.82$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	15 (88.2)	2 (11.8)	0 (0)	
2. ขจัดลักษณะนิสัยผิดปกติซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูกโครงสร้างใบหน้าหรือการวางตัวของฟันเช่น การดูดนิ้ว, ลักษณะนิสัยการกลืนผิดปกติ	เคยทำ	130 (100)	0 (0)	0 (0)	$\chi^2 = 24.16$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	131 (83.4)	23 (14.6)	3 (1.9)	
3. การใส่เครื่องมือกันช่องว่าง (Space maintainer) ในตำแหน่งที่สูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด	เคยทำ	100 (97.1)	2 (1.9)	1 (1.0)	$\chi^2 = 6.43$ p = 0.04*
	ไม่เคยทำ	164 (89.1)	18 (9.8)	2 (1.1)	
4. การถอนฟันน้ำนมที่อาจขัดขวางการขึ้นของฟันแท้	เคยทำ	237 (94.8)	13 (5.2)	0 (0)	$\chi^2 = 171.75$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	10 (27.0)	22 (59.5)	5 (13.5)	
5. การถอนฟันเกิน (supernumerary tooth) ที่ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้	เคยทำ	215 (97.3)	6 (2.7)	0 (0)	$\chi^2 = 39.42$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	48 (72.7)	17 (25.8)	1 (1.5)	

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 16 แสดงว่าระดับความคิดเห็นมีความแตกต่างจากประสบการณ์จริงในการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันป้องกันในทุกกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การรักษาเกือบทุกคนคิดว่าควรให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมป้องกันแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ที่ไม่เคยให้การรักษาย่อมมีความคิดเห็นที่หลากหลายโดยส่วนใหญ่เห็นว่าควรทำหรือไม่แน่ใจ โดยงานบางอย่างที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดว่าควรทำแต่ประสบการณ์จริงอาจไม่เคยทำงานดังกล่าว ได้แก่ การขจัดลักษณะนิสัยผิดปกติซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูกโครงสร้างใบหน้าหรือการวางตัวของฟันเช่น การดูดนิ้ว ลักษณะนิสัยการกลืนผิดปกติ (tongue thrusting) และการใส่เครื่องมือกันช่องว่าง (space maintainer) ในตำแหน่งที่สูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด

ตารางที่ 17 ความถี่ (%) ของความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics) (N=287)

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics)	ระดับความคิดเห็น			ประสบการณ์	
	n (%)			n (%)	
	ควร ทำ	ไม่ แน่ใจ	ไม่ควร ทำ	เคย ทำ	ไม่เคย ทำ
1. การถอนฟันตามลำดับ (Serial extraction)	125 (43.5)	111 (38.7)	51 (17.8)	78 (27.2)	209 (72.8)
2. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขนิสัยที่ทำให้การสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เช่นการใส่ tongue crib เพื่อเตือนการดูดนิ้วหรือการกลืนที่ผิดปกติ เป็นต้น	185 (64.5)	66 (23.0)	36 (12.5)	29 (10.1)	258 (89.9)
3. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติเฉพาะช่วงฟันชุดผสม (Mixed dentition) เช่น					
3.1 การสบฟันไขว้ในฟันหน้า (Anterior crossbite)	161 (56.1)	60 (20.9)	66 (23.0)	65 (22.6)	222 (77.4)
3.2 การสบฟันไขว้ในฟันหลัง (Posterior crossbite)	102 (35.5)	97 (33.8)	88 (30.7)	5 (1.7)	282 (98.3)
3.3 การสบเอียงของขากรรไกร (Jaw shift)	74 (25.8)	98 (34.1)	115 (40.1)	4 (1.4)	283 (98.6)
3.4 การมีฟันซี่งวมบนคุดที่คล้ำไม่พบหนองฟัน (Embedded tooth) เป็นต้น	65 (22.6)	108 (37.7)	114 (39.7)	8 (2.8)	279 (97.2)
4. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อเคลื่อนฟันแท้ที่ล้มเอียงเข้าไปในช่องว่างที่ถูกถอนฟันน้ำนมไปก่อนเวลาอันควร (Space regainer)	129 (44.9)	82 (28.6)	76 (26.5)	25 (8.9)	262 (91.1)
5. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ หรือแบบติดแน่นเพื่อปรับปรุงแก้ไขความผิดปกติของการเจริญเติบโตของขากรรไกร (Growth modification)	71 (24.7)	82 (28.6)	134 (46.7)	11 (3.8)	276 (96.2)
6. การใช้เครื่องมือออกช่องปาก (Extraoral force) เพื่อแก้ไขฟันยื่นที่เกิดจากการดูดนิ้ว หรือการเคลื่อนของฟันกรามแท้เข้าสู่ช่องว่างที่ฟันน้ำนมหายไปก่อนกำหนด	48 (16.7)	73 (25.4)	166 (57.9)	1 (0.3)	286 (99.7)

ตารางที่ 17 แสดงว่า การรักษาจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (interceptive orthodontics) ที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าทันตแพทย์สาขาอื่นไม่ควรทำคือ การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติเฉพาะช่วงฟันชุดผสมที่มีภาวะการสบเอียงของขากรรไกร (jaw shift) และมีฟันเขี้ยวบนคุดที่ค้ำไม่พบนอพื้น (embedded tooth) รวมทั้งการใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ หรือแบบติดแน่นเพื่อปรับปรุงแก้ไขความผิดปกติของการเจริญเติบโตของขากรรไกร (growth modification) และการใช้เครื่องมือออกช่องปาก (extraoral force) เพื่อแก้ไขฟันยื่นที่เกิดจากการดูดนิ้ว หรือการเคลื่อนของฟันกรามแท้เข้าสู่ช่องว่างที่ฟันน้ำนมหายไปก่อนกำหนด โดยที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามไม่เคยมีประสบการณ์ในการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (interceptive orthodontics) แม้คิดว่างานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้นบางงานควรให้การรักษาโดยทันตแพทย์สาขาอื่นก็ตาม โดยระดับความคิดเห็นกับประสบการณ์การให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้นส่วนใหญ่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) แต่มีการรักษา 2 กรณีที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่น เพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติเฉพาะช่วงฟันชุดผสม (mixed dentition) การสบฟันไขว้ในฟันหลัง (posterior crossbite) และการใช้เครื่องมือออกช่องปาก (extraoral force) เพื่อแก้ไขฟันยื่นที่เกิดจากการดูดนิ้ว หรือการเคลื่อนของฟันกรามแท้เข้าสู่ช่องว่างที่ฟันน้ำนมหายไปก่อนกำหนด พบว่าระดับความคิดเห็นของผู้ที่เคยทำและไม่เคยทำทั้ง 2 กรณีไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 18)



ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics) (N=287)

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics)	ประสบการณ์ n (%)	ระดับความคิดเห็น n (%)			Chi-square test
		ควรทำ	ไม่แน่ใจ	ไม่ควรทำ	
1. การถอนฟันตามลำดับ (Serial extraction)	เคยทำ	71 (91.0)	7 (9.0)	0 (0)	$\chi^2 = 97.60$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	54 (25.8)	104 (49.8)	51 (24.4)	
2. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขนิสัยที่ทำให้การสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เช่นการใส่ tongue crib เพื่อเตือนการดูดนิ้วหรือการกลืนที่ผิดปกติ เป็นต้น	เคยทำ	28 (96.6)	0 (0)	1 (3.4)	$\chi^2 = 15.46$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	157 (60.8)	66 (25.6)	35 (13.6)	
3. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติเฉพาะช่วงฟัน ชดผสม (Mixed dentition) เช่น 3.1 การสบฟันไขว้ในฟันหน้า (Anterior crossbite)	เคยทำ	63 (96.9)	2 (3.1)	0 (0)	$\chi^2 = 58.79$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	98 (44.1)	58 (26.1)	66 (29.7)	
3.2 การสบฟันไขว้ในฟันหลัง (Posterior crossbite)	เคยทำ	4 (80.0)	0 (0)	1 (20.0)	$\chi^2 = 4.82$ p = 0.09
	ไม่เคยทำ	98 (34.8)	97 (34.4)	87 (30.8)	
3.3 การสบเอียงของขากรรไกร (Jaw shift)	เคยทำ	4 (100)	0 (0)	0 (0)	$\chi^2 = 11.51$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	70 (24.8)	98 (34.6)	115 (40.6)	
3.4 การมีฟันเขี้ยวบนคุดที่กล่าวไม่พบหนองฟัน (Embedded tooth) เป็นต้น	เคยทำ	8 (100)	0 (0)	0 (0)	$\chi^2 = 24.18$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	57 (20.4)	108 (38.7)	114 (40.9)	
4. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อเคลื่อนฟันแท้ที่ล้มเอียงเข้าไปในช่องว่างที่ถูกถอนฟันนั้นมาไปก่อนเวลาอันควร (Space regainer)	เคยทำ	23 (92.0)	2 (8.0)	0 (0)	$\chi^2 = 25.26$ p < 0.01*
	ไม่เคยทำ	106 (40.5)	80 (30.5)	76 (29.0)	
5. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ หรือแบบติดแน่นเพื่อปรับปรุงแก้ไขความผิดปกติของการเจริญเติบโตของขากรรไกร (Growth modification)	เคยทำ	10 (90.9)	0 (0)	1 (9.1)	$\chi^2 = 27.82$ p = 0.04*
	ไม่เคยทำ	61 (22.1)	82 (29.7)	133 (48.2)	
6. การใช้เครื่องมือนอกช่องปาก (Extraoral force) เพื่อแก้ไขฟันอื่นที่เกิดจากการดูดนิ้วหรือการเคลื่อนของฟันกรามแท้เข้าสู่ช่องว่างที่ฟันน้ำนมหายไปก่อนกำหนด	เคยทำ	1 (100)	0 (0)	0 (0)	$\chi^2 = 4.93$ p = 0.08
	ไม่เคยทำ	47 (16.4)	73 (25.5)	166 (58.1)	

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 19 ความถี่ (%) ของความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (Limited corrective orthodontics) (N=287)

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟัน บำบัดอย่างง่าย	ระดับความคิดเห็น n (%)			ประสบการณ์ n (%)	
	ควรทำ	ไม่แน่ใจ	ไม่ควรทำ	เคยทำ	ไม่เคยทำ
1. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ กรณีเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่	76 (26.5)	102 (35.5)	109 (38.0)	9 (3.1)	278 (96.9)
1.1 การคั่งฟันขึ้น (force eruption)					
1.2 การแก้ไขการสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้า (anterior crossbite)	141 (49.1)	63 (22.0)	80 (28.9)	42 (14.6)	245 (85.4)
1.3 การแก้ไขการเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติเล็กน้อยได้แก่ ฟันหมุนหรือห่าง (Malalignment of tooth) เป็นต้น	123 (42.3)	95 (33.1)	69 (24.6)	26 (9.1)	261 (90.9)
2. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ป่วยโรคปริทันต์ที่ได้รับการรักษาแล้ว	64 (22.3)	107 (37.3)	116 (40.4)	8 (2.8)	279 (97.2)
3. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งเพื่อการใส่ฟันปลอม	84 (29.3)	96 (33.4)	107 (37.3)	13 (4.5)	274 (95.5)
4. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่นในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเกี่ยวกับฟัน	97 (33.8)	93 (32.4)	97 (33.8)	27 (9.4)	260 (90.6)
5. การใส่เพดานเทียม (Obturator) ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	137 (47.7)	84 (29.3)	66 (23.0)	33 (11.5)	254 (88.5)

ผลการศึกษาตามตารางที่ 19 พบว่าความคิดเห็นต่อการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่ายของทันตแพทย์สาขาอื่นนั้นมีความหลากหลายโดยไม่พบว่ามีกรักษาทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่ายใดที่มีความคิดเห็นในทิศทางเดียวกันอย่างชัดเจน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (>85%) ยังไม่เคยมีประสบการณ์ให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (limited corrective orthodontics)

ตารางที่ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นและประสบการณ์ที่ทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันมีต่องานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (Limited corrective orthodontics) (N=287)

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (Limited corrective orthodontics)	ประสบการณ์ n (%)	ระดับความคิดเห็น n (%)			Chi-square test
		ควรรู้	ไม่แน่ใจ	ไม่ควรรู้	
1. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ กรณีเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่	เคยทำ	8 (88.9)	1 (11.1)	0 (0)	$\chi^2 = 18.47$ $p < 0.01^*$
	ไม่เคยทำ	68 (24.5)	101 (36.3)	109 (39.2)	
1.1 การค้ำฟันขึ้น (force eruption)	เคยทำ	39 (92.9)	3 (7.1)	0 (0)	$\chi^2 = 37.47$ $p < 0.01^*$
	ไม่เคยทำ	102 (42.1)	60 (24.8)	80 (33.1)	
1.2 การแก้ไขการสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้า (anterior crossbite)	เคยทำ	23 (88.5)	3 (11.5)	0 (0)	$\chi^2 = 24.00$ $p < 0.01^*$
	ไม่เคยทำ	100 (38.3)	92 (35.2)	69 (26.5)	
1.3 การแก้ไขการเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติเล็กน้อยได้แก่ ฟันหมุนหรือห่าง (Malalignment of tooth) เป็นต้น	เคยทำ	4 (50.0)	4 (50.0)	0 (0)	$\chi^2 = 6.31$ $p = 0.04^*$
	ไม่เคยทำ	60 (21.5)	103 (36.9)	116 (41.6)	
2. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ป่วยโรคปริทันต์ที่ได้รับการรักษาแล้ว	เคยทำ	11 (84.6)	2 (15.4)	0 (0)	$\chi^2 = 17.81$ $p < 0.01^*$
	ไม่เคยทำ	73 (26.6)	94 (34.3)	107 (39.1)	
3. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งเพื่อการใส่ฟันปลอม	เคยทำ	25 (92.6)	2 (7.4)	0 (0)	$\chi^2 = 47.13$ $p < 0.01^*$
	ไม่เคยทำ	72 (27.7)	91 (35.0)	97 (37.3)	
4. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่นในผู้ป่วยที่ได้รับการอุบัติเหตุเกี่ยวกับฟัน	เคยทำ	29 (87.9)	3 (9.1)	1 (3.0)	$\chi^2 = 24.97$ $p < 0.01^*$
	ไม่เคยทำ	108 (42.5)	81 (31.9)	65 (25.6)	
5. การใส่เพดานเทียม (Obturator) ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	เคยทำ	29 (87.9)	3 (9.1)	1 (3.0)	$\chi^2 = 24.97$ $p < 0.01^*$
	ไม่เคยทำ	108 (42.5)	81 (31.9)	65 (25.6)	

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลจากตารางที่ 20 พบความแตกต่างระหว่างระดับความคิดเห็นกับประสบการณ์การให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในทุกกรณี โดยผู้ที่เคยทำการรักษาจะมีความคิดว่าทันตแพทย์สาขาอื่นควรให้การรักษางานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย ในขณะที่ทันตแพทย์ที่ไม่เคยทำการรักษาจะมีความคิดเห็นที่หลากหลาย

## ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น

ผลการศึกษาดำรงที่ 21 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) คือ อายุ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ เขตที่ทำงาน ประสบการณ์การทำงานและสถาบันที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนปัจจัยด้านเพศและระดับความรู้ด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีไม่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน โดยพบว่าทันตแพทย์ที่อายุมากจะทำการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในสัดส่วนที่มากกว่าทันตแพทย์ที่อายุน้อยและทันตแพทย์ทั่วไปส่งต่อผู้ป่วยมากกว่าทันตแพทย์เฉพาะทาง โดยทันตแพทย์ที่ทำงานในเขตเมืองจะส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันมากกว่าทันตแพทย์ที่ทำงานในเขตชนบทและทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไปจะส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในสัดส่วนที่มากกว่าทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี รวมทั้งพบว่าทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนเป็นระยะเวลาไม่นาน ได้แก่ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในสัดส่วนที่น้อยกว่าทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาที่เปิดสอนมานานแล้ว ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยด้านเพศ อายุ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ เขตที่ทำงาน ประสบการณ์การทำงานและสถาบันที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีไม่มีผลต่อการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น โดยพบว่าแม้ปัจจัยจะต่างกันแต่สัดส่วนทันตแพทย์ที่ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นจะมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามความคิดเห็นต่อความเพียงพอของความรู้ด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) โดยพบว่าทันตแพทย์ที่คิดว่าระดับความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีของตนเองเพียงพอจะให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นมากกว่าทันตแพทย์ที่รู้สึกว่าความรู้พื้นฐานไม่เพียงพอ

ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น

ปัจจัย		การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน			การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น		
		จำนวนทันตแพทย์ n (%)		P-value	จำนวนทันตแพทย์ n (%)		P-value
		ไม่เคย	เคย		ไม่เคย	เคย	
เพศ	ชาย	26 (25.7)	75 (74.3)	0.89	61 (60.4)	40 (39.6)	0.33
	หญิง	47 (25.0)	141 (75.0)		123 (66.1)	63 (33.9)	
อายุ (ปี)	≤30	49 (38.6)	78 (61.4)	<0.01*	74 (58.7)	52 (41.3)	0.33
	31-40	16 (18.4)	71 (81.6)		58 (37.2)	28 (62.8)	
	41-59	8 (11.9)	59 (88.1)		47 (70.1)	20 (29.9)	
	≥60	0 (0)	4 (100)		2 (50.0)	2 (50.0)	
ความเชี่ยวชาญ	ทันตแพทย์ทั่วไป	61 (31.1)	135 (68.9)	<0.01*	121 (61.7)	75 (38.3)	0.22
	ทันตแพทย์เฉพาะทาง	12 (12.9)	81 (87.1)		63 (69.2)	28 (30.8)	
สถานที่ทำงาน	เขตเมือง	36 (18.4)	160 (81.6)	<0.01*	130 (67.0)	64 (33.0)	0.17
	เขตชนบท	37 (40.2)	55 (59.8)		54 (58.7)	38 (41.3)	
ประเภทการให้บริการ	1-5 ปี	43 (40.6)	63 (59.4)	<0.01*	64 (60.4)	42 (39.6)	0.14
	6-10 ปี	15 (26.3)	42 (73.7)		31 (56.4)	24 (43.6)	
	11-15 ปี	4 (9.5)	38 (90.5)		27 (64.3)	15 (35.7)	
	16-20 ปี	4 (14.8)	23 (85.2)		22 (81.5)	5 (18.5)	
	> 20 ปี	7(12.3)	50 (87.7)		40 (70.2)	17 (29.8)	
สถาบันที่สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	15 (17.0)	73 (83.0)	<0.01*	61 (70.1)	26 (29.9)	0.52
	มหาวิทยาลัย มหิดล	16 (25.4)	47 (74.6)		41 (65.1)	22 (34.9)	
	มหาวิทยาลัย เชียงใหม่	5 (12.5)	35 (87.5)		22 (56.4)	17 (43.6)	
	มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์	11 (28.9)	27 (71.1)		24 (63.2)	14 (36.8)	
	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	9 (36.0)	16 (64.0)		15 (60.0)	10 (40.0)	
	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	7 (53.8)	6 (46.2)		10 (77.0)	3 (23.0)	
	มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ	4 (33.3)	8 (66.7)		5 (41.7)	7 (58.3)	
	มหาวิทยาลัยสุรนารี	6 (75.0)	2 (25.0)		5 (62.5)	3 (37.5)	
ระดับความรู้ที่รู้เกี่ยวกับทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรี	เพียงพอ	42 (28.2)	107 (71.8)	0.16	85 (57.0)	64 (43.0)	<0.01*
	ไม่เพียงพอ	29 (21.0)	109 (79.0)		98 (71.5)	39 (28.5)	

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ของระดับความคิดเห็นต่อการให้การรักษาในงานทันตกรรมจัดฟัน  
ป้องกันและความเพียงพอของความรู้ด้านจัดฟันระดับปริญญาตรี

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	ระดับ ความ คิดเห็น n (%)	ความเพียงพอของความรู้ด้านจัดฟัน ระดับปริญญาตรี n (%)		Chi-square test
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	
<b>งานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน</b>				
1. การอุดฟันน้ำนมเพื่อควบคุมปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียฟันที่สำหรับฟันแท้ที่จะขึ้น	ไม่ควรทำ	0 (0)	0 (0)	$\chi^2 = 2.131$ p = 0.14
	ไม่แน่ใจ	0	2 (1.4)	
	ควรทำ	147 (100)	138 (98.6)	
2. ขจัดลักษณะนิสัยผิดปกติซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูก โครงสร้างใบหน้าหรือการวางตัวของฟันเช่น การดูดนิ้ว, ลักษณะนิสัยกลืนผิดปกติ	ไม่ควรทำ	2 (1.4)	1 (0.7)	$\chi^2 = 0.406$ p = 0.82
	ไม่แน่ใจ	11 (7.4)	12 (8.6)	
	ควรทำ	135 (91.2)	126 (90.7)	
3. การใส่เครื่องมือกันช่องว่าง (Space maintainer) ในตำแหน่งที่สูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด	ไม่ควรทำ	3 (2.0)	0 (0)	$\chi^2 = 5.015$ p = 0.08
	ไม่แน่ใจ	7 (4.8)	13 (9.3)	
	ควรทำ	137 (93.2)	127 (90.7)	
4. การถอนฟันน้ำนมที่อาจขัดขวางการขึ้นของฟันแท้	ไม่ควรทำ	3 (2.0)	2 (1.4)	$\chi^2 = 0.151$ p = 0.93
	ไม่แน่ใจ	18 (12.3)	17 (12.1)	
	ควรทำ	126 (85.7)	121 (86.5)	
5. การถอนฟันเกิน (supernumerary tooth) ที่ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้	ไม่ควรทำ	1 (0.7)	0 (0)	$\chi^2 = 1.552$ p = 0.46
	ไม่แน่ใจ	10 (6.8)	13 (9.3)	
	ควรทำ	136 (92.5)	127 (90.7)	

ในงานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (ตารางที่ 22) พบว่าทั้งทันตแพทย์ที่เห็นว่าความรู้พื้นฐานด้านจัดฟันในระดับปริญญาตรีเพียงพอและไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ก็เห็นว่าควรทำงานดังกล่าวนี้ อาจเพราะงานเหล่านี้เป็นงานเบื้องต้นที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทันตแพทย์สาขาอื่นสามารถให้การรักษาหรือพบปัญหาเหล่านี้เป็นประจำหรือบ่อยกว่างานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้นและบำบัดอย่างง่าย งานเหล่านี้จึงเป็นงานที่ทันตแพทย์สาขาอื่นเห็นว่าควรทำแม้จะเห็นว่ามีความรู้เพียงพอหรือไม่เพียงพอก็ตาม

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ของระดับความคิดเห็นต่อการให้การรักษาในงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้นและความเพียงพอของความรู้ด้านจัดฟันระดับปริญญาตรี

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	ระดับ ความ คิดเห็น n (%)	ความเพียงพอของความรู้ด้านจัดฟัน ระดับปริญญาตรี n (%)		Chi-square test
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	
งานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น				
1. การถอนฟันตามลำดับ (Serial extraction)	ไม่ควรทำ	30 (20.4)	21 (15)	$\chi^2 = 5.06$ p = 0.08
	ไม่แน่ใจ	48 (32.7)	63 (45.0)	
	ควรทำ	69 (46.94)	56 (40.0)	
2. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้นิสัยที่ทำให้การสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เช่นการใส่ tongue crib เพื่อเตือนการดูดนิ้วหรือการกลืนที่ผิดปกติ เป็นต้น	ไม่ควรทำ	14 (9.5)	22 (15.8)	$\chi^2 = 5.92$ p = 0.05**
	ไม่แน่ใจ	29 (19.6)	37 (26.6)	
	ควรทำ	105 (70.9)	80 (57.6)	
3. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติเฉพาะช่วงฟันชุดผสม (Mixed dentition) เช่น 3.1 การสบฟันไขว้ในฟันหน้า (Anterior crossbite)	ไม่ควรทำ	26 (17.7)	40 (28.6)	$\chi^2 = 7.33$ p = 0.03*
	ไม่แน่ใจ	27 (18.4)	33 (23.6)	
	ควรทำ	94 (63.9)	67 (47.8)	
4. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อเคลื่อนฟันแท้ที่ล้มเอียงเข้าไปในช่องว่างที่ถูกถอนฟันน้ำนมไปก่อนเวลาอันควร (Space regainer)	ไม่ควรทำ	41 (27.7)	35 (25.2)	$\chi^2 = 1.281$ p = 0.53
	ไม่แน่ใจ	45 (30.4)	37 (26.6)	
	ควรทำ	62 (41.9)	67 (48.2)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

\*\* borderline/marginal significant

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ของระดับความคิดเห็นต่อการให้การรักษาในงานทันตกรรมจัดฟัน  
แบบดัดอย่างง่ายและความเพียงพอของความรู้ด้านจัดฟันระดับปริญญาตรี

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	ระดับ ความคิดเห็น n (%)	ความเพียงพอของความรู้ด้านจัดฟัน ระดับปริญญาตรี n (%)		Chi-square test
		เพียงพอ	ไม่เพียงพอ	
<b>งานทันตกรรมจัดฟันแบบดัดอย่างง่าย</b>				
1. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อ แก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ กรณีเคลื่อน ฟันเฉพาะตำแหน่ง ในผู้ใหญ่	ไม่ควรทำ	42 (29.0)	38 (27.3)	$\chi^2 = 4.184$ p = 0.12
	ไม่แน่ใจ	25 (17.2)	38 (27.3)	
1.2 การแก้ไขการสบฟันแบบไขว้ใน ฟันหน้า (anterior crossbite)	ควรทำ	78 (53.8)	63 (45.3)	
1.3 การแก้ไขการเรียงตัวของฟันที่ ผิดปกติเล็กน้อยได้แก่ ฟันหมุนหรือห่าง (Malalignment of tooth) เป็นต้น	ไม่ควรทำ	37 (25.0)	32 (23.0)	$\chi^2 = 4.196$ p = 0.12
	ไม่แน่ใจ	41 (27.8)	54 (38.9)	
	ควรทำ	70 (47.2)	53 (38.1)	
2. การใส่เพดานเทียม (Obulator) ใน ผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่	ไม่ควรทำ	34 (22.8)	32 (23.2)	$\chi^2 = 1.493$ p = 0.474
	ไม่แน่ใจ	39 (26.2)	45 (32.6)	
	ควรทำ	76 (51.0)	61 (44.2)	

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

\*\* borderline/marginal significant

ส่วนงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (ตารางที่ 23) พบว่ามีเพียงงานเดียวที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับความคิดเห็นระหว่างทันตแพทย์ที่คิดว่าตนมีความรู้เพียงพอและไม่เพียงพอ ( $p < 0.05$ ) คือ การแก้ไขสบฟันไขว้ในฟันหน้า (Anterior crossbite) ในระยะฟันชุดผสม โดยทันตแพทย์ที่คิดว่าความรู้ด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีเพียงพอ ส่วนใหญ่เห็นว่าควรทำงานดังกล่าว ส่วนทันตแพทย์ที่เห็นว่าความรู้ไม่เพียงพอ แม้ส่วนใหญ่จะเห็นด้วยว่าควรทำงานดังกล่าว (47.8%) แต่พบว่าสัดส่วนของทันตแพทย์ที่ไม่แน่ใจและไม่เห็นด้วยก็สูง (23.0% และ 28.6% ตามลำดับ) ส่วนการใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขสิ่งที่ทำให้การสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เช่นการใส่ tongue crib เพื่อเตือนการดูดนิ้วหรือการกลืนที่ผิดปกติ ความคิดเห็นของทันตแพทย์ที่คิดว่ามีความรู้เพียงพอและไม่เพียงพอมีความแตกต่างเกือบมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.05$ ) ซึ่งแนวโน้มของระดับความคิดเห็นต่อการให้การรักษา



ความคิดปกตินี้ ในกลุ่มทันตแพทย์ที่คิดว่ามีความรู้เพียงพอและไม่เพียงพอจะคล้ายกับการแก้ไข การสบฟันไขว้ในฟันหน้า โดยการศึกษาไม่พบว่างานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่ายใดที่มีความแตกต่างของระดับความคิดเห็นในกลุ่มที่รับรู้ว่าคุณรู้เพียงพอและไม่เพียงพออย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ความคิดเห็นต่อแนวทางการส่งต่อและการรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น ของทันตแพทย์สาขาอื่น

ตารางที่ 25 ความคิดเห็นต่อแนวทางการส่งต่อและการรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น ของทันตแพทย์สาขาอื่น (N=288)

การส่งต่อและการรักษาทางทันตกรรม จัดฟันเบื้องต้น	ระดับความคิดเห็น n (%)		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ควรมีแนวทางในการตัดสินใจเลือกประเภทผู้ป่วยเพื่อ ทำการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของ ทันตแพทย์สาขาอื่นที่ชัดเจนและตรงกัน	252 (87.5)	25 (8.7)	11 (3.8)
2. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เหมาะสมโดย ทันตแพทย์สาขาอื่นจะช่วยลดปริมาณการส่งต่อผู้ป่วย ทางทันตกรรมจัดฟันที่ไม่จำเป็นลงได้	234 (81.3)	48 (16.7)	6 (2.0)
3. ควรมีข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางทันตกรรม จัดฟันเบื้องต้นที่เคยได้รับมาก่อนทุกครั้งเมื่อส่งต่อ ผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน	239 (83.0)	45 (15.6)	4 (1.4)
4. การมีเอกสารประกอบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรม จัดฟันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารให้เข้าใจ ตรงกันได้ง่ายขึ้น	258 (89.6)	25 (8.7)	5 (1.7)
5. การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในช่วงเวลาที่ไม่ เหมาะสมจะทำให้เสียเวลา	149 (51.7)	99 (34.4)	40 (13.9)
6. ควรส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์จัดฟันตามความ ต้องการของผู้ป่วย	148 (51.4)	91 (31.6)	49 (17.0)
7. การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่เหมาะสมควรมี รูปแบบที่ทำให้เกิดการเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้รับและผู้ส่ง โดยไม่จำเป็นต้องใช้ออกสารก็ได้	85 (29.5)	80 (27.8)	123 (42.7)

ทันตแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันส่วนใหญ่ (80%) มีความคิดเห็นต่อแนวทางการส่งต่อและการรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นว่าควรมีแนวทางในการตัดสินใจเลือกประเภทผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ชัดเจนและตรงกัน รวมทั้งควรมีข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เคยได้รับมาก่อนทุกครั้งเมื่อส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน ซึ่งการมีเอกสารประกอบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันได้ง่ายขึ้น แต่ความคิดเห็นต่อประเด็นที่ว่า การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่เหมาะสมควรมีรูปแบบที่ทำให้เกิดการเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้รับและผู้ส่ง โดยไม่จำเป็นต้องใช้เอกสารก็ได้ พบว่าระดับความคิดเห็นจะหลากหลาย (ตารางที่ 25)

เมื่อสอบถามความคิดเห็นทันตแพทย์ในด้านความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีว่าเพียงพอที่จะสามารถให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นได้หรือไม่ พบว่ามีทันตแพทย์ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.9) ที่คิดว่าความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันระดับปริญญาตรีเพียงพอในการทำให้สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นได้ในขณะที่ทันตแพทย์ในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48.1) คิดว่าไม่เพียงพอ โดยมีทันตแพทย์จำนวน 126 คนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้ที่ควรเพิ่มดังตารางที่ 23 ซึ่งสิ่งที่ทันตแพทย์คิดว่าควรเพิ่มเติมในการสอนระดับปริญญาตรีมากที่สุดคือการรักษาผู้ป่วยจริงในคลินิกในเชิงฝึกปฏิบัติ (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 ความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันที่ทันตแพทย์สาขาอื่นเสนอให้เพิ่มในระดับ  
ปริญญาตรีและเสนอให้จัดอบรม

หัวข้อความรู้ที่ควรเพิ่ม		จำนวนทันตแพทย์ (N=126)	
		จำนวน	ร้อยละ
ระดับ ปริญญาตรี	1. การรักษาผู้ป่วยจริงในคลินิกในเชิงฝึกปฏิบัติ	48	34.8
	2. การเลือก case ผู้ป่วยที่เหมาะสมและสามารถให้การรักษามือถึงต้นได้	24	17.4
	3. Minor tooth movement	17	12.3
	4. Preventive & interceptive orthodontic treatment	7	5.1
	5. Interceptive & limited corrective orthodontic treatment	6	4.3
	6. การทำงานของเครื่องมือชนิดต่างๆ การปรับเครื่องมือและการติดตามผลการรักษา	6	4.3
	7. การจัดฟันด้วยเครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่นในกรณีที่เหมาะสม	6	4.3
	8. Growth & development และ abnormal oral habits	5	3.6
	9. เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้	3	2.2
	10. Serial extraction	2	1.4
	11. Space maintainers แบบต่างๆ พร้อมฝึกปฏิบัติจริงในคลินิก	2	1.4
ฝึกอบรม	1. Minor tooth movement	222	79.3
	2. วิธีแก้ไขความผิดปกติของการสบฟันที่เกิดจาก Abnormal oral habit	151	53.9
	3. Space maintainer	87	31.1
	4. Space regainer	83	29.6
	5. หัวข้ออื่นๆ*	9	3.2

ส่วนผลความคิดเห็นว่าควรมีการจัดอบรมความรู้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเรื่องใด พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่อยากให้มีการจัดอบรมในเรื่อง minor tooth movement และ abnormal oral habit มากที่สุด (ตารางที่ 26) ส่วนหัวข้ออื่นๆที่อยากให้อบรมเพิ่ม คือ การจัดฟันด้วยเครื่องมือติดแน่นในระดับที่ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถให้การรักษาได้ serial extraction การจัดฟันในระยะ mixed dentition แบบง่ายๆ การจัดฟันแบบกรณีฉุกเฉิน การแก้ไขฟันหลังสบไขว้ (posterior crossbite) วิธีส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง โดยอยากให้อบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติในผู้ป่วยจริง จนสามารถนำมารักษาผู้ป่วยได้จริงและระยะเวลาที่คิดว่าเหมาะสมในการจัดอบรมมากที่สุดคือ 3-5 วัน

## บทที่ 4

### บทวิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นในประเทศไทย โดยใช้กระบวนการสุ่มตัวอย่างทันตแพทย์จากทันตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทยแบบ random sampling ซึ่งเป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอิงความน่าจะเป็น (probability sampling) ดังนั้นทันตแพทย์ทุกคนมีสิทธิ์ในการถูกเลือกเท่าๆกัน ประกอบกับการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์รวม 2 รอบทำให้ได้อัตราการส่งคืนแบบสอบถามถึงร้อยละ 51 ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงกว่าการศึกษาอื่นๆ<sup>35,36</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทันตแพทย์ไทย และมีการส่งแบบสอบถามเพียงรอบเดียว<sup>38</sup> ถึงแม้้อัตราการตอบแบบสอบถามคืนกลับในแต่ละภาคของประเทศแตกต่างกัน โดยพบว่าอัตราการตอบแบบสอบถามคืนกลับของภาคเหนือร้อยละ 33.7% ในขณะที่ภาคใต้และภาคกลางมีอัตราการตอบแบบสอบถามคืนกลับสูงถึงร้อยละ 67.3 และร้อยละ 54.4 ตามลำดับ ทำให้อาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีนักของทันตแพทย์ในภาคเหนือ แต่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของทันตแพทย์ในภาคใต้และภาคกลางได้ดี อย่างไรก็ตามพบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม คือ เพศ อายุ สถาบันที่จบการศึกษามีค่าที่ใกล้เคียงกับประชากรทันตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทย ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงน่าจะสามารถเป็นตัวแทนทันตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทยได้ในระดับหนึ่ง

#### การส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมจัดฟัน

ผลจากการศึกษานี้พบว่าทันตแพทย์สาขาอื่นส่วนใหญ่ (74%) ทำการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน ซึ่งเท่ากับการศึกษาของ O'Brien และคณะ<sup>2</sup> ในประเทศอังกฤษที่รายงาน 74% ของทันตแพทย์ทั่วไปในประเทศอังกฤษส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน แต่น้อยกว่าการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Wolsky และ McNamara<sup>18</sup> ซึ่งพบว่าทันตแพทย์ทั่วไปมีการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันสูงถึง 85% โดยทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.9) ในการศึกษาครั้งนี้ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเลย โดยไม่ได้ให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นก่อน

การที่ทันตแพทย์สาขาอื่นในการศึกษานี้ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในสัดส่วนที่สูงสะท้อนให้เห็นว่าทันตแพทย์สาขาอื่นเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการจัดฟัน โดยตระหนักว่าผู้ป่วยที่มีการสบฟันผิดปกติควรได้รับการจัดฟัน โดยเหตุผลที่ทำการส่งต่อส่วนใหญ่เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาด้วยตนเองได้จึงต้องส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน แต่เหตุผลที่ไม่ส่งต่อมีปัจจัยส่วนใหญ่จากตัวผู้ป่วย เช่นความต้องการของผู้ป่วย (สิทธิผู้ป่วย) ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ทำให้ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ราคาสูงได้ สอดคล้องกับ Hans และ Valiathan<sup>39</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่กล่าวว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในปัจจุบัน

ผลจากแบบสอบถามนี้ยังพบว่า ทันตแพทย์สาขาอื่นส่วนใหญ่คิดว่ามีผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ถูกส่งต่อไปรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเป็นจำนวนมาก ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับคัดกรองและถูกส่งต่อตามความจำเป็นอย่างมีมาตรฐานหรือมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยในการส่งต่อ จะทำให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อโดยไม่จำเป็นลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pietila และคณะ<sup>13</sup> ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีรูปแบบและหลักเกณฑ์ที่ละเอียดชัดเจนสำหรับประเมินความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่สามารถสร้างความเข้าใจตรงกันระหว่างทันตแพทย์ทั่วไปกับทันตแพทย์จัดฟันมากขึ้น

รูปแบบการส่งต่อที่สำรวจพบจากการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติกันในปัจจุบันเป็นลักษณะบอกกล่าวแบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษรกับผู้ป่วย ซึ่งขัดแย้งกับความคิดเห็นที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ให้ไว้ว่าการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพควรมีเอกสารประกอบการส่งต่อด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่กำหนดขึ้นอย่างชัดเจน และยังไม่มียุทธศาสตร์หรือเอกสารการส่งต่อที่เป็นแนวทางเดียวกันรวมทั้งมีปัจจัยในเรื่องของข้อจำกัดของเวลาในการให้การรักษาทันตกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย ตามที่ทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามบางคนได้ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมไว้ว่าเวลาในการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายนั้นค่อนข้างจำกัดโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันโดยการบอกกล่าวแบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษรจะใช้เวลาในการส่งต่อผู้ป่วยน้อยกว่าการส่งต่อแบบมีแบบฟอร์มหรือเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน ซึ่ง O'Brien และคณะ<sup>2</sup> ได้กล่าวว่าแนวทางการส่งต่อมีความสำคัญและเสนอว่าแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่เหมาะสมมีความจำเป็นและควรมุ่งให้ทันตแพทย์ทุกคนปฏิบัติตามเป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นจึงควรกำหนดแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันอย่างเป็นทางการที่สามารถปฏิบัติได้จริงสำหรับทันตแพทย์สาขาอื่นต่อไป

ส่วนสถานที่ที่ทันตแพทย์กลุ่มตัวอย่างส่งต่อผู้ป่วย ไปจัดฟันมากที่สุดพบว่าเป็นหน่วยงานของภาคเอกชน ซึ่งอาจแสดงให้เห็นว่าทันตแพทย์จัดฟันส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน<sup>40</sup> และผู้ป่วยสามารถเดินทางไปรักษาจัดฟันที่คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนที่จังหวัดนั้นๆ ได้สะดวกมากกว่าโรงพยาบาลหรือหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งยังพบว่าคิวการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในสถานภาครัฐจะยาวนานกว่าภาคเอกชน<sup>41,42</sup> และการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเป็นการรักษาที่ใช้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีคิวการรักษาสั้นกว่าโรงพยาบาลหรือหน่วยงานของรัฐ

การที่มีทันตแพทย์เพียงจำนวนน้อย ( $\leq 30\%$ ) ที่เห็นด้วยว่าต้องส่งภาพถ่ายรังสีแบบจำลองฟัน และรูปถ่ายผู้ป่วยร่วมด้วย อาจมีเหตุผลมาจากสิ่งเหล่านี้ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษเพิ่มขึ้นมาจากการให้การรักษาทันตกรรมทั่วไปโดยปกติ เช่น เครื่องเอกซเรย์ชนิดที่สามารถถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะและใบหน้าด้านข้าง ช่องปากและขากรรไกรบนและล่างได้ และทันตแพทย์บางคนให้เหตุผลว่าภาพถ่ายรังสีแบบจำลองฟัน รูปถ่ายผู้ป่วย เป็นทรัพย์สินหรือสมบัติของทางคลินิกซึ่งต้องได้รับอนุญาตจากคลินิกที่ปฏิบัติงานอยู่จึงจะสามารถมอบให้แก่ผู้ป่วยได้

#### การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน

การศึกษาในครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ทันตแพทย์สาขาอื่น (ร้อยละ 61.1) ไม่มีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมโดย Rose และคณะ<sup>34</sup> ปีค.ศ.1997 ที่พบว่ามีทันตแพทย์ทั่วไปจำนวนน้อยที่ให้การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน ทั้งนี้บทความดังกล่าวไม่ได้รายงานถึงสัดส่วนตัวเลขที่ชัดเจน และพบว่าทันตแพทย์ทั่วไปอาจไม่ค่อยเต็มใจที่จะปรับเครื่องมือทางจัดฟันเพราะไม่แน่ใจว่าส่วนไหนของเครื่องมือจัดฟันที่จะสามารถเอาออกได้โดยไม่ทำให้เกิดผลกระทบต่อกระบวนการเคลื่อนฟัน และไม่รู้ว่าจะแนะนำคนไข้ให้ปฏิบัติตัวอย่างไร ซึ่งในกรณีที่ทันตแพทย์สาขาอื่นตรวจพบว่าฟันเคลื่อนไปในทิศทางที่ผิดปกติไป ก็ควรรีบส่งต่อผู้ป่วยกลับไปพบทันตแพทย์จัดฟันโดยทันทีหรือเร็วที่สุดเท่าที่มีโอกาสทำได้

ส่วนการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน ที่ทันตแพทย์กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เห็นว่าทันตแพทย์สาขาอื่นควรทำ คือการแก้ไขเมื่อเครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟัน หัก หลวม หลุด แดก แหวง บาดคมจนทำให้เกิดบาดแผล เป็นต้น ซึ่งเหตุผลที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.2) ให้ จะเน้นการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลักโดย คิดว่าเป็นการแก้ไขปัญหา

ลดความกังวล และความเจ็บปวดของผู้ป่วยลงได้ (ร้อยละ 83.5) และช่วยลดปัญหาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากเครื่องมือจัดฟันที่หลวม หลุดหรือ หัก (ร้อยละ 79.4) ส่วนทันตแพทย์ (ร้อยละ 23.8) ที่มีความคิดเห็นว่าจะไม่ควรทำการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน ได้ให้เหตุผลว่าไม่มีความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (ร้อยละ 73.1) สะท้อนให้เห็นว่าความรู้ในการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน ในระดับปริญญาตรีอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ทันตแพทย์ทั่วไปมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันได้ ดังนั้นจึงควรทบทวนหลักสูตรปริญญาตรีและจัดให้มีการอบรมเพิ่มเติมก็จะสามารถทำให้ทันตแพทย์สาขาอื่นสามารถให้การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

### การให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (64.1%) ในการศึกษาครั้งนี้ไม่เคยให้การรักษการจัดฟันเบื้องต้น ซึ่งเหตุผลหลักๆคือ ขาดความรู้ ความชำนาญในการรักษา ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความรู้พื้นฐานและประสบการณ์จากการให้การรักษานี้ในผู้ป่วยจริงในระดับปริญญาตรียังไม่เพียงพอจึงทำให้ทันตแพทย์ไม่มีความมั่นใจ จึงเลือกที่จะทำการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันมากกว่าที่จะให้การรักษการจัดฟันเบื้องต้นด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามทันตแพทย์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) มีความคิดเห็นว่าจะควรให้ทันตแพทย์สาขาอื่นให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น สะท้อนให้เห็นว่าทันตแพทย์สาขาอื่นส่วนใหญ่ตระหนักถึงประโยชน์ของการให้การรักษการจัดฟันเบื้องต้น โดยมองในส่วนของประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยให้เหตุผลว่าช่วยลดปัญหาความรุนแรงของการสบฟันที่ผิดปกติได้ (ร้อยละ 94.6)

เมื่อพิจารณาการรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นแต่ละงานพบว่างานทันตกรรมจัดฟันป้องกันเป็นลักษณะงานที่ทันตแพทย์สาขาอื่นส่วนใหญ่ให้การรักษาก่อนแล้ว เพราะเป็นงานที่ทำได้ง่ายไม่ซับซ้อน ทันตแพทย์สาขาอื่นจึงมีประสบการณ์การทำงานด้านนี้มาก และเห็นด้วยว่างานดังกล่าวควรให้การรักษาโดยทันตแพทย์สาขาอื่น

ทันตแพทย์สาขาอื่นในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้นและงานทันตกรรมจัดฟันในบับด้อย่างง่าย เนื่องจากงานดังกล่าวต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ อย่างไรก็ตามพบว่าทันตแพทย์สาขาอื่นส่วนใหญ่ (>40%) ตระหนักว่างานบางส่วนเป็นงานที่ทันตแพทย์สาขาอื่นควรทำได้ อาทิ งานที่เป็นงานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (interceptive orthodontics) ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบบอดได้เพื่อแก้ไขนิสัยที่ทำให้การสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เช่นการใช้เครื่องมือกั้นลิ้นยื่น (tongue crib) เพื่อเตือนการกลืนที่ผิดปกติหรือเตือนการดูดนิ้ว 2) การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบบอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการ

สบฟันที่ผิดปกติเฉพาะช่วงฟันชุดผสม (mixed dentition) กรณีเกิดการสบฟันไขว้ในฟันหน้า (anterior crossbite) 3) การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อเคลื่อนฟันแท้ที่ล้มเอียงเข้าไปในช่องว่างที่ถูกถอนฟันน้ำนมไปก่อนเวลาอันควร (Space regainer) 4) การถอนฟันตามลำดับ (serial extraction) และงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (limited corrective orthodontics) ได้แก่ 1) การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้กรณีเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่ กรณีแก้ไขการสบฟันไขว้ในฟันหน้า (anterior crossbite) 2) การใส่เพดานเทียม (obturator) ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 3) การแก้ไขการเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติเล็กน้อย ได้แก่ ฟันหมุนหรือห่าง (Malalignment of tooth) (ตารางที่ 17, 19) โดย Proffit และ Buttker<sup>10</sup> ได้แนะนำว่าการแก้ไขความผิดปกติเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถให้การรักษาได้โดยใช้เครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นในลักษณะที่มีการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งแบบ minor tooth movement

ในประเทศไทยนั้น ถึงแม้จะมีการสอนวิชาทันตกรรมจัดฟันให้นักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยทุกสถาบัน<sup>43-54</sup> มีความรู้เพียงพอที่จะแยกลักษณะการสบฟันที่ผิดปกติได้ แต่มีการกล่าวถึงการให้การรักษาความผิดปกติดังกล่าวไว้เพียงเบื้องต้น (ภาคผนวกที่ 5) รวมทั้งไม่มีการฝึกปฏิบัติการให้การรักษารึจริงในผู้ป่วย ทำให้มีทันตแพทย์สาขาอื่นในประเทศไทยเพียงจำนวนน้อยที่ให้การรักษาความผิดปกติดังกล่าว (ตารางที่ 17, 19) นอกจากนี้ไม่ได้มีการระบุชัดเจนถึงลักษณะที่ทันตแพทย์ทั่วไปควรให้การรักษา และไม่มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเลือกกรณีการรักษาอย่างชัดเจน มีเพียงร่างแนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน (Clinical practice guideline (CPG))<sup>17</sup> สำหรับทันตแพทย์ทั่วไปเพื่อแก้ปัญหาการสบฟันผิดปกติที่กำหนดโดยทันตแพทย์สภาเพียงบางเรื่องเท่านั้น (ภาคผนวกที่ 4) อย่างไรก็ตามการทบทวนวิเคราะห์หลักสูตรการเรียนการสอนในการศึกษานี้ เน้นเฉพาะการเรียนการสอนที่ปรากฏในหลักสูตรวิชาทันตกรรมจัดฟันเท่านั้น ไม่ได้ครอบคลุมสาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น งานสัลยศาสตร์ช่องปากและทันตกรรมสำหรับเด็ก ซึ่งการใช้เครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่นในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเกี่ยวกับฟันในงานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่ายนั้น อาจปรากฏอยู่ในการเรียนการสอนในสาขาสัลยศาสตร์ช่องปาก หรือทันตกรรมสำหรับเด็ก โดยอาจไม่ได้อยู่ในรายวิชาทันตกรรมจัดฟันได้ รวมทั้งการศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ถึงวิธีการเรียนการสอนของแต่ละสถาบันการศึกษา แต่ดูเพียงหัวข้อที่ปรากฏอยู่ในการสอนเท่านั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการนำข้อมูลการเรียนการสอนของแต่ละสถาบันมาเปรียบเทียบอย่างละเอียดได้

ผลการศึกษาพบว่างานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่ทันตแพทย์สาขาอื่นส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำ คือ การอุดฟันน้ำนมเพื่อควบคุมปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียฟันที่สำหรับฟันแท้ที่จะขึ้น การถอนฟันน้ำนม และการถอนฟันเกิน (supernumerary tooth) ที่ขัดขวาง



การขึ้นของฟันแท้ เท่านั้น ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Galbreath และคณะ<sup>25</sup> ในปี 2006 ที่ศึกษาการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันโดยทันตแพทย์ทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าส่วนใหญ่ จะให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันแก่ผู้ป่วยในระยะฟันแท้ และสภาวะการสบฟันผิดปกติที่ให้การรักษาย่อยที่สุดคือ การใส่เครื่องมือกันที่(ฟัน) (space maintainer) การแก้ไขฟันหน้าสบไขว้ (anterior crossbite) และฟันหลังสบไขว้ (posterior crossbite) ฟันหมุน (rotation) ลักษณะนิสัยที่ผิดปกติ (abnormal oral habit) และการตั้งฟันกรามใหญ่ (molar uprighting)

### ปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าทันตแพทย์ชายหรือหญิงส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันมาก (ร้อยละ 74.3 และร้อยละ 75 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของ Keim และคณะ ในปีค.ศ.2003<sup>21</sup> และ 2004<sup>22</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกา นอกจากนี้พบว่าทันตแพทย์ที่มีอายุมาก ประสบการณ์การทำงานมากจะส่งต่อผู้ป่วยในสัดส่วนที่มากกว่าทันตแพทย์ที่อายุน้อยกว่า หรือประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Manasse และ Dooley<sup>20</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปีค.ศ.1980 ที่พบว่าทันตแพทย์อายุมากจะทำการส่งต่อผู้ป่วยมากกว่าทันตแพทย์ที่อายุน้อย และทันตแพทย์ที่จบการศึกษาเป็นระยะเวลาไม่นานจะมีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการจัดฟันมากกว่าทันตแพทย์ที่จบการศึกษามาเป็นระยะเวลาไม่นานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทันตแพทย์ที่อายุมากในการศึกษานี้บางท่านได้ให้เหตุผลว่าการที่ส่งต่อผู้ป่วยมาก เพราะหลักสูตรการเรียนการสอนในอดีตซึ่งเป็นยุคคั้นๆของการเรียนการสอนของคณะทันตแพทยศาสตร์ยังไม่มีการบรรจุการเรียนด้านทันตกรรมจัดฟันเข้าไปในหลักสูตรระดับปริญญาตรีอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ความรู้ความสามารถในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นอาจยังไม่เพียงพอ จึงทำการส่งต่อผู้ป่วยมากกว่าทันตแพทย์อายุน้อยหรือทันตแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นระยะเวลาไม่นาน และทันตแพทย์ที่อายุมากจะมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า จึงมีโอกาสพบผู้ป่วยที่มีการสบฟันผิดปกติมากกว่า รวมทั้งอาจมีความตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการสบฟันผิดปกติและตระหนักถึงประโยชน์ของการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันมากกว่า

การศึกษาในครั้งนี้ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันทำการส่งต่อผู้ป่วยในสัดส่วนที่มากกว่าการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น (ตารางที่ 21) ซึ่งเหตุผลเนื่องจากทันตแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่จะให้การรักษานเฉพาะทางสาขาอื่นจึงไม่มีเวลาเพียงพอที่จะให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้ ดังนั้นจึงส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในอัตราที่มากกว่าทันตแพทย์ทั่วไป สถานที่ทำงานก็เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลให้มีการส่งต่อผู้ป่วยทาง

ทัศนคติการจัดฟันที่แตกต่างกัน โดยพบว่าทันตแพทย์ที่ทำงานในเขตเมืองก็จะส่งต่อผู้ป่วยทางทัศนคติการจัดฟันมากกว่าทันตแพทย์ที่ทำงานในเขตชนบท (ตารางที่ 21) ทั้งนี้อาจเนื่องจากทันตแพทย์จัดฟันที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปจัดฟันส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง<sup>55,56</sup> ทำให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้ง่ายและผู้ป่วยเดินทางไปรักษาได้สะดวก รวมทั้งทันตแพทย์สาขาอื่นในการสำรวจครั้งนี้ส่วนมากจะทำงานในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท สอดคล้องกับการศึกษาของ Keim และคณะ ในปี ค.ศ. 2003<sup>21</sup> และ 2004<sup>22</sup> ที่สำรวจพบว่าทันตแพทย์ที่ทำงานในชนบทที่ห่างไกลความเจริญจะมีการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการจัดฟันน้อยกว่าทันตแพทย์ที่ทำงานในเมืองหรือในสถานที่ทำงานที่เป็นแหล่งชุมชนที่มีความเจริญ นอกจากนี้ ในการส่งต่อผู้ป่วยทางทัศนคติการจัดฟันยังมีปัจจัยจากตัวผู้ป่วยมาเข้าเกี่ยวข้อง เพราะผู้ป่วยในเขตเมืองจะมีความต้องการและแสวงหาการรักษาทางทัศนคติการจัดฟันมากกว่าผู้ป่วยในชนบท<sup>41</sup> ดังนั้นทันตแพทย์จึงทำการส่งต่อผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยด้วย การศึกษาของ Galbreath และคณะ<sup>25</sup> พบว่าหากระยะทางของที่ตั้งของสถานที่ทำงานของทันตแพทย์สาขาอื่นอยู่ใกล้กับทันตแพทย์จัดฟันมาก ก็จะส่งต่อผู้ป่วยทางทัศนคติการจัดฟันมาก และให้การรักษาทางทัศนคติการจัดฟันเบื้องต้นน้อยลง เนื่องจากความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์จัดฟันมีมากกว่า รวมทั้งคิดว่าผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการรักษากับทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟันมากกว่า

สถาบันการศึกษายังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจมาพิจารณา โดยพบว่าทันตแพทย์สาขาอื่นที่จบจากแต่ละมหาวิทยาลัยส่งต่อผู้ป่วยทางทัศนคติการจัดฟันในสัดส่วนที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จะมีการส่งต่อผู้ป่วยทางทัศนคติการจัดฟัน แต่มีเพียงบางมหาวิทยาลัยที่พบว่าสัดส่วนทันตแพทย์ที่ส่งต่อผู้ป่วยทางทัศนคติการจัดฟันมีน้อย (ตารางที่ 21) ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่ามหาวิทยาลัยเหล่านี้เป็นมหาวิทยาลัยที่เพิ่งเปิดไม่นาน ดังนั้นอาจมีเครือข่ายของทันตแพทย์ที่จบการศึกษาในสถาบันเดียวกันที่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาทางทัศนคติการจัดฟันที่มีจำนวนน้อย จึงส่งต่อผู้ป่วยน้อยกว่าทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาอื่นๆที่เปิดมานานกว่า

#### ปัจจัยด้านต่างๆที่เกี่ยวกับการให้การรักษาทางทัศนคติการจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านความรู้พื้นฐานทางทัศนคติการจัดฟันในระดับปริญญาตรีเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการให้การรักษาทางทัศนคติการจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทันตแพทย์ที่คิดว่าระดับความรู้พื้นฐานด้านทัศนคติการจัดฟันในระดับปริญญาตรีเพียงพอจะให้การรักษาทันตคติการจัดฟันเบื้องต้นมากกว่าผู้ที่คิดว่าระดับความรู้ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Manasse และ Dooley<sup>20</sup>

ในประเทศสหรัฐอเมริกา (ค.ศ.1980) ที่พบว่า ความรู้ทางทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรี ทำให้ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้มากขึ้น ในทำนองเดียวกับ การศึกษาของ Galbreath และคณะ<sup>25</sup> (ค.ศ. 2006) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์ทั่วไปคือ สถาบันการศึกษาระดับปริญญาตรีที่ให้ความรู้ทางทันตกรรมจัดฟันเป็นที่แรก และจำนวนชั่วโมงต่อปีที่ได้รับการอบรมด้านทันตกรรมจัดฟันเพิ่มเติม ดังนั้นหากทันตแพทย์ทั่วไปมีความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีเพียงพอ หรือได้รับการอบรมความรู้เพิ่มเติมด้านทันตกรรมจัดฟันก็อาจจะส่งผลให้ทันตแพทย์สาขาอื่นให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น โดยสัดส่วนของทันตแพทย์ที่คิดว่ามีความรู้เพียงพอจากการศึกษานี้ (ตารางที่ 23) เห็นด้วยในการให้การรักษาในงานการแก้ไขการสบฟันไขว้ในฟันหน้า (Anterior crossbite) ในระยะฟันชุดผสม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่คิดว่าความรู้ไม่เพียงพอ เนื่องจากการใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขที่ทำให้การสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว และงานการแก้ไขสบฟันไขว้ในฟันหน้า (Anterior crossbite) ในระยะฟันชุดผสมเป็นงานที่ทันตแพทย์สาขาอื่นพบกับปัญหาเหล่านี้ได้บ่อย และการรักษาต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญในการวินิจฉัยถึงสาเหตุของความผิดปกติและต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยในการรักษา รวมทั้งต้องติดตามผลการรักษาในระยะยาว ทันตแพทย์สาขาอื่นที่คิดว่ามีความรู้เพียงพอจึงเห็นว่าควรทำงานดังกล่าว ตรงข้ามกับทันตแพทย์ที่คิดว่าตนเองมีความรู้ไม่เพียงพอ จะไม่แน่ใจหรือไม่เห็นด้วยมากกว่า โดยการศึกษานี้พบว่าทันตแพทย์สาขาอื่นส่วนใหญ่ (จำนวน 48 คน หรือ 34.8%) ต้องการให้เพิ่มการฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยจริง ทั้งในการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรี และในการจัดฝึกอบรม รวมทั้งให้เน้นการสอนเพื่อให้เลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและสามารถให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นได้ (จำนวน 24 คน หรือ 17.4%) ส่วนหัวข้อที่ทันตแพทย์สาขาอื่นมีความคิดเห็นว่าควรจัดฝึกอบรมเพิ่มเติมมากที่สุดคือ Minor tooth movement (จำนวน 222 คน หรือ 79.3%) และวิธีแก้ไขความผิดปกติของการสบฟันที่เกิดจาก Abnormal oral habit (จำนวน 151 คน หรือ 53.9%)

## บทที่ 5

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการศึกษา

ทันตแพทย์สาขาอื่นในการศึกษานี้ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นในสัดส่วนที่น้อย (ร้อยละ 35.9) และส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมจัดฟันในสัดส่วนที่มาก (ร้อยละ 74.7) โดยการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันส่วนใหญ่ส่งต่อเลยโดยไม่ได้ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้องมีทั้งจากทันตแพทย์และจากผู้ป่วยที่ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่นมีความแตกต่างกัน โดยเหตุผลที่ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันมากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีการสบฟันผิดปกติสมควรได้รับการจัดฟันและทันตแพทย์ผู้ตรวจพบความผิดปกติไม่สามารถให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันด้วยตนเองได้

ส่วนใหญ่ทันตแพทย์สาขาอื่นจากการศึกษานี้มีความถนัดในการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน 1-2 คนต่อเดือน และส่งต่อผู้ป่วยด้วยรูปแบบการส่งต่อแบบบอกกล่าวแบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ป่วย และส่วนใหญ่มีความเห็นว่างานที่ทันตแพทย์สาขาอื่นควรให้การรักษาได้ คือ

งานด้านทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (preventive orthodontics) ได้แก่

- 1) การอุดฟันน้ำนมเพื่อควบคุมปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียฟันที่สำหรับฟันแท้ที่จะขึ้น
- 2) การขจัดลักษณะนิสัยที่ผิดปกติซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูก โครงสร้างใบหน้าหรือการวางตัวของฟัน เช่น การดูดนิ้ว นิสัยการกลืนผิดปกติ
- 3) การใส่เครื่องมือกันช่องว่าง (space maintainer) ในตำแหน่งที่สูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด
- 4) การถอนฟันน้ำนมหรือฟันเกิน (supernumerary tooth) ที่ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้

งานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (interceptive orthodontics) ได้แก่

- 1) การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขนิสัยที่ทำให้การสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การใส่เครื่องมือกันลิ้นยื่น (tongue crib) เพื่อเตือนการกลืนที่ผิดปกติหรือเตือนการดูดนิ้ว
- 2) การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติเฉพาะช่วงฟันชุดผสม (mixed dentition) กรณีเกิดการสบฟันไขว้ในฟันหน้า (anterior crossbite)
- 3) การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อเคลื่อนฟันแท้ที่ล้มเอียงเข้าไปใน

ช่องว่างที่ถูกถอนฟันนั้นนำไปก่อนเวลาอันควร (space regainer)

#### 4) การถอนฟันตามลำดับ (serial extraction)

งานทันตกรรมจัดฟันบ่ามีดอย่างง่าย (limited corrective orthodontics) ได้แก่

- 1) การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ กรณีเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่ กรณีแก้ไขการสบฟันไขว้ในฟันหน้า (anterior crossbite)
- 2) การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ กรณีเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่ กรณีแก้ไขการเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติเล็กน้อย ได้แก่ ฟันหมุนหรือห่าง (malalignment of tooth)
- 3) การใส่เพดานเทียม (obturator) ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) คือ อายุ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญ เขตที่ทำงาน ประสบการณ์การทำงานและสถาบันที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนปัจจัยด้านเพศและระดับความรู้ด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีไม่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

ปัจจัยความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) โดยพบว่าทันตแพทย์ที่คิดว่าระดับความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีของตนเองเพียงพอจะให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นมากกว่าทันตแพทย์ที่คิดว่าความรู้พื้นฐาน ไม่เพียงพอ

ปัจจุบันพบว่าทันตแพทย์สาขาอื่นเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทันตกรรมจัดฟันเพราะเป็นผู้ที่มีโอกาสพบผู้ป่วยเป็นบุคคลแรกๆ ทำให้ทันตแพทย์สาขาอื่นมีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อส่งต่อไปรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันจากทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟัน หรือให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันด้วยตนเอง ดังนั้นการตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน การให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟันให้แก่ผู้ป่วย จึงเป็นเรื่องที่สำคัญโดยการตัดสินใจดังกล่าว ควรอยู่บนพื้นฐานของการมีความรู้และทักษะในการวินิจฉัยโรค การเลือกกรณีผู้ป่วยที่เหมาะสม รวมทั้งการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญและมั่นใจในการให้การรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ซึ่งพบว่าความรู้ทางทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีมีผลต่อการตัดสินใจดังกล่าว โดยเฉพาะการตัดสินใจให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น

## ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยเพื่อการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์

จากผลการศึกษาที่สามารถเสนอประเด็นให้ผู้เกี่ยวข้องนำมาพิจารณาแก้ไขหรือจัดทำเป็นนโยบายต่อไป ดังนี้

1) เพิ่มเนื้อหาในหลักสูตรการเรียนการสอนวิชาทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีเกี่ยวกับเรื่องแนวทางการปฏิบัติหรือแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน และเอกสารประกอบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันมากขึ้น การให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันกรณีฉุกเฉิน และทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์สาขาอื่นสามารถให้การรักษาได้ โดยเน้นการเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม และฝึกให้มีการปฏิบัติจริงในผู้ป่วย

2) จัดโครงการฝึกอบรมความรู้ทางทันตกรรมจัดฟันสำหรับทันตแพทย์สาขาอื่น โดยจัดเป็นลักษณะการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มทักษะและความรู้ความสามารถให้แก่ทันตแพทย์สาขาอื่นเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ และหัวข้อที่เสนอแนะ คือ การเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง (minor tooth movement) และ การแก้ไขนิสัยที่ผิดปกติต่างๆ (abnormal oral habits)

3) จัดทำนโยบายแผนพัฒนาให้เพิ่มจำนวนทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟันให้มีการกระจายตัวอย่างเหมาะสมในทุกพื้นที่ในประเทศไทย เพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและความต้องการเข้ารับบริการด้านการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันของผู้ป่วยที่จะเพิ่มมากขึ้นต่อไปในอนาคต

4) จัดทำบัญชีรายชื่อ และหน่วยงานที่ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมจัดฟันทำงานอยู่ และแจ้งให้ทันตแพทย์สาขาอื่นทราบ เพื่อสร้างให้เกิดเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันโดยทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟัน

5) นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เสนอต่อผู้บริหารของสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทยและผู้เกี่ยวข้องเพื่อทบทวน พัฒนา และปรับปรุงแนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน (Clinical practice guideline (CPG)) สำหรับทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์สาขาอื่นในประเด็นเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน การแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน และการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น โดยเน้นเรื่องรูปแบบการส่งต่อ และแนวทางการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและผลักดันให้มีการใช้อย่างกว้างขวาง เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทำให้เกิดการพัฒนาทางทันตกรรมจัดฟันในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

## ประเด็นที่ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม

1. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเกี่ยวกับ การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรม-จัดฟัน การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน และศึกษาผลจากการนำแนวทางการปฏิบัติเหล่านั้นมาใช้ ว่าเหมาะสมหรือไม่อย่างไร และสัมพันธ์กับการจำนวนผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่ถูกส่งต่อ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น และการแก้ไขปัญหาฉุกเฉินระหว่างการจัดฟัน อย่างไร
2. ศึกษาถึงผลกระทบจากการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่ไม่เหมาะสม เช่น การส่งต่อผู้ป่วยในช่วงอายุที่เร็วเกินไป หรือช้าเกินไป หรือการไม่ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเลย
3. ศึกษาผลของการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นในประเทศไทย และผลกระทบจากการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ไม่เหมาะสมของทันตแพทย์สาขาอื่น
4. ศึกษาวิเคราะห์หลักสูตรวิชาทันตกรรมจัดฟันระดับปริญญาตรีในรายละเอียดเชิงลึกถึงหน่วยกิต ชั่วโมงการเรียนการสอน และวิธีการจัดการเรียนการสอนทางทันตกรรมจัดฟันในระดับปริญญาตรีว่าเหมาะสม เพียงพอหรือไม่ อย่างไร

## เอกสารอ้างอิง

1. Njio BJ, Andersen BP, Heege GT. Quality of orthodontic care; A concept for collaboration and responsibilities: 1<sup>st</sup>ed. Amsterdam: IOS Press; 2002. p.31-3.
2. O'Brien K, McComb JL, Fox N, Bearn D, Wright J. Do dentists refer orthodontic patients inappropriately? *Br Dent J* 1996; 181(4): 132-6.
3. Graber TM, Swain BF. Orthodontics: Current Principles and Techniques. St Louis: Mosby Company; 1985.
4. Bishara SE, Justus R, Graber TM. Proceedings of the workshop discussions held on early treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1998; 113: 5-6.
5. White L. Early orthodontic intervention. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1998; 113: 24-8.
6. Arvystas M. The rationale for early treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1998; 113: 15-8.
7. Proffit WR, White RP, Saver DM. Contemporary treatment of dentofacial deformity. St Louis: Mosby Company; 2003. p.69-89.
8. Phillips C, Bennett ME, Broder HL. Dentofacial disharmony: psychological status of patients seeking a treatment consultation. *Angle Orthod* 1998; 68: 547-56.
9. Mitchell DA, Mitchell L. Oxford handbook of clinical dentistry. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press; 1997. p.132-3.
10. Buttke TM, Proffit WR. Referring adult patients for orthodontic treatment. *J Am Dent Assoc* 1999; 130(1): 73-9.
11. Proffit WR, Fields HW. Contemporary orthodontics. 3<sup>rd</sup> ed. St Louis: Mosby Company; 2000. p.417.
12. British Orthodontic Standards Working Party, 2<sup>nd</sup> Report. *Br J Orthod* 1986; 13: 165-74.
13. Pietila T, Pietila I, Vaataja P. Early screening for orthodontic treatment. Differences in assessments made by a consultant orthodontist and three public health dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20(4): 208-13.
14. Zachrisson BU. Global trends and paradigm shifts in clinical orthodontics. *World J Orthod* 2005; 6: 3-7.



15. O'Brien K, McComb JL, Fox N, Wright J. Factors influencing the uptake of orthodontic treatment. *Br J Orthod* 1996; 23(4): 331-4.
16. O'Brien K, Wright J, Conboy F, Bagley L, Lewis D, Read M, et al. The effect of orthodontic referral guidelines: a randomised controlled trial. *Br Dent J* 2000; 188(7): 392-7.
17. แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ทันตแพทยสภา. [cited 2008 August 19]. Available from: [http://www.dentistry.go.th/Tec\\_Detail.php?TechnologyID=83](http://www.dentistry.go.th/Tec_Detail.php?TechnologyID=83)
18. Wolsky SL, McNamara JA. Orthodontic services provided by general dentists. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1996; 110(2): 211-7.
19. Birkeland K, Katle A, Lovgreen S, Boe OE, Wisth PJ. Factors influencing the decision about orthodontic treatment. A longitudinal study among 11- and 15-year-olds and their parents. *J Orofac Orthop* 1999; 60(5): 292-307.
20. Manasse RJ, Dooley RJ. Correlates of the orthodontic aspects of the general dentist's practice. *J Dent Educ* 1980; 44(9): 543-6.
21. Keim RG, Gottlieb EL, Nelson AH, Vogels DS. JCO Orthodontic Practice Study. Part 1. Trends. *J Clin Orthod* 2003; 37(10): 545-53.
22. Keim RG, Gottlieb EL, Nelson AH, Vogels DS. JCO survey of referring dentists. *J Clin Orthod* 2004; 38(4): 219-23.
23. Bensch L. Early recognition of orthodontic problems by the general dentist during oral examination: signs which should attract attention [Abstract] . *Rev Belge Med Dent* 2004; 59(3): 170-8.
24. Onyeaso CO. Demand and referral pattern for orthodontic care at University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Int Dent J* 2004; 54(5): 250-4.
25. Galbreath RN, Hilgers KK, Silveira AM, Scheetz JP. Orthodontic treatment provided by general dentists who have achieved master's level in the Academy of General Dentistry. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2006; 129(5): 678-86.
26. Riolo M, Avery J. Essentials for Orthodontic Practice: Ann Arbor and Grand Haven, Michigan: USA; 2003. p.15-42
27. วีระวัฒน์ โชติกเสถียร. ทันตกรรมจัดฟันรักษา. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดินทัก ไอเดีย; พ.ศ.2550. หน้า 1-3.

28. Graber TM. Orthodontics principles and practices. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunder Company; 1972. p.1-26.
29. Moyer RE. Handbook of orthodontics for the student and general practitioner. 3<sup>rd</sup> ed. Chicago: Year Book Medical Publisher Incorporated; 1973. p.1-7.
30. Houston WJB, Tulley WJ. A Textbook of orthodontics. 1<sup>st</sup> ed. London: John Wright & Sons Ltd; 1986. p.1-6.
31. Proffit WR, Fields HW. Contemporary Orthodontics. 2<sup>nd</sup> ed. Saint Louis: The C.V. Mosby Company; 1992. p.2-16.
32. Godfrey K. Preventive and interceptive orthodontics: clinical, economic, and ethical issues. *ว ทันต ขอนแก่น*, ปีที่2 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มิ.ย. 2542: หน้า 2-8.
33. Ackerman JL, Proffit WR. Preventive and interceptive orthodontics: A strong theory proves weak in practice. *Angle Orthod* 1980; 50: 75-86.
34. Rose RJ, Webb WG, Wyness D. A review of orthodontic appliance problems in general dental practice. *Dent Update* 1997; 24(3): 116-21.
35. Hosanguan C. Thai dentists' attitudes toward the elderly patients. *J Dent Assoc Thai* 2000; 50(6): 460-7.
36. ชาญชัย ไห้สงวน. กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ไทยในปี พ.ศ.2543. *ว ทันต* 2547; 54(5): 267-78.
37. American Dental Association Health Foundation, Department of Special Projects. The role of the health professional in the delivery of caries prevention:Vol I. dentists. Chicago: American Dental Association Health Foundation. 1983.
38. ภูมิศักดิ์ เถาวกุล, ปฐวี คงขุนเทียน. ความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาของทันตแพทย์ไทย. รายงานการวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการสาขาทันตแพทยศาสตร์ขององค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 6; วันที่ 14-17 ตุลาคม 2546; จังหวัดเชียงใหม่, ประเทศไทย.
39. Hans MG, Valiathan M. Bobbing for apples in the garden of Eden. *Semin Orthod* 2005; 11: 86-93.
40. Huang GJ, Del Aguila MA. Distribution of orthodontic services and fees in an insured population in Washington. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2003; 124(4): 366-72.

41. Huang GJ, Marston BE, Del Aguila MA. Orthodontic care in an insured population in Washington: demographic factors. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2004; 125(6): 741-6.
42. McComb J, Wright J, O'Brien K. Dentists' perceptions of orthodontic services. *Br Dent J* 1995; 178: 461-4.
43. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. วงการทันตแพทย์ไทยและทำเนียบทันตแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม; พ.ศ.2526. หน้า 87-8.
44. สันตนิย์ อนันต์สกุลวัฒน์. คนดีศรีจัดฟัน. การประชุมใหญ่สามัญประจำปี และการประชุมวิชาการครั้งที่ 1/2544. ข่าวสารสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย. พ.ศ.2544: หน้า 13-7.
45. สุปาณี สุนทรโลหะนะกุล. หนังสือประกอบการสอนรายวิชาทันตกรรมจัดฟัน 1: เรื่องบทบาทเกี่ยวกับทันตกรรมจัดฟัน, ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; พ.ศ.2545. หน้า 10-11.
46. กมลทิพย์ หุตะสิงห์. เอกสารประกอบการสอนวิชาทันตกรรมจัดฟันของนักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรี เรื่อง Removable appliance ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
47. พรทิพย์ ชิวชรัตน์. เอกสารประกอบการสอนวิชาทันตกรรมจัดฟันของนักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรี เรื่อง Dental care, problem and failure in orthodontic treatment ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
48. วัฒนะ มธูราลัย. การเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เชียร์บุ๊กพับลิชเชอร์; พ.ศ. 2530. หน้า 1-2.
49. สักดา อภิสริยะกุล. เอกสารประกอบการสอนวิชาทันตกรรมจัดฟันของนักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรี เรื่อง อาร์มภบทเกี่ยวกับงานทันตกรรมจัดฟัน ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. พ.ศ. 2543.
50. ไพศาล ชัยวัฒน์. เอกสารประกอบการสอนวิชาทันตกรรมจัดฟันของนักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรี เรื่อง Preventive and interceptive orthodontics มหาวิทยาลัยมหิดล. พ.ศ. 2545.
51. จิราภรณ์ ชัยวัฒน์. เอกสารประกอบการสอนวิชาทันตกรรมจัดฟันของนักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรี เรื่อง เครื่องมือทันตกรรมจัดฟันชนิดถอดได้ ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. พ.ศ. 2545.

52. นางลักษณีย์ สมบุญธรรม. เอกสารประกอบการสอนวิชาทันตกรรมจัดฟันของนักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรี เรื่อง Preventive and Interceptive Orthodontics ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. พ.ศ. 2545.
53. สุวรรณดี ถิ่นนะพรลาภ. เอกสารประกอบการสอนวิชาทันตกรรมจัดฟันของนักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรี เรื่อง ข้อจำกัดและผลข้างเคียงของการจัดฟัน มหาวิทยาลัยมหิดล. พ.ศ. 2545.
54. มณเฑียร มโนสุตประสิทธิ์. ตำราวิชาทันตกรรมจัดฟัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; พ.ศ. 2548. หน้า 40-42.
55. Keim RG, Gottlieb EL, Nelson AH, Vogels DS. JCO Orthodontic Practice Study. Part 1: trends. *J Clin Orthod* 2005; 39(11): 641-50.
56. Nisalak P. Orthodontics in Thailand symposium: "Orthodontics in Asia: Current status and future prospects". *Orthod Waves* 2002; 61: 413-25.

ภาคผนวก

## ภาคผนวกที่ 1

## แบบสอบถาม

เลขที่ / 2550

**เรื่อง** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและ  
การให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจความคิดเห็นและประสบการณ์ของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่ทันตกรรมจัดฟันในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น
2. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ
  - ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
  - ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น
  - ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่น
  - ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในเรื่องการส่งต่อและการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น
3. แบบสอบถามชุดนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 14 หน้า ใช้เวลาในการทำประมาณ 20 นาที
4. คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำมาประมวลเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันและการให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เหมาะสมสำหรับทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟัน โดยคำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น
5. โปรดอ่านนิยาม คำชี้แจงและคำถามให้เข้าใจก่อนตอบคำถามและโปรดตอบตามความเป็นจริง

**นิยาม**

1. ทันตแพทย์สาขาอื่น หมายถึง ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟัน
2. การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันของทันตแพทย์สาขาอื่น หมายถึง การส่งผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันจากทันตแพทย์ทั่วไปหรือทันตแพทย์สาขาอื่นที่ไม่ใช่ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมจัดฟันไปยังทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมจัดฟัน

**นิยาม**

3. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น หมายถึง การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์สาขาอื่นสามารถทำได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ได้แก่ ทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (Preventive orthodontics) ทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics) ทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (Limited corrective orthodontics)
4. ทันตกรรมจัดฟันกรณีฉุกเฉิน (Emergency treatments) เช่น ในกรณีเครื่องมือจัดฟันหลวมหลุดหรือหัก มีอาการปวด เลือดออก ปัญหาในการออกเสียงหรือรับประทานอาหารอื่นเนื่องจากการใช้เครื่องมือจัดฟัน เป็นต้น

กรุณาตอบแบบสอบถามและส่งกลับคืน ทพญ. อัญชลิกา สงวนดีกุล สาขาทันตกรรมจัดฟัน  
ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามที่อยู่บน  
ซองจดหมายที่แนบมาด้วย (\* ภายในวันที่ เดือน พ.ศ. 2550 \*)

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  ที่ตรงกับความเป็นจริงและกรอกข้อความลงในช่องว่าง

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ท่านได้รับปริญญาตรีสาขาทันตแพทยศาสตร์จากคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งใด
 

<input type="checkbox"/> 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> 2 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
<input type="checkbox"/> 3 มหาวิทยาลัยมหิดล	<input type="checkbox"/> 4 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
<input type="checkbox"/> 5 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	<input type="checkbox"/> 6 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
<input type="checkbox"/> 7 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	<input type="checkbox"/> 8 มหาวิทยาลัยนเรศวร
<input type="checkbox"/> 9 อื่นๆ โปรดระบุ .....	
4. ปีพ.ศ.ที่ท่านจบการศึกษาระดับปริญญาตรี .....
5. ระดับการศึกษา/ อบรมสูงสุดทางทันตแพทย์ที่ท่านได้รับ  
(ตอบเฉพาะวุฒิสูงสุดเพียงอย่างเดียว)
 

<input type="checkbox"/> 1 ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
<input type="checkbox"/> 2 ประกาศนียบัตรชั้นสูง (หรือเทียบเท่า) สาขา.....
<input type="checkbox"/> 3 ปริญญาโท สาขา.....
<input type="checkbox"/> 4 ปริญญาเอก สาขา.....
<input type="checkbox"/> 5 วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร สาขา.....
<input type="checkbox"/> 6 อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. ปีพ.ศ.ที่ท่านจบการศึกษาสูงสุดคือ พ.ศ. ....
7. ปัจจุบันท่านยังให้การรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมอยู่หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> 1 ยังให้การรักษา โดยมีสัดส่วนคือ (คิดจากเวลาทำงานทั้งหมด=100%) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>11 รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมเป็นหลัก (&gt;50%)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>12 รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมประมาณครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน (~50%)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>13 รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน (&lt;50%)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 11 รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมเป็นหลัก (>50%)	<input type="checkbox"/> 12 รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมประมาณครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน (~50%)	<input type="checkbox"/> 13 รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน (<50%)
<input type="checkbox"/> 11 รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมเป็นหลัก (>50%)			
<input type="checkbox"/> 12 รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมประมาณครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน (~50%)			
<input type="checkbox"/> 13 รักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทำงาน (<50%)			
<input type="checkbox"/> 2 ไม่ได้ให้การรักษแล้ว *(โปรดหยุดตอบแบบสอบถามและส่งแบบสอบถามกลับคืน)*			



8. โปรดระบุสถานที่ สัดส่วนการรักษผู้ป่วยทางทันตกรรมของท่านในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และจำนวนทันตแพทย์จัดฟันในสถานที่ทำงาน (หากสถานที่ทำงานมีมากกว่า 1 แห่ง โปรดเลือกทั้งหมดพร้อมระบุสัดส่วนเวลาในการทำงานใน 1 สัปดาห์)

	ระบุสัดส่วน เวลาทำงานเฉลี่ย (ชม./ สัปดาห์)	จำนวนทันตแพทย์จัดฟัน ในสถานที่ทำงาน (ถ้าทราบ ให้ระบุจำนวน ถ้าไม่ทราบให้ทำเครื่องหมาย X)
<input type="checkbox"/> 1 คลินิกเอกชน		
<input type="checkbox"/> 2 โรงพยาบาลเอกชน		
<input type="checkbox"/> 3 โรงพยาบาลชุมชน		
<input type="checkbox"/> 4 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือสถานพยาบาลของรัฐในระดับจังหวัด		
<input type="checkbox"/> 5 ทบวงมหาวิทยาลัย (งานหลักคือสอน, วิจัย)		
<input type="checkbox"/> 6 ทบวงมหาวิทยาลัย (งานหลักคือรักษาผู้ป่วย)		
<input type="checkbox"/> 7 คลินิกนอกเวลาราชการ ในสถานที่ราชการ		
<input type="checkbox"/> 8 หน่วยราชการอื่นๆ รวมทั้ง รัฐวิสาหกิจ โปรดระบุ .....		
<input type="checkbox"/> 9 อื่นๆ(โปรดระบุ).....		

9. ในจังหวัดที่ท่านปฏิบัติงานอยู่มีทันตแพทย์จัดฟันทั้งหมดกี่คน

- 0 ไม่มี
- 1 มี จำนวน
- 11 1-5 คน                      12 6-10 คน
- 13 มากกว่า 10 คน              14 ระบุจำนวนไม่ได้
- 2 ไม่ทราบ

10. ลักษณะงานทันตกรรมส่วนใหญ่ที่ท่านให้บริการ

- 1 ทันตกรรมทั่วไป (General practice)
- 2 ทันตกรรมเฉพาะทาง (Specialist) โปรดระบุสาขา .....
- 3 อื่นๆ(โปรดระบุ) .....

11. ที่ตั้งของสถานที่ทำงานทางทันตกรรมของท่าน  
อำเภอ.....จังหวัด .....
12. สถานที่ทำงานของท่านตั้งอยู่ในเขตใด  
1 เขตเมือง 2 เขตชนบท
13. โดยปกติจำนวนผู้ป่วยที่ท่านให้การรักษาทั้งหมดโดยเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์  
1 < 10 คน  
2 10-50 คน  
3 51-100 คน  
4 101-150 คน  
5 >150 คน
14. อายุผู้ป่วยที่ท่านให้การรักษาทางทันตกรรมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงใด (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
1 วัยเด็กเล็ก 3-5 ปี  
2 วัยเด็กโต 6-12 ปี  
3 วัยรุ่น 13-20 ปี  
4 วัยผู้ใหญ่ 21-40 ปี  
5 วัยกลางคน 41-60 ปี  
6 วัยสูงอายุ 61 ปีขึ้นไป  
7 ทุกกลุ่มอายุ  
8 ระบุไม่ได้

## ส่วนที่ 2 เรื่องการส่งผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

**คำชี้แจง** โปรดดูนิยามในหน้าแรกและอ่านคำถามให้เข้าใจก่อนทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  และกรอกข้อความลงในช่องว่าง ที่ตรงกับประสบการณ์ของท่านมากที่สุด

1. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันหรือไม่

0 ไม่เคย

1 เคย **ข้ามไปทำข้อ 3**

2. กรณีที่ท่านไม่ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีเหตุผลอะไรบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1 ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันในสถานที่ทำงาน

2 ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันในจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่

3 ไม่มีเวลาในการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

4 ไม่ทราบวิธีการ หรือ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน

5 ผู้ป่วยไม่มีความต้องการที่จะรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

6 ผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

7 ผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันได้

8 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

(โปรดข้ามไปทำต่อ ส่วนที่ 3 ในหน้า 8)

3. ท่านส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันด้วยเหตุผลอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

0 ไม่ทราบเหตุผลที่ชัดเจน

1 มีเหตุผลดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

11 ผู้ป่วยมีการสบฟันผิดปกติ

12 ผู้ป่วยต้องการรักษากับทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟัน

13 ผู้ป่วยสะดวกในการเดินทางไปรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

14 ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นแล้วและต้องรักษาต่อโดยทันตแพทย์จัดฟัน

15 รักษาเองไม่ได้

16 ต้องการปรึกษาทางเลือกในการให้การรักษา

17 ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันในสถานที่ทำงาน

18 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

4. ถ้าเคยส่งต่อความถี่ที่ท่านส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเฉลี่ยกี่คน / เดือน

- 1 1-2 คน / เดือน
- 2 3-5 คน / เดือน
- 3 6-10 คน / เดือน
- 4 > 10 คน / เดือน

5. ลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติ

- 1 ส่งต่อเลยโดยไม่รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น
- 2 รักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นก่อนแล้วจึงส่งต่อผู้ป่วย
- 3 ทั้งสองอย่าง

6. ท่านส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 บอกกล่าวแบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษรกับผู้ป่วย
- 2 พูดคุยกับทันตแพทย์จัดฟันที่จะส่งต่อผู้ป่วยด้วยตนเอง
- 3 โทรศัพท์ ติดต่อกับทันตแพทย์จัดฟัน โดยตรง
- 4 มีจดหมายส่งต่อให้ผู้ป่วยถือไป
- 5 มีแบบฟอร์มการส่งต่อของหน่วยงานให้กับผู้ป่วย
- 6 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

7. ท่านส่งต่อผู้ป่วยไปจัดฟันที่ใดมากที่สุด

- 1 คณะทันตแพทยศาสตร์ ของมหาวิทยาลัย
- 2 โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่
- 3 โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดใกล้เคียง
- 4 คลินิกเอกชน/ศูนย์ทันตกรรม/โรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดที่ปฏิบัติงานอยู่
- 5 คลินิกเอกชน/ศูนย์ทันตกรรม/โรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดใกล้เคียง
- 6 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

8. เหตุผลที่ส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันไปยังสถานที่นั้นเพราะอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 มีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมจัดฟัน
- 2 ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเลยเนื่องจากคิวการรักษาไม่ยาว
- 3 ค่าใช้จ่ายในการรักษาอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยสามารถจ่ายได้
- 4 ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปรักษาที่สถานที่นั้นได้สะดวก
- 5 รู้จักคุ้นเคยกับทันตแพทย์จัดฟันในสถานที่นั้นเป็นการส่วนตัว
- 6 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

9. ท่านเคยให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทางทันตกรรมจัดฟันหรือไม่

- 0 ไม่เคย
- 1 เคย โดยให้คำแนะนำในเรื่อง
  - 11 การรักษาทางทันตกรรมด้านอื่นๆ เช่น การอุดฟัน ขูดหินปูน ให้พร้อมก่อนการจัดฟัน
  - 12 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดฟัน เช่น ความจำเป็น, ข้อดีข้อเสียของการจัดฟัน
  - 13 ค่าใช้จ่ายในการจัดฟัน
  - 14 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

10. ท่านคิดว่า ควรมีเอกสารประกอบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันหรือไม่ และควรประกอบด้วยอะไรบ้าง

- 0 ไม่ควรมี
- 1 ควรมี ดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
  - 2 เหตุผลที่ผู้ป่วยต้องการจัดฟัน
  - 3 เหตุผลของการส่งต่อของทันตแพทย์
  - 4 ประวัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่ผู้ป่วยเคยได้รับหรือกำลังได้รับ
  - 5 ข้อมูลการรักษาทางทันตกรรมอื่นๆ
  - 6 รูปถ่ายของผู้ป่วย
  - 7 ฟิสิคัลเอกซเรย์
  - 8 แบบจำลองฟัน
  - 9 ปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ความร่วมมือของผู้ป่วย ผลการรักษา เป็นต้น
  - 10 ชื่อ ที่อยู่ ที่ติดต่อได้ของทันตแพทย์ที่ส่ง
  - 11 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

### ส่วนที่ 3 เรื่องการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น

นิยาม: การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น หมายถึง การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นสามารถทำได้อย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทันตแพทย์ตามหัวข้อดังต่อไปนี้คือ

1. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (Preventive orthodontics) ได้แก่การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เพื่อให้มีการคงอยู่ของการสบฟันปกติในสภาวะนั้น และพยายามกำจัดหรือป้องกันเหตุหรือปัจจัยที่จะทำให้เกิดการสบฟันผิดปกติขึ้น

2. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics) ใช้เพื่อแก้ไขความผิดปกติของการสบฟันซึ่งกำลังเริ่มพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้การสบฟันเข้าสู่สภาพปกติหรือลดความรุนแรงของความผิดปกติลง

3. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (Limited corrective orthodontics) เพื่อแก้ไขความผิดปกติของการสบฟันเฉพาะตำแหน่ง และเป็นความผิดปกติที่ไม่รุนแรง

**คำชี้แจง** โปรดดูนิยามในหน้าแรกและด้านบนประกอบ และอ่านคำถามให้เข้าใจ ก่อนทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับประสบการณ์และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่านให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น\*หรือไม่

0 ไม่เคย  1 เคย (ข้ามไปทำข้อ 3)

2. ท่านไม่เคยให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเพราะเหตุผลใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน
- 2 ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน
- 3 ขาดความมั่นใจในการให้การรักษา
- 4 ขาดความรู้ ความชำนาญในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น
- 5 มีทันตแพทย์จัดฟันที่จะส่งต่อเพื่อรับการรักษาในสถานที่ทำงานเดียวกัน
- 6 ไม่เห็นความจำเป็นในการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น
- 7 ไม่มีเวลาให้การให้การรักษาเนื่องจากต้องให้การรักษาเฉพาะทางสาขาอื่น
- 8 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

(โปรดข้ามไปทำข้อ 5 ในหน้า 9)

3. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเป็นจำนวนกี่ราย

- 1 1-2 ราย  3 6-10 ราย
- 2 3-5 ราย  4 > 10 ราย

\*ดูรายละเอียดตัวอย่างชนิดงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นในแบบสอบถามนี้หน้า 10-12

4. ท่านให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเนื่องจากเหตุผลอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1 เพื่อลดความรุนแรงของความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต
- 2 เป็นความต้องการของผู้ป่วยที่จะรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นเท่านั้น
- 3 ไม่มีทันตแพทย์จัดฟันที่จะส่งต่อเพื่อรับการรักษาในพื้นที่ใกล้เคียงได้
- 4 ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปรักษากับทันตแพทย์เฉพาะทางด้านจัดฟันได้
- 5 ต้องการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนระดับปริญญาตรีมาใช้ให้เกิดประโยชน์
- 6 เคยประสบผลสำเร็จในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วยหลายราย
- 7 ช่วยลดปริมาณผู้ป่วยที่รอคิวรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน
- 8 ช่วยลดปริมาณการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน
- 9 อื่นๆ โปรดระบุ .....

5. ท่านเคยให้การรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันกรณีฉุกเฉิน (Emergency treatments) หรือไม่

- 0 ไม่เคย
- 1 เคย

6. ท่านคิดว่าทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟัน ควรรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันกรณีฉุกเฉิน (Emergency treatments) หรือไม่เพราะเหตุใด

- 0 ไม่ควร เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - 01 ไม่มีความรู้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้
  - 02 ครอบคลุมกระบวนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่เป็นอยู่
  - 03 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
- 1 ควร เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
  - 11 ช่วยลดปัญหาความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นจากเครื่องมือจัดฟันที่หลวมหลุดหรือหัก
  - 12 เป็นการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วย
  - 13 ช่วยให้ผู้ป่วยไม่เสียเวลาไปพบทันตแพทย์จัดฟัน
  - 14 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

7. ท่านคิดว่าทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ควรให้การรักษามือผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นหรือไม่ เพราะอะไร

- 0 ไม่ควร เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 01 ความรู้ความสามารถไม่เพียงพอ
- 02 ไม่มีแนวทางในการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อการรักษาหรือส่งต่อ
- 03 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
- 1 ควร เพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 11 ช่วยลดปัญหาความรุนแรงของการสบฟันที่ผิดปกติได้
- 12 ช่วยลดระยะเวลาการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน
- 13 ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรม
- 14 ช่วยลดปริมาณผู้ป่วยที่รอคิวรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน
- 15 ช่วยลดปริมาณการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน
- 16 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

**คำชี้แจง** โปรดดูนิยามในหน้าแรก และอ่านคำถามให้เข้าใจ ก่อนทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น และประสบการณ์ของท่านมากที่สุด ตามความคิดเห็นดังกล่าวนี้

**“ท่านคิดว่าทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่ไม่ใช่สาขาทันตกรรมจัดฟันควรให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นด้านใดบ้างและจากประสบการณ์ ท่านเคยให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นด้านใดบ้าง?”**

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	ระดับความคิดเห็น			ประสบการณ์	
	ควรทำ (3)	ไม่แน่ใจ (2)	ไม่ควรทำ (1)	เคยทำ (1)	ไม่เคยทำ (2)
<b>ทันตกรรมจัดฟันป้องกัน</b> (Preventive orthodontics)					
8. การอุดฟันน้ำนมเพื่อควบคุมปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียฟันที่สำหรับฟันแท้ที่จะขึ้น					
9. จัดลักษณะนิสัยผิดปกติซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูกโครงสร้างใบหน้าหรือการวางตัวของฟัน เช่น การดูดนิ้ว, tongue thrusting					



ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	ระดับความคิดเห็น			ประสบการณ์	
	ควรทำ (3)	ไม่แน่ใจ (2)	ไม่ควรทำ (1)	เคยทำ (1)	ไม่เคยทำ (2)
10. การใส่เครื่องมือกันช่องว่าง (Space maintainer) ในตำแหน่งที่สูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด					
11. การถอนฟันน้ำนมที่อาจขัดขวางการขึ้นของฟันแท้					
12. การถอนฟันเกิน (supernumerary tooth) ที่ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้					
13. อื่นๆ (โปรดระบุ) ..... ..... ..... ..... ..... .....					
<b>ทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น</b> (Interceptive orthodontics)					
14. การถอนฟันตามลำดับ (Serial extraction)					
15. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขนิสัยที่ทำให้การสบฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การใส่ tongue crib เพื่อเตือนการดูดนิ้วหรือการกลืนที่ผิดปกติ เป็นต้น					
16. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติเฉพาะช่วงฟันชุดผสม (Mixed dentition) เช่น 16.1 การสบฟันไขว้ในฟันหน้า (Anterior crossbite) 16.2 การสบฟันไขว้ในฟันหลัง (Posterior crossbite) 16.3 การสบเฉียงของขากรรไกร (Jaw shift) 16.4 การมีฟันเขี้ยวบนคุดที่กล้าไม่พบ หน่อฟัน (Embedded tooth) เป็นต้น					

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	ระดับความคิดเห็น			ประสบการณ์	
	ควรทำ (3)	ไม่แน่ใจ (2)	ไม่ควรทำ (1)	เคยทำ (1)	ไม่เคยทำ (2)
17. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อเคลื่อนฟันแท้ที่ล้มเอียงเข้าไปในช่องว่างที่ถูกถอนฟันน้ำนมไปก่อนเวลาอันควร (Space regainer)					
18. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ หรือแบบติดแน่นเพื่อปรับปรุงแก้ไขความผิดปกติของการเจริญเติบโตของขากรรไกร (Growth modification)					
19. การใช้เครื่องมือนอกช่องปาก (Extra oral force) เพื่อแก้ไขฟันยื่นที่เกิดจากการดูดนิ้ว หรือการเคลื่อนของฟันกรามแท้เข้าสู่ช่องว่างที่ฟันน้ำนมหายไปก่อนกำหนด					
20. อื่นๆ(โปรดระบุ) ..... ..... ..... ..... .....					
<b>ทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย</b> ( Limited corrective orthodontics)					
21. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ กรณีเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่					
21.1 การดึงฟันขึ้น (force eruption)					
21.2 การแก้ไขการสบฟันแบบไขว้ใน ฟันหน้า (anterior crossbite)					
21.3 การแก้ไขการเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติเล็กน้อยได้แก่ ฟันหมุนหรือห่าง (Malalignment of tooth) เป็นต้น					

ชนิดของงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	ระดับความคิดเห็น			ประสบการณ์	
	ควรทำ (3)	ไม่แน่ใจ (2)	ไม่ควรทำ (1)	เคยทำ (1)	ไม่เคยทำ (2)
<b>ทันตกรรมจัดฟันแบบดัดอย่างง่าย</b> (Limited corrective orthodontics)					
22. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ป่วยโรคปริทันต์ที่ได้รับการรักษาแล้ว					
23. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือแบบติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งเพื่อการใส่ฟันปลอม					
24. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่นในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเกี่ยวกับฟัน					
25. การใส่เพดานเทียม (Obturator) ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่					
26. อื่นๆ(โปรดระบุ) ..... ..... ..... .....					

#### ส่วนที่ 4 การส่งต่อและการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เหมาะสมของ

##### ทันตแพทย์สาขาอื่น

คำชี้แจง โปรดดูนิยามในหน้าแรก และอ่านคำถามให้เข้าใจ ก่อนทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

“ท่านมีความคิดเห็นต่อ แนวทางการส่งต่อและการรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นอย่างไร”

การส่งต่อและการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (1)	ไม่เห็นด้วย (0)
1. ควรมีแนวทางในการตัดสินใจเลือกประเภทผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นของทันตแพทย์สาขาอื่นที่ชัดเจนและตรงกัน			
2. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เหมาะสมโดยทันตแพทย์สาขาอื่นจะช่วยลดปริมาณการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่ไม่จำเป็นลงได้			
3. การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันที่เหมาะสมควรมีรูปแบบที่ทำให้เกิดการเข้าใจที่ตรงกันทั้งผู้รับและผู้ส่งโดย <u>ไม่จำเป็นต้องใช้เอกสารก็ได้</u>			
4. การมีเอกสารประกอบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรม จัดฟัน จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารให้เข้าใจตรงกันได้ง่ายขึ้น			
5. ควรมีข้อมูลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางทันตกรรม จัดฟันเบื้องต้นที่เคยได้รับมาก่อนทุกครั้งเมื่อส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟัน			
6. การส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมจัดฟันในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เสียเวลา			
7. ควรส่งต่อผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์จัดฟันตามความต้องการของผู้ป่วย			
8. อื่นๆ(โปรดระบุ) ..... .....			

9. ท่านคิดว่าความรู้พื้นฐานด้านทันตกรรมจัดฟันที่มีอยู่จากการเรียนระดับปริญญาตรีทำให้ท่านสามารถให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นได้หรือไม่ ถ้าไม่ ควรเพิ่มความรู้ด้านใดบ้าง

- 1 ได้
- 2 ไม่ได้ ควรมีการเพิ่มความรู้ด้าน.....  
.....

10. หากมีการจัดอบรมความรู้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นขึ้น ท่านมีความสนใจอยากให้มีการจัดอบรมในเรื่องใดบ้าง (ให้เลือกตอบมาเฉพาะ 2 อันดับแรก ที่ท่านสนใจมากที่สุด)

- 1 Minor tooth movement
- 2 Space maintainer
- 3 Space regainer
- 4 วิธีแก้ไขความผิดปกติของการสบฟันที่เกิดจาก Abnormal oral habit
- 5 อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

11. รูปแบบที่ท่านอยากให้อบรม

- 1 เฉพาะทฤษฎี ไม่มีปฏิบัติ
- 2 ทั้งทฤษฎีและปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ
- 3 ทั้งทฤษฎี และปฏิบัติในผู้ป่วยจริงจนสามารถนำมาทำการรักษาผู้ป่วยได้จริง
- 4 อื่นๆ .....

12. ระยะเวลาที่ท่านเห็นสมควรให้อบรมครั้งนี้

- 1 1-2 วัน
- 2 3-5 วัน
- 3 5-7 วัน
- 4 มากกว่า 1 สัปดาห์
- 5 อื่นๆ โปรดระบุ.....

13. คำแนะนำเพิ่มเติม(ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*\*\*\*\*

ขอขอบพระคุณในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ข้อมูลของท่านเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

## ภาคผนวกที่ 2

กลุ่มตัวอย่างทัศนแพทย์ 600 คนที่ได้รับการสุ่มเลือกจาก 76 จังหวัดในประเทศไทย

1. ภาคเหนือ รวมทั้งสิ้น 83 คน

- จังหวัดแม่ฮ่องสอน	4 คน
- จังหวัดเชียงใหม่	12 คน
- จังหวัดเชียงราย	5 คน
- จังหวัดพะเยา	4 คน
- จังหวัดน่าน	4 คน
- จังหวัดลำพูน	5 คน
- จังหวัดลำปาง	5 คน
- จังหวัดแพร่	3 คน
- จังหวัดอุตรดิตถ์	3 คน
- จังหวัดตาก	3 คน
- จังหวัดสุโขทัย	4 คน
- จังหวัดพิษณุโลก	4 คน
- จังหวัดกำแพงเพชร	3 คน
- จังหวัดพิจิตร	4 คน
- จังหวัดอุทัยธานี	5 คน
- จังหวัดนครสวรรค์	9 คน
- จังหวัดเพชรบูรณ์	6 คน

2. ภาคกลาง รวมทั้งสิ้น 241 คน

- จังหวัดกาญจนบุรี	4 คน
- จังหวัดสุพรรณบุรี	4 คน
- จังหวัดราชบุรี	6 คน
- จังหวัดเพชรบุรี	5 คน
- จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	11 คน
- จังหวัดชัยนาท	6 คน

- จังหวัดสิงห์บุรี	7	คน
- จังหวัดลพบุรี	5	คน
- จังหวัดอ่างทอง	4	คน
- จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	10	คน
- จังหวัดสระบุรี	8	คน
- จังหวัดปทุมธานี	15	คน
- จังหวัดนนทบุรี	13	คน
- จังหวัดกรุงเทพมหานคร	92	คน
- จังหวัดสมุทรปราการ	8	คน
- จังหวัดสมุทรสงคราม	5	คน
- จังหวัดสมุทรสาคร	4	คน
- จังหวัดนครปฐม	9	คน
- จังหวัดนครนายก	7	คน
- จังหวัดปราจีนบุรี	8	คน
- จังหวัดสระแก้ว	4	คน
- จังหวัดฉะเชิงเทรา	6	คน

### 3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งสิ้น 125 คน

- จังหวัดเลย	4	คน
- จังหวัดอุดรธานี	5	คน
- จังหวัดหนองบัวลำภู	2	คน
- จังหวัดหนองคาย	5	คน
- จังหวัดสกลนคร	6	คน
- จังหวัดนครพนม	4	คน
- จังหวัดมุกดาหาร	4	คน
- จังหวัดกาฬสินธุ์	5	คน
- จังหวัดมหาสารคาม	5	คน
- จังหวัดขอนแก่น	16	คน
- จังหวัดชัยภูมิ	11	คน
- จังหวัดร้อยเอ็ด	4	คน
- จังหวัดนครราชสีมา	17	คน



- จังหวัดบุรีรัมย์	10	คน
- จังหวัดสุรินทร์	5	คน
- จังหวัดศรีสะเกษ	7	คน
- จังหวัดอุบลราชธานี	9	คน
- จังหวัดอำนาจเจริญ	2	คน
- จังหวัดยโสธร	4	คน

4. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งสิ้น 41 คน

- จังหวัดชลบุรี	15	คน
- จังหวัดระยอง	9	คน
- จังหวัดจันทบุรี	10	คน
- จังหวัดตราด	7	คน

5. ภาคใต้ รวมทั้งสิ้น 110 คน

- จังหวัดชุมพร	9	คน
- จังหวัดระนอง	4	คน
- จังหวัดสุราษฎร์ธานี	14	คน
- จังหวัดพังงา	3	คน
- จังหวัดภูเก็ต	2	คน
- จังหวัดกระบี่	6	คน
- จังหวัดนครศรีธรรมราช	22	คน
- จังหวัดพัทลุง	5	คน
- จังหวัดตรัง	7	คน
- จังหวัดสตูล	5	คน
- จังหวัดสงขลา	28	คน
- จังหวัดปัตตานี	2	คน
- จังหวัดยะลา	2	คน
- จังหวัดนราธิวาส	1	คน

### ภาคผนวกที่ 3

ทัศนแพทย์กลุ่มตัวอย่าง 304 คนที่ตอบแบบสอบถามกลับคืน แยกตามจังหวัดต่างๆในประเทศไทย

#### 1. ภาคเหนือ รวมทั้งสิ้น 28 คน

- จังหวัดเชียงราย	1 คน
- จังหวัดแม่ฮ่องสอน	2 คน
- จังหวัดเชียงใหม่	8 คน
- จังหวัดน่าน	1 คน
- จังหวัดลำพูน	2 คน
- จังหวัดแพร่	1 คน
- จังหวัดตาก	1 คน
- จังหวัดพิจิตร	3 คน
- จังหวัดพิษณุโลก	3 คน
- จังหวัดพิจิตร	2 คน
- จังหวัดเพชรบูรณ์	2 คน
- จังหวัดนครสวรรค์	4 คน
- จังหวัดอุทัยธานี	1 คน

#### 2. ภาคกลาง รวมทั้งสิ้น 131 คน

- จังหวัดกรุงเทพ	63 คน
- จังหวัดสมุทรปราการ	4 คน
- จังหวัดนนทบุรี	6 คน
- จังหวัดปทุมธานี	13 คน
- จังหวัดนครปฐม	4 คน
- จังหวัดอยุธยา	7 คน
- จังหวัดนครนายก	2 คน
- จังหวัดสระบุรี	4 คน
- จังหวัดอ่างทอง	1 คน
- จังหวัดสุพรรณบุรี	2 คน
- จังหวัดสิงห์บุรี	4 คน

- จังหวัดชัยนาท	3	คน
- จังหวัดฉะเชิงเทรา	3	คน
- จังหวัดลพบุรี	1	คน
- จังหวัดปราจีนบุรี	3	คน
- จังหวัดราชบุรี	3	คน
- จังหวัดสระแก้ว	2	คน
- จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	6	คน

3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งสิ้น 52 คน

- จังหวัดหนองคาย	2	คน
- จังหวัดเลย	1	คน
- จังหวัดอุดรธานี	2	คน
- จังหวัดสกลนคร	2	คน
- จังหวัดขอนแก่น	6	คน
- จังหวัดมุกดาหาร	2	คน
- จังหวัดชัยภูมิ	6	คน
- จังหวัดนครราชสีมา	13	คน
- จังหวัดบุรีรัมย์	7	คน
- จังหวัดสุรินทร์	3	คน
- จังหวัดศรีสะเกษ	4	คน
- จังหวัดอุบลราชธานี	4	คน

4. ภาคตะวันออก รวมทั้งสิ้น 19 คน

- จังหวัดชลบุรี	6	คน
- จังหวัดระยอง	5	คน
- จังหวัดจันทบุรี	5	คน
- จังหวัดตราด	3	คน

5. ภาคใต้ รวมทั้งสิ้น 74 คน

- จังหวัดชุมพร	7	คน
- จังหวัดระนอง	1	คน

- จังหวัดสุราษฎร์ธานี	11	คน
- จังหวัดพังงา	2	คน
- จังหวัดนครศรีธรรมราช	19	คน
- จังหวัดกระบี่	4	คน
- จังหวัดตรัง	4	คน
- จังหวัดพัทลุง	2	คน
- จังหวัดภูเก็ต	1	คน
- จังหวัดสตูล	2	คน
- จังหวัดสงขลา	19	คน
- จังหวัดปัตตานี	1	คน
- จังหวัดยะลา	1	คน

## ภาคผนวกที่ 4

### แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ทันตแพทย์สภา

แนวปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยให้ทันตแพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจเท่านั้น ความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับ การดูแลของทันตแพทย์ ความร่วมมือของผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยอื่นๆด้วย หากการรักษาไม่เป็นไปตามแผนการรักษาที่วางไว้ ควรส่งต่อผู้ป่วยให้ทันตแพทย์เฉพาะทาง

#### คณะทำงาน

ทพญ. ปองใจ วิรัตน์ โรงเรียนพยาบาลมหาชนนครราชสีมา ประธาน  
 รศ.ทพ. วิชระ เพชรอุปดี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะทำงาน  
 ทพญ. สุวอร ภูมิรัตนประพิณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี คณะทำงาน  
 ทพ. ประจักษ์ จริยพงศ์ไพบูลย์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ คณะทำงาน  
 อ.ทพ. สมชัย มโนพัฒน์กุล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะทำงาน  
 ทพ. เขมทัต สุขก้อน สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ คณะทำงานและเลขานุการ

## 1. แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เรื่อง ฟันเขี้ยวบนคุดที่ค้ำไม่พบ และหน่อฟันเขี้ยวอยู่ทางด้านเพดาน

### CPG for impacted canine (non palpable canine tooth bud, palatally displaced canine)

ฟันเขี้ยวบนที่ไม่สามารถขึ้นได้ พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของจำนวนประชากร ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาป้องกันได้ หากได้ทำในเด็กอายุ 8-11 ปี จะช่วยลดผลไม่พึงประสงค์ และค่าใช้จ่ายในการรักษาได้

ฟันเขี้ยวบนที่ไม่สามารถขึ้นได้สามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มอย่างชัดเจน คือฟันเขี้ยวบนที่ไม่สามารถขึ้นได้ทางด้านเพดาน (palatally displaced canine) และฟันเขี้ยวบนที่ไม่สามารถขึ้นได้ทางด้านริมฝีปาก (labially displaced canine) ร้อยละ 85 ของฟันเขี้ยวบนที่ไม่สามารถขึ้นได้จะอยู่ในกลุ่มที่อยู่ทางด้านเพดาน อีกร้อยละ 15 เป็นฟันเขี้ยวบนที่ไม่สามารถขึ้นได้ทางด้านริมฝีปาก ในกลุ่มหลังมีสาเหตุจากความกว้างของขากรรไกรที่ไม่พอเพียงต่อการขึ้นของฟัน และการรักษามักเกี่ยวข้องกับการจัดฟัน ซึ่งจะไม่ขอกล่าวรายละเอียดในที่นี้ แนวปฏิบัตินี้จะเน้นเฉพาะการรักษาฟันเขี้ยวบนคุดที่ค้ำไม่พบ และหน่อฟันเขี้ยวอยู่ทางด้านเพดาน

#### ข้อบ่งชี้การรักษา

- เด็กอายุประมาณ 8 - 11 ปี
- เด็กมีสุขภาพแข็งแรง
- มีการสบฟันแบบที่หนึ่ง ตามการจำแนกการสบฟันของแองเกิล (Angle's Classification) และไม่มีฟันซ้อน
- จากการตรวจทางภาพรังสีไม่พบพยาธิสภาพอื่นๆ เช่น odontoma
- ประวัติในครอบครัวมีฟันเขี้ยวคุด
- ปลายฟันหน้าตัดข้าง (lateral incisor) ชี้ไปทางด้านไกลกลาง (distal)
- การถ่ายภาพรังสีในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี มักไม่ช่วยในการวินิจฉัยว่าฟันเขี้ยวบนนั้นจะขึ้นได้หรือไม่
- เมื่อเด็กมีอายุเกิน 10 ปีแล้ว จากภาพรังสีแบบพานอรามิก (panoramic radiograph) พบว่ายอดของฟันเขี้ยวบนอยู่ไปทางใกล้กลาง (mesial) ต่อแนวฟันหน้าตัดข้าง
- ฟันเขี้ยวคุดมีแนวการเรียงตัวไม่เอียงไปจากปกติมากนัก

#### ฟันเขี้ยวคุดข้างเดียว

• ฟันเขี้ยวบนขึ้นแล้วหนึ่งข้างและมีรากสร้างสมบูรณ์แล้ว หลังจากนั้น 6 เดือนฟันเขี้ยวบนอีกข้างยังไม่ขึ้น

- ในฟันเขี้ยวบนข้างที่ยังไม่ขึ้น ไม่สามารถคลำพบหน่อฟันทางด้านริมฝีปากและมีฟันเขี้ยว  
น้ำนมอยู่

#### ฟันเขี้ยวคู่ทั้งสองข้าง

- ฟันเขี้ยวบนไม่ขึ้นทั้งสองข้างหลังจากอายุประมาณ 10 ปีขึ้นไป
- ไม่สามารถคลำพบหน่อฟันเขี้ยวบนทางด้านริมฝีปากทั้งสองข้างและมีฟันเขี้ยว  
น้ำนมอยู่

#### วัตถุประสงค์การรักษา

- เพื่อให้ฟันเขี้ยวขึ้นได้และลดอัตราการเกิดฟันคุดในเด็ก ทำให้ไม่ต้องทำศัลยกรรมเพื่อเอา  
ฟันคุดออก หรือดึงฟันขึ้นโดยการจัดฟัน

- ลดอัตราการเกิดการละลายของรากฟันข้างเคียงจากการเกิดการชนของหน่อฟันเขี้ยว

#### ปัจจัยเสี่ยงของการรักษา

- มีฟันน้ำนมหลุดก่อนไปและฟันเขี้ยวไม่ขึ้น เป็นเหตุให้ต้องใส่ฟันปลอม

#### วิธีการรักษา

- แจ้งผู้ปกครองว่าฟันคุดนี้ไม่สามารถขึ้นได้ตามธรรมชาติ การรักษารั้งนี้ไม่สามารถ  
รับประกันได้ว่าฟันคุดจะขึ้น

- ถอนฟันเขี้ยวน้ำนมซี่ที่อยู่บนฟันเขี้ยวแท้ที่นั้นออก หลังได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองแล้ว
- หากฟันเขี้ยวไม่ขึ้นภายใน 1 ปี ควรส่งต่อเพื่อรับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

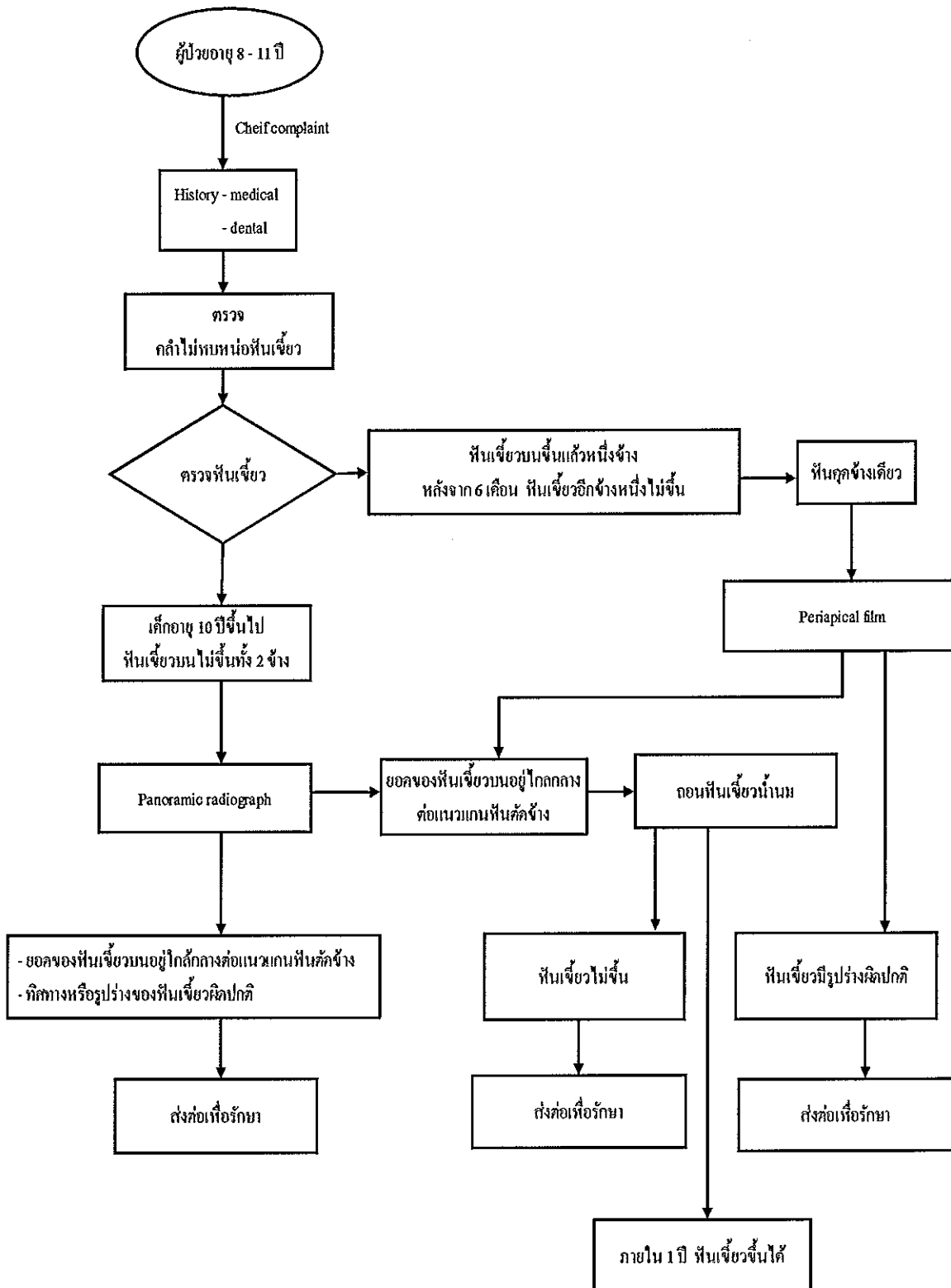
#### ผลการรักษาที่พึงประสงค์

- ฟันเขี้ยวขึ้นได้ตามปกติ
- ลดอัตราการละลายของรากฟันข้างเคียงที่หน่อฟันเขี้ยวบนอยู่

#### ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

- หากฟันเขี้ยวไม่ขึ้นภายใน 1 ปี ถือว่าการรักษาไม่ได้ผล อาจเป็นเหตุให้ต้องจัดฟันหรือ  
ใส่ฟันปลอม

- หากไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อรักษา อาจทำให้ฟันหน้าห่างออก หรือมีการล้มเอียงของฟัน  
ข้างเคียง





## เอกสารอ้างอิง

1. Thilander B, Jakobsson SO. Local factors in impaction of maxillary canines. *Acta Odontol Scand* 1968; 26: 145-68.
2. Bishara SE. Impacted maxillary canines: a review. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1992; 101: 159-71.
3. Shapira Y, Kuflinec MN. Early diagnosis and interception of potential maxillary canine impaction. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 1450-4.
4. Ericson S, Kurol J. Longitudinal study and analysis of clinical supervision of maxillary canine eruption. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14:172-6.
5. Zilberman Y, Cohen B, Becker A. Familial trends in palatal canines, anomalous lateral incisors, and related phenomena. *Eur J Orthod* 1990; 12:135-9.
6. Power SM, Short MB. An investigation into the response of palatally displaced canines to the removal of deciduous canines and an assessment of factors contributing to favourable eruption. *Br J Orthod* 1993; 20: 217-23.
7. Jacobs SG. Reducing the incidences of palatally impacted maxillary canines by extraction of deciduous canines: a useful preventive/interceptive orthodontic procedure. Case reports. *Aust Dent J* 1992; 37:6-11.
8. Jacobs SG. Localization of the unerupted maxillary canine: how to and when to. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1999; 115: 314-22.
9. Ericson S, Kurol J. Radiographic examination of ectopically erupting maxillary canines. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1987; 91: 483-92.
10. Kotsomitis N, Freer TJ. Inherited dental anomalies and abnormalities. *ASDC J Dent Child* 1997; 64:405-8. Review.
11. Ericson S, Kurol J. Resorption of maxillary lateral incisors caused by ectopic eruption of the canines. A clinical and radiographic analysis of predisposing factors. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1988; 94:503-13.
12. Ericson S, Kurol J. Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of the primary canines. *Eur J Orthod* 1988; 10:283-95.

## 2. แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เรื่อง สเปสรีเทนเนอร์ชนิดถอดได้

### CPG for removable space regainer

การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่พบบ่อย ซึ่งทำให้มีผลเสียตามมาในภายหลัง โดยมีการเคลื่อนตัวของฟันข้างเคียงเข้ามาในช่องว่างที่ฟันน้ำนมถูกถอนออกไป ทำให้ฟันถาวรข้างได้ช่องว่างนั้นไม่สามารถขึ้นมาได้ในตำแหน่งที่ถูกต้อง เนื่องจากช่องว่างไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีสูญเสียฟันกรามน้ำนมซี่ที่สอง มักทำให้ฟันกรามถาวรซี่แรกเคลื่อนตัวมาส่วนใกล้กลาง (mesial) มีผลให้ฟันกรามน้อยซี่ที่สองไม่มีช่องว่างเพียงพอในการขึ้นมาในตำแหน่งปกติได้ จึงควรรีบให้การรักษาโดยใส่เครื่องมือสเปสรีเทนเนอร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เคลื่อนฟันที่เคลื่อนตัวมาในช่องว่างถอยกลับไปตำแหน่งเดิม เพื่อให้มีช่องว่างเพียงพอสำหรับการขึ้นของฟันกรามข้างได้ เครื่องมือนี้มีหลายประเภทได้แก่ ชนิดถอดได้ ชนิดติดแน่น หรือเครื่องมือนอกช่องปาก (extra oral appliance) จึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ในเด็กระยะชุดฟันผสม การใช้เครื่องมือชนิดถอดได้ทำได้ง่าย ประหยัด และได้ผลดี

### ข้อบ่งชี้การรักษา

- เด็กมีโครงสร้างใบหน้าปกติ และสมมาตร
- เด็กอายุประมาณ 6-10 ปี ที่สูญเสียฟันกรามน้ำนมซี่ที่สองก่อนกำหนด และฟันกรามถาวรซี่แรกเคลื่อนตัวมาส่วนใกล้กลาง ทำให้ช่องว่างสำหรับการขึ้นของฟันกรามน้อยซี่ที่สองไม่เพียงพอ
- มีสภาพฟันและอวัยวะปริทันต์ปกติ
- ฟันกรามถาวรซี่ที่สองยังไม่ขึ้น ซึ่งจะให้ผลดีหากหน่อฟันกรามถาวรซี่ที่สองอยู่ห่าง หรืออยู่ต่ำจากคอฟันกรามถาวรซี่แรก โดยยังไม่มีการสร้างส่วนของรากฟัน
- มีหลักยึดในช่องปาก (intraoral anchorage) เพียงพอในการใช้เคลื่อนฟัน
- เด็กและผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการรักษาเช่น การใส่เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ การดูแลรักษาเครื่องมือ และมารับการรักษาตามนัดเป็นระยะๆ จนกระทั่งการรักษาได้ผลตามที่ต้องการ และคงสภาพช่องว่างนั้นไว้ จนกว่าฟันกรามน้อยซี่ที่สองขึ้น

### วัตถุประสงค์การรักษา

- เพื่อเคลื่อนฟันกรามถาวรซี่แรกให้กลับไปอยู่ตำแหน่งเดิมที่ถูกต้อง และมีช่องว่างเพียงพอให้ฟันกรามน้อยซี่ที่สองขึ้นได้

### ปัจจัยเสี่ยงของการรักษา

- เด็กไม่ร่วมมือในการใส่เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้
- เด็กไม่มาตรวจรักษาตามเวลานัด

• หากการเคลื่อนฟันกรามถาวรซี่แรกมีผลกระทบต่อการขึ้นของฟันกรามถาวรซี่ที่สอง หรือในกรณีที่ฟันกรามถาวรซี่ที่สองขึ้นในช่องปากแล้ว ควรส่งต่อทันตแพทย์จัดฟันเพื่อพิจารณาการให้การรักษา

- การใส่เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ อาจทำให้เกิดแผล หรือมีความเจ็บปวด
- การสบฟันก่อนบาดเจ็บ (traumatic occlusion)
- เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ มีการแตกหัก หรือสูญหาย
- ฟันไม่เคลื่อน หรือเคลื่อนผิดทิศทางที่ได้วางแผนไว้
- หากการเคลื่อนฟันต้องใช้เครื่องมือชนิดติดแน่น หรือเครื่องมือนอกช่องปาก ควรส่งต่อ

ทันตแพทย์จัดฟัน

วิธีการรักษา

• ถ่ายภาพรังสีเพื่อตรวจสอบสภาพฟันกรามน้อยซี่ที่สอง ฟันกรามถาวรซี่แรก และฟันกรามถาวรซี่ที่สอง

• พิมพ์ปากเพื่อทำแบบจำลองศึกษา (study model)

• ประเมินช่องว่างที่ต้องถอยฟันกรามซี่แรกไป

• ใช้เครื่องมือสเปลิโอกราฟชนิดถอดได้ เพื่อเคลื่อนที่ฟันกรามถาวรซี่แรก ในการออกแบบเครื่องมือ ขนาดลวดชนิดของสปริง (spring) หรือ สกรู (screw) ตามหลักของเครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้

• ให้คำแนะนำผู้ปกครองและเด็ก ในการใส่และถอดเครื่องมือรวมถึงการดูแลรักษาเครื่องมือ

• การใส่เครื่องมือครั้งแรก ไม่ควรปรับแรงสปริงหรือสกรู เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับเครื่องมือและไม่เจ็บ

• นัดเด็กมาตรวจและปรับแรงเป็นระยะๆ ตามหลักของเครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ จนเคลื่อนฟันกรามถาวรซี่แรก ไปสู่ตำแหน่งที่ถูกต้อง

- คงสภาพช่องว่างนั้นไว้ จนกระทั่งฟันกรามน้อยซี่ที่สองเริ่มขึ้นมาในช่องปาก

ผลการรักษาที่พึงประสงค์

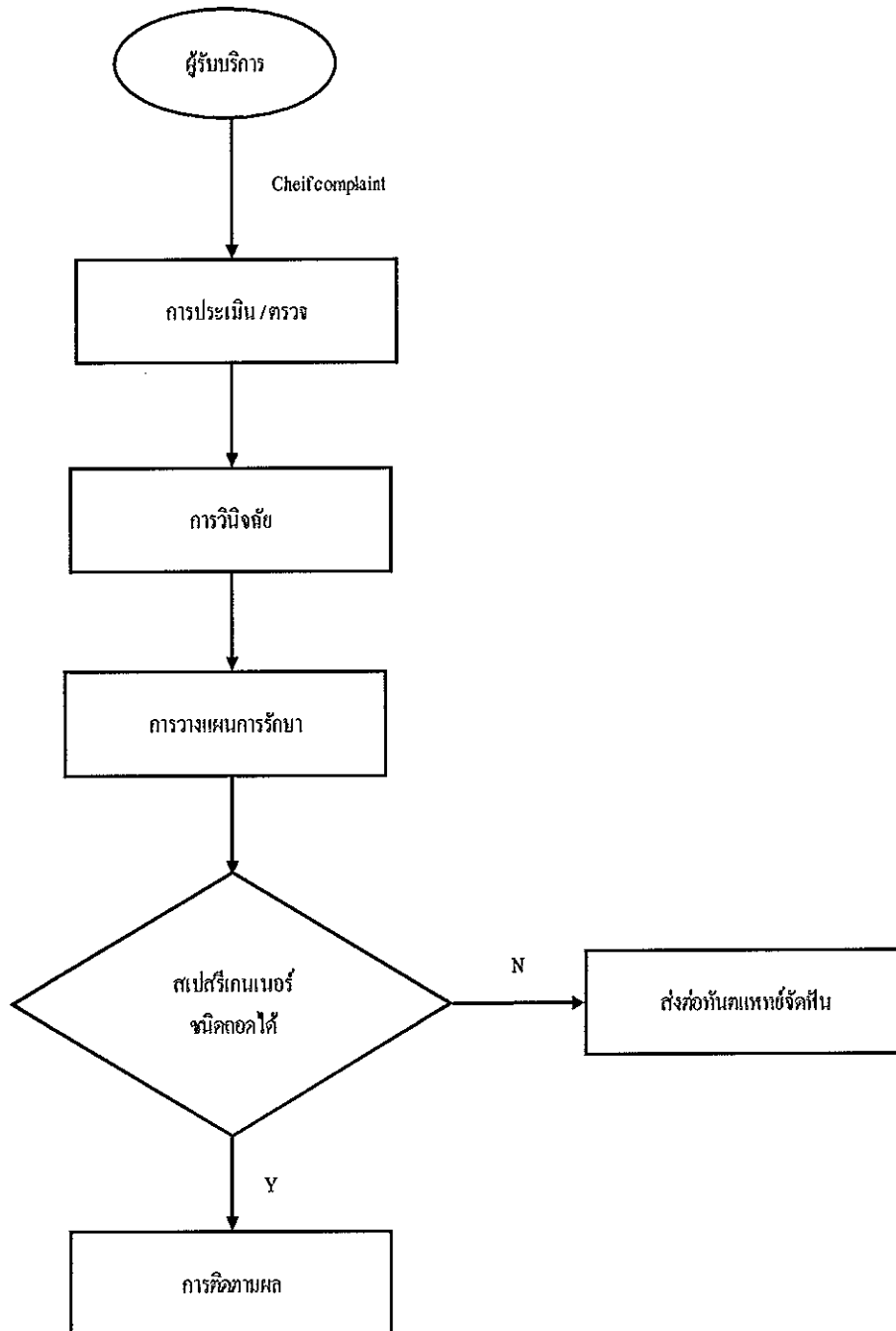
- ฟันกรามถาวรซี่แรกเคลื่อนที่กลับ ไปสู่ตำแหน่งที่ถูกต้อง
- ฟันกรามน้อยซี่ที่สองขึ้นในช่องปากได้

ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

- ฟันกรามถาวรซี่แรกไม่เคลื่อนกลับ ไปสู่ตำแหน่งที่ถูกต้อง
- ฟันกรามน้อยซี่ที่สอง ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้

- ฟันกรามถาวรซี่ที่สองมีปัญหาในการขึ้นในช่องปาก จากการถอยกลับของฟันกรามถาวรซี่แรก
- อาจเกิดแผลในช่องปาก ต้องพาเด็กมาพบทันตแพทย์โดยเร็วเพื่อแก้ไข
- เด็กบางคนอาจแพ้อะคริลิก (acrylic) ที่ทำเครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้

## การใส่สเปสรีเทนเนอร์ชนิดถอดได้



## เอกสารอ้างอิง

1. J M Sim. Minor tooth movement in children, 1st edition, 1972, The C.V. Mosby Company; 195-201.
2. AC Cameron, R C Widmer. Handbook of pediatric dentistry, 2nd edition, 2003, Mosby Company; 295-6.
3. SNY Wei. Pediatric Dentistry: total patient care, 1st edition, 1988, Lea Febiger; 493-4.
4. WJB Houston, KG Isaacson: Orthodontic Treatment with Removable Appliance, 1st edition, 1977, Wright&Son LTD.

### 3. แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เรื่อง นิสัยการดูดที่ผิดปกติ

#### CPG for abnormal sucking habit

เด็กที่อยู่ในช่วงฟันน้ำนม หรือชุดผสม อาจแสดงนิสัยที่ผิดปกติ เช่น การดูดนิ้ว ลิ้น หรือหัวนมยางเป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการพัฒนาของการสบฟันและการเจริญเติบโตของโครงสร้างใบหน้าช่วงล่างที่ผิดปกติได้ เช่น การสบฟันเปิด (open bite) การให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ระยะเริ่มแรก เพื่อให้เด็กหยุดนิสัยที่ผิดปกติ นั้น อาจทำให้การพัฒนาการสบฟันและการเจริญเติบโตของโครงสร้างใบหน้าช่วงล่างกลับเป็นปกติได้

#### ข้อบ่งชี้การรักษา

- เด็กอยู่ในช่วงระยะฟันน้ำนมหรือฟันชุดผสม คือประมาณ 3.5 – 12 ปี
- พบมีลักษณะการสบฟันผิดปกติ เช่น ฟันหน้าสบเปิด ฟันบนยื่น หรือห่าง
- มีประวัติการดูดนิ้ว ลิ้น หรือหัวนมยาง ฯลฯ
- เด็กมีโครงสร้างใบหน้าปกติและสมมาตร

#### วัตถุประสงค์การรักษา

- เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดนิสัยการดูดที่ผิดปกติ นั้น
- ให้ตำแหน่งฟันที่ผิดปกติ นั้นกลับคืนสู่สภาพปกติ และมีการพัฒนาของการสบฟันและ

ใบหน้าที่ปกติต่อไป

#### ปัจจัยเสี่ยงของการรักษา

- การให้การรักษาในเด็กที่มีสาเหตุความผิดปกติจากโครงสร้างใบหน้าแบบเปิด (skeletal open bite) ทำให้การรักษาไม่สำเร็จ

## วิธีการรักษา

- แนะนำถึงผลเสียของนิสัยการดูดที่ผิดปกติแก่เด็กและผู้ปกครอง เพื่อให้แก้ไข หรือหยุดนิสัยนั้นๆ รวมทั้งฝึกการกลืนที่ถูกต้อง

- ใช้เครื่องมือทันตกรรมจัดฟันเพื่อให้เด็กหยุดนิสัยนั้น เช่น ออรัลสกรีน (oral screen) หรือ เครื่องมือกั้นลิ้น (tongue guard) เป็นต้น

- ถ้าพบริมฝีปากบนสั้น หรือการทำงานของริมฝีปากผิดปกติ เช่น แรงของกล้ามเนื้อริมฝีปากน้อยไป ให้ฝึกการทำงานของริมฝีปากด้วย

## ผลการรักษาที่พึงประสงค์

- ในช่วงอายุฟันชุดผสม อาจเห็นผลการคืนสู่ตำแหน่งปกติของฟันหน้าเอง โดยไม่ต้องอาศัยแรงทางจัดฟัน

## ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

- หากไม่มีการคืนสู่ตำแหน่งปกติของฟันหน้า อาจต้องอาศัยแรงจากการจัดฟันช่วย
- ถ้าพบความผิดปกติอื่นๆ หรือผลที่เกิดจากนิสัยการดูดที่ผิดปกตินั้นไม่ดีขึ้น ให้ส่งต่อทันตแพทย์จัดฟันพิจารณารักษาต่อ

## เอกสารอ้างอิง

1. Graber TM, Rakosi T, Petrovic AG : Dentofacial orthodontics with functional appliance. Mosby, St. Louis, 1985.
2. Melsen B : Current controversy in orthodontics. Quintessence, Chicago, 1991.
3. Moyers RE : Handbook of orthodontics. Yearbook Medical publishers, Chicago, 1998.
4. Proffit WR, Fields HW Jr : Contemporary orthodontics. Mosby, St. Louis, 2000.

4. แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เรื่อง การสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้า การสบเอียงของขากรรไกร

### CPG for anterior crossbite, jaw shift

การสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้าบางซี่ หรือการสบเอียงไปจากปกติในเด็กช่วงอายุฟันชุดผสม อาจทำให้เกิดการพัฒนาของการสบฟันผิดปกติที่รุนแรงขึ้น หรืออาจเป็นสาเหตุให้เกิดการเจริญที่ผิดปกติของโครงสร้างใบหน้าส่วนล่างได้ เช่น คางยื่น หรือมีการเอียงของขากรรไกรล่าง ทำให้รูปหน้าไม่สมมาตร การแก้ไขโดยการจัดฟันในระยะนี้อาจทำให้พัฒนาการของการสบฟันหรือการเจริญเติบโตของใบหน้าเป็นปกติได้

แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ทันตแพทยสภา

### ข้อบ่งชี้การรักษา

- เด็กมีโครงสร้างใบหน้าปกติ
- เด็กอยู่ในระยะฟันชุดผสม อายุประมาณ 6 – 12 ปี
- การสบฟันในศูนย์กลาง (centric occlusion) พบฟันหน้าซี่เดียว หรือหลายซี่ มีการสบไขว้
- ในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์กลาง (centric relation) ฟันหน้ามีการสบแบบปลายฟันชนกัน (edge to edge) ฟันหลังมีการสบเป็นแบบที่หนึ่งตามการจำแนกของแองเกิล
- ในรายที่มีการสบเอียงไปจากปกติ ในตำแหน่งการสบฟันในศูนย์กลาง พบการสบไขว้ในฟันหลัง และเส้นกึ่งกลางของฟันหน้าเบี่ยงเบนไป ส่วนในตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์กลาง จะพบจุดสบสูงในฟันหลัง (premature contact)
- ขณะหุบปาก ตรวจพบทิศทางการเคลื่อนของขากรรไกรมีการเอียงไปจากแนวปกติ
- การเคลื่อนฟันโดยการจัดฟัน ควรกระทำเมื่อมีการสร้างรากฟันเกิน 2/3
- การตรวจทางรังสี ไม่พบความผิดปกติ เช่น ฟันเกิน เป็นต้น
- มีช่องว่างเพียงพอให้ฟันเคลื่อนที่ไปสู่ตำแหน่งที่ถูกต้องได้

### วัตถุประสงค์การรักษา

- ให้ผู้ป่วยมีการสบฟันปกติ
- ให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาการขึ้นของฟัน และการเจริญเติบโตของโครงสร้างใบหน้าเป็นปกติ

### ปัจจัยเสี่ยงของการรักษา

- มีการอักเสบของอวัยวะปริทันต์และฟันผุได้
- การรักษาอาจไม่สำเร็จ เนื่องจากมีแนวโน้มของการเจริญเติบโตของโครงสร้างใบหน้าที่เสริมกับความผิดปกติอื่นๆ
- สาเหตุของความผิดปกติเกิดจากกรรมพันธุ์

### วิธีการรักษา

- ใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ เพื่อแก้ไขการสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้า ให้มีการสบฟันปกติ โดยอาศัยสปริงสกรูตามหลักของการใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้
- ตรวจสอบจุดสบสูงของฟันน้ำนมซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการสบไขว้ และกรอแก้ไข
- อธิบายเด็กและผู้ปกครองถึงการดูแลรักษาเครื่องมือและสุขภาพช่องปากในช่วงจัดฟัน

### ผลการรักษาที่พึงประสงค์

- เด็กมีการสบฟันปกติ
- เด็กมีการเจริญเติบโตของโครงสร้างใบหน้าปกติ



### ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

• ถ้าไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการแก้ไข หรือเด็กแสดงความผิดปกติของการสบฟันมากขึ้น ให้ส่งต่อทันตแพทย์จัดฟันพิจารณาต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. McNamara JA Jr, Brudon WL : Orthodontic and orthopedic treatment in mixed dentition. Needham Press, Ann Arbor, Michigan, 1993.
2. Rakosi T, Jonas I, Graber TM : Colar atlas of dental medicine : orthodontic-diagnosis. Thieme, New York, 1993.
3. Graber TM, Vanarsdall RL : Orthodontics : current principles and techniques. Mosby, St. Louis, 2000.
4. Proffit WR, Fields HW Jr : Contemporary orthodontics. Mosby, St. Louis, 2000.

### 5. แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เรื่อง การเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่

#### CPG for minor tooth movement in adults

การเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง เป็นการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ไม่ยุ่งยาก มีการเคลื่อนฟันไม่มากนักเป็นการจัดฟันเพื่อทำให้การรักษาทางทันตกรรมด้านอื่นๆ ทำได้ดีขึ้น เช่นการบูรณะฟันที่ได้รับความเสียหายแทนที่จะถูกถอนออกไป ทำให้เกิดความสวยงามมากขึ้น

การเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง ไม่ได้หมายถึงการแก้ไขการสบฟันผิดปกติ ซึ่งกระทำด้วยวิธีง่ายๆเสมอไป แต่มุ่งเน้นถึงจำนวนฟันและระยะทางซึ่งฟันเคลื่อนที่ไปเป็นสำคัญ ดังนั้นการบำบัดรักษาบางวิธีอาจกระทำได้ง่าย บางวิธีอาจยุ่งยากและไม่ประสบความสำเร็จถ้าทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาขาดความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและข้อจำกัดของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง ตลอดจนการพิจารณาเลือกรักษาเฉพาะรายที่เหมาะสม CPG ในที่นี้จะกล่าวถึง

- 5.1 การดึงฟันขึ้น (forced eruption)
- 5.2 การสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้า (anterior crossbite)
- 5.3 การเรียงตัวของฟันที่ผิดปกติเล็กน้อย (minor mal-alignment of teeth)

#### ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการรักษา

- ผู้ป่วยมีลักษณะโครงสร้างใบหน้าปกติและสมมาตร
- ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟันแท้
- ฟันที่ต้องแก้ไข ไม่เกิน 3 ซี่ ระยะทางที่ฟันเคลื่อนประมาณ 2 – 3 มม.

- ขจัดสิ่งกีดขวางการเคลื่อนที่ของฟันซึ่งต้องการแก้ไขได้
- ขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดการสบฟันผิดปกติได้
- เนื้อที่หรือช่องว่างมากพอที่จะเคลื่อนฟันไปในทิศทางที่กำหนด
- สภาพของฟันและอวัยวะปริทันต์ปกติ
- มีหลักยึดภายในช่องปาก เพียงพอ
- สามารถรักษาฟันให้คงอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องภายหลังการรักษา การเรียงตัวของฟันสมดุล

ไม่เกิดการคืนกลับ

- ไม่มีโรคผิดปกติที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดฟัน
- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการรักษา

- สามารถบูรณะฟันได้ด้วยการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative technique)
- เพื่อประโยชน์ในการใส่ฟันปลอม
- อวัยวะปริทันต์อยู่ในสภาพที่ดี ไม่ส่งเสริมการเกาะของคราบจุลินทรีย์ ลดโอกาสเกิดโรค

ปริทันต์

• การสบฟันดีขึ้น มีอัตราส่วนของตัวฟันต่อรากฟัน (crown-root ratio) ที่เหมาะสม และทำให้แรงจากการบดเคี้ยวลงไปตามแกนฟัน (long axis) ของฟัน

- เพื่อให้เกิดความสวยงามตามมา
- ผู้ป่วยหรือญาติรู้ เข้าใจ และยอมรับวิธีการรักษา ทางเลือกในการรักษา ผลการรักษาที่คาดว่าจะได้รับ ตลอดจนความเสี่ยงและผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงทั่วไปของการรักษา

- ตำแหน่ง สภาพของฟันและอวัยวะปริทันต์ของฟันที่เป็นปัญหา และฟันข้างเคียง
- อายุผู้ป่วย
- สุขภาพร่างกายและการมีโรคทางระบบ
- สุขภาพช่องปากและการดูแล
- ความร่วมมือของผู้ป่วย
- ความคาดหวังในผลการรักษาของผู้ป่วย

วิธีการรักษา

- รวบรวมปัญหาของผู้ป่วย
- การตรวจในและนอกช่องปาก บันทึกโครงสร้างใบหน้า
- พิมพ์ฟันทำแบบจำลองฟัน

- ถ่ายภาพรังสีของฟันที่มีปัญหา
- วางแผนการรักษา เลือกเครื่องมือที่ใช้ในการรักษา
- การคงสภาพฟัน
- เวลาที่ใช้ในการเคลื่อนฟันไม่ควรเกิน 6 เดือน

#### ผลการรักษาที่พึงประสงค์

- ฟันเคลื่อนไปในตำแหน่งที่ต้องการ
- อวัยวะปริทันต์อยู่ในสภาพที่ดี
- ผู้ป่วยยอมรับผลการรักษา

#### ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

- ฟันและเนื้อเยื่อในช่องปาก
  - อาจเกิดสบเปิดของฟันหรือ โครงสร้างใบหน้าซึ่งอาจต้องแก้ไขด้วยการจัดฟัน ร่วมกับการผ่าตัด
  - ฟันตาย ฟันโยก ปวดฟัน
  - รากฟันละลาย
  - การสบฟันก่อบาดเจ็บ (traumatic occlusion)
  - มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะปริทันต์ เช่น เหงือกกรัน เหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ อักเสบ กระดูกเบ้าฟันละลาย
  - เกิดการระคายเคืองจากเครื่องมือจัดฟัน
  - รักษาความสะอาดในช่องปากไม่ดี
- การเคลื่อนที่ของฟัน
  - ฟันไม่เคลื่อนหรือเคลื่อนผิดทิศทางที่ได้วางแผนไว้
  - ฟันที่เป็นหลักยึดเคลื่อนที่ (anchorage loss)
  - มีการเคลื่อนที่เฉพาะตัวฟัน (tipping) มากเกินไป
  - ใช้เวลานานกว่าที่ได้วางแผนไว้
  - การคืนกลับของฟัน
- ความร่วมมือของผู้ป่วย
  - ขาดการรักษาตามนัด
  - ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใส่เครื่องมือ
  - เครื่องมือแตกหัก

### 5.1 การดึงฟันขึ้น (forced eruption)

ในกรณีที่ฟันหน้าหักลงไปใต้เหงือก หรือรากฟันบริเวณคอฟันมีพยาธิสภาพลงไปได้ เหงือกนั้น สามารถรักษาได้หลายวิธี เช่นการถอนฟันแล้วใส่วัสดุฝัง (implant) แทนที่ ซึ่งเทคโนโลยีของการใส่วัสดุฝังในปัจจุบันจะทำให้การรักษาประสบความสำเร็จสูง แต่ก็มีข้อเสียคือมีราคาแพง และในกรณีที่กระดูกเบ้าฟันมีการละลายมากๆ ก็จะทำให้เกิดปัญหาความสวยงามได้ การรักษาด้วยการดึงฟันแม้จะทำได้ยากกว่าและใช้เวลานานกว่า แต่ก็ไม่ต้องถอนฟัน สามารถรักษาอวัยวะปริทันต์ได้มากกว่า นอกจากนั้นยังประหยัดค่าใช้จ่ายในการบูรณะฟัน และการดูแลสุขภาพฟันหลังการรักษาอีกด้วย

ส่วนการรักษาด้วยวิธีทำให้ตัวฟันยาวขึ้น (crown lengthening) นั้น มีข้อดีอย่างก็คือ ต้องมีการปรับแต่งเค้ารูป (recontour) กระดูกเบ้าฟันของฟันที่หักและฟันข้างเคียง ทำให้อัตราส่วนของตัวฟันต่อรากฟันน้อยลง ตัวฟันที่บูรณะใหม่ยาวกว่าฟันข้างเคียง เกิดช่องสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (embrasure space) ที่กว้างขึ้นทำให้เกิดปัญหาเรื่องความสวยงาม

#### ข้อบ่งชี้การรักษา

- ตามข้อบ่งชี้โดยทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง
- ประเมินแล้วว่าฟันนั้นคุ้มค่าที่จะบูรณะขึ้นมาใหม่ เช่น การรักษารากฟันมีการพยากรณ์โรค

#### ที่ติ

- ตำแหน่งของพยาธิสภาพของรากฟัน

o ฟันมีพยาธิสภาพที่บริเวณ 1/3 ของรากฟันจากคอฟัน เช่นฟันหัก รากฟันผุ รากฟันละลาย มีการทะลุของรากฟันจากการรักษาทางทันตกรรม

o ในกรณีที่พยาธิสภาพอยู่ในระดับของยอดกระดูกเบ้าฟัน (alveolar crest) ฟันจะถูกดึงขึ้นมาถึง 4 มม. จึงจะทำให้มีความกว้างทางชีวภาพ (biologic width) และเนื้อเหงือก (gingival tissue) ที่ปกติได้ ดังนั้นถ้าฟันหักลงไปลึกก็จะต้องดึงขึ้นมามาก จึงต้องระวังเรื่องอัตราส่วนตัวฟันต่อรากฟันด้วย ส่วนกรณีที่มียอดกระดูกเบ้าฟันหักด้วยก็จะต้องมีเนื้อฟันในส่วนรากฟันส่วนที่ดีอยู่เหนือขอบกระดูกที่แตกประมาณ 4-5 มม. เช่นกัน

- ความยาวรากฟัน

o เมื่อดึงฟันและบูรณะฟันแล้วควรจะมีอัตราส่วนตัวฟันต่อรากฟัน อย่างน้อย 1:1 ในกรณีที่รากฟันสั้น อาจจะใช้วิธีอื่นรักษาแทน

- ลักษณะของคลองรากฟัน (internal pulp form)

o รากฟันที่มีความแข็งแรงพอที่จะบูรณะด้วยเดือยฟัน (post & core) ได้ คือ คลองรากฟันกว้างไม่มากกว่า 1/3 และมีความหนาของผนังคลองรากฟันแต่ละด้านมากกว่า 1/3 ของความกว้างของรากฟัน

• ลักษณะของรากฟัน (root form)

o รากฟันที่ดึงขึ้นมาแล้วมีผิวรากฟันด้านนอกว่าเป็นคอคอด หรือส่วนรากฟันโผล่ขึ้นมาเหนือเหงือก จะทำให้เกิดปัญหาความสวยงามเมื่อใส่ครอบฟันได้ และควรพิจารณาถึงเส้นค่าศูนย์กลางของรากฟันมีขนาดใหญ่พอที่จะบูรณะฟันได้สวยงาม

วัตถุประสงค์การรักษา

- ตามวัตถุประสงค์ทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง

ปัจจัยเสี่ยงของการรักษา

- ตามปัจจัยเสี่ยงทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง
- มีการผ่าตัดอวัยวะปริทันต์เพื่อให้ได้เนื้อเหงือกและความกว้างทางชีวภาพที่ปกติ
- ฟันยึดติดกับกระดูกเบ้าฟัน (ankylosis)

วิธีการรักษา

- ตามวิธีการรักษาโดยทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง
- ประเมินปริมาณในการดึงฟัน
- เลือกเครื่องมือจัดฟันและการออกแบบ

o เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้และยางดึงฟัน การออกแบบเครื่องมือ ขนาดลวด ขนาดของยางตามหลักของเครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ เครื่องมือชนิดนี้มีข้อดีคือมีฐานพลาสติกถ่ายทอดแรงปฏิบัติการเป็นแรงกดลงไปที่เหงือกด้วย แทนที่จะกดลงที่ฟันอย่างเฉียบ ทำให้ฟันหลักถูกกดลง (intruded) น้อยหรือไม่มีเลย

• ใช้แรงดึงฟันที่เหมาะสมในเวลา 3-6 อาทิตย์ การให้แรงน้อยไปจะทำให้ฟันขึ้นช้า ทำให้ยอดกระดูกเบ้าฟันยาวตามขึ้นมาด้วยซึ่งจะต้องทำการผ่าตัดอวัยวะปริทันต์และกระดูกเบ้าฟัน (osseous periodontal surgery)

ทำให้เกิดความยุ่งยากมากขึ้น ส่วนการให้แรงมากเกินไปจะทำให้ฟันโยก รากฟันละลาย ปวดฟัน หรือเกิดฟันยึดติดกับกระดูกเบ้าฟันได้

- การปรับการสบฟัน (occlusal correction)

• การคงสภาพฟัน (retention) ใช้เวลา 1 เดือนต่อ 1 มม. ของการดึงฟัน เมื่อคงสภาพฟันครบกำหนดเวลา ควรจะให้การรักษาปริทันต์และบูรณะฟันโดยทันที เนื่องจากการคงสภาพฟันนานเกินไปจะทำให้เหงือกและยอดกระดูกเบ้าฟันยาวตามมาได้

- ให้การรักษาปริทันต์ตามความเหมาะสม

#### ผลการรักษาที่พึงประสงค์

- ตามผลการรักษาทั่วไปที่พึงประสงค์ของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง
- ดึงฟันให้พยาธิสภาพพ้นจากกระดูกและมีอวัยวะปริทันต์ที่แข็งแรง

#### ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

- ตามปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทั่วไปที่อาจพบได้ของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง
- มีการยื่นยาว (elongation) ของเนื้อเหงือก ร่วมกับยอดกระดูกเบ้าฟัน
- ฟันยึดติดกับกระดูกเบ้าฟัน
- อาจเกิดการละลายรากฟันภายนอก

#### 5.2 การสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้า (anterior crossbite)

การสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้า เป็นการสบฟันผิดปกติที่ฟันหน้าบนบางซี่สบอยู่ด้านหลังของฟันหน้าล่าง พบได้มากรองจากฟันซ้อนเก โดยทั่วๆไปการสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้าจะต้องแก้ไขตั้งแต่เด็ก เพื่อให้การเจริญเติบโตของขากรรไกรเป็นปกติ แม้จะพบในผู้ใหญ่ก็ควรจะรักษาด้วยเช่นกัน เพื่อป้องกันอันตรายต่อฟันคู่สบและอวัยวะปริทันต์ของฟันคู่สบด้วย

#### ข้อบ่งชี้การรักษา

- ตามข้อบ่งชี้โดยทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง
- มีฟันหน้าบนที่สบไขว้ไม่เกิน 3 ซี่
- การสบฟันของฟันกรามเป็นประเภทที่หนึ่ง ตามการจำแนกของแองเกิล
- การเหลื่อมแนวตั้งของฟันหน้า (overbite) ปกติ เพื่อให้มีส่วนพักด้านบดเคี้ยว (occlusal stop)

#### หลังแก้ไขการสบไขว้เสร็จแล้ว

- ฟันที่สบไขว้มีแนวแกนเหมาะสมสำหรับการเคลื่อนที่เฉพาะตัวฟัน และมีเนื้อที่สามารถเคลื่อนที่ได้

#### วัตถุประสงค์การรักษา

- ตามวัตถุประสงค์ทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง
- แก้ไขฟันที่สบไขว้ให้สบฟันที่ถูกต้อง
- ไม่มีการสบฟันก่อนบดเคี้ยว

#### ปัจจัยเสี่ยงของการรักษา

- ตามปัจจัยเสี่ยงทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง

#### วิธีการรักษา

- ตามวิธีการรักษาทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง

- ใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ แบบ โพรทรูชัน (protrusion plate) การออกแบบเครื่องมือขนาดลวด ชนิดของสปริง ตามหลักของเครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้

- กรอแต่งฟันที่มีการสบฟันก่อนบดเจ็บ หลังแก้ไขการสบไขว้เสร็จแล้ว ผลการรักษาที่พึงประสงค์

- ตามผลการรักษาทั่วไปที่พึงประสงค์ของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง ป้องกันเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

- ความป้องกันเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง

- ฟันที่ได้รับแรงถูกกดลง

### 5.3 การเรียงตัวของฟันที่ฟันผิดปกติเล็กน้อย (minor mal-alignment of teeth)

การสบฟันที่ผิดปกติเล็กน้อย ที่สามารถแก้ไขได้ด้วยการจัดฟันแบบการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง เช่น ฟันหมุน (rotation) ฟันเก (crowding) หรือฟันห่าง (spacing) ส่วนใหญ่จะจัดฟันเพื่อให้สามารถบูรณะฟันได้ดีขึ้น ป้องกันการเกิดโรคปริทันต์ และเกิดความสวยงามตามมา

ข้อบ่งชี้การรักษา

- ตามข้อบ่งชี้ทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง
- มีการเรียงตัวของฟันผิดปกติ เช่น ฟันหมุน ฟันเก ฟันห่าง
- มีเนื้อที่สามารถเคลื่อนฟันได้

#### วัตถุประสงค์การรักษา

- ตามวัตถุประสงค์ทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง
- ให้ฟันเรียงตัวดีตามรูปร่างของส่วนโค้งของขากรรไกร (arch form) และมีสัมผัสประชิด (proximal contact) ดี

(proximal contact) ดี

- สามารถบูรณะฟันหรือใส่ฟันให้มีเค้ารูปที่ดี ลักษณะของช่องสามเหลี่ยมระหว่างฟันที่

ถูกต้องและสวยงาม

#### ป้องกันเสี่ยงของการรักษา

- ตามป้องกันเสี่ยงทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่

#### วิธีการรักษา

- ตามวิธีการรักษาทั่วไปของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ใหญ่
- ใช้เครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้ โดยการออกแบบเครื่องมือ ขนาดลวด ชนิดของสปริง

เป็นไปตามหลักของเครื่องมือจัดฟันชนิดถอดได้

- การคงสภาพ (retention) ส่วนใหญ่มักต้องใช้อุปกรณ์คงสภาพถาวร (permanent retention) ด้วยเครื่องมือแบบถอดได้

### ผลการรักษาที่พึงประสงค์

- ตามผลการรักษาทั่วไปที่พึงประสงค์ของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง

### ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

- ตามปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทั่วไปที่อาจพบได้ของการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง

### เอกสารอ้างอิง

1. Proffit WR., Contemporary Orthodontics, 2nd edition, Mosby Year-Book; 553-584.
2. Durham TM, Goddard T, Morrison S., Rapid forced eruption: a case report and review of forced eruption techniques, *Gen Dent*. 2004 Mar-Apr;52(2): 167-75.
3. Christensen GJ. Orthodontics and the general practitioner. *J Am Dent Assoc* 2002 Mar;133(3): 369-71.
4. Ward S, Read MJ. The contemporary use of removable orthodontic appliances. *Dent Update* 2004 May;31(4):215-8.

### 6. แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน เรื่อง การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ CPG for Obturator in cleft palate patient

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติของใบหน้าที่พบบ่อย เด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีหลายประเภท มีการจำแนกเป็นชนิดต่างๆ ตามบริเวณที่โหว่ เช่นที่เพดานแข็ง เพดานอ่อน ลิ้นไก่ ซึ่งอาจมีปากแหว่งร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม เด็กที่มีเพดานแข็งโหว่ (hard palate cleft) มักมีปัญหาการให้นม (feeding) เนื่องจากไม่มีเพดานกั้นระหว่างช่องปากและช่องจมูก ความดันในช่องปากลดลง ความสามารถในการดูดนมจึงลดลง ต้องใช้เวลานานในการดูดนมแต่ละครั้ง และเด็กมักจะสำลักนมเข้าไปในทางเดินหายใจ รวมทั้งสำรอกนมออกทางจมูก

#### ข้อบ่งชี้ในการรักษา

- เด็กเพดานแข็งโหว่ที่มีปัญหาการดูดนม
- อายุที่เหมาะสมในการใส่เพดานเทียมคือเด็กอายุไม่เกิน 1 เดือน
- เด็กได้รับการตรวจสุขภาพจากแพทย์แล้วว่ามีความแข็งแรงดี ส่วนเด็กที่มีโรคทางระบบ

ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

#### วัตถุประสงค์

- เพื่อเป็นแนวทางการทำเพดานเทียมในเด็กเพดานแข็งโหว่ให้สามารถดูดนมได้ ร่างกาย

เจริญเติบโตเหมือนเด็กปกติ

แนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ทันตแพทย์สภา



- เพื่อให้ลิ้นอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง และเกิดสมดุลของลิ้นและกล้ามเนื้อใบหน้า

#### ปัจจัยเสี่ยงของการรักษา

- การพิมพ์ปากเพื่อทำเพดานเทียมอาจมีปัญหาเรื่องการหายใจของเด็ก เนื่องจากเด็กอาจจะหยุดหายใจชั่วขณะเมื่อกดวัสดุพิมพ์ปาก จึงควรมีการเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อช่วยแก้ไขในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉินทางระบบหายใจ

- ขณะพิมพ์ปากอาจจะมีวัสดุพิมพ์ปากขาด ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจ หรือเศษวัสดุพิมพ์ปากตกค้างในช่องปาก จึงควรเตรียมเครื่องดูดน้ำลายกำลังสูงไว้ด้วย

- ควรล้างนมก่อนพิมพ์ 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักและสำรอกน้ำนมขณะพิมพ์ปาก

- เด็กที่มีโรคทางระบบ อาจมีปัญหาในการพิมพ์ปากเพื่อทำเพดานเทียม ควรปรึกษาแพทย์ก่อนให้การรักษา

- ความร่วมมือของผู้ปกครองในการพาเด็กมาตรวจรักษาตามเวลานัด และการดูแลรักษาเพดานเทียมเป็นปัจจัยสำคัญ เช่น การทำความสะอาดเพดานเทียมหลังกินนม การเปลี่ยนเชือกร้อยในส่วนเพดานเทียมทุกวัน เป็นต้น

- ในกรณีที่พบว่า มีช่องโหว่กว้างและสันเหงือกเบี่ยงเบนออกจากแนวความโค้งขากรรไกรบน จำเป็นต้องให้การรักษาจัดสันเหงือกด้วยเพดานเทียมชนิดมีแรง (active obturator) เพื่อให้สันเหงือกมีแนวที่ถูกต้อง โดยส่งต่อในกรณีที่ ไม่สามารถให้การรักษาได้ ก่อนที่จะส่งเย็บริมฝีปาก

#### วิธีการรักษา

- การพิมพ์ปากทารกที่มีเพดานแข็งโหว่เพื่อทำเพดานเทียม ควรจะกระทำในที่ซึ่งมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตและบุคลากรที่พร้อมในกรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น ทำในห้องผ่าตัด หรือหอผู้ป่วยเด็ก แต่ถ้าจะทำในคลินิกทันตกรรมก็ควรจะต้องมั่นใจว่าสามารถแก้ไขหรือปฐมพยาบาลในกรณีฉุกเฉินได้ทัน

- เลือกวัสดุพิมพ์ปากชนิดแข็งตัวเร็ว และสามารถเก็บรายละเอียดของสันเหงือกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนวัสดุพิมพ์ปากควรอยู่ในช่องปากและแข็งตัวในเวลาไม่เกิน 15-20 วินาที ควรผสมให้ได้อัตราส่วนผงกับน้ำตามที่บริษัทกำหนด ไม่เหลวเกินไป และต้องผสมให้เข้ากันดีเพื่อป้องกันการฉีกขาดขณะดึงวัสดุพิมพ์ปากออกจากปาก

- การเลือกถาดพิมพ์ปากอาจเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสมของขนาดขากรรไกรบน และความผิดปกติของเด็กแต่ละราย ที่มีผู้นิยมใช้กัน ได้แก่ ช้อนชาหรือช้อน โต้ะที่มีขนาดพอเหมาะกับสันเหงือก แผ่นจี๊ตติ้งสีชมพู (pink base plate wax) รวมทั้งถาดพิมพ์ปากชนิดมีรู (perforated tray)

- เทคนิคการพิมพ์ปาก เนื่องจากเด็กในวัยนี้ การชดเชยการหายใจทางจมูกโดยการหายใจทางปากเป็นไปโดยลำบากขณะพิมพ์ปากควรพุงศีรษะและต้นคอเด็กให้อยู่ท่าหนึ่ง เมื่อ

วัสดุพิมพ์ปากแข็งตัวแล้ว นำออกมาจากปาก ควรมีรายละเอียดในช่องปากชัดเจน จึงนำไปเทแบบพิมพ์ด้วยสโตน (stone plaster)

- การทำเพดานเทียม นำแบบจำลองที่ได้ ไปหยอดด้วยซีเมนต์ในส่วนเพดานโหว่แต่งซีเมนต์ให้เรียบร้อยแล้วโรยด้วยอะคริลิก (acrylic) แล้วนำเพดานเทียมที่ได้กรอจัดแต่งให้เรียบร้อย เจาะรูมีเชือกร้อยในส่วนเพดานเทียมด้านหน้าเมื่อใส่ในปากเด็กแล้วใช้พลาสติกปิดเชือกนี้บริเวณใบหน้าเด็กเพื่อไม่ให้เชือกหลุดเลื่อน ควรใส่เพดานเทียมตามเวลาให้นมเด็ก เพื่อสังเกตการณ์ดูุดในการใช้เพดานเทียมครั้งแรก

- การให้นมที่ถูกต้องประกอบด้วยการให้นมเด็กในท่า นั่ง (upright position) เด็กสามารถดูดนมจากนมแม่ (breast feeding) หรือนมขวด (bottle feeding) ที่เหมาะสม โดยจุกนมขวดควรใช้ชนิดอ่อน (soft) และปรับแต่งรูให้กว้างขึ้น โดยใช้มีดปลายแหลมบากเป็นกากบาทกว้างข้างละไม่เกิน 2 มม. เพื่อให้ให้น้ำนมไหลสะดวกขณะเด็กดูดนม

- ควรเปลี่ยนเพดานเทียมใหม่เมื่อใส่แล้วหลวม เนื่องจากเด็กมีการเจริญเติบโตทำให้เพดานเทียมหลวม

คำแนะนำผู้ปกครอง และการดูแลรักษาเพดานเทียม

- ควรใส่เพดานเทียมไว้ในปากตลอดเวลา
- ในขณะที่ให้เด็กดูดนม ควรยกศีรษะเด็กขึ้นสูง อย่าให้นอนดูดนมเพื่อไม่ให้สำลักนม
- ทำความสะอาดเพดานเทียมทุกครั้งหลังกินนมโดยใช้แปรงสีฟันกับยาสีฟันขัดถูล้างทำความสะอาดด้วยน้ำเย็น และควรเช็ดคราบนมที่เพดาน ลิ้น แก้ม ด้วยสำลีสะอาดชุบน้ำที่สะอาด
- ห้ามนำเพดานเทียมไปต้มหรือแช่น้ำร้อน
- ควรจะเปลี่ยนด้ายที่ร้อยเพดานเทียมทุกวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเปลี่ยนพลาสติกที่ปิดกับใบหน้าด้วยทุกครั้ง
- ต้องพาเด็กใส่เพดานเทียมมาพบทันตแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
- ถ้าใส่เพดานเทียมแล้วมีปัญหา เช่น มีแผลในช่องปากต้องรีบนำเด็กมาพบทันตแพทย์โดยเร็วเพื่อการแก้ไข

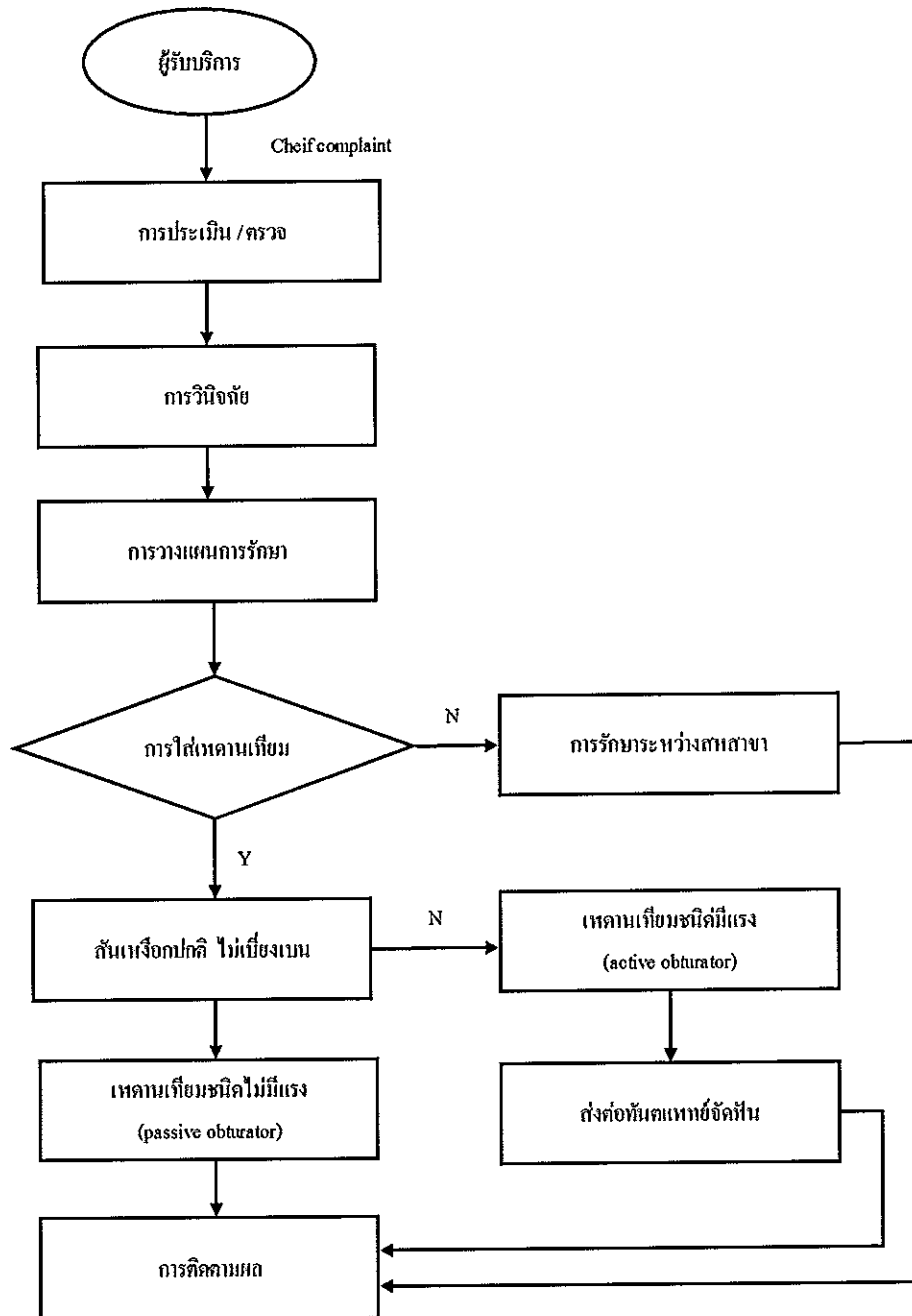
ผลการรักษาที่พึงประสงค์

- เด็กดูดนมได้ และมีการเจริญเติบโตปกติ
  - ผู้ปกครองได้รับคำแนะนำเรื่องการให้นมและปฏิบัติถูกต้อง
  - ได้รับความรู้ถึงปัญหาและผลข้างเคียงที่เกิดจากปากแหว่งเพดานโหว่เพื่อการรักษาต่อไป
- ระหว่างสหสาขา (interdisciplinary treatment)

### ปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้

- อาจเกิดแผลในช่องปาก ต้องพาเด็กมาพบทันตแพทย์โดยเร็วเพื่อทำการแก้ไข
- เด็กบางคนอาจแพ้ อะคริลิกที่ทำเพดานเทียม หรือแพ้พลาสติกที่ติด

### การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่



**เอกสารอ้างอิง**

1. Grabb WC, Rosenstein SW, Bzoch KR : Cleft lip and palate: Surgical, dental and speech aspects. Little Brown and Company.
2. Berkowitz S. Cleft lip and palate Vol I. Singular Publishing Group, 1996.
3. Wyszynski DF : Cleft lip and palate from origin to treatment. Oxford University Press, 2002.
4. Nelson Textbook of Pediatrics. 15 th Ed. Philadelphia : WB Saunders, 1996.

## ภาคผนวกที่ 5

ตาราง 1 เปรียบเทียบประเภทงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นที่เหมาะสมของทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์สาขาอื่นจากงานวิจัยนี้ กับแนวปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น(CPG) ของทันตแพทย์สภา และการเรียนการสอนทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาทันตแพทย์ระดับปริญญาตรีในสถาบันการศึกษาของประเทศไทย

ลักษณะงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	การศึกษานี้	CPG	สถาบันที่มีการเรียนการสอน
<b>งานทันตกรรมจัดฟันป้องกัน (preventive orthodontics)</b>			
1. การอุดฟันน้ำนมเพื่อป้องกันปัญหาการสูญเสียฟันที่สำหรับฟันแท้ขึ้น	/	X	//
2. การจัดนิสัยผิดปกติหรือพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูกใบหน้าหรือการเรียงตัวของฟัน	/	/	//
3. การใส่เครื่องมือกันช่องว่างในตำแหน่งที่สูญเสียฟันน้ำนมไปก่อนกำหนด	/	X	//
4. การถอนฟันเกินที่ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้	/	X	/
5. การถอนฟันน้ำนมที่อาจจะขัดขวางการขึ้นของฟันแท้	/	?	?
<b>งานทันตกรรมจัดฟันระยะเริ่มต้น (Interceptive orthodontics)</b>			
6. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือคิดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันไขว้ในฟันหน้า ช่วงฟันชุดผสม	/	/	/(เครื่องมือแบบถอดได้)
7. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือคิดแน่นเพื่อแก้ไขนิสัยผิดปกติ	/	/	/
8. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือคิดแน่นเพื่อเคลื่อนฟันแท้ที่ล้มเอียงเข้าไปในช่องว่างที่ถูกถอนฟันน้ำนมก่อนเวลา	/	/	/
9. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือคิดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันไขว้ในฟันหลัง ช่วงฟันชุดผสม	/X (35.5/30.7)	X	/
10. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือคิดแน่นเพื่อแก้ไขการสบเอียงของขากรรไกร ช่วงฟันชุดผสม	X	/	X
11. การถอนฟันตามลำดับ	/	X	/
12. การใช้เครื่องมือนอกปากเพื่อแก้ไขฟันขึ้นที่เกิดจากการดูดนิ้ว	X	X	X
13. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือคิดแน่นเพื่อแก้ไขการมีฟันเขี้ยวบนจุดที่คล้าไม่พบหน่อฟัน ช่วงฟันชุดผสม	X	/(การถอนฟันน้ำนมที่ขวาง)	X

หมายเหตุ การศึกษานี้: / แนะนำว่าควรทำ X แนะนำว่าไม่ควรทำ -ไม่มีข้อมูล

CPG: / มีข้อมูลแนะนำ X ไม่มีข้อมูลแนะนำ ? ข้อมูลไม่ชัดเจน

สถาบันที่มีการเรียนการสอน: / สอนบางสถาบัน // สอนทุกสถาบัน X ไม่มีการสอนในสถาบันใด ? ข้อมูลไม่ชัดเจน

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะงานทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้น	การศึกษาที่	CPG	สถาบันที่มี การเรียนการสอน
14. การใช้เครื่องมือถอนปากเพื่อแก้ไขการเคลื่อนของฟันกรามแท้เข้าสู่ช่องว่างที่ฟันน้ำนมหายไปก่อน	X	X	/
15. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อปรับปรุงแก้ไขความผิดปกติของการเจริญเติบโตของขากรรไกร	X	X	/ (เครื่องมือแบบถอดได้)
16. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้เพื่อแก้ไขการสบฟันผิดปกติในแนวตั้งช่วงฟันชุดผสม	-	X	/
งานทันตกรรมจัดฟันบำบัดอย่างง่าย (limited corrective orthodontics)			
17. การใส่ผดวนเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	/	/	/
18. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันแบบไขว้ในฟันหน้าของฟันแท้ในฟันผู้ใหญ่โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง	/	/	/
19. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ที่หมุนหรือห่างเล็กน้อยในฟันผู้ใหญ่โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง	/	/	/
20. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบติดแน่นในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเกี่ยวกับฟัน	/X (33.8/33.8)	X	X
21. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งเพื่อการใส่ฟันปลอม	X	X	X
22. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ในฟันผู้ใหญ่โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งด้วยวิธีดึงฟันขึ้น	X	/	X
23. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการสบฟันแบบไขว้ในฟันหลังของฟันแท้ในฟันผู้ใหญ่โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่ง	-	X	X
24. การใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้หรือติดแน่นเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้โดยการเคลื่อนฟันเฉพาะตำแหน่งในผู้ป่วยโรคปริทันต์ที่ได้รับการรักษาแล้ว	X	X	X

หมายเหตุ การศึกษาที่: / แนะนำว่าควรทำ X แนะนำว่าไม่ควรทำ - ไม่มีข้อมูล

CPG: / มีข้อมูลแนะนำ X ไม่มีข้อมูลแนะนำ ? ข้อมูลไม่ชัดเจน

สถาบันที่มีการเรียนการสอน: / สอนบางสถาบัน // สอนทุกสถาบัน - ไม่มีการสอนในสถาบันใด ? ข้อมูลไม่ชัดเจน

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวอัญชลิกา สวงวงศ์กุล	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	4862016	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2543

## ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนอุดหนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาภายในประเทศ โรงพยาบาล  
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2549-2551

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ทันตแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา  
สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อำเภอองครักษ์  
จังหวัดนครนายก