

การศึกษาแบบย้อนหลังในการปรับพฤติกรรมเด็กอายุ 3-6 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

A Retrospective Study on Behavior Management of Children Aged 3-6 Years at Pedodontics Clinic Faculty of Dentistry Chiang Mai University

วาริสรา ศิริมหาราช¹, ชมพูนุท คุณเลิศกิจ¹, จักรพันธ์ เชาวกาล², อรจนา โตรัตน์², อรสิริ ลิทธิยศสมบัติ², อารีย์ อาซากิจ²
¹ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก ²นักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Varisara Sirimaharaj¹, Chompoonoot Koonlertkit¹, Jakrapan Chaowakal², Ornchana Torat²,
Ornsiri Sittiyotsombut², Aree Asakit²

¹Department of Pediatric Dentistry, ²Sixth year dental students,
Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai Thailand

ชม.ทันตสาร 2549; 27(1) : 87-99
CM Dent J 2006; 27(1) : 87-99

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมวิธีการปรับพฤติกรรม และติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนและหลังการปรับพฤติกรรมและการรักษาทางทันตกรรม ของเด็กอายุ 3-6 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ข้อมูลจากระเบียนประวัติ (พ.ศ. 2543-2546) ของเด็กที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง อายุ 3-6 ปี จำนวน 101 คน ที่มีการบันทึกอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ใน 3 ครั้งแรกที่มาพบการรักษา ได้บันทึกในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกการปรับพฤติกรรม โดยกำหนดให้ระดับพฤติกรรมก่อนการปรับพฤติกรรมในการมาพบทันตแพทย์ครั้งที่ 1 เป็นตัวควบคุม ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่ไม่เคยรับการรักษา มาก่อนมีระดับพฤติกรรมก่อนให้การรักษาไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วยที่เคยรับการรักษา มาแล้ว ($p = 0.308$) และเด็กในแต่ละอายุมีระดับ

Abstract

This study was aimed to investigate children's behavior, behavior management techniques and the change of children's behavior following behavior management in children aged 3-6 years at Pedodontics Clinic, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University. The detail of completed 3 dental visits treatment records (year 2000 – 03) of 101 healthy children aged 3-6 years were recorded into general information and behavior management tables. The children behavioral level in the first dental visit prior to dental treatment was used as a control. No statistical difference in the number of children of each behavioral levels were found between children dental experiences ($p=0.308$), and among children age group ($p=0.890$). The number of

พฤติกรรมก่อนให้การรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.890$) การแสดงออกของระดับพฤติกรรมเด็กในครั้งแรกมีจำนวนใกล้เคียงกันทั้ง 4 ระดับ (21.8-28.7%) การปรับพฤติกรรมแบบที่ 1 ซึ่งเป็นการใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยา เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ใช้บ่อยที่สุด (70.6%) จากการรักษาทั้ง 3 ครั้ง พบว่าหลังการปรับพฤติกรรมจำนวนเด็กที่มีพฤติกรรมแบบที่ 1 (- -) และ 2 (-) มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนเด็กที่มีพฤติกรรมแบบที่ 3 (+) และ 4 (++) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรมแบบที่ 1 ซึ่งเป็นการใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยา เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมที่สุด และใช้ได้กับทุกการรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็กปกติไม่ว่าการรักษานั้นจะยากหรือง่าย

คำไขว่: พฤติกรรม การปรับพฤติกรรม เด็ก การรักษาทางทันตกรรม

children behavior level was comparable among 4 groups. Basic behavior management (type 1) was the most frequent management used in every dental visit. There was a tendency of improved children behavior level with the number of dental visits. Numbers of children with definitely negative (- -) and negative (-) behavioral levels were decreased whereas, those with positive (+) and definitely positive (++) behavioral levels were increased. This study indicated that basic behavior management is the most appropriate behavior management for pedodontic treatment of healthy children. It is effective for all of pedodontic dental treatment in either simple or complicated cases.

Key words: behavior, behavior management, children, dental treatment

บทนำ

จากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544⁽¹⁾ เด็กไทยอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีฟันน้ำนมครบ 20 ซี่ในช่องปาก เป็นโรคฟันผุร้อยละ 65.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 3.6 ซี่ต่อคน และในช่วงอายุ 5-6 ปี พบว่ามีฟันน้ำนมผุสูงที่สุดคือ ร้อยละ 87.4 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 5.97 ซี่ต่อคน ซึ่งมีแนวโน้มฟันผุเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับผลสำรวจที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2543⁽¹⁻²⁾ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากการที่เด็กมีโอกาสเข้าถึงอาหารหวาน ขนมที่มีความเสี่ยงสูง และมีการบริโภคอาหารเหล่านี้มากขึ้น⁽³⁻⁴⁾ ร่วมกับชีวิตการทำงานที่เคร่งเครียดของผู้ปกครองทำให้ไม่มีเวลาเอาใจใส่สุขภาพช่องปากของเด็กได้อย่างเพียงพอ ทำให้เด็กกลุ่มวัยนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทางทันตกรรมสูงขึ้น เด็กในวัย 3-6 ปีนี้ เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ บุคลิกภาพ และจิตใจอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาการของเด็กอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดู

จากผู้ปกครองที่แตกต่างกัน ทำให้เด็กมีการแสดงออกทางพฤติกรรมต่อการมารับการรักษาในคลินิกทันตกรรมแตกต่างกันไป เด็กบางคนอาจยอมรับการรักษาได้อย่างดีในขณะที่บางคนอาจไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษา มีผลให้การรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็กกลุ่มหลังนี้ล่าช้าออกไปซึ่งอาจมีผลกระทบต่อภาวะทันตสุขภาพช่องปากโดยรวมของเด็กกลุ่มนี้ในอนาคต ดังนั้นการปรับให้เด็กสามารถรับการรักษาทางทันตกรรม โดยใช้การปรับพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ทันตแพทย์ต้องใช้เพื่อให้เด็กยอมรับและให้ความร่วมมือต่อการรักษา ทำให้ทันตแพทย์ประสบความสำเร็จในการให้การรักษาทางทันตกรรม ได้งานที่มีคุณภาพ ไม่สิ้นเปลืองเวลาการทำงาน ไม่เกิดอันตรายต่อเด็ก เด็กยังคงมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาทางทันตกรรม และให้ความร่วมมือในการรักษาครั้งต่อไปได้อย่างดีขึ้นและตลอดไป

การปรับพฤติกรรมในทางทันตกรรมสำหรับเด็ก เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างทันตแพทย์ เด็ก และผู้ปกครอง โดยผ่านการสื่อสารและให้ความรู้

เพื่อให้เด็กลดความกังวลและความกลัวต่อการรักษาทางทันตกรรม และเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการรักษาทางทันตกรรมและการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี⁽⁵⁻⁶⁾ การปรับพฤติกรรมในทางทันตกรรมสำหรับเด็กสามารถจำแนกเป็นกลุ่มๆ ได้หลายวิธี วิธีที่นิยมในการจำแนกจะจำแนกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ การปรับพฤติกรรมแบบที่ไม่ใช้ยา⁽⁷⁾ ได้แก่ วิธีบอก-แสดง-กระทำ การให้แรงเสริมเชิงบวก การเบี่ยงเบนความสนใจ การบังคับด้วยเสียง การสื่อสารโดยอวจนภาษา เป็นต้น และการปรับพฤติกรรมแบบที่ใช้ยา⁽⁸⁾ ได้แก่ การสูดดมก๊าซไนตรัสออกไซด์ การใช้ยาลดความกังวล และการใช้ยาสลบ การปรับพฤติกรรมแบบบอก-แสดง-กระทำ ร่วมกับการให้แรงเสริมเชิงบวกและการเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการจัดการพฤติกรรมแบบที่นิยมใช้ที่สุดในการเรียนการสอนและโดยทันตแพทย์ทั่วไป⁽⁹⁻¹¹⁾ และเป็นที่ยอมรับของผู้ปกครองของเด็กมากที่สุด⁽¹²⁾ จากความหลากหลายของวิธีการและการเลือกใช้ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงวิธีการปรับพฤติกรรมเด็กที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยเลือกกลุ่มอายุ 3-6 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ และเป็นกลุ่มที่มีฟันผุ ถอนอุดสูง เป็นกลุ่มศึกษา เพื่อศึกษาพฤติกรรมของเด็ก และวิธีการปรับพฤติกรรมแบบที่ไม่ใช้ยาที่ใช้ในเด็กกลุ่มอายุนี้อ และศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กก่อนและหลังการปรับพฤติกรรมและการรักษาทางทันตกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการพฤติกรรมเด็กอายุ 3-6 ปี ในคลินิกทันตกรรม และเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) โดยทำการศึกษาเก็บข้อมูลจากประวัติผู้ป่วย ที่หน่วยเวชระเบียน และภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งได้รับอนุญาตจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิสวัสดิภาพและป้องกันอันตรายของผู้ถูกวิจัยคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียง-

ใหม่ก่อนทำการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้แก่เด็กอายุ 3-6 ปี จำนวน 101 คน ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ ที่มารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่อย่างต่อเนื่อง ระหว่างเดือนมกราคม 2543 ถึงเดือนธันวาคม 2546 ข้อมูลของการรักษาที่มีการบันทึกอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ใน 3 ครั้งแรกของการมารับการรักษา ถูกนำมาแจกแจงและจัดเก็บในแบบข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด อายุ ฯลฯ จากประวัติประวัติของกลุ่มตัวอย่างถูกบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ในส่วนของการบันทึกระดับพฤติกรรม การแสดงออกของเด็กก่อนและหลังให้การรักษาทางทันตกรรม (ใช้เกณฑ์จาก Frankl Behavioral Rating Scale, 1962 ซึ่งเพิ่มเติมการใช้สัญลักษณ์โดย Wright, 1975⁽¹³⁾, ตารางที่ 1) วิธีการปรับพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม (ภายหลังการใช้การปรับพฤติกรรม) และชนิดของการรักษา ในการรักษาตั้งแต่ครั้งแรกจนกระทั่งถึงครั้งที่ 3 นำมาบันทึกไว้ในแบบบันทึกวิธีการปรับพฤติกรรม โดยมีการจัดกลุ่มวิธีการปรับพฤติกรรมและชนิดของการรักษาในการศึกษานี้เป็นกลุ่มๆ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาและทางสถิติ (nonparametric Mann-Whitney U test และ Kruskal Wallis test) ด้วยโปรแกรม SPSS version 14.0 โดยให้ระดับพฤติกรรมก่อนการจัดการพฤติกรรมในการมาพบทันตแพทย์ครั้งที่ 1 เป็นตัวควบคุม (control)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเด็กที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ จำนวน 101 คน เป็นเด็กชาย 57 คน หญิง 44 คน จำแนกอายุ 3 ปีจำนวน 24 คน (23.8%) อายุ 4 ปีจำนวน 27 คน (26.7%) อายุ 5 ปีจำนวน 26 คน (25.7%) และ อายุ 6 ปีจำนวน 24 คน (23.8%) (ตารางที่ 4) เด็ก 70 คน (69.3%) ของกลุ่มตัวอย่าง ยังไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมจากสถานพยาบาลใดๆ มาก่อน และ 31 คน (30.7%) เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาก่อนแล้ว เด็กกลุ่มศึกษานี้มีการแสดงออกทางพฤติกรรมก่อนให้การรักษาแตกต่างกันไปซึ่งสามารถจัดกลุ่มเป็นระดับๆ โดยจำแนก

ตารางที่ 1 การจัดระดับพฤติกรรมแบบ *Frankl Behavioral Rating Scale* (1962) และ *Wright* (1975)⁽¹³⁾

ระดับพฤติกรรม	สัญลักษณ์	ความหมาย
ระดับที่ 1 (level 1 /lev 1)	(- -)	ปฏิเสธการรักษาอย่างสิ้นเชิง (Definitely negative): เด็กจะปฏิเสธการรักษาทุกรูปแบบอย่างสิ้นเชิง ต่อต้านและร้องเสียงดัง มีการแสดงออกที่ชัดเจนต่อการรักษาอย่างมากหรือมีความกลัวจนลนลาน
ระดับที่ 2 (level 2 /lev 2)	(-)	ปฏิเสธการรักษา (Negative): เด็กไม่เต็มใจ และไม่ให้ความร่วมมือต่อการรักษา ซึ่งบางครั้งอาจดูไม่ชัดเจนนัก เช่น บางคนอาจมีอาการโกรธ ไม่พอใจแต่นิ่งเฉย ถอยห่าง ไม่ได้ตอบ ฯลฯ การแสดงออกไม่เด่นชัดเท่ากลุ่มที่ 1
ระดับที่ 3 (level 3 /lev 3)	(+)	ยอมรับการรักษาพอควร (Positive): เด็กจะแสดงออกว่ายอมรับการรักษา ยอมทำตามคำสั่งของทันตแพทย์และให้ความร่วมมือต่อการรักษา แต่ยังมี ความระแวงตัวและอาจมีพฤติกรรมร้องครวญครางบ้าง
ระดับที่ 4 (level 4 /lev 4)	(+ +)	ให้ความร่วมมือต่อการรักษาดีมาก (Definitely positive): เด็กให้ความร่วมมือต่อการรักษาอย่างดีมาก ให้ความสนใจในขั้นตอนของการรักษา พุดคุยสนทนากับทันตแพทย์อย่างร่าเริงและคุ้นเคย

ตารางที่ 2 แสดงการแบ่งกลุ่มการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่ม	ชนิดของการปรับพฤติกรรม
BM1	การปรับพฤติกรรมอย่างง่าย ที่ใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยา: การสื่อสารโดยอวจนภาษา (Nonverbal communication), การปรับพฤติกรรม (Behavior modification), บอก-แสดง-ทำ (Tell-Show-Do), การลดความกลัวหรือความกังวลของเด็ก (Desensitization), การเลียนแบบ (Modeling), การให้แรงเสริมเชิงบวก (Positive Reinforcement) และการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction)
BM2	การปรับพฤติกรรมที่ใช้เทคนิคพิเศษเข้าช่วยจัดการพฤติกรรม: การบังคับด้วยเสียง (Voice control) และการแยกจากผู้ปกครอง (Separation strategy)
BM3	การปรับพฤติกรรมที่ใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายเด็ก: การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Physical Restraints)

ตารางที่ 3 แสดงการแบ่งกลุ่มจำแนกวิธีการรักษาในการศึกษา

การรักษา	ชนิดของการรักษา
การรักษาแบบที่ 1 (Tx1)	การรักษาอย่างง่าย ได้แก่ การตรวจ, การให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก
การรักษาแบบที่ 2 (Tx2)	การรักษาที่ไม่ยุ่งยากมาก ได้แก่ การถ่ายภาพรังสี, การขัดฟัน, การเคลือบฟลูออไรด์, การเคลือบหลุมร่องฟัน และการอุดฟัน
การรักษาแบบที่ 3 (Tx3)	การรักษาที่ยุ่งยากและใช้เวลานาน ได้แก่ การรักษาประสาฟัน, ครอบฟัน, และถอนฟัน

ตามชนิดของผู้ป่วย (เคย/ไม่เคยมารับการรักษา) และตามอายุของเด็กดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6 ตามลำดับการแสดงออกทางพฤติกรรมต่อการรักษาทางทันตกรรมของกลุ่มเด็กที่ไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาก่อนมีการกระจายตัวอยู่ในทั้ง 4 ระดับใกล้เคียงกัน คือระหว่างร้อยละ 22.9-30.0 โดยมีการแสดงออกทางพฤติกรรมในระดับที่ 4 คือให้ความร่วมมือต่อการรักษาดีมาก (definitely positive, lev4, ++) มากที่สุด ส่วนในกลุ่มเด็กที่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาแล้วมีร้อยละของเด็กที่แสดงออกทางพฤติกรรมในระดับที่ 1 คือปฏิเสธการรักษาอย่างสิ้นเชิง (definitely negative, lev1, - -) มากที่สุดคือ 35.4 จากการเปรียบเทียบระดับ

พฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกก่อนให้การรักษา ผู้ป่วยที่ไม่เคยมารับรักษามาก่อน มีระดับพฤติกรรมก่อนให้การรักษา ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผู้ป่วยที่เคยมารับรักษามาแล้ว ($p = 0.308$, nonparametric Mann-Whitney U test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95)

เมื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางพฤติกรรมก่อนให้การรักษาของเด็กตามอายุ (ตารางที่ 6) พบว่าเด็กในแต่ละกลุ่มอายุมีระดับพฤติกรรมที่แสดงออกกระจายตัวในทั้ง 4 ระดับใกล้เคียงกัน และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.890$, nonparametric Kruskal Wallis test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95) จากข้อมูลข้างต้นนี้จะเห็นได้ว่า ชนิดและอายุของผู้ป่วย ไม่มีผลต่อลักษณะ

พฤติกรรมที่แสดงออก ดังนั้นในการศึกษานี้จะทำการ
ศึกษาเด็กทั้งหมดโดยไม่แยกกลุ่มอายุหรือชนิดของผู้ป่วย
โดยกำหนดให้ระดับพฤติกรรมก่อนรับการรักษาและก่อน
การใช้การปรับพฤติกรรมของทุกกลุ่มอายุรวมกัน ในการ
มาพบทันตแพทย์ครั้งที่ 1 เป็นตัวควบคุม (control)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุและเพศ

อายุ (ปี)	เพศ (ชาย/หญิง)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3	11 / 13	24	23.8
4	18 / 9	27	26.7
5	12 / 14	26	25.7
6	16 / 8	24	23.8
รวม	57 / 44	101	100.0

ตารางที่ 5 แสดงระดับพฤติกรรมในครั้งแรกก่อนรับการรักษา
จำแนกตามประสบการณ์ในการรักษาทางทันตกรรม
(เคย/ไม่เคยทำฟันมาก่อน)

ชนิดของ ผู้ป่วย	ระดับพฤติกรรมที่แสดงออก จำนวน (ร้อยละ)*				จำนวน ทั้งหมด (ร้อยละ)***
	lev1 (- -)	lev2 (-)	lev3 (+)	lev4 (++)	
ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับ การรักษาทางทันต กรรมมาก่อน	16 (22.9)	16 (22.9)	17 (24.2)	21 (30.0)	70 (69.3)
ผู้ป่วยที่เคยได้รับ การรักษาทางทันต กรรมมาแล้ว	11 (35.4)	6 (19.4)	6 (19.4)	8 (25.8)	31 (30.7)
รวมผู้ป่วยที่แสดง พฤติกรรมในแต่ละ ระดับ (ร้อยละ)** (ตัวควบคุม/control)	27 (26.7)	22 (21.8)	23 (22.8)	29 (28.7)	101 (100.0)

p=0.308, Mann-Whitney U test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95

* ร้อยละของแต่ละระดับพฤติกรรมในแต่ละชนิดของผู้ป่วย

** ร้อยละของแต่ละระดับพฤติกรรมจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

*** ร้อยละของแต่ละชนิดของผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 6 แสดงระดับพฤติกรรมในครั้งแรกก่อนรับการรักษา
จำแนกตามอายุ

อายุ(ปี) ของผู้ป่วย	ระดับพฤติกรรมที่แสดงออก จำนวน (ร้อยละ)*				รวมแต่ละ กลุ่มอายุ (ร้อยละ)***
	lev1 (- -)	lev2 (-)	lev3 (+)	lev4 (++)	
3	8 (33.3)	3 (12.5)	8 (33.3)	5 (20.9)	24 (23.8)
4	7 (26.0)	9 (33.3)	2 (7.4)	9 (33.3)	27 (26.7)
5	6 (23.1)	6 (23.1)	5 (19.2)	9 (34.6)	26 (25.7)
6	6 (25.0)	4 (16.7)	8 (33.3)	6 (25.0)	24 (23.8)
รวมผู้ป่วยที่แสดง พฤติกรรมในแต่ละ ระดับ (ร้อยละ)** (ตัวควบคุม/control)	27 (26.7)	22 (21.8)	23 (22.8)	29 (28.7)	101 (100.0)

p=0.890, Kruskal Wallis test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95

* ร้อยละของแต่ละระดับพฤติกรรมในแต่ละกลุ่มอายุที่แสดงออกก่อน
ให้การรักษาในครั้งแรก

** ร้อยละของแต่ละระดับพฤติกรรมจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

*** ร้อยละของแต่ละกลุ่มอายุจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ระดับพฤติกรรมก่อนรับการรักษา- การปรับพฤติกรรมที่ใช้

เมื่อดูระดับพฤติกรรมของเด็กก่อนรับการรักษาใน
ครั้งแรกกับการปรับพฤติกรรมที่ใช้พบว่าเด็กที่แสดงระดับ
พฤติกรรมระดับที่ 1 (- -) ซึ่งมี 27 คน (26.7%) ได้รับการ
ปรับพฤติกรรมแบบที่ใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยา (BM1)
ได้แก่ การสื่อสารโดยอวัจนภาษา การปรับพฤติกรรม
บอก-แสดง-ทำ การลดความกลัวหรือความกังวลของเด็ก
การเลียนแบบ การให้แรงเสริมเชิงบวก และการเบี่ยงเบน
ความสนใจ จำนวน 8 คน (29.6%) การปรับพฤติกรรมที่
ใช้เทคนิคพิเศษเข้าช่วยจัดการพฤติกรรม (BM2) ได้แก่
การบังคับด้วยเสียง และการแยกจากผู้ปกครอง จำนวน
5 คน (18.5%) และการปรับพฤติกรรมที่ใช้การควบคุม
การเคลื่อนไหวร่างกายเด็ก (BM3) จำนวน 14 คน
(51.9%) ผู้ป่วยที่มีระดับพฤติกรรมก่อนให้การรักษาอยู่ใน

ระดับที่ 2 คือ ปฏิเสธการรักษา (Negative, lev2, -) มีทั้งหมด 22 คน (21.8%) ได้รับการปรับพฤติกรรมแบบ BM1 จำนวน 16 คน (72.7%) BM2 จำนวน 2 คน (9.1%) และ BM3 จำนวน 4 คน (18.2%) ผู้ป่วยที่มีระดับพฤติกรรมก่อนให้การรักษาอยู่ในระดับที่ 3 คือยอมรับการรักษาคอควร (Positive, lev3, +) มีทั้งหมด 23 คน (22.8%) ได้รับการปรับพฤติกรรมแบบ BM1 จำนวน 17 คน (73.9%) BM2 จำนวน 5 คน (21.8%) และ BM3 จำนวน 1 คน (4.3%) ผู้ป่วยที่มีระดับพฤติกรรมก่อนให้การรักษาอยู่ในระดับที่ 4 (++) มีทั้งหมด 29 คน (28.7%) ได้รับการปรับพฤติกรรมแบบ BM1 จำนวน 29 คน (100%) BM2 และ BM3 จำนวน 0 คน (0%) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงระดับพฤติกรรมก่อนรับการรักษาในครั้งแรก และวิธีการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในครั้งแรก

ระดับพฤติกรรมในครั้งแรกก่อนรับการรักษา	วิธีการปรับพฤติกรรม (ร้อยละ*)			รวม control
	BM1	BM2	BM3	
lev 1 (- -)	8 (29.6)	5 (18.5)	14 (51.9)	27
lev 2 (-)	16 (72.7)	2 (9.1)	4 (18.2)	22
lev 3 (+)	17 (73.9)	5 (21.8)	1 (4.3)	23
lev 4 (++)	29 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	29
รวมการปรับพฤติกรรมที่ใช้แต่ละวิธี (ร้อยละ**)	70 (69.3)	12 (11.9)	19 (18.8)	101 (100.0)

* ร้อยละของการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในแต่ละระดับพฤติกรรม

** ร้อยละของการปรับพฤติกรรมที่ใช้แต่ละวิธีในทุกระดับพฤติกรรม

เด็กที่ปฏิเสธการรักษาอย่างสิ้นเชิงก่อนให้การรักษาในครั้งแรก ได้รับการปรับพฤติกรรมทั้ง 3 แบบ โดยแบบที่ 3 (BM3) ถูกใช้มากที่สุด ในขณะที่เด็กกลุ่มที่มีระดับพฤติกรรมที่ต่ำกว่า (ระดับ 2-4) มีการใช้การปรับพฤติกรรมแบบที่ 3 ในร้อยละที่ลดน้อยลง และในขณะเดียวกันมีการใช้การปรับพฤติกรรมแบบที่ 1 (BM1) ในร้อยละที่เพิ่มมากขึ้นและวิธีปรับพฤติกรรมแบบที่ 1 เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมแบบเดียวที่ใช้กับกลุ่มเด็กที่ให้ความร่วมมือต่อการรักษาดีมาก (ระดับ 4)

การปรับพฤติกรรม-อายุ

จากการสำรวจความถี่ของการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 101 คน ตั้งแต่การรักษาในครั้งแรกจนถึงครั้งที่ 3 (V1 - V3) รวม 303 ครั้ง พบว่า BM1 เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ใช้บ่อยที่สุด คือ 214 ครั้ง (70.6%) รองลงมาคือ BM3 ใช้ 54 ครั้ง (17.8%) และ BM2 ใช้บ่อยที่สุดคือ 35 ครั้ง (11.6%) เมื่อศึกษาความถี่ของการปรับพฤติกรรมทั้งหมดจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าการปรับพฤติกรรมแบบ BM1 ใช้บ่อยที่สุดในทุกกลุ่มอายุ (50% ขึ้นไป) และเมื่อเปรียบเทียบการใช้การปรับพฤติกรรมในแต่ละแบบตามกลุ่มอายุ พบว่า การปรับพฤติกรรมแบบ BM2 ใช้บ่อยที่สุดในกลุ่มอายุ 3 ปี คือ 14 ครั้ง (40.0%) และน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 6 ปี คือ 4 ครั้ง (11.4%) เช่นเดียวกับการปรับพฤติกรรมแบบ BM3 ที่ใช้บ่อยที่สุดในกลุ่มอายุ 3 ปี คือ 22 ครั้ง (40.7%) และน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 6 ปี คือ 7 ครั้ง (13.0%) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 แสดงการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างในครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ (ปี)	วิธีการปรับพฤติกรรม จำนวน (ร้อยละ*/ร้อยละ**)			รวม (ครั้ง)
	BM1	BM2	BM3	
3	36 (50.0/16.8)	14 (19.4/40.0)	22 (30.6/40.7)	72
4	60 (74.1/28.1)	9 (11.1/25.7)	12 (14.8/22.2)	81
5	57 (73.1/26.6)	8 (10.2/22.9)	13 (16.7/24.1)	78
6	61 (84.7/28.5)	4 (5.6/11.4)	7 (9.7/13.0)	72
รวมการจัดการพฤติกรรมที่ใช้แต่ละวิธี (ร้อยละ***)	214 (70.6)	35 (11.6)	54 (17.8)	303 (100)

* ร้อยละของการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในแต่ละอายุ

** ร้อยละของการปรับพฤติกรรมที่ใช้แต่ละวิธีในระหว่างกลุ่มอายุ

*** ร้อยละของการปรับพฤติกรรมที่ใช้แต่ละวิธีรวมทุกกลุ่มอายุ

การปรับพฤติกรรม-ชนิดของการรักษา

เมื่อจำแนกวิธีการปรับพฤติกรรมตามการรักษาในครั้งแรกจนถึงครั้งที่ 3 รวมกัน พบว่าการปรับพฤติกรรมแบบ BM1 ใช้น้อยที่สุดในทุกกลุ่มการรักษา (มากกว่า 58%) ส่วน BM2 ใช้น้อยที่สุดกับการรักษาแบบที่ไม่ยุ่งยากมาก (TX2) คือ 20 ครั้ง (57.2%) และการปรับพฤติกรรมแบบ BM3 ใช้น้อยที่สุดในการรักษาแบบที่ยุ่งยากและใช้เวลานาน (TX3) คือ 36 ครั้ง (66.7%) (ตารางที่ 9)

เมื่อจำแนกชนิดของการรักษาตามครั้งของการมารับการรักษา พบว่าในการมาพบทันตแพทย์ครั้งแรก (V1) ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบง่ายๆ (TX1) จำนวน 46 คน (45.6%) TX2 จำนวน 27 คน (26.7%) และ TX3 จำนวน 28 คน (27.7%) ในการมาพบทันตแพทย์ครั้งที่ 2 (V2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ TX1 จำนวน 4 คน (4.0%) TX2 จำนวน 51 คน (50.5%) และ TX3 จำนวน 46 คน (45.5%) และในการมาพบทันตแพทย์ครั้งที่ 3 (V3) ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ TX1 จำนวน 12 คน (11.9%) TX2 จำนวน 46 คน (45.5%) และ TX3 จำนวน 43 คน (42.6%) (ตารางที่ 10)

จากตารางจะเห็นได้ว่า ในครั้งที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบง่ายๆ (TX1) คือ การตรวจ และการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก ส่วนในครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาที่มีขั้นตอนในการทำงานเพิ่มขึ้น คือ การรักษาที่ไม่ยุ่งยากมาก (TX2) ได้แก่ การถ่ายภาพรังสี การขัดฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการอุดฟัน และการรักษาที่ยุ่งยากและใช้เวลานาน (TX3) ได้แก่ การรักษาประสาทฟัน คอပ်ฟัน และ ถอนฟัน

การเปลี่ยนแปลงของระดับพฤติกรรม-การรักษาแต่ละครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมก่อนมารับการรักษาใน V1 ซึ่งเป็นตัวควบคุม (control) กับพฤติกรรมหลังจากใช้การปรับพฤติกรรมในแต่ละครั้งพบว่า ในครั้งแรกของการรักษา (V1) เด็กที่แสดงพฤติกรรมระดับที่ 1 (-) ลดลงจาก 27 คน (26.7%) เป็น 13 คน (12.9%) เช่นเดียวกับในระดับที่ 2 (-) ที่ลดลงจาก 22 คน (21.8%) เป็น 17

ตารางที่ 9 แสดงการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างในครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 จำแนกตามชนิดของการรักษา

ชนิดของการรักษา	วิธีการปรับพฤติกรรม (ร้อยละ*/ร้อยละ **)			รวม (ครั้ง)
	BM1	BM2	BM3	
Tx1	56 (90.3/26.1)	2 (3.2/5.7)	4 (6.5/7.4)	62
Tx2	90 (72.6/42.1)	20 (16.1/57.2)	14 (11.3/25.9)	124
Tx3	68 (58.1/31.8)	13 (11.1/37.1)	36 (30.8/66.7)	117
รวม	214 (-/100.0)	35 (-/100.0)	54 (-/100.0)	303

* ร้อยละของการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในแต่ละชนิดของการรักษา

** ร้อยละของการปรับพฤติกรรมแต่ละวิธีที่ใช้ระหว่างการรักษาทันที 3 ชนิด

ตารางที่ 10 แสดงชนิดการรักษาทางทันตกรรมที่ให้ในการรักษาทั้ง 3 ครั้ง

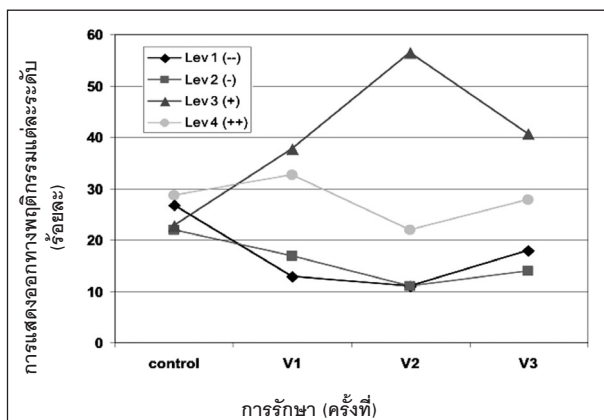
ชนิดของการรักษา	การรักษาครั้งที่, จำนวน (ร้อยละ)		
	V1 (n=101)	V2 (n=101)	V3 (n=101)
Tx1	46 (45.6)	4 (4.0)	12 (11.9)
Tx2	27 (26.7)	51 (50.5)	46 (45.5)
Tx3	28 (27.7)	46 (45.5)	43 (42.6)

คน (16.8%) ในขณะที่ระดับที่ 3 (+) เพิ่มขึ้นจาก 23 (22.8%) เป็น 38 คน (37.6%) และ ระดับที่ 4 (++) เพิ่มขึ้นจาก 29 (28.7%) เป็น 33 คน (32.7%) ซึ่งแสดงว่าเมื่อมีการปรับพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ แล้วเด็กให้ความร่วมมือดีขึ้นจากเดิม (ภาพที่ 1)

ในการรักษาครั้งที่ 2 เมื่อเทียบกับครั้งแรก พบว่าจำนวนเด็กที่แสดงพฤติกรรมในระดับที่ 1 (-) ลดลงจาก 13 คน (12.9%) เป็น 11 คน (10.9%) เช่นเดียวกับ ระดับที่ 2 (-) ที่ลดลงจาก 17 คน (16.8%) เป็น 11 คน (10.9%) แต่เด็กที่แสดงพฤติกรรมในระดับที่ 3 (+) ยังมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 38 คน (37.6%) เป็น 57 คน (56.4%) และเด็กที่แสดงพฤติกรรมในระดับที่ 4 (++) กลับมีจำนวนลดลงจาก 33 คน (32.7%) เป็น 22 คน (21.8%)

ในการรักษาครั้งที่ 3 เมื่อเทียบกับ ครั้งที่ 2 พบว่าเด็กแสดงพฤติกรรมในระดับที่ 1 (-) และระดับที่ 2 (-) เพิ่มขึ้นจาก 11 คน (10.9%) เป็น 18 คน (17.8%) และจาก 11 คน (10.9%) เป็น 14 คน (13.9%) ตามลำดับ ใน

ขณะที่เด็กแสดงพฤติกรรมในระดับที่ 3 (+) ลดลงจาก 57 คน (56.4%) เป็น 41 คน (40.6%) และเด็กแสดงพฤติกรรมในระดับที่ 4 (++) เพิ่มขึ้นจาก 22 คน (21.8%) เป็น 28 คน (27.7%)



ภาพที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กหลังจากได้รับการปรับพฤติกรรมและให้การรักษาในครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3

บทวิจารณ์

ในการศึกษานี้พบว่าเด็ก 70 คน (69.3%) จากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ทั้งหมด 101 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาก่อน มีการแสดงออกทางพฤติกรรมต่อการรักษาทางทันตกรรมทั้ง 4 ระดับที่ใกล้เคียงกัน ในขณะที่เด็กที่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมมาแล้ว มีระดับพฤติกรรมที่แสดงออกในระดับที่ 1 (-) คือปฏิเสธการรักษาอย่างสิ้นเชิง (definitely negative) มากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาก่อน อาจเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ประทับใจจากการรักษาทางทันตกรรมในครั้งก่อน เช่น ได้รับการฉีดยาชา หรือกรอฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเจ็บปวด ทำให้รู้สึกกลัวและเช็ดขยาดต่อการรักษาทางทันตกรรม ทำให้มีพฤติกรรมต่อต้านการรักษาอย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุกับระดับพฤติกรรมที่แสดงออก พบว่า กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี มีแนวโน้มของการแสดงออกทางพฤติกรรมในระดับที่ 1 และ 2 คือปฏิเสธการรักษา มากกว่ากลุ่มเด็กอายุ 6 ปี ทั้งนี้เนื่องจากเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปีนี้ยังเล็ก มีการใช้จินตนาการมากกว่าความเป็นจริง ยังไม่ค่อยมีทักษะในการเข้าใจภาษาและ

เหตุผล ขาดทักษะในการปฏิสัมพันธ์และไม่สามารถที่จะควบคุมอารมณ์ได้ จึงมักมีพฤติกรรมที่แสดงความก้าวร้าว ร้องไห้เสียงดัง ดิ้นไปมา ในขณะที่กลุ่มเด็กอายุ 6 ขวบ จะสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาได้ดีขึ้น เนื่องจากเด็กเริ่มโตขึ้น ได้ไปโรงเรียน มีประสบการณ์พบปะผู้อื่นมากขึ้น สามารถจัดการต่อความกลัวได้ดีขึ้น มีพัฒนาการทางจิตใจและมีความเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น ทั้งนี้พฤติกรรมที่เด็กแสดงออกยังขึ้นอยู่กับบุคลิกของพ่อแม่ รวมทั้งประสบการณ์และวิธีการให้การรักษาของทันตบุคลากรที่ให้การรักษาดูด้วย⁽¹²⁻¹³⁾ อย่างไรก็ตามจากการเปรียบเทียบทางสถิติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่พบว่าการ เคยหรือไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรม และอายุของเด็กมีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็กกลุ่มศึกษานี้ อย่างมีนัยสำคัญ จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติที่ได้ประกอบกับปริมาณของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้มีน้อยเกินไปเมื่อแยกออกเป็นแต่ละกลุ่มอายุและเพศ การศึกษานี้จึงทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร่วมกันโดยไม่แยกชนิด อายุและเพศ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของเด็กก่อนใช้การปรับพฤติกรรมเพื่อการรักษาในครั้งที่ 1 กับวิธีการปรับพฤติกรรมที่ใช้ พบว่า เด็กที่มีระดับพฤติกรรมในระดับที่ 2 (ปฏิเสธการรักษา, -), 3 (ยอมรับการรักษาคอ, +) และ 4 (ให้ความร่วมมือต่อการรักษาดีมาก, ++) ได้รับการปรับพฤติกรรมแบบที่ 1 (BM1) คือการใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยาอย่างมากที่สุด ในขณะที่เด็กที่แสดงระดับพฤติกรรมในระดับที่ 1 (ปฏิเสธการรักษาอย่างสิ้นเชิง, -) ได้รับการปรับพฤติกรรมแบบที่ 3 (BM3) คือการปรับพฤติกรรมที่ใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายมากที่สุด ทั้งนี้เพราะเด็กที่ปฏิเสธการรักษาอย่างชัดเจน มักมีการร้องไห้เสียงดัง ดิ้น ทำร้ายร่างกายผู้อื่น และขัดขวางการรักษา ซึ่งวิธีการปรับพฤติกรรมแบบวิธีพื้นฐานทางจิตวิทยาอย่างเดียวไม่สามารถทำให้เด็กให้ความร่วมมือต่อการรักษาได้ ทันตแพทย์จึงต้องใช้วิธีการจัดการวิธีอื่นที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เด็กยอมร่วมมือ วิธีการหนึ่งที่ใช้ก็คือ การใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (physical restraint) ซึ่งเป็นการใช้มือ หรืออุปกรณ์ใดๆ ควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ขา และ ร่างกาย ของผู้ถูกควบคุม และไม่ให้ออกหรือหลุดออกได้⁽¹⁶⁾ เพื่อป้องกัน

การเกิดอันตรายต่อตัวผู้ถูกควบคุมและผู้ให้การรักษา ในระหว่างการรักษา ตัวอย่างของอุปกรณ์ที่นิยมใช้ในการควบคุมการเคลื่อนไหวของเด็ก คือกระดานห่อตัว (papoose board) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้อย่างแพร่หลายในเด็กที่ต่อสู้ขัดขืน โดยเฉพาะในเด็กเล็ก และเด็กที่มีปัญหาทางพัฒนาการของร่างกายและสมอง⁽¹⁶⁾ ซึ่งได้ผลรวดเร็วและปลอดภัยต่อทั้งตัวเด็กและผู้ให้การรักษา ส่วนในเด็กที่มีพฤติกรรมค่อนข้างดีอยู่แล้ว การใช้การปรับพฤติกรรมแบบวิธีพื้นฐานทางจิตวิทยาเช่น การบอก-แสดง-ทำ การให้แรงเสริมเชิงบวก การลดความกลัวหรือความกังวล ก็สามารถทำให้เด็กให้ความร่วมมือได้ดี สำหรับการศึกษานี้ ไม่ได้รวมการปรับพฤติกรรมโดยใช้มือปิดปากซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในเด็กที่ต่อสู้ขัดขืนไว้ในการจัดกลุ่มการปรับพฤติกรรม เนื่องจากไม่พบการใช้การปรับพฤติกรรมวิธีนี้ในกลุ่มตัวอย่าง การปรับพฤติกรรมโดยใช้มือปิดปากนี้เคยเป็นที่นิยมใช้ในอดีต แต่เนื่องจากผลกระทบที่อาจทำให้เด็กเกิดความกลัว และ ผลทางกฎหมาย⁽¹⁷⁾ ทำให้วิธีการนี้ถูกนำมาใช้น้อยมากในปัจจุบัน

การปรับพฤติกรรมโดยใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยา ซึ่งได้แก่ การปรับพฤติกรรมแบบบอก-แสดง-กระทำ การให้แรงเสริมเชิงบวก การเบี่ยงเบนความสนใจ การลดความกลัวหรือความกังวลของเด็ก เป็นการจัดการพฤติกรรมที่นิยมใช้และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปมานานไม่ว่าจะโดยทันตแพทย์ผู้ให้เองหรือโดยผู้ปกครองของเด็ก^(9-11,18-19) การปรับพฤติกรรมโดยวิธีนี้ ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถใช้ได้ กับเด็กทั่วไปทั้งที่ให้ความร่วมมือและไม่ให้ความร่วมมือ โดยไม่ต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง ทันตแพทย์ควรที่จะเลือกใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยา เป็นวิธีปรับพฤติกรรมวิธีแรกก่อนที่จะตัดสินใจใช้วิธีการอื่น ซึ่งส่วนใหญ่แล้วการใช้การปรับพฤติกรรมแบบที่ 1 อย่างเดียวมักจะประสบผลสำเร็จในการให้เด็กให้ความร่วมมือต่อการรักษา ทั้งนี้ทันตแพทย์ควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพัฒนาการของเด็กแต่ละวัยตลอดจนมีความสามารถในการสื่อสารกับเด็ก ในการศึกษานี้ก็เช่นกัน การปรับพฤติกรรมของเด็กโดยวิธีนี้ ถูกใช้บ่อยที่สุดในทุกกลุ่มอายุ และใช้บ่อยที่สุดกับทุกชนิดของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการรักษานั้นจะยากหรือง่าย สำหรับการปรับพฤติกรรมที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งได้แก่ การปรับพฤติกรรมโดยใช้เทคนิค

พิเศษและควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายเด็ก ในการศึกษานี้พบว่า ถูกใช้บ่อยที่สุดในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี เนื่องจากเด็กวัย 3 ปีมักเป็นเด็กเจ้าอารมณ์ แสดงอารมณ์ต่างๆ อย่างเปิดเผยและมีอิสระเต็มที่ เด็กวัยนี้มักมีความกลัวอย่างสุดขีดและมักจะโกรธเมื่อถูกขัดใจ ทำให้ทันตแพทย์ไม่มีโอกาสที่จะสื่อสารกับเด็กได้ดี จึงไม่สามารถใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยาจัดการพฤติกรรมเด็กได้ จำเป็นต้องใช้การปรับพฤติกรรมแบบยากขึ้นเพื่อให้เด็กยอมร่วมมือ⁽²⁰⁾ ส่วนในเด็กอายุ 6 ปี จะใช้การปรับพฤติกรรม 2 แบบหลัง น้อยที่สุด เนื่องจากเด็กมีความสามารถที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เพิ่มขึ้น มีความสามารถในการสื่อสารเข้าใจเหตุผลได้ดีขึ้น ปฏิกริยาตอบสนองโดยสัญชาตญาณก็จะถูกแทนที่โดยการใช้ความรู้และประสบการณ์ที่เคยผ่านมา ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้⁽²⁰⁾

การศึกษาจากหลายสถาบันได้แสดงผลของทัศนคติและการที่ทันตแพทย์ตัดสินใจเลือกใช้วิธีการปรับพฤติกรรมที่ซับซ้อนกว่าการใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยาของทันตแพทย์แตกต่างกันไป⁽²¹⁻²⁴⁾ จากการสอบถามทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทันตกรรมเด็กกว่า 616 คนในสหรัฐอเมริกา พบว่า 53% เลือกใช้ การควบคุมการเคลื่อนไหว ในเด็กที่อายุ 3 ปี⁽²¹⁾ ทั้งนี้ สถานที่ที่ใช้ในการรักษา ความชุกของฟันผุ และพื้นฐานการศึกษาของทันตแพทย์ มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีการปรับพฤติกรรม การศึกษาในออสเตรเลีย⁽²²⁻²³⁾ พบว่า ทันตแพทย์ที่เป็นผู้หญิงมีการใช้การปรับพฤติกรรมที่ซับซ้อนกว่าการใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยาน้อยกว่าทันตแพทย์ที่เป็นผู้ชาย การเลือกใช้วิธีการปรับพฤติกรรมเด็ก ยังแตกต่างกันไปตามอายุของทันตแพทย์ และโรงเรียนทันตแพทย์ที่ทันตแพทย์เหล่านั้นจบมา McKnight-Hanes และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าการใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวเด็กถูกเลือกใช้โดยทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทันตกรรมสำหรับเด็ก (71%) มากกว่าทันตแพทย์ทั่วไป (3%) เหตุผลหนึ่งที่มีความแตกต่างของการเลือกใช้การควบคุมการเคลื่อนไหวเด็กมีมากเนื่องจากทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทันตกรรมสำหรับเด็กมักจะได้รับคำสั่งต่อเด็กที่มีปัญหาในการจัดการพฤติกรรมมาให้รักษา McKnight-Hanes และคณะกล่าวว่า ความเชี่ยวชาญ

เฉพาะทางของทันตแพทย์ และ สถานที่ที่ใช้ในการรักษา มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการปรับพฤติกรรมเด็ก ในการศึกษานี้ การปรับพฤติกรรมโดยควบคุมการเคลื่อนไหว เด็กถูกใช้ในเด็กรวมทุกกลุ่มอายุถึง 17.8% ซึ่งคิดเป็น ความถี่ของการเลือกใช้ประมาณ 1 ครั้งต่อ 4 ครั้งที่ ใช้ การปรับพฤติกรรม ซึ่งก็ถือว่าค่อนข้างบ่อย ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่าการศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลจาก คลินิกทันต- กรรมสำหรับเด็ก ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทาง และเป็นคลินิก ที่ได้รับการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมบ่อยครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McKnight-Hanes และคณะ⁽²⁴⁾

ทัศนคติของผู้ปกครองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ การเลือกใช้วิธีการปรับพฤติกรรม การปรับพฤติกรรม แบบ บอก-แสดง-กระทำ เป็นการปรับพฤติกรรมที่เป็นที่ ยอมรับมากที่สุด ทั้งจากทันตแพทย์ผู้ใช้และจากผู้ปกครอง ของเด็ก^(18-19,28) ในขณะที่การปรับพฤติกรรมโดยใช้กระดาน ห่อตัวเด็ก เป็นการปรับพฤติกรรมที่ถูกยอมรับน้อยที่สุด ในบางการศึกษา^(12,18) แต่ถูกยอมรับมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ในบางการศึกษาของประเทศไทย⁽²⁸⁾ ผลที่แตกต่างของ การศึกษาเหล่านี้ อาจเนื่องมาจากวิธีการศึกษาที่แตกต่าง กัน กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ทั้งในด้านความรู้และ สถานภาพทางสังคม เป็นต้น อย่างไรก็ตามหากให้การ อธิบายถึงเหตุผลของการเลือกใช้การปรับพฤติกรรมแบบ ต่างๆ อย่างละเอียด แก่ผู้ปกครองก่อนให้การรักษาเด็ก ผู้ปกครองจะให้การยอมรับต่อการปรับพฤติกรรมแบบ อื่นๆ นอกเหนือจากการปรับพฤติกรรมแบบ บอก-แสดง- กระทำได้ดีขึ้น⁽²⁵⁾ นอกจากนี้ผู้ปกครองมักจะยอมรับการ ปรับพฤติกรรมเหล่านั้นได้มากขึ้น เมื่อใช้กับการรักษาที่ ยากขึ้นด้วย⁽²⁶⁻²⁷⁾ เนื่องจากการศึกษานี้ มีข้อจำกัดของ การเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง จึงไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ทัศนคติและการ ยอมรับการเลือกใช้การปรับพฤติกรรมแบบต่างๆ ของผู้ ปกครองของเด็กกลุ่มตัวอย่างได้

เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมในครั้งแรกก่อนรับ การรักษา (control) กับพฤติกรรมหลังการปรับพฤติกรรม ในการมารับการรักษาครั้งที่ 1 พบว่าหลังการปรับพฤติกรรม จะมีจำนวนเด็กที่มีพฤติกรรม แบบปฏิเสธการรักษาอย่าง สิ้นเชิง (- -) และปฏิเสธการรักษา (-) ลดลง ขณะที่

พฤติกรรมแบบยอมรับการรักษาคอควร (+) และพฤติ- กรรมแบบให้ความร่วมมือดีมาก (++) เพิ่มขึ้นซึ่งแสดงว่า เมื่อมีการปรับพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ แล้วเด็กให้ ความร่วมมือดีขึ้นจากเดิม และมีพฤติกรรมที่ปฏิเสธการ รักษาลดลง ร่วมกับการรักษาในครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่จะ เป็นการรักษาง่ายๆ ไม่ยุ่งยาก เด็กจึงให้ความร่วม มือต่อการรักษาได้ง่ายขึ้น เมื่อเด็กกลับมารับการรักษาใน ครั้งที่ 2 การลดลงของจำนวนเด็กที่ปฏิเสธการรักษา อย่างสิ้นเชิงและปฏิเสธการรักษาอย่างมีอย่างต่อเนื่อง ใน ขณะเดียวกัน จำนวนเด็กที่แสดงพฤติกรรมแบบยอมรับ การรักษาคอควรก็มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม เด็กที่แสดงพฤติกรรมแบบให้ความร่วมมือดีมากกลับมี จำนวนลดลง เมื่อเทียบกับจำนวนเด็กที่แสดงพฤติกรรมนี้ ก่อน-หลังการปรับพฤติกรรมในครั้งแรกของการรักษา การลดลงของจำนวนเด็กที่มีระดับพฤติกรรมแบบปฏิเสธ การรักษาสิ้นเชิงและแบบปฏิเสธการรักษา แสดงให้เห็น ว่า เด็กทั้ง 2 กลุ่มนี้อาจเป็นกลุ่มที่มีความกลัว และกังวล มาก่อน จึงไม่ให้ความร่วมมือในครั้งแรกที่มาพบทันตแพทย์ แต่เมื่อเด็กได้รับการปรับพฤติกรรมไม่ว่าโดยวิธีใด ที่ถูก ต้องและเหมาะสม เด็กก็เริ่มมีการยอมรับการรักษามาก ขึ้น สำหรับเด็กที่แสดงพฤติกรรมแบบยอมรับการรักษาคอควร มีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกจากจำนวนเด็กที่แสดงพฤติ- กรรมนี้ก่อน-หลังการปรับพฤติกรรมในครั้งแรกของการ รักษา นั้น ส่วนหนึ่งได้มาจากการแสดงออกทางพฤติกรรม ที่ดีขึ้นของเด็กที่ปฏิเสธการรักษาใน 2 กลุ่มแรก และอีก ส่วนหนึ่งจากกลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมแบบให้ความร่วม มือดีมากมีการเปลี่ยนพฤติกรรมลงมาเป็นแบบยอมรับ การรักษาคอควร ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาในครั้งที่ 2 นั้นเป็นการรักษาที่ยากขึ้นและใช้เวลามากกว่าการรักษา อย่างง่ายในครั้งที่ 1 ทำให้เด็กที่มีพฤติกรรมแบบให้ความ ร่วมมือดีมากมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือลดลงจากเดิม ในการมารับการรักษาครั้งที่ 3 พบว่าเด็กที่แสดงพฤติ- กรรมแบบปฏิเสธการรักษาอย่างสิ้นเชิง และแบบปฏิเสธ การรักษามีจำนวนที่ลดลง เมื่อเทียบกับจำนวนเด็กที่ แสดงพฤติกรรมนี้ก่อนการปรับพฤติกรรมในครั้งแรก แต่ เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนเด็กที่แสดงพฤติกรรม นี้หลังการปรับพฤติกรรมในครั้งแรกและในการรักษาใน ครั้งที่ 2 ในขณะที่พฤติกรรมแบบยอมรับการรักษาคอ

ควรมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเมื่อเทียบกับจำนวนเด็กที่แสดงพฤติกรรมนี้ก่อนและหลังการปรับพฤติกรรมในครั้งแรก ถึงแม้จะมีจำนวนลดลงเมื่อเทียบกับการรักษาครั้งที่ 2 ส่วนเด็กที่มีพฤติกรรมแบบให้ความร่วมมือดีมากมีจำนวนที่ใกล้เคียงกับจำนวนเด็กที่แสดงพฤติกรรมนี้ก่อนการปรับพฤติกรรมในครั้งแรก ซึ่งทั้งนี้ก็เป็นเพราะเด็กที่มีพฤติกรรมแบบยอมรับการรักษาพอควรส่วนหนึ่ง ได้เปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแบบปฏิเสธการรักษาอย่างสิ้นเชิงแบบปฏิเสธการรักษา และแบบให้ความร่วมมือดีมาก ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ปัจจัยจากตัวเด็กเอง เช่น ความเจ็บป่วยของเด็กในขณะนั้น อารมณ์ของเด็กที่ไม่แน่นอนในแต่ละวัน และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ เช่น ชนิดของการรักษาที่ให้กับเด็กซึ่งมีความยากมากขึ้น และสิ่งแวดล้อมภายในคลินิกทันตกรรม เป็นต้น⁽²⁰⁾

ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เด็กส่วนใหญ่ที่มีสุขภาพปกติสามารถให้ความร่วมมือต่อการรักษาทางทันตกรรมได้ แต่อาจมีหลายสาเหตุที่มีผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมของเด็ก เช่น ความกลัว ความกังวล การมีประสบการณ์ที่ไม่ประทับใจเกี่ยวกับการทำฟันที่ประสบกับตัวเองหรือโดยการบอกเล่า อารมณ์ที่ไม่ดี ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตรกับบุคลากรทางทันตกรรม เป็นต้น ทำให้เด็กบางคนมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ปฏิเสธต่อการรักษา เมื่อเด็กกลุ่มนี้ได้รับการปรับพฤติกรรมและจัดลำดับการรักษาที่เหมาะสม จะช่วยลดความกลัวของเด็ก ทำให้เด็กมีพฤติกรรมที่ให้ความร่วมมือต่อการรักษาทางทันตกรรมได้

บทสรุป

จากการศึกษาย้อนหลังในการใช้วิธีการปรับพฤติกรรมในเด็กอายุ 3-6 ปี จำนวน 101 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าระดับพฤติกรรมที่แสดงออกทั้ง 4 ระดับมีจำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งชนิดและอายุของเด็กไม่มีผลต่อลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออก เมื่อมีการใช้วิธีการปรับพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ที่เหมาะสม พบว่า จำนวนเด็กที่มีพฤติกรรมแบบปฏิเสธการรักษามีแนวโน้มลดลง และจำนวนเด็กที่มีระดับพฤติกรรมแบบที่ให้ความร่วมมือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยที่

การปรับพฤติกรรมแบบที่ใช้วิธีพื้นฐานทางจิตวิทยาถูกนำมาใช้บ่อยที่สุดและใช้ได้กับการรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็กทุกชนิด ไม่ว่าการรักษานั้นจะยากหรือง่าย การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การรักษาทางทันตกรรมในเด็กที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพ ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการปรับพฤติกรรมที่ยาก เมื่อทันตแพทย์ใช้วิธีการปรับพฤติกรรมและจัดลำดับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม ก็สามารถทำให้เด็กเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพมหานคร: กองทันตสาธารณสุข, 2545.
2. กองทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537. กรุงเทพมหานคร: กรม, 2538.
3. สมนึก ชาญด้วยกิจ, สุณี วงศ์คงคาเทพ, ชนิษฐรัตน์รังสิมา, อังศณา ฤทธิ์อยู่. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดฟันผุของเด็กไทยอายุ 6-30 เดือน. ว.ทันต. 2547; 54(2): 123-137.
4. ปิยะดา ประเสริฐสม. สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กปฐมวัยกับการบริโภคน้ำตาล. ว.ทันตสาธารณสุข 2545; 7(1): 70-81.
5. พรพรรณ อัสวานิชย์. การจัดการเด็กสำหรับการรักษาทางทันตกรรมในสังคมที่เปลี่ยนแปลง. ว.ทันต. 2547; 54(6): 383-395.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior management. *Pediatr Dent* 2004; 89-94.
7. Newton JT, Shah S, Patel H, Sturmey P. Non-pharmacological approaches to behavior management in children. *Dent Update* 2003;

- 30: 194-199.
8. Dock M, Creedon RL. Pharmacologic Management of Patient Behavior. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8th ed., St. Louis, Missouri, Mosby; 2004: 285-311.
9. Adair SM, Waller JL, Schafer TE, Rockman RA. A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management technique. *Pediatr Dent* 2004; 26:159-166.
10. Adair SM, Schafer TE, Rockman RA, Waller JL. Survey of behavior management teaching in predoctoral pediatric dentistry programs. *Pediatr Dent* 2004; 26:143-150.
11. Adair SM, Rockman RA, Schafer TE, Waller JL. Survey of behavior management teaching in pediatric dentistry advanced education programs. *Pediatr Dent* 2004; 26: 151-158.
12. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW, Beck FM. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005; 27: 107-113.
13. Gerald Z. Wright. *Behavior management in dentistry for children*. Philadelphia, WB Saunder;1975: 55-72.
14. มาลี อรุณากูร. การจัดการพฤติกรรมของเด็กเพื่อการรักษาทางทันตกรรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พี.เอ.ดีฟวิ่ง; 2543.
15. Pinkham JR et al. *Pediatric dentistry Infancy Through Adolescence*. 3rd edition: Philadelphia: WB Saunders; 2003: p357-375.
16. Connick C, Palat M, Pugliese S. The appropriate use of physical restraint: Considerations. *ASDC J Dent Child* 2000; 67: 256-262.
17. Acs G, Hersch G, Testen RD, Mg MW. A 20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in post-doctoral pediatric education. *Pediatr Dent* 2001; 23: 301-306.
18. Murphy MG, Field HW, Machen JB. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Pediatr Dent* 1984; 6: 193-198.
19. Field HW, Machen JB, Murphy MG. Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. *Pediatr Dent* 1984;6: 199-203.
20. ชมพูนุท คุณเลิศกิจ. พัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับทันตแพทย์. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2530.
21. Nathan JE. Managing behavior of pre-cooperative children. *Dent Clin North Am* 1995; 39: 789-816.
22. Wright FA, McMurray NE, Giebartowski J. Strategies used by dentists in Victoria, Australia, to manage children with anxiety or behavior problems. *ASDC J Dent Child* 1991; 58: 223-228.
23. Wright FA, Giebartowski J, McMurray NE. A national survey of dentists' management of children with anxiety of behavior problems. *Aust Dent J* 1991; 36: 378-383.
24. McKnight-Hanes C, Myers DR, Dushku JC, Davis HC. The use of behavior management techniques by dentists across practitioner type, age, and geographic regions. *Pediatr Dent* 1993; 15: 267-271.
25. Lawrence SM, McTigue DJ, Wilson SW, Odom JG, Waggoner WF, Fields HW. Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1991; 13: 151-155.
26. elBadrawy HE, Riekman GA. A survey of parental attitudes toward sedation of their child. *Pediatr Dent* 1986; 8: 206-208.
27. Frankel RI. The papoose board and mothers' attitudes following its use. *Pediatr Dent* 1991; 13: 284-288.

28. สุธิดา เจียรผาสุข และ อารยา พงษ์หาญยุทธ.
ทัศนคติของผู้ปกครองต่อวิธีการปรับพฤติกรรมเด็ก
ในคลินิกทันตกรรมสำหรับเด็ก. ว. ทันต 2541; 48:
208-218.

ขอสำเนาบทความ:

อ.ทพญ.ดร. วริศรา ศิริมหาราช, ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก,
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง
จ.เชียงใหม่ 50202

Reprint requests:

Dr. Varisara Sirimaharaj, Department of Pediatric
Dentistry, Chiang Mai University, Muang, Chiang
Mai 50202

Email: dnpdi003@chiangmai.ac.th