

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ด้านปัญหาสุขภาพช่องปากและการเผชิญปัญหาในการรับบริการทางทันตกรรม ของผู้รับบริการทางทันตกรรม ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐบาล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นการศึกษาพรรณนาระบบที่เกี่ยวเนื่อง กับแนวคิดเบื้องต้น และปรากฏการณ์ที่เกี่ยวเนื่องกับการรับรู้ตามสภาพความเป็นจริงจากผู้รับบริการทางทันตกรรม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีหลักในการศึกษา
  - 1.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้
  - 1.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา
2. ปัญหาสุขภาพช่องปาก
  - 2.1 โรคฟันผุ
  - 2.2 โรคปริทันต์
  - 2.3 การเสียวฟัน
  - 2.4 แผลในช่องปาก
  - 2.5 การปวดข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบริเวณในหน้า
3. การบริการทันตกรรม
  - 3.1 การบริการทันตกรรมทั่วไป
  - 3.2 การบริการทันตกรรมเฉพาะทาง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. แนวคิด ทฤษฎีหลักในการศึกษา

### 1.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้

โดยธรรมชาติแล้ว มนุษย์เราจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งที่มีชีวิต และไม่มีชีวิต ตลอดเวลา ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว เกิดจากการที่เรามีการรับสัมผัสช่วยให้เกิดการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ พบว่ามีการศึกษาในสาขาวิชาทางจิตวิทยา และสาขาทางการสาธารณสุข ซึ่งอธิบายไว้คล้ายคลึงกัน แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ในด้านจิตวิทยา ได้มีการศึกษาอย่างมากตั้งแต่ยุคของ Aristotle (Bunting, 1988) ซึ่งได้มีผู้เขียนความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ไว้ดังนี้

Encyclopedia of psychology (Cumming, 1979; Hochberg, 1994) ให้ความหมายของการรับรู้ คือ หน้าที่ด้านจิตใจที่สามารถรับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยอวัยวะรับความรู้สึก แล้วเกิดกระบวนการของข้อมูลและเกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน รวมถึงประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้นในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม วัตถุ สิ่งของหรือสถานการณ์ของบุคคลด้วย

Dictionary of psychology (Statt, 1982) ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการซึ่งเกิดจากการที่สมองได้รับข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม โดยผ่านอวัยวะรับสัมผัส และใช้ข้อมูลดิบจากวัตถุในการช่วยให้อวัยวะสร้างความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อม

Lazarus & Folkman (1984) ได้กล่าวถึงการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินโดยใช้สติปัญญาต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ โดยเป็นการมุ่งให้ความหมายหรือความสำคัญและเกิดขณะที่มีสติ การรับรู้และการประเมินตัดสินใจโดยใช้สติปัญญา มีอิทธิพลจากปัจจัยทางด้านบุคคลและปัจจัยด้านเหตุการณ์

ประนอม สโรชมา (2524) ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่เราารู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นต้นว่า ภาพคน เสียงเพลง น้ำร้อน การรับรู้หมายถึง การแปลความหรือตีความการรับความรู้สึก (sensation) ที่ได้มาออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมายหรือการที่เราารู้สึกและเข้าใจ

เดโช สนวนานท์ (2526) ให้ความหมายว่าการรับรู้ (perceiving) หรือสัญญาต ญาณนั้นหมายถึง ผลอันเกิดจากอินทรีย์สัมผัส (การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น ฯลฯ) และการตีความจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นด้วย ซึ่งในการจะรับรู้ได้อย่างแม่นยำ ขั้นแรกต้องมีอวัยวะที่รับการสัมผัสดี มีความใส่ใจ ประสบการณ์ที่ผ่านมา และอารมณ์ในปัจจุบันจะมีผลกระทบต่อการรับรู้เป็นอันมาก

จะเห็นว่าทางจิตวิทยาของการรับรู้เป็นหน้าที่ทางด้านจิตใจ ในการให้ความหมายต่อการรับรู้ข้อมูลซึ่งเกี่ยวข้องกับอวัยวะรับสัมผัสในการส่งผ่านข้อมูลนั้น นอกจากนี้ยังต้องเกิดในขณะที่มีสติ และมองรวมถึงผลลัพธ์ของกระบวนการให้ความหมายที่เกิดขึ้น

ศาสตร์ทางการศึกษารณสุขนั้นได้นำแนวคิดทางจิตวิทยามาประยุกต์ใช้ และนำไปเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของทุก ๆ ทฤษฎีทางด้านสุขภาพ โดยมองการรับรู้เป็นกระบวนการ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของการรับรู้ พบว่ามีการให้ความหมายไว้ ดังนี้

King (1986) ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการของการจัดระบบ ที่ความหมายและส่งผ่านข้อมูลจากอวัยวะรับสัมผัส จดจำการให้ความหมายของเหตุการณ์แสดงออกในความเป็นจริง และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งในการรับรู้ นั้น บุคคลจะต้องตระหนัก และใส่ใจต่อสิ่งเร้าแล้วจึงเลือกสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบเกิดกระบวนการของข้อมูลและนำออกมาจากระบบในรูปพฤติกรรม

Roy & Andrew (1999) อธิบายว่า การรับรู้และกระบวนการรับข้อมูลเป็นองค์ประกอบย่อยในระบบการคิดรู้ (cognator system) ซึ่งทำงานประสานกันกับระบบควบคุม (regulator system) โดยอาศัยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึก แบบแผนการจำได้ และให้ความหมายความสัมพันธ์ กระบวนการนี้เริ่มจากการเลือกจากความใส่ใจ การให้รหัสและจดจำแล้วจึงส่งผลออกมาในรูปการวางแผน และการตอบสนองทางร่างกาย

Bunting (1988) ได้วิเคราะห์ความหมายของการรับรู้ โดยศึกษาจากทั้งทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางการแพทย์ 4 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการพยาบาลของคิง ทฤษฎีการพยาบาลของลีวิน ทฤษฎีการพยาบาลของโอบริม และทฤษฎีการพยาบาลของรอย และได้สรุปคุณลักษณะเฉพาะของการรับรู้ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบด้วยกัน ดังนี้

1. การรับสัมผัส (sensation) คือ การรับรู้ผ่านทางระบบประสาท หรือมีสิ่งกระตุ้นจากภายนอกหรือภายในตัวบุคคล
2. การเลือก (selection) คือ การเลือกรับรู้สิ่งเร้าจากสิ่งเร้าจำนวนมาก
3. การผสมผสาน (assimilation) คือ การทำความเข้าใจสิ่งเร้า โดยรวมประสบการณ์เดิมกับประสบการณ์ใหม่เข้าด้วยกัน ซึ่งการมีประสบการณ์มากจะลับมามีอิทธิพลต่อการเลือกและให้ความหมายของการรับรู้
4. การตีความหมาย (interpretation) คือ การประมวลข้อมูลและให้ความหมายต่อการรับรู้ที่ส่งผ่านจากอวัยวะรับสัมผัส

มาลี สนธิเกษตริน (2519) ให้ความหมายการรับรู้ เป็นกระบวนการที่บุคคลได้เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ซึ่งอยู่รอบตัวเรา และในตัวเอง โดยอาศัยประสาทสัมผัส คือ การเห็น การได้ยิน การรู้สึก การสัมผัส การลิ้มรส การได้กลิ่น เป็นต้น และสมองจะเลือกสิ่งเร้าที่จะรับรู้ และจัดระเบียบหรือหมวดหมู่ (organization) ของสิ่งที่รับรู้และส่งออกมาสู่ภายนอก

กาญจนา สิมะจารีก (2637) ให้ความหมายการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการด้านความคิดและจิตใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ในการที่จะแปลความหมายสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมจากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย โดยอาศัยประสบการณ์และการเรียนรู้เป็นตัวแปลความหมาย

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ของบุคคล คือ กระบวนการด้านความคิดและจิตใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ในการรับข้อมูลที่ส่งผ่านมาจากอวัยวะรับสัมผัส แล้วเกิดการเลือกผสมผสานข้อมูลและให้ความหมายข้อมูลโดยอาศัยประสบการณ์เดิมหรือเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านตัวบุคคล และด้านสถานการณ์หรือเหตุการณ์ในการตีความหมายข้อมูลนั้น ๆ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดเกิดขึ้นในขณะที่บุคคลมีระดับความรู้สึกที่ดี

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

จากการทบทวนสามารถสรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ แบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคล หรือผู้รับรู้ และ ปัจจัยด้านสิ่งเร้าหรือปัจจัยด้านเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคลหรือผู้รับรู้ มีอิทธิพลต่อการรับรู้และมีผลให้การรับรู้มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้

1.1 สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัสต่าง ๆ เช่น ตา หู จมูก ลิ้น ฯลฯ และความสามารถทางสมองและประสาทรับสัมผัสในการเลือกรับสิ่งเร้า จัดหมวดหมู่และตอบสนองต่อสิ่งเร้า (จำเนียร ชวงโชติ, 2515; เดโช สนวนานนท์, 2526; มาลี สนธิเกษตริน, 2519; โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ, 2533; Cassmeyer et al., 1993)

1.2 ความใส่ใจของบุคคล (attention) บุคคลจะไม่รับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งหมดที่เข้ามากระตุ้นเราโดยผ่านอวัยวะรับสัมผัสพร้อม ๆ กัน แต่บุคคลจะพุ่งไปที่สิ่งเร้าต่าง ๆ เฉพาะอย่างไป จุดรวมของการรับรู้ต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่ง เรียกว่า ความใส่ใจหรือความตั้งใจซึ่งจำเนียร ชวงโชติ (2515); เดโช สนวนานนท์ (2526); มาลี สนธิเกษตริน (2519); ประพนอม สโรชมาน (2524); โยธิน ศันสนยุทธ และคณะ (2533)



1.8 อายุ ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์มากกว่าซึ่งก็จะทำให้สามารถเกิดการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ดีกว่า ดังเช่นการศึกษาของ Grady, Buckley, Cisar, Fink & Ryan (1988)

1.9 เพศ ส่วนใหญ่พบว่า เพศหญิงมีอิทธิพลต่อการรับรู้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Grady, Buckley, Cisar, Fink & Ryan (1988) และการศึกษาของ Lindsay, Sherrard, Brickerton, Doucette, Harkness & Morin (1997) ที่ศึกษาพบว่า เพศหญิงมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเครียดมากกว่าเพศชาย

1.10 ระดับการศึกษา Recker (1994) ได้ศึกษาการรับรู้การสอนก่อนผ่าตัดตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก เปรียบเทียบกับระยะที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีการรับรู้การสอนมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้

2. ปัจจัยด้านสิ่งเร้า ประกอบด้วย คุณลักษณะของสิ่งเร้า (Characteristic of stimuli) และ คุณสมบัติของสิ่งเร้า (attribute of stimuli) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 คุณลักษณะของสิ่งเร้าต่อการรับรู้ สามารถแบ่งออกได้อีก 2 ชนิด ได้แก่ การรับรู้ในสถานการณ์ที่สิ่งเร้ามีโครงสร้างและแบบแผน (perception in structured stimulus situation) และการรับรู้ในสถานการณ์ที่สิ่งเร้าไม่มีโครงสร้างและแบบแผน (perception in unstructured stimulus situation)

2.1.1 การรับรู้ในสถานการณ์ที่สิ่งเร้ามีโครงสร้างและแบบแผน หมายถึง การรับรู้ที่เกิดเนื่องจากการที่สิ่งเร้าเข้ามาเกี่ยวข้องกับนั้นเป็นตัวกำหนดให้คนเราตีความหมายออกมาทันทีว่าหมายถึงอะไร โดยอาศัยแต่เพียงประสบการณ์เดิมของบุคคล เป็นเครื่องช่วยให้ความหมายหรือตีความหมายของสิ่งเร้านั้น

2.2.2 การรับรู้ในสถานการณ์ที่สิ่งเร้าไม่มีโครงสร้างและแบบแผน หมายถึง สิ่งเร้ามีลักษณะกำกวม มองไม่ออกเนื่องจากความไม่ชัดเจน ซึ่งการรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่มีลักษณะกำกวมนี้ มักขึ้นอยู่กับกำกวมตัวบุคคลเอง ซึ่งเหล่านี้เรียกว่า บทบาทของปัจจัยภายใน (the role of internal factor) และยังพบว่าอิทธิพลจากความเชื่อ ความยึดมั่นทางสังคมก็ต่างมีอิทธิพลต่อการรับรู้ในลักษณะนี้ด้วย เรียกว่า บทบาทของปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสังคม (the role of external factor) และ Lazarus & Folkman (1984) อธิบายถึงสถานการณ์ที่คลุมเครือนี้ว่าเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ ซึ่งส่งผลเพิ่มระดับความเครียดของบุคคล

## 2.2 คุณสมบัติของสิ่งเร้า ประกอบด้วย

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้า (change of stimulus) สิ่งเร้าที่มีการเปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนแปลงอย่างทันทีทันใด ย่อมดึงดูดความใส่ใจของคนเรา หรือทำให้คนเราเกิดความใส่ใจต่อสิ่งเร้านั้น ๆ (จำเนียร ชวงโชติ, 2515) เช่น การเปลี่ยนจากสภาพการอยู่นิ่งให้เคลื่อนไหวหรือจากการเคลื่อนไหวให้อยู่นิ่ง หรือการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาจากการใช้ยาเป็นการผ่าตัด เป็นต้น

2.2.2 การเคลื่อนไหวของสิ่งเร้า (moment of stimulus) สิ่งเร้าที่มีการเคลื่อนไหวมักดึงดูดความใส่ใจของบุคคลได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่ไม่มีการเคลื่อนไหว (จำเนียร ชวงโชติ, 2515; เดโช สนวนานนท์, 2526) ตัวอย่างเช่น ภาพนิ่งกับภาพเคลื่อนไหว จะพบว่าบุคคลจะให้ความสนใจภาพเคลื่อนไหวมากกว่าภาพนิ่ง

2.2.3 ขนาดของสิ่งเร้า (size of stimulus) ขนาดของสิ่งเร้าที่ผิดปกติไป เช่น ใหญ่มากหรือเล็กมาก จะดึงดูดให้คนเราเกิดการรับรู้ได้มากกว่า (จำเนียร ชวงโชติ, 2515; เดโช สนวนานนท์, 2526; โยธิน คັນสนยุทธ และคณะ, 2533)

2.2.4 การซ้ำซากของสิ่งเร้า (repetition of stimulus) การเกิดการซ้ำบ่อย ๆ ย่อมทำให้บุคคลรับรู้ต่อสิ่งเร้าได้มากกว่า (จำเนียร ชวงโชติ, 2515; เดโช สนวนานนท์, 2526; โยธิน คันสนยุทธ และคณะ, 2533) เช่น เวลาบุคคลอ่านหนังสือ และเปิดเพลงคลอเบา ๆ บุคคลสามารถฟังความสนใจไปที่หนังสือได้โดยไม่ถูกรบกวนโดยเสียงเพลง แต่เมื่อใดก็ตามถ้าบังเอิญเข็มตกร้องทำให้เพลงท่อนนั้นเกิดการซ้ำ ๆ บุคคลก็จะเกิดการรับรู้มาที่เสียงเพลงทันที

2.2.5 ความแรงหรือขนาดของสิ่งเร้า (intensity of stimulus) สิ่งเร้าที่มีความแรงมากกว่า ย่อมทำให้คนเราเกิดความใส่ใจได้ดีกว่า (จำเนียร ชวงโชติ, 2515; เดโช สนวนานนท์, 2526; โยธิน คันสนยุทธ และคณะ, 2533) เช่น ภาพที่มีแสงเงาจะได้รับความสนใจมากกว่าภาพที่มีความเข้มน้อยกว่า

จากการทบทวนที่กล่าวมาข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้ นับเป็นหน้าที่ด้านจิตใจที่สำคัญต่อการมีปฏิสัมพันธ์ และให้ความหมายต่อสิ่งเร้า การรับรู้ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดของบุคคลย่อมมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัสที่ดี และเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกอีกหลายอย่าง

## 1.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมายการเผชิญปัญหาไว้ว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิดและการกระทำของบุคคล เพื่อพยายามจัดการกับความต้องการทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งผ่านการประเมินแล้วว่ามีการใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าเกินกว่าที่มีอยู่

Lazarus & Folkman (1984) ได้กล่าวถึงข้อจำกัดของความหมายนี้ว่า ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1.2.1 การเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการมากกว่าคุณลักษณะ ซึ่งสะท้อนให้เห็น โดยการใช้คำว่าเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และความต้องการที่เฉพาะเจาะจง

1.2.2 ความหมายนี้แยกความแตกต่างระหว่างการเผชิญปัญหากับพฤติกรรม การปรับตัวที่เป็นไปอย่างอัตโนมัติ โดยจำกัดด้วยคำว่า ความต้องการที่ผ่านการประเมินแล้วว่ามาก เกินกว่าแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นเงื่อนไขว่าเป็นการเผชิญปัญหาต่อความเครียดด้านจิตใจ

1.2.3 การเผชิญปัญหาจะรวมถึง ผลลัพธ์ ด้วยใช้คำว่า ความพยายามในการจัดการ ซึ่งรวมถึงสิ่งที่บุคคลคิดหรือกระทำอาจดีหรือไม่ดีก็ได้

1.2.4 คำว่า การจัดการ จะรวมทั้งการทำให้ปัญหานั้นเล็กลง (minimization) การหลีกเลี่ยง (avoiding) ความสามารถในการทน (toleration) และการยอมรับ (accepting) สถานะของความเครียดเช่นเดียวกับความพยายามในการจัดการต่อสิ่งแวดล้อม

### กระบวนการเผชิญปัญหา

Lazarus & Folkman (1984) อธิบายว่าการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

1. เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นคิดหรือกระทำอย่างแท้จริง ซึ่งสามารถประเมินได้จากการสังเกต
2. สิ่งที่บุคคลคิดหรือกระทำนั้น เกิดขึ้นในบริบทที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นการประเมินเกี่ยวกับบริบทของบุคคลและเชื่อมโยงระหว่างความคิด การกระทำและบริบทนั้น ๆ ก็จะทำให้เข้าใจว่าบุคคลมีการเผชิญปัญหาอย่างไร

3. กระบวนการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ดังนั้นบุคคลจึงใช้วิธีการเผชิญปัญหาชนิดใดชนิดหนึ่งเท่านั้น ซึ่งหากในสถานการณ์เดียวกันแต่เวลาแตกต่างกัน บุคคลก็อาจเลือกใช้กลวิธีที่แตกต่างกันได้



จะเห็นว่าการเผชิญปัญหานั้นเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต (dynamic) ซึ่งเหล่านี้เป็นหน้าที่อย่างต่อเนื่องของการประเมินตัดสินใจ (appraisal) และการประเมินซ้ำ (reappraisal) ในการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Lazarus & Folkman, 1984) ส่วนขั้นตอนกระบวนการเผชิญปัญหา Miller (1992) ได้อธิบายว่าประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การประเมินตัดสินด้วยสติปัญญาขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งอาศัยทฤษฎีความเครียด การประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (1984) สำหรับการประเมินตัดสินด้วยสติปัญญาขั้นปฐมภูมินั้นเป็นการตัดสินใจว่าสถานการณ์ หรือสิ่งเร้านั้นคุกคามหรือไม่ และการประเมินตัดสินทุติยภูมิจะเป็นการทบทวนการเลือกกระทำเพื่อเผชิญปัญหา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดการคุกคามจะเกิดพฤติกรรมด้านอารมณ์ สติปัญญาและกิจกรรมด้านร่างกาย

Lazarus & Folkman (1984) ได้ทบทวนถึงขั้นตอนของการเผชิญปัญหา พบว่าโดยมากมักกล่าวถึงระยะของเหตุการณ์มากกว่าระยะของการเผชิญ ระยะของเหตุการณ์ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะคาดการณ์ล่วงหน้า หรือระยะเตือน (anticipatory or warning) ระยะกระทบ หรือเผชิญหน้า (impact or confrontation) และระยะหลังกระทบ (post impact) ซึ่งในแต่ละระยะจะมีความแตกต่างในการใช้การเผชิญปัญหา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะคาดการณ์ล่วงหน้า เป็นระยะที่ยังไม่มีเหตุการณ์ เป็นการประเมินด้วยสติปัญญาขั้นปฐมภูมิว่าจะเกิดเหตุการณ์ขึ้นหรือไม่ จะเกิดขึ้นเมื่อไร และจะเกิดอะไรขึ้น แล้วจะจัดการกับการคุกคามนั้นอย่างไร การประเมินทุติยภูมิจะทำให้เกิดความรู้สึกควบคุมต่อเหตุการณ์ว่าจะป้องกันได้หรือไม่โดยใช้แนวทางใดในการป้องกัน จะสามารถเตรียมการอย่างไรเพื่อไม่ให้กลายเป็นเรื่องใหญ่โตต่อไป หรือจะป้องกันการสูญเสียอย่างไร ระยะนี้บุคคลจะใช้การเผชิญปัญหา เช่น การหลีกเลี่ยง การหลีกเลี่ยง การหาข้อมูล เป็นต้น การตอบสนองทั้งด้านความคิดและการกระทำจะเป็นข้อมูลย้อนกลับสู่บุคคล

2. ระยะกระทบ เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตราย ระยะนี้จะมีความคิดและการกระทำมากมาย บุคคลจะรู้สึกแ่่มากขึ้นกว่าระยะคาดการณ์ ในการเผชิญปัญหาจะต้องใช้พลังสมองมุ่งไปที่การกระทำและปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่นำไปสู่การคัดเลือกสิ่งให้ความสำคัญ เรียกว่า เป็นการประเมินซ้ำ หรืออาจใช้คำว่าเป็นการให้ความหมายเหตุการณ์ใหม่

3. ระยะหลังกระทบ จะเกิดระหว่างอยู่ในระยะกระทบ และคงอยู่จนกระทั่งเข้าสู่ระยะหลังกระทบ เป็นช่วงที่บุคคลจะใช้การพิจารณาใหม่ว่าจะสามารถจัดการโดยใช้หลักจิตวิทยาหรือ

สิ่งที่มีอยู่หลังการสูญเสียได้อย่างไร จะให้ความหมายหรือให้ความสำคัญต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างไร พิจารณาว่าอะไรคือความต้องการ การคุกคามหรือการทำหายใหม่ และบุคคลจะสามารถกลับไปเหมือนเดิมได้อย่างไร

ดังนั้นจะเห็นว่า แม้ว่าการเผชิญปัญหาจะจบลง แต่อาจเกิดกระบวนการคาดการณ์ล่วงหน้าขึ้นได้อีก โดยระยะกระทบหรือเผชิญปัญหาจะมีทั้งการประเมินตัดสิน และกระบวนการเผชิญปัญหาซึ่งกระบวนการนี้ไม่เพียงแต่เกิดในอดีตหรือปัจจุบันยังเกิดในอนาคตอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปได้ว่า กระบวนการเผชิญปัญหาเป็นกลไกที่มีความซับซ้อน และเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กันระหว่างการประเมินตัดสินขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และขั้นประเมินซ้ำตลอดเวลา โดยสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดหนึ่ง ๆ จะบ่งชี้ให้บุคคลเกิดกระบวนการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่ง แต่ขณะที่กำลังอยู่ในระหว่างเริ่มกระบวนการก็อาจมีสิ่งเร้าตัวใหม่มากระทบให้เกิดความเครียด และเกิดกระบวนการเผชิญปัญหาใหม่ได้อีก

#### หน้าที่ของการเผชิญปัญหา

หน้าที่ของการเผชิญปัญหามีมากมายแตกต่างกันไปตามทฤษฎีที่ใช้อธิบาย (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่ง Miller (1992) ได้อธิบายหน้าที่ของการเผชิญปัญหาไว้ดังนี้

1. ลดความตึงเครียด และคงไว้ซึ่งความสมดุล (การปรับตัว)
2. ช่วยในการตัดสินใจ (Lazarus & Folkman, 1984)
3. คงไว้ซึ่งเอกลักษณ์และความเป็นอิสระ
4. จูงใจให้เกิดความต้องการ และร่างกายที่ปกติ
5. คงไว้ซึ่งสังคม จิตใจ และร่างกายที่ปกติ
6. ควบคุมการให้ความหมายของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดก่อนที่จะกลายเป็นการ

คุกคาม

7. หลีกเลี่ยงการประเมินตนเองในทางลบ

Pearlin & Schooler (1978 cited in Miller, 1992) ได้อธิบายหน้าที่ของการเผชิญปัญหาไว้ 4 ชนิด ดังนี้

1. ป้องกันความเครียดจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
2. เปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือปัญหา
3. เปลี่ยนแปลงความหมายของเหตุการณ์
4. จัดการกับอาการแสดง และปฏิกิริยาของความเครียด

Mechanic (1974 cited in Lazarus & Folkman, 1984) นักจิตวิทยาสังคม ได้กล่าวถึงหน้าที่ของการเผชิญปัญหาไว้ 3 หน้าที่ ดังนี้

1. จัดการกับความต้องการทางสังคมและสิ่งแวดล้อม
2. สร้างแรงจูงใจในการเผชิญกับความต้องการ
3. คงไว้ซึ่งความสมดุลในพลังงานและทักษะจากความต้องการภายนอก

Lazarus (1982 cited in Burckhardt, 1987) ได้กล่าวถึงหน้าที่ของการเผชิญปัญหาไว้ 2 แนวทาง ดังนี้

1. เป็นการเปลี่ยนสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่คุกคามไปในทางที่ดีกว่าหรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการเผชิญแบบมุ่งที่ปัญหา (problem - focused forms of copings) (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นเหมือนกลวิธีในการใช้เพื่อแก้ปัญหาโดยมุ่งที่การให้ความหมายปัญหา เปลี่ยนแปลงการแก้ปัญหา ให้นำหนักโดยคำนึงผลประโยชน์ เลือกวิธีที่เหมาะสมและกระทำตามแนวทางที่ได้เลือก อย่างไรก็ตามการมุ่งที่ปัญหาจะรวมกลวิธีของการทำให้รู้ปัญหา (problem oriented strategies) มากกว่าการแก้ปัญหาเพียงอย่างเดียว โดยที่การแก้ปัญหาจะหมายถึงการตั้งวัตถุประสงค์กระบวนการวิเคราะห์ที่มุ่งสนใจสิ่งแวดล้อม แต่การเผชิญปัญหาจะรวมกลวิธีอื่นด้วย เช่น การพัฒนามาตรฐานปกติของพฤติกรรมใหม่หรือการเรียนรู้ทักษะหรือขั้นตอนใหม่ เป็นต้น
2. เป็นการจัดการด้านอารมณ์ต่อผลของความเครียดที่แสดงออกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลจะไม่รู้สึกรำคาญใจเกินไปและเกิดการสูญเสียด้านหน้าที่ หรือสามารถที่จะคงไว้ซึ่งศีลธรรมเป้าหมายของแนวทางนี้ คือ เป็นการลดผลกระทบด้านอารมณ์และด้านร่างกายจากความเครียดโดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด กลไกนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น และสามารถที่จะคงไว้ซึ่งความรู้สึกผาสุกและมีความหวัง แม้ว่าสถานการณ์นั้นจะยุ่งยากเพียงไร หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งที่อารมณ์ (emotional - focused forms of coping) (Lazarus & Folkman, 1984) วิธีการเผชิญด้านนี้ เช่น การหลีกเลี่ยง (avoidance) การหลีกเลี่ยง (distancing) การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (minimization) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่งหนึ่งสิ่งใด (select attention) การมองหาส่วนดี (positive comparisons) และการมองหาคุณค่าของเหตุการณ์ที่เลวร้าย (wrostring positive value from negative event) เป็นต้น

จะเห็นว่าหน้าที่ของการเผชิญปัญหาถูกอธิบายภายใต้บริบทที่เฉพาะเจาะจง หรือในเหตุการณ์ที่เฉพาะเจาะจงเสมอ (Lazarus & Folkman, 1984) การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง

### กลวิธีการเผชิญปัญหา

Cohen & Lazarus (1982 cited in Burckhardt, 1987) ได้แบ่งชนิดของการเผชิญปัญหาออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่ การแสวงหาข้อมูล (information seeking) การกระทำโดยตรง (direct action) การหยุดยั้งการกระทำ (inhibition of action) การใช้กลไกทางจิต (intrapsychic process) และการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (turning to other) วิธีการเผชิญปัญหาบางวิธีเป็นทั้งการเผชิญปัญหาแบบมุ่งที่ปัญหาและการมุ่งที่อารมณ์ บางวิธีช่วยให้เกิดการรับรู้ตนเองและเข้าใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละวิธีล้วนเป็นการช่วยให้บุคคลจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้โดยมีรายละเอียดของกลวิธีดังนี้

1. การแสวงหาข้อมูล ผู้ป่วยเกือบทุกรายที่มีความเจ็บป่วยล้วนมีความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ ผลที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งการปฏิบัติตัวโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยข้ออักเสบที่ให้ความหมายว่าความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยก็จะต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุที่ก่อให้เกิดความปวดรวมทั้งวิธีการที่จะจัดการความปวด หรือยาที่ช่วยลดอาการปวดลงได้ การให้ข้อมูลที่จำเป็นการจัดการกับปัญหาโดยตรงเพื่อได้รับความสุขสบาย

2. การกระทำโดยตรง เป็นเป้าหมายของบุคคลในการจัดการกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมเพื่อเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง และสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขกระดูกคิดฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามวิธีนี้อาจให้ผลประโยชน์ในบางกรณีเท่านั้น จึงควรมีการประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์ของการกระทำวิธีการนี้ด้วย

3. การหยุดยั้งการกระทำหรือบางครั้งถูกเรียกว่า การหลีกเลี่ยง เป็นผลมาจากอันตรายจากการกระทำต่าง ๆ กลวิธีนี้เกิดขึ้นเนื่องจากเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และบุคคลต้องการประเมินเหตุการณ์ใหม่ การหยุดยั้งการกระทำในบางกรณีจะมีผลเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและจะให้ผลดีในระยะสั้น ถ้าบุคคลใช้วิธีนี้ไประยะยาวอาจทำให้เกิดปัญหาตามมาภายหลังได้

4. การใช้กลไกทางจิต เป็นการใช้กระบวนการทางสติปัญญาทั้งหมดเพื่อควบคุมอารมณ์ปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น ตัวอย่างเช่น การปฏิเสธ การใช้ความคิด การหลีกเลี่ยง หรือการแยกจาก (detachment) วิธีนี้อาจให้ผลดีในระยะสั้นซึ่งอาจทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพได้

เช่น ผู้ป่วยที่ไม่ยอมเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง ส่วนวิธีการใช้การควบคุมตนเองหรือควบคุมสิ่งแวดล้อม เช่น การผ่อนคลาย การใช้วิธีการย้อนกลับทางชีวภาพ (biofeedback) จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเผชิญปัญหาได้ดี ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรังที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย นอกจากช่วยลดความเจ็บปวดแล้วยังป้องกันการเกิด secondary pain จากความตึงตัวของกล้ามเนื้อได้อีกด้วย

5. การแสวงหาการช่วยเหลือจากบุคคลหรือเครือข่ายอื่น เป็นการแสวงหาการสนับสนุนเพื่อลดสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือการเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายของเหตุการณ์ หรือเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาด้านอารมณ์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้กับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งสามารถบรรเทาความเครียดต่อเหตุการณ์ได้ดีนับเป็นกลวิธีที่ให้ผลดีในระยะยาว

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา พบว่า Vitaliano ได้นำเครื่องมือวัดแนวทางการเผชิญปัญหาของบุคคลของ Lazarus & Folkman (1984) มาปรับปรุงใหม่และได้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 5 ชนิดเดียวกัน ได้แก่ การมุ่งที่ปัญหา (problem - focus) การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seek social support) การกล่าวโทษตนเอง (blamed self) การคิดหวัง (wishful thinking) และการหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) (Crumlish, 1994; Redeker, 1992)

Roger (1995) ได้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 4 แนวทาง ได้แก่ การเผชิญปัญหาโดยใช้เหตุผล (rational coping) การเผชิญปัญหาแบบใช้อารมณ์ (emotional coping) การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (avoidance coping) และการเผชิญปัญหาแบบแยกจาก (detachment coping) มีรายละเอียดดังนี้

1. การเผชิญปัญหาโดยใช้เหตุผล หมายถึง การมองหาเหตุผลหรือปฏิกิริยาจากการใช้เหตุผลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเป็นการสร้างเป้าหมายต่อการเผชิญ

2. การเผชิญปัญหาโดยแบบใช้อารมณ์ เป็นผลจากอารมณ์ขณะนั้นสะท้อนให้เกิดพฤติกรรม เช่น การร้องไห้ฟูมฟายเมื่อล้มเหลวจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การหนีหายไปเพราะอารมณ์โกรธ เป็นต้น

3. การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง เป็นการบ่งชี้ว่ามีการหยุดยั้ง หรือปฏิเสธเพื่อจะแสดงเหมือนว่าไม่มีสิ่งใดเกิดขึ้น

4. การเผชิญปัญหาแบบแยกจาก เป็นการให้อิสระตนเองจากเหตุการณ์ นับเป็นขั้นตอนแรกของการเผชิญโดยใช้เหตุผล ซึ่งอธิบายว่าการใช้เหตุผลเป็นการแยกความรู้สึกสับสนหรืออารมณ์ที่เป็นผลจากความเครียดออกไป

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา

Lazarus & Folkman (1984) ได้อธิบายเกี่ยวกับอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาว่า ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ แหล่งประโยชน์การเผชิญปัญหา และข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ ดังนี้

1. แหล่งประโยชน์ของการเผชิญปัญหา (coping resources) ได้แก่

1.1 ภาวะสุขภาพและพลังงาน (health and energy) บุคคลที่เจ็บป่วย เหนื่อยล้า หรือมีสิ่งอื่นใดก็ตามที่ทำให้มีพลังงานลดลงจากสภาวะปกติ จะไม่สามารถใช้ความพยายามในการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นในภาวะสุขภาพดีและมีพลังงานพอที่บุคคลจึงมีความพยายามจัดการหรือเผชิญต่อปัญหาได้ดีกว่า

1.2 ความเชื่อด้านบวก (positive belief) ความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางบวก จะเป็นแหล่งประโยชน์ด้านจิตใจสำหรับการเผชิญปัญหา ซึ่งความเชื่อจะเป็นพื้นฐานสำหรับความคาดหวังและช่วยให้คงไว้ซึ่งมีความพยายามในการเผชิญปัญหาในทุกสถานการณ์ โดยที่ความคาดหวังจะเพิ่มความสามารถในการควบคุม เช่น ความเชื่อมั่นต่อบุคคล หรือความเชื่อต่อโปรแกรมที่ได้รับ แต่ความเชื่อในบางครั้งอาจยับยั้งความพยายามในการเผชิญปัญหาก็ได้ เช่น เชื่อว่าสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น เกิดจากถูกพระเจ้าลงโทษ ถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อด้านลบก็จะส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้

1.3 ทักษะในการแก้ปัญหา (problem - solving skill) ประกอบด้วยความสามารถในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแยกแยะปัญหาในการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งสามารถเลือกและปฏิบัติตามแผนได้อย่างเหมาะสมได้ ซึ่งนับเป็นแหล่งประโยชน์ต่อการเผชิญปัญหาที่สำคัญ เป็นการสะสมประสบการณ์และความสามารถในการควบคุมตนเอง

1.4 ทักษะทางสังคม (social skill) เป็นความสามารถในการสื่อสารและขอความร่วมมือกับบุคคลอื่น ซึ่งจะเพิ่มความสามารถในการปรับตัว และได้รับการตอบสนองความต้องการได้ดีกว่า (Lazarus & Folkman, 1984; Miller, 1992)

1.5 การสนับสนุนทางสังคม (social support) การได้รับการ สนับสนุนทางอารมณ์ และข้อมูลอย่างเพียงพอ จะเสมือนแหล่งของการเผชิญปัญหาที่สำคัญช่วยให้บุคคลเกิดกำลังใจ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกมั่นคงในชีวิต สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณีย์ บุญเยี่ย (2537) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากว่าเมื่อเจ็บป่วยครอบครัวจะมีส่วนช่วยในการสนับสนุนให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความรัก ความอบอุ่นมีแหล่งสนับสนุนเพียงพอสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

1.6 แหล่งสนับสนุนด้านวัตถุ (material resources) หมายถึง เงิน วัตถุหรือการบริการต่าง ๆ ซึ่งสามารถจัดหาได้โดยใช้เงิน จะช่วยให้บุคคลได้รับความสะดวกสบาย บุคคลที่มีเงินและมีทักษะในการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้เกิดทักษะในการเผชิญปัญหาและเกิดการปรับตัวด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (White, Richter & Fry, 1992)

2. ข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ (constraints against) ได้แก่

2.1 ข้อจำกัดด้านบุคคล (personal constraints) หมายถึง วัฒนธรรมการให้คุณค่าและความเชื่อภายในตัวบุคคล และความบกพร่องด้านจิตใจซึ่งเป็นผลจากพัฒนาการของบุคคล เหล่านี้จะยับยั้งความรู้สึกหรือการกระทำของบุคคล

2.2 ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (environment constraints) หมายถึง แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุหรือด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกิดข้อจำกัดเหล่านี้จะทำให้บุคคลใช้การเผชิญปัญหาลดลง

2.3 ระดับของการคุกคาม (level of threat) ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสินของบุคคล และมีอิทธิพลต่อการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา เมื่อบุคคลประเมินตัดสินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นคุกคามมากก็รบกวนกระบวนการคิดและการแก้ปัญหาและเพิ่มการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการอารมณ์มากกว่าการเผชิญปัญหาแบบมุ่งที่ปัญหา

Panzarine (1985) อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาไว้ 3 ประการ ได้แก่

1. คุณสมบัติของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ชนิดของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือระยะเวลาของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคลว่าสามารถควบคุมได้หรือไม่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตสังคมหรือไม่ เป็นภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความบกพร่องหรือไม่

2. แหล่งประโยชน์ด้านสิ่งแวดล้อม ความหลากหลายในสิ่งแวดล้อมของบุคคล จะมีอิทธิพลต่อการประเมินของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและชนิดของการพยายามในการใช้การเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ด้านสิ่งแวดล้อมรวมไปถึงแหล่งสนับสนุนทั้งด้านเศรษฐกิจ การศึกษา เครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนจากบุคคล เช่น การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลหรือการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นต้น

3. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความพร้อมต่อการเผชิญ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ ความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหา ความชอบส่วนตัวในการเลือกการเผชิญปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ และคุณลักษณะส่วนบุคคลอื่น ๆ เช่น อายุ พัฒนาการ เพศ บุคลิกภาพ เป็นต้น ความแตกต่างเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาได้ ดังนี้

อายุ บุคคลในแต่ละวัยจะมีการเผชิญความเครียดต่างกัน โดยเฉพาะในวัยรุ่นจะต้องให้ความพยายามในการเผชิญปัญหามากกว่า เพราะเป็นวัยที่ต้องการดำรงไว้ซึ่งความมีเอกลักษณ์และภาพลักษณ์ของตน ในวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีประสบการณ์มากกว่า จึงมีความสามารถในการเผชิญกับความเครียดได้ดีกว่าวัยอื่น (วรารักษ์ นาครัตน์, 2533) แต่มีผลการวิจัยบางชิ้นที่พบว่าอายุไม่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคหัวใจ (นงลักษณ์ บุญเยี่ยม, 2537; Crumlish, 1994)

เพศ ส่วนใหญ่จากการทบทวนพบว่า เพศหญิงค่อนข้างจะเป็นเพศที่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย Gillis (1984) ศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยและคู่สมรส ที่มารับการผ่าตัดหัวใจพบว่า คู่สมรสที่เป็นเพศหญิงมีความเครียดสูงกว่า แต่การศึกษาของ นงลักษณ์ บุญเยี่ยม (2537) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวมในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แต่สามารถทำนายรายด้านได้ โดยที่เพศชายมีการเผชิญปัญหาความเครียดแบบเผชิญหน้ามากกว่าเพศหญิง ทำนายได้ร้อยละ 9.55 ส่วนเพศหญิงจะได้รับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่อารมณ์และการเผชิญปัญหาทางอ้อมมากกว่าเพศชาย ทำนายได้ร้อยละ 12.87 และ 18.83 ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคม White, Richter & Fry (1992) พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและการใช้การเผชิญปัญหาแบบทางอ้อม (palliative coping) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านจิตสังคม แต่ภาวะสุขภาพและแรงสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคมได้ดีกว่า และสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบทางอ้อมและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการปรับตัวทางด้านจิตสังคมได้ ร้อยละ 56 และ Delay (1984 cited in Stanik, 1990) พบว่า การตอบสนองของครอบครัวในทางที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การศึกษาบางเรื่องมีผลการวิจัยไม่สอดคล้องกัน ดังเช่น การศึกษาการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหัวใจที่อยู่ในระยะวิกฤตของ Nymathi, Jacoly,



Constancia & Ruverich (1992) พบว่า เครือข่ายทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งที่ปัญหา อาจเกิดจากการที่บุคคลรู้สึกว่าถูกคุกคามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ไม่สอดคล้องแต่จะเห็นว่า โดยส่วนใหญ่แล้วการให้การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของบุคคล โดยเฉพาะในขณะที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยจะเป็นตัวกั้นกลาง (buffer) ระหว่างความเครียด ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดการประเมินตนเองในทางบวก เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความรู้สึกสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Riegel, 1989) ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ

ระยะเวลา วราภรณ์ นาครัตน์ (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า ระยะเวลาของการเป็นโรคต่างกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ศึกษาโดย Lok (1996) และ Gurklis & Menke (1988) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ระยะเวลาการรักษาด้วยเครื่องไตเทียมไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการเผชิญปัญหา เนื่องจากว่าผู้ป่วยมีความคุ้นเคยและรับการรักษามานานหลายปี จะเห็นว่าระยะเวลาของการเป็นโรคหรือการรักษาที่ยาวนานของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่มีผลต่อการเผชิญปัญหา

บุคลิกภาพ Nyamathi, Jacoby, Constancia & Ruverich (1992) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหัวใจที่อยู่ในระยะวิกฤต พบว่า คู่สมรสที่บุคลิกภาพแบบด้านบวกซึ่งหมายถึง มีบุคคลที่มองโลกในแง่ดี ให้อิสระ เต็มไปด้วยความรัก เป็นต้น จะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนคู่สมรสที่มีบุคลิกภาพแบบด้านลบซึ่งหมายถึง มีอารมณ์หงุดหงิด ประหม่า หรือเคร่งเครียด จะใช้การจัดการกับปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านจิตใจและร่างกายมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

### ผลของการเผชิญปัญหา

Lazarus & Folkman (1984) ได้มองผลของการเผชิญปัญหาเป็นการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน ซึ่งแบ่งผลของการเผชิญปัญหาได้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ด้านขวัญและกำลังใจ (morale) และด้านสุขภาพร่างกาย (somatic health) มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านหน้าที่ทางสังคม บุคคลจะมีบทบาทต่อสังคมมากมาย ตัวอย่างเช่น บทบาทพ่อแม่ คู่สมรส หน้าที่การงาน สมาชิกของชุมชน บางครั้งหน้าที่ทางสังคมถูกอธิบายว่าเป็นความพึงพอใจต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล หรือในลักษณะของทักษะที่จำเป็นในการคงไว้ซึ่งบทบาทใน

สังคม ผลของการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแต่ละอย่างจะให้ผลดีในสถานการณ์หนึ่งเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นการเผชิญปัญหาแบบไม่มีประสิทธิภาพในอีกสถานการณ์หนึ่ง (Panzarine, 1985) ประสิทธิภาพของการเผชิญปัญหาขึ้นอยู่กับสถานการณ์จริงขณะนั้นกับความสมดุลระหว่างความต้องการและแหล่งประโยชน์ ซึ่งหมายถึงการให้คุณค่า เป้าหมาย พันธะสัญญา ความเชื่อและความชอบในวิธีการเผชิญปัญหา

2. ด้านขวัญและกำลังใจ เกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์นี้เป็นการยากที่จะแยกแยะระหว่างอารมณ์ และความรู้สึกผาสุกของบุคคลต่อประสบการณ์การเผชิญปัญหากับความเครียดและขวัญกำลังใจ ความรู้สึกทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นจะสะท้อนให้เห็นการประเมินของบุคคลต่อความผาสุก ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ความยินดี ความหวัง หรือความกลัวต่อสถานการณ์ ผลของการเผชิญปัญหาในด้านนี้มีทั้งระยะสั้นและระยะยาว ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์นั้น ถ้าประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำทนาย บุคคลจะเกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญและทำให้มีการเผชิญอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านสุขภาพร่างกาย เมื่อบุคคลมีการเผชิญปัญหาที่ดีก็จะส่งผลกระทบต่อระบบด้านร่างกายเกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ อธิบายโดยใช้ Selye's general adaptation syndrome ที่ศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกายต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด

Roger (1995) ได้อธิบายประสิทธิภาพของการใช้การเผชิญปัญหาด้วยกลวิธี 4 แนวทางดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลที่เกิดขึ้นตามมาของการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา

| กลวิธี                                            | ผลดีระยะสั้น                         | ผลเสียเนื่องระยะยาว                                         |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| การเผชิญปัญหาโดยใช้หลักเหตุผล ( rational coping ) | - ช่วยให้เกิดการแก้ไขปัญหา           | - ได้มีการคำนึงถึงปัญหาและปัญหาถูกนำมาแก้ไข                 |
| การเผชิญปัญหาแบบใช้อารมณ์ ( emotional coping )    | - ได้พูดหรือแสดงออกด้านอารมณ์        | - เพิ่มความยุ่งยากของเหตุการณ์                              |
| การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ( avoidance coping )   | - ลดปัญหาลงชั่วคราว                  | - เกิดปัญหาต่อเนื่องไปเนื่องจากไม่สามารถคงไว้ซึ่งการลดปัญหา |
| การเผชิญปัญหาแบบแยกจาก ( detachment )             | - สามารถเกิดการสังเกตและพิจารณาปัญหา | - ป้องกันไม่ให้มองปัญหาเกินความจริง                         |

ผลของการใช้การเผชิญปัญหา จะช่วยบอกถึงประสิทธิภาพของการเผชิญปัญหา ซึ่งหากบุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบการใช้อารมณ์และการหลีกเลี่ยง ก็จะเป็นการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่วนการใช้การเผชิญปัญหาโดยใช้หลักเหตุผลและการใช้การเผชิญปัญหาแบบการแยกจาก ก็จะก่อให้เกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพและส่งผลดีต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่อไป ซึ่งอธิบายไว้ในตาราง 2



ตาราง 2 แสดงผลการพิจารณาการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ

| การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ                                                                                                                                                                                                                                                                                         | การเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>การเผชิญปัญหาด้วยหลักเหตุผล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ประสบการณ์ในอดีตเพื่อหาวิธีการจัดการกับสถานการณ์นั้นอย่างไร</li> <li>- ใช้การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม</li> <li>- เผชิญปัญหาไปที่ละขั้นและประเมินปัญหาคด้วยหลักเหตุผล</li> <li>- สนใจปัญหาและมองว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย</li> </ul> | <p>การเผชิญปัญหาแบบใช้อารมณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รู้สึกว่าใช้พลังงานมากและไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ</li> <li>- รู้สึกคลุมเครือ ซึมเศร้า และโกรธ</li> <li>- มีความผิดหวัง</li> <li>- เตรียมใจที่จะรับผลร้ายที่จะเกิดขึ้นและพยายามแสวงหาความเห็นอกเห็นใจจากคนอื่น</li> </ul> |
| <p>การเผชิญปัญหาด้วยการแยกจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มองว่าปัญหาหรือสถานการณ์นั้น ๆ ไม่ก่อให้เกิดการคุกคาม</li> <li>- สร้างอารมณ์ขัน</li> <li>- อย่าถือเอาปัญหานั้นเป็นเรื่องส่วนตัว ให้แยกออกจากตัวเรา</li> <li>- แยกแยะประเด็นปัญหาเป็นสัดส่วน</li> </ul>                                     | <p>การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยืนกราน หวังว่าสิ่งนั้นจะหายไป</li> <li>- แสร้งบอกว่าไม่มีอะไรถ้ามีคนถาม</li> <li>- คิดว่าไม่มีอะไรและพูดเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นไปได้</li> <li>- เชื่อในเคราะห์กรรมและเชื่อว่าสิ่งนั้นจะหายหรือหมดไป</li> </ul>             |

จากการทบทวนเกี่ยวกับมโนทัศน์การเผชิญปัญหา จะเห็นว่าการเผชิญปัญหาของบุคคลเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมหลายประการ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การเผชิญปัญหาอาจเกิดได้ทั้งมีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ และในแต่ละกลวิธีก็มีผลลัพธ์แตกต่างกันจากประสบการณ์ และการทบทวนวรรณกรรม

## 2. ปัญหาสุขภาพช่องปาก

ระบบการบดเคี้ยวของคนเรา ประกอบด้วย ฟัน , อวัยวะปริทันต์ , กระดูกขากรรไกรบนและล่าง , ข้อต่อขากรรไกร , กล้ามเนื้อริมฝีปาก , กล้ามเนื้อแก้ม , ลิ้น รวมถึงระบบประสาท และระบบไหลเวียนโลหิตที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเหล่านี้ด้วย

## ฟัน

ฟันของคนเรามี 2 ชุด ได้แก่ ฟันแท้ และฟันน้ำนม ชุดฟันน้ำนม มีจำนวน 20 ซี่ โดยฟันซี่แรกจะเริ่มขึ้นในช่องปากเมื่อเด็กอายุประมาณ 6 เดือน และขึ้นครบ 20 ซี่ เมื่ออายุประมาณ 2 ปีครึ่ง ชุดฟันแท้ มีจำนวน 32 ซี่ จะเริ่มขึ้นในช่องปากเมื่ออายุประมาณ 6 ปี ฟันทั้ง 2 ชุด จะประกอบด้วย

1. ฟันตัดหรือฟันหน้า มีหน้าที่ในการตัดอาหาร
  2. ฟันเขี้ยว ซึ่งอยู่ในบริเวณมุมปาก เป็นฟันที่มีรากยาวที่สุด มีหน้าที่ในการฉีกอาหาร
  3. ฟันกรามน้อย อยู่ระหว่างฟันเขี้ยว และฟันกรามใหญ่ มีหน้าที่ในการฉีกและบดอาหาร ฟันชนิดนี้จะไม่พบในชุดฟันน้ำนม
  4. ฟันกรามใหญ่ เป็นฟันซี่ใหญ่ มีหน้าที่ในการบดอาหาร
- ฟันแต่ละซี่ประกอบด้วยโครงสร้างหลัก 4 ส่วนได้แก่
1. เคลือบฟัน เป็นส่วนที่คลุมอยู่ด้านนอกสุดของตัวฟัน มีความแข็งแรง ทนทานต่อการสึกกร่อนจากการใช้งาน
  2. เคลือบรากฟัน เป็นส่วนที่คลุมอยู่ด้านนอกสุดของรากฟัน ทำหน้าที่เป็นตัวกลางยึดฟันกับกระดูกเบ้าฟัน
  3. เนื้อฟัน เป็นส่วนประกอบหลักของฟัน อยู่ในถัดจากชั้นเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน
  4. โพรงประสาทฟัน ซึ่งอยู่กลางฟัน ภายในจะมีเส้นเลือด ท่อน้ำเหลือง เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และเนื้อเยื่อประสาท ซึ่งตอบสนองต่อความรู้สึกเจ็บปวด

## อวัยวะปริทันต์

คือส่วนของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ฟัน โดยทำหน้าที่ยึดฟันให้อยู่ในกระดูกขากรรไกร อีกทั้งช่วยรองรับแรงจากการบดเคี้ยว และผ่อนถ่ายไม่ให้กับกระดูกขากรรไกรได้ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ คือ เหงือกทั้งหมดที่เราสามารถมองเห็นในช่องปาก และส่วนยึดฟันที่เราไม่สามารถมองเห็น ซึ่งได้แก่ เอ็นยึดปริทันต์, เคลือบรากฟัน และกระดูกเบ้าฟัน ซึ่งเป็นส่วนกระดูกที่รองรับฟันแต่ละซี่

เหงือกที่ปกติจะอยู่รอบ ๆ คอฟัน มีสีชมพูซีด ไม่แดง มีความแน่นแข็งพอสมควร ไม่บวม ระหว่างเหงือกกับผิวฟันมีร่องลึก 1 – 2 มิลลิเมตร

## ขากรรไกร

ขากรรไกรบนเป็นส่วนของกระดูกซึ่งยึดติดอยู่กับกะโหลกศีรษะ จึงไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ ในขณะที่ขากรรไกรล่างเป็นกระดูกชิ้นหนึ่งแยกออกมาต่างหาก และไม่มีส่วนของกระดูกเชื่อมต่อกับกระดูกขากรรไกรบน แต่ยึดติดอยู่กับขากรรไกรบนด้วยกล้ามเนื้อ และเอ็นต่าง ๆ จึงทำให้สามารถเคลื่อนที่ได้ ข้อต่อขากรรไกรเป็นส่วนต่อระหว่างกะโหลกศีรษะ กับขากรรไกรล่าง อยู่ในบริเวณด้านหน้าของรูหู ประมาณ 13 มิลลิเมตร ถ้าเราใช้นิ้ววางหน้าหูและอ้าปาก จะสามารถคลำแล้วรู้สึกได้ถึง การเคลื่อนที่ของข้อต่อขากรรไกร

## กล้ามเนื้อบดเคี้ยว

กล้ามเนื้อบดเคี้ยว คือกล้ามเนื้อที่มีหน้าที่ควบคุมการทำหน้าที่ของขากรรไกร ได้แก่ การอ้าปาก การหุบปาก การเคี้ยวและการบดเคี้ยวของขากรรไกร เป็นต้น กล้ามเนื้อบดเคี้ยวจะมีหลายมัด และมีการทำงานร่วมกัน กล้ามเนื้อบริเวณขมับ และบริเวณข้างแก้มจะเป็นกล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่สามารถคลำได้จากบริเวณใบหน้า

การอ้าปาก การหุบปาก การบดเคี้ยวอาหาร เกิดจากการทำงานร่วมกันของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวหลายมัดและข้อต่อขากรรไกร ในกรณีที่อวัยวะเหล่านี้เกิดความผิดปกติ จะมีผลทำให้การทำงานของขากรรไกรผิดปกติไป เช่น เกิดความเจ็บปวดระหว่างการทำงาน หรือทำให้ขากรรไกรเคลื่อนที่จำกัด ซึ่งหมายถึงการอ้าปากไม่ค่อยได้ เป็นต้น

ปัญหาสุขภาพของปาก คือปัญหาที่เกิดขึ้นกับอวัยวะในช่องปากทั้งหมด ได้แก่

### 2.1 โรคฟันผุ

ฟันผุเป็นโรคที่พบได้บ่อย ลักษณะของฟันผุจะพบได้ตั้งแต่ลักษณะที่เป็นจุดขาวขุ่นสีเหลือง สีน้ำตาล สีดำ จนถึงรอยผุที่เป็นโพรงขนาดใหญ่ สาเหตุของฟันผุเกิดจากการสะสมของเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก ร่วมกับการย่อยสลายอาหารพวกแป้งและน้ำตาลที่ตกค้างในช่องปาก ทำให้เกิดสภาวะที่เป็นกรด กรดเหล่านั้นจะย่อยสลายแร่ธาตุแคลเซียมและฟอสเฟต ซึ่งเป็นโครงสร้างหลักของฟัน ทำให้ฟันผุได้

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่

1. คราบจุลินทรีย์ คราบจุลินทรีย์จะมีแบคทีเรียซึ่งเป็นตัวการสำคัญในการสร้างกรดไปทำลายผิวฟัน
2. อาหารพวกคาร์โบไฮเดรต (โดยเฉพาะน้ำตาล) น้ำตาลจะถูกย่อยสลายโดยแบคทีเรียทำให้เกิดสภาวะที่เป็นกรด ซึ่งสามารถทำลายผิวฟัน

3. ลักษณะของผิวฟัน โครงสร้างของเคลือบฟันและเนื้อเยื่อที่เป็นปกติ จะมีความแข็งแรง จะช่วยลดโอกาสของการถูกทำลายโดยกรด ในทางตรงข้ามโครงสร้างของฟันที่ไม่สมบูรณ์ เช่น มีความผิดปกติที่เคลือบฟัน จะส่งผลให้เกิดการละลายตัวของเคลือบฟันและเนื้อเยื่อโดยกรดได้ง่ายขึ้น

4. เวลา ระยะเวลาที่มีแบคทีเรียสะสมอยู่บนผิวฟัน มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อความรุนแรงของโรคฟันผุ การแปรงฟันหลังอาหารให้สะอาดอยู่เสมอ เป็นการลดเวลาของแบคทีเรียในการเกาะและย่อยสลายอาหารบนผิวฟัน ทำให้ลดโอกาสการเกิดฟันผุ

#### ลักษณะและอาการของโรคฟันผุ

1. ฟันผุระยะเริ่มแรก ในระยะต้นจะเห็นเป็นลักษณะรอยขาวขุ่นบนผิวเคลือบฟัน แล้วจึงเริ่มเปลี่ยนเป็นสีเหลือง น้ำตาลจนถึงดำ

2. ฟันผุระยะกลาง เป็นระยะที่มีการทำลายผิวเคลือบฟันมากขึ้น จนถึงชั้นของเนื้อฟัน ทำให้เกิดลักษณะที่เป็นโพรง ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเสียวฟันเวลารับประทานอาหารหวาน หรืออาหารร้อน เย็น ฟันผุระยะนี้ สามารถรักษาได้ด้วยการอุดฟัน

3. ฟันผุระยะรุนแรง เป็นระยะที่มีการทำลายโครงสร้างของฟันลงไปจนถึงชั้นโพรงประสาทฟัน ในระยะนี้โพรงฟันผุจะลึกมากมีเศษอาหารตกค้าง ทำให้มีกลิ่นไม่สะอาดในช่องปาก และผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดได้เป็นครั้ง โดยเฉพาะเวลาที่มีเศษอาหารเข้าไปติดอยู่ในโพรงฟันที่ผู้การรักษารักษาทำได้โดยรักษาคคลองรากฟันก่อน แล้วจึงบูรณะฟันให้ใช้งานได้ต่อไป

#### การให้การรักษา

1. การเคลือบหลุมร่องฟัน ในระยะแรกของฟันที่เริ่มผุ หรือในฟันที่ยังไม่ผุ แต่มีหลุมร่องฟันลึกมาก การทำการเคลือบหลุมร่องฟัน (sealant) จะช่วยป้องกันการเกิดการลุกลามของฟันผุได้ ดังนั้นจึงนิยมแนะนำให้เด็กที่ฟันกรามแท้ซี่แรกเริ่มขึ้นมารับการเคลือบหลุมร่องฟันกราม เพื่อป้องกันฟันผุ

2. การบูรณะฟันด้วยการอุดฟัน ในกรณีที่ฟันผุลุกลามไปมาก มีการสูญเสียเนื้อฟันมากขึ้น จำเป็นที่จะต้องกำจัดส่วนที่ผุออกก่อน แล้วจึงทำการอุดฟัน เพื่อแทนที่เนื้อฟันส่วนที่หายไป ปัจจุบันมีวัสดุอุดฟันหลากหลายชนิด ได้แก่ เรซิน คอมโพสิต ซึ่งเป็นวัสดุพลาสติกสีขาว อมัลกัมเป็นวัสดุสีเงินที่มีส่วนผสมของโลหะและปรอท

3. การรักษารากฟัน ร่วมกับการครอบฟัน ในกรณีที่ฟันผุลุกลามไปมากจนถึงโพรงประสาทฟันและผู้ป่วยมีอาการปวดฟัน ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาคคลองรากฟัน เพื่อกำจัดเชื้อแบคทีเรียและสิ่งสกปรกออกจากคลองรากฟันก่อน หลังจากนั้นจึงทำการบูรณะฟันด้วยการทำครอบฟัน เพื่อป้องกันการแตกหักของเนื้อฟันส่วนที่เหลืออยู่

## การป้องกันฟันผุ

การป้องกันฟันผุ สามารถทำได้โดยดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากและฟันอย่างถูกวิธี ดังนี้

1. ตรวจสุขภาพฟันสม่ำเสมอ โดยทั่วไปควรได้รับการตรวจฟัน อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
2. แปรงฟันอย่างถูกวิธี การแปรงฟันที่ถูกวิธี โดยเน้นให้ขนแปรงได้สัมผัสกับฟันทุกซี่ โดยเฉพาะบริเวณคอฟัน จะช่วยลดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ ซึ่งเป็นตัวการที่ทำให้เกิดฟันผุได้
3. การใช้ฟลูออไรด์ ปัจจุบันมีการใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากการมีการผสมฟลูออไรด์ในยาสีฟันแทบทุกยี่ห้อ รวมไปถึงการให้เด็กรับประทานยาเม็ดฟลูออไรด์ อย่างไรก็ตาม การให้ฟลูออไรด์ชนิดรับประทานในปริมาณที่มากเกินไป อาจส่งผลกระทบต่อการสร้างผิวเคลือบฟันได้
4. การควบคุมการรับประทานอาหารประเภทน้ำตาล ในผู้ป่วยที่มีฟันผุลุกลามไปเร็วมาก การลดปริมาณการบริโภคอาหารหวาน จะช่วยลดสภาวะการเกิดกรดที่ก่อให้เกิดการย่อยสลายผิวฟันได้

## 2.2 โรคปริทันต์

โรคปริทันต์เป็นโรคในช่องปากที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เรื้อรังและไม่แสดงอาการบอเหตุรุนแรงเหมือนโรคฟันผุ ผู้ป่วยจะทราบก็ต่อเมื่อโรคได้มีการดำเนินไปถึงขั้นรุนแรงมาก มีอาการปวด ฟันโยก จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สภาวะการเป็นโรคปริทันต์ของประชาชนชาวไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 โดยมีชนิดของโรคปริทันต์และสภาพความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

### สาเหตุของโรคปริทันต์

เป็นที่ทราบกันในปัจจุบันแล้วว่า โรคปริทันต์เกิดขึ้นได้จากการเสียสมดุลระหว่างปริมาณเชื้อโรคบริเวณเหงือกรอบคอฟัน กับความสามารถในการป้องกันเชื้อโรคของร่างกาย (ภูมิคุ้มกัน) กล่าวคือ คนที่มีร่างกายปกติแต่อยู่ในสภาวะที่มีความต้านทานโรคต่ำ หรือสภาวะที่จำนวนเชื้อโรคมามากเกินไป จนร่างกายไม่สามารถกำจัดหรือต่อสู้ได้ก็สามารถเป็นโรคปริทันต์ได้ จะพบว่าในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางระบบภูมิคุ้มกันจะเป็นโรคปริทันต์ได้ง่ายมากกว่าผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันปกติ

นอกจากสาเหตุสองประการที่กล่าวแล้ว ยังมีสาเหตุเสริมอื่น ๆ ร่วมด้วย ซึ่งเรานิยมเรียกว่า ปัจจัยเสี่ยง อันได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย การได้รับยารักษาโรคทางระบบบางอย่างอยู่เป็นประจำ การสูบบุหรี่ หรือแม้แต่การขาดสารอาหารบางประเภท



**คราบจุลินทรีย์** เป็นสาเหตุหลักและจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคปริทันต์ โดยมักเกิดบนโครงสร้างในช่องปากที่มีลักษณะแข็ง เช่น ผนึกฟัน ผนึกอุดอุดครอบฟัน เครื่องมือจัดฟัน เป็นต้น โดยเฉพาะบริเวณที่ลิ้น ริมฝีปาก และกระพุ้งแก้มทำความสะอาดไม่ถึง นอกจากนี้ยังพบมากบนด้านบดเคี้ยวของฟันที่ไม่ได้ใช้เคี้ยวอาหาร เมื่อนำคราบจุลินทรีย์ที่เกาะอยู่บนผิวฟันบริเวณใกล้เหงือกมาส่องกล้องจุลทรรศน์ จะพบว่าภายในคราบจุลินทรีย์ ประกอบด้วยเชื้อจุลินทรีย์จำนวนมากมายหลายชนิด ซึ่งจุลินทรีย์เหล่านี้จะปล่อยพิษออกมาทำให้เกิดการระคายเคือง และกระตุ้นให้เกิดการอักเสบของเหงือก ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคปริทันต์

ในขบวนการเกิดโรคปริทันต์นอกจากจะมีเรื่องการเกิดเหงือกอักเสบ แล้วยังมีขบวนการที่สำคัญคือ การเกิดหินน้ำลาย ซึ่งประชาชนทั่วไปนิยมเรียกว่า หินปูน หินน้ำลายเกิดจากการตกตะกอนของเกลือแคลเซียมและฟอสเฟตบนคราบจุลินทรีย์ เราสามารถแบ่งหินน้ำลายตามตำแหน่งที่พบได้ 2 ชนิด คือ

1. หินน้ำลายเหนือขอบเหงือก เป็นหินน้ำลายที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้โดยตรงภายในช่องปาก บริเวณที่จะพบหินน้ำลายชนิดนี้มากที่สุด คือ บริเวณด้านลิ้นของฟันหน้าล่าง และด้านแก้มของฟันกรามบน ซึ่งเป็นตำแหน่งที่อยู่ใกล้ตำแหน่งรูเปิดของต่อมน้ำลาย ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดหินน้ำลายเหนือขอบเหงือก คือ การขาดการทำความสะอาดฟันที่เพียงพอ การที่มีฟันซ้อนเกหรือการไม่ได้ใช้ฟันบริเวณนั้น ๆ ในการเคี้ยวอาหาร

2. หินน้ำลายใต้ขอบเหงือก เป็นหินน้ำลายที่เกาะที่ผิวรากฟันต่ำจากขอบเหงือก โดยจะเกาะที่บริเวณผิวรากฟัน ผู้ป่วยไม่สามารถเห็นได้เองภายในช่องปาก เนื่องจากมีเปลือกปิดอยู่ และการกำจัดหินน้ำลายนี้ทำได้ยากลำบากมากกว่าหินน้ำลายเหนือขอบเหงือก

หินน้ำลายเป็นปัจจัยเสริมให้โรคปริทันต์ที่มีอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น ต่ำไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ดังที่ประชาชนเข้าใจ เพราะบนผิวหินน้ำลายมีลักษณะขรุขระเป็นที่เกาะของเชื้อโรคและสารพิษจากเชื้อโรค สารพิษเหล่านี้จะแทรกซึมในรูพรุนของหินน้ำลายและเข้มข้นขึ้นตามกาลเวลาที่หินน้ำลายสะสมอยู่บนคอฟัน เมื่อเหงือกสัมผัสกับสารพิษบนหินน้ำลายเหล่านี้ เหงือกจะอักเสบ นอกจากนี้หินน้ำลายยังขัดขวางการทำความสะอาดฟัน ทำให้เชื้อโรคตามคอฟันและซอกฟันตกค้าง ก่อปัญหาเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบไม่สิ้นสุด

### **ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคปริทันต์**

#### **1. ฮอริโมน**

โดยปกติร่างกายของเราจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอริโมนตลอดช่วงอายุ เช่น ระยะเวลาเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น ขณะตั้งครรภ์หรือในระยะหมดประจำเดือนของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงฮอริโมน

ดังกล่าวเชื่อว่ามีผลต่อสุขภาพของเหงือกด้วย โดยมักพบว่าผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน มีโอกาสเกิดโรคเหงือกอักเสบ บวมโยและแดง ถ้าเป็นรุนแรงจะมีลักษณะบวมโตคล้ายเนื้องอก มีสีค่อนข้างแดงจัด จะมีเลือดออกง่าย

ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายจะเป็นภาวะที่บังคับไม่ได้ แต่การป้องกันการเกิดโรครุนแรง สามารถทำได้โดยพยายามรักษาความสะอาดของช่องปากอยู่เสมอ ตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน เพื่อตรวจและควบคุมอนามัยในช่องปาก

## 2. การใช้ยารักษาโรคทางระบบ

ยาบางชนิดที่ผู้ป่วยรับประทานเพื่อรักษาโรคทางระบบ ส่งผลให้เกิดโรคปริทันต์ได้เช่นกัน ที่พบมากได้แก่ เหงือกโตจากผลของการใช้ยารักษาโรคลมชัก (ไดแลนติน) หรือยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ (นิฟิติพีน) หรือในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับฮอร์โมนเพศเสริม เช่น ฮอร์โมนเอสโตรเจน และโพรเจสเตอโรน ก็อาจมีผลทำให้เกิดเหงือกบวมโตได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน ๆ อย่างต่อเนื่องอาจมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อราภายในช่องปากและเหงือกเกิดการอักเสบได้เช่นกัน

## 3. บุหรี่

ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคปริทันต์ เนื่องจากในบุหรี่มีส่วนผสมของสารนิโคตินและน้ำมันดิบ ซึ่งทำให้เกิดคราบเหนียวสีน้ำตาลจับบนตัวฟัน และเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคทำให้เกิดหินน้ำลายได้ง่าย นอกจากนี้ความร้อนและไอระเหยจากควันบุหรี่ทำให้เนื้อเยื่อในช่องปากรวมถึงเหงือกอ่อนแอลง เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดภายในเหงือกเป็นไปไม่สะดวก เหงือกขาดสารอาหารและออกซิเจน มาหล่อเลี้ยง

### ชนิดของโรคปริทันต์

โรคปริทันต์จำแนกตามลักษณะทางคลินิกได้ 2 ชนิด คือ โรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์อักเสบ

#### 1. โรคเหงือกอักเสบ

โรคที่แสดงอาการอักเสบเฉพาะบริเวณเหงือกเท่านั้น สามารถพบได้ในประชากรทุกกลุ่มอายุ ลักษณะการอักเสบและระดับความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สาเหตุเกิดจากคราบจุลินทรีย์ที่สะสมอยู่ในช่องปาก ผู้ป่วยที่ดูแลสุขภาพไม่ดีจะมีคราบจุลินทรีย์สะสมบนตัวฟัน ซึ่งกระตุ้นให้เกิดเหงือกอักเสบขึ้นในที่สุด

#### 2. โรคปริทันต์อักเสบ

หรือที่รู้จักกันในชื่อของ “โรครำมะนาด” เป็นโรคที่การอักเสบไม่ได้เกิดเฉพาะที่เหงือกแต่ลุกลามถึงอวัยวะปริทันต์อื่น ๆ ที่อยู่ใต้เหงือก ซึ่งได้แก่กระดูกเบ้ารากฟัน เอ็นยึดปริทันต์ รวมถึง

การตายของเคลือบรากฟัน โรคนี้จะเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างช้า ๆ โดยเริ่มจากมีการสะสมของ คราบจุลินทรีย์ และหินน้ำลาย สารพิษจากจุลินทรีย์จะทำให้เหงือกและอวัยวะปริทันต์อื่น ๆ อักเสบ

เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ไม่มีความเจ็บปวดที่บริเวณเหงือก และฟัน ผู้ป่วยจึงไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค จนกว่าจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นหรืออยู่ในระยะมีการ อักเสบเฉียบพลัน ซึ่งพบมีเหงือกบวมหรือมีหนองคั่งอยู่ภายในเหงือก ทำให้เหงือกโตเป็นกระเปาะ มีสีแดงคล้ำ จะพบเลือดหรือหนองไหลออกมาทางร่องเหงือก และมีกลิ่นปากรุนแรง

นอกจากนั้นแล้วอาการที่พบได้มากในผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบ คือ เหงือกกร่น รากฟันโผล่ ออกมานอกเหงือกดูคล้ายฟันยาวมากขึ้น อาจมีอาการเสียวฟันหรือเกิดรากฟันผุร่วมด้วย ถ้า ปลดปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษาจะมีการทำลายกระดูกเบ้าฟันมากขึ้น ฟันโยกมากขึ้นจน อาจจะต้องสูญเสียฟันซี่นั้นไปในที่สุด

### การรักษา

โรคปริทันต์รักษาได้ โดยกสนควบคุมอนามัยในช่องปาก การขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน การแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะปริทันต์

#### 1. การควบคุมอนามัยในช่องปาก

เนื่องจากโรคปริทันต์มีสาเหตุมาจากเชื้อโรค ดังนั้นทันตแพทย์จะสอนวิธีการควบคุม อนามัยในช่องปากโดยการแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟัน และใช้แปรงซอกฟัน ทำความสะอาดซอกฟัน อย่างถูกวิธี ก่อนการรักษาขั้นตอนอื่น ๆ

#### 2. การขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน

ผู้ป่วยเป็นโรคปริทันต์แล้วไม่ว่าระดับความรุนแรงของโรคจะมากน้อยเพียงใดก็ตาม ทันตแพทย์จำเป็นต้องให้การรักษารักษาขั้นต้นแก่ผู้ป่วย โดยการกำจัดสิ่งที่เห็นสาเหตุ คือ คราบจุลินท รีย์และหินน้ำลายออกให้หมด โดยการขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน เพื่อให้ผิวฟันเรียบ หลังจากนั้น ขัดคราบต่าง ๆ ที่ติดบนผิวฟันอีกครั้ง ด้วยผงขัดละเอียดผสมน้ำ ผิวฟันที่เรียบจะทำให้ผู้ป่วยทำ ความสะอาดฟันได้ง่ายขึ้น หลังจากการรักษารักษาขั้นต้น ผู้ป่วยต้องควบคุมอนามัยในช่องปากให้ดี ควบคู่ไปด้วย เพื่อช่วยให้เนื้อเยื่อปริทันต์กลับสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น หลังรักษาทันตแพทย์จะนัด ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำเป็นระยะ เพื่อคงสภาพเนื้อเยื่อปริทันต์ที่รักษาแล้วให้ปกติไม่กลับมาเป็นโรค ซ้ำอีกการขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน เป็นการรักษารักษาขั้นต้นในการรักษาโรคปริทันต์ทุกชนิด

#### 3. การแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะปริทันต์

หลังการขูดหินน้ำลาย เกลารากฟัน เหงือกจะมีการหดตัวแน่นขึ้น แต่ในรายที่อวัยวะ ปริทันต์ เช่น กระดูกเบ้ารากฟันถูกทำลายมีรูปร่างผิดปกติมาก จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องแก้ไขความ

ผิดปกติดังกล่าว โดยการเปิดเหงือกตัดแต่งเหงือก และกระดูกเบ้ารากฟันให้มีรูปร่างที่สอดคล้องกับลักษณะทางธรรมชาติ เพื่ออำนวยความสะดวกการกำจัดคราบจุลินทรีย์ในภายหลัง การผ่าตัดบางชนิดอาจสามารถทำให้เกิดการสร้างกระดูกและอวัยวะปริทันต์ใหม่

เหงือกที่มีลักษณะผิดปกติ เช่น ขอบเหงือกหนาและบวมโต คราบจุลินทรีย์จะสะสมง่าย การตกแต่งเหงือกจะช่วยให้การควบคุมคราบจุลินทรีย์ง่ายขึ้น และลดการเกิดโรคซ้ำ

อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่เป็นโรคปริทันต์ และมีการสูญเสียอวัยวะปริทันต์ จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะปริทันต์ ทันตแพทย์จะเป็นผู้ประเมินสภาพเหงือกหลังจากการซูดหินน้ำลาย เคลารากฟัน การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ นั้น จะทำในรายการการอักเสบของเหงือกลดลงจนเป็นปกติ และผู้ป่วยสามารถควบคุมอนามัยในช่องปากได้เป็นอย่างดี

สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ต้องได้รับการควบคุมโรค และหยุดใช้ยาบางตัวเหล่านี้ก่อน จึงรับการรักษาโรคปริทันต์ได้โดยไม่เกิดอันตรายต่อร่างกายส่วนอื่น ๆ

#### การป้องกัน

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าโรคปริทันต์มีสาเหตุหลักมาจากคราบจุลินทรีย์ ดังนั้นการป้องกันที่ดีที่สุดคือ การควบคุมอนามัยในช่องปากให้ดี โดยการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ นอกจากนั้นควรไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน เพื่อรับการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างละเอียด และแก้ไขหรือหยุดการดำเนินโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อไม่ให้มีการลุกลามจนทำให้สูญเสียอวัยวะปริทันต์ไปแม้จะเป็นเพียงส่วนน้อยก็ตาม

นอกจากนั้น อาหารที่รับประทานยังมีผลต่อสุขภาพเหงือกด้วย โดยเฉพาะอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตที่มีรสหวานจัด เช่น ของหวาน ลูกกวาด น้ำอัดลม จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพเหงือกและฟันอย่างมาก เนื่องจากคราบจุลินทรีย์จะเปลี่ยนน้ำตาลอาหารเหล่านี้ไปเป็นกรด ซึ่งสามารถทำลายผิวเคลือบฟันทำให้ฟันผุได้ ยิ่งไปกว่านั้น กรดและสารพิษที่ผลิตจากคราบจุลินทรีย์สามารถทำให้เหงือกอักเสบได้ ดังนั้นหลังการรับประทานอาหารเหล่านี้ ควรบ้วนปากหรือแปรงฟันให้สะอาด เพื่อไม่ให้มีการตกค้างของอาหารภายในช่องปากที่จะสามารถเปลี่ยนเป็นกรดได้ในทางกลับกันอาหารที่มีเส้นใยสูง ในผักผลไม้บางชนิด เช่น ฝรั่ง ชมพู แตงกวา จะช่วยทำความสะอาดฟันและบริหารเหงือกและฟันให้แข็งแรงได้อีกด้วย

## 2.3 การเสียวฟัน

### สาเหตุของการเสียวฟัน

อาการเสียวฟันเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ถ้าเกิดในวัยเด็กมักมีสาเหตุจากฟันผุ ส่วนในกลุ่มผู้ใหญ่หรือสูงอายุนั้น การเสียวฟันอาจเกิดได้มาจากหลายสาเหตุ เช่น ฟันผุ ฟันสึก ฟันที่ได้รับการอุดฟันแล้วเกิดการผุซ้ำ ฟันร้าว เป็นต้น สาเหตุข้างต้นเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทันตแพทย์มักใช้อธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจง่าย ๆ แต่ถ้าจะอธิบายตามหลักวิทยาศาสตร์แท้จริงแล้ว สาเหตุมากมายของการเสียวฟันที่กล่าวมาข้างต้น มีจุดกำเนิดมาจากแหล่งเดียวกันคือ ท่อเล็ก ๆ ที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าซึ่งอยู่ในเนื้อฟัน (Dentine) ท่อดังกล่าววิ่งตรงจากโพรงประสาทฟันไปยังชั้นเคลือบฟัน ภายในท่อนี้จะมีช่องของหลอดเลือดเต็มและมีแขนงใยประสาทอยู่ ใยประสาทนี้จะไวต่อสิ่งกระตุ้นโดยเฉพาะการเคลื่อนตัวของของเหลวที่อยู่ภายในท่อเล็ก ๆ นั้น และที่ปลายของท่อใกล้รอยต่อระหว่างชั้นเคลือบฟันและเนื้อฟัน ปลายประสาทจะมีการแตกแขนงและมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นเป็นพิเศษ เช่น ในกรณีของฟันที่สึกถึงชั้นเนื้อฟัน ผู้ป่วยมักจะมีอาการเสียวฟันเวลารับประทานอาหารร้อน - เย็น หรือน้ำร้อน - เย็น สาเหตุนี้สามารถอธิบายได้โดยใช้หลักวิทยาศาสตร์ว่า อาหารร้อน - เย็น หรือน้ำร้อน - เย็น ไปกระตุ้นให้ของเหลวที่อยู่ในท่อเล็ก ๆ นั้น เกิดการเคลื่อนที่ ใยประสาทซึ่งรับรู้ว่ามีสิ่งมากระตุ้นก็จะส่งกระแสประสาทไปยังสมอง สมองจะรับรู้ความรู้สึกออกมาเป็นอาการเสียวฟัน เพื่อเตือนให้ผู้ป่วยให้หยุดการกระทำดังกล่าว เพราะอาจเป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟันได้ ทั้งนี้การกรอฟันในชั้นเนื้อฟัน การเป่าลมก็อาจเป็นสาเหตุของการเสียวฟันได้เช่นกัน

ในกรณีที่เคยได้รับการอุดฟันมาแล้ว แต่ยังมีอาการเสียวฟันอยู่ ก็สามารถอธิบายได้โดยหลักการเดียวกันกับกรณีฟันผุแล้วยังไม่ได้รับการอุด คือ ฟันที่อุดมาแล้วนั้นอาจมีการผุต่อ หรือมีการรั่วซึมข้าง ๆ วัสดุอุดฟัน เมื่อเรารับประทานอาหารร้อน - เย็น ก็จะไปกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนที่ของของเหลวภายในท่อเล็ก ๆ ในชั้นเนื้อฟัน แล้วทำให้เกิดอาการเสียวฟันได้

### ฟันสึก แบ่งได้เป็น 2 ระยะ

ระยะแรกเป็นการสึกในชั้นเคลือบฟันจนเกือบ ๆ ทะลุถึงบริเวณรอยต่อของชั้นเคลือบฟันกับชั้นเนื้อฟัน ซึ่งเป็นการสึกที่มักพบในบริเวณยอดฟัน กรณีนี้จะเกิดอาการเสียวฟัน โดยมีสาเหตุมาจากที่บริเวณรอยต่อระหว่างเคลือบฟันและเนื้อฟัน มีใยประสาทเล็ก ๆ แตกแขนงเป็นจำนวนมากซึ่งจะไวต่อสิ่งกระตุ้น เช่น น้ำร้อน น้ำเย็น หรือแม้กระทั่งการแปรงฟัน ก็จะทำให้เกิดอาการเสียวฟันมาก

ระยะที่สองเป็นการสึกเข้าไปในชั้นเนื้อฟัน รอยสึกจะมีบริเวณกว้าง และผู้ป่วยจะมีอาการเสียวฟันได้ง่ายเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น สาเหตุก็เช่นเดียวกับกรณีฟันผุคือ มีการกระตุ้นให้เกิดการ

เคลื่อนที่ของของเหลวภายในท่อเล็ก ๆ ในชั้นเนื้อฟันแล้วเกิดกระบวนการส่งกระแสประสาทไปยังสมอง

ในกรณีฟันสึกบริเวณคอฟัน ซึ่งบริเวณดังกล่าวนั้นมีชั้นเคลือบฟันที่บางมากหรือไม่มีเลย วาเหตุก็เช่นเดียวกับการเกิดฟันผุ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียวฟันได้ง่าย ซึ่งแม้แต่การซูดหินปูนหรือเกลารากฟันก็เป็นสาเหตุของอาการเสียวฟันได้ เพราะเครื่องมือมีส่วนไปขูดเนื้อฟันออก เป็นการเปิดปากท่อเล็ก ๆ ในชั้นเนื้อฟันนี้และทำให้เกิดกาเคลื่อนที่ของของเหลวภายในท่อ

กรณีของฟันร้าว แม้แต่รอยร้าวที่เกิดขึ้นไม่มากหรือเป็นเพียงเส้นบาง ๆ ก็สามารถทำให้เกิดอาการเสียวฟันได้เช่นเดียวกันกรณีฟันผุและฟันสึก แต่หากเกิดการรักรุนแรงถึงชั้นโพรงประสาทฟันก็จะทำให้เกิดอาการปวดฟันรุนแรงได้ การบำบัดก็จะทำได้ยากขึ้นหากมีอาการปวดเกิดขึ้นได้

### วิธีแก้ไขปัญหาเสียวฟัน

จะเห็นได้ว่าสาเหตุหลักของการเสียวฟันคือ มีการสึกหรือผุถึงชั้นเนื้อฟัน ซึ่งทำให้เกิดการเปิดของท่อเล็ก ๆ ภายในชั้นเนื้อฟัน ซึ่งของเหลวภายในท่อจะเกิดการเคลื่อนที่ตามสิ่งที่มากระตุ้น อันเป็นจุดเริ่มต้นของอาการเสียวฟัน ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาก็คือทำอย่างไรก็ได้เพื่อปิดท่อเล็ก ๆ เหล่านั้นให้สนิท ทำให้ได้เกิดการเคลื่อนที่ของของเหลวภายในท่อ อาการเสียวฟันก็จะไม่เกิดขึ้น ปัจจุบันมีหลายวิธีในการแก้ไขอาการเสียวฟัน เช่น การบูรณะโดยการอุดฟัน การทาสารกันเสียวฟัน การใช้ยาบ้วนปากหรือยาสีฟันเพื่อลดอาการเสียวฟัน ซึ่งแต่ละวิธีจะให้ผลที่แตกต่างกันออกไป

ในกรณีที่สามารถอุดฟันได้ ทันตแพทย์มักเลือกการอุดฟันด้วยวัสดุอุดฟันที่เหมาะสม เพราะเป็นวิธีที่ได้ผลดี และมีผลสัมฤทธิ์นานที่สุด เนื่องจากการอุดฟันเป็นการปิดท่อเล็ก ๆ ภายในชั้นเนื้อฟันได้ทั้งหมด และเป็นการป้องกันบริเวณรอยต่อระหว่างชั้นเคลือบฟันและเนื้อฟันต่อส่งกระตุ้นต่าง ๆ

ปัจจุบันมีสารหลายชนิดที่ใช้ทาเพื่อป้องกันการเสียวฟัน บางชนิดใช้ร่วมกับการอุดฟัน ซึ่งทำให้การอุดฟันเพื่อแก้อาการเสียวฟันนั้นได้ผลดียิ่งขึ้น แต่หากทันตแพทย์สามารถอุดฟันได้ดี สารเหล่านี้ก็ไม่จำเป็นต้องใช้ ในกรณีที่ไม่สามารถอุดฟันได้ สารทากันเสียวฟันดูจะเป็นทางออกที่ดีที่สุด สารกันเสียวฟันนั้นมีมากมายหลายชนิด แต่โดยหลักการทั่วไปคือ ใช้เกลือแร่ที่ไม่เป็นอันตรายไปสะสมอยู่บริเวณภายในท่อเล็ก ๆ เหล่านั้น ทำให้ท่อเกิดการอุดตัน และเมื่อของเหลวภายในท่อไม่เกิดการเคลื่อนที่ก็จะไม่เกิดอาการเสียวฟัน





















