

การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว โดยทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

จิตตวดี บุญธรรม

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาทันตกรรมมหาบัณฑิต

ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุปราณี วิเชียรเนตร

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชาญชัย ให้สงวน

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันทนีย์ มุทิรากรู

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันทนีย์ มุทิรากรู

ภาควิชาทันตกรรมบดเคี้ยว

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนอังรีดูนังต์ ปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร 10330

โทรศัพท์: 02-2188528, 02-2188553-4

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลในกลุ่มทันตแพทย์ภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ทำการสำรวจจากทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 857 คน โดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา จากผลการศึกษาพบว่า มีแบบสอบถามตอบกลับที่มีข้อมูลเพียงพอจำนวน 509 ชุด ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นชาย 139 คน และหญิง 370 คน มีอายุตั้งแต่ 24 ถึง 58 ปี (เฉลี่ย 33.9 ปี) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และอื่น ๆ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.4) ปฏิบัติงานทั้งทันตกรรมทั่วไปและเฉพาะทางโดยไม่ปรากฏทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวตอบแบบสอบถาม ทันตแพทย์ทุกคนพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวโดยมีอาการและ/หรืออาการแสดงอย่างน้อยหนึ่งอาการ ทันตแพทย์เกือบทุกคน (ร้อยละ 98.8) พบผู้ป่วยที่มีฟันและ/หรือวัสดุบูรณะฟันสึกจนมีอาการเสียวฟัน รองลงมา (ร้อยละ 68.8- 88.4) พบผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวข้องกับเท็มโพรแมนดิบิวลาร์ดีสสอเดอร์ (ทีเอ็มดี) และทันตแพทย์จำนวนมาก (ร้อยละ 53.2 และ 70.3) พบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการสบฟันและการบดเคี้ยว ทันตแพทย์ทุกคนให้การตรวจและรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีที่หลากหลายตามอาการต่าง ๆ ทันตแพทย์จำนวนไม่น้อยส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ โดยส่งไปยังทันตแพทย์อื่นมากที่สุดด้วยสาเหตุของการขาดบุคลากร ความรู้ทักษะ และเครื่องมือ ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมักจะส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการต่าง ๆ ไปยังโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอื่น ๆ ในขณะที่ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มักส่งต่อผู้ป่วยไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์ ด้วยเหตุผลว่ามีความพร้อมมากกว่า สรุปได้ว่าในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวได้ทั่วไป ทันตแพทย์ให้การจัดการผู้ป่วยเหล่านี้ได้ในระดับหนึ่ง และเพื่อช่วยให้การจัดการผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีสัมฤทธิ์ผล ควรสนับสนุนให้มีการเพิ่มจำนวนบุคลากรเฉพาะทาง ในสาขาทันตกรรมบดเคี้ยวและ/หรือการอบรมเพิ่มพูนทักษะของทันตแพทย์ในพื้นที่ให้สามารถจัดการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

บทนำ

ปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ประกอบด้วยอาการและอาการแสดงหลากหลายดังต่อไปนี้คือ เจ็บปวดหรือไม่สบายข้อต่อขากรรไกรและกล้ามเนื้อบดเคี้ยว มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของขากรรไกร มีฟันธรรมชาติ ฟันเทียมและวัสดุบูรณะฟันอื่น ๆ ร้าว ลึก แตกหรือหลุดออก ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับอาการเสียวฟัน ปวดฟัน ฟันโยก เจ็บบริเวณใต้ฐานฟันเทียม มีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง ปวดศีรษะ ปวดในหู หูอื้อ มีเสียงแว่วในหู^{1,2} เป็นต้น และอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย^{3,4} ในประเทศไทยการศึกษาปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวมักเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเท็มโพรเมเนดิบิวลาริซิส-ออเดอร (ทีเอ็มดี) ในเรื่องความชุกของอาการและอาการแสดงต่าง ๆ จากการศึกษาเหล่านี้พบว่าประชากรไทยทั่วไปมีอาการทีเอ็มดีได้ถึงร้อยละ 10.9 ถึง 74.1⁵⁻⁸ แต่มีความต้องการรับการรักษาร้อยละ 1.5⁹ ส่วนใหญ่อาการที่ต้องการรับการรักษา ได้แก่ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บปวด ไม่สบายข้อต่อขากรรไกร ในทำนองเดียวกัน การศึกษาปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในต่างประเทศพบว่ามักเป็นการศึกษาเกี่ยวกับทีเอ็มดีในหลายแง่มุมซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะการรักษาทีเอ็มดี พบว่าทันตแพทย์เฉพาะทางให้การรักษาทีเอ็มดีมากกว่าทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์ทั่วไปส่งต่อผู้ป่วยมากกว่าทันตแพทย์เฉพาะทาง โดยส่วนมากมีการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยและทันตแพทย์เฉพาะทางด้านข้อต่อขากรรไกร⁹⁻¹¹ จากการศึกษาความรู้ ความเข้าใจ ความคิดเห็นต่อปัญหาของระบบบดเคี้ยวในทันตแพทย์ไทย¹²⁻¹⁴ พบว่าทันตแพทย์ไทยเห็นว่าปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวโดยเฉพาะทีเอ็มดีเป็นเรื่องเข้าใจยากและประสบความสำเร็จในการรักษาได้ลำบาก น่าจะส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญมากกว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในอาจารย์ทันตแพทย์และทันตแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ยังไม่เคยมีการสำรวจทันตแพทย์ต่างจังหวัดว่ามีการจัดการปัญหาเหล่านี้อย่างไรบ้างทั้งการรักษาและรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย

จากการศึกษาทั้งหมดดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นการศึกษาปัญหาของทีเอ็มดีซึ่งไม่ครอบคลุมปัญหาทั้งหมดของระบบบดเคี้ยว และเนื่องจากในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีประชากรมากที่สุดในประเทศไทย ประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ แต่เป็นพื้นที่ที่ขาดแคลนทันตแพทย์ที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับทั่วประเทศ¹⁵ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบบดเคี้ยวหรือไม่และได้ตรวจ

วิเคราะห์หรืออย่างไรและจัดการบำบัดรักษาและ/หรือส่งต่อผู้ป่วยเหล่านี้หรือไม่อย่างไร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและจัดทำแนวทางในการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยกลุ่มเป้าหมายคือทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมดจำนวน 857 คน ข้อมูลได้จากการสอบถามไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของแต่ละจังหวัด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและได้ผ่านการตรวจสอบความเข้าใจของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบไปทดลองใช้กับทันตแพทย์จำนวน 10 คน

แบบสอบถามมีจำนวน 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ และส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ได้แก่ การพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว การตรวจ และการจัดการ จำนวน 7 ข้อ เก็บข้อมูลทางไปรษณีย์รวม 3 รอบ รอบแรกกำหนดให้ส่งแบบสอบถามคืนภายในสองสัปดาห์หลังจากที่ได้รับแบบสอบถาม จากนั้นส่งแบบสอบถามในรอบที่สองในผู้ที่ยังไม่ตอบกลับและกำหนดให้ส่งกลับภายในสองสัปดาห์ ท้ายที่สุดส่งไปรษณีย์บัตรติดตามอีกในรอบที่สามในผู้ที่ยังไม่ตอบกลับแบบสอบถาม รวมระยะเวลา 4 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละสำหรับตัวแปรศึกษาต่าง ๆ

ผล

แบบสอบถามถูกส่งกลับทั้งหมด 537 ชุด แบ่งเป็นรอบแรกจำนวน 326 ชุด (ร้อยละ 60.7) รอบที่สองจำนวน 132 ชุด (ร้อยละ 24.6) และรอบที่สามจำนวน 79 ชุด (ร้อยละ 14.7) แบบสอบถามจำนวน 28 ชุด (ร้อยละ 3.3) ถูกส่งกลับเนื่องจากทันตแพทย์ย้ายที่อยู่ ลาออก เรียนต่อ ดังนั้นเหลือแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 509 ชุด (ร้อยละ 59.4) จาก 857 ชุด โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นหญิง 370 คน (ร้อยละ 72.7) เป็นชาย 139 คน (ร้อยละ 27.3) มีอายุตั้งแต่ 24 ปี ถึง 58 ปีอายุเฉลี่ยคือ 33.9 ปี จบทันตแพทยศาสตรบัณฑิตระหว่างปี พ.ศ. 2519 ถึงปี พ.ศ. 2553 กลุ่ม

ที่มากที่สุดเป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 345 คน (ร้อยละ 67.8) รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 60 คน (ร้อยละ 11.8) โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 56 คน (ร้อยละ 11.0) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 21 คน (ร้อยละ 4.1) และอื่น ๆ (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์อนามัย ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) จำนวน 27 คน (ร้อยละ 5.3) เป็นทันตแพทย์ทั่วไปจำนวน 287 คน และเป็นทันตแพทย์เฉพาะทางจำนวน 222 คน จำแนกตามสาขาเฉพาะทางดังตารางที่ 1

ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นทันตแพทย์ทั่วไปหรือทันตแพทย์เฉพาะทางจำนวน 384 คน (ร้อยละ 75.4) ต้องปฏิบัติงานทั้งงานทันตกรรมทั่วไปร่วมกับงานทันตกรรมเฉพาะทาง (ตารางที่ 2) โดยมีทันตแพทย์ทั่วไปปฏิบัติงานทันตกรรมทั่วไปเท่านั้นจำนวน 62 คน (ร้อยละ 21.6) ปฏิบัติงานทันตกรรมทั่วไปและทันตกรรมเฉพาะทาง จำนวน 206 คน (ร้อยละ 71.8) งานอื่น ๆ ได้แก่ งานบริหารจำนวน 19 คน (ร้อยละ 6.6) แต่ไม่มีทันตแพทย์ทั่วไปปฏิบัติงานทันตกรรมเฉพาะทางแต่เพียงอย่างเดียว ส่วนทันตแพทย์เฉพาะทางปฏิบัติงานทันตกรรมเฉพาะทางเท่านั้นจำนวน 14 คน (ร้อยละ 6.3) ปฏิบัติงานทันตกรรมทั่วไปร่วมกับทันตกรรมเฉพาะทางจำนวน 178 คน (ร้อยละ 80.2) งานอื่น ๆ ได้แก่ งานบริหารจำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.9) ในขณะที่มีทันตแพทย์เฉพาะทางปฏิบัติงานทันตกรรมทั่วไปเท่านั้นจำนวน 24 คน (ร้อยละ 10.8)

จากแบบสอบถามว่าเคยพบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสำคัญของการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวหรือไม่ ตารางที่ 3 แสดงว่าทันตแพทย์กลุ่มนี้พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวอย่างน้อยหนึ่งอาการ โดยเกือบทุกคน (ร้อยละ 98.8) พบผู้ป่วยที่มีฟันหรือวัสดุบูรณะฟันสึกจนมีอาการเสียวฟัน ถัดมา ร้อยละ 68.8 ถึง 88.4 พบผู้ป่วยที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับเท็มโพรแมนดิบิวลารีติสออกเตอร์ ได้แก่ ปวดบริเวณศีรษะ-ใบหน้าและขากรรไกรขณะทำหน้าที่ อ้าปากได้น้อยลง มีอาการขัดหรือเสียวที่ข้อต่อขากรรไกร ในขณะที่ร้อยละ 53.2 และ 70.3 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการสบฟันและการบดเคี้ยว ได้แก่ รู้สึกสบฟันเปลี่ยนไป เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด และเมื่อขณะใช้งานขากรรไกร

เมื่อถามว่า ในกรณีทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวได้ตรวจระบบบดเคี้ยวอย่างไร พบว่าทันตแพทย์จำนวนมากที่สุด 497 คน (ร้อยละ 97.6) ตรวจหารอยสึกของฟันและวัสดุบูรณะฟัน รองลงมาทันตแพทย์ 488 คน (ร้อยละ 95.9) ตรวจกล้ามเนื้อบดเคี้ยวและข้อต่อขากรรไกรโดยการคลำ

ทันตแพทย์ 459 คน (ร้อยละ 90.2) ตรวจการมีเสียงดังที่ข้อต่อขากรรไกรขณะมีการเคลื่อนไหวขากรรไกร ทันตแพทย์ 395 คน (ร้อยละ 77.6) ตรวจวัดระยะอ้าปาก ทันตแพทย์ 378 คน (ร้อยละ 74.3) ตรวจการสบฟันในตำแหน่งสบในศูนย์/นอกศูนย์ ทันตแพทย์ 114 คน (ร้อยละ 22.4) ตรวจโดยใช้ภาพรังสี และทันตแพทย์ 59 คน (ร้อยละ 11.6) ทำแบบจำลองการสบฟัน (ตารางที่ 4) เมื่อจำแนกว่าทันตแพทย์แต่ละสาขาตรวจระบบบดเคี้ยวอย่างไรพบว่าทันตแพทย์ทุกสาขาปฏิบัติคล้ายคลึงกัน จะมีแตกต่างบ้างคือ เมื่อเปรียบเทียบกับทันตแพทย์สาขาต่าง ๆ ทันตแพทย์จัดฟันเป็นผู้ส่งถ่ายภาพรังสีมากที่สุด ทันตแพทย์ทันตกรรมประดิษฐ์ทุกคนตรวจสบฟันในตำแหน่งสบในศูนย์/นอกศูนย์ และจำนวนประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.4) ทำแบบจำลองฟันในขณะที่ทันตแพทย์สาขาอื่นทำน้อยกว่าหรือไม่ทำเลย (ตารางที่ 5)

จากตารางที่ 6 เมื่อทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการสำคัญต่าง ๆ ของปัญหา ระบบบดเคี้ยวพบว่า ทันตแพทย์มีการจัดการอาการต่าง ๆ อย่างหลากหลาย และมีการรักษาพร้อมกันมากกว่าหนึ่งวิธีโดยจะเห็นได้จากมีคำตอบมากกว่าหนึ่งคำตอบจากทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น ในกรณีทันตแพทย์ที่มีปัญหาฟันสึก ทันตแพทย์ใช้วิธีการบูรณะฟัน ร่วมกับให้คำแนะนำในการปรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง และ/หรือการจัดการด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ ให้ยา ประคบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็น กรอปรับการสบฟัน เป็นต้น เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการปวด เมื่อยบบริเวณศีรษะ-ใบหน้าหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับเท็มดิทันตแพทย์จำนวนมากให้การรักษาหรือจัดการอาการต่าง ๆ อย่างหลากหลายและวิธีที่ใช้มักเป็นวิธีอนุรักษ์ ได้แก่ ให้คำแนะนำในการปรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบางอย่าง ให้ยาแก้ปวดหรือยาคลายกล้ามเนื้อ แนะนำการประคบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็น ในกรณีที่ทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มีอาการเกี่ยวข้องกับการสบฟัน ได้แก่ อาการรู้สึกกัดฟันหรือสบฟันเปลี่ยนไป และเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด พบว่าทันตแพทย์ร้อยละ 40.0-50.0 ให้การรักษาอาการเหล่านี้ด้วยการกรอปรับสบฟัน และมีทันตแพทย์จำนวนหนึ่งใช้การกรอปรับสบฟันกับทุกกรณีผู้ป่วย เป็นที่น่าสังเกตว่ามีทันตแพทย์จำนวนไม่มากทำเฟื่อสบฟันให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว

การส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวไปยังบุคลากรทางการแพทย์อื่น ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์สาขาอื่น และนักกายภาพบำบัด พบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังทันตแพทย์สาขาอื่นมากที่สุดสำหรับทุกอาการและอาการแสดง โดยจากการศึกษานี้ทันตแพทย์จำนวนประมาณร้อยละ 50.0 มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการปวด เมื่อยบบริเวณศีรษะ-ใบหน้าและอาการที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 1 จำนวนของทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามตามสาขาและประเภทของสถานบริการสาธารณสุข

Table 1 Number of dentists who responded the questionnaire by specialty and type of facilities

Specialty	Number (%)	Type of facilities									
		Regional hospital	General hospital	Community hospital	Province health office	Sirindhorn college	Public health community center	Cancer center	Health promote hospital	Health center	Psychiatric hospital
General practices	287 (56.4)	19 (3.7)	26 (5.1)	222 (43.6)	8 (1.6)	10 (2.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)
Oral and Maxillofacial surgery	37 (7.3)	11 (2.2)	7 (1.4)	19 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Periodontics	23 (4.5)	5 (1.0)	3 (0.6)	12 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pedodontics	14 (2.8)	3 (0.6)	3 (0.6)	8 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Orthodontics	5 (1.0)	1 (0.2)	1 (0.2)	8 (1.6)	2 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Prosthodontics	28 (5.5)	8 (1.6)	5 (1.0)	13 (2.6)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Community dentistry	18 (3.5)	2 (0.4)	0 (0.0)	9 (1.8)	2 (0.4)	4 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Endodontics	15 (2.9)	3 (0.6)	3 (0.6)	6 (1.2)	2 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Operative/Restorative dentistry	10 (2.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	8 (1.6)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
General Dentistry	31 (6.1)	3 (0.6)	4 (0.8)	19 (3.7)	2 (0.4)	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Oral Diagnostic Science (Oral medicine)	7 (1.4)	2 (0.4)	1 (0.2)	4 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Public Health	22 (4.3)	1 (0.2)	2 (0.4)	17 (3.3)	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)
Others (Health Sciences, Hospital dentistry, Dental Research, Dental Public Health and Epidemiology)	11 (2.2)	1 (0.2)	1 (0.2)	5 (1.0)	2 (0.4)	2 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Total	509 (100.0)	60 (11.8)	56 (11.0)	345 (67.8)	21 (4.1)	18 (3.5)	3 (0.6)	2 (0.4)	2 (0.4)	1 (0.2)	1 (0.2)

ตารางที่ 2 ลักษณะและประเภทการทำงานของทันตแพทย์

Table 2 Dentists' characteristics and type of work

Characteristic of dentists	Number	Type of work, N (%)			
		General	Specialty	General & Specialty	Others
General practitioner	287	62 (21.6)	0 (0.0)	206 (71.8)	19 (6.6)
Specialists	222	24 (10.8)	14 (6.3)	178 (80.2)	13 (5.9)
Total	509	86 (16.9)	14 (2.8)	384 (75.4)	32 (6.3)

ตารางที่ 3 จำนวนของทันตแพทย์ที่พบผู้ป่วยมาด้วยอาการสำคัญของปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวจำแนกตามอาการ (จำนวน 509 คน)

Table 3 Number of dentists who meet patients with chief complaints of masticatory system functional problems based on symptoms (n = 509)

Symptoms	Number	Percent
Hypersensitivity due to attrition of teeth or restorations	503	98.8
Pain on face, head, temples during bite, chewing or mouth opening	433	85.1
Pain on TMJ during rest, bite, chewing or mouth opening	464	91.2
Tired in cheeks, jaw during waking and chewing	350	68.8
Decrease range of jaw opening	421	82.7
TMJ locking during mouth opening or closing	419	82.3
TMJ sounds during mouth opening or chewing	450	88.4
Changes in bites	271	53.2
Difficult to chewing food into small pieces (include natural teeth and dentures)	358	70.3

ตารางที่ 4 การตรวจระบบบดเคี้ยวโดยทันตแพทย์ (จำนวน 509 คน)

Table 4 Masticatory system examination performed by dentists (N= 509)

Masticatory system examination	Number	Percent
Examination for attrition of teeth and restorations	497	97.6
TMJ and masticatory muscle palpation	488	95.9
Evaluation of joint noise	459	90.2
Measurement of jaw opening	395	77.6
Occlusal evaluation in centric and eccentric position	378	74.3
Radiographic (Panoramic, Transcranial, CT, MRI)	114	22.4
Diagnostic casts	59	11.6

ตารางที่ 5 การตรวจระบบบดเคี้ยวของทันตแพทย์สาขาต่าง ๆ

Table 5 Masticatory system examination performed by various specialties

Specialty (N)	Masticatory system examination (%)						
	Examination for attrition of teeth and restorations	TMJ and masticatory muscle palpation	Evaluation of joint noise	Measurement of jaw opening	Occlusal evaluation in centric and eccentric position	Radiographic (Panoramic, CT, MRI ,Transcranial)	Diagnostic casts
General practices (287)	96.4	96.8	88.3	74.2	70.4	15.5	0.8
Oral and Maxillofacial surgery (37)	100.0	100.0	97.2	97.2	86.4	59.4	10.8
Periodontics (23)	100.0	100.0	95.6	69.5	69.5	30.4	13.0
Pedodontics (14)	100.0	92.8	78.5	78.5	78.5	28.5	0.0
Orthodontics (5)	100.0	100.0	80.0	80.0	80.0	80.0	0.0
Prosthodontics (28)	100.0	96.4	92.8	82.1	100.0	35.7	46.4
Community dentistry (18)	100.0	100.0	94.1	70.5	88.2	11.7	5.8
Endodontics (15)	100.0	93.3	93.3	73.3	80.0	26.6	0.0
Operative/Restorative dentistry (10)	100.0	90.0	100.0	90.0	70.0	20.0	20.0
General Dentistry (31)	100.0	96.6	100.0	83.3	80.0	26.6	23.3
Oral Diagnostic Science: Oral medicine (7)	100.0	100.0	100.0	57.1	42.8	28.5	0.0
Public Health (22)	95.4	95.4	90.9	81.8	72.7	9.0	4.5
Others: Health Sciences, Hospital dentistry, Dental Research, Dental Public Health and Epidemiology (11)	92.3	84.6	84.6	84.6	76.9	23.1	7.6

ตารางที่ 6 ประเภทของการจัดการปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวเมื่อพิจารณาตามอาการ ผู้ตอบแบบสอบถามอาจตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ

Table 6 Type of masticatory system dysfunction management due to various symptoms. A respondent may report more than one answer

Symptoms	Type of management, N (%)					
	Restorations	Behavioral modification	Medications	Thermal packs	Occlusal adjustment	Occlusal splint
1. Hypersensitivity due to attrition of teeth or restorations (N = 503)	446 (88.7)	234 (46.5)	22 (4.4)	23 (4.6)	80 (15.9)	43 (8.6)
2. Pain on face, head, temples during jaw functions (N = 433)	63 (14.6)	376 (86.8)	356 (82.2)	342 (79.0)	76 (17.6)	54 (12.5)
3. TMJ pain during rest and jaw functions (N= 464)	48 (10.3)	364 (78.4)	48 (10.3)	344 (74.1)	72 (15.5)	92 (19.8)
4. Tired in cheeks, jaw during waking or chewing (N = 350)	17 (4.9)	258 (73.7)	165 (47.1)	198 (56.6)	20 (5.7)	92 (26.3)
5. Decrease range of jaw opening (N = 421)	17 (4.0)	258 (61.3)	224 (53.2)	244 (58.0)	14 (3.3)	22 (5.2)
6. TMJ locking during mouth opening or closing (N = 419)	16 (3.8)	291 (69.5)	117 (27.9)	152 (36.3)	26 (6.2)	51 (12.2)
7. TMJ sounds during mouth opening or closing (N = 450)	29 (6.4)	318 (70.7)	81 (18.0)	128 (28.4)	19 (4.2)	55 (12.2)
8. Changes in bites (N = 271)	64 (23.6)	98 (36.2)	26 (9.6)	31 (11.4)	102 (37.6)	11 (4.1)
9. Difficult to chewing food into small pieces (include natural teeth and dentures) (N = 358)	134 (37.4)	146 (40.8)	14 (3.9)	24 (6.7)	169 (47.2)	7 (2.0)

ตารางที่ 7 การส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวเมื่อพิจารณาจากอาการ

Table 7 Referral of patients with masticatory system dysfunction problem based on symptoms

Symptoms	Dentist N (%)	Physician N (%)	Physical therapist N (%)
Hypersensitivity due to attrition of teeth or restorations (N = 503)	118 (23.5)	2 (0.4)	1 (0.2)
Pain on face, head, temples during bite chewing or mouth opening (N = 433)	191 (44.1)	36 (8.3)	21 (4.8)
TMJ pain during rest, bite ,chewing and mouth opening (N= 464)	209 (45.0)	13 (2.8)	22 (4.7)
Tired in cheeks, jaw during waking and chewing (N = 350)	96 (27.4)	3 (0.9)	8 (2.3)
Decrease range of jaw opening (N = 421)	213 (50.6)	12 (2.9)	14 (3.3)
TMJ locking during mouth opening or closing (N = 419)	216 (51.6)	16 (3.8)	9 (2.2)
TMJ sounds during mouth opening or closing (N = 450)	202 (44.9)	14 (3.1)	4 (0.9)
Changes in bites (N = 271)	144 (53.1)	9 (3.3)	1 (0.4)
Difficult to chewing food into small pieces (include natural teeth and dentures) (N = 358)	108 (30.2)	5 (1.4)	0 (0.0)

ตารางที่ 8 เหตุผลของการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อพิจารณาจากสถานที่ที่ทันตแพทย์ปฏิบัติงาน ผู้ตอบแบบสอบถามอาจตอบได้มากกว่าหนึ่งเหตุผล

Table 8 Reasons for referral of patients based on place of work of dentists. A respondent may report more than one reason

Place of work (N)	Referral reasons, N (%)				
	Insufficient equipment	Lack of staff	Lack of knowledge	Inefficient treatment	Others
Regional hospital (60)	12 (20.0)	24 (40.0)	20 (33.3)	14 (23.3)	3 (5.0)
General hospital (56)	15 (26.8)	27 (48.2)	24 (42.9)	5 (8.9)	4 (7.1)
Community hospital (345)	92 (26.7)	170 (49.3)	118 (34.2)	12 (3.5)	6 (1.7)
Others* (48)	9 (18.8)	18 (37.5)	17 (35.4)	3 (6.3)	0 (0.0)

*Provincial health office, Sirindhorn College of Public Health, Community health center, Health public center, Psychiatric Hospital, Cancer center, Health Promotion Hospital

ตารางที่ 9 การส่งต่อผู้ป่วยและเหตุผล ผู้ตอบแบบสอบถามอาจตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ

Table 9 Patient referral and reasons. A respondent may report more than one answer

Place of work (N)	Patient referral, N (%)					Reasons for referral, N (%)				
	Other hospital	Faculty of Dentistry	Private clinic or hospital	Other department	Others	Referral guideline	Patients' convenience	Personal relationship	Efficiency	Others
Regional hospital (60)	10 (16.7)	39 (65.0)	2 (3.3)	19 (31.7)	3 (5.0)	20 (33.3)	19 (31.7)	13 (21.7)	23 (38.3)	29 (48.3)
General hospital (56)	17 (30.4)	44 (78.6)	0 (0.0)	8 (14.3)	3 (5.4)	18 (32.1)	18 (32.1)	12 (21.4)	21 (37.5)	25 (44.6)
Community hospital (345)	197 (57.1)	128 (37.1)	13 (3.8)	22 (6.4)	4 (1.2)	189 (54.8)	105 (30.4)	48 (13.9)	87 (25.2)	91 (26.4)
Others* (48)	10 (20.8)	22 (45.8)	3 (6.3)	2 (4.2)	2 (4.2)	6 (12.5)	13 (27.1)	7 (14.6)	19 (39.6)	21 (43.8)

*Provincial health office, Sirindhorn College of Public Health, Community health center, Health public center, Psychiatric Hospital, Cancer center, Health Promotion Hospital

กับที่เอ็มดี (ตารางที่ 7) เมื่อพิจารณาสาเหตุสำคัญของการส่งต่อผู้ป่วย ทันตแพทย์รายงานว่า การขาดบุคลากร ความรู้/ทักษะ และเครื่องมือในการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบบดเคี้ยวเป็นสาเหตุสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างสถานบริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ พบว่าทันตแพทย์จำนวนมากจากทุกสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเลือกให้การขาดบุคลากรและการขาดทักษะ/ความรู้ เป็นเหตุผลหลักที่ต้องส่งต่อผู้ป่วย ส่วนเหตุผลรอง ได้แก่ การรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น และอื่น ๆ ผู้ป่วยต้องการไปรับการรักษาที่อื่น (ตารางที่ 8) เมื่อจำแนกตามสถานที่ส่งต่อและเหตุผลของการส่งต่อผู้ป่วย พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปส่งต่อผู้ป่วยไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์มากที่สุดโดยมีเหตุผลต่าง ๆ ที่หลากหลายเรียงตามลำดับดังนี้คือ ความมีศักยภาพ ของสถานบริการ ความสะดวกของผู้ป่วย เงื่อนไขของระบบบริการ และความคุ้นเคยกับสถานที่ที่ส่งต่อ ส่วนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหลัก 2 อันดับแรกคือ โรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขอื่น ๆ และคณะทันตแพทยศาสตร์โดยเหตุผลที่สำคัญคือ เป็นไปตามเงื่อนไขของระบบบริการความสะดวกของผู้ป่วย ความมีศักยภาพ และความคุ้นเคยกับสถานที่ที่ส่งต่อ และทันตแพทย์ที่สังกัดหน่วยงานอื่น ๆ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศูนย์อนามัย ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลกรมสุขภาพจิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวและที่มีการส่งต่อผู้ป่วยก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์เป็นหลักด้วยเหตุผลสำคัญคือความมีศักยภาพของสถานบริการ (ตารางที่ 9)

บทวิจารณ์

วัตถุประสงค์และค่านิยมของการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา คือเป็นการศึกษาประสบการณ์การจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวโดยรวมถึงการตรวจ การรักษา การส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงปัญหาในการจัดการผู้ป่วย ในการศึกษาที่ใช้คำว่าปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวซึ่งเป็นคำที่มีความหมายรวมถึงอาการและอาการแสดงของปัญหาต่าง ๆ ของระบบบดเคี้ยวซึ่งให้ความหมายรวมถึงการมีฟัน/วัสดุบูรณะสึกและมีอาการเสียวฟัน อาการในกลุ่มของปัญหาการสบฟันและการบดเคี้ยว ได้แก่ เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด กัดฟันหรือสบฟันเปลี่ยนไป และกลุ่มอาการของที่เอ็มดี ได้แก่ อาการ

ปวดบริเวณใบหน้า ศีรษะ ชมับ ขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหารหรืออ้าปาก ปวดบริเวณข้อต่อขากรรไกรขณะพัก สบฟัน เคี้ยวอาหารหรืออ้าปาก เมื่อยบริเวณใบหน้าขณะตื่นนอนหรือเคี้ยวอาหาร อ้าปากได้น้อยลงกว่าเดิม รู้สึกขัดที่ข้อต่อขากรรไกรขณะหุบปากหรืออ้าปาก อ้าปากหรือหุบปากมีเสียงดังที่บริเวณหน้าหู ส่วนการศึกษาอื่นที่เคยมีมาก่อนซึ่งเป็นการศึกษาความรู้ ความเข้าใจเฉพาะเกี่ยวกับปัญหาที่เอ็มดี¹²⁻¹⁴ การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวซึ่งมีความหมายรวมถึงอาการและอาการแสดงของปัญหาต่าง ๆ ของระบบบดเคี้ยว ซึ่งเป็นปัญหาที่ทันตแพทย์ทั่วไปน่าจะสามารถจัดการได้

กลุ่มที่ศึกษาเป็นทันตแพทย์ทั้งหมดปฏิบัติภารกิจภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยกเว้นมหาวิทยาลัย โดยมีอัตราตอบกลับใกล้เคียงกับการศึกษาที่มีมาก่อน เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ และในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประชากรใช้บริการระบบบริการสาธารณสุขของรัฐเป็นส่วนใหญ่ และการศึกษาจะเป็นส่วนช่วยให้ทราบว่าทันตแพทย์พบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือหรือไม่ และมีวิธีการจัดการผู้ป่วยเหล่านั้นอย่างไร และถ้ามีการศึกษาระบาดวิทยาต่อไปในพื้นที่นี้ในภาครัฐสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปบริหารจัดการเชิงนโยบายได้

ทันตแพทย์ที่ตอบแบบสอบถามมีทั้งทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ได้แก่ ศัลยศาสตร์ช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล บริทันตวิทยา ทันตกรรมสำหรับเด็ก ทันตกรรมจัดฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตสาธารณสุข วิทยาเอ็นโดดอนต์ ทันตกรรมหัตถการ ทันตกรรมทั่วไป สาธารณสุขศาสตร์ และวิทยาการวินิจฉัยโรค (เวชศาสตร์ช่องปาก) โดยจากแบบสอบถามไม่พบว่ามีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวซึ่งเป็นสาขาหนึ่งในวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความขาดแคลนและความเหลื่อมล้ำของการกระจายตัวของทันตแพทย์เฉพาะทางในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทันตแพทย์เฉพาะทางในสาขาทันตกรรมบดเคี้ยว

จากการศึกษานี้พบว่าทันตแพทย์เกือบทุกคนพบผู้ป่วยที่มีปัญหา ระบบบดเคี้ยวที่มีอาการหลากหลายมาด้วยอาการสำคัญอย่างน้อยหนึ่งอาการ ซึ่งน่าจะเป็นตัวสะท้อนให้เห็นว่าประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีปัญหาเรื่องระบบบดเคี้ยวที่ต้องการการรักษา แม้ว่าในปัจจุบันจะไม่มีการศึกษาวิจัยหรือการสำรวจถึงขนาดของปัญหาในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่แน่ชัด ยังจำเป็นที่ทันตแพทย์ในภูมิภาคนี้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว พบว่า

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ตรวจและให้การรักษา/จัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบบดเคี้ยวได้ระดับหนึ่ง ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วการจัดการที่ให้อยู่ในรูปแบบของการบำบัดรักษาทางทันตกรรมและเป็นการรักษาเบื้องต้นด้วยวิธีอนุรักษ และเป็นที่น่าสังเกตว่าการรักษาปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวที่เกี่ยวข้องกับที่เอมดีด้วยฝือกสบฟันซึ่งเป็นการรักษาที่ได้ผลดีในการจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁶⁻¹⁸ และทันตแพทย์ทั่วไปน่าจะจะสามารถทำได้ทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถามนี้ทำฝือกสบฟันค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากขาดประสบการณ์จากการเรียนทำให้ขาดความรู้ความชำนาญ ความเข้าใจหรือขาดความมั่นใจ น่าจะมีการสนับสนุนหรืออบรมเพิ่มเติมเพื่อให้ความเข้าใจและความมั่นใจมากขึ้น ในขณะที่การรื้อปรับสบฟันซึ่งเป็นการบำบัดรักษาที่มีการผันกลับไม่ได้เป็นวิธีที่ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกใช้ค่อนข้างมากเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสบฟัน และพบว่ามีทันตแพทย์จำนวนหนึ่งใช้กับทุกกรณีผู้ป่วยซึ่งถ้าทำไม่ถูกต้องจะเกิดผลเสียทั้งต่อผู้ป่วยและทันตแพทย์เอง ทันตแพทย์ต้องปฏิบัติกรรปรับสบฟันหรือพิจารณาเลือกใช้รักษาร่วมกับวิธีการรักษาอื่นด้วยความระมัดระวัง¹⁸

นอกจากนี้ พบว่ามีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังทันตแพทย์อื่นสอดคล้องกับการศึกษาของ Glaros และคณะ ในปี ค.ศ.1995¹⁹ และการศึกษาของ Turp และคณะ ในปี ค.ศ.1998²⁰ โดยพบว่าหากทันตแพทย์เป็นผู้ตรวจ การส่งต่อผู้ป่วยมักเป็นการส่งต่อไปยังทันตแพทย์อื่น สาเหตุของการส่งต่อคือขาดบุคลากร และขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษา ดังนั้นจึงน่าจะต้องการเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการจัดการปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวของทันตแพทย์ในพื้นที่

การศึกษานี้มีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ไม่ได้ติดตามถึงความพึงพอใจและความสำเร็จในการรักษาซึ่งน่าจะมีการศึกษาต่อไป อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวและไม่สามารถให้การจัดการปัญหาดังกล่าวได้อย่างครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่มีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวเลย ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่า ภาครัฐควรส่งเสริมให้มีทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวประจำที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อให้คำปรึกษาหรือรักษาผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องได้รับการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้การรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยวและการส่งต่อผู้ป่วยเหล่านี้ได้เร็วจะทำให้ลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษา

และเนื่องจากทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวซึ่งเป็นสาขาย่อยของสาขาวิชาวิทยาการวินิจฉัยช่องปากมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับสาขาอื่น ๆ และภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศ โดยพบว่าทันตแพทย์สาขาวิชาวิทยาการวินิจฉัยช่องปากซึ่งประกอบด้วยสาขาย่อย 4 สาขาวิชาคือ ทันตกรรมบดเคี้ยว รังสีวิทยา เวชศาสตร์ช่องปาก และสาขาพยาธิวิทยา ในภาคภูมิรัฐมีจำนวนทั้งประเทศคือ 100 คน ในเขตกรุงเทพมหานครในภาคภูมิรัฐมีจำนวน 48 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในภาคภูมิรัฐมีจำนวน 14 คน ซึ่งค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับสาขาอื่นเช่นทันตกรรมประดิษฐ์ในภาคภูมิรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน 52 คน สาขาปริทันตวิทยาจำนวน 45 คน²¹ เมื่อมีการเพิ่มทันตแพทย์สาขาทันตกรรมบดเคี้ยวให้มากขึ้นควรผลักดันหรือเพิ่มแรงจูงใจให้มีการกระจายตัวไปยังภูมิภาคนี้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในทันตแพทย์ภาคภูมิรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น ดังนั้นจึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปขยายผลกับทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชน รวมทั้งทันตแพทย์ภาคภูมิรัฐที่ปฏิบัติงานในภาคอื่นของประเทศไทยได้

บทสรุป

ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำหน้าที่ของระบบบดเคี้ยว ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ในพื้นที่เป็นทันตแพทย์ทั่วไปให้การตรวจและการรักษาผู้ป่วยโดยวิธีการที่หลากหลายตามอาการต่าง ๆ และมักส่งต่อผู้ป่วยไปยังทันตแพทย์สาขาอื่นและหน่วยงานที่มีความพร้อมมากกว่า สาเหตุหลักของการส่งต่อคือการขาดบุคลากร ขาดทักษะ ขาดเครื่องมือ และอื่น ๆ เพื่อช่วยในการจัดการผู้ป่วยเหล่านี้ควรสนับสนุนให้มีการเพิ่มจำนวนบุคลากรเฉพาะทางในพื้นที่ อาจจัดให้ทันตแพทย์สาขานี้เป็นสาขาขาดแคลนและเพิ่มค่าตอบแทนให้ทันตแพทย์ที่อบรมหรือศึกษาต่อสาขานี้ และ/หรือการอบรมเพิ่มพูนทักษะของทันตแพทย์ในพื้นที่ให้สามารถจัดการผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง วรารุช ปิติพัฒน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ทันตแพทย์หญิงโสธยา เฉลยจิต ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลรายชื่อทันตแพทย์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและที่อยู่ที่ใช้ในการส่งแบบสอบถาม และขอขอบคุณทันตแพทย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Okeson JP. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 6th ed. Philadelphia: Mosby, 2008.
2. Kaplan AS, Assael LA. Temporomandibular Disorders: Diagnosis and Treatment. Philadelphia: W.B Saunders Co., 1991.
3. Al-Omiri MK, Lamey PJ, Clifford T. Impact of Tooth Wear on Daily Living. *Int J Prosthodont* 2006; 19:601-5.
4. Barros Vde M, Seraidarian PI, Côrtes MI, de Paula LV. The Impact of Orofacial Pain on the Quality of Life of Patients with Temporomandibular Disorders. *J Orofac Pain* 2009; 23: 28-37.
5. Vichiennet S, Vichaichalermvong S. Prevalence of mandibular dysfunction in young adults. *Thai J Hlth Resch* 1988;2:11-21.
6. Sirirungrojying S, Akkayanont P. Prevalence of dental patients with temporomandibular disorders and background factors. *J Dent Assoc Thai* 1998;48:24-9.
7. Vanichanon P, Satrasook C, Kuesakul P. Prevalence of signs of temporomandibular disorders in a selected Thai samples. *J Dent Assoc Thai* 1999;49:10-20.
8. Charoenlarp P, Asawaworarit N, Nakaparksin J, Ungkhara W, Jaochakarasiri P. The prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in dental patients at Faculty of Dentistry, Mahidol University. *Mahidol Dent J* 2001;21:41-52.
9. Ommerborn MA, Kollmann C, Handschel J, Depprich RA, Lang H, Raab WH. A survey on German dentists regarding the management of craniomandibular disorders. *Clin Oral Invest* 2010;14:137-44.
10. Pierce CJ, Weyant RJ, Block HM, Nemir DC. Dental splint prescription patterns: a survey. *J Am Dent Assoc* 1995;126:248-54.
11. Arbree NS, Campbell SD, Renner RP, Goldstein GR. A survey of temporomandibular conducted by Greater New York Academy of Prosthodontics. *J Prosthet Dent* 1995;74:512-6.
12. Siritapetawee M, Kositbowornchai S. Temporomandibular disorders: A pilot survey of the opinions on its cause and treatment among young staffs of Faculty of Dentistry, Khon Kaen University. *KDJ* 1999;2:96-100.
13. Thirawat J. Survey of opinions on competencies standards in dentistry for new dental graduates (dissertation). Bangkok: Chulalongkorn University, 2001.
14. Anuntana L, Kongmebol K, Ladpli A. Temporomandibular disorders: Thai dentist's beliefs and concern (Dental research project). Bangkok: Chulalongkorn University, 1996.
15. Vejajiva A. Building dental workforce in accordance with the nation's public health policy. Addressed in Dental Education for Global Oral Health Care. Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University. March 30, 2011. Available from: <http://media.thaigov.go.th/pageconfig/viewcontent/viewcontent1.asp?pageid=471&directory=1779&contents=56179>
16. Forssel H, Kalso E, Koskela P, Vehmanen R, Puukka P, and Alanen P. Occlusal treatments in temporomandibular disorders: a qualitative systematic review of randomized controlled trials. *Pain* 1999; 83:549-60.
17. Kreiner M, Betancor E, Clark GT. Occlusal stabilization appliances. Evidence of their efficacy. *J Am Dent Assoc* 2001; 132:770-7.
18. De Boever JA, Nilner M, Orthlieb J-D, Steenks MH. Recommendations by the EACD for Examination, Diagnosis, and Management of Patients with Temporomandibular Disorders and Orofacial Pain by the General Dental Practitioner. *J Orofac Pain* 2008;22:268-78.
19. Glaros AG, Glass EG, Hayden WJ. History of treatment received by patients with TMD: a preliminary investigation. *J Orofacial Pain* 1995;9:147-51.
20. Turp JC, Kowalski CJ, Stohler CS. Treatment-seeking patterns of facial pain patients: many possibilities, limited satisfaction. *J Orofacial Pain* 1998;12:61-6.
21. Bureau of Dental Health, Department of Health. Number of dental personnel 2010. Available from: [http:// www.anamai.ecgates.com/public_content/files/001/0000507_1.pdf](http://www.anamai.ecgates.com/public_content/files/001/0000507_1.pdf)

Original Article

Management of Patients with Masticatory System Functional Problems by Public Dentists in North-Eastern Thailand

Jitawadee Boontham

Graduate student
Department of Occlusion
Faculty of Dentistry,
Chulalongkorn University

Supraanee Vicheinnet

Associate Professor
Department of Occlusion
Faculty of Dentistry,
Chulalongkorn University

Chanchai Hosanguan

Associate Professor
Department of Community Dentistry
Faculty of Dentistry,
Chulalongkorn University

Wantanee Mutirangura

Assistant Professor
Department of Occlusion
Faculty of Dentistry,
Chulalongkorn University

Correspondence to:

Assistant Professor Wantanee Mutirangura
Department of Occlusion
Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University
Henri- Dunant Rd., Pathumwan
Bangkok 10330
Tel.: 02-2188528, 02-2188553-4

Abstract

The objective of this study was to survey a group of public dentists in North-eastern Thailand regarding management of patients with dysfunctional masticatory system. Survey a number of 857 dentists working at public health facilities in North-eastern Thailand using a mail questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics. There were mails with enough information derived from 509 respondents. They were 139 male and 370 female with aged ranged 24 to 58 years (mean age 33.9 years) practicing in regional hospital, general hospital, community hospital and others. Most of them (75.2%) had a practice profile as a combination of general and specialty practice. No occlusion specialist was found. All had found patients with at least one sign or symptom of dysfunctional masticatory system. Most of them (98.8%) had found patients who had attritive teeth/restoration with sensitivity, next (68.7-88.4%) had found patients with temporomandibular disorders (TMD) and a lot (53.2 and 70.3%) had found patients with occlusal and chewing problems. Dentists had investigated and managed their patients based on various symptoms. Some referred their patients to other medical personnel and most likely referred to other dentists with main causes as the lack of personnel, knowledge/skill and equipments. Dentists in community hospital were more likely to refer their patients to other public health hospital, while dentists in general and regional hospitals were much likely to refer their patients to faculty of dentistry due to better equipped facilities. In conclusion, public dentist in North-eastern Thailand had found patients with masticatory system dysfunction in general. They had managed their patients with some level. To improve the oral healthcare system, there should be more personnel specialized in this field or have more training of local dentists for proper management to these patients.

Key words: Management; Masticatory system dysfunction problems; North-Eastern; Referral