

บทที่ 2

ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาถึงความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมกับสภาวะทันตสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านกาศวิทยาคม อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ นั้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. ความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม
2. ความสุขของสภาวะความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม

1. ความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม อธิบายเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม และความหมาย ประเภท ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ดังนี้

ความวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง สภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการรับรู้ถึงอันตรายซึ่งไม่สามารถจำแนกออกจากความกลัวได้ โดยสิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล นั้นคลุมเครือไม่ชัดเจน บุคคลที่มีความหวาดวิตกจะมีความกลัวที่รุนแรงแต่หาสิ่งหรือสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าจะเกิดอันตรายชัดเจนไม่ได้ ซึ่งความกลัวนี้ถูกเหนี่ยวนำโดย การผสมผสานกันระหว่างการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางเคมีของร่างกายบุคลิกภาพของผู้ป่วย ความทรงจำและ สถานการณ์ทางสังคมซึ่งไม่สามารถจำแนกได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมก็จะมีความหวาดกลัวต่อสถานการณ์ที่ต้องไปรับการรักษาทางทันตกรรมโดยที่บอกถึงสิ่งที่ทำให้ วิตกกังวลหรือหวาดกลัวชัดเจนไม่ได้ต่างจาก ความกลัว (fear) ผู้ที่หวาดกลัวจะสามารถชี้เฉพาะถึงสิ่งที่ทำให้ตนเองหวาดกลัวได้ เช่น กลัวเข็มฉีดยา กลัวเลือด เป็นต้น

ความวิตกกังวล แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Donald et al., 1978)

- ความวิตกกังวล โดยทั่วไป (Generalized trait anxiety) เป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะตัวหรือมีเสถียรภาพในแง่มุมมองของการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล เช่น มีความวิตกกังวลต่อ การเผชิญหน้ากับสถานการณ์ใหม่ๆ

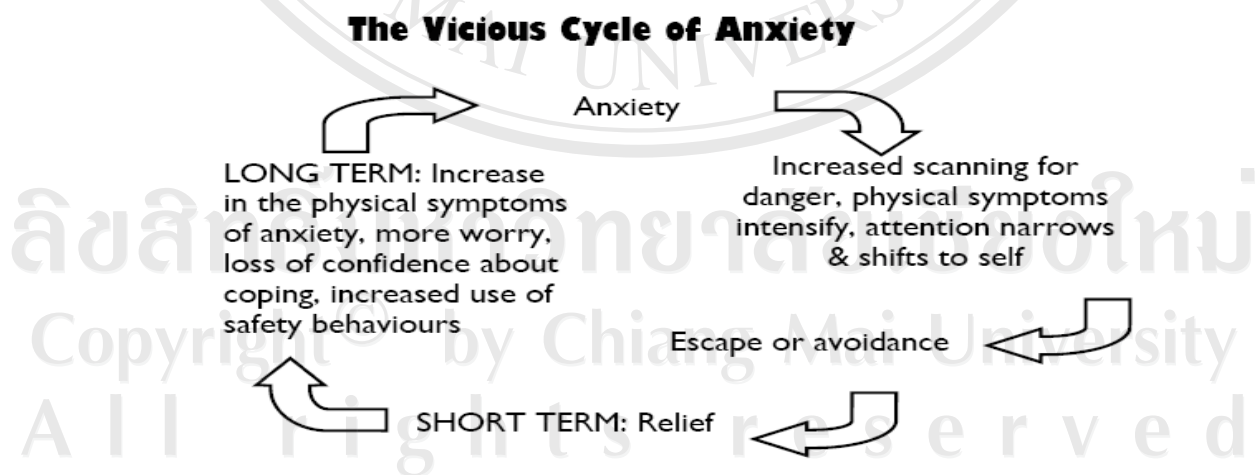
- ความวิตกกังวลจากการสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Transitional situation anxiety) ในสถานการณ์ต่างๆ ไป บุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ที่มีความวิตกกังวล (anxious person) จะมีความรู้สึกกังวลเพียงชั่วคราวต่อสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียดอย่างมาก ความเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองของผู้ที่มีความวิตกกังวลสูงมีลักษณะดังนี้คือ

- การตอบสนองทางกายภาพ (Physiological and somatic sensation) เช่น หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นแรง รู้สึกไม่สบายใจกระสับกระส่าย

- การปรากฏความเปลี่ยนแปลงในกระบวนการคิด (Cognitive features) เช่น การไม่มีสมาธิ หวาดระแวง, ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะวิตกกังวลได้, จินตนาการถึงเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดที่จะเกิดขึ้น

- การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral reactions) เช่น การหลีกเลี่ยงโดยการเลื่อนการนัดหมายทางทันตกรรมหรือการแสดงความต้องการที่จะรักษาทุกอย่างในครั้งเดียวเป็นต้นหรือการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

สาระของสภาวะความวิตกกังวลคือ ความกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลที่จะรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในอนาคต โดยใช้ศักยภาพทั้งหมดเท่าที่จะพึงมีในขณะนั้นและหากว่าไม่สามารถที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นได้ความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นในที่สุด และเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นแล้วกลไกการป้องกันตัวของร่างกายจะเริ่มทำงานซึ่งอธิบายได้ด้วยแผนภูมิความวิตกกังวลที่ร้ายแรง (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 The vicious cycle of anxiety

ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะความวิตกกังวลกลไกการป้องกันตัว จะเริ่มทำงานโดยการหลีกเลี่ยงต่อสถานการณ์นั้นๆ อย่างทุกวิถีทาง เพื่อให้ความวิตกกังวลลดลง ซึ่ง การลดลงของความวิตกกังวลนั้น จะเป็นเพียงระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น หลังจากนั้นหากผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์อันไม่น่าพึงประสงค์นั้นอีกจะทำให้สูญเสียความมั่นใจในการรับมือกับ สถานการณ์นั้นๆ เนื่องจากการหลีกเลี่ยงในครั้งก่อนจะกลายเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก ปลอดภัย (Safety behavior) เช่น การกินยานอนหลับ การแน่ใจว่ามีคนไปเป็นเพื่อนตลอดจนการ หลีกเลี่ยงสถานการณ์นั้นๆ ทำให้เกิดภาวะความวิตกกังวลสูงขึ้น ซึ่งหากการหลีกเลี่ยงนี้ยังคง ดำเนินต่อไปทุกครั้งผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ไม่พึงประสงค์จริงนี้จะทำให้เกิดความวิตกกังวล สูงขึ้นเรื่อยๆ (<http://www.cci.health.wa.gov.au>, 1996) เช่นเดียวกับในทางทันตกรรม วงจรแห่งการ หลีกเลี่ยง (cycle of avoidance) นี้จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันต กรรม ดังนั้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวกลไกการป้องกันตัวจะเริ่มทำงานเพื่อลดความวิตก กังวลทำให้ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมไม่ไปรับบริการตามนัดหมาย หรือ มักเลื่อนการรับการรักษาใน ออกไปนานที่สุดเพื่อหลีกเลี่ยงการทำฟัน จากการศึกษาของ Schwarz ในปี 1995 พบว่ามี ความสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างภาวะความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมกับการ หลีกเลี่ยงการรับบริการทางทันตกรรม โดยการรักษาทางทันตกรรมที่ยุ่ยากซับซ้อนและการนิยดา ษาเฉพาะที่เป็นหนึ่งในปัจจัยที่พบบ่อยว่าเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันต กรรม (Schwarz et al., 1995)

งานวิจัยของ Buchanan ในปี 2006 ซึ่งชี้ว่าประมาณ 7-12% ของประชากรมีประสบการณ์ ในการเกิดภาวะ วิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมสูงและสูงมากซึ่งสถานะเหล่านี้ส่งผล กระทบอย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในเบื้องต้นมันจะนำไปสู่การหลีกเลี่ยงต่อสิ่ง กระตุ้นซึ่งนั่นก็คือบริบททางทันตกรรม (dental context) ซึ่งจะนำไปสู่ผลกระทบที่ร้ายแรงกับ สุขภาพช่องปากของผู้ป่วย ทำให้เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจมาพบทันตแพทย์ต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการ รักษาเนื่องจากความเลื่อมของสภาพช่องปากจึงทำให้การรักษายุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น เกิดภาวะ ฉุกเฉินทางทันตกรรมทำให้ต้องได้รับการรักษาที่รุนแรงหรือยุ่งยากมากขึ้นซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้ เกิดความกลัวมากยิ่งขึ้น ทำให้วงจรแห่งการหลีกเลี่ยงรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Buchanan et al., 2006) ซึ่ง หนึ่งในเครื่องมือในการวัดระดับความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม คือ เครื่องมือวัด ความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมของCorah (The Corah's Dental Anxiety Scale) ซึ่ง เป็นเครื่องมือได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อการเข้าถึงภาวะความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม โดยมีลักษณะเป็นแบบสอบถามซึ่งจะถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการรับบริการทางทันตกรรมที่ ผ่านมาของผู้ถูกทดสอบ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย คำถาม 4 ข้อ แบบให้เลือกตอบ โดยจะมี

คะแนนรวมเฉลี่ย 4- 20 คะแนน จากการทดสอบแบบสอบถามในนักศึกษามหาวิทยาลัย 1,232 คน (เพศหญิง 704 คน เพศชาย 528 คน) ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 8.89 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.99 และค่ามัธยฐานและ ฐานนิยมคือ 8 และมีกลุ่มตัวอย่าง 5 คนที่รู้ตัวว่าเป็น dental phobia ซึ่งได้คะแนนอยู่ในช่วง 17-20

ความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถามนี้ถูกประเมินสำหรับความสอดคล้องภายใน (internal consistency) กับ ความมีเสถียรภาพ (stability) โดยใช้สูตรของ Kuder-Richardson (K-R) Formula 20 (P. H. Dubois, An Introduction to Psychological Statistics, 1965, pp 393-398). ในกลุ่มตัวอย่าง 313 คน พบว่ามีค่า K-R Formula coefficient เท่ากับ 0.86 มีการทดสอบ stability ซ้ำสองครั้ง ในกลุ่มตัวอย่าง 171 คน ภายใน 3 เดือน ซึ่งประสิทธิภาพสัมพันธ์ก็อยู่ในระดับสูงคือ 0.82

ความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถามถูกทดสอบโดยทันตแพทย์ 2 คนโดยให้พนักงานต้อนรับในคลินิกนำแบบสอบถามไปให้ผู้ป่วยที่รอรับการรักษายู่ตอจากนั้นทันตแพทย์นำผู้ป่วยมาทำการรักษาโดยไม่รู้คำตอบของผู้ป่วยโดยทันตแพทย์จะจัดกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นสามกลุ่มตามระดับความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแสดงออกขณะรับบริการคือรู้สึกวิตกกังวลมาก ปานกลางและน้อยตามลำดับ ทันตแพทย์คนแรกจัดกลุ่มผู้ป่วย 55 คน ทันตแพทย์คนที่สองจัดกลุ่มผู้ป่วย 49 คน แล้วนำมาหาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดกลุ่มผู้ป่วยโดยทันตแพทย์และคะแนนการทดสอบของผู้ป่วยพบว่าได้ค่าเป็น 0.41และ0.42ในทันตแพทย์คนที่1และคนที่2ตามลำดับ ($p < 0.01$)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือวัดความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมของ Corah จึงเป็นแบบสอบถามที่มีความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง ที่น่าพึงพอใจและสามารถนำมาใช้ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี (Corah., 1968)

2. ความชุกของสถานะความรู้สึกวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม

มีงานวิจัยหลายชิ้นได้กล่าวถึงสถานะความชุกของความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมโดยหนึ่งในการศึกษานั้น คือ การศึกษาของ Agras et al.(1979) ศึกษาในชุมชนเมือง New England ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชาชนกลัวการทำฟันเป็นอันดับ 5 ของความกลัวทั้งหมด และพบว่า ร้อยละ 19.8 ของประชากรมีระดับความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าร้อยละ 2.4 มีระดับความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมอยู่ในระดับสูง และพบการหลีกเลี่ยงการรับบริการทันตกรรมในประชากรที่มีระดับความวิตกกังวลสูง และจากการศึกษาของ Friedson &Feldman.(1958) ในการสำรวจประชากรชาวสหรัฐอเมริกาพบว่าประมาณ ร้อยละ 6 ของประชากรไม่ต้องการรับบริการทางทันตกรรมเนื่องจากความกลัวจาก

การศึกษาของ Milgrom et al.(1988) ใน Seattle รัฐ Washington ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีประชากรร้อยละ 50 มีกัลวการรักษาทางทันตกรรม โดย ร้อยละ 28 มีความกลัวเล็กน้อย ร้อยละ 13.1 มีความกลัวปานกลาง ร้อยละ 4.3 กลัวมาก และร้อยละ 3 กลัวมากที่สุด โดยมีความชุก คือ 204 คนต่อประชากร 1000 คน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Stouthard & Hoogstraten.(1990) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่อายุมากกว่า 16 ปี ชาวดัชช์ การศึกษาของ Chelleappah et al.(1990) Tio et al.(1990) Milgrom et al.(1990) Milgrom et al.(1992) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มวัยเด็ก วัยรุ่น และกลุ่มนักศึกษา มหาวิทยาลัยในประเทศสิงคโปร์ และการศึกษาในนักเรียนญี่ปุ่นของ Domoto et al.(1988) ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความกลัวการทำฟันได้มีการแพร่หลายไปทั่วและส่งผลต่อสภาวะทันตสุขภาพของผู้ป่วย ประมาณ 15% ของประชากรโลกในวัยผู้ใหญ่ทุกทรมานกับภาวะนี้และหลีกเลี่ยงที่จะไปรับบริการทางทันตกรรม โดยจะไปรับการรักษาเฉพาะเมื่อมีอาการปรากฏเท่านั้นและพบว่ามี 6%ของประชากรทั้งหมดที่หลีกเลี่ยงการไปรับบริการทางทันตกรรม โดยสิ้นเชิงและพบว่าใน Seattle พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีความกลัวการทำฟันสูงกับระยะเวลาไปพบทันตแพทย์ครั้งสุดท้าย กลุ่มที่มีความกลัวมาก ร้อยละ 59 จะไปพบทันตแพทย์ทุกๆ 12 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีความกลัวต่ำซึ่งมากกว่า ร้อยละ 77 จะไปพบทันตแพทย์ทุกๆ 12 เดือน และในกลุ่มที่มีความกลัวมาก ร้อยละ 24 ไม่ไปพบทันตแพทย์เลยภายในระยะเวลา 2 ปี และพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่มีความกลัวสูงมักจะมีการเลื่อนการนัดหมายทางทันตกรรมมีถึงเกือบ 1 ใน 10 ล้มเหลวต่อการไปรับการรักษาตามนัดหมาย (Eli et al., 1997) ทั้งนี้ในประชากร โดยทั่วไปความชุกของระดับความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปบ้างตามเพศและอายุ (Milgrom et al., 1994)

2.1 ความแตกต่างของอายุกับความชุกของความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม

พบว่าในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่าจะมีความชุกของความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยงานวิจัยของ Agras et al.(1979) Klenknecht et al.(1973) Bernstein & Kleinknecht.(1979) Milgrom et al.(1973) กล่าวว่าความกลัวส่วนใหญ่เริ่มต้นขึ้นในช่วงวัยเด็กก่อนอายุ 13 ปี ความหวาดกลัวนี้จะลดลงเมื่อบุคคลมีประสบการณ์ชีวิตและเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่เต็มตัวแต่สำหรับในประชากรบางส่วน ความหวาดกลัวต่อการทำฟันก็ยังคงอยู่แม้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้ว และความกลัวการทำฟันก็สามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงที่เป็นผู้ใหญ่แล้ว อีกด้วย (Locker et al., 1991)

ตารางที่ 1 แสดงระดับความวิตกกังวลแยกตามกลุ่มอายุ

Age level	Fear level					Total
	None at all	A little	Some	Much	Very much	
14-21	7.7	50	11.5	7.7	23.1	100
22-29	23.1	32.7	18.3	17.3	3.7	100
30-39	34.6	29.6	13.6	11.1	11.1	100
40-49	35.9	46.2	10.3	5.1	2.6	100
50-83	53.7	29	10.4	3	3	100
Total	32.8	34.4	13.9	10.4	8.5	100

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าประชากรที่มีอายุมากกว่าจะมีความกลัวน้อยกว่าในกลุ่มที่อายุน้อยซึ่งข้อมูลเหล่านี้ มาจากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีสัญญาณของความหวาดกลัวในขณะที่ไปรับการรักษาที่คลินิกทันตกรรม ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ลงมาพบว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปี จะมีความกลัวน้อยกว่าถึงแม้ว่าจะมีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีความกลัวน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยแต่ก็เป็นเพียงแนวโน้มเท่านั้นผู้ป่วยบางรายก็ไม่เป็นไปตามนั้นเราไม่อาจสรุปได้ว่าผู้ป่วยที่อายุมากจะไม่มี ความกลัวหรือผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีความหวาดกลัวมากเสมอไป (Milgrom et al., 1995)

2.2 ความแตกต่างของเพศกับความชุกของความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม

โดยทั่วไปเพศหญิงจะมีระดับความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมสูงกว่าเพศชายซึ่งสรุปได้จากการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างประชากรทั่วไป (Agras et al., 1979 Milgrom et al., 1988, Stouthard & Hoogstraten., 1990, Neverlien., 1990, Hakeberg et al., 1992) การสำรวจในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศสหรัฐอเมริกาและต่างประเทศของ (Klenknecht et al., 1973, Corah et al., 1979, Bernstein & Kleinknecht., 1979, Bernstein & Kleinknecht., 1982, Nippert&Meier., 1987, Frazer&Hampson., 1988, Brauner., 1989, Teo et al., 1990, Milgrom et al., 1994) นอกจากนี้ ยังพบว่าเพศหญิงจำนวน ร้อยละ 75 - 86 จะหลีกเลี่ยงการรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากความหวาดกลัว ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับการศึกษาใน คลินิกความกลัวการ ทำฟันของมหาวิทยาลัยในวอชิงตันซึ่งพบความจริงที่ว่าเพศหญิงจะหลีกเลี่ยงการรักษาเนื่องจากความหวาดกลัวมากกว่าเพศชายในขณะที่โดยทั่วไปในสภาวะที่ปราศจากความกลัวนั้นเพศหญิงจะ

มีความถี่ของการไปรับบริการทางทันตกรรมมากกว่า (Shaw&Thoresen.,1974, Bernstein& Kleinknecht., 1979, Klepac et al., 1982)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม

ความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมประกอบด้วยหลายปัจจัย ดังนี้

Dental experiences ปัจจัยหลักที่ทำให้เราสามารถอธิบายถึงความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมได้ คือ traumatic experience จากการไปทำฟัน พบได้บ่อยๆว่าประชาชนจะมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการทำฟันจากการพูดคุยกับผู้อื่น สิ่งนี้ปรากฏได้ทั่วไปจากสถานการณ์ในครอบครัว ผู้ปกครองที่มีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับการทำฟันจะมีความสัมพันธ์กับเด็ก หรือในระหว่างพี่น้องที่มีทัศนคติที่ไม่ดีกับการทำฟันก็จะส่งผลกระทบต่อเด็กอีกคนหนึ่ง ส่วนปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลกระทบต่อคือ เรื่องน่ากลัวจากการไปทำฟันที่เล่าโดยเพื่อนของเด็ก การอ่านในหนังสือหรือการดูหนังในโทรทัศน์ โดยเฉพาะสื่อเป็นตัวละครสำคัญที่ทำให้เกิดความกลัวต่อการรักษาทางทันตกรรม ความกลัวขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตของบุคคลนั้นกับการรักษาทางการแพทย์หรือทางทันตกรรม ซึ่งจะแปลไปเป็นความกลัวการทำฟันเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ เช่น การได้รับความกระทบกระเทือนจากแพทย์หรือพยาบาลในชุดสีขาว ก็จะเกิดความกลัวต่อบุคคลที่ใส่ชุดสีขาว หรือเจ็บปวดจากการถูกฉีดยาที่จะกลัวเข็ม เป็นต้น ผู้ป่วยบางคนมีความทรงจำในวัยเด็กจากการถูกดำเนินจากทันตแพทย์เพราะการทะเลาะหรือการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์ ก็จะนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการมารับการรักษาทางทันตกรรมเพราะความกลัวจะถูกดำเนินหรือเพราะเกิดความรู้สึกผิดที่ปล่อยปละละเลยทิ้งไว้นานเกินไป ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่เคยกลัวการทำฟันมาก่อนแต่การถูกดำเนินโดยทันตแพทย์เกี่ยวกับสภาพช่องปากของเขา จะทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีกับภาพลักษณ์ของตน ซึ่งนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการมารับบริการทางทันตกรรมได้

นอกจากนั้นการเคยมีประสบการณ์การปวดฟันอย่างมากในอดีตก็ส่งผลต่อการเกิดความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม เนื่องจากความเจ็บปวดจากฟันจะถูกเก็บไว้ในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึกของบุคคลและต่อมาเมื่อจำเป็นต้องไปทำฟันก็จะเกิดความเชื่อมโยงว่าการไปทำฟันคือ ความเจ็บปวดอย่างมากเนื่องจากเป็นต้นกำเนิดเดียวกันกับความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยเคยได้รับ ดังนั้นจึงมักหลีกเลี่ยงการรับบริการทางทันตกรรม มีงานวิจัยหลายชิ้นได้ทำการศึกษาและเกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาแบบศึกษาย้อนหลังพบว่า พบอุบัติการณ์สูงว่าเหตุการณ์ที่ไม่น่าประทับใจระหว่างไปรับบริการทางทันตกรรมนั้นนำไปสู่ภาวะความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม โดยเหตุการณ์ที่ทำให้เกิด traumatic experience ส่วนใหญ่ คือ การที่ทันตแพทย์ทำให้เกิดความเจ็บปวด

โดยไม่รู้ตัวระหว่างกระบวนการรักษาทางทันตกรรม จากการศึกษาในผู้ใหญ่ในประเทศนอร์เวย์ พบว่า ผู้ใหญ่ ร้อยละ 60 มีประสบการณ์การเจ็บปวดอย่างมากอย่างน้อย 1 ครั้ง และในจำนวนนั้น พบว่า มากกว่า ร้อยละ 5 สาเหตุของความเจ็บปวดมาจากการทำฟัน โชคไม่ดีที่ทันตแพทย์ไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดแบบฉับพลันขณะทำการรักษาได้ สาเหตุของความวิตกกังวลส่วนใหญ่มาจากกระบวนการนัดหมายเฉพาะที่ จากการศึกษาที่มีรายงานว่าพบว่าคุณภาพของการนัดหมายเฉพาะที่นั้นมีอย่างน้อย ร้อยละ 10 ที่ล้มเหลวและนี่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด โดยไม่รู้ตัวระหว่างการรักษา นอกจากนั้นความเจ็บปวดจากกระบวนการทางทันตกรรมอื่นๆ เช่น การขูดหินปูน ซึ่งโดยปกติจะไม่เจ็บปวด ซึ่งความไม่สบายนี้ก็เพียงพอที่จะสามารถกระตุ้นความกลัวให้เกิดขึ้น ได้ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม มีจำนวนน้อยมากที่จะไม่มีความเจ็บปวดเลยจึง เป็นการยากที่จะเข้าใจว่า ประสบการณ์ในความเจ็บปวดเกี่ยวข้องกับ ความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเท่านั้นที่มีภาวะความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม จากการศึกษาของ Davey.(1989) ศึกษาในเด็กนักเรียนพบว่าเด็กนักเรียนที่รายงานว่าไม่มีภาวะ ความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรม นั้น ได้รับการรักษาที่ไม่มีความเจ็บปวดก่อนที่จะได้รับการรักษาที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาที่สนับสนุนถึงทฤษฎี Latent inhibition hypothesis ซึ่งหมายถึงในสถานการณ์เดียวกันถ้าบุคคลมีประสบการณ์ที่ดีก่อนแล้วจึงประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจก็จะไม่นำไปสู่สภาวะความวิตกกังวลแม้ในอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน

Psychosexual Significant of the oral cavity มีหลายการศึกษากล่าวไว้ว่าช่องปากมีความสำคัญและเป็น pleasure zone (พื้นที่แห่งความพึงพอใจ)ซึ่งคนส่วนใหญ่ไม่ชอบให้บริเวณ pressure zone ของตนถูกรบกวน นอกจากนี้จากลักษณะและตำแหน่งทางกายวิภาค ความเจ็บปวดบริเวณช่องปากจะมากกว่าบริเวณอื่นๆ เช่น การถูกกดขี่บริเวณช่องปากผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บมากกว่าขีดที่อวัยวะอื่นของร่างกายเนื่องจาก บริเวณช่องปากซึ่งมี Trigeminal nerve ซึ่งเป็นศูนย์กลางของความเจ็บปวดมาเลี้ยง ดังนั้นสาเหตุนี้จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความกลัวต่อการรักษาทางทันตกรรม เนื่องจากการรบกวนบริเวณ pressure zone และเกิดความเจ็บปวดมากกว่าบริเวณอื่น (Milgrom,1995)

The location of the self จากการศึกษาของ Borland ในปี ค.ศ. 1963 พบว่า Myself ของแต่ละบุคคล หมายรวมถึงพื้นที่บริเวณศีรษะ และเนื่องจาก กระบวนการทั้งหมดของการรักษาทางทันตกรรมทั้งหมดอยู่บริเวณช่องปากซึ่งอยู่ใกล้กับบริเวณ center of self ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมได้

Personal space จากทฤษฎีหลักอาณาเขต ของ Andrey (1996) และ Morris (1967) กล่าวว่าในแต่ละบุคคลจะมี personal area ซึ่งเป็นอาณาบริเวณที่เป็นส่วนตัวและจะต่อต้านเมื่อถูกรุกล้ำเข้ามาใกล้กว่าบริเวณนี้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีระยะ 18 นิ้วโดยรอบตัวบุคคล ดังนั้นการทำพื้นจึงเป็นการรุกรล้ำ personal area ของบุคคลดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและต่อต้านการรักษาได้

Touching การสัมผัสโดยเฉพาะการสัมผัสระหว่างผู้ชายกับผู้ชาย การสัมผัสบริเวณส่วนต่างๆ ของร่างกายและโดยเฉพาะบริเวณศีรษะซึ่งเป็นบริเวณที่ลวงล้ำมากที่สุด ดังนั้นการที่ทันตแพทย์สัมผัสบริเวณศีรษะของผู้ป่วยอาจเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวลต่อการรักษาได้ (Milgrom et al., 1995)

The Physical office สภาวะแวดล้อมต่างๆ ไปในคลินิก เสียงที่ดัง กลิ่นน้ำยา อุนทุมุมและความชื้นตลอดจนความสะอาด ความสว่างในคลินิกต่างก็ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลในการรักษาได้

Treatment ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะกลัวการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากกว่า เช่น กลัวการฉีดยา และถอนฟันมากกว่าการเคลือบฟลูออไรด์ เป็นต้น

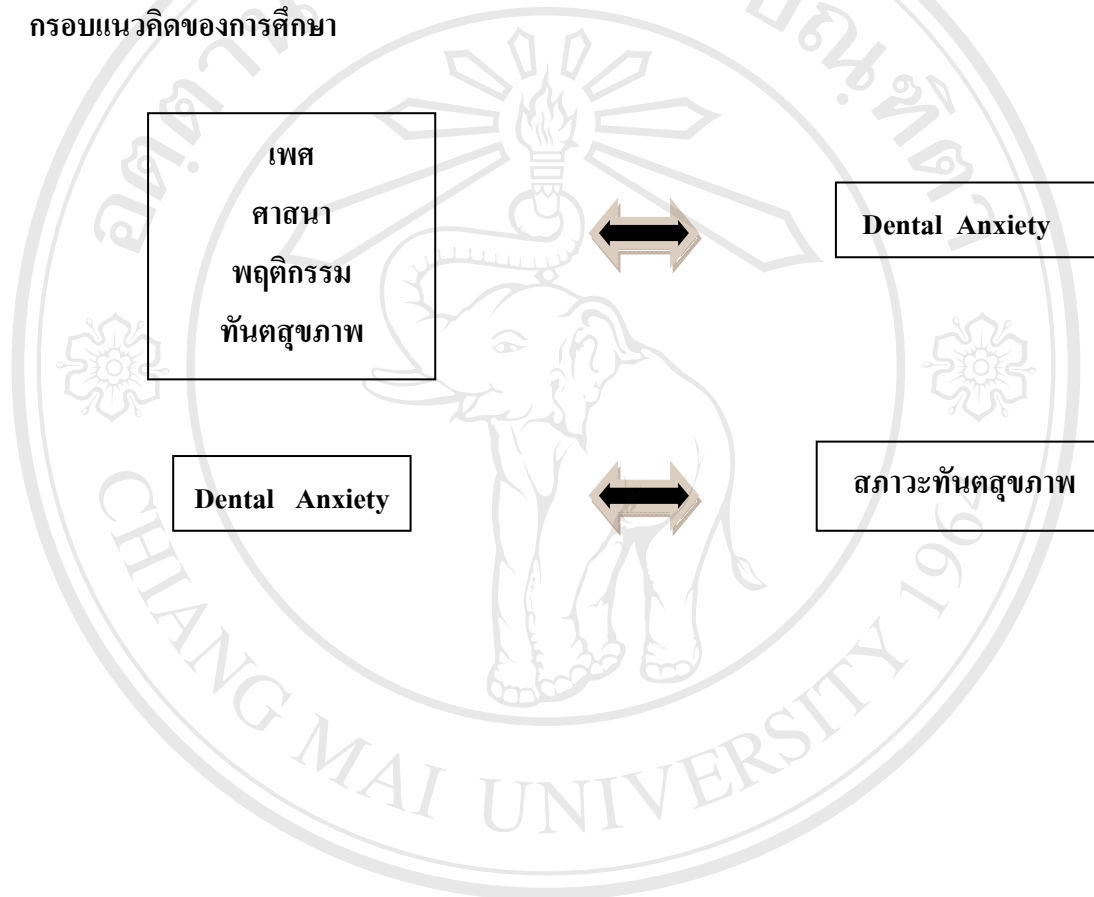
Finance ค่าใช้จ่ายในการรักษามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีความวิตกกังวลต่อค่ารักษาพยาบาลกลัวว่าจะไม่สามารถที่จะจ่ายค่ารักษาเพื่อได้รับการรักษาที่ดีกว่าได้

Locus of control พบว่ามีแนวโน้มที่ผู้ที่ มี Locus of control เป็นแบบ external จะมีความเชื่อฝังใจว่าการมีฟันไม่ดีเป็นกรรมพันธุ์ไม่มีใครสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลของตนต่อการรักษาทางทันตกรรมได้ ด้วยเหตุผลเดียวกัน (Donald et al., 1988, Merrick et al., 1978)

มุมมองในการรับรู้สภาวะความวิตกกังวลแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ สภาวะอารมณ์และปฏิกิริยาตอบสนองทางกายภาพต่อสถานการณ์ที่เป็นอันตรายตลอดจนความคาดหวังต่อการรักษาทฤษฎีของความวิตกกังวลในปัจจุบัน เช่น ทฤษฎีของ Mark ได้อธิบายความวิตกกังวลว่าเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ช่วยให้ร่างกายป้องกันและต่อต้านสภาวะต่างๆ ที่เข้ามาคุกคาม Anxiety disorder เหมือนกับความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมในแง่ที่เกิดขึ้นจากการไม่เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของการตอบสนองของปฏิกิริยาการป้องกันตัวปกติ Dental phobia มีโครงสร้างที่ซับซ้อนประกอบด้วย anxiety, fear, phobia ตัวกระตุ้นที่เฉพาะเจาะจงทางทันตกรรม เช่น บรรยากาศในการรักษาทางทันตกรรมการกลัวความเจ็บปวดและกลัวเสียงหัวกรอฟัน ต่างก็เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความกลัวทั้งสิ้น ซึ่งอธิบายได้ด้วยทฤษฎีของ MARK ที่ว่าการสัมผัสกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งความวิตกกังวลและปฏิกิริยาการหลีกเลี่ยง

ถูกทำลายเป็นหลักการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในหลากหลายวิธีบำบัดสภาวะความวิตกกังวล กระบวนการรักษาสภาวะความวิตกกังวลแบบนี้จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีสภาวะความวิตกกังวลต่อการรับบริการทางทันตกรรมได้เช่นกัน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในทหารชาวอร์เว โดย Wisloff et al.(1992)

กรอบแนวคิดของการศึกษา



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved