



40

พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพฟันและช่องปากที่พบได้บ่อย

นาฎวดี อังควัฒนะพงษ์

ปัญหาสุขภาพฟันและช่องปากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดฟันจากฟันผุ พบได้มาร้อยละ 5 - 33 ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการขาดเรียนและคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแล หากไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรก ทำให้มีฟันผุมากและต้องรักษาด้วยการดมยาสลบในโรงพยาบาลเพื่อรักษาฟัน ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายแก่ครอบครัวและระบบประกันสุขภาพอีกด้วย¹

การสำรวจโดยสำนักทันตสาธารณสุขในพุทธศักราช 2560 พบว่า เด็กไทยอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีฟันผุ ร้อยละ 31.1 และ 31.3 ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในวัยนี้ คือ การใช้ขวดนมและการแปรงฟันที่ผิดวิธี สำหรับกลุ่มวัยเรียนอายุ 12 ปี และกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 ปี มีความชุกของโรคฟันผุเพิ่มขึ้นจากวัยเด็กชัดเจน คือ ร้อยละ 52 และ 62.7 ตามลำดับ พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพฟันและช่องเหงือก คือ การแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร ลดลง การดื่มน้ำอัดลม การรับประทานขนมและการสูบบุหรี่²

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุและปัญหาสุขภาพในช่องปากดังกล่าวล้วนเป็นปัญหาพฤติกรรมที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ หากผู้ปกครองและผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการดูแลที่ถูกต้อง บทความนี้รวบรวมปัญหาพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพฟันและช่องปากที่พบบ่อยในแต่ละช่วงวัย ตลอดจนแนวทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมดังกล่าวเพื่อให้เด็กทุกคนมีสุขภาพฟันและช่องปากที่ดี

วัยทารกและก่อนวัยเรียน

การใช้ขวดนม (bottle feeding)

การสำรวจพฤติกรรมการใช้ขวดนมเมื่ออยู่บ้านในเด็กไทยเมื่อปีพุทธศักราช 2561 พบว่า เด็กไทยอายุ 3 ปี และ 5 ปี ใช้ขวดนม ร้อยละ 39.5 และ 11.9 ตามลำดับ โดยพบในเด็กเขตเมืองมากกว่าในชนบท² การศึกษาในประเทศแคนาดาพบว่า มีหลายสาเหตุทำให้เด็กใช้ขวดนมต่อเนื่องที่อายุ 2 ปี ร้อยละ 86.5 เกิดจากการที่เด็กชอบใช้ขวดนมมากกว่าแก้ว ร้อยละ 25 ผู้ปกครองรายงานเด็กดื่มได้ลดลงเมื่อให้ดื่มน้ำและนมจากแก้ว และเหตุผลอื่นๆ เช่น การทำน้ำหก เด็กไม่ชอบแก้วน้ำ ตลอดจนความรู้สึกว่าการใช้ขวดนมดีกว่าการใช้แก้วน้ำ อุปสรรคต่างๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้เด็กใช้ขวดนมนานเกินกว่าวัย³

การใช้ขวดนมนานเกินกว่าวัยทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกาย เช่น การขาดธาตุเหล็ก โรควุ้นตามมาได้ เนื่องจากดื่มนมมากเกินไปทำให้ได้รับสารอาหารจากแหล่งอื่นไม่เพียงพอ และทำให้เกิดปัญหาฟันผุด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะเข้านอน การไหลเวียนของน้ำลายในช่องปากลดลง ปริมาณน้ำย่อยแล็กเทส (lactase) มากขึ้น ประกอบกับปริมาณคาร์โบไฮเดรตในช่องปากจากนมเพิ่มขึ้น จึงเกิดการสลายฟัน (demineralization) และเกิดฟันผุตามมานอกจากนี้การดูดนมทำให้เกิดฟันผุได้เร็วขึ้นจากการมีเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้เกิดฟันผุ เช่น *Streptococcus mutans* ในช่องปากเพิ่มขึ้น⁴ ลักษณะของฟันผุจากการใช้ขวดนม (baby bottle syndrome, nursing caries, baby bottle tooth decay) เกิดที่ฟันหน้าด้านบน (maxillary incisor) มากที่สุด⁴

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำให้เด็กเริ่มเลิกขวดนมตั้งแต่อายุ 1 ปี หากไม่สามารถเลิกได้ทันที ควรเลิกขวดนมให้สำเร็จภายในอายุ 1 ปี 6 เดือน กุมารแพทย์ควรให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการเลิกขวดนมในเด็กเล็กที่มานัดวัคซีนหรือมาพบแพทย์ และควรบอกผู้ปกครองเพื่อเตรียมใจ ระยะเวลาของการเลิกขวดนม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กโตที่ติดขวดนมแล้ว เด็กอาจมีพฤติกรรมต่อต้าน ร้องไห้ หรืออาละวาด มากกว่าปกติได้

คำแนะนำเบื้องต้นที่กุมารแพทย์สามารถอธิบายให้แก่ผู้ปกครองได้ มีดังนี้^{5,6}

การเตรียมตัวในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี 6 เดือน

1. ควรฝึกวินัยในการดื่มนมเป็นมือตามเวลา ไม่ควรใช้ขวดนมในการกล่อมนอนหรือถือเล่น เมื่อสามารถนอนหลับได้ตลอดคืน ไม่จำเป็นต้องปลุกเด็กมาดื่มนมตอนกลางคืน และไม่ควรมีขวดนมพร้อมดื่มในเปลหรือข้างเตียงเด็ก
2. เมื่อเด็กอายุ 6 เดือน เริ่มรับประทานอาหารตามวัย แทนการดื่มนม 1 มือ โดยสามารถเริ่มให้เด็กดื่มนมจากแก้วได้
3. เมื่อเด็กสามารถนั่งทรงด้วยได้ด้วยตัวเอง เปิดโอกาสให้เด็กฝึกจิบน้ำหรือนมจากแก้วหรือช้อน เพื่อให้คุ้นเคยกับการดื่มจากภาชนะรูปแบบอื่นนอกจากขวดนม โดยการใช้แก้วอาจจะเริ่มจากแก้วหัดดื่มที่มีฝาปิด (sippy cup) เมื่อเด็กดื่มได้เก่งขึ้นแล้วจึงเปลี่ยนเป็นการดื่มจากแก้วที่ไม่มีฝาปิด
4. การเลิกขวดนม ควรเลิกโดยทันทีหรือค่อยๆเลิกขวดนมทีละมือ เช่น เดิมเด็กดื่มนม 3 ขวดต่อวัน อาจปรับเป็นดื่มนมจากแก้ว 1 มือและจากขวดนมอีก 2 มือ ค่อยๆลดจำนวนขวดนมในแต่ละวันลง
5. ในการกล่อมเด็กเข้านอน ไม่ควรสร้างความเคยชินให้ขวดนมเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรก่อนนอน (bedtime routine) แต่ควรเปลี่ยนเป็นกิจวัตรอื่นๆแทน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ฟังนิทาน ห่มผ้า และเข้านอน เป็นต้น
6. ก่อนเลิกใช้ขวดนม ควรมีการบอกเด็กล่วงหน้าเพื่อให้เด็กได้เตรียมตัว เมื่อเลิกขวดนมแล้ว ควรเก็บขวดนมให้พ้นจากสายตาเด็ก

การเลิกขวดนมในเด็กโต

1. ผู้ปกครองควรมีความตั้งใจแน่วแน่ในการเลิกขวดนม ไม่ประวิงเวลาในการเลิกและไม่ใจอ่อนต่อการร้องไห้หรืออาละวาดของเด็กที่เกิดขึ้น เนื่องจากยิ่งเด็กใช้ขวดนมนานขึ้น ความสำเร็จในการเลิกขวดนมยิ่งลดลง โดยผู้ปกครองและเด็กควรร่วมกันกำหนดวันที่แน่นอนในการเลิกใช้ขวดนม
2. สร้างแรงจูงใจและข้อตกลงร่วมกันกับเด็ก ให้เด็กมีส่วนร่วมในการเลิกขวดนม
3. ใช้แก้วตม้มน้ำและนมตอนกลางวันทุกครั้ง หากเด็กต้องการตม้มนมตอนกลางคืน ผู้ปกครองควรค่อยๆ ลดปริมาณนมในแต่ละครั้งและลดความถี่ในการตม้มนมตอนกลางคืน จนเลิกนมมื่อตม้ได้
4. ก่อนเลิกใช้ขวดนม ควรมีการบอกเด็กล่วงหน้าเพื่อให้เด็กได้เตรียมตัว เมื่อเลิกขวดนมแล้ว ควรเก็บขวดนมให้พ้นจากสายตาเด็ก
5. ชื่นชมเด็กอย่างจริงใจ หรือให้รางวัลแก่เด็กที่ไม่ใช้ขวดนม

การให้คำแนะนำในการเลิกขวดนมโดยกุมารแพทย์นั้น มีส่วนสำคัญอย่างมากช่วยให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความจำเป็นในการเลิกใช้ขวดนมตามวัยและนำไปปฏิบัติได้สำเร็จ โดยมีการศึกษาในเด็กอายุ 9 เดือน ที่ผู้ปกครองพามารับวัคซีน พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับความรู้ วิธีการในการลดขวดนมและได้รับแจกแก้วตม้มน้ำจากโรงพยาบาล เริ่มใช้แก้วน้ำได้เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม 3 เดือน (ค่ามัธยฐาน 9 เดือนและ 12 เดือนตามลำดับ; $P = 0.01$) และสามารถเลิกขวดนมได้เร็วกว่ากลุ่มควบคุม 4 เดือน (ค่ามัธยฐาน 12 เดือนและ 16 เดือนตามลำดับ; $P = 0.04$)³ ดังนั้น กุมารแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเลิกขวดนมได้ตามวัยที่เหมาะสมเพื่อสุขภาพฟันและช่องปากที่ดีของเด็ก

การใช้จุกนมหลอกสำหรับเด็ก (pacifier, dummy, soother)

การใช้จุกนมหลอกสำหรับเด็ก (pacifier) เป็นหนึ่งในการดูดที่ไม่เกี่ยวกับการได้รับสารอาหาร (non-nutritive sucking) อย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยในเด็ก ในประเทศไทยไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการใช้จุกนมหลอกที่ชัดเจน ในประเทศสหรัฐอเมริกามีความชุกของการใช้จุกนมหลอกมากที่สุดในเด็กอายุ 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 78) และมีแนวโน้มลดลงตามอายุ ที่อายุ 1 ปีและ 3 ปี มีความชุกร้อยละ 38 และ 10 ตามลำดับ⁷ และการศึกษาในประเทศบราซิล เด็กอายุ 12 เดือน 18 เดือนและ 30 เดือน มีความชุกของการใช้จุกนมหลอกร้อยละ 42.5, 38.75 และ 38.75 ตามลำดับ⁸

การใช้จุกนมหลอกมีประโยชน์ 2 กรณี ดังนี้

1. ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตแบบฉับพลันขณะนอนหลับ (sudden infant death syndrome; SIDS)

The American academy of pediatrics แนะนำให้ทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนใช้จุกนมหลอกขณะเข้านอน เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าการใช้จุกนมหลอกขณะเข้านอนสามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตฉับพลันขณะนอนหลับในทารกได้ร้อยละ 50-90 โดยไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด สันนิษฐานว่าการใช้จุกนมหลอกขณะนอนหลับเพิ่มการ

ตื่นตัวและตอบสนองของเด็ก และทำให้ตำแหน่งของลิ้นไม่อุดกั้นทางเดินหายใจขณะนอนหลับ⁹ แม้จุกนมหลอกหลุดออกจากช่องปากหลังจากทารกนอนหลับแล้ว ผลของการป้องกันภาวะดังกล่าวคงอยู่ตลอดการนอนหลับ ผู้ปกครองไม่จำเป็นต้องให้ทารกดูดจุกหลอกอีกครั้ง อย่างไรก็ตาม ไม่ควรใช้จุกนมหลอกที่มีสายโยงกับเสื้อผ้าของทารก เนื่องจากทำให้เกิดการรัดคอทารกขณะนอนหลับ¹⁰

2. ลดความเจ็บปวดขณะทำหัตถการในทารกแรกเกิด

การศึกษาวิจัยหลายการศึกษาพบว่าการใช้จุกนมหลอกร่วมกับน้ำหวานซูโครสช่วยลดความเจ็บปวดจากการทำหัตถการ เช่น การเจาะเลือด การเจาะเลือดจากส้นเท้า เป็นต้น ในทารกแรกเกิด¹¹ นอกจากนี้ การดูดจุกหลอกขณะเจาะเลือดนั้น สามารถช่วยลดความเจ็บปวดและลดระยะเวลาการร้องไห้ในทารกอายุน้อยกว่า 3 เดือนได้อีกด้วย¹²

นอกจากประโยชน์ของการใช้จุกนมหลอกแล้ว ในอดีตมีข้อสันนิษฐานว่าการใช้จุกนมหลอกส่งผลให้การให้นมแม่ไม่สำเร็จหรือมีแนวโน้มการได้รับนมแม่ลดลง การศึกษาวิจัยในปัจจุบันพบว่าการใช้จุกนมหลอกไม่ส่งผลต่อระยะเวลาการได้รับนมแม่จากเต้าแต่อย่างใด¹⁰ แต่การใช้จุกนมหลอกเป็นประจำหรือใช้จนอายุเกิน 3 ปี ส่งผลเสียต่อสุขภาพและช่องปากได้หลายประการ ดังนี้

1. เพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อในหูชั้นกลาง (otitis media)

การศึกษาแบบสุ่ม (randomized controlled trial) พบว่าเด็กที่ไม่ใช้จุกนมหลอกมีอัตราการเกิดการติดเชื้อในหูชั้นกลางต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ร้อยละ 29 ต่อคนต่อเดือน (person-months at risk)¹³ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าเด็กที่ใช้จุกนมหลอกมีอัตราการเกิดการติดเชื้อในหูชั้นกลางร้อยละ 35 ซึ่งมากกว่าเด็กที่ไม่ใช้จุกนมหลอกซึ่งพบร้อยละ 32 และมีอัตราการติดเชื้อซ้ำในเด็กที่ใช้จุกนมหลอกร้อยละ 16 เทียบกับร้อยละ 11 ในกลุ่มเด็กที่ไม่ใช้จุกนมหลอก อัตราความเสี่ยง (odd ratio) ในการติดเชื้อในหูชั้นกลางและการติดเชื้อซ้ำเป็น 1.3 และ 1.9 ตามลำดับ¹⁴ กลไกการเพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อมีแนวโน้มชัดเจน สันนิษฐานจากการเปลี่ยนแปลงความดันขณะมีการดูดจุกนมหลอกช่วยเพิ่มการย้ายที่ของเชื้อและสารคัดหลั่งในโพรงจุกและคอผ่านทางท่ออูสเตเชียน (eustachian tube) ไปยังหูชั้นกลาง¹⁴ ทำให้เกิดการติดเชื้อในหูชั้นกลาง

2. การสบฟันผิดปกติ

การศึกษาในเด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี พบเด็กที่ใช้จุกนมหลอกทุกวันเป็นเวลานานกว่า 1 ปี มีความเสี่ยงต่อการสบฟันผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ¹⁵ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าเด็กที่เลิกใช้จุกนมหลอกหลังอายุ 3 ปี มีความชุกของการมีการสบฟันผิดปกติมากกว่าเด็กที่เลิกใช้ก่อนอายุ 3 ปี อย่างชัดเจน¹⁶

3. ฟันผุและการติดเชื้อในช่องปาก

หลายการศึกษาพบว่าการใช้จุกนมหลอก ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อราในช่องปาก (*Candida albicans* infection) และจุกนมหลอกเป็นแหล่งสะสมเชื้อแบคทีเรียได้ จากการเพาะเชื้อจากจุกนมหลอกยังพบว่าเชื้อแบคทีเรียบางชนิด เช่น *Staphylococcus* spp. อยู่บนจุกนมหลอก¹⁷

นอกจากนี้ การศึกษาในเด็กอายุ 1-5 ปี พบว่า ร้อยละ 56 ของเด็กที่ใช้จุกนมหลอกตรวจพบฟันผุ ในขณะที่เด็กที่ไม่ใช้จุกนมหลอกตรวจพบเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น¹⁸ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างการใช้จุกนมหลอกและการเกิดฟันผุยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เนื่องจากมีตัวกวนอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาการใช้จุกนมหลอกที่ซุบสารให้ความหวานหรือนม เป็นต้น^{9,19}

4. พุดช้ำ

ในอดีตมีข้อสงสัยว่าการใช้จุกนมหลอกตอนกลางวันเป็นระยะเวลานานทำให้เด็กมีพัฒนาการทางภาษาล่าช้าและออกเสียงได้ไม่ชัด อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ข้อสงสัยดังกล่าวได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวาง พบว่าหากหยุดใช้จุกนมหลอกก่อนอายุ 3 ปี ไม่ได้ส่งผลต่อพัฒนาการทางภาษาแต่อย่างใด แต่การใช้เป็นระยะเวลานานกว่า 3 ปี ส่งผลต่อการสบฟันและการออกเสียงอักษรได้^{9,20,21}

ในปัจจุบัน มีคำแนะนำในการใช้จุกนมหลอกในเด็กดังนี้

1. ทารกแรกเกิดและทารกที่เกิดก่อนกำหนด สามารถใช้จุกนมหลอกเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดระหว่างการทำหัตถการได้¹⁷
2. ทารกแรกเกิดถึงอายุ 6 เดือน สามารถใช้จุกนมหลอกในช่วงเริ่มต้นของการเข้านอน (onset of sleep) เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะเสียชีวิตขณะนอนหลับเฉียบพลัน (sudden infant death syndrome)¹⁰
3. เริ่มใช้จุกนมหลอกได้เมื่อทารกสามารถเข้าเต้าได้เป็นอย่างดีแล้ว คือ หลังจากอายุเกิน 1 เดือน^{10,17}
4. ควรลดหรือหยุดการใช้จุกนมหลอกก่อนอายุ 6 เดือน เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อในหูชั้นกลางเฉียบพลัน และก่อนอายุ 3 ปี เพื่อป้องกันการสบฟันผิดปกติ^{9,17,22}
5. ควรเลือกจุกนมหลอกที่มีความแข็งแรง ไม่สามารถแยกเป็นชิ้นเล็กๆได้²³
6. ไม่ควรใช้สายคล้องจุกหลอกกับเสื้อผ้าของเด็กเนื่องจากทำให้เกิดการรัดคอโดยไม่ได้ตั้งใจ²³
7. ควรรักษาความสะอาดของจุกนมหลอกเสมอและไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น²³
8. ไม่ควรนำจุกนมหลอกไปเคลือบหรือจุ่มในสารให้ความหวานเพื่อให้เด็กดูดกลืน²³
9. ผู้ปกครองควรดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันของทารกอย่างสม่ำเสมอและพบทันตแพทย์²²

ในกรณีที่เด็กติดจุกนมหลอกและมีปัญหาในการหยุดใช้อาจส่งผลเสียได้ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น มีการศึกษาในเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ในประเทศบราซิล พบว่าเด็กใช้จุกนมหลอกต่อเนื่องหลังจากอายุ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 37 และเริ่มหยุดใช้จุกนมหลอกที่อายุ 3 ถึง 4 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7 มาตรการที่ผู้ปกครองเลือกใช้มากที่สุดมีหลายวิธี ได้แก่ การหยุดทันที (ร้อยละ 22) ผู้ปกครองอธิบายความจำเป็นในการเลิกจุกนมหลอกแก่เด็ก (ร้อยละ 6) เด็กหยุดใช้เอง (ร้อยละ 2) แพทย์เป็นผู้อธิบายความจำเป็นต้องหยุด (ร้อยละ 2) และการทาสารที่มีรสไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 1) โดยพบว่า วิธีการที่ได้ผลมากที่สุดในการเลิกใช้จุกนมหลอก คือ การที่แพทย์อธิบายความจำเป็นแก่

ผู้ป่วย (ประสิทธิภาพร้อยละ 90) รองลงมา คือ การใช้สารที่มีรสชาติไม่พึงประสงค์ (ประสิทธิภาพร้อยละ 80) ตามด้วย การที่ผู้ปกครองให้หยุดทันที (ประสิทธิภาพร้อยละ 64)²⁴

กุมารแพทย์มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้เด็กสามารถเลิกจุกนมหลอกได้สำเร็จ กุมารแพทย์สามารถให้คำแนะนำในการใช้จุกนมหลอกดังกล่าวข้างต้นนี้แก่ผู้ปกครองของเด็กในทุกๆครั้งที่มารับวัคซีนหรือโรงพยาบาล เพื่อช่วยป้องกันปัญหาจากการใช้จุกนมหลอกต่อเนื่องเกินวัย

การดูดนิ้ว (digit sucking)

พฤติกรรมการดูดนิ้วตนเอง เป็น non-nutritive sucking อย่างหนึ่งเช่นเดียวกับการใช้จุกนมหลอก พฤติกรรมการดูดนิ้วในเด็กเป็นทั้งการกระตุ้นตนเอง (self-stimulation) และเพื่อการปลอบโยนตนเอง (self-soothing) ของเด็ก โดยพฤติกรรมดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับสภาวะอารมณ์ของเด็ก เช่น ความเบื่อ ความเครียด ความหิว หรือดูดนิ้วเพื่อความเพลิดเพลิน เป็นต้น²⁵ การดูดนิ้วเป็นพฤติกรรมปกติที่พบได้ในเด็กวัยเตาะแตะถึงอายุ 3.5 - 4 ปี อย่างไรก็ตาม เด็กส่วนหนึ่งคงดูดนิ้วต่อเนื่องหลังจากอายุ 4 ปี พบว่าพฤติกรรมการดูดนิ้วในเด็กอายุ 6 ปี และ 7-11 ปี มีความชุกร้อยละ 13.7 และ ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ²³

เด็กนักเรียนไทยระดับชั้นอนุบาล 1 ถึง 3 อายุเฉลี่ย 4 ปี 6 เดือน จำนวน 337 คน พบว่าร้อยละ 15.4 พบช่วงเวลาที่สุดนิ้วมากที่สุด คือ การดูดไม่เป็นเวลา (ร้อยละ 73.1) และรองลงมา คือ การดูดนิ้วก่อนเข้านอน (ร้อยละ 23.1)²⁶ ปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการดูดนิ้วนานมากกว่าอายุ 4 ปี เช่น การใช้จุกหลอกในวัยทารกทุกวัน เพิ่มความเสี่ยงการดูดนิ้วมากขึ้น (OR 2.136, 95%CI 1.112-4.103)¹⁵ การดื่มนมจากขวดเป็นระยะเวลาานานกว่า 24 เดือน²⁷ เป็นต้น

โดยทั่วไปพฤติกรรมการดูดนิ้วในเด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี ไม่ก่อให้เกิดปัญหาใด แต่หากพฤติกรรมดังกล่าวคงอยู่ต่อเนื่องจนเด็กอายุเกิน 4 ปี ส่งผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ²⁵ ดังนี้

1. การสบฟันผิดปกติ

การดูดนิ้วเพิ่มความเสี่ยงของการสบฟันผิดปกติได้เช่นเดียวกับการใช้จุกนมหลอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากดูดนิ้วเกินอายุ 4 ปี^{15,25}

2. นิ้วและผิวหนังบริเวณนิ้วผิดปกติ

- เริมที่นิ้ว (herpetic whitlow)
- การติดเชื้อที่เล็บ (paronychia)
- ผื่นผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (irritant eczema)
- ผิวหนังหนาตัวขึ้น (callus)

3. การได้รับสารพิษโดยไม่ได้ตั้งใจ

4. การไม่เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและเพื่อน

เด็กโตที่ยังมีพฤติกรรมดูดนิ้วอาจโดนเพื่อนล้อเรื่องพฤติกรรมดังกล่าว หรือกระทบกับความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้ปกครองเมื่อผู้ปกครองเตือนเกี่ยวกับการดูดนิ้ว และส่งผลต่อความมั่นใจในตัวเองของเด็กพฤติกรรมดูดนิ้วนานเกินกว่าอายุ 4 ปี ส่งผลเสียต่อสุขภาพกาย สุขภาพฟันและช่องปาก ตลอดจนสุขภาพจิตของเด็ก ดังนั้น กุมารแพทย์จึงมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองของเด็กอายุมากกว่า 4 ปี ที่ดูดนิ้วบ่อยหรือดูดนิ้วจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพดังที่ได้กล่าวข้างต้น เพื่อให้เด็กและครอบครัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมดังกล่าว โดยมีแนวทางในการแนะนำการหยุดพฤติกรรมดูดนิ้วในเด็กโต ดังนี้^{23,25}

1. สร้างแรงจูงใจและทำความเข้าใจในการหยุดพฤติกรรมดูดนิ้วกับเด็ก ขั้นตอนที่มีความสำคัญที่สุดโดยใช้คำที่เด็กสามารถเข้าใจได้ง่าย เช่น การดูดนิ้วทำให้ฟันผิดรูป เป็นต้น⁶ แพทย์และผู้ปกครองควรให้เด็กมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตัวเด็กเอง ความร่วมมือและความต้องการของเด็กในการเลิกดูดนิ้วเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการเลิกพฤติกรรมดูดนิ้วได้สำเร็จ²⁸

2. หลีกเลี่ยงการต่อว่าหรือวิจารณ์พฤติกรรมดูดนิ้ว เนื่องจากจะเพิ่มความเครียดให้แก่เด็กและทำให้มีพฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้น แต่อาจสร้างข้อตกลงกับเด็กก่อน เช่น หากดูดนิ้ว ให้มารดาช่วยสะกิดเตือน เป็นต้น

3. ผู้ปกครองควรสังเกตปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เด็กดูดนิ้วมากขึ้น เช่น ภาวะเครียด ความเบื่อ หรือ ไม่มีกิจกรรมอื่นให้ทำ เพื่อช่วยแก้ปัญหาได้ตรงจุด

4. ให้แรงเสริมเชิงบวก (positive reinforcement) เมื่อเด็กไม่ดูดนิ้ว โดยการกล่าวชมอย่างจริงใจหรือให้รางวัล เช่น ให้ดาว เป็นต้น

5. การใช้สิ่งกระตุ้นเชิงลบ (negative or aversion therapies) เช่น การใช้ยาหรือสารที่ปลอดภัยและมีรสชาติไม่พึงประสงค์ทานี่ หรือการใส่ถุงมือ เพื่อกระตุ้นเตือนไม่ให้เด็กนำนิ้วเข้าปาก โดยต้องทำความเข้าใจกับเด็กว่าเป็นเพียงสิ่งช่วยเตือน ไม่ใช่การทำโทษ

6. เบี่ยงเบนความสนใจ เมื่อผู้ปกครองหรือเด็กเองสังเกตว่าเด็กกำลังอยากดูดนิ้ว ให้เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ให้เล่นของเล่นหรือปีบตุ๊กตา เป็นต้น โดยไม่จำเป็นต้องกล่าวถึงพฤติกรรมดูดนิ้ว

7. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ได้ดูดนิ้วขณะเข้านอน อาจเปลี่ยนพฤติกรรมนอนแทน เช่น การกอดตุ๊กตาหรือการใช้ผ้าห่มแทนการดูดนิ้วก่อนเข้านอน เป็นต้น

8. การใส่ทันตอุปกรณ์ในช่องปาก เช่น palatal crib, palatal arch เป็นต้น หากผู้ปกครองได้ใช้วิธีการต่างๆ ข้างต้นแล้วแต่เด็กยังไม่สามารถเลิกพฤติกรรมดูดนิ้วได้ สามารถปรึกษาทันตแพทย์เพื่อใส่อุปกรณ์ดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตามแพทย์และผู้ปกครองจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับเด็กก่อนเสมอว่า การใส่อุปกรณ์ดังกล่าวไม่ใช่การทำโทษ แต่เป็นเพียงเครื่องมือช่วยเตือนไม่ให้เด็กสามารถดูดนิ้วเท่านั้น การศึกษาวิจัยพบว่าการใส่อุปกรณ์ในช่องปากนี้ ช่วยหยุดพฤติกรรมดูดนิ้วได้ทั้งในระยะสั้นและยาวเทียบกับการไม่ใส่อุปกรณ์ นอกจากนี้ วิธีการนี้สามารถช่วยลดปัญหาการสบฟันบางชนิดได้ด้วย²⁹

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าพ่อแม่มีพฤติกรรมตอบสนองต่อการดูนิ้วของลูกวัยอนุบาลด้วยวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจมากที่สุด (ร้อยละ 40.4) รองลงมา คือ การว่ากล่าวและการดึงนิ้วออกทันที (ร้อยละ 30.8) ทำโทษ (ร้อยละ 19.2) อย่างไรก็ตาม ไม่มีการศึกษาว่ามาตรการต่างๆดังกล่าวได้ผลหรือไม่ในเด็กไทยทั้งในระยะสั้นและยาว

วัยเรียนและวัยรุ่น

การกัดเล็บ (nail biting)

การกัดเล็บเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยประมาณร้อยละ 20- 30 ของประชากรทั่วไป³⁰ พฤติกรรมดังกล่าวอาจเริ่มต้นตั้งแต่อายุ 3 ถึง 4 ปี และพบมากที่สุดในการศึกษาวัยเรียนและวัยรุ่นจนอายุ 18 ปี ความชุกของพฤติกรรมดังกล่าวกำลังลดลง โดยพบในเด็กวัยเรียนมากที่สุด³¹

สาเหตุของพฤติกรรมการกัดเล็บยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด พบว่าการกัดเล็บอาจเกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความกังวล ความเบื่อ หรือเกิดจากพฤติกรรมเลียนแบบผู้ใหญ่ เป็นต้น³¹ นอกจากนี้ บางครั้งการกัดเล็บอาจเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว เช่น ในขณะที่กำลังอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น³² ปัจจัยเสี่ยงในการกัดเล็บ ได้แก่ การเลิกขวดนมช้ากว่าวัยและการใช้จุกนมหลอกเป็นระยะเวลาสั้น³⁰ การสำรวจในเด็กไทยพบว่า ร้อยละ 18.3 ของเด็กที่กัดเล็บมีพฤติกรรมการดูนิ้วร่วมด้วย²⁶ นอกจากนี้ พฤติกรรมการกัดเล็บนั้น อาจเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมด้วย เนื่องจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 36.8 ของเด็กที่กัดเล็บ มีคนในครอบครัวอย่างน้อยหนึ่งคนกัดเล็บเช่นเดียวกัน และการศึกษาในกลุ่มแฝดแท้ (monozygotic twins) พบว่าแฝดแท้กัดเล็บทั้งคู่มากถึงสองในสาม ในขณะที่แฝดไม่แท้ (dizygotic twins) มีอัตราเพียงหนึ่งในสามเท่านั้น³²

การกัดเล็บอาจดูเหมือนพฤติกรรมที่พบได้บ่อยและไม่ได้รับความสนใจมากนัก แต่สามารถทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพกาย ช่องปากและจิตใจได้หลายประการ ดังนี้

1. ผลต่อผิวหนังและเล็บ

การกัดเล็บต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้เล็บส่วนปลายสั้นอยู่ตลอดเวลา เกิดการแยกตัวของแผ่นเล็บ (nail plate) และเนื้อใต้เล็บ (nail bed) เป็นระยะเวลานาน ทำให้เนื้อใต้เล็บบริเวณส่วนปลายผิดปกติ ส่งผลให้ส่วนปลายของเล็บไม่สามารถสร้างเล็บใหม่ได้ และทำให้รูปทรงของเล็บผิดปกติและสั้นอย่างถาวรได้^{32, 33}

2. การติดเชื้อ

การกัดเล็บเพิ่มการติดเชื้อบริเวณเล็บและขอบเล็บ (paronychia) โดยเชื้อก่อโรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, *Pseudomonas spp.*, gram negative organism³⁴ และพบการติดเชื้อไวรัส เช่น herpes simplex virus ทำให้เกิดริมฝีปากและริมฝีปาก human papilloma virus ทำให้เกิดหูดที่นิ้ว และสามารถทำให้เล็บติดเชื้อราได้ด้วย^{30, 34}

นอกจากการติดเชื้อเฉพาะที่บริเวณเล็บและนิ้วมือ พบว่ามีเชื้อในช่องปากเพิ่มมากขึ้นในคนที่กัดเล็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบคทีเรียกลุ่ม Enterobacteriaceae พบมากถึงร้อยละ 75 ในคนที่กัดเล็บ และร้อยละ 90 ในคนที่กัดเล็บร่วมกับจัดฟัน เทียบกับร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุมที่ไม่กัดเล็บและไม่จัดฟัน³⁵ การเพิ่มขึ้นของเชื้อดังกล่าวในช่องปาก ทำให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบบแพร่กระจายในร่างกายเพิ่มมากขึ้น³²

3. ผลต่อฟันและช่องปาก

การกัดเล็บเป็นประจำทำให้มีแรงกระทำซ้ำๆต่อฟันหน้า ส่งผลให้ฟันหน้ามีขนาดเล็กกว่าปกติความสามารถในการกัดลดลง ทำให้การสบฟันของฟันหน้าผิดปกติและมีการหมุนบิดของฟันหน้า^{31, 32} นอกจากนี้ การมีแรงกัดของแข็งๆ อาจทำให้มีฟันแตกเล็กๆ หรือบิ่นส่งผลให้เกิดเหงือกอักเสบ และแรงกดซ้ำๆ ดังกล่าวอาจทำให้เกิดการละลายที่ปลายรากฟัน (apical root resorption)³⁰ การกัดเล็บเป็นประจำยังอาจทำให้ปวดบริเวณข้อต่อกราม (temporomandibular joint pain)^{30, 32}

4. ผลต่อจิตใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างการกัดเล็บและสภาวะจิตใจอาจเกี่ยวเนื่องกันสองทาง ทั้งการเป็นเหตุและผล เนื่องจากผู้ที่กัดเล็บอาจมีสภาวะจิตใจผิดปกติเดิม เช่น เครียด โรควิตกกังวล หรือโรควัยคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder)³²

ในขณะเดียวกัน การกัดเล็บยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่มีพฤติกรรมดังกล่าวด้วย เช่น ความรู้สึกกระหาย การโดนทำโทษหรือตำหนิจากการกัดเล็บ จนมีรายงานว่าเด็กที่กัดเล็บมีคุณภาพชีวิตน้อยกว่าและมีการโดนตีตรา (stigmatization) มากกว่าเด็กที่ไม่กัดเล็บ³¹

การกัดเล็บเป็นประจำส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจได้หลายประการ ดังนั้น กุมารแพทย์ควรตระหนักถึงปัญหานี้ และให้คำแนะนำแก่เด็กและผู้ปกครองเพื่อลดพฤติกรรมดังกล่าว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ถาวร แต่คำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อเด็กและผู้ปกครอง ดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมโดยไม่ใช้ยา

แนวทางการปรับพฤติกรรมการกัดเล็บนั้น มีส่วนคล้ายคลึงกับแนวทางการเลิกดูดนิ้วเป็นอย่างมาก อาทิ การเตือน การเบี่ยงเบนความสนใจ การหาสารที่ให้รสไม่พึงประสงค์ที่เล็บและการใส่อุปกรณ์ เช่น ถุงมือ เพื่อเตือนไม่ให้กัดเล็บ ตลอดจนการให้ดาวเมื่อเด็กไม่กัดเล็บในวันนั้นๆ³²

การศึกษานักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยพยาบาลประจำโรงเรียนตรวจเล็บทุกสัปดาห์และให้ความรู้แก่นักเรียนและผู้ปกครองเกี่ยวกับการกัดเล็บ ให้คำถามเพื่อการสำรวจตัวเองแก่เด็ก เช่น วิธีการที่เคยทำและทำได้สำเร็จหรือไม่สำเร็จ อุปสรรคที่ทำให้เลิกกัดเล็บไม่สำเร็จ สัปดาห์นี้คุณตัดเล็บแล้วหรือยัง วันนี้คุณกัดเล็บหรือไม่ เป็นต้น ในการศึกษาี้ แนะนำให้เด็กมีกรรไกรตัดเล็บส่วนตัวที่สามารถหยิบใช้ได้ทันทีด้วย หลังจบการศึกษาพบว่านักเรียนมีพฤติกรรมการกัดเล็บลดลงและมีรูปร่างของเล็บเป็นปกติมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ³¹ การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการให้ความรู้ ความตระหนักและการติดตามนักเรียนที่กัดเล็บอย่างสม่ำเสมอ และการปรับพฤติกรรมดังกล่าวอย่างได้ผล ทุกคนที่เกี่ยวข้องทั้งเด็ก ผู้ปกครอง ครู ตลอดจนกุมารแพทย์ล้วนมีส่วนสำคัญในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว

2. การปรับพฤติกรรมโดยการใช้ยา

การศึกษาที่ผ่านมาได้ศึกษาประสิทธิภาพของยาหลายชนิด เช่น selective serotonin reuptake inhibitor, tricyclic antidepressant, dopamine agonist เป็นต้น พบว่าไม่มียาตัวใดได้ผลดีในการหยุดการกัดเล็บในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย

ยากลุ่มอื่นนอกจากยาทางจิตเวชที่มีการศึกษาแบบสุ่ม (randomized controlled trial) คือ N-acetylcysteine พบให้ผลดีในบางการศึกษา แต่ผลการศึกษาและกลไกของยาไม่แน่ชัด³⁶

3. การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล

การตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอและการมีกรรไกรตัดเล็บส่วนตัวที่เด็กสามารถหยิบใช้ได้ตลอดเวลา เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการลดพฤติกรรมการกัดเล็บ การดูแลเล็บอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความพึงพอใจในเล็บของตนเองและช่วยลดการติดเชื้อบริเวณเล็บได้ด้วย³⁰

อุบัติเหตุต่อฟัน (dental trauma)

วัยเรียนและวัยรุ่นเป็นวัยที่มีกิจกรรมที่หลากหลาย บางกิจกรรมอาจมีกระทบกระแทกหรือเกิดอุบัติเหตุโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่น การเล่นรักบี้ หรืออุบัติเหตุจากรถ เป็นต้น การเกิดอุบัติเหตุต่อฟันสามารถเกิดได้หลายแบบ เช่น การแตกหักของตัวฟันหรือราก (crown or root fractures) การเลื่อนที่ (luxation injuries) หรือฟันหลุด (avulsion) รายงานในประเทศเดนมาร์กพบว่าร้อยละ 30 ของเด็กอายุ 14 ปี เคยมีอุบัติเหตุต่อฟันอย่างน้อยหนึ่งครั้ง³⁷ อุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุต่อฟันทำให้ฟันหักหรือบิ่น ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุต่อฟันน้ำนมร้อยละ 27 และร้อยละ 15.8 สำหรับฟันแท้ในเด็กอายุเฉลี่ย 12 ปี³⁸ สาเหตุที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุจากรถ ความรุนแรงระหว่างบุคคล ตลอดจนการเล่นกีฬา³⁷

แพทย์ผู้รักษาควรซักประวัติถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ ประวัติการฉีดยาวัคซีนบาดทะยัก ตลอดจนการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ทำมาแล้ว แพทย์จำเป็นต้องตรวจร่างกายอย่างละเอียดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระทบกระแทกบริเวณใบหน้าและศีรษะและตรวจร่างกายหาการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นด้วย นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ แพทย์ควรซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อวินิจฉัยแยกโรคการทารุณกรรมทางร่างกายเด็กด้วย³⁷

ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุต่อฟันน้ำนม เช่น การติดเชื้อที่ฟันและเหงือก การสูญเสียฟัน เป็นต้น สำหรับฟันแท้อาจทำให้สูญเสียฟัน มีความบาดเจ็บของเหงือกและฟัน เช่น สีฟันผิดปกติ เหงือกบวม ฟันโยก หรือมีการติดเชื้อที่เหงือกและฟันได้

กุมารแพทย์สามารถให้คำแนะนำแก่เด็กและผู้ปกครองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุต่อฟันได้ดังนี้^{37, 39}

1. ด้านความปลอดภัยจราจร

เด็กเล็กควรนั่งบนที่นั่งจำเพาะสำหรับเด็ก (car seat) ที่ติดตั้งอย่างถูกต้อง สำหรับเด็กโตต้องคาดเข็มขัดนิรภัย ตลอดเวลาเมื่อโดยสารรถยนต์ และสวมหมวกนิรภัยที่ได้มาตรฐานทุกครั้ง queen เดินทางด้วยจักรยานและจักรยานยนต์⁶

2. ด้านความปลอดภัยในการเล่นกีฬา

ใส่สนับฟันหรือฟันยาง (mouthguard) ทุกครั้งที่เล่นกีฬาเพื่อช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุต่อฟันและลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ปัจจุบัน The American dental association แนะนำให้ใส่สนับฟันในกีฬาและกิจกรรมกว่า 29 รายการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในนักกีฬาที่มีการกระทบ เช่น มวย ฮอกกี้ สเกต เบสบอล เป็นต้น ลักษณะของสนับฟันมีหลายรูปแบบควรเลือกที่ได้รับการรับรองมาตรฐานและปรึกษาทันตแพทย์ก่อนเลือกใช้³⁹

3. คำแนะนำในการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุต่อฟันแล้ว⁶

กรณีฟันหลุด

1. หาฟันหรือชิ้นส่วนของฟันให้พบ
2. จับบริเวณตัวฟัน ไม่จับบริเวณรากฟัน
3. หากรากฟันสกปรก ล้างทำความสะอาดฟันด้วยน้ำเย็น โดยไม่ถู
4. กรณีฟันแท้ พยายามนำฟันที่หลุดใส่กลับเข้าไปในเหงือกด้านภายในเวลา 30 นาที หากไม่สามารถใส่ฟันกลับได้ ให้นำฟันใส่ในภาชนะที่มีนมเย็นหรือน้ำเกลือทางการแพทย์ (balanced salt solution) กรณีฟันน้ำนม ไม่ควรพยายามใส่ฟันกลับเข้าไปเนื่องจากอาจเกิดอันตรายต่อฟันแท้ด้านล่างได้

5. พบทันตแพทย์ทันที

กรณีฟันแตกหัก

1. ล้างทำความสะอาดปากด้วยน้ำ
2. ประคบเย็นบริเวณแก้มเพื่อลดการบวม
3. หากเป็นไปได้ หาชิ้นส่วนของฟันที่แตกหักและนำไปพบทันตแพทย์ด้วย
4. พบทันตแพทย์ทันที

กุมารแพทย์สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุต่อร่างกายและช่องปากแก่เด็กและผู้ปกครองได้ทุกครั้ง queen เด็กมาพบแพทย์ และให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความรีบด่วนของการพบทันตแพทย์หลังเกิดอุบัติเหตุ ตลอดจนให้ผู้ปกครองสามารถปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการดูแลชิ้นส่วนของฟันที่หักหรือหลุดออกมาได้อย่างถูกวิธี

พฤติกรรมที่กล่าวมาข้างต้นเป็นพฤติกรรมและปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กและเยาวชนไทย และล้วนแต่เป็นพฤติกรรมที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ หากได้รับคำแนะนำและการดูแลที่ถูกต้อง ดังนั้น กุมารแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองในการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่พบได้บ่อยจนอาจเกิดความเข้าใจผิดว่าเป็นแนวทางที่ถูกต้อง กลายเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพกายและช่องปาก นอกจากนี้ ในกรณีที่มีปัญหาพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้แล้ว กุมารแพทย์ยังคงเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการแนะนำการแก้ไขปัญหาล่าช้าเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลต่อสุขภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม กุมารแพทย์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพช่องปากและฟันของเด็ก คือ ทันตแพทย์ ดังนั้น ผู้ปกครองควรได้รับการแนะนำให้พบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อการดูแลและเป็นองค์รวม เพื่อสุขภาพกาย สุขภาพช่องปากสุขภาพจิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและเยาวชนไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet* 2019; 394: 249-60.
2. จิราพร ขีดดี, นพวรรณ โปชนุกุล, พงศธร จินตกานนท์, พัชรวรรณ สุขุมาลินทร์. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. Maguire JL, Birken CS, Jacobson S, Peer M, Taylor C, Khambalia A, et al. Office-based intervention to reduce bottle use among toddlers: TARGet kids! pragmatic, randomized trial. *Pediatrics* 2010; 126.
4. Tungare S, Paranjpe AG. Baby bottle syndrome 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535349/>.
5. นัยนา ณีชนะนันท์. การเลิกใช้ขวดนม (Bye-bye bottle). Available from: <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20161207114331.pdf>.
6. Casamassimo P, Holt K. Bright futures: oral health - pocket guide (3rd ed.). Washington, DC: National maternal and child oral health resource center; 2016.
7. Warren JJ, Levy SM, Nowak AJ, Tang S. Non-nutritive sucking behaviors in preschool children: a longitudinal study. *Pediatr Dent* 2000; 22: 187-91.
8. Moimaz SA, Garbin AJ, Lima AM, Lolli LF, Saliba O, Garbin CA. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood. *BMC Oral Health* 2014; 14:96.
9. Nelson AM. A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage. *J Pediatr Nurs* 2012; 27: 690-9.
10. Moon RY, Task Force On Sudden Infant Death S. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics* 2016; 138.
11. Shah P, Herbozo C, Aliwalas L, Shah V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2012.
12. Curtis SJ, Jou H, Ali S, Vandermeer B, Klassen T. A randomized controlled trial of sucrose and/or pacifier as analgesia for infants receiving venipuncture in pediatric emergency department. *BMC Pediatrics* 2007; 7.

13. Niemela M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized controlled trial of parental counselling. *Pediatrics* 2000; 106: 483-8.
14. Rovers MM, Numans ME, Langenbach E, Grobbee DE, Verheij TJ, Schilder AG. Is pacifier use a risk factor for acute otitis media? A dynamic cohort study. *Family Practice* 2008; 25.
15. Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, Yeung CpW, Li KY, Wong HM, et al. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health* 2018; 18.
16. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dent Assoc* 2001; 132: 1685-93; quiz 726.
17. Sexton S, Natale R. Risks and benefits of pacifiers. *Am Fam Physician* 2009;19:681-5.
18. Al-Assadi A, Al-Dahan ZAA. Pacifier sucking habit and its relation to dental caries and type of feeding habits among group of children (comparative study). *Int J Sci Res* 2017; 6: 1908-10.
19. Peressini S. Pacifier use and early childhood caries: an evidence-based study of the literature. *J Canadian Dent Assoc* 2003; 69: 16-9.
20. Barbosa C, Vasquez S, Parada MA, Gonzalez JC, Jackson C, Yanez ND, et al. The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorder in Patagonian preschoolers. *BMC Pediatr* 2009; 9: 66.
21. Burr S, Harding S, Wren Y, Deave T. The relationship between feeding and non-nutritive sucking behaviours and speech sound development: a systematic review. *Folia Phoniatr Logop* 2021; 73: 73-88.
22. American Academy of Pediatric Dentistry. Periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2020.
23. Jyoti S, Pavanalashmi G. Nutritive and non-nutritive sucking habits- effect on the developing oro-facial complex; a review. *Dentistry* 2014; 4.
24. Degan VV, Puppim-Rontani RM. Prevalence of pacifier-sucking habits and successful methods to eliminate them - a preliminary study. *J Dent Child* 2004; 71: 148-51.
25. Davidson L. Thumb and finger sucking. *Pediatr Rev* 2008; 29.
26. ปุณยวีร์ ศรีศิริรินทร์, อิศราภา ชื่นสุวรรณ. ความชุกของปัญหาพฤติกรรมดูดนิ้ว กัดเล็บ ร้องไห้ใจกลั่นและตื่นอาละวาดของนักเรียนชั้นอนุบาลแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *ธรรมศาสตร์เวชสาร* 2559; 16: 379-87.

27. Maia-Nader M, Silva de Araujo Figueiredo C, Pinheiro de Figueiredo F, Moura da Silva AA, Thomaz EB, Saraiva MC, et al. Factors associated with prolonged non-nutritive sucking habits in two cohorts of Brazilian children. *BMC Public Health* 2014; 14: 743.
28. Kliegman RM, III JWSG, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, et al. *Nelson textbook of pediatrics* (edition 21). Philadelphia, PA: Elsevier; 2020.
29. Borrie F, Bearn D, Innes N, Ihezor-Ejiofor Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015.
30. Baghchechi M, Pelletier JL, Jacob SE. Art of Prevention: The importance of tackling the nail biting habit. *Int J Womens Dermatol* 2020.
31. Gur K, Erol S, Incir N. The effectiveness of a nail-biting prevention program among primary school students. *J Spec Pediatr Nurs* 2018; 23: e12219.
32. Halteh P, Scher RK, Lipner SR. Onychophagia: A nail-biting conundrum for physicians. *J Dermatolog Treat* 2017; 28: 166-72.
33. Lee DY. Chronic nail biting and irreversible shortening of the fingernails. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 185.
34. Rockwell PG. Acute and chronic paronychia. *Am Fam Physician* 2001; 15: 1113-7.
35. Chinnasamy A, Ramalingam K, Chopra P, Gopinath V, Bishnoi GP, Chawla G. Chronic nail biting, orthodontic treatment and Enterobacteriaceae in the oral cavity. *J Clin Exp Dent* 2019; 11: e1157-e62.
36. Sani G, Gualtieri I, Paolini M, Bonanni L, Spinazzola E, Maggiora M, et al. Drug Treatment of Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder), Excoriation (Skin-picking) Disorder, and Nail-biting (Onychophagia). *Curr Neuropharmacol* 2019; 17: 775-86.
37. Keels MA, Section on Oral Health AAO. Management of dental trauma in a primary care setting. *Pediatrics* 2014; 133: e466-76.
38. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol* 2018; 34: 71-86.
39. ADA Council on access pair, ADA Council on scientific affairs. Using mouthguards to reduce the incidence and severity of sports-related oral injuries. *JADA* 2006; 137: 1712-20.