

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน

ยุพิน ปักกะสังข์¹, วรัญญา สร้อยหิน¹, สุนทรี น้ำใจทหาร¹, ดวงแก้ว รอดอ่อง¹, ชณัตพร ชลไพโร², ทัศนกร สำเร็จดี², วัชรพงษ์ เจริญสุข³, พูนศักดิ์ ภิเศก⁴, พลากร สุรกุลประภา⁵

¹งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁵ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Improvement Quality of Life in Patients with Cleft Lip and Palate by Home Visit Program

Yupin Pakkasang¹, Waranya Sroyhin¹, Suntaree Numjaitaharn¹, Duangkaew Rod-ong¹, Chanatiporn Chonprai², Hattakorn Samretdee², Watcharapong Jaruensook³, Poonsak Pisek⁴, Palakorn Surakunprapha⁵

¹Division of Nursing, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

³Department of Social Worker, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

⁴Faculty of Dentistry, Khon Kaen University

⁵Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 24 June 2020

Accepted: 3 December 2020

หลักการและวัตถุประสงค์: ปากแหว่งเพดานโหว่ต้องได้รับการรักษาฟื้นฟูสภาพและติดตามผลเป็นระยะยาว เนื่องจากมีผู้ป่วยบางรายขาดการติดตามการรักษา จึงมีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาเพื่อประเมินปัญหาและผลลัพธ์การรักษาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อไป

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาในผู้ป่วย 20 ราย โดยโปรแกรมเยี่ยมบ้าน 8 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือแบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน 37 ข้อ ทักษะชีวิต 82 ข้อ และการจัดการทางสังคม 9 ส่วน ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ศึกษาประวัติการรักษาผู้ป่วยใช้เวลา 1 เดือน (กุมภาพันธ์ 2563) ใช้สถิติร้อยละ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: จากผู้ป่วย 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 12-18 ปี มีสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก 9 ราย ทุกคนได้ศึกษาตามเกณฑ์ ด้านพัฒนาทักษะชีวิต ต้องการเข้าร่วมพัฒนาทักษะการค้นคว้าความถนัดแนะแนวอาชีพมากที่สุด 19 ราย แต่ต้องการมีทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียดน้อยที่สุด 9 ราย การคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับปกติ 13 ราย การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารอยู่ในระดับปกติ 10 ราย การตัดสินใจ

Background and Objective: Cleft lip and cleft palate patients require long-term treatment, rehabilitation, and follow-up. Some patients lack follow-up treatment. Therefore, a multidisciplinary home visit will be performed to assess the problems and outcomes of the treatment to improve the quality of life of the patients.

Method: A descriptive study was used following the eight-time home visit to a total of 20 patients. The participants underwent different sets of questions; 37 items for Community-Based Rehabilitation, 82 items for life skill testing, and other 9 parts for Social Diagnosis and Management Assessment. Data collection was conducted via an interview that lasted for 45 minutes and review patients' record form. The data collection took 1 month on February, 2020. Content analysis and percentile were used for data interpretation.

*Corresponding author : Yupin Pakkasang, Division of Nursing, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. E-mail: Yupinpeshubtim@gmail.com

ใจและแก้ไขปัญหาและการจัดการอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปกติ 12 ราย การตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติทุกราย ด้านการจัดการทางสังคม พบปัญหาการเงินไม่เพียงพอ ไม่มีค่าเดินทาง มีหนี้สิน และไม่ทราบแหล่งช่วยเหลือ

สรุป: ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีสุขภาพดีถึงดีมาก การดำรงชีวิตการเงินไม่เพียงพอ ด้านสังคมและการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในเกณฑ์ดี ด้านตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับต่ำ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ปากแหว่งเพดานโหว่; โปรแกรมเยี่ยมบ้าน

Results: Twenty patients (13 males, 7 females) age between 12-18 years old enrolled in this interview. Nine patients scored highest for physical health. All cases received standard education. Nineteen patients expressed interests in participating the aptitude skills and occupational counseling. Only 9 patients interested in the skills of emotional and stress management. Thirteen patients scored normal in analytic thinking. Ten patients scored normal in relationship building and communication. Twelve patients scored normal in decision making and problem solving. Self-awareness has the lowest score in all cases. Social management aspect reveals patients were poor and did not have the supporting resources.

Conclusion: Most participants were in good health and quite poor. The patients need the trainings on job and self—actualization.

Keyword: Quality of Life; Cleft Lip and Palate; Home Visit Program

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(2): 166-171. • Srinagarind Med J 2021; 36(2): 166-171.

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดมาจากหลายสาเหตุ มีทั้งด้านพันธุกรรมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก ที่เกิดขึ้นบริเวณใบหน้า ลักษณะของปากแหว่งคือการแยกของริมฝีปากบนอาจไปถึงเหงือกและเพดานปากส่วนหน้า ส่วนเพดานโหว่คือการมีรอยแยกของเพดานอ่อนไปถึงเพดานแข็งในช่องปาก อัตราการเกิดของทารกที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทยคือ 2.49¹ และ 1.61² ต่อ 1,000 ราย สถิติการเข้ารับการรักษาด้วยศัลยกรรมที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์จากระบบภูมิสารสนเทศพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์³

ศูนย์ตระเวนชายแดนให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-Based Rehabilitation; CBR) ของ World Health Organization (WHO) ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ การศึกษา การดำรงชีวิต สังคม และการเสริมสร้างพลังอำนาจ⁴ และครอบคลุมทั้ง 4 มิติของกระบวนการดูแล ได้แก่ 1) ด้านภาพลักษณ์ หน้าตา รูปร่างและการทำงานของริมฝีปาก รูปร่างและการทำงานของจมูก 2) ด้านพันธุกรรม การจัดเรียงตัว รูปร่างและการทำงานของฟันและสันเหงือก 3) ด้านการพูด เสียงพูด และสื่อภาษา และ 4) ด้านคุณภาพชีวิต⁵

การรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่จำเป็นต้องอาศัยการรักษาและติดตามผลเป็นระยะเวลายาวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ กระทั่งคลอด จนถึงวัยผู้ใหญ่ แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ขาดความต่อเนื่องในการรักษา มีการศึกษาเรื่อง

การสำรวจและเยี่ยมบ้านเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่ จังหวัดขอนแก่น ช่วงอายุ 0-12 ปี ได้ประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความยากจนส่งผลต่อการรักษาและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย⁶ และพบว่ามีปัญหาด้านเศรษฐกิจและมีความวิตกกังวลด้านความเจ็บป่วยของบุตร ตรงกับบทพิสูจน์วิชาการว่าผู้ป่วยขาดการรักษาเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ⁷

การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลต่อการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดี การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการหนึ่งในการดำเนินงานที่จะเชื่อมโยงโดยตรงกับคนที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ด้อยโอกาส รวมไปถึงผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ให้มีความสะดวกและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมจากคลินิกหรือหน่วยงานบริการ ซึ่งจะได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพ การเลี้ยงดูเด็กและอื่น ๆ การเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการเยี่ยมบ้านสามารถสนับสนุนการพัฒนาเด็กให้มีสุขภาพที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยปกครองดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยและสร้างความสัมพันธ์ที่เป็นประโยชน์กับครอบครัว^{9,10}

จากการศึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 2 ราย และผู้ป่วยเฉพาะหลังผ่าตัด 2-3 วัน จำนวน 8 ราย พบว่าการเยี่ยมบ้านเป็นการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่ดี ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจในการดูแลมากขึ้น¹¹ องค์กรการกุศลแห่งหนึ่งในประเทศอินโดนีเซียได้ทำการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปกครองมีความสุขอย่างมาก Smile Train เป็นองค์กรต่างประเทศที่ไม่แสวงหาผลกำไรได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ระดับ

โลก กล่าวว่าการมีโอกาสนี้ไปเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่ ไม่เพียงแต่เด็ก ๆ จะได้เข้ารับการรักษาที่เปลี่ยนแปลงชีวิตของเขาเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อชุมชนทั้งหมดของพวกเขาด้วย¹² ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า จึงดำเนินการโครงการวิจัยการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่โดยโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน การศึกษาวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่ และ เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาช่วยเหลือในการพัฒนาคูณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่นำร่อง จำนวน 20 ครอบครัว ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) จังหวัดละ 5 ครอบครัว เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (proposing sampling) ที่ขาดการติดตามการรักษา มีอายุตามเกณฑ์ และมีทั้งภาวะปากแห้งเพดานโหว่ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงกัน (homogeneous) จึงสามารถเป็นตัวแทนได้ โดยใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีจำนวน 8 ครั้ง ใช้เครื่องมือคือ 1) แบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน พัฒนาจาก CBR ของ WHO โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จำนวน 37 ข้อ 2) แบบประเมินทักษะชีวิต จำนวน 82 ข้อ 3) แบบประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม จำนวน 9 ส่วน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที พร้อมกับศึกษาประวัติการรักษาของผู้ป่วย เวลาในการดำเนินการวิจัย 1 เดือน (กุมภาพันธ์ 2563) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้ content analysis การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE631365

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย พบว่า เป็นเพศชาย ช่วงอายุ 12-15 ปี และศึกษาในระดับมัธยมตอนต้นเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 13 ราย (ตารางที่ 1)

ผลการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน พบว่าสุขภาพของเยาวชนปากแห้งเพดานโหว่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 40) ด้านการศึกษา พบว่า ทั้งหมดกำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ด้านการดำรงชีวิต (การเงิน) เพียงพอมากที่สุดกับเพียงพอปานกลางจำนวน 6 รายเท่ากัน (ร้อยละ 30) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคมมีส่วนร่วมอย่างมากจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 45) ด้านเสริมสร้างพลังอำนาจในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 30)

สำหรับผลการประเมินทักษะชีวิต 9 กิจกรรม พบว่าต้องการเข้าร่วมพัฒนาทักษะการค้นหาคำถามนัดแนะแนวอาชีพอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 95) และด้านทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับน้อย

ที่สุดจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 45) การคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับปกติจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 65) การตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติทั้งหมด การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารอยู่ในระดับปกติจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 50) การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาและการจัดการอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับปกติจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 60) ดังแสดงในตารางที่ 2 และผลการประเมินวินิจฉัย จัดการทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ตามอัตภาพ ปัญหาที่พบคือเรื่องการเงิน ไม่มีค่าเดินทางติดตามการรักษา หรือมีค่าเดินทางแต่ไม่มีค่าใช้จ่ายด้านอื่น เมื่อมาติดตามการรักษาต้องยืมเงินทุกครั้ง ทำให้เกิดหนี้สิน และบางครอบครัวไม่ทราบการเข้าถึงแหล่งการเงินและองค์กรช่วยเหลือในพื้นที่

สำหรับด้านการรักษาที่ได้รับ พบว่า มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่ข้างเดียวชนิดสมบูรณ์มากที่สุด 12 ราย (ร้อยละ 60) ทั้งหมดได้รับการผ่าตัดริมฝีปากและปิดเพดานโหว่ตามช่วงอายุ ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง 15 ราย (ร้อยละ 75) ส่วนข้อมูลสุขภาพจากการเยี่ยมบ้าน พบว่า ทั้งหมดมีปัญหาเรื่องภาพลักษณ์และต้องการผ่าตัดตกแต่งเพิ่มเติม พุดไม่ชัด 7 ราย (ร้อยละ 35) ขาดการติดตามการรักษา 5 ราย (ร้อยละ 25) และวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง คือ นัดเข้าคลินิกบูรณาการ 5 ราย และเตรียมนัดผ่าตัดตกแต่งเพิ่มเติมหลังจัดฟันเสร็จทุกราย ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษาคูณภาพชีวิตผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่โดยการเยี่ยมบ้านครั้งนี้ ทำให้พบว่าผู้ป่วยบางส่วนที่มีสุขภาพดีมากและแม้จะเป็นส่วนน้อยแต่มีความสำคัญเพราะ ศูนย์ตะวันฉาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นศูนย์ความเป็นเลิศในด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การเข้าถึงและคุณภาพการดูแลคือหัวใจสำคัญกลุ่มสุขภาพที่อยู่ในระดับแย่มากเพราะไม่เข้ารับบริการต่อเนื่องขาดแคลนค่าใช้จ่าย^{5,6} ส่วนด้านการศึกษาทุกคนได้เรียนตามเกณฑ์ที่กำหนด แต่ไม่เคยเข้าร่วมการอบรมเพื่อเพิ่มพูนหรือพัฒนาทักษะสำหรับประกอบอาชีพ หรือทักษะในชีวิตประจำวัน ด้านการดำรงชีวิต ผู้ป่วยมีเงินเพียงพอปานกลางและไม่เพียง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 20)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	13 (65)
หญิง	7 (35)
อายุ (ปี)	
12-15	13 (65)
16-18	7 (35)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษาตอนต้น	13 (65)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7 (35)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ทักษะชีวิต วินิจฉัย จัดการทางสังคม และผลการสำรวจความต้องการฝึกทักษะเฉพาะด้าน (n=20)

รายละเอียดข้อมูล	ผลการประเมิน จำนวน (ร้อยละ)
1. ด้านสุขภาพ	
- ระดับดีมาก	8 (40)
- ระดับดี	4 (20)
- ระดับปกติ	6 (30)
- ระดับแย់	2 (10)
2. ด้านการศึกษา	
- ระดับมัธยมศึกษา	20 (100)
3. ด้านการดำรงชีวิต (การเงิน)	
- เพียงพอมากที่สุด	6 (30)
- เพียงพอมาก	3 (15)
- เพียงพอปานกลาง	6 (30)
- เพียงพอน้อย	2 (10)
- ไม่เพียงพออย่างมาก	3 (15)
4. ด้านสังคม (มีส่วนร่วมในสังคม)	
- มีส่วนร่วมอย่างมาก	9 (45)
- มีส่วนร่วมมาก	3 (15)
- มีส่วนร่วมปานกลาง	3 (15)
- มีส่วนร่วมน้อย	3 (15)
- ไม่มีส่วนร่วม	2 (10)
5. ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ	
- ระดับมากที่สุด	5 (25)
- ระดับมาก	2 (10)
- ระดับปานกลาง	6 (30)
- ระดับน้อย	3 (15)
- ไม่มีเลย	4 (20)
6. ด้านทักษะชีวิต 9 กิจกรรม	
- ค้นหาความถนัด แนะนำอาชีพ	19 (95)
- เสริมสร้างพลังใจ กำลังใจ	16 (80)
- ตัดสินใจและแก้ไขปัญหา	15 (75)
- สร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร	14 (70)
- เสริมสร้างบุคลิกภาพ ความมั่นใจ	14 (70)
- ตระหนักรู้ในตนเอง	13 (65)
- การอ่านเขียนภาษาไทย และคำนวณ	13 (65)
- เสริมสร้างการคิดวิเคราะห์	12 (60)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน ทักษะชีวิต วินิจฉัย จัดการทางสังคม และผลการสำรวจความต้องการฝึกทักษะเฉพาะด้าน (n=20) (ต่อ)

รายละเอียดข้อมูล	ผลการประเมิน จำนวน (ร้อยละ)
- จัดการอารมณ์และความเครียด	9 (45)
7. การคิดวิเคราะห์	
- ต่ำกว่าปกติ	5 (25)
- ปกติ	13 (65)
- สูงกว่าปกติ	2 (10)
8. การตระหนักรู้ใจตนเอง	
- ต่ำกว่าปกติ	20 (100)
9. การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร	
- ต่ำกว่าปกติ	6 (30)
- ปกติ	10 (50)
- สูงกว่าปกติ	4 (20)
10. การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา	
- ต่ำกว่าปกติ	4 (20)
- ปกติ	12 (60)
- สูงกว่าปกติ	4 (20)
11. การจัดการอารมณ์และความเครียด	
- ต่ำกว่าปกติ	8 (40)
- ปกติ	12 (60)

พอเลยเป็นส่วนใหญ่^{5,6} ส่วนด้านสังคม การเคารพต่อผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านความช่วยเหลือที่ต้องการ บทบาทในการตัดสินใจสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนหรือครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ในแนวโน้มที่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสังคม ชุมชน โรงเรียน เพื่อนและครอบครัวให้การยอมรับและช่วยเหลือเยาวชนกลุ่มนี้เป็นอย่างดี^{9,10} ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีสติตัดสินใจ ความพอใจกับตนเอง การใช้ชีวิตอย่างพอเพียง และนโยบายประเทศที่เอื้อสิทธิให้กับผู้ป่วยเท่าเทียมคนธรรมดา ทำให้มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะส่งผลให้เยาวชนสามารถดำรงชีวิตและพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด ส่วนทักษะชีวิตที่ต้องการค้นหาความถนัด แนะนำอาชีพ ต้องการกำลังใจ ตัดสินใจและแก้ไขปัญหา สร้างสัมพันธภาพ ความมั่นใจ การตระหนักรู้ การอ่านเขียนภาษาไทย และคำนวณ เสริมสร้างการคิดวิเคราะห์ที่ต้องการพัฒนาตนเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเยาวชนยุค 4.0 นี้จำเป็นต้องพัฒนาทักษะในการแสวงหาความรู้อย่างถูกวิธี และนำมาปรับใช้อย่างถูกต้อง เช่น การใช้อินเทอร์เน็ตจะต้องสามารถใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการค้นหาความรู้ให้เป็น และเกิดประโยชน์สูงสุด ความคิดสร้างสรรค์ต้องกล้าที่จะคิดนอกกรอบหรือต่อยอดจากตำราเรียน การปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อที่จะสามารถตอบสนองความ

ตารางที่ 3 การรักษาที่ได้รับ ข้อมูลสุขภาพและแนวทางการรักษาในอนาคต (n=20)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการรักษา	
- ได้รับการผ่าตัดริมฝีปากตามช่วงอายุ	20 (100)
- ได้รับการผ่าตัดปิดเพดานโหว่ตามช่วงอายุ	20 (100)
- ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง	15 (75)
ข้อมูลสุขภาพจากการเยี่ยมบ้าน	
- มีปัญหาเรื่องภาพลักษณ์	20 (100)
- มีรูรั่ว	1 (5)
- พุดไม่ชัด	7 (35)
- ขาดการติดตามการรักษา	5 (25)
วางแผนการรักษาต่อเนื่อง	
- นัดเข้าคลินิกบูรณาการ	5 (25)
- เตรียมจัดฟัน	5 (25)
- เตรียมผ่าตัดเพิ่มเติม	20 (100)
- เตรียมนัดผ่าตัดปิดรูรั่ว	1 (5)
- นัดฝึกพูด	7 (35)
- นัดเข้าคลินิกบูรณาการ	5 (25)

ต้องการของสังคมและทำงานร่วมกันได้ ปัจจัยดังกล่าวจะสามารถสร้างและพัฒนาเยาวชนให้รู้จักค้นหาความรู้ต่างๆ มาปะติดปะต่อและประยุกต์เข้ากับการดำรงชีวิตได้จริง¹³ สำหรับการตระหนักรู้ด้วยตนเอง (self-awareness) ที่ต่ำกว่าปกติ นั้น ซึ่งการตระหนักรู้ในตนเองเป็นทักษะที่สำคัญที่สุดและเป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิต หากปราศจากการรับรู้ตนเองแล้ว ความคิด ความรู้สึก และรูปแบบพฤติกรรมจะถูกควบคุมโดยความเชื่อแบบไม่รู้ตัว อาศัยการคิดเองหรือไม่ก็ใช้สัญชาตญาณเป็นสำคัญ¹⁴ การพัฒนาความรู้สึกรู้จักคุณค่าในตัวเองหรือการตระหนักรู้โดยการจัดกิจกรรมค่ายคุณค่าแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่รู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น เด็กสามารถรับรู้ค่าขึ้นไปใช้ได้¹⁵ สำหรับการจัดการทางสังคม เรื่องการเงิน ไม่มีค่าเดินทางติดตามการรักษา หรือมีค่าเดินทางแต่ไม่มีค่าใช้จ่ายด้านอื่น มีหนี้สิน และไม่ทราบแหล่งช่วยเหลือ ได้ให้คำแนะนำแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล และมูลนิธิตะวันฉายฯ เพื่อสนับสนุนค่าเดินทาง ทุนการศึกษา อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องแบบสอบถามบางข้อที่อยากต่อความเข้าใจของเด็ก และพื้นที่ในการเยี่ยมแต่ละคนอยู่ไกลกันมาก โดยวางแผนนำผลที่ได้เตรียมจัดโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ในรูปแบบค่ายพัฒนาทักษะ¹⁵ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและศักยภาพของเยาวชนปากแหว่งเพดานโหว่ให้เท่าเทียมเด็กปกติต่อไป

สรุป

คุณภาพชีวิตเยาวชนปากแหว่งเพดานโหว่ ด้านสุขภาพดีมาก เป็นส่วนใหญ่ การศึกษาเข้าเรียนตามเกณฑ์ทุกราย การดำรงชีวิตส่วนใหญ่มีเงินเพียงพอปานกลางและไม่เพียงพอเลย ด้านสังคมมีแนวโน้มที่ดี การเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่ในเกณฑ์ดี ทักษะชีวิตด้านตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในด้านนี้เพื่อเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมสหวิทยาการ เจ้าหน้าที่ศูนย์ตะวันฉายที่ร่วมออกเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวที่ร่วมโครงการ คุณสุธีรา ประดับวงศ์ที่ให้คำปรึกษาในการสรุปงานวิจัย โดยงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนการวิจัยจากฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ 162-01-08 ภายใต้โครงการรูปแบบการดูแลที่สมบูรณ์แบบในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของศูนย์ตะวันฉาย โดยศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศิริราชและไบรนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการพระราชทานตะวันฉาย (ศูนย์ตะวันฉาย)

เอกสารอ้างอิง

1. Chuangsuwanich A, Aojanepong C, Muangsombut S, Tongpiew P. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. *Ann Plast Surg* 1998; 41: 7–10.
2. Chowchuen B, Thanaviratananich S, Chichareon V, Kamolnate A, Uewichitrapochana C, Godfrey K. A Multisite Study of Oral Clefts and Associated Abnormalities in Thailand: The Epidemiologic Data. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016 7; 3(12): e583. doi: 10.1097/GOX.0000000000000570.
3. Pradubwong S, Lekbunyasir O, Chantachum V, Udomtanassup S, Simmalee K, Chowchuen B. Application of geographic information system (GIS) for management of cleft lip-palate care at The Tawanchai Cleft Center. *J Med Assoc Thai* 2010; 93 (Suppl 4): 558-62.
4. World Health Organization. *Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines*. Malta; 2010.
5. Patjanasontorn N, Pradubwong S, Rongbudsri S, Mongkholtawornchai S, Chowchuen B. Tawanchai Cleft Center Quality of Life Outcomes: One of studies of patients with cleft lip and palate in Thailand and the Asia Pacific region. *J Med Assoc Thai* 2012; 95 (Suppl 11): S141-147.
6. Maneeganondh S, Rod-ong D, Rongbudsri S, Theeyoung A, Pradubwong S, Patjanasontorn N. Outcomes of home visit of children with cleft lip and palate in Khon Kaen province. *J Med Assoc Thai* 2018; 101 (5):53-57.
7. Pradubwong S. Interdisciplinary care on timing of cleft lip-palate. *Srinagarind Med J* 2007; 22(3): S291-296.

8. Rural health information hub. Home visiting programs [Internet]. 2014 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/transportation/2/models-to-overcome-barriers/home-visiting-programs>
9. Child & family research partnership. The top 5 benefits of home visiting programs [Internet]. 2015 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://childandfamilyresearch.utexas.edu/top-5-benefits-home-visiting-programs>
10. Augsornwan D, Pradubwong S, Prathumwiwattana P, Sucontaman D, Surakunprapha P. Home visit patients and family with cleft lip and palate. J Med Assoc Thai 2011; 94 (Suppl 6): S109-113.
11. Cleft Care Foundation Indonesia. Home visits service [Internet]. 2013 [cited May 15, 2020]. Available from: <http://cleftcareindonesia.org/programs/home-visits-service/>
12. Smile Train. Journey of smiles guatemala [Internet]. 2016 [cited May 15, 2020]. Available from: <https://www.smiletrain.org/get-involved/journey-of-smiles/guatemala>
13. Admission Premium. ชาวคนไทยควรปรับตัวอย่างไร กับ Thailand 4.0 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิ.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.admissionpremium.com/content/2125>
14. Aletheia Luna. 6 กิจกรรมสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง ที่ทุกคนควรรู้ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิ.ย.2563]. เข้าถึงได้จาก <http://ncga.in.th/?p=2996>
15. Samretdee H, Singkhornard J, Rod-ong D, Maneeganondh S, Theeyoung A, Patjanasoonorn N. Self-Esteem of patients with cleft lip and palate attending the self-esteem enhancement program camp activities. J Med Assoc Thai 2018; 94 (Suppl 5): S59-64.

SMJ