

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ของทันตแพทย์ภายหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ Influencing Factors on Initial Management of Cleft Lip and Palate Patients by Dentists after Training Workshop

มารศรี ชัยวรวิทย์กุล¹, ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์²

¹ภาควิชาทันตกรรมจัดฟันและทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²ภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Marasri Chaiworawitkul¹, Songvuth Tuongratanaphan²

¹Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

²Department of Family and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

ชม. ทันตสาร 2560; 38(2) : 87-96

CM Dent J 2017; 38(2) : 87-96

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของทันตแพทย์ภายหลังผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มทันตแพทย์ 65 คน และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเอสพีเอสเอส (SPSS) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแรกคือ ปัจจัยจากตัวทันตแพทย์ หมายถึงความรู้ความชำนาญของทันตแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ประสบการณ์การทำงาน และการเข้าร่วมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ปัจจัยที่สองคือ ปัจจัยแวดล้อม ประกอบด้วย ระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ทันตแพทย์ประจำอยู่ ศักยภาพของทีมบุคลากร ความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ ตลอดจนโครงการต่างๆ ที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยปากแหว่ง

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study influencing factors on initial management of cleft lip and palate patients by dentists after training workshop using questionnaires and individual interviews from 65 dentists. All numeric data was analyzed with SPSS program. The results showed that the first factor was the dentist factor which was related to their knowledge, advice from experts, experience, and participation in the workshop. The second factor was the environmental factor which consisted of hospital management system, potency of interdisciplinary team, available equipment, and supporting projects. Moreover, the results indicated that participation in the workshop was a factor

Corresponding Author:

มารศรี ชัยวรวิทย์กุล

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาทันตกรรมจัดฟันและทันตกรรมสำหรับเด็ก
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200

Marasri Chaiworawitkul

Associate Professor, Department of Orthodontics and Pediatric
Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University,
Chiang Mai, 50200, Thailand
E-mail: dr.marasri@gmail.com

เพดานโหว่ที่จัดตั้งขึ้นด้วย นอกจากนี้ จากผลดังกล่าวชี้ว่าการเข้าร่วมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยเพิ่มศักยภาพแก่ทันตแพทย์ในการดูแลรักษาเบื้องต้นผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

คำสำคัญ: ทันตแพทย์ การจัดการเบื้องต้นในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

improving dentist efficiency for initial management of cleft lip and palate patients.

Keywords: dentist, initial management for cleft lip and palate patients

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติแต่กำเนิดบริเวณใบหน้าพบได้ในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสาเหตุการเกิดที่ซับซ้อน อันเป็นผลจากพัฒนาการและกลไกทางชีวเคมีหลายขั้นตอนภายใต้อิทธิพลของพันธุกรรมและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล⁽¹⁾ วิธีการจำแนกขึ้นกับข้อตกลงของทีมที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระบุลักษณะและความรุนแรงของความผิดปกติ ภาวะนี้มักส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางร่างกายตั้งแต่แรกเกิดโดยเฉพาะปัญหาการดูดนม⁽²⁻⁶⁾ รวมทั้งการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นเมื่อโตขึ้น เช่น ปัญหาด้านการได้ยินและการพูด⁽⁷⁻⁹⁾ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ เกิดปมด้อยจากร่องรอยของความผิดปกติที่ปรากฏอยู่ส่งผลกระทบต่อทั้งรูปลักษณ์และการพูด กลัวการถูกล้อเลียน ขาดความมั่นใจในตนเอง อาจเก็บตัวอยู่ตามลำพัง ไม่ยอมเข้าร่วมสังคมกับผู้อื่น⁽¹⁰⁻¹²⁾ ดังนั้น การจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อย่างเป็นระบบตั้งแต่กำเนิดจึงเป็นต้นทุนของสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีสำหรับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต

ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในประเทศไทยได้รับการดูแลรักษาภายใต้โครงการยิ้มสวย เสียงใส เพื่อเทิดพระเกียรติ 50 พรรษาสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน ดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุข สภากาชาดไทย สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และสมาคมจัดฟันแห่งประเทศไทย ร่วมกับหน่วยงานสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมในแต่ละช่วงอายุ ทันตแพทย์ถือเป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมที่ดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่⁽¹³⁻¹⁵⁾

เนื่องจากมีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากทุกช่วงวัยของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังต้องทำงานประสานบุคลากรอื่นๆ ในทีมสหวิทยาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีและได้รับการรักษาที่ครบถ้วนสมบูรณ์ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในอนาคต

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาความรู้และเพิ่มพูนทักษะของทันตแพทย์ให้พร้อมเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานตามระเบียบวิธีการสากล จึงได้จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการทำเพดานเทียมก่อนการผ่าตัดเย็บรอยแยกและการจัดการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สำหรับทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนบนขึ้น ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ดังได้กล่าวข้างต้น

การวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของทันตแพทย์ภายหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในกลุ่มทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 65 คน ที่ได้ผ่านการฝึกอบรมดังกล่าวเกี่ยวกับการจัดการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และการฝึกเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพิมพ์ปาก การทำและการใช้เพดานเทียมก่อนการผ่าตัดริมฝีปากและเพดานในทารกปากแหว่งเพดานโหว่ โดยใช้แบบสอบถามที่ได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) แล้ว และการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเครื่องมือวิจัยภายหลังการอบรมแล้วเป็นเวลา 3 ปี จากการตอบแบบสอบถามโดยส่งทางไปรษณีย์

จำนวน 48 ฉบับ และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับทันตแพทย์ 17 คน โดยแบบสอบถามและคำถามเป็นชนิดปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของทันตแพทย์ ได้แก่ เพศ อายุ สถาบันที่จบ วุฒิหลังปริญญาตรี ประสบการณ์ในการทำงาน การอบรมและสัมมนาเพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจัดการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ปากแห้งเพดานโหว่หลังจากได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ รูปแบบการจัดการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่ตามช่วงอายุ ระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการ ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ของกลุ่มตัวอย่าง การส่งต่อผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของทีมนสวิทยาการ การติดต่อประสานงานกับทีมนสวิทยาการหรือบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ใช้ และความคิดเห็นของทันตแพทย์ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการทางวิชาการ เกี่ยวกับการจัดการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ของทันตแพทย์ ได้แก่ ความต้องการสนับสนุนในการดูแล ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ รูปแบบของการสนับสนุนที่ต้องการ และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS เพื่อหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละของข้อมูลต่างๆ รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลต่างๆ ด้วยการใช้สถิติ Pearson's's production moment correlation coefficient และสถิติ Fisher's Exact test

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาจากแบบสอบถาม

จากแบบสอบถามที่ส่งไปรษณีย์จำนวน 48 ฉบับ ได้รับตอบกลับมา 34 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 70.9 มีข้อมูลการจัดการทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการฝึกอบรมดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2 ข้อมูลการส่งต่อแสดงในตารางที่ 3 และ 4 ตามลำดับ

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่าภายหลังการอบรมทันตแพทย์ให้การรักษาด้วยวิธีการทำการทำเพดานเทียมชนิดไร้แรง เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 32.4 จากร้อยละ 20.6 และเพดาน

เทียมชนิดไร้แรงร้อยละ 11.8 ซึ่งเท่ากับก่อนการอบรม และโดยภาพรวมให้การรักษาทางทันตกรรมด้านอื่นๆ มากขึ้นภาย หลังการฝึกอบรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนอื่นๆ พบว่า ทันตแพทย์ที่เคยได้พบผู้ป่วยมักจะทำการส่งต่อผู้ป่วยด้วยเหตุผลส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยต้องการการรักษาที่ซับซ้อนยิ่งมากขึ้น ซึ่งหน่วยงานไม่สามารถรองรับได้ และมีการติดตามผลหลังการส่งต่อ คิดเป็นร้อยละ 51.7

จากตารางที่ 3 แสดงแหล่งความรู้ส่วนใหญ่ที่ทันตแพทย์ กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ พบว่า มาจากการศึกษาเพิ่มเติมทางภาย หลังสำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิตคิดเป็น ร้อยละ 79.4 รองลงมาคือจากสัมมนาวิชาการเกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ คิดเป็นร้อยละ 76.5 และ จากการศึกษาในระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

นอกจากนี้ยังพบว่า มีความต้องการให้จัดการสัมมนา (ร้อยละ 55.9) จัดการฝึกอบรม (ร้อยละ 47.1) และต้องการ บทความและเอกสารวิชาการ (ร้อยละ 44.1) รวมถึงการ สนับสนุนรูปแบบอื่นๆ ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาจาก ผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้เทคนิค (เชิงปฏิบัติการ) ในการดูแล ผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ การสื่อสารหรือการส่งต่อที่เป็น แบบแผนชัดเจนสำหรับทันตแพทย์ที่ประจำโรงพยาบาล ทั่วไกล

ตารางที่ 4 แสดงทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการดูแล ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ พบว่า ส่วนใหญ่สนใจในการ ให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยด้วยตนเอง (ร้อยละ 58.8)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลผู้ป่วย ปากแห้งเพดานโหว่ได้ พบว่า ส่วนใหญ่โรงพยาบาลขาดแคลน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ ที่จะสร้างทีมนสวิทยาการในการ ดูแลจัดการผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ (ร้อยละ 58.8) รอง ลงมาคือ ความไม่มั่นใจในศักยภาพของตนเองในการดูแล จัดการผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ (ร้อยละ 50) ขาด ประสบการณ์ในการจัดการผู้ป่วย (ร้อยละ 32.4) โรงพยาบาล ที่ประจำอยู่ไม่มีผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่มารับบริการ (ร้อยละ 29.4) สภาพเครื่องมือในโรงพยาบาลที่ประจำอยู่ ไม่พร้อมให้บริการ (ร้อยละ 11.8) และทางโรงพยาบาลไม่มี

ตารางที่ 1 ร้อยละของการจัดการทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ก่อนเข้ารับการอบรม

Table 1 Percentages of dental management for cleft patients before attending the work shop

การจัดการทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยก่อนเข้ารับการอบรม	แรกเกิด – 6 เดือน (ร้อยละ)		7 เดือน – 3 ปี (ร้อยละ)	4 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ)	ส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ)	
การจัดการดูแลรักษาผู้ป่วย						
ตรวจ วินิจฉัย และ/หรือวางแผนการรักษา	41.2		14.7	32.4	44.1	
ทำเพดานเทียม (obturator) และ/หรือปรับแก้ไขเครื่องมือ	Passive plate	20.6			26.5	
	Active plate	0				
	Active +Passive	11.8				
ชุดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน รักษา รากฟัน			17.6	61.8	2.9	
ทันตกรรมป้องกัน เช่น เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ใส่เครื่องมือรักษา ช่องว่าง			20.6	50.0	0	
ครอบฟัน หรือฟันเทียมทั้งชนิดติดแน่นและถอดได้			5.9	20.6	14.7	
การรักษาด้วยเครื่องมือจัดฟัน				ชนิดถอดได้	2.9	20.6
				ชนิดติดแน่น	11.8	
				ชนิดถอดได้ +ติดแน่น	5.9	
การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและ / หรือผู้ปกครอง						
การเลือกชนิดของนมและอาหาร	35.3		20.6	29.4		
วิธีการให้นมและอาหาร	44.1		17.6	23.5		
ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องที่อาจจะพบได้ และแนวทางการรักษาต่อไป	35.3		26.5	50.0		
การดูแลสุขภาพช่องปากและการขึ้นของฟัน	38.2		29.4	44.1		
การดูแลเครื่องมือต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้	26.5		20.6	41.2		
ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพบทันตแพทย์	38.2		26.5	32.4		

ตารางที่ 2 ร้อยละของการจัดการทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่หลังจากผ่านการอบรม

Table 2 Percentages of dental management for cleft patients after attending the work shop

การจัดการทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยหลังผ่านการอบรม	แรกเกิด – 6 เดือน (ร้อยละ)	7 เดือน – 3 ปี (ร้อยละ)	4 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ)	ส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ)	
การจัดการดูแลรักษาผู้ป่วย					
ตรวจ วินิจฉัย และ / หรือวางแผนการรักษา	55.9	20.6	38.2	41.2	
ทำเพดานเทียม (obturator) และ/หรือปรับแก้ไขเครื่องมือ	Passive plate	32.4		23.5	
	Active plate	0			
	Active +Passive	11.8			
ชุดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน รักษา รากฟัน		17.6	50.0	11.8	
ทันตกรรมป้องกัน เช่น เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ใส่เครื่องมือรักษาช่องว่าง		20.6	47.1	5.9	
ครอบฟัน หรือฟันเทียมทั้งชนิดติดแน่นและ ถอดได้		5.9	14.7	20.6	
การรักษาด้วยเครื่องมือจัดฟัน			ชนิดถอดได้	8.8	23.5
			ชนิดติดแน่น	2.9	
			ชนิดถอดได้+ติดแน่น	17.6	
การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและ / หรือผู้ปกครอง					
การเลือกชนิดของนมและอาหาร	44.1	20.6	26.5		
วิธีการให้นมและอาหาร	55.9	14.7	23.5		
ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องที่อาจจะพบได้และแนวทางการรักษาต่อไป	52.9	26.5	52.9		
การดูแลสุขภาพช่องปากและการขึ้นของฟัน	47.1	32.4	52.9		
การดูแลเครื่องมือต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้	41.2	20.6	41.2		
ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการพบทันตแพทย์	47.1	26.5	38.2		

ตารางที่ 3 แหล่งความรู้ส่วนใหญ่ใช้ในการจัดการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

Table 3 Major information sources for initial management for cleft patients

แหล่งความรู้ส่วนใหญ่ใช้ในการจัดการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	ร้อยละ
การศึกษาในระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	50.0
การศึกษาเพิ่มเติมทางทันตแพทยศาสตรที่เข้ารับภายหลังจากสำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตรบัณฑิต	79.4
การสัมมนาวิชาการเกี่ยวกับการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	76.5

ตารางที่ 4 ทศนคติเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

Table 4 Attitude on management of cleft pateitns

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	ร้อยละ
สนใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	8.8
สนใจในการให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยด้วยตนเอง	58.8
ต้องการส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญทำการดูแลรักษา เนื่องจากการรักษาซับซ้อน	32.4

งบประมาณหรือไม่มีนโยบายสนับสนุนในการดูแลจัดการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (ร้อยละ 5.9)

2. ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกทันตแพทย์จำนวน 17 คน ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดใกล้เคียง ปรากฏข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ก่อนเข้าร่วมการอบรม ทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ให้การรักษาผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามความสามารถของแต่ละบุคคล ในส่วนโรงพยาบาลชุมชนให้การรักษาน้อยที่สุดเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์ทั่วไป ขาดความมั่นใจและความรู้ที่เพียงพอในการจัดการผู้ป่วย รวมถึงขาดความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ แม้ในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งผู้ป่วยมักถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลรอบนอก ทันตแพทย์ที่ขาดประสบการณ์ก็จะให้การรักษาที่ไม่ซับซ้อน เช่น การพิมพ์ปากและทำเพดานเทียม ภายใต้อำนาจแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

เช่นจากตัวอย่างคำกล่าวของทันตแพทย์ว่า

“สำหรับทันตแพทย์ทั่วไปคิดว่ามีความสามารถไม่เพียงพอในการให้การรักษ ควรได้รับการฝึกฝนมาก่อน และในครั้งแรกหากมีผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำจะดียิ่งขึ้น”

หลังการเข้าการอบรม ทันตแพทย์บางท่านสามารถให้การรักษาด้วยเพดานเทียมชนิดไร้แรงตามการอบรม และมีความรู้ความมั่นใจในให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น รวมถึงการส่งต่อและการติดตาม ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่มีโอกาสได้รักษาผู้ป่วยมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ทันตแพทย์อีกจำนวนไม่น้อยก็ยังขาดความมั่นใจ และบางส่วนไม่มีผู้ป่วยมารับการรักษา

เช่นจากตัวอย่างคำกล่าวของทันตแพทย์ว่า

“สำหรับการอบรมนี้มีความน่าสนใจและอยากเข้าร่วมอีก เพราะจะได้ฝึกปฏิบัติในคนไข้จริงร่วมกับอาจารย์ ได้เทคนิคใหม่ๆ ได้ความมั่นใจในการทำคนไข้เพิ่มขึ้น”

“การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยทันตแพทย์ของโรงพยาบาลนั้น หลังจากผ่านการอบรมแล้วทันตแพทย์มีความมั่นใจพอสมควรในการพิมพ์ปากทำ plate ทำ obturator ได้ แต่ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ต้องคำนึงถึงยังไม่พร้อม เช่น อุปกรณ์ ยูนิต ระบบ suction ของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยในส่วนนี้ได้”

2. ระบบของโรงพยาบาลในการจัดการและการส่งต่อผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

จากโครงการยิ้มสวยเสียงใส เพื่อเทิดพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา

ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระบบการทำงานของโรงพยาบาล คือ เกิดการประสานงานกันภายในหน่วยงานมากขึ้น

เช่นจากตัวอย่างคำกล่าวของทันตแพทย์ว่า

“และเนื่องจากในช่วงปี50-51 มีโครงการยิ้มสวยเสียงใส เพื่อเทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (Smart Smile & Speech Project) ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลได้ให้การตอบรับและปฏิบัติตามเป็นอย่างดี มีการจัดทำ protocol และ timing ชัดเจนขึ้น มีการประสานและแบ่งงานกันอย่างเป็นสัดส่วนขึ้น”

แต่ก็ยังมีหลากหลายในระบบการจัดการ โดยภาพกว้างสามารถแบ่งได้ตามศักยภาพของโรงพยาบาล ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่แพทย์และพยาบาลจะเป็นบุคลากรกลุ่มแรกที่พบผู้ป่วย และทำการส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากขาดศักยภาพและความพร้อมของอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย โดยอาจจะไม่มีการประสานงานกับฝ่ายทันตกรรม ยกเว้น โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่มีโครงการการดูแลผู้ป่วยแรกเกิดอยู่แล้ว ทันตแพทย์ก็จะได้เข้าร่วมด้วย เช่นจากตัวอย่างคำกล่าวของทันตแพทย์ว่า

“ถึงแม้จะจบปริญญาตรีและทราบหลักการแล้ว แต่ในสถานการณ์จริงอาจไม่มีความมั่นใจ อีกทั้งยังขาดความพร้อมของทีมสหวิทยาการและอุปกรณ์ต่าง ๆ ด้วย”

2.2 โรงพยาบาลทั่วไป มีการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเกิดด้วยการทำเพดานเทียม ผ่าตัดเย็บริมฝีปากและเพดานปาก ดูแลสภาวะช่องปากโดยทั่วไป ตลอดจนจัดฟันเพื่อแก้ไขความผิดปกติเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น แต่ไม่ได้ให้การรักษาผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า เนื่องจากขาดบุคลากรประกอบกับผู้ป่วยมีความพอใจในการรักษาระดับหนึ่งแล้ว ส่วนด้านการประสานงานนั้นจะเป็นการประสานงานผ่าน บันทึกการรักษา (order chart) ไม่มีการติดต่อระหว่างแพทย์แต่ละสาขาโดยตรง และยังไม่มีแนวทางที่แน่นอนในการจัดการผู้ป่วย

เช่นจากตัวอย่างคำกล่าวของทันตแพทย์ว่า

“สำหรับทันตแพทย์ทั่วไปคาดว่ามีความสามารถไม่เพียงพอในการให้การรักษา ควรได้รับการฝึกฝนมาก่อน และในครั้งแรกหากมีผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำจะดียิ่งขึ้น และคาดหวังให้ทันตแพทย์ทั่วไปสามารถดูแลเช่นทำ passive plate หรืออย่างน้อยให้คำแนะนำ และหากไม่สามารถทำการรักษาได้

ให้ส่งต่อเร็วที่สุด เพราะจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย ลดโอกาสการเกิดโรค และเด็กจะสามารถยอมรับเครื่องมือได้ง่ายขึ้นหากทำตั้งแต่อายุน้อยๆ”

“การดูแลผู้ป่วยโดยทันตแพทย์ทั่วไป คาดว่าน่าจะทำได้ระดับหนึ่ง แต่อาจไม่มีความมั่นใจ สำหรับเรื่องทักษะนั้นจำเป็นต้องมีการฝึกฝน เรียนรู้ หาเทคนิคในการจัดการเพิ่มเติม ควรมีผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำในการทำการครั้งแรกซึ่งผู้ที่มีประสบการณ์มากจะรู้เทคนิคมาก นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ช่วยทั้งในคลินิกและห้องปฏิบัติการ และความพร้อมของอุปกรณ์”

2.3 โรงพยาบาลศูนย์ มีความพร้อมในการให้การรักษาผู้ป่วยแบบครบวงจร คือ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกเกิดจนโต อย่างไรก็ตาม แต่ละโรงพยาบาลจะมีความแตกต่างกันในส่วนของทีมสหวิทยาการ บางแห่งแม้จะมีแพทย์ในสาขาต่างๆ ซึ่งมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย แต่การจัดการยังแยกเป็นส่วนๆ ไม่ได้จัดตั้งเป็นทีมที่สมบูรณ์แบบ

นอกจากนี้ บางโรงพยาบาลมีการจัดการผู้ป่วยโดยทันตแพทย์ จะประสานงานกับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่โดยตรง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งก็มีการจัดตั้งเป็นทีมที่ชัดเจนและประสานงานกับโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างประเทศร่วมกับภาคเอกชนในประเทศไทยเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนนั้น

ในส่วนของฝ่ายทันตสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้พยายามจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยทันตแพทย์และบุคลากรของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน ไปจนถึงการประสานงานกับหน่วยงานระดับต่างๆ เช่น ศูนย์รักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและครบถ้วนมากที่สุด

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการอบรม

ผู้เข้าร่วมการอบรมทุกท่านให้ความเห็นว่าเป็นการอบรมที่ดีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และอยากให้มีการจัดอบรมขึ้นอีก โดยควรมุ่งเน้นไปที่ทันตแพทย์ที่มีความสนใจและมีโอกาสได้ทำการรักษาผู้ป่วย

4. การทำงานร่วมกันของทีมสหวิทยาการ

ขึ้นกับศักยภาพของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ โดยโรงพยาบาลศูนย์มีความพร้อมมากที่สุด สามารถดูแลผู้ป่วย

ได้อย่างครบวงจร เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป การประสานงานที่ดีระหว่างบุคลากรก็มีความสำคัญมาก ควรมีการตกลงกันถึงขอบเขตงานของแต่ละฝ่าย และมีการประชุมแลกเปลี่ยนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการจัดการผู้ป่วยแต่ละรายร่วมกัน เพื่อให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด

5. ข้อเสนอแนะและการสนับสนุนเพิ่มเติม

ได้แก่ ต้องการให้มีโครงการค้นหาผู้ป่วยและมีระบบติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษา การเพิ่มศักยภาพของทันตภิบาลให้มีความรู้ในการออกตรวจและสามารถส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบได้ ควรมีข้อปฏิบัติร่วมกันที่เป็นมาตรฐานที่ชัดเจนให้มีความสำคัญกับเรื่องสภาวะจิตใจของผู้ปกครองและผู้ป่วยมากขึ้น ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากขึ้น และการเพิ่มจำนวนช่างทันตกรรม

บทวิจารณ์

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของทันตแพทย์ภายหลังผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ทันตแพทย์ที่ผ่านการอบรมสามารถจัดการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย และสามารถทำและใช้เพดานเทียมก่อนการผ่าตัดริมฝีปากและเพดานในทารกปากแหว่งเพดานโหว่ได้อย่างถูกต้อง

จากการศึกษาพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของทันตแพทย์ภายหลังผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ ความรู้ความชำนาญและประสบการณ์การทำงานของทันตแพทย์ ซึ่งได้ทั้งจากการศึกษาต่อในระดับหลังปริญญา การเข้าร่วมการอบรม การได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึง ระบบการจัดการของสถานพยาบาลที่ทันตแพทย์ประจำอยู่ ความพร้อมของสถานพยาบาลด้านบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ ตลอดจนโครงการต่าง ๆ ที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่จัดตั้งขึ้นด้วย

ภายหลังการฝึกอบรม ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ให้การรักษาด้วยเพดานเทียมชนิดไร้แรงได้มากขึ้น ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครอง ให้การรักษาทางทันตกรรมและทำการส่งต่อผู้ป่วยมากขึ้น แม้ว่าหัตถการบางอย่างอาจลดลงเนื่องจากมีโอกาพบผู้ป่วยน้อยลง

เปรียบเทียบกับการศึกษาของมารศรี ชัยวรวิทย์กุล⁽¹⁶⁾ ซึ่งทำการสำรวจวิธีการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนบนที่ไม่เคยได้เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการดั่งการศึกษานี้ โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 142 คน ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิตจากสถาบันเดียวกัน (ร้อยละ 82) และไม่ได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในสาขาอื่นใดทางทันตแพทยศาสตร์ (ร้อยละ 81) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 6 ปี ผลการวิจัยนั้นพบว่า มีเพียงร้อยละ 38 ที่เคยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีทารกปากแหว่งเพดานโหว่ถูกส่งมาปรึกษา รูปแบบการจัดการเบื้องต้น แบ่งเป็น การให้การรักษา การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ ขึ้นกับความพร้อมของทันตแพทย์และอายุผู้ป่วย ในรายละเอียดของการให้การรักษาพบว่าทันตแพทย์กลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่ให้การรักษาผู้ป่วยที่ช่วงอายุ 4 ปีขึ้นไป โดยการรักษาที่หมักจะเป็นการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน คือ ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน และทันตกรรมป้องกัน ผู้ป่วยช่วงอายุ 7 เดือนถึง 3 ปี ซึ่งเป็นระยะขูดฟันน้ำนมเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาน้อยที่สุด มีส่วนน้อยที่ให้การรักษาผู้ป่วยช่วงอายุแรกเกิดถึง 6 เดือน โดยการทำให้หรือปรับแก้ไขเพดานเทียมชนิดไร้แรง มักเป็นการให้คำแนะนำเรื่องการให้หมักก่อนส่งต่อโดยมักไม่ได้ติดตามผลเหตุผลในการส่งต่อผู้ป่วยช่วงอายุแรกเกิดถึง 3 ปี คือ ผู้ป่วยต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นและหน่วยงานไม่สามารถรองรับได้ ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยอายุ 4 ปีขึ้นไปเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดความมั่นใจในการดูแลรักษา อย่างไรก็ตาม ทั้งนี้ ร้อยละ 44 ของกลุ่มตัวอย่างนั้นระบุว่าสนใจมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย และร้อยละ 71 ต้องการการสนับสนุนทางวิชาการเพิ่มเติม เช่น การจัดฝึกอบรม รวมถึงเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาข้างต้นในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของทันตแพทย์ในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์และความพร้อมของทันตแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนและความพร้อมของหน่วยงานในโรงพยาบาล และสะท้อนให้เห็นว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการดั่งเช่นในการศึกษานี้ มีส่วนช่วยเพิ่มศักยภาพของทันตแพทย์ส่วนหนึ่งที่มีความสนใจและอาจเคยมีประสบการณ์ให้การดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย

กลุ่มนี้ ให้สามารถทำและใส่เพดานเทียมชนิดไร้แรงแก่ทารกปากแหว่งเพดานโหว่ได้ และเพิ่มความมั่นใจในการให้การรักษาตัดการเบื้องต้น รวมถึงการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่ก็ยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อวิธีการจัดการของทันตแพทย์ต่อผู้ป่วยในแต่ละช่วงวัยด้วยเช่นกัน

จากผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการจัดการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อย่างเป็นระบบที่สอดคล้องและประสานกันของบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในต่างประเทศ⁽¹⁷⁻²¹⁾ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ปรากฏมีประโยชน์นำมาประกอบการพัฒนาหลักสูตรสำหรับการจัดการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ต่อไป

บทสรุป

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของทันตแพทย์ภายหลังผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ ปัจจัยจากตัวทันตแพทย์ คือ ความรู้ ความชำนาญของทันตแพทย์ และประสบการณ์การทำงาน และปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ ระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาลและศักยภาพของสถานพยาบาลนั้นๆ ในด้านบุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ ตลอดจนโครงการต่างๆ ที่ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่จัดตั้งขึ้นแล้ว

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารอ้างอิง

1. Chaiworawitkul M. Incidence, etiology and prevention of cleft lip and/or palate. *CM Dent J* 2012; 33: 45-55. (in Thai)
2. Clarren SK, Anderson B, Wolf LS. Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 1987; 24: 244-249.
3. Masarei AG, Sell D, Habel A, Mars M, Sommerlad BC, Wade A. The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared

with healthy noncleft infants. *Cleft Palate Craniofac J* 2007; 44: 321-328.

4. Koltz PF, Albino FP, Hyatt B, Fargione RA, Katzel E, Giroto JA. Incidence of use of acid suppression medications in infants with oral clefting. *Cleft Palate Craniofac J* 2010; 47: 530-533.
5. Thomas SD, Elizabeth JS, Harshita P. Overcoming feeding issues in children with orofacial clefts: A review. *Int J Curr Res Aca Rev* 2015; 3: 300-308.
6. Miller CK, Madhoun LL. Feeding and swallowing issues in infants with craniofacial anomalies. *Perspectives of the ASHA Special Interest Group* 2016; 1 (SIG 5): 13-26.
7. Thanaviratananit S. Ears Nose and Throat Problems in cleft palate. *Srinagarind Med J* 2001; 16: 37-41. (in Thai)
8. Prathanee B. Speech and Language Problems in cleft palate. *Srinagarind Med J* 2001; 16: 8-26. (in Thai)
9. Kummer AW, Clark SL, Redle EE, Thomsen LL, Billmire DA. Current practice in assessing and reporting speech outcomes of cleft palate and velopharyngeal surgery: A survey of cleft palate/craniofacial professionals. *Cleft Palate Craniofac J* 2012; 49: 146-152.
10. Turner SR, Thomas PWN, Dowell T, Rumsey N, Sandy JR. Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. *Brit J Plast Surg* 1997; 50: 1-9.
11. Sousa A, Devare S, Ghanshani J. Psychological issues in cleft lip and cleft palate. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2009; 14: 55-58.
12. Millar K, Bell A, Bowman A, Brown D, Lo T-W, Siebert P, Simmons D, Ayoub A. Psychological status as a function of residual scarring and facial asymmetry after surgical repair of cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2013; 50: 150-157.

13. American Cleft Palate-Craniofacial Association; Parameter for evaluating and Treatment of Patient, 2009. Available from: HYPERLINK “[http:// www.acpa-cpf.org/uploads/site/Parameters_Rev_2009.pdf](http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Parameters_Rev_2009.pdf)” http:// www.acpa-cpf.org/uploads/site/Parameters_Rev_2009.pdf
14. Molsted K. Treatment outcome in cleft lip and palate: issues and perspectives. *Crit Rev Oral Biol Med* 1999; 10: 225-39.
15. Chaiworawitkul M. Interdisciplinary treatment in cleft patients. In: Chaiworawitkul M, ed: *Comprehensive Cleft Care for Dentists and Orthodontists*, Vol I. Chiang Mai: Trio Advertising and Media; 2012: 55-68. (in Thai)
16. Chaiworawitkul M. Survey of initial management for cleft lip and palate patients by primary dentists in the upper north of Thailand. *CM Dent J* 2011; 32: 77-84 (in Thai)
17. Rivkin CJ, Keith O, Crawford PJM, Hathorn IS. Dental care for the patient with a cleft lip and palate. Part 1: From birth to the mixed dentition stage. *Br Dent J* 2000; 188: 78 – 83.
18. Precious DS, Goodday RH, Morrison AD, Davis BR. Cleft lip and palate: A review for dentists. *J Can Dent Assoc* 2001; 67: 668-673.
19. Freitas JA, Neves LT, Almeida AL, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: Experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP) - Part 1: Overall aspects *J Appl Oral Sci* 2012; 20 Jan./Feb. Available from: HYPERLINK “<http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572012000100003>” <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572012000100003>
20. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for Evaluation and Treatment of Patients with Cleft Lip/Palate or Other Craniofacial Anomalies. Chapel Hill, NC: The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, US Public Health Service, DHHS; November 2009. Grant #MCJ-425074. Available from: HYPERLINK “http://www.acpa-cpf.org/resources/acpa_publications Accessed June 26, 2012.” http://www.acpa-cpf.org/resources/acpa_publications Accessed June 26, 2012.
21. American Cleft Palate-Craniofacial Association Commission on Approval of Teams. Standards for Approval of Cleft Palate and Craniofacial Teams. American Cleft Palate-Craniofacial Association; 2010. Available from: HYPERLINK “http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Standards_2010.pdf Accessed June 26, 2012.” http://www.acpa-cpf.org/uploads/site/Standards_2010.pdf Accessed June 26, 2012.