

การสำรวจวิธีการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โดยทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนบน

Survey of Initial Management for Cleft Lip and Palate Patients by Primary Dentists in the Upper North of Thailand

มารศรี ชัยวรวิทย์กุล
ภาควิชาทันตกรรมจัดฟันและทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Marasri Chaiworawitkul

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

ชม.ทันตสาร 2554; 32(1) : 77-83
CM Dent J 2011; 32(1) : 77-83

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจวิธี การจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือตอนบน รวมถึงความต้องการการสนับสนุนทางด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยการใช้แบบสอบถาม ทั้งนี้ไม่รวมทันตแพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาเฉพาะทางสาขาทันตกรรมจัดฟัน หรือ สาขา ศัลยศาสตร์ช่องปาก ผลการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 142 คน มีอายุเฉลี่ย 30.5 ปี แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 63 และเพศชายร้อยละ 37 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ร้อยละ 82) และไม่ได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในสาขาอื่นใดทางทันตแพทยศาสตร์ (ร้อยละ 81) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 6 ปี จากกลุ่มตัวอย่าง

Abstract

This descriptive study aimed to survey initial management for cleft lip and palate patients by general dentists in community hospitals in the upper part of northern Thailand, including required academic support. Dentists who had ever trained in orthodontics or oral surgery were excluded. Constructed questionnaires were used for data collections. From the survey, the 142 subjects, average age of 30.5 years and average working experience of 6 years, 63% females and 37% males, were recruited in the study. Eighty-two percent of the subjects obtained the DDS degree from the Chiang Mai University; eighty one percent have no any

Corresponding Author:

มารศรี ชัยวรวิทย์กุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาทันตกรรมจัดฟันและทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Marasri Chaiworawitkul

Assistant Professor, Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200, Thailand.

E-Mail: marasri@chiangmai.ac.th

ทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 38 ที่เคยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ รูปแบบการจัดการเบื้องต้น ได้แก่ การให้การรักษา การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ โดยสัมพันธ์กับความพร้อมของทันตแพทย์และอายุผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 สนใจต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย และร้อยละ 71 ต้องการการสนับสนุนทางวิชาการเพิ่มเติม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ วิธีการจัดการเบื้องต้น

further post graduated dental training. From all of the samples, only thirty eight percent had experienced of cleft care. Patterns in the initial management, including giving treatment, giving information and referring, were related with potency of the dentists and patient age. Forty-four percent were interested in being a part of the cleft care while 71% needed more academic support.

Keywords: cleft lip and palate patient, initial management

บทนำ

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นสภาพวิรูป (deformity) บริเวณใบหน้าเด่นชัดที่สุด การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์หลายระดับและหลายสาขาวิชา การจัดการเบื้องต้นช่วยให้ทราบข้อมูลที่เป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาและปรับปรุง มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย⁽¹⁻⁵⁾ รวมถึง ความผิดปกติอื่นที่อาจพบร่วม เช่น ปัญญาอ่อน (mental retardation)⁽⁶⁾ การดูแลทางทันตกรรมซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งก็จำเป็นต้องอาศัยการจัดการ ที่มีประสิทธิภาพทั้งโดยทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งในภาวะปัจจุบัน ประเทศไทยยังขาดข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นหลายด้าน การศึกษาวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจวิธีการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย ปากแหว่งเพดานโหว่โดยทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน ในเขตภาคเหนือตอนบน รวมถึงความต้องการการสนับสนุนทางด้านวิชาการที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตภาคเหนือตอนบนทุกคน ยกเว้นทันตแพทย์ที่มีวุฒิการศึกษาเฉพาะทางสาขาทันตกรรมจัดฟัน หรือ สาขาศัลยศาสตร์ช่องปาก เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามซึ่งมีรายละเอียดของเนื้อหาเกี่ยวกับ (1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (2) การจัดการเบื้องต้นของกลุ่ม

ตัวอย่างโดยแบ่งเป็น ก) การให้การรักษแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ข) การให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองและ/หรือผู้ป่วย ค) การส่งต่อผู้ป่วย และ (3) ข้อมูลความต้องการทางการสนับสนุนด้านวิชาการของกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามจะถูกจัดส่งไปยังทันตแพทย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 180 คนและมีทันตแพทย์ส่งแบบสอบถามกลับจำนวน 142 คน ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

แบบสอบถามที่ตอบกลับมีทั้งสิ้น 142 ชุด คิดเป็นร้อยละ 78.9 ของจำนวนแบบสอบถามที่ถูกส่งออกไปทั้งหมดโดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีช่วงอายุระหว่าง 24-54 ปี อายุเฉลี่ย 30.5 ปี มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 2 เดือนถึง 27 ปี เฉลี่ย 6 ปี แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 63 และเพศชายร้อยละ 37 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.4 สำเร็จการศึกษาระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิตจาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และร้อยละ 81 ไม่ได้รับการศึกษาเพิ่มเติมระดับหลังปริญญาในสาขาทันตแพทยศาสตร์ ร้อยละ 87 ระบุว่าได้รับการสอนเกี่ยวกับการจัดการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ในขณะที่ศึกษาระดับปริญญาตรี จากผลการสำรวจพบว่า มีเพียง 53 คน คิดเป็นร้อยละ 38 ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภายหลังจากสำเร็จการศึกษาระดับปริญญา

ตรี ส่วนที่เหลือจำนวนร้อยละ 62 ระบุว่าไม่เคยมีผู้ป่วย กลุ่มนี้หรือผู้ปกครองมาขอรับการรักษา รูปแบบการจัดการเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง 53 คนโดยการให้การ รักษาแสดงในตารางที่ 1 การให้คำแนะนำแสดงในตาราง ที่ 2 และการส่งต่อผู้ป่วยแสดงในตารางที่ 3 โดยมีผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลให้คำแนะนำ และ/หรือส่งต่อ จำนวนทั้งสิ้น 65 ราย ซึ่งแบ่งตามอายุผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มได้แก่ ผู้ป่วยอายุแรกเกิดถึง 6 เดือน จำนวน 19 คน ผู้ป่วยอายุ 7 เดือนถึง 3 ปี จำนวน 13 คนและผู้ป่วยอายุ 4 ปีขึ้นไป จำนวน 33 คน ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการการดูแล ผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง 142 คนแสดงในตารางที่ 4 โดยมี รายละเอียดในด้านต่างๆ ดังนี้

การให้การรักษาคำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปาก แหว่งเพดานโหว่และผู้ปกครอง ในช่วงผู้ป่วยอายุแรกเกิด ถึง 6 เดือน

รูปแบบการรักษาเบื้องต้น (ตารางที่ 1) ได้แก่

- การทำเพดานเทียมและ/หรือการปรับแก้ไขตาม ความเหมาะสม พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ราย คิด เป็นร้อยละ 20.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมา เข้ารับการรักษา ให้การรักษาด้วยการทำเพดานเทียม ชนิดไร้แรง (passive plate) และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใด ให้การรักษาด้วยเพดานเทียมชนิดมีแรง (active plate)

รูปแบบการให้คำแนะนำเบื้องต้น (ตารางที่ 2) ได้แก่

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้นมและอาหาร ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องที่พบได้ และแนวทางการรักษาต่อไป และสุขภาพช่องปากและ การขึ้นของฟัน คิดเป็นร้อยละ 32.1, 22.6 และ 20.8 ของ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาตาม ลำดับ

- ส่วนเรื่องอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้แนะนำ ได้แก่ การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน และความสำคัญของการ ติดตามผลการรักษา คิดเป็นร้อยละ 5.7 และ 1.9 ของ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาตาม ลำดับ

ในช่วงผู้ป่วยอายุ 7 เดือน ถึง 3 ปี

รูปแบบการรักษาเบื้องต้น (ตารางที่ 1) ได้แก่

- กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา ได้ให้การรักษาผู้ป่วย

โดย การดูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน ซึ่งเป็นจำนวนเท่า กันกับกลุ่มที่ให้การรักษาทันตกรรมป้องกัน เช่น เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์

รูปแบบการให้คำแนะนำเบื้องต้น (ตารางที่ 2) ได้แก่

- กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการขึ้นของฟัน ร้อยละ 15.1 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกี่ยวข้องที่พบได้รวมถึง แนวทางการรักษาต่อไป และร้อยละ 13.2 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้นมและอาหาร

- ส่วนเรื่องอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้แนะนำ ได้แก่ การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน และแนะนำให้พบนัก อบรมบำบัด (speech therapist) คิดเป็นร้อยละ 5.7 และ 1.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา ตามลำดับ

ในช่วงผู้ป่วยอายุ 4 ปีขึ้นไป

รูปแบบการรักษาเบื้องต้น (ตารางที่ 1) ได้แก่

- กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.2 ได้ให้การจัดการดูแล โดย การดูดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน ร่องลงมา คือ การรักษาทางทันตกรรมป้องกัน เช่น เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ คิดเป็นร้อยละ 35.8 ส่วนการจัดการ ดูแลโดยการรักษารากฟันและโดยการใส่ฟันเทียม ครอบ ฟัน สะพานฟัน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 13.2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา

- การจัดการดูแลอื่นๆ ได้แก่ การรักษาด้วยเครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันแบบถอดได้ การใส่เครื่องมือ รักษาช่องว่าง และการใส่ลิ้นไก่และเพดานเทียม (speech aid) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 1.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา

รูปแบบการให้คำแนะนำเบื้องต้น (ตารางที่ 2) ได้แก่

- กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 39.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการขึ้นของฟัน ร้อย ละ 37.7 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกี่ยวข้องที่ พบได้รวมถึงแนวทางการรักษาต่อไป และร้อยละ 20.8

ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

ส่วนเรื่องอื่นๆ ที่กลุ่มตัวอย่างได้แนะนำ ได้แก่ การให้นมและอาหารและแนะนำการฝึกออกเสียงคิดเป็นร้อยละ 9.4 และ 1.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาตามลำดับ

การส่งต่อผู้ป่วย

ทันตแพทย์ จำนวน 28 คนจาก 53 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีการส่งต่อผู้ป่วย โดยแบ่งการส่งต่อตามอายุและเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการส่งต่อ ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยในช่วงอายุแรกเกิดถึง 6 เดือน และ 7 เดือนถึง 3 ปี เหตุผลส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่ส่งต่อผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งหน่วยงานไม่สามารถรองรับได้ เช่น ทันตแพทย์และ/หรือทีมบุคลากรขาดประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 24.5 และ 11.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตามลำดับ ขณะที่การส่งต่อผู้ป่วยในช่วงอายุ 4 ปีขึ้นไป มีเหตุผลส่วนใหญ่มาจาก กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจแต่ขาดความมั่นใจในการให้การรักษา คิดเป็นร้อยละ 5.7 ของกลุ่มตัวอย่างที่เคยส่งต่อผู้ป่วยในช่วงอายุดังกล่าว และร้อยละ 11.3 ไม่ระบุรายละเอียดใดๆ

ทัศนคติ

ทัศนคติ เกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบกลับแบบสอบถาม (ตารางที่ 4) พบว่า ส่วนใหญ่มีความสนใจในการให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมในการรักษาความพิการของผู้ป่วยด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมาร้อยละ 25.4 สนใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างอีกส่วนหนึ่ง มีความคิดเห็นว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ค่อนข้างซับซ้อน ควรจะทำการส่งต่อผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญทำการดูแลรักษา คิดเป็นร้อยละ 22.5 นอกจากนี้ ที่เหลือจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 ไม่ระบุคำตอบ และพบว่าร้อยละ 71 ต้องการการสนับสนุนทางวิชาการ

บทวิจารณ์และสรุป

รูปแบบการจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือ

ตอนบน โดยแบ่งเป็นการให้การรักษา การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ จากการศึกษาที่พบว่า ในประเด็นของการให้การรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้การรักษารักษาผู้ป่วยในช่วงอายุ 4 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นระยะที่มีชุดฟันผสมถึงชุดฟันแท้ โดยการรักษาที่ให้มีจะเป็นการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน คือ ขูดหินน้ำลาย ขูดฟัน ถอนฟัน และทันตกรรมป้องกัน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งซึ่งเป็นส่วนน้อยให้การรักษารักษาผู้ป่วยช่วงอายุแรก เกิดถึง 6 เดือน โดยการทำให้หรือปรับแก้ไขเพดานเทียมชนิดไร้แรง ผู้ป่วยช่วงอายุ 7 เดือนถึง 3 ปีซึ่งเป็นระยะชุดฟันน้ำนมเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาน้อยที่สุด สำหรับการจัดการเบื้องต้นโดยการให้คำแนะนำสะท้อนภาพที่ต่างจากการให้การรักษา คือ ผู้ป่วยทุกช่วงอายุได้รับการดูแลโดยได้รับคำแนะนำจากกลุ่มตัวอย่าง แม้เนื้อหาคำแนะนำที่ให้เป็นแตกต่างกันไป แต่สัมพันธ์กับพัฒนาการของผู้ป่วยที่ แต่ละช่วงอายุ ในวัยแรกเกิดถึง 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการให้นมและอาหารมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยเจริญเติบโตมากขึ้น คำแนะนำที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงความผิดปกติที่เกี่ยวข้องและแนวทางการรักษาต่อไป ส่วนรูปแบบการจัดการโดยการส่งต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมักส่งต่อผู้ป่วยช่วงอายุแรกเกิดถึง 1.5 ปี (จากข้อมูลดิบ) ในจำนวนนี้มีร้อยละ 29 ได้ทำการนัดผู้ป่วยหลังส่งต่อเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก โดยกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลในการส่งต่อผู้ป่วยช่วงอายุแรกเกิดถึง 3 ปีว่าเนื่องจากผู้ป่วยต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นและหน่วยงานไม่สามารถรองรับได้ ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยอายุ 4 ปีขึ้นไป เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดความมั่นใจในการดูแลรักษา เมื่อทำการสำรวจทัศนคติของทันตแพทย์ทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถามกลับ พบว่าไม่ว่าจะเป็นทันตแพทย์ที่เคยให้การจัดการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือไม่ เกือบทั้งหมดต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย และส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนทางวิชาการ เช่น การจัดฝึกอบรม รวมถึงเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นที่ศึกษาการจัดการเบื้องต้นโดยแพทย์ ระดับปฐมภูมิ⁽⁷⁾ พบว่า เนื้อหาหลักของวิธีการจัดการไม่ค่อยแตกต่างกัน และสอดคล้องในประเด็นที่ควรจะต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร

ตารางที่ 1 การรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

Table 1 Initial treatment for cleft lip and palate patients.

การรักษา	ผู้ป่วยอายุแรกเกิดถึง 6 เดือน		ผู้ป่วยอายุ 7 เดือนถึง 3 ปี		ผู้ป่วยอายุ 4 ปีขึ้นไป	
	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
1. ทำเพดานเทียม (obturator) และ/หรือปรับแก้ไขปรับตามความเหมาะสม - ชนิดไม่ให้แรง (passive plate) - ชนิดให้แรง (active plate)	11 0	20.8 0				
2. ผ่าตัดซ่อมแซมความพิการ						
3. ขูดหินน้ำลาย ขูดฟัน ถอนฟัน			2	3.8	31	58.5
4. รักษาปากฟัน					7	13.2
5. ทันตกรรมป้องกัน เช่น เคลือบกลุ่มร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์			2	3.8	19	35.8
6. ใส่ฟันเทียม ครอบฟัน หรือสะพานฟัน					7	13.2
7. ให้การรักษาด้วยเครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันแบบถอดได้					1	1.9
8. ให้การรักษาด้วยเครื่องมือทางทันตกรรมจัดฟันแบบติดแน่น						
9. ใส่เครื่องมือรักษาช่องว่าง					1	1.9
10. อื่นๆ ได้แก่ ใส่ลิ้นไก่และเพดานเทียม (speech aid)					1	1.9

ตารางที่ 2 คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ปกครองและ/หรือผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

Table 2 Initial information for parents and/or cleft lip and palate patients.

คำแนะนำ	ผู้ป่วยอายุแรกเกิดถึง 6 เดือน		ผู้ป่วยอายุ 7 เดือนถึง 3 ปี		ผู้ป่วยอายุ 4 ปีขึ้นไป	
	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
1. การให้นมและอาหาร	17	32.1	7	13.2	5	9.4
2. ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องที่พบได้และแนวทางการรักษาต่อไป	12	22.6	8	15.1	20	37.7
3. สุขภาพช่องปากและการขึ้นของฟัน	11	20.8	10	18.9	21	39.6
4. การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน	3	5.7	3	5.7	11	20.8
5. อื่นๆ ได้แก่ - ความสำคัญของการติดตามผลการรักษา - แนะนำให้พบนักอรรถบำบัด (speech therapist) - แนะนำการฝึกออกเสียง	1 0 0	1.9 0 0	0 1 0	0 1.9 0	0 0 1	0 0 1.9

ตารางที่ 3 การส่งต่อผู้ป่วยแบ่งตามช่วงอายุ

Table 3 Patient Referral concerning patient age.

ช่วงอายุผู้ป่วย ที่ทำการส่งต่อ	เหตุผลของกลุ่ม ตัวอย่างในการส่งต่อ	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ตอบ เหตุผลนี้ (คน)	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด (คน)	ร้อยละ (ของจำนวน กลุ่มตัวอย่างที่ส่งต่อ ในช่วงอายุนั้นๆ)
แรกเกิดถึง 6 เดือน	ผู้ป่วยต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งหน่วยงานไม่สามารถรองรับได้	10	13	24.5
7 เดือนถึง 3 ปี	ผู้ป่วยต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งหน่วยงานไม่สามารถรองรับได้	5	6	11.3
4 ปีขึ้นไป	มีความสนใจแต่ขาดความมั่นใจ	2	3	5.7
ไม่ระบุอายุผู้ป่วย			6	11.3
รวม			28	52.8

ตารางที่ 4 แสดงทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

Table 4 Attitudes of dentists on cleft management.

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ร้อยละ
สนใจในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย	36	25.4
สนใจในการให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมในการรักษาความพิการของผู้ป่วยด้วยตนเอง	63	44.4
การจัดการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ค่อนข้างซับซ้อน ควรจะทำการส่งต่อผู้ป่วย ให้ผู้เชี่ยวชาญทำการดูแลรักษา	32	22.5
ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ระบุคำตอบ	11	7.7
รวม	142	100.0

ระดับปฐม ภูมิโดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับบทบาทของบุคลากร
หลักการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิทยาการ แนวทางการส่งต่อ
ผู้ป่วย รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการดูแล
ผู้ป่วยและโอกาสการรักษา ซึ่งมีรายงานถึงอิทธิพลของ
ข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ปกครองได้รับจาก บุคลากร
ของโรงพยาบาลต่อวิธีการเลี้ยงดูบุตรและทัศนคติและ
ความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการรักษา⁽⁸⁻¹⁰⁾ นอกจากนี้
ยังมีรายงานถึงความรู้สึกและการยอมรับของสังคมต่อ
ผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่แตกต่างกันระหว่าง
ผู้ปกครอง ครู และนายจ้างซึ่งมีระดับการยอมรับได้น้อย
ที่สุด⁽¹¹⁾ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีโอกาสในการ
ได้งานทำหรือโอกาสการเจริญในหน้าที่การงานน้อยกว่า
คนอื่นอันเนื่องจากร่องรอยของความผิดปกติที่สังเกต ได้
เป็นที่ยอมรับกันว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประ-
สิทธิภาพควรดำเนิน การแบบทีมสหวิทยาการ⁽¹³⁻¹⁴⁾

การประสานความร่วมมือในการรักษาตั้งแต่ ระดับ
ปฐมภูมิถึงระดับศูนย์เฉพาะทางจึงเป็นองค์ประกอบ
สำคัญของความสำเร็จใน การพัฒนามาตรฐานการดูแล
ผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเริ่มตั้งแต่การจัดการเรียนการสอนที่
เหมาะสมทั้งระดับก่อนและหลังปริญญา รวมถึงการจัด
ฝึกอบรมและการศึกษาต่อเนื่องให้แก่ทันตแพทย์ โดย
เฉพาะที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน การศึกษานี้ยัง
สะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ของการจัดกระบวนการเรียนการ
สอนเพื่อการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งมักจะ
สอนโดยการบรรยายเป็นหลัก

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเป็นประ-
โยชน์ต่อการปรับปรุง เนื้อหาและวิธีการสอนวิชาที่เกี่ยว
ข้องโดยเฉพาะของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ รวมถึงเป็นแนวทางการศึกษาต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.ทพ.สามารถ สุทธาชัย ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัย รวมถึง ทพญ.ประณตเกศ กุลไชยวัฒน์ ทพญ.ชนิกา แมนมนตรี ทพญ.ภัทรพร อัปสรณะสมบัติ และ ทพญ.สาวิตรี วิริยะสุนทรวงค์ ที่ช่วยรวบรวมข้อมูล รวมถึง ทพญ.อัมพร เดชพิทักษ์และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

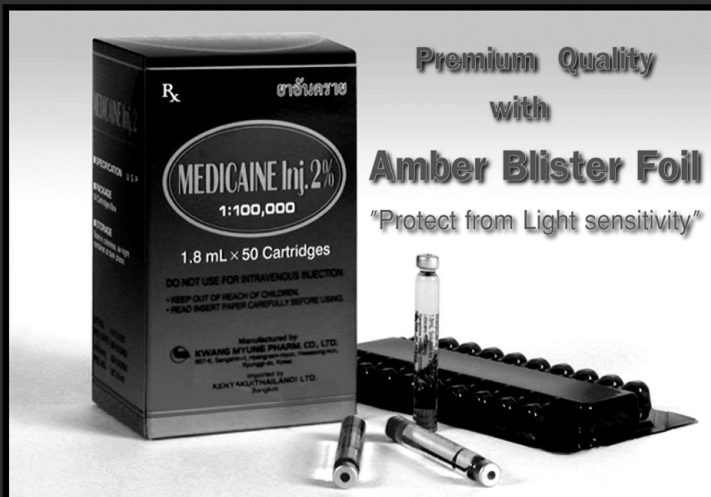
- Pannbacker M, Lass NJ, Scheuerle JF, English PJ. Survey of services and practices of cleft palate-craniofacial teams. *Cleft Palate-Craniofac J* 1992; 29: 164-167.
- Bennett ME, Stanton ML. Psychotherapy for persons with craniofacial deformities: Can we treat without theory? *Cleft Palate-Craniofac J* 1993; 30: 406-410.
- Dabed CC, Cauvi DL. Survey of dentists' experience with cleft palate children in Chile. *Cleft Palate-Craniofac J* 1998; 35: 430-435.
- Lewis CW, Ose M, Aspinall C, Omnell ML. Community orthodontists and craniofacial care: Results of a Washington State survey. *Cleft Palate-Craniofac J* 2005; 42: 521-525.
- Wehby GL, Ohsfeldt RL, Murrey JC. Health professionals' assessment of health-related quality of life values for oral clefting by age using a visual analogue scale method. *Cleft Palate-Craniofac J* 2006; 43: 383-391.
- Strauss RP, Broder H. Children with cleft lip/palate and mental retardation: A subpopulation of cleft craniofacial team patients. *Cleft Palate-Craniofac J* 1993; 30: 548-556.
- Grow JL, Lehman JA. A local perspective on the initial management of children with cleft lip and palate by primary care physicians. *Cleft Palate-Craniofac J* 2002; 39: 535-540.
- Pannbacker M, Scheuerle J. Parents' attitude towards family involvement in cleft palate treatment. *Cleft Palate-Craniofac J* 1993; 30: 87-89.
- Oliver RG, Jones G. Neonatal feeding of infants born with cleft lip and/or palate: Parental perceptions of their experience in South Wales. *Cleft Palate-Craniofac J* 1997; 34: 526-530.
- Young JL, O'Riordan M, Goldstein JA, Robin NH. What information do parents of new borns with cleft lip, palate, or both want to know? *Cleft Palate-Craniofac J* 2001; 38: 55-58.
- Chan RKK, McPherson B, Whitehill TL. Chinese attitudes towards cleft lip and palate: Effects of personal contact. *Cleft Palate-Craniofac J* 2006; 43: 731-739.
- Will LA, Parsons RH. Characteristics of new patients at Illinois cleft palate team. *Cleft Palate-Craniofac J* 1991; 28: 378-384.
- Vallino LD, Lass NJ, Pannbacke M, Klaoman PG. Medical students' knowledge of and exposure to cleft palate. *Cleft Palate-Craniofac J* 1992; 29: 275-278.
- Austin AA, Druschel CM, Tyler MC, Romitti PA, West II, Damiano PC, Robbins JM, Burnett W. Interdisciplinary craniofacial teams compared with individual providers: Is orofacial cleft care more comprehensive and do parents perceive better outcome? *Cleft Palate-Craniofac J* 2010; 47: 1-8



บริษัท ชุมิตร 1967 จำกัด

13 ลาตพร้าว 91 วังทองกลาง กทม. 10310

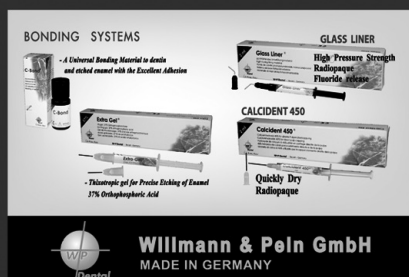
โทร. 0 2542 1791 - 5, E-mail : schumit1967@schumit.com



Huons

Medicaine 2%

Premium Quality Lidocaine 2% 1:100,000



WP Dental

- Additional Silicone
- Glass-Ionomer Cement
- Bonding System
- Pit & Fissure Sealant
- Fluoride Varnish



Cavex Holland BV.

- Amalgam Alloy
- Composite & Bonding
- Cement
- Outline Impression Paste
- Condensation Silicone

Helmut Zepf GmbH.
Dental Hand Instruments
Made in Germany



HELMUT ZEPF
MADE IN GERMANY



Schumit 1967 Co.,Ltd.

Distributor and Importer of Premium Quality Products for Dental and Pharmaceutical

Huons

HELMUT ZEPF

CAVEX

Dental

north bel

VAN STRATEN

Seu

K KENTAKU (THAILAND) LTD.