

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองในการพาบุตรปากแห้งเพดานโหว่ เข้ารับการผ่าตัดรักษาลำช้า

วรินทร์ อิ่งสำราญ ส.ม.*
เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ พ.บ.*

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Unmatched case-control study) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองในการพาบุตรปากแห้งเพดานโหว่เข้ารับการผ่าตัดรักษาลำช้า ณ ศูนย์ปากแห้งเพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ช่วงเดือนตุลาคม 2557 ถึง พฤษภาคม 2558 กลุ่มตัวอย่าง 138 ราย จำแนกเป็นกลุ่มที่พาบุตรมาผ่าตัดรักษาลำช้า และมาผ่าตัดรักษาตามเกณฑ์ กลุ่มละ 69 ราย เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม STATA 10.0 หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยแบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ด้วยสถิติ Chi-square และหาค่าความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariate Analysis) ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่พาบุตรมาผ่าตัดรักษาลำช้าจำนวน 69 ราย เป็นเพศหญิง (76.8%) มากกว่าเพศชาย (23.2%) (OR=0.84; 95%CI = 0.34-2.05) ส่วนมากอายุระหว่าง 21-30 ปี (40.6%, mean = 30.7ปี) และ 46.4% มีอาชีพรับจ้างทั่วไป เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อนด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่าสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก (ORadj = 5.01, 95%CI = 1.03-24.32) รายได้ต่อเดือน \leq 15,000 บาท (ORadj = 7.42, 95%CI = 1.09-50.70) บุตรเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ORadj = 17.76, 95%CI = 2.54-123.96) และระยะเวลาในการเดินทางมารักษาเดินทาง>60 นาที (ORadj = 6.19, 95%CI = 2.69-14.28) ดังนั้น เจ้าหน้าที่ควรมุ่งให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลหลัก ให้ความรู้เกี่ยวกับปากแห้งและ/หรือเพดานโหว่ พัฒนาระบบติดตามนัดหมายให้มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงหน่วยงาน ทางสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ควรร่วมมือกัน ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนด้านงบประมาณหรือช่องทางการส่งต่อที่เอื้อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติและได้รับการผ่าตัดรักษาตามเกณฑ์ที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยของผู้ปกครอง, ปากแห้งเพดานโหว่, การพาบุตรมารับการผ่าตัดรักษาลำช้า

* นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Factors Associated with Parents Bringing Children with Cleft Lip and/or Cleft Palate for Delayed Surgical Treatment

*Warintorn Ungsamran M.P.H.**

*Kriangsak Vaeteewootacharn M.D.**

Abstract

This Unmatched case-control analytical study was aimed at investigating factors associated with parents bringing children with cleft lip and/or cleft palate for delayed surgical treatment at the Cleft Lip and Palate Center, MaharatNakhonratchasima Hospital, Nakhonratchasima Province between October 2014 to May 2015. 138 cases were chosen and divided into two groups of 69 cases each. The first group represented cases with delayed treatment and the latter group was a control (no delayed treatment). Data were collected by questionnaires. The STATA 10.0 software program was used for statistical evaluation. Techniques employed were Univariate analysis using Chi-square test and Multivariate analysis using Multiple logistic regression analysis

The results showed that the delayed surgical treatment group, 69 cases comprised of female (76.8%) and male (23.2%) (OR = 0.84; 95%CI = 0.34-2.05) parents, most of them aged between 21-30 years (40.6%, mean = 30.7 years), and 46.4% were employed. In Multivariate analysis, the significant associated factors were marital status of the parent (widowed/divorced/separated (ORadj = 5.01, 95% CI = 1.03-24.32), income per month \leq 15,000 baht (ORadj = 7.42, 95%CI = 1.09-50.70), children had an illness (ORadj = 17.76, 95%CI = 2.54-123.96), duration time of travelling to hospital $>$ 60 minutes (ORadj = 6.19, 95%CI = 2.69-14.28)

As a result of this study, staff should focus attention on caregiver education about cleft lip and/or palate procedures and institute a follow up monitoring system to assure timely treatment. In addition, public agencies and private organizations should cooperate to support budgets for referral pathways that allow vulnerable groups to gain access to the appropriate surgeries and standard guidelines.

Keywords: Parents factors, Cleft lip and Cleft palate, Delayed surgical treatment

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปากแห้งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิด ซึ่งพบได้มากทั่วโลก จากการศึกษา พบว่าอุบัติการณ์การเกิดปากแห้งเพดานโหว่อยู่ในอัตรา 1 คนต่อทารกแรกเกิด 1000 คน ในสหรัฐอเมริกา (Smith, S., Pine, H., Cole, E., Quinn, F.B., & Quinn, M.S., 2013) ในประเทศไทย จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2547-2550 พบทารกปากแห้งเพดานโหว่ 1,851 ราย ภาคเหนือ 321 ราย ภาคกลาง 493 ราย ภาคใต้ 424 ราย และภาคอีสาน 613 ราย (นิธินาด บุญจวง, 2550) และจากรายงานการป่วยของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 ตามการวินิจฉัยโรคหลักปากแห้งเพดานโหว่พบว่าปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 3,118 ราย ปีพ.ศ. 2554 จำนวน 3,366 ราย และปีพ.ศ. 2555 จำนวน 3,190 ราย คิดเป็นอัตรา 4.89, 5.24 และ 4.96 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553-2555) และจากสถิติการเข้ารับการรักษาที่ศูนย์ปากแห้งเพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการรักษาในปีพ.ศ. 2554-2557 เท่ากับ 49 คน 77 คน 97 คน และ 100 คนตามลำดับ โดยมีจำนวนผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 643 คน ให้บริการการผ่าตัดรักษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2557 จำนวน 52 ราย, 52 ราย, 77 ราย, 99 ราย และ 127 รายตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 407 ราย ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี

ปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ การดูดกลืนการสำลักติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจ ปอดบวม เกิดหูน้ำหนวก ขาดสารอาหาร เจริญ

เติบโตล่าช้า มีปัญหาสุขภาพฟัน ปัญหาข้อต่อ ขากรรไกร การเรียงตัวของฟันและสบฟันผิดปกติ หากไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาที่ตรงเวลาตามเกณฑ์ อาจมีปัญหาต่อการพูด การออกเสียง และการได้ยินได้ รวมถึงปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของเด็กและผู้ปกครองด้วยโดยปกติการผ่าตัดเย็บริมฝีปากมักจะผ่าตัดเมื่ออายุประมาณ 3-6 เดือน ส่วนผ่าตัดปิดเพดานโหว่จะอยู่ที่อายุประมาณ 9 เดือนถึง 1 ปีครึ่ง (ทวีสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, และพัฒนพงศ์ นาวิเจริญ, 2550) สาเหตุหลักของการเกิดปากแห้งเพดานโหว่นั้น ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่มักเชื่อว่าส่วนใหญ่มาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม การป้องกันก็ยังไม่พบแนวทางที่ชัดเจน การดูแลจึงต้องให้ความสำคัญตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งบิดามารดาต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์และวางแผนการรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Multi-disciplinary team) ดังนั้น การผ่าตัดตามเกณฑ์ช่วงเวลาที่เหมาะสมจึงถือเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งของการรักษาด้วยเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดตามช่วงเวลาที่เหมาะสมและลดอัตราการเกิดความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างถาวร รวมถึงตัวเด็กเองและผู้ปกครองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแม้ปัจจุบันจะมีวิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ สถานบริการที่ได้มาตรฐาน ระบบบริการทางการแพทย์ที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ และมีโครงการ “ยิ้มสวย เสียงใส” เทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เกิดขึ้นแล้ว แต่ก็ยังมีบุคคลกลุ่มหนึ่งมาผ่าตัดรักษาล่าช้าอยู่ จึงได้ศึกษาถึงปัจจัยของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับการพาบุตรปากแห้งเพดานโหว่เข้ารับการรักษาผ่าตัดรักษาล่าช้า ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัย

เอื้อและปัจจัยเสริม เพื่อใช้เป็นแนวทางสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ปกครองเห็นถึงความสำคัญของการพาบุตรเข้ารับการผ่าตัดรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติ CPG (Clinical Practice Guidelines) และพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ตลอดจนได้รับการแก้ไขการพูด การได้ยินและฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟันที่เหมาะสมต่อไป

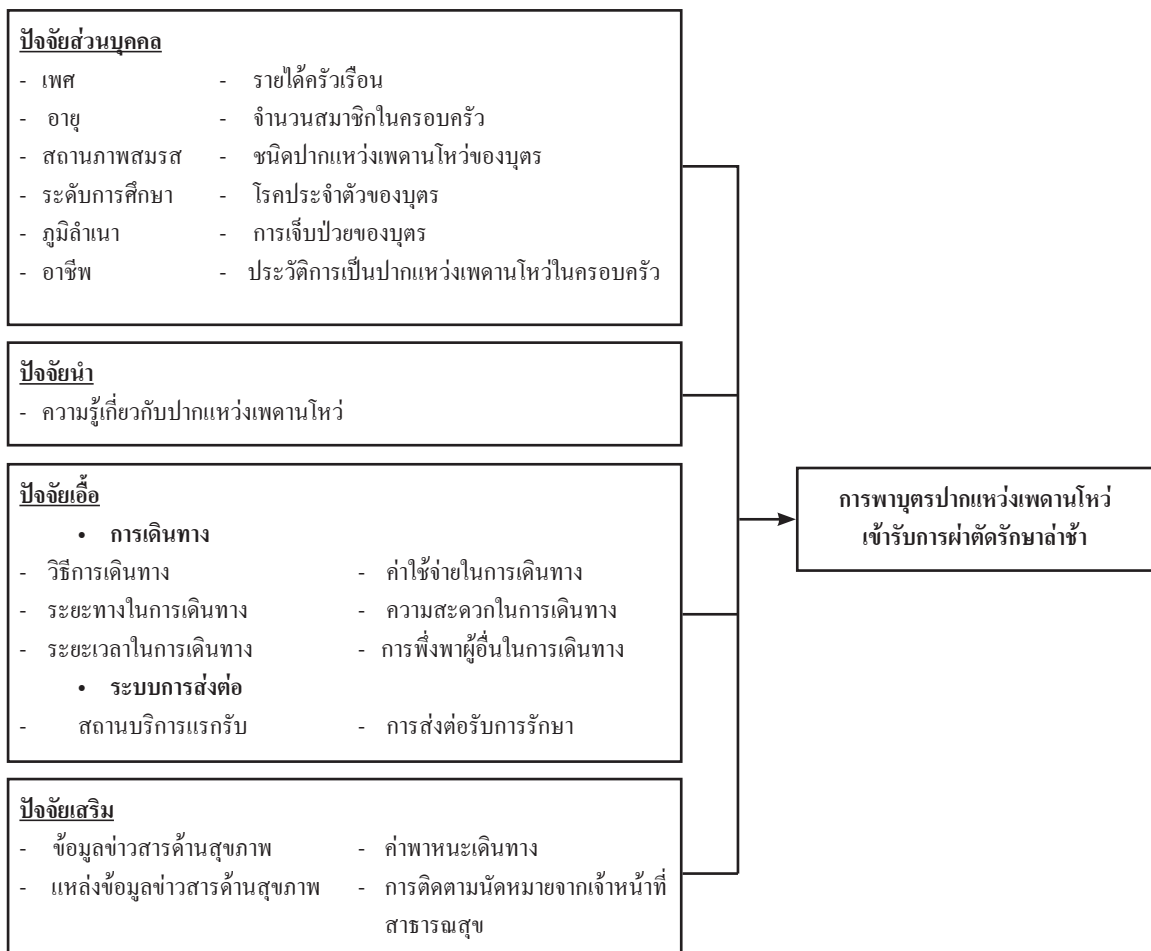
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์

กับการพาบุตรปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการผ่าตัดรักษาลำช้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ของ Green, Krueger, Deeds, & Partidge (1980) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองในการพาบุตรปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการรักษาลำช้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีกรอบแนวคิดดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) โดยวิธีศึกษาย้อนหลังแบบ Unmatched case-control study

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปกครองที่พาบุตรปากแห่วงเพดานโหว่เข้ารับการรักษาที่ตึก รศ. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 ถึง พฤษภาคม 2558 จำนวน 138 คน ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

1. กลุ่มศึกษา (Case) คือ กลุ่มผู้ปกครองที่พาบุตรปากแห่วงอายุเกินกว่า 6 เดือนและกลุ่มที่พาบุตรเพดานโหว่ที่มีอายุเกินกว่า 1 ปีครึ่ง เข้ารับการรักษาตามรหัสหัตถการ (ICD9)

2. กลุ่มควบคุม (Control) คือกลุ่มผู้ปกครองที่พาบุตรปากแห่วงเข้ารับการรักษาตามเกณฑ์อายุไม่เกิน 6 เดือนและที่พาบุตรเพดานโหว่เข้ารับการรักษาตามเกณฑ์ อายุไม่เกิน 1 ปีครึ่ง ตามรหัสหัตถการ (ICD9)

การคำนวณขนาดตัวอย่างจะพิจารณาจากรูปแบบการวิจัยและวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สูตรการคำนวณแบบ Unmatched case-control study ของ Schlessman & Stolley (1982) สำหรับ Multiple controls per case โดยใช้ค่าสัดส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการเข้ารับการรักษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แบบ 2 ทาง และอำนาจการทดสอบที่ 90% ขนาดตัวอย่างที่ได้จากการพิจารณาจากตัวแปรอิสระ

ตัวแปรเดียว (Invariable) จะได้ขนาดตัวอย่าง 44 คน แต่เนื่องจากมีตัวแปรอิสระมากกว่าหนึ่งตัว จึงปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะสมโดยใช้สูตรของ Hsieh, Bloch, & Larsen (1998) เลือกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.6 จะได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 69 คน กำหนดกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุมเป็น 1 : 1 รวมขนาดตัวอย่างทั้งหมด 138 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกจากทะเบียนบันทึกการรักษา หากกรณีในกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอจะขอขยายระยะเวลาในการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มเก็บจากรายการล่าสุดแล้วย้อนลงไปเรื่อยๆ จนได้ครบจำนวนทั้งสองกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

วิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE582153 แล้วทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าศูนย์ปากแห่วงเพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์และเจตนาสมัครเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เคารพในสิทธิส่วนบุคคล รั้งมัดระวังไม่ให้เกิดความเสียหายทางร่างกายและจิตใจของอาสาสมัคร ใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุลจริงและทำลายเอกสารเมื่อการศึกษานี้สิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์มาจากแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Frame-

work) แบ่งเป็น 4 ส่วน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ เป็น ปัจจัยพื้นฐานของผู้ปกครองเกี่ยวกับการพาบุตรเข้ารับการผ่าตัดรักษาเป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ของผู้ปกครอง จำนวน 18 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับปานกลางร้อยละ 60-79.99 และระดับต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 มีค่าพิสัยที่เป็นได้ 0-18 นำคะแนนรวมที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบนจามิน บลูม (Bloom, 1976)

3. ปัจจัยเอื้อ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ วิธีการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะทางในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความสะดวกในการเดินทาง การพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางและด้านระบบการส่งต่อ เช่น สถานบริการแรกรับ การส่งต่อรับการรักษา เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

4. ปัจจัยเสริม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การได้รับคำพาหนะในการเดินทางและการได้รับการติดตามนัดหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นคำถามเลือกตอบแบบ Rating Scale ของ Likert จำนวน 5 ข้อ เพื่อให้มีความสำคัญ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ก่อนนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองที่พาบุตรปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการผ่าตัดรักษาทั้งหมด ณ ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า (ศูนย์ตะวันฉาย) มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 คน และใช้สูตร KR – 20 ทดสอบค่า Reliability ของความรู้ กำหนดค่าที่ยอมรับได้ $r = 0.7$ ขึ้นไป และใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) ในส่วนของปัจจัยเสริมที่เป็น Rating Scale กำหนดค่าที่ยอมรับได้ $r = 0.7$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงพฤษภาคม 2558 ณ ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยแจกแบบสอบถามให้อาสาสมัครตอบและคิดทบทวนประมาณ 30 นาที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ หากไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองสามารถถามจากญาติหรือผู้ใกล้ชิดได้ เมื่อตอบเสร็จให้ส่งคืนผู้วิจัยหรือหย่อนลงกล่องที่จัดไว้ให้ เพื่อป้องกันการบิดเบือนข้อมูล ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่าคุณอยู่กลุ่มใดโดยใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม STATA เวอร์ชัน 10.0 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น) นำเสนอสถิติเชิงพรรณนาด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้ปกครองกับการพบุตรปากแห้งเพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วซ้ำแบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) คราวละตัวแปรด้วยสถิติ Chi-square test และหาความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariate analysis) คราวละหลายตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regressions)

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร

การศึกษาพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.8 และ 79.7 ตามลำดับ กลุ่มที่พบุตรได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วซ้ำอยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 40.6 อายุเฉลี่ย 30.7 ปี ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่พบุตรได้รับการผ่าตัดรักษาตามเกณฑ์ที่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 37.7 อายุเฉลี่ย 35.2 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.4 และ 37.7 ตามลำดับ สถานภาพสมรส ร้อยละ 84.1 และ 95.6 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.4 เช่นเดียวกัน รายได้ผู้ปกครองต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 49.3 เฉลี่ย 8,115.9 บาทต่อเดือน มัธยฐานเท่ากับ 8,500 บาทต่อเดือน และร้อยละ 37.7 เฉลี่ย 10,647.8 บาทต่อเดือน มัธยฐานเท่ากับ 9,000 บาทต่อเดือนตามลำดับ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4-5 คน ร้อยละ 53.6 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 55.1 และ 66.7 ตามลำดับ กลุ่ม

ที่ได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วซ้ำมีบุตรเจ็บป่วยก่อนเข้าผ่าตัด ร้อยละ 30.4 และมีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 20.3 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษาตามเกณฑ์ ร้อยละ 2.9 และไม่มีโรคประจำตัว ส่วนประวัติการเป็นปากแห้งเพดานโหว่ในครอบครัว กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดแล้วซ้ำคิดเป็นร้อยละ 17.4 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษาตามเกณฑ์ ร้อยละ 8.7 ส่วนใหญ่มีภาวะปากแห้งร่วมกับเพดานโหว่ ร้อยละ 71.0 และ 76.8 ตามลำดับ

ความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับปากแห้งเพดานโหว่ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วซ้ำส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.3 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษาตามเกณฑ์มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 68.1 ค่าเฉลี่ยคะแนน 13.5 และ 14.6 ตามลำดับ

กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษาแล้วซ้ำ เดินทางโดยสารรถประจำทางมากที่สุด ร้อยละ 49.3 ใช้ระยะเวลาในการเดินทางมากกว่า 120 นาที ร้อยละ 43.5 และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากกว่า 450 บาท ร้อยละ 65.2 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษาตามเกณฑ์เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 58.0 ใช้ระยะเวลาในการเดินทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที ร้อยละ 71.0 และมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 151-300 บาท ร้อยละ 40.6 โดยส่วนมากทั้งสองกลุ่มมีระยะทางในการเดินทางน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 กิโลเมตร ร้อยละ 52.2 และ 76.8 มีความสะดวกในการเดินทาง ร้อยละ 89.9 และ 85.5 ตามลำดับ และไม่พึ่งพาผู้อื่นในการเดินทาง ร้อยละ 59.4 เหมือนกันทั้งสองกลุ่ม

ด้านระบบการส่งต่อ พบว่า รพช./รพท เป็นแห่งแรกที่พบุตรปากแห้งเพดานโหว่มากที่สุด ร้อยละ 60.9 และ 65.2 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มที่

เข้ารับการรักษาตามเกณฑ์ได้รับการส่งต่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 76.8 ส่วนกลุ่มที่เข้ารับการรักษาแล้วได้รับการส่งต่อเพียงร้อยละ 36.2 ซึ่งทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.6 ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมาคือโทรทัศน์ สื่ออื่นๆ คือ อินเทอร์เน็ต ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อใดเลย ร้อยละ 15.9 และหนังสือพิมพ์ร้อยละ 2.2 ซึ่งกลุ่มที่เข้ารับการรักษาแล้วมีความจำเป็นต้องได้รับคำพาหนะในการเดินทางจากสถานพยาบาลไทยในระดับมาก ถึงร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มที่เข้ารับการรักษาตามเกณฑ์จำเป็นในระดับปานกลางร้อยละ 37.7 และการได้รับการติดตามนัดหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อติดตามผลและเข้ารับการรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัด ในกลุ่มที่พบบุตรเข้ารับการรักษาแล้วได้รับการติดตามในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4 ส่วนกลุ่มที่เข้ารับการรักษาตามเกณฑ์ ได้รับการติดตามในระดับมากที่สุด ร้อยละ 42.0

ความสัมพันธ์ของปัจจัย

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงซ้อนถดถอยพหุโลจิสติก (Multivariate analysis) จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของผู้ปกครอง จากผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว คราวละตัวแปร (Univariate analysis) โดยเลือกตัวแปรที่มีค่า Crude analysis ที่ได้ค่า p -value < 0.25 จำนวน 10 ตัวแปรได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ การเจ็บป่วยของบุตร โรคประจำตัวของบุตร ความรู้เกี่ยวกับปากแห้งเพดานโหว่ วิธีการเดินทาง ระยะทางในการเดินทาง ระยะเวลาในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการส่งต่อรับ

การรักษา นำมาวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อนโดยควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (Multivariate analysis) แบบ Backward elimination พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการพบบุตรเข้ารับการรักษาแล้วทั้งหมดจำนวน 4 ตัวแปรคือ ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรส หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ รายได้ผู้ปกครองต่อเดือน $\leq 15,000$ บาท บุตรเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการรักษาและระยะเวลาในการเดินทางพบบุตรเข้ารับการรักษา > 60 นาที และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้า พบว่าตัวแปร เพศ และอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลทำให้เกิดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา เป็นตัวแปรกวนที่จะทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อนได้ จึงนำตัวแปรเพศ และอายุเข้าสู่โมเดลวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน คราวละหลายตัวแปรด้วย

จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่มีสถานภาพสมรส หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ เสี่ยงที่จะพบบุตรเข้ารับการรักษาแล้วมากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ 4.17 เท่า (OR = 4.17, 95%CI = 1.02-24.18) (p -value = 0.024) และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คราวละหลายปัจจัย พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีสถานภาพสมรสหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ เสี่ยงที่จะพบบุตรเข้ารับการรักษาแล้วมากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ 5.01 เท่า (ORadj = 5.01, 95%CI = 1.03-24.32) (p -value = 0.045)

ผู้ปกครองที่มีรายได้ต่อเดือน $\leq 15,000$ บาท เสี่ยงที่จะพบบุตรเข้ารับการรักษาแล้วมากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีรายได้ต่อเดือน > 15,000 บาท 6.35 เท่า (ORadj = 6.35, 95%CI = 1.29-60.61) (p -value = 0.009) และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คราวละหลายปัจจัย พบว่า กลุ่มผู้ปกครองที่มีรายได้ต่อเดือน $\leq 15,000$ บาท เสี่ยงที่จะพบบุตรเข้ารับ

ผ่าตัดรักษาล่าช้ากว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีรายได้ต่อเดือน >15,000 บาท 7.42 เท่า (OR_{adj} = 7.42, 95%CI = 1.09-50.70) (*p*-value = 0.041)

การเจ็บป่วยของบุตรก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษานั้น พบว่า กลุ่มผู้ปกครองที่บุตรมีภาวะเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษา เสี่ยงที่จะพบบุตรเข้ารับการผ่าตัดรักษาล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่บุตรไม่มีภาวะเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษา เป็น 14.66 เท่า (OR = 14.66, 95%CI = 3.27-132.64) (*p*-value < 0.001) และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวหลายปัจจัยพบว่า กลุ่มผู้ปกครองที่บุตรมีภาวะเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษาเสี่ยงที่จะพบบุตรเข้ารับการผ่าตัดรักษาล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่บุตรไม่มีภาวะเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด เป็น 17.76 เท่า (OR = 17.76, 95%CI = 2.54-123.96)

(*p*-value = 0.004)

ระยะเวลาในการเดินทางพบบุตรเข้ารับการผ่าตัดรักษา พบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่บุตรมีการเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษาเสี่ยงที่จะพบบุตรเข้ารับการผ่าตัดรักษาล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่บุตรไม่มีภาวะเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษา เป็น 8.12 เท่า (OR = 8.12, 95%CI = 3.55-18.78) (*p*-value < 0.001) และเมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คร่าวหลายปัจจัย พบว่า กลุ่มผู้ปกครองที่บุตรมีภาวะเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษาเสี่ยงที่จะล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่บุตรไม่มีภาวะเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษา เป็น 6.19 เท่า (OR = 6.19, 95%CI = 2.69-14.28) (*p*-value < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยพหุโลจิสติกของปัจจัยต่างๆ กับการพบบุตรปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการผ่าตัดรักษาล่าช้า (*N* = 138)

ตัวแปร	ผู้ปกครองที่พบบุตร เข้ารับการผ่าตัดรักษา		Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	<i>p</i> -value
	ล่าช้า (<i>N</i> = 69)	ตามเกณฑ์ (<i>N</i> = 69)			
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ					
ชาย	16	14	0.84	0.93	0.900
หญิง	53	55	(0.34-2.05)	(0.32-2.70)	
อายุ (ปี)					
≤ 40 ปี	58	46	1.72	1.52	0.469
>40 ปี	11	17	(0.69-4.46)	(0.49-4.73)	

ตัวแปร	ผู้ปกครองที่พาบุตร เข้ารับการรักษา		Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	ล่าช้า	ตามเกณฑ์			
	(N = 69)	(N = 69)			
สถานภาพสมรส					
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	11	3	4.17	5.01	0.045*
สมรส	58	66	(1.02-24.18)	(1.03-24.32)	
รายได้ผู้ปกครอง					
≤15,000 บาท	67	64	6.35	7.42	0.041*
>15,000 บาท	2	11	(1.29-60.61)	(1.09-50.70)	
การเจ็บป่วยของบุตร					
มี	21	2	14.66	17.76	0.004**
ไม่มี	48	67	(3.27-132.64)	(2.54-123.96)	
ปัจจัยอื่น					
ระยะเวลาในการเดินทาง					
>60 นาที	30	5	8.12	6.19	<0.001***
≤ 60 นาที	37	64	(3.55-18.78)	(2.69-14.28)	

*p-value <0.05, ** p-value <0.01, *** p-value <0.001, Goodness of fit = 0.954 เพศและอายุเป็นตัวแปรควบคุม

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ปกครองในการพาบุตรปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการรักษาล่าช้าครวละหลายตัวแปร (Multivariate analysis) พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการพาบุตรเข้ารับการรักษาล่าช้าทั้งหมดจำนวน 4 ตัวแปรคือ ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ ผู้ปกครองที่มีรายได้ต่อเดือน ≤15,000 บาท การมีบุตรเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการรักษาและระยะเวลาในการเดินทางพาบุตรเข้ารับการรักษา >60 นาที

สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับการพาบุตรเข้ารับการรักษาล่าช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) โดยกลุ่มผู้ปกครองที่มีสถานภาพสมรส หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ จะพาบุตรเข้ารับการรักษาล่าช้ามากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีสถานภาพสมรสคู่ 5.01 เท่า (OR_{adj} = 5.01, 95%CI = 1.03-24.32) ซึ่งจากการศึกษาของ Fernando Ortiz-Monasterio et al. (1974) ที่เม็กซิโก พบว่าเหตุผลในการเข้ารับการรักษาล่าช้านั้น เกี่ยวกับข้อเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยนี้ทางด้าน

จิตใจด้วยและ Cassell, Daniels, & Meyer (2009) ศึกษาที่รัฐนอร์ทแคโรไลนา สหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับการผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่ครั้งแรกที่ทันตามกำหนดเวลา พบว่าเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารดาให้ร่วมมือในการคลอด การได้รับการฝากครรภ์หรือดูแลสุขภาพก่อนคลอดที่ศูนย์สุขภาพในท้องถิ่นใกล้บ้าน จะได้รับการผ่าตัดรักษาที่ค่อนข้างตรงเวลามากกว่า มีการศึกษาในผู้ป่วยวัยโรคปอด เสมหะพบเชื้อรายใหม่ จังหวัดยโสธร ของแมน แสงภักดิ์ (2555) พบว่า สถานภาพสมรส โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ สัมพันธ์กับการขาดเงินทะเบียนซึ่งสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษา 4.56 เท่า ($OR_{adj} = 4.56, 95\%CI = 2.49-8.33$) ส่วนสุธีรา ประดับวงษ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, และพิมพ์วรา อัครเชียรสิน (2552) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสแต่งงานมากที่สุดร้อยละ 89.90 ดังนั้นสถานภาพสมรส มีนัยสำคัญทางสถิติที่สะท้อนให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวและการกระทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัว ที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลัก มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ย่อมขาดความพร้อมในการดูแลไม่ได้รับการเอาใจใส่หรือการให้กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิดในการพาบุตรมารักษาหรือไม่สะดวกในการพาบุตรเดินทางมาเข้ารับการรักษาตามแพทย์นัดได้ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ปกครองที่พาบุตรเข้ารับการรักษาตามเกณฑ์จะมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว >5 คน มีแนวโน้มเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่พาบุตรเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นด้วย

ครอบครัวมีจำนวนเพียง 2-3 คน มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ดังนั้นการแบ่งเบาภาระหน้าที่และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัวจะแตกต่างกัน มีผลต่อการพาบุตรเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่าย และจากการศึกษาของ Sjaifuddin Noer (2006) เกี่ยวกับสาเหตุของการพาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายที่ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่โรงพยาบาลนานาชาติสุราบายา ประเทศอินโดนีเซีย ก็พบว่า จำนวนบุตร 3-5 คน ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความล่าช้าเช่นเดียวกัน

รายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการพาบุตรเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผู้ปกครองที่มีรายได้ต่อเดือน $\leq 15,000$ บาท เสี่ยงที่จะพาบุตรเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายต่ำกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่มีรายได้ต่อเดือน $> 15,000$ บาท 7.42 เท่า ($OR_{adj} = 7.42, 95\%CI = 1.09-50.70$) ซึ่งจากการศึกษาของ Sjaifuddin Noer (2006) พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของการมาผ่าตัดค่ารักษาและสุธีรา ประดับวงษ์ และคณะ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท ดังนั้นมักพบว่า ส่วนใหญ่แล้วครอบครัวที่มีบุตรเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ปกครองจะมีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างน้อย ซึ่งการเดินทางพาบุตรมาเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะเป็นด้านค่าเดินทาง ค่าอาหาร รวมไปถึงค่าที่พักอาศัยชั่วคราวและหากกระยะทางในการเดินทางห่างไกลจากโรงพยาบาลมาก ค่าใช้จ่ายก็ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นด้วย

บุตรมีภาวะการเจ็บป่วยก่อนเข้ารับการรักษาฟันนั้น มีความสัมพันธ์กับการพาบุตรเข้ารับการรักษาฟันล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.01) โดยกลุ่มผู้ปกครองที่บุตรมีภาวะเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาฟันเร็วกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่บุตรไม่มีภาวะเจ็บป่วย เป็น 17.76 เท่า (ORadj= 17.76, 95%CI = 2.54-123.96) ฉะนั้นครอบครัวที่บุตรปากแหว่งเพดานโหว่มีการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัวหรือพบความผิดปกติ ให้นมแล้วเกิดการสำลัก A Habel, N Elhadi, B Sommerlad, and J Powell (2006) พบว่าอาการดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติกับการชี้ชัดว่าเป็นเพดานโหว่ ที่อาจมีรอยแยกบริเวณลิ้นไก่ หากตรวจพบหรือวินิจฉัยช้า ก็อาจมีผลทำให้ได้รับการผ่าตัดรักษาช้าไปด้วย หรืออาจพบความพิการแต่กำเนิดอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น Pierre Robin sequence เท้าปุก หัวใจพิการแต่กำเนิด ลำไส้ตีบตัน ไม่มีรูทวารหนัก นิ้วมือขาดหรือเกินจำนวนแขนขาสั้น ผิดธรรมชาติ ดาวน์ซินโดรม พัฒนาการทางสติปัญญาล่าช้า โรคโลหิตจาง โรคเลือดที่เกิดจากการขาด Glucose-6-phosphate dehydrogenase เป็นต้น พบว่าอาจมีแนวโน้มทำให้พาบุตรเข้ารับการรักษาฟันล่าช้า ซึ่งการศึกษาที่รัฐโคโลราโด สหรัฐอเมริกา Harry, TeBockhorst, & Deleyiannis (2013) พบว่า การผ่าตัดซ่อมแซมเพดานโหว่จะล่าช้าไป 2 เดือนในผู้ป่วยที่มี Cardiovascular Malformations (p = .001) และ Lehman, Fishman, & Neiman (1995) พบว่าทารกที่มีปัญหาเกี่ยวกับเพดานโหว่จะเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนในช่วงเดือนแรกๆ ของชีวิต เช่น ผู้ป่วยที่มีความพิการแต่กำเนิดร่วมด้วยจะมีปัญหาในช่วงอายุที่จะทำการผ่าตัดแก้ไขเพดานโหว่มากกว่าผู้ที่ไม่มีความ

พิการแต่กำเนิดร่วมด้วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Hunt, Burden, Hepper, & Johnston (2005) พบว่าผู้ปกครองย่อมมีความเครียดและวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยของบุตร สูญเสียความมั่นใจในการดูแลบุตรให้เหมาะสมได้ ดังนั้นผู้ปกครองอาจเกิดความลังเลใจในการเดินทางพาบุตรมาเข้ารับการรักษาฟันตามแพทย์นัด หรือเชื่อว่าหากเข้ารับการรักษาฟันจะไม่เป็นผลดีต่อบุตร จะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากยิ่งขึ้นและเป็นอันตรายได้ ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นด้านการเจ็บป่วยเองหรือที่มาจากโรคประจำตัว ทำให้ไม่สามารถเดินทางมาผ่าตัดรักษาได้ตามแพทย์นัด หรือการมีความผิดปกติหรือความพิการแต่กำเนิดอื่นๆ ก็มีผลต่อการผ่าตัดรักษาที่จะต้องยืดระยะเวลาออกไปไม่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแพทย์ผู้ทำการรักษาจะต้องทำการรักษาภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติอื่นๆ ให้ดีขึ้นก่อน จึงจะทำการนัดมาผ่าตัดรักษาได้ ซึ่งแพทย์จะต้องคำนึงถึงความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายเด็กของการเข้ารับการรักษาฟันตามกฎ Rule of Ten ด้วย เพื่อให้ผลของการผ่าตัดรักษาออกมามีผลดีที่สุดและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังการผ่าตัดรักษาด้วย

ระยะเวลาในการเดินทางพาบุตรเข้ารับการรักษาฟัน มีความสัมพันธ์กับการพาบุตรเข้ารับการรักษาฟันล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <0.001) เช่นเดียวกัน โดยกลุ่มผู้ปกครองที่ใช้ระยะเวลาในการเดินทาง >60 นาที เสี่ยงที่จะพาบุตรเข้ารับการรักษาฟันล่าช้ามากกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่ใช้ระยะเวลาในการเดินทาง ≤60 นาที เป็น 6.19 เท่า (ORadj = 6.19, 95%CI = 2.69-14.28) ซึ่ง Patjanasoonorn et al. (2012) พบว่า คุณภาพชีวิตของเด็กปากแหว่งเพดานต่ำในด้านเศรษฐกิจ และความต้องการการดูแลสุขภาพจากสถานบริการใกล้

บ้านเป็นความต้องการสูงสุด และจากการศึกษาของ Noer & Iswinarno (2006) เกี่ยวกับสาเหตุของการพาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดที่ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่ที่โรงพยาบาลนานาชาติสุราบายา ประเทศอินโดนีเซีย ก็พบว่า จำนวนบุตร 3-5 คน ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความยุ่งยากและล่าช้าในการเดินทาง ดังนั้น ส่วนใหญ่ครอบครัวมีสมาชิก มากกว่า 5 คน อาจมีความยากลำบากในการเดินทางพาบุตรมารักษาหรือมีญาติคนอื่นๆ ติดตามมาด้วย อีกทั้งผู้ป่วยเองเป็นเด็กทารกต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ ซึ่งอาจมีผลต่อเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาล ในบางครอบครัวต้องเดินทางมาก่อน 1 วัน ตามแพทย์นัดเพราะบ้านอยู่ไกล ต้องหาที่พักรายวันเพื่อรอพบแพทย์ในวันรุ่งขึ้น อีกทั้งผู้ปกครองของเด็กกลุ่มนี้มียาได้ค่อนข้างต่ำ ฐานะค่อนข้างยากจน ทำให้ต้องเสียทั้งเงินและเวลาในการเดินทางและระยะเวลาในการรอคอยเพื่อตรวจรักษาด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. มุ่งให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลหลัก (Primary care giver) เพื่อให้มีความเข้าใจในความรู้เกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ แนวทางการดูแลรักษา การป้องกันลดและอุบัติการณ์ความผิดปกติของบุตรในครรภ์มารดาและความพิการแต่กำเนิดต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความจำเป็นต้องได้รับการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ รวมไปถึงการตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ไปรับบริการฝากครรภ์ที่สถานบริการ หากตรวจพบความผิดปกติดังกล่าวควรรีบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่องให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2. พัฒนาระบบการติดตามนัดหมายให้มีประสิทธิภาพ เพื่อแจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบถึงวันเวลาที่แพทย์นัดหมายครั้งต่อไป ซึ่งกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับการติดตามนัดหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยครั้งกว่า จะพบบุตรเข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดมากกว่า

3. พัฒนาระบบการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประสานความร่วมมือในพื้นที่ ทั้งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนโดยเอื้อให้เด็กกลุ่มนี้เข้าถึงการรักษาพยาบาล สนับสนุนงบประมาณค่าพาหนะในการเดินทางหรือจัดหาพาหนะหรือช่องทางส่งต่อผู้ป่วย ให้สามารถเดินทางมาตรวจรักษาตามแพทย์นัดได้ ซึ่งส่วนมากครอบครัวของเด็กกลุ่มนี้มีรายได้ต่ำอาจทำให้เข้าถึงการรักษาได้

4. การศึกษาค้นคว้านี้ยังเป็นการศึกษาในวงจำกัด ควรขยายระยะเวลาและเพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษา รวมไปถึงศึกษาในรูปแบบ Prospective study ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ทวิสิน ต้นประยูร, สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, และพัฒน์ พงศ์ นาวิเจริญ. (2550). *ตำราศัลยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
นิธินาถ บุญจวง. (2550). *การพยาบาลมารดาหลังคลอดปกติที่มีบุตรปากแหว่งเพดานโหว่*. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2557 จาก <http://203.157.71.148/data/kpw/news/ผลงานเลื่อนระดับปี 51/นิธินาถ.doc>

- เบญจมาศ พระธานี. (2557). ปากแหว่งเพดานโหว่ ปัญหาทางการพูดและการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ เล่ม 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แมน แสงภักดิ์. (2555). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัยโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่จังหวัดยโสธรปีพ.ศ. 2553 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต) มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553-2555). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2553-2555. ค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2557, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Health-information/ill55/ill-full2555.pdf>
- สุธีรา ประดับวงษ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, และพิมพ์วรา อัครเชียรสิน. (2552). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Cassell, C. H., Daniels, J., & Meyer, R. E. (2009). Timeliness of primary cleft lip/palate surgery. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 46(6), 588-597.
- Gorlin, R. J., Cervenka, J., & Pruzansky, S. (1971). Facial clefting and its syndromes. *Birth defects original article series*, 7(7), 3-49.
- Harry, B. L., TeBockhorst, S., & Deleyiannis, F. W. B. (2013). The impact of congenital cardiovascular malformations on the assessment and surgical management of infants with cleft lip and/or palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50(3), 323-329.
- Hsieh, F. Y., Bloch D. A., & Larsen, M. D. (1998). A Simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*, 17(14), 1623-1634.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., & Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *The European Journal of Orthodontics*, 27(3), 274-285.
- Lehman, J. A., Fishman, J. R., & Neiman, G. S. (1995). Treatment of cleft palate associated with Robin sequence: appraisal of risk factors. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 32(1), 25-29.
- Noer, M. S., & Iswinarno, D. (2006). Study on the cause of delayed operation for cleft palate repair at CLP Center in Surabaya International Hospital. Paper present at The 6th Asian Pacific Craniofacial Association Conference, Singapore.
- Patjanasontorn, N., Pradaubwong, S., Rongbutsri, S., Mongkholtawornchai, S., & Chowchuen, B. (2012). Tawanchai Cleft Center quality of life outcomes: one of studies of patients with cleft lip and palate in Thailand and the Asia Pacific Region. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(Suppl 11), S141-147.

Schlessman, J. J., & Stolley, P. D. (1982). *Case-control studies: Design, conduct, analysis*. New York:

Oxford University Press.

Smith, S., Pine, H., Cole, E., Quinn, F.B., & Quinn, M.S. (2013, October). *Cleft lip and palate*. Grand rounds presentation, Department of Otolaryngology, The University of Texas Medical Branch, U.S.A.