



การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ โดยใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้าน: กรณีศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่น ที่ขาดผู้ดูแลหลักและมีความเสี่ยงเรื่องสารเสพติด ศูนย์ตะวันฉาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ยุพิน ปักะสังข์¹, สุธีรา ประดับวงศ์^{2*}, หัตถกร สำเร็จดี³, วัชรพงษ์ เจริญสุข⁴, ณัฐริกา กองทอง⁵
นงลักษณ์ แสนธารณะ⁶, กมลวรรณ เชนวิธิสุข⁷, ชัยมงคล จันทศ⁸, บวรศิลป์ เชาวนชื่น⁷

¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ศูนย์ตะวันฉาย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴งานสังคมสงเคราะห์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁵โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁶มูลนิธิตะวันฉาย เพื่อผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า

⁷สาขาวิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁸คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

Enhancing the Quality of Life of Cleft Lip and Palate Patients Through a Home Visit Program: A Case Study of Adolescents Without Primary Caregivers and at Risk of Substance Abuse at the Tawanchai Center, Northeastern Thailand

Yupin Paggasang¹, Suteera Pradubwong^{2*}, Hattakorn Samretdee³,
Wacharapong Jaruensook⁴, Nattarika Kongtong⁵, Nongluk Saentarana⁶,
Kamonwan Jenvitisuk⁷, Chaimongkhon Chanthot⁸, Bowornsilp Chowchuen⁷

¹Department of Nursing, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

²Tawanchai Center, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

³Division of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

⁴Social Worker Unit, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

⁵Dental Hospital, Faculty of Dentistry, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

⁶Tawanchai Foundation for Cleft Lip, Cleft Palate and Craniofacial Deformities

⁷Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University,
Khon Kaen, Thailand

⁸Faculty of Medicine, Nakhon Phanom University

Received: 7 February 2025/ Review: 10 February 2025/ Revised: 5 July 2025/

Accepted: 7 July 2025

*Corresponding author: Suteera Pradubwong, E-mail: psuter@kku.ac.th

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การศึกษานี้เกี่ยวกับการประยุกต์ระบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการดูแลที่ครอบคลุม ในผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่ขาดผู้ดูแลหลัก เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด และขาดการติดตามการรักษา การเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาเพื่อติดตามค้นหา และแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาเฉพาะราย เพื่อค้นหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ วัยรุ่นที่ขาดผู้ดูแลหลักและมีความเสี่ยงเรื่องสารเสพติด คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ขาดการติดตามการรักษา กับศูนย์ตะวันฉาย เครื่องมือ โปรแกรมเยี่ยมบ้านและแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ 1) Quality of Life Questionnaire จำนวน 41 ข้อ 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (children's depression inventory: CDI) ฉบับภาษาไทย จำนวน 27 ข้อ 3) The adolescent coping orientation for problem experience; ACOPE แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติสำหรับเด็ก (The children's revised impact of event scale: CRIES-13) ฉบับภาษาไทย จำนวน 13 ข้อ และ 4) แบบบันทึกประวัติผู้ใช้บริการ งานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านและเก็บข้อมูล 3 ชั่วโมง ในเดือนพฤศจิกายน 2567 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: พบว่า ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 14 ปี ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแหว่ง และเพดานโหว่แล้ว ยังไม่รู้รื้อขนาดใหญ่บริเวณสันเหงือก ฟุดไม่ซัด และกำลังจัดฟัน มีความพึงพอใจคุณภาพชีวิต 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง (3.27 ± 0.6155) ผลกระทบต่อครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (2.79 ± 1.1425) ภาวะซึมเศร้า พบว่า ได้คะแนนรวมเท่ากับ 11 คะแนน ขณะประเมินผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เป็นปกติ ส่วนภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ พบว่า ได้คะแนนรวมเท่ากับ 22 คะแนน ผู้ป่วยไม่มีภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สามารถรับมือกับความเครียดได้ ผู้ดูแลหลักที่บ้านคือลุง ผู้ดูแลหลักพาไปติดตามการรักษา คือครูประจำชั้น ไม่พบการใช้สารเสพติด บ้านที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย ไม่ถูกสุขลักษณะ

สรุป: การติดตามเยี่ยมบ้านจะช่วยให้เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปพัฒนาคุณภาพของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: ปากแหว่ง เพดานโหว่, โปรแกรมเยี่ยมบ้าน, ผู้ดูแลหลัก, ศูนย์ตะวันฉาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

Abstract

Background and Objective: This study is about the application of primary health care system and comprehensive care on individuals with cleft lip and palate who lack a primary caregiver, are at risk of substance abuse, and have inadequate follow-up treatment. Home visits by a multidisciplinary team to monitor, identify, and address issues are essential for improving their quality of life.

Methods: A descriptive case study to explore and address issues using a home visit program for adolescents with cleft lip and palate who lack primary caregivers and are at risk of substance abuse. This study employs purposive sampling to select participants who have discontinued follow-up care at the Tawanchai Center. The instruments used in the study include a home visit program and four sets of questionnaires: 1) quality of life questionnaire (41 items) 2) children's depression inventory (CDI), Thai version (27 items) 3) The adolescent coping orientation for problem experience (ACOPE) and the children's revised impact of event scale (CRIES-13), Thai version (13 items). 4) service user history Record from the social work unit, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. The home visits and data collection were conducted over a 3-hour period in November 2024. Descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations, were used to analyze the data.

Results: The study results found that the patient, a 14-year-old male in lower secondary school, had undergone surgical repair for cleft lip and palate. However, a large fistula remained in the alveolar cleft, affecting his speech clarity. He was undergoing orthodontic treatment at the time of assessment. The patient reported moderate satisfaction with quality of life across four dimensions, scoring an average of 3.27 ± 0.6155 . The family impact score was also at a moderate level, averaging 2.79 ± 1.1425 . Regarding depression, the patient scored 11 points, indicating no depression and normal emotional status at the time of evaluation. For post-traumatic stress, the patient scored 22 points, suggesting no post-traumatic stress disorder (PTSD) and an adequate ability to cope with stress. The patient's primary caregiver at home was his uncle, while his homeroom teacher accompanied him for follow-up medical appointments. No substance use was reported. However, the living environment was unsafe and unhygienic.

Conclusion: Home visits help uncover the root causes of patients' problems, providing empirical data that can be used to improve their quality of life.

Keyword: cleft lip–cleft palate, home visits, care giver, Tawanchai Center, Northeastern region, Thailand

บทนำ

ภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ (cleft lip and palate) เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นที่ใบหน้าของเด็กที่กำลังเจริญเติบโตในครรภ์ ช่วง 2-10 สัปดาห์ในครรภ์ ส่งผลให้มีปัญหาการรวมตัวกันของส่วนยื่นต่างๆ เกิดเป็นร่องโหว่หรือรอยแหว่งที่เรียกว่า “cleft” นั่นเอง¹⁻³ ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อในครรภ์ ยาหรือสารเคมีในอาหารที่มารดาได้รับประทานเข้าไป หรือเป็นปัญหาทางพันธุกรรม และอาจมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุร่วมด้วย ส่งผลให้มีหน้าตาผิดปกติ เสียงพูดและสื่อภาษาที่ไม่ชัดในบางราย ผู้ป่วยมักเผชิญกับความลำบากในการปรับตัวเข้าสังคม และอาจได้รับผลกระทบทางจิตใจจากการถูกตีตราทางสังคม ซึ่งไม่เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบทั้งด้านจิตใจและร่างกาย บิดา-มารดา ญาติพี่น้องก็ได้รับผลกระทบโดยตรงด้วย¹ จากภาวะนี้มีความเกี่ยวข้องกับอวัยวะหลายระบบการดูแลรักษาจำเป็นต้องอาศัยทีมผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ (multidisciplinary approach) ร่วมกันประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดว่ามีปัญหาในด้านใดบ้าง รวมทั้งการให้คำปรึกษาในการดูแลตั้งแต่แรกคลอด การให้นมและสารอาหาร การผ่าตัด การฝึกพูด การจัดฟัน การรักษาจึงจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตามความจำเป็น ซึ่งการตัดสินใจต่าง ๆ ต้องอยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ปกครองร่วมด้วย โดยต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 20 ปีจนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้เป็นอย่างดี¹

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ให้คำจำกัดความของ “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และ “บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายถึง กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ⁴

แบบจำลองการดูแลแบบเฉพาะบุคคลที่ครอบคลุม ช่วยสร้างแนวทางประชากรทั้งหมดเพื่อสนับสนุนผู้คนทุกวัยและผู้ดูแลของพวกเขา ในการดูแลสุขภาพกาย ใจ และความเป็นอยู่ที่ดี สร้างความยืดหยุ่นของชุมชน การตัดสินใจและเลือกอย่างรอบรู้ เมื่อสุขภาพของพวกเขาเปลี่ยนไป⁵ ในขณะที่การดูแลเบื้องต้นเน้นที่การดูแลส่วนบุคคลเป็นหลัก ระบบสาธารณสุขจะตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากรทั้งหมด ดังนั้น การบูรณาการการดูแลเบื้องต้นและระบบสาธารณสุขเข้าด้วยกัน จึงถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับแนวทางการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิที่ครอบคลุม ซึ่งสร้างความยืดหยุ่นในระบบสุขภาพทั้งหมด⁶

กลยุทธ์การใช้เมทริกซ์ที่ครอบคลุมถึงด้าน สุขภาพ การศึกษา การดำรงชีพ การสนับสนุนทางสังคม และการเสริมพลัง ที่ได้รับริเริ่มโดยองค์การอนามัยโลกตามปฏิญญาอัลมา-อาตา ในปี พ.ศ. 2521 และนำมาใช้โดยศูนย์ตะวันออกใต้ แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์การดูแลที่ครอบคลุมสำหรับผู้ที่มีความพิการทางกะโหลกศีรษะและใบหน้าในประเทศที่มีรายได้ต่ำ รายได้ปานกลาง และประเทศไทย^{7,8}

สำหรับกรณีผู้ป่วยเพศชาย คลอดปกติ เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2554 อายุ 14 ปี มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ข้างซ้ายชนิดสมบูรณ์ ผ่าตัดซ่อมปากแหว่ง อายุ 5 เดือน ผ่าตัดเพดานโหว่ อายุ 1 ปี ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด บิดา-มารดาแยกทางกัน โดยมารดาไปทำงานต่างจังหวัด และไม่ได้ติดต่อกลับอีกเลย (หายสาบสูญ) ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับยาย และลุงซึ่งไม่มีครอบครัว หลังผ่าตัดได้ 5 ปี ยายได้พาเข้ารับการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพของศูนย์ตะวันออกใต้ แก่ ศัลยแพทย์ตกแต่ง แพทย์โสต ศอ นาสิก นักแก้ไขการพูด นักแก้ไขการได้ยิน ทันตกรรมจัดฟัน และพยาบาลประจำศูนย์ตะวันออกใต้ เนื่องจากพูดไม่ชัด และมีรูรั่วบริเวณสันเหงือก พร้อมได้ติดตามการรักษาตามนัดทุกครั้ง โดยได้รับความช่วยเหลือจากมูลนิธิตะวันออกใต้ เพื่อผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้าครั้งละ 2,500 บาท เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จนกระทั่งปี พ.ศ. 2567 ยายผู้ดูแลหลัก (caregiver) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจในภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ รวมทั้งด้านการเงิน และที่อยู่อาศัย⁹ ได้เสียชีวิตลง จึงขาดผู้ดูแลหลักที่จะพามารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสูญเสียยายแบบกะทันหัน อาจส่งผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับวัยรุ่นไม่ว่าจะใบหน้าปกติหรือผิดปกติ นับเป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่มีโอกาสใช้สารเสพติดได้มาก อาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อม พฤติกรรมการเลียนแบบ และการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียดได้ง่าย โดยวัยรุ่นที่มีโอกาสติดสารเสพติด อาจเป็นเพราะความอยากรู้ อยากทดลอง การตามใจเพื่อน ถูกหลอกลวง ผิดหวังในเรื่องต่าง ๆ ขาดความอบอุ่นจากครอบครัว เกิดความเครียดในครอบครัว เป็นต้น ซึ่งแนวทางป้องกันและแก้ไขที่สำคัญก็คือตัววัยรุ่นเองจะต้องรู้จักป้องกันตนเองโดยไม่ทดลองเสพสารเสพติดทุกชนิด ถัดมาก็คือบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อแม่จะต้องให้ความรักความอบอุ่นและความเข้าใจในวัยรุ่นอย่างถูกวิธี จะเป็นเกราะป้องกันไม่ให้วัยรุ่นไปติดยาเสพติดได้⁷ แต่ผู้ป่วยรายนี้อาศัยอยู่กับลุงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องใช้สารเสพติด ขาดมารดาและยายคอยดูแล มีเพียงบิดาที่ส่งเสียเลี้ยงดูผ่านทางยาย หลังจากยายเสียชีวิตได้โอนเงินผ่านทางครูประจำชั้น โดยมีลุงรับเงินต่อจากครูเพื่อนำไปใช้จ่ายในครอบครัว

ศูนย์ตะวันฉาย (ศูนย์การดูแล/วิจัยผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ฯ และมูลนิธิตะวันฉายฯ) โดยความร่วมมือของคณะแพทยศาสตร์กับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นศูนย์กลางการให้บริการดูแล รักษา ผ่าตัด และฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลรักษา วิชาการ การวิจัย การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และครอบครัว โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหา ผลลัพธ์ การรักษา และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในรายที่ขาดการติดตามการรักษา เป็นต้น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างคุณค่าที่ดีต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการดูแลผู้ป่วย⁸ จากการเยี่ยมบ้านของศูนย์ตะวันฉายที่ผ่านมา พบว่า เด็ก 20 ราย เข้าเรียนตามเกณฑ์ ครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และมีความกังวลด้านความเจ็บป่วยของบุตร มี 4 ครอบครัวที่บ้านมีสภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย เด็กเสี่ยงต่อการติดสารเสพติด¹⁰ มีปัญหา ด้านเศรษฐกิจต้องกู้ยืมเงิน 8 ครอบครัว และได้ซ่อมแซมบ้านที่ไม่ปลอดภัยให้ทั้ง 4 ครอบครัว¹¹ และการเยี่ยมบ้านเด็ก 20 ราย พบว่า มีสุขภาพในระดับไม่ดี 11 ราย การตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติทุกราย การเงินไม่เพียงพอ มีหนี้สิน¹² จากที่กล่าวมา การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีความพิการใบหน้าและศีรษะโดยใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้าน กรณีศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ขาดผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่กับลุงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติด ซึ่งพบกับปัญหาทางสังคมที่ยุ่งยาก ซับซ้อน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อค้นหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนและโรงเรียน ในการนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยรายงานผู้ป่วย 1 ราย (case report) ในผู้ที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ ที่เข้ารับการรักษากับศูนย์ตะวันฉาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย แล้วขาดการติดตามการรักษาเนื่องจากขาดผู้ดูแลหลัก และเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยประสานกับผู้ป่วย/ครอบครัว แจ้งวัตถุประสงค์ และกำหนดวันเยี่ยมบ้าน ประสานกับครูประจำชั้น ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในการลงเยี่ยมบ้านครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้แบบสอบถาม 3 ชุด คือ 1) quality of life questionnaire จำนวน 41 ข้อ¹³ 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (children's depression inventory: CDI) ฉบับภาษาไทย จำนวน 27 ข้อ¹⁴ แปลโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ จากต้นฉบับของ Maria Kovacs ใช้สำหรับเด็กอายุ 10 – 15 ปี สอบถามอาการซึมเศร้าของเด็กในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันประเมิน แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก มีระดับความรุนแรงของอาการ คือ ไม่มีอาการเศร้าเลย (0 คะแนน) มีอาการบ่อย (1 คะแนน) และมีอาการตลอดเวลา (2 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 54 คะแนน การแปลผล หากเด็กได้คะแนนรวมสูงกว่า 15 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก ความเชื่อถือของเครื่องมือ (reliability coefficient) เท่ากับ 0.83 3) The adolescent coping orientation for problem experience; ACOPE แบบสอบถามผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติสำหรับเด็ก (The children's revised impact of event scale: CRIES-13) ฉบับภาษาไทย จำนวน 13 ข้อ¹⁵ แปลโดยนายแพทย์ฉัตร ทิพย์รัตน์เสถียร สร้างและพัฒนาโดย Children and War Foundation ประเทศนอร์เวย์ สอบถามอาการที่เกิดกับเด็กภายในระยะเวลา 7 วันรวมถึงวันประเมิน มี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) บ่อย ๆ (5 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 65 คะแนน การแปลผล ใช้เกณฑ์คะแนนจุดตัดตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ความเชื่อถือของเครื่องมือ (reliability coefficient) เท่ากับ 0.78 และ 4) แบบบันทึกประวัติผู้ให้บริการงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านและเก็บข้อมูล 3 ชั่วโมง ในเดือนพฤศจิกายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE671189)

ผลการศึกษา

สำหรับข้อมูลทั่วไป และการประเมินคุณภาพชีวิต โดยพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ข้างซ้าย ชนิดสมบูรณ์ เพศชาย อายุ 14 ปี ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา

ตอนต้น ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแหว่ง และเพดานโหว่แล้ว ยังมีรูรั่วขนาดใหญ่บริเวณสันเหงือก ฟุดไม่ชัด และกำลังจัดฟัน รายได้จากบิดาส่งเสีย 4,000-6,000 บาทต่อเดือน มีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (3.27 ± 0.6155) ผลกระทบต่อครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (2.79 ± 1.1425) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณภาพชีวิต จำแนกเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านการรักษาพยาบาล 2) ด้านการบริการ 3) ด้านคำรักษาพยาบาล 4) ด้านความพึงพอใจของผู้ปกครองในมิติจิตสังคม และ 5) ด้านผลกระทบต่อครอบครัว

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปล ความหมาย
1. ด้านการรักษาพยาบาล (รวม) และคะแนนรายข้อด้านการกิน (5) การฝึกพูด (2) การพัฒนาการ (3) การดูแลเรื่องฟัน (4) การติดเชื้อทางเดินหายใจและหูน้ำหนวก (4) การได้ยิน (4) การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะโรค (4) การสื่อสารเมื่อถูกเพื่อนล้อ (3)	3.75	0.8292	มาก
2. ด้านการบริการ การช่วยประสานงาน ปรีกษาเมื่อมีปัญหา (3) การมีส่วนร่วมในการรักษา (4) การได้รับข้อมูลการรักษา (4)	3.66	0.4714	มาก
3. ด้านคำรักษาพยาบาล ทราบสิทธิคำรักษา (3) ทราบแหล่งช่วยเหลือ (3) เศรษฐกิจครอบครัวพอเพียง (3) ปัญหาค่าเดินทางมาโรงพยาบาล (3)	3.25	0.4330	ปานกลาง
4. ด้านความพึงพอใจ ด้านความพึงพอใจในตนเอง (3) ความกังวลเรื่องเจ็บป่วย (3) พึงพอใจในภาพลักษณ์ (2) เสียงพูด (2) การได้ยิน (4) ไม่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (3)	2.42	0.7284	น้อย
ภาพรวมของ 4 ด้าน	3.27	0.6155	ปานกลาง
5. ด้านผลกระทบต่อครอบครัว การหารายได้เพิ่ม (3) การขาดงานและสูญเสียรายได้ (2) มีหนี้เพิ่ม (1) กระทบต่อเวลาทำงาน (1) ไม่ได้เที่ยวพักผ่อน (1) ครอบครัวมีความสุขลดลง (3) ไม่มีเวลาดูแลลูกคนอื่น (1) เหนื่อยล้าและหมดกำลังใจ (1) ญาติพี่น้องเข้าใจและช่วยเหลือกัน (5) ความเจ็บป่วยของท่านมีผลต่อลูกคนต่อไป (3) กังวลเกี่ยวกับอนาคตของตนเอง (3) สงสารตนเอง (5) ความเจ็บป่วยของท่านทำให้ครอบครัวช่วยกันแก้ปัญหา (4) ครอบครัวเข้มแข็งขึ้น (4) พี่น้องที่ไม่ป่วยแสดงพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ (1) ท่านที่ป่วยเอาแต่ใจตัวเอง (3) ความเจ็บป่วยของท่านมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล (1) ไม่มีเวลาดูแลตนเอง (2) มีเวลาพักผ่อนน้อย (3) ความสุขทางเพศลดลง (2)	2.79	1.1425	ปานกลาง

สำหรับภาวะซึมเศร้า ซึ่งประเมินโดยนักจิตวิทยาคลินิก ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก พบว่า ได้คะแนนรวมเท่ากับ 11 คะแนน (cut of point ≥ 15) บ่งชี้ว่าเด็กไม่มีภาวะซึมเศร้าในขณะที่ประเมิน ภาวะอารมณ์เป็นปกติ ส่วนภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ประเมินด้วยแบบสอบถาม ผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติสำหรับเด็ก พบว่า ได้คะแนน

รวมเท่ากับ 22 คะแนน (cut of point ≥ 25) บ่งชี้ว่าเด็กไม่มีภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) จากเหตุการณ์สูญเสียยายผู้ดูแลเนื่องจากถูกค่อม่าตัวตาย (committed suicide) โดยเด็กสามารถรับมือกับความเครียดได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินด้านสุขภาพจิต

ข้อมูลด้านสุขภาพจิต	คะแนนรวม	การแปลความหมาย
1) ภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI)	11	ปกติ
2) ภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (CRIES-13)	22	ปกติ

ส่วนการประเมินปัญหาในครอบครัวโดยนักสังคมสงเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลหลักคือยาย ซึ่งเสียชีวิต อาศัยอยู่กับลุงที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสี่ยงในการดูแลที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเลียนแบบ หรือเกี่ยวข้องกับสารเสพติด และมีความยากลำบากในการเดินทางเพื่อติดตามการรักษา เนื่องจากการคมนาคมไม่สะดวก ไม่มีรถโดยสารประจำทางเข้าถึงหมู่บ้าน จำเป็นต้องเช่าเหมารถครั้งละ 2,500 บาท ในด้านที่อยู่อาศัย พบว่า ลักษณะบ้านชั้นเดียว หลังคาและฝาผนังมุงด้วยสังกะสี ปิดไม่มิดชิด ไม่ปลอดภัย อุปกรณ์ เครื่องใช้ในบ้านไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ สภาพเก่าชำรุด ห้องน้ำอยู่นอกตัวบ้านชำรุด ท่อดื่ทรมไม่สะอาด ไม่ถูกสุขลักษณะ

วิจารณ์

รายงานการศึกษานี้ เป็นการนำเสนอ รายงานผู้ป่วยที่ใช้แนวทางการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเน้นการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในลักษณะองค์รวม ต่อเนื่อง และครอบคลุม⁴ โดยการเชื่อมโยงการดูแลของศูนย์ตะวันฉาย ซึ่งเป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า กับทีมการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยรูปแบบการดูแลที่ครอบคลุม ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านสุขภาพ การศึกษา การดำรงชีพ การสนับสนุนทางสังคม และการเสริมพลัง⁸

ผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่วัยรุ่นที่ไปเยี่ยมบ้านครั้งนี้เป็นเพศชาย อายุ 14 ปี ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแห้งและเพดานโหว่แล้ว ยังมีรู่วัขนาดใหญ่บริเวณสันเหงือก พุดไม่ขัดอยู่ในช่วงของการฝึกพูด และกำลังจัดฟัน ขาดการติดตามการรักษา จึงได้โทรประสานงานติดตามผู้ป่วย พบว่ามีปัญหาขาดผู้ดูแลหลัก เสี่ยงต่อปัญหาอาจใช้สารเสพติด เนื่องจากอาศัยอยู่กับลุงที่มีพฤติกรรมเสี่ยง จึงโทรประสานงานติดตามเยี่ยมบ้าน

เพื่อค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขและให้ความช่วยเหลือร่วมกับชุมชนต่อไป

สำหรับภาวะปากแห้ง เพดานโหว่ ผู้ป่วยได้เข้ารับ การผ่าตัดเบื้องต้นกับโรงพยาบาลประจำจังหวัดพบว่ายังมีรูรั่วแบบกว้างบริเวณสันเหงือก หลังจากนั้นได้เข้ามารับการดูแลต่อกับศูนย์ตะวันฉาย คณะแพทยศาสตร์ และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในด้านศัลยกรรม การฝึกพูด ตรวจหู ตรวจการได้ยิน และจัดฟัน เมื่อยายเสียชีวิตจึงขาดผู้ดูแลหลักที่จะพาเข้าติดตามการรักษา จึงมีคะแนนความพึงพอใจในมิติจิตสังคมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ผลลัพธ์การรักษาด้านคุณภาพชีวิตและภาพลักษณ์ของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มช่วงอายุ 10 ปี โดยผู้ปกครองให้คะแนนความพึงพอใจในใบหน้าของบุตรอยู่ในระดับปานกลาง¹⁶ จะอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการตรวจประเมินเพื่อเข้ารับการผ่าตัดแก้ไขความพิการที่คงเหลือ เมื่อมีความพร้อมจนมีความพึงพอใจในภาพลักษณ์ของใบหน้าได้ ซึ่งศูนย์ตะวันฉายจะให้การสนับสนุนและประสานงานการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วยต่อไป

ในส่วนของความพึงพอใจในด้านการรักษาพยาบาลและด้านการบริการ ที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ส่วนผลกระทบกับครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการประสานงานการดูแล รักษา ผ่าตัดและฟื้นฟูสภาพกับศูนย์ตะวันฉายอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือค่าเดินทางกับมูลนิธิตะวันฉายฯ ทุกครั้งที่เข้ารับการ รักษา จึงมีความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ 2 งานวิจัย ที่มีความพึงพอใจใน 2 ด้านอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด^{13,16} สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว การศึกษาช่วงอายุ 16-20 ปี พบว่ามีผลกระทบต่อครอบครัวน้อย¹² ช่วงอายุ 10 ปี พบว่ามีผลกระทบในระดับปานกลาง¹⁶

ด้านคำปรึกษาพยาบาล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ซึ่งด้านนี้ครอบคลุมทั้งข้อมูลสิทธิการรักษา การทราบแหล่งช่วยเหลือ เศรษฐกิจของครอบครัว และค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ซึ่งในภาพรวมผู้ป่วยมีปัญหาในทุกข้อ จึงส่งผลให้มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง ซึ่งในบริบทที่แตกต่างกัน บางการศึกษาจะมีความพึงพอใจในด้านคำปรึกษาพยาบาลในระดับมากที่สุด^{13,16,17}

สำหรับการสูญเสียคุณยายผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่จะทำให้เกิดเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า สะเทือนขวัญ และความเครียด ยาเสพติดในวัยรุ่นนั้น จากการประเมินของทีมเยี่ยมบ้านโดยนักจิตวิทยาในเรื่องสุขภาพจิต และภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น ซึ่งผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้าในขณะที่ประเมินภาวะอารมณ์เป็นปกติ และไม่มีภาวะเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ จากเหตุการณ์สูญเสียคุณยายผู้ดูแล โดยผู้ป่วยสามารถรับมือกับความเครียดนั้นได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากครูประจำชั้น และลุงที่ดูแลต่อจากคุณยายคอยดูแลและให้คำแนะนำ จึงสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้ ส่วนลุงถึงแม้จะมีพฤติกรรมเรื่องสิ่งเสพติด จากการสอบถามเพื่อนบ้านบอกว่า ลุงไม่เคยใช้สารเสพติดให้หลานเห็น ดูแลหลานเป็นอย่างดี คอยรับ-ส่งไปโรงเรียน เป็นห่วงหลานเสมอ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้น้องไม่มีประวัติเรื่องการใช้สารเสพติด และเข้าเรียนอย่างสม่ำเสมอ แต่อย่างไรก็ตาม จากปัญหายัยรุ่นที่อยากทดลอง เลียนแบบ อาจถูกหลอกลวงให้ใช้สารเสพติดได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความพิการใบหน้าและศีรษะเริ่มใช้สารเสพติดเป็นเวลา 8 เดือน ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน ครูประจำชั้น และจิตแพทย์ ขณะนี้ยุติการใช้สารเสพติดแล้ว¹⁷

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิทยาการโดยศูนย์ตะวันฉายร่วมกับ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมการดูแลสุขภาพพระดั่งปฐมภูมิและครอบครัวผู้ป่วย โดยการดูแลที่ครอบคลุม ในด้านดำรงชีวิตได้ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงการป้องกันทางสังคม และมีรายได้เพียงพอที่จะใช้ชีวิตอย่างมีเกียรติ สามารถจุนเจือครอบครัวและส่งเสริมเศรษฐกิจของชุมชนได้ และด้านสังคมผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ จะต้องมีบทบาทในสังคมอย่างมีความหมายและสามารถที่จะรับผิดชอบต่อครอบครัวและชุมชนของตนเอง และได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันกับสมาชิกอื่น ๆ ในสังคม ผลของการเยี่ยมบ้านได้ ทำให้เห็นภาพความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ในวัยรุ่นที่ขาดผู้ดูแลหลักและเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดเป็นอย่างดี ทั้งระดับผู้นำชุมชน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กองสวัสดิการสังคม นักพัฒนาชุมชน สาธารณสุขอำเภอ

บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดชัยภูมิ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ ผู้ใหญ่บ้าน พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ครูประจำชั้น อสม. และครอบครัวผู้ป่วยที่ร่วมประชุมรับฟังปัญหา และร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหามา สรุปได้ว่า 1) ผู้ป่วยมีผู้ดูแลหลักคือครูประจำชั้นที่จะพาไปติดตามการรักษาตามนัด หากครูประจำชั้นติดภารกิจผู้ใหญ่บ้านจะเป็นผู้ดูแลพาไปติดตามการรักษาแทน 2) ในส่วนภาวะซึมเศร้าและเรื่องสารเสพติดจากการประเมินผู้ป่วยไม่พบปัญหานี้ แต่อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนจะรับผิดชอบติดตามและดูแลในเรื่องนี้ต่อไป 3) ในเรื่องที่พี่กาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทีมพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจะติดตามดูแลความสะอาดต่อไป 4) เรื่องการศึกษาและผู้ดูแลจากการสอบถามบิดา แจ้งว่ายินดีรับผู้ป่วยไปรักษาและศึกษาต่อที่กรุงเทพฯ ส่วนกองสวัสดิการสังคม และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จะติดตามดูแลให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการเก็บข้อมูลก่อน-หลังการเยี่ยมเพื่อวัดผลจากการเยี่ยมบ้านตามแนวทางการดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิ
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีศึกษามากกว่า 1 ราย มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน
3. ควรมีการติดตามผลระยะยาวหลังการเยี่ยมบ้าน เช่น ติดตามเยี่ยม 1, 3 และ 6 เดือน

สรุป

ผู้ที่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่วัยรุ่น ขาดผู้ดูแลหลักและเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด เป็นประเด็นปัญหาที่ยังยากซับซ้อน การดูแลสุขภาพแบบปฐมภูมิ โดยแนวทางที่ครอบคลุม เช่น การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการประสานความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในชุมชน จะทำให้เข้าใจสาเหตุของปัญหาอย่างแท้จริง และสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหามาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย ทำให้ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยพร้อมครอบครัว ผู้นำชุมชนทุกภาคส่วน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และทีมเยี่ยมบ้านทุกท่าน รวมทั้งมูลนิธิตะวันฉายฯ และศูนย์วิจัย

ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และพิการทางศีรษะและใบหน้า ที่สนับสนุนทุนทรัพย์ในการเยี่ยมบ้านและการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Rojvachiranonda N. Congenital facial clefts [Internet]. Bangkok: Craniofacial Thailand; 2015 [cited Jan 30, 2024]. Available from: https://www.craniofacial.or.th/kn_facleft.php
- Primary Health Care System Act, B.E. [Internet]. 2019 [cited Jan 30, 2024]. Available from: <https://kku.world/9rlcdj>
- NHS England. Comprehensive model of personalised care [Internet]. 2018 [cited Jan 30, 2024]. Available from: <https://kku.world/inudoe>
- Personal Data Protection Act, B.E. [Internet]. 2019 [cited Apr 22, 2025]. Available from: <https://kku.world/yykkd3>
- Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisal P, Sornsrivichai V, Santi Lapbenjakul S, Sriyakun D. An implementation research program on development of Integrated People-centered Primary Care System (IPPCS) in Thailand. [Internet]. 2020 [cited Apr 22, 2025]. Available from: <https://kku.world/9mshvq>
- European Observatory on Health Systems and Policies. Strengthening primary health care as a foundation for resilient health systems. *Euro Health* 2023;29(1):14-8.
- World Health Organization. Community-based rehabilitation: CBR guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Chowchuen B, Pisek P, Chowchuen P, Theeranut A. Craniofacial microsomia: a long-term outcome of early mandibular distraction osteogenesis and comprehensive care at the Tawanchai Center. *J Med Assoc Thai* 2017;100(Suppl 6):1-8.
- World Health Organization South-East Asia. Strengthening primary health care as a key element towards achieving universal health coverage [Internet]. 2023 [cited Apr 22, 2025]. Available from: <https://kku.world/fa3ov1>
- Science Direct. Facial cleft. [Internet]. 2023 [cited Feb 6, 2024]. Available from: <https://kku.world/256jfo>
- Roddi R, Oo AL, Pepe E, Naing EE, Sung SBH. Surgical strategy for the treatment of facial clefts. *Surg Tech Dev* 2023;12(1):34-42. doi:10.3390/std12010002
- Kayaalp A, Page KJ, Rospenda KM. Caregiver burden, work-family conflict, family-work conflict, and mental health of caregivers: a mediational longitudinal study. *Work Stress* 2020;35(3):217-40. doi:10.1080/02678373.2020.1832609
- Thanyathanakul S. Adolescence and drugs. *Journal of Education Naresuan* 2010;12(3):168-73. doi:10.1016/j.bjps.2011.11.004
- Klassen AF, Tsangaris E, Forrest CR, Wong KKY, Pusic AL, Cano SJ, et al. Quality of life of children treated for cleft lip and/or palate: a systematic review. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* 2012;65(5):547-57.
- Rod-ong D, Rongbudsri S, Maneeganondh S, Samretdee H, Pradubwong S, Patjanasoonorn N. Home and environment survey of children with CLP in Khon Kaen province. *J Med Assoc Thai* 2017;100(Suppl 6):76-83.
- Maneeganondh S, Rod-ong D, Rongbudsri S, Theeyoung A, Pradubwong S, Patjanasoonorn N. Outcome of home visit of children with cleft lip and palate in Khon Kaen province. *J Med Assoc Thai* 2018;101(Suppl. 5):53-7.
- Paggasang Y, Sroyhin W, Numjaitaharn S, Rod-ong D, Chonprai C, Samretdee H, et al. Improvement quality of life in patients with cleft lip and palate by home visit program. *Srinagarind Med J* 2021;36(2):166-171.

