



การจัดการปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

หัตถกร สำเร็จดี

นักจิตวิทยาคลินิก สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น 40002

Management of Psychosocial Problems in Patients with Cleft Lip and Palate

Hattakorn Samretdee

Clinical Psychologist, Division of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen 40002

Received: 2 May 2025/ Review: 6 May 2025/ Revised: 27 November 2025/

Accepted: 28 November 2025

บทคัดย่อ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติทางกะโหลกศีรษะและใบหน้าแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มีผลกระทบทางด้านร่างกาย เช่น การดูดกลืน กิน การพูดเปล่งเสียง การได้ยิน และรูปร่าง ส่วนผลกระทบทางจิตใจ หากเด็กมีการปรับตัวไม่ดี เนื่องด้วยปัจจัยส่วนบุคคล หรือปัจจัยทางสังคม อาจก่อให้เกิดปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคม ปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์วิตกกังวล หรือซึมเศร้า บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ครอบคลุมหลายประเด็น ได้แก่ ปัญหาด้านจิตสังคม ทฤษฎีจิตสังคม การส่งเสริมสุขภาพด้วยจิตสังคม โมเดลจิตสังคม การจัดการปัญหาทางจิตสังคม และบทบาทนักจิตวิทยาคลินิกในงานบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เพื่อกำหนดแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมเป็นประโยชน์ต่อสหวิชาชีพผู้มีความเกี่ยวข้อง มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีสุขภาวะที่ดีมีความสุขอีกครั้ง

คำสำคัญ: การจัดการ, จิตสังคม, ปากแหว่งเพดานโหว่

Abstract

Cleft lip and palate (CLP) is the most common congenital craniofacial disorder, affecting individuals physically and psychologically. Physically, it impacts essential functions such as sucking, swallowing, speech articulation, hearing, and dental development. Psychologically, if children struggle with adaptation due to personal or social factors, they may face challenges in social functioning, behavioral issues, and emotional disturbances such as anxiety or depression. This review article aims to examine psychosocial problem management in patients with CLP, covering key areas including: psychosocial challenges, psychosocial theory, psychosocial health promotion, psychosocial model, psychosocial problem management strategies, and the role of clinical psychologists in CLP patient care. The study seeks to establish a structured framework for psychosocial intervention, providing valuable insights for multidisciplinary teams involved in treatment. The ultimate goal is to support patients in achieving holistic well-being and restoring their quality of life.

Keywords : management, psychosocial, cleft lip and palate

DOI: <https://doi.org/10.64960/srimedj.v40i6.267482>

*Corresponding author: Hattakorn Samretdee, E-mail: hattakorn@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นความพิการตั้งแต่กำเนิด อาการแสดง คือ มีช่องโหว่บริเวณริมฝีปาก มีรูที่เพดานปาก หรือเป็นทั้งสองอย่างร่วมกัน ส่งผลกระทบต่อการดูดกลืน การกิน การได้ยิน การออกเสียง และรูปฟัน การรักษาหลัก (main treatments) เป็นการผ่าตัดศัลยกรรมตามช่วงอายุ¹ การช่วยเหลือการกิน ติดตามการได้ยิน ฟิกพูดปรับภาษากการออกเสียง สุขอนามัยช่องปาก และการจัดฟัน

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นหนึ่งในความผิดปกติทางกะโหลกศีรษะและใบหน้าแต่กำเนิดที่พบได้บ่อยที่สุด อัตราความชุกประมาณ 1 ใน 700 ของเด็กเกิดรอดชีวิต² องค์การอนามัยโลก (world health organization: WHO) รายงานอัตราความชุกทั่วโลกโดยประมาณ 15.37 ต่อทารกเกิดรอดชีพ 10,000 ราย โดยพบว่าประชากรเอเชียมีความชุกสูงที่สุด² 0.82 – 4.04 ต่อทารกเกิดรอดชีพ 1,000 ราย ความชุกของปากแหว่งหรือเพดานโหว่ (clef lip/palate) ในประเทศไทย เก็บข้อมูล 4 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 2012 – 2015 พบอัตราส่วนความชุกเท่ากับ 2.14 ต่อทารกเกิดรอดชีพ 1,000 ราย (95%CI; 2.08-2.20)³ quality assurance of the OFCs registry was possible. RESULTS: For the main outcome, the population-weighted pool prevalence of CL/P was 2.14 per 1000 live births (95% confidence interval of 2.08-2.20 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย เก็บข้อมูล 1 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 2012 - 2013 พบอัตราส่วนความชุกของ 4 จังหวัด ประกอบด้วย ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม กาฬสินธุ์ เท่ากับ 1.93 ต่อทารกเกิดรอดชีพ 1,000 ราย⁴ โดยจังหวัดที่มีอัตราความชุกการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่สูงสุด คือ จังหวัดกาฬสินธุ์ เท่ากับ 2.27 และต่ำที่สุด คือ จังหวัดขอนแก่น เท่ากับ 1.19 ต่อทารกเกิดรอดชีพ 1,000 ราย ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในเด็กทารกภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ มีประวัติคนในครอบครัวเป็นปากแหว่ง (p=0.003) และยังพบว่ามารดาที่สูบบุหรี่ ประทานเองขณะตั้งครรภ์ กินยาคุมกำเนิดเป็นประจำ หรือ ใช้น้ำสมุนไพรซึ่งอาจมีส่วนประกอบของแอลกอฮอล์ เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ได้กินยาดังกล่าว มีความเสี่ยงต่อการกำเนิดบุตรปากแหว่งเพดานโหว่มากถึง 9.86 เท่า (95%CI; 2.06-46.97)⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม (psychosocial risk) ในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่าเด็กปากแหว่งหรือเพดานโหว่ มีปัญหาความเสี่ยงในการปรับตัว⁵ ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อเด็กในการทำหน้าที่ทางสังคม และปัญหาพฤติกรรม แบ่งความเสี่ยงด้านจิตสังคม

เป็น 3 ช่วงวัย ได้แก่ 1) วัยทารก และวัยพบนานนม คือ ปัญหาในการปรับตัวของผู้ปกครองต่อความผิดปกติของลูก ความเครียดที่สัมพันธ์กับการถูกตัดสินทางสังคม และเครียดจากการผ่าตัด ความผูกพันระหว่างผู้ปกครองและเด็ก พัฒนาการล่าช้า 2) วัยเด็กตอนต้นถึงตอนกลาง เป็นวัยเข้าโรงเรียน มีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม สังคม และการทำหน้าที่ทางสมอง รวมไปถึงปัญหาภายในและภายนอก เช่น การล้อเลียน การกลั่นแกล้ง ปัญหาด้านการเรียนรู้ การปรับตัวเข้ากับการรักษา การตระหนักรู้ว่าต้องมีการผ่าตัดหลายครั้ง 3) วัยรุ่น มีความเสี่ยงคล้ายเด็กวัยรุ่น มีความกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์หน้าตาเพิ่มขึ้น การเข้าสังคม การนัดพบ (dating) การตัดสินใจ (decision-making) การปรับตัวกับการผ่าตัด และความเครียดเนื่องจากเป็นวัยเปลี่ยนผ่านสู่วัยผู้ใหญ่ จากงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Al-Namankany และ Alhubaishi จากงานวิจัย 26 เรื่อง เด็กปากแหว่งและเพดานโหว่มีปัญหาความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) และการทำหน้าที่ทางจิตวิทยา (psychological functions)⁶ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อมารดา ซึ่งการทำหน้าที่ทางจิตวิทยา เป็นความสามารถของบุคคลในการบรรลุถึงเป้าหมายของบุคลิกภาพภายใน และสิ่งแวดล้อมภายนอก⁷ เป็นคำอธิบายปัญหาด้านจิตใจภาพกว้าง ปัญหาการทำหน้าที่ทางด้านจิตวิทยาของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ สามารถประเมินด้วยแบบคัดกรองจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) พฤติกรรม ประกอบด้วย ปัญหาอยู่ไม่นิ่ง และต่อต้าน 2) อารมณ์ ประกอบด้วย ซึมเศร้า และวิตกกังวล 3) สังคม ประกอบด้วย ปัญหาในการจับคู่สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนวัยเดียวกัน และ 4) สุขภาพจิตโดยรวม และแต่อย่างใดก็ตามปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยง คือ เด็กได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง และสังคม การศึกษาของ Branson และคณะ⁷ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่องจิตสังคมและความยากลำบากในการจับคู่ (peer difficulties) ของเด็กปากแหว่ง และ/หรือเพดานโหว่ เปรียบเทียบกับกลุ่มเด็กปกติ อายุ 5 – 17 ปี ผลลัพธ์หลักคือการประเมินตนเอง (self-rating) ด้วยแบบคัดกรองจุดแข็งและจุดอ่อนฉบับเด็ก และฉบับผู้ปกครอง (strengths and difficulties questionnaire: SDQ) ซึ่งประเมินออกมาเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) อาการทางอารมณ์ (emotional symptoms) ประกอบด้วยอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล 2) ปัญหาการจับคู่สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อน (peer problems) 3) ปัญหาต่อต้าน (conduct problems) 4) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ 5) พฤติกรรมเอื้อให้เข้าสังคม (prosocial behavior) จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ปกครองรายงานเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

มีปัญหาทางอารมณ์ซึ่งประกอบด้วยเศร้าและวิตกกังวลมากกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Hedge's เท่ากับ 0.25 (95%CI: 0.11-0.38, $p < 0.05$) โดยสรุปเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความเสี่ยงด้านจิตสังคม เช่น ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ความเครียดจากการถูกตัดสินทางสังคม การถูกรังเกlection แก่ ความเครียดจากการผ่าตัด ปัญหาการเรียนรู้ ความกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์หน้าตา ความวิตกกังวลในการเข้าสังคม ปัญหาทางอารมณ์ และการเป็นภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ของเด็กยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ปกครอง ความเครียดที่ต้องพาบุตรหลานมาผ่าตัด อีกทั้งยังมีปัญหาส่วนที่เหมือนกัน คือ การทำหน้าที่ทางจิตวิทยา

นักจิตวิทยาคลินิกเป็นหนึ่งในทีมหลักของบริการสุขภาพผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ประเทศอังกฤษ⁸ มีบทบาทตลอดช่วงอายุของผู้ป่วยในแง่การส่งเสริมสุขภาพจิต และทำงานกับครอบครัว ในคลินิกทันตกรรมหรือจัดฟัน นักจิตวิทยาคลินิกยังมีบทบาทในการให้คำปรึกษา ประเมินทางจิตวิทยา หรือทำจิตบำบัด สำหรับผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำฟัน จัดฟัน รวมถึงความกังวลของรูปลักษณ์ฟัน เป็นต้น แต่สำหรับในประเทศไทยนักจิตวิทยาคลินิกเป็นหนึ่งในทีมเสริมของการบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ยังไม่มีบทบาทชัดเจนในทีมบริการดังกล่าว เนื่องจากงานให้บริการหลักเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ช่วงวัยเด็กถึงผู้สูงอายุ มีความคุ้นเคยเชี่ยวชาญกับโรคทางจิตเวช ซึ่งทำให้มุมมองต่อการบริการผู้ป่วยโรคฝ่ายกายกรณปากแหว่งเพดานโหว่จะต้องจัดการอย่างไร จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้าอันจะเป็นประโยชน์ต่อนักจิตวิทยาคลินิกผู้มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

ศูนย์การดูแลผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการตะวันฉาย เป็นศูนย์กลางการประสานงานสหวิทยาการในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ ซึ่งนักจิตวิทยาคลินิกเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) มีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนด้านสุขภาพจิตสังคม เยี่ยมบ้าน ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตรวจประเมินทางจิตวิทยา ให้คำปรึกษา และจิตบำบัดสำหรับปัญหาเฉพาะบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ระบุปัญหาด้านจิตสังคม หรือปัจจัยเสี่ยง ทฤษฎีจิตสังคม การส่งเสริมสุขภาพด้วยจิตสังคม โมเดลจิตสังคม การจัดการปัญหาทางจิตสังคม และบทบาทนักจิตวิทยาคลินิกในงานบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เพื่อกำหนดแนวทางการบำบัดทางจิตสังคม เป็นประโยชน์ต่อสหวิชาชีพผู้มีความเกี่ยวข้องต้องทำงานเผชิญกับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยตรง นำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงาน ซึ่งอาจมีความต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษด้านจิตใจ มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีความสุขที่ดี และมีความสุขอีกครั้ง

ปัญหาด้านจิตสังคม (psychosocial problems)

ปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่หรือปัจจัยเสี่ยง ผู้นิพนธ์สรุปรวมปัญหาทางจิตสังคมแบ่งเป็นปัญหาภาพรวม นำข้อมูลจากการวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ⁹ และปัญหาส่วนบุคคลซึ่งมีความต่างด้วยการระบุช่วงอายุ นำข้อมูลจากวิจัยการปฏิบัติงานทางคลินิกประเทศอังกฤษ¹⁰ และได้จัดเรียงปัญหาตามลำดับพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ปัญหาภาพรวม ⁹	ปัญหาส่วนบุคคล ¹⁰
ความผูกพัน พัฒนาการ และการเรียนรู้, ความพึงพอใจในการพูด	อายุ 5 ปี ปัญหาการเข้าสังคม ความยากลำบากในการสื่อสาร ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา
การเข้าสังคม รวมกลุ่มกับเพื่อน	อายุ 7 ปี การทนต่อแรงกดดันจากการล้อเลียน
การรับรู้ภาพลักษณ์ของรูปร่างและหน้าตา	อายุ 8 ปี การตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด
การรับรู้อัตลักษณ์ (self-concept) รวมถึงความภาคภูมิใจในตนเอง และความมั่นใจในตนเอง	อายุ 11 ปี กังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์หน้าตา, ความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ (low self-esteem)
ปัญหาพฤติกรรม	อายุ 11-12 ปี การเปลี่ยนผ่านสู่โรงเรียนมัธยม
การทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ บุคลิกภาพ และการปรับตัว, ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า	อายุ 18 ปีขึ้นไป ความทุกข์ทางจิตใจ ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียด และบาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก, ความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดโรคทางพันธุกรรม

ทฤษฎีจิตสังคม (psychosocial theory)

ทฤษฎีจิตสังคมถูกพัฒนาโดยเอริก อีริกสัน (Erik Erikson) นักจิตวิเคราะห์ และนักจิตวิทยาพัฒนาการ เป็นแนวทางเชิงทฤษฎีที่สำรวจปัญหาของการเติบโต และพัฒนาการตลอดช่วงชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม¹¹ พัฒนาการของมนุษย์ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ประกอบด้วย 8 ขั้น หากบุคคลเจริญเติบโตไม่ผ่านช่วงวิกฤตแต่ละช่วงชีวิต หรือไม่ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ หรือพัฒนาทวิความรุนแรงเป็นความเจ็บป่วย (pathology) เช่น วัยเด็กทารก ไม่ได้รับการดูแลใส่ใจใกล้ชิดจากผู้เป็นแม่ แม่ไม่ได้ตอบสนองต่อเด็กในทันทีเมื่อเด็กร้องไห้หรือหิว ถือว่าเด็กประสบวิกฤตทางจิตสังคม (psychosocial crisis) ส่งผลให้เด็กพัฒนาความไม่ไว้วางใจ กลัวบุคคลอื่น ถอนตัวจากสังคม และมีความยากลำบาก

ในการแสดงอารมณ์ แยกแยะ (emotional detachment) แต่หากเด็กทารกได้รับการตอบสนองด้วยวิธีที่เหมาะสม ทันที (modality) ในขณะที่ยังหิว อิ่ม ง่วง ไม่สุขสบายกาย ไม่ถูกละเลยการดูแลจากมารดา ได้รับการโอบอุ้มใส่ใจ เด็กจะสามารถพัฒนาความไว้วางใจผู้อื่นได้ต่อไปในอนาคต และมีความหวังต่อการรอดชีวิตได้ เป็นต้น สรุปรายละเอียดดังตารางที่ 2

การใช้ทฤษฎีจิตสังคมแบบอีริกสันในการบำบัดรักษา¹¹ ใช้วิธีที่แตกต่างออกไปในแต่ละช่วงวัยที่บุคคลต้องการบรรลุเป้าหมายทางจิตใจซึ่งสัมพันธ์กับช่วงวิกฤตนั้น โดยการใช้จิตบำบัดแนวจิตวิเคราะห์ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับความท้าทาย โอกาสที่มาพร้อมกับวิกฤตชีวิต การปรับตัว บทบาทความสัมพันธ์ ดังจะเห็นได้ว่ามุมมองของผู้นิพนธ์ซึ่งเป็่นนักจิตวิทยาคลินิกต่อเรื่องจิตสังคมจะมีการรับรู้ที่แตกต่างออกไปจากงานส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 2 ขั้นตอนพัฒนาการทางจิตสังคมแบบอีริกสัน¹¹

ระยะ	ช่วงวัย	อายุ (ปี)	วิกฤตทางจิตสังคม	การปรับตัวที่ดี	ขอบเขตความสัมพันธ์
1	ทารก	0 – 2	ไว้วางใจ – ไม่ไว้วางใจ	ความหวัง	แม่
2	เด็ก	2 – 4	มั่นใจ – ละอาย	ควบคุมตัวเอง	ผู้ปกครอง
3	วัยเล่น	4 – 6	การริเริ่ม – รู้สึกผิด	มีเป้าหมาย	สมาชิกครอบครัว
4	วัยเรียน	6 – 12	อุตสาหกรรม – ด้อยค่า	การแข่งขัน	เพื่อน และโรงเรียน
5	วัยรุ่น	12 – 22	ตัวตน – สับสน	การเป็นส่วนหนึ่ง	กลุ่มเพื่อน สังคม
6	วัยหนุ่มสาว	22 – 34	ใกล้ชิด – โดดเดี่ยว	ความรัก	แฟน คู่สมรส และเพื่อน
7	วัยผู้ใหญ่	34 – 60	สร้างสรรค์ – เฉื่อยชา	ความใส่ใจ	เพื่อนร่วมงาน และการอยู่ร่วมกับคนในบ้าน
8	สูงอายุ	60 ขึ้นไป	สมบูรณ์ – สิ้นหวัง	ปัญญา	ส่วนรวม ปัจเจกบุคคล

การส่งเสริมสุขภาพด้วยจิตสังคม (health promotion of psychosocial)

การส่งเสริมสุขภาพด้วยจิตสังคม จากรายงานขององค์กรสุขภาพจิตยุโรป (mental health Europe: MHE)¹² นำเสนอโมเดลจิตสังคมสำหรับสุขภาพจิต (psychosocial model) วิธีการจัดการมุ่งเน้นประสบการณ์จริงของมนุษย์ซึ่งมีความหลากหลาย และส่งผลกระทบอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม (socio-economic) ระดับการศึกษา ความท้าทาย หรือเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ สิ่งแวดล้อม โครงสร้างทางสังคม และการปฏิบัติตนในสังคม ซึ่งปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่ปฏิเสธไม่ได้ว่าเป็นส่วนขับเคลื่อนชีวิต แทนที่มุ่งเน้นความบกพร่องของตัวบุคคล โดยโมเดลดังกล่าวมุ่งเป้าการเอาชนะอุปสรรคด้วยการสนับสนุน และปรับเปลี่ยนที่เหมาะสม นำไปสู่การฟื้นฟูสุขภาพได้ในที่สุด

การฟื้นฟูสุขภาพด้วยโมเดลจิตสังคม ไม่ได้เกิดจากการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว การฟื้นฟูที่เหมาะสมต้องมียังองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกัน เช่น การบำบัด การสนับสนุนจากเพื่อน/มิตรภาพ การปรับตัว รวมถึงนโยบายทางสังคม และการตัดสินใจในการรักษาควรขึ้นอยู่กับบุคคลได้เลือก และควบคุมด้วยตนเอง การฟื้นฟูถือว่าเป็นกระบวนการที่ค่อนข้างใช้เวลายาวนาน อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุน และใช้ชีวิตอย่างมีความหมายร่วมกับคนในชุมชน แนวคิดจิตสังคมนี้จะกล่าวถึงการป้องกัน การสนับสนุนสุขภาพ และเคารพสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งถือเป็นประเด็นสำคัญในการแก้ไขปัญหา ช่วยให้ผู้ที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตได้รับการดูแล และรักษาเท่าเทียมกับบุคคลอื่น

โดยการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตสังคมสามารถกระทำได้ในระดับบุคคล กลุ่ม และสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน รวมถึงโครงสร้างทางสังคม¹³ สุขภาพด้านจิตสังคมสามารถก่อให้เกิดทรัพยากรด้านบวก นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การรักษาสุขภาพ และป้องกันความเสี่ยง (prevention) ต่อการเกิดโรคอื่น ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านจิตสังคม ซึ่งกระบวนการส่งเสริม ป้องกัน และสุขภาพด้านจิตสังคมสามารถทำงานเชื่อมต่อไปได้¹³

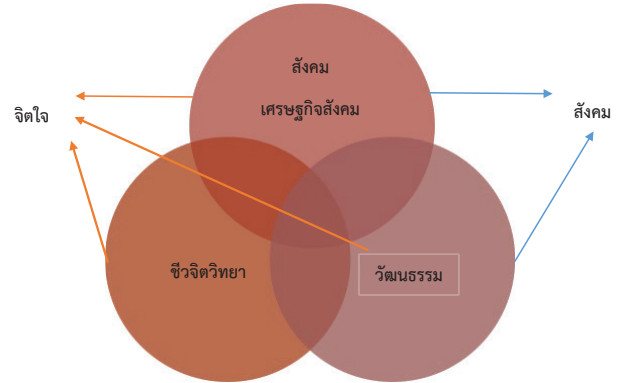
โมเดลจิตสังคม (psychosocial model)

โมเดลจิตสังคม เป็นการมีส่วนร่วมของ 3 มิติ ประกอบด้วย จิตชีววิทยา (biopsychological) ความสัมพันธ์ทางสังคม และเศรษฐกิจสังคม (sociorelational & socioeconomic) และวัฒนธรรม (cultural) เป็นโมเดลที่ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้เสียหายจากการค้ำขุญ และผู้มีความเปราะบางทางจิตใจ¹⁴ ซึ่งเด็กและวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่จัดว่าเป็นกลุ่มเปราะบางเนื่องจากเป็นเด็กและเยาวชน ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ ในวงกลม 3 วงเป็นส่วนประกอบที่สำคัญมีอิทธิพลต่อการกำหนดความต้องการด้านจิตใจ ทรัพยากร และการตอบสนองทางจิตสังคม (รูปที่ 1)

ด้านจิตชีววิทยา เป็นปัจจัยที่มีองค์ประกอบของอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม ความจำ ความเครียด และการปรับตัวตอบสนองต่อความเครียด จัดการโดยสอนทักษะการปรับตัวที่จำเป็น **ด้านสังคม** เป็นองค์ประกอบของความสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงเศรษฐกิจการเงิน มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์ การพึ่งพาอาศัยกันและกันระหว่างตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน เช่น การประกอบอาชีพเพื่อดำรงชีวิต การดูแลสุขภาพ หรือเทคโนโลยีสารสนเทศ ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในระดับที่กว้างขึ้น **และด้านวัฒนธรรม** เป็นองค์ประกอบที่สมาชิกของสังคมมักใช้เป็นพื้นที่เพื่อแสดงตัวตน เช่น การเชื่อมโยงกันผ่านกิจกรรม ความเชื่อ หรือกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เข้าใจความทุกข์เชิงวัฒนธรรม

การจัดการปัญหาทางจิตสังคม

1) การจัดการปัญหาทางจิตสังคม หรือการให้การบำบัดแทรกแซงทางจิตสังคม สรุปได้ 2 แบบ คือ การจัดการสุขภาพจิตระดับบุคคล และการจัดการสุขภาพจิตระดับภาพรวม ดังนั้นการจัดการสุขภาพจิตระดับบุคคล โดยจัดการปัญหา และช่วยเหลือด้านจิตสังคมแต่ละช่วงวัย ปัจจัยเสี่ยงที่มักพบ ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง คือ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง¹⁰ และนักจิตวิทยาคลินิก (ตารางที่ 3)



รูปที่ 1 โมเดลจิตสังคม

ที่มา: Schininà (2012) อ้างถึงใน Manual on Community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement (2019).

2) การจัดการสุขภาพจิตระดับภาพรวม โดยใช้โมเดลจิตสังคม และการใช้ชุมชนเป็นฐาน¹⁵ (community-based mental health) เป็นการมุ่งเน้นการช่วยเหลือภาพรวมไม่เจาะจงที่ตัวบุคคล ตามแนวทางยูนิเซฟมีชื่อว่า IASC MHPSS (inter-agency standing committee - mental health and psychosocial support) มีการช่วยเหลือ 4 ระดับประกอบด้วย

ระดับที่ 1 บุคคล ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพหลัก มีบ้านและความเป็นอยู่ปลอดภัย

ระดับที่ 2 ครอบครัวและชุมชน สนับสนุนครอบครัวและชุมชนให้เข้มแข็ง ช่วยแก้ปัญหาที่เด็กประสบได้ เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นจำเป็นต้องใช้เวลาอยู่ร่วมกับครอบครัว-ชุมชน ยาวนานกว่าการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง หรือประสานผู้ดูแลในชุมชน หากจัดการระดับนี้ได้ จะเป็นปัจจัยปกป้องปัญหาทางด้านสุขภาพจิตซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

ระดับที่ 3 การดูแลแบบพุ่งเป้า เน้นช่วยลดความทุกข์คนต่อคน ระบุความเสี่ยง หรือสนับสนุนสุขภาวะที่ดี ระดับนี้ไม่จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ระดับที่ 4 การดูแลเฉพาะทาง ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ดูแลผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น นักจิตวิทยาช่วยเด็กด้านสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเด็กในกรณีที่ไม่สามารถจัดการระดับ 1 ได้ หมายถึง ช่วยเหลือให้เด็กเข้าถึงสิทธิการรักษา และจัดการสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเหมาะสม เป็นต้น

ตารางที่ 3 การช่วยเหลือสุขภาพจิตระดับบุคคล บทบาทโดยพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง และนักจิตวิทยาคลินิก¹⁰

อายุ	ปัญหาที่มักพบ	พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง	นักจิตวิทยาคลินิก
5	การเข้าสังคม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา	การให้คำปรึกษาแบบไม่เป็นทางการ (informal counseling)	การฝึกทักษะสังคม (social skills training)
7	การถูกล้อเลียนกลั่นแกล้ง	จัดกิจกรรมกลุ่ม	จัดกิจกรรมกลุ่ม
8	การตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัด	การช่วยเตรียมการก่อนการผ่าตัด และการให้ข้อมูลจำเป็น	จิตบำบัดแบบปรับความคิด พฤติกรรม (CBT)
11-12	กังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์หน้าตา ความภาคภูมิใจในตัวเอง การเปลี่ยนโรงเรียน	การให้คำปรึกษาแบบไม่เป็นทางการ (informal counseling)	จิตบำบัดแบบการยอมรับและพันธสัญญา (ACT), จิตบำบัดแบบซาเทียร์, จัดกิจกรรมกลุ่ม
18 ปีขึ้นไป	ความทุกข์ ความเครียด และบาดแผลทางจิตใจจากความทรงจำในวัยเด็ก	การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation)	จิตบำบัดแบบอีเอ็มดีอาร์ (EMDR), จิตบำบัดแบบปรับความคิด พฤติกรรม (CBT)

บทบาทนักจิตวิทยาคลินิกในงานบริการผู้ป่วยปากแห้ง
เพดานโหว่

การแทรกแซงหรือให้การบำบัดรักษาโดยนักจิตวิทยาคลินิก มีเป้าหมายช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดในกระบวนการรักษา จัดการความเครียด พัฒนาอัตลักษณ์ ลดความหมกมุ่นเกี่ยวกับหน้าตา และการเข้าสังคม¹⁰ โดยนักจิตวิทยาเลือกใช้เครื่องมือการบำบัดตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น จัดการความเครียดความวิตกกังวลลดการหมกมุ่นด้วยจิตบำบัดแบบปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) หรือการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความกังวล (psychoeducation) หากต้องการพัฒนาการรับรู้อัตลักษณ์หรือมุมมองที่มีต่อตนเอง ใช้จิตบำบัดแบบการยอมรับและพันธสัญญา (acceptance and commitment therapy: ACT) และปัญหาการเข้าสังคม ใช้การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training: SST)

สรุป

ภาวะปากแห้งเพดานโหว่ไม่เพียงสร้างผลกระทบทางร่างกาย ซึ่งเป็นความพิการทางใบหน้า ยังมีผลกระทบด้านจิตใจ เช่น ปัญหาการเข้าสังคม ความวิตกกังวล การถูกกลั่นแกล้งล้อเลียน ความเครียดเกี่ยวกับการผ่าตัด ความกังวลเกี่ยวกับบุคลิกภาพหน้าตา และความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนจิตใจ เป็นต้น ด้านการช่วยเหลือจัดการด้านสุขภาพจิตสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ประกอบด้วย ระดับบุคคล คือ ช่วยเหลือตามปัญหาเฉพาะบุคคล ปัญหาที่มักเกิดได้ตามช่วงวัย และระดับภาพรวม คือ ไม่มุ่งเน้นที่ตัวบุคคล มีการช่วยเหลือ 4 ระดับ คือ บุคคล: ได้รับการเป็นอยู่ปลอดภัย การเข้าถึงสิทธิ์

การศึกษา ครอบครัวและชุมชน: หาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย
ในระยะยาว การดูแลผู้ป่วย: ลดความทุกข์ ระบุความเสี่ยง
และการดูแลเฉพาะทาง: ดูแลผู้ที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่สามารถ
จัดการระดับที่ 1 ได้ เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษา
เนื่องจากอุปสรรคบางประการ จึงจำเป็นต้องประสานงาน
ให้นักสังคมสงเคราะห์ช่วยวิเคราะห์ ประเมินสภาพบ้าน
สิ่งแวดล้อม และประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อ
ประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้เป็นการ
ศึกษาเฉพาะส่วนจิตสังคม ยังขาดการประยุกต์เชื่อมต่อ
การทำงานดูแลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
ผู้ป่วยเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ในการศึกษาต่อไปอาจศึกษา
ประเด็นการทำงานของทีมสหวิชาชีพ การเชื่อมต่อบริการ
การผสมผสานองค์ความรู้จากหลายศาสตร์เพื่อสร้าง
องค์ความรู้ใหม่ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Pakkasung 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):166–71. [cited March 5, 2025]. Available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/249579>.
2. Tobgyel K, Rai P, Choden K, Gyeltshen T. Epidemiology of cleft lip and palate in Bhutan, 2015–2022. *BMC Oral Health* 2024;24(1):1385. doi:10.1186/s12903-024-05177-7.

3. Fuangtharnthip P, Chonnapasatid W, Thiradilok S, Manopatanakul S, Jaruratanasirikul S. Registry-Based Study of Prevalence of Cleft Lip/Palate in Thailand from 2012 to 2015. *Cleft palate-craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc* 2021;58(11):1430–7.
4. Chowchuen Bowornsilp, Surakunprapha Palakorn, Winaikosol Kengkart, Punyavong Pattama, Kiatchoosakun Pakaphan, Pradubwong Suteera. Birth Prevalence and Risk Factors Associated With CL/P in Thailand. *Cleft Palate Craniofacial J* 2020;58(5):557–66. doi:10.1177/1055665620956896.
5. E. CC, Hillary MK, Jennifer L. A Review of psychosocial risks and management for children with cleft lip and/or palate. *Perspect ASHA Spec Interes Groups* 2017;2(5):23–34. doi:10.1044/persp2.SIG5.23.
6. Al-Namankany A, Alhubaishi A. Effects of cleft lip and palate on children’s psychological health: A systematic review. *J Taibah Univ Med Sci* 2018;13(4):311–8.
7. Branson EK, Branson VM, McGrath R, Rausa VC, Kilpatrick N, Crowe LM. Psychological and Peer Difficulties of Children with Cleft Lip and/or Palate: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cleft palate-craniofacial J Off Publ Am Cleft Palate-Craniofacial Assoc* 2024;61(2):258–70.
8. Hotton M, Cropper J, Rundle J, Crawford R. The role of the clinical psychologist within a cleft service. *Br Dent J* 2023;234(12):887–91. doi:10.1038/s41415-023-5952-0.
9. Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *Eur J Orthod* 2005;27(3):274–85.
10. Stock Nicola Marie, Zucchelli Fabio, Hudson Nichola, Kiff James D, Hammond Vanessa. Promoting Psychosocial Adjustment in Individuals Born With Cleft Lip and/or Palate and Their Families: Current Clinical Practice in the United Kingdom. *Cleft Palate Craniofacial J* 2019;57(2):186–97. doi:10.1177/1055665619868331.
11. Greene RR. Psychosocial theory. *Handb* [Internet]. 2008;229–37. [cited March 5, 2025] Available from: <http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/35030/1/32.pdf.pdf#page=259>
12. Mental Health Europe. Promoting Understanding of the Psychosocial Model of Mental Health [Internet]. 2023:4–5. [cited March 5, 2025] Available from: <https://kku.world/t3buau>
13. Helfer T, Faeh D, Luijckx E, Frey S, Berg A, Peter KA. The connection between health promotion, prevention, and psychosocial health: an innovative action model. *Open Public Health J* 2020;13(1): 850–2.
14. IOM. Manual on Community-Based Mental Health and Psychosocial Support in Emergencies and Displacement [Internet]. Geneva; 2019. [cited March 5, 2025] Available from: <https://kku.world/3ctqhi>.
15. Unicef. Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings. 2019.