

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจในการให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของทันตแพทย์จัดฟันในโรงพยาบาลของรัฐ

Factors Related to Orthodontics Treatment Decision Making of Orthodontist for Cleft Lip and Palate Patients in Government Hospitals

ชินเวศ วรวิวัฒน์¹, วันดี สุทธิรงค์², วิภาพรรณ ฤทธิถกล³

Chinnawes Worawiwat¹, Wandee Suttharungsee², Wipapun Ritthagol³

¹นักศึกษาหลักสูตรดุสิตบัณฑิตสาขาทันตกรรมจัดฟัน สาขาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา ประเทศไทย

¹Orthodontic Resident, Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand

²สำนักการศึกษาและนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา ประเทศไทย

²Education and Innovative Learning Academy, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand

³สาขาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา ประเทศไทย

³Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkhla University, Songkhla, Thailand

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการที่ทันตแพทย์จัดฟันจะตัดสินใจให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จากผู้ตอบแบบสอบถาม 98 คน คิดเป็น 70.5% ของประชากร โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis) ในการหาความแตกต่างของปัจจัยระหว่างกลุ่ม 3 กลุ่ม คือ ทันตแพทย์จัดฟันที่ให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทุกกลุ่มอายุ (60 คน), ให้การรักษาผู้ป่วยบางช่วงอายุ (24 คน) และไม่ให้การรักษา (14 คน) โดยพบความแตกต่างระหว่างปัจจัยด้านความรู้ที่ได้รับจากการเรียนในหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน ($p=0.033$), ขนาดของโรงพยาบาล ($p<0.01$), จำนวนทันตแพทย์ในโรงพยาบาล ($p<0.01$), การมีบุคลากรสหวิชาชีพที่จำเป็น ($p<0.01$), การมีทันตแพทย์จัดฟันมากกว่า 1 คนในโรงพยาบาล ($p<0.01$), การประสานงานระหว่างหน่วยงาน ($p<0.01$) และความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ในโรงพยาบาล ($p<0.01$) โดยทันตแพทย์จัดฟันที่ตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (85.0%) ที่มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่เฉลี่ย 18.17 คน สำหรับทันตแพทย์ที่ตัดสินใจไม่ให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่พบว่ามีส่วนน้อยอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ (14.3%) มีจำนวนทันตแพทย์เฉลี่ย 6.36 คน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน ภาระงานและทัศนคติต่อการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของทันตแพทย์จัดฟันได้แก่ความพร้อมของโรงพยาบาลที่สังกัดและความรู้ที่ได้รับจากการเรียนในหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน

คำสำคัญ: ปากแหว่งเพดานโหว่, ทันตกรรมจัดฟัน, ทันตแพทย์จัดฟัน, โรงพยาบาลรัฐ

Abstract

The aim of this study was to explore factors related to orthodontist's decision making in providing orthodontic treatment for cleft Lip and palate patients in Thai public hospitals. The cross-sectional descriptive survey was conducted by online self-assessment. Chi-square and Kruskal-Wallis tests were used to compare between 3 groups which consisted of orthodontists who decided to treat cleft patients in all age groups ($n = 60$), treated patients in some age groups ($n=24$) and refused to treat cleft patients ($n = 14$). Factors which were statistical different between

3 groups consisted of background knowledge received from orthodontic training program ($p = 0.033$), hospital size ($p < 0.01$), number of dentists in their hospital ($p < 0.01$), present of cleft team ($p < 0.01$), had 2 or more orthodontists in their hospital ($p < 0.01$), well-coordinated cleft team ($p < 0.01$), and availability of hospital equipment ($p < 0.01$). In the group of orthodontists who decided to treat cleft patients, 85.0% of them worked in hospitals with a capacity of 200 beds or larger with an average of 18.17 dentists. In the group of orthodontists who did not treat cleft patients, 14.3% worked in hospitals with a capacity of 200 beds or larger with an average of 6.36 dentists. There was no statistical difference found in gender, age, experience, workload, and attitude. In conclusion, background knowledge received from their training program and several environmental factors consist of hospitals size, number of dentists, and present of well-coordinated staff in multidisciplinary team related to orthodontist's decision making in providing treatment for cleft Lip and palate patients.

Keyword: Cleft lip and palate, Orthodontic treatment, Orthodontist, Public hospital

Received date: May 9, 2024

Revised date: June 21, 2024

Accepted date: Jul 1, 2024

Doi: 10.14456/jdat.2024.20

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:

วิภาพรรณ ฤทธิกุล อนุสาขาทันตกรรมจัดฟัน สาขาทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 ประเทศไทย โทร: 087-324-9808 E-mail: wchinnawes@gmail.com

Correspondence to:

Wipapun Ritthagol, Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Prince of Songkhla University, Songkhla, Thailand. Tel: 087-324-9808 E-mail: wchinnawes@gmail.com

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดบริเวณใบหน้าและกะโหลกศีรษะซึ่งพบได้บ่อยที่สุดในปัจจุบัน โดยจากข้อมูลในปี พ.ศ.2545-2548 พบว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิด 2.14 ราย ต่อทารกแรกเกิด 1,000 ราย¹ ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ส่งผลให้เกิดความพิการทางด้านร่างกายหลายประการ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีช่องปากต่อกับโพรงจมูกทำให้มีปัญหาในการกลืนและการดูดนมส่งผลให้มีพัฒนาการช้า มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจและหูชั้นกลางซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการได้ยิน มีปัญหาด้านการพูดเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ ในแง่ของการเจริญเติบโต ผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่จะมีชากรรไกรบนเล็ก อาจมีฟันหายโดยเฉพะฟันตัดข้างที่ติดกับตำแหน่งของรอยโหว่ อีกทั้งยังส่งผลต่อเนื้อเยื่อบริเวณริมฝีปากและจมูก ทำให้เกิดปัญหาด้านการบดเคี้ยวและความสวยงามของใบหน้า²⁻⁵ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัว⁶⁻⁸ การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จึงจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ในการแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่จำเป็นต้องใช้การผ่าตัดร่วมกับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเป็นหลัก

โดยอาจแบ่งช่วงการรักษาคือเป็น ช่วงอายุ 0-2 ปี ช่วงระยะฟันผสมและฟันแท้ และช่วงหมดการเจริญเติบโต ซึ่งมีกระบวนการและความซับซ้อนในการรักษาที่แตกต่างกัน⁹ โดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่หนึ่งรายใช้เวลารักษาทางทันตกรรมจัดฟัน 140.2 เดือน (พบทันตแพทย์จัดฟัน 61.8 ครั้ง) และเข้ารับการผ่าตัดที่เกี่ยวข้อง 6.2 ครั้ง¹⁰ ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 858 คน มาเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันและฝึกพูด คิดเป็นร้อยละ 54.79 ของเป้าหมายที่วางไว้¹¹

ปัจจุบันโรงพยาบาลภาครัฐมีความพร้อมมากขึ้นทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาอย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนมากถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียงบางแห่ง^{12,13} ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวจากการเดินทางไปรับบริการ โดยจากข้อมูลในเดือน กันยายน พ.ศ.2565 พบว่ามีประชากรทันตแพทย์จัดฟัน 139 คน กระจายตัวอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล นอกจากนี้ปัจจัยภายในตัวทันตแพทย์จัดฟันเช่น ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษาในหลักสูตร¹⁴

รวมถึงทัศนคติที่มีต่อการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยจากการศึกษาที่ของ Srivastav และคณะ¹⁵ พบว่าทันตแพทย์จัดฟันส่วนใหญ่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

จากปัญหาข้างต้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ของทันตแพทย์จัดฟันที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งปัจจัยภายในตัวของทันตแพทย์จัดฟันและปัจจัยแวดล้อมเช่น ความพร้อมของบุคลากรสาขาอื่นที่ร่วมให้การรักษา ความพร้อมของโรงพยาบาล เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเป็นข้อมูลประกอบในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยมีกลุ่มเป้าหมายคือทันตแพทย์จัดฟันในระบบกระทรวงสาธารณสุขของไทย ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างเดือน มีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2566 การศึกษาได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (หนังสือรับรองเลขที่มอ.109.17/66-0102)

เกณฑ์การคัดเลือก ทันตแพทย์จัดฟันที่จบการศึกษาจากหลักสูตรทันตกรรมจัดฟันที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากคณะกรรมการอุดมศึกษาและมีข้อมูลในระบบของสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทยที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การคัดออก ทันตแพทย์ที่ไม่ให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่

ตัวแปรต้น คือปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อทันตแพทย์จัดฟันในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบไปด้วย 3 กลุ่มหลักได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน: เพศ อายุ อายุงานในฐานะทันตแพทย์จัดฟัน ปัจจัยภายในตัวทันตแพทย์: การประเมินตนเองในด้านความรู้, ประสบการณ์ที่ได้รับจากการเรียนในหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน (0-10 คะแนน), ทัศนคติต่อการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยคำถามประเมินทัศนคติ 13 ข้อ (มาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ) ปัจจัยแวดล้อม: ขนาดโรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์), จำนวนทันตแพทย์/ทันตแพทย์จัดฟันในโรงพยาบาล, การมีบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน (ประกอบไปด้วยสัตวแพทย์ตกแต่งหรือทันตแพทย์สาขา ศัลยกรรมช่องปาก และแมกซ์ซิลโลเฟเชียล, วิสัญญีแพทย์และทันตแพทย์สำหรับเด็กที่จบหลักสูตร 1 ปีหรือมากกว่า), การประเมินตนเองในด้านภาระงานของตนในโรงพยาบาล (เหมาะสม, ไม่เหมาะสม), การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการ

รักษา (มาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ)

ตัวแปรตาม คือการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ไม่พบร่วมกับกลุ่มอาการ (non-syndromic cleft) ของทันตแพทย์จัดฟันในโรงพยาบาลของตน โดยจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ทันตแพทย์จัดฟันที่ให้การรักษาผู้ป่วยทุกช่วงอายุ (ประกอบไปด้วยผู้ป่วยอายุ 0-2 ปี, ผู้ป่วยในระยะฟันผสมและฟันแท้ และผู้ป่วยจัดฟันร่วมกับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร) ทันตแพทย์จัดฟันที่ให้การรักษาผู้ป่วยบางช่วงอายุและทันตแพทย์จัดฟันที่ไม่ให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยไม่คำนึงถึงจำนวนผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการนำเสนอข้อมูล ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) และการทดสอบของครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis test) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างทันตแพทย์จัดฟันทั้ง 3 กลุ่ม

การควบคุมคุณภาพงานวิจัย ทดสอบความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อนำไปทดสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับจุดประสงค์ (index of item-objective congruence) ก่อนนำไปทำการศึกษานำร่องและทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

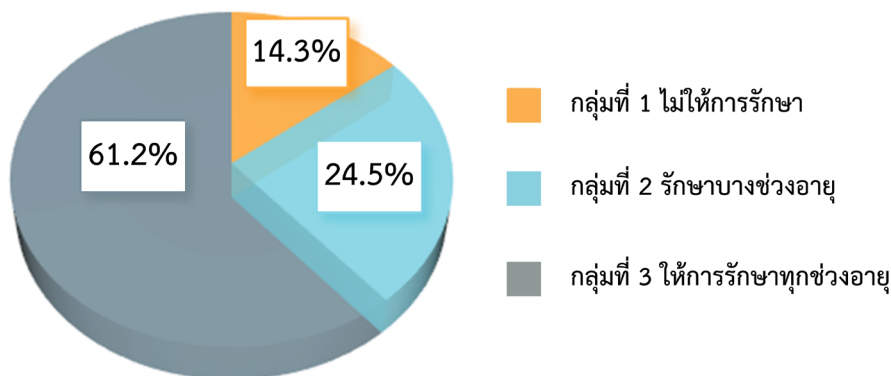
ผลการวิจัย

จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 98 คนคิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 70.5 จากประชากร 139 คน ในจำนวนนี้มีเพศหญิง 58 คน และเพศชาย 40 คน มีอายุเฉลี่ย 39 ปี มีประสบการณ์การทำงานในฐานะทันตแพทย์จัดฟันเฉลี่ย 6.7 ปี โดยร้อยละ 14.3 ไม่ให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (กลุ่มที่ 1), ร้อยละ 24.5 เลือกให้การรักษาผู้ป่วยบางช่วงอายุ (กลุ่มที่ 2) และ ร้อยละ 61.2 ให้การรักษาผู้ป่วยในทุกช่วงอายุ (กลุ่มที่ 3) (รูปที่ 1) โดยผู้ที่ตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยบางช่วงอายุส่วนใหญ่จะไม่ให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่ม 0-2 ปี (ร้อยละ 67)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทันตแพทย์จัดฟันทั้ง 3 กลุ่ม พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปัจจัยแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นขนาดของโรงพยาบาล, จำนวนทันตแพทย์, การมีทันตแพทย์จัดฟันในโรงพยาบาลมากกว่า 1 คน และการมีบุคลากรสหวิชาชีพที่ร่วมให้การรักษา โดยพบว่ากลุ่มที่ 1 (ไม่ให้การรักษา) ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 85.7), มีจำนวนทันตแพทย์เฉลี่ย 6.36 คน, ส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์จัดฟันคนเดียวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 92.9) และขาดแคลนบุคลากรที่ร่วมให้การรักษาผู้ป่วย ในขณะที่กลุ่มที่ 3 (ให้การรักษาทุกช่วงอายุ) ส่วนใหญ่จะทำงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ร้อยละ 85), มีจำนวนทันตแพทย์เฉลี่ย 18.17 คน, ส่วนใหญ่มี

ทันตแพทย์จัดฟันมากกว่า 1 คนในโรงพยาบาล (ร้อยละ 63.3) และมีบุคลากรสหวิชาชีพที่ร่วมให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

โดยไม่พบความแตกต่างของเพศ อายุ ประสบการณ์ทางทันตกรรม จัดฟันและภาระงานในโรงพยาบาล (ตารางที่ 1 และ 2)



รูปที่ 1 สัดส่วนทันตแพทย์จัดฟันตามการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (ตัวแปรตาม)

Figure 1 Distribution of orthodontists by their treatment decision making for cleft lip and palate patients (dependent variable).

ตารางที่ 1 แสดงผลวิเคราะห์ข้อมูลมาตราวัดนามบัญญัติ

Table 1 Analysis of nominal scale variables

ตัวแปรที่ศึกษา (จำนวนคน, อัตราส่วน)	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	ค่านัยสำคัญทางสถิติ
เพศ				
ชาย = 40 (40.8%)	9 (64.3%)	10 (41.6%)	21 (35.0%)	0.133
หญิง = 58 (59.2%)	5 (35.7%)	14 (58.4%)	39 (65.0%)	
ขนาดของโรงพยาบาล				
รพ.ศูนย์และทั่วไป = 61 (62.2%)	2 (14.3%)	8 (33.3%)	51 (85.0%)	<0.01*
รพ.ชุมชน = 37 (37.8%)	12 (85.7%)	16 (67.7%)	9 (15.0%)	
จำนวนทันตแพทย์จัดฟันในโรงพยาบาล				
1 คน = 53 (54.1%)	13 (92.9%)	18 (75.0%)	22 (36.7%)	<0.01*
มากกว่า 1 คน = 45 (45.9%)	1 (7.1%)	6 (25.0%)	38 (63.3%)	
บุคลากรสหวิชาชีพที่ร่วมให้การรักษา				
มี = 56 (57.1%)	2 (14.3%)	7 (29.2%)	47 (78.3%)	<0.01*
ขาดแคลน = 42 (42.9%)	12 (85.7%)	17 (70.8%)	13 (21.7%)	
ภาระงานในโรงพยาบาล				
มีทันตแพทย์เพียงพอต่อภาระงาน = 65 (66.3%)	7 (50.0%)	17 (70.8%)	41 (68.3%)	0.368
มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ = 33 (33.7%)	7 (50.0%)	7 (29.2%)	19 (31.7%)	

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05, สถิติทดสอบไคสแควร์

ตารางที่ 2 แสดงผลวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นมาตราวัดอัตราส่วน

Table 2 Analysis of ratio scale variables

ตัวแปรที่ศึกษา (ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	ค่านัยสำคัญทางสถิติ
อายุ (38.98 + 6.00 ปี)	39.64 ± 5.39	36.71 ± 4.23	39.73 ± 6.56	0.180
ประสบการณ์ทางทันตกรรมจัดฟัน (6.67 ± 5.59 ปี)	6.25 ± 5.38	4.75 ± 3.66	7.53 ± 6.12	0.198
จำนวนทันตแพทย์ในโรงพยาบาล (14.17 ± 8.26 คน)	6.36 ± 3.52	8.75 ± 5.76	18.17 ± 7.34	<0.01*

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินตนเองในด้านปัจจัยภายในตัวทันตแพทย์จัดฟัน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาในหลักสูตรทันตกรรมจัดฟันโดยกลุ่มที่ 1 (ไม่ให้บริการรักษา) มีคะแนนเฉลี่ย 6.64 ± 0.40 และกลุ่มที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.70 ± 0.27 แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษาในหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน (ตารางที่ 3)

ในด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานและความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ในโรงพยาบาลพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้ง 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 (ไม่ให้บริการรักษา) ส่วนใหญ่ประเมินว่าขาดการประสานงานที่ีระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน

โรงพยาบาลและขาดความพร้อมของวัสดุและอุปกรณ์ในการรักษาผู้ป่วย (มาตรฐานวัดลิเคิร์ท 1 และ 2) (ตารางที่ 4)

เมื่อแจกแจงกลุ่มตัวอย่างตามขนาดโรงพยาบาลในหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 90 ของทันตแพทย์จัดฟันในโรงพยาบาลศูนย์ทุกคนตัดสินใจให้บริการรักษาผู้ป่วยทุกช่วงอายุ และมีแนวโน้มลดลงตามขนาดของโรงพยาบาล (ตารางที่ 5) โดยทันตแพทย์จัดฟันที่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นทันตแพทย์จัดฟันคนเดียวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 17.5) ตรงกันข้ามกับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์จัดฟันคนเดียวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 87.9)

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากการเรียนในหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน

Table 3 Analysis of knowledge and experience received from orthodontic training program

ตัวแปรที่ศึกษา (ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, จำนวนเต็ม 0-10 คะแนน)	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	ค่านัยสำคัญทางสถิติ
ความรู้ ($7.38 + 2.00$)	$6.64 (\pm 0.40)$	$7.00 (\pm 0.40)$	$7.70 (\pm 0.27)$	0.033*
ประสบการณ์ ($6.43 + 2.81$)	$6.64 (\pm 0.40)$	$5.75 (\pm 0.66)$	$6.65 (\pm 0.37)$	0.387

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 , สถิติทดสอบครัสคาล-วัลลิส

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ทัศนคติและการประเมินความพร้อมในโรงพยาบาลของทันตแพทย์จัดฟัน

Table 4 Analysis of orthodontist's attitude and environment factors

ตัวแปรที่ศึกษา (ค่าเฉลี่ย+ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, มาตรฐานวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ)	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	ค่านัยสำคัญทางสถิติ
ทัศนคติต่อการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (2.84 ± 0.52)	2.62 ± 0.40	2.72 ± 0.49	2.94 ± 0.54	0.051
การประสานงานระหว่างหน่วยงาน (3.41 ± 1.21)	2.21 ± 1.05	3.46 ± 1.22	3.67 ± 1.08	$< 0.01^*$
ความพร้อมของวัสดุและอุปกรณ์ (3.28 ± 1.21)	1.79 ± 1.12	3.17 ± 1.49	3.67 ± 0.90	$< 0.01^*$

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 , สถิติทดสอบครัสคาล-วัลลิส

ตารางที่ 5 แสดงการแจกแจงกลุ่มตัวอย่างตามขนาดโรงพยาบาลในหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

Table 5 Distribution of sample by their hospital size (classified by Ministry of Public Health)

ขนาดโรงพยาบาล (จำนวนคน, อัตราส่วน)	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	รวม
โรงพยาบาลศูนย์ (A)	0 (0.0%)	4 (10.0%)	36 (90.0%)	40
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S)	2 (10.0%)	3 (15.0%)	15 (75.0%)	20
โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)	0 (0.0%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)	5
โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (M2, F1)	4 (33.3%)	4 (33.3%)	4 (33.3%)	12
โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง/เล็ก (F2, F3)	8 (38.1%)	10 (47.6%)	3 (14.3%)	21

บทวิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาระยะสั้นเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional study) เหมาะกับการวัดและประเมินผลปัจจัยเช่น ทัศนคติ ความรู้ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องนั้น

เป็นเหตุเป็นผลกันอย่างไร¹⁶ ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่พบได้น้อย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนจึงอาจไม่เหมาะที่จะใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วย ณ ช่วงเวลาที่ตอบแบบสอบถาม งานวิจัยนี้จึงเลือกใช้การ

ตัดสินใจให้การรักษาทันตแพทย์จัดฟันแทนการศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่ให้การรักษารักษา

จากผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่ามีทันตแพทย์จัดฟันเพศหญิงมากกว่าเพศชายซึ่งสอดคล้องกับฐานข้อมูลของทันตแพทย์สภาในปี 2548 ส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์เนื่องจากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาให้สังกัดแก่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นอันดับแรก

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทางสถิติของปัจจัยภายในตัวทันตแพทย์จัดฟันพบว่า การประเมินตนเองในด้านความรู้ที่ได้รับจากการเรียนในหลักสูตรทันตกรรมจัดฟันสัมพันธ์กับการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Srivastav และคณะ¹⁵ อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างของปัจจัยด้านประสบการณ์ และทัศนคติของทันตแพทย์จัดฟัน

ด้านปัจจัยแวดล้อมในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของปัจจัยด้าน ขนาดโรงพยาบาล จำนวนทันตแพทย์ การมีทันตแพทย์จัดฟันในโรงพยาบาลมากกว่า 1 คน การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ในด้านขนาดของโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) จะถูกกำหนดโดยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้ทำการรักษาในระดับตติยภูมิและรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ดูแล ส่งผลให้มีบุคลากรเฉพาะทางที่ให้การผ่าตัดและรักษาทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญและทำให้ทันตแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาล อีกทั้งพบความเกี่ยวข้องในด้านการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้บุคลากรหลายสาขาพร้อมให้การรักษา แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านการประสาน โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่คิดว่าภาระงานของตนเองเหมาะสมซึ่งจากงานวิจัยของ Grytten และคณะ¹⁷ พบว่าเมื่อจำนวนผู้ป่วยที่ทันตแพทย์ให้การรักษาลดลงจะส่งผลให้สามารถทำงานเฉพาะทางได้มากยิ่งขึ้น

ทันตแพทย์จัดฟันในระบบกระทรวงสาธารณสุขของไทย มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โดยส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดทั้งในด้านบุคลากรและความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ อีกทั้งยังมีโอกาสที่จะได้พบเจอผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยมักถูกส่งต่อโดยแพทย์ไปให้การรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปตั้งแต่ตรวจเจอภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

เนื่องจากไม่มีงานวิจัยก่อนหน้าที่ทำการศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในกลุ่ม

ประชากรทันตแพทย์จัดฟันมาก่อนส่งผลให้การศึกษานี้อาจไม่ครอบคลุมในบางประเด็น เช่น สภาพการเงินของโรงพยาบาล การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาทางทันตกรรมจัดฟันจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนโรงพยาบาลที่ให้การรักษาได้ และปัจจัยจากตัวผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือในการรักษา การย้ายที่อยู่ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อทันตแพทย์จัดฟันในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วย

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความรู้ที่ได้รับจากการเรียนมีส่วนในการตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้หลักสูตรหลังปริญญาสาขาทันตกรรมจัดฟันเพิ่มการเรียนการสอนในด้านการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่หรือต่อยอดให้เกิดหลักสูตรฝึกอบรมการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

บทสรุป

การตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความเกี่ยวข้องกับความรู้อย่างมีนัยสำคัญที่ได้รับจากการเรียนในหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน รวมถึงความพร้อมของโรงพยาบาลที่สังกัดและบุคลากรที่ร่วมให้การรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณภาควิชาทันตกรรมป้องกันคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนในทุกด้านทำให้งานวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Fuangthamthip P, Chonnasatid W, Thiradilok S, Manopatanakul S, Jaruratanasirikul S. Registry-Based Study of Prevalence of Cleft Lip/Palate in Thailand from 2012 to 2015. *Cleft Palate Craniofac J* 2021;58(11):1430-7.
2. Turner SR, Rumsey N, Sandy JR. Psychological aspects of cleft lip and palate. *Eur J Orthod* 1998;20(4):407-15.
3. 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.
4. Sundell AL, Ullbro C, Marcusson A, Twetman S. Comparing caries risk profiles between 5- and 10- year-old children with cleft lip and/or palate and non-cleft controls. *BMC Oral Health* 2015;15:85-93.
5. Shetye P. Orthodontic management of patients with cleft lip and palate. *APOS Trends in Orthodontics* 2016;6(6):281-6.
6. 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.
7. Herkrath AP, Herkrath F, Rebelo M, Vettore M. Measurement of

- Health-Related and Oral Health-Related Quality of Life Among Individuals with Nonsyndromic Orofacial Clefts: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cleft Palate Craniofac J* 2015;52(2):157-72.
8. Sischo L, Clouston SA, Phillips C, Broder HL. Caregiver responses to early cleft palate care: A mixed method approach. *Health Psychol* 2016;35(5):474-82.
9. de Ladeira PR, Alonso N. Protocols in cleft lip and palate treatment: systematic review. *Plast Surg Int* 2012; 2012:562892
10. Mars M, Plint DA, Houston WJ, Bergland O, Semb G. The Goslon Yardstick: a new system of assessing dental arch relationships in children with unilateral clefts of the lip and palate. *Cleft Palate J* 1987;24(4):314-22.
11. National Health Security Office. NHSO Annual Report., 2022. Bangkok: Seang Chan Press Limited Partnership; 2023.
12. Basseri B, Kianmahd BD, Roostaeian J, Kohan E, Wasson KL, Basseri RJ, *et al.* Current national incidence, trends, and health care resource utilization of cleft lip-cleft palate. *Plast Reconstr Surg* 2011;127(3):1255-62.
13. Chuangsuwanich A, Aojanepong C, Muangsombut S, Tongpiew P. Epidemiology of cleft lip and palate in Thailand. *Ann Plast Surg* 1998;41(1):7-10.
14. Chaiworawitkul M. Influencing Factors on Initial Management of Cleft Lip and Palate Patients by Dentists after Training Workshop. *CM Dent* 2017;38(2):87-96.
15. Srivastav S, Tewari N, Goel S, Duggal R, Antonarakis G, Haldar P. Global Trends in Knowledge, Attitude, and Awareness of Orthodontists Regarding the Management of Patients with Cleft lip and/or Palate: A Systematic Review. *Cleft Palate Craniofac J* 2023;60(12):1529-39.
16. Aquilina J, Neves JB, Tran MG. An overview of study designs. *Br J Hosp Med (Lond)* 2020;81(5):1-6.
17. Grytten J, Skau I. Improvements in Dental Health and Dentists' Workload in Norway, 1992 to 2015. *Int Dent J* 2022;72(3):399-406.