

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

วิจัยประเมินผลการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์
The evaluation of service development for cleft lip and palate
patients at Buri Ram Hospital

ธิดา รัตนวิไลศักดิ์, ท.บ., ส.ม., อ.ท.(ทันตสาธารณสุข)*

Thida Ratanawilaisak, D.D.S., M.P.H., Dip., Thai Board (Dental Public Health)*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000
Department of Dental, Buri Ram Hospital, Buri Ram Province Thailand, 31000

Corresponding autho, E-mail address: Thida0195@gmail.com

Received: 09 Oct 2024. Revised: 19 Oct 2024. Accepted: 06 Dec 2024

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดบริเวณใบหน้าและขากรรไกรที่พบได้บ่อยสามารถรักษาได้แต่มีความซับซ้อนและระยะเวลาการดูแลรักษายาวนาน ต้องมีบุคลากรการแพทย์หลายสาขาทำงานร่วมกัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และประเมินผลการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่พาเด็กมารับการรักษาที่คลินิกยิ้มสวยเสียงใส โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 92 คน และกลุ่มคณะทำงาน บุคลากรโรงพยาบาลบุรีรัมย์จำนวน 13 คน เก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 22 มกราคม - วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา : พบว่า 1) ด้านบริบท มีการดำเนินการสอดคล้องกับเจตจำนงของกลุ่มงานและโรงพยาบาล แผนงาน โครงการมีความเป็นไปได้สูงการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ แต่ยังขาดแผนการดำเนินงานประมาณพัฒนาบริการ สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสมแต่มีที่นั่งรอรักษาไม่เพียงพอ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า โรงพยาบาลมีนโยบายให้การช่วยเหลือค่ารักษาบางส่วนที่นอกเหนือจากสิทธิรักษาพันธุกรรม มีการทำงานร่วมกัน มีบริการหลากหลายทั้งการฝึกแปรงฟัน ทันตกรรมเด็ก ทันตกรรมจัดฟัน การส่งต่อและมีเจ้าหน้าที่จากสภาภาษาจังหวัดมาร่วมให้บริการ มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ เหมาะสมด้านเวลาดำเนินการ แต่ยังขาดการรวบรวมข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล การส่งเสริมด้านโภชนาการเด็กและทีมแพทย์ในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับเด็กบางราย 3) ด้านกระบวนการ บรรลุเป้าหมายของโครงการอยู่ในระดับมาก ยังขาดด้านการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน 4) ด้านผลลัพธ์ การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ บุคลากรมีส่วนร่วม มีความพึงพอใจและภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจบริการในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.4) ร้อยละความพึงพอใจเท่ากับ 80.9 ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคือ ความลำบากในการเดินทางมารับบริการต่อเนื่องและสถานบริการใกล้บ้านยังไม่สามารถให้ข้อมูลและการรักษาสำหรับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่ดีพอ

สรุป : ผลการประเมินครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ยังมีปัญหา การวางแผนงบประมาณ การรวบรวมข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล การส่งเสริมด้านโภชนาการเด็ก การประสานทีมแพทย์ในการดูแลสุขภาพจิต และการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมเพื่อให้ได้รับการดูแลโดยหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้านอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ปากแหว่งเพดานโหว่ การวิจัยประเมินผล การพัฒนาระบบบริการ

ABSTRACT

Background : Cleft lip and palate are common congenital defects of the oral and maxillofacial that requires complex, multidisciplinary, and long-term management. This study aims to investigate the challenges in caring for patients with CLP and to evaluate the development of the CLP patient care system at Buri Ram Hospital, Thailand. The evaluation was conducted using the CIPP (Context, Input, Process, Product) Model, a comprehensive framework for program evaluation.

Methods : This study is evaluation research that collected data through questionnaires and focus group discussions. The sample consisted of 92 parents of children with cleft lip and palate who brought their children for treatment at Buri Ram Hospital, and 13 staff members and healthcare professionals from Buri Ram Hospital. Data were collected between January 2nd and March 31st, 2024. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including percentages, means, and standard deviations. Qualitative data from focus group discussions were analyzed using content analysis.

Results : The study found: 1) Context: The implementation aligned with the department and hospital's goals. The plans and projects showed high potential for addressing health issues. However, there was a lack of budgetary planning for service development. The location for activities was suitable, but there were insufficient waiting seats. 2) Input: The hospital had a policy to partially assist with treatment costs beyond dental care rights. There was collaborative work and diverse services including tooth brushing training, pediatric dentistry, orthodontics, referrals, and participation from provincial Red Cross staff. Regular meetings were held with appropriate timing, but there was a lack of data collection for individual health promotion, child nutrition promotion, and psychological support from medical teams for some children. 3) Process: The project goals were achieved at a high level, but inter-departmental communication was lacking. 4) Output: The operation achieved its objectives. Staff participation led to high satisfaction and pride in their work. Service

recipients reported high satisfaction (mean 4.1, standard deviation 0.4), with a satisfaction percentage of 80.9%. Barriers to accessing services included difficulty in traveling for continued care, and nearby healthcare facilities' inability to provide adequate information and treatment for children with cleft lip and palate.

Conclusion : This evaluation highlights ongoing challenges in service access, including budget planning, data collection for individual health promotion, child nutrition promotion, coordination with medical teams for mental health care, and the development of a dental patient referral system to ensure appropriate care from nearby healthcare facilities.

Keywords : Cleft lip and palate, Evaluation research, Service system development.

หลักการและเหตุผล

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดบริเวณใบหน้าและขากรรไกรที่พบได้บ่อย อัตราการพบผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 1 ต่อ 700 คนหรือประมาณ 1.42 คนต่อ 1,000 ประชากร^(1, 2) แตกต่างกันตามพื้นที่ ภูมิศาสตร์ชาติพันธุ์ และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม⁽¹⁾ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ 1.51 คนต่อ 1,000 ประชากร⁽³⁾ เด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ แม้เคยได้รับการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมริมฝีปากและเพดานปากแล้วยังคงพบการเจริญเติบโตของกระดูกขากรรไกรบน การเอียงตัวของฟัน ตำแหน่งริมฝีปาก และความยาวของเพดานอ่อนที่แตกต่างจากเด็กทั่วไป⁽⁴⁾ และพบว่ามีสภาพทันตสุขภาพที่แย่กว่าเด็กทั่วไปได้แก่ มีฟันผุ โรคเหงือก เยื่อช่องปาก และการสบฟันผิดปกติ⁽⁵⁾ จำเป็นต้องได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสมและในช่วงอายุที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในด้านการทำงานและความสวยงามและควรคำนึงถึงสภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย สนับสนุนด้วยการฟื้นฟูทางจิตวิทยา รวมทั้งควรเสริมสร้างขวัญและกำลังใจอยู่เสมอ ต้องอาศัยการดูแลที่ประสานงานกันจากหลายสาขาความเชี่ยวชาญ ได้แก่ ศัลยกรรมช่องปากและขากรรไกร โสต ศอ นาสิกวิทยา พันธุศาสตร์ การแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์และอื่นๆ⁽⁶⁾

ในการประเมินประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขนั้น มีหลายการศึกษาที่ใช้แบบจำลองชิปปี้ (CIPP)⁽⁷⁾ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข

ด้านทันตสาธารณสุขมีรายงานการศึกษาของ ธวัชชัย ปินเครือ⁽⁸⁾ ปี พ.ศ. 2563 ใช้แบบจำลองชิปปี้ในการประเมินผลโครงการต้นแบบตำบลพันดี ตำบลแม่พริก จังหวัดลำปาง และการศึกษาของวรางคณา เวชวิธี และสุรัตน์ มงคลชัยอรุณญา⁽⁹⁾ ปี พ.ศ. 2565 เป็นการประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของแบบจำลองชิปปี้ ในการประเมินและปรับปรุงระบบสาธารณสุข ซึ่งยังไม่มีการศึกษาที่นำแบบจำลองชิปปี้ในการประเมินและปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

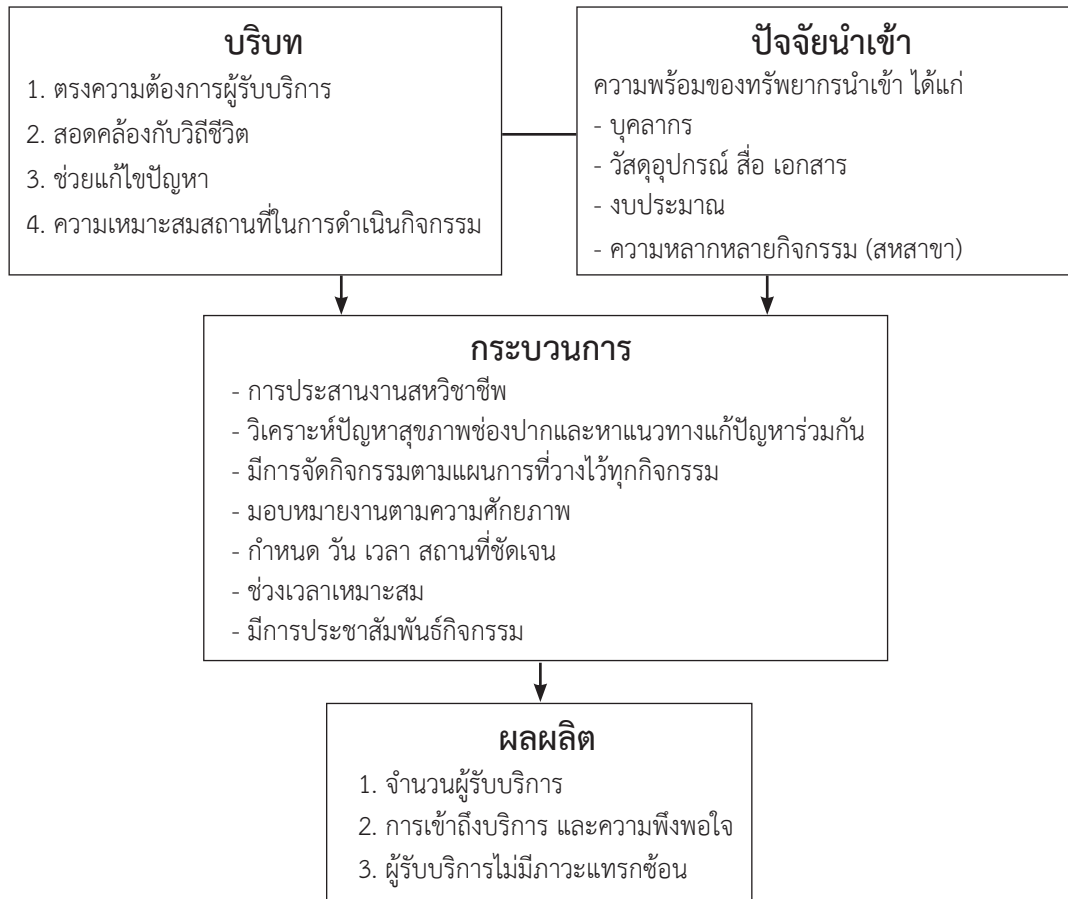
โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ร่วมกับบุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2566 - วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ครอบคลุมและตอบสนองเป้าหมายมากที่สุดและเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงได้ทำการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยใช้แบบจำลองชิปปี้ในการประเมินผลประกอบด้วย การประเมินปัจจัยบริบท สิ่งนำเข้า การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลลัพธ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพและการมาใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ใน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่บร 0033.102.1/4 ลงวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2567

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวคำถามเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการ

ตอบแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลแบบสอบถาม คือ ผู้ปกครองของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่พาเด็กมารับการรักษาที่คลินิกยิ้มสวยเสียงใส โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 92 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) อายุมากกว่า 18 ปี 2) เป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 1 เดือน - 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยปากแหว่งเพดานโหว่ 3) พาเด็กมารับบริการที่คลินิกยิ้มสวยเสียงใสอย่างน้อย 1 ครั้ง

และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดออก คือ มีความบกพร่องเกี่ยวกับการคิดรู้และความทรงจำ ซึ่งทดสอบโดยพูดคุยซักถาม

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง “finite population mean”⁽¹⁰⁾ โดย จำนวนประชากรทั้งหมดที่นำมาคำนวณ ใช้ข้อมูลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มารับบริการตรวจรักษาปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เท่ากับ 205 คน กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้มีได้ร้อยละ 8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานนำมาจากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กลุ่มผู้ปกครองเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ จำนวน 15 คน และนำมาวิเคราะห์ พบว่ามีคะแนนข้อความเชื่อมั่นว่าจะได้รับบริการที่ดี ครบถ้วนตามความจำเป็นและความต้องการรักษาเฉลี่ย 4.6 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51 ดังนั้นจึงใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51 นำมาคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 89 คน

กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่ม คือ กลุ่มคณะทำงาน ตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือทันตบุคลากร โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 13 คน และกลุ่มผู้ดูแลหลักของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ 3 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 18 คน โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานเป็นผู้คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกเช่นเดียวกับข้อมูลเชิงปริมาณและเป็นผู้ที่กล้าแสดงความคิดเห็น กล้าแสดงออก เต็มใจและสะดวกในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 22 มกราคม - วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และตอนที่ 2 ความคิดเห็นและความพึงพอใจเกี่ยวกับบริการคลินิก
2. การสนทนากลุ่ม แนวคำถามที่ใช้เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งเป็นประเด็นสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์

2.1 การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ สนทนากลุ่มหัวข้อเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานและการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ (1) ด้านบริบทหรือสิ่งแวดล้อม (2) ด้านปัจจัยนำเข้า ความคิดเห็นต่อความพร้อมของทรัพยากรนำเข้า (3) ด้านกระบวนการทำงาน (4) ด้านผลผลิต

2.2 การสนทนากลุ่มผู้ดูแลเด็ก สนทนากลุ่มหัวข้อเรื่องปัญหาการเข้ารับบริการการและดูแลสุขภาพของเด็กประเด็นต่อไปนี้ (1) ปัญหาด้านสุขภาพทั่วไป และสุขภาพช่องปากเด็ก (2) บริการที่ได้รับและความพึงพอใจต่อบริการ (3) เหตุผลที่พาเด็กมารับบริการอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล (4) เล่าประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งอุปสรรคด้านปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม อุปสรรคด้านผู้ให้บริการและองค์กรที่สนับสนุน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านเครื่องมือจำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และเมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) เก็บข้อมูลเพื่อหาความเชื่อมั่นต่อไป

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) จะนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ผู้ปกครองของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่พาเด็กมารับการรักษาที่คลินิกยิ้มสวยเสียงใส โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 15 คน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.814

วิธีการศึกษา

1. ผู้วิจัยเตรียมการสอบถาม ซึ่งได้แก่ การเตรียมตัวผู้แจกแบบสอบถามให้มีความเข้าใจ ในแบบสอบถามและมีความพร้อม ประสานด้าน สถานที่เก็บข้อมูล การเตรียมปากกา ไบอินยอมน และแบบสอบถามที่ต้องใช้ให้พร้อม

2. ผู้แจกแบบสอบถามได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิก ยิ้มสวย เสียใจ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยชี้แจงและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลที่สอบถามเป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ สุขภาพช่องปาก ไม่มีข้อมูลเชิงลึกที่อาจทำให้เกิด ความเสื่อมเสียแก่กลุ่มตัวอย่าง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน

4. การจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยผู้วิจัยหลักและทีมวิจัยที่เป็นบุคลากร สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม โดยใช้แนวคำถาม ในการสนทนากลุ่มที่เตรียมไว้โดยกำหนดโครงสร้าง แบบกว้าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางการพูดคุยแลกเปลี่ยน เป็นแนวคำถามที่ให้ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เปิดประเด็นในการสนทนาเพื่อให้ได้ภาพรวมการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพช่องปาก

5. ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อ รวบรวมไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6. วิเคราะห์และนำเสนอผล ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ค่าสถิติของ ตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ อัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.1 ข้อคำถามที่เป็นข้อมูลทั่วไป ใช้ค่า ความถี่และค่าร้อยละ

1.2 ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปรผลโดยใช้ค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระดับความคิดเห็น คำถามใช้มาตราวัดแบบ Interval Scale โดยกำหนดให้แต่ละคำถามมีค่าคำตอบ ให้เลือก 5 ระดับ โดยกำหนดค่าน้ำหนักของการประเมิน ดังนี้ ระดับ 1 หมายถึงน้อยที่สุด ระดับ 2 หมายถึงน้อย ระดับ 3 หมายถึงปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง มาก ระดับ 5 หมายถึงมากที่สุด

ประเมินผลโดยการหาค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยหาช่วงความกว้างของอันตรภาคชั้นดังนี้

ความกว้างของอันตรภาคชั้น

$$= (\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น} = 0.8$$

1.00- 1.80 หมายถึง ระดับต่ำมาก

1.81- 2.60 หมายถึง ระดับต่ำ

2.61- 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง

3.41- 4.20 หมายถึง ระดับสูง

4.21- 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก

เกณฑ์การคำนวณหาค่าร้อยละจากค่าเฉลี่ย

คำนวณจากสูตร (ค่าเฉลี่ยที่ได้/คะแนนสูงสุด) $\times$ 100

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการ สนทนากลุ่มมาทำการตรวจสอบความถูกต้องแบบ สามเส้าด้านผู้วิจัย แล้วทำการวิเคราะห์เนื้อหา รูปแบบ การพรรณนาความโดยใช้เทคนิค ได้แก่

1) การจำแนกและจัดระบบข้อมูล นำข้อมูล ต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลผู้มารับบริการ ข้อมูลหมวดบุคลากร ข้อมูลหมวดงบประมาณ ข้อมูลหมวดวัสดุอุปกรณ์ ที่ได้นำมาจำแนกและจัดหมวดหมู่

2) การวิเคราะห์สรุปอุปนัย นำข้อมูลที่ได้จาก เหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ร่วมวิจัยบอกเล่าเกี่ยวกับการมา รับบริการ ปัญหาและอุปสรรค มาวิเคราะห์เพื่อหา บทสรุปรวมของเรื่องนั้น

3) การเปรียบเทียบเหตุการณ์ นำข้อมูลบริการ ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์กับหน่วยบริการอื่นที่ได้มา เปรียบเคียงหรือเปรียบเทียบ เพื่อหาความเหมือนและ ความแตกต่างกันที่เกิดขึ้น

4) การวิเคราะห์ส่วนประกอบ นำข้อมูลที่ได้ มาทำการวิเคราะห์ออกให้เห็นเป็น 4 ส่วน ตามรูปแบบ ซิปป์

ผลการศึกษา

1. จำนวนผู้ป่วยนอกที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ มารับบริการที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 2566 และ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2564 - มีนาคม พ.ศ. 2567) เท่ากับ 205 197 และ 195 คน ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยในที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มารับบริการที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2565 2566 และ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2564 - มีนาคม พ.ศ. 2567) เท่ากับ 68 43 และ 68 คน ตามลำดับ

2. สถานการณ์สุขภาพเด็ก เด็กที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีการทำงานของระบบการเคี้ยวกลืนได้ปกติ แต่อาจยังมีการพูดไม่ชัดในบางคำ และมีส่วนน้อยที่มีการได้ยินต่ำกว่าปกติ ด้านสุขภาพจิตยังไม่มีการประเมินโดยแพทย์แต่จากข้อมูลผู้ดูแลเด็กว่ามีการล้อเลียนจากเพื่อนในโรงเรียน

ด้านประสบการณ์การพบทันตแพทย์ ส่วนใหญ่รักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์มาตั้งแต่เด็ก รักษาต่อเนื่องไม่ได้พาไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น มีส่วนหนึ่งที่ผู้ปกครองเคยพาเด็กไปที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แต่ได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดีและไม่คิดพาไปอีก รู้สึกว่าไปที่อื่นไม่ได้รับการดูแลพิเศษ รู้สึกว่าเด็กมีภาวะผิดปกติที่ควรได้รับการรักษาและการนัดหมายพิเศษ ทันตแพทย์โรงพยาบาลใกล้บ้านไม่สามารถให้ข้อมูลและวางแผนการรักษาต่อได้ และมีส่วนหนึ่งที่ไม้นำไปรักษาที่อื่นเพราะมีความเชื่อมั่นในตัวผู้ให้การรักษา ว่ามีความเชี่ยวชาญให้การรักษาที่ดีกว่าโรงพยาบาลใกล้บ้าน

3. การประเมินระบบบริการพบว่า

1) ด้านบริบท คลินิกยิ้มสวยเสียงใส โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ปรับปรุงระบบบริการโดยกำหนดวันบริการทุกวันอังคารสัปดาห์ที่หนึ่งและสามของเดือน ให้บริการทันตกรรมป้องกัน จัดมุมแปรงฟันและมีเจ้าหน้าที่สอนแปรงฟันเป็นรายบุคคลทุกครั้งก่อนเข้ารับบริการ จัดทีมทันตแพทย์ให้บริการทันตกรรมสำหรับเด็กและทันตกรรมจัดฟัน สามารถส่งต่อผู้ป่วยจากคลินิกสัลยกรรมตกแต่งให้รับบริการได้ในวันเดียวกัน และมีการประสานทีมงานจากกาชาดจังหวัดมาให้บริการ

จัดเก็บเอกสารและเบิกจ่ายค่าเดินทาง มีการดำเนินการสอดคล้องกับเข็มมุ่งของกลุ่มงานและโรงพยาบาล แผนงาน มีความเป็นไปได้สูงการแก้ปัญหาสุขภาพ แต่ยังคงขาดแผนการดำเนินงานประมาณพัฒนาบริการ สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม มีความเหมาะสมดี แต่มีที่นั้งรอรักษาไม่เพียงพอ

2) ด้านปัจจัยนำเข้า โรงพยาบาลมโนบาย ให้การช่วยเหลือค่ารักษาบางส่วนที่นอกเหนือจากสิทธิรักษาทันตกรรม มีการทำงานร่วมกัน มีบริการหลากหลายทั้งการฝึกแปรงฟัน ทันตกรรมเด็ก ทันตกรรมจัดฟัน การส่งต่อ และมีเจ้าหน้าที่จากสภากาชาดจังหวัดมาร่วมให้บริการ ผู้ดำเนินงานมีความรับผิดชอบที่ดี มีการประชุมจัดการงานอย่างสม่ำเสมอ ทีมงานมีความพร้อม มีความเพียงพอและเหมาะสมด้านวัสดุอุปกรณ์ และช่วงเวลาดำเนินการ แต่ยังคงขาดการรวบรวมข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล การส่งเสริมด้านโภชนาการเด็กและทีมแพทย์ในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับเด็กบางราย

3) ด้านกระบวนการดำเนินงาน บรรลุเป้าหมายของโครงการอยู่ในระดับมาก มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลและสมุดประจำตัว ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ แต่ยังคงขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงานและการใช้ประโยชน์จากสมุดประจำตัวเด็ก

4) ด้านผลลัพธ์ของโครงการ การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ บุคลากรมีส่วนร่วมมีความพึงพอใจและภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน ผู้รับบริการมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความพึงพอใจต่อบริการอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43) ร้อยละความพึงพอใจเท่ากับ 80.9 (ตารางที่ 1)

ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคือการเดินทางมารับบริการเนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ต่างอำเภอ ความลำบากในการมารับบริการต่อเนื่อง ไม่มีค่าเดินทางมารักษา การสนับสนุนค่าเดินทางโดยสภากาชาดยังมีความล่าช้าในการเบิกจ่าย และโรงพยาบาลชุมชนยังไม่สามารถให้ข้อมูลและการรักษาสำหรับเด็กปากแหว่งโหว่ที่ดีพอ

ตารางที่ 1 แสดงความคิดเห็นและความพึงพอใจเกี่ยวกับบริการคลินิก

หัวข้อ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1. ความพอใจต่อสถานที่จัดบริการ	4.1	0.7	สูง
2. ความพอใจต่อสิ่งแวดล้อมนอกคลินิก	4.0	0.7	สูง
3. คลินิกมีเก้าอี้ที่นั่งรอเพียงพอสําหรับเด็กและผู้ดูแล	3.9	0.8	สูง
4. การให้ข้อมูลการรักษาและช่องทางติดต่อ	4.3	0.7	สูงมาก
5. พอใจต่อวันและเวลาให้บริการ	4.2	0.7	สูง
6. พอใจกับระยะเวลารอคอยเข้ารับการรักษา	3.9	0.8	สูง
7. การรอกออกไปนัดหมาย	3.9	0.7	สูง
8. พอใจต่อการนัดผู้ป่วยและญาติกลุ่มเดียวกันมาทำการรักษาในวันเดียวกัน	4.0	0.8	สูง
9. พึงพอใจกับสิทธิการรักษาที่ใช้	4.2	0.8	สูงมาก
10. สะดวกในการส่งต่อรักษาแผนกอื่นๆ	2.9	1.1	ปานกลาง
11. การมีช่องทางติดต่อกับแพทย์/ทันตแพทย์	4.0	0.7	สูง
12. การจัดทีมแพทย์และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้การรักษาย่างเพียงพอ	4.3	0.7	สูงมาก
13. ความเชื่อมั่นใจว่าได้รับการรักษาที่มีคุณภาพเหมาะสมสำหรับเด็ก	4.3	0.6	สูงมาก
14. ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่	4.2	0.7	สูง
15. พึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการแพทย์/ทันตแพทย์	4.4	0.6	สูงมาก
รวม	4.1	0.4	สูง

อภิปรายผล

ใน พ.ศ. 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข และสภาากาชาดไทย ร่วมกันจัดทำโครงการยิ้มสวยเสียงใส (ยสส.) เทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี แต่การรักษาและฟื้นฟูสภาพแบบสหวิทยาการเริ่มใน พ.ศ. 2556 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดทำระบบขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล ลงทะเบียนผู้ป่วย และจัดงบประมาณชุดเขยค่าบริการจัดฟันและฝึกพูดเพิ่มเติมจากการผ่าตัด และสภาากาชาดไทยจัดสรรงบประมาณจากการบริจาคของประชาชนเป็นค่าเดินทางในการมารับการผ่าตัดจัดฟัน และฝึกพูดให้ผู้ป่วยในโครงการ ยสส. ใน พ.ศ. 2559 กรมบัญชีกลางเพิ่มสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคให้กลุ่มเฉพาะกลุ่มพิเศษสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีสิทธิในการใส่เครื่องมือ

ในช่องปาก การจัดฟัน และใส่ฟันเทียมร่วมกับเครื่องมือในช่องปาก กล่าวได้ว่า ณ ปัจจุบัน ผู้ป่วยเด็กไทยทุกคนมีสิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาภาวะปากแหว่งเพดานโหว่โดยการผ่าตัดและจัดฟันและฟื้นฟูสภาพด้านการออกเสียงและการพูด⁽¹¹⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการบริการยังมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล และการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมเพื่อให้ได้รับการดูแลโดยหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ทันตบุคลากรปฐมภูมิ และทุติยภูมิจำนวนหนึ่งที่ไม่เคยบริการเด็กกลุ่มนี้อาจไม่มั่นใจในการให้บริการหรือไม่มีการวางแผนทางการดูแลเด็กกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นด้านการดูแลด้านการฝึกพูด ด้านสุขภาพจิต และการส่งเสริมด้านโภชนาการเด็ก ที่ต้องมีการประสานงาน

ร่วมกันของสหวิชาชีพ ในด้านอุปสรรคการในการเข้าถึง บริการสุขภาพที่ผู้ป่วยภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ต้องเผชิญ การศึกษาชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคสำคัญคือความ ห่างไกลสถานบริการ ค่าเดินทาง และความลำบากในการ มารักษาต่อเนื่องหลายครั้ง หลายปี สอดคล้องกับการ ศึกษา ยุพิน ปักกะสังข์และคณะ⁽¹²⁾ ซึ่งหน่วยงานต้อง พัฒนาและบริหารจัดการการให้บริการที่รวดเร็ว และ สนับสนุนค่าเดินทางในการการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็น แนวทางที่สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศ โดย การศึกษาของอัลลาฟ⁽¹³⁾ ในซาอุดีอาระเบีย ระบุว่า การเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ ความพร้อมของการนัดหมาย และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการจัดตารางเวลาเป็นปัญหา สำคัญ โดยการนัดหมายที่ล่าช้าเป็นสาเหตุหลักของการ ดูแลที่ไม่เพียงพอ และการศึกษาของ นิเดย์⁽¹⁴⁾ ปี 2562 ในสหรัฐอเมริกาเน้นย้ำว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูง ความคุ้มครองประกันสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ระยะทางที่ ไกลไปทั้งที่ดูแลภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และความ ไม่เท่าเทียมทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ ส่งผลต่อการเข้าถึงการดูแล ทั้งสองการศึกษาเรียกร้อง ให้มีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อจัดการกับอุปสรรคเหล่านี้ และปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแผนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย ปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งแผนระยะสั้นและระยะยาว อย่างต่อเนื่อง โดยการวางแผนและดำเนินงานสหวิชาชีพ
2. ควรจัดอบรมความรู้การดูแลและรักษา สุขภาพช่องปากผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สำหรับ บุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเป็นประจำทุกปี เพื่อเพิ่มพูนความรู้และ ความมั่นใจในการตรวจ รักษาและให้คำแนะนำผู้ป่วย
3. ติดตามการรักษาผู้ป่วยรายบุคคลที่ไม่ได้ มาตามนัด ให้สามารถเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมตามความจำเป็น และเหมาะสมในแต่ละช่วงอายุ
4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับการ ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ในแต่ละช่วงวัยและการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

สรุป

ผลการประเมินครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึง บริการยังมีปัญหาในด้านการวางแผนงบประมาณ การรวบรวมข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล การส่งเสริมด้านโภชนาการเด็ก การประสานทีมแพทย์ใน การดูแลสุขภาพจิต และการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ทันตกรรมเพื่อให้ได้รับการดูแลโดยหน่วยบริการสุขภาพ ใกล้บ้านอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถนำไปพัฒนารูปแบบ บริการผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และควรที่จะดำเนินการประเมินโครงการและการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Mossey PA, Shaw WC, Munger RG, Murray JC, Murthy J, Little J. Global oral health inequalities: challenges in the prevention and management of orofacial clefts and potential solutions. *Adv Dent Res* 2011;23(2):247-58. doi: 10.1177/0022034511402083.
2. Mossey PA, Catilla EE. Global registry and database on craniofacial anomalies: Report of a WHO Registry Meeting on Craniofacial Anomalies. Geneva : World Health Organization ; 2003.
3. Chowchuen B, Thanaviratananich S, Chichareon V, Kamolnate A, Uewichitrapo chana C, Godfrey K. A multisite study of oral clefts and associated abnormalities in Thailand: The epidemiologic data. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2016;3(12):e583. doi: 10.1097/GOX.0000000000000570.
4. ธิธา รัตนวิไลศักดิ์, พรพุทธิ ภัทรจุฑิพร. การประเมิน ภาพถ่ายรังสีกะโหลกศีรษะด้านข้างในผู้ป่วย เด็กกลุ่ม อายุ 6-12 ปี ที่ได้รับการรักษาภาวะ ปากแหว่งเพดานโหว่ข้างเดียว. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2565;37(3): 719-27.

5. Chopra A, Lakhanpal M, Rao NC, Gupta N, Vashisth S. Oral health in 4-6 years children with cleft lip/palate: a case control study. *N Am J Med Sci* 2014;6(6):266-9. doi: 10.4103/1947-2714.134371.
6. Vyas T, Gupta P, Kumar S, Gupta R, Gupta T, Singh HP. Cleft of lip and palate: A review. *J Family Med Prim Care* 2020; 9(6):2621-5. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_472_20.
7. Stufflebeam DL, Coryn CL. Evaluation theory, models, and applications. 2nd ed. San Francisco, CA : John Wiley & Sons ; 2014.
8. ธวัชชัย ปิ่นเครือ. การประเมินผลโครงการต้นแบบ ตำบลฟันดีตำบลแม่พริก อำเภอแม่พริก จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน* 2563;6(2):83-97.
9. วรางคณา เวชวิธ, สุรัตน์ มงคลชัยอรุณ. การประเมินผลแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ.2558-2561). *การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2565;45(2):76-88.
10. Wayne WD, Cross CL. Biostatistic: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New Jersey : John Wiley & Sons, Inc ; 1995 : 117-8.
11. เพ็ญแข ลาภยิ่ง. คู่มือการดำเนินงานการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่แบบองค์รวมไร้รอยต่อ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2564.
12. ยุพิน ปักกะสังข์, สุธีรา ประดับวงษ์, ชีโนรส ปิยกุลมลา, อารยาภิเศก. ปัญหาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2565;37(4):331-6.
13. Allaf H, Helal N, Basri O, AlShadwi A, Sabbagh H. Care barriers for patients with nonsyndromic orofacial clefts in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Cleft Palate Craniofac J* 2022;59(8): 1001-9. Doi : 10.1177/10556656211026536.
14. Nidey NL, Wehby GL. Barriers to health care for children with orofacial clefts: a systematic literature review and recommendations for research priorities. *Oral Health Dent Stud* 2019;2(1):1-12. doi: 10.31532/OralHealthDentStud.2.1.002.