

ปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่ง
เพดานโหว่ ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
Challenges and Social Support of Cleft lip
and Palate Caregivers
Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

ปัญญพัชร เรืองสำราญ, เสาวธาร โพธิ์กลัด, ปิ่นหทัย หนูนวล
Panyapat Reungsumran, Saowathan Phoglad,
Pinhathai Nunuan

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Faculty of Social Administration, Thammasat University

E-mail: panyapair@gmail.com

Faculty of Social Administration, Thammasat University

E-mail: dear_tarn@hotmail.com

Faculty of Social Administration, Thammasat University

E-mail: zenpin@hotmail.com

รับบทความ (Received): 24 ก.ย. 2566

ปรับปรุงแก้ไข (Revised): 24 ต.ค. 2566

ตอบรับบทความ (Accepted): 9 พ.ย. 2566

บทคัดย่อ

เด็กปากแหว่งเพดานโหว่ต้องได้รับการรักษาในสถานรักษาที่มีศักยภาพ
และมีกระบวนการรักษายาวนานตามลักษณะของโรค ส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย

ด้านจิต ใจและด้านสังคม การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และเพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ จำนวน 73 ราย โดยคัดเลือกจากการสุ่มตามสะดวก และการสัมภาษณ์นักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 2 ราย โดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการถอดถ้อยคำจากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา พบว่า 1) ปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มีภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 2) การสนับสนุนของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มีภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสนับสนุนทางสังคมด้านเครือข่ายทางสังคม ($r = .231, P < 0.05$) ข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนข้อมูล 6 ประเด็นหลัก คือ 1) ปัญหาทางด้านร่างกาย 2) ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ 3) ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ 5) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 6) การสนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคม

คำสำคัญ: ปัญหาและการสนับสนุนทางสังคม, ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

Abstract

Child with cleft lip and cleft palate must have been treated in the potential treatment facilities with long-term treatment processes based on the nature of the disease. It affects caregivers physically,

mentally, and socially. The objectives of the present research study were to examine the problems of caregivers of child with cleft lip and cleft palate and to study the social support of caregivers of child with cleft lips and cleft palates. This study uses mixed-methods research. The sample group consisted of 73 convenience Sampling caregivers and the secondary participants were two purposively sampled social workers. Collect data from questionnaires and semi-structured interviews according to the inclusion criteria and exclusion criteria. Analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results of the study 1) The problems of cleft lip and palate caregivers overall were high (on average, 3.96%). Most of the caregivers with emotional problems had the highest mean scores. 2) The social support of cleft lip and palate caregivers overall was moderate. (on average, 2.77%) Most of the caregivers with emotional support had the highest mean scores, and the results of the emotional problems were positively correlated with social network support at a low level ($r = .231$, $P < 0.05$). The qualitative data revealed six major aspects of caregivers of child with cleft lip and cleft palate. 1) Physical health problems 2) Emotional and mental problems 3) Social and economic problems 4) Emotional Support 5) Esteem support; 6) Socially support network.

Keywords: Problem and Social support, Cleft lip and Palate Caregivers, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

บทนำ

โรคปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดที่สามารถพบลักษณะการแยกส่วนของริมฝีปากหรือเพดานปาก (บวรศิลป์ เขาวนัชนี และผกาพรรณ

เกียรตินิยม (2554) และเป็นโรคที่พบได้บ่อย เป็นอันดับ 3 ของประเทศ มีค่าความชุกเท่ากับ 2.72 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน (สุทธิพงษ์ ปิงคานนท์ และคณะ, 2559) ภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่ อาจก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัญหาทางด้านร่างกายที่พบในโรคปากแหว่งเพดานโหว่ ได้แก่ การรับประทานอาหารและการดูดกลืนที่เกิดจากการสำลัก (Aspiration) จึงเสี่ยงต่อการอักเสบหรือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาการเหนื่อยหรือหายใจลำบากขณะดูดนม (สุภาพร ชินชัย และคณะ, 2560) นอกจากนี้ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารและการดูดกลืน ยังส่งผลให้เด็กได้รับปริมาณอาหารน้อย ไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ช้ากว่าปกติได้ และหากไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาที่ตรงเวลาตามเกณฑ์ อาจมีปัญหาคือ การพูด การออกเสียง รวมถึงบุคลิกภาพในการเข้าสังคมเมื่อเด็กโตขึ้น ซึ่งส่งผลเสียต่อด้านอารมณ์และจิตใจของเด็ก การดูแลจึงต้องให้ความสำคัญตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งผู้ดูแลเด็กต้องได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Multi-disciplinary Team) เมื่อเกิดขึ้นแล้วต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูค่อนข้างยาวนาน บางรายต้องใช้ระยะเวลาการรักษาไปจนถึงอายุ 18 ปี โรคปากแหว่งเพดานโหว่มีแผนการดูแลตามระยะเวลาที่เหมาะสมตามการวินิจฉัยของแพทย์ ได้แก่ การผ่าตัดเย็บริมฝีปาก จะผ่าตัดเมื่ออายุประมาณ 3-6 เดือน ส่วนการผ่าตัดปิดเพดานโหว่จะอยู่ที่ 9 เดือนถึง 1 ปีครึ่ง เริ่มฝึกพูดเมื่ออายุ 2-3 ปี (ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา, 2561) ดังนั้นจึงเป็นลักษณะการดูแลที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเอาใจใส่จากทีมสหวิชาชีพและผู้ดูแลของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

ผู้ดูแลจึงเป็นกำลังสำคัญในการให้ความช่วยเหลือตามความสามารถและนำข้อมูลข่าวสาร ที่ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้จากทีมสหวิชาชีพมาใช้ในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ด้วยระบบการดูแลที่ค่อนข้างต่อเนื่องและยาวนานตามพยาธิสภาพของโรคย่อมส่งผลต่อสมาชิกทุกคนภายในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ อาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่บ้านเมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลจึงเป็นเครือข่ายที่ช่วยให้เด็กผ่านพ้นวิกฤติด้านสุขภาพ ตลอดจนการเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อเตรียมพร้อมต่อการรักษาอยู่เสมอ ซึ่งในระหว่างดูแล ผู้ดูแลต้องประสบความเครียด ส่งผลลบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเอง และจะส่งผลลบต่อคุณภาพการ

ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องกับเด็กโดยเป็นมารดาของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ เนื่องจากความห่วงใยและเอื้ออาทรที่เกิดจากความรัก ความผูกพันที่แม่มีต่อลูก อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียด ความหงุดหงิดความรู้สึก ท้อแท้ ที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาตนเองตลอดเวลา และเป็นสิ่งที่ต้องใช้ความอดทนและใช้ระยะเวลายาวนาน อีกทั้งต้องเข้าออก โรงพยาบาลบ่อยครั้งก็จะส่งผลกระทบต่อฐานทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียดให้กับดูแล สอดคล้องกับ ยุพิน ปักกะสังข์ และคณะ (2565) พบว่า ปัญหาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และผู้ปกครอง คือ สถานที่รักษาอยู่ไกลจากบ้าน ไม่ทราบว่ามีแหล่งช่วยเหลือเนื่องจาก ผลลัพธ์ที่ดีของการรักษาต้องมีทีมสหสาขาเฉพาะทางร่วมดูแลอย่างครบถ้วนในศูนย์การดูแลเฉพาะทาง ซึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสถานรักษาเฉพาะทางเพียงไม่กี่แห่งที่มีศักยภาพ จึงเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไกลจากบ้านเพื่อมารับการรักษากับศูนย์เฉพาะทางนั้น ๆ ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และการขาดรายได้ของผู้ปกครองที่ต้องพาลูกหลานมารับบริการ จึงเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจไม่มีค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายขณะมารับการรักษา นอกจากนี้ยังส่งผลต่อผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย การไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่มีกิจกรรมผ่อนคลาย จากสภาวะอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้และแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เท่ากัน พฤติกรรมการแสดงออกเรื่องการดูแลสุขภาพจึงมีหลากหลาย อาจส่งผลทำให้ผู้ดูแล เกิดความคิดในแง่ลบหรือบั่นทอนพฤติกรรมการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ นำไปสู่ปัญหาที่ตามมาหลายประการประการ เช่น ความวิตกกังวลในระหว่างการดูแล การละเลยทอดทิ้งเด็ก หากผู้ดูแลมีความวิตกกังวลสูงจะปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยได้น้อย ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบที่มีเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งเข้ามากระทบ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึก ตึงเครียด กระวนกระวายและส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต (อลิษา ทรัพย์สังข์ และคณะ, 2560)

กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ให้บริการทางสังคมแก่ผู้ป่วยเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มีการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลเป็นประจำทุกเดือน จากข้อมูลสถิติย้อนหลัง 7 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2564 พบว่า มีเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มาใช้บริการทั้งหมด 439 ราย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเด็กที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น เป็นจำนวนผู้ใช้บริการอยู่ในจำนวนคงที่และเพิ่มขึ้นในบางปี

จากจำนวนผู้ป่วยเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ที่มาใช้บริการในศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยวิธีการรักษา คือ การให้คำแนะนำแนวทางที่ช่วยให้ทารกสามารถดูดนมได้ดีมากขึ้น ลดการสำลัก เช่น การจัดท่าทางการให้นมจากการเจาะรูหัวนมและการบากหัวนมเทียมเป็นกากบาท เพื่อให้เป็นลักษณะคล้ายช่องที่สามารถป้องกันการไหลของน้ำนมเมื่อทารกหมดแรงดูด การใช้หัวนมเทียมชนิดพิเศษที่สามารถหาซื้อได้ แต่จะมีราคาที่ค่อนข้างสูง หากผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่บางรายมีประสิทธิภาพในการดูดนมได้น้อย ทันตแพทย์จะประเมินให้ใส่เพดานเทียม (Obturator) ที่มีลักษณะคล้ายพลาสติก มีรูปร่างตามลักษณะของเหงือก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ดูดนมได้ดีขึ้น (ลัดดาวลัย สุนันท์ลีگانนท์ และวรุณ เชษฐภักดีจิต, 2560) ก่อนการผ่าตัดปิดริมฝีปาก ทันตแพทย์จะใช้อุปกรณ์ปรับรูปจมูกและ สันเหงือก ก่อนการผ่าตัดปิดริมฝีปาก ซึ่งใช้ในการดึงโครงสร้างจมูกด้านข้างและริมฝีปากด้านข้างเข้าหากัน จากนั้นจึงทำการใส่แถบคาดริมฝีปาก และเครื่องมือปรับแต่งปีกจมูกชนิดยืดบริเวณหน้าผากให้แก่ผู้ป่วย มีการนัดพบผู้ป่วยห่างจากการนัดพบในครั้งที่ผ่านมา 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาตามการจำแนกในด้านที่มีความผิดปกติ เมื่อมีการผ่าตัดผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน ในผู้ป่วยที่มีภาวะเพดานโหว่ร่วมด้วยหลังจากเย็บริมฝีปาก 3 อาทิตย์ จะมีการใส่อุปกรณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อรอเย็บปิดเพดานโหว่ที่จะเกิดขึ้นในช่วงอายุที่กำหนด ในกรณีที่เด็กมีปากแหว่งเพดานโหว่ หรือมีปากแหว่งที่มีรอยแยกถึงจมูก หลังผ่าเย็บริมฝีปากและหลังเย็บเพดานโหว่ ยังคงใส่อุปกรณ์เพื่อคงสภาพจมูก ไปจนกว่าแพทย์จะสิ้นสุดกระบวนการรักษา (ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2558) ผลกระทบจากกระบวนการรักษาโรค ดังกล่าวนี้นี้ ผู้ดูแล คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ช่วยเหลือฟื้นฟูดูแลรักษาเด็กป่วยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์จึงต้องมีส่วนร่วมในการสังเกต สังเกตการณ์ เพื่อประเมินความพร้อมในการเลี้ยงดู การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เหมาะสม และการให้ความรู้เรื่องสวัสดิทางสังคมตลอดจนผลกระทบที่ส่งผลต่อเด็ก นอกจากนี้การให้ความสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจก็มีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการเผชิญภาวะวิกฤตด้านสุขภาพของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ สอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรภรณ์ คำแสน และมาตี ลิ้มสกุล (2564) พบว่า นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นขั้นตอนที่ต่อจากแพทย์

และพยาบาลที่จะให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค วิธีการการรักษา ตลอดจนผลข้างเคียงในการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้เกิดการยอมรับในระดับหนึ่งของเจ็บป่วย โดยนักสังคมสงเคราะห์จะเน้นการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยวิตกกังวลหรือไม่สามารถหาคำตอบได้ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่อาจเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแล ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดแก้ไขหรือหลังการผ่าตัดแก้ไข รวมถึงการดูแลที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาให้สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรค ความกังวลใจ ความอับอายต่อรูปลักษณ์ภายนอกของเด็ก ความกลัวจากความเจ็บป่วยของเด็ก จะสร้างปมด้อยให้กับเด็กเมื่อเด็กเติบโตขึ้น ในฐานะนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ปฏิบัติงานให้บริการในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษา ปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ศึกษาจึงมุ่งหวังว่าการศึกษาในครั้งนี้ จะสามารถสะท้อนข้อมูลที่ให้เกิดแนวทางการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมิติทางด้านสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม และรับรู้ได้ว่าไม่ได้กำลังเผชิญปัญหาเพียงลำพัง การรับทราบข้อมูลจากผู้ดูแล จึงอาจส่งผลให้ทีมสุขภาพแก้ปัญหาที่สะท้อนจากผู้ดูแลนั้น นำมาใช้ช่วยเหลือได้ตรงตามความต้องการของผู้ดูแล และเพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้ทางบริการสังคมสงเคราะห์ในหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
2. เพื่อศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

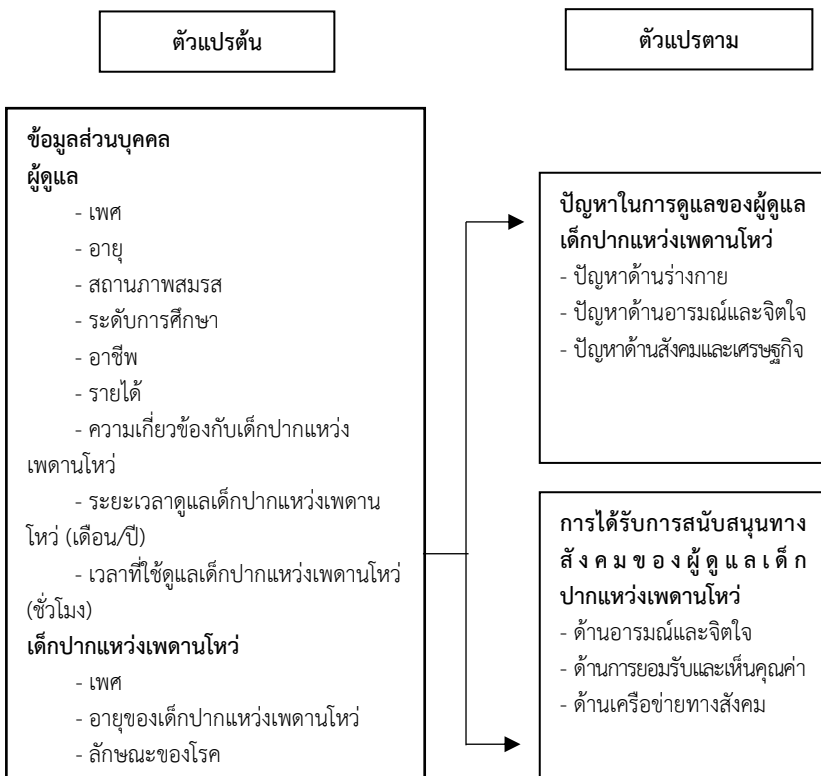
การทบทวนวรรณกรรม

จากการศึกษาแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ คอบบี้ (Cobb, 1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ คือ

ความรู้สึกมีกำลังใจ การเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า คือ การไม่นำความรู้สึกในแง่ลบ จากการใช้ชีวิตในสังคมมาบั่นทอนคุณค่าของตนเอง ตลอดจนการถูกยอมรับจากบุคคลอื่นในสังคม และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม คือ การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมที่สามารถเข้าใจในปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญ และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิด

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่พาเด็กมารับบริการที่อาคารผู้ป่วยนอก ซึ่งอยู่ในระยะการรักษาภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแรกเกิดอายุ 0-2 ปี จำนวน 73 ราย ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2565 ถึงเดือนสิงหาคม 2565

2. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัญหาการดูแลและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยอาศัยแนวคิดโรคปากแหว่งเพดานโหว่ (Cleft Lip, Cleft Palate) แนวคิดผู้ดูแล (Care Giver) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) และบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กพิการแต่กำเนิด (Birth Defects) หรือเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (Children with Special Needs) และเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Children with Chronic Disease) มาใช้ในการอธิบายการศึกษาในครั้งนี้

3. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้คือ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีรูปแบบการศึกษาดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา

1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้จากสถิติเด็กปากแหว่งเพดานโหว่กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ดูแลนำเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มาใช้บริการจำนวน 90 ราย ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non Probability Sampling) ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยนำจำนวนสถิติเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2564 มาหาสัดส่วนของประชากร โดยใช้สูตรตารางสำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างถึงใน มรยาท โยทองยศ และปราณี สวัสดิ์สิรพร, ม.ป.ป.) เมื่อขนาดประชากรเท่ากับ 90 ราย จึงต้องใช้ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 73 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ

1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษานี้ คือ นักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยในทำเนียบบุคลากรโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ มีบุคลากรทั้งหมด 6 ราย มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักสังคมสงเคราะห์ทั้งหมด 5 ราย (รวมผู้ศึกษา) ผู้ศึกษาใช้การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 2 ราย มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นจากการประมวลความรู้ที่ได้จากแนวคิด ทฤษฎี การทบทวนวรรณกรรม และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเนื้อหาในแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check List) ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาของการดูแล และจำนวนเวลาที่ใช้ดูแลในแต่ละวัน

2. ข้อมูลทั่วไปของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ได้แก่ เพศ อายุของเด็ก ปากแหว่งเพดานโหว่และลักษณะของโรค (Diagnosis) ซึ่งเป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ (Check List) โดยใช้สถิติในการศึกษาเป็นค่าร้อยละ

ส่วนที่ 2 ปัญหาการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ โดยใช้แบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายปิด (Close-Ended Questions) ดัดแปลงมาจากทบทวนวรรณกรรมของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นผู้ตรวจสอบ แบ่งปัญหาออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ และปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยคำถามเป็นสเกลประเมินค่าแบบรวม (Likert Scale) คำตอบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดระดับคะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21–5.00 หมายถึง มีระดับความเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41–4.20 หมายถึง มีระดับความเห็นอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61–3.40 หมายถึง มีระดับความเห็นอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81–2.60 หมายถึง มีระดับความเห็นอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.80 หมายถึง มีระดับความเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่โดยใช้แบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายปิด (Close-Ended Questions) ซึ่งสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของคอบบี้ (Cobb, 1976) โดยแบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนของสังคม (Socially Support Network) โดยคำถามเป็นสเกลประเมินค่าแบบรวม (Likert Scale) คำตอบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดระดับคะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21–5.00 หมายถึง

มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41–4.20 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61–3.40 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81–2.60 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.80 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 คำถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพิ่มเติม ซึ่งเป็น คำถามปลายเปิด (Open-Ended Questionnaire) ให้ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ

2.2 เครื่องมือเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เป็นแบบการจดบันทึก ซึ่งผู้ศึกษาได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการทำงานด้านสังคมสงเคราะห์

ส่วนที่ 2 ปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ในมุมมองของ นักสังคมสงเคราะห์ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้าน สังคมและเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ควรได้รับ ในมุมมองของนักสังคมสงเคราะห์แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุน ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านการสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าและด้านการ สนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคม

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ เด็กปากแหว่งเพดานโหว่

3. ขั้นตอนการสร้างและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น มาจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยพิจารณาให้ครอบคลุม แนวคิดทฤษฎี เพื่อนำมาสร้างข้อคำถาม

3.2 นำเครื่องมือที่ได้ออกแบบเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง และปรับแก้แบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ และจัดทำคำอธิบายการเก็บข้อมูล

3.3 ผู้ศึกษาตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ให้เหมาะสมกับเนื้อหา จากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง (Try Out) กับผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวน 30 ราย ซึ่งจากการทดสอบ ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.822

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยการถอดถ้อยคำจากการสัมภาษณ์ โดยการตีความและสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic Induction) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนมากขึ้น

5. จริยธรรมการวิจัยในคน

ผู้ศึกษาได้มีการเสนอเค้าโครงร่างการวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

โดยผ่านการรับรองด้านจริยธรรมวิจัยในคนจากทั้ง 2 แห่ง (รหัสโครงการวิจัยที่ 023/2565 และ 037/2565) ผู้ศึกษามีการขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยการแสดงเจตนายินยอมทางวาจา (Verbal Consent) ซึ่งเป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือหากมีความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลภายหลังเข้าร่วมการวิจัย สามารถออกจากโครงการวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยต่อสาธารณะ แต่จะรายงานผลสรุปข้อมูลการวิจัยเป็นในรูปแบบของงานวิชาการเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลตลอดจนข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายใน 1 ปี โดยคำนึงถึงจริยธรรมของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.30 และส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นมารดาของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ร้อยละ 82.19 ผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 52.05 ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.38 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.14 ด้านระดับการศึกษาผู้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.47 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 28.77 ทั้งนี้มีจำนวนชั่วโมงใช้เวลาดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 6-12 ชั่วโมง ร้อยละ 63.01 และมีระยะเวลาดูแลอยู่ที่ 6-12 เดือน ร้อยละ 28.76 ทั้งนี้ส่วนใหญ่เด็กปากแหว่งเพดานโหว่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.79 เด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล มีอายุน้อยกว่า 3 เดือน ร้อยละ 50.68 และเจ็บป่วยด้วยลักษณะปากแหว่งเพดานโหว่ ร้อยละ 67.12

1.2 ผลการศึกษาปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

ตารางที่ 1

ค่าเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานของปัญหาการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ โดยรวม

ปัญหาการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	$\bar{X}$	SD.	แปลค่า	อันดับ
ด้านร่างกาย	3.89	0.55	มาก	(3)
ด้านอารมณ์และจิตใจ	4.06	0.69	มาก	(1)
ด้านเศรษฐกิจและสังคม	3.93	0.71	มาก	(2)
ค่าเฉลี่ยรวม	3.96	0.53	มาก	

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มีภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.96$, $SD=0.53$) โดยพบปัญหาทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัญหาด้านร่างกาย ตามลำดับ

1.3 ผลการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

ตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ โดยรวม

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่	$\bar{X}$	SD.	แปลค่า	อันดับ
ด้านอารมณ์และจิตใจ	2.84	0.75	ปานกลาง	(1)
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	2.72	0.68	ปานกลาง	(3)
ด้านเครือข่ายทางสังคม	2.73	0.73	ปานกลาง	(2)
ค่าเฉลี่ยรวม	2.77	0.61	0.61	

จากตารางที่ 2 พบว่า การสนับสนุนของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มีภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.77$, $SD = 0.61$) โดยการสนับสนุนทางสังคมในทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านเครือข่ายทางสังคม และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เมื่อใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยปัญหาและการสนับสนุนของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่พบว่า ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสนับสนุนทางสังคมด้านเครือข่ายทางสังคม ($R = .231$, $P < 0.05$)

2. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

2.1 ผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ในมุมมองของนักสังคมสงเคราะห์

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ปัญหาทางด้านร่างกาย ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ปัญหาทางด้านร่างกาย (Physical Health Problems)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ทั้งสองรายต่างมีความคิดเห็นไปในทางเดียวกันในเรื่องของลักษณะของโรคปากแหว่งเพดานโหว่ของเด็กที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ที่ผู้ดูแลมีความกังวลใจในการรักษา เช่น ผู้ดูแลกลัวว่าอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะรักษาไม่หาย เนื่องจากความผิดปกติของรูปร่างปากและบางรายมีเพดานโหว่ร่วมด้วย จึงส่งผลกระทบต่อรูปลักษณ์ใบหน้าของเด็กซึ่งบุคคลภายนอกสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ความผิดปกติของรูปร่างปาก ถึงแม้ว่าความผิดปกติทางด้านร่างกายอาจไม่ใช่บรรทัดฐานของความสวยงาม แต่เมื่อไรก็ตามที่มันถูกมองเป็นจุดเด่น อาจจะทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติในแง่ลบ

2) ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Mental Problems)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนปัญหาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำงานและจากประสบการณ์ที่ได้จากการเป็นมารดาในชีวิตจริง คือ เมื่อคลอด

บุตรสิ่งที่มารดาทุกคนต้องเผชิญคือภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ขณะเดียวกันหากได้รับข้อมูลข่าวสาร จากแพทย์ผู้เกี่ยวข้องว่า กำลังเผชิญกับความพิการแต่กำเนิดในภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ที่เกิดขึ้นกับบุตร ทั้ง ๆ ที่ตอนตั้งครรภ์ยังไม่พบความผิดปกติของเด็ก ปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับเด็กจึงมีผลเชื่อมโยงมาถึงด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล

3) ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Social and Economic Problems)

จากการสัมภาษณ์ข้อมูล พบว่า จากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มนี้ เปรียบเสมือนเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องพาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่เดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งโรคปากแหว่งเพดานโหว่เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งมีนัดการรักษาอยู่ที่ 2-3 ครั้งต่อเดือน โดยขึ้นอยู่กับลักษณะของโรค และแนวทางการรักษาภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ของแพทย์ จึงส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายของครอบครัว เพราะในการมาพบแพทย์ในแต่ละครั้งไม่ได้มีแค่เด็กและมารดา บางครอบครัวมีผู้ติดตาม เช่น บิดา ยาย หรือน้าของเด็กมาด้วย นอกจากนี้ยังพบค่าใช้จ่ายในด้านอื่น ๆ เช่น เครื่องอุปโภค-บริโภค ในบางรายจำเป็นต้องใช้รถยนต์ส่วนบุคคล เนื่องจากคุณแม่เพิ่งคลอด ความแข็งแรงทางด้านร่างกายยังต้องอาศัยระยะเวลาในการฟื้นตัว การนั่งรถประจำทางจึงไม่สามารถปฏิบัติได้ในทันที

2.2 ผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ควรได้รับ ในมุมมองของนักสังคมสงเคราะห์

จากการทบทวนวรรณกรรม การสนับสนุนของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้ผู้วิจัยนำการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน ประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจ (Emotional Support)

ในมุมมองนี้พบว่า เป็นเรื่องของการให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้ดูแลรู้สึกตกใจและท้อทั้งเด็ก โดยสอดแทรกความรู้เรื่องกระบวนการรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลและผ่อนคลายความตึงเครียด โดยใช้กระบวนการทางสังคม

สงเคราะห์ ให้ครอบคลุมในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านความพร้อมของครอบครัว ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการทำงานของสังคมสงเคราะห์ที่ต้องการให้เด็กอยู่ในความดูแลของครอบครัว ป้องกันไม่ให้เกิดถูกทอดทิ้ง และการสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจควรเริ่มตั้งแต่การฝากครรภ์และการวางแผนครอบครัว เนื่องจากการเป็นผู้ดูแลต้องมีอารมณ์ที่มั่นคง เพราะจะส่งผลกระทบต่อเด็ก ถัดมาคือการสนับสนุนทางด้านการแพทย์ เพื่อให้ผู้ดูแลจะได้มีความมั่นใจว่า โรคนี้สามารถรักษาหายได้ สามารถแก้ไขริมฝีปาก และฝึกออกเสียงคำที่ไม่ชัดได้ หลังจากผ่านกระบวนการต่าง ๆ เด็กจะเหมือนคนที่ปกติทั่วไป การประเมินความพิการจึงถูกจัดอยู่ในลำดับสุดท้าย เนื่องจากต้องสิ้นสุดการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้าน การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจจึงเป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีสภาวะอารมณ์ จิตใจที่มั่นคงและสามารถดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ได้โดยไม่เกิดการเจ็บป่วยทางด้านด้านอารมณ์และจิตใจ

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าให้กับผู้ดูแล ต้องเกิดจากบุคคลที่ใกล้ชิดหรือบุคคลภายในครอบครัว จะทำอะไรให้คนดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ไร้ความกังวล และสามารถเลี้ยงดูได้ ดังนั้นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ดูแล จึงต้องยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งการวางแผนการรักษาจะส่งผลดีได้ ต้องเกิดจากความร่วมมือของผู้ดูแลต่อการยอมรับความเจ็บป่วย การให้ผู้ดูแลตระหนักถึงคุณค่าในตัวเอง จึงต้องใช้วิธีการชื่นชมผู้ดูแล เพราะการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพของเด็ก เป็นการดูแลต้องใช้ความเอาใจใส่เป็นพิเศษมากกว่าเด็กปกติทั่วไป คือ ต้องมีความสามารถ มีศักยภาพหลาย ๆ ด้าน เริ่มตั้งแต่ทางด้านจิตใจ ทักษะการดูแล ถ้าผู้ดูแลไม่ได้เต็มใจ ไม่มีความรู้ ส่วนหนึ่งด้านสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลต้องพร้อม ถ้าผู้ดูแลสูงอายุ การใช้แรงเพื่อใส่และถอดเครื่องมือจะไม่เพียงพอ ส่งผลให้การรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาของแพทย์

3) การสนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคม (Socially Support Network)

จากการสัมภาษณ์ พบว่า อันดับแรกได้รับการสนับสนุนด้านสิทธิการรักษาจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง ถัดมาคือการสนับสนุนด้านค่าเดินทางจากสภาอากาศ ทั้งนี้ การให้การสนับสนุนไม่ได้มุ่งเน้น

เรื่องการจัดการเรื่องเงินเพียงอย่างเดียว การจัดสรรทรัพยากรสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายวิธี เพราะแต่ละครอบครัวย่อมมีปัญหาที่แตกต่างกัน จะไม่เท่ากันและไม่เหมือนกันเลย แต่หลัก ๆ เป็นเรื่องของเศรษฐกิจ เรื่องที่พักอาศัย เครื่องอุปโภค บริโภค ในส่วนของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ จะมีการรับบริจาคเครื่องอุปโภคบริโภค ในขณะเดียวกัน ถ้ากลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ไม่สามารถสนับสนุนค่าใช้จ่าย หรือเครื่องอุปโภค บริโภคบางชิ้นได้ กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ก็จะประสานไปที่เครือข่ายที่เป็นพันธมิตรกัน เช่น บ้านพักเด็กและครอบครัว นอกจากนี้ ยังมีเครือข่ายที่อยู่ภายในโรงพยาบาล ที่กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์จัดทำโครงการไปเสนอต่อคณะกรรมการที่ให้การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นต่อผู้ป่วย ได้แก่ สหกรณ์ร้านค้า และ สหกรณ์ออมทรัพย์ เพื่อให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ที่เข้ามาในใช้บริการ นอกเหนือจากกลุ่มเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากทั้งสองแห่ง ซึ่งสหกรณ์ร้านค้าจะได้รับการสนับสนุนเป็นเครื่องอุปโภค-บริโภคที่อยู่ในร้าน ส่วนสหกรณ์ออมทรัพย์จะได้รับการสนับสนุนเป็นค่าเดินทาง และการให้คำแนะนำด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ให้กับผู้ดูแลและครอบครัวเป็นการช่วยลดการตีตรา เสริมพลังใจ เสริมคุณค่าให้กับตัวเด็กและครอบครัวได้ด้วย ตลอดจน องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชนประจำหมู่บ้าน สามารถให้การสนับสนุนครอบครัวที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจในเรื่องของรถในการพาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มาพบแพทย์ตามนัด

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

จากการศึกษาปัญหาของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่า มีภาพรวมของปัญหาอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ

มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัญหาด้านร่างกาย ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าด้วยลักษณะของโรคปากแห้งเพดานโหว่ ที่มีลักษณะโดดเด่นในเรื่องของรูปลักษณ์ภายนอก จากความผิดปกติของพัฒนาการบริเวณช่องปากและใบหน้าที่พบแต่กำเนิด (ปาจริย์ ศรีไทย, 2562) ก่อให้เกิดความหลากหลายด้านอารมณ์และจิตใจกับผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลต้องรับหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการดูแลตามความต้องการพื้นฐานของเด็กและต้องเหมาะสมกับการเจ็บป่วย เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อเด็กปากแห้งเพดานโหว่ เช่น การสำลักอาหารที่เป็นผลจากความยากลำบากในการดูดกลืนอาหาร ปัญหาการเจริญเติบโตช้า ปัญหาการได้ยิน การเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจและเป็นหวัดได้ง่าย พัฒนาการทางภาษาและการสื่อความหมาย เป็นต้น (เบญจมาศ พระธานี, 2557) อีกทั้งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยัง พบว่า เมื่อผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นคงทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกอับอาย จากการมีบุตรเป็นโรคปากแห้งเพดานโหว่ การตั้งรับกับสถานการณ์การดูแลและการทำใจยอมรับต่อการดูแลที่เป็นผลกระทบจากโรคปากแห้งเพดานโหว่ ที่มีสาเหตุการเกิดโรคค่อนข้างซับซ้อน และยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนในการเกิดโรค โดยทางการแพทย์เชื่อว่า มีสาเหตุจากทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยร่วม (มารศรี ชัยวรวิทย์กุล และคณะ, 2555) การทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ใช้บริการจากการศึกษาเชิงคุณภาพ สะท้อนถึงปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ดังนี้ เคยเจอผู้ใช้บริการที่มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นแม่ของเด็กปากแห้งเพดานโหว่ เขาเล่าว่า “เขายายมากที่มีลูกแบบนี้ ไม่รู้จะบอกคนอื่นยังไง เรื่องของการพาลูกมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เป็นความจำเป็นที่เขาจัดลำดับไว้เป็นลำดับสุดท้าย เขาจะพามาในตอนที่เขาว่างเท่านั้น” (นักสังคมสงเคราะห์, 9 สิงหาคม 2566, สัมภาษณ์) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพูน สานิขวรรณกุล และคณะ (2563) ที่กล่าวถึง ช่วงเวลาที่บิดามารดาได้ทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ถึงโรคและความผิดปกติของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ย่อมส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกของบิดา มารดาแตกต่างกัน เช่น เครียด รู้สึกสับสน รู้สึกเสียใจ หรืออาจเกิดการตั้งคำถามต่อตนเองว่าเพราะเหตุใด ผู้ป่วยจึงเกิดมาไม่สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนเด็กคนอื่น ๆ และการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ต้องเผชิญกับอุปสรรคและความยากลำบากต่าง ๆ จึงอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดทัศนคติในด้านลบได้ เมื่อพิจารณาใน

ระดับความเห็นต่อปัญหาการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ในด้านอารมณ์และจิตใจเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกโทษตัวเองว่ามีส่วนทำให้บุตรหลานป่วยเป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่ และรู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพที่ไม่สวยงามเมื่อโตขึ้น มีค่าเฉลี่ยมากตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึกจากมุมมองที่ผู้ดูแลต้องเผชิญไว้ว่า “เวลาคนรอบข้างมองอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ที่ติดอยู่บนใบหน้าของเด็ก อาจจะไม่ได้มองในแง่ลบก็ได้ แต่เวลาเราเจอสายตาที่มอง เราจะรู้สึกว่าการที่ต้องมองละ ลูกฉันผิดปกติหรือไม่น่ารักใช่หรือไม่” (นักสังคมสงเคราะห์, 6 สิงหาคม 2566. สัมภาษณ์) ประกอบกับการศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เป็นมารดาของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโทษตนเองว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยกับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทกา สวัสดิพานิช และคณะ (2564) ที่ได้จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยพบว่า ผู้ดูแลเด็กพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะแต่กำเนิด ต้องการให้สังคมเข้าใจและยอมรับ เนื่องจากเวลาพาเด็กออกสังคมจะถูกคนรอบข้างมอง หรือใช้คำพูดที่บั่นทอนความรู้สึก เช่น ทำไมหน้าเด็กเป็นแบบนี้ อีกทั้งผู้ดูแลต้องทำใจยอมรับกับความผิดปกติหรือในสิ่งที่เด็กเป็น และมีความหวังจากคนในครอบครัวว่า ภายหลังการรักษาแล้วเด็กจะมีภาพลักษณ์ที่ดีขึ้น

2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

จากการศึกษาการสนับสนุนของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มีภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และเป็นด้านที่พบมากที่สุดในด้าน รองลงมาคือ ด้านเครือข่ายทางสังคม และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พบว่า ผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (แสงระวี สุทัศน์ และคณะ, 2565) ทั้งนี้อาจเกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีภาพรวมการสนับสนุนทาง

สังคมอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านเพศที่ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นมารดาของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระในหลาย ๆ อย่างเพิ่มขึ้น เช่น การทำงานนอกบ้านเพื่อช่วยหารายได้มาจุนเจือครอบครัว เมื่อกลับบ้านก็ต้องทำหน้าที่แม่ ซึ่งจะเห็นได้จากมารดาส่วนใหญ่ในการศึกษาในครั้งนี้ประกอบอาชีพรับจ้าง ด้วยภาวะเศรษฐกิจยุคอุตสาหกรรม ผู้หญิงไม่สามารถพึ่งพารายได้จากสามีเพียงอย่างเดียว เพราะการสร้างครอบครัวต้องการทั้งผู้หญิงและผู้ชายในการทำงานเพื่อหารายได้มาใช้ในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี เป็นช่วงอายุที่มีความแข็งแรงของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ โอโนฮา ทศนาธนชัย และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 45-59 ปี เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการผิดปกติระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคเบาหวาน ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาสกร คุ่มศิริ และอุ๋นเรื่อน เล็กน้อย (2565) ที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ความรู้สึกมากที่สุดในด้าน และมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของเบญจมาศ สลิลปราโมทย์ (2565) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า นักสังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพในทีมสหวิชาชีพ มีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษา โดยการให้กำลังใจผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และสอดแทรกความรู้เรื่องกระบวนการรักษาโรคปากแหว่งเพดานโหว่ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลลดความวิตกกังวลใจและผ่อนคลายความตึงเครียด ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “หน้าที่เรา เราทำอยู่แล้วว่าต้องให้การสนับสนุนสภาพจิตใจของผู้ดูแล ไม่ให้ตกใจ จนทอดทิ้งเด็กปากแหว่งเพดานโหว่แล้วเลติหนีไป เราต้องประเมินความพร้อมของครอบครัวในทุก ๆ ด้านเพื่อป้องกันปัญหาเด็กถูกทอดทิ้ง” (นักสังคมสงเคราะห์, 9 สิงหาคม 2566. สัมภาษณ์) เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจในข้อความ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับได้รับการยกย่อง ชมเชย และได้รับความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลรอบข้าง มีค่าเฉลี่ยมากตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวิศา รัตนกมลภานต์และคณะ (2564)

ซึ่งพบว่า การที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัว เครือญาติและบุคลากรทางสุขภาพ ช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลได้ดีขึ้น และส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลเด็กน้อยลง การตอบสนองต่อความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าบุคคลอื่นคอยรับฟังปัญหาและไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพังสอดคล้องกับแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นการแสดงถึงความรัก ความเอาใจใส่ ความเชื่อใจ การให้ความเคารพสิทธิส่วนบุคคล การรับฟัง การแสดงความห่วงใยและเห็นอกเห็นใจ เป็นต้น และแนวคิดของแคปแลน (Caplan, 1974 cited in Barrera, Sandier, and Ramsay, 1981) ที่กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือตามธรรมชาติที่เกิดจากคนในครอบครัวหรือผู้คนรอบตัวที่คอยสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้มีความเกี่ยวข้องเป็นมารดาของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ การสนับสนุนด้านอารมณ์จิตใจจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “การให้ความรู้เรื่องการรักษาเพื่อให้มารดามีภาวะจิตใจที่ผ่อนคลาย บางรายที่ฝากครรภ์มาอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อคลอดออกมาแล้วเด็กมีความผิดปกติ มารดาอาจรู้สึกตกใจหรือมีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และทีมผู้รักษา จะต้องคอยสนับสนุนผู้ดูแลในทุกขั้นตอนของกระบวนการรักษา เพราะอารมณ์ของคนเราไม่ได้มีความมั่นคงตลอดเวลา” (นักสังคมสงเคราะห์, 6 สิงหาคม 2566. สัมภาษณ์) ปัญหาที่สำคัญจากประสบการณ์การดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ นอกจากด้านสุขภาพของเด็ก คือ ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ความอับอาย ความวิตกกังวล และความไม่พอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเอง ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของเด็กเหล่านี้นลดลง ดังนั้นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจของทีมสหวิชาชีพ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อปรับปรุงชีวิตประจำวันของผู้ดูแลให้ดีขึ้น (Zeraatkar et al, 2019)

จะเห็นได้ว่า ภาวะการณ์เจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้ ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ยังมีความสัมพันธ์กับระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของผู้ดูแลที่มีความเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยของสังคมในปัจจุบัน โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ดังนั้นในการปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือ ต้องมีการทำงาน

ร่วมกันเป็นทีมในลักษณะสหวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความช่วยเหลืออย่างครบถ้วนแบบองค์รวม คือด้านกาย จิต และสังคม โดยนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสหวิชาชีพ ที่มีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ประเมินปัญหาและความเสี่ยงที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาล การเชื่อมั่นในศักยภาพของบุคคล เสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแล รวมทั้งการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแล ให้สามารถปรับตัวดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ได้อย่างมีคุณภาพ และสมาชิกในครอบครัวสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันไปได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงาน

1.1 จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจมากที่สุด จึงควรจัดให้มีแบบประเมินความเครียดตนเอง ในศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่ เพื่อช่วยคัดกรองให้ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูง สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ ตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาทางด้านจิตใจ ความคิด อารมณ์พฤติกรรม ในโรงพยาบาล

1.2 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องความเข้าใจในอุปกรณ์การรักษา ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่ควรจัดให้มีแบบประเมินตนเองในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำได้ตรงตามความเป็นจริง เพื่อให้สามารถจัดการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับการเจ็บป่วยของเด็กเมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

2. ข้อเสนอแนะต่อนักสังคมสงเคราะห์

2.1 ถึงแม้จากการศึกษาในครั้งนี้ จะพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านเครือข่ายทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง แต่ในรายข้อคำถามกลับพบว่า ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่กับผู้ดูแลคนอื่น ๆ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแล รวมถึงการส่งเสริมด้านพัฒนาการของเด็กจากบุคคลอื่นอยู่

ในระดับน้อย นักสังคมสงเคราะห์จึงควรมีการออกแบบกิจกรรมกลุ่ม โดยนัดให้ผู้ดูแลได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ โดยมีทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมให้คำแนะนำ

2.2 นักสังคมสงเคราะห์ควรพัฒนาความรู้ด้านทักษะการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การสัมภาษณ์แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และกระบวนการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ กับนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในคลินิกปากแหว่งเพดานโหว่ในเขตอื่น ๆ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี เพื่อทบทวนการให้บริการ และได้ความรู้ที่สามารถให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสม ท้นต่อสถานการณ์ของสภาพปัญหาของผู้ใช้บริการทั่วไป และผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อน

3. ข้อเสนอแนะต่อนโยบายของรัฐ

3.1 รัฐควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการในองค์กรของรัฐ ไม่ว่าจะเป็น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านงบประมาณ ด้านองค์ความรู้ความเข้าใจในโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในเขตชุมชน เพื่อสนับสนุนให้มีการจัดหาพาหนะหรือช่องทางการส่งต่อ เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระด้านเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ในแต่ละพื้นที่

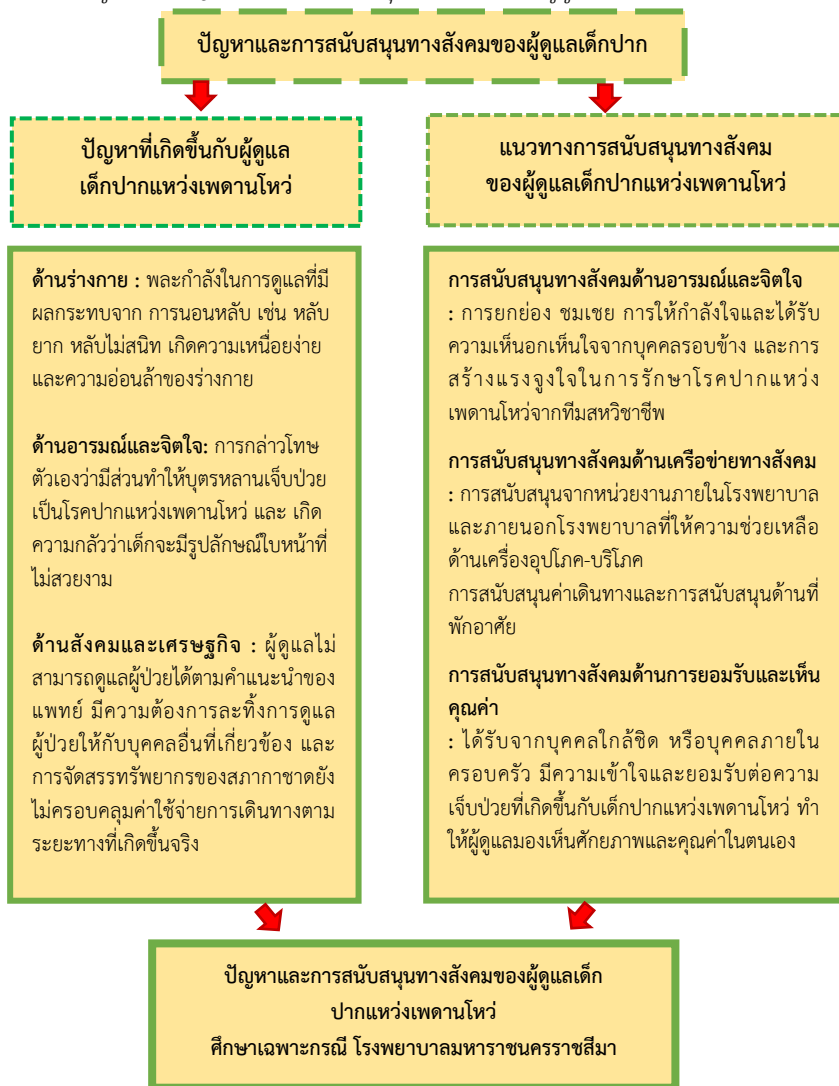
3.2 รัฐควรส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลความรู้ เรื่องการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิทธิสวัสดิการพื้นฐานในการรักษาพยาบาล อาทิ ความรู้การใช้สิทธิบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการป้องกันโรคที่อาจเกิดส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ จึงควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็น ในสื่อโทรทัศน์และแอปพลิเคชันต่าง ๆ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ หรือสื่อสังคมออนไลน์อื่น ๆ

องค์ความรู้ใหม่และการนำไปใช้

จากการศึกษาเรื่อง ปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้องค์ความรู้ใหม่ในปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ดังนี้

ภาพที่ 2

องค์ความรู้ใหม่ในปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่



เอกสารอ้างอิง

ชวิตา รัตนกมลภานต์, ศรีมณา นิยมคำ, และอุษณีย์ จินตะเวช. (2564).

สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็ก
โรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลสาร*, 48(2), 232-242.

นันทกา สวัสดิพานิช, บุศรา ชัยทัศน์, และอาทิตยา แดงสมบูรณ์. (2564).

ปัญหาการดูแลสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของเด็กที่มี
ความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะแต่กำเนิด: การรับรู้ของผู้ดูแล.
วารสารสภาการพยาบาล, 36(2), 118.

บวรศิลป์ เขาวนชื่น, และผกาพรรณ เกียรติชูสกุล.(2554). *คู่มือปฏิบัติการ สหฤ
และการป้องกัน ผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิด
ของศีรษะและใบหน้า มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. สำนักพิมพ์ศูนย์วิจัย
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เบญจมาศ สลิลปรำโมทย์ (2565). ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย
ที่มีพัฒนาการล่าช้า. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3), 115-122.

ปจรรย์ ศรีไทย. (2562). บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: การบูรณาการแนวคิดของโอเร็ม
และแนวคิดการมีส่วนร่วมของคินส์และทริเวทย์. *วารสารการแพทย์
โรงพยาบาลศรีสะเกษสุนทร บุรีรัมย์*, 34(3), 372.

เพิ่มพูน สานิขวรรณกุล, ณัฐสุดา เต็มพันธ์, และกุลยา พิสิทธิ์สังฆการ. (2563).

ประสบการณ์ทางจิตใจในระยะแรกของพ่อแม่หลังจากลูกได้รับการวินิจฉัยว่า
เป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*,
7(1), 62-70.

ภาสกร คุ่มศิริ, และอุ๋นเรือน เล็กน้อย. (2565). ปัจจัยพยากรณ์การตีตราบาป
ทางสังคมของผู้ปกครองต่อเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้น. *วารสารการพัฒนา
ชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 10(3), 318.

- มารศรี ชัยวรวิทย์กุล, และคณะ. (2555). *การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สำหรับทันตแพทย์และทันตแพทย์จัดฟัน*. บริษัทพีโอ แอดเวอร์ไทซิง แอนด์ มีเดีย จำกัด.
- มารยาท โยทองยศ, และปราณี สวัสดิสิรพร. (ม.ป.ป). *การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย*. <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>
- ยุพิน ปักกะสังข์, สุธรา ประดับวงษ์, ชีโนรส ปิยกุลมาลา, และอารยา ภิเศก. (2565). ปัญหาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 37(4), 333-334.
- ลัดดาวัลย์ สุนันท์ลิگانนท์, และวรรณุช เซษฐภักดีจิต. (2560). แนวทางการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยทีมสหวิชาชีพ. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 2(2), 17.
- วัชรารณณ์ คำแสน, และมาตี ลิมสกุล. (2564). บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 29(1), 42.
- ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2558). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แรกเกิด-3 ปี*. ม.ป.ท.
- สุทธิพงษ์ ปังคานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์, และประภาศรี กาบจันทร์. (2559). ความชุกของความพิการแต่กำเนิดในประเทศไทย. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 5(2), 89.
- สุภาพร ชินชัย, และคณะ.(2560). ปัญหาการรับประทานอาหารและการรักษาในเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. *วารสารเทคนิคการแพทย์*, 50(3), 533-542.
- แสงระวี สุทัศน์, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่าง ความแตกฉาน ทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 40(4), 62-63.

- โอนชา ทศนารนชัย, พิชามณัฐ ปุณโณทก, วรณรัตน์ ลาวัง, สุรภา สุขสวัสดิ์, และรัชณี สรรเสริญ. (2563). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลจังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 113.
- อลิษา ทรัพย์สังข์, อุษณีย์ จินตะเวช, และสุธิดา ล่ามช้าง. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันวัยหัดเดินที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 146.
- Barrera, Manuel Jr., Sandier, Irwin N., & Ramsay, Thomas B. (1981). Preliminary Development of a Scale of Social Support: Studies on College Students I American. *Journal of Community Psychology*, 9(4), 438.
- Cobb, S (1976). Social Support 25 a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- House, James S. (1981). *Work, Stress and Social Support*. Addison-Wesley Pub. Co.
- Zeraatkar, Maryam, et al. (2019). A Qualitative Study of Children's Quality of Life in the Context of Living with Cleft Lip and Palate. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 10, 13-20.
DOI: 10.2147/PHMT.S173070