

ลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤษภาคม 2557

ลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤษภาคม 2557

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
ของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤษภาคม 2557

จุฑารัตน์ จิมเรือง. (2557). *ลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต*

ด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่.ปริญญาโท พท.ด. (การวิจัยพฤติกรรม

ศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

คณะกรรมการควบคุม: อ.ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาสลักษณ์

ชั่วคราว, รองศาสตราจารย์ ทนตแพทย์หญิง ดร.พัชรารัตน์ ศรีศิลป์นันท์.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อหาความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเภปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ 3) เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ 4) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิต ประสบการณ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีประเภปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน 5) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกต่างกันและ 6) เพื่อค้นหากลไกการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 11-18 ปีที่เย็บปิดปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและสองด้านแล้ว การวิจัยแบบผสมวิธีวิจัยระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ดำเนินการตามลำดับ 3 ระยะจาก 1) การวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์วัยรุ่น จำนวน 18 คนและบิดามารดา จำนวน 6 คน แล้ววิเคราะห์ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาสร้างแบบสอบถาม 2) การวิจัยเชิงปริมาณพัฒนาแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากวัยรุ่น จำนวน 221 คน ด้วยแบบสอบถาม 7 ฉบับที่มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดตั้งแต่ .763 -.896 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows และโปรแกรม LISREL และ 3)การวิจัยเชิงคุณภาพอธิบายกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำจำนวน 8 คนและบิดามารดาจำนวน 8 คน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามมุมมองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่คือ การที่วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่รับรู้ระดับการทํานานที่ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ว่าเกิดขึ้นบ่อยมากน้อยเพียงใดในชีวิตประจำวันของตนเองภายใต้บริบททางสังคมช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาผู้วิจัยนำนิยามนี้มาพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบและ

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบของด้านการแสดงอาการเท่ากับ -0.86 ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ 0.89 ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพเท่ากับ 0.65 และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเท่ากับ 0.89

2. แบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่ปรับแล้ว พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยลักษณะทางจิตตามลำดับจาก การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด และพลังสุขภาพจิตและได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากปัจจัยประสบการณ์ทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน) ผ่านปัจจัยลักษณะทางจิต และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น ผ่านการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนกับปัจจัยลักษณะทางจิตซึ่งแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($X^2=56.17$; $df=39$; $p\text{-value}=.03$; $TLI=.98$; $CFI=.99$; $RMSEA=.04$) และปัจจัยเชิงเหตุเหล่านี้ร่วมกันอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ได้ร้อยละ 45

3. รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีความเท่าเทียมกัน และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงเหตุในแบบจำลองมีความแตกต่างกัน ดังนี้ 1) วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีอิทธิพลระหว่างประสบการณ์ทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีมากกว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว 2) วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมีอิทธิพลระหว่างการเรียนรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีมากกว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว 3) วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมีค่าเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีมากกว่า แต่มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และค่าเฉลี่ยการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น น้อยกว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านนอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบว่า วัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวสูงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ

4. การถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวผ่านทางการอบรมเลี้ยงดูช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกรณีศึกษาวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ การวิจัยฐานวิธียืนยันว่าประสบการณ์ทางสังคมและลักษณะทางจิตส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ และค้นพบว่าการอบรมเลี้ยงดู การปรับตัวต่อปากแห้งเพดานโหว่ และสภาพทางสังคมอาจเป็นปัจจัยเชิงเหตุเพิ่มเติมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

PSYCHOLOGICAL ASPECTS AND SOCIAL EXPERIENCE AFFECTING HEALTH – RELATED
QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS WITH CLEFT LIP AND PALATE

AN ABSTRACT
BY
JUTHARAT CHIMRUANG

A large, faint, circular watermark seal of Srinakharinwirot University is centered on the page. The seal features a central emblem with a cross-like design and Thai script around the perimeter.

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Doctor of Philosophy Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

May 2014

Jutharat Chimruang. (2014). *Psychological Aspects and Social Experience Affecting Health – Related Quality of Life of Adolescents with Cleft Lip and Palate*.

Dissertation of Ph.D. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Dr.

NumchaiSupparerkchaisakul, Asst. Prof. Dr. WiladlakChuawanlee, Assoc. Prof.

Dr. PatcharawanaSrisilapanan.

The purposes of this study were to 1) explore the complex meaning of Health-Related Quality of Life (HRQoL) among adolescents with cleft lip and palate (CLPs), 2) develop measurement of HRQoL, 3) examine psychological aspects and social experience effects of HRQoL, 4) compare average and size effect of psychological aspects and social experience and HRQoL between cleft-type groups, 5) compare HRQoL between demographic differences of CLPs, and 6) explore development process of HRQoL within social context and health service system. Participants were 11-to-18-years-old adolescents with repaired unilateral and bilateral CLP. The three-phase sequential mixed methods research as follows: 1) Qualitative research included 8 adolescents and 6 parents. In-depth interviewed data was analyzed content and develop HRQoL questionnaire. 2) Quantitative research was to develop the causal relationship model of HRQoL of CLPs. The sample was recruited from 221 adolescents. The 7 questionnaires were used to measure and the reliability of their alpha coefficients ranged from .763 -.896. Data were analyzed by SPSS for Windows and LISREL. 3) Qualitative research was to explain the development process of HRQoL under Thai social context. Key informants were 8 adolescents who got high HRQoL scores and low HRQoL scores including 8 their parents.

The results were as follows:

1. The meaning of HRQoL from adolescents with difference cleft type was the perception of adolescents with CLP about their physical, psychological, and social functions. The participants reported their frequency of perceptions in daily for the last 6 months. This meaning was constructed the questionnaire. The 4 factors of HRQoL measurement and factor loadings in each factor fitted the empirical data: physical symptom

factor (-0.86), physical function factor (0.89), psychological well-being factor (0.65), and social well-being factor (0.89).

2. Adjusted causal model of HRQoL of CLPs was got direct effects of psychological factors as follows: optimism, perceived coping efficacy, and resilience. These factors played as mediating variables of the indirect effects from social experience factors (parental support, and peer acceptance). Doctor-patient communication also had indirect effect on HRQoL through peer acceptance and the psychological factors. The adjusted model fitted the empirical data ($\chi^2 = 56.17$, $df = 39$, $p\text{-value} = .03$, $TLI = .98$, $CFI = .99$, $RMSEA = .04$) and all variables accounted for 45 percent of the variance of HRQoL.

3. The construct invariance testing of causal model show equivalence across two cleft-type groups and fitted the empirical data. But the structural relationship invariance and average mean testing show inequality between multi-groups as follows: 1) bilateral CLPs have parental support effect to optimism more than unilateral CLPs, 2) unilateral CLPs have perceived coping efficacy effect to optimism more than bilateral CLPs, 3) unilateral CLPs have optimism more than, but have parental support and doctor-patient communication less than bilateral CLPs. In addition, CLPs with high-income household have HRQoL more have than CLPs with low-income household.

4. Family socialization process through parenting was found importantly to develop high or low HRQoL of multiple case studies. Mixed methods confirm that social experiences and psychological aspects affecting to HRQoL. These methods also explored that parenting, parental adaptation to having a child with CLP, and socio-demographic factors of family may be causal factors of HRQoL development.

ประกาศคุณูปการ

“กล้วยไม้ดอกดกซ้ำ ฉันใด
การศึกษาเป็นไป ฉันนั้น
แต่ดอกดกคราใด งามเด่น
การศึกษาปลูกปั้น เสร็จแล้ว แสงงาม”
หม่อมหลวงปิ่น มาลากุล

ปริญญานิพนธ์เล่มนี้เป็นความปลื้มใจของข้าพเจ้าเหมือนขึ้นชมกล้วยไม้งาม ทว่าข้าพเจ้าตระหนักถึงเบื้องหลังของแต่ละอักษรในทุกหน้า ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจอย่างยิ่งกับโอกาสที่ได้เรียนรู้ศึกษาวิธีการปลูกกล้วยไม้เพื่อให้ดอกดกต่อไป ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ“ครู” ที่ “สอนให้จำ ทำให้อ่าน อยู่ให้เห็น” ข้าพเจ้าขออุทิศอันสืบผลบุญและกุศลกรรมอันเกิดจากวิทยาทานของปริญญานิพนธ์นี้มอบแด่

“ครูชุดเกล้าปริญญานิพนธ์” ผศ.ดร.วิลาศลักษณ์ ขวัญลิตรศ.ทพญ.ดร.พัชรารวรรณ ศรีศิลป์ นันทน์ อ.ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุลและดวงวิญญาณความเป็นครูของผศ.ดร.อ้อมเดือน สดมณีที่ชุดเกล้าลูกศิษย์คนสุดท้ายนี้คำสอนทุกคำของครูทุกท่านคือสมบัติอันล้ำค่า

“ครูชี้แนะปริญญานิพนธ์” รศ.งามตา วนิทานนทร์ศ.พญ.ดร.นิรมล พัจจนสุนทรศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินยวง รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง อ.ดร.พรรณี บุญประกอบ อ.ดร.จรัส อุ่นจิตติวัฒน์อ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และ Professor Dr.JohnW.Creswellทุกท่านกรุณาร่วมชี้แนะเค้าโครงงานเป็นปริญญานิพนธ์นี้

“ครูดูแลรักษาด้วยใจให้ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่” ทุกท่านช่วยเหลือให้เก็บข้อมูลวิจัยได้สำเร็จ๐ศ.คลินิก ทพ.กิตติ สุพันธุ์วณิช อ.ทพญ.นันท์นันทน์ นันทวณิชย์ คุณวาสนา คุณไก่ คุณษา คุณผึ้ง คณาจารย์และนิสิตทันตแพทย์ปริญญาโทของม.มหิดล๐ผศ.ทพญ.วิภาพรรณฤทธิ์ถกล คุณธฤชวรรณ คุณเพียร คุณสาว คณาจารย์และนิสิตทันตแพทย์ปริญญาโทของม.สงขลานครินทร์รวมทั้ง คุณวนิดา และคณาจารย์ฝ่ายทันตสาธารณสุขชนบทภาคใต้๐ผศ.ทพญ.ชุติมาพร เขียนประสิทธิ์ อ.ทพ.พูนศักดิ์ ภิเศก คุณสรวิทย์ คุณสรัญญา คณาจารย์และนักศึกษาทันตแพทย์ปริญญาโทของม.ขอนแก่น ๐ผศ.ทพญ.มารศรี ชัยวรวิทย์กุลคุณมยุรี คุณพรรณี คุณสิรินทรา คณาจารย์และนักศึกษาทันตแพทย์ ปริญญาโทของม. เชียงใหม่ รวมทั้ง คณาจารย์สาขาวิชาทันตกรรม ชุมชน ๐ศ.นพ.บวรศิลป์ เขาวชิร คุณสุธีรา และบุคลากรของศูนย์การดูแล/วิจัยผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ฯ มหาวิทยาลัยขอนแก่นผู้สนับสนุนทุนวิจัย๐ทพญ.ปราณี สุวรรณपाल และอ.ทพญ.พรสุดา หนองไชย ผู้สนับสนุนผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปาก

“ครูคนค้นชีวิต” วิทยุปากแห่งพาดานโหวและบิดามารดาที่เปิดเผยข้อมูลให้การศึกษา
ได้แก่ ต่ายบอลแจ๊คส้มต้นกีต้าร์กวางบาสชั้นคริสก้องพีชพิชดานกจินแย้ม อัน มินต์ ฟลุ๊ค บัว บอล
ปาล์มลี นั้ดและผู้ให้ข้อมูลทุกคน

“ครูนำทาง” สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ถ่ายทอดความเป็นปราชญ์ผู้ทรงศีลจากคนเป็นครู
๑“ครูสังคัมภีรยา” ผศ.ดร.อ้อมเดือน สดมณีพลเอกเรวัต สดมณี อ.ดร.สรณ ภู่ง และอ.ดร.ฐาสุกร
จันประเสริฐ ๒“ครูจิตวิทยา” รศ.ดร.อัจฉรา สุขารมณ ผศ.ดร.วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี รศ.งามตา
วณิชานนท์ และ ผศ.ประทีป จินนี่ ๓ “ครูสถิติ” ผศ.ลัดดาวัลย์ เกษมเนตรรศ.ดร.ดุขฎิ โยเหลาร
ศ.ดร.อรพินทร์ ชุชมและอ.ดร.นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล

นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณทุกท่านกำลังใจที่คอยผลักดัน ประคับประคอง และเคียงข้างเสมอ
มาจากครอบครัวฉันเรื่อง ครอบครัวพรสุขวิฑูร ครอบครัวของอ.ทพญ.รัชวรรณ ตันศลารักษ์ ครอบครัว
ของอ.ทพญ.ภัทริยาภรณ์ บุญญวงค์ และเพื่อนวท.ด.รุ่น 6 การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มศว.
รวมทั้งดวงวิญญาณของผศ.(ว่าที่ดร.)สุมาลี จุมทอง พวกเรามีช่วงเวลาที่ดีที่สุดได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขและ
เป็นกัลยาณมิตรซึ่งกันทำที่สุด ขอกราบขอบพระคุณ ศ.(พิเศษ)ทพญ.ดร.วิสาชะ ลิ้มวงษ์ และ
คณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรที่เปิด
โอกาสทางการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คุณงามความดีใดในงานวิจัยนี้จะถูกส่งต่อไป
ไม่มีที่สิ้นสุด และหากผิดพลาดประการใด ขออภัยอย่างสูงมา ณ ที่นี้ค่ะ

“พฤษภาทศวรรษ	อีกกฤษฎีอันปลดปลง
ไททนต์เส่งคง	สำคัญหมายในกายมี
นรชาติวางวาย	มลายสิ้นทั้งอินทรีย์
สถิตทั่วแต่ชั่วดี	ประดับไว้ในโลกา”

สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระปรมานุชิตชิโนรส

จุฑารัตน์ ฉิมเรือง

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย
จาก

ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า
(ภายใต้โครงการทะวันฉาย) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2554

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
นิยามปฏิบัติการ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
การนิยามและกรอบแนวคิดเรื่องความพิการ.....	17
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: ความหมาย และการวัด.....	22
ปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	32
ลักษณะทางจิตของวัยรุ่นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	33
ความหยิ่งตัว.....	33
การมองโลกในแง่ดี.....	37
การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด.....	42
ประสบการณ์ทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	48
การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา.....	48
การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน.....	55
การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น.....	58
ประเภทปากแห่งเพดานโหว่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	63
ลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	65
ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ทางสังคมวิทยา	68
การอบรมเลี้ยงดูวัยรุ่นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	75
การวิจัยผานวิธี.....	77
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	79
สมมติฐานในการวิจัยระยะที่ 2.....	81

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	84
วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 1.....	87
วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 2.....	94
วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 3.....	107
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1-3.....	115
 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	 116
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยระยะที่ 1	116
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 1.....	116
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยระยะที่ 2	126
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 2.....	127
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 3.....	154
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 4.....	168
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 5.....	185
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยระยะที่ 3	192
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 6.....	192
 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	 239
สรุปผลการวิจัย.....	242
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1.....	242
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2	243
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 3.....	246
อภิปรายผลการวิจัย.....	251
อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1.....	251
อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2.....	253
อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 3.....	267
อภิปรายผลการวิจัยวิจัยผสมผสานวิธี.....	276

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 (ต่อ)	
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	277
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	278
ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ.....	278
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	281
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป.....	282
บรรณานุกรม.....	284
ภาคผนวก.....	310
ภาคผนวก ก.....	311
ภาคผนวก ข.....	317
ภาคผนวก ค.....	324
ภาคผนวก ง.....	356
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	359

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจของครอบครัววัยรุ่น.....	14
2 แสดงองค์ประกอบแบบจำลองทางทฤษฎีความพิการจำแนกตามปีตีพิมพ์.....	18
3 ตัวอย่างวิธีการอธิบายถึงสาเหตุของเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นของคนที่มีมองโลก ในแง่ดีและในแง่ร้ายตามมิติ 3 ด้าน.....	38
4 แสดงหลักการอบรมเลี้ยงดูเด็กไทย.....	76
5 แสดงจำนวนของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามเพศ อายุ และประเภทปากแห่ง พาดานโหว.....	90
6 แสดงลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 18 คน.....	91
7 แสดงลักษณะข้อมูลพื้นฐานผู้ปกครองที่ให้ข้อมูลสำคัญอื่นจำนวน 6 คน.....	92
8 จำนวนข้อ ค่าที ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ ปรับแก้ และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของฉบับทดลองใช้ (n=120) และ ฉบับใช้จริง (n=221).....	104
9 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบว่าโมเดลสมมติฐานในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นมีความ กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์.....	107
10 แสดงลักษณะภูมิหลังของวัยรุ่นและผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามคะแนน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและประเภทปากแห่งพาดานโหว.....	110
11 แสดงการสร้างรหัสข้อมูลย่อย รหัสข้อมูลหลัก และเมโนทัศน์ของคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ.....	117
12 สัญลักษณ์แทนค่าสถิติ.....	127
13 แสดงข้อคำถามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเทียบกับแบบสอบถาม CPQ ₁₁₋₁₄ และ แปลผลดัชนีความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญ.....	128
14 จำนวนข้อ ค่าที ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ ปรับแก้ และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับ ทดลองใช้ (38 ข้อ)	132
15 จำนวนข้อ ค่าที ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ ปรับแก้ และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับ ใช้จริง (21 ข้อ)	134

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
16 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มรวม 221 คน จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง.....	136
17 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว 157 คน และกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน 64 คน จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง.....	138
18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแต่ละตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่.....	141
19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวบ่งชี้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ 221 คน.....	143
20 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	145
21 ค่าสถิติความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงเชิงเหมือนของตัวบ่งชี้และตัวแปรแฝงในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1.....	147
22 ค่าสถิติความเที่ยงตรงเชิงจำแนกของตัวบ่งชี้และตัวแปรแฝงในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1.....	149
23 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	151
24 ค่าสถิติความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงเชิงเหมือนของตัวบ่งชี้และตัวแปรแฝงในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2.....	153
25 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปรสังเกตในกลุ่มรวม 221 คน.....	154
26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน.....	156
27 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์กับรูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มรวมตามสมมติฐาน.....	159

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
28 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์กับรูปแบบของแบบจำลอง ปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มรวมหลังปรับเปลี่ยนจำลอง....	163
29 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลทางรวมของตัวแปร สาเหตุที่มีผลต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของ ตัวแปรในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน.....	165
30 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปรสังเกต ในแต่ละกลุ่มประเภทปากแห้งเพดานโหว่.....	169
31 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตในกลุ่มย่อยตามประเภทปากแห้ง เพดานโหว่.....	171
32 ผลการวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิต ด้าน สุขภาพระหว่างกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มปากแห้ง เพดานโหว่สองด้าน.....	176
33 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ด้านเดียวเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน.....	179
34 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวกับ กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน.....	180
35 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลทางรวมของตัวแปร สาเหตุที่มีผลต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของ ตัวแปรในกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว 157 คน.....	182
36 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลทางรวมของตัวแปร สาเหตุที่มีผลต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุยกกำลังสองของ ตัวแปรในกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน 64 คน.....	183
37 แสดงจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำแนกตามระดับเศรษฐกิจ ของครอบครัว.....	186

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
38 แสดงจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำแนกตามระดับเศรษฐกิจ ของครอบครัว (ปรับใหม่).....	186
39 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่น ปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน จำแนกตามเพศและระดับ เศรษฐกิจของครอบครัว.....	187
40 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่น ปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมที่มีเพศและระดับเศรษฐกิจของครอบครัว แตกต่างกัน.....	188
41 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ใน กลุ่มรวมที่มีระดับเศรษฐกิจครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่.....	189
42 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่น ปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน จำแนกตามรายได้ครอบครัวและ จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....	190
43 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปาก แห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมที่มีรายได้ครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว แตกต่างกัน.....	191
44 แสดงการสร้างรหัสข้อมูลย่อย รหัสข้อมูลหลักการจัดหมวดหมู่ และเมโนทัศน์ในการ วิเคราะห์ข้อมูล.....	194
45 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและ ต่ำในหมวดหมู่สภาพทางสังคมของครอบครัว.....	196
46 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและ ต่ำในหมวดหมู่การยอมรับปากแห้งเพดานโหว่ของครอบครัว.....	197
47 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและ ต่ำในหมวดหมู่การเข้าถึงการรักษาปากแห้งเพดานโหว่.....	198
48 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและ ต่ำในหมวดหมู่ประสบการณ์การรักษาปากแห้งเพดานโหว่.....	198

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
49 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง และต่ำในหมวดหมู่ความรุนแรงในโรงเรียน.....	200
50 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง และต่ำในหมวดหมู่พฤติกรรมทางสังคมในโรงเรียน.....	201
51 แสดงความเป็นมาระบบบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่.....	204
52 แสดงแนวทางการรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แบบสหวิทยาการ (clinical protocols).....	208
53 ชื่อแบบวัดที่ใช้ในการวิจัย.....	327
54 ค่าที ค่าอำนาจจำแนก (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนน รวม) ค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน (R2) และผลการวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยัน(ค่าสัมประสิทธิ์น้ำหนักองค์ประกอบ) ของเครื่องมือวัด ความหยุ่นตัว.....	343
55 จำนวนข้อ ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาและผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง ยืนยัน(ค่าสัมประสิทธิ์น้ำหนักองค์ประกอบ) ของเครื่องมือวัดความหยุ่นตัว จำแนกตามองค์ประกอบ.....	344
56 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองของการวัดตัวแปรความหยุ่นตัวใน กลุ่มรวมจำนวน 221 คน.....	344
57 ค่าที ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของเครื่องมือวัดการมองโลกในแง่ดี.....	345
58 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการมองโลก ในแง่ดี.....	345
59 ค่าที ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการจัดการ ความเครียด.....	346

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
60 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการรับรู้ ความสามารถในการจัดการความเครียด.....	347
61 ค่าที่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา...	348
62 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการสนับสนุนทาง สังคมจากบิดามารดา.....	349
63 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการยอมรับทาง สังคมจากเพื่อน.....	350
64 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการยอมรับทาง สังคมจากเพื่อน.....	351
65 ค่าที่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของเครื่องมือวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทาง การแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น.....	352
66 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการสื่อสารระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น.....	353

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แบบแผนการวิจัยผสวนวิธี	8
2 กรอบแนวคิดทฤษฎีการจำแนกการทำหน้าที่ การมีส่วนร่วมและสุขภาพระหว่างประเทศ.....	21
3 กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้.....	80
4 แบบจำลองสมมติฐานตั้งต้นของการวิจัยระยะที่ 2.....	82
5 ขั้นตอนการวิจัยผสวนวิธี.....	86
6 ตัวอย่างรูปวาดสะท้อนตัวตนของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่.....	122
7 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานการวิเคราะห์จากแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 1 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่.....	145
8 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานการวิเคราะห์จากแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 2 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่.....	151
9 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้าง เชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในกลุ่มรวม จำนวน 221 คน ที่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังปรับแบบจำลอง.....	164
10 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้าง เชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้าน เดียวจำนวน 157 คน และกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านจำนวน 64 คน...	181
11 กระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ภายใต้บริบทสังคมไทยและระบบบริการทางการแพทย์.....	214

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นการจัดบริการ การจัดสวัสดิการและการรับรองทางกฎหมายนั้น สังคมให้ความสำคัญกับบุคลากรการแพทย์และผู้มีอำนาจในสังคมมากำหนดแบ่งความปกติและความผิดปกติผ่านทางทฤษฎีนิยามหรือวินิจฉัยความพิการ คำวินิจฉัยของแพทย์มาจากปรัชญาแบบแผนทางการแพทย์ (medical model) ซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะความบกพร่อง (impairment) ที่เกิดขึ้น กรอบความพิการนี้ทำให้คนในสังคมมองว่า “ความพิการเป็นปัญหา” คนพิการถูกกีดกันให้อยู่ในพื้นที่ชายขอบของสังคม ถูกละเลยศักยภาพความสามารถ ถูกลดทอนคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นคนของพวกเขา ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการนิยามและกรอบความพิการเป็นการประกอบสร้างทางสังคมและถูกใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมสังคมและการกำหนดแนวทางรักษาประเด็นที่ต้องคำนึงถึง คือ กรอบความพิการในงานบริการทางการแพทย์ยังคงเน้นเรื่องการแก้ไขความบกพร่องในระดับบุคคล ทั้งๆที่ควรให้ความสำคัญกับการลดอุปสรรคข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตทางสังคมของคนพิการ จากเหตุผลดังกล่าว ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับโลกด้านคนพิการ กฎมาตรฐานว่าด้วยความเสมอภาคทางโอกาสแก่คนพิการ ทำให้เกิดแนวคิดทางสังคม (social model) ที่เห็นว่า “ความพิการไม่ใช่ปัญหา” ปัญหาของคนพิการเกิดจากสังคม ภาคส่วนต่างๆจึงควรปรับเปลี่ยนแนวคิดมาเป็นขจัดอุปสรรคต่างๆในสังคมและร่วมมือกันฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ เพื่อช่วยให้คนพิการสามารถมีชีวิตอยู่กับผู้คนในสังคมได้แม้ว่าจะยังไม่มีคุณสมบัติเต็มตามที่ตาม (Ingstad; & Whyte. 1995: 5-7; Fougeyrollas; & Beauregard. 2001: 178-179)

ในปัจจุบันนับเป็นจุดเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่สำคัญ สังคมกำลังพยายามขับเคลื่อนกฎหมายและดำเนินงานด้านคนพิการในเชิงสร้างสรรค์มากขึ้น คือ อยู่บนพื้นฐานของสิทธิมากกว่าเพื่อการประชาสงเคราะห์ (public assistance) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดผลทั้งระดับสากลและระดับประเทศ องค์การอนามัยโลกและสหรัฐอเมริกากำหนดเป้าหมายปีพ.ศ. 2553 (Healthy People. 2010) ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นพิการเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจอยู่ร่วมในสังคมอย่างสันติสุข (Lutz; & Bowers. 2005: 1037; World Health Organization. 2001) ประเทศไทยประกาศพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ที่นิยามความพิการว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องของ “สภาพร่างกาย” กับอุปสรรค “เงื่อนไขหรือบริบทแวดล้อม” (ทวี เชื้อสุวรรณทวิ. 2551: 140-141) และจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

แห่งชาติฉบับที่ 3 ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) เพื่อให้คนพิการทุกประเภททุกช่วงอายุได้รับการคุ้มครอง สิทธิ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มตามศักยภาพ มีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่และเสมอภาคภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2550: 17)

นานาชาติใช้คุณภาพชีวิตเป็นดัชนีประเมินความพึงพอใจของประชากรต่อภาพรวมและแต่ละด้านของการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะด้านการศึกษาและการดูแลสุขภาพ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน; และคนอื่นๆ. 2540: 138-139) บุคคลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตของตนหรือความรู้สึกเป็นสุขทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นความรู้สึกที่บุคคลได้รับรู้ความสัมพันธ์ทางสังคมภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน รวมทั้งการรับรู้ของตนเองต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ สำหรับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสาธารณสุขจะวัดด้วยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Health-Related Quality of Life; HRQoL) ซึ่งเป็นการประเมินความพึงพอใจต่อผลลัพธ์จากสุขภาพ (health outcome) ของตนและเชื่อมโยงองค์รวมกับปัจจัยด้านตัวบุคคล ครอบครัวและสังคม (Gift; et al. 1997: 601; Prahl; & Andersen. 2007: 116)

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดประเภทหนึ่งที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยจำนวนทารกแรกเกิด 1,000 คนมีเด็กปากแหว่งเพดานโหว่เพิ่มจาก 1 คนเป็น 2 คนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (บวรศิลป์ เชาวน์ชื่น; และคนอื่นๆ. 2547: 6-7; สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. 2552) สาเหตุของความพิการนี้ยังไม่ระบุ แต่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและสภาพแวดล้อมตั้งแต่ก่อนมารดาตั้งครรภ์ อันจะนำไปสู่การเกิดความพิการทางร่างกาย คือ ความผิดปกติของรูปร่างและเค้าโครงใบหน้า ภาวะแทรกซ้อนหูชั้นกลางอักเสบ สูญเสียการได้ยิน ระบบการกลืน ความผิดปกติของจำนวนและรูปร่างฟัน ฟันซ้อนเก พัฒนาการและการเจริญเติบโตช้า (สมรตรี วิถีพร. 2537: 31-33, 40-45; สิทธิ ส.ศรีโสภาค; และกิตติ สุพันธุ์วนิช. 2543: 133-140; Johnsen. 2005: 25-29) ตลอดชีวิตของคนพิการกลุ่มนี้โดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นมักประสบปัญหาการปรับตัวทางจิตและสังคมที่สัมพันธ์อย่างซับซ้อนกับปัญหาอื่นๆ อาทิ วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่รู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีพัฒนาเอกลักษณ์แห่งตนต่ำ เสี่ยงต่อความบกพร่องทางการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ต่ำ รู้สึกวิตกกังวลในการเข้าสังคมมากขึ้น ความสามารถในการคบหาผู้อื่นต่ำ และแปลกแยกตัวเองออกจากสังคม (Speltz; et al. 1990: 177; Broder. 2001: 248; Broder; et al. 1998: 127; Pope; & Ward. 1997: 455; Kapp-Simon; & McGuire. 1997: 380) ผลกระทบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาภาษาและการพูด ทำให้คนพิการมักประสบปัญหาการสื่อความหมายทั้งความบกพร่องทางภาษา การพูดไม่ชัด ความบกพร่องของความถี่ของเสียง และเสียงผิดปกติ (เบญจมาศ พระธานี. 2545: 13-22) ยิ่งไป

กว่านั้น จากผลงานวิจัยระยะยาว พบว่าผู้ที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 55 ปีมีอัตราการตายสูง 1.19 ถึง 1.43 เท่าของอัตราการตายมาตรฐานในคนทั่วไป โดยจำนวนผู้ที่มีปากแหว่งเพดานโหว่มีสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดจากโรคมะเร็ง รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ และฆ่าตัวตายตามลำดับ (Christensen, et al. 2004: 145)

ผู้ที่มีปากแหว่งเพดานโหว่แต่กำเนิดในช่วงวัยรุ่นถือเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตทั้งการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์จิตใจ การเข้าสังคม และการเรียน ดังนั้น สาเหตุหลักของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยรุ่นกลุ่มนี้จึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับลักษณะทางจิตใจของแต่ละบุคคล ตลอดจนการถ่ายทอดทางสังคม (socialization) จากครอบครัวและเพื่อนซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญของวัยรุ่น ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการพัฒนาประเทศต้องอาศัยทรัพยากรมนุษย์เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ และคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพิการกลุ่มนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในฐานะนักพฤติกรรมศาสตร์และบุคลากรการแพทย์จึงมุ่งความสนใจที่จะศึกษาว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีประสบการณ์การดำเนินชีวิตในสังคมอย่างไรบ้าง ลักษณะจิตใจและสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีผลอย่างไรต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้องค์ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนี้ อย่างลึกซึ้งในสังคมไทย อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในวัยรุ่นต่อไป

เพื่อตอบคำถามวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี International Classification of Functioning Disabilities and Health (ICF) ขององค์การอนามัยโลกมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งเป็นการแสดงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของตัวแปรทางชีวภาพ ทางจิตใจ และทางสังคม (Bio-psycho-social model) ที่เหมาะสมกับการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Elliott; & Dreer. 2007: 80) กล่าวคือ เมื่อปี พ.ศ.2544 องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามความพิการและเสนอกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ICF ซึ่งประกอบด้วย 1) องค์ประกอบของสุขภาพ 3 ส่วน คือ การทำงานของร่างกายและจิตใจ (body functions and structures) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (participation) 2) สาเหตุของสุขภาพที่เกิดจากทั้งปัจจัยภายนอก (environmental factors) และปัจจัยภายใน (personal factors) ของแต่ละบุคคล และ 3) สภาวะสุขภาพ (health condition) ซึ่งเป็นความผิดปกติ (disorder) หรือโรคที่จะส่งผลต่อสุขภาพ (World Health Organization. 2001; Altman. 2001: 102-117; MacEntee. 2006: 8-10)

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยเชิงเหตุทางจิตและสังคมในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้ผู้วิจัยมีข้อสรุป 4 ประเด็นอันจะเป็นพื้นฐานของงานวิจัยนี้ ดังนี้

ประเด็นแรก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เนื่องด้วย ช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงวิกฤตที่สำคัญของชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่มีความผิดปกติบนใบหน้าแต่กำเนิดดังเช่นปากแหว่งเพดานโหว่ ประสบการณ์จากอดีต

และปัจจุบันจะส่งผลกระทบไปถึงการใช้ชีวิตในอนาคต แต่งานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HRQoL) เกี่ยวกับโรคและความผิดปกติในช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือสูญเสียฟัน เป็นต้น มีเพียงไม่กี่เรื่อง และส่วนใหญ่ศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษา (Adulyanon; & Sheilham. 1997; Gherunpong, et al. 2004) และผู้สูงอายุ (สุดาตวง เกร็นพงษ์; และคนอื่นๆ. 2550; สุณี ผลดีเยี่ยม; และคนอื่นๆ. 2551; Srisilapanan; & Sheilham. 2001) แม้แต่ งานวิจัยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคทั่วไปก็ศึกษากลุ่มตัวอย่างเดียวกัน อาทิ นักเรียนระดับประถมศึกษา (พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์. 2541; สูดใจ สมิทธิการ. 2541; พนิดา พาลี. 2546) และวัยผู้ใหญ่จนถึงผู้สูงอายุ (พัชรี นัครา. 2542; ปราณี ทองใส. 2548) ที่เป็นโรคหัวใจ กลุ่มโรคเนฟโรติก โรคเบาหวาน โรคมะเร็งเม็ดเลือด หรือได้รับความพิการในภายหลัง

ประเด็นที่สอง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ งานวิจัยจำนวนมากมุ่งศึกษาผู้ที่มียาปากแห้งเพดานโหว่ในเรื่องอุปสรรคทางระบาดวิทยา พันธุศาสตร์และศาสตร์ (Juratanasirikul; et al. 2008: 597) ในขณะที่ การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่มีจำนวนค่อนข้างน้อยในต่างประเทศและมีการวัดที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือ ส่วนใหญ่วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคและความผิดปกติในช่องปากของวัยรุ่นจากการรายงานของบิดามารดา คนใกล้ชิด และบุคลากรการแพทย์ ทำให้มีความคลาดเคลื่อนไปจากการรับรู้หรือมุมมองของตัววัยรุ่นเอง (Marshman; & Robinson. 2007: 88) จากการประมวลเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่น พบว่ามีการนำแบบวัดสำหรับผู้ใหญ่มาให้วัยรุ่นรายงานตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับพัฒนาการการรู้คิดหรือบริบทสถานการณ์ตามการรับรู้ของวัยรุ่น (Naito; et. al. 2006: 5) และที่ผ่านมางานวิจัยเชิงคุณภาพเพียงสองเรื่อง (Chapados; 2000; Patel; & Ross. 2003) ศึกษามุมมองต่อชีวิตตนเองของผู้ที่มีความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ งานวิจัยอีกเรื่องหนึ่งเสนอแนะให้มีการวิจัยคุณภาพเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยวัยเด็กและวัยรุ่นเพื่อทำความเข้าใจคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากมุมมองของผู้ป่วย (Locker; & Allen. 2007b: 401)

การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับความผิดปกติในช่องปากส่วนใหญ่มาจากกรอบแนวคิดองค์การอนามัยโลก The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (WHO-ICIDH) และ Sickness Impact Profile (SIP) ทำให้ผู้ตอบรายงานผลกระทบเฉพาะด้านลบ และไม่สนใจอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ทำให้ตีความคะแนนได้คลาดเคลื่อนไป ข้อสรุปจากการสังเคราะห์เสนอให้นำกรอบแนวคิด ICF มาศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทันตแพทย์อีกกลุ่มหนึ่ง (Brondani; & MacEntee. 2007: 474-476; Locker; & Allen. 2007: 410)

ประเด็นที่สาม ปัจจัยเชิงเหตุ ทันทแพทย์สองท่าน (Brondani; & MacEntee. 2007: 472) ได้ทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศจำนวนมากเกี่ยวกับตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ที่มีโรคและความผิดปกติในช่องปาก พบว่า งานส่วนใหญ่มุ่งเฉพาะความบกพร่องทางร่างกายหรือเจตคติด้านลบต่อความทุกข์ผลภาพที่เกิดขึ้น โดยละเลยปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตของคนเหล่านั้นเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างราบรื่น อีกทั้งการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยควรมีปัจจัยเชิงเหตุทั้งภายในและภายนอกบุคคล ซึ่งมีงานวิจัยทางทันตสาธารณสุขเรื่องอื่นเห็นพ้องข้อเสนอนี้เช่นกัน (MacEntee. 2006: 12; Locker; & Allen. 2007: 409) และในอนาคตต้องการงานวิจัยที่สามารถอธิบายความสำคัญของปัจจัยทางจิตและสังคมที่เชื่อมโยงมาสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัยเด็กและวัยรุ่น (Marshman; & Robinson. 2007: 93)

งานวิจัยทางจิตวิทยาจำนวนมากสนับสนุนว่า ปัจจัยภายในบุคคลมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความผิดปกติในใบหน้าและกะโหลกศีรษะ อาทิ ความยืดหยุ่นตัว (resilience) และการมองโลกในแง่ดี (optimism) ของวัยรุ่นนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (Eiserman. 2001: 236; Strauss; & Fenson. 2005: 14) การรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy) ทำนายความสำเร็จในการจัดการความเครียดจากปัญหาพัฒนาการทางจิตสังคม (Leventhal; et al. 2008: 477) การรับรู้ความสามารถของตนส่งผลทางบวกต่อสุขภาพร่างกาย และการเจริญเติบโตทางบวก (positive growth) ในวัยเด็กและวัยรุ่น (King, et al. 2006: 902; Maddux. 2002: 277; Noble; & McGrath. 2005: 749) ผลงานวิจัยที่ผ่านมาให้ข้อเสนอแนะอย่างสอดคล้องกันว่าควรศึกษาปัจจัยความเข้มแข็งทางจิตใจและจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) มากกว่าความเครียดและผลลัพธ์ทางลบ (Perkins; & Borden. 2003: 388) เพื่อช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อพัฒนาการทางกายและจิตใจได้เป็นอย่างดีไปตลอดทุกช่วงวัย อีกทั้งช่วยส่งเสริมให้มีสถานภาพทางสุขภาพ (health status) ที่ดีและมีความพึงพอใจในการรักษา (Roberts; et al. 2002: 663; Pahl; & Andersen. 2007: 117)

ไม่เพียงแต่ปัจจัยภายในบุคคลเท่านั้น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลก็มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นที่มีความผิดปกติในใบหน้าและกะโหลกศีรษะด้วย ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งในบริบทครอบครัว (Wyszynski; et al. 2004; Cheung; et al. 2007) บริบทโรงเรียน (Slifer; et al. 2006; Hunt; et al. 2007) และบริบทสถานบริการทางการแพทย์ (Marcusson; et al. 2002a; Edwards; et al. 2005) กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวได้ดีและมีความมั่นคงทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนกับวัยรุ่นมีผลต่อการให้คุณค่า ความสนใจไปโรงเรียน วัฒนธรรม

กลุ่มเพื่อน พฤติกรรมต่อต้านสังคม ความเอาใจใส่ เพื่อเพื่อแม่ ใกล้ชิดผูกพัน และความรับผิดชอบร่วมกัน (Kerr; et al. 2003: 255; Smetana; et al. 2006) การสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยวัยรุ่นโดยการแสดงออกว่าให้ความสนใจและเข้าใจผู้ป่วยมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตและสถานภาพทางสุขภาพของผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาว (Inglehart; et al. 2002: 79; Inglehart. 2006: 19) อีกทั้งทำให้เกิดความพึงพอใจและสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการจากการดูแลรักษาพยาบาล (Bower; & Mead. 2007: 468)

ประเด็นสุดท้าย วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ในงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่กล่าวถึงข้างต้นนั้น ส่วนใหญ่ใช้การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ละคู่ (bivariate correlation analysis) หรือการทดสอบหาตัวแปรทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก (logistic regression analysis) หรือการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ทำให้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้อธิบายอิทธิพลของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้จำกัด กล่าวคือ ผู้วิจัยไม่อาจจะบอกความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยจิตสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเมื่อพิจารณาร่วมกันในกรอบแนวคิดการวิจัย

จากข้อสังเกตทั้งหมดที่ยกมาข้างต้น ผู้วิจัยพิจารณาว่างานวิจัยปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพควรศึกษาทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคลไปพร้อมกัน โดยพัฒนาเป็นโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ใช้สถิติวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation model) ซึ่งมีความสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวมได้ตามโมเดลการวิจัยแบบมีตัวแปรแฝง และทดสอบความตรงของโมเดลการวิจัยได้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2552: 115-116) อีกทั้ง ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการศึกษากualitasชีวิตด้านสุขภาพควรผ่านทางการรับรู้ของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่โดยตรง เพื่อให้ทราบถึงความหมายและเงื่อนไขที่ซับซ้อนของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งการศึกษาในลักษณะดังกล่าวนี้ ยังมีน้อยมากในประเทศไทย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งออกแบบให้เป็นแบบการวิจัยผสมผสานวิธีตามลำดับ 3 ระยะ (three-phase sequential mixed methods design) ที่ใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีประเภทปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน จากนั้น นำนิยามมาพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามเพื่อพัฒนาแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุทั้งลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ รวมทั้งทดสอบเปรียบเทียบแบบจำลองระหว่างกลุ่มวัยรุ่นที่มีประเภทปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยประมวลเอกสารและ

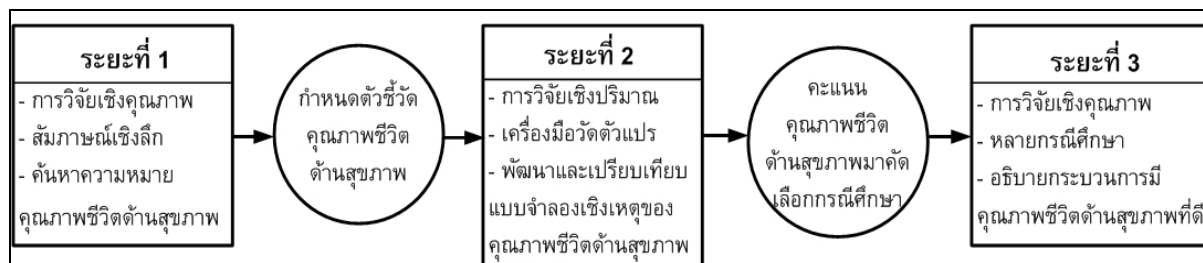
งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและตัวแปรทางพฤติกรรมศาสตร์ที่พบว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งจากทฤษฎีในกลุ่มจิตวิทยาเชิงบวก แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อประกอบเป็นแบบจำลองสมมติฐานภายใต้กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ICF ขององค์การอนามัยโลกและคาดว่าจะสามารถอธิบายกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ในประเทศไทยได้ดียิ่งขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมลิสเรล (linear structural relationship: LISREL) เพื่อตรวจสอบแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ ต่อมาดำเนินการวิจัยระยะที่ 3 คือ ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพโดยคัดเลือกกรณีศึกษาวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำจากผลวิจัยระยะที่ 2 การวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อค้นหากระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ อันจะทำให้เกิดข้อสรุปผลการวิจัยผลานวิธีที่สามารถตอบคำถามวิจัยได้อย่างสมบูรณ์มากที่สุดทั้งเชิงปริวิสัย (objective) และ อติวิสัย (subjective) ประโยชน์จากงานวิจัยนี้จะค้นพบองค์ความรู้ใหม่ในการวิจัยและการดูแลวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ของครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้อง อีกทั้งค้นพบปัจจัยเชิงเหตุ กลุ่มเสี่ยงและแนวทางป้องกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบเป็นการวิจัยผลานวิธีระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ดำเนินการตามลำดับ 3 ระยะ (three-phase sequential mixed methods design) โดยผู้วิจัยตั้งความมุ่งหมายหลักของการวิจัยผลานวิธีในครั้งนี้ 6 ข้อ ได้แก่

1. เพื่อทำการตีความการให้ความหมายที่ซับซ้อนของภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเภทปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิต ประสบการณ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีประเภทปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน
5. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกต่างกัน

6. เพื่อค้นหากระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์



ภาพประกอบ 1 แบบแผนการวิจัยผสมวิธี

ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะตามแบบแผนการวิจัยผสมวิธีแสดงดังภาพประกอบ 1 ซึ่งจัดเป็นการผสมวิธีแบบหลายระยะ (multiphase design) (Creswell; & Plano Clark. 2011) ได้แก่

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเภปากแห้ง เพดานโหว่แตกต่างกัน

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2-5 เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิต ประสบการณ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีประเภปากแห้ง เพดานโหว่แตกต่างกัน และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกต่างกัน

และการวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 6 เพื่อค้นหากระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์

ทั้งนี้ แบบแผนการวิจัยผสมวิธีดังกล่าวจะทำให้ผู้วิจัยสามารถตอบปัญหาการวิจัยได้ดีที่สุด และมีความสมบูรณ์ของผลการวิจัยทั้งในแนวลึกคือ ให้ผลการวิจัยที่ลุ่มลึก ละเอียดลึกซึ้งตามเงื่อนไขและบริบทของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ และในแนวกว้างคือ ให้ผลการวิจัยที่สามารถสรุปอ้างอิงทั่วไปได้ นำไปสู่ข้อค้นพบหรือองค์ความรู้ใหม่ๆ อันเป็นประโยชน์สูงสุด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าผลการวิจัยจะก่อให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ใน 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการอธิบายทฤษฎี ข้อค้นพบนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ 2 ประการคือ 1) ช่วยยืนยันการนำกรอบแนวคิดทางทฤษฎี ICF ขององค์การอนามัยโลกมาอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรทางพฤติกรรมศาสตร์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และ 2) ค้นพบปัจจัยเชิงเหตุและกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ภายใต้บริบทสังคมไทย ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานต่อยอดสู่การวิจัยและพัฒนาต่อไป

2. ด้านการนำไปปฏิบัติ ข้อค้นพบนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ 4 ประการคือ 1) วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่และผู้ปกครองจะทราบปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับเป็นแนวทางพัฒนาจิตลักษณะและพฤติกรรมที่เหมาะสม 2) ผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้องจะทราบแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุและกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีและปัจจัยปกป้องให้วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่มีจิตใจและพฤติกรรมที่ดีต่อไป 3) บุคลากรทางการแพทย์จะทราบแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุและกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีจากมุมมองของผู้ป่วย อันจะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาพยาบาลด้วยความเข้าใจของความเป็นมนุษย์ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ 4) จะได้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบรายงานตนเองของวัยรุ่นที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือ สำหรับประเมินผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ผู้มารับการรักษาในคลินิกทันตกรรมจัดฟันของคณะทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยภาครัฐ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคัดเลือกวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 18 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 11-18 ปี เพศชายและหญิง ประเภทปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและสองด้าน เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความหลากหลายและมีคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งเป็นผู้มารับการรักษาในคลินิก ทันตกรรมจัดฟันของคณะทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2553 และผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ จำนวน 6 คน โดยกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกคน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 221 คน ด้วยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (two-stage random sampling) จากประชากรวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่ได้รับการรักษาในคลินิกทันตกรรมจัดฟันตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2554 และไม่เคยเข้าร่วมการวิจัยระยะที่ 1 โดยขั้นที่ 1 วิธีสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) ตามรายนามมหาวิทยาลัยภาครัฐที่เป็นศูนย์ดูแลรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แบบสหวิทยาการ ผู้วิจัยสุ่มมหาวิทยาลัยจำนวน 4 แห่งจาก 5 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขั้นที่ 2 วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามลำดับค่าพีในระยะเวลาเก็บข้อมูลวิจัยแล้วสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยเกณฑ์คัดเลือกและความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคัดเลือกกรณีศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงเป็นวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 8 คน และผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 8 คน โดยมีคุณสมบัติคือ 1) เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 2) มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ ถ้าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 80 หมายถึง วัยรุ่นที่มีคุณภาพชีวิตอยู่กลุ่มสูง ถ้าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 20 หมายถึง วัยรุ่นที่มีคุณภาพชีวิตอยู่กลุ่มต่ำ 3) ประสาทปากแห้งเพดานโหว่มีความแตกต่างกัน และ 4) สมัครใจลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2555

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยระยะที่ 2

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 งานวิจัยเชิงปริมาณ มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกเป็นตัวแปรตามหรือตัวแปรผลลัพธ์ และอีกกลุ่มเป็นกลุ่มตัวแปรอิสระหรือตัวแปรปัจจัยเชิงเหตุ ดังนี้

กลุ่มตัวแปรผลลัพธ์ จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life)

กลุ่มตัวแปรปัจจัยเชิงเหตุ มี 4 กลุ่มย่อย คือ

ตัวแปรลักษณะทางจิต จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่

- 1) การมองโลกในแง่ดี (optimism)
- 2) ความยืดหยุ่นตัว (resilience)
- 3) การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด (perceived coping-efficacy)

ตัวแปรประสบการณ์ทางสังคม จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่

- 1) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา (parental support)
- 2) การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน (peer acceptance)
- 3) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น (doctor-patient communication)

ตัวแปรสภาวะสุขภาพช่องปาก จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ ประสิทธิภาพเหงือกเพดานโหว่

ตัวแปรลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ เพศ และ ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

นิยามปฏิบัติการ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยได้รับการกำหนดความหมายของตัวแปร และวิธีวัดตามความหมายนั้นๆ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง คุณลักษณะของการทำหน้าที่ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เหมาะสม ในวัยรุ่นปากเหงือกเพดานโหว่ตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการแสดงอาการ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การวิจัยครั้งนี้ให้แต่ละด้านมีความหมายดังนี้

1) ด้านการแสดงอาการ หมายถึง ความถี่ของอาการเจ็บป่วยและความผิดปกติภายในช่องปาก ได้แก่ ความเจ็บปวด การมีกลิ่นปาก และการมีเลือดออก

2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก ได้แก่ การเคี้ยวกลืน การดูดน้ำ การพูดออกเสียง การหายใจทางปาก การใช้งานใบหน้าและช่องปากในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

3) ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกทางบวกหรือทางลบที่มีต่ออาการผิดปกติและการทำหน้าที่ของร่างกาย

4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การที่วัยรุ่นมีความพึงพอใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในโรงเรียนและสังคม

ผู้วิจัยวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบวัดประเภทมาตราประเมินรวมค่า ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยระยะที่ 1 มีจำนวนข้อคำถามทางบวกและทางลบทั้งหมด 21 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 5 หน่วย จาก “เสมอ” ถึง “ไม่เคย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่า แสดงว่า เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

กลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิต ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ ความหยิ่งตัว การมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด

ความหยิ่งตัว หมายถึง คุณลักษณะของวัยรุ่นที่สามารถปรับสมดุลจิตใจให้ไปทางบวก ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขเมื่อเผชิญสถานการณ์ตึงเครียดหรือความทุกข์ยากในชีวิต แบบวัดความหยิ่งตัวแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถฟื้นตัวให้ผ่านพ้นอุปสรรคของชีวิตไปได้สำเร็จ และ 2) การยอมรับชีวิตของตนให้ดำรงอยู่อย่างมีคุณค่า ความหยิ่งตัววัดโดยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัด Resilience Scale ของแวกนิลและยัง (Wagnild; & Young. 1993) มีจำนวนข้อคำถามทางบวกทั้งหมด 11 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่า แสดงว่า เป็นผู้ที่มีความหยิ่งตัวสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การมองโลกในแง่ดี หมายถึง วิธีคิดหรือความคาดหวังของวัยรุ่นในการปรับตัวเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ท้าทายหรือปัญหาในชีวิต วัยรุ่นจะยังคงพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ตราบใดที่ตนเชื่อว่าจะมีความสำเร็จอย่างที่ตั้งเป้าไว้เกิดขึ้นตามมา วัยรุ่นจะคิดในลักษณะมองโลกแง่ดีมากน้อยเพียงใด เมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือปัญหา สามารถประเมินจากการตอบคำถามใน 3 ประเด็น คือ 1) ใครคือผู้ที่ควรจะได้รับผิดชอบ ถูกดำเนินในปัญหาที่เกิดขึ้นจากสาเหตุได้หลายด้านหรือเกิดจากตนเพียงผู้เดียว 2) ปัญหานั้นส่งผลกระทบในวงจำกัดหรือแผ่ขยายผล ไปในหลายสถานการณ์ในชีวิต และ 3) ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องชั่วคราวหรือถาวรทั้งในกรณีทั่วไปและในกรณีที่กำลังเผชิญกับปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผู้ที่คิดแบบมองโลกในแง่ดีมาก คือ คิดว่าปัญหาอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เป็นเหตุการณ์ชั่วคราว และมีผลในวงแคบเฉพาะ หรือส่งผลในระยะสั้น การมองโลกในแง่ดีวัดโดยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยนำจากแบบวัดการมองโลกในแง่ดีสำหรับนักเรียนของ ดุจเดือน พันธุมนาวิน และ งามตา วณิชทานนท์ (2551) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด หมายถึง ปริมาณความมั่นใจในความสามารถของวัยรุ่นที่จะจัดการกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตน เมื่อเผชิญกับผลกระทบด้านลบจากภาวะปากแห้งเพดานโหว่ในสถานการณ์การเรียน ครอบครัว และในสังคม การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดวัดโดยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ตามแนวคิดของแบบดูรา (Bandura. 1997; 2000) มีจำนวนข้อคำถามทางบวกทั้งหมด 16 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 11 หน่วย จาก “มั่นใจมากที่สุดว่าทำได้” ถึง “ไม่สามารถทำได้”

ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้มีการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

กลุ่มตัวแปรประสบการณ์ทางสังคม ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และการสื่อสารระหว่างบุคคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น

การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นถึงปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจากบิดามารดาด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและข้อมูลย้อนกลับ และการช่วยเหลือด้านอื่นๆเมื่อต้องการหรือมีปัญหา ทำให้ตนเองสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของวัยและสภาพแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาวัดโดยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงเพิ่มเติมจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ของ งามตา วนิันทนนท์ และคนอื่นๆ (2545) และแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนด้านการเรียนจากบิดามารดาของ งามตา วนิันทนนท์ และอุษา ศรีจินดารัตน์ (2551) แบบวัดมีจำนวนข้อคำถามทางบวกและทางลบทั้งหมด 13 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การที่วัยรุ่นรับรู้ว่าเป็นที่ให้ความไว้วางใจ สนับสนุนกลมเกลียว คบหาสมาคม ให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน และมีเครือข่ายของกลุ่มเพื่อนเพื่อทำกิจกรรมในโรงเรียนและสังคมร่วมกัน วัดโดยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงเพิ่มเติมจากแบบวัด Self-Perception Profile for Adolescents ด้าน social acceptance ของฮาเตอร์ (Rudasill; & Callahan. 2008: 72-73; citing Harter. 1988) มีจำนวนข้อคำถามทางบวกทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่รับรู้การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยรุ่นรับรู้ว่าเป็นที่ ทันทแพทย์ และพยาบาลผู้ให้การรักษาปากแห่งพาดานโหว ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถาม เคารพสิทธิผู้ป่วย และแสดงออกด้วยวาจาสีหน้าท่าทางที่เป็นปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างกัน การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นวัดโดยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยหลักการวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยของโบเวอร์ มีดและสจ๊วต (Bower; & Mead. 2007; Stewart. 1995) มีจำนวนคำถามทางบวกทั้งหมด 13 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้สามารถมีการสื่อสารที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

กลุ่มตัวแปรลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ เพศ และระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง รายได้รวมต่อเดือนเมื่อเทียบกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ เกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจของครอบครัว นำมาจากแบบวัดของ งามตา วนินทานนท์ และคนอื่นๆ (2545) พิจารณาจากคำตอบเกี่ยวกับปริมาณรายได้ทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือนร่วมกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ใช้จ่ายจากเงินรายได้ดังกล่าว ครอบครัวที่มีปริมาณรายได้น้อยแต่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวใช้จ่ายเงินรายได้มากจัดเป็นครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำ ครอบครัวที่มีปริมาณรายได้มากแต่มีจำนวนสมาชิกในครัวรั้วใช้จ่ายเงินรายได้น้อยจัดเป็นครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจสูง พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 1 ถึง 9 คะแนน ระดับเศรษฐกิจต่ำสุดมีคะแนนเป็น 1 และระดับเศรษฐกิจสูงสุดมีคะแนนเป็น 9 ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจของครอบครัววัยรุ่น

รายได้รวมต่อเดือน	จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
	2-4 คน	5-6 คน	≥ 7 คนขึ้นไป
1,000 บาทถึง 7,000 บาท	3	2	1
7,001 บาทถึง 29,920 บาท	6	5	4
29,921 บาทขึ้นไป	9	8	7

นิยามศัพท์เฉพาะ

วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ หมายถึง วัยรุ่นสัญชาติไทยอายุ 11-18 ปี นับจากวันเข้าร่วมการวิจัยและมีความผิดปกติแต่กำเนิดเป็นรอยแยกครอบคลุมข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างบริเวณริมฝีปากและเพดานปาก ปัจจุบันได้รับการผ่าตัดเย็บปิดรอยแยกนั้นแล้วโดยมีประสบการณ์ผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติล่าสุดอย่างน้อย 6 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัย และเป็นวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดาหรือผู้ปกครองของตนในครอบครัวมานานไม่น้อยกว่า 3 ปี

ประเภทปากแหว่งเพดานโหว่ หมายถึง ชนิดของปากแหว่งและเพดานโหว่แต่กำเนิดที่จำแนกชนิดตามตำแหน่งของรอยแยก เป็น 2 ประเภท คือ ปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว (unilateral cleft lip and cleft palate) และปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน (bilateral cleft lip and cleft palate)

ปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว หมายถึง ลักษณะที่สันเหงือกบนแยกเป็น 2 ชั้น คือ สันเหงือกชั้นใหญ่มีขากรรไกรบนส่วนหน้ารวมอยู่และสันเหงือกชั้นเล็ก ระหว่างสันเหงือกทั้งสองชั้น ปรากฏทางติดต่อระหว่างช่องปากกับช่องจมูก ผนังกันจมูกยึดติดกับเพดานปากซีกที่ใหญ่กว่า

ปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน หมายถึง ลักษณะที่รอยแยกบริเวณเพดานปากแบ่งเป็น 2 ช่องโดยมีผนังกันจมูกคั่นอยู่กึ่งกลาง ผนังกันจมูกยึดกับขากรรไกรบนส่วนหน้าแต่ไม่ยึดติดกับเพดานปากซีกใดเลย ตำแหน่งของขากรรไกรบนส่วนหน้าอาจยื่นมาทางด้านหน้ามากกว่าปกติหรือบิดเบี้ยวไปทางด้านใดด้านหนึ่ง ฟันซึ่งอยู่ชิดกับช่องโหว่มักหายไปหรือมีรูปร่างผิดปกติ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อศึกษาความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่และเพื่อค้นหาลักษณะทางจิต ประสพการณ์ทางสังคม และสภาวะสุขภาพช่องปากที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในบริบทสังคมไทยผู้วิจัยได้ทำการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเสนอตามลำดับ ต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1

1. การนิยามและกรอบแนวคิดเรื่องความพิการ
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: ความหมาย และการวัด

การวิจัยระยะที่ 2

3. ปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.1 ลักษณะทางจิตของวัยรุ่นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - ความหยุนตัว
 - การมองโลกในแง่ดี
 - การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด
 - 3.2 ประสพการณ์ทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา
 - การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน
 - การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น
 - 3.3 ประเภทปากแห้งเพดานโหว่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.4 ลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การวิจัยระยะที่ 3

4. ทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ทางสังคมวิทยา
5. การอบรมเลี้ยงดูวัยรุ่นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
6. การวิจัยผานวิธี
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย
8. สมมติฐานในการวิจัยระยะที่ 2

การนิยามและกรอบแนวคิดเรื่องความพิการ

การนิยามเรื่องความพิการมี 3 ประเภทตามวัตถุประสงค์การใช้ คือ การนิยามทางกฎหมาย และบริหารจัดการ การนิยามทางคลินิก และการนิยามเพื่อการวิจัย นิยามของความพิการในวงการสาธารณสุขถูกเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นต่างๆ ได้แก่ กระบวนการทางกฎหมาย การบริหารราชการ การวินิจฉัยทางการแพทย์ และระบบสวัสดิการสังคม การนิยามความพิการจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ ไม่ได้สื่อความหมายเฉพาะทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมไปถึงการเมือง สังคม วัฒนธรรมและปรับเปลี่ยนอุดมคติของคนในสังคมด้วย (Altman. 2001: 98-100; Ingstad; & Whyte. 1995: 5-6)

วิวัฒนาการของการนิยามและกรอบแนวคิดเรื่องความพิการ

แอลท์แมน (Altman. 2001: 101-110) กล่าวว่าในอดีตที่ผ่านมา นักวิชาการหลายสาขานิยามความพิการให้มืองค์ประกอบ ความหมาย และแนวคิดทฤษฎีต่างกันไป ดังแสดงใน ตาราง 2 การนิยามและกรอบความพิการเหล่านี้แบ่งได้เป็น 2 แนวคิดหลัก โดยก่อนปี ค.ศ.1987 เป็นการนิยามทางคลินิกด้วยพยาธิสภาพ (pathology) หรือความบกพร่องของร่างกาย (impairment) บนฐานคิดแบบแผนทางการแพทย์ (medical model) ตั้งแต่ปี ค.ศ.1987 เป็นต้นมา การนิยามความพิการจะอยู่บนพื้นฐานแนวคิดทางสังคม (social model) ที่มองว่าปัญหาของคนพิการเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง “ความบกพร่องทางร่างกาย” กับ “บริบททางสังคมและสภาพแวดล้อม” การเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ดังกล่าวเป็นผลจากการเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิและความเท่าเทียมของคนพิการโดยองค์การสหประชาชาติ (The United Nation) เสนอแนวคิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานเมื่อปี ค.ศ.1948 กำหนดทศวรรษคนพิการแห่งสหประชาชาติ ค.ศ. 1983 และอนุสัญญาองค์การแรงงานสากล (ILO) ค.ศ. 1988 และ 2002 (ทวีเชื้อสุวรรณทวี. 2552: 5, 75) ดังแสดงในตาราง 2

วิวัฒนาการของการนิยามเรื่องความพิการในสังคมไทยเป็นไปตามแนวคิดดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น โดยในปัจจุบัน พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 นิยาม “คนพิการ” หมายถึง “บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป” คนไทยที่มีลักษณะตามความหมายนี้มีสิทธิจดทะเบียนเป็นคนพิการของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อรับสวัสดิการสังคม โดยคนพิการที่ลงทะเบียนจะถูกจัดประเภทตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ซึ่งให้นิยาม “คนพิการทางร่างกาย” ว่ามี “ข้อจำกัดการสื่อสาร เช่น พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดซ้ำ จังหวะ

การพูดผิดปกติและบางคนอาจมีปัญหาในการได้ยินด้วย” ถึงแม้ว่าข้อจำกัดเช่นนี้สามารถพบได้ในคนปากแหว่งเพดานโหว่ที่ไม่ได้รับการรักษาผ่าตัดแก้ไขความบกพร่องของร่างกายให้เหมาะสมกับช่วงอายุและหรือมีความผิดปกติอื่นร่วมด้วย แต่รัฐบาลไม่จัดว่าปากแหว่งและหรือเพดานโหว่เป็นความพิการตามกฎหมายไทย ดังนั้น แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จึงไม่ครอบคลุมคนไทยกลุ่มนี้ ในทางตรงกันข้าม สำนักงานสถิติแห่งชาติของกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทำการสำรวจจำนวนคนพิการไทยประจำปี พ.ศ. 2544 และ 2550 โดยถือว่าปากแหว่งและหรือเพดานโหว่เป็นความพิการชนิดหนึ่ง

ตาราง 2 แสดงองค์ประกอบแบบจำลองทางทฤษฎีความพิการจำแนกตามปีตีพิมพ์

ปี ค.ศ.	ผู้พัฒนา	แบบจำลองทาง ทฤษฎี	องค์ประกอบ (conceptual components)				
			องค์ประกอบ ที่ 1	องค์ประกอบ ที่ 2	องค์ประกอบ ที่ 3	องค์ประกอบ ที่ 4	องค์ประกอบ ที่ 5
1965	Nagi	Nagi model	Pathology	Impairment	Functional limitation	Disability	-
1980	WHO	ICIDH model	Disease and disorders	Impairment	Disability	Handicap	-
1987	Abberley	Social model	Impairment	Disability	-	-	-
1990	Oliver						
1991	Pope & Tarlov	IOM-1 model	Pathology	Impairment	Functional limitation	Disability	-
1993	Verbrugge & Jette	Verbrugge & Jette model	Pathology/disease	Impairment	Functional limitation	Disability	-
1997	Brandt & Pope	IOM-2 model	Pathology	Impairment	Functional limitation	Disability	-
1999 2001	WHO	ICF model	Health condition	Body function/ body structures	Activity	Participation	Context: environmental and personal

ที่มา: Altman. (2001). Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications: pp.103. หมายเหตุ: IOM ย่อมาจาก The Institute of Medicine

วิวัฒนาการของการนิยามเรื่องความพิการในสังคมไทยเป็นไปตามแนวคิดดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น โดยในปัจจุบัน พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 นิยาม “คนพิการ” หมายถึง “บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป” คนไทยที่มีลักษณะตามความหมายนี้มีสิทธิจดทะเบียนเป็นคนพิการของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อรับสวัสดิการสังคม โดยคนพิการที่ลงทะเบียนจะถูกจัดประเภทตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2537) ซึ่งให้นิยาม “คนพิการทางร่างกาย” ว่ามี “ข้อจำกัดการสื่อสาร เช่น พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดช้า จังหวะการพูดผิดปกติและบางคนอาจมีปัญหาในการได้ยินด้วย” ถึงแม้ว่าข้อจำกัดเช่นนี้สามารถพบได้ในคนปากแหว่งเพดานโหว่ที่ไม่ได้รับการรักษาผ่าตัดแก้ไขความบกพร่องของร่างกายให้เหมาะสมกับช่วงอายุและหรือมีความความผิดปกติอื่นร่วมด้วย แต่รัฐบาลไม่จัดว่าปากแหว่งและหรือเพดานโหว่เป็นความพิการตามกฎหมายไทย ดังนั้น แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จึงไม่ครอบคลุมคนไทยกลุ่มนี้ ในทางตรงกันข้าม สำนักงานสถิติแห่งชาติของกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทำการสำรวจจำนวนคนพิการไทยประจำปี พ.ศ. 2544 และ 2550 โดยถือว่าปากแหว่งและหรือเพดานโหว่เป็นความพิการชนิดหนึ่ง

จากประเด็นที่กล่าวถึงข้างต้น แสดงว่าการนิยามและกรอบแนวคิดเรื่องความพิการเป็นตัวกำหนดมุมมองของคนในสังคม ขณะเดียวกันก็สร้างความหมายให้บุคคลกลายเป็นคนพิการได้โดยใช้ร่างกฎหมายมาจัดประเภทของบุคคลที่เข้าข่ายความพิการและแบ่งระดับความรุนแรงของความพิการ ดังนั้น แต่ละสังคมวัฒนธรรมจะมีการให้นิยามและกรอบความพิการที่แตกต่างกันออกไป สำหรับผู้ที่มียปากแหว่งเพดานโหว่แต่กำเนิดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยถือว่าเป็นคนพิการตามการนิยามเรื่องความพิการขององค์การอนามัยโลก ดังจะได้กล่าวถึงต่อไป

กรอบแนวคิดเรื่องความพิการขององค์การอนามัยโลก

ในที่นี้ ขอนำเสนอการนิยามขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization: WHO) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นการนิยามที่มีเหตุผลและได้รับการยอมรับเป็นสากล การนิยามอาศัยการจัดกลุ่มโรคระหว่างประเทศเป็นพื้นฐานประกอบกับการพิจารณาตามบริบททางสังคมเพื่อใช้เป็นแนวทางบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก ปี ค.ศ. 1999 องค์การอนามัยโลกได้เปลี่ยนจากการจำแนกความบกพร่องระหว่างประเทศ The International Classification of Impairment, Disabilities

and Handicaps (ICIDH) มาเป็น The International Classification of Functioning and Participation ต่อมาปี ค.ศ. 2001WHO ประกาศปรับชื่อกรอบความพิการนี้เป็น The International Classification of Functioning, Participation and Health (ICF) นิยามความพิการใหม่จะหลีกเลี่ยงการใช้คำที่มีความหมายสื่อไปทางลบและเน้นความสำคัญของสิ่งแวดล้อม กรอบทางทฤษฎี ICF พัฒนามาจากแบบแผนทางสังคม (social model) และจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) อาทิ ทฤษฎีบุคลิกภาพการควบคุมตนเองการเรียนรู้สังคมและอารมณ์ความรู้สึก เป็นต้น

The International Classification of Functioning, Participation and Health (ICF) อธิบายความพิการและสุขภาพประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (ดังตาราง 2) ดังนี้ (WHO. 2001; 2003; Altman. 2001: 102-115)

1) สภาวะสุขภาพ (health condition) หมายถึง ความผิดปกติ (disorder) และโรค (disease) ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทของสุขภาพ (the context of health) ในแต่ละบุคคล

2) โครงสร้างและการทำงานของกายจิต (body function and body structure) หมายถึง การทำหน้าที่ทางสรีรวิทยา (physiological functions) ของระบบร่างกายและการทำหน้าที่ของจิตใจ (psychological functions) ความบกพร่องของการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นความเบี่ยงเบน (deviation) หรือการสูญเสีย (loss) ออกจากมาตรฐานที่สังคมนั้นคาดหวังไว้

3) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity) หมายถึง การกระทำการกิจส่วนตัวของบุคคล ข้อจำกัดของการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (activity limitation) ถือเป็นความยากลำบากของการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน การพิจารณาประเด็นนี้เน้นสมรรถภาพ (capacity) หรือความสามารถของบุคคล (personal ability) ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากน้อยเพียงใดแม้ว่าจะมีข้อจำกัดตั้งแต่กำเนิด (inherent) ของตนเองและไม่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกระดับความสามารถของบุคคลพิจารณาจากความคาดหวังของสังคมนั้น

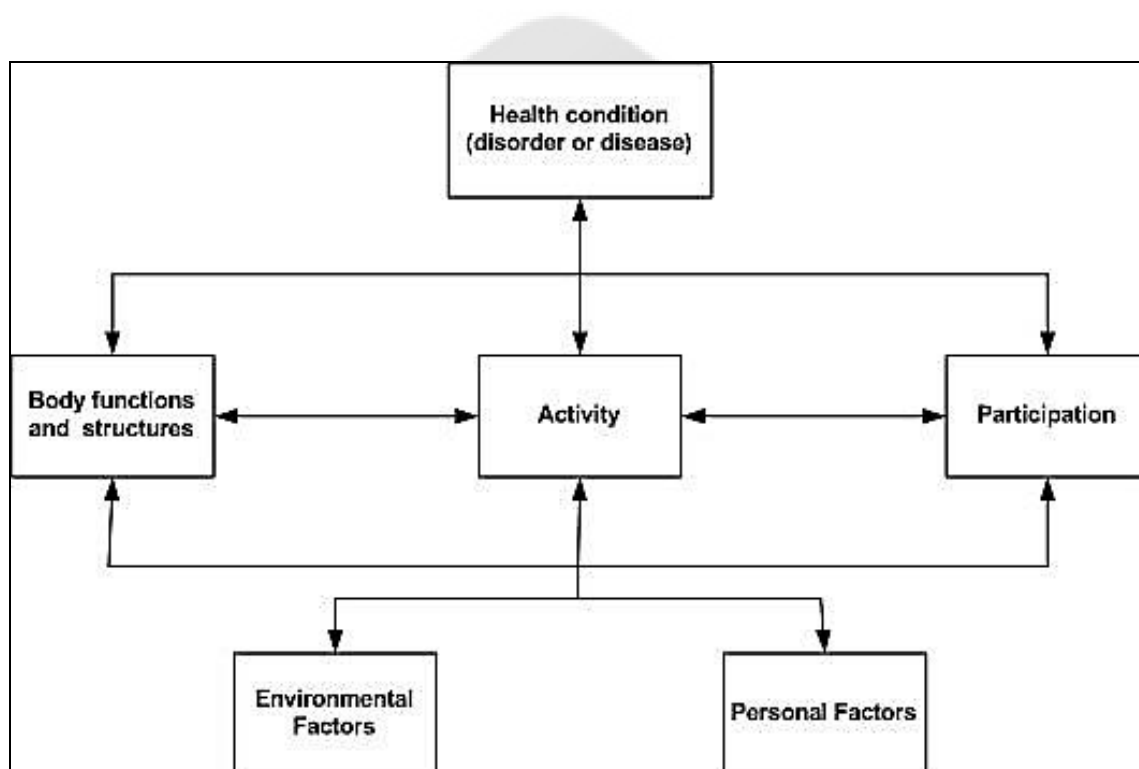
4) การมีส่วนร่วมทางสังคม (participation) หมายถึง การใช้ชีวิตในสถานการณ์ต่างๆ (life situations) ร่วมกับผู้อื่น ข้อจำกัดของการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัญหาการเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคมในสถานการณ์ต่างๆ บุคคลสามารถแสดงบทบาททางสังคมได้มากน้อยตามลักษณะสิ่งแวดล้อมรอบตัวหรือบริบททางสังคมในปัจจุบันที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ (current environmental) การมีส่วนร่วมทางสังคมจึงเป็นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลภายใต้บริบททางสังคม

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมทางสังคมของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลสุขภาพตนเอง การอยู่อาศัย การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้ชีวิตในด้านที่สำคัญ การกระทำการกิจกรรมทางสังคมและความเป็นพลเมือง

5) ปัจจัยบริบท (contextual factors) หมายถึง ลักษณะภูมิหลังของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล

- ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) หมายถึง ปัจจัยภายในของบุคคลที่สะท้อน สภาพภูมิหลังและมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น วิธีการดำเนินชีวิต นิสัย ลักษณะจิตใจ การศึกษา เชื้อชาติ ฐานะเศรษฐกิจ เป็นต้น

- ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (environmental factors) หมายถึงปัจจัยภายนอกของบุคคลทั้งทาง กายภาพและทางสังคมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์ สร้างขึ้น การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคม ระบบบริการและนโยบาย เป็นต้น



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีการจำแนกการทำหน้าที่ การมีส่วนร่วม และสุขภาพระหว่างประเทศ

ที่มา: WHO. (2001). International Classification of Functioning, Disability, and Health.

จากภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดทางทฤษฎีการจำแนกการทำหน้าที่ การมีส่วนร่วม และสุขภาพระหว่างประเทศ (The International Classification of Functioning, Participation and Health: ICF) อธิบายว่าโครงสร้างและการทำงานของกายจิตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และสภาวะสุขภาพ ในขณะเดียวกัน โครงสร้างและการทำงานของกายจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมก็ส่งผลกระทบต่อ3 ปัจจัยดังกล่าวด้วยเรียกว่า มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ดังนั้น ความพิการจึงเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่าง “ความบกพร่องทางร่างกาย” กับ “บริบททางสังคมและสภาพแวดล้อม” กรอบแนวคิด ICF ใช้อธิบายได้ทั้งสมรรถภาพและข้อจำกัดที่เกิดขึ้น กรอบแนวคิดนี้ยังสามารถใช้อธิบายผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) โดยเกิดจากปัจจัยบริบทและสภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล ผลลัพธ์ทางสุขภาพจึงประเมินได้จากคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ประกอบด้วย3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้างและการทำงานของกายจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม (Fougeyrollas; & Beauregard. 2001: 184-189, WHO. 2001; Elliott; & Dreer. 2007: 81)

เนื่องจากกรอบแนวคิดเรื่องความพิการ ICF ขององค์การอนามัยโลกเป็นกรอบที่มีการยอมรับความน่าเชื่อถือจากสากล และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางปฏิบัติได้จริง ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้ประยุกต์กรอบทฤษฎี ICF มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีแนวคิดประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้างและการทำงานของกายจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้วิจัยยังนำปัจจัยบริบททั้งปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม มาเป็นปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยมีสภาวะสุขภาพเป็นความผิดปกติปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิดของผู้ป่วยวัยรุ่น

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: ความหมาย และการวัด

ความหมายคุณภาพชีวิต

อะไร คือ “คุณภาพชีวิต” (quality of life) ฮาร์ดิง (Harding. 2001: 79) เสนอว่าคุณภาพชีวิตมีความหมาย 2 นัย คือ นัยหนึ่งเป็นความอยู่ดีมีสุข (well-being) ของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจและสังคม อีกนัยเป็นมาตรฐานการดำเนินชีวิตของบุคคล (standard of living) ดังนั้นในการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย อาทิเช่น

คณะกรรมการคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่า “การรับรู้ของบุคคลว่าตนมีวิธีการดำเนินชีวิตภายใต้ระบบค่านิยมและวัฒนธรรมหนึ่งๆดีเพียงใด เมื่อเทียบกับเป้าหมาย การคาดหวัง และมาตรฐานที่ตนปรารถนา” (WHOQOL Group. 1995: 1403)

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคนอื่นๆ (2540) ได้ให้นิยามคุณภาพชีวิตในงานวิจัยว่า หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในด้านชีวิตของตน ทั้งทางด้านจิต ด้านสังคม และด้านวัตถุ

การรับรู้ดังกล่าวจัดเป็นการประเมินเชิงอัตวิสัย (subjective evaluation) ครอบคลุมทั้งด้านบวกและด้านลบ แสดงว่าคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันตามการรับรู้แต่ละบุคคล โดยที่บุคคลมีประสบการณ์ในสถานการณ์เดียวกันอาจรับรู้คุณภาพชีวิตแตกต่างกันตามความรู้สึกและประสบการณ์ คุณภาพชีวิตมีคำใกล้เคียงอื่นๆ ได้แก่ สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) ความสุขเชิงอัตวิสัย (subjective well-being) ความสุข (happiness) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) อารมณ์ด้านบวกและด้านลบ (positive and negative affect) และ ชีวิตที่ดี (the good life) (Craighead; & Nemeroff. 2001: 1360; Ballesteros. 2003: 801) คุณภาพชีวิตถูกนิยามในหลายความหมาย หลายระดับตั้งแต่ต่ำถึงสูง และหลายองค์ประกอบในแต่ละระดับ จากทฤษฎีระดับความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs) สามารถอธิบายความต้องการของมนุษย์เป็น 2 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตระดับต้น เช่น สนองความต้องการทางร่างกาย ความมั่นคงปลอดภัย เป็นต้น และ คุณภาพชีวิตระดับสูง เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นที่รักและยอมรับของผู้อื่น การมีความรู้สึกว่าทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ส่วนรวม เป็นต้น (ดวงเดือน พันธุมนาวิน; และคนอื่นๆ. 2540: 139) ปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่สนใจศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล คุณภาพชีวิตที่ดีหมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลหรือความอยู่ดีมีสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยความรู้สึกที่บุคคลรับรู้มีความสัมพันธ์กับสังคมภายใต้ค่านิยม วัฒนธรรม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน (Fayers; & Machin. 2007: 4) ความพึงพอใจในชีวิตเป็นพฤติกรรมภายใน (covert behavior) ที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตเห็นได้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า เช่น เจตคติ ความคิด ความสนใจ เป็นต้น

ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพตามการแพทย์สมัยก่อน คือ การรักษาโรคให้หาย และลดความทุกข์ทรมานจากโรค ในปัจจุบันมีหลายโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ เช่น โรคเรื้อรัง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น แต่ผู้ป่วยดังกล่าวก็สามารถมีชีวิตรอดอยู่กับโรคของตนเองได้อย่างผาสุก ดังนั้น การดูแลสุขภาพของประชาชนจึงได้ขยายขอบเขตจุดมุ่งหมายการดูแลรักษาไปที่วิถีการดำเนินชีวิต

เพื่อดำรงสภาวะสุขภาพและสุขภาพที่ดี(ดรุณี รุจกรกานต์. 2541: 102) องค์การอนามัยโลกให้นิยามของ “สุขภาพ” (health) ว่าไม่ได้จำกัดแค่สภาวะที่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ในด้านต่างๆทั้งทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (World Health Forum. 1988: 31) การมีสุขภาพที่ดีครอบคลุมทั้ง ร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอย่างปกติสุขในสังคม

การประเมินผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่างๆ โดยบุคลากรทางการแพทย์จะประเมิน “ผลลัพธ์ทางสุขภาพ” (health outcome) เบ็ดเตล็ดและคนอื่นๆ (Badia; et al. 2000: 1439) กล่าวว่าการรักษาพยาบาลในอดีตมุ่งลดและขจัดปัญหาหรือเชื้อโรคให้หมดไปจึงประเมินผลเฉพาะอัตราการตาย อาการทางคลินิก และการเปลี่ยนแปลงของโรค เช่น ระดับความดันโลหิต ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ จังหวะการเต้นของหัวใจ เป็นต้น ส่วนการรายงานผลลัพธ์สุขภาพด้วยตัวผู้ป่วยเองมักเน้น 2 ตัวชี้วัด คือ 1) “สถานภาพทางสุขภาพ” (health status) หรือระดับความพึงพอใจ (level of wellness and illness) ซึ่งเป็นตัวแทนของความผิดปกติทางกายภาพ อาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ และ 2) “การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ” (health perceptions) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพของตน บางคนจะรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพดีแม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย บางคนอาจจะรู้สึกว่าคุณภาพสุขภาพไม่ดีแม้ว่าจะไม่ได้ป่วยเป็นโรคใดๆ (Fayers; & Machin. 2007: 3) ตัวชี้วัดสถานภาพทางสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือ “คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” (Health-Related Quality of Life: HRQoL) ซึ่งนิยามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ความพึงพอใจและความสุขในแต่ละองค์ประกอบของชีวิตบุคคลที่เป็นผลมาจากหรือเป็นเหตุให้เกิดสถานะทางสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Ware. 1995: 327; WHOQOL group. 1998: 1569)

นอกจากนี้ การนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในงานวิจัยต่างๆ ก็ขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายของนักวิจัย อาทิ “การประเมินคุณค่าชีวิตตนเองจากอิทธิพลของโรค อุบัติเหตุ การรักษาหรือนโยบายที่มีต่อความบกพร่อง การทำหน้าที่ การรับรู้ และโอกาสทางสังคม” (Patrick; & Erickson. 1993) และ “การรับรู้ผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อสถานภาพสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ การทำหน้าที่ทางสังคมและความสุขใจ” (Leidy. 1999: 20)

กล่าวได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจัดเป็นคุณภาพชีวิตด้านหนึ่งของบุคคล เกิดจากการที่บุคคลประเมินวิถีชีวิตของตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ เราสามารถศึกษาคุณภาพชีวิตในระดับที่กว้างโดยทั่วไป หรือในระดับที่ถูกแยกย่อยลงสู่ขอบเขตที่แคบเฉพาะ ทั้งนี้ขึ้นกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย หากนักวิจัยยังศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในความหมายที่เจาะจงก็ช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลเฉพาะลงที่ขอบเขตหนึ่งและการวัดมักจะมีความไวต่อการค้นพบความสัมพันธ์กับปัจจัยเชิงเหตุต่าง ๆ

ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

วัยรุ่น คือ บุคคลที่มีอายุ 12-19 ปี โดยช่วงวัยรุ่นตอนต้นอายุ 12-14 ปี ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง อายุ 15-17 ปี และช่วงวัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-19 ปี ตลอดช่วงวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดังนี้ (อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์. 2551:83-84)

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายมีลักษณะเป็นหนุ่มสาว ทำให้วัยรุ่นสนใจ ใส่ใจ สงสัย อยากรู้บางครั้งก็กังวลต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

2) การเปลี่ยนแปลงทางเพศทั้งรูปร่างลักษณะที่บ่งบอกเพศและความคิด ความสนใจ อยากรู้ อยากเห็นในเรื่องเพศ ความรัก การปฏิบัติระหว่างเพศ ทำให้เกิดความสับสนทางอารมณ์และง่ายต่อการถูกยั่วยุทางเพศจากสื่อต่างๆ

3) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์วัยรุ่นนี้จะไวต่อสายตาของผู้คนที่มองตน กังวลง่ายต่อเรื่องเล็กน้อย เช่น ลีลาขี้น อารมณ์ผันแปรง่าย บางครั้งสนุกสนาน แต่ก็สามารถเปลี่ยนเป็นหงุดหงิดได้ บางครั้งรู้สึกมั่นใจกล้าแสดงออก สักพักก็กังวลแล้วไม่กล้าทำ

4) การเปลี่ยนแปลงทางความคิดวัยรุ่นนี้สมองส่วนหน้าที่ควบคุมความคิดเหตุผล เส้นใยสมองจะเจริญเติบโตรวดเร็ว ทำให้พัฒนาความคิดที่มีเหตุผล มีอุดมคติ มีความคิดรวบยอด แต่ยังขาดความรอบคอบและรอบด้าน วัยรุ่นจึงชอบที่จะแสดงความคิดเห็นในด้านเดียวและเชื่อมั่นว่าตนเองถูกต้อง

5) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเพื่อนเข้ามามีบทบาทอย่างเด่นชัด วัยนี้ต้องการการยอมรับจากเพื่อนและสังคม มักจะสนุกสนาน สนใจและพูดคุยกับเพื่อนในวัยเดียวกันมากกว่าครอบครัว ชอบลอกเลียนแบบดาราหรือผู้ที่ตนเองชื่นชอบเพื่อแสดงเอกลักษณ์ของตน

ผู้วิจัยตระหนักว่าวัยรุ่นเป็นช่วงชีวิตสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน อาจเป็นจุดวิกฤตชีวิตที่เปลี่ยนผ่านวัยเด็กสู่การเผชิญสังคมภายนอกครอบครัว พัฒนาการทางจิตและสังคมที่เหมาะสมของวัยรุ่นช่วยส่งเสริมให้ดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้และเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

นอกจากแนวคิดเกี่ยวกับพัฒนาการของวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ยังสัมพันธ์กับความหมายของ “คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก” (สุดาตวง เกร้นพงศ์. 2550: 17) หรือ “สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต” (พัชรารวรรณ ศรีศิลปนันท์. 2550) เป็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหรือความผิดปกติในช่องปาก เช่น ฟันผุ เหงือกอักเสบ ฟันตกกระ สูญเสียฟัน ฟันสบผิดปกติ เป็นต้น เพื่อใช้ประเมินความพึงพอใจหรือการรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่อกิจวัตรประจำวัน สภาพจิตใจ และการดำเนินชีวิตในสังคม ล็อกเกอร์ (Locker. 1989; 1997) ให้ความหมายของ “สุขภาพช่องปาก” (oral health) หมายถึง

การทำหน้าที่ของสุขภาพช่องปากและบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ด้วยการรับรู้อาการเจ็บ และไม่สบายที่เกิดขึ้น ต่อมานิยามเพิ่มว่า สุขภาพช่องปากเกี่ยวข้องกับคนทั้งคน ความผิดปกติช่องปาก โรค สุขภาวะ ความสุขใจ และคุณภาพชีวิต ตามนิยามนี้ การทำหน้าที่ของช่องปากได้ตามปกติและผลที่เกิดขึ้นกับสภาวะจิตใจตลอดจนกิจกรรมทางสังคมในชีวิตประจำวันของบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการตรวจพบรอยโรคในช่องปาก การนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับความผิดปกติในช่องปาก มีดังนี้

“การรับรู้ผลกระทบจากสุขภาพช่องปากตนเองต่อความสุขใจและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน” (Kressin. 1997: 114)

“ผลของความผิดปกติในช่องปากที่กระทบการทำหน้าที่และความสุขใจ” และ “อาการแสดงการทำหน้าที่และผลกระทบทางจิตสังคมจากโรคและความผิดปกติในช่องปาก” (Locker; et al. 2000: 970; 2002: 90)

“บุคคลรับรู้ความรุนแรง ความถี่ หรือระยะเวลาของผลกระทบจากความผิดปกติในช่องปากที่มีความสำคัญเพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและชีวิตโดยรวม” (Locker; & Allen. 2007b: 409)

“การปราศจากผลกระทบด้านลบจากสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการใช้ชีวิตสังคมและความรู้สึกมั่นใจในฟันและใบหน้าตนเอง” (Inglehart; & Bagramian. 2002: 2)

นิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของนักวิชาการข้างต้น จะเห็นว่าเป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับผลกระทบของสภาวะสุขภาพช่องปากต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของบุคคล ซึ่งเน้นผลกระทบด้านลบที่เกิดจากโรคและความผิดปกติในช่องปาก นิยามดังกล่าวสนใจเพียงว่าบุคคลจะมีข้อจำกัดอุปสรรคของการทำหน้าที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือบกพร่องเท่านั้น ในขณะที่ โรคหรือความผิดปกติเกิดขึ้นอาจไม่ได้ทำให้บุคคลรับรู้ผลกระทบด้านลบ เนื่องจากปัจจัยปกป้องทั้งจากภายในและภายนอกตนช่วยจัดหรือลดปัญหาเหล่านั้น บุคคลจึงสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างราบรื่นเป็นปกติสุข ดังปรากฏในงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีความบกพร่อง การทำกิจกรรมได้จำกัด และการมีส่วนร่วมทางสังคมได้จำกัด ก็ต่อเมื่อมีการปรับตัว และการจัดการความเครียดได้ไม่ดี ความสามารถในการจัดการความเครียดต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการสูญเสียฟันหรือความผิดปกติของฟันเป็นทุกข์ทรมาน (handicapped) หรือจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทดแทนได้ต่างกันด้วย ด้วยเหตุนี้ สิ่งแวดล้อมทางสังคมจึงส่งผลต่อลักษณะทางจิตและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (MacEntee. 2006: 9-12)

จากการประมวลความหมายคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิทยุทันตแพทยศาสตร์จะรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองในลักษณะการประเมินเชิงอัตวิสัยทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายและความผิดปกติหรือโรค ควรเป็นการประเมินทั้งสถานภาพทางสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่มีต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ

และสังคม ในการวิจัยครั้งนี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นนึ่งอาจสะท้อนได้ทั้งผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้นจากวัยเด็กถึงปัจจุบัน และแนวโน้มของสุขภาพต่อไปในอนาคต โดยเฉพาะปากแหว่งเพดานโหว่มาตั้งแต่กำเนิดย่อมมีข้อจำกัดทั้งโครงสร้างและการทำงานของกายจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการมีส่วนร่วมทางสังคมอยู่แล้ว อาจมีข้อจำกัดเพิ่มมากยิ่งขึ้นในช่วงวัยรุ่นนอกจากนี้ ปัจจัยบริบททั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมอาจมีอิทธิพลมากขึ้นในช่วงวัยรุ่นที่ใส่ใจตนเองมากขึ้นและให้ความสำคัญกับสังคมรอบตัว ดังนั้น การวิจัยระยะที่ 1 จึงมุ่งค้นหาความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านทางมุมมองของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่เอง เพื่อให้มีความจำเพาะกลุ่มเป้าหมายและสอดคล้องกับบริบทไทย

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

แมคมิลแลน (McMillan, 1998) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตสามารถวัดได้หลายรูปแบบทั้ง การวัดเชิงอัตวิสัย (subjectivity) เช่น การประเมินความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น และการวัดเชิงปรนัย (objectivity) เช่น เกณฑ์ทางเศรษฐกิจสังคม และระดับการศึกษา เป็นต้น การวัดคุณภาพชีวิตอาจเป็นแบบสัมบูรณ์ (absolute) หรือแบบสัมพัทธ์ (relative) เมื่อผู้ตอบประเมินค่าหรือตัดสินคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน เช่น สิ่งที่เป็นอุดมคติของบุคคล ประสบการณ์ในอดีตหรือสิ่งที่คนส่วนใหญ่มีประสบการณ์ร่วม คุณภาพชีวิตอาจวัดได้โดยตรงจากบุคคลหรือโดยการเทียบเคียง เช่น คนใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีทั้งแบบวัดทั่วไปและเฉพาะเจาะจงต่อโรคต่อกลุ่มประชากร แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนปกติทั่วไปจะมีความแตกต่างกัน เนื่องจากโรคและผลกระทบจากโรคหรืออาการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (Sweet; et al. 2003: 309) ผู้วิจัยเห็นว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่น่าจะมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่มีโรคในช่องปากหรือผู้ที่มีความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ แต่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มีความต่างจากผู้ป่วยที่มีโรคในช่องปากอื่น คือ ในความพิการแต่กำเนิดนั้นยังคุกคามต่อชีวิต และผลกระทบของปากแหว่งเพดานโหว่ยังมีต่อการดำเนินชีวิตในสังคม แสดงว่าการให้นิยามและองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนปกติทั่วไปกับผู้ป่วยควรแตกต่างกัน แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มักนำแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปมาเพิ่มเติมหรือปรับปรุงเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยดังเช่นปราห์และแอนเดอร์สัน (Prahl; & Andersen. 2007: 116-121) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความผิดปกติบนใบหน้าและคุณภาพชีวิต พบว่า จำนวนงานวิจัยในประเด็นนี้ยังมีน้อยและใช้แบบวัดที่ไม่เจาะจงต่อโรคหรือกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเด็กและวัยรุ่น

นอกจากนี้ แพททริกและเชียง (Patrick; & Chiang. 2000: 14) เสนอว่าการประเมินคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่เป็นโรคเรื้อรังและวัยรุ่นพิการควรใช้นิยามเจาะจงความพิการหรือสถานการณ์เฉพาะกลุ่มโรค

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะแรกประเมินจาก ความสามารถทำหน้าที่ของร่างกาย และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ปรากฏว่าไม่ครอบคลุมความหมายของสุขภาพองค์รวม ต่อมาจึงวัดจากการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการแสดงของโรค ผลกระทบความเจ็บป่วย และความพึงพอใจชีวิต จากนั้นหันมาสนใจการวัดเชิงอัตวิสัยมากขึ้น เช่น อารมณ์ บทบาทหน้าที่ การทำหน้าที่ทางสังคม การทำหน้าที่ทางการรู้คิด ความสุขใจ จิตวิญญาณ และความสามารถจัดการความเจ็บป่วย เป็นต้นในปัจจุบัน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะหมายถึง ความสุขใจและความพึงพอใจในชีวิตจากผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อด้านสังคม อารมณ์ การงาน และครอบครัว ซึ่งแต่ละบุคคลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองได้ทั้งทางบวกและทางลบแตกต่างกันไปตามความเชื่อและการจัดการต่อปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Fayers; & Machin. 2007: 6-7) นักวิชาการหลายท่านแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่างกัน ดังนี้

เวนเจอร์และคนอื่นๆ (Wenger; et al. 1984) แบ่งองค์ประกอบของแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็น 3 ด้าน คือ อาการของโรค ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

โบลิ่ง (Bowling.2007) เสนอว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำกิจกรรม ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความสุขใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านความพึงพอใจในชีวิต

เฟเยอร์และมาชิน (Fayers; & Machin. 2007) เห็นว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์ทางสุขภาพใน 3 ด้านสำคัญ คือ การทำหน้าที่ทางร่างกาย การทำหน้าที่ทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980-2006 (Connolly; & Johnson. 1999) แบ่งเป็นแบบวัดทั่วไปจำนวน 35 ชุด และแบบวัดเฉพาะเจาะจงโรคจำนวน 64 ชุด พบว่า แบบวัดส่วนใหญ่พัฒนาในประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แบบวัดอายุ 5-19 ปี แบบวัดได้รับการตรวจสอบการวิเคราะห์คุณภาพด้วยความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง และความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ องค์ประกอบของแบบวัดทั่วไปมีตั้งแต่ 3-17 ด้าน โดยเรียงลำดับจากสูงสุด 5 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านความภาคภูมิใจในตนเองและภาพลักษณ์ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านการแสดงอาการของโรค ตามลำดับ สำหรับองค์ประกอบของแบบวัดเฉพาะเจาะจงโรคเช่น โรคหอบหืด มะเร็ง และลมชัก มีตั้งแต่ 2-12 ด้าน โดยเรียงลำดับจากสูงสุด

5 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกเป็นสุข ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านการทำหน้าที่ทางร่างกาย ด้านการแสดงอาการของโรค และด้านการรักษาพยาบาล ตามลำดับ ข้อสรุปของทั้งสองงานวิจัยสอดคล้องกันว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีลักษณะเป็นพหุมิติ โดยให้วัยรุ่นรายงานการประเมินผลกระทบจากโรคและการรักษาพยาบาลที่มีต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคมของตนเอง โซลันส์ (Solans; et al. 2008) เสนอแนะว่าควรให้ผู้ป่วยวัยรุ่นได้มีส่วนร่วมสร้างข้อคำถามในแบบวัดต่างๆ และคำนึงถึงการตีความหมายแตกต่างกันตามวัฒนธรรม

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยของทันตแพทย์กลุ่มหนึ่ง (Inglehart; & Bagramian. 2002: 36) เกี่ยวกับแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากจำนวน 10 ชุด พบว่า แบบวัดประเมินผลลัพธ์ของสุขภาพช่องปากหรือการดูแลสุขภาพช่องปากมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านการทำงานของร่างกาย เช่น การเคี้ยว พูด ยิ้ม หัวเราะ นอน เป็นต้น ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น สนทนากับผู้อื่น ความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น ด้านความปกติสุขและรู้สึกเป็นสุข เช่น เจ็บ วิตกกังวลความเชื่อมั่น ความสุขใจ เสียหวัง เป็นต้น และด้านภาพลักษณ์

สรุปได้ว่า การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพส่วนใหญ่วัดจาก 3 ลักษณะคือ 1) ดัชนีทางสังคม วัดเงื่อนไขหรือตัวแปรสภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นปรนัย เช่น สถานะทางสุขภาพ มาตรฐานการดำรงชีวิต เป็นต้น 2) ดัชนีทางจิตใจ เป็นการรายงานเชิงอัตวิสัยต่อประสบการณ์ชีวิตที่แสดงถึงความสุขทางจิตใจ ความพึงพอใจส่วนบุคคล และ 3) ความสอดคล้องเหมาะสม เน้นระดับความสอดคล้องหรือแตกต่างระหว่างความต้องการและพึงพอใจของบุคคล ดังนั้น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นน่าจะเป็นการรายงานความพึงพอใจของการประเมินผลกระทบจากความผิดปกติที่มีต่ออาการความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ รวมทั้งด้านสังคม

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปที่ได้รับการยอมรับคือ แบบวัดคุณภาพชีวิต (The World Health Organization Quality of Life - BREF: WHOQOL-BREF) ขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 1992 เป็นแบบวัดมาตรฐานจำนวน 100 ข้อและ 26 ข้อ สำหรับใช้ทั่วไปในประเทศต่างๆรวมทั้งประเทศไทย มีเนื้อหาเกี่ยวกับการมีชีวิตที่ดี มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตจากรายงานตนเอง ประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม แต่ละข้อคำถามเป็นประโยคข้อความมาตรฐานประเมินค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด” ตัวอย่างข้อคำถามเช่น ท่านมีความรู้สึกเจ็บปวดตามร่างกาย จนไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด และท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อนมากน้อยเพียงใด เป็นต้น

จากการประมวลแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนพิการ ผู้วิจัยพบว่า มีแบบวัดคุณภาพชีวิตวัยรุ่นด้านความผิดปกติบนใบหน้า (Youth Quality of Life Instruments-Facial Differences Module: YQOL-FD) สรุปพอสังเขป ดังนี้ แบบวัดคุณภาพชีวิตวัยรุ่น (Youth Quality of Life Instruments: YQOL) พัฒนาจากกลุ่มแพททริก เอ็ดเวิร์ด และคนอื่นๆ ในมหาวิทยาลัยซีแอตเติล (Patrick; et al. 2002; Edwards; et al. 2002) โดยพัฒนาแบบวัดนี้จากนิยามของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกร่วมกับจากผลการวิจัยฐานราก แบบวัดรายงานตนเองนี้เหมาะกับวัยรุ่นอายุ 11-18 ปี ทั้งที่มีและไม่มีโรคเรื้อรังหรือพิการ แบบวัด YQOL2 ฉบับแรก คือ ฉบับเต็มสำหรับงานวิจัยและประเมิน (YQOL- Research Version: YQOL-R) จำนวน 56 ข้อ ฉบับย่อสำหรับการสำรวจประชากรตามตัวชี้วัดของนโยบายระดับประเทศ (YQOL-Surveillance Version: YQOL-S) จำนวน 14 ข้อ ต่อมา คณะผู้วิจัยในกลุ่มเดียวกันนี้ (Edwards; et.al. 2005) ได้สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นด้านความผิดปกติบนใบหน้า (YQOL-Facial Differences Module: YQOL-FD) จำนวน 18 ข้อ วัดบริบท (contextual items) และ 39 ข้อ วัดการรับรู้ (perceptual items) มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเผชิญความเครียด (coping) การถูกตีตราและกีดกันจากสังคม (stigma and isolation) ความใกล้ชิดและความไว้วางใจ (intimacy and trust) ผลลัพธ์ทางบวก (positive consequences) ภาพลักษณ์ต่อตนเอง (self-image) และอารมณ์ทางลบ (negative emotions) และแบบวัดคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นด้านการผ่าตัด (YQOL-Craniofacial Surgery :YQOL-CS) จำนวนข้อคำถามวัดบริบท 2 ข้อ วัดการรับรู้ 32 ข้อ มี 1 องค์ประกอบคือ การผ่าตัด แบ่งเป็นประสบการณ์ผ่าตัด 20 ข้อและความต้องการผ่าตัดในอนาคต 12 ข้อ

อย่างไรก็ตาม แบบวัด YQOL-FD ไม่เหมาะสมนำมาใช้วัดตัวแปรตามในการวิจัยนี้ เนื่องจากแจนเซนและคนอื่นๆ ได้สังเคราะห์แบบวัดนี้แล้วพบว่า เนื้อหาไม่ครอบคลุมความหมายตามกรอบทฤษฎี ICF คำนวณน้ำหนักของบางองค์ประกอบมีค่าน้อยมากและแบบวัดนี้ไม่เคยถูกนำมาใช้กับวัยรุ่นเอเชีย (Janssens; et al. 2008: 709)

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ถูกนำมาใช้กับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีจำนวนค่อนข้างน้อย มาซแมนกับโรบินสัน (Marshman; & Robinson. 2007: 88-91) ทำการสังเคราะห์แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของเด็ก ระหว่างปี ค.ศ. 2000-2005 จำนวน 4 ชุด พบว่ามีแบบวัดเพียง 2 ชุด คือ Child-Oral Impacts of Daily Performance (Child-OIDP) และ Child Oral Health Quality of Life Questionnaire (COHQOL) ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและพัฒนาการเด็ก ผู้พัฒนาแบบวัดคำนึงถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของเด็กและความสามารถในการตอบแบบวัดด้วยตนเอง เช่น การอ่าน ระดับสเกลและระยะเวลาตอบแบบวัด เป็นต้น โดยผู้ตอบแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากควรมีอายุตั้งแต่ 8 ขวบขึ้นไป กล่าวคือ เด็กสามารถรายงาน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตนเองได้ตั้งแต่อายุ 7 ขวบและประเมินความรู้สึกภายในได้เมื่ออายุ 8 ขวบ (Roberts; et al. 2002: 668-669) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟรนช์กับคริสตี้ (French; & Christie. 1996: 45) ที่พบว่าพัฒนาการของเด็กอายุ 8 ขวบจะเริ่มเข้าใจผลกระทบความเจ็บป่วยต่อกิจกรรมทางสังคมและความสัมพันธ์ทางสังคม

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาแบบวัด Child-OIDP พบว่า ไม่เหมาะสมนำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแบบวัดที่พัฒนาสำหรับใช้กับเด็กทั่วไปอายุ 11-12 ปี ขาดการตรวจสอบคุณภาพกับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และไม่วัดด้านการทำหน้าที่ของจิตใจ (Marshman; & Robinson. 2007: 92-93)

ส่วน แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากเด็ก (Child Oral Health Quality of Life Questionnaire: COHQOL)ถูกพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับเด็กและเยาวชน กลุ่มคณาจารย์และทันตแพทย์ในมหาวิทยาลัยโตรอนโต (Locker; et al. 2005: 262) ได้สร้างและปรับปรุงข้อคำถามจากข้อมูลสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กที่มีโรคในช่องปากหรือความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะเช่น ฟันผุ สบฟันผิดปกติ ปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ เป็นต้น รวมทั้งบิดามารดาของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษาวัดวัตถุประสงค์ของแบบวัดนี้เพื่อวัดผลลัพธ์ทางคลินิกและประเมินผลกระทบของโรคหรือความผิดปกติต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั่วไปและผู้ป่วยเด็กอายุ 6-14 ปี แบบวัด COHQOL มี 2 ฉบับ คือแบบสอบถามการรับรู้ของบิดามารดา (Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire: P-CPQ) และแบบสอบถามการรับรู้ของเด็กอายุ 6-7, 8-10 และ 11-14 ปี (Child Perceptions Questionnaire: CPQ)แบบวัด CPQ₁₁₋₁₄ฉบับเต็มมี 37 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การแสดงอาการของอวัยวะในช่องปาก (oral symptoms) จำนวน 6 ข้อ 2) การทำหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก (functional limitation) จำนวน 9 ข้อ 3) ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพช่องปาก (emotional well-being) จำนวน 9 ข้อและ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social well-being) จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามคือ “ช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ท่าน...เพราะฟัน ปาก ริมฝีปาก หรือขากรรไกรของตนเองบ่อยแค่ไหน” ตัวอย่างเช่น ท่านขาดเรียน ท่านหลีกเลี่ยงการอ่านหรือพูดในช่วงเวลาเรียน ท่านหลีกเลี่ยงการยิ้ม ท่านถูกเพื่อนล้อเลียน ท่านขัดแย้งกับเพื่อนหรือครอบครัว เป็นต้น เด็กรายงานตนเองเกี่ยวกับความถี่ของประสบการณ์ในรอบ 3 เดือน ที่ผ่านมา แต่ละข้อคำถามมี 5 หน่วย ตั้งแต่ “ไม่เคย” “1-2 ครั้ง” “บางครั้ง” “บ่อย” และ “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน”รวมคะแนนแยกแต่ละองค์ประกอบ คณะผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือว่ามีความน่าเชื่อถือในหลายประเทศ อาทิ สหราชอาณาจักร นิวซีแลนด์ ซาอุดีอาระเบีย ย่อยก และแคนาดา

ต่อมา ลัวและคนอื่นๆ (Lau; et al. 2009) ได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ของแบบวัด CPQ₁₁₋₁₄ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นชายฮ่องกงอายุ 12 ปี จำนวน 504 คน แบบวัด CPQ₁₁₋₁₄ ที่ถูกลดจำนวนข้อคำถามด้วยเทคนิคถดถอยพหุคูณแบบลำดับ (Stepwise Regression Method) เหลือ 16 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบไว้ 4 องค์ประกอบ แต่ละองค์ประกอบมีดัชนี 4 ตัว ในแบบจำลองลำดับที่หนึ่ง พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .40-.87 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .42-.90 แสดงว่าทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน จากนั้น ผู้วิจัยกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบอีกลำดับรวมเป็น 1 องค์ประกอบในแบบจำลองลำดับที่สอง พบว่ามีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .44-.86 เมื่อพิจารณาดัชนีแสดงความเหมาะสมสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูล พบว่าแบบจำลองความสอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูลมาก (ค่า GFI=.87, χ^2/df =1.91, p-value<.0001, RMSEA=.043, CFI=.99, NFI=.97) ดังนั้น CPQ₁₁₋₁₄ ฉบับย่อมีความน่าเชื่อถือในคุณภาพแบบวัดเช่นเดียวกับฉบับเต็ม

ผู้วิจัยเห็นว่า แบบวัด CPQ₁₁₋₁₄ มีความสอดคล้องและครอบคลุมการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิด ICF คือ 1) องค์ประกอบการทำงานของร่างกายและจิตใจของ ICF วัดด้วยการแสดงอาการและด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพ 2) องค์ประกอบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ ICF วัดด้วยการทำหน้าที่ของร่างกาย และ 3) องค์ประกอบ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของ ICF วัดด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ยิ่งไปกว่านั้น แบบวัด CPQ₁₁₋₁₄ ยังครอบคลุมทั้ง 2 ประเภทของการประเมินผลลัพธ์สุขภาพ คือ 1) ระดับสถานะทางสุขภาพหรือเชิงปรนัย (objectivity) วัดด้วยการแสดงอาการและด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และ 2) ระดับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพหรือเชิงอัตวิสัย (subjectivity) วัดด้วยด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพและด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการตีความการให้ความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเภทปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างกันในการวิจัยระยะที่ 1 จากนั้น วิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพให้ได้องค์ประกอบและกำหนดนิยามของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ นำมาพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ให้เป็นแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่า จากนั้น ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับผลการวิจัยระยะที่ 1 และเทียบเคียงแบบวัด Child Perceptions Questionnaire ฉบับย่อสำหรับวัยรุ่นอายุ 11-14 ปี (CPQ₁₁₋₁₄) ของ โจโควิกและคนอื่นๆ (Jokovic; et al. 2002) เพื่อพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือในการวิจัยระยะที่ 2

ปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยสรุปจากการประมวลเอกสาร ตำรา ผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศได้ว่า ผลลัพธ์ของสุขภาพช่องปากหรือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากเกิดจากสาเหตุหลัก 3 ประการคือ 1) ลักษณะทางจิต หมายถึง ลักษณะของจิตใจที่ส่งผลผลักดันให้เกิดสุขภาพช่องปาก อาจอยู่ภายใต้อิทธิพลของสถานการณ์ปัจจุบันหรือไม่ก็ได้ 2) ประสบการณ์ทางสังคม หมายถึง สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นลักษณะเอื้อหรือขัดขวางการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของบุคคล และ 3) สภาวะสุขภาพช่องปาก หมายถึง ความผิดปกติหรือโรคที่เกิดขึ้นในช่องปาก อันเป็นเงื่อนไขสุขภาพของแต่ละบุคคล

จากข้อสรุปดังกล่าวข้างต้น สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยจึงทำการประมวลเอกสารเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มา 4 กลุ่มตัวแปรซึ่งคาดว่าจะปัจจัยเชิงเหตุสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีมากถึงน้อยของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิต ได้แก่ ตัวแปรความหุนตัวแปรการมองโลกในแง่ดี และตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด 2) กลุ่มตัวแปรประสบการณ์ทางสังคม ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา ตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนและตัวแปรการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น 3) ตัวแปรสภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ประเภทปากแห้งเพดานโหว่ และ 4) กลุ่มตัวแปรลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง ได้แก่ เพศ และระดับเศรษฐกิจของครอบครัว รายละเอียดเกี่ยวกับความหมาย การวัด และหลักฐานความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัวกับตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จะกล่าวตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ลักษณะทางจิตของวัยรุ่นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

อาศัยพื้นฐานทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เลือกพิจารณาลักษณะทางจิตเชิงบวก 3 ตัวแปร คือ ความหุนตัวแปรการมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด เป็นปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว มีต่อไปนี้

ความหุนตัวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

resilience ภาษาลาตินประกอบด้วยคำว่า salire แปลว่า กระโดดขึ้น (to spring, spring up) และ resilire แปลว่า กระโดดกลับ (spring back) คำนี้ถูกนำมาใช้ในงานวิจัยด้านพัฒนาการเด็กและการฟื้นฟูเยียวยาจิตใจภายหลังอุบัติเหตุ นักจิตวิทยาตะวันตกนิยาม resilience ไว้ 3 ยุค คือ (Richardson. 2002: 308)

ยุคแรก นิยามเป็นคุณลักษณะของบุคคล (resilient quality) เช่น “ความสามารถในการดำรงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพทั้งๆที่เคยเผชิญกับสภาวะเครียดรุนแรง สถานการณ์เสี่ยงหรือประสบการณ์ยากลำบากมาก่อน” (Rutter. 1999: 119; 2000: 651.) เน้นปัจจัยปกป้องให้เผชิญอุปสรรคต่างๆได้เช่น ความภาคภูมิใจตนเอง (self-esteem) ความเข้มแข็งจิตใจ (hardiness) และการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นต้น

ยุคที่สอง นิยามเป็นกระบวนการปรับตัว (the resiliency process) “ปรากฏการณ์ที่มีผลลัพธ์การปรับตัวทางบวกภายใต้สถานการณ์วิกฤตหรือเสี่ยงในชีวิต” (Masten; & Reed. 2002:75) เน้นกระบวนการจัดการความเครียดและรับมือการเปลี่ยนแปลง

ยุคที่สาม นิยามเป็นความหย่อนตัวที่มีมาแต่กำเนิด (innate resilience) เน้นกระตุ้นแรงผลักดันของตนเองและกลุ่มคน

ลูธาร์และซีเซตตี (Luthar; & Cicchetti. 2000: 858) สรุปว่า resilience มี 2 องค์ประกอบสำคัญคือ การเผชิญอุปสรรค (adversity) และผลลัพธ์การปรับตัวทางบวก (positive adjustment outcomes) ตัวอย่างสถานการณ์เสี่ยงและกดดันเช่น อุบัติเหตุ สูญเสียคนที่รัก สงคราม ความยากจน ภัยพิบัติ ด้อยโอกาส การผ่าตัด และทารุณกรรม

ในประเทศไทย ราชบัณฑิตยสถานศัพท์แพทยศาสตร์ (2547) ให้ความหมาย Resilience ว่า “ความหายจากโรคได้” จิตแพทย์และนักจิตวิทยาหลายท่านให้คำแปลและความหมายต่างกัน ดังนี้

ความหย่อนตัว (resilience) หมายถึง การรักษาความสมดุลของจิตใจเมื่อเผชิญสถานการณ์วิกฤตในชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ปรับตัวเองให้เข้ากับสถานการณ์และฟื้นฟูจิตใจเพื่อให้กลับมาดำเนินชีวิตตามปกติ ความหย่อนตัวใช้แนวคิดแบบจำลองการฟื้นตัว (recovery model, Ralph. 1999) มี 3 ด้าน คือ 1) ความอดทนเข้มแข็ง มีกำลังใจพึ่งตนเองได้ รับผิดชอบคนอื่น มีที่พึ่งทางใจ 2) มีคนที่รักห่วงใย มีคนให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือ และ 3) มีทักษะในการคิดแต่สิ่งที่เห็นประโยชน์ ทักษะการพูดคุยแก้ปัญหา ดูแลจิตใจตนเองให้สงบ (เบญจพร ปัญญาฯ. 2551)

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience) หมายถึง ความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤตในชีวิตแล้วฟื้นตัวกลับคืนมาได้ในเวลาอันรวดเร็วด้วยการเรียนรู้เพื่อเติบโตขึ้น ความเข้มแข็งทางใจมีแนวคิดความเข้มแข็ง (hardiness) แนวคิดการเผชิญอุปสรรค (adversity quotient) แนวคิดปรีชาเชิงอารมณ์ (emotional quotient) และทักษะชีวิต (lifeskills) ความเข้มแข็งทางใจมี 4 ด้านคือ รู้ลึกดีกับตัวเอง จัดการชีวิตได้ มีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน และมีจุดหมายในชีวิต (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. 2552)

ในเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีความสำคัญต่อชีวิตอย่างยิ่ง การแก้ไขปัญหาต้องใช้หลายวิธีร่วมกันแก้ไขปัญหเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ส่วนเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่ำบุคคลสามารถมีความยืดหยุ่นตัวได้โดยใช้กลไกการจัดการภายในตัวเอง (self-organization) เช่น การมองโลกแง่ดี และการควบคุมตนเอง เป็นต้น (Rutter. 2006: 2; 2007: 206)

กล่าวได้ว่า ความยืดหยุ่นตัวมีหลักการซับซ้อนเป็นกระบวนการพลวัต บุคคลที่ประสบเหตุการณ์กระทบกระทั่งจนจิตใจมาแล้วเติบโตต่อไปทางบวกหรือกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ความยืดหยุ่นตัวเป็นจิตลักษณะเดิมของการปรับตัวจากความเครียดภายในและภายนอก ช่วยผลักดันบุคคลให้เปลี่ยนประสบการณ์ทางลบในอดีตกลายเป็นภูมิคุ้มกัน เสริมความเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันจากที่ผ่านมานักวิชาการไทยนำคำว่า “resilience” มาใช้เป็นภาษาไทยในหลายรูปแบบดังข้างต้น ผู้วิจัยกำหนดความหมายของ ตัวแปรความยืดหยุ่นตัว(resilience) ของงานวิจัยนี้ว่า หมายถึงคุณลักษณะของวัยรุ่นที่สามารถปรับสมดุลจิตใจให้ไปทางบวก ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขเมื่อเผชิญสถานการณ์ตึงเครียดหรือความทุกข์ยากในชีวิต

การวัดความยืดหยุ่นตัว

ยุคแรกประเมินความยืดหยุ่นตัวจากการไม่มีปัญหาปรากฏให้เห็นภายนอก เช่น ไม่มีโรคทางจิตเวช ไม่มีอาการแสดงทางคลินิก ไม่มีประวัติอาชญากรรม เป็นต้น ยุคต่อมาพฤติกรรมว่าปรับตัวได้มากหรือน้อย เช่น ความสำเร็จในหน้าที่การงาน การอยู่ร่วมในสังคมอย่างปกติสุขและเหมาะสมกับพัฒนาการตามวัย ความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) และการมีทักษะสังคมอย่างดีเยี่ยม (social competence) เป็นต้น การวัดความยืดหยุ่นตัวควรพิจารณาแบบระดับต่อเนื่อง (continuous) มากกว่าการแบ่งชัดเจนว่ามีหรือไม่มี และพิจารณาการปรับตัวในภาพรวมครอบคลุมหลายทั้งการรู้คิด พฤติกรรม อารมณ์ความรู้สึก และสังคมอย่างเป็นพหุมิติ งานวิจัยที่ผ่านมามักเก็บข้อมูลจากบุคคลข้างเคียง เช่นครูและผู้ปกครอง เป็นต้น ทำให้ไม่ครอบคลุมทุกมุมมองและสถานการณ์ของเด็ก จึงควรเก็บข้อมูลจากตัวเด็กโดยตรงร่วมด้วย ส่วนรูปแบบการวัดสามารถใช้ได้ทั้งการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และการสังเกต (Luthar; & Cicchetti. 2000: 857-885; Lerner; et al. 2003: 373-389)

แบบวัด The Resilience Scale (RS) ของแวกนिल्และยัง (Wagnild; & Young. 1993) พัฒนาอย่างต่อเนื่องกว่าสิบปีจนได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง แบบวัด RS ฉบับเต็มมี 25 ข้อ ใช้วัดคุณลักษณะการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย 5 ด้านคือ การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย (meaningfulness) จำนวน 7 ข้อ การปรับสมดุลของจิตใจ (equanimity) จำนวน 6 ข้อ ความเชื่อใจในตนเอง (self-reliance) จำนวน 6 ข้อ ความมุมานะบากบั่น (perseverance) จำนวน 3 ข้อ และการยืนหยัดด้วยตนเอง (aloneness) จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อมีมาตราประเมินรวมค่า 7 หน่วย ให้คะแนน“จริง

ที่สุด”7 คะแนน จนถึง “ไม่จริงเลย”ให้ 1 คะแนนแบบวัดทั้งหมดมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .91 ส่วนแบบวัดฉบับย่อมี 14 ข้อ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคลที่ทำให้ผ่านพ้นอุปสรรคของชีวิตไปได้สำเร็จ (personal competence) และ 2) การยอมรับชีวิตของตน(acceptance life and self) แบบวัด RS ถูกแปลเป็นภาษาไทยและสวีสติช จากการสังเคราะห์แบบวัดความยืดหยุ่นตัวจำนวน 6 ชุด พบว่า แบบวัด RS มีความน่าเชื่อถือสูงสุด (Ahern; et al. 2006: 121) ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดดังกล่าวมาใช้วัดความยืดหยุ่นตัวของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างนี้

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ความยืดหยุ่นตัวประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคลที่ทำให้ผ่านพ้นอุปสรรคของชีวิตไปได้สำเร็จ เช่น ความยืดหยุ่นหลังจากถูกกดดัน จิตใจมั่นคงเข้มแข็ง ไม่ย่อท้อ เป็นต้น และ 2) การยอมรับชีวิตของตนให้ดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าเช่น การปรับมุมมองต่อชีวิต ตั้งเป้าหมายในชีวิต เห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ เป็นต้น วัดโดยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดResilience Scale ฉบับย่อของแวนนิลและยัง (Wagnild; & Young. 1993) แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่มีความยืดหยุ่นตัวสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลการวิจัยความยืดหยุ่นตัวที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

งานวิจัยคุณภาพของ ไอเซอร์แมน (Eiserman. 2001: 236-244) ศึกษาผลดีทางจิตสังคมจากความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กอเมริกันที่มีความผิดปกติอายุ 2-15 ปี จำนวน 11 คน และผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติอายุเฉลี่ย 29 ปี จำนวน 11 คน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการตอบแบบสอบถามปลายเปิด 14 ข้อ และปลายปิด 40 ข้อ รวมทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์งานวิจัยนี้ค้นพบว่า มารดาของเด็กและผู้ใหญ่กรณีศึกษาเห็นผลดีกับตนเองที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะความผิดปกติ ได้แก่ความสามารถทางการสื่อสาร การช่วยเหลือผู้อื่น ทักษะการสังเกต ความเข้มแข็งของจิตใจ การตั้งคำถามต่อสังคม การเห็นคุณค่าเครือข่ายทางสังคม และการรับรู้ความเป็นปกติจากความแตกต่าง (perceptions of being normal because of the difference) กรณีศึกษาจำนวนครึ่งหนึ่งยังตัดสินใจเลือกเกิดมาที่มีความผิดปกติบนใบหน้าเหมือนเดิมเพื่อให้มีประสบการณ์ชีวิตที่ดีเหล่านี้กับตนเอง ไอเซอร์แมนอธิบายว่าผู้ที่มีความผิดปกติบนใบหน้าในงานวิจัยเรื่องอื่นมักรับรู้ผลเสียที่เกิดขึ้นกับชีวิตเท่านั้น ผู้วิจัยสรุปจากข้อค้นพบของไอเซอร์แมนว่า ผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติบนใบหน้าสามารถพลิกฟื้นจิตใจและปรับตัวให้เห็นความงดงามในชีวิตของตนเองจนดำเนินชีวิตได้ประสบความสำเร็จ ส่วนมารดาของเด็กที่มีความผิดปกติเป็นบุคคลใกล้ชิดและประสบอุปสรรคชีวิตร่วมกับบุตร มารดาสามารถยอมรับบุตรแล้วเข้าใจสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนเอง

งานสังเคราะห์เอกสารของ สเตรสส์และเฟนสัน (Strauss; & Fenson. 2005: 14-18) เกี่ยวกับการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขของผู้ที่มีความผิดปกติบนใบหน้า เพื่อทำความเข้าใจชีวิตและเงื่อนไขที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคัดเลือกจากนวนิยาย อินเทอร์เน็ตและบทความต้นฉบับ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่มีความผิดปกติบนใบหน้า ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มบุคลิกภาพและจิตลักษณะแบ่งเป็น 6 ประเด็น ได้แก่ ความหย่นตัว การเปรียบเทียบกับผู้ที่ด้อยกว่าและมองอนาคต การพลิกสถานการณ์เป็นบทเรียนชีวิต การให้ความสนใจด้านอื่นของชีวิตยกเว้นใบหน้า อารมณ์ขันและศรัทธา ความเชื่อ จิตวิญญาณที่เข้มแข็ง 2) กลุ่มครอบครัว ที่ทำงานและความสัมพันธ์ทางสังคมแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ศักยภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวการสนับสนุนและความสัมพันธ์ทางสังคมและ 3) กลุ่มวัฒนธรรมและสังคมแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ วัฒนธรรมของสื่อมวลชนและความหลากหลายทางการเมือง

จากการประมวลงานวิจัยเกี่ยวกับความหย่นตัวพบว่า ความหมายของชีวิตและความเข้มแข็งของจิตใจเป็น 2 องค์ประกอบของตัวแปรความหย่นตัวดังเช่นผลการวิจัย 2 เรื่องข้างต้น (Eiserman. 2001; Strauss; & Fenson. 2005) ความสามารถของบุคคลในการฟื้นสมดุลงจากความผิดปกติบนใบหน้าหรือสภาพจิตใจทางลบ มาสู่การปรับตัวทางจิตใจที่ดีและเห็นคุณค่าของการใช้ชีวิตในสังคมต่อไปอย่างปกติสุข ผู้วิจัยจึงคาดว่าความหย่นตัวน่าจะมีความสัมพันธ์ทางตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยที่ 1 โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.1 ความหย่นตัวมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การมองโลกในแง่ดีกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ลักษณะบุคลิกภาพแบบการมองโลกในแง่ดีนี้ เป็นการรับรู้และอารมณ์ของบุคคล เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผู้อื่น เป็นเหตุการณ์ที่อาจเกิดมาแล้วในอดีต กำลังเกิดในปัจจุบัน หรือจะเกิดในอนาคต โดยบุคคลรับรู้ว่าจะนำผลดี และความสุข ความสำเร็จมาให้ได้มาก ส่วนผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย ซึ่งเป็นลักษณะที่ตรงข้าม อาจวัดแยกจากกันได้นั้น มักเป็นลักษณะของผู้ที่รับรู้ เน้นย้ำ และคาดถึงแต่เรื่องเลวร้าย ที่เป็นผลเสีย ไม่น่าปรารถนา ที่เกิดกับตน หรือคนอื่น การมองโลกแง่ดีนั้น อาจมีได้ 2 ประเภท คือ เป็นการรับรู้อย่างบิดเบือนไม่เป็นไปตามความจริง หรือเป็นการมองเหตุการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง แต่ให้น้ำหนัก ให้ความสำคัญ ให้ความสนใจ แ่ดีมากกว่าแง่ร้าย การศึกษาจิตลักษณะการมองโลกแง่ดี มักจะเกี่ยวกับความเป็นจริง (realistic optimism) มากกว่าด้านตรงข้าม (Schneider. 2001) การมองโลกในแง่ดีจัดเป็นคุณสมบัติของการมี

ภูมิคุ้มกันตน เนื่องจากผู้ที่มองโลกในแง่ดีเป็นผู้ที่หายจากอาการเจ็บป่วยอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลประเภทตรงกันข้าม (Scheier; et al. 1989) เช่นเดียวกับ บาร์ออน (Bar-On. 1997) เสนอแนะว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปริชาเชิงอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) ที่จะช่วยจัดการชีวิตและสภาพแวดล้อมด้านที่กดดันได้อย่างประสบความสำเร็จในชีวิต

รูปแบบการมองโลกในแง่ดีตามแนวคิดของเซลลิกันแมน (Seligman. 1998.) การมองโลกในแง่ดีเป็นคุณลักษณะของผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเพียงชั่วคราว เกิดขึ้นไม่นานนักและไม่คิดว่าการพ่ายแพ้ หรือทำงานไม่สำเร็จเป็นความผิดของตนแต่ผู้เดียวหรือโชคร้ายที่เกิดจากผู้อื่น ดังนั้น เมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ไม่ดี คนที่มองโลกในแง่ดีจึงมักคิดว่า เป็นสิ่งที่ท้าทายและมีความพยายามมากขึ้น เซลลิกันแมนเห็นว่าคนที่มองโลกในแง่ดีมีความยืดหยุ่นตัว (resilience) สามารถฟื้นตัวจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ และเริ่มต้นชีวิตได้อีก ทำให้บุคคลที่มองโลกในแง่ดีประสบความสำเร็จในชีวิตในการทำงาน ในการเรียน และในการแข่งขัน ตลอดจนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี นอกจากนี้ เซลลิกันแมนได้เสนอรูปแบบการอธิบายถึงสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล จากการให้บุคคลบรรยายเกี่ยวกับตนเอง สามารถบ่งบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีมุมมองชีวิตในลักษณะใด เป็นการมองโลกในแง่ดีหรือมองโลกในแง่ร้าย รูปแบบการอธิบายถึงความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ดีหรือไม่ดีกับตนเอง ประกอบด้วยมิติสำคัญ 3 มิติ (ดังตาราง 3) ได้แก่ 1) ความคงทนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (permanence: sometimes vs always) ระยะเวลาการดำเนินเหตุการณ์เพียงชั่วคราวหรือถาวร 2) ความครอบคลุมหรือผลกระทบของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (pervasiveness: specific vs global) กระทบเฉพาะกรณีหรือสากลทั่วไปและ 3) ความเป็นตนเองที่จะรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (personalization: internal vs external) ตนเองหรือผู้อื่นควรเป็นผู้รับผิดชอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จากรูปแบบการอธิบายเหตุการณ์ใน 3 มิติ ดังกล่าว ทำให้บุคคลเกิดมุมมองที่แตกต่างกันไป

ตาราง 3 ตัวอย่างวิธีการอธิบายถึงสาเหตุของเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นของคนที่มีมองโลกในแง่ดี และในแง่ร้ายตามมิติ 3 ด้าน

มิติ	ลักษณะคนที่มองโลกในแง่ดี	ประเภทเหตุการณ์	ลักษณะคนที่มองโลกแง่ร้าย
ความคงทน	-ถาวร	เหตุการณ์ที่ดี	-ชั่วคราว
ถาวร	ฉันโชคดีตลอดเวลา		วันนี้ฉันโชคดี
	-ชั่วคราว	เหตุการณ์ที่ไม่ดี	-ถาวร
	หัวหน้าอารมณ์ไม่ดี		หัวหน้าเลวร้าย

ตาราง 3 (ต่อ)

มิติ	ลักษณะคนที่มองโลก แง่ดี	ประเภท เหตุการณ์	ลักษณะคนที่มองโลกแง่ร้าย
ความครอบคลุม	-สากล ฉันเป็นคนเก่ง -เฉพาะ อาจารย์ ก ไม่ยุติธรรม	เหตุการณ์ที่ดี เหตุการณ์ที่ไม่ดี	-เฉพาะ ฉันเป็นคนเก่งเลข -สากล อาจารย์ทุกคนไม่ยุติธรรม
ความเป็นตนเอง	-ภายในตนเอง ฉันสามารถทำสิ่งนี้ได้ -ภายนอกตนเอง ข้อสอบยาก	เหตุการณ์ที่ดี เหตุการณ์ที่ไม่ดี	-ภายนอกตนเอง เพื่อนของฉันช่วยให้สิ่งนี้สำเร็จได้ -ภายในตนเอง ฉันไม่เก่ง

ที่มา: Seligman (1998) อ้างอิงจาก อรพินทร์ ชูชม (2544)

นักปราชญ์และนักวิชาการในประเทศไทย ดังเช่น ว.วชิรเมธี (2545:1) ได้ให้ความหมาย การมองโลกในแง่ดี คือ การรู้จักมองหาแง่ดี แง่งาม แง่ที่เป็นคุณชูก่อนแทรกซึมอยู่ในงาน ปัญหา อุปสรรค บุคคล เหตุการณ์ คำวิพากษ์วิจารณ์ ตีฉันทินทา อันไม่เจริญโสตรประสาทที่ผ่านเข้ามาในชีวิต แต่ละวัน แล้วนำมาปฐมนิเทศความคิด จิตใจ ตลอดจนพฤติกรรมและการงานของตนในทางที่ สร้างสรรค์ ส่วนกรมสุขภาพจิต (2544: 2) เห็นว่าการมองโลกในแง่ดีควรจัดอยู่ในความฉลาดทาง อารมณ์ (EQ)

ในการวิจัยนี้ การมองโลกในแง่ดี หมายถึงวิธีคิดหรือความคาดหวังของวัยรุ่นในการปรับตัวเมื่อ เผชิญสถานการณ์ที่ท้าทายหรือปัญหาในชีวิต วัยรุ่นจะยังคงพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ トラบใดที่ ตนเชื่อว่าจะมีความสำเร็จอย่างที่ตั้งเป้าไว้เกิดขึ้นตามมา วัยรุ่นจะคิดในลักษณะมองโลกแง่ดีมากน้อย เพียงใด เมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือปัญหา สามารถประเมินจากการตอบคำถามใน 3 ประเด็น คือ 1) ใครคือผู้ที่ควรจะได้รับผิดชอบ ถูกตำหนิในปัญหาที่เกิดขึ้นจากสาเหตุใดหลายด้านหรือเกิดจากตน เพียงผู้เดียว 2) ปัญหานั้นส่งผลกระทบในวงจำกัดหรือแผ่ขยายผล ไปในหลายสถานการณ์ในชีวิต และ 3) ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องชั่วคราวหรือถาวรทั้งในกรณีทั่วไปและในกรณีที่กำลังเผชิญกับปัญหา อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผู้ที่มีแบบมองโลกในแง่ดีมาก คือ คิดว่าปัญหาอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เป็น เหตุการณ์ชั่วคราว และมีผลในวงแคบเฉพาะ หรือส่งผลในระยะสั้น

การวัดการมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดียังมีเนื้อหาครอบคลุมได้หลายด้าน ทั้งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดกับตนเอง หรือเกิดระหว่างบุคคล (ตนเองกับผู้อื่น) หรือเป็นเหตุการณ์ในสถานการณ์ทั่วไปก็ได้ (Petersen. 2000) นอกจากนี้ การวัดลักษณะการมองโลกในแง่ดีกับแง่ร้ายนั้น มีนักวิชาการเสนอว่าควรมีข้อที่วัดทั้งสองด้านนี้แยกจากกันจะครอบคลุมกว่า (Chang; & Sanna. 2001)

ในประเทศไทย อรพินทร์ ชูชม (2544: 43-46) ได้ศึกษาแนวคิดของเซลิกแมน (Seligman. 1998) ที่เชื่อว่ารูปแบบการอธิบายตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการมองโลกในแง่ดีหรือมองโลกในแง่ร้าย ล้วนเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล บุคคลที่มองโลกในแง่ดีอธิบายตนเองได้ใน 3 มิติ ดังนี้ มิติความคงทนถาวรว่าสาเหตุของเหตุการณ์ที่ดีกับตนเองเกิดอย่างถาวร แต่สาเหตุของเหตุการณ์ที่ไม่ดีกับตนเองเกิดเพียงชั่วคราว มิติความครอบคลุมว่าสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสิ่งสากลทั่วไป แต่สิ่งเลวร้ายกับตนเองเป็นเฉพาะเหตุการณ์เท่านั้น และมิติความเป็นตนเองที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ดีขึ้น การมองโลกในแง่ดีจึงควรวัดจาก 3 มิติข้างต้นประกอบกันเพื่อประเมินว่าบุคคลนั้นมีมุมมองชีวิตในลักษณะไหน นอกจากนี้ โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดจิตลักษณะแบบพหุระดับในบริบทของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดุจดือน พันธมนาวิน และงามตา วนิทานนท์ (2551) ได้สร้างแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าของการมองโลกในแง่ดี 32 ข้อ ภายใต้ความหมาย 2 ด้าน คือกรณีปกติ อันประกอบด้วย เรื่องที่อาจเกิดขึ้นได้ทั่วไป เกิดกับครอบครัว เกิดกับเพื่อน หรือเกิดกับคนที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่น จำนวนรวม 20 ข้อ ด้านที่สอง คือกรณีที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว โดยปัญหามีหลายประเภท ตั้งแต่ปัญหาที่เกิดกับตนโดยเฉพาะ ปัญหาด้านสุขภาพ ด้านการทำงาน และปัญหาของคนอื่นที่ตนจะต้องเข้าไปแก้ไข จำนวน 12 ข้อ ในกรณีนี้มีคำถามเกี่ยวกับ การมองโลกในแง่ดี 19 ข้อ และการมองโลกในแง่ร้าย 13 ข้อ นับว่าเป็นแบบวัดที่ครอบคลุมด้านต่างๆ ของจิตลักษณะนี้อย่างกว้างขวาง เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักเรียน 1,142 คน วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ตัดข้อคำถามที่ใช้จริงเหลือเพียง 11 ข้อ พิสัยค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (t-ratio) ของข้อที่เลือกอยู่ระหว่าง 2.70 ถึง 5.80 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .69 ซึ่งถือเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้

การวิจัยครั้งนี้ วัดการมองโลกในแง่ดีด้วยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการมองโลกในแง่ดี ในกลุ่มการมีภูมิคุ้มกันตนสำหรับนักเรียนของดุจดือน พันธมนาวิน และ งามตา วนิทานนท์ (2551) แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลการวิจัยการมองโลกในแง่ดีที่เกี่ยวกับจิตลักษณะและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ด้วยความเชื่อที่ว่าบุคคลจะยังคงใช้ความพยายามต่อไปที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่มีอยู่ตราบใดที่เขายังมีความหวังว่าจะมีเหตุการณ์ที่ดีเกิดขึ้นและเขาจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในที่สุด จากการศึกษาของเชียเออร์ และคนอื่นๆ (Scheier; & Carver. 1985; Scheier; et al. 1994) พบว่า บุคคลที่มองโลกในแง่ดีมักใช้กลวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนด้วยการพยายามวางแผนจัดการกับปัญหา เช่น วางแผนที่จะแก้ไขปัญหามีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีจะเกิดขึ้น มีความอดทนต่อการจัดการกับปัญหาเพื่อผลลัพธ์ที่ดีกว่า ซึ่งมีงานวิจัยที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวนี้ เช่น กลุ่มผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับอาการป่วยและการตรวจชิ้นเนื้อมะเร็ง โดยความพยายามในการจัดการกับปัญหาเป็นตัวแปรอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับการปรับตัวด้านจิต ผลการวิจัยในกลุ่มคล้ายคลึงกับผลที่พบในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย การใช้วิธีจัดการปัญหาต่างๆ ที่เผชิญในการเรียน เป็นปัจจัยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการมองโลกในแง่ดีกับการปรับตัวในการเรียนได้ดีในช่วงเวลาต่อมาของนักศึกษา (Hollahan; et al. 1996: 32)

นอกจากการปรับตัวและการจัดการกับปัญหาจะมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดียังส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้างด้วย อาทิ งานวิจัยของคาเรน และคนอื่นๆ (Karen; et al. 1999: 104-113) ศึกษาการมองโลกในแง่ดีและแง่ร้ายต่อลักษณะความวิตกกังวลในการเข้าสังคม พบว่า ผู้ที่มีลักษณะการมองโลกในแง่ร้าย จะมีลักษณะวิตกกังวลในการเข้าสังคมและไม่ไวใจผู้อื่นมากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ดี ดังนั้น การมองโลกในแง่ดีทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ให้อภัยในความผิดของผู้อื่น และพร้อมสร้างความสัมพันธ์ในระยะยาว และงานวิจัยของเอกทรีเมอร์และคนอื่นๆ (Extremera; et al. 2007: 1069-1079) ศึกษาการมองโลกในแง่ดีกับการปรับตัวทางจิตด้านการรับรู้ความตึงเครียดและด้านความพึงพอใจในชีวิตของวัยรุ่นสเปนจำนวน 498 คน พบว่า วัยรุ่นมีลักษณะการมองโลกในแง่ดีมากับรู้ความตึงเครียดน้อย ($r=.32$, $p<.01$) และมีความพึงพอใจในชีวิตมาก ($r=.26$, $p<.01$) การมองโลกในแง่ดีกับความฉลาดทางอารมณ์ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจในชีวิตของวัยรุ่นได้ร้อยละ 14 ลำสุด แกสพาร์ และคนอื่นๆ (Gaspar; et al. 2009: 40) ได้พัฒนาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง ความภาคภูมิใจในตน การมองโลกในแง่ดี แนวคิดเกี่ยวกับร่างกายตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 10-16 ปี จำนวน 3,195 คน การวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ลักษณะทางจิตประกอบด้วยการมองโลกในแง่ดีและความภาคภูมิใจในตน มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .38, $p<.01$)

ในประเทศไทย กรรณิก สุพรรณวรรษา (2544) ได้วิจัยความเกี่ยวข้องระหว่างรูปแบบการอธิบายสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์แบบการมองโลกในแง่ดีหรือแง่ร้ายกับกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 743 คน โดยอาศัยแนวคิดของเซลิเกแมน พบว่า นักศึกษาที่มีรูปแบบการอธิบายสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี มักใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหาสูงกว่านักศึกษาที่มองโลกในแง่ร้าย โดยนักศึกษาผู้มองโลกในแง่ดีใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบแสวงหาการสนับสนุนจากคนอื่น และแบบหลีกเลี่ยงปัญหาน้อยกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย ส่วนนักศึกษาหญิงใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยการแสวงหาการสนับสนุนจากคนอื่นมากกว่านักศึกษาชาย

งานวิจัยของนพมาศ แซ่เสี้ยว (2550) ศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมและลักษณะสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 645 คน พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีการมองโลกในแง่ดีมากเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน (ด้านทำงาน ครอบครัว และสังคม) มากกว่าผู้ที่มีการมองโลกในแง่ดีน้อย เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ การมองโลกในแง่ดีเป็นตัวทำนายที่สำคัญของคุณภาพชีวิตและเป็นปัจจัยเชิงเหตุของการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับความเครียดในผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้ความสามารถในการจัดการความเครียดเข้าร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ครอบครัว สังคม และด้านรวมได้ร้อยละ 29.5, 13.7, 18.8, และ 24.2 ตามลำดับ

จากการประมวลงานวิจัยเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี สรุปว่า รูปแบบการอธิบายสาเหตุของเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนำไปสู่การเลือกกลวิธีและความพยายามเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและต้องดิ้นรนต่อสู้กับการมีโมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองด้านลบเช่นวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ หากมีทักษะการคิดแบบมองโลกในแง่ดีน่าจะมีการจัดการกับความเครียดของตนได้ดีและฟื้นฟูจิตใจไปทางบวกได้สำเร็จ ผู้วิจัยจึงคาดว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางตรงกับความหยุนตัวและการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ซึ่งความหยุนตัวและการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด อาจจะเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างการมองโลกแง่ดีกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.2 การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อความหยุนตัว

สมมติฐานย่อยที่ 1.3 การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด

การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตน (perceived self-efficacy หรือ self-efficacy) เป็นแนวคิดของของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ในทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม (social cognitive theory) ความเชื่อพื้นฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลมีผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางปัญญาหรือพฤติกรรมภายใน เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสถานการณ์ที่บางครั้งอาจจะคลุมเครือ ไม่ชัดเจนมีความแปลกใหม่ไม่สามารถทำนายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสภาพเหล่านี้จะทำให้เครียดได้ การรับรู้ความสามารถไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่มีอยู่ในขณะนั้นเท่านั้นแต่รวมถึงการตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จหรือไม่ในระดับใดด้วยทักษะที่เขามีอยู่ (ประทีป จินนี้. 2540: 110-117; อ้างอิงจาก Bandura.1986) อาจกล่าวได้แบนดูรา (Bandura. 2000: 212) ให้นิยาม“การรับรู้ความสามารถของตน”ว่าหมายถึง ความเชื่อในความสามารถดำเนินการต่างๆด้วยตนเองตามแนวทางที่ทำให้บุคคลควบคุมเหตุการณ์ที่ส่งผลต่อชีวิตได้ การรับรู้ความสามารถของตนถือเป็นความเชื่อในอนาคต (future-oriented belief) เกี่ยวกับระดับความสามารถของบุคคลที่คาดว่าจะแสดงออกในสถานการณ์ต่างๆเมื่อต้องเผชิญ โดยความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลต่อทั้งแบบแผนการคิด (though patterns)และอารมณ์ความรู้สึก (emotions) อันจะนำไปสู่การกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวกำหนดว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์กดดันหรือล้มเหลวหลายครั้ง บุคคลจะทุ่มเทความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและฝึกฝนตนเองเพื่อให้ควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่มีอิทธิพลต่อเขาได้มากน้อยเพียงใด หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถมากก็จะมีทุ่มเทความพยายามมีความอดทนในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆอย่างไม่ย่อท้อ (Bandura. 2001: 13815; วิลาสลักษณ์ ชิววลลี. 2542: 175-176)

แบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเกิดจาก 4 แหล่งที่สำคัญ คือ 1) การประสบความสำเร็จจากการกระทำ (enactive mastery experience) เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุด เพราะเป็นประสบการณ์ความสำเร็จที่แท้จริงของบุคคล ความสำเร็จทำให้ประเมินตนเองสูง ส่วนความล้มเหลวบ่อยทำให้ประเมินความสามารถตนเองต่ำ 2) การสังเกตตัวแบบในสถานการณ์ที่ใช้แทนประสบการณ์ (vicarious experience) การที่เห็นบุคคลคล้ายคลึงกับตนประสบความสำเร็จ ก็สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนได้ คือ บุคคลจะเห็นว่าตนก็มีความสามารถที่จะทำกิจกรรมทำนองเดียวกันนั้นได้สำเร็จเช่นกัน และการสังเกตเห็นว่าผู้อื่นที่มีความสามารถใกล้เคียงตนล้มเหลวแม้จะพยายามมากแล้ว ก็จะทำให้การตัดสินใจความสามารถของตนต่ำลงได้ 3) การพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นวิธีการที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมในเรื่องที่เป็นไปได้ให้สำเร็จ การพูดชักจูงในเรื่อง

ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อาจทำลายความเชื่อมั่นในความสามารถตนและไม่เชื่อถือผู้ชักจูง และ4) สภาวะทางกายและอารมณ์ (physiological and affective state) บุคคลมักใช้ข้อมูลทางกายและอารมณ์ในการประเมินความสามารถของตน เช่น บุคคลคาดว่าตนจะทำได้สำเร็จเมื่อภาวะทางกายปกติ ไม่เครียดหรือเหนื่อยง่าย

จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy theory) แบนดูรากกล่าวถึงพฤติกรรมจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพจะกระทำได้อีกก็ต่อเมื่อบุคคลรับรู้ในความสามารถด้านนี้ของตน (Bandura. 1994: 5) ความเครียดตามความหมายของทฤษฎีความเครียดและการจัดการความเครียด (Stress and Coping Theory) คือ ความต้องการหรือข้อเรียกร้องจากภายในและภายนอกที่บุคคลประเมินว่าเกินกว่าความสามารถที่ตนมีอยู่ การจัดการความเครียดจะมีลักษณะเป็นกระบวนการ (process) เริ่มจากขั้นประเมินตนเอง (primary appraisal) เป็นการประเมินหรือรับรู้ด้วยตนเองในสถานการณ์นั้นว่าสิ่งที่มีอยู่ (resource) กับสิ่งที่ต้องใช้ (demand) เพื่อแก้ปัญหาที่มีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด การจัดการความเครียด (coping) เป็นการแสดงพฤติกรรมหรือคิดหาวิธีจัดการสถานการณ์ การจัดการความเครียดมี 2 วิธี คือ แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นการควบคุมอารมณ์หรือความรู้สึกทุกสิ่งจากสถานการณ์นั้น และแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (problem-focused coping) เป็นการคิดทำความเข้าใจหรือปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา กระบวนการในขั้นต่อมาเรียกว่า secondary appraisal บุคคลตัดสินใจ (judgement) เลือกวิธีจัดการความเครียด (coping strategy) โดยตั้งคำถามประเมินความสามารถของตน (self-efficacy) ว่า “ตัวเราเองทำอะไรได้บ้าง” เพื่อควบคุมผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาจากสถานการณ์ (Lazarus; & Forkman. 1984: 68-70) การจัดการความเครียดมี 2 ลักษณะคือ ลักษณะการจัดการความเครียดได้ไม่ดี (maladaptive coping) เป็นความล้มเหลวจากการใช้วิธีมุ่งจัดการกับปัญหาในสถานการณ์ที่เกินคาดคิดหรือใช้วิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์ในสถานการณ์ที่ควบคุมได้ และลักษณะการจัดการความเครียดได้ดี (adaptive coping) เป็นความเหมาะสมระหว่างวิธีจัดการความเครียดกับการควบคุมสถานการณ์ (Chesney; et al. 2006: 422) จากทฤษฎีข้างต้น การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด (perceived coping-efficacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมควบคุมสิ่งแวดล้อมที่คุกคาม (stress-arousing context) (Bandura. 1997: 11) การรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในกระบวนการจัดการความเครียด 2 ระยะ คือ ระยะตัดสินใจในความสามารถควบคุมผลของสถานการณ์เครียด และระยะประเมินว่าตนสามารถกระทำตามวิธีจัดการความเครียดที่เลือกได้

แบนดูรายืนยันว่าการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด (perceived coping-efficacy) มีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้พิการที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถดูแลตนเองทำให้ผลการรักษาพยาบาลดีขึ้นและระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเพิ่มขึ้น แบนดูรายชี้ให้เห็นว่าความเชื่อนี้ทำให้เกิดความพยายามทุ่มเท ยืนหยัดเผชิญอุปสรรคความเจ็บป่วย การปรับตัวหรือคืนสู่สภาพเดิมเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์กดดัน ความล้มเหลว ความเครียด และความทุกข์ใจที่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลจัดการความเครียดและรับรู้ว่าคุณสามารถเผชิญความเครียดหรืออุปสรรคปัญหาต่างๆไปได้ก็จะประสบความสำเร็จในชีวิต (Bandura. 2007: 191-193)

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด หมายถึง ปริมาณความมั่นใจในความสามารถของวัยรุ่นที่จะจัดการกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตน เมื่อเผชิญกับผลกระทบด้านลบจากภาวะปากแห้งเพดานโหว่ในสถานการณ์การเรียน ครอบครัว และในสังคม

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด

ลีและบอบโก (Lee; & Bobko. 1994: 364) ได้รวบรวมการวัดการรับรู้ความสามารถของตนมี 4 วิธีคือ 1) การวัดความเข้มหรือความมั่นใจ เป็นวิธีการที่นำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนมากที่สุด ทำได้โดยการถามผู้ตอบถึงความมั่นใจว่า สามารถปฏิบัติงานที่มีความยากเพิ่มขึ้นได้เพียงใด ประเมินระดับความมั่นใจจาก 0 ถึง 100(2) การวัดระดับความยาก เป็นวิธีที่นิยมรองลงมา โดยใช้คำถามเช่นเดียวกับวิธีแรก แต่คำตอบเป็น ใช่-ไม่ใช่ (1-0)(3) การวัดแบบผสมระหว่างวิธีแรกกับวิธีที่สอง โดยหาคำถามเดียวกันจะให้ตอบใน 2 ลักษณะทั้งความมั่นใจและระดับความยาก และ 4) การวัดความเข้มหรือความมั่นใจต่องานที่กำหนด โดยการพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วประเมินว่ามั่นใจในความสามารถของตนในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่มากน้อยเพียงใดในข้อความนั้นด้วยมาตรวัดแบบลิเคิร์ต

นพมาศ แซ่เลี้ยว (2551) ได้ใช้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ครอบครัว และสังคมของผู้ใหญ่วัยกลางคน โดยประเมินการรับรู้ความสามารถของตนด้วยวิธีวัดความมั่นใจต่อสถานการณ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง แบบวัดมีลักษณะเป็นประโยคบอกเล่าและปฏิเสธ จำนวน 21 ข้อ เป็นมาตรประเมินรวมค่าประกอบด้วยมาตร 6 หน่วย จาก “มั่นใจมากกว่าทำได้” ถึง “ไม่มั่นใจเลยว่าทำได้” วิเคราะห์คุณภาพแบบวัดกับกลุ่มตัวอย่าง 645 คน เลือกข้อคำถามไว้ 14 ข้อ พิสัยค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง .39 ถึง .67 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .85

ต่อมา แบนดูราเสนอเกี่ยวกับการวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ว่าต้องวัดแต่ละข้อคำถามใน 3 มิติ (Bandura. 2000; 42-45) คือ 1) ระดับความยากง่าย (level) หมายถึง เป้าหมายที่ต้องทำให้บรรลุผลควรท้าทายความสามารถของบุคคลตามบริบทของสถานการณ์หรือจงใจให้แสดงพฤติกรรมออกมา 2) ความทั่วไป (generality) หมายถึง กิจกรรมหรือสถานการณ์เป้าหมายควรเกิดขึ้นได้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่จะเชื่อได้ว่าตนเองมีความสามารถนั้น และ 3) ความมั่นใจ (strength) หมายถึง บุคคลมีความมุ่งมั่นตั้งใจอย่างแน่วแน่ต่อความเชื่อว่ามีทักษะและความสามารถเพียงพอจะฟันฝ่าอุปสรรคยากลำบากนั้นไปได้ โดยสเกลการรับรู้จะเป็นทางเดียว รูปแบบตัดสินครั้งเดียว (single-judgement format) ด้วยมาตรวัด 11 หน่วย ตั้งแต่ 0-10 แต่ละข้อคำถามต้องวัดความเชื่อต่อความสามารถตนเองในการแสดงพฤติกรรมที่มีความยากระดับใดระดับหนึ่งและมีความเฉพาะเจาะจงของบริบทแวดล้อม

แบบวัด Coping Self-Efficacy Scale (CSES) ถูกพัฒนาโดยเชสนีและคนอื่นๆ (Chesney; et al. 2006) เมื่อ ค.ศ. 1996 เพื่อใช้ในการประเมินโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เชสนีและคนอื่นๆสร้างข้อคำถามมาจากทฤษฎี stress and coping theory และแบบวัด the Ways of Coping Questionnaire โดยมีแบนดูราเป็นหนึ่งในที่ปรึกษา แบบวัดฉบับเต็มมี 26 ข้อให้ผู้ตอบรายงานตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การจัดการความเครียดแบบมุ่งปัญหา (use problem-focused coping) จำนวน 12 ข้อ 2) การควบคุมอารมณ์และความคิดทางลบ (stop unpleasant emotions and thoughts) จำนวน 9 ข้อ และ 3) การแสวงหาการสนับสนุนจากเพื่อนกับครอบครัว (get support from friends and family) จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 11 ระดับ เกณฑ์คะแนน “มั่นใจว่าทำได้แน่นอน” ให้ 10 คะแนน “มั่นใจว่าสามารถทำได้ปานกลาง” ให้ 5 คะแนนและ “ไม่สามารถทำได้แน่” ให้ 0 คะแนน แบบวัดทั้งหมดมีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .95 เมื่อปี ค.ศ. 2006 เชสนีและคนอื่นๆยังได้พัฒนาแบบวัด CSES ฉบับย่อจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านจัดการความเครียดแบบมุ่งปัญหาจำนวน 6 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .912) ด้านควบคุมอารมณ์และความคิดทางลบจำนวน 4 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .91 และ 3) ด้านแสวงหาการสนับสนุนจากเพื่อนกับครอบครัวจำนวน 3 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .80

ข้อจำกัดสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยไม่นำแบบวัด CSES มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก ข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดทั่วไป ไม่ได้เจาะจงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเครียด ซึ่งทำให้ขอบเขตของการเผชิญปัญหามีได้หลากหลาย และทดสอบคุณภาพแบบวัดกับกลุ่มตัวอย่างผู้ชายที่ติดเชื้อ เอชไอวี เท่านั้น

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดด้วยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ตามแนวคิดของแบบดูรา (Bandura, 1997; 2000) แต่ละข้อคำถามมีมาตร 11 หน่วย จาก “มั่นใจมากที่สุดว่าทำได้” ถึง “ไม่สามารถทำได้” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้มีการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลการวิจัยการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ในประเทศไทย งานวิจัยของนพมาศ แซ่เลี้ยว (2550) ศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมและลักษณะสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 645 คน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ครอบครัว และสังคมเป็นตัวทำนายสำคัญลำดับที่สองของคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว ด้านสังคมและด้านรวม การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับความเครียดเพิ่มอำนาจการพยากรณ์คุณภาพชีวิตแต่ละด้านมากขึ้นจากปริมาณที่กลุ่มตัวแปรสถานการณ์เคยทำนาย โดยการมองโลกแง่ดีร่วมกับตัวแปรอื่นทำนายการรับรู้ความสามารถจัดการความเครียด และการรับรู้ความสามารถจัดการความเครียดเข้าร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านรวมและด้านสังคมได้ร้อยละ 54.2 และ 48.3 ตามลำดับ ผู้วิจัยสรุปว่าการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดและการมองโลกแง่ดีเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่วัยกลางคน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิจัยของอรพินทร์ ชูชม และคนอื่นๆ (2547) ที่วิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับจิตสำนึกทางปัญญาและคุณภาพชีวิตของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 จำนวน 1,312 คน พบว่า ความสามารถในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลมีความสุข พอใจในชีวิต มีการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาตนเอง และมีความสามารถในการปรับตัวได้) ($r = .64, p < .01$) และความสามารถในการแก้ปัญหา มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .42)

สำหรับวัยรุ่นในต่างประเทศ แซนเดอร์และคนอื่นๆ (Sandler; et al. 2000: 1105) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่บิดามารดาหย่าร้าง กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอเมริกันอายุ 9-12 ปี จำนวน 356 คน พบว่า วิธีการจัดการความเครียดแบบลงมือกระทำมีอิทธิพลทางอ้อมต่อปัญหาสุขภาพจิตผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .48 และ .68, $p < .01$) และจาก การสังเคราะห์งานวิจัยของ เอ็ดเวิร์ดและคนอื่นๆ (Edwards; et al. 2003: 234) ในประเด็นคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นพิการ

พบว่า ความคิดทางบวกต่อสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่น ทำให้ลดผลกระทบทางลบจากโรคเรื้อรังหรือความพิการ และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น การควบคุมอารมณ์และความคิดทางลบเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการรับรู้ความสามารถตนในการจัดการความเครียด

จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศให้ผลที่สอดคล้องกันว่า วัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเองดี มีความสามารถในการจัดการความเครียดเป็นวัยรุ่นที่มีสุขภาพจิตดี มีความสุขใจมาก ปรับตัวทางสังคมได้มากกว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาการจัดการความเครียด ทำให้คาดได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดมีความเกี่ยวข้องทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.4 การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ประสบการณ์ทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ในส่วนนี้เป็นการประมวลแนวคิดทฤษฎีและผลการวิจัยเพื่อแสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องระหว่างประสบการณ์ทางสังคมและลักษณะทางจิตกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของวัยรุ่น ปากแห้งเพดานโหว่ ประกอบด้วยสถานการณ์ภายในครอบครัว คือ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และสถานการณ์ภายนอกครอบครัว คือ การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น ว่ามีความสัมพันธ์เชิงเหตุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด

การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม (social support) ถูกกำหนดความหมายขึ้นภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้นว่า คนเราทั่วไปต้องพึ่งพาอาศัยกันเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา มีความหมายรวมถึง การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การแสดงความรัก ความสนใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจ เป็นต้น การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ เช่น การให้คำปรึกษา การประเมินสถานการณ์ให้ทราบ เป็นต้น และการให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ เช่น ช่วยเหลือด้านการเงิน วัสดุอุปกรณ์ที่ต้องการ และที่พักอาศัยที่สะดวกและปลอดภัย เป็นต้น การสนับสนุนในความหมายดังกล่าว ถูกเชื่อมโยงกับแนวคิดด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ไม่ว่าบุคคลที่ต้องการการสนับสนุนจะอยู่ในสถานการณ์วิกฤตหรือไม่ก็ตาม (Cutrona. 1996: 3-4) แนวคิดที่

มีความหมายใกล้เคียงกับการสนับสนุนทางสังคม คือ เครือข่ายทางสังคม (social network) ซึ่งหมายถึง ความเกี่ยวข้องกันทางสังคมที่บุคคลหนึ่งมีกับผู้อื่น ที่คบหาพบประสังสรรค์ด้วยตามปกติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น คนในครอบครัว เพื่อน เป็นต้น ยิ่งบุคคลรับรู้ว่ามีคนรอบข้างให้ความช่วยเหลือ เกื้อหนุนยามต้องการมากก็จะมีความรู้สึกเป็นสุขมากเช่นกัน (Cutrona. 1996: 8)

การให้ความหมายและการวัดปริมาณและคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมที่วัยรุ่นได้รับ นั้นก็เป็นเรื่องสำคัญ ได้มีผู้ประมวลความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ (Lin; et al. 1986: 17) สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ควรประกอบด้วย สายสัมพันธ์จากบุคคลเป้าหมายไปสู่คนรอบด้าน ในรูปของเครือข่ายทางสังคม โดยอาจวัดได้ในรูปของจำนวนผู้ใกล้ชิดที่คอยช่วยเหลือ แต่ที่สำคัญ คือ คุณภาพของความสัมพันธ์เหล่านั้น ต้องแสดงออกซึ่งความเอื้ออาทร ความรัก และการช่วยเหลือกัน เพื่อที่จะบำบัดความต้องการทางสังคม เช่นความมั่นคงปลอดภัย การยอมรับเป็นพวกพ้อง การส่งเสริมสนับสนุน เป็นต้น ตลอดจนปริมาณการสนับสนุนที่ได้รับจากฝ่ายต่างๆด้วย

วอร์ธแมน (Worthman.1984: 25-34) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลด อุบัติการณ์การเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต ทำให้สามารถปรับและเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลต่อ ภาวะเครียด และสามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียด ช่วยแก้ไขความสัมพันธ์ระหว่างระดับ ความรุนแรงของภาวะเครียดกับระดับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบุคคล สามารถส่งเสริมการ เผชิญภาวะเครียดของบุคคลโดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคล เปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญความเครียด การได้รับข้อมูลต่างๆ จะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น เช่นเดียวกับที่ ครอฟอร์ด (อ้อมเดือน สดมณี; และอุษา ศรีจินดารัตน์. 2549: 8; อ้างอิงจาก Crowford. 1976: 4) เสนอทฤษฎีการดูดซับทางความเครียดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทาง สังคมทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น และทำให้ภาวะวิกฤตนั้นลดความรุนแรงลงโดยการ ได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความ พยายามในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของ สังคม ช่วยให้ผู้บุคคลมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง

เช่นเดียวกับ ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus; & Folkman. 1984: 245) ที่สรุปว่า การ สนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อการปรับตัว คือ การรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสำคัญต่อ ความพึงพอใจตนเอง และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วย ป้องกันความเครียดและผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ช่วยลดความรุนแรงของวิกฤตการณ์และเป็น แหล่งประโยชน์เพื่อการปรับตัวต่อวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมจึงมีส่วนช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโต เพื่อการเพิ่มคุณค่าในตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคง และมีความสุขในชีวิต ลดความเครียดที่อาจ เกิดขึ้นในชีวิต เป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ การได้รับการยืนยันรับรองทำให้เกิดความมั่นใจและ

คาดการณ์การกระทำของบุคคลว่า เป็นที่ต้องการของสังคม และยังเป็นตัวรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการตีความเหตุการณ์และการตอบรับทางอารมณ์ของบุคคลทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (Pender. 1987)

ในครอบครัว วิธีการที่บิดามารดาปฏิบัติในการอบรมเลี้ยงดูบุตรตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตเป็นวัยรุ่น ซึ่งบุตรรับรู้การปฏิบัติเหล่านั้นๆ ได้ มีความสำคัญต่อลักษณะทางจิตใจ และพฤติกรรมของบุตรอย่างยิ่ง การอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุน จัดเป็นวิธีการเลี้ยงดูในสังคมไทยที่มีหลักฐานงานวิจัยว่า ให้ผลดีต่อจิตใจและพฤติกรรมที่น่าปรารถนาหลายด้านในเด็ก ส่วนต่างประเทศมีสถิติแสดงว่า การที่วัยรุ่นประสบปัญหาชีวิต เช่น มีอาการเจ็บป่วยทางจิต มีผลการเรียนไม่ดี ต้องลาออกจากโรงเรียนกลางคัน กลายเป็นวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ถูกระบุว่ามีสาเหตุคือ การขาดการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากบิดามารดา การอยู่อาศัยในชุมชนที่เสี่ยง และการได้รับอิทธิพลด้านลบจากเพื่อนร่วมวัย ดังนั้น การวิจัยจึงมีความจำเป็นเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยปกป้อง (protective factors) ที่เป็นการสนับสนุนจากบิดามารดาในการช่วยลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงมากมายต่อวัยรุ่น

นวรรตน์ ศรีบุญเพชร (2539: 16-17) อธิบายลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีคุณภาพของครอบครัวทั่วไปประกอบด้วย 5 ประการ คือ

- 1) การชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว ความพึงพอใจ ชื่นชมและเห็นคุณค่าของกันและกัน เป็นพื้นฐานของความอบอุ่นมั่นคงในครอบครัว รวมทั้งหล่อหลอมสมาชิกให้มีเจตคติมองสังคมส่วนรวมในแง่ดีด้วย
- 2) การมีเวลาอยู่ร่วมกัน ได้ทำกิจกรรมหลายอย่างร่วมกันและทุกคนพอใจที่จะทำ
- 3) การมีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของครอบครัวร่วมกัน ส่งเสริมให้ทุกคนมีความสุขห่วงใยกันและกันอย่างแท้จริง
- 4) การติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นอย่างดี มีเวลาพูดคุยกันโดยตรง ไม่เก็บไว้ในใจหรือ ไม่จำเป็นต้องรับรู้เรื่องราวของคนในครอบครัวผ่านบุคคลนอกครอบครัว
- 5) การมีศรัทธาต่อศาสนาอย่างแรงกล้าจะพบในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันสูง ร่วมกิจกรรมทางศาสนาด้วยกันหรือมีส่วนจัดตั้งองค์กรทางศาสนา ทำให้มีสติ อดทนต่อกัน ให้อภัยผู้อื่น ระวังความโกรธและมีวิธีการแก้ไขปัญหาที่ดีหรือเปลี่ยนสถานการณ์วิกฤตให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ร่วมกันต่อสู้ปัญหา ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และรวมคลี่คลายปัญหาได้ในที่สุด

ผู้วิจัยเห็นว่าบิดามารดาที่สนับสนุนทางสังคมแก่บุตร เป็นลักษณะของครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันและเป็นครอบครัวคุณภาพ สำหรับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อาจจะเกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับบิดามารดาได้ เนื่องจากบิดามารดา รู้สึกมีสิ่งผิด ซ้ำๆ ยอมรับไม่ได้ที่บุตรของตนมีความพิการแต่กำเนิด ต่อมาบางคนจะรู้สึกโกรธ เศร้า บางคนรู้สึกผิด กล่าวโทษซึ่งกันและกันรวมทั้ง

แพทย์ ทำให้บิดามารดาไม่ค่อยให้ความสนใจร่วมมือในการรักษาพยาบาลเด็กหรือขาดประสิทธิภาพการเลี้ยงดูเด็กจนทำให้เด็กไม่ได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ เล่นด้วยกันหรือตอบสนองต่อกันน้อยกว่าครอบครัวทั่วไป ผู้เลี้ยงดูเครียดที่เด็กมีปัญหาการควบคุมและการออกเสียง ซึ่งบิดามารดาต้องการเวลาเพื่อปรับตัวและยอมรับความจริงการยอมรับบุตรของบิดามารดาจะมีผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาการจิตสังคมของเด็กต่อไป (นิรมล พัจนสุนทร. 2547: 551-553) นอกจากนี้ เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นจะต้องการความเป็นอิสระจากบิดามารดามากขึ้นเพื่อไปเรียนรู้สังคมอื่นภายนอกครอบครัวของตน (ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2539: 336) จึงอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่และบิดามารดาได้ ดังนั้นในวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัว ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่ส่งผลต่อจิตลักษณะและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา หมายถึง การรับรู้ของวัยรุ่นถึงปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจากบิดามารดาด้านอารมณ์ (เช่น การพูดให้กำลังใจ การพูดปลอบโยน ความห่วงใยเมื่อวัยรุ่นถูกเพื่อนรังแก ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความเข้าใจกัน เป็นต้น) ด้านข้อมูลข่าวสารและข้อมูลย้อนกลับ และการช่วยเหลือด้านสิ่งของเมื่อต้องการหรือมีปัญหา ทำให้ตนเองสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของวัยและสภาพแวดล้อม

การวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา

สาราชัน และคนอื่นๆ (Sarason; et al. 1983: 129-130) วัดการสนับสนุนทางสังคมกับนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 602 คน ด้วยแบบวัด Social Support Questionnaire (SSQ) จำนวน 27 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า 6 หน่วย ตั้งแต่ “พอใจมาก” ถึง “ไม่พอใจมาก” มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .97 สำหรับประเทศไทย งามตา วนิชทานนท์ และคนอื่นๆ (2545) ได้นำหลักการวัดการสนับสนุนทางสังคมของนักวิจัย 3 คน (Sarason; et al. 1983; Zimet; et al. 1988; ดวงเดือน พันธุมนาวิน; และคนอื่นๆ. 2536) มาสร้างแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ประเภมาตราประเมินรวมค่ามีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ แต่ละข้อมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอายุ 21-49 ปี จำนวน 962 คน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .86

ส่วนแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนด้านการเรียนจากบิดามารดา ของ งามตา วนิชทานนท์ และอุษา ศรีจินดารัตน์ (2551) ปรับปรุงมาจากแบบวัดของ สุमितตรา เจริญพันธ์ (2545) มีจำนวน 10 ข้อ พิสัยของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง .35 ถึง .56 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 เมื่อนำมาใช้ศึกษากลุ่มตัวอย่างนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5 จำนวน 673 คน มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .79 ถึง .84 เมื่อทำการวิจัยช่วงยาวหลายระยะ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการสนับสนุนจากบิดามารดาด้วยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงเพิ่มเติมจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวของงามตา วนิทานนท์ และคนอื่นๆ (2545) และแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนด้านการเรียนจากบิดามารดา ของ งามตา วนิทานนท์ และอุษา ศรีจินดารัตน์ (2551) แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลการวิจัยการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่เกี่ยวกับจิตลักษณะ

มีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์เปรียบเทียบหลายเรื่องแสดงผลว่าวัยรุ่นทั่วไปที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดาของตนมาก เป็นผู้ที่มีคะแนนมากกว่าเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันในเรื่องของความเชื่อมั่นในตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง ความสุขทางจิตใจ เป็นต้น โดยในประเทศไทย งามตา วนิทานนท์ และอุษา ศรีจินดารัตน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุด้านการจัดการศึกษาตามแนวปฏิรูปการศึกษา สภาพแวดล้อมทางครอบครัว และโรงเรียน ที่มีต่อความสุขและพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 673 คน พบว่า ความสุขได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยเชิงเหตุด้านสัมพันธภาพในครอบครัว (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .30, $p < .05$) ในต่างประเทศวอยดานอฟและดอนเนลลี (Voydanoff; & Donnelly. 1999) ทำการศึกษาบิดามารดาและบุตรวัยรุ่นอเมริกัน จำนวน 922 ครอบครัว บุตรมีอายุ 10-17 ปี พบว่า พฤติกรรมของบิดามารดาในการสนับสนุนบุตรด้านการติดตามทราบความเคลื่อนไหวของวัยรุ่นเมื่ออยู่นอกบ้านเป็นตัวทำนายความรู้สึกเป็นสุขของวัยรุ่นได้ (ค่าเบต้าเท่ากับ .15)

ในกลุ่มคนพิการก็ให้ผลสอดคล้องกับวัยรุ่นทั่วไป ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่น พัทธพงษ์ ทองสุข (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการอายุ 21-25 ปี ที่สูญเสียแขนและหรือขาจำนวน 187 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเข้าทำนายคุณภาพชีวิตของผู้พิการได้เป็นลำดับแรกและร่วมทำนายความแปรปรวนได้ร้อยละ 38.2 ($p < .01$) ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศสนับสนุนว่าการได้รับการอบรมเลี้ยงดูอย่างอบอุ่นจากบิดามารดา เป็นปัจจัยที่ช่วยบรรเทาอารมณ์ทางลบของวัยรุ่นได้ ดังปรากฏในงานวิจัยที่ศึกษาเชิงปริมาณเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นอเมริกันอายุ 11-18 ปี ที่มีความผิดปกติบนใบหน้าจำนวน 56 คน กับวัยรุ่นที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 120 คน วัยรุ่นไม่มีโรคเรื้อรังจำนวน 116 คน (Topolski; et al. 2005: 25-32) เก็บข้อมูลด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตวัยรุ่น (YQOL-R) พบว่าวัยรุ่นที่มีใบหน้าผิดปกติมีคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ตนเอง (sense of self) ด้านสิ่งแวดล้อม/วัฒนธรรม (environment/culture) และด้านคุณภาพชีวิตทั่วไป (general quality of life) น้อยกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ในขณะที่ วัยรุ่นที่

มีใบหน้าผิปกติและมีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีโรคเรื้อรัง ($p < .025$) แสดงว่าวัยรุ่นที่มีใบหน้าผิปกติอาจได้รับการสนับสนุนดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดจากครอบครัวทดแทนคุณภาพชีวิตด้านอื่น ส่วนงานวิจัยคุณภาพของพาเทลและโรส (Patel; & Ross. 2003: 471-480) ที่ทำการศึกษาระยะการณปากแหว่งเพดานโหว่ของผู้ใหญ่อเมริกาใต้จำนวน 20 คน ที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติแล้วพบว่า ครอบครัวรู้สึกเสียใจมาก สะเทือนใจและค่อยๆยอมรับความพิการของสมาชิกในครอบครัว แต่บิดามารดาและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะพยายามหลีกเลี่ยงประเด็นสนทนาเรื่องปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่บิดามารดาจะเลี้ยงดูตนเองแตกต่างจากพี่น้องคนอื่นในลักษณะการทุ่มเทความรักเอาใจใส่และการปกป้องมากเกินไป ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะยอมรับและสนับสนุนการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดหากตนเองมีบุตรที่ปากแหว่งเพดานโหว่ แต่ผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่ต้องการจะมีบุตรเพราะอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและชีวิตสมรสในอนาคต

วิซซินกิและคนอื่นๆ (Wyszynki; et al. 2004: 185-191) ศึกษาสิ่งแวดล้อมครอบครัวของเด็กอาเจนติน่าที่มีปากแหว่งและหรือเพดานโหว่อายุเฉลี่ย 6 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาของเด็กที่มีปากแหว่งและหรือเพดานโหว่จำนวน 165 คน และบิดามารดาของเด็กปกติ จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม Moos Family Environmental Scale พบว่า ประเภทปากแหว่งเพดานโหว่ไม่มีผลต่อลักษณะครอบครัวของเด็ก ครอบครัวของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความกลมเกลียวในครอบครัวเด็กพึ่งตนเองได้และบริหารจัดการครอบครัวแบบองค์กร (organization) มากกว่าครอบครัวของเด็กปกติ นอกจากนี้ ครอบครัวของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ยังมีความขัดแย้งในครอบครัวน้อยกว่าครอบครัวของเด็กปกติ ($p < .001$) ผู้วิจัยสรุปว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ประเภทใดก็ตามรับรู้ความขัดแย้งระหว่างวัยรุ่นกับบิดามารดาของตนน้อยกว่าวัยรุ่นทั่วไป ผลการศึกษาเช่นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาของชาปาโดส (Chapados. 2000: 27-38) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของวัยรุ่นแคนาเดียนปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ อายุ 15-17 ปี จำนวน 10 คน พบว่า บิดามารดาเลี้ยงดูวัยรุ่นแบบปกป้องมากเกินไปทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างกัน

นอกจากนี้ มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งศึกษาปัจจัยเชิงผลของการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา พบผลสอดคล้องกันว่า วัยรุ่นที่รับรู้ว่ตนได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดาของตนในปริมาณมากเท่าใด ก็มีปรับตัวทางจิตสังคมได้ดีจากผลกระทบของความผิดปกติอย่างชัดเจนบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ (Campis; et al. 1995: 65) การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดมากและมีอาการซึมเศร้าน้อย ดังปรากฏในการศึกษาของโมเชอร์และเพโลว์ (Mosher; & Prelow. 2007: 883) ในวัยรุ่นอเมริกันอายุ 13-19 ปี จำนวน 243 คน พบว่า การมีส่วนร่วมระหว่างวัยรุ่นกับมารดา (maternal involvement) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการ

ความเครียดผ่านวิธีการจัดการความเครียดแบบลงมือกระทำ (active coping) (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .504 และ .329, $p < .001$) วิธีการจัดการความเครียดแบบลงมือกระทำมีอิทธิพลทางอ้อมต่ออาการซึมเศร้าผ่านการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .459 และ .504, $p < .001$) และการมีส่วนร่วมระหว่างวัยรุ่นกับมารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .369, $p < .001$)

จากงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศให้ผลที่สอดคล้องกันว่า วัยรุ่นที่รับรู้ว่าคุณค่าตนได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามาก เป็นวัยรุ่นที่ปรับตัวทางจิตสังคมดีและมีความสามารถในการจัดการความเครียดมากกว่าวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดาน้อย สรุปได้ว่า วัยรุ่นปากแห้งและหรือเพดานโหว่ที่รับรู้ว่าคุณค่าตนได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดาทางด้านอารมณ์ความรู้สึกและด้านการรักษาพยาบาลมาก มีความขัดแย้งกับบิดามารดาน้อย เป็นผู้จัดการกับปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคมได้ดี และมีคุณภาพชีวิตมากทำให้คาดได้ว่า การสนับสนุนจากบิดามารดามีความเกี่ยวข้องทางบวกกับการรับรู้ความสามารถในการจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้และการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดอาจจะเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างการสนับสนุนจากบิดามารดากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.5 การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด

ผลการวิจัยการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในครอบครัว

ผู้วิจัยพบว่า มีผลการวิจัยจำนวนหนึ่งสนับสนุนว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาการยอมรับทางสังคมในกลุ่มเพื่อนจะได้รับการช่วยเหลือและให้คำปรึกษาจากบิดามารดาของตน ฮันต์และคนอื่นๆ (Hunt; et al. 2007: 304-311) ศึกษาการรับรู้ของบิดามารดาจำนวน 129 คน เกี่ยวกับปัญหาของวัยรุ่นปากแห้งและหรือเพดานโหว่อายุ 8-18 ปีและวัยรุ่นทั่วไปจำนวน 96 คน พบว่าบิดามารดารายงานว่าวัยรุ่นปากแห้งและหรือเพดานโหว่ถูกเพื่อนล้อเลียนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยเด็กที่ถูกเพื่อนล้อเลียนจะมีความพึงพอใจในหน้าตนเองน้อยกว่าวัยรุ่นทั่วไป ($p < .001$) และ มีความวิตกกังวลกับปัญหาพฤติกรรมมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป ($p < .01$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)ก่อนหน้านี้ ชไนเดอร์และคนอื่นๆ (Snyder; et al. 2005: 548-555) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดาหรือมารดาเกี่ยวกับการรายงานตนเองของวัยรุ่นอเมริกันอายุ 14-18 ปี ที่มีความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะจากกลุ่มตัวอย่าง 64 คู่ (128 คน) พบว่า การรับรู้ของบิดาหรือมารดาเกี่ยวกับการปรับตัวทางจิตสังคม

ด้านปัญหาการเรียนและด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนของบุตรวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรายงานตนเองของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ($r=0.27-0.87$, $p<.01$)

จากงานวิจัยสองเรื่องข้างต้น จะเห็นว่าบิดามารดารับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนกับวัยรุ่นได้สอดคล้องกับการรับรู้ของตัววัยรุ่นปากแห่งเพดานโหว่เอง ไคลน์และคนอื่นๆ (Klein; et al. 2006: 590-597) ได้ศึกษาเจาะลึกลักษณะการเลี้ยงดูของมารดาต่อบุตรวัยรุ่นอเมริกันที่มีความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะอายุ 9-14 ปี จำนวน 9 คน แบ่งเป็น วัยรุ่นหญิง 5 คน และวัยรุ่นชาย 4 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ พบว่าการเลี้ยงดูของมารดามี 4 ประเด็น ที่เกี่ยวข้องคือ ความวิตกกังวลของมารดา ความเข้มแข็งของบุตรวัยรุ่น พฤติกรรมเชิงรุกของมารดา (proactive maternal behavior) และบทบาทของความผิดปกติต่อชีวิตครอบครัว มารดาจะเอาใจใส่และปกป้องบุตรวัยรุ่นจากผลกระทบของความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะเมื่อเกิดความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างเพื่อนกับวัยรุ่น บุตรแยกตัวออกจากสังคม และเข้าร่วมกิจกรรมได้จำกัด ในขณะเดียวกัน มารดาพยายามสนับสนุนความเป็นอิสระและปรับตัวทางจิตสังคมเพื่อให้วัยรุ่นเข้มแข็งและมองตนเองด้านบวก

ผลการวิจัยข้างต้น ชี้ให้เห็นว่า บิดามารดาของวัยรุ่นที่รู้ว่าบุตรไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนวัยรุ่น มีความขัดแย้งกับเพื่อน และตกอยู่ใต้อิทธิพลกดดันของเพื่อนมาก บิดามารดามักเข้าไปมีบทบาทสนับสนุนให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้เหมาะสมและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่น ทำให้คาดได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนของวัยรุ่น โดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.6การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตามแนวคิดทฤษฎีด้านการถ่ายทอดทางสังคม (Socialization approach) วัยรุ่นจะสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีมากขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในวัยเด็ก ช่วงวัยรุ่นจะเริ่มสนใจเพศตรงข้าม ต้องการความเป็นอิสระจากบิดามารดา กลุ่มเพื่อนร่วมวัยมีอิทธิพลสูงต่อลักษณะจิตใจและพฤติกรรมของบุคคลวัยรุ่น เนื่องจากธรรมชาติของวัยรุ่นมักเอาอย่างเพื่อนที่คบหาใกล้ชิด เป็นวัยที่มีความรู้สึกไวต่อการวิพากษ์วิจารณ์ หรือการประเมินจากบุคคลรอบข้างและมีความต้องการผูกสัมพันธ์ไมตรีกับผู้อื่นมาก กลุ่มเพื่อนที่สนิทสนมจะมีความจงรักภักดี ยอมรับค่านิยม ความเชื่อ ความสนใจด้วยความเต็มใจทำให้รู้สึกอบอุ่นใจและกล้าแสดงความคิดเห็นขึ้นผู้ใหญ่ (ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2539: 336) การมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางสังคม เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น วัยรุ่นจะสังเกตจากปฏิกิริยาของกลุ่มเพื่อนว่ายอมรับหรือไม่ยอมรับ เพื่อนำมาปรับปรุงและเลียนแบบกันภายในกลุ่ม

เพื่อน (Smetana; et al. 2006: 269; Kerr; et al. 2003: 402-403) ในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีโอกาสประสบปัญหาถูกเพื่อนประณามหรือตั้งชื่อล้อเลียนทำให้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของวัยรุ่นอย่างมาก จนไม่อยากไปโรงเรียนและแยกตัวออกจากเพื่อน (นิรมล พัจนสุนทร. 2547: 551)

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนในการวิจัยนี้ ว่าหมายถึง การที่วัยรุ่นรับรู้ว่าเป็นให้ความไว้วางใจ สนับสนุนกลมเกลียว คบหาสมาคม ให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน มีเครือข่ายของกลุ่มเพื่อนเพื่อทำกิจกรรมในโรงเรียนและสังคมร่วมกัน

การวัดการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

ฮาเตอร์ สร้างแบบวัด Harter Self-Perception Profiles for Children (SPPC; Harter.1985) และแบบวัด Self-Perception Profiles for Adolescents (SPPA; Harter. 1988) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองของเด็กและวัยรุ่น SPPA แบ่งออกเป็น 8 องค์ประกอบได้แก่ การยอมรับทางสังคม (Social Acceptance) ความสามารถทางการกีฬา (Athletic Competence) ความสามารถด้านการเรียน (Scholastic Competence) รูปลักษณ์ภายนอก (Physical Appearance) ความสามารถด้านการทำงาน (Job Competence) ความดึงดูดใจเพศตรงข้าม (Romantic Appeal) การกล้าแสดงออก (Behavioral Conduct) เพื่อนสนิท (Close Friendship) คุณค่าในตนเองโดยรวม (Global Self-Worth) แบบวัดด้านการยอมรับทางสังคมมีจำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรประเมินรวมค่าประกอบ 4 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัด SPPA ด้านการยอมรับทางสังคมเท่ากับ .84 แบบวัดนี้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นทั่วไปและวัยรุ่นกลุ่มพิเศษ เช่น เด็กปัญญาเลิศ (gifted adolescent) วัยรุ่นบกพร่องทางกายและการเรียนรู้ เป็นต้น

การศึกษานี้ ผู้วิจัยวัดการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนด้วยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงเพิ่มเติมจากแบบวัด Self-Perception Profile for Adolescents ด้าน social acceptance ของฮาเตอร์ (Harter. 1985) แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่รับรู้การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลการวิจัยการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เกรคาและโลเปซ (Greka; & Lopes. 1998: 83-94) ทำการศึกษาวัยรุ่นอเมริกัน 250 คน เกี่ยวกับความวิตกกังวลในการเข้าสังคม พบว่า การยอมรับทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในการเข้าสังคม ($r=.52, p<.001$) การยอมรับทางสังคมเป็นตัวทำนายลำดับแรกของความ

วิตกกังวลด้านสังคมแบบหลีกเลี่ยงและแบบคิดแง่ร้ายของวัยรุ่นหญิง โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 43 และ 37 ตามลำดับ งานวิจัยของกรีกาและคนอื่นๆ (Greca; et al. 2001: 131-143) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพกับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นจำนวน 250 คน พบว่า ผู้ที่แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

งานวิจัยในประเทศไทยของ วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 239 คน พบว่า การมีส่วนร่วมในสังคมและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคคลอื่น ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .49$ และ $.22$, $p < .01$) การมีส่วนร่วมในสังคมมีประสิทธิภาพทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้สูงสุด (ค่าเบต้าเท่ากับ $.378$, $p < .01$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประพิศ จันทรพิทกษา (2537) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ และการมีส่วนร่วมสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 205 คน พบว่า การมีส่วนร่วมในสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ และการศึกษาของ จิตติมา กุลอัมชะกิจ (2543) เกี่ยวกับการยอมรับทางสังคมด้านการทำงานของคนพิการจำนวน 59 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับทางสังคม คือ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ระดับของความพิการ และประเภทของศูนย์ฟื้นฟูอาชีพ

นอกจากการยอมรับทางสังคมจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นทั่วไปและผู้สูงอายุ ผู้วิจัยยังพบความสัมพันธ์เช่นนี้ในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้วย สเตราส์และคนอื่นๆ (Strauss; et al. 2007: 96-103) ศึกษาการถูกตีตราในวัยรุ่นอเมริกันที่ใบหน้าผิดปกติอายุ 11-18 ปี จำนวน 185 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นชายและมีความผิดปกติแต่กำเนิดโดยรายงานตนเองด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวกับความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ (YQOL-FD) พบว่าวัยรุ่นมีประสบการณ์ถูกตีตราจากเพื่อนค่อนข้างบ่อยในช่วง 1 สัปดาห์หรือ 1 เดือนก่อนให้ข้อมูล โดยถูกเพื่อนจ้องมองมากที่สุด รองลงมาคือ เพื่อนมาพูดคุยด้วยและทะเลาะวิวาท ผลการวิจัยลักษณะนี้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ พาเทลและโรส (Patel; & Ross. 2003: 471-480) ที่ศึกษาประสบการณ์ปากแหว่งเพดานโหว่ของผู้ใหญ่อเมริกาใต้จำนวน 20 คน ที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติแล้ว เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอายุ 18-25 ปี เป็นผู้ชาย สถานภาพโสด สืบสาวจวบการศึกษาระดับอุดมศึกษา เป็นนิสิตนักศึกษา มีภาวะปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ข้างเดียว เคยเข้ารับการผ่าตัดครั้งล่าสุดเมื่ออายุ 3 เดือนถึง 8 ขวบ และไม่มี ความผิดปกติอื่นร่วมด้วย ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบจากปากแหว่งเพดานโหว่ทำให้ขาดเรียนบ่อยและความสัมพันธ์ไม่ดีระหว่างเพื่อนกับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลบางคนรู้สึกไม่มั่นใจและไม่พึงพอใจใบหน้าตนเองระหว่างคบหาเพื่อนต่างเพศหรือคู่รัก

จากการประมวณงานวิจัยจำนวนหนึ่งพบว่า การที่เพื่อนไม่ยอมรับทางสังคมมีผลต่อความพึงพอใจใบหน้าของตน ความวิตกกังวล และปัญหาการคบเพื่อน ตรงกันข้ามกับวัยรุ่นที่ถูกยอมรับจากกลุ่มเพื่อนมาก จะมีการคบเพื่อนในทางสร้างสรรค์ ปรับตัวทางจิตสังคมได้ดี ดังปรากฏในผลวิจัย เช่น ฮันท์และคนอื่นๆ (Hunt; et al. 2006: 598-605) เห็นสอดคล้องว่าความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างเพื่อนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (psychosocial functioning) ของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ โดยศึกษาวัยรุ่นโอริซที่มีปากแหว่งและหรือเพดานโหว่อายุ 8-21 ปี จำนวน 160 คนและวัยรุ่นทั่วไปจำนวน 113 คน เมื่อวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยเชิงเส้นพบว่า การถูกล้อเลียนเป็นตัวทำนายปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของวัยรุ่น (ค่าเบต้าเท่ากับ 0.304, $p < .001$) และการศึกษาของสเตรสส์และเฟนสัน (Strauss; & Fenson. 2005: 14-18) ได้สังเคราะห์บทความเกี่ยวกับการมีชีวิตที่ดีของผู้ป่วยใบหน้าและกะโหลกศีรษะผิดปกติ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนในช่วงวัยรุ่นมีความสำคัญมาก โดยเพื่อนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ด้วยกันจะพึ่งพาอาศัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ส่วนเพื่อนร่วมห้องเรียนและครูเป็นแรงบันดาลใจให้ใช้ชีวิตอย่างคนทั่วไป รวมทั้งให้การสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อถูกจ้องมอง ล้อเลียน ขาดเรียนไปผ่าตัดและถูกเพื่อนรังแก

สรุปว่าหลักฐานจากงานวิจัยในต่างประเทศ ให้ผลที่สอดคล้องกันว่า การยอมรับจากเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์กับเพื่อน และการสนับสนุนจากเพื่อนในทางที่เหมาะสม เหล่านี้อาจเป็นปัจจัยเชิงเหตุที่คาดว่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและทำให้วัยรุ่นมีปัญหาการปรับตัวน้อยลงด้วย อาจแสดงว่า วัยรุ่นที่รับรู้ว่าจะได้รับการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนที่มีพฤติกรรมเหมาะสมมากเท่าใด ก็มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากเท่านั้น กล่าวคือ การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการยอมรับจากเพื่อนอาจจะเป็นตัวแปรคันกลางระหว่างการสนับสนุนจากบิดามารดากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.7การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

เบียนเวนนู (งามตา วนิทนันทน์;และคนอื่นๆ. 2544: 42; อ้างอิงจาก Bienvenu, 1970: 26-27) ได้ให้ความหมายของคำว่า “การสื่อสาร” คือ การที่คนทั่วไปแลกเปลี่ยนความรู้สึกรู้สึกและความหมายในเรื่องต่างๆ เมื่อต่างฝ่ายต่างพยายามที่จะเข้าใจทัศนะของกันและกัน การสื่อสารเป็นกระบวนการ

ถ่ายทอดความรู้สึก ทศนคติ ความเป็นจริง ความเชื่อ และความคิดระหว่างบุคคลหลายคนที่ย้ายอยู่ร่วมกัน การสื่อสารไม่ได้เกิดจากการใช้คำพูดเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากการฟังเสียงสัญญาณต่างๆ การแสดงสีหน้า การใช้ภาษาท่าทาง การสัมผัส การใช้สัญลักษณ์โดยผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถทราบความหมายได้ สรุปว่า การสื่อสารระหว่างบุคคลมีความหมายรวมถึงความมุ่งหมายทั้งหมดที่จะทำให้บุคคลมีอิทธิพลต่อกันและกันได้

ปัญหาและข้อขัดข้องที่พบบ่อยในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่ การขาดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ บุคลากรทางการแพทย์พูดให้ข้อมูลมากเกินไป การไม่เข้าใจในปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การสื่อสารทางเดียวกับผู้ป่วย การไม่ให้ความสำคัญกับอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วย และการชี้แนะเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย ดังนั้น “การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ” เป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ถ่องแท้เกี่ยวกับปัญหาและความกังวลของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถสร้างไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ทำให้ทุกฝ่ายมีความสุขในการให้และรับบริการในสังคมยุคปัจจุบันที่เต็มไปด้วยความคาดหวัง (ชิษณุ พันธุ์เจริญ; และจรงค์จิร งามไพบูลย์. 2552:19)

แอกเคอร์แมน (Ackerman. 2007: 13-21) กล่าวว่า การสื่อสารที่ดีระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วยที่มีการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันสามารถเกิดขึ้นได้ 2 แนวทาง คือ

1) การซักประวัติเบื้องต้น เช่น สอบถามข้อมูลทั่วไป สาเหตุหลักของการมารับการรักษา เป็นต้น และการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยเช่น ลักษณะจิตสังคม สถานะการเจริญเติบโต ประวัติครอบครัว การรักษาทันตกรรมที่ผ่านมาและประวัติทางการแพทย์ เป็นต้น เพื่อให้คำวินิจฉัย ประเมินแรงจูงใจและความคาดหวังของผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

2) ก่อนการรักษาทันตกรรมจัดฟันอาจให้ผู้ป่วยเซ็นตีไปยินยอม (informed consent) ก่อนโดยมีรายละเอียดชี้แจง แผนการรักษา ผลการรักษาที่คาดว่าจะได้รับภายหลัง การรักษาทางเลือกอื่น ความเสี่ยงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ และโอกาสความสำเร็จในการรักษา ซึ่งทันตแพทย์ควรอธิบายและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมซักถามเสนอความคิดเห็น

การสื่อสารทางการแพทย์มีหลายประเภทและควรเลือกใช้ให้เหมาะสมสำหรับแต่ละสถานการณ์ การสื่อสารที่ใช้บ่อยทางการแพทย์มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) การให้ความรู้หรือการแนะนำโดยตรง (direct guidance) หรือการให้สุศึกษา (health education) เป็นการสรุปเนื้อหาสั้นๆ ให้ผู้มารับบริการได้มีความรู้ความเข้าใจ อาจใช้สื่อประกอบหรือผู้ฟังมีหลายคน 2) การแนะนำล่วงหน้า (anticipatory guidance) เป็นการให้ข้อมูลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการในอนาคตทั้งด้านการ

ป้องกันและเฝ้าติดตาม และ 3) การให้การปรึกษา (counseling) เป็นกระบวนการสื่อสาร ซึ่งยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการสื่อสารสองทาง ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาและความกังวลของตน สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างของเขาได้ ผู้ให้บริการต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ขั้นสูงในการสื่อสาร (ชีษณุ พันธุ์เจริญ. 2551: 4-5)

แนวคิดในการสื่อสารทางการแพทย์แบบการให้การปรึกษา สามารถสรุปหลักสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ได้ 8 ข้อ (ชีษณุ พันธุ์เจริญ; และจรงค์จิตร งามไพบูลย์. 2552:34-41) ดังนี้

1. ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แนวคิดการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered healthcare) หมายถึง การเข้าใจความเป็นมนุษย์หรือบุคลากรการแพทย์พยายามมองความเจ็บป่วยด้วยมุมมองเดียวกับผู้ป่วยทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย บุคลิกภาพและประเภทแพทย์เฉพาะทางส่งผลต่อคุณภาพการดูแลรักษาและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ผลของการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทำให้ผู้ป่วยเครียดลดลง แพทย์ทำหน้าที่ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความตื่นตัวอดทนและเข้ารับบริการทางการแพทย์มากขึ้น (Bower; & Mead. 2007: 468-469) การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมี 5 ด้าน คือ (Mead; & Bower. 2000: 1087; Stewart; et al. 1995: 1428)

1) มุมมองชีวจิตสังคม (biopsychosocial perspective) ระหว่างมุมมองบุคลากรการแพทย์ต่อโรคร่วมกับมุมมองผู้ป่วยต่อความเจ็บไข้ได้ป่วย

2) ผู้ป่วยเป็นมนุษย์ (patient as person) เน้นทำความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกันไป

3) แบ่งปันอำนาจและความรับผิดชอบ (sharing power and responsibility) เปลี่ยนบทบาทความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรการแพทย์กับผู้ป่วยให้เป็นลักษณะมีส่วนร่วมซึ่งกัน (mutual participation) อำนาจตัดสินใจ วางแผนการรักษาร่วมกัน

4) ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษา (therapeutic alliance) บรรยายความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรการแพทย์กับผู้ป่วยช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้นได้

5) แพทย์เป็นมนุษย์ (doctor as person) ความคิดอารมณ์ความรู้สึกของแพทย์จะมีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย

2. เป็นผู้รับฟังที่ดี คือการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดและแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตลอดจนความเชื่อและความรู้ที่มีมาแต่เดิม นอกจากนี้ควรให้ความสนใจในเรื่องราวที่ผู้ป่วยและญาติเล่า โดยใช้ทักษะต่างๆและแสดงออกว่ากำลังฟังและให้ความสำคัญในสิ่งที่เขาพูด เช่น ทักษะทวนซ้ำ ทักษะเงี่ยบ ทักษะสรุปความ การสบตา การพยักหน้า เป็นต้น

3. การสื่อสารแบบสองทาง การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติควรมีลักษณะสนทนาด้วยคำถามปลายเปิดและคำพูดที่ไม่มีลักษณะชี้นำหรือสรุปเอาเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวด้วยตนเอง จากนั้น อาจใช้ทักษะทวนซ้ำ สรุปความ และคำถามกระตุ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม

4. ให้ความสำคัญกับความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ โดยอาจเริ่มการสนทนาด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกก่อน แล้วสะท้อนอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคนสนใจและยินดีช่วยแก้ไข้ปัญหา

5. สร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นกระบวนการต่อเนื่อง ตั้งแต่การทักทายอย่างเป็นกันเอง แนะนำตนเอง พูดคุยเรื่องทั่วไป หรือเรื่องที่อยู่ในความสนใจของผู้ป่วย ควรสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันตลอดการพูดคุย ระหว่างปฏิบัติงาน จนเสร็จสิ้นการรักษา

6. ระวังคำพูดที่ไม่เกิดประโยชน์ เช่น คำข่มขู่ต่อว่า เสียดสี ดุด่า หรืออบรมสั่งสอน ควรใช้คำพูดที่แสดงความหวังดี ความหวังดี และให้กำลังใจกับผู้ป่วย

7. ทำความเข้าใจกับปัญหาและความกังวลใจของผู้ป่วยและญาติให้ชัดเจนก่อนเสนอแนวทางแก้ไข้ปัญหา

8. ส่งเสริมการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหาแนวทางของตนเอง พูดชมเชยในสิ่งที่เหมาะสมแก้ไข้สิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจคลาดเคลื่อนไป และเสนอทางเลือกที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้

การสื่อสารทางการแพทย์ยังควรให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยวัยรุ่น ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยวัยรุ่นอยากได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์เวลาพูดคุยกันนั้น อนุพงษ์ สุธรรมนิรันดร์ (2551: 86) กล่าวว่า คือ

- การยอมรับความคิดเห็น ถึงแม้ว่าจะแตกต่างจากผู้ใหญ่
- ให้โอกาสแสดงความเป็นตัวของตัวเอง โดยไม่ด่วนตัดสินว่าผิดหรือถูก
- ให้เกียรติในการคุยเสมอว่าเป็นผู้ใหญ่คนหนึ่ง
- ถ้าจะดุหรือกล่าวตักเตือน ให้พูดเฉพาะพฤติกรรมในเรื่องนั้นให้ตรงประเด็น
- คุยกันในบรรยากาศดี ๆ สบาย ๆ ไม่กดดัน
- คุยกันได้หลายเรื่องอย่างสนุกสนาน และยอมรับในความแตกต่าง
- เป็นที่ปรึกษาได้ในยามที่ต้องการ
- ไม่ฉุนว้าย เจาก็เจ้าการหรือบิบบังคับ

การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยวัยรุ่นรับรู้ ว่า แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ผู้ให้การรักษาปากเหง่เพดานโหว่ ได้ให้ความรู้

คำแนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถาม เคารพสิทธิผู้ป่วย และแสดงออกด้วยวาจาสีหน้าท่าทางที่เป็นปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างกัน

การวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น

การดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถประเมินได้หลายรูปแบบ เช่น วัดเจตคติของแพทย์ วัดคุณภาพการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และวัดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเป็นต้น แต่ควรให้ผู้ป่วยเป็นผู้รายงานโบเวอร์และมีมติสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจำนวน 16 เรื่อง พบว่ามีแบบวัดหลากหลาย แต่ยังไม่มีแบบวัดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Bower; & Mead. 2007: 470) ผู้วิจัยจึงสร้างแบบวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นด้วยแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยหลักการวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยของโบเวอร์ มีด และสจ๊วต (Bower; & Mead. 2007; Stewart. 1995) แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้มีการสื่อสารที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ผลการวิจัยการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย พบว่า พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์เป็นตัวทำนายนายความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และความพึงพอใจการรักษา งานวิจัยในประเทศไทยของ ศิริรินทรา ทองมี (2548) ศึกษาผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้าในโรงพยาบาลรัฐ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาลทำนายความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดรักษา (ค่าเบต้าเท่ากับ .789, $p < .01$) เช่นเดียวกับ งานวิจัยของศุกลรัตน์ อิงชาติเจริญ (2551) ศึกษาผู้ป่วยอายุ 18-60 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย จำนวน 280 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกแตกต่างกันตามสุขภาพจิตและสัมพันธภาพกับทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึก ($p < .001$)

ในต่างประเทศ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สะท้อนมุมมองต่อการสื่อสารทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นระหว่างเข้ารับการรักษายาบาลทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยงานวิจัยชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) ของซาปาโดส (Chapados. 2000: 27-38) ทำศึกษาประสบการณ์ชีวิตของวัยรุ่นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่แต่กำเนิด ผู้ให้ข้อมูลเป็นวัยรุ่นแคนาเดียนหญิงและชายจำนวน 10 คนอายุ 15-17 ปีที่เข้ารับการรักษาในคลินิกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์วัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นรู้สึกไม่พอใจเจตคติและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ อาทิ ท่าทีเย็นชาห่างเหิน ไม่ให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมตัดสินใจหรือวางแผนในการรักษา และขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน โดยวัยรุ่นไม่ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ของตนเองและขั้นตอนการรักษาผ่าตัดที่ผ่านมาหรือในอนาคต วัยรุ่นบางคนเคยได้รับการปฏิบัติเหมือนเช่น “ผู้ป่วยทั่วไป” และบางคนได้รับคำอธิบายขั้นตอนการรักษาอย่างละเอียด

อย่างไรก็ตาม จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผู้ที่ใบหน้าผิดปกติของมูราเดียน (Mouradian. 2001: 257-258) พบว่าการติดตามประเมินสภาพจิตใจหลังผ่าตัดช่วยให้แพทย์เข้าใจมุมมองด้านบวกและมีความสัมพันธ์อันดีต่อผู้ป่วยซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งกับชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญสถานการณ์การดูแลรักษาที่ใช้ระยะเวลาต่อเนื่องยาวนานและหลายขั้นตอนการรักษา เช่น การดมยาสลบ การผ่าตัดซ้ำหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เป็นต้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของพาเทลและรอส (Patel; & Ross. 2003: 471-480) ที่ศึกษาประสบการณ์ปากแหว่งเพดานโหว่ของผู้ใหญ่อเมริกาใต้ อายุ 18-50 ปี จำนวน 20 คนที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติแล้วเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) พบว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าบุคลากรการแพทย์มีผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองมากที่สุด รองมาคือ เจตคติต่อปากแหว่งเพดานโหว่ ความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ด้อยกว่าตนเอง ความเข้าใจว่าปากแหว่งเพดานโหว่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้

จากการประมวลงานวิจัยในต่างประเทศสองเรื่องเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นที่รับรู้บรรยากาศเย็นชาระหว่างการรักษายาบาล ไม่เข้าใจภาษาและท่าทางของบุคลากรทางการแพทย์ มีเจตคติไม่ดีต่อกันมาก จะยิ่งรู้สึกอึดอัด ให้ความร่วมมือการรักษาน้อยลง ผู้วิจัยคาดว่าในทางตรงกันข้าม การสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้โดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.8การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ประเภทปากแหว่งเพดานโหว่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่ถือเป็นความผิดปกติในช่องปากที่บ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ความผิดปกติของโครงสร้างใบหน้าและการสบฟันของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สามารถทำนายแนวโน้มความรุนแรงของความผิดปกติในอนาคตได้โดยการพิจารณาจากประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่ อายุของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการผ่าตัดศัลยกรรมและเทคนิคการรักษาที่ใช้ หากวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในระยะชุดฟันผสมและมีการหดรั้งของรอยแผลเป็นบนใบหน้าภายหลังการทำศัลยกรรมจะเกิดปัญหาการสบฟันรุนแรงมากขึ้นในระยะชุดฟันถาวร เช่น ความผิดปกติของฟันในบริเวณที่อยู่ชิดกับรอยแยก ฟันสบไขว้ ฟันหน้าหมุน และฟันสบเปิด เป็นต้น ความผิดปกติเล็กน้อยเพียงใดขึ้นกับประเภทของปากแหว่งและเพดานโหว่ ปากแหว่งและเพดานโหว่แบ่งจำแนกตามตำแหน่งของรอยแหว่ง ได้เป็น 2 ประเภท คือ (สมรตรี วิถีพร. 2537: 25, 43-45)

1) ปากแหว่งและเพดานโหว่ด้านเดียว (unilateral cleft lip and cleft palate) มักเกิดทางด้านซ้ายมากกว่าด้านขวา อาจพบร่วมกับการมีกระดูกเบ้าฟันโหว่ (alveolar bone cleft) ฟันหน้าบางซี่หายไปแต่กำเนิดหรือถูกถอนเนื่องจากขึ้นผิดตำแหน่งเกิดฟันหน้าสบไขว้ (anterior crossbite) ฟันหลังอาจมีการสบฟันปกติ

2) ปากแหว่งและเพดานโหว่สองด้าน (bilateral cleft lip and cleft palate) ตำแหน่งขากรรไกรบนส่วนหน้าอาจยื่นมาทางด้านหน้ามากกว่าปกติหรือบิดเบี้ยวไปทางใดทางหนึ่ง ฟันซึ่งอยู่ติดกับช่องโหว่มักหายไปหรือมีรูปร่างความผิดปกติ ผู้ป่วยประเภทนี้มักมีฟันสบไขว้ทั้งบริเวณฟันหน้าและฟันหลัง

ผู้วิจัยสรุปได้ว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่เพียงด้านเดียวน่าจะมีความผิดปกติของใบหน้าและกะโหลกศีรษะรุนแรงน้อยกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน จารุณี รัตนยาติกุลและสุปราณี เทวินบุรานวงศ์ (2547: 365) กล่าวว่า การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพียงอย่างเดียวให้ผลการรักษาที่ดีกว่าในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว ในขณะที่ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านควรได้รับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันร่วมกับการทำศัลยกรรมตกแต่งกระดูกขากรรไกร(orthognathic surgery)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งประเภทปากแห้งเพดานโหว่ตามนิยามปฏิบัติการและคำวินิจฉัยของทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมจัดฟัน

ผลการวิจัยที่พบว่าประเภทปากแห้งเพดานโหว่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ฮันต์และคนอื่นๆ (Hunt; et al. 2005: 274-285) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเด็กปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 64 เรื่อง พบว่าประเภทของปากแห้งเพดานโหว่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดเกี่ยวกับตน ความพึงพอใจใบหน้า ซึมเศร้า ความผูกพัน ปัญหาการเรียนรู้ และความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งในกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นและครอบครัว ดังเช่น งานวิจัยของมอสทอฟสกีและคนอื่นๆ (Mostofsky; et al. 2006: 9-10) สนับสนุนว่าวัยรุ่นที่มีปากแห้งเพดานโหว่เห็นได้ชัดเจนบนใบหน้ามีแนวโน้มต้องการเข้ารับการรักษาดัดและจัดฟันเพื่อแก้ไขรูปหน้าและช่องปากให้สามารถเข้าสังคมมีเพื่อนคบหา และเพศตรงข้ามสนใจมากขึ้น งานวิจัยของไวซินสกีและคนอื่นๆ (Wyszynski; et al. 2005: 188) ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมีสัมพันธภาพในครอบครัวน้อย ชัดแย้งกันมาก และพึงตนเองน้อยกว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน ($p < .001$) ส่วนแซงค์และคนอื่นๆ (Sank; et al. 2003: 165-171) ทำการศึกษาพบว่าประเภทของปากแห้งเพดานโหว่เป็นตัวทำนายสำคัญของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ยิ่งวัยรุ่นมีปากแห้งเพดานโหว่ที่เห็นได้ชัดเจนภายนอกมารดาจะรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากและมีอาการซึมเศร้าน้อย

นอกจากนี้ โดมิอะโนและคนอื่นๆ (Domiano; et al. 2007: e287) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กวัยรุ่นอเมริกันปากแห้งและหรือเพดานโหว่ประเภทต่างๆ จำนวน 104 คน ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ประเภทปากแห้งเพดานโหว่และอายุของเด็กร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยเด็กเพดานโหว่อย่างเดียวนั้นมีคุณภาพชีวิตมากกว่าเด็กปากแห้งและเพดานโหว่ในช่วงอายุ 2-7 ปี แต่เมื่ออายุ 8-12 ปี เด็กปากแห้งและเพดานโหว่มีคุณภาพชีวิตมากกว่าเด็กเพดานโหว่อย่างเดียว นอกจากนี้ จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเครียดของครอบครัวเด็กปากแห้งเพดานโหว่ประเภทต่างๆ ของคาเมอร์และคนอื่นๆ (Kramer; et al. 2008: 580) ศึกษาพบว่า ครอบครัวของเด็กปากแห้งและเพดานโหว่อายุ 5-6 ปี จำนวน 147 คนมีการจัดการความเครียดสูงกว่าเด็กปากแห้งหรือเพดานโหว่อย่างใดอย่างหนึ่ง ($p < .05$)

จากตัวอย่างผลการวิจัยข้างต้นนี้ อาจกล่าวได้ว่า ตัวแปรประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความพึงพอใจใบหน้าตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งปากแหว่งและเพดานโหว่ จึงคาดได้ว่าวัยรุ่นที่มีประเภทปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างกันน่าจะมีแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงเหตุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยและขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ที่ใช้อธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นที่มีปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน มีความแตกต่างกัน

ลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังของวัยรุ่น นับเป็นปัจจัยเชิงเหตุอีกกลุ่มหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในการประมวลผลการวิจัย พบว่า ลักษณะด้านนี้ของบุคคลเป็นตัวแปรอิสระที่มีความสำคัญต่อตัวแปรตามเป็นลำดับรองเมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอิสระหลักกลุ่มต่างๆ ที่กล่าวไปแล้ว

เพศกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับเพศและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากจำนวนหนึ่ง มีหลักฐานชัดเจนว่า เพศเป็นปัจจัยเชิงเหตุของสุขภาพและการดูแลสุขภาพ โดยผู้หญิงรับรู้สุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงดูแลสุขภาพช่องปากตนเองและเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมมากกว่าผู้ชาย (Inglehart; Silverton; & Sinkford. 2002: 115)

ผลการวิจัยที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ชไนเดอร์และคนอื่นๆ (Snyder; et al: 2005: 551) ได้ศึกษาวัยรุ่นอเมริกันปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 14-18 ปี จำนวน 64 คน พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายมีศักยภาพด้านการทำกิจกรรม (activities competence) และด้านสังคม (social competence) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าไคสแควร์เท่ากับ 3.45 และ 6.37; $p < .05$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนงานวิจัยของมาร์คัสสันและคนอื่นๆ (Marcusson; et al: 2002b: 19) ได้ศึกษาพบว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 19-29 ปี จำนวน 68 คนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสัมพันธ์กับความพึงพอใจช่องปากและใบหน้าของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.3p < .05$) วัยรุ่นเพศหญิงพึงพอใจภาพลักษณ์ตนเองน้อยกว่าเพศชาย

ต่อมา ผลการศึกษาลักษณะนี้ยังพบในการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นบราซิล อายุ 15-16 ปี จำนวน 1,675 คน โดยโอลิเวราและเชลแฮม (Oliveira; & Sheiham. 2004: 26) ได้ทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบลอจิสติก ผลการวิจัยพบว่า เพศของวัยรุ่นทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเพศหญิงรับรู้ผลกระทบทางลบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าเพศชายคิดเป็น 1.22 เท่า นอกจากนี้ ล็อกเกอร์ (Locker. 2007a: 348) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นแคนาเดียนที่ฟันได้รับอุบัติเหตุจำนวน 370 คน พบว่า เพศของวัยรุ่นทำนายความแปรปรวนของผลกระทบด้านการทำหน้าที่และด้านจิตสังคมได้ร้อยละ 10.3 ($p < .01$) อีกทั้ง แกสปาร์และคนอื่นๆ (Gaspar; et al. 2009: 40) ยังได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเพศหญิงและชาย ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 10-16 จำนวน 3,195 คน การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) พบว่า วัยรุ่นเพศชายมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นเพศหญิงน่าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยรุ่นเพศชาย

ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ฐานะทางเศรษฐกิจในครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เนื่องจากการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานานมีค่าใช้จ่ายตามมา เช่น ค่ารักษาพยาบาล และค่าเดินทาง เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากขาดความต่อเนื่องในการรักษาหรือเกิดภาระหนี้สิน ความเครียดในครอบครัวและขาดความมั่นคงทางการเงิน (สุธีรา ประดับวงษ์. 2550:295) ครอบครัวที่ฐานะการเงินดีสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก และจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้มากกว่าครอบครัวฐานะยากจนกว่า (Abegg. 2006: 93-94) จากการสำรวจคนไทยที่มีปากแหว่งเพดานโหว่เมื่อ พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนพิการกลุ่มนี้ส่วนใหญ่หรือจำนวนร้อยละ 87 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งมีรายได้น้อย ฐานะยากจนทำให้อาจขาดโอกาสเข้าถึงการผ่าตัดเย็บรอยโหว่ การรักษาทันตกรรมจัดฟันและการฝึกพูด

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์วัดระดับเศรษฐกิจของครอบครัวมาจากการวิจัยของ งามตา วนินทานนท์ และคนอื่นๆ (2545) ซึ่งเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างนักเรียนวัยรุ่นคนไทย การวัดระดับเศรษฐกิจของครอบครัวของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่พิจารณาจากปริมาณรายได้ทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1,000-7,000 บาท 7,001-29,920 บาท และ ตั้งแต่ 29,921 บาท ขึ้นไปเทียบเคียงกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ใช้จ่ายเงินรายได้นั้นแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 2-4 คน 5-6 คน และตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป ครอบครัวที่มีปริมาณรายได้น้อยแต่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวใช้จ่ายเงิน

รายได้มากจัดเป็นครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำ (ระดับเศรษฐกิจต่ำสุดมีคะแนนเป็น 1) ส่วนครอบครัวที่มีปริมาณรายได้มากแต่มีจำนวนสมาชิกในครัวรั้วใช้จ่ายเงินรายได้น้อยจัดเป็นครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจสูง (ระดับเศรษฐกิจสูงสุดมีคะแนนเป็น 9)

ผลการวิจัยที่พบว่าระดับเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

โดมอานโนและคนอื่นๆ (Domiano; et al. 2007: e287) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่อายุ 2-12 ปี พบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวและรายได้ต่อปีของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเบต้าเท่ากับ 0.28 และ 0.23 ตามลำดับ; $p < .05$) ส่วนงานวิจัยของโอลิเวราและเชลแฮม (Oliveira; & Sheiham. 2004: 26) พบว่าระดับชนชั้นทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นบราซิลทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยวัยรุ่นที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมต่ำจะรับรู้ผลกระทบทางลบจากสุขภาพได้มากกว่า 1.27 เท่าของวัยรุ่นที่ชนชั้นทางสังคมสูงกว่า จากผลการวิจัยทั้ง 2 เรื่องข้างต้นแสดงว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยและมีผู้อาศัยอยู่ร่วมกันหลายคนจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้มากและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย

นอกจากนี้ ล็อกเกอร์ (Locker. 2007a: 348) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นแคนาดาที่พื้นได้รับอุบัติเหตุจำนวน 370 คน พบว่ารายได้ของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัวทำนายความแปรปรวนของผลกระทบด้านการทำหน้าที่และด้านจิตสังคมได้ร้อยละ 5.3 และ 13.5 ตามลำดับ ($p < .001$) ลาสุด แกสพาร์ และคนอื่นๆ (Gaspar; et al. 2009: 40) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นที่มีระดับเศรษฐกิจต่างกัน ในกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นอายุ 10-16 ปีจำนวน 3,195 คน การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) พบว่า วัยรุ่นที่มีระดับเศรษฐกิจปานกลางและสูงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) งานวิจัยในประเทศไทยของ นพมาศ แซ่เลี้ยว (2550) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่วัยกลางคนจำนวน 645 คน พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีระดับเศรษฐกิจสูงเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวและด้านสังคมมากกว่าผู้ใหญ่ที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำ

จากตัวอย่างงานวิจัยข้างต้น จะเห็นว่าระดับเศรษฐกิจของครอบครัวน่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแปรนี้เป็นหนึ่งในตัวแปรแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้โดยคาดว่าวัยรุ่นที่มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ พิจารณาจากปริมาณรายได้ทั้งหมดของครอบครัวต่อ

เดือนน้อยร่วมกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก น่าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวสูง

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้ตัวแปรเพศ และระดับเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่คาดว่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกัน โดยผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานที่ 3 วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงและมีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ เป็นผู้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีลักษณะตรงข้าม

ทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ทางสังคมวิทยา

ในการวิจัยระยะที่ 3 การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ (symbolic interactionism) ในทางสังคมวิทยา เกี่ยวกับ 1) แนวคิดการประกอบสร้างทางสังคม (social constructionism) 2) แนวคิดการถ่ายทอดทางสังคม (socialization) และ 3) แนวคิดการพัฒนาการในภาพเกี่ยวกับตน (self-concept) มาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยขอเสนอตามลำดับ ดังนี้

1) แนวคิดการประกอบสร้างทางสังคม: การสร้างความหมายทางสังคมให้แก่ “ความเป็นจริง”

แนวคิดการประกอบสร้างทางสังคมมีความเชื่อว่า สิ่งที่เราเรียกว่า “ความเป็นจริง” (reality) ไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่แล้วแล้วรอการค้นพบ แต่ในทางตรงกันข้าม ความเป็นจริงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมา (constructed) โดยมนุษย์มีโลกแวดล้อมรอบตัวอยู่ 2 ระดับ ระดับแรก คือ โลกทางกายภาพ (physical world) ซึ่งเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น พื้นดิน ห่อฟ้า แม่น้ำ ต้นไม้ เป็นต้น และอีกระดับมีชื่อเรียกหลายอย่าง เช่น โลกทางสังคม (social world) สิ่งแวดล้อมเชิงสัญลักษณ์ (symbolic environment) หรือความเป็นจริงทางสังคม (social reality) เป็นต้น โลกนี้เกิดจากการทำงานของสถาบันต่างๆ ในสังคม เช่น ครอบครัว โรงเรียน ศาสนา ที่ทำงาน รัฐ และสื่อมวลชน (กาญจนา แก้วเทพ, 2545: 258)

สำหรับคำสำคัญในแนวคิดนี้คือ คำว่า “ความเป็นจริง” (reality) อันหมายถึงโลกแห่งสังคมหรือโลกแห่งสัญลักษณ์ที่ห่อหุ้มแวดล้อมคนอยู่ คำว่า “ความเป็นจริง” มี 4 มิติ ได้แก่ (กาญจนา แก้วเทพ, 2545: 263)

มิติที่ 1 ความเป็นจริงเป็นการให้นิยามต่างๆ แก่สังคม (dominant source of definition) เช่น สุขภาพคืออะไร สุขภาพที่ดีต้องเป็นอย่างไร เป็นต้น

มิติที่ 2 ความเป็นจริงเป็นภาพลักษณ์ (image) ทางสังคมของปัจเจกบุคคลกลุ่มสังคมต่างๆ เช่น ทักษะที่บุคคลธรรมดาที่มีต่อผู้ที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ ภาพลักษณ์ระหว่างแพทย์กับพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

มิติที่ 3 ความเป็นจริงเป็นค่านิยมที่แสดงออกมา (value) เช่น การเชื่อมโยงระหว่างความดีกับความชั่วเข้ากับความขาวและความดำ เป็นต้น

มิติที่ 4 ความเป็นจริงเป็นบรรทัดฐานสำหรับการตัดสิน (normative judgement) เช่น สังคมใช้อะไรเป็นเกณฑ์บรรทัดฐานในการตัดสินใจว่าใครเป็นคนพิการบ้าง เป็นต้น

ตัวอย่างเช่น บุคคลสองคนที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันจะแสดงพฤติกรรมหรือมีการตอบสนองที่แตกต่างกัน เนื่องจาก “โลกทางสังคม” แตกต่างกัน เช่น ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐาน เป็นต้น ทำให้ความเป็นจริงต่อสิ่งต่างๆ ในสถานการณ์นั้นถูกสร้างขึ้นมาและมีความหมายที่แตกต่างกันออกไป หรือแม้แต่กรณีที่บุคคลยังไม่เคยสัมผัสกับ “โลกทางกายภาพ” อย่างจริงเลย ก็สามารถสร้างโลกทางสังคมเกี่ยวกับความเป็นจริงเรื่องนั้นผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม เมื่อเชื่อมโยงแนวคิดนี้มาสู่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมตามทัศนะของมีด (George Herbert Mead) ซึ่งเป็นนักคิดคนสำคัญของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (symbolic interactionism) จะอธิบายได้ว่าบุคคลหนึ่งมิได้ถูกผู้อื่นกระทำ (passive) หรือสร้างความจริงมารอบล้อมตัวเองอยู่ฝ่ายเดียว แต่บุคคลนั้นจะมีลักษณะกระทำ (active) และได้ใช้เนื้อหาหรือสื่อมาสร้างสิ่งแวดล้อมของตนเองด้วย เช่นเดียวกัน (กาญจนา แก้วเทพ. 2545: 259-261)

คำอธิบายแนวคิดเรื่องการสร้างความหมายทางสังคมของความเป็นจริง มี 2 ทักษะ คือ

ทักษะที่ 1 การอธิบายด้วยแนวคิดภาษาศาสตร์ ภาษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างแนวคิด (concept) เกี่ยวกับความเป็นจริง เมื่อเราเห็นโลกทางกายภาพจะใช้ภาษาเรียกความเป็นจริงนั้นตามความคิด โลกทางกายภาพแตกต่างกันทำให้เกิดโลกทางสังคมและเกิดระบบภาษาที่ต่างกัน จากนั้นเมื่อใช้ภาษาที่ต่างกันก็จะเกิดประสบการณ์กับความเป็นจริงต่างกัน

ทักษะที่ 2 การอธิบายด้วยทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม จากคำถามหลัก 3 ประเด็นคือ บุคคลสร้างความหมาย (make sense) กับโลกรอบตัวอย่างไร บุคคลสร้างและปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวันของตนได้อย่างไรและ บุคคลสามารถกระทำสิ่งต่างๆ ได้โดยปริยายแบบไม่ต้องหยุดคิดหรือหยุดตั้งสงสัยได้อย่างไร จากทฤษฎีสามารถอธิบายได้ว่าคลังแห่งความรู้ทางสังคม (stock of social knowledge) ของบุคคลเกิดจากการจัดหมวดหมู่และจัดเก็บอยู่ในรูปของภาษา แล้วนำมาเชื่อมโยงการเรียนรู้ภาษากับความจริงทำให้ได้ลักษณะรูปธรรมหรือภาษาใหม่ ๆ

เมื่อสถาบันทางสังคมหรือผู้คนในสังคมได้ประกอบสร้างหรือนิยามความจริงขึ้นมา แล้วถ่ายทอดอย่างเป็นกระบวนการไปสู่แต่ละบุคคล นิยามดังกล่าวจะกลายเป็น "แผนที่ทางจิตใจ" (mental maps) ช่วยชี้ทิศทางความเกี่ยวข้องของระหว่างสิ่งต่างๆ ลักษณะความคาดหวัง แบ่งแยก แผนที่ความเป็นไปได้ ความปกติ และการยอมรับจากสังคม

สุขภาพเป็นการประกอบสร้างของสังคมในมานุษยวิทยาการแพทย์

ผู้วิจัยศึกษาการวิเคราะห์ปรากฏการณ์การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยเกี่ยวกับแนวคิดสุขภาพ เป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้น (health as social construction) เพื่ออธิบายกระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นนปากแห่งเพดานโหว่ จากมุมมองมานุษยวิทยาการแพทย์ว่าสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่มีสาระดำรงอยู่แล้วอย่างตายตัว ตรงกันข้าม "สุขภาพ" เป็นสิ่งที่สังคมเข้ามากำหนดความหมายขึ้นเพื่อการสื่อความกันด้วยการสร้างแนวคิดขึ้นมาอธิบายประสบการณ์ที่เป็นนามธรรมให้สามารถเข้าใจระหว่างกันได้ "สุขภาพ" ในความหมายร่วมกันของแต่ละสังคมนั้น แม้จะมีหลักการที่เห็นพ้องต้องกันว่าสุขภาพที่ดีพึงต้องการคืออะไร แต่ก็ได้หมายความว่าความหมายของการมีสุขภาพดีมีเพียงชุดเดียว ทั้งนี้ การนิยามความหมายย่อมแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของปัจเจกบุคคลนั้นด้วย สุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สังคมกำหนดขึ้นตามค่านิยมและวัฒนธรรมและมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้คนอย่างมาก

ความหมายของการเจ็บป่วยในมุมมองทางสังคมถูกพิจารณาและให้ความหมายที่แตกต่างกัน ดังข้อเสนอของริชาร์ด ไลแบน (Lieban, 1977. อ้างอิงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2551: 8-9) ว่าสังคมให้ความหมายของความเจ็บป่วยใน 3 ลักษณะสำคัญคือ ความเจ็บป่วยคือการลงโทษทางสังคม (illness as social sanction) ความเจ็บป่วยคือการเบี่ยงเบนทางสังคม (illness as deviance) และ ความเจ็บป่วยเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานะของสังคมนั้น (illness as indicator of social performance) ความหมายเหล่านี้สะท้อนโดยนัยว่า ความเจ็บป่วยในมิติทางสังคมและวัฒนธรรมนั้นไม่ได้เป็นเรื่องของความผิดปกติของทางร่างกายและจิตใจ แต่การแสดงออกของอาการผิดปกติที่ปรากฏกับบุคคลนั้นเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ทางสังคมที่ผิดปกติจากบรรทัดฐานที่สังคมวางเอาไว้ ระบบความเชื่อจารีตประเพณี กฎเกณฑ์ทางสังคม ศีลธรรม และสิ่งต่างๆ ที่เป็นวัฒนธรรมความเชื่อของคนในสังคมจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจ แนวคิดนี้เน้นที่กระบวนการทางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้คนในแต่ละสังคมเผชิญอยู่นั้นแตกต่างกัน แม้จะเป็นความเจ็บป่วยชนิดเดียวกันหรือเป็นโรคเดียวกัน แต่หากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นต่างเวลาต่างสถานที่หรือวัฒนธรรมที่ต่างกันแล้ว ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก็ไม่เหมือนกัน ประสบการณ์ความเจ็บป่วยจึงขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมวัฒนธรรม ลักษณะกายภาพบางอย่างถือว่าเป็น "ความเจ็บป่วย" หรือ "โรค" ในบางสังคมอาจ

ถือเป็นเรื่องปกติในสังคมอื่นก็ได้ ความหมายทางสังคมและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับโรคหรือความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ประสบเคราะห์จากความเจ็บป่วยนั้นๆ ถูกมอง ถูกตัดสิน หรือถูกให้คุณค่าต่างกัน การวิเคราะห์กระบวนการทางสังคมวัฒนธรรมที่นิยามหรือให้ความหมายของความเจ็บป่วยจึงสำคัญต่อการเข้าใจโรคหรือความเจ็บป่วยนั้นๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2551:2-3)

การนำแนวคิดการประกอบสร้างทางสังคมมาศึกษาความพิการ

โอลิเวอร์กล่าวว่าแนวคิดการประกอบสร้างทางสังคมสามารถใช้อธิบาย “ความเป็นจริง” ของความพิการได้ 3 มุมมอง (Oliver. 1990) ได้แก่

- มุมมองของศาสนาต่อความบกพร่องทางร่างกายและสติปัญญา เช่น เวรกรรมพระเจ้ากำหนดความแปลกประหลาดความพิเศษและความโชคร้ายเป็นต้น
- มุมมองทางการแพทย์ ได้มอบอำนาจอันชอบธรรมแก่แพทย์ในการวินิจฉัย ตัดสิน ชี้ขาด และจัดประเภทกลุ่มคนพิการต่างๆ โดยผ่านการรับรองของแพทย์
- มุมมองความพิการทางสังคมเป็นการมองความพิการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิมนุษยชน

ความแตกต่างระหว่าง 3 มุมมองข้างต้น คือ มุมมองทางการแพทย์สามารถอธิบายสาเหตุความพิการได้เป็นรูปธรรมกว่าทางศาสนาส่วนเหมือนกันของแต่ละมุมมอง คือ มองความพิการเป็น “เรื่องของแต่ละบุคคล” ที่มีความผิดปกติแต่กำเนิดและเกิดขึ้นภายหลัง ไม่เกี่ยวข้องกับสังคมโดยรวม คนพิการแตกต่างจากคน “ปกติทั่วไป” และจำเป็นต้องให้สังคมช่วยเหลือช่วยเหลือ ด้วยชุดความคิดนี้เอง จึงเกิด “สถาบัน” เช่น โรงพยาบาลสงเคราะห์ มูลนิธิการกุศล และครอบครัว เป็นต้น โดยมุมมองศาสนาและการแพทย์ทำให้คนในสังคมเชื่อว่าคนพิการไม่สามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมเองได้และทำหน้าที่เป็นผู้ให้ เช่น ทำบุญสงเคราะห์ด้วยทรัพย์ต่างๆ ให้การรักษาพยาบาล สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

ในกลุ่มแนวความคิดนี้ ยังได้มองว่าบริบทหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวคนพิการกำลังกีดกันคนพิการออกจากสังคม 2 แนวทาง คือ สถานที่ถูกออกแบบเพื่อ “เก็บ” คนพิการ ให้ใช้ชีวิตในขอบเขตจำกัดและ การสื่อสารหรือใช้สัญลักษณ์บ่งบอกว่า “คนพิการไม่ควรจะอยู่ตรงนั้น” (Kitchen. 1998) กระบวนการทางสังคมแยกคนพิการออกจากสังคมด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่

- คนพิการถูกทำให้อยู่ในสถานะ “ไร้อำนาจ” ไม่มีส่วนร่วมทางการเมืองในฐานะประชาชน และ ถูกปฏิเสธออกจากกระบวนการตัดสินใจที่มีผลทาง การปกครอง
- คนพิการถูกทำให้เป็น “คนชายขอบ” ของสังคม โดยถูกเกณฑ์ให้ไปอยู่ในที่พักอาศัยที่ไร้มาตรฐานขาดโอกาสการเข้าถึงระบบบริการสาธารณะ

- คนพิการถูกเลือกปฏิบัติจากตลาดแรงงาน เช่น ค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ จำกัดตำแหน่งงาน และจ้างงานชั่วคราว เป็นต้น และสถานประกอบการไม่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ
- ความสัมพันธ์ทางสังคมในเชิงอำนาจของคนพิการถูกสร้างผ่านกระบวนการทางวัฒนธรรม เช่นการกำหนดสร้างบรรทัดฐานของความ “เป็นปกติ” และกลายเป็น “คนอื่น” หรือผิดปกติในสังคม ด้วยเหตุนี้ คนพิการจึงเรียนรู้จากสังคมให้ยอมรับการถูกกดขี่เอาเปรียบมองตนเองว่าไร้คุณค่า กล่าวโทษตนเองละเอียดและหาคำตอบต่อความพิการที่เกิดขึ้นกับตนเองสังคมลดคุณค่าคนพิการด้วยการสร้างอคติต่อคนพิการ เช่น ภาษาคำนียาม คำเรียกคนพิการหรือความพิการ เป็นต้น สื่อมวลชน และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกันสร้างภาพตีตราคนพิการ

2) แนวคิดการถ่ายทอดทางสังคมในทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์

ความหมายของ “กระบวนการถ่ายทอดทางสังคม” ในมุมมองของนักจิตวิทยาและนักสังคมวิทยาอาจกล่าวได้ว่า เป็นกระบวนการเชื่อมโยงบุคคลเข้ากับสังคมวัฒนธรรมของตน เริ่มขึ้นตั้งแต่เด็กเกิดมาในครอบครัวซึ่งเรียกว่าการถ่ายทอดทางสังคมขั้นปฐมภูมิ (primary socialization) และดำเนินการป้อนตรึงอบรมอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตเพื่อเตรียมบุคคลให้สามารถเข้ารับบทบาทใหม่ๆ รวมทั้ง ความรับผิดชอบ ความคิด ทักษะคติใหม่ๆ ในช่วงวัยที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งเป็นการถ่ายทอดทางสังคมขั้นทุติยภูมิ (secondary socialization) (งามตา วรินทร์านนท์. 2534: 73 อ้างอิงจาก ลาดทองใบ อภิรมย์. 2531) การถ่ายทอดทางสังคมทำหน้าที่สำคัญ 2 ประการคือ การถ่ายทอดทางสังคมวัฒนธรรมและการพัฒนานุคลิกภาพในบุคคล ในแง่การถ่ายทอดทางสังคมวัฒนธรรม กระบวนการนี้จัดการให้เด็กซึ่งเป็นสมาชิกใหม่ของสังคมปรับตัวเองให้เข้ากับวิถีชีวิตของสังคม ตลอดจนสั่งสอนขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมต่างๆ ของสังคมให้แก่เด็ก ดังนั้น การป้อนตรึงอบรมทางสังคมจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงเด็กจากทารกไร้เดียงสาให้เติบโตขึ้นเป็นสมาชิกที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ตลอดจนเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนในสังคม ส่วนในแง่การพัฒนานุคลิกภาพนั้น กระบวนการถ่ายทอดทางสังคมเป็นกระบวนการพัฒนาความเป็นตน (self) ของสมาชิกใหม่ในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เด็กจะเริ่มสร้างเอกลักษณ์แห่งตน (self-identity) ตลอดจนพัฒนาค่านิยมและความมุ่งหวังต่างๆ ในชีวิต ซึ่งถ้าสภาวะแวดล้อมเอื้ออำนวย เด็กจะสามารถพัฒนาได้เต็มที่ตามศักยภาพของตน (งามตา วรินทร์านนท์. 2545)

พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์ (2534) อธิบายว่าในทางสังคมวิทยามีทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์การถ่ายทอดทางสังคมที่สำคัญคือ ทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ ให้ความสนใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มสังคม และสนใจความเชื่อมโยงนี้ในฐานะเป็นกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม มองการถ่ายทอดในฐานะที่เป็นกระบวนการส่งอิทธิพลสองทาง (two-way process) ไม่เพียงแต่กลุ่มจะมี

อิทธิพลต่อการพัฒนาการของสมาชิกเท่านั้น แต่สมาชิกเองก็มีอิทธิพลต่อการดำเนินหน้าที่ของกลุ่มเช่นกัน ผู้ถ่ายทอดและผู้รับการถ่ายทอดต่างมีอิทธิพลต่อกันในระดับที่แตกต่างกัน เนื้อหาของการถ่ายทอดทางสังคมเป็นสิ่งที่ต่อรองกันได้ทั้งโดยผู้ตัวและไม่ผู้ตัวระหว่างผู้กระทำสองฝ่าย อีกทั้งกระบวนการต่อรองมักเกิดขึ้นในบริบทของการถ่ายทอดทางสังคม จะเอนเอียงไปทางด้านใดขึ้นอยู่กับการกระจายอำนาจ ถ้าอำนาจการต่อรองเท่าเทียมกัน ความขัดแย้งจะยืดเยื้อ แต่หากฝ่ายหนึ่งมีอำนาจเหนือกว่าอีกฝ่ายจะนำไปสู่การแก้ไขความขัดแย้งเพราะอีกฝ่ายหนึ่งต้องยอมตาม สำหรับผู้วิจัย การทำความเข้าใจการถ่ายทอดทางสังคมไม่เพียงแต่ทำให้ต้องพยายามค้นหาหลักการเรียนรู้ที่เหมาะสมแบบต่างๆ เท่านั้น แต่ยังต้องพยายามเข้าใจเนื้อหา บริบท และกระบวนการที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อีกด้วย นักวิจัยเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นในการวิจัย ถ้ากระบวนการถ่ายทอดทางสังคมถูกมองว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสองฝ่าย แต่ละฝ่ายเป็นทั้งผู้ถ่ายทอดและผู้ถูกถ่ายทอด กรอบในการวิเคราะห์เรื่องของสาเหตุและผลที่เป็นแบบซึ่งกันและกัน จึงต้องให้วิธีวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ เพื่อจับภาพความเคลื่อนไหวของกระบวนการที่เคลื่อนไหวไปเรื่อยๆ นั่นคือ วิธีการแปลความหมายของปรากฏการณ์ (interpretativism) ซึ่งอยู่ในแนวการวิจัยเชิงคุณภาพและใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเป็นหลักเช่นในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายทอดและสังเกตดูกระบวนการปฏิสังสรรค์ระหว่างผู้กระทำว่ามีการต่อรองกันอย่างไร เพื่อให้ได้ภาพการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม ผู้วิจัยตั้งคำถามระหว่างลงสนามวิจัยว่ากระบวนการถ่ายทอดทางสังคมจากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่งหรือเปลี่ยนรูปไปยังอีกคนหนึ่งนั้น มีกลไกหรือขั้นตอนอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร ผู้วิจัยมองวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่และบุคคลรอบข้างในมิติของผู้กระทำ และยอมรับจุดยืนในแนวคิดกลุ่มปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ที่ว่า ทารกและเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ก็มีอิทธิพลอย่างมากต่อตัวแทนของสังคมในกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมเช่น บิดามารดา เพื่อนร่วมรุ่นครู เป็นต้น ซึ่งไม่อาจมองข้ามได้ ในขณะที่สังคมมีตำแหน่งและบทบาทที่วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่จะต้องเรียนรู้ ความคาดหวังในพฤติกรรมต่างๆ ก็เป็นสิ่งที่ยืดหยุ่นและต่อรองกันได้ ในลักษณะที่ผู้กระทำอยู่ท่ามกลางกระบวนการสร้างสรรค์บรรทัดฐานเหล่านี้อยู่ตลอดเวลา ทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่แล้วแต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ การถ่ายทอดทางสังคมจึงเป็นความจริงที่เกิดขึ้นจากการต่อรองภายในขอบเขตบริบทของสังคมไทยตลอดช่วงเวลาเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้

3) แนวคิดการพัฒนาการมโนภาพเกี่ยวกับตนในทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์

นักสังคมวิทยาแขนงจิตวิทยาสังคมที่สำคัญคือ ชาลส์ เฮซ คูลีย์ (Charles H. Cooley, 1864-1929) อธิบายทฤษฎีพัฒนาการมโนภาพเกี่ยวกับตนเป็นแนวคิดกลุ่มปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์

(symbolic interactionism) ใจความสำคัญของกลุ่มแนวคิดปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์ คือ คนเรามีชีวิตอยู่ในโลกของสัญลักษณ์ทั้งในรูปของภาษาพูดและภาษาท่าทาง สัญลักษณ์ช่วยให้เราสามารถจดจำสิ่งต่างๆ ประเมินสิ่งต่างๆ โดยทางความคิด กำหนดความหมายและพิจารณาว่าจะตอบสนองหรือแสดงออกไปในลักษณะใดภายในขอบเขตของความหมายนั้น ตามแนวคิดเกี่ยวกับการมองภาพของตนเองจากกระจกเงาของคูลีย์ (Cooley's the looking-glass self) คนเราทำความรู้จักและเข้าใจตนเองว่าตนเป็นใคร เป็นคนประเภทใด มีรากฐานมากจากจินตนาการการปรากฏตัวของเราต่อสายตาของคนอื่น ตัวตนของเราภายในมโนภาพของผู้อื่นที่มองเห็นเรา คือตัวตนที่เราจะรับรู้เข้ามาในมโนภาพของเรา ดังนั้น ตัวตนที่เรารู้จักและเข้าใจที่แท้จริงก็คือ ภาพสะท้อนจากความคิดเห็นหรือมโนภาพของคนอื่นที่มองเห็นเรานั้นเอง คูลีย์มีความเชื่อว่า ความคิดหรือมโนภาพเกี่ยวกับตนเป็นผลมาจากการติดต่อสัมพันธ์กันในสังคม เกิดจากที่บุคคลได้มีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนทางสังคมกับคนอื่น การมองเห็นภาพของตนที่สะท้อนในกระจก เป็นปรากฏการณ์ที่อธิบายอิทธิพลของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นที่มีต่อภาพพจน์ของตัวเรานั้นเอง ปฏิกริยาของคนอื่นที่ตัวเรารับรู้จึงเป็นข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ให้ตัวเรามองเห็นตนเอง โดยที่ภาพพจน์นั้นไม่จำเป็นต้องสอดคล้องตามความเป็นจริง กล่าวสรุปได้ว่า คนเราถือกฎเกณฑ์ไปสู่การมีมโนภาพเกี่ยวกับตนเองของกันและกัน ด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละฝ่าย

คูลีย์เสนอแนะว่าการเกิดมโนภาพเกี่ยวกับตนโดยการมองภาพของตนเองจากเงาที่สะท้อนในกระจก มีลักษณะเป็นกระบวนการ 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) บุคคลจินตนาการถึงภาพของเขาที่ปรากฏต่อสายตาของคนอื่นที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยว่ามีลักษณะอย่างไร 2) บุคคลจินตนาการว่าคนอื่นคิดพิจารณาหรือวิจารณ์ภาพของเขาที่ปรากฏต่อสายตาอย่างไร และ 3) บุคคลเกิดความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองจากการจินตนาการความคิดหรือข้อวิจารณ์ของคนอื่น เช่น เกิดความภาคภูมิใจ หรืออับอายเกี่ยวกับตน เป็นต้น (Vander Zanden, 1981: 118-119) ตามแนวความคิดของคูลีย์ กลุ่มสังคมที่มีความสำคัญที่สุดต่อการพัฒนาความคิดหรือมโนภาพเกี่ยวกับตนของบุคคลคือ กลุ่มปฐมภูมิ หมายถึง กลุ่มสังคมที่มีสมาชิกอยู่รวมในกลุ่มเป็นจำนวนไม่มาก สมาชิกสามารถสร้างความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดในลักษณะตัวต่อตัวได้ เช่น ครอบครัวและกลุ่มเพื่อนสนิท เป็นต้น กลุ่มปฐมภูมินี้มีบทบาทสำคัญในการสร้างบุคลิกภาพของสมาชิกในกลุ่มด้วยการป้อนผังภาพพจน์เชิงจิตใจของกลุ่มและการที่สมาชิกเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในกลุ่มเป็นการแสดงถึงความผูกพันกันทางอารมณ์อย่างมั่นคงระหว่างกลุ่มกับสมาชิก ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างถาวรเป็นเวลานาน (Dunphy, 1972: 4) จากงานวิจัยมากมายเรื่องกระบวนการสร้างมโนภาพเกี่ยวกับตนนั้น นักสังคมวิทยาปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ได้ให้ข้อสังเกตไว้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับ “ตัวเรา” ของบุคคลมีความสอดคล้องอย่างสูงกับแนวทางที่บุคคลคิดว่าคนอื่นรับรู้เกี่ยวกับตัวตนของบุคคลนั้น แต่มีความสอดคล้องน้อยมากกับแง่มุมที่

คนอื่นมองบุคคลนั้นโดยตรงหรือตามที่เป็นจริง กล่าวโดยสรุปคือ การรับรู้การตอบสนองจากคนอื่นมีความสำคัญต่อการสร้างมโนภาพของตนเองมากกว่าการได้รับการตอบสนองโดยตรงจากคนอื่น อย่างไรก็ตาม การรับรู้เกี่ยวกับ“ตัวเรา” ของบุคคลเป็นประสบการณ์ที่มีความต่อเนื่องหรือมีความคงเส้นคงวา ความรู้สึกที่เป็นตัวเรานี้ขึ้นอยู่กับตัวแปรทางสังคมต่างๆ ที่สำคัญ เช่นกลุ่มอายุ เพศ อาชีพ ชนชั้นทางสังคม กลุ่มชาติพันธุ์ เป็นต้น ตัวแปรเหล่านี้ คือมิติต่างๆ ที่บุคคลนิยามเอกลักษณ์ของตนในกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น (Shibutani. 1961)

ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ทางสังคมวิทยาในแนวคิดการประกอบสร้างทางสังคม การถ่ายทอดทางสังคม และการพัฒนาการมโนภาพเกี่ยวกับตนมาใช้เป็นแนวทางการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ เพื่อค้นหากระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยในฐานะนักพฤติกรรมศาสตร์ที่สนใจศึกษาพัฒนาการจิตใจและพฤติกรรมที่เหมาะสมของเด็กและเยาวชนไทย ได้เล็งเห็นการวิเคราะห์ค้นหารายละเอียดกลุ่มเล็กในกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมสามารถนำไปสู่การสร้างลักษณะจิตใจและพฤติกรรมพึงปรารถนาของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

การอบรมเลี้ยงดูวัยรุ่นกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความหมายและรูปแบบการอบรมเลี้ยงดู

การอบรมเลี้ยงดูเด็ก หมายถึง การที่ผู้ใหญ่ผู้ใกล้ชิดติดต่อนสื่อสารความหมายกับเด็กด้วยการให้รางวัล ลงโทษ หรือควบคุมเด็กทางวาจา เช่น พูดชมเชย ตักเตือนหรือติเตียนทางการกระทำ เช่น ให้รางวัลเป็นวัตถุสิ่งของ การสัมผัสอย่างอ่อนโยนหรือการเชยยตี และการติดต่อสัมพันธ์กับเด็กอย่างใกล้ชิด ซึ่งเด็กจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากผู้ใหญ่โดยตรง ตลอดจนได้รับแบบอย่างจากการสังเกตและการกระทำของผู้ใหญ่ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน; และคนอื่นๆ. 2528)

นักพฤติกรรมศาสตร์เล็งเห็นว่าวิธีการอบรมเลี้ยงดูมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเสริมสร้างเด็กและวัยรุ่นให้เป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่น่าปรารถนา ซึ่งจากการประมวลและสังเคราะห์ผลวิจัยการอบรมเลี้ยงดูเด็กไทยของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (ดุขฎิ โยเหลา. 2535) สะท้อนว่าการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาโดยให้ความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่ ให้การสนับสนุน มีเหตุผล ยอมรับความสามารถและความคิดเห็นของเด็ก มีความเสมอต้นเสมอปลาย และมีความชัดเจนในการให้รางวัลต่อพฤติกรรมที่ต้องการส่งเสริมและการลงโทษต่อพฤติกรรมที่ต้องการระงับ เป็นวิธีการสำคัญที่ส่งผลทางบวกต่อการส่งเสริมลักษณะทางจิตใจและพฤติกรรมอันดีงามให้แก่เด็กและเยาวชนไทย งามตา วรินทร์านนท์ (2545) ได้สรุปหลักการอบรมเลี้ยงดูเด็กไทยที่เหมาะสมไว้ 4 รูปแบบ คือ การอบรมเลี้ยงดูแบบรัก

สนับสนุนมาก แบบใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ แบบให้เด็กพึ่งตนเองเร็ว และการอบรมเลี้ยงดูตามแนวพุทธศาสนา ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงหลักการอบรมเลี้ยงดูเด็กไทย

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู	หลักการ
1. การอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนมาก	- แสดงให้เด็กทราบว่าผู้ใหญ่รักและหวังดีต่อเด็ก - ทำตนใกล้ชิดสนิทสนมกับเด็ก - ให้ความเอาใจใส่เด็ก เข้าใจจิตใจเด็ก - เป็นที่ปรึกษาที่ดีของเด็ก ไม่เผด็จการ
2. การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์	- ใช้พระคุณมากกว่าใช้พระเดชกับเด็ก - ให้รางวัลอย่างเหมาะสมมีระบบ คงเส้นคงวา สอดคล้องกับการกระทำและเจตนาของเด็ก - ไม่ลงโทษเด็กตามอารมณ์ของผู้เลี้ยงดู - ปฏิบัติเช่นนัยอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ
3. การอบรมเลี้ยงดูแบบให้เด็กพึ่งตนเองเร็ว	- แนะนำ ฝึกฝนให้เด็กพึ่งตนเองเร็วตั้งแต่ยังเล็กด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันภายใต้การดูแลของผู้เลี้ยงดู - ให้รางวัลเมื่อเด็กทำงานสำเร็จ ให้กำลังใจเมื่อประสบความล้มเหลวและสนับสนุนให้ลองทำอีกครั้งจนสำเร็จ
4. การอบรมเลี้ยงดูตามแนวพุทธศาสนา	- การชักจูงให้เด็กเกิดความรู้สึกพุทธศาสนา - ส่งเสริมให้เด็กเข้าใจเนื้อหาของหลักธรรมทางพุทธศาสนา - ส่งเสริมให้เด็กยอมรับและปฏิบัติตามหลักศาสนา

ที่มา: งามตา วนิทานนท์ (2545: 132-134, 270)

การอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนมากและใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์เป็นวิธีการที่มีผลต่อการเสริมสร้างคุณลักษณะทางจิตใจที่สำคัญในวัยรุ่นอายุ 13-17 ปี อาทิ การมีสุขภาพจิตดี การปรับตัวดี และมีความวิตกกังวลน้อย (ดวงเดือน พันธุมนาวิน; และเพ็ญแข ประจักษ์ปัจฉิม, 2524) โดย ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคนอื่นๆ (2545) พบว่า วัยรุ่นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนมากและใช้เหตุผลมาก มีบิดามารดาที่ระดับการศึกษาสูงและฐานะทางเศรษฐกิจสูง หรืออาศัยอยู่ในครอบครัวขยายที่มีญาติผู้ใหญ่ ส่วนวัยรุ่นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนน้อยและใช้เหตุผลน้อย อีกทั้งสภาพความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ไม่ดี ส่งผลเสียต่อจิตใจและพฤติกรรมของเด็กหลายด้าน เช่น สุขภาพจิต ความเชื่ออำนาจในตน มุ่งอนาคต ก้าวร้าว การคบเพื่อน และผลการเรียน เป็นต้น เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวปกติที่พ่อแม่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน นอกจากนี้ งามตา วนิทานนท์ (2536) ได้ทำการศึกษาวัยรุ่นไทยอายุ 8-15 ปี พบว่ายิ่งพ่อแม่มีลักษณะทางพุทธศาสนา (ความเชื่อ การปฏิบัติ และวิถีชีวิตแบบพุทธ) มากเท่าใด ก็ยิ่งให้การอบรมเลี้ยงดูตามแนวพุทธแต่ละด้านมากเท่านั้น โดยพ่อแม่มีสุขภาพจิตดีและมีทัศนคติที่ดีต่อลูก อีกทั้งให้การอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนมากด้วย ซึ่งพ่อแม่ที่มีลักษณะข้างต้นในปริมาณมากจะสามารถให้การปลูกฝังอบรมถ่ายทอดทางพุทธศาสนา แก่ลูกวัยรุ่นได้มากกว่าแม่ หลังจากนั้น หรรษา เลหาเสรีกุล (2537) ได้ศึกษานักเรียนม.1-3 พบผล

สอดคล้องว่า วัยรุ่นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูตามแนวพุทธ มีความผาสุกทางจิตใจสูง (ปริมาณความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ยอมรับตนเอง และปรับตัวให้มีความสุขในสังคมได้) และคบเพื่อนอย่างเหมาะสมมากกว่าวัยรุ่นที่รับรู้ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบอื่น เช่นเดียวกันกับผลวิจัยของวรรณะ บรรจง (2537)

การวิจัยผสมวิธี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบเป็นการวิจัยผสมวิธี (mixed methods research) เพื่อบรรลุปัญหาการวิจัยและได้ความสมบูรณ์ของคำตอบการวิจัยมากที่สุด จากการศึกษารูปแบบการวิจัยที่ผสมทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทาชาโกริและเท็ดเดิล (Tashakkori; & Teddlie. 1998: 40-44) กล่าวว่า การวิจัยที่ออกแบบให้มีมากกว่าหนึ่งวิธีวิทยาขึ้นไปมี 2 แบบแผนหลัก คือ

1. แบบแผนการวิจัยผสมวิธีวิทยา (mixed-methodology design) อาจเรียกต่างกันว่า การวิจัยพหุวิธี (multimethod research) หรือ การวิจัยผสมแบบจำลอง (mixed model studies) เป็นการวิจัยที่มีระดับการผสมสูงที่สุด คือ ผู้วิจัยพยายามใช้วิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในทุกขั้นตอนหรือหลายขั้นตอนของกระบวนการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประเภทของข้อมูล การวิเคราะห์และสรุปผล เป็นต้น การวิจัยผสมวิธีวิทยาแบ่งจำแนกออกเป็น 2 รูปแบบตามจำนวนขั้นตอนการวิจัยที่มีการผสมระหว่างวิธีวิจัยเชิงปริมาณและวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ รูปแบบวิธีวิทยาแบบเดี่ยว และรูปแบบวิธีวิทยาแบบพหุ

2. แบบแผนการวิจัยผสมวิธี (mixed methods research design หรือ mixed methods studies) ผู้วิจัยพิจารณาจากวัตถุประสงค์และการดำเนินงานวิจัยว่ามีการผสมวิธีวิจัยระหว่างการศึกษาเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลงานวิจัยที่บรรลุวัตถุประสงค์ได้ดียิ่งขึ้นมากกว่าการเลือกใช้เพียงวิธีวิจัยเดียว จุดมุ่งหมายของการวิจัยผสมวิธีมี 5 ประการ ได้แก่

- เพื่อเป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีวิทยา คำถามวิจัยเดียวกันสามารถใช้วิธีวิจัยที่แตกต่างกันมาตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลผลการวิจัย
- เพื่อเป็นการเสริมความสมบูรณ์หรือเติมเต็ม ผลการวิจัยจากหลายวิธีวิจัยสามารถร่วมกันอธิบายให้คำตอบที่ได้มีความสมบูรณ์มากขึ้นทั้งในรายละเอียดกลุ่มเล็กและการขยายผล
- เพื่อเป็นการริเริ่ม วิธีวิจัยหนึ่งอาจนำมาซึ่งคำถามหรือประเด็นวิจัยต่อไป ผู้วิจัยสามารถใช้วิจัยผสมวิธีในการค้นหาความกระจ่างของสิ่งที่ไม่เคยพบมาก่อนในการศึกษาอื่นหรือองค์ความรู้ใหม่ในสังคม

- เพื่อเป็นการพัฒนาข้อค้นพบที่ดีจากวิธีวิจัยหนึ่งสามารถนำมาพัฒนาต่อยอดด้วยอีกวิธีวิจัย เช่น การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยปฏิบัติการ เป็นต้น อันจะเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาสำคัญของสังคม

- เพื่อเป็นการขยายผลวิจัยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การอภิปรายผลการวิจัยด้วยข้อค้นพบจากหลายวิธีวิจัยสามารถช่วยให้ผลการวิจัยมีความชัดเจนและเชื่อมโยงไปสู่ข้อสรุปได้ดีขึ้น

เครสเวล (Creswell. 2009: 204-210) กล่าวว่า รูปแบบการวิจัยผสมผสานวิธีสามารถพิจารณาจากลักษณะของวิธีวิจัยที่ผู้วิจัยนำมาผสมผสานกัน 4 ข้อ คือ

- ช่วงเวลาของการดำเนินวิธีวิจัย แต่ละวิธีวิจัยมีการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผล ในลักษณะเรียงตามลำดับก่อนหลัง หรือลักษณะดำเนินคู่ขนานในเวลาเดียวกัน

- การให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์ของวิธีวิจัย วัตถุประสงค์ของวิธีวิจัยหนึ่งได้รับความสนใจให้เป็นคำถามหลักและอีกวิธีวิจัยมีวัตถุประสงค์รองเพื่อหาคำตอบย่อย หรือแต่ละวิธีวิจัยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเท่าเทียม

- ลักษณะการผสมผสาน ผู้วิจัยออกแบบให้แต่ละวิธีวิจัยมีความเชื่อมโยงหรือบูรณาการระหว่างกัน เช่น การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน คำถามวิจัยเดียวกัน เป็นต้น หรือวิธีวิจัยหนึ่งเป็นหลักแล้วมีอีกวิธีวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานวิจัย

- ทฤษฎี ความชัดเจนของแนวคิดทฤษฎีในการวิเคราะห์ข้อมูลจากวิธีวิจัยที่นำมาผสมผสานกัน หรือมีนัยเชิงทฤษฎีระหว่างวิธีวิจัย

เครสเวล (Creswell; & Clark. 2011) ได้จำแนกการวิจัยผสมผสานวิธีแบ่งเป็น 6 รูปแบบ ดังนี้

1) Convergent parallel design เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพที่ดำเนินการพร้อมกัน แล้วนำผลการเปรียบเทียบหรือหาความสัมพันธ์ระหว่างกันและอภิปรายผลร่วมกัน

2) Explanatory sequential design เป็นการวิจัยเชิงปริมาณก่อนแล้วติดตามผลวิจัยที่ได้มาตั้งปัญหาวิจัยหรือกรณีศึกษาในการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายให้ได้รายละเอียดเพิ่มเติม

3) Exploratory sequential design เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนแล้วนำผลวิจัยที่ได้มาสร้างเครื่องมือวัดให้การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อค้นหาตัวแปรและพัฒนาข้อคำถาม

4) Embedded design เป็นการวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์หลักและการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์รองซึ่งอาจดำเนินการก่อน ระหว่าง หรือหลังการวิจัยหลัก

5) Transformative design เป็นการวิจัยเชิงปริมาณก่อนแล้วดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพต่อมาภายใต้กรอบแนวคิดเดียวกันเช่นการศึกษาระยะยาวในชนกลุ่มน้อย การเปลี่ยนแปลงของสตรีตามแนวคิดสตรีนิยม (feminism) เป็นต้น

6) Multiphase design เป็นการวิจัยมากกว่า 2 ระยะขึ้นไปเพื่อดำเนินการแต่ละระยะตามลำดับและผลการวิจัยระยะก่อนเชื่อมโยงสู่การวิจัยระยะต่อมา แล้วนำไปสู่การผสมผสานผลการวิจัยจากทุกระยะ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีรูปแบบผสมวิธีแบบตามลำดับ 3 ระยะ (three-phase sequential mixed methods design) เพื่อตอบความมุ่งหมายของการวิจัยให้ได้ชัดเจนมากที่สุด ผู้วิจัยขออธิบายในกรอบแนวคิดในการวิจัยต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบเป็นการวิจัยผสมผสานวิธีระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ดำเนินการตามลำดับ 3 ระยะ (three-phase sequential mixed method design) เริ่มต้นจาก

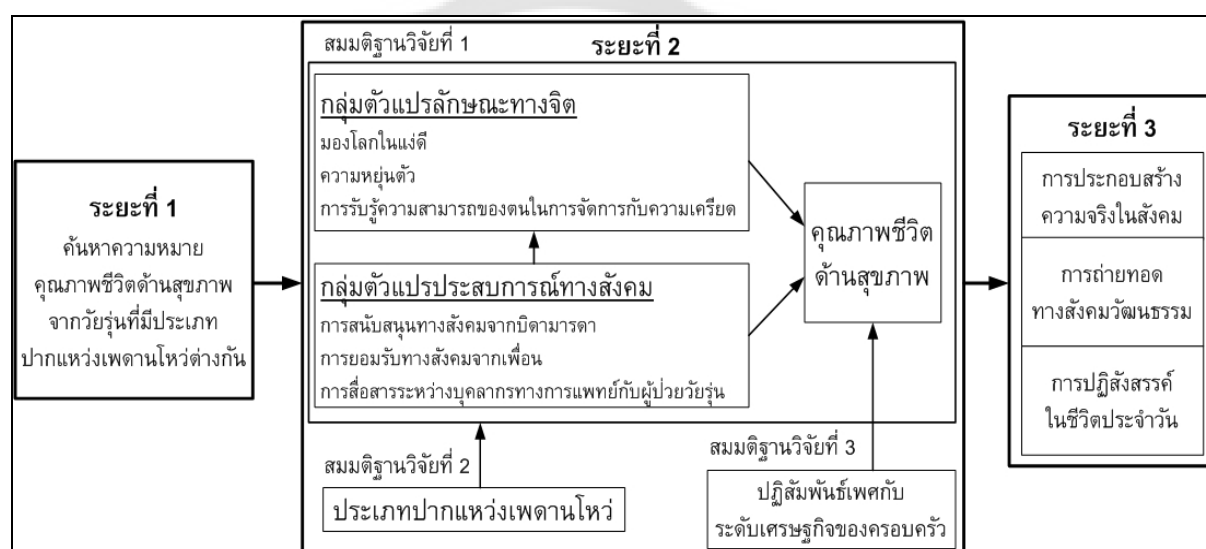
การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเทปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกันแล้วนำมากำหนดนิยามและพัฒนาข้อคำถามในเครื่องมือวัดตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่การวิจัยระยะที่ 2 และกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในระยะที่ 1 ถูกคัดเลือกให้มีลักษณะหลากหลายใกล้เคียงประชากรของงานวิจัยนี้

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิต ประสบการณ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีประเทปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกันและเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกต่างกัน ผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 นำมาใช้เป็นเกณฑ์คัดเลือกวัยรุ่นกรณีศึกษาที่หลากหลายในการวิจัยระยะต่อมา

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหากระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (symbolic interactionism) ในแนวคิดการประกอบสร้างทางสังคม (social constructionism) และแนวคิดการถ่ายทอดทางสังคม (socialization) มาเป็นแนวทางในการอุปนัย (inductive approach) จากแนวคิดทางสังคมวิทยาข้างต้น ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า "ความเป็นจริงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมา" และกระบวนการสร้างความรู้

หรือความจริงดังกล่าวเรียกกันว่าเป็น "การสร้างความเป็นจริงทางสังคม" (social construction of reality) กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันเกิดการเรียนรู้ภาษาและกระบวนการทางสังคม เพื่อสร้างความเป็นจริงขึ้นมาในโลกทางสังคม กระบวนการทางสังคมที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้ประกอบสร้างความจริงต่อมโนภาพเกี่ยวกับตน และประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเองได้แตกต่างกัน

และในท้ายที่สุด เมื่อวิเคราะห์ผลการวิจัยระยะที่ 1-3 แล้ว ผู้วิจัยนำข้อค้นพบทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกันและอภิปรายผลการวิจัยเป็นข้อสรุปในการศึกษาครั้งนี้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลการวิจัยทุกระยะร่วมกันทำให้ผู้วิจัยสามารถตอบปัญหาการวิจัยรวมครั้งนี้ได้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยนำแบบจำลอง International Classification of Functioning Disabilities and Health (ICF) ขององค์การอนามัยโลกมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเชิงปริมาณ และประมวลเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบตัวแปรสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากทฤษฎีและแนวคิดสหสาขาวิชา คือ 1) ทฤษฎีในกลุ่มจิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่ ตัวแปรความหยิ่งตัว ตัวแปรการมองโลกในแง่ดี และตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดถือว่าเป็นกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตหรือปัจจัยภายในของบุคคล 2) แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน 3) แนวคิดการดูแลรักษาแบบเน้นผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลางได้แก่ ตัวแปรการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น ถือว่าเป็นกลุ่มตัวแปรประสบการณ์ทางสังคมหรือปัจจัยภายนอกของบุคคล 4) ตัวแปรประเภทปากแห้งเพดานโหว่เป็นสภาวะความผิดปกติของสุขภาพช่องปากและ 5) ตัวแปรลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ได้แก่ เพศ และระดับเศรษฐกิจของครอบครัว จากข้อมูลข้างต้นนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานวิจัยที่ 1-3 เพื่อตอบความมุ่งหมายของการวิจัยระยะที่ 2 นี้

สมมติฐานในการวิจัยระยะที่ 2

จากกรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยกำหนดสมมติฐานตั้งต้นในงานวิจัยเชิงปริมาณมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและผลการวิจัยระยะที่ 1 ดังกล่าวมาข้างต้น (ภาพประกอบ 4) ซึ่งเป็นแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ โดยกำหนดสัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในแบบจำลองสมมติฐานวิจัยที่ 1-3 ในการวิจัยระยะที่ 2 ดังนี้



แทน ตัวแปรแฝง



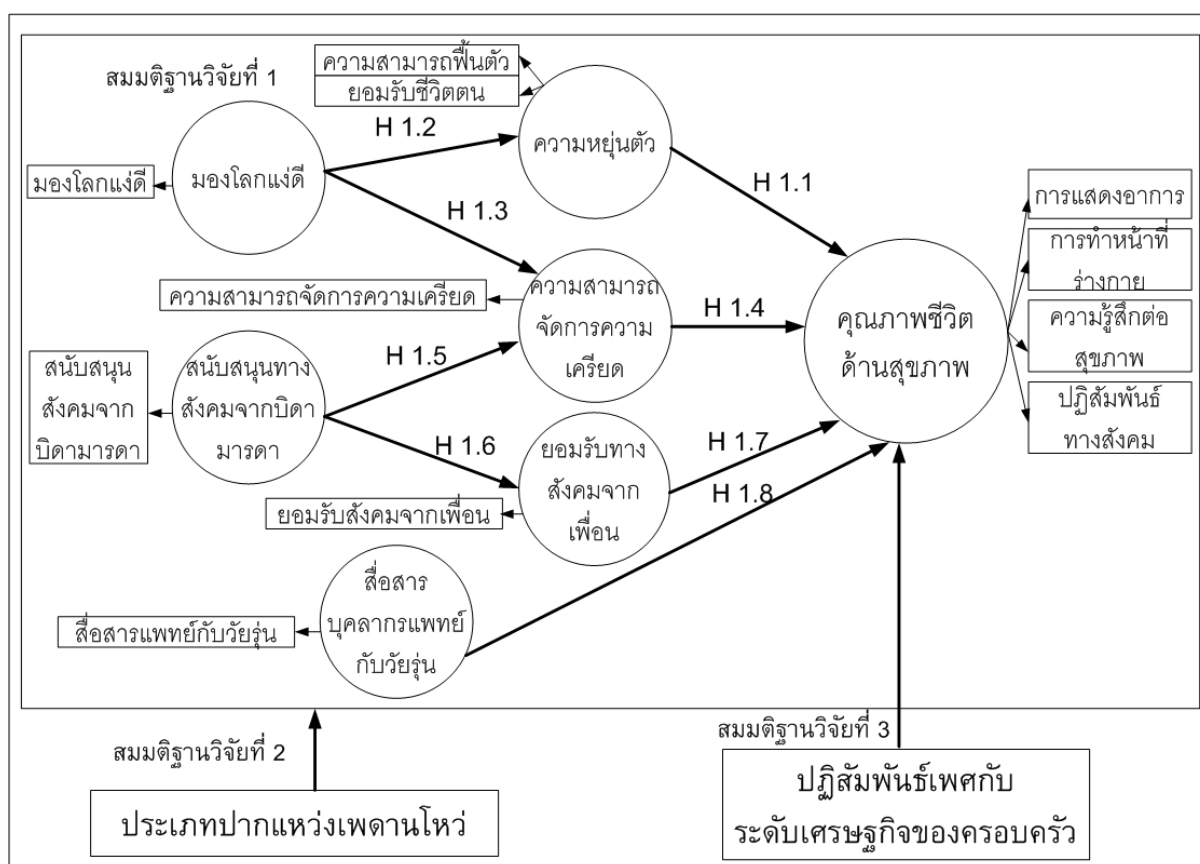
แทน ตัวแปรสังเกต



แทน ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

โดยหัวบุตรศรจะแสดงทิศทางของอิทธิพล

H1.1 - 1.8 แทน สมมติฐานย่อยที่ 1.1-1.8



ภาพประกอบ 4 แบบจำลองสมมติฐานตั้งต้นของการวิจัยระยะที่ 2

จากภาพประกอบ 4 เป็นการแสดงแบบจำลองสมมติฐานตั้งต้นของปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้วิจัยสร้างแบบจำลองสมมติฐานวิจัยที่ 1-2 เป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎี ICF ขององค์การอนามัยโลก โดยสมมติฐานวิจัยที่ 1 ประกอบด้วยสมมติฐานย่อยที่ 1.1-1.8 เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยเชิงเหตุและตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแบบจำลอง และสมมติฐานวิจัยที่ 2 กำหนดให้ตัวแปรประเภทปากแหว่งเพดานโหว่เป็นตัวแปรปรับ (moderator) ของแบบจำลองและมาตรฐานบัญญัติ (nominal scale) สำหรับแบ่งกลุ่มย่อยของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ส่วนสมมติฐานวิจัยที่ 3 ตัวแปรเพศและระดับเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นนามบัญญัติทำให้ไม่ได้อยู่ในแบบจำลอง แต่คาดว่าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

สมมติฐานวิจัยที่ 1 แบบจำลองสมมติฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อยตามเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

สมมติฐานย่อยตัวแปรในกลุ่มลักษณะทางจิตมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่

1.1 ความหยุนตัวมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1.2 การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อความหยุนตัว

1.3 การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการ

ความเครียด

1.4 การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

สมมติฐานย่อยตัวแปรในกลุ่มลักษณะทางจิตและตัวแปรในกลุ่มประสบการณ์ทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่

1.5 การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด

สมมติฐานย่อยตัวแปรในกลุ่มประสบการณ์ทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่

1.6 การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

1.7 การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1.8 การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

สมมติฐานวิจัยที่ 2 ค่าเฉลี่ยและขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ที่ใช้อธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นที่มีปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน มีความแตกต่างกัน

สมมติฐานวิจัยที่ 3 วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่เพศหญิงและมีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีลักษณะตรงข้าม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยผสมวิธีแบบตามลำดับ 3 ระยะที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และดำเนินการตามขั้นตอนวิจัยดังภาพประกอบ 5 กล่าวคือ ระยะที่ 1 ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพกับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีลักษณะหลากหลาย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเครื่องมือวัดตัวแปร ระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณโดยเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือวัดตัวแปรจากกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการพัฒนาและทดสอบแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ หลังจากนั้น เมื่อได้ผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยระยะที่ 3 โดยคัดเลือกกรณีศึกษาที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มสูง และกลุ่มต่ำ ข้อค้นพบจากกรณีศึกษาช่วยอธิบายกระบวนการที่นำมาสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีให้ชัดเจนยิ่งขึ้น จากผลการวิจัยของแต่ละวิธีวิจัยยังสามารถนำมาตรวจสอบความถูกต้องในลักษณะการตรวจสอบสามเส้าด้วยวิธีการวิจัยแตกต่างกัน จะนำไปสู่การตีความ การอภิปราย และความกระจ่างชัดในผลการวิจัยต่อไป ทำให้งานวิจัยนี้มีผลสรุปที่น่าเชื่อถือสูงกว่างานวิจัยที่ใช้วิธีการวิจัยเดียว อันเป็นข้อค้นพบหรือองค์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในบริบทสังคมไทย ผู้วิจัยจึงขอเสนอวิธีดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะตามลำดับ ดังนี้



ภาพประกอบ 5 ขั้นตอนการวิจัยผลงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเทปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างกัน

สนามวิจัย

สนามที่ใช้สำหรับศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ คลินิกทันตกรรมจัดฟันในเวลาราชการของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นการคัดเลือกด้วยวิธีเจาะจง โดยผู้วิจัยได้ลงภาคสนามเบื้องต้นเพื่อติดต่อพูดคุยกับคณาจารย์ทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมจัดฟันและนิสิตทันตแพทย์ปริญญาโทเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ไปในคลินิกทันตกรรมจัดฟัน เช่น ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ การนัดหมายการรักษา สิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการรักษา ระบบการส่งต่อการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น ประกอบกับข้อมูลสถิติเวชระเบียนของจำนวนผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้ผู้วิจัยสนใจและคาดว่าจะสามารถเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความแตกต่างหลากหลายมากที่สุด (maximum variation sampling) ในการอธิบายคุณภาพชีวิตที่ศึกษาได้อย่างครอบคลุมเนื่องจาก สนามวิจัยแห่งนี้เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในหลากหลายลักษณะ ได้แก่ ช่วงอายุวัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-13 ปี วัยรุ่นตอนกลางอายุ 14-17 ปี และวัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-25 ปี ประเทปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและสองด้าน ปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งที่มีและไม่มียากลุ่มอาการร่วมด้วย (syndrome) อื่นร่วมด้วย อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความแตกต่างกันในด้านต่างๆ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว วิธีชีวิตความเป็นอยู่ ภูมิหลังของครอบครัว เป็นต้น และผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมกับประเด็นที่ศึกษา ดังนั้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกคลินิกทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นสนามวิจัย เนื่องจาก เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและดำเนินการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อเข้าถึงแล้วยังสามารถปฏิบัติตนในบทบาทของนักวิจัยและเข้าถึงข้อมูลที่สะท้อนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ได้

การเข้าสู่สนามวิจัย

ก่อนการลงสนามวิจัย คณะกรรมการวิจัยของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลได้พิจารณาอนุมัติประเด็นสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเอกสารรับรองจริยธรรมของโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์นับจากช่วงแรกที่เดินทางเข้าสู่สนามวิจัย คือ รวบรวมเดือนสิงหาคม กระทั่งได้ถอนตัวออกมาราวปลายเดือนธันวาคม พ.ศ.2553 ผู้วิจัยเริ่มจากติดต่อประสานงานขอข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยปากแหว่ง

เพดานโหว่ในคลินิกทันตกรรมจัดฟัน และลงพื้นที่ที่สร้างความคุ้นเคยกับทันตบุคลากรในคลินิกทันตกรรมจัดฟัน ผู้วิจัยใช้เวลาในช่วงนี้สังเกตและศึกษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในวันนัดหมายรักษาทั้งช่วงรอคิว ช่วงระหว่างรักษา และช่วงหลังการรักษาเพื่อเป็นแนวทางเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานและพัฒนาแนวคำถามปลายเปิด (guideline) ผู้วิจัยได้นำประเด็นสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อนมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้มีประสบการณ์การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและอาจารย์ทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมจัดฟันผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ให้คำแนะนำปรับแก้ไขแนวคำถาม ตัวผู้วิจัยมีฐานะเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจึงได้ทบทวนหลักการเก็บข้อมูลภาคสนาม ทักษะและความสามารถเฉพาะตัวในการเข้าถึงข้อมูลอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อจะได้เลือกใช้คำถามต่างๆให้เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้นำร่างแนวคำถามนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 4 คนที่มี ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แล้วนำข้อบกพร่องที่พบหรือข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้มีความเหมาะสมที่สุดก่อนจะนำไปใช้จริง เช่น บางคำถามผู้ให้ข้อมูลทุกคนใช้เวลาคิดนานหรือเงิบเฉยก่อนที่จะตอบเพราะภาษาเป็นศัพท์วิชาการหรือต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงต้องปรับภาษาที่ใช้ในคำถามให้ชัดเจนเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเข้าใจได้ง่าย เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางคนกังวลใจว่าผู้วิจัยจะฟังคำตอบของตนเองได้ลำบากเพราะผู้ให้ข้อมูลพูดออกเสียงไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงขออนุญาตพูดสรุปคำตอบซ้ำหรือเขียนคำนั้นๆให้ผู้ให้ข้อมูลได้มั่นใจว่าสื่อสารเข้าใจตรงกัน ซึ่งผู้ปกครองของผู้ป่วยเมื่อทราบว่าผู้วิจัยเป็นอาจารย์ทันตแพทย์ก็แสดงการยอมรับว่าจะพูดคุยกับผู้ป่วยได้อย่างเข้าใจ

การเข้าหาชุมชนเป็นขั้นตอนแรกในการทำงานภาคสนามของนักวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการที่ดีที่สุดคือการให้สมาชิกในชุมชนเป็นผู้พาเข้าไปรู้จักกับสมาชิกอื่นๆ (Denzin; & Lincoln, 1994) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือจากอาจารย์ทันตแพทย์อาวุโสผู้ดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มากกว่า 30 ปีพาไปพบและแนะนำตัวกับทันตบุคลากรในสนามวิจัย ว่าจบการศึกษาทันตแพทยศาสตร์และทำงานเป็นอาจารย์ในคณะทันตแพทยศาสตร์ของรัฐบาล ปัจจุบันอยู่ระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอก ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสได้แนะนำตัวและอธิบายลักษณะการเก็บข้อมูลต่อนิสิตทันตแพทย์ปริญญาโทและเจ้าหน้าที่เวชระเบียน ซึ่งต่อมาเป็นผู้ที่นำผู้วิจัยไปทำความรู้จักกับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และผู้ปกครองที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เจ้าหน้าที่เวชระเบียนหรือผู้ช่วยทันตแพทย์จะแจ้งผู้วิจัยทันทีเมื่อผู้ป่วยมาขึ้นบันไดนัดหมายและรอลำดับรับการรักษา หากผู้ป่วยรับการรักษาเสร็จ อาจารย์ทันตแพทย์และนิสิตทันตแพทย์ปริญญาโทจะแจ้งให้ผู้ป่วยเข้ามาพูดคุยกับผู้วิจัยก่อนออกจากคลินิก ซึ่งทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยจะแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้ปกครองของผู้ป่วยด้วย ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะแนะนำตัวในฐานะทันตแพทย์คนหนึ่งตามความจริง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบิดเบือนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทันตแพทย์หรือการรักษาพยาบาลในด้านลบ แต่ผู้วิจัยก็ได้ชี้แจง

วัตถุประสงค์ แนวคำถาม และประโยชน์ของข้อมูลในครั้งนี้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อแสดงความจริงใจและสร้างความไว้วางใจระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองซักถามทำความเข้าใจและลงนามยินยอมในฐานะผู้มีอำนาจกระทำการแทนผู้ป่วยวัยรุ่นที่อายุไม่เกิน 18 ปีได้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งทุกท่านรับทราบว่ากรวิจัยนี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันของคณะทันตแพทยศาสตร์ และไม่เกี่ยวข้องกับการจัดลำดับหรือตัดสินสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับอยู่ในเวลานั้น

การเริ่มเข้าสนามแนะนำตัวและเริ่มสร้างสัมพันธภาพ (rapport) กับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นไปเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากสนามวิจัยว่าเป็นผู้นำเชื่อถือไว้วางใจได้ โดยผู้วิจัยเลือกใช้สรรพนามแทนตัวเองว่า “พี่” ไม่ได้ใช้คำว่า “หมอ” และสรรพนามแทนผู้ป่วยวัยรุ่นว่า “น้อง” หรือเรียกชื่อเล่นของผู้ป่วยในระหว่างการสัมภาษณ์ การแต่งกายของผู้วิจัยก็ไม่ได้ใช้สัญลักษณ์คำว่า “หมอ” ด้วยเสื้อกาวน์สีขาวเหมือนนิสิตทันตแพทย์ปริญญาโทหรืออาจารย์ทันตแพทย์ที่อยู่ในคลินิกทันตกรรม เพียงแค่สวมใส่เพียงชุดสุภาพทั่วไป ในช่วงสัปดาห์แรกของการลงสนามวิจัย อาจารย์ทันตแพทย์อาวุโสให้ผู้วิจัยไปนั่งบริเวณโต๊ะพักของอาจารย์ภายในคลินิกและร่วมสนทนากับอาจารย์ทันตแพทย์ท่านอื่นที่ลงเวรตรวจงานนิสิตทันตแพทย์ปริญญาโท ซึ่งผู้วิจัยได้มีโอกาสพูดคุยกับทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และเข้าไปสังเกตอย่างมีส่วนร่วมระหว่างการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเมื่อนั่งตรงบริเวณโต๊ะนั้น แต่ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่านิสิตทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยมองผู้วิจัยเหมือนอาจารย์ทันตแพทย์คนหนึ่งมากกว่าสถานะของนักวิจัย ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลจากวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในประเด็นเกี่ยวกับการรักษาหรือบุคลากรทางการแพทย์มีอคติที่จะเปิดเผยตามจริงให้กับผู้วิจัยทราบ ประเด็นนี้ทำให้ผู้วิจัยได้ปรับเวลาลงสนามวิจัยเป็นทุกวันอังคารถึงวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 08.00-17.00น.ที่มีคลินิกปากแหว่งเพดานโหว่ เพื่อให้ครอบคลุมช่วงเวลาดังตั้งวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่เดินทางมาถึงคลินิกและผู้วิจัยสามารถเข้าถึงวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในฐานะผู้สัมภาษณ์มากกว่าภาพลักษณ์ของทันตแพทย์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยย้ายออกมานั่งภายนอกคลินิกตรงบริเวณเดียวกับที่ผู้ป่วยนั่งรอลำดับรับการรักษา แต่ผู้วิจัยสามารถเดินเข้าออกระหว่างภายนอกและภายในคลินิกได้

ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลบริเวณเก้าอี้ด้านหน้าคลินิกทันตกรรมจัดฟัน เนื่องจาก ผู้ป่วยจะมานั่งรอฟังเจ้าหน้าที่เวชระเบียนเรียกเข้าไปรับการรักษา ชำระค่ารักษา หรือนัดหมายการรักษาครั้งต่อไป โดยช่วงสัปดาห์แรก ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยวัยรุ่นในบริเวณใกล้กับผู้ปกครองนั่งอยู่ด้วย แต่ผู้ปกครองบางคนสนใจและมาร่วมตอบคำถามด้วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ให้ข้อมูลหรือได้คำตอบที่บิดเบือนเกี่ยวกับบิดามารดา ทำให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยกับผู้ปกครองแยกจากกัน เริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ (rapport) เพื่อทำความรู้จักและผูกมิตรไมตรีระหว่างผู้วิจัยกับ

ผู้ป่วยวัยรุ่น โดยผู้วิจัยให้ดินสอสีสำหรับระบายภาพและให้ผู้ป่วยวัยรุ่นวาดภาพที่เป็นตัวแทนตนเองด้วยคำถามชี้แจงว่า “ให้น้องวาดภาพอะไรก็ได้ตามจินตนาการ ที่สื่อถึง “ตัวของฉัน” แล้วเล่าอธิบายภาพนี้” ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้กำหนดระยะเวลาการวาดภาพ เนื้อหาที่ผู้ป่วยเล่าอธิบายภาพจะมาเป็นคำถามเชื่อมโยงไปสู่แนวคำถามที่ได้เตรียมไว้ ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยปรับคำถามให้เหมาะสมและยืดหยุ่นตามสถานการณ์เพื่อให้คำตอบของผู้ให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์และอธิบายได้ชัดเจนมากขึ้น เมื่อสัมภาษณ์เสร็จผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับชุดผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากประกอบด้วยแปรงสีฟันสำหรับผู้ที่จัดฟัน ยาสีฟัน และน้ำยาบ้วนปาก เป็นของตอบแทน 1 ชุดโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือกลุ่มบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจนและเพียงพอสำหรับการตอบปัญหาการวิจัยซึ่ง ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และ 2) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอื่นๆ ได้แก่ ผู้ปกครองที่พาผู้ป่วยมาคลินิกทันตกรรม ซึ่งผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่หลากหลาย (maximum variation sampling) ร่วมกับการกำหนดคุณสมบัติ (criterion sampling) โดยคัดเลือกจำนวนผู้ให้ข้อมูลแต่ละคุณสมบัติใกล้เคียงกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านเพียงพอที่จะเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัยได้ชัดเจนและลึกซึ้ง โดยผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 18 คน มีคุณลักษณะแบ่งได้ ดังตาราง 5 และมีรายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน ดังตาราง 6 ต่อไปนี้

ตาราง 5 แสดงจำนวนของผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามเพศ อายุ และประเภทปากแหว่งเพดานโหว่

ปากแหว่งเพดานโหว่	เพศ	อายุ 12-14 ปี (คน)	อายุ 15-17 ปี (คน)	จำนวนรวม (คน)
ด้านเดียว	ชาย	ต้น, คริส, ชัย, นก (4)	บอล, พี (2)	6
	หญิง	กิตาร์, กวาง (2)	ส้ม, แยม (2)	4
สองด้าน	ชาย	ชัน, พิซ (2)	บาส, ก้อง (2)	4
	หญิง	ต่าย, แจ็ค (2)	ดาว, จิน (2)	4
จำนวนรวม (คน)		10	8	18

ตาราง 6 แสดงลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 18 คน

ลำดับ ที่	ชื่อ สมมติ	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับ การศึกษา	ภูมิลำเนา ปัจจุบัน	จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว (คน)	รายได้ครอบครัว (บาทต่อเดือน)	ประเภทปากแหว่ง และเพดานโหว่	ผ่าตัดในช่องปาก และใบหน้าล่าสุด	พาหนะเดินทาง ประจำ	ผู้ปกครองที่ พามาคลินิก
1.	ต่าย	หญิง	14	ม.2	นครนายก	2	9,000	สองด้าน	เมษายน 2553	รถขนส่งมวลชน	พี่สาว
2.	บอกล	ชาย	16	ม.5	กรุงเทพฯ	4	30,000	ด้านเดียว	เมษายน 2545	รถยนต์ส่วนตัว	มารดา
3.	แจ๊ค	หญิง	12	ม.1	นนทบุรี	4	ปฏิเสธการตอบ	สองด้าน	พฤศจิกายน 2541	รถยนต์ส่วนตัว	มารดา
4.	ส้ม	หญิง	17	ม.6	นนทบุรี	4	30,000	ด้านเดียว	2537	รถขนส่งมวลชน	ป้า
5.	ต้น	ชาย	14	ม.2	ระยอง	4	15,000	ด้านเดียว	2541	รถขนส่งมวลชน	มารดา
6.	กิดาร์	หญิง	14	ม.3	กรุงเทพฯ	5	ปฏิเสธการตอบ	ด้านเดียว	เมษายน 2550	รถยนต์ส่วนตัว	บิดา
7.	กวาง	หญิง	14	ม.3	กรุงเทพฯ	4	ปฏิเสธการตอบ	ด้านเดียว	2550	รถยนต์ส่วนตัว	บิดา
8.	บาส	ชาย	15	ปวช.1	กรุงเทพฯ	2	ปฏิเสธการตอบ	สองด้าน	2549	รถขนส่งมวลชน	ลำพังวัยรุ่น
9.	ชัน	ชาย	14	ม.2	อุบลราชธานี	5	15,000	สองด้าน	2545	รถขนส่งมวลชน	มารดา
10.	คริส	ชาย	14	ม.3	กรุงเทพฯ	5	250,000	ด้านเดียว	2542	รถขนส่งมวลชน	ลำพังวัยรุ่น
11.	ก้อง	ชาย	17	ม.6	นครปฐม	10	50,000	สองด้าน	ตุลาคม 2551	รถขนส่งมวลชน	ลำพังวัยรุ่น
12.	พี	ชาย	16	ปวช.1	กรุงเทพฯ	10	ปฏิเสธการตอบ	ด้านเดียว	2549	รถขนส่งมวลชน	ลำพังวัยรุ่น
13.	ชัย	ชาย	13	ม.1	ราชบุรี	3	14,000	ด้านเดียว	พฤศจิกายน 2552	รถขนส่งมวลชน	บิดา
14.	พิช	ชาย	12	ม.1	กรุงเทพฯ	5	45,000	สองด้าน	เมษายน 2542	รถยนต์ส่วนตัว	มารดา
15.	ดาว	หญิง	17	ม.5	ชลบุรี	4	35,000	สองด้าน	ตุลาคม 2545	รถยนต์ส่วนตัว	บิดา
16.	นก	ชาย	13	ม.1	กรุงเทพฯ	6	35,000	ด้านเดียว	พฤษภาคม 2553	รถยนต์ส่วนตัว	มารดา
17.	จิน	หญิง	15	ปวช.1	กรุงเทพฯ	3	30,000	สองด้าน	2541	รถขนส่งมวลชน	ย่า
18.	แย้ม	หญิง	17	ม.6	ราชบุรี	4	31,000	ด้านเดียว	เมษายน 2549	รถยนต์ส่วนตัว	มารดา

สำหรับกลุ่มผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ผู้วิจัยคัดเลือกจากความสมัครใจให้ข้อมูลของผู้ปกครองระหว่างรอผู้ป่วยวัยรุ่นรับการรักษาทันตกรรมจัดฟัน จึงมีผู้ปกครองยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน เนื่องจาก มีผู้ป่วยวัยรุ่นจำนวน 4 คนที่เดินทางมาคลินิกตามลำพัง และผู้ปกครองจำนวน 8 คน ที่มาเฉพาะรับส่งผู้ป่วยวัยรุ่นโดยไม่ได้อยู่ที่คลินิกทันตกรรมด้วย การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มผู้ปกครองที่ให้ข้อมูล ปรากฏในตาราง 7 ดังนี้

ตาราง 7 แสดงลักษณะข้อมูลพื้นฐานผู้ปกครองที่ให้ข้อมูลสำคัญอื่นจำนวน 6 คน

ลำดับ ที่	ชื่อสมมติ	เกี่ยวข้องกับผู้ให้ ข้อมูลหลัก	เพศ	อายุ (ปี)	สถานภาพ สมรส	อาชีพหลัก
1.	น้ำผึ้ง	พี่สาวของตาย	หญิง	23	โสด	รับจ้าง
2.	วรรณภา	มารดาของบอล	หญิง	53	สมรส	รัฐวิสาหกิจ
3.	กาญจนา	มารดาของแจ๊ค	หญิง	45	สมรส	ธุรกิจส่วนตัว
4.	สมใจ	มารดาของต้น	หญิง	38	สมรส	เกษตรกร
5.	สายฝน	มารดาของซัน	หญิง	32	หย่าร้าง	รับจ้าง
6.	ทองคำ	ย่าของจิน	หญิง	64	หม้าย	แม่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยมีแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคลและกึ่งโครงสร้าง ๆ เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เป็นไปอย่างมีทิศทาง ซึ่งลักษณะแนวคำถามเป็นประเด็นกว้างๆ ที่กำหนดขึ้นตามกรอบของปัญหาการวิจัยและได้ปรับปรุงภายหลังจากได้ไปทดลองใช้ในกลุ่มใกล้เคียงผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อผู้วิจัยได้เข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงได้มีการปรับลักษณะคำถามและลำดับคำถามตามความเหมาะสมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ข้อมูลที่ได้ และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ผู้วิจัยตั้งคำถามปลายเปิด “อะไร” “ทำไม” และ “อย่างไร” แต่ละหัวข้อคำถามประกอบด้วยคำถามหลักแต่ละประเด็น คำถามเพื่อขอรายละเอียดความชัดเจน และคำถามเพื่อตามประเด็นซึ่งอาจเป็นเรื่องใหม่ที่ได้พบจากการสัมภาษณ์มาเป็นประเด็นถามต่อไป ตามแนวทางของสทญ ภู่ง และอ้อมเดือน สดมณี (2549)

ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลนึกถึงภาพเหตุการณ์ที่คิดว่ายังจำได้ดีชัดเจนที่สุดหรือเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมานับจากวันสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับฟังคำถามแล้วพยายามนึกภาพเหตุการณ์นั้นสักครู่และระลึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าคำตอบตามความรู้สึกและสิ่งที่ได้เกิดขึ้นตามจริง

ตัวอย่างแนวคำถามสัมภาษณ์สำหรับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

1) เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจตัวเอง และความรู้สึกนั้นมีความเกี่ยวข้องกับปากแหว่งเพดานโหว่มากน้อยเพียงใด

2) วิธีการที่ทำให้กลับมาพึงพอใจตัวเองอีกครั้ง เมื่อรู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจตัวเอง

3) เล่าเรื่องราวความรู้สึกประทับใจเกี่ยวกับสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว

4) เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจเพื่อนในโรงเรียน ความถี่ของการเกิดขึ้น วิธีการจัดการสถานการณ์ ผลสะท้อนต่อความรู้สึกของตัวเองมีมากน้อยเพียงใด

5) ยกตัวอย่างกิจกรรมที่ทำร่วมกับกลุ่มเพื่อนสนิท

6) เสนอแนะข้อควรปฏิบัติของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่หากถูกเพื่อนนักเรียนแกล้งหรือล้อเลียน

7) เล่าเรื่องราวความรู้สึกประทับใจระหว่างมารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือคลินิก

ตัวอย่างแนวคำถามสัมภาษณ์สำหรับผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

1) ความเกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

2) เล่าสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกภาคภูมิใจในตัววัยรุ่น

3) การใช้ชีวิตในโรงเรียนและการคบเพื่อนของวัยรุ่น

4) ประวัติทางพันธุกรรมปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ในเครือญาติ

5) ประสบการณ์การดูแลวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ และความคิดเห็นต่อปากแหว่งเพดานโหว่

6) เสนอแนะวิธีดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่แรกเกิด

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในคลินิกทันตกรรมจัดฟันนั้น ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเองทุกคน โดยผู้วิจัยขอใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกในระหว่างสัมภาษณ์ แต่ในกรณีที่ผู้ให้สัมภาษณ์บางรายไม่ยินยอมให้ทำการบันทึกเสียง ผู้วิจัยทำการจดบันทึกให้มากที่สุดและรีบนำบันทึกมาจดยละเอียดอย่างสมบูรณ์ตลอดจนถอดบทสัมภาษณ์เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่และทำการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบต่อไป

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการสังเกตและบันทึกข้อมูลเพื่อประกอบกับข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) การสังเกตบริบทของคลินิกทันตกรรมจัดฟัน เช่น ลักษณะบรรยากาศภายในและภายนอกคลินิก การให้บริการรักษาทางทันตกรรม เป็นต้น 2) สังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลหลักในวันนัดหมายรักษาทันตกรรมจัดฟัน เช่น ช่วงรอก่อนรักษา ช่วงระหว่างการรักษา ช่วงภายหลังการรักษา เป็นต้น 3) สังเกตปฏิสัมพันธ์ ท่าทางและการสนทนาโต้ตอบของผู้ให้ข้อมูลหลักกับผู้อื่น เช่น ผู้ปกครองที่มาคลินิกด้วยกัน ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่คนอื่น เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา เป็นต้น

นอกจากข้อมูลเชิงคุณภาพจะได้จากแหล่งข้อมูลที่เป็นบุคคลแล้ว ยังได้จากเอกสารต่างๆ อีกด้วย ได้แก่ ข้อมูลจากเอกสารทางการแพทย์ เช่น สถิติของคลินิกทันตกรรมจัดฟัน บันทึกทางการแพทย์ บันทึกทาง ทันตกรรม แผ่นพับข้อมูลสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น และเอกสารไม่ใช่วิทยาการ เช่น การ์ดขอบคุณและบันทึกความคิดเห็นของผู้ป่วย เป็นต้น ข้อมูลเอกสารถูกนำมาใช้ประกอบการศึกษา วิเคราะห์ และตีความข้อมูลที่รวบรวมได้จากวิธีการเก็บข้อมูลอื่น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา โดยผู้วิจัยลงนามวิจัยทุกวันที่มีการนัดผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มารับการรักษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ และผู้วิจัยนำข้อมูลระหว่างสัมภาษณ์ทุกครั้งมาสรุปซ้ำ และทบทวนข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง (members' check) หากข้อมูลไม่ตรงหรือมีความบิดเบือนจากคำตอบหรือความหมายของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการปรับแก้ไขข้อมูลทันที ผู้วิจัยได้ใช้หลักการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) จากหลายแหล่งข้อมูล (data triangulation) เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย เช่น ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ปกครองของผู้ป่วย และทันตบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น และจากหลายวิธีการเก็บข้อมูล (methodological triangulation) เช่น วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ เอกสารทางการแพทย์และไม่เป็นทางการแพทย์ เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยเชิงปริมาณเป็นวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2-5 ได้แก่ 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ 3) เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุผลลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ 4) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุผลลักษณะทางจิต ประสบการณ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีประเภปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างกัน และ 5) เพื่อ

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคีรัฐ จำนวน 5 แห่ง จำแนกได้ดังนี้

- 1) มหาวิทยาลัยมหิดล (กรุงเทพฯ)
- 2) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (กรุงเทพฯ)
- 3) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เชียงใหม่)
- 4) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ขอนแก่น)
- 5) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สงขลา)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สุ่มมาจากประชากรจำนวน 221 คน คือ วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่กำลังรับการรักษาในคลินิกทันตกรรมจัดฟัน มหาวิทยาลัยภาคีรัฐ ด้วยวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (two-stage random sampling) โดยมีขั้นตอนการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและการเลือกตัวอย่างดังนี้

1) การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (structural equation models for latent variable) ดังนั้นจึงต้องกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 221 คน โดยใช้เกณฑ์ความเพียงพอในการวิเคราะห์สมการเชิงโครงสร้างคือการวิเคราะห์ข้อมูลควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10-20 คนต่อตัวแปรสังเกต 1 ตัวแปร (Schumacker; & Lomax. 1996: 20) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรสังเกตจำนวน 11 ตัวแปร จึงควรมีกกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยจำนวน 110-220 คนในแต่ละกลุ่ม

2) การเลือกตัวอย่าง สำหรับการเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน ดังนี้

2.1) วิธีสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) ตามรายนามมหาวิทยาลัยภาครัฐที่เป็นศูนย์ดูแลรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แบบสหวิทยาการ ผู้วิจัยสุ่มมหาวิทยาลัยจำนวน 4 แห่งจาก 5 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้

2.2) วิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามสปีดาห์ในระยะเวลาเก็บข้อมูลวิจัยแล้วสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คนต่อมหาวิทยาลัย ด้วยเกณฑ์คัดเลือกและความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 8 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบวัด

ชุดที่ 2-8 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบวัด

ลักษณะแบบวัด ประกอบด้วยข้อคำถาม เพศ อายุ ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว และประเภทปากแห้งเพดานโหว่ โดยมีลักษณะแบบวัดดังตัวอย่างต่อไปนี้

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงสำหรับท่าน และเติมคำหรือตัวเลขลงในช่องว่าง

1. ฉัน เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง
2. ขณะนี้ฉันอายุ.....ปี.....เดือน
3. ครอบครัวของฉันมีรายได้รวมกันเดือนละ.....บาท
4. ในบ้านที่ฉันอาศัยอยู่ปัจจุบันมีสมาชิกครอบครัวรวมทั้งหมด.....คน
5. ฉันมีปากแห้งเพดานโหว่ ☐ ด้านเดียว (ขวาหรือซ้าย) ☐ สองด้าน (ขวาและซ้าย)

ชุดที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับ

คุณลักษณะของการทำหน้าที่ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เหมาะสม ในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านการแสดงอาการ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แบบวัดเป็นประเภทมาตราประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากผลการวิจัยระยะที่ 1 เป็นจำนวนข้อคำถามทางบวกและทางลบทั้งหมด 21 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตรา 5 หน่วย จาก “เสมอ” ถึง “ไม่เคย” แบบวัด

มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .763 ด้านการแสดงอาการจำนวน 5 ข้อ เท่ากับ .710 ด้านการทำหน้าที่ของร่างกายจำนวน 6 ข้อเท่ากับ .775 ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ 5 ข้อเท่ากับ .868 และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจำนวน 5 ข้อเท่ากับ .828 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .234 ถึง .680

ตัวอย่าง แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

(0) ฉันมีอาการปวดฟัน ริมฝีปาก หรือขากรรไกร (ด้านการแสดงอาการ ข้อความทางบวก)

.....
 เสมอ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว เกือบไม่เคย ไม่เคย

(00) ฉันใช้เวลารับประทานอาหารแต่ละมื้อนานกว่าคนอื่น (ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ข้อความทางลบ)

.....
 เสมอ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว เกือบไม่เคย ไม่เคย

(000) ฉันรู้สึกวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับใบหน้าและฟันของฉัน (ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ ข้อความทางลบ)

.....
 เสมอ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว เกือบไม่เคย ไม่เคย

(0000) ฉันถูกเพื่อนตั้งฉายาล้อเลียน (ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ข้อความทางลบ)

.....
 เสมอ บ่อยครั้ง เป็นครั้งคราว เกือบไม่เคย ไม่เคย

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนน 5 ลำดับ โดยข้อความทางบวกให้คะแนน “เสมอ” 5 คะแนน และลดลงตามลำดับจน “ไม่เคย” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน

ชุดที่ 3 แบบวัดความยืดหยุ่นตัว ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับคุณลักษณะของวัยรุ่นที่สามารถปรับสมดุลจิตใจให้ไปทางบวก ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขภายหลังจากเผชิญสถานการณ์ตึงเครียดหรือความทุกข์ยากในชีวิต โครงสร้างของแบบวัดความยืดหยุ่นตัวแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถฟื้นตัวให้ผ่านพ้นอุปสรรคของชีวิตไปได้สำเร็จ เช่น ความยืดหยุ่นหลังจากถูกกดดัน จิตใจมั่นคงเข้มแข็ง ไม่ย่อท้อ เป็นต้น และ 2) การยอมรับชีวิตของตนให้ดำรงอยู่อย่างมีคุณค่า เช่น การปรับมุมมองต่อชีวิต ตั้งเป้าหมายในชีวิต เห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ เป็นต้น แบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัด Resilience Scale ของแวกนิลและยัง (Wagnild; & Young, 1993) มีจำนวนข้อคำถามทางบวกทั้งหมด 11 ข้อ แต่

ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .811 ด้านความสามารถฟื้นฟูจิตใจตนเองจำนวน 4 ข้อ เท่ากับ .598 และด้านการเห็นคุณค่าของชีวิตตนเองจำนวน 7 ข้อเท่ากับ .789 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .353 ถึง .589

ตัวอย่าง แบบวัดพลังสุขภาพจิต

- (0) ฉันปรารถนาจะทำในสิ่งที่จะทำให้ชีวิตของฉันก้าวหน้า (ด้านความสามารถฟื้นฟูจิตใจตนเอง ข้อความทางลบ)

.....

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- (00) เมื่อฉันวางแผนแล้ว ฉันทำตามแผนที่วางไว้ได้ (ด้านการเห็นคุณค่าของชีวิตตนเอง ข้อความทางลบ)

.....

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนน 6 ลำดับ โดยข้อความทางบวกให้คะแนน “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจน “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ให้ 1 คะแนน ข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน

ชุดที่ 4 แบบวัดการมองโลกในแง่ดี ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับวิธีคิดหรือความคาดหวังของวัยรุ่นในการปรับตัวเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ท้าทายหรือปัญหาในชีวิต วัยรุ่นจะยังคงพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ トラバใดที่ตนเชื่อว่าจะสำเร็จอย่างที่ตั้งเป้าไว้เกิดขึ้นตามมาสามารถประเมินการมองโลกในแง่ดีจาก 3 ประเด็น คือ 1) ใครคือผู้ที่ควรจะได้รับผิดชอบ ถูกดำเนินในปัญหาที่เกิดขึ้น 2) ปัญหานั้นส่งผลกระทบต่อในวงจำกัดหรือแผ่ขยายผล และ 3) ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องชั่วคราวหรือถาวรทั้งในกรณีทั่วไปและในกรณีมีปัญหาเกิดขึ้น แบบวัดเป็นประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดการมองโลกในแง่ดี ในกลุ่มการมีภูมิคุ้มกันตนสำหรับนักเรียน ของดุจดือน พันธมนาวิน และ งามตา วรินทร์านนท์ (2551) มีจำนวนข้อคำถามทางลบทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .868 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .547 ถึง .743

ตัวอย่าง แบบวัดการมองโลกในแง่ดี

- (0) ฉันคิดว่ามีโอกาสน้อยที่ครอบครัวของฉันจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (กรณีที่กำลังเผชิญกับปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง ข้อความทางลบ)

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

- (00) ฉันคิดว่ามีโอกาสน้อยที่เรื่องดีๆ จะเกิดขึ้นกับฉัน (กรณีทั่วไป ข้อความทางลบ)

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนน 6 ลำดับ โดยข้อความทางบวกให้คะแนน “จริงที่สุด” 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจน “ไม่จริงเลย” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน

ชุดที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับปริมาณความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะจัดการกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เมื่อเผชิญกับผลกระทบด้านลบจากภาวะปากแห้งเพดานโหว่ในสถานการณ์การเรียนรู้ ครอบครัว และในสังคม แบบวัดเป็นประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ มีจำนวนข้อคำถามทางบวกทั้งหมด 16 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 11 หน่วย จาก “ไม่สามารถทำได้” ถึง “มั่นใจมากที่สุดว่าทำได้” แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .892 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .404 ถึง .616

ตัวอย่าง แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด

- (0) เมื่อริมฝีปากแห้งหรือรอยแผลเป็นเด่นชัด ฉันยอมรับว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดแก้ไข

ปากแห้งเพดานโหว่ (มุ่งจัดการปัญหา)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถทำได้					มั่นใจปานกลาง					มั่นใจมากที่สุด
					ว่าทำได้					ว่าทำได้

- (00) ฉันสามารถหัวเราะหรือยิ้มต่อหน้าคนอื่นได้อย่างเปิดเผย (ควบคุมอารมณ์ทางลบ)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถทำได้					มั่นใจปานกลาง					มั่นใจมากที่สุด
					ว่าทำได้					ว่าทำได้

(000) เมื่อฉันโดนคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก ฉันขอกำลังใจจากครอบครัวหรือเพื่อน (แสวงหาสนับสนุนจากคนใกล้ชิด)

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถทำได้					มั่นใจปานกลางว่าทำได้					มั่นใจมากที่สุดว่าทำได้

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนน 11 ลำดับ โดยข้อความทางบวกทั้งหมดให้คะแนน “ไม่สามารถทำได้” ให้ 1 คะแนน “มั่นใจปานกลางว่าทำได้” ให้ 5 คะแนน และ “มั่นใจมากที่สุดว่าทำได้” ให้ 10 คะแนน

ชุดที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับการที่วัยรุ่นเป็นผู้รายงานว่าบิดามารดาให้การสนับสนุนตนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลย้อนกลับ และการช่วยเหลือด้านอื่นๆ เมื่อต้องการหรือมีปัญหา ทำให้ตนเองสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของวัยและสภาพแวดล้อม แบบวัดเป็นประเภตมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงเพิ่มเติมจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัวของงามตา วรินทร์านนท์ และคนอื่นๆ (2545) และแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนด้านการเรียนจากบิดามารดาของงามตา วรินทร์านนท์ และอุษา ศรีจินดารัตน์ (2551) มีจำนวนข้อคำถามทางบวกและทางลบทั้งหมด 13 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .865 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .310 ถึง .762

ตัวอย่าง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา

(0) แม้ว่าคนอื่นจะไม่เข้าใจฉัน แต่ฉันก็มีพ่อแม่ที่เข้าใจฉัน (ข้อความทางบวก)

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

(00) ฉันคิดว่าพ่อแม่ไม่สามารถบรรเทาความทุกข์ใจของฉันได้ (ข้อความทางลบ)

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนน 6 ลำดับ โดยข้อความทางบวกให้คะแนน “จริงที่สุด” 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจน “ไม่จริงเลย” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน

ชุดที่ 7 แบบวัดการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับการที่วัยรุ่นรับรู้ว่าคุณให้เพื่อนให้ความไว้วางใจ สนับสนุนกลมเกลียว คบหาสมาคม ให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน มีเครือข่ายของกลุ่มเพื่อนเพื่อทำกิจกรรมในโรงเรียนและสังคมร่วมกัน แบบวัดเป็นประเภทมาตรประเมินรวมค่าที่ผู้วิจัยปรับปรุงเพิ่มเติมจากแบบวัด Self-Perception Profile for Adolescents ด้าน social acceptance ของฮาเตอร์ (Harter. 1985) มีจำนวนข้อคำถามทางบวกทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .896 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .486 ถึง .702

ตัวอย่าง แบบวัดการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

(0) เพื่อนๆ ยอมรับนิสัยของฉันได้ (เข้าใจในตัวตน)

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) เพื่อนๆ กับฉันมีความสามัคคีกันดี (ร่วมทำกิจกรรม)

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(000) เวลากลุ่มใจ เพื่อนกับฉันสามารถพูดคุยปรึกษากันได้ (เกื้อกูลกัน)

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนน 6 ลำดับ โดยข้อความทางบวกให้คะแนน “จริงที่สุด” 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจน “ไม่จริงเลย” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน

ชุดที่ 8 แบบวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น

ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณ แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ผู้ให้การรักษาปากเหง่เพดานโหว่ ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ เปิดโอกาสให้ซักถาม เคารพสิทธิผู้ป่วย และแสดงออกด้วยวาจาสีหน้าท่าทางที่เป็นปฏิสัมพันธ์ในเชิงบวกระหว่างกัน แบบวัดเป็นประเภทมาตรประเมินรวมค่าซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ โดยอาศัยหลักการวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยของโบเวอร์ มิด และสจ๊วต (Bower; & Mead. 2007; Stewart. 1995) มีจำนวนคำถามทางบวกทั้งหมด 13 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีมาตร 6 หน่วย จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แบบวัดมีค่า

ความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .873 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .467 ถึง .672

ตัวอย่าง แบบวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น

(0) หมอ/พยาบาลได้ถามอาการของฉันอย่างห่วงใย (ข้อความทางบวก)

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนน 6 ลำดับ โดยข้อความทางบวกให้คะแนน “จริงที่สุด” 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจน “ไม่จริงเลย” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวทางการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำการประมวลเอกสารเกี่ยวกับทฤษฎี ตำรา และผลการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ เรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ความหุนหันพลันแล่นมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น ประเภทปากแห่งเพดานโหว่ เพศ และระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

2. กำหนดนิยามปฏิบัติการของแบบวัดที่ใช้ในการวิจัยแต่ละตัวแปร

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะที่ 1 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากผลวิจัย

4. สร้างเนื้อหาในข้อความของประโยคตามนิยามปฏิบัติการลงในตารางกำหนดลักษณะเฉพาะ (table of specification) โดยจำแนกสัดส่วนของข้อคำถามตามนิยามปฏิบัติการของแต่ละแบบวัด

5. คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรร่วมพิจารณาข้อความในทุกแบบวัด โดยมีการปรับเปลี่ยนบางข้อความให้มีเนื้อหาตรงตามตัวแปรที่ต้องการวัดและกลุ่มตัวอย่าง

6. ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตร

แนวทางการหาคุณภาพเครื่องมือแต่ละชุด มีดังนี้

1. นำเครื่องมือวัดที่ผ่านการปรับปรุงมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) กับผลการวิจัยระยะที่ 1 โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านทันตแพทยศาสตร์ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านจิตสังคม และด้านจิตเวชวัยรุ่น ด้านละ 1 ท่าน รวม 5 ท่านเป็นผู้ตรวจ

(ภาคผนวก ข) และให้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of consistency: IOC) ระหว่างคะแนน +1, 0 และ -1 จากนั้น ผู้เชี่ยวชาญเปรียบเทียบเนื้อหารายชื่อกับแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากเด็ก Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄) ของโจโควิกและคนอื่นๆ (Jokovic; et al. 2002)

2. นำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป แสดงว่าข้อความนั้นเป็นตัวแทนของลักษณะเฉพาะของพฤติกรรมนั้น (อรพินทร์ ชูชม. 2545: 340) ส่วนข้อคำถามที่มีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.5 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ให้มีความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ แล้วประธานคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทได้พิจารณาตรวจสอบอีกครั้ง หลังจากนั้นปรับปรุงแบบวัดก่อนนำไปทดลองใช้

3. นำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 120 คน

4. นำข้อมูลมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดและปรับปรุง แสดงในตาราง 8 ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ (item analysis) ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (item discrimination) ด้วยค่าที (t-ratio) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ที่พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (corrected item-total correlation: r_{ct}) (อรพินทร์ ชูชม. 2545: 464) ผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า t-ratio ตั้งแต่ .20 ขึ้นไปและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคะแนนรวมปรับแก้แล้วตั้งแต่ .30 ขึ้นไป (Aiken. 2003: 66-67) มาใช้ในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 221 คน

4.2 การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบวัดที่นำไปใช้จริงทั้งฉบับและรายด้าน ทำการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α -Coefficient) (Aiken. 2003: 87-89; citing Cronbach. 1951)

4.3 การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และแบบวัดความหยุนตัวผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL โดยพิจารณาค่าความกลมกลืนของโมเดล (goodness-of-fit measures) เพื่อยืนยันว่าแบบวัดนั้นมีความเที่ยงตรงตามโครงสร้างที่กำหนดไว้จากแบบวัดต้นฉบับหรือทฤษฎีหรือไม่

ตาราง 8 จำนวนข้อ ค่าที ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้
(corrected item-total correlation: r_{ct}) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาทั้งฉบับทดลองใช้
($n=120$) และฉบับใช้จริง ($n=221$)

เครื่องมือวัด	จำนวนข้อ		t-ratio		r_{ct}		α	
	ทดลอง	ใช้จริง	ทดลอง	ใช้จริง	ทดลอง	ใช้จริง	ทดลอง	ใช้จริง
1. คุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพ	38	21	2.53 ถึง 12.66	2.17 ถึง 13.78	.21 ถึง .71	.23 ถึง .68	.90	.76
2. ความหย่นตัว	22	11	0.72 ถึง 7.24	7.84 ถึง 11.13	.01 ถึง .65	.35 ถึง .58	.83	.81
3. การมองโลกในแง่ดี	11	7	1.41 ถึง 13.69	12.55 ถึง 20.71	.07 ถึง .67	.54 ถึง .74	.77	.86
4. การรับรู้ ความสามารถในการ จัดการความเครียด	31	16	3.25 ถึง 11.00	7.04 ถึง 13.55	.30 ถึง .70	.40 ถึง .61	.92	.89
5. การสนับสนุนทาง สังคมจากบิดามารดา	19	13	4.57 ถึง 9.96	6.50 ถึง 12.86	.22 ถึง .75	.31 ถึง .76	.90	.86
6. การยอมรับทาง สังคมจากเพื่อน	22	12	2.98 ถึง 10.24	8.24 ถึง 11.82	.20 ถึง .71	.48 ถึง .70	.88	.89
7. การสื่อสารระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์ กับผู้ป่วยวัยรุ่น	23	13	2.32 ถึง 9.63	8.51 ถึง 13.38	.14 ถึง .65	.46 ถึง .67	.85	.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์ของแต่ละมหาวิทยาลัยที่เก็บข้อมูลในแต่ละระยะวิจัย
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะทันตแพทยศาสตร์แต่ละแห่งแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าภาควิชาที่รับผิดชอบคลินิกทันตกรรมจัดฟัน
4. กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองให้คำยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนำแบบวัดไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดด้วยตนเองตามกำหนดเวลานัดหมาย ซึ่งแจ้งความสำคัญ วัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยรวบรวมแบบวัดทั้งหมดและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแต่ละแบบวัดเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัย ซึ่งมีที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (SPSS/PC for Window) เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
 - 1.1 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.2 วิเคราะห์สถิติขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง เพื่อให้ทราบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรสังเกต
 - 1.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการทดสอบแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ โดยใช้สถิติวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation model)

2.1 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ของตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.2 การวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อทดสอบสมมติฐานวิจัยที่ 1 ผู้วิจัยใช้โปรแกรมลิสเรล (LISREL Version 8.72) การวิเคราะห์แบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (structural equation models for latent variables) ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2.3 การวิเคราะห์พหุกลุ่ม (multiple group analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานวิจัยที่ 2 ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของกลุ่มวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน (model equivariance หรือ model invariance) เริ่มจากการกำหนดเงื่อนไขความเท่าเทียมกันของค่าพารามิเตอร์ระหว่างกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยทดสอบตามแนวทางวิเคราะห์ 3 ขั้นตอนของไคลน์ (Kline. 2011: 288-289) ได้แก่

- 1) การเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของรูปแบบ (configural invariance)
- 2) การเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของการวัดตัวแปรแฝง (construct invariance)
- 3) การเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝง (structural invariance)

ในแต่ละเงื่อนไขพิจารณาจากผลต่างค่าไคสแควร์ ($\Delta\chi^2$) เทียบกับผลต่างองศาความเป็นอิสระ (Δdf) ถ้าไม่มีนัยสำคัญก็แสดงว่าเงื่อนไขนั้นในแบบจำลองทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน

การวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นนี้กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผู้วิจัยใช้ดัชนีตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การพิจารณา (Kelloway. 1998: 27-28; Diamantopoulos; & Siguaw. 2000: 82-88) ดังตาราง 9

ตาราง 9 ดัชนีที่ใช้ในการตรวจสอบว่าโมเดลสมมติฐานในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีที่ใช้ในการพิจารณา	เกณฑ์การพิจารณา
ดัชนีความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (absolute fit indexes)	
1. Chi-Square	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
2. RMSEA	< .08
3. SRMR	< .08
ดัชนีความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (comparative fit indexes)	
1. NNFI	> .90
2. CFI	> .90
ดัชนีความกลมกลืนเชิงประหยัด (parsimony fit indexes)	
1. PNFI	> .50
2. CAIC	$CAIC_{Model} < CAIC_{Saturated}$

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีเพศและระดับเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานวิจัยที่ 3 ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way Analysis of Variance: Two-way ANOVA) โดยใช้เกณฑ์ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ถ้าพบว่าไม่มีปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจะทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffé)

วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 3

การวิจัยระยะที่ 3 การวิจัยเชิงคุณภาพในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 6 เพื่อค้นหากระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์ มีรายละเอียดดังนี้

สนามวิจัย

สนามที่ใช้สำหรับศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ คลินิกทันตกรรมจัดฟันในเวลาราชการของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยขอนแก่น เนื่องจากเป็นสถานที่นั้ดรักษาทางทันตกรรมจัดฟันของกรณีศึกษา 8 คน โดยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่และผู้ปกครองสะดวกให้สัมภาษณ์ในวันนัดหมายเข้ารับการรักษา

การเข้าสู่สนามวิจัย

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 3 นี้ ผู้วิจัยได้เข้ามาในสนามวิจัยเดิมที่เคยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณจากแบบสอบถามในการเก็บข้อมูลงานวิจัยระยะที่ 2 จึงมีความคุ้นเคยกับทันตบุคลากรและวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในคลินิกทันตกรรมจัดฟันทั้ง 2 แห่ง อีกทั้ง ผู้วิจัยเคยโทรศัพท์ติดต่อเบื้องต้นกับผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการยินยอมให้สัมภาษณ์และนัดหมายวันสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงได้รับการยอมรับจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดในฐานะทันตแพทย์ที่เคยเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ก่อนเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ในการวิจัยระยะที่ 3 นี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่จากหัวหน้าคลินิกทันตกรรมจัดฟันก่อนดำเนินงาน ตลอดจน ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับทันตแพทย์จัดฟันผู้ดูแลวัยรุ่นให้รับทราบเรื่องการสัมภาษณ์วัยรุ่นหลังเสร็จการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในวันนัดหมายรักษา ซึ่งทั้งทันตแพทย์จัดฟันและเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียนช่วยอำนวยความสะดวกตรวจสอบและยืนยันการนัดหมายกับวัยรุ่นแต่ละคนอีกครั้งแล้วแจ้งผู้วิจัยให้ทราบสำหรับสถานที่สัมภาษณ์เป็นห้องสัมภาษณ์ภายในคลินิกทันตกรรมจัดฟันที่มีความเป็นส่วนตัว

การเตรียมแนวคำถามสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้ผลการวิเคราะห์แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและสองด้าน ตลอดจนนิยามปฏิบัติการของตัวแปรต่างๆในงานวิจัยระยะก่อนมาเป็นแนวหรือประเด็นคำถาม และอาจารย์ควบคุมปริญญาโทพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ก่อนสัมภาษณ์ ตัวผู้วิจัยเองมีฐานะเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจึงได้ทบทวนหลักการเก็บข้อมูลภาคสนาม ทักษะและความสามารถเฉพาะตัวในการเข้าถึงข้อมูลอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อให้การสัมภาษณ์มีความเหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้น ผู้วิจัยได้ผ่านประสบการณ์ฝึกภาคสนามในงานวิจัยเชิงคุณภาพและการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในงานวิจัยระยะที่ 1 ทำให้ผู้วิจัยมีทักษะการสัมภาษณ์มาแล้ว

ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้สรรพนามแทนตัวเองว่า “หมอ” และเปิดเผยตัวตนตามจริง ซึ่งช่วยสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปกครองมากขึ้น และวางตัวในลักษณะของทันตบุคลากรคนหนึ่ง โดยเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆ ในคลินิกทันตกรรมจัดฟันนั้น เช่น การนัดหมายการรักษาให้ผู้ป่วย การขายเสื้อการกุศลหาเงินเข้ากองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น ก่อนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกคนผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวคำถาม และประโยชน์ของข้อมูลในครั้งนี้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อแสดงความจริงใจและสร้างความไว้วางใจระหว่างทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้ปกครองวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่พุดยินยอมให้สัมภาษณ์โดยทุกคนรับทราบว่า การวิจัยนี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการรักษาทาง ทันตกรรมจัดฟันของคณะทันตแพทยศาสตร์ และไม่เกี่ยวข้องกับการจัดลำดับหรือตัดสินใจการรักษาที่ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับอยู่ในเวลานั้น

ช่วงของการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในระหว่างที่วัยรุ่นเข้าไปรับการรักษาอยู่ในคลินิกทันตกรรมจัดฟันและต้องการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล แต่เมื่อวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่บางคนเสร็จสิ้นการรักษาก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง วัยรุ่นมานั่งรอและรับฟังการสัมภาษณ์ไปด้วย เช่นเดียวกันกับ ผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่บางคนขอร่วมรับฟังหรืออยู่ร่วมด้วยในระหว่างการสัมภาษณ์วัยรุ่น เมื่อสัมภาษณ์จบ วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่แต่ละคนได้รับชุดผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากประกอบด้วยแปรงสีฟันสำหรับผู้จัดฟัน ยาสีฟัน และน้ำยาบ้วนปากเป็นของตอบแทน 1 ชุดโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ส่วนผู้ปกครองได้ค่าตอบแทนการสัมภาษณ์ 100 บาท

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาเฉพาะกรณี (case study) สำหรับการวิจัยระยะที่ 3 นี้ คือวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 8 คน และผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 8 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้านเพียงพอทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัยได้ชัดเจนและลึกซึ้ง การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposeful sampling) ในลักษณะการศึกษาหลายกรณี (multiple case study) ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกจากเกณฑ์ 4 ข้อ ได้แก่ 1) วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่เข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 2 หรือการวิจัยเชิงปริมาณ 2) ได้รับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ ถ้าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 80 คิดเป็น 79-88 คะแนน หมายถึง วัยรุ่นที่มีคุณภาพชีวิตอยู่กลุ่มสูง ถ้าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 20 คิดเป็น 28-61 คะแนน หมายถึง วัยรุ่นที่มีคุณภาพชีวิตอยู่กลุ่มต่ำ 3) ประเภทปากแห้งเพดานโหว่มีความแตกต่างกัน และ 4) สมัครใจยินยอมให้สัมภาษณ์ของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่และผู้ปกครองในวันนัดรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน

การวิจัยระยะที่ 3 นี้จึงมีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 คนแบ่งเป็นวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 8 คนและผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 8 คน ดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงลักษณะภูมิหลังของวัยรุ่นและผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและประเภทปากแห้งเพดานโหว่

วัยรุ่นผู้ให้ข้อมูล	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง				คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ			
	อัน	มินต์	พลัค	บัว	บอล	ปาล์ม	ลี	นัด
ประเภทปากแห้งเพดานโหว่	สองด้าน	สองด้าน	ด้านเดียว	ด้านเดียว	สองด้าน	สองด้าน	ด้านเดียว	ด้านเดียว
อายุ	12 ปี	15 ปี	13 ปี	13 ปี	14 ปี	15 ปี	18 ปี	15 ปี
เพศ	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	หญิง	ชาย
ศาสนา	พุทธ	พุทธ	พุทธ	พุทธ	พุทธ	พุทธ	คริสต์	พุทธ
ระดับการศึกษา	ม.2	ม.4	ม.1	ม.1	ม.2	ม.4	ม.3	ม.3
ภูมิลำเนา	อ.กันทรวิชัย	อ.สมเด็จ	อ.สูงเม่น	อ.เมือง	อ.กระนวน	อ.เมือง	อ.ปาย	อ.เชียงขวัญ
ลำดับและจำนวนพี่น้อง	จ.มหาสารคาม คนที่ 2 มีพี่สาว 1 คน	จ.กาฬสินธุ์ คนที่ 2 มีพี่สาว 1 คน	จ.แพร่ คนที่ 2 มีพี่ชาย 1 คน	จ.ลำพูน คนที่ 2 มีพี่สาว 1 คน	จ.ขอนแก่น คนที่ 1 มีน้องสาว 1 คน	จ.พะเยา คนที่ 1 มีน้องสาว 1 คน	จ.แม่ฮ่องสอน คนที่ 1 มีน้องสาว 2 คน	จ.ร้อยเอ็ด คนที่ 2 มีพี่ชายต่างแม่ 1 คน
ผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูล	แม่ของอัน	แม่ของมินต์	แม่ของพลัค	แม่ของบัว	ลุงเขยของบอล	พ่อของปาล์ม	แม่ของลี	พ่อของนัด
อายุผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูล	46 ปี	44 ปี	44 ปี	47 ปี	44 ปี	35 ปี	45 ปี	44 ปี
ระดับการศึกษาผู้ปกครอง	ม.6	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ม.6	ม.6	ม.3	ม.3

ขั้นตอนในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นติดต่อและประสานงานผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อได้รายชื่อของผู้ให้ข้อมูลหลักจากข้อมูลผลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยติดต่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยกับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ทางไปรษณีย์ตามเกณฑ์คัดเลือกข้างต้นจำนวน 68 คน และได้รับการตอบกลับยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งวัยรุ่นกับบิดามารดาในวันนัดหมายรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน จำนวน 32 คน จากนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกรณีศึกษาที่เฉพาะเจาะจงเป็นวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่อยู่ในกลุ่มคะแนนละ 4 คน แต่ละกลุ่มมีปากแหว่งเพดานโหว่ประเภทละ 2 คน
2. ขั้นเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยกำหนดหัวข้อใหญ่ที่ต้องการศึกษาไว้ก่อนแล้วจึงเขียนหัวข้อย่อยและคำถามในแต่ละข้อ คำถามเป็นคำถามที่มีลักษณะเป็นปลายเปิดโดยไม่จำกัดเวลาในการสัมภาษณ์
3. ขั้นก่อนการลงสนาม ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยและนำไปติดต่อประสานในสนามวิจัยเพื่อขออนุมัติยินยอมให้เก็บข้อมูลวิจัย ตลอดจนประสานนัดวันเวลาและสถานที่ในการดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่คัดเลือกอย่างเจาะจง จำนวน 8 คน โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ 1) การสังเกต (observation) ระหว่างเข้ารับการรักษาทันตกรรมจัดฟันและช่วงรอเวลานัดรักษาโดยผู้สังเกตวางบทบาทเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์จัดฟัน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และ 3) ข้อมูลทุติยภูมิ เช่น ข้อมูลสุขภาพช่องปากรายบุคคล แฟ้มประวัติการรักษาพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะเรื่องอย่างลึกซึ้ง

ประเด็นสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ ประวัติชีวิต พฤติกรรม ปรัชญาการณหรือสถานการณ์ ความสัมพันธ์ของคนและของกลุ่ม ความคิด ความเชื่อ สัญลักษณ์และการปฏิบัติของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในชีวิตประจำวัน ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้ใช้เครื่องบันทึกเสียงได้ ผู้วิจัยได้ใช้ทั้งการจดบันทึกและการบันทึกเสียงร่วมด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและแม่นยำที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคลและการสังเกต ตามแนวทางของสรณภูวงศ์ และอ้อมเดือน สดมณี. (2549: 38-39, 43-45) เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2552: 28-29) และชาย โพธิ์สีดา (2549: 330-331) ลักษณะแนวคำถามปลายเปิดในประเด็นกว้างๆ ที่ กำหนดขึ้นตามกรอบของปัญหาการวิจัยและได้ปรับปรุงภายหลังจากได้ไปทดลองใช้ในกลุ่มใกล้เคียงผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อผู้วิจัยลงสนามวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้มีการปรับลักษณะคำถามและลำดับคำถามตามความเหมาะสมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการสนทนากับผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้ และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ผู้วิจัยตั้งคำถามปลายเปิด “อะไร” “ทำไม” และ “อย่างไร” แต่ละหัวข้อคำถามประกอบด้วยคำถามหลักแต่ละประเด็น คำถามเพื่อขอรายละเอียดความชัดเจน และคำถามเพื่อตามประเด็นซึ่งอาจเป็นเรื่องใหม่ที่ได้พบจากการสัมภาษณ์มาเป็นประเด็นถามต่อ ผู้วิจัยอาจจะปรับลำดับและคำถามตามความเหมาะสม

แนวคำถามสำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและสองด้าน เช่น

- 1) คำว่า “ปากแห้งเพดานโหว่” ทำให้รู้สึกอย่างไรบ้าง เพราะอะไร
- 2) ในชีวิตที่ผ่านมาเกิดเรื่องดีอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปากแห้งเพดานโหว่ ช่วยเล่าตัวอย่างเหตุการณ์
- 3) หากถูกล้อเลียนปากแห้งเพดานโหว่ จะมีวิธีการจัดการเหตุการณ์นี้อย่างไร
- 4) เวลาเผชิญปัญหาต่างๆ จากปากแห้งเพดานโหว่ จะควบคุมอารมณ์ด้านลบอย่างไร (สำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว)
- 5) หลังจากผ่านพ้นปัญหาต่างๆ จากปากแห้งเพดานโหว่มาได้ มีข้อคิดหรือเกิดผลดีอะไรบ้างในชีวิต (สำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว)
- 6) บิดามารดา เพื่อน หรือแพทย์พยาบาลเข้ามาช่วยเหลือในการจัดการความเครียดจากปากแห้งเพดานโหว่อย่างไรบ้าง ช่วยเล่าตัวอย่างเหตุการณ์ (สำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว)
- 7) บิดามารดาแนะนำหรือทำอะไรเวลาที่เราเสียใจจากปากแห้งเพดานโหว่ (สำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน)
- 8) บิดามารดาให้คำสอนหรือข้อคิดในการดำเนินชีวิตอะไรบ้างที่นำมาปฏิบัติตาม (สำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน)
- 9) บิดามารดาคอยดูแลเอาใจใส่ชีวิตประจำวันของเราอย่างไรบ้างในปัจจุบัน (สำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน)

10) บิดามารดาช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลปากแหว่งเพดานโหว่ของเราอย่างไร
(สำหรับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน)

- 11) คนอื่นมีความคิดเห็นหรือปฏิบัติตัวอย่างไรกับผู้มีปากแหว่งเพดานโหว่
- 12) คิดเห็นอย่างไรบ้างที่ตัวเองเกิดมาปากแหว่งเพดานโหว่
- 13) แนวทางการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนอย่างไรให้มีความสุข
- 14) จากประสบการณ์ของตนเอง ต้องการฝากบอกอะไรไปถึงน้องๆ ปากแหว่ง

เพดานโหว่เหมือนกันได้ฟัง

แนวคำถามสำหรับผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและสองด้าน เช่น

- 1) คำว่า “ปากแหว่งเพดานโหว่” ทำให้ท่านนึกถึงอะไรบ้าง เพราะอะไร
- 2) ท่านแนะนำหรือทำอย่างไรเวลาที่ลูกรู้สึกทุกข์ใจเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่
ช่วยเหลือตัวอย่างเหตุการณ์
- 3) ท่านรับรู้ว่าคุณอื่นในสังคมมีความคิดเห็นหรือปฏิบัติตัวอย่างไรกับผู้มีปากแหว่ง
เพดานโหว่
- 4) ท่านคิดเห็นอย่างไรเมื่อลูกเกิดมาปากแหว่งเพดานโหว่ มีผลต่อการตัดสินใจมีลูก
คนต่อไปมากน้อยเพียงใด
- 5) ท่านเลี้ยงดูลูกอย่างไรให้ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนได้ ช่วยเล่าตัวอย่าง
เหตุการณ์
- 6) จากประสบการณ์ของท่าน ต้องการบอกหรือแนะนำอะไรบ้างให้กับครอบครัวที่มี
ลูกปากแหว่งเพดานโหว่เหมือนกัน

ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกคนด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลในการใช้เครื่องบันทึกเสียง จดบันทึกระหว่างสัมภาษณ์ และบันทึกภาพ อย่างไรก็ตาม บางครั้งก็มีเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกห้อง เช่น เสียงเครื่องเจาะผนังห้อง เสียงทารกปากแหว่งเพดานโหว่ร้องไห้ เป็นต้น หากระหว่างสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลขอระงับการสัมภาษณ์ชั่วคราวเนื่องจากเหตุใดๆ ก็ตาม ผู้วิจัยพิจารณาหยุดการสัมภาษณ์ชั่วคราวและประเมินความพร้อมของผู้ให้สัมภาษณ์เป็นสำคัญ เช่น ผู้ให้ข้อมูลออกไปคุยโทรศัพท์ ผู้ให้ข้อมูลร้องไห้หรือสะเทือนอารมณ์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการสังเกตและบันทึกข้อมูล มาประกอบเป็นข้อมูลร่วมกับบทสัมภาษณ์ ได้แก่

- 1) การสังเกตบริบทของคลินิกทันตกรรมจัดฟัน
- 2) การสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลหลักในระหว่างสัมภาษณ์
- 3) สังเกตปฏิสัมพันธ์ ท่าทางและการสนทนาโต้ตอบของผู้ให้ข้อมูลกับผู้อื่น เช่น ผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้วิจัยหรือผู้สัมภาษณ์ ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่คนอื่น เจ้าหน้าที่เวระเบียน ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษา เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ทำเป็นระยะๆ หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในแต่ละวัน ผู้วิจัยรับถอบบทสัมภาษณ์และเขียนรายละเอียดของบทสัมภาษณ์ออกมาทันที เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแนวคิด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และความครบถ้วนหรือขาดหายของข้อมูลก่อนเก็บข้อมูลต่อไป ผู้วิจัยมีกระบวนการวิเคราะห์ตามแนวทางของสตรูทท์ และอ้อมเดือน สดมณี (2549: 63-85) และเบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงส์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2552: 37-39) ด้วยขั้นตอน 1) การจัดระบบข้อมูล 2) การสร้างรหัส การแสดงข้อมูล และเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล และ 3) การแปลความ สร้างข้อสรุป และพิสูจน์ข้อสรุป ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (symbolic interactionism) ในทางสังคมวิทยา เกี่ยวกับแนวคิดการประกอบสร้างทางสังคม (social constructionism) แนวคิดการถ่ายทอดทางสังคม (socialization) และแนวคิดการพัฒนาการในภาพเกี่ยวกับตน (self-concept) มาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะที่ 3 นี้ ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษาเฉพาะกรณี (Yin, 2003: 111-115) โดยใช้ข้อเสนอของแนวคิดทฤษฎีเป็นฐานเพื่อตรวจสอบความตรงกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากกรณีศึกษา มุ่งค้นหาข้อเสนอเพื่อโต้แย้งแนวคิดทฤษฎีเดิม และอธิบายลักษณะที่สลับซับซ้อนของกรณีศึกษาเพื่อเปิดเผยเงื่อนไขและบริบทที่สำคัญ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวทางของ ซาย โพรสิตา (2549: 395-396) ดังนี้

1) การตรวจสอบภายใน ผู้วิจัยพิจารณาถึงส่วนที่เกี่ยวกับข้อมูลและวิธีการวิเคราะห์ของผู้วิจัยเองเพื่อให้ได้ข้อสรุปและการตีความที่มีคุณภาพ ประเด็นตรวจสอบได้แก่

- ผู้ให้ข้อมูลและสนามวิจัยที่เลือกศึกษานี้เหมาะสมกับเรื่องและคำถามในการวิจัยเพียงใด

- ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลมีอคติเกิดขึ้นในกระบวนการเก็บข้อมูลอย่างไรหรือไม่
- ข้อมูลที่ได้มา มีความลึกและความกว้างเพียงใด
- ข้อมูลเชิงบริบทมากน้อยเพียงใด
- ข้อค้นพบและข้อสรุปจากข้อค้นพบนั้นมีหลักฐานที่แน่นหนา มากน้อยเพียงใด
- มีการนำเสนอวิธีการและกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลชัดเจนหรือไม่

2) การตรวจสอบภายนอก ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมมาด้วยการสรุปซ้ำและย้อนข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง (members' check) ในระหว่างสัมภาษณ์ทุกครั้ง หากข้อมูลไม่ตรงหรือมีความบิดเบือนจากคำตอบหรือความหมายของผู้ให้ข้อมูลจึงสามารถปรับแก้ไขข้อมูลให้เข้าใจได้ตรงกันได้ที่ ผู้วิจัยใช้หลักการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) จากหลายแหล่งข้อมูล (data triangulation) เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลาย เช่น วิทยุร่นปากแห่งเพดานโหว่ ผู้ปกครองของวิทยุร่นปากแห่งเพดานโหว่ และทันตบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น และจากหลายวิธีการเก็บข้อมูล (methodological triangulation) เช่น วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ เอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1-3

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการและแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในแต่ละมหาวิทยาลัย เริ่มต้นเก็บข้อมูลจากการแนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ วิทยุร่นปากแห่งเพดานโหว่และผู้ปกครองทุกคนลงนามลงในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธหรือขอยกเลิกได้ระหว่างการเก็บข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการมารับบริการรักษาพยาบาล หากระหว่างการให้ข้อมูลมีความสับสนอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกให้ข้อมูลชั่วคราว ผู้วิจัยพิจารณาความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ถูกนำเสนอเป็นภาพรวม ใช้นามสมมติเพื่อปกปิดการบ่งชี้ตัวบุคคล และนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยและงานวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลทั้งหมดไว้เป็นอย่างดีและไม่นำไปเผยแพร่แก่สาธารณชน การดำเนินงานวิจัยทั้งหมดนี้เพื่อรักษาความลับของข้อมูลและปกป้องผู้ให้ข้อมูลซึ่งถือเป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับของตอบแทนเป็นผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดช่องปาก 1 ชุดประกอบด้วยแปรงสีฟันสำหรับจัดฟัน ยาสีฟัน และน้ำยาบ้วนปาก โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในบทที่ 4 ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยผานวิธีแบบตามลำดับ 3 ระยะดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยระยะที่ 1 นำเสนอข้อค้นพบวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำการตีความการให้ความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเภทปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยระยะที่ 2 นำเสนอผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2-5 ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และทดสอบสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อเกี่ยวกับแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยระยะที่ 3 นำเสนอข้อค้นพบวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 6 ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา เพื่อค้นหากระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 1 นี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 เพื่อทำการตีความการให้ความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเภทปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยมือและคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ATLAS.ti สำหรับลงรหัสและจัดหมวดหมู่ข้อมูล โดยนำปัญหาการวิจัยเป็นตัวตั้งและทำการกำหนดรหัสตั้งต้นให้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาการวิจัย จากปัญหาการวิจัยที่ว่า “วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและสองด้านให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพว่าอย่างไร” จากนั้น นำข้อมูลที่มีรหัสย่อยมารวมเป็นรหัสหลัก โดยมีรหัสหลัก 2 รหัส คือ “การประเมินตามสภาพร่างกายจริง” และ “การประเมินตามความคิดและความรู้สึกส่วนตัว” โดยแต่ละรหัสหลักจะมีรหัสย่อยลงไปอีกคือ “การประเมินตามสภาพร่างกายจริง” ประกอบด้วย “อาการความผิดปกติของร่างกาย” และ “การใช้งานร่างกายได้จำกัด” แล้วยังมีรหัสย่อยอีกลักษณะคือ “การประเมินตามความคิดความรู้สึกส่วนตัว” โดยให้รหัส คือ “ความรู้สึกภายในจิตใจตนเอง” และ “การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม” ส่วน “อาการความผิดปกติของร่างกาย” นั้นมีรหัสย่อย เช่น “ความผิดปกติในช่องปาก” “ความเจ็บป่วยของร่างกายทั่วไป” เป็นต้น ผู้วิจัยยังได้สร้างรหัส

จากข้อมูลดิบที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักโดยตรงซึ่งถือว่าเป็นรหัสใหม่ที่เกิดขึ้น หลังจากที่ได้ผู้วิจัยได้อ่านข้อมูลหลายครั้งและคาดว่าข้อมูลดังกล่าวมีความหมายนอกเหนือจากรหัสที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เช่นในเรื่องของความรู้สึกภายในจิตใจที่มีการกำหนดรหัสว่า “การจัดการความเครียด” เป็นต้น จากนั้นเมื่อลงรหัสข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างรหัสแต่ละตัวที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันไว้ด้วยกัน ซึ่งในการตีความและแปลความหมายได้อาศัยแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานวิเคราะห์ เช่น แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีผู้ให้ความหมายไว้ทั้งนักวิชาการไทยและต่างประเทศ โดยผู้วิจัยได้นำความหมายดังกล่าวมาเทียบเคียงกับความหมายที่ได้จากมุมมองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ แนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยา จิตวิทยา และแพทยศาสตร์ที่พบทวนไว้ในบทที่ 2 มาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย เมื่อได้ข้อสรุปแล้วอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยและผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบความถูกต้องและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ผู้วิจัยเริ่มเห็นความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างรหัสแต่ละกลุ่ม มองเห็นเค้าโครงที่จะนำไปสู่สร้างข้อสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ต่อไป ดังปรากฏในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงการสร้างรหัสข้อมูลย่อย รหัสข้อมูลหลัก และมโนทัศน์ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

มโนทัศน์	รหัสหลัก	รหัสย่อย
อาการความผิดปกติของร่างกาย	ความผิดปกติในช่องปาก	ปวดฟัน เจ็บปาก มีกลิ่นปาก เลือดออกตามซอกเหงือก
	ความเจ็บป่วยของร่างกายทั่วไป	หูด เป็นหวัดเรื้อรัง อ่อนแอ
การใช้งานร่างกายได้จำกัด	การใช้งานช่องปากได้จำกัด	เคี้ยวอาหารลำบาก พูดไม่ชัด หายใจทางปาก
	การทำกิจวัตรประจำวันได้จำกัด	ดื่มน้ำลำบาก การแสดงอารมณ์ทางใบหน้า นอนไม่หลับ ฟังไม่ค่อยได้ยิน เรียนไม่เต็มที่ ออกกำลังกายได้น้อย
ความรู้สึกภายในจิตใจตนเอง	ความรู้สึกทางบวก	ภูมิใจตนเอง พึงพอใจชีวิต ความท้าทายในชีวิต จิตใจเข้มแข็ง
	ความรู้สึกทางลบ	วิตกกังวลต่อความคิดของคนอื่น ขาดความ มั่นใจ เหนื่อย เบื่อหน่าย เครียดเสียใจ โกรธชุน เคือง
การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม	ความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้อื่น	เข้าร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือเกื้อกูล ทำความรู้จัก กัน
	ความสัมพันธ์ทางลบกับผู้อื่น	ถูกแบ่งแยกกีดกัน ถูกล้อเลียน ถูกรังแก

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดถือเอาความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ใดคนหนึ่งเป็นที่ตั้ง หากแต่ต้องการทำความเข้าใจความหมายของคุณภาพชีวิตในทัศนะหรือมุมมองของตัววัยรุ่นที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิด โดยเน้นการดำเนินชีวิตผ่านประสบการณ์ตรง ความคิด ความเชื่อของวัยรุ่น ซึ่งการให้ความหมายดังกล่าวนี้เป็นมุมมองของคนในภายใต้บริบทของสังคมไทย ตลอดจน มุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดามารดาของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ และทันตบุคลากรที่ดูแลรักษาพยาบาลในคลินิกทันตกรรมจัดฟัน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ถูกอธิบายผ่านทางประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากผู้ให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของตนเอง กิจวัตรประจำวันในครอบครัว ในโรงเรียน และสังคมใกล้เคียงรอบตัวล้วนสะท้อนให้ผู้วิจัยเห็นว่าการให้ความหมายตามมุมมองของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีความเชื่อมโยงในร่างกาย จิตใจ และสังคมเข้าไว้ด้วยกัน ผู้วิจัยค้นพบความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้ออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) อาการความผิดปกติของร่างกาย

วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ส่วนใหญ่อธิบายว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกี่ยวข้องโดยตรงกับอาการความผิดปกติหรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมาจากปากแหว่งเพดานโหว่ ความผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก เช่น อาการปวด บวม เลือดออก เป็นต้น มีผลทำให้ชีวิตไม่มีความสุขหรือไม่เป็นปกติภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

“เวลาปวดฟัน จะทำอะไรไม่ได้เลย ปากและฟันมันไม่สบาย” จิน วัยรุ่นหญิงอายุ 15 ปี

“ฟันเกไปหมด มันไม่สวย ฟันมีน้อย ตรงนี้(ชี้บริเวณริมฝีปากที่เย็บปิดแล้ว) เหนือก็เจ็บ” แยม วัยรุ่นหญิงอายุ 17 ปี

อีกหนึ่งความหมายที่วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ส่วนใหญ่สะท้อนออกมาตรงกัน คือ ความเจ็บป่วยของร่างกายทั่วไป เช่น หูอักเสบ เป็นหวัดเรื้อรัง ร่างกายอ่อนแอ เป็นต้น วัยรุ่นจำนวน 3 คน เคยประสบปัญหาการติดเชื้อในช่องหูเนื่องจากสำลักอาหารผ่านทางช่องโหว่ของเพดานปากมาตั้งแต่ก่อนเย็บปิด บางคนมีอาการหูอักเสบทุกครั้งที่เป็นหวัด เวลาพูดเสียงก้องอยู่ในหู หรือสูญเสียการทรงตัว โดยช่องจมูกกับช่องหูเป็นอวัยวะที่เชื่อมต่อกับช่องปาก ความเจ็บป่วยของร่างกายทั่วไปอาจเกิดขึ้นนาน 1-2 เดือนต่อปีหรือต้องเข้าไปรักษาตัวในโรงพยาบาล

“ผมมีปัญหาหูชั้นกลางอักเสบบ่อย มันทำให้ผมสูญเสียการทรงตัวครับ เดินเบ ไปช่วยงานกีฬาสีไม่ได้ตลอด 3-4 วัน” ก้อง วัยรุ่นชายอายุ 17 ปี

“ไม่สบายเรื่อย คือมีเสลด มีอะไรอยู่ในนี้ (ชี้นิ้วไปที่จมูก) หมอก็จะไม่ผ่าตัดให้ เลื่อนไปเรื่อย ผลัดมาหลายเดือน” เม วัยรุ่นหญิงอายุ 14 ปี ผู้วิจัยสังเกตว่าในวันสัมภาษณ์เมก็มีน้ำมูกไหลเป็นหวัดมา 1 สัปดาห์แล้ว

“ผมไม่รู้ว่าเป็นอะไรหรือเปล่า อ้วนก็ไม่อ้วนนะ ปีจะไม่สบายซักครั้งนึง แต่เป็นหนักกว่าคนอื่น ไม่สบายรุนแรงมาก” พี่ วัยรุ่นชายอายุ 16 ปี

เมื่อพิจารณาถึงความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วัยรุ่นอธิบายถึงอาการความผิดปกติของร่างกายตนเองที่รับรู้ตามสภาพความเป็นจริงหรือสังเกตได้ชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรม โดยอาการเหล่านั้นอยู่ในรูปแบบความไม่สบายหรือเจ็บไข้ได้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับปากแหว่งเพดานโหว่ แม้ว่าวัยรุ่นจะได้รับการเย็บปิดหรือผ่าตัดรักษาปากแหว่งเพดานโหว่มานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป

2) การใช้งานร่างกายได้จำกัด

วัยรุ่นจะสามารถใช้งานอวัยวะต่างๆ ให้ทำหน้าที่ได้ตามกลไกของร่างกายมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงความผิดปกติหรือระดับการฟื้นฟูสมรรถภาพอวัยวะในช่องปากหรือร่างกายทั่วไป การใช้งานช่องปากได้จำกัด เช่น เคี้ยวอาหารลำบาก พูดไม่ชัด หายใจทางปาก ดื่มน้ำลำบาก เล่นเครื่องดนตรีประเภทเป่า การแสดงอารมณ์บนใบหน้า เป็นต้น วัยรุ่นเกือบทุกคนเล่าว่าประสบปัญหาพูดไม่ชัดกับปัญหาลักษณะที่ต้องวางลิ้นกระดกขึ้นไปดันเพดานปาก เช่น ร ล ด และคำควบกล้ำ เป็นต้น วัยรุ่นจำนวน 12 คน เคยได้รับการฝึกพูดกับบุคลากรการแพทย์เฉพาะทางมาตั้งแต่อายุ 2-10 ปีอย่างต่อเนื่องร่วมกับการฝึกหัดด้วยตนเอง วัยรุ่นบางคนแสดงออกว่าตนเองวิตกกังวลเรื่องการออกเสียงในระหว่างให้สัมภาษณ์ บางคนพยายามพูดซ้ำให้ชัดเจน

“เวลาเป่าขลุ่ย มันต้องเว้นจังหวะไว้หายใจ เป่าไม่เต็มเสียง เพราะเพดานโหว่ในตอนนั้น อาจารย์ให้พูด “ร” หนูก็พูดไม่ได้ แล้วก็ตัวควบกล้ำคะ บางที “ด” ก็พูดไม่ได้ ถ้าหนูพูดไวๆ” จิน วัยรุ่นหญิงอายุ 15 ปี

“กินของนิ่มอย่างโจ๊ก พวกซ็อกโกแลตกินไม่ได้ แบบว่าเราเคี้ยวแรงเกินไป เหล็กมันอาจจะหลุด น้ำแข็ง ลูกอม ก็ไม่ได้ เพราะถ้ากัดมันจะกระเด็น ผลไม้ก็ต้องเลือกดู ถ้าแข็งเกินไปก็กินไม่ได้ กลัวมันไปติดตามซอกฟัน แล้วเป็นเชื้อแบคทีเรียไปกัดเหล็กกร่อน” ชัย วัยรุ่นชายอายุ 13 ปี

ความผิดปกติของร่างกายทั่วไปมีผลทำให้ดำเนินกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้จำกัด เช่น นอนไม่หลับ ฟังไม่ค่อยได้ยิน เรียนไม่เต็มที่ ออกกำลังกายได้น้อย เป็นต้น อาการติดเชื่อหรือความผิดปกติของช่องหูเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทำให้การรับฟังเสียงไม่ชัดเจน

“หนูทำจุกด้วยคะ ไปตากแดดให้มันดีขึ้น เอากระดุกหลังหุ้มมาตามให้จุกมันเท่ากัน ช่วงนั้นจะหายใจทางปากด้วย ถ้าหายใจจุกไม่ทัน หายใจช่วยกัน ลำบากตอนนอน” แยม วัยรุ่นหญิงอายุ 17 ปี

“หนูอยากเรียนศิลปะภาษา แต่คิดว่ามันคงยากนะคะ ถ้าหนูพูดได้ไม่ชัดเจน เหมือนติด “อ อ่าง” พูด “ด เด็ก” มันจะเป็น “ออ” อยู่เรื่อย และ “ร ล” ออกไม่ค่อยได้” แยม วัยรุ่นหญิงอายุ 17 ปี

“เค้าจะมีปัญหาเหมือนกันกับพี่คนรอง บกพร่องด้านหู ไม่ค่อยได้ยินเสียง” น้ำผึ้ง พี่สาวของต่ายวัยรุ่นหญิงอายุ 14 ปี

จากมุมมองของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่และผู้เกี่ยวข้อง อาการความผิดปกติจากปากแหว่งเพดานโหว่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพร่างกายต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาการพูดกับปัญหาการฟัง วัยรุ่นส่วนใหญ่เข้ารับการรักษายาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น การเย็บปิดปากแหว่งเพดานโหว่ การฝึกพูดออกเสียง การรักษาทันตกรรมจัดฟัน ศัลยกรรมตกแต่งใบหน้า เป็นต้น โดยบางคนพยายามปรับตัวและจัดการควบคุมปัญหาสุขภาพร่างกายเหล่านั้นด้วยตนเอง ผู้วิจัยเห็นว่าสภาพของร่างกายเป็นลักษณะรูปธรรมที่วัยรุ่นสามารถสังเกตเห็นได้ด้วยตนเอง ว่ามีความปกติหรือผิดปกติเมื่อเปรียบเทียบกับสมรรถภาพตามคาดหวังหรือความสามารถของคนอื่นใกล้เคียง ซึ่งอาการความผิดปกติมีผลต่อการใช้งานอวัยวะนั้นได้จำกัดเพียงใด อีกทั้งวัยรุ่นนิยามคำว่า “สุขภาพ” หมายความว่า “ร่างกาย” เป็นอันดับแรก โดยผู้มีสุขภาพดีคือผู้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและไม่เจ็บไข้ได้ป่วย

3) ความรู้สึกภายในจิตใจตนเอง

ผู้วิจัยได้ขอค้นพบจากวัยรุ่นผู้ให้ข้อมูลครั้งนี้ว่า ความรู้สึกภายในจิตใจของวัยรุ่นที่มีต่อปากแหว่งเพดานโหว่และสุขภาพของตนเองมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกทางลบ วัยรุ่นอายุ 15-18 ปีส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ความรู้สึกทางลบสมัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษาเมื่อสนใจสังเกตร่างกายมากขึ้นว่าเหมือนหรือแตกต่างจากเพื่อน บางคนเมื่ออยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจะเข้าใจและมีความรู้สึกทางบวกต่อตนเองมากขึ้น ได้แก่ รู้สึกภูมิใจในตนเอง รู้สึกพึงพอใจชีวิต ความท้าทายในชีวิต จิตใจเข้มแข็ง และรู้สึกพึงพอใจผลของการรักษายาบาล

“หนูเป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่ ก็ไม่ได้อายอะไร กล้าที่จะบอก เค้าแค่อยากรู้ เป็นหนู หนูก็อยากรู้ว่าเป็นอะไร คนรอบข้างไม่เคยทำให้เรารู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย” กวาง วัยรุ่นหญิงอายุ 14 ปี

“เราเลือกเกิดไม่ได้ที่เราเป็นแบบนี้ ไม่ต้องสนใจ สังคมก็ไม่ได้รังเกียจอะไรเรานักหนา เค้าก็ยังพูด ยังคุยกับเรา ให้ยอมรับตัวเองก่อน” จิน วัยรุ่นหญิงอายุ 15 ปี

“ถ้ามาล้อ ผมก็เฉยๆครับ ก็จะมีพวกนักเลง พวกเกเรมาล้ออะไรก็ว่าไป “ไอ้เบี้ยว ไอ้แหว่ง” พูดไป ไม่สน ไม่มีประโยชน์อะไรจะต้องไปฟัง ไม่ใช่เรื่องโมโหที่เราเป็น และมันก็ไม่ใช่ว่าเรื่องที่น่าอาย ตอนมัธยมก็ยังมีครับ เค้าก็เรียกเวลาเดินผ่านกัน “อ้าวเฮ้ย ไอ้แหว่ง ไอ้แหว่ง” ผมก็ไม่ได้ว่าอะไร ก็เรียกมันกลับแค่นั้นเอง (หัวเราะ) “แล้วหนักหัวใครไม่ทราบวะ” ก็สนุกๆไป ไม่มีอะไรหรอกครับ ผมไม่คิดมากนะจริงๆ” ก้อง วัยรุ่นชายอายุ 17 ปี

“ตามประสาเด็ก เราก็มีสงสัย มีน้อยใจบ้างครับ เพื่อนเค้าจะล้ออะไรก็ไม่สนใจ ไม่ต้องอาย ยอมรับว่าตัวเองเป็นอย่างนี้ แล้วก็ทำอย่างอื่นที่มันจะปิดข้อนี้ไปเลยนะครับ ถ้าไม่มีจุดเด่นอะไรเลย แล้วโดนล้อ จะทำให้เค้ายังแะ สมมติอย่างตัวผมเนี่ยครับ ใช้กีฬา เฮฮาปาร์ตี้มากกว่า มันเลยจบเรื่องนี้ไปเลยครับ” บาส วัยรุ่นชายอายุ 15 ปี

ในขณะที่ วัยรุ่นบางคนมีความรู้สึกทางลบต่อปากแหว่งเพดานโหว่และสุขภาพของตนเอง ได้แก่ วิตกกังวลต่อความคิดเห็นของคนอื่นต่อตนเอง ขาดความมั่นใจ เหมินอาย เปื่อหน้าย เศร้าเสียใจ และโกรธขุ่นเคือง ซึ่งนำมาสู่การแสดงพฤติกรรมลึกลับ เช่น การเก็บตัว ซึมเศร้า แยกแยะ เป็นต้น จนกระทั่งถึงพฤติกรรมรุนแรง

“ก็มีคิดไปเองว่าคนอื่นจะว่ายังไงนะ กลัวว่าเค้าจะยอมให้เราไปด้วยไหม เค้าจะมองหน้าเราหรือเปล่า เค้าจะยอมให้เราทำกิจกรรมอะไรด้วยหรือเปล่า” ชัย วัยรุ่นชายอายุ 13 ปี

“เค้าขาดความมั่นใจในตัวเองไงคะ ถ้าคนที่อยู่บ้าน ฟังเค้าจนชินจะฟังเค้าออก แต่ถ้าไปข้างนอก ไม่กล้าพูด เด็กที่ค่อนข้างเรียบร้อย อาจารย์ที่ปรึกษาบอก เค้าพูดไม่ชัด คนอื่นก็ถามซ้ำ เลยกลายเป็นเด็กที่ขาดความมั่นใจไป ที่นี้เลยค่อนข้างจะเรียบร้อยนะค่ะ” สมใจ แม่ของต้นวัยรุ่นชายอายุ 14 ปี

“บางที เดี๋ยวๆ ไป ก็เขินบ้าง ไม่รู้ว่าเค้าจะมองอะไรนะ เป็นบางครั้งอย่างเช่น เดินคนเดียว ไม่ได้ไปกับเพื่อน มันก็ไม่มากอะไร แต่ก็เขินบ้าง” แยม วัยรุ่นหญิงอายุ 17 ปี

“เค้ามาถามด้วยคำที่รุนแรง แหว่ง อะไรประมาณเนี่ยค่ะ เราก็เสียใจมาก แต่ไม่ถึงกับร้องไห้” กวาง วัยรุ่นหญิงอายุ 14 ปี

“เค้าจะนั่งอยู่ด้านหน้าห้อง คนนี้หนูไม่ค่อยรู้จักเท่าไร ที่นี้เค้าเดินผ่านมาก็พูดล้อหนูว่า “เปี้ยว” เวลาเค้าล้อ เค้าจะตบหัวด้วย หนูก็ตบหัวคืน หนูบอกให้ไปไกลๆเลย ไม่อยากจะโต้ตอบ หนึ่งไปซะ” ต่าย วัยรุ่นหญิงอายุ 14 ปี

ก่อนเริ่มต้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขอให้วัยรุ่นช่วยวาดภาพตามจินตนาการที่สื่อถึง “ตัวของฉัน” แล้วเล่าอธิบายความหมายในภาพของตนเองให้ผู้วิจัยฟัง วัยรุ่นตั้งใจวาดภาพของตนเองโดยผู้วิจัยไม่ได้จำกัดเวลาหรือรูปแบบ ผู้วิจัยจัดเตรียมกระดาษขาวว่างขนาดเอ 4 อุปกรณ์ดินสอ ปากกา และดินสอสีไม่ให้วัยรุ่นเลือกใช้หรือไม่ก็ได้ บางคนไม่ถนัดวาดรูปหรือปฏิเสธการวาด ผู้วิจัยขอให้วัยรุ่นช่วยเล่าบรรยายออกมาว่าจินตนาการภาพในความคิดของตนเองไว้อย่างไร ระหว่างการอธิบายภาพ ผู้วิจัยตั้งใจฟังและให้ความสนใจภาพนั้น อีกทั้งซักถามรายละเอียดหรือประเด็นต่างๆ ในภาพ แล้วเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นคำถามสัมภาษณ์วัยรุ่นแต่ละคนตามความเหมาะสมและเกี่ยวข้องกับภาพของ

ตนเอง ผู้วิจัยพบว่าวัยรุ่นได้ถ่ายทอดมุมมองต่อเรื่องราวชีวิตตนเองออกมาในลักษณะต่างๆ ดังภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพประกอบ 6 ตัวอย่างรูปวาดสะท้อนตัวตนของวัยรุ่นปากแห่วงเพดานโหว่

จากภาพประกอบ 6 วัยรุ่นกรณีศึกษาเล่าอธิบายภาพของตนเองว่ามีลักษณะอย่างไรบ้างและในภาพนั้นสื่อความหมายที่เป็นตนเองออกมาว่าอย่างไร ผู้วิจัยเห็นว่าวัยรุ่นปากแห่วงเพดานโหว่ได้สะท้อนมุมมองต่อตนเองออกมาใน 2 ลักษณะ คือ 1) ภาพลักษณะงานอดิเรกที่ชื่นชอบ เช่น เลี้ยงสัตว์ ร้องเต้น เล่นฟุตบอล เล่นดนตรี ดูโทรทัศน์ เป็นต้น และ 2) ภาพสัญลักษณ์แทนความคิดเชิงนามธรรมหรือลักษณะนิสัย ซึ่งวัยรุ่นอธิบายรายละเอียดของภาพหรือแรงบันดาลใจในการวาดภาพนี้ออกมา เช่น รูปต้นหูกวางแทนความไม่หวั่นไหวกับเรื่องอะไร รูปพระอาทิตย์สีส้มแทนความใจร้อนขี้โมโห รูปเส้นเดียวแทนความว่างเปล่า รูปดวงดาวห้าแฉกสีเหลืองแทนการให้ความช่วยเหลือเพื่อน รูปนกแทนความอิสระหรือตัดสินใจด้วยตนเอง รูปเตียงแทนการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น จากการเล่าอธิบายภาพตนเองของวัยรุ่น ผู้วิจัยสังเกตว่าวัยรุ่นเพียง 4 คนที่วาดรูปใบหน้าหรือรูปร่างตนเองโดยไม่มีลักษณะรายละเอียดความผิดปกติของใบหน้าและเป็นภาพการทำกิจกรรม เช่น เชียร์กีฬา ซ้อมเตอร์ไซด์ ถ่ายรูป คุยกับเพื่อน เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้วิจัยให้วัยรุ่นทุกคนประเมินความรู้สึกที่เคยเกิดขึ้นจริงกับตนเอง จากข้อความที่ว่า “ความรู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจตนเองที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นเพราะปากแหว่งเพดานโหว่” ผู้วิจัยใช้การวัดด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแบ่งระยะทุก 1 เซนติเมตรด้วยขีดบนเส้นในกระดาษ (visual analogue scale) ปลายเส้นตรงข้างหนึ่งเป็นระดับคะแนน 1 หมายถึง สะท้อนความรู้สึกน้อยที่สุด ปลายเส้นอีกข้างเป็นระดับคะแนน 10 หมายถึง สะท้อนความรู้สึกมากที่สุด พบว่า วัยรุ่นให้คะแนนประเมินตนเองอยู่ระหว่าง 1-8 คะแนนและส่วนใหญ่จำนวน 10 คน ประเมิน 1 คะแนน วัยรุ่นทั้งหมดมีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.48 แสดงว่า ปากแหว่งเพดานโหว่ทำให้วัยรุ่นรู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจของตนเอง ในระดับสะท้อนความรู้สึกน้อย ในขณะที่ การวิจัยนี้พบว่า วัยรุ่นประเมินความรู้สึกตนเองจากข้อความว่า “ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อนในโรงเรียนทำให้รู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจเพื่อน” พบว่า วัยรุ่นให้คะแนนประเมินตนเองอยู่ระหว่าง 1-10 คะแนนและส่วนใหญ่จำนวน 8 คนประเมิน 7-10 คะแนน วัยรุ่นทั้งหมดมีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.00 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.01 แสดงว่า เพื่อนในโรงเรียนทำให้วัยรุ่นรู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจตนเอง ในระดับสะท้อนความรู้สึกมาก ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าความผิดปกติทางร่างกายจากปากแหว่งเพดานโหว่มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกของวัยรุ่นน้อยกว่าการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในโรงเรียน แสดงว่า วัยรุ่นให้ความสำคัญมากต่อการชีวิตร่วมกับผู้อื่นและความรู้สึกทางลบของวัยรุ่นอาจเกิดมาจากเพื่อนได้มาก

4) การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม

การดำเนินชีวิตในครอบครัวและโรงเรียนของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีทั้งความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบกับผู้อื่น บริบทของโรงเรียนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการใช้ชีวิตวัยรุ่นอยู่ร่วมกับเพื่อนและการมีพัฒนาการทางจิตสังคมที่เหมาะสม ความสัมพันธ์ทางบวกที่เกิดขึ้นระหว่างวัยรุ่นกับผู้อื่นในสังคม เช่น เข้าร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือเกื้อกูล ทำความรู้จักกัน เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบิดากับมารดาเป็นบุคคลหลักที่ช่วยให้คำปรึกษาและสนับสนุนดูแลในช่วงเด็ก และวัยรุ่นอายุ 11-14 ปี ส่วนพี่หรือน้องร่วมสายโลหิตเป็นบุคคลที่วัยรุ่นมักนำมาเปรียบเทียบกับตนเอง จำนวนเพื่อนสนิทในโรงเรียนของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีขนาดกลุ่มหรือก๊วนแก๊งค์ที่แตกต่างกันไป วัยรุ่นบางคนมีเพื่อนเพียงคนเดียว บางคนสนิทสนมกับเพื่อนทุกคนในห้องเรียน

“อยู่กับเพื่อน เพื่อนจะคอยช่วย อย่างตอนแรกๆปกติซื่อๆ อะไรอย่างนี้ ม.ต้น คำให้ทำอะไร ออกไปเดินอะไรอย่างนี้ ตอนแรกก็ไม่กล้านะ ตอนนี้นำทำอะไรทำหมดเลย เพราะไม่รู้ว่าเราจะเจอเพื่อนดีแบบนี้อีกหรือเปล่า หนูเป็นคนพูดมาก ชอบไปคุยกับเค้าก่อน พอคุยไปคุยมาก็สนิทกัน” สัม วัยรุ่นหญิงอายุ 17 ปี

“ตอนรู้ครั้งแรกว่าเค้าปากแหว่ง ยังไม่ได้เป็นอย่างนี้ ประมาณ ป. 3 เจอรูป ตามพี่อีกคน ว่านี่ใคร พอรู้ว่าเป็นตนเอง ร้องไห้เลย ปลอบไปว่าตอนนี้หนูสวยแล้ว ไปโรงเรียนเพื่อนล้อ กลับมาบอกว่า วันนี้โดนล้อว่า “อีปากแหว่ง” ตอบไปว่า บอกมัน เดี่ยวจะไปทำสวยมานะ ให้สวยกว่าयेอะเลย พออีกวัน กลับมาแล้ว พี่ๆ มันล้อหนูอีกแล้ว หนูก็ตอบมันไปอย่างที่พี่บอก เค้าก็อารมณ์ดีขึ้นมานะน้อย เออตอบมัน ไปอย่างนั้นเลย เวลากลับมาแล้วให้ฟังก็จะบอกอย่างนั้น อย่างนี้ แล้วหนูตอบมันไป ก็ยังมีอีกน้องก็ไม่พูดกับเค้าเลย” น้ำผึ้ง พี่สาวของต่าย วัยรุ่นหญิงอายุ 14 ปี

นอกจากการล้อเลียนของนักเรียนคนอื่น ผู้วิจัยค้นพบว่าการใช้ชีวิตในโรงเรียนยังมีประเด็นการคบหากับเพื่อนต่างเพศ ซึ่งวัยรุ่นชาย 2 คนมีเพื่อนหญิงสนิทหรือแฟนที่คบหากันมา 1-3 ปี แต่วัยรุ่นหญิงคิดว่าปากแหว่งเพศานโหว่มีผลต่อการคบเพื่อนชาย วัยรุ่นคบหากันตอนเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. ปากแหว่งเพศานโหว่ทำให้วัยรุ่นรู้สึกกังวลต่อการคบหาเพื่อนต่างเพศ

“ก็มีมาจีบบ้าง บางทีเค้าก็ถามว่าทำไมพูดไม่ชัด ตอนนี้หนูตัดฟันกับบอกเค้าตัดฟันอยู่ เค้าก็ไม่ได้อะไร แต่บางคน หนูก็บอกเค้าไป เค้าก็ยังเหมือนเดิม” จิน วัยรุ่นหญิงอายุ 15 ปี

“ก็พอมี คนเข้ามาจีบ หนูคิดว่าปากแหว่งเพศานโหว่มีผลนะ พูดคุยกัน น่าจะเข้าใจเรา เป็นอย่างนี้” แยม วัยรุ่นหญิงอายุ 17 ปี

วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางลบกับนักเรียนคนอื่นในโรงเรียน เช่น ถูกแบ่งแยกกีดกัน ถูกล้อเลียน ถูกรังแก เป็นต้น ทำให้วัยรุ่นบางคนนั่งเฉยยอมถูกรังแก ไม่อยากไปโรงเรียน หรือย้ายไปอยู่โรงเรียนอื่น ในขณะที่วัยรุ่นชายบางคนได้ตอบกลับไปด้วยความรุนแรง เช่น ทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกาย ด่าใส่กัน เป็นต้น

“ส่วนมาก เค้าจ้องผมแล้วถามว่า “กวนตีน” บางครั้งผมยังโดนไถเงินอีก ตอนม.1 ผมจะขึ้นมอเตอร์ไซด์แล้วเค้าไม่พอใจผม บอก “ไอ้แว่น กวนตีนเหรือ” ผมบอก “คุณเป็นใครครับ” เค้าทำท่าจะต่อยและขอเงินผม 5 บ. ผมก็กลัวเค้า เลยให้ไป มีอีกคนนึง ผมไม่รู้จักเค้า อยู่คนละห้อง เข้ามาทำผมต่อย ผมบอก “มึงเป็นใครนะ” เค้าก็ต่อยผม ผมไม่ได้พูดอะไร นอนอยู่เฉยๆ เค้าก็ยังต่อยผม แล้วก็หยุด เปื้อน ขี้เกียจ เค้าก็ไป อย่างเพื่อนมาด่าผม เค้าล้อว่า “ไอ้จุกแบน ไอ้ลั่นไก่ลั่น” แม่บอกทีหลังให้ฟ้องครู แต่ผมไม่ได้บอกครู เดี่ยวเพื่อนมาว่าผม ไอ้ขี้ขลาด ” พิช วัยรุ่นชายอายุ 12 ปี

“เพื่อนไม่ค่อยพูดอะไร แต่ผมกับบาส (ชื่อเพื่อนข้างห้องที่เป็นปากแหว่งเพศานโหว่เหมือนกัน) เนี่ย เขาจะเรียกกันว่า บาสแหว่งหนึ่งและผมเป็นแหว่งสอง (หัวเราะ) พอเวลาพูดไม่ครบ เรียกแหว่ง บาสก็จะสะกิดผมว่า เฮ้ยลูลูเลยเปล่า” นก วัยรุ่นชายอายุ 13 ปี

“เข้าโรงเรียนใหม่ เค้าก็จะพูดล้อช่วงแรกๆ เฉยๆ พออยู่ด้วยกันก็เลิก เค้าพูดล้อเหมือนกันเลย เรียกว่า “พม่า” เหมือนกัน หนูก็รู้สึกเฉยๆ ชินไปแล้ว เพราะโดนล้อมาตั้งแต่ประถม” จิน วัยรุ่นหญิงอายุ 15 ปี

“ตอนเข้าไปในห้อง ผมยังไม่มีคนที่รู้จัก เพื่อนมันก็ล้อผมใหญ่ ผมว่ามันก็ลำบากนะ คือผมพูดไม่ค่อยชัด อย่างตอนเด็กก็มีคนล้อบ้าง หัวเราะเยาะนะ พอตอนโตเนี่ย ไม่มีใครล้อ ไม่มีใครอะไร” พี วัยรุ่นชายอายุ 16 ปี

“เราก็บอกเค้าว่าไม่ชอบ อย่ามาทวนอะไรอย่างนี้ แต่ก็ยังไม่เลิก โกรธเพื่อน เราเป็นอย่างนี้ทำไมต้องมาล้อด้วย เสียความมั่นใจไป (พูดเสียงเบา) ตอนป.3 แล้วก็ย้ายออกมา เปลี่ยนโรงเรียน พอย้ายโรงเรียนมาปั๊บ ก็ไม่มีใครล้อ” บาส วัยรุ่นชายอายุ 15 ปี

จากข้อค้นพบข้างต้น สุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีความหมายมากกว่าเพียงร่างกายที่ผิดปกติ ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติบนใบหน้าศีรษะตั้งแต่กำเนิด อาการเจ็บป่วยและอาการข้างเคียงทางร่างกายได้เกิดขึ้นตามระดับความรุนแรงของความผิดปกติบริเวณอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ยิ่งวัยรุ่นประสบกับความเจ็บป่วยจากผลของปากแหว่งและเพดานโหว่มากเท่าใด วัยรุ่นก็จะยิ่งมีข้อจำกัดหรือมีความบกพร่องในการใช้งานร่างกายมากขึ้น ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อธิบายถึงการรับรู้ความสมดุลระหว่างความพิการกับการทำหน้าที่ ภาวะทุพพลภาพอาจจำกัดให้การทำงานที่ลดลงได้ นอกจากนี้คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายแล้ว บริเวณใบหน้าศีรษะยังมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสภาพจิตใจเนื่องจากใบหน้ามีอิทธิพลต่อภาพลักษณ์ของวัยรุ่น กรณีศึกษาสะท้อนให้ผู้วิจัยเห็นว่าสภาพจิตใจในช่วงเจ็บป่วยและการดำเนินชีวิตประจำวันมีความหลากหลายไปตามประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งวัยรุ่นรับรู้สภาพจิตใจตนเองทั้งทางบวกและทางลบที่เกี่ยวข้องกับปากแหว่งเพดานโหว่ นอกจากนี้ การดำรงชีวิตของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ให้อยู่อย่างปกติสุขในสังคมยังมีอิทธิพลจากครอบครัว ครู เพื่อน และแพน ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับกลุ่มคนเหล่านี้มีทั้งทางบวกและทางลบ ทำให้วัยรุ่นใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างหลากหลาย ปากแหว่งเพดานโหว่อาจกลายเป็นอุปสรรคขัดขวางการใช้ชีวิตในโรงเรียนของวัยรุ่นบางคน ในขณะที่ ครอบครัวกลับให้ความเอาใจใส่ดูแลลูกคนนี้นัก ประสบการณ์ทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งในความหมายของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ผู้วิจัยสรุปได้ว่าสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีความเป็นองค์รวมเชื่อมโยงของร่างกาย จิตใจ และสังคม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความหมายตามความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ชีวิตที่วัยรุ่นเคยผ่านมาในอดีต วัยรุ่นที่มีร่างกายผิดปกติมากน้อยต่างกัน ใช้งานร่างกายให้ทำหน้าที่ได้ดีต่างกัน มีความรู้สึกในจิตใจที่ดีต่อสภาวะสุขภาพของตนเองมากน้อยต่างกัน และใช้

ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ดีมากน้อยต่างกัน เป็นสิ่งกำหนดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างวัยรุ่นแต่ละคนให้แตกต่างกัน ซึ่งวัยรุ่นสามารถรับรู้และตัดสินใจประเมินประสบการณ์เหล่านี้ด้วยตนเองได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยระยะที่ 2

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 2 ตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2-5 ได้แก่ 2) เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ 3) เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ 4) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิต ประสบการณ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีประเภปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน และ 5) เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกต่างกัน

สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยขอนำเสนอสัญลักษณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัยนี้ก่อนนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อความเข้าใจตรงกัน ดังนั้นในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตาราง 12

ตาราง 12 สัญลักษณ์แทนค่าสถิติ

สัญลักษณ์	แทน
N	จำนวนวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
Mean	ค่าเฉลี่ย
SD	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)
R^2	ค่า squared multiple correlations
χ^2	ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square)
NNFI	ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (Non-normed fit index หรือ Tucker – Lewis index)
CFI	ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (comparative fit index)
RMSEA	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (root mean square error of approximation)
SRMR	ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (standardize root mean square residual)
PNFI	ดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงประหยัด (Parsimony normed fit index)
CAIC	ดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงประหยัดของโมเดลตั้งต้นกับโมเดลอิมตัว (Consistent Akaike Information Criterion)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 2 เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ รายละเอียดดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถาม 45 ข้อจากความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน (ดังภาคผนวก ข) ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งฉบับจำนวน 45 ข้อกับความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ข้อคำถามที่ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 มีจำนวน 38 ข้อ ผู้วิจัยจึงคัดเลือกไว้ และข้อคำถามที่ค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า 0.5 มีจำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดทิ้ง จากนั้น ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเปรียบเทียบเนื้อหาข้อของแบบสอบถามนี้กับแบบสอบถาม Child Perceptions Questionnaires (CPQ11-14; Jokovic, et al. 2002) ทั้งฉบับจำนวน 37 ข้อ พบว่า ข้อคำถามที่คัดเลือกจากค่า IOC ไว้ทั้งหมด 38 ข้อ มีจำนวน 20 ข้อที่สอดคล้องเชิงเนื้อหา กับ แบบ สอบ CPQ11-14 ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐานยอมรับทั่วไป

ตาราง 13 แสดงข้อคำถาม 45 ข้อของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพร้อมค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ และเปรียบเทียบกับแบบวัด CPQ11-14

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ “ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีประสบการณ์ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด?”		แปลผล IOC ความเที่ยงตรงกับ ผลวิจัยระยะที่ 1	CPQ11-14 “In the past 3 months, how often have you... (had been) ... because of your teeth mouth?”
ด้านที่ 1 การ แสดงอาการ (Symptom)	*ฉันมีอาการปวดฟัน ริมฝีปาก หรือขากรรไกร (H1)	คัดเลือก	Pain in teeth, lips, jaws or mouth
	*ฉันเจ็บแผลที่เหงือกหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก (H2)	คัดเลือก	Mouth sores (Sores in your mouth)
	*แม้ฉันจะแปรงฟันแล้ว ฉันยังมีกลิ่นปาก (H3)	คัดเลือก	Bad breath
	*ในซอกฟันหรือบนลวดจัดฟันของฉันมักมีเศษอาหารติดอยู่	คัดเลือก	Food caught between/ in teeth (Food struck in or between your teeth)
	*เวลารับประทานอาหาร ฉันมักกดโดนริมฝีปากและกระพุ้งแก้มของตนเอง	คัดเลือก	-
	*เหงือกของฉันมีเลือดซึมหลังแปรงฟัน (H4)	คัดเลือก	Bleeding gums
	*ฉันมีอาการหุบือ เมื่อหุบของฉันอักเสบ	คัดเลือก	-
	*ร่างกายของฉันเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าเพื่อนหรือพี่น้อง (H5)	คัดเลือก	-
	*ฉันเป็นหวัดหรือเจ็บป่วยหลายสัปดาห์	คัดเลือก	-
ด้านที่ 2 การ ทำหน้าที่ของ ร่างกาย (Function)	*ฉันใช้เวลารับประทานอาหารแต่ละมื้อนานกว่าคนอื่น (H6)	คัดเลือก	Taken longer than others to eat a meal
	*ฉันกัดเคี้ยวอาหารแข็งหรือเหนียวได้ลำบาก	คัดเลือก	Difficult to bite or chew food like apples, corn on the cob or steak
	*ฉันพูดออกเสียงคำต่างๆได้ไม่ชัดเจน (H7)	คัดเลือก	Difficult to say any words
	*ฉันต้องใช้ปากช่วยในการหายใจ (H8)	คัดเลือก	Breathing through the mouth
	*ฉันดื่มน้ำจากหลอดได้ลำบาก (H9)	คัดเลือก	Difficult to drink with a straw

ตาราง 13 ต่อ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ “ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีประสบการณ์ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด?”		แปลผล IOC ความเที่ยงตรงกับ ผลวิจัยระยะที่ 1	CPQ11-14 “In the past 3 months, how often have you... (had been) ... because of your teeth mouth?”
	เมื่ออยากจะหัวเราะ ฉันสามารถอ้าปากหัวเราะได้อย่างเต็มที่	ตัดทิ้ง	-
	ตั้งแต่จัดฟัน ฉันรับประทานอาหารได้ทุกประเภทตามต้องการ	ตัดทิ้ง	-
	ฉันนอนหลับได้สนิทตลอดคืน	ตัดทิ้ง	-
	*ฉันได้ยินเสียงต่างๆ ไม่ชัดเจน (H10)	คัดเลือก	-
	*ความเจ็บป่วยทำให้ฉันทำกิจกรรมประจำวันตามปกติไม่ได้ (H11)	คัดเลือก	-
	*ฉันออกกำลังกายได้น้อยกว่าปกติ	คัดเลือก	-
ด้านที่ 3 ความรู้สึก เกี่ยวกับ สถานภาพ ทางสุขภาพ (Emotional well-being)	ฉันเต็มใจที่จะพูดซ้ำคำเดิมให้ชัดเจนเมื่อคนอื่นซักถาม	ตัดทิ้ง	-
	*ฉันไม่ชอบที่โดนเพื่อนล้อเลียนมากกว่าเพื่อนคนอื่น	คัดเลือก	-
	*ฉันรู้สึกวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับใบหน้าและฟันของฉัน (H12)	คัดเลือก	Concerned with what other people think about your teeth, lips, mouth or jaws
	*ฉันรู้สึกไม่พอใจกับรอยแผลเป็นบนใบหน้าของฉัน	คัดเลือก	-
	*ฉันรู้สึกน้อยใจที่ฉันเกิดมาปากแหว่งเพดานโหว่	คัดเลือก	-
	*ฉันรู้สึกรำคาญตนเองที่พูดออกเสียงไม่ชัด	คัดเลือก	-

ตาราง 13 ต่อ

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ “ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีประสบการณ์ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด?”		แปลผล IOC ความเที่ยงตรงกับ ผลวิจัยระยะที่ 1	CPQ11-14 “In the past 3 months, how often have you... (had been) ... because of your teeth mouth?”
	ฉันรู้สึกมั่นใจในตนเอง	ตัดทิ้ง	-
	ฉันรู้สึกว่าฉันมีสุขภาพร่างกายทั่วไปแข็งแรงกว่าเดิม	ตัดทิ้ง	-
	*ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น (H13)	คัดเลือก	Worried that is different than other people
	*เมื่ออยู่ต่อหน้าคนที่ไม่คุ้นเคย ฉันมักรู้สึกเขินอาย (H14)	คัดเลือก	Shy/ embarrassed (Felt shy or embarrassed)
	*ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่สุขภาพของฉันไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่น (H15)	คัดเลือก	Worried that is less healthy than other people
	*ฉันกังวลใจว่าตนเองจะไม่สวยหรือหล่อเท่าคนอื่น (H16)	คัดเลือก	Worried that is less attractive than other people
	ด้านที่ 4 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social well-being)	คัดเลือก	-
	ฉันยิ้มหรือหัวเราะกับเพื่อนๆ ได้อย่างสนุกสนาน	คัดเลือก	-
	ฉันพูดคุยเกี่ยวกับเหตุผลกับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว	ตัดทิ้ง	-
	*ฉันถูกเพื่อนตั้งฉายาล้อเลียน (H17)	คัดเลือก	Teased/ called names by other children (Other children teased you or called your names)
	*ฉันถูกเพื่อนซักถามเกี่ยวกับใบหน้าและริมฝีปากของฉัน	คัดเลือก	Asked questions about your teeth, lips, jaws or mouth by other children
	*ฉันมักถูกคนอื่นจ้องมองที่ใบหน้าของฉัน	คัดเลือก	-
	*ฉันยกมือปิดปากหรือแหม้มริมฝีปากขณะยิ้มต่อหน้าคนอื่น	คัดเลือก	-
	ฉันชอบพูดคุยกับคนอื่น	คัดเลือก	-

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ “ในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีประสบการณ์ต่อไปนี้บ่อยเพียงใด?”		แปลผล IOC ความเที่ยงตรงกับ ผลวิจัยระยะที่ 1	CPQ11-14 “In the past 3 months, how often have you... (had been) ... because of your teeth mouth?”
	ฉันชอบร้องเพลง เล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับเพื่อนๆ	คัดเลือก	-
	*ฉันรู้สึกเหมือนถูกเพื่อนทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (H18)	คัดเลือก	Left out by other children (Other children made you feel left out)
	*ฉันมักปฏิเสธคำชวนให้ไปเล่นร่วมกับเพื่อน (H19)	คัดเลือก	Not wanted to spend time with other children
	*ฉันไม่อยากจะคบหากับใครๆ (H20)	คัดเลือก	-
	*ฉันขาดเรียนเพราะมีอาการเจ็บป่วยหรือหมอนัดตรวจรักษา	คัดเลือก	Missed school because of pain, appointment or surgery
	*ฉันรู้สึกว่าตนเองเริ่มต้นทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ได้ยากลำบาก (H21)	คัดเลือก	-
*แทนข้อ คำถามทาง ลบ	จำนวนข้อคำถาม 45 ข้อ	คัดเลือกไว้ 38 ข้อ ตัดทิ้ง 7 ข้อ	สอดคล้องเนื้อหา 20 ข้อ

2. ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับทดลองใช้ จำนวน 38 ข้อในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 120 คน

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับทดลองใช้ ด้วยการวิเคราะห์คุณภาพรายข้อโดยคัดเลือกตามลำดับจากข้อที่มีค่า $t\text{-ratio} > .20$ และค่า $r_{ct} > .30$ ซึ่งข้อคำถามฉบับทดลองใช้มีค่า $t\text{-ratio}$ ต่ำสุดเท่ากับ 2.53 และค่า r ต่ำสุดเท่ากับ .21 ก่อนผู้วิจัยพิจารณาตัดทิ้งรายข้อ เพื่อลดจำนวนข้อที่มีประเด็นซ้ำซ้อนใกล้เคียง แต่ยังคงเนื้อหาองค์ประกอบนั้นไว้ในกรวิจัยครั้งนี้ ซึ่งข้อที่ถูกตัดทิ้งสามารถใช้ในแบบสอบถามฉบับเต็มของการวิจัยต่อไป ดังตาราง 14

ตาราง 14 ค่าที่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (corrected item total correlation: r_{ct}) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับทดลองใช้ (38 ข้อ) ในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ 120 คน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่		t-ratio		r_{ct}		แปลผล
		ก่อนตัดทิ้ง	หลังตัดทิ้ง	ก่อนตัดทิ้ง	หลังตัดทิ้ง	
ด้านที่ 1 การแสดงอาการ (Symptom)	*ฉันมีอาการปวดฟัน ริมฝีปาก หรือขากรรไกร (H1)	4.36	4.22	.37	.38	คัดเลือก
	*ฉันเจ็บแผลที่เหงือกหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก (H2)	3.88	4.18	.38	.40	คัดเลือก
	*แม้ฉันจะแปรงฟันแล้ว ฉันยังมีกลิ่นปาก (H3)	2.91	3.62	.32	.37	คัดเลือก
	*ในช่องฟันหรือบนหลอดจัดฟันของฉันมักมีเศษอาหารติดอยู่	3.16	2.78	.29	.29	ตัดทิ้ง
	*เวลารับประทานอาหาร ฉันมักกดโดนริมฝีปากและกระพุ้งแก้มของตนเอง	3.84	4.55	.37	.36	ตัดทิ้ง
	*เหงือกของฉันมีเลือดซึมหลังแปรงฟัน (H4)	6.11	5.87	.45	.46	คัดเลือก
	*ฉันมีอาการหูดหรือ เมื่อหูของฉันอักเสบ	3.48	3.73	.36	.38	ตัดทิ้ง
	*ร่างกายของฉันเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าเพื่อนหรือพี่น้อง (H5)	4.96	5.44	.43	.45	คัดเลือก
	*ฉันเป็นหวัดหรือเจ็บป่วยหลายสัปดาห์	3.23	3.92	.24	.30	ตัดทิ้ง
ด้านที่ 2 การทำหน้าที่ของร่างกาย (Function)	*ฉันใช้เวลารับประทานอาหารแต่ละมื้อนานกว่าคนอื่น (H6)	5.42	4.27	.31	.34	คัดเลือก
	*ฉันกัดเคี้ยวอาหารแข็งหรือเหนียวได้ลำบาก	3.16	2.78	.27	.29	ตัดทิ้ง
	*ฉันพูดออกเสียงคำต่างๆ ได้ไม่ชัดเจน (H7)	4.15	4.19	.33	.39	คัดเลือก
	*ฉันต้องใช้ปากช่วยในการหายใจ (H8)	4.71	4.15	.39	.40	คัดเลือก
	*ฉันดื่มน้ำจากหลอดได้ลำบาก (H9)	5.01	5.00	.43	.44	คัดเลือก
	*ฉันได้ยินเสียงต่างๆ ไม่ชัดเจน (H10)	7.59	8.14	.51	.55	คัดเลือก

ตาราง 14 (ต่อ)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่		t-ratio		r _{ct}		แปลผล
		ก่อนตัดทิ้ง	หลังตัดทิ้ง	ก่อนตัดทิ้ง	หลังตัดทิ้ง	
	*ความเจ็บป่วยทำให้ฉันทำกิจกรรมประจำวันตามปกติไม่ได้ (H11)	4.07	4.04	.35	.36	คัดเลือก
	*ฉันออกกำลังกายได้น้อยกว่าปกติ	3.40	3.40	.26	.28	ตัดทิ้ง
ด้านที่ 3 ความรู้สึก เกี่ยวกับ สถานภาพ ทางสุขภาพ (Emotional well-being)	*ฉันไม่ชอบที่โดนเพื่อนล้อเลียนมากกว่าเพื่อนคนอื่น	8.21	9.17	.57	.62	ตัดทิ้ง
	*ฉันรู้สึกวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับใบหน้าและฟันของฉัน (H12)	12.66	14.00	.71	.72	คัดเลือก
	*ฉันรู้สึกไม่พอใจกับรอยแผลเป็นบนใบหน้าของฉัน	7.08	8.82	.55	.56	ตัดทิ้ง
	*ฉันรู้สึกน้อยใจที่ฉันเกิดมาปากแหว่งเพดานโหว่	4.89	6.11	.48	.48	ตัดทิ้ง
	*ฉันรู้สึกรำคาญตนเองที่พูดออกเสียงไม่ชัด	8.38	9.68	.57	.58	ตัดทิ้ง
	*ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น (H13)	8.91	10.01	.65	.65	คัดเลือก
	*เมื่ออยู่ต่อหน้าคนที่ไม่คุ้นเคย ฉันมักรู้สึกเขินอาย (H14)	8.48	10.96	.60	.63	คัดเลือก
	*ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่สุขภาพของฉันไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่น (H15)	6.86	8.18	.60	.59	คัดเลือก
	*ฉันกังวลใจว่าตนเองจะไม่สวยหรือหล่อเท่าคนอื่น (H16)	11.53	11.14	.64	.63	คัดเลือก
ด้านที่ 4 การ มีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม (Social well- being)	ฉันยิ้มหรือหัวเราะกับเพื่อนๆ ได้อย่างสนุกสนาน	2.53	1.78	.25	.23	ตัดทิ้ง
	*ฉันถูกเพื่อนตั้งฉายาล้อเลียน (H17)	5.47	4.88	.41	.44	คัดเลือก
	*ฉันถูกเพื่อนซักถามเกี่ยวกับใบหน้าและริมฝีปากของฉัน	5.14	5.38	.41	.45	ตัดทิ้ง
	*ฉันมักถูกคนอื่นจ้องมองที่ใบหน้าของฉัน	6.34	7.60	.50	.57	ตัดทิ้ง
	*ฉันยกมือปิดปากหรือเม้มริมฝีปากขณะยิ้มต่อหน้าคนอื่น	6.09	7.21	.48	.49	ตัดทิ้ง
	ฉันชอบพูดคุยกับคนอื่น	4.72	3.68	.29	.24	ตัดทิ้ง
	ฉันชอบร้องเพลง เล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับเพื่อนๆ	2.79	2.20	.21	.17	ตัดทิ้ง
	*ฉันรู้สึกเหมือนถูกเพื่อนทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (H18)	10.00	9.55	.68	.65	คัดเลือก
	*ฉันมักปฏิเสธคำชวนให้ไปเล่นร่วมกับเพื่อน (H19)	7.15	7.15	.55	.55	คัดเลือก
	*ฉันไม่อยากจะคบหากับใครๆ (H20)	6.10	6.09	.53	.50	คัดเลือก
	*ฉันขาดเรียนเพราะมีอาการเจ็บป่วยหรือหมอนัดตรวจรักษา	3.59	3.69	.29	.29	ตัดทิ้ง
	*ฉันรู้สึกว่าตนเองเริ่มต้นทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ได้ยากลำบาก (H21)	9.86	9.88	.63	.61	คัดเลือก

ตาราง 14 (ต่อ)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่	t-ratio		r _{ct}		แปลผล
	ก่อนตัดทิ้ง	หลังตัดทิ้ง	ก่อนตัดทิ้ง	หลังตัดทิ้ง	
*แทนข้อ	จำนวนข้อคำถามทั้งหมด				21 ข้อ
คำถามทางลบ	ค่าความเชื่อมั่นทั้งหมด				.85

3. ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับใช้จริงจำนวน 21 ข้อในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 221 คน

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับใช้จริง ด้วยการวิเคราะห์คุณภาพรายข้อโดยคัดเลือกข้อที่ $t\text{-ratio} > .20$ และ $r > .30$ และหาค่าความเชื่อมั่น ดังตาราง 15

ตาราง 15 ค่าที่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมที่ปรับแก้ (corrected item total correlation: r_{ct}) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับใช้จริง (21 ข้อ) ในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ 221 คน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่		t-ratio	r _{ct}	α
ด้านที่ 1 การแสดงอาการ (Symptom)	ตัวบ่งชี้ที่ 1 ฉันมีอาการปวดฟัน ริมฝีปาก หรือขากรรไกร (H1)	5.19	.41	.71
	ตัวบ่งชี้ที่ 2 ฉันเจ็บแผลที่เหงือกหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก (H2)	4.12	.42	
	ตัวบ่งชี้ที่ 3 แม้ฉันจะแปรงฟันแล้ว ฉันยังมีกลิ่นปาก (H3)	2.17	.23	
	ตัวบ่งชี้ที่ 4 เหงือกของฉันมีเลือดซึมหลังแปรงฟัน (H4)	4.15	.35	
	ตัวบ่งชี้ที่ 5 ร่างกายของฉันเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าเพื่อนหรือพี่น้อง (H5)	4.81	.43	
ด้านที่ 2 การทำหน้าที่ของร่างกาย (Function)	ตัวบ่งชี้ที่ 6* ฉันใช้เวลารับประทานอาหารแต่ละมื้อนานกว่าคนอื่น (H6)	6.17	.37	.77
	ตัวบ่งชี้ที่ 7* ฉันพูดออกเสียงคำต่างๆ ได้ไม่ชัดเจน (H7)	4.87	.29	
	ตัวบ่งชี้ที่ 8* ฉันต้องใช้ปากช่วยในการหายใจ (H8)	6.65	.37	
	ตัวบ่งชี้ที่ 9* ฉันคุดน้ำจากหลอดได้ลำบาก (H9)	9.24	.54	
	ตัวบ่งชี้ที่ 10* ฉันได้ยินเสียงต่างๆ ไม่ชัดเจน (H10)	9.26	.47	
	ตัวบ่งชี้ที่ 11* ความเจ็บป่วยทำให้ฉันทำกิจวัตรประจำวันตามปกติไม่ได้ (H11)	7.72	.45	

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่		t-ratio	r _{ct}	α
ด้านที่ 3 ความรู้สึก เกี่ยวกับ สถานภาพทาง สุขภาพ (Emotional well-being)	ตัวบ่งชี้ที่ 12* ฉันรู้สึกวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับใบหน้าและฟันของฉัน (H12)	13.74	.63	.86
	ตัวบ่งชี้ที่ 13* ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น (H13)	13.42	.63	
	ตัวบ่งชี้ที่ 14* เมื่ออยู่ต่อหน้าคนที่ไม่คุ้นเคย ฉันมักรู้สึกเขินอาย (H14)	10.20	.50	
	ตัวบ่งชี้ที่ 15* ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่สุขภาพของฉันไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่น (H15)	11.69	.64	
	ตัวบ่งชี้ที่ 16* ฉันกังวลใจว่าตนเองจะไม่สวยหรือหล่อเท่าคนอื่น (H16)	13.78	.60	
ด้านที่ 4 การมี ปฏิสัมพันธ์ทาง สังคม (Social well- being)	ตัวบ่งชี้ที่ 17* ฉันถูกเพื่อนตั้งฉายาล้อเลียน (H17)	9.79	.40	.82
	ตัวบ่งชี้ที่ 18* ฉันรู้สึกเหมือนถูกเพื่อนทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (H18)	12.53	.68	
	ตัวบ่งชี้ที่ 19* ฉันมักปฏิเสธคำชวนให้ไปเล่นร่วมกับเพื่อน (H19)	12.18	.61	
	ตัวบ่งชี้ที่ 20* ฉันไม่อยากจะคบหากับใครๆ (H20)	9.64	.59	
	ตัวบ่งชี้ที่ 21* ฉันรู้สึกว่าตนเองเริ่มต้นทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ได้ยากลำบาก (H21)	13.66	.64	
*แทนข้อคำถาม ทางลบ		ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ		.76

4. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพฉบับใช้จริงในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 221 คน

ผู้วิจัยนำเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ดังนี้

4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 221 คนเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ผลการข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 2-5 เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตาราง 16 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน จำแนกตาม
ลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	120	54.30
หญิง	101	45.70
2. อายุ		
10 -14 ปี	129	58.37
15 -19 ปี	92	41.63
3. ประเภทของปากแห้งเพดานโหว่		
ปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว	157	71.04
ปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน	64	28.96
4. ประสบการณ์เข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับปากแห้งเพดานโหว่		
จำนวน 1-3 ครั้ง	144	65.16
จำนวน 4-6 ครั้ง	66	29.86
จำนวน 7-12 ครั้ง	11	4.98
5. ภูมิลำเนา		
ภาคกลาง	44	19.91
ภาคเหนือ	35	15.84
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	101	45.70
ภาคใต้	41	18.55
6. การนับถือศาสนา		
ศาสนาพุทธ	212	95.93
ศาสนาอิสลาม	9	4.07
7. ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว		
รายได้รวมแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว	30	13.6
5-10 คน		
รายได้รวมแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว	94	42.5
2-4 คน		
รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกใน	20	9.0
ครอบครัว 5-10 คน		
รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกใน	77	34.9
ครอบครัว 2-4 คน		

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
8. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	43	19.46
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	98	44.34
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	76	34.39
อุดมศึกษา	4	1.81

จากตาราง 16 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นวัยรุ่นที่เฝ้าปิดปากแห่งเพดานโหว่จำนวนทั้งหมด 221 คน พบว่า วัยรุ่นเป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.30) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 45.70) อยู่ในช่วงอายุ 10 – 14 ปี (ร้อยละ 58.37) มากกว่าช่วงอายุ 15 – 19 ปี (ร้อยละ 41.63) เป็นวัยรุ่นที่มีปากแห่งเพดานโหว่ด้านเดียว (ร้อยละ 71.04) มากกว่าประภปากแห่งเพดานโหว่สองด้าน (ร้อยละ 28.96) มีประสบการณ์เข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับปากแห่งเพดานโหว่จำนวน 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 65.16) รองลงมาคือ จำนวน 4-6 ครั้ง (ร้อยละ 29.86) และจำนวนตั้งแต่ 7-12 ครั้ง (ร้อยละ 4.98) ตามลำดับ เป็นวัยรุ่นที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 45.70) รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 19.91) ภาคใต้ (ร้อยละ 18.55) และภาคเหนือ (ร้อยละ 15.84) ตามลำดับ เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.93) มากกว่าผู้นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 4.07) มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวมากที่สุด คือ รายได้รวมแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน (ร้อยละ 42.5) รองลงมาคือ รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน (ร้อยละ 34.8) รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน (ร้อยละ 13.6) และ รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน (ร้อยละ 9.0) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 (ร้อยละ 44.34) รองลงมาคือมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 (ร้อยละ 34.39) ประถมศึกษา (ร้อยละ 19.46) และอุดมศึกษา (ร้อยละ 1.81) ตามลำดับ

ตาราง 17 จำนวนและร้อยละของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว
 จำนวน 157 คน (ค่านอกวงเล็บ) และกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านจำนวน 64 คน
 (ค่าในวงเล็บ) จำแนก ตามลักษณะทาง ชีวสังคมและภูมิหลัง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	81	51.6
	(39)	(60.9)
หญิง	76	48.4
	(25)	(39.1)
2. อายุ		
10 -14 ปี	91	58.0
	(38)	(59.4)
15 -19 ปี	66	42.0
	(26)	(40.6)
3. ประสบการณ์เข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับปากแห้งเพดานโหว่		
จำนวน 1-3 ครั้ง	106	67.5
	(38)	(59.4)
จำนวน 4-6 ครั้ง	41	26.1
	(25)	(39.1)
จำนวน 7-12 ครั้ง	10	6.4
	(1)	(1.6)
4. ภูมิลำเนา		
ภาคกลาง	31	19.7
	(13)	(20.3)
ภาคเหนือ	24	15.3
	(11)	(17.2)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	77	49.0
	(24)	(37.5)
ภาคใต้	25	15.9
	(16)	(25.0)

ตาราง 17 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
5. การนับถือศาสนา		
ศาสนาพุทธ	148	94.3
	(64)	(100.0)
ศาสนาอิสลาม	9	5.7
	(0)	(0)
6. ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว		
รายได้รวมแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน	24	15.3
	(6)	(9.4)
รายได้รวมแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน	66	42.0
	(28)	(43.8)
รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน	17	10.8
	(3)	(4.7)
รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน	50	31.8
	(27)	(42.2)
7. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	33	21.0
	(10)	(15.6)
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	67	42.7
	(31)	(48.4)
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	54	34.4
	(22)	(34.4)
อุดมศึกษา	3	1.9
	(1)	(1.6)

จากตาราง 17 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว จำนวนทั้งหมด 157 คน พบว่า วัยรุ่นเป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.6) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 48.4) อยู่ในช่วงอายุ 10 – 14 ปี (ร้อยละ 58) มากกว่าช่วงอายุ 15 – 19 ปี (ร้อยละ 42) มีประสบการณ์เข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 67.5) รองลงมาคือ จำนวน 4-6 ครั้ง (ร้อยละ 26.1) และจำนวนตั้งแต่ 7-12 ครั้ง (ร้อยละ 6.4) ตามลำดับ เป็นวัยรุ่นที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 49) รองลงมาคือ ภาคกลาง (ร้อยละ 19.7) ภาคใต้ (ร้อยละ 15.9) และภาคเหนือ (ร้อยละ 15.3) ตามลำดับ เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.3)

มากกว่าผู้นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 5.7) มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวมากที่สุด คือ รายได้รวมแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน (ร้อยละ 42) รองลงมาคือ รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน (ร้อยละ 31.8) รายได้รวมแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน (ร้อยละ 15.3) และ รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน (ร้อยละ 10.8) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 (ร้อยละ 42.7) รองลงมาคือมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 (ร้อยละ 34.4) ประถมศึกษา (ร้อยละ 21) และอุดมศึกษา (ร้อยละ 1.9) ตามลำดับ

สำหรับกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีจำนวนทั้งหมด 64 คน พบว่า วัยรุ่นเป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.9) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 39.1) อยู่ในช่วงอายุ 10 – 14 ปี (ร้อยละ 59.4) มากกว่าช่วงอายุ 15 – 19 ปี (ร้อยละ 40.6) มีประสบการณ์เข้ารับการผ่าตัดเกี่ยวกับปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 59.4) รองลงมาคือ จำนวน 4-6 ครั้ง (ร้อยละ 39.1) และจำนวน 7-12 ครั้ง (ร้อยละ 1.6) ตามลำดับ เป็นวัยรุ่นที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ ภาคใต้ (ร้อยละ 25) ภาคกลาง (ร้อยละ 20.3) และภาคเหนือ (ร้อยละ 17.2) ตามลำดับ เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธทุกคน (ร้อยละ 100) มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวมากที่สุด คือ รายได้รวมแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน (ร้อยละ 43.8) รองลงมาคือ รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน (ร้อยละ 42.2) รายได้รวมแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน (ร้อยละ 9.4) และ รายได้รวมแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน (ร้อยละ 4.7) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 (ร้อยละ 48.4) รองลงมาคือมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 (ร้อยละ 34.4) ประถมศึกษา (ร้อยละ 15.6) และอุดมศึกษา (ร้อยละ 1.6) ตามลำดับ

4.2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ประกอบด้วย

1) ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนี้

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแต่ละตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่		Min	Max	Mean	SD
ด้านที่ 1 การแสดงอาการ (Symptom)	ตัวบ่งชี้ที่ 1 ฉันมีอาการปวดฟัน ริมฝีปาก หรือ ขากรรไกร (H1)	1	5	2.28	.96
	ตัวบ่งชี้ที่ 2 ฉันเจ็บแผลที่เหงือกหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก (H2)	1	5	2.25	1.08
	ตัวบ่งชี้ที่ 3 แม้ฉันจะแปรงฟันแล้ว ฉันยังมีกลิ่นปาก (H3)	1	5	2.82	1.04
	ตัวบ่งชี้ที่ 4 เหงือกของฉันมีเลือดซึมหลังแปรงฟัน (H4)	1	5	2.43	1.09
	ตัวบ่งชี้ที่ 5 ร่างกายของฉันเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าเพื่อนหรือพี่น้อง (H5)	1	5	2.26	1.16
ด้านที่ 2 การทำหน้าที่ของร่างกาย (Function)	ตัวบ่งชี้ที่ 6 ฉันใช้เวลารับประทานอาหารแต่ละมื้อนานกว่าคนอื่น (H6)	1	5	3.34	1.25
	ตัวบ่งชี้ที่ 7 ฉันพูดออกเสียงคำต่างๆ ได้ไม่ชัดเจน (H7)	1	5	3.10	1.24
	ตัวบ่งชี้ที่ 8 ฉันต้องใช้ปากช่วยในการหายใจ (H8)	1	5	3.20	1.35
	ตัวบ่งชี้ที่ 9 ฉันดูน้ำจากหลอดได้ลำบาก (H9)	1	5	4.05	1.26
	ตัวบ่งชี้ที่ 10 ฉันได้ยินเสียงต่างๆ ไม่ชัดเจน (H10)	1	5	3.77	1.32
	ตัวบ่งชี้ที่ 11 ความเจ็บป่วยทำให้ฉันทำกิจวัตรประจำวันตามปกติไม่ได้ (H11)	1	5	3.80	1.21
ด้านที่ 3 ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพ (Emotional well-being)	ตัวบ่งชี้ที่ 12 ฉันรู้สึกวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับใบหน้าและฟันของฉัน (H12)	1	5	3.21	1.24
	ตัวบ่งชี้ที่ 13 ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น (H13)	1	5	3.33	1.21
	ตัวบ่งชี้ที่ 14 เมื่ออยู่ต่อหน้าคนที่ไม่คุ้นเคย ฉันมักรู้สึกเขินอาย (H14)	1	5	3.09	1.24
	ตัวบ่งชี้ที่ 15 ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่สุขภาพของฉันไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่น (H15)	1	5	3.89	1.13
	ตัวบ่งชี้ที่ 16 ฉันกังวลใจว่าตนเองจะไม่สวยหรือหล่อเท่าคนอื่น (H16)	1	5	3.43	1.27
ด้านที่ 4 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	ตัวบ่งชี้ที่ 17 ฉันถูกเพื่อนตั้งฉายาล้อเลียน (H17)	1	5	3.24	1.28
	ตัวบ่งชี้ที่ 18 ฉันรู้สึกเหมือนถูกเพื่อนทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (H18)	1	5	4.00	1.23

ตาราง 18 (ต่อ)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปากแห่งพาดานโหว่		Min	Max	Mean	SD
(Social well-being)	ตัวบ่งชี้ที่ 19 ฉันมักปฏิเสธคำชวนให้ไปเล่นร่วมกับเพื่อน (H19)	1	5	3.96	1.18
	ตัวบ่งชี้ที่ 20 ฉันไม่อยากจะคบหาใครๆ (H20)	1	5	4.17	1.27
	ตัวบ่งชี้ที่ 21 ฉันรู้สึกว่ตนเองเริ่มต้นทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ได้ยากลำบาก (H21)	1	5	3.78	1.23

จากตาราง 18 แสดงค่าคะแนนต่ำสุดที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ 1 และคะแนนสูงสุดของการประเมิน คือ 5 ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.25 – 4.17 แสดงว่า ทั้ง 21 ตัวบ่งชี้ ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น สามารถปรากฏในวัยรุ่นนปากแห่งพาดานโหว่ค่อนข้างมาก

2) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ของแต่ละตัวบ่งชี้ว่ามีความเพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้หรือไม่

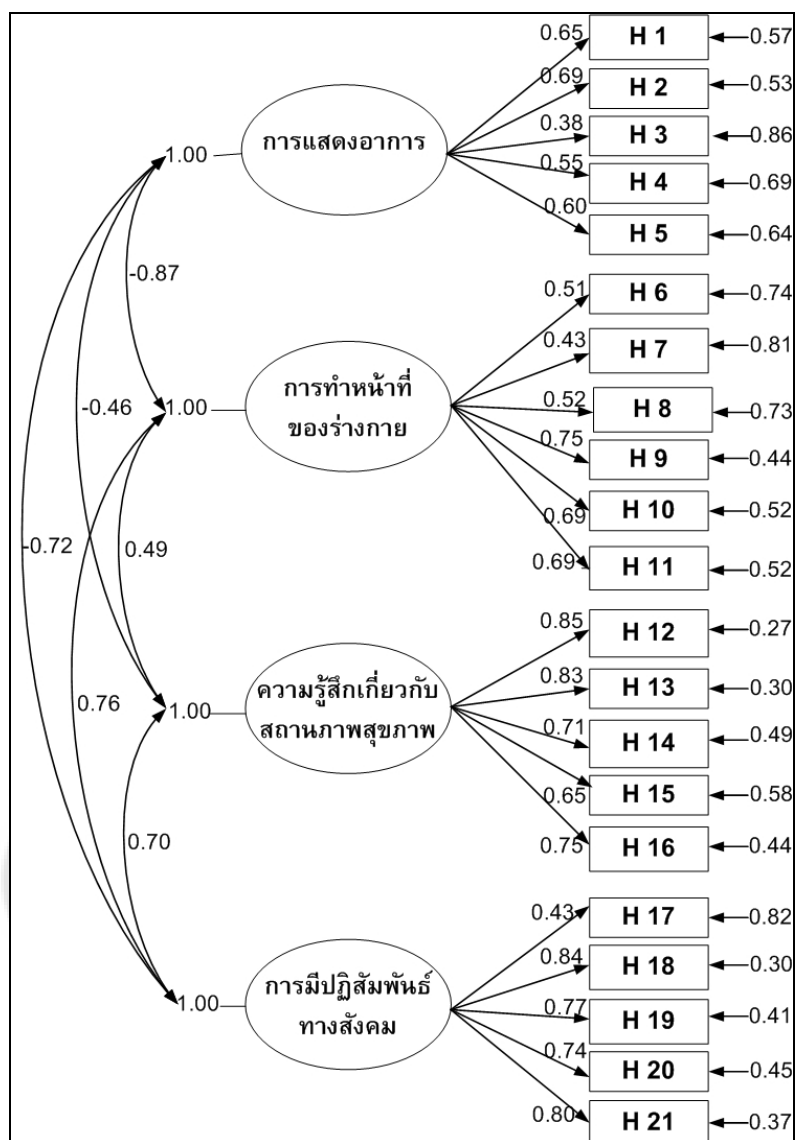
ตาราง 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของตัวบ่งชี้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปากแห่งเขตแดนใหม่ 221 คน

ตัวบ่งชี้	ด้านที่ 1 การแสดงอาการ					ด้านที่ 2 การทำหน้าที่ของร่างกาย						ด้านที่ 3 ความรู้สึกกับสถานภาพสุขภาพ					ด้านที่ 4 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม				
	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
H1	1.00																				
H2	0.52	1.00																			
H3	0.18	0.19	1.00																		
H4	0.32	0.37	0.36	1.00																	
H5	0.36	0.35	0.30	0.31	1.00																
H6	-0.30	-0.29	-0.13	-0.23	-0.30	1.00															
H7	-0.21	-0.23	-0.30	-0.27	-0.22	0.24	1.00														
H8	-0.24	-0.22	-0.25	-0.32	-0.31	0.33	0.52	1.00													
H9	-0.44	-0.43	-0.14	-0.36	-0.35	0.36	0.35	0.42	1.00												
H10	-0.34	-0.42	-0.20	-0.31	-0.38	0.32	0.19	0.33	0.52	1.00											
H11	-0.45	-0.50	-0.16	-0.30	-0.42	0.35	0.16	0.24	0.53	0.52	1.00										
H12	-0.24	-0.20	-0.26	-0.30	-0.25	0.21	0.27	0.24	0.29	0.22	0.26	1.00									
H13	-0.19	-0.22	-0.14	-0.20	-0.20	0.22	0.19	0.20	0.25	0.27	0.21	0.72	1.00								
H14	-0.19	-0.08	-0.17	-0.19	-0.19	0.15	0.21	0.16	0.18	0.19	0.17	0.65	0.60	1.00							
H15	-0.34	-0.34	-0.20	-0.25	-0.48	0.28	0.22	0.31	0.46	0.39	0.44	0.51	0.48	0.39	1.00						
H16	-0.20	-0.14	-0.14	-0.18	-0.15	0.20	0.13	0.18	0.21	0.23	0.27	0.61	0.64	0.50	0.51	1.00					
H17	-0.21	-0.15	-0.13	-0.21	-0.22	0.12	0.21	0.23	0.16	0.18	0.23	0.42	0.30	0.25	0.28	0.39	1.00				
H18	-0.37	-0.45	-0.13	-0.31	-0.38	0.31	0.16	0.23	0.54	0.47	0.44	0.46	0.50	0.32	0.56	0.42	0.36	1.00			
H19	-0.40	-0.43	-0.15	-0.25	-0.41	0.32	0.18	0.29	0.50	0.46	0.48	0.40	0.36	0.29	0.49	0.32	0.29	0.62	1.00		
H20	-0.35	-0.44	-0.11	-0.25	-0.31	0.29	0.06	0.16	0.56	0.49	0.48	0.31	0.35	0.23	0.57	0.37	0.20	0.66	0.58	1.00	
H21	-0.36	-0.39	-0.27	-0.29	-0.38	0.30	0.24	0.28	0.39	0.41	0.40	0.48	0.45	0.42	0.50	0.41	0.37	0.64	0.60	0.59	1.00

จากตาราง 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง 21 ตัวบ่งชี้ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.11 ถึง 0.72 ซึ่งทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวบ่งชี้ที่ 1-5 ในด้านที่ 1 การแสดงอาการมีความสัมพันธ์กันในทางบวก แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับตัวบ่งชี้ที่ 6-21 ในด้านอื่น เมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ย่อยภายในของทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านที่ 1 การแสดงอาการ ตัวบ่งชี้ที่ 1 ฉันมีอาการปวดฟัน ริมฝีปาก หรือขากรรไกร (H1) กับตัวบ่งชี้ที่ 2 ฉันเจ็บแผลที่เหงือกหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก (H2) มีความสัมพันธ์กันสูงสุด ($r = .52$) ด้านที่ 2 การทำหน้าที่ของร่างกาย ตัวบ่งชี้ที่ 9 ฉันดูเหนื่อยจากหลอดได้ลำบาก (H9) กับตัวบ่งชี้ที่ 11 ความเจ็บป่วยทำให้ฉันทำกิจวัตรประจำวันตามปกติไม่ได้ (H11) มีความสัมพันธ์กันสูงสุด ($r = .53$) ด้านที่ 3 ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ ตัวบ่งชี้ที่ 12 ฉันรู้สึกวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับใบหน้าและฟันของฉัน (H12) กับตัวบ่งชี้ที่ 13 ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น (H13) มีความสัมพันธ์กันสูงสุด ($r = .72$) และด้านที่ 4 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตัวบ่งชี้ที่ 18 ฉันรู้สึกเหมือนถูกเพื่อนทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (H18) กับตัวบ่งชี้ที่ 20 ฉันไม่อยากจะคบหากับใครๆ (H20) มีความสัมพันธ์กันสูงสุด ($r = .66$) ซึ่งทุกตัวบ่งชี้มีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้

4.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 (first order confirmatory factor analysis) มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงการวัดระหว่างตัวแปรแฝง (latent variables) กับตัวแปรสังเกต (observed variables) คือ ตัวบ่งชี้ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ โดยแบบจำลองสมมติฐานเป็นแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ซึ่งมีตัวแปรแฝงทั้งหมด 4 ตัว คือ ด้านขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตดังกล่าว 4 ด้าน โดยกำหนดให้ตัวบ่งชี้มีความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงในด้านนั้นๆ ผลการวิเคราะห์ มีดังนี้

1) ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานการวิเคราะห์จากแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

ตาราง 20 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ดัชนีที่ใช้ในการพิจารณา	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าที่ได้	แปลผล
ดัชนีความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (absolute fit indexes)			
1. Chi-Square	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	$\chi^2 = 404.67, df = 183$, $p < .01$	ไม่กลมกลืน

ตาราง 20 (ต่อ)

ดัชนีที่ใช้ในการพิจารณา	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าที่ได้	แปลผล
2. RMSEA	< .08	.07	มีความกลมกลืน
3. SRMR	< .08	.07	มีความกลมกลืน
ดัชนีความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (comparative fit indexes)			
1. NNFI	> .90	.96	มีความกลมกลืน
2. CFI	> .90	.97	มีความกลมกลืน
ดัชนีความกลมกลืนเชิงประหยัด (parsimony fit indexes)			
1. PNFI	> .50	.82	มีความกลมกลืน
2. CAIC	$CAIC_{Model} < CAIC_{Saturated}$	$CAIC_{Model} = 711.79$ $CAIC_{Saturated} = 1477.98$	มีความกลมกลืน

จากตาราง 20 ดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบอันดับที่ 1 พบว่า ดัชนีความกลมกลืนเกือบทุกตัวผ่านเกณฑ์ มีเพียงค่าดัชนี ค่าสถิติไคสแควร์เพียงตัวเดียวที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ค่าสถิติไคสแควร์มีจุดอ่อนที่อาจมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก แม้ว่าแบบจำลองจะมีความกลมกลืนแล้วก็ตาม (Brown; & Cudeck. 1993) และเมื่อพิจารณาร่วมกันดัชนีตัวอื่นๆแล้ว ทุกตัวบ่งบอกไปในทางเดียวกันว่า ทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า แบบจำลองที่วัดมีความกลมกลืนกับข้อมูล

2) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง (composite reliability หรือ construct reliability: CR) และความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (average variance extracted: AVE) เป็นการพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโครงสร้างกับตัวแปรสังเกตหรือตัวบ่งชี้ สำหรับค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้ ซึ่งก็คือ ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงกับตัวบ่งชี้ จะพิจารณาตามเกณฑ์ของ คอมเรย์และลี (Comrey; & Lee.1992) โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ได้มีค่ามากกว่า 0.71 แสดงว่า อยู่ในระดับดีเยี่ยม 0.63 แสดงว่า อยู่ในระดับดีมาก 0.55 แสดงว่า อยู่ในระดับดี 0.45 แสดงว่า อยู่ในระดับพอใช้ และ 0.32 แสดงว่า อยู่ในระดับไม่ดี

ตาราง 21 ค่าสถิติความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงเชิงเหมือนของตัวบ่งชี้และตัวแปรแฝงในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 1

ตัวบ่งชี้และตัวแปรแฝงองค์ประกอบ		Factor Loading	R ²	CR	AVE
ด้านที่ 1 การแสดงอาการ (Symptom)	ตัวบ่งชี้ที่ 1 ฉันมีอาการปวดฟัน ริมฝีปาก หรือขากรรไกร (H1)	0.65	0.43	0.71	0.34
	ตัวบ่งชี้ที่ 2 ฉันเจ็บแปลที่เหงือกหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก (H2)	0.69	0.47		
	ตัวบ่งชี้ที่ 3 แม้ฉันจะแปรงฟันแล้ว ฉันยังมีกลิ่นปาก (H3)	0.38	0.14		
	ตัวบ่งชี้ที่ 4 เหงือกของฉันมีเลือดซึมหลังแปรงฟัน (H4)	0.55	0.31		
	ตัวบ่งชี้ที่ 5 ร่างกายของฉันเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าเพื่อนหรือพี่น้อง (H5)	0.60	0.36		
ด้านที่ 2 การทำหน้าที่ของร่างกาย (Function)	ตัวบ่งชี้ที่ 6 ฉันใช้เวลารับประทานอาหารแต่ละมื้อนานกว่าคนอื่น (H6)	0.51	0.26	0.77	0.37
	ตัวบ่งชี้ที่ 7 ฉันพูดออกเสียงคำต่างๆ ได้ไม่ชัดเจน (H7)	0.43	0.19		
	ตัวบ่งชี้ที่ 8 ฉันต้องใช้ปากช่วยในการหายใจ (H8)	0.52	0.27		
	ตัวบ่งชี้ที่ 9 ฉันดูดีจากหลอดได้ลำบาก (H9)	0.75	0.56		
	ตัวบ่งชี้ที่ 10 ฉันได้ยินเสียงต่างๆ ไม่ชัดเจน (H10)	0.69	0.48		
	ตัวบ่งชี้ที่ 11 ความเจ็บป่วยทำให้ฉันทำกิจกรรมประจำวันตามปกติไม่ได้ (H11)	0.69	0.48		
ด้านที่ 3 ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ (Emotional)	ตัวบ่งชี้ที่ 12 ฉันรู้สึกวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับใบหน้าและฟันของฉัน (H12)	0.85	0.73	0.87	0.58
	ตัวบ่งชี้ที่ 13 ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น (H13)	0.83	0.70		
	ตัวบ่งชี้ที่ 14 เมื่ออยู่ต่อหน้าคนที่ไม่คุ้นเคย	0.71	0.51		

ตาราง 21 (ต่อ)

ตัวบ่งชี้และตัวแปรแฝงองค์ประกอบ		Factor Loading	R ²	CR	AVE
well-being)	ฉันมักรู้สึกเซินอาย (H14)				
	ตัวบ่งชี้ที่ 15 ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่สุขภาพของฉันไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่น (H15)	0.65	0.42		
	ตัวบ่งชี้ที่ 16 ฉันกังวลใจว่าตนเองจะไม่สวยหรือหล่อเท่าคนอื่น (H16)	0.75	0.56		
ด้านที่ 4 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social well-being)	ตัวบ่งชี้ที่ 17 ฉันถูกเพื่อนตั้งฉายาล้อเลียน (H17)	0.43	0.18	0.84	0.53
	ตัวบ่งชี้ที่ 18 ฉันรู้สึกเหมือนถูกเพื่อนทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว (H18)	0.84	0.70		
	ตัวบ่งชี้ที่ 19 ฉันมักปฏิเสธคำชวนให้ไปเล่นร่วมกับเพื่อน (H19)	0.77	0.59		
	ตัวบ่งชี้ที่ 20 ฉันไม่อยากจะคบหากับใครๆ (H20)	0.74	0.55		
	ตัวบ่งชี้ที่ 21 ฉันรู้สึกว่ตนเองเริ่มต้นทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ได้ยากลำบาก (H21)	0.80	0.63		

หมายเหตุ คำนำน้าหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้ทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 คำนำน้าหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้ส่วนใหญ่ในโมเดลการวัดอยู่ระดับดีเยี่ยม มีตัวบ่งชี้ที่ 1, 2, 10, 11, และ 15 อยู่ในระดับดีมาก มีตัวบ่งชี้ที่ 4 กับ 5 อยู่ในระดับดี และมีตัวบ่งชี้ที่ 6 กับ 8 อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้างในการวัดตัวแปรแฝง (construct reliability) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.71 ถึง 0.87 ซึ่งทุกค่ามากกว่า 0.70 (Fornell; & Larcker.1981; Bagozzi; & Yi. 1988) แสดงว่า ตัวแปรแฝงทุกตัวที่วัดโดยตัวบ่งชี้มีความเชื่อมั่นในระดับสูง เมื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (convergent validity) พบว่า ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ที่ตัวแปรแฝงแต่ละด้านสามารถอธิบายได้ (average variance extracted) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.34 ถึง 0.58 โดยตัวบ่งชี้ที่มีความเที่ยงตรงในการวัดตัวแปรแฝงในด้านที่ตัวบ่งชี้นั้นจะวัด ควรค่ามากกว่า .50 (Fornell; & Larcker.1981; Gerbing; & Anderson.1988) ดังนั้น ค่า AVE ที่น้อยกว่า .50 อาจแสดงถึงปัญหาความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (convergent validity) อย่างไรก็ตาม ปิง (Ping, R.A. 2007) เสนอว่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนสามารถพิจารณาจากหลักฐานอื่นประกอบกับค่า AVE คือ 1)

พิจารณาค่าความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง (construct reliability) ต้องมีค่ามากกว่า .70 ซึ่งตัวบ่งชี้ที่ 1-5 กับ 6-11 มีค่า CR เท่ากับ 0.71 กับ 0.77 ตามลำดับ 2) พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) ในกรณีเป็นตัวแปรที่สร้างขึ้นใหม่ ซึ่งผลวิเคราะห์ดังตาราง 22 พบความเที่ยงตรงเชิงจำแนกของตัวแปรแฝงนี้มี 4 ด้าน และ 3) พิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า t มากกว่า 2.2 ซึ่งตัวบ่งชี้ที่ 1-11 มีค่า t อยู่ระหว่าง 8.23 ถึง 10.12 จากเกณฑ์ดังกล่าวแสดงว่า ตัวบ่งชี้ที่ 1-11 มีความเที่ยงตรงเชิงเหมือน

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) โดยพิจารณาว่า ตัวบ่งชี้ทั้ง 21 ตัว สามารถวัดตัวแปรแฝงทั้ง 4 ด้านขององค์ประกอบที่แยกจากกันได้หรือไม่ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์แบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยัน ที่กำหนดให้ตัวบ่งชี้ 21 ตัว วัดตัวแปรแฝงเพียงแค่องค์ประกอบเดียว ถ้าตัวบ่งชี้ 21 ตัวนี้ วัดตัวแปรแฝง 4 ด้านที่แยกจากกัน แบบจำลองที่กำหนดให้มีตัวแปรแฝงเพียงแคตัวเดียว จะต้องมีความกลมกลืนที่ต่ำกว่าแบบจำลองที่กำหนดให้มีตัวแปรแฝง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะพิจารณาจากผลต่างของไคสแควร์ (ΔX^2) ของทั้งสองแบบจำลองว่ามีนัยสำคัญหรือไม่ ที่ระดับ df เท่ากับผลต่างของ df ระหว่างแบบจำลอง ดังตาราง 22

ตาราง 22 ค่าสถิติความเที่ยงตรงเชิงจำแนกของตัวบ่งชี้และตัวแปรแฝงในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 1

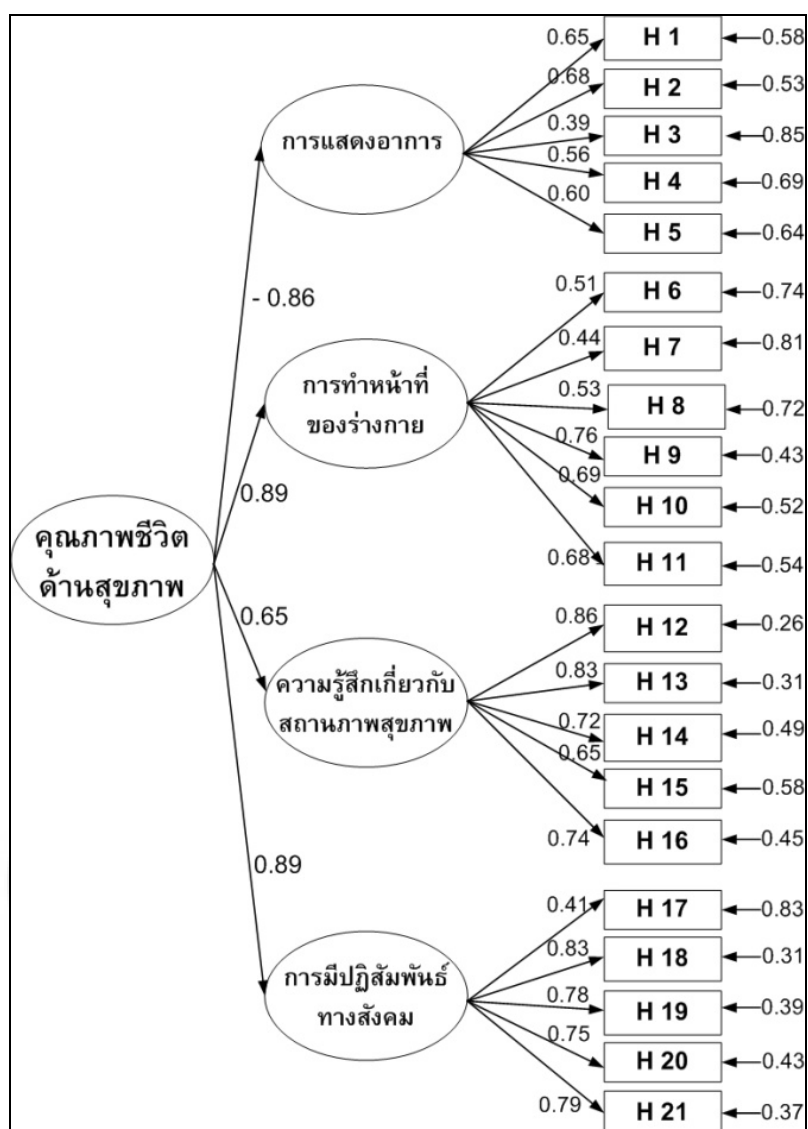
ลำดับการวิเคราะห์	X^2	df	p-value	RMSEA	NNFI	CFI	ΔX^2	Δdf	Δp -value
ขั้นที่ 1: กำหนดให้ตัวบ่งชี้ 21 ตัว วัดตัวแปรแฝงเพียงแค่องค์ประกอบเดียว	970.13	189	0.00	.13	.89	.90	-	-	-
ขั้นที่ 2: กำหนดให้ตัวบ่งชี้ 21 ตัว วัดตัวแปรแฝง 4 ด้านที่แยกจากกัน	404.67	183	0.00	.07	.96	.97	565.46 (ขั้น 1-2)	6 (ขั้น 1-2)	0.00

จากตาราง 22 แสดงผลการวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงจำแนกพบว่า แบบจำลองที่กำหนดให้มีตัวแปรแฝงเพียงตัวเดียว มีค่าไคสแควร์เท่ากับ 970.13 ที่ df เท่ากับ 189 ในขณะที่แบบจำลองที่กำหนดให้ตัวแปรแฝงมี 4 ด้าน มีค่าเท่ากับ 404.67 ที่ df เท่ากับ 183 โดยผลต่างของไคสแควร์ระหว่าง

แบบจำลองเท่ากับ 565.46 และผลต่างของ df เท่ากับ 6 ซึ่งเป็นค่าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ตัวบ่งชี้ทั้ง 21 ตัว สามารถวัดตัวแปรแฝง 4 ด้านขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แยกจากกันได้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ตัวแปรแฝงทั้ง 4 ด้านนี้ มีความแตกต่างกัน มากเพียงพอที่จะแยกเป็นตัวแปรแฝงคนละตัว ดังนั้น ตัวบ่งชี้ทุกตัวของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจึงสามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 2 ต่อไปได้

4.4 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 (second order confirmatory factor analysis) มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนุ่ปากแห้งเพดานโหว่สามารถสะท้อนหรือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวมเดียวกันหรือไม่ โดยแบบจำลองสมมติฐานเป็นแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ซึ่งกำหนดให้ตัวแปรแฝงอันดับที่ 1 คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 4 ด้านที่วัดจากตัวแปรสังเกต คือ ตัวบ่งชี้ 21 ตัว ส่วนตัวแปรแฝงอันดับที่ 2 ก็คือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวมที่วัดจากคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 4 ด้านซึ่งก็คือตัวแปรแฝงอันดับที่ 1 ในแบบจำลอง ผลการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

1) ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นนุ่ปากแห้งเพดานโหว่ ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานผลการวิเคราะห์จากแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยัน
อันดับที่ 2 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

ตาราง 23 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 2

ดัชนีที่ใช้ในการพิจารณา	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าที่ได้	แปลผล
ดัชนีความกลมกลืนแบบ สมบูรณ์ (absolute fit indexes)			
1. Chi-Square	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	$X^2 = 433.19$, $df = 185$, $p < .01$	ไม่กลมกลืน

ตาราง 23 (ต่อ)

ดัชนีที่ใช้ในการพิจารณา	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าที่ได้	แปลผล
2. RMSEA	< .08	.07	มีความ กลมกลืน
3. SRMR	< .08	.07	มีความ กลมกลืน
ดัชนีความกลมกลืนเชิง เปรียบเทียบ (comparative fit indexes)			
1. NNFI	> .90	.96	มีความ กลมกลืน
2. CFI	> .90	.96	มีความ กลมกลืน
ดัชนีความกลมกลืนเชิง ประหยัด (parsimony fit indexes)			
1. PNFI	> .50	.82	มีความประหยัด
2. CAIC	$CAIC_{Model} < CAIC_{Saturated}$	$CAIC_{Model} = 727.50$ $CAIC_{Saturated} = 1477.98$	มีความประหยัด

จากตาราง 23 ดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบ อันดับที่ 2 พบว่า ดัชนีความกลมกลืนเกือบทุกตัวผ่านเกณฑ์ มีเพียงค่าดัชนี ค่าสถิติไคสแควร์เพียงตัวเดียวที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ค่าสถิติไคสแควร์มีจุดอ่อนที่อาจมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก แม้ว่าแบบจำลองจะมีความกลมกลืนแล้วก็ตาม (Brown; & Cudeck. 1993) และเมื่อพิจารณาร่วมกันดัชนีตัวอื่นๆ แล้ว ทุกตัวบ่งบอกไปในทางเดียวกันว่าทุกตัวผ่านเกณฑ์ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า แบบจำลองที่วัดมีความกลมกลืนกับข้อมูล

2) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง (composite reliability หรือ construct reliability: CR) และความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (average variance extracted: AVE) เป็นการพิจารณาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโครงสร้างกับตัวแปรสังเกตหรือตัวบ่งชี้ สำหรับค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้ ซึ่งก็คือ ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงกับตัวบ่งชี้ จะพิจารณาตามเกณฑ์ของคอมเรย์และลี (Comrey; & Lee.1992) ดังนี้

ตาราง 24 ค่าสถิติความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงเชิงเหมือนของตัวแปรแฝง 4 ด้านของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับที่ 2

ตัวแปรแฝงขององค์ประกอบ	Factor Loading	R ²	CR	AVE
ด้านที่ 1 การแสดงอาการ (symptom)	- 0.86	0.74		
ด้านที่ 2 การทำหน้าที่ของร่างกาย (function)	0.89	0.78		
ด้านที่ 3 ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ (emotional well-being)	0.65	0.43		
ด้านที่ 4 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social well-being)	0.89	0.80		
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวม			0.95	0.51

หมายเหตุ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้ทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบเกือบทุกด้านอยู่ในระดับดีเยี่ยม เมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นในการวัดตัวแปรแฝง (construct reliability) มีค่า .95 ซึ่งมากกว่า .70 แสดงว่า ตัวแปรแฝงขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน มีความเชื่อมั่นในระดับสูง เมื่อพิจารณาความเที่ยงตรงจาก ค่าเฉลี่ยความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ที่ตัวแปรแฝงสามารถอธิบายได้ (average variance extracted) พบว่ามีค่า .51 ซึ่งมากกว่า .50 แสดงว่า ตัวแปรแฝงขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน มีความเที่ยงตรงในการวัดตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในภาพรวมได้ (convergent validity) (Fornell & Larcker.1981)

สรุปผลที่ได้จากการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ ได้ว่าการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis : CFA) ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ประกอบด้วย 4 ด้าน 21 ตัวบ่งชี้ ผู้วิจัยนำตัวแปรนี้มาใช้ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3-4 ต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 3 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรและผลการทดสอบสมมติฐานวิจัยที่ 1 ว่าแบบจำลองสมมติฐานตั้งต้นของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรด้วยการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) สำหรับการวิเคราะห์สมมติฐานวิจัยที่ 1 ดังนี้ (Jöreskog; & Sörbom. 1993: 2; Mueller. 1988: 18)

1.1 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปรสังเกต

ตาราง 25 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปรสังเกตในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน

ตัวแปร	Mean	Standard Deviation	Skewness	Kurtosis	Skewness & Kurtosis p - value
1. คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านการแสดงอาการ	2.40	0.73	0.28	-0.44	0.86
2. คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	3.54	0.87	-0.14	-0.29	0.94
3. คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ	3.39	0.99	-0.50	-0.95	0.55
4. คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	3.83	0.95	-0.74	-1.36	0.30
5. ความสามารถฟื้นตัว	4.86	0.61	-0.30	-0.41	0.87
6. การยอมรับชีวิตตน	4.86	0.57	-0.04	0.03	0.99
7. การมองโลกในแง่ดี	4.21	1.04	-0.23	-0.40	0.89
8. การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด	7.89	1.52	-0.00	0.07	0.99
9. การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา	4.97	0.66	-0.29	-0.50	0.84
10. การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน	4.92	0.63	-0.14	-0.17	0.97
11. การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น	4.84	0.61	-0.11	-0.25	0.96

จากตาราง 25 ในการประเมินโครงสร้างแบบจำลองโดยใช้การประมาณค่าแบบไลค์ลีสต์สูงสุด(maximum-likelihood) ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าข้อมูลต้องมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหลายตัวแปรซึ่งเป็นการยากที่จะทำเช่นนั้น ดังนั้น จึงมีการเสนอให้พิจารณาว่าตัวแปรที่ศึกษา มีการกระจายเป็นโค้งปกติแบบตัวแปรเดียวหรือไม่ โดยให้พิจารณาค่า p-value ของความเบ้และความโด่ง ถ้า $p\text{-value} > .05$ แสดงว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Kline. 2011: 50) ซึ่งผู้วิจัยพบว่าตัวแปรสังเกตทุกตัวมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงถือว่าข้อมูลดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะจึงใช้ตัวแปรเหล่านั้นในการวิเคราะห์สมมติฐานวิจัยที่ 1 และ 3 ต่อไปนี้

1.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต

ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (bivariate relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ศึกษาดังตาราง 26



ตาราง 26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. การแสดงอาการ	1	-.65**	-.39**	-.56**	.03	-.05	-.40**	-.14*	-.12	-.07	.02
2. การทำหน้าที่ของร่างกาย		1	.43**	.60**	.02	.00	.32**	.08	.15*	.06	-.09
3. ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ			1	.63**	.03	.07	.42**	.13*	.14*	-.00	-.08
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม				1	.12	.10	.62**	.18**	.29**	.16*	.01
5. ความสามารถฟื้นตัว					1	.52**	.10	.27**	.33**	.41**	.29**
6. การยอมรับชีวิตตน						1	.17**	.42**	.44**	.59**	.43**
7. การมองโลกในแง่ดี							1	.31**	.33**	.17**	.04
8. การรับรู้ความสามารถจัดการความเครียด								1	.40**	.42**	.34**
9. การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา									1	.56**	.46**
10. การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน										1	.64**
11. การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับวัยรุ่น											1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 26 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงแต่ละตัวนั้นพบว่า ในตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตัวแปรการแสดงอาการมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกาย ตัวแปรความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะภาพทางสุขภาพ และตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เท่ากับ -.65, -.39, และ -.56 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่ความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด คือ ตัวแปรความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะภาพทางสุขภาพกับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รองลงมาคือ ตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกายกับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกายกับตัวแปรความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะภาพทางสุขภาพ โดยแต่ละคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .63, .60, และ .43 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนตัวแปรแฝงความหย่นตัวพบว่า ตัวแปรความสามารถฟื้นตัวกับตัวแปรการยอมรับชีวิตตนมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกเท่ากับ .52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตของกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตกับตัวแปรสังเกตแต่ละตัวในตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาแต่ละคู่มีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.05 ถึง .62 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด 3 คู่แรก คือ ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีกับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รองลงมาคือ ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีกับตัวแปรความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะภาพทางสุขภาพ และตัวแปรการมองโลกในแง่ดีกับตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยแต่ละคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .62, .42, และ .32 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตของกลุ่มตัวแปรประสบการณ์ทางสังคมกับตัวแปรสังเกตแต่ละตัวในตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาแต่ละคู่มีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.00 ถึง .29 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด 3 คู่แรก คือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดากับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รองลงมา คือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดากับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดากับตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยแต่ละคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .29, .16, และ .15 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตในกลุ่มตัวแปรแฝงลักษณะทางจิตและกลุ่มตัวแปรประสบการณ์ทางสังคม พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาแต่ละคู่มีความสัมพันธ์ทางบวกทั้งหมด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .04 ถึง .64 ตัวแปรที่ความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด 3 คู่แรก คือ ตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนกับตัวแปรการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์

กับวัยรุ่น รองลงมาคือ ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองกับตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดากับตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน โดยแต่ละคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .64, .59, และ .56 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ไคลน์ (Kline, 2005: 56) กล่าวว่าปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (multicollinearity) ระหว่างตัวแปรสังเกตเกิดขึ้นเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าสูงมากกว่า .85 ดังนั้น ผู้วิจัยสรุปจากการตรวจสอบตัวแปรสังเกตทุกตัวที่ใช้ในการศึกษากลุ่มรวมนี้พบว่าไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรงและสามารถใช้ตัวแปรสังเกตเหล่านี้วิเคราะห์ต่อไปได้

2. การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัยที่ 1 ผลการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในกลุ่มรวม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุหรือการวิเคราะห์แบบจำลองเส้นตรง (linear structural relationship: LISREL) เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรในแบบจำลองโดยการหาขนาดอิทธิพลที่ปรากฏในความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุและทดสอบว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดและสมมติฐานในการวิจัยเป็นอันดับแรก และเมื่อพบว่าแบบจำลองไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ผู้วิจัยก็ได้ดำเนินการปรับแบบจำลอง โดยในการปรับแบบจำลองครั้งนี้ได้ดำเนินการปรับบนพื้นฐานของความสมเหตุสมผลตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งได้อาศัยดัชนีการปรับ (modification indices) จากผลการวิเคราะห์มาเป็นข้อมูลประกอบในการปรับแบบจำลอง

แบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ตามสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ มีกรอบในการศึกษามาจากแบบจำลอง International Classification of Functioning Disabilities and Health (ICF) ขององค์การอนามัยโลกร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยสาเหตุของการเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มี 2 ปัจจัยหลัก คือ 1) ลักษณะทางจิตหรือปัจจัยภายในตัวบุคคล (person factors) ได้แก่ ตัวแปรความหยิ่งตัวตัวแปรการมองโลกในแง่ดี และตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ และ 2) ประสพการณ์ทางสังคมหรือปัจจัยสิ่งแวดล้อม (environment factors) ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา ตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และตัวแปรการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น

2.1 ผลการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองสมมติฐานปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มรวมกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิเคราะห์รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามสมมติฐานการวิจัยที่ 1 (หน้า 83-84) ปรากฏดังตาราง 27

ตาราง 27 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์กับรูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มรวมตามสมมติฐาน

รูปแบบโครงสร้าง	χ^2	df	p-value	RMSEA	SRMR	NNFI	CFI	CAIC
ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล								
เกณฑ์พิจารณา	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	>.05	<.08	<.08	>.90	>.90	CAIC _{model} < CAIC _{saturated}	
เริ่มแรก(ตามสมมติฐาน)	315.20	38	.00	.18	.16	.69	.79	494.35 > 422.28

จากตาราง 27 เมื่อพิจารณาค่าสถิติตามเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาความสอดคล้องโดยรวม พบว่า รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามสมมติฐานแสดงให้เห็นว่าแบบจำลองไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

อย่างไรก็ตาม การที่แบบจำลองไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์นั้น โจเรสคอร์กและซอร์บอม (Jöreskog; & Sörbom. 1993: 251-253) ได้อธิบายไว้ว่าแบบจำลองเริ่มแรกอาจจะไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจะต้องทำการปรับแบบจำลองให้สอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูล โดยในการปรับแบบจำลองจะต้องเป็นไปตามแนวทางของทฤษฎีและมีความเที่ยงตรง ซึ่งในการวิเคราะห์แบบจำลองเพื่อค้นหาแบบจำลองที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (modification searches) นั้น สามารถใช้เกณฑ์การพิจารณาจากค่าที (t) ซึ่งเป็นอิทธิพลของตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อค่าที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1.96 และการพิจารณาความสอดคล้องโดยรวม (overall fit) ซึ่งได้เสนอเกณฑ์การพิจารณาไว้ในบทที่ 3 แล้ว ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับ

2.2 ผลการปรับรูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมให้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ความสอดคล้องพบว่า ดังนี้ต่างๆ ซึ่งให้เห็นว่ารูปแบบของแบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ตามสมมติฐานไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งหมายความว่า รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุที่สร้างขึ้น

ยังไม่สามารถนำมาอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ได้ ผู้วิจัยจึงได้ปรับรูปแบบความสัมพันธ์ใหม่ โดยรูปแบบความสัมพันธ์ที่ปรับต้องมีความเป็นไปได้ในทางทฤษฎีและสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรได้อย่างมีความหมายและสมเหตุสมผล สำหรับกระบวนการปรับเพื่อหารูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์นั้นผู้วิจัยพิจารณาจากค่าดัชนีการปรับ (modification indices) และการไม่มีนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล รวมทั้งความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีนำมาเป็นเกณฑ์ประกอบในการปรับรูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ให้สอดคล้องเหมาะสมมากขึ้น และยอมให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดมีความสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับแบบจำลองตามลำดับดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยเริ่มต้นเพิ่มเส้นอิทธิพลการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนที่ส่งไปยังความหยุนตัวเป็นเส้นแรก เนื่องจาก ในวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนจะมีแนวโน้มถูกแบ่งแยกจากกลุ่มเพื่อน มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และมีความเสี่ยงกับปัญหาการปรับตัว (Rubin; et al. 1995) ซึ่งวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่อายุ 14-18 ปีส่วนใหญ่ที่ประสบปัญหาการปรับตัวทางสังคมด้านความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในโรงเรียน จะปรับตัวทางจิตใจได้ไม่ดี (Snyder; Bilboul; Pope. 2005) การศึกษาของเฟอรากอนและคนอื่นๆ พบว่า ความหยุนตัวของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่อายุ 10 ปีมีความสัมพันธ์กับการปรับอารมณ์ได้ดีขึ้น รู้สึกพึงพอใจลักษณะใบหน้าตนเองมากขึ้น และมีจำนวนความถี่ของการถูกล้อเลียนจากเพื่อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Feregen, K B; Borge, A, Rumsey, N. 2009) และจากที่มาสเต็นกล่าวว่าความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนในโรงเรียนเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) สำคัญที่ช่วยให้เด็กและวัยรุ่นที่มีความหยุนตัวสามารถปรับตัวได้ดีภายใต้ภาวะเสี่ยงหรือสถานการณ์ตึงเครียด (Masten; & Reed. 2002: 82) แสดงว่า วัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ที่ดีและได้รับการยอมรับจากเพื่อนมากขึ้นจะมีความหยุนตัวทำให้วัยรุ่นลดความเครียดหรือซึมเศร้าลงได้

2) ผู้วิจัยได้เพิ่มเส้นอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีที่ส่งไปยังคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอีกหนึ่งเส้น เนื่องจาก เมื่อศึกษาผลของการมองโลกในแง่ดีระยะยาวตลอดช่วงชีวิต พบว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีซึ่งช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันและช่วยปรับภาวะเครียดในชีวิตให้ลดลง (Segerstrom; et al. 1998) โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่นนั้น การมองโลกในแง่ดีมีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการปรับตัวทางร่างกายและจิตใจได้ดี (Snyder; & Lopez. 2002: 664) ซึ่งเห็นว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มองโลกในแง่ดีน่าจะเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีด้วย สอดคล้องกับผลการวิจัยวัยรุ่นทั่วไปอายุ 10-16 ปีของแกสปาร์และคนอื่นๆ (Gaspar; et al. 2009) พบว่าตัวแปรแฝงทางจิตที่ประกอบด้วยความภาคภูมิใจในตนเองกับการมองโลกในแง่ดี มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าอิทธิพล

เท่ากับ .38 และการศึกษาวัยรุ่นอายุ 12-19 ปี ก็ยังพบว่า การมองโลกในแง่ดีทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ร้อยละ 9 แต่การมองโลกในแง่ร้ายทำนายการรับรู้ความเครียดได้ร้อยละ 15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Extremera; Durán; Rey. 2007)

3) ผู้วิจัยตัดเส้นอิทธิพลที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและอิทธิพลทางลบออก 3 เส้นได้แก่ เส้นอิทธิพลความหยุนตัวที่ส่งไปยังคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เส้นอิทธิพลการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดที่ส่งไปยังคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เส้นอิทธิพลการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นที่ส่งไปยังคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

4) ผู้วิจัยเพิ่มเส้นอิทธิพลของความหยุนตัวที่ส่งไปยังการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดอีกหนึ่งเส้น โดยแบนดูราอธิบายว่า บุคคลเรียนรู้ว่าสภาพร่างกายหรือจิตใจที่เป็นบวกจะทำให้บุคคลมั่นใจในความสามารถของตนที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพหรือควบคุมอาการแสดงของโรค (Bandura. 1997) โดยความหยุนตัวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรับตัวทางจิตของวัยรุ่นเมื่อเผชิญกับวิกฤตในชีวิตหรืออุปสรรคการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับความเครียดในสถานการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lerner; Easterbrooks; Mistry. 2003: 384-385) แบนดูรา (Bandura. 1994: 75) ยังเน้นอีกว่า หากบุคคลปรับสภาพจิตใจภายใต้สถานการณ์ปัญหาหรือความตึงเครียดให้มาเป็นทางบวกได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้

5) ผู้วิจัยตัดเส้นอิทธิพลที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติและอิทธิพลทางลบออก 3 เส้นได้แก่ เส้นอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีที่ส่งไปยังความหยุนตัว เส้นอิทธิพลการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนที่ส่งไปยังคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และเส้นอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีที่ส่งไปยังการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด

6) ผู้วิจัยเพิ่มเส้นอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่ส่งไปยังการมองโลกในแง่ดี เนื่องจากแบนดูรา (Bandura. 1997: 137-144; Sandler; et al. 2000: 1114) กล่าวว่า บุคคลที่เชื่อมั่นอย่างมากว่าตนเองสามารถจัดการควบคุมปัญหาได้ จะประเมินความเป็นไปได้ว่าตนเองจะผ่านพ้นสถานการณ์ที่ยากลำบากอย่างมีประสิทธิภาพและไม่ย่อท้อต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ จากผลวิจัยวัยรุ่นอายุ 9-12 ปีที่ครอบครัวหย่าร้างไม่เกิน 2 ปี พบว่า การจัดการความเครียดด้วยการปรับความคิดเป็นแง่บวกมีอิทธิพลทางตรงต่อปัญหาการปรับตัวภายในตนเองและปัญหาการปรับตัวกับผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยค่าอิทธิพลเท่ากับ -.48 กับ -.29 เมื่อติดตามผล 3, 6 และ 9 เดือน พบว่า วัยรุ่นรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดเพิ่มมากขึ้น 1 หน่วยจะมีการมองโลกในแง่ดีเพิ่มมากขึ้น 0.2 หน่วยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Sandler; et al. 2000) และผลวิจัยวัยรุ่นอายุ 17-20 ปีของบริสเส็ตและเชียร์เออ (Brissette; & Scheier. 2002)

สรุปว่าความสามารถในการจัดการความเครียดของตนเองและการสนับสนุนของเครือข่ายทางสังคม จะช่วยให้วัยรุ่นที่มองโลกในแง่ดีมีความพึงพอใจในชีวิตและมีการปรับตัวทางจิตภายใต้สถานการณ์ตึงเครียดในชีวิตการศึกษาปีแรกระดับวิทยาลัยได้ดี

7) ผู้วิจัยเพิ่มเส้นอิทธิพลการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นที่ส่งไปยังการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนอีกหนึ่งเส้น เนื่องจาก บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นให้มีการปรับตัวทางจิตสังคมในทางบวกและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งการรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้น (Snyder; & Lopez. 2002: 670) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโดยตรงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและศักยภาพของตนเอง (Muturi. 2005: 78.) ซึ่งการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข (social well-being) โดยเฉพาะการถูกล้อเลียนและทำร้ายร่างกายจากเพื่อนในโรงเรียน (Schiavo. 2007 :105-106)

8) ผู้วิจัยเพิ่มเส้นอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่ส่งไปยังการมองโลกในแง่ดี โดยผู้วิจัยเห็นว่าเซลิกันแมนและคนอื่นๆ (Seligman; et al. 1995) ได้อธิบายว่าการมองโลกในแง่ดีมีแหล่งที่มาจากสิ่งแวดล้อมครอบครัวในวัยเด็ก โดยบิดามารดามีอิทธิพลอย่างมากต่อการมองโลกในแง่ดีของเด็ก งานวิจัยของเซลิกันแมนพบว่าลักษณะการให้คำอธิบายของมารดาที่มีความสัมพันธ์สูงกับคำอธิบายของบุตร ซึ่งบุตรเกิดการเลียนแบบมุมมองและความคิดเห็นของบิดามารดาเป็นของตน จากงานวิจัยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่อายุ 10 ปีของเฟอรากินและคนอื่นๆ (Feragen; Borge; Rumsey. 2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาส่งผลให้วัยรุ่นมีประสบการณ์ทางลบจากคำล้อเลียนของเพื่อนในโรงเรียนลดลง ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายว่าบิดามารดาอาจพยายามอธิบายวัยรุ่นไม่ให้ใส่ใจปฏิกิริยาทางลบจากเพื่อน แล้ววิตกกังวลหรือซึมเศร้าจนกระทั่งวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ตีตราตนเองว่า “ผิดปกติ” จากเพื่อนทั่วไป

9) ผู้วิจัยเพิ่มเส้นความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกต 2 ตัวคือ ตัวแปรคุณภาพชีวิตสุขภาพด้านการแสดงอาการกับตัวแปรคุณภาพชีวิตสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการปรับแบบจำลอง เนื่องจาก เมื่อกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนอย่างอิสระในแบบจำลองตั้งต้น พบว่าค่าดัชนีปรับ (modification index) ภายในตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างความคลาดเคลื่อนของตัวแปรการแสดงอาการกับตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกายเท่ากับ -.30 ซึ่งสอดคล้องกับสภาวะร่างกายเมื่อมีความเจ็บป่วยตามพยาธิสภาพหรือความรุนแรงของโรคแล้ว อาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลมีข้อจำกัดในการใช้งานอวัยวะให้ทำหน้าที่ต่างๆ ตามกลไกของสรีระร่างกายได้ลดน้อยลง (Eminson. 2001: 269) แสดงว่า อาการแสดงของโรคย่อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของร่างกาย

10) ผลการทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่หลังจากได้ปรับเปลี่ยนแล้วนั้นพบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเส้นอิทธิพลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกเส้นรวมทั้งค่าการทดสอบความสอดคล้องส่วนใหญ่ยอมรับได้ ปรากฏดังตาราง 28 และภาพประกอบ 9

ตาราง 28 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของข้อมูลเชิงประจักษ์กับรูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มรวมหลังปรับเปลี่ยนจำลอง

รูปแบบโครงสร้าง	χ^2	df	p-value	RMSEA	SRMR	NNFI	CFI	CAIC
ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล								
เกณฑ์พิจารณา	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ		>.05	<.08	<.08	>.90	>.90	CAIC _{model} < CAIC _{saturated}
หลังปรับเปลี่ยนจำลอง	56.17	39	.03	.04	.05	.98	.99	228.92 < 422.28

จากตาราง 28 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุที่ปรับเปลี่ยนใหม่ พบว่า ค่าการทดสอบความสอดคล้องส่วนใหญ่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ หมายความว่า รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนใหม่สามารถนำมาอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ดีขึ้น

ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect: IE) อิทธิพลทางรวม (Total effect: TE) ของตัวแปรสาเหตุที่มีผล
ต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R^2) ในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล														
	การยอมรับทางสังคม จากเพื่อน			ความหยิ่งตัว			รับรู้ความสามารถจัดการ ความเครียด			มองโลกในแง่ดี			คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
1. สื่อสารระหว่างบุคคลกร ทางการแพทย์กับวัยรุ่น	.54 (.56)***	-	.54 (.56)***	-	.41 (.26)***	.41 (.26)***	-	.14 (.36)***	.14 (.36)***	-	.03 (.06)*	.03 (.06)*	-	.02 (.02)*	.02 (.02)*
2. สนับสนุนจากบิดามารดา	.33 (.32)***	-	.33 (.32)***	-	.25 (.15)***	.25 (.15)***	.35 (.80)***	.09 (.20)**	.44 (1.00)***	.31 (.49)***	.10 (.16)*	.41 (.65)***	-	.27 (.19)***	.27 (.19)***
3. ยอมรับทางสังคมจากเพื่อน	-	-	-	.76 (.47)***	-	.76 (.47)***	-	.26 (.63)***	.26 (.63)***	-	.06 (.10)*	.06 (.10)*	-	.04 (.03)**	.04 (.03)*
4. ความหยิ่งตัว	-	-	-	-	-	-	.35 (1.36)***	-	.35 (1.36)***	-	.08 (.21)*	.08 (.21)*	-	.05 (.06)*	.05 (.06)*
5. ความสามารถจัดการ ความเครียด	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.23 (.16)**	-	.23 (.16)*	-	.15 (.05)*	.15 (.05)*
6. มองโลกในแง่ดี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.67 (.29)***	-	.67 (.29)***
R^2	.59			.57			.36			.22			.45		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

หมายเหตุ: ค่าที่นอกวงเล็บเป็นคะแนนมาตรฐาน ส่วนค่าที่อยู่ในวงเล็บเป็นคะแนนดิบ

นอกจากนี้ จากภาพประกอบ 9 และตาราง 29 การวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของรูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มรวม ผู้วิจัยนำเสนอผลวิจัยใน 3 ประเด็น คือ 1) สอดคล้องตามสมมติฐานวิจัย 2) ไม่สอดคล้องสมมติฐานวิจัย และ 3) เพิ่มเติมจากสมมติฐานวิจัย ดังนี้

1) ผลวิจัยที่สอดคล้องตามสมมติฐานวิจัยที่ 1 ได้แก่

1.1) จากสมมติฐานย่อย 1.5 ที่ว่า “การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด” ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .35 และ .27 ตามลำดับ ดังนั้นจึงสนับสนุนสมมติฐานข้อนี้

1.2) จากสมมติฐานย่อย 1.6 ที่ว่า “การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน” ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด ความหยิ่งหัวและการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .33 และ .27 ตามลำดับ ดังนั้นจึงสนับสนุนสมมติฐานข้อนี้

2) ผลวิจัยที่ไม่สอดคล้องตามสมมติฐานวิจัยที่ 1

2.1) จากสมมติฐานย่อย 1.1 ที่ว่า “ความหยิ่งหัวมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ผลการวิจัยไม่พบว่าความหยิ่งหัวส่งอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้

2.2) จากสมมติฐานย่อย 1.2 ที่ว่า “การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อความหยิ่งหัว” ผลการวิจัยไม่พบว่าการมองโลกในแง่ดีส่งอิทธิพลทางตรงต่อความหยิ่งหัว ดังนั้นจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้

2.3) จากสมมติฐานย่อย 1.3 ที่ว่า “การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด” ผลการวิจัยไม่พบว่าการมองโลกในแง่ดีส่งอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ดังนั้นจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้

2.4) จากสมมติฐานย่อย 1.4 ที่ว่า “การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ผลการวิจัยไม่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดส่งอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้

2.5) จากสมมติฐานย่อย 1.7 ที่ว่า “การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ผลการวิจัยไม่พบว่าการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนส่งอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้

2.6) จากสมมติฐานย่อย 1.8 ที่ว่า “การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุนมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ” ผลการวิจัยไม่พบว่าการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุนส่งอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้

3) ผลวิจัยที่เพิ่มเติมจากสมมติฐานวิจัยที่ 1

3.1) ความหยุนตัวมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .35 และ .05 ตามลำดับ

3.2) การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ .67

3.3) การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดี และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .23 และ .15 ตามลำดับ

3.4) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดี และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .31 และ .27 ตามลำดับ

3.5) การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อความหยุนตัวและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด และความหยุนตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .76 และ .04 ตามลำดับ

3.6) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด ความหยิ่งตัวและการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .54 และ .02 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสอง (R^2) จากตาราง 31 ผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรกลุ่มลักษณะทางจิตและตัวแปรกลุ่มประสบการณ์ทางสังคมทำนายตัวแปรตามหรือตัวแปรผลในกลุ่มรวมได้ผลการวิจัยดังนี้

1) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นและการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาสามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนได้ร้อยละ 59

2) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนสามารถอธิบายความแปรปรวนของความหยิ่งตัวได้ร้อยละ 57

3) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และความหยิ่งตัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดได้ร้อยละ 36

4) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน ความหยิ่งตัวและการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดสามารถอธิบายความแปรปรวนของการมองโลกในแง่ดีได้ร้อยละ 22

5) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน ความหยิ่งตัว การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด และการมองโลกในแง่ดีสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 45

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิต ประสบการณ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีประเภทปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างกัน

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรและผลการทดสอบสมมติฐานวิจัยที่ 2 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรด้วยการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumptions) สำหรับการวิเคราะห์สมมติฐานวิจัยที่ 2 ดังนี้ (Jöreskog; & Sörbom. 1993: 2; Mueller. 1988: 18)

1.1 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปรสังเกต

ตาราง 30 ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความเบ้ (Skewness) และค่าความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปรสังเกตในแต่ละกลุ่มประเภทปากแห้ง เพดานโหว่

ตัวแปร	Mean	Standard Deviation	Skewness	Kurtosis	Skewness & Kurtosis p - value
1. คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านการแสดงอาการ	2.38 (2.46)	0.66 (0.87)	0.17 (0.22)	-0.25 (-0.25)	0.95 (0.94)
2. คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย	3.61 (3.36)	0.85 (0.89)	-0.17 (-0.00)	-0.34 (-0.08)	0.92 (0.99)
3. คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ	3.33 (3.52)	0.97 (1.03)	-0.40 (-0.23)	-0.76 (-0.51)	0.68 (0.85)
4. คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	3.83 (3.82)	0.92 (1.04)	-0.68 (-0.34)	-1.01 (-0.58)	0.47 (0.79)
5. ความสามารถฟื้นตัว	4.83 (4.94)	0.62 (0.59)	-0.24 (-0.14)	-0.27 (-0.12)	0.93 (0.98)
6. การยอมรับชีวิตตน	4.82 (4.95)	0.56 (0.57)	-0.09 (-0.06)	-0.08 (0.04)	0.99 (0.99)
7. การมองโลกในแง่ดี	4.25 (4.10)	1.01 (1.11)	-0.18 (-0.05)	-0.28 (-0.19)	0.94 (0.97)
8. การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด	7.85 (8.00)	1.46 (1.67)	-0.00 (-0.00)	0.07 (0.13)	0.99 (0.99)
9. การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา	4.90 (5.15)	0.68 (0.57)	-0.29 (-0.05)	-0.47 (0.00)	0.85 (0.99)
10. การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน	4.85 (5.07)	0.66 (0.50)	-0.10 (-0.05)	-0.09 (-0.02)	0.99 (0.99)
11. การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น	4.76 (5.02)	0.64 (0.50)	-0.06 (-0.05)	-0.16 (0.01)	0.98 (0.99)

หมายเหตุ: ค่าที่นอกวงเล็บเป็นกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว ส่วนค่าที่อยู่ในวงเล็บเป็นกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน

จากตาราง 30 ผู้วิจัยพิจารณาพบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวในกลุ่มวัยรุ่นนปากแห้ง เพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน มีค่า p-value ของค่าความเบ้และความโด่งมากกว่า .05 แสดงว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Kline, 2005: 50) ดังนั้นผู้วิจัยจึงถือว่าข้อมูลดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะจึงใช้ตัวแปรเหล่านั้นในการวิเคราะห์สมมติฐานวิจัยที่ 2 ต่อไปได้

1.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต

ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกต ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงโดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัว (bivariate relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ศึกษา ดังตาราง 31



ตาราง 31 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตในกลุ่มย่อยตามประเภทปากแห้งเพดานโหว่

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. การแสดงอาการ	1	-.63** (-.69**)	-.35** (-.50**)	-.52** (-.64**)	-.03 (.14)	-.03 (-.12)	-.33** (-.53**)	-.22** (-.01)	-.04 (-.36**)	-.16* (.09)	-.00 (.05)
2. การทำหน้าที่ของร่างกาย		1	.39** (.58**)	.57** (.70**)	.05 (-.03)	-.06 (.20)	.20* (.57**)	.09 (.08)	.08 (.43**)	.09 (.09)	-.08 (-.03)
3. ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ			1	.66** (.57**)	.06 (-.07)	.05 (.07)	.38** (.53**)	.18* (.02)	.08 (.24)	-.02 (-.00)	-.08 (-.14)
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม				1	.16* (.03)	.09 (.12)	.58** (.70**)	.27** (.00)	.22** (.50**)	.17* (.14)	.02 (-.00)
5. ความสามารถฟื้นตัว					1	.52** (.52**)	.22** (-.15)	.35** (.10)	.39** (.11)	.41** (.39**)	.32** (.15)
6. การยอมรับชีวิตตน						1	.22** (.07)	.44** (.37**)	.49** (.26*)	.60** (.55**)	.45** (.33**)
7. การมองโลกในแง่ดี							1	.44** (.08)	.32** (.41**)	.23** (.06)	.10 (-.07)
8. การรับรู้ความสามารถจัดการความเครียด								1	.52** (.13)	.42** (.45**)	.37** (.27*)

ตาราง 31 (ต่อ)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9. การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา									1	.59** (.36**)	.48** (.30*)
10. การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน										1	.65** (.52**)
11. การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับวัยรุ่น											1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หมายเหตุ: ค่าที่นอกวงเล็บเป็นกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว ส่วนค่าที่อยู่ในวงเล็บเป็นกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน

จากตาราง 31 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่เป็นองค์ประกอบของตัวแปรแฝงแต่ละตัวนั้นในกลุ่มย่อยประเภทของปากแห้งเพดานโหว่ พบว่า ตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและสองด้าน ตัวแปรการแสดงอาการมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางลบกับตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกาย ตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และตัวแปรความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ โดยกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวในแต่ละคู่ เท่ากับ -.69, -.64, และ -.50 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดในกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว คือ ตัวแปรความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพกับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รองลงมาคือ ตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกายกับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยแต่ละคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .69 และ .57 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ กลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดคือ ตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกายกับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รองลงมาคือ ตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกายกับตัวแปรความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ โดยแต่ละคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .70 และ .58 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับตัวแปรแฝงความหุนหันในตัวในกลุ่มย่อย พบว่า ตัวแปรความสามารถฟื้นตัวกับตัวแปรการยอมรับชีวิตตนมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในช่วง .52 ถึง .52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตของกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิตกับตัวแปรสังเกตแต่ละตัวในตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาแต่ละคู่ความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบ โดยกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.03 ถึง .58 ส่วนกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.01 ถึง .70 คู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด คือ ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีกับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .58 และ .70 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รองลงมาคือ ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีกับตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกาย ในกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .57 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการจัดการความเครียดกับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านในแต่ละคู่ แต่ตัวแปรที่ศึกษาคู่อื่นมีลักษณะตรงกันข้าม

ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตของกลุ่มตัวแปรประสบการณ์ทางสังคมกับตัวแปรสังเกตแต่ละตัวในตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาแต่ละคู่มีความสัมพันธ์ทั้งทางบวกและทางลบ โดยกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.00 ถึง .22 ส่วนกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -0.00 ถึง .50 คู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุด คือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดากับตัวแปรการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .22 และ .50 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รองลงมาคือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดากับตัวแปรการทำหน้าที่ของร่างกาย ในกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .43 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดากับตัวแปรสังเกตของตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวในแต่ละคู่ แต่ตัวแปรที่ศึกษาคู่อื่นมีลักษณะตรงกันข้าม

ในการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตในกลุ่มตัวแปรแฝงลักษณะทางจิตและกลุ่มตัวแปรประสบการณ์ทางสังคม ผู้วิจัยพบว่า ตัวแปรที่ศึกษาแต่ละคู่มีความสัมพันธ์ทางบวกทั้งหมด โดยกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .10 ถึง .65 ตัวแปรที่ความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนกับตัวแปรการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับวัยรุ่น ส่วนกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .07 ถึง .55 ตัวแปรที่ความสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองกับตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการศึกษากลุ่มย่อยประเภทของปากแห้งเพดานโหว่ ได้ผลสรุปจากตาราง 23 ว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงและสามารถใช้ตัวแปรสังเกตเหล่านี้วิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มย่อยต่อไปได้ ซึ่งปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (multicollinearity) ระหว่างตัวแปรสังเกตเกิดขึ้นเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าสูงมากกว่า .85 (Kline. 2005: 56)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัยที่ 2 ผลการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน

การวิเคราะห์ทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 2 (หน้า 82) ว่า “ค่าเฉลี่ยและขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ที่ใช้อธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นที่มีปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นที่มีปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน มีความแตกต่างกัน” ผู้วิจัยนำแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มรวมที่มีการปรับรูปแบบของแบบจำลองให้มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ 2.2 มาเป็นแบบจำลองตั้งต้น (หน้า 164-165) มาทำการวิเคราะห์แบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างสองกลุ่มย่อย คือ กลุ่มวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้านพร้อมกัน ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์กลุ่มพหุ (multiple-group analysis) ผู้วิจัยทดสอบตามแนวทางวิเคราะห์ 3 ขั้นตอนของไคลน์ (Kline. 2011: 252-253, 288-289) ได้แก่

- 1) การเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของรูปแบบ (configural invariance)
- 2) การเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของการวัดตัวแปรแฝง (construct-level metric invariance)
- 3) การเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝง (structural relationship invariance)

ในแต่ละเงื่อนไขพิจารณาจากผลต่างค่าไคสแควร์ ($\Delta\chi^2$) เทียบกับผลต่างองศาความเป็นอิสระ (Δdf) ถ้าไม่มีนัยสำคัญก็แสดงว่าเงื่อนไขนั้นในแบบจำลองทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน และผู้วิจัยใช้ดัชนีตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การพิจารณา (Kelloway.1998: 27-28; Diamantopoulos; & Siguaw. 2000: 82-88)

ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว (กลุ่ม 1) และกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน (กลุ่ม 2)

ลำดับการวิเคราะห์	χ^2	df	p-value	RMSEA	NNFI	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf
ขั้นที่ 1: ไม่มีการกำหนดเงื่อนไขให้แบบจำลองเหมือนกันระหว่างกลุ่ม	91.11	75	.09	.04	.98	.98	-	-
ขั้นที่ 2: แบบจำลองขั้นที่ 1 และเพิ่มเงื่อนไขให้ค่าสป. น้ำหนักองค์ประกอบของทุกตัวแปรสังเกตเท่ากัน	100.05	79	.05	.04	.97	.98	8.94 (ขั้น 2-1)	4 (ขั้น 2-1)
ขั้นที่ 3: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงทุกตัวเท่ากัน	122.63	87	.00	.06	.96	.97	22.58** (ขั้น 3-2)	8 (ขั้น 3-2)
ขั้นที่ 3.1: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนเท่ากัน	103.52	80	.04	.05	.97	.98	3.47 (ขั้น 3.1-2)	1 (ขั้น 3.1-2)
ขั้นที่ 3.2: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับวัยรุ่น ที่มีต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนเท่ากัน	103.33	80	.04	.05	.97	.98	3.28 (ขั้น 3.2-2)	1 (ขั้น 3.2-2)
ขั้นที่ 3.3: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดเท่ากัน	103.23	80	.04	.05	.97	.98	3.18 (ขั้น 3.3-2)	1 (ขั้น 3.3-2)
ขั้นที่ 3.4: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนเท่ากัน	107.80	80	.02	.05	.97	.98	7.75**	1

ตาราง 32 (ต่อ)

ลำดับการวิเคราะห์	χ^2	df	p-value	RMSEA	NNFI	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf
แปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีเท่ากัน							(ขั้น 3.4-2)	(ขั้น 3.4-2)
ขั้นที่ 3.5: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนที่มีต่อความหยุนตัวเท่ากัน	101.18	80	.05	.04	.97	.98	1.13 (ขั้น 3.5-2)	1 (ขั้น 3.5-2)
ขั้นที่ 3.6: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรความหยุนตัวที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดเท่ากัน	102.27	80	.04	.05	.97	.98	2.22 (ขั้น 3.6-2)	1 (ขั้น 3.6-2)
ขั้นที่ 3.7: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีเท่ากัน	104.70	80	.03	.05	.97	.98	4.65* (ขั้น 3.7-2)	1 (ขั้น 3.7-2)
ขั้นที่ 3.8: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรการมองโลกในแง่ดีที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากัน	102.68	80	.04	.05	.97	.98	2.63 (ขั้น 3.8-2)	1 (ขั้น 3.8-2)
ขั้นที่ 4: แบบจำลองขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้อิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงทุกตัวเท่ากัน ยกเว้น	112.56	85	.02	.05	.96	.97	12.51 (ขั้น 4-2)	6 (ขั้น 4-2)
- อิทธิพลระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดี - อิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดี								

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05: ค่าไคสแควร์ที่ df(1)=3.841, df(4)=9.488, df(6)=12.592, df(8)=15.507

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01: ค่าไคสแควร์ที่ df(1)=6.635, df(4)=13.277, df(6)=16.812, df(8)=20.090

จากตาราง 32 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน พบว่าในขั้นที่ 1 คือการวิเคราะห์โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มมีความเท่ากัน ดัชนีความกลมกลืนเกือบทุกดัชนี แสดงว่า แบบจำลองที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองของทั้งสองกลุ่มเท่าเทียมกัน แต่อาจแตกต่างกันที่โมเดลการวัดของตัวแปรแฝง

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของการวัดตัวแปรแฝงในแบบจำลองระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน พบว่า ผลต่างของไคสแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นที่ 2 กับขั้นที่ 1 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\Delta X^2 = 8.94$, $\Delta df = 4$) แสดงว่าโมเดลการวัดของตัวแปรแฝงทุกตัวในแบบจำลองทั้งสองกลุ่มเท่าเทียมกัน แต่อาจแตกต่างกันที่อิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝง

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบความเท่าเทียมกันของอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน พบว่า ผลต่างของไคสแควร์ระหว่างแบบจำลองในขั้นที่ 3 กับขั้นที่ 2 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($\Delta X^2 = 22.58$, $\Delta df = 8$) แสดงว่ามีอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงอย่างน้อย 1 อิทธิพลที่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มย่อย ผลการทดสอบพบความแตกต่าง 2 อิทธิพล ได้แก่ 1) อิทธิพลระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดี ($\Delta X^2 = 7.75$, $\Delta df = 1$) ในสองกลุ่มย่อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) อิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดี ($\Delta X^2 = 4.65$, $\Delta df = 1$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และสรุปผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านดังขั้นที่ 4 ว่าแบบจำลองของสองกลุ่มย่อยมีรูปแบบและการวัดตัวแปรแฝงทุกตัวเท่าเทียมกัน แต่มีอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝง 2 อิทธิพลที่แตกต่างกัน ($\Delta X^2 = 12.51$, $\Delta df = 6$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ด้านเดียวเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน

ตัวแปรแฝง	$\Delta\bar{X}$	SE	t-value
การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น	0.26	0.09	2.84**
การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา	0.26	0.10	2.61**
การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน	-0.01	0.07	-0.10
ความหยิ่งตัว	0.00	0.05	0.01
การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด	-0.20	0.20	-0.97
การมองโลกในแง่ดี	-0.46	0.16	-2.89**
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	0.04	0.05	0.68

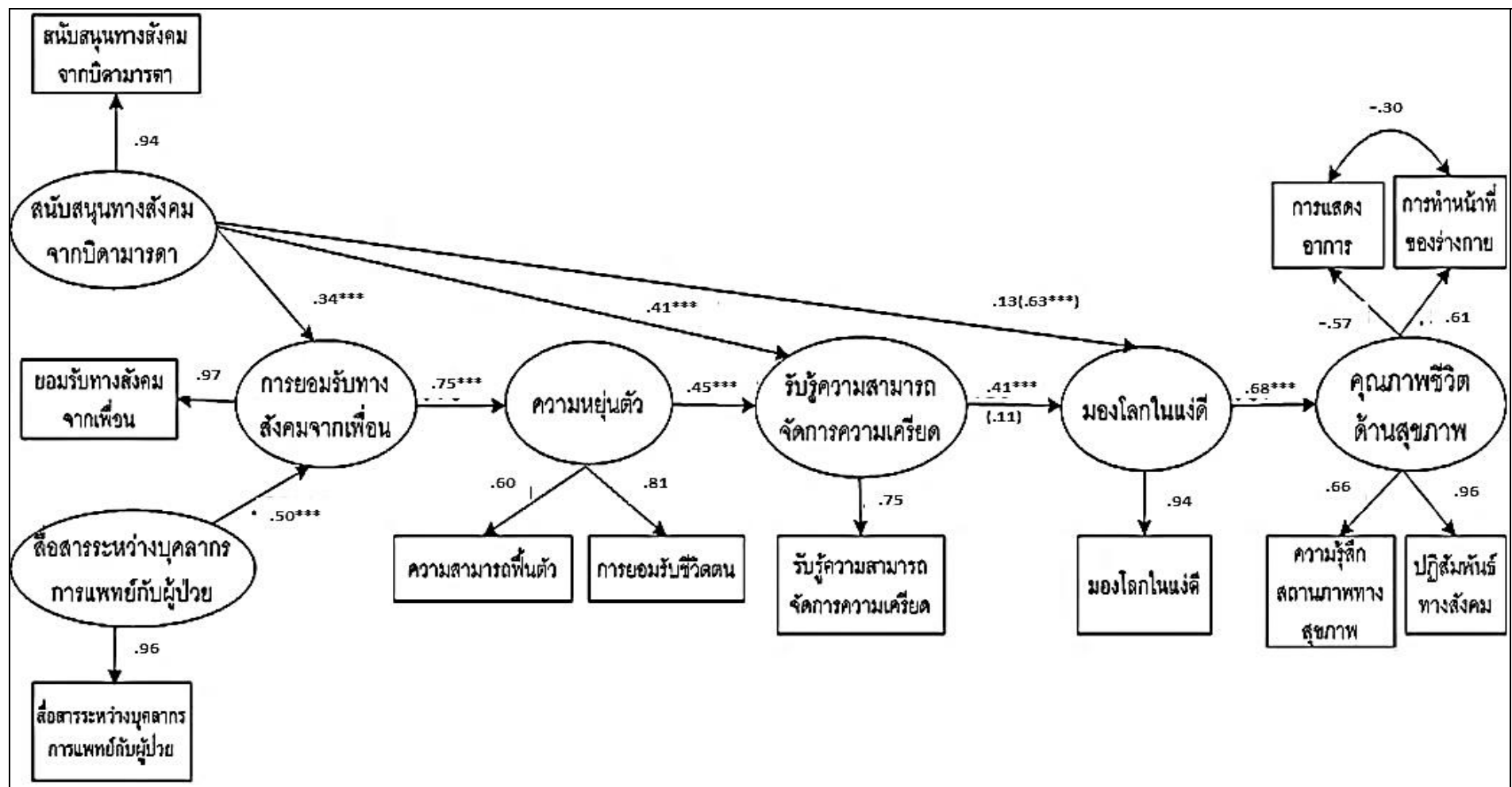
* t-value > 1.96 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** t-value > 2.58 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 33 แสดงผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงระหว่างกลุ่มประเภทปากแห้งเพดานโหว่ ในการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวเป็นกลุ่มฐานและให้กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นถ้าผลต่างเป็นค่าบวกแสดงว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว แต่ถ้าเป็นค่าลบแสดงว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงต่ำกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว ผลการทดสอบพบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ตัวแปรคือ 1) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว ($\Delta\bar{X} = 0.26$) 2) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว ($\Delta\bar{X} = 0.26$) และ 3) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน ($\Delta\bar{X} = -0.46$)

ตาราง 34 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน

รูปแบบโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล	$\Delta\chi^2$	Δdf	p-value	RMSEA	SRMR	NNFI	CFI	CAIC
เกณฑ์พิจารณา	ไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ		>.05	<.08	<.08	>.90	>.90	$CAIC_{model} < CAIC_{saturated}$
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม	114.16	81	.00	.06	.07	.96	.97	581.23 < 844.56

จากภาพประกอบ 10 และตาราง 34 เป็นแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มย่อยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มย่อยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านที่ผ่านการทดสอบความเท่าเทียมกันทั้งโครงสร้างความสัมพันธ์และค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝง พบว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์



ภาพประกอบ 10 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานแบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น
ปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวจำนวน 157 คน (ค่านอกวงเล็บ) และกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านจำนวน 64 คน (ค่าในวงเล็บ)
หมายเหตุ *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์ที่มีค่าเดียว คือ ค่าสัมประสิทธิ์ที่เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect: IE) อิทธิพลทางรวม (Total effect: TE) ของตัวแปรสาเหตุที่มีผล
ต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R^2) ในกลุ่มวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว
157 คน

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล														
	การยอมรับทางสังคม จากเพื่อน			ความหยิ่งตัว			รับรู้ความสามารถจัดการ ความเครียด			มองโลกในแง่ดี			คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
1. สื่อสารระหว่างบุคลากร ทางการแพทย์กับวัยรุ่น	.50 (.52)***	- (.52)***	.50 (.52)***	- (.24)***	.38 (.24)***	.38 (.24)***	- (.34)***	.15 (.34)***	.15 (.34)***	- (.10)**	.06 (.10)**	.06 (.10)**	- (.03)*	.04 (.03)*	.04 (.03)*
2. สนับสนุนจากบิดามารดา	.34 (.33)***	- (.33)***	.34 (.33)***	- (.16)***	.26 (.16)***	.26 (.16)***	.41 (.76)***	.04 (.21)***	.45 (.97)***	.13 (.21)	.19 (.27)***	.32 (.48)***	- (.14)**	.21 (.14)**	.21 (.14)**
3. ยอมรับทางสังคมจากเพื่อน	-	-	-	.75 (.47)***	-	.75 (.47)***	-	.29 (.65)***	.29 (.65)***	-	.12 (.19)**	.12 (.19)**	-	.08 (.05)**	.08 (.05)**
4. ความหยิ่งตัว	-	-	-	-	-	-	.45 (1.39)***	-	.45 (1.39)***	-	.16 (.40)**	.16 (.40)**	-	.10 (.11)**	.10 (.11)**
5. ความสามารถจัดการ ความเครียด	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.41 (.29)***	-	.41 (.29)***	-	.26 (.08)***	.26 (.08)***
6. มองโลกในแง่ดี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.68 (.29)***	-	.68 (.29)***
R^2	.56			.56			.39			.25			.41		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

๘

หมายเหตุ: ค่าที่นอกวงเล็บเป็นคะแนนมาตรฐาน ค่าที่อยู่ในวงเล็บเป็นคะแนนดิบ และ ค่าที่ขีดเส้นใต้เป็นค่าสัมประสิทธิ์ที่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง (Direct effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect: IE) อิทธิพลทางรวม (Total effect: TE) ของตัวแปรสาเหตุที่มีผล
ต่อตัวแปรผลและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสองของตัวแปร (Squared Multiple Correlation: R^2) ในกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน
64 คน

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล														
	การยอมรับทางสังคม จากเพื่อน			ความหยิ่งตัว			รับรู้ความสามารถจัดการ ความเครียด			มองโลกในแง่ดี			คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
1. สื่อสารบุคลากร การแพทย์กับวัยรุ่น	.50	-	.50	-	.38	.38	-	.15	.15	-	.06	.06	-	.05	.05
	(.52)***		(.52)***		(.24)***	(.24)***		(.34)***	(.34)***		(.12)**	(.12)**		(.03)**	(.03)**
2. สนับสนุนจากบิดา มารดา	.34	-	.34	-	.26	.26	.41	.04	.45	.63	.29	.92	-	.48	.48
	(.33)***		(.33)***		(.16)***	(.16)***	(.76)***	(.21)**	(.97)***	(1.14)***	(.34)***	(1.48)***		(.33)***	(.33)***
3. ยอมรับทางสังคมจาก เพื่อน	-	-	-	.75	-	.75	-	.29	.29	-	.12	.12	-	.10	.10
				(.47)***		(.47)***		(.65)***	(.65)***		(.22)**	(.22)**		(.06)**	(.06)**
4. ความหยิ่งตัว	-	-	-	-	-	-	.45	-	.45	-	.17	.17	-	.13	.13
							(1.39)***		(1.39)***		(.48)**	(.48)**		(.14)**	(.14)**
5. ความสามารถจัดการ ความเครียด	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.11	-	.11	-	.08	.08
										(.35)		(.35)		(.10)***	(.10)***
6. มองโลกในแง่ดี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.68	-	.68
													(.29)***		(.29)***
R ²	.56			.56			.39			.33			.59		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

หมายเหตุ: ค่าที่นอกวงเล็บเป็นคะแนนมาตรฐาน ค่าที่อยู่ในวงเล็บเป็นคะแนนดิบ และ ค่าที่ขีดเส้นใต้เป็นค่าสัมประสิทธิ์ที่มีความแตกต่างกันระหว่างทั้ง

จากภาพประกอบ 10 และตาราง 35-36 เป็นแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองของแต่ละกลุ่มย่อยประเภทปากแห้งเพดานโหว่ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงเกือบทุกตัวในแบบจำลองเชิงเหตุของทั้งสองกลุ่มมีค่าเท่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝง 2 คู่ในแบบจำลองที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน (ค่าอิทธิพลเท่ากับ .63 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว (ค่าอิทธิพลเท่ากับ .13) และค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว (ค่าอิทธิพลเท่ากับ .41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001) มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน (อิทธิพลเท่ากับ .11)

เมื่อพิจารณาค่าอำนาจในการทำนายตัวแปรตามหรือตัวแปรผลในกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวกับกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน ปรากฏผลดังตาราง 35-36 ดังนี้

- 1) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นและการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาสามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนได้ร้อยละ 56 เท่ากันทั้งสองกลุ่มย่อย
- 2) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนสามารถอธิบายความแปรปรวนของความหยุนตัวได้ร้อยละ 56 เท่ากันทั้งสองกลุ่มย่อย
- 3) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และความหยุนตัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดได้ร้อยละ 39 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม
- 4) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน ความหยุนตัว และการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดสามารถอธิบายความแปรปรวนของการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวได้ร้อยละ 25 และกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านได้ร้อยละ 33
- 5) การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน ความหยุนตัว การรับรู้ความสามารถของตนในการ

จัดการความเครียด และการมองโลกในแง่ดีสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวได้ร้อยละ 41 และกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านได้ร้อยละ 59

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในวัตถุประสงค์วิจัยที่ 5 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกต่างกัน

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปรและผลการทดสอบสมมติฐานวิจัยที่ 3 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวที่มีระดับแตกต่างกันได้แก่ เพศและระดับเศรษฐกิจของครอบครัว ตามสมมติฐานการวิจัยที่ 3 ว่า “วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงและมีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีลักษณะตรงข้าม” จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับเศรษฐกิจของครอบครัวของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ผู้วิจัยนิยามระดับเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง ฐานะทางการเงินในครอบครัวของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ เกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจของครอบครัวนำมาจากแบบวัดของ งามตา วณิชทานนท์ และคนอื่นๆ (2545) พิจารณาจากคำตอบเกี่ยวกับปริมาณรายได้ทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือนร่วมกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ใช้จ่ายจากเงินรายได้ดังกล่าว ซึ่งแสดงว่า ครอบครัวที่มีปริมาณรายได้น้อยแต่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวใช้จ่ายเงินรายได้มาก จัดเป็นครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำ ส่วนครอบครัวที่มีปริมาณรายได้มากแต่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวใช้จ่ายเงินรายได้น้อยจัดเป็นครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจสูง

จากผลการวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลระดับเศรษฐกิจของครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างรวม 221 คน พบว่า ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวสูงสุด คือ วัยรุ่นจำนวน 23 คนหรือร้อยละ 10.4 ที่อยู่ในครอบครัวมีรายได้เดือนละ 29,921 บาทขึ้นไปและมีจำนวนสมาชิก 2-4 คน ส่วนระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำสุด คือ วัยรุ่นจำนวน 4 คนหรือร้อยละ 1.8 ที่อยู่ในครอบครัวมีรายได้เดือนละ 1,000 บาทถึง 7,000 บาทและมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป ดังตาราง 37

ตาราง 37 แสดงจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำแนกตามระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

รายได้รวมต่อเดือน	จำนวนสมาชิกในครอบครัว			รวม
	2-4 คน	5-6 คน	≥ 7 คน	
1,000 บาทถึง 7,000 บาท	38 (17.20%)	12 (5.40%)	4 (1.80%)	54 (24.50%)
7,001 บาทถึง 29,920 บาท	108 (48.90%)	26 (11.80%)	3 (1.30%)	137 (62.00%)
29,921 บาทขึ้นไป	23 (10.40%)	6 (2.70%)	1 (0.40%)	30 (13.50%)
รวม	169 (76.50%)	44 (19.90%)	8 (3.60%)	221 (100%)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ลักษณะข้อมูลในระดับเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า ค่าเฉลี่ยของรายได้รวมต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท และค่าเฉลี่ยของจำนวนสมาชิกในครอบครัวเท่ากับ 3.95 คน พิสัยอยู่ระหว่าง 2-10 คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาค่าเฉลี่ยของข้อมูลมาเป็นเกณฑ์และปรับระดับรายได้ของครอบครัวเป็น 4 กลุ่มใหม่ดังตาราง 38 เพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับเศรษฐกิจของครอบครัวมีมากเพียงพอจะทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 3 ต่อไป

ตาราง 38 แสดงจำนวนและร้อยละของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำแนกตามระดับเศรษฐกิจของครอบครัว (ปรับใหม่)

รายได้รวมต่อเดือน	จำนวนสมาชิกในครอบครัว		รวม
	2-4 คน	5-10 คน	
รายได้ต่ำกว่า 10,000 บ	94 (42.50%)	30 (13.60%)	124 (56.10%)
รายได้ตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไป	77 (34.90%)	20 (9.00%)	97 (43.90%)
รวม	171 (77.0%)	50 (22.60%)	221 (100%)

จากตาราง 38 พบว่า ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวสูงสุด คือ วัยรุ่นจำนวน 77 คนหรือร้อยละ 34.9 ที่อยู่ในครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปและมีจำนวนสมาชิก 2-4 คน ส่วนระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำสุด คือ วัยรุ่นจำนวน 30 คนหรือร้อยละ 13.6 ที่อยู่ในครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทและมีจำนวนสมาชิก 5-10 คน

ตาราง 39 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน จำแนกตามเพศและระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

ระดับเศรษฐกิจของ ครอบครัว	เพศ						รวม		
	ชาย			หญิง					
	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD	N
รายได้ต่ำกว่า 10,000 บ. ต่อ 5-10 คน	69.61	6.25	13	69.17	12.21	17	69.36	9.92	30
รายได้ต่ำกว่า 10,000 บ. ต่อ 2-4 คน	74.21	11.22	55	72.76	12.09	39	73.61	11.55	94
รายได้ตั้งแต่ 10,001 บ. ขึ้นไปต่อ 5-10 คน	76.77	7.66	9	72.00	13.31	11	74.15	11.13	20
รายได้ตั้งแต่ 10,001 บ. ขึ้นไปต่อ 2-4 คน	74.41	8.73	43	77.58	10.84	34	75.81	9.78	77
รวม	73.98	9.73	120	73.70	12.05	101	73.85	10.83	221

ตาราง 39 ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงและมีรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน เป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศชายและมีรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน ถัดมาคือ กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศชายและมีรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 77.58, 76.77 และ 74.41 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงและมีรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.17

2. การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัยที่ 3 ผลการเปรียบเทียบวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงและมีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีลักษณะตรงข้าม

2.1 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีเพศและระดับเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน

ตาราง 40 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมที่มีเพศและระดับเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
เพศ	1	28.145	28.145	.244	.622
ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว	3	953.602	317.867	2.758*	.043
ปฏิสัมพันธ์	1	353.075	117.692	1.021	.384
ความคลาดเคลื่อน	213	24552.108	115.268		
รวม	221				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 40 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน โดยพิจารณาตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร คือ เพศกับระดับเศรษฐกิจของครอบครัว 1) ไม่พบว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างจากวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศชาย 2) พบว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการเปรียบเทียบพหุคูณรายคู่ต่อไป และ 3) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศและระดับเศรษฐกิจของครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวม

ตาราง 41 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมที่มีระดับเศรษฐกิจครอบครัวต่างกันเป็นรายคู่

ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อ 5-10 คน	ต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อ 2-4 คน	ตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปต่อ 5-10 คน	ตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปต่อ 2-4 คน
		69.36	73.61	74.15	75.81
ต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อ 5-10 คน	69.36	-	-	-	-
ต่ำกว่า 10,000 บ.ต่อ 2-4 คน	73.61	4.52	-	-	-
ตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปต่อ 5-10 คน	74.15	4.79	0.54	-	-
ตั้งแต่ 10,001 บ.ขึ้นไปต่อ 2-4 คน	75.81	6.45*	2.20	1.66	-

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 41 ผลการเปรียบเทียบพหุคูณรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ระหว่างระดับเศรษฐกิจของครอบครัว 4 ระดับที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวม จำนวน 221 คน พบว่า มีกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์ด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน โดยมีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเท่ากับ 75.81 และ 69.36 ตามลำดับ

จากตาราง 40-41 ผลการวิเคราะห์แสดงว่า ไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ที่ว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงและมีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีลักษณะตรงข้าม อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ พบว่าวัยรุ่นที่มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวสูงสุด มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำสุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งระดับเศรษฐกิจของครอบครัวพิจารณาจากรายได้ต่อเดือนเทียบกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่

แตกต่างกันนั้น เกิดจากความแตกต่างของตัวแปรอิสระใด ระหว่างรายได้ต่อเดือนกับจำนวนสมาชิกในครอบครัว

2.2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน

ผู้วิจัยมีสมมติฐานเพิ่มเติมว่า “วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกัน” การทดสอบสมมติฐานนี้ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตาราง 42 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน จำแนกตามรายได้ครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว

รายได้ต่อเดือน ของครอบครัว	จำนวนสมาชิกในครอบครัว						รวม		
	2-4 คน			5-10 คน					
	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD	N
ต่ำกว่า 10,000 บาท ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป	73.61	11.55	94	69.36	9.92	30	72.58	11.29	124
	75.81	9.78	77	74.15	11.13	20	75.47	10.03	97
รวม	74.60	10.81	171	71.28	10.58	50	73.85	10.83	221

ตาราง 42 ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน เป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน ถัดมาคือ กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยที่สุด คือ กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทและมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.81, 74.15, 73.61 และ 69.36 ตามลำดับ

ตาราง 43 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ในกลุ่มรวมที่มีรายได้ครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
รายได้ครอบครัว	1	456.094	456.094	3.97*	.047
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	1	327.501	327.501	2.854	.093
ปฏิสัมพันธ์	1	62.338	62.338	.543	.462
ความคลาดเคลื่อน	217	24905.184	114.770		
รวม	221				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 43 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ในกลุ่มรวมจำนวน 221 คน โดยพิจารณาตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปร คือ รายได้ของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1) พบว่าวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ไม่พบว่าวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน และ 3) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ในกลุ่มรวม

ผู้วิจัยสรุปจากการวิเคราะห์สมมติฐานวิจัยที่ 3 ได้ว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแปรปรวนไปตามตัวแปรรายได้ของครอบครัวเท่านั้น กล่าวคือ วัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท ไม่ว่าจะมีความสัมพันธ์ในครอบครัวเท่าใดก็ตาม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยระยะที่ 3

การวิจัยระยะที่ 3 นี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 6 เพื่อค้นหากระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์ จากการวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยพบว่าประเภทปากแห้งเพดานโหว่มีอิทธิพลต่อปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวต่างกันเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันด้วย ผู้วิจัยต้องการศึกษาข้อมูลรายละเอียดเชิงลึกของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพิ่มเติมจากปัจจัยเชิงเหตุในแบบจำลอง 1) เพื่อยืนยันผลที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณในวิจัยระยะที่ 2 ด้วยการตรวจสอบสามเส้าตามวิธีการวิจัยต่างกัน (methodology triangulation) 2) เพื่อค้นหา ตัวแปรหรือเงื่อนไขที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อันเป็นข้อมูลรายละเอียดครอบคลุมนอกเหนือจากการทบทวนวรรณกรรม และ 3) เพื่ออธิบายเชิงลึกของกระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ด้วยเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยไม่สามารถใช้วิธีวิจัยเพียงอย่างเดียวมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จึงใช้ผสมผสานวิธีวิจัยในการศึกษาค้างนี้ ซึ่งความเชื่อมโยงมาสู่ระยะที่ 3 ด้วยการศึกษาลายกรณี (multiple case study) จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 คนแบ่งเป็นวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและต่ำในวิจัยระยะที่ 2 จำนวน 8 คนและผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 8 คน ดังตาราง 10 (หน้า 109)

การวิเคราะห์ข้อมูลระยะนี้ดำเนินการหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในแต่ละวัน ผู้วิจัยเรียบเรียงบทสัมภาษณ์และเขียนรายละเอียดของบทสัมภาษณ์ออกมาทันที เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาช่วยปรับแนวคิด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และความครบถ้วนหรือขาดหายของข้อมูลก่อนเก็บข้อมูลต่อไป ผู้วิจัยมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวทางของสตรูทท์ และอ้อมเดือน สดมณี (2549: 63-85) และเบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกซ์ และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (2552: 37-39) ดังนี้

1) การจัดระบบข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลดิบที่เก็บจากสนามวิจัยมาจัดรูปให้เหมาะสมก่อน โดย ผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์และสังเกตที่จดบันทึกด้วยลายมือพร้อมบันทึกเสียงไว้มาทำการถอดบทสัมภาษณ์แล้วจัดพิมพ์ในรูปแบบไฟล์เอกสารสำหรับการอ่านวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยยังทำการจดบันทึกภาคสนาม (field notes) ให้ละเอียดเกี่ยวกับสถานการณ์ ปรากฏการณ์และกระบวนการทางสังคมที่เกิดขึ้นในภาคสนาม จากนั้นผู้วิจัยอ่านตรวจทานบทสัมภาษณ์และบันทึกสนามซ้ำหลายครั้งเพื่อให้ซึมซับข้อมูลและตั้งข้อสังเกตจากข้อมูลที่ได้มาประกอบการวิเคราะห์ แล้วจัดทำร่างสรุปข้อมูลหรือย่อประเด็นไว้บททวนซ้ำได้เข้าใจยิ่งขึ้น

2) การสร้างรหัส การแสดงข้อมูล และเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล เริ่มจากการลงรหัสข้อมูล (coding) ว่าข้อความไหนเกี่ยวข้องกับเรื่องอะไรเพื่อลดทอนหรือแยกย่อยข้อมูลให้อยู่ในรูป

ความคิดหรือสาระโดยสรุปซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดรหัสข้อมูลตั้งต้นจากปัญหาของการวิจัยและประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ หลังจากผู้วิจัยอ่านข้อมูลในรูปของบทสัมภาษณ์และบันทึกสนามแล้วพิจารณาลงรหัสกับข้อความที่ปรากฏหรือรวบรวมมาได้ เช่นจากปัญหาวิจัยที่ว่ากระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ได้อย่างไร ในปัญหาการวิจัยนี้มีรหัสหลัก 7 รหัสคือ “การยอมรับปากแห้งเพดานโหว่ของครอบครัว” “ทัศนคติต่อปากแห้งเพดานโหว่ของครอบครัว” “รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู” “การเข้าถึงการรักษาปากแห้งเพดานโหว่” “การรักษาพยาบาลปากแห้งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิด” “ความรุนแรงในโรงเรียน” และ “การเข้าร่วมสังคมในโรงเรียน” โดยแต่ละรหัสหลักมีรหัสย่อยดังตาราง 44 จากนั้น ผู้วิจัยจัดแสดงรหัสข้อมูลในรูปแบบตารางเปรียบเทียบรหัสข้อมูลเพื่อช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีความเที่ยงตรงมากขึ้น ดังตาราง 45-50 เมื่อผู้วิจัยลงรหัสข้อมูลแล้วได้ทำการค้นหาเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างรหัสข้อมูลแล้วจัดกระทำให้อยู่ในกลุ่มหรือประเด็นเดียวกันเพื่อใช้อ้างอิงหรืออธิบายความต่อไป จากปัญหาการวิจัยข้างต้นสามารถจัดรหัสข้อมูลได้ 4 หมวดหมู่คือ “การปรับตัวต่อปากแห้งเพดานโหว่ของครอบครัว” “การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว” “การดูแลรักษาพยาบาลวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิด” และ “การใช้ชีวิตในโรงเรียนของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่” ดังตาราง 44 ผู้วิจัยทำการเชื่อมโยงข้อมูลตามมโนทัศน์ (concept) แล้วเชื่อมโยงแนวคิดต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อหาแบบแผนความสัมพันธ์ แนวเรื่อง (theme) และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นที่นำมาสู่การแปลความและสร้างข้อสรุปต่อไป

3) การแปลความ สร้างข้อสรุป และพิสูจน์ข้อสรุป ผู้วิจัยพยายามทำความเข้าใจตีความ และแปลความหมาย (interpretation) ของข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดเข้าด้วยกัน เพื่อยกระดับการวิเคราะห์ให้สามารถอธิบายแต่ละรหัสข้อมูลโดยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น การวิเคราะห์ความหมายของการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูในสังคมวิทยาและจิตวิทยาที่มีเอกสารวิชาการและงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ที่นำมาเทียบเคียงกับข้อมูลที่ได้มาจากวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่และผู้ปกครองของวัยรุ่น ในท้ายที่สุด ผู้วิจัยได้ค้นพบมโนทัศน์ “การถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่” โดยมีอีกมโนทัศน์คือ “ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่” เป็นเงื่อนไขของกระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี จากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบข้อสรุปเพื่อยืนยันความถูกต้องของผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ ด้วยการให้คณาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทและนักวิจัยคุณภาพช่วยตรวจสอบความถูกต้องเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยมือแล้ว ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ATLAS.ti สำหรับช่วยในการลงรหัสและจัดหมวดหมู่ข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ด้วย

ตาราง 44 แสดงการสร้างรหัสข้อมูลย่อย รหัสข้อมูลหลัก การจัดหมวดหมู่ และมโนทัศน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

มโนทัศน์	หมวดหมู่	รหัสหลัก	รหัสย่อย
ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังของวัยรุ่น ปากแห้งเพดานโหว่	ลักษณะชีวสังคมของวัยรุ่นและ ผู้ปกครอง	วัยรุ่น	-ประเภทปากแห้งเพดานโหว่ -อายุ -เพศ -ศาสนา -ระดับการศึกษา -ภูมิลำเนา -ลำดับและจำนวนพี่น้อง
		ผู้ปกครองของวัยรุ่น	-ความเกี่ยวข้องกับวัยรุ่น -อายุ -ระดับการศึกษา
	สภาพทางสังคมของครอบครัว	ลักษณะโครงสร้างครอบครัว	-สถานภาพสมรสของพ่อแม่ -ประเภทของครอบครัว -จำนวนคนในครอบครัว
		สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม	-อาชีพของพ่อแม่ -ระดับรายได้ของครอบครัว
การถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวของ วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่	การปรับตัวต่อปากแห้งเพดานโหว่ของ ครอบครัว	การยอมรับปากแห้งเพดานโหว่ของ ครอบครัว	-อายุแม่เมื่อตั้งครรภ์ -กรรมพันธุ์ -ความรู้จักปากแห้งเพดานโหว่

ตาราง 44 (ต่อ)

มโนทัศน์	หมวดหมู่	รหัสหลัก	รหัสย่อย
			-ความคาดหวังก่อนคลอดลูก -อนุมานสาเหตุปากแหว่งเพดานโหว่ -ปฏิกริยาของพ่อแม่ -ปฏิกริยาของญาติ
		ทัศนคติต่อปากแหว่งเพดานโหว่ของครอบครัว	-ทัศนคติของผู้ปกครองและวัยรุ่น -การจัดการทัศนคติของผู้ปกครองและวัยรุ่น
	การอบรมเลี้ยงดูในครอบครัว	รูปแบบการอบรมเลี้ยงดู	-การอบรมเลี้ยงดูช่วงแรกคลอด -การอบรมเลี้ยงดูช่วงวัยรุ่น
	การดูแลรักษาพยาบาลวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิด	การเข้าถึงการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่	-การเดินทาง -ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่าย -อุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา
		การรักษาพยาบาลปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิด	-ประวัติอายุผ่าตัด -ประสบการณ์การรักษาพยาบาล -ความคาดหวังผลการรักษา
	การใช้ชีวิตในโรงเรียนของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่	ความรุนแรงในโรงเรียน	- ลักษณะความรุนแรง - การแก้ไขความรุนแรง - การป้องกันความรุนแรง
		การเข้าร่วมสังคมในโรงเรียน	-การคบเพื่อน -ผลการเรียน -การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน

ตาราง 45 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและต่ำในหมวดหมู่สภาพทางสังคมของครอบครัว

วัยรุ่นผู้ให้ข้อมูล	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง				คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ			
	อัน	มินต์	ฟลุค	บัว	บอล	ปาล์ม	ลี	นัด
ผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูล	แม่ของอัน	แม่ของมินต์	แม่ของฟลุค	แม่ของบัว	ลุงเขยของบอล	พ่อของปาล์ม	แม่ของลี	พ่อของนัด
สถานภาพสมรสของพ่อแม่	ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน	ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน	ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน	ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน	แยกกันอยู่ 3 ปีแล้ว หย่าร้าง 2 ปี	ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน	ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน	หย่าร้าง 12 ปี
ประเภทของครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว	ครอบครัวเดี่ยว	ครอบครัวเดี่ยว	ครอบครัวเดี่ยว	ครอบครัวขยาย	ครอบครัวขยาย	ครอบครัวเดี่ยว	ครอบครัวเดี่ยว
จำนวนคนในครอบครัว	4 คน	4 คน	4 คน	4 คน	7 คน (ตา ยาย ลุง ป้า ลูกลุง นัด น้องสาว)	5 คน (ย่า พ่อ แม่ ปาล์ม น้องสาว)	5 คน	2 คน
อาชีพของพ่อ	รปภ.ลูกจ้างรัฐ	ผอ.โรงเรียนรัฐ	ธุรกิจส่วนตัว	เจ้าพนักงานอบต.	ไม่เกี่ยวครอบครัว	รับเหมาก่อสร้าง	รับจ้างการเกษตร	รับจ้างก่อสร้าง
อาชีพของแม่	แม่บ้านลูกจ้างรัฐ	เจ้าพนักงานใน รพ.รัฐ	ธุรกิจส่วนตัว	ธุรกิจส่วนตัว	ลูกจ้างโรงงานที่ เกาหลี	ลูกจ้างในรพ.รัฐ	รับจ้างการเกษตร	ไม่เกี่ยวครอบครัว
ระดับรายได้ของครอบครัวโดยประมาณ	เงินเดือน 12,000 บาท	เงินเดือน 40,000 บาท	รายวัน 800 บาท	เงินเดือน 25,000 บาท	เงินเดือน 6,000 บาท	เงินเดือน 12,000 บาท	รายวัน 300 บาท	รายวัน 300 บาท

ตาราง 46 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและต่ำในหมวดหมู่การยอมรับปากแห่งเพดานโหว่ของครอบครัว

วัยรุ่นผู้ให้ข้อมูล	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง				คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ			
	อัน	มินต์	ฟลุค	บัว	บอล	ปาล์ม	ลี	นัด
ผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูล	แม่ของอัน	แม่ของมินต์	แม่ของฟลุค	แม่ของบัว	ลุงเขยของบอล	พ่อของปาล์ม	แม่ของลี	พ่อของนัด
อายุแม่ตั้งครรภ์	34 ปี	31 ปี	31 ปี	34 ปี	20 ปี	23 ปี	27 ปี	23 ปี
กรรมพันธุ์	มีรุ่นทวดเป็นปากแห้ง	ไม่ปรากฏ	พ่อของฟลุคเป็นปากแห้งด้านเดียวเย็บ	ญาติแม่เป็นปากแห้งเพดานโหว่ร่วมกับอาการอื่น	ไม่ปรากฏ	ไม่ปรากฏ	แม่ของลีเป็นปากแห้งด้านเดียวเย็บปิดแล้ว	ไม่ปรากฏ
ความรู้จักปากแห้งเพดานโหว่ก่อนคลอด	เคยเห็นรายการโทรทัศน์สมทบทุนช่วยผู้ป่วย	ไม่เคยสนใจ	ปิดแล้ว	ไม่เคยรู้จัก	เคยเห็นเด็กปากแห้งในหมู่บ้าน	เคยเห็นคนอื่นแต่ไม่สนใจ		ไม่เคยรู้จัก
ความคาดหวังลูกก่อนคลอด	หวังลูกชาย	หวังลูกปกติ	ลุ้นเสี่ยงลูกสาวไม่เป็นปากแห้ง	ไม่คาดหวัง	ไม่คาดหวัง	หวังลูกปกติ	หวังลูกไม่เป็นปากแห้ง	หวังลูกชาย
อนุมานสาเหตุปากแห้งเพดานโหว่หลังคลอด	-แม่คิดลูกทำบุญมาชาติก่อน -อันคิดกรรมพันธุ์	-แม่คิดลูกมีบุญน้อยและกรรมเก่า -มินต์คิดกรรมพันธุ์	-แม่กับฟลุคคิดกรรมพันธุ์	-แม่กับบัวคิดกรรมพันธุ์	ไม่มีข้อมูล	-พ่อคิดกรรมเวรจากพ่อตกปลา -ลูกไม่เคยคิด	-แม่คิดพระเจ้าให้มา -ลูกคิดโชคชะตาให้เป็นเหมือนแม่	-พ่อคิดลูกทำบาปมากชาติก่อนแล้วโดนสาป -ลูกคิดตามบุญกรรม
ปฏิกิริยาพ่อแม่หลังคลอด	-หอมแก้มข้าว -แม่ตกใจสงสัย -พ่อทำได้	-ยายกับพ่อแก้มข้าว -แม่ตกใจแต่ทำใจ -พ่อสงสัยลูก	-พยาบาลแก้มข้าว -แม่สงสัยแล้วทำใจยอมรับได้ -พ่อยอมรับได้	-หอมแก้มข้าว -แม่สงสัยเสียใจแล้วทำใจยอมรับ -พอลูกไม่สวย	-ลุงเขยสงสัยและกลัวเป็นปมด้อย	-หอมแก้มข้าว -แม่ตกใจ -พ่อเสียใจมากและซึมเศร้านาน	-หอมแก้มข้าว -แม่สงสัยมาก -พ่อยอมรับได้	-หอมแก้มข้าว -พ่อเสียใจและน้อยใจ
ปฏิกิริยาญาติหลังคลอด	-ตากับลุงป้าช่วยเหลือ -ญาติตกใจและสงสัยกรรมพันธุ์	-ยายสงสัยหลาน -ญาติสงสัยกรรมพันธุ์	-ป้าตายยายปลอบใจแม่ -ญาติสงสัยและบอกไม่รอดชีวิต	-ย่าเสียใจซัดตาย -ยายสงสัยหลาน -ญาติกับเพื่อนให้กำลังใจพ่อแม่	-ญาติใกล้ชิดปิดและสงสัยไม่รอดชีวิต	-ญาติใกล้ชิดตกใจ	-ป้าตายยายปลอบใจแม่ -ญาติใกล้ชิดสงสัย	-ตายายรังเกียจและตัดขาด -ย่ากับป้าสงสัย

ตาราง 47 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและต่ำในหมวดหมู่การเข้าถึงการรักษาปากแห้งเพดานโหว่

วัยรุ่นผู้ให้ข้อมูล	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง				คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ			
	อัน	มินต์	ฟลุค	บัว	บอล	ปาล์ม	ลี	นัด
ผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูล	แม่ของอัน	แม่ของมินต์	แม่ของฟลุค	แม่ของบัว	ลุงเขยของบอล	พ่อของปาล์ม	แม่ของลี	พ่อของนัด
ระยะเวลาจากบ้านถึงรพ.	1.5 ชั่วโมง	1.5 ชั่วโมง	2.5 ชั่วโมง	45 นาที	1 ชั่วโมง	2.5 ชั่วโมง	4 ชั่วโมง	3 ชั่วโมง
พาหนะเดินทาง	รถโดยสารสาธารณะ	รถยนต์ส่วนตัว	รถยนต์ส่วนตัว	รถยนต์ส่วนตัว	รถยนต์ส่วนตัว	รถยนต์ส่วนตัว	รถโดยสารสาธารณะ	รถโดยสารสาธารณะ
ค่ารักษาพยาบาล	-ค่าผ่าตัดครั้งที่ 1-2 ลดหย่อนจากรพศ. -ครั้งอื่นสิทธิบัตรทองจากใบส่งตัว -ค่าจัดฟันจากโครงการฯ	-ค่าผ่าตัดครั้งที่ 1 จ่ายเองในเอกชน -ครั้งอื่นสิทธิข้าราชการในรพ. -ค่าจัดฟันจากโครงการฯ	-ค่าผ่าตัดครั้งที่ 1-2 จ่ายเอง -ครั้งอื่นสิทธิบัตรทองจากใบส่งตัว -ค่าจัดฟันจากโครงการฯ	-ค่าผ่าตัดครั้งที่ 1 จ่ายเอง -ครั้งอื่นสิทธิบัตรทองจากใบส่งตัว -ค่าจัดฟันจากโครงการฯ	ตั้งแต่แรกเกิดเข้าโครงการฯจากใบส่งตัวมารพศ.	-ตั้งแต่แรกเกิดใช้สิทธิบัตรทองจากใบส่งตัวมารพศ. -ค่าจัดฟันจากโครงการฯ	-ค่าผ่าตัดครั้งที่ 1-2 ในรพศ. -ครั้งอื่นสิทธิบัตรทองจากใบส่งตัว -ค่าจัดฟันจากโครงการฯ	-ค่าผ่าตัดครั้งที่ 1 ได้ลดหย่อนจากรพศ. -ครั้งอื่นสิทธิบัตรทองจากใบส่งตัว -ค่าจัดฟันจากโครงการฯ
ค่าใช้จ่ายในการมารพ.แต่ละครั้ง	-ค่ารถกับอาหารรวม 250บ. -พ่อแม่ลางาน 1 วัน	-ค่าน้ำมันรถกับที่พัก -พ่อแม่ลางาน 2 วัน	-ค่าน้ำมันรถกับอาหารรวม 750บ. -พ่อแม่หยุดงาน 1 วัน	-ค่าน้ำมันรถกับอาหาร -พ่อแม่ลางาน 1 วัน	-ค่าจ้างรถ 600 บ. -ลุงหยุดงาน 1 วัน	-ค่าน้ำมันรถกับอาหาร 1,700 บ. -พ่อหยุดงาน 1 วัน	-ค่ารถกับอาหารรวม 840 บ. -ข้าวสาร 1 ถัง -แม่หยุดงาน 2 วัน	-ค่ารถกับอาหารรวม 600 บ. -พ่อหยุดงาน 1 วัน
อุปสรรคการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง	-หมอหลายคนและนัดทุกเดือน -รอหมอนาน	-หมอนัดฝึกพูดทุกเดือน ทำซ้ำๆ -ลางานหรือขาดเรียนบ่อย	หมอนัดวันเช้าทำให้ขาดเรียนวิชาเคมี	หมอนัดวันเช้าทำให้ขาดเรียนวิชาเคมี	ลุงคนเดียวดูแลทุกคนในบ้าน	ไม่มี	เดินทางไกล	พ่อมีรายได้น้อย เจ็บป่วยหนัก และเลี้ยงลูกคนเดียว

ตาราง 48 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและต่ำในหมวดหมู่ประสบการณ์การรักษาปากแห้งเพดานโหว่

วัยรุ่นผู้ให้ข้อมูล	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง				คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ			
	อัน	มินต์	ฟลุค	บัว	บอล	ปาล์ม	ลี	นัด
ผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูล	แม่ของอัน	แม่ของมินต์	แม่ของฟลุค	แม่ของบัว	ลุงเขยของบอล	พ่อของปาล์ม	แม่ของลี	พ่อของนัด
ประวัติอายุผ่าตัดปากแห้งเพดานโหว่	-2 เดือนเย็บริมฝีปาก -4 เดือนเย็บเพดาน -5 ปีทำจมูก -12 ปีปลูกกระดูก	-2 เดือนเย็บริมฝีปาก -5 เดือนเย็บเพดาน -4 ปีซ่อมเพดาน -14 ปีปลูกกระดูก	-1 ปีเย็บริมฝีปาก -3 ปีเย็บเพดาน -8 ปีซ่อมเพดาน -10 ปีปลูกกระดูก	-3 เดือนเย็บริมฝีปาก -1.5 ปีเย็บเพดาน -11 ปีปลูกกระดูก	-3 เดือนเย็บริมฝีปาก -1 ปีเย็บเพดาน -10 ปีซ่อมเพดาน -12 ปีซ่อมเพดาน -13 ปีปลูกกระดูก	-2 เดือนเย็บริมฝีปาก -4 ปีเย็บเพดาน -9 ปีซ่อมเพดาน	-2 เดือนเย็บริมฝีปาก -3 ปีเย็บเพดาน -18 ปีปลูกกระดูก	-6 เดือนเย็บริมฝีปาก -2 ปีเย็บเพดาน -10 ปีซ่อมเพดาน -14 ปีปลูกกระดูก
ประสบการณ์เข้ารับการรักษาผ่าตัด	-อันชินผ่าตัดบ่อย -ครอบครัวนอนเฝ้า -เพื่อนมาเยี่ยมรพ.	-มินต์กลัวผ่าตัด -ครอบครัวนอนเฝ้า -เพื่อนมาเยี่ยม	-ฟลุคใจถึงและเชื่อใจหมอ -ครอบครัวนอนเฝ้า	-บัวตื่นตื่นผ่าตัด -ครอบครัวนอนเฝ้า	-บอลชินผ่าตัด -แม่หรือลุงนอนเฝ้า	-ปาล์มจำไม่ได้ -ย่านอนเฝ้า	-ลีเฉยๆกับผ่าตัด -แม่นอนเฝ้า	-นัดเฉยๆกับผ่าตัด -พ่อนอนเฝ้า
ประสบการณ์หมอนัดรักษา	-พ่อแม่พาลูกมาตามนัดทุกครั้ง -หมอฝึกพูด 5 ปี -แม่พูดคุยกับคนอื่นที่เหมือนกัน	-พ่อแม่พาลูกมาตามนัดทุกครั้ง -หมอฝึกพูด 10 ปี -พ่อแม่แนะนำคนอื่นที่เหมือนกัน	-พ่อแม่พาลูกมาตามสะดวก -หมอฝึกพูด 2 ครั้ง -แม่กับฟลุคเห็นคนอื่นที่เหมือนกัน	-พ่อแม่พาลูกมาตามสะดวก -หมอฝึกพูด 10 ปี -บัวรักษาหัดบ่อย -แม่แนะนำญาติกับคนอื่นที่เหมือนกัน	-ลุงพาหลานมาตามนัดทุกครั้ง -หมอฝึกพูด -ลุงเห็นคนอื่นที่เหมือนกัน	-พ่อพาลูกมาตามนัดทุกครั้ง -หมอไม่เคยฝึกพูด -ปาล์มรักษาหัด -พอกับปาล์มไม่พูดคุยคนอื่น	-แม่พาลูกมาตามสะดวก -หมอฝึกพูด -แม่พูดคุยกับคนอื่นที่เหมือนกัน	-พ่อพาลูกมาตามสะดวก -หมอฝึกพูด 2 ครั้ง -พอกับคนอื่นที่เหมือนกัน
ความคาดหวังผลการรักษา	-อันพอใจปัจจุบัน -แม่แล้วแต่หมอ	-มินต์หวังสวยกว่าปัจจุบัน -แม่หวังผลดีขึ้นเรื่อยๆ	-ฟลุคหวังพูดชัด แผลจางและจมูกตรงเป็นปกติ -แม่แล้วแต่ลูก	-บัวหวังแก้ไขจมูกกับริมฝีปาก -แม่แล้วแต่หมอ	-บอลหวังพูดชัด -ลุงหวังหมอทำให้เหมือนปกติได้	-ปาล์มหวังเหมือนคนอื่น -พ่อหวังให้ดูดีกว่าปัจจุบัน	-ลีหวังแก้ไขจมูก ริมฝีปากและฟัน -แม่แล้วแต่หมอ	-นัดพอใจปัจจุบัน -พ่อพอใจและดี้นหวัง

ตาราง 49 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและต่ำในหมวดหมู่ความรุนแรงในโรงเรียน

วัยรุ่นผู้ให้ข้อมูล	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง				คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ			
	อัน	มินต์	ฟลุค	บัว	บอล	ปาล์ม	ลี	นัด
ผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูล	แม่ของอัน	แม่ของมินต์	แม่ของฟลุค	แม่ของบัว	ลุงเขยของบอล	พ่อของปาล์ม	แม่ของลี	พ่อของนัด
ความรุนแรงในโรงเรียน ประถมศึกษา	-อันไม่เคยโดน -แม่บอกลูกโดนเพื่อน ล้อพูดไม่ชัด	-มินต์โดนเพื่อนล้อ -แม่บอกลูกโดนเพื่อน สงสัยแผล	-ฟลุคไม่เคยโดน -แม่บอกลูกโดนเพื่อน ล้อรอยแผล	-บัวโดนเพื่อนล้อ -แม่บอกลูกโดนเพื่อน ล้อปากเบี้ยว	-บอลโดนเพื่อนล้อ -ลุงบอกหลานโดน เพื่อนล้อปากแหว่ง	-ปาล์มโดนเพื่อนล้อ -พ่อบอกลูกโดนเพื่อนล้อ ปากแหว่ง	-ลีโดนเพื่อนล้อ -แม่บอกลูกไม่เคย โดน	-นัดไม่เคยโดน -พ่อบอกลูกไม่เคยโดน
การแก้ไขความรุนแรงในโรงเรียน ประถมศึกษา	-อันทำตามแม่ -แม่สอนไม่สนใจและ ให้ผู้ใหญ่ปราม	-มินต์เคยไม่สนใจและ ทำตามแม่ -แม่สอนตอบความจริง	-ฟลุคบอกเพื่อนสนิท และยอมรับตัวเอง เหมือนพ่อ -แม่สอนบอกคนอื่นว่า ตกเตียงและเฉย	-บัวเดินหนี โกรธ บอก เพื่อนสนิท ร้องไห้และยอมรับ -แม่สอนไม่ท้อและไม่ สนใจ	-บอลฟ้องลุง -ลุงโกรธต่อว่าคนอื่น และสอนไม่ให้อาย	-ปาล์มน้อยใจ โกรธ และ ฟ้องพ่อ -พ่อย้ายโรงเรียน -ยายสอนไม่สนใจ	-ลีเฉยไม่สนใจ -แม่ไม่เคยถามและ ลูกไม่บอก	-นัดทำตามพ่อสอนให้ไม่ สนใจ
ความรุนแรงในโรงเรียน มัธยมศึกษา	-อันไม่เคยโดน -แม่บอกลูกไม่เคยโดน	-มินต์ไม่เคยโดน -แม่บอกลูกไม่เคยโดน	-ฟลุคไม่เคยโดน -แม่บอกลูกไม่เคยโดน	-บัวโดนเพื่อนล้อ -แม่บอกลูกโดนเพื่อน ล้อปากเบี้ยว	-บอลไม่เคยโดน -ลุงบอกหลานใช้กำลัง แก่งัดเพื่อน	-ปาล์มไม่เคยโดน -พ่อบอกลูกโดนล้อ	-ลีโดนเพื่อนล้อ -แม่บอกลูกไม่เคย โดน	-นัดไม่เคยโดน -พ่อบอกลูกไม่เคยโดน
การแก้ไขความรุนแรงในโรงเรียน มัธยมศึกษา	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	-บัวเฉย ไม่อาย เป็น ตัวเอง และเพื่อนสนิท ช่วย -แม่สอนลูกทำใจ	-บอลเฉยไม่สนใจ -ลุงสอนเข้มแข็งและ ให้บอกลุง	-ปาล์มทำตามย่า -พ่อสอนลูกปล่อยและ สนใจแค่เรียน	-ลีบอกเพื่อนสนิท ต่อว่าแทน -แม่ไม่เคยถามและ ลูกไม่บอก	ไม่มี
การป้องกันความรุนแรงในโรงเรียน	-แม่แจ้งครูก่อน -แม่สอบถามลูก	-พ่อแม่แจ้งครูก่อน -แม่สอบถามลูก	-ฟลุคเป็นเพื่อนกับทุกคน -แม่แจ้งครูก่อน	-บัวพยายามฝึกพูด -แม่แจ้งครูก่อน	-ลุงแจ้งครูกับผอ.ก่อน และถามครู -ลุงเตือนคนอื่น	-ปาล์มทำตามเพื่อน -พ่อแจ้งครูก่อน	-แม่แจ้งครูก่อน	ไม่มี

ตาราง 50 แสดงเปรียบเทียบรหัสข้อมูลย่อยจำแนกตามคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงและต่ำในหมวดหมู่พฤติกรรมทางสังคมในโรงเรียน

วัยรุ่นผู้ให้ข้อมูล	คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง				คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ			
	อัน	มินต์	ฟลัค	บัว	บอล	ปาล์ม	ลี	นัด
ผู้ปกครองผู้ให้ข้อมูล	แม่ของอัน	แม่ของมินต์	แม่ของฟลัค	แม่ของบัว	ลุงเขยของบอล	พ่อของปาล์ม	แม่ของลี	พ่อของนัด
การคบเพื่อน	-กลุ่มเพื่อน 8 คน -ไม่มีแฟน	-กลุ่มเพื่อน 6 คน -ไม่มีแฟน	-กลุ่มเพื่อนมาก -ไม่มีแฟน	-กลุ่มเพื่อน 7 คน -มีแฟน	-กลุ่มเพื่อน 4 คน -ไม่มีแฟน	-กลุ่มเพื่อน 5 คน -ไม่มีแฟน	-กลุ่มเพื่อน 2 คน -ไม่มีแฟน	-กลุ่มเพื่อน 3 คน -ไม่มีแฟน
กิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน	เล่นกีฬา ทำการบ้าน	พูดคุย อ่านหนังสือ ทำการบ้าน เทียว บ้านเพื่อน	พูดคุย เล่นกีฬา ทำ การบ้าน	พูดคุย ทำการบ้าน เทียวบ้านเพื่อน	เล่นกีฬา เทียว บ้านเพื่อน หา รายได้	พูดคุย อ่านหนังสือ ทำการบ้าน เทียว บ้านเพื่อน	พูดคุย อ่านหนังสือ ทำการบ้าน หา รายได้	เล่นกีฬา เทียว บ้านเพื่อน
ผลการเรียน	ผลการเรียนพอใช้	ผลการเรียนพอใช้	ผลการเรียนพอใช้	ผลการเรียนพอใช้	ผลการเรียนดี	ผลการเรียนดี	ผลการเรียนดี	ผลการเรียนดี
การเข้าร่วมกิจกรรม	-ร่วมกิจกรรมห้อง -ร่วมแข่งกีฬา	-ร่วมกิจกรรมห้อง	-ร่วมกิจกรรมห้อง -ร่วมแข่งกีฬา	-ร่วมกิจกรรมห้อง	-ร่วมแข่งกีฬา -ครุฑใช้กำลัง	-ไม่ร่วมกิจกรรม -ครุฑเจ็บปวดเบา	-ไม่ร่วมกิจกรรม	-ครุฑไม่ซัด

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (symbolic interactionism) ในทางสังคมวิทยา เกี่ยวกับแนวความคิดการประกอบสร้างทางสังคม (social constructionism) แนวความคิดถ่ายทอดทางสังคม (socialization) และแนวความคิดการพัฒนาการมโนภาพเกี่ยวกับตน (self-concept) มาใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะที่ 3 นี้ ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานเฉพาะกรณีของหยิน (Yin, 2003: 111-115) โดยให้ข้อเสนอของแนวคิดทฤษฎีเป็นฐานเพื่อตรวจสอบความตรงกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากกรณีศึกษา มุ่งค้นหาข้อเสนอเพื่อโต้แย้งแนวคิดทฤษฎีเดิม และอธิบายลักษณะที่สลับซับซ้อนของกรณีศึกษาเพื่อเปิดเผยเงื่อนไขและบริบทที่สำคัญ สำหรับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ ผู้วิจัยขออธิบายบริบทของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในสังคมก่อน เพื่อให้เข้าใจแง่มุมต่างๆ ในชีวิตของกรณีศึกษานี้ได้ดียิ่งขึ้น

บริบทระบบบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในสังคมไทย จากผ้าตัดสังเคราะห์...มาสู่ระบบดูแลอย่างองค์รวม

ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดบริเวณใบหน้าซึ่งทางการแพทย์พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลไปอย่างก้าวไกลมาก ปัจจุบันการเจริญเติบโตผิดปกติของตัวอ่อนในครรภ์มารดาสามารถตรวจหาได้ตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์และคัดกรองประวัติทางพันธุกรรม รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงของสาเหตุความผิดปกติก่อนคลอด ในอดีต ทารกแรกคลอดที่เป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่มีโอกาสเสียชีวิตสูงและภาวะแทรกซ้อนร่วมต่างๆ การเข้ารับการรักษาพยาบาลหลังคลอดให้ทันเวลาและเหมาะสมยิ่งเป็นไปได้ยาก อีกทั้งระบบบริการทางการแพทย์ที่มีขีดจำกัด เช่น ศักยภาพของศัลยแพทย์ ความพร้อมของสถานพยาบาล ระบบส่งต่อรักษา สวัสดิการรักษายาพยาบาล เป็นต้น การให้บริการทางการแพทย์จึงมีจุดเริ่มต้นจากโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่และเน้นการรักษาศัลยกรรมเป็นหลักก่อน จากนั้น ผู้ป่วยด้อยโอกาสหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกลได้เข้ารับการรักษาผ้าตัดโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจากหน่วยแพทย์อาสาสมัครที่ออกไปให้บริการผ้าตัดแก้ไขเย็บริมฝีปากหรือซ่อมแซมเพดานปาก ในลักษณะของการรักษาแบบ “สังคมสงเคราะห์” ภายใต้ข้อจำกัดที่ผู้ป่วยจะขาดการติดตามหรือดูแลรักษาต่อเนื่องหลังผ้าตัดไป อีกทั้งโครงการผ้าตัดรักษาผู้ป่วยผ้าตัดปากแหว่งเพดานโหว่มักถือเป็นกิจกรรมพระราชกุศลเนื่องในวโรกาสงานเฉลิมพระเกียรติแก่สถาบันพระมหากษัตริย์ ด้วยพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี องค์อุปนายิกาผู้อำนวยการสภากาชาดไทยแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ในสังคมไทย สภากาชาดไทยจึงเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อปีพ.ศ.2541 จนถึงปัจจุบัน จากผลการดำเนิน “โครงการศัลยกรรมตกแต่งแก้ไขปากแหว่ง เพดานโหว่และความพิการอื่น” จากนั้นศูนย์ดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แบบสหวิทยาการแห่งแรกก็เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภากาชาดไทย แล้วศูนย์ฯ ที่มีศักยภาพบริการทางการแพทย์ครบวงจรในส่วนภูมิภาคก็ถูกก่อตั้งขึ้นใน จังหวัดสงขลา ขอนแก่น นครราชสีมา และเชียงใหม่ เกิดการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและมีเครือข่าย การรักษาพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่มากขึ้น

นอกจากนี้ การจัดรัฐสวัสดิการช่วยเหลือค่าใช้จ่าย ผ่าตัดรักษาพยาบาล และค่าเดินทาง ให้กับผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ภายใต้ “โครงการยิ้มสวย เสียงใส เทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” ตั้งแต่ปีพ.ศ.2548 จนกระทั่งปัจจุบัน โดยความร่วมมือ ระหว่างสภากาชาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสมาคม วิชาชีพทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองและโรงพยาบาล สามารถส่งต่อการรักษาตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่หลัง คลอดได้ต่อเนื่องในช่วงเวลาเหมาะสมและครอบคลุมการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องเช่น การได้ยิน การพูด เป็นต้น แต่เนื่องจากกองทุนช่วยเหลือค่าเดินทางด้วยทำให้เงินกองทุนลดน้อยลงไป อย่างไรก็ตาม ยังมี ปรากฏการณ์ “การทำบุญ” อยู่ในสังคมไทย คือผู้บริจาคทุนทรัพย์ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย ปากแห้งเพดานโหว่ผ่านทางกองทุนหรือมูลนิธิขององค์กรต่างๆ เช่น กองทุนสำนักงานบรรเทาทุกข์ และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทยเปิดบัญชีธนาคารรับเงินบริจาคเข้าโครงการศัลยกรรมตกแต่ง แก้ไขปากแห้ง เพดานโหว่ และความพิการอื่น และโครงการยิ้มสวย เสียงใสเทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นต้น และรูปแบบการจัดกิจกรรมการกุศลระดม เงินช่วยค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ เช่น มหาวิทยาลัยขอนแก่นจัดคอนเสิร์ตการ กุศล ยิ้มสดใส ใจอิมบุญ และจำหน่ายเสื้อหารายได้มอบให้กับสภากาชาดไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จัดโครงการจำหน่ายตุ๊กตาจัดฟันและโครงการวันละเหรียญเพื่อผู้ป่วย ปากแห้งเพดานโหว่หารายได้เข้ากองทุนเฉลิมพระเกียรติ 100 ปีสมเด็จพระย่าฯ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำหน่ายตำราเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่เพื่อนำรายได้เข้ากองทุนโครงการดูแล ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ภาคเหนือ เป็นต้น อีกทั้ง บุคลากรทางการแพทย์ทำงานลักษณะอาสาสมัคร ช่วยเหลือสังคมและสร้างบุญกุศล ทำให้ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่มีฐานะยากจนเข้าถึงบริการการ รักษาพยาบาลได้ นอกเหนือจากการพัฒนาคุณภาพการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ระบบบริการ ทางทางการแพทย์ยังเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย ดังจะเห็นได้ จากบทบาทกิจกรรมของศูนย์ดูแลผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ต่างๆ เช่น จัดกิจกรรมทางสังคมให้กับ ผู้ป่วยและผู้ปกครองร่วมกับประสานเครือข่ายครอบครัว เป็นต้น ดังตาราง 51

ตาราง 51 แสดงความเป็นมาระบบบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

พ.ศ.	ลำดับเหตุการณ์สำคัญจนถึงปัจจุบัน
2496	โรงพยาบาลศิริราช โดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ทีมศัลยแพทย์ผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคปากแหว่งเพดานโหว่ครั้งแรก โดยทำการผ่าตัดเย็บริมฝีปาก ซ่อมแซมเพดาน รวมถึงทำเพดานเทียมในรายที่มีรอยแหว่งขนาดใหญ่ ในปีพ.ศ.2555 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแล้วมากกว่า 4,000 ราย
2531	องค์การการกุศลมูลนิธิดวงแก้ว ในพระสังฆราชูปถัมภ์ โดยศัลยแพทย์ตกแต่งอวัยวะศัลยกรรมให้การรักษาผ่าตัดแก้ไขในโรงพยาบาลเดือนละ 1-2 ครั้งในพื้นที่ 33 จังหวัดทั่วประเทศให้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ ก้อนเนื้ออก แผลเป็นจากไฟไหม้ เป็นต้น ดำเนินการระหว่างปีพ.ศ. 2531-2543 มูลนิธิดวงแก้วฯ ได้รับการผ่าตัดผู้ป่วยจำนวน 4,000 รายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
2540	โครงการเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา "รอยยิ้มเพื่อพ่อ" โดยมูลนิธิดวงแก้วในพระสังฆราชูปถัมภ์ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กองทัพอากาศ สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล องค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย และบริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) ริเริ่มโครงการเพื่อผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่งให้กับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เฉลิมพระเกียรติถวายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในวโรกาสพระชนมายุครบ 72 พรรษา ดำเนินการระหว่างปีพ.ศ.2540-2543
2541	โครงการศัลยกรรมตกแต่งแก้ไขปากแหว่ง เพดานโหว่และความพิการอื่น โดยสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย ริเริ่มโครงการเพื่อออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ปีละ 6 ครั้งให้บริการผ่าตัดแก้ไขในระยะเวลาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และอื่นๆ เช่น นิ้วเกิน นิ้วติดกัน แผลหดรั้งจากไฟไหม้ เป็นต้น โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและโครงการดำเนินการจนถึงปัจจุบัน
2544	ศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนฯ แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยสภากาชาดไทยและคนอื่นๆ แพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อตั้งเพื่อบริการตรวจรักษา ประชุมวางแผนการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ผ่าตัดรักษา ประชุมกลุ่มผู้ป่วยช่วยเหลือกันเองในโครงการชีวิตนี้มีหวัง ให้กับผู้ป่วยที่มีความพิการตั้งแต่กำเนิด จากปากแหว่งเพดานโหว่ อุบัติเหตุ เนื้องอก ติดเชื้อ และอื่นๆ อีกทั้งร่วมออกให้บริการผ่าตัดนอกสถานที่ในโครงการศัลยกรรมตกแต่งแก้ไขปากแหว่ง เพดานโหว่ และความพิการอื่นรวมทั้งโครงการยิ้มสวย เสียงใสของสภากาชาดไทย ศูนย์ผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และพิการแต่กำเนิดบริเวณศีรษะ ใบหน้า มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยคณะทันตแพทยศาสตร์และคนอื่นๆ แพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ก่อตั้งเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และพิการแต่กำเนิดบริเวณศีรษะ ใบหน้าอย่างเป็นองค์รวมและครบถ้วน ร่วมโครงการยิ้มสวยเสียงใสกับสภากาชาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมจัดกิจกรรมทำดีด้วยใจเพื่อรอยยิ้มและความสุขของเด็กไทยกับมูลนิธิสร้างรอยยิ้ม และบริษัท โทรคมนาคมเอกชน กิจกรรมชมรมผู้ปกครองของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และคลินิกปากแหว่งเพดานโหว่ ในปีพ.ศ.2554 ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่พิการแต่กำเนิดเข้ารับการผ่าตัด 75 คนต่อปีและจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา 214 คน

ตาราง 51 (ต่อ)

พ.ศ.	ลำดับเหตุการณ์สำคัญจนถึงปัจจุบัน
2546	ศูนย์การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า มหาวิทยาลัยขอนแก่น ภายใต้โครงการพระราชทานตะวันฉาย โดยคณะแพทยศาสตร์และคณะอื่นๆ ทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ก่อตั้งเพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และเป็นศูนย์กลางในการให้บริการและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้าในประเทศไทย ร่วมจัดโครงการเยี่ยมสวยเสี่ยงใส่กับสภากาชาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชมรมผู้ปกครองผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ชมรมพยาบาลเพื่อการดูแลสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ มูลนิธิตะวันฉายเพื่อผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสมาคมความพิการปากแหว่ง เพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย
2548	โครงการเยี่ยมสวย เสี่ยงใส่ เพื่อดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยสภากาชาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสมาคมวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งแห่งประเทศไทย สมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย ริเริ่มโครงการเพื่อลงทะเบียันทารกปากแหว่งเพดานโหว่ที่คลอดใหม่ทุกราย ประสานและช่วยเหลือค่าเดินทาง ให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในระยะเวลาที่เหมาะสม คือปากแหว่งผ่าตัดอายุระหว่าง 3-6 เดือน เพดานโหว่ผ่าตัดอายุระหว่าง 9-18 เดือน และร่วมกันบูรณาการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง การรักษาทางศัลยกรรม ทันตกรรม การฝึกพูด รวมถึงการค้นหาปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรค จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจากทีมสหวิชาชีพอย่างครบวงจร จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด 1,500 คนต่อปีในสถานบริการทั่วประเทศที่เข้าร่วมโครงการ สภากาชาดไทยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนค่าผ่าตัด ค่าเดินทางให้กับครอบครัวผู้ป่วยตลอดการรักษาและฟื้นฟู โดยใช้งบประมาณปีละ 10 ล้านบาทและโครงการดำเนินการจนถึงปัจจุบัน ศูนย์ปากแหว่งเพดานโหว่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ร่วมกับสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภากาชาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ก่อตั้งเพื่อให้ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้รับการรักษาของรัฐอย่างสะดวกและเหมาะสมตามแนวทางที่เป็นสากลสามารถใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมั่นใจและมีความสุข ร่วมโครงการเยี่ยมสวยเสี่ยงใส่กับสภากาชาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจัดโครงการเยี่ยมสวย เสี่ยงใส่ ใจเบิกบานปีละ 1 ครั้งมีกิจกรรมการแสดงผลงานการของเด็ปากแหว่งเพดานโหว่ ร่วมทำกิจกรรมกับทีมแพทย์
2551	ศูนย์ศัลยกรรมแก้ไขความพิการของศีรษะและใบหน้า วามาริบัติ โดยคณะแพทยศาสตร์วามาริบัติและคณะอื่นๆ ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ก่อตั้งเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติและพิการของกระดูก ใบหน้าและกะโหลกศีรษะทุกชนิด ให้การดูแลผู้ป่วยในระดับตติยภูมิอย่างที่สุดภายใต้มาตรฐานระดับสากล ซึ่งเน้นในเรื่องของระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและผลของการรักษาที่เกิดจากความสามารถของทีมแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องร่วมกับระบบของการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ จัดกิจกรรมเติมพลังปันรอยยิ้มปีละ 1 ครั้งให้ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้ร่วมทำกิจกรรมนันทนาการกับทีมแพทย์ผู้ให้การ

ตาราง 51 (ต่อ)

พ.ศ.	ลำดับเหตุการณ์สำคัญจนถึงปัจจุบัน
	รักษา และกองทุนศูนย์ศัลยกรรมแก้ไขความพิการของศีรษะและใบหน้ารามาธิบดี
2553	โครงการทันตกรรมจัดฟันสัจจกรเพื่อผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ โดยสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย มูลนิธิทันตกรรมจัดฟันแห่งประเทศไทย สมาภาชาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ริเริ่มโครงการเพื่อทันตแพทย์และทันตแพทย์จัดฟันอาสาสมัครไปรักษาจัดฟัน และดูแลสุขภาพช่องปากเดือนละครั้งให้กับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการประมาณ 300 คนและโครงการดำเนินการจนถึงปัจจุบัน
2556	โครงการศัลยกรรมแก้ไขโรคปากแหว่ง เพดานโหว่ จำนวน 200 ราย ช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้และด้อยโอกาส เณริมพระเกียรติ 85 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 80 พรรษา สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ และ 60 พรรษา สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร โดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ริเริ่มโครงการเพื่อดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อย่างบูรณาการครบวงจรที่โรงพยาบาล ศิริราช ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน การรักษาพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพจากกุมารแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์โสตศอนาสิก นักแก้ไขการได้ยิน นักแก้ไขการพูด รวมทั้งกองทุนแก้ไขความพิการบริเวณใบหน้า (ปากแหว่ง เพดานโหว่)

ศูนย์ดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แบบสหวิทยาการในประเทศไทยที่จัดเป็นเครือข่ายสถานพยาบาลระดับสูงมีขีดความสามารถในการตรวจวินิจฉัย รักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ผ่าตัดแก้ไขความพิการในทุกรูปแบบ และระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแบบสมบูรณมี 7 แห่งในปัจจุบัน ได้แก่

1. โรงพยาบาลศิริราช
2. ศูนย์สมเด็จพระเทพรัตนฯ แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
3. ศูนย์ผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และพิการแต่กำเนิดบริเวณศีรษะ ใบหน้า มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ศูนย์การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. ศูนย์ปากแหว่ง เพดานโหว่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
6. ศูนย์ศัลยกรรมแก้ไขความพิการของศีรษะและใบหน้า รามาธิบดี
7. ศูนย์แก้ไขความพิการบริเวณใบหน้าและศีรษะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นับตั้งแต่ปีพ.ศ.2548 เป็นต้นมา ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต้องลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการยิ้มสวย เสียงใส เทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เช่นเดียวกับ สถานพยาบาลหรือหน่วยบริการที่เข้าร่วมใน “โครงการพัฒนา ดูแลรักษาฟื้นฟู การแก้ไข

การพูด ทันตกรรมจัดฟันและการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่” ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็ต้องขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรองจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติก่อน จากนั้นการให้บริการรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่กลุ่มนี้เริ่มต้นจากการลงข้อมูลผู้ป่วยลงในโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน บันทึกแบบฟอร์มการรักษา และบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขในโปรแกรมผู้ป่วยใน e-Claim และระบบโปรแกรม NHSO เพื่อประมวลผลที่ฐานข้อมูลกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยยึดถือตามประกาศคู่มือแนวทางปฏิบัติการขอรับค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จึงไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ในชุดสิทธิประโยชน์นี้ ส่วนค่าเดินทางครั้งละ 500 บาทจากโครงการยิ้มสวย เสียงใส นั้น ผู้ป่วยสามารถขอรับได้ที่สำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดหรือศูนย์ดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ภายหลังจากมารับการรักษาแต่ละครั้ง

สำหรับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในการวิจัยนี้ระยะที่ 1-3 เป็นผู้อยู่ระหว่างเข้ารับบริการรักษาจากคณะทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์ดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่แบบสหวิทยาการ 4 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยได้รับแนวทางการรักษา ดังตาราง 52

ตาราง 52 แสดงแนวทางการรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่แบบสหวิทยาการ (clinical protocols)

อายุ	จิตแพทย์	พยาบาล	ประสาทศัลยแพทย์	รังสีแพทย์	นักสังคมสงเคราะห์	สูตินรีแพทย์
0-3 เดือน	ประเมินสถานะของผู้ปกครองและสภาพแวดล้อมของครอบครัว	ให้การดูแลหลังคลอดแก่ทารก และให้คำปรึกษาแก่บิดา/มารดา แนะนำการให้นมทารก	ตรวจสถานะของระบบประสาทสำหรับภาวะความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า		ประเมินสถานะของครอบครัว	เก็บประวัติช่วงก่อนการคลอด ประวัติในระหว่างตั้งครรภ์ และภาวะการคลอด
3-4 เดือน	ประเมินสถานะของผู้ปกครองและสภาพแวดล้อมของครอบครัว	เตรียมการก่อนการผ่าตัดและการดูแลรักษาพยาบาลหลังการผ่าตัด		ตรวจวินิจฉัยและประเมินความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า	ประเมินสถานะของครอบครัว	
4-9 เดือน	ประเมินสถานะของผู้ปกครองและสภาพแวดล้อมของครอบครัว				ประเมินสถานะของครอบครัว	
9-12 เดือน	ประเมินสถานะของผู้ปกครองและสภาพแวดล้อมของครอบครัว	เตรียมการก่อนการผ่าตัดและการดูแลรักษาพยาบาลหลังการผ่าตัด			ประเมินสถานะของครอบครัว	
1-4 ปี	เฝ้าติดตาม		ประเมินร่วมกับศัลยศาสตร์ตกแต่งและจักษุแพทย์เกี่ยวกับความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า			

ตาราง 52 (ต่อ)

อายุ	จิตแพทย์	พยาบาล	ประสาทศัลยแพทย์	รังสีแพทย์	นักสังคมสงเคราะห์	สูตินรีแพทย์
4-5 ปี	เฝ้าติดตาม				ประเมินสถานะของครอบครัว	
5-9 ปี	เห็นการเรียนรู้และปัญหาในการเรียนรู้ และพฤติกรรม ให้คำแนะนำ		ประเมินร่วมกับศัลยศาสตร์ ตกแต่งและจักษุแพทย์เกี่ยวกับ ความพิการแต่กำเนิดของศีรษะ และใบหน้า		ประเมินสถานะของครอบครัว	
9-11 ปี	เห็นการเรียนรู้และปัญหาในการเรียนรู้ และพฤติกรรม ให้คำแนะนำ	เตรียมการก่อนการผ่าตัดและ การดูแลรักษาพยาบาลหลัง การผ่าตัด			ประเมินสถานะของครอบครัว	
11-12 ปี	เห็นการเรียนรู้และปัญหาในการเรียนรู้ และพฤติกรรม ให้คำแนะนำ				ประเมินสถานะของครอบครัว	
12-18 ปี	ให้คำปรึกษาผู้ป่วย และประเมิน ผลการรักษา				ประเมินสถานะของครอบครัว	
>19 ปี	ให้คำปรึกษาผู้ป่วย และประเมิน ผลการรักษา	ประเมินผลการรักษา	ประเมินผลการรักษา	ถ่ายภาพรังสีของกะโหลกศีรษะ และใบหน้า ประเมิน ผลการรักษา	ประเมินสถานะของครอบครัว ประเมินผลการรักษา	ประเมินผลการรักษา

ตาราง 52 (ต่อ)

อายุ	ทันตแพทย์	ทันตแพทย์จัดฟัน	ศัลยแพทย์	โสต ศอ นาสิกแพทย์	นักแก้ไขการพูดและภาษา	กุมารแพทย์
0-3 เดือน		พิมพ์แบบจัดฟันและจัดสัน เหงือกก่อนการผ่าตัด	ประเมินความพิการและความ พิการร่วม	ตรวจหูพร้อมกับสังเกต พฤติกรรมการตอบสนองต่อ การได้ยิน และทำ Audiometry		ประเมินทารกแรกคลอด ชักประวัติการตั้งครก ให้ คำปรึกษากรณีที่ เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม
3-4 เดือน			ผ่าตัดปฐมภูมิของริมฝีปากและ จมูก	ตรวจหูและรักษาในกรณีที่มี การอักเสบของหูชั้นกลาง	โปรแกรม 1 ให้คำแนะนำการ พัฒนาภาษาและการพูดของ เด็กปกติและเพดานโหว่	ตรวจสุขภาพและ พัฒนาการ ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับสุขภาพ
4-9 เดือน	ทันตกรรมเด็กดูแล สุขภาพช่องปากและ ให้คำแนะนำ ผู้ปกครอง		เตรียมการสำหรับการเย็บ เพดานทางด้านซ้าย	ตรวจหูและรักษาในกรณีที่มี การอักเสบของหูชั้นกลาง	ติดตามทุก 6 เดือน	ตรวจสุขภาพและ พัฒนาการ ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับสุขภาพ
9-12 เดือน	ดูแลสุขภาพช่องปาก และติดตาม พัฒนาการของฟัน		ผ่าตัดปฐมภูมิของเพดานโหว่	ตรวจหูและรักษาในกรณีที่มี การอักเสบของหูชั้นกลาง	โปรแกรม 2 ให้คำแนะนำและ สอนแสดงการกระตุ้นพัฒนา ภาษาและการพูด การป้องกัน กลไกการชดเชยแก่พ่อแม่	ตรวจสุขภาพและ พัฒนาการ ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับสุขภาพ
1-4 ปี	ดูแลสุขภาพช่องปาก และติดตาม พัฒนาการของฟัน	ตรวจสภาวะการสบฟัน	ประเมินหลังการผ่าตัด	ตรวจหูเป็นประจำทุกปีเพื่อเช็ค ปัญหาหูชั้นกลางอักเสบและ ปัญหาของแผ่นกั้นจมูก	ติดตามทุก 6-12 เดือน	ตรวจสุขภาพและพัฒนาการ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ

ตาราง 52 (ต่อ)

อายุ	ทันตแพทย์	ทันตแพทย์จัดฟัน	ศัลยแพทย์	โสต ศอ นาสิกแพทย์	นักแก้ไขการพูดและภาษา	กุมารแพทย์
4-5 ปี	เฝ้าสังเกตติดตาม สุขภาพช่องปาก	ตรวจสอบภาวะการสบฟัน ผิดปกติและแก้ไขด้วย ทันตกรรมจัดฟัน	การผ่าตัดหัตถุติญภูมิของริมฝีปาก และจมูก และผ่าตัดแก้ไข ภาวะความบกพร่องของ เพดานอ่อนและผนังคอ (ถ้า จำเป็น)	ตรวจหูทุกปี และทำ Nasoendoscopy	โปรแกรม 3 แก้ไขปัญหาการ พูดและภาษาอย่างเต็มที่	ตรวจสอบสุขภาพและ พัฒนาการ ให้คำปรึกษา เกี่ยวกับสุขภาพ
5-9 ปี		ตรวจสอบภาวะการสบฟันและจัด ฟันเตรียมการสำหรับปลูก ถ้ายกระดูที่สันเหงือก	การผ่าตัดหัตถุติญภูมิของริมฝีปาก และจมูก และผ่าตัดแก้ไข ภาวะความบกพร่องของ เพดานอ่อนและผนังคอ (ถ้า จำเป็น) ประเมินการรักษาช่วง อายุ 5 ปี	ตรวจหูทุกปี	รักษาและติดตามผลทุก 1 สัปดาห์/เดือนจนกระทั่งผู้ป่วยมี ภาษาและการพูดปกติ	
9-11 ปี	ทันตกรรมเด็กเฝ้า สังเกตติดตาม ปริทันตวิทยา เตรียมการสำหรับการ ปลูกกระดูก	ทำทันตกรรมจัดฟัน เตรียมการสำหรับปลูกถ่าย กระดูกที่สันเหงือก	การผ่าตัดปลูกถ่ายกระดูกที่สัน เหงือก การผ่าตัดหัตถุติญภูมิของ ริมฝีปากและจมูก และผ่าตัด แก้ไขภาวะความบกพร่องของ เพดานอ่อนและผนังคอ (ถ้า จำเป็น) ประเมินการรักษาช่วง อายุ 10 ปี	ตรวจหูทุกปี และตรวจการอุด ดันของทางเดินจมูก ร่วมกับ แก้ไขสภาวะเบี่ยงเบนของ แผ่นกั้นจมูก	รักษาและติดตามผลทุก 1 สัปดาห์/เดือนจนกระทั่งผู้ป่วยมี ภาษาและการพูดปกติ	

ตาราง 52 (ต่อ)

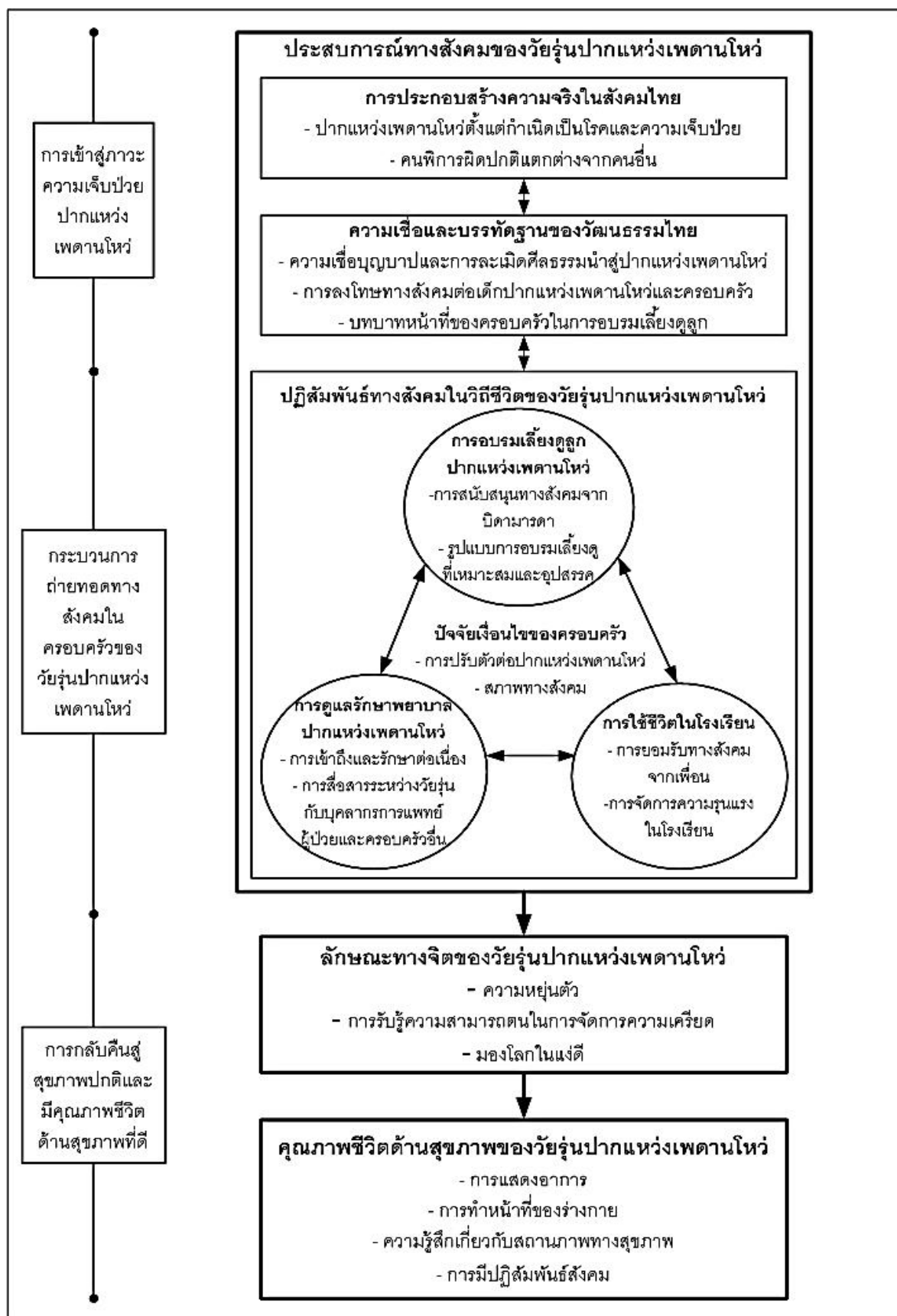
อายุ	ทันตแพทย์	ทันตแพทย์จัดฟัน	ศัลยแพทย์	โสต ศอ นาสิกแพทย์	นักแก้ไขการพูดและภาษา	กุมารแพทย์
11-12 ปี		ทำการดัดกระดูกขากรรไกร มาข้างหน้าและเริ่มทำการจัดฟัน	การผ่าตัดหูดติดยูมิของริมฝีปาก และจมูก และผ่าตัดแก้ไขสภาวะความบกพร่องของเพดานอ่อนและผนังคอ (ถ้าจำเป็น)		รักษาและติดตามผลทุก 1 สัปดาห์/เดือนจนกระทั่งผู้ป่วยมีภาษาและการพูดปกติ	ตรวจสุขภาพและพัฒนาการ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ และส่งต่อผู้ป่วย
12-18 ปี	ทันตกรรมประดิษฐ์ ทำฟันเทียมชั่วคราวในกรณีจำเป็น	เสร็จสิ้นการจัดฟันและเริ่มใส่เครื่องมือคงสภาพฟัน	การผ่าตัดหูดติดยูมิของริมฝีปาก และจมูก และผ่าตัดแก้ไขสภาวะความบกพร่องของเพดานอ่อนและผนังคอ (ถ้าจำเป็น)		รักษาและติดตามผลทุก 1 สัปดาห์/เดือนจนกระทั่งผู้ป่วยมีภาษาและการพูดปกติ	
>19 ปี		ทำการประเมินทางทันตกรรม จัดฟันและเตรียมการสำหรับการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร ทำการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร จัดฟันหลังการผ่าตัด และต่อด้วยการคงสภาพฟัน	ร่วมกันกับศัลยศาสตร์ช่องปาก และกระดูกขากรรไกร ทำการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร (ถ้าจำเป็น) ประเมินผลการรักษาช่วงอายุ 19 ปี	ติดตามและประเมินผลการรักษา	ติดตามและประเมินผลการรักษา	ติดตามและประเมินผลการรักษา

ที่มา: สมุดบันทึกสุขภาพของศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2555)

กระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย์

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์จากกรณีศึกษา (ดังตาราง 44-50) ด้วยแนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เรื่องการประกอบสร้างความเจ็บป่วยทางสังคมผ่านทางกระบวนการทางสังคม และแนวคิดกลุ่มปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ในสังคมวิทยา ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจรายละเอียดกลุ่มลึกของกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวว่าเป็นกระบวนการที่ปลูกฝังอบรมหล่อหลอม และกล่อมเกลาให้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีแตกต่างกัน โดยเริ่มจากการเข้าสู่ภาวะความเจ็บป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่แรกเกิด ทำให้ครอบครัวมีบทบาทถ่ายทอดทางสังคมให้กับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ รวมทั้งให้เด็กได้เข้ารับการรักษายาบาลปากแหว่งเพดานโหว่และใช้ชีวิตในโรงเรียน จนเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นสามารถมีภาวะ

ในงานวิจัยระยะที่ 3 นี้มีกระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ภายใต้บริบทสังคมไทยและระบบบริการทางการแพทย์ แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเข้าสู่ภาวะความเจ็บป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ช่วงกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ และช่วงกลับคืนสู่สุขภาพปกติและมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี (ภาพประกอบ 11) ดังนี้



ภาพประกอบ 11 กระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ภายใต้บริบทสังคมไทยและระบบบริการทางการแพทย์

1. ช่วงเข้าสู่ภาวะความเจ็บป่วยปากแห้งเพดานโหว่

กรณีศึกษาวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในการวิจัยระยะที่ 3 ทุกคนได้รับคำวินิจฉัยจากแพทย์ตั้งแต่กำเนิดว่า ปากแห้งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติบริเวณใบหน้าศีรษะที่มีสาเหตุจากทั้งสิ่งแวดล้อมระหว่างมารดาตั้งครรภ์และพันธุกรรม หลักฐานทางการแพทย์ปัจจุบันยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้ แต่คำอธิบายทางการแพทย์บ่งชี้ว่าบิดามารดาและครอบครัวของเด็กปากแห้งเพดานโหว่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดภาวะปากแห้งเพดานโหว่นี้ด้วย อีกทั้ง ความเจ็บป่วยจากความผิดปกติปากแห้งเพดานโหว่ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กต่อไป ซึ่งความรุนแรงของระดับความผิดปกติอาจแตกต่างกันไปในเด็กแต่ละคน ยังมีความพิการทางร่างกายหรือไม่ครบสมบูรณ์มาก ยิ่งทำให้บิดามารดาตระหนักว่าลูกของตนเองแตกต่างจากเด็กปกติทั่วไป ในงานวิจัยนี้ค้นพบว่า ภาวะปากแห้งเพดานโหว่ของสมาชิกใหม่ในสังคมไทย ยังถือเป็นความผิดปกติหรือสิ่งเบี่ยงเบนจากระบบคุณค่าและคุณธรรมของสังคม เนื่องจากสุขภาพปกติเกี่ยวข้องกับคุณความดี ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการควบคุมทางสังคม เพื่อใช้กำกับพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม ครอบครัวของลีนี้นับถือศาสนาคริสต์ มองภาวะปากแห้งเพดานโหว่เป็นการลงโทษของพระเจ้าเป็นผู้ที่ละเมิดศีลธรรมหรือผู้ที่กระทำบาป และเด็กลีนี้ออกปากแห้งเพดานโหว่เป็นผลจากการกระทำของแม่ละเมิดกฎเกณฑ์วัฒนธรรมลีนี้อาสาใส่เสื้อถ่ายทอดความเชื่อและวิถีปฏิบัติ เช่น ความเชื่อว่าหากทำร้ายลูกคนก่อนจะเกิดผลเสียกับลูกคนต่อมา ความเชื่อเรื่องการอยู่เดือนและอาหารการกินของมารดาส่งผลต่อทั้งมารดาและลูก ลูกสะกิดต้องดูแลปณิธิบิดามารดาฝ่ายชายอย่างดีเพื่อทดแทนค่าน้ำนมและให้ลูกหลานเจริญต่อไป โดยมีตัวอย่างของลีนี้ออกปากแห้งเพดานโหว่เป็นผลจากการกระทำของแม่และถูกคนในหมู่บ้านติฉินนินทาซึ่งเป็นการลงโทษทางสังคม ครอบครัวของอัน มินต์ ปาล์ม และนัตที่นับถือศาสนาพุทธมีความเชื่อเรื่อง “บุญบาป” และ “ชาติภพ” นั้น “คนบาปกรรม” หรือลูกของ “คนบาป” ถูกลงโทษทางสังคมให้เกิดปากแห้งเพดานโหว่ ส่วนคำอธิบายทางการแพทย์สมัยใหม่ ภาวะปากแห้งเพดานโหว่เป็นปัญหาทางพันธุกรรมร่วมกับปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรค การประกอบสร้างความจริงในสังคมไทยเช่นนี้ ทำให้เด็กปากแห้งเพดานโหว่และบิดามารดารู้สึกแปลกแยกแตกต่าง ถูกเวทนาสงสาร จ้องมองสงสัย ตำหนิ และล้อเลียนจากคนปกติอื่น บิดามารดาพยายามคิดอนุมานสาเหตุของปากแห้งเพดานโหว่ตามความเชื่อและบรรทัดฐานทางสังคมนั้น อีกทั้ง แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์และคนใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ตนเองทำใจยอมรับและดำรงบทบาทหน้าที่ต่อลูกปากแห้งเพดานโหว่อย่างดีที่สุดตามความคาดหวังของสังคม

มารดาของอันอายุ 46 ปี “มันคงเป็นกรรมพันธุ์ เพราะช่วงท้องแม่ก็ทำเหมือนลูกคนแรก ไม่ได้กินยาหรือทำอะไรผิดนะ ไปหาหมอฝากท้องปกติ ในตัวแม่ก็ไม่มีโรคประจำตัวอะไร เราทำบุญมาอย่างนี้ คิดไปอย่างนั้น เพราะไม่รู้จะคิดอะไรแล้ว (หัวเราะ)”

มารดาของมินต์อายุ 44 ปี “บางทีดูในทีวีก็คิดอยู่นะ เคยดูในรายการหนึ่ง เห็นเด็กเป็นอย่างนี้ แล้วพ่อแม่เค้าทำอะไรยังงี้ คิดว่าเป็นกรรมเก่าหรือเปล่านะ จึงไปทำบุญ ทางญาติก็ไม่มีใครเป็นเลย พี่ไม่เคยคิดเลยว่าจะเป็นโรคนี้”

บิดาของปาล์มอายุ 35 ปี “ผมเคยคิดเหมือนกัน อาจเป็นกรรมเวรของผม หรืออะไร เพราะผมเคยตกปลา แต่ไม่ได้ทำอะไรนะ แค่ครั้งเดียว ไปตกแล้วเกิดติด เพื่อนๆเราก็อายุในวัยเรียนกัน เค้าก็ไม่สนใจ เอามากิน แต่ผมสงสาร” และ “ตอนอยู่ปี 3 อายุซัก 18 ผมสงสาร ครั้งเดียวเท่านั้น แต่ผมเก็บมาอยู่ในใจของผมตลอดนะ พอติดขึ้นมามันคัน ผมไม่รู้จะทำยังไงก็ดึงออกจากเบ็ดเลย มันอาจจะเป็นเพราะเหตุนี้ก็ได้ คือผมคิดของผมเองนะ แล้วคุยกับแฟนด้วยว่า ปาล์มจะเป็นเพราะอย่างนั้นไหม แวบแรกที่ผมเห็น คือ ผมสงสารอะ แต่แล้วก็กินไม่เป็นด้วย (ฮิ ฮิ หัวเราะในคอ) มันคละกันหมด มันตกมาแล้ว คือเราซ่าเค้า ตัวเดียวเท่านั้น (พูดเสียงเบา) ผมชิมไปเลยนะ ผมชิมเป็นหลายเดือนเหมือนกัน คือ (เงิบ) ผมคิดอยู่ในใจผมตลอด (มือตบอก 2 ครั้ง) คุยกับทางยาเค้าว่าใช่เพราะอันนี้หรือเปล่า เคยทำกับเค้า เพื่อนทำ เราก็อทำ”

มารดาของลีอายุ 45 ปี “รู้สึกสงสารมาก ลูกเป็นเหมือนเรา พ่อเคื่อบอกว่ายังงี้ก็รักลูกเรา พระเจ้าให้มาแล้ว ให้อย่างนี้แล้ว แม่เป็นคนเดียว ยังให้ลูกเกิดมาอย่างนี้อีก ก็ไม่รู้จะยะงั้นอะ”

บิดาของนัดอายุ 44 ปี “มันก็เป็นน้อยใจ บ่เคยเห็นนะ ตอนแรกพอหมอมั้เด็กน้อยมา 5-6 คนออกมา ญาติก็ไปรับ เค้าเ็นไปทีละคนๆ ผมไปยืนเ้งออยู่เห็นเด็กน้อย อู้ย นัน่ลูกผู้ใดน้อ นึกในใจ เด็กน้อยคนหนึ่งปากเป็นอย่างนี้ ก็ไม่รู้ว่าลูกผู้ใด คิดในใจอย่าได้เป็นเจ้าของน้อ เค้าคงมีบาปเยอะ ในที่ยืนอยู่ตรงนั้นต้องเป็นสักคนแต่ไม่รู้ผู้ใด หมอเ็นจนมาถึงผมก็รู้สึกเสียใจนะ บ่เคยคิด บ่รู้เหมือนกัน เคยคิดว่าเค้าคงจะเป็นสาปมามั้งน้อ หมายถึงเค้ามีกรรมแล้วโดนสาปมามั้ง แบบว่ากรรมที่เค้าทำมาแต่ปางก่อนนนั้นะ” และนัดอายุ 13 ปี “ที่เป็นอย่างนี้ ก็ตามบุญตามกรรม ผมคิดนะ”

ข้อค้นพบข้างต้นสะท้อนว่าความเจ็บป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่เกิดขึ้นนี้ไม่ใช่แค่ลงโทษทางสังคมต่อเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ แต่ยังรวมถึงสมาชิกในครอบครัวหรือตัวแทนทางสังคมที่มีบทบาทบรมเลี้ยงดู บิดามารดาจึงพยายามถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวให้กับลูกทั้งวิถีคิดและวิถีปฏิบัติต่อปากแหว่งเพดานโหว่ รวมทั้งแสวงหาการเยียวยาความเจ็บป่วยของลูก การลดการถูกตีตราจากคนอื่นยังเป็นอีกหน้าที่หรือพันธกิจหนึ่งที่ท้าทายบิดามารดาหรือญาติผู้เลี้ยงดูวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

มารดาทุกคนของกรณีศึกษาที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงผ่านประสบการณ์ฝากครรภ์ และการเลี้ยงลูกคนแรกมาก่อน ประวัติในเครือญาติมีเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ โดยอันมีรุ่นทวดเป็น ปากแหว่ง ฟลุคมีบิดาเป็นปากแหว่งและบัวมีลูกพี่ลูกน้องฝ่ายมารดาเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ร่วมกับ อาการอื่น ซึ่งมารดาเคยพบหรือรู้จักปากแหว่งเพดานโหว่จากเครือญาติหรือโทรทัศน์ แต่ไม่ทราบว่า เป็นกรรมพันธุ์ที่ถ่ายทอดมารุ่นลูกหลานได้ ทำให้บิดามารดาของกรณีศึกษาเคยหวังให้ลูกไม่มีความ ผิดปกติเช่นเดียวกับลูกคนโต ทำให้ไว้วางหน้า และลุ้นเสี่ยงหลังคลอด

มารดาของฟลุคอายุ 44 ปี “อย่างคุณแม่นี่ ในกรณีนี้ เราได้อยู่แล้วว่าจะ成新ใหม่ น่าจะ เกิดขึ้นได้ใหม่ แต่บางครอบครัวเค้าไม่รู้ ไม่เคยเลย บางคนก็กรรมพันธุ์ก็ไม่มี แต่ตอนท้องเค้ากินยา แล้วไม่ปรึกษา อาจมีสาเหตุจากตรงนี้ บางคนบอกไม่มีนะไม่เคยมีกรรมพันธุ์ สาเหตุอะไรไม่รู้ เค้าก็ทำ ใจไม่ได้ อย่างคุณแม่นี่ เตรียมตัวเตรียมใจไว้แล้ว ลุ้นนะ ลุ้นตั้งแต่คนแรกแล้ว พอดีไม่เป็นนะ แม่ก็ดี ใจ พอคนที่ 2 ที่แรกก็ไม่ลุ้น เจ๊ๆ ไม่ได้คิดว่าจะ成新 เพราะคนแรกไม่ได้成新 แต่พอออกมาปั๊ป เรายัง เอ้อ ช่างเถอะ ถึงยังงี้ พ่อเค้าก็เป็นอยู่แล้ว ก็ส่งสารเค้า กลัวเค้ามีปมด้อย ทุกวันนี้เค้าก็โอเค ไม่มี อาการ ความประหลาดอะไรที่จะ成新ปมด้อย เค้าเล่นกับเพื่อนก็โอเค”

หลังคลอด มารดาทุกคนรับรู้ว่าคุณลักษณะของตนเองเป็นปากแหว่งเพดานโหว่และแพทย์อธิบาย ว่าเป็นกรรมพันธุ์ การอนุมานสาเหตุของปากแหว่งเพดานโหว่ระหว่างมารดากับกรณีศึกษาที่ทั้งเหมือน และแตกต่างกัน โดยมารดาของฟลุคกับบัวและวัยรุ่นทุกคนอธิบายว่าปากแหว่งเพดานโหว่เกิดมาจากการ ถ่ายทอดกรรมพันธุ์เช่นเดียวกับที่แพทย์อธิบาย เพราะเคยพบในญาติและเรียนวิชาวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ มารดาของอันกับมารดาของม้นต์อนุมานสาเหตุนี้แตกต่างจากแพทย์และลูกของตนเอง โดย นำความเชื่อเรื่องบุญบาปและกรรมในพระพุทธศาสนาช่วยให้ตนเองคลายกังวลสงสัยและยอมรับ ลูกคนนี้ บิดามารดาของกรณีศึกษาที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงมีความรักห่วงใย ความพอใจลูก มี ความพร้อมที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลลูกเสมอ และมีความเชื่อมั่นในการอบรมเลี้ยงดูลูกให้ดีที่สุดไม่ได้ ขึ้นอยู่กับโชคชะตา เคราะห์กรรม หรือความบังเอิญ ครั้งแรกรับรู้ว่าคุณเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ รู้สึก ตกใจ ไม่คาดคิด สงสารลูก และสงสัยว่าทำไมเกิดขึ้นกับลูกตนเอง หลังจากนั้นมารดาแต่ละคน พยายามหาวิธีปรับสภาพจิตใจทางลบและทำใจยอมรับลูกหลังคลอด 1-2 สัปดาห์

เมื่อกรณีศึกษาเกิดมาพร้อมปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้ญาติใกล้ชิดเปลี่ยนแปลงจากร่วมยินดี หรือต้อนรับสมาชิกใหม่ กลายเป็นร่วมรู้สึกเสียใจ ให้กำลังใจ และปลอบใจกันในครอบครัว ปู่ย่าตายาย ของกรณีศึกษาช่วยปลอบให้บิดามารดายอมรับความจริงและช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา หลาน บางคนเสียใจมากจนเสียชีวิต ส่วนลุงป้าน้าอาาก็ช่วยสืบประวัติกรรมพันธุ์ในเครือญาติ เสาะหา ข้อมูลการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ และช่วยเหลือการเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้บิดามารดาของ กรณีศึกษาทำใจยอมรับและปรับตัวต่อสถานการณ์นี้ได้ดีขึ้น

มารดาของอันอายุ 46 ปี “พี่น้องแนะนำแล้วก็พามาโรงพยาบาลด้วยกัน นั่งรถโดยสาร เพราะไม่มีรถ ช่วงแรกจะเป็นตาของอัน ตอนนั้นท่านบวชพระ ท่านพามา เป็นคนออกค่ารถ ค่าอะไรให้ พาหลานมาค่ะ ท่านพูดบอกว่า ช่างมันเถอะลูกเอ๊ย ไม่ใช่มีแค่เรานะ พอมานี้เห็นว่ามันเยอะมาก แต่ที่บ้านเราไม่มี ได้เห็นคนอื่น ๆ ก็ใจขึ้นขึ้นว่าไม่ใช่เป็นแค่เรานี้”

มารดาของบัว อายุ 47 ปี “บัวลัก 3 เดือนเอามาโรงพยาบาลด้วยกัน ทั้งย่า ทั้งยาย มากันหมดเวลามาโรงพยาบาล แก่งสารกัน (หัวเราะ) ตอนนั้นก็ร้องไห้กันหมด กลัวจะไม่สวย (หัวเราะ) คุณย่าอยู่ได้แค่ 3 เดือน แก่ก็เสียเพราะกลัวใจสงสารหลานไง ตอนนั้นย่าซอกเลย ก็สงสารเสียใจ ทำไม่ต้องมาเป็นกับเรา แต่พอคิดๆ ไป ก็คิดว่าจะมีแค่เรา เจอเยอะเลย ตอนไปผ่าเจอกัน ก็สงสารเค้า นะ”

อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำเป็นลูกคนแรกและบางคนมีมารดาเป็นปากแหว่งมาก่อน ครั้งแรกเมื่อรับรู้ว่าคุณของตนเองเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ ส่วนใหญ่รู้สึกสงสาร เสียใจมาก และน้อยใจที่ลูกเกิดมาปากแหว่งเพดานโหว่ บางคนเคยคิดไม่ต้องการให้เป็นลูกของตนเอง บางคนสำนึกผิดบาปของตนเองอยู่หลายเดือน ถึงแม้แพทย์อธิบายว่าเป็นกรรมพันธุ์ ในเครือญาติก็ไม่ได้ช่วยให้บิดามารดาคลายกังวลสงสัยหรือทำใจยอมรับได้ บิดามารดาและกรณีศึกษาจึงอนุมานสาเหตุของปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างกัน ได้แก่ ความเชื่อทางพุทธศาสนา เช่น บิดาของปาล์มเชื่อว่าเป็นกรรมเวรที่เคยตกปลาติดเบ็ดทำให้ลูกเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ บิดาของนัดเชื่อว่าลูกทำบาปกรรมมากในชาติก่อนแล้วโดนสาปให้เป็นปากแหว่งเพดานในชาติปัจจุบัน มารดาของลีเชื่อว่าเป็นโชคชะตาที่พระเจ้าประทานให้ตนเองเป็นปากแหว่งและลูกเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นต้น หลังจากนั้น บิดามารดาผ่อนคลายความรู้สึกทางลบต่อลูกคนนี้มากขึ้น แต่ไม่เคยมาปรึกษาหรือวางแผนครอบครัวกับแพทย์เกี่ยวกับโอกาสเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ในลูกคนต่อไป นอกจากนี้ญาติใกล้ชิดบางคนรู้สึกสงสารที่กรณีศึกษาเป็นปากแหว่งเหมือนมารดา แต่ครอบครัวที่ไม่เคยมีปากแหว่งเพดานโหว่มาก่อนและมีรายได้น้อยจะรู้สึกตกใจมาก กลัวเด็กมีปมด้อย สงสัยว่าเด็กจะมีชีวิตรอดจนโตหรือไม่ ปกปิดภาพถ่ายแรกเกิดเป็นความลับ รังเกียจเด็ก จนทำให้ครอบครัวแตกแยก

2. ช่วงกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

การถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวเกิดขึ้นตั้งแต่มีสมาชิกใหม่เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ บิดามารดากรณีศึกษารับรู้การประกอบสร้างความจริงเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่จากประสบการณ์เดิมของตน บุคลากรทางการแพทย์ และปฏิกิริยาตอบสนองของคนรอบข้าง แล้วปรับตัวทำใจยอมรับความจริงนั้น เพื่อใช้ชีวิตประจำวันอยู่ร่วมกับคนปกติอื่นในสังคมและอบรมเลี้ยงดูลูกปากแหว่งเพดานโหว่ให้เติบโตต่อไปได้ โดยหลายครอบครัวมีญาติผู้ใหญ่ใกล้ชิดช่วยเหลือเลี้ยงดูหลานตั้งแต่แรกคลอดถึงวัยรุ่นและช่วยคลายทุกข์ใจให้บิดามารดาของลูกปากแหว่งเพดานโหว่ แต่สำหรับบิดามารดาของ

บอล ปาล์ม ลี และนัด ซึ่งมีลูกคนโตเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ต้องลองผิดลองถูกในการเลี้ยงลูกหลังคลอดและใช้ระยะเวลาปรับตัวทำใจหลายเดือน เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นของอัน มินต์ ฟลุ๊ค และบัวได้รับกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวผ่านทางปฏิสัมพันธ์ที่ดีและการดูแลเอาใจใส่จากบิดามารดา การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาหนึ่งช่วยเพิ่มโอกาสให้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ได้ซึมซับทำความเข้าใจบทบาทของตนเองและถูกกล่อมเกลากล่อมหลอมตัวตนจากบิดามารดา ซึ่งโครงสร้างทางสังคมและบรรทัดฐานของสังคมไทยได้กำหนดรูปแบบการปฏิสังสรรค์ในชีวิตประจำวัน บางประการไว้แล้ว เช่น บทบาทลูกเชื่อฟังบิดามารดา บทบาทบิดามารดาสั่งสอนลูก เป็นต้น จากกรณีศึกษาได้สะท้อนกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวว่าประกอบด้วย การอบรมเลี้ยงดู การดูแลรักษาพยาบาล และการใช้ชีวิตในโรงเรียนของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ดังนี้

2.1 การอบรมเลี้ยงดูลูกปากแหว่งเพดานโหว่

ผู้วิจัยค้นพบจากทุกกรณีศึกษาในงานวิจัยนี้ว่า บิดามารดาของลูกปากแหว่งเพดานโหว่มี 2 บทบาทหลักคือ บทบาทอบรมเลี้ยงดูลูกให้ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม และบทบาทดูแลพยาบาลลูกปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิด สำหรับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน (อัน มินต์ บอล และ ปาล์ม) บิดามารดารู้ว่าลูกมีความรุนแรงของความผิดปกติบนใบหน้าและมีผลกระทบข้างเคียงเกิดขึ้นได้มากกว่าปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ประเภทอื่น เช่น หูชั้นกลางติดเชื้ออักเสบง่าย เจ็บป่วยหวัดเรื้อรัง เป็นต้น ควรได้รับการรักษาซับซ้อนและต่อเนื่องอย่างเหมาะสม บิดามารดาจึงมีบทบาททั้งอบรมเลี้ยงดูและดูแลพยาบาลอย่างเด่นชัด อย่างไรก็ตาม ลักษณะกระบวนการเรียนรู้ของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อาจมีวิธีการแตกต่างกัน และครอบครัวกรณีศึกษามีรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูต่างๆ ที่ก่อให้เกิดผลต่อลักษณะจิตใจและพฤติกรรมของเด็กวัยรุ่นในหลายด้าน ผู้วิจัยค้นพบรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี และรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ดังนี้

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

มารดาทุกคนของวัยรุ่นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงเป็นผู้ดูแลหลักตั้งแต่หลังคลอดและเคยมีประสบการณ์เลี้ยงดูลูกคนแรกมาก่อน แต่ประสบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเพราะลูกดูดหัวนมไม่ได้ ทำให้ต้องเปลี่ยนมาเลี้ยงลูกด้วยนมผงซึ่งสะดวกกับजनमเทียมขนาดใหญ่หรือใช้หลอดดูดยาป้อนนมลงคอลูกตามที่หมอแนะนำ อย่างไรก็ตาม มารดาของฟลุ๊คกับบัวยังคงประสบปัญหาป้อนนมแล้วทำให้ลูกสำลักออกทางจมูก กินได้ทีละน้อย และร้องไห้เนื่องจากกินนมไม่อิ่ม ย่าของฟลุ๊คกับยายของบัวจึงเข้ามาช่วยเลี้ยงหลานและถ่ายทอดประสบการณ์เลี้ยงลูกปากแหว่งเพดานโหว่ ช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงดูลูกได้เองและลูกปรับตัวการกินได้หลังกายตัดเย็บปิดเพดานโหว่ ผู้วิจัยสังเกตว่า

ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเป็นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่มาก่อน สามารถปรับตัวได้ดีและพร้อมจัดการเผชิญปัญหาอุปสรรคจากลูกปากแหว่งเพดานโหว่

มารดาของพลัค อายุ 44 ปี “แตกต่างจากแพ้ม (ลูกชายคนโต) อย่างการทานข้าว กินนมอะไรก็ตาม มันจะออกมาทางจมูกพลัค สำลักเวลาป้อนข้าว ตอนแรกเค้ากินไม่อิม ร้องตลอดเลย แม่เอากล้วยบดกับน้ำต้มข้าวตอนอายุเค้าได้ 1 เดือนนะ ให้กินข้าวเลย ที่จริงตามหลัก กะจะให้กินนมก่อน แต่เค้าร้องให้ไม่อิม ย่าเลยบอกให้เอาข้าวป้อนเลย แล้วเอาข้าวบดละเอียดใส่ ขวดนมเด็ก ตัดปลายให้ใหญ่ขึ้นอีกนิดนึง เค้าใช้เหงือกกัดๆให้ข้าวออกมา พออิมอยู่ดี เจียบ”

วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านอย่างอันกับมันต์ ได้รับการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้ เช่น ฝึกพูดออกเสียง ฝึกความมั่นใจกล้าแสดงออก มองโลกในแง่ดี เป็นต้น และรักลูกทุกคนเหมือนกัน พาลูกไปรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิด และคอยสนับสนุนการรักษาเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ บิดามารดาใช้เวลาอยู่กับลูกตลอดและเป็นที่ปรึกษาแนะนำลูกเมื่อมีปัญหา เข้าใจว่าลูกกำลังเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยรุ่นเต็มตัวเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน เช่น สนใจดูแลตนเองมากขึ้น การสนใจเพื่อนต่างเพศ และความต้องการเข้ากลุ่มเพื่อน เป็นต้น แสดงให้วัยรุ่นรู้ว่าตนเองรักและหวังดีต่อลูก ดูแลเอาใจใส่ ใกล้ชิดสนิทสนมและเข้าใจจิตใจลูก

มารดาของอันอายุ 46 ปี “พ่อแม่ไม่เคยพูดเวลาเสียใจ หรือเวลาเค้าทำอะไรผิดหน่อย ก็จะไม่พูดซ้ำซ้ำเดิมที่เค้าเป็น เช่นเห็นไหมที่เป็นอย่างนี้ เพราะดื้อกับพ่อแม่ แม่ไม่เคยพูดและไม่อยากให้พูด เพราะลูกก็น้อยใจในสิ่งที่เค้าเป็นอยู่แล้ว เราไม่ต้องพูดเยินยอ ไม่ต้องไปให้กำลังใจมากไป เค้าก็รู้อยู่แล้วว่าพ่อกับแม่รักเค้า เวลาทำอะไรแคะมองกันจับมือกัน เค้าก็รู้แล้ว แม่ไม่พูดเลยเรื่องที่เค้าเป็น ไม่ว่าเราจะทุกข์ใจหรือเสียใจกว่าเค้าก็ไม่พูด”

มารดาของมันต์อายุ 44 ปี “ตั้งแต่รู้ว่าเค้าเป็นอย่างนี้ ตอนเกิดมา เค้ามีอะไร เราก็คอยหาวิธีแก้ปัญหา อย่าไปต่อว่า อย่าไปพูดให้เค้าเสียกำลังใจ จะคอยถนอมน้ำใจเค้าในเรื่องอย่างนี้ ไม่อยากไปแตะ เพราะคิดว่าเค้าก็คงไม่อยากเกิดมาเป็นหรอก เมื่อเค้าเกิดมาเป็นอย่างนี้ เราก็ต้องดูแลเค้าให้ดีที่สุด ยังไงก็ลูกเรานะคะ” และ “เค้าพูดตลอดว่าจะไม่ทำให้แม่เสียใจ แม่ก็บอกให้เป็นเด็กพูดง่ายนะ อย่าเกร เนี่ย พ่อแม่เลี้ยงดูมา ก็ยากนะ ต้องลงงานมา ต้องพาไปหาหมอ ลูกอยากไปไหนทำอะไรที่ลูกมีความสุขและไม่เสียหาย เนี่ยเห็นไหม พ่อแม่ก็พาไปตลอด เห็นไหมว่าพ่อแม่รักขนาดไหน พี่ก็จะพูดแบบนี้กับเค้า”

นอกจากนี้ บิดามารดายังพูดให้ลูกทำใจยอมรับความจริง เชื่อว่า “ทำดีได้ดี” หากลูกทำดีในชาตินี้จะไม่เกิดมาปากแหว่งเพดานโหว่อีกในชาติหน้า และพาลูกไปวัดทำบุญเพื่อตัดกรรมเก่า ชักนำให้ลูกใกล้ชิดพุทธศาสนา ช่วยให้ลูกเข้าใจหลักธรรม และทำตัวเป็นตัวอย่างที่ดี

มารดาของอัน อายุ 46 ปี “แม่บอกฉันว่าไม่ต้องไปคิดถึงมัน เราทำอะไรของเราตามปกติ เพราะว่ามันคงเป็นสิ่งที่เราเคยสร้างเอาไว้แต่ชาติก่อน มันถึงมาตกที่ชาตินี้ ชาตินี้เราทำอะไรไว้ มันก็จะไปตกถึงชาติหน้า ฉะนั้น ชาตินี้เราต้องทำให้ดีที่สุด มันจะได้ไม่มีอะไรตกค้างไปถึงชาติหน้า ถ้าจะมีก็ขอให้เป็นสิ่งดีๆ สิ่งใหม่ค่ะ”

มารดาของมินต์ อายุ 44 ปี “อย่างดูทีวีนี้ เค้าพิการ เค้ายากจน อาจทำบุญมาน้อย เรามี มากกว่าเค้าแต่เรามีกรรม ไปทำบุญ กรรมจะได้ตัด ไม่ตามทันเรา ไปทำบุญมันดียังไง ก็จะถูกไปด้วย อย่างพระสอน บางทีก็อแงนะ เพราะไฟฟ้าไปวัดป่า เค้าไม่อยากตื่นแต่เช้า ก็บอกไม่อแงนะลูกนะ บางทีก็ปดอบ บางทีก็ดูเอา”

ส่วนวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวอย่างพลุกกับบัวนั้น หลังจากเย็บปิดปากแห้งเพดานโหว่ตั้งแต่วัยเด็กแล้วก็มีภาวะสุขภาพร่างกายเกือบปกติเหมือนคนอื่นทั่วไป เช่น ปรับตัวการกินได้ดี พุดซัดชั่น มีรอยแผลเป็นบนใบหน้าเล็กน้อยหรือไม่เด่นชัด เป็นต้น บิดามารดาเลี้ยงดูลูกอย่างใจเย็น รู้จักควบคุมอารมณ์ตนเอง มักพุดชมเชยลูกทุกครั้งที่ทำดีหรือคิดดี ไม่พุดซ้ำเติมตำหนิที่ลูกเป็นปากแห้งเพดานโหว่ ถนอมน้ำใจลูก เมื่อลูกทำผิดก็สั่งสอนตักเตือนและให้โอกาสปรับปรุงตัวดีขึ้น เช่น มารดาของบัวคอยให้กำลังใจและแสดงออกชื่นชมลูกทุกครั้งที่เข้มแข็งและจัดการปัญหาการโดนล้อเลียนที่โรงเรียนได้ เป็นต้น อีกทั้ง มารดาของกรณีศึกษาทำตัวใกล้ชิดสนิทสนมอย่างกันเองกับลูก เป็นที่ปรึกษาที่ดีของลูก สนใจเอาใจใส่ คอยสอบถามลูกในทุกเรื่อง และช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลปากแห้งเพดานโหว่ตามเหมาะสม

มารดาของพลุกอายุ 44 ปี “เราก็ตามใจเค้าหน่อย เพราะว่าไม่อยากบังคับ คิดว่าคนนี้แม่จะตามใจหน่อย เพราะคิดว่าเค้ามีปมด้อย แต่พอจะคอยว่าตามใจลูกเกินไป พ่อเค้าก็เป็นปากแห้งแต่แม่คิดว่าเค้ามีปมด้อยนะ ไม่อยากบังคับอะไรเค้ามาก” และพลุกอายุ 13 ปี “ผมมีครอบครัวที่อบอุ่น รักใคร่กัน เอื้อเฟื้ออะไรให้กันครับ ไม่ทะเลาะกัน มีคนที่รักเรา คนรอบข้างนะครับ พ่อแม่ ทุกๆ คนในครอบครัว และเพื่อนๆ ด้วย”

รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เป็นอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่มีผู้ดูแลหลักเป็นบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว (กรณีนี้ด) และญาติผู้ใหญ่ (กรณีบอล) เนื่องจากครอบครัวแตกแยกมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ ลูกชายของบอลปกป้องคุ้มครองหลานชายจากการโดนเพื่อนล้อเลียนจากปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน โดยการพุดตำหนิต่อว่าและข่มขู่ผู้อื่นให้บอลเห็น ใช้การออกคำสั่งผ่านกฎข้อบังคับเพื่อควบคุมให้หลานเชื่อฟังปฏิบัติตาม เข้มงวดการคบเพื่อน ติดตามความประพฤติของบอลจากครู และจัดการเรื่องลาป่วยหรือการรักษาแทนหลานทุกอย่าง ทำให้บอลขาดความเป็นตัวของตัวเอง ติดลุง เอาแต่ใจตัวเอง และอแงเมื่อถูกลุงขัดใจ แต่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวใช้กำลังกับเพื่อน ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าลุงเลี้ยงดูอย่าง

ควบคุมมากจนเห็นได้จากความกดดัน นิ่งเงียบ และ ขาดความเป็นตัวของตัวเองของบอระหว่าง พุดคุย ซึ่งเป็นอุปสรรคของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

ลุงเขยของบออายุ 44 ปี “ผมกลัวเค้ามีปมด้อย ผมเคยถามเค้าว่าจะอายไหม ไปเล่นกับ เพื่อนอายไหม แต่เค้าไม่ค่อยพูดนะ ไม่ต้องอาย เดี่ยวก็หาย เห็นไหมว่าแต่ก่อนเป็นยังไง ถ้าอยาก เหมือนเพื่อนต้องเชื่อฟังหมด ทำตามหมด อีกครั้งหนึ่งเค้าต้องแปร่งฟันก่อนเข้ามาในนี้ แต่ห้องน้ำล๊อค เลยต้องไปซื้อขวดน้ำมาให้ เค้าอายไม่กล้าแปร่งฟันนอกห้องน้ำ ผมบอกถ้ามันลุงไม่พามา โตแล้ว สุดท้ายแก้ก็ทำ ผมใช้กฎบังคับแบ ถ้าบอกให้ยิ้ม เค้าก็ยิ้มนะ อะไรที่หมอบอก ลุงบอก เค้าต้องทำตาม ” และ “ผมว่าต้องดูแลเค้าอย่างใกล้ชิด อบรมคุยกับเค้า เป็นทั้งพ่อและแม่ให้เค้า อย่างบอไม่มีแต่แม่ เค้าเลี้ยงง่ายกว่าลูกชายจริงๆ ของผมเสียอีกนะ เวลาทำอะไรทำจริงจัง ต้องทำให้เสร็จ ถ้าเป็นลูกชาย ตัวเองรถเครื่องคันหนึ่งหนีไปแล้ว เค้าก็ติดผม ที่ผมฝึกแกยังไม่ได้นั่นคือ แกจะงอน ไม่พูด ชี้แยะ เอา แต่จะร้องไห้เรื่องไม่ได้ดังใจตัวเอง บางทีเราเป็นลุงจะดูว่าไม่ได้ มันจะงอแงแล้ว น้ำตาาร่วง อย่างอื่น ก็นั่งง่ายอยู่ง่าย แต่มาโรงเรียน มาโรงพยาบาลนี่จะงอแงเลยถ้าลุงไม่มาด้วยนะ บางทีให้แฟนผมไปแทน เค้าก็ไม่อยากให้ไป”

นอกจากนี้ ครอบครัวของปาล์มยังมีลักษณะตั้งเครียดโดยบิดาเลี้ยงดูลูกอย่างปกป้อง มาก เนื่องจากความสัมพันธ์ไม่ดีระหว่างบิดากับมารดาและความรู้สึกผิดตลอดมาของบิดาที่เชื่อว่า ปากแห้งเพดานโหว่เป็นผลกรรมจากการตกปลาของตน ซึ่งถือเป็นอุปสรรคในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ย่าได้เข้ามาช่วยปลอบประโลมลูกหลานด้วยธรรมะ ให้เมตตากรุณาต่อ สัตว์ หมั่นทำบุญชดใช้กรรมในอดีต ทำทานเป็นประจำ และพาไปวัดทำบุญ ย่ายังฝึกหลานนั่งสมาธิ ท่องบทสวดมนต์ อ่านหนังสือธรรมะและรักษาศีล ทำให้ปาล์มพยายามอดทนอดกลั้นและผ่อนคลาย ความโกรธเมื่อโดนเพื่อนล้อเลียนปากแห้งเพดานโหว่

บิดาของปาล์มอายุ 35 ปี “ส่วนใหญ่เค้าจะอยู่กับย่านะ หนังสือธรรมะเค้าจะอ่าน ชอบ ท่องชินบัญชร ย่าบอกว่าฝึกสมาธิให้เค้าด้วย และมันเป็นสิ่งที่ดี ถ้ารักษาศีลได้ เค้าเป็นคนเงียบแต่ดี ขึ้น”

ปาล์มอายุ 15 ปี “ย่าเคยบอกว่าถ้าเขามาล้อเรา ก็ไม่ต้องไปสนใจ ให้อยู่ของเราไปนะคะ เมื่อก่อนมีนะคะที่ทำให้ใจไม่ได้ รู้สึกน้อยใจ โกรธคะบางที แต่ตอนนี้ใครอยากจะล้อก็ล้อไป ใหญ่ๆ กัน แล้ว บางทีก็ไปพูดกับคนอื่น เล่นกับเพื่อนให้สบายใจก่อนคะ ย่าสอนท่องคาถาธรรมะ บทสวดมนต์นะ คะ ก็ได้บทชินบัญชร ตอนนี้กำลังฝึกอีกคะที่ย่าสอน ก็ช่วยนะคะ ให้อดทนอดกลั้น ใจนิ่งขึ้น”

ส่วนวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวอย่างลีมี่มารดาเป็นปากแห้งเช่นกัน มารดา เป็นแบบอย่างการใช้ชีวิตแก่ลิโดยยึดถือวิถีปฏิบัติของลืซออย่างเคร่งครัด วัฒนธรรมลืซอกำหนด บทบาทของมารดาเกี่ยวกับการเกิดและการเลี้ยงดูลูก ว่าลูกสาวลืซอต้องทำงานแบ่งเบาภาระบิดา

มารดาที่ออกไปทำมาหากินได้ มารดาจึงสอนลูกสาวคนโตอย่างลิให้ดูแลตนเองและทำงานบ้าน ทำให้ลิต้องเลี้ยงน้องๆ รับผิดชอบงานบ้านทุกอย่าง ทำงานหารายได้ทุกปีดภาคเรียนตั้งแต่เด็ก และออกจากหมู่บ้านไปหางานทำเลี้ยงตนเองและครอบครัวที่กรุงเทพฯ หลังเรียนจบมัธยมศึกษาตอนต้นพร้อมเพื่อนลิชคนอื่น มารดาอบรมเลี้ยงดูลิให้พึ่งตนเองเร็วแต่ขาดการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด อาจทำให้ลิมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำและเสี่ยงเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสมต่อไป

มารดาของลิอายุ 45 ปี “ลิเค้าทำงานบ้าน ทำกับข้าวเก่งมาก ช่วยทำแทนได้หมด แม่จะบอกให้ลิทำกับข้าว กวาดบ้าน ถูทำความสะอาด คนน้องล้างจาน หุงข้าว คนน้อยตักน้ำลงขวด ตอนเช้าจะให้ลูกมาทำเตรียมกับข้าวก่อนพ่อแม่ไปเยการ เดี่ยวนี้แม่บ่เคยยะแล้ว สอนตั้งแต่น้อย ต้องหัดให้พวกเค้าช่วยตัวเองได้ตั้งแต่ 7-8 ขวบ ถ้าพ่อแม่เป็นอะไรไป โตมาเปล็กยะได้เอง” และ “เคำบ่ค่อยได้ไปไหน เพราะต้องผ่องน้อง ผ่องกับข้าว ช่วงปิดเทอมเนีย ไปรับจ้างแกะกระเทียม ส่วนต้นเดือนตุลาคมไปรับจ้างดึงถั่วเหลืองนะเจ้า วันละ 150 บาท เปล็กเค้าให้เคำแรงด้วย ช่วยทำงาน บอกว่าพ่อแม่ไม่มีเงินออกไปทำงานจะเอามาซื้ออะไรก็ซื้อ”

ส่วนวัยรุ่นปากแหงเพดานโหว่ด้านเดียวอย่างนัดที่มีเพียงบิดาหาเช้ากินค่ำเลี้ยงดูลำพัง บิดาตามใจนัดเพื่อชดเชย “ปมด้อย” จากความพิการและมารดาที่ทอดทิ้งไป ซึ่งเป็นอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี อีกทั้ง บิดาต้องออกไปทำมาหากินซึ่งเป็นภาระหนักหนาทั้งการเลี้ยงและการรักษาพยาบาลลูก จึงมักให้ลูกดูแลตนเองอยู่บ้านตามลำพังหรือฝากไว้บ้านปู่ย่า บิดาคอยติดตามบ้างเท่าที่จะดูแลได้ เมื่อนัดเข้าสู่วัยรุ่น บิดาเริ่มเจ็บป่วยหนักและต้องย้ายมาอยู่กับปู่ย่าสูงอายุ ทำให้นัดขาดผู้ใหญ่อุปถัมภ์และหันไปติดเพื่อน

พ่อของนัดอายุ 44 ปี “อันนี้ยาก ยาก ไปหาเฮ็ดงานก็ไม่ได้ไป ถ้าเฮ็ดงานก็ทิ้งลูกไปอีก ก็อยู่จนเด็กน้อย 3 ขวบ เาเคำไปด้วย แต่ก่อนผมไม่ได้เฮ็ดงานก่อสร้างนะ ผมขับรถส่งของ ก็เอนั่งรถไป อยู่ในรถนั่นแหละ” และ “ช่วงไปโรงเรียนก็วิ่งรถ ตอนเช้าเอาไปส่งไว้ แล้วเฮ็ดงานเมื่อแลง เด็กน้อยเล็กก็ไปรับ แต่ยังไม่เลิกงานต้องเอนั่งรถไปด้วย แต่ก่อนเอาเคำมาโรงเรียนในเวียง พอหลังๆ คือว่า ยากรับส่ง ผมขับรถส่งของก็มาไม่ทันเวลาลูกเล็ก เคำไปกันหมดแล้ว ลูกนั่งท่ารถอยู่คนเดียว (หัวเราะ) เราคิดว่าไม่ดีกับลูก เลยคุยกับครูขอย้ายเคำกลับไปเรียนบ้านนอกดีกว่า เลิกแล้วกลับบ้านได้ ตอนนั้นป.2 จึงย้ายไป บอกลูกว่าเลิกเรียนแล้วกลับไปเฮ็ดงานอยู่บ้านนะ แต่เมื่อแลงผมจะแวะไปบ้านพ่อแม่ มีธุระอะไรก็เอาลูกไปฝากไว้บ้านพ่อแม่ ฝากเปล็กไว้” และ “คนเป็นพ่อให้ลูกได้ทุกอย่างนะ อันไหนดีก็จะเฮ็ด เราเลี้ยงตอนน้อยๆ ก็ตามใจเคำอยู่ เพราะคิดว่าถ้าดูอีก เด็กจะเป็นปัญหา เกิดมาก็เป็นอย่างนี้ สภาพครอบครัวก็ไม่ได้อยู่ด้วยกัน และพ่อมาดูอีก แต่พอม.3 ก็เจตี้น้อย เริ่มเกเร”

2.2 การดูแลรักษาพยาบาลปากแห้งเพดานโหว่

การถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวเชื่อมโยงมาถึงการดูแลรักษาพยาบาลปากแห้งเพดานโหว่ใน 2 ประเด็นสำคัญคือ การเข้าถึงและความต่อเนื่องของการรักษา และการสื่อสารระหว่างวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กับบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอื่น

การเข้าถึงและความต่อเนื่องของการรักษาปากแห้งเพดานโหว่

บิดามารดาของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงเคยรายงานราชการหรือดึกิจการส่วนตัว เพื่อพาลูกเดินทางมารักษาปากแห้งเพดานโหว่ตั้งแต่หลังคลอดที่โรงพยาบาลด้วยกันทุกครั้ง ระยะเวลาเดินทางนาน 1-2 ชั่วโมงต่อเที่ยว บิดามารดาให้ลูกเข้ารับการผ่าตัดเย็บปิดปากแห้งเพดานโหว่ในสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน จึงจ่ายค่ารักษาต่างกันไป เช่น ไม่เสียค่าผ่าตัดตามสิทธิบัตรทอง เสียค่าผ่าตัดที่หักค่าลดหย่อนของโรงพยาบาล หรือเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด เป็นต้น หลังจากนั้น แพทย์แนะนำและส่งตัวให้มารักษาด้วยสิทธิบัตรทองในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีโครงการรักษาปากแห้งเพดานโหว่ด้วย จึงไม่ต้องเสียค่ารักษาผ่าตัดรวมทั้งค่าจัดฟันและได้รับเงินช่วยเหลือค่าเดินทาง 500 บาทต่อครั้งต่อเดือน ส่วนค่าใช้จ่ายแต่ละครั้งได้แก่ ค่าน้ำมันรถยนต์ส่วนตัว ค่ารถโดยสาร 150 บาทต่อคนต่อเที่ยว ค่าอาหาร 100 บาทต่อคนต่อวัน ค่าที่พัก 1 คืนต่อห้อง และค่ายารักษาโรคหวัดที่เป็นบ่อย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบิดามารดาต้องขาดงานทุกเดือนและวัยรุ่นต้องขาดเรียนซ้ำวิชาเดิมหลายครั้ง รอลำดับคิวแพทย์นานระยะเวลารักษาและเสียค่าเดินทางมาตลอดหลายสิบปี กรณีศึกษาทุกคนที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงก็ยังมารับการรักษาปากแห้งเพดานโหว่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยเคยเข้ารับการผ่าตัดรักษาปากแห้งเพดานโหว่มาจำนวน 3-4 ครั้งในช่วงปิดภาคเรียนและเคยนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลแต่ละครั้งนาน 2-7 วัน ซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเหมาะสม (ตาราง 52) จึงช่วยแก้ไขการพูดออกเสียงและใบหน้าที่ดีขึ้น ได้แก่ ครั้งที่ 1 ผ่าตัดเย็บปิดริมฝีปากในช่วงอายุ 2 เดือนถึง 1 ปี ครั้งที่ 2 ผ่าตัดเย็บปิดเพดานปากในช่วงอายุ 4 เดือนถึง 3 ปี ครั้งที่ 3 ผ่าตัดแก้ไขเพดานปากในช่วงอายุ 4-8 ปี หรือศัลยกรรมตกแต่งจมูกตอนอายุ 5 ปี และครั้งล่าสุดเป็นครั้งที่ 4 ผ่าตัดปลูกถ่ายกระดูกในช่วงอายุ 10-14 ปี บิดามารดาคอยดูแลเอาใจใส่เตรียมตัวลูกทั้งก่อนและหลังผ่าตัด มารดาารู้สึกสงสารกลัวลูกเจ็บหรือมีเลือดไหลภายหลังผ่าตัด แต่ก็ยังไว้วางใจแพทย์มาก และสอนให้ลูกทำตามที่แพทย์แนะนำทำให้ลูกเคยชินกับโรงพยาบาลและการถูกวางยาสลบผ่าตัด ซึ่งวัยรุ่นบางคนยังต้องการผ่าตัดเพื่อให้ดูสวยหล่อยิ่งขึ้นอีก ทุกคนในครอบครัวมาอยู่เฝ้าดูแลในห้องพักฟื้นตลอด ส่วนเพื่อนหรือญาติใกล้ชิดจะมาเยี่ยมให้กำลังใจที่โรงพยาบาล

มารดาของมินต์อายุ 44 ปี “พ่อเค้าเป็นคนไปตามหมอว่าทำเพดานได้ตอนอายุเท่าไร ทำริมฝีปากตอนไหน พ่อคอยไปตามเรื่องตลอด จึงไม่มีปัญหาอะ พ่อเค้าจะสนใจเรื่องอย่างนี้มาก สนใจหาข้อมูลประสานงานเรื่องเล็กๆน้อยๆ ถามคนนู้นคนนี่ตลอด แม่จดเก็บไว้ทำอะไรเมื่อไหร่ พาลูก มาตลอด ไม่เคยผัดนัดเลย สักครั้งนึงก็ไม่เคยเลยนะ จะคอยช่วยกันดูว่าถึงเวลาหรือยัง ถ้าใครว่างก็จะ มา หรือมากันหมดบ้าน”

ส่วนกรณีศึกษาที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำได้เข้ารับการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน ตามสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว บิดามารดาหรือญาติเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยทุกครั้งแต่ไม่ได้เป็นประจำทุกเดือน โดยระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลนาน 2-6 ชั่วโมงต่อเที่ยวและต้องเปลี่ยนรถโดยสาร 3-4 ช่วงกว่าจะถึงโรงพยาบาล แพทย์ในโรงพยาบาลใกล้บ้านแนะนำให้บิดามารดาทุกคนพาลูกมาเข้าร่วมโครงการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่การผ่าตัดครั้งแรก จึงไม่เสียค่ารักษาผ่าตัด ค่าจัดฟันและได้รับเงินช่วยเหลือค่าเดินทาง 500 บาทต่อครั้งต่อเดือน แต่เสียค่าใช้จ่ายอื่น ได้แก่ ค่าน้ำมันรถยนต์ส่วนตัว 700-800 บาทต่อครั้ง ค่ารถโดยสาร 300-340 บาทต่อคนต่อเที่ยว ค่าอาหาร 50-100 บาทต่อคนต่อวัน ค่าที่พัก 1 คืนหรือจ่ายแทนด้วยข้าวสาร 1 ถังต่อครั้ง สูญเสียค่าแรงรับจ้าง 300-600 บาทหรือจ่ายค่าจ้างคนรับส่งแทนในบางครั้ง 600 บาทต่อวัน ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและบิดามารดาแตกแยกมีผลต่อการขาดหายการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ เนื่องจากผู้ปกครองเพียงคนเดียวรับผิดชอบอบรมเลี้ยงดู ดูแลรักษาพยาบาล และหารายได้ของครอบครัว เมื่อผู้ปกครองหลักประสบปัญหาเดินทางลำบาก ค่าใช้จ่ายสูง หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง

มารดาของอัน อายุ 46 ปี “เค้าเลี้ยงง่าย จะยากก็ตรงที่เป็นโรค เพราะต้องพาเที่ยวมาหาหมออะ ไปรักษาต่อเนือง บางคนมาพร้อมกัน เค้ามามั่งไม่มามั่ง หรือบางคนหายไปนาน ไม่ค่อยมา เพราะอย่างที่ว่าต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่ารถ ค่าอะไร แต่ก็เพื่อลูกเราเนอะ เกิดมาเป็นลูกเราแล้วทำยังไงได้ เวลาที่เค้าโตขึ้นจะได้ไม่อายคน สงสารเวลาที่เค้าโตขึ้น แล้วต้องมาเจอ ถ้าเราไม่ทำ คนอื่นเค้าก็ไม่พามา”

มารดาของลี อายุ 45 ปี “โรงพยาบาลบางคนู้ดี ดูแลดี ทำให้ดี บ่ต้องเสียตังค์ คนข้างบ้านบอกว่าถ้าทำฟันเองจ่ายตัง 5-6 หมื่นบาท ถ้ารวมทั้งหมดไม่รู้ว่าเป็นกี่แสนแล้วเนี่ย (หัวเราะ) แค่อั้งแต่เกิดมาโรงพยาบาล ค่ากิน ค่ารถ ก็หมดไปหลายหมื่นบาทแล้วนะ เดือนละครั้งก็เกือบพันบาทนะ เจ้า”

บิดาของนัต อายุ 44 ปี “ช่วงป่วยผมลาออกมาพักอยู่บ้านพ่อแม่ เฮ็ดงานบ่ได้ ไม่ได้พาลูกมาหาหมอเลย หยุดไปสักพัก มาไม่ได้ ผมป่วยหนักจนคิดว่าจะตายเสียแล้ว โรงพยาบาลส่งไปไปหาว่ามีโครงการรักษาและมีค่าเดินทางให้นัด พอดีช่วงนั้นอาการดีขึ้น พอมาได้ก็พาลูกมาอีก จนมาปี

หลังเนี่ย หมอบอกผมหายไม่ต้องกินยาแล้ว ก็คิดหลายหาเงินอยู่ผู้เดียว เป็นอะไรไปบ้างไป ลูกจะทำ
 ยังไง ถ้าอยู่ดีข้าบายก็พาลูกมาหาหมอได้ แต่ถ้าเราป่วยลูกต้องหยุดไปด้วย ไม่มีผู้ใดพามา ก็คิดหนัก
 ไปอีก พ่อแม่เปลี่ยก็เฒ่าแล้วเจ็ดสิบกว่า คิดกลัว จนจะเป็นประสาทแล้วล่ะ (ฮี้ ฮี้ หัวเราะในคอ) คิดไป
 คิดมาเดี๋ยวก็นึกโรคเครียดไปอีก” และ “เค้าบ่ดีอ บ่เกร ว่าง่ายเลี้ยงง่าย แต่เพราะเกิดมาไม่ครบ 32
 จึงต้องรักษายุ่งยาก พามาหาหมอมอจุกจิกเนี่ย ก็มารักษาปี 41 จนในปี 55 ยังไม่เสร็จเลย จัดฟัน 3-4 ปี
 แล้ว ถ้ามหมอว่านานเนาะ ไม่ใช่จะตายก่อนนะ”

กลุ่มวัยรุ่นที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำเคยเข้ารับการผ่าตัดรักษาปากแหว่งเพดานโหว่
 ตั้งแต่แรกเกิดมาจำนวน 3-5 ครั้ง) โดยการผ่าตัดครั้งที่ 1 เป็นการเย็บปิดริมฝีปากในช่วงอายุ 2-6 เดือน
 บิดามารดาพาลูกมาเข้ารับการผ่าตัดได้เหมาะสมกับช่วงอายุการผ่าตัด แต่หลังจากนั้น กรณีศึกษา
 อย่างลี้กับนัดเข้ารับการผ่าตัดเมื่ออายุมากกว่าช่วงเวลาเหมาะสม (ตาราง 52) ได้แก่ ผ่าตัดครั้งที่ 2
 ช่วงอายุ 1-4 ปีเพื่อเย็บปิดเพดานปาก ผ่าตัดครั้งที่ 3 ช่วงอายุ 9-12 ปีเพื่อแก้ไขเพดานปากซ้ำ 1-2 ครั้ง
 และผ่าตัดครั้งล่าสุดตอนช่วงอายุ 13-18 ปีเพื่อปลูกถ่ายกระดูก การผัดนัดติดตามรักษาทำให้ลำดับ
 ขั้นตอนการรักษาล่าช้าและความผิดปกติซับซ้อนมากขึ้น บิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวมาอยู่ดูแลลูก
 เวลานานจนพักฟื้นหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล ปาล์มป่วยเป็นหวัดหรือหุ้กเสบเรื้อรังบ่อยจนต้องนอน
 รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นประจำ

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยวัยรุ่นกับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว อื่น

วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ทุกคนที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงหลังจากเข้ารับการผ่าตัด
 แล้วมารับการตรวจประเมิน ติดตาม และฟื้นฟูประสิทธิภาพการพูดและการได้ยินที่โรงพยาบาล ทำให้
 ได้พบปะผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และครอบครัวอื่นจำนวนมาก มารดาทุกคนของกรณีศึกษากลุ่มนี้
 มักเข้าไปพูดคุยสอบถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์การรักษา ผลการรักษา ให้กำลังใจกับครอบครัวอื่น
 ที่มีลูกปากแหว่งเพดานโหว่เหมือนกัน และแนะนำให้สมัครเข้าร่วมโครงการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่
 ตลอดจนยอมรับลูกอย่างเปิดเผยและไม่หลบซ่อนลูกอยู่บ้าน อย่างเช่นอัน มินต์ และบัวเคยฝึกพูดออก
 เสียงกับแพทย์ทุกวันตั้งแต่ขวบปีแรกจนถึงอายุ 10 ปี แพทย์ส่วนใหญ่อธิบายขั้นตอนการรักษา
 ผลการรักษา และวิธีปฏิบัติให้วัยรุ่นและบิดามารดาเข้าใจ มารดาคาดหวังให้หมอรักษาลูกอย่างดีที่สุด
 รู้สึกพึงพอใจผลการรักษาทั้งใบหน้าและการพูดของลูกในปัจจุบันแล้ว แต่อาจผ่าตัดซ้ำหากแพทย์หรือ
 ลูกต้องการ ซึ่งวัยรุ่นทุกคนพึงพอใจผลการรักษาปัจจุบันแต่ยังต้องการให้ตนเองหล่อหรือสวยมากขึ้น
 เช่น รอยแผลเป็นจางลง จมูกตรง ริมฝีปากเท่ากัน เป็นต้น

มารดาของอันอายุ 46 ปี “มาโรงพยาบาลเจอครอบครัวอื่นก็คุยกันอยู่นะ ว่าเค้าจะทำยังงัยบ้าง เค้าได้ทำอะไรบ้างไปถึงไหนแล้ว ไปหาหมอบ่อยไหม ทำมาก็ ครึ่งแล้ว แม่ก็ดีใจอยู่นิดนะว่า ลูกแม่เป็นไมเยอะ มันเห็นไม่ค่อยชัด บางคนที่ทำมาแล้วแผลเค้ายังเห็นชัดอยู่เลยนะ”

มารดาของมินต์ อายุ 44 ปี “ถ้าบางทีพี่ไปเจอเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ พี่ก็จะไปถามเค้า นะคะ แล้วแนะนำว่าลูกสาวก็เป็นนะ นัดไปหาหมอไหม ไปฝึกพูดไหม เวลาไปไหน จะเข้าไปถาม ก็อยากแนะนำค่ะ (หัวเราะ) ให้เค้าทำเหมือนเรา พาลูกไปหาหมอ พาลูกไปอย่างนั้นอย่างนี้ค่ะ อยากแนะนำ (หัวเราะ)”

ในทางตรงกันข้าม กรณีศึกษาที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำเคยมาฝึกพูดกับแพทย์ที่โรงพยาบาลแค่ 2-3 ครั้งก็ไม่ได้มาอีก เพราะบิดามารดาคิดว่าลูกพูดได้แล้วจึงไม่ต้องมาฝึกพูดซ้ำอีก ลูกเขยของบอลและพ่อของปาล์มมาพบแพทย์ด้วยทุกครั้งเพื่อรับทราบข้อมูลการรักษาจากแพทย์โดยตรงและกำชับให้วัยรุ่นทำตามอย่างเคร่งครัด ทำให้วัยรุ่นไม่กล้าพูดคุยหรือซักถามข้อสงสัยจากแพทย์ด้วยตนเอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่ของวัยรุ่นกลุ่มนี้คาดหวังว่าใบหน้าของวัยรุ่นจะดูดีขึ้นกว่าในปัจจุบันและเหมือนคนปกติต่อไป ตัววัยรุ่นเองก็ต้องการให้ใบหน้าเป็นปกติเหมือนเพื่อน เช่น จมูกตรง ฟันเรียงกัน ริมฝีปากเท่ากัน เป็นต้น ยกเว้นนัดกับบิดาที่พึงพอใจผลการรักษาปัจจุบันและไม่หวังกับชีวิตของตนเองในอนาคต ในระหว่างรอพบแพทย์รักษาปากแหว่งเพดานโหว่ วัยรุ่นกลุ่มนี้และผู้ปกครองไม่เคยเข้าไปพูดคุยกับผู้ปกครองหรือผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่คนอื่นเลย

ลูกเขยของบอลอายุ 44 ปี “ผมมั่นใจ 100% จริงๆ ว่าคนของผมต้องพูดชัดและเหมือนคนปกติ อย่างที่เหลืก็เป็นแผลนิดเดียวเท่านั้นเอง ผมมั่นใจว่าหมอบอกทำได้ ขออย่างเดียวเราอย่าไปเลือนหน้า และทำตามคำแนะนำของหมอ” แต่ระหว่างสัมภาษณ์บอลพูดไม่กล้าและออกเสียงไม่ชัด จนถูกบังคับให้พูดตอบตามลูก

บิดาของปาล์มอายุ 35 ปี “เค้ามาเกิดเป็นลูกเรา ตัวเราเองก็ต้องรับได้ ช่วยเหลือเค้าให้ดีที่สุด เพราะมันเกิดกับตัวเราเอง ก็ต้องรับสภาพ ยอมรับว่ายังมีทางด้านแพทย์เข้ามาช่วยเราได้อยู่นะ ทำให้ดีขึ้น ผมก็พอใจนะ ทางคณะแพทย์เค้าเก่ง สามารถช่วยเราได้ แต่ตัวน้องเค้า บางครั้งก็ต้องทำใจ เพราะเราไม่เหมือนเค้า ก็ต้องยอมรับสภาพได้” และ “เค้าดีขึ้น เค้าพอใจด้วย เค้าอยากทำ ก็บอกว่าให้ทนเอาหน่อยนะ หมอบอกอาจเจ็บบ้าง เค้าเชื่อหมด อยากให้ตัวเองเหมือนเพื่อนเค้านะครับ เค้าอยากเหมือนเพื่อนเค้า เพื่อนเคยล้อมาก่อนตอนโรงเรียนเก่านะ”

มารดาของลีอายุ 45 ปี “คนที่แขนขาบีมี่ เป็ลยังอยู่ได้ ลีบต้องท้อ เรายังมีโรงพยาบาลหมอบอกช่วยเย็บปิดให้ บอกว่าคนพิการมากกว่าเรายังมีอีก ของเราเป็นแค่ปากเท่านั้นเองบ๊ดี สมองแขนขาเรายังดี ผ่อที่วิจะหัน คนอื่นเป็นมากกว่า” และลีอายุ 18 ปี “ปากแหว่งเนี่ยรักษาได้ค่ะ บางคนเป็นมากกว่าเราตั้งเยอะ เรายังรักษาได้ค่อยๆ ทำไป แม่ช่วยทุกอย่าง เห็นแม่ก็เป็นเหมือนกัน แต่ไม่ได้เป็น

ข้างในด้วย” และ “อยากเหมือนคนปกติทั่วไป จมูกตรง ให้ผลตตรงนี้มันเท่ากับด้านนี้ (ชี้ริมฝีปากบน) ฟันเรียงกันหน่อย”

บิดาของนัดอายุ 44 ปี “ผมบ่กล้าไปแนะนำใครหรอก ผมก็เคยผ่านๆ เห็นคนอื่นๆ ที่เป็นเหมือนลูกเรา เด็กน้อยแถวบ้านก็บ่มีให้เห็น ตอนมาโรงพยาบาลถึงเจอว่าคนอื่น ๆ ก็เป็นด้วย”

2.3 การใช้ชีวิตในโรงเรียนของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

โรงเรียนเป็นบริบททางสังคมที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาการทางสังคมของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ จากประสบการณ์การใช้ชีวิตในโรงเรียนของกรณีศึกษาทุกคนสามารถแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงอายุ 6-11 ปีในโรงเรียนประถมศึกษา และช่วงอายุ 12-18 ปีในโรงเรียนมัธยมศึกษา ข้อค้นพบในการวิจัยนี้ว่า กระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวเกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตในโรงเรียนในประเด็นของการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนและการจัดการความรุนแรงในโรงเรียน

การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงมีเพื่อนสนิทช่วงมัธยมศึกษา จำนวน 6-8 คน กลุ่มเพื่อนคอยช่วยติวหนังสือและจัดการบ้านหรืองานที่ครูมอบหมายในวันลาป่วย กรณีศึกษาทุกคนเริ่มต้นแนะนำตัวเองก่อนแล้วชวนคุยทำความรู้จักเพื่อนใหม่ จนได้คบหาเป็นเพื่อนสนิทกันและแนะนำให้รู้จักกับบิดามารดา กิจกรรมยามว่างที่โรงเรียนของกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นชายมักเล่นฟุตบอลหรือฝึกซ้อมกีฬาด้วยกัน กลุ่มวัยรุ่นหญิงมักนั่งคุย อ่านหนังสือ ทำการบ้าน และทำกิจกรรมในโรงเรียน บิดามารดาคอยช่วยเหลือให้ลูกได้ทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนทั้งในและนอกโรงเรียน นอกจากนี้ อัน มินต์ และบัวสนใจคนพิการอื่น เช่น นักเรียนปากแหว่งเพดานโหว่คนอื่น คนพิการทางร่างกายหรือสติปัญญาในโทรทัศน์หรือสังครอบตัว เป็นต้น แล้วคิดเปรียบเทียบและรับรู้ความสามารถที่มีอยู่ของตนเอง ส่วนพลุ้กับบัวรู้สึกภูมิใจในตนเองมากขึ้นเมื่อได้รับความสนใจจากเพื่อนต่างเพศ

บัวอายุ 13 ปี “น้องที่โรงเรียนเก่า เขาเป็นอย่างหนูค่ะ เป็นผู้ขายแบ่งสองข้างเลยคะ โดนล้อเยอะ น้องเค้าตัวไม่ใหญ่ อยู่ประมาณป.1 ค่ะ น้องเค้าไม่เข้ากับคนอื่น ไม่เข้าคนง่าย ปลีกตัวออกไป ชอบอยู่คนเดียว หนูเห็น ไม่ค่อยมีคนเข้าไปกล้าเล่นกับน้อง ไม่มีเพื่อนคะ หนูมีเพื่อนเยอะอยู่ค่ะ (หัวเราะ) หนูจะไปหาเค้าเองคะ ถามว่าเธอมาจากไหน ชื่ออะไรนะ (ยิ้ม)” และ “ภูมิใจที่มีคนรักคนอยู่ด้วย เพื่อนช่วย ไปไหนก็ไปด้วยกันหมดเลย ทำให้เพื่อน ดีกับเพื่อน ช่วยเพื่อน ช่วยเหลือคนอื่นเท่าที่ทำได้คะ ไปทางไหนก็มีแต่เพื่อนคะ เชียงใหม่ก็มี ลำพูนก็มี”

วัยรุ่นที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในห้องเรียนได้เหมือนนักเรียนคนอื่น เช่น พูดหน้าชั้นเรียน เป่าขลุ่ย ทำงานร่วมกับนักเรียนคนอื่น เป็นต้น วัยรุ่นจัดการบอกครูขอลาป่วยล่วงหน้าและยื่นใบรับรองแพทย์ทุกครั้ง และขอกำหนดผ่าตัดในช่วงปิดเทอม ซึ่งแม้ว่ามีความจำเป็นขาดเรียนบางวิชาบ่อยแต่พยายามเรียนให้ทันเพื่อน ครูบางคนชื่นชมผลการเรียนหรือช่วยสอน

ชดเชยให้ ซึ่งวัยรุ่นกลุ่มนี้ทุกคนพอใจระดับผลการเรียนปานกลางของตนและตัดสินใจเลือกเป้าหมายการเรียนต่อไป โดยมีมารดาคอยเอาใจใส่การเรียนและไม่กดดันหรือเปรียบเทียบกับลูกคนอื่น

มารดาของพลีอายุ 44 ปี “เรียนก็พอไหว แต่แม่ทำใจแล้วแหละ เพราะเค้าผ่าตัดบ่อย คุณหมอก็บอกว่าถ้าผ่าตัดบ่อย ความจำก็อาจจะมึนบ้าง มันก็หลังขี้ลมอะไรอย่างเนี่ย แม่ทำใจตรงนี้ จะคาดหวังให้เรียนเก่งเหมือนพี่เค้าคงไม่ได้ แม่ถือว่าเค้าโดนผ่าตัดไปแล้ว 4 ครั้งนะ บางครั้งความหลังก็มี ดมยาสลบตลอด แม่ไม่ซีเรียสตรงนี้เลยนะ 2.7-2.8 แม่ก็พอใจแล้ว”

เพื่อนเป็นกลุ่มอ้างอิงทางสังคมที่สำคัญยิ่งในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ กลุ่มเพื่อนสนิทช่วงมัธยมศึกษาจำนวน 2-6 คน คอยให้คำปรึกษาทุกเรื่องและจัดการบ้านหรืองานที่คร่อมหมายให้ในวันลาป่วย ในวันหยุดหรือปิดภาคเรียน บอลกับลีสอกไปรับจ้างทำงานหารายได้กับเพื่อน แต่นัดออกเที่ยวกับเพื่อนจนกลับบ้านค่ำ ผู้ปกครองของบอล ปาล์ม และนัดหวังกังวลว่าการคบเพื่อนทำให้ผลการเรียนตกลง เพราะเพื่อนบางคนติดยาเสพติดหรือโดดเรียน ลุงเชยของบอลและบิดาของปาล์มจึงแจ้งครูประจำชั้นให้กวดขันติดตามความประพฤติของนักเรียน ทำความรู้จักกลุ่มเพื่อนทุกคน และคัดเลือกการคบเพื่อน แต่สำหรับการคบเพื่อนต่างเพศ บอลกับนัดคิดว่าปากแหว่งเพดานโหว่ทำให้ตนเองไม่หล่อหรือไม่กล้าเข้าไปพูดคุยทำความรู้จัก

มารดาของลีอายุ 45 ปี “เพื่อนเค้ามีแต่ผู้หญิงนะเจ้า ช่วงปิดเทอมก็ชวนกันไปทำงานกรุงเทพ แม่ก็ถามเค้าอยากไปไหม เค้าบอกยังไม่ไปหรอก เดี่ยวให้เรียนจบก่อน เค้าจะลงไปช่วยเหลือตัวเอง ทำงานได้ย เรียนได้ย เพราะว่าทางบ้านไม่มีเงินส่งนะเจ้า ลีเค้าจะไปเรียนช่วงเช้า พอบ่ายก็ไปเยการ ส่งตัวเอง แม่กับพ่อบอกให้เค้ารอจบม.3 ก่อน ช่วยดูแลน้องก่อน คนในหมู่บ้านเพื่อนลีแค่จบป.6 ก็ไปแล้ว อีกคนจบม.3”

บิดาของนัดอายุ 44 ปี “มันก็เป็นอยู่แล้วแหละ เป็นธรรมดาครับ ผมคิดว่าผู้สาวเบ๊หงษ์นี้ เบิ้ลบสนใจแล้ว คิดเอง เค้าบ่เคยเล่า เห็นเริ่มรู้จักอาบน้ำแต่งตัว เสื้อผ้าก็รัดๆ เวลาไปไหน” และนัดอายุ 13 ปี “เป็นอย่างนี้ทำให้ เค้าอาจไม่สนใจ อาจครับไม่กล้าพูด”

ผู้ปกครองทุกคนของวัยรุ่นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำเล่าถึงระดับผลการเรียนดีและครูชื่นชมว่าตั้งใจเรียน ในขณะที่ ทัศนศึกษากลุ่มนี้ทุกคนหลีกเลี่ยงกิจกรรมออกเสียง เช่น พูดหน้าชั้นเรียน เป่าขลุ่ย ร้องเพลง เป็นต้น โดยบอกครูว่าเป็นปากแหว่งเพดานโหว่หรือให้เพื่อนทำแทน ทำให้ปาล์มและนัดเคยถูกครูตำหนิว่าพูดเสียงเบา พูดไม่ชัดหลายคำ และไม่กล้าแสดงออก แต่บิดาอ้างว่ายอมรับได้จากผลของปากแหว่งเพดานโหว่ นอกจากนี้ ลุงเชยเข้มงวดให้บอลเรียนเก่งและมีระดับผลการเรียนดียิ่งขึ้นเพื่อชดเชยปมด้อยจากปากแหว่งเพดานโหว่ ทำให้บอลรู้สึกเสียใจเมื่อต้องขาดเรียนและห่วงการเรียนมาก แต่ก็ไม่ได้รู้สึกภาคภูมิใจในผลการเรียนของตนเอง ส่วนปาล์มและนัดไม่มีเป้าหมายการเรียนต่อที่ชัดเจนเนื่องจากขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบิดา

ลูกของบอลอายุ 44 ปี “ผมบอกอาจารย์ครับ ตอนนี้บอลมีปัญหาด้านสุขภาพ ทุกเดือนต้องไปตามที่คุณหมอนัด บางทีทางโรงเรียนมีกิจกรรมเค้าอาจจะต้องขาดไม่ได้เข้าร่วม ผมไปหาผู้อำนวยการโรงเรียนเลยนะและก็ครูประจำชั้น ผมไปเล่าเบอร์โทรศัพท์มาหมด ถ้ามีอะไรติดต่อที่ผมนะ เค้าก็ให้ความร่วมมืออยู่ คุณครูเค้าก็ดีใจผมเอาใจใส่การเรียนรู้ ไม่ว่าอะไรผมจะโทรคุยกับคุณครูเวลาอยู่ไกล ถามวันนี้เข้าเรียนไหม”

บิดาของปาล์มอายุ 35 ปี “ผมดูผลการเรียนดีนะ 3 กว่า พอช่วงม.2 เกรดตกแบบน่ากลัว จาก 3 กว่า เป็น 2 กว่า ผมก็ยื่นแบบฟอร์มของทางโรงเรียนไปนะว่าทำไม เด็กตกเกินไป แบบไม่น่าเชื่อ เค้าก็บอกไม่รู้เหมือนกัน ผมก็โทรไปถามครูประจำชั้นเค้าว่าเด็กเป็นยังไง เค้ามีข้อมูลให้หมดเลย ผมดูว่ากลุ่มเค้าเป็นไง แบบว่ากลุ่มหนึ่งกลุ่มเกรดแย่ เค้าจะปล่อยเลยเถิดแล้ว ผมต้องบอกว่าให้ตั้งใจ เหนียวแน่นนะ ไม่อยากให้คบกลุ่มนั้น คนที่ได้เบอร์เค้ามา ผมดูแล้วเด็กไม่เรียนติดศูนย์หลายวิชา ผมก็ให้ห่างคนนี้ออกมาหน่อย ผมตามดูก็ดีขึ้น ตอนนี้เค้าก็แยกกัน อยู่คนละโรงเรียนแล้ว”

บิดาของนัดอายุ 44 ปี “ครูเค้าก็ชมว่าตั้งใจเรียนดี บ่เก่งขนาด ไม่เก ไม่ดี๊ ขาดเรียนช่วง มหามหอนะ อายุน้อยๆ เกรดได้ดีสามกว่าๆ 3.4-3.5 พอ ม.3 มีเรียนหลายก็กลายเป็น 3 เป็น 2 ครูเค้าจะมีใบให้นะ เราก็สังเกตว่า ม.3 อาจเล่นหลาย มั่วเล่น กลับมานุ่นทุ้มสองทุ้ม เกรดต่ำลง” และ “เคยถามเค้าว่าอยากเรียนต่อบ่ เค้าตอบว่าแล้วแต่พ่อ จบม.3 ยังไม่รู้จะมีเงินต่อให้ไหม ไม่มีเงินก็ไม่ได้ต่อบ่ ก็อยากให้เราเรียนต่อมันแหละ แต่ว่าจะหาเงินไหวไหม มันแหละปัญหา”

การจัดการความรุนแรงในโรงเรียน

“การล้อเลียน” เป็นประสบการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนที่เกิดขึ้นระหว่างวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ทุกคนกับนักเรียนคนอื่น เพราะความพิการบนใบหน้าและการพูดไม่ชัดทำให้ใบหน้าผิดปกติ และเสียงพูดแตกต่างจากของคนปกติอื่น วัยรุ่นถูกละทิ้งทางสังคมในโรงเรียน เช่น ถูกแปลกแยก กีดกันออกจากนักเรียนอื่น ไม่ถูกยอมรับให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เป็นต้น วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ทุกคนที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงเคยโดนนักเรียนต่างห้องเรียนหรือนักเรียนชายร่วมห้องจ้องมองใบหน้า ชักถามสงสัยรอยแผลเป็น และล้อเลียนว่าพูดไม่ชัดหรือริมฝีปากไม่เท่ากันสมัยประถมศึกษา ทำให้วัยรุ่นเคยคิดและรู้สึกทางลบต่อรูปลักษณ์ของตนเอง เมื่อเข้าเรียนระดับมัธยมศึกษา บัวยังคงถูกล้อเลียน มารดาทุกคนคอยดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด ห่วงกังวล สังเกตท่าทาง และพูดคุยกับลูกถึงเหตุการณ์ในโรงเรียน ทำให้รับรู้ว่าคุณเคยโดนล้อเลียน แต่อันไม่ต้องการเล่าให้มารดาฟังว่าตนเองโดนล้อเลียนเพราะนักเรียนคนอื่นจะยิ่งพูดล้อว่าฟ้องมารดา ครอบครัวของกรณีศึกษากลุ่มนี้พยายามป้องกันและหาวิธีจัดการการล้อเลียนจากคนอื่น เพื่อช่วยให้ลูกปรับตัวและใช้ชีวิตในโรงเรียนร่วมกับนักเรียนคนอื่นได้

มารดาของอัน อายุ 46 ปี “ก็มีบ้างที่พุดลื้อ อันไม่ค่อยพุดให้แม่ฟังหรอก เราก็ดูจากเด็กๆ ที่เค้าพุดกัน เค้าจะลื้อแค่เวลาถูกออกเสียงพุด เพราะเค้าจะพุดไม่ค่อยชัดเหมือนเราค่ะ เค้าก็จะลื้อเวลาที่น้องพุด แล้วก็พุดตามค่ะ อันก็เดินหนีเลยค่ะ เดินออกไปจากตรงนั้น แล้วพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ก็จะปรามเด็กพวกนั้น ว่าไปลื้อเพื่อนเค้าทำไม”

มารดาของบัวอายุ 47 ปี “ช่วงประมาณป.1-4 เค้าซึ่มเศร้า คงน้อยใจที่ไม่เหมือนคนอื่น พอขึ้นป.5-6 ก็ค่อยยังชั่วแล้ว ก็นานพอสมควร 2-3 ปีค่ะ (เสียงเศร้า) ร้องไห้กลับจากโรงเรียนเดือนหนึ่ง 3-4 ครั้ง เรื่องเกี่ยวกับเค้าโดนลื้อ แม่ก็บอกว่าไม่เป็นไร ยังไงก็ทำใจนะ (หัวเราะ) ก็ดูแลเอาใจใส่พุดคุย ปลอบใจว่าไม่ต้องคิดอะไรมาก ตอนนี้อนุญาติที่เค้าทำใจได้และเป็นเด็กดีค่ะ คุณหมอช่วยได้เยอะเลยให้เหมือนคนอื่น สวยด้วย เค้าเป็นคนร่าเริง ไม่ค่อยซึ่มเศร้าอะไรแล้วสบายแล้ว”

มารดาทุกคนของวัยรุ่นกลุ่มนี้สอนลูกให้จัดการการล้อเลียนด้วยการอธิบายสาเหตุปากแหว่งเพดานโหว่ เดินหนีออกจากเหตุการณ์ ไม่กระทำตอบโต้ และไม่สนใจคนอื่นที่ล้อเลียน เช่น มารดาของฟลุ๊คสอนให้ลูกบอกกับนักเรียนคนอื่นหรือครูว่าตกเตียง และมารดาของอันบอกผู้ปกครองของนักเรียนอื่นที่ล้อเลียนให้พุดปรามลูกตนเอง เป็นต้น สมัยประถมศึกษา มินต์และบัวเคยทำตามที่มารดาสอนให้เดินหนี อดทน และวางเฉยหากโดนล้อเลียน แต่ยังรู้สึกโกรธและเสียใจอยู่ บัวเคยบอกเพื่อนสนิทให้ไปต่อว่านักเรียนคนอื่นที่ล้อเลียน เมื่อเรียนมัธยมศึกษา วัยรุ่นทุกคนทำเฉย ไม่สนใจ ไม่อาย บอกคนอื่นว่าเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ตามความเป็นจริง การปรับตัวทางจิตใจจากทางลบเป็นวางบวก ผูกมิตร และคบหาทุกคนให้เป็นเพื่อนกัน รวมทั้ง ปรับวิธีคิดของตนเองให้มองโลกในแง่ดีมากขึ้น และพยายามเข้าใจคนอื่น นอกจากนั้น บิดามารดาเตรียมป้องกันการล้อเลียนที่อาจจะเกิดขึ้นในโรงเรียน โดยแจ้งในการประชุมผู้ปกครองวันเปิดภาคเรียนใหม่ให้ทราบที่วัยรุ่นเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิดและอยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล จึงจำเป็นต้องขาดเรียนไปโรงพยาบาลทุกเดือน และอาจมีปัญหากการพุดหรือโดนล้อเลียนได้ เพื่อให้ครูกับผู้ปกครองคนอื่นได้เข้าใจ ซึ่งบิดามารดายังได้รู้ว่ามึนนักเรียนปากแหว่งเพดานโหว่คนอื่นอีกและเคยโดนล้อเลียนในโรงเรียนเช่นเดียวกัน

อันอายุ 12 ปี “อย่างแรก คือกำลังใจครับ ทำใจให้ดี ไม่ต้องกลัวอะไร เวลาเพื่อนหรือใคร ล้อ มั่นใจในตนเอง เฉยๆละ ฝึกพุดเยอะๆเดี๋ยวก็ดีขึ้น แม่บอกไม่ต้องสนใจ ใครลื้อก็ลื้อไป”

มินต์อายุ 15 ปี “อย่าไปสนใจใคร ที่เค้าว่าเป็นนู่นเป็นนี่ เป็นรอยแผลนั่นนี่ ก็ไม่ต้องสนใจ ปล่อยมันไป ทั้งพ่อและแม่สอนว่าอย่าไปคิดมาก พ่อแม่ให้กำลังใจและพามารักษาเนี่ยค่ะ พ่อแม่สอนว่าอย่าไปกังวลอะไรกับมันมากมาย ทำใจเอาค่ะ”

ฟลุ๊คอายุ 13 ปี “เพราะเป็นเพื่อนกัน ตอนประถมก็ไม่มีใครว่าอะไรนะครับ เพราะสนิทกัน ตั้งแต่เด็ก มัธยมไม่ได้ว่าอะไรครับ สนิทกันทั้งหมด ถ้าสนุกก็สนุกตามเพื่อน เฮฮา ร่าเริงครับ”

บัวอายุ 13 ปี “หนูก็ทำใจ เป็นตัวของตัวเองแล้วดีกว่า คิดว่าคนอื่นว่าไม่ต้องไปสนใจอะ แม่บอกให้ปล่อยเค้าไป ไม่ต้องท้อ ไม่ต้องสนใจอะ”

ส่วนกรณีศึกษาทุกคนที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำเคยถูกนักเรียนชายร่วมห้องหรือนักเรียนรุ่นพี่กระทำรุนแรงทางคำพูดและท่าทางเลียนแบบความผิดปกติบนใบหน้า เช่น ไอ้แห้ว ปากเบี้ยว เป็นต้น หรือการพูดไม่ชัด เช่น พูดเลียนเสียง เป็นต้น ในช่วงพักกลางวันหรือหลังเลิกเรียน ช่วงป.1-4 และเปิดภาคเรียนใหม่ บอลกับนัดเคยถูกนักเรียนคนอื่นทำร้ายร่างกายด้วย เช่น ตีโหล่ ตบ ศีรษะ เป็นต้น ปาล์มและนัดเคยโดนล้อเลียนสมัยประถมศึกษา พอย้ายโรงเรียนก็ไม่เกิดขึ้นอีก ในขณะที่ ช่วงมัธยมศึกษาของดิยังถูกกระทำเหมือนเดิมและบอลเปลี่ยนเป็นผู้ใช้กำลังความรุนแรงกับนักเรียนคนอื่นแทน จนครูต้องแจ้งผู้ปกครองมาพบหลายครั้ง ผู้ปกครองทุกคนรับรู้ว่ามีปัญหาถูกคนอื่นล้อเลียนหรือไม่แค่ช่วงประถมศึกษาและใช้วิธีลงโทษผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น พูดต่อว่าผู้ปกครองของนักเรียนที่ล้อเลียน พูดสั่งสอนนักเรียนที่ล้อเลียน เป็นต้น หรือการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ เช่น ย้ายลูกไปเรียนโรงเรียนอื่น ไม่ให้ลูกร่วมกิจกรรมโรงเรียน เป็นต้น ลูกชายของบอลพูดให้นักเรียนคนอื่นรู้สึกสงสารคนปากแหว่งเพดานโหว่ แม่ของดิเล่าประสบการณ์ของตนให้ลูกทำตาม ้วยรุ่นกลุ่มนี้เคยเห็นบิดามารดาใช้วิธีจัดการเหล่านี้และทำตามคำสั่งสอนนั้น แต่ตนเองยังรู้สึกน้อยใจ ซึมเศร้า หรือโกรธคนที่ล้อเลียน ปาล์มบอกบิดาทุกครั้งหลังโดนล้อเลียนหรือรังแก ลีวางแผนและหันไปสนใจเพื่อนคนอื่นแทนหรือบอกเพื่อนสนิทให้ต่อว่าคนอื่นที่ล้อเลียน แต่้วยรุ่นทุกคนไม่เคยบอกครูหรือมารดา ผู้ปกครองของบอล ปาล์ม และดิแจ้งครูประจำชั้นให้ทราบว่า้วยรุ่นเป็นปากแหว่งเพดานโหว่และเน้นครูช่วยปกป้องลูกไม่ให้โดนล้อเลียนที่โรงเรียน

ลูกชายของบอลอายุ 44 ปี “วันหนึ่งผมนอนอยู่ใต้ถุนบ้านนะ มีผู้ใหญ่เดินมาเห็นเค้าเล่น อยู่เรียก ไอ้แห้ว ผมตื่นไปยืนด่าเค้าเลย ถ้าเป็นลูกคุณนะ คุณจะเป็นไหม ผมเลี้ยงมาก็รักของผม มีคนว่าผมก็โกรธนะ บอลฟังอยู่ด้วยในกลุ่ม ตอนผู้ใหญ่มาว่าผมตามไปด่าถึงบ้าน เมียเค้าก็ช่วยผมยืนด่าหัวเค้า โตไม่มีความคิดไปว่าเด็กได้ไง ถ้ายังยืนด่าอยู่ ผมลูกไปกระที่มันจริงๆ ด้วย มาเรียกหลาน ผม ไอ้แห้วๆ แม่เค้ากับพ่อตาแม่ยายจะมั่นใจว่าผมดูแลบอลได้แน่ ญาติทุกคนกลัวเค้าเป็นปมด้อย” และ “ผมพยายามบอกเพื่อนฝูงว่าอย่าล้อเค้าแรง ผมจะบอกเพื่อนๆ เค้า เค้าเกิดมาไม่สมบูรณ์น่าสงสาร เวลาเล่นก็เล่นด้วยกัน มีอะไรมาก็แบ่งกันกิน กินด้วยกัน เพื่อนฝูงก็รักเค้า เด็กๆ ไปเล่นบ้านผม ผมซื้อขนมเลี้ยงดูหมดทุกคน” และ “เด็กรุ่นเค้าผมจะตักเตือน ถ้าตัวเองเป็นอย่างนี้บ้างจะเสียใจใหม่น้อยใจไหม คนเราความน้อยใจทำให้เพื่อนผูกคอตาย กินยาตายไปก็มี โดดตึกตายไปก็มี เดี่ยวเราไม่มีเพื่อนเล่น พูดกับเพื่อนต้องให้โอกาสเพื่อน เค้าก็คน เราเกิดมาได้เปรียบเค้าแล้วที่ครบ 32 เราสมบูรณ์กว่าเค้า ผมถามว่าเค้าล้ออีกไหมบอล เค้าบอกไม่กล้า พอข้าม.1 ผมถามอาจารย์ที่โรงเรียนเค้า มีแต่

อาจารย์บอกว่า คุณพ่อลูกจะเล่นแรงไปหน่อยนะกับเพื่อน กลายเป็นเราไปแกล้งเขา มีคนเดียวเล่นแรงกว่าเพื่อนในห้องนะ ครูก็นัดประชุมเรี่ยไรที่โรงเรียน”

บิดาของปาล์มอายุ 35 ปี “ตอนป.1 ป.2 เค้าจะโดนล้อหน่อย ก็บอกเค้าว่าไม่เป็นไร เดี่ยวพ่อไปรักษาให้ เพื่อนเค้าพูดตรงๆ ปากแหว่ง แบบเด็ก เค้าก็เกิดความน้อยใจนะ เค้าจะกลับมาบ้านซิม (พ่อพูดเศร้า) เพราะโดนเพื่อนล้อเยอะเกินไป ก็ไม่เป็นไร ให้ย้ายซะ (พ่อทำหน้าแข็ง) คือว่าเวลาเลิกเรียน ผมจะไปรอรับเค้าก็ได้ยิน แต่น้องเค้าก็เข้มแข็ง ผมเคยเอารูปถ่ายตั้งแต่แรกของเค้าให้ดู บอกว่าเกิดมาตอนแรกน้องเป็นอย่างนี้ หมอทำให้เป็นอย่างนี้ และต่อไปจะพยายามทำให้ดีกว่านี้อีกนะ ก็ได้พาเค้ามาเข้าโครงการนี้แหละครับ” ปาล์มอายุ 15 ปี “ไม่ต้องคิดมากกับการเป็นแบบนี้ แล้วก็ (นิ่งคิด 2 นาที) ยอมรับสภาพของตัวเอง ไม่ต้องไปคิดมาก”

มารดาของลีอายุ 45 ปี “ตอนนั้นลูกเค้ายังอยู่ในท้อง ลี 2 เดือนแล้วลูกเค้าถึงเกิด คนที่ไปว่าคนนั้นไปคู่ต่อหน้าอาของลีเค้า “น่าเกลียดขนาดเลยเนี่ย” บ๊ี้ได้น้อยใจจะหยั่ง เบื่อว่ามากก็ไม่ต้องไปโต้ตอบ แม่ก็ไม่ได้ตอบเค้า เบื่อฮ้อว่าเราก็นี่ ชักกลับไปที่ตนเองก็นี่ เขาว่าอะไรก็กลับไปตกอยู่ที่ตัวเขา ก็บ่เคยน้อยใจอะไรนะ แต่เขาก็จะเลี้ยงลูกเราให้ดี แม่คนนั้นบ่กล้าสู้หน้าแม่แล้วนะเดี๋ยวนี เราก็เลี้ยงลูกเราไป มันคิดบ่ดีเอง” และลีอายุ 18 ปี “ตอนประถม มันมาพูดล้อ มันล้อว่าปากเบี้ยว ปากแหว่ง ก็เจ๊บบๆบางครั้งเค้าอยากแกล้ง ก็เฉยๆ มัธยมยังมีบางครั้งในห้อง ก็ล้อเหมือนเดิมคะ เพื่อนเค้าช่วย บอกว่าไม่ใช่ชีวิตเธอนะ บางทีเพื่อนก็ด่ากลับ”

3. ช่วงกลับคืนสู่สุขภาพปกติและมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

การถ่ายทอดทางสังคมของครอบครัวเป็นกระบวนการทางสังคมวัฒนธรรมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกรณศึกษาทุกคน แต่อาจมีเนื้อหาสาระแตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว (ภาพประกอบ 11) โดยบิดามารดาพยายามอบรมเลี้ยงดูลูกให้ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม และดูแลสุขภาพปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิด ภายใต้ระบบบริการทางการแพทย์ที่ปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์จากการรักษาเชิงเคราะหึ่งซ่อมแซมความผิดปกติทางร่างกายมาสู่การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ตลอดจนเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการและการดูแลแบบสหวิทยาการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพปกติ ลดการถูกตีตราจากสังคม และพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ทั้งด้านการแสดงอาการเจ็บป่วยน้อยลง การทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีขึ้น ความรู้สึกทางบวกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีกับคนอื่นในครอบครัว โรงเรียน และสังคม กรณศึกษาในการวิจัยครั้งนี้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีมาน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมของแต่ละครอบครัว

กระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวที่เหมาะสมส่งผลดีต่อจิตใจและพฤติกรรมของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ บิดามารดาที่อบรมเลี้ยงดูด้วยความรักสนับสนุนมากและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ทำให้ลูกได้เข้ารับการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่อง และปรับตัวให้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ดี นำไปสู่การก้าวข้ามกำแพงแบ่งกั้นพรมแดนระหว่าง “คนปกติ” กับ “คนผิดปกติ” ซึ่งเป็นเพียงสิ่งที่สังคมนั้นสร้างขึ้น ในทางตรงกันข้าม บิดามารดาที่อบรมเลี้ยงดูลูกด้วยความรักสนับสนุนน้อยหรือควบคุมลูก และลักษณะสภาพครอบครัวแตกแยก จะยิ่งตอกย้ำลูกให้ผิดปกติจากคนอื่นในสังคม ซึ่งส่งผลเสียต่อลักษณะจิตใจและพฤติกรรมมากขึ้นจนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ

จากงานวิจัยในระยะที่ 2 พบว่า ปัจจัยภายนอกหรือประสบการณ์ทางสังคมที่สำคัญยิ่งในแบบจำลองปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน ได้แก่ **การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา** โดยวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา เป็นผู้ที่รับรู้ปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจากบิดามารดาด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลย้อนกลับ และการช่วยเหลือด้านอื่นๆ เมื่อต้องการหรือมีปัญหา ทำให้วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของวัยและสภาพแวดล้อม ดังเช่นในงานวิจัยระยะที่ 3 ที่ค้นพบรายละเอียดเชิงลึกกว่า บิดามารดารับรู้ว่าลูกปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีความผิดปกติรุนแรงบนใบหน้าและมีผลกระทบข้างเคียงได้มากกว่าปากแห้งและหรือเพดานโหว่ประเภทอื่น เช่น หูชั้นกลางติดเชื้ออักเสบง่าย เจ็บป่วยหวัดเรื้อรัง เป็นต้น จึงต้องได้รับการรักษาซับซ้อนและต่อเนื่องอย่างเหมาะสม บิดามารดาของกรณีศึกษาจึงอบรมสั่งสอนและดูแลรักษายาบาลอย่างเต็มที่จนถ่ายทอดความคิดและตัวอย่างพฤติกรรมไปสู่ลูกของตนเอง แต่ในครอบครัวรายได้น้อยหรือครอบครัวแตกแยกอย่างบอล ลี และนัต มีปู่ย่าหรือลุงป้าช่วยเหลือครอบครัวและสนับสนุนทางสังคมแทนบิดามารดา ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตใจและพฤติกรรมของวัยรุ่น อันเป็นอุปสรรคของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านให้กับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในงานวิจัยนี้ ได้แก่

1) **สนับสนุนด้านอารมณ์** บิดามารดาอบรมเลี้ยงดูด้วยความรักสนับสนุนมาก แสดงออกว่ารักและหวังดี ดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดสนิทสนม เป็นกำลังใจให้ผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้ ปลอบโยนยามท้อแท้ ช่วยฝึกฝนจิตใจ สอนสวดมนต์ ฝึกอดทนอดกลั้น สนับสนุนการรักษาปากแห้งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิดอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการถูกล้อเลียน และเข้าใจสภาพจิตใจของลูกวัยรุ่น เช่น สนใจดูแลตนเองและเพื่อนต่างเพศมากขึ้น ต้องการเข้ากลุ่มเพื่อน เป็นต้น

2) **สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและข้อมูลย้อนกลับ** บิดามารดาพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับฟังลูกอย่างตั้งใจ แนะนำวิธีดูแลสุขภาพตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปากแห้งเพดานโหว่

ตามความเป็นจริงกับลูกอย่างเหมาะสม อธิบายหลักธรรมให้ลูกเข้าใจ เช่น “ทำดีได้ดี” “บุญบาป” เป็นต้น และให้คำปรึกษาวิธีแก้ไขปัญหาด้วยหลักธรรม

3) สนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ บิดามารดาช่วยเหลือจัดหาอุปกรณ์เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และดูแลสุขภาพของกรณีศึกษา เช่น เครื่องเขียน อุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก เครื่องดนตรี หรือ อุปกรณ์กีฬา เป็นต้น พิจารณาวางเงื่อนไขการกระทำกับพฤติกรรมพึงประสงค์ตามความจำเป็นเหมาะสม

จากงานวิจัยระยะที่ 2 ยังพบว่าปัจจัยภายในหรือลักษณะทางจิตที่สำคัญในแบบจำลอง ปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว ได้แก่ **การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด** โดยวัยรุ่นที่รับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดเป็นผู้ที่มีปริมาณความมั่นใจในความสามารถของตนในการจัดการกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตน เมื่อเผชิญกับผลกระทบด้านลบจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ทั้ง อาการเจ็บป่วย ปัญหาการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ ปัญหาความรู้สึกทางลบเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และปัญหาปฏิสัมพันธ์ทางสังคมไม่ดี ในสถานการณ์การเรียนรู้ ครอบครัว และในสังคม ซึ่งในงานวิจัยระยะที่ 3 ค้นพบรายละเอียดเชิงลึกว่า วัยรุ่นเคยเย็บปิดปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวแล้ว มีภาวะสุขภาพร่างกายเกือบปกติ ทำให้ปัญหาอาการเจ็บป่วยกับปัญหาการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติน้อย เช่น ปรับตัวการกินได้ดี พูดชัดขึ้น มีรอยแผลเป็นบนใบหน้าน้อยหรือไม่เด่นชัด เป็นต้น กรณีศึกษาที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงสามารถจัดการความเครียดของตนเองด้วย 3 วิธี ได้แก่

1) การมุ่งจัดการปัญหา เช่น ปัญหาริมฝีปากหดรั้งหรือรอยแผลเป็นเด่นชัด ปัญหา นักร้องพยาบาลในวันเรียน เป็นต้น วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดว่ารอยแผลเป็นของตนเองไม่เห็นเด่นชัดเหมือนคนอื่น คิดว่าปากแหว่งเพดานโหว่ช่วยให้ได้พิสูจน์ตนเองว่ามีความรู้ความสามารถ และคิดตัดสินใจแสดงความเป็นตัวของตัวเองที่ครอบครัวหรือเพื่อนให้การยอมรับ เช่น ความสามารถทางกีฬา การเลือกคบเพื่อน เป็นต้น ทำให้มองเห็นรูปลักษณ์ของตนเองดีขึ้นและพยายามดูแลตนเองมากขึ้นด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ฝึกพูด ดูแลสุขภาพตนเอง ขอลาป่วยกับครูล่วงหน้า สะสางงานภายหลังให้ทันส่งครูทุกครั้ง เรียนซ่อมเสริม และนัดหมายผ่าตัดช่วงปิดภาคเรียน เพื่อแก้ไขปัญหาลดเรียนน้อย

2) การควบคุมอารมณ์ทางลบ เช่น รู้สึกแตกต่างจากคนอื่น รู้สึกไม่พอใจตนเอง เกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ โกรธขุ่นเคืองหรือน้อยใจเมื่อถูกล้อเลียน เป็นต้น กรณีศึกษาเรียนรู้จากการสังเกตคนพิการอื่น เช่น นักเรียนคนอื่นในโรงเรียนที่เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ คนพิการทางร่างกาย หรือสติปัญญาในโทรทัศน์หรือสังคมรอบตัว เป็นต้น ทำให้มีกำลังใจมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้พิการรุนแรงมากกว่าและมองเห็นความสามารถของตนเองที่มีอยู่ นอกจากนี้ วัยรุ่นคิดเปรียบเทียบทางสังคม

ว่าในโรงพยาบาลยังมีผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่คนอื่นอีกจำนวนมากช่วยลดความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น ผูกเหวี่ยงความคิดทางลบ ควบคุมอารมณ์เสีย ทำให้อยอมรับ เป็นตัวของตัวเอง ผีกวางเฉย และอดทนอดกลั้นได้

3) การแสวงหาการสนับสนุนจากคนใกล้ชิด เช่น บิดามารดา กลุ่มเพื่อนสนิท เป็นต้น ้วยรุ่นเข้าไปแนะนำตัวเองก่อนแล้วชวนคุยทำความรู้จักเพื่อนใหม่จนได้คบหาเป็นเพื่อนสนิทกันและแนะนำให้บิดามารดารู้จักกับเพื่อนทุกคน ทำให้มีกลุ่มเพื่อนคอยช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาในโรงเรียน เช่น ขาดเรียนไปโรงพยาบาล ถูกล้อเลียน เป็นต้น บิดามารดาอบรมเลี้ยงดูด้วยความรักสนับสนุนมากและใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์ ทำให้วัยรุ่นรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดได้ดี เช่น ช่วยเหลือลูกให้ได้ร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อนสนิท ชื่นชมลูกที่จัดการความเครียดอย่างเหมาะสม เลี้ยงดูลูกเหมือนพี่น้องคนอื่น ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการจัดการความเครียดของตนเอง เป็นต้น

นอกจากนี้ ในการวิจัยระยะที่ 2 ได้พบว่า ลักษณะทางจิตสำคัญที่มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งด้านเดียวและสองด้าน คือ **การมองโลกในแง่ดี** โดยการเปลี่ยนวิธีคิดหรือความคาดหวังของตนเองเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ท้าทายหรือปัญหาในชีวิต การวิจัยระยะที่ 3 อธิบายค้นพบข้างต้นว่า บิดามารดาของวัยรุ่นที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงจัดการทัศนคติทางลบต่อปากแหว่งเพดานโหว่ โดยปรับวิธีคิดของตนเองให้มองโลกในแง่ดีและเปรียบเทียบทางสังคม เช่น คิดว่าปัญหาอุปสรรคหรือผลเสียจากปากแหว่งเพดานโหว่เป็นเพียงชั่วคราว ตนเองสามารถช่วยดูแลรักษาหรือจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้ผ่านพ้นไปได้ แล้วลูกจะมีรูปร่างหน้าตาและใช้ชีวิตในสังคมได้ดีขึ้นเรื่อยๆ บิดามารดาคิดเปรียบเทียบว่าลูกของตนเองมีระดับความรุนแรงปากแหว่งเพดานโหว่และขนาดรอยแผลเป็นบนใบหน้าน้อยกว่าผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่คนอื่น และคิดว่ายังมีญาติหรือคนอื่นอีกมากที่เป็นปากแหว่งเพดานโหว่เหมือนลูก เป็นต้น นอกจากนี้ บิดามารดาเชื่อมั่นในโครงการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ว่ามีทั้งแพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือทันสมัย และไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สามารถช่วยรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ของลูกได้

มารดาของบัวอายุ 47 ปี “แม่ก็เสียใจนิดนึง แต่ค่อยๆ ปรับตัว ทำใจ เห็นตอนแรกเกิดร้องให้ทุกวันเลยนะเพราะอยู่ด้วยกัน เวลาบื่อนนมหรือทำอะไร ก็คิดว่าลูกจะสวดยไหมนะ สวดยเหมือนคนอื่นไหม พอมาหาคุณหมอ ก็ค่อยๆ ทำใจได้ตลอดเวลา ตอนนี้ภูมิใจแล้ว”

กรณีศึกษาที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ตรวบใดที่ตนเชื่อว่ามีความสำเร็จอย่างที่ตั้งเป้าไว้เกิดขึ้นตามมา การปรับทัศนคติด้านลบต่ออุปสรรคลักษณะของกรณีศึกษา เช่น ใบหน้าไม่ดึงดูดใจเพื่อนต่างเพศ ใบหน้าไม่สวยหรือไม่หล่อ เป็นต้น โดยบิดามารดาเชื่อว่าทุกอย่างแก้ไขได้และดูแลลูกอย่างดีที่สุดทั้งการอบรมเลี้ยงดู รักษาพยาบาล และการใช้ชีวิตใน

โรงเรียน สอนลูกคิดเปรียบเทียบว่าคนอื่นพิการรุนแรงกว่าหรือเด็กปากแหว่งเพดานโหว่คนอื่น การเข้ารับรักษาอย่างต่อเนื่องช่วยแก้ไขความผิดปกติหรือปัญหาสุขภาพได้ ทำให้ผลการรักษาในปัจจุบันดีขึ้นกว่าในอดีต คิดยอมรับตนเองตามจริง และได้รับการยอมรับความสามารถจากคนอื่น เช่น กีฬา การเรียน เป็นต้น มารดา สอนอดทน วางเฉยเมื่อโดนล้อเลียน ฝึกความกล้าแสดงออกกับคนอื่น และคอยชื่นชมลูก วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านจึงได้รับการถ่ายทอดวิธีมองโลกในแง่ดีจากบิดา จนยอมรับตนเองตามจริง แล้วพยายามฝึกพูดให้ชัดหรือดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของบิดามารดา

ส่วนวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้วยตนเองโดยคิดว่ารอยแผลเป็นของตนเองไม่เห็นเด่นชัดเหมือนคนอื่น คิดว่าปากแหว่งเพดานโหว่ช่วยพิสูจน์ตนเองว่ามีความรู้ความสามารถและตัดสินใจแสดงความเป็นตัวของตัวเอง เช่น ความสามารถทางกีฬา การเลือกคบเพื่อน เป็นต้น ซึ่งครอบครัวหรือเพื่อนให้การยอมรับ ทำให้วัยรุ่นมองเห็นภาพลักษณ์ทางกายของตนเองดีขึ้นและพยายามปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ปากแหว่งเพดานโหว่ยังทำให้ตนเองได้เข้าร่วมการจัดฟันที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่นทันสมัยและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเหมือนคนอื่น

อันอายุ 12 ปี “ไม่ใช่สิ่งน่าอาย บางคนเค้าก็มี ไม่เห็นต้องอาย แผลที่หน้ามากกว่าเราอีกเป็นปานอะไรนะ”

มันต์อายุ 15 ปี “เป็นธรรมดา และยอมรับความเป็นจริงค่ะ ว่าเกิดมาเป็นอย่างนี้ก็ไม่เป็นไรค่ะ อายุน้อยใจว่าเราเป็นเพราะอะไรนะ ไม่จำเป็น เรายังทำใจว่าเราเป็นอย่างนี้มันก็ได้จัดฟันฟรีด้วย (หัวเราะ) ไม่ต้องเสียเงิน เพื่อนบางคนอยากจัดฟันแต่แพงไม่มีเงินค่ะ มันทันสมัย อินเทรนด์เห็นในเมืองเค้าจัดกันเยอะค่ะ”

พลุศุอายุ 13 ปี “ไม่ต้องคิดอะไรมากนะครับ ในเมื่อเราเป็นแล้ว ยอมรับในสิ่งที่เป็น และไม่ต้องคิดอะไรในสิ่งที่คนอื่นพูดนะครับ เคยกลัวว่าเค้าอาจจะไม่ยอมรับตรงที่เราเป็นปากแหว่งอะไรอย่างนี้นะครับ ตอนนี้นี้ไม่ค่อยกลัวอะไรแล้ว แต่ก็มีบ้างนิดๆ ครับ”

บัวอายุ 13 ปี “ตอนนั้นคิดว่าคนอื่นสยกว่า มีแต่คนน่ารัก น้อยใจค่ะ ตอนนี้ออกได้เต็มปากว่าเป็นมาตั้งแต่เกิดแล้วค่ะ เป็นปากแหว่งเพดานโหว่ ไม่อายแล้ว (ยิ้ม)”

กรณีศึกษาที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ トラบไคที่ตนเชื่อว่ามีความสำเร็จอย่างที่ตั้งเป้าหมายไว้เกิดขึ้นตามมา การปรับทัศนคติด้านลบต่ออุปสรรคของของตนเอง เช่น โบกหน้าไม่ดึงดูดใจเพื่อนต่างเพศ โบกหน้าไม่สวยหรือไม่หล่อ เป็นต้น โดยบิดามารดาเชื่อว่าทุกอย่างแก้ไขได้และดูแลลูกอย่างดีที่สุดทั้งการอบรมเลี้ยงดู รักษาพยาบาล และการใช้ชีวิตในโรงเรียน สอนคิดเปรียบเทียบว่าคนอื่นพิการรุนแรงกว่า และมีเด็กปากแหว่งเพดานโหว่คนอื่น วัยรุ่นเชื่อมั่นว่าการเข้ารับรักษาอย่างต่อเนื่องช่วยแก้ไขความผิดปกติหรือปัญหาสุขภาพได้ ซึ่งผลการรักษา

ในปัจจุบันดีขึ้นกว่าในอดีตและดีกว่าคนพิการอื่น คิดยอมรับตนเองตามจริง และได้รับการยอมรับความสามารถจากคนอื่น เช่น กีฬา การเรียน เป็นต้น

ในทางตรงกันข้าม บิดามารดาของวัยรุ่นที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำคิดว่าปากแหว่งเพดานโหว่เป็น “ความผิดปกติ” ที่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป และเป็น “ปมด้อย” รูปลักษณ์และการใช้ชีวิตในสังคมของลูก บิดามารดายังคิดถึงลูกปากแหว่งเพดานโหว่ เช่น ลูกอับอายที่หน้าตาไม่เหมือนเพื่อน ไม่มั่นใจในการพูด ไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนในโรงเรียน โดนเพื่อนล้อเลียน คบเพื่อนเกเร เป็นต้น และเกี่ยวกับการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ เช่น เสียเวลานาน เสียค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลบ่อย แกรับภาระหารายได้เพียงคนเดียว เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ บิดามารดาจึงนำหลักศีลธรรมและการเปรียบเทียบทางสังคมมาช่วยให้ตนเองมองโลกในแง่ดีมากขึ้น เช่น คิดว่าเมื่อเกิดมาเป็นลูกของตนเองแล้วต้องเลี้ยงดูต่อไปตามศีลธรรม คิดว่าเป็นโชคดีกว่าคนอื่นที่ได้เข้าร่วมโครงการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ฟรี คิดว่ามีคนอื่นที่พิการหรือผิดปกติมากกว่าลูก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ลูกชายของบอลคาดหวังเกิดจริงว่าผลการรักษาจะทำให้วัยรุ่นกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพปกติสมบูรณ์ ส่วนบิดาของปาล์มกับบิดาของนัดยังรู้สึกตึงเครียดและซึมเศร้าจนถึงปัจจุบัน และยังคงตีตราลูกว่ามี “ความผิดปกติ” และ “ปมด้อย” ด้วยการพูดซ้ำและเลี้ยงคำว่า “ปากแหว่งเพดานโหว่ตลอดการสัมภาษณ์” ส่งผลให้ลูกเชื่อฟังและทำตามบิดากับแพทย์อย่างเคร่งครัด ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้คิดว่าตนเองมีปมด้อยจากปากแหว่งเพดานโหว่และมองโลกในแง่ร้ายต่อรูปลักษณ์ของ เช่น ใบหน้าไม่ดึงดูดใจเพื่อนต่างเพศ ไม่สวยหรือไม่หล่อเหมือนคนอื่น เป็นต้น

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยผานวิธีวิจัยระหวางการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ดำเนินการตามลำดับ 3 ระยะ (three-phase sequential mixed methods design) เรื่องลักษณะทางจิตและประสพการณทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตดานสุขภาพของวัยรุนปากแหวงเพดานโหว โดยวัยรุนกลุมนี้ได้รับการเย็บปิดปากแหวงเพดานโหวและไมมีกลุมอาการรวมดวย (non-syndromic cleft lip and cleft palate) วัตถุประสงคการวิจัยครั้งนี้มี 6 ขอ ไดแก

1. เพื่อทำการตีความการให้ความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตดานสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุนที่มีประเทปากแหวงเพดานโหวแตกตางกัน
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตดานสุขภาพของวัยรุนปากแหวงเพดานโหว
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิตและประสพการณทางสังคม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตดานสุขภาพของวัยรุนปากแหวงเพดานโหว
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิต ประสพการณทางสังคม และคุณภาพชีวิตดานสุขภาพในวัยรุนที่มีประเทปากแหวงเพดานโหวแตกตางกัน
5. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตดานสุขภาพของวัยรุนปากแหวงเพดานโหวที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกตางกัน
6. เพื่อคั่นหากระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตดานสุขภาพที่ดี ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทยและระบบบริการทางการแพทย

กลุมตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในวัตถุประสงคการวิจัยที่ 1 กลุมตัวอย่างเป็นวัยรุนปากแหวงเพดานโหวจำนวน 18 คนที่มารับการรักษาในคลินิกทันตกรรมจัดฟันของคณะทันตแพทยศาสตรในมหาวิทยาลัยมหิดลและผูปกครองของวัยรุนปากแหวงเพดานโหวจำนวน 6 คน

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณในวัตถุประสงคการวิจัยที่ 2-5 กลุมตัวอย่างเป็นวัยรุนปากแหวงเพดานโหวจำนวน 221 คนที่มารับการรักษาในคลินิกทันตกรรมจัดฟันของคณะทันตแพทยศาสตรในมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 6 กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่คัดเลือกกรณีศึกษาจากระยะที่ 2 ด้วยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกลุ่มสูง (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 80-100) จำนวน 4 คนและคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกลุ่มต่ำ (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 1-20) จำนวน 4 คนและผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่จำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ และตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตัวแปรการมองโลกในแง่ดี ตัวแปรความหยิ่งตัว ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา ตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และตัวแปรการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นโดยแบบวัดในการวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในแบบแอลฟาทั้งฉบับที่นำมาใช้เก็บข้อมูลจริง มีค่าระหว่าง .763 -.896

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่และผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการอนุเคราะห์อย่างเป็นทางการให้เก็บข้อมูลวิจัยจากคณะทันตแพทยศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทุกแห่งก่อนเริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยตลอดจนได้รับการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ปกครองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ทุกคน การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลใน 3 ช่วงเวลา ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2553

การวิจัยระยะที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2553 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2554 ซึ่งการวิจัยได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์มหาอุทกภัยในประเทศไทยที่เกิดขึ้นระหว่าง 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงวันที่ 16 มกราคม พ.ศ.2555

การวิจัยระยะที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2555

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยผลานวิธีวิจัยระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพครั้งนี้คือ

การวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis)

การวิจัยระยะที่ 2 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลสถิติสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณด้วยค่าสถิติได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ และค่าความโด่ง สำหรับวิเคราะห์วัตถุประสงค์การวิจัยได้แก่ ค่าสหสัมพันธ์ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC for Window การวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง (structural equation models for latent variable) และการวิเคราะห์พหุกลุ่ม (multiple group analysis) โดยใช้โปรแกรม LISREL Version 8.72

การวิจัยระยะที่ 3 ผู้วิจัยใช้แนวคิดทางด้านมานุษยวิทยาการแพทย์เรื่องการประกอบสร้างความเจ็บป่วยทางสังคม (social constructionism) และแนวคิดสังคมวิทยาของกลุ่มปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ (symbolic interactionism) ในการอธิบายกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม (socialization) ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ภาพรวมของผลการวิจัยระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 มาประกอบเข้าด้วยกันเพื่อหาคำตอบให้วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

ในบทนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอการสรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะจากงานวิจัยตามลำดับดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการวิจัย
 - 1.1 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1
 - 1.2 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2
 - 1.3 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 3
2. อภิปรายผลการวิจัย
 - 2.1 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1
 - 2.2 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2
 - 2.3 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 3
 - 2.4 อภิปรายวิธีวิจัยผสมวิธี
3. ข้อจำกัดการวิจัย
4. ข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอการสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์หลักของการวิจัย โดยเรียงตามลำดับจากการวิจัยระยะที่ 1-3 ดังนี้

1.1 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 เป็นผลการวิจัยเชิงคุณภาพตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 เพื่อทำการตีความการให้ความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเภทปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างกันค้นพบว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยมุมมองที่หลากหลายตามประเภทปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านและด้านเดียวและประสบการณ์ทางตรงในบริบทสังคมที่แตกต่างกันของแต่ละคน เช่น ครอบครัว โรงเรียน และการรักษาพยาบาล เป็นต้น ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ของวัยรุ่นได้ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง การที่วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่รับรู้ระดับการทำหน้าที่ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ว่าเกิดขึ้นบ่อยมากน้อยเพียงใดในชีวิตประจำวันของตนเองภายใต้บริบททางสังคมช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการแสดงอาการ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ประเมินความผิดปกติและสมรรถภาพการทำหน้าที่ของอวัยวะในช่องปากและร่างกายทั่วไปตามสภาพร่างกายที่แสดงออกมา ส่วนจิตใจและสังคมนั้น วัยรุ่นประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองตามความรู้สึกส่วนตัวและประสบการณ์ทางสังคมที่แตกต่างกันไปแต่ละบุคคล คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ 4 ด้านในการวิจัยระยะที่ 1 (ตาราง 11 หน้า 117) มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ด้านการแสดงอาการ หมายถึง ความถี่ของอาการเจ็บป่วยและความผิดปกติภายในช่องปาก ได้แก่ ความเจ็บปวด การมีกลิ่นปาก และการมีเลือดออก
- 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะในช่องปาก ได้แก่ การเคี้ยวกลืน การดูดน้ำ การพูดออกเสียง การหายใจทางปาก การใช้งานใบหน้าและช่องปากในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
- 3) ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ หมายถึงความรู้สึกทางบวกหรือทางลบที่มีต่ออาการผิดปกติและการทำหน้าที่ของร่างกาย
- 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การที่วัยรุ่นมีความพึงพอใจเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในโรงเรียนและสังคม

จากนิยามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในงานวิจัยคุณภาพ
ข้างต้น ผู้วิจัยนำมาเป็นนิยามปฏิบัติการของการพัฒนาข้อคำถามแบบวัดของตัวแปรตามในงานวิจัย
ระยะที่ 2 คือ ตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1.2 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

ผู้วิจัยขอนำเสนอสรุปผลการวิจัยระยะที่ 2 ด้วยผลการวิจัยเชิงปริมาณตามวัตถุประสงค์การ
วิจัยที่ 2-5 ดังนี้

1) สรุปผลของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของโมเดลการวัดคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อ สามารถแบ่งองค์ประกอบได้ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การ
แสดงอาการการทำหน้าที่ของร่างกายความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์
ทางสังคมซึ่งพบว่า โมเดลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์
(ตาราง 20 หน้า 137-138) โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 404.67, $df=183$ ($p<.01$), $RMSEA= .07$,
 $SRMR= .07$, $TLI= .96$, $CFI= .97$ และ $CAIC_{Model} < CAIC_{Saturated}$ สรุปได้ว่า โมเดลองค์ประกอบเชิง
ยืนยันอันดับที่ 1 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ โดยมีความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง(ค่า
CR อยู่ระหว่าง 0.71-0.87) ความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (ค่า AVE อยู่ระหว่าง 0.34-0.58) และความ
เที่ยงตรงเชิงจำแนก (ผลต่างของไคสแควร์เท่ากับ 565.46 และผลต่างขององศาอิสระเท่ากับ 6) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01(ตาราง 21 หน้า 147)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของโมเดลการวัดคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพ แสดงความเที่ยงตรงเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ว่าองค์ประกอบอันดับที่ 1 ของทั้ง
4 องค์ประกอบ ได้แก่ การแสดงอาการการทำหน้าที่ของร่างกายความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทาง
สุขภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สามารถรวมกันเป็นองค์ประกอบเดียวได้อย่างมีความ
เที่ยงตรง ซึ่งพบว่า โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีความ
กลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ตาราง 23 หน้า 151) โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 433.19, $df=185$
($p<.01$), $RMSEA= .07$, $SRMR= .07$, $TLI= .96$, $CFI= .96$ และ $CAIC_{Model} < CAIC_{Saturated}$ โดยมีความ
เชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง(ค่า CR เท่ากับ 0.95) และความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (ค่า AVE เท่ากับ 0.51)
(ตาราง 24 หน้า 153)

2) สรุปผลของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

จากสมมติฐานวิจัยที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มรวมจำนวน 221 คนพบว่า รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มรวมไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ตาราง 27 หน้า 159) โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 315.20, $df=38(p<.00)$, $RMSEA=.18$, $SRMR=.16$, $TLI=.69$ และ $CFI=.79$ แสดงว่าแบบจำลองไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับรูปแบบของแบบจำลองตามแนวคิดทฤษฎีและผลการวิเคราะห์ค่านัยสำคัญทางสถิติของขนาดอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝง ซึ่งผู้วิจัยยอมให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดมีความสัมพันธ์กันได้

ผลการปรับรูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มรวมให้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มรวมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังจากการปรับ (ตาราง 28 หน้า 163) โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 56.17, $df=39$ ($p=.03$), $RMSEA=.04$, $SRMR=.05$, $TLI=.98$ และ $CFI=.99$ แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยอิทธิพลระหว่างตัวแปรในแบบจำลองมีทั้งสอดคล้อง ไม่สอดคล้อง และเพิ่มเติมจากสมมติฐานวิจัยที่ 1 ผลการศึกษาดังภาพประกอบ 9 (หน้า 164) พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมของวัยรุ่น ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น ส่งผลต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนและปัจจัยลักษณะทางจิตของวัยรุ่น ซึ่งได้แก่ ความหยิ่งตัว การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด และการมองโลกในแง่ดี โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม และได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากปัจจัยลักษณะทางจิต

3) สรุปผลของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิต ประสบการณ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีประเภทปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกัน

จากสมมติฐานวิจัยที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวจำนวน 157 คน และกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านจำนวน 64 คนพบว่า รูปแบบของแบบจำลองมีความเท่ากันเมื่อไม่มีการกำหนดเงื่อนไขให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่ม อย่างสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งแบบจำลองทั้งสองกลุ่มย่อยมีความเท่าเทียมกันของการวัดตัวแปรแฝงทุกตัว แต่พบความ

แตกต่างของอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝง 2 อิทธิพล (ตาราง 32 หน้า 176) ได้แก่ อิทธิพลระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีระหว่างสองกลุ่มย่อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และอิทธิพลระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดี ระหว่างสองกลุ่มย่อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 35-36 หน้า 182-183) โดยที่ค่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว และค่าอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในแบบจำลองระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน (ตาราง 33 หน้า 179) พบว่าค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 3 ตัวแปรคือ 1) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น และ 2) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว และ 3) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของค่าพารามิเตอร์ในแบบจำลองระหว่างสองกลุ่ม พบว่า รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองกลุ่มมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ภายหลังทดสอบความเท่าเทียมกันทั้งโครงสร้างความสัมพันธ์และค่าเฉลี่ยของตัวแปรแฝง (ตาราง 34 หน้า 180) โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 114.16, $df=81$ ($p < .00$), RMSEA = .06, SRMR = .07, TLI = .96, CFI = .97 และ $CAIC_{model} < CAIC_{saturated}$ แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ภาพประกอบ 10 หน้า 181) และค่าพารามิเตอร์บางตัวในแบบจำลองระหว่างสองกลุ่มมีค่าไม่เท่าเทียมกัน

4) สรุปผลของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 5 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีเพศและระดับเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกัน (ตาราง 40 หน้า 188) ผู้วิจัยไม่พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับเศรษฐกิจของครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวม และไม่พบว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างจากวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่

พบว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน (ตาราง 41 หน้า 189)

ผู้วิจัยพิจารณาว่าระดับเศรษฐกิจของครอบครัวประกอบด้วยระดับรายได้ของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน (ตาราง 43 หน้า 191) ผู้วิจัยไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในกลุ่มรวม และไม่พบว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างจากวัยรุ่นที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน แต่พบว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 3

ผู้วิจัยได้ผ่านการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 1-2 จนนำมาสู่การวิจัยระยะที่ 3 (ภาพประกอบ 11 หน้า 214) ซึ่งศึกษาข้อมูลรายละเอียดเชิงลึกของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพิ่มเติมจากปัจจัยเชิงเหตุในแบบจำลอง สรุปข้อค้นพบเป็น 3 ประเด็นสำคัญดังนี้

1) ผลยืนยันตามการวิจัยระยะที่ 2

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 3 ถือเป็นการตรวจสอบสามเส้าแบบต่างวิธีวิจัย (methodology triangulation) กับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยค้นพบว่ามีผลวิจัยที่สอดคล้องกันอยู่ 3 ข้อค้นพบ คือ

1.1) ประสพการณ์ทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น ส่งผลต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนและลักษณะทางจิตของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

จากการวิจัยระยะที่ 2 ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นส่งผลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน อีกทั้ง การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการยอมรับทาง

สังคมจากเพื่อนส่งผลทางตรงต่อลักษณะทางจิตที่สำคัญ และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่น ซึ่งผลยืนยันสอดคล้องกับข้อค้นพบจากกรณีศึกษาในงานวิจัยระยะที่ 3 ว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ได้รับการถ่ายทอดทางสังคมจากกลุ่มตัวแทนทางสังคม ได้แก่ บิดามารดาและบุคลากรทางการแพทย์มาตั้งแต่กำเนิดจนถึงช่วงวัยรุ่น บิดามารดาสนับสนุนลูกเข้ารับการรักษาปากแห้งเพดานโหว่อย่างต่อเนื่องและใช้ชีวิตร่วมกับเพื่อนในโรงเรียน โดยเฉพาะลูกที่มีความผิดปกติเด่นชัดหรือปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน บิดามารดาให้ความรักเอาใจใส่อบรมสั่งสอนตักเตือนสนับสนุนการรักษาปากแห้งเพดานโหว่ ให้คำปรึกษาวิธีจัดการความเครียด เช่น โดนนักเรียนคนอื่นล้อเลียน การคบเพื่อน เป็นต้น และช่วยเหลือค่าใช้จ่ายหรือวัสดุสิ่งของ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยระยะที่ 2 ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในแบบจำลองระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น และค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่กลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว ซึ่งงานวิจัยระยะที่ 3 ช่วยยืนยันว่า การพบปะและสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้วัยรุ่นได้มีโอกาสแก้ไขความผิดปกติบนใบหน้าและการพูด ทำให้บิดามารดาและวัยรุ่นพึงพอใจต่อผลการรักษาที่ดีขึ้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์พูดอธิบาย พูดให้กำลังใจ และดูแลรักษาพยาบาลอย่างดี นอกจากนี้ วัยรุ่นได้พบปะพูดคุย ประเมิน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยและครอบครัวอื่น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้วัยรุ่นมั่นใจในการเข้าสังคมกับเพื่อนๆ ซึ่งมีส่วนทำให้ได้รับการยอมรับจากเพื่อนมากขึ้น โดยบุคลากรทางการแพทย์หมั่นซักถามและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลกับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านและบิดามารดา ซึ่งมีหลายขั้นตอนการรักษาและนัดพบแพทย์เป็นประจำ อาจช่วยให้วัยรุ่นกลับคืนสู่สุขภาพปกติได้ดีขึ้นและบิดามารดารับรู้แนวทางสนับสนุนลูกที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น ผลการวิจัยระยะที่ 2 และ 3 จึงสอดคล้องกันว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ขึ้นอยู่กับประเภทปากแห้งเพดานโหว่และเป็นปัจจัยเชิงเหตุของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

1.2) ประสิทธิภาพทางสังคมและลักษณะทางจิตมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการวิจัยที่ 2 ในวัตถุประสงค์ที่ 3 พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น ส่งผลต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนและปัจจัยลักษณะทางจิตของวัยรุ่น ซึ่งได้แก่ ความหยิ่งตัว การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด และการ

มองโลกในแง่ดี โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม และอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากปัจจัยลักษณะทางจิต กล่าวคือ ลักษณะทางจิตที่สำคัญส่งผลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดี และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นผ่านทางการมองโลกในแง่ดี ซึ่งผลยืนยันกับข้อค้นพบจากกรณีศึกษาในงานวิจัยระยะที่ 3 ว่า บิดามารดาช่วยปลูกฝังความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสมให้กับลูกผ่านทางปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมของครอบครัว ช่วยกล่อมเกลาวัยรุ่นให้ปรับตัวทางจิตใจ ต่อผลกระทบทางลบจากปากแห้งเพดานโหว่ ทำให้อยอมรับความเป็นจริง จิตใจเข้มแข็ง มีวิธีคิดทำ ทายต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ โดยคาดหวังผลดีที่เกิดขึ้นตามมาในอนาคต และมั่นใจในความสามารถ จัดการความเครียดหรือแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับปากแห้งเพดานโหว่ของตนเองภายใต้สถานการณ์ ครอบครัว โรงเรียน และสังคมได้ จนวัยรุ่นสามารถดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองและใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นอย่างปกติสุข

ในขณะที่ บิดามารดาที่แตกแยกหรือมีรายได้น้อยต้องแบกรับภาระการอบรมเลี้ยงดูลูกปากแห้งเพดานโหว่ ทำให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองถ่ายทอดทางสังคมได้ไม่เหมาะสมและมีสัมพันธภาพไม่ดีในครอบครัว อีกทั้ง บิดามารดาประสบปัญหาในการพาลูกไปเข้ารับการรักษาปากแห้งเพดานโหว่ให้ได้ต่อเนื่อง ทำให้วัยรุ่นยังคงมีความผิดปกติบนใบหน้าหรือพูดชัด น้อยกว่า คิดมองโลกในแง่ดีน้อย ปรับตัวทางจิตได้น้อยกว่า มั่นใจในตนเองน้อยกว่า และหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียน จนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ โดยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว มีความผิดปกติไม่เด่นชัดจึงเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง แต่วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมักแสวงหาการสนับสนุนจากบิดามารดาและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกรณีศึกษาทุกคนที่มีความผิดปกติเด่นชัดบนใบหน้าและพูดไม่ชัดเคยถูกนักเรียนคนอื่นล้อเลียน บ่อยครั้งตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงมัธยมศึกษา ประสบการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในโรงเรียนส่งผลต่อ ลักษณะทางจิตใจและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากผู้ถูกกระทำ เป็นผู้กระทำ ถูกแปลกแยกจากสังคม แสวงหาการปกป้องคุ้มครอง เป็นต้น

2) ผลเพิ่มเติมจากการวิจัยระยะที่ 1 และ 2

ผู้วิจัยค้นพบว่าผลการวิจัยระยะที่ 3 มีตัวแปรเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรมและผลวิจัยในระยะก่อนหน้า ซึ่งช่วยให้อธิบายได้ครอบคลุมมากขึ้น (comprehensive) และนำไปสู่ข้อเสนอแนะในงานวิจัยต่อไป ผลวิจัยเพิ่มเติมมี 2 ข้อค้นพบ คือ

2.1) ตัวแปรการอบรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยเชิงเหตุเพิ่มเติมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

จากผลการวิจัยของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 ในการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่สำคัญได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การสื่อสารระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น และการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน เป็นปัจจัยเชิงเหตุของ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นปากแห้ง เพดานโหว่ ซึ่งภายใต้การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาต่อวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในระยะ งานวิจัยก่อนหน้านี้ ผู้วิจัยค้นพบเพิ่มเติมในงานวิจัยระยะที่ 3 ถึงรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสม ในกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมของครอบครัว โดยบิดามารดาถ่ายทอดความคิด ความรู้สึก และ พฤติกรรมของตนเองไปสู่ลูกในรูปแบบของการอบรมเลี้ยงดูผสมผสานทั้ง การแสดงความรักและหวังดี ดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด เป็นที่ปรึกษาได้เสมอ พุดคุยรับฟังด้วยเหตุผล เป็นแบบอย่างที่ดี และนำ หลักธรรมมาประยุกต์ใช้แก้ปัญหาในชีวิต ช่วยพัฒนาให้วัยรุ่นมีลักษณะจิตใจและพฤติกรรมที่ เหมาะสม จนใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคมได้และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง ในทางตรงกันข้าม รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ได้แก่ บิดามารดาเลี้ยงดูลูกปากแห้งเพดานโหว่อย่างปกป้องคุ้มครอง สงสารเวทนาปมด้อยจากปาก แห้งเพดานโหว่ ควบคุมเข้มงวด ใช้อารมณ์ลงโทษ และปล่อยปละละเลย โดยพบได้ในครอบครัว รายได้น้อยหรือครอบครัวแตกแยก ดังนั้น การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาจึงอาจเป็นปัจจัยเชิงเหตุ เพิ่มเติมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ต่อไป

2.2) ตัวแปรการปรับตัวของบิดามารดาต่อปากแห้งเพดานโหว่ และตัวแปร สภาพสังคมของครอบครัวเป็นปัจจัยเงื่อนไขเพิ่มเติมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่น ปากแห้งเพดานโหว่

จากการวิจัยระยะที่ 3 ผู้วิจัยค้นพบเพิ่มเติมว่า กรณีศึกษาได้รับการอบรม เลี้ยงดูจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองแตกต่างกันไปตามเงื่อนไข 2 ปัจจัย คือ การปรับตัวของบิดา มารดาต่อปากแห้งเพดานโหว่ และสภาพทางสังคมของครอบครัว ในบิดามารดาที่เข้าใจยอมรับลูก ปากแห้งเพดานโหว่และมีทัศนคติที่ดีต่อปากแห้งเพดานโหว่ สามารถปรับตัวทางจิตใจ อบรมเลี้ยงดู ลูกอย่างเหมาะสมทั้งการรักษาพยาบาลและการใช้ชีวิตในโรงเรียนได้ดี ทำให้วัยรุ่นปากแห้งเพดาน โหว่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีได้ ในขณะที่ บิดามารดาที่ปรับตัวได้ไม่ดีต่อปากแห้งเพดานโหว่ทำ ให้สภาพทางสังคมของครอบครัวไม่ดีด้วย เช่น ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวตึงเครียด เป็นต้น ส่งผล ต่อสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภาวะการอบรมเลี้ยงดูลูกปากแห้งเพดานโหว่ และวัยรุ่น รักษาพยาบาลไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น การปรับตัวต่อปากแห้งเพดานโหว่ของบิดามารดาและสภาพ ทางสังคมของครอบครัวอาจเป็นปัจจัยเงื่อนไขของกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัว ทำให้ วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากน้อยแตกต่างกัน

3) ผลเชิงลึกของกระบวนการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ผลวิจัยระยะที่ 3 สามารถช่วยอธิบายเชิงลึก (in-dept explanation) ของกระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ 2 ข้อค้นพบ คือ

3.1) แนวทางพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

ในการวิจัยระยะที่ 2 ผลการวิจัยของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 พบความแตกต่างของอิทธิพลระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 2 อิทธิพลได้แก่อิทธิพลระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีระหว่างสองกลุ่มย่อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ค่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว) และอิทธิพลระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีระหว่างสองกลุ่มย่อย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน) และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในแบบจำลองระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากข้อค้นพบในการวิจัยระยะที่ 3 ผู้วิจัยสามารถอธิบายขยายผลวิจัยข้างต้นได้ว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เข้าสู่ภาวะปากแห้งเพดานโหว่ตั้งแต่แรกเกิด โดยสังคมไทยถือว่าเป็นโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมาจากการละเมิดศีลธรรมหรือบาปกรรม ทำให้วัยรุ่นและบิดามารดากรณีศึกษาถูกสังคมลงโทษด้วยการตีตราให้เป็นคนผิดปกติที่แตกต่างจากคนอื่นทั่วไป บิดามารดาจึงพยายามปรับวิธีคิดหรือมุมมองของตนเองและลูกต่อผลกระทบจากปากแห้งเพดานโหว่ที่เกิดขึ้น เพื่อดำรงบทบาทตามความคาดหวังของสังคมและยังใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้ โดยบิดามารดาของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านช่วยสนับสนุนทางสังคมให้ลูกอย่างเต็มที่ ทั้งทางอารมณ์ อบรมสั่งสอน และวัตถุสิ่งของ รวมทั้งการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างของผู้มองโลกในแง่ดี ส่วนวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวสามารถจัดการความเครียดจากผลกระทบทางลบของปากแห้งเพดานโหว่ได้ด้วยตนเอง อาจมาจากผลกระทบจากปากแห้งเพดานโหว่น้อยกว่าและถูกตีตราทางสังคมให้แตกต่างจากคนอื่นน้อยกว่า ซึ่งวัยรุ่นเปลี่ยนจิตใจให้เข้มแข็ง แล้วปรับความคิดของตนเองให้

มองเห็นวิธีแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ผึกควบคุมอารมณ์ทางลบของตนเอง และแสวงหาการสนับสนุนจากคนใกล้ชิด เช่น บิดามารดา กลุ่มเพื่อน ญาติผู้ใหญ่ เป็นต้น

3.2) รายได้ของครอบครัวเป็นเงื่อนไขสภาพทางสังคมที่มีผลต่อกระบวนการถ่ายทอดในครอบครัว

ในการวิจัยระยะที่ 2 พบผลการวิจัยของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 5 ว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยสามารถอธิบายด้วยผลการวิจัยระยะที่ 3 ได้ว่า การอบรมเลี้ยงดูและการรักษาปากแห้งเพดานโหว่ตั้งแต่หลังคลอดเป็นระยะเวลานานจนถึงวัยรุ่นทำให้เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก อาจทำให้ประสบปัญหาของบิดามารดาต้องทำมาหากินจนสนับสนุนทางสังคมให้ลูกได้จำกัด ขาดนัดรักษาปากแห้งเพดานโหว่และไม่ได้พบปะสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ วัยรุ่นกลุ่มนี้อาจมีอุปสรรคในการกลับคืนสู่สุขภาพปกติและมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อลักษณะจิตใจและพฤติกรรมของวัยรุ่นและบิดามารดา เช่น รู้สึกทุกข์ยากในชีวิต มองโลกในแง่ร้ายต่อปากแห้งเพดานโหว่และผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้น เผชิญปัญหาอุปสรรคมากมายอย่างยากลำบาก เป็นต้น ถึงแม้ว่าระบบบริการทางการแพทย์ในปัจจุบันพยายามเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ส่วนครอบครัวรายได้สูงหรือมีเงินเดือนจากทั้งบิดาและมารดาสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของกรณีศึกษาและให้การสนับสนุนทางสังคมได้ตามฐานะทางเศรษฐกิจของตน

2. อภิปรายผลการวิจัย

2.1 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

จากวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 เพื่อทำการตีความการให้ความหมายที่ซับซ้อนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามมุมมองของวัยรุ่นที่มีประเภปากแห้งเพดานโหว่แตกต่างกันด้วยงานวิจัยคุณภาพ ผู้วิจัยค้นพบว่า กรณีศึกษาอธิบายความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาจากประสบการณ์ในชีวิตประจำวันของตนเองเช่นมุมมอง “คนใน” โดยมีบริบททางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ ครอบครัว สถานพยาบาล และโรงเรียน เหตุการณ์ที่ผ่านมาเช่น การนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลหลายครั้งตั้งแต่แรกเกิด การโดนล้อเลียนจากนักเรียนคนอื่นที่โรงเรียน เป็นต้น เป็นที่มาของแรงกดดันทางจิตใจและการใช้ชีวิต ซึ่งวัยรุ่นพยายามปรับตัวทางจิตและสังคมเพื่อให้ตนเองเผชิญต่อสถานการณ์ไปได้และมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา วัยรุ่นแต่ละคนมีวิธีการจัดการปัญหาความเครียดหรือ

สถานการณ์ก่อดันที่แตกต่างกันไป ทำให้มีการปรับตัวได้ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากน้อยแตกต่างกัน ในเหตุการณ์หรือปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน เช่น พุดออกเสียงไม่ชัด รอยแผลเป็นบนใบหน้า เป็นต้น บางคนรับรู้การสนับสนุนให้กำลังใจจากสังคม เช่น บิดามารดา บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อน เป็นต้น ขณะที่บางคนรับรู้ปฏิกิริยาทางลบจากคนรอบข้าง เช่น ชักถามสงสัย จ้องมอง เป็นต้น เปรียบเหมือน การมองเห็น “เหรียญสองด้าน” จากคนละมุมมองทำให้แต่ละคนมีความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ออกมาต่างกัน วิทยาลัยจำนวน 7 คนมีเพื่อนคบหาเป็นกลุ่มใหญ่แต่วิทยาลัยบางคนอยู่โดดเดี่ยวหรือมีเพื่อน น้อยมาก โดยเฉพาะการคบเพื่อนต่างเพศ วิทยาลัยจำนวน 5 คนกำลังคบหากับแฟน วิทยาลัยบางคนเลิกกับ แฟนไปแล้ว วิทยาลัยบางคนไม่เคยมีแฟนและกังวลใจต่ออุปสรรคของตนในความคิดเห็นของคนอื่น

ผู้วิจัยค้นพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีพหุมิติมากกว่าแค่เพียงมิติด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ร่างกาย เป็นต้น กล่าวคือ วิทยาลัยปากแห่วงเพดานโหว่รับรู้ระดับการทำหน้าที่ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ว่าเกิดขึ้นบ่อยมากน้อยเพียงใดในชีวิตประจำวันของตนเองภายใต้บริบททางสังคมช่วง ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการแสดงอาการ ด้านการทำหน้าที่ของ ร่างกาย ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สะท้อนว่า วิทยาลัยปากแห่วงเพดานโหว่พิจารณาคุณภาพชีวิตของตนอย่างเป็นองค์รวม โดยวิทยาลัยปากแห่วงเพดาน โหว่ประเมินความผิดปกติและสมรรถภาพการทำหน้าที่ของทั้งอวัยวะในช่องปากและร่างกายทั่วไป ตามสภาพร่างกายที่แสดงออกมา และประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองตาม ความรู้สึกส่วนตัวและประสบการณ์ทางสังคมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Chimruang; et al. 2011: 4) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปัจจุบันขององค์การอนามัยโลกที่เล็งเห็นถึงบทบาทสำคัญของสิ่งแวดล้อม ทางสังคมและจิตใจทางบวกของคนพิการในการเอื้ออำนวยให้เกิดสุขภาวะที่ดี (MacEntee. 2006: 5) การรักษาแก้ไขความผิดปกติบนใบหน้าหรือเย็บปิดปากแห่วงเพดานโหว่ อาจเป็นแค่เพียงส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปากแห่วงเพดานโหว่มีการทำหน้าที่ของร่างกายได้ดีขึ้นหรือลดความ ทุพพล ภาพลง เนื่องจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดียังประกอบด้วยมิติด้านอื่นร่วมด้วยและเป็นสมดุลยภาพ ระหว่างแต่ละมิติของแต่ละบุคคล

ในงานวิจัยระยะที่ 1 ผลวิจัยเชิงคุณภาพแล้วต่อยอดพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพในงานวิจัยระยะที่ 2 ด้วยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยอภิปรายได้ว่า วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเปิด โอกาสให้คนอื่นได้รับฟังความคิดเห็น ทศนคติ และเรื่องราวประสบการณ์ในชีวิตของเด็ก ตลอดจน ค้นพบความสำคัญของปัจจัยทางจิตใจและปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก ดังเช่นงานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเด็กและวัยรุ่นของมาซแมนและโรบินสัน (Marchman; & Robinson. 2007: 93) อีกทั้ง วินเซนต์และฮิกกินสัน (Vincent; & Higginson. 2003: 47) ได้สังเคราะห์ งานวิจัยเกี่ยวกับการวัดคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่น พบว่าปัจจุบันมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่เก็บ

ข้อมูลเชิงรายละเอียดลุ่มลึกเกี่ยวกับผลกระทบของปากแห้งเพดานโหว่ต่อคุณภาพชีวิตของพวกเขา ซึ่งงานวิจัยเชิงคุณภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลเช่นนี้ได้เป็นอย่างดี ไอเซอร์แมน (Eiserman. 2001: 236) ศึกษาผลลัพธ์และการอนุมานเชิงบวกต่อความผิดปกติของใบหน้าในผู้ใหญ่ที่มีปากแห้งเพดานโหว่ เย็บปิดแล้ว พบว่า งานวิจัยเชิงคุณภาพช่วยอธิบายความหลากหลายและซับซ้อนของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีปากแห้งเพดานโหว่ได้ดีกว่าการมองเห็นชีวิตเป็นเพียงภาพระนาบเดียว การตรวจสอบข้อมูลสามเ้าจากหลายแหล่งข้อมูลและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลในกระบวนการวิจัยช่วยให้ข้อค้นพบมีคุณค่าและเชื่อถือได้ อย่างไรก็ตาม การคัดเลือกกรณีศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงในการวิจัยระยะนี้ คือ วัยรุ่นที่เย็บปิดปากแห้งเพดานโหว่แล้ว ไม่มีกลุ่มอาการของโรคอื่นร่วมด้วย และได้รับการรักษาทันตกรรมจัดฟันแห่งเดียวกัน อาจเป็นข้อจำกัดของผลวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยตระหนักว่าความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากมุมมองของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่และบิดามารดาในงานวิจัยนี้สามารถนำมาใช้ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการรักษาพยาบาลปากแห้งเพดานโหว่ ความทุกข์สภาพของร่างกาย ภาพลักษณ์ที่ผิดปกติแตกต่างจากคนอื่น และการใช้ชีวิตร่วมกับคนอื่น ซึ่งจะให้ผลประเมินได้ตรงตามความเป็นจริงของผู้ป่วยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ต่อไป

2.2 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2-5 ดังนี้

1) จากวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

ในการวิจัยระยะที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือวัดของตัวเองแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่พบว่า ผลการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 และ 2 ของโมเดลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ บ่งชี้ว่าประกอบด้วยข้อความ 21 ข้อและแบ่งได้ 4 องค์ประกอบได้แก่ การแสดงอาการการทำหน้าที่ของร่างกายความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่มีความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้างและความเที่ยงตรงเชิงเหมือนในข้อมูลเชิงประจักษ์ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ นั้นแสดงว่า ผลการวิจัยเชิงปริมาณของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 ในการวิจัยนี้สอดคล้องยืนยันผลการวิจัยเชิงคุณภาพของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 ซึ่งค้นพบความหมายของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามมุมมองของกรณีศึกษาวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ โดยผู้วิจัยนำความหมายนี้มาเป็นนิยามปฏิบัติการของการพัฒนาข้อคำถามในแบบวัดประเภทมาตรประเมินรวมค่าของตัวเองแปรคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้านเช่นเดียวกับการวิจัยระยะที่ 1 คือ ด้านการแสดงอาการ ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับแบบวัดมาตรฐาน Child Perceptions Questionnaire (CPQ11-14) สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเด็กอายุ 11-14 ปีของโจโควิกและคนอื่นๆ (Jokovic; et al. 2002) แต่แบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 11-18 ปีและยังสามารถประเมินการพูด รูปลักษณะ การเจริญเติบโตของใบหน้า ผลกระทบทางสังคมและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับช่วงวัยรุ่น จึงนับว่าเป็นแบบวัดสำหรับผู้ป่วยประเมินตนเองด้วยมุมมองคุณภาพชีวิตของตนเองอันเป็นผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญยิ่ง อีกทั้งเป็นแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความน่าเชื่อถือ อันจะนำไปสู่การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ต่อไปได้ เนื่องจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ (Gosain; & Chim. 2011; Klassen; et al. 2012: 547) พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ประเมินเพียงคุณภาพชีวิตในลักษณะการทำหน้าที่ทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ในครอบครัว และการทำหน้าที่ในโรงเรียนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน อีกทั้ง ผลการสังเคราะห์งานวิจัยของชโกคานีและคนอื่นๆ (Shkoukani; et al. 2013: 1) ก็พบว่าไม่มีแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเยาวชนที่มีความผิดปกติบนใบหน้า (Youth Quality of Life-Facial Differences Version Instrument: YQOL-FD) ของเอ็ดเวิร์ดและคนอื่นๆ (Edwards; et al. 2005: 19) เท่านั้นที่พัฒนาแบบวัด YQOL-FD สำหรับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นอายุ 11-18 ปีที่มีลักษณะความผิดปกติบนใบหน้าหลากหลายได้รายงานตนเองภายหลังการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติบนใบหน้า แต่แบบวัด YQOL-FD ยังไม่เฉพาะเจาะจงกับภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และประเด็นเนื้อหาสอดคล้องกับผู้ป่วยในวัยเด็กมากกว่าวัยรุ่น (Patrick; et al. 2007: 538; Eckstein; et al. 2011: 518; Klassen; et al. 2012: 547) ส่วนในประเทศไทย พจนสุนทรและคนอื่นๆ ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ THAICLEFT QoL จำนวน 24 ข้อ (Patjanasootorn; et al. 2010: 16) หรือ Thai cleft QOL จำนวน 20 ข้อ (Patjanasootorn; et al. 2012: 141) สำหรับประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 5 ปีและความต้องการของผู้ปกครองเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ แต่บางข้อคำถามมีเนื้อหาซ้ำซ้อน ประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่จากบุคคลใกล้ชิดหรือทางอ้อม และเก็บข้อมูลแบบวัดจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 27-36 คนซึ่งเป็นข้อจำกัดของแบบวัด Thai cleft QOL

2) จากวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคม ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

สมมติฐานวิจัยที่ 1 “แบบจำลองสมมติฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์” พบผลวิจัยไม่สนับสนุนสมมติฐานนี้ ผู้วิจัยจึง

ทำการปรับแบบจำลองสมมติฐานโดยพิจารณาจากทฤษฎีและค่าที่ (t-value) ของขนาดอิทธิพลแต่ละตัวแปรจนได้แบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหวในกลุ่มรวมที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากสมมติฐานของงานวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อบัญชีสภาพแวดล้อม ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น กับตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนและจิตลักษณะที่สำคัญ คือการมองโลกในแง่ดี ที่จะส่งผลต่อลักษณะทางจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ ความหยิ่งยโส และการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ซึ่งช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี แต่จากผลการวิจัยกลับพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด และการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานในบางข้อย่อยเท่านั้น ส่วนสมมติฐานอื่นนั้น ผลการวิจัยนี้ไม่สนับสนุน ทั้งนี้ เพราะว่า ปัจจัยภายนอกที่เป็นการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น เป็นปัจจัยนำสำคัญที่มีอิทธิพลต่อลักษณะทางจิตใจที่ดี 3 ลักษณะ แล้วเมื่อวัยรุ่นมีจิตใจที่ดีดังกล่าว ก็จะสามารถส่งเสริมให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีในที่สุดได้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการปรับแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามวัตถุประสงค์การวิจัยนี้เป็น 3 ประเด็นได้แก่

2.1) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นส่งผลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

2.2) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนส่งผลทางตรงต่อลักษณะทางจิตใจที่สำคัญ และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่น

2.3) ลักษณะทางจิตใจที่สำคัญส่งผลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดี และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นผ่านทางการมองโลกในแง่ดี

2.1) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นส่งผลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

จากผลวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า บิดามารดามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารและข้อมูลป้อนกลับ และด้านสิ่งของ ให้กับลูกวัยรุ่นได้ไปใช้ชีวิตในโรงเรียนได้อย่างราบรื่น ซึ่งสอดคล้องอย่างชัดเจนกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา อาทิ การศึกษาแบบเฉพาะกรณีของไคลน์และคนอื่นๆ (Klein. 2006: 590) ค้นพบผลวิจัยที่สอดคล้องในการศึกษาครั้งนี้ว่า มารดาของวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายชาวอเมริกันอายุ 9-14 ปีที่มีความผิดปกติบน

ใบหน้าและกะโหลกศีรษะคอยดูแลเอาใจใส่และปกป้องลูกวัยรุ่นจากผลกระทบของความผิดปกติบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ เช่น ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างลูกกับเพื่อน ลูกแยกตัวออกจากสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมได้จำกัดของลูก เป็นต้น ในขณะเดียวกัน มารดาสนับสนุนความเป็นอิสระ ความเข้มแข็ง และการมองเห็นคุณค่าในตนเองของลูกวัยรุ่น งานวิจัยของสเมทานาและคนอื่นๆ (Smetana; et al. 2006: 255) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาช่วยให้วัยรุ่นปรับตัวได้ดี และมีความมั่นคงทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนกับวัยรุ่นมีผลต่อการให้คุณค่า ความสนใจไปโรงเรียน วัฒนธรรมกลุ่มเพื่อน พฤติกรรมต่อต้านสังคม ความเอาใจใส่ เชื้อเพื่อเผ่าเผ่า กลัศจรรย์ผูกพัน และความรับผิดชอบร่วมกัน อีกทั้ง วอยดานอฟและดอนเนลลี (Voydanoff; & Donnelly. 1999) พบว่า บิดามารดาที่สนับสนุนลูกวัยรุ่นด้วยการติดตามกิจกรรมนอกบ้านของวัยรุ่น เป็นตัวทำนายความรู้สึกเป็นสุขของวัยรุ่นได้ ผู้วิจัยเห็นว่า การที่บิดามารดาดูแลเอาใจใส่ต่อการใช้ชีวิตในโรงเรียนของลูกวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในการวิจัยนี้ หากวัยรุ่นมีปัญหการยอมรับทางสังคมจากกลุ่มเพื่อน วัยรุ่นก็ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาของตน อาจเนื่องมาจาก วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนจะมีแนวโน้มถูกแปลกแยกจากกลุ่มเพื่อน มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และมีความเสี่ยงกับปัญหาการปรับตัว (Rubin; et al. 2009: 141) โดยเฉพาะวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 14-18 ปีที่ประสบปัญหาความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในโรงเรียนจะปรับตัวทางจิตใจได้ไม่ดี (Snyder; Bilboul; Pope. 2005: 548) จากเหตุผลข้างต้นสอดคล้องกับผลวิจัยว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานของงานวิจัยครั้งนี้

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่า การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นมีอิทธิพลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน อาจเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ดูแลเอาใจใส่ สอบถามอาการอย่างห่วงใย ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลปากแหว่งเพดานโหว่ แลกเปลี่ยนข้อมูลย้อนกลับให้เข้าใจตรงกัน และพร้อมรับฟังความต้องการของผู้ป่วย ถือเป็นการให้บริการรักษาพยาบาลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อีกทั้ง ระยะเวลาการรักษาต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีนัดติดตามและตรวจรักษาทุกเดือนจนเกิดความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ สุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยวัยรุ่นโดยแสดงออกให้รู้ว่าสนใจและเข้าใจผู้ป่วยมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตและสถานภาพทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Inglehart; et al. 2002: 79; Inglehart. 2006: 19) อีกทั้งทำให้เกิดความพึงพอใจและสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการรักษาพยาบาล (Bower; & Mead. 2007: 468) นอกจากนี้ มูทური (Muturi. 2005: 78.) กล่าวว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

ตนเองจะได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและศักยภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเชียว (Schiavo. 2007 :105-106) ก็อธิบายว่าบุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเรื้อรังให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข (social well-being) โดยเฉพาะการถูกล้อเลียนและถูกทำร้ายร่างกายจากเพื่อนในโรงเรียน นั้นแสดงว่าบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นให้มีการปรับตัวทางจิตสังคมในทางบวกและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้ง การรักษาพยาบาลความเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้น (Snyder; & Lopez. 2002: 670)

ผู้วิจัยขอสรุปว่าปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ บิดามารดา และบุคลากรทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนซึ่งเป็นประสบการณ์ทางสังคมที่สำคัญของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

2.2) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนส่งผลทางตรงต่อลักษณะทางจิตที่สำคัญ และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่น

จากผลวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรกลุ่มประสบการณ์ทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรกลุ่มลักษณะทางจิต และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านตัวแปรลักษณะทางจิต โดยการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ส่วนการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อความหยุนตัวซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายใน 3 ประเด็น ดังนี้

2.2.1) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าปัญหาจากปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งทางร่างกายและจิตใจล้วนเป็นสาเหตุของความเครียดในวัยรุ่นได้ ในขณะที่ การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการความเครียดเหล่านั้นให้สำเร็จตามที่กำหนดไว้ ในสถานการณ์ที่บางครั้งอาจจะคลุมเครือ ไม่ชัดเจน และมีความแปลกใหม่ วัยรุ่นอาจจำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา สอดคล้องกับการศึกษาของแคมปีสและคนอื่นๆ (Campis; et al.1995: 65) พบว่า การสนับสนุนของบิดามารดาต่อลูกวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากความผิดปกติบนใบหน้าศีรษะที่เห็นได้ชัดเจน ช่วยทำให้ลูกวัยรุ่นมีการปรับตัวทางจิตสังคมได้ดี รวมทั้งผลจากการวิจัยของโมเชอร์และเพลโลว์ (Mosher; & Prelow. 2007: 883) ก็พบว่า มารดาของวัยรุ่นอเมริกันอายุ 13-19 ปีมีส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดของลูก โดยใช้วิธีการจัดการความเครียดแบบมุ่งจัดการปัญหา (active coping) และการมีส่วนร่วมระหว่างวัยรุ่นกับมารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดของวัยรุ่น นั้นแสดง

ว่า การสนับสนุนจากบิดามารดาทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของ ช่วยทำให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จหรือไม่เพื่อจัดการความเครียดของตนเองด้วยทักษะที่เขามีอยู่ และมีบิดามารดาคอยสนับสนุน ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาจึงมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานของงานวิจัยครั้งนี้

2.2.2) การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามีอิทธิพลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดีและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี จากข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของเซลิกแมนและคนอื่นๆ (Seligman; et al. 1995) อธิบายว่าการมองโลกในแง่ดีมีแหล่งที่มาจากสิ่งแวดล้อมครอบครัวในวัยเด็กโดยบิดามารดามีอิทธิพลอย่างมากต่อการมองโลกในแง่ดีของเด็กซึ่งรูปแบบการอธิบายตนเอง (explanatory style) ในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของมารดานั้น บ่งบอกว่าลูกของตนจะมีมุมมองชีวิตในลักษณะไหนโดยลูกเกิดเรียนรู้แบบอย่างวิธีคิดและมุมมองของมารดาเป็นของตน อรพินทร์ ชูชมและคนอื่นๆ (2547) อธิบายว่าเด็กจะมีการมองโลกในแง่ไหน ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ การถ่ายทอดทางสังคมที่ได้จากพ่อแม่และประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา การช่วยให้เด็กมองโลกในแง่ดีขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับ ตัวแบบที่อยู่ใกล้ชิดเด็ก ได้แก่ บิดามารดาและครู จะมีวิธีการคิดในลักษณะที่เป็นมุมมองโลกในแง่ดี ซึ่งสิ่งนี้จะสอนให้เด็กมีแนวคิดเดียวกับผู้ใหญ่ สนับสนุนด้วยการวิจัยจากงานวิจัยของเฟอรากีนและคนอื่นๆ (Feragen; Borge; Rumsey. 2009: 65) พบว่า บิดามารดาพูดอธิบายวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 10 ปีไม่ให้ใส่ใจปฏิกิริยาทางลบจากเพื่อน ซึ่งปฏิกิริยาทางลบนี้ทำให้วัยรุ่นรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า และตีตราตนเองว่า “ผิดปกติ” จากเพื่อนทั่วไปการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาส่งผลให้วัยรุ่นมีประสบการณ์ทางลบจากการโดนล้อเลียนจากเพื่อนในโรงเรียนลดลง

2.2.3) การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อความหยิ่งตัวและมีทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด และความหยิ่งตัวผลการวิจัยนี้ชี้ชัดว่าเพื่อนมีอิทธิพลทางจิตใจของวัยรุ่นอย่างชัดเจน วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้รับการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน จะมีความสามารถฟื้นฟูจิตใจตนเองและการเห็นคุณค่าของชีวิตตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวัฒน์ กันทะวงศ์ และคนอื่นๆ (2556: 20) ที่ได้ทำการศึกษาความสำคัญในคุณค่าแห่งตนและปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 13-17 ปี ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ พบว่า ความรู้สึกทางบวกและทางลบต่อตนเองของวัยรุ่นล้วนมาจากปฏิกิริยาจากเพื่อน โดยความสำคัญในคุณค่าแห่งตนมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ ลักษณะใบหน้าและฟัน รวมถึงเสียงและการพูด ลักษณะทางกายภาพที่ผิดปกติทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงลบจากเพื่อนแล้วสร้างความรู้สึกเชิงลบต่อตนเองของวัยรุ่น ใน

ขณะเดียวกัน ความเข้าใจ การชมเชย และให้กำลังใจจากเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งบริชเซตและคนอื่นๆ (Brissette; Scheier; Carver. 2002: 102) ยังสนับสนุนผลวิจัยว่า การยอมรับทางสังคมจากเพื่อนที่เพิ่มมากขึ้นทำให้วัยรุ่นอายุ 17-20 ปีมีการปรับตัวทางจิตให้เป็นบวก (positive reinterpretation and growth) แล้วส่งผลความเครียดที่ลดลง และภาวะซึมเศร้าน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ มาสเด็นและรีด (Masten; & Reed. 2002: 82) ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญว่า สัมพันธภาพที่ดีระหว่างวัยรุ่นกับเพื่อนในโรงเรียน ยังเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ที่ช่วยให้วัยรุ่นที่มีความหุนหันพลั้ง莽ใจจะสามารถปรับตัวได้ดีภายใต้ภาวะเสี่ยงหรือสถานการณ์ตึงเครียด นั้นแสดงว่า หากวัยรุ่นประสบปัญหาการถูกล้อเลียนหรือกีดกันออกจากกลุ่มเพื่อนส่งผลต่อความรู้สึกทางลบต่อตนเอง ในขณะที่ วัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน จะช่วยเสริมสร้างให้เกิดความหุนหันพลั้ง莽ใจมีการปรับตัวทางจิตใจได้ดีและรู้สึกเครียดซึมเศร้ามลดลง 259

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ประสบการณ์ทางสังคมที่ดีระหว่างวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่กับบิดามารดา บุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อน ล้วนเป็นปัจจัยนำของการพัฒนาลักษณะจิตใจที่สำคัญ ซึ่งได้แก่ความหุนหันพลั้ง莽ใจรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด และการมองโลกในแง่ดี อันจะช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ต่อไป

2.3) ลักษณะทางจิตที่สำคัญส่งผลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดี และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นผ่านทางการมองโลกในแง่ดี

ผู้วิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากกลุ่มตัวแปรลักษณะทางจิต โดยผู้วิจัยขออภิปรายแต่ละลักษณะทางจิตที่สำคัญ 3 ตัวแปร ดังนี้

2.3.1) การมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบความสำคัญของการมองโลกในแง่ดีว่าเป็นตัวแปรคั่นกลางของทุกตัวแปร ปัจจัยเชิงเหตุในแบบจำลองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ โดยการมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ สอดคล้องกับแนวคิดของเชียร์เออร์และคาร์เวอร์ (Scheier. & Carver. 1985: 102) ที่อธิบายว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพอย่างคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งกายใจ (Lobel; et al. 2000: 544; Peterson; & Bossio. 2001:127; Giltay; et al. 2004: 1126; Ironson; et al. 2005: 86) ผู้วิจัยยังพบว่าการมองโลกในแง่ดีของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานภาพทางสุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกาย ตามลำดับ (ดังตาราง 22 หน้า149) อาจเนื่องมาจาก การมองโลกในแง่ดีของวัยรุ่นนำไปสู่

ความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น (Strauss; & Fenson. 2005: 14) โดยในผู้ป่วยเรื้อรังหรือคนพิการ การมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีซึ่งช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันและช่วยปรับภาวะเครียดในชีวิตให้ลดลงในระยะยาว (Segerstrom; et al. 1998) ดังเช่น กลุ่มผู้หญิงที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ต้องปรับตัวด้านจิตใจเพื่อรับมือกับอาการป่วยและการตรวจชิ้นเนื้อมะเร็งด้วยการมองโลกในแง่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นนั้นพบว่า การมองโลกในแง่ดีมีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการปรับตัวทางร่างกายและจิตใจได้ดี (Snyder; & Lopez. 2002: 664) ซึ่งผลการวิจัยวัยรุ่นทั่วไปอายุ 10-16 ปีของแกสปาร์และคนอื่นๆ (Gaspar; et al. 2009: 33) สนับสนุนว่าตัวแปรแฝงทางจิตที่ประกอบด้วยความภาคภูมิใจในตนเองกับการมองโลกในแง่ดี มีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าอิทธิพลเท่ากับ .38

2.3.2) การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดี และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณสมบัติการจัดการทางออกแก้ไขปัญหามองโลกในแง่ดี กัดดันนั้นได้ดีด้วยดี จะปรับวิธีคิดหรือมุมมองต่อปัญหาว่าตนเองสามารถควบคุมได้ เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และกระทบเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเท่านั้น ซึ่งเป็นลักษณะวิธีจัดการความเครียดด้วยการมองโลกในแง่ดีจากผลวิจัยที่ผ่านมาในอดีตแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความสามารถของตน (self-efficacy) ทำนายความสำเร็จในการจัดการความเครียดจากปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม (Leventhal; et al. 2008: 477) อีกทั้งส่งผลทางบวกต่อสุขภาพร่างกายและการเจริญเติบโตทางบวก (positive growth) ของเด็กและวัยรุ่น (King; et al. 2006: 902; Maddux. 2002: 277; Noble; & McGrath. 2005: 749) นอกจากนี้ วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่รับรู้ปฏิสัมพันธ์ทางลบจากคนรอบข้าง เช่น การล้อเลียน ตั้งฉายาจากเพื่อน การจ้องมองใบหน้า ความสงสัยต่อความผิดปกติบนใบหน้า เป็นต้น จะตอบสนองต่อความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีด้วยวิธีจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ไขปัญหามาแบบมุ่งเน้นควบคุมอารมณ์ และแบบแสวงหาความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง ซึ่งการมองโลกในแง่ดีเป็นวิธีหนึ่งของการมุ่งจัดการปัญหาและคิดหาทางออกเพื่อแก้ไขคลี่คลายปัญหาอุปสรรคที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ กล่าวคือ วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่เชื่อมั่นอย่างมากว่าตนเองสามารถจัดการควบคุมปัญหาได้ ประเมินความเป็นไปได้ว่าตนเองจะผ่านพ้นสถานการณ์ที่ยากลำบากอย่างมีประสิทธิภาพและไม่ย่อท้อต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ เป็นลักษณะของการมองโลกในแง่ดีสอดคล้องกับผลการศึกษาในวัยรุ่นอายุ 9-12 ปีที่มีครอบครัวแตกแยกจากหย่าร้าง พบว่า การจัดการความเครียดด้วยการมองโลกในแง่ดีมีอิทธิพลทางตรงต่อปัญหาการปรับตัวภายในตนเองและปัญหาการปรับตัวกับผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และวัยรุ่นที่รับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดเพิ่มมากขึ้น 1 หน่วยจะมีการมองโลกในแง่ดีเพิ่มมากขึ้น 0.2 หน่วยอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (Sandler;

et al. 2000: 1099) นั้นย่อมสนับสนุนผลการวิจัยนี้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดจากปากแหว่งเพดานโหว่มีผลต่อการมองโลกในแง่ดีและการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

2.3.3) ความหยุนตัวมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ผู้วิจัยศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่เป็นผู้ที่เผชิญกับผลกระทบทางจิตใจจากหลายสาเหตุ ทั้งความพิการทางร่างกาย เช่น ความผิดปกติของรูปร่างและเค้าโครงใบหน้า ภาวะแทรกซ้อนหูชั้นกลางอักเสบ สูญเสียการได้ยิน ความผิดปกติของจำนวนและรูปร่างฟัน พัฒนาการและการเจริญเติบโตช้า (สมรรถวี วิทยพร. 2537: 31-33, 40-45; สิทธิ ส.ศรีโสภาค; และกิตติ สุพันธุ์วนิช. 2543: 133-140; Johnsen. 2005: 25-29) เป็นต้น และปัญหาการปรับตัวทางจิตและสังคม เช่น ซึมเศร้า เห็นคุณค่าในตนเองต่ำมีพัฒนาการเอกลักษณ์แห่งตนต่ำ เสี่ยงต่อความบกพร่องทางการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ต่ำ วิตกกังวลในการเข้าสังคมมากขึ้น ความสามารถในการคบหาผู้อื่นต่ำและแปลกแยกตัวเองออกจากสังคม (Speltz; et al. 1990: 177; Broder. 2001: 248; Broder; et al. 1998: 127; Pope; & Ward. 1997: 455; Kapp-Simon; & McGuire. 1997: 380) วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อความเครียดหรือสภาพจิตใจทางลบได้ตั้งแต่วัยแรกเกิด ซึ่งปริมาณความเครียดหรือประสบการณ์ทางลบเป็นเงื่อนไขของการปรับตัวทางจิตใจมาสู่การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดและเรียนรู้การเผชิญอุปสรรค (Luthar. 2000) จากแนวคิดจิตวิทยาทางบวก ในเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีความสำคัญต่อชีวิตอย่างยิ่ง การแก้ไขปัญหาต้องใช้หลายวิธีร่วมกันแก้ไขปัญหาเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ส่วนเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ บุคคลสามารถมีความหยุนตัวได้โดยใช้กลไกการจัดการภายในตัวเอง (self-organization) เช่น การควบคุมตนเอง การมองโลกแง่ดี เป็นต้น (Rutter. 2006: 2; 2007: 206) บุคคลที่ประสบเหตุการณ์กระทบกระทั่งอันจิตใจมาแล้วเติบโตต่อไปทางบวกหรือกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ เป็นผู้ที่มีความหยุนตัวเป็นจิตลักษณะเดิมในการปรับสภาวะความเครียดจากภายในและภายนอกเช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นต้น แล้วผลักดันตนเองให้เปลี่ยนประสบการณ์ทางลบในอดีตกลายเป็นภูมิคุ้มกัน เสริมความเข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันแบนดูราอธิบายว่าบุคคลเรียนรู้ว่าสภาพร่างกายหรือจิตใจทางบวกของตนเองจะเป็นผู้ที่มั่นใจในความสามารถของตนว่าจะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพหรือควบคุมอาการแสดงของโรคได้ (Bandura. 1997: 71) โดยความหยุนตัวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรับตัวทางจิตของวัยรุ่นเมื่อเผชิญกับวิกฤตในชีวิตหรืออุปสรรคการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับความเครียดในสถานการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lerner; Easterbrooks; Mistry. 2003: 384-385) แบนดูรา (Bandura. 1994: 75) ยัง

เน้นว่า หากบุคคลปรับสภาพจิตใจภายใต้สถานการณ์ปัญหาหรือความตึงเครียดให้มาเป็นทางบวกได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีความหยุนตัวที่ดี ย่อมรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่รู้มรเ้าได้ดี ซึ่งความเข้มแข็งทางจิตใจ (hardiness) ช่วยให้ผู้วัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อพัฒนาการทางกายและจิตใจได้เป็นอย่างดีไปตลอดทุกช่วงวัย อีกทั้งส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีและมีความพึงพอใจในผลการรักษา (Roberts; et al. 2002: 663; Prahli; & Andersen. 2007: 117)

3) จากวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและขนาดอิทธิพลของปัจจัยเชิงเหตุลักษณะทางจิต ประสบการณ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีประเภปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างกัน

จากสมมติฐานวิจัยที่ 2 “ค่าเฉลี่ยและขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน มีความแตกต่างกัน”ผู้วิจัยพบว่า รูปแบบของแบบจำลองที่ปรับแล้วให้ผลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพบว่าค่าเฉลี่ยและขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงในแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านมีความแตกต่างกันใน 5 ประเด็น ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลวิจัยดังนี้

3.1) อิทธิพลระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีในกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่น

บิดามารดาของลูกปากแหว่งและเพดานโหว่ต้องเผชิญกับความรู้สึกสับสน การกลัวโทษตนเอง และความวิตกกังวลต่างๆต่อลูกของตน (Strauss; et al. 1995: 82; Byrnes, et al. 2003: 308; Nelson; et al. 2009: 245) โดยเฉพาะการศึกษาของคาเมอร์และคนอื่นๆ (Kramer; et al. 2008: 580) ได้ชี้ชัดว่า ครอบครัวของเด็กอายุ 5-6 ปีที่มีทั้งภาวะปากแหว่งและเพดานโหว่เผชิญความเครียดมากกว่าครอบครัวของเด็กที่มีปากแหว่งหรือเพดานโหว่อย่างใดอย่างหนึ่งบิดามารดาของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่อาจยิ่งประสบปัญหาความเครียดมากขึ้นตามประเภทและความรุนแรงของปากแหว่งเพดานโหว่ของลูกที่มากขึ้น ดังนั้น วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านอาจได้รับ

การสนับสนุนจากบิดามารดาอย่างมาก เพื่อช่วยให้ลูกได้เข้ารับการรักษาต่อเนื่องหรือลดความเสี่ยงต่อปัญหาจิตสังคมส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นมองโลกในแง่ดีมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของไวซินสกีและคนอื่นๆ (Wyszynski; et al. 2005: 188) พบว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านรับรู้ว่าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกว่าและขัดแย้งกันน้อยกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 นอกจากนี้ ในงานวิจัยของเบเกอร์และคนอื่นๆ (Baker; et al. 2009: 239) พบว่า มารดาของลูกปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านเผชิญปัญหาความเครียดในครอบครัวด้วยวิธีมองโลกในแง่ดีมากกว่ามารดาของลูกที่มีปากแหว่งเพดานโหว่ประเภทอื่นการที่บิดามารดาและลูกวัยรุ่นได้ร่วมเผชิญสถานการณ์กดดันจากปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านมาร่วมกันและใช้วิธีมองโลกในแง่ดีมาจัดการความตึงเครียดของครอบครัว วัยรุ่นอาจได้รับการอบรมฝึกฝนและการปฏิบัติเป็นตัวอย่างของบิดามารดาเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดาต่อลูกและวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านจะได้จัดการปัญหาต่างๆ ในแง่ดี ดังเช่นการศึกษาของไคลน์และคนอื่นๆ (Klein; et al. 2006: 590) ค้นพบว่า มารดาของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่แนะนำวิธีการมุ่งจัดการปัญหา เช่น สอนลูกมองโลกในแง่ดี แนะนำวิธีจัดการโดนเพื่อนล้อเลียน ส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน เป็นต้น

3.2) อิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีระหว่างกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลระหว่างตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่มีต่อการมองโลกในแง่ดีในกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากผลสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 64 เรื่องเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่โดยฮันต์และคนอื่นๆ (Hunt; et al. 2005: 274-285) พบว่า ประเภทของปากแหว่งเพดานโหว่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดเกี่ยวกับตน ความพึงพอใจใบหน้า ซึมเศร้า ความผูกพัน ปัญหาการเรียนรู้อ และความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งในกลุ่มเพื่อนวัยรุ่นและครอบครัวการรับรู้ความสามารถตนในการจัดการความเครียดเป็นความเชื่อมั่นของตนเองในการควบคุมอารมณ์และความคิดทางลบจากปากแหว่งเพดานโหว่ กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในการวิจัยนี้ที่มั่นใจว่าตนเองจัดการความเครียดได้ดีส่งผลทำให้การมองโลกในแง่ดีมากขึ้น ซึ่งวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวมีความรุนแรงของปัญหาน้อยกว่า ย่อมมีความมั่นใจในตนเองมากกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน ซึ่งสอดคล้องกับบทความของลีเวนทาลและคนอื่นๆ (Leventhal; et al. 2008: 492) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยเรื้อรังพยายามปรับความคิดของตนเองระหว่างการรักษาพยาบาลให้มองโลกในแง่ดีต่อผลลัพธ์สุขภาพทางบวก เช่น ตนเองมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าผู้ป่วยอื่น ตนเองได้รับการ

รักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ป่วยอื่น ผลการรักษาของตนเองดีขึ้นตามลำดับ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวที่มีความรุนแรงของปัญหาความผิดปกติทางร่างกาย เช่น รอยแผลเป็นบนใบหน้าเห็นชัด พูดออกเสียงไม่ชัด เป็นต้น น้อยกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน จึงรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมปัญหาจากปากแหว่งเพดานโหว่ได้ดีมากกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน ทำให้มองโลกในแง่ดีมากขึ้นต่อชีวิตและการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ของตน

3.3) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นของกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านในการวิจัยนี้ อาจเข้าถึงการรักษาและร่วมมือมาตามนัดรักษาติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ จนมีโอกาสมพบปะและรู้สึกคุ้นเคยกับบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว ทำให้มีการสื่อสารที่ดีระหว่างกัน พูดคุยทำความเข้าใจข้อมูลอันเป็นประโยชน์เกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาที่ซับซ้อน ผลการรักษาที่คาดว่าจะได้รับ และแนวทางข้อปฏิบัติตัวของผู้ป่วย อีกทั้ง วัยรุ่นมีโอกาสดำเนินการความคิดเห็นในการปรับแก้ไขความผิดปกติภายนอกของตนให้บุคลากรทางการแพทย์รับทราบและร่วมวางแผนการรักษาต่อไป ซึ่งสนับสนุนด้วยผลการศึกษาของธีรวัฒน์ กันทะวงศ์ และคนอื่นๆ (2556: 28) ที่พบว่า การเข้ารับการรักษาให้ใบหน้าของตนเองดีขึ้น ช่วยให้วัยรุ่นสำนึกในคุณค่าแห่งตนและได้รับการแก้ไขลักษณะทางกายภาพที่ผิดปกติ จนสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ และงานวิจัยของมอสทอฟสกีและคนอื่นๆ (Mostofsky; et al. 2006: 9 -10) พบเช่นเดียวกันว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่เห็นชัดเจนนี้นั้น ต้องการเข้ารับการรักษาผ่าตัดและจัดฟันแก้ไขใบหน้า เพื่อให้วัยรุ่นสามารถเข้าสังคม มีเพื่อนคบหา และได้รับความสนใจจากเพศตรงข้ามมากขึ้น

3.4) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาของกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านในการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามากกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว อาจเนื่องมาจากความผิดปกติรุนแรงมากน้อยของปากแหว่งเพดานโหว่ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับขั้นตอนการรักษาซับซ้อนและความวิตกกังวลต่อลูกของบิดามารดา ซึ่งจารุณี รัตนยาติกุลและสุปราณี เทวินบูรณวงค์ (2547: 365) กล่าวว่า ในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวแค่เพียงการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพียงอย่างเดียวก็ให้ผลการรักษาที่ดี แต่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านต้องได้รับการรักษาทาง

ทันตกรรมจัดฟันร่วมกับการทำศัลยกรรมตกแต่งกระดูกขากรรไกร (orthognathic surgery) เพื่อแก้ไขความผิดปกติที่รุนแรงมากกว่า ซึ่งอาจทำให้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านจำเป็นต้องเข้ารับการรักษายาบาลบ้อย และส่งผลกระทบต่อการใช้สังคมกลุ่มเพื่อนและการขาดเรียน โดยงานวิจัยของฮันต์และคนอื่นๆ (Hunt; et al. 2007: 304-311) พบว่า บิดามารดารายงานว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ถูกเพื่อนล้อเลียนมากกว่าวัยรุ่นปกติทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 โดยวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่โดนล้อเลียน รู้สึกพึงพอใจในหน้าตนเองน้อยกว่าและรู้สึกวิตกกังวลกับปัญหาพฤติกรรมมากกว่าวัยรุ่นทั่วไป ทำให้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีโอกาสประสบปัญหาต่างๆ ในการใช้ชีวิตได้มากขึ้น ยิ่งลูกปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านที่เห็นได้ชัดเจนอาจทำให้บิดามารดาหวงใยและพยายามช่วยเหลือลูกมากขึ้น บิดามารดาจึงให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างมากเพื่อช่วยลูกของตนให้สามารถปรับตัวได้เหมาะสมและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้

3.5) ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การมองโลกในแง่ดีมีความสำคัญต่อผู้ป่วยแตกต่างกันไปตามระดับความรุนแรงของสถานการณ์สุขภาพ โดยจากการศึกษาเชิงคุณภาพของธีรวัฒน์ กันทะวงศ์ และคนอื่นๆ (2556) พบว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 13-17 ปีที่เห็นชัดเจนรู้สึกสำนึกในคุณค่าแห่งตนน้อยและแสดงปฏิสัมพันธ์ทางลบกับสังคม อีกทั้ง ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงมากหรืออยู่ในสถานการณ์สุขภาพที่ตนเองรู้สึกไม่พึงพอใจและควบคุมไม่ได้ มักมองโลกในแง่ร้ายได้มากกว่ามองโลกในแง่ดี เช่น บิดามารดารับรู้ผลวินิจฉัยปากแหว่งเพดานโหว่ของลูก (Baker; et al. 2009: 229) ผู้ป่วยหญิงรับรู้ผลวินิจฉัยมะเร็งเต้านม (Carver; et al. 1993: 375) และผู้ป่วยพิการจากโรคกระดูกมาตอยด์ (Bonita; & Joanna. 1993: 1069) เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ อาจทำให้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวที่มีความผิดปกติบนใบหน้าและผลกระทบน้อยกว่า จึงมองโลกในแง่ดีมากกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน นอกจากนี้ วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านอาจประสบปัญหาในการพัฒนาการมองโลกในแง่ดีเนื่องจาก ผู้ที่มีภาพลักษณ์ภายนอกแตกต่างจากคนอื่นมักมีประสบการณ์ทางลบจากสังคมรอบตัวหรือมีความรู้สึกต่อตัวเองในทางลบมากกว่าผู้ที่มีภาพลักษณ์ภายนอกใกล้เคียงคนปกติทั่วไป (Rumsey; & Harcourt. 2005; Strauss; et al. 2007: 96.) โดยอรพินทร์ ชูชม (2547: 50) ได้กล่าวว่า เด็กเรียนรู้การมองโลกในแง่ร้ายมาจากการที่ผู้ใหญ่หรือบิดามารดาตำหนิวิจารณ์เด็ก และเด็กปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านอาจถูกบิดามารดาตีตราทางสังคมได้ (Ray. 2003: 281)

4) จากวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 5 เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 3 “วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงและมีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยรุ่นเพศชายและมีระดับเศรษฐกิจของครอบครัวสูง” ผลวิจัยไม่สนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มรวมและไม่พบว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศหญิงเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างจากวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่เพศชาย แต่พบว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวแต่ละเดือนตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวแต่ละเดือนต่ำกว่า 10,000 บาทต่อจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยพบว่าระดับเศรษฐกิจของครอบครัวประกอบด้วยรายได้ของครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัวผลวิจัยเพิ่มเติมไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับรายได้ของครอบครัวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มรวมและไม่พบว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างจากวัยรุ่นที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-10 คน แต่พบว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษารังนี้พบความขัดแย้งกับผลวิจัยหลายเรื่องที่ว่า วัยรุ่นเพศแตกต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกัน อาทิ วัยรุ่นหญิงมีคุณภาพชีวิตมากกว่าวัยรุ่นชาย (Oliveira; & Sheiham. 2004: 26) หรือวัยรุ่นชายมีคุณภาพชีวิตมากกว่าวัยรุ่นหญิง (Gaspar; et al. 2009: 40; Marcusson; et al.: 2002a: 19) อาจเนื่องจากวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ทั้งเพศหญิงและเพศชายได้รับการรักษาพยาบาลปากแห้งเพดานโหว่เช่นเดียวกัน ทำให้อาการแสดงและการทำหน้าที่ของร่างกายเหมาะสมแต่ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องเกี่ยวกับระดับเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยงานวิจัยของแกสปาร์ และคนอื่นๆ (Gaspar; et al. 2009: 40) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นอายุ 10-16 ปี พบว่า วัยรุ่นที่มีครอบครัวมีฐานะปานกลางและดีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นที่ฐานะยากจนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

นอกจากนี้ ผลวิจัยยังขัดแย้งกับการศึกษาของโดมอานิโอและคนอื่นๆ (Domiano; et al. 2007: e287) ที่ได้ศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวและรายได้ต่อปีของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 2-12 ปี ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเบต้าเท่ากับ 0.28 และ 0.23 ตามลำดับ; $p < .05$) ซึ่งในการวิจัยนี้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อยู่ในครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4 คนและเป็นลูกปากแหว่งเพดานโหว่เพียงคนเดียว อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของแมควิลเลียมส์และคนอื่นๆ (McWilliams; et al. 1990) พบว่าบิดามารดาของลูกปากแหว่งเพดานโหว่มีความวิตกกังวลอย่างมากในเรื่องการเงิน เนื่องจากการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ของลูกที่ใช้เวลารักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน อีกทั้ง แกสปาร์ และคนอื่นๆ (Gaspar; et al. 2009: 40) ได้ศึกษาพบว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ อายุ 10-16 ปีที่มีรายได้ของครอบครัวในระดับปานกลางและระดับดีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ดังนั้น ระดับรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกันทำให้วัยรุ่นมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกันด้วย

2.3 อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 3

1) อภิปรายผลยืนยันตามการวิจัยระยะที่ 2

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 3 ถือเป็นการตรวจสอบสามเส้าแบบต่างวิธีวิจัย (methodology triangulation) กับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลวิจัยที่สอดคล้องกัน 3 ข้อค้นพบ คือ

1.1) ประสบการณ์ทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น ส่งผลต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และลักษณะทางจิตของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

จากผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา และการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่และมีอิทธิพลต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนและลักษณะทางจิตที่ดีของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ และค้นพบในการวิจัยระยะที่ 3 ว่ากรณีศึกษาและบิดามารดารู้สึกพึงพอใจและมีทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการ สิทธิประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และผลการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับกรณีศึกษาเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนรู้จักคุ้นเคยกัน เช่น การนัดติดตามผลผ่าตัด การฝึกพูด การจัดฟัน เป็นต้น และการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา ทำให้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่กลับคืนสู่สุขภาพปกติและได้รับการยอมรับทางสังคมจาก

เพื่อน จนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีได้ โดยแนวคิดของก็อฟมัน (Goffman. 1963: 81) อธิบายว่าการรู้จักและมีปฏิสัมพันธ์ส่วนตัวจนทำให้เกิดความเคยชินทำให้คนอื่นปฏิบัติต่อคนผิดปกติหรือคนพิการเหมือนคนปกติ และคนพิการบางคนพยายามฝึกฝนความสามารถตามจริงของตนอย่างหนักจนได้รับการยอมรับจากสังคมเช่น เล่นกีฬา เป็นต้นนอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปริมาณ (Turner; et al. 1997: 1; Jeffery; & Boorman. 2001: 189; Williams; et al. 2001: 24; Noor; & Musa. 2007: 292; Berger; & Dalton. 2011: 82) ที่พบว่า บิดามารดาประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ในระดับดีมากทั้งความตั้งใจของผู้ให้บริการ คุณภาพการบริการ การจัดการดูแลรักษา และผลลัพธ์หลังการรักษาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่นเดียวกับในงานวิจัยเชิงคุณภาพของเนลสันและเคิร์ก (Nelson; & Kirk. 2013: 275) ก็พบว่าบิดามารดาของลูกปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 5 เดือนถึง 21 ปีมีทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรทางการแพทย์ เช่น มีความเชี่ยวชาญทางการรักษา น่าเชื่อถือไว้วางใจ สื่อสารได้ดี และแนะนำการดูแลลูกได้ เป็นต้น

นอกจากนี้ จากผลการวิจัยระยะที่ 2 และผลการวิจัยระยะที่ 3 ยังยืนยันว่า บิดามารดาที่สนับสนุนทางสังคมแก่ลูกได้จำกัดและบุคลากรทางการแพทย์ที่สื่อสารกับผู้ป่วยวัยรุ่นได้ดี ส่งผลเสียต่อจิตใจและพฤติกรรมของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้วิจัยขออธิบายด้วยผลวิจัยปริมาณที่ผ่านมาว่า บิดามารดาอาจไม่พึงพอใจที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลปากแหว่งเพดานโหว่ (Oliver; & Jones. 1997: 526) และผลวิจัยคุณภาพที่พบว่า ระบบประสานงานหรือส่งต่อการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่มีความยุ่งยาก เสียเวลารักษานาน ข้อมูลไม่เฉพาะกับผู้ป่วยรายบุคคลทั้งแผนรักษาผ่าตัด ความเสี่ยงระหว่างรักษา และการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Nelson; & Kirk. 2013: 275) ทั้งนี้ ระยะเวลาการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ของผู้ป่วยแต่ละคนขึ้นอยู่กับผลกระทบทางจิตใจของครอบครัว คำวินิจฉัยของศัลยแพทย์ ความเสี่ยงในการวางยาสลบ และกลุ่มอาการความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดของผู้ป่วย (Shkoukani; et al. 2013: 1)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการผ่าตัดรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ของลูกจะกระทบกระเทือนจิตใจของบิดามารดา (Hanson; et al. 2006: 12; Amin; et al. 2006: 309; Joseph; et al. 2007: 321; MacLaren; & Kain. 2008: 810) และส่งผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่มีลูกปากแหว่งเพดานโหว่ (Locker; et al. 2002: 438; Baker; et al. 2009: 229) แต่บิดามารดาของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ก็ยังคงมีความเชื่อมั่นในความเป็นแพทย์เฉพาะทาง (Johansson; & Ringsberg. 2004: 165; Semb; et al. 2005: 64) และบิดามารดาคาดหวังว่าการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่แรกเกิดอย่างต่อเนื่องช่วยเปลี่ยนแปลงชีวิตของลูกไปในทางที่ดีขึ้น (Weatherley; & White. 2005) และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับลูกของตนได้ (Vehkakoski. 2007: 288) อีกทั้ง บิดามารดาของลูกปากแหว่งเพดานโหว่เด่นชัดยังรู้สึกกว่าตนเองมีความรู้และพึงพอใจการสนับสนุนทางสังคมจาก

บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แนะนำการให้นมลูก ให้กำลังใจว่าสามารถดูแลรักษาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ได้ เป็นต้น (Johansson; & Ringsberg. 2004: 165) จึงสนับสนุนผลการวิจัยในระยะที่ 2 ว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและตัวแปรแฝงการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยร่นในแบบจำลองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มวัยร่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านมากกว่ากลุ่มวัยร่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการวิจัยระยะที่ 3 ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยร่นมีความสำคัญยิ่งขึ้นในวัยร่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีความผิดปกติเด่นชัดบนใบหน้า

1.2) ประสพการณ์ทางสังคมและลักษณะทางจิตมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากผลการวิจัยระยะที่ 2 และผลการวิจัยระยะที่ 3 ยืนยันว่า บิดามารดาและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยร่นปากแหว่งเพดานโหว่ได้ ผ่านทางปฏิสังสรรค์ในกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมทั้งการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยร่นปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่ผ่านมาว่า บิดามารดาแสวงหาบริการและให้ความร่วมมือการรักษาปากแหว่งเพดานโหว่อย่างดี (Mitchell; & Sloper. 2001: 237; Watson; et al. 2002: 367; Law; et al. 2003: 357; Beecham; et al. 2007: 611) ต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่เกี่ยวกับสาเหตุปากแหว่งเพดานโหว่ วิธีให้นมลูก การดูแลพยาบาลลูกยามเจ็บป่วย และการอธิบายผลวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าปากแหว่งเพดานโหว่ของลูกไม่ใช่ความผิดพลาดจากบิดามารดา (Young; et al. 2001: 55; Mitchell; & Sloper. 2002: 74; Byrnes; et al. 2003: 308) และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิหรือนโยบายสุขภาพของรัฐบาลเพื่อประกอบการตัดสินใจดูแลรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ของลูก (Turner; et al. 1997: 1; Jeffery; & Boorman. 2001: 189) อีกทั้ง บิดามารดายังต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์หรือร่วมแบ่งปันความรู้สึกจากบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงเวลาแจ้งผลวินิจฉัยลูกปากแหว่งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิด (Strauss; et al. 1995: 82; Sloper 1999: 85; Case. 2000: 271; Byrnes; et al. 2003: 308; Johansson; & Ringsberg. 2004: 165) และช่วงผ่าตัดรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ (Eisermann. 2001: 236; Johansson; & Ringsberg. 2004: 165) โดยอธิบายได้ว่า ปฏิกริยาของบิดามารดาต่อลูกพิการตั้งแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับผลการวินิจฉัยและการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ (Case. 2000: 271; Vehkakoski. 2007: 288; Bainbridge. 2009: 28) ซึ่ง บิดามารดาส่วนใหญ่มักสงสัยหรือตีความหมายคำวินิจฉัยไปได้หลากหลาย (Nelson. 2002: 515) นั่นแสดงให้เห็นว่า หากบิดามารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ไม่เพียงพอและขาด

ประสบการณ์ในการอบรมเลี้ยงดูลูกปากแหว่งเพดานโหว่อาจทำให้กรณีศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ ดังเช่นผลการวิจัยระยะที่ 3

ด้วยเหตุผลข้างต้นนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารที่ดีและเข้าใจจิตใจของผู้ป่วยวัยร่นปากแหว่งเพดานโหว่กับบิดามารดาดังเช่นข้อเสนอจากงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่ผ่านมา (Jeffery; & Boorman. 2001: 189; Brynes; et al. 2003: 308; Davies; et al. 2003: 77; Farrant; & Watson. 2004: 175; Semb; et al. 2005: 64; Hallström; & Elander. 2007: 193; Nelson; & Kirk. 2013: 275) เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง (Trulsson; & Klingberg. 2003: 19) และลดความเครียดของบิดามารดาลง (Speltz; et al. 1993: 482 ;Pope; et al. 2005) นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อย่างสหวิทยาการแบบเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้บิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อน และครอบครัว จนมีการปรับตัวทางจิตใจที่ดีและจัดการความเครียดในการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยเด็กเล็กและลูกที่มีปากแหว่งเพดานโหว่เด่นชัด (Baker; et al. 2009: 229) อีกทั้ง บุคลากรทางการแพทย์ยังควรเปิดโอกาสให้มีการพบปะสังสรรค์ร่วมกันระหว่างบิดามารดาที่มีลูกปากแหว่งเพดานโหว่และเผชิญสถานการณ์คล้ายคลึงกัน ดังผลการศึกษาอื่นที่ผ่านมา (Benson; et al. 1991: 252; Ringsberg; et al. 2002: 290; Sank; et al. 2003: 165) เพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวิธีแก้ไขปัญหาการอบรมเลี้ยงดูลูกระหว่างบิดามารดาแต่ละครอบครัว

นอกจากนี้ ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนส่งผลทางตรงต่อลักษณะทางจิตที่สำคัญ และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยร่น และผลวิจัยระยะที่ 3 สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและได้เผยประสบการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนที่เกิดขึ้นกับกรณีศึกษาทุกคนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเฉพาะกรณีเชิงคุณภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของโรงเรียนในเขตภาคกลางของ สุราษฎร์ธานี ประเสริฐ และคนอื่นๆ (2554) ที่ค้นพบว่า “เหยื่อของความรุนแรง” ในฐานะผู้ถูกระทำเป็นนักเรียนที่มีความผิดปกติของร่างกาย เช่น ปากแหว่ง ตาเหล่ พิการจากอุบัติเหตุ เป็นต้น และบุคลิกภาพอ่อนแอทำให้นักเรียนกลุ่มนี้อาจเกิดปมด้อย ไม่กล้าแสดงออก เก็บตัวเงียบ และโดนเพื่อนล้อเลียนเป็นเรื่องตลกขบขัน บางคนเริ่มต้นจากผู้ถูกระทำแล้วกลายเป็นผู้กระทำความรุนแรง เพราะการตกเป็นเหยื่อทำให้เกิดปมด้อย ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง อาจจะต้องการประชดประชันตัวเองด้วยการทำผิดๆ เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว ดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ เป็นต้น หรือการทำตัวที่ไม่ดีนั้นได้รับการต่อต้านหรือถูกลงโทษจากเพื่อน รุ่นพี่ ครู เป็นต้น ในการศึกษาของสุราษฎร์ยังค้นพบว่า เด็กที่เป็นทั้งผู้กระทำและผู้ถูกระทำความรุนแรงมีแนวโน้มทำร้ายตนเองเมื่อเด็กเกิดภาวะความแปรปรวนทางอารมณ์และจิตใจเพราะถูก

ปีบคั้นจากครอบครัวหรือรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจในชีวิตตนเองนั้นแสดงว่า จากผลการวิจัยระยะที่ 3 ว่าบิดามารดาและกลุ่มเพื่อนในโรงเรียนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมลักษณะทางจิตที่ดีและการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและตัวแปรการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนเป็นปัจจัยเชิงเหตุที่สำคัญของแบบจำลองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดังผลการวิจัยระยะที่ 2

2) อภิปรายผลเพิ่มเติมจากการวิจัยระยะที่ 1 และ 2

ผู้วิจัยค้นพบว่าผลการวิจัยระยะที่ 3 มีตัวแปรเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรมและผลวิจัยในระยะก่อนหน้า ซึ่งช่วยให้อธิบายได้ครอบคลุมมากขึ้น (comprehensive) และนำไปสู่ข้อเสนอแนะในงานวิจัยต่อไป ผู้วิจัยขออภิปรายใน 2 ข้อค้นพบ ดังนี้

2.1) ตัวแปรการยอมรับเลี้ยงดูเป็นปัจจัยเชิงเหตุเพิ่มเติมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

จากผลการวิจัยระยะที่ 3 ค้นพบว่าการยอมรับเลี้ยงดูทั้งรูปแบบการยอมรับเลี้ยงดูที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมอาจเป็นปัจจัยเชิงเหตุเพิ่มเติมในแบบจำลองคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในการวิจัยระยะที่ 2 ดังเช่นงานวิจัยคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การยอมรับเลี้ยงดูในวัยเด็กของผู้ใหญ่อเมริกาใต้ที่เย็บปิดปากแหว่งเพดานโหว่แล้วจำนวน 20 คน ของพาเทลและโรส (Patel; & Ross. 2003: 471-480)พบว่า บิดามารดาอบรมเลี้ยงดูลูกปากแหว่งเพดานโหว่แตกต่างจากลูกคนอื่นในครอบครัว โดยบิดามารดาทุ่มเทความรักเอาใจใส่และปกป้องมากเกินไป เคยรู้สึกเสียใจมาก สะเทือนใจบ่อยๆ ยอมรับความพิการปากแหว่งเพดานโหว่ และพยายามหลีกเลี่ยงประเด็นสนทนาเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ อย่างไรก็ตาม หากผู้ใหญ่ปากแหว่งเพดานโหว่มีลูกปากแหว่งเพดานโหว่ พวกเขาคาดว่าจะยอมรับและสนับสนุนการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด แต่บางคนไม่ต้องการมีลูกของตนเองเพราะอาจมีปัญหาชีวิตครอบครัวและชีวิตสมรสต่อไปซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยชาติพันธุ์วรรณนาของซาปาโดส (Chapados. 2000: 27) ที่พบว่า บิดามารดาของวัยรุ่นปากแหว่งและหรือเพดานโหว่อายุ 15-17 ปี ที่อบรมเลี้ยงดูลูกแบบปกป้องมากเกินไปทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว อาจอธิบายได้ว่า การอบรมเลี้ยงดูแบบปกป้องหรือแบบปล่อยปละละเลยลูกที่มีความพิการตั้งแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การถูกตีตราทางสังคมของบิดามารดาดังเช่นผลการวิจัยเชิงคุณภาพอื่น (Ray. 2003: 281; Rehm; & Bradley. 2005: 807; Duguid; et al., 2007: 348; Lassetter; et al. 2007: 456)

2.2) ตัวแปรการปรับตัวของบิดามารดาต่อปากแหว่งเพดานโหว่และตัวแปรสภาพสังคมของครอบครัวเป็นปัจจัยเงื่อนไขเพิ่มเติมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

ผู้วิจัยค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 3 ว่า การปรับตัวของบิดามารดาต่อปากแหว่งเพดานโหว่และสภาพทางสังคมของครอบครัวมีผลต่อแนวทางการอบรมเลี้ยงดูลูกปากแหว่งเพดานโหว่ของบิดามารดาแต่ละครอบครัวที่ต่างกัน อาจเนื่องมาจากการการตีตราทางสังคมและทัศนคติของบิดามารดาต่อปากแหว่งเพดานโหว่ โดยมีมติในเชิงศีลธรรมบรรทัดฐานทางสังคมและความเจ็บป่วยปากแหว่งเพดานโหว่เป็นที่มาของการตีตราทางสังคม (stigma) ผู้วิจัยขออธิบายตามแนวคิดของนิกกี ฮาร์ท (Hart. 1985: 78) ว่ากระบวนการทางสังคมของการเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วยมีผลจากปัจจัยทางสังคมและประสบการณ์ทางจิตวิทยาในชีวิตประจำวัน ซึ่งงานวิจัยผู้พิการของเซนต์ัมบิว (Sentumbwe. 1995: 159) อธิบายว่า ความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางกายในนิยามของสังคมนั้นได้สร้าง “คนผิดปกติ” ที่มีความแตกต่างจากผู้อื่น อาทิ คนพิการหรือผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรัง ทำให้เกิดความแปลกแยกและถูกเบียดขับจากสังคมของคนส่วนใหญ่ และเออร์วิง กอฟมัน (Goffman. 1963) ได้อธิบายเรื่องอัตลักษณ์หรือการสร้างตัวตน (social identity) ของผู้ที่ถูกตีตรา ว่าเป็นบุคคลที่สังคมรังเกียจด้วยสาเหตุเช่น ความพิการทางร่างกาย เป็นต้น มาตรฐานอัตลักษณ์ทางสังคม (virtual identity) ที่สังคมคาดหวังสำหรับ “คนปกติ” มักทำให้คนอื่นในสังคมรู้สึกแปลกต่อ “คนที่ผิดปกติ” อีกทั้ง โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคนอื่นๆ (2551: 75) ยังอธิบายเพิ่มเติมว่าในแต่ละสังคมวัฒนธรรมตีความความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ทำให้เกิดการจัดแบ่งชั่วคราวระหว่าง “ความปกติ” กับ “ความผิดปกติ” โดยเฉพาะประเด็นความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยและคนพิการที่แตกต่างไปจากความคาดหวังตามมาตรฐานทางสังคมวัฒนธรรมนั้นถูกตีตราและขจัดออกไปหรือแบ่งแยกกีดกันออกจากคนปกติส่วนใหญ่เพื่อดำรงความปกติในสังคมให้คงอยู่ต่อไป

นอกจากนี้ ผลการวิจัยระยะที่ 3 ยังค้นพบอีกว่า การปรับตัวของบิดามารดาต่อปากแหว่งเพดานโหว่เกี่ยวข้องกับการอนุমানสาเหตุการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ ซึ่ง มัลลิกา มติโก (2546: 89) อธิบายว่า บุคคลให้ความหมายต่อโรคหนึ่งๆ แตกต่างกันไป เช่น การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วยเชื่อมโยงกับความเชื่อ อำนาจเหนือธรรมชาติ และความรู้ หรือเกิดจากการกระทำผิดข้อห้ามของกลุ่ม แล้วนำมาตีความให้กับความเจ็บป่วยนั้นว่าเป็นการถูกลงโทษจากอำนาจบุคคลศักดิ์สิทธิ์ ทำให้เกิดความละอาย เกรงกลัว และนำไปสู่รูปแบบการรักษาเยียวยาที่แตกต่างกัน อาทิ ครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธเชื่อว่าความผิดปกติหรือความพิการเป็นกรรม (Cheng. 1990) ครอบครัวที่นับถือศาสนาฮินดูเชื่อว่าปากแหว่งเพดานโหว่เกิดจากกรรมชาติหรือพระเจ้าให้มาตน (Weatherley; & White. 2005) ครอบครัวที่นับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้ประทานลูกปากแหว่งเพดานโหว่มาให้ตน บิดามารดาจึงยอมรับในสิ่งนี้ ไม่เรียกร้อง และไม่พยายามค้นหาสาเหตุว่าทำไมลูกเกิดมาเป็นแบบนี้ (รัตติยา ชั่วเจริญ. 2550) ครอบครัวที่นับถือศาสนาคริสต์เชื่อว่าพระเจ้าประทานลูกปากแหว่งเพดานโหว่มาให้ตน บิดามารดาจึงมีกำลังใจและแรงกระตุ้นที่ดีมากกว่าการ

กล่าวโทษกันเอง (Crocker; & Crocker. 1970) อย่างไรก็ตาม บิดามารดาในการวิจัยระยะที่ 3 มีปฏิกริยาหลากหลายเมื่อรับรู้ว่ามีลูกปากแหว่งเพดานโหว่ ทั้งรู้สึกตกใจ โกรธ น้อยใจวิตกกังวล สำนึกผิด และกล่าวโทษตนเอง บางคนกล่าวโทษกันเองหรือโทษบุคคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ดังเช่นการวิจัยคุณภาพในประเทศไทย (นิรมล พัจนสุนทร. 2547: 95; รัตติยาจั่วเจริญ. 2550; Chuacharoen; et al. 2009: 252) และต่างประเทศ (Bradburry; & Hewison. 1994: 251; Strauss; et al. 1995: 82; Byrnes; et al. 2003: 308; Black; et al. 2009: 545; Nelson; et al. 2009: 245) ในขณะที่ บิดามารดาบางคนก็รู้สึกตื่นเต้นดีใจที่มีลูก รู้สึกถึงความพิเศษของลูกปากแหว่งเพดานโหว่ และไม่คิดว่าลูกของตนทุกพลภาพเพียงแค่นี้มีความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิดที่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพอื่น (Eisermann. 2001: 236; Farrimond; & Morris. 2004; Johansson; & Ringsberg. 2004: 165)

การตีตราทางสังคมจากปากแหว่งเพดานโหว่ อาจกดดันบิดามารดาให้พาลูกหนีห่างจากสังคมและมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ยิ่งกรณีศึกษาที่สภาพทางสังคมไม่ดี เช่น ครอบครัวตึงเครียดหรือแตกแยก เป็นต้น บิดาหรือมารดาอาจอบรมเลี้ยงดูได้ไม่เหมาะสมจนพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ได้ยาก ดังเช่นผลการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของโจฮันสันและริงส์เบิร์ก (Johansson; & Ringsberg. 2004: 165) พบว่า บิดามารดารับรู้ปฏิกริยาทางลบว่าลูกปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งด้านเดียวและสองด้านอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี มีความแตกต่างจากความคาดหวังของสังคมและถูกปฏิเสธจากสังคม เช่น คนอื่นตีตัวออกห่าง มองไปทางอื่น เดินหนี เป็นต้น อีกทั้ง บิดามารดาปกปิดลูกปากแหว่งเพดานโหว่ของตนออกจากสังคมและหลบเลี่ยงสถานการณ์ทางสังคมที่คาดว่าจะทำให้ตนเองและลูกรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น (Bradburry; & Hewison. 1994: 251; Johansson; & Ringsberg. 2004: 165) บิดามารดา รู้สึกหวั่นไหวมากกับปฏิกริยาของเพื่อนและครอบครัว (Farrimond; & Morris. 2004) รู้สึกกดดัน วิตกกังวล หลีกหนีออกจากสังคมเมื่อรับรู้ที่ตนเองแตกต่างจากคนปกติในสังคม (Rumsey; & Harcourt. 2005) รู้สึกห่วงกังวลการใช้ชีวิตในสังคมของวัยรุ่นกับเพื่อนร่วมวัย เช่น การโดนล้อเลียน การคบหาเพื่อนต่างเพศหรือคู่สมรส เป็นต้น และความไม่มั่นคงของอาชีพในอนาคตของวัยรุ่น (Klein; et al. 2006: 590)

3) ผลเชิงลึกของกระบวนการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ผลวิจัยระยะที่ 3 สามารถช่วยอธิบายเชิงลึก (in-depth explanation) ของกระบวนการนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ 2 ข้อค้นพบ คือ

3.1) แนวทางพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

จากการวิจัยระยะที่ 3 ผู้วิจัยค้นพบรายละเอียดเชิงลึกว่าบิดามารดาของกรณีศึกษาที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงให้ความสำคัญกับ “ความเข้มแข็ง” มากกว่า “ความบกพร่อง” หรือข้อจำกัดจากปากแหว่งเพดานโหว่ของลูก เพื่อสนับสนุนให้ลูกสามารถกลับคืนสู่สุขภาพปกติและมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะมารดาของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน บิดามารดาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและสนับสนุนลูกวัยรุ่นได้ปรับความคิดตนเองต่อปัญหาอุปสรรค เช่น ยอมรับความจริง คิดชื่นชมความแตกต่างหลากหลาย เปลี่ยนจากมองโลกแง่ร้ายให้เป็นมองโลกแง่ดี ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี พัฒนาความสามารถที่มีอยู่ของลูก เป็นต้น และสนับสนุนการจัดการอารมณ์ของลูก เช่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา สร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้ลูก ตั้งความหวังในอนาคตที่ดี สอนสวดมนต์ อดทนอดกลั้น ฝึกความเชื่อมั่นในตนเองและฝึกกล้าแสดงออกต่อสาธารณะ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับบิดามารดาของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ในงานวิจัยอื่น (Mouradian. 2001: 255; Johansson; & Ringsberg. 2004: 165; Kapp-Simon; & Gaither. 2009: 1001) และบิดามารดาของเด็กพิการในงานวิจัยอื่น (McCubbin; & McCubbin. 1993: 153; Bradburry; & Hewison. 1994: 251; Beresford. 1994: 171; Wallander; & Varni. 1995: 209; Eisermann. 2001: 236; Rolland; & Walsh. 2006: 527; Graungaard; & Skov. 2007: 296)

สำหรับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว ปัจจัยบริบทสิ่งแวดล้อมและภาวะปากแหว่งเพดานโหว่มีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตของครอบครัวที่มีลูกปากแหว่งเพดานโหว่ (Krueckeberg; & Kapp-Simon. 1993: 490) โดยบิดามารดาและวัยรุ่นที่เปลี่ยนจากการมอง “โรค” มาสู่การมอง “ศักยภาพคน” ตามแนวคิดเชิงนิเวศน์วิทยา (The ecological model) และแนวคิดความยืดหยุ่นตัว (Resilience model) ทำให้เกิดผลดีต่อลักษณะทางจิตและพฤติกรรมของวัยรุ่นต่อไป ดังเช่นผลการวิจัยผู้พิการอื่น (Nelson. 2002: 515; Barnett; et al. 2006: 100; Lassetter; et al. 2007) ในการวิจัยระยะที่ 3 บิดามารดาที่อบรมเลี้ยงดูลูกปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวเหมือนเด็กปกติทั่วไป และส่งเสริมความสามารถของลูกให้ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้ ทำให่วัยรุ่นมองโลกในแง่ดี เชื่อมั่นในตนเอง สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนใกล้ชิด ไม่รู้สึกแตกต่างจากพี่น้องหรือคนปกติอื่น จนมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง ดังเช่น วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่อายุ 9-14 ปีที่มองโลกในแง่ดีและเป็นตัวของตนเอง สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ดี (Klein; et al. 2006: 590) และผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มองโลกในแง่ดีและมีวิธีจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ล้วนประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัวและหน้าที่การงานในวัยผู้ใหญ่ (Broder. 2001: 248)

3.2) รายได้ของครอบครัวเป็นเงื่อนไขสภาพทางสังคมที่มีผลต่อกระบวนการถ่ายทอดในครอบครัว

จากผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ส่วนใหญ่ในการศึกษาค้างนี้มีรายได้ของครอบครัวต่ำหรือน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จากนั้นผลการวิจัยระยะที่ 3 ให้รายละเอียดเชิงลึกกว่ากรณีศึกษาที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยหรือสภาพครอบครัวแตกแยกและปริมาณรายได้ของครอบครัวเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาและอาชีพบิดามารดาของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่โดยรายได้ของครอบครัวอาจเป็นอีกเงื่อนไขของการอบรมเลี้ยงดูกรณีศึกษาทั้งการเข้ารับการรักษายาบาลปากแห้งเพดานโหว่และการใช้ชีวิตในโรงเรียนผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่า ยิ่งระดับเศรษฐกิจต่ำลงจะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปากแห้งเพดานโหว่มากขึ้น (Clark; et al. 2003: 481; Puhó; et al. 2005: 144; Carmichael; et al. 2009: 850) ดังเช่นการศึกษาของแองคูนา-กอนซาเลส และคนอื่นๆ (Ancuña-González; et al. 2011: 381) ในเด็กวัยรุ่นเม็กซิกันอายุ 4-17 ปีที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำ พบโอกาสเสี่ยงเป็นปากแห้งเพดานโหว่ 2.02 เท่าของเด็กในครอบครัวที่มีรายได้สูงหรือรายได้ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องมาจาก ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวเชื่อมโยงกับสภาพสิ่งแวดล้อมระหว่างตั้งครรภ์ของมารดาที่เป็นสาเหตุการเกิดปากแห้งเพดานโหว่ในลูก เช่น ครอบครัวรายได้น้อยอาศัยอยู่ในบ้านเก่าที่มีสีทาสีบ้านผสมตะกั่ว การสัมผัสมลพิษอุตสาหกรรม หรือการสูดดมควันบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่และพี่น้องที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันอาจมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน เช่น บิดามารดามีการศึกษาน้อย รายได้ต่ำ ขาดสารโฟเลตช่วงตั้งครรภ์ เป็นต้น และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปากแห้งเพดานโหว่ซ้ำในครอบครัวของผู้ที่มีปากแห้งเพดานโหว่ได้

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยขออธิบายรายได้ของครอบครัวส่งผลกระทบต่อกระบวนการถ่ายทอดทางสังคมในครอบครัวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ ตามแนวคิดของกาลโลและแมทธิว (Gallo; & Matthews. 2003: 10) ในแบบจำลองต้นทุนชีวิต (The reserve capacity model) ที่กล่าวว่า ผู้เกิดและอาศัยอยู่ในครอบครัวรายได้ต่ำจะเผชิญความเครียดมากกว่าและมีลักษณะสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ตึงเครียดมากกว่าครอบครัวรายได้สูง ระดับรายได้ต่ำผลักดันให้บุคคลต้องเผชิญเหตุการณ์ท้าทายและประสบปัญหาอุปสรรคมากมาย จนมองโลกในแง่ดีกับอนาคตของตนเองลดลงไป ต่อมา กาลโลและคนอื่นๆ (Gallo; et al. 2005: 386) อธิบายเพิ่มเติมว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมปัญหาได้น้อยและเกิดสิ่งดีๆ ขึ้นกับตนเองน้อย แต่ถูกกดดันทางสังคมมาก ในขณะที่ ผู้ที่มีรายได้สูงอาจได้เรียนรู้การจัดการความเครียดที่ดีตั้งแต่เด็กและพัฒนาตนเองให้ประสบความสำเร็จกับการควบคุมปัญหาอุปสรรค เพื่อป้องกันผลกระทบจากการมีรายได้ลดลงในอนาคตนอกจากนี้ ตามแนวคิดของบรอนเฟนเบรนเนอร์และมอร์ริส (Bronfenbrenner; & Morris. 1998:

993) ได้อธิบายโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (The ecological model) ว่า ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัจจัยภายนอกบุคคลที่เชื่อมโยงกับการอบรมเลี้ยงดูและนำไปสู่ปัจจัยภายในบุคคล โดยบิดามารดาในครอบครัวระดับเศรษฐกิจต่ำมักอบรมเลี้ยงดูลูกทางลบและปล่อยปละละเลย (Heinonen; et al. 2005: 425) ความมั่นคงของครอบครัวน้อยและมีการกระทำรุนแรงทางร่างกายต่อเด็ก (Trickett; et al. 1991: 148) และความเป็นอยู่อย่างแออัด (Melki; et al. 2004: 476) จัดเป็นลักษณะของครอบครัวที่มีความเสี่ยงทางสังคม (Repetti; et al. 2002: 330)

จากผลการวิจัยระยะที่ 3 ยังพบอีกว่า บิดามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำไม่สามารถสนับสนุนให้วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่เข้ารับรักษาปากแหว่งเพดานโหว่ต่อเนื่อง เพราะภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดจากการรักษาพยาบาลและสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม ดังเช่นผลการวิจัยอื่นว่า บิดามารดาต้องขาดรายได้และเพิ่มค่าใช้จ่ายต่างๆ มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเด็กต้องนอนพักฟื้นในโรงพยาบาลภายหลังผ่าตัดเย็บปิดริมฝีปากเพื่อติดตามประเมินอาการสม่าเสมอ (Rosen; et al. 2003) ซึ่งการคัดเลือกผู้ป่วยเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่ไม่มีกลุ่มอาการความผิดปกติอื่นร่วมด้วยให้สามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ในวันผ่าตัด อาจช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว แล้วให้ศัลยแพทย์ลงเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเพื่อติดตามผลแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและให้คำแนะนำการดูแลลูกปากแหว่งเพดานโหว่แก่บิดามารดา (Cronin; et al. 2001: 838; Hopper; et al. 2009: 1553; Shkoukani; et al. 2013: 1) และรูปแบบระบบเครือข่ายและการดูแลรักษาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่แบบสหวิชาชีพในชุมชน เช่น เครือข่ายของการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่สำหรับพ่อแม่และครอบครัว เครือข่ายการดูแลแบบองค์รวมในชุมชนด้วยทีมสหวิชาชีพ เป็นต้น (Prathane; & Chowcheun. 2010: s63) อาจเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำ

2.4 อภิปรายวิธีวิจัยผสมวิธี

ในการศึกษาครั้งนี้การวิจัยผสมวิธีวิจัยระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ดำเนินการตามลำดับ 3 ระยะ (three-phase sequential mixed methods design) สามารถช่วยตอบปัญหาวิจัยให้ได้ชัดเจนมากที่สุดด้วยผลของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพใน 3 ประเด็นคือ 1) ยืนยันผลการวิจัยเชิงปริมาณในการวิจัยระยะที่ 2 กับผลการวิจัยเชิงคุณภาพในการวิจัยระยะที่ 1 และ 3 ซึ่งเป็นการตรวจสอบสามเส้าของผลการวิจัยจากต่างวิธีวิจัย (methodology triangulation) 2) เพิ่มเติมผลการวิจัยให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อค้นหาผลการวิจัยที่นอกเหนือจากการทบทวนวรรณกรรมหรือผลวิจัยในระยะก่อนหน้า และ 3) อธิบายรายละเอียดเชิงลึก เพื่อความชัดเจนของข้อค้นพบ (in-depth explanation) ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของวัยรุ่นปาก

แห่งเพดานโหว่ ดังนั้น วิธีวิจัยผานวิธีจึงมีความเหมาะสมกับปัญหาการวิจัยครั้งนี้และเกิดองค์ความรู้ อันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในวัยร่นปากแห่งเพดานโหว่ต่อไป ซึ่งสอดคล้องการสังเคราะห์ งานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจำนวน 57 เรื่องเกี่ยวกับบิดามารดาของเด็กปากแห่งและหรือ เพดานโหว่ (Nelson; et al. 2011: 6) เสนอว่า ผู้วิจัยควรใช้วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพหรือ ผานวิธีวิจัย ใช้แนวคิดจิตวิทยา สังคมวิทยา นโยบายทางสังคม การพยาบาล และระบบบริการ สุขภาพในงานวิจัยเด็กและวัยร่นปากแห่งเพดานโหว่เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่มาอธิบายได้ดียิ่งขึ้น เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลลูกในระยะยาวและการรักษาปากแห่งเพดานโหว่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดของงานวิจัยเชิงปริมาณส่วนใหญ่ที่ผ่านมาศึกษาเฉพาะมารดา ใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบ ภาคตัดขวาง สุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย มีแนวคิดจิตวิทยาเท่านั้น และคุณภาพของงานวิจัย หลากหลาย ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพยังมีจำนวนน้อยที่ศึกษาประสบการณ์การรักษาปากแห่งเพดาน โหว่ของเด็กแต่ละช่วงอายุ (Lassetter; et al. 2007; Green; et al. 2008; Nelson; et al. 2011: 6) การ ออกแบบผานวิธีวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์และวิธีเก็บข้อมูลวิจัยได้เหมาะสม อาทิ กลุ่มตัวอย่าง เป็นช่วงวัยร่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างใหญ่ วิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตลอดจนนำแนวคิดสห วิทยาการที่เกี่ยวข้องมาตอบปัญหาวิจัยได้

นอกจากนี้ จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยของเนลสันและคนอื่นๆ (2011: 18) ได้ เสนอว่าการอบรมเลี้ยงดูลูกและรักษาปากแห่งเพดานโหว่ในระยะยาวตั้งแต่วัยเด็กจนเติบโตใหญ่จาก มุมมองบิดามารดา เป็นประเด็นที่ควรค้นหาด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งในการวิจัยระยะที่ 3 มีบิดาและ มารดาเป็นผู้ให้ข้อมูลประสบการณ์การดูแลลูกปากแห่งเพดานโหว่มานาน 11-18 ปีและให้ข้อมูล ย้อนหลัง แม้ว่าการทบทวนเหตุการณ์ในอดีตอาจมีความลำเอียงตามการรับรู้และตีความเหตุการณ์ ของบิดามารดาแต่ละคน (Moss; & Goldstein. 1979) และการย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตยาก กว่าปัจจุบันแต่อย่างไรก็ตาม วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการระลึกเหตุการณ์ในอดีตของบิดามารดา ที่มีลูกปากแห่งเพดานโหว่จากงานวิจัยที่ผ่านมา (Theorell; et al. 1999: 304; TorbjÖrnsson; et al. 1999: 193; Ringsberg; et al. 2001: 233; Johansson. & Ringsberg. 2004: 165) ช่วยยืนยันว่าการ มีลูกปากแห่งเพดานโหว่เป็นประสบการณ์ชีวิตที่บิดามารดาจดจำได้ดีและให้ข้อมูลได้สอดคล้อง กับวิธีบันทึกข้อมูลอย่างเป็นทางการไม่ว่าเวลาผ่านพ้นมานานเท่าใด

3. ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการวิจัยระยะที่ 1-3 มีข้อจำกัด 3 ประการ ได้แก่

1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยร่นอายุ 11-18 ปีที่มีปากแห่งเพดานโหว่ตั้งแต่ กำเนิด (เกิดระหว่างปีพ.ศ.2536 ถึงพ.ศ.2543) ได้รับการผ่าตัดเย็บปิดปากแห่งเพดานโหว่มานานกว่า

6 เดือน และไม่มีกลุ่มอาการความผิดปกติอื่นร่วมด้วย (non-syndrome) ตามคำวินิจฉัยของแพทย์ กลุ่มตัวอย่างจึงมีลักษณะเฉพาะและเมื่อแรกคลอดเข้าถึงบริการสุขภาพได้ไม่เท่าเทียมกัน เนื่องจากยังไม่มีระบบขึ้นทะเบียนและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทุกคน

2) สถานที่และช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคลินิกทันตกรรม จัดฟันของคณะทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยภาครัฐ ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในระหว่างช่วง 1 กันยายนถึง 31 ตุลาคม พ.ศ.2553 ช่วง 1 ธันวาคม พ.ศ.2553 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2554 และช่วง 1 มิถุนายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2555 โดยช่วงเก็บข้อมูลวิจัยระยะที่ 3 เกิดอุทกภัยทั่วประเทศทำให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งไม่สะดวกเดินทางและจะยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงเลื่อนระยะเวลาไปอีก 3 เดือน

3) อิทธิพลของบิดามารดาระหว่างสัมภาษณ์กรณีศึกษา ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่เป็นรายบุคคลภายในห้องสัมภาษณ์ แต่บิดาหรือมารดาบางคนเข้ามาแทรกระหว่างสัมภาษณ์ อาจทำให้เกิดความไม่เป็นอิสระหรือมีอคติลำเอียงในการให้ข้อมูลได้

4. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอแนะจากงานวิจัยนี้ใน 3 ส่วนคือ ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

สำหรับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่

1) จากผลการวิจัยระยะที่ 2 ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 พบชัดเจนว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่มีการมองโลกในแง่ดีที่ส่งผลทางตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 พบว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวมีการมองโลกในแง่ดีมากกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน รวมทั้ง ผลการวิจัยระยะที่ 3 ยืนยันผลการวิจัยข้างต้นด้วยกรณีศึกษาวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ แสดงว่า ลักษณะทางจิตที่มีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ คือ การมองโลกในแง่ดี ซึ่งวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีวิธีคิดมองโลกในแง่ดีทั้งกรณีที่กำลังเผชิญกับปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งและกรณีทั่วไปจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีด้วยเหตุนี้ วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ควรคิดว่าปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เป็นเหตุการณ์เพียงชั่วคราวแล้วจะผ่านพ้นไปได้ด้วยดีเช่น วัยรุ่นคิดว่ามีโอกาสมากที่เรื่องดีๆ จะเกิดขึ้นกับตนเอง คิดว่าความพยายามที่มากขึ้นทำให้เกิดผลดีขึ้นกว่าเดิม เป็นต้น สำหรับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวควรคิดว่าตนเองจัดการความเครียดจากปากแหว่งเพดานโหว่ได้

เช่น ทุกปัญหามีวิธีแก้ไขได้หลายวิธี ผลกระทบด้านลบเกิดขึ้นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ และส่งผลกระทบเฉพาะบางสถานการณ์ในชีวิตเท่านั้นตนเองสามารถจัดการปัญหาให้สำเร็จลุล่วงได้ บุคคลใกล้ชิดพร้อมให้ความช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อวัยรุ่นเผชิญความเครียด เป็นต้น

2) จากผลการวิจัยระยะที่ 2 ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดส่งผลทางตรงต่อการมองโลกในแง่ดี และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผ่านการมองโลกในแง่ดี และในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 พบว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวมีการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดี มากกว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้าน รวมทั้ง ผลการวิจัยระยะที่ 3 ยืนยันว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของตน เมื่อเผชิญกับผลกระทบด้านลบจากปากแห้งเพดานโหว่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้ชีวิตในโรงเรียนและสังคม โดยวัยรุ่นควรหมั่นฝึกฝนทักษะความสามารถในการแก้ไขปัญหาให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง เช่น ฝึกพูดออกเสียงให้ชัดเจน ฝึกความกล้าแสดงออก เป็นต้น เรียนรู้จากตัวอย่างบุคคลที่มีวิธีเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆ เหมาะสม เช่น บิดามารดา กลุ่มเพื่อน ผู้พิการอื่น เป็นต้น ทำจิตใจและร่างกายให้ผ่อนคลาย และเป็นตัวของตัวเอง

3) จากผลการวิจัยระยะที่ 2 ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 5 พบว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท และ ผลการวิจัยระยะที่ 3 ให้รายละเอียดเชิงลึกว่าครอบครัวรายได้น้อยมักประสบปัญหาสภาพทางสังคม เช่น ครอบครัวตึงเครียด ครอบครัวแตกแยก เป็นต้น โดยกรณีศึกษาที่มีครอบครัวรายได้น้อยและสภาพครอบครัวแตกแยกเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำ จากผลการวิจัยบ่งชี้ว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนหรือเฝ้าระวังจากผู้ใหญ่รอบข้าง เช่น ญาติผู้ใหญ่ ครู และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น เพื่อป้องกันผลเสียต่อจิตใจและพฤติกรรมของวัยรุ่นและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ดีขึ้น อีกทั้ง บิดามารดาและวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มนี้ควรลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้ของครอบครัวให้มากขึ้น โดยการจัดทำบัญชีครัวเรือนรายเดือน ร่วมรับรู้ฐานะครอบครัวตามจริง ช่วยกันประหยัดรายจ่ายและทำงานหารรายได้เสริม

สำหรับครอบครัวของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

1) จากผลการวิจัยระยะที่ 2 ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาส่งผลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนและการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

และในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 พบว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่ส่งต่อการมองโลกในแง่ดีมากกว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว โดยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดามากกว่าวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียว ซึ่งจากผลการวิจัยระยะที่ 3 ได้สะท้อนการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาในลักษณะของการอบรมเลี้ยงดูลูกปากแห้งเพดานโหว่ นั้นแสดงว่า ประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ คือ การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา โดยการอบรมเลี้ยงดูด้วยความรักดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด เข้าใจจิตใจลูกในแต่ละช่วงวัย พร้อมรับฟังลูกอย่างตั้งใจ พุดคุยด้วยเหตุผล ให้คำปรึกษาในการใช้ชีวิตและการรักษาปากแห้งเพดานโหว่ และพาลูกเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องตั้งแต่กำเนิด ส่วนบิดามารดาของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ด้านเดียวควรส่งเสริมความท้าทายให้ลูกได้พัฒนาความสามารถของตนเองยิ่งขึ้น แสดงความชื่นชมหรือกำลังใจเมื่อลูกทำได้ดีแม้เล็กน้อยก็ตาม และเป็นตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการจัดการปัญหา เพื่อปลูกฝังถ่ายทอดลักษณะทางจิตที่สำคัญ เช่น การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียด ความหยิ่งหัว เป็นต้น และส่งเสริมการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งเป็นรากฐานของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่

2) จากผลการวิจัยระยะที่ 3 ค้นพบว่า ตัวแปรการปรับตัวของบิดามารดาต่อปากแห้งเพดานโหว่เป็นปัจจัยเงื่อนไขเพิ่มเติมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ โดยการปรับตัวต่อปากแห้งเพดานโหว่ของบิดามารดาสอดคล้องกับการอนุมานสาเหตุ การเกิดปากแห้งเพดานโหว่ตามหลักศีลธรรมศาสนา บิดามารดาของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ควรหาโอกาสใกล้ชิดและรับฟังหลักธรรมทางศาสนาที่ตนนับถือศรัทธา อธิบายหลักธรรมให้ลูกเข้าใจ ปฏิบัติศาสนกิจร่วมกับลูก และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างของศาสนิกชนที่ดีแก่ลูก เพื่อให้ทำใจยอมรับความจริงและผ่อนคลายความตึงเครียดจากการดูแลลูกปากแห้งเพดานโหว่ สำหรับวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก ญาติผู้ใหญ่ เช่น ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า เป็นต้น ควรช่วยแนะนำการปรับตัวและให้คำปรึกษาการอบรมเลี้ยงดูลูกปากแห้งเพดานโหว่ เพื่อคลี่คลายความขัดแย้งระหว่างบิดามารดาและเกิดสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้นในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวขยายยังคงมีบทบาทสำคัญในสังคมไทย

สำหรับโรงเรียน

จากผลการวิจัยระยะที่ 2 ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาและการยอมรับทางสังคมจากเพื่อนส่งผลทางตรงต่อลักษณะทางจิตที่สำคัญ และส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ และจากผลวิจัยระยะที่ 3

สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและเผยแพร่ประสบการณ์ความรุนแรงในโรงเรียนที่เกิดขึ้นกับนักเรียน ปากแห้งเพดานโหว่ทุกคน เช่น โดนล้อเลียน ถูกทำร้ายร่างกาย ถูกจ้องมองซักถาม กีดกันออกจาก กลุ่ม เป็นต้น ครูควรช่วยป้องกันความรุนแรงในโรงเรียนและเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักเรียน ด้วยกันหรือผู้ปกครองของนักเรียนปากแห้งเพดานโหว่ เช่น พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ปกครองคนอื่น สนับสนุนนักเรียนปากแห้งเพดานโหว่ได้ทำกิจกรรมร่วมกับนักเรียนคนอื่น จัดกิจกรรมสร้างมิตรภาพที่ ดีระหว่างนักเรียนด้วยกัน เปิดโอกาสให้นักเรียนปากแห้งเพดานโหว่ได้แสดงความสามารถของ ตนเองเช่นเดียวกับนักเรียนคนอื่นในโรงเรียน เป็นต้น นอกจากนี้ โรงเรียนทั้งประถมศึกษาและ มัธยมศึกษาควรเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างครูกับบิดามารดาและร่วมมือกับนักจิตวิทยาจัด อบรมครูแนะแนว ครูประจำชั้น และนักเรียนปากแห้งเพดานโหว่ในการจัดการความรุนแรงด้วยวิธีการ ที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการป้องกันความรุนแรงและแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของ นักเรียนปากแห้งเพดานโหว่ได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์

จากผลการวิจัยระยะที่ 2 ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 พบว่า การสื่อสารระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์ส่งผลทางตรงต่อการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน และส่งผลทางอ้อมต่อ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ และในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 พบว่า วัยรุ่น ของกลุ่มวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่สองด้านมีการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าวัยรุ่นปาก แห้งเพดานโหว่ด้านเดียว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยระยะที่ 3 ด้วยเหตุนี้ บุคลากรทางการแพทย์ ควรพยายามสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ เช่น เปิดโอกาสให้วัยรุ่นซักถาม สร้าง ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ถ้ายกทอดการใช้ชีวิตที่ดีของตัวอย่างวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมการยอมรับจากสังคม เช่น กิจกรรมพบปะสังสรรค์ร่วมกันของวัยรุ่น ปากแห้งเพดานโหว่กับบุคลากรทางการแพทย์ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคมของวัยรุ่นปาก แห้งเพดานโหว่ เป็นต้น นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้การตรวจคัดกรองความเสี่ยง และแนวทางป้องกันโอกาสเกิดซ้ำของปากแห้งเพดานโหว่ในรุ่นต่อไป แก่วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ และพี่น้องในครอบครัวที่มีพันธุกรรมและได้รับสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกัน รวมทั้งในคลินิกฝากครรภ์ควร วางแผนครอบครัวแก่บิดามารดาที่มีลูกปากแห้งเพดานโหว่ ส่วนคลินิกนมแม่และคลินิกเด็กดีควร ฝึกอบรมทักษะและเตรียมความพร้อมของบิดามารดา เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์อบรม เลี้ยงดูลูกปากแห้งเพดานโหว่ เป็นต้น

4.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยระยะที่ 2 ในวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 5 พบว่า วัยรุ่นปากแห้งเพดาน โหว่ที่มีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไปมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีรายได้

ครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท ซึ่งวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีรายได้ของครอบครัวต่ำหรือน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน และจากผลการวิจัยระยะที่ 3 พบว่า บิดามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำสนับสนุนให้ลูกเข้ารับรักษาปากแห้งเพดานโหว่ได้จำกัดและอบรมเลี้ยงดูลูกได้ไม่เหมาะสม ผู้วิจัยเห็นควรให้สภากาชาดไทยดำเนินนโยบาย “โครงการคัดสรรกรรมตกแต่งแก้ไขปากแห้งเพดานโหว่” และ “โครงการยิ้มสวย เสียงใส” ต่อไปภายใต้ความร่วมมือกับภาคีต่างๆ ตามแนวพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและการส่งต่อในทุกระดับสถานพยาบาล และเพิ่มจำนวนศูนย์ดูแลผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ให้กระจายอยู่ทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ตั้งแต่กำเนิดทุกคนโดยเฉพาะผู้มีรายได้ครอบครัวต่ำ มีโอกาสการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น นอกจากนี้ สถาบันอุดมศึกษาควรมีเนื้อหาและฝึกทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารทางการแพทย์ที่ดีในหลักสูตรแพทยศาสตรศึกษาและทันตแพทยศาสตรศึกษา อีกทั้ง ส่งเสริมศักยภาพในการให้บริการรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่อย่างสหวิทยาการ

4.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1) จากการวิจัยระยะที่ 2 วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 ของโมเดลการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (average variance extracted: AVE) น้อยกว่า .50 อาจแสดงถึงปัญหาความเที่ยงตรงเชิงเหมือน (convergent validity) ซึ่งปิง (Ping, 2007) เสนอว่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนสามารถพิจารณาจากหลักฐานอื่นมาประกอบกับค่า AVE คือ การพิจารณาค่าความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง (construct reliability: CR) ต้องมีค่ามากกว่า .70 การพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) ในกรณีเป็นตัวแปรที่สร้างขึ้นใหม่และการพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า t มากกว่า 2.2 ผู้วิจัยได้พิจารณาผลวิจัยผ่านตาม 3 เกณฑ์ข้างต้นนี้และเสนอให้ผู้วิจัยต่อไปควรตรวจสอบซ้ำเพื่อหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเหมือนของตัวแปรแฝงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้

2) จากการวิจัยระยะที่ 2 วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 พบว่าโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 2 ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 และ 4 พบว่า รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ทั้งกลุ่มรวมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังจากการปรับแบบจำลองตั้งต้นและรูปแบบของแบบจำลองมีความเท่ากันเมื่อไม่มีการกำหนดเงื่อนไขให้แบบจำลองของทั้งสองกลุ่มประเภทปากแห้งเพดานโหว่อย่างสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งแบบจำลองทั้งสองกลุ่มย่อยมีความเท่าเทียมกันของการวัดตัวแปรแฝงทุกตัว แต่จากข้อจำกัดใน

การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ดังนั้น การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ทั่วไปได้มากขึ้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอให้ศึกษาวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีกลุ่มอาการร่วมด้วย เช่น โรคใบหน้าแหว่งตั้งแต่กำเนิด (congenital facial cleft) โรคใบหน้าเล็กตั้งแต่กำเนิด (hemifacial microsomia) เป็นต้น

3) จากการวิจัยระยะที่ 2 วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 พบว่า รูปแบบของแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่กลุ่มรวมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หลังจากการปรับแบบจำลองตั้งต้น และพบว่าปัจจัยเชิงเหตุ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน ความหยิ่งยโส การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียด และการมองโลกในแง่ดี สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 45 และจากผลการวิจัยระยะที่ 3 ผู้วิจัยขอเสนอเพิ่ม 3 ตัวแปร คือ ตัวแปรการยอมรับในตัวแปรการปรับตัวต่อปากแหว่งเพดานโหว่ของบิดามารดา และตัวแปรสภาพทางสังคมของครอบครัว ในแบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่อไป ซึ่งอาจร่วมอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มากขึ้น

4) จากการวิจัยระยะที่ 2 วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 พบว่า วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้านมีการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดาที่ส่งต่อการมองโลกในแง่ดีมากกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียว และวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ด้านเดียวมีการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดที่ส่งต่อการมองโลกในแง่ดีมากกว่าวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่สองด้าน และผลการวิจัยระยะที่ 3 ค้นพบรายละเอียดแนวทางพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของกรณีศึกษาที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าควรพัฒนาต่อยอดเกี่ยวกับโปรแกรมการมองโลกในแง่ดีและการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการความเครียดสำหรับวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ และโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับบิดามารดาของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ ด้วยวิธีวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมปัจจัยปกป้องและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ให้มากขึ้น

5) ในการวิจัยระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์วัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่เป็นรายบุคคลแต่บิดามารดาเข้ามาแทรกกระหว่างการให้ข้อมูลของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ และผู้วิจัยเปิดเผยตัวตามจริงว่าเป็นอาจารย์ทันตแพทย์ อาจทำให้การให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่เป็นอิสระ ดังนั้นควรแยกสัมภาษณ์วัยรุ่นกับบิดามารดาและแนะนำตัวผู้วิจัยให้ชัดเจน เพื่อลดอิทธิพลของผู้ปกครองวัยรุ่นและอคติต่อความเป็นแพทย์ให้ได้มากที่สุด



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550-2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2545). สื่อสารมวลชน: ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศาลาแดง.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2551). วัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคม และมานุษยวิทยาการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- งามตา วนินทานนท์. (2534). เอกสารประกอบการสอนวิชา จิตวิทยาสังคม (สค331). สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (เอกสารอัดสำเนา)
- งามตา วนินทานนท์. (2536). ลักษณะทางพุทธศาสนาและพฤติกรรมศาสตร์ของบิดามารดา ที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูบุตร. รายงานการวิจัยลำดับที่ 50 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- งามตา วนินทานนท์. (2545). วิชาป.581 การถ่ายทอดทางสังคมกับพัฒนาการของมนุษย์. เอกสารประกอบการสอน สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (เอกสารอัดสำเนา)
- งามตา วนินทานนท์, ดุษฎี โยเหลา, วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี, วันเพ็ญ พิศาลพงศ์, อุษา ศรีจินดารัตน์. (2545). การวิเคราะห์ดัชนีเชิงเหตุและผลของคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัวไทย. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- งามตา วนินทานนท์, อุษา ศรีจินดารัตน์. (2551). ปัจจัยเชิงสาเหตุด้านการจัดการศึกษาตามแนวปฏิรูปการศึกษา สภาพแวดล้อมทางครอบครัวและโรงเรียน ที่มีต่อความสนใจและพฤติกรรมการเรียนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย: การวิจัยช่วงยาวหลายระยะ. รายงานการวิจัยฉบับที่ 120. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จารุณี รัตนยาติกุล, สุปราณี เทวินบุราวศ์. (2547). บทที่ 26 ทันทกรรมจัดฟันในภาวะที่มีปากแหว่งเพดานโหว่. ใน บวรศิลป์ เขาวนขึ้น, เบญจมาศ พระธานี, จารุณี รัตนยาติกุล. การดูแลแบบสหวิทยาการของผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของใบหน้าและกะโหลกศีรษะ. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2549). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.

- ชีษณุ พันธุ์เจริญ. (2551). บท 1 การสื่อสารทางการแพทย์. ใน วีระศักดิ์ ชลไชยะ. สุชีรา ฉัตรเพริดพราย. บรรณาธิการ. *ทักษะการสื่อสารเพื่อความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมทักษะการสื่อสาร ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- ชีษณุ พันธุ์เจริญ, จรุงจิตร งามไพบูลย์. (2552). *คู่มือทักษะการสื่อสารสำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมทักษะการสื่อสาร ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- ฐาตุกร จันประเสริฐ, อ้อมเดือน สดมณี, สธณ ภูคัง, มนูญ มุกข์ประดิษฐ์. (2554). โครงสร้างทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงที่เด็กและเยาวชนถูกกระทำในโรงเรียน: กรณีศึกษาโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 17(1): 93-108.
- ดุจเดือน พันธุมนาวิน, งามตา วนินทานนท์. (2551). *การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดทางจิตแบบพหุมิติด้านการมีภูมิคุ้มกันตน*. รายงานการวิจัยภายใต้แผนงานวิจัยการพัฒนาลักษณะการวิจัยแบบบูรณาการ และการสร้างนักวิจัยขั้นสูงทางจิตพฤติกรรมศาสตร์: แผนงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนจริยธรรม ปัญญา และสุขภาพจิตแก่เยาวชนไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ.
- ดุษฎี โยเหลา. (2535). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยโดยใช้การวิเคราะห์เมตต้า. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทวี เชื้อสุวรรณทวี. (2551). *มองความพิการผ่านแนวคิดและทฤษฎี*. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส.
- ธีรวัฒน์ กันทะวงศ์, วันดี สุทธรังษี, วิภาพรรณ ฤทธิ์ถกล. (2556). ความสำนึกในคุณค่าแห่งตนของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ที่มารับการรักษาที่คลินิกทันตกรรมจัดฟัน โรงพยาบาลทันตกรรมมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: การศึกษานำร่อง. *วิทยาสารทันตแพทย์*. 63(1): 20-30.
- นวรรตน์ ศรีรัฐเพชร. (2539). *สัมพันธภาพของบิดามารดา-ลูก กับรูปแบบการแก้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลของวัยรุ่น*. ปรินิพนธ์นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาจิตวิทยา (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิรมล พัจจนสุนทร. (2547). บทที่ 38 ปากแห้งเพดานโหว่: มุมมองในแง่การพัฒนาด้านจิตสังคม. อ้างอิงจาก บวรศิลป์ เขาวนชื่น และคณะ. *การดูแลแบบสหวิทยาการของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ และความพิการแต่กำเนิดของใบหน้าและกะโหลกศีรษะ*. ขอนแก่น: ศิริภณท์ออฟเซ็ท
- ปราณี ทองใส. (2548). *คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการผ่าตัดเปิดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุข (สาธารณสุขสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พนิดา พาลี. (2546). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติก*. วิทยานิพนธ์หลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลกุมารเวชศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรารวรรณ ศรีศิลปนันท์. (2550). *สุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. กองทันตสาธารณสุข.
*สรุปรายงานรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยชมรมผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ในพื้นที่
ศูนย์อนามัยที่ราชบุรี นครราชสีมาและเชียงใหม่*. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข.
- พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์. (2541). *คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและเด็ก). เชียงใหม่:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรี นัครา. (2542). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา มติโก. (2546). *สังคมวิทยาความเจ็บป่วยเรื้อรัง: ตัวตน อัตลักษณ์ และร่างกาย*. เอกสาร
ประกอบการสอน สาขาวิชาสังคมวิทยาสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล. (เอกสารอัดสำเนา)
- รัตติยา ชั่วเจริญ. (2550). *การรับรู้ภาวะปากแห้งเพดานโหว่และความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ อายุ 0-3 เดือน ของผู้ดูแลหลัก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (วิทยาศาสตร์สุขภาพช่องปาก). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2547). *ศัพท์แพทยศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ไทย-อังกฤษ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:
อรุณการพิมพ์.
- วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ. (2551). *ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค ปัจจัย
สภาพแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยลักษณะทางชีวสังคม ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของ
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี. (2542). *การรับรู้ความสามารถของตน*. สารานุกรมศึกษาศาสตร์. ฉบับรวมเล่ม
เฉพาะเรื่อง อันดับที่ 5 จิตวิทยาและจิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: โครงการสารานุกรม
ศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เว็บไซต์มูลนิธิดวงแก้ว ในพระสังฆราชูปถัมภ์ สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2556 จาก
<http://www.duangkaew.ksc.net/project/dadproj.html>

เว็บไซต์โรงพยาบาลศิริราช สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2556 จาก

URL http://www.si.mahidol.ac.th/th/hotnews_detail.asp?hn_id=1230

เว็บไซต์ศูนย์การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า

มหาวิทยาลัยขอนแก่น สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2556 จาก

<http://kkucleft.kku.ac.th/index.php?history=101>

เว็บไซต์ศูนย์ศัลยกรรมแก้ไขความพิการของศีรษะและใบหน้ารามาธิบดี สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2556

จาก <http://www.ramacleft-craniofacial.org/index.php>

เว็บไซต์ศูนย์สมเด็จพะเทพรัตนฯ แก้ไขความพิการบนใบหน้าและกะโหลกศีรษะ โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2556 จาก <http://www.thaicraniofacial.com>

เว็บไซต์สภาอากาศไทย สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2556 จาก

<http://www.redcross.or.th/article/18376>

เว็บไซต์สมาคมความพิการปากแหว่งเพดานโหว่ ใบหน้าและศีรษะแห่งประเทศไทย สืบค้นเมื่อ 30

มกราคม 2556 จาก <http://thaicleft.org/network.php>

เว็บไซต์สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภาอากาศไทย สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2556

จาก http://www.rtrc.in.th/ewt_news.php?nid=1894&filename=index

เว็บไซต์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2556 จาก

<http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=NTk5และ>

<http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=NDU2>

ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า

มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2555). *สมุดบันทึกสุขภาพของศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่ง เพดาน*

โหว่ และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถัญญ์ ภู่งคง, อ้อมเดือน สดมณี. (2549). *การวิจัยเชิงคุณภาพเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย

พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สมรตรี วิถีพร. (2537). *ทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2552). *สธ.สร้างรอยยิ้มเด็กปากแหว่ง เพดานโหว่*

ให้บริการผ่าตัดฟรีถึงปี 53. สืบค้นจาก

<http://www.hiso.or.th/hiso/ghealth/newsx105.php> เมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2552

สิทธิ ส.ศรีโสภาค และกิตติ สุพันธุ์วณิช. (2543). ปากแห้งและเพดานโหว่กับทันตแพทย์.

วารสารราชบัณฑิตยสถาน. 26(2): 124-144.

สุดใจ สมบัติการ. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์หลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลมารดาและเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุดาดวง เกรินทร์, ญาดา พวงสะอาด, พรพรรณ นิมศรีสุขกุล, พัสชา วรรณจรรุจน์, ศิริณา พงศ์วิ

รวงศ์, สุปรีดา สุนันทชาติ. (2550). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากและความรู้สึก

จำเป็นต่อการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยกลุ่มหนึ่งที่มีความจำเป็นทางวิชาชีพต่อการใส่ ฟันเทียม. ว.ทันต.;57(1): 13-21.

อนุพงษ์ สุธรรมนิรันด. (2551). บท 8 การสื่อสารกับวัยรุ่น. ใน วีระศักดิ์ ชลไชยะ. สุชีรา ฉัตรเพริศ

พราย. บรรณาธิการ. *ทักษะการสื่อสารเพื่อความเป็นเลิศด้านบริการทางการแพทย์*. พิมพ์ ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมทักษะการสื่อสาร ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์.

อภิญา เพ็ญฟูสกุล. (2546). *อัตลักษณ์ : การทบทวนทฤษฎีและกรอบแนวคิด*. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพฯ: คณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขาสังคมวิทยา สำนักงานคณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ.

อรพินท์ ชูชม. (2544). จากทฤษฎีสู่แนวปฏิบัติในการมองโลกในแง่ดี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*.

7(1): 43-53.

อรพินท์ ชูชม; อัจฉรา สุขารมณ; อุษา ศรีจินดารัตน์. (2547). *การวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคมที่*

สัมพันธ์กับจิตสำนึกทางปัญญาและคุณภาพชีวิตของเยาวชนไทย. รายงานการวิจัยฉบับที่ 104. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อ้อมเดือน สดมณี, อุษา ศรีจินดารัตน์. (2549). *ปัจจัยด้านจิตสังคมและความสุขใจที่เกี่ยวข้องกับ*

พฤติกรรมการทำงานของครูในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา. รายงานการวิจัยที่ 106. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Abegg C. (2006). Chapter 6 Development of behaviours and habits conducive to oral

health. In Sheilham A, Bönecker M.(Eds.) *Promoting children's oral health: theory & practice*. Brazil: Quintessence Editora Ltda.

Ackerman MB. (2007). *Enhancement Orthodontics: Theory and Practice*. Germany:

Blackwell Munksgaard.

- Acuña-González, G., Medina-Solís, C.E., Maupomé, G., Escoffie-Ramírez, M., Hernández-Romano, J., Márquez-Corona, M.de L., Islas-Márquez, A.J., Villalobos-Rodelo, J.J. (2011). Family history and socioeconomic risk factors for non-syndromic cleft lip and palate: a matched case-control study in a less developed country. *Biomedica*. 31(3):381-391.
- Adulyanon S, Sheiham A.(1997). Oral Impact on Daily Performance. In: Slade GD, editor. *Measurement oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 151-160.
- Ahern NR, Kiehl EM, Sole ML, Byers JB. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Comprehensive Pediatric Nursing*. 29: 103-125.
- Aiken LR. (2003). *Psychological Testing and Assessment*. 11th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Altman BM. (2001). Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications. In Albrecht GL, Seelman KD, Bury M. (Ed.) *Handbook of Disability Studies* (pp.97-122). United States: Sage Publications Inc.
- Amin, M.S., Harrison, R.L., Weinstein, P. (2006). A qualitative look at parents' experience of their child's dental general anaesthesia. *International Journal of Pediatric Dentistry*. 16(5): 309-319.
- Bagozzi R.P. & Yi Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 16(1): 74-94.
- Bainbridge, L. (2009). Not quite perfect! Diagnosis of a minor congenital abnormality during examination of the newborn. *Infant*. 5(1): 28-31.
- Baker, S.R., Owens, J., Stern, M., Willmot, D.(2009). Coping strategies and social support in the family impact of cleft lip and palate and parents' adjustment and psychological distress. *The Cleft Palate- Craniofacial Journal*. 46(3):229-236.
- Ballesteros RF (Eds). (2003). *Encyclopedia of Psychological Assessment: Volume 2 M-Z*. London: SAGE Publications.
- Bandura A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran(Ed.), *Encyclopedia of human behavior*. (Vol.4, pp 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

- Bandura A. (2000). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura A. (2001). Self-efficacy and health. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (Vol. 20, pp. 13815-13820). Oxford: Elsevier Science.
- Bandura A. (2007). Self-efficacy in health functioning. In S. Ayers, A. Baum (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. (pp. 191-193). Malaysia: Cambridge university press.
- Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M., McCaskill, J. W., Hill Hunt, K., Butler, C., et al. (2006). Maternal resolution of child diagnosis: Stability and relations with child attachment across the toddler to preschooler transition. *Journal of Family Psychology*. 20: 100-107.
- Beecham, J., Sloper, P., Greco, V., Webb, R. (2007). The costs of key worker support for disabled children and their families. *Child: Care, Health and Development*. 33(5): 611-618.
- Benson, B.A., Gross, A.M., Messer, S.C., Kellum, G., Passmore, L.A. (1991). Social support networks among families of children with craniofacial anomalies. *Health Psychology*. 10(4): 252-258.
- Beresford, B.A. (1994). Resources and Strategies: How Parents Cope with the Care of a Disabled Child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 35(1): 171-209.
- Berger, Z.E. & Dalton, L.J. (2011). Coping With a Cleft II: Factors Associated With Psychosocial Adjustment of Adolescents With a Cleft Lip and Palate and Their Parents. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 48(1): 82-90.
- Bilboul M.J., Pope A.W., Snyder H.T. (2006). Adolescents with craniofacial anomalies: Psychosocial adjustment as a function of self-concept. *Cleft Palate Craniofac J*; 43(4): 392-400.
- Black, J.D., Girrotto, J.A., Chapman, K., Oppenheimer, A.J. (2009). When My Child Was Born: Cross-Cultural Reactions to the Birth of a Child With Cleft Lip and/or Palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 46(5): 545-548.
- Bonita, C.L. & Joanna, I.S. (1993). Dispositional Optimism/Pessimism and Coping Strategies: Predictors of Psychosocial Adjustment of Rheumatoid and Osteoarthritis Patients. *Journal of Applied Social Psychology*. 23(13): 1069-1091.

- Bower P, Mead N. (2007). Patient-centered healthcare. In S Ayers, A Baum(Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*.(pp.468-471). Malaysia: Cambridge university press.
- Bowling A. (2007).Quality of life assessment. In S Ayers, A Baum(Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*.(pp.319-320). Malaysia: Cambridge university press.
- Bradburry, E.T.&Hewison, J. (1994).Early parental adjustment to visible congenital disfigurement.*Child: Care, Health and Development*.20(4):251-266.
- Brissette, I.; Scheier, M. F.; & Carver, C. S. (2002). The role of optimism and social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*. 82: 102-111.
- Broder, H.L., Smith F.B., Strauss R.P. (1992). Habilitation of patients with clefts: parents and child ratings of satisfaction with appearance and speech. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 29(3): 262-267.
- Broder, HL, Richman LC, Matheson PB. (1998). Learning disability, school activement, and grade retention among children with cleft: a two-center study. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 35: 127-131.
- Broder, H.L. (2001). Using Psychological Assessment and Therapeutic Strategies to Enhance Well-Being.*The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 38(3): 248-254.
- Brondani MA, MacEntee MI.(2007).The concept of validity in sociodental indicators and oral health–related quality-of-life measures. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 34: 472-478.
- Bronfenbrenner, U.& Morris, P.A. (1998).The ecology of developmental process.In Lerner, R.M. (Ed.).*Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development*. New York: Wiley. 993-1028.
- Byrnes, A.L., Berk, N.W., Cooper, M.E., Marazita, M.L.(2003).Parental evaluation of informing interviews for cleft lip and/or palate.*Pediatrics*. 112(2):308-313.
- Campis LB, DeMaso DR, Twente AW. (1995). The role of maternal factors in the adaptation of children with craniofacial disfigurement.*Cleft Palate Craniofac J*. 32: 55–61.

- Carmichael, S.L., Ma,C., Shaw,G.M. (2009). Socioeconomic measures, orofacial clefts, and conotruncal heart defects in California.*Birth Defects Research Part A Clinical and Molecular Teratology*.85(10):850-857.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat,F.L.Jr., Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*.65(2):375-390.
- Case, S. (2000). Refocusing on the parents: What are the social issues of concern for parents of disabled children? *Disability and Society*. 15(2): 271-292.
- Chang EC, Sanna LJ. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: a test of cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology & Aging*. 16(3): 524-531.
- Chapados C. (2000). Experience of teenagers born with cleft lip and/or palate and interventions of the health nurse.*Comprehensive Pediatric Nursing*; 23: 27-38.
- Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, et.al.(2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale.*British Journal of Health Psychology*. 11: 421-436.
- Chimruang, J; Soadmanee, O; Srisilapanan, P; Patjanasoonorn, N; Nunthavanich, N; Chuawanlee, W. (2011). A qualitative study of Health-Related Quality of Life and psychosocial adjustments of Thai adolescents with repaired cleft lips and palates. *J Med Assoc Thai*. 94(Suppl.6): 1-6.
- ChristensenK, Juel K, Herskind AN, Murray JC. (2004). Long term follow up study of survival associated with cleft lip and palate at birth. *Br Med J*.; 328: 145-147.
- Chuacharoen, R., Ritthagol, W., Hunsrisakhun, J., Nilmanat, K.(2009). Felt needs of parents who have a 0- to 3-month-old child with a cleft lip and palate.*The Cleft Palate-Craniofacial Journal*.46(3):252-257.
- Clark, J.D., Mossey, P.A., Sharp, L., Little, J. (2003).Socioeconomic status and orofacial clefts in Scotland, 1989 to 1998.*The Cleft Palate-Craniofacial Journal*.40(5):481-485.
- Connolly MA, Johnson JA. (1999). Measuring quality of life in paediatric patients. *Pharmacoeconomics*.16(6).605-625.

- Craighead WE, Nemeroff CB; Co-Editors. (2001). *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science*: volume 4. Third edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach*. 3rd ed. California: Sage Publications.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cronin, E.D., Williams, J.L., Shayani, P., Roesel, J.F. (2001). Short stay after cleft palate surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 108 (4):838-840.
- Davies, R., Davis, B., Sibert, J. (2003). Parents' stories of sensitive and insensitive care by paediatricians in the time leading up to and including diagnostic disclosure of a life-limiting condition in their child. *Child: Care, Health and Development*. 29(1):77-82.
- Domiano PC., Tyler MC., Romitti PA., Momany ET., et.al. (2007). Health-related quality of life among preadolescent children with oral clefts: the mother's perspective. *Pediatrics*; 120: e283-e290.
- Duguid, A., Morrison, S., Robertson, A., Chalmers, J., Youngson, G., Ahmed, S.F. (2007). The psychological impact of genital anomalies on the parents of affected children. *Acta Paediatrica*. 96(3):348-352.
- Eccles JS, Early D, Frasier K, Belansky E, McCarthy K. (1997). The relations of connection, regulation, and support for autonomy to adolescences' functioning. *Journal of Adolescent Research*; 12: 263-286.
- Eckstein, D.A., Wu, R.L., Akinbiyi, T., Silver, L., Taub, P.J. (2011). Measuring quality of life in cleft lip and palate patients: currently available patient-reported outcomes measures. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 128(5):518e-526e.
- Edwards TC, Huebner CE, Connell FA, & Patrick DL. (2002). Adolescent quality of life, part I Conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence*. 25: 275-286.
- Edwards TC, Patrick DL, Topolski T, Aspinall CL, et al. (2005). Approaches to Craniofacial-Specific Quality OF Life Assessment in Adolescents. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 42(1): 19-24.

- Eisermann, W. (2001). Unique Outcomes and Positive Contributions Associated With Facial Difference: Expanding Research and Practice. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 38(3): 236-244.
- Elliott TR, Dreer L. (2007). Disability. In Ayers S, Baum A (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. (pp. 80-84). Malaysia: Cambridge university press.
- Eminson M. (2001). Somatising in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors. *Advances in Psychiatric Treatment*. 7: 266-274.
- Farrant, B., Watson, P. (2004). Health care delivery: perspectives of young people with chronic illness and their parents. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 40(4):175-179.
- Farrimond, J. & Morris, M. (2004). *Knowing or not knowing before birth: parents' experiences of having a baby with a cleft malformation*. Division of health Psychology Annual Conference, Queen Margaret University College, Edinburgh.
- Feragen, K.B.; Borge, A.I.; Rumsey, N. (2009). Social experience in 10-year-old children born with a cleft: exploring psychosocial resilience. *Cleft Palate Craniofacial Journal* 46(1): 65-74.
- Fornell C. & Lacker D.F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*. 18(1): 39-50.
- Fougeyrollas P, & Beauregard L. (2001). An Interactive Person-Environment Social Creation. In Albrecht GL, Seelman KD, Bury M. (Ed.) *Handbook of Disability Studies* (pp.171-194). United States: Sage Publications Inc.
- French D, Cirtie M. (1996). Developing outcome measures for children: quality of life assessment for pediatric asthma. In Hutchinson A, Christie M, Riccalton C. (eds.) *Health outcome measure in primary and out-patient care* (pp.45-64). Amsterdam: Hardwood Academic Publisher.
- Gallo, L.C., Matthews, K.A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*. 129(1):10-51.

- Gallo, L.C., Bogart, L.M., Vranceanu, A.M., Matthews, K.A. (2005). Socioeconomic status, resources, psychological experiences, and emotional responses: a test of the reserve capacity model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 88(2):386-399.
- Gaspar T, Matos GM, Pais R, et al. (2009). Health-related quality of life in children and adolescent and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioural Psychotherapies*. 9(1): 33-48.
- Gherunpong S, Tsakos G, Sheilham A. (2004). The prevalence and severity of oral impacts on daily performance in Thai primary school children. *Health Qual Life Outcomes*.; 2: 57.
- Gift HC, Atchinson KA, Dayton CM. (1997). Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life. *SocSci Med*; 44(5): 601-608.
- Giltay, E.J., Geleijnse, J.M., Zitman, F.G., Hoekstra, T., Schouten, E.G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*. 61(11):1126-1135.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, USA.
- Gosain, A.K. & Chim, K. (2011). Discussion. Measuring quality of life in cleft lip and palate patients: currently available patient-reported outcomes measures. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 128(5): 527e-528e.
- Gerbing & Anderson. (1988). An updated paradigm for scale develop incorporating unidimensionality and its. *Journal of Marketing*. 25(2). 186-193.
- Graungaard, A.H. & Skov, L. (2007). Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parents' experiences, coping and needs, when the newborn child is severely disabled. *Child: Care, Health and Development*. 33(3):296-307.
- Green, J., Statham, H., & Solomou, W. (2008). Assessing satisfaction: Insights from a multi-methods study (NCRM Working Paper No. 462). ESRC National Centre for Research Methods. Retrieved December 11, 2008, from <http://eprints.ncrm.ac.uk/462/>
- Hallst m, I. & Elander, G. (2007). Families' needs when a child is long-term ill: a literature review with reference to nursing research. *International Journal of Nursing Practice*. 13(3):193-200.

- Hanson, S., Hunter, L.P., Bormann, J.R., Sobo, E.J. (2006). Paternal Fears of Childbirth: A Literature Review. *The Journal of Perinatal Education*. 18(4): 12–20.
- Harding L. (2001). Children's quality of life assessments: A review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 8: 79–96.
- Harter, S. (1985). *The Self-Perception Profile for Children: Revision of the Perceived Competence Scale for Children*. Denver, CO: University of Denver.
- Hart, N. (1985). *The Sociology of Health and Medicine (Themes & perspectives in sociology)*. UK: Causeway Press Ltd.
- Healthy People 2010. *Disability and secondary conditions*. Retrieved November 25, 2009, from www.health.gov/healthypeople/document/html/volume1/06disability.htm.
- Heinonen, K., Riikkonen, K., Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Dispositional optimism: Development over 21 years from the perspectives of perceived temperament and mothering. *Personality and Individual Differences*. 38:425–435.
- Hopper, R.A., Lewis, C., Umbdenstock, R., Garrison, M.M., Starr, J.R. (2009). Discharge practices, readmission, and serious medical complications following primary cleft lip repair in 23 U.S. children's hospitals. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 123(5):1553-1559.
- Hunt O, Burden D, Hepper P, Johnston C. (2005). The psychological effects of cleft lip and palate: a systematic review. *European Journal of Orthodontics*; 27: 274-285.
- Hunt O, Burden D, Hepper P, Stevenson M, Johnston C. (2007). Parent reports of the psychosocial functioning of children with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 44(3): 304-311.
- Inglehart MR, Filstrup SL, Wandera A. (2002). Oral health and quality of life in children. In Inglehart MR, Bagramian. *Oral Health-Related Quality of Life* (pp.79-88, 111-121). USA: Quintessence Publishing Co, Inc.
- Inglehart MR. (2006). Oral health and quality of life. In D.I. Mostofsky, A.G. Forgione, D.B. Giddon. *Behavioral Dentistry* (pp.19-28). Oxford: Blackwell Munksgaard.
- Ingstad B, Whyte SR. (1995). Disability and Culture: An Overview. In Ingstad B, Whyte SR. (Ed.) *Disability and Culture* (pp.3-32). London: University of California.

- Ironson, G., Balbin, E., Stuetzle, R., Fletcher, M.A., O'Cleirigh, C., Laurenceau, J.P., Schneiderman, N., Solomon, G. (2005). Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV: proactive behavior, avoidant coping, and depression. *International Journal of Behavioral Medicine*. 12(2):86-97.
- Janssens L, Gorter JW, Ketelaar M, Kramer WL, Holtslag HR. (2008). Health-related quality of life measures for long term follow up in children after major trauma. *Qual Life Res*. 17: 701-713.
- Jeffery, S.L. & Boorman, J.G. (2001). Patient satisfaction with cleft lip and palate services in a regional centre. *British Journal of Plastic Surgery*. 54(3):189-191.
- Johansson, B; Ringsberg, KC. (2004). Parents' experiences of having a child with cleft lip and palate. *Journal of Advanced Nursing*. 47(2): 165-173.
- Johnsen DC. (2005). Principles of Cleft Lip and Palate Formation. In Bishara SE. *Textbook of Orthodontics* (pp.25-30). Philadelphia: Saunders.
- Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. (2002). Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health related quality of life. *J Dent Res*. 81: 459-463.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language*. Chicago, IL: Scientific Software International Inc.
- Joseph, R.A., Mackley, A.B., Davis, C.G., Spear, M.L., Locke, R.G. (2007). Stress in fathers of surgical neonatal intensive care unit babies. *Advances in Neonatal Care*. 7(6):321-325.
- Juratanasirikul S, Chaichareon V, Pattanapreechawong N, Sangsupavanich P. (2008). Cleft Lip and/or Palate: 10 Years Experience at a Pediatric Cleft Center in Southern Thailand. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 45(6): 597-602.
- Kapp-Simon KA, McGuire DE. (1997). Observed social interaction patterns in adolescents with and without craniofacial conditions. *Cleft Palate Craniofac J*; 34: 380-384.
- Kapp-Simon, K.A., Gaither, T. (2009). Psychological and behavioral aspects of clefting. In: Losee, J.E., Kirschner, R.E. eds. *Comprehensive Cleft Care*. McGraw Hill New York, NY, USA. 1001-1010.

- Kerr M, Statin H, Biesecker G, Wreder LF.(2003). Chapter 16 Relationships with parents and peers in adolescence. In R.M. Lerner, M.A. Easterbrooks, J Mistry.(Eds.). *Handbook of Psychology.Volume 6 Developmental psychology*.New York: John Wiley& Sons, Inc.
- King G, Willoughby C, Specht JA, Brown E.(2006). Social support process and the adaptation of individuals with chronic disabilities.*Qualitative Health Research*. 16(7); 902-925.
- Kitchin R. (1998) Out of place, Knowing one's place': Space, Power and The Exclusion of Disabled People'. *Disability & Society*. 13(3): 343 - 356.
- Klassen, A.F., Tsangaris, E, Forrest, CR, Wong, KW, Pusic, AL, Cano SJ, Syed, I, Dua, M, Kainth, S, Johnson, J, Goodacre, T. (2012).Quality of life of children treated for cleft lip and/or palate: a systematic review.*Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*.65(5):547-557.
- Klein, T., Pope, A., Gatahun, E., Thompson, J. (2006).Mothers' reflections on raising a child with a craniofacial anomaly.*The Cleft Palate-Craniofacial Journal*.43(5):590-597.
- Kline R.B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3rd ed. New York: The Guilford Press.
- Kramer FJ, Gruber R, Fialka F, SinikovicB, Schliephake H. (2008). Quality of Life and Family Functioning in Children WithNonsyndromicOrofacial Clefts at Preschool Ages. *Journal of Craniofacial Surgery*.19(3):580-587.
- Kressin NR. (1997). The oral health related quality of life measure(OHRQOL). In Slade GD.(eds). *Measuring oral health and quality of life*(pp.114-119). Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology.
- Krueckeberg, S.M. &Kapp-Simon, K.A. (1993). Effect of Parental Factors on Social Skills of Preschool Children with Craniofacial Anomalies.*The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 30(5): 490-496.
- Lassetter, J.H., Mandleco, B.L., Olsen R.S.(2007).Family photographsexpressions of parents raising children with disabilities. *Qualitative Health Research*. 17(4): 456-467.

- Lau AWH, Wong MCM, Lam KF, McGrath C. (2009). Confirmatory factor analysis on the health domains of the Child Perceptions Questionnaire. *Community Dent Oral Epidemiol.* 37: 167-170.
- Law, M., Hanna, S., King, G., Hurley, P., King, S., Kertoy, M., Rosenbaum, P. (2003). Factors affecting family-centred service delivery for children with disabilities. *Child: Care, Health and Development.* 29(5):357-366.
- Lazarus RS, Forkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, C; & Bobko, P. (1994). Self-efficacy beliefs: Comparison of five measures. *Journal of Applied Psychology.* 79(3): 364-369.
- Leidy NK. (1999). Psychometric properties of the functional performance inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nurs Res.* 48(1): 20-28.
- Lerner RM, Easterbrooks MA, Mistry J. (2003). *Handbook of Psychology: volume 6 developmental psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Leventhal H, Weinman J, Leventhal EA, Phillips LA. (2008). Health psychology: the search for pathway between behavior and health. *Ann. Rev. Psychol* ; 59: 477-505.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In Lin, N.; Dean, A.; Ensel, W.M. (Eds.). *Social support, life events, and depression*. Orlando, FL: Academic. 17-30.
- Lobel, M., DeVincent, C.J., Kaminer, A., Meyer, B.A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology.* 19(6): 544-553.
- Locker D. (1989). *An introduction to behavioural science and dentistry*. London: Routledge.
- Locker D, Matear D, Stephans M, Jokovic A. (2000). Oral health-related quality of life a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health.* 19: 90-97.
- Locker, D., Jokovic, A., Stephans, M., Kenny, D.T., Tompson, B., Guyatt, G. (2002). Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* 30(6):438-448.
- Locker D., Jokovic A., Tompson A. (2005). Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 42(3): 260-266.

- Locker D. (2007a). Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 35: 348-4356.
- Locker D, Allen F. (2007b). What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol.* 35: 401-411.
- Luthar S, Cicchetti D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev. Psychopathol*; 12(4): 857-885.
- Lutz B, Bowers B. (2005). Disability in everyday life. *Qualitative Health Research*; 15(8): 1037-1054.
- MacEntee MI. (2006). An existential model of oral health from evolving views on health, function and disability. *Community Dent Health*. 23: 5-14.
- MacLaren, J. & Kain, Z.N. (2008). A Comparison of Preoperative Anxiety in Mothers of Children Undergoing Surgery and Female Patients. *Anesthesia and Analgesia*. 106(3): 810-813.
- Maddux JE. (2002). Self-Efficacy: The power of believing you can. In CR Snyder & S Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 277-287). New York: Oxford University Press.
- Marcusson A, Akerlind I, Paulin G. (2002a). Quality of life in adult repaired complete cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 38: 379-385.
- Marcusson A, Paulin G, Östrup L. (2002b). Facial appearance in adults who had cleft lip and palate treated in childhood. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 36: 16-23.
- Masten AS, Reed MJ. (2002). Resilience in development. In CR Snyder & S Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press.
- McCubbin, M.A. & McCubbin, H.I. (1993). Family coping with health crisis: the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In: Danielson, C., Hamel-Bissell, B. & Winstead-Fry, P. (eds.) *Families, Health and Illness*. Mosby, St. Louis, MO, USA. 153-177.
- Mead N, Bower P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 51(7): 1087-1110.

- Melki, I.S., Beydoun, H.A., Khogali, M., Tamim, H., Yunis, K.A.; National Collaborative Perinatal Neonatal Network (NCPNN). (2004). Household crowding index: a correlate of socioeconomic status and inter-pregnancy spacing in an urban setting. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58(6):476-480.
- Mitchell, W., & Sloper, P. (2001). Quality in services for disabled children and their families: What can theory, practice and research in children's and parents' views tell us? *Children & Society*. 15(4): 237-252.
- Mitchell, W., & Sloper, P. (2002). Information that informs rather than alienates families with disabled children: developing a model of good practice. *Health & Social Care in the Community*. 10(2):74-81.
- Mouradian WE. (2001). Deficits versus strengths: ethics and implications for clinical practice and research. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 38(3): 255-259.
- Muturi, N. (2005). Cultural considerations in HIV/AIDS communication and prevention in Kenya. *Journal of Health Communication*. 10: 77-98.
- Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. (2006). Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *Journal of Oral Science*. 48(1): 1-7.
- Nelson, A.M. (2002). A metasynthesis: mothering other-than-normal children. *Qualitative Health Research*. 12(4):515-530.
- Nelson, P.A. (2009). Qualitative Approaches in Craniofacial Research. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 46(3): 245-251.
- Nelson, P.A., Glenny, A.M., Kirk, S., Caress, A.L. (2011). Parents' experiences of caring for a child with a cleft lip and/or palate: a review of the literature. *Child: care, health and development*. 38(1): 6-20.
- Nelson, P.A. & Kirk, S. (2013). Parents' Perspectives of Cleft Lip and/or Palate Services: A Qualitative Interview. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 50(3):275-285.
- Noble T, McGrath H. (2005). Emotional growth: Helping children and families 'bounce back'. *Australian Family Physician*. 34(9): 749-752.
- Noor, S.N. & Musa, S. (2007). Assessment of patients' level of satisfaction with cleft treatment using the Cleft Evaluation Profile. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 44(3):292-303.

- Oliveira CM, Sheiham A. (2004). Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in Brazilian adolescents. *Journal of Orthodontics*. 31: 20-27.
- Oliver M. (1990). *The politics of disablement*. London: McMillan Press.
- Oliver, R.G.& Jones, G. (1997). Neonatal feeding of infants born with cleft lip and/or palate: parental perceptions of their experience in south Wales. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 34(6):526-532.
- Partridge, J. (1997). The experience of the being visibly different. Introduction to Section One. In: Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T., Partridge, J. eds. *Visibly Different. Coping with Disfigurement*. Butterworth Heinemann, Oxford, UK. 3-9.
- Patel Z, Ross E. (2003). Reflections on the cleft experience by South African Adults: Use of Qualitative Methodology. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 40(5): 471-480.
- Patjanasoonorn, N., Pradubwong, S., Mongkoltawornchai, S., Phetcharat, T., et al. (2010). Development and reliability of the THAICLEFT Quality of Life Questionnaire for children with cleft lip/palate and families. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 93(Suppl 4):S16-18.
- Patjanasoonorn, N., Pradaubwong, S., Rongbutsri, S., Mongkholthawornchai, S., Chowchuen, B. (2012). Tawanchai Cleft Center quality of life outcomes: one of studies of patients with cleft lip and palate in Thailand and the Asia Pacific Region. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 95(Suppl 11):S141-147.
- Patrick, D.L., Topolski, T.D, Edwards, T.C., Aspinall, C.L., Kapp-Simon, K.A., Rumsey, N.J., Strauss, R.P., Thomas, C.R. (2007). Measuring the quality of life of youth with facial differences. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 44(5): 538-547.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in nursing practice*. New York : Appleton Century – Croft.
- Perkins DF, Borden L. (2003). Positive behaviors, problem behaviors, and resiliency in adolescent. In RM. Lerner, MA. Easterbrooks, J Mistry. (Eds.). *Handbook of Psychology. Volume 6 Developmental psychology* (pp. 373-394). New York: John Wiley& Sons, Inc.

- Peterson, C. & Bossio, L.M. (2001). Optimism and physical well-being. In: Change, E.C. editor. *Optimism & pessimism: implications for theory, research, and practice*. Washington: American Psychological Association. 127-145.
- Ping R.A. (2007). *Is there any way to improve Average Variance Extracted (AVE) in a Latent Variable (LV) X ?*. URL: <http://home.att.net/rpingjr/LowAVE.doc>.
- Ping R.A. (2009). *Is there any way to improve Average Variance Extracted (AVE) in a Latent Variable (LV) X (Revised)?*. URL: <http://home.att.net/rpingjr/LowAVE.doc>.
- Pope, A.W., Ward, J. (1997). Factors associated with peer social competence in preadolescents with craniofacial anomalies. *J Pediatr Psychol*; 22: 455-469.
- Prahl, C., Andersen, B.P. (2007). Craniofacial Anomalies and Quality of Life. *Seminars in Orthodontics*; 13(2): 116-121.
- Prathanee B, Chowchuen B. (2010). Community-based network system and interdisciplinary management for children with cleft-lip/palate. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 93(Suppl 4):S63-70.
- Puhon, E., Mtneki, J., Czeizel, A.E. (2005). Maternal employment status and isolated orofacial clefts in Hungary. *Central European Journal of Public Health*. 13(3):144-148.
- Ray, L.D. (2003). The Social and Political Conditions that Shape Special-Needs Parenting. *Journal of Family Nursing*. 9(3): 281-304.
- Rehm, R.S. & Bradley, J.F. (2005). Normalization in families raising a child who is medically fragile/technology dependent and developmentally delayed. *Qualitative Health Research*. 15(6):807-820.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E., Seeman, T.E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*. 128(2):330-366.
- Richardson GE. (2002). The Metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 58(3): 307-321.
- Ringsberg, K.C., Alexandersson, K., Borg, K., Hensing, G. (2001). The health-line-a method for collecting data on self-rated health over time. *Scandinavian Journal of Public Health*. 29: 233-239.
- Ringsberg, K.C., Lepp, M., Finnstam, B. (2002). Experiences by patients with asthma-like symptoms as a problem-based learning health education programme. *Family Practise*. 19: 290-293.

- Rolland, J.S.& Walsh, F. (2006).Facilitating family resilience with childhood illness and disability.*Current Opinion in Pediatrics*. 18(5):527-538.
- Rubin, K.H.; Coplan, R.J.; Bowker, J.C. (2009). Social Withdrawal in Childhood. *Annual Review of Psychology*. 60: 141–171.
- Rumsey, N.,& Harcourt, D. (2005).*The Psychology of Appearance*.Open University Press, Maidenhead, UK.
- Rutter M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*.21: 119–144.
- Rutter M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. *Handbook of early childhood intervention*.2 (p.651–682). New York: Cambridge University Press.
- Rutter M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding.*Ann N Y Acad Sci*.1094: 1-12.
- Rutter M. (2007). Resilience, competence, and coping.*Child Abuse Negl*. 31: 205-209.
- Sandler IN, Tein JY, Mehta P, et.al. (2000). Coping efficacy and psychological problems of children of divorce. *Child Development*. 71(4): 1099-1118.
- Sank, J.R., Berk, N.W., Cooper, M.E., Marazita, M.L.(2003).Perceived social support of mothers of children with clefts.*The Cleft Palate-Craniofacial Journal*.40(2):165-171.
- Scheier,M.F., Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*.4(3):219-247.
- Scheier, M.F., Carver C.S. (1994). The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during in a life transition.*Personality & Social Psychology*. 82(1): 102-111.
- Schiavo R. (2007).*Health Communication: From Theory to Practice*. 1st ed. The United States of America: John Wiley & Sons, Inc.
- Schneider SL. (2001). In search of realistic optimism: meaning, knowledge, and warm fuzziness. *American Psychologist*. 56(3): 250-263.
- Schumacker RE, Lomex RG. (1996). *A Bigginer' s Guide to Structural Equation Modelling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

- Seligman M.E.P., Revich K.J., Jaycox L.H., Gillham J.E. (1995). *The Optimist Child*. New York: Houghton Mifflin.
- Seligman M.E.P. (1998). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life* (2nd Ed.). New York: Pocket Books.
- Semb, G., Brattström, V., Mølsted, K., Prah-Andersen, B., Shaw, W.C. (2005). The Eurocleft Study: Intercenter Study of Treatment Outcome in Patients With Complete Cleft Lip and Palate. Part 1: Introduction and Treatment Experience. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 42(1): 64-68.
- Sentumbwe, N. (1995). Sighted lovers and blind husbands: Experiences of blind women in Uganda. In B. Ingstad & S. Whyte (Editors). *Disability and culture*. Berkeley: University of California Press. 159-173.
- Shkoukani, M.A., Chen, M., Vong, A. (2013). Cleft Lip – A Comprehensive Review. *Frontiers in Pediatrics*. 1(53): 1-10.
- Sloper, P. (1999). Models of service support for parents of disabled children. What do we know? What do we need to know? *Child: Care, Health and Development*. 25 (2): 85-99.
- Smetana, J.G., Campione-Barr, N., Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual Review of Psychology*. 57: 255-284.
- Snyder C.R., Lopez S.J, editors. (2002). *The Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Snyder H.T., Bilboul M.J., Pope A.W. (2005). Psychosocial adjustment in adolescents with craniofacial anomalies: a comparison of parent and self-reports. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 42(5): 548-555.
- Solans M, Pane S, Estrada MD, Sutton VS, et al. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research*. 11(4). 742-764.
- Speltz, M.L., Armsden, G.C., Clarren, S.S. (1990). Effects of craniofacial birth defects on maternal functioning postinfancy. *Journal of Pediatric Psychology*. 15(2): 177-196.

- Speltz, M.L., Morton, K., Goodell, E.W., Clarren, S.K.(1993). Psychological Functioning of Children with Craniofacial Anomalies and Their Mothers: Follow-Up from Late Infancy to School Entry. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 30(5): 482-489.
- Srisilapanan P, Sheilham A.(2001). The prevalence of dental impacts on daily performance in older people in Northern Thailand.*Gerodontology*; 18: 102-108.
- Stewart MA. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*. 152; 1423-1433.
- Strauss, R.P., Sharp, M.C., Lorch, S.C., Kachalia, B.(1995).Physicians and the communication of "bad news": parent experiences of being informed of their child's cleft lip and/or palate.*Pediatrics*.96(1):82-89.
- Strauss RP, Fenson C. (2005). Experiencing the good life: literary views of craniofacial conditions and quality of life.*Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 42: 14-18.
- Strauss RP, Ramsey BL, Edwards TC, Topolski TD, Kapp-Simon KA, Thomas CR, Fenson C, Patrick DL. (2007). Stigma experiences in youth with facial differences: a multi-site study of adolescents and their mothers. *Orthodontics & Craniofacial Research*.10(2): 96 – 103.
- Sweet JJ, Tovian SM, Suchy Y. (2003). Psychological assessment in medical settings. In Graham JR, Naglieri, JA, eds. *Handbook of Psychology: Assessment Psychology*(pp. 291-315). New York: John Wiley.
- Tashakkori A, Teddlie C. (1998). *Mixed Methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. California: Sage Publications.
- Theorell, T., Blomkvist, V., Lindh, G., Evengård, B. (1999). Critical life events, infections and symptoms during the year preceding chronic fatigue syndrome (CFS): an examination of CFS patients and subjects with non-specific life crisis. *Psychosomatic Medicine*. 61: 304-310.
- Topolski TD, Edwards TG, Patrick DL. (2005). Quality of life: how do adolescents with facial differences compare with other adolescents? *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 42 (1): 25-32.

- Torbjörnsson, C.B., Michlsen, H., Kilbom, Å. (1999). Method for retrospective collection of work-related psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders: reliability and aggregation. *Journal of Occupational Health and Psychology*. 4(3): 193-206.
- Trickett, P.K., Aber, J.L., Carlson, V., Cicchetti, D. (1991). Relationship of socioeconomic status to the etiology and developmental sequelae of physical child abuse. *Developmental Psychology*. 27(1): 148-158.
- Trulsson, U., &Klingberg, G. (2003). Living with a child with a severe orofacial handicap: experiences from the perspectives of parents. *European Journal of Oral Sciences*. 111(1):19-25.
- Turner, S.R., Thomas, P.W., Dowell, T., Rumsey, N., Sandy, J.R.(1997).Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. *British Journal of Plastic Surgery*.50(1):1-9.
- Vehkakoski, T.M. (2007). Newborns with an impairment: discourses of hospital staff. *Qualitative Health Research*. 17(3):288-299.
- Vincent KA, Higginson IJ. (2003). Assessing quality of life in children. In: Carr AJ, Higginson IJ, Robinson PG, editors. *Quality of life*. London: BMJ Books.
- Wagnild GM, Young HM. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1: 165-178.
- Wallander, J.L. &Varni, J.W. (1995). Appraisal, coping and adjustment in adolescents with a physical disorder. In: Wallander, J.L. & Siegel, L.J. *Adolescent Health Problems: Behavioral Perspectives*. Guildford Press, New York, USA.209-231.
- Watson, D., Townsley, R., Abbott, D. (2002). Exploring multi-agency working in services to disabled children with complex healthcare needs and their families. *Journal of Clinical Nursing*. 11(3):367-375.
- Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg C.D., Elinson J. Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies. *Am J Cardiol*. 54(7): 908-913.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the The World Health Organization. *SocSci Med*. 41: 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and psychometric properties. *Soc Sci Med*; 46: 1569-1585.

- Williams, A.C., Bearn, D., Mildinhal, S., Murphy, T., Sell, D., Shaw, W.C., Murray, J.J., Sandy, J.R. (2001). Cleft lip and palate care in the United Kingdom—the Clinical Standards Advisory Group (CSAG) Study. Part 2: dentofacial outcomes and patient satisfaction. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 38 (1):24-29.
- World Health Forum. (1988). WHO from small beginnings. *WHO Forum Interview*; 9: 29-34.
- World Health Organization.(2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Worthman CB. (1984). Social support and the cancer patient: conceptual and methodologies issues. *American Journal of The Cancer Society*. 53: 25-34.
- Wright MO, Fopma-Loy J, Fischer S. (2005).Multidimensional assessment of resilience in mothers who are child sexual abuse survivors.*Child Abuse Negl*; 29: 1173-1193.
- Wyszynski DF, Perandones, Yannibelli P, Bennun RD. (2005). Family Environmental of Individuals with Oral Clefts in Argentina. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*; 42(2): 185-191
- Yin, R.K. (2003).*Case Study Research: Design and Methods*. 3rd ed. Applied Social Research Methods Series Volume 5. CA: Sage Publication.
- Young, J.L.,O’Riordan, M., Goldstein, J.A., Robin, N.H. (2001). What information do parents of new-borns with cleft lip, palate, or both want to know?*The Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 38(1): 55-58.



ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์
หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



62 หมู่ 7 อำเภอองครักษ์
จังหวัดนครนายก 26120
โทร.0-3739-5085 ต่อ 81516

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์แบบเร่งพิเศษ (Expedited Review)

SWUEC/EX เลขที่หนังสือรับรอง 1/2553

ชื่อโครงการ	ลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่
	Psychological aspects and social experience affecting health-related quality of life of adolescents with cleft lip and palate
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	คุณจุฑารัตน์ จิมเรือง / นิติบัญญัติเอก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
SWUEC รหัสโครงการ	SWUEC/EX 1-2/2553
สถานที่ทำการวิจัย	ศูนย์การแพทย์ฯ คณะแพทยศาสตร์ มศว
เอกสารรับรอง	- แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณา - หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์
วันที่รับรอง	18 สิงหาคม 2553
วันหมดอายุ	17 สิงหาคม 2554

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตามประกาศเลขที่

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานสิริ พันธุ์สุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ

ลงนาม.....

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ที่ ศช 0521.1.03/ 944



คณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตู้ไปรษณีย์เลขที่ 17

ที่ทำการไปรษณีย์โทรเลขคอหงส์

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า

โครงการวิจัยเรื่อง “ลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปวก
แห้วเพดานโหว่”

หัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี

สังกัดหน่วยงาน สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย (Ethics Committee)
ซึ่งเป็นคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาการวิจัยในคนของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แล้ว
ในคราวประชุมครั้งที่ 5/2554 เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2554

ให้ไว้ ณ วันที่ 3 ต.ค. 2554

(รองศาสตราจารย์ ดร.วี เถียรไพศาล)

รักษาการในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายวิจัย

ประธานกรรมการ

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพ.นพ.สุรพงษ์ วงศ์วิชานนท์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทพญ.สรียา ศรีสินทร)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.อังคณา เขียวมนตรี)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นพ.พรชัย สติระปัญญา)

.....กรรมการ
(อาจารย์วศิน สุวรรณรัตน์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ทพญ.สุพชรินทร์ พิวัฒน์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ทพ.กมลพันธ์ เนื่องศรี)

ที่ ศธ 0519.13/๐6/๗



สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

10 สิงหาคม 2553

เรื่อง ขออนุญาตและให้ในการเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

เนื่องด้วย ทันตแพทย์หญิงจุฑารัตน์ ฉิมเรือง นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤกษศาสตร์ประยุกต์ (แบบ 2 มีวิชาเรียน) สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินปริญญานิพนธ์เรื่อง "ลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อ้อมเดือน สดมณี และรองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์หญิง ดร.พัชรารัตน ศรีติลปะนันท์ เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษา

ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย ด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่อายุ 12-17 ปี ที่กำลังรับการรักษาในคลินิกทันตกรรมจัดฟัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวนทั้งสิ้น 14 คน สถาบันฯจึงใคร่ขอขออนุญาตจากท่าน ในการอนุญาตให้ ทันตแพทย์หญิงจุฑารัตน์ ฉิมเรือง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยในระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน 2553 ทั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมี อาจารย์ทันตแพทย์หญิงนันทิ นันทวนิชย์ อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมจัดฟันเป็นผู้ดูแลประสานงานและยินดีให้เป็นผู้ร่วมนิพนธ์ในการตีพิมพ์บทความวิชาการจากผลงานวิจัยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ ทันตแพทย์หญิงจุฑารัตน์ ฉิมเรือง ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินท์ ชูชม)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์

สำนักงานผู้อำนวยการ โทร. 02-649-5000 ต่อ 7600

โทรสาร 02-649-51682

หมายเหตุ ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทร. 08-9442-0671

ใบยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

วันที่

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....

หมู่ที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทน นาย/ นางสาว/ เด็กชาย/ เด็กหญิง

มีความเกี่ยวข้องเป็น

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

- ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ น.ส.จุฑารัตน์ นิยมเรือง เรื่อง ลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่
- ข้อ 2. ข้าพเจ้า ยินยอมให้บุคคลที่ข้าพเจ้ามีอำนาจทำการแทนตามที่ระบุข้างต้น เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจ โดยมิได้มีการบังคับขู่เข็ญ หลอกลวงแต่ประการใด
- ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ รวมทั้งแนวทางการถอนตัวออกจากงานวิจัย ค่าตอบแทนที่จะได้รับ โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับ คำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ
- ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้ถูกทำวิจัยเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น
- ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่า หากมีอันตรายใด ๆ อันเกิดขึ้นจากการวิจัยดังกล่าว ผู้ถูกทำวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลจากคณะผู้วิจัย โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าว ตลอดจน มีสิทธิได้รับค่าทดแทนความ พิกัดที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยตามสมควร
- ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบแล้วว่าผู้ถูกทำวิจัยมีสิทธิจะบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ และการบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาโรคที่ผู้ถูกทำวิจัยจะพึงได้รับต่อไป
- ข้อ 7. หากข้าพเจ้า/ผู้ถูกทำวิจัย มีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย สามารถติดต่อกับ น.ส.จุฑารัตน์ นิยมเรือง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ xxx-xxx-xxxx
- ข้อ 8. หากผู้ถูกทำวิจัย ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์หรือผู้แทน ได้ที่ ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทรศัพท์ 0-3739-5085-6 ต่อ 10513

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญพร้อมกับหัวหน้าโครงการวิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(นางสาวจุฑารัตน์ นิยมเรือง)

ผู้มีอำนาจทำการแทน

หัวหน้าโครงการวิจัย

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

พยาน

พยาน

เอกสารแจ้งข้อมูลแก่ผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลสัมภาษณ์
เรียน วัยรุ่นและผู้ปกครองผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวจุฑารัตน์ ฉิมเรือง ปัจจุบันกำลังศึกษาในระดับปริญญาเอกสาขาการวิจัยพฤกษศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ลักษณะทางจิตและประสบการณ์ทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่” โดยการวิจัยเรื่องนี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันของคณะทันตแพทยศาสตร์และไม่เกี่ยวข้องกับการจัดลำดับหรือตัดสินใจการรักษาที่ท่านได้รับอยู่ในปัจจุบัน ประโยชน์ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ จะทำให้ได้ข้อมูลประสบการณ์ชีวิตของวัยรุ่นเพื่อพัฒนาเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ อีกทั้งค้นหาวัยรุ่นที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในกลุ่มเสี่ยง เพื่อดำเนินการแก้ไข ป้องกันและช่วยเหลือต่อไป

ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญและสามารถให้ข้อมูลดังกล่าวได้เป็นอย่างดี จึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในการเสียสละเวลาอันมีค่าในการสัมภาษณ์ครั้งนี้

แต่ละท่านที่ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ครบถ้วนจะได้รับชุดผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากเป็นของตอบแทน 1 ชุดโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

(นางสาวจุฑารัตน์ ฉิมเรือง)

นิสิตปริญญาเอก

โทรศัพท์ xxx-xxx-xxxx อีเมล xxxxxxxxx@hotmail.com

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยระยะที่ 1
แบบสัมภาษณ์วัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในงานวิจัยระยะที่ 1

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ในงานวิจัยระยะที่ 1

ชื่อ-สกุล

สถานที่ทำงาน

1. ผศ.ดร.วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผศ.ดร.อ้อมเดือน สดมณี สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ชีวิตของวัยรุ่น

การสัมภาษณ์ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของน้องในด้านชีวิตครอบครัว ชีวิตในโรงเรียน และการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม รวมทั้งการรับบริการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามฉบับนี้จะถูกวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น โดยประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากน้องจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีแก่วัยรุ่นที่มีปากแหว่งเพดานโหว่แต่กำเนิดต่อไป

ขอให้น้องตอบโดยแสดงความคิดเห็นจากประสบการณ์จริงของตัวเอง ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ และจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณน้องๆทุกคนเป็นอย่างสูงที่ได้สละเวลาให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นอย่างดี

ลักษณะส่วนบุคคลของวัยรุ่นผู้ตอบ

1. เพศ ชาย ☐ หญิง ☐
2. อายุ ปี.....เดือน
3. กำลังศึกษาระดับชั้น ม.1 ☐ ม.2 ☐ ม.3 ☐ ม.4 ☐ ม.5 ☐ ม.6 ☐
4. ที่ตั้งบ้าน กรุงเทพฯ ☐ จังหวัด.....
5. ในบ้านที่อาศัยอยู่ปัจจุบันมีสมาชิกครอบครัวทั้งหมด.....คน (รวมผู้ตอบ)
6. ครอบครัวของวัยรุ่นมีรายได้รวมกัน เดือนละ.....บาท
7. วัยรุ่นมีปากแหว่งเพดานโหว่ ด้านเดียว (ขวาหรือซ้าย) ☐ สองด้าน (ขวาและซ้าย) ☐
8. ผ่าตัดในช่องปากและใบหน้าครั้งสุดท้ายเมื่อเดือน.....ปีพ.ศ 25.....
9. พาหนะเดินทางมาคณะทันตแพทยศาสตร์ รถส่วนตัว ☐ รถขนส่งมวลชน ☐
10. บุคคลที่เดินทางมาคณะด้วย ลำพังวัยรุ่น ☐ พ่อ ☐ แม่ ☐

หน้าต่อไปค่ะ➡

เริ่มต้นแบบสัมภาษณ์

ให้น้องวาดภาพอะไรก็ได้ตามจินตนาการ ที่สื่อถึง “ตัวของฉัน” แล้วเล่าอธิบายภาพนี้



หน้าต่อไปค่ะ ➡

ก่อนตอบคำถามต่อไปนี้ ขอให้น้องนึกถึงภาพเหตุการณ์ที่คิดว่ายังจำได้ดีชัดเจนที่สุดหรือเกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ตั้งแต่ก.พ.53) น้องพยายามนึกภาพเหตุการณ์นั้นสักครู่ และระลึกถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์นั้น

1. น้องเคยรู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจตัวเอง ในเหตุการณ์อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

น้องคิดว่า “ความรู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจตัวเองที่เกิดขึ้น เป็นเพราะปากแห่งเพดานโหว่”

โดยเลือกตอบจากระดับคะแนน 1 ถึง 10

1 _____ 10

จริงน้อยที่สุด

จริงมากที่สุด

เหตุผล.....

.....

.....

2. หากน้องมีความรู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจตัวเอง น้องมีวิธีทำอย่างไรให้กลับมาพึงพอใจตัวเองอีกครั้ง

.....

.....

.....

.....

3. ในครอบครัวของน้องอยู่ด้วยกันกี่คน ใครบ้าง น้องรู้สึกประทับใจแต่ละคนเรื่องอะไร

ใส่เครื่องหมาย / ใน ()

() พ่อ

.....

() แม่

.....

() พี่น้อง

.....

4. น้องเคยรู้สึกโกรธ โมโห หงุดหงิด หรือไม่พอใจเพื่อนในโรงเรียน ด้วยเรื่องอะไรบ้าง เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด

.....

ลองเล่าตัวอย่างมาซัก 1 เหตุการณ์ว่าน้องทำอะไรบ้าง

.....

เหตุการณ์นี้มีผลสะท้อนความรู้สึกของตัวเองมากน้อยเพียงใด โดยเลือกตอบจากระดับคะแนน 1 ถึง 10

1 _____ 10

รุนแรงน้อยที่สุด

รุนแรงมากที่สุด

5. น้องมีกลุ่มเพื่อนที่สนิทสนมกัน คบกันมานานเท่าไร ชอบทำกิจกรรมอะไรกันบ้าง

.....

.....

.....

สมมติว่าเด็กคนอื่นที่มีปากแหว่งเพดานโหว่เหมือนน้อง ถูกเพื่อนนักเรียนแกล้งหรือล้อเลียน น้องอยากจะบอกแนะนำให้เค้าทำตัวอย่างไรดี

.....

.....

.....

6. ในโรงพยาบาลหรือคลินิก น้องประทับใจใครบ้างที่ช่วยดูแลรักษาพยาบาลตัวเอง

ใส่เครื่องหมาย / ใน ☐

- ☐ หมอผ่าตัด ☐ หมอจัดฟัน
- ☐ หมอวางยาสลบ ☐ หมอฟันสำหรับเด็ก
- ☐ หมอเด็ก ☐ หมอจิต
- ☐ พยาบาล ☐ ผู้ช่วยข้างเก้าอี้หมอฟัน
- ☐ นักจิตวิทยา ☐ นักสังคมสงเคราะห์
- ☐ นักฝึกพูด ☐ อื่นๆ ระบุ.....

น้องประทับใจแต่ละคนด้วยเรื่องอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....



ขอขอบคุณทุกคำตอบอย่างยิ่ง



หน้าสุดท้ายค่ะ

ภาคผนวก ค

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยระยะที่ 2

ชื่อแบบวัดที่ใช้ในงานวิจัยระยะที่ 2

แบบสอบถามวัยรุ่นนปากแห้งเพดานโหว่ในงานวิจัยระยะที่ 2

คุณภาพเครื่องมือวัดในงานวิจัยระยะที่ 2

การเขียนคำสังเคราะห์ข้อมูลของวัตถุประสงคการวิจัยที่ 3 ในงานวิจัยระยะที่ 2

การเขียนคำสังเคราะห์ข้อมูลของวัตถุประสงคการวิจัยที่ 4 ในงานวิจัยระยะที่ 2

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยระยะที่ 2

ชื่อ-สกุล	สถานที่ทำงาน
1. ผศ.ดร.วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี	สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผศ.ดร.อ้อมเดือน สดมนี	สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. รศ.งามตา วนันทานนท์	สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. รศ.พญ.ดร.นิรมล พจน์สุนทร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
5. อ.ทญ.นันทินี นันทวนิชย์	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ชื่อแบบวัดที่ใช้ในงานวิจัยระยะที่ 2

ตาราง 53 ชื่อแบบวัดที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2

ชื่อแบบวัดที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ชื่อแบบวัดตามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	จำนวนข้อ
1. สุขภาพของฉัน	1.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	21
2. ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง	2.ความหย่นตัว	11
3. ความคิดเห็นของฉัน	3.การมองโลกในแง่ดี	7
4. ความสามารถของฉัน	4.การรับรู้ความสามารถในการจัดการความเครียด	16
5. ฉันกับพ่อแม่	5.การสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา	13
6. ฉันกับเพื่อนๆ	6.การยอมรับทางสังคมจากเพื่อน	12
7. บรรยากาศในการ รักษาพยาบาล	7.การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย วัยรุ่น	13

เริ่มทำแบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม _____

แบบสอบถามสำหรับวัยรุ่น 11-18 ปี

คำถามทั่วไปเกี่ยวกับวัยรุ่น

คำชี้แจง คำถามตอนนี้เป็นแบบเติมคำ หรือขีด ✓ ลงใน ☐ ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับวัยรุ่นและครอบครัวของตนเอง

ชื่อเล่นของฉัน คือ.....

1. ฉัน เพศ : ☐ชาย ☐หญิง

2. ขณะนี้ฉันอายุ.....ปี (เศษของปีนับเป็น 1 ปี)

3. ขณะนี้ฉันเรียน ☐ประถมศึกษา ☐ ม.1 ☐ ม.2 ☐ ม.3
☐ ม.4 ☐ ม.5 ☐ ม.6 ☐ปริญญาตรี

4. ฉันเคยมีปากแหว่งเพดานโหว่ ☐ ด้านขวาเท่านั้น ☐ ด้านซ้ายเท่านั้น ☐ ด้านขวาและซ้าย

5. ฉันเคยได้รับการผ่าตัดแก้ไขปากแหว่งเพดานโหว่ จำนวน.....ครั้ง

6. ครอบครัวของฉันมีรายได้ทั้งสิ้นประมาณเดือนละ (เลือก 1 คำตอบ)

☐ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ☐ 5,001 ถึง 10,000 บาท ☐ 10,001 ถึง 15,000 บาท
☐ 15,001 ถึง 20,000 บาท ☐ 20,001 ถึง 25,000 บาท ☐ 25,001 ถึง 30,000 บาท
☐ 30,001 ถึง 35,000 บาท ☐ มากกว่า 35,001 บาทขึ้นไปต่อเดือน

7. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ใช้จ่ายจากรายได้ข้างบนนี้.....คน*
 (ไม่รวมคนรับใช้และคนงาน)

เปิดหน้าต่อไป

1. สุขภาพของฉัน

คำแนะนำในการตอบ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ แล้วกาเครื่องหมาย✓ลงบน เหนือตัวเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อที่ตรงกับลักษณะ ความรู้สึก หรือประสบการณ์ของท่าน ว่าเกิดขึ้นบ่อยมากน้อยเพียงใด ภายใน 6 เดือนจนถึงปัจจุบัน

กรุณาตอบให้ครบทั้ง 21 ข้อ

1.ฉันมีอาการปวดฟัน ริมฝีปาก หรือขากรรไกร

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

2.ฉันเจ็บแผลที่เหงือกหรือเนื้อเยื่อในช่องปาก

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

3.แม้ฉันจะแปรงฟันแล้ว ฉันยังมีกลิ่นปาก

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

4.เหงือกของฉันมีเลือดซึมหลังแปรงฟัน

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

5.ร่างกายของฉันเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าเพื่อนหรือพี่น้อง

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

6.ฉันใช้เวลารับประทานอาหารแต่ละมื้อนานกว่าคนอื่น

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

เปิดหน้าต่อไป

7.ฉันพูดออกเสียงคำต่างๆได้ไม่ชัดเจน

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย	

8.ฉันต้องใช้ปากช่วยในการหายใจ

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย	

9.ฉันดูน้ำจากหลอดได้ลำบาก

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย	

10.ฉันได้ยินเสียงต่างๆไม่ชัดเจน

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย	

11. ความเจ็บป่วยทำให้ฉันทำกิจวัตรประจำวันตามปกติไม่ได้

ฉันเป็นเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย	

12.ฉันรู้สึกวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับใบหน้าและฟันของฉัน

ฉันรู้สึกเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย	

13.ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ตนเองแตกต่างจากคนอื่น

ฉันรู้สึกเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย	

14.เมื่ออยู่ต่อหน้าคนที่ฉันคุ้นเคย ฉันมักรู้สึกอาย

ฉันรู้สึกเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย	

15.ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่สุขภาพของฉันไม่แข็งแรงเหมือนคนอื่น

ฉันรู้สึกเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

16.ฉันกังวลใจว่าตนเองจะไม่สวยหรือหล่อเท่าคนอื่น

ฉันรู้สึกเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

17.ฉันถูกเพื่อนตั้งฉายาล้อเลียน

ฉันประสบเช่นนี้	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

18.ฉันรู้สึกเหมือนถูกเพื่อนทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว

ฉันรู้สึกเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

19.ฉันมักปฏิเสธคำชวนให้ไปเล่นร่วมกับเพื่อน

ฉันทำเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

20.ฉันไม่อยากจะคบหากับใครๆ

ฉันทำเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

21.ฉันรู้สึกว่าตนเองเริ่มต้นทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ได้ยากลำบาก

ฉันรู้สึกเช่นนี้...	.....	.....	.....	.....	.....
	เสมอ	บ่อยครั้ง	เป็นครั้งคราว	เกือบไม่เคย	ไม่เคยเลย

2. ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง

คำแนะนำในการตอบ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ แล้วกาเครื่องหมาย✓ ลงบน เหนือตัวเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

กรุณาตอบให้ครบทั้ง 11 ข้อ

1.ฉันปรารถนาจะทำในสิ่งที่จะทำให้ชีวิตของฉันก้าวหน้า

.....
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.เมื่อมีปัญหายุ่งยากเกิดขึ้น ฉันมักมีวิธีแก้ไขปัญหาคำได้เสมอ

.....
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.ฉันสามารถยืนหยัดเป็นตัวของตัวเองได้เมื่อจำเป็น

.....
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4.ฉันสามารถพึ่งพาตนเองมากกว่าจะพึ่งพาคนอื่น

.....
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5.เมื่อฉันวางแผนแล้ว ฉันทำตามแผนที่วางไว้ได้

.....
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6.เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ฉันมักเป็นที่พึ่งพาของคนอื่น

.....
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

7.ประสบการณ์ความลำบากในอดีต ทำให้ฉันสามารถผ่านปัญหาต่างๆในปัจจุบันได้

.....
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เปิดหน้าต่อไป

8.ฉันเป็นเพื่อนที่ดีของตัวเอง

.....					
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

9.ฉันมีพลังผลักดันให้ทำในสิ่งที่ฉันต้องทำได้เสมอ

.....					
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

10. ฉันมีเป้าหมายในชีวิตของฉัน

.....					
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

11.ฉันให้ความสนใจกับสิ่งต่างๆรอบข้างตนเอง

.....					
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง



3. ความคิดเห็นของฉัน

คำแนะนำในการตอบ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ แล้วกาเครื่องหมาย✓ ลงบน เหนือตัวเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

กรุณาตอบให้ครบทั้ง 7 ข้อ

1.ฉันคิดว่ามีโอกาสน้อยที่ครอบครัวของฉันจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

2.เป็นเรื่องยากที่ฉันจะมีสุขภาพแข็งแรงมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

3.ฉันคิดว่าฉันขาดความสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาความขัดแย้งในกลุ่มเพื่อน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

4.ฉันคิดว่าเพื่อนที่ฉันคบหามานาน ก็อาจเป็นคนที่กำลังคิดร้ายต่อฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

5. ฉันคิดว่ามีโอกาสน้อยที่เรื่องดีๆ จะเกิดขึ้นกับฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

6.ถึงแม้ฉันจะพยายามมากขึ้นกว่านี้ ก็คงไม่ทำให้เกิดผลงานที่ดีขึ้นกว่าเดิม

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

7.ฉันเชื่อว่าสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นกับฉันแล้วนั้น จะยังคงส่งผลกระทบต่อฉันตลอดไป

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เปิดหน้าต่อไป

4. ความสามารถของฉัน

คำแนะนำในการตอบ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ แล้วทำเครื่องหมายวงกลม **O** ล้อมรอบตัวเลข เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ ที่ตรงกับระดับความมั่นใจในความสามารถของท่านที่จะกระทำดังต่อไปนี้

กรุณาตอบให้ครบทั้ง 16 ข้อ

1. เมื่อริมฝีปากแห้งหรือรอยแผลเป็นเด่นชัด ฉันยอมรับว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดแก้ไขปากแหว่งเพดานโหว่

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ					มั่นใจมากที่สุด	
ทำได้				ได้					ว่าทำได้	

2. เมื่อริมฝีปากแห้งหรือรอยแผลเป็นเด่นชัด ฉันสามารถทำใจยอมรับความจริงว่ามีบางสิ่งที่แก้ไขไม่ได้

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ					มั่นใจมากที่สุด	
ทำได้				ได้					ว่าทำได้	

3. ฉันสามารถขอคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจากหมอได้

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ					มั่นใจมากที่สุด	
ทำได้				ได้					ว่าทำได้	

4. ฉันเคี้ยวอาหารอย่างระมัดระวังเวลารับประทานอาหาร

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ					มั่นใจมากที่สุด	
ทำได้				ได้					ว่าทำได้	

5. ฉันสามารถหัวเราะหรือยิ้มต่อหน้าคนอื่นได้อย่างเปิดเผย

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ					มั่นใจมากที่สุด	
ทำได้				ได้					ว่าทำได้	

เปิดหน้าต่อไป

6. เมื่อฉันมีปัญหาพูดไม่ชัด ฉันสามารถหัดพูดกับคนอื่นให้มากขึ้น

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ						มั่นใจมากที่สุด
ทำได้				ได้						ว่าทำได้

7. เมื่อฉันมีปัญหาพูดไม่ชัด ฉันเข้ารับการฝึกพูดจากผู้เชี่ยวชาญ

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ						มั่นใจมากที่สุด
ทำได้				ได้						ว่าทำได้

8. เวลาฉันคิดว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่นฉันหยุดความคิดนั้นได้

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ						มั่นใจมากที่สุด
ทำได้				ได้						ว่าทำได้

9. เมื่อรู้สึกไม่พอใจตนเองเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ ฉันสามารถทำจิตใจให้สงบลง

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ						มั่นใจมากที่สุด
ทำได้				ได้						ว่าทำได้

10. เวลาฉันรู้สึกแตกต่างจากคนอื่นฉันสามารถบอกตนเองว่าคิดไปเองทั้งนั้น

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ						มั่นใจมากที่สุด
ทำได้				ได้						ว่าทำได้

11. เมื่อรู้สึกไม่พอใจตนเองเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ ฉันสามารถขอความเห็นอกเห็นใจจากคนใกล้ชิด

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ						มั่นใจมากที่สุด
ทำได้				ได้						ว่าทำได้

12. แม้มีนัดรักษาพยาบาลในวันเรียน ฉันจะสางงานให้ทันส่งครูทุกครั้ง

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่า						มั่นใจมากที่สุด
ทำได้				ทำได้						ว่าทำได้

13. เมื่อฉันโดนคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก ฉันคิดเสียว่าตนเองได้รับความสนใจจากพวกเขา

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ					มั่นใจปานกลางว่าทำ					มั่นใจมากที่สุด
ทำได้					ได้					ว่าทำได้

14.ฉันมาใช้บริการรักษาทุกครั้ง แม้ตรงกับเวลาเรียน

0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
ไม่สามารถ					มั่นใจปานกลางว่า					มั่นใจมากที่สุด
ทำได้					ทำได้					ว่าทำได้

15. เมื่อฉันโดนคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก ฉันสามารถอดทนอดกลั้นได้

0 1 2 3 4. 5 6 7 8 9 10

ไม่สามารถ มั่นใจปานกลางว่าทำ มั่นใจมากที่สุด
ทำได้ ได้ ว่าทำได้

16. เมื่อฉันโดนคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก ฉันขอกำลังใจจากครอบครัวหรือเพื่อน

	0	1	2	3	4.	5	6	7	8	9	10
	ไม่สามารถ				มั่นใจปานกลางว่าทำ						มั่นใจมากที่สุด
	ทำได้				ได้						ว่าทำได้

5. ฉันกับพ่อแม่

คำแนะนำในการตอบ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ แล้วกาเครื่องหมาย✓ ลงบน เหนือตัวเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อที่ตรงตามความจริงของครอบครัวท่านมากที่สุด

กรุณาตอบให้ครบทั้ง 13 ข้อ

1.แม้ว่าคนอื่นจะไม่เข้าใจฉัน แต่ฉันก็มีพ่อแม่ที่เข้าใจฉัน

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

2. เมื่อฉันท้อแท้ พ่อแม่คอยให้กำลังใจฉันเสมอ

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เปิดหน้าต่อไป

3. พ่อแม่คอยปลอบโยนเวลาฉันไม่สบายใจ

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

4. ในยามคับขัน พ่อแม่เป็นกำลังใจให้ฉันผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

5. ฉันคิดว่าพ่อแม่ไม่สามารถบรรเทาความทุกข์ใจของฉันได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

6. พ่อแม่รับฟังเรื่องต่างๆของฉันอย่างตั้งใจ

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

7. ฉันสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพ่อแม่ได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

8. พ่อแม่แนะนำฉันให้เห็นความสำคัญของการรักษาสุขภาพ

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

9. ฉันมีพ่อแม่เป็นที่ปรึกษาหลักในการดำเนินชีวิต

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

10. พ่อแม่ไม่เคยถามเรื่องความเจ็บป่วยของฉันเลย

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

11. พ่อแม่สนับสนุนฉันให้ใช้เวลาว่างผ่อนคลาย เช่น ดิตั้งอินเทอร์เน็ต จัดหาเครื่องดนตรี อุปกรณ์กีฬา เป็นต้น

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

12. พ่อแม่จัดหาอุปกรณ์การเรียนมาให้ฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

13. พ่อแม่จัดเตรียมเงินไว้จ่ายค่ารักษาพยาบาลของฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

6. ฉันกับเพื่อนๆ

คำแนะนำในการตอบ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ แล้วกาเครื่องหมาย✓ลงบน เหนือตัวเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อที่ตรงตามความจริงของท่านมากที่สุด

กรุณาตอบให้ครบทั้ง 12 ข้อ

1. เพื่อนๆ ยอมรับนิสัยของฉันได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

2. เพื่อนๆ อยากทำความรู้จักกับครอบครัวหรือเพื่อนเก่าของฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

3. เพื่อนๆ เข้าใจสีหน้าและท่าทางของฉันเวลารู้สึกไม่พอใจ

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

4. เพื่อนๆ รู้จักที่ตั่งบ้านของฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

5. เพื่อนๆ มองเห็นคุณค่าในตัวฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

6. เพื่อนๆ กับฉันมีความสามัคคีกันดี

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

7. เพื่อนๆ กับฉันมีความผูกพันแน่นแฟ้นระหว่างกัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เปิดหน้าต่อไป

8. เพื่อนๆ แสดงความพึงพอใจที่คบหากับฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

9. เวลาที่ฉันอยู่กับฉันสามารถพูดคุยปรึกษากันได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

10. เมื่อฉันมีปัญหาด้านการเรียน เพื่อนพร้อมให้ความช่วยเหลือฉันอย่างเต็มที่

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

11. เพื่อนๆ ช่วยตักเตือนฉันไม่ให้ทำผิด

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

12. เพื่อนกับฉันแบ่งปันสิ่งของให้หยิบยืมกันได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

7. บรรยายภาคในการรักษาพยาบาล

คำแนะนำในการตอบ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความ แล้วกาเครื่องหมาย✓ลงบน เหนือตัวเลือก เพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านมากที่สุด

หมอ/พยาบาล หมายถึง หมอ หมอพื้น หรือพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษาพยาบาลท่านภายใน 6 เดือนถึงปัจจุบัน

กรุณาตอบให้ครบทั้ง 13 ข้อ

1. หมอ/พยาบาลได้ถามอาการของฉันอย่างห่วงใย

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

2. หมอ/พยาบาลปฏิบัติต่อฉันอย่างนุ่มนวล

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เปิดหน้าต่อไป

3. หมอ/พยาบาลดูแลเอาใจใส่อย่างเต็มที่

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

4. หมอ/พยาบาลแสดงความเป็นกันเองกับฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

5. ก่อนรักษาพยาบาล หมอ/พยาบาลบอกฉันทุกครั้งว่าจะทำอะไรและผลเป็นอย่างไร

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

6. หมอ/พยาบาลได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและวิธีการรักษาให้ฉันฟังอย่างง่ายๆ

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

7. ฉันรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วยจากหมอ/พยาบาล

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

8. หมอ/พยาบาลได้ชี้แจงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหรือกำลังเกิดขึ้นกับสุขภาพของฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

9. หมอ/พยาบาลอธิบายศัพท์ทางการแพทย์หรือภาษาอังกฤษด้วยภาษาที่ฉันเข้าใจได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

10. หมอ/พยาบาลใช้เวลาตอบข้อสงสัยของฉันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

11. หมอ/พยาบาลใช้สื่อมาประกอบการอธิบาย (เช่น รูปภาพ แบบจำลอง แผ่นพับ เป็นต้น) เพื่อให้ฉันเข้าใจมากขึ้น

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

12. หมอ/พยาบาลตั้งใจรับฟังความคิดเห็นของฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

13. หมอ/พยาบาลให้ฉันเสนอแนะติชมการบริการได้ตลอดเวลา

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

😊 ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่กรุณาใช้เวลาอันมีค่าค่ะ 😊
 กรุณาส่งคืนแบบสอบถามนี้และรับของตอบแทน 1 ชุดฟรี
 ทุกคำตอบสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ในอนาคต

หน้าสุดท้ายค่ะ

คุณภาพเครื่องมือวัดความหยุนตัว

ตาราง 54 ค่าที ค่าอำนาจจำแนก (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม: r_{ct})

ค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายใน (R^2) และผลการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยัน (ค่าสัมประสิทธิ์น้ำหนักองค์ประกอบ) ของเครื่องมือวัดความหยุนตัว

ข้อคำถาม	t-ratio	r_{ct}	ค่าสปส.น้ำหนักองค์ประกอบ		R^2
			Boun	Est	
1 ฉันปรารถนาจะทำในสิ่งที่จะทำให้ชีวิตของฉันก้าวหน้า	8.403	.353	0.53		0.28
2 เมื่อมีปัญหายุ่งยากเกิดขึ้น ฉันมักมีวิธีแก้ไขปัญหานั้นได้เสมอ	9.044	.395	0.60		0.36
3 ฉันสามารถยืนหยัดเป็นตัวของตัวเองได้เมื่อจำเป็น	10.072	.520	0.73		0.53
4 ฉันสามารถพึ่งพาตนเองมากกว่าจะพึ่งพาคนอื่น	7.865	.373	0.54		0.30
5 เมื่อฉันวางแผนแล้ว ฉันทำตามแผนที่วางไว้ได้	8.947	.515		0.59	0.34
6 เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน ฉันมักเป็นที่พึ่งพาของคนอื่น	6.673	.369		0.46	0.21
7 ประสบการณ์ความลำบากในอดีต ทำให้ฉันสามารถผ่านปัญหาต่างๆในปัจจุบันได้	8.823	.589		0.61	0.37
8 ฉันเป็นเพื่อนที่ดีของตัวเอง	8.369	.449		0.54	0.29
9 ฉันมีพลังผลักดันให้ทำในสิ่งที่ฉันต้องทำได้เสมอ	10.554	.549		0.70	0.50
10 ฉันมีเป้าหมายในชีวิตของฉัน	11.135	.572		0.72	0.52
11 ฉันให้ความสนใจกับสิ่งต่างๆรอบข้างตนเอง	7.841	.573		0.58	0.34

ตาราง 55 จำนวนข้อ ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
(ค่าสัมประสิทธิ์น้ำหนักองค์ประกอบ) ของเครื่องมือวัดความหยุนตัวจำแนกตามองค์ประกอบ

ด้าน	ข้อความ		ค่าความ เชื่อมั่น (α)	ค่าสปส.น้ำหนัก องค์ประกอบ	จำนวน ข้อ
	ทางบวก	ทางลบ			
ความสามารถฟื้นตัว	ข้อ 1, 2, 3, 4	-	.598	0.78	4
การยอมรับชีวิตตน	ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	-	.789	1.00	7
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .811					11

ตาราง 56 ค่าสถิติทดสอบความสอดคล้องของแบบจำลองการวัดตัวแปรความหยุนตัวในกลุ่มรวม
จำนวน 221 คน

รูปแบบโครงสร้าง	χ^2	df	p-value	RMSEA	SRMR	NNFI	CFI
ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล							
เกณฑ์พิจารณา	ไม่มีนัยสำคัญ		>.05	<.08	<.08	>.90	>.90
	ทางสถิติ						
2 องค์ประกอบ	61.52	53	.197	.037	.058	.97	.98

จากตาราง 56 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยใช้ในการตรวจสอบจะเห็นได้ว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นนี้สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของตัวแปรสังเกตแต่ละตัวในตัวแปรแฝงความหยุนตัวพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตความสามารถฟื้นตัวและตัวแปรสังเกตการยอมรับชีวิตตน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .78 และ 1.00 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงระหว่างตัวแปรความหยุนตัวด้านต่างๆ กับองค์ประกอบรวม พบว่าองค์ประกอบรวมพลังสุขภาพจิตสามารถอธิบายความแปรปรวนของความหยุนตัวด้านความสามารถฟื้นตัวและด้านการยอมรับชีวิตตนได้ร้อยละ 68

คุณภาพเครื่องมือวัดการมองโลกในแง่ดี

ตาราง 57 ค่าที่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของเครื่องมือวัดการมองโลกในแง่ดี

ข้อคำถาม		t-ratio	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	ฉันคิดว่ามีโอกาสน้อยที่ครอบครัวของฉันจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข	14.210	.547	.865
2	เป็นเรื่องยากที่ฉันจะมีสุขภาพแข็งแรงมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน	14.320	.575	.859
3	ฉันคิดว่าฉันขาดความสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาความขัดแย้งในกลุ่มเพื่อน	13.520	.676	.846
4	ฉันคิดว่าเพื่อนที่ฉันคบมานาน ก็อาจเป็นคนที่กำลังคิดร้ายต่อฉัน	12.551	.624	.852
5	ฉันคิดว่ามีโอกาสน้อยที่เรื่องดีๆ จะเกิดขึ้นกับฉัน	20.718	.743	.835
6	ถึงแม้ฉันจะใช้ความพยายามมากขึ้นกว่านี้ ก็คงไม่ทำให้เกิดผลงานที่ดีขึ้นกว่าเดิม	17.451	.702	.842
7	ฉันเชื่อว่าสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นกับฉันแล้วนั้น จะยังคงส่งผลกระทบต่อฉันตลอดไป	13.780	.661	.847

ตาราง 58 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการมองโลกในแง่ดี

ด้าน	ข้อความ		ค่าความเชื่อมั่น (α)	จำนวนข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
กรณีที่กำลังเผชิญกับปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง	-	ข้อ 1, 2, 3, 4	.758	4
กรณีทั่วไป	-	ข้อ 5, 6, 7	.836	3
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .868				7

คุณภาพเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการจัดการความเครียด

ตาราง 59 ค่าที่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการจัดการความเครียด

	ข้อคำถาม	t-ratio	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	เมื่อริมฝีปากหดรั้งหรือรอยแผลเป็นเด่นชัด ฉันยอมรับว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดแก้ไขปากแหว่งเพดานโหว่	7.040	.404	.891
2	เมื่อริมฝีปากหดรั้งหรือรอยแผลเป็นเด่นชัด ฉันสามารถทำใจยอมรับความจริงว่ามีบางสิ่งที่ไม่แก้ไขไม่ได้	8.616	.469	.889
3	ฉันสามารถขอคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจากหมอได้	11.096	.602	.884
4	ฉันเคี้ยวอาหารอย่างระมัดระวังเวลารับประทานอาหาร	11.018	.535	.886
5	ฉันสามารถหัวเราะหรือยิ้มต่อหน้าคนอื่นได้อย่างเปิดเผย	9.677	.519	.887
6	เมื่อฉันมีปัญหาพูดไม่ชัด ฉันสามารถพูดคุยกับคนอื่นให้มากขึ้น	12.416	.611	.883
7	เมื่อฉันมีปัญหาพูดไม่ชัดฉันได้รับการฝึกพูดจากผู้เชี่ยวชาญ	10.906	.560	.885
8	เวลาฉันคิดว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น ฉันหยุดความคิดนั้นได้	10.702	.593	.884
9	เมื่อรู้สึกไม่พอใจตนเองเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ ฉันสามารถทำจิตใจให้สงบลง	10.215	.616	.883
10	เวลาฉันรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น ฉันสามารถบอกตนเองว่าคิดไปเองทั้งนั้น	13.559	.612	.883

ตาราง 59 (ต่อ)

ข้อคำถาม		t-ratio	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
11	เมื่อรู้สึกไม่พอใจตนเองเกี่ยวกับปากแหว่ง เพดานโหว่ ฉันสามารถขอความเห็นอกเห็น ใจจากคนใกล้ชิด	11.645	.548	.886
12	แม้มีนัดรักษาพยาบาลในวันเรียน ฉันสละ งานให้ทันส่งครูทุกครั้ง	11.915	.575	.885
13	เมื่อฉันโดนคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก ฉันคิด เสียว่าตนเองได้รับความสนใจจากพวกเขา	9.746	.488	.888
14	ฉันมารับการรักษาทุกครั้ง แม้ตรงกับเวลา เรียน	8.280	.542	.886
15	เมื่อฉันโดนคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก ฉัน สามารถอดทนอดกลั้นได้	10.052	.610	.883
16	เมื่อฉันโดนคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก ฉันขอ กำลังใจจากครอบครัวหรือเพื่อน	10.496	.546	.886

ตาราง 60 จำนวนข้อและความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถใน
การจัดการความเครียด

ด้าน (ข้อความทางบวก)	ปัญหาสุขภาพ				ค่าความ เชื่อมั่น (α)	จำนวน ข้อ
	แสดง อาการ	การทำ หน้าที่กาย	พึงพอใจ	ปฏิสัมพันธ์ สังคม		
มุ่งจัดการปัญหา	ข้อ 1	ข้อ 4	-	ข้อ 12, 13, 14	.683	5
ควบคุมอารมณ์ทางลบ	ข้อ 2	ข้อ 5	ข้อ 8, 9,10	ข้อ 15	.799	6
แสวงหาสนับสนุนจากคนใกล้ชิด	ข้อ 3	ข้อ 6, 7	ข้อ 11	ข้อ 16	.761	5
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .892						16

คุณภาพเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา

ตาราง 61 ค่าที ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมจากบิดามารดา

	ข้อคำถาม	t-ratio	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	แม้ว่าคนอื่นจะไม่เข้าใจฉัน แต่ฉันก็มีพ่อแม่ที่เข้าใจฉัน	7.482	.490	.858
2	เมื่อฉันท้อแท้ พ่อแม่คอยให้กำลังใจฉันเสมอ	9.351	.615	.852
3	พ่อแม่คอยปลอบโยนเวลาฉันไม่สบายใจ	10.928	.658	.849
4	ในยามคับขัน พ่อแม่เป็นกำลังใจให้ฉันผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้	12.863	.762	.844
5	ฉันคิดว่าพ่อแม่ไม่สามารถบรรเทาความทุกข์ใจของฉันได้	9.429	.310	.880
6	พ่อแม่รับฟังเรื่องต่างๆ ของฉันอย่างตั้งใจ	11.677	.663	.850
7	ฉันสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพ่อแม่ได้	12.605	.636	.850
8	พ่อแม่แนะนำฉันให้เห็นความสำคัญของการรักษาสุขภาพ	9.900	.604	.854
9	ฉันมีพ่อแม่เป็นที่ปรึกษาหลักในการดำเนินชีวิต	9.851	.676	.849
10	พ่อแม่ไม่เคยถามเรื่องความเจ็บป่วยของฉันเลย	10.071	.429	.866
11	พ่อแม่สนับสนุนฉันให้ใช้เวลาว่างผ่อนคลาย เช่น ติดตั้งอินเทอร์เน็ต จัดหาเครื่องดนตรี อุปกรณ์กีฬา เป็นต้น	7.070	.427	.863
12	พ่อแม่จัดหาอุปกรณ์การเรียนมาให้ฉัน	9.922	.561	.854
13	พ่อแม่จัดเตรียมเงินไว้จ่ายค่ารักษาพยาบาลของฉัน	6.501	.550	.856

ตาราง 62 จำนวนข้อและความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม
จากบิดามารดา

ด้าน	ข้อความ		ค่าความ เชื่อมั่น (α)	จำนวน ข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
อารมณ์	ข้อ 1, 2, 3, 4	ข้อ 5	.724	5
ข้อมูลข่าวสารและข้อมูลย้อนกลับ	ข้อ 6, 7, 8, 9	ข้อ 10	.765	5
วัตถุสิ่งของ	ข้อ 11, 12, 13	-	.699	3
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .865				13



คุณภาพเครื่องมือวัดการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

ตาราง 63 ค่าที่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของเครื่องมือวัดการยอมรับทางสังคมจากเพื่อน

ข้อคำถาม		t-ratio	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	เพื่อนๆ ยอมรับนิสัยของฉันได้	11.615	.702	.884
2	เพื่อนๆ อยากทำความรู้จักกับครอบครัวหรือเพื่อนเก่าของฉัน	10.584	.590	.889
3	เพื่อนๆ เข้าใจสีหน้าและท่าทางของฉันเวลารู้สึกไม่พอใจ	9.475	.486	.895
4	เพื่อนๆ รู้จักที่ตั้งบ้านของฉัน	8.247	.503	.894
5	เพื่อนๆ มองเห็นคุณค่าในตัวฉัน	11.100	.629	.887
6	เพื่อนๆ กับฉันมีความสามัคคีกันดี	11.357	.665	.885
7	เพื่อนๆ กับฉันมีความผูกพันแน่นแฟ้นระหว่างกัน	11.687	.651	.886
8	เพื่อนๆ แสดงความพึงพอใจที่คบหากับฉัน	9.208	.500	.893
9	เวลากลุ่มใจ เพื่อนกับฉันสามารถพูดคุยปรึกษากันได้	10.690	.702	.883
10	เมื่อฉันมีปัญหาด้านการเรียน เพื่อนพร้อมให้ความช่วยเหลือฉันอย่างเต็มที่	11.828	.696	.883
11	เพื่อนๆ ช่วยตักเตือนฉันไม่ให้ทำผิด	9.282	.569	.891
12	เพื่อนกับฉันแบ่งปันสิ่งของให้หยิบยืมกันได้	11.265	.702	.884

ตาราง 64 จำนวนข้อและความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการยอมรับทางสังคม
จากเพื่อน

ด้าน	ข้อความ		ค่าความ เชื่อมั่น (α)	จำนวน ข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
เข้าใจในตัวตน อุปนิสัยและภูมิหลังของวัยรุ่น	ข้อ 1, 2, 3, 4, 5	-	.788	5
ร่วมทำกิจกรรมเป็นพวกพ้องเดียวกัน	ข้อ 6, 7, 8	-	.775	3
เกื้อกูลด้านอารมณ์ ข้อมูล และสิ่งของระหว่างกัน	ข้อ 9, 10, 11, 12	-	.826	4
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .896				12



คุณภาพเครื่องมือวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น

ตาราง 65 ค่าที่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Alpha if Item Deleted) ของเครื่องมือวัดการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น

	ข้อคำถาม	t-ratio	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1	หมอ/พยาบาลได้ถามอาการของฉันอย่างห่วงใย	12.758	.467	.868
2	หมอ/พยาบาลปฏิบัติต่อฉันอย่างนุ่มนวล	15.722	.640	.860
3	หมอ/พยาบาลดูแลเอาใจใส่อย่างเต็มที่	13.388	.652	.860
4	หมอ/พยาบาลแสดงความเป็นกันเองกับฉัน	7.562	.533	.865
5	ก่อนรักษาพยาบาล หมอ/พยาบาลบอกฉันทุกครั้งว่าจะทำอะไรและผลเป็นอย่างไร	10.592	.480	.867
6	หมอ/พยาบาลได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและวิธีการรักษาให้ฉันฟังอย่างง่ายๆ	13.367	.672	.858
7	ฉันรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วยจากหมอ/พยาบาล	8.518	.522	.865
8	หมอ/พยาบาลได้ชี้แจงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นหรือกำลังเกิดขึ้นกับสุขภาพของฉัน	11.596	.596	.862
9	หมอ/พยาบาลอธิบายศัพท์ทางการแพทย์หรือภาษาอังกฤษด้วยภาษาที่ฉันเข้าใจได้	9.353	.498	.871
10	หมอ/พยาบาลให้เวลาตอบข้อสงสัยของฉันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	9.790	.631	.859
11	หมอ/พยาบาลใช้สื่อมาประกอบการอธิบาย (เช่น รูปภาพ แบบจำลอง แผ่นพับ เป็นต้น) เพื่อให้ฉันเข้าใจมากขึ้น	9.740	.530	.866
12	หมอ/พยาบาลตั้งใจรับฟังความคิดเห็นของฉัน	9.987	.591	.862
13	หมอ/พยาบาลให้ฉันเสนอแนะติชมการบริการได้ตลอดเวลา	11.750	.507	.867

ตาราง 66 จำนวนข้อและค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือวัดการสื่อสารระหว่าง
บุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยวัยรุ่น

ด้าน	ข้อความ		ค่าความ เชื่อมั่น (α)	จำนวน ข้อ
	ทางบวก	ทางลบ		
มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย	ข้อ 1, 2, 3, 4	-	.819	4
ให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลปากแหว่งเพดานโหว่	ข้อ 5, 6, 7, 8	-	.727	4
แลกเปลี่ยนข้อมูลย้อนกลับให้เข้าใจตรงกัน	ข้อ 9, 10, 11	-	.716	3
พร้อมรับฟังความต้องการของผู้ป่วย	ข้อ 12, 13	-	.681	2
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .873				13

การเขียนคำสั่งวิเคราะห์ข้อมูลของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 ในงานวิจัยระยะที่ 2

แบบจำลองปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่กลุ่มรวม

ด้วยโปรแกรม LISREL8.72

```
!Full Model of HRQoL
observed variables
Sym Func Psy Soc Boun Est Opt Cope Par Fri Doc
Covariance Matrix from file: 221HRQoL.cov
sample size = 221
Latent variables
HRQoL Resilience Optimist CopeSE Parent Friend Doctor
Relationships
!HRQoL measurement model
Sym = 1*HRQoL
Func Psy Soc = HRQoL
!Resilience measurement model
Boun = 1*Resilience
Est = Resilience
!Optimist measurement model
Opt = 1*Optimist
set the error variance of Opt to 0.145
!how to set error variance
!(1-reliability)*(variance)
!CopeSE measurement model
Cope = 1*CopeSE
set the error variance of Cope to 0.251
!Parent measurement model
Par = 1*Parent
set the error variance of Par to 0.060
!Friend measurement model
Fri = 1*Friend
set the error variance of Fri to 0.041
!Doctor measurement model
Doc = 1*Doctor
set the error variance of Doc to 0.048
!Relationships model
Resilience = Friend
CopeSE = Resilience Parent
HRQoL = Optimist
Optimist = CopeSE Parent
Friend = Doctor Parent
Let the Errors between Sym and Func Correlate
Path Diagram
Iteration = 250
Method of Estimation: Maximum Likelihood
LISREL OUTPUT: ME=ML SC SS EF MI RS AD=OFF
End of Problem.
```

การเขียนคำสั่งวิเคราะห์ข้อมูลของวัตถุประสงค์การวิจัยที่ 4 ในงานวิจัยระยะที่ 2

การเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของแบบจำลองเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยรุ่นนปาก

แห่งพาดานโหว่ด้านเดียวและกลุ่มวัยรุ่นนปากแห่งพาดานโหว่สองด้านด้วยโปรแกรม LISREL8.72

```

Group unilateral
observed variables
Sym Func Sat Soc Boun Est Opt Cope Par Fri Doc
Covariance Matrix from file: unilateralCLP.cov
Means from file unilateralCLP.mea
sample size = 157
Latent variables
HRQoL Resilience Optimist CopeSE Parent Friend Doctor
Relationships
!HRQoL measurement model
Sym = CONST + 1*HRQoL
Func Sat Soc = CONST + HRQoL
!Resilience measurement model
Boun = CONST + 1*Resilience
Est = CONST + Resilience
!Optimist measurement model
Opt = CONST +1*Optimist
set the error variance of Opt to 0.143
!how to set error variance
!(1-reliability)*(variance)
!CopeSE measurement model
Cope = CONST +1*CopeSE
set the error variance of Cope to 0.242
!Parent measurement model
Par = CONST +1*Parent
set the error variance of Par to 0.061
!Friend measurement model
Fri = CONST +1*Friend
set the error variance of Fri to 0.041
!Doctor measurement model
Doc =CONST +1*Doctor
set the error variance of Doc to 0.046
!Relationships model
Friend = Parent
Friend = Doctor
CopeSE = Parent
Optimist = Parent
Resilience = Friend
CopeSE = Resilience
Optimist = CopeSE
HRQoL = Optimist
Let the Errors between Sym and Func Correlate
Path Diagram
Iteration = 250
Method of Estimation: Maximum Likelihood
LISREL OUTPUT: ME=ML SC SS EF MI RS AD=OFF

```

```

Group bilateral
observed variables
Sym Func Sat Soc Boun Est Opt Cope Par Fri Doc
Covariance Matrix from file: bilateralCLP.cov
Means from file bilateralCLP.mea
sample size = 64
Latent variables
HRQoL Resilience Optimist CopeSE Parent Friend Doctor
Relationships
!HRQoL measurement model
!Sym = CONST + 1*HRQoL
!Func Sat Soc = CONST + HRQoL
Sym Func Sat Soc = CONST
!Resilience measurement model
!Boun = CONST + 1*Resilience
!Est = CONST + Resilience
Boun Est = CONST
!Optimist measurement model
Opt = CONST +1*Optimist
set the error variance of Opt to 0.146
!how to set error variance
!(1-reliability)*(variance)
!CopeSE measurement model
Cope = CONST +1*CopeSE
set the error variance of Cope to 0.277
!Parent measurement model
Par = CONST +1*Parent
set the error variance of Par to 0.054
!Friend measurement model
Fri = CONST +1*Friend
set the error variance of Fri to 0.041
!Doctor measurement model
Doc =CONST +1*Doctor
set the error variance of Doc to 0.052
Set the covariance of Parent and Doctor free
Set the error variances of Sym - Doc free
Set the error variances of HRQoL free
Set the error variances of Resilience free
Set the error variances of Optimist free
Set the error variances of CopeSE free
Set the error variances of Friend free
!Relationships model
!Friend = Parent
!Friend = Doctor
!CopeSE = Parent
Optimist = Parent
!Resilience = Friend
!CopeSE = Resilience
Optimist = CopeSE
!HRQoL = Optimist
Let the Errors between Sym and Func Correlate
Path Diagram
Iteration = 250
Method of Estimation: Maximum Likelihood
LISREL OUTPUT: ME=ML SC SS EF MI RS AD=OFF
End of Problem.

```


ภาคผนวก ง
แนวคำถามสัมภาษณ์กรณีศึกษาในงานวิจัยระยะที่ 3
แนวคำถามสัมภาษณ์ติดตามมารดาของกรณีศึกษาในงานวิจัยระยะที่ 3

แนวคำถามสัมภาษณ์กรณีศึกษาวัยรุ่นปากแห้งเพดานโหว่ในงานวิจัยระยะที่ 3

ผู้ให้ข้อมูลคือ นาย/นางสาว/เด็กหญิง/เด็กชาย.....

อายุ.....ปีวัยรุ่นมีปากแห้งเพดานโหว่ ด้านเดียว (ขวาหรือซ้าย) ☐ สองด้าน (ขวาและซ้าย) ☐

1. คำว่า “ปากแห้งเพดานโหว่” ทำให้เรานึกถึงอะไรบ้าง ? เพราะอะไร ?
2. เรื่องดีๆอะไรบ้างในชีวิตของเราที่เกี่ยวข้องกับปากแห้งเพดานโหว่ ? ลองเล่ามา 2 เรื่อง
3. หากคนอื่นล้อเลียนปากแห้งเพดานโหว่ เราจัดการปัญหานี้อย่างไร ?
4. เวลาเผชิญปัญหาต่างๆจากปากแห้งเพดานโหว่ เราควบคุมอารมณ์ด้านลบอย่างไร ?
5. เมื่อเราสามารถผ่านพ้นปัญหาต่างๆจากปากแห้งเพดานโหว่มาได้ ชีวิตเราได้ข้อคิดหรือเกิดผลดีอะไรบ้าง ?
6. พ่อแม่ เพื่อน หรือหมอพยาบาลเข้ามาช่วยเหลือในการจัดการความเครียดจากปากแห้งเพดานโหว่ของเราอย่างไรบ้าง? ลองเล่ามา 2 เรื่อง
7. พ่อแม่แนะนำหรือทำอะไรเวลาที่เรารู้สึกทุกข์ใจจากปากแห้งเพดานโหว่ ?
8. พ่อแม่ให้คำสอนหรือข้อคิดในการดำเนินชีวิตอะไรบ้างที่เรานำมาปฏิบัติตาม ?
9. พ่อแม่คอยดูแลเอาใจใส่ชีวิตประจำวันของเราอย่างไรบ้างในปัจจุบัน ?
10. พ่อแม่ช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลปากแห้งเพดานโหว่ของเราอย่างไร?
11. เราทราบว่าคนอื่นในสังคมมีความคิดเห็นหรือปฏิบัติตัวอย่างไรกับผู้มีปากแห้งเพดานโหว่ ?
12. เราคิดเห็นอย่างไรบ้างที่ตัวเองเกิดมาปากแห้งเพดานโหว่?
13. เรามีแนวทางการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนอย่างไรให้มีความสุข ?
14. จากประสบการณ์ของเรา ต้องการฝากบอกอะไรไปถึงน้องๆปากแห้งเพดานโหว่เหมือนกันได้

แนวคำถามสัมภาษณ์พ่อแม่ของกรณีศึกษาวัยรุ่นปากแหว่งเพดานโหว่ในงานวิจัยระยะที่ 3

ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับวัยรุ่น คือ ☐ พ่อ ☐ แม่ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

อายุ.....ปีวัยรุ่นมีปากแหว่งเพดานโหว่ ด้านเดียว (ขวาหรือซ้าย) ☐ สองด้าน (ขวาและซ้าย)

☐ สถานภาพสมรส ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่อาชีพลูก ☐

ว่างงาน ☐ รับจ้าง ☐ เกษตรกร ☐ ธุรกิจส่วนตัว

☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานเอกชน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

1. คำว่า “ปากแหว่งเพดานโหว่” ทำให้ท่านนึกถึงอะไรบ้าง ? เพราะอะไร ?
2. ก่อนคลอดลูกคนนี้ท่านเตรียมตัวอย่างไรบ้าง
3. ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อรับรู้ว่าคุณเกิดมาเป็นปากแหว่งเพดานโหว่? มีผลกระทบอย่างไรบ้างกับท่านหรือครอบครัว?
4. ท่านมีวิธีการจัดการอย่างไรเมื่อรับรู้ว่าคุณเกิดมาเป็นปากแหว่งเพดานโหว่ ใครบ้างมีส่วนเกี่ยวข้องและมีปฏิกริยาอย่างไรบ้าง?
ลองเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
5. ท่านแนะนำหรือทำอะไรเวลาที่คุณรู้สึกทุกข์ใจเกี่ยวกับปากแหว่งเพดานโหว่ ?
6. ท่านช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลปากแหว่งเพดานโหว่ของคุณอย่างไร?
7. ท่านเลี้ยงดูลูกคนนี้และลูกคนอื่นๆ อย่างไรบ้างตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน?
8. ท่านรับรู้ว่าคุณอื่นในสังคมมีความคิดเห็นหรือปฏิบัติตัวอย่างไรกับผู้ที่มปากแหว่งเพดานโหว่ ?
9. ท่านเลี้ยงดูลูกอย่างไรให้มีความสุขในการใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อน ?
10. เรื่องใดๆบ้างในชีวิตของท่านที่เกี่ยวข้องกับลูกวัยรุ่นคนนี้ ? ลองเล่ามา 2 เรื่อง
11. เมื่อท่านสามารถผ่านพ้นปัญหาต่างๆ จากปากแหว่งเพดานโหว่มาได้ ท่านได้ข้อคิดหรือเกิดผลดีอะไรบ้างในชีวิต ?
12. จากประสบการณ์ของท่าน ต้องการฝากบอกอะไรไปถึงครอบครัวที่มีลูกปากแหว่งเพดานโหว่เหมือนกันได้ฟัง ?



ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล

นางสาวจุฑารัตน์ จิมเรือง

วันเดือนปีเกิด

4 พฤษภาคม 2523

สถานที่เกิด

จังหวัดลพบุรี

ที่อยู่ปัจจุบัน

ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.2545

ปริญญาตรี (ท.บ.)ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต

จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ.2556

ปริญญาเอก (วท.ด.) สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

