

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด



นางสาว นัยนา อูปมา

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2543

ISBN 974-347-114-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEPRESSION IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE



Miss Naiyana Oupama

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2000

ISBN 974-347-114-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
โดย	นางสาว นัยนา อุปมา
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง อลิสา วัชรสินธุ)

นัยนา อุปมา: ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด(DEPRESSION IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE) อ.ที่ปรึกษา : อาจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีดิพร , อ.ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล ;110 หน้า, ISBN : 974-347-114-6.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน 350 คน มีอายุ 10 –15 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กลุ่มตัวอย่างได้มารับการรักษาในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก ณ โรงพยาบาลศิริราช จุฬาลงกรณ์ รามาธิบดี และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดอาการซึมเศร้า แบบวัดความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลี้ยงดูผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม spss/pc+ สถิติที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi- Square Test ซึ่งใช้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คิดเป็นร้อยละ 30.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ($p<.05$) ระดับการศึกษาของผู้ป่วย ($p<.01$) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ($p<.05$) เศรษฐฐานะของครอบครัว($p<.01$)และ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ($p<.01$)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา
ปีการศึกษา	2543	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4175290230 : MAJOR MENTAL HEALTH

key word : DEPRESSION / CONGENITAL HEART DISEASE

NAIYANA OUPAMA : DEPRESSION IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE. THESIS ADVISOR : SIRILUCK SUPPAPITIPORN, MD. THESIS CO ADVISOR : PUANGSOY WORAKUL, ASSIST PROF ;110 pp. ISBN 974-347-114-6.

The purpose of this study was to explore the prevalence of depression in children with congenital heart disease and the factors associated with depression. The subjects were 350 children with congenital heart disease, who were 10-15 years old and met the research criteria. The subjects were treated at the time of study in pediatric cardiology clinic at Siriraj Hospital, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Ramathibodi Hospital and Queen Sirikit National of Child Health. The research instruments were a demographic questionnaire, Children's Depression Inventory (CDI), The Cornell Interview of Peers and Friends (CIPF), child rearing, relationship with family member and socioeconomic status questionnaire. The data were analysed by spss/pc+. Percentage, mean and standard deviation were computed. Chi-square test (χ^2) was performed to determine the relationship between depression and the factors associated with depression.

The study found that the prevalence of depression in children with congenital heart disease was 30.9 %. The factors had been statistically significant related to depression in these children were patient's age ($p < .05$), patient's education ($p < .01$), relationship with family member ($p < .05$), family socioeconomic status ($p < .01$) and relationship in peer group ($p < .01$).

Department Psychiatry

Field of study Mental health

Academic year 2000

Student's signature.....

Advisor's signature.....

Co-Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของอาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ตรวจสอบ ไขให้กำลังใจและควบคุมการวิจัยมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอลิสรา วัชรสินธุ กรรมการสอบ และเนื่องจากทุนการวิจัยครั้งนี้บางส่วนได้รับมาจากทุกอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ที่ได้ให้คำแนะนำในการใช้แบบวัดอาการ ซึมเศร้า ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอลิสรา วัชรสินธุ และอาจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิมนวล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และขอขอบคุณ อาจารย์วินัส อุดมประเสริฐกุล ที่ได้กรุณาให้คำชี้แนะในด้านสถิติ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามารชิบัติ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกในการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ปกครองของผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณอาจารย์ วงศ์วรรณ วงศ์สุภา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของรายการอ้างอิง

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณ บิดามารดา และญาติผู้ใหญ่ซึ่งสนับสนุนในด้านการเงินและกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอ และขอขอบคุณพี่ๆ และเพื่อนปริญญาโทสุขภาพจิตรุ่นที่ 11 และทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จไปได้ด้วยดี

นัยนา อุปมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
การเจ็บป่วยเรื้อรัง.....	7
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	18
ภาวะซึมเศร้า.....	34
ภาวะซึมเศร้าในเด็ก.....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	42
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
รูปแบบการวิจัย.....	47
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	47
เครื่องมือในการวิจัย.....	48
การตรวจสอบเครื่องมือ.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52

สารบัญ(ต่อ)

บทที่		หน้า
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	54
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค.....	56
	ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว.....	58
	ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคม.....	63
	ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	64
	ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า จำแนกตามปัจจัย.....	66
5	สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	75
	สรุปผลการวิจัย.....	75
	อภิปรายผลการวิจัย.....	78
	ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย.....	87
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	87
	รายการอ้างอิง.....	88
	ภาคผนวก.....	94
	ประวัติผู้วิจัย.....	110

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลต่างๆ ช่วงปี พ.ศ. 2526 ถึง พ.ศ. 2531.....	2
2	แสดงการจำแนกประเภทของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	19
3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย.....	54
4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรคของผู้ป่วย.....	56
5	แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	58
6	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัว เรื่องการเลี้ยงดูผู้ป่วยของผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
7	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัว เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
8	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัว เรื่องเศรษฐกิจของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง.....	62
9	แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคม เรื่องความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
10	แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	64
11	แสดงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	65
12	แสดงจำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย.....	66
13	แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัจจัยด้านโรค.....	68
14	แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัจจัยด้านครอบครัว.....	70
15	แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในปัจจัยด้านสังคม	74

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

เด็กเป็นทรัพยากรกลุ่มหนึ่งของประเทศที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมในอนาคต หากเด็กในวันนี้ได้รับการส่งเสริมในด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่างๆทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างเต็มที่แล้ว อนาคตก็จะมีผู้ใหญ่ที่พร้อมสำหรับการสร้างความก้าวหน้าแก่สังคมอันจะก่อให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองแก่ประเทศชาติต่อไป โดยเฉพาะเด็กในวัยเรียน และวัยรุ่น ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงของการมีพัฒนาการด้านต่างๆเกิดขึ้นอย่างมากมา ผลกระทบจากปัจจัยใดก็ตามที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กเหล่านั้นย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็กได้ ภาวะการเจ็บป่วยซึ่งก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีอาการเพียงเล็กน้อยหรือมีอาการมาก สามารถรักษาให้หายไปได้ หรือเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้หรือเป็นโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยชนิดใดย่อมก่อให้เกิดความเครียดกับบุคคลที่ป่วยและส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย⁽¹⁾

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ภาวะเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วยเรื้อรังทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก เนื่องจากเมื่อเด็กป่วยแล้วจะเกิดความไม่สมดุลขึ้นทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยร่างกายนั้นนอกจากจะถูกรบกวนจากพยาธิสภาพของโรค ยังมีการเจริญเติบโตที่ช้า และขาดโอกาสในการพัฒนาร่างกาย ซึ่งส่งผลทำให้เด็กมีภาพลักษณ์ของตนเองไม่ดี ส่วนจิตใจก็จะตึงเครียดจากความวิตกกังวล เมื่อเด็กป่วยก็ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็จะมีคามตึงเครียดเพิ่มขึ้น เนื่องจากการแยกจากครอบครัวและต้องรับบทบาทการเป็นผู้ป่วย⁽²⁾ เด็กยังต้องหยุดเรียน ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ถูกจำกัดอาหาร เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และการดำเนินชีวิตในสังคมของเด็ก ทำให้เด็กมีลักษณะไม่เป็นตัวของตัวเอง วิตกกังวล แยกตัว เหวงหวอย ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก⁽³⁾

โรคหัวใจเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่พบได้ในเด็ก และเป็นปัญหาทางสุขภาพทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด(congenital heart disease) เป็นโรคหัวใจที่พบบ่อยที่สุดในวัยเด็ก พบถึงร้อยละ 70-80 ของโรคหัวใจในเด็กทั้งหมด พบในเด็กทารกเกิดใหม่มีชีวิตถึง 8:1000 คน⁽⁴⁾ ดังนั้นประชากรของไทยมีกว่า 60 ล้านคน อัตราการเกิดของเด็กปีละหนึ่งล้านคน ในเด็กจำนวนนี้มีทารกที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณ 8,000 คน⁽⁵⁾ เด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนี้ ร้อยละ 84 ตรวจพบภายในอายุ 7 วัน ถ้าได้รับการตรวจโดยแพทย์และพยาบาล ในจำนวนนี้มีร้อยละ 50 ที่ไม่มีอาการ ในเด็กส่วนที่เหลือจะมีอาการเขียวหรือหัวใจวายร่วมด้วยอย่างละเท่าๆกัน ร้อยละ 2 ของเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่

กำเนิดนี้อาจเสียชีวิตโดยไม่ทราบว่าเป็นโรคหัวใจ และร้อยละ 16 จะไม่มีอาการและตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติในสัปดาห์แรก แต่ตรวจพบหรือมีอาการภายหลัง เด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนี้ บางรายมีความผิดปกติของอวัยวะอย่างอื่นร่วมด้วยมีประมาณ ร้อยละ 30 โดยเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ร้อยละ 8 และเป็นเด็กที่มีความผิดปกติจากมารดาติดเชื้อหัดเยอรมัน ร้อยละ 3⁽⁴⁾

จากการศึกษาในเด็กนักเรียนพบว่า เด็กนักเรียนเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประมาณ 2-3 : 1000 คน^(4,6) ประมาณว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็กวัยเรียนในประเทศไทยมีประมาณ 4 – 5 หมื่นคน⁽⁴⁾ ในประเทศอื่นๆ เช่น เดนมาร์ก พบความชุกของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในผู้ป่วยอายุ 0 - 15 ปี ในช่วงปี 1972 - 1973 คิดเป็นร้อยละ 7 โดยอายุเฉลี่ยที่สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคือ 25.85 เดือน⁽⁷⁾ ในนอร์เวย์มีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในช่วงปี 1978 - 1990 ในทารกเกิดใหม่ มีชีวิต คือ 10.2 : 1000 คน⁽⁸⁾

สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้นมี 2 ชนิด คือการรักษาทางยา และการรักษาด้วยการผ่าตัด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดบางชนิดไม่ต้องรักษา เพียงแค่ป้องกันภาวะแทรกซ้อน บางชนิดเมื่อรับการรักษาทางยาไปสักระยะหนึ่งอาจมีอาการดีขึ้น หรืออาจหายไปได้เอง⁽⁹⁾ ซึ่งร้อยละ 60 ของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะรักษาโดยการผ่าตัด⁽¹⁰⁾ ซึ่งทำให้ได้ผลดี และโรคหายขาดได้เป็นส่วนใหญ่ มีบางชนิดเท่านั้นที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การผ่าตัดช่วยเหลือเพียงเพื่อบรรเทาอาการลงได้บ้าง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2526 - 2531 มีผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวนถึง 4,633 ราย เฉลี่ย 772 รายต่อปี ที่ได้เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดในโรงพยาบาลต่างๆของรัฐบาล 8 แห่ง⁽⁹⁾

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลต่างๆ ช่วงปี พ.ศ. 2526 ถึงพ.ศ. 2531

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย(คน)	ร้อยละ
ศิริราช	1,573	34
ราชวิถี	909	19.6
จุฬาลงกรณ์	719	15.5
รามธิบดี	683	14.7
ทรวอก	218	6.1
ศรีนครินทร์	176	3.8
วชิรพยาบาล	159	3.4
พระมงกุฎเกล้า	133	2.9
รวม	4,633	100
เฉลี่ยต่อปี	772	

อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้นกับเด็กแล้ว การเจ็บป่วยนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก เป็นที่ทราบกันดีว่าร่างกายมีความสัมพันธ์กับจิตใจ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทาง ร่างกายก็จะมีผลกระทบหรือมีปฏิกิริยาทางจิตใจ⁽¹¹⁾ โดยเฉพาะเด็กในวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่เรียนรู้ในการเป็นตัว ของตัวเอง เชื่อในความสามารถของตนเอง มีการเข้ากลุ่มกับเพื่อน และมีการนับถือตนเอง⁽¹²⁾ เด็กที่เป็นโรค หัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งมักจะได้รับการปกป้องและการตามใจที่มากเกินไปจากพ่อแม่⁽¹³⁾ และมีข้อจำกัด มากมายในเรื่องของความสามารถทางด้านร่างกายของตัวเอง⁽¹⁴⁾ ทำให้เด็กไม่สามารถทำกิจกรรมได้ เหมือนเด็กที่ปกติทั่วไปได้ เด็กเหล่านี้จะรู้สึกแปลกแยกจากกลุ่มเพื่อน การที่เด็กไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจ กรรมกับกลุ่มเพื่อนในวัยเดียวกันและสร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นนั้น จะเป็นการทำลายความรู้สึกเห็นคุณค่า ในตนเองของเด็ก ในวัยรุ่นที่เป็นโรคหัวใจในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงนั้นจะมีความล้มเหลวและถูกตัด ขาดจากโรงเรียนและความสัมพันธ์กับเพื่อนมากกว่าเด็กปกติ เด็กที่เป็นโรคหัวใจเรื้อรังจะรู้สึกซึมเศร้า โดด เดี่ยวและมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเอง⁽¹⁵⁾

นอกจากนี้การเจ็บป่วยของเด็กยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของเด็กในหลายๆด้าน อาทิ ผลกระทบต่อสุข ภาพจิตของคนในครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดาของเด็ก จะรู้สึกผิด โศกเศร้า และปฏิเสธต่อความเจ็บป่วย ของเด็ก⁽¹⁶⁾ การเจ็บป่วยดังกล่าวยังก่อให้เกิดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลต่อสมาชิกในครอบ ครัว ความเจ็บป่วยนั้นยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา บทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย ด้านสังคม เพื่อนฝูง ด้านเศรษฐกิจที่ต้องเตรียมค่าใช้จ่าย ค่าอาหาร ค่าที่พักในระหว่างการเข้ารับการรักษาในโรง พยาบาลอีกด้วย⁽¹⁾

จากการที่ผู้ป่วยในช่วงวัยรุ่นเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางความคิดไปสู่การมีความคิดในเชิง นามธรรม ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความสามารถในการคิดเข้าใจต่อสิ่งรอบตัวได้อย่างลึกซึ้ง และมีการเชื่อมโยง ความสัมพันธ์อย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกและมีความเข้าใจในเรื่องของอารมณ์ ได้ดีกว่าเด็กวัยอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ ซึ่งมีปัจจัยในหลายด้าน ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นต่อการช่วยเหลือเด็กกลุ่ม นี้ต่อไป

คำถามของการวิจัย (Research Questions)

1. ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ มากน้อยเพียงใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย(Objectives)

1. เพื่อศึกษาความชุก และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกรายใหม่ที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหน่วยโรคหัวใจเด็กในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก) โดยเด็กมีอายุระหว่าง 10-15 ปี เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยไม่จำกัดชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และวิธีการรักษาที่ผ่านมาในอดีต ไม่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงอย่างอื่น รวมทั้งสามารถอ่านเขียนได้ และกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน

2. กลุ่มตัวอย่างได้ทำการวัดอาการซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ซึ่งเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าที่ใช้ในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อตรวจกรองอาการซึมเศร้าในเด็ก รวมทั้งติดตามผลการรักษา ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วยคำถาม จำนวน 27 ข้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเอง มีจุดตัดของคะแนน(Cutting Point)ที่จะแยกเด็กที่มีอารมณ์ซึมเศร้าออกจากเด็กที่ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้า คือค่าคะแนนที่ 15 ขึ้นไป และหากคะแนนสูงกว่า 21 คะแนนหมายถึงว่ามีอารมณ์ซึมเศร้าในระดับรุนแรง

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ(Independent Variable) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียน
2. ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ จำนวนครั้งของการเข้าพบแพทย์ในรอบหนึ่งปี การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน การเคयरรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจ
3. ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เศรษฐฐานะ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน
4. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

นิยามเชิงศัพท์เฉพาะ (Operational Definition)

1. ภาวะซึมเศร้า⁽¹⁷⁾ (Depression) หมายถึง อารมณ์เศร้า รู้สึกว่าไม่เป็นที่รัก หงุดหงิด กังวล หัวใจไหวง่าย ความคิดฟุ้งซ่าน คิดอยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ
2. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease) หมายถึง โรคหัวใจที่ไม่สมบูรณ์แต่กำเนิด⁽¹⁸⁾ มีความผิดปกติของโครงสร้างของระบบหลอดเลือดและ/หรือหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด โดยทั่วไปตั้งแต่ระยะที่อยู่ในครรภ์ของมารดา ความผิดปกติที่พบอาจเกิดที่ผนังกั้นลิ้นหัวใจมีรู ลิ้นหัวใจปิดไม่สนิท (รั่ว) หรือเปิดไม่กว้าง (ตีบ) หรือหลอดเลือดตีบหรือเกินปกติ ความผิดปกติอื่นๆทำให้มีเลือดดำปนในเลือดแดงที่ไปเลี้ยงร่างกาย⁽⁴⁾
3. ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นประจำขณะอยู่บ้าน และพาเด็กมาตรวจ ติดตามผลการรักษาที่หน่วยโรคหัวใจเด็ก อาจเป็นบิดา หรือมารดา หรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
4. การเลี้ยงดูผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติต่อผู้ป่วยของผู้ปกครอง ตามความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วยนั้น
5. ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การแสดงออกซึ่งการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภายใต้ภาวะการเจ็บป่วยของเด็ก ซึ่งอาจจะแสดงออกทั้งลักษณะที่มีความขัดแย้งกันหรือในลักษณะที่มีความปรองดองกัน
6. เศรษฐกิจ⁽¹⁷⁾ หมายถึง รายได้และค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย
7. ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน⁽¹⁹⁾ หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและกลุ่มเพื่อน ที่แสดงออกถึงการมีพัฒนาการที่เหมาะสม การมีทักษะการเข้าสังคม และการตระหนักในคุณค่าของตนเองของผู้ป่วย

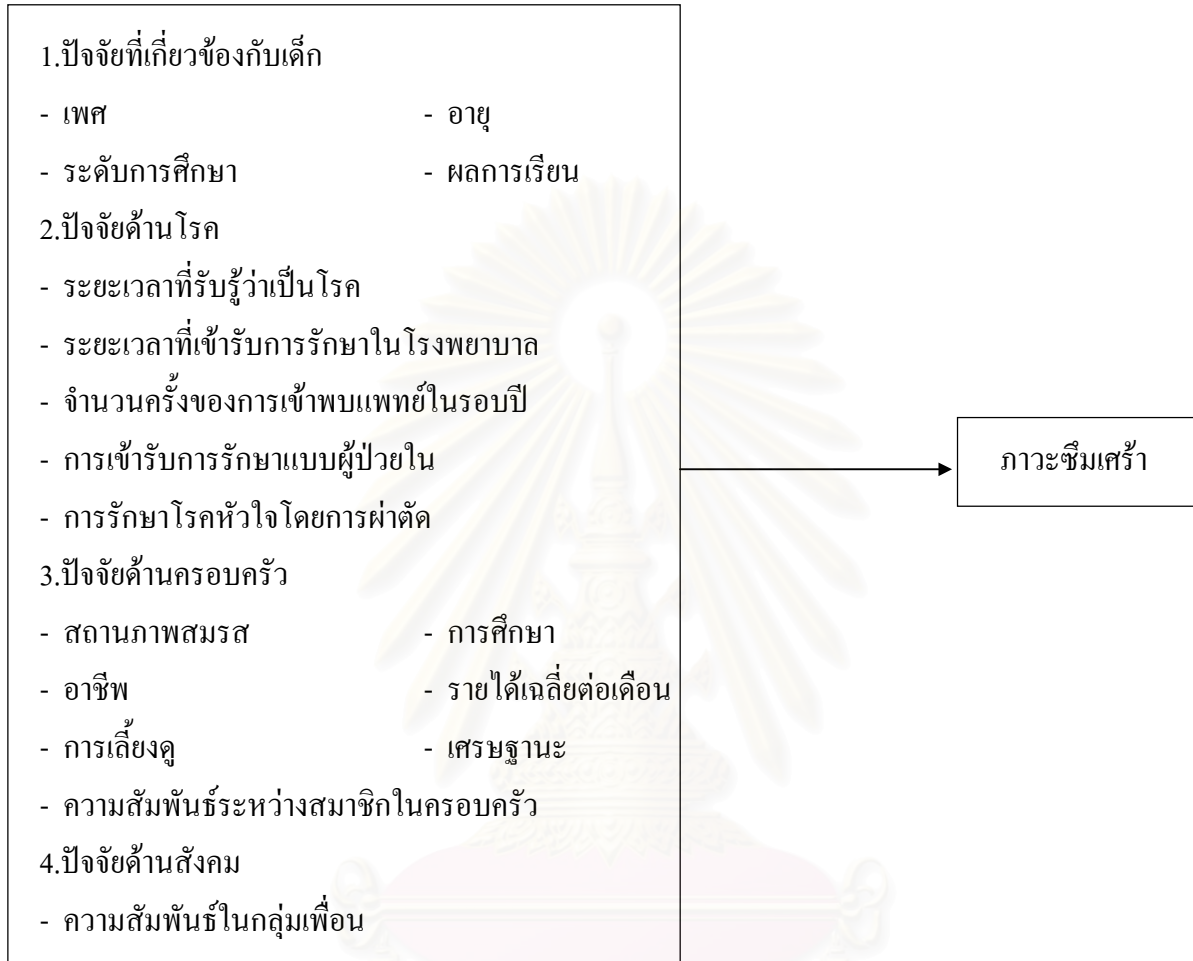
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลทางด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
3. เพื่อเป็นแนวทางในการหาวิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
4. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อที่ศึกษาดังต่อไปนี้

การเจ็บป่วยเรื้อรัง
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ภาวะซึมเศร้า
ภาวะซึมเศร้าในเด็ก
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความหมายของโรคเรื้อรัง

คณะกรรมการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (The National Commission on Chronic Illness) ซึ่งตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1949 ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีความบกพร่อง หรือผิดปกติไป ซึ่งอาจเป็นลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในลักษณะต่อไปนี้⁽²⁰⁾

1. มีความผิดปกติของร่างกายอย่างถาวร
2. มีความบกพร่องของร่างกายที่เกิดจากโรคหลงเหลืออยู่
3. มีพยาธิสภาพของร่างกายที่ไม่สามารถกลับเป็นปกติได้ดังเดิม
4. ต้องการการดูแลและฟื้นฟูร่างกาย
5. ต้องการการดูแลและช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน

ฮอบส์⁽²⁰⁾ ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะที่เข้าไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติมากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 เดือนใน 1 ปี

ริชชี และคณะ⁽²⁰⁾ ให้ความหมายของโรคเรื้อรังว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน การเจ็บป่วยนั้นอาจมีการยึดเยื้อรุนแรงขึ้นจนเสียชีวิตได้ในที่สุด หรืออาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติได้

อัมพล สุอำพัน และวาสนา ศรมณี⁽²¹⁾ กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีระยะเวลาการดำเนินของโรคนาน มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ อาจถึงตาย หรือมีชีวิตรอยู่ได้นาน แต่มีความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ โรคเรื้อรังบางชนิดอาจมีระยะที่มีอาการกำเริบเป็นพักๆ

สรุปได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ร่างกายมีความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป และไม่สามารถรักษาให้หายด้วยวิธีต่างๆ ในระยะเวลาอันสั้นได้ ระยะการเจ็บป่วยหรือระยะเวลาการรักษาต้องนานติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือมีระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน ซึ่งลักษณะของโรคอาจมีอาการดีขึ้น เลวลงหรือเสียชีวิตในที่สุด หรือการเจ็บป่วยนั้นก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวร หรือหลงเหลือความพิการได้ อาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการหายไปแล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วงๆ ซึ่งต้องการคำแนะนำ ความช่วยเหลือและการดูแลระยะยาว อาจตลอดชีวิตของผู้ป่วย⁽³⁾

การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นในเด็กมีอยู่จำนวนมากที่รักษาไม่หาย แต่การรักษาที่ดีจะช่วยให้เด็กมีการดำรงชีวิตรอยู่ได้นานที่สุดและมีความพิการน้อยที่สุด⁽²⁾ ถึงแม้ว่าโรคเรื้อรังจะไม่คุกคามชีวิตเด็กก็ตาม แต่มีผลกระทบกระเทือนต่อการปรับตัวของเด็กและครอบครัวอย่างมาก เด็กจะต้องต่อสู้กับโรคตลอดชีวิต ต้องเผชิญกับภาวะเคร่งเครียดเป็นเวลายาวนาน ในบางครั้งจำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นครั้งคราว และต้องได้รับการบำบัดรักษาและให้การพยาบาลตลอดชีวิต⁽¹²⁾

ปัจจัยส่งเสริมการเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก⁽¹²⁾

โรคเรื้อรังมีผลกระทบกระเทือนต่อพัฒนาการของเด็กอย่างมากมาย ปัจจัยบางอย่างที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กได้แก่

1. อายุ เด็กที่เป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่เกิดนั้นจะได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเด็กส่วนใหญ่ โดยอาจได้รับการเลี้ยงดูที่ปกป้องคุ้มครองหรือตามใจมากเกินไปหรือปฏิเสธก็ได้ อย่างไรก็ตามไม่ว่าการปกป้องคุ้มครองหรือการปฏิเสธยอมส่งผลให้เด็กขาดความเชื่อมั่นในตัวเองได้ทั้งสิ้น เพราะเด็กจะมองตัวเองไม่มีความสามารถและไม่สมควรจะได้รับความรัก และเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น และได้รับการเลี้ยงดูที่เป็นไปอย่างปกติจะทำให้เด็กจะมีความมั่นใจและมีความสามารถที่จะเผชิญกับสิ่งแวดล้อมได้มากขึ้น

หากการเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นในขณะที่พัฒนาการของเด็กอยู่ในระยะวิกฤติ หรือการวินิจฉัยโรคได้เกิดขึ้นในระยะนี้ จะเกิดผลเสียหายนต่อเด็กมาก เช่น เด็กในวัยเรียนจะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการเล่นไหว และการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนรุ่นเดียวกัน ส่วนเด็กที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นจะทนไม่ได้ต่อสภาพที่มีผลกระทบกระเทือนต่อการยอมรับของเพื่อน ภาพลักษณ์แห่งตน และการเคลื่อนไหว เป็นต้น

2. บุคลิกลักษณะของเด็ก ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกลักษณะของเด็กเป็นสิ่งที่บ่งชี้เฉพาะได้ยาก เด็กมีวิธีการที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน เด็กบางคนอาจเงียบเฉย ไม่ได้ตอบ บางคนก็มีความ

อดทนสูง แต่ในเด็กบางคนก็อาจมีความกลัวอย่างมาก เป็นต้น จำนวนและประสบการณ์ในชีวิตและการได้รับการกระตุ้นประกอบด้านอารมณ์จากครอบครัวเมื่ออยู่ในสถานการณ์ใหม่ รวมทั้งการส่งเสริมความสามารถของเด็ก จะช่วยเด็กในการเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น และเมื่อเด็กมีพัฒนาการด้านความคิดความเข้าใจถึงขั้นวุฒิภาวะ แล้ว เด็กก็จะสามารถจำประสบการณ์และวิธีเผชิญภาวะความเคร่งเครียดในอดีตได้และนำกลับมาใช้ได้ เด็กที่เคยประสบผลสำเร็จในการเผชิญกับปัญหาในอดีต จะทำให้เผชิญกับเหตุการณ์ใหม่ๆ ได้ด้วยความมั่นใจ

3. เจตคติของครอบครัว ความรู้สึกและเจตคติของครอบครัวที่มีต่อความสามารถของเด็ก และการช่วยเหลือเด็กจากครอบครัวนั้น จะพิจารณาจากประสบการณ์และวิธีเผชิญกับปัญหาของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีผู้บ่งชี้ถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งเสริมความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก ดังนี้

- 1) การเจ็บป่วยที่รุนแรงและการพยากรณ์โรค หากเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี จะทำให้ครอบครัวมีความเคร่งเครียดอย่างมาก
- 2) ไม่ว่าโรคที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเป็นที่หลังก็จะได้รับผลกระทบกระเทือนทั้งสิ้น แต่ในโรคที่เป็นแต่กำเนิดนั้น จะทำให้ครอบครัวมีความรู้สึกผิดที่รุนแรงมากกว่า
- 3) อายุของเด็กเมื่อเริ่มเจ็บป่วยและเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค หากการวินิจฉัยโรคได้ขณะที่เด็กเป็นที่ยอมรับของครอบครัวแล้วจะทำให้บิดามารดา รู้สึกสูญเสียมากกว่า หากมีการวินิจฉัยโรคได้แต่เนิ่นๆ เมื่อเด็กยังเล็กๆ บิดามารดาจะมองผู้ป่วยเป็นเด็กพิการและจะปกป้องคุ้มครองผู้ป่วยมากเกินไป
- 4) การเกิดปัญหาทางอารมณ์ของครอบครัวที่มีมาก่อน จะทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดปัญหาด้านจิตใจ และสังคม มากกว่า เพราะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดีนั่นเอง
- 5) ธรรมชาติของโรค ได้แก่ ความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบายโดยเฉพาะ จะทำให้เด็กหงุดหงิดรำคาญใจหรือมีความต้องการสูง และอาจจะทำให้บิดามารดา รู้สึกโกรธและรู้สึกผิดได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจในเด็กป่วยเรื้อรัง⁽²²⁾

เด็กจำนวนมากที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เด็กเกิดปัญหาทางอารมณ์ โดยที่เด็กเองนั้นจะมีการปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้แตกต่างกัน บางคนอาจรู้สึกท้อแท้และไม่สู้กับอาการของโรคและการรักษา ในเด็กบางคนอาจปรับตัวและสู้กับโรคได้อย่างไม่มีปัญหา อย่างไรก็ตามในความแตกต่างนี้ก็พบว่าเกิดขึ้นในปัจจัยเสี่ยงอื่นด้วย เช่น การหย่าร้าง การถูกกระทำทารุณ เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กเกิดปัญหาทางจิตใจ ได้แก่

1. ผลกระทบของเวลาเริ่มต้นเกิดโรคครั้งแรก (Impact of Time of Onset) มีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นในเวลาเริ่มต้นของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน แต่เป็นที่ทราบกันดีว่าอาการที่เจ็บป่วยและน่ากลัวของโรคเรื้อรังทำให้เกิดปัญหามากที่สุดในเด็กเล็ก เพราะเด็กยังไม่สามารถเข้าใจลักษณะของโรคและการรักษา ยกเว้นในเด็กทารกในขวบปีแรก เพราะเด็กยังไม่สามารถจดจำและแยกแยะสิ่งรอบตัวได้ ดังนั้นจะเห็นว่าระดับของพัฒนาการของความคิดอ่าน มีความสำคัญและสัมพันธ์กับความสามารถในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการรักษาบางอย่าง เช่น หัตถการทางการแพทย์

ในทางตรงข้ามการเกิดโรคครั้งแรกในวัยรุ่นก็สามารถทำให้เกิดความเครียดและปัญหาได้มาก เนื่องจากโรคเรื้อรังมีผลต่อพัฒนาการของวัยรุ่นหลายอย่าง เช่น ภาพพจน์เกี่ยวกับรูปร่าง การสร้างเอกลักษณ์แห่งตน และการยอมรับของกลุ่มเพื่อน ในบางรายโรคเรื้อรังเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กโดยที่เด็กปรับตัวได้ดีมาตลอดจนเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นสาวจึงเกิดปัญหาขึ้น เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดหลายอย่าง เช่น ความต้องการเป็นอิสระจากครอบครัว ความอยากมีเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นจะพบปัญหาอาการซึมเศร้าและความคิดอยากฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

2. ลักษณะของสาเหตุของโรค (Nature of the Aetiology of the Illness) ความเข้าใจของเด็กและครอบครัวทั้งที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคมีความสำคัญต่อการปรับตัวต่อโรค ที่พบเป็นปัญหามากที่สุด คือโรคที่มีสาเหตุทางพันธุกรรม ซึ่งพ่อแม่จะโทษหรือป้ายความผิดใส่กัน โรคที่เกิดจากสาเหตุอื่นอาจทำให้เกิดภาวะการไม่ยอมรับและเสียใจ

หลักในการรักษา คือ การต้องเปลี่ยนความสนใจของเด็กและครอบครัวจากการหมกมุ่นกับคำถาม “ทำไม” หรือ “อะไรเป็นสาเหตุ” ไปสู่การให้ความสนใจว่า “การรักษาอะไรที่มีประโยชน์” และเด็กและครอบครัวควรปรับตัวอย่างไร มีข้อยกเว้นในรายที่สาเหตุของโรคเกิดจากพันธุกรรม และเด็กคนอื่นๆ ในครอบครัวที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค เด็กและครอบครัวควรได้รับคำปรึกษาแนะนำจากกุมารแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลทางพันธุกรรมและการช่วยแนะนำวิธีปฏิบัติตัวจากจิตแพทย์

3. ความแน่นอนของการวินิจฉัยโรค ถ้าการวินิจฉัยโรคมีความแน่นอน เด็กและครอบครัวสามารถเปลี่ยนแปลงชีวิตประจำวันเพื่อให้มีความเหมาะสมกับการรักษาโรคได้ดี รวมทั้งเมื่อรักษาแล้วก็จะทำให้มีการพยากรณ์โรคที่ดีขึ้น ในกรณีที่เด็กและครอบครัวต้องพบกับความไม่แน่นอนของการวินิจฉัยโรคเป็นระยะเวลาานานหลังจากที่เด็กมีอาการของโรค จะมีผลเสียอย่างมากต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และครอบครัว

4. ระดับของความผิดปกติและความพิการ (Degree of Deformity and Disability) ความผิดปกติและความพิการจะยังมีผลกระทบต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของเด็กป่วยเรื้อรัง โรคเรื้อรังทำให้เด็กมีข้อจำกัดต่างๆที่เด็กมักจะจัดการได้ แต่ถ้ามีความพิการจะเพิ่มปัญหาให้แก่เด็ก มีการศึกษาพบว่าระดับของความพิการและความเสียหาย มีความสัมพันธ์กับพยาธิสภาพทางจิตใจ เด็กที่มีความพิการมากมีโอกาสเกิดปัญหาทางจิตใจมาก

ความรู้สึกว่าตนเองพิการหรือมีความผิดปกติจากโรคและการรักษา ทำให้เด็กรู้สึกว่ภาพพจน์เกี่ยวกับร่างกายของตัวเองไม่ดีขึ้นสามารถเกิดได้ในทุกช่วงอายุ แต่จะมีความรู้สึกมากในวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลาง สิ่งสำคัญในกรณีนี้คือ การช่วยเหลือประคับประคองทางอารมณ์และการให้ความมั่นใจว่าเด็กและวัยรุ่นยังเป็นส่วนที่มีคุณค่าของครอบครัวและชุมชนแม้ว่ารูปร่างหน้าตาจะเปลี่ยนไป การให้ความช่วยเหลือรักษาที่ได้ผล คือ การสนับสนุนให้เด็กและวัยรุ่นได้พบกับเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันและปรับตัวได้ดีแล้ว

5. การพยากรณ์และการดำเนินโรค แม้ว่าโรคเรื้อรัง หมายถึงการเป็นโรคในระยะยาว การพยากรณ์โรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับตัว ถ้ายังมีความหวังว่าโรคอาจหายหรือทำให้เกิดความผิดปกติหรือพิการน้อยมาก แพทย์และครอบครัวจะมองโรคในแง่ดีและปรับตัวได้ดี ในขั้นแรกหลังจากการยอมรับว่าเด็กมีโอกาสที่จะหายจากโรคแล้ว ยังต้องมีการปรับตัวในความเป็นจริงอีกหลายอย่าง การปฏิเสธไม่ยอมรับปัญหา เป็นกลไกทางจิตที่พบบ่อยและจะต้องได้รับการจัดการรักษาช่วยเหลือร่วมกับการแก้ไขปัญหาคความเครียดอื่นๆของครอบครัว ควรให้เวลาแก่ครอบครัวในการรับความช่วยเหลือจากภายนอก และจัดการกับอนาคตต่อไป

ปฏิกิริยาของบิดามารดาต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตร

ขณะที่เด็กมีภาวะป่วยเรื้อรัง เด็กพยายามที่จะปรับตัวปรับจิตใจ ให้ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ บิดามารดามีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับตัวนี้ ถ้าบิดามารดามีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจอย่างมากต่อการเจ็บป่วยของบุตร หรือไม่สามารปรับตัวและจิตใจได้ ก็จะยิ่งก่อปัญหากับผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมาก เมื่อบิดามารดาได้รับทราบจากแพทย์ว่าบุตรของตนป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บิดามารดาจะเริ่มมีปฏิกิริยาได้ตอบดังนี้ ⁽²⁾

ระยะที่ 1 ซ็อกและปฏิเสธ (Shock and Denial) ในระยะแรกที่ทราบว่าบุตรตนป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บิดามารดาจะไม่ยอมรับ โดยเฉพาะถ้าเป็นโรคเรื้อรังที่เห็นอาการไม่ชัดเจน การปฏิเสธเป็นกลไกทางจิตอย่างหนึ่งที่ใช้กันทั่วไปเพื่อลดความเจ็บปวดในใจของบิดามารดา การปฏิเสธเท่ากับการเป็นกันชนไว้ก่อน เพื่อที่บิดามารดาจะได้มีเวลาตั้งสติ และหาวิธีการได้ตอบกับความจริงด้วยวิธีการอื่น ในระยะนี้บิดามารดาจะพยายามไปปรึกษาแพทย์คนอื่นๆ ด้วยความหวังว่าแพทย์คงวินิจฉัยโรคผิด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตามปกติ แต่จะเป็นอุปสรรคต่อการรักษาพยาบาลเด็ก การปฏิเสธทำให้บิดามารดาคิดความวิตกกังวล โดยการทำให้สภาพการณ์น่ากลัวน้อยลง การปฏิเสธอาจเกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นหรือตลอดทั้งช่วงระยะเวลาของการเกิดโรคก็ได้ แต่การปฏิเสธจะลดน้อยลงถ้าความจริงเกี่ยวกับโรคปรากฏขึ้น การปฏิเสธนั้นจะทำให้บิดามารดา มีความหวังจะเผชิญกับเหตุการณ์ต่อไปได้ในอนาคต

ระยะที่ 2 การปรับตัว (Adjustment) เป็นระยะต่อมา โดยจะเกิดขึ้นทีละน้อยต่อจากระยะซ็อก เป็นระยะที่เป็นความทุกข์เรื้อรัง (Chronic Sorrow) บิดามารดาจะแสดงออกโดยมีความรู้สึกผิดและโกรธ ความรู้สึกผิดนี้จะเกิดขึ้นเมื่อบิดามารดาค้นหาสาเหตุของการเกิดโรคและจะมีการโทษตัวเอง ความรู้สึกผิดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อทราบเหตุผลว่าเด็กเจ็บป่วยด้วยสาเหตุทางพันธุกรรม ถึงแม้ว่าตามปกติแล้วบิดามารดาจะไม่ทราบว่าตนเองเป็นผู้นำโรคก่อนที่เด็กจะคลอด แต่ก็รู้ว่าตนเองอ่อนแอและไม่มีอำนาจที่จะป้องกันโรคได้ ซึ่งทำให้เพิ่มความวิตกกังวล ความโกรธและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกผิดจะพบได้บ่อยครั้งเมื่อเริ่มต้นมีอาการของโรค โดยบิดามารดาแสดงความวิตกกังวลกระวนกระวายใจที่มากเกินไป ความรู้สึกผิดนี้อาจมีอยู่ตลอดเวลาหรือตลอดการเจ็บป่วย ส่วนความโกรธเป็นปฏิกิริยาได้ตอบที่เป็นปกติของบุคคล เมื่อไม่สามารถปฏิเสธได้อีกต่อไป และจะมีความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวนง่าย หรือเกิดอารมณ์ร้ายต่างๆ โดยที่อาจใช้บุคคลรอบข้างเป็นที่รองรับอารมณ์ นอกจากนั้นอาจโยนความผิดหรือกล่าวโทษผู้อื่นว่าเป็นสาเหตุให้เกิดเหตุ

การณ์เช่นนี้ขึ้น ภายใต้นี้จะสั้นหรือยาวขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆหรือขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลรวมทั้งสิ่งแวดล้อมด้วย ความโกรธจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อรู้สึกว่าตนไม่มีความหวังและไม่สามารถปรับตัวเพื่อยอมรับเหตุการณ์นั้นได้ บิดามารดาจะโกรธตนเองที่ไม่มีความสามารถมีบุตรที่มีความสมบูรณ์ได้ และจะทุ่มเททั้งเวลาและพลังงานไปที่บุตร บิดามารดาจะพยายามระงับความรู้สึกขัดเคืองและความโกรธเด็ก การระงับหรือเก็บกดความโกรธนี้ บางครั้งทำให้ระเบิดความโกรธออกมาอย่างไม่เหมาะสมซึ่งจะทำให้บิดามารดา รู้สึกผิดรุนแรงมากขึ้น เมื่อความรู้สึกผิดและความโกรธรุนแรงมากขึ้น จะทำให้สะสมการปกป้องคุ้มครองเด็กมากขึ้นไปด้วย

ระยะที่ 3 ระยะของความเข้าใจ และยอมรับความจริง (Reintegration and Acceptance) ระยะนี้เป็นระยะที่ยอมรับความจริงในธรรมชาติแห่งชีวิต ไม่ใช่เป็นเพียงการยอมรับว่ามีบุตรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังว่าเป็นความจริงหรือยอมรับการไม่สามารถแก้ไขได้นั้น หากแต่เป็นการยอมรับความสูญเสียโดยสมบูรณ์ไม่เศร้าโศก หรือกลัวใดๆอีก การยอมรับของบิดามารดาและการปรับตัวให้ยอมรับความเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรได้นั้น จะทำให้ทราบเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการที่เป็นไปตามปกติ จะช่วยสนับสนุนให้เด็กมีความเข้มแข็ง มีระเบียบวินัย ส่งเสริมความมีอิสระเสรี ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ บิดามารดาอาจมีอารมณ์ขึ้นๆลงๆ แต่จะยังคงกระตุ้นเกี่ยวกับการเรียน และการเล่นกับเพื่อนๆ และพยายามมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนๆของเด็กเอง จนสามารถปรับตัวให้เข้ากับเด็กได้ และเด็กเองก็รู้สึกพอใจ แต่ในบุคคลจำนวนมาก ระยะนี้อาจไม่เกิดขึ้นเลยก็ได้ ทำให้บุคคลเหล่านั้นต้องทนทุกข์ทรมานกับความรู้สึกโกรธหรือเศร้าหมอง

ระยะที่ 4 ระยะที่มีความเย็นชาเฉยเมย (Freezing - out Phase) ถ้าการเผชิญกับการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของบุตรใช้เวลานาน ก็จะทำให้บิดามารดา มีความเครียดอยู่ในระดับหนึ่ง ผลที่เกิดกับเด็กอาจจะคงอยู่ตลอดไป โดยอาจทำให้เด็กเกิดความผิดปกติทั้งร่างกายและจิตใจได้ ระยะนี้ไม่มีความจำเป็นต้องปรับตัว ครอบครัวอาจจะมีทางเลือกไว้แล้ว อายุของบิดามารดาอาจจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลง บิดามารดาอาจปล่อยให้มีผู้ดูแลเด็กแทนตั้งแต่ระยะสูญเสีย และยังคงมีความรู้สึกผิดอยู่

ปฏิกริยาทางด้านจิตใจของบิดามารดาจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับปัจจัยคือ ความรุนแรงของโรค การพยากรณ์โรค ความสามารถในการรักษาและผลของการรักษา ซึ่งถ้าการพยากรณ์โรคไม่ดี โดยเฉพาะถ้าเกิดในเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรงมาก่อน จะยิ่งทำให้ความกดดันในครอบครัวรุนแรงมากยิ่งขึ้น และถ้าการเจ็บป่วยนั้นเริ่มมีขึ้นหลังจากที่บุตรโตพอที่จะมีบุคลิกลักษณะเป็นของตัวเองบ้างแล้ว บิดามารดาจะรู้สึกสูญเสียมากกว่าบุตรที่พิการมาแต่กำเนิด⁽²³⁾

ผลกระทบกระเทือนจากความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน สังคมมุ่งหวังต่อเด็กวัยนี้ว่าจะต้องมีความสามารถในหลายๆด้าน มีการสังคมนอกบ้าน ในกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียน เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะหย่อนความสามารถในเรื่องการเรียน การเล่นกีฬา และการที่จะทำอะไรได้เช่นเดียวกับเพื่อนกลุ่มเดียวกัน ทำให้เด็กรู้สึกสูญเสียการนับถือตนเอง รู้สึกมีปมด้อย และถูกปฏิเสธจากกลุ่ม การขาดโรงเรียนบ่อยๆ เนื่องจากต้องเข้าอยู่ในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง อาจต้องเรียนซ้ำ

ชั้น ทำให้เด็กรู้สึกมีปมด้อยมากขึ้น เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังบางคนอาจใช้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ในการพัฒนา ด้านสติปัญญา พัฒนาศักยภาพต่างๆ เพื่อทดแทนการหย่อนสมรรถภาพทางด้านร่างกาย โรงพยาบาล ต่างๆหลายแห่งจึงได้มีการจัดให้มีห้องเรียนในโรงพยาบาล และจัดการให้เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้มีการเรียน หนังสือ

เด็กวัยเรียนที่อยู่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง จะมีความรู้ดีเกี่ยวกับงานประจำของโรงพยาบาล สามารถรู้เหตุผล และต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับหน้าที่ของร่างกาย อย่างไรก็ตามการอยู่ในโรงพยาบาลบ่อยๆ หรือการผ่าตัดไม่ได้ทำให้เด็กทนทุกข์ทรมานน้อยลง เด็กจะมีความวิตกกังวลมากขึ้น เนื่องจากต้องอยู่ในโรงพยาบาลอีกแม้ว่า เด็กจะพยายามระงับความรู้สึกกลัวได้แล้วก็ตาม

ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น วัยรุ่นเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความลำบากมากที่สุดในการปรับตัวเกี่ยวกับพัฒนาการ เพราะวัยรุ่นต้องเผชิญกับปัญหาการรู้จักตัวเอง การเลือกอาชีพ ความเป็นอิสระเสรี การควบคุมอารมณ์ การปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการเริ่มมีแรงขับทางเพศ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือร่างกายพิการจะทำให้ผ่านพ้นงานดังกล่าวมาด้วยความยากลำบาก ในวัยรุ่นที่หย่อนสมรรถภาพทางร่างกาย สติปัญญาและขาดการประคับประคองจากครอบครัว จะทำให้มีผลเสียทางด้านจิตใจมากขึ้น

ในเรื่องสภาพลักษณะเกี่ยวกับตนเองมีความสำคัญมากสำหรับวัยรุ่น การเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรคทำให้เด็กวัยรุ่นมีรูปร่างที่เตี้ยและผอม พัฒนาการทางเพศล่าช้า ร่างกายผิดปกติ มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว และจะพบเสมอว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือร่างกายพิการ เป็นสาเหตุที่ทำให้ตัววัยรุ่นเองมีความรู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง และมีความนับถือตัวเองต่ำ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ และเกี่ยวกับการยอมรับของกลุ่มด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังถูกจำกัดในแง่ความเป็นอิสระในตนเอง และการสังคมกับเพื่อนเพศเดียวกันและเพื่อนต่างเพศอีกด้วย

ผลกระทบของการเจ็บป่วยของเด็กต่อสมาชิกในครอบครัว

เมื่อมีเด็กเจ็บป่วยในครอบครัว บิดามารดาจะได้รับผลกระทบต่างๆจากการที่มีบุตรเจ็บป่วยดังนี้⁽²³⁾

1. ด้านชีวิตประจำวัน เนื่องจากเด็กเพียงอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม และยังเป็นเด็กป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆของร่างกาย การช่วยเหลือหรือดูแลตนเองจะกระทำได้น้อย ต้องอยู่ในความดูแลของผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ และมีความพร้อมที่จะดูแลเด็กได้ ดังนั้นเด็กจำเป็นต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ในการที่จะช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ทำให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมประจำวันของชีวิต คือกิจวัตรประจำวันนั่นเอง ซึ่งได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังต้องดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษา เช่น การให้ยา การมาตรวจตามนัด การปรุงอาหารให้เหมาะสมกับโรคและวัยของเด็ก เพื่อช่วยในเด็กป่วยที่ถึงแม้ว่าจะไม่ได้อยู่ในระยะที่มีอาการรุนแรงมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างผาสุก เช่น เด็กปกติอื่นๆ และเพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุและภาวะเสี่ยงต่างๆที่จะนำไปสู่อาการที่รุนแรงมากขึ้นจนเป็นอันตราย

ต่อเด็ก จากภาระต่างๆเหล่านี้ แม้ว่าจะเป็นกิจกรรมประจำวันที่มาตราหรือผู้ดูแลเด็กเต็มใจและตั้งใจกระทำก็ตาม แต่ก็ยังเป็นภาระที่หนักหน่วง ต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมากในการให้การดูแล และต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน อาจทำให้มารดาผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเองเท่าที่ควร อาจต้องลดบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำอยู่ตามปกติให้น้อยลงหรือไม่มีโอกาสได้กระทำบทบาทนั้นได้อย่างเต็มที่เหมือนเดิมอีก มารดาอาจต้องลดเวลาในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆของตนเองลง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น เพื่อหันมาทุ่มเทเวลาให้กับเด็กที่ป่วยอย่างเต็มที่ เหตุการณ์เช่นนี้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาได้อย่างต่อเนื่องและอาจเลยไปถึงผลกระทบในด้านอื่นๆ นอกเหนือไปจากกิจกรรมประจำวันได้

2. ด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจในครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งที่ทำให้ชีวิตครอบครัวดำเนินไปอย่างราบรื่น ถ้ามีสาเหตุใดมาขัดขวางหรือทำให้ภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวตกต่ำลง การดำเนินชีวิตในครอบครัวย่อมมีอุปสรรค การเจ็บป่วยเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสภาพการเงิน และเศรษฐกิจในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพราะลักษณะของโรคเรื้อรังนั้นต้องใช้เวลารักษานาน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก บางโรคต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่สิ้นสุด ไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆที่จำเป็น ถ้ายังต้องนำเด็กป่วยมาตรวจหรือรับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไกลจากบ้านมากๆ ก็จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าเดินทาง ค่าอาหารและที่พักเพิ่มขึ้น ครอบครัวต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจไปตลอดชีวิต บางครอบครัวบิดามารดาต้องหยุดงานเพื่อพาบุตรไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือมารดาบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลเด็กป่วยที่บ้าน หรือบางรายต้องลดชั่วโมงการทำงานลงหรืออาจต้องเปลี่ยนแปลงงานเพื่อให้เหมาะสมและสะดวกต่อการดูแลเด็กป่วย ปัญหาเหล่านี้จะยิ่งทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ในสภาพเศรษฐกิจที่รัดตัวเช่นนี้จะยิ่งเป็นเรื่องที่ยุ้งยากมาก โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางหรือต่ำ บางครอบครัวจะต้องทำงานหนักขึ้น อาจต้องหาอาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้ให้พอกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง ภาวะเหล่านี้จะเป็นสิ่งบีบบังคับให้บิดาหรือมารดาต้องมีภาระหนักขึ้นและมากขึ้น มีผลทำให้เหน็ดเหนื่อยมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจเช่นนี้จะยิ่งเพิ่มความเครียดและวิตกกังวลให้สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดา

3. ด้านสังคม มารดามักมีความอับอายจากการมีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้แยกตัวออกจากผู้อื่น มีความลี้มเหลวในการติดต่อสื่อสารหรือสัมพันธ์ทั้งกับบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว มีผลทำให้พัฒนาการในครอบครัวหยุดชะงักได้ นอกจากนั้นยังพบว่า การเข้าสังคมของสมาชิกในครอบครัวถูกจำกัดลง เพราะกลัวว่าถ้าตนเองออกไปทำกิจกรรมในสังคมแล้วจะไม่มีผู้ดูแลบุตร และยังพบอีกว่าบิดามารดาจะพยายามแยกตัวออกจากสังคม เพราะไม่ต้องการตอบคำถามของเพื่อนๆเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร อาจหยุดกิจกรรมนอกบ้านที่เคยปฏิบัติ โดยคิดว่าไม่เหมาะสมที่จะทำตัวสนุกสนานในขณะที่บุตรเจ็บป่วย หรือถึงจะร่วมกิจกรรมแต่ก็ไม่สนุกสนานเท่าที่ควร เพื่อนๆอาจไม่แน่ใจว่าจะแสดงท่าทีหรือพูดคุยกับบิดามารดาอย่างไรดี บิดามารดาบางรายอาจจะรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถพูดคุยกับเพื่อนเกี่ยวกับการ

เจ็บป่วยของบุตรได้อย่างเปิดเผยเช่นคนในครอบครัว เพื่อนบางคนอาจแสดงปฏิกิริยาและให้การประคับประคองไม่เหมาะสม ซึ่งจะยิ่งทำให้บิดามารดาเจ็บปวดมากขึ้นอีก บิดามารดาบางคนบอกว่าเพื่อนจะห่างเหินและหายหน้าไปทีละคนทำให้รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว หรือแม้แต่ในการสังคมนับญาติพี่น้อง บางครอบครัวที่มีญาติพี่น้องที่เป็นแหล่งสนับสนุนให้การประคับประคองที่ดี ก็อาจช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายได้บ้าง ในบางครอบครัวอาจไม่มีเวลาไปมาหาสู่กัน ซึ่งอาจมีผลทำให้สัมพันธภาพที่เคยมีต่อกันต้องห่างเหินกันออกไป นอกจากนี้มารดาบางรายอาจหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรจากแพทย์และพยาบาล หรือจากมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรืออาจจะบายความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยของบุตรให้ผู้อื่นฟัง ดังนั้น มารดาจึงพยายามหาเพื่อนที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคเดียวกันกับบุตรของตนที่พบในโรงพยาบาลหรือในคลินิกตรวจเฉพาะโรคตามนัด⁽¹⁾

ส่วนด้านบทบาทในครอบครัว ส่วนใหญ่จะเกิดปัญหาในมารดาเพราะต้องใช้เวลานานดูแลบุตรที่ป่วยทำให้ไม่สามารถทำบทบาทอื่นในครอบครัวได้สมบูรณ์ เช่น การดูแลบุตรคนอื่นๆที่ไม่เจ็บป่วย การดูแลสามี การทำงานบ้าน สิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทตามความเหมาะสมเพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไปได้ เช่น บิดาหรือบุตรที่ไม่ป่วยและโตพอจะต้องทำหน้าที่แทนมารดา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทเช่นนี้อาจทำให้บิดารู้สึกโกรธ เศร้าโศกและเหน็ดเหนื่อย แต่ไม่สามารถดำเนินมารดาได้ เพราะมารดามีภาระต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วย ในมารดาบางรายนั้น ในขณะที่ต้องดูแลบุตรที่อยู่ในโรงพยาบาลก็อาจต้องกลับไปดูแลบุตรคนอื่นๆที่ไม่เจ็บป่วยและทำงานบ้านด้วย ภาระดังกล่าวจะส่งผลให้มารดาเกิดความเหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้ามากขึ้น นอกจากนั้นเพื่อให้เด็กป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างในครอบครัวให้เหมาะสม เช่น ต้องแยกห้องหรือของใช้บางอย่าง อาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย เพื่อให้สะดวกต่อการติดตามการรักษาเด็กป่วยด้วย

4. ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัว ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาทางด้านอารมณ์ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วย โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง ในอดีตที่ผ่านมาสังคมมักกำหนดบทบาทหน้าที่ของฝ่ายหญิงและชายในครอบครัวแยกจากกัน กล่าวคือบิดาจะเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการหารายได้รับผิดชอบในการตัดสินใจต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว ส่วนมารดามีหน้าที่ในการดูแลงานบ้านและเลี้ยงดูบุตร รับผิดชอบต่อการปรนนิบัติสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้สุขสบาย ซึ่งมารดามีความสำคัญมาก ถือได้ว่ามารดาเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการตอบสนองความต้องการของเด็ก ทั้งในด้านอารมณ์และสังคม เพราะเป็นผู้ที่ผูกพันใกล้ชิด ให้การเลี้ยงดูเอาใจใส่ให้ความรักแก่เด็กมาโดยตลอด จึงเป็นผู้รู้ เข้าใจ และไวต่อความต้องการของเด็กมากที่สุด จากการที่มารดาต้องรับภาระดูแลประคับประคองเด็กที่ป่วยเป็นเวลานาน ทำให้ไม่ได้รับการพักผ่อนหย่อนใจตามที่ควร จะมีผลทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวกระทบกระเทือนไปด้วย โดยเฉพาะสัมพันธภาพในชีวิตสมรส ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยรักษาไม่หายขาดจะมีความเคร่งเครียดในชีวิตคู่ และพบว่าการหย่าร้างและฆ่าตัวตายอย่างเด่นชัดมาก ซึ่งสาเหตุความเคร่งเครียดอาจเกิดจากสามี หรือภรรยา ดำเนินฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของ

บุตร สามีหรือภรรยาที่มีพฤติกรรมเผชิญความเครียดที่อีกฝ่ายไม่เข้าใจทำให้เกิดความขัดแย้งกัน บางครอบครัวสามีหรือภรรยาคนใดคนหนึ่งต้องทำงานพิเศษเพื่อเพิ่มรายได้ ทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อย แต่บางครอบครัวสามีภรรยามีความใกล้ชิดกันมากขึ้นเพราะความรักและห่วงใยบุตร ทำให้ต้องปรึกษาและประคับประคองซึ่งกันและกัน การที่คู่สมรสมีโอกาสนทนาเปิดเผยความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นและความคาดหวังในชีวิตสมรส รวมถึงการไว้วางใจกันอย่างจริงใจนั้นจะเป็นสิ่งที่ทำนายความพึงพอใจในชีวิตสมรสทั้งของสามีและภรรยาได้ สามีภรรยาที่มีความสัมพันธ์กันดีจะรู้จักบทบาทของตนเองและมีความเต็มใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขและยอมรับความสำคัญซึ่งกันและกัน จะไม่ทอดทิ้งกันเมื่ออีกฝ่ายหนึ่งต้องพบกับความยากลำบาก

5. ด้านอารมณ์และจิตใจ ในระยะที่บุตรสบายดี บิดามารดาจะอยู่ในโลกของความเป็นปกติสุข แต่เมื่อบุตรกลับมีอาการของโรคกำเริบขึ้น บิดามารดาที่จะกลับเข้าสู่โลกแห่งความเจ็บป่วยที่มีแต่ความเครียดและวิตกกังวล⁽¹⁾ สภาพอารมณ์ของบิดามารดาจะเปลี่ยนแปลงได้ตามความรู้สึกที่มีต่อบุตรที่เจ็บป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับความหมายและความสำคัญของบุตรคนนั้นๆ ที่มีต่อบิดามารดา ถ้าบุตรมีความหมายต่อบิดามารดามากเมื่อเขาเจ็บป่วยเรื้อรังบิดามารดาจะรู้สึกสูญเสียมากและเกิดปฏิกิริยารุนแรงและยาวนาน ความหมายของบุตรที่มีต่อบิดามารดาขึ้นอยู่กับลำดับที่ของบุตร เพศ อายุ สถานภาพของครอบครัวขณะเด็กเจ็บป่วย ความยากง่ายในการเลี้ยงดูก่อนเจ็บป่วย ตลอดจนอายุของบุตรคนอื่นๆ

6. ผลกระทบต่อพี่น้องของผู้ป่วย เมื่อเด็กเจ็บป่วยในครอบครัว จะมีผลกระทบต่อพี่น้องของเด็กป่วยที่มีสุขภาพดี ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยมีปฏิกิริยาต่างๆต่อไปนี้

6.1 ความเครียด (Stress) ความเจ็บป่วยของเด็กคนใดคนหนึ่งจะมีผลกระทบต่อเด็กปกติคนอื่นๆ ในครอบครัว โดยจะเกิดความเครียดเช่นเดียวกับเด็กที่ป่วย บางครั้งอาจจะเท่ากับหรือรุนแรงมากกว่าก็ได้ ซึ่งความเครียดของพี่น้องของผู้ป่วยมักเกิดจากการที่ไม่ได้รับความสนใจจากมารดา เนื่องจากมารดาใช้เวลาอยู่กับเด็กป่วยมาก และจากการที่มารดาให้ความรักให้ความสนใจในการดูแลเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าปกติ ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยเข้าใจผิดคิดว่ามารดา รักตนน้อยลง พี่น้องของเด็กป่วยจะเริ่มมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ คือเรียกร้องความสนใจมากขึ้น อาจเกิดความอิจฉาเด็กที่กำลังป่วยหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้มารดาซึ่งมีสภาพอารมณ์ตึงเครียดอยู่แล้วอาจทนอยู่ปฏิกิริยาของพี่น้องเด็กป่วยไม่ได้หรือจากสภาวะด้านอารมณ์ของมารดา ทำให้มารดาบางคนอาจใช้กลวิธีการปรับตัว เช่น การถ่ายเทอารมณ์ (Displacement) ไปยังบุตรที่ไม่เจ็บป่วย อาจใช้การดูว่าหรือลงโทษอย่างมากมาย เมื่อพี่น้องของเด็กป่วยทำผิดเพียงเล็กน้อย นอกจากนี้พี่น้องของเด็กป่วยจะมีความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่โครงสร้างและกิจกรรมต่างๆภายในครอบครัวด้วย สิ่งเหล่านี้มีผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดา กับบุตรที่ไม่ป่วยลดลงและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุตรที่ไม่ป่วยกับบุตรที่ป่วยก็ลดลงด้วย

6.2 ความกลัว (Fear) พี่น้องของเด็กป่วยอาจกลัวความเจ็บป่วยนั้น โดยอาจคิดเอาเองตามความคิดและจินตนาการ ทำให้เกิดความสับสน หวาดกลัวว่าตนเองอาจจะเจ็บป่วยเช่นพี่หรือน้องของเขาบ้าง หรือกลัวว่าจะติดโรคจากเด็กป่วยบ้าง

6.3 ความรู้สึกผิด(Guilt) เกิดจากการที่พี่น้องของเด็กป่วยมีความรู้สึกว่าคุณไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้นได้ บางคนอาจรู้สึกว่าเป็นความผิดของตนที่เคยวินิจฉัยหรือคิดแข่งเด็กป่วย

นอกจากนี้พี่น้องของเด็กป่วยจะมีความอายเนื่องจากถูกกดดันจากสังคม ถูกเยาะเย้ยจากเพื่อน และอาจมีความรู้สึกสูญเสีย โดยเฉพาะถ้าคนในครอบครัวมีพี่น้องเพียง 2 คนเท่านั้น ปฏิกริยาทางด้านจิตใจของพี่น้องเด็กป่วยอาจเพิ่มมากขึ้น เมื่อมารดามีความเครียดทางด้านอารมณ์และมีความเหน็ดเหนื่อยหรือหุ่มเทเวลาเพื่อดูแลบุตรที่เจ็บป่วย โดยละทิ้งไม่ดูแลบุตรคนอื่นๆ หรือในทางตรงกันข้ามมารดาอาจปกป้องพี่น้องของเด็กป่วยมากเกินไป เนื่องจากกลัวว่าพี่น้องของเด็กป่วยจะเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งปฏิกริยาของพี่น้องเด็กป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ และระดับพัฒนาการของพี่น้อง สัมพันธภาพระหว่างพี่น้องและเด็กป่วย ความรุนแรงและระยะเวลาที่เจ็บป่วยของเด็ก ปฏิกริยาของบิดามารดา การสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการเปิดเผยหรือปิดบังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กของบิดามารดาต่อพี่น้อง จากปฏิกริยาดังกล่าวทำให้พี่น้องของเด็กป่วยแสดงพฤติกรรมได้หลายแบบ เช่น พฤติกรรมถดถอย การกีดเลื้อ ผลการเรียนตกต่ำ มีพฤติกรรมที่เรียกร้องจากบิดามารดามากขึ้นหรืออาจมีอาการแสดงออกทางกายจากการที่มารดาต้องดูแลเด็กป่วยเป็นเวลานานและจากปฏิกริยาทางด้านจิตใจ อาจมีผลทำให้มารดาไม่มีเวลาดูแลสมาชิกอื่นหรือบุตรคนอื่นๆในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลในครอบครัวได้

ปฏิกริยาและผลกระทบของพี่น้องจะแตกต่างกันในแต่ละวัย พี่น้องที่เป็นทารกจะได้รับผลเสียมากที่สุดเพราะมารดาจะสนใจดูแลแต่ผู้ป่วยเด็ก ไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่ทารกแสดงออก พี่น้องที่อยู่ในวัยหัดเดินยังไม่เข้าใจสิ่งที่กำลังเกิดขึ้น ก็จะคิดว่าบิดามารดาไม่ยอมรับหรือไม่รักตนเอง จึงมีปฏิกริยาต่อต้าน แสดงความโกรธ ไม่พอใจ หรือแสดงอาการทางกายที่ผิดปกติ แยกตัวได้

จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งโดยตรงและโดยอ้อม คือก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงหลายๆด้านในครอบครัว บิดามารดาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบนั้นด้วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งในด้านชีวิตประจำวัน สังคม อาชีพ ความสัมพันธ์ฉันสามีภรรยา หรือแม้แต่ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กป่วยกับพี่น้องด้วยกันเอง ทำให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องพยายามปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของเด็กเมื่อเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยทางกายมีผลกระทบต่อจิตใจเกิดขึ้นไม่เหมือนกัน อาจจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการคือ ⁽²⁾

1. ระดับอายุและพัฒนาการทางสติปัญญาของเด็ก
2. อิทธิพลของความเชื่อต่างๆ ทำให้เด็กขาดเหตุผลที่ถูกต้องต่อการเจ็บป่วย

นอกจากนี้โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดยังพบได้สูงในทารกที่ตาย แท้ง และมีน้ำหนักน้อยขณะคลอด โดยเฉพาะทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ที่ควรจะเป็น (Small for age) และยังพบว่ามักมีความผิดปกติของระบบอื่นร่วมด้วย เช่น tracheoesophageal fistula, renal agenesis และ diaphragmatic hernias ⁽²⁵⁾

การจำแนกประเภทของโรค

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบ่งตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียน (Hemodynamic changes) สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิดคือ ⁽²⁵⁾

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการตัวเขียว (Acyanotic Congenital Heart Disease) เป็นโรคหัวใจที่ไม่มีอาการตัวเขียว แบ่งเป็นชนิดต่างๆตามสาเหตุ 2 ชนิดคือ

1.1 เลือดไหลลัดวงจรจากซ้ายไปขวา (Left to Right Shunt) โดยมีทางเชื่อมระหว่างระบบเลือดแดงและเลือดดำ ซึ่งมีความดันของเลือดแดงสูงกว่าความดันของเลือดดำ

1.2 ภาวะทางเดินโลหิตอุดตัน (Obstructive lesions) การไหลเวียนของโลหิตไม่สะดวกเนื่องจากการตีบหรืออุดตันของทางเดินโลหิต

2. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีอาการเขียว (Cyanotic Congenital Heart Disease) โรคหัวใจที่มักมีอาการเขียว แบ่งออกเป็น

2.1 เลือดไหลลัดวงจรจากขวาไปซ้าย (Right to Left Shunt) มีทางต่อระหว่างระบบเลือดแดงและเลือดดำ ซึ่งความดันของเลือดดำสูงกว่าความดันของเลือดแดง

2.2 พวกที่มีความผิดปกติอื่นๆ ซึ่งแต่ละชนิดก็แบ่งออกเป็นความผิดปกติต่างๆกัน

ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกประเภทของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

Congenital Heart Disease			
Acyanotic		Cyanotic	
<u>Left to Right Shunt</u> <input type="checkbox"/> Atrial septal defect <input type="checkbox"/> Ventricular septal defect <input type="checkbox"/> Patent ductus arteriosus <input type="checkbox"/> Atrioventricular canal	<u>Obstructive lesions</u> <input type="checkbox"/> Coarctation of aorta <input type="checkbox"/> Aortic stenosis <input type="checkbox"/> Pulmonary stenosis	<u>Right to Left Shunt</u> <input type="checkbox"/> Tetralogy of fallot <input type="checkbox"/> Tricuspid atresia	<u>Mixed blood flow</u> <input type="checkbox"/> Transposition of great arteries <input type="checkbox"/> Truncus arteriosus <input type="checkbox"/> Total anomalous pulmonary venous return <input type="checkbox"/> Hypoplastic left heart syndrom

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียว(Acyanotic Congenital Heart Disease)

1. ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องบน (Atrial septal defectหรือ ASD) เป็นความพิการของหัวใจที่ผิดปกติ โดยมีทางเปิดระหว่างผนังกันของหัวใจห้องบนขวาและซ้าย ซึ่งอาจเกิดจากขณะอยู่ในครรภ์ มีการเจริญของผนังกันหัวใจผิดปกติ หรือหลังจากคลอดแล้วช่องโหว่(foamen avale)ไม่ปิดสนิท ซึ่งแบ่งได้ 3 ชนิดคือ

1. Ostium primum (ASD1) มีทางเปิดที่ผนังกันบริเวณส่วนกลางของหัวใจห้องบนขวาและซ้าย ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของลิ้นหัวใจไมตรัล (Mitral valve)

2. Ostium secundum (ASD 2) มีทางเปิดที่บริเวณส่วนกลางของหัวใจห้องบนขวาและซ้ายเป็นความผิดปกติที่เกิดจากช่องโหว่(foamen avale)ไม่ปิด

3. Sinus venosus defect มีทางเปิดที่ส่วนบนสุดของผนังกันหัวใจใกล้รอยต่อระหว่างหลอดเลือดดำซุพีเรีย เวนา คาวา (Superior vena cava) และหัวใจห้องขวา ซึ่งมักเกิดร่วมกับความผิดปกติของหลอดเลือดดำปัลโมนารี(Pulmonary vein) แขนงสู่ปอดกลับบนขวามาต่อที่หัวใจห้องบนขวา

พยาธิสรีรภาพ และการไหลเวียนโลหิต(Pathophysiology& Hemodynamics)

เลือดแดงในหัวใจห้องบนซ้ายมีความดันสูงกว่าด้านขวา เลือดจะถูกบังคับให้ไหลผ่านตรงทางรูรั่วที่ผิดปกติเข้าไปในหัวใจห้องบนขวา และไหลลงสู่หัวใจห้องล่างขวา เป็นผลให้เลือดไหลลัดวงจรจากซ้ายไปขวา (Left to Right Shunt) มีผลทำให้หัวใจด้านขวาทำหน้าที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการไหลของเลือดแดง (Oxygenated blood) เพิ่มขึ้น จะทำให้หัวใจห้องบนขวาและห้องล่างขวาโตและขยายตัวขึ้น เมื่อเลือดที่จำนวนมากกว่าไหลผ่านออกสู่หลอดเลือดในปอดเป็นเวลานานนับปี จะทำให้หลอดเลือดในปอดชั้น media หนาตัวขึ้น เป็นการเพิ่มแรงต้านที่ปอดเพื่อให้เลือดไหลผ่านปอดน้อยลง แต่ขณะเดียวกันหัวใจห้องล่างขวาต้องออกแรงบีบตัวมากขึ้น เพื่อดันเลือดจำนวนมากขึ้นออกไปให้หมด ทำให้ลิ้นปัลโมนิก (Pulmonic valve) ปิดแรงขึ้น และถ้าลิ้นนี้กันเลือดจำนวนมากสู่กับแรงต้านในปอดไม่ไหว ก็จะเกิดภาวะ ลิ้นปัลโมนิก รั่ว หรือลิ้นไตรคัสปิด (Tricuspid valve) รั่วตามมาได้

ในทารกเกิดใหม่จะไม่เกิดเลือดไหลลัดวงจรจากซ้ายไปขวามากเท่าในเด็กโต เนื่องจากหัวใจห้องล่างขวามีกล้ามเนื้อหนาและคลายตัวยังไม่ดี รวมทั้งผนังหลอดเลือดแดงฝอยในปอดก็ยังหนาอยู่ด้วย ต่อเมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดแดงฝอยบางลง แรงต้านของปอดน้อยลง ประกอบกับหัวใจห้องล่างซ้ายเริ่มหนาตัวขึ้นกว่าด้านขวา และหัวใจห้องล่างขวามีกล้ามเนื้อบางลง และคลายตัวดีขึ้น เมื่อนั้นเลือดจะไหลลัดวงจรจากซ้ายไปขวาเพิ่มขึ้น

การประเมินสภาพ(Assessment)

อาการแสดงทางคลินิกขึ้นอยู่กับที่ตั้งและขนาดของความพิการ

ส่วนใหญ่จะไม่ปรากฏอาการ โดยเฉพาะในรายที่มีความพิการขนาดเล็ก เด็กจะเจริญเติบโตได้ปกติ แต่ถ้าความพิการมีขนาดใหญ่จะมีอาการเหนื่อยง่าย เหงื่อออกมาก หายใจเหนื่อยขณะออกกำลังกาย เป็นหวัดหรือปอดบวมบ่อยๆ เด็กจะมีน้ำหนักน้อยกว่าควร

การวินิจฉัย

1. จากการตรวจร่างกาย ในรายที่มีความพิการขนาดใหญ่ จะพบทรวงอกซ้ายนูนออกทางด้านหน้า เพราะหัวใจโตดันออกมา คลำได้หัวใจห้องล่างขวาโต และเต้นแรงกว่าปกติ และอาจได้ Systolic thrill ที่ขอบกระดูกหน้าอกซ้ายด้านบน ฟังเสียงหนึ่งได้ดังขึ้นจากลิ้นไตรคัสปิด (Tricuspid) ที่ปิดแรงกว่าปกติ เพราะมีเลือดไหลล้นควมจนวนมากจากซ้ายไปขวาไหลผ่าน แต่เสียงที่ช่วยในการวินิจฉัยมากที่สุดคือเสียงสองซึ่งแยกจากกันชัดเจนอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะหายใจเข้าหรือออกเนื่องจากเลือดจำนวนมากไหลล้นควมจนวนมากจากหัวใจห้องบนซ้ายสู่ห้องบนขวาสู่ห้องล่างขวา และผ่านลิ้นพัลโมนิก อยู่ทุกลมหายใจเข้าออก ทำให้ลิ้นนี้ปิดซ้ากว่าปกติ นอกจากนี้จะได้ยินอีเจกชั่น ซิสโตลิก เมอร์เมอร์ (Ejection systolic murmur) ที่บริเวณของกระดูกหน้าอกด้านซ้ายบนด้วย
2. จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบหัวใจโตเล็กน้อย มีหัวใจห้องล่างขวาโต และอาจมีห้องบนขวาโตด้วย
3. จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่ามี P wave สูงแหลมจากหัวใจห้องบนขวาโต
4. ในรายที่มีแรงดันในปอดสูงมากๆ อาจต้องทำการตรวจสวนหัวใจ(cadiac catheterization)ร่วมในการวินิจฉัย

การดูแล (Management)

1. ให้การดูแลเรื่องการเจริญเติบโต และให้ภูมิคุ้มกันเหมือนเด็กปกติทั่วไป
2. การรักษาทางยาเมื่อเกิดภาวะหัวใจวายหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ(Bacterial endocarditis) และควรให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมเมื่อเด็กอยู่ในภาวะที่จะมีแบคทีเรียในโลหิต(Bacteremia) หรือต้องผ่าตัด
3. การรักษาทางการผ่าตัด ในวัยก่อนเข้าโรงเรียน คือ อายุประมาณ 2-4 ปี หรือทำก่อนถ้าเด็กมีอาการ ซึ่งการผ่าตัดจะทำโดยการเย็บปิดขอบของผนังกันที่พิการนั้นเข้าด้วยกันหรือนำชิ้นส่วนของเยื่อหุ้มหัวใจ(Pericardial or decron patch)มาเย็บปิดส่วนที่พิการนั้น ในกรณีที่ความพิการมีขนาดกว้างมาก

ภาวะแทรกซ้อน(Complication)

1. หัวใจล้มเหลว (congestive heart failure)
 2. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Bacterial endocarditis)
2. ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องล่าง (Ventricular septal defect หรือ VSD) เป็นความพิการของหัวใจที่มีทางเปิดติดต่อถึงกันระหว่างหัวใจห้องล่างซ้ายและขวา แบ่งตามตำแหน่งที่เกิดขึ้นคือที่เมมเบรนัส (Membranous) หรือผนังกันกล้ามเนื้อ(Muscular septum)

ความพิการของหัวใจชนิดนี้มักพบว่าจะเกี่ยวข้องร่วมกับความผิดปกติตัวอย่างอื่นด้วย เช่น ลิ้นหัวใจพัลมอนารีตีบ (Pulmonary stenosis) หลอดเลือดใหญ่อยู่ผิดตำแหน่ง (Transposition of great vessels) ความผิดปกติของคอคัส อาทีรี โอซัส(Patent ductus arteriosus) ความผิดปกติของหัวใจห้องบน (atrial defect) และ หลอดเลือดเอออร์ตาตีบ (Coarctation of aorta)

ประมาณ 20-60% ของความพิการที่เป็นไม่มาก ทางเปิดนั้นจะปิดเองภายในหนึ่งปีแรกของชีวิต เนื่องจากมีการเจริญเติบโตของชั้นกล้ามเนื้อที่ผนังกันและมีการสร้างเมมเบรนส์ไดอะแฟรม(membranous diaphragm) ปิดทางเปิดนั้น

พยาธิสรีรภาพ และการไหลเวียนโลหิต(Pathophysiology & Hemodynamics)

การไหลเวียนโลหิตของทารกในครรภ์ไม่ทำให้เด็กที่มีความพิการมีรูรั่วติดต่อกันระหว่างหัวใจห้องล่างซ้ายและขวาเกิดอันตรายแม้จะมีขนาดใหญ่ ทั้งนี้เพราะมีแรงต้านทานของเส้นเลือดที่ไปปอดสูง ทำให้จำกัดการไหลกลับของวงจรของเลือดจากซ้ายไปขวา

เมื่อเด็กเกิดแล้วความสำคัญของเลือดไหลกลับวงจรจากซ้ายไปขวา ขึ้นอยู่กับ

1. ขนาดของความผิดปกติ
2. อัตราส่วนของแรงต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกายกับหลอดเลือดในปอด ความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่าด้านขวา เลือดจึงผ่านรูรั่วที่เปิดจากซ้ายไปขวา

○ ถ้าความพิการมีขนาดเล็กและอยู่ต่ำ หรืออยู่ในที่ใดของผนังกันกล้ามเนื้อ(Muscular septum) จะมีเลือดดีจำนวนน้อย ผ่านจากหัวใจห้องล่างซ้ายไปขวา

○ พวกที่มีความพิการกว้าง มักพบในส่วนบน หรือเกิดในส่วนเมมเบรนส์ของผนังกันหัวใจห้องล่าง(membranous septum) เลือดดีจำนวนมากไหลกลับวงจรจากหัวใจห้องล่างซ้ายไปขวาไหลไปสู่ปอดเพื่อแลกเปลี่ยนออกซิเจน แล้วไหลสู่หัวใจห้องบนซ้ายลงสู่หัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อบีบตัวให้เลือดส่วนหนึ่งออกไปสู่ระบบไหลเวียนโลหิตทั่วร่างกาย และอีกส่วนหนึ่งผ่านรูรั่วกลับเข้าหัวใจห้องล่างขวาอีก กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายจึงโตกว่าปกติ

เมื่อเลือดกลับวงจรจากซ้ายไปขวานานๆเข้า ถ้าแรงต้านทานของหลอดเลือดปอดมีสูงกว่าแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกาย จะทำให้มีการไหลกลับของเลือด (reversal of flow) คือแทนที่เลือดจะไปสู่ปอด เลือดจะกลับวงจรไหลย้อนผ่านทางช่องเปิดจากหัวใจห้องล่างขวาไปสู่หัวใจห้องล่างซ้าย(Right to Left shunt) ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า Eisenmenger's syndrome ทำให้เด็กมีอาการตัวเขียวได้

การประเมินสภาพ (Assessment)

อาการทางคลินิกขึ้นอยู่กับ อายุ น้ำหนัก และขนาดของรูรั่ว

○ พวกที่มีความพิการเล็ก เลือดจากซ้ายไปขวาไม่มาก ความดันในเส้นเลือดแดงที่ไปปอดปกติ เด็กอาจจะไม่แสดงอาการผิดปกติ ตลอดจนมีการเจริญเติบโตตามปกติ รูรั่วอาจปิดได้เองเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น

○ พวกที่มีความพิการขนาดกลางหรือใหญ่ ระหว่างวัยแรกเกิดถึงทารก อาจทำให้มีเลือดคั่งในปอดมาก เกิดอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย พัฒนาการทางกายช้า คุณคนลำบาก ต้องพักเหนื่อย เกิดการติดเชื้อที่ปอดบ่อย ตัวเล็กกว่าเด็กปกติ

○ พวกที่มีความพิการใหญ่มาก อาการดังกล่าวจะเห็นได้ชัด หัวใจห้องล่างขวาโตขยายตัวขึ้นจากปกติ หัวใจบนขวาโตเนื่องจากมีความดันเพิ่ม อาจมีเขียวเล็กน้อยเมื่อร้องไห้ หรือมีการติดเชื้อ นิ้วป้อม เจ็บหน้าอก และอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย

การวินิจฉัย

1. จากอาการและอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น และจะได้ยินเสียงแพนซิสโตลิก เมอร์เมอร์ (Pansystolic murmur) ซัดที่ขอบกระดูกหน้าอกด้านล่างจนถึงบริเวณชายโครง แต่ในทารกแรกเกิดจะไม่ค่อยได้ยินเสียงผิดปกติ(Murmur) เนื่องจากมีแรงต้านทานของเส้นเลือดที่ไปปอดสูงซึ่งจะเป็นตัวปรับให้แรงดันในหัวใจห้องล่างซ้ายและขวาเท่ากัน
2. จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบหัวใจห้องล่างซ้ายโตในรายที่มีความพิการปานกลาง แต่ในรายที่มีความพิการขนาดใหญ่ จะพบหัวใจห้องบนซ้ายโตด้วย หรือพบว่าหัวใจห้องล่างโตทั้ง 2 ข้าง ในรายที่มีความดันในปอดสูง
3. จากภาพถ่ายรังสีทรวงอก แสดงขนาดหัวใจโต และเลือดไปปอดเพิ่มขึ้น และมีการเพิ่มขนาดของหลอดเลือดปัลโมนารี
4. จากการตรวจสวนหัวใจ(cadiac catheterization)ในรายที่มีความพิการขนาดใหญ่หรือปานกลาง พบว่ามี Oxygen saturation เพิ่มขึ้นที่หัวใจห้องล่างขวา ความดันเลือดในหัวใจห้องล่างขวา และในหลอดเลือดแดงที่ไปปอดอาจสูงกว่าปกติ ถ้าฉีดสารทึบรังสี (Cineangiocardioqram) ที่หัวใจห้องล่างซ้าย จะเห็นสารทึบรังสีผ่านรูรั่วหัวใจห้องล่างขวา
5. จากการทำ Echocardiogram ซึ่งจะมีประโยชน์ในการตรวจหาที่ตั้ง ขนาดของความพิการและประเมินแรงต้านทานของเลือดที่ไปปอด

การดูแลรักษา(Management and outcome)

1. ถ้าความพิการมีขนาดเล็ก และไม่มีอาการ ให้การดูแลสุขภาพและการให้ภูมิคุ้มกันเด็กอย่างธรรมดา สังเกตอาการ และป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อหุ้มอักเสบจากการติดเชื้อ โดยเฉพาะจากการทำฟัน การทำผ่าตัดเล็กๆน้อยๆ การใช้เครื่องมือต่างๆในทางเดินปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์ ทางเดินอาหารส่วนล่าง จะต้องให้ยาปฏิชีวนะก่อน
 2. ถ้ามีอาการหัวใจวายก็ใช้ยารักษาภาวะหัวใจวายก่อน แต่ถ้าไม่สามารถควบคุมอาการหัวใจวายด้วยยาได้ อาจผ่าตัดช่วยประทังอาการ (Paliative surgery) คือการทำ Pulmonary artery binding เพื่อที่จะลดปริมาณเลือดที่ไปสู่อุดชั่วคราว จนกว่าจะทำการผ่าตัดหัวใจเพื่อเย็บปิดรูที่พิการนั้นได้ การทำผ่าตัดเช่นนี้มักจะทำในรายที่มีความพิการหลายที่และทารกมีภาวะเสี่ยงเกินกว่าที่จะทำการผ่าตัดเย็บปิดได้
- ส่วนการผ่าตัดเย็บปิดรูที่พิการนั้น จะผ่าผ่านหัวใจห้องบนขวามากกว่าผ่านหัวใจห้องล่างและเย็บส่วนที่มีความพิการนั้นเข้าด้วยกัน แต่ในรายที่มีความพิการใหญ่ จะใช้สารสังเคราะห์(dacron patch) เย็บปิดบริเวณนั้นโดยที่จะไม่มีปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อบริเวณนั้น เนื่องจากเป็นสารประเภท inert. และเนื้อเยื่อของหัวใจจะเจริญมาปกคลุมบริเวณที่เย็บภายใน 6 เดือนหลังผ่าตัด

ภาวะเสี่ยงจากการผ่าตัดขึ้นอยู่กับอายุ น้ำหนัก อาการของเด็ก เช่นเดียวกับขนาดและที่ตั้งของความพิการ และภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันเชื้อหุ้มหัวใจอักเสบและรับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ

ภาวะแทรกซ้อน (Complication)

1. หัวใจวาย (congestive heart failure)
 2. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (infective endocarditis)
 3. Aortic insufficiency
 4. Eisenmerger's syndrom
 5. Infundibular stenosis
3. ความผิดปกติของคัตตัส อาทรีโอซัส (Patent ductus arteriosus หรือ PDA) คือการที่คัตตัส อาทรีโอซัส (ductus arteriosus) ไม่ปิดภายหลังจากทารกคลอด⁽²⁵⁾ ทำให้มีการติดต่อระหว่าง pulmonary กับ aorta มักพบในเด็กผู้หญิง ประมาณ 5-10 % ของเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สาเหตุส่วนหนึ่งคือการที่มารดาได้รับการติดเชื้อหัดเยอรมันระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์⁽²⁴⁾

พยาธิสรีรภาพ และการไหลเวียนโลหิต(Pathophysiology & Hemodynamics)

ระหว่างที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา จะมี คัตตัส อาทรีโอซัส เป็นทางเชื่อมติดต่อระหว่างหลอดเลือดปัลโมนารี (pulmonary artery) และหลอดเลือดเอออร์ตาส่วนลง(descending aorta) เพื่อที่จะให้เลือดจากทารกไหลจากหลอดเลือดแดงปัลโมนารีไปหลอดเลือดเอออร์ตาส่วนลง ไปสิ้นสุดที่รกและเมื่อทารกเกิด คัตตัสจะตีบตัวและปิดภายใน 10-15 ชั่วโมงหลังคลอด จากนั้นจะเปลี่ยนเป็นเยื่ออาทรีโอซัส (Ligamentum Arteriosum)

กลไกที่แท้จริงที่ทำให้เกิดการปิดของคัตตัส อาทรีโอซัส ยังไม่สามารถทราบได้ แต่อย่างไรก็ตามมีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 อย่างที่มีบทบาทในการปิดของทางเดินนี้คือ oxygen saturation(PO_2)ในเส้นเลือดแดงของทารก และโปรสตาแกลนดิน (Prostaglandins - PG) ซึ่งเป็นสารที่สร้างที่รก ภายหลังจากทารกเกิดและรกคลอด สารตัวนี้จะลดน้อยลงทำให้ทางเดินนี้ปิด และทารกหายใจเองทำให้มีความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงสูง ซึ่งช่วยให้มีการบีบรัดของทางเดินนี้

ประมาณร้อยละ 5 -10 ในทารกที่คลอดครบกำหนดพบว่าทางเดินนี้จะไม่ปิด และจะพบความผิดปกตินี้ได้สูงในทารกคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับระบบหายใจที่ทำให้ เกิดภาวะขาดออกซิเจน ทำให้ทางเดินนี้ขยายตัว และยังพบว่ามีการโปรสตาแกลนดินสูงที่ทำให้ทางเดินนี้ยังคงขยายตัวอยู่

ถ้าคัตตัส อาทรีโอซัส นี้ยังไม่ปิดภายหลังจากเกิด ความดันของเลือดในหลอดเลือดเอออร์ตาส่วนลงที่สูงกว่าในหลอดเลือดแดงปัลโมนารี เป็นเหตุให้เลือดไหลจากเอออร์ตาคลับมาที่หัวใจห้องบนซ้ายสู่ห้องล่างซ้ายออกทางเอออร์ตาใหม่วนเวียนไปเรื่อยๆ เลือดที่มีออกซิเจนไหลเวียนผ่านปอดใหม่ ทำให้หัวใจด้านซ้ายทำงานมากกว่าปกติ เพิ่มความดันของหลอดเลือดในปอด และเพิ่มการไหลของเลือดในหลอดเลือดเอออร์ตาส่วนขึ้น (Ascending aorta)

การประเมินสภาพ(Assessment)

อาการแสดงทางคลินิกขึ้นอยู่กับขนาดของทางเดินที่เปิดอยู่ ความต้านทานของหลอดเลือดปัลมอนารี(Pulmonary vascular resistance) ความต้านทานของหลอดเลือดในวงจรซิสเต็มิก (Systemic vascular resistance) และความสามารถของกล้ามเนื้อหัวใจในการทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสเป็นได้มากกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด เนื่องจากความต้านทานของหลอดเลือดปัลมอนารีลดลงเร็ว มีผลทำให้เลือดไหลลัดวงจรเข้าไปขวาได้มากขึ้น ร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจยังเจริญไม่เต็มที่ มีผลทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

โดยสรุป จึงแบ่งกลุ่มอาการได้ดังนี้

1. อาจไม่มีอาการ
2. อาการอ่อน(มีเล็กน้อย) อาจมีหายใจลำบาก เมื่อออกแรงเหนื่อยง่าย การเจริญเติบโตพัฒนาการไม่สมวัย มีการติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย มีปัญหาการกิน
3. อาการรุนแรง ดัคตัส มีขนาดใหญ่อาจมีอาการของภาวะหัวใจวาย ในทารกอายุ 6-12 สัปดาห์ เลี้ยงไม่โต คุณนมลำบาก เหนื่อยหอบ เมื่อเป็นนานอาจเกิด Reverse shunt มีอาการเขียวได้โดยพบอาการเขียวที่บริเวณปลายนิ้วเท้ามากกว่านิ้วมือ และยังมีหัวใจโต ตับโต การวัดความดันโลหิตจะพบว่าผลต่างของความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก(pulse pressure)มาก

การวินิจฉัย

1. จากประวัติและการตรวจร่างกาย จะได้ยินเสียงหัวใจผิดปกติที่บริเวณลิ้นหัวใจปัลมอนารี ชีพจรแรง(bounding pulse) ผลต่างของความดันซิสโตลิก และไดแอสโตลิก(pulse pressure)กว้างมากกว่า ของความดันซิสโตลิก
2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก จะพบหัวใจโต โดยเฉพาะห้องล่างซ้าย เอออร์ตา และหลอดเลือดแดงปัลมอนารีใหญ่และมีหลอดเลือดฝอย (Pulmonary vasculature) เพิ่มขึ้น
3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ หรือมีหัวใจห้องล่างซ้ายโต ในรายที่มีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย ส่วนรายที่มีความผิดปกติปานกลางหรือมีความผิดปกติมาก จะพบหัวใจห้องล่างโตทั้งสองข้าง และอาจมีหัวใจห้องบนซ้ายโตด้วย
4. การสวนหัวใจและถ่ายภาพรังสี จะพบเลือดแดงและเลือดดำบริเวณหลอดเลือดแดงปัลมอนารี และในกรณีที่มีความผิดปกติมาก สายสวนหัวใจจะสามารถผ่านจากหลอดเลือดปัลมอนารี ไปยังหลอดเลือดแดงเอออร์ตาส่วนลง(descending aorta)

การดูแลรักษา(Management and outcome)

1. การรักษาทางยา ในรายที่มีภาวะหัวใจวาย
2. โดยการผ่าตัด หรือผูกหลอดเลือดดัคตัส อาทิโรโซซีสในเด็กวัยก่อนเข้าเรียน หรือในทารกที่ไม่สามารถควบคุมภาวะหัวใจวายได้ เพื่อป้องกันภาวะหัวใจวายหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ

3. ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดที่มีอาการ เช่น ภาวะหัวใจวายอาจใช้อินโดเมทาซิน (Indomethacin) ซึ่งเป็นโปรสตาแกลนดิน แอนตาโกนิสต์ (Prostaglandin antagonist) ที่ควรให้ก่อนอายุ 10 วัน ทางปากหรือฉีดเข้าเส้นเลือดดำในขนาด 0.2 มิลลิกรัมต่อ 1 กิโลกรัม และให้ซ้ำได้ถึง 3 ครั้ง ห่างกัน 8-12 ชั่วโมง พบว่า ความผิดปกติมีขนาดเล็กลง ถ้าหากว่าไม่ได้ผลจึงจะพิจารณาผ่าตัดต่อไป โดยทั่วไปพยายามให้อายุมากกว่า 6 เดือน ผลการรักษาแตกต่างกันไปตามอาการ

ภาวะแทรกซ้อน (Complication)

1. หัวใจวาย (congestive heart failure)
2. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (infective endocarditis)
3. เส้นโลหิตแดงโป่งพอง (Aneurysm)
4. Eisenmenger's syndrom

4. หลอดเลือดเอออร์ตาตีบ (Coarctation of Aorta หรือ COA) หมายถึง ภาวะผิดปกติที่มีการตีบแคบของเส้นเลือดเอออร์ตา (Aorta) บนเอออร์ติคอาช (Aortic arch) อาจแบ่งออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. อินแฟนไทล์ (Infantile) หรือ พรีดักทัล ไทป์ (Preductal type) คือมีรอยแคบระหว่างหลอดเลือดแดง ซัลเคลเวียนด้านซ้าย (Left subclavian artery) และคัตตัส อาเทอร์รีโอซัส (Ductus arteriosus) หรือเยื่ออาทีริโอซั่ม (Ligamentum arteriosum) ความผิดปกติชนิดนี้พบบ่อยกว่า และอาการรุนแรงมากกว่าชนิดอื่น
2. โปสท์ ดักทัล ไทป์ (Postductal type) เป็นการตีบแคบเฉพาะส่วนปลายต่อ คัตตัส อาเทอร์รีโอซัส (Ductus arteriosus)
3. จักซ์ตาดีคัตตัส ไทป์ (Juxtaductal type) เป็นการตีบแคบเฉพาะที่ตรง คัตตัส อาเทอร์รีโอซัส (Ductus arteriosus)

อย่างไรก็ตาม มักพบมีความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องบน (ASD) ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องล่าง (VSD) ลิ้นหัวใจเอออร์ติคตีบ (Aortic stenosis) เป็นต้น และ COA เป็นความผิดปกติของหัวใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย เทอร์เนอร์ ซินโดรม (Turner syndrom)

พยาธิสรีรภาพ และการไหลเวียนโลหิต (Pathophysiology & Hemodynamics)

- พวกพรีดักทัล (Preductal) มักพบในเด็กทารก พวกนี้ต้องอาศัยคัตตัส อาเทอร์รีโอซัสที่ยังไม่ปิดเพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะในช่องท้องและส่วนล่างของร่างกาย โดยได้รับเลือดดำที่มาจากเส้นเลือดแดงพัลโมนารี (pulmonary artery) ผ่านมาทางคัตตัส ร่วมกับเลือดแดงเล็กน้อยที่ผ่านมาทางบริเวณที่ตีบนี้
- พวกโปสท์ ดักทัล (Postductal) ได้รับเลือดผ่านทางที่ตีบโดยอาศัยการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย เพื่อให้เลือดผ่านขึ้นมา ถ้าคัตตัสยังอยู่เลือดจะไหลจากเอออร์ตาไปยังเส้นเลือดแดงพัลโมนารี ทำให้มีหัวใจห้องล่างซ้ายโต ความดันในเส้นเลือดเอออร์ตาส่วนขึ้น (Ascending aorta) สูงขึ้นมีผลทำให้ความดันโลหิตที่แขนสูงกว่าที่ขาอย่างชัดเจน

การประเมินสภาพ(Assessment)

แบ่งคนไข้ที่มีอาการผิดปกติของหลอดเลือดเอออร์ตาตีบนี้เป็น 2 กลุ่ม

1. พวกที่ปรากฏอาการตั้งแต่แรกคลอดหรือทารก มักเป็นแบบพรีดักต์คัล (Preductal type) ซึ่งพบว่าประมาณ 2/3 ของผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของดักคัส อาเทอร์ิโอซัส (Patent ductus arteriosus) และเกือบประมาณ 1/3 ที่มีทางเปิดของผนังกั้นหัวใจห้องล่าง (Ventricular septal defect) โดยมากจะมีอาการหัวใจวายตามมาภายใน 2-3 เดือน หรือบางรายภายใน 2 อาทิตย์ หลังคลอด บางรายมีอาการของไตวายร่วมด้วย

2. พวกที่ไม่มีอาการจนกว่าจะเป็นผู้ใหญ่ มักเป็นแบบโพสท์ดักคัล (postductal type) มักจะมีอาการน้อย โดยมากไม่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย และมีจำนวนไม่น้อยที่ตรวจพบโดยบังเอิญ จากการตรวจร่างกายโดยจะพบ

○ ซีฟจรส่วนบนของร่างกายแรง แต่มี ฟีมอรัล (femoral) อ่อนหรือไม่มี

○ ขาอาจเย็นกว่าแขน

○ การไหลเวียนไปสู่ส่วนล่างของร่างกายไม่ดี เป็นเหตุให้ความดันโลหิตส่วนบนของร่างกายสูงกว่าปกติ ทำให้มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียนเป็นลม เลือดกำเดาไหล

○ เมื่อวัดความดันโลหิต จะได้ความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน

○ ถ้าตัดอกกำลังกาย ขาอาจมีอาการปวดหรืออ่อนแรง เกิดตะคริวเนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน

การวินิจฉัย

1. จากประวัติ และการตรวจร่างกาย จะพบซีฟจรที่หลอดเลือดแดงที่ ฟีมอรัล (Femoral) เบาลเมื่อเปรียบเทียบกับซีฟจรที่หลอดเลือดแดงเรเดียล (radial)

2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก จะพบหัวใจห้องล่างซ้ายโต หลอดเลือดแดงเอออร์ตาที่อยู่หน้าบริเวณที่ตีบแคบจะขยายใหญ่ขึ้น

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในเด็กแรกคลอด และวัยทารก มักจะพบหัวใจห้องล่างขวาโต ส่วนเด็กโต อาจพบปกติหรือพบหัวใจห้องล่างซ้ายโต

4. การทำ Echocardiogram มีประโยชน์ในการตรวจความรุนแรงของหลอดเลือดเอออร์ตาที่ตีบนี้ เช่นเดียวกับตรวจหาความพิการของหัวใจชนิดอื่น

การดูแลรักษา(Management and outcome)

1. การรักษาทางยา ในรายที่มีภาวะหัวใจวาย

2. พวกที่ไม่มีอาการ หรืออาการน้อยแนะนำให้ทำผ่าตัดเมื่ออายุ 4-5 ปี ซึ่งการทำผ่าตัดแก้ไขโดยการตัดหลอดเลือดส่วนที่ตีบออก และต่อปลายทั้งสองเข้าด้วยกัน (End-to-end anastomosis) หรือการตัดหลอดเลือดส่วนที่ตีบออก ใช้หลอดเลือดแดงซัลเคลเวียนซ้าย (Left subclavian artery) มาเย็บเพิ่มเติมแทนส่วนที่ตัดออกนั้น และรอให้มีการเจริญของหลอดเลือดแดงเอออร์ตาใหม่ (The subclavian flab aortoplasty) ซึ่งวิธีนี้พบว่าได้ผลดี สำหรับทารกหรือการใช้ท่อมาใส่แทน ส่วนที่ตัดออกนั้น (Patch aortoplasty)

หลังการผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ที่พบได้บ่อยคือ ภาวะเลือดออกในกระโหลกศีรษะ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดทะลุ หัวใจวาย หัวใจอักเสบ และอาจเกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากมีการไหลเวียนของเลือดไปยังหลอดเลือดต่างๆมากขึ้น แต่การผ่าตัดประสบความสำเร็จก่อนมีอาการแทรกซ้อน ผลส่วนใหญ่จะดีมาก

ภาวะแทรกซ้อน(Complication)

1. Aortic dissection
2. หัวใจวาย (congestive heart failure)
3. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (infective endocarditis)
4. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)
5. ภาวะเลือดออกในสมอง (Cerebral hemorrhage)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดมีอาการเขียว(Cyanotic Congenital Heart Disease)

สาเหตุที่ทำให้เด็กมีอาการชนิดเขียวร่วมด้วย เพราะมีทางติดต่อระหว่างวงจรไหลเวียนปัลโมนารีและซิสเต็มิก (Pulmonary & Systemic Circulation) เลือดดำไหลเข้าไปในวงจรไหลเวียนซิสเต็มิก (Systemic) อาการเขียวพบได้ตั้งแต่แรกเกิด หรือพบในภายหลังมักเป็นช่วงปีแรกของชีวิต และจะเพิ่มการเขียวมากขึ้นเมื่อเด็กโต

1. ความพิการ 4 ประการของฟาลโลท (Tetralogy of Fallot หรือ TOF)

ความพิการ 4 ประการของฟาลโลท เป็นความผิดปกติของหัวใจชนิดเขียวที่พบได้บ่อยในความพิการนี้ประกอบด้วยความผิดปกติ 4 อย่างคือ

- ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องล่าง (Ventricular septal defect)
- ลิ้นหัวใจปัลโมนารีตีบ (Pulmonary stenosis)
- หลอดเลือดเอออร์ตาอยู่ผิดตำแหน่ง (Overriding aorta หรือ Dextroposition)
- หัวใจห้องล่างขวาโต (Right ventricular hypertrophy)

พยาธิสรีรภาพและการไหลเวียนของโลหิต(Pathophysiology& Hemodynamics)

ตามปกติเลือดซึ่งไหลกลับจากวงจรไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกาย จะกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาเข้าสู่หัวใจห้องขวา การไหลของเลือดจากหัวใจห้องล่างขวาถูกขัดขวางด้วยการตีบของหัวใจปัลโมนารี (Pulmonary stenosis) ประกอบกับการมีช่องทางติดต่อระหว่างผนังกันหัวใจห้องล่าง(Ventricular septal defect) เลือดจึงไหลผ่านช่องทางนี้ ไปยังหัวใจห้องล่างซ้ายและหลอดเลือดแดงเอออร์ตา เป็นการลัดวงจรจากขวาไปซ้าย ทำให้หัวใจห้องล่างขวาทำงานมากขึ้น จึงมีผลให้หัวใจห้องล่างขวาโต และเนื่องจากหัวใจห้องล่างขวายังไม่ได้รับการแลกเปลี่ยนออกซิเจน (Unoxygenated) จึงทำให้เด็กมีอาการเขียว การที่เลือดไหลไปสู่ปอดลดลง จำนวนเลือดที่ยังไม่มีออกซิเจนจึงเข้าสู่วงจรไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกายเพิ่มขึ้น แม้ว่าเลือด

ออกจากหัวใจห้องล่างขวาตามปกติไม่ได้ แต่เลือดที่ไหลไปปอดก็อาจเพิ่มขึ้นได้ จากวงจรเลือดเสริมจาก หลอดเลือดแดง บรอนคิแวล(Bronchial artery) และบางทีโดยทางคัตสอาเทอร์ริโอซัสที่ยังไม่ปิด(Patent ductus arteriosus)

จากการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดนี้ ทำให้ร่างกายได้รับเลือดที่มีออกซิเจนต่ำ ซึ่งร่างกาย พยายามทดแทนภาวะขาดออกซิเจนนี้ โดยมีการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น(Polycythemia)ทำให้เลือดมีความ หนืดมากขึ้น และการไหลเวียนของเลือดช้าลง ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Thrombophlebitis) ก้อน เลือดอุดตัน (Emboli) และความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย

การประเมินสภาพ(Assessment)

ความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการตีบบริเวณลิ้นหัวใจพัลโมนารี

เด็กแรกเกิดที่มีความพิการ 4 ประการของฟาลโลที่นี้จะไม่มีการเขียวจากคัตสอาเทอร์ริโอซัส (Ductus arteriosus)ยังเปิดอยู่ เลือดสามารถผ่านไปปอดได้ก็จะยังไม่เขียว เมื่อใดที่คัตส อาเทอร์ริโอซัสปิด อาการเขียวจะปรากฏชัดและเป็นมากขึ้น เพราะเลือดจากหลอดเลือดเอออร์ตาที่เคยย้อนไปปอดนั้นถูกตัดทาง เสีย อาการเขียวเห็นได้ง่ายที่นิ้วคัส เมมเบรน (mucoc membrane) ของริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าโดยทั่วไปผิวหนังของเด็กที่เป็นสีคล้ำ นิ้วมือ นิ้วเท้ามีลักษณะคล้ายไม้ตีกลอง (Clubbing)เกิดเมื่ออายุ 1-2 ปี

นอกจากนั้น เด็กจะเหนื่อยง่ายเมื่อมีการออกกำลังกาย เช่น ร้องไห้ หรือหลังจากให้อาหาร เป็นเหตุให้ หอบ ในช่วงทารกและวัยเด็กกำลังหัดเดินอาจเล่นได้ช่วงสั้นแล้วต้องพัก เวลานอนทารกมักอยู่ในท่านอน คู้ว่า ยกก้นสูง (Knee-chest position) มากกว่าเหยียดแขนขา เด็กโตจะเรียนรู้ในการจำกัดการออกกำลังกาย ของตนเองให้อยู่ในระดับที่ทนได้ เด็กชอบนั่งยองๆ(Squatting)จะผ่อนคลายการหายใจหอบจากการออกกำลังกาย เนื่องจากเลือดจากส่วนล่างของร่างกายกลับสู่หัวใจน้อยลงลดการทำงานของหัวใจ และหลังจากพักใน ท่านี้ชั่วคราว เด็กจะมีกิจกรรมต่อไปได้

รายที่เป็นมากอาจเกิดอาการเป็นลมหรือหมดสติบ่อยๆ จากการขาดออกซิเจน(Paroxysmal Dyspnea Attack หรือ Anoxia blue spells) ระหว่างอายุ 2-3 เดือน (แต่อาจพบได้ 1-12 ปี) อาการนี้เป็นนาน 2-3 นาทีจนถึงชั่วโมง ทารกเริ่มมีอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น กระสับกระส่ายตัว ปากเขียวกว่าปกติ หอบ เสียงร้องอ่อน ลง เหตุการณ์ช่วงสั้นนี้ตามด้วยการนอนหลับ เด็กที่เป็นเช่นนี้ อาจนำไปสู่การที่มีตัวแข็ง ตาเหลือกไม่รู้สติตัว ชักหรือตายได้ อาการที่เป็นลมเช่นนี้อาจเกิดโดยไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า (แม้ว่าอาจเกิดจากการควบคุม Emotional upset หรือการถ่ายอุจจาระ) เด็กพวกนี้การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ตัวเล็ก สมองช้า

การวินิจฉัย

1. จากประวัติและการตรวจร่างกาย การได้ยินเสียงหัวใจผิดปกติ(murmur) บริเวณส่วนบน หรือ ส่วนกลางทางด้านซ้ายของกระดูกอก
2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก โดยทั่วไปขนาดของหัวใจไม่โตกว่าปกติ แต่จะพบหัวใจห้องล่างขวา โต และหัวใจมีรูปร่างเหมือนรองเท้าบูท(Boot-shaped)

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะพบความดันในหัวใจห้องล่างขวาสูง ในรายที่มีความผิดปกติมาก อาจทำให้หัวใจห้องบนขวาโต

4. การตรวจสวนหัวใจ จะพบความดันในหัวใจห้องล่างขวาสูง และสายสวนหัวใจอาจผ่านจากหัวใจห้องล่างขวาออกไปยังหลอดเลือดแดงเออร์ตาได้ โดยผ่านทางรูเปิดระหว่างผนังกันหัวใจห้องล่าง ความดันในหลอดเลือดแดงพัลโมนารีต่ำกว่าความดันในหัวใจห้องล่างขวา

5. การตรวจทาง Echocardiogram พบมีหลอดเลือดเออร์ตาขนาดใหญ่กว่าปกติ และอยู่คร่อมผนังที่กั้นหัวใจห้องล่างทั้งสอง ซึ่งมีรูเปิดอยู่ และมี Continuity ระหว่างลิ้นหัวใจไมตรัล(Mitral valve) และลิ้นหัวใจเออร์ติก (Aortic valve)

6. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะพบจำนวนเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ฮีโมโกลบิน(Hemoglobin) และฮีมาโตคริต(Hematocrit)สูงขึ้น

การดูแลรักษา(Management and outcome)

1. การรักษาทั่วไป

1.1 ดูแลสุขภาพอนามัยทั่วไป โดยการให้อาหารที่ถูกต้อง ภูมิคุ้มกันโรคตามสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งไอกรน และโรคหัด รักษาสุขภาพฟัน

1.2 ให้อาป้องกันการเกิดเชื้อหัวใจอักเสบติดเชื้อ ถ้าผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด หรือถอนฟัน หรือการตรวจพิเศษต่างๆซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะมีเชื้อโรคเข้าไปในระบบไหลเวียนโลหิต

1.3 ป้องกันการเกิดเส้นเลือดในสมองแตก (Cerebrovascular accidents) โดยไม่ปล่อยให้เด็กเล็กเกิดภาวะเลือดจาง และไม่ปล่อยให้เด็กโตเกิดภาวะมีเม็ดเลือดแดงมากเกินไป

1.4 การรักษาทางยา เพื่อลดและป้องกันภาวะขาดออกซิเจน และรักษาภาวะอาการเป็นลมหรือหมดสติเมื่อขาดออกซิเจน (Anoxia blue spells) ภาวะหัวใจวาย

2. การทำผ่าตัด เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปปอด โดยทำการต่อระบบไหลเวียนซิสเต็มิก และระบบไหลเวียนพัลโมนารีเข้าด้วยกัน ซึ่งมีหลายวิธีคือ

2.1 Blalock - Ttaussing operation คือการผ่าตัดเอาส่วนปลายของหลอดเลือดแดงซัลเคลเวียนต่อกับด้านข้างของหลอดเลือดแดงพัลโมนารี เพื่อให้เลือดไปฟอกที่ปอดมากขึ้น เพื่อจะได้เลือดดีไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายให้มากขึ้น ซึ่งช่วยลดการออกกำลังของหัวใจและลดการเขียว

2.2 Waterston - Colley shunt คือการผ่าตัดต่อหลอดเลือดระหว่างหลอดเลือดแดงเออร์ตาส่วนขึ้น (Ascending aorta) กับหลอดเลือดแดงพัลโมนารี เพื่อให้เลือดไปฟอกที่ปอดมากขึ้น

2.3 การใช้ท่อสังเคราะห์ต่อระหว่างหลอดเลือดแดงเออร์ตาและหลอดเลือดแดงพัลโมนารี

3. การทำผ่าตัดซ่อมแซมความผิดปกติทั้งหมด โดยอาศัยเครื่องปอดและหัวใจเทียม การผ่าตัดประกอบด้วยการตัดกล้ามเนื้อบริเวณ อินฟันดิบูลัม (Infundibulum) ของหัวใจห้องล่างขวาส่วนที่หนาขึ้นจนทำให้เลือดไหลออกไม่สะดวก ถ้าลิ้นหัวใจพัลโมนารีขนาดเล็กมากก็ขยายบริเวณนั้น โดยการกรีดบริเวณนั้นให้เป็น

แผลยาว แล้วเย็บเสริมแผลนั้นด้วยแผ่นเยื่อหุ้มหัวใจ ส่วนรูรั่วผนังที่กั้นระหว่างหัวใจห้องล่างทั้งสองก็เย็บปิดด้วยแผ่นสารสังเคราะห์ เทฟลอน(Teflon) หรือดาครอน(Dacron)

การแก้ไขด้วยการผ่าตัด ช่วยให้เด็กมีชีวิตอยู่ได้ ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัดผลขึ้นอยู่กับความรุนแรงของลิ้นปี่มอเนอริย์ตีบ และขอบเขตของวงจรถัดเสริม

เด็กที่เขียวมากหายใจลำบากเมื่อออกแรง อาจไม่มีชีวิตอยู่จนถึงวัยเด็กตอนปลายหรือวัยรุ่น

ภาวะแทรกซ้อน(Complication)

1. สมอพิการจาก อาการเป็นลมหรือหมดสติบ่อยๆ เนื่องจากขาดออกซิเจน(Anoxia blue spells)
2. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ(Infective endocarditis)
3. ความผิดปกติของเส้นเลือดในสมองแตก(Cerebrovascular accidents) จากหลอดเลือดในสมองอุดตัน เกิดอัมพาตส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย (Hemiplegia)
4. ฝีในสมอง(Cerebral abscess)

ผลกระทบของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบของพัฒนาการทางสติปัญญาและอารมณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคนั้น ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย พัฒนาการทางสติปัญญา พฤติกรรมของเด็ก และส่งผลกระทบต่อทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อตัวของผู้ป่วยเอง ซึ่งอาจจะรบกวนต่อพัฒนาการตามปกติและรบกวนต่อความสามารถของครอบครัวที่จะยอมปฏิบัติตามการรักษาโดยแพทย์ รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของพี่น้องของผู้ป่วยที่มีสุขภาพดีและต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวได้เช่นกัน⁽²⁶⁾

ผลกระทบของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อตัวผู้ป่วยเองนั้นมีในหลายด้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไปได้⁽¹⁵⁾ อันได้แก่

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีอาการแตกต่างกันไปตามแต่ละชนิดของโรคหัวใจ ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียว มักจะต้องทนทุกข์ทรมานกับการมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจแรง มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจบ่อยครั้ง น้ำหนักตัวขึ้นช้า⁽²⁷⁾ และเป็นปอดบวมได้ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีอาการเขียว จะมีอาการเด่นชัดคือความเหนื่อยล้า มีพัฒนาการทางการเคลื่อนไหวที่ล่าช้า และมีภาวะความพิการที่ชัดเจน ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวนี้จะเกิดภาวะ polycythemia หรือภาวะที่มวลเม็ดเลือดแดง สูงกว่าปกติ คือสูงกว่า 32-36 มล./กก. หรือมีฮีโมโกลบินสูงกว่า 18 กรัม/ดล.⁽²⁸⁾ และเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁽²⁹⁾ และเป็นอัมพาตในบางส่วนของร่างกายได้ ผู้ป่วยเด็กที่มีเลือดไหลล้นจากรูรั่วไปซ้ายซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีอาการเขียวนั้น อาจเกิดภาวะที่ทำให้เกิดการหมดสติ และชักได้⁽²⁹⁾

ผู้ป่วยเด็กทั้งสองกลุ่มนี้มักจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย อันจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของเด็กได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีระดับของการเจริญเติบโต

โตที่ช้า แต่จะเห็นได้ชัดในด้านน้ำหนักมากกว่าส่วนสูง เห็นได้ชัดในผู้ป่วยเด็กชนิดมีอาการเขี้ยวมากกว่าชนิดไม่มีอาการเขี้ยว และจะมีความรุนแรงมากกว่าในเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของโครโมโซม การเจริญเติบโตที่ล่าช้ามักจะมีความรุนแรงในเพศชาย แต่มีความเหมือนกันในระดับของความผิดปกติของการไหลเวียนของกระแสเลือด และความรุนแรงของการเจริญเติบโตที่ล่าช้า เด็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขี้ยวจะมีการเริ่มต้นและความสมบูรณ์แบบของการเข้าสู่วัยแรกรุ่นที่ช้ากว่าเด็กปกติทั่วไป⁽¹⁵⁾

นอกจากนี้เด็กป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอาจจะมีข้อจำกัดในด้านการออกกำลังกาย ซึ่งหากเด็กต้องการที่จะออกกำลังกาย จะต้องมั่นใจว่าการออกกำลังกายของเด็กนั้นจะไม่เป็นอันตรายต่อตัวของเด็กเอง⁽¹⁵⁾

2. ด้านอารมณ์ เด็กในวัยเรียนสามารถแสดงความรู้สึกต่างๆ และความกังวลได้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหรือความเครียดเกี่ยวกับการต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นจะทำให้เกิดภาวะถดถอยขึ้นได้ในเด็กวัยนี้ สำหรับเด็กในวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีความจดจ่ออยู่กับเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตาของตน วัยรุ่นที่ไม่พึงพอใจกับรูปร่างของตนจะประสบกับปัญหาทางด้านจิตสังคมด้วย และจากการที่วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับกลุ่มเพื่อน วัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคหัวใจจะมีอารมณ์เศร้าโดดเดี่ยว และมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเอง⁽¹⁵⁾

3. ด้านสติปัญญา ในการศึกษาหลายชิ้นเกี่ยวกับความสามารถทางสติปัญญาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีคะแนนในระดับต่ำกว่าเด็กปกติ คะแนนในระดับต่ำกว่านี้จะเห็นได้ชัดเจนในเด็กอายุช่วง 3 ขวบแรก และในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดมีอาการเขี้ยว อย่างไรก็ตามการทดสอบทางด้านจิตวิทยาในเด็กช่วง 3 ขวบปีแรกนั้นพบว่า ผู้ป่วยเด็กมีความสามารถทางด้านร่างกายที่บกพร่อง ซึ่งเป็นข้อจำกัดต่อการตอบสนอง จำกัดต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และจำกัดต่อการพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหวของเด็ก ซึ่งส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการทางภาษาและการเดินที่ช้า

ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่อยู่ในช่วงวัยเด็กตอนปลาย จะมีระดับคะแนนสติปัญญา(IQ) อยู่ในช่วงปกติ ถึงแม้ว่าคะแนนค่าเฉลี่ยพื้นฐานทางสถิติจะมีค่าต่ำกว่าเด็กปกติก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากการที่เด็กมีประสบการณ์ในสิ่งแวดล้อมที่จำกัด เช่นการติดต่อทางสังคมน้อย การต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และการขาดโรงเรียน เป็นต้น⁽²⁶⁾

4. ด้านครอบครัว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดยังมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผลการวินิจฉัยของแพทย์ต่อการเจ็บป่วยของเด็ก จะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติของครอบครัว แต่การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรค หรือการขาดความสามารถของเด็ก⁽²⁶⁾ เวลาที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับแพทย์ที่จะอธิบายเกี่ยวกับภาวะของหัวใจของผู้ป่วยแก่บิดามารดา ซึ่งมักจะเกิดปฏิกิริยาตกใจอย่างมากเมื่อรู้ว่าลูกของตนเองเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด บิดามารดาจะพยายามหาคำอธิบาย และหาสาเหตุของการเกิดโรค เป็นสิ่งจำเป็นที่แพทย์จะต้องบอกบิดามารดาของผู้ป่วยว่าไม่

ทราบสาเหตุที่ชัดเจน และไม่ไขความผิดที่เกิดจากตัวบิดามารดา มารดาของผู้ป่วยมักจะพยายามคิดว่าเกิดอะไรขึ้นกับตัวเธอในระหว่างการตั้งครรภ์ และมักจะตำหนิตนเองในเรื่องการที่ลูกของตนป่วย⁽³⁰⁾ การปรับตัวทางด้านจิตใจของเด็กที่ป่วยที่ไม่ดีจะมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับความวิตกกังวลของมารดาและการเลี้ยงดูแบบตามใจ มากกว่าระดับความรุนแรงของโรค⁽²⁶⁾

ในส่วนของพี่น้องของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้น มักจะได้รับการดูแลที่แตกต่างจากเด็กที่ไม่มีพี่น้องป่วยด้วยโรคนี้ พี่น้องของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนี้จะได้รับการตามใจน้อยกว่ากลุ่มเด็กปกติที่มีอายุรุ่นเดียวกัน อาจเป็นเพราะความต้องการที่มากของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อมารดา ทำให้มารดาให้ความสนใจลดลงต่อพี่น้องคนอื่นที่มีสุขภาพดี พี่น้องของผู้ป่วยเด็กเหล่านี้จะรู้สึกอิจฉาต่อการได้รับความสนใจเป็นพิเศษจากสมาชิกในครอบครัวต่อผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รู้สึกว่าผู้ป่วยนั้นเป็นศูนย์กลางของครอบครัว รู้สึกโกรธเคืองต่อความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุให้เกิดความตึงเครียดในด้านการเงินของครอบครัว และต่อการที่ไม่สามารถทำกิจกรรมตามที่ต้องการได้

ในแง่ผู้อื่นเกี่ยวกับการปรับตัวของพี่น้องของผู้ป่วยคือ หากมีสมาชิกในครอบครัวใหม่ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การปรับตัวต่อการมีน้องที่เป็นโรคหัวใจนั้นเป็นความเจ็บปวดทางด้านจิตใจของผู้ที่เป็นพี่มาก และยิ่งมีความซับซ้อนมากขึ้นหากทารกนี้ต้องการการเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษ บิดามารดาควรเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความรู้สึกและความโกรธเคืองออกมา พ่อแม่ควรพยายามที่จะหาเวลาอยู่กับลูกคนอื่นๆตามลำพังบ้าง ควรเปิดโอกาสให้พี่ของผู้ป่วยได้มีโอกาสในการดูแลผู้ป่วยในบางเรื่อง ซึ่งจะช่วยให้เด็กได้รู้สึกดีขึ้น แต่หากผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจเป็นลูกคนแรก พบว่าผู้ป่วยเด็กจะรู้สึกเจ็บปวดที่มองน้องของตนเองที่สุขภาพดีกว่า มีความเก่งกว่าตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าน้องของตนสามารถตามทันตนเองทั้งในด้านการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายได้โดยเร็ว⁽¹⁵⁾

5. ด้านสังคม เพื่อนจะมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่อยู่ในวัยเรียน คืออายุ 6-11 ปี เด็กจะพึ่งพิงต่อครอบครัวน้อยลง และเมื่อเข้าสู่วัยเด็กตอนปลาย เด็กป่วยเหล่านี้กลับรู้สึกแปลกแยกจากเพื่อน ปัญหานี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเห็นว่าเด็กที่มีสุขภาพที่ดีนั้น มีความคล่องแคล่วว่องไวมากขึ้น ในขณะที่ตัวเด็กป่วยเองนั้นมีความจำกัดในเรื่องของความกระฉับกระเฉงทางด้านร่างกาย บิดามารดาจำเป็นที่ต้องสนับสนุนให้เด็กในวัยนี้ได้มีส่วนร่วมต่อกิจกรรมประจำวันและการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน การกีดกันปฏิเสธสัมพันธ์เหล่านี้ จะเป็นการทำลายความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กได้

ในวัยรุ่น พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระดับปานกลางถึงรุนแรงมีประสบการณ์ในความล้มเหลว และไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนในโรงเรียนได้ เด็กวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้นมักจะมีความรู้สึกเศร้า โดยเดียว และมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเอง⁽¹⁵⁾

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นสภาวะที่พบได้ทั่วไปในทางจิตเวช ซึ่งทำให้ความสามารถทางด้านสังคม และหน้าที่การงานถูกทำลายลงไป บางครั้งมีความรุนแรงและเกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์และชีวิตความเป็นอยู่ต่างๆได้⁽³¹⁾

Angold (1988)⁽³²⁾ ได้แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ว่า

1. ภาวะซึมเศร้า เป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระดับต่ำสุด ซึ่งเป็นไปตามปกติ ซึ่งหมายความว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความทุกข์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน
2. ภาวะซึมเศร้า เป็นประเภหนึ่งของความไม่เป็นสุข ความเศร้า หรือความเจ็บปวดทางจิตใจ ซึ่งตอบสนองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การตาย ความล้มเหลวในการกระทำสิ่งที่สำคัญ
3. ภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะ ซึ่งมีความต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดความสนใจในสิ่งรอบด้านในแต่ละบุคคล ซึ่งลักษณะนี้เป็นลักษณะของ “บุคลิกภาพแปรปรวนแบบซึมเศร้า” (Depression personality disorder)

4. ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการแสดงออกของแต่ละบุคคลซึ่งเรียกว่า อารมณ์เศร้า (Depressed mood)

อารมณ์เศร้าอาจจะสังเกตได้จากปริมาณที่เบี่ยงเบนไปจากความปกติ ซึ่งมี 2 ชนิด คือ

1. การเบี่ยงเบนของความรุนแรง ซึ่งในที่นี้ อารมณ์เศร้าหมายถึง ลักษณะของอารมณ์ที่ต่ำเกินปกติ แต่มีความรุนแรงมากกว่าที่คิดไว้
2. การเบี่ยงเบนในระยะเวลาของสภาวะอารมณ์ต่ำซึ่งเกิดจากสิ่งเร้าบางอย่าง ที่คาดว่าจะทำให้เกิดความไม่สบายใจในระยะเวลาที่จำกัดระยะหนึ่ง

ซึ่งปริมาณที่เบี่ยงเบนนี้ สามารถนำมาใช้ประเมินความรุนแรงของอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลได้

5. ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติ (syndrom) หรือเป็นความเจ็บป่วย ซึ่งความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (Depressive disorder) นี้ เป็นการเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของปกติ พบได้ในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพทางจิตอื่นๆหรือพบสภาวะของความผิดปกตินี้โดยเฉพาะ การเกิดความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าจะมากน้อยเพียงใดนั้นเป็นการยากที่จะทราบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดร่วมกับพยาธิสภาพทางจิตอื่นๆ

6. ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย ความผิดปกตินี้อาจจะเกิดขึ้นร่วมกับพยาธิสภาพหรือเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวก็ได้

7. ภาวะซึมเศร้า เป็นโรคซึ่งอาจจะพบได้ในรายที่ความผิดปกตินี้สามารถอธิบายได้และมีความสัมพันธ์ของพยาธิสภาพที่กลับเป็นซ้ำอีก โดยวางอยู่บนพื้นฐานของหลักพันธุกรรม มีสาเหตุที่มีความเฉพาะตัว มีพยาธิสภาพทางร่างกาย มีการพยากรณ์โรคและมีการรักษาที่มีการตอบสนองต่อการรักษานั้น

Pearce(1977)⁽³³⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า โดยกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้านั้นมีอย่างน้อย 3 ความหมาย คือ

1. ภาวะซึมเศร้าเป็นความรู้สึกที่มีระดับต่ำกว่าปกติ เป็นอารมณ์ที่คาดหวังที่ตอบสนองต่อความทุกข์ยาก หรือความโชคร้าย
2. ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของอารมณ์ซึ่งเป็นการพิจารณา และประกอบด้วยความคิดผิดปกติ หรือกลุ่มอาการที่มีลักษณะเฉพาะ
3. ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่มีลักษณะคือ มีอารมณ์เศร้าที่มีปริมาณที่แตกต่างจากปกติ โดยมีสาเหตุ การเกิดและพยากรณ์โรคได้

Gittelman Klein(1977)⁽³⁴⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นอารมณ์ที่เป็นไปตามสภาพของจิตใจที่มีลักษณะเฉพาะต่อความรู้สึกไม่มีความสุข หรือความระทมทุกข์

Carson &Canwell (1980)⁽³⁵⁾ ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้า โดยได้แยกความแตกต่างระหว่าง

1. อาการของภาวะซึมเศร้า (Depressive symptom) ว่ามีความสัมพันธ์กับส่วนประกอบเพียงส่วนเดียวของความรู้สึกไม่พึงพอใจหรือ ความไม่สบายใจ (Dysphoric mood)⁽³⁶⁾
2. กลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้า (Depressive Syndrom) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มของอาการซึมเศร้า และอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้า และมักจะเกิดขึ้นร่วมกัน
3. ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (Depressive disorder) สามารถแยกจากข้ออื่น โดยการพิจารณาจากปัจจัยในเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วย รูปแบบของการเจ็บป่วยในครอบครัว การตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ และการตอบสนองต่อการรักษา

วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ (2542)⁽³⁷⁾ ได้กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า คือการที่ผู้ป่วยรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง ความคิดอ่านเชิงซ้ำ ไม่มีสมาธิ และมองโลกในแง่ร้าย โดยมีอาการทางกายร่วมด้วย ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรือนอนมากผิดปกติ น้ำหนักลด ประสาทหลอนและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

จำลอง ดิษยวณิช (2522)⁽³⁸⁾ ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นอารมณ์เสียใจ เศร้าโศก ผิดหวังหมดอาลัยในชีวิต ในคนปกติก็มีอารมณ์เช่นนี้ได้ ซึ่งจะผิดปกติก็ต่อเมื่ออารมณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน ไม่สมส่วนกับการสูญเสียที่ผู้ป่วยประสบ

อลิสา วัชรสินธุ⁽¹¹⁾ กล่าวว่า อาการซึมเศร้า(Depressive Symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเหนื่อยล้าที่รุนแรงกว่าความรู้สึกที่เศร้าเสียใจธรรมดา

อุบัติการณ์และความชุกของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นหลายท่านด้วยกัน แต่ได้ผลออกมาแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ 2% จนกระทั่งมากกว่า 50% ความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับการใช้หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยที่แตกต่างกัน หรือแตกต่างกันในคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้า⁽³⁹⁾

มีรายงานการศึกษาถึง 12 ชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้ารุนแรง(Major Depressive Disorder) ในวัยรุ่น พบความชุกของโรคนี้อยู่ในช่วง 1.8% ถึง 8.9%⁽⁴⁰⁾

Kashani และ Simonds (1976)⁽⁴¹⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุ 7-12 ปี โดยการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็ก และใช้เกณฑ์การวินิจฉัยจาก DSM III พบว่ามีเด็กเพียง 2 % ที่พบว่ามีภาวะซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีเด็กถึง 17.6 % ที่มีอารมณ์เศร้า (sadness) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จากอาการอื่นๆ อาทิ อาการทางกาย การทำกิจกรรมที่มากกว่าปกติ ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ การปฏิเสธการไปโรงเรียน

Kaplan และคณะ (1984)⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กมัธยมศึกษาอายุ 11-18 ปีโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory) พบว่า 13% ของเด็กมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 7% ของเด็กมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และมีเพียง 2% ของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

การศึกษาภาวะซึมเศร้าในประชากรที่เป็นผู้ป่วยในทั่วไป พบว่า มากกว่าหนึ่งในสามนั้นมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และร้อยละ 11-26 ของผู้ป่วยนั้นมีอาการซึมเศร้า

Kashani และคณะ(1988)⁽⁴³⁾ ศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยม รายงานว่า วัยรุ่น 4.7% เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง 3.3% เป็นโรคประสาทซึมเศร้า และ 18.7% เป็นโรควิตกกังวล

ในประเทศไทยได้มีผู้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ในหลายกลุ่มประชากร ได้แก่

นางพวง ลิ้มสุวรรณ และโกวิท นพพร (2527)⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคอารมณ์เศร้าในเด็ก ที่มารักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 100 คนอายุ 4-14 ปี พบว่าเด็กมีอารมณ์เศร้า(Depressive Affect) ร้อยละ 27

วรพร อินทบุหรั้น (2533)⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย จำนวน 300 คน โดยใช้แบบทดสอบ CES-D พบว่า มีความชุกร้อยละ 66.3

วาริรัตน์ หอมโกศล (2535)⁽¹⁷⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 115 คน โดยใช้ แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI(Children's Depression Inventory) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.8

อรวรรณ หนูแก้ว (2536)⁽⁴⁶⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดสระแก้ว จำนวน 268 คน โดยเปรียบเทียบเด็กในครอบครัวปกติ จำนวน 360 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression

Inventory) พบว่าเด็กจากวัดสระแก้วมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.9 ซึ่งสูงกว่าเด็กในครอบครัวปกติที่พบเพียงร้อยละ 20.8

ข้อเพชร เบ้าเงิน (2538)⁽⁴⁷⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมีร้อยละ 49.8 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 22.3

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล(2539)⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็ก ร้อยละ 40.8 และร้อยละ 13.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2540)⁽⁴⁹⁾ ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยศึกษาในเด็กที่เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 81 คนมีอายุตั้งแต่ 9.3-15.3 ปีโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.6

อรพรรณ เมฆสุกะ(2542)⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,836 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบว่า เด็กนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครนั้นมีความซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกร้อยละ 40.74 และความซึมเศร้าในระดับรุนแรงร้อยละ 15.63

วันฉดา ปิยะศิลป์ และพัชรินทร์ ผลิพัฒน์(2542)⁽⁵¹⁾ ได้ศึกษาอารมณ์ซึมเศร้าในเด็กป่วยโรคเรื้อรังอายุ 9-15 ปีที่มารักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 79 ราย โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.4

วันฉดา ปิยะศิลป์ (2542)⁽⁵²⁾ ได้ศึกษาการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 1,540 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) และใช้จุดตัดระหว่างอาการซึมเศร้าและไม่ซึมเศร้าที่ คะแนน 20 พบอารมณ์ซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้ร้อยละ 14.3

ทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้า⁽¹⁷⁾

นักทฤษฎีหลายท่านได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีวเคมี เชื่อกันว่าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติ (neurotransmitters) มีสมมติฐานว่า neurotransmitters เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในคนตามธรรมชาติ ความคิดที่ว่ามีความเกี่ยวข้องกันระหว่างพฤติกรรม และสารเคมีในสมอง เรียกว่าเป็น Phamachological bridge ทฤษฎีส่วนมากมีความเกี่ยวข้องกับ neurotransmitters 2 กลุ่ม ที่สำคัญคือ The catecholamines (Dopamine และ norepinephrine) และ indolismines (serotonin) ซึ่งลักษณะทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าจะมีอยู่สองแบบ คือภาวะซึมเศร้าแบบ norepinephrine และ serotonin ต่ำ และอีกแบบก็คือการลดลงของ

catecholamines อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ น่าจะคำนึงถึงปัจจัยทางด้านอื่นๆ ซึ่งประกอบไปด้วย พันธุกรรม ภูมิหลัง การเรียนรู้ และสติปัญญา ความสามารถของมนุษย์ในการต่อสู้กับสิ่งที่มากระทบ

2. ทฤษฎีพันธุกรรม เชื่อว่ายีนส์มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีนักทฤษฎีหลายท่านมีความเห็นพ้องกันว่า ทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาหลายครั้งแสดงให้เห็นว่า ความซึมเศร้าจะเกิดกับบุคคลที่มีประวัติความซึมเศร้าในครอบครัวอยู่แล้ว และจากผลวิจัยเมื่อไม่นานมานี้ ชี้ให้เห็นว่ามียีนส์อย่างน้อย 1 ตัว บนโครโมโซมคู่ที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยีนส์เหล่านี้ตั้งอยู่ใกล้ๆ กลุ่มของยีนส์ที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกันบางส่วนภายในร่างกาย และจะสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

3. Cognitive theory โมเดลของเบค (Beck' model) ในเรื่องของภาวะซึมเศร้า ได้ใช้ในรูปแบบของความซับซ้อนของสภาวะทางจิตใจส่วนของ ego ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดในแง่ลบ และความคิดในอนาคตที่เป็นส่วนหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในอดีตของบุคคลนั้น ได้เป็น 3 ประเด็น คือ

- ความคิดทางลบต่อตัวเอง
- การตีความทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา
- การมองทางลบต่ออนาคต

คนที่ซึมเศร้าจะรู้สึกว่า โลกเป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถจะผ่านไปถึงจุดหมายได้ มองตนเองไว้ที่พึ่งจะผ่านอุปสรรคไปได้ และสิ้นหวังที่จะทำการควบคุมอนาคตให้เป็นไปตามจุดหมายของตัวเอง

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ภาวะของพฤติกรรมที่มีลักษณะที่ไม่มีการแสดงออกของพฤติกรรมปรับตัว การหลุดพ้นจากเหตุการณ์ที่ตนไม่ชอบ ความคาดหวัง ความพยายามของตนโดยทั่วไป เป็นสิ่งที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ มีผู้เสนอว่าคนที่มีความโน้มจะมีภาวะซึมเศร้า มักจะมีลักษณะมีความล้มเหลวในการควบคุมแรงเสริมในสิ่งแวดล้อม และทำให้อ่อนเปลี้ยโดยความไร้ที่พึ่ง ความไม่ต่อสู้ และไม่สามารถจะปกป้องตัวเองได้ การขาดความก้าวร้าวนี้พบได้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก

5. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) Sigmund Freud มองว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการหันกลับเข้าไปในสัญชาตญาณแห่งความก้าวร้าว ซึ่งเกิดในช่วงการมีรูปแบบของอิด (Id) ซึ่งเชื่อว่าในความผูกพันของเด็กในระยะแรก จะมีทั้งความรู้สึกรักและเกลียด เมื่อสูญเสียหรือเกิดความคับข้องใจในการต้องพึ่งพา เด็กจะไม่ยอมรับความรู้สึกโกรธ ดังนั้นจึงหมุ่นเข้าหาตนเอง กลายเป็นความไม่เป็นมิตร เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ Freud ยังได้กล่าวว่า สาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้าอันดับแรก คือความต้องการพึ่งพาไม่สามารถพัฒนาไปได้เต็มที่ เกิดการสูญเสีย ดังนั้นจึงยึดติดไว้ในเวลาต่อมา เมื่อเกิดการสูญเสียขึ้นจะมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในเด็ก

ภาวะซึมเศร้าในเด็กเพิ่งเป็นที่สนใจกันในระยะเวลาไม่นาน เดิมคนทั่วไปเชื่อว่าเด็กมักจะไม่มีเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ปัจจุบันได้มีการศึกษายืนยันแน่นอนว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในเด็กก่อนวัยรุ่น⁽¹¹⁾ ดังเช่นการศึกษาของ Rene Spitz ซึ่งได้สังเกตเห็นเด็กทารกที่ต้องอยู่โรงพยาบาล มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ร้องไห้มาก ตอบสนองช้าต่อสิ่งเร้า คุณคนน้อย มีปัญหาการนอน ซึ่งเรียกภาวะนี้ว่า Anaclitic depression

ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในเด็ก จึงสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มคือ⁽⁴⁴⁾

1. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กยังไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาศัยหลักที่ว่า การจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้จะต้องมี superego เสียก่อน แต่เด็กนั้นยังไม่มีการพัฒนา superego ดังนั้นเด็กจึงยังไม่มีภาวะซึมเศร้า
2. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กสามารถเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่จะมีลักษณะเฉพาะตัว ซึ่งผู้ศึกษาแต่ละคนก็จะพบลักษณะพิเศษแตกต่างกันไป
3. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าแฝง (masked depression) จะไม่แสดงออกในรูปของอารมณ์ แต่จะแสดงออกในรูปของอาการอะไรก็ได้ เช่น ปวดศีรษะ ความผิดปกติทางพฤติกรรม เป็นต้น
4. กลุ่มที่คิดว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าได้แบบผู้ใหญ่ทุกอย่าง โดยมีอาการแสดงออกไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่

แนวคิดที่ว่าเด็กมีโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depressive disorder) คล้ายผู้ใหญ่ นั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ เพราะอาการซึมเศร้าในเด็กนั้นมีความแตกต่างไปจากอาการในผู้ใหญ่ ซึ่งอาจเกิดจากการมีพยาธิกำเนิดโรคต่างจากผู้ใหญ่⁽⁵³⁾ รวมทั้งต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็ก เช่น พัฒนาการของเด็ก และอาการร่วม เด็กแต่ละวัยจะแสดงอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน เด็กมีข้อจำกัดในการพูดถึงอารมณ์เศร้า มีข้อจำกัดในความคิดเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า เช่น ความรู้สึกผิด ความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง การพิจารณาอาการอื่น เช่น การปฏิเสธการไปโรงเรียน อาจช่วยยืนยันถึงปัญหาอารมณ์เศร้าของเด็กได้⁽¹¹⁾

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุ และแต่ละสาเหตุจะมีผลกระทบซึ่งกันและกัน อันได้แก่

1. สาเหตุทางพันธุกรรม พบหลักฐานว่า ภาวะซึมเศร้าในเด็กมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม⁽⁵³⁾ จากการศึกษาเด็กที่มีพ่อแม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป ในทำนองเดียวกันการศึกษานิวคลีอไทป์ของเด็ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่าอัตราของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังนั้นสูงกว่านิวคลีอไทป์ของเด็กทั่วไป⁽¹¹⁾
2. สาเหตุทางจิตสังคม มีปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมหลายประการที่เป็นสาเหตุให้เด็กเกิดโรคซึมเศร้า⁽¹¹⁾ เด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีความเครียดทางจิตสังคมในอัตราสูงกว่าเด็กปกติ⁽⁵⁴⁾ อันได้แก่

1. การสูญเสียบิดามารดา จากการหย่าร้างหรือเสียชีวิต

2. บิดามารดาที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น การที่เด็กมีบิดาหรือมารดาที่มีอาการของ depression อยู่ จะมีผลต่อเด็กอย่างมาก เนื่องจากเด็กจะได้รับผลจากการมีอารมณ์แปรปรวน หรือบางครั้งมีอาการซึมเศร้าจนไม่มีพลังงานพอที่จะเอาใจใส่ดูแลหรือมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กได้ เด็กอาจรู้สึกถูกละเลย หรือรู้สึกผิดเนื่องจากเข้าใจว่าตนมีส่วนทำให้บิดามารดาหงุดหงิด⁽⁵³⁾ หรือจากการที่เด็กมีแม่ที่มีปัญหาทุกข์ใจ เลี้ยงลูกได้ไม่ดี และครอบครัวที่มีปัญหาการทะเลาะเบาะแว้งกัน⁽¹¹⁾

3. ปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัว

4. มีพฤติกรรมก้าวร้าวในครอบครัว ซึ่งเด็กอาจเลียนแบบวิธีคิดและการแก้ปัญหาโดยการฆ่าตัวตาย

5. มีการถูกรังแกทำทารุณกรรมทางกายและทางเพศ

6. การมีที่อยู่แออัดและไม่เป็นหลักแหล่ง

7. การเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังของตัวเด็กหรือสมาชิกในครอบครัว

3. กลไกทางจิต มีทฤษฎีหลายทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

Seligman สรุปจากการทดลองในสัตว์ว่าการทำให้สัตว์เรียนรู้ว่ามันไม่สามารถจะช่วยตัวเองให้ควบคุมสภาพในการทดลองที่เป็น unescapable shocked ได้เลยนั้น หรือการเรียนรู้ว่าไม่มีอะไรจะช่วยได้ (learned helplessness) ทำให้สัตว์เกิดอาการซึมเศร้าได้⁽⁵³⁾ ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่เราพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งรอบตัวที่ไม่ดีหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ อาจทำให้ขาดแรงจูงใจ เฉยชา และซึมเศร้าได้⁽¹¹⁾

Beck กล่าวถึงทฤษฎีทางความคิดที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่า คนที่มีความคิดในทางลบเกี่ยวกับตนเอง โลก และอนาคต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้^(11, 53)

Freud และ Klein กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามาจาก ความก้าวร้าว (Agression) ที่มีต่อมารดาตั้งแต่วัยทารก ที่มารดาไม่อาจตอบสนองความต้องการของตนได้ แต่ความก้าวร้าวนั้นไม่อาจแสดงออกได้ เนื่องจากตนยังต้องพึ่งพิงมารดา จึงต้องหันทิศทางของความก้าวร้าวนั้นเข้าสู่ตนเอง ทำให้รู้สึกว่าเป็นคนไม่ดี อยากร้ายตนเอง⁽⁵³⁾

กลไกทางจิตอื่นที่มีการศึกษาและพบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก ได้แก่ ความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถ และไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อน

4. กลไกทางชีววิทยา⁽⁵⁴⁾

4.1 ความผิดปกติของ neurotransmitter การเปลี่ยนแปลงใน neurotransmitter หลายชนิดเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า เช่น catecholamines และ serotonin เป็นต้น

4.2 ความผิดปกติของสมอง การศึกษาโดย magnetic resonance image (MRI) ในเด็กและวัยรุ่น 65 รายที่เป็น โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) และ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) พบว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทางจิตเวชอื่นๆ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราส่วนของปริมาตร frontal lobe ต่อปริมาตรรวมของ cerebrum (FLV/CV ratio) ต่ำกว่า และมีอัตราส่วนรวมของ cerebrum (VV/CV ratio) สูงกว่าอย่างมี

นัยสำคัญ ผลการศึกษาในวัยเด็กคล้ายคลึงกับในผู้ใหญ่ และชี้ชัดว่าความผิดปกติใน frontal lobe น่าจะเกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคซึมเศร้าในวัยเด็ก

4.3 ความผิดปกติของฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงในระดับของ thyroid hormone มีผลต่ออารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล ทั้งภาวะ hyper และ hypothyroidism มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าในผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ซึมเศร้า ระดับฮอร์โมนมักอยู่ในเกณฑ์ปกติ การศึกษาในวัยรุ่นที่เป็น โรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) พบว่า free thyroxine (FT₄) มีทั้งระดับสูงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การตอบสนองของ TSH (thyroid stimulation hormone) ต่อ TRH (thyrotropin-releasing hormone) ก็แตกต่างไปจากกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ ทั้งหมดนี้ชี้ว่าความผิดปกติใน hypothalamic - pituitary - thyroid axis มีความเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้ารุนแรง (Major depressive disorder) ในวัยรุ่น

อาการแสดงทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าในเด็ก

ภาวะซึมเศร้าในเด็กนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ พัฒนาการทางจิต อารมณ์และสติปัญญา

1. วัยทารก จะเกิด anaclitic depression ได้แก่ อาการซึม คุณคนมน้อย ไม่ค่อยขยับเคลื่อนไหว ตอบสนองต่อการกระตุ้นน้อย เช่น ไม่ยิ้ม หรืออ้อแอ้ตาม ไม่มองตามสิ่งเคลื่อนไหว นอนน้อย หรือไม่ยอมนอน และร่างกายไม่เจริญเติบโต นอกจากนี้ ยังอาจสังเกตได้จากที่เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อการแยกจากผู้ใกล้ชิดมากขึ้น (separation anxiety)

2. อายุ 1 - 3 ปี อาจมีท่าทางเซื่องซึม ไม่เล่นสนุกสนาน ไม่มีประกายตา ไม่ค่อยตามหรือพูดจา น้ำหนักและส่วนสูงไม่ขึ้นตามเกณฑ์ ไม่เจริญอาหาร นอนไม่หลับ อาจมีอาการทางกาย เช่น บ่นปวดท้อง

3. อายุ 3 - 5 ปี เด็กจะไม่ร่าเริง มักเล่นสมมติตามจินตนาการที่มองโลกในแง่ร้าย ไม่ชนตามวัย ถดถอย อาจมีปัสสาวะรดอีกครั้ง บอกว่าเพื่อนไม่ยอมเล่นกับตน ฝันร้าย

4. อายุ 6 - 12 ปีหรือเด็กในวัยเรียน อาการคล้ายภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่มากขึ้นใน vegetative symptom เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนุกสนาน หรือสนใจสิ่งแวดล้อม

เด็กบางคนในวัยนี้จะเริ่มอธิบายอารมณ์ของตนเองได้บ้างว่ารู้สึกแย่ๆ อารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด ทะเลาะกับเพื่อน พี่น้องบ่อยๆ เบื่อ ร้องไห้ง่ายกว่าแต่ก่อน มองว่าตนเองไม่มีอะไรดี ไม่ค่อยอยากเข้าสังคมกับเพื่อนที่โรงเรียน สมาธิลดลงซึ่งอาจส่งผลต่อการเรียน เช่น เหม่อลอย การบ้านไม่เสร็จ คะแนนลดลง

อาจเห็นเด็กซุกตัวในเรื่องต่างๆมากขึ้น เช่น กลัวถูกลักพาตัว กลัวขโมยเข้าบ้านหรือกลัวสิ่งของบางสิ่ง อาจบ่นปวดท้อง ปวดศีรษะบ่อยๆ ในบางรายอาจพยายามทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย⁽⁵³⁾

อาการเบื่อและไม่สนุกสนานในเด็กที่ซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ต่างจากความเบื่อแบบธรรมดาเวลาที่เด็กไม่มีอะไรทำเป็นบางครั้ง ความรู้สึกว่าคุณรอบข้างไม่รักและไม่ยุติธรรมแสดงถึงความไม่มั่นใจใน

ตนเองของเด็ก ซึ่งเมื่อถามเด็ก เด็กมักตอบว่าตัวเองรู้สึกว่าคุณไม่ดีหรือไม่เก่งเท่าเพื่อน หรือพ่อแม่รักพี่หรือน้องมากกว่าเด็ก⁽¹¹⁾

5. อายุ 12 - 18 ปี หรือวัยรุ่น จะมีอาการคล้ายคลึงกับภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ วัยรุ่นบอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เฉยชา ไม่สนใจถึงแวดล้อม และความรู้สึกเหมือนหมดเรี่ยวแรงจะทำอะไร พบปัญหาการกิน เช่น เบื่ออาหาร หรือบางรายอาจกินจุมาก และปัญหาการนอน เช่น นอนไม่หลับ ตื่นกลางคืน หรือตื่นเช้ากว่าปกติ ซึ่งทำให้วัยรุ่นรู้สึกเหนื่อยในตอนกลางวัน วัยรุ่นที่ซึมเศร้า หลายรายหมกมุ่นและคิดมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและรูปร่างหน้าตา รู้สึกว่าไม่มีคุณค่าและมีความท้อแท้ในชีวิต ในรายที่เป็นรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย⁽¹¹⁾

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรพร อินทพหุรัตน์ (2533)⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง จำนวน 300 คน โดยใช้แบบทดสอบ CES-D พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 66.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ในเรื่องความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของบิดาและพี่น้อง (ที่ระดับ .01) การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของมารดา (ที่ระดับ .05) และปัจจัยทางด้านจิตสังคมในเรื่องของสถานภาพทางการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานที่วัยรุ่นกระทำผิดกฎหมาย ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายกับบิดามารดาและพี่น้อง การเจ็บป่วยทางจิตใจของวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย การคาดหวังต่ออนาคต(ที่ระดับ .01) ระยะเวลาที่ศาลตัดสินให้เข้าไปอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก และวิธีการแก้ปัญหาเมื่อสมาชิกคนให้คนหนึ่งเกิดปัญหา(ที่ระดับ .05)

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535)⁽⁵⁵⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุระหว่าง 10-15 ปีที่พ่อแม่หย่าร้างกัน ที่มาตรวจที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ในฐานะผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2534 - มิถุนายน 2539 โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI(Children's Depression Inventory) พบว่าเด็กที่มาจากครอบครัวหย่าร้างมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วาริรัตน์ หอมโกศล (2535)⁽¹⁷⁾ ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 115 คน โดยใช้ แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI(Children's Depression Inventory) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.8 และปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของโรค และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

อรวรรณ หนูแก้ว (2536)⁽⁴⁶⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดสระแก้ว จำนวน 268 คน โดยเปรียบเทียบเด็กในครอบครัวปกติ จำนวน 360 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI(Children's Depression Inventory) พบว่าเด็กจากวัดสระแก้วมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.9 ซึ่งสูงกว่าเด็กในครอบครัวปกติที่พบเพียงร้อยละ 20.8

ช่อเพชร เบ้าเงิน (2538)⁽⁴⁷⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 600 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI(Children's Depression Inventory) พบว่าความชุกของนักเรียนมีร้อยละ 49.8 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 22.3 โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับผลการเรียนของนักเรียน การศึกษาของบิดามารดา ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว บรรยากาศในครอบครัว และปัญหาสุขภาพจิตของบิดามารดา

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539)⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพฯ จำนวน 1,264 คน อายุระหว่าง 10-17 ปี โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบว่าร้อยละ 40.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(คะแนนรวมมากกว่า 15) และร้อยละ 13.3 มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่น่าเป็นห่วง (คะแนนรวมมากกว่า 21) และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดทางจิตตังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือมีผลการเรียนที่ต่ำ ครอบครัวหย่าร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับเด็กไม่ดี ผู้ดูแลเด็กมีการศึกษาที่ต่ำ รายได้น้อย มีปัญหาทางสุขภาพ ชีวิตครอบครัวไม่มีความสุข

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539)⁽⁵⁶⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI(Children's Depression Inventory) การวิเคราะห์อาการซึมเศร้าพบคำตอบในเรื่องความรู้สึกต่อตนเองในทางลบและความรู้สึกว่าคุณไม่มีประสิทธิภาพพอที่ดีที่สุด รองลงมาคืออาการทางสรีระซึ่งได้แก่เบื่ออาหารและรู้สึกอ่อนเพลีย เด็กซึมเศร้าจะมีผลคะแนนที่สูงสุดในด้านอารมณ์ (negative mood) และเด็กที่ไม่ซึมเศร้าจะมีคะแนนสูงสุดในด้านความไร้ประสิทธิภาพ (ineffectiveness) เด็กที่มีอาการซึมเศร้าจะมีอาการในหลายด้านและรุนแรงกว่าเด็กที่ไม่ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2540)⁽⁴⁹⁾ ได้ศึกษาความชุก และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยศึกษาในเด็กที่เป็นผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 81 คนมีอายุตั้งแต่ 9.3-15.3 ปี โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI(Children's Depression Inventory) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.6 และพบว่ามีเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยร้อยละ 7.4 มีเด็กที่มีการปรับตัวผิดปกติแบบมีอารมณ์เศร้า ร้อยละ 17.3 เด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ร้อยละ 6.2 และเด็กที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 3.7 เพศหญิงจะมีอาการซึมเศร้ากว่าเพศชาย ปัจจัยเครียดทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเจ็บป่วยทางจิตเวชของบิดามารดา การไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง และการมีประวัติถูกทารุณทางกาย

อรพรรณ เมฆสุภา(2542)⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่ศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 จำนวน 16 โรงเรียน เป็นนักเรียนทั้งหมดจำนวน 1,836 คน ระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2541 โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's depression Inventory) พบว่า เด็กนักเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครนั้นมีความซึมเศร้าในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก ร้อยละ 40.74 และความซึมเศร้าในระดับรุนแรงร้อยละ 15.63 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ คือ เพศ ผลการเรียน การขาดเรียน ปัญหาความประพฤติที่โรงเรียน บิดามารดาหย่าร้างกัน บิดามารดามีสุขภาพไม่ดี รักลูกไม่เท่ากัน และบรรยากาศภายในบ้านไม่มีความสุข

วันดา ปิยะศิลป์ และพัชรินทร์ ผลิพัฒน์(2542)⁽⁵¹⁾ ได้ศึกษาอารมณ์ซึมเศร้าในเด็กป่วยโรคเรื้อรัง อายุ 9 -15 ปีที่มารักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2539 จำนวน 79 ราย โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.4 ภาวะซึมเศร้าของเด็กขึ้นอยู่กับปัญหาการหย่าร้างของบิดามารดา ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน การที่เด็กต้องมาพบแพทย์มากกว่า 12 ครั้งต่อปี เด็กมีผลการเรียนต่ำกว่าเกรด 3 และเป็นเด็กที่มีปัญหาที่โรงเรียน

วันดา ปิยะศิลป์ (2542)⁽⁵²⁾ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในช่วงเดือน สิงหาคม - ธันวาคม 2540 จำนวน 1,540 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) และใช้คะแนนที่ 20 เป็นจุดตัด ระหว่างอารมณ์ซึมเศร้าและไม่ซึมเศร้า พบอารมณ์ซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มนี้ร้อยละ 14.3 โดยที่ร้อยละ 45 ของวัยรุ่นทั้งหมดเคยมีความคิดถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่คิดว่าจะทำจริง วัยรุ่นเพียงร้อยละ 0.27 เท่านั้นที่มีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย กลุ่มวัยรุ่นที่มองตนเองไม่คิดจะมีโอกาสเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงกว่าวัยรุ่นทั่วไปถึง 13 เท่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ความสัมพันธ์ไม่ดีภายในครอบครัว ความสัมพันธ์ไม่ดีกับเพื่อน การมองตนเองด้านลบและความไม่พอใจในผลการเรียน

วิไล คุณัตน์รัตติศัยกุล(2542)⁽⁵⁷⁾ ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิการไทย ที่เป็นผู้ป่วยนอกของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูและตึกผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกและกายภาพบำบัด ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2538 - พฤษภาคม 2539 โดยใช้เครื่องมือแบบวัดความซึมเศร้า the Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D)ฉบับภาษาไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40.7 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือปัจจัยในเรื่องเพศ (ที่ระดับ $p < .001$)

Morris Green และคณะ(1962)⁽⁵⁸⁾ ได้ศึกษาถึงการมองภาพลักษณะตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 8-16 ปี โดยให้ผู้ป่วยวาดภาพตนเองและเพื่อน โดยเปรียบเทียบกับเด็กในกลุ่มปกติ เด็กที่มีสติปัญญาบกพร่องและเด็กที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวาดภาพตนเองมีขนาดเล็กกว่าเด็กในกลุ่มปกติ หมายถึงการที่ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมองตนเองในภาพที่ดูจำกัดนั่นเอง

Linde M Leonard และคณะ(1966)⁽⁵⁹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทางทัศนคติในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่า การปรับตัวที่ไม่ดี และความวิตกกังวลในผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับความวิตกกังวลของมารดา และการเลี้ยงดูแบบตามใจมากกว่าระดับของการขาดความสามารถของเด็ก การปกป้องและการเลี้ยงดูแบบตามใจของมารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีมากกว่าเด็กในกลุ่มปกติ และปัจจัย

ที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในเรื่องของการปกป้องของมารดาคือ ความวิตกกังวลของมารดา ส่วนปัจจัยอื่น เช่น การขาดความสามารถของตัวผู้ป่วยเอง

Linde M Leonard และคณะ(1967)⁽⁶⁰⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการทางสติปัญญาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งชนิดที่มีอาการเขียวและไม่มีอาการเขียวกับพี่น้องของผู้ป่วยและเด็กที่มีสุขภาพที่ดี โดยใช้ Gesell และ Cattell development examinations เป็นเครื่องมือในการวัด พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวในทุกระดับอายุมีคะแนนพัฒนาการทางสติปัญญาในระดับต่ำ

Maureen W และคณะ(1985)⁽⁶¹⁾ ได้ศึกษาถึงความสามารถทางด้านต่างๆของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 16-23 ปี โดยศึกษาความทนทานของกล้ามเนื้อ ความสามารถทางการเคลื่อนไหว กิจกรรมในวัยเด็ก ประสบการณ์ในโรงเรียน การวางแผนการทำงาน และพฤติกรรมทางด้านสังคมของผู้ป่วย จำนวน 188 คน พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดนั้นมีความสามารถทางด้านร่างกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเพียงเล็กน้อย มีผู้ป่วยร้อยละ 30.0 ที่กิจกรรมในวัยเด็กได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย และร้อยละ 17.0 ที่กิจกรรมในวัยเด็กถูกรบกวนอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ดีในโรงเรียนและร้อยละ 68.0 ของนักเรียนมีการวางแผนที่จะเรียนต่อในระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางด้านสังคมที่ปกติมากกว่าพฤติกรรมก้าวร้าว

Kong SG และคณะ (1986)⁽⁶²⁾ ได้ศึกษาการปรับตัวทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6 -16 ปี ในสิงคโปร์ โดยเปรียบเทียบกับเด็กปกติโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมเด็ก(Behaviour Checklist) พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการปรับตัวทางด้านอารมณ์ที่แย่กว่าเด็กกลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Kramerc HH และคณะ (1989)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาพัฒนาการทางด้านบุคลิกภาพ และสติปัญญาในเด็กที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน 128 คนและกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นเด็กที่มีสุขภาพดีจำนวน 89 คน พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและมีความพิการทางด้านร่างกายด้วยจะมีระดับ IQ ที่ต่ำกว่าเด็กที่มีสุขภาพร่างกายที่ดี และในเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีความรู้สึกลึบด้อย มีความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นมากขึ้นด้วย

Spurkland และคณะ(1993)⁽⁶³⁾ ได้ศึกษาสุขภาพจิต และการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคมของวัยรุ่นที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 52 คน อายุระหว่าง 13-18 ปี โดยมีการประเมินสภาพทางร่างกาย ทางจิตเวช พบว่า วัยรุ่นมีอัตราที่สูงในด้านปัญหาทางด้านจิตเวช ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางด้านจิตสังคมและความสามารถทางด้านร่างกาย ในการศึกษาครั้งนี้พบโรคซึมเศร้ารุนแรง(Major depressive disorder) ร้อยละ 2.0 และ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) ร้อยละ 7.7 ของผู้ถูกศึกษาทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีอาการเขียว ร้อยละ 19 และผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิด ASD ร้อยละ 4.0 มีปัญหาทางด้านจิตวิทยา

Masi G และ Brovedani P (1996)⁽⁶⁴⁾ ได้ศึกษาพยาธิสภาพทางจิตในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคหัวใจพบว่า ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความภาคภูมิใจในตนเองที่ลดต่ำลง มีอารมณ์ที่ไม่คงที่ หุนหันพลันแล่น และรู้สึกว่าตนเองไม่มีเอกลักษณ์

Laane Moyen K และคณะ(1997)⁽⁶⁵⁾ ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดใน 3 ด้านคือ ภาวะการดำเนินชีวิตภายนอก ระหว่างบุคคล และตัวบุคคลเอง โดยให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน 164 ครอบครัว ตอบแบบสอบถามเรื่องคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ โดยมีกลุ่มควบคุม 301 ครอบครัวที่มีอายุ และมีที่อยู่อาศัยที่เดียวกันตอบแบบสอบถามเช่นกัน ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 2 ปี 2 เดือน - 12 ปี 2 เดือน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้ง 3 ด้านไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้นมีคะแนนของปัญหาทางด้านร่างกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคะแนนของการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติอื่นร่วมด้วยนั้นจะมีคะแนนของการนับถือในตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Gupta S และคณะ (1998)⁽⁶⁶⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างความกลัว ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัญหาพฤติกรรมในเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกับเด็กปกติ โดยคัดเลือกผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน 40 คนที่ไม่มีปัญหาทางด้านจิตสังคมที่ชัดเจนจากคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลเด็กอัลเบอร์ต้า แคนาดา โดยให้ผู้ป่วยทำแบบวัดต่างๆ ได้แก่ Fear Survey Scale-Revised , Child manifest anxiety Scale และ Children's Depression Inventory พบว่าผู้ป่วยจะมีความกลัวในเรื่องการรักษาทางการแพทย์และมีความวิตกกังวลที่แสดงออกทางร่างกายมากกว่าเด็กปกติ และในเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวจะมีความกลัวในสิ่งที่ยังไม่รู้ มีความวิตกกังวลที่แสดงออกทางร่างกาย มีภาวะซึมเศร้า และมีพฤติกรรมก้าวร้าวต่าง ๆ มากกว่าเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Study) โดยทำการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study)

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample selection)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ประชากรตัวอย่าง (Population Samples) คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกรายใหม่ที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยโรคหัวใจเด็ก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดีและสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี(โรงพยาบาลเด็ก) ตั้งแต่เดือนเมษายน 2543 เป็นต้นไป โดยเด็กมีอายุระหว่าง 10 - 15 ปี เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยไม่จำกัดชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และวิธีการรักษาที่ผ่านมาในอดีต ไม่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงอย่างอื่น

ตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกรายใหม่ ที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยโรคหัวใจเด็ก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี(โรงพยาบาลเด็ก)โดยเด็กมีอายุระหว่าง 10-15 ปี เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยไม่จำกัดชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และวิธีการรักษาที่ผ่านมาในอดีต ไม่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงอย่างอื่น รวมทั้งสามารถอ่านเขียนได้ และกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน โดยเลือกผู้ป่วยทุกรายที่มีคุณสมบัติดังข้างต้น และมาทำการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลดังกล่าวตั้งแต่เดือนเมษายน 2543 จนครบตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ⁽⁶⁷⁾

โดยใช้สูตร
$$n = Z^2 pq / d^2$$

โดย n = จำนวนตัวอย่าง

Z^2 = เปิดค่า Z จากตารางเมื่อกำหนดให้มีระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

P = สัดส่วนของผู้ป่วยเด็กที่มารักษาที่แผนกกุมารเวชศาสตร์และมีความชุกของภาวะ

ซึมเศร้าร้อยละ 35.4 ดังนั้น ค่าสัดส่วนความชุก = 0.35 ⁽⁴⁹⁾

q = $1 - p$ = 0.65

$$d = \text{ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าต่างไปจากที่เคยสำรวจไว้ กำหนดไว้ที่ 5\%}$$

$$\text{ดังนั้น } n = (1.96)^2 \times 0.35 \times 0.65 / (0.05)^2$$

$$n = 349 \text{ คน } \approx 350 \text{ คน}$$

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี(โรงพยาบาลเด็ก)

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง กันยายน พ.ศ.2543

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม สำหรับผู้ป่วยเด็ก โดยให้ผู้ป่วยเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เด็กรับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ ระยะเวลาการรักษาโรคหัวใจ จำนวนครั้งของการเข้าพบแพทย์ในรอบหนึ่งปี จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน และการรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัด

ตอนที่ 2 แบบวัดอาการซึมเศร้า

แบบวัดอาการซึมเศร้าที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ของ Maria Kovacs ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมี Reliability Coefficient (alpha) = 0.83 และมีความตรงในการจำแนก(Discriminant Validity) สูง⁽⁴⁸⁾ แบบวัดนี้เป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าที่ใช้ในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อตรวจกรองอาการซึมเศร้าในเด็กรวมทั้งใช้ในการติดตามผลการรักษา

แบบวัดนี้จะประกอบไปด้วยคำถาม 27 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเอง (Self - Rating) ในแต่ละข้อจะมี 3 ตัวเลือก โดยให้ตอบตามความรู้สึก และความคิดที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน : การให้คะแนนจะมีลักษณะคือ 0, 1, 2 ซึ่งมีทั้งหมด 14 ข้อ ได้แก่ 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 และให้คะแนนแบบ 2, 1, 0 ซึ่งมีทั้งหมด 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25 ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 0 = พฤติกรรมปกติ(normal behavior)
- 1 = มีพยาธิสภาพเล็กน้อย (some pathology)
- 2 = มีพยาธิสภาพอย่างมีนัยสำคัญ(clinical pathology)

จุดตัดของคะแนน (cutting point)ที่จะแยกเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือค่าคะแนนที่ 15 ขึ้นไป ซึ่งแสดงถึงเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก และค่าคะแนนที่สูงกว่า 21 ขึ้นไป แสดงถึงเด็กที่มีภาวะเศร้าในระดับรุนแรง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนที่ใช้ในการวิจัยคือแบบวัด CIPF (The Cornell Interview of Peers and Friends)ของ Paulina FK และคณะ⁽¹⁹⁾ ซึ่งอรุวรรณ หนูแก้ว แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยมีค่าความเชื่อมั่น 0.81⁽⁴⁶⁾ เพื่อประเมินเด็กในการรับรู้ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน โดยมีการแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ พัฒนาการที่เหมาะสม (ข้อที่ 1 - 5) ทักษะทางสังคม (ข้อที่ 6 - 15) และการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง(ข้อที่ 16 - 20) รวมจำนวน 20 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นประโยคบอกเล่า และคำตอบมีลักษณะแบบ Dichotomous

เกณฑ์การให้คะแนน : มีสองลักษณะ คือข้อความทางบวก จะได้คะแนน 1, 0 ได้แก่ข้อ 1 - 6, 11-20 และข้อความทางลบ จะได้คะแนน 0, 1 ได้แก่ข้อ 7-10

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เกณฑ์ต่อไปนี้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่มีคะแนนความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean - 1SD) คือ ได้คะแนน ≤ 12
- กลุ่มที่มีคะแนนความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนอยู่ในเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ระหว่างค่าเฉลี่ยบวกและลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm 1SD) คือ ได้คะแนนระหว่าง 13-17
- กลุ่มที่มีคะแนนความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนสูงกว่าเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่า ค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean + 1SD) คือ ได้คะแนน ≥ 18

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ซึ่งให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นผู้ตอบในส่วนนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ปกครอง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลี้ยงดูผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัว

เป็นแบบสอบถามในตอนนี้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยของวาริรัตน์ หอมโกศล⁽¹⁷⁾ ซึ่งได้นำไปหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Validity) เท่ากับ 0.86 และนำไปหาค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.75

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการเลี้ยงดูผู้ป่วย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ รวม 17 ข้อ โดยให้บิดา หรือมารดา หรือผู้ปกครองตอบเอง ในแต่ละข้อจะมีตัวเลือก 4 ระดับ คือ ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ตรงกับความรู้สึกบ้าง ไม่น่าใจ และไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

เกณฑ์การให้คะแนน : มี 2 ลักษณะ คือ ถ้าเป็นข้อความทางบวก ให้คะแนน 3, 2, 1, 0 และ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ให้คะแนน 0, 1, 2, 3

แบบสอบถามด้านการเลี้ยงดู ได้แก่ข้อ 1-6 โดยมีข้อความทางบวก คือ ข้อที่ 1, 4, 6 และข้อความทางลบคือ ข้อที่ 2, 3, 5 มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

- กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean - 1SD) คือ ได้คะแนน ≤ 12
- กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ระหว่างค่าเฉลี่ยบวกและลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm 1SD) คือ ได้คะแนนระหว่าง 13-17
- กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่า ค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean + 1SD) คือ ได้คะแนน 18

แบบสอบถามด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ข้อ 7-12 โดยมีข้อความทางบวกคือ ข้อที่ 12 และข้อความทางลบคือ ข้อที่ 7-11 มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

- กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean - 1SD) คือ ได้คะแนน ≤ 12
- กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง ค่าเฉลี่ยบวกและลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm 1SD) คือ ได้คะแนนระหว่าง 13-17
- กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่า ค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean + 1SD) คือ ได้คะแนน 18

แบบสอบถามด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ข้อ 13-17 โดยมีข้อความทางบวก คือ ข้อ 13, 14 และข้อความทางลบคือ ข้อที่ 15-17 มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้

- กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean - 1SD) คือ ได้คะแนน ≤ 3
- กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง ค่าเฉลี่ยบวกและลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean \pm 1SD) คือ ได้คะแนนระหว่าง 4 - 10

- กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ปกติ หมายถึง กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่า ค่าเฉลี่ยบวกส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean + 1SD) คือ ได้คะแนน ≥ 11

การตรวจสอบเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ(Validity)

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นคือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลี้ยงดูผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัวไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งมีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับที่จะศึกษานี้ จำนวน 3 ท่านพิจารณา ผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวประกอบด้วย กุมารจิตแพทย์ ประจำหน่วยกุมารจิตเวช แผนกจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 1 ท่าน

จิตแพทย์ แผนกจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 ท่าน ซึ่งได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.86

2. การตรวจหาความเชื่อถือได้(Reliability)

การหาความเชื่อถือได้ของแบบสอบถามดังกล่าว คือ แบบสอบถามด้านการเลี้ยงดูผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัว โดยได้นำเอาแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน 15 ราย แล้วนำไปหาค่าความเชื่อถือได้โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient)ของครอนบัก ได้สัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าหน่วยโรคหัวใจเด็ก โรงพยาบาลศิริราช สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี(โรงพยาบาลเด็ก) โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. การรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

2.1 แนะนำตัวกับผู้ป่วย และผู้ปกครองหรือผู้รับผิดชอบในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2.2 ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 1 และให้ผู้ปกครองหรือผู้รับผิดชอบตอบแบบสอบถามในส่วนที่ 2

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา โดยพิจารณาในเวลาที่เหมาะสม สำหรับผู้ปกครองหรือผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่สะดวกเช่นกัน

2.4 เมื่อรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถาม ถ้าข้อความใดขาดหายไปจะกลับไปชักถามผู้ตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์

2.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำมาลงรหัสตามคู่มือ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนจะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS /pc⁺ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะทางประชากร
2. หาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

$$\text{prevalence rate} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า} \times 100}{\text{จำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องต่อภาวะซึมเศร้า}}$$

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยเด็ก โดยใช้ Chi-square test
 - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็ก
 - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยด้านโรค
 - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว
 - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า กับปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว
- ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคม
- ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
- ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า จำแนกตามปัจจัยที่กำหนด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) n= 350	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	152	43.4
หญิง	198	56.6
<u>อายุ</u>		
10 ปี - 12 ปี	177	50.6
มากกว่า 12 ปี - 15 ปี	173	49.4
<u>ระดับการศึกษา</u>		
ประถมศึกษา	198	56.6
มัธยมศึกษา และระดับปวช.	152	43.4
<u>ผลการเรียน</u>		
ดีมาก(เกรดเฉลี่ย 4.00)	12	3.4
ดี(เกรดเฉลี่ย 3.00 – 3.99)	126	36.0
ปานกลาง(เกรดเฉลี่ย 2.00 - 2.99)	172	49.1
อ่อน(เกรดเฉลี่ย 1.00 - 1.99)	38	10.9
อ่อนมาก(เกรดเฉลี่ย ต่ำกว่า 1.00)	2	0.6
<u>ลำดับบุตร</u>		
บุตรคนที่ 1	174	49.7
บุตรคนที่ 2	119	34.0
บุตรคนที่ 3 และมากกว่า	57	16.3

ตารางที่3(ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) n= 350	ร้อยละ
จำนวนพี่น้อง(รวมตัวผู้ป่วย)		
1 คน (ลูกคนเดียว)	60	17.1
2 คน	167	47.7
3 คน ขึ้นไป	123	35.2

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 43.4 และเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 56.6 มีอายุอยู่ในช่วง 10 -12 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.6 และมีอายุมากกว่า12 ปี - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.4

การศึกษา เรียนอยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.6 และเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาและระดับปวช. คิดเป็นร้อยละ43.4 มีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 49.1 รองลงมา มีผลการเรียนอยู่ในระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 36.0

ลำดับบุตร เป็นบุตรคนที่หนึ่งมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 49.7 และมีจำนวนพี่น้อง จำนวน 2 คนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 47.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรคของผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค	จำนวน (คน) n= 350	ร้อยละ
<u>ระยะเวลาการรับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ</u>		
1-5 ปี	94	26.9
6-10 ปี	119	34.0
มากกว่า 10 ปี	137	39.1
<u>ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ</u>		
1-5 ปี	79	22.6
6-10 ปี	122	34.8
มากกว่า 10 ปี	149	42.6
<u>จำนวนครั้งของการเข้าพบแพทย์ในรอบปี</u>		
1-5 ครั้งต่อปี	260	74.2
6-11 ครั้งต่อปี	52	14.9
มากกว่า หรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี	38	10.9
<u>การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน</u>		
ไม่เคย	115	32.9
เคย	235	67.1
<u>จำนวนครั้ง</u>		
1 ครั้ง	117	33.4
2 ครั้ง	62	17.7
3 ครั้ง	22	6.3
4 ครั้ง	11	3.1
5 ครั้ง ขึ้นไป	23	6.6

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรคของผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค		จำนวน (คน) n= 350	ร้อยละ
การรักษาโรคหัวใจด้วยการผ่าตัด			
ไม่เคย		198	56.6
เคย		152	43.4
<u>จำนวนครั้ง</u>	1 ครั้ง	124	35.4
	2 ครั้ง	25	7.1
	3 ครั้ง	3	0.9

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือรับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจเป็นระยะเวลา 6-10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 34.0 ในส่วนของระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจนั้น พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6 รองลงมาคือมีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.8

ในรอบหนึ่งปีมีผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์ 1 – 5 ครั้งต่อปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 74.2 มีผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 32.9 และที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 67.1 โดยเคยเข้ารับการรักษากัน 1 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.4

การรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 56.6 และผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 43.4 โดยเคยผ่าตัด 1 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.4

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) n = 350	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	29.4
หญิง	247	70.6
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	35	10.0
31-35 ปี	86	24.6
36-40 ปี	101	28.8
41-45 ปี	70	20.0
46 ปีขึ้นไป	58	16.6
สถานภาพสมรส		
โสด	19	5.4
คู่	291	83.2
หม้าย	26	7.4
หย่าร้าง	14	4.0
ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ปกครอง		
บิดา	89	25.4
มารดา	206	58.9
ญาติ เช่น พี่ ป้า น้า ปู่ ย่า เป็นต้น	55	15.7

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) n = 350	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	197	56.3
ระดับมัธยมศึกษา(ม.1-ม.6)	97	27.7
อนุปริญญา	24	6.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	32	9.1
อาชีพ		
รับราชการ	35	10.0
ค้าขาย	50	14.3
รับจ้าง	136	38.8
เกษตรกรรม(ทำไร่ ทำสวน ทำนา)	65	18.6
แม่บ้าน	57	16.3
อื่นๆ เช่น นิสิตนักศึกษา	7	2.0
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	191	54.6
5,001-10,000 บาท	71	20.3
10,001-15,000 บาท	46	13.1
15,001 บาทขึ้นไป	42	12.0
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	253	72.3
ครอบครัวขยาย	97	27.7
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-5 คน	247	70.6
6-10 คน	96	27.4
มากกว่า 10 คนขึ้นไป	7	2.0

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) n = 350	ร้อยละ
สมาชิกในครอบครัวที่เคยป่วยด้วยโรคเดียวกันหรือโรคเรื้อรังอย่างอื่น		
ไม่มี	347	99.1
มี	3	0.9

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ปกครองที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.6 โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 36 - 40 ปี คิดเป็น ร้อยละ 28.8 และมีความสัมพันธ์โดยเป็นมารดา มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 58.9 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.2

ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือจบระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.7 และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.8 รองลงมาคือเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 18.6 สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ต่อเดือนมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 54.6

ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 72.3 โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 - 5 คนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.6 และพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือโรคเรื้อรังอย่างอื่น เช่น โรคไต คิดเป็นร้อยละ 99.1

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัว เรื่องการเลี้ยงดูผู้ป่วยของผู้ปกครอง

การเลี้ยงดูผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	65	18.6
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	242	69.1
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	43	12.3
รวม	350	100

จากตารางที่ 6 ในด้านการเลี้ยงดูผู้ป่วยของผู้ปกครอง พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนด้านการเลี้ยงดูอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 69.1 รองลงมาคือมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 18.6

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัว เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	43	12.3
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	179	51.1
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	128	36.6
รวม	350	100

จากตารางที่ 7 ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมาคือ มีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 36.6

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและ ร้อยละของปัจจัยด้านครอบครัว เรื่องเศรษฐกิจของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

เศรษฐกิจของครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	71	20.3
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	222	63.4
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	57	16.3
รวม	350	100

จากตารางที่ 8 ในด้านเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนในด้านเศรษฐกิจอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 63.4 รองลงมาคือมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 20.3

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยในด้านสังคม (เรื่องความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน)

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละของปัจจัยด้านสังคมเรื่องความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	50	14.3
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	266	76.0
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	34	9.7
รวม	350	100

จากตารางที่ 9 ในด้านความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 76.0 รองลงมาคือมีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 14.3

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 10 แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า	108	30.9
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	242	69.1
รวม	350	100

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 30.9 และไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 69.1 ดังนั้นค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จึงมีค่าดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ค่าความชุก} &= \frac{\text{จำนวนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า} \times 100}{\text{จำนวนของผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า}} \\
 &= 108 \times 100 / 350 \\
 &= 30.9
 \end{aligned}$$

ดังนั้น ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คือร้อยละ 30.9

ตารางที่ 11 แสดงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ (จากกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด)	ร้อยละ (จากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า)
อยู่ในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก (ได้คะแนน 15 คะแนนขึ้นไป)	108	30.9	100.0
อยู่ในระดับรุนแรง (ได้คะแนน มากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป)	27	7.7	25.0

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน 350 คนมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกจำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 จากผู้ป่วยทั้งหมด และในจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 108 คนเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง จำนวน 27 คน คิดเป็น ร้อยละ 7.7 หรือคิดเป็นร้อยละ 25.0 จากกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า จำแนกตามปัจจัยที่กำหนด

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย	มีภาวะซึมเศร้า (N = 108)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 242)		X ²	df	p value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	51	33.6	101	66.4	.915	1	.352
หญิง	57	22.8	141	77.2			
อายุ							
10 – 12 ปี	66	37.3	111	62.7	6.94	1	.011*
มากกว่า 12 ปี –15 ปี	42	24.3	131	75.7			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	75	44.6	123	55.4	10.536	1	.002**
มัธยมศึกษาและระดับปวช.	33	21.7	119	78.3			
ผลการเรียน							
ดีมาก	3	25.0	9	75.0	8.689	4	.069
ดี	37	29.4	89	70.6			
ปานกลาง	49	28.5	123	71.5			
อ่อน	17	44.7	21	55.3			
อ่อนมาก	2	100.0	0	00.0			

* p < .05 ** p < .01

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มเพศชายมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 33.6 กลุ่มเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 22.8

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุ 10-12 ปี มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 37.3 และผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 12 ปี - 15 ปี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 24.3

ผู้ป่วยที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 44.6 และที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและปวช.มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 21.7

กลุ่มที่มีผลการเรียนในระดับอ่อนมากมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ100.0 กลุ่มที่มีผลการเรียนอ่อนมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 44.7 กลุ่มที่มีผลการเรียนในระดับดี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 29.4 กลุ่มที่มีผลการเรียนในระดับปานกลางมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 28.5 และผู้ป่วยกลุ่มที่มีผลการเรียนในระดับดีมาก มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 25.0

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยคือ อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยในเรื่องเพศ และผลการเรียนนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัจจัยด้านโรค

ปัจจัยด้านโรค	มีภาวะซึมเศร้า (N = 108)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 242)		X ²	df	p value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ระยะเวลาการรับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ							
1-5 ปี	27	28.7	67	71.3	.680	2	.712
6-10 ปี	40	33.6	79	66.4			
มากกว่า 10 ปี	41	29.9	96	70.1			
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ							
1-5 ปี	26	32.9	53	67.1	.506	2	.777
6-10 ปี	39	32.0	83	68.0			
มากกว่า 10 ปี	43	28.9	106	71.1			
จำนวนครั้งของการเข้าพบแพทย์ในรอบปี							
1-5 ครั้งต่อปี	77	29.6	183	70.4	1.662	2	.436
6-11 ครั้งต่อปี	20	38.5	32	61.5			
มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี	11	28.9	27	71.1			
การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน							
ไม่เคย	29	25.2	86	74.8	2.553	1	.139
เคย	79	33.6	156	66.4			
การรักษาโรคหัวใจด้วยการผ่าตัด							
ไม่เคย	58	29.3	140	70.7	.523	1	.485
เคย	50	32.9	102	67.1			

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ 6 – 10 ปี มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 33.6 กลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจมากกว่า 10 ปี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 29.9 และกลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ 1 – 5 ปี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ 28.7

ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษา 1 – 5 ปี และ 6-10 ปี มีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 32.9 และร้อยละ 32.0 ตามลำดับ และกลุ่มที่มีระยะเวลาในการรักษามากกว่า 10 ปี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 28.9

ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ต้องเข้าพบแพทย์ 6 - 11 ครั้งต่อปี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 38.5 และกลุ่มที่ต้องเข้าพบแพทย์ 1 – 5 ครั้งต่อปีและมากกว่า 12 ครั้งต่อปีนั้นมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือคิดเป็นร้อยละ 29.6 และ ร้อยละ 28.9 ตามลำดับ

ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาดัวยุทธวิธีผู้ป่วยในมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 25.2 และกลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษาดัวยุทธวิธีผู้ป่วยในมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.6

ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ไม่เคยรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัดมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 29.3 และกลุ่มที่เคยรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัดมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 32.9

อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านโรคทุกปัจจัยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัว	มีภาวะซึมเศร้า (N = 108)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 242)		X ²	df	p value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
สถานภาพสมรส							
โสด	8	42.1	11	57.9	1.686	3	.640
คู่	86	29.6	205	70.4			
หม้าย	9	34.6	17	65.4			
หย่าร้าง	5	35.7	9	64.3			
ระดับการศึกษา							
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า	66	36.9	131	63.1	2.194	3	.533
ระดับมัธยมศึกษา(ม.1-ม.6)	27	27.8	70	72.2			
อนุปริญญา	5	20.8	19	79.2			
ปริญญาตรีขึ้นไป	10	31.3	22	68.7			
อาชีพ							
รับราชการ	7	20.0	28	80.0	4.405	5	.493
ค้าขาย	14	28.0	36	72.0			
รับจ้าง	41	30.1	95	69.9			
เกษตรกร(ทำไร่ ทำสวน ทำนา)	25	38.5	40	61.5			
แม่บ้าน	18	31.6	39	68.4			
อื่นๆ เช่น นิสิต นักศึกษา	3	42.9	4	57.1			

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัว	มีภาวะซึมเศร้า (N = 108)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 242)		X ²	df	p value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน							
ต่ำกว่า 5,000 บาท	65	34.0	126	66.0	3.706	3	.295
5,001-10,000 บาท	21	29.6	50	70.4			
10,001-15,000 บาท	9	19.6	37	80.4			
15,001 บาทขึ้นไป	13	31.0	29	69.0			
ลักษณะของครอบครัว							
ครอบครัวเดี่ยว	79	31.2	174	68.8	.058	1	.897
ครอบครัวขยาย	29	29.9	68	70.1			
จำนวนสมาชิกในครอบครัว							
1-5 คน	72	29.1	175	70.9	2.880	2	.237
6-10 คน	32	33.3	64	66.7			
มากกว่า 10 คนขึ้นไป	4	57.1	3	42.9			
การเลี้ยงดูผู้ป่วย							
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	17	26.2	48	73.8	2.613	2	.271
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	81	33.5	161	66.5			
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	10	23.3	33	76.7			
ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว							
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	21	48.8	22	51.2	7.753	2	.021*
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	53	29.6	126	70.4			
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	34	26.6	94	73.4			

ตารางที่ 14 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัจจัยด้านครอบครัว

ปัจจัยด้านครอบครัว	มีภาวะซึมเศร้า (N = 108)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 242)		X ²	df	p value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
เศรษฐฐานะของครอบครัว							
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	32	45.1	39	54.9	10.551	2	.005**
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	65	29.3	157	70.7			
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	11	19.3	46	80.7			

* p < .05 ** p < .01

จากตารางที่ 14 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ 29.6 ส่วนกลุ่มที่ผู้ปกครองเป็นหม้ายและหย่าร้างนั้นมีภาวะซึมเศร้าในอัตราใกล้เคียงกันคือคิดเป็น ร้อยละ 34.6 และ ร้อยละ 35.7 ตามลำดับ

ผู้ป่วยกลุ่มที่ผู้ปกครองเรียนจบในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 36.9 กลุ่มที่ผู้ปกครองเรียนจบในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 31.3 กลุ่มที่ผู้ปกครองเรียนจบในระดับมัธยมศึกษา มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 27.8 และกลุ่มที่ผู้ปกครองเรียนจบในระดับอนุศึกษามีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 20.8

ผู้ป่วยกลุ่มที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกรมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 38.5 กลุ่มที่ผู้ปกครองเป็นแม่บ้านมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 31.6 กลุ่มที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 30.1 กลุ่มที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพค้าขายมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 28.0 กลุ่มที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับราชการมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 20.0

ผู้ป่วยกลุ่มที่ผู้ปกครองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 34.0 กลุ่มที่ผู้ปกครองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 บาทขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 31.0 กลุ่มที่ผู้ปกครองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาทมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 29.6 ผู้ป่วยกลุ่มที่ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 31.2 และกลุ่มที่ครอบครัวเป็นครอบครัวขยายมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 29.9

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน มากกว่า 10 คน มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 57.1 ส่วนในกลุ่มที่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 1-5 คนและ 6-10 คนนั้นมีภาวะซึมเศร้าในอัตราใกล้เคียงกันคือร้อยละ 29.1 และ ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนด้านการเลี้ยงดูอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 33.5 และในผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนด้านการเลี้ยงดูต่ำกว่าเกณฑ์ปกติและสูงกว่าเกณฑ์ปกตินั้นมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 26.2 และร้อยละ 23.3 ตามลำดับ

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนด้านสัมพันธระหว่างสมาชิกในครอบครัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 48.8 และผู้ป่วยกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสูงกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 29.6 และร้อยละ 26.6 ตามลำดับ

ผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนด้านเศรษฐกิจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 45.1 กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 29.3 และกลุ่มที่มีสูงกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 19.3

จากตารางพบว่า ปัจจัยในด้านครอบครัวได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยอื่นๆไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคม	มีภาวะซึมเศร้า (N = 108)		ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 242)		X ²	df	p value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน							
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	30	60.0	20	40.0	23.33	2	.000**
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	70	26.3	196	73.7			
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	8	23.5	26	76.5			

** p < .01

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่มีคะแนนด้านความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 60.0 และกลุ่มที่มีคะแนนด้านความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนอยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าเกณฑ์ปกตินั้นมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 26.3 และร้อยละ 23.5 ตามลำดับ

ปัจจัยในเรื่องความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยการให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ปกครองตอบแบบสอบถามนั้น สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งมาตรวจรักษาที่หน่วยโรคหัวใจเด็ก ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 350 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.6 และเป็นเพศชายร้อยละ 43.4 โดยมีอายุ 10-12 ปี และอายุมากกว่า 12 ปี – 15 ปี ในจำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 50.6 และร้อยละ 49.4 ตามลำดับ ในด้านการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 56.6 เรียนในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 43.4 เรียนในระดับมัธยมศึกษาและระดับปวช. ด้านผลการเรียน พบว่าผู้ป่วยมีผลการเรียนในระดับปานกลางมากที่สุด คือร้อยละ 49.1 รองลงมาคือมีระดับผลการเรียนในระดับดี ร้อยละ 36.0 โดยผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.7 และโดยมากจะมีพี่น้องจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 47.7

ข้อมูลในด้านปัจจัยด้านโรค ด้านระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจมากกว่า 10 ปีและ 6-10 ปี จำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 39.1 และ ร้อยละ 34.0 ตามลำดับ ด้านระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจมากกว่า 10 ปี มากที่สุด คือร้อยละ 42.6 รองลงมาคือเข้ารับการรักษา 6-10 ปี ร้อยละ 34.8 ด้านการเข้าพบแพทย์ในรอบหนึ่งปี มีผู้ป่วยที่ต้องเข้าพบแพทย์ 1-5 ครั้งต่อปีมากที่สุดคือ ร้อยละ 74.2 ด้านการรักษาตัวเองผู้ป่วยใน พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในร้อยละ 67.1 และผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในร้อยละ 32.9 โดยมีผู้ป่วยที่เคยรักษาตัวเองผู้ป่วยในจำนวน 1 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.4 ด้านการรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัด มีผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 56.6 และเคยรักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 43.4 โดยมีผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดจำนวน 1 ครั้งมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.4

ข้อมูลพื้นฐานในด้านครอบครัว ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์นั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 70.6 โดยผู้ปกครองมีอายุระหว่าง 36 – 40 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.8 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วยร้อยละ 58.9 เป็นบิดาร้อยละ 25.4 ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.2 ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา

หรือต่ำกว่ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.3 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.8 รองลงมาคือเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 18.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 54.6 ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 72.3 โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 – 5 คนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.6 และพบว่าไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่เคยป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือโรคเรื้อรังอื่น คิดเป็นร้อยละ 99.1

ข้อมูลในส่วนของปัจจัยด้านครอบครัว พบว่ามีคะแนนด้านการเลี้ยงดูอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 69.1 มีคะแนนด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.1 และมีคะแนนด้านเศรษฐฐานะอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.4

ข้อมูลในส่วนของปัจจัยทางด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนด้านความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.0

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิกจำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 หรือคิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30.9 โดยที่ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า 108 คนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด หรือคิดเป็นร้อยละ 25.0 จากจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อพิจารณาตามปัจจัยต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มเพศชายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.6 และกลุ่มเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.8 ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่มีอายุ 10 – 12 ปีมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 37.3 และผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 12 ปี – 15 ปี มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 24.3 ผู้ป่วยกลุ่มที่เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44.6 และกลุ่มที่เรียนในระดับมัธยมศึกษาและระดับปวช. มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 21.7 ผู้ป่วยกลุ่มที่มีผลการเรียนในระดับอ่อนมากมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 100.0 กลุ่มที่มีผลการเรียนในระดับอ่อนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44.7 และในกลุ่มที่มีผลการเรียนในระดับดีมาก ระดับดี และระดับปานกลาง มีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่เดียวกันคือ ร้อยละ 25.0 ร้อยละ 29.4 และร้อยละ 28.5 ตามลำดับ

ในด้านของระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ 6-10 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.6 และในกลุ่มที่มีระยะเวลารับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ 1-5 ปีและกลุ่มที่รับรู้มากกว่า 10 ปีนั้น มีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 28.7 และร้อยละ 29.9 ตามลำดับ ในด้านระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ 1-5 ปีและกลุ่มที่เข้ารับการรักษา 6-10 ปี มีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 32.9 และร้อยละ 32.0 ตามลำดับ และในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจมากกว่า 10 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28.9 ด้านจำนวนครั้งของการเข้าพบแพทย์ในรอบปี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องเข้าพบแพทย์ 6-11 ครั้งต่อปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.5 กลุ่มที่ต้องเข้าพบแพทย์ 1-5 ครั้งต่อปีและกลุ่มที่ต้องพบแพทย์มากกว่า 12 ครั้งต่อปีนั้นมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 29.6 และ

ร้อยละ 28.9 ตามลำดับ ด้านการเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 33.6 และกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.2 ด้านการรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เคยผ่าตัดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.9 และกลุ่มที่ไม่เคยผ่าตัดมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.3

ในด้านสถานภาพสมรสของผู้ปกครองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสหย่าร้าง และกลุ่มที่เป็นหม้ายมีภาวะซึมเศร้าในอัตราใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 35.7 และ ร้อยละ 34.6 ตามลำดับ และในกลุ่มที่ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.6 ด้านการศึกษาของผู้ปกครองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ผู้ปกครองจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 หรือต่ำกว่า มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.9 กลุ่มที่ผู้ปกครองจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 31.3 กลุ่มที่ผู้ปกครองจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 27.8 และกลุ่มที่ผู้ปกครองจบการศึกษาในระดับอนุปริญญา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20.8 ในส่วนของการประกอบอาชีพของผู้ปกครองพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกรมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38.5 และในกลุ่มที่ผู้ปกครองเป็นแม่บ้าน กลุ่มที่มีอาชีพรับจ้าง และค้าขาย มีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 31.6 ร้อยละ 30.1 และ ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ และกลุ่มที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับราชการมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20.0 ด้านรายได้ของผู้ปกครองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.0 กลุ่มที่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001 บาทขึ้นไป และกลุ่มที่มีรายได้ 5,001- 10,000 บาทนั้นมีภาวะซึมเศร้าในอัตราใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 31.0 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ กลุ่มที่ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาท มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.6

ด้านการเลี้ยงดูผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 33.5 กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 26.2 และกลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 23.3 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 48.8 กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 29.6 และกลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 26.9 ด้านเศรษฐกิจของครอบครัวพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 45.1 กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 29.3 และกลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 19.3

ด้านความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 60.0 กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 26.3 และกลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 23.5

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้า พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยในเรื่องเพศและผลการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรคกับภาวะซึมเศร้า พบว่าทุกปัจจัยในด้านนี้ ได้แก่ระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ จำนวนครั้งของการเข้าพบแพทย์ในรอบหนึ่งปี การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และการรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยเรื่องสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รวมทั้งอาชีพ รายได้ต่อเดือน และการเลี้ยงดูผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสังคมในเรื่องของความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาในครั้งนี้ ได้นำประเด็นที่น่าสนใจมาอภิปรายได้ดังนี้

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน 350 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก (ได้คะแนน CDI 15 คะแนนขึ้นไป) 108 คน ดังนั้นความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กกลุ่มนี้ จึงคิดเป็นร้อยละ 30.9 โดยมีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง(ได้คะแนน CDI 21 คะแนนขึ้นไป)จำนวน 27 คนคิดเป็นร้อยละ 7.7 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ความชุกของภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังที่พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.4⁽⁵¹⁾ และในผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 34.8⁽¹⁷⁾ ซึ่งในแต่ละการศึกษามีค่าความชุกที่แตกต่างกันบ้าง อาจเป็นเพราะลักษณะของโรคแต่ละโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย และปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่ต่างกันนั่นเอง การพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Masi G และ Brovedani P⁽⁶⁴⁾ ที่ศึกษาพยาธิสภาพทางจิตใจในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเช่นกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Spurkland และคณะ⁽⁶³⁾ ซึ่งศึกษาสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ทาง

ด้านจิตสังคมของวัยรุ่นที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.0 และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ร้อยละ 7.7 ความแตกต่างของอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในการศึกษาของ Spurkland และคณะ กับการศึกษารุ่นนี้ อาจเนื่องจากเกณฑ์ที่ใช้และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ศึกษานั้นมีความแตกต่างกันทำให้ได้ผลที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามการศึกษาระยะซึมเศร้าในครั้งนี้พบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงพอควร ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จากทุกฝ่าย อาทิ แพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ควรให้ความสนใจต่อปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยร่วมกับปัญหาทางด้านร่างกายพร้อมกันไปด้วย ทั้งนี้การได้รับความร่วมมือจากครอบครัวของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและช่วยเหลือผู้ป่วยที่เกิดภาวะซึมเศร้า เช่น จากบิดามารดา ญาติและเพื่อนของผู้ป่วย ก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีภาวะอารมณ์ที่ปกติได้

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

เพศ ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของวาริรัตน์ หอมโกศล⁽¹⁷⁾ ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kashani และคณะ⁽⁶⁸⁾ ซึ่งพบว่าในเด็กช่วงก่อนเข้าวัยรุ่นมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 1 : 1 ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปแล้วเพศหญิงจะมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์มากกว่าเพศชาย และมีบุคลิกลักษณะที่มีแนวโน้มทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่า แต่ทั้งนี้การเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน อาทิ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านจิตสังคม กลไกทางจิต และกลไกทางชีววิทยา ซึ่งเพศอาจเป็นเพียงปัจจัยส่วนหนึ่งเท่านั้นที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

อายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวาริรัตน์ หอมโกศล⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด ทั้งนี้ถึงแม้โรคหืดและโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในเด็กเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น การเกิดโรค การดำเนินโรค เป็นต้น โรคหืดนั้นมักเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในวัยเด็กเล็ก แต่ก็พบว่าเกิดขึ้นครั้งแรกในวัยรุ่นเช่นกัน วัยรุ่นที่เป็นโรคนี้นี้มักจะปรับตัวได้ดีกว่าวัยรุ่นที่เป็นโรคอื่น เพราะมียาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการได้ดี และไม่มีอาการผิดปกติทางร่างกายชัดเจน⁽⁶⁹⁾ ดังนั้นอายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด ในการพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอาจเนื่องจากการศึกษารุ่นนี้มีการจัดกลุ่มอายุของผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม คือ ผู้ป่วยอายุ 10 – 12 ปีและอายุมากกว่า 12 ปี – 15 ปี ซึ่งถือได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วงวัยที่ต่างกัน

กล่าวคือ กลุ่มแรกจัดอยู่ในกลุ่มเด็กวัยเรียน⁽⁷⁰⁾ และกลุ่มหลังจัดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเด็กทั้งสองกลุ่มนี้ย่อมมีรูปแบบของพัฒนาการที่ต่างกัน อาทิ เด็กวัยเรียนยังคงเรียนรู้ในเรื่องของความเป็นตัวของตัวเอง มีความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ซับซ้อนเท่ากับเด็กวัยรุ่นที่ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและสังคมที่สูงกว่า เด็กจากทั้งสองกลุ่มยังมีระดับของการศึกษาที่ต่างกันอีกด้วย เด็กที่อยู่ในวัยเรียนโดยมากมักจะยังเรียนอยู่ในระดับประถมศึกษาซึ่งมีสิ่งแวดล้อมต่างจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษาของเด็กวัยรุ่นในหลายด้าน ทั้งในด้านสังคม กลุ่มเพื่อน การแข่งขันในเรื่องของการเรียนที่สูงกว่า เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ น่าจะส่งผลต่ออารมณ์ของเด็ก รวมทั้งจากการที่เด็กจากทั้งสองวัยมีระดับความคิด ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ได้ลึกซึ้งต่างกัน มีความสามารถในการแสดงอารมณ์ได้ต่างกัน ดังนั้นหากมีปัจจัยใดมากระทบต่อเด็ก ทั้งที่มาจากในครอบครัว โรงเรียน หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต การแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กต่อสิ่งที่มากระทบนั้นก็ น่าจะแตกต่างกันไปในแต่ละระดับอายุ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าอายุนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ระดับการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับการศึกษานั้นมีความเกี่ยวข้องกับระดับอายุ กล่าวคือเด็กที่เรียนในระดับประถมศึกษาจะอยู่ในช่วงวัยเรียนหรือวัยเด็กตอนปลาย ขณะที่เด็กที่เรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือระดับปวช. จะอยู่ในช่วงของวัยรุ่น และจากการที่เด็กในแต่ละวัยจะมีการแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน ด้วยเหตุนี้การที่ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจึงน่าจะมีสาเหตุที่เกี่ยวกับระดับอายุด้วย จากการที่เด็กที่เรียนในระดับประถมศึกษาและมัศึกษามีความต่างกันในเรื่องของพัฒนาการต่างๆ หลายประการ อาทิ เด็กวัยรุ่นให้ความสำคัญกับรูปร่างหน้าตา การค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน การต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน รวมทั้งความสามารถในการคิด เข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ลึกซึ้ง มีเหตุมีผล ซึ่งต่างจากเด็กวัยเรียนที่ยังเรียนรู้ในเรื่องของความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง เรียนรู้ในเรื่องการเป็นตัวของตนเอง มีรูปแบบของพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่ซับซ้อน และถึงแม้ว่าเด็กวัยนี้จะเข้าใจในเรื่องความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ได้ แต่ก็ยังไม่ลึกซึ้งเท่าวัยรุ่น ดังนั้นด้วยพัฒนาการที่ต่างกันของเด็กในระดับประถมศึกษาและมัศึกษานี้ ที่ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในการศึกษารุ่นนี้

ผลการเรียน ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้กับการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่เป็นที่น่าสนใจกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการเรียนในระดับอ่อนมากหรืออ่อน จะพบภาวะซึมเศร้าในอัตราส่วนที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีผลการเรียนในระดับดีมากหรือดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องติดตามผลการรักษานั้น อาจจะต้องหยุดเรียนบ่อยครั้ง ซึ่งย่อมจะส่งผลต่อการเรียนของผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดจากการที่มีข้อจำกัดต่างๆ จากการเป็นโรค ทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิในการเรียน ส่งผลให้มีผลการเรียนที่ไม่ดีได้ ซึ่งจะยิ่งเป็นการเพิ่มความเครียดมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษา

ของวินัดดา ปิยะศิลป์ และ พัชรินทร์ พลพัฒน์⁽⁵¹⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูง และการศึกษาของ Teri⁽⁷¹⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ และคุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽⁴⁸⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าผลการเรียนที่ต่ำเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้จากการที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนกับภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยเฉพาะกลุ่มที่มีผลการเรียนที่อ่อนนั้นมีจำนวนน้อยเกินไป เป็นเหตุให้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

ปัจจัยด้านโรค

ระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ และ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ ไม่พบความสัมพันธ์ของทั้งสองปัจจัยนี้กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคที่เป็นมาแต่กำเนิด โดยที่แพทย์สามารถตรวจพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในผู้ป่วยเด็กได้ถึง ร้อยละ 84.0⁽⁴⁾ ตั้งแต่อายุ 7 วัน ดังนั้นการทำการรักษาจึงสามารถกระทำได้ในทันที ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้รับรู้ว่าคุณเป็นโรคหัวใจและเข้ารับการรักษามาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเป็นโรคหัวใจ 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 73.1 และเข้ารับการรักษาโรคหัวใจ 6 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 77.4 ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถปรับตัวและมีความคุ้นเคยต่อกระบวนการรักษาโรค ปัจจัยในเรื่องของเวลาจึงไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของวาริรัตน์ หอมโกศล⁽¹⁷⁾ พบว่า ระยะเวลาการเกิดโรคในผู้ป่วยเด็กโรคหืด ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของวินัดดา ปิยะศิลป์ และพัชรินทร์ พลพัฒน์⁽⁵⁹⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้า และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

จำนวนครั้งที่เข้าพบแพทย์ในรอบหนึ่งปี พบว่ามีอัตราภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องเข้าพบแพทย์ 6 – 11 ครั้งต่อปี คือ ร้อยละ 38.5 การที่ผู้ป่วยต้องมาติดตามผลการรักษาบ่อยครั้งอันเนื่องจากการมีอาการหรือปัญหาเกี่ยวกับโรคนั้น อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการที่ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้เหมือนเด็กปกติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย เช่น ในด้านการเรียนที่อาจขาดความต่อเนื่องในเรื่องเนื้อหา เพราะต้องหยุดเรียนเพื่อไปพบแพทย์ ดังนั้นผลกระทบจากสาเหตุนี้ อาจทำให้การเรียนของผู้ป่วยแย่ลง ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถ และไม่เป็นที่ยอมรับจากเพื่อน ทำให้เด็กเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวินัดดา ปิยะศิลป์ และ พัชรินทร์ ผลพัฒน์⁽⁵¹⁾ ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเกิดภาวะซึมเศร้ากับการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในและมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 33.6 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Moffin และ Paykel⁽⁷²⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 24.0 อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กต่อตัวเด็กนั้นมีมากน้อยต่างกัน ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ⁽⁷³⁾ อาทิ อายุของเด็ก ระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล สาเหตุของการต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล และปัจจัยที่มาจากสภาพแวดล้อมต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยลดผลเสียที่เกิดจากการเข้าอยู่โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด แพทย์และพยาบาลควรอธิบายเหตุผลที่ต้องให้ผู้ป่วยพักในโรงพยาบาล ขึ้นตอนต่างๆ รวมทั้งมีการให้กำลังใจแก่เด็กและครอบครัว เปิดโอกาสให้บิดามารดา ญาติ หรือเพื่อนของผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม บิดามารดาของผู้ป่วยควรให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่าพร้อมที่จะช่วยเหลือ รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลต่อการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การเข้ารับการรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัด ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ถึงแม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว แต่เนื่องจากปัจจุบันมีการให้ความรู้แก่ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงไปได้ ประกอบกับการผ่าตัดผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้นมักจะกระทำตั้งแต่เมื่อเด็กมีอายุน้อย นอกจากนี้ยังมีการเตรียมการก่อนการผ่าตัดที่ทำโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่มีความสอดคล้องต่อระดับพัฒนาการของผู้ป่วยอีกด้วย⁽⁷⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของวินัดดา ปิยะศิลป์ และ พัชรินทร์ ผลพัฒน์⁽⁵¹⁾ ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเกิดภาวะซึมเศร้ากับวิธีการรักษาผู้ป่วยโดยการผ่าตัด

ปัจจัยด้านครอบครัว

สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสถานภาพสมรสของผู้ปกครองไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอัตราของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ พบว่าผู้ป่วยที่มีผู้ปกครองที่มีการหย่าร้างและเป็นหม้ายมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูงคือ ร้อยละ 35.7 และ ร้อยละ 34.6 ตามลำดับ และจากการศึกษาของอุมพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽⁴⁸⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าการที่บิดา หรือมารดาเสียชีวิต หย่าร้าง หรือแยกทางกันโดยเด็ดขาด มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของอรรถพรณ เมฆสุภะ⁽⁵⁰⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียน ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ก็พบว่าปัจจัยในเรื่อง สถานภาพสมรสของบิดามารดา คือการหย่าร้างหรือ แยกกันอยู่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจการสูญเสียบิดาหรือ มารดา ไม่ว่าจะจากการหย่าร้างหรือการเสียชีวิต ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าใน เด็กได้ และถือเป็นความเครียดในชีวิตของผู้ป่วย แต่การเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากปัจจัยหลายประการ เด็กที่ได้รับการประคับประคองที่ดีจากครอบครัวที่เหลืออยู่ ก็อาจจะมีอารมณ์ที่ปกติได้เช่นเดียวกันกับเด็กที่มี บิดามารดาพร้อมหน้าได้เช่นกัน

ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kandel และ Davies⁽⁷⁵⁾ ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาของบิดาไม่มีผลต่อการเกิดภาวะซึม เศร้าในเด็ก ทั้งนี้การที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่ำเป็นเพียงปัจจัยบางส่วนที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถใน การเข้าใจในเรื่องของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของเด็ก แต่หากมีการประคับประคองทางด้านอารมณ์ที่ดี ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแล้ว ปัญหาทางด้านอารมณ์ของเด็กก็มีโอกาสเกิดขึ้นน้อยลง

อาชีพของผู้ปกครองและรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ไม่พบความสัมพันธ์ของทั้งสองปัจจัยนี้กับ การเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามอาชีพเป็นที่มาของรายได้ ดังนั้นปัจจัยทั้งสองนี้จึงมีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่ง การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ปกครองของผู้ป่วยที่มีอาชีพในกลุ่มที่มีรายได้ไม่แน่นอน เช่น เกษตรกรรม แม่บ้าน และรับจ้าง ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าที่สูงในอัตราที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ38.5 ร้อยละ31.6 และ ร้อยละ30.1 สอด คล้องกับกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้ปกครองมีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 34.0 ดังนั้นจากการที่มีรายได้ที่ต่ำ และไม่แน่นอนนี้ อาจก่อให้เกิดความตึงเครียดแก่สมาชิกภายในครอบครัว อันเนื่องจากการมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย รวมถึงค่าใช้จ่ายต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าตนเองเป็นสาเหตุหนึ่งที่สร้างความเครียดให้ครอบครัว ในการต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการ ศึกษาของวินัดดา ปิยะศิลป์ และพัชรินทร์ ผลิพัฒน์⁽⁵¹⁾ ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูงในผู้ป่วยเด็ก โรคเรื้อ รังในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าอาชีพและรายได้ของครอบครัวก็ อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้ในการเกิดภาวะซึมเศร้ามักมีสาเหตุจากปัจจัย หลายประการร่วมกันทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางจิตสังคม กลไกทางจิต และกลไกทางชีววิทยา เป็นต้น

การเลี้ยงดูผู้ป่วย ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้กับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยทั่วไปแล้วเมื่อบิดา มารดาทราบว่าคุณสมบัติของบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรังย่อมส่งผลต่อจิตใจของบิดามารดาโดยอาจเกิดปฏิกิริยา คือ การ ไม่ยอมรับต่อภาวะการเจ็บป่วยนั้น สิ่งที่เกิดขึ้นต่อมาคือการปรับตัว เข้าใจและยอมรับความจริงต่อภาวะเจ็บ

ป่วยของบุตร แต่ทั้งนี้ในทุกครอบครัวก็จะมีปฏิกริยาไม่เหมือนกัน ดังนั้นรูปแบบในการเลี้ยงดูบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าสมาชิกในครอบครัวมีเจตคติต่อการเลี้ยงดูผู้ป่วยอย่างไร สิ่งนี้จะส่งผลต่อการเลี้ยงดูผู้ป่วย เช่นในบางครอบครัวอาจจะมีเจตคติที่ไม่ดีส่งผลให้เกิดการไม่ต้องการเด็ก หรือมีการตามใจเด็กมากเกินไป ทะนุถนอมมากเกินไป วิตกกังวลมากเกินไป เข้าระเบียบมากเกินไป แต่ละรูปแบบก็ส่งผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของเด็กต่างกันไป นอกจากนี้ความเข้าใจต่อลักษณะเฉพาะตัวของเด็ก เช่น ลักษณะพื้นฐานทางด้านอารมณ์ จิตใจ สถิติปัญญา และการเรียนรู้ ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่จะส่งผลต่อการเลี้ยงดูเด็กเช่นกัน การที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากการศึกษาในครั้งนี้ได้ศึกษาเพียงบางส่วนของ การเลี้ยงดูซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายด้าน และหลายรูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาริรัตน์ หอมโกศล⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติของผู้ปกครองแบบปฏิเสธและแบบปกป้องมากเกินไปต่อการเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาของวาริรัตน์นั้นก็ศึกษาเฉพาะบางส่วนของ การเลี้ยงดูคือ ในส่วนของเจตคติต่อการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงดูผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กนั้นควรประกอบไปด้วยการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของผู้ปกครองตามเจตคติที่มีในครอบครัว ความเข้าใจต่อลักษณะพื้นฐานเฉพาะของเด็กแต่ละคน พฤติกรรมที่แสดงถึงระดับของความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร รวมทั้งวิธีการในการฝึกนิสัย การอบรมและสร้างวินัยแก่บุตร⁽⁷⁶⁾ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญต่อพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กต่อไปในอนาคต ด้วยเหตุดังกล่าวการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเรื่องการเลี้ยงดูกับภาวะซึมเศร้าจึงมิได้หมายความว่า การเลี้ยงดูจะเป็นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ในการเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในเด็กนั้นก็ยังมีปัจจัยที่มาจากหลายประการ อาทิ ปัจจัยในด้านพันธุกรรม เช่น เด็กที่มีบิดาหรือมารดาที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีอัตราของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป⁽¹¹⁾ ในส่วนของ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม พบว่าเด็กที่มีปัญหาทางจิตสังคมสูงจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่า⁽⁵⁴⁾ เช่นการที่บิดามารดามีการหย่าร้าง เสียชีวิต มีปัญหาทางเศรษฐกิจ การถูกทารุณกรรมทางร่างกายและทางเพศ เป็นต้น ปัจจัยในส่วนของกลไกทางจิตก็สำคัญเช่นกัน เช่น การที่เด็กรู้สึกตัวตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ความสามารถ และไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนฝูง นอกจากนี้กลไกทางชีววิทยา เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท ความผิดปกติของสมอง และความผิดปกติของฮอร์โมน ก็มี ส่วนต่อการส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กได้เช่นกัน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าภาวะซึมเศร้าน่าจะมีสาเหตุการเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันมากกว่าปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะ

ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเจ็บป่วยนั้นถือเป็นความเครียดและก่อให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น รวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย บิดามารดาของผู้ป่วยอาจต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากเป็นพิเศษจนไม่สามารถดูแลพี่น้องของผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ทำให้พี่น้องของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอิจฉาได้ นอกจากนี้บิดามารดาต้องทุ่มเทเวลาให้กับผู้ป่วยจนขาดการพักผ่อน รวมทั้งอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพในชีวิต

สมรสได้ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่ดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะก่อให้เกิดการปรับตัวทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยอย่างมาก ดังการศึกษาของ Rutter⁽⁷⁷⁾ พบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา และผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับตัวทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งการรับรู้ของเด็กต่อพฤติกรรมของบิดามารดา และการปรับตัวของครอบครัวยังส่งผลต่อการปรับตัวของเด็ก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวินัดดา ปิยะศิลป์⁽⁵²⁾ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่า ปัญหาที่เด็กมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมทั้งการศึกษาของอุมพร ตรังสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล⁽⁴⁸⁾ ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับเด็กที่ไม่ดีมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียน และยังมีการศึกษาของอรพรรณ เมฆสุภะ⁽⁵⁰⁾ ซึ่งพบว่าเวลาที่บิดามารดารักลูกไม่เท่ากัน การไม่มีเวลาให้ลูก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียน ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในส่วนที่อาจได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของเด็ก โดยการให้ครอบครัวได้มีความเข้าใจต่อธรรมชาติของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งมีการให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือเด็กทั้งทางร่างกายและทางอารมณ์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กต่อไป

เศรษฐฐานะของครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มครอบครัวที่มีคะแนนด้านเศรษฐฐานะต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด คือร้อยละ 45.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวินัดดา ปิยะศิลป์ และพัชรินทร์ ผลิพัฒน์⁽⁵¹⁾ ที่พบว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนที่ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่เกิดความเครียดในการดำเนินชีวิตของครอบครัวและเป็นปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กได้ อันเนื่องจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคที่ต้องอาศัยการรักษาที่ยาวนานและอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่มีที่สิ้นสุดและหากมีการรักษาที่โรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกลจากบ้าน ครอบครัวก็อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร และที่พักเพิ่มขึ้น นอกจากนี้บิดาหรือมารดาอาจจะต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ มารดาอาจจะต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ บางครั้งบิดาหรือมารดาอาจต้องเปลี่ยนแปลงงานเพื่อให้เหมาะสมและสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อรายได้ของครอบครัว บิดาหรือมารดาอาจจะต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น รวมทั้งอาจจะต้องหารายได้พิเศษเพิ่มขึ้น ซึ่งสภาพการณ์เหล่านี้ส่งผลบั่นทอนให้ครอบครัวมีภาระหนักขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดความตึงเครียดภายในครอบครัว โดยที่ผู้ป่วยจะสามารถรับรู้ถึงความยากลำบากนี้ได้ และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวในการต้องหารายได้มาเพื่อรักษาพยาบาลตน ขณะเดียวกันโดยสภาพที่ครอบครัวเป็นเช่นนี้ ผู้ป่วยก็อาจจะซึมซับเอาความรู้สึกตึงเครียด ความรู้สึกเศร้าไปได้โดยไม่รู้ตัว ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีเศรษฐฐานะอยู่ในระดับต่ำ ความสามารถในการตอบสนองความต้องการในเรื่องต่างๆของผู้ป่วย

จากบิดามารดาก็อาจจะมิได้ไม่เต็มทีนัก และหากเด็กมีการเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นที่ครอบครัวมี เศรษฐฐานะที่ดีกว่า ก็อาจจะทำให้เด็กรู้สึกด้อยยิ่งขึ้น เหล่านี้อาจจะเป็นส่วนหนึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจกล่าวได้ว่า เศรษฐฐานะของครอบครัวนั้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึม เศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ปัจจัยด้านสังคม

ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวินัดดา ปิยะศิลป์⁽⁵²⁾ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับเพื่อนมีความ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ เมฆสุภะ⁽⁵⁰⁾ ที่พบว่าเด็กที่มีปัญหาความประพฤติที่โรงเรียนมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพื่อนมีอิทธิพลต่อกลุ่มเด็กที่อยู่ในวัยเรียนและวัยรุ่นเป็นอย่างมาก เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ต้องการการยอมรับจากเพื่อนซึ่งช่วยให้สามารถเรียนรู้บทบาทและสถานภาพของตน ในการเข้าสู่สังคมต่อไปได้ เช่น การเป็นผู้นำ การเป็นผู้ตาม ซึ่งจะทำให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจ และมีความนับถือในตนเอง ซึ่งส่งผลต่อภาวะอารมณ์ของเด็กได้ ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ซึ่ง พบว่า ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็ก อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยเด็กที่มี ข้อจำกัดของภาวะทางร่างกายจากการเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ เหมือนเด็กที่มีสุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นจึงน่าจะส่งผลต่อการปรับตัวของเด็กในกลุ่ม เพื่อน และเมื่อประกอบกับเหตุผลข้างต้นด้วยแล้ว จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจำเป็นต้องมีผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของผู้ปกครอง ครูอาจารย์ และกลุ่มเพื่อนของผู้ป่วยเองต้องทำ ความเข้าใจต่อภาวะการเจ็บป่วย ความสามารถและข้อจำกัด ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อสามารถปฏิบัติต่อผู้ ป่วยได้อย่างถูกต้องและส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ในที่สุด

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้มีปัญหาและอุปสรรคคือ

1. จากคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัย คือคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุ 10-15 ปี ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก ทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นกระทำเฉพาะในเด็กผู้ป่วยนอก และในแต่ละโรงพยาบาลมีการตรวจรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพียงสัปดาห์ละหนึ่งหรือสองครั้งเท่านั้น เป็นเหตุให้ต้องใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีภาวะซีมเศร้าร้อยละ 30.9 ดังนั้นควรมีการศึกษาถึงแง่มุมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป ทั้งด้านที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดภาวะซีมเศร้า
2. จากการศึกษาพบว่าภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับอายุ และระดับการศึกษาของผู้ป่วย โดยพบอัตราการเกิดภาวะซีมเศร้าสูงในเด็กที่มีอายุ 10 – 12 ปี และเรียนในชั้นประถมศึกษา ดังนั้นจึงควรให้การช่วยเหลือตั้งแต่เด็กที่อยู่ในวัยเรียน
3. จากการศึกษาพบว่าภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงควรศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวในเชิงลึกต่อไป เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซีมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านครอบครัว
4. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยทางด้านโรคเพิ่มเติมจากการศึกษาครั้งนี้ อาทิ การศึกษาภาวะซีมเศร้าตามการจำแนกชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือตามรูปแบบของการรักษา เช่น การผ่าตัด การสวนหัวใจ เป็นต้น
5. ควรมีการศึกษาปัญหาทางด้านอารมณ์ในแง่มุมอื่นๆของผู้ป่วย เช่น ด้านความวิตกกังวล เป็นต้น และควรทำการศึกษาผลกระทบของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้านต่างๆ ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องต่อไป

รายการอ้างอิง

1. ปรีศนา สุนทรไชย. ผู้ป่วยเด็กโรคความเครียด และครอบครัว : ภาวะจิตสังคมและการพยาบาล. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
2. ปราณี ศักดิ์นภรัตน์. การดูแลผู้ป่วยเด็ก. ใน : คณาจารย์วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก, บรรณาธิการ. การพยาบาลเด็ก. กรุงเทพมหานคร : ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2540 : 62 - 79.
3. สกาวรัตน์ พวงจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัว กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
4. บุญชอบ พงษ์พาณิชย์. ปัญหาโรคหัวใจในเด็กของประเทศไทย. ใน : จุล ทิสยากร, พนิดา ชอวณิชชา, นันทนา ดาวราย, บรรณาธิการ. ห่วงใยหัวใจเด็ก. กรุงเทพมหานคร : ศรีสยามการพิมพ์, 2542 : 20 - 9.
5. สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์. การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2539.
6. สหส เหลี่ยมสุวรรณ. อุบัติการณ์โรคหัวใจในเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษา ผลการเรียนรู้ ในอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. สรรพสิทธิเวชสาร 2536 ; 14 : 85 - 7.
7. Laursen HB. Some epidemiological aspects of congenital heart disease in Denmark. **Acta Paediatr Scand** 1980 ; 69 : 619 - 24.
8. Andersen S, Vit T, Linker DT. Congenital heart disease in Sor - Trondelag. Incidence, diagnosis, course and treatment. **Tidsskr Nor Laege Foren** 1994 ; 10 : 29 - 32.
9. มุลนิธิโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. หัวใจของเรา. กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์, 2534.
10. Jordan Sc, Scott O. **Heart disease in paediatrics**. 3rd ed. London : Cambride University Press, 1989.
11. อลิสา วัชรสินธุ. ภาวะซึมเศร้า. ใน : วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สูอำพัน, นงพงา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. **จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538 : 225 -31.
12. สุวดี ศรีเลณวัตติ. **จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พิชาญพรินท์ติ้ง, 2534.
13. Wright M, Jarvis S, Wannamaker E, Cook D. Congenital heart disease : functional abilities in young adults. **Arch Phys Med Rehabil** 1985 ; 66 : 289 - 93.
14. Kramer HH, Awiszus D, Sterzel U , Van Halteren A, Claben R. Development of personality and intelligence in children with congenital heart disease. **J Child Psycho Psychiatry** 1989 ; 30: 299-308.

15. Suzan LG , Paul EB. Psychological aspects of heart disease in childhood. In : Garson A Jr, Bricker TJ, Mcnamara DG, editors. **The science and practice of pediatric Cardiology**. Vol. III. Philadelphia : Lea & Febiger, 1990 : 2519-27.
16. Linde LM. Psychiatric aspect of heart disease. **Psychiatr Clin North Am** 1982 ; 5 : 399-406.
17. วาริรัตน์ หอมโกศล. **ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
18. สันต์ หัตถิรัตน์. **มารู้จักโรคหัวใจกันเถอะ**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2535.
19. Paulina FK, Audrey JC, Edward G, Jonathan C. The cornell interview of peer and friends: development and validation. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1992 ; 31:483-9.
20. การเจ็บป่วยเรื้อรัง. ใน : สกาวรัตน์ พวงจันทร์. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538 : 1.
21. อัมพล สุอำพัน , วาสนา สรมณี. จิตวิทยากับการเจ็บป่วย. ใน : คณะกรรมการกลุ่มผลิต ชุดวิชาสุขภาพเด็ก, บรรณาธิการ. **สุขภาพเด็ก**. เล่ม 2 . พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : หนึ่งใจการพิมพ์ , 2530 : 549-623.
22. อลิสา วัชรสินธุ. เด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. ใน : สำหรั จิตตินันทน์, บรรณาธิการ. **ตำรากุมารเวชศาสตร์**. เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2539 : 439-46 .
23. ผลกระทบของการเจ็บป่วยของเด็กต่อสมาชิกในครอบครัว. ใน : สกาวรัตน์ พวงจันทร์. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538 : 18-25.
24. อัญชลี ชนะกุล. การพยาบาลเด็กที่มีออกซิเจนในเลือดไม่เพียงพอ. ใน : คณะจารย์วิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก, บรรณาธิการ. **การพยาบาลเด็ก**. กรุงเทพมหานคร : ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2540 : 340 - 58.
25. กิตติยา สมุทรประดิษฐ์. การเจ็บป่วยที่พบในระบบหัวใจและหลอดเลือดในเด็ก. ใน : ศรีสมวงศ์ วรรณศิลป์, ยูพิน เนียมแสง , บรรณาธิการ. **เด็กป่วยและการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อัสสัมชัญ, 2537 :71-91.
26. Linde LM. Psychiatric aspects of congenital heart disease. **Psychiatr Clin North Am** 1982 ; 5 : 399-406.
27. พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ , วิโรจน์ สืบหลินวงศ์. โรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่พบบ่อย. ใน : วัชรระจามจูริรักษ์, บรรณาธิการ. **โรคหัวใจเด็ก**. กรุงเทพมหานคร : ชัยเจริญ, 2536 :104-26.

28. ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา . ระบบการสร้างและการเปลี่ยนแปลงของเลือดในวัยเด็ก. ใน : พงษ์จันทร์ หัตถิรัตน์ , อ่ำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์ , ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา, บรรณาธิการ. **โลหิตวิทยาในเด็ก**. กรุงเทพมหานคร : ชัยเจริญ, 2538 : 2-15.
29. นิพนธ์ พงวารินทร์. **Epidemiology of stroke** . ใน : นิพนธ์ พงวารินทร์, บรรณาธิการ. **โรคหลอดเลือดสมอง** . กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์ , 2534 : 11 - 37 .
30. Jordan SC, Olive S. **Heart disease in paediatrics**. 2nd ed. London. : Mackays af Chatham, 1981.
31. Sims A, Owens D. **Psychiatry**. 6th ed. London : Bath Press, 1993.
32. Angold A. Childhood and adolescent depression I. epidemiological and aetiological aspects. **Br J Psychiatry** 1988 ; 152 : 601-17.
33. Pearce J. Depressive disorder in childhood. **J Child Psychol Psychiatry** 1977 ; 18 : 79-82.
34. The meaning of depression . In : Angold A, editor. Childhood and adolescent depression I. epidemiological and aetiological aspects. **Br J Psychiatry** 1988 ; 152 : 602.
35. Carlson GA , Cantwell DPC. A survey of depressive symptoms, syndrom and disorder in child psychiatric population. . **J Child Psychol Psychiatry** 1980 ; 21 : 19-25.
36. Benjamin JS. Diagnosis and psychiatry examination of the psychiatric patients. In : Benjamin JS, Virginair A, editors. **Comprehensive of textbook of psychiatry**. Vol I. Philadelphia : William & Wilkins , 2000 : 682.
37. วิมล อนันต์สกุลวัฒน์. ภาวะซึมเศร้า. **วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล** 2542 ; 9 : 194-9.
38. จำลอง ดิษยนิข. **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : พระสิงห์การพิมพ์ , 2522.
39. Rutter M. Epidemiological longitudinal strategies and cansal research in child psychiatry. **J Am Acad Child Psychiatry** 1981 ; 20 ; 513-44.
40. Goodyer IM. The epidemiology of depression in childhood and adolescents. In : Verhulst FC, Koot HM, editors. **The epidemiology of child and adolescent psychopathology**. New York : Oxford University Press, 1995 : 215.
41. Kashani JH, Simon JF. The incidence of depression in children. **Am J Psychiatry** 1979 ; 136 : 1203-5.
42. Kaplan SL, Hong G, Weinhold C. Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. **J Am Acad Child Psychiatry** 1984 ; 23 : 91- 8.
43. Kashani JH, Calson GA, Beck NC, Hoepel EW, Corcoran CM, Mcallister JA, et al. Depression depressive symptoms and depression mood among a community sample of adolescents. **Am J Psychiatry** 1987 ; 144 : 931-4.

44. นงพงา ลิ้มสุวรรณ, โกวิท นพพร. อุบัติการของโรคอารมณ์เศร้าในเด็ก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์* 2527 ; 29 : 21-7.
45. วรพร อินทนูพันธ์. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกระทำผิดกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
46. อรวรรณ หนูแก้ว. ความชุกของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ด้านปัจจัยจิตสังคม การศึกษาเปรียบเทียบเด็กวัดสระแก้ว กับเด็กในครอบครัวปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
47. ช่อเพชร เบ้าเงิน. ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
48. อุมพร ตรังคสมบัติ, คุณิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่เรียนในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539 ; 41 : 162-73.
49. อุมพร ตรังคสมบัติ, คุณิต ลิขนะพิชิตกุล. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก. *จดหมายเหตุทางการแพทย์* 2540 ; 80 : 303-10.
50. อรพรรณ เมฆสุกะ. ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. *วชิรเวชสาร* 2542 ; 43 : 85-92.
51. วินัดดา ปิยะศิลป์, พชรินทร์ ผลิพัฒน์. อารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารกรมการแพทย์* 2542 ; 24 : 122-7.
52. วินัดดา ปิยะศิลป์. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2542 ; 38 : 27 – 32.
53. ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540 ; 42 : 35-48.
54. อุมพร ตรังคสมบัติ. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ตอนที่ 1. *คลินิก* 2540 ; 151 : 412-6.
55. อุมพร ตรังคสมบัติ, คุณิต ลิขนะพิชิตกุล. การศึกษาพ่อแม่หย่าร้างและภาวะซึมเศร้าในเด็ก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2535 ; 31 : 112-21.
56. อุมพร ตรังคสมบัติ, คุณิต ลิขนะพิชิตกุล. อาการซึมเศร้าในเด็ก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539 ; 41 : 212-34.
57. วิไล คุปต์นริตติชัยกุล. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิการไทย. *สารศิริราช* 2540 ; 49 : 466-73.
58. Morris G, Eugene EL. Constriction of body image in children with congenital heart disease. *Pediatrics* 1962 ; 29 : 438-41.
59. Linde LM, Rasof B, Dunn OJ, Rabb E. Attitudinal factors in congenital heart disease. *Pediatrics* 1966 ; 38 : 92-101.

60. Linde LM , Rasof B, Dunn OJ. Mental development in congenital heart disease. **Pediatrics** 1967 ; 171 : 198-203.
61. Maureen W, Sheila J, Ellie W, David C. Congenital heart disease : functional abilities in young adults. **Arch Phys Med Rehabil** 1985 ; 66 : 289-93.
62. Kong SG, Tay JS, Rip WC, Chay SO. Emotional and social effects of congenital heart disease in Singapore. **Aust Paediatr J** 1986 ; 22 : 101-6.
63. Spurkland I, Bjornstad PG, Linberg H, Seem E. Mental health and psychosocial functioning in adolescence with congenital heart disease : a comparison between adolescents born with severe heart defect and atrial septal defect. **Acta Paediatr** 1993 ; 82 : 71-6.
64. Masi G, Brovedani P. Psychopathology of chronic disease in children and adolescents. Congenital cardiopathies. **Minerva Cardioangiol** 1996 ; 44 : 479-93.
65. Laane KM, Meberg A, Otterstad JE, Froland G, Lindstrom B, Eriksson B. Quality of life in children with congenital heart defect. **Acta Paediatr** 1997 ; 86 : 975-80.
66. Gupta S, Giuffre RM, Crawford S, Waters J. Covert fears anxiety and depression in congenital heart disease. **Cadiol Young** 1998 ; 8 : 491-9.
67. Lwanga SK, Typ CY, Ayeni O. **Teaching health statistics : lesson and seminar outlines**. 2nd ed. Geneva : World Health Organization, 1999.
68. Kashani JH, McGee RD, Clarkson SE, Anderson JC, Walton LE, William S, et al . Depression in a sample of nine years old children. **Arch Gen Psychiatry** 1983 ; 40 : 1217-23.
69. อลิสา วัชรสินธุ. เด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. ใน : สำหรับ จิตตินันท์, บรรณาธิการ. **ตำรากุมารเวชศาสตร์**. เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2539 : 442.
70. นงพงา ลิ้มสุวรรณ. วัยเรียน(6-12 ปี). ใน : วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน , นงพงา ลิ้มสุวรรณ , บรรณาธิการ. **จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538: 34.
71. Teri L. The use of the Beck depression inventory with adolescents. **J Abnor Child Psychol** 1982 ; 10 : 277-84.
72. Moffin HS, Paykel ES. Depression in medical in – patients. **Br J Psychiatry** 1975 ; 126 : 346-53.
73. อลิสา วัชรสินธุ. ปฏิกริยาทางจิตต่อการเจ็บป่วยและการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล. ใน : สำหรับ จิตตินันท์, บรรณาธิการ. **ตำรากุมารเวชศาสตร์**. เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2539 : 447-53 .
74. Nancy KK. Psychosocial support of the child. In : Constantine M, Carl LB, editors. **Paediatric cardiac surgery**. 2nd ed. Missouri ; Georg Stamathis. 1994 : 98-103.

75. Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depression mood in adolescents : an empirical study. **Arch Gen Psychiatry** 1982 ;39 :1205-12.
76. อัมพล สุอำพัน. กุมารเวชศาสตร์กับจิตเวชเด็ก.ใน : สำหรับ จิตตินันท์, บรรณาธิการ. **ตำรากุมารเวชศาสตร์**. เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2539 : 293 -4 .
77. Rutter M. Child psychiatry : looking 30 years ahead. **J Child Psychol Psychiatry** 1986 ; 27 : 803 – 39.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรง

1. อาจารย์นายแพทย์นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงอลิสา วัชรสินธุ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์นายแพทย์ชัยชนะ นิ่มนวล
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.
แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามส่วนที่ 1

เรื่อง

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบวัดอาการซึมเศร้า

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง ตอบคำถามต่อไปนี้โดยการเติมข้อความในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในกรอบสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง

1.เพศ

[] ชาย

[] หญิง

2.อายุ.....ปี.....เดือน

3.เป็นลูกคนที่.....จากพี่น้องจำนวน.....คน

4.ระดับการศึกษา

[] ไม่ได้ศึกษา

[] เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่.....

[] เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่.....

[] อื่นๆ โปรดระบุ.....

5.ผลการเรียนที่ผ่านมา

[] ดีมาก (เกรดเฉลี่ย 4.00)

[] ดี (เกรดเฉลี่ย 3.00-3.99)

[] ปานกลาง (เกรดเฉลี่ย 2.00-2.99)

[] อ่อน (เกรดเฉลี่ย 1.00-1.99)

[] อ่อนมาก (เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 1.00)

6.ระยะเวลาที่รับรู้ว่าคุณเองเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน.....ปี.....เดือน

7.ระยะเวลาดังแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนปีเดือน

8.จำนวนครั้งที่เข้าพบแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา

[] มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี

[] 6-11 ครั้งต่อปี

[] 1-5 ครั้งต่อปี

9.การเข้ารับการรักษาโรคหัวใจแบบผู้ป่วยใน(การที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล)

[] ไม่เคย

[] เคยจำนวนครั้ง

10.การได้รับการรักษาโรคหัวใจโดยการผ่าตัด

[] ไม่เคย

[] เคย.....ครั้ง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบวัดอาการซึมเศร้า

เลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยวงกลมล้อมรอบอักษรหน้าข้อความที่ตรงความรู้สึกหรือความคิดของท่าน

1. ก. ฉันรู้สึกเศร้าหลายๆครั้ง
ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
2. ก. อะไรก็มีอุปสรรคไปเสียหมด
ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆจะเป็นไปด้วยดี
ค. สิ่งต่างๆจะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
3. ก. ฉันทำอะไรๆได้ก่อนข้างดี
ข. ฉันทำผิดพลาดหลายอย่าง
ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด
4. ก. ฉันรู้สึกสนุกกับหลายสิ่งหลายอย่าง
ข. ฉันรู้สึกสนุกเฉพาะกับบางสิ่งบางอย่าง
ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานสำหรับฉันเลย
5. ก. ฉันทำตัวไม่ดีเสมอ
ข. ฉันทำตัวไม่ดีบ่อยครั้ง
ค. ฉันทำตัวไม่ดีนานๆที
6. ก. นานๆครั้ง ฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน
ข. ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน
ค. จะต้องมีสิ่งที่เลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ๆ
7. ก. ฉันเกลียดตัวเอง
ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง
ค. ฉันชอบตัวเอง

8. ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน
9. ก. ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย
ข. ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตาย แต่ฉันจะไม่ทำเช่นนั้น
ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย
10. ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน
ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง
ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นานๆที
11. ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา
ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง
ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนานๆที
12. ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น
ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น
ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย
13. ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่างๆด้วยตนเอง
ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆได้ลำบาก
ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่างๆได้ง่าย
14. ก. ฉันเป็นคนหน้าตาดี
ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี
ค. ฉันเป็นคนน่าเกลียด
15. ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำการบ้าน
ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำการบ้าน
ค. การบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน

16. ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน
ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน
ค. ฉันนอนหลับสบาย
17. ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนานๆครั้ง
ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง
ค. ฉันเหนื่อยตลอดเวลา
18. ก. มีหลายวันที่ฉันไม่รู้สึกลอยกินอาหาร
ข. มีบางวันที่ฉันไม่รู้สึกลอยกินอาหาร
ค. ฉันกินอาหารได้ดี
19. ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย
ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง
ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา
20. ก. ฉันไม่รู้สึกร่าง
ข. ฉันรู้สึกร่างบ่อยครั้ง
ค. ฉันรู้สึกร่างตลอดเวลา
21. ก. ฉันไม่รู้สึกลอยเลย เวลาอยู่ที่โรงเรียน
ข. ฉันรู้สึกลอยนานๆครั้ง เวลาอยู่ที่โรงเรียน
ค. ฉันรู้สึกลอยบ่อยครั้งเวลาอยู่ที่โรงเรียน
22. ก. ฉันมีเพื่อนมาก
ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คนและอยากมีมากกว่านี้
ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย
23. ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นที่เข้าใจดี
ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน
ค. การเรียนของฉันแย่มาก

24. ก. ฉันทำอะไรไม่ได้ดีเท่าคนอื่น
ข. ฉันคงทำอะไรได้ดีเท่าคนอื่นถ้าฉันพยายาม
ค. ฉันทำได้ดีพอๆกับคนอื่นอยู่แล้วในขณะนี้
25. ก. ไม่มีใครรักฉันจริง
ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า
ค. ฉันรู้ว่ามีคนรักฉัน
26. ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ
ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง
ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่งเลย
27. ก. ฉันเข้ากับผู้อื่นได้ดี
ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง
ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

14.เด็กคนอื่นๆไม่ยอมเข้าใกล้ท่าน

[] ไม่ใช่ [] ใช่

15.ท่านมีเพื่อนที่ไม่ใช่เพศเดียวกับท่านบ้างหรือไม่

[] มี [] ไม่มี

16.ท่านพอใจความสัมพันธ์ของท่านกับเพื่อนๆเพียงใด

[] พอใจ [] ไม่พอใจ

17.ท่านได้รับเชิญไปงานเลี้ยงของเพื่อนบ้างหรือไม่

[] ได้รับเชิญ [] ไม่ได้รับเชิญ

18.เด็กคนอื่นๆชอบท่าน

[] ใช่ [] ไม่ใช่

19.ท่านเป็นคนเด่นในชั้นใช่หรือไม่

[] ใช่ [] ไม่ใช่

20.ในช่วงวันหยุดหรือปิดเทอม ท่านชอบอยู่คนเดียวใช่หรือไม่

[] ไม่ใช่ [] ใช่



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามส่วนที่ 2

เรื่อง

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการเลี้ยงดูผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

และเศรษฐกิจของครอบครัว

ตอนที่ 1 ตอบคำถามต่อไปนี้โดยการเติมข้อความในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในกรอบสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

[] ชาย

[] หญิง

2. อายุ.....ปี

3. เชื้อชาติ.....

4. ศาสนา

[] พุทธ

[] คริสต์

[] อิสลาม

[] อื่นๆ โปรดระบุ.....

5. สถานภาพสมรส

[] โสด

[] คู่

[] หม้าย

[] หย่าร้าง

6. ระดับการศึกษา

[] ต่ำกว่า ป. 6

[] ม.1-ม.6

[] อนุปริญญา

[] ปริญญาตรีขึ้นไป

7.อาชีพ

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> รับราชการ | <input type="checkbox"/> ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> รับจ้าง | <input type="checkbox"/> ทำไร่ ทำสวน ทำนา |
| <input type="checkbox"/> งานบ้าน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... |

8.ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> บิดา | <input type="checkbox"/> มารดา |
| <input type="checkbox"/> ญาติ ระบุ..... | <input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... |

9.รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-5,000 บาท | <input type="checkbox"/> 5,001-10,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 10,001-1,5000บาท | <input type="checkbox"/> 1,5001 บาทขึ้นไป |

10.ลักษณะครอบครัวของท่าน

- ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร)มีสมาชิก.....คน
- ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตรและญาติผู้ใหญ่ฝ่ายบิดาหรือมารดา ฝ่ายหนึ่งรวมอยู่ด้วย เช่น ปู่ย่า ตายาย ป้า น้า) มีสมาชิกคน

11.ครอบครัวของท่านเคยมีผู้ป่วยด้วยโรคเดียวกันกับเด็กหรือ โรคเรื้อรังอื่นๆหรือไม่

- ไม่มี
- มี โปรดระบุ.....

12.ค่ายา ค่ารักษาพยาบาลแต่ละครั้งเฉลี่ยประมาณ.....บาท

สงเคราะห์โดยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเลี้ยงดูผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

และเศรษฐกิจของครอบครัว

คำชี้แจง อ่านข้อมูลทางซ้ายและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องเพียงหนึ่งช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ด้านการเลี้ยงดู

ข้อความ	ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกบ้าง	ไม่แน่ใจ	ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย
1. ท่านรักและสงสารเด็กมากขึ้นเมื่อทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคหัวใจ				
2. เมื่อเด็กไม่ร่วมมือในการรักษาท่านเคยลงโทษโดยการดุ ตี				
3. ท่านรู้สึกโกรธ ไม่พอใจในการที่เด็กป่วยเป็นโรคหัวใจ				
4. ท่านมักวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูผู้ป่วย				
5. ท่านรู้สึกยุ่งยากที่ต้องอดทนกับพฤติกรรมเด็ก				
6. ท่านรู้สึกรับสภาพกับภาวะการเจ็บป่วยของเด็กได้และพยายามให้เด็กมีกิจกรรมเหมือนเด็กปกติ				

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ข้อความ	ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกบ้าง	ไม่แน่ใจ	ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย
7.ครอบครัวของท่านมักมีความขัดแย้งกันจากสาเหตุการเจ็บป่วยของเด็ก				
8.ท่านต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้พี่น้องของผู้ป่วยคนอื่นๆถูกละเลยไป				
9.พี่น้องของผู้ป่วยคนอื่นๆมักจะไม่พอใจผู้ป่วย อิจฉา ปฏิเสธผู้ป่วย				
10.ท่านมักมีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว ในเรื่องการเลี้ยงดูผู้ป่วย				
11.ครอบครัวของท่านอยู่ในสภาวะตึงเครียด				
12.พี่น้องของผู้ป่วยให้การดูแลและเอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างมาก				

ด้านเศรษฐกิจ

ข้อความ	ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกบ้าง	ไม่แน่ใจ	ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย
13.ท่านสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากสาเหตุการเจ็บป่วยของเด็ก				
14.ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยไม่เป็นปัญหาต่อครอบครัวของท่าน				
15.ท่านต้องเสียค่าเดินทางสูงในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์				
16.ท่านและสมาชิกในครอบครัวต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นอีก				
17.ท่านต้องการความช่วยเหลือเรื่องค่ายา ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย				

ประวัติผู้วิจัย

นางสาวนัยนา อุปมา เกิดวันที่ 6 กรกฎาคม 2518 สำเร็จการศึกษา ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาขาจิตวิทยา) คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปีการศึกษา 2540 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2541



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย