

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ในโรงพยาบาลสุรินทร์

Factors affecting developmental outcome in children with down syndrome in Surin Hospital

จุไรรัตน์ ฤทัยวัฒน์ พ.บ.*

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze factors influencing the developmental outcome in children with Down syndrome at Surin Hospital during 2002-2004. The data collection were from the hospital medical record and Development clinic file. Pediatrician children with Down syndrome were studied. Most parents were from low socioeconomic status and low education. Seventy-one percent received genetic counseling by Pediatrician in the first 3 months for child rearing. Mothers were the most responsible in family (95.24%) There were 33.33% of congenital heart disease and 9.52% of congenital hypothyroidism. Some patients received early stimulation program at age 1-2 month (14.28%) with regular follow up under this program (57.14%) Hearing evaluation at age > 15 month was 4.70%. Eighty five percents started speech therapy program after 15 months. Prior to 3 year of age, development quotient using CAT/CLAMS was evaluated. Borderline MR (14.29%) was noted. Children with Down syndrome who received genetic counseling, early stimulation program, speech therapy and regular health care had better developmental quotient compared with others who did not receive similar care and management.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการของเด็กกลุ่มอาการดาวน์

ชนิดของการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนา

สถานที่ทำการศึกษา : คลินิกเด็กพิเศษโรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการศึกษา : เก็บรวบรวมข้อมูลจาก OPD Card และแฟ้มคลินิกเด็กพิเศษ
ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2545 - 2547 จำนวน 21 ราย

ผลการศึกษา : บิดามารดาส่วนใหญ่มีความรู้และตระหนักรู้ต่ำ ทุกรายได้รับคำแนะนำทาง
เวชพันธุศาสตร์ โดยร้อยละ 71 บิดาและมารดาได้รับคำแนะนำด้านเวชพันธุ-
ศาสตร์ โดยกุมารแพทย์ ในช่วงแรกเกิดถึง 3 เดือน ร้อยละ 95.24 มารดา
เป็นผู้เลี้ยงดู ร้อยละ 33.33 มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 9.52 มี
ภาวะต่อมธัยรอยด์บกพร่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้รับ early stimulation
program เมื่ออายุ 1-2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 14.28 และมากระตุ้น
พัฒนาการทุกเดือนคิดเป็นร้อยละ 52.4 ร้อยละ 85 เริ่มฝึกพูดเมื่ออายุ
มากกว่า 15 เดือน ได้รับการประเมิน Developmental Quotient (DQ)
เมื่ออายุ 2-3 ปี ผลการประเมินส่วนใหญ่อยู่ระดับ moderate MR

สรุป : เด็กกลุ่มอาการดาวน์ที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ และได้รับการ
ดูแลสุขภาพที่ดี เมื่อประเมินพัฒนาการโดยการตรวจ DQ จะอยู่ในระดับ
Moderate MR ขึ้นไป

บทนำ

กลุ่มอาการดาวน์ (down syndrome) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากโครโมโซมผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด ความผิดปกติของโครโมโซมทำให้มีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและสติปัญญาล่าช้าไม่เจริญเติบโตเท่าที่ควร (1-3) กลุ่มอาการดาวน์เป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เป็นสาเหตุของภาวะปัญญาอ่อนที่พบบ่อยที่สุด โดยทั่วไปมักมีเขาวนปัญญาอยู่ในระดับประมาณ 45-55 ซึ่งเป็นปัญญาอ่อนระดับปานกลาง จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าเด็กกลุ่มอาการดาวน์มีพัฒนาการในด้านต่างๆ ทั้งระดับสติปัญญาที่แตกต่างกันไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการ นอกเหนือจากปัจจัยหลักๆ คือปัจจัยทางด้านพันธุกรรมโรคที่พบร่วมและระดับความรุนแรงของกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก ปัจจัยด้านการกระตุ้นพัฒนาการ (early stimulation program) น่าจะเป็นปัจจัยหลักอีกอย่างที่ทำให้พัฒนาการของเด็กแตกต่างกันไป⁽⁴⁻⁷⁾

จุดประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ในจังหวัดสุรินทร์ โดยศึกษาจากปัจจัยต่างๆ
 - 1.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับครอบครัว, เช่น การศึกษาของบิดา มารดา, ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว การได้รับคำแนะนำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ จากบุคลากรทางการแพทย์
 - 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กโรคที่เกี่ยวข้อง การรักษา และติดตามกับทางโรงพยาบาล
 - 1.3 ปัจจัยเกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการ เช่น อายุที่เริ่มมากระตุ้นพัฒนาการ ความต่อเนื่องของการมารับการกระตุ้นพัฒนาการ การฝึกพูด
2. ศึกษาผลการประเมินพัฒนาการจาก DQ (Developmental Quotient) ของเด็กดาวน์ ในขณะช่วงอายุไม่เกิน 3 ปี โดยประเมินจาก Developmental age จากClinic Linguistic and Auditory Milestone Scale (CLAMS)/ Clinical Adaptive Test (CAT) โดย $DQ = \frac{\text{Developmental age}}{\text{Chronological age}} \times 100$ โดยแบ่งระดับของ developmental quotient ตามตารางข้างล่าง

	Measured DQ
Low normal	80-90
Borderline	70-79
Mild MR	55-69
Moderate MR	40-54
Severe MR	25 -39
Profound MR.	Below 25

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เก็บข้อมูลแบบ prospective data collection โดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มคลินิก เด็กพิเศษ OPD card ที่มารับการกระตุ้น พัฒนาการ ในปี พ.ศ. 2545-2547 จำนวน 21 คน แล้วนำข้อมูลมาศึกษาเป็นตอนๆ

ผลการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วย Down syndrome จำนวน 21 ราย
ข้อมูลได้นำมาศึกษาและจัดเป็นตารางแบ่ง
ผลการศึกษาเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน
ทางครอบครัว

ตาราง 1 แสดงอาชีพของบิดาและมารดา

อาชีพ	บิดา		มารดา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาชีพ	-	-	4	19.04
ค้าขาย	2	9.52	1	4.76
ลูกจ้าง	6	28.57	4	19.04
รับราชการ	1	4.76	-	-
เกษตรกร	12	57.14	12	57.14
รวม	21	100	21	100

จากตาราง อาชีพบิดาส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 12 ใน 21 คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาคือ ลูกจ้าง 6 ใน 21 คิดเป็นร้อยละ 28.57 ส่วนมารดาเป็นเกษตรกร 12 ใน 21 คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาคือ ลูกจ้าง และไม่มีอาชีพ 4 ใน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.04

ตารางที่ 2 แสดงระดับการศึกษาของบิดาและมารดา

อาชีพ	บิดา		มารดา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0	1	4.76
ประถมศึกษา	16	76.19	12	57.14
มัธยมศึกษา	3	14.28	4	19.4
ปวช, ปวส	1	4.76	3	14.28
อุดมศึกษา (ปริญญาตรี)	1	4.76	1	4.76
รวม	21	100	21	100

จากตาราง การศึกษาของบิดาส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา รองลงมาจบการศึกษา มัธยมศึกษา ส่วนระดับการศึกษาของมารดาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา 12 ราย จาก 21 ราย รองลงมาจบการศึกษามัธยมศึกษา

ตารางที่ 3 แสดงระดับรายได้ของครอบครัว

รายได้ (บาท/เดือน)	จำนวน	ร้อยละ
< 3,000	0	0
3,000-10,000	13	61.90
10,001-20,000	1	4.76
> 20,000	5	23.80
ไม่มีข้อมูล	2	9.52
รวม	21	100

จากตาราง ครอบครัวส่วนใหญ่ มีรายได้ 3,000-10,000 จำนวน 13 ครอบครัว ที่เหลือมีรายได้ตั้งแต่ มากกว่า 20,000 จำนวน 5 คน, รายได้ 10.001-20,000 จำนวน 1 คน, รายได้ 10,0001-20,000 1 ครอบครัว, ไม่มีข้อมูล 2 ครอบครัว

ตารางที่ 4 แสดงอายุของผู้ป่วยเมื่อบิดาและมารดา ได้รับคำแนะนำทางด้านเวชพันธุศาสตร์ ครั้งแรก

อายุผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
แรกเกิด-3 เดือน	15	71.43
3 เดือน-6 เดือน	2	9.52
> 6 เดือน	4	19.05
รวม	21	100

จากตาราง บิดามารดาส่วนใหญ่ ได้รับคำแนะนำด้านเวชพันธุศาสตร์ เมื่อผู้ป่วยอายุแรกเกิด-3 เดือน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.43, รองลงมา อายุมากกว่า 6 เดือน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.05 ที่เหลือได้รับคำแนะนำเมื่ออายุ 3 เดือน-6 เดือน จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.52

ตารางที่ 5 แสดงบุคคลที่ได้คำแนะนำทางด้านพันธุศาสตร์

บุคคลที่ได้รับคำแนะนำ	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์ สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	2	9.52
แพทย์ สาขากุมารแพทย์	19	90.48
รวม	21	100

จากตาราง ส่วนใหญ่บิดา มารดาได้รับคำแนะนำทางด้านพันธุศาสตร์ จากกุมารแพทย์ เป็นจำนวน 19 ราย ที่เหลือได้รับคำแนะนำจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 2 ราย จาก 21 ราย

ตารางที่ 6 แสดงสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

สมาชิกที่ดูแลรักษา	จำนวน	ร้อยละ
บิดา	9	42.8
มารดา	20	95.24
สมาชิกอื่น ในครอบครัว	-	-
ปู่ ย่า ตา ลุง น้ำ อา	-	-
ยาย	1	4.76
ป้า	1	4.76

จากตาราง จาก 21 ครอบครัว มารดาเป็นหลักในการดูแลรักษา 20 ราย รองลงมาคือ บิดา มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา 9 ราย ส่วนสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เป็นยาย หรือป้า

ตอนที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพ

ตารางที่ 7 แสดงปัญหาด้านสุขภาพ

ปัญหาด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	7	33.33
2. ต่อมธัยรอยด์บกพร่อง	2	9.52

จากตาราง พบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพ พบ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 7 ราย ต่อมธัยรอยด์บกพร่อง 2 ราย

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

อายุตรวจพบ	จำนวน	อาการหัวใจวาย		การตรวจเพิ่มเติม			การรักษา		
		มี	ไม่มี	CXR	EKG	ECHO	ยา	ผ่าตัด	ไม่ได้รับการรักษา
แรกเกิด-6 เดือน	5	3	2	5	5	4	1	-	4
6 เดือน -12 เดือน	1	1	-	1	1	1	1	-	-
12 เดือน - 2 ปี	1	-	1	1	1	-	-	-	1
รวม	7	4	3	7	7	5	2	-	5
ร้อยละ	100	57.14	72.86	100	100	71.43	28.57	28.57	42.86

จากตาราง ส่วนใหญ่พบโรคหัวใจพิการตั้งแต่ช่วงอายุแรกเกิด ถึง 6 เดือนแรก 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.43 มี Clinical heart failure เมื่อแรกวินิจฉัยจำนวน 4 ราย ผู้ป่วยทั้ง 7 รายได้รับการตรวจเพิ่มเติมด้วย CXR, EKG ตรวจด้วย ECHOCARDIOGRAM จำนวน 5 ราย ได้รับการรักษาด้วยยา จำนวน 2 ราย ไม่ได้รับการรักษา 5 ราย ซึ่งในกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยไม่มีอาการ Heart failure

ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลภาวะต่อมธัยรอยด์บกพร่อง

อายุที่ตรวจพบ	จำนวน	ร้อยละ	ได้รับ การรักษา	ไม่ได้รับ การวิจัย	มีการติดตาม Thyroid Function test
แรกเกิด-2 เดือน	1	50	1	-	1
>2 เดือน-3เดือน	1	50	1	-	1
>3 เดือน	-	-	-	-	-
รวม	2	100			

จากตาราง พบว่าจากจำนวนผู้ป่วย 2 ราย ซึ่งมีภาวะต่อมธัยรอยด์บกพร่อง ตรวจพบในช่วงอายุ แรกเกิด ถึง 2 เดือน และ 2 เดือน-3 เดือน อย่างละ 1 รายจาก ทุกราย ได้รับการรักษาโดยการใช้ยา

ตอนที่ 3 ปัจจัยเกี่ยวกับกระตุ้นพัฒนาการ

ตารางที่ 10 แสดงอายุและความต่อเนื่องของการกระตุ้นพัฒนาการ

กลุ่มเด็ก แบ่งตามระดับเขาว์ปัญญา	อายุที่เริ่ม Early stimulation program		ความต่อเนื่อง ของการกระตุ้นพัฒนาการ		
	1-2 เดือน มีจำนวน (ราย)	>2 เดือน มีจำนวน (ราย)	ทุกเดือน	ทุก 2 เดือน	>ทุก 2 เดือน
Low normal	0	-	-	-	-
borderline MR	2	1	2	1	-
Mild MR	1	6	5	2	0
Moderate MR	-	8	5	-	3
Sever MR	-	2	-	1	1
Profound MR	-	1	-	-	1
รวม	3	18	12	4	5
ร้อยละ	14.28	85.71	54.14	19.04	23.80

จากตาราง ผู้ป่วย 3 ราย จาก 21 ราย ได้รับ early stimulation program เมื่อยังอายุ 1-2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 14.28 ที่เหลือ 18 ราย ได้รับ early stimulation program เมื่ออายุมากกว่า 2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 85.71 กลุ่ม borderline MR, ส่วนใหญ่เริ่มกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่อายุ 1-2 เดือน และส่วนใหญ่มักกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ผู้ป่วย 12 ราย จาก

21 ราย มารับการกระตุ้นพัฒนาการต่อเนื่องทุกเดือน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ที่เหลือร้อยละ 19.04 มารับการกระตุ้นพัฒนาการทุก 2 เดือน ร้อยละ 23.80 มากระตุ้นพัฒนาการมากกว่าทุก 2 เดือน ซึ่งในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่ม Moderate, Sever และ Profound MR ทั้งหมด

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนครั้งที่มากระตุ้นพัฒนาการ (Early stimulation program)

ระดับเชาวน์ปัญญา (DG)	จำนวนครั้งที่มารับการกระตุ้นพัฒนาการ			
	>20 ครั้ง	10-20 ครั้ง	<10 ครั้ง	ไม่กระตุ้นพัฒนาการ
Low normal				
Borderline MR	3	-	-	-
Mild MR	4	3	-	-
Moderate MR	1	6	1	-
Severe MR	-	-	2	-
Profound MR	-	-	-	-
รวม	8	9	4	0

จากตาราง

- ผู้ป่วย 8 ราย จาก 21 รายได้มารับการกระตุ้นพัฒนาการตามนัดมากกว่า 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 38.1 โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เมื่อได้รับการประเมินพัฒนาการแล้วส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม Mild MR 4 รายจาก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 และ Borderline MR 3 ราย จาก 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5
- กลุ่มที่มารับการกระตุ้นพัฒนาการน้อยกว่า 10 ครั้ง มี 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.04 โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ เมื่อได้รับการประเมินพัฒนาการแล้ว เป็น Sever MR 2 จาก 4 ราย คิดเป็น ร้อยละ 50 Moderate MR และ Profound MR อย่างละ 1 ราย จาก 4 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25
- กลุ่มที่มารับการกระตุ้นพัฒนาการ 10-20 ครั้ง มี 9 ราย จาก 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.85 ส่วนใหญ่ Moderate MR 6 รายจาก 9 รายคิดเป็นร้อยละ 66.6, Mild MR 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33

ตอนที่ 4 ผลการประเมินพัฒนาการ

จากตาราง ผู้ป่วยจำนวน 21 คน ตรวจประเมินพัฒนาการแบ่งได้เป็น 6 กลุ่ม ดังตาราง 8 ราย จาก 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.10 มากระตุ้นพัฒนามากกว่า 20 ครั้ง ได้รับ genetic counseling ทุกรายแต่ช่วงอายุที่ได้รับ genetic counseling แตกต่างกัน (ตารางที่ 4) และบุคคลที่ได้คำแนะนำครั้งแรกเป็น กุมารแพทย์ ส่วนใหญ่ (ตารางที่ 5) ผู้ป่วย 7 ราย จาก 21 ราย มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีต่อมธัยรอยด์บกพร่อง 2 ราย เริ่มฝึกพูดในช่วงอายุ 12-15 เดือน 6 รายจาก 21 ราย

กลุ่ม **Borderline MR** มี 3 ราย ทุก รายได้รับการกระตุ้นพัฒนาการมากกว่า 20 ครั้ง ได้ genetic counseling ทั้ง 3 รายได้ genetic counseling ช่วงอายุ 0-3 เดือน ได้รับคำแนะนำโดยกุมารแพทย์ ไม่มีโรคหัวใจ และไม่มีภาวะต่อมธัยรอยด์บกพร่อง 2 ราย จาก 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.6 ฝึกพูดตั้งแต่อายุ 12-15 เดือน บิดาและมารดาจบระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา เศรษฐฐานะค่อนข้างดี

กลุ่ม **Mild MR** มีจำนวน 7 ราย 4 รายคิดเป็นร้อยละ 57.14 มากระตุ้นพัฒนาการมากกว่า 20 ครั้ง ได้รับ genetic counseling ทุก ราย โดย 6 ราย ได้รับ genetic counseling ตั้งแต่อายุแรกเกิด-3 เดือน ได้รับคำแนะนำโดยกุมารแพทย์ ปัญหาด้านสุขภาพมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 โดยวินิจฉัยได้ ช่วงอายุ 6 เดือน-12 เดือน และ อายุ

12 เดือน-2 ปี อย่างละ 1 ราย ไม่พบภาวะต่อมธัยรอยด์บกพร่อง 1 ราย จาก 7 ราย เริ่มฝึกพูดในช่วงอายุ 12-15 เดือน บิดาและมารดาส่วนใหญ่จบประถมศึกษาเศษฐฐานะ อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ากลุ่ม **borderline MR**

กลุ่ม **Moderate MR** มีจำนวน 8 ราย มีเพียง 1 รายที่มากระตุ้นพัฒนาการมากกว่า 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 17.5 ทุก รายได้รับ genetic counseling โดย 5 ราย ได้รับ genetic counseling แรกเกิดถึง 3 เดือน, 2 ราย ในช่วงอายุ 3-6 เดือน, 1 รายได้รับ genetic counseling ในอายุมากกว่า 6 เดือน ได้รับคำแนะนำโดยกุมารแพทย์ ปัญหาด้านสุขภาพมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5 ได้รับการวินิจฉัยได้ช่วงอายุ แรกเกิด-6 เดือน ทั้ง 3 ราย ไม่พบภาวะต่อมธัยรอยด์บกพร่อง 2 ราย จาก 7 ราย เริ่มฝึกพูดในช่วงอายุ 12-15 เดือน คิดเป็นร้อยละ 28.57 บิดาและมารดาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา เศรษฐฐานะอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ากลุ่ม **Mild MR**

กลุ่ม **Severe MR** จำนวน 2 ราย มากระตุ้นพัฒนาการน้อยกว่า 20 ครั้ง ทุก รายได้รับ genetic counseling โดย 2 ราย ได้รับ genetic counseling ในช่วงอายุ >6 เดือน ได้รับคำแนะนำโดยกุมารแพทย์ 1 ราย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 1 ราย ปัญหาด้านสุขภาพ มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 โดยวินิจฉัยได้ในช่วงอายุแรกเกิด-6 เดือน

พบภาวะต่อมธัยรอยด์บกพร่อง 1 ราย เริ่มฝึกพูดในช่วงอายุมากกว่า 15 เดือน 1 ราย บิดาและมารดา ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา และมีมารดา 1 รายไม่ได้เรียนหนังสือ คือ เศรษฐฐานะต่ำกว่ากลุ่ม Moderate MR

กลุ่ม Profound MR มี 1 ราย ได้รับการจากการกระตุ้นพัฒนาการ น้อยกว่า 10 ครั้ง ได้รับ genetic counseling ได้รับในช่วงอายุ มากกว่า 6 เดือน ไม่ได้ฝึกพูด บิดาและมารดาจบชั้นประถมศึกษา ไม่มีข้อมูลในเรื่องรายได้

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษา ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะปัจจัยพื้นฐานครอบครัว

อาชีพของบิดาและมารดาส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ระดับการศึกษาบิดาและมารดา ร้อยละ 76.19 มารดาร้อยละ 57.14 จบประถมศึกษา รองลงมา คือ บิดาและมารดาจบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์ที่มีระดับเชาวน์ปัญญา ระดับ Borderline MR บิดา มารดา ส่วนใหญ่จากการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ส่วนกลุ่ม Moderate MR จนถึง Profound MR บิดา และมารดาส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาระดับที่ต่ำกว่า ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ William Golden และคณะ (1976) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาของทั้งบิดาและมารดามีผลต่อ Mental development

โดยบิดามารดาของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ที่มีการศึกษาสูง จะพบว่า เด็กมีพัฒนาการ Mental development ที่สูงกว่าอย่างชัดเจน ซึ่งอาจจะเป็นจากการที่บิดาและมารดาที่มีการศึกษาดี จะตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับการกระตุ้นพัฒนาการในขณะที่เด็กอายุยังน้อย รวมทั้งการดูแลในด้านอื่นๆ

รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 3,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 61.90 รองลงมา รายได้อยู่ในช่วงมากกว่า 20,000 บาท จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์กลุ่มที่มีระดับเชาวน์ปัญญา ระดับ Moderate MR ขึ้นไป ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะดีกว่า ในเรื่องเศรษฐฐานะก็มีความสำคัญเนื่องจากครอบครัวที่สามารถมีกำลังสนับสนุนสามารถรับบริการเพิ่มเติมจากสถานบริการอย่างอื่นๆ ได้ เช่น เรื่อง การฝึกพูด หรือปัญหาด้านสุขภาพบางอย่าง เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อายุของผู้ป่วยเมื่อบิดามารดาได้รับคำแนะนำทางด้านเวชพันธุศาสตร์ครั้งแรก ส่วนใหญ่ คือ แรกเกิด-3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ อายุมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 19.05 โดยบุคลากรที่ให้คำแนะนำคือ กุมารแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 90.48 รองลงมาเป็นแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ร้อยละ 9.52 เวลาที่บิดา มารดา ได้รับ Genetic counseling จะมีความสำคัญ การได้รับคำแนะนำปรึกษาทำให้ เด็กพลาดโอกาสในหลายๆ ด้าน

เช่น การตรวจเช็คสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ค่อมธัยรอยด์บกพร่อง ซึ่งทำให้ภาวะปัญญาอ่อนช้าช้อนได้ ได้รับ early stimulation program ช้า จะมีผลต่อพัฒนาการทั้งสิ้น ส่วนบุคคลที่ให้คำแนะนำปรึกษามีส่วนสำคัญมาก หากเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ให้คำแนะนำควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีประสบการณ์ในการแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยจะสามารถให้คำแนะนำอย่างถูกต้อง ผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 95.23 ส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา จุดนี้จะไปเชื่อมโยงว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับใด หากมีการศึกษาที่ดี มีความรู้ความเข้าใจ ก็สามารถร่วมมือในการฝึกฝนเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้พัฒนาการเด็กดีขึ้นได้

จากผลการศึกษาตอนที่ 2 ปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพ

ความผิดปกติแต่กำเนิดที่พบบ่อยคือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 น้อยกว่าการศึกษาอื่นซึ่งพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 50 ถึง 60 รองลงมาคือค่อมธัยรอยด์บกพร่อง ร้อยละ 14.29 ความผิดปกติอื่นๆที่พบคือ Imperforated anus จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์มักมีความผิดปกติโรคหัวใจพิการร่วมด้วยได้มาก ดังนั้นการดูแลรักษา ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องและ

รวดเร็ว เนื่องจากเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพย่อมมีผลต่อการเจริญเติบโตและมีผลทำให้การกระตุ้นพัฒนาการทำได้ไม่เต็มที่ และไม่ต่อเนื่อง

ภาวะค่อมธัยรอยด์บกพร่องในการศึกษานี้พบร้อยละ 14.29 ได้รับการวินิจฉัย เมื่ออายุแรกเกิด 2 เดือน ร้อยละ 50 ช่วงอายุ 2-6 เดือน ร้อยละ 50 ทุกรายรักษาด้วยยา และได้ติดตาม Thyroid Function Test การวินิจฉัยได้รวดเร็ว และรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ จะช่วยให้การพัฒนาการระดับเชาวน์ปัญญาไม่ช้าไปกว่าที่ควร เด็กกลุ่มอาการดาวน์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพ หรือมีภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพน้อย จะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและดูแลในด้านอื่นๆ ได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีพัฒนาการและระดับเชาวน์ปัญญาที่ดีกว่า

จากผลการศึกษาตอนที่ 3

- ผู้ป่วยร้อยละ 14.28 ได้รับ early stimulation program เมื่ออายุ 1-2 เดือน ร้อยละ 85.71 ได้รับ early stimulation program เมื่ออายุมากกว่า 2 เดือน ในผู้ป่วยกลุ่ม Borderline MR ส่วนใหญ่มากระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่อายุ 1-2 เดือน และมากระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจการได้ยินก่อนอายุ 15 เดือน เนื่องจากโรงพยาบาลสุรินทร์ ไม่สามารถตรวจการได้ยินในเด็กเล็กได้ ส่วนใหญ่ของกลุ่มเริ่มฝึกพูดเมื่ออายุมากกว่า 15 เดือน เนื่องจากโรงพยาบาลสุรินทร์ไม่มีนักกายอรรถบำบัด ได้มีแต่พยาบาล

ไปฝึก short course เกี่ยวกับการฝึกพูด การศึกษาในต่างประเทศเริ่มมีการใช้ early stimulation program ในปี 1970 จากการศึกษาของ Daine Bricher และคณะ (1981) ในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ พบว่าถ้าได้รับ Early intervention program เร็วเด็กจะมีพัฒนาการและระดับเชาวน์ปัญญาที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับช้าอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามการศึกษากลับมาพบว่ากลุ่มอาการดาวน์ ที่เริ่มฝึกพูดเร็ว และได้รับ Early stimulation program 1 ราย เมื่อได้รับการประเมิน Developmental Quotient พบว่าไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากไม่มี อรรถบำบัด และช่วงที่ดูแลที่บ้านอาจได้รับการฝึกฝนที่ไม่เพียงพอ

จากผลการศึกษาตอนที่ 4 ผลการประเมินพัฒนาการ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการประเมินพัฒนาการโดยตรวจ Developmental Quotient พบ ระดับเชาวน์ปัญญา อยู่ในระดับ Moderate

MR ร้อยละ 38.10 Mild MR ร้อยละ 33.33, Borderline MR ร้อยละ 14.29 Sever MR ร้อยละ 9.52 Profound MR ร้อยละ 4.71 จำนวนครั้งและอายุของการเริ่มต้นได้รับการกระตุ้นพัฒนาการแตกต่างกัน ทำให้ผลของระดับเชาวน์ปัญญาแตกต่างได้ ผลการศึกษามีแนวโน้มว่า กลุ่มระดับเชาวน์ปัญญา Borderline MR ส่วนใหญ่ได้รับ Early Stimulation ที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ได้รับ genetic counseling เร็ว เริ่มฝึกตามกำหนดอย่างต่อเนื่อง ไม่พบปัญหาสุขภาพ มักอยู่ในกลุ่มบิดา มารดา มีการศึกษาก่อนข้างดี มีเศรษฐกิจที่ดีพอสมควร ส่วนกลุ่มเชาวน์ปัญญาตั้งแต่ Moderate MR ลงมาจะมีแนวโน้มส่วนใหญ่ไปในด้าน ตรงกันข้าม เช่นมากระตุ้นพัฒนาการช้ากว่าและน้อยกว่า ฝึกพูดที่ช้ากว่าร่วมกับพัฒนาด้านสุขภาพด้วย, ซึ่งครอบครัวในกลุ่มนี้อาจมีเศรษฐกิจด้อยกว่า บิดา มารดาที่มีการศึกษาน้อยกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. พรสวรรค์ วสันต์. การให้คำแนะนำทางพันธุศาสตร์. มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จรรยา, บังอร ขวลิตธำรง, พิกพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุमारเวชศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร, เรือนแก้วการพิมพ์, 2541 : 1143 - 8.
2. พรสวรรค์ วสันต์. แนวทางการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์, เอกสารประกอบการประชุมงานชุมนุมเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ครั้งที่ 12, 2545 : 10 - 1.
3. Hayes A, Batshaw ML. Down Syndrome, Peciadv Clin Am 1993 Jun ; 40(3) : 523-35.
4. Bricker D, Carlson L, Schwarz R. A discussion of early Intervention of infants with down syndrome. Pediatrics 1981 Jan; 17(1), 45-6.
5. Cicchetti D Sroufe LA. The relationship between affective and cognitive developemtn in Down syndrome infants child developmeent 1976 Dec ; 47 (4) 920-29.
6. Goldon W, Pashayan HM. The effect of parental education on the eventual mental development of noninstitutionalized children with Down Syndrome. Journal of Pediatrics 1976 Oct ; 89(4) : 603-5.
7. Kirman B. Growing up with Down Syndrome British Journal of Hospital Medicine 1980. Mar, 23 (40) 385-8.