



Resilience and Associated Factors Among Adolescents with Congenital Heart Disease
Receiving Services at King Chulalongkorn Memorial Hospital*
พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด
ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*

สุธาวี สมบูรณ์ทรัพย์** Suthawee Somboonsap**
ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร*** Siriluk Suppakitiporn***

Abstract

Currently, medical science in the treatment of congenital heart diseases (CHD) has made significant advancements. However, adolescents with CHD must adjust their lifestyles and face several health-related obstacles, which may lead to mental health issues such as depression and anxiety. Resilience can enable them to confront and manage stressful situations. The 73 participants were adolescent patients with CHD attending the Pediatric Outpatient Clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital, and aged 13-18 years. The tools used for data collection included: 1) a personal information; 2) an assessment of friendship intimacy; 3) the Resilience scale (Thai version); and 4) the Patient Health Questionnaire for Adolescents (Thai version). The data was analyzed using descriptive statistics, Chi-square statistics, and Pearson correlation.

The research findings were as follows. The sample group had average resilience scores at a moderate level (Mean = 20.22, SD = 4.47). Most of the participants, 58 adolescents (79.45%), showed a moderate level of resilience, 11 (15.07%) showed a low level; and 4 (5.48%) showed a high level. The marital status of parents and friend intimacy showed a statistically significant correlation with resilience ($p < 0.05$ and $p < 0.05$, respectively). Congenital heart disease-related factors and depression showed a non-significant association with resilience.

The results of this research can serve as baseline data on resilience levels in adolescents with CHD. In addition, they can guide the development of mental health care strategies by supporting family and friends' involvement in adolescent care.

Keyword: Resilience; Adolescents; Congenital heart disease (CHD); Depression

* Master's Thesis, Master of Science Program in Mental Health, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

** Corresponding author, Graduate student of Science Program in Mental Health, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; email: janesuthawee@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Received 22 March 2024; Revised 2 July 2024; Accepted 4 July 2024



บทคัดย่อ

ปัจจุบัน วิทยาการทางการแพทย์ในการรักษาโรคหัวใจกำเนิดมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดมีวิถีชีวิตที่ต้องปรับตัว และมีอุปสรรคหลายด้านจากภาวะสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ เช่น ความเครียดและความวิตกกังวล เป็นต้น หากมีพลังสุขภาพจิตระดับที่ดีจะทำให้สามารถเผชิญหน้า และแก้ไขสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุ 13-18 ปี จำนวน 73 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน 3) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจในเด็ก (ฉบับภาษาไทย) และ 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (ฉบับภาษาไทย) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Chi-square และ Pearson correlation

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง ($M = 20.22$, $SD = 4.47$) ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง จำนวน 58 คน (ร้อยละ 79.45) มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 15.07) และมีพลังสุขภาพจิตระดับสูงจำนวน 4 คน (ร้อยละ 5.48) สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง และความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านโรคหัวใจและภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิต โดยใช้กลยุทธ์การสนับสนุนของ ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ในการดูแลวัยรุ่นกลุ่มนี้

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต วัยรุ่น โรคหัวใจแต่กำเนิด ภาวะซึมเศร้า

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ผู้เขียนหลัก นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
email: janesuthawee@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์ในการรักษาโรคหัวใจกำเนิดและการวิจัยในการผ่าตัดมีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้นของเด็กที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิด ผู้ป่วยเด็กจึงสามารถเจริญเติบโตเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ได้ บางอย่างรักษาด้วยการผ่าตัดได้แต่อาจมีความพิการที่หลงเหลืออยู่บ้างต้องติดตามผลระยะยาวหรือต้องมาแก้ไขอีกในภายหลัง และมีการดูแลสุขภาพอื่น ๆ คือ การดูแลสุขอนามัย การดูแลอาการทางด้านโรคหัวใจ (เช่น หอบเหนื่อย หัวใจวาย เชื้อรา) การรับประทานยาโรคหัวใจ ทำให้วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดต้องปรับตัวและมีอุปสรรคหลายด้านจากภาวะสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียภาพลักษณ์จากรอยแผลผ่าตัด, การขาดเรียน, การนอนโรงพยาบาล, ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (Amin & Patel, 2022) รวมถึงได้รับการเลี้ยงดูแบบปกป้องเกินเหตุ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Moon et al., 2017) ไม่ว่าจะเป็นความเครียด (Monti et al., 2018) ความวิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้า รวมถึงสมาธิสั้น (Gonzalez et al., 2021) มีงานวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยาที่ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจ คือการมองโลกในแง่ดีและมีพลังสุขภาพจิต (Wang et al., 2012)

พลังสุขภาพจิต (Resilient Quotient: RQ) หรือความเข้มแข็งทางใจ เป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลปรับตัวเมื่อเผชิญกับวิกฤตได้สำเร็จ และเป็นพลังป้องกันไม่ให้สูญเสียสุขภาพจิตที่ดี ทั้งยังช่วยให้ชนะอุปสรรคและได้เรียนรู้จากประสบการณ์วิกฤตนั้น ๆ (Grotberg, 1995; Ruetathip et al., 2020) พลังสุขภาพจิตที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดสามารถปรับตัวได้ดี (Lee et al., 2014) ยอมรับภาวะสุขภาพจนสามารถดูแลด้านชีวิตประจำวัน และสุขภาพของตนได้ (Lee et al., 2017) จะทำให้วัยรุ่นสามารถเตรียมพร้อมในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตที่ดีหรือระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการได้รับสนับสนุนจากสังคม การจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล ความรุนแรงของโรค และพบว่า มีอุบัติการณ์เพิ่มโรคทางจิตเวชร่วม ภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Glenn et al., 2023; Lee et al., 2014; Moon et al., 2017) จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตนั้น มีทั้งปัจจัยภายในบุคคลและภายนอกบุคคล ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้มีทั้งปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (Protective factors) สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ ลิสโตเซลล่าและคณะ (Llistosella et al., 2022) ได้ศึกษาและสร้างกรอบแนวคิดของพลังสุขภาพจิตในเด็ก วัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น โดยแบ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต เป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factors) ซึ่งจะช่วยลดผลลัพธ์ทางลบเมื่อเผชิญกับปัญหา ดังนี้ 1) มิติด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน เพื่อน วัฒนธรรม และชุมชน 2) มิติด้านทักษะส่วนบุคคล ได้แก่ ชีวิตวิทยา (อายุและพันธุกรรม), การสื่อสาร, สติปัญญาและพฤติกรรม โดยการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้ทำการศึกษาปัจจัยภายในหรือภายนอกบุคคลอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาพลังสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษากับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นโรงเรียนแพทย์ที่ถือเป็น tertiary referral center ทำให้มีผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจเข้ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก ที่ผ่านมามีการประเมินและเตรียมความพร้อมด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยเด็กที่จะทำการเปลี่ยนหัวใจเท่านั้น ส่วนในผู้ป่วยวัยรุ่นและเด็กวัยอื่น ๆ มีเพียงการให้คำปรึกษาและประสานงานเพื่อส่งต่อการดูแลสุขภาพจิตกับจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เมื่อผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวลหรือภาวะอื่น ๆ ขึ้นแล้วเท่านั้น อีกทั้งงานวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านพลังสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จะได้นำเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งประเมินสุขภาพจิตและร่วมวางแผนการดูแลร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ผู้ป่วยวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้มากขึ้น



Resilience and Associated Factors Among Adolescents with Congenital Heart Disease

Receiving Services at King Chulalongkorn Memorial Hospital

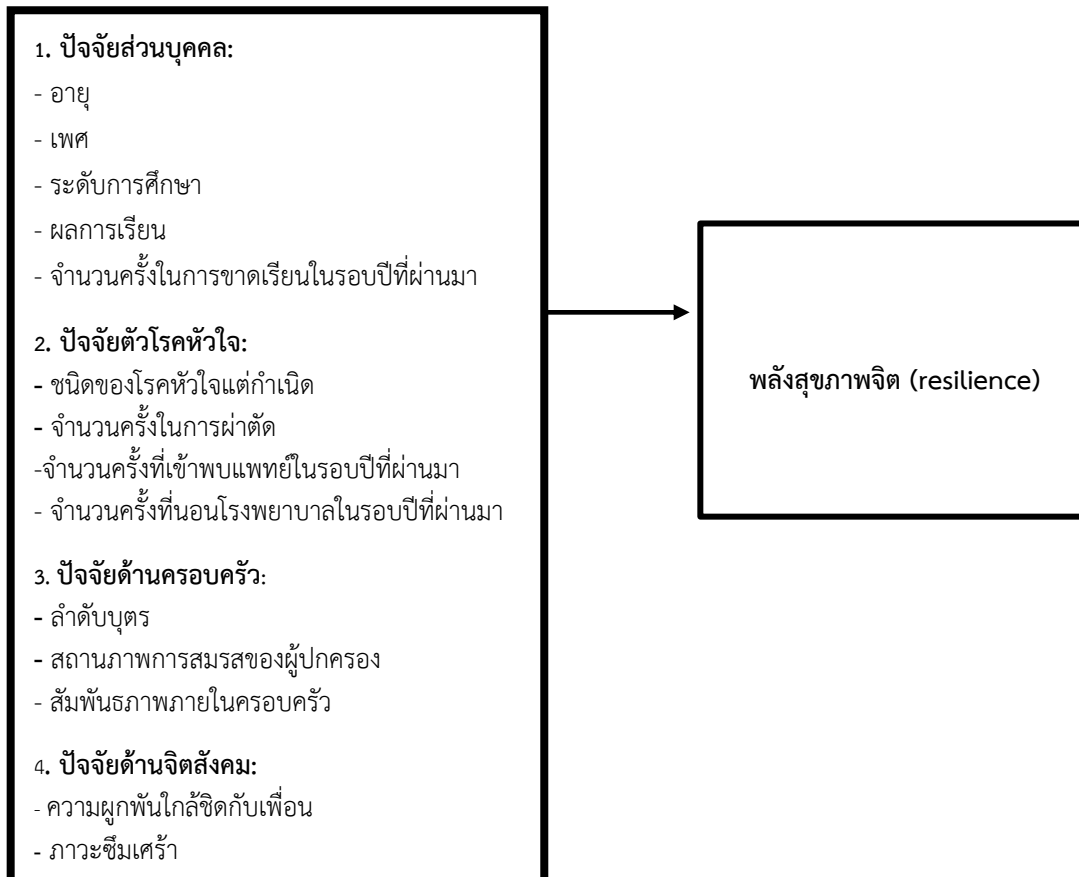
พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด
ที่มาบริการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มาบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มาบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ ลิสโตเซลล่า และคณะ (Llistosella et al., 2022) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปแบ่งปัจจัยทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้มาจากการเก็บข้อมูลโดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเก็บในกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์รับเข้าการศึกษา (inclusion criteria) และไม่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ที่ได้รับความยินยอมตามความสมัครใจจากผู้ปกครองและอาสาสมัคร



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด

ประชากรตัวอย่าง (Sample population) คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับตรวจตามนัดแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุ 13-18 ปี, ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดโดยกุมารแพทย์โรคหัวใจ, ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองมีความยินยอม และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสำหรับทำงานวิจัยและสามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสูตรของคอกเรน ที่มีค่าระดับความเชื่อมั่น 95% และมีความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ที่ 0.5 กำหนดค่าสัดส่วนของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน แต่ในการเก็บจะเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงได้ขนาดตัวอย่าง 73 ราย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบ ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลำดับบุตร สถานภาพการสมรสของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว และจำนวนครั้งในการขาดเรียนในรอบปีที่ผ่านมา

1.2 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งผู้วิจัยกรอกข้อมูลด้วยตนเอง ได้แก่ โรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจเด็ก ประวัติการผ่าตัดที่ได้รับจากศัลแพทย์เฉพาะทางหัวใจและทรวงอก จำนวนครั้งที่เข้าพบแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมาและจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา

2. แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friendship Intimacy: FI) ของเบอร์เมสเตอร์ แพลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มัณฑนา นทีธาร (Nateethan, 2003) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Cronbach Coefficient alpha) เท่ากับ .84 เป็นแบบสอบถามสำหรับตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบบสอบถามเป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 ได้แก่ ไม่เคย เท่ากับ 1 คะแนน, นาน ๆ ครั้งเท่ากับ 2 คะแนน, บางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน, บ่อย เท่ากับ 4 คะแนนและ เกือบทุกครั้งเท่ากับ 5 คะแนน แผลผลโดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน แบ่งคะแนน เป็นอันตรายมากขึ้น 3 ดังนี้ มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในระดับต่ำ (12-28 คะแนน), ระดับปานกลาง (29-44 คะแนน) และระดับสูง (45-60 คะแนน)

3. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจในเด็ก (Resilience scale: RS-15, 13-18 years) (Ruetathip et al., 2020) เป็นของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบสอบถามสำหรับตอบด้วยตนเอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Cronbach Coefficient alpha) เท่ากับ 0.796 อ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาความเข้มแข็งทางจิตใจของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 (Somkittikanon & Bunyapipat, 2021) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยการให้คะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่จริง เท่ากับ 0 คะแนน, จริงบ้าง เท่ากับ 1 คะแนน และ จริงแน่นอน เท่ากับ 2 คะแนน

แผลผลโดยการรวมคะแนนไปเทียบกับค่ากลางของชุดคะแนนเพื่อดูทิศทางและแนวโน้มของคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงอายุ 2 ช่วง คือ สำหรับเด็กช่วงอายุ 13-15 ปี ได้แก่ มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำ



(0-16 คะแนน), ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน) และ ระดับสูง (27-30 คะแนน) ส่วนเด็กช่วงอายุ 16-18 ปี ได้แก่ มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำ (0-16 คะแนน), ระดับปานกลาง (17-27 คะแนน) และ ระดับสูง (28-30คะแนน)

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ฉบับภาษาไทย (Panyawong et al., 2020) เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนามาจากแบบประเมิน Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) (Panyawong et al., 2018) สำหรับวัยรุ่นที่ โดยปรับข้อความและทำการศึกษาในกลุ่มประชากรวัยรุ่นอายุ 11-20 ปี เป็นแบบสอบถามสำหรับตอบด้วยตนเอง โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน (Cronbach Coefficient alpha) เท่ากับ .88 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า โดยประเมินระดับความรุนแรงของอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในลักษณะแบบมาตราส่วนตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ไม่มีเลย 0 คะแนน, มีบางวัน 1 คะแนน, มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน, มีแทบทุกวัน 3 คะแนน ส่วนการแปลผล มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-27 คะแนน ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน), มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (5-9 คะแนน), มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (10-14 คะแนน), มีภาวะซึมเศร้ามาก (15-19 คะแนน)และ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (20-27 คะแนน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมเลขที่ 0825/2023 จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และฝ่ายการพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่แผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์เพื่อเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ปกครองและอาสาสมัครเพื่อชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยของผู้ปกครองและอาสาสมัคร ซึ่งผู้ปกครองและผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถพักหรือหยุดการทำแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้หรือบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันทีโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ในการรับบริการ ข้อมูลวิจัยเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยแบบโดยรวม จากนั้นจะทำการทำลายข้อมูลภายหลังได้รับการเผยแพร่งานวิจัยแล้ว 1-2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เข้าถึงอาสาสมัครเพื่อขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากผู้ปกครองอาสาสมัครด้วยตนเอง โดยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่เพื่อประชาสัมพันธ์งานวิจัยแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองที่มารับการตรวจในทุก ๆ วันพุธ ช่วงเวลา 13-16 น. จากนั้นขอเข้าพบอาสาสมัครและผู้ปกครองเพื่อชี้แจงรายละเอียดงานวิจัยให้เข้าใจ และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้ปกครองและอาสาสมัครเซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมงานวิจัยนี้ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างรอพบแพทย์ โดยทำการจัดหาห้องที่มิดชิดเพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรู้สึกสะดวกและเป็นส่วนตัวและตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ทั้งหมด 9 คน ผู้วิจัยจึงประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือต่อไป จากนั้นผู้วิจัยจัดบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของอาสาสมัครผู้เข้าร่วม ภายหลังตรวจสอบข้อมูลและคำตอบจากแบบสอบถามให้ครบถ้วนเพื่อนำข้อมูลมารวบรวมและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สำเร็จรูป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS Statistics version 29.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ จำนวนค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาโดยใช้ Chi-square และ Pearson correlation

ผลการวิจัย**ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด**

จากตารางที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 73 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 46 คน (ร้อยละ 63) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 15.21 ปี เป็นลูกคนแรกหรือเป็น ลูกคนเดียว (ไม่มีพี่น้อง) จำนวน 35 คน (ร้อยละ 47.9) ซึ่งผู้ปกครองอยู่ในสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน 48 คน (ร้อยละ 65.8) อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น 54 คน (ร้อยละ 74.0) กำลังศึกษาในชั้นมัธยมต้น จำนวน 34 คน (ร้อยละ 46.6) ได้เกรดเฉลี่ย 3.00-3.99 จำนวน 43 คน (ร้อยละ 58.9) และไม่เคยขาดเรียนเลย จำนวน 24 คน (ร้อยละ 32.9)

คะแนนของระดับพลังสุขภาพจิต

พบว่า วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 20.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.47) ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง จำนวน 58 คน (ร้อยละ 79.45) มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 15.07) และมีพลังสุขภาพจิตระดับสูง 4 คน (ร้อยละ 5.48) และเมื่อแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 13-15 ปี ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 31 คน (ร้อยละ 81.6) มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 15.8) และมีพลังสุขภาพจิตระดับสูง 1 คน (ร้อยละ 2.6) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 16-18 ปี ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 27 คน (ร้อยละ 77.1) มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 14.8) และมีพลังสุขภาพจิตระดับสูง 3 คน (ร้อยละ 8.6)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยตัวโรค ปัจจัยด้านครอบครัวกับระดับพลังสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	พลังสุขภาพจิตระดับ ปานกลาง-สูง จำนวน (ร้อยละ)	พลังสุขภาพจิต ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	X ²	P-value
เพศ					
หญิง	27 (37)	23 (85.2)	4 (14.8)	0.002 ^a	0.963
ชาย	46 (63)	39 (84.8)	7 (15.2)		
อายุ					
13-15	38 (52.1)	32 (15.8)	6 (84.2)	0.032 ^a	0.858
16-18	35 (47.9)	30 (85.7)	5 (14.3)		
ระดับการศึกษา					
มัธยมต้นหรือเทียบเท่า	35 (47.9)	29 (82.9)	6 (17.1)	0.226 ^a	0.634
สูงกว่ามัธยมต้น	38 (52.1)	33 (86.8)	5 (13.2)		



Resilience and Associated Factors Among Adolescents with Congenital Heart Disease

Receiving Services at King Chulalongkorn Memorial Hospital

พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด
ที่มาบริการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยตัวโรค ปัจจัยด้านครอบครัวกับ
ระดับพลังสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	พลังสุขภาพจิตระดับ ปานกลาง-สูง จำนวน (ร้อยละ)	พลังสุขภาพจิตระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	X ²	P-value
ผลการศึกษา					
3.00-3.99	43 (58.9)	38 (88.4)	5 (11.6)	2.010 ^a	0.366
2.00-2.99	27 (37.0)	21 (77.8)	6 (22.2)		
1.00-1.99	3 (4.1)	3 (100)	0 (0)		
การขาดเรียน					
ไม่ขาดเรียนเลย	24 (32.9)	22 (91.7)	2 (8.3)	1.267 ^a	0.260
ขาดเรียน 1 ครั้งขึ้นไป	9 (67.1)	40 (81.6)	9 (18.4)		
โรคหัวใจแต่กำเนิด					
ชนิดไม่รุนแรง	26 (35.6)	21 (80.8)	5 (19.2)	0.547 ^a	0.506
ชนิดรุนแรง	47 (64.4)	41 (87.2)	6 (12.8)		
จำนวนครั้งที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ					
ไม่เคย	19 (26.0)	15 (78.9)	5 (19.2)	0.719 ^a	0.461
1-3	54 (74.0)	47 (87.0)	6 (12.8)		
จำนวนครั้งที่เข้าพบแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา					
1-6	69 (94.5)	58 (84.1)	11 (15.9)	0.751 ^a	1.000
7-12	4 (5.5)	4 (100)	0 (0)		
จำนวนครั้งที่นอนรพ.ในปีที่ผ่านมา					
ไม่ได้นอน	60 (82.2)	53 (88.3)	7 (11.7)	3.047 ^a	0.99
1-3	13 (17.8)	9 (69.2)	4 (15.1)		
ลำดับการเกิด					
ลูกคนแรกหรือลูกคนเดียว	35 (47.9)	32 (91.4)	3 (8.6)	2.218 ^a	0.136
ลำดับที่ 2 เป็นต้นไป	38 (52.1)	30 (78.9)	8 (21.1)		
สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง					
สมรสและอยู่ด้วยกัน	48 (65.8)	45 (93.8)	3 (6.3)	8.517 ^a	0.004*
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน/เสียชีวิต	25 (34.2)	17 (68.0)	8 (32.0)		
สัมพันธภาพในครอบครัว					
อยู่ด้วยกันอย่างราบรื่น	54 (74.0)	48 (88.9)	6 (11.1)	2.539 ^a	0.111
ทะเลาะกันบ้าง	19 (26.0)	14 (73.7)	5 (26.3)		

* p < 0.05, a = Fisher's Exact Test



จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว คือ สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

คะแนนระดับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน

พบว่า วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด มีค่าคะแนนความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 43.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.38) ซึ่งส่วนใหญ่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 50.7) รองลงมา ได้แก่ มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนระดับสูง จำนวน 33 คน (ร้อยละ 45.2) และมีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนระดับต่ำ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.1)

คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า

พบว่า วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย 5.8 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.53) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 38 คน (ร้อยละ 52.1) รองลงมา ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 26 คน (ร้อยละ 35.6) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.8) มีภาวะซึมเศร้ามาก จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.4) และมีภาวะเศร้ารุนแรง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.1)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ภาวะซึมเศร้า และพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด (N = 73)

	พลังสุขภาพจิต	ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	ภาวะซึมเศร้า
พลังสุขภาพจิต	1	.310**	-.169
ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	.310**	1	-.142
ภาวะซึมเศร้า	-.169	-.142	1

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 2 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ภาวะซึมเศร้า และพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดพบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนกับพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .310$, $p < 0.01$) ขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพลังสุขภาพจิต ($r = -.169$, $p > .05$) และภาวะซึมเศร้ากับความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ($r = -.142$, $p > .05$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกผู้ป่วยนอก

ในการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตในกลุ่มคนที่มีโรคหัวใจและกลุ่มคนที่ไม่โรคหัวใจที่มีอายุ 10-25 ปี (Glenn et al., 2023) พบว่า กลุ่มที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดมีพลังสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคหัวใจ ซึ่งอธิบายได้จากงานวิจัยของชูชาน (Greup et al., 2018) ที่ศึกษาการเจริญเติบโตภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจและพลังสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนใจ



(Posttraumatic growth) จากการเผชิญกับความเจ็บป่วย จึงสรุปได้ว่า การเผชิญกับความเจ็บป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิด ทำให้วัยรุ่นในกลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตและสามารถจัดการกับสถานการณ์ในเชิงบวก สามารถปรับตัวได้ดีจะพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยรับมือกับความทุกข์ยากในแต่ละวันและความเครียดเรื้อรัง รวมถึงเป็นปัจจัยทำนายถึงการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีด้วย (Drakouli et al., 2015) แต่มีความแตกต่างในงานวิจัยที่ทำการศึกษาลงสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดในประเทศเกาหลี (Lee et al., 2014) พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างด้านวัฒนธรรมเนื่องจาก ประเทศเกาหลีมีวัฒนธรรมที่ได้รับอิทธิพลจากลัทธิขงจื้อ ที่มีแนวความคิดการปกครองแบบผู้ปกครองเป็นใหญ่ ผู้ปกครองจึงมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงดูแบบปกป้องลูกหลาน ทำให้วัยรุ่นขาดความอิสระในการตัดสินใจและดูแลสุขภาพตนเองซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นนี้มีพลังสุขภาพจิตในระดับต่ำ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว และพลังสุขภาพจิต ของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกผู้ป่วยนอก

ปัจจัยด้านครอบครัว ด้านสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ โทมัส เกล็นน์ และคณะ (Glenn et al., 2023) พบว่า ผู้ปกครองที่มีสถานภาพสมรส หรือ อยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตระดับสูง อธิบายได้ว่า วัยรุ่นกลุ่มนี้หากอยู่ในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน หรือผู้ปกครองอยู่ในสถานภาพสมรสอยู่ จะช่วยให้รู้สึกมั่นใจในครอบครัว (Ananpattiwet et al., 2022) ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนสังคมที่สำคัญ ที่ทำให้รู้สึกได้รับการช่วยเหลือและปลอดภัยเมื่อเผชิญปัญหา (Grotberg, 1995) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นโรคหัวใจที่ต้องเผชิญกับการปรับตัวและมีอุปสรรคหลายด้านจากภาวะสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวทั้งด้านจิตใจและสุขภาพกาย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน และพลังสุขภาพจิต ของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกผู้ป่วยนอก

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เมื่อวัยรุ่นกลุ่มนี้รู้สึกผูกพันกับเพื่อน จะช่วยให้วัยรุ่นมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลิสโตเซลล่า และคณะ (Llistosella et al., 2022) พบว่า เพื่อน เป็นหนึ่งในปัจจัยป้องกัน ที่ช่วยลดความรุนแรงเมื่อเผชิญกับปัญหา เนื่องจาก วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน รู้สึกเป็นที่รัก และมีความภาคภูมิใจในตนเอง เมื่อรู้สึกได้รับการยอมรับและการมีแหล่งให้กำลังใจจากเพื่อน จะช่วยให้วัยรุ่นมีพลังสุขภาพจิตที่ดี (Grotberg, 1995; van Harmelen et al., 2017) และสอดคล้องงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด ที่มีพลังสุขภาพจิตสูง มีความสัมพันธ์กับการที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน รวมถึงมีสื่อสารกับกลุ่มวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจด้วยตนเอง (Glenn et al., 2023) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการที่มีกลุ่มเพื่อนที่มีคุณภาพ จะช่วยพัฒนาพลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่มีโรคเรื้อรัง (Kim et al., 2019)

ทั้งนี้การศึกษาค้นคว้าพบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ขณะที่มีการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต (Glenn et al., 2023; Lee et al., 2014) ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต อาจมีหลากหลายมิติและอาจมีปัจจัยอื่นที่เป็นตัวกลางระหว่างความสัมพันธ์นี้ จึงควรมีการศึกษาประเด็นนี้ต่อไป



ข้อจำกัดในการทำวิจัย (Limitations)

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาพลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ดังนั้นจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดทุกคนได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตอาจมีความแตกต่างในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ

2. การศึกษาในครั้งนี้มีรูปแบบเป็นเชิงพรรณนา ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต จึงเป็นเพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์ แต่ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยสาเหตุของพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง เป็นข้อมูลพื้นฐานการพยาบาลในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตแก่วัยรุ่นกลุ่มนี้

2. จากผลการวิจัยพบว่า เพื่อนและสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต จึงสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานและนำไปเป็นแนวทางส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้ ไม่ว่าจะเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม หรือการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลวัยรุ่นกลุ่มนี้ต่อไป

3. จากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิด มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.8) มีภาวะซึมเศร้ามาก จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.4) และมีภาวะเศร้ารุนแรง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.1) จึงอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นกลุ่มนี้เพื่อพัฒนาการแนวทางการดูแลสุขภาพจิตต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยด้านตัวโรคเพิ่มเติม คือ ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานยา เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตเพิ่มเติม

2. ควรมีข้อคำถามหรือเครื่องมือเกี่ยวกับครอบครัวที่ครอบคลุมถึงคุณภาพครอบครัวเพิ่มเติม เช่น ความอบอุ่น รูปแบบการเลี้ยงดู และผู้เลี้ยงดูหลัก เป็นต้น

3. ควรมีการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสามารถวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุของพลังสุขภาพจิตและพัฒนาการทำวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดได้

4. ควรมีการศึกษาพลังสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นที่มีโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ เพิ่มเติม

References

- Amin, K., & Patel, K. (2022). Role of psychologists in pediatric congenital heart disease. *Pediatric Clinics of North America*, 69(5), 865-878. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2022.05.002>
- Ananpattiwet, S., Waeokrathok, N., & Kanngoolearn, S. (2022). Relationship between resilience, friendship intimacy, and depression of secondary school students in Nakhon Ratchasima Province. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 4(3), 1-16.



- Drakouli, M., Petsios, K., Giannakopoulou, M., Patiraki, E., Voutoufianaki, I., & Matziou, V. (2015). Determinants of quality of life in children and adolescents with CHD: A systematic review. *Cardiology in the Young*, 25(6), 1027-1036. <https://doi.org/10.1017/s1047951115000086>
- Glenn, T., Cousino, M. K., Wernovsky, G., & Schuchardt, E. L. (2023). Resilient hearts: Measuring resiliency in young people with congenital heart disease. *Journal of the American Heart Association*, 12(21), e029847. <https://doi.org/10.1161/jaha.123.029847>
- Gonzalez, V. J., Kimbro, R. T., Cutitta, K. E., Shabosky, J. C., Bilal, M. F., Penny, D. J., & Lopez, K. N. (2021). Mental health disorders in children with congenital heart disease. *Pediatrics*, 147(2), e20201693. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-1693>
- Greup, S. R., Kaal, S. E. J., Jansen, R., Manten-Horst, E., Thong, M. S. Y., van der Graaf, W. T. A., Prins, J. B., & Husson, O. (2018). Post-traumatic growth and resilience in adolescent and young adult cancer patients: An overview. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 7(1), 1-14. <https://doi.org/10.1089/jayao.2017.0040>
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Bernard Van Leer Foundation.
- Kim, M., Kim, K., & Kim, J. S. (2019). Impact of resilience on the health-related quality of life of adolescents with a chronic health problem: A structural equation approach: Resilience and health-related quality of life of adolescents. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4), 801-811. <https://doi.org/10.1111/jan.13888>
- Lee, S., Kim, S., & Choi, J. Y. (2014). Coping and resilience of adolescents with congenital heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(4), 340-346. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182865367>
- Lee, S., Lee, J., & Choi, J. Y. (2017). The effect of a resilience improvement program for adolescents with complex congenital heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4), 290-298. <https://doi.org/10.1177/1474515116659836>
- Llistosella, M., Castellvi, P., Limonero, J. T., Pérez-Ventana Ortiz, C., Baeza-Velasco, C., & Gutiérrez-Rosado, T. (2022). Development of the individual and environmental resilience model among children, adolescents and young adults using the empirical evidence: An integrative systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3277-e3299. <https://doi.org/10.1111/hsc.13899>
- Monti, J. D., Jackson, J. L., & Vannatta, K. (2018). Adolescents and young adults living with congenital heart disease: Coping, stress reactivity, and emotional functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4), 441-451. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9554-y>



- Moon, J. R., Song, J., Huh, J., Kang, I. S., Park, S. W., Chang, S. A., Yang, J. H., & Jun, T. G. (2017). The relationship between parental rearing behavior, resilience, and depressive symptoms in adolescents with congenital heart disease. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 4, 55. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2017.00055>
- Nateethan, M. (2003). *Factors influencing depression of adolescents in Muang District Chiang Mai Province* [Master's thesis, Chiang Mai University]. <http://cmuir.cmu.ac.th/handle/6653943832/30245>
- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadakul, R. (2018). *Development of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents; PHQ-A*. <https://dmh-elibrary.org/items/show/395>
- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadakul, R. (2020). Validation of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A) in adolescent psychiatric patients. *International Journal of Child Development and Mental Health*, 8(1), 30-40.
- Ruetathip, N., Rujirachakorn, S., Mariamman, I., & Chanpeng, B. (2020). *Strong together*. Department of Mental Health. <https://dmh-elibrary.org/items/show/394>
- Somkittikanon, P., & Bunyapipat, T. (2021). The study of resilience quotient of the secondary private school students in Bangkok. *Journal of Health and Health Management*, 7(1), 28-36. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc/article/view/249069>
- van Harmelen, A. L., Kievit, R. A., Ioannidis, K., Neufeld, S., Jones, P. B., Bullmore, E., Dolan, R., NSPN Consortium., Fonagy, P., & Goodyer, I. (2017). Adolescent friendships predict later resilient functioning across psychosocial domains in a healthy community cohort. *Psychological Medicine*, 47(13), 2312-2322. <https://doi.org/10.1017/s0033291717000836>
- Wang, Q., Hay, M., Clarke, D., & Menahem, S. (2012). The prevalence and predictors of anxiety and depression in adolescents with heart disease. *The Journal of Pediatrics*, 161(5), 943-946. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.04.010>