ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

นางสาว ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2544
ISBN 974-03-0238-6
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEPRESSION IN PEDIATRIC THALASSEMIC OUTPATIENTS OF HOSPITAL IN BANGKOK METROPOLIS

Miss Thitirat Siriputthaiwan

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Scince in Mental Health

Department of Psychiatry
Faculty of Medicine
Chulalongkorn University

Academic Year 2001
ISBN 974-03-0238-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาว ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จริยาภรณ์ สุทธิพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

…….. คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

…… ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

…….. อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)

…… อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง)

…… อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จริยาภรณ์ สุทธิพันธ์)

…… กรรมการ
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ : ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร (DEPRESSION IN PEDIATRIC THALASSEMIC OUTPATIENTS OF HOSPITAL IN BANGKOK METROPOLIS) อ.ที่ปรึกษา : อาจารย์แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร. อ.ที่ปรึกษาร่วม : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จริยาภรณ์ สุทธิพันธ์ ; 127 หน้า, ISBN: 974-03-0238-6

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ณ คลินิกโรคเลือดเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช อายุ 10 – 15 ปี (อายุเฉลี่ย = 11.86 ปี) จำนวน 370 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามสำหรับเด็กและผู้ปกครอง แบบวัดอาการซึมเศร้า แบบวัดความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Spss/pc+ สถิติที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-square test, Fisher's exact test, Unpair t-test, One-way ANOVA และ Stepwise multiple regression analysis

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียคิดเป็นร้อยละ 35.1 ผลการหาความสัมพันธ์โดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ($p < .01$) ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว ($p < .01$) ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ($p < .01$) ผลการเรียน ($p < .05$) ประวัติถูกทารุณกรรม ($p < .05$) ระดับการศึกษาของมารดา ($p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ ($p < .01$) อายุที่เริ่มป่วย ($p < .01$) ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ($p < .01$) ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ($p < .01$) ผลการเรียน ($p < .05$) ประวัติถูกทารุณกรรม ($p < .05$) ระดับการศึกษาของมารดา ($p < .05$) ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว ($p < .05$) เมื่อนำตัวแปรต่าง ๆ มาคัดเลือกเพื่อใช้สร้างแบบจำลองการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่ดีที่สุดที่ถูกเลือกเข้ามาโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ผลการเรียน ประวัติถูกทารุณกรรม สมการนี้สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ประมาณร้อยละ 35.6 และความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนสามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต……
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา……
ปีการศึกษา	2544	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม……
		ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม……

4275280030 : MAJOR MENTAL HEALTH
key word : DEPRESSION / THALASSEMIC

THITIRAT SIRIPUTTHAIWAN : DEPRESSION IN PEDIATRIC THALASSEMIC OUTPATIENTS OF HOSPITAL IN BANGKOK METROPOLIS. THESIS ADVISOR : SIRILUCK SUPPAPITIPORN, MD.THESIS COADVISOR : ASSO. PROF BHIROM SUGHONDHABHIROM NA PATTALUNG. ASSIST. PROF JARIYAPORN SUTTIPAN ; 127 pp. ISBN 974-03-0238-6

The purposes of this study were to investigate the prevalence of depression in pediatric thalassemic outpatients and to explore factors associated with depression. The subjects of this study included 370 pediatric thalassemic outpatients who were treated at hematology clinic , King Chulalongkorn Memorial Hospital, Siriraj Hospital, Phramongkutklao Hospital and College of Medicine ,and Bhumibol Adulyadej Hospital. These subjects ranged in age from 10 – 15 years old (x = 11.86 years). The research instruments consisted of Children and Parent Questionnaires, Children' s Depression Inventory (CDI), and The Cornell Interview of Peers and Friends (CIPF). The data were analyzed by spss/pc+ Percentage, mean, and standard deviation were determined. Unpaired t-test, One-way ANOVA, Chi-square test, Fisher's exact test and Stepwise multiple regression analysis were used for statistical analyses.

The study found that the prevalence of depression in pediatric thalassemic out patient was 35.1%. The Chi-square test and Fisher's exact test indicated the following essential factors: parents relationship ($p < .01$), relationship with family members ($p < .01$), peers relationship ($p < .01$), grade report ($p < .01$), child abuse history ($p < .05$), and mother's education level ($p < .05$). Statistically significant factors related to severity of depression in these children were sex ($p < .01$), time of onset ($p < .01$), parent relationship ($p < .01$), peers relationship ($p < .01$), grade report ($p < .05$), child abuse history ($p < .05$), mother's education level ($p < .05$), and relationship with family members ($p < .05$).In this study a forecasting equation was constructed from stepwise multiple regression analysis. The best predictive variables were peers relationship, grade report, and child abuse history. From this equation, the best factor that can predict depression was peers relationship, predicting about 35.6 percent ($R^2 = .356$).

Department	Psychiatry	Student's signature…….
Field of study	Mental health	Advisor's signature…….
Academic year	2001	Co-advisor's signature……...
		Co-advisor's signature……...

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือที่ดียิ่งของรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และผู้ช่วยศาสตราจารย์จริยาภรณ์ สุทธิพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ กรรมการสอบ ที่ได้ให้คำแนะนำช่วยเหลือในการดำเนินงานและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ และทุนการวิจัยครั้งนี้ส่วนหนึ่งได้รับมาจากทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัย จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้อย่างดียิ่ง รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ปกครองทุกท่านที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้และให้ความช่วยเหลือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ ที่ได้ให้คำแนะนำและอนุญาตให้ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า ขอขอบคุณอาจารย์วงศ์วรรณ วงศ์สุภา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของรายการอ้างอิง

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ผ่าน บาลโพธิ์ ที่ได้กรุณาแก้ไขบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ธีรพงษ์ อุดมเวช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากช่องนานาที่ได้ให้โอกาสลาศึกษาต่อ ขอขอบคุณมารดาและคุณมงกุฎ สุขรมย์ ที่ได้สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณคุณสิริวรรณ เคนผาพงศ์ รวมทั้งเพื่อนปริญญาโทรุ่นที่ 12 และทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย……ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ……จ
กิตติกรรมประกาศ……ฉ
สารบัญ……ช
สารบัญตาราง……ฌ
บทที่
1 บทนำ……1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา……1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย……3
ขอบเขตของการวิจัย……4
ข้อตกลงเบื้องต้น……5
ข้อจำกัดของการวิจัย……5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย……5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ……6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง……7
แนวคิดและทฤษฎี……7
โรคเรื้อรัง……7
โรคธาลัสซีเมีย……23
ภาวะซึมเศร้า……26
ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น……32
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง……41
3 วิธีดำเนินการวิจัย……46
รูปแบบการวิจัย……46
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง……46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย……47
การตรวจสอบเครื่องมือ……49
การรวบรวมข้อมูล……49
การวิเคราะห์ข้อมูล……50

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ หน้า

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล……52
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล……53
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค……57
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว……61
ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคม……65
ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า……66
ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่กำหนด……68
ส่วนที่ 7 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่กำหนด……76
ส่วนที่ 8 ข้อมูลแสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างลักษณะของความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน……85
ส่วนที่ 9 ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า……86
ส่วนที่ 10 ข้อมูลแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยที่กำหนดกับภาวะซึมเศร้า……87
5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ……91
สรุปผลการวิจัย……91
อภิปรายผลการวิจัย……96
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย……104
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป……104
รายการอ้างอิง……106
ภาคผนวก……112
ภาคผนวก ก แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเด็ก……113
ภาคผนวก ข แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง……123
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์……127

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย.....53

2 แสดงจำนวนและร้อยละของการคิดแก้ปัญหาของผู้ป่วย.....55

3 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติถูกทารุณกรรม.....56

4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค.....57

5 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย.....59

6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว.....61

7 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมเรื่องความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน.....65

8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน.....65

9 แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย.....66

10 แสดงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย.....67

11 แสดงจำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย.....68

12 แสดงจำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยด้านโรค.....70

13 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว.....72

14 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียกับปัจจัยด้านสังคม.....75

15 แสดงจำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย.....77

16 แสดงจำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยด้านโรค.....79

17 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว.....81

18 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียกับปัจจัยด้านสังคม.....84

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ หน้า

19 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างลักษณะของความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน.....85
20 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของลักษณะของความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า.....86
21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ถดถอย.....88
22 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน.....89

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ไม่พึงประสงค์สำหรับบุคคลทั่วไป เมื่อใดที่คนเราเจ็บป่วยย่อมแสดงว่าได้เกิดภาวะความไม่สมดุลในร่างกายขึ้นแล้ว บุคคลนั้นต้องใช้ความพยายามแก้ไขรักษาและปรับตัว เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะสมดุลโดยเร็วที่สุด[1] นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังมีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอีกด้วย เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าร่างกายมีความสัมพันธ์กับจิตใจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางร่างกาย ก็จะมีผลกระทบหรือเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนมีปฏิกิริยาทางจิตใจเกิดขึ้นอย่างมาก แต่บางคนเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่เกิดขึ้นเลย[2]

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบที่แตกต่างกับการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นเด็กซึ่งกำลังอยู่ในวัยพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความคิด เพราะสิ่งเหล่านี้ยังเจริญไม่เต็มที่ ดังที่มีการศึกษาพบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการทางความคิดและอารมณ์ของเด็กได้ ในขณะที่เด็กป่วยอย่างเฉียบพลันจะมีปัญหาอารมณ์เล็กน้อยขณะอยู่โรงพยาบาล และส่วนใหญ่จะไม่มีผลกระทบในระยะยาว[1] การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เด็กมีข้อจำกัดที่มากมาย เช่น อาหาร การเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย และการเรียน ซึ่งขัดขวางต่อพัฒนาการของเด็ก ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาทำให้สังคมภายนอกมองว่าเป็นเด็กป่วย ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนคนอื่น อาจจะพยายามปกปิดความเจ็บป่วยของตนเอง ก่อให้เกิดความตึงเครียดได้ง่าย เด็กเหล่านี้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัว[2] ส่งผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กและการทำหน้าที่ของครอบครัว[3] ผลกระทบต่อเด็กที่สามารถสังเกตได้ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ การแสดงออกเป็นพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ผลการเรียน ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน[4]

ครอบครัวของเด็กจะต้องเผชิญกับภาวะความตึงเครียดอย่างมาก เมื่อได้รับทราบการวินิจฉัยโรคว่าเด็กเป็นโรคเรื้อรัง อันนำไปสู่ปฏิกิริยาต่าง ๆ แมทสัน(Mattsson1972) กล่าวว่าปฏิกิริยาแรกที่พ่อแม่แสดงเมื่อรู้ว่าลูกป่วยเรื้อรังคือ ความกลัวและวิตกกังวลอย่างเฉียบพลันถึงความตายที่จะมาถึงลูก พ่อแม่บางคนจะโกรธเพราะเห็นว่าเป็นภาระที่ลูกป่วยไม่มีทางหาย บางคนมีความรู้สึกผิดคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยถ้าโรคนั้นมีสาเหตุทางพันธุกรรม บางครั้งความรู้สึกโกรธและ

ความรู้สึกผิดจะเกิดสลับกันไปมา เมื่อโกรธก็จะว่ากล่าวลูกอย่างรุนแรง ทำให้เด็กมีปฏิกิริยาทางอารมณ์รุนแรง ท้าทายและไม่ร่วมมือในการรักษา และเมื่อใดที่พ่อแม่รู้สึกผิดก็จะปกป้องลูกเกินสมควร ทำให้เด็กช่วยตัวเองไม่ได้ แล้วทั้งพ่อแม่ลูกก็ตกอยู่ในภาวะท้อแท้หมดหวัง [5] ผลกระทบเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาแตกต่างกันไปตามสภาพครอบครัว เช่นปัญหาชีวิตสมรส ปัญหาด้านการงาน ปัญหาความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น[6]

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางเรื้อรังที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบลักษณะยีนด้อย (Autosomal Recessive) [7] ซึ่งมีอุบัติการสูงมากในประเทศไทย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศและเป็นภัยเงียบที่คุกคามคนไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี จากการสำรวจทางการแพทย์พบว่าคนไทยเป็นโรคนี้ประมาณ 600,000 คน[8] และผู้ที่มียีนผิดปกติที่เป็นพาหะของโรคซึ่งสามารถถ่ายทอดโรคสู่บุตรหลานได้ มีอัตราสูงถึงร้อยละ 30 – 40 ของประเทศ คือประมาณ 18 – 24 ล้านคน การตั้งครรภ์ 5 ใน 100 คนเป็นการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการมีบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย คิดเป็นจำนวนการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงปีละ 50,000 ครรภ์ ในจำนวนนี้ประมาณ 1 ใน 4 ของทารก จะเป็นโรคธาลัสซีเมีย คือแต่ละปีประเทศไทยจะมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 12,125 คน ครึ่งหนึ่งเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง รัฐจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลปีละ 5,000 ถึง 6,000 ล้านบาท[9]

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ทำให้บุคคลเกิดการป่วยเรื้อรังตั้งแต่เด็ก ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้ต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกาย ภาวะแทรกซ้อน และจากการรักษาที่เรื้อรัง[10] แต่ละปีมีเด็กที่เสียชีวิตจากการป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียอย่างรุนแรงประมาณ 1,250 คน บางรายเสียชีวิตช่วงอายุประมาณ 10 ขวบ แต่บางคนเป็นโรคซีดอย่างรุนแรงต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจะมีคนเสียชีวิตจากโรคธาลัสซีเมียทุกประเภทปีละประมาณ 5,000 คน [8] ประเวศ วะสี กล่าวว่าเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมียรุนแรงนั้นเป็นคนพิการที่มีปัญหามากกว่าคนพิการธรรมดาเพราะเป็นความพิการที่แก้ไขไม่ได้[10] พยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่อ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เท่าคนปกติ [11] ผู้ป่วยจะซีดมากตั้งแต่เด็ก เช่น ในขวบปีแรก จำเป็นต้องรักษาด้วยการรับเลือด ถ่ายเลือดจากผู้อื่นทุกเดือนหรือทุก 2 เดือน เพื่อให้มีชีวิตอยู่รอดและเติบโตได้[12] ผู้ป่วยมักจะมีโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเกิดหลายโรคได้พร้อมกัน ในรายที่ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในขั้นปานกลางหรือรุนแรงมาก พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของใบหน้าที่เรียกว่าใบหน้าธาลัสซีเมีย ผิวเหลืองซีดคล้ำ การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติทำให้รูปร่างเล็กแกร็น ท้องป่องยื่นมองเห็นได้ชัดเจน เนื่องจากตับและม้ามโต พัฒนาการทางเพศจะช้ากว่าปกติทั้งด้านกายภาพและการทำหน้าที่ของอวัยวะสืบพันธุ์[11] แม้จะมีอาการหลายอย่างแต่สำหรับผู้ป่วยแล้วอาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล คือ อาการซีด เหนื่อยง่าย

ทำให้ต้องมาตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อให้เลือดทุกเดือนตลอดชีวิต[12] และในรายที่ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในขั้นน้อย ถึงแม้รูปร่างหน้าตาจะปกติ แต่การเป็นพาหะของโรคทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย[13]

ปัญหาจากพยาธิสภาพของโรคมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง การรักษาที่นิยมยังเป็นการรักษาตามอาการและตามภาวะแทรกซ้อนซึ่งสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง[13] คือจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา 10,000 บาทต่อคนต่อเดือน หรือ 1,200,000 บาทต่อคนต่อปี แม้ว่าปัจจุบันจะเริ่มมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียด้วย [8] แต่ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลไปตลอดชีวิต ทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไป ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว ญาติพี่น้อง และสังคม[15] ครอบครัวที่มีผู้ป่วยธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับการคุกคาม หรือความเครียดที่ยาวนานตลอดชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดได้[16]

ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียนอกจากจะมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และมีข้อจำกัดที่มากมายแล้ว เด็กเหล่านี้ยังมีปัญหาทางอารมณ์จากการที่ตนไม่สามารถเป็นเหมือนเด็กปกติและเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ยาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการประเมินตนเอง และสื่อสารความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองกับผู้อื่น มีการพัฒนาความเข้าใจเรื่องอารมณ์ด้านต่าง ๆ และมีความเข้าใจเรื่องเวลาอย่างถูกต้อง คือ มีการลำดับเหตุการณ์ และสามารถประเมินระยะเวลาจากเหตุการณ์หนึ่งไปยังเหตุการณ์หนึ่งได้อย่างถูกต้อง การศึกษาทางด้านอารมณ์จิตใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่กว้างขวางนัก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการช่วยเหลือเด็กกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศ ผลการเรียน ประวัติถูกทารุณกรรม การคิดแก้ปัญหา ชนิดของโรค อายุที่เริ่มป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบผู้ป่วยนอก ระดับการศึกษาของบิดามารดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติ,คนในครอบครัว ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียทุกรายที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคเลือดเด็ก ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หรือโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยเด็กมีอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะสาขาว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียโดยไม่จำกัดชนิดของโรคธาลัสซีเมีย และวิธีการรักษาที่ผ่านมาในอดีต ไม่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงอย่างอื่น กำลังศึกษาอยู่ สามารถอ่านเขียน และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง

2. กลุ่มตัวอย่างได้ทำการวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ซึ่งเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าที่ใช้ในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น อายุ 10 – 15 ปี เพื่อตรวจกรองอาการซึมเศร้าในเด็ก รวมทั้งติดตามผลการรักษาของ Maria Kovacs ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 27 ข้อ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเอง ครอบคลุมอาการซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ มีจุดตัดของคะแนน (Cutting point) ที่จะแยกเด็กที่มีอารมณ์ซึมเศร้าออกจากเด็กที่ไม่มีอารมณ์ซึมเศร้า คือ ค่าคะแนนที่ 15 ขึ้นไป และคะแนนสูงกว่า 21 ขึ้นไป หมายถึงมีอารมณ์ซึมเศร้าในระดับรุนแรง

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ(Independent Variable) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็ก ได้แก่ เพศ ผลการเรียน การคิดแก้ปัญหา ประวัติถูกทารุณกรรม

2. ปัจจัยด้านโรค ได้แก่ ชนิดของโรคที่เริ่มป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษาของบิดามารดา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติ/คนในครอบครัว

4. ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ตัวแปรตาม(Dependent Variable) คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ ผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีอายุ 10 – 15 ปี

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยนอกเด็กที่กำลังเรียนหนังสือที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครเท่านั้น จึงอาจมีปัจจัยบางประการที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยในและผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาครั้งนี้อาจจะมีความแตกต่างไปจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression)[17] หมายถึง อารมณ์เศร้า รู้สึกว่าไม่เป็นที่รัก หงุดหงิด กังวล หวั่นไหวง่าย ความคิดฟุ้งซ่าน คิดอยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ
2. โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia)[7] หมายถึง โรคโลหิตจางชนิดเรื้อรัง ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบลักษณะยีนด้อย (Autosomal Recessive) เกิดความผิดปกติของยีน ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงไม่มีประสิทธิภาพ มีลักษณะผิดปกติและแตกทำลายเร็วกว่าปกติ
3. ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียเป็นประจำขณะอยู่บ้านและพาเด็กมาตรวจ ติดตามผลการรักษาที่คลินิกโรคเลือดเด็ก อาจเป็นบิดามารดา หรือ ญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
4. ความสัมพันธ์ของบิดามารดา หมายถึง การแสดงออกถึงการติดต่อสัมพันธ์กันระหว่างบิดามารดา อาจแสดงออกทั้งลักษณะที่มีความขัดแย้งกัน หรือในลักษณะที่มีความปรองดองกัน
5. ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การติดต่อสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัวภายใต้การเจ็บป่วยของเด็ก อาจแสดงออกทั้งลักษณะที่มีความขัดแย้งกันหรือในลักษณะที่มีความปรองดองกัน
6. ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน[18] หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและกลุ่มเพื่อนที่แสดง

ออกถึงการมีพัฒนาการที่เหมาะสม การมีทักษะการเข้าสังคม และการตระหนักในคุณค่าของตนเองของผู้ป่วย

7. เด็กที่ถูกทารุณกรรม[19] หมายถึงการที่เด็กได้รับความทุกข์ทรมาน ทั้งร่างกาย จิตใจ และทางเพศ จากบิดามารดาหรือผู้ปกครองเป็นคนกระทำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อที่จะได้ทราบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย
2. เพื่อที่จะได้ทราบว่าปัจจัยใดที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย
3. เพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้ปกครอง ครู ทีมสุขภาพจิต ให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับสาเหตุ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย
4. เพื่อนำข้อมูลมาใช้สำหรับงานการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กโรคธาลัสซีเมีย
5. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย
6. เพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์แก่คู่สมรส
7. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคเรื้อรัง
2. โรคธาลัสซีเมีย
3. ภาวะซึมเศร้า
4. ภาวะซึมเศร้าในเด็ก
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังมีผลกระทบอย่างมากต่อเด็กและครอบครัวของเด็กป่วยโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่รุนแรงเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของความผิดปกติทางอารมณ์[20] นอกจากนี้ยังมีผลอย่างมากมายต่อพัฒนาการของวัยรุ่น เด็กวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมากไม่สามารถเข้าสู่ระยะวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม[21] และถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ปัญหาอาจดำเนินไปจนกระทั่งโตเป็นผู้ใหญ่ การดูแลผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงและเรื้อรังนั้นจึงเป็นงานที่มีความละเอียดอ่อน[22]

เฮอร์โกวิทซ์และรอสแมน[4] ให้ความหมายว่า โรคเรื้อรังเป็นความผิดปกติ หรือความพิการทางกายหรือจิตใจที่ทำให้เด็กไม่สามารถมีพัฒนาการได้เหมาะสมกับวัย

The National Commission on Chronic Illness [23] ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness) ไว้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่ร่างกายมีความบกพร่องหรือมีความผิดปกติไปซึ่งจะมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. มีความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจอย่างถาวร
2. มีความบกพร่องของร่างกายที่เหลือจากโรคหลงเหลืออยู่
3. มีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถจะกลับเป็นปกติได้ดังเดิม

4. ต้องการการดูแลและฟื้นฟูสภาพ

5. ต้องการการดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน

แท็บและวอร์เนอร์[24] กล่าวว่า โรคเรื้อรังคือโรคที่ทำให้เกิดการเสื่อมอย่างช้า ๆ เป็นระยะเวลายาวนาน

อัมพล สูอำพัน และวาสนา ศรมณี[16] กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเจ็บป่วยระยะนาน หมายถึงความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่มีระยะเวลาดำเนินโรคยาวนาน อาจจะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ และตายในที่สุด หรือมีชีวิตได้นานแต่มีความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ โรคเรื้อรังบางชนิดอาจมีระยะที่อาการกำเริบเป็นพัก ๆ สรุปได้ว่า โรคเรื้อรังคือโรคที่มีความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้ร่างกายหรือจิตใจมีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจจะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ และตายในที่สุด

สภาพทางจิตวิทยาของเด็กเจ็บป่วย[16]

ความคิดต่อการเจ็บป่วยที่ต่างกันในเด็กแต่ละวัย มีลักษณะของการพัฒนาจากความไม่ถูกต้องไปสู่ความถูกต้อง โดยมีหลักเกณฑ์ในการพัฒนาเช่นเดียวกับทฤษฎีพัฒนาการความคิดและสติปัญญาของพีอาเจต์ (Piaget)

ทฤษฎีพัฒนาการความคิดและสติปัญญาของพีอาเจต์ สรุปได้ดังนี้

1. อิทธิพลของการพัฒนาความคิดและสติปัญญา การพัฒนาความคิดและสติปัญญาของเด็กนั้นได้รับอิทธิพลโดยตรงจากการมีปฏิกิริยาซึ่งกันและกัน (interaction) กับสิ่งแวดล้อมโดยเริ่มจาก

1.1 การรับรู้โดยประสบการณ์ จำ เลียนแบบ ซึมซับความคิดจากสิ่งที่เห็นภายนอก (assimilation) จากสิ่งแวดล้อม

1.2 เมื่อรวบรวมประสบการณ์ขั้นต้นเข้าหลายอย่างด้วยกันแล้ว เด็กจะสามารถประมวลความคิดความเข้าใจหรืออาจเปลี่ยนและปรับปรุงเป็นความคิดใหม่ก็ได้ (accommodation)

2. ขั้นตอนของการพัฒนาด้านความคิด การพัฒนาด้านความคิดนั้นจะมีระดับขั้นตอนอย่างแน่นอน และจะพัฒนาไปโดยไม่ข้ามขั้น แต่จะแตกต่างกันในความเร็วหรือช้าของพัฒนาการของแต่ละคนได้

ขั้นตอนที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 3 ขั้นใหญ่ ตามระดับของอายุสมอง

2.1 ขั้นความคิดที่ยังขาดเหตุผล (preconceptual operation) ขึ้นอยู่กับการรับรู้

ภายนอกที่ได้ประสบมา มักจะคิดออกมาในรูปเดิมเสมอ โดยยังขาดการปรับประสบการณ์ที่แม้จะได้รับเพิ่มเติมอีก ขั้นตอนดังกล่าวนี้พบได้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หรือไม่เกิน 6 ปี

2.2 ขั้นความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น (conceptual operation) ขึ้นกับระดับอายุ ขั้นนี้จะพบในเด็กอายุระหว่าง 7 – 11 ปี เด็กจะมีประสบการณ์และเกิดความคิดความเข้าใจได้ สามารถเปลี่ยนและปรับความคิดใหม่ได้เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น

2.3 ขั้นความคิดที่เด็กหาเหตุผลได้ถูกต้อง เหนือกว่าที่ได้เห็นหรือมีประสบการณ์มา (abstract Thinking) สามารถคาดการณ์ตามเหตุผลได้ด้วย

พัฒนาการด้านความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในเด็กวัยต่าง ๆ

1. ความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย

1.1 เด็กก่อนวัยเรียน (3 –6 ปี) จะคิดว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเนื่องมาจากตัวเองแทบทั้งสิ้น[2,16] โดยเชื่อมโยงเหตุการณ์ 2 อย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน จะเป็นสาเหตุซึ่งกันและกัน เช่น เป็นเพราะซน ไม่เชื่อฟังกินมากไป เป็นต้น เด็กอาจเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นการลงโทษที่เขากระทำผิด และเขาสามารถหายได้ถ้าเขาทำตามกฎระเบียบ เช่น เชื่อฟัง กินอาหารที่ถูกต้อง ใส่เสื้อกันหนาว หรือหายเองอัตโนมัติ[3]

1.2 เด็กวัยเรียน (7 – 10 ปี) บอกสาเหตุได้ถูกต้อง เช่น หวัดเนื่องจากไวรัส แต่มักจะบอกเหตุเดียว ขาบวมเพราะตะปูตำ ซึ่งแท้จริงแล้วอาจเพราะไปท่องน้ำสกปรกและโดนตะปูตำ

1.3 ในเด็กที่อายุ 10 ปีขึ้นไป อาจบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้หลายอย่างที่เชื่อมโยงกัน เช่น เป็นหัดเพราะไปอยู่ใกล้เพื่อนที่เป็นหัด และเกิดจากเชื้อไวรัสซึ่งเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ และต้องป้องกันไม่ให้คนอื่นที่ไม่ได้เป็นมาอยู่ใกล้เพราะเป็นโรคติดต่อได้[4,11]

2. ความคิดเกี่ยวกับการรักษา[4]

2.1 เด็กก่อนวัยเรียน จะคิดถึงการรักษาเชื่อมโยงกับการเจ็บป่วยที่เป็นประสบการณ์ของตัว จะกลัวการรักษา หลีกเลี่ยง หรือต่อต้าน

2.2 เด็กวัยเรียน จะสามารถเรียนรู้และคิดได้ว่า การรักษาจะทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้น จะร่วมมือในการรักษาอย่างดี

2.4 เด็กที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป จะเข้าใจวิธีการรักษาและสามารถเข้าใจผู้รักษา และให้ความร่วมมือแล้วหลังการช่วยเหลือต่อตัวเขาเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของเด็กเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อเด็กป่วยย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมเสมอ แต่ถ้าเราสังเกตให้ดีจะพบว่า เด็กบางคนไม่แสดงปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยเลย แต่เด็กบางคนกลับมีปฏิกิริยาทางจิตใจอย่างมากมาย การที่เด็กมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ[16] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของเด็กเมื่อเจ็บป่วย มีดังนี้[2]

1. ปัจจัยเกี่ยวกับเด็ก
2. ปัจจัยเกี่ยวกับโรค
3. ปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม

<u>ปัจจัยเกี่ยวกับเด็ก</u>

1. ระดับอายุและพัฒนาการของเด็ก[16] เด็กในระดับพัฒนาการหรืออายุต่าง ๆ ย่อมมีการตอบโต้ทางอารมณ์ การแสดงออกทางพฤติกรรม ความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การยอมรับในเหตุผลและมีแนวคิดต่างกันออกไป คือ

1.1 เด็กป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 6 เดือน ยังไม่ค่อยมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ เพียงแต่จะรู้สึกอึดอัดไม่สบาย ไม่พอใจ ร้องมากขึ้น ดูดนมน้อยลง เด็กวัยนี้ถ้าป่วยหนักจนต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลก็อาจมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นได้ แต่เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการดูแลที่ผิดไปจากเดิม[2,15] เด็กคุ้นเคยกับการเลี้ยงดูจากมารดา แต่เมื่อมารักษาตัวในโรงพยาบาลเด็กจะไม่คุ้นต่อการเลี้ยงดูจากพยาบาล ก็จะแสดงอาการหงุดหงิด มีปัญหาด้านการดูดนมและการนอนบ้าง แต่ปัญหาดังกล่าวนี้มักจะเป็นเพียงเล็กน้อยและชั่วคราว

1.2 เด็กป่วยที่มีอายุระหว่าง 6 เดือน – 18 เดือน เริ่มมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจบ้างแต่ไม่มากนัก ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นคือการถดถอย และอาจมีอาการซึมได้ เนื่องจากเด็กอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปมีความสามารถที่จะแยกคนแปลกหน้าออกจากคนที่คุ้นหน้าได้ และเริ่มมีความวิตกกังวลต่อการพลัดพราก ดังนั้นถ้าจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องแยกจากบิดามารดา ก็จะมีความวิตกกังวลที่ต้องห่างจากผู้ที่คุ้นเคย และยังวิตกกังวลต่อคนแปลกหน้าอีกด้วย เด็กเหล่านี้จะแสดงอาการหงุดหงิด ร้องไห้ง่าย ไม่ยอมกินอาหาร

1.3 เด็กป่วยอายุตั้งแต่ 18 เดือน – 4 ปี 6 เดือน เนื่องจากธรรมชาติของเด็กช่วงอายุนี้มีความวิตกกังวลต่อการพลัดพราก และมีความกลัวมากกว่าวัยอื่น ปฏิกิริยาทางด้านจิตใจที่พบได้ในวัยนี้คือ การถดถอย เช่น เคยเลิกดูดนิ้วแล้วกลับมาดูดนิ้วอีก เคยสามารถควบคุมการถ่ายอุจจาระ

ปัสสาวะ แล้วกลับไม่สามารถควบคุมได้อีก นอกจากนี้อาจมีอารมณ์หงุดหงิด มีปัญหาการกินอาหาร ปัญหาการนอน เกาะติดกับมารดาตลอดเวลาไม่ยอมให้ห่างไปไหน อาจเข้าใจว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของการถูกทำโทษ เนื่องจากมีความวิตกกังวลต่อการพลัดพรากสูง ดังนั้นถ้าป่วยมากจนต้องเข้าโรงพยาบาล อาจมีอารมณ์ซึมเศร้า แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมได้ง่าย

1.4 เด็กป่วยอายุ 4 ปี 6เดือน – 8 ปี เด็กวัยนี้ยังคงมีปัญหาหรือปฏิกิริยาทางด้านจิตใจต่อการเจ็บป่วยคล้ายกับเด็กอายุ 18 เดือน – 4 ปี 6 เดือน ที่ต่างไปคือ เด็กอายุ 4 ปี 6เดือน – 8 ปี เริ่มมีความกังวลต่อการสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ

1.5 เด็กป่วยอายุ 8 ปี – 12 ปี เด็กวัยนี้ยังคงมีการถดถอยได้แต่อาการไม่รุนแรงมากนัก มีความกังวลต่อหน้าที่อวัยวะ เช่น กลัวว่าจะเดินไม่ได้ เริ่มกังวลเกี่ยวกับอวัยวะเพศ เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นซึ่งมีอารมณ์ผันแปรง่าย ต่อต้านผู้ใหญ่ ดังนั้น อาจพบว่าเด็กพวกนี้แสดงพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ค่อยยอมรับ ไม่ทำตามคำแนะนำ บางรายรู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าได้รับการอธิบายจากผู้ดูแลรักษาก็สามารถเข้าใจความเป็นจริงได้[16]

1.6 เด็กอายุ 12 ปี ขึ้นไป เริ่มมีความคิด ความเข้าใจเหตุผลเชิงนามธรรม เข้าใจกระบวนการเกิดโรคและการรักษา เด็กวัยนี้มักมีความกังวลกับรูปร่าง ภาพลักษณ์ของตนเอง (body image) ความแข็งแกร่งของร่างกาย การยอมรับจากเพื่อน เริ่มมีความสนใจเพศตรงข้าม ต้องการความเป็นอิสระ ทำให้ไม่สบายใจเมื่อต้องพึ่งพาผู้อื่น และซึมเศร้าได้ง่าย

2. ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์และบุคลิกภาพ ในเด็กแต่ละคนจะแตกต่างกัน ซึ่งลักษณะนี้ถูกกำหนดโดยพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ลักษณะอารมณ์เหล่านี้อาจสังเกตได้ตั้งแต่อายุ 2 – 3 เดือน เด็กที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ดี ไม่โกรธง่าย ไม่ก้าวร้าว การเกิดความรู้สึกของอารมณ์ไม่รุนแรงนัก ไม่ซุกซนจนเกินไป และมีความรับผิดชอบบ้าง ผู้ที่ดูแลเด็กเหล่านี้ก็จะเลี้ยงดูด้วยความสบายใจไม่หงุดหงิด เด็กกลุ่มนี้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็มักจะมีปฏิกิริยาไม่มากนักและเชื่อสิ่งที่แพทย์แนะนำ บิดามารดาจะรู้สึกผ่อนคลาย ตรงกันข้ามถ้าเด็กมีพื้นฐานทางอารมณ์ไม่ดีโกรธง่าย ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ยาก เกิดความรู้สึกทางอารมณ์รุนแรง อยู่ไม่นิ่ง (hyperactive) มีสมาธิสั้น และขาดความรับผิดชอบ เด็กเหล่านี้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยซึ่งเป็นภาวะเครียดอย่างหนึ่ง ก็มักจะทำให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจได้มากและง่าย โดยมักจะมีอาการหงุดหงิด งอแง พึ่งบิดามารดามากขึ้น สมาธิสั้นลง อยู่ไม่นิ่งมากขึ้น ปฏิเสธการรักษา ไม่เชื่อฟังคำแนะนำของผู้รักษา ปฏิกิริยาเหล่านี้ทำให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กเกิดความเบื่อหน่าย หงุดหงิด โกรธ และทนต่อภาวะเครียดไม่ได้ ถ้าเด็กยังคงงอแงไม่หยุด บิดามารดาอาจทำโทษรุนแรงและผลการทำโทษนี้ เด็กอาจเข้าใจผิดว่าบิดามารดาไม่รัก

ก็จะกังวลและหงุดหงิดเพิ่มขึ้นอีก และเด็กก็อาจถูกทำโทษเพิ่มขึ้นอีก จนอาจทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและบิดามารดาเสียไป[2]

3. ระดับสติปัญญา[1,2,16] เด็กที่มีสติปัญญาปกติหรือดีย่อมมีความสามารถเข้าใจเหตุผลของความเจ็บป่วยได้ดีกว่าเด็กสติปัญญาต่ำ

4. ประสบการณ์ของการเจ็บป่วยในอดีต[2] ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในครั้งก่อน ๆ เช่น ความกลัว อาการเจ็บปวด รวมทั้งบรรยากาศของความเจ็บป่วยในบ้านและเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัวย่อมมีผลกระทบต่อการแสดงออกของเด็กต่อการเจ็บป่วย

5. ความสมบูรณ์ของร่างกาย[16] เด็กที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์ เจ็บป่วยบ่อย เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการทางร่างกาย การเจ็บป่วยและความพิการนี้ จะมีผลกระทบกระเทือนต่อธรรมชาติและชีวิตประจำวันของเด็ก ทำให้ไม่สามารถมีความเป็นอยู่อย่างปกติ มีอารมณ์หงุดหงิด รู้สึกต่ำต้อยไม่เหมือนเพื่อนคนอื่น ๆ นอกจากนี้บิดามารดามักดูแลเด็กกลุ่มนี้ในลักษณะที่กังวลและปกป้องมากเกินไป จึงยิ่งทำให้เด็กเหล่านี้มีลักษณะไม่เป็นตัวของตัวเอง มีปมด้อยและทนต่อภาวะเครียดไม่ได้ดี นอกจากนี้เด็กที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์เมื่อเจ็บป่วยจะมีอาการทางร่างกายรุนแรง และเป็นมากกว่าธรรมดา ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย และมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจมากกว่าธรรมดา

<u>ปัจจัยเกี่ยวกับโรค</u>

1. ช่วงอายุที่เริ่มเกิดโรคครั้งแรก (onset of illness) ช่วงอายุที่เริ่มต้นเกิดโรคครั้งแรกจะมีผลต่อการแปลความหมายของโรค และมีผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว[2] ความเจ็บปวดและความกลัวจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเรื่องยากที่เด็กจะสามารถจัดการได้ เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถเข้าใจธรรมชาติของการเจ็บป่วยและการรักษาได้อย่างดีพอ Brewster (1982)ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการด้านความคิดและความสามารถในการคิดแก้ปัญหาเกี่ยวกับขบวนการรักษา การเจ็บป่วยช่วงวัยทารกจะใช้กลไกทางจิตทำให้ลืมความเจ็บปวดของตนเอง ต่างจากการเจ็บป่วยที่เริ่มเกิดในวัยรุ่นจะส่งผลต่อการพัฒนาการบางส่วนที่ต่างกันออกไป เรื่องสำคัญสำหรับเด็กวัยรุ่นคือ ภาพลักษณ์ (body image) การพัฒนาเอกลักษณ์ (personal identity formation) และการยอมรับของกลุ่มเพื่อน (peer acceptance) การเจ็บป่วยเรื้อรังในช่วงวัยรุ่นจะมีผลทำให้กระบวนการพัฒนาสู่ความเป็นตนเอง (self-development) เป็นไปอย่างไม่สมบูรณ์ เด็กบางรายมีการปรับตัวในช่วงแรกของการเจ็บป่วยทำให้ผ่านช่วงเข้าเรียนปีแรก ๆ ได้ แต่เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นเขาจะล้มเหลวในการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามหรือเริ่มที่จะแยกจากการสนับสนุนของครอบครัว อาการซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในวัยรุ่นและสิ่งที่เพิ่มตามมาคือ ความคิดและความเสี่ยงเรื่องฆ่าตัวตาย[20]

2. ลักษณะของโรค (nature of the etiology of illness) โรคเรื้อรังแต่ละโรคจะมีผลกระทบต่อเด็กในแง่มุมที่แตกต่างกันออกไป ทำให้เด็กต้องดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางความเสี่ยงต่อความตายก่อนวัยอันสมควร[1] ลักษณะของโรคมีผลต่อความเข้าใจ การยอมรับ การปรับตัวของเด็กและครอบครัว โรคที่มีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ ทำให้พ่อแม่รู้สึกผิด รู้สึกเสียใจที่เป็นพาหะของโรค และจะกล่าวโทษซึ่งกันและกัน บางครอบครัวอาจตัดสินใจไม่มีลูกคนต่อไป โรคที่เกี่ยวข้องกับสมองจะมีอิทธิพลต่อสมาธิ การควบคุมอารมณ์ (impulse control) และสติปัญญา[2,20]

3. ความแน่นอนของการวินิจฉัยโรค (certainly of diagnosis) ในกรณีที่อาการของโรคไม่สามารถวินิจฉัยให้แน่นอนได้ หรือต้องใช้เวลาในการค้นหาสาเหตุ ทำให้เด็กและครอบครัววิตกกังวลได้มาก ถ้าแพทย์ไม่ได้บอกขั้นตอนการตรวจและการรักษาให้แน่ชัด จะทำให้พ่อแม่กล่าวโทษได้หากพบว่าเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงภายหลัง

4. ระดับความผิดปกติและความพิการ (degree of deformity and disability) ความผิดปกติและความพิการทำให้เด็กมีข้อจำกัดในการแก้ไขปัญหา พบว่าระดับความพิการจะสัมพันธ์กับระดับพยาธิสภาพทางจิตใจของเด็กซึ่งเกิดขึ้นได้ทุกช่วงอายุ

5. การพยากรณ์และการดำเนินโรค (prognosis and course of illness) แม้ว่าการพยากรณ์และการดำเนินโรคจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับตัว แต่ถ้ายังมีความหวังว่าสามารถรักษาโรคให้หายได้หรือมีความพิการเพียงเล็กน้อย แพทย์และครอบครัวจะมองโรคในแง่ดีและสามารถปรับตัวได้ดี ในทางตรงกันข้าม เมื่อเด็กเป็นโรคร้ายแรง ถ้าพ่อแม่ปฏิเสธไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของลูก ย่อมมีผลต่อการรักษาและการดำเนินชีวิตของเด็กและครอบครัว[2,20]

<u>ปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม</u>

1. สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับเด็ก[16] เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ต้องพึ่งบิดามารดาอยู่เสมอ ถ้าสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับเด็กดี เด็กก็จะมีความรู้สึกเป็นสุข มีความมั่นคงทางใจ ตรงกันข้ามถ้าสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับเด็กไม่ดี เมื่อมีความทุกข์ร้อน มีปัญหาเด็กจะไม่กล้าพึ่งหรือขอความช่วยเหลือจากบิดามารดา เขาจะรู้สึกเป็นทุกข์ ขาดความมั่นคงทางใจ ขณะที่เด็กป่วยความทุกข์จากอาการป่วย เช่น ปวด เจ็บ เหนื่อยอ่อน จะทำให้เด็กมีความกังวลไม่สบาย แสดงอาการถดถอย ต้องการพึ่งบิดามารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กที่ป่วยรุนแรงหรือมีการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความพิการและทรมาน ระหว่างเจ็บป่วยนี้ถ้าสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดากับเด็กดี เขาจะรู้สึกว่ายังมีที่พึ่ง อุ่นใจ มั่นใจว่าบิดามารดาต้องช่วยเขาได้แน่ ดังนั้นถึงแม้ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง แต่เด็กจะมีอาการสงบ อดทน ร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

2. ความสุขในครอบครัว[16] การเจ็บป่วยของลูกเป็นภาวะเครียดอย่างหนึ่งของครอบครัว

บิดามารดาที่รักใคร่กันและมีความสุขก็มักจะร่วมมือร่วมใจ มีความมั่นใจในการที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยของลูก ไม่เกิดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากนัก ถ้าบิดาหรือมารดามีความวิตกกังวลมาก ก็มักจะช่วยกันปลอบและประคับประคองจนสามารถปรับตัวได้ ดังนั้นเด็กป่วยที่บิดามารดามีความปรองดองรักใคร่กันดี จึงมักไม่ค่อยมีปัญหาทางด้านจิตใจต่อการเจ็บป่วยมากนัก ถ้าบิดามารดาไม่เข้าใจกันมีเรื่องขัดแย้งกันอยู่เสมอ ๆ แล้ว เมื่อเกิดภาวะเครียด เช่น การเจ็บป่วยของลูก ก็จะทำให้ความอดทนอดกลั้นต่อภาวะต่าง ๆ ได้น้อยลง ความไม่เข้าใจกันและความขัดแย้งที่มีอยู่ก็จะยิ่งมีมากขึ้น รุนแรงเพิ่มขึ้น สภาพครอบครัวที่ไม่เป็นสุขอย่างนี้จะไม่สามารถให้ความรักและความเอาใจใส่ดูแลเด็กป่วยได้เลย บางครั้งอาจมีความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดและกล่าวโทษว่าการเจ็บป่วยของเด็กเป็นต้นเหตุของความไม่สงบสุขในครอบครัว เด็กป่วยเหล่านี้ย่อมมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจเกิดขึ้นได้มากและรุนแรงมากกว่าเด็กป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีความสุข

ภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวก็มีความสำคัญอย่างมาก ถ้าภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวไม่ดีอยู่แล้ว เมื่อลูกป่วยบิดามารดาจะมีความวิตกกังวลอย่างมาก เกรงว่าจะไม่มีเงินรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ บิดามารดาอาจกล่าวโทษว่าเด็กเป็นสาเหตุให้ครอบครัวประสบความยุ่งยากทางด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้มีการเลี้ยงดูในลักษณะที่รังเกียจได้

3. ความเข้าใจในธรรมชาติของโรค[16] บิดามารดาที่มีความเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคก็ย่อมจะยอมรับและเตรียมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ขณะที่เด็กป่วยได้เป็นอย่างดี ยอมรับความรุนแรงของโรค ยอมรับความพิการที่เกิดขึ้น บิดามารดาที่ไม่เข้าใจธรรมชาติของโรค อาจแสดงความรังเกียจ กลัวว่าจะนำเชื้อโรคไปติดลูกคนอื่น ๆ ได้ บางคนไม่ยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นกับเด็ก บังคับให้เด็กต้องเล่นออกกำลัง บังคับให้เรียน เด็กบางคนมีความพิการทางสมอง แต่บิดามารดาไม่ยอมรับว่าลูกของตนเรียนหนังสือไม่ได้ กลับไปกล่าวโทษว่าโรงเรียนสอนไม่ดี ผลสุดท้ายต้องย้ายโรงเรียนหลายแห่ง แต่เด็กก็ยังเรียนหนังสือไม่ได้ ในที่สุดก็เกิดปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมขึ้น

4. อิทธิพลของความเชื่อต่าง ๆ ต่อการเจ็บป่วย[16] อิทธิพลของสังคมรอบข้าง คำบอกกล่าวจากบุคคลหรือผู้ที่เรานับถือ วัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อทางไสยศาสตร์และคำทำนาย มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดต่อการเจ็บป่วยของพ่อแม่ และส่งผลต่อเนื่องไปยังผู้ป่วยด้วย

5. ทัศนคติและการเลี้ยงดูก่อนการเจ็บป่วย เมื่อเด็กเจ็บป่วยพ่อแม่จะมีทัศนคติและท่าทีการเลี้ยงดูลูกเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีผลต่อการปรับตัวของเด็ก[2] ในรายที่เด็กเจ็บป่วยรุนแรงเรื้อรัง นอกจากบิดามารดาจะมีความวิตกกังวลแล้ว อาจมีอารมณ์เศร้าและลงโทษตัวเองด้วย บิดามารดาที่มีอารมณ์ซึมเศร้าก็มักจะทำให้เด็กมีอารมณ์ซึมเศร้าด้วย ในกรณีที่บิดามารดาลงโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุให้เด็กป่วย ก็มักจะทดแทนความรู้สึกว่าตนเองผิดด้วยการเลี้ยงดูอย่างตามใจมากจนเกินไป

ปล่อยให้เด็กทำทุกอย่างตามความพอใจของเขาเอง ดังนั้นเด็กเหล่านี้จึงเอาแต่ใจ ก้าวร้าว ถ้าไม่ได้ตามความต้องการและไม่รู้ว่าอะไรควรไม่ควร

เด็กบางคนที่เจ็บป่วยหนักเป็นโรคที่รักษาไม่หาย บิดามารดาอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของลูกเป็นสิ่งเลวร้าย เป็นเรื่องโชคไม่ดี ทำให้ครอบครัวประสบความยุ่งยาก เศรษฐกิจในครอบครัวเลวลง ทำให้ชีวิตสมรสเลวลง บิดามารดาอาจมีความรู้สึกหรือทัศนคติไม่ต้องการลูก การเอาใจใส่ดูแลน้อยลง มาเยี่ยมน้อยลง หรือบางทีปฏิบัติต่อลูกด้วยความรุนแรงทั้งวาจา พฤติกรรม และสีหน้า ทำให้เด็กป่วยมีอารมณ์เศร้าหมอง บางรายอาจมีอารมณ์ก้าวร้าวสลับกับอารมณ์เศร้าหมอง

ขณะที่เด็กป่วยได้รับการรักษาอยู่นั้น ถ้าผลของการรักษาไม่เป็นที่น่าพอใจ บิดามารดาบางรายอาจกล่าวโทษว่าเป็นเพราะแพทย์รักษาไม่ดี อาจแสดงอาการไม่พอใจ ก้าวร้าว โต้เถียง ไม่เห็นด้วยกับการรักษา ผลก็คือทำให้เด็กป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้รักษาไม่ดี กลัวผู้รักษา มีความกังวลและสับสนได้[16]

6. การช่วยเหลือสนับสนุนจากญาติพี่น้องและเพื่อน ๆ จะช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้เด็กและครอบครัวปรับตัวได้ดีขึ้น[2]

ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง มักมีผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว ดังนี้

1. ผลกระทบต่อเด็ก

การเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กในทุกด้าน ทั้งทางกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม

1.1 พัฒนาการทางกาย เด็กที่ป่วยตั้งแต่วัยทารก เช่นมีความพิการตั้งแต่กำเนิดนั้น พัฒนาการขั้นต่าง ๆ จะดำเนินไปได้ช้าเมื่อเปรียบเทียบกับปกติ เช่น เกาะยืนช้า เดินช้า เป็นต้น ดังที่ราลส์ตันและคณะ ศึกษาในปี 1984 พบว่าเด็กทารกที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีพัฒนาการทางกายที่ล่าช้าและมีพฤติกรรมแปลก ๆ [25] นอกจากนี้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเช่น ตักข้าวกินเอง ใส่เสื้อผ้าเอง ก็อาจเป็นไปได้ช้าเช่นกัน เด็กบางรายอาจเติบโตขึ้นมาโดยไม่ทราบว่าชีวิตที่แข็งแรงมีสุขภาพดี และสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้เช่นเด็กอื่น ๆ นั้นเป็นอย่างไร

1.2 พัฒนาการทางจิตใจ เด็กจะมีปัญหาในการปรับตัว ภาพลักษณ์ของตนเอง (self-image) และความรู้สึกดีต่อตนเอง (Self-esteem) จะแย่ลง ส่งผลให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือปัญหาพฤติกรรมได้[22]

ผลกระทบและภาวะทางจิตใจของเด็กอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยตามพัฒนาการของเด็กแต่ละวัยมีลักษณะดังนี้

วัยทารก (Infancy)

เด็กที่มีอาการป่วยตั้งแต่วัยทารก และต้องอยู่โรงพยาบาลตั้งแต่เกิดเป็นระยะเวลานาน การสร้างความผูกพันอย่างแน่นแฟ้น (bonding) กับบิดามารดาจะเสียไป ทั้งนี้เพราะเด็กไม่มีโอกาสใกล้ชิด หรือได้รับการฟูมฟักเลี้ยงดูจากบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง เด็กจะเติบโตขึ้นมาอย่างไม่มั่นใจ และขาดการกระตุ้นทางอารมณ์ที่เพียงพอ (emotional deprivation) ซึ่งจะมีผลทำให้พัฒนาการทางด้านอื่น ๆ เช่น ทางร่างกายและสติปัญญาล่าช้าไปด้วย บิดามารดาของเด็กเองก็อาจจะไม่รู้สึกใกล้ชิดผูกพันกับลูก รู้สึกว่าลูกเป็นคนแปลกหน้าที่ตนไม่เข้าใจ ไม่คุ้นเคย การที่ไม่มีโอกาสเลี้ยงดูลูกด้วยตนเองตั้งแต่เกิด จะทำให้บิดามารดาขาดความมั่นใจในความเป็นบิดามารดา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อวิธีการเลี้ยงดูลูกได้[22,25]

วัยเริ่มเดิน (Toddler)

การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เด็กเป็นทุกข์จากอาการเจ็บปวด มีความไม่สบายกาย อาจต้องพลัดพรากจากพ่อแม่ ขาดการเคลื่อนไหวหรือได้รับการควบคุมจากการรักษาเรื่องอาหารและยา ซึ่งข้อจำกัดต่าง ๆ และการควบคุมนั้นถือว่าไม่ใช่ภาวะปกติของเด็กวัยนี้ที่กำลังต้องการเป็นตัวของตัวเอง และเรียนรู้จากการริเริ่มทำสิ่งใหม่ ๆ ดังนั้นเมื่อไม่สามารถจะเป็นผู้กำหนดความเป็นอยู่และพฤติกรรมของตนเองได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกพ่ายแพ้อ่อนแอ จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้

การที่เด็กป่วย ทำให้พ่อแม่มีแนวโน้มที่จะให้คำแนะนำสั่งสอน และรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลตัวเองของเด็กเสียมากกว่าที่จะกระตุ้นการพึ่งตนเองให้แก่เด็ก ก็จะยิ่งทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ และกีดขวางพัฒนาการของเด็กไป

ไม่ว่าเด็กจะพอใจหรือไม่กับการที่ต้องพึ่งพาพ่อแม่ ไม่ต้องช่วยตัวเอง ผลในระยะยาวที่เกิดขึ้น คือ เด็กจะรู้สึกตัวเองไม่มีความสามารถ ช่วยตัวเองไม่ค่อยได้ และรู้สึกไม่มีคุณค่า นอกจากนี้พ่อแม่อาจไม่มีความหนักแน่นพอในการให้ขอบเขต หรือฝึกวินัยแก่เด็ก ให้สิทธิพิเศษเนื่องจากป่วย ซึ่งจะทำให้เด็กมีลักษณะเอาแต่ใจตัวเอง และควบคุมตัวเองได้น้อย

การที่ผู้ใหญ่ทำอะไรให้เด็กมาก ตอบสนองความต้องการโดยที่เด็กไม่ต้องใช้ความพยายามหรือเรียกร้อง อาจทำให้เด็กมีพัฒนาการทางภาษาและความคิดช้าได้ และการที่เด็กถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและกิจกรรมต่าง ๆ อาจส่งผลให้การทำงานที่ต้องใช้การประสานระหว่างกล้ามเนื้อมือและสายตาช้าไปด้วย

ด้วยเหตุที่ความคิดของเด็กยังเป็นลักษณะของความนึกฝัน (magical) ยังถือตัวเองเป็นศูนย์กลาง (ego centric) เด็กมักจะมองการเจ็บป่วยหรือการรักษาเป็นการทำร้าย หรือลงโทษ เป็นสิ่งที่แยกเขาจากคนสำคัญในชีวิต เป็นสิ่งที่ทำให้เขาเจ็บปวด และขัดขวางการเล่น ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่ร่วมมือในการรักษาได้[26]

<u>วัยก่อนเข้าเรียน (Preschool)</u>

การเจ็บป่วยจะทำให้เด็กไม่สามารถจะทำอะไรได้ตามต้องการนัก เนื่องจากพ่อแม่มักจะควบคุมเด็กมาก มักจะมีการบังคับ หรือห้ามปรามไม่ให้เด็กทำอะไรที่พ่อแม่คิดว่าอาจเป็นผลต่อการเจ็บป่วย แต่การห้ามหรือบังคับมากเกินไปนั้น ทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความคิดริเริ่มและความกระตือรือร้นที่จะทำอะไรให้สำเร็จลุล่วง กลายเป็นเด็กชอบพึ่งพา ขลาดกลัวและอ่อนแอ นอกจากนี้เด็กอาจถูกห้ามปรามการพบปะหรือร่วมกิจกรรมกับเด็กอื่น ซึ่งจะเป็นการปิดกั้นพัฒนาการทางสังคมที่ดีของเด็กได้

ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กวัยนี้ ยังค่อนข้างเป็นรูปธรรมและผิวเผิน เด็กจะรับรู้ความเจ็บป่วยจากข้อกำหนดจากภายนอก เช่น เมื่อแม่บอกให้นอนอยู่บนเตียงแสดงว่าป่วย[26] เด็กที่เป็นโรคทางพันธุกรรมอาจจะตำหนิพ่อแม่หรือญาติที่มีความผิดปกติคล้ายกันที่เป็นพาหะนำโรคมาสู่เขา[3]

เนื่องจากเด็กยังคงมีลักษณะของความนึกฝัน (magical) และยึดตัวเองเป็นหลักอยู่ ทำให้เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดเพราะการกระทำของเขาและจะหายป่วย โดยเชื่อฟังกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่นสวมเสื้อผ้าให้อบอุ่น นอกจากนี้ลักษณะที่ยังไม่เข้าใจในการเชื่อมโยงเหตุผล อาจทำให้เด็กแปลความหมายผิด (misinterpretation) คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นการลงโทษที่เขาทำผิดหรือคิดไม่ดี[26]

<u>วัยเข้าเรียน (School-aged)</u>

เด็กในวัยเรียนนั้น แม้ว่าพ่อแม่จะยังคงมีความสำคัญอยู่ แต่ประสบการณ์ในโรงเรียนและกลุ่มเพื่อนก็เริ่มเข้ามามีบทบาทต่อพัฒนาการของเด็กมากขึ้นเช่นกัน

การไปโรงเรียนนั้นนอกจากเด็กจะได้รับความรู้ทางวิชาการต่าง ๆ แล้ว เด็กยังได้มีประสบการณ์ในการปรับตัวต่อการทำงานและมีการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยการเรียนรู้ที่จะปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอีกด้วย สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญในการที่จะนำไปสู่พัฒนาการเกี่ยวกับความคิดต่อตนเอง (Self concept) การหาเอกลักษณ์ของตนเอง (identification) และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (sense of belonging)

เด็กวัยนี้มีความต้องการความรู้สึกได้รับความสำเร็จจากผลงานของตัวเอง การเจ็บป่วยเรื้อรัง มักจะทำให้เด็กมีความลำบากในการเรียนมากขึ้น เช่น อาการของโรค อาจทำให้เด็กมีความพิการ มีความรู้สึกเหนื่อยง่ายหรือยาบางชนิดทำให้เด็กมีอาการหงุดหงิด สมาธิสั้น ง่วงซึม หรือการที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องหรือมีความเจ็บป่วยทำให้เด็กต้องขาดเรียนบ่อย ๆ มีผลให้เรียนไม่ทัน ประสิทธิภาพในการเรียนอาจลดลง และผลการเรียนไม่ดีอาจทำให้เด็กรู้สึกล้มเหลวขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (Low self esteem) มีปมด้อย (inferiority) อาจนำไปสู่ปัญหาการเรียน ปัญหาอารมณ์และการปรับตัวได้ เช่น มีลักษณะของความสามารถต่ำกว่าที่ควร (underachievement) มีอารมณ์โกรธต่อต้าน การควบคุมตัวเองไม่ดี (poor impulse control) แยกตัว ขาดเรียนบ่อย หรือหนีเรียน

นอกจากนี้เด็กวัยนี้จะมีความกังวลเกี่ยวกับการยอมรับจากเพื่อนมาก การเจ็บป่วยเรื้อรังอาจมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับเพื่อนได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้เด็กแตกต่างจากเพื่อน บางครั้งมีข้อจำกัดในการร่วมกิจกรรมกับเพื่อน อาจทำให้เพื่อนขาดความเข้าใจ มองเห็นเป็นตัวตลกหรือกลัวว่าจะติดโรคถ้าใกล้ชิดด้วย นำไปสู่การหลีกเลี่ยงและการไม่ยอมรับเด็ก เด็กจะรู้สึกขาดความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Sense of belonging) ขาดการหาเอกลักษณ์ (identification) มีภาพพจน์ต่อตัวเอง (self image)ไม่ดี อายที่จะปรากฏตัวต่อสังคม เกิดการแยกตัว (isolation)ไปจากกลุ่ม นำไปสู่ปัญหาอารมณ์ได้มากมาย

ผู้ที่จะช่วยเหลือเด็กได้ คือ พ่อแม่ และครู แต่มักจะเป็นลักษณะเอาใจใส่เด็กมากและขาดข้อมูลที่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือเด็กได้อย่างเหมาะสม เช่น อาจให้บริการหรือปกป้องเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) และรู้สึกไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ผู้ใหญ่ที่มีความเห็นใจเด็ก มักจะปกป้องเด็กโดยแนะนำให้ปกปิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งวิธีการเหล่านี้ไม่เป็นประโยชน์ต่อเด็กเลย กลับจะทำให้เด็กรู้สึกว่า ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องผิดปกติ เป็นความลับและน่าละอาย สิ่งที่จะช่วยได้ควรเป็นการพยายามส่งเสริมประสบการณ์ทางสังคมที่ดีแก่เด็กมากกว่า

อย่างไรก็ตามเด็กที่ปรับตัวได้ดี แม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่พยายามใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ ก็จะสามารถไปโรงเรียนได้อย่างปกติ และประสบความสำเร็จได้พอควร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถทางสติปัญญา แรงจูงใจ ความรู้สึกพอใจ ความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ความสามารถในการปรับตัวและทักษะที่ดีทางสังคม

เด็กวัยนี้เริ่มจะเข้าใจสาเหตุของโรคบ้างแล้วแต่ยังเป็นรูปธรรมอยู่ เด็กจะมีความคาดหวังที่จะหายจากโรค เป็นผลให้พยายามดูแลตนเองและเชื่อฟังหมอมากขึ้น และเด็กต้องการคำตอบเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอย่างมากมาย เพื่อจะได้เกิดความเข้าใจและควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ ดังนั้น

ผู้ใหญ่ควรตอบเด็กอย่างถูกวิธี ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้เด็กมีการเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบ และจัดการกับตัวเองได้[26]

วัยรุ่น (Teenage)

โดยธรรมชาติเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น จิตใจของเด็กจะอยากเป็นอิสระ ทำอะไรด้วยตัวเองและปลีกตัวออกห่างจากการควบคุมของพ่อแม่แต่เด็กก็ยังไม่สามารถช่วยเหลือหรือตัดสินใจด้วยตนเองได้หมด การเจ็บป่วยจะมีบทบาทกีดขวางการพัฒนาเรื่องนี้ได้อย่างมาก ทั้งนี้เพราะเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือการเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลนั้น วัยรุ่นจะถูกผลักดันให้ต้องพึ่งแพทย์ พึ่งพยาบาลและพ่อแม่ ถ้าเป็นมาก ๆ อาจต้องปฏิบัติต่อเด็กวัยรุ่นเหมือนเด็กเล็ก นอกจากนี้ วัยรุ่นจำต้องปฏิบัติตามตารางที่แพทย์กำหนด และถูกห้ามสิ่งต่าง ๆ เช่น การออกกำลัง การกินของแสลง ในกรณีที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ทำให้วัยรุ่นหมดอิสระการเป็นตัวของตัวเอง ปฏิกิริยาที่พบได้เสมอระหว่างวัยรุ่นกับผู้ใหญ่คือปฏิกิริยาต่อต้านและเป็นเรื่องราวกัน เช่น ไม่ทำตามที่แพทย์สั่ง ไม่มาตามนัด ไม่กินยา บางคนอาจมีปฏิกิริยาต่อต้านอย่างเปิดเผย วัยรุ่นจะมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเขาเอง เข้าใจเรื่องราวของเขา และมีความรู้สึกไปกับเรื่องนั้น ๆ ด้วย จึงไม่แปลกถ้าพบว่าแพทย์ได้อธิบายความจริงของโรคอย่างชัดเจนแล้วเขามีความคิดเห็นและเข้าใจไปอีกอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตามวัยรุ่นก็ยังต้องการคำชี้แจงคำอธิบาย หรือการบอกเล่าเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นและกระบวนการต่าง ๆ เกี่ยวกับการตรวจ การดูแลรักษาอยู่เสมอ การได้รับรู้และเข้าใจเรื่องโรคของเขา จะทำให้เขาช่วยตัวเองได้อย่างเหมาะสม และมีการคิดแผนอนาคตเกี่ยวกับการเรียนหรืออาชีพต่อไป

เมื่อวัยรุ่นมีความคิดของตนเองและยังไม่สามารถยอมรับหรือไม่ตั้งใจที่จะรับรู้สถานการณ์ตามความเป็นจริงนั้น เขาจะมีกลไกทางจิต (Mental mechanism) ที่เกี่ยวกับการปฏิเสธ (denial) การบิดเบือน (distortion) และคิดแบบให้เป็นไปตามความนึกฝัน (magical thinking) เพื่อหลีกเลี่ยง (avoidance) การเผชิญกับความเป็นจริง ดังนั้นเมื่อวัยรุ่นกลัวตายเขาก็จะพิสูจน์ว่าเขาไม่กลัว จึงอาจมีการกระทำที่ต่อต้านสังคม หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ออันตราย บางคนอาจจะปฏิเสธว่าเขาไม่ได้เป็นอะไรมาก แค่เป็นหวัดมิใช่ปอดบวม บางคนบอกตนเองไม่เป็นอะไรเลย หรือเขาจะหายในเร็ว ๆ นี้ บางคนมีปฏิกิริยาต่อต้านและต่อสู้กับผู้ใหญ่ ไม่รับฟังและไม่ทำตามคำแนะนำ (oppositional behavior) ทำให้เกิดเป็นปฏิปักษ์ต่อกันขึ้น

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความรู้สึกและคิดถึงร่างกายตนเองอย่างมาก (Self consciousness) ที่พบเห็นได้เสมอ คือ การที่เขาให้ความสนใจ เอาใจใส่ วิตกกังวล พิถีพิถันเกี่ยวกับหน้าตา รูปร่างของตนเอง เช่น การใช้เวลาหวีผมทีละนาน ๆ ความกังวลเกี่ยวกับสิวบนใบหน้า แผลเป็น ทรงผม การแต่งตัว ดังนั้นความเจ็บป่วยหรือความพิการที่ทำให้รูปร่างหน้าตาของเขาแตกต่างไปจากเพื่อน ๆ เช่น

ผอมมาก อ้วนจากกินยาฮอร์โมน ตัวเตี้ย หน้าตาสวยหรือไม่สวย จะก่อให้เกิดความไม่สบายใจ เป็นกังวลจนกลายเป็นปมด้อยต่อไปได้ เพราะวัยรุ่นมักจะเปรียบเทียบตนเองกับเพื่อน ๆ

ความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ตนเองไม่เหมือนเพื่อน ๆ เช่น ร่างกายไม่แข็งแรง ทำอะไรไม่ทันเพื่อน สู้เขาไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองอ่อนแอ ไม่เก่ง โดยเฉพาะการรักษาโรคบางโรค เช่น มะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง ผอมลง ผมร่วง อ่อนเพลีย กินไม่ได้ กำลังน้อย หรือบางคนอ้วนจากยา บางคนมีผิวหนังเปลี่ยนแปลงจากการฉายรังสีหรือการผ่าตัด บางคนเสียอวัยวะส่วนหนึ่งไป เช่น ถูกตัดแขน สิ่งเหล่านี้จะทำให้วัยรุ่นเป็นห่วงและกังวลมาก ๆ บางครั้งห่วงมากกว่าความตาย การที่ตนเองรู้สึกไม่ดีต่อตนนั้น ก่อให้เกิดภาพพจน์ต่อตนเองไม่ดี (Poor self image) และขาดความมั่นคงทางจิตใจ (low self-esteem) อันเป็นผลเสียในการพัฒนาบุคลิกภาพและการเจริญก้าวหน้าต่อไปอย่างมาก และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการต่อต้านการรักษา ไม่ทำตามกฎและคำสั่ง ไม่ทานยา และไม่มาพบแพทย์

การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงสวยงามเป็นการเพิ่มความภาคภูมิใจและความมั่นคงให้ตนเองอย่างหนึ่ง และการที่เพื่อนยอมรับหรือมีคนให้ความสนใจนั้นจะทำให้วัยรุ่นเกิด Sense of identity คือการเป็นตัวของตัวเองที่ชัดเจนขึ้น แต่เด็กที่เจ็บป่วยนอกจากร่างกายที่พัฒนาล่าช้า หรือมีร่างกายที่ไม่สมบูรณ์แล้ว โอกาสที่เขาจะมีอิสระส่วนตัวยังมีได้น้อยมาก ทำให้คนอื่นมองเป็นเด็ก หรือการมีรูปร่างไม่สมบูรณ์ทำให้เพื่อนต่างเพศสนใจ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และการปรับตัวในช่วงวัยรุ่นได้เสมอ และทำให้วัยรุ่นบางคนไม่พัฒนาเป็นผู้ใหญ่ต่อไปในเรื่องนี้

การมีเพื่อนและการคบเพื่อนสนิทนั้นเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะเพื่อนจะทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองมีพวกพ้อง มีการยอมรับและส่งเสริมบทบาทของตัวเองขึ้น เพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างมากทั้งด้านกำลังใจและความคิด ตลอดถึงการชักนำให้ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างใดได้ด้วย การเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นห่างเหินจากเพื่อน บางคนถึงกับทำให้ขาดการมีเพื่อน เพราะเด็กที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่พ่อแม่หรือครูจะให้หยุดพักการเรียนและมีเป็นจำนวนมากที่ลาออกจากโรงเรียน ส่งผลให้เด็กขาดประสบการณ์ทั้งด้านการศึกษาและการเข้าสังคม อันเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาอารมณ์ พฤติกรรม และถดถอยในพัฒนาการ ขาดความก้าวหน้าในชีวิต และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อาการของโรคและการดำเนินโรคเป็นไปไม่ได้ดี หรืออาจทำให้มีอาการแทรกซ้อนและอาการของโรคยืดเยื้อกว่าที่ควร[3,27]

การเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงผู้อื่นโดยเฉพาะบิดามารดา กระบวนการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) จะเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น เด็กขาดความกล้าที่จะทำหรือตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองเปราะบาง ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ความรู้สึกเหล่านี้รวมทั้งปัญหาด้านรูปร่างหน้าตาและปัญหาทาง

ร่างกายที่เกิดขึ้นทำให้การพัฒนาเอกลักษณ์ (identity) เสียไปด้วย ผู้ป่วยจะเกิดความสงสัยในตนเอง ไม่มั่นคงในตนเอง ในวัยรุ่นจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต รู้สึกอนาคตไม่แน่นอนและตนเองอาจมีอายุสั้น ความรู้สึกเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนอนาคต การตัดสินใจเลือกวิชาชีพของตน รวมทั้งการพัฒนาความสัมพันธ์ลึกซึ้ง (intimacy) กับเพศตรงข้าม

1.3 พัฒนาการทางสติปัญญา ความบกพร่องทางด้านสติปัญญาและกระบวนการเรียนรู้ (cognitive deficit) อาจเกิดเนื่องจากการบำบัดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น เคมีบำบัด รังสีรักษาหรือจากตัวโรคเอง เช่น เด็กที่เป็นโรคตับตั้งแต่กำเนิดอาจมีปัญหาด้านความจำ (memory) ความคิดแบบนามธรรม (abstraction) ความคิดรวบยอด (concept formation) การมองภาพและกะระยะ (visual spatial function) เป็นต้น ความบกพร่องเหล่านี้อาจเนื่องมาจาก hepatotoxin ที่เกิดขึ้นระหว่างที่สมองกำลังเจริญเติบโต เด็กจะมีปัญหาการเรียนแบบที่เรียกว่า learning disability จนอาจต้องเรียนในชั้นพิเศษ (special class) เมื่อผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะหรือหยุดการรักษาด้วยเคมีหรือรังสีไปแล้ว ความผิดปกติดังกล่าวอาจดีขึ้น แต่ก็จะไม่เป็นปกติ

1.4 พัฒนาการทางสังคม การขาดเรียนบ่อย ๆ เนื่องจากอาการป่วย การถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ จนไม่อาจทำอะไรได้เช่นเดียวกับเด็กรุ่นราวคราวเดียวกัน รวมทั้งความพิการทางกายที่เกิดขึ้นจะทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากเด็กคนอื่น ทำให้เกิดความอายและขาดความมั่นใจในตนเอง เด็กจะแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อนฝูง อยู่ตามลำพังและอาจเกิดปัญหาไม่อยากไปโรงเรียนซึ่งก็จะทำให้ทักษะในการเข้าสังคมเสียไปด้วย ผลกระทบต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ อาจทำให้เด็กมีปัญหาทางอารมณ์ เช่น เป็นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลแบบต่าง ๆ รวมทั้ง Post-traumatic stress disorder หรืออาจมีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น ดื้อ เกเร เป็นต้น อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อาจเป็นผลเนื่องจากยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ ก็ได้

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

เมื่อลูกได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือรักษาไม่หาย บิดามารดาและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวย่อมได้รับผลกระทบด้วย เช่น อาจเกิดความรู้สึกสูญเสีย และความเศร้าโศกขึ้นล่วงหน้าโดยที่เด็กยังไม่เสียชีวิต (Anticipatory grief) รวมทั้งอาจมีการเลี้ยงดูลูกที่ป่วยอย่างไม่เหมาะสม คือ ปกป้องมากเกินไป (overprotectiveness) ตามใจมากเกินไป (overindulgence) และยุ่งวุ่นวายกับลูกมากเกินไป (enmeshment) จนทำให้ลูกไม่สามารถพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองได้ โดยเฉพาะวัยรุ่น บางครั้งบิดามารดาอาจสนใจแต่ลูกที่เจ็บป่วยจนลืมให้การดูแลลูกคนอื่น ๆ ทำให้ลูกคนอื่น ๆ รู้สึกถูกทอดทิ้ง เกิดความน้อยใจ ขมขื่นใจ และอิจฉาผู้ป่วยรวมทั้งเกิดมีปัญหาพฤติกรรมได้

การดูแลลูกที่เจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงนั้นก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิตสมรสได้มาก ภาระในการดูแลลูกที่ป่วยทำให้บิดามารดาเหน็ดเหนื่อยทั้งทางกายและทางใจ ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันจะเป็นไปในเชิงลบ ความขัดแย้งเล็กน้อยที่เคยมีอาจรุนแรงขึ้น นอกจากบิดามารดาจะไม่มีเวลาให้กันอย่างเพียงพอแล้ว ชีวิตสังคมในด้านอื่น ๆ ก็ถูกกระทบไปด้วย เช่น ไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูงหรือพักผ่อนหย่อนใจได้ตามที่เคยทำ นอกจากนี้ครอบครัวอาจประสบปัญหาทางเศรษฐกิจเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ความตึงเครียดที่ทวีขึ้นจากสาเหตุต่าง ๆ นี้อาจทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ของบิดามารดาได้

ผลกระทบทางจิตใจต่อบิดามารดาจะรุนแรงขึ้น ถ้าบิดามารดาขาดเครือข่ายประคับประคอง เช่น ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) ที่ไม่มีเครือญาติ บิดาหรือมารดาที่ต้องเลี้ยงดูลูกเพียงคนเดียว (single parent) เนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิตหรือแยกทางไป ปัญหาจะยิ่งรุนแรงขึ้นถ้าบิดามารดาขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับคณะแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการช่วยเหลือให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง การวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัวพบว่า โดยทั่วไปเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าลูกเป็นโรคร้ายแรง ครอบครัวจะมีความตึงเครียดในระดับสูง แต่เมื่อเวลาผ่านไปการปรับตัวของครอบครัวจะดีขึ้นเรื่อย ๆ ครอบครัวใดที่สามารถปรับตัวได้ดีในระยะแรก การปรับตัวในระยะต่อมาก็มักจะเป็นไปด้วยดี[22]

3. ผลกระทบทางจิตใจต่อพี่น้องของเด็กป่วย

เมื่อมีการเจ็บป่วยในครอบครัว พ่อแม่ต้องดูแลเอาใจใส่เด็กป่วยเป็นพิเศษ ทำให้พี่น้องคนอื่น ๆ ถูกทอดทิ้งและปล่อยปละละเลย พ่อแม่มักจะให้พี่หรือน้องเสียสละของของตนไปให้ พี่น้องมองว่าเด็กป่วยดึงความสนใจและเวลาของครอบครัวไป ทำให้รู้สึกอิจฉาริษยา บางครอบครัวพ่อแม่ชักชวนให้พี่น้องคนอื่น ๆ มีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีโอกาสเล่นหรือมีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกันน้อยลง[2] หรืออาจจินตนาการว่าจะต้องดูแลกันต่อไปเมื่อพ่อแม่แก่ลง ขณะเดียวกันก็จะเกิดความรู้สึกผิดต่อความรู้สึกเหล่านี้[1]

บางครั้งพี่น้องอาจวิตกกังวลว่าตนเองจะเป็นโรคแบบเดียวกับผู้ป่วย หรือโรคนี้สามารถติดต่อมาถึงตนได้และกลัวตาย บางรายรู้สึกอับอายไม่อยากให้เพื่อนรับรู้ ความรู้สึกเหล่านี้ไม่มีโอกาสได้แสดงออก ต้องเก็บความรู้สึกโกรธขุ่นเคืองใจไว้ พี่น้องเหล่านี้อาจมีปัญหาทางพฤติกรรมหรือผลการเรียนลดลงตามมา[2,3]

โรคธาลัสซีเมีย

ธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางชนิดเรื้อรัง ที่เกิดจากความผิดปกติของยีนซึ่งมีผลให้การสร้างสายโกลบินในเชิงปริมาณที่มารวมกันเป็นฮีโมโกลบินเอ (HbA) ลดลงหรือไม่สร้างเลยทำให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติและแตกง่าย[7] โรคนี้ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรมแบบลักษณะยีนด้อย (Autosomal Recessive) โดยที่ผู้ป่วยเป็นโรคได้รับยีนที่ควบคุมการสร้างเม็ดเลือดผิดปกติจากทั้งบิดาและมารดา ความผิดปกติอาจเกิดกับยีนอัลฟาบนโครโมโซมหมายเลข 16 หรือยีนเบตาบนโครโมโซมหมายเลข 11 ถ้าบิดาและมารดาเป็นพาหะของธาลัสซีเมีย บุตรหรือธิดาที่เกิดใหม่มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ได้ร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 ของการเกิดแต่ละครั้ง โอกาสที่จะเป็นพาหะร้อยละ 50 หรือ 2 ใน 4 และโอกาสที่จะปกติเท่ากับร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 [28]

ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย[28]

โรคธาลัสซีเมียแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ดังนี้

1. กลุ่มโรคอัลฟาธาลัสซีเมีย (Alpha-thalassemia) ที่สำคัญมี 3 ชนิด คือ ฮีโมโกลบินบาร์ทไฮดรอพส์ฟีตัลลิส (Hemoglobin Bart's hydrops fetalis หรือ homozygous thal 1) โรคฮีโมโกลบินเอช (Hemoglobin H disease) และโรคฮีโมโกลบินเอช-ฮีโมโกลบินคอนสแตนท์สปริง (Hemoglobin H-Hemoglobin constantspring)

2. กลุ่มโรคเบตาธาลัสซีเมีย (beta-thalassemia) ที่พบบ่อยได้แก่โรคโฮโมซัยกัสเบตาธาลัสซีเมีย (Homozygous beta-thalassemia หรือ beta-thalassemia major) และโรคเบตาธาลัสซีเมีย-ฮีโมโกลบินอี (beta-thalassemia/Hb E)

ความรุนแรงของโรค[28]

ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับชนิดของโรคธาลัสซีเมีย แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. รุนแรงมาก (thalassemia major) ได้แก่ ฮีโมโกลบินบาร์ทไฮดรอพฟีตัลลิส ผู้ป่วยจะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดเล็กน้อย และโฮโมซัยกัสเบตาธาลัสซีเมีย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการในขวบปีแรก โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการคือ 6 เดือน จะมีอาการซีดมากจำเป็นต้องได้รับเลือด การเจริญเติบโตไม่สมอายุ มีการเปลี่ยนแปลงของใบหน้าและรูปร่างเป็นลักษณะเฉพาะโรค[28] คือ ตัว

เล็กกว่าเพื่อนในวัยเดียวกัน ซึม ไม่ร่าเริง เหนื่อยง่าย มีตาเหลืองเล็กน้อย แขนขาลีบเล็กดูผอมเก้งก้าง ขณะที่ท้องป่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อบริเวณแขนขาลีบและมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย ท้องป่องคลำพบว่าตับและม้ามโต กล้ามเนื้อเจริญเติบโตไม่ค่อยดี ทำให้ยืนหรือเดินช้ากว่าปกติ ผิวหนังมีสีคล้ำมากขึ้น ลักษณะของใบหน้าค่อย ๆ เปลี่ยนไป หน้าผากกว้าง โหนกแก้มสูงและดั้งจมูกแบน ซึ่งเป็นลักษณะของใบหน้าแบบธาลัสซีเมีย (Thalassemic facies)[7] มีปัญหาด้านการติดเชื้อง่าย โรคจะเรื้อรังไปเรื่อย ๆ และเสียชีวิตลงในช่วง 10 – 20 ปี

2. รุนแรงปานกลาง (thalassemia intermedia) ได้แก่โรคเบตาธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอีและฮีโมโกลบินเอช ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการเมื่ออายุผ่าน 2 ขวบไปแล้ว ความรุนแรงของโรคและภาวะโลหิตจางปานกลาง บางรายอาจไม่ต้องได้รับเลือด แต่ส่วนใหญ่ยังจำเป็นต้องได้รับ ผู้ป่วยจะมีรูปร่างและใบหน้าเป็นโรคธาลัสซีเมีย

3. รุนแรงน้อย (thalassemia minor) เป็นพวกที่มีภาวะโลหิตจางน้อยมาก ผู้ป่วยจะมีรูปร่างและใบหน้าคล้ายคนปกติ ส่วนใหญ่จะเป็นพาหะของอัลฟาหรือเบตาธาลัสซีเมีย และพวกโฮโมซัยกัสฮีโมโกลบินอี (Homozygous Hb E) โฮโมซัยกัสอัลฟาธาลัสซีเมีย 2 (homozygous alpha thalassemia 2) และอัลฟาธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี (alpha thalassemia/Hb E)[28]

พยาธิสภาพของโรค

พยาธิสภาพของโรคเกิดจากความไม่สมดุลในการสังเคราะห์สายโกลบินชนิดอัลฟา หรือเบตาชนิดใดชนิดหนึ่งลดน้อยลงหรือสร้างไม่ได้เลย โกลบินอีกชนิดหนึ่งที่มีอยู่เกินระดับปกติจะทำให้เกิดพยาธิสภาพแก่เม็ดเลือดแดง โดยจะทำให้เกิดการตกตะกอนและถูกย่อยสลายไปในเม็ดเลือดแดง มีการปล่อยซูเปอร์ออกไซด์หรืออนุมูลออกซิเจนอิสระออกมา เกิดเป็นไลปิดเพอร์ออกซิเดชั่น (Lipid peroxidation) ที่ผนังของเม็ดเลือดแดง ทำให้ผนังขาดความยืดหยุ่น นอกจากนี้ทำให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะรูปร่างและขนาดต่าง ๆ กัน (anisopoikilocytosis) เมื่อเลือดไหลผ่านเส้นเลือดฝอยโดยเฉพาะที่ม้ามจะถูกทำลายได้ง่าย เม็ดเลือดแดงจึงมีอายุสั้นกว่าปกติ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยจะมีอาการซีดเรื้อรังทำให้อ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย ตับและม้ามโตขึ้นมาก ทำให้ท้องป่องยื่นมองเห็นได้ชัดเจน

ภาวะซีดเรื้อรังจะกระตุ้นให้ไตสร้างโปรตีนที่เสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythropoietin) ซึ่งจะมีผลทำให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูกทุกแห่งทั่วร่างกาย ช่องไขกระดูกจะกว้างขึ้นเป็นอย่างมากจนไปกดดันส่วนกระดูก (bony trabecular) ให้บางลงจนนิ่มและหักได้ง่าย นอกจากนี้กระดูกใบหน้าจะขยายตัวจนโหนกแก้ม คาง และกระดูกขากรรไกรกว้าง กระดูกกะโหลกศีรษะยื่นเป็น

ตอน ๆ ฟันยื่นและเรียงตัวไม่เรียบ สันจมูกแบน เรียกลักษณะนี้ว่าใบหน้าธาลัสซีเมีย การขยายตัวของไขกระดูกมีผลให้ปริมาตรเลือดในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานมากเกินไปจนเกิดภาวะหัวใจวายได้ และมีการดูดซึมธาตุเหล็กจากทางเดินอาหารมากขึ้นร่วมกับการสลายตัวของเลือดจากการได้รับการรักษาโดยการให้เลือด (blood transfusion) ทำให้มีภาวะเหล็กเกินและไปสะสมตามอวัยวะต่าง ๆ ทำให้มีพยาธิสภาพที่อวัยวะเหล่านั้น เช่น หัวใจโต เบาหวาน การทำหน้าที่ของปอดผิดปกติทำให้มีอาการหอบเหนื่อย การเจริญเติบโตหยุดชะงัก การแตกของเม็ดเลือดแดงที่ม้ามมีผลให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี และมีการสร้างเม็ดเลือดแดงทดแทนมากขึ้นมีผลให้ขาดกรดโฟลิค ผู้ป่วยจะเกิดภาวะโลหิตจางชนิดที่มีเม็ดเลือดแดงขนาดใหญ่ และด้อยคุณภาพ (megaloblastic anemia) ซ้ำเติมภาวะโลหิตจางจากโรคธาลัสซีเมียให้อาการรุนแรงมากขึ้น[29]

การรักษา

ปัจจุบันการรักษาโรคธาลัสซีเมียยังไม่มีวิธีอื่นนอกจากการปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนเลือดจากสายสะดือทารกและการเปลี่ยนยีน[30] ซึ่งยังมีภาวะแทรกซ้อนและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง วิธีการรักษาที่นิยมจึงเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการและตามภาวะแทรกซ้อน เช่น การให้เลือด และการให้ยาขับเหล็ก นอกจากนี้การรักษาที่สำคัญคือ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพทั่วไป ทั้งด้านการรับประทานอาหาร รับประทานยา การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และหลีกเลี่ยงการติดเชื้อที่เกิดได้ง่าย รวมถึงการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมเพื่อควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด[28]

จะเห็นได้ว่าการป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังไปตลอดชีวิต ผลจากพยาธิสภาพของโรคก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยหลายประการได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การมีร่างกายอ่อนแอ เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับคนปกติ ถูกคุกคามจากโรคแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงถึงชีวิต รวมทั้งการรักษายังสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูง สิ่งเหล่านี้เป็นตัวก่อความเครียดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก

ภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่มาจากภาษาลาติน มาจากคำว่า Depressive มีความหมายว่ากดต่ำลงหรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม[17] ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะที่พบได้ทั่วไปในทางจิตเวช ทำให้ความสามารถทางด้านสังคม และหน้าที่การงานถูกทำลายลงไป บางครั้งมีความรุนแรงและเกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์และชีวิตความเป็นอยู่ต่าง ๆ ได้[31]

Gittleman Klien (1977) [32] ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นอารมณ์ที่เป็นไปตามสภาพของจิตใจที่มีลักษณะเฉพาะต่อความรู้สึกไม่เป็นสุข หรือความระทมทุกข์

Carlson และ Cantwell (1980) [33] ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้า โดยได้แยกความแตกต่างระหว่าง

1. อาการของภาวะซึมเศร้าซึ่งสัมพันธ์กับส่วนประกอบเพียงส่วนเดียวของ Dysphoric Mood
2. กลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงซึ่งมักจะเกิดร่วมกัน
3. ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย รูปแบบของการเจ็บป่วยในครอบครัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตอบสนองต่อการรักษา

Angold (1988) [32] ได้แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ว่า

1. ภาวะซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระดับต่ำสุดซึ่งเป็นไปตามปกติ หมายความว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความทุกข์สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน
2. ภาวะซึมเศร้าเป็นรายละเอียดของความไม่เป็นสุข ความเศร้าหรือความเจ็บป่วยทางจิตใจซึ่งตอบสนองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การตาย ความล้มเหลวในการกระทำสิ่งที่สำคัญ
3. ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของสภาวะ anhedonic ต่อเนื่องตลอดในแต่ละบุคคลซึ่งลักษณะนี้เป็นความคิดรวบยอดของ"บุคลิกภาพแปรปรวนแบบซึมเศร้า" (Depressive Personality disorder)
4. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแสดงออกของแต่ละบุคคลซึ่งสมควรเรียกว่าอารมณ์เศร้า

(depressed mood) อารมณ์เศร้าอาจจะสังเกตได้จากปริมาณที่เบี่ยงเบนไปจากความปกติ ซึ่งมี 2 ชนิด คือ

1. การเบี่ยงเบนของความรุนแรง ซึ่งในที่นี้ อารมณ์เศร้าจะหมายถึงลักษณะของอารมณ์ที่ต่ำเกินปกติ แต่มีความรุนแรงมากกว่าที่คิดไว้

2. การเบี่ยงเบนในปริมาณในระยะเวลาของสภาวะอารมณ์ต่ำซึ่งเกิดจากสิ่งเร้าบางอย่างที่คาดว่าจะทำให้เกิดความไม่สบายใจในระยะเวลาที่จำกัด

ซึ่งปริมาณที่เบี่ยงเบนนี้สามารถนำมาใช้ประเมินความรุนแรงของอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลได้

5. ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติ (Syndrome) หรือเป็นความเจ็บป่วย ซึ่งความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (Depressive Disorder) นี้เป็นการเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของปกติ พบได้ในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพทางจิตอื่น ๆ หรือพบสภาวะของความผิดปกตินี้โดยเฉพาะการเกิดความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าจะมากน้อยเพียงใดนั้นเป็นการยากที่จะทราบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดร่วมกับพยาธิสภาพทางจิตอื่น ๆ

6. ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย ซึ่งกลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าไม่จำเป็นต้องเกิดพยาธิสภาพทางจิต (Psychopathology) ร่วมด้วย

7. ภาวะซึมเศร้า เป็นโรคซึ่งอาจจะพบได้ในรายที่ความผิดปกตินั้นสามารถอธิบายได้ และมีความสัมพันธ์ของพยาธิสภาพที่กลับเป็นซ้ำอีก โดยวางอยู่บนพื้นฐานของหลักพันธุกรรมมีสาเหตุที่มีความเฉพาะตัว มีพยาธิสภาพทางร่างกาย มีการพยากรณ์โรคและมีการรักษาที่มีการตอบสนองต่อการรักษานั้น

อลิสา วัชรสินธุ[34] กล่าวว่า อาการซึมเศร้า (Depressive symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกที่เศร้าเสียใจธรรมดา

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล[35] ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า (Dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนุกสนาน (Loss of interest or pleasure) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด ฯลฯ

ดวงใจ กสานติกุล[36] ได้อธิบาย ภาวะซึมเศร้า (Depression) ว่า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้าเบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

อาการทางกาย (Vegetative) เช่น รับประทานไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเปลี้ยเพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์เพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้น วัยหนุ่มสาวอาจมีอาการรับประทานมากนอนมาก ซึ่งไม่เป็นอาการตามรูปแบบ (atypical)

พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเซื่องซึมเชื่องช้า (retardation) เหม่อลอย คิดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัวไม่อยากพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติดต้องเดินไปเดินมารู้สึกทรมานใจอย่างมาก

ความคิดกังวล (Cognitive) คิดเรื่องร้าย ๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ วิตกกังวลไปต่าง ๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แน่นหน้าอก หรือย้ำคิดย้ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเองว่าเลวหรือโง่ รู้สึกท้อแท้ท้อถอย รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวังหนทางตัน ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหา ทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเอง ทำให้คิดฆ่าตัวตาย

สาเหตุของโรคซึมเศร้า[36]

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกัน คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่าปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยเสริม (predisposing factors)
    - พันธุกรรม
    - ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต ได้แก่ ขาดบิดามารดา ปัญหาครอบครัว บิดามารดาหย่าร้าง การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม (poor parenting)
    - บุคลิกภาพ (Depressive personality) ได้แก่ ขี้กังวล ชอบคิดแง่ลบ ขาดความภูมิใจในตนเอง
2. ปัจจัยเร่ง (precipitating factors)
    - ความพิการทางกาย (physical loss)
    - สภาพแวดล้อมหรือครอบครัวยากจน (poverty), ยุ่งเหยิง ห่างเหิน แตกแยก พี่น้องไม่ปรองดองกลมเกลียว

- ปัจจัยทางสังคมในปัจจุบัน ไม่มีมนุษยสัมพันธ์ ขาดความผูกพัน (no intimacy)
- ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม
- มีปัญหาชีวิต (loss of love) พบกับความล้มเหลวผิดหวัง เช่น สอบตก อกหัก ธุรกิจการค้าขาดทุน
- หมดความภูมิใจในตนเอง (loss of self-esteem)
- ถูกลวนลามทางเพศ

3. ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (perpetuating factors)
   - บุคลิกภาพ การปรับตัว
   - ปัจจัยทางสังคม ปัญหาชีวิต
   - แสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว (high expressed emotion-EE)
   - ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม(ญาติใกล้ชิด-ขั้นแรกป่วยทางจิตชนิดรุนแรง)

โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน สาเหตุของโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้

1. สาเหตุจากปัญหาในจิตใจ (Intrapsychic models)

นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่าอารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลาย ๆ อย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอาย และความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (Primitive) ที่สุด ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) ก่อร่างขึ้นแล้ว

Abraham อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการหันเหความโกรธและความก้าวร้าวเข้าหาตัวเอง เนื่องจากมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย คือทั้งรักและโกรธ (ambivalence) ต่อบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้เป็นที่รักและเป็นที่พึ่งพิงทางอารมณ์ แต่ก็เป็นผู้ที่สร้างความผิดหวังและความคับแค้นใจให้ด้วย และความครื้นเครง(ไฮโพเมเนีย) หรือคลุ้มคลั่ง(เมเนีย)เกิดจากการสูญเสียหรือไม่ได้รับความรักจากบิดามารดา ทำให้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ครั้งเยาว์วัย (primal depression) โดยการปฏิเสธ (denial) หรือกลบเกลื่อนความเศร้าด้วยท่าทีรื่นเริงและครื้นเครงของภาวะไฮโพเมเนียหรือเมเนีย

Freud อธิบายว่าความเศร้าเกิดจากการสูญเสียหรือจากพรากจากผู้เป็นที่รัก โดยใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บไว้ในตนเอง (introjection) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยซึมเศร้าด้วยการซึมซับ (incorporate) เอาภาพของบุคคลผู้เป็นที่รัก(แต่สร้างความคับแค้นใจ)รวมเข้ากับ ego ของตนเอง เมื่อเกิดการสูญเสียผิดหวังหรือจากพราก ความโกรธก้าวร้าวที่เกิดจากความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายจะ

สร้างความปั่นป่วนในจิตใจ ทำให้รู้สึกผิด หมดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจใช้กลไกทางจิตชนิดพฤติกรรมถอยกลับ (regression) ไปเป็นระยะปาก (oral) หรือระยะทวาร (anal) มีท่าทีแบบเด็ก ๆ เช่น งอแง เอาแต่ใจตนเอง กลัว ไม่กล้าอยู่คนเดียว หรือย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น และภาวะโรคจิตวิกลจริต (psychosis) ที่อาจพบในโรคอารมณ์ผิดปกติก็เป็นพฤติกรรมถอยกลับไปยังระดับหลงตัวเองหรือรักตัวเอง (narcissism) ในระยะปากของการพัฒนาทางจิตเพศ (psychosexual development)

ทฤษฎี Superego Development

Melanie Klein เชื่อว่า superego เกิดได้ในเด็กตั้งแต่ขวบปีแรก ทำให้มีภาวะเศร้าเกิดขึ้นเมื่อทารกมีปัญหาในความสัมพันธ์กับมารดา ซึ่งความเศร้าในช่วงต้นของชีวิตนี่เองที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในเวลาต่อมา และการฆ่าตัวตายเป็นการลงโทษหรือทำลายด้านเลวของตนเอง (bad self) ในระดับจิตใต้สำนึก

Otto Kernberg อธิบายว่า เด็กทารกวัย 6 เดือนจะเรียนรู้ว่ามารดามีทั้งข้อดีและไม่ดี และแสดงความโกรธ ความก้าวร้าวต่อมารดาโดยการกัด เช่น กัดหัวนม ขณะเดียวกันก็กลัวว่าจะทำอันตรายต่อมารดา ทำให้ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า (depressive position)

ทฤษฎี Ego Psychology

Jacobson อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการขาดความรักความอบอุ่นในวัยทารก (infantile deprivation) และมีความคับแค้นใจ (frustration) ทำให้มีการหยุดชะงักของการพัฒนา ego และ superego บุคคลนั้นจึงไม่สามารถปรับตัวกับโลกแห่งความเป็นจริงด้วยวิธีการ(กลไกทางจิต การปรับสภาพ และการควบคุมตัวเอง)ที่เหมาะสม ส่งผลให้หมดความภาคภูมิใจในตัวเอง และรู้สึกไร้ค่า ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้า

Bibring อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งของ Ego เองที่ไม่สามารถบรรลุถึงอุดมคติแห่งตน (ego ideal) คือ ต้องการเป็นที่รัก (loved) เด่น (superior) เป็นคนดีที่น่ารัก (good loving) มิใช่ความขัดแย้งระหว่าง ego กับ superego หรือ egoกับบุคคลอื่น ภาวะวิตกกังวลและภาวะเศร้าเป็นปฏิกิริยาของ ego ขั้นพื้นฐานแต่เป็นคนละทิศทาง โดยภาวะวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาต่อภัยอันตรายทั้งภายนอกและภายใน มีการใช้กลไกทางจิตแบบสู้ (fight) หรือหนี(flight) แต่ในภาวะซึมเศร้า ego จะดูเหมือนสยบนิ่ง (paralyzed) ทำให้รู้สึกทอดอาลัยและหมดความภาคภูมิใจ

ทฤษฎีอื่น ๆ ได้แก่

Bowlby เน้นเรื่องความผูกพัน (attachment) ระหว่างทารกกับผู้เลี้ยง (love object) โดยเชื่อว่าความเศร้าเกิดจากการขาดความรัก ไม่ได้รับความรัก หรือจากการสูญเสียหรือจากพราก

ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet dependency need) ทำให้เกิดความล้มเหลวในการพัฒนาทางจิตใจ

Adolf Myer ไม่ได้ให้ความสำคัญของปมขัดแย้งทางจิตใจ แต่อธิบายว่าโรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (reaction) ต่อสภาพชีวิตที่คับแค้น เช่น การสูญเสียคนรัก การเจ็บป่วย ปัญหาการเงิน หรือปัญหาการงาน เป็นต้น

Sullivan เชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตชนิดต่าง ๆ รวมทั้งโรคซึมเศร้า

Kohut อธิบายว่า การเลี้ยงดูเอาใจใส่อย่างพอเหมาะ (proper maternal) จะช่วยให้ความหลงรักตนเองของทารก (primary narcissism) พัฒนาไปตามปกติ การขาดความรักความอบอุ่นในช่วงวัยเยาว์จะส่งผลให้ความเป็นตัวตน (sense of self) แตกสลาย จึงหมดความภาคภูมิใจและรู้สึกซึมเศร้า

Arieati อธิบายถึงการมีผู้บงการชีวิต (dominant other) ซึ่งมักจะเป็นบิดามารดาหรือสามีภรรยา ซึ่งผู้ป่วยยังพึ่งพิงหลาย ๆ ด้าน เมื่อไม่ได้รับการยอมรับหรือเข้าใจจากบุคคลดังกล่าว หรือยึดมั่นกับแผนการชีวิตที่ไม่มีโอกาสเป็นจริงทำให้ซึมเศร้า

2. สาเหตุจากมีความคิดแง่ลบ (Negative Cognition) Aron Beck อธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าว่า เกิดจากการมีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้สภาพจิตใจอยู่ในสภาพที่ท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่า คนเราคิดอย่างไร ก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ (Cognitive triad) ดังนี้

มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภาคภูมิใจหรือไร้ซึ่งทุกสิ่ง

มองโลกในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดดันบีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ

มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และหนทางตัน หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน

3. สาเหตุทางพฤติกรรม (Behavior models) มีแนวคิด 2 แบบ คือ โรคซึมเศร้าเกิดจาก

ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (Learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

ภาวะหมดกำลังใจ (No positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชมเชย รางวัล หรือการสนับสนุน หรือประสบความสำเร็จใด ๆ เลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

4. สาเหตุทางชีวภาพ (Biological models) โดยมีอิทธิพลของพันธุกรรมมาเกี่ยวข้องได้แก่

4.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (receptors) ที่ข้อต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก (Limbic)

เชื่อว่าความเครียดความคับแค้นใจ (stress) จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การสูญเสียหรือจากพรากชักนำให้มีความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรือ panic ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย (neurovegetatives) ของโรคซึมเศร้า (stress →anxiety→depression = SAD)นั่นคือความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามีทิศทางเดียวกัน

4.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคคุชชิ่งหรือผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ด้วยได้บ่อย ๆ

4.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารโซเดียมและโพแทซเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะไบโพล่าร์

ภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่มี Morbidity และ Mortality สูง ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยมากมายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้าในเด็กเป็นที่รู้จักกันมานานแล้ว ตั้งแต่ Spitz สังเกตเห็นทารกที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนานมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ร้องไห้มาก ตอบสนองช้าต่อสิ่งเร้า ดูดนมน้อยลง มีปัญหาการนอน Spitz เรียกภาวะนี้ว่า Anaclitic depression ในอดีตมีความเชื่อกันว่าภาวะซึมเศร้าพบได้น้อยในเด็กและมักเกิดแบบ masked form คือ จะไม่แสดงออกในรูปของอารมณ์ แต่จะแสดงออกในรูปของอาการอะไรก็ได้ เช่น ปวดศีรษะ ความผิดปกติทางพฤติกรรม เป็นต้น แต่แนวความคิดที่ว่าเด็กมีโรค Major Depressive Disorder คล้ายผู้ใหญ่นั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่[37] ปัจจุบันมีการศึกษาจำนวนมากที่ยืนยันว่าเด็กก็มีโอกาสเกิด depressive disorder ที่มีลักษณะคล้ายที่เกิดในผู้ใหญ่และพบได้บ่อยกว่าที่เคยคิดมาก[38] และพบว่าอาการซึมเศร้าในเด็กนั้นมีความแตกต่างไปจากอาการในผู้ใหญ่ที่แพทย์คุ้นเคยกว่ามาก อีกทั้งการรักษาด้วยยา antidepressants ที่เคยรักษาได้ผลดีในผู้ใหญ่นั้นไม่ได้ผลเท่าที่ควรในเด็ก จนอาจมีการสันนิษฐานว่าโรคซึมเศร้าในเด็กอาจมีพยาธิกำเนิดต่างจากโรคเดียวกันนี้ในผู้ใหญ่ ยิ่งไปกว่านั้น เด็กเล็กไม่อาจ

บอกอารมณ์ของตนเองได้อย่างถูกต้อง หรือตรงกับแบบที่ผู้ใหญ่เข้าใจ เช่น อาจอธิบายได้แค่ว่าอารมณ์ไม่ดี หรือเบื่อ ๆ เนื่องจากพัฒนาการทางความคิดยังเจริญไม่เต็มที่ ในขณะที่การมีพัฒนาการตลอดเวลาก็ส่งผลให้อาการของโรคต่างกันไปตามอายุของเด็กด้วย[37] ดังนั้น การที่จะวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของเด็กจะต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน เช่น พัฒนาการของเด็กและอาการร่วม เด็กแต่ละวัยจะแสดงอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน เด็กมีข้อจำกัดในการเล่นและพูดถึงอารมณ์เศร้าเช่นเดียวกับข้อจำกัดในความคิดที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า เช่น ความรู้สึกผิด ความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง การพิจารณาอาการอื่น เช่น การปฏิเสธไม่ไปโรงเรียน อาจช่วยยืนยันถึงปัญหาอารมณ์เศร้าของเด็ก[34]

ระบาดวิทยา

อุบัติการของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นยังไม่มีข้อมูลชัดเจน เนื่องจากการศึกษาทางระบาดวิทยามีความแตกต่างกันของวิธีการการวินิจฉัยและนิยามของโรคอยู่มาก[37,38] มีการศึกษาที่ใช้เกณฑ์อาการต่าง ๆ กัน บางรายใช้แบบสอบถามชนิด Self report screen ก่อนแล้วจึงให้แพทย์ทำ clinical diagnosis อีกครั้ง ซึ่งก็มีทั้งสัมภาษณ์จากผู้ป่วยเองหรือจากผู้ปกครอง อย่างไรก็ตามผลการวิจัยก็ได้แสดงถึงความชุกอาการที่พบบ่อยและความเรื้อรังของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. การศึกษาในชุมชนพบความชุก (prevalence) ราวร้อยละ 2.6 – 21.3 ในเด็กกลุ่มอายุต่าง ๆ กัน

- ความชุกในเด็กเล็กจะต่ำกว่าในวัยรุ่น[14] จากการวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันพบว่าอัตราการเกิด MDD แตกต่างไปตามกลุ่มอายุ ในกลุ่มที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เด็กวัยก่อนเรียนพบประมาณ 0.3 % เด็กอายุ 9 ปีพบประมาณ 1.8 – 25 % ในวัยรุ่นพบประมาณ 4.5 – 6 % [38]
- ในเด็กก่อนวัยรุ่นแม้ว่าจะพบว่ามีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 10 – 15 แต่พบโรคซึมเศร้าเพียงร้อยละ 0.5 – 2.5 อย่างไรก็ตามความชุกของโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในวัยรุ่นซึ่งพบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแบบ Major Depression ถึงร้อยละ 2 – 8
- ในกลุ่มเด็กที่ซึมเศร้า พบว่าอัตราส่วนของเด็กชายต่อเด็กหญิงเท่ากัน หรือเด็กชายอาจจะมีอัตรามากกว่า แต่ในวัยรุ่นหรือเด็กอายุประมาณ 10 ปีขึ้นไป อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นของทั้งสองเพศเห็นชัดเจนในเด็กผู้หญิง จนอัตราส่วนของโรคซึมเศร้าในวัยรุ่นหญิงสูงเป็น 2 – 4 เท่าของวัยรุ่นชาย คำอธิบายของการเปลี่ยนแปลงนี้มีได้ทั้งผลทางพันธุกรรม ฮอร์โมน ปัจจัยทางจิตใจและปัจจัยทางสังคม

2. การศึกษาในผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์

- ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคปวดศีรษะที่คลินิกประสาทวิทยา มีอาการ Depression ร่วมด้วย
- ที่คลินิกโรคหัวใจ ผู้ป่วยร้อยละ 13 มีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM III-R Major Depression อีกร้อยละ 51 มี dysthymia โดยเฉพาะรายที่มีอาการเจ็บหน้าอกแต่ตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ
- ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคระบบทางเดินอาหาร หรือพิการ พบความชุกของ Depression ราวร้อยละ 12 – 36 ขึ้นกับความรุนแรงของ depression และชนิดของโรค [37] นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเช่น ในเด็กก่อนวัยรุ่นที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 15 – 20 % ถ้าเป็นเด็กวัยรุ่นจะสูงถึง 20 – 40 % [38] โดยสรุปผู้ป่วยโรคทางกายมีความเสี่ยงที่จะเกิด depression ในระดับความรุนแรงต่าง ๆ สูงกว่าเด็กทั่วไปหลายเท่าตัว

3. การศึกษาในผู้ป่วยทางจิตเวชเด็ก มีรายงานว่าพบภาวะซึมเศร้าในเด็กที่ถูกส่งมารับการตรวจต่อที่คลินิกจิตเวชเด็ก ตั้งแต่ร้อยละ 0 – 61 ขึ้นกับชนิดปัญหาที่ปรึกษา[37]

Carlson และ Cantwell ศึกษาในปี 1981 [34] พบว่าร้อยละ 60 ของเด็กที่มาตรวจรักษามีอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ร้อยละ 49 มีกลุ่มอาการซึมเศร้า (depressive syndrome) และร้อยละ 28 เป็นโรคซึมเศร้า (affective disorder) ในทำนองเดียวกัน Kolvin และคณะ ในปี 1991 พบว่า 1 ใน 3 ของเด็กมีภาวะซึมเศร้า (significant depression) และ 1 ใน 4 ของเด็กเป็นโรคซึมเศร้าแบบ Major depression รศ.พญ.อุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ ทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุ 10 – 15 ปีที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 65 ในเด็กป่วยที่บิดามารดาหย่าร้าง และร้อยละ 21 ในเด็กที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน

นอกจากนี้ยังพบอาการ Depression ในเด็ก กว่าร้อยละ 50 ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็น Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD), Conduct Disorder และ Anxiety Disorder [37]

สาเหตุภาวะซึมเศร้าในเด็ก

เช่นเดียวกับโรคทางจิตเวชอื่น เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กมีสาเหตุมาจากทั้งสภาพภาวะภายในจิตใจ สภาพทางชีวภาพและสภาพทางสังคมรอบตัวผู้นั้นมีปฏิสัมพันธ์กัน ในแต่ละบุคคลแต่ละ

ปัจจัยทั้ง 3 อาจมีบทบาทในการเกิดโรคไม่เท่ากัน โดยทั่วไปพบว่าสภาพภายในจิตใจและชีวภาพจะเป็นตัวกำหนดความเสี่ยงโดยมีสภาพแวดล้อมและปัญหาเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการ

1. สภาพภายในจิตใจ

Noshpitz (1991) เชื่อว่า การสูญเสียหรือพลัดพรากจากคนที่มีความหมายในชีวิตแต่เล็ก เช่น บิดามารดา มีผลอย่างมากต่อสภาพและพัฒนาการทางจิตใจและบุคลิกภาพต่อมา หากไม่ได้รับการปฏิบัติต่อ ดูแล หรือรับการรักษาอย่างเหมาะสม แม้คน ๆ นั้นจะไม่สามารถระลึกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงในขณะสูญเสียได้แล้วก็ตาม[37]

Psychoanalytic [37,39]

Freud&Klein กล่าวว่า depression มาจาก aggression ที่มีต่อมารดาตั้งแต่วัยทารกที่มารดาไม่อาจตอบสนองความต้องการของตนได้ แต่ aggression นั้นไม่อาจแสดงออกได้ เนื่องจากตนยังต้องพึ่งบิดามารดาจึงต้องหันทิศทางของ aggression เข้าสู่ตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดีและอยากทำร้ายตนเอง

Bibring กล่าวว่า เป็นภาวะที่ไม่มีใครอาจช่วยได้ ไม่มีความหวัง (helpless&hopeless) ทำให้คน ๆ นั้นสูญเสียความรู้สึก"รักตนเอง" (narcissistic loss)

Learned Helplessness Model [37,39]

Seligman สรุปจากการทดลองในสัตว์ว่า การทำให้สัตว์เรียนรู้ว่ามันไม่สามารถทำให้ตนเองควบคุมสภาพในการทดลองที่เป็น unescapable shocked ได้นั้น (learned helplessness) ทำให้สัตว์เกิดอาการ depression ขึ้นได้

Cognitive Distortion Model [37,39]

Beck กล่าวว่า คนที่ depress (ซึมเศร้า)ก็เนื่องมาจากมีแนวคิดในแง่ลบต่อทั้งตนเองในปัจจุบัน ประสบการณ์ที่เคยได้รับ และสิ่งที่จะเกิดต่อไปในอนาคต (negative cognitive triad)

Life Stress Model [39]

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความตึงเครียดในชีวิตหรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า Lefkowitz และ Burton (1978) เชื่อว่าอาการซึมเศร้าในเด็กมักเป็นปฏิกิริยาต่อความขัดแย้งในครอบครัว Poznanski และ Zrull (1970) พบว่าในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพ่อแม่ที่ก้าวร้าว, มีการลงโทษที่รุนแรง, มีชีวิตสมรสที่ไม่ราบรื่น, และโยนความผิดให้เด็กหรือปฏิเสธเด็ก

Behavior Reinforcement Model

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมและความรู้สึกซึมเศร้ามีสาเหตุจากการไม่ได้รับการเสริมแรงทางบวกที่เพียงพอ Feister (1973) พบว่า การไม่ให้การเสริมแรงจะทำให้เด็กร้องไห้,หงุดหงิด และมีการ

ตอบสนองช้า ในเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีขีดจำกัดเรื่องทักษะทางสังคม (social skills) เนื่องจากไม่ได้รับการเสริมแรงทางบวก Puig – Antich (1987b) เชื่อว่าการฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) อาจจะช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ได้

Self – Control Model

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดการให้กำลังใจตนเอง (Self – reinforcement), การประเมินตนเอง (self – evaluation),และการควบคุมตนเอง (self – monitoring) ซึ่งส่วนใหญ่จะสนใจเฉพาะผลที่เกิดในช่วงสั้น ๆ พบว่าผู้ป่วยมักจะล้มเหลวในการควบคุมตนเองต่อสิ่งเร้าภายนอกและคนอื่น ๆ

2. การศึกษาทางชีวภาพ

การศึกษาทางชีวภาพในโรค Childhood depression ยังไม่ก้าวหน้าเหมือนในผู้ใหญ่ [37] การวิจัยในปัจจุบันพบว่า สาเหตุของโรคซึมเศร้าน่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ความผิดปกติของ neurotransmitter การเปลี่ยนแปลงใน neurotransmitter หลายตัวเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า เช่น Catecholamines และ serotonin เป็นต้น[40,41]

2. ความผิดปกติของสมอง การศึกษาโดย magnetic resonance images (MRI) ในเด็กและวัยรุ่น 65 รายที่เป็น MDD และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder) พบว่ามีอัตราส่วนของ frontal lobe volume ต่อ total cerebral volume (FLV/CV ratio) ต่ำกว่า และมีอัตราส่วนของ lateral ventricular volume ต่อ total cerebral volume (VV/CV ratio) สูงกว่าผู้ป่วยทางจิตเวชอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับในผู้ใหญ่ และชี้ว่าความผิดปกติใน frontal lobe น่าจะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยเด็กเช่นเดียวกัน [40]

3. การศึกษาเรื่องการนอน (Sleep Studies) [39] Kupfer และคณะ(1985) ศึกษาผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามี Rapid Eye Movement (REM) latency สั้นลง, เพิ่ม REM density, คลื่นสมองช้าผิดปกติ และประสิทธิภาพการนอนลดลง Emslie และคณะ (1990) และ Puig – Antich (1987) ศึกษาในเด็กและวัยรุ่น ผลการศึกษาขัดแย้งกับ Kupfer แต่ได้มีผู้ศึกษาต่อมาเพื่อยืนยันว่าความผิดปกติของการนอนสามารถพบได้ในเด็กและวัยรุ่น

4. ความผิดปกติของฮอร์โมน [40] การเปลี่ยนแปลงในระดับของ thyroid hormone มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ทั้งภาวะ Hyper และ hypothyroidism มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าในผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ซึมเศร้า ระดับฮอร์โมนมักอยู่ในเกณฑ์ปกติ การศึกษาวัยรุ่นที่เป็น MDD พบว่า free thyroxin (FT4) มีทั้งระดับสูงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ response ของ TSH (thyroid stimulating hormone) ต่อ TRH (thyrotropin – releasing

hormone) ก็แตกต่างไปจากกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ ทั้งหมดนี้ชี้ว่าความผิดปกติใน hypothalamic – pituitary – thyroid axis มีความเกี่ยวข้องกับ MDD ในวัยรุ่น

5. การศึกษาทางพันธุกรรม พบหลักฐานว่า childhood depression มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้มีการศึกษาลักษณะอาการของเด็กและวัยรุ่นที่เป็นแฝดและ depress พบว่า อาการของเด็กวัย 8 – 11 ปี สามารถอธิบายได้ด้วยการมีสิ่งแวดล้อมร่วมกัน [37,38,39] และมีการศึกษาพบว่าเครือญาติของเด็กที่ป่วยเป็น MDD มีโอกาสป่วยเป็น MDD สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 25 และ 13 ตามลำดับ) และสูงกว่าเครือญาติของผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็น MDD [38,40] นอกจากนี้ญาติของผู้ป่วยยังมีโอกาสเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ มากขึ้นด้วยโดยเฉพาะโรควิตกกังวล[40] Klerman และคณะ(1985) และGershon และคณะ (1987) รายงานผลการศึกษาที่ติดตามผู้ป่วย major depression นานกว่า 70 ปี พบว่ามีอัตราความผิดปกติในเครือญาติสูง ในผู้ป่วยที่เริ่มเป็นตั้งแต่เด็กและต่อมาอายุที่เริ่มป่วยจะสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากรรมพันธ์และสิ่งแวดล้อมมีผลร่วมกันทำให้เกิดโรคอารมณ์ผิดปกติได้ในรุ่นต่อมา[39]

3. สภาพทางสังคม

สภาพทางสังคมของเด็กพบว่า การมีบิดาหรือมารดาที่มีอาการของ depression อยู่ มีผลต่อเด็กอย่างมาก เนื่องจากเด็กจะได้รับผลจากการที่อารมณ์แปรปรวน หรือบางครั้งซึมเศร้าจนไม่มีพลังงานพอที่จะเอาใจใส่หรือมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กได้ เด็กอาจรู้สึกถูกทอดทิ้งหรือรู้สึกผิด เนื่องจากเข้าใจว่าตนมีส่วนทำให้บิดามารดาหงุดหงิด ยิ่งไปกว่านั้นเด็กอาจเลียนแบบวิธีคิดและวิธีแก้ปัญหาที่เกิดจากโรคซึมเศร้าของบิดามารดาไปใช้ ซึ่งอาจรวมถึงการฆ่าตัวตายด้วย[37]

เด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีปัจจัยเครียดทางจิต-สังคมในอัตราสูงกว่าเด็กปกติ ปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กเองและสภาพแวดล้อม เช่น การสูญเสียบิดามารดาจากการหย่าร้างหรือเสียชีวิต บิดามารดามีการเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือมีการทะเลาะเบาะแว้งกัน ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว พฤติกรรมฆ่าตัวตายในครอบครัว การถูกทารุณทางกายในวัยเด็ก การมีที่อยู่แออัดและไม่เป็นหลักแหล่ง การเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังของตัวเด็กหรือสมาชิกภายในครอบครัว เป็นต้น [41] ในการศึกษาหลัง ๆ มีการเน้นความสำคัญของความสำเร็จในด้านการเรียนและสังคมในโรงเรียนว่าอาจมีผลป้องกันการเกิด depression ในเด็กมากขึ้น [37]

อาการทางคลินิก

เดิมเชื่อกันว่าเด็กไม่เป็นโรคซึมเศร้าเหมือนผู้ใหญ่ หรือถ้าเกิดโรคซึมเศร้าขึ้นมาอาการก็จะไม่ชัดเจน โดยจะเป็นอาการก้าวร้าว วิตกกังวล ที่เรียกว่า Masked depression มากกว่าจะเป็นอาการเศร้าตรง ๆ เช่นในผู้ใหญ่ ปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในเด็กเปลี่ยนไปมาก เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าเด็กสามารถเกิดโรคซึมเศร้าได้และมีอาการเหมือนผู้ใหญ่ ทั้งการวินิจฉัยโรคก็สามารถใช้เกณฑ์เดียวกันได้

ตามคู่มือการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (DSM-IV) การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแบบ MDD ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ถือว่าต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ประการคือ

1. อารมณ์เศร้า
2. ความสนใจหรือความสนุกสนานในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง
3. เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิมภายใน 1 เดือน ทั้งที่ไม่ได้พยายามจำกัดอาหาร ในเด็กน้ำหนักอาจไม่เพิ่มขึ้นตามที่ควรเป็น
4. นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมาก (hypersomnia)
5. กระสับกระส่ายวุ่นวาย (psychomotor agitation) หรือเชื่องช้า (psychomotor retardation)
6. อ่อนเพลียหรือหมดเรี่ยวแรง
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือมีความรู้สึกผิด (guilt) อย่างมากเกินไปหรือไม่เหมาะสม
8. ความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และตั้งสมาธิลดลง
9. คิดเกี่ยวกับความตายบ่อย ๆ (ไม่ใช่เพียงความรู้สึกกลัวตาย) คิดอยากตาย วางแผนหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยที่เป็น MDD จะต้องมีอาการข้อ 1 หรือข้อ 2 ร่วมด้วยเสมอ อาการทั้งหมดจะเป็นอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ติดต่อกัน อาการจะมีความรุนแรงโดยเป็นเกือบทั้งวันและเกือบทุกวันทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของบุคคลนั้นเสียไปอย่างมาก ทั้งในด้านส่วนตัว ด้านสังคม และอาชีพการงาน สิ่งสำคัญในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าแบบ MDD ก็คือแพทย์จะต้องแน่ใจว่า อาการที่เป็นไม่ได้มีสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติดหรือโรคทางกายอย่างอื่น ๆ

อาการส่วนใหญ่ของ MDD ในเด็กและวัยรุ่นเหมือนในผู้ใหญ่ แต่อาจมีความแตกต่างกันในด้านความถี่หรือความรุนแรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุและระดับพัฒนาการ ในเด็กก่อนวัยรุ่นจะมีอาการเจ็บป่วยทางกาย (somatic complaints) อาการวุ่นวายกระสับกระส่าย (psychomotor agitation)

และ mood congruent hallucination มากกว่า ส่วนวัยรุ่นจะมีอาการกระสับกระส่าย ก้าวร้าว แยกตัว หงุดหงิด ขี้บ่น ไม่อยากอยู่บ้าน รู้สึกไม่มีใครเข้าใจ มีปัญหากับครอบครัว ปัญหาการเรียน พฤติกรรมเกเร และการใช้สารเสพติด

การศึกษาในเด็กไทยอายุ 10 – 15 ปี โดยใช้เครื่องมือ Children's Depression Inventory (CDI) พบว่าอาการซึมเศร้าที่พบบ่อยที่สุดคือ ความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ และรู้สึกว่าตนเป็นคนไม่มีประสิทธิภาพ รองลงมาคือ อาการทางสรีระ ซึ่งได้แก่เบื่ออาหารและรู้สึกอ่อนเพลีย แต่อาการเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าตรง ๆ นั้นพบได้น้อยกว่า

Ryan (1987)พบว่าใน prepubertal period มักมีอาการ somatic complaints, agitation, sepation anxiety, phobias และ mood congruent hallucination ได้บ่อย ในวัยรุ่นมักมีอาการ hopelessness/helplessness, anhedonia, hypersomnia และ substance use disorder ได้บ่อย และมีปัญหาหนีออกจากบ้าน, restlessness, ก้าวร้าว และปัญหาทางโรงเรียนได้บ่อย

Ryan (1987) ยังเชื่อว่าเด็กและวัยรุ่นมี suicidal ideation เท่า ๆ กัน แต่วัยรุ่นมีความสามารถเลือกใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่สำเร็จได้มากกว่า และในวัยรุ่น suicidality สัมพันธ์กับการที่มีระยะเวลาของโรคมากกว่า 2 ปี

Carlson และ Kashani (1988) ศึกษาเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างกันระหว่างอาการที่พบในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ที่เป็น MDD พบว่าอาการ anhedonia, diurnal variation, hopelessness, psychomotor retardation และ delusions เพิ่มขึ้นตามอายุ ส่วนอาการ depressed appearance, low self – esteem และ somatic complaints ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น[38] บางอย่างไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่อาการบางอย่างมีความสัมพันธ์กับอายุแบบ curvilinear อาการที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ มีทั้งหมด 5 จาก 17 อาการคือ อารมณ์เศร้า สมาธิไม่ดี นอนไม่หลับ มีความคิดอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตาย สิ่งที่สำคัญคืออารมณ์เศร้าเป็นอาการที่พบในทุกกลุ่มอายุ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างวัยรุ่นและผู้ใหญ่พบว่า ผู้ใหญ่จะมีอาการเบื่อหน่าย หมดหวัง อ่อนเพลีย วุ่นวาย ความคิดเชื่องช้า มีความหลงผิด (delusion) และเบื่ออาหารมากกว่า และอาการจะเป็นมากในตอนเช้า ส่วนวัยรุ่นมีปัญหาเรื่อง self – esteem อาการเจ็บป่วยทางกาย (somatic complaints) และพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) พบสูงในวัยรุ่น โดยเฉพาะเมื่อมีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย[40]

Mitchell (1988), Kovacs and Paulauskas (1984) พบว่ามีความแตกต่างของอาการในอายุต่าง ๆ น้อยมาก แต่ก็มีความเห็นตรงกันว่าอาการบางอย่างที่ไม่อยู่ใน criteria เช่น somatic

complaints และ social withdrawal สามารถพบได้บ่อยในเด็กและวัยรุ่น จนอาจต้องมีการพิจารณาใช้ criteria เหล่านี้ในการวินิจฉัยสำหรับกลุ่มอายุนี้ด้วย

Kolvin (1991) ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี cluster analysis สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ depressive cognition, endogeneous depression และ mixture of conduct disturbance and neurotic disorder แสดงว่าในเด็กและวัยรุ่นก็มีลักษณะที่เป็น endogeneous depression เช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ ซึ่งมีลักษณะคือ ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อ pleasurable events, terminal insomnia, diurnal variation, distint quality of mood และยังมีการศึกษาที่พยายาม subclassification อีกหลายแบบ เช่น anxious/depressed แต่ข้อมูลยังไม่เพียงพอที่จะจัดกลุ่มย่อยที่มี validity ได้[38]

ดังที่กล่าวแล้วว่าอาการของ Childhood depression นั้นมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุและพัฒนาการทางจิต อารมณ์ และสติปัญญา อาการที่แสดงไว้ต่อไปนี้ ได้มาจากการศึกษาเด็กในอายุและสิ่งแวดล้อมวัฒนธรรมต่าง ๆ กัน ซึ่งอาจนำมาเป็นเค้าโครงให้เห็นอาการและการเปลี่ยนแปลงตามอายุของอาการได้บ้าง

วัยทารก “Anaclitic depression” ได้แก่ อาการซึม ดูดนมน้อย ไม่ค่อยขยับเคลื่อนไหว ตอบสนองต่อการกระตุ้นน้อย เช่น ไม่ยิ้ม หรือ อ้อแอ้ตาม ไม่มองตามสิ่งที่เคลื่อนที่ นอนน้อยหรือไม่ยอมนอน และร่างกายไม่เจริญเติบโตตามวัย

นอกจากนี้ ยังอาจสังเกตได้จากที่เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อการต้องแยกจากผู้ใกล้ชิดมากขึ้น (Separation anxiety)

อายุ 1 – 3 ปี อาจมีท่าทางเซื่องซึม ไม่เล่นสนุกสนาน ไม่มี “ประกายตา” ไม่ค่อยถามหรือพูดจา น้ำหนักส่วนสูงไม่ขึ้นตามเกณฑ์ ไม่เจริญอาหาร นอนไม่หลับ อาจมีอาการทางกาย เช่น บ่นปวดท้อง

อายุ 3 – 5 ปี ไม่ร่าเริง มักเล่นสมมติตามจินตนาการที่มองโลกในแง่ร้าย ไม่ชนตามวัย ถดถอย อาจมีปัสสาวะราดอีกครั้ง บอกว่าเพื่อนไม่อยากเล่นกับตน ฝันร้าย

อายุ 6 – 12 ปี หรือวัยเรียน อาการจะคล้าย Depression ในผู้ใหญ่มากขึ้นใน vegetative symptoms เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่สนุกสนาน หรือไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

เด็กบางคนในวัยนี้จะเริ่มอธิบายอารมณ์ของตนเองได้บ้าง ว่ารู้สึกแย่ ๆ อารมณ์ไม่ดีหงุดหงิด ทะเลาะกับเพื่อนพี่น้องบ่อย ๆ เบื่อ ร้องไห้ง่ายกว่าก่อน มองว่าตนเองไม่มีอะไรดี ไม่ค่อยอยากเข้าสังคมกับเพื่อนที่โรงเรียน สมาธิลดลง ซึ่งอาจมีผลกับการเรียน เช่น เหม่อลอย การบ้านไม่เสร็จ คะแนนลดลง

อาจเห็นเด็ก “ขี้กลัว” ในเรื่องต่าง ๆ มากขึ้น เช่น กลัวถูกลักพาตัว กลัวขโมยเข้าบ้านหรือกลัวสิ่งของบางอย่าง อาจบ่นปวดท้องปวดศีรษะบ่อย ๆ ในบางรายอาจพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ปกครองมักมองว่าอุบัติเหตุ แต่ครูมักเป็นผู้สังเกตได้

อายุ 12 – 18 ปี หรือวัยรุ่น อาจพบอาการ Insomnia (หลับได้แต่ตื่นเร็ว) vegetative symptoms และผลการเรียนที่ต่ำลง เด็กวัยรุ่นมักบอกถึงความรู้สึกหรืออารมณ์ของตนได้ว่า “รู้สึกว่าตนเป็นคนไม่ดี มีความผิด น่าละอาย ไม่มีความเชื่อมั่น” เมื่อถูกถาม เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและพยายามหาสิ่งต่าง ๆ มากระตุ้นตัวเองอยู่แล้ว ทำให้มีโอกาสใช้สารเสพติด ดื่มสุรา สูบบุหรี่ได้มากขึ้น การพยายาม “แอบ” สังเกตอารมณ์ของวัยรุ่นแต่เพียงอย่างเดียว จึงอาจสู้การถามโดยตรงไม่ได้ และพบว่า วัยรุ่นหญิงจะพูดถึงอารมณ์ depress ของตนได้มากกว่าชายซึ่งมักจะแสดงออกทางพฤติกรรมเบี่ยงเบน

อาการ Depression ในเด็กวัยรุ่นบางคนอาจแสดงออกในรูปของ anxiety disorder เช่น Panic หรือ Obsessive-Compulsive หรือในอาการเจ็บป่วยทางกายซึ่งอาจเรียกว่าเป็นอาการ depressive equivalents หรือเป็น masked depression [37]

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

วรพร อินทบุหรั่น (2533)[41] ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กกลาง จำนวน 300 คน โดยใช้แบบทดสอบ CES-D พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 66.3 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกายในเรื่องความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของบิดาและพี่น้อง การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของมารดา และปัจจัยทางด้านจิตสังคมในเรื่องของสถานภาพทางการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานที่วัยรุ่นกระทำผิดกฎหมาย ความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมายกับบิดามารดาและพี่น้อง การเจ็บป่วยทางจิตใจของวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย การคาดหวังต่ออนาคต ระยะเวลาที่ศาลตัดสินใจให้เข้าไปอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก และวิธีการแก้ปัญหาเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดปัญหา

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535)[35] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุระหว่าง 10 – 15 ปีที่บิดามารดาหย่าร้างกัน ที่มาตรวจที่แผนกกุมารเวชศาสตร์ในฐานะผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่างเดือน ตุลาคม 2534 – มิถุนายน 2535 โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า

CDI (Children's Depression Inventory) พบว่าเด็กที่มาจากครอบครัวหย่าร้างมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กที่มาจากครอบครัวปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วารีรัตน์ หอมโกศล (2535) [17] ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 115 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบความชุกของของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.8 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของโรค และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

อรวรรณ หนูแก้ว (2536) [42] ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กวัดสระแก้ว จำนวน 268 คน โดยเปรียบเทียบกับเด็กในครอบครัวปกติ จำนวน 360 คน โดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบว่าเด็กจากวัดสระแก้วมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 58.9 ซึ่งสูงกว่าเด็กในครอบครัวปกติที่พบเพียงร้อยละ 20.8

ช่อเพชร เบ้าเงิน (2538) [43] 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) [44] ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กจำนวน 139 คนโดยใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบว่าเครื่องมือ CDI มีค่า sensitivity = 79 % specificity = 91 % accuracy = 87 % และสามารถใช้แยกเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าออกจากเด็กที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าได้ การวิเคราะห์อาการซึมเศร้าในเด็กพบคำตอบในเรื่องความรู้สึกต่อตนเองในทางลบและความรู้สึกว่าตนไม่มีประสิทธิภาพบ่อยที่สุด รองลงมาคืออาการทางสรีระซึ่งได้แก่เบื่ออาหารและรู้สึกอ่อนเพลีย เด็กซึมเศร้าจะมีผลคะแนนที่สูงสุดในด้านอารมณ์ (negative mood) และเด็กที่ไม่ซึมเศร้าจะมีคะแนนสูงสุดในด้านความไร้ประสิทธิภาพ (ineffectiveness) เด็กที่มีอาการซึมเศร้าจะมีอาการในหลายด้านและรุนแรงกว่าเด็กที่ไม่ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) [45] ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร 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) และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ มีผลการเรียนที่ต่ำ

ครอบครัวหย่าร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับเด็กไม่ดี บิดามารดามีการศึกษาต่ำ รายได้น้อย มีปัญหาทางสุขภาพ ชีวิตครอบครัวไม่มีความสุข

พัชรินทร์ ผลิพัฒน์ (2539)[46] ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อายุ 9 – 15 ปี จำนวน 79 คน มีผู้ป่วยโรคทางโลหิตวิทยาจำนวน 14 คน ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.4 และภาวะซึมเศร้าพบได้สูงในเด็กที่มีประวัติสูญเสียบิดาหรือมารดา รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน เด็กที่ต้องมาพบแพทย์มากกว่า 12 ครั้งต่อปี เด็กที่มีผลการเรียนต่ำและเด็กที่มีปัญหาที่โรงเรียน

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2540) [47] ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กที่เป็นผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 81 คน อายุตั้งแต่ 9.3 – 15.3 ปี ใช้แบบวัดอาการซึมเศร้า CDI (Children's Depression Inventory) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.6 ซึ่งมีเด็กป่วยเรื้อรังทางกาย 20 คนมีภาวะซึมเศร้า 9 คน และพบว่าเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยมีเพียงร้อยละ 7.4 เด็กที่มีการปรับตัวผิดปกติแบบมีอารมณ์เศร้าร้อยละ 17.3 เด็กที่เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ร้อยละ 6.2 เด็กที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 3.7 เพศหญิงจะมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ปัจจัยเครียดทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเจ็บป่วยทางจิตเวชของบิดามารดา การไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง และการมีประวัติถูกทารุณทางกาย

รัตนาภรณ์ นรินทร์ (2541) [48] ศึกษาปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยนอกเด็กวัยเรียนที่มีโรคทางกายเรื้อรัง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุ 6-11 ปี จำนวน 256 คน มีผู้ป่วยธาลัสซีเมีย 82 คน และโรคอื่น ได้แก่ โรคระบบหัวใจ ระบบไต ลมชัก หืด มะเร็งเม็ดเลือดขาว เอดส์ ใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเด็ก (Thai Youth Checklist) พบปัญหาแบบเก็บกดคือภาวะซึมเศร้า 56 คนใน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 21.87

งานวิจัยเกี่ยวกับธาลัสซีเมีย

แมสซาเกลียและคณะ (Massaglia et al: 1986) [49]ได้ศึกษาสภาวะจิตใจของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ในผู้ป่วยอายุ 0 –25 ปี จำนวน 280 ราย ที่มหาวิทยาลัย Turin โดยทีมกุมารจิตแพทย์ทำการศึกษากลไกทางจิตเป็นรายบุคคล และจัดกลุ่มให้ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นได้พบปะกับผู้ปกครองของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมีย มีผลต่อจิตใจทั้งที่เกิดจากตัวของโรคเองและจากการรักษา

พยอม อิงคตานุวัฒน์ และศุภาสินี กังวาลเนาวรัตน์ (2522)[50] ทำการศึกษาสภาวะจิต-สังคมในเด็กเป็นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 100 คนอายุ 0-13 ปีเปรียบเทียบกับเด็กที่เป็นผู้ป่วยในที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง สัมภาษณ์บิดาหรือมารดาของผู้ป่วยร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กขณะมารับการรักษา พบว่าสภาวะทางจิตของเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย มีลักษณะดังนี้ คือ ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย คนไข้หงุดหงิด ซึมร้องไห้ง่าย หลังจากการวินิจฉัยและได้รับการรักษาแล้ว คนไข้มีอารมณ์ดีขึ้น ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากการเจาะเลือดและให้เลือดจะลดลงภายหลังการให้เลือดไปแล้วเกิน 10 ครั้ง คนไข้เด็กโรคธาลัสซีเมียมีพัฒนาการทางสติปัญญาปกติ

สาคร พุทธปวน และคณะ (2528)[51] ได้ศึกษาความเครียดในญาติผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าญาติผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงสุด ได้แก่ญาติที่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่คือมารดาของเด็กป่วย และเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับญาติมากที่สุด ได้แก่การเจ็บป่วยของเด็ก ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมอารมณ์และปัญหาด้านการเรียนของเด็กป่วย ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ปัญหาและผลกระทบต่อญาติและครอบครัว ปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

สเทียรอลา (Stauroula Beratis: 1993) [52] ศึกษาความผิดปกติทางจิตและลักษณะทางสังคมในผู้ป่วยเด็กเบตาธาลัสซีเมีย อายุ 5 –11 ปี 11 เดือน จำนวน 57 รายเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จำนวน 57 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับการให้แพทย์ตรวจซ้ำ ส่วนความสามารถทางสังคมใช้ Child Behavior Checklist ประเมิน พบว่าความผิดปกติทางจิตของทั้ง 2 กลุ่มในแต่ละรายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จำนวนความผิดปกติทางจิตในกลุ่มของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ที่ระดับ $p < 0.01$) และผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รบกวนคนรอบข้างและเพื่อนมากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ระดับ $p = 0.0005$)

ซานิและคณะ (Zani et al: 1995) [53] ศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังด้านจิตใจและพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเมเจอร์ 90 คนเปรียบเทียบกับเด็กปกติ 100 ราย ซึ่งจับคู่เหมือนเรื่องเพศ อายุ ภูมิหลัง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างเองมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคม, ระดับการมีส่วนร่วมในสังคม, อัตมโนทัศน์แห่งตน (self-concept) และกลไกการแก้ปัญหา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีภาวะจิตใจปกติ และมีคะแนนด้านสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและการแก้ไขปัญหา

เซียนทิสและคณะ (Tsiantis et al: 1996)[54]ศึกษาปัญหาทางจิต-สังคม และการปรับตัวของครอบครัวเด็กโรคเบตาธาลัสซีเมียเมเจอร์ อายุ 6 – 14 ปี จำนวน 188 คน ในประเทศไซปรัส กรีก และอิตาลี โดยให้บิดา มารดาตอบแบบสอบถาม The ‘Rutter Parent Questionnaire’ และ ‘The Goldberg GHQ’ และให้ครูตอบแบบสอบถามพฤติกรรมเด็กของ Rutter พบว่า ทุกประเทศที่ศึกษาได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา บิดาที่มีการศึกษาต่ำและผู้ป่วยที่มี

อาการของโรคแทรกซ้อนจะเป็นตัวบอกถึงการปรับตัวของครอบครัวที่ไม่ดี ความแตกต่างของประเทศมีผลต่อนโยบายด้านสุขภาพ ระดับเศรษฐกิจและสังคมและรูปแบบการเผชิญปัญหาโรคเรื้อรัง

ไอดีนและคณะ (Aydin et al: 1997) [55] ศึกษาภาวะจิตสังคมและความผิดปกติทางจิตเวชในเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียเมเจอร์ อายุ 12.0-19.6ปี จำนวน 25 คน เปรียบเทียบกับเด็กปกติ 15 คน โดยใช้ Wechsler Intelligence Scale for Children (or Wechsler Adult Intelligence Scale), self-image Questionnaire, Beck Hopelessness Scale, Trait Anxiety Inventory, Symptom Check List (revised) และ The Family Assessment Device พบว่า ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเมเจอร์มีอัตมโนทัศน์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม มีความรู้สึกสิ้นหวังและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีความผิดปกติทางจิตอย่างน้อย 1 กลุ่มอาการ

บุชและคณะ (Bush et al: 1998)[56] ศึกษาความคาดหวังในชีวิตของผู้ป่วยธาลัสซีเมียเมเจอร์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จำนวน 30 ราย เปรียบเทียบกับคนปกติ 35 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า ความคาดหวังในชีวิต การได้รับการสนับสนุนจากสังคม ความรู้สึกสิ้นหวังใน 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจะดีกว่ากลุ่มควบคุม

โพลิทิส (Politis :1998)[57]ศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจำนวน 131 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มคนปกติ 65 คน พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 14 ปี จะมีอารมณ์รุนแรง บทบาทของผู้ป่วยจะทำให้ได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและความช่วยเหลือจากสังคม

โกลด์เบค และคณะ (Goldbeck et al: 2000) [58] ศึกษาผลกระทบจากการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย อายุ 3 – 26 ปี จำนวน 43 ราย ในด้านการรับรู้การเจ็บป่วย, กลไกการแก้ปัญหา, ความเชื่อในเรื่องการดูแลสุขภาพและผลกระทบด้านจิตใจ โดยใช้ Ulm Thalassemia Inventory,The KIDCOPE,The Multidimensional Health Locus of Control Scales และ Giessen Complaint List ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดจากวิธีการรักษามากกว่าจากตัวโรค จึงสมควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับตัวโรคและทราบประโยชน์ของการรักษา การที่ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ปัญหาที่ดีทำให้มีส่วนร่วมในการรักษาที่ดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอายุ 10 – 15 ปี

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียทุกรายที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเลือดเด็ก ณ โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าหรือโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2543 เป็นต้นไป โดยมีอายุระหว่าง 10 – 15 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียโดยแพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะสาขา ไม่จำกัดวิธีการรักษาที่ผ่านมาในอดีต ยังเรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียน สามารถอ่านหนังสือออกและให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง มีบิดามารดาหรือผู้ปกครองมาด้วย ไม่มีประวัติการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะปัญญาอ่อน ไม่เคยได้รับการรักษาทางจิตเวชมาก่อน ไม่มีอาการป่วยหนักหรือมีปัญหาฉุกเฉินอื่นทางร่างกาย และก่อนทำการศึกษา 2 เดือน ไม่ประสบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น การสูญเสียคนรัก ของรัก สัตว์เลี้ยง

ตัวอย่าง (Sample group) คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียทุกรายที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเลือดเด็ก ณ โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หรือโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ข้างต้นและมารับบริการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2543 จนครบตามจำนวนที่ได้คำนวณไว้

วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) [59]

โดยใช้สูตร $n = Z_{\alpha}^{2} pq / d^{2}$

โดย n = จำนวนตัวอย่าง

Z = ค่า Z จากตารางเมื่อกำหนดให้มีระดับความเชื่อมั่น 95% = 1.96

p = สัดส่วนความชุกของโรค ได้จากการศึกษานำร่อง (pilot study) ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย อายุ 10 – 15 ปี จำนวน 20 คน ที่คลินิกโรคเลือดเด็ก แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า p = 0.6

q = 1 – p =0.4

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (acceptable error) กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนได้ไม่เกิน 5 %

ดังนั้น $n = (1.96)^2 (0.6) (0.4)/ (0.05)^2$

$n = 369 \approx 370$ ราย

<u>การสุ่มตัวอย่าง</u> การเก็บข้อมูลได้มาจากผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียทุกรายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้และมาตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หรือโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรที่ศึกษามีจำนวนไม่มากนัก กลุ่มตัวอย่างต้องใช้จำนวนมาก สถานที่เก็บข้อมูลมีจำนวนจำกัด และผู้ป่วยบางรายไม่มาตามที่แพทย์นัด ดังนั้นจึงไม่สามารถคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยได้ล่วงหน้า

<u>ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย</u>

ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2543 – พฤษภาคม พ.ศ. 2544

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเด็ก โดยให้ผู้ป่วยเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

<u>ส่วนที่ 1</u> ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับการเกิด จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษา ผลการเรียน การคิดแก้ปัญหา ประวัติถูกทารุณกรรม

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบวัดอาการซึมเศร้า

แบบวัดอาการซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบวัดอาการซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ของ Maria Kovacs ซึ่งเป็นแบบวัดอาการซึมเศร้าที่ใช้ในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นเพื่อตรวจกรองอาการซึมเศร้าในเด็กรวมทั้งติดตามผลการรักษา ซึ่ง อุมาพร ตรังคสมบัติ ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยทำการศึกษาในเด็กอายุ10 – 15 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วย

นอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ามี Reliability Coefficient (alpha) = 0.83 และมีความตรงในการจำแนกสูง[20] แบบวัดนี้ประกอบไปด้วยคำถาม 27 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้บันทึกเอง (Self – Rating) ในแต่ละข้อจะมี 3 ข้อย่อย โดยให้ผู้ตอบตอบตามความรู้สึก และความคิดที่ตรงกับตนเองมากที่สุดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบวัดนี้จะประกอบด้วยข้อความที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าทั้ง 5 ด้าน คือ อาการทางด้านอารมณ์(negative mood; ข้อที่ 1,6,8,10,11,13) ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal problems; ข้อที่ 5,12,26,27) ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ (ineffectiveness; ข้อที่ 3,15,23,24) ความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งรอบด้าน (anhedonia; ข้อที่ 4,16,17,18,19,20,21,22) และการมองตนเองในแง่ลบ (negative self-esteem ; ข้อที่ 2,7,9,14,25) การเรียงลำดับข้อความในแต่ละข้อนั้นจึงแตกต่างกัน ทำให้เกณฑ์ให้คะแนนแตกต่างกันไปด้วย ในการให้คะแนนจะมีลักษณะเป็น 0, 1, 2 มีทั้งหมด 14 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 และสำหรับข้อที่เหลือจะเป็นการให้คะแนนแบบ 2,1,0 มีทั้งหมด 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,5,7,8,10,11,13,15,16,18,21,24,25 ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้คือ 0 = พฤติกรรมปกติ (normal behavior), 1 = มีพยาธิสภาพเล็กน้อย (some pathology), 2 = มีพยาธิสภาพอย่างมีนัยสำคัญ (clinical pathology)

โดยแบบวัดมีคะแนนเต็มรวม 54 คะแนน และจุดตัดของคะแนน (cutting point) ที่จะแยกเด็กที่มีอารมณ์เศร้าออกจากเด็กที่ไม่มีอารมณ์เศร้า คือค่าคะแนน CDI ที่ 15 ขึ้นไป และค่าคะแนน CDI สูงกว่า 21 ขึ้นไป หมายถึงมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง

<u>ส่วนที่ 3</u> แบบสอบถามความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

แบบสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัด CIPF (The Cornell Interview of Peers and Friends) ของ Paulina FK และคณะ [18] ซึ่ง อรวรรณ หนูแก้ว ได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น 0.81[42] เพื่อประเมินเด็กในการรับรู้ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนซึ่งสามารถแบ่งแยกความแตกต่างระหว่างกลุ่มทางคลินิกและกลุ่มทั่วไป โดยมีการแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ พัฒนาการที่เหมาะสม (Developmental appropriateness; ข้อที่ 1-5) คะแนนเต็ม 5 คะแนน ทักษะทางสังคม (Social skills; ข้อที่6-15) คะแนนเต็ม 10 คะแนน และการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง (Self-esteem; ข้อที่ 16-20) คะแนนเต็ม 5 คะแนน รวมจำนวน 20 ข้อ มีคะแนนเต็มรวม 20 คะแนน โดยมีลักษณะคำถามเป็นประโยคบอกเล่า และคำตอบมีลักษณะแบบ dichotomous เกณฑ์การให้คะแนน มี 2 ลักษณะ คือ 1,0 ได้แก่ข้อ 1 – 6 และ ข้อ 11 – 20 แบบ 0,1ได้แก่ข้อ 7 –10

ในการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลในส่วนนี้มีการแจกแจงที่มีความเบ้เป็นบวก (Positive skewness) จึงได้ใช้เกณฑ์ต่อไปนี้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าค่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 คือ ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ15 คะแนนหมาย

ถึง มีความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับต่ำ

- กลุ่มที่มีคะแนนอยู่ระหว่างค่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 50 – 75 คือ ได้16 - 17 คะแนน หมายถึง มีความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับปานกลาง
- กลุ่มที่มีคะแนนสูงกว่าค่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 คือ ได้ตั้งแต่18 คะแนนขึ้นไปหมายถึง มีความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการศึกษาของบิดา, มารดา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว อายุที่บุตรเริ่มป่วย ประวัติการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตในครอบครัว ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของเด็ก จำนวนครั้งที่ต้องมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกของเด็ก

การตรวจสอบเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น คือ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเด็ก และแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบด้วย กุมารแพทย์ กุมารจิตแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์เด็กพิจารณาตรวจสอบลักษณะข้อคำถามให้มีความครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ได้รับคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขไปทดสอบเบื้องต้น (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ปกครอง จำนวน 20 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจคำถามและปรับปรุงคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

การรวบรวมข้อมูล

1. นำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระ - มงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหน่วยและหัวหน้าพยาบาลประจำคลินิกโรคเลือดเด็กโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ โดยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองสะดวกที่จะตอบแบบสอบถาม มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 แนะนำตัวกับผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย และผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

3.2 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในชุดที่ 1 และให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามในชุดที่ 2

3.3 เมื่อรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำถาม ถ้าข้อความใดขาดหายไป จะซักถามผู้ตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์

3.4 ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเพื่อให้แบบสอบถามสมบูรณ์ครบทุกข้อ

3.5 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วนำมาลงรหัสตามคู่มือและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC^{+} ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายลักษณะประชากร
2. หาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้สูตร

$$\text{Prevalence rate} = \frac{\text{จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้า}}{\text{จำนวนผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า}} \times 100$$

3. ใช้ Chi –Square test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่
   - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็ก
   - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยด้านโรค
   - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว
   - ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน
4. ใช้ Chi –Square test และ Fisher's Exact Test เพื่อดูความแตกต่างของข้อมูลระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
5. ใช้ One-Way ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนลักษณะของความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน
6. ใช้ t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ และลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

7. ใช้ Stepwise Multiple Regression Analysis โดยนำปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งหมดมาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาน้ำหนักความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในระดับต่าง ๆ กัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ใช้ในการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 10 ส่วนดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคม

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยที่กำหนด

ส่วนที่ 7 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยที่กำหนด

ส่วนที่ 8 ข้อมูลแสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างลักษณะของความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ส่วนที่ 9 ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 10 ข้อมูลแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	188	50.8
หญิง	182	49.2
<u>อายุ</u>		
10 – 12 ปี	237	64.1
>12 – 15 ปี	133	35.9
X = 11.86 SD = 1.6		
<u>ระดับการศึกษา</u>	238	64.3
ประถมศึกษา	132	35.7
มัธยมศึกษา		
<u>ผลการเรียน</u>	63	17
อ่อน (เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 1 – 1.99)	119	32.2
ปานกลาง (เกรดเฉลี่ย 2.00 – 2.99)	160	43.2
ดี (เกรดเฉลี่ย 3.00 – 3.99)	28	7.6
ดีมาก (เกรดเฉลี่ย 4.00)		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
<u>ลำดับบุตร</u>		
ลำดับที่ 1	232	62.7
ลำดับที่ 2	110	29.7
ลำดับที่ 3	16	4.3
ลำดับที่ 4	12	3.2
<u>จำนวนพี่น้อง (รวมตัวผู้ป่วย)</u>		
1 คน (ลูกคนเดียว)	119	32.2
2 คน	156	42.2
3 คน	76	20.5
4 คน	19	5.1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง โดยมีเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือเพศชายร้อยละ 50.8 และเพศหญิงร้อยละ 49.2 ประมาณสองในสามหรือร้อยละ 64.1 อยู่ในวัยเรียน(อายุ 10 – 12 ปี) อีกหนึ่งในสามหรือร้อยละ 35.9 อยู่ในวัยรุ่น(อายุมากกว่า 12 – 15 ปี) โดยมีอายุเฉลี่ย = 11.86 ปี

ผู้ป่วยส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.3 ส่วนอีกร้อยละ 35.7 กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ด้านผลการเรียน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เกรดเฉลี่ย 3.00 – 3.99 ร้อยละ 43.2 รองลงไปคือ ระดับปานกลาง เกรดเฉลี่ย 2.00 – 2.99 ร้อยละ 32.2

ประมาณสองในสามของผู้ป่วยหรือร้อยละ 62.7 เป็นบุตรลำดับที่ 1 รองลงไปคือ บุตรลำดับที่ 2 ร้อยละ 29.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพี่น้อง 2 คน (รวมตัวผู้ป่วย) ร้อยละ 42.2 รองลงไปเป็นบุตรคนเดียว ร้อยละ 32.2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของการคิดแก้ปัญหาของผู้ป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับการคิดแก้ปัญหา	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
<u>ในชีวิตประจำวันเมื่อพบกับปัญหาฉันจะ</u>		
แก้ปัญหาด้วยตนเอง	65	17.6
ปรึกษาบิดามารดา	213	57.6
ปรึกษาครู	32	8.6
ปรึกษาเพื่อน	38	10.3
อื่น ๆ (ปล่อยให้ผ่านไป,หาอะไรทำให้ลืม ฯ)	22	5.9
<u>วิธีการแก้ปัญหาส่วนใหญ่</u>		
ใช้เหตุผล	205	55.4
ใช้อารมณ์	29	7.8
ใช้เหตุผลและอารมณ์	127	34.3
อื่น ๆ (ขึ้นกับสถานการณ์ ฯ)	9	2.4
<u>ผลการแก้ปัญหาในอดีต</u>		
ดี	96	25.9
ปานกลาง	229	61.9
ไม่ดี	45	12.2
<u>ความพอใจกับผลการแก้ปัญหา</u>		
ใช่	286	77.3
ไม่ใช่	84	22.7

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 แสดงการคิดแก้ปัญหาของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อพบกับปัญหาในชีวิตประจำวันจะปรึกษาบิดามารดา ร้อยละ 57.6 รองลงไป คือ แก้ปัญหาด้วยตนเอง ร้อยละ 17.6โดยวิธีการแก้ปัญหา ผู้ป่วยจะใช้เหตุผลมากที่สุด คือ ร้อยละ 55.4 รองลงไปคือ ใช้เหตุผลและอารมณ์ ร้อยละ 34.3 ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าผลการแก้ปัญหาในอดีตของตนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 61.9 รองลงไปคือ ระดับดี ร้อยละ 25.9 ด้านความพอใจกับผลการแก้ปัญหา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 77.3 พอใจกับผลการแก้ปัญหา ส่วนผู้ป่วยที่เหลือร้อยละ 22.7 ยังไม่พอใจกับผลการแก้ปัญหา

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติถูกทารุณกรรม

ประวัติถูกทารุณกรรม	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
ทางกาย	105	28.4
ทางอารมณ์	16	4.3
ทางเพศ	0	0
ทางกายและทางอารมณ์	16	4.3
ทางอารมณ์และทางเพศ	0	0
ทางกายและทางเพศ	0	0
ทางกาย อารมณ์ และเพศ	0	0
รวม	137	37
ไม่มีประวัติถูกทารุณกรรม	233	63

ตารางที่ 3 แสดงประวัติถูกทารุณกรรม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 63 ไม่มีประวัติถูกทารุณกรรม และผู้ป่วยที่มีประวัติถูกทารุณกรรมนั้นถูกทารุณกรรมทางกายมากที่สุด ร้อยละ 28.4 และไม่พบการถูกทารุณกรรมทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มนี้เลย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
<u>ชนิดของโรค</u>		
ธาลัสซีเมียเมเจอร์	53	14.3
ธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย	307	83
ธาลัสซีเมียไมเนอร์	10	2.7
<u>อายุที่เริ่มป่วย</u>		
0 – 1 ปี	141	38.1
>1 –3 ปี	137	37.0
>3 – 6 ปี	58	15.7
>6 – 12 ปี	34	9.2
<u>จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน</u>		
ไม่เคย	110	29.7
เคย (n = 260)	260	70.3
• 1 – 5 ครั้ง	202	77.7
• 6 ครั้งขึ้นไป	58	22.3
<u>จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก</u>		
<u>≤</u>4 ครั้ง / ปี	81	21.9
6 ครั้ง / ปี	58	15.7
12 ครั้ง / ปี	139	37.6
>12 ครั้ง / ปี	92	24.9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
<u>การมีโรคประจำตัวอื่น</u>		
ไม่มี	360	97.3
มี	10	2.7

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือร้อยละ 83 ป่วยเป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย รองลงไปคือ ธาลัสซีเมียเมเจอร์ (ร้อยละ 14.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการป่วยตั้งแต่อายุแรกเกิดถึงหนึ่งปี (ร้อยละ 38.1)รองลงไปคือ อายุมากกว่า 1 – 3 ปี (ร้อยละ 37)

การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 70.3 เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 29.7) ที่ไม่เคยรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และในจำนวนผู้ที่เคยรับการรักษาแบบผู้ป่วยในพบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 1 – 5 ครั้ง มีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 77.7 และอีกประมาณหนึ่งในห้าหรือร้อยละ 22.3 เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไป โดยเหตุผลที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในคือ การตัดม้าม การมีไข้สูงและมีอาการชีด โรคไข้เลือดออก ภาวะน้ำท่วมหัวใจ เป็นต้น

การมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกคนละ 12 ครั้ง/ปี มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.6 รองลงไปคือ มากกว่า 12 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 24.9)

การมีโรคประจำตัวอื่น ผู้ป่วยเกือบทั้งหมด คือ ร้อยละ 97.3 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น มีผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยที่มีโรคประจำตัวอื่น (ร้อยละ 2.7) โรคประจำตัวอื่นที่พบได้แก่ โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
<u>การเจ็บป่วยมีผลต่อการเรียน</u>		
ใช่	184	49.7
ไม่ใช่	186	50.3
<u>การเจ็บป่วยทำให้ได้รับการดูแลจากพ่อแม่เป็นพิเศษกว่าเด็กหรือพี่น้องคนอื่น</u>		
ใช่	240	64.9
ไม่ใช่	130	35.1
<u>การเจ็บป่วยมีผลต่อการคบเพื่อน</u>		
ใช่	94	25.4
ไม่ใช่	276	74.6
<u>การเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถเล่นได้เหมือนคนอื่น</u>		
ใช่	135	36.5
ไม่ใช่	235	63.5

ตารางที่ 5 แสดงการรับรู้การเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยมีผลต่อการเรียนมีจำนวนใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่คิดว่าการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อการเรียน คือ ร้อยละ 49.7 และร้อยละ 50.3 ตามลำดับ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือร้อยละ 64.9 คิดว่าการเจ็บป่วยทำให้ได้รับการดูแลจากพ่อแม่เป็นพิเศษกว่าเด็กหรือพี่น้องคนอื่น และอีกหนึ่งในสามคิดว่าได้รับการดูแลไม่แตกต่างกัน (ร้อยละ 35.1)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การเจ็บป่วยกับการคบเพื่อน ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อการคบเพื่อนมากที่สุด (ร้อยละ 74.6) และอีกหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยมีผลต่อการคบเพื่อน (ร้อยละ 25.4)

การเจ็บป่วยกับการเล่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 63.5 คิดว่าการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อการเล่น และอีกหนึ่งในสามคิดว่าการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถเล่นได้เหมือนเด็กคนอื่น (ร้อยละ 36.5)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
<u>อายุของผู้ปกครอง</u>		
20 – 29 ปี	14	3.8
30 – 39 ปี	198	53.5
40 – 49 ปี	129	34.9
50 – 59 ปี	21	5.7
60 ปีขึ้นไป	8	2.2
<u>สถานภาพของผู้ปกครอง</u>		
บิดา	59	15.9
มารดา	250	67.6
ญาติ	61	16.5
<u>สถานภาพสมรสของบิดามารดา</u>		
คู่	303	81.9
สามี/ภรรยาเสียชีวิต	6	1.6
หย่าร้าง	37	10
แยกกันอยู่	24	6.5
<u>ระดับการศึกษาของบิดา</u>		
ประถมศึกษา	159	43
มัธยมศึกษา	85	23
อนุปริญญา	86	23.2
ปริญญาตรีขึ้นไป	40	10.8

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
<u>ระดับการศึกษาของมารดา</u>		
ประถมศึกษา	216	58.4
มัธยมศึกษา	60	16.2
อนุปริญญา	50	13.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	44	11.9
<u>รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน</u>		
ไม่เกิน 5,000 บาท	89	24.1
5,001 – 10,000 บาท	99	26.8
10,001 – 15,000 บาท	76	20.5
15,001 บาทขึ้นไป	106	28.6
<u>รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย</u>		
ใช่	195	52.7
ไม่ใช่	175	47.3
<u>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</u>		
1 – 5 คน	87	23.5
6 – 10 คน	220	59.5
11 คนขึ้นไป	63	17.0
<u>สมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรังเดียวกันหรือโรคเรื้อรังอื่น</u>		
มี	154	41.6
ไม่มี	216	58.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน) N = 370	ร้อยละ
ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว		
มี	103	27.8
ไม่มี	267	72.2
ความสัมพันธ์ของบิดามารดา		
ไม่มีความขัดแย้งเลย	172	46.5
มีความขัดแย้งบ้างนาน ๆ ครั้ง	166	44.9
มีความขัดแย้งค่อนข้างบ่อย	32	8.6
ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว		
ดี	187	50.5
ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง	167	45.1
ไม่ดี	16	4.4

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า ผู้ปกครองที่นำผู้ป่วยมารับบริการมีอายุอยู่ในช่วง 30 – 39 ปีเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 53.5 รองลงไปคือ อายุ 40 – 49 ปี (ร้อยละ 34.9) โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 67.6) รองลงไปคือ เป็นญาติ (ร้อยละ 16.5)

บิดามารดาของผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือร้อยละ 81.9 มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงไปคือ หย่าร้าง (ร้อยละ 10) ระดับการศึกษาของบิดามารดา จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คือ บิดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43 มารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.4

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ตั้งแต่ 15,001 บาทขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงไปคือ มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 26.8) และครอบครัวมีจำนวนสมาชิก 6 – 10 คนมากที่สุด (ร้อยละ 59.5) รองลงไปคือ มีสมาชิก 1 – 5 คน (ร้อยละ 23.5) โดยสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีการป่วยโรคเดียวกันหรือโรคเรื้อรังอื่น (ร้อยละ 58.4) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หืด ไทรอยด์

และภูมิแพ้ ส่วนประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว พบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือร้อยละ 72.2 ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว มีเพียงประมาณหนึ่งในสี่ที่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 27.8) ประวัติการรักษาทางจิตเวชที่พบได้แก่ อาการเครียด นอนไม่หลับ โรคจิตเภท ติดสุรา ติดยาเสพติด

ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่บิดามารดาไม่มีความขัดแย้งกันเลย (ร้อยละ 46.5) รองลงไปคือ มีความขัดแย้งกันบ้างนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 44.9)

ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 50.5 ผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดี รองลงไปคือ มีความสัมพันธ์กันดีบ้าง ไม่ดีบ้าง (ร้อยละ 45.1)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคม

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสังคมเรื่องความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	165	44.6
ปานกลาง	127	34.3
สูง	78	21.1
รวม	370	100

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลของปัจจัยด้านสังคมเรื่องความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนของผู้ป่วยพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยหรือร้อยละ 44.6 มีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ รองลงไปคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 34.3) และน้อยที่สุดคือ ระดับสูง (ร้อยละ 21.1)

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
พัฒนาการที่เหมาะสม	3.75	1.08
ทักษะทางสังคม	7.11	1.58
การตระหนักถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	3.49	.93

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของลักษณะความสัมพันธ์ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ พัฒนาการที่เหมาะสม = 3.75 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) การมีทักษะทางสังคม = 7.11 (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) และการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง = 3.49 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 9 แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า	130	35.1
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	240	64.9
รวม	370	100

ตารางที่ 9 แสดงความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า 130 คนและไม่มีภาวะซึมเศร้า 240 คน ดังนั้น ค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย มีค่าดังนี้

$$\text{ค่าความชุก} = \frac{\text{จำนวนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า}}{\text{จำนวนของผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า}} \times 100$$

$$= \frac{130}{370} \times 100$$

$$= 35.1$$

ดังนั้น ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย คือ ร้อยละ 35.1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละจากผู้ป่วยทั้งหมด (N = 370)	ร้อยละจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (N = 130)
มีภาวะซึมเศร้า (ได้คะแนน 15 คะแนนขึ้นไป)	130	35.1	100
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ได้คะแนนมากกว่า 21 คะแนนขึ้นไป)	36	9.7	27.7

ตารางที่ 10 แสดงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย พบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 35.1 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 9.7 หรือประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 27.7)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่กำหนด

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 240)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 130)		χ^2	df	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
<u>เพศ</u>							
ชาย	126	52.5	62	47.7	0.780	1	.377
หญิง	114	47.5	68	52.3			
<u>ผลการเรียน</u>							
อ่อน (<1 – 1.99)	31	12.9	32	24.6			
ปานกลาง (2.00 - 2.99)	77	32.1	42	32.3	10.147	3	.017*
ดี(3.00 – 3.99)	110	45.8	50	38.5			
ดีมาก(4.00)	22	9.2	6	4.6			
<u>การคิดแก้ปัญหา</u>							
แก้ปัญหาด้วยตนเอง	47	19.6	18	13.9			
ปรึกษาบิดามารดา	136	56.7	77	59.2			
ปรึกษาครู	22	9.1	10	7.7	6.169	4	.187
ปรึกษาเพื่อน	19	7.9	19	14.6			
อื่น ๆ (ปล่อยให้ผ่านไป,หาอะไรทำให้ลืม)	16	6.7	6	4.6			
<u>ประวัติถูกทารุณกรรม</u>							
มี	79	32.9	58	44.6	4.949	1	.026*
ไม่มี	161	67.1	72	55.4			

* Significant at level .05

ตารางที่ 11 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ มีเพศหญิงร้อยละ 52.3 และเพศชายร้อยละ 47.7

ผลการเรียน ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีผลการเรียนระดับดีมากที่สุด คือ ร้อยละ 38.5 ด้านการคิดแก้ปัญหา ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 59.2 เมื่อพบกับปัญหาจะปรึกษาบิดามารดา รองลงไปคือ ปรึกษาเพื่อน (ร้อยละ 14.6)

ประวัติถูกทารุณกรรม ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44.6 มีประวัติถูกทารุณกรรม และผู้ที่ไม่มีประวัติถูกทารุณกรรมพบร้อยละ 55.4

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย คือ ผลการเรียนและประวัติถูกทารุณกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนปัจจัยในเรื่องเพศและการคิดแก้ปัญหานั้นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยด้านโรค

ปัจจัยด้านโรค	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 240)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 130)		χ^2	df	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
<u>ชนิดของโรค</u>							
ธาลัสซีเมียเมเจอร์	35	14.6	18	13.8			
ธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย	195	81.3	112	86.2	5.693	2	.058
ธาลัสซีเมียไมเนอร์	10	4.1	0	0			
<u>อายุที่เริ่มป่วย</u>							
0 – 1 ปี	88	36.7	53	40.8			
>1 – 3 ปี	89	37.0	48	36.9	1.237	3	.744
>3 – 6 ปี	41	17.1	17	13.1			
>6 – 12 ปี	22	9.2	12	9.2			
<u>จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน</u> (n = 260)							
1 – 5 ครั้ง	121	74.7	81	82.7	2.233	1	.135
6 ครั้ง ขึ้นไป	41	25.3	17	17.3			
<u>จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก</u>							
≤ 4 ครั้ง/ปี	48	20	33	25.4			
6 ครั้ง/ปี	39	16.2	19	14.6	2.760	3	.430
12 ครั้ง/ปี	88	36.7	51	39.2			
>12 ครั้ง/ปี	65	27.1	27	20.8			

ตารางที่ 12 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยด้านโรค พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่หรือร้อยละ 86.2 ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย (มีความรุนแรงระดับปานกลาง) โดยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการป่วยตั้งแต่อายุแรกเกิดถึงหนึ่งปี (ร้อยละ 40.8)

การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่หรือร้อยละ 82.7 เข้ารับการรักษา 1 – 5 ครั้ง และผู้ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 6 ครั้งขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 17.3

การมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต้องมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก 12 ครั้ง/ปี มากที่สุด (ร้อยละ 39.2)

ปัจจัยด้านโรคทุกปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 240)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 130)		χ^2	df	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
<u>ระดับการศึกษาของบิดา</u>							
ประถมศึกษา	94	39.2	65	50			
มัธยมศึกษา	61	25.4	24	18.5	5.882	3	.117
อนุปริญญา	61	25.4	25	19.2			
ปริญญาตรีขึ้นไป	24	10	16	12.3			
<u>ระดับการศึกษาของมารดา</u>							
ประถมศึกษา	129	53.8	87	66.9			
มัธยมศึกษา	46	19.2	14	10.8	9.130	3	.028*
อนุปริญญา	38	15.8	12	9.2			
ปริญญาตรีขึ้นไป	27	11.2	17	13.1			
<u>สถานภาพสมรสของบิดามารดา</u>							
คู่	196	81.7	107	82.3			
สามี/ภรรยาเสียชีวิต	6	2.5	0	0	3.703	3	.295
หย่าร้าง	24	10	13	10			
แยกกันอยู่	14	5.8	10	7.7			
<u>รายได้ของครอบครัว</u>							
ไม่เกิน 5,000 บาท	60	25	29	22.3			
5,001 – 10,000 บาท	57	23.75	42	32.3	6.302	3	.098
10,001 – 15,000 บาท	57	23.75	19	14.6			
15,001 บาท ขึ้นไป	66	27.5	40	30.8			

ตารางที่ 13 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 240)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 130)		χ^2	df	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
<u>ความสัมพันธ์ของบิดามารดา</u>							
ไม่มีความขัดแย้งเลย	134	55.8	38	29.2			
ขัดแย้งกันบ้างนาน ๆ ครั้ง	87	36.3	79	60.8	24.560	2	.000**
ขัดแย้งกันค่อนข้างบ่อย	19	7.4	13	10			
<u>ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว</u>							
ดี	140	58.3	47	36.2			
ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง	93	38.8	74	56.9	17.508	2	.000**
ไม่ดี	7	2.9	9	6.9			
<u>ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติ/คนในครอบครัว</u>							
มี	61	25.4	42	32.3	1.993	1	.158
ไม่มี	179	74.6	88	67.7			

* Significant at level .05

** Significant at level .01

ตารางที่ 13 แสดงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีบิดาที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่หรือร้อยละ 66.9 มีมารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา

สถานภาพสมรสของบิดามารดา บิดามารดาของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่หรือร้อยละ 82.3 มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงไปคือ หย่าร้าง (ร้อยละ 10) แยกกันอยู่ (ร้อยละ 7.7) และไม่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีบิดาหรือมารดาเสียชีวิต

รายได้ของครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่หรือร้อยละ 32.3 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท ด้านความสัมพันธ์ของบิดามารดา ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าพบรูปแบบความสัมพันธ์ของบิดามารดาแบบขัดแย้งกันบ้างนาน ๆ ครั้ง มากที่สุด คือ ร้อยละ 60.8

ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวดีบ้าง ไม่ดีบ้าง มากที่สุด (ร้อยละ 56.9)

ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่หรือร้อยละ 67.7 ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว และอีกหนึ่งในสามมีประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 32.3)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว คือ ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสัมพันธ์ของบิดามารดาและความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของบิดา สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียกับปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคม	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 240)		มีภาวะซึมเศร้า (n = 130)		χ^2	df	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
<u>ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน</u>							
ระดับต่ำ	66	27.5	99	76.2			
ระดับปานกลาง	115	47.9	12	9.2	85.503	2	.000**
ระดับสูง	59	24.6	19	14.6			

** significant at level .01

ตารางที่ 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียกับปัจจัยด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่หรือร้อยละ 76.2 มีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับต่ำ รองลงไปคือ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับสูง (ร้อยละ 14.6) น้อยที่สุดคือ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.2) และความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 7 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยที่กำหนด

การศึกษาในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์หาความแตกต่างกันของปัจจัยด้านต่าง ๆ ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยใช้ Chi-square test แต่เนื่องจากสถิติทดสอบ Chi-square มีข้อจำกัดคือ ความถี่ที่คาดไว้ในแต่ละเซลไม่ควรต่ำกว่า 5 และเซลที่มีความถี่ที่คาดไว้ต่ำกว่า 5 มีไม่มากกว่า 20 % ของเซลทั้งหมด [60] นอกจากนี้จากข้อมูลพบว่าตัวแปรบางตัวมีบางเซลที่มีค่าเป็น 0 หลายเซล และขนาดตัวอย่างมีขนาดเล็ก (ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีจำนวน 36 คน) ผู้วิจัยจึงได้ใช้ Fisher's exact test แทนในตัวแปรที่ไม่สามารถใช้สถิติทดสอบ Chi-square ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย	มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง(n = 94)		มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง(n = 36)		χ^2	df	p-value	Exact Sig.
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
<u>เพศ</u>								
ชาย	36	38.3	26	72.2	12.009	1	.001**	-
หญิง	58	61.7	10	27.8				
<u>ผลการเรียน</u>								
อ่อน (<1 – 1.99)	6	6.4	0	0				
ปานกลาง (2.00 - 2.99)	33	35.1	17	47.2				
ดี(3.00 – 3.99)	36	38.3	6	16.7	-	-	-	.019*
ดีมาก(4.00)	19	20.2	13	36.1				
<u>การคิดแก้ปัญหา</u>								
แก้ปัญหาด้วยตนเอง	12	12.8	6	16.7				
ปรึกษาบิดามารดา	54	57.4	23	63.9				
ปรึกษาครู	10	10.6	0	0				
ปรึกษาเพื่อน	12	12.8	7	19.4	-	-	-	.100
อื่น ๆ (ปล่อยให้ผ่านไป,หาอะไรทำให้ลืม)	6	6.4	0	0				
<u>ประวัติถูกทารุณกรรม</u>								
มี	36	38.3	22	61.1	5.483	1	.019*	-
ไม่มี	58	61.7	14	38.9				

** Significant at level .01 * Significant at level .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 แสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.7) ในขณะที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.2) โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงส่วนใหญ่หรือร้อยละ 38.3มีผลการเรียนดี (คะแนน 3.00 – 3.99) ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่จะมีผลการเรียนปานกลาง (คะแนน 2.00 – 2.99) ร้อยละ 47.2

ด้านการคิดแก้ปัญหา ทั้งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่เมื่อพบปัญหาจะปรึกษาบิดามารดา และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงส่วนใหญ่ไม่มีประวัติถูกทารุณกรรม (ร้อยละ 61.7) ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่มีประวัติถูกทารุณกรรม (ร้อยละ 61.1)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย คือ เพศ ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผลการเรียนและประวัติถูกทารุณกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการคิดแก้ปัญหาไม่มีความแตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 แสดงจำนวน ร้อยละและความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยด้านโรค

ปัจจัยด้านโรค	มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง(n = 94)		มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง(n = 36)		χ^2	df	p-value	Exact Sig.
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
<u>ชนิดของโรค</u>								
ธาลัสซีเมียเมเจอร์	15	16	3	8.3	-	-	-	.396
ธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย	79	84	33	91.7				
ธาลัสซีเมียไมเนอร์	0	0	0	0				
<u>อายุที่เริ่มป่วย</u>								
0 – 1 ปี	29	30.9	24	66.7				
>1 – 3 ปี	39	41.5	9	25				
>3 – 6 ปี	14	14.9	3	8.3	-	-	-	.001**
>6 – 12 ปี	12	12.7	0	0				
<u>จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน</u> (n = 98)								
1 – 5 ครั้ง	59	85.5	22	75.9	1.325	1	.250	-
6 ครั้ง ขึ้นไป	10	14.5	7	24.1				
<u>จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก</u>								
≤ 4 ครั้ง/ปี	26	27.6	7	19.4				
6 ครั้ง/ปี	16	17	3	8.3	3.726	3	.351	-
12 ครั้ง/ปี	34	36.2	17	47.2				
>12 ครั้ง/ปี	18	19.2	9	25				

** Significant at level .01

ตารางที่ 16 แสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยด้านโรคพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงส่วนใหญ่เริ่มป่วยอายุมากกว่า 1 ถึง 3ปี (ร้อยละ 41.5) ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่เริ่มป่วยตั้งแต่แรกเกิดถึงหนึ่งปี (ร้อยละ 66.7) ทั้งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในคนละ 1 – 5 ครั้ง และมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกคนละ 12 ครั้งต่อปี

ปัจจัยด้านโรค คือ อายุที่เริ่มป่วย ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนชนิดของโรค จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกไม่มีความแตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว	มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง(n = 94)		มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง(n = 36)		χ^2	df	p-value	Exact Sig.
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
<u>ระดับการศึกษาของบิดา</u>								
ประถมศึกษา	45	47.9	20	55.6				
มัธยมศึกษา	18	19.2	6	16.7	1.034	3	.793	-
อนุปริญญา	18	19.2	7	19.4				
ปริญญาตรีขึ้นไป	13	13.8	3	8.3				
<u>ระดับการศึกษาของมารดา</u>								
ประถมศึกษา	57	60.6	30	83.4				
มัธยมศึกษา	14	14.9	0	0	-	-	-	.025*
อนุปริญญา	9	9.6	3	8.3				
ปริญญาตรีขึ้นไป	14	14.9	3	8.3				
<u>สถานภาพสมรสของบิดามารดา</u>								
คู่	78	82.9	29	80.6				
สามี/ภรรยาเสียชีวิต	0	0	0	0	-	-	-	.932
หย่าร้าง	9	9.6	4	11.1				
แยกกันอยู่	7	7.5	3	8.3				
<u>รายได้ของครอบครัว</u>								
ไม่เกิน 5,000 บาท	23	24.5	6	16.7				
5,001 – 10,000 บาท	25	26.6	17	47.2	5.627	3	.131	-
10,001 – 15,000 บาท	16	17	3	8.3				
15,001 บาท ขึ้นไป	30	31.9	10	27.8				

ตารางที่ 17 (ต่อ) แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว	มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง(n = 94)		มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง(n = 36)		χ^2	df	p-value	Exact Sig.
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
<u>ความสัมพันธ์ของบิดามารดา</u>								
ไม่มีความขัดแย้งเลย	35	37.2	3	8.3				
ขัดแย้งกันบ้างนาน ๆ ครั้ง	56	59.6	23	63.9	23.253	2	.000**	-
ขัดแย้งกันค่อนข้างบ่อย	3	3.2	10	27.8				
<u>ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว</u>								
ดี	40	42.6	7	19.5				
ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง	48	51.1	26	72.2	6.035	2	.049*	-
ไม่ดี	6	6.3	3	8.3				
<u>ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติ/คนในครอบครัว</u>								
มี	26	27.7	16	44.4	3.353	1	.067	-
ไม่มี	68	72.3	20	55.6				

* Significant at level .05

** Significant at level .01

ตารางที่ 17 แสดงความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวพบว่า ทั้งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่บิดามารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีสถานภาพสมรสคู่ บิดามารดามีความขัดแย้งกันบ้างนาน ๆ ครั้ง ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบดีบ้างไม่ดีบ้าง และไม่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว ครอบครัวผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงส่วน

ใหญ่มีรายได้สูงกว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง คือมีรายได้ 15,001 บาทขึ้นไป(ร้อยละ 31.9) ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่ครอบครัวมีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 47.2)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว คือ ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับการศึกษาของมารดา ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับการศึกษาของบิดา สถานภาพสมรสของบิดามารดารายได้ของครอบครัว ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียกับปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยที่ด้านสังคม	มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรง(n = 94)		มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง(n = 36)		χ^2	df	p-value	Exact Sig.
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ				
<u>ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน</u>								
ระดับต่ำ	63	67	36	100				
ระดับปานกลาง	12	12.8	0	0	-	-	-	.000**
ระดับสูง	19	20.2	0	0				

* Significant at level .05

** Significant at level .01

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียกับปัจจัยด้านสังคมพบว่าทั้งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ และความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 8 ข้อมูลแสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างลักษณะของความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ตารางที่ 19 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างลักษณะของความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ลักษณะความสัมพันธ์	จำนวน(คน) N = 370	Mean	SD	F	Sig
<u>ด้านพัฒนาการที่เหมาะสม</u>					
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับต่ำ	165	3.09	1.17		
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับปานกลาง	127	4.07	.57	89.289	.000**
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับสูง	78	4.60	.57		
<u>ทักษะทางสังคม</u>					
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับต่ำ	165	5.90	1.40		
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับปานกลาง	127	7.69	.71	208.335	.000**
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับสูง	78	8.74	.75		
<u>การตระหนักถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</u>					
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับต่ำ	165	2.92	.99		
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับปานกลาง	127	3.91	.58	84.251	.000**
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับสูง	78	4.04	.44		

** significant at level .01

ตารางที่ 19 แสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างลักษณะของความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับต่ำ ปานกลาง สูง มีคะแนนเฉลี่ยของลักษณะความสัมพันธ์ทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 9 ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของลักษณะของความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 20 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของลักษณะของความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ลักษณะของความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน	จำนวน (คน) N = 370	Mean	SD	t	p-value
<u>ด้านพัฒนาการที่เหมาะสม</u>					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	240	3.91	1.02	4.013	.000**
มีภาวะซึมเศร้า	130	3.43	1.11		
<u>ทักษะทางสังคม</u>					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	240	7.59	1.29	7.982	.000**
มีภาวะซึมเศร้า	130	6.23	1.68		
<u>การตระหนักถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</u>					
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	240	3.72	.71	6.034	.000**
มีภาวะซึมเศร้า	130	3.07	1.10		

** significant at level .01

ตารางที่ 20 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของลักษณะของความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านพัฒนาการที่เหมาะสม ทักษะทางสังคม การตระหนักถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนทั้ง 3 ด้านของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต่างจากผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ส่วนที่ 10 ข้อมูลแสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยที่กำหนดกับภาวะซึมเศร้า

การศึกษาในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความสำคัญระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า โดยแสดงผลการคัดเลือกตัวแปรทีละขั้นตอน ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุดจะเข้ามาเป็นตัวแรก และตัวที่มีนัยสำคัญทางสถิติรองลงมาจะเข้ามาเป็นตัวที่สอง ตัวที่สามตามลำดับ จนไม่มีตัวแปรใดที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่จะนำเข้ามาสู่สมการ สุดท้ายจะได้สมการที่ประกอบด้วยตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรตามเท่านั้น ซึ่งสมการที่ได้นี้จะมีประโยชน์มากในการคาดประมาณค่าตัวแปรตาม เพราะตัดตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ ที่ไม่มีผลต่อตัวแปรตามออกไป เนื่องจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุนั้นมีประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่จะต้องพิจารณาคือ ตัวแปรอิสระต่าง ๆ ที่จะนำไปใช้ในแบบจำลองถดถอยพหุ จะต้องไม่มีความสัมพันธ์ร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) กล่าวคือ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันมากนัก คือไม่ควรสูงกว่า .75 [60] จากตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยที่เรียกว่า เมตริกความสัมพันธ์ (Correlation matrix) พบว่าตัวแปรอิสระแต่ละคู่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ คือต่ำกว่า .50 มีตัวแปรอิสระเพียง 2 คู่ที่มีความสัมพันธ์สูงกว่าระดับต่ำเล็กน้อย คือ ระดับการศึกษาของมารดาและระดับการศึกษาของบิดา (r = .578) , ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนกับภาวะซึมเศร้า(r = -.562) แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่สูงกว่า .75 ดังนั้นจึงน่าจะเป็นสิ่งที่บ่งชี้เบื้องต้นได้ว่าการวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้ใช้ประโยชน์ได้โดยปราศจากปัญหาดังกล่าว สำหรับผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยที่กำหนดกับภาวะซึมเศร้า ปรากฏในตารางที่ 22

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ถดถอย

ตัวแปร	Depres	sex	gpa	cop	abuse	diag	ipd	opd	fathed	mothed	status	income	conflict	relation	peer	agedx	hxpsy
depres	-																
sex	-.021	-															
gpa	.190	-.158	-														
cop	.030	-.079	-.003	-													
abuse	.197	-.094	-.169	.003	-												
diag	-.037	.169	-.062	.008	.054	-											
ipd	.046	.046	.110	-.100	.076	.074	-										
opd	-.053	.109	-.061	-.241	.193	.336	-.015	-									
fathed	.109	-.133	.115	.082	-.134	-.012	.235	-.209	-								
mothed	.128	-.189	.018	.139	.034	.048	.086	-.110	.578	-							
status	-.074	-.001	.086	-.054	.003	-.012	.119	.103	.145	.112	-						
income	-.029	.041	.014	-.046	-.039	.203	.123	-.104	.380	.270	.261	-					
conflict	.053	.063	.040	-.033	-.037	-.126	.112	.023	.102	.026	.280	.097	-				
relation	.072	-.129	.222	-.070	.112	.179	.029	.093	.164	.180	-.100	.160	-.065	-			
peer	-.562	.038	-.089	-.064	-.145	--.177	-.152	.112	-.185	-.176	.090	-.061	-.082	-.014	-		
agedx	.130	-.093	.089	-.090	.032	-.003	.239	.218	.061	.155	.093	.014	.135	.189	-.073	-	
hxpsy	.107	-.020	.072	-.040	-.102	-.013	.143	-.092	.082	.157	.021	.130	.174	.194	-.091	.133	-

หมายเหตุ

depres = ภาวะซึมเศร้า abuse = ประวัติถูกทารุณ ipd = การรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน mothed = การศึกษาของมารดา conflict = ความสัมพันธ์ของบิดามารดา agedx = อายุที่เริ่มป่วย

sex = เพศ cop = การคิดแก้ปัญหา opd = การรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก status = สถานภาพสมรส relation = ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว hxpsy = ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติ/คนในครอบครัว

gpa = ผลการเรียน diag = การวินิจฉัยโรค fathed = การศึกษาของบิดา income = รายได้ peer = ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวแปร	R	R^2	B	t	Sig t
ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน	.562	.316	-1.142	-12.307	.000**
ผลการเรียน	.579	.335	2.740	3.917	.000**
ประวัติถูกทารุณกรรม	.597	.356	1.892	3.451	.001**
Constant			28.535	19.020	.000**

F = 67.521 Sig F = .000*

** Significant at level .01

ผลการวิเคราะห์จากตารางที่ 22 แสดงให้เห็นว่าในบรรดาตัวแปรทั้งหมด 16 ตัว มีตัวแปรอิสระเพียง 3 ตัวที่มีผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวนี้เป็นตัวอธิบายได้ดีที่สุดที่สามารถร่วมกันอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ได้ร้อยละ 35.6 โดยสมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรอิสระที่มีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อภาวะซึมเศร้ามี 2 ตัว ได้แก่ ผลการเรียน ประวัติถูกทารุณกรรม ส่วนตัวแปรอิสระที่มีผลเชิงลบต่อภาวะซึมเศร้ามีเพียงตัวเดียวคือ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 นี้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (R = .597)

เมื่อพิจารณารายละเอียดแล้วพบว่าความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด คือร้อยละ 31.6 และเมื่อนำผลการเรียนมาร่วมพิจารณาจะอธิบายได้ถึงร้อยละ 33.5 หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 3 และเมื่อนำประวัติถูกทารุณกรรมมาร่วมพิจารณาจะอธิบายได้ร้อยละ 35.6 หรือเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 2

จากการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของแต่ละตัวแปร พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ได้แก่ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ผลการเรียน ประวัติถูกทารุณกรรม และสัมประสิทธิ์ค่าคงที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสามารถเขียนสมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนได้ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า = 28.535 – 1.142ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน + 2.740ผลการเรียน + 1.892ประวัติถูกทารุณกรรม

ซึ่งสมการดังกล่าวเป็นสมการที่ดีที่สุดที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร โดยการให้ผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม สามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการที่คลินิกโรคเลือดเด็ก ณ โรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หรือโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีจำนวนทั้งหมด 370 คน มีจำนวนเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือร้อยละ50.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 10 – 12 ปี (ร้อยละ 64.1) และกำลังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 64.3) โดยทั่วไปมีผลการเรียนอยู่ในระดับดี เกรดเฉลี่ย 3.00 – 3.99 (ร้อยละ 43.2) ประมาณสองในสามเป็นบุตรคนที่ 1 (ร้อยละ 62.7) และเกือบครึ่งหนึ่งมีจำนวนพี่น้อง 2 คน (รวมตัวผู้ป่วย) คิดเป็นร้อยละ 42.2

ข้อมูลเกี่ยวกับการคิดแก้ปัญหา พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเมื่อพบปัญหาในชีวิตประจำวันประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 57.6 จะปรึกษาบิดามารดา ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้เหตุผล (ร้อยละ 55.4) ผู้ป่วยคิดว่าผลการแก้ปัญหาของตนอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.9) และส่วนใหญ่มีความพอใจกับผลการแก้ปัญหา คิดเป็นร้อยละ 77.3

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติถูกทารุณกรรม พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติถูกทารุณกรรมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และทางเพศ (ร้อยละ 63) และผู้ป่วยถูกทารุณกรรมทางกายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.4 และไม่พบการทารุณกรรมทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มนี้เลย

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย (มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง) ร้อยละ 83 โดยเริ่มมี

อาการป่วยตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.1) ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับเริ่มมีอาการป่วยช่วงอายุมากกว่า 1 – 3 ปี (ร้อยละ 37) ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เคยรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (ร้อยละ 70.3) และในจำนวนผู้ที่เคยรับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1 – 5 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.6 สาเหตุที่ต้องนอนโรงพยาบาลเนื่องจากการตัดม้าม การมีไข้สูงและซีดโรคไข้เลือดออก ภาวะน้ำท่วมหัวใจ เป็นต้น ส่วนใหญ่ต้องมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกคนละ 12 ครั้ง/ปี (ร้อยละ 37.6) และเกือบทั้งหมดไม่มีโรคประจำตัวอื่นคิดเป็นร้อยละ 97.3

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย คิดว่าการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อการเรียน (ร้อยละ 50.3) ผลของการเจ็บป่วยทำให้ได้รับการดูแลเป็นพิเศษกว่าเด็กหรือพี่น้องคนอื่นมากที่สุด (ร้อยละ 64.9) ส่วนใหญ่คิดว่าการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อการคบเพื่อน (ร้อยละ 74.6) และการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อการเล่น สามารถเล่นได้เหมือนเด็กคนอื่น (ร้อยละ 63.5)

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว ผู้ปกครองที่พาผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียมารับบริการส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 39 ปี (ร้อยละ 53.5) โดยมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 67.6) บิดามารดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.9) บิดาและมารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43 และ 58.4 ตามลำดับ

ครอบครัวของผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 15,001 บาทขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 28.6) ครึ่งหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 52.7) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 6 – 10 คนมากที่สุด (ร้อยละ 59.5) ไม่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียหรือโรคเรื้อรังอย่างอื่น (ร้อยละ 58.4) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 72.2

ประมาณครึ่งหนึ่งบิดามารดาของผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์แบบไม่มีความขัดแย้งกันเลย (ร้อยละ 46.5) และความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50.5)

ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านสังคม พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 44.6) และมีคะแนนเฉลี่ยของความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ พัฒนาการที่เหมาะสม = 3.75 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) ทักษะทางสังคม = 7.11 (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) การตระหนักถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง = 3.49 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 35.1 โดยมีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงร้อยละ 9.7 จากผู้ป่วยทั้งหมด หรือร้อยละ 27.7 จากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยพิจารณาตามปัจจัยต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.3) มีผลการเรียนอยู่ในระดับดี เกรดเฉลี่ย 3.00 – 3.99 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.5 เมื่อพบปัญหาส่วนใหญ่จะปรึกษาบิดามารดา (ร้อยละ 59.2) และพบประวัติถูกทารุณกรรมทางกาย อารมณ์ หรือทางเพศอย่างใดอย่างหนึ่ง (ร้อยละ 44.6)

2. ปัจจัยด้านโรค พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย (มีความรุนแรงระดับปานกลาง) มีจำนวนร้อยละ 86.2 เริ่มมีอาการป่วยตั้งแต่อายุแรกเกิดถึง 1 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.8 ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 1 – 5 ครั้ง(ร้อยละ 82.7) และต้องมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกคนละ 12 ครั้ง/ปี ร้อยละ 39.2

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะซึมเศร้าครึ่งหนึ่งมีบิดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) มีมารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.9 ส่วนใหญ่บิดามารดามีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 82.3) ครอบครัวของผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 32.3) ความสัมพันธ์ของบิดามารดาจะมีเรื่องขัดแย้งกันบ้างนาน ๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 60.8 ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัวดีบ้าง ไม่ดีบ้าง พบร้อยละ 56.9 และประมาณสองในสามหรือร้อยละ 67.7ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว

4. ปัจจัยด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.2)

เมื่อพิจารณาตามปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงพบว่า

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.2) มีผลการเรียนระดับปานกลาง เกรดเฉลี่ย 2.00 – 2.99 (ร้อยละ 47.2) เมื่อพบปัญหาจะปรึกษาบิดามารดา (ร้อยละ 63.9) และมีประวัติถูกทารุณกรรม (ร้อยละ 61.1)

2. ปัจจัยด้านโรค ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่หรือร้อยละ 91.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย โดยเริ่มป่วยตั้งแต่แรกเกิดถึงหนึ่งปี (ร้อยละ 66.7) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 – 5 ครั้ง (ร้อยละ 75.9) และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกคนละ 12 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 47.2)

3. <u>ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว</u> ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่บิดาและมารดามีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 55.6 และ 83.4 ตามลำดับ) บิดามารดามีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.6) ครอบครัวมีรายได้ 5,001 – 10,000บาท (ร้อยละ 47.2) ความสัมพันธ์ของบิดามารดาเป็นแบบขัดแย้งกันบ้างนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 63.9) ส่วนผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวแบบดีบ้าง ไม่ดีบ้าง (ร้อยละ 72.2) และประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว (ร้อยละ 55.6)

5. <u>ปัจจัยด้านสังคม</u> ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงทั้งหมดมีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับต่ำ (ร้อยละ 100)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้า พบว่าผลการเรียนและประวัติถูกทารุณกรรมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยในเรื่องเพศและการคิดแก้ปัญหานั้นไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโรคกับภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ชนิดของโรค อายุที่เริ่มป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก ทุกปัจจัยไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับภาวะซึมเศร้า พบว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสัมพันธ์ของบิดามารดาและความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของบิดา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านสังคม พบว่าความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความสัมพันธ์ของระดับภาวะซึมเศร้าจำแนกตามปัจจัยที่กำหนด ได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย พบว่า เพศ ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผลการเรียนและประวัติถูกทารุณกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านการคิดแก้ปัญหาไม่มีความแตกต่างกัน

2. ปัจจัยด้านโรค พบว่า อายุที่เริ่มป่วย ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนชนิดของโรค จำนวนครั้งของการเข้ารับการักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกไม่มีความแตกต่างกัน

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว พบว่า ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับการศึกษาของมารดา ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับการศึกษาของบิดา สถานภาพสมรสของบิดามารดารายได้ของครอบครัว ประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกัน

4. ปัจจัยด้านสังคม ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างลักษณะของความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน พบว่าคะแนนของลักษณะความสัมพันธ์ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านพัฒนาการที่เหมาะสม ทักษะทางสังคม และการตระหนักถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับต่ำ ปานกลาง สูง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยของลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนทั้ง 3 ด้าน (พัฒนาการที่เหมาะสม ทักษะทางสังคม และการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง) แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอน พบว่าความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ผลการเรียน ประวัติถูกทารุณกรรม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายได้ดังนี้

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมีย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียจำนวน 370 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (ได้คะแนน CDI 15 คะแนนขึ้นไป) 130 คน ดังนั้นความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงคิดเป็นร้อยละ 35.1 โดยมีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งความชุกของภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้มีค่าแตกต่างจากการศึกษานำร่อง (pilot study) ที่พบความชุกร้อยละ 60 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษานำร่องมีเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการให้เลือดและทำเฉพาะที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพียงแห่งเดียว ซึ่งผู้วิจัยสังเกตว่าผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลมีระดับความรุนแรงของโรคต่างกันจึงอาจทำให้ความชุกของการศึกษานำร่องมีค่ามากกว่า แต่ความชุกจากการศึกษามีค่าใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล [47] ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 34.6 และพัชรินทร์ ผลิพัฒน์ [46] ที่ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35.4 ซึ่งถือว่ามีระดับความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับใกล้เคียงกัน อาจมีความแตกต่างกันเล็กน้อยเนื่องจากลักษณะเฉพาะของโรคและปัจจัยทางจิตสังคมที่ต่างกัน การพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียสอดคล้องกับการศึกษาของ Sherman และคณะ [61] ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีอุบัติการณ์ของอาการความผิดปกติทางจิตสูง ที่พบมากที่สุดคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งแย้งกับผลการศึกษาในเวลาต่อมาของ Zani [53] ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยธาลัสซีเมียเมเจอร์พบว่า ผู้ป่วยธาลัสซีเมียในวัยรุ่นมีการพัฒนาทางจิตสังคมที่เป็นปกติ ความแตกต่างของสองการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมในแต่ละประเทศ เช่น ในต่างประเทศระดับภาวะซึมเศร้าของเด็กที่ป่วยและไม่ป่วยอาจใกล้เคียงกันและอยู่ในระดับที่ไม่สูง นอกจากนี้ในต่างประเทศยังมีการพัฒนาวิธีการรักษาทั้งทางกายและจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีนโยบายการรักษาและสวัสดิการสำหรับผู้ป่วยอย่างชัดเจน ถึงแม้ว่าการแพทย์ของไทยได้พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีอายุยืนยาวขึ้น และการศึกษานี้ก็ยังพบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าในเด็กปกติที่ อรวรรณ หนูแก้ว [42]ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กครอบครัวปกติเปรียบเทียบกับเด็กวัดสระแก้ว และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็ก

ครอบครัวปกติ เพียงร้อยละ 20.8 จึงควรให้ความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจากทุกฝ่าย การให้บริการของทีมสุขภาพควรให้บริการโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ (Multidiscipline) เพื่อดูแลผู้ป่วยให้ครบองค์รวม (holistic) ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสร้างความคุ้นเคยระหว่างทีมแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้บุคคลอื่น ๆ ได้แก่ บิดามารดา ญาติพี่น้อง ครู และเพื่อนล้วนเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีความเข้าใจในโรคและตัวผู้ป่วยจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กกลุ่มนี้ได้

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 370 คน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.3 มีผลการเรียนในระดับดี ร้อยละ 43.2 มีประวัติถูกทารุณกรรม ร้อยละ 37 ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวารีรัตน์ หอมโกศล [17] ที่ไม่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.7) ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.2) และเพศมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การที่พบว่าเพศชายมีจำนวนมากกว่าในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง อาจเนื่องมาจากเด็กวัยเรียน เด็กชายจะมีกิจกรรมที่ต้องแสดงออกมากกว่าเด็กหญิง เช่น การวิ่ง การกระโดด ซึ่งมีเด็กบางคนให้ข้อมูลว่าทำได้ไม่เท่าเพื่อน ต้องระวัง เนื่องจากกระดูกหักง่าย และเหนื่อยเร็วกว่าเพื่อน ทำให้เด็กรู้สึกว่าตนแตกต่างจากเพื่อน นอกจากนี้ผลกระทบจากโรคที่มีผลต่อเด็กคือ การมีใบหน้าธาลัสซีเมีย ย่อมมีผลต่อภาพลักษณ์ของเด็ก สิ่งนี้อาจทำให้เด็กวัยรุ่นรู้สึกเป็นปมด้อย เกิดปัญหาอารมณ์ได้มากกว่าเพศหญิง

จากการวิเคราะห์โดยดูความสัมพันธ์และวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้และมีผลเชิงบวก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร ตรังสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล [45] ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร พบว่าผลการเรียนที่ต่ำเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของพัชรินทร์ ผลิพัฒน์ [46] พบว่าผู้ป่วยที่มีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กป่วยมีร่างกายอ่อนแอ เหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงได้เท่ากับเด็กปกติ จึงทำให้ขยันและมีเวลาอ่านหนังสือมากกว่า ทำให้ไม่มีปัญหาการเรียน หรือการที่เด็กเรียนดีอาจ

เป็นการชดเชย (compensation) ปมด้อยของตน และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสังเกตว่า คะแนนรวมภาวะซึมเศร้าของเด็กที่เรียนดีมาก (เกรด 4.00) และมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 6 รายนั้นมีคะแนนอยู่ในช่วง 17 – 19 คะแนนซึ่งหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าแต่อาการไม่รุนแรง เนื่องจากการเจ็บป่วยและวิธีการรักษาโรคธาลัสซีเมียไม่ทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ (cognitive deficit) เช่น การมีปัญหาเรื่องความจำ ความคิดแบบนามธรรม ความคิดรวบยอด ซึ่งต่างจากผู้ป่วยโรคตับที่เป็นตั้งแต่กำเนิดจะมีปัญหาเหล่านี้ [22] จึงอาจทำให้พบภาวะซึมเศร้าที่ไม่รุนแรงในเด็กเรียนดีกลุ่มนี้ได้ แต่สิ่งที่น่าสังเกตคือ ผลการเรียนในกลุ่มเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมีความแตกต่างกันคือ เด็กที่มีภาวะซึมเศร้าไม่รุนแรงส่วนใหญ่มีผลการเรียนดีกว่าเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง สิ่งนี้อาจทำให้ผู้ดูแลควรให้ความสนใจเด็กที่มีผลการเรียนอ่อนด้วยเช่นกัน เนื่องจากเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีผลการเรียนอ่อนจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงกว่าเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าและเรียนดี

ประวัติถูกทารุณกรรม พบว่าผู้ป่วยมีประวัติถูกทารุณกรรมร้อยละ 37 ในจำนวนนี้พบการทารุณกรรมทางกายมากที่สุด ร้อยละ 28.4 และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีประวัติถูกทารุณกรรม ร้อยละ 44.6 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงส่วนใหญ่มีประวัติถูกทารุณกรรม ร้อยละ 61.1 ผลการหาความสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าประวัติถูกทารุณกรรมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Roosa และคณะ [62] พบว่าผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีประวัติถูกทารุณกรรมทางเพศและการทารุณกรรมทางกายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการเกิดภาวะซึมเศร้า แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าเด็กจะถูกทารุณกรรมทางเพศเลยก็ตาม แต่ผู้ป่วยก็ยังให้ประวัติว่าถูกทารุณกรรมทางกายและทางอารมณ์ซึ่งจากการสอบถามส่วนใหญ่เป็นเรื่องถูกบิดามารดาตี และบางรายก็รู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้ปกครองว่าเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวเป็นแบบดีบ้าง ไม่ดีบ้าง (ร้อยละ 56.9) เช่นเดียวกับเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองเพิ่มเติมพบว่าส่วนใหญ่ตนมักจะตามใจลูกเพราะสงสาร ทำให้ผู้ป่วยค่อนข้างเอาแต่ใจตนเอง บางครั้งก็อาจมีการทะเลาะกับพี่น้องบ้าง เช่น เรื่องการเล่น เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยบางรายได้ให้ข้อมูลว่าตนถูกพี่หรือน้องแกล้งบ่อย ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าบิดามารดาของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและไม่รุนแรงส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันแบบขัดแย้งกันนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 60.8)แสดงให้เห็นในภาพรวมว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นไปอย่างไม่ราบรื่นนัก อาจทำให้เด็กถูกทารุณกรรมได้ง่าย ส่งผลกระทบทางอารมณ์ของเด็กซึ่งจะขึ้นกับระดับพัฒนาการคือ [20] เด็กอายุ 6 – 12 ปี หากถูกทารุณกรรมในช่วงอายุนี้จะพบว่ามีปัญหาการเรียนไม่ดี ขาดความตั้งใจและมานะพากเพียร มีความรู้สึกด้อยใน

คุณค่าของตนเอง มีภาพลักษณ์ของตนเองต่ำ มีอัตมโนทัศน์ต่ำ รู้สึกเป็นปมด้อย ไม่ค่อยอยากมีส่วนร่วมในกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ พยายามหลีกเลี่ยงการสัมผัสทางอารมณ์ แสดงความรักความเห็นใจไม่เป็น บางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าว ต่อต้าน และเป็นปฏิปักษ์กับคนรอบข้างได้ง่าย บางรายมีอารมณ์ซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าประวัติถูกทารุณกรรมมีผลกระทบด้านจิตใจกับเด็กมาก ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและยังมีผลต่อระดับของภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรค

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่เป็นธาลัสซีเมียอินเทอร์มีเดีย ร้อยละ 86.2 เริ่มมีอาการป่วยตั้งแต่แรกเกิดถึงหนึ่งปี ร้อยละ 40.8 เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 1 – 5 ครั้ง ร้อยละ 82.7 และต้องมาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกคนละ 12 ครั้ง/ปี ร้อยละ 39.2 จากการศึกษาพบว่าชนิดของโรค อายุที่เริ่มป่วย จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก ซึ่งมีอาการและรูปแบบการรักษาคล้ายคลึงกันคือ ต้องมาเจาะเลือดและให้เลือดเหมือนกัน ต่างกันบ้างเรื่องความถี่ที่ต้องมาโรงพยาบาลแต่ไม่มากนัก คือ 2 สัปดาห์/ครั้ง หรือ 1 เดือน/ครั้ง และเด็กกลุ่มนี้ยังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ย่อมมีผลให้มีจำนวนครั้งที่มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกและจำนวนครั้งที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสูงขึ้นไปด้วย การเจ็บป่วยที่ยาวนานอาจทำให้เด็กมีการปรับตัวและคุ้นเคยกับวิธีการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พยอม อิงคตานุวัฒน์ และศุภาสินี กังวาลเนาวรัตน์ [50] ที่พบว่าปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากการเจาะเลือดและให้เลือดในเด็กธาลัสซีเมีย เช่น กลัว ร้องไห้ ขัดขืนจะลดลงภายหลังการให้เลือดไปแล้วเกิน 10 ครั้ง นอกจากนี้การที่เด็กมาพบแพทย์บ่อย ๆ ก็เป็นการมาพบตามแพทย์นัด มิได้มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า และผู้ปกครองมีความสนใจเรื่องการเจ็บป่วยของเด็ก ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าเมื่อเด็กมีไข้ก็จะรีบพาไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เด็กรู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครอง อีกทั้งเด็กวัยนี้มีการพัฒนาความคิดถึงขั้น Abstract thinking จึงเข้าใจเหตุผลในการรักษาว่าจะทำให้ตนเองดีขึ้น จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการที่มีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนานทำให้เด็กมีการปรับตัวให้คุ้นเคยกับโรคและวิธีการรักษา ดังนั้นจึงอาจไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคกับภาวะซึมเศร้าได้ แต่เมื่อพิจารณากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าอายุที่เริ่มป่วยต่างกันทำให้มีความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งพบว่าเด็กที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงส่วนใหญ่เริ่มป่วยตั้งแต่แรกเกิดถึงหนึ่งปี ต่างจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ไม่รุนแรงส่วนใหญ่เริ่มป่วยอายุมากกว่า 1 ถึง 3 ปี แม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคกับภาวะซึมเศร้าแต่ก็ควรให้ความสนใจเด็กที่เริ่มมีการป่วยตั้งแต่อายุน้อยด้วยเช่นกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีบิดามารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยบิดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 50 มารดาจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.9 ครอบครัวมีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท บิดามารดามีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กันแบบขัดแย้งกันบ้างนาน ๆ ครั้งร้อยละ 60.8 ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัวเป็นไปในลักษณะดีบ้าง ไม่ดีบ้าง ร้อยละ 56.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร ตรังสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล [45] ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร พบว่า การศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงปัจจัยหลายอย่างที่เป็นผลต่อเนื่องกัน เช่น ความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติของโรค วิธีการเลี้ยงดู รายได้ของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้น และกลุ่มตัวอย่างใกล้ชิดกับมารดามากกว่าบิดา ดังนั้นระดับการศึกษาของมารดาจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กได้ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาของมารดามีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วย ซึ่งความเข้าใจในธรรมชาติของโรคเป็นสิ่งที่สำคัญมาก หากผู้ปกครองมีความเข้าใจที่ถูกต้องก็จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาทางด้านจิตใจน้อยลง ยอมรับและเตรียมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เด็กป่วยได้เป็นอย่างดี

ด้านรายได้ของครอบครัว ขัดแย้งกับผลการศึกษาของพัชรินทร์ ผลิพัฒน์ [46] ที่พบว่าเด็กป่วยเรื้อรังที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ถึงแม้ว่าโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากและไม่มีที่สิ้นสุด ครอบครัวต้องรับภาระทางด้านเศรษฐกิจไปตลอดชีวิต แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท ซึ่งสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างของพัชรินทร์ ผลิพัฒน์ และส่วนใหญ่จะมีพี่น้องเพียง 2 คน นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลได้มีบริการสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย เป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวได้ส่วนหนึ่ง ดังนั้นจึงอาจไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ส่วนสถานภาพสมรสของบิดามารดา แม้ว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่แต่รูปแบบความสัมพันธ์ไม่ดีนักเป็นแบบมีความขัดแย้งกันบ้างนาน ๆ ครั้ง และความสัมพันธ์ของบิดามารดายังมีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Quittner และคณะ [63]

ที่พบว่า คู่สมรสที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เนื่องจากมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจน้อย ส่งผลให้เกิดปัญหาความพอใจในชีวิตสมรสและภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมนั้นถือว่าเป็นความเครียดอย่างหนึ่งของครอบครัว ถ้าบิดามารดาไม่เข้าใจกันมีเรื่องขัดแย้งกันอยู่เสมอ ๆ แล้ว เมื่อเกิดภาวะเครียด เช่น การเจ็บป่วยของลูก ก็จะทำให้ความอดทน อดกลั้นต่อภาวะต่าง ๆ ได้น้อยลง ความไม่เข้าใจกัน และความขัดแย้งที่มีอยู่ก็จะยิ่งมีมากขึ้น รุนแรงเพิ่มขึ้น แม้จะไม่ได้หย่าร้างกันแต่สภาพครอบครัวที่ไม่เป็นสุขอย่างนี้ นอกจากจะไม่สามารถให้ความรักและความเอาใจใส่ดูแลเด็กป่วยได้อย่างเต็มที่แล้ว บางครั้งอาจมีความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด และกล่าวโทษว่าการเจ็บป่วยของเด็กเป็นต้นเหตุของความไม่สงบสุขในครอบครัว ซึ่งเป็นการทารุณกรรมเด็กทางอ้อม เกิดปฏิกิริยาทางด้านจิตใจขึ้นได้มากและรุนแรงกว่าเด็กป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีความสุข [16] ทำให้ความสัมพันธ์ของเด็กกับบิดามารดาไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Digirolamo และคณะ [64] พบว่าเด็กวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักมีปัญหาความสัมพันธ์กับบิดามารดา การที่เด็กเริ่มมีอาการป่วยตั้งแต่แรกเกิดอาจทำให้พ่อแม่เอาใจใส่เด็กมาก ทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง และรู้สึกไม่มีคุณค่า และพี่น้องของเด็กเหล่านี้อาจรู้สึกถูกทอดทิ้งและปล่อยปละละเลย บางครั้งพี่น้องอาจมองว่าเด็กป่วยดึงความสนใจและเวลาของครอบครัวไป ทำให้รู้สึกอิจฉาริษยา จนเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับพี่น้องขึ้นได้ เมื่อเด็กมีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวไม่ดีย่อมไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่นได้ จะเห็นได้จากเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเพื่อนในระดับต่ำ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันและมีผลอย่างมากต่ออารมณ์ของเด็กจนอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

ด้านประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในจำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 68.9 ดังนั้นประวัติการรักษาทางจิตเวชของญาติหรือคนในครอบครัว จึงอาจมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Frank และคณะ [65] ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยรุ่นโรค Rheumatoid arthritis และโรคเบาหวานพบว่าภาวะซึมเศร้าของมารดามีผลต่อพฤติกรรมของเด็กป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล [47] ที่พบว่าประวัติการรักษาทางจิตเวชของบิดามารดามีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาครั้งนี้ประวัติการรักษาทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่ไม่รุนแรง เช่น เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ มีน้อยรายที่จะพบโรคจิต หรือ โรคซึมเศร้า และโดยทั่วไปที่บิดามารดาไม่ได้ป่วยทางจิต พันธุกรรมจะมี

อิทธิพลเพียงร้อยละ 20 อีกร้อยละ 80 จะเป็นผลจากปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต [36] ดังนั้นจึงอาจไม่พบความสัมพันธ์นี้กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านสังคม

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งที่ไม่รุนแรงและรุนแรงส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับต่ำ ร้อยละ 76.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rodrigue และคณะ [66] ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเลือดชนิด sickle cell disease พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีปัญหาเรื่องสังคมและปัญหาการแสดงออกมากกว่าเมื่อเทียบกับเพื่อนที่ไม่ป่วย และการศึกษาของจิราภา เวคะวนิชย์ [5] ที่ศึกษาในผู้ป่วยเด็กเบาหวานอายุ 5 – 15 ปี พบว่าผู้ป่วยเด็กเบาหวานจะมีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีการใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและการได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมมากกว่าจะเป็นผลจากโรคเบาหวาน แต่จากการศึกษาของ Noll และคณะ [67] พบว่าผู้ป่วยโรคเลือดชนิด sickle cell disease มีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนไม่ต่างจากเด็กปกติ ทั้งที่กลุ่มเพื่อนจะมองว่าผู้ป่วยเด็กหญิงมีการเข้าร่วมสังคมและได้รับการยอมรับน้อย และผู้ป่วยเด็กชายจะแสดงอารมณ์โกรธได้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผลจากการเจ็บป่วย ซึ่ง Noll ได้สังเกตว่าอาจมีบางสิ่งซ่อนอยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนที่เป็นปกติก็ได้ ซึ่ง Meijer และคณะ[68] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนของวัยรุ่นที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรค cystic fibrosis พบว่าปัจจัยด้านโรคและข้อจำกัดทางกายไม่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ซึ่งอาจเนื่องจากความแตกต่างของสังคม กลุ่มที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดี เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อนดี เพื่อนยอมรับและเข้าใจย่อมไม่เกิดปัญหา จากการศึกษานี้จะพบว่าความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กในเชิงลบและผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยเรื่องพัฒนาการที่เหมาะสม ทักษะทางสังคม และการตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งอาจเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียในระดับรุนแรงและปานกลางทำให้เด็กจะมีร่างกายที่เล็กกว่าเด็กปกติ และจะเข้าสู่วัยรุ่นได้ช้ากว่าเด็กปกติ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นก็จะมีการเลือกคบกับเพื่อนที่เข้าวัยหนุ่มสาวใกล้เคียงกัน ทำให้เพื่อนที่โตช้ากว่าอาจรู้สึกว่าเพื่อนทอดทิ้ง[69] และเด็กยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ การเล่น ไม่สามารถจะเล่นรุนแรงได้เนื่องจากกระดูกหักได้ง่าย ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างเด็กจึงไม่สามารถทำได้ การเล่นต้องเล่นแบบสมยอมทำให้เด็กรู้สึกว่าตนเองแย่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่ออารมณ์ของเด็ก ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นวิธีการที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในเด็กกลุ่มนี้จึงควรปรับปรุงลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนทั้ง 3 ด้าน ซึ่งกลุ่มเพื่อนและครูเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีลักษณะความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนที่เหมาะสมได้

จากการศึกษาหลายการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยรวมกัน คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว รวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (Biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งการหาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยวิธี Chi – square นั้น บอกได้เพียงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า แต่ไม่สามารถนำค่าของตัวแปรอิสระหรือปัจจัยต่าง ๆ มาทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นความสำคัญระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า โดยตัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออกไป พบว่าจาก 16 ตัวแปรมีเพียง 3 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยทั้ง 3 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (R = .597) ร่วมกันอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 35.6 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรทั้ง 3 ได้แก่ ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ผลการเรียน ประวัติถูกทารุณกรรม ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยเรียนและวัยรุ่น จึงพบว่าเพื่อนเป็นผู้ที่มีอิทธิพลอย่างมากในการเข้าสังคม เพราะเด็กต้องการการยอมรับจากเพื่อนและการมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อที่จะเรียนรู้บทบาทของตน หากไม่สามารถผ่านขั้นนี้ไปได้เด็กจะเกิดความไม่แน่ใจในตนเอง (ไม่มี Sense of self) อาจทำให้เกิดปัญหาอารมณ์ตามมาได้ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนระดับต่ำและลักษณะความสัมพันธ์ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพัฒนาการที่เหมาะสม ทักษะทางสังคม และการตระหนักถึงคุณค่าในตนเองของเด็กก็ยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งพบว่าเด็กไม่มีรูปแบบของความสัมพันธ์ที่ดีเป็นต้นแบบ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ดี และการที่ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ดีอาจเป็นปัจจัยที่เอื้อให้เด็กมีประวัติถูกทารุณกรรมได้ง่ายขึ้น ครอบครัวอบอุ่นจึงเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ในเด็กที่เรียนดีก็พบภาวะซึมเศร้า จึงไม่ควรละเลยเด็กกลุ่มนี้ ซึ่งบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็ก ได้แก่ บิดามารดา ครู เพื่อน แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ล้วนเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีพัฒนาการทางอารมณ์ที่เป็นปกติเช่นเดียวกับเด็กคนอื่น ๆ

เป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกับการศึกษาในเด็กป่วยเรื้อรังอื่น แม้ว่าอาจมีความแตกต่างกันบ้างในปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและระดับของภาวะซึมเศร้า แต่สิ่งสำคัญจากการศึกษาคือ การพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กป่วยเรื้อรังที่มากกว่าเด็กปกติประมาณร้อยละ 15 หรือ 1 เท่า ดังนั้นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลทุกฝ่ายคือ แพทย์ พยาบาล รวมถึง

ทีมสุขภาพ บิดามารดา สมาชิกในครอบครัวของเด็กป่วย และคุณครู ให้ความสนใจเรื่องอารมณ์จิตใจในเด็กป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลเด็กกลุ่มนี้

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีปัญหาและอุปสรรคคือ

1. การเก็บข้อมูลกระทำเฉพาะตึกผู้ป่วยนอกซึ่งจำเป็นต้องกระทำด้วยความรวดเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยมีลำดับขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาหลายขั้นตอน และเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการดังกล่าวแล้วผู้ป่วยจะรีบกลับบ้าน จึงทำให้การเก็บข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยธาลัสซีเมียไมเนอร์บางรายต้องคัดออกจากการวิจัย เนื่องจากได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

2. การศึกษาครั้งนี้จำกัดเฉพาะโรค จำนวนตัวอย่างมีจำนวนมาก การเก็บข้อมูลต้องทำเฉพาะคลินิกพิเศษ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะมีคลินิกเพียง 1 – 2 วันเท่านั้นและบางแห่งมีวันซ้ำกัน จึงทำให้การเก็บข้อมูลทำได้ล่าช้า

3. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยในบางส่วนไม่เหมาะสมควรปรับปรุงแก้ไข เช่น การคิดแก้ปัญหาของเด็ก การถูกทารุณกรรม ความรู้สึกของเด็กด้านต่าง ๆ ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว เป็นคำถามที่ตรง ไม่มีข้อเลือกมากและตอบยากในบางคำถามซึ่งอาจไม่ใช่คำตอบที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 35.1 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 9.7 ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดกลุ่มบำบัดเพื่อลดภาวะซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลางและระดับรุนแรงขณะมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

2. จากการศึกษาพบว่าผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงบวก จึงควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของเด็กป่วยกับภาวะซึมเศร้า

3. จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดภาวะซึม

เศร้า จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคธาลัสซีเมียของครู รวมถึงวิธีการดูแลเด็กกลุ่มนี้ขณะอยู่โรงเรียน เพื่อพัฒนาให้ครูเป็นสื่อกลางระหว่างเพื่อนกับเด็กป่วย ช่วยให้เพื่อนเข้าใจเด็กป่วยมากขึ้น

4. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนรูปแบบอื่น ๆ เช่น การมีเพื่อนสนิท การถูกเพื่อนแกล้ง การมีปัญหากับเพื่อนร่วมชั้น ว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหรือไม่

5. จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าจึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ปกครอง และควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียแก่พ่อแม่ ผู้ปกครองเพื่อช่วยให้มีความเข้าใจโรคธาลัสซีเมียมากขึ้น และสามารถดูแลเด็กป่วยได้ดีขึ้น

6. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ได้แก่ ประวัติถูกทารุณกรรม ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ของเด็กกับสมาชิกในครอบครัว จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้แบบสอบถามที่มีรายละเอียดมากขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. Steinhaur PD, Mushin DN, Rae – Grant Q. Psychological aspects of chronic illness. Pediatr Clin North Am 1974; 21: 825 – 39.
2. เบญจพร ปัญญายง. สภาพจิตใจของเด็กที่เจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล. ใน: วัณเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สูอำพัน, นงพงา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538: 296 – 303.
3. Prugh DG. The psychosocial aspects of pediatrics. Philadelphia: Lea & Febiger, 1983: 433 – 75.
4. Herskowitz J, Rosman NP. Pedatrics, neurology and psychiatry – common ground. New York: Macmillan Publishing, 1982: 601 – 20.
5. จิราภา เวคะวนิชย์. จิตลักษณะของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
6. Guylay J, Miles MS, The family with a terminal ill child. In: Hymovich DP, Barnard MV, editor. Family health care. New York: Mc Graw – Hill, 1973: 438 – 57.
7. วิชัย เหล่าสมบัติ. ธาลัสซีเมีย. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาส์, 2541.
8. เตือนภัยเงียบโรคร้าย 'ธาลัสซีเมีย' 20 ล้านคนเป็นพาหะ-ค่ารักษาอ่วม. มติชนรายวัน (30 มิถุนายน 2544) : 7.
9. ยุวดี คาดการณ์ไกล. สถานการณ์ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยจากอดีตสู่ปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542: 20.
10. จินตนา ศิรินาวิน, ชนิกา ตู้จินดา. เวชพันธุศาสตร์และปัญหาโรคพันธุกรรมในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2529: 14 – 9.
11. ธีรา โสณกุล. พยาธิสภาพในโรคธาลัสซีเมีย. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง กรุ๊ฟ, 2532.
12. อิศรางค์ นุชประยูร. โรคธาลัสซีเมีย Thalassemia คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, มปป.(อัดสำเนา)
13. กิตติ ต่อจรัส. Thalassemia: Screening and prenatal diagnosis. ใน: ทิพย์ ศรีไพศาล, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, กิตติ ต่อจรัส, บรรณาธิการ. โลหิตวิทยา 1996. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ, 2539: 43 – 51.
14. ธีระ ทองสง. ธาลัสซีเมีย. ใน: ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรศาสตร์ในสตรีตั้งครรภ์. กรุงเทพมหานคร: พี.บี.ฟอเรน บุคส์ เซนเตอร์, 2536: 187 – 207.

15. รัตนา สินธุภัค. ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย. วารสารวิจัยวิทยาศาตร์การแพทย์ 2538; 9: 97 – 113.

16. อัมพล สูอำพัน, วาสนา ศรมณี. จิตวิทยากับการเจ็บป่วย. ใน: เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพเด็ก หน่วยที่ 8 – 15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาคหกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2528: 200 – 10.

17. วารีรัตน์ หอมโกศล. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2536.

18. 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.

19. อัมพล สูอำพัน. การกระทำทารุณและทอดทิ้งเด็ก. ใน: วัณเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สูอำพัน, นงพงา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์ กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538: 200 – 10.

20. David AM. Chronic pediatric illness and multiple hospitalization. In: Melvin L, editor. Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. 2nd ed. New York: Williams & Wilkins, 1996: 1058 – 66.

21. Epelbaum C. Adolescence and illness: from body to words. Arch Pediatr 1998; 10: 1122 – 31.

22. อุมาพร ตรังคสมบัติ. ผลกระทบทางจิตวิทยาและการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (ตอนที่ 1). คลินิก 2540; 13: 17 – 21.

23. Broadribb V. Introduction pediatric nursing. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lipincott, 1983.

24. Edward PS. Health psychology: biopsychosocial interactions. 3rd ed. New York: R.R. Donnelley & Sons (Crawfordsville),1998.

25. Nancy B, Sarale C, Mary F. Meeting the developmental needs of hospitalized children. In: Stephen EG, Joel Y, Christoph MH, Robert SP, editors. Preventing mental health disturbances in childhood. Washington DC: American psychiatric press, 1990: 107 – 28.

26. Perrin EC, Gerity PS. Development of children with a chronic illness. Pediatr Clin North AM 1984; 31: 19 – 31.

27. วัณเพ็ญ บุญประกอบ. วัยรุ่นกับการเจ็บป่วย. ใน: สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, จันทรนิวัทธ์ เกษมสันต์, เฉลิมศรี ตปนียโอฬาร, บรรณาธิการ. ปัญหาทางกุมารเวชปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ, 2533: 185 – 9.

28. ต่อพงศ์ สงวนเสริมศรี.วิธีการตรวจรักษาและการป้องกันโรคธาลัสซีเมียชนิดร้ายแรงในเด็ก. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.

29. ทิพย์ ศรีไพศาล, กิตติ ต่อจรัส. Homozygous thalassemia: clinical and management. ใน: ทิพย์ ศรีไพศาล,วิชัย ประยูรวิวัฒน์, กิตติ ต่อจรัส, บรรณาธิการ. โลหิตวิทยา 1995. กรุงเทพมหานคร: ชัยเจริญ, 2538: 170 – 9.

30. วรวรรณ ตันไพจิตร. โรคเลือดจางธาลัสซีเมีย. กรุงเทพมหานคร: รำไทยเพรส, 2538.

31. Judy G, Javad HK. Development of the symptom of depression. In: Melvin L, editor. Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. New York: Williams & Wilkins, 1991: 293 – 305.

32. Angold A. Childhood and adolescent depression I epidemiological and aetiological aspects. Br J Psychiatry 1988; 152: 602.

33. Carlson GA, Cantwell DPC. A survey of depression symptoms, syndrome and disorder in child psychiatric population. J Child Psychol Psychiatry 1980; 21: 19 – 25.

34. อลิสา วัชรสินธุ. ภาวะซึมเศร้า. ใน: วัณเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สูอำพัน, นงพงา ลิ้มสุวรรณ, บรรณาธิการ. จิตเวชเด็กสำรับกุมารแพทย์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538: 225 – 32.

35. อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. การหย่าร้างของบิดามารดาและภาวะซึมเศร้าในเด็ก. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2535; 31: 112 – 21.

36. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์, 2542.

37. ปราโมทย์ สุคนิชย์. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42: 35 – 49.

38. ศิริไชย หงส์สงวนศรี. Depressive disorder in childhood and adolescence [Online]. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,2544. แหล่งที่มา: http:// www. go to / ramamental.com[20 มีนาคม 2544]

39. Elizabeth BW, Ronald AW. Mood disorders. In: Melvin L, editor. Child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook. New York: Williams & Wilkins, 1996: 646 – 62.

40. อุมาพร ตรังคสมบัติ. โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น (ตอนที่ 1). คลินิก 2540; 13: 412 – 6.

41. วรพร อินทบุหรั่น. การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกระทำผิดกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
42. อรวรรณ หนูแก้ว. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ด้านปัจจัยจิตสังคม การศึกษาเปรียบเทียบเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
43. ช่อเพชร เบ้าเงิน. ภาวะซึมเศร้าของเด็กนักเรียนวัยรุ่นจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
44. อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. อาการซึมเศร้าในเด็ก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41: 222 – 34.
45. อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่เรียนในกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41: 162 – 73.
46. พัชรินทร์ ผลิพัฒน์. ภาวะซึมเศร้าในเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วิทยานิพนธ์สาขากุมารเวชกรรมศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
47. อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก. จดหมายเหตุทางการแพทย์ 2540; 80: 303 – 10.
48. รัตนาภรณ์ นรินทร์. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่มีโรคทางกายเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
49. Massaglia P, Pozzan MT, Piga A, Davico S, Luzzatto, Carpinano M. Psychological aspects of thalassemia. Pediatr Med Chir 1986; 8: 27 – 31.
50. พะยอม อิงคตานุวัฒน์, ศุภาสินี กังวาลเนาวรัตน์. สภาวะจิตสังคมในเด็กเป็นโรคธาลัสซีเมีย.วารสารสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย 2522; 18: 25 – 47.
51. สาคร พุทธปวน, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, รัตนาวดี บุญญประภา. ความเครียดในญาติผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียในเขตภาคเหนือของประเทศ. วารสารการศึกษาและวิจัยพยาบาล 2528; 7: 48 – 51.
52. Stauloula B. Psychosocial status in pre – adolescent children with β- thalassemia. J Psychosom Res 1993; 37: 271 – 3.
53. Zani B, Dipalma A, Vullo C. Psychosocial – aspects of chronic illness in adolescents with thalassemia major. J Adolesc 1995; 18: 387 – 402.

54. Tsiantis J, Dragonas T, Richardson C, Anastasopoulos D, Maera G, Spinetta J. Psychosocial problems and adjustment of children with beta – thalassemia and their families. Eur Child Adol Psychiatry 1996; 5: 193 – 203.

55. Aydin B, Yaprak I, Akarsu D, Okten N, Ulgen M. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with thalassemia major. Acta Paediatr Jpn 1997; 39: 354 – 7.

56. Bush S, Mandel FS, Giardina PJ. Future orientation and life expectations and young adults with thalassemia major. Ann N Y Acad Sci 1998; 850: 361 – 9.

57. Politis C. The psychosocial impact of chronic illness. Ann N Y Acad Sci 1998; 850: 349 – 54.

58. Goldbeck L, Baving A, Koche E. Psychosocial aspects of beta-thalassemia: distress, coping and adherance. Klin Padiatr 2000; 212: 254 – 9.

59. ปิยลัมพร หะวานนท์. การพิจารณาขนาดตัวอย่าง. ใน : ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาประวัติ, ทวีสิน ตันประยูร,บรรณาธิการ. หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2542.

60. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4; กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เลี่ยงเชียง, 2540.

61. Sherman M, Koch D, Giardina P, Hymowitz P, Siegel R , Shapiro T. Thalassemic children's understanding of illness. A study of cognitive and emotional factors. Ann N Y Acad Sci 1985; 445: 327 – 36.

62. Roosa MW, Reinholtz C, Angelini PJ. The relation of child sexual abuse and depression in young women: comparisons across four ethnic groups. J Abnorm Child Psychol 1999; 27: 65 – 76.

63. Quittener AL, Opiparr lc, Espelage DL, Carter B, Eid N, Eigen H. Role strain in couples with and without a child with a chronic illness : associations with marital satisfaction, intimacy, and daily mood. Health Psychol 1998; 17: 112 – 24.

64. Digirolamo AM, Quittner AL, Ackerman v, Steven J. Identification and assessment of ongoing stressors in adolescents with a chronic illness: an application of the behavior-analytic model. J Clin Child Psychol 1997; 26: 53 – 66.

65. Frank RG, et al. Disease and family contributors to adaptation in juvenile rheumatoid arthritis and juvenile diabetis.Arthritis Care Res 1998; 11: 166 – 76.

66. Rodrigue JR, Streisand R, Banko C, Kedar A, Pitel PA. Social functioning, peer relations, and internalizing and externalizing problems among youths with sickle cell disease. Child Health Care 1996; 25: 37 – 52.

67. Noll RB, Vannatta K, Koontz K, Kalinyak K, Buloski WM, Davies WH. Peer relationships and emotional well-being of youngsters with sickle cell disease. Child Devel 1996; 67: 423 – 36.

68. Meijer SA, Sinnema G, Bijistra JO, Mellenbergh GJ, Wolters WHG. Peer interaction in adolescents with a chronic illness. Pers Indiv Differ 2000; 29: 799 – 813.

69. ศิริไชย หงษ์สงวนศรี. Adolescence[Online]. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544. แหล่งที่มา: http:// www.go to/ ramamental.com[20 มีนาคม 2544]

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเด็ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามชุดที่ 1

ลำดับที่……วันที่บันทึก……โรงพยาบาล……

การวินิจฉัย……..

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย

คำชี้แจง ตอบคำถามต่อไปนี้โดยการเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1.เพศ

( ) ชาย

( ) หญิง

2.อายุ……..ปี…….เดือน

3.เป็นลูกคนที่…….จากพี่น้อง……..คน(รวมเด็กด้วย)

4.ฉันอาศัยอยู่กับ

( ) พ่อและแม่

( ) พ่อ

( ) แม่

( ) พ่อเลี้ยงหรือแม่เลี้ยง

( ) ญาติ ระบุ……..

( ) คนรู้จัก

( ) อื่นๆ ระบุ……..

5.ระดับการศึกษา

( ) เรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่……

( ) เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่……..

( ) อื่นๆโปรดระบุ……..

6.ผลการเรียนในเทอมที่ผ่านมา

( ) เกรดเฉลี่ย 4.00

( ) เกรดเฉลี่ย 3.00 – 3.99

( ) เกรดเฉลี่ย 2.00 – 2.99

( ) เกรดเฉลี่ย 1.00 --1.99

( ) สอบไม่ผ่าน

7. ผลการเรียนที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับเทอมก่อน

( ) ดีขึ้น

( ) แย่ลง

( ) อยู่ในระดับเดิม

8. การเจ็บป่วยมีผลต่อการเรียนของฉัน

( ) ใช่

( ) ไม่ใช่

9. ในชีวิตประจำวันเมื่อฉันพบกับปัญหาฉันจะ

( ) แก้ปัญหาด้วยตนเอง

( ) ปรึกษาพ่อแม่

( ) ปรึกษาครู

( ) ปรึกษาเพื่อน

( ) ปล่อยให้ผ่านไป

( ) อื่นๆ ระบุ.....

10. วิธีการแก้ปัญหาของฉันส่วนใหญ่จะ

( ) ใช้เหตุผล

( ) ใช้อารมณ์

( ) ใช้เหตุผลและอารมณ์

( ) อื่น ๆ ระบุ.....

11. ผลการแก้ปัญหาของฉันในอดีต

( ) ดี

( ) ปานกลาง

( ) ไม่ดี

12. ฉันพอใจกับผลการแก้ปัญหาของฉัน

( ) ใช่

( ) ไม่ใช่

13. ฉันเคยถูกทำร้ายร่างกายเช่น ทุบ ตี เตะ

( ) ไม่ใช่

( ) ใช่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

14. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพ่อแม่เท่าที่ควร

( ) ไม่ใช่

( ) ใช่

15. ฉันเคยถูกล่วงเกินทางเพศ เช่น การจับ ลูบคลำ ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้รู้สึกไม่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ

( ) ไม่ใช่

( ) ใช่

16. คนที่ฉันสนิทมากที่สุดในบ้านคือ

( ) พ่อ

( ) แม่

( ) อื่น ๆ ระบุ……..

17. คนที่ดูแลฉันเวลาเจ็บป่วยคือ

( ) พ่อ

( ) แม่

( ) อื่น ๆ ระบุ……..

18. การที่ฉันมีโรคประจำตัวทำให้ฉันได้รับการดูแลจากพ่อแม่เป็นพิเศษกว่าเด็กหรือพี่น้องคนอื่น

( ) ไม่ใช่

( ) ใช่ ในเรื่อง……

19. การที่ฉันมีโรคประจำตัวมีผลต่อการคบเพื่อนของฉัน

( ) ไม่ใช่

( ) ใช่

20. การที่ฉันมีโรคประจำตัวทำให้ฉันไม่สามารถเล่นได้เหมือนคนอื่น

( ) ไม่ใช่

( ) ใช่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการเศร้า

ต่อไปนี้เป็นความรู้สึกที่เกิดได้ในบุคคลทั่วไป เลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่านมากที่สุด ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบอักษรหน้าข้อความที่ตรงความรู้สึกหรือความคิดของท่าน

1. ก. ฉันรู้สึกเศร้านาน ๆ ครั้ง
   ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
   ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา

2. ก. อะไร ๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด
   ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่าง ๆ จะเป็นไปด้วยดี
   ค. สิ่งต่าง ๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน

3. ก. ฉันทำอะไร ๆ ได้ค่อนข้างดี
   ข. ฉันทำอะไรผิดพลาดหลายอย่าง
   ค. ฉันทำอะไรผิดพลาดไปหมด

4. ก. ฉันรู้สึกสนุกสนานกับหลายสิ่งหลายอย่าง
   ข. ฉันรู้สึกสนุกเฉพาะกับบางสิ่งบางอย่าง
   ค. ไม่มีอะไรสนุกสนานเลยสำหรับฉัน

5. ก. ฉันทำตัวไม่ดีเสมอ
   ข. ฉันทำตัวไม่ดีบ่อยครั้ง
   ค. ฉันทำตัวไม่ดีนาน ๆ ที

6. ก. นาน ๆ ครั้ง ฉันจะคิดถึงสิ่งไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นกับฉัน
   ข. ฉันวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับฉัน
   ค. จะต้องมีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้นกับฉันแน่ ๆ

7. ก. ฉันเกลียดตัวเอง
   ข. ฉันไม่ชอบตัวเอง
   ง. ฉันชอบตัวเอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

8. ก. สิ่งเลวร้ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
   ข. สิ่งเลวร้ายหลายสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของฉัน
   ค. สิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นมักไม่ใช่ความผิดของฉัน

9. ก. ฉันไม่คิดจะฆ่าตัวตาย
   ข. ฉันคิดถึงการฆ่าตัวตาย แต่ฉันจะไม่ทำเช่นนั้น
   ค. ฉันต้องการฆ่าตัวตาย

10. ก. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้ทุกวัน
    ข. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยครั้ง
    ค. ฉันรู้สึกอยากร้องไห้นาน ๆ ที

11. ก. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจตลอดเวลา
    ข. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจบ่อยครั้ง
    ค. ฉันรู้สึกหงุดหงิดใจนาน ๆ ที

12. ก. ฉันชอบอยู่กับคนอื่น
    ข. ฉันไม่ค่อยชอบอยู่กับคนอื่น
    ค. ฉันไม่ต้องการอยู่กับใครเลย

13. ก. ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรต่าง ๆ ด้วยตนเอง
    ข. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ลำบาก
    ค. ฉันตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ได้ง่าย

14. ก. ฉันเป็นคนหน้าตาดี
    ข. ฉันเป็นคนหน้าตาไม่ค่อยดี
    ค. ฉันเป็นคนน่าเกลียด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

15. ก. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักทุกครั้งที่ทำการบ้าน
    ข. ฉันต้องใช้ความพยายามอย่างหนักบ่อยครั้งเวลาทำการบ้าน
    ค. การทำการบ้านไม่ใช่ปัญหาใหญ่สำหรับฉัน

16. ก. ฉันนอนไม่หลับทุกคืน
    ข. ฉันนอนไม่หลับหลายคืน
    ค. ฉันนอนหลับสบาย

17. ก. ฉันรู้สึกเหนื่อยนาน ๆ ครั้ง
    ข. ฉันรู้สึกเหนื่อยบ่อยครั้ง
    ค. ฉันเหนื่อยตลอดเวลา

18. ก. มีหลายวันที่ฉันไม่รู้สึกอยากกินอาหาร
    ข. มีบางวันที่ฉันไม่รู้สึกอยากกินอาหาร
    ค. ฉันกินอาหารได้ดี

19. ก. ฉันไม่กังวลกับการเจ็บป่วย
    ข. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง
    ค. ฉันกังวลกับการเจ็บป่วยตลอดเวลา

20. ก. ฉันไม่รู้สึกเหงา
    ข. ฉันรู้สึกเหงาบ่อยครั้ง
    ค. ฉันรู้สึกเหงาตลอดเวลา

21. ก. ฉันไม่รู้สึกสนุกเลย เวลาที่อยู่โรงเรียน
    ข. ฉันรู้สึกสนุกนาน ๆ ครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน
    ค. ฉันรู้สึกสนุกบ่อยครั้ง เวลาที่อยู่โรงเรียน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

22. ก. ฉันมีเพื่อนมาก
    ข. ฉันมีเพื่อนไม่กี่คนและอยากมีมากกว่านี้
    ค. ฉันไม่มีเพื่อนเลย

23. ก. การเรียนของฉันอยู่ในขั้นใช้ได้ดี
    ข. การเรียนของฉันไม่ค่อยดีเหมือนเมื่อก่อน
    ค. การเรียนของฉันแย่ลงมาก
24. ก. ฉันทำอะไรไม่ดีเท่าคนอื่น
    ข. ฉันคงทำอะไรได้ดีเท่าคนอื่นถ้าฉันพยายาม
    ค. ฉันทำได้ดีพอ ๆ กับคนอื่นอยู่แล้วในขณะนี้

25. ก. ไม่มีใครรักฉันจริง
    ข. ฉันไม่แน่ใจว่ามีใครรักฉันหรือเปล่า
    ค. ฉันรู้ว่ามีคนรักฉัน

26. ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ
    ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง
    ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่งเลย

27. ก. ฉันเข้ากับผู้อื่นได้ดี
    ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง
    ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ไม่มีถูกหรือผิด ทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพื่อนส่วนมากของฉันอายุ

( ) อายุเท่ากับฉัน ( ) อายุมากกว่าหรือน้อยกว่าฉัน

2. ฉันรู้สึกว่าตนเองอยากมีเพื่อน

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

3. เวลาฉันกังวลใจ(ทุกข์ใจ)ฉันมักคุยกับเพื่อน

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

4. เวลามีข่าวดี ฉันจะเล่าให้เพื่อนฟัง

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

5. เพื่อนของฉันเล่าเรื่องที่เขาไม่เล่าให้คนอื่นฟัง แต่เล่าให้ฉันฟัง

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

6. เมื่อเทียบกับเด็กคนอื่นๆ ฉันมีเพื่อนจำนวน

( ) จำนวนพอๆ กัน ( ) จำนวนน้อยกว่า

7. ฉันหาเพื่อนได้ยากหรือง่าย

( ) ยาก ( ) ง่าย

8. เมื่อมีเพื่อนแล้ว ฉันคิดว่าการรักษามิตรภาพให้คงอยู่ระหว่างเพื่อนกับฉันยากหรือง่าย

( ) ยาก ( ) ง่าย

9. ฉันทะเลาะถึงขั้นตีต่อยกับเด็กคนอื่น

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

10. ฉันขายของของฉันให้เพื่อน

( ) ไม่ใช่ ( ) ใช่

11. ฉันให้เพื่อนยืมของของฉันบ้าง

( ) ให้ยืม ( ) ไม่ให้ยืม

12.ฉันขอยืมของจากเพื่อนบ้าง

( ) ยืม ( ) ไม่ยืม

13. เวลาที่จะเล่น ฉันมักเป็นผู้ตัดสินใจว่ากลุ่มจะเล่นอะไร

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

14.เด็กคนอื่นๆ ไม่อยากเข้าใกล้ฉัน

( ) ไม่ใช่ ( ) ใช่

15. ฉันมีเพื่อนที่ไม่ใช่เพศเดียวกันกับฉันบ้างหรือไม่

( ) มี ( ) ไม่มี

16. ฉันพอใจความสัมพันธ์ของฉันกับเพื่อนๆ

( ) พอใจ ( ) ไม่พอใจ

17. ฉันได้รับเชิญไปงานเลี้ยงของเพื่อนบ้าง

( ) ได้รับเชิญ ( ) ไม่ได้รับเชิญ

18. เด็กคนอื่นๆ ชอบฉัน

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

19.ฉันเป็นคนเด่นในชั้น

( ) ใช่ ( ) ไม่ใช่

20.ในช่วงวันหยุดหรือปิดเทอม ฉันชอบอยู่คนเดียว

( ) ไม่ใช่ ( ) ใช่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามชุดที่ 2

แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง

กรุณาทำเติมข้อความและทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1.ท่านอายุ.....ปี

2.ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น

( ) บิดา

( ) มารดา

( ) ญาติระบุ.....

( ) อื่นๆโปรดระบุ

3.สถานภาพสมรส

( ) อยู่ด้วยกัน

( ) สามี /ภรรยาเสียชีวิต และปัจจุบัน( ) ไม่ได้สมรสใหม่ ( ) สมรสใหม่

( ) หย่าร้าง

( ) แยกกันอยู่

4.การศึกษาของบิดา

( ) ป.1 - ป.6

( ) ม.1 - ม.6

( ) อนุปริญญา

( ) ปริญญาตรี

( ) ปริญญาโท

( ) ปริญญาเอก

5.การศึกษาของมารดา

( ) ป.1 - ป.6

( ) ม.1 - ม.6

( ) อนุปริญญา

( ) ปริญญาตรี

( ) ปริญญาโท

( ) ปริญญาเอก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6.รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

( ) 0 - 5,000 บาท

( ) 5,001 - 10,000บาท

( ) 10,001 - 15,000 บาท

( ) 15,001 บาทขึ้นไป

7.รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน

( ) ใช่

( ) ไม่ใช่

8.จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน.....คน

9.ครอบครัวของท่านมีผู้ป่วยโรคเดียวกันกับผู้ป่วยหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มีโปรดระบุ.....

10. ครอบครัวของท่านมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ หรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มีโปรดระบุ.....

11. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียเมื่ออายุ.....ปี.....เดือน

12.นอกจากโรคธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นอีกหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มีโปรดระบุ.....

13. ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

( ) ไม่เคย

( ) เคย.....ครั้ง

14. ผู้ป่วยต้องมาตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก

( ) ทุก 3 เดือน

( ) ทุก 2 เดือน

( ) ทุก 1 เดือน

( ) น้อยกว่า 1 เดือน

( ) อื่น ๆ ระบุ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

15.ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกอื่นในครอบครัว

( ) ดีตลอด

( ) ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง ระบุปัญหา……

( ) ไม่ดี ระบุปัญหา……..

16.ความขัดแย้งและการทะเลาะเบาะแว้งของท่านและคู่สมรส

( ) ไม่มีเลย

( ) มีบ้างนานๆ ครั้ง ระบุปัญหา……

( ) ค่อนข้างบ่อย ระบุปัญหา……

( ) บ่อยๆ ระบุปัญหา……

17.ตัวท่านเคยมีอาการทางจิตประสาท ติดสุราหรือสารเสพติดหรือไม่

( ) ไม่เคย

( ) เคย ได้รับการรักษาหรือไม่ ( ) รักษา ( ) ไม่รักษา

18. คู่สมรสของท่านเคยมีอาการทางจิตประสาท ติดสุราหรือสารเสพติดหรือไม่

( ) ไม่เคย

( ) เคย ได้รับการรักษาหรือไม่ ( ) รักษา ( ) ไม่รักษา

19. ญาติของท่านเคยมีอาการทางจิตประสาท ติดสุราหรือสารเสพติดหรือไม่

( ) ไม่เคย

( ) เคย ได้รับการรักษาหรือไม่ ( ) รักษา ( ) ไม่รักษา ถ้าเคยให้ตอบข้อ 20

20. จากข้อ 19 ญาติท่านนั้นเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น……..

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ เกิดวันที่ 18 มิถุนายน 2515 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ปีการศึกษา 2536 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2542 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 5 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย