



บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาวะจิตสังคมนัยเด็กป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็ก อายุ 3-10 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไปนี้ คือ โรคธาลัสซีเมีย โรคไข้หัดมาติค และโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก โดยได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน และมารับบริการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2533 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2533 จำนวน 203 ราย โดยมีจำนวนเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 75 ราย โรคไข้หรือหัดหัดมาติค จำนวน 56 ราย และโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก จำนวน 72 ราย ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง หรือผู้รับผิดชอบให้การตัดสินใจในการเลี้ยงดูผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง

2. ข้อมูลในการสำรวจและประเมินสภาวะจิตสังคมนัยของเด็กป่วยเรื้อรัง

2.1 ข้อมูลที่เกี่ยวกับปฏิกริยาของเด็กป่วยเรื้อรัง

2.2 ผลการสำรวจและประเมินปัญหาสภาวะจิตสังคมนัยของผู้ปกครองหรือผู้รับผิดชอบให้การตัดสินใจในการเลี้ยงดูผู้ป่วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง หรือผู้รับผิดชอบให้การตัดสินใจในการเลี้ยงดูผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง

เพศ ผู้ปกครองของผู้ป่วยจำนวน 203 คน เป็นเพศชาย 64 คน หรือร้อยละ 31.37 เป็นเพศหญิง 139 คน หรือร้อยละ 68.63 (ตารางที่ 1)

อายุ ผู้ปกครองของผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 30-34 ปี จำนวน 72 คน หรือร้อยละ 35.29 มีอายุระหว่าง 35-39 ปี จำนวน 52 คน หรือร้อยละ 25.49 ส่วนมีอายุน้อยกว่า 25 ปี มีจำนวน 7 คน หรือร้อยละ 3.72 และมีผู้ปกครองที่มีอายุมากกว่า 44 ปี จำนวน 12 คน หรือร้อยละ 5.88 อายุเฉลี่ยของผู้ปกครอง 33.47 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงเพศและอายุของผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรัง

ระดับอายุ	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 25 ปี	-	-	8	3.92	8	3.92
25 - 29 ปี	16	7.84	28	13.73	44	21.57
30 - 34 ปี	12	4.88	59	29.41	71	35.29
35 - 39 ปี	16	7.84	36	17.65	52	25.49
40 - 44 ปี	8	3.92	8	3.92	16	7.84
สูงกว่า 44 ปี	12	5.88	-	-	12	5.88
รวม	64	31.37	139	68.63	203	100.00

$$\bar{X} = 33.47 \text{ ปี}$$

เชื้อชาติ ผู้ปกครองของผู้ป่วยมีเชื้อชาติไทย 120 คน หรือร้อยละ 58.90 และมีเชื้อชาติจีน 83 คน หรือร้อยละ 41.10 (ตารางที่ 2)

ศาสนา ผู้ปกครองของผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ 192 คน หรือร้อยละ 94.60 นับถือศาสนาคริสต์ 3 คน หรือร้อยละ 1.48 นับถือศาสนาอิสลาม 8 คน หรือร้อยละ 3.92 และไม่พบผู้ปกครองที่นับถือ ศาสนาอื่นนอกจากนี้ (ตารางที่ 2)

สถานภาพสมรส ผู้ปกครองของผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสคู่ 186 คน หรือร้อยละ 91.84 โสด 7 คน หรือร้อยละ 3.44 หม้าย 6 คน หรือร้อยละ 2.75 หย่า 4 คน หรือร้อยละ 1.97 (ตารางที่ 2)

ระดับการศึกษา ผู้ปกครองของเด็กป่วยมีร้อยละ 58.86 หรือ 119 คน ที่ได้รับการศึกษาจนจบชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.67 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 7.84 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 7.84 จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา (ปริญญาตรี) ร้อยละ 3.92 จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ร้อยละ 1.96 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและอีกร้อยละ 1.96 ไม่ได้ได้รับการศึกษาและไม่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี (ตารางที่ 2)

อาชีพปัจจุบัน ผู้ปกครองของเด็กป่วยประกอบอาชีพทางการเกษตร เช่น ทหาร ทานา ทาสวน เลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 25.49 ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน ทำหน้าที่เป็นแม่บ้านร้อยละ 17.65 รับราชการร้อยละ 7.84 ค้าขายร้อยละ 15.69 ประกอบกิจการของตนเองร้อยละ 5.88 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 27.45 (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ของผู้ตอบแบบสอบถามกับเด็กป่วยโดยเป็นบิดา 60 คน หรือร้อยละ 29.54 เป็นมารดา 135 คน หรือร้อยละ 66.67 เป็นญาติโดยระบุเป็นป้า 4 คน หรือร้อยละ 1.83 เป็นน้า 4 คนหรือร้อยละ 1.96 (ตารางที่ 2)

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีร้อยละ 43.14 ของผู้ปกครอง 87 คน ให้สัมภาษณ์ว่าคนมีรายได้ไม่แน่นอน แต่ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ทำให้ครอบครัวมีรายได้น้อย ส่วนรองลงมาเป็นครอบครัวที่มีรายได้ 2,000-4,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 25.29 มีรายได้ตั้งแต่ 8,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป ร้อยละ 15.69 คำนวณค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัวได้ 2,537.96 บาท ต่อเดือน (ตารางที่ 2)

ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ปกครองต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา
เองทั้งหมด ร้อยละ 27.90 ผู้ปกครองร้อยละ 7.88 ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาเอง เพราะสามารถ
เบิกจากต้นสังกัดได้ และผู้ปกครองอีกร้อยละ 21.80 ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเองเป็น
บางส่วน ซึ่งมีตั้งแต่ร้อยละ 30-70 ของค่ารักษา ร้อยละ 42.42 ที่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย
น้อยในการช่วยเหลือค่ายา ค่ารักษาพยาบาลสำหรับเด็กป่วย (ตารางที่ 2)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองของเด็ก จานแนตาม เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ของผู้ตอบแบบสอบถามกับเด็ก รายได้ ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ตัวแปร	N	ร้อยละ	ตัวแปร	N	ร้อยละ
	(N=203)			(N=203)	
1. เชื้อชาติ			6. ระดับการศึกษา		
ไทย	120	58.90	ไม่ได้รับการศึกษา	4	1.96
จีน	83	41.10	ประถมศึกษาตอนต้น	115	56.86
2. ศาสนา			ประถมศึกษาตอนปลาย	40	19.61
พุทธ	192	94.60	มัธยมศึกษาตอนต้น	4	1.96
คริสต์	3	1.48	มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	7.84
อิสลาม	8	3.92	อาชีวศึกษาหรือเทียบเท่า	8	3.92
3. สถานภาพสมรส			อุดมศึกษา	16	7.84
คู่	186	91.84	อื่น ๆ	-	-
โสด	7	3.44	7. อาชีพ		
หม้าย	6	2.75	รับราชการ	16	7.88
หย่า	4	1.97	รับจ้าง	66	32.51
4. ความสัมพันธ์ของผู้ตอบแบบสอบถามกับเด็ก			กำลังศึกษา	-	-
บิดา	60	29.54	ค้าขาย	38	18.71
มารดา	135	66.67	ทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์	35	17.24
ญาติ	8	3.79	งานบ้าน	36	17.73
อื่น ๆ	-	-	อื่น ๆ (กิจการของตนเอง)	12	5.91
5. ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย			8. รายได้ / เดือน		
จ่ายเองทั้งหมด	57	27.90	ไม่แน่นอนแต่ต่ำกว่า 2,000 บาท	87	43.14
เบิกจากต้นสังกัด	16	7.88	2,000-4,000 บาท	52	25.49
จ่ายเองเป็นบางส่วน	44	21.80	4,001-6,000 บาท	20	9.80
มีบัตรสงเคราะห์ ๆ	86	42.42	6,001-8,000 บาท	12	5.88
			ตั้งแต่ 8,001 บาทขึ้นไป	32	15.69

ลักษณะของครอบครัวเด็กป่วย เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 64.27 ครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิก ตั้งแต่ 3-5 คน ร้อยละ 36.25 ครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิก มากกว่า 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 63.75 เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 35.73 ครอบครัวขยายที่มีสมาชิก ตั้งแต่ 5-10 คน ร้อยละ 51.47 ครอบครัวขยายที่มีสมาชิกมากกว่า 10 คน มีร้อยละ 48.53 (ตารางที่ 3)

สมาชิกในครอบครัวที่เคຍป่วย หรือป่วยด้วยโรคเดียวกันกับเด็กป่วยหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ มีร้อยละ 24.68 และปฏิเสธว่าไม่มีใครเคຍป่วยในครอบครัวเลยมีร้อยละ 75.32

การเลี้ยงดูเด็ก ไม่ว่าจะ เป็นเด็กป่วย หรือเด็กปกติย่อมต้องมีการอบรมในเรื่องต่าง ๆ ร่วมด้วยเสมอ และการอบรมเลี้ยงดูเด็กย่อมก่อให้เกิดปัญหาได้ ดังนั้นพบว่า เด็กป่วยร้อยละ 47.06 ที่ทำให้ผู้ปกครองพบปัญหาในการเลี้ยงดูครั้งนี้ มีปัญหาในเรื่องชน ร้อยละ 13.73 คือร้อยละ 19.61 เป็นคนเจ้าอารมณ์ร้อยละ 5.88 และเลือกอาหารหรือรับประทานอาหารยากร้อยละ 7.84 ส่วนอีกร้อยละ 52.94 ไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาในการอบรมเลี้ยงดูแก่ผู้ปกครอง (ตารางที่ 3)

การปฏิบัติต่อเด็กป่วย ผู้ปกครองร้อยละ 62.75 ปฏิบัติต่อเด็กป่วยแตกต่างจากบุตรคนที่แข็งแรง ร้อยละ 37.25 ที่ไม่ได้ปฏิบัติให้แตกต่างกันระหว่างเด็กที่ป่วยและเด็กคนอื่น ๆ กรณีที่ผู้ปกครองปฏิบัติต่อเด็กป่วย แตกต่างจากบุตรคนอื่น ๆ นั้น ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษร้อยละ 52.94 ดูแลเรื่องอาหารร้อยละ 33.33 และลดความเข้มงวดสำหรับบุตรคนที่ป่วยลงร้อยละ 7.84 (ตารางที่ 3)

จากการศึกษามีเด็ก 80 คน หรือร้อยละ 39.22 จากเด็ก 203 คน ที่ไม่เคยร่วมมือในการตรวจรักษา ผู้ปกครองใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้เด็กมารับการตรวจรักษา คือ ใช้วิธีพูดปลอบโยนดี ๆ ใช้เหตุผลมาอธิบายให้เด็กเข้าใจร้อยละ 17.65 มีข้อต่อรองแลกเปลี่ยน เช่น ขนม ของเล่นร้อยละ 11.76 ลงโทษโดยการตีร้อยละ 5.88 ส่วนอีกร้อยละ 3.92 ต้องใช้การชู้หักแล้ว เด็กจึงจะยอมมาพบแพทย์ (ตารางที่ 3)

การเจ็บป่วยของเด็กมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 16.79 โดยทำให้สมาชิกในครอบครัวขัดแย้งกันร้อยละ 10.99 มีการทะเลาะกันระหว่างผู้ป่วยกับเด็กคนอื่น ๆ ในครอบครัวร้อยละ 5.80 มีร้อยละ 83.21 ที่การเจ็บป่วยของเด็กไม่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว (ตารางที่ 3)

เมื่อผู้ปกครองทราบผลการวินิจฉัยโรคตามคำบอกของแพทย์แล้วผู้ปกครองต่างมีความรู้สึกตกใจ เสียใจ และสงสารเด็กระคนกันไปบางคนถึงกับร้องไห้เมื่อถูกถามความรู้สึกข้อนี้ บางคนรู้สึกท้อแท้ โทษดวงชะตาไปต่าง ๆ ซึ่งพอจะแสดงให้เห็นได้ว่าผู้ปกครองมีความรู้สึกตกใจร้อยละ 76.47 เสียใจ ร้อยละ 60.78 สงสารเด็กร้อยละ 35.29 รู้สึกท้อแท้ ร้อยละ 11.76 โทษดวงชะตาร้อยละ 1.96 (ตารางที่ 3)

ภูมิลำเนาผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง 203 ครอบครัว ที่ได้สัมภาษณ์นั้น มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครร้อยละ 31.37 ภาคกลางในจังหวัดใกล้เคียงกรุงเทพมหานคร โดยรอบรวมร้อยละ 49.02 ภาคเหนือร้อยละ 5.88 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 11.76 ภาคใต้ร้อยละ 1.96 (ตารางที่ 3)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของลักษณะครอบครัวของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาในการเลี้ยงดูผู้ป่วย การปฏิบัติต่อเด็กป่วยแตกต่างจากบุตรคนอื่น การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว การแก้ไขเมื่อเด็กไม่ร่วมมือในการรักษา ความรู้สึกเมื่อทราบผลการวินิจฉัยของเด็ก ภูมิภาคเนาของผู้ป่วย

ตัวแปร	N	ร้อยละ	ตัวแปร	N	ร้อยละ
	(N=203)			(N=203)	
1. ลักษณะครอบครัว			5. สมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วย		
ครอบครัวเดี่ยว	130	64.27	โรคเรื้อรัง		
ครอบครัวขยาย	73	35.73	ไม่มี	153	75.32
2. ปัญหาในการเลี้ยงดูผู้ป่วย			มี	50	24.68
ไม่มีปัญหา	107	52.94	6. การปฏิบัติต่อเด็กป่วยแตกต่าง		
มีปัญหา	96	47.06	จากบุตรคนอื่น		
- ชน	28	13.73	ไม่แตกต่าง	76	37.25
- คีอ	40	19.61	แตกต่าง	127	62.75
- เลือกออาหาร	16	7.84	7. การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อความ		
- เจ้าอารมณ์	12	5.88	สัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว		
3. การแก้ไขเมื่อเด็กไม่ร่วมมือในการรักษา			ไม่มี	169	83.21
ตี ทขิก	12	5.88	มี	34	16.79
ชู้ด้วยวาจา	8	3.92	8. ความรู้สึกเมื่อทราบผลการวินิจฉัย		
พูดลอบใช้เหตุผล	36	17.65	ของเด็ก		
มีข้อต่อรองแลกเปลี่ยน	24	11.76	ตกใจ	155	76.47
เด็กร่วมมือในการรักษาดี	123	60.78	เสียใจ	123	60.78
4. ภูมิภาคเนาของผู้ป่วย			สงสารเด็ก	71	35.29
กรุงเทพฯ	64	31.37	ท้อแท้	24	11.76
ต่างจังหวัด	139	68.63	โกรธ	-	-
			โทษดวงชะตา	4	1.96

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของบุตรแต่ละครอบครัวของเด็กป่วยเรื้อรัง

จำนวนบุตร	จำนวน (N=203)	ร้อยละ
1 คน	28	13.73
2 คน	64	31.37
3 คน	67	33.33
4 คน	32	15.69
5 คน	4	1.96
6 คนขึ้นไป	8	3.92

จำนวนบุตรที่แต่ละครอบครัวมีสูงสุดคือตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป มี 28 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 3.92 ส่วนใหญ่แล้วจะมีบุตรครอบครัวละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมาคือบุตรครอบครัวละ 2 คน จำนวน 64 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 31.37 นอกนั้นมีบุตรครอบครัวละ 4 คน, 1 คน และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 15.69, 13.73 และ 1.96 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ศูนย์เวชศาสตร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของอายุเด็กป่วยโดยแบ่งตามเพศ

อายุ	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
3-6 ปี	52	25.75	20	9.84	72	35.59
7-10 ปี	83	40.92	48	23.49	131	64.41
รวม	135	66.67	68	33.33	203	100

เด็กที่มารับการตรวจรักษา จำนวนเป็นเด็กชายร้อยละ 66.67 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 33.33 ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 3-6 ปี ร้อยละ 35.59 และอายุระหว่าง 7-10 ปี ร้อยละ 64.41 (ตารางที่ 5)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการศึกษาของเด็กป่วย

การศึกษา	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ
ยังไม่เข้าเรียน	51	25.12	28	13.79	79	38.91
อนุบาล	20	9.85	8	3.94	28	13.79
ประถม 1-4	64	31.52	32	15.76	96	47.29
รวม	135	66.49	68	33.49	203	100

จากตารางที่ 6 การศึกษาของเด็กป่วย พบว่ามีเด็กที่ยังไม่ได้เข้าโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 39.22 เรียนในชั้นอนุบาล 1-2 ร้อยละ 13.72 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-4 ร้อยละ 47.05 ในจำนวนเด็กที่ไม่ได้เข้าโรงเรียนทั้งหมด 79 คน พบว่ามีเด็กอายุถึงเกณฑ์เข้ารับการศึกษิตตามพระราชบัญญัติประถมศึกษา พ.ศ. 2523 (พระราชบัญญัติประถมศึกษา, 2523) แต่ยังไม่ได้รับการศึกษา 30 คน ด้วยเหตุผลที่ว่า การเจ็บป่วยบ่อย ๆ ร่างกายไม่แข็งแรง ผู้ปกครองจึงไม่ยอมมาให้ไปโรงเรียน หรือให้ไปโรงเรียนแล้ว การเจ็บป่วยทำให้ขาดสอบเรียนไม่ทันเพื่อจึงลาออกจากโรงเรียนกลางคัน

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผลการเรียน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาและการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของเด็กป่วย

ตัวแปร	N	ร้อยละ
(N = 203)		
1. ผลการเรียน		
ระดับดีมาก (เกรดเฉลี่ย 4)	15	7.19
ระดับดี (เกรดเฉลี่ย 3 ขึ้นไป)	37	18.10
ระดับปานกลาง (เกรดเฉลี่ย 2 ขึ้นไป)	70	34.80
ระดับอ่อน (เกรดเฉลี่ย 1 ขึ้นไป)	56	27.53
ระดับอ่อนมาก (เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 1)	25	12.28
2. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา		
ต่ำกว่า 6 เดือน	30	14.57
6 เดือน - 1 ปี	44	21.83
2 ปี - 3 ปี	67	32.80
4 ปี - 5 ปี	43	21.23
6 ปีขึ้นไป	19	9.57
3. ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน		
ไม่เคย	127	62.47
เคย	76	37.53

ผลการเรียนที่ผ่านมาของเด็กป่วย อยู่ในระดับดีมาก (เกรดเฉลี่ย 4) ร้อยละ 7.29 อยู่ในระดับดี (เกรดเฉลี่ย 3 ขึ้นไป) ร้อยละ 18.10 เกรดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (เกรดเฉลี่ย 2 ขึ้นไป) ร้อยละ 34.80 เกรดเฉลี่ยอยู่ในระดับอ่อน (เกรดเฉลี่ย 1 ขึ้นไป) ร้อยละ 27.53 และเกรดอยู่ในระดับอ่อนมาก (เกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 1) ร้อยละ 12.28 (ตารางที่ 7)

ระยะเวลาที่เด็กป่วยได้เข้ารับการรักษามีตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จนถึง 1 ปี ร้อยละ 21.83 2 ปี - 3 ปี ร้อยละ 32.80 4 ปี - 5 ปี ร้อยละ 21.23 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.83 ที่ต่ำกว่า 6 เดือน ร้อยละ 14.57 และ 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.57 (ตารางที่ 7)
เด็กป่วยเคยเข้ารับการรักษาก่อนป่วยในร้อยละ 37.53 และไม่เคยร้อยละ 62.47 (ตารางที่ 7)

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยของค่ายา ค่ารักษาพยาบาลที่จะต้องจ่ายแต่ละครั้ง
เมื่อมารับการรักษา โดยแยกแต่ละโรค

ตัวแปร	N	ร้อยละ
1. โรคธาลัสซีเมีย (N = 75)		
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 250 บาท/ครั้ง	8	10.7
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 200 บาท/ครั้ง	17	22.7
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 150 บาท/ครั้ง	31	41.3
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 100 บาท/ครั้ง	10	13.3
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 80 บาท/ครั้ง	4	5.3
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 50 บาท/ครั้ง	5	6.7
$\bar{X} = 154.93$ บาท		
2. โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก (N = 72)		
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 250 บาท/ครั้ง	12	16.7
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 200 บาท/ครั้ง	7	9.7
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 150 บาท/ครั้ง	20	27.8
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 100 บาท/ครั้ง	17	23.6
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 80 บาท/ครั้ง	6	8.3
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 50 บาท/ครั้ง	7	9.7
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 30 บาท/ครั้ง	3	4.2
$\bar{X} = 133.60$ บาท		

ตัวแปร	N	ร้อยละ
3. โรคไข้หรือหัวใจรุนแรงมาติด	(N = 56)	
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 250 บาท/ครั้ง	3	5.35
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 200 บาท/ครั้ง	7	12.50
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 150 บาท/ครั้ง	12	21.42
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 100 บาท/ครั้ง	14	25.00
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 90 บาท/ครั้ง	3	5.36
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 70 บาท/ครั้ง	1	1.79
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 40 บาท/ครั้ง	14	25.00
ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล 30 บาท/ครั้ง	2	3.57
$\bar{x} = 113.42$ บาท		

ค่ายา ค่ารักษาพยาบาลของโรคธาลัสซีเมียที่ต้องจ่ายแต่ละครั้ง เมื่อมารับการรักษาเฉลี่ย 154.93 บาท/ครั้ง โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกเฉลี่ย 133.60 บาท/ครั้ง โรคไข้หรือหัวใจรุนแรงมาติดเฉลี่ย 113.42 บาท/ครั้ง (ตารางที่ 8)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ข้อมูลในการสำรวจและประเมินสภาวะจิตสังคมของเด็กป่วยเรื้อรัง

2.1 ข้อมูลที่เกี่ยวกับปฏิกิริยาของเด็กป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของอาการทางกายในเด็กป่วยเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 3-6 ปี

อาการทางกาย	ชาย (N=52)	ร้อยละ	หญิง (N=20)	ร้อยละ	รวม (N=72)	ร้อยละ
อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	32	44.44	13	18.05	45	62.50
มีปัญหาเรื่องการนอน	10	13.89	3	4.16	13	18.05
เบื่ออาหารหรือรับประทาน- อาหารมากขึ้นผิดปกติ	5	6.94	1	1.39	6	8.33

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยอายุระหว่าง 3-6 ปี จำนวน 72 คน เป็นเพศชาย 52 คน เพศหญิง 20 คน มีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วย โดยมีอาการทางกายต่าง ๆ ระบุกันไป และมีอาการติดต่อกันอย่างน้อยเกือบทุกวัน เป็นเวลา 2 อาทิตย์ ขึ้นไป ซึ่งอาการทางกายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ซึ่งพบ 45 คน หรือร้อยละ 62.50 โดยพบในเพศชาย 32 คน หรือร้อยละ 44.44 พบในเพศหญิง 13 คน หรือร้อยละ 18.05 เด็กที่มีปัญหาเรื่องการนอนพบ 13 คน หรือร้อยละ 18.05 เป็นเพศชาย 10 คน หรือ ร้อยละ 13.89 เพศหญิง 3 คน หรือร้อยละ 4.16 อาการเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้นผิดปกติ พบในเด็ก 6 คน หรือร้อยละ 8.33 โดยเป็นเพศชาย 5 คน หรือร้อยละ 6.94 เพศหญิง 1 คน หรือร้อยละ 1.39

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของอาการทางจิตใจในเด็กป่วยเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 3-6 ปี

อาการทางจิตใจ	ชาย (N=52)	ร้อยละ	หญิง (N=20)	ร้อยละ	รวม (N=72)	ร้อยละ
สีหน้าแสดงถึงอารมณ์เศร้า	27	37.50	11	15.27	38	52.77
มีความรู้สึกว่ามีเป็นที่รัก	15	20.83	7	9.72	22	30.55
กลัวการรักษา	12	16.67	5	6.94	17	23.61
เด็กแปลความหมายการเจ็บป่วย						
เป็นการถูกลงโทษ	4	5.55	1	1.38	5	6.94

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยอายุระหว่าง 3-6 ปี จำนวน 72 คน เป็นเพศชาย 52 คน เพศหญิง 20 คน มีปฏิกริยาต่อการเจ็บป่วย โดยมีอาการทางจิตใจต่าง ๆ ระคนกันไป และมีอาการติดต่อกันอย่างน้อยเกือบทุกวัน เป็นเวลา 2 อาทิตย์ ขึ้นไป ซึ่งอาการทางจิตใจที่พบมากที่สุด คือ มีสีหน้าแสดงถึงอารมณ์เศร้า 38 คน หรือร้อยละ 52.77 โดยเป็นเพศชาย 27 คน หรือร้อยละ 37.50 เพศหญิง 11 คน หรือร้อยละ 15.27 มีความรู้สึกว่ามีเป็นที่รัก 22 คน หรือร้อยละ 30.55 โดยเป็นเพศชาย 15 คน หรือร้อยละ 20.83 เพศหญิง 7 คน หรือร้อยละ 9.72 กลัวการรักษา 17 ราย หรือร้อยละ 23.61 โดยเป็นเพศชาย 12 คน หรือร้อยละ 16.67 เพศหญิง 5 คน หรือร้อยละ 6.94 เด็กแปลความหมายการเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษ 5 คน หรือร้อยละ 6.94 โดยเป็นเพศชาย 4 คน หรือร้อยละ 5.55 เพศหญิง 1 คน หรือร้อยละ 1.38

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมเด็กป่วยเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่างอายุ 3-6 ปี

พฤติกรรม	ชาย (N=52)	ร้อยละ	หญิง (N=20)	ร้อยละ	รวม (N=72)	ร้อยละ
ร้องไห้บ่อย ๆ อื้อ	27	37.50	11	15.28	38	52.77
เฉย ซึมลง ไม่ค่อยพูด	25	34.72	7	9.72	32	44.44
ลดความสนใจสิ่งรอบตัว-						
เบื่อหน่าย	22	30.50	10	13.89	32	44.44
พฤติกรรมต่อต้าน คือ	21	29.16	4	5.55	25	34.72
ทำทางหงอยเหงา	7	9.72	14	19.44	21	29.16
หงุดหงิด รุนแรง	13	18.05	5	6.94	18	25.00
ชอบเหม่อลอย เชื่องช้า	8	11.11	5	6.94	13	18.05
ก้าวร้าว อยากร้ายคนอื่น-						
ทำลายของ	10	13.88	3	4.17	13	18.05
เรียกร้องความสนใจมากขึ้น	4	5.55	5	6.94	9	12.50
ต่อต้านหรือไม่ร่วมมือต่อ-						
การรักษา	6	8.33	2	2.78	8	11.11
ชอบแยกตัว	4	5.55	2	2.78	6	8.33
แสดงพฤติกรรมเด็กกว่าอายุ	1	1.39	5	6.94	6	8.33
ทำร้ายตัวเอง	4	5.55	-	-	4	5.55

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยอายุระหว่าง 3-6 ปี จำนวน 72 คน เป็นเพศชาย 52 คน เพศหญิง 20 คน มีพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วย โดยมีอาการทางพฤติกรรมต่าง ๆ ติดต่อกันอย่างน้อยเกือบทุกวันเป็นเวลา 2 อาทิตย์ขึ้นไป พฤติกรรมที่พบมากที่สุด คือ ร้องไห้บ่อย ๆ อ่อน ร้อยละ 52.77 รองลงมาคือ เฉย ซึมลงไม่ค่อยพูด และลดความสนใจสิ่งรอบตัว เบื่อหน่าย ร้อยละ 44.44 ส่วนรายละเอียดของพฤติกรรมต่าง ๆ ได้เรียงตามลำดับในตารางที่ 11



ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของอาการทางกายในเด็กป่วยเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 7-10 ปี

อาการทางกาย	ชาย (N=83)	ร้อยละ	หญิง (N=48)	ร้อยละ	รวม (N=131)	ร้อยละ
เหนื่อย	42	32.06	32	24.42	74	56.48
ปวดศีรษะ	28	21.37	25	19.08	53	40.46
ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน	21	16.03	30	22.90	51	38.93
หน้ามืด ใจสั่น	19	14.50	12	9.16	31	23.66
เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด	7	5.34	3	2.29	10	7.63
ทานอาหารมากขึ้นผิดปกติ	8	6.10	1	0.76	9	6.87
นอนไม่หลับหรือนอนมากผิดปกติ	6	4.58	3	2.29	9	6.87

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยอายุระหว่าง 7-10 ปี จำนวน 131 คน เป็นเพศชาย 83 คน เพศหญิง 48 คน มีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วย โดยมีอาการทางกายต่าง ๆ ติดต่อกันอย่างน้อยเกือบทุกวันเป็นเวลาสองอาทิตย์ขึ้นไป อาการทางกายที่พบมากที่สุดคือ เหนื่อย ร้อยละ 56.48 รองลงมาคือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 40.46 ส่วนรายละเอียดของอาการทางกายต่าง ๆ ได้เรียงตามลำดับในตารางที่ 12

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของอาการทางจิตในเด็กป่วยเรื้อรังกลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 7-10 ปี

อาการทางจิตใจ	ชาย (N=83)	ร้อยละ	หญิง (N=48)	ร้อยละ	รวม (N=131)	ร้อยละ
อารมณ์เศร้า	63	48.09	34	25.95	97	74.04
หงุดหงิด กังวล	52	39.69	28	21.37	80	61.06
กลุ้มใจ น้อยใจ ไม่พอใจ	22	16.79	39	29.77	61	46.56
รู้สึกผิดที่ป่วย	33	25.19	20	15.27	53	40.45
รู้สึกตัวเองไร้ค่า	21	16.03	21	16.03	42	32.06
หวั่นไหวง่าย หวาดกลัว	26	19.84	15	11.45	41	31.29
รู้สึกว่าไม่เป็นที่รัก	21	16.03	7	5.34	28	21.37
คิดว่าตนเองมีนมด้อมจากรูป-						
ร่างหน้าที่ผิดปกติ	14	10.68	9	6.87	23	17.55
กลัวการรักษา	8	6.10	3	2.29	11	8.39
คิดอยากตาย	7	5.34	2	1.53	9	6.87

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยอายุระหว่าง 7-10 ปี จำนวน 131 คน เป็นเพศชาย 83 คน เพศหญิง 48 คน มีพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังโดยมีอาการทางจิตใจต่าง ๆ ติดต่อกันอย่างน้อยเกือบทุกวันเป็นเวลา 2 อาทิตย์ขึ้นไป อาการทางจิตใจที่พบมากที่สุดคือ อารมณ์เศร้า ร้อยละ 74.04 รองลงมาคือ หงุดหงิด กังวล ร้อยละ 61.06 ส่วนรายละเอียดของอาการทางจิตใจต่าง ๆ ได้เรียงตามลำดับในตารางที่ 13

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของอาการทางพฤติกรรมในเด็กป่วยกลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 7-10 ปี

อาการทางพฤติกรรม	ชาย (N=83)	ร้อยละ	หญิง (N=48)	ร้อยละ	รวม (N=131)	ร้อยละ
ลดความสนใจสิ่งรอบตัว-						
เบื่อหน่าย	63	48.09	22	16.79	85	64.88
เฉย ซึมลง ไม่ค่อยพูด	43	32.82	32	24.42	75	57.25
ร้องไห้บ่อย ๆ อ่อน	41	31.29	31	23.66	72	54.96
พฤติกรรมต่อต้าน คือ	38	29.00	10	7.63	48	36.64
เชื่องช้า	26	19.84	19	14.50	45	34.35
เอาแต่ใจ อารมณ์ร้อน-						
ควบคุมอารมณ์ไม่ได้	32	24.42	11	8.39	43	32.82
ทำทางหงอยเหงา	17	12.97	14	10.68	31	23.66
หงุดหงิดขุ่นง่าน ไม่มีสมาธิ	20	15.26	7	5.34	27	20.61
การเรียนเลวลง	19	14.50	8	6.10	27	20.61
ก้าวร้าว อยากร้ายคนอื่น-						
ทำลายของ	17	12.98	8	6.10	25	19.08
ชอบแยกตัว	10	7.63	13	9.92	23	17.55
ทำทางท้อแท้	13	9.92	5	3.82	18	13.74
ทำร้ายตัวเอง คิดอยากทำ-						
ร้ายตัวเอง	5	3.81	3	2.29	8	6.10
ไม่ยอมไปโรงเรียน						
ขาดเรียนบ่อย	7	5.34	1	0.76	8	6.10
ต่อต้านหรือไม่ร่วมมือต่อการ-						
รักษา	-	-	2	1.52	2	1.52
เรียกร้องความสนใจมากขึ้น	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยอายุระหว่าง 7-10 ปี จำนวน 131 คน เป็นเพศชาย 83 คน เพศหญิง 48 คน มีพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังโดยมีอาการทางพฤติกรรมต่างๆ ติดต่อกันอย่างน้อยเกือบทุกวันเป็นเวลา 2 อาทิตย์ขึ้นไป พฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือ ลดความสนใจสิ่งรอบตัว เบื่อหน่าย ร้อยละ 64.88 รองลงมาคือ เฉย ซึมลง ไม่ค่อยพูด ร้อยละ 57.25 ส่วนรายละเอียดของพฤติกรรมต่าง ๆ ได้เรียงตามลำดับในตารางที่ 14



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 ปัญหาสภาวะจิตสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรัง 8 ปัญหา มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.70-1.99 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่าง 0.12-0.34 และเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาได้ดังนี้ คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาความวิตกกังวล ปัญหาการเลี้ยงดู ปัญหาความกลัว ปัญหาชีวิตส่วนตัวและสังคม ปัญหาความรู้สึกลึกซึ้ง ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ปัญหาการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ดังได้แสดงไว้ในตารางที่ 15 ต่อไปนี้

ตารางที่ 15 ปัญหาสภาวะจิตสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรัง เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยและแสดงค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละปัญหา

ลำดับที่	ปัญหา	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
1	ด้านเศรษฐกิจ	1.99	0.25
2	ความวิตกกังวล	1.96	0.17
3	การเลี้ยงดู	1.95	0.27
4	ความกลัว	1.93	0.34
5	ชีวิตส่วนตัวและสังคม	1.87	0.20
6	ความรู้สึกลึกซึ้ง	1.76	0.18
7	ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว	1.73	0.12
8	การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่	0.70	0.23

ปัญหาสภาวะจิตสังคมของผู้ปกครอง เด็กป่วยเรื้อรัง เมื่อพิจารณาตามระยะเวลาในการรักษา โดยจำแนกเป็นกลุ่มเด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลาน้อยกว่า 1 ปี กับกลุ่มเด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลานานกว่า 1 ปี พบว่า ปัญหาของผู้ปกครอง เด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลาน้อยกว่า 1 ปี มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.82-2.08 และปัญหาของผู้ปกครอง เด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลานานกว่า 1 ปี มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.75-1.95 ซึ่งแต่ละปัญหามีค่าเฉลี่ยในระดับที่ใกล้เคียงกัน ยกเว้นปัญหาเกี่ยวกับความกลัวและปัญหาชีวิตส่วนตัวและสังคมที่มีค่าเฉลี่ยและลำดับที่ของปัญหาแตกต่างกัน โดยปัญหาความกลัวมีค่าเฉลี่ยของเด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลาน้อยกว่า 1 ปี สูงกว่าของเด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลานานกว่า 1 ปี คือ 1.92 กับ 1.70 และปัญหาชีวิตส่วนตัวและสังคมของเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นเวลานานกว่า 1 ปี สูงกว่าของเด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลาน้อยกว่า 1 ปี คือ 1.71 กับ 1.64 ตามลำดับ ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและลำดับปัญหาสภาวะจิตสังคมของผู้ปกครอง เด็กป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระยะเวลาในการรักษา

ปัญหา	เด็กป่วยที่รักษานาน			เด็กป่วยที่รักษานาน		
	0-1ปี (74ราย)		ลำดับที่	1-6ปี (129ราย)		ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		\bar{X}	S.D.	
ความวิตกกังวล	2.08	0.30	1	1.85	0.29	2
เศรษฐกิจ	2.02	0.37	2	1.95	0.36	1
ความกลัว	1.92	0.41	3	1.70	0.30	5
การเลี้ยงดู	1.84	0.28	4	1.74	0.41	3
ความรู้สึกลึกซึ้ง	1.72	0.18	5	1.69	0.27	6
ชีวิตส่วนตัวและสังคม	1.64	0.29	6	1.71	0.34	4
ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว	1.63	0.30	7	1.70	0.24	7
การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่	0.82	0.41	8	0.75	0.27	8

ปัญหาด้านสภาวะจิตสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรัง เมื่อพิจารณาจำแนกตามอายุของเด็กป่วย พบว่า ปัญหาของผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรัง ซึ่งเด็กที่ป่วยมีอายุระหว่าง 3-6 ปี มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.78-1.99 และปัญหาของผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรัง ซึ่งเด็กที่ป่วยมีอายุระหว่าง 7-10 ปี มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 0.90-2.02 ซึ่งแต่ละปัญหามีค่าเฉลี่ยในระดับที่ใกล้เคียงกันทั้ง 7 ปัญหา ยกเว้นปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจเท่านั้นที่มีค่าเฉลี่ยและลำดับของปัญหาแตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยของเด็กป่วยที่มีอายุระหว่าง 7-12 ปี สูงกว่าของเด็กป่วยที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี คือ 2.02 กับ 1.94 ตามลำดับ ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและลำดับปัญหาสภาวะจิตสังคมของผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรัง เมื่อพิจารณาจำแนกตามอายุ

ปัญหา	เด็กป่วยที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี (72 ราย)			เด็กป่วยที่มีอายุระหว่าง 7-10 ปี (131 ราย)		
	\bar{X}	S.D	ลำดับที่	\bar{X}	S.D	ลำดับที่
ความวิตกกังวล	1.99	0.31	1	1.95	0.42	2
ความกลัว	1.97	0.37	2	1.92	0.31	3
เศรษฐกิจ	1.94	0.40	3	2.02	0.09	1
การเลี้ยงดู	1.84	0.35	4	1.82	0.27	5
ชีวิตส่วนตัวและสังคม	1.76	0.24	5	1.91	0.42	4
ความรู้สึกลึกซึ้ง	1.69	0.21	6	1.57	0.46	6
ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว	1.67	0.18	7	1.45	0.09	7
การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่	0.78	0.27	8	0.90	0.43	8

อภิปรายผล

พฤติกรรมทางจิตใจของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดจากความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ซึ่งจะมีแตกต่างกันไปในเด็กแต่ละคน

ความกลัวในเด็กป่วยเรื้อรังเกิดจากความเจ็บป่วย วิธีการตรวจวินิจฉัยการให้การรักษาค่าต่าง ๆ (Lewis, 1982) นอกจากนี้ยังเกิดจากบุคคล สถานที่ หรือกิจกรรมก็ได้ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2526) เมื่อเด็กเกิดความกลัวตามที่กล่าวมาแล้ว และความกลัวยังหลงเหลืออยู่จะทำให้เกิดความวิตกกังวลในเรื่องนั้นต่อเนื่องกัน นอกจากความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเด็กป่วยเรื้อรังแล้ว ผลทางด้านจิตใจของเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังอีกสภาวะหนึ่งก็คือ ความซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากความรู้สึกสูญเสีย (loss) การยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือดำเนินตามบทบาทต่าง ๆ ของตนเองได้ สำหรับในเด็ก ความเศร้าโศกเสียใจ (grief) ที่สำคัญเกิดจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและต้องแยกจากบิดามารดา ทำให้ภาพพจน์แห่งตน (self-image) และความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) เสื่อมไป

พฤติกรรมทางด้านจิตใจของเด็กป่วย จะสังเกตได้จากอาการแสดงทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งเด็กป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยอายุของเด็กเป็นเกณฑ์ คือ กลุ่มเด็กป่วยอายุระหว่าง 3-6 ปี (เด็กวัยก่อนเรียน) และกลุ่มเด็กป่วยอายุระหว่าง 7-10 ปี (เด็กวัยเรียน) เนื่องจากพฤติกรรมต่อการเจ็บป่วยของเด็กขึ้นอยู่กับวัยด้วย เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดทางวุฒิภาวะและการสื่อสาร (คารุณี จงอุดมการณ์, 2529) ในเด็กวัยก่อนเรียนจะแสดงออกเป็นพฤติกรรม เพื่อระบายความเจ็บปวดของตนเองซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้เด็กจะรับรู้กับเหตุการณ์ได้ แต่เด็กยังเข้าใจได้ไม่ลึกซึ้ง มีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าใจเหตุผล เมื่อเกิดความตึงเครียด เด็กไม่สามารถเก็บความรู้สึกหรือบรรยายหรือปรับความเข้าใจได้ จึงแสดงออกโดยตรงทางพฤติกรรม และอารมณ์ที่ตนถูกคุกคาม (สุพัฒนา เศษาคิงส์, 2520) ส่วนเด็กวัยเรียนพอจะรู้จักเหตุผลข้อเท็จจริงมากขึ้น เด็กต้องเรียนรู้ในการปรับตัวเพื่อให้เข้ากับสังคม รู้จักที่จะควบคุมอารมณ์ตนเองได้มากพอที่จะไม่แสดงออกให้คนรอบข้างรู้ว่าตนเองยังมี ความกลัว (Whaley & Wong, 1979) จากผลการศึกษาโดยการสังเกตของผู้ปกครองของเด็กป่วยในช่วงอายุ 3-6 ปี พบว่ามีอาการทางกายที่พบมากที่สุดคือ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ซึ่งพบร้อยละ 62.50 รองลงมาได้แก่ ปัญหาเรื่องการนอน, เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหาร

มากขึ้นผิดปกติพบร้อยละ 18.05 และ 8.33 ตามลำดับ และจากการศึกษาพบอาการทางจิตใจ คือ พบว่าเด็กมีสีหน้าแสดงถึงอารมณ์เศร้ามากที่สุด คือพบร้อยละ 52.77 นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กมีความรู้สึกที่ไม่เป็นที่รัก กลัวการรักษา เด็กแปลความหมายการเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษ โดยพบร้อยละ 30.55, 23.61 และ 6.94 ตามลำดับ และจากการศึกษาพฤติกรรมของเด็กป่วยเรื้อรังที่แสดงถึงปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ พบว่าพฤติกรรม ร้องไห้บ่อยๆ อ่อน พบมากที่สุดคือ ร้อยละ 52.77 รองลงมาคือ เฉย ซึมลง ไม่ค่อยพูด, ลดความสนใจสิ่งรอบตัว เบื่อหน่าย, พฤติกรรมต่อต้าน คือ, ทำทางหงอยเหงา, หงุดหงิด งุ่นง่าน, ชอบเหม่อลอย เชื่องช้า, ก้าวร้าว อยากทำร้ายคนอื่น ทาลายของ, เรียกเรื่องความสนใจมากขึ้น ๆ ต่อต้านหรือไม่ร่วมมือต่อการรักษา, ชอบแยกตัว แสดงพฤติกรรมเด็กกว่าอายุ, ทำร้ายตัวเอง ซึ่งพบร้อยละ 44.44, 44.44, 34.72, 29.16, 25.00, 18.05, 18.05, 12.50, 11.11, 8.33, 8.33 และ 5.55 ตามลำดับ

ผลการศึกษาโดยการสังเกตของผู้ปกครองของเด็กป่วยในช่วงอายุระหว่าง 7-10 ปี พบว่ามีอาการทางกายที่พบมากที่สุดคือ เหนื่อย พบได้ร้อยละ 56.48 รองลงมาคือ ปวดศีรษะ, ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียร, หน้ามืด ใจสั่น, เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด, ทานอาหารมากขึ้นผิดปกติ, นอนไม่หลับหรือนอนมากผิดปกติ พบร้อยละ 40.46, 38.93, 23.66, 7.63, 6.87, 6.87 ตามลำดับ สำหรับอาการทางจิตใจที่พบมากที่สุดคือ อารมณ์เศร้า พบร้อยละ 74.04 รองลงมาคือ หงุดหงิด กังวล, กลุ้มใจ น้อยใจ ไม่พอใจ, รู้สึกผิดที่ป่วย, รู้สึกตัวเองไร้ค่า, หัวใจท้อง่าย หวาดกลัว, รู้สึกที่ไม่เป็นที่รัก, คิดว่าตนเองมีมด้อยจากรูปร่างหน้าตาที่ผิดปกติ, กลัวการรักษา, คิดอยากตายพบร้อยละ 61.06, 46.56, 40.45, 32.06, 31.29, 21.37, 17.55, 8.39 และ 6.87 ตามลำดับ และจากการศึกษาพบอาการทางพฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือ ลดความสนใจสิ่งรอบตัว เบื่อหน่าย พบร้อยละ 64.88 รองลงมาคือ เฉย ซึมลง ไม่ค่อยพูด, ร้องไห้บ่อย ๆ อ่อน, พฤติกรรมต่อต้าน คือ, เชื่องช้า, เอาแต่ใจ อารมณ์ร้อน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้, ทำทางหงอยเหงา หงุดหงิด งุ่นง่าน ไม่มีสมาธิ, การเรียนเลวลง, ก้าวร้าว อยากทำร้ายคนอื่น ทาลายของ, ชอบแยกตัว, ทำทางท้อแท้, ทำร้ายตัวเอง คิดอยากทำร้ายตัวเอง, ไม่อยากไปโรงเรียน ขาดเรียนบ่อย, ต่อต้านหรือไม่ร่วมมือต่อการรักษา โดยพบร้อยละ 57.25, 54.96, 63.64, 34.35, 32.82, 23.66, 20.61, 20.61, 19.08, 17.55, 13.74, 6.10, 6.10 และ 1.52 ตามลำดับ จากการศึกษาไม่พบพฤติกรรม เรียกเรื่องความสนใจมากขึ้นเลย

ดังนั้น เมื่อเด็กป่วย เด็กจะมีปฏิกริยาทางด้านจิตใจเกิดขึ้นอย่างแน่นอน แต่ไม่เท่ากัน บางคนมีมากบางคนมีน้อย ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายประการคือ (สุวรรณ สุภรัตน์ภิญโญ, 2531)

1. ระดับอายุและพัฒนาการทางด้านความรู้สึกนึกคิดของเด็ก
2. อิทธิพลความเชื่อต่าง ๆ ต่อการเจ็บป่วย
3. ลักษณะ เฉพาะ ของ เด็กแต่ละคน
4. ลักษณะการเลี้ยงดูก่อนการเจ็บป่วย
5. ประสบการณ์ของเด็กต่อการเจ็บป่วย
6. ลักษณะของการเลี้ยงดูหลังการเจ็บป่วย
7. ปัญหาภายในครอบครัว
8. ชนิด ความรุนแรง ระยะเวลา และวิธีการรักษา

ควาเฮ็ค (Cowhead, 1977) กล่าวว่า พฤติกรรมสนองตอบต่อความเจ็บปวดของเด็กขึ้นอยู่กับค่านิยมและเจตคติของมารดาหรือผู้ใกล้ชิดด้วย ความคิดคำนึงเรื่องความเจ็บปวดของมารดา หรือผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่แสดงให้เห็นจะมีผลต่อความรู้สึกกลัว วิตกกังวลของเด็กให้มากขึ้น ถ้ามารดาหรือผู้ใกล้ชิดสามารถควบคุมท่าที และไม่แสดงความกลัวว่าเด็กจะเจ็บปวด เด็กจะมีกำลังใจและสามารถทนต่อความเจ็บปวดได้มากขึ้น ดังนั้นท่าทีของบุคคลในครอบครัวที่แสดงความวิตกกังวลเรื่องความเจ็บปวดมากขึ้นเท่าใดก็จะเพิ่มความกลัว และความวิตกกังวลในเรื่องความเจ็บปวดของเด็กมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้นควรจะมีการให้ความรู้กับบิดามารดาหรือผู้ปกครองในเรื่องนี้ เพื่อลดความกลัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วยเด็กต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วย

ปัญหาสภาวะจิตสังคมของผู้ปกครอง เด็กป่วยเรื้อรังที่ประสບอยู่ นั้นสามารถเรียงลำดับตามความรุนแรงของปัญหาได้ดังนี้คือ

1. ด้านเศรษฐกิจ
2. ความวิตกกังวล
3. การเลี้ยงดู
4. ความกลัว
5. ชีวิตส่วนตัวและสังคม

6. ความรู้สึกผิด
7. ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว
8. การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่

ผู้วิจัยจะอภิปรายแต่ละปัญหาตามลำดับคือ

ปัญหาลำดับที่ 1 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหานี้เป็นปัญหาหลักของผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรัง ไม่ว่าจะพิจารณาโดยส่วนรวม แยกพิจารณาตามระยะเวลาในการรักษา หรือแยกตามอายุของเด็กป่วย จะเห็นว่าค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ของปัญหาใกล้เคียงกันมาก (1.99, 2.02, 1.95, 1.94, 2.02) ที่เป็นดังนี้พอจะอธิบายได้ว่า ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจนี้ เป็นปัญหาที่ผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องประสบอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ พบว่าผู้ปกครองหรือครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอนแต่ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน มีร้อยละ 43.14 รายได้ 2,000-4,000 บาท/เดือน มีร้อยละ 25.49 รายได้ 4,001-6,000 บาท/เดือน มีร้อยละ 9.80 รายได้ 6,001-8,000 มีร้อยละ 5.88 และรายได้ตั้งแต่ 8,001 บาทขึ้นไป มีร้อยละ 15.69 ซึ่งเมื่อมีรายได้น้อยย่อมไม่พอเพียงแก่การใช้จ่ายในทุก ๆ เรื่อง จึงเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจขึ้นอย่างแน่นอน และผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 27.45 รองลงมาคือค้าขายร้อยละ 18.71 งานบ้านร้อยละ 17.73 และทำไร่ ไร่ทำนา เลี้ยงสัตว์ร้อยละ 17.24 ดังนั้นฐานะของครอบครัวไม่มั่นคง ต้องทำงานเพื่อหารายได้ให้เพียงพอแก่การใช้จ่าย การพาเด็กมารับการรักษาตามที่แพทย์นัดจึงทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องเสียเวลาในการทำงาน และถ้าผู้ปกครองอยู่ต่างจังหวัดการเดินทางมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งก็ลำบาก ไม่มีที่พักอยู่ในกรุงเทพฯ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย สิ้นเปลืองเวลาและมีปัญหาเรื่องที่พักอาศัย ปัญหาเรื่องค่าอาหารมื้อกลางวัน มีเยี่ยมในวันที่มารับการตรวจรักษา ในบางครั้งที่ต้องอยู่นาน หรือไม่ทันรถที่จะกลับต่างจังหวัด และไม่มีบ้านญาติในกรุงเทพฯ ต้องหาที่พักเองหรือบางรายแพทย์รับตัวเด็ก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ก็ทำให้เกิดปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะตามมาอีก รายจ่ายของครอบครัวจึงเพิ่มขึ้นจากสาเหตุการเจ็บป่วยของเด็ก และโดยเฉพาะเด็กที่ป่วยเรื้อรัง ปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นปัญหาที่ไม่จบสิ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยของเด็ก ไม่ว่าจะ เป็นปัญหาเรื่องค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าพาหนะในการพาเด็กป่วยมารับการรักษา ค่าอาหาร ค่าที่พักอาศัย ปัญหาการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ซึ่งมีส่วนในการช่วยเรื่องค่ายา ค่ารักษาพยาบาล แล้วก็ตาม แต่ผู้ปกครองก็ยัง

ต้องประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจากปัญหาอื่น ๆ เช่น การขาดงาน การเสียเวลาประกอบอาชีพ ค่าพาหนะ ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ปกครองไม่พาเด็กมารับการรักษาตามที่แพทย์นัด และมาไม่ตรงตามวันที่แพทย์นัด ทำให้เด็กป่วยได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ

ในกรณีที่ผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรัง มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจนั้นบางครอบครัวได้รับการช่วยเหลือจากญาติในเรื่องค่ายา ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในครอบครัว บางครอบครัวรายได้น้อยไม่พอเพียงแก่การใช้จ่ายในทุก ๆ เรื่อง เมื่อเกิดความจำเป็นจึงต้องกู้เงินจากบุคคลอื่น ส่วนครอบครัวที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ก็มีจะไม่เดือดร้อน ผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยเรื้อรังจะต้องหาเงินจำนวนหนึ่ง เพื่อให้ทดลองจ่ายค่ารักษาไปก่อน แล้วจึงจะสามารถเบิกได้ในภายหลัง ทำให้ผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังบางรายต้องกู้ยืมเงินผู้อื่นมาใช้ก่อน จากการศึกษาของ สวรรค์ พุทธปวน และคณะ (2528) ที่ศึกษาความเครียดในญาติเด็กโรคธาลัสซีเมียในโรงพยาบาลภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก ส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยประมาณครั้งละ 156.05 บาท และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า รายจ่ายเฉพาะที่เกี่ยวกับเรื่องค่ายา ค่ารักษาพยาบาลของเด็กป่วยในแต่ละครั้งพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแต่ละโรคดังนี้ โรคธาลัสซีเมียเฉลี่ยครั้งละ 154.93 บาท โรคกลุ่มอาการเนฟโรติกเฉลี่ยครั้งละ 133.60 บาท โรคไข้หรือหัวใจรูห์มาติกเฉลี่ยครั้งละ 113.42 บาท ถึงแม้ว่าครอบครัวของผู้ป่วยเด็กบางราย จะได้รับการช่วยเหลือ หรือการสงเคราะห์ด้านการเงิน เช่น มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยของกระทรวงสาธารณสุขหรือได้รับการช่วยเหลือจากแผนกสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แต่ก็ยังจะต้องจ่ายค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ช่วยสมทบด้วย ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าพาหนะในการพาเด็กมาโรงพยาบาล เสียค่าอาหารระหว่างการรอรับการตรวจรักษาและการพาเด็กมารับการตรวจรักษาแต่ละครั้ง อาจทำให้ขาดรายได้ในวันนั้น ซึ่งส่วนใหญ่แพทย์จะนัดให้ผู้ป่วยมารับการรักษา 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือนผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด ซึ่งมีถึงร้อยละ 68.63 ก็จะมีปัญหาที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์แต่ละครั้งมากขึ้นตามระยะทางที่ห่างไกล

ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กที่มีรายได้น้อย จึงอยู่ในภาวะกังวลกับปัญหาเศรษฐกิจ ตลอดจนมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถพาผู้ป่วยเด็กมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง มักขาดเงินที่จะซื้อเครื่องอุปโภคบริโภคที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเด็กมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เช่น มักขาด

เงินที่จะซื้ออาหารที่มีคุณค่ามาบริโภคเป็นประจำ เนื่องจากอาหารบางประเภทมีราคาแพง ใต้
แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม ทำให้ซื้อมาบริโภคน้อยกว่าอาหารแป้ง หรือน้ำตาลที่มีราคาถูกกว่า
(จาเรียง กุระมะสุวรรณ, 2522) และครอบครัวที่มีรายได้น้อยยังต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่าย
อื่น ๆ บิดามารดาไม่มีเวลาเอาใจใส่ต่อสุขภาพของบุตรมากนัก เพราะต้องใช้เวลาในการทำงาน
หารายได้มากกว่าจะสนใจเรื่องสุขภาพอนามัย และมักจะพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อเด็กมีอาการ
รุนแรง เนื่องจากคิดว่าเด็กป่วยเมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมได้ตามปกติ รวมทั้ง
การรักษาสุขภาพร่างกายก็เพียงพอเพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น โดย
ส่วนใหญ่มักจะไม่ได้คำนึงถึงการบำรุงรักษาหรือป้องกันการเจ็บป่วยในอนาคต

เมื่อมีเด็กป่วยเรื้อรังอยู่ในครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น
ครอบครัวต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจมากขึ้น โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะ เศรษฐกิจปานกลาง
หรือต่ำ ผู้ปกครองจะต้องทำงานหนักมากขึ้น ทำให้เหนื่อยมากขึ้น อารมณ์เสียได้ง่าย และเกิด
ความเครียด ดังนั้นครอบครัวที่มีเศรษฐกิจปานกลางหรือต่ำจึงมีโอกาสเกิดความแตกแยกภายใน
ครอบครัวได้มาก ผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่ายา
ค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ซึ่งงานสังคมสงเคราะห์ของแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ ได้มีส่วนช่วยเหลือในเรื่องค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าพาหนะ ได้ในระดับหนึ่ง ซึ่ง
นอกเหนือจากเด็กป่วยที่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว ยังได้รับการช่วยเหลือเรื่องค่า
ยา ค่ารักษาพยาบาล ค่าพาหนะ จากมูลนิธิเด็กโรคหัวใจในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระพี่นาง
เธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา มูลนิธิโรคไตในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระพี่นางเธอเจ้ากัลยาณิวัฒนา แต่
ปัญหาเศรษฐกิจก็ยังเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรัง และการที่พ่อแม่หรือผู้
ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจอยู่ก่อนแล้ว จึงทำให้การเจ็บป่วยเรื้อรังของ
เด็กมีผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัวเพิ่มขึ้นอีก

จากการวิจัยครั้งนี้ ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กมีรายได้น้อยแน่นอนต่ำกว่า 2,000 บาท
ต่อเดือน มีถึงร้อยละ 43.14 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติในปี 2532 เฉลี่ยต่อคน
ต่อปีเท่ากับ 24,755 บาท หรือ 2062 บาทต่อคนต่อเดือน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2532) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กมีรายได้น้อยกว่ารายได้
ประชาชาติมีจำนวนมาก ครอบครัวที่มีรายได้ 2,000-4,000 บาทต่อเดือน มีร้อยละ 25.29
มีรายได้ตั้งแต่ 8,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป ร้อยละ 15.69 ค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัวได้
2,537.96 บาทต่อเดือน เป็นที่น่าสังเกตว่าครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็น

ครอบครัวที่มีรายได้น้อยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และยังคงมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็ก จึงทำให้ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาลำดับที่ 1 ของการศึกษาครั้งนี้ และปัญหาเศรษฐกิจก็เป็นปัญหาระดับชาติที่สำคัญปัญหาหนึ่ง

ปัญหาลำดับที่ 2 ความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคมักจะไม่ค่อยทราบแน่ชัด ระยะเวลาในการดำเนินโรคจะยาวนาน ประกอบกับอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการเจ็บป่วย ทำให้บิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังเกิดความวิตกกังวลว่าการเจ็บป่วยจะมีผลต่อสุขภาพในอนาคตของเด็ก มีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาของเด็ก ทำให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังสอบถามบ่อยครั้งเกี่ยวกับระยะเวลาของการดำเนินโรค เนื่องจากต้องการทราบว่าผู้ป่วยจะหายป่วยเมื่อใด บางครั้งทำให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยเรื้อรังรู้สึกหวั่นวิตกกังวล และท้อแท้เกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการเรียนและสุขภาพของผู้ป่วย

ณัฐไชย ดันดีสุข (2528) ได้กล่าวว่า "การเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ จะรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของโรค ตัวบุคคลที่ถูกกระทบ และสภาวะแวดล้อมขณะนั้น" บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการเลี้ยงดูผู้ป่วย เป็นผู้ที่มีบทบาทกังวลใจ และกำลังทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด ที่เกิดจากความเหนื่อยล้าและจากสุขภาพจิตของบิดามารดาหรือผู้ปกครองเอง เกิดความวิตกกังวลกับอนาคตของตนเองและบุคคลในครอบครัวที่จะต้องให้การเลี้ยงดู และรับผิดชอบกับผู้ป่วยต่อไปในอนาคต ผู้ปกครองบางคนรู้สึกเบื่อหน่ายกับการที่ต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษา ซึ่งทำให้ตนเองต้องเกิดปัญหาต้องลางานเพื่อพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ปกครองบางคนโทษดวงชะตาที่เด็กป่วยและทำให้ตนเองต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเช่นนี้ ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลกับผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นทั้งความวิตกกังวลกับอนาคตของเด็กป่วยในเรื่องสุขภาพ การเรียน อนาคตของเด็กว่าจะดำเนินต่อไปอย่างไร และวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ปกครองและครอบครัวของพวกเขาที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วย ตลอดจนวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาเด็กป่วยอีกด้วย

จากการศึกษาของ อัมพร โอตระกูล และคณะ, 2525 เรื่องปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง ได้มีการเปรียบเทียบสุขภาพจิตกับวัย พบว่า ผู้ใหญ่วัยครองเรือน 40-49 ปี มีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงอายุ 20-39 ปี ซึ่งตรงกับการศึกษาของ อรพรรณ เมตสุภา และคณะ, 2530 ที่ศึกษา ความชุกของปัญหาจิตเวชในประชาชนเขตกรุงเทพฯ พบว่า กลุ่มผู้ใหญ่ (16 ปีขึ้นไป) มีปัญหาสุขภาพจิต มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ อาจกล่าวได้ว่า ประชาชนกลุ่มที่มีแนวโน้มต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตคือ กลุ่มผู้ใหญ่วัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นวัยทำงานและมีครอบครัวแล้ว เป็นการยืนยันให้เห็นถึงภาระหน้าที่ตลอดจนการงานความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม ก่อให้เกิดความเครียด และเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสาเหตุปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองที่มีเด็กป่วยเรื้อรังอยู่ในครอบครัว ก็จะทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล กับภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของเด็กเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน นอกจากนี้ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ หรือความยากจนส่งเสริมให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต (อัมพร โอตระกูล และคณะ, 2525; อรพรรณ เมตสุภา และคณะ, 2530; ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และคณะ, 2529) โดยที่ผู้ที่มีรายได้น้อยต้องประสบปัญหาเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ จึงทำให้มีผลต่อสุขภาพจิต และจากการศึกษาครั้งนี้บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้น้อย จึงเป็นคำสั่งเสริมที่จะทำให้เกิดปัญหาความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และคณะ (2529) พบว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีภาวะวิตกกังวลถึงร้อยละ 10.7 ทั้งนี้การเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตร ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของความวิตกกังวลของบิดามารดาหรือผู้ปกครองเพิ่มขึ้น จากความวิตกกังวลที่เกิดจากสภาวะแวดล้อมของคนกรุงเทพมหานครที่มีผู้คนอยู่หนาแน่น และมีการแก่งแย่งแข่งขันกันมากในปัจจุบัน

ผลจากการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลของพ่อแม่ หรือผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยต่างกัน เมื่อพิจารณาตามระยะเวลาในการรักษา โดยในกลุ่มเด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลาน้อยกว่า 1 ปี มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของพ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กป่วยสูงกว่า กลุ่มเด็กป่วยที่ได้รับการรักษามาเป็นเวลานานกว่า 1 ปี คือ 2.08 และ 1.85 ทั้งนี้ อาจจะอธิบายได้ว่าในระยะเวลาของการเจ็บป่วยจะมีผลต่อการปรับตัวที่ดีขึ้น ในช่วงที่มีการเจ็บป่วยในระยะน้อยกว่า 1 ปี อยู่ในระยะที่ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับภาวะวิกฤต หลังจากปรับตัวได้ระยะหนึ่ง ความวิตกกังวลจะลดลง และยังพบอีกว่า เมื่อพิจารณาจำแนกตามอายุของเด็กที่ป่วยก็มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน โดยในกลุ่มเด็กป่วยที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี มีค่าเฉลี่ยของ

ความวิตกกังวลของพ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กป่วยสูงกว่า กลุ่มเด็กป่วยที่มีอายุระหว่าง 7-10 ปี คือ 1.99 และ 1.95 บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีความวิตกกังวลกับเด็กวัยก่อนเรียนมากกว่าเด็กวัยเรียน อาจเนื่องมาจากเด็กวัยก่อนเรียนยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และการสื่อสารยังไม่ดี บิดา มารดาจึงมีความวิตกกังวลมากกว่า

ปัญหาลำดับที่ 3 ปัญหาการเลี้ยงดู จากการวิจัยพบว่าผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรัง มีความรู้สึกตกใจ เมื่อทราบผลการวินิจฉัยของเด็กถึงการที่เด็กต้องป่วยเรื้อรังถึงร้อยละ 76.47 และมีความรู้สึกเสียใจร้อยละ 60.78 และอีกร้อยละ 35.29 รู้สึกสงสารเด็ก ความรู้สึกต่อเด็กที่ป่วยจะมีผลต่อเจตคติ และการเลี้ยงดูผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดจากความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก ตลอดจนพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กซึ่งแตกต่างไปจากเด็กปกติ เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด งอแง หรือซึมเศร้า ทำให้บิดามารดา รู้สึกเครียดมากขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้นำไปสู่การเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นไปได้ทั้งแบบปกป้องมากเกินไป เพราะเห็นว่าเด็กสุขภาพไม่สมบูรณ์ หรือพยายามให้เด็กมีกิจกรรมเหมือนเด็กปกติ เพื่อแสดงว่าเด็กไม่มีความเจ็บป่วยอะไร (Massaglia and Carpignans, 1987) และจากสภาพจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บิดามารดาแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อบุตร บิดามารดามักจะมีเจตคติต่อบุตรไม่สม่ำเสมอ (inconsistent parental attitudes) อันเนื่องมาจากความเครียดและความวิตกกังวล (พยอม อิงคตานุวัฒน์ และศุภาสินี กังวาลเนาวรัตน์, 2522) ซึ่งเจตคติเหล่านี้จะแสดงออกโดยการเลี้ยงดูผู้ป่วย จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูเด็กป่วยมีร้อยละ 47.06 โดยมีปัญหาในเรื่องเด็กที่ป่วย เช่น คือ เป็นคนเจ้าอารมณ์ เลือกอาหารหรือรับประทานอาหารยาก การปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กป่วยพบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 62.75 ปฏิบัติต่อเด็กป่วยแตกต่างจากบุตรคนที่แข็งแรงหรือเด็กปกติ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นเรื่องการเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษดูแลเรื่องอาหาร และลดความเข้มงวดสำหรับบุตรคนที่ป่วยลง การปฏิบัติของบิดามารดา หรือผู้ปกครองก็จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมตอบสนองแตกต่างกันไปตามการเลี้ยงดูเช่นกัน ดังนั้นปฏิกริยาของเด็กป่วยเรื้อรังจึงมีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ เจตคติ และการเลี้ยงดูของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อกัน

ปัญหาลำดับที่ 4 ความกลัว แมทสัน (Mattsson, 1972) กล่าวว่า เมื่อลูกป่วยเรื้อรังและรุนแรง ปฏิกริยาแรกที่พ่อแม่แสดง คือ ความกลัวและความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลัน

ถึงความตายที่จะมาถึงลูก บีแลนด์และพาซอส (Beland and Passos, 1975) กล่าวว่า ความวิตกกังวล และความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดเกิดจากความไม่รู้ จึงทำให้คาดคิดทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้น บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กป่วยกลัวว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับเด็กกลัวเด็กจะไม่หายจากการเจ็บป่วยหรืออาจตาย กลัวเด็กจะได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน กลัววิธีการต่าง ๆ ในการวินิจฉัยและการรักษา ดังนั้นความกลัวของพ่อแม่และผู้ปกครองจึงขึ้นอยู่กับ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค วิธีการวินิจฉัยและการรักษาเด็กป่วย สภาพแวดล้อม และปฏิกิริยาของเด็กป่วยด้วย

ปัญหาลำดับที่ 5 ปัญหาชีวิตส่วนตัวและสังคม เมื่อในครอบครัวมีเด็กป่วยเรื้อรังก็ ต้องได้รับการดูแลจากพ่อแม่ หรือผู้ปกครองเป็นพิเศษ ไม่เฉพาะเรื่องการพามารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องเท่านั้น ยังมีเรื่องของการให้การดูแลเป็นพิเศษ เช่น เรื่องการควบคุมอาหาร การรับประทานยาให้ตรงตามกำหนด การพักผ่อนที่เพียงพอ ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับเด็กป่วย ดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ และที่สำคัญคือ ต้องมาติดตามการรักษากับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ พ่อแม่หรือผู้ปกครองของผู้ป่วยจึงต้องใช้เวลาอันยาวนานอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ และปัญหาสภาวะจิตใจและอารมณ์ของเด็กป่วยด้วย ซึ่งทำให้พ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กเกิดความเบื่อหน่าย และคิดว่าเวลาที่เด็กป่วยเรื้อรังทำให้เป็นภาระของคนในครอบครัว ตลอดจนมีผลกระทบต่องานของสมาชิกในครอบครัวด้วย พ่อแม่หรือผู้ปกครองของเด็กป่วยต้องพาเด็กป่วยมาพบแพทย์ตามนัด บางครั้งพ่อแม่และผู้ปกครองมีความจำเป็นต้องขอเลื่อนนัดการมาพบแพทย์หรือไม่ได้พามาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เนื่องจากมีภาระกิจและหน้าที่การทำงานที่สำคัญในช่วงนั้น

นอกจากนี้พบว่า การเข้าสังคมของสมาชิกในครอบครัวลดลง เพราะกลัวว่าจะไม่มีคนดูแลเด็กป่วย บิดามารดาหรือผู้ปกครองจะพยายามแยกตัวออกจากสังคม หุตุกิจกรรมนอกบ้านที่เคยกระทำ (Mark and Milland, 1979; Sabbeth and Leventhal, 1984) ซึ่งจากการสัมภาษณ์บิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังครั้งนี้ มีบิดาและมารดาหรือผู้ปกครองส่วนหนึ่ง ต้องลดการสมาคมกับเพื่อนและการเข้าสังคมนอกบ้านลง เพื่อให้เวลากับเด็กป่วยมากขึ้น เนื่องจากสงสารเด็กป่วย กลัวว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อตนไม่อยู่บ้าน

บิดามารดาหรือผู้ปกครองสงสารเด็กป่วยที่มีรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นลักษณะของโรคที่ทำให้เด็กป่วยรู้สึกอับอาย เช่น โรคธาลัสซีเมีย จะมีลักษณะหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย คือ

สันจุมกแบะ โทหนก แก้ม คาง และขากรรไกรกว้างใหญ่ พันย่นเขยิบและเรียงตัวไม่เรียบ กระโหลกศีรษะยื่นเป็นคอน ส่วนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก จะมีอาการบวมเป็นอาการเด่นชัด บิดามารดาหรือผู้ปกครองบางคนรู้สึกอับอายเมื่อผู้อื่นพูดถึงรูปร่างหน้าตาของเด็กป่วย

ดังนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังจึงมีผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัวและสังคมของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดาหรือผู้ปกครองที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดมา ซึ่งทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับตัวกับบทบาทและหน้าที่เพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป

ปัญหาลำดับที่ 6 ความรู้สึกผิด ปัญหานี้จะเกิดขึ้นเมื่อพ่อแม่ที่รู้สึกตัวว่าตนเองมีส่วนที่ทำให้ลูกป่วย เช่น โรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรม ซึ่ง มาสซาเลีย และ คาร์พินาโน (Massaglia and Carpinano, quoted in Sirchia and Zanello, 1987) ได้กล่าวว่า บิดา มารดา ของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะมีความรู้สึกว่าเป็นความผิดของตนเองที่ทำให้บุตรเป็นโรคนี และแมทสัน (Mattson, 1972) กล่าวว่า พ่อแม่บางคนจะโกรธที่ลูกป่วยเรื้อรัง ไม่มีทางรักษาหาย เป็นภาระ บางคนก็มีความรู้สึกผิดที่ตนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของลูกถ้าโรคนั้นเป็นโรคทางพันธุกรรม บางครั้งความรู้สึกโกรธและความรู้สึกผิดจะเกิดขึ้นสลับกันไปมา เมื่อโกรธก็จะพูดว่าลูกอย่างรุนแรง ทำให้เด็กทำหยาไม่ร่วมมือในการรักษาและมีอารมณ์รุนแรงเช่นกัน

เรื่องความรู้สึกโกรธของบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยเรื้อรังจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าบิดามารดาหรือผู้ปกครองตอบแบบสอบถามถึงความรู้สึกโกรธเด็กที่ป่วยมีน้อย อาจจะเป็นเพราะ ไม่อยากให้ทราบความรู้สึกนี้ โดยอาจคิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่สมควรที่จะ โกรธเด็กป่วย แต่จะมีความรู้สึกที่ผ่านมาตนเองใช้อารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไป และบางครั้งให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ไม่เต็มที่

บิดามารดาหรือผู้ปกครองบางคน คิดว่าการเลี้ยงดู เช่น ปัญหาโภชนาการ ชีวิตความเป็นอยู่ที่ขาดแคลน ทำให้เด็กต้องป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

ปัญหาลำดับที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนหน้าที่และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว (Craven and Sharp, 1972) เด็กป่วยเรื้อรังจะทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่สมาชิก

ทุกคนต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีบทบาทและหน้าที่ของแต่ละคน ซึ่งมีความสัมพันธ์กันตลอดเวลา เมื่อบุคคลหนึ่งในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา ก็จะทำให้ผู้อื่นในครอบครัวต้องทำหน้าที่คอยดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและยาวนาน ภาระการดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยก็จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวไม่เพียงแต่เฉพาะปัญหาด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีปัญหาด้านจิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจ ที่ครอบครัวจะต้องรับผิดชอบมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว และมีผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่าง บิดา มารดา หรือผู้ปกครองของเด็กป่วย เช่น ความขัดแย้งในเรื่องการเลี้ยงดูผู้ป่วย ความไม่มั่นคงในอารมณ์ทำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กป่วยกับเด็กคนอื่น ๆ ในครอบครัว เช่น เด็กคนอื่น ๆ รู้สึกว่าพ่อแม่ไม่ยุติธรรม โดยรู้สึกว่าพ่อแม่ให้ความสนใจผู้ป่วยมากเกินไป การที่เด็กคนอื่น ๆ ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหรือมีภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้น โดยที่ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ก็มีส่วนทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเด็กป่วยและเด็กคนอื่น ๆ ในครอบครัว บางครั้งเด็กป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย รังแก เด็กคนอื่น ๆ ในครอบครัว ก็ทำให้เกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวเช่นกัน

จากการที่ปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวของเด็กป่วยเรื้อรังมีน้อย พอจะอธิบายได้ว่าแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ไม่ ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปมากนัก ทั้งนี้เพราะในสังคมและวัฒนธรรมของไทยมีการปลูกฝังค่านิยมในเรื่องหน้าที่ของบุพการีที่พึงมีต่อบุตรหลาน และลักษณะพื้นฐานของครอบครัวไทยที่มีความใกล้ชิดกันและเกื้อกูลกันในยามเจ็บป่วยมีมาก ซึ่งอานนท์ อากาศิกรม (2521) ได้กล่าวไว้ว่า "ลักษณะของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น บิดา มารดา ลูก หลาน มีความสัมพันธ์กันอย่างหนาแน่น" ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าแม้เด็กป่วยเรื้อรังซึ่งต้องตกเป็นภาระของครอบครัว แต่ก็ไม่ได้ทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปมากนัก ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวจึงเป็นปัญหาลำดับที่ 7 จากการศึกษาของ กิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และคณะ (2529) พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของครอบครัวในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสัมพันธ์ภาพดี นอกนั้นขัดแย้งทะเลาะกัน โกรธไม่พูดกัน ทบตีทำร้ายกันบ่อย จากภารกิจและสาเหตุต่าง ๆ และการมีเด็กป่วยเรื้อรังในครอบครัวก็เป็นสาเหตุที่เพิ่มขึ้นมา ที่ทำให้มีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวด้วย

ปัญหาลำดับที่ 8 การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ Beland และ Passes (1975) กล่าวว่า "ความวิตกกังวลและความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดเกิดจากความไม่รู้ จึงทำให้คาดคิดทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้น นอกจากนั้นยังเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องสมบูรณ์ ทำให้การรับรู้ผิด หรือเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง" แพทย์และพยาบาลจะเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กได้ โดยให้ข้อมูลที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรังต้องการคือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย การวินิจฉัย การพยากรณ์โรค อาการและการรักษาสำหรับเด็กที่ป่วย โดยให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง Smitherman (1979) มีแนวคิดว่าความเครียดและความวิตกกังวลของบุตรที่เจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลที่บิดามารดาแสดงออก ขณะเดียวกันอารมณ์ ความกลัว ความวิตกกังวลของบิดามารดาจะสื่อสู่บุตรได้โดยง่าย ดังนั้นการช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดของบิดามารดาเด็กที่ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้การช่วยเหลือ การติดต่อสื่อสารจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือด้านจิตใจกับบิดามารดาของเด็กป่วยและผู้ป่วยเด็ก เพื่อช่วยลดความกลัว และความวิตกกังวลลงได้ โดยมีความสัมพันธ์ที่ติดต่อกัน เปิดโอกาสให้บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กซักถาม แจกหนังสือคู่มือ การสอนอย่างมีแบบแผน บิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคของเด็ก และการรักษาจะมีความวิตกกังวลน้อยลง นอกเหนือจากแพทย์และพยาบาลที่จะมีส่วนอย่างมากในการช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่รู้ในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กแล้ว ผู้ร่วมงานทางการแพทย์ในระดับต่างๆ ที่มีหน้าที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยก็มีส่วนช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัวของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กลงไปได้ด้วยโดยมีการสื่อสารด้วยสัมพันธภาพที่ดีและสม่ำเสมอ ดังเช่น การ์เนอร์ และสตีวอด (Gardner และ Steward, 1978) ให้ความเห็นที่ "ปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ร่วมงานทางการแพทย์กับครอบครัวจะนำไปสู่การลดความวิตกกังวล เพิ่มมั่นใจ ความร่วมมือที่ดีขึ้น เพิ่มโมติวี เพิ่มความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย"

จากการวิจัย พบว่า ปัญหาการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่หรือผู้ร่วมงานทางการแพทย์เป็นปัญหาลำดับที่ 8 ของบิดามารดาหรือผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ของปัญหาเท่ากับ 0.70 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยปัญหาค่าต่ำกว่าปัญหาอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา หรือผู้ปกครองของเด็กป่วยเรื้อรังกับเจ้าหน้าที่หรือผู้ร่วมงานทางการแพทย์ในระดับต่าง ๆ ที่มีหน้าที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยค่อนข้างจะมีความสัมพันธ์ที่ดีเป็นส่วนใหญ่