

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้า
ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

มรกต สิทธิชันแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงก่อความเครียดและอาการซึมเศร้า
ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

มรกต สิทธิชันแก้ว

นางสาวมรกต สิทธิชันแก้ว

ผู้วิจัย

..... จินตนาดิกล

รองศาสตราจารย์ นางลักษณะ จินตนาดิกล,
พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

..... จิตติ ทรัพย์

อาจารย์อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... ดร. 11/11

อาจารย์พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม,

ปร.ค. (การพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

..... มหาวรรณ

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

..... Ep. shirame

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้า
ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2553

.....
ทศพร อรรถ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทศพร อรรถารส,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....
อาจารย์พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม,
ปร.ด. (การพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....
อาจารย์อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....
ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
มรกต สิทธิจันทร์แก้ว
นางสาวมรกต สิทธิจันทร์แก้ว
ผู้วิจัย

.....
.....
รองศาสตราจารย์ ทศนี ประสพกิตติคุณ,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....
รองศาสตราจารย์ นงลักษณ์ จินตนาดิถ,
พย.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....
รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ติลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ จินตนาติก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และอาจารย์ ดร. อติยา พรชัยเกตุ โอว ของ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาสละเวลาดูแลให้คำแนะนำปรึกษา ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องและปัญหาต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ต่อผู้วิจัย ตลอดจนการสนับสนุนและกำลังใจที่ดีเสมอมาจนกระทั่งวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสพกิตติคุณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ อรรถาสกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกกุมารเวชกรรม แผนกอายุรกรรม และตึกกุมารเวชกรรม 1 ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาซึ่งเป็นร่มโพธิ์ร่มไทร ทำให้มีแรงบันดาลใจและเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกท่านที่ให้โอกาสทางการศึกษา และประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัย รวมถึงสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์บางส่วนแก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ ร่วมรุ่นรหัส 51 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

มรกต สิริขันธ์แก้ว

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย
RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED STRESSORS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS
IN ADOLESCENTS WITH THALASSEMIA

มรกด ลิขิขัณแก้ว 5136734 NSPN/M

พย. ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นางลัษณ์ จินตนาดิลก, พย.ด., พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ปรร.ด.
(การพยาบาล), อติดยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (NURSING)

บทคัดย่อ

วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย และต้องเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย หากไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย กรอบแนวคิดการวิจัยอาศัยทฤษฎีระบบของนิวแมน กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอายุ 10-16 ปี จำนวน 100 ราย ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเลือด ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย เลือกรกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้า ($M = 17.54, SD = 1.92$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งก่อความเครียดเท่ากับ 15.55 ($SD = 10.19$) การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ($r = .70, p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะ คือ พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการประเมินการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้า ส่งเสริมการเผชิญความเครียดและการปรับตัวที่เหมาะสม ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง มองตนเองในด้านบวก เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านจิตสังคมในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต่อไป

คำสำคัญ: โรคธาลัสซีเมีย / วัยรุ่น / การรับรู้สิ่งก่อความเครียด / อาการซึมเศร้า

RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED STRESSORS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENTS WITH THALASSEMIA

MORAKOT SITTHIKHUNGAEW 5136734 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: NONGLUK CHINTANADILOK, D.N.S.,
PARNNARAT SANGPERM, Ph.D. (NURSING), ATITTAYA PORNCHAIKATE
AU-YEONG, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

Thalassemic adolescents suffer from thalassemia-related illnesses and face numerous stressors. If they are unable to properly adapt, adolescents with thalassemia may also suffer from depressive symptoms. With descriptive correlational design, this study aimed to determine the relationships between perceived stressors and depressive symptoms in adolescents with thalassemia, using the Neuman System Model as a conceptual framework of the study. The sample consisted of 100, 10 to 16-year-old adolescents with thalassemia who came to receive treatment at the Hematology Clinic of a hospital in Chiangrai province. The sample was selected by convenience sampling and data were collected by using questionnaires. Data analysis was carried out with descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research findings revealed that 28% of the sample have depressive symptoms ($M = 17.54, SD = 1.92$) with a mean score for perceived stressors equal to 15.55 ($SD = 10.19$). Perceived stressors were found to be positively related to depressive symptoms ($r = .70, p < 0.01$).

The research findings suggest the following recommendations: Nurses and healthcare teams should assess perceived stressors and depressive symptoms, promote confrontation with and proper adjustment to stress, and promote self-worth and positive self-image to prevent the occurrence of psychosocial problems of thalassemic adolescents in the future.

KEY WORDS: THALASSEMIA / ADOLESCENTS / PERCEIVED STRESSORS /
DEPRESSIVE SYMPTOMS

152 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
นิยามตัวแปร	11
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
โรคธาลัสซีเมียและวัยรุ่น	12
การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย	20
แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า	26
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้า ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย	34

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
แหล่งเก็บข้อมูล	38
เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	44
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย	48
บทที่ 5 การอภิปรายผล	75
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	91
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	97
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	113
รายการอ้างอิง	131
ภาคผนวก	139
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	140
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	147
ภาคผนวก ค การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	148
ภาคผนวก ง การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	151
ประวัติผู้วิจัย	152

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	49
2 ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลหลัก ของกลุ่มตัวอย่าง	51
3 ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง	54
4 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อ ความเครียดตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของสื่อความเครียด	56
5 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของ สถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อความเครียดตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของสื่อความเครียด	57
6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็น สื่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย และรับรู้ว่าเป็นสื่อความเครียด	58
7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็น สื่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ และรับรู้ว่าเป็นสื่อความเครียด	60
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อ ความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม และรับรู้ว่าเป็นสื่อความเครียด	62
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็น สื่อความเครียดระหว่างบุคคล และรับรู้ว่าเป็นสื่อความเครียด	63
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็น สื่อความเครียดภายนอกบุคคล และรับรู้ว่าเป็นสื่อความเครียด	65
11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลที่ระบุว่าสถานการณ์ ที่กำหนดเป็นสื่อความเครียด	66
12 ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอาการซึมเศร้า	72

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
13 พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน อาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการซึมเศร้าโดยรวมและรายด้าน	73
14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการรับรู้ถึงก่อความเครียดและอาการซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง	74

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1 กรอบแนวคิดการวิจัย

10

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งมีอุบัติการณ์สูง โดยในแต่ละปีมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 12,125 คน ขณะนี้มีผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมากถึงร้อยละ 1 หรือประมาณ 600,000 คน (สมชาย แสงกิจพร และ สิริภากร แสงกิจพร, 2552) ผู้ป่วยเหล่านี้พบได้หลายเขตพื้นที่ของประเทศไทย โดยพบมากที่สุดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 38.59 รองลงมาคือ ภาคเหนือร้อยละ 29.83 สำหรับในเขตภาคเหนือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 66.67 อยู่ในภาคเหนือตอนบน โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงราย จังหวัดแพร่ และจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 22.17, 14.58 และ 13.13 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2551) จากสถิติผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่เข้ามารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2552 พบว่ามีจำนวน 317 ราย 410 ราย 404 ราย และ 401 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2552)

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม เกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างสายฮีโมโกลบิน ทำให้การสร้างฮีโมโกลบินน้อยลง หรือสร้างฮีโมโกลบินผิดปกติ (Hemoglobinopathy) จึงเป็นผลทำให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติ มีอายุสั้น (Hemolytic anemia) มีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงและทำให้เกิดภาวะโลหิตจางเรื้อรังตามมา (กิตติ ต่อจรัส, 2550) ในปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าของวิทยาการการรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีอายุยืนยาวมากขึ้น (Musallam, Cappellini, & Taher, 2008) แต่เนื่องจากโรคนี้เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญ เป็นระยะวิกฤติของการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคมไปพร้อมๆ กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนกลาง อายุระหว่าง 10-16 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2544) ซึ่งจะมีการปรับตัวอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2547) การเปลี่ยนแปลง

เหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปฏิริยาการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ในขณะที่เดียวกันภาวะความเจ็บป่วยก็จะมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของวัยรุ่นด้วยเช่นกัน (วิจิตร ณ ุญสิทธิ, 2547) ในวัยรุ่นที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมีย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวมากกว่าวัยรุ่นปกติทั่วไป เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาการซีดเรื้อรัง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ดับและม้ามโต เจ็บป่วยบ่อย มีการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ มีการเปลี่ยนแปลงของโครงกระดูกทำให้มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย กระดูกเปราะบางมีโอกาสหักง่าย การเจริญเติบโตช้า น้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และยังพบว่าผู้ป่วยมักมีภาวะเหล็กเกินซึ่งเกิดจากการได้รับการให้เลือดบ่อยครั้ง การแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง และการดูดซึมเหล็กกลับจากทางเดินอาหาร ทำให้เหล็กไปสะสมอยู่ในอวัยวะต่างๆ เช่น ต่อมใต้สมอง ดับ หัวใจ ต่อมธัยรอยด์ ดับอ่อน รังไข่ และอัมชะ ทำให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะเหล่านั้น เช่น ภาวะหัวใจโต ดับโต มีนิ่วในถุงน้ำดี สีผิวเปลี่ยนเป็นสีเหลืองคล้ำ (กิตติ ต่อจรัส, 2550; สาธิต วรรณแสง, 2544) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเพศหญิงร้อยละ 41.9 มีพัฒนาการทางเพศช้ากว่าปกติ (Al-Rimawi, Jallad, Amarin, & Obeidat, 2005) และในเพศชายร้อยละ 51.5 มีพัฒนาการทางเพศช้ากว่าปกติ (Al-Rimawi, Jallad, Amarin, & Sakaan, 2006)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาและอาการทางคลินิก รวมถึงการรักษาที่ได้รับส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา เช่น การเจาะเลือด การให้เลือด การได้รับยาขับธาตุเหล็ก การผ่าตัดม้าม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียด (Tsiantis et al., 1996) รู้สึกนึกคิดว่าตนเองไม่แข็งแรง อ่อนแอเกินไปไม่สามารถจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเพื่อนในวัยเดียวกัน รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย มีความแตกต่างและไม่เท่าเทียมกับเพื่อนๆ (อำพร กอริ, 2544) ส่งผลทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเกิดทัศนคติที่ไม่ดีกับตนเอง (กันทิมา เอกโพธิ์, 2534; สุธิศา อารยพิทยา, 2533) รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (มณีนรัตน์ สมปอง, 2548) ทำให้ผู้ป่วยบางรายถึงกับแยกตัว และมีอาการซึมเศร้าตามมา (Mikelli & Tsiantis, 2004)

นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคธาลัสซีเมีย ไม่เพียงแต่ส่งผลโดยตรงต่อด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสังคม พบว่าสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียคือกลุ่มเพื่อน เพราะวัยรุ่นต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและการมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อที่จะเรียนรู้บทบาทของตนเอง จากความแตกต่างทางด้านรูปร่างหน้าตา และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ถูกเพื่อนล้อเลียน

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยขาดเรียนเพื่อมารับการรักษาบ่อยครั้ง ขาดโอกาสทางสังคม ขาดการเรียนรู้ จึงทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน (อำพร กอริ, 2544) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง แยกตัวไม่เข้าสังคมกับเพื่อน ตามที่ควรเป็น ทำให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในระดับต่ำ (จิตติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ, 2544) ทำให้ขาดทักษะในการเข้าสังคมตามวัย ขาดโอกาสในการเรียนรู้ต้นแบบจากเพื่อน ผู้ป่วยบางราย อาจพบพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป หนีปัญหา หรือมีพฤติกรรมถดถอยไม่สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง (อรพรรณ ทองแดง และ พนม เกตุมาน, 2544)

ผลของความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้นนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้รับความทุกข์ทรมาน จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงในช่วงวัยรุ่นอย่างมากมาย สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ (Fung, Low, Ha, & Lee, 2008) ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ได้แก่ โกรธ หงุดหงิดง่าย กลัว วิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง และซึมเศร้า (Saravi, Zarghami, Tirgari, & Ebrahimi, 2007) ซึ่งผลกระทบของปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียคือ การนำไปสู่อาการซึมเศร้า

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุระหว่าง 7-18 ปี จำนวน 110 คน ที่ประเทศอิหร่าน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 49.1 มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 62.7 รู้สึกหงุดหงิดและโกรธ ร้อยละ 43.6 คิดอยากตาย ร้อยละ 27.3 คิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 14.5 ทำร้ายตนเอง และร้อยละ 7.3 พยายามฆ่าตัวตาย (Ghanizadeh, Khajavian, & Ashkani, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shaligram, Girimaji, และ Chaturvedi (2007) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-16 ปี จำนวน 39 คน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 62 และนอกจากนี้ Saravi และคณะ (Saravi et al., 2007) ยังได้ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 9-16 ปี จำนวน 165 คน เปรียบเทียบกับเด็กปกติ จำนวน 201 คน ในประเทศอิหร่าน พบว่าผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 14 สูงกว่าเด็กปกติที่พบว่ามีอาการซึมเศร้าเพียงร้อยละ 5.5 ในประเทศไทยมีการศึกษาของ จิตติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ (2544) ทำการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 10-15 ปี จำนวน 370 คน พบว่า มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 35.1 มีผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรงร้อยละ 9.7 จากผู้ป่วยทั้งหมด หรือร้อยละ 27.7 จากผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า จะเห็นว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับอาการซึมเศร้า และมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจนถึงคิดฆ่าตัวตายได้สูง

อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นความรู้สึก หรือสภาวะที่เกิดขึ้นภายใน และสามารถรับรู้ได้เฉพาะตัวผู้ป่วย หากแก่การสังเกตของผู้คนรอบข้าง อาการจะปรากฏชัดเจนต่อสายตาของผู้ใกล้ชิดก็ต่อเมื่ออาการนั้นมีความรุนแรง (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) ในวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าได้คล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ บอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เศร้า หรือไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แต่จะไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง จะแสดงออกมาทางพฤติกรรมและอาการ

ทางกาย วัยรุ่นบางรายอาจจะเกิดความซึมเศร้าแฝง โดยแสดงอาการออกมาในลักษณะของอารมณ์ฉุนเฉียวต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่หันมาสนใจเขา (อลิสตา วัชรสินธุ, 2546) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าที่แสดงออกมาทางร่างกาย และพฤติกรรม มากกว่าอาการแสดงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Ghanizadeh et al., 2006) เมื่อวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีอาการซึมเศร้า จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง โดยมีลักษณะอาการสำคัญของอาการซึมเศร้า เช่น ไม่อยากรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น ทำให้ร่างกายทรุดโทรมอ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคมมากขึ้น และต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่เกิดอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้บุคคลในครอบครัววิตกกังวล และเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Aydinok, Erermis, Bukusoglu, Yilmaz, & Solak, 2004)

อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจะมีมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 9-16 ปี พบว่า เพศและอายุต่างกันทำให้มีอาการซึมเศร้าต่างกัน เพศหญิงมีอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย และอาการซึมเศร้าจะพบมากขึ้นตามอายุ (Saravi et al., 2007) จากการศึกษาของฐิติรัตน์ สิริพิทุไธวรรณ (2544) ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 10-15 ปี จำนวน 370 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ ความสัมพันธ์ของบิดามารดา ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน ผลการเรียน ประวัติการถูกทารุณกรรม ระดับการศึกษาของมารดา ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าได้มากที่สุด นอกจากนี้ Shaligram และคณะ (Shaligram et al., 2007) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-16 ปี จำนวน 39 คน พบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า และพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับการรักษาด้วยการให้ยาขับธาตุเหล็ก เป็นปัจจัยทำนายการเกิดปัญหาด้านจิตใจอารมณ์ ซึ่งได้อธิบายว่าอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นมาจากการที่ผู้ป่วยประสบกับความตึงเครียดทางด้านจิตใจที่เกิดจากความเจ็บป่วย จึงนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าตามมา โดย Musallam และคณะ (Musallam et al., 2008) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ดังเช่น อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียนั้น เกิดจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดหรือเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต

ความเครียดเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งก่อความเครียด (stressor) ซึ่งหมายถึงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด สิ่งก่อความเครียดจะทำอันตรายต่อระบบผู้รับบริการในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง และสิ่งก่อความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่งอาจมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยา

การตอบสนองของผู้รับบริการต่อสิ่งก่อความเครียดอย่างอื่นๆ ด้วย ขึ้นอยู่กับการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของผู้รับบริการ ธรรมชาติในการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด และความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียด (Neuman, 1995) สิ่งก่อความเครียดในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมาจากหลายสถานการณ์ อาจเนื่องมาจากอาการและอาการแสดงของโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และสังคมร่วมกับผู้อื่น (Roy & Chatterjee, 2007) สำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้มากกว่าในวัยรุ่นปกติหลายเท่า

จากการศึกษาของ Fung และคณะ (Fung et al., 2008) ศึกษาในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจำนวน 73 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 15.42 ปี สิ่งที่ผู้ป่วยรายงานว่าทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ ความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมียและการรักษาที่ได้รับ ไม่ว่าจะเป็นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การได้รับการเจาะเลือด การได้รับการให้เลือด การได้รับยาขับธาตุเหล็ก ซึ่งอำพร กอริ (2544) ได้ทำการศึกษาสิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 10-19 ปี พบว่า มีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในทุกๆ ด้าน ทั้งสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ได้แก่ การมีอาการซีดอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย การที่ไม่สามารถเล่นกีฬาออกกำลังได้เหมือนเพื่อน การมีรูปร่างเล็กกว่าเพื่อนและพี่น้อง การไม่มีลักษณะความเป็นหนุ่มสาวเหมือนเพื่อน การมีเลือดกำเดาไหลบ่อยครั้ง การมีท้องโต มีไข้หนาวสั่น มีผื่นคันจากการให้เลือด สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจ ได้แก่ มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย การมีสีผิวเหลืองคล้ำ และการมาพบแพทย์บ่อยครั้ง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้อง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล คือ การไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน และสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ได้แก่ การขาดเรียนบ่อยครั้งเพื่อไปรับการรักษาตามแพทย์นัด การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อพามาโรงพยาบาล การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องเสียเงินค่าเดินทางมาโรงพยาบาล บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องเสียเงินค่าที่พัก ค่าอาหารขณะมาโรงพยาบาล และการใช้เวลารอรับการตรวจจากแพทย์ รอรับเลือด หรือรอรับยาเป็นเวลานาน ซึ่งปัญหุช สว่างแจ้ง (2545) ได้ทำการศึกษาการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 6-12 ปี จำนวน 11 คน พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะเคยชินกับการรักษาที่ยาวนาน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีความรู้สึกกังวลอยู่ตลอดเวลา ไม่เข้าใจสภาพร่างกาย และการปฏิบัติซ้ำซากเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายยังถูกลดบทบาททางสังคมลงไป เช่น งดกิจกรรมบางอย่างของโรงเรียนและเพื่อนๆ ทำให้เด็กรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อความสามารถของตนส่งผลให้เด็กเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์เหล่านี้หากผู้ป่วย

ไม่สามารถปรับตัว และเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง แยกตัว และซึมเศร้าตามมา (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2549) ดังมีการศึกษาของ Goldbeck, Baving, และ Kohne (2000) ทำการศึกษาประเด็นด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 3-26 ปี จำนวน 43 คน พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานจากการรักษามากกว่าจากตัวโรค ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคในลักษณะที่แตกต่างกัน บางรายที่ปรับตัวไม่ได้จะมีความรู้สึกสิ้นหวังความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ มีความรู้สึกอยากตายสูง

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและแนวโน้มความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย หากทีมสุขภาพละเลย และไม่ให้ความสนใจในการค้นหาสิ่งก่อความเครียดที่เป็นสาเหตุของปัญหาทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์เป็นเวลายาวนาน จนนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นมีโอกาที่จะเกิดโรคทางจิตเวช ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจรุนแรงจนนำไปสู่การสูญเสียชีวิตจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล หาแนวทางในการส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดเป็นอย่างไร
2. วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีอาการซึมเศร้ามากน้อยเพียงใด
3. การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย
2. เพื่อศึกษาอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

สมมุติฐานการวิจัย

การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดซึ่งมาจากหลายสถานการณ์ ทั้งที่เกิดจากอาการและอาการแสดงของโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน หรืออาจเกิดจากสถานการณ์ต่างๆ ที่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องเผชิญในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ อาจเป็นสิ่งก่อให้เกิดความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้อาศัยทฤษฎีระบบของ Neuman (1995) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มองผู้รับบริการเป็นระบบเปิด เป็นองค์รวมขององค์ประกอบห้าด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ แต่ละองค์ประกอบจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำงานร่วมกันอย่างผสมผสาน และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยระบบของผู้รับบริการนั้นมีชุดวงแหวนที่มีโครงสร้างพื้นฐาน (basic structure) เป็นศูนย์กลางและเป็นแหล่งพลังงาน ประกอบด้วย โครงสร้างทางพันธุกรรม ลักษณะพื้นฐานต่างๆ เช่น สติปัญญา กลไกการควบคุมอุณหภูมิ ความแข็งแรงและอ่อนแอของอวัยวะ โครงสร้างของตัวตน/อีโก้ (Ego) และสิ่งที่ป็นลักษณะรวมของบุคคล โครงสร้างพื้นฐานนี้ถูกล้อมรอบด้วยกลไกการป้องกันหรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียด 3 ชั้น คือ

1. แนวการป้องกันปกติ (Normal Line of Defense: NLD) เป็นเส้นแสดงถึงระดับภาวะสุขภาพปกติของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวเข้าหากันของระบบผู้รับบริการและสิ่งก่อความเครียด

2. แนวการป้องกันยืดหยุ่น (Flexible Line of Defense: FLD) เป็นขอบเขตชั้นนอกสุดของระบบผู้รับบริการ ทำหน้าที่เป็นกลไกปกป้องระบบผู้รับบริการให้อยู่ในภาวะสมดุลหรือคงที่ โดยป้องกันการรุกรานของสิ่งก่อความเครียด หากไม่สามารถต้านทานสิ่งก่อความเครียดได้ สิ่งก่อความเครียดก็จะรุกรานผ่านแนวป้องกันปกติเข้าไปข้างในในระบบผู้รับบริการ จะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด นั่นคือ จะมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

3. แนวการต่อต้าน (Lines of Resistance: LOR) ทำหน้าที่รักษาสมดุลของระบบ เป็นกลไกต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดที่ถูกรุกรานผ่านแนวการป้องกันปกติเข้าไป อาจมีหรือไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น โดยจะขึ้นอยู่กับปริมาณของพลังงานที่ต้องการใช้ในการต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียด เพื่อรักษาความคงที่ของระบบและปริมาณพลังงานที่มีอยู่

ทฤษฎีนี้มีจุดเน้นหลักสองส่วนคือ สิ่งก่อความเครียดและปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด โดยทั่วไปผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะรักษาความสมดุลของระบบ ท่ามกลางแรงที่รบกวนทั้งภายใน

และภายนอกระบบ เรียกแรงที่รบกวนนี้ว่า สิ่งก่อความเครียด (stressor) คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบทางลบและมีแนวโน้มจะทำให้ระบบเสียความสมดุล นั่นคือ สิ่งก่อความเครียดมีศักยภาพพอที่จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น มีอยู่ทั้งในสิ่งแวดล้อมภายใน และสิ่งแวดล้อมภายนอกของระบบผู้รับบริการ ซึ่งสิ่งก่อความเครียดจะทำอันตรายต่อระบบผู้รับบริการในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง และสิ่งก่อความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่งอาจมีอิทธิพลต่อปฏิริยาการตอบสนองของผู้รับบริการต่อสิ่งก่อความเครียดอย่างอื่นๆ ด้วย สิ่งก่อความเครียดอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบหรือบวกก็ได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้รับบริการเกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียดแต่ละอย่าง และธรรมชาติในการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดของผู้รับบริการ ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดว่าผลลัพธ์หรือผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดนั้นๆ ว่าเป็นโทษหรือเป็นประโยชน์ สิ่งก่อความเครียดที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบต่อผู้รับบริการในเวลาหนึ่งอาจจะไม่ทำให้เกิดผลทางลบเสมอไป โดยส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้รับบริการ และความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียด สิ่งสำคัญของการพยาบาลตามทฤษฎีระบบของนิวแมน คือ การระบุถึงประเภทของสิ่งก่อความเครียด และความรุนแรงของสิ่งก่อความเครียดที่ผู้ป่วยรับรู้ และความรุนแรงของปฏิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้นหรือที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วย (ศรีพรรณ กันธวัง, 2551; Neuman, 1995, 2002) โดยนิวแมนแบ่งสิ่งก่อความเครียดออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal stressors) หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าหรือแรงผลักดันที่เกิดขึ้นภายในระบบของผู้รับบริการ เช่น ความเจ็บป่วย ปฏิริยาการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน เป็นต้น สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล มาจากผลกระทบขององค์ประกอบทั้งห้าด้านของผู้รับบริการ ได้แก่ ด้านร่างกายเกี่ยวข้องกับโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางความคิด ความรู้สึกของผู้รับบริการ ด้านสังคม วัฒนธรรมเกี่ยวข้องกับการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและวัฒนธรรม ด้านพัฒนาการเกี่ยวข้องกับการกระบวนการตามพัฒนาการชีวิตของผู้รับบริการ และด้านจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับอิทธิพลต่อความเข้มแข็ง ความผาสุก และความเชื่อทางจิตวิญญาณ

2. สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล (Interpersonal stressors) หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าหรือแรงผลักดันที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล เช่น ความคาดหวังในบทบาท ความสัมพันธ์หรือการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น

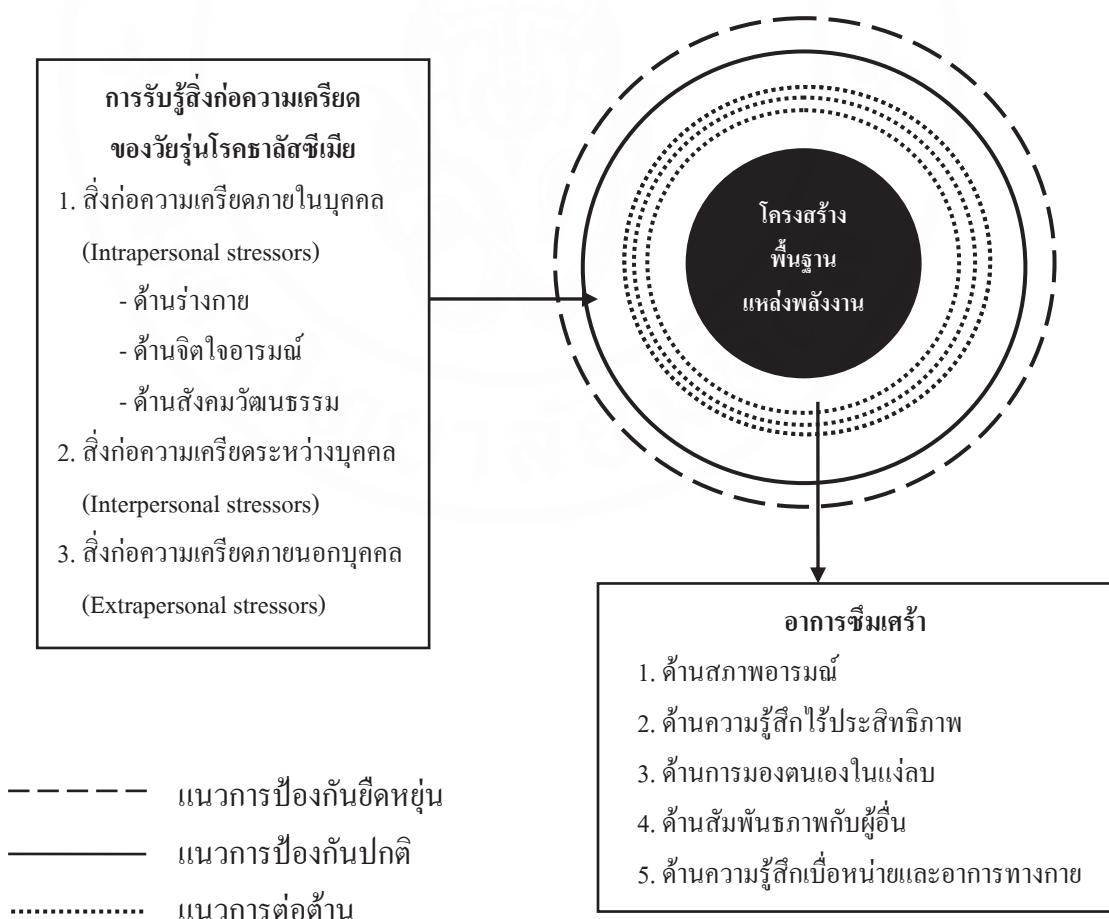
3. สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล (Extrapersonal stressors) หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าหรือแรงผลักดันที่เกิดขึ้นภายนอกบุคคล เกี่ยวข้องกับแหล่งประโยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน เช่น นโยบายทางสังคม ภาวะเศรษฐกิจ การทำงาน

จากทฤษฎีระบบของนิวแมนที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทำให้มองเห็นความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งอำพร กอริ (2544) ได้นำไปศึกษาถึงก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ได้แก่ การมีอาการชี้อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย การที่ไม่สามารถเล่นกีฬาออกกำลังได้เหมือนเพื่อน การมีรูปร่างเล็กกว่าเพื่อนและพี่น้อง การไม่มีลักษณะความเป็นหนุ่มสาวเหมือนเพื่อน การมีเลือดกำเดาไหลบ่อยครั้ง การมีท้องโต มีไข้หนาวสั่น มีผื่นคันจากการให้เลือด สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจ ได้แก่ มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย การมีสีผิวเหลืองคล้ำ และการมาพบแพทย์บ่อยครั้ง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้อง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล คือ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน และสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ได้แก่ การขาดเรียนบ่อยครั้งเพื่อไปรับการรักษาตามแพทย์นัด การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อพามาโรงพยาบาล การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องเสียเงินค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าอาหารขณะมาโรงพยาบาล และการใช้เวลาารับการตรวจจากแพทย์ รอรับการให้เลือด หรือรอรับยาเป็นเวลานาน

โดยทั่วไปเมื่อผู้รับบริการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด ก็จะมีกลไกป้องกันหรือต่อสู้ของระบบผู้รับบริการให้อยู่ในภาวะสมดุล โดยแนวการป้องกันยืดหยุ่นจะทำหน้าที่ป้องกันการรุกรานของสิ่งก่อความเครียดผ่านแนวการป้องกันปกติเข้าไปข้างในระบบผู้รับบริการ เมื่อแนวการป้องกันยืดหยุ่นไม่สามารถต้านทานสิ่งก่อความเครียดได้ ทำให้สิ่งก่อความเครียดรุกรานผ่านแนวการป้องกันปกติเข้าไปข้างในระบบผู้รับบริการ และอาจส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดขึ้นภายในระบบผู้รับบริการ จากการถูกระตุ้นโดยสิ่งก่อความเครียดที่รุกรานผ่านแนวการป้องกันปกติเข้าไป หากแนวการต่อต้านสามารถต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะสามารถปรับเปลี่ยนปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดทำให้ระบบปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ แต่อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น อาจทำให้ความสามารถของระบบที่จะทนต่อผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดลดลงได้ แต่ถ้าหากประสิทธิภาพการทำงานของแนวการต่อต้านไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดได้ ร่วมกับความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมียทำให้โครงสร้างพื้นฐาน (basic structure) มีความอ่อนแอหรือมีข้อจำกัดอยู่แล้วก็จะยิ่งทำให้ระบบสูญเสียสมดุล ซึ่งจากสถานการณ์ต่างๆ ที่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้เผชิญและรับรู้ว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสิ่งก่อความเครียด หากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญและจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดออกมาในลักษณะการใช้การ

ปฏิเสธ การแสดงออกเชิงลบ การวางระยะห่างจากผู้อื่นมากขึ้น กลัว วิดกกังวล หรือซึมเศร้าได้ (Neuman, 1995, 2002)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจผลที่ตามมาเมื่อกลไกป้องกัน หรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดขาดประสิทธิภาพในเรื่องของอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ดังแสดงในภาพที่ 1 เนื่องจากมีงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย (ฐิติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ, 2544; Ghanizadeh et al., 2006; Saravi et al., 2007; Shaligram et al., 2007) โดยการศึกษาครั้งนี้ได้จำแนกลักษณะของอาการซึมเศร้าเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพอารมณ์ ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ ด้านการมองตนเองในแง่ลบ ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย (Kovacs, 1992)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 10-16 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อควบคุม ลด หรือกำจัดสิ่งก่อความเครียดที่เป็นปัญหา ป้องกันการเกิดอาการอาการซึมเศร้า และวางแผนให้การดูแลวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้อย่างเหมาะสมต่อไป
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

นิยามตัวแปร

การรับรู้สิ่งก่อความเครียด หมายถึง การแปลความหมายของเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ที่ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเกิดความเครียด ไม่สบายใจ แบ่งสิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเป็น 3 ประเภท ตามแนวคิดสิ่งก่อความเครียดของ Neuman (1995) คือ 1) สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล 2) สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และ 3) สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมียที่ใช้ในการวิจัยของ อำพร กอริ ปี พ.ศ. 2544 จำนวน 50 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนมาก แปลผลว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดมาก คะแนนน้อย แปลผลว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดน้อย

อาการซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงออกถึงความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งรอบด้าน ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ มองตนเองในแง่ลบ และมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Kovacs, 1992) ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) ของ Kovacs (1985) ซึ่งแปลโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) จำนวน 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คะแนนน้อย แปลผลว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีอาการซึมเศร้าน้อย คะแนนมาก แปลผลว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีอาการซึมเศร้ามาก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยจำแนกเนื้อหาสาระสำคัญไว้ตามลำดับดังต่อไปนี้

โรคธาลัสซีเมียและวัยรุ่น

การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมียและวัยรุ่น

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางทางพันธุกรรมอันเนื่องมาจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมการสร้างสายฮีโมโกลบิน ทำให้มีการสร้างสายฮีโมโกลบินน้อยลง หรือสร้างฮีโมโกลบินผิดปกติ เป็นผลให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติ มีอายุสั้น (hemolytic anemia) และมีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง จึงทำให้เกิดภาวะโลหิตจางเรื้อรังตามมา ซึ่งโรคนี้จะมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบลักษณะยีนด้อย (autosomal recessive) กล่าวคือ ทั้งบิดาและมารดาของผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะเป็นพาหะของธาลัสซีเมีย (thalassemia trait, carrier, heterozygote) หรือเป็นโรคธาลัสซีเมีย (กิตติ ต่อจรัส, 2550) ซึ่งโรคธาลัสซีเมียที่พบบ่อยในประเทศไทยที่สำคัญ (กิตติ ต่อจรัส, 2550; สมชาย แสงกิจพร และ สิริภากร แสงกิจพร, 2552) มีดังนี้

1. ฮีโมโกลบินบาร์ท ไฮดรอฟัสฟีทัลลิส (Hb Bart's Hydrops Fetalis) จัดว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรงที่สุด ผู้ป่วยเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ขณะคลอด หรือหลังคลอด ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ทารกจะมีอาการบวม ชีด ตับและม้ามโต ปอดฝ่อเล็ก หัวใจโต รกจะมีขนาดใหญ่ ส่วนแม่จะมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ คือ มีอาการครรภ์เป็นพิษ ความดันสูง บวม อาจมีการคลอดผิดปกติ และมีการตกเลือดหลังคลอด

2. โฮโมซัยกัสเบต้า-ธาลัสซีเมีย (Homozygous β -thalassemia) เป็นโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรงรองจากฮีโมโกลบินบาร์ท ไฮดรอฟัสฟีทลิส จึงเรียกกันว่า เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (β thalassemia major) ผู้ป่วยกลุ่มนี้แรกเกิดจะปกติ เริ่มมีอาการซีดภายในขวบปีแรก ตัวเหลือง ตับและม้ามโต ท้องป่อง กระดูกใบหน้าเปลี่ยน จมูกแบน โหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้าง ฟันยื่น กระดูกบางเปราะหักง่าย ตัวเล็ก และมักมีปัญหาโรคติดเชื้อ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเลือดจางเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับเลือดเป็นประจำ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ เหล็กเกิน เนื่องจากในเลือดมีธาตุเหล็กมาก เหล็กจะไปสะสมตามอวัยวะต่างๆ เช่น ตับ และหัวใจ ทำให้อวัยวะเหล่านั้นทำงานผิดปกติไป

3. เบต้าธาลัสซีเมีย/ ฮีโมโกลบินอี (β -thalassemia/Hb E) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่มโฮโมซัยกัสเบต้า-ธาลัสซีเมีย แต่มีความรุนแรงแตกต่างกันบางรายมีอาการเลือดจางเรื้อรังรุนแรง แต่บางรายมีเพียงอาการซีดเล็กน้อย ขึ้นกับชนิดของยีนที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติ ส่วนใหญ่จะมีอาการซีดปานกลาง

4. ฮีโมโกลบินเอช (Hb H) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอาการน้อยถึงปานกลาง ได้แก่ ซีดเหลือง ตับม้ามโต แต่ถ้ามีไข้สูง จะมีภาวะซีดลงอย่างรวดเร็วเฉียบพลัน ทำให้มีอาการทางสมองและหัวใจวาย หรือหัวใจล้มเหลวได้

ระดับความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมีย

โรคธาลัสซีเมียแต่ละชนิดมีสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของยีนที่ควบคุมต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมียแตกต่างกันไป โดยสามารถจัดระดับความรุนแรง ได้ดังนี้

1. ระดับรุนแรงมาก (Thalassemia major) ชนิดรุนแรงมากที่สุดคือ โรคธาลัสซีเมียชนิดฮีโมโกลบินบาร์ท ไฮดรอฟัสฟีทลิส ซึ่งพบว่าจะเสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์มารดา รองลงมา คือ ชนิดโฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย และเบต้าธาลัสซีเมีย/ ฮีโมโกลบินอี ที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยเด็กจะเริ่มมารับการตรวจเมื่ออายุประมาณ 6-8 เดือน โดยจะมีภาวะโลหิตจางชัดเจน ระดับฮีโมโกลบินประมาณ 4.5-7.7 g/dl มีอาการเบื่ออาหารและต้องเริ่มรักษาด้วยการให้เลือด ผู้ป่วยจะมีรูปร่างหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย มีตับและม้ามโตจนเห็นได้ชัดเจน มีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติมีกระดูกบาง เปราะและหักง่าย เมื่ออายุประมาณ 7-10 ปี ภาวะเหล็กเกินจะเริ่มปรากฏให้เห็นเด่นชัดมากขึ้น ผู้ป่วยเด็กหลายรายถึงแก่กรรมในช่วงใกล้อายุ 10 ปี และอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออายุมากขึ้น (จินตนา ศิรินาวัน และ วรวรรณ ต้นไพจิตร, 2544; สุกร จันทร์จารุณี, 2545) ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ชนิดโฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมียมีอายุเฉลี่ยประมาณ 10-20 ปี (กิตติ ต่อจรัส, 2550)

2. ระดับรุนแรงปานกลาง (Thalassemia intermedia) ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงน้อย เริ่มมีอาการเมื่ออายุผ่าน 2 ขวบไปแล้ว มีระดับฮีโมโกลบิน 6-8 g/dl ได้แก่

ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มเบต้าธาลัสซีเมีย/ ฮีโมโกลบินอี ที่มีอาการรุนแรงน้อยถึงปานกลาง และผู้ป่วยเด็กฮีโมโกลบินเอช เป็นต้น ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้จะมีอาการซีด เหลือง ตับม้ามโต เมื่อมีการติดเชื้อจะเกิดภาวะเม็ดเลือดแตกเฉียบพลันโดยเฉพาะในผู้ป่วยฮีโมโกลบินเอช แต่พยากรณ์โรคดีกว่ากลุ่มแรก โดยเบต้าธาลัสซีเมีย/ ฮีโมโกลบินอี มีอายุเฉลี่ยประมาณ 30 ปี ส่วนฮีโมโกลบินเอช มีอายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี (กิตติ ต่อจรัส, 2550; สุกร จันทร์จารุณี, 2545)

3. ระดับที่รุนแรงน้อย หรือไม่มีอาการ (Thalassemia minor) ได้แก่ ผู้ที่มียีนธาลัสซีเมีย แต่ไม่มีอาการหรือเป็นพาหะของโรค เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการและอาการแสดง นอกจากมีระดับของฮีโมโกลบินต่ำกว่าธรรมดาเล็กน้อย หรือมีภาวะโลหิตจางน้อยมาก ตับม้ามไม่โต และมีรูปร่างหน้าตาเป็นปกติ (สุกร จันทร์จารุณี, 2545)

วิธีการรักษา

การรักษาโรคธาลัสซีเมียนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ซึ่งวิธีการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายนั้นจะมีแนวทางในการรักษา ดังนี้

1. คำแนะนำด้านสุขภาพโดยทั่วไป ผู้ที่เป็นโรคธาลัสซีเมียจะได้รับคำแนะนำทั่วไปคือ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เลือด ตับ เนื้อแดง งดยาและวิตามินที่เสริมธาตุเหล็ก สามารถออกกำลังกายเท่าที่จะทำให้อ่อนแอได้ แต่หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการกระทบกระแทกรุนแรง เพราะกระดูกเปราะอาจหักได้ง่าย (กิตติ ต่อจรัส, 2550)

2. การให้ folic acid ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะมีการสร้างเลือดมากกว่าปกติ จึงมีความต้องการกรดโฟลิกมากกว่าบุคคลทั่วไป จึงควรได้รับกรดโฟลิกเสริม โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 1 ปี จะต้องได้รับ folic acid (5 mg) 1 เม็ด วันละครั้ง แต่หากผู้ป่วยที่ได้รับเลือดมากพอที่จะระงับการสร้างเลือด (high transfusion) และผู้ที่เป็นพาหะของธาลัสซีเมีย ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเสริมกรดโฟลิก (กิตติ ต่อจรัส, 2550)

3. การให้เลือด เป้าหมายในการให้เลือดในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย แบ่งเป็น 2 ประการ ได้แก่ การให้เลือดมากพอที่จะระงับการสร้างเม็ดเลือด (high transfusion) เป็นการให้เลือดจนกระทั่งผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินไม่ต่ำกว่า 10 g/dl ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมาตรวจรักษาสม่ำเสมอปีละประมาณ 12-15 ครั้ง รวมใช้เลือดปีละประมาณ 180-225 ml/kg ต่อปี จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะโลหิตจาง มีการเจริญเติบโตเป็นปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกใบหน้า ม้ามไม่โต แต่ผู้ป่วยจะมีธาตุเหล็กสะสม จำเป็นต้องได้รับยาขับธาตุเหล็กร่วมด้วยเสมอ และการให้เลือดแบบประคับประคอง (low transfusion) เป็นการให้เลือดเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากภาวะโลหิตจางเท่านั้น ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมาก และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากแต่ไม่สามารถรับเลือดแบบ high transfusion ได้ หรือไม่สามารถใช้ยาขับธาตุเหล็ก

ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดแบบประคับประคองนี้ จะมีการเจริญเติบโตผิดปกติ ตัวเล็ก มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกไขวมน้ำ ม้ามโต มีธาตุเหล็กสะสมจากเลือดที่ได้รับ และจากการเพิ่มการดูดซึมเหล็กจากลำไส้มากกว่าปกติ (กิตติ ต่อจรัส, 2550; จิตติมา ศิริจิระชัย, 2550)

4. การให้ยาขับธาตุเหล็ก (iron chelation) โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีการดูดซึมธาตุเหล็กจากทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น ร่วมกับการได้เหล็กจากเลือดที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเหล็กเกิน เหล็กที่เกินนี้จะไปสะสมตามอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดพยาธิสภาพตามมา เช่น ภาวะตับแข็ง เบาหวาน หัวใจโต เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้รับยาขับธาตุเหล็ก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมา มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาขับธาตุเหล็ก ได้แก่ ระดับ ferritin มากกว่า 1,000 ng/ml หรือ ระดับธาตุเหล็กในตับสูงกว่า 3 เท่าของคนปกติ และให้ในผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำนานกว่า 1 ปี ยาที่นิยมใช้คือ Desferrioxamine (Desferal®) ให้ในขนาด 20-40 mg/kg/day ฉีดใต้ผิวหนังโดยใช้เครื่องช่วยฉีดยา (infusion pump) ซ้ำๆ วันละ 8-12 ชั่วโมง จำนวน 5-7 วัน/สัปดาห์ ติดตามผลการขับธาตุเหล็กโดยการตรวจ ferritin ทุก 6 เดือน ปรับยาตามความเหมาะสม ซึ่งผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือมีผื่นผิวหนังในตำแหน่งที่ฉีดยา อาจทำให้การได้ยินลดลงหรือเส้นประสาทตาอักเสบ ส่วนยาขับธาตุเหล็กชนิดรับประทานในปัจจุบัน คือ Deferiprone (L1) ใช้ในขนาด 75 mg/kg/day ใช้เมื่อการใช้ยา Desferrioxamine ไม่ได้ผลอาจใช้ร่วมกันหรือใช้เพียงตัวเดียว โดยผลข้างเคียงที่สำคัญของยาดังกล่าวคือ agranulocytosis ดังนั้นมีความจำเป็นต้องตรวจ CBC เป็นระยะ และยาขับธาตุเหล็กที่ใช้รับประทานชนิดใหม่ คือ Deferasirox (ICL 670 หรือ Exjade) ให้ผลการรักษาดีแต่ยังมีราคาแพงมาก สามารถบริหารยาได้ในผู้ป่วยเด็ก ให้ในขนาด 20-30 mg/kg/day ปรับยาทุก 3-6 เดือน และตรวจตาเป็นระยะทุก 12 เดือน (กิตติ ต่อจรัส, 2550; จิตติมา ศิริจิระชัย, 2550)

5. การตัดม้าม ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือปานกลางมักมีม้ามโต ถ้าม้ามโตมากขึ้นเรื่อยๆ ก็จะทำให้เกิดภาวะ hypersplenism ตามมา ข้อบ่งชี้ในการตัดม้าม คือ มีภาวะ hypersplenism หรืออัตราการให้เลือดเพิ่มขึ้นมาก หรือต้องการเลือดมากกว่า 250 ml/kg/year ผู้ป่วยควรได้รับ pneumococcal vaccine ก่อนตัดม้ามประมาณ 1 ปี ไม่ควรตัดม้ามในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และผู้ป่วยควรกิน penicillin (250 mg) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องไปอย่างน้อย 5 ปี หลังตัดม้าม และกิน aspirin (grI) ถ้าระดับเกร็ดเลือดมากกว่า $800 \times 10^3/L$ (กิตติ ต่อจรัส, 2550; จิตติมา ศิริจิระชัย, 2550)

6. การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell transplantation) การปลูกถ่ายไขกระดูก หรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด เป็นวิธีเดียวในปัจจุบันที่สามารถรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียให้หายขาดจากโรคได้ แต่ไม่สามารถใช้วิธีการรักษานี้ได้กับผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากว่ามีอันตรายในการรักษา และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมาก ประมาณ 500,000 ถึง 1,500,000 บาท (กิตติ ต่อจรัส, 2550; จิตติมา ศิริจิระชัย, 2550)

สรุปได้ว่าโรคธาลัสซีเมียแต่ละชนิดมีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่จะแสดงอาการ และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับรุนแรงมาก และระดับปานกลาง ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ที่แสดงอาการและพบบ่อย ได้แก่ โฮโมซัยกส์เบต้าธาลัสซีเมีย เบต้าธาลัสซีเมีย/ ฮีโมโกลบินอี และฮีโมโกลบินเอชเท่านั้น

วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

จากคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2004) กล่าวว่า วัยรุ่น (adolescence) หมายถึง ผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 10-19 ปี และมีลักษณะ 3 ประการ คือ มีพัฒนาการด้านร่างกาย โดยจะมีการเจริญเติบโตในด้านความสูง น้ำหนัก รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศจนกระทั่งมีวุฒิภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ พัฒนาการด้านจิตใจ มีการเพิ่มความสามารถในการคิดที่เป็นนามธรรมมากขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ และพัฒนาการด้านสังคม จากพึ่งพาผู้อื่นในครอบครัวเป็นพึ่งพาตนเองได้

การแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่นนั้น กรมสุขภาพจิต (2544) ได้แบ่งระยะของวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ โดยในแต่ละระยะของวัยรุ่นการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ก็จะแตกต่างกันไป สรุปได้ดังนี้

วัยรุ่นตอนต้น (early adolescence) อายุระหว่าง 10-13 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายเป็นเวลานานประมาณ 2 ปี จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมาก เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก รูปร่างหน้าตา สัดส่วนของร่างกาย เป็นต้น วัยรุ่นจึงมีความคิดหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้อารมณ์หงุดหงิดแปรปรวนง่าย และมีผลต่อการสร้างบุคลิกภาพ เนื่องจากการเจริญเติบโตที่เร็วหรือช้าเกินไป ทำให้แตกต่างจากเพื่อนส่วนใหญ่ มีผลกระทบต่อภาพพจน์ของตนเอง ความรู้สึกและความนึกคิดของวัยรุ่น

วัยรุ่นตอนกลาง (middle adolescence) อายุระหว่าง 14-16 ปี เป็นช่วงที่วัยรุ่นยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว มีความคิดลึกซึ้งจึงหันมาใฝ่หาอุดมการณ์และเอกลักษณ์ของตนเองเพื่อความเป็นส่วนตัวของตัวเอง และพยายามเอาชนะความผูกพันเกาะยึดพึ่งพิงบิดามารดา วัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น พัฒนาการที่เด่นชัดของวัยรุ่นตอนกลางสรุปได้ดังนี้

1. การพัฒนาทางสติปัญญา มีความนึกคิดที่เป็นเหตุเป็นผล สามารถจินตนาการและเข้าใจความคิดรวบยอดที่ลึกซึ้งได้ มีความคิดสร้างสรรค์ ทุ่มเทให้ความสนใจในสิ่งที่ตนเองชอบอย่างจริงจัง เช่น ดนตรี กีฬา ฯลฯ เป็นต้น อย่างไรก็ตามพลังความคิดอาจชักนำให้วัยรุ่นคิดหรือมองทุกๆ สิ่งรอบตัวในแง่ลบ คิดมาก เห็นแต่ความด้อยต่ำหรือปมด้อยของตนเอง

2. การพัฒนาภาพพจน์ตนเอง ภาพพจน์แห่งตนประกอบด้วยความนับถือตนเอง (self-esteem) และมีความมั่นคงทางจิตใจเนื่องจากรู้ความต้องการของตนเอง รู้นิสัยใจคอ

ข้อดีและข้อบกพร่องของตนเอง ความนับถือตนเองนี้เป็นการยอมรับและเห็นคุณค่าของตน ซึ่งถูกปลูกฝังและสร้างเสริมโดยการได้รับความรักและการยอมรับจากบิดามารดา วัยรุ่นที่รู้สึกว่าตนเองไม่มีเสน่ห์ ไม่มีความสวยงาม เรียนไม่เก่ง ฐานะยากไร้ ครอบครัวแตกแยก ไม่เข้าใจหรือมีความขัดแย้งกับบิดามารดา จะมีความนับถือตนเองต่ำ คิดเป็นปมด้อย ซึ่งภาพพจน์ในด้านลบหรือความนับถือตนเองต่ำนี้ เป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้วัยรุ่นแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือต่อต้านสังคมในรูปแบบต่างๆ เช่น มีความประพฤติก่อกวน ก้าวร้าว ซึมเศร้า แยกตัว และฆ่าตัวตายได้ เป็นต้น

วัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) อายุระหว่าง 17-19 ปี เป็นช่วงของการฝึกวิชาชีพ ตัดสินใจเลือกอาชีพที่เหมาะสม สามารถมีความรักใคร่ผูกพันกับผู้อื่นได้ จำเป็นต้องรู้จักโลกภายนอก และต้องมีการสำรวจตนเอง เพื่อตระหนักถึงสมรรถภาพศักยภาพของตนเอง ทั้งด้านดีและด้านบกพร่อง เพื่อนำมาปรับปรุงและตัดสินใจเลือกทางเดินชีวิตที่เหมาะสมกับตนเอง

สรุป วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญ พัฒนาจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการทางด้านสรีระของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นจึงต้องปรับตัวอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สำหรับการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่มีอายุ 10-16 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนกลาง เนื่องจากจะต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงตามปกติของพัฒนาการด้านต่างๆ แล้ว ยังต้องเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคธาลัสซีเมีย โดยวัยรุ่นช่วงนี้สามารถรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดี และเข้าใจความรู้สึกของตนเองได้ค่อนข้างดี นอกจากนี้ยังสามารถสื่อสารความรู้สึกของตนเองออกมาเป็นภาษาที่ทำให้ผู้อื่นเข้าใจได้ดีขึ้น

ผลกระทบของโรคธาลัสซีเมียต่อวัยรุ่น

ความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมียเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ของวัยรุ่น ดังนี้

พัฒนาการด้านร่างกาย วัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตทางร่างกายอย่างรวดเร็ว จะใส่ใจมากต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและภาพลักษณ์ของตน (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2547) ซึ่งพัฒนาการทางด้านร่างกายของวัยรุ่นปกติเริ่มตั้งแต่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น พบมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 10-13 ปีในเพศหญิง และ 12-15 ปีในเพศชาย ในช่วงวัยรุ่นจะมีการผลิตฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเพิ่มความยาวของกระดูกส่วนต่างๆ ในร่างกาย ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ประมาณ 4-5 กิโลกรัมต่อปีในเพศหญิง และ 5-6 กิโลกรัมต่อปีในเพศชาย มีส่วนสูงเพิ่ม 5-6 เซนติเมตรต่อปีในเพศหญิง และ 6-8 เซนติเมตรต่อปีในเพศชาย (พรทิพย์ ศิริวรรณบุญย์, 2547) แต่ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดแดงไม่มีประสิทธิภาพ เม็ดเลือดแดงมีรูปร่างผิดปกติ ขาดความยืดหยุ่นและมีอายุสั้น ทำให้มีประสิทธิภาพในการส่งผ่าน

ออกซิเจนลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการเจริญเติบโตช้า ตัวเล็ก มีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าวัยรุ่นปกติ (สาธิต วรรณแสง, 2544) ดังการศึกษาของ อำพร กอริ (2544) พบว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดธาลัสซีเมียเบเจอร์ และธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี ร้อยละ 75 มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 81 มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

พัฒนาการทางเพศ ในช่วงวัยรุ่นจะเริ่มมีพัฒนาการทางเพศระยะที่สอง โดยเพศหญิงพบว่า มีหน้าอกและสะโพกขยาย มีขนขึ้นบริเวณรักแร้และหัวหน่าว และเริ่มมีประจำเดือนในช่วงอายุ 11-12 ปี ส่วนในเพศชายพบว่าจะมีเสียงแตกห้าว มีหนวดเคราตามใบหน้า มีขนบริเวณรักแร้ หน้าอกและหัวหน่าว มีการเจริญของอวัยวะเริ่มมีการผลิตอสุจิ และมีการหลั่งอสุจิเวลาหลับ โดยจะมีการหลั่งน้ำอสุจิเป็นครั้งแรกในช่วงอายุ 12-16 ปี (สุชา จันทรธรม, 2543) แต่ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียนั้นพบว่าภาวะซีด และภาวะเหล็กเกิน ทำให้เหล็กสะสมบริเวณต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อต่อมไร้ท่อจนกลายเป็นพังพืด (fibrosis) ต่อมไร้ท่อจึงผลิตฮอร์โมนลดลง และขาดฮอร์โมนเพศตามมา (สาธิต วรรณแสง, 2544) ดังนั้นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจึงมีพัฒนาการทางเพศไม่ปกติ โดยมีการศึกษาพบว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเพศชายร้อยละ 51.5 มีพัฒนาการทางเพศช้ากว่าปกติ (Al-Rimawi et al., 2006) และเพศหญิงร้อยละ 41.9 มีพัฒนาการทางเพศช้ากว่าปกติ (Al-Rimawi et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Soliman, Elzalabany, Amer, และ Anasari (1999) ที่พบว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเพศชาย ร้อยละ 70 มีพัฒนาการทางเพศช้าหรือไม่มีการพัฒนาของอวัยวะเลย ส่วนในเพศหญิงพบว่า ร้อยละ 74 ไม่มีประจำเดือน

พัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง การเจริญเติบโตทางร่างกายทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งระดับฮอร์โมนต่างๆ ส่งผลให้วัยรุ่นมักมีอารมณ์ที่ผันแปรได้ง่าย สับสน อ่อนไหว มีความเข้มของอารมณ์สูง ไม่มั่นคง ระดับความเข้มของอารมณ์แต่ละอย่างขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพดั้งเดิมของวัยรุ่น ขึ้นอยู่กับตัวเร้าที่ทำให้วัยรุ่นเกิดอารมณ์ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) ความเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับหลายอวัยวะในผู้ป่วยวัยรุ่น จะทำให้มีผลด้านลบต่อความรู้สึกมีความสามารถ (personal efficacy) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) (Yalcin et al., 2007) จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาและอาการทางคลินิก รวมถึงการรักษาที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกใบหน้า ทำให้มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย มีสีผิวคล้ำจากภาวะเหล็กเกิน (Roy & Chatterjee, 2007) และความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการเจาะเลือดเพื่อรับการตรวจรักษา การได้รับการให้เลือด การได้รับยาขับธาตุเหล็กชนิดฉีดทางผิวหนังซึ่งใช้เวลานานถึง 8-12 ชั่วโมงในแต่ละครั้ง การผ่าตัดม้ามเป็นต้น (Aydinok et al., 2004) นอกจากนี้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หรือการออกกำลังกาย เป็นเสมือนสิ่งที่ย้ำเตือนถึงความ

เจ็บป่วย ทำให้เกิดความเครียดรู้สึกนึกคิดว่าตนเองนั้นไม่แข็งแรง อ่อนแอเกินไปไม่สามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเพื่อนวัยเดียวกัน รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย มีความแตกต่างและไม่เท่าเทียมกับเพื่อน (อำพร กอริ, 2544) ส่งผลให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเกิดอัตมโนทัศน์ไม่ดีกับตนเอง (กันทิมา เอกโพธิ์, 2534; สุริสา อารยพิทยา, 2533) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (มณีนันท์ สมปอง, 2548) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา ซึ่งจากการศึกษาสภาพปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-16 ปี จำนวน 39 คน พบว่า ร้อยละ 44 มีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้น (Shaligram et al., 2007)

พัฒนาการด้านสังคม ตามแนวคิดของ Erikson (1968) กล่าวว่าวัยรุ่นช่วงนี้อยู่ในระยะพัฒนาการรู้จักเอกลักษณ์ของตนเองหรือสับสนในบทบาท โดยวัยรุ่นจะพยายามค้นหาความเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง ทั้งตัวตนในปัจจุบันและอนาคต ภายใต้การผสมผสานการเรียนรู้ในอดีต ความรู้สึกภายในของตนเองและความคาดหวังในอนาคต (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545) วัยรุ่นต้องการความเป็นอิสระ ทำให้สัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับครอบครัวเริ่มลดลง แต่เพิ่มขึ้นในกลุ่มเพื่อน จะเลือกคบเพื่อนที่มีความคล้ายคลึงกันและใกล้ชิด เพื่อเลือกเป็นต้นแบบในการปฏิบัติพฤติกรรม และวัยรุ่นจะเรียนรู้การปฏิบัติจากกลุ่มเพื่อน ดังนั้นการขาดการเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อนจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านสังคม และพัฒนาการการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในช่วงวัยรุ่น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2547; Pender & Stein, 2002; Schunk & Meece, 2005) ถ้าวัยรุ่นในกลุ่มนี้เจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย มักจะทำให้วัยรุ่นจำเป็นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา เช่น ต้องพึ่งพาพ่อแม่ในการพาไปพบแพทย์ พึ่งพาในเรื่องการรับประทานยา หรือการฉีดยาขับธาตุเหล็ก เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง แยกตัวไม่เข้าสังคมกับเพื่อนตามที่ควรจะเป็น ขาดทักษะในการเข้าสังคมตามวัย ขาดโอกาสในการเรียนรู้ต้นแบบจากเพื่อน บางรายอาจพบพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป หนีปัญหา หรือมีพฤติกรรมถดถอยไม่สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง (อรพรรณ ทองแดง และ พนม เกตุมาน, 2544) ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียไม่สามารถแยกตัวเป็นอิสระ ตามพัฒนาการทางสังคมที่ควรจะเป็น และไม่สามารถก้าวผ่านพัฒนาการไปสู่การมีเอกลักษณ์ในตนเองเช่นเดียวกับวัยรุ่นปกติได้

พัฒนาการด้านสติปัญญา ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของ Piaget (1973) เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นเขาจะมีพัฒนาการทางความคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลเต็มที่ (formal operational period) เข้าใจเหตุผลมากขึ้น สามารถคิดแก้ปัญหาที่เป็นนามธรรมด้วยวิธีการหลากหลาย สามารถที่จะคาดคะเน มองเหตุการณ์จากหลายด้าน รู้จักคิดอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ สามารถตั้งสมมติฐาน ทดลองใช้เหตุผล และทำงานที่ต้องใช้สติปัญญาอย่างสลับซับซ้อนได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) เมื่อวัยรุ่นเจ็บป่วยจะรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพของตน เข้าใจเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนได้ ซึ่งสามารถจะเข้าใจสาเหตุ ขั้นตอนการรักษา การพยากรณ์โรค และมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ของเขาเอง เข้าใจเรื่องราวของเขาและมีความรู้สึกไปกับเรื่องนั้นๆ ด้วย (วิจิตร ณ อยุธยา, 2547) จากความเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียที่พบว่ามีผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาโดยตรง แต่ในทางกลับกันความเจ็บป่วยนี้จะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียขาดเรียนเพื่อมาพบแพทย์บ่อยครั้ง อีกทั้งอาการซีดเรื้อรัง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอีกด้วย (อำพร กอริ, 2544; Nevruz, Ulas, Cetin, Kutukcu, & Kureki, 2007) จากการศึกษาของ พิริยะลักษณ์ ธรรมศิลา (2541) พบว่า ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80 ขาดเรียนทำให้มีเวลาเรียนน้อยกว่าร้อยละ 20 ของเวลาเรียน เนื่องจากการเจ็บป่วย และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ จิตติรัตน์ สิริพุทธิวรรณ (2544) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 10-15 ปี จำนวน 370 คน พบว่า ร้อยละ 32.2 มีผลการเรียนอ่อน และร้อยละ 43.2 มีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมีย และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้น ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของวัยรุ่นในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการปรับตัวอยู่แล้ว ความเจ็บป่วยเรื้อรังถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพราะนอกจากวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของระดับพัฒนาการตามช่วงวัยแล้ว ยังต้องเผชิญกับผลกระทบจากความเจ็บป่วยหลายประการ จึงอาจทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งก่อให้เกิดความเครียดที่เรื้อรังและยาวนาน ซึ่งมีความซับซ้อนและยากที่จะหลีกเลี่ยงได้

การรับรู้ถึงก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ถึงก่อความเครียด

การรับรู้ หมายถึง การให้ความหมายของบุคคลเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น เป็นกระบวนการของการเลือก รวบรวมและแปลความสิ่งที่มากระตุ้นให้มีความหมาย (Kozier, Erb, Blasi, & Wilkinson, 1995) การรับรู้เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการของการรวบรวม แปลความและเปลี่ยนรูปข้อมูลซึ่งได้จากการรับความรู้สึกและความจำ การรับรู้เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้ทราบถึงประสบการณ์ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นด้วย (King, 1981)

อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้จะเกิดขึ้นได้นั้นจะต้องมีเหตุการณ์ หรือสถานการณ์มากระตุ้นบุคคล แล้วมีการแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้น ทำให้ทราบว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นเป็นอย่างไร ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมหรือการตอบสนองของบุคคลด้วย

สำหรับการรับรู้สิ่งก่อความเครียดนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

Selye (1978) ได้ให้ความหมายของสิ่งก่อความเครียดว่า เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (that which produces stress) ซึ่งทำให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง

Landrum, Rawlins, Beck, และ Williams (1988) ให้ความหมายสิ่งก่อความเครียดว่าเป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจเกิดผลทั้งด้านดีและด้านลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล หากบุคคลรับรู้และประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ดังกล่าวว่าเป็นสิ่งก่อความเครียด บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อปรับตัวให้กลับสู่สภาวะสมดุล หากไม่สามารถปรับตัวได้และต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยและตายได้ สิ่งก่อความเครียดส่งผลกระทบต่อบุคคลในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัว โกรธ ก้าวร้าว เกิดความรู้สึกรัดแสบ ส่งผลให้บุคคลไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผล การเรียนรู้และความจำลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ รู้สึกสิ้นหวัง ขาดศรัทธา คุณภาพชีวิตลดลง มีพฤติกรรมเป็นอาชญากร เป็นต้น

Hymovich และ Hagopian (1992) ให้ความหมายของสิ่งก่อความเครียดว่า เป็นสิ่งกระตุ้นที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือในระบบบุคคล ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองและใช้แหล่งประโยชน์ที่มีเพื่อปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้น สิ่งก่อความเครียดมีผลให้บุคคลเกิดหรืออาจจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่อยู่ภายใต้เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดนั้น ซึ่งอาจสัมพันธ์กับความรุนแรง ปริมาณ และระยะเวลาของสิ่งก่อความเครียดที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่ ซึ่งไฮโมวิชและฮาโกเปียน ได้แบ่งสิ่งก่อความเครียดออกเป็น สิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการ (developmental stressors) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาจากกระบวนการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของชีวิต เช่น การเกิด การเริ่มเข้าโรงเรียน การแต่งงาน และสิ่งก่อความเครียดตามสถานการณ์ (situational stressors) เป็นสถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ เช่น การเกิดอุบัติเหตุ การเจ็บป่วย หรือการตาย เป็นต้น

Taylor, Lillis, และ LeMone (2001) ให้ความหมายของสิ่งก่อความเครียด คือ สิ่งที่บุคคลรับรู้และเกิดความรู้สึกทำทนายหรือถูกคุกคาม ทำให้บุคคลเกิดความต้องการหรือเรียกร้องมากขึ้น โดยสิ่งก่อความเครียดอาจเกิดจากสิ่งเร้าภายในบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกาย หรือการเกิดความกลัว และสิ่งก่อความเครียดที่เกิดจากสิ่งเร้าภายนอกบุคคล เช่น

เสียงดัง อากาศเย็น ซึ่งความเครียดหรือผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดจะสูงหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล

การรับรู้สิ่งก่อความเครียดตามความหมายของ Neuman (1995) ให้ความหมายของสิ่งก่อความเครียด (stressors) คือ สิ่งเร้าหรือแรงผลักดันที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้นบุคคลเกิดความเครียด โดยสิ่งก่อความเครียดที่จะทำอันตรายต่อระบบบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง อาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง และสิ่งก่อความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจจะมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งก่อความเครียดอย่างอื่น ๆ ด้วย โดยสิ่งก่อความเครียดอาจเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวตามสถานการณ์ อาจเป็นสิ่งก่อความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ หรือเป็นสิ่งก่อความเครียดที่อาจคุกคาม และสิ่งก่อความเครียดอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบหรือบวกก็ได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียดแต่ละอย่าง และธรรมชาติในการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดของบุคคล ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์หรือผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดนั้นๆ ว่าเป็นโทษหรือเป็นประโยชน์

จากแนวคิดการรับรู้สิ่งก่อความเครียดที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าสิ่งก่อความเครียดเป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์ทั้งในลักษณะที่เป็นสิ่งเร้า สิ่งกระตุ้น สิ่งคุกคาม เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในระบบบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกระบบบุคคล สิ่งก่อความเครียดอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบหรือบวกก็ได้ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียด และธรรมชาติในการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดของบุคคล ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ของสิ่งก่อความเครียดนั้นๆ ว่าเป็นประโยชน์หรือเป็นโทษทำให้นบุคคลเกิดความเครียด และแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดนั้นออกมา

ประเภทของสิ่งก่อความเครียด

สถานการณ์หรือสิ่งก่อความเครียด มีผู้จัดแบ่งประเภทไว้อย่างหลากหลาย แต่สำหรับแนวคิดสิ่งก่อความเครียดของ Neuman (1995) ได้จัดแบ่งชนิดของสิ่งก่อความเครียด (stressors) ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal stressors) เป็นแรงที่รบกวนที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมภายในระบบของบุคคล หรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดภายในบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย ปฏิกิริยาการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลนั้น มาจากผลกระทบขององค์ประกอบในระบบบุคคลทั้งห้าด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physiological) เกี่ยวข้องกับโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ (psychological) เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางความคิด ความรู้สึก ด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural) เกี่ยวข้องกับการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและวัฒนธรรม ด้านพัฒนาการ (developmental) เกี่ยวข้องกับกระบวนการ

การตามพัฒนาการชีวิตของผู้รับบริการ และด้านจิตวิญญาณ (spiritual) เกี่ยวข้องกับอิทธิพลต่อความเข้มแข็ง ความผาสุก และความเชื่อทางจิตวิญญาณ

2. **สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล (Interpersonal stressors)** เป็นแรงที่รบกวนที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมภายนอกของระบบบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดตัว หรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดภายนอกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและนอกครอบครัว เช่น ความคาดหวังในบทบาทของบุคคล ความสัมพันธ์หรือแบบแผนการติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวและนอกครอบครัว

3. **สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล (Extrapersonal stressors)** เป็นแรงที่รบกวนที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมภายนอกของระบบบุคคลที่อยู่ไกลออกไป หรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดภายนอกบุคคลที่เกี่ยวข้องกับแหล่งประโยชน์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน เช่น ภาวะเศรษฐกิจ การทำงาน นโยบายทางสังคม สถานบริการสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลืออื่นๆ ในชุมชน เป็นต้น

จากประเภทของสิ่งก่อความเครียดที่กล่าวมาข้างต้น ครอบคลุมทั้งสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นสิ่งก่อความเครียดประเภทไหน ก็อาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการได้ สิ่งที่สำคัญของการพยาบาลในการวิเคราะห์ระบบของผู้รับบริการตามทฤษฎีของนิวแมน คือ การระบุถึงสิ่งก่อความเครียดทั้งชนิดและความรุนแรงของสิ่งก่อความเครียด รวมทั้งความรุนแรงของปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้นหรือที่อาจจะเกิดขึ้น

การรับรู้สิ่งก่อความเครียดในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล อาจส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดของ Neuman (1995) และตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของ อำพร กอริ (2544) แบ่งการรับรู้สิ่งก่อความเครียดออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. **สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal stressors)** หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า หรือแรงผลักดันที่เกิดขึ้นภายในระบบของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอาจเกิดจากสิ่งก่อความเครียดด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมวัฒนธรรม

1.1 **สิ่งก่อความเครียดด้านร่างกาย (physiological stressors)** เกี่ยวข้องกับโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ การมีอาการซีด อ่อนเพลีย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับเพื่อนวัยเดียวกัน การมีรูปร่างเล็ก การเป็นหนุ่มสาวช้ากว่าเพื่อนวัยเดียวกัน การมีกระดูกหักบ่อยครั้ง การมีเลือดกำเดาไหลบ่อยครั้ง การมีท้องโต การได้รับการผ่าตัด

ม้าม การถูกเจาะเลือด การได้รับการให้เลือด การได้รับยาขับธาตุเหล็ก การมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาขับธาตุเหล็ก

1.2 สิ่งก่อความเครียดด้านจิตใจ (psychological stressors) เกี่ยวข้องกับกระบวนการความคิด ความรู้สึกของวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย สิ่งก่อความเครียดด้านจิตใจ ได้แก่ การมีหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย การมีสีผิวเหลืองซีดหรือดำคล้ำ การเจ็บป่วยบ่อยครั้ง การมารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และการมีความรู้สึกว่าต้องพึ่งพิงผู้อื่น

1.3 สิ่งก่อความเครียดด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural stressors) เกี่ยวข้องกับการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และวัฒนธรรมของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ การถูกจำกัดอาหาร การถูกจำกัดการทำกิจกรรม และการได้รับการเลี้ยงดูอย่างปกป้องเกินไปของบิดามารดา

2. สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล (Interpersonal stressors) หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า หรือแรงผลักดันที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลกับบุคคล ซึ่งสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อาจเกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัว หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่มีโอกาสพูดคุยถึงความเจ็บป่วย หรือระบายความรู้สึกของตนเองให้กับสมาชิกในครอบครัวได้ทราบ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และรู้สึกว่าไม่มีใครสนใจตนเอง การมีความสัมพันธ์กับเพื่อนน้อย การถูกล้อเลียนจากเพื่อนเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา ถูกเพื่อนที่โรงเรียนรังเกียจหลีกเลี่ยงและไม่ยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรมด้วย และการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่ไม่เพียงพอจากทีมสุขภาพ

3. สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล (Extrapersonal stressors) หมายถึง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า หรือแรงผลักดันที่เกิดขึ้นภายนอกบุคคลของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ได้แก่ การขาดเรียนบ่อย การไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน ครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และการใช้เวลารอรับบริการเป็นเวลานาน

จากการศึกษาของอำพร กอริ (2544) ได้ประเมินสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้แบบสัมภาษณ์สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมีย ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดสิ่งก่อความเครียดของ Neuman (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แบบสัมภาษณ์เป็นข้อความให้ผู้ป่วยระบุว่ามีความเครียดจากสถานการณ์ต่างๆ ตามข้อคำถามหรือไม่ สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดหรือไม่ และถามเหตุผลว่าทำไมสถานการณ์นั้นจึงเป็นสิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.84 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-21) ได้เท่ากับ 0.81

ผลการศึกษาของ อำพร กอริ (2544) เกี่ยวกับสิ่งก่อความเครียดในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 10-19 ปี จำนวน 90 คน พบว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมากกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ได้แก่ มีอาการซีดอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย การที่ไม่สามารถเล่นกีฬาออกกำลังกายได้เหมือนเพื่อน การมีรูปร่างเล็กกว่าเพื่อนและพี่น้อง ไม่มีลักษณะความเป็นหนุ่มสาวเหมือนเพื่อน มีเลือดกำเดาไหลบ่อยครั้ง มีท้องโต การมีไข้หนาวสั่น มีผื่นคันจากการให้เลือด สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจ ได้แก่ การมีหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย การมีสีผิวเหลืองคล้ำ และการมาพบแพทย์บ่อยครั้ง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้อง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล คือ การไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน และสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ได้แก่ การขาดเรียนบ่อยครั้งเพื่อไปรับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อพามาโรงพยาบาล การที่บิดามารดา หรือผู้ปกครองต้องเสียค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารขณะมาโรงพยาบาล และการใช้เวลารอรับการตรวจจากแพทย์ รอรับการให้เลือด หรือรอรับยาเป็นเวลานาน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Fung และคณะ (Fung et al., 2008) ได้ศึกษาในอาสาสมัครที่เป็นเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเมเจอร์ จำนวน 73 คน พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยระบุว่าทำให้เกิดความเครียดนั้น ได้แก่ การเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล การได้รับการเจาะเลือด การได้รับการให้เลือด การได้รับยาขับธาตุเหล็ก

จากข้อค้นพบในการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า สถานการณ์ที่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเผชิญและรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้น ล้วนแล้วแต่มาจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ สิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จะต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับตัวต่อการเผชิญความเครียดจากความเจ็บป่วยไปพร้อมๆ กับการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการตามวัย เพราะช่วงวัยนี้ต้องการดำรงไว้ซึ่งความมีอิสระ ความมีเอกลักษณ์ และภาพลักษณ์ของตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีโอกาสเผชิญกับความเครียดได้มากกว่าในวัยรุ่นปกติ (Sachdeva, Yadav, Gujral, Gupta, & Khanna, 2005) เมื่อวัยรุ่นเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย จะรับรู้ว่าคุณต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกสนุกสนาน และความหวังของชีวิตเริ่มลดลงและหายไป เนื่องจากไม่สามารถทำนาเกี่ยวกับอนาคต และทำให้เกิดความรู้สึกเครียดที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระได้เหมือนเดิม (Roy & Chatterjee, 2007) ความเครียดที่เกิดขึ้นนี้หากวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถปรับตัว และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ก็จะไม่ส่งผลกระทบที่เป็นปัญหา แต่หากวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยที่ไม่สามารถปรับตัวและจัดการกับความเครียดเหล่านั้นได้

จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านจิตสังคมตามมา (Aydinok et al., 2004) ไม่ว่าจะเป็น โกรธ กลัว วิดกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการซึมเศร้า (Saravi et al., 2007) เนื่องจากวัยรุ่นมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยได้มากขึ้น ผู้ป่วยอาจแปลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบิดเบือนไปตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิดในทางลบขึ้นทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอนาคต ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมาได้ (Fung et al., 2008)

แนวคิดเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า

Beck (1967) ได้ให้ความหมายของอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ว่าเป็นอาการที่แสดงออกถึงความเปราะบางทางอารมณ์ร่วมกับความคิด การรับรู้ และความเปราะบางด้านร่างกายและพฤติกรรมเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด ทำให้มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยอาการซึมเศร้าจะมีลักษณะอาการที่แสดงออกแตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. อาการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นอาการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกของบุคคลหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยมีเหตุผลจากความรู้สึกโดยตรง มีการแสดงอาการในลักษณะต่างๆ ได้แก่มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ เศร้าซึม ไม่มีชีวิตชีวา ไม่มีความสุข ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกโดดเดี่ยว หมดกำลังใจ ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย และมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองผิดปกติ บาบ ไร้ค่า

2. อาการแสดงออกทางด้านการคิด เป็นความคิดทางด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และต่ออนาคต

ความคิดทางด้านลบต่อตนเอง คือ มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ประสิทธิภาพ ดำเนินชีวิตคนเดียว โทษตนเอง มองตนเองว่าบกพร่อง มีความลำบากในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ มีความคิดล้าช้า ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีการประเมินตนเองต่ำในด้านความสามารถ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ มองตนเองว่ารู้สึกไร้ค่า ทำให้รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง คิดว่าตนเองมีอุปสรรคมากมายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ไม่พอใจตนเอง มองภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้

ความคิดทางด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว คือ มีความคิดว่าชีวิตตนเองมีอุปสรรคมากมาย แปลเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด รู้สึกว่าตนเองถูกใส่ร้ายจากบุคคลรอบข้างเป็นประจำ

ความคิดทางด้านลบต่ออนาคต คือ คิดว่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่สิ้นสุด มองว่าอนาคตข้างหน้ามีแต่ความยากลำบาก ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวังต่ออนาคต

3. อาการแสดงเกี่ยวกับแรงจูงใจ เป็นอาการแสดงออกถึงการสูญเสียแรงจูงใจ ขาดสิ่งกระตุ้น ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงานต่างๆ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

4. อาการแสดงด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยเป็นอันดับแรกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เป็นต้น มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยเกือบตลอดเวลา

5. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง เข้ากับผู้อื่นไม่ได้ ไม่ต้องการอยู่ร่วมกับผู้อื่น แยกตัว หลบหนีจากสังคม

Kovacs (1992) ให้นิยามของอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ว่าเป็นอาการที่แสดงออกทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งรอบด้าน ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ มองตนเองในแง่ลบ และมีปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) ได้กล่าวถึงอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ มีอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขสนุกสนาน (loss of interest or pleasure) และอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด ถ้าหากมีเพียงอาการซึมเศร้าบางประการที่ไม่รุนแรง เช่น มีเพียงความรู้สึกหงุดหงิด เศร้าหรือร้องไห้ โดยยังไม่มีความคิดผิดปกติในกิจวัตรประจำวันหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น ถือว่ายังไม่ถึงขั้นเป็นโรค (disorder) แต่หากในความหมายของโรคซึมเศร้า (depressive disorder) นั้น หมายถึง อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นรุนแรงและรบกวนกิจวัตรประจำวัน

ดวงใจ กษานติกุล (2544) กล่าวถึงอาการซึมเศร้าว่าเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ อาการจะประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหีนตนเองมากผิดปกติ สมาธิเสียหรือมีความคิดอยากตาย ซึ่งถ้ามีอาการดังกล่าวตลอดเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ถือว่าเป็นความผิดปกติของอารมณ์

อลิสา วัชรสินธุ (2546) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า (depressive symptoms) เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกที่เศร้าเสียใจธรรมดา

การที่จะวินิจฉัยอาการซึมเศร้าว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก หรือเป็นโรคหรือไม่นั้น ต้องเป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, [DSM-IV-TR]) หรือตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease, 10th edition [ICD-10]) ในระบบ DSM-IV-TR มีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโดยการนับอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งใช้ได้ทั้งทางคลินิกและงานวิจัย (อลิสา วัชรสินธุ, 2546) ซึ่งสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, 2548; American Psychiatric Association, 2000) กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดซึมเศร้าว่ามีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อ ในจำนวนอาการทั้งหมด 9 ข้อ ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือข้อ 2 อยู่ด้วย 1 ข้อ อาการดังกล่าว คือ

1. มีอารมณ์เศร้า (ในเด็กและวัยรุ่นอาจเป็นความรู้สึกกระวนกระวายใจ) เกือบตลอดทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน
2. ความกระตือรือร้น และความสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมดลดลงอย่างมากเกือบตลอดทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวัน (ตัดสินจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง หรือจากการสังเกตของผู้ใกล้ชิดว่ามีพฤติกรรมเฉื่อยชาลงเกือบตลอดเวลา)
3. มีน้ำหนักตัวลดลงโดยมิได้ควบคุม หรือมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ (เพิ่มมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน) หรือมีอาการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวัน
5. มีการเคลื่อนไหวมากขึ้นหรือลดลงแทบทุกวัน
6. อ่อนเพลียไม่มีแรงแทบทุกวัน
7. รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป
8. ความสามารถในการคิดถดถอยหรือสมาธิไม่ดี หรือมีความลำบากในการตัดสินใจ และอาการนี้เป็นอยู่เกือบทุกวัน
9. คิดเรื่องการฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าอาการซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงถึงความเปี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดทางด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัวและอนาคต ทำให้มีลักษณะการแสดงออก คือ ดำเนินและลงโทษตนเอง ประเมินตนเองไร้ประสิทธิภาพ ประเมินคุณค่าตนเองต่ำ เกิดความเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น และมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง

อาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

วัยรุ่นจะมีอาการซึมเศร้าคล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ ถึงแม้ว่าอาการบางอย่างจะแตกต่างกัน เนื่องจากพัฒนาการของช่วงวัย แต่การวินิจฉัยความผิดปกติใช้หลักเกณฑ์เดียวกันกับผู้ใหญ่ (อลิสตา วรสินธุ, 2546) วัยรุ่นบอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าหลายรายจะหมกมุ่น และคิดมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและรูปร่างหน้าตา รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่าและมีความท้อแท้ในชีวิต ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ขณะเดียวกันวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้ามักจะมีปัญหาพฤติกรรมเป็นอาการเด่นชัด จึงอาจทำให้ปิดบังอาการซึมเศร้าที่มีอยู่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) จากการศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กไทย อายุ 10-15 ปี จำนวน 139 คน พบว่าอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการทางด้านความนึกคิด โดยมากกว่าร้อยละ 80 ของเด็กที่ซึมเศร้า ให้คำตอบแสดงถึงการมองตนเองในแง่ลบ ความไม่มั่นใจในอนาคต และความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ รองลงมาคืออาการทางสรีระ ได้แก่ เบื่ออาหารและรู้สึกอ่อนเพลีย แต่อาการเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้าจริงๆ นั้นพบบได้น้อยกว่า (อุมพร ตรังคสมบัติ และ ศุติ ลิขนะพิชิตกุล, 2539) ซึ่งในการศึกษาของ พิชิตา ตัญญบุตร (2544) พบว่า วัยรุ่นอาจไม่ยอมรับว่ามีอารมณ์เศร้า แต่ใช้คำว่าอ้างว้าง หงุดหงิด ฉุนเฉียวหรือเบื่อ มีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ค่อนข้างมากกว่าผู้ใหญ่ และอาการนอนมาก หรือกินอาหารได้มากขึ้น

ผลกระทบของอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

จากลักษณะของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดผลเสียกับพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และสังคม จะมีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ มีผลต่อสัมพันธภาพ การเข้าสังคมกับเพื่อน ครู และสมาชิกในครอบครัว ไม่มีสมาธิ การเรียนตกต่ำ แม้จะหายจากอาการซึมเศร้าแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องขาดสมาธิอยู่ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ทำให้พัฒนาการเหล่านี้หยุดชะงัก เกิดปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรง ส่งผลกระทบทางด้านสังคม ทำให้ไม่สำเร็จการศึกษา ต้องออกจากโรงเรียน (มณฑนา นทีธาร, 2546) ทำให้มีการแยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว และสังคม และที่รุนแรงที่สุด คือ นำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Brage, 1995)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น

อาการซึมเศร้าสามารถพบได้บ่อยในคนทุกวัย เนื่องจากเป็นปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ แต่อาการซึมเศร้าจะพบได้มากหรือน้อยในแต่ละบุคคลนั้นจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ไว้หลายท่าน พอจะสรุปได้ดังนี้

1. อายุ อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นหญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-19 ปี ส่วนวัยรุ่นชายพบได้มากในช่วงอายุ 13-15 ปี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) มีการศึกษาของ Pamela, Schraedlet, Gotlib, และ Hayward (1999) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และอายุที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพบว่า กลุ่มที่มีอายุ 9-12 ปี มีอาการซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุ 13-16 ปีและ 17-20 ปี ($M=4.22$, $M=5.01$, และ $M=5.22$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิชาภัทร รุจิราพร และ อุมพร ตรังคสมบัติ (2552) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า และกลุ่มที่มีอายุมากพบอัตราการเกิดอาการซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. เพศ จากการศึกษาอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นหลายการศึกษา พบว่า เพศที่แตกต่างกันทำให้มีอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน เพศหญิงจะมีอาการซึมเศร้าได้มากกว่าและบ่อยกว่าเพศชาย (Brage, 1995; Pamela et al., 1999; Wade, Cairney, & Pevalin, 2002) และเมื่อถึงอายุประมาณ 16 ปี วัยรุ่นหญิงจะเกิดอาการซึมเศร้าได้บ่อยกว่าวัยรุ่นชายในอัตราส่วน 2:1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กอายุ 10-15 ปี พบว่า เด็กที่มีอาการซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วน 1.2:1 ส่วนการศึกษาของ มณฑนา นทีธาร (2546) ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนมัธยมสังกัดกรมสามัญศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า วัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นอัตราส่วน 2:1 ความแตกต่างในอัตราส่วนของอาการซึมเศร้าระหว่างเพศหญิงและเพศชายนี้ อาจเนื่องจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศเมื่ออย่างเข้าสู่วัยแรกรุ่น (puberty) เพศหญิงจะแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย ตลอดจนการมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด (stressor) ที่มากกว่า (Gaber, 2000; Waar & Kerig, 2000)

3. ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เพื่อนเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง และมีอิทธิพลต่อชีวิตของวัยรุ่น การมีเพื่อนทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่ามีพรรคพวก มีที่อยู่ร่วมกันให้เกิดความรู้สึกว่าเขาสำคัญในกลุ่มนั้น สร้างความเข้มแข็ง ความมั่นใจและอำนาจได้ วัยรุ่นจึงถือการยอมรับของเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2547) เพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อวัยรุ่น ทั้งในเรื่องการตัดสินใจและค่านิยม เพื่อนจะเป็นคนที่รับฟังความรู้สึก และความไม่สบายใจ การที่วัยรุ่นไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน เป็นสาเหตุทำให้วัยรุ่นรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และนำไปสู่อาการซึมเศร้าได้ (จุลจราพร ศรีเพชร, 2544) มีการศึกษาของ Adewuya และ Ologun (2006) พบว่า วัยรุ่นที่มีปัญหาความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังเป็นปัจจัยทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน (OR 4.69, 95% CI 3.06-7.19)

4. สภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว อาชีพของบิดามารดาและรายได้ของครอบครัว จะแสดงถึงสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว การที่ครอบครัวมีสภาพทางเศรษฐกิจที่ต่ำ บิดามารดา ต้องมีภาระหน้าที่หารายได้จนไม่มีเวลาในการดูแลบุตรมากพอ และสภาพทางเศรษฐกิจที่ตกต่ำทำให้เด็กไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอ แต่สภาพครอบครัวที่มีสภาพเศรษฐกิจสูง อาจมีผลทำให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูแบบตามใจหรือปกป้องมากเกินไป ทำให้เกิดผลกระทบต่อเด็ก เด็กรู้สึกต่อตนเองในทางลบได้ (ประดินันท์ อุปรมัย, 2543) จากการศึกษาของ Adewuya และ Ologum (2006) พบว่าสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการซึมเศร้า ($r = -.025, p=.413$) ซึ่งวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 59 มาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจน ดังเช่น การศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานครของ อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำเด็กจะมีอาการซึมเศร้าสูงเช่นกัน

5. สถานภาพสมรสของบิดามารดาและสัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยทำให้บุคคลปลอดภัยจากความเครียด หรือปกป้องไม่ให้ความเครียดมากกระทบจนเกิดเป็นความผิดปกติทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดี ครอบครัวที่มีบิดามารดาและลูกมีสัมพันธภาพที่ดี ลูกจะมีความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อมีการเจ็บป่วยก็ยังรู้สึกอบอุ่น ส่วนในเด็กที่มีครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์ของบิดามารดาไม่ดี มีความขัดแย้งในครอบครัว หรือเด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดา จะทำให้เด็กมีโอกาสดังกล่าวทางสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า (Brage, 1995) ซึ่งในการศึกษาของ จุลจรรยาพร ศรีเพชร (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดามีอิทธิพลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า

6. ความรุนแรงของโรค เมื่อมีการเจ็บป่วย ความรุนแรงจากอาการของโรค ความเจ็บปวดจากกิจกรรมการรักษา รวมทั้งอาการที่กลับเป็นซ้ำ ต้องได้รับการรักษาบ่อยครั้งเป็นปัจจัยสำคัญต่อปัญหาด้านจิตใจอารมณ์เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า (Jonhson, Gorman, & Bush, 1998) การศึกษาของ วาริรัตน์ หอมโกศล (2536) ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด อายุ 10-15 ปี พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเป็นปัจจัยทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

7. การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ อายุและพัฒนาการ อัตราการเกิดอาการซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นตามอายุของเด็ก (ปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2540; อลิสา วัชรสินธุ, 2546) เนื่องจากการรับรู้ความเจ็บป่วยจะเปลี่ยนไปตามระดับพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กซึ่งเปลี่ยนไปตามอายุ ในเด็กเล็กการรับรู้และความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยยังไม่ดี ส่วนเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่น จะสามารถรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (Brage,

1995; Sriphet, 2001) จึงทำให้สามารถรับรู้ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ดี ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และเกิดปัญหาทางด้านจิตใจอารมณ์ขึ้น โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า จากการศึกษาของระวีวรรณ คำเงิน (2545) ที่ทำการศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด อายุ 8-15 ปี จำนวน 60 คน พบว่า ร้อยละ 40 ของเด็กซึ่งกำลังอยู่ในวัยเรียนและวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้า โดยมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรงร้อยละ 13.4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเป็นโรคเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตต่อตนเองเป็นอย่างมาก ก็จะส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

สรุปได้ว่า อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน สภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งในแต่ละปัจจัยนั้นล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น และส่งผลให้วัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าที่แสดงออกมาในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างที่เกี่ยวข้องด้วยเช่นกัน

การประเมินอาการซึมเศร้า

การตรวจพบอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าซึ่งการประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น สามารถประเมินได้หลายวิธี เช่น ประเมินโดยการสังเกต (Observation) และการประเมินโดยใช้แบบสอบถามในการประเมินตนเอง (Self report) สำหรับการประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นนั้นนิยมใช้แบบสอบถามในการประเมินตนเอง วิธีนี้มีประโยชน์มากเพราะความรู้สึกเศร้านั้นขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเป็นส่วนใหญ่ (subjective) และอาจสังเกตโดยบุคคลอื่นได้ยาก ซึ่งมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานบริการและงานวิจัย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ไม่ยากแก่การเข้าใจ และใช้เวลาสั้น สามารถแยกเด็กที่มีอาการซึมเศร้าออกจากเด็กที่ไม่มีอาการซึมเศร้าได้ดี (อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539)

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) ฉบับภาษาไทยของ อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) แปลมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิดไทยของ Kovacs (1985) ซึ่งได้ปรับปรุงและดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าบีดีไอ (Beck Depression Inventory: BDI) ของ Beck (1967) แบบประเมินนี้ใช้สำหรับเด็กอายุ 7-17 ปี จากการศึกษาในเด็กไทยพบว่ามีความน่าเชื่อถือ (reliability coefficient (Alpha) = 0.83) และมีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ ให้ผู้ป่วยบันทึกเอง (Self-Rating) แบบประเมินนี้ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสภาพอารมณ์ (Negative mood) มี 6 ข้อ ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ (Ineffectiveness) มี 4 ข้อ ด้านการมองตนเองในแง่ลบ (Negative self esteem) มี 5 ข้อ ด้านปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Interpersonal problems) มี 4 ข้อ และด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย (anhedonia) มี 8 ข้อ แต่ละคำถามประกอบด้วย 3 ตัวเลือก ซึ่ง

บอกความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกมีคะแนนตามความรุนแรงของอาการ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย หรือมีน้อย คะแนน 1 หมายถึงมีอาการบ่อยๆ และคะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา คะแนนรวมของ CDI มีได้ตั้งแต่ 0-54 คะแนน จุดตัดของคะแนน (cutting point) ที่จะแยกเด็กที่มีอาการซึมเศร้า ออกจากเด็กที่ไม่มีอาการซึมเศร้า คือ ค่าคะแนนที่ 15 ขึ้นไป ซึ่งแสดงถึงเด็กที่มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่มีความสำคัญทางคลินิก และค่าคะแนนที่ 21 ขึ้นไป แสดงถึงเด็กที่มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง

ในประเทศไทยได้มีผู้วิจัยหลายท่านนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (CDI) มาใช้ในงานวิจัยเพื่อศึกษาอาการซึมเศร้า โดยอรรณ หนูแก้ว (2536) ศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าและความสัมพันธ์ปัจจัยด้านจิตสังคม การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ โดยนำมาหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .84 จากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืดของ วาริรัตน์ หอมโกศล (2536) หาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 50 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .75 จากการศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของ ระวีวรรณ คำเงิน (2545) หาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก และวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด และมีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .82 และอิงอร แก้วแหวน (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการซึมเศร้าของวัยรุ่น หาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .78

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) มาเป็นเครื่องมือในการประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย เนื่องจากครอบคลุมการประเมินอาการซึมเศร้าในด้านต่างๆ คือ ด้านสภาพอารมณ์ ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ ด้านการมองตนเองในแง่ลบ ด้านปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย และเครื่องมือนี้ใช้ได้กับเด็กอายุ 7-17 ปี มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ สามารถแยกเด็กที่มีอาการซึมเศร้าออกจากเด็กที่ไม่มีอาการซึมเศร้าได้ และใช้เวลาในการตอบคำถามน้อย จึงนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

การเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นได้รับผลกระทบต่อการพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมวัฒนธรรม ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจมาจากสถานการณ์ต่างๆ ที่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องเผชิญ ทั้งสถานการณ์ที่เกิดจากการดำเนินของโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อน หรืออาจเกิดจากสถานการณ์ต่างๆ ที่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ต้องเผชิญในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Shaligram et al., 2007) มีทั้งสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล (อำพร กอริ, 2544) จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียในประเทศอินเดีย อายุ 9-17 ปี จำนวน 36 คน พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียและเริ่มได้รับการรักษา วัยรุ่นกลุ่มนี้รับรู้ว่าเขาได้เผชิญกับสถานการณ์ที่เจ็บปวดและสิ้นหวัง ความรู้สึกสนุกสนานและความหวังของชีวิตเริ่มลดลงและหายไป เนื่องจากพวกเขาไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับอนาคต และทำให้เกิดความรู้สึกเครียดที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระได้เหมือนเดิม เนื่องจากจะต้องมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ต้องได้รับการเจาะเลือด ต้องได้รับการให้เลือด เมื่อมีอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากโรคและการรักษา ก็ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (Roy & Chatterjee, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fung และคณะ (Fung et al., 2008) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเมเจอร์ จำนวน 73 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 15.42 ปี สถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญและระบุว่าทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ การเจาะเลือด การได้รับการให้เลือด การได้รับยาขับธาตุเหล็ก การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถูกแยกจากครอบครัวและเพื่อนที่โรงเรียน ต้องขาดเรียนเพื่อมารับการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาที่เกิดจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษา เช่น ปัญหาด้านการเรียน เวลาเรียน ความสามารถในการเล่นกีฬา ความแตกต่างระหว่างเพื่อนและพี่น้อง การถูกตำหนิและล้อเลียน และความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (Gharaibeh, Amarneh, & Zamzam, 2009)

ความเครียดที่เกิดขึ้นนี้หากวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถปรับตัว และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ก็จะไม่ส่งผลกระทบที่เป็นปัญหา หากวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยที่ไม่สามารถปรับตัวและจัดการกับความเครียดเหล่านั้นได้ จะส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านจิตสังคมตามมา (Aydinok et al., 2004) ซึ่งสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (Ghanizadeh et

al., 2006; Saravi et al., 2007; Shaligram et al., 2007) เนื่องจากวัยรุ่นมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยได้มากขึ้น ผู้ป่วยอาจจะแปลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบิดเบือนไปตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิดในทางลบขึ้นต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอนาคต ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ท้อแท้ สิ้นหวัง ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Fung et al., 2008) ดังมีผลการศึกษาพบว่า เหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.31, p < .01$) และเป็นปัจจัยทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ถึงร้อยละ 30 ($r^2 = 0.09^2 = 0.30$) (Waaktaar, Borge, Fundingsrud, Christie, & Torgersen, 2004) โดย Cakaloz, Polat, Cakaloz, Inan, และ Oguzhanoglu (2009) ได้ศึกษาปัญหาด้านจิตเวชและพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 4-18 ปี จำนวน 20 คน เปรียบเทียบกับเด็กและวัยรุ่นปกติที่มีอายุเท่ากัน จำนวน 34 คน พบว่าเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 55 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ส่วนในกลุ่มของเด็กและวัยรุ่นปกติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชเพียง ร้อยละ 14.7 และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 15 ของเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดโรคซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mikelli และ Tsiantis (2004) ได้ศึกษาอาการซึมเศร้าของกลุ่มวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยรุ่นที่เข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในแผนกข้อและกระดูก จำนวน 68 คนเท่าๆกัน โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าบีดีไอ (Beck Depression Inventory: BDI) พบว่า กลุ่มวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีคะแนน BDI สูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.93 และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.51 ตามลำดับ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาของ จิติรัตน์ สิริพุทธิไชรธรรม (2544) ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย อายุ 10-15 ปี จำนวน 370 คน โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 35.1 มีอาการซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า ได้แก่ ผลการเรียน ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบิดามารดา และสมาชิกในครอบครัว และความสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลกระทบต่อผู้ป่วยเมื่อวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง และน่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ การฆ่าตัวตาย จากการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวช อาการซึมเศร้าและพฤติกรรม การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ที่มีอายุระหว่าง 7-18 ปี จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 49 มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 62.7 รู้สึกหงุดหงิด และโกรธ ร้อยละ 43.6 คิดอยากตาย ร้อยละ 27.3 คิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.3 พยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 14.5 ลงมือทำร้ายตนเอง ซึ่งจากการศึกษานี้ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการซึมเศร้านั้น ส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าที่แสดงออกมาทาง

ร่างกายและพฤติกรรม มากกว่าอาการแสดงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Ghanizadeh et al., 2006) จากลักษณะอาการสำคัญของอาการซึมเศร้า เช่น ไม่อยากรับประทานอาหาร อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น ทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้ร่างกายทรุดโทรมอ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดังเช่นมีผลการศึกษาของ Aydinok และคณะ (Aydinok et al., 2004) ได้ทำการศึกษาผลกระทบด้านจิตสังคมของเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 6-18 ปี จำนวน 38 คน พบว่า ร้อยละ 24 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านจิตสังคม ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 5 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการซึมเศร้า และยังพบอีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้านี้ ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาขับธาตุเหล็ก ทำให้ยังมีระดับ ferritin ในเลือดสูงมากกว่า 2500 $\mu\text{g/L}$ และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่เกิดอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความวิตกกังวล และเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดเมื่อวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มาจากความเจ็บป่วย การรักษา การดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว และสังคมโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เมื่อวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรับรู้ และประเมินว่าสถานการณ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลานาน โดยที่ไม่สามารถปรับตัวและจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดนั้นได้ อาจทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีอาการซึมเศร้าตามมา ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จึงได้นำมาสู่แนวทางการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้สำหรับเป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล หาแนวทางในการส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิดหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุระหว่าง 10-16 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (หรือโฮโมซัยกัส-เบต้าธาลัสซีเมีย) เบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินอี และฮีโมโกลบินเอช
2. สามารถอ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาทางการพูด และการได้ยิน
3. กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน
4. มีผู้ปกครองมาโรงพยาบาลด้วย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะปัญญาอ่อน โรคทางจิตเวช และมีความพิการถาวร
2. ก่อนทำการศึกษา 2 เดือน ประสบเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น การสูญเสียคนรัก ของรัก หรือสัตว์เลี้ยง เนื่องจากอาจเป็นอาการเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลที่รักที่ยังคงมีอยู่ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในภาวะปกติ (normal bereavement reaction) (อลิสา วัชรสินธุ, 2546)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยยึดหลักอำนาจวิเคราะห์ (power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (moderate effect size, $r=.30$) อำนาจการทดสอบ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยกำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง (2-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย (Cohen, 1988) อย่างไรก็ตามในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ควรใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เป็นอย่างต่ำ (Lindeman, Meranda, & Gold, 1980 อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543) ดังนั้นการศึกษานี้จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย

แหล่งเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม ตึกผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก และตึกกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ชนิด Alpha thalassemia และ Beta thalassemia อายุ 10-16 ปี มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 มีจำนวน 255 คน (นับตามจำนวน HN ที่ไม่ซ้ำกัน) ซึ่งรูปแบบการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 15 ปี จะให้บริการที่คลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ในวันจันทร์ อังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 08.00-12.00 น. แพทย์จะเริ่มทำการตรวจรักษาผู้ป่วยตั้งแต่เวลา 08.30 น. เป็นต้นไป ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะได้รับการนัดให้มาตรวจรักษา ในวันและเวลาดังกล่าวประมาณวันละ 20 ราย ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ คือ การให้เลือดแบบประคับประคอง (low transfusion) เป็นการให้เลือดเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เกิดจากภาวะโลหิตจางเท่านั้น ร่วมกับการให้ folic acid ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองนี้ จะมีการเจริญเติบโตผิดปกติ ตัวเล็ก มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกใบหน้า ม้ามโต มีธาตุเหล็กสะสมจากเลือดที่ได้รับ และการดูดซึมธาตุเหล็กจากลำไส้มากกว่าปกติ บางรายจำเป็นต้องได้รับยาขับธาตุเหล็กร่วมด้วย แต่มีผู้ป่วยบางรายที่แพทย์มีแนวทางการรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (stem cell transplantation) ผู้ป่วยจะได้รับการให้เลือดมากพอ ที่จะระงับการสร้างเม็ดเลือด (high transfusion) เป็นการให้เลือดจนกระทั่งผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินไม่ต่ำกว่า 10 g/dl โดยผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาแพงมาก ในการนัดผู้ป่วยมาตรวจรักษาในแต่ละครั้ง ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจค่า Hematocrit ก่อนพบแพทย์ ถ้าหากมีค่า Hematocrit ต่ำกว่า 20% ผู้ป่วยจะ

ได้รับการส่งต่อไปยังตึกกุมารเวชกรรม 1 และรับไว้เป็นผู้ป่วยในเพื่อให้เลือดตามแผนการรักษา หลังเลือดหมดแพทย์จะให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในวันเดียวกัน ส่วนผู้ป่วยเด็กที่มีอายุ 16 ปี จะได้รับการย้ายไปรับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเลือด แผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก ซึ่งจะให้บริการในจันทร์ และวันอังคาร เวลา 08.00-12.00 น. แพทย์จะเริ่มทำการตรวจรักษาผู้ป่วยตั้งแต่เวลา 08.30 น. เป็นต้นไป ลักษณะของรูปแบบและขั้นตอนการให้บริการจะคล้ายกับที่คลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม แต่ในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดนั้นในคลินิกโรคเลือด แผนกอายุรกรรม จะมีสถานที่จัดไว้สำหรับให้เลือดแก่ผู้ป่วยที่ห้องสังเกตและประเมินอาการ ภายในตึกผู้ป่วยนอก โดยไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังตึกผู้ป่วยใน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ก)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา ผลการเรียน ลำดับที่ของการเป็นบุตร และจำนวนพี่น้อง

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนบุตรที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียในครอบครัว

1.3 ข้อมูลด้านการแพทย์และการรักษาของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัย อายุของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียครั้งแรก จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัดแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และสิทธิการรักษา

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมีย ที่ใช้ในการวิจัยของ อัมพร กอริ (2544) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Neuman (1995) ได้ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงโดยนำไปใช้กับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจำนวน 15 ราย ได้เท่ากับ .81 ประกอบด้วยคำถาม 47 ข้อ ครอบคลุมสิ่งก่อความเครียดทุกประเภทตามแนวคิดของ Neuman สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาในข้อคำถามทุกข้อจากข้อคำถามเดิม และเพิ่มระดับการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด รวมมีจำนวนข้อคำถามเป็น 50 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น

แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ แบ่งการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ออกเป็น 3 ประเภท มีรายละเอียดดังนี้

สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล 33 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-33 แยกเป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านร่างกาย 19 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 16, 17, 18, 19,
20, 22, 23, 24, 25 และ 26

ด้านจิตใจอารมณ์ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 10, 12, 13, 14, 21, 27, 28, 29, และ 33

ด้านสังคมวัฒนธรรม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15, 30, 31 และ 32

สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 34-40

สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 41-50

ในแต่ละข้อจะถามถึงการมีสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยตอบว่า ไม่มีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น ให้ระบุในช่อง “ไม่มี” ถ้าผู้ป่วยตอบว่ามีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น ให้ระบุในช่อง “มี” และผู้วิจัยถามผู้ป่วยเพิ่มว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดหรือไม่ ถ้าสถานการณ์นั้นไม่เป็นสิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วยให้ระบุในช่อง “ไม่เป็น” แต่ถ้าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วยให้ถามต่อไปว่า ทำให้เกิดความเครียดระดับใด ให้เลือกระบุในช่อง “เป็น” ตามระดับความรุนแรงของสิ่งก่อความเครียดที่ผู้ป่วยบอก และถามถึงเหตุผลว่าทำไมสถานการณ์นั้นจึงเป็นสิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละข้อคำถามนั้นแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การรับรู้การมีสถานการณ์

ไม่มี หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยพบ หรือไม่เคยประสบกับสถานการณ์นั้นๆ

มี หมายถึง ผู้ป่วยเคยพบ หรือเคยประสบกับสถานการณ์นั้นๆ

เกณฑ์ในการพิจารณาการให้คะแนน

ถ้าผู้ป่วยเลือกคำตอบ ไม่มี ให้คะแนนเป็น 0

ถ้าผู้ป่วยเลือกคำตอบ มี ให้คะแนนเป็น 1

คะแนนรวมการรับรู้การมีสถานการณ์อยู่ระหว่าง 0-50 คะแนน ถ้ามีคะแนนมาก หมายถึง การรับรู้การมีสถานการณ์มาก ถ้ามีคะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้การมีสถานการณ์น้อย การแปลผลคะแนนในส่วนนี้ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่อแสดงถึงการรับรู้การมีสถานการณ์เป็นรายด้านตามประเภทของสถานการณ์

ส่วนที่ 2 การรับรู้สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เป็น หมายถึง สถานการณ์นั้น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่อึดอัด

ไม่หงุดหงิด ชอบใจ สบายใจ ไม่โกรธ ไม่กลัว

สนุก หรือมีความสุข

เป็น หมายถึง สถานการณ์นั้น ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด หงุดหงิด

ไม่ชอบใจ ไม่สบายใจ โกรธ ก้าว ไม่สนุก

หรือไม่มีความสุข

สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดระดับใด

มาก หมายถึง สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด
ในระดับรุนแรงมาก

ปานกลาง หมายถึง สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด
ในระดับรุนแรงปานกลาง

น้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด
ในระดับรุนแรงน้อย

เกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนน มีดังนี้

ถ้าผู้ป่วยเลือกคำตอบ ไม่เป็น ให้คะแนนเป็น 0

ถ้าผู้ป่วยเลือกคำตอบ เป็นน้อย ให้คะแนนเป็น 1

ถ้าผู้ป่วยเลือกคำตอบ เป็นปานกลาง ให้คะแนนเป็น 2

ถ้าผู้ป่วยเลือกคำตอบ เป็นมาก ให้คะแนนเป็น 3

คะแนนรวมการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด อยู่ระหว่าง 0-150 คะแนน ถ้า
คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดมาก ถ้าคะแนนน้อย หมายถึง มี
การรับรู้สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดน้อย

การแปลผลคะแนนในส่วนนี้ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่อแสดงถึงการรับรู้
สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด เป็นรายด้านตามประเภทของสิ่งก่อความเครียด

ส่วนที่ 3 เหตุผลที่ระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียด การแปลผลข้อมูลใน
ส่วนนี้ จะใช้การจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ และนำมาแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory : CDI) ฉบับ
ภาษาไทยของ อุมพร ตรังคสมบัติ และ คุณิต ลิขณะพิชิตกุล (2535) แปลมาจากแบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้าซิดีไอ (Children's Depression Inventory : CDI) ของ Kovacs (1985) ซึ่งปรับปรุงและดัด
แปลงมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าบีดีไอ (Beck Depression Inventory : BDI) ของ Beck (1967)
แบบประเมินนี้ใช้สำหรับเด็กอายุ 7-17 ปี จากผลการศึกษาในเด็กไทยอายุ 10-15 ปีพบว่ามีความ
reliability coefficient (Alpha) = 0.83 และมีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง ประกอบด้วย
คำถาม 27 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยบันทึกเอง (Self-report) ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า 5 ด้าน ได้แก่ ด้าน

สภาพอารมณ์ ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ ด้านการมองเห็นตนเองในแง่ลบ ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย แต่ละด้านมีจำนวนข้อ ดังนี้

ด้านสภาพอารมณ์ มี 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 6, 8, 10, 11 และ 13

ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 15, 23 และ 24

ด้านการมองเห็นตนเองในแง่ลบ มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 7, 9, 14 และ 25

ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 12, 26 และ 27

ด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย มี 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22

แต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก (ก, ข, และ ค) ให้ผู้ป่วยเลือกตอบตามความรู้สึกที่ตรงกับตนเองมากที่สุดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละตัวเลือกมีคะแนนตามความรุนแรงของอาการ ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการเศร้าเลย

คะแนน 1 หมายถึง มีอาการบ่อยๆ

คะแนน 2 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา

เกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26 และ 27 ตัวเลือกในแต่ละข้อให้คะแนนดังนี้

ก. ให้ 0 คะแนน

ข. ให้ 1 คะแนน

ค. ให้ 2 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24 และ 25 ตัวเลือกในแต่ละข้อให้คะแนนดังนี้

ก. ให้ 2 คะแนน

ข. ให้ 1 คะแนน

ค. ให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยคิดจากคะแนนทุกข้อรวมกัน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-54 คะแนน ถ้ามีคะแนนมาก หมายถึง มีการอาการซึมเศร้ามาก ถ้ามีคะแนนน้อย หมายถึง มีอาการซึมเศร้าน้อย และแบ่งระดับของอาการซึมเศร้า ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-14 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้า

คะแนน 15-20 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้า

คะแนน 21-54 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ข) ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีระบบของนิเวศน์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย 1 ท่าน เป็นผู้ให้การพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนความเหมาะสมของสำนวนภาษา ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขเสร็จเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 5 ราย เพื่อหาความเป็นปรนัย (objectivity) ของแบบสัมภาษณ์

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดไปทดลองใช้กับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ จำนวน 30 ราย หลังจากผู้วิจัยได้รับพิจารณาอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ แล้วจึงนำมาวิเคราะห์หาความสอดคล้องภายในของแบบสัมภาษณ์สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก ด้วยสูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเท่ากับ .91 และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กเท่ากับ .72 มีวิธีการคำนวณหาความเที่ยงตามสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550)

สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{SS_T^2}{SS_I^2} \right)$$

α คือ ค่าความสอดคล้องภายใน

n คือ จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

SS_T^2 คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

SS_I^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอความเห็นชอบในการอนุมัติการทำวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (ภาคผนวกก) การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเริ่มจาก พยาบาลประจำคลินิกโรคเลือดแนะนำกลุ่มตัวอย่างให้แก่ผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจหรือต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัย สามารถขอยกเลิกได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม และไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล ยกเว้นในกรณีที่ผู้วิจัย ประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก ตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป แปลว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงและขอความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองในการเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้แก่ พยาบาลประจำคลินิกและแพทย์ผู้ดูแลทราบ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง เป็นผู้ตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณา และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือชี้แจงและขออนุญาตเก็บข้อมูล ณ แหล่งเก็บข้อมูล ผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกอายุรกรรม ดึกผู้ป่วยนอก และตึกกุมารเวชกรรม 1 ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และขออนุญาตในการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องตรวจแผนกกุมารเวชกรรม หัวหน้าห้องตรวจแผนกอายุรกรรม และหัวหน้าตึกกุมารเวชกรรม 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ที่แหล่งเก็บข้อมูลคลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกอายุรกรรม ดึกผู้ป่วยนอก และตึกกุมารเวชกรรม 1 ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2553 โดยพยาบาลประจำคลินิกโรคเลือดเป็นผู้แนะนำกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสอบถามพยาบาลประจำคลินิก และผู้ปกครองของผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับการตรวจรักษา ในวันจันทร์ อังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เป็นวันที่คลินิกโรคเลือดให้บริการ ในช่วงเวลา 08.00-12.00 น. และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างกำลังรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์

5. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ที่คลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย วิธีการทำวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การตอบแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ประมาณ 1 ชั่วโมง ขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และขอเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัย รวมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองอ่านคำอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครอง (Participant information sheet) หรือผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ฟัง และให้เวลาในการตัดสินใจ ถ้ามีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ เพื่อขอข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

6. เมื่อผู้ปกครองอนุญาตและกลุ่มตัวอย่างยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนาม ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form)

7. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในห้องที่จัดไว้ เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัวซึ่งอยู่ในภายในคลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกอายุรกรรม

8. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และผู้ปกครอง บันทึกข้อมูลด้านการแพทย์และการรักษาจากเวชระเบียน ใช้เวลาประมาณ 3 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตให้ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างนั่งรออยู่ด้านนอก เพื่อให้เป็นส่วนตัวแก่กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม

9. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก จำนวน 27 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพักประมาณ 5 นาที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พักและเกิดความผ่อนคลาย ในระหว่างนี้กลุ่มตัวอย่างจะนั่งพัก หรือเลือกทำกิจกรรมต่างๆ โดยผู้วิจัยได้จัดเตรียมหนังสือการ์ตูน หนังสือนิทาน รูปภาพระบายสี ของเล่น และเกมต่างๆ ไว้ให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกทำกิจกรรมระหว่างพักตามความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะขอแยกตัวออกมาทำการประเมินคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าไว้ก่อน เพื่อเตรียมให้การช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่าง ตามที่ได้จัดเตรียมและวางแนวทางไว้ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 50 ข้อ ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 35 นาที

10. กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการเรียงแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามเหมือนกันตามลำดับ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม รวมระยะเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามทั้งหมด ประมาณ 1 ชั่วโมง

11. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการส่งต่อจากคลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม ไปยังตึกกุมารเวชกรรม 1 เนื่องจากตรวจพบว่ามีค่า Hematocrit ต่ำกว่า 20% จะต้องได้รับการรักษาด้วยการให้เลือด แต่ในคลินิกมีข้อจำกัดด้านสถานที่ ดังนั้นแพทย์จะส่งต่อไปยังตึกกุมารเวชกรรม 1 และรับไว้เป็นผู้ป่วยในเพื่อไปรับเลือดตามแผนการรักษา ผู้วิจัยจะติดตามไปยังแหล่งเก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น

12. หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองที่เข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งมอบของที่ระลึกเป็นอุปกรณ์เครื่องเขียน จำนวน 1 ชุด เป็นการตอบแทนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์การรับรู้การมีสถานการณ์ของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยนำมาแจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยนำมาแจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์เหตุผลที่ระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียด โดยการจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ และนำมาแจกแจงเป็นความถี่ และร้อยละ
5. วิเคราะห์อาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้า โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 100 ราย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก

1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 อาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 100 ราย มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59) เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) มีอายุระหว่าง 10 ปี-13 ปี 11 เดือน โดยเฉลี่ยมีอายุ 12.79 ปี ($SD = 1.76$) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเมื่อเทียบกับ growth chart (ร้อยละ 41 และ ร้อยละ 43 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49) กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) มีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47) เป็นบุตรคนที่ 2 และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57) มีจำนวนพี่น้อง จำนวน 2 คน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=100)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	พิสัย	M (SD)
เพศ			
หญิง	41		
ชาย	59		
รวม	100		
อายุ		10.00-16.00	12.79 (1.76)
10 ปี-13 ปี 11 เดือน	67		
14-16 ปี	33		
รวม	100		
น้ำหนัก			
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	57		
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	43		
รวม	100		
ส่วนสูง			
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	59		
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	41		
รวม	100		
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	45		
มัธยมศึกษาตอนต้น	49		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6		
รวม	100		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	พิสัย	M (SD)
ผลการเรียนในเทอมที่ผ่านมา			
ดีมาก (เกรดเฉลี่ย 4.00)	3		
ดี (เกรดเฉลี่ย 3.00-3.99)	36		
ปานกลาง (เกรดเฉลี่ย 2.00-2.99)	40		
อ่อน (เกรดเฉลี่ย 1.00-1.99)	21		
รวม	100		
ลำดับที่การเป็นบุตร			
1	43		
2	47		
3	9		
4	1		
รวม	100		
จำนวนพี่น้อง (รวมผู้ป่วยด้วย)			
1	21		
2	57		
3	21		
4	1		
รวม	100		

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เป็นมารดา โดยมีอายุอยู่ในช่วง 27.00-76.00 ปี ($M = 44.16$, $SD = 9.51$) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) มีสถานภาพคู่มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43) มีอาชีพเกษตรกร มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,000.00-50,000.00 บาท ($M = 7,970$, $SD = 7,393.63$) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน และร้อยละ 89 มีจำนวนบุตรที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียในครอบครัว จำนวน 1 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง (N=100)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก	ร้อยละ	พิสัย	M (SD)
ลักษณะครอบครัว			
ครอบครัวเดี่ยว	47		
ครอบครัวขยาย	37		
ครอบครัวที่มีเพียงบิดา	2		
ครอบครัวที่มีเพียงมารดา	6		
อาศัยอยู่กับญาติ	8		
รวม	100		
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย			
บิดา	12		
มารดา	75		
อื่นๆ (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า)	13		
รวม	100		
อายุของผู้ดูแลหลัก		27.00-76.00	44.16 (9.51)
น้อยกว่า 30 ปี	2		
30-40 ปี	38		
41-50 ปี	42		
51-60 ปี	13		
มากกว่า 60 ปี	5		
รวม	100		
สถานภาพ			
คู่	87		
หย่า	5		
หม้าย	6		
แยกกันอยู่	2		
รวม	100		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก	ร้อยละ	พิสัย	M (SD)
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา	13		
ประถมศึกษา	65		
มัธยมศึกษาตอนต้น	12		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7		
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	3		
รวม	100		
อาชีพ			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4		
เกษตรกรรม	43		
รับจ้าง	25		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	20		
พนักงานบริษัท	2		
อื่นๆ (แม่บ้าน/ไม่มีอาชีพ)	6		
รวม	100		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		2,000-50,000	7,970 (7,393.63)
น้อยกว่า 5,000	28		
5,000-10,000	56		
10,001-15,000	4		
มากกว่า 15,000	12		
รวม	100		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก	ร้อยละ	พิสัย	M (SD)
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ	60		
ไม่เพียงพอ	40		
รวม	100		
จำนวนบุตรโรคธาลัสซีเมียในครอบครัว (คน)			
1	89		
2	11		
รวม	100		

1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบต้าธาลัสซีเมียเฮโมเจอร์ อายุที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียครั้งแรกอยู่ในช่วง 1 เดือน ถึง 14 ปี ($M = 2.26$ ปี, $SD = 2.80$) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 9 เดือน ถึง 15.8 ปี ($M = 10.73$ ปี, $SD = 3.22$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37) เคยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน 6-11 ครั้งต่อปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38) มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี การรักษาในปัจจุบันที่ได้รับมากที่สุดคือการให้ Folic acid ร้อยละ 100 รองลงมาคือการให้เลือดร้อยละ 82 กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคน (ร้อยละ 96) มีสิทธิการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=100)

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	พิสัย	M (SD)
การวินิจฉัยโรค			
เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์	44		
เบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี	38		
ฮีโมโกลบินเอช	18		
รวม	100		
อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียครั้งแรก			
		1 เดือน-14 ปี	2.26 ปี (2.80)
0-1 ปี	57		
มากกว่า 1-3 ปี	20		
มากกว่า 3-6 ปี	13		
มากกว่า 6-12 ปี	9		
มากกว่า 12 ปี	1		
รวม	100		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย			
		9 เดือน -15.8 ปี	10.73 ปี (3.22)
น้อยกว่า 10 ปี	38		
10-15 ปี	57		
มากกว่า 15 ปี	5		
รวม	100		
การเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน			
(ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา)			
ไม่เคย	19		
เคย 1-5 ครั้งต่อปี	34		
เคย 6-11 ครั้งต่อปี	37		
เคยมากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี	10		
รวม	100		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	พิสัย	M (SD)
การมารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด			
แบบผู้ป่วยนอก (ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา)			
1-5 ครั้งต่อปี	32		
6-11 ครั้งต่อปี	30		
มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี	38		
รวม	100		
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน *			
การให้ Folic acid	100		
การให้เลือด	82		
การให้ยาขับธาตุเหล็กชนิดฉีด	24		
การให้ยาขับธาตุเหล็กชนิดรับประทาน	37		
รวม	100		
สิทธิการรักษา			
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	96		
เบิกจ่ายตรง	4		
รวม	100		

* กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ส่วนที่ 2 การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

ในสถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อสิ่งก่อความเครียดทั้งหมด 50 สถานการณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง รายงานว่าเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 11-47 สถานการณ์ ($M = 30.39, SD = 7.22$) เมื่อพิจารณาการรับรู้ การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดแต่ละประเภท พบว่า การรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลเกิดขึ้น 6-32 สถานการณ์ ($M = 20.31, SD = 5.59$) การรับรู้การมี สถานการณ์สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลเกิดขึ้น 1-7 สถานการณ์ ($M = 4.10, SD = 1.32$) และการ รับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลเกิดขึ้น 2-9 สถานการณ์ ($M = 5.98, SD = 1.49$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อสิ่งก่อความเครียดตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของสิ่งก่อความเครียด ($N=100$)

ประเภทสิ่งก่อความเครียด	จำนวนสถานการณ์ ที่กำหนด	พิสัยการเกิด สถานการณ์	M	SD
สิ่งก่อความเครียดโดยรวม	50	11-47	30.39	7.22
สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล	33	6-32	20.31	5.59
ด้านร่างกาย	19	2-18	9.87	4.05
ด้านจิตใจอารมณ์	10	3-10	8.14	1.44
ด้านสังคมวัฒนธรรม	4	0-4	2.30	0.99
สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล	7	1-7	4.10	1.32
สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล	10	2-9	5.98	1.49

จากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อการมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้นทั้งหมด พบว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์เฉลี่ย 15.55 ($SD = 10.19$) และเมื่อพิจารณาตามการรับรู้สิ่งก่อความเครียดแต่ละประเภท พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลมีคะแนนความรุนแรงของสถานการณ์เฉลี่ย 10.67 ($SD = 7.74$) การรับรู้สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลมีคะแนนความรุนแรงของสถานการณ์เฉลี่ย 1.00 ($SD = 1.39$) และการรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลมีคะแนนความรุนแรงของสถานการณ์เฉลี่ย 3.88 ($SD = 2.95$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อก่อความเครียดตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทของสื่อก่อความเครียด (N=100)

ประเภทสื่อก่อความเครียด	คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อก่อความเครียด			
	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยจริงที่ได้	M	SD
สื่อก่อความเครียดโดยรวม	0-150	1-34	15.55	10.19
สื่อก่อความเครียดภายในบุคคล	0-99	0-29	10.67	7.74
ด้านร่างกาย	0-57	0-18	5.28	4.38
ด้านจิตใจอารมณ์	0-30	0-19	4.75	4.04
ด้านสังคมวัฒนธรรม	0-12	0-5	0.83	1.32
สื่อก่อความเครียดระหว่างบุคคล	0-21	0-6	1.00	1.39
สื่อก่อความเครียดภายนอกบุคคล	0-30	0-13	3.88	2.95

เมื่อพิจารณาจากสถานการณ์สื่อก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือ การมีอาการช็อค อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น (ร้อยละ 90.00) รองลงมา ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการถูกเจาะเลือดทุกครั้งเพื่อการตรวจรักษา (ร้อยละ 89.00) และความเจ็บปวดจากการถูกเข็มแทงทุกครั้งที่มีการให้เลือด (ร้อยละ 80.00) และเมื่อพิจารณาว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสื่อก่อความเครียดสำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีอาการช็อค อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น เป็นสื่อก่อความเครียดในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 53.33 (48 คน จาก 90 คน) เป็นที่น่าสนใจว่าความเจ็บปวดจากการถูกเจาะเลือดทุกครั้งเพื่อการตรวจรักษา และความเจ็บปวดจากการถูกเข็มแทงทุกครั้งที่มีการให้เลือดกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสื่อก่อความเครียดเพียงร้อยละ 25.84 (23 คน จาก 89 คน) และร้อยละ 20.00 (16 คน จาก 80 คน) ตามลำดับ หากพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสื่อก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกายในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก ถึงแม้จะมีกลุ่มตัวอย่างที่ประสบกับสถานการณ์นี้เพียง 7 คน แต่กลุ่มตัวอย่างถึง 4 คน (ร้อยละ 57.14) รับรู้ว่ามีสถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับตน และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสื่อก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกายในสัดส่วนที่

รองลงมา ได้แก่ การมีอาการชืด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น จำนวน 48 คน จาก 90 คน (ร้อยละ 53.33) และความไม่สะดวกสบายที่ต้องติดอุปกรณ์ให้ยาขับธาตุเหล็กนานหลายชั่วโมง จำนวน 30 คน จาก 57 คน (ร้อยละ 52.63) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย และรับรู้ว่าเป็นสื่อก่อความเครียด (N=100)

สถานการณ์	ไม่เกิดสถานการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	เกิดสถานการณ์	
		เป็นสื่อก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นสื่อก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)
1. การมีอาการชืด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น	10 (10.00)	48 (53.33)	42 (46.67)
2. ความเจ็บปวดจากการถูกเจาะเลือดทุกครั้งเพื่อการตรวจรักษา	11 (11.00)	23 (25.84)	66 (74.16)
3. ความเจ็บปวดจากการถูกเข็มแทงทุกครั้งที่มีการให้เลือด	20 (20.00)	16 (20.00)	64 (80.00)
4. การไม่สามารถเล่นกีฬา หรือ ออกกำลังกายเหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน	33 (33.00)	35 (45.45)	42 (54.55)
5. รูปร่างเล็กกว่าเพื่อนคนอื่น	31 (31.00)	21 (30.43)	48 (69.57)
6. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองขณะและหลังได้รับการให้เลือด	42 (42.00)	21 (36.21)	37 (63.79)
7. รูปร่างเล็กกว่าพี่น้อง	43 (43.00)	12 (21.05)	45 (78.95)
8. ความเจ็บปวดจากการถูกเข็มแทงทุกครั้งเพื่อให้ยาขับธาตุเหล็ก	43 (43.00)	17 (29.82)	40 (70.18)
9. ความไม่สะดวกสบายที่ต้องติดอุปกรณ์ให้ยาขับธาตุเหล็กนานหลายชั่วโมง	43 (43.00)	30 (52.63)	27 (47.37)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

สถานการณ์	ไม่เกิดสถานการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	เกิดสถานการณ์	
		เป็นสิ่งที่ก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นสิ่งที่ก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)
10. การมีลักษณะท้องหรือพุงโตกว่าเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน	50 (50.00)	21 (42.00)	29 (58.00)
11. การมีอาการแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด เช่น มีไข้ หนาวสั่น มีผื่นคัน	50 (50.00)	25 (50.00)	25 (50.00)
12. การผ่าตัดม้าม	51 (51.00)	11 (22.45)	38 (77.55)
13. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง ขณะและหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก	53 (53.00)	6 (10.34)	52 (89.66)
14. ไม่มีลักษณะความเป็นหนุ่มสาวเหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน	45 (45.00)	21 (46.67)	24 (53.33)
15. การมีเลือดกำเดาไหลบ่อย	57 (57.00)	15 (34.88)	28 (65.12)
16. การมีกระดูกหัก	73 (73.00)	10 (37.04)	17 (62.96)
17. อาการข้างเคียงหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก ได้แก่ อาการอึดอัด มึนงง ปวดเสียวตามร่างกาย หายใจไม่สะดวก	75 (75.00)	11 (44.00)	14 (56.00)
18. การได้ยาลดลงหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก	90 (90.00)	5 (50.00)	5 (50.00)
19. การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก	93 (93.00)	4 (57.14)	3 (42.86)

สถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือ การที่ต้องกินยาบำรุงเลือดทุกวัน (ร้อยละ 100) รองลงมาได้แก่ การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย (ร้อยละ 99.00) การที่ต้องให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครองพามารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 99.00) และการมาพบแพทย์ตามนัด (ร้อยละ 97.00) และเป็นที่น่าสนใจเมื่อพิจารณาว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดสำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการที่ต้องกินยาบำรุงเลือดทุกวันเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดเพียงร้อยละ 16.00 (16 คน จาก 100 คน) การที่ต้องให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครองพามารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล และการมาพบแพทย์ตามนัดกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดเพียงร้อยละ 44.44 (44 คน จาก 99 คน) และร้อยละ 31.96 (31 คน จาก 97 คน) ตามลำดับ หากพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การมีไข้ไม่สบายบ่อย จำนวน 41 คน จาก 70 คน (ร้อยละ 58.57) รองลงมาได้แก่ การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย จำนวน 51 คน จาก 99 คน (ร้อยละ 51.52) และผิวสีเหลืองคล้ำไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน จำนวน 34 คน จาก 67 คน (ร้อยละ 50.75) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ และรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ก่อความเครียด (N=100)

สถานการณ์	ไม่เกิดสถานการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	เกิดสถานการณ์	
		เป็นสิ่งที่ก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นสิ่งที่ก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)
1. การที่ต้องกินยา บำรุงเลือดทุกวัน	0 (0.00)	16 (16.00)	84 (84.00)
2. การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือ ผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือ เมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย	1 (1.00)	51 (51.52)	48 (48.48)
3. การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือ ผู้ปกครองพามารับการ ตรวจรักษาในโรงพยาบาล	1 (1.00)	44 (44.44)	55 (55.56)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

สถานการณ์	ไม่เกิดสถานการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	เกิดสถานการณ์	
		เป็นสิ่งที่ก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นสิ่งที่ก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)
4. การมาพบแพทย์ตามนัด	3 (3.00)	31 (31.96)	66 (68.04)
5. การต้องนอนในโรงพยาบาล เมื่อไม่สบายหรือเพื่อให้เลือด	12 (12.00)	25 (28.41)	63 (71.59)
6. การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง เป็นผู้รับทราบข้อมูลและ ตัดสินใจในเรื่องความเจ็บป่วย	14 (14.00)	7 (8.14)	79 (91.86)
7. การมีไข้ไม่สบายบ่อย	30 (30.00)	41 (58.57)	29 (41.43)
8. ลักษณะใบหน้าแตกต่าง จากเพื่อนคนอื่น	32 (32.00)	30 (44.11)	38 (55.89)
9. ผิวสีเหลืองคล้ำไม่เหมือน เพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน	33 (33.00)	34 (50.75)	33 (49.25)
10. การที่ต้องกินยา ขับธาตุเหล็กทุกวัน	60 (60.00)	7 (17.50)	33 (82.50)

สถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรมที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือ การถูกห้ามไม่ให้กินตับหมู ตับไก่ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ (ร้อยละ 90.00) รองลงมาได้แก่ การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองคอยดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้องคนอื่นๆ (ร้อยละ 72.00) และการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ (ร้อยละ 38.00) และเป็นที่น่าสนใจเมื่อพิจารณาว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดสำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 50 รับรู้ว่าการถูกห้ามไม่ให้กินตับหมู ตับไก่ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์, การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองคอยดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้องคนอื่นๆ และการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ เป็นสิ่งที่ก่อความเครียด (ร้อยละ 26.67 ร้อยละ 12.50 และร้อยละ 39.47 ตามลำดับ) แต่หากพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็น

สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรมในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การที่พ่อ แม่ หรือ ผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ จำนวน 15 คน จาก 38 คน (ร้อยละ 39.47) รองลงมา ได้แก่ การถูกห้ามไม่ให้กินดื่ม ดับไฟ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ จำนวน 24 คน จาก 90 คน (ร้อยละ 26.67) และการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชน มีคนมากหรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ จำนวน 5 คน จาก 30 คน (ร้อยละ 16.67) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม และรับรู้ว่าเป็นสื่อก่อความเครียด (N=100)

สถานการณ์	ไม่เกิดสถานการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	เกิดสถานการณ์	
		เป็นสื่อก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นสื่อก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)
1. การถูกห้ามไม่ให้กิน ดื่มน้ำ ดับไฟ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์	10 (10.00)	24 (26.67)	66 (73.33)
2. การที่ต้องให้พ่อ แม่หรือ ผู้ปกครองคอยดูแลอย่าง ใกล้ชิดมากกว่าพี่น้องคนอื่นๆ	28 (28.00)	9 (12.50)	63 (87.85)
3. การที่พ่อ แม่ หรือ ผู้ปกครองไม่อนุญาต ให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ	62 (62.00)	15 (39.47)	23 (60.53)
4. การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง ไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชน มีคนมากหรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์	70 (70.00)	5 (16.67)	25 (83.33)

สถานการณ์สื่อก่อความเครียดระหว่างบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน (ร้อยละ 95.00) รองลงมาได้แก่ โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง (ร้อยละ 82.00) และ โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคธาลัสซีเมีย (ร้อยละ 71.00) และเป็นที่น่าสนใจเมื่อพิจารณาว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสื่อก่อความเครียดสำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้

โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนเป็นสิ่งก่อความเครียดเพียงร้อยละ 7.37 (7 คน จาก 95 คน) โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง และโอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคธาลัสซีเมียกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดเพียงร้อยละ 8.54 (7 คน จาก 82 คน) และร้อยละ 7.04 (5 คน จาก 71 คน) ตามลำดับ หากพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องรูปร่างหน้าตา จำนวน 30 คน จาก 44 คน (ร้อยละ 68.18) รองลงมาได้แก่ การที่พ่อแม่ พี่น้อง และคนอื่นในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 5 คน จาก 12 คน (ร้อยละ 41.67) และการมีเพื่อนสนิทเพียงไม่กี่คน จำนวน 9 คน จาก 39 คน (ร้อยละ 23.08) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็นสิ่งก่อความเครียดภายในระหว่างบุคคล และรับรู้ว่าเป็นสิ่งก่อความเครียด (N=100)

สถานการณ์	ไม่เกิดสถานการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	เกิดสถานการณ์	
		เป็นสิ่งก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นสิ่งก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)
1. โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน	5 (5.00)	7 (7.37)	88 (92.63)
2. โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง	12 (12.00)	7 (8.54)	75 (91.46)
3. โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคธาลัสซีเมีย	29 (29.00)	5 (7.04)	29 (92.96)
4. โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ได้รับ	33 (33.00)	3 (4.48)	64 (95.52)
5. การถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องรูปร่าง หน้าตา	56 (56.00)	30 (68.18)	14 (31.82)
6. การมีเพื่อนสนิทเพียงไม่กี่คน	61 (61.00)	9 (23.08)	30 (76.92)
7. การที่พ่อแม่ พี่น้องและคนอื่นในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	88 (88.00)	5 (41.67)	7 (58.33)

สถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือ การขาดเรียนเมื่อมีอาการชิด อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด (ร้อยละ 99.00) รองลงมาได้แก่ การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเมื่อไม่สบาย หรือพามาโรงพยาบาล (ร้อยละ 93.00) และค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารเช้ามาโรงพยาบาล (ร้อยละ 84.00) เมื่อพิจารณาว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดสำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการขาดเรียนเมื่อมีอาการชิด อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดในสัดส่วนที่สูงถึง 61 คน จาก 99 คน (ร้อยละ 61.62) ส่วนการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเมื่อไม่สบาย หรือพามาโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดเพียงร้อยละ 50.54 (47คน จาก 93 คน) และเป็นที่น่าสนใจว่าค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารเช้ามาโรงพยาบาลมีกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดเพียงร้อยละ 14.29 (12 คน จาก 84 คน) หากพิจารณาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดภายนอกบุคคลในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การขาดเรียนเมื่อมีอาการชิด อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด จำนวน 61 คน จาก 99 คน (ร้อยละ 61.62) รองลงมาได้แก่ การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน จำนวน 31 คน จาก 54 คน (ร้อยละ 57.41) และเรื่องผลการเรียนไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ จำนวน 26 คน จาก 50 คน (ร้อยละ 52.00) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเกิดสถานการณ์ที่อาจเป็นสื่อก่อความเครียดภายนอกบุคคล และรับรู้ว่าเป็นสื่อก่อความเครียด (N=100)

สถานการณ์	ไม่เกิดสถานการณ์ จำนวน (ร้อยละ)	เกิดสถานการณ์	
		เป็นสื่อก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เป็นสื่อก่อความเครียด จำนวน (ร้อยละ)
1. การขาดเรียนเมื่อมีอาการไข้ อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้อง นอนโรงพยาบาล หรือเมื่อ ไปรับการตรวจตามนัด	1 (1.00)	61 (61.62)	38 (38.38)
2. การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเมื่อไม่ สบายหรือพามาโรงพยาบาล	7 (7.00)	47 (50.54)	46 (49.46)
3. ค่าใช้จ่ายในการรับประทาน อาหารขณะมาโรงพยาบาล	16 (16.00)	12 (14.29)	72 (85.71)
4. ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มาโรงพยาบาล	17 (17.00)	16 (19.28)	67 (80.72)
5. การรอรับการตรวจรักษา ในแต่ละครั้งเป็นเวลานาน	27 (27.00)	35 (47.95)	38 (52.05)
6. การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน	46 (46.00)	31 (57.41)	23 (42.59)
7. เรื่องผลการเรียนไม่เป็น ที่น่าพึงพอใจ	50 (50.00)	26 (52.00)	24 (48.00)
8. สถานที่ในการรอรับการ ตรวจรักษาคับแคบ ไม่สะดวกสบาย	63 (63.00)	14 (37.84)	23 (62.16)
9. การเคยเรียนซ้ำชั้น	88 (88.00)	6 (50.00)	6 (50.00)
10. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	87 (87.00)	4 (30.77)	9 (69.23)

เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างระบุว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุถึงเหตุผลของแต่ละสถานการณ์ที่เป็นสิ่งที่ก่อความเครียดนั้น มีทั้งเหมือนกันและแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเหตุผลที่ระบุว่าสถานการณ์ที่กำหนดเป็นสิ่งที่ก่อความเครียด

สถานการณ์	เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
สิ่งที่ก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย		
1. การมองไม่เห็นตอนกลางคืน หลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก	1. รู้สึกกังวลที่บางครั้งมีอาการ ตาพร่ามัวมองเห็นไม่ค่อยชัด	4 (100)
2. การมีอาการชิด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น	1. เล่นหรือออกกำลังกายได้ น้อยกว่าเพื่อนคนอื่น	23 (47.92)
	2. รู้สึกว่าเป็นคนอ่อนแอ	15 (31.25)
	3. ร่างกายไม่แข็งแรง	10 (20.83)
3. ความไม่สะดวกสบายที่ต้อง ติดอุปกรณ์ให้ยาขับธาตุเหล็ก นานหลายชั่วโมง	1. เคลื่อนไหวไม่สะดวก	25 (83.33)
	2. รู้สึกเบื่อ	3 (10.00)
	3. รู้สึกอึดอัด	2 (6.67)
4. การมีอาการแทรกซ้อนจาก การได้รับเลือด เช่น มีไข้ หนาวสั่นมีผื่นคัน	1. ไม่สบาย	18 (72.00)
	2. กลัวเป็นอันตราย	4 (16.00)
	3. อยู่โรงพยาบาลนาน	3 (12.00)
5. การได้อินดอลงหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก	1. หูอื้อได้ยินไม่ชัด	5 (100)
6. ไม่มีลักษณะความเป็นหนุ่มสาว เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน	1. ร่างกายไม่สมบูรณ์	9 (42.86)
	2. ยังไม่มีประจำเดือน	7 (33.33)
	3. ร่างกายผิดปกติ	5 (23.81)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

สถานการณ์	เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
7. การไม่สามารถเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายเหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน	1. ไม่ได้เล่นสนุก	15 (42.86)
	2. มีปมด้อย	15 (42.86)
	3. ไม่ได้เป็นนักกีฬา	5 (14.28)
8. อาการข้างเคียงหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก ได้แก่ อาการอึดอัด มึนงง ปวดเสียวตามร่างกาย หายใจไม่สะดวก	1. รู้สึกไม่สบาย	9 (81.82)
	2. รู้สึกปวดตามร่างกาย	2 (18.18)
9. การมีลักษณะท้องหรือพุงโตกว่าเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน	1. อายุที่มีท้องโต	16 (76.19)
	2. รู้สึกอึดอัด	5 (23.81)
10. การมีกระดูกหัก	1. เจ็บปวดมาก	5 (60.00)
	2. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว	4 (40.00)
11. การมีเลือดกำเดาไหลบ่อย	1. เข้มคาวกลิ่นเลือด	11 (73.34)
	2. ถูกเพื่อนล้อเลียน	2 (13.33)
	3. กลัวเสียเลือด	2 (13.33)
12. รูปร่างเล็กกว่าเพื่อนคนอื่น	1. ร่างกายไม่สมบูรณ์	11 (52.38)
	2. มีปมด้อยที่ตัวเล็ก	9 (42.86)
	3. ถูกเพื่อนล้อเลียน	1 (4.76)
13. ความเจ็บปวดจากการถูกเข็มแทงทุกครั้ง เพื่อให้ยาขับธาตุเหล็ก	1. รู้สึกเจ็บ	13 (76.47)
	2. ปวดบวมบริเวณที่ฉีดยา	4 (23.53)
14. ความเจ็บปวดจากการถูกเจาะเลือดทุกครั้งเพื่อการตรวจรักษา	1. รู้สึกเจ็บ	21 (91.30)
	2. ถูกเจาะหลายครั้ง	2 (8.70)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

สถานการณ์	เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
15. การผ่าตัดม้าม	1. กลัวและเจ็บแผลผ่าตัด	8 (72.73)
	2. อยู่โรงพยาบาลนาน	2 (18.18)
	3. มีแผลเป็นที่หน้าท้อง	1 (9.09)
16. ความเจ็บปวดจากการถูกเข็มแทง ทุกครั้งที่มีการให้เลือด	1. รู้สึกเจ็บ	13 (81.25)
	2. ถูกเจาะหลายครั้ง	3 (18.75)
17. รูปร่างเล็กกว่าพี่น้อง	1. ร่างกายไม่สมบูรณ์	8 (66.67)
	2. รู้สึกว่ารูปร่างไม่ดี	4 (33.33)
18. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ ดูแลตนเองขณะและ หลังได้รับการให้เลือด	1. มีความรู้ในการสังเกต อาการผิดปกติขณะให้เลือดเท่านั้น	3 (50.00)
	2. มีความรู้น้อยทำให้ดูแลตนเองไม่ถูกต้อง	3 (50.00)
19. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง ขณะและหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก	1. มีความรู้น้อยทำให้ดูแลตนเองไม่ถูกต้อง	3 (100)
สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์		
1. การมีไข้ไม่สบายบ่อย	1. ทำให้ขาดเรียนบ่อย	35 (85.37)
	2. รู้สึกว่าเป็นคนอ่อนแอ	6 (14.63)
2. การที่ต้องให้พ่อ แม่หรือ ผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือ เมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย	1. รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ	38 (74.51)
	2. ทำให้พ่อแม่เสียเวลาทำงานขาดรายได้	8 (15.69)
	3. รู้สึกน้อยใจที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้	5 (9.80)
3. ผิวสีเหลืองคล้ำไม่เหมือนเพื่อน คนอื่นในวัยเดียวกัน	1. รู้สึกไม่ชอบผิวคล้ำ	17 (50.00)
	2. รู้สึกอาย	14 (41.18)
	3. ถูกเพื่อนล้อเลียน	3 (8.82)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

สถานการณ์	เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
4. ลักษณะใบหน้าแตกต่างจากเพื่อนคนอื่น	1. รู้สึกอายที่ใบหน้าแตกต่างจากเพื่อน	13 (43.33)
	2. รู้สึกไม่สบายใจที่มีหน้าตาไม่ดี	12 (40.00)
	3. รู้สึกไม่ชอบใบหน้าของตัวเอง	5 (16.67)
5. การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองพามารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล	1. ทำให้พ่อแม่ขาดรายได้	28 (63.64)
	2. ทำให้พ่อแม่เสียเวลาทำงาน	10 (22.73)
	3. รู้สึกสงสารพ่อแม่	6 (13.63)
6. การมาพบแพทย์ตามนัด	1. ทำให้ขาดเรียน	17 (54.84)
	2. เบื่อการรอรับการตรวจ	9 (29.03)
	3. เบื่อการเดินทางมาโรงพยาบาล	3 (9.68)
	4. เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	2 (6.45)
7. การต้องนอนในโรงพยาบาลเมื่อไม่สบายหรือเพื่อให้เลือด	1. ทำให้ขาดเรียน	10 (40.00)
	2. ไม่ชอบนอนในโรงพยาบาล	9 (36.00)
	3. กลัวกลับบ้านไม่ทัน	6 (24.00)
8. การที่ต้องกินยาขับธาตุเหล็กทุกวัน	1. รู้สึกเบื่อ	3 (42.86)
	2. มีกลิ่นไส้หลังรับประทานยา	2 (28.57)
	3. ยาเม็ดใหญ่กลืนยาก	2 (28.57)
9. การที่ต้องกินยาบำรุงเลือดทุกวัน	1. รู้สึกเบื่อ	14 (87.50)
	2. ไม่ชอบการรับประทานยา	2 (12.50)
10. การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองเป็นผู้รับทราบข้อมูลและตัดสินใจในให้เรื่องความเจ็บป่วย	1. รู้สึกว่าตนเองไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	7 (100)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

สถานการณ์	เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม		
1. การที่พ่อแม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ	1. รู้สึกไม่พอใจที่ไม่ได้เล่นสนุกกับเพื่อน	15 (100)
2. การถูกห้ามไม่ให้กินดับหมุดับไก่ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์	1. ไม่ได้กินอาหารที่ชอบ 2. น้อยใจที่เห็นคนอื่นกินแล้วตนเองไม่ได้กิน	19 (79.17) 5 (20.83)
3. การที่พ่อแม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชนมีคนมาก หรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์	1. รู้สึกน้อยใจที่ไม่ได้ไปเที่ยวเหมือนคนอื่น	5 (100)
4. การที่ต้องให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองคอยดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้องคนอื่น ๆ	1. กลัวพี่น้องอิจฉา 2. รู้สึกอึดอัดและไม่เป็นอิสระ	5 (55.56) 4 (44.44)
สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล		
1. การถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องรูปร่าง หน้าตา	1. รู้สึกโกรธ ไม่พอใจและน้อยใจ 2. รู้สึกอาย	18 (60.00) 12 (40.00)
2. การที่พ่อแม่ พี่น้องและคนอื่นในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	1. รู้สึกน้อยใจที่ไม่มีใครสนใจหรือเป็นห่วง	5 (100)
3. การมีเพื่อนสนิทเพียงไม่กี่คน	1. รู้สึกเหงาไม่มีเพื่อนเล่น 2. รู้สึกว่าเพื่อนรังเกียจ	5 (55.56) 4 (44.44)
4. โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง	1. ได้รับฟังคำอธิบายน้อยเกินไป 2. อธิบายเร็วเกินไปจำรายละเอียดไม่ได้	4 (57.14) 3 (42.86)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

สถานการณ์	เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
5. โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน	1. มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมน้อย 2. รู้สึกไม่สนุกเพราะเหนื่อยง่าย	5 (71.43) 2 (28.57)
6. โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคธาลัสซีเมีย	1. อธิบายเร็วเกินไปทำให้ไม่เข้าใจ	5 (100)
7. โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ได้รับ	1. ได้รับฟังคำอธิบายน้อยเกินไป	3 (100)
สิ่งก่อดความเครียดภายนอกบุคคล		
1. การขาดเรียนเมื่อมีอาการซึมอ่อนเพลียมากหรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาลหรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด	1. กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน 2. เวลาเรียนไม่ครบตามเกณฑ์	59 (96.72) 2 (3.28)
2. การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน	1. กลัวสอบไม่ผ่านและไม่ได้เลื่อนชั้น 2. ได้เกรดเฉลี่ยน้อย	19 (61.29) 12 (38.71)
3. เรื่องผลการเรียนไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ	1. รู้สึกเสียใจที่เรียนไม่เก่ง 2. ไม่ได้รับทุนการศึกษา	25 (96.15) 1 (3.85)
4. การที่พ่อแม่ หรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเมื่อไม่สบายหรือพามาโรงพยาบาล	1. พ่อแม่เสียเวลาทำงานทำให้ขาดรายได้ 2. รู้สึกเป็นภาระ	41 (87.23) 6 (12.77)
5. การเคยเรียนซ้ำชั้น	1. ทำให้เรียนช้ากว่าเพื่อน	6 (100)
6. การรอรับการตรวจรักษาในแต่ละครั้งเป็นเวลานาน	1. รู้สึกเบื่อที่รอนาน 2. บ้านอยู่ไกลกลัวกลับบ้านไม่ทัน 3. บางครั้งถูกแซงคิว	31 (88.57) 3 (8.57) 1 (2.86)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

สถานการณ์	เหตุผล	จำนวน (ร้อยละ)
7. สถานที่ในการรอรับการตรวจรักษาคับแคบไม่สะดวกสบาย	1. รู้สึกอึดอัด 2. ที่นั่งสำหรับรอตรวจไม่เพียงพอ 3. ไม่ชอบสถานที่คับแคบคนเยอะ	9 (64.28) 3 (21.43) 2 (14.29)
8. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	1. เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	4 (100)
9. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล	1. เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	16 (100)
10. ค่าใช้จ่ายในการรับประทาน อาหารขณะมาโรงพยาบาล	1. เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม	12 (100)

ส่วนที่ 3 อาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 72 ไม่มีอาการซึมเศร้า โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับ 9.92 ($SD = 3.50$) และรองลงมาคือมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 28 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับ 17.54 ($SD = 1.92$) ส่วนอาการซึมเศร้ารุนแรงนั้นไม่พบในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของอาการซึมเศร้า (N=100)

ระดับของอาการซึมเศร้า	ร้อยละ	พิสัย	M	SD
ไม่มีอาการซึมเศร้า (0-14 คะแนน)	72	1-14	9.92	3.50
มีอาการซึมเศร้า (15-20 คะแนน)	28	15-20	17.54	1.92
มีอาการซึมเศร้ารุนแรง (21-54 คะแนน)	0			
รวม	100			

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 12.05 ($SD = 4.65$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของอาการซึมเศร้า พบว่า ด้านสภาพอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 ($SD = 1.52$) ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ($SD = 1.52$) ด้านการมองตนเองในแง่ลบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 ($SD = 1.33$) ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.14 ($SD = 0.91$) และด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 ($SD = 1.92$) หากพิจารณาอาการซึมเศร้าเป็นรายด้านแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ารายด้านทุกด้านสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการซึมเศร้า รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการซึมเศร้าโดยรวมและรายด้าน

อาการซึมเศร้า	พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=100)		กลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (N=72)		กลุ่มที่มีอาการซึมเศร้า (N=28)	
		M	SD	M	SD	M	SD
อาการซึมเศร้าโดยรวม	0-54	12.05	4.65	9.92	3.50	17.54	1.92
ด้านสภาพอารมณ์	0-12	2.86	1.52	2.56	1.58	3.64	1.68
ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ	0-8	2.53	1.52	2.14	1.49	3.54	1.07
ด้านการมองตนเองในแง่ลบ	0-10	2.48	1.33	2.04	1.13	3.61	1.13
ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น	0-8	1.14	0.91	0.97	0.84	1.57	0.96
ด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย	0-16	3.04	1.92	2.21	1.51	5.18	0.94

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ได้แก่ การกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Sminov test พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียด และการซึมเศร้ามีการกระจายเป็นโค้งปกติ ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) โดยการทำ Scatter plot ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและการซึมเศร้า พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (ภาคผนวก ง)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70, p < 0.01$) เมื่อพิจารณาตามประเภทของสิ่งก่อความเครียด พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล การรับรู้สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และการรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .68, .35, .47$ ตามลำดับ $p < 0.01$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของการรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคมวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, .55, .38$ ตามลำดับ $p < 0.01$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (N=100)

การรับรู้สิ่งก่อความเครียด	อาการซึมเศร้า
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การรับรู้สิ่งก่อความเครียดโดยรวม	.70**
การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล	.68**
ด้านร่างกาย	.59**
ด้านจิตใจอารมณ์	.55**
ด้านสังคมวัฒนธรรม	.38**
การรับรู้สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล	.35**
การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล	.47**

** $p < 0.01$

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายให้สอดคล้องกับคำถามการวิจัยดังนี้

คำถามการวิจัย: วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดเป็นอย่างไร

ผลการศึกษา การรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดโดยรวมอยู่ในช่วง 11-47 สถานการณ์ จากจำนวนสถานการณ์ทั้งหมด 50 สถานการณ์ ($M = 30.39, SD = 7.22$) ส่วนการรับรู้สิ่งก่อความเครียดโดยรวมจากการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น และประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีคะแนนอยู่ในช่วง 1-34 คะแนน จากคะแนนเต็ม 150 คะแนน ($M = 15.55, SD = 10.19$) แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้นค่อนข้างมาก แต่ประเมินและรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดค่อนข้างน้อย อธิบายได้ว่า สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นหรือไม่เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เผชิญกับสถานการณ์นั้นๆก็ได้ ซึ่งการรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แม้ว่าจะเป็นการรับรู้การมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากสิ่งแวดล้อมอย่างเดียวกันก็ตาม อาจได้รับการแปลความหมายว่าทำให้เกิดความเครียดโดยคนหนึ่งและไม่ใช่โดยอีกคนหนึ่ง ซึ่งสิ่งก่อความเครียดที่จะทำอันตรายต่อระบบบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง โดยสิ่งก่อความเครียดอาจเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวตามสถานการณ์ เป็นสิ่งก่อความเครียดที่อาจคุกคาม หรือเป็นสิ่งก่อความเครียดที่บุคคลเผชิญอยู่ ซึ่งสิ่งก่อความเครียดอาจจะมีผลกระทบทางลบหรือทางบวกก็ได้ ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาที่เผชิญกับสิ่งก่อความเครียด ชนิด และความรุนแรงของสิ่งก่อความเครียด การรับรู้และธรรมชาติในการเผชิญสิ่งก่อความเครียดของแต่ละบุคคล (ศรีพรรณ กันธวัง, 2551; Neuman, 1995, 2002)

เมื่อพิจารณาการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยจำแนกตามประเภทสิ่งก่อความเครียด พบว่า

1. การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล (Intrapersonal stressors)

1.1 การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน พบว่า สถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือ การมีอาการชิด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น (ร้อยละ 90.00) รองลงมา ได้แก่ ความเจ็บปวดจากการถูกเจาะเลือดทุกครั้งเพื่อการตรวจรักษา (ร้อยละ 89.00) และความเจ็บปวดจากการถูกเข็มแทงทุกครั้งที่มีการให้เลือด (ร้อยละ 80.00) ใกล้เคียงกับการศึกษาของอำพร กอริ (2544) ที่ศึกษาสิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจำนวน 90 คน พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีความเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การมีอาการชิด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย การถูกเจาะเลือด และการเติมเลือด และเมื่อพิจารณาต่อว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดสำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ เป็นที่น่าสนใจว่าความเจ็บปวดจากการถูกเจาะเลือดทุกครั้งเพื่อการตรวจรักษา และความเจ็บปวดจากการถูกเข็มแทงทุกครั้งที่มีการให้เลือด ถึงแม้จะเป็นสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นสถานการณ์ที่คนทั่วไปอาจมองว่าทำให้ร่างกายเกิดความเจ็บปวด ซึ่งน่าจะเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความเจ็บปวดจากการถูกเจาะเลือดทุกครั้งเพื่อการตรวจรักษา และความเจ็บปวดจากการถูกเข็มแทงทุกครั้งที่มีการให้เลือดเป็นสิ่งก่อความเครียดเพียงร้อยละ 25.84 (23 คน จาก 89 คน) และร้อยละ 20.00 (16 คน จาก 80 คน) ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียส่งผลโดยตรงต่อร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นจากตัวโรคและการรักษาที่ต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีอายุอยู่ในช่วง 10.00-16.00 ปี ($M = 12.79$, $SD = 1.76$) อายุที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียครั้งแรกเฉลี่ย 2.26 ปี ($SD = 2.80$) มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 10.73 ปี ($SD = 3.22$) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยจากโรคและการรักษามาเป็นเวลานานและเรื้อรัง และในบางสถานการณ์ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ เช่นความเจ็บปวดการเจาะเลือดหรือการให้เลือดซึ่งทำเป็นประจำหรือบ่อยครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคยกับสถานการณ์ และปรับตัวต่อผลกระทบจากสถานการณ์นั้นได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดกับตนเอง

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกายในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก จำนวน 4 คน จาก 7 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้เหตุผลเพราะว่ารู้สึกกังวลที่บางครั้งมีอาการตาพร่ามัวมองเห็นไม่ค่อยชัด (ตารางที่ 11)

อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีการดูดซึมธาตุเหล็กจากทางเดินอาหารเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการได้รับเหล็กจากเลือดที่ได้รับทำให้มีปัญหาลูกเกิน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ยาขับธาตุเหล็ก ซึ่งยาขับธาตุเหล็กชนิดนี้จะส่งผลข้างเคียงอาจทำให้เส้นประสาทอักเสบ (จิตติมา ศิริจิระชัย, 2550) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยการให้ยาขับธาตุเหล็กชนิดนี้ร้อยละ 24 (ตารางที่ 3) ดังนั้นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียในกลุ่มนี้อาจมีอาการมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก อาการนี้เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาที่เกิดขึ้นกับร่างกายของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งวัยรุ่นจะมีความกังวลอย่างมากเกี่ยวกับผลของโรคและการรักษาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายและสรีรวิทยาของตนเอง (อัมพล สุอำพัน, 2548) ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรับรู้ว่าการมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็กเป็นสิ่งที่ก่อความเครียด เพราะเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีพัฒนาการด้านความคิดจากความเข้าใจเหตุผลแบบรูปธรรมเป็นความเข้าใจแบบนามธรรมได้ดีขึ้น วัยรุ่นจะสามารถเข้าใจความหมายของความเจ็บป่วยที่สลับซับซ้อนได้ดีขึ้น โดยสามารถเข้าใจกลไกการเกิดโรค การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ขั้นตอนการรักษา การพยากรณ์โรค และปัจจัยต่างๆ ทั้งจากตนเองและจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินโรคได้ แต่ด้วยความเข้าใจที่มากขึ้น ผู้ป่วยวัยรุ่นจึงอาจมีความวิตกกังวลได้อย่างมากเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตน (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551)

การรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้นและระบุว่าเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกายในสัดส่วนที่มากรองลงมาได้แก่ การมีอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น จำนวน 48 คน จาก 90 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่าเล่นหรือออกกำลังกายได้น้อยกว่าเพื่อนคนอื่น (23 คน) รู้สึกร่างกายอ่อนแอ (15 คน) และรู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง (10 คน) (ตารางที่ 11) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อำพร กอริ (2544) ที่ศึกษาสิ่งก่อความเครียดในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจำนวน 90 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.40 ระบุว่าการมีอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 67.10 ให้เหตุผลเพราะว่าทำให้ออกกำลังกายไม่ได้ อธิบายได้ว่าเนื่องจากอาการซีดอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายเกิดจากการที่ร่างกายของผู้ป่วยมีปริมาณฮีโมโกลบินน้อย ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนน้อย วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจึงไม่สามารถทำกิจกรรมที่ออกแรงมากเหมือนเพื่อนวัยเดียวกัน เพราะจะทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น (จินตนา ศิรินาวัน และ วรพรรณ ดันไพจิตร, 2544) วัยรุ่นมักจะเปรียบเทียบตนเองกับเพื่อนๆ ในวัยเดียวกัน การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย หรือความสามารถในการเล่นกับกลุ่มเพื่อน ทำให้วัยรุ่นขาดโอกาสในการพัฒนาด้านร่างกาย ซึ่งการเล่นยังคงมีความสำคัญต่อวัยรุ่น เพราะเป็นวิธีสนองความต้องการและช่วยพัฒนาความเจริญเติบโตของวัยรุ่นในหลายด้าน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องพัฒนา

เอกลักษณ์ของตนเอง (self-identity) ดังนั้นความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมียที่มีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย หรือทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมตามกลุ่มเพื่อน จึงอาจส่งผลกระทบต่อภาพพจน์ของตนเอง ขาดความภาคภูมิใจ และความมั่นใจในตนเอง (วิจิตร ณ ุญสิทธิ, 2551) รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย มีความแตกต่างไม่เท่าเทียมกับเพื่อน ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเกิดความเครียดได้

นอกจากนี้การรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกายในสัดส่วนที่มากอีกหนึ่งสถานการณ์ คือ ความไม่สะดวกสบายที่ต้องติดอุปกรณ์ให้ยาขับธาตุเหล็กนานหลายชั่วโมง จำนวน 30 คน จาก 57 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่าทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก (25 คน) รู้สึกเบื่อ (3 คน) และรู้สึกอึดอัด (2 คน) (ตารางที่ 11) จากผลการวิจัยเป็นไปได้ว่า การที่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาขับธาตุเหล็กชนิดฉีดได้ผิวหนังนั้นจะต้องให้ยาอย่างช้าๆ โดยใช้เครื่องช่วยฉีดยา (infusion pump) การให้ยาแต่ละครั้งต้องใช้เวลานานวันละ 8-12 ชั่วโมง จำนวน 5-7 วันต่อสัปดาห์ (กิตติ ต่อจรัส, 2550) การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเป็นเวลานาน ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดได้ เนื่องจากวัยรุ่นจะกังวลเกี่ยวกับร่างกาย หน้าท้องของร่างกาย และการเคลื่อนไหว (คณินันต์ พงษ์สิทธิถาวร & และพิสมัย อุบลศรี, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ Caro และคณะ (Caro et al., 2002) ทำการศึกษาผลกระทบของโรคธาลัสซีเมียที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 รายงานว่าผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ยาขับธาตุเหล็กชนิดฉีดได้ผิวหนัง

1.2 การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ พบว่า สถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือ การที่ต้องกินยาบำรุงเลือดทุกวัน ร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ การที่ต้องให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย ร้อยละ 99.00 การที่ต้องให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครองพามารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 99.00 และการมาพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 97.00 และเมื่อพิจารณาว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดสำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ เป็นที่น่าสนใจว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 16.00 (16 คน จาก 100 คน) เท่านั้นที่รับรู้ว่าการที่ต้องกินยาบำรุงเลือดทุกวันเป็นสิ่งก่อความเครียด ส่วนการที่ต้องให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครองพามารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล และการมาพบแพทย์ตามนัดกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งก่อความเครียด ร้อยละ 44.44 (44 คน จาก 99 คน) และร้อยละ 31.96 (31 คน จาก 97 คน) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การมีไข้

ไม่สบายบ่อย จำนวน 41 คน จาก 70 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าทำให้ขาดเรียนบ่อย (35 คน) และรู้สึกว่าเป็นคนอ่อนแอ (6 คน) (ตารางที่ 11) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อำพร กอริ (2544) ที่ศึกษาในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจำนวน 90 คน พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.90) ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลมากที่สุดคือ การติดเชื้อ และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานการณ์การใช้ไม่สบายบ่อยเกิดขึ้นทุกคน (ร้อยละ 100) ระบุว่าเป็นสิ่งก่อความเครียด อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก จะมีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะติดเชื้อ ซึ่งผู้ป่วยจะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ เช่น โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหาร เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดม้ามไปแล้ว เพราะระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (กิตติ ต่อจรัส, 2549) เมื่อร่างกายมีภาวะติดเชื้อผู้ป่วยจะมีไข้สูง และร่างกายอ่อนเพลีย ต้องขาดเรียนเพื่อไปรับการตรวจรักษา ทำให้การเรียนไม่ต่อเนื่อง เรียนไม่ทันเพื่อนทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้สถานการณ์นี้ทำให้เกิดความเครียด

การรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ในสัดส่วนที่มากรองลงมาได้แก่ การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย จำนวน 51 คน จาก 99 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่ารู้สึกเป็นภาระ (38 คน) ทำให้พ่อแม่เสียเวลาทำงานขาดรายได้ (8 คน) และรู้สึกน้อยใจที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ (5 คน) (ตารางที่ 11) สอดคล้องกับการศึกษาของ Roy และ Chatterjee (2007) ที่พบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรู้สึกเครียดที่เป็นภาระของครอบครัว อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจะมีอาการซีด อ่อนเพลีย ไม่สบายบ่อยครั้ง จึงมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ ร่างกายไม่แข็งแรง ต้องพึ่งพิงบิดามารดาเพื่อมาดูแลเมื่อไม่สบาย และพามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องการความเป็นอิสระเช่นเดียวกับวัยรุ่นทั่วไป แต่ความเจ็บป่วยทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องพึ่งพามุคคลอื่นหรือเป็นภาระของบุคคลอื่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยจะต้องปรับตัวกับความขัดแย้งระหว่างความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาพ่อแม่ กับความอยากเป็นอิสระที่ไม่ต้องควบคุมจากใคร (independence) ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเกิดความรู้สึกหมดอิสระ และอาจไม่สบายใจที่เป็นสาเหตุให้บิดามารดาต้องคอยห่วงใย กังวล และคอยดูแล ซึ่งจะยิ่งเพิ่มความเครียดและความยากลำบากในการปรับตัวอย่างมาก (วิจิตร ณ อยุธยา, 2547) จึงทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์นี้เป็นสิ่งก่อความเครียดได้

นอกจากนี้การรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ในสัดส่วนที่มากอีกหนึ่งสถานการณ์ คือ ผิดศีลเหลื่อมล้ำ

ไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน จำนวน 34 คน จาก 67 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่ารู้สึกไม่ชอบผิวคล้ำ (17 คน) รู้สึกอาย (14 คน) และถูกเพื่อนล้อเลียน (3 คน) (ตารางที่ 11) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gharaibeh และคณะ (Gharaibeh et al., 2009) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียรู้สึกถึงความแตกต่างจากเพื่อนเนื่องจากมีสีผิวซีดเหลือง อธิบายได้ว่า การมีผิวสีเหลืองคล้ำในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย เกิดจากการที่มีภาวะเหล็กเกิน และเหล็กที่เกินจะไปสะสมอยู่บริเวณผิวหนัง และกระตุ้นให้ผิวหนังสร้างเม็ดสีเพิ่มขึ้นทำให้ผิวหนังมีสีคล้ำ (ประกริต รัชวัตร, 2550) วัยรุ่นจะสนใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองมากขึ้น กังวลกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และกลัวว่าจะแตกต่างไปจากคนอื่น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545) จากการที่มีสีผิวแตกต่างจากกลุ่มเพื่อน ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีความกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ และการเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้ตนเองไม่สวยงาม ทำให้รู้สึกอาย และบางครั้งถูกล้อเลียนจากเพื่อน ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน มีสถานการณ์การถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องรูปร่าง หน้าตา และกลุ่มตัวอย่างระบุว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดถึง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 68.18

1.3 การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม พบว่า สถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรมที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือ การถูกห้ามไม่ให้กินดื่มหมู ตับไก่ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ ร้อยละ 90.00 รองลงมาได้แก่ การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองคอยดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้องคนอื่น ๆ ร้อยละ 72.00 และ การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่น ๆ ร้อยละ 38.00 แต่เมื่อพิจารณาการรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม เป็นที่น่าสนใจที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งก่อความเครียด อาจเนื่องมาจากสิ่งก่อความเครียดด้านสังคมวัฒนธรรม อาจไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อชีวิตและสวัสดิภาพภายในบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมากนัก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการถูกห้ามไม่ให้กินดื่มหมู ตับไก่ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองคอยดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้องคนอื่น ๆ และการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่น ๆ ไม่เป็นสิ่งก่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

หากพิจารณาสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานการณ์เกิดขึ้นเกิดความเครียดในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่น ๆ จำนวน 15 คน จาก 38 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน ให้เหตุผลเพราะว่ารู้สึกไม่พอใจที่ไม่ได้เล่นสนุกกับเพื่อน (ตารางที่ 11) สอดคล้องกับการศึกษาของอำพร กอริ (2544) ที่พบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 84.6 ระบุว่าการที่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปพบปะ หรือเล่นกับเด็กคนอื่นเป็นสิ่งก่อความเครียด อธิบายได้ว่า

การเล่นยังคงมีความสำคัญต่อวัยรุ่น เพราะเป็นวิธีสนองตอบความต้องการทางสังคม ถ้าได้เล่นกับเพื่อนจะเกิดความรู้สึกสนุกสนาน (ศรีเรือนแก้วกังวาน, 2549) พัฒนาการด้านสังคมของวัยรุ่นนั้นจะให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน เนื่องจากการมีเพื่อนส่งเสริมให้วัยรุ่นรู้สึกมีความมั่นใจ เข้มแข็ง มีพลังอำนาจ มีพวก การยอมรับของเพื่อนและคลุกคลีในหมู่เพื่อนจึงเสริมความภาคภูมิใจ และเอกลักษณ์หรือภาพพจน์ต่อตนเองที่ดี เพื่อนเป็นที่พึ่งพิงของวัยรุ่น และปรึกษาหารือกันได้ ถ้าวัยรุ่นขาดเพื่อนจะทำให้เขามีปมด้อย ขาดมนุษยสัมพันธ์ มีภาพพจน์ตนเองไม่ดี (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545) เมื่อถูกจำกัดการเข้าร่วมกับกลุ่มเพื่อนจึงทำให้วัยรุ่นรู้สึกไม่ชอบหรือไม่พอใจ ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรับรู้ว่าการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ เป็นสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้

การรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรมในสัดส่วนที่มากรองลงมาได้แก่ การถูกห้ามไม่ให้กินดับหมู ดับไก่ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ จำนวน 24 คน จาก 90 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่าไม่ได้รับประทานอาหารที่ชอบ (19 คน) และรู้สึกน้อยใจที่เห็นคนอื่นกินแล้วตนเองไม่ได้กิน (5 คน) (จากตารางที่ 14 ในภาคผนวก ง) สอดคล้องกับการศึกษาของอำพร กอริ (2544) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 ระบุว่าการถูกห้ามรับประทานดับ และเลือดสัตว์เป็นสิ่งก่อความเครียดอธิบายได้ว่า การปฏิบัติตัวที่สำคัญที่จะช่วยให้การรักษาและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่สำคัญ คือการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ อาหารที่มีส่วนผสมของเลือด ดับ และเครื่องในสัตว์ต่างๆ (กิตติ ต่อจรัส, 2550) การที่วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีข้อจำกัดในเรื่องการรับประทานอาหาร ทำให้เกิดความแตกต่างจากเพื่อน รู้สึกว่าถูกควบคุม และขาดความเป็นอิสระ(อดิสรุสดา เฟื่องฟู และ รัตโนทัย พลับรูการ, 2551) ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสถานการณ์นี้เป็นสิ่งก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามใจชอบ

การรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรมในสัดส่วนที่มากอีกสถานการณ์หนึ่ง คือ การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชน มีคนมากหรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ จำนวน 5 คน จาก 30 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 คน ให้เหตุผลเพราะว่ารู้สึกน้อยใจที่ไม่ได้ไปเที่ยวเหมือนคนอื่น (ตารางที่ 11) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gharaibeh และคณะ (Gharaibeh et al., 2009) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียถูกจำกัดการเข้าร่วมสังคมและให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากเกินไปจากบิดามารดา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอยู่ในขั้นพัฒนาการมีเอกลักษณ์ ต้องการแสวงหาความเป็นอิสระ และความเป็นตัวของตัวเอง (Erikson, 1968) แต่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งของโรคธาลัสซีเมีย คือ การป้องกันการติดเชื้อ โดยหลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนหรือแออัด

(กิตติ ต่อจรัส, 2550) ซึ่งทำให้วัยรุ่นถูกจำกัดหรือถูกห้ามในเรื่องของการเข้าอยู่ในสถานที่ชุมชน ส่งผลให้วัยรุ่นรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ เป็นสิ่งที่ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรับรู้ว่าการที่พ่อ แม่ หรือ ผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชน มีคนมากหรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ เป็น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

2. การรับรู้สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล (Interpersonal stressors)

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือ โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 95.00 รองลงมาได้แก่ โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง ร้อยละ 82.00 และ โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 71.00 จากผลการศึกษาที่น่าสนใจเมื่อพิจารณาว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดสำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดเพียงร้อยละ 7.37 (7 คน จาก 95 คน) โอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง และโอกาสในการฟังคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคธาลัสซีเมียกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดเพียงร้อยละ 8.54 (7 คน จาก 82 คน) และร้อยละ 7.04 (5 คน จาก 71 คน) ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า สถานการณ์ดังที่กล่าวมานี้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสนในการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนที่โรงเรียน ได้รับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองและเรื่องโรคธาลัสซีเมียจากทีมสุขภาพที่ให้การดูแลกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดีและสม่ำเสมอทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ที่พบมากที่สุดนี้ไม่เป็สิ่งก่อความเครียด

เมื่อพิจารณาสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานการณ์เกิดขึ้นและระบุว่าเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การถูกเพื่อนล้อเลียน เรื่องรูปร่างหน้าตา จำนวน 30 คน จาก 44 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่ารู้สึกโกรธ ไม่พอใจ และน้อยใจ (จำนวน 18 คน) และรู้สึกอาย (12 คน) (ตารางที่ 11) สอดคล้องกับการศึกษาของ อำพร กอริ (2544) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.40 ระบุว่าถูกรเพื่อนล้อเลียน เรื่องรูปร่างหน้าตาเป็นสิ่งที่ก่อความเครียด ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 เป็นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเมเจอร์ และร้อยละ 38 เป็นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี ซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรกระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียกลุ่มนี้มีหน้าตาเฉพาะแบบธาลัสซีเมีย (Thalassemic facies) คือ ตันจมูกแบน โหนกแก้มสูง กระดูกแก้ม คาง ขากรรไกร กว้างใหญ่ ฟันยื่นเขยิบเรียงตัวไม่เรียบ (ประกริต รัชวัตร, 2550) อาการและอาการแสดงของโรคธาลัสซีเมียที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์อย่างชัดเจน ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่ให้ความสนใจมากต่อการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและภาพพจน์ที่เพื่อนมอง (วิฐารณ บุญสิทธิ,

2551) การถูกเพื่อนในวัยเดียวกันล้อเลียนเรื่องรูปร่างหน้าตา อาจแสดงถึงการไม่ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545) วัยรุ่นมีอารมณ์ผันแปรได้ง่ายเมื่อถูกล้อเลียนจะทำให้วัยรุ่นรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ น้อยใจ และรู้สึกมีปมด้อยในด้านรูปร่างหน้าตาในที่สุด และทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรับรู้ว่าการถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องรูปร่างหน้าตาเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดได้

การรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลในสัดส่วนที่มากรองลงมา ได้แก่ การที่พ่อแม่ พี่น้อง และคนอื่นในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 5 คน จาก 12 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 คน ให้เหตุผลเพราะว่ารู้สึกน้อยใจที่ไม่มีใครสนใจหรือเป็นห่วง (ตารางที่ 11) ใกล้เคียงกับการศึกษาของอำพร กอริ (2544) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.50 ระบุว่าเป็นสถานการณ์การที่พ่อแม่ พี่น้อง และคนอื่นในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดอธิบายได้ว่า การที่สมาชิกในครอบครัวพยายามหลีกเลี่ยงการพูดคุยถึงความเจ็บป่วยของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อาจมาจากการที่บิดามารดาประสบกับความยุ่งยากในการอธิบายถึงความเจ็บป่วยให้วัยรุ่นเข้าใจ หรือไม่ทราบวิธีการบอกเล่าข้อมูลการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ที่เหมาะสมตามวัย (วิจิตรณ บุญสิทธิ, 2551) การไม่พูดถึงความเจ็บป่วยของวัยรุ่นทำให้ผู้ป่วยไม่มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึกของตนเอง และดูเหมือนว่าสมาชิกในครอบครัวไม่สนใจ ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรู้สึกน้อยใจ และรับรู้ว่าสิ่งนี้ก่อให้เกิดความเครียด

การรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลในสัดส่วนที่มากอีกหนึ่งสถานการณ์ คือ การมีเพื่อนสนิทเพียงไม่กี่คน จำนวน 9 คน จาก 39 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่ารู้สึกเหงาไม่มีเพื่อนเล่น (5 คน) และรู้สึกว่าเพื่อนรังเกียจ (4 คน) (ตารางที่ 11) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gharaibeh และคณะ (Gharaibeh et al., 2009) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน และถูกปฏิเสธจากกลุ่มเพื่อนไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมการเล่นต่างๆ เนื่องจากเป็นเด็กป่วย จากการที่วัยรุ่นตระหนักในความสำคัญของกลุ่มเพื่อน พยายามทำตนให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน เข้าร่วมสังสรรค์กับกลุ่มเพื่อน ต้องการมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (อัมพล สุอำพัน, 2548) การคบเพื่อนของวัยรุ่นจะคบกันได้สนิทสนมอย่างมาก มีเพื่อนที่เขาไว้วางใจปรึกษาความลับแก่กันและกันได้ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545) กลุ่มเพื่อนจะช่วยให้วัยรุ่นเกิดความมั่นใจในเรื่องที่วิตกกังวลต่างๆ มากขึ้น และวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนค่อนข้างมาก (วิโรจน์ อารีกุล, 2551) เมื่อความเจ็บป่วยของโรคธาลัสซีเมียอาจทำให้วัยรุ่นมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกับกลุ่มเพื่อน มีเพื่อนน้อยทำให้รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ไม่มีใครให้ความสนใจตนเอง ปัญหาของตนเองไม่เหมือน

ใครและไม่มีใครเหมือน จึงทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

3.การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล (Extrapersonal stressors)

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดรับรู้ว่ามีสถานการณ์เกิดขึ้น คือ การขาดเรียนเมื่อมีอาการชืด อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด ร้อยละ 99.00 รองลงมาได้แก่ การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเมื่อไม่สบาย หรือพามาโรงพยาบาล ร้อยละ 93.00 และค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารเช้ามาโรงพยาบาล ร้อยละ 84.00 ส่วนการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเมื่อไม่สบาย หรือพามาโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งก่อความเครียด ร้อยละ 50.54 (47คน จาก 93 คน) เมื่อพิจารณาว่าสถานการณ์เหล่านั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดสำหรับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ เป็นที่น่าสนใจว่าค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารเช้ามาโรงพยาบาลมีกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดเพียงร้อยละ 14.29 (12 คน จาก 84 คน) ส่วนการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเมื่อไม่สบาย หรือพามาโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดเพียงร้อยละ 50.54 (47คน จาก 93 คน) เท่านั้น

หากพิจารณาสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานการณ์เกิดขึ้น และระบุว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การขาดเรียนเมื่อมีอาการชืด อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด จำนวน 61 คน จาก 99 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่ากลัวเรียนไม่ทันเพื่อน (59 คน) และเวลาเรียนไม่ครบตามเกณฑ์ (2 คน) รองลงมาได้แก่ การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน จำนวน 31 คน จาก 54 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่ากลัวสอบไม่ผ่านและไม่ได้เลื่อนชั้น (19 คน) และได้เกรดเล็ยน้อย (12 คน) และเรื่องผลการเรียนไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ จำนวน 26 คน จาก 50 คน โดยในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลเพราะว่ารู้สึกเสียใจที่เรียนไม่เก่ง (25 คน) และไม่ได้รับทุนการศึกษา (1 คน) (ตารางที่ 11) จากผลการวิจัยในครั้งนี้ประเด็นที่น่าสนใจ คือ สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างระบุนั้นมีความเชื่อมโยงกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ทุกคนกำลังเรียนหนังสืออยู่ในโรงเรียน การศึกษาเล่าเรียนในโรงเรียนทำให้วัยรุ่นได้มีโอกาสแสวงหาความรู้ และมีกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อน แต่ความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมียทำให้มีอุปสรรคในการเรียนมากกว่าวัยรุ่นปกติ เมื่อมีอาการและอาการแสดงของโรค หรือเมื่อจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจึงต้องขาดเรียนบ่อยครั้ง ประกอบกับวัยรุ่นมักมีความกังวลต่อการเรียน (อัมพล สุอำพัน, 2548) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเรียนได้ไม่เต็มที่ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 มีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง

(เกรดเฉลี่ย 2.00-2.99) และร้อยละ 21 มีผลการเรียนอ่อน (เกรดเฉลี่ย 1.00-1.99) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติรัตน์ สิริพทุไพฑูรย์ (2544) ที่พบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 32.2 มีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 43.2 มีผลการเรียนอ่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิริยะลักษณ์ ธรรมศิลา (2541) พบว่า ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีเวลาเรียนน้อยกว่าร้อยละ 20 ของเวลาเรียน อธิบายได้ว่า ความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมียทำให้ผู้ป่วยต้องขาดเรียนบ่อยครั้ง อีกทั้งอาการซีดอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายยังส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (อำพร กอริ, 2544; Nevrus et al., 2007) เนื่องจากปัจจุบันในสถานศึกษามีการแข่งขันกันในการด้านศึกษาก่อนข้างสูง ความเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอาการซีดที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการให้เลือด หรือภาวะติดเชื้อในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องขาดเรียนและเรียนหนังสือได้ไม่เต็มที่ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน รู้สึกเครียดไม่พอใจในผลการเรียนของตัวเองเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนในชั้นเรียน หรือมีผลการเรียนต่ำทำให้ขาดโอกาสทางอนาคตและอาชีพ (นิชาภัทร รุจิฉัตร และ อุมพร ตรังคสมบัติ, 2552) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียระบุว่าสถานการณ์การขาดเรียนบ่อย ทำให้เรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน และทำให้มีผลการเรียนไม่อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจของตนเอง ส่งผลให้มีความภาคภูมิใจในตนเองน้อย วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจึงระบุว่าสถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด

คำถามการวิจัย: วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีอาการซึมเศร้ามากน้อยเพียงใด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้า โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับ 17.54 ($SD = 1.92$) ผลการศึกษาในครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยของ จิตติรัตน์ สิริพทุไพฑูรย์ (2544) ที่ทำการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 10-15 ปี จำนวน 370 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 35.1 และการศึกษาในต่างประเทศของ Ghanizadeh และคณะ (Gharaibeh et al., 2009) ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-18 ปี จำนวน 110 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 49.1 จากผลการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า โดยปกติเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมักมีอารมณ์ผันแปรง่าย มีความต้องการเป็นอิสระ และเฝ้าหาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (อัมพล สุอำพัน, 2548) นอกจากนี้เนื่องจากวัยรุ่นเป็นผู้ที่กำลังเติบโตและมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานมักจะมีผลต่อพัฒนาการในทุกด้านของวัยรุ่น (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551) ดังนั้นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรค และการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ความเจ็บปวด รวมถึงมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร ทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน ความรู้สึก

ไม่เป็นอิสระที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกมีตราบาปว่าทำให้บิดามารดาเดือดร้อน หรือเป็นคนไม่มีความสามารถเท่ากับคนอื่น (อดิสรุสดา เฟื่องฟู และ รัตโนทัย พลับรูการ, 2551) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกนึกคิดว่าตนเองไม่แข็งแรง รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย มีความแตกต่างและไม่เท่าเทียมกับเพื่อนๆ (อำพร กอริ, 2544) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง แยกตัวไม่เข้าสังคมกับเพื่อนตามที่ควรจะเป็น ทำให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในระดับต่ำ (จิตติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ, 2544) เกิดอึดอัดกับตนเอง (กันทิมา เอกโพธิ์, 2534; สุธิสา อารยพิทยา, 2533) รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (มณิรัตน์ สมปอง, 2548) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Mikelli & Tsiantis, 2004) การที่ผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้าเดียวกันแต่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าต่างกันนั้นอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ ตลอดจนปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อผลกระทบต่างๆ ที่ได้รับทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Neuman, 1995)

การศึกษานี้พบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ ร้อยละ 72 ไม่มีอาการซึมเศร้า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 12.79 ปี ถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นได้ตามอายุ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเพศชาย ซึ่งมีการศึกษาพบว่าเพศที่แตกต่างกันจะทำให้มีอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยพบว่าเพศชายมีอาการซึมเศร้าได้น้อยกว่าเพศหญิง (มณฑนา นทีธาร, 2546) จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 47 มีลักษณะครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ และรองลงมาร้อยละ 37 มีลักษณะครอบครัวขยาย มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 75 โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ร้อยละ 87 มีสถานภาพคู่ มากกว่าร้อยละ 50 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่มีปัญหาสภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีเวลาในการเอาใจใส่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างเพียงพอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีความอบอุ่นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า

คำถามการวิจัย: การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าหรือไม่

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ($r = .70, p < 0.01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Waaktaar และคณะ (Waaktaar et al., 2004) พบว่า เหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) การศึกษาของ Takara และ Sakihara (2001) ที่พบว่าสิ่งก่อความเครียดในชีวิตทำนายการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ร้อยละ 23 ($p < .001$) และจากการศึกษาของ ประยุทธ์ เสรีเสถียร, วัชรีย์ อุจะรัตน์ และ จริยา สอนภักดี (2551) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ($r = .36, p < .01$) หากพิจารณาความสัมพันธ์ตามประเภทของการรับรู้สิ่งก่อความเครียดกับอาการซึมเศร้า พบว่าการรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล การรับรู้สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และการรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ($r = .68, .35, .47$ ตามลำดับ $p < 0.01$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้านของการรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลกับอาการซึมเศร้า พบว่าการรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคมวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ($r = .59, .55, .38$ ตามลำดับ $p < 0.01$) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดในทุกประเภทและทุกด้านมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการที่บุคคลเป็นองค์รวมขององค์ประกอบห้าด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ และเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยภายในสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลและสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลเป็นแหล่งเกิดของสิ่งก่อความเครียดซึ่งเป็นสิ่งเร้าทำให้บุคคลเกิดความเครียด การเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมวัฒนธรรมของบุคคล จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาและอาการทางคลินิกส่งผลให้ร่างกายมีอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ดับม้ามโต มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกทำให้กระดูกเปราะบางหักได้ง่าย มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางเพศล่าช้า (กิตติ ต่อจรัส, 2550) นอกจากนี้ยังมีความเจ็บปวดและความไม่สบายกายจากการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็น การเจาะเลือดเพื่อการตรวจรักษา การได้รับการให้เลือด การได้รับยาขับธาตุเหล็กชนิดฉีดทางผิวหนัง การผ่าตัดม้าม (Aydinok et al., 2004) สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างประสบ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาที่เกิดจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษา เช่น ปัญหาด้านการเรียน เวลาเรียน ความสามารถในการเล่นกีฬา ความแตกต่าง

ระหว่างเพื่อนและพี่น้อง การถูกตำหนิและล้อเลียน และความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย (Gharaibeh et al., 2009)

ซึ่งจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น และประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในสัดส่วนที่มากที่สุด มีทั้งสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ได้แก่ การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก การมีอาการชิว่อ่อนเพลียเหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น ความไม่สะดวกสบายที่ต้องติดอุปกรณ์ให้ยาขับธาตุเหล็กนานหลายชั่วโมง (ตารางที่ 6) สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การมีไข้ ไม่สบายบ่อย การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย และผิวสีเหลืองคล้ำไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน (ตารางที่ 7) สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ การถูกห้ามไม่ให้กินดื่มหมู ดับไก่ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ และการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชนมีคนมากหรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ (ตารางที่ 8) สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล ได้แก่ การถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องรูปร่างหน้าตา การที่พ่อ แม่ พี่น้อง และคนอื่นในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการมีเพื่อนสนิทเพียงไม่กี่คน (ตารางที่ 9) และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ได้แก่ การขาดเรียนเมื่อมีอาการชิว่อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน และเรื่องผลการเรียนไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ (ตารางที่ 10) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดที่มาจากอาการ และอาการแสดงของโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญอยู่ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดจะมีกลไกการป้องกันหรือต่อสู้ของระบบผู้รับบริการให้อยู่ในภาวะสมดุล โดยแนวการป้องกันยืดหยุ่นจะทำหน้าที่ป้องกันการรุกรานของสิ่งก่อความเครียดผ่านแนวป้องกันปกติเข้าไปข้างในระบบของผู้รับบริการ เมื่อแนวป้องกันยืดหยุ่นไม่สามารถต้านทานสิ่งก่อความเครียดได้ ทำให้สิ่งก่อความเครียดรุกรานผ่านแนวการป้องกันเข้าไปข้างในระบบผู้รับบริการ อาจส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดขึ้นภายในระบบ จากการถูกกระตุ้นโดยสิ่งก่อความเครียดที่รุกรานผ่านแนวการป้องกันปกติเข้าไป หากแนวการต่อต้านสามารถต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะสามารรถปรับเปลี่ยนปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดทำให้ระบบปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ (Neuman, 1995, 2002)

แต่อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น อาจทำให้ความสามารถของระบบที่จะทนต่อผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดลดลงได้ และเมื่อประสิทธิภาพการทำงานของแนวการต่อต้านไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดได้ ร่วมกับความเจ็บป่วยทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีโครงสร้างพื้นฐาน (basic structure) ซึ่งเป็นศูนย์กลางและเป็นแหล่งพลังงาน ประกอบด้วย โครงสร้างทางพันธุกรรม ลักษณะพื้นฐานต่างๆ เช่น สถิติปัญญา กลไกการควบคุมอุณหภูมิ ความแข็งแรงและอ่อนแอของอวัยวะ โครงสร้างของตัวตน/อีโก้ (Ego) และสิ่งที่เป็นลักษณะรวมของบุคคล โดยโครงสร้างพื้นฐานนี้ถูกล้อมรอบด้วยกลไกการป้องกันหรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียด หากโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้มีความอ่อนแอ เช่น ความแข็งแรงและอ่อนแอของอวัยวะ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จากการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหลายสถานการณ์ ยกตัวอย่างเช่น การมีอาการชืด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น รูปร่างเล็กกว่าเพื่อนคนอื่น รูปร่างเล็กกว่าพี่น้อง การไม่สามารถเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายได้เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก (ตารางที่ 6) และยังมีโครงสร้างของตัวตน/อีโก้ (Ego) ที่เปลี่ยนแปลงไป จากการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจ อารมณ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหลายสถานการณ์ ยกตัวอย่างเช่น การมีไข้ไม่สบายบ่อย การที่ต้องให้พ่อแม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย และการมีวิธีหลีกเลี่ยงคล้ายไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน (ตารางที่ 7) เป็นต้น

จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างดังที่กล่าวมานี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเปราะบางของโครงสร้างของตัวตน และมีความอ่อนแอของอวัยวะที่เกิดจากความเจ็บป่วยของโรคธาลัสซีเมีย เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาอยู่ในระยะการคิดอย่างใช้เหตุผลที่มีแบบแผนเชิงนามธรรม สามารถเข้าใจความสัมพันธ์เชิงเหตุผลตามลำดับของการเกิดเหตุการณ์ สามารถจินตนาการและเข้าใจความคิดรวบยอดที่ลึกซึ้งได้ สามารถมองย้อนอดีตและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (Piaget, 1973) ส่งผลให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถรับรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองทั้งความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมีย อาการแสดงที่เกิดขึ้น การตรวจและการรักษาที่ได้รับ และผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากตัวโรค การรักษา และอาการข้างเคียงจากการรักษาได้ แต่อย่างไรก็ตามวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงร่างกายของตนเอง เช่น อาการทางคลินิก ความเจ็บปวด และการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ภายนอก เพราะวัยรุ่นอยู่ในขั้นพัฒนาการของการค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551) เมื่อวัยรุ่นเจ็บป่วยและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่คุกคามต่อร่างกายหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ก็จะประเมินและรับรู้สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียด และเมื่อเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดเหล่านี้ซ้ำๆ เรื้อรังเป็นเวลานาน จะทำให้

บุคคลเกิดความตึงเครียดมาก (Goldbeck et al., 2000) ส่งผลทำให้กลไกการป้องกันหรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งก่อความเครียดให้อยู่ในภาวะสมดุลได้ กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้และแปลความหมายของสิ่งก่อความเครียดนั้นว่าทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน อึดอัดใจ ไม่สบายใจ แล้วรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามทำให้ความเครียดและเกิดผลกระทบทางลบ โดยที่ไม่สามารถเผชิญและจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม และสูญเสียภาวะสมดุลของตนเองในที่สุด จึงทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นออกมา (ศรีพรรณกันธวัง, 2551; Neuman, 1995, 2002) ผู้ป่วยอาจแปลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบิดเบือนไปตามความรู้สึกของตนเองซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิดในทางลบขึ้นต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นออกมาในลักษณะของความท้อแท้ สิ้นหวัง และซึมเศร้าได้ในที่สุด (Fung et al., 2008)

จากผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดทั้งสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล จากการรับรู้การมีสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ล้วนมาจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย และการรักษาที่ได้รับ รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม ทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียบางรายอาจมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดมากกว่า 1 สถานการณ์ และมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดที่แตกต่างกันไปในแต่ละราย แม้ว่าจะเป็นการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเดียวกันก็ตาม และการมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่พบบ่อยที่สุด อาจจะไม่ใช่ว่าสิ่งก่อความเครียดมากที่สุด และที่สำคัญยังพบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดนี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าในสัดส่วนค่อนข้างมาก ดังนั้นทีมสุขภาพที่ให้การดูแลวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จึงควรมีการประเมินการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา และให้การช่วยเหลืออย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคมวัฒนธรรมที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิดหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยอาศัยทฤษฎีระบบของ Neuman (1995) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจำนวน 100 ราย ที่มีอายุ 10-16 ปี มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเลือด แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักอำนาจวิเคราะห์ (Power Analysis) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ ลำดับที่ของการเป็นบุตร และจำนวนพี่น้อง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ดูแลหลัก รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนบุตรที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียในครอบครัว และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียครั้งแรก จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัดแบบผู้ป่วยนอก การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และสิทธิการรักษา

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมีย ของ อำพร กอริ (2544) พัฒนารูปแบบขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Neuman (1995) มีจำนวน 50 ข้อ ทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .91

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory : CDI) ฉบับภาษาไทย ของ อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) แปลมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซีดีไอ (Children's Depression Inventory : CDI) ของ Kovacs (1985) มีจำนวน 27 ข้อ หาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .72

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาด้าน จริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และลงลายมือชื่อใน หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดที่ห้องตรวจผู้ป่วย คลินิกโรคเลือด แผนก กุมารเวชกรรม และแผนกอายุรกรรม ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยที่กลุ่มตัวอย่าง ทุกรายได้รับขั้นตอนการปฏิบัติเหมือนกันคือ ขณะกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่ม ตัวอย่างและผู้ปกครองนั่งในสถานที่ที่จัดไว้เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและ ผู้ปกครองได้อ่านเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม การวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่ม ตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก และขอบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจาก ข้อมูลเวชระเบียน อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก จำนวน 27 ข้อ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียด ของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 50 ข้อ ตามลำดับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อ สงสัยต่างๆ รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที หลังจาก เสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ กล่าว ขอบขอบคุณกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งมอบของที่ระลึก

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจำนวน 100 ราย มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59) เป็นเพศชาย โดยเฉลี่ยมีอายุ 12.79 ปี ($SD = 1.76$) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนัก และส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเมื่อเทียบกับ growth chart (ร้อยละ 41 และ ร้อยละ 43 ตามลำดับ) ส่วน ใหญ่ (ร้อยละ 49) กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) มีผลการเรียน อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47) เป็นบุตรคนที่ 2 และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57) มี จำนวนพี่น้อง จำนวน 2 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัว เดี่ยว ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เป็นมารดา โดยมีอายุอยู่ในช่วง 27.00-76.00 ปี ($M = 44.16$, $SD = 9.51$) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) มีสถานภาพคู่ มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65) มีการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43) มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ของครอบครัวต่อ เดือนอยู่ในช่วง 2,000.00-50,000.00 บาท ($M = 7,970$, $SD = 7,393.63$) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน และร้อยละ 89 มีจำนวนบุตรที่ป่วยเป็น

โรคธาลัสซีเมียในครอบครัว จำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44) ได้รับการวินิจฉัยเป็น เบต้าธาลัสซีเมียแบบเจอร์ อายุที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียครั้งแรกอยู่ในช่วง 1 เดือน ถึง 14 ปี ($M = 2.26$ ปี, $SD = 2.80$) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 9 เดือน ถึง 15.8 ปี ($M = 10.73$ ปี, $SD = 3.22$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37) เคยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน 6-11 ครั้งต่อปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38) มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี การรักษาในปัจจุบันที่ได้รับมากที่สุดคือการให้ Folic acid ร้อยละ 100 รองลงมาคือการให้เลือด ร้อยละ 82 กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคน (ร้อยละ 96) มีสิทธิการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

2. การรับรู้สิ่งก่อความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น 11-47 สถานการณ์ ($M = 30.39$, $SD = 7.22$) จากการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น และประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีคะแนนความรุนแรงของสถานการณ์เฉลี่ย 15.55 ($SD = 10.19$)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกายในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก จำนวน 4 คน จาก 7 คน (ร้อยละ 57.14) รองลงมาได้แก่ การมีอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น จำนวน 48 คน จาก 90 คน (ร้อยละ 53.33) และความไม่สะดวกสบายที่ต้องติดอุปกรณ์ให้ยาขับธาตุเหล็กนานหลายชั่วโมง จำนวน 30 คน จาก 57 คน (ร้อยละ 52.63)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การมีไข้ไม่สบายบ่อย จำนวน 41 คน จาก 70 คน (ร้อยละ 58.57) รองลงมาได้แก่ การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย จำนวน 51 คน จาก 99 คน (ร้อยละ 51.52) และผิวสีเหลืองคล้ำไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน จำนวน 34 คน จาก 67 คน (ร้อยละ 50.75)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรมในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ จำนวน 15 คน จาก 38 คน (ร้อยละ 39.47) รองลงมาได้แก่ การถูกห้ามไม่ให้กินดื่มน้ำ ดื่มนม ไข่ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ จำนวน 24 คน จาก 90 คน (ร้อยละ 26.67) และการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชน มีคนมาก หรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ จำนวน 5 คน จาก 30 คน (ร้อยละ 16.67)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดระหว่างบุคคลในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การถูกเพื่อนล้อเรียนเรื่องรูปร่างหน้าตา จำนวน 30 คน จาก 44 คน (ร้อยละ 68.18) รองลงมาได้แก่ การที่พ่อแม่ พี่น้อง และคนอื่นในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 5 คน จาก 12 คน (ร้อยละ 41.67) และการมีเพื่อนสนิทเพียงไม่กี่คน จำนวน 9 คน จาก 39 คน (ร้อยละ 23.08)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดภายนอกบุคคลในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การขาดเรียนเมื่อมีอาการชีดย่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด จำนวน 61 คน จาก 99 คน (ร้อยละ 61.62) รองลงมาได้แก่ การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน จำนวน 31 คน จาก 54 คน (ร้อยละ 57.41) และเรื่องผลการเรียนไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ จำนวน 26 คน จาก 50 คน (ร้อยละ 52.00)

3. อาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าเท่ากับ 17.54 ($SD = 1.29$)

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ($r = .70, p < 0.01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดในแต่ละประเภทแตกต่างกัน และการรับรู้สิ่งก่อความเครียดมากมีโอกาสดีกอาการซึมเศร้ามากขึ้น ดังนั้นจากผลการศึกษาผู้วิจัยจึงนำมาเสนอแนะเป็นแนวทางในการจัดการดูแลวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคมวัฒนธรรม ดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้สิ่งก่อความเครียดแต่ละประเภทแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นพยาบาลและบุคคลในทีมสุขภาพ ควรมีการประเมินการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วยแต่ละคน จะทำให้ได้ข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการพยาบาลและการดูแล เพื่อควบคุม ลด หรือกำจัดสิ่งก่อความเครียดที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหา โดยให้การช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ตรงกับปัญหาและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

จากข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นที่สำคัญและน่าสนใจ คือ การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งถ้าหากมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เมื่อผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ดี ลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจากการ

คิดเชื่อ ผู้ป่วยก็จะไม่เกิดอาการช็อค มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่ต้องขาดเรียนเพื่อมารับการตรวจรักษา หรือมารับการให้เลือดบ่อยครั้ง ลดภาระการดูแลของพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง ซึ่งล้วนเป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติของตนเองและผู้ดูแลในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ก็จะเป็นการช่วยลดความเครียดหรือความคับข้องใจเมื่อต้องถูกจำกัดการเล่นหรือการเข้าไปในสถานที่แออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

ซึ่งจะเห็นได้ว่าการป้องกันการติดเชื้อนั้น เป็นการช่วยลดหรือควบคุมไม่ให้เกิดสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดกับผู้ป่วยได้หลายสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์การมีไข้ ไม่สบายบ่อย, การที่ต้องให้พ่อ แม่หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือ เมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย, การที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ, การที่ผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชนมีคนมาก หรือแออัด เช่น ตลาดโรงภาพยนตร์, การขาดเรียนเมื่อมีอาการช็อค อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด, การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน และเรื่องผลการเรียนไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ

2. จากผลการศึกษาอาการซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าทั้งหมด 28 ราย ที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 15-20 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าทุกราย โดยการชี้แจงและขอความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองในการเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้แก่พยาบาลประจำคลินิกและแพทย์ผู้ดูแลรับทราบ ส่งต่อให้ผู้ปกครองและทีมสุขภาพที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบปัญหา ให้การช่วยเหลือและดูแลร่วมกัน ดังนั้นในการบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลรวมถึงทีมสุขภาพ ควรส่งเสริมให้มีการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อประเมินอาการซึมเศร้า ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจะได้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือ และการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดอันตรายต่อการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอันเนื่องมาจากอาการซึมเศร้าที่รุนแรง และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาจิตเวชต่อไป

3. จากผลการศึกษานี้พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมากมีโอกาทำให้เกิดอาการซึมเศร้ามากขึ้น ดังนั้นในฐานะพยาบาลควรจัดรูปแบบการพยาบาลเพื่อลดหรือผ่อนคลายความเครียด เช่น การจัดหากิจกรรมที่สร้างความเพลิดเพลินให้แก่ผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับการให้ยา ขับธาตุเหล็กชนิดฉีดได้ผิวหนัง เช่น เล่นเกมส์ ฟังเพลง หรือดูโทรทัศน์ เป็นต้น การจัดกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันของกลุ่มวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (self help group) เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสดูแลเปลี่ยนแปลงเรียนรู้ปัญหาซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกยอมรับในผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โดยเฉพาะในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ จัดกลุ่ม

เพื่อนช่วยเพื่อน (peer group support) ในกลุ่มวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและวัยรุ่นปกติ เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือในปัญหาเรื่องการเรียนของผู้ป่วย จัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียลดความเครียด สามารถเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด จัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดและปรับตัวต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการคิดหรือมองตนเองในเชิงบวก หรือจัดโครงการหรือกิจกรรมการดูแลและป้องกันอาการซึมเศร้าต่อไป

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. ควรศึกษาความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียกลุ่มอื่นๆ
2. ควรศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าระหว่างวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียกับบิดามารดาหรือผู้ดูแล
4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายที่มุ่งอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ดังนั้นจึงควรนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ (Intervention) การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และทำการวิจัยเชิงทดลองได้แก่การศึกษาถึงแนวปฏิบัติดังกล่าวในการช่วยลดความเครียดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED STRESSORS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS
IN ADOLESCENTS WITH THALASSEMIA

มรกด สติธิจันทร์แก้ว 5136734 NSPN/M

พย. ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: นางลักขณ์ จินตนาดิolk, พย.ค., พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ปร.ค.
(การพยาบาล), อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, Ph.D. (NURSING)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งมีอุบัติการณ์สูง โดยในแต่ละปีมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 12,125 คน ขณะนี้มีผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมากถึงร้อยละ 1 หรือประมาณ 600,000 คน (สมชาย แสงกิจพร และ สิริภากร แสงกิจพร, 2552) ในปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าของวิทยาการการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีอายุยืนยาวมากขึ้น (Musallam, Cappellini, & Taher, 2008) แต่เนื่องจากโรคนี้เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นจึงส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทุกช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางอายุระหว่าง 10-16 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2544) ซึ่งมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคมไปพร้อมๆ กัน ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2547) จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาและอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการซีดเรื้อรัง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ตับและม้ามโต เจ็บป่วยบ่อย มีการติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ มีการเปลี่ยนแปลงของโพรงกระดูกทำให้มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย กระดูกเปราะบางมีโอกาสหักง่าย การเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางเพศล่าช้า (กิตติ ต่อจรัส, 2550; สาธิต วรรณแสง, 2544) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์ รวมถึงได้รับความทุกข์ทรมาน

จากการรักษา เช่น การเจาะเลือด การให้เลือด การได้รับยาขับธาตุเหล็ก การผ่าตัดม้าม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย (Tsiantis et al., 1996) จากความแตกต่างทางด้านรูปร่างหน้าตา และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ถูกเพื่อนล้อเลียน นอกจากนี้การเจ็บป่วยและการรักษาที่ต้องได้รับอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยขาดเรียนเพื่อมารับการรักษาบ่อยครั้ง ขาดโอกาสทางสังคม ขาดการเรียนรู้ จึงทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน ผู้ป่วยจึงรู้สึกนึกคิดว่าตนเองไม่แข็งแรง อ่อนแอ รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย มีความแตกต่างและไม่เท่าเทียมกับเพื่อนๆ และรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้พ่อแม่คอยดูแล (อำพรกอร์, 2544) ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง แยกตัวไม่เข้าสังคมกับเพื่อนตามที่ควรเป็น ทำให้มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในระดับต่ำ (จิตติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ, 2544) ทำให้เกิดอัตมโนทัศน์ที่ไม่ดีกับตนเอง (กันทิมา เอกโพธิ์, 2534; สุธิศา อารยพิทยา, 2533) รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (มณิรัตน์ สมปอง, 2548) สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ โกรธ หงุดหงิดง่าย กลัววิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง และซึมเศร้า (Saravi, Zarghami, Tirgari, & Ebrahimi, 2007) มีรายงานการศึกษาการวิจัยที่ผ่านมามีพบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียคือ อาการซึมเศร้า (จิตติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ, 2544; Ghanizadeh, Khajavian, & Ashkani, 2006; Mikelli & Tsiantis, 2004; Saravi et al., 2007; Shaligram, Girimaji, & Chaturvedi, 2007)

อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง และลักษณะอาการสำคัญของอาการซึมเศร้า เช่น ไม่อยากรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ เป็นต้น ทำให้ร่างกายทรุดโทรมอ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้น และต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา มากกว่าผู้ที่ไม่เกิดอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้บุคคลในครอบครัววิตกกังวล และเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Aydinok, Erermis, Bukusoglu, Yilmaz, & Solak, 2004) ซึ่งอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกหรือสภาวะที่เกิดขึ้นภายใน และสามารถรับรู้ได้เฉพาะตัวผู้ป่วย ยากแก่การสังเกตของผู้คนรอบข้าง อาการจะปรากฏชัดเจนต่อสายตาของผู้ใกล้ชิดก็ต่อเมื่ออาการนั้นมีความรุนแรง (อุมพร ตรังคสมบัติ และ คุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) ในวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าได้คล้าย คลึงกับผู้ใหญ่ บอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เศร้า หรือไม่สนใจสิ่งแวดลอม แต่จะไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง จะแสดงออกมาทางพฤติกรรมและอาการทางกาย บางรายอาจเกิดความซึมเศร้าแฝง โดยแสดงอาการออกมาในลักษณะของอารมณ์ฉุนเฉียวต่อต้าน เพื่อให้ผู้ใหญ่หันมาสนใจเขา (อลิสรา วัชรสินธุ, 2546) มีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้าที่แสดงออกมาทางร่างกาย และพฤติกรรม

มากกว่าอาการแสดงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Ghanizadeh et al., 2006) ซึ่งอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและปรับตัวกับสถานการณ์ความเครียด ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยหรือที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ (Musallam et al., 2008; Shaligram et al., 2007)

ความเครียดเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งก่อความเครียด (stressor) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด สิ่งก่อความเครียดที่จะทำอันตรายต่อระบบผู้รับบริการในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง และสิ่งก่อความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่งอาจมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้รับบริการต่อสิ่งก่อความเครียดอย่างอื่นๆ ด้วย ขึ้นอยู่กับการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของผู้รับบริการ ธรรมชาติในการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด และความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียด (Neuman, 1995) สิ่งก่อความเครียดในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมาจากหลายสถานการณ์ อาจเนื่องมาจากการและการแสดงของโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนรวมถึงสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และสังคมร่วมกับผู้อื่น (Roy & Chatterjee, 2007) ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว และเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากสถานการณ์เหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง แยกตัว และซึมเศร้าตามมา (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2549) ดังมีรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคในลักษณะที่แตกต่างกัน บางรายที่ปรับตัวไม่ได้จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ มีความรู้สึกลอยตายสูง (Goldbeck, Baving, & Kohne, 2000)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและแนวโน้มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย หากทีมสุขภาพไม่ให้ความสนใจในการค้นหาสิ่งก่อความเครียดที่เป็นสาเหตุของปัญหา ทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์เป็นเวลานานจนนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้า และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นมีโอกาที่จะเกิดโรคทางจิตเวชทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจรุนแรงจนนำไปสู่การสูญเสียชีวิตจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล หาแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย
2. เพื่อศึกษาอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

สมมุติฐานการวิจัย

การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้อาศัยทฤษฎีระบบของ Neuman (1995) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มองผู้รับบริการเป็นระบบเปิด เป็นองค์รวมขององค์ประกอบห้าด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ แต่ละองค์ประกอบจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำงานร่วมกันอย่างผสมผสาน และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทฤษฎีนี้มีจุดเน้นหลักสองส่วนคือ สิ่งก่อความเครียดและปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียด โดยทั่วไปผู้รับบริการมีแนวโน้มที่จะรักษาความสมดุลของระบบท่ามกลางแรงที่รบกวนทั้งภายในและภายนอกระบบ เรียกแรงที่รบกวนนี้ว่า สิ่งก่อความเครียด (stressor) คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบทางลบและมีแนวโน้มจะทำให้ระบบเสียความสมดุล มีทั้งสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ซึ่งสิ่งก่อความเครียดที่จะทำอันตรายต่อระบบผู้รับบริการในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง และสิ่งก่อความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่งอาจมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้รับบริการต่อสิ่งก่อความเครียดอย่างอื่นๆ ด้วย สิ่งก่อความเครียดอาจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบหรือบวกก็ได้ โดยส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของ ผู้รับบริการ และความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียด สิ่งสำคัญของการพยาบาลตามทฤษฎีระบบของนิวแมน คือ การระบุถึงประเภทสิ่งก่อความเครียด ความรุนแรงของสิ่งก่อความเครียดที่ผู้ป่วยรับรู้ และความรุนแรงของปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้นหรือที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วย (ศรีพรรณ กันขวัง, 2551) เมื่อผู้รับบริการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด จะมีกลไกป้องกันหรือต่อสู้ของระบบผู้รับบริการให้อยู่ในภาวะสมดุล แต่อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น อาจทำให้ความสามารถของระบบที่จะทนต่อผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดลดลงได้ และถ้าหากการทำงานของแนวการต่อต้านไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดได้ ร่วมกับความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมียทำให้โครงสร้างพื้นฐาน (basic structure)

ซึ่งเป็นศูนย์กลางและเป็นแหล่งพลังงาน ประกอบด้วย โครงสร้างทางพันธุกรรม ลักษณะพื้นฐานต่างๆ เช่น สติปัญญา กลไกการควบคุมอุณหภูมิ ความแข็งแรงและอ่อนแอของอวัยวะ โครงสร้างของตัวตน/อีโก้ (Ego) และสิ่งที่ป็นลักษณะรวมของบุคคล โดยโครงสร้างพื้นฐานนี้ถูกล้อมรอบด้วยกลไกการป้องกันหรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียด หากโครงสร้างพื้นฐานมีความอ่อนแอหรือมีข้อจำกัดอยู่แล้วก็จะยิ่งทำให้ระบบสูญเสียสมดุล เมื่อวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้เผชิญและรับรู้สถานการณ์ที่พบเจอนั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียด โดยที่แนวป้องกันยืดหยุ่นไม่สามารถต้านทานสิ่งก่อความเครียดได้ ทำให้สิ่งก่อความเครียดรุกรานผ่านแนวการป้องกันเข้าไปข้างในระบบผู้รับบริการ อาจส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดขึ้นภายในระบบ หากกลไกการป้องกันหรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดขาดประสิทธิภาพ และไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งก่อความเครียดให้อยู่ในภาวะสมดุลได้ ผู้ป่วยก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดออกมา (Neuman, 1995, 2002) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจผลที่ตามมาเมื่อกลไกป้องกัน หรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดขาดประสิทธิภาพในเรื่องของอาการซึมเศร้า (depressive symptoms) เนื่องจากมีงานวิจัยที่ผ่านมาสนับสนุนว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย (จิตรัตน์ สิริพุทธิวรรณ, 2544; Ghanizadeh et al., 2006; Saravi et al., 2007; Shaligram et al., 2007) โดยการศึกษาครั้งนี้จำแนกลักษณะของอาการซึมเศร้าเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพอารมณ์ ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ ด้านการมองตนเองในแง่ลบ ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายและอาการทางกาย (Kovacs, 1992)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิดหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

กลุ่มตัวอย่าง

วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุระหว่าง 10-16 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเลือดของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (หรือโฮโมซิกัสเบต้าธาลัสซีเมีย) เบต้า ธาลัสซีเมีย/ ฮีโมโกลบินอี และฮีโมโกลบินเอช สามารถอ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาทางการพูดและการได้ยิน กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน และมีผู้ปกครองมาโรงพยาบาลด้วย เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะปัญญาอ่อน โรคทางจิตเวชและมีความ

พิการถาวร ก่อนทำการศึกษา 2 เดือน ประสบเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น การสูญเสียคนรัก ของรัก หรือสัตว์เลี้ยง เนื่องจากอาจเป็นอาการเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลที่รักที่ยังคงมีอยู่ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในภาวะปกติ (normal bereavement reaction) (อลิสตา วัชรสินธุ, 2546)

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลักอำนาจวิเคราะห์ (power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (moderate effect size, $r=.30$) อำนาจการทดสอบ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยกำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง (2-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย (Cohen, 1988) อย่างไรก็ตามการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ควรใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 คนเป็นอย่างต่ำ (Lindeman, Meranda, & Gold, 1980 อ้างในนงลักษณ์ วิรัชชัย, 2543) ดังนั้นการศึกษานี้จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา ผลการเรียน ลำดับที่ของการเป็นบุตร และจำนวนพี่น้อง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนบุตรที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียในครอบครัว และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียครั้งแรก จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัดแบบผู้ป่วยนอก การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และสิทธิการรักษา

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมีย ของ อำพร กอริ (2544) พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดของนิวแมน (Neuman, 1995) มีจำนวน 50 ข้อ (50 สถานการณ์) ตอนที่ 1 ถามถึงการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น การแปลผลคะแนนมากแปลผลว่าการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้นมาก คะแนนน้อยหมายถึงการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้นน้อย ตอนที่ 2 ถามถึงการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดอยู่ระหว่าง 0-150 คะแนน คะแนนมากแปลผลว่าการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดมาก คะแนนน้อยแปลผลว่าการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดน้อย ตอนที่ 3 ถามเหตุผลที่ระบุดังกล่าวการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด การแปลผลใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory : CDI) ฉบับภาษาไทย ของ อูมาพร ตรังคสมบัติ และ คุณิต ลิขนะพิชิตกุล (2535) แปลมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซีดีไอ (Children's Depression Inventory : CDI) ของ Kovacs (1985) มีจำนวน 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมของอาการซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0-54 คะแนน จุดตัดของคะแนน (cutting point) คือ ค่าคะแนนที่ 15 ขึ้นไป แปลผลว่ามีอาการซึมเศร้า และตั้งแต่ 21 คะแนนแปลผลว่ามีอาการซึมเศร้ารุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ของแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีระบบของนิวมาน และผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก และนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 5 ราย เพื่อหาความเป็นปรนัย (objectivity) ของแบบสัมภาษณ์

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ภายหลังการนำไปใช้กับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 30 ราย ผลการตรวจสอบความเที่ยงแบบสัมภาษณ์สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้เท่ากับ .91 และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กได้เท่ากับ .72

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองในการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้า และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดที่ห้องตรวจผู้ป่วย คลินิกโรคเลือด โดยที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับขั้นตอนการปฏิบัติเหมือนกันคือ ขณะกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ ผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองนั่งในสถานที่ที่จัดไว้เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองได้อ่านเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลัก และขอบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลเวชระเบียน อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก จำนวน 27 ข้อ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 50 ข้อ ตามลำดับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ รวมระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งมอบของที่ระลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) หาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การรับรู้สิ่งก่อความเครียด อาการซึมเศร้า และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้า โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจำนวน 100 ราย มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59) เป็นเพศชาย โดยเฉลี่ยมีอายุ 12.79 ปี ($SD = 1.76$) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเมื่อเทียบกับ growth chart (ร้อยละ 41 และ ร้อยละ 43 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49) กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) มีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47) เป็นบุตรคนที่ 2 และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57) มีจำนวนพี่น้องจำนวน 2 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47) มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เป็นมารดา โดยมีอายุอยู่ในช่วง 27.00-76.00 ปี ($M = 44.16$, $SD = 9.51$) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) มีสถานภาพคู่ มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 65) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43) มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,000.00-50,000.00 บาท ($M = 7,970$, $SD = 7,393.63$) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน และร้อยละ 89 มีจำนวนบุตรที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียในครอบครัว จำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบต้าธาลัสซีเมีย เมเจอร์ อายุที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียครั้งแรกอยู่ในช่วง 1 เดือน ถึง 14 ปี ($M = 2.26$ ปี, $SD = 2.80$) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 9 เดือน ถึง 15.8 ปี ($M = 10.73$ ปี, $SD = 3.22$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37) เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 6-11 ครั้งต่อปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38) มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี การรักษาใน

ปัจจุบันที่ได้รับมากที่สุดคือการให้ Folic acid ร้อยละ 100 รองลงมาคือการให้เลือดร้อยละ 82 กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคน (ร้อยละ 96) มีสิทธิการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

2. การรับรู้สิ่งก่อความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น 11-47 สถานการณ์ ($M = 30.39, SD = 7.22$) จากการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น และประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์เฉลี่ย 15.55 ($SD = 10.19$) (พิสัยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด 0-150 คะแนน)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกายในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก จำนวน 4 คน จาก 7 คน (ร้อยละ 57.14) รองลงมาได้แก่ การมีอาการซิด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น จำนวน 48 คน จาก 90 คน (ร้อยละ 53.33) และความไม่สะดวกสบายที่ต้องติดอุปกรณ์ให้ยาขับธาตุเหล็กนานหลายชั่วโมง จำนวน 30 คน จาก 57 คน (ร้อยละ 52.63)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การมีไข้ไม่สบายบ่อย จำนวน 41 คน จาก 70 คน (ร้อยละ 58.57) รองลงมาได้แก่ การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย จำนวน 51 คน จาก 99 คน (ร้อยละ 51.52) และผิวสีเหลืองคล้ำไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน จำนวน 34 คน จาก 67 คน (ร้อยละ 50.75)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรมในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่นๆ จำนวน 15 คน จาก 38 คน (ร้อยละ 39.47) รองลงมาได้แก่ การถูกห้ามไม่ให้กินดับหมู ดับไก่ เลือดหมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ จำนวน 24 คน จาก 90 คน (ร้อยละ 26.67) และการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชน มีคนมาก หรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ จำนวน 5 คน จาก 30 คน (ร้อยละ 16.67)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การถูกเพื่อนล้อเรียนเรื่องรูปร่างหน้าตา จำนวน 30 คน จาก 44 คน (ร้อยละ 68.18) รองลงมาได้แก่ การที่พ่อแม่ พี่น้อง และคนอื่นในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 5 คน จาก 12 คน (ร้อยละ 41.67) และการมีเพื่อนสนิทเพียงไม่กี่คน จำนวน 9 คน จาก 39 คน (ร้อยละ 23.08)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดภายนอกบุคคลในสัดส่วนที่มากที่สุด คือ การขาดเรียนเมื่อมีอาการซีดอ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด จำนวน 61 คน จาก 99 คน (ร้อยละ 61.62) รองลงมาได้แก่ การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน จำนวน 31 คน จาก 54 คน (ร้อยละ 57.41) และเรื่องผลการเรียนไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ จำนวน 26 คน จาก 50 คน (ร้อยละ 52.00)

3. อาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าเท่ากับ 17.54 ($SD = 1.29$)

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ($r = .70, p < 0.01$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (N=100)

การรับรู้สิ่งก่อความเครียด	อาการซึมเศร้า
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การรับรู้สิ่งก่อความเครียดโดยรวม	.70**
การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล	.68**
ด้านร่างกาย	.59**
ด้านจิตใจอารมณ์	.55**
ด้านสังคมวัฒนธรรม	.38**
การรับรู้สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล	.35**
การรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล	.47**

** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น 11-47 สถานการณ์ จากจำนวนสถานการณ์ทั้งหมด 50 สถานการณ์ ($M = 30.39, SD = 7.22$) ส่วนการรับรู้สิ่งก่อความเครียดจากการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น และประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ตั้งแต่ 1-34 คะแนน จากคะแนนเต็ม 150

คะแนน ($M = 15.55$, $SD = 10.19$) แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้นค่อนข้างมาก แต่ประเมินและรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดค่อนข้างน้อย อธิบายได้ว่า สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นหรือไม่เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ ก็ได้ ซึ่งการรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แม้ว่าจะเป็นการรับรู้การมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากสิ่งแวดล้อมอย่างเดียวกันก็ตาม อาจได้รับการแปลความหมายว่าทำให้เกิดความเครียดโดยคนหนึ่งและไม่ใช่โดยอีกคนหนึ่ง ซึ่งสิ่งก่อความเครียดจะทำอันตรายต่อระบบบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง โดยสิ่งก่อความเครียดอาจเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวตามสถานการณ์ เป็นสิ่งก่อความเครียดที่อาจคุกคาม หรือเป็นสิ่งก่อความเครียดที่บุคคลเผชิญอยู่ โดยสิ่งก่อความเครียดอาจมีผลกระทบทางลบหรือทางบวกก็ได้ ขึ้นอยู่กับช่วง เวลาที่เผชิญกับสิ่งก่อความเครียด ชนิด และความรุนแรงของสิ่งก่อความเครียด การรับรู้และธรรมชาติในการเผชิญสิ่งก่อความเครียดของแต่ละบุคคล (ศรีพรรณ กันธวัง, 2551; Neuman, 1995, 2002)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้า โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับ 17.54 ($SD = 1.92$) ผลการศึกษาในครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยของ ฐิติรัตน์ สิริพุทธิไชรธรรม (2544) ที่ทำการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 10-15 ปี จำนวน 370 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 35.1 และการศึกษาในต่างประเทศของ Ghanizadeh และคณะ (Ghanizadeh et al., 2006) ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-18 ปี จำนวน 110 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 49.1 อธิบายได้ว่า โดยปกติเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมักมีอารมณ์ผันแปรง่าย มีความต้องการเป็นอิสระ และเฝ้าหาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (อัมพล สุอำพัน, 2548) นอกจากนี้เนื่องจากวัยรุ่นเป็นผู้ที่กำลังเติบโตและมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานมักจะมีผลต่อพัฒนาการในทุกด้านของวัยรุ่น (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551) ดังนั้นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรค และการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ความเจ็บปวด รวมถึงมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร ทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน ความรู้สึกไม่เป็นอิสระที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกมีตราบาปว่าทำให้บิดามารดาเดือดร้อน หรือเป็นคนไม่มีความสามารถเท่ากับคนอื่น (อดิสรุตา เฟื่องฟู และ รัตโนทัย พลัฏฐการ, 2551) สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกนึกคิดว่าตนเองไม่แข็งแรง รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย มีความแตกต่างและไม่เท่าเทียมกับเพื่อนๆ (อำพร กอริ, 2544) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง แยกตัวไม่เข้าสังคมกับเพื่อนตามที่ควรจะเป็น ทำให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในระดับต่ำ (ฐิติรัตน์ สิริพุทธิไชรธรรม, 2544) เกิดอึดอัดใน

ทัศนคติที่ไม่ดีกับตนเอง (กันทิมา เอกโพธิ์, 2534; สุธิสา อารยพิทยา, 2533) รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (มนิรัตน์ สมปอง, 2548) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าตามมา (Mikelli & Tsiantis, 2004) การที่ผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้าเดียวกันแต่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าต่างกันนั้น อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ ตลอดจนปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อผลกระทบต่างๆ ที่ได้รับทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Neuman, 1995)

การศึกษานี้พบว่าวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่ ร้อยละ 72 ไม่มีอาการซึมเศร้า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 12.79 ปี ถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นได้ตามอายุ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2540) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเพศชาย ซึ่งมีการศึกษาพบว่าเพศที่แตกต่างกันจะทำให้มีอาการซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยพบว่าเพศชายมีอาการซึมเศร้าได้น้อยกว่าเพศหญิง (มณฑนา นทีธาร, 2546) จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 47 มีลักษณะครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่ และรองลงมาร้อยละ 37 มีลักษณะครอบครัวชาย มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 75 โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ร้อยละ 87 มีสถานภาพคู่ มากกว่าร้อยละ 50 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท และส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่มีปัญหาสุขภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีเวลาในการเอาใจใส่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการอย่างเพียงพอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีความอบอุ่นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ($r = .70, p < 0.01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Waaktaar, Borge, Fundingsrud, Christie, และ Torgersen (2004) พบว่า เหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$) และจากการศึกษาของ ประยุทธ์ เสรีเสถียร, วัชรีย์ อุจะรัตน์ และ จริยา สอนภักดี (2551) พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ($r = .36, p < .01$) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการที่บุคคลเป็นองค์รวมขององค์ประกอบห้าด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ และเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยภายในสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลเป็นแหล่งเกิดของสิ่งก่อความเครียด ซึ่งเป็นสิ่งเร้าทำให้บุคคลเกิดความเครียด การเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลโดยตรงต่อร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมวัฒนธรรมของบุคคล จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาและอาการทาง

คลินิกส่งผลให้ร่างกายมีอาการชืด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ดับม้ามโต มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก ทำให้กระดูกเปราะบางหักได้ง่าย มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางเพศล่าช้า (กิตติ ต่อจรัส, 2550) นอกจากนี้ยังมีความเจ็บปวดและความไม่สบายกายจากการรักษาที่ผู้ป่วยต้องได้รับอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็น การเจาะเลือดเพื่อการตรวจรักษา การได้รับการให้เลือด การได้รับยาขับธาตุ เหล็กชนิดฉีดทางผิวหนัง การผ่าตัดม้าม (Aydinok et al., 2004) สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างได้ประสบพบเจอ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาที่เกิดจากผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษา เช่น ปัญหาด้านการเรียน เวลาเรียน ความสามารถในการเล่นกีฬา ความแตกต่างระหว่างเพื่อนและพี่น้อง การถูกตำหนิและล้อเลียน และความยากลำบากในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (Gharaibeh, Amarneh, & Zamzam, 2009)

ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น และประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในสัดส่วนที่มากที่สุด มีทั้งสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ได้แก่ การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก การมีอาการชืดอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น ความไม่สะดวกสบายที่ต้องติดอุปกรณ์ให้ยาขับธาตุ เหล็กนานหลายชั่วโมง สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ ได้แก่ การมีไข้ไม่สบาย บ่อย การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย และผิวสีเหลืองคล้ำ ไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ การที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่น ๆ การถูกห้ามไม่ให้กินดับหมู ดับไก่ เลือด หมู เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ และการที่พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชนมีคนมาก หรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล ได้แก่ การถูกเพื่อนล้อเลียน เรื่องรูปร่างหน้าตา การที่พ่อ แม่ พี่น้อง และคนอื่นในครอบครัวหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการมีเพื่อนสนิทเพียงไม่กี่คน และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ได้แก่ การขาดเรียนเมื่อมีอาการชืด อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน และเรื่องผลการเรียนไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่มาจากโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญอยู่ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม

เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดจะมีกลไกการป้องกันหรือต่อสู้ของระบบผู้รับบริการให้อยู่ในภาวะสมดุล โดยแนวการป้องกันยืดหยุ่นจะทำหน้าที่ป้องกันการรุกรานของสิ่งก่อความเครียดผ่านแนวป้องกันปกติเข้าไปข้างในระบบของผู้รับบริการ เมื่อแนวป้องกันยืดหยุ่นไม่

สามารถต้านทานสิ่งก่อความเครียดได้ ทำให้สิ่งก่อความเครียดถูกล้างผ่านแนวการป้องกันเข้าไปข้างในระบบผู้รับบริการ อาจส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดขึ้นภายในระบบ หากแนวการต่อต้านสามารถต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะสามารปรับเปลี่ยนปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดทำให้ระบบปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ (Neuman, 1995, 2002)

แต่อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น อาจทำให้ความสามารถของระบบที่จะทนต่อผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดลดลงได้ และเมื่อประสิทธิภาพการทำงานของแนวการต่อต้านไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดได้ ร่วมกับความเจ็บป่วยทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีโครงสร้างพื้นฐาน (basic structure) ซึ่งเป็นศูนย์กลางและเป็นแหล่งพลังงาน ประกอบด้วย โครงสร้างทางพันธุกรรม ลักษณะพื้นฐานต่างๆ เช่น สถิติปัญญา กลไกการควบคุมอุณหภูมิ ความแข็งแรงและอ่อนแอของอวัยวะ โครงสร้างของตัวตน/อีโก้ (Ego) และสิ่งที่เป็นลักษณะรวมของบุคคล โดยโครงสร้างพื้นฐานนี้ถูกล้อมรอบด้วยกลไกการป้องกันหรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียด หากโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้มีความอ่อนแอ เช่น ความแข็งแรงและอ่อนแอของอวัยวะ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จากการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหลายสถานการณ์ ยกตัวอย่างเช่น การมีอาการชืด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น รูปร่างเล็กกว่าเพื่อนคนอื่น รูปร่างเล็กกว่าพี่น้อง การไม่สามารถเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายได้เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก และยังมีโครงสร้างของตัวตน/อีโก้ (Ego) ที่เปลี่ยนแปลงไป จากการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหลายสถานการณ์ ยกตัวอย่างเช่น การมีไข้ไม่สบายบ่อย การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย และการมีวิธีหลีกเลี่ยงคล้ายไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน เป็นต้น จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างดังที่กล่าวมานี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเปราะบางของโครงสร้างของตัวตน และมีความอ่อนแอของอวัยวะที่เกิดจากความเจ็บป่วยของโรคธาลัสซีเมีย

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาอยู่ในระยะการคิดอย่างใช้เหตุผลที่มีแบบแผนเชิงนามธรรม สามารถเข้าใจความสัมพันธ์เชิงเหตุผลตามลำดับของการเกิดเหตุการณ์ สามารถจินตนาการและเข้าใจความคิดรวบยอดที่ลึกซึ้งได้ สามารถมองย้อนอดีตและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (Piaget, 1973) ส่งผลให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียสามารถรับรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับตนเองทั้งความเจ็บป่วยจากโรคธาลัสซีเมีย อาการแสดงที่เกิดขึ้น การตรวจและการรักษาที่ได้รับ และผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากตัวโรค การรักษา และอาการข้างเคียงจากการรักษาได้ แต่อย่างไรก็ตามวัยรุ่นจะให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงร่างกายของตนเอง เช่น อาการทางคลินิก

ความเจ็บปวด และการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณะภายนอก เพราะวัยรุ่นอยู่ในขั้นพัฒนาการของการค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง (วิฐารณ บุญสิทธิ, 2551) เมื่อวัยรุ่นเจ็บป่วยและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่คุกคามต่อร่างกายหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ก็จะประเมินและรับรู้สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียด และเมื่อเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดเหล่านี้ซ้ำๆ เรื้อรังเป็นระยะเวลานาน จะทำให้นุคคลเกิดความตึงเครียดมาก (Goldbeck et al., 2000) ส่งผลทำให้กลไกการป้องกันหรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งก่อความเครียดให้อยู่ในภาวะสมดุลได้ กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้และแปลความหมายของสิ่งก่อความเครียดนั้นว่าทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน อึดอัดใจ ไม่สบายใจ แล้วรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามทำให้ความเครียดและเกิดผลกระทบทางลบ โดยที่ไม่สามารถเผชิญและจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม และสูญเสียภาวะสมดุลของตนเองในที่สุด จึงทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นออกมา (ศรีพรรณ กันธวัง, 2551; Neuman, 1995, 2002) ผู้ป่วยอาจแปลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบิดเบือนไปตามความรู้สึกของตนเองซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิดในทางลบขึ้นต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นออกมาในลักษณะของความท้อแท้ สิ้นหวัง และซึมเศร้าได้ในที่สุด (Fung, Low, Ha, & Lee, 2008)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ควรมีการประเมินการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วยแต่ละคน ทำให้ได้ข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการพยาบาลและการดูแล เพื่อควบคุม ลด หรือกำจัดสิ่งก่อความเครียดที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหา โดยให้การช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง ตรงกับปัญหาและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

จากข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นที่สำคัญและน่าสนใจ คือ การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งถ้าหากมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ และความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เมื่อผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ดี ลดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยก็จะไม่เกิดอาการชด มีไข้ อ่อนเพลีย ไม่ต้องขาดเรียนเพื่อมารับการตรวจรักษา หรือมารับการให้เลือดบ่อยครั้ง ลดภาระการดูแลของพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง ซึ่งล้วนเป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติของตนเองและผู้ดูแลในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ก็จะเป็นการช่วยลดความเครียดหรือความคับข้องใจเมื่อต้องถูกจำกัดการเล่นหรือการเข้าไปในสถานที่แออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการป้องกันการติดเชื้อนั้น เป็นการช่วยลดหรือควบคุมไม่ให้เกิดสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด

กับผู้ป่วยได้หลายสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์การใช้ไม้สับขาบ้อย, การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือ เมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย, การที่พ่อแม่ หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่น กับเด็กคนอื่นๆ, การที่ผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชนมีคนมาก หรือแออัด เช่น ตลาดโรง ภาพยนตร์, การขาดเรียนเมื่อมีอาการช็อค อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไป รับการตรวจตามนัด, การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน และเรื่องผลการเรียนไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ

นอกจากนี้ทีมสุขภาพควรมีการคัดกรองอาการซึมเศร้า ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีอาการ ซึมเศร้าจะได้ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการการดูแลและการช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม และควรมี จัดรูปแบบการพยาบาลเพื่อลดหรือผ่อนคลายความเครียด เช่น การจัดหากิจกรรมที่สร้างความ เพลิดเพลินให้แก่ผู้ป่วยในระหว่างที่ได้รับการให้ยาขับธาตุเหล็กชนิดฉีดได้ผิวหนัง การจัดกลุ่ม สนับสนุนซึ่งกันและกันของกลุ่มวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (self help group) เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรับในผลกระทบที่เกิดจาก ความเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โดยเฉพาะในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ จัดกลุ่ม เพื่อนช่วยเหลือ (peer group support) ในกลุ่มวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและวัยรุ่นปกติ เพื่อเป็นแหล่ง สนับสนุนและช่วยเหลือในปัญหาเรื่องการเรียนของผู้ป่วย จัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่น โรคธาลัสซีเมียลดความเครียด สามารถเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด จัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อ ความเครียดและปรับตัวต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้ ความมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการคิดหรือมองตนเองในเชิงบวก หรือจัดโครงการหรือกิจกรรมการ ดูแลและป้องกันอาการซึมเศร้าต่อไป

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สิ่ง ก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย เปรียบเทียบการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าระหว่างวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียกับบิดามารดาหรือผู้ดูแล ศึกษาความเครียดและ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาเป็น แนวปฏิบัติ (Intervention) การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และทำการวิจัยเชิงทดลองได้แก่การศึกษาถึงแนวปฏิบัติดังกล่าวในการช่วยลดความเครียดและ อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต่อไป

RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED STRESSORS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENTS WITH THALASSEMIA**MORAKOT SITTHIKHUNGAEW 5136734 NSPN/M****M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)****THESIS ADVISORY COMMITTEE: NONGLUK CHINTANADILOK, D.N.S.,
PARNNARAT SANGPERM, Ph.D. (NURSING), ARTHITTAYA PRONCHAIGAT
OW YOUNG Ph.D. (NURSING)****EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Thalassemia is a significant public health problem in Thailand with a high rate of prevalence. Each year, approximately 12,125 newborn infants are born with thalassemia. At present, thalassemic patients account for 1%, or approximately 600,000, of all patients (S. Sangkitporn & S. Sangkitporn, 2009). Current progress in technology for the treatment and prevention of various complications has lengthened the lives of thalassemic patients (Musallam, Cappellini & Taher, 2008). However, because the disease is a chronic disease with no cure for the most part, the lives of patients of all ages are affected, especially early and mid adolescence at the ages of 10-16 years (Department of Mental Health, 2001), which involves simultaneous physical, intellectual, mental, emotional and social development leading to confrontations with problems in adjusting to the normal changes of adolescence in combination with (Boonprakob, 2004) changes in the pathology, physiology and clinical symptoms of the disease, such as chronic paleness, fatigue, becoming easily tired, frequent liver pathologies and enlarged spleen, predisposition to infections due to low immunity to disease, changes in bone marrow which becomes thalassemic in appearance, fragile and brittle bones, slow growth and delayed sexual development

(Tocharat, 2007; Wansang, 2001), causing patients to experience altered appearance and suffer from treatments such as blood tests, blood transfers, iron chelator drugs and splenectomy, etc. In addition, thalasemic adolescents face limitations in activity or exercise (Tsiantis et al., 1996) due to altered in appearances and capacity for performing various activities which may deny patients peer acceptance and subject them to teasing by peers. Furthermore, the illness and continual treatment will cause patients to miss school for the sake of treatment, so they lose social and educational opportunities, which prevent patients from keeping up with their friends, subsequently leading to feelings of weakness, inferiority, disparity, inequality to peers and being a burden on parents (Kori, 2001). Hence, thalasemic adolescents often lack confidence and suffer social isolation from peers, while experiencing minimal peer relationships (Siriputtaiwan, 2001), poor self-concepts (Aekpo, 1991; Arayapittaya, 1990) and feelings of diminishing self-worth (Sompong, 2005). The above mentioned are significant factors concerned with mental and emotional problems such as anger, irritation, fear, anxiety, hopelessness and depression (Saravi, Zarghami, Tirgari, & Ebrahimi, 2007). Notably, previous studies have reported depressive symptoms as a significant problem among thalassemic adolescents (Siriputtaiwan, 2001; Ghanizadeh, Khajavian, & Ashkani, 2006; Mikelli & Tsiantis, 2004; Saravi et al., 2007; Shaligram, Girimaji, & Chaturvedi, 2007).

Depressive symptoms in adolescents with thalassemia affect patients who do not care for themselves or significant depressive symptoms, such as appetite loss or insomnia, etc., which results in physical deterioration, depresses the body's immune system, causes patients to not cooperate with treatments and leads to complications, which will increase disease severity, require patients to be hospitalized for treatment of problems with various complications and spend more in treatment expenses than patients with no depressive symptoms. Furthermore, the impact of depressive symptoms will also be felt by families, so family members suffer greater anxiety and stress (Aydinok, Erermis, Bukusoglu, Yilmaz, & Solak, 2004). Most of the depressive symptoms occurring in patients are intrinsic feelings or conditions and can be perceived only by the patient who would like to amend the observations of the people around him/her. Symptoms become obvious to the people around these patients only when the symptoms are severe (Trangkasombat & Likanapichitkul, 1996). Depressive

symptoms in adolescents are similar to those in adults which can appear as sadness, indifference or lack of environmental interest but no direct presentation of depressive symptoms. Depressive symptoms are expressed in behaviors and physical symptoms. Some patients may have mixed depression by exhibiting symptoms characterized by bad tempers and opposition, so adults will pay attention (Watcharasintu, 2003). There have been reports about studies finding that most depressive thalassemic patients have more depressive symptoms exhibited physically and behaviorally than mental and emotional presenting symptoms (Ghanizadeh et al., 2006). Depressive symptoms are caused by the fact that patients are confronted with and have to adapt to stressful situations caused by their illness or daily lives, which causes mental stress (Musallam et al., 2008; Shaligram et al., 2007).

Stress is the body's response to stressors, which are things that trigger stress. There may be more than one stressor harming a service recipient system at any time and any stressor may affect the reactions of service recipients to other stressors while also depending upon the perceived stressors of service recipients, nature of confrontations with stressors and capacity for coping with the impacts of stressors (Neuman, 1995). Stressors in adolescents with thalassemia are caused by a number of situations, which may stem from symptoms and presenting symptoms of the disease, treatments and complications, including various situations confronted by patients in daily family and social lives, etc. (Roy & Chatterjee, 2007). If patients are unable to properly adjust and address the stress caused by these situations, the patients will feel discouraged, hopeless, isolated and depressed (Tongurai, 2006) as has been found in previous studies where patients had different characteristics of reactions to the disease. Patients who are unable to adjust will feel hopeless with low capacity for self-control and a high level of desire for death (Goldbeck, Baving, & Kohne, 2000).

Previous studies have reflected the significance of perceived stressors and trends for severity of depressive symptoms occurring with thalassemic adolescents. If health teams do not pay attention to discovering stressors that are causal factors, there will be long-term mental and emotional impacts, leading to depressive symptoms and escalating severity leading to changes in psychiatric diseases, which will increase treatment costs. Moreover, the severity of the disease may lead to death caused by suicidal behaviors. Therefore, the researcher, as a nurse with a major role in providing

overall care for patients, has gained an interest in studying the relationship between perceived stressors and depressive symptoms in adolescents with thalassemia in order to implement the research findings in making plans for nursing practice, including guidelines for continuing to support and prevent prevent psycho-social problems in this group of patients.

Research Objectives

1. To study perceived stressors in adolescents with thalassemia.
2. To study depressive symptoms in adolescents with thalassemia.
3. To study the relationships between perceived stressors and depressive symptoms in adolescents with thalassemia.

Research Hypothesis

The perceived stressors of adolescents with thalassemia are related to depressive symptoms in this group of patients.

Conceptual Framework

This research employed the Neuman System Model (Neuman, 1995), a theory viewing service recipients as an open system and holistic approach to five aspects of components i.e. physical, mental, social, cultural, developmental and spiritual aspects. Each of the components is interrelated, working together and constantly interacting with the environment. This theory has two main focal points i.e. stressors and reactions to stressors. Generally, service recipients tend to maintain system balance amidst intrinsic and extrinsic disturbances in the system. The disturbances are called “stressors”, which things that trigger stress, which lead to negative impacts and tendencies toward imbalance of the system. There are intrapersonal stressors, interpersonal stressors and extrapersonal stressors. Moreover, more than one stressor may harm the system of service recipients at any time and any stressor may also affect the reactions of service recipients to other stressors. Stressors may cause negative or positive effects, depending mostly upon the perception of service recipients and capacity for coping with the effects of stressors. According to Neuman System Model, the main topics concerning nursing care comprise

specifications of the types of stressors, severity of the stressors perceived by patients and severity of patients' reactions to occurring or potentially occurring stressors (Kantawang, 2008). When service recipients are confronted with stress, they have defense or fighting mechanisms for maintaining system balance. However, reactions to occurring stressors may reduce the capacity of the system for resisting the impacts of stressors. Moreover, if the lines of defense are insufficient for combating the thalassemia-related stressors and illnesses, the basic structure, which is the energy center and source consisting of genetic structures and various basic characteristics, such as intelligence, temperature control mechanism, strengths and weaknesses of organs, personality structure/ego and general characteristics of individuals, will be taxed. This basic structure is surrounded by defense mechanisms for fighting stressors. If the basic structure is weak or already taxed, the system will be at even greater risk for losing balance when adolescents with thalassemia are confronted with and perceive the situations they encounter as stressors which flexible lines of defense cannot resist. If stressors cross over lines of defense and invade the service recipient system, there may be reactions to stressors within the system. Furthermore, if mechanisms for preventing or combating stressors are inefficient or unable to adjust to maintain stressors in a balanced state, the patient will react to stressors (Neuman, 1995, 2002). In this study, the researcher was interested in the effects occurring when defense mechanisms for combating stressors lack efficiency in depressive symptoms because previous studies have corroborated depressive symptoms as a significant problem in thalassemia patients (Siriputtaiwan, 2001; Ghanizadeh et al., 2006; Saravi et al., 2007; Shaligram et al., 2007). This study categorized the characteristics of depressive symptoms into five aspects i.e. emotional conditions, feelings of inefficiency, negative self-image and interpersonal relationships with feelings of boredom and physical symptoms (Kovacs, 1992).

Research Methodology

This research was based on a descriptive correlational design between perceived stressors and depressive symptoms in adolescents with thalassemia.

Population and Sampling

The population of this study comprised thalassemic adolescents aged 10-16 years who came to receive treatment at the Hematology Clinic of a hospital in Chiangrai province. The sample was selected by using convenience sampling with the following inclusion criteria: diagnosis with beta-thalassemia major (or homozygous beta-thalassemia), beta-thalassemia/ hemoglobin E and hemoglobin H; ability to read, write and communicate in Thai with no speech or hearing problems, studying in school with parents who accompanied the sample to the hospital. Exclusion criteria included diagnosis with mental retardation, psychiatric disorders and permanent disability two months prior to the study; events with mental impact, such as the loss of loved ones, possession or pets due to normal bereavement reaction (Watcharasintu, 2003).

The sample size was calculated by power analysis with a moderate effect size of $r = .30$ and power of .80 with statistical significance at .05 by setting a 2-tailed test to obtain a sample size of 85 (Cohen, 1988). However, to test the relationships between variables and with the use of correlation analysis, the sample size should be a minimum of 100 (Lindeman, Meranda, & Gold, 1980 cited in Wiratchai, 2000). Therefore, 100 subjects were recruited in this study.

Data Collection Instrumentation

1. Demographic data record forms comprising the patients personal information, e.g. gender, age, weight, height, level of education, school-records, order of birth and number of siblings, personal information of the patients' primary caregivers, e.g. family characteristics, age, marital status, level of education, occupation, family income, income sufficiency and number of children with thalassemia in the family, along with the patients' health information, e.g. diagnosis of the disease, age at diagnosis with thalassemia, number of times treatment involved hospitalization, number of times doctors' appointments were kept as an out-patient, treatments currently received and rights to treatment.

2. Interview forms on perceived stressors of adolescents with thalassemia. The researcher modified the interview form on stressors in adolescents with thalassemia by Kori (2001), which was developed from Neuman's conceptual framework (Neuman, 1995) with 50 questions (50 situations). Part 1 - Questions on

Perceived Stressors: High score interpretations indicate high levels of perceived stressors while low scores indicate low levels of perceived stressors. Part 2 - Questions on Perceived Stressor Severity whereby the answers were based on 4-level scales. The interpretation of scores for perceived stressor severity ranged from 0 to 150 points whereby high scores indicated high levels of perceived stressor severity and low scores indicated low levels of stressor severity. Part 3 - questions on causes specifying perceived stressor severity. Scores were interpreted by using frequency and percentage distribution.

3. The Children's Depression Inventory (CDI), Thai edition, of Trangkasombat and Likanapichitkul (1992) was translated from the Children's Depression Inventory (CDI) of Kovacs (1985) with 27 questions. The answers were assessed based on 3-level scales whereby the total score for depressive symptoms ranged from 0 to 54 points and the cut was made at scores from 15 or higher, which indicates depressive symptoms and severe depressive symptoms when the score is from 21 points or higher.

Psychometric Properties of the Instruments

The testing of content validity, concurrency with objectives, and consideration of language for the interview form on perceived stressors of thalassemic adolescents was carried out by a panel of three qualified experts with knowledge and expertise regarding Neuman System Model who were experts in pediatric nursing care. The interview form was submitted to trial implementation with 5 thalassemic adolescents with specific qualifications in order to discover objectivity of the interview form.

Reliability testing was carried out by analyzing internal concurrency by finding Cronbach's alpha coefficient. Following implementation with 30 thalassemic adolescents, the reliability of the interview form on stressors of adolescents with thalassemia was found to equal .91 and the reliability of the Children's Depression Inventory was equal to .72.

Data Collection Procedure

The researcher received approval to conduct the research from the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahidol University Institutional Review Board, Panel C (Nursing), and the Ethics Committee for Reviewing Biomedical Research, Chiangrai Prachanukroh Hospital, including consent from the sample group and guardians to participate in the study by signing informed consent forms to show the samples' willingness to participate in the study whereby verbal consent and willingness were obtained prior to data collection.

The researcher collected all data by herself at the Patient's Examination Room, Hematology Clinic. All sample group members received the same practice, i.e. while the sample was waiting to see the doctor, the researcher arranged for sample members and guardians to sit in places set apart for privacy. The researcher had the sample and parents read documents explaining the research project and sign informed consent forms for participating in the research. Afterwards, the researcher interviewed the sample for the patients' personal information and the personal information of caregivers, further requesting the health records of the sample from medical records. The researcher explained the process of responding to questionnaires and interview forms and had the sample answer 27 questions in the Children's Depression Inventory and 50 questions in the interview form for perceived stressors of adolescents with thalassemia, respectively. The sample was also permitted to ask questions. The total time for completing the questionnaires and interview forms was approximately 45 minutes. After completing the questionnaires and interview forms, the researcher checked the completeness of the responses, thanked the sample and gave each sample member a memento for their participation in the study.

Data Analysis

The researcher used a computer program package by using descriptive statistics to determine frequency, percentage, mean scores and standard deviation in order to show the characteristics of the sample, perceived stressors and depressive symptoms. The relationship between perceived stressors and depressive symptoms was then analyzed by using Pearson's product moment correlation coefficients.

Results

1. The sample group consisted of 100 adolescents with thalassemia. More than half of the sample group (59%) were males with a mean age of 12.79 years ($SD = 1.76$). Nearly half of the sample group had weights and heights lower than normal standards when compared with a growth chart (41% and 43%, respectively). Most of the sample group members (49%) were studying at the junior high school level. Most (40%) had satisfactory school records. Most (47%) were second-born children and more than half (57%) had two siblings. Most of the sample group members (47%) lived in single families. The caregivers of most patients (75%) were mothers aged 27.00-76.00 years ($M = 44.16$, $SD = 9.51$). Most caregivers were married (87%). More than half of the sample group caregivers (65%) had elementary levels of education. Most of the sample group caregivers (43%) had agricultural occupations with monthly family incomes of 2,000.00-50,000.00 baht ($M = 7,970$, $SD = 7,393.63$). For the most part, the sample group caregivers (60%) had sufficient incomes to cover expenses each month and 89% had 1 child with thalassemia in the family. Most of the sample group patients (44%) had been diagnosed with beta-thalassemia major with the age of initial diagnosis with thalassemia being 1 month to 14 years ($M = 2.26$ years, $SD = 2.80$) with a duration of illness from 9 months to 15.8 years ($M = 10.73$ years, $SD = 3.22$). Most of the sample group (37%) received treatment as in-patients 6-11 times per year. Most (38%) came to receive examinations and treatments by appointments as out-patients more than or equal to 12 times per year. The treatment currently received the most is folic acid (100%), followed by blood transfusions (82%). Nearly all members of the sample group (96%) were entitled to receive treatment by using universal health cards (Gold Card).

2. Perceived stressors - The sample group perceived overall situations with stressors in 11-47 situations ($M = 30.39$, $SD = 7.22$). The scores for perceived situations with stressors evaluated as stressful situations were average approximately 15.55 points ($SD = 10.19$) (Scores ranged from 0 to 150 points).

Situations perceived and specified by the sample group as intrapersonal physiological stressors in the largest proportion consisted of inability to see at night after receiving iron chelators in 4 out of 7 members (57.14%), followed by 48 out of 90 members who suffered paleness, weakness, predisposition to tiredness and others

(53.33%) and 30 out of 57 members who suffered the inconvenience of having to be connected to iron chelation equipment for several hours (52.63%).

Situations perceived and specified by the sample group as intrapersonal psychological stressors in the largest proportion consisted frequent fevers and discomfort in 41 out of 70 members (58.57%), followed by the necessity for parents or guardians to provide care during illnesses in 51 out of 99 members (51.52%) and the fact that the patients' skin was jaundiced unlike peers of the same age in 34 out of 67 patients (50.75%).

Situations perceived and specified by the sample group as intrapersonal sociocultural stressors in the largest proportion consisted of when parents or guardians did not permit them to play with other children in 15 out of 38 members (39.47%), followed by 24 out of 90 members who were forbidden from consuming pork liver, chicken liver, pork blood, chicken blood, animal organs (26.67%) and 5 out of 30 members who were not permitted by parents or guardians to enter crowded areas, such as markets and theatres (16.67%).

Situations perceived and specified by the sample group as interpersonal stressors in the largest proportion consisted of being teased by peers due to physical appearance in 30 out of 44 members (68.18%), followed by the fact that parents, siblings and other family members avoided talking about the illness in 5 out of 12 members (41.67%), and the fact that the sample group had few close friends in 9 out of 39 members (23.08%).

Situations perceived and specified by the sample group as extrapersonal stressors in the largest proportion consisted of missing school when the adolescents symptoms of paleness or weakness, during hospitalization, or when they had examinations by appointment in 61 out of 99 members (61.62%), followed by being unable to keep up with their friends in studying for 31 out of 54 members (57.41%) and unsatisfactory school records in 26 out of 50 members (52.00%).

3. Depressive symptoms - 28% of the sample group had depressive symptoms with an average score of 17.54 ($SD = 1.29$).

4. According to the findings of the relationship analyses, perceived stressors were found to be positively related to depressive symptoms ($r = .70, p < 0.01$) with details as shown in Table 1:

Table 1 - Correlation Coefficients between Perceived Stressors and Depressive Symptoms (N=100)

Perceived Stressors	Depressive Symptoms
	Correlation Coefficients (r)
Overall Perceived Stressors	.70**
Perceived Intrapersonal Stressors	.68**
Physiological	.59**
Psychological	.55**
Sociocultural	.38**
Perceived Interpersonal Stressors	.35**
Perceived Extrinsic Stressors	.47**

** $p < 0.01$

Discussion

The findings of this study on perceived stressors by adolescents with thalassemia indicate that the sample group had overall perceived situations with stressors in 11-47 situations out of a total of 50 situations ($M = 30.39$, $SD = 7.22$). As for perception of situations with stressors occurring and assessment of stressful situations, the sample group had scores of 1-34 points out of 150 points ($M = 15.55$, $SD = 10.19$), thus indicating that the sample group generally had a rather high levels of perceived situations. However, the sample group had low assessment and perception of stressors. This finding can be explained in that the situations occurring with the sample group may or may not have been stressors for sample group members confronted with those particular situations. Perceived stressors are different in each person. Although incidents or situations may from the same environment, the same may be interpreted to cause stress in one person and not cause stress in another person. Stressors may be a crisis occurring from time to time depending up the situation. Stressors may either threaten or be faced by a person. Stressors may have positive or negative effects, depending upon the time of confrontation by stressors, type and severity of stressors and perception and each person's type of confrontation with stressors (Kantawang, 2008; Neuman, 1995, 2002).

According to the research findings, it was found that 28% of the sample group had depressive symptoms with a mean depressive symptom score of 17.54 ($SD = 1.92$). The findings of this research are similar a previous study in Thailand conducted by Siriputtaiwan (2001), who examined depressive symptoms in 370 10-15-year-old pediatric thalassemia patients at hospitals in the Bangkok area, finding that 35.1% of the sample group had depressive symptoms. And according to a previous study in a foreign country conducted by Ghanizadeh and colleagues (Ghanizadeh et al., 2006) who studied depressive symptoms in 110 children and adolescents with thalassemia at the age of 8-18 years, 49.1% of the sample group was found to have depressive symptoms. This finding can be explained in that children normally experience mood swings as they enter adolescence with a desire for independence and seek their own individuality (Suampan, 2005). Furthermore, because adolescence is a period marked by constant growth and development, long-term illnesses generally impact on all aspects of development (Boonsitti, 2008). Therefore, when afflicted by illness, adolescents with thalassemia are confronted with suffering from the disease and treatments which cause discomfort, pain, and limitations in their daily lives, whether in terms of performing activities, dietary consumption, feelings of being different from peers, feelings of dependence on others, feelings of being a burden for parents, or being disabled and unequal to others (Fuangfu & Plabrukan, 2008). These feelings will create mental reactions causing patients to feel weak, inferior, different, unequal to peers, (Kori, 2001), unconfident and isolated from society and peers. Thus, patients have low levels of relationships with friends (Siriputtaiwan, 2001) with negative self-concepts (Aekpo, 1991; Arayapittaya, 1990) and feelings of decreased self-worth (Sompong, 2005), so patients develop depressive symptoms (Mikelli & Tsiantis, 2004). The fact that patients receive are exposed to the same triggers but had different depressive symptoms may be due to differences in the experiences of each patient, including the reactions of patients to various physical, psycho-emotional and spiritual impacts, differ from person-to-person (Neuman, 1995).

According to the findings of this study, most of the adolescents with thalassemia (72%) were found to have no depressive symptoms, which may be due to the fact that the sample group for this study had a mean age of 12.79 years (early adolescence) and depression can increase with age (Sukanit, 1997). More than 50% of

the sample group members were male and previous studies have found that different genders have different depressive symptoms whereby males have been found to have less depressive symptoms than females (Nateetan, 2003). Thus we may conclude that gender was the factor that caused most of the sample group to have no depressive symptoms. Furthermore, it was found that most of the sample group for this study (47%) had families with both parents, followed by extended families (37%); 75% of the sample group had mothers as primary caregivers and most primary caregivers were married (87%); 50% had monthly family incomes of 5,000-10,000 baht and most of the samples (60%) had sufficient incomes to cover monthly expenses. The fact that the sample group members lived in affectionate families, were cared for by close relatives, had no family economic problems, sufficient time for caregivers to provide care for the patients and the fact that the needs of the patients were adequately met caused the sample group to receive close affectionate care, so most of the members of the sample group had no depressive symptoms.

According to relationship analysis findings, perception of stressors was related to depressive symptoms ($r = .70, p < 0.01$), which supported the hypothesis and was concurrent with the findings of Waaktaar, Borge, Fundingsrud, Christie, and Torgersen (2004), who found that incidents or stressful situations in life were related to the occurrence of depressive symptoms in adolescents with statistical significance ($r = .31, p < .01$). Furthermore, according to the study of Serisatian, Ucharattana and Sonpakdee (2008), stress was found to be positively related to the depressive symptoms of monk novices at Phra Poriatham School ($r = .36, p < .01$). The findings of this research can be explained by the fact that stress is triggered in people due to intrinsic and extrinsic environments, which are causes of stressors, because people are a holistic combination of five aspects consisting of physical, mental, social, cultural, developmental and spiritual elements and because people are open systems constantly interacting with the environment. Thalassemia-related illnesses constitute a chronic disease with direct impact on the physical, psycho-emotional and socio-cultural aspects of a person. Changes in pathological, physiological and clinical symptoms cause the body to become pale, weak and easily tired with enlarged liver and spleen, changes in bone marrow causing the bones to become brittle and easily broken with delayed growth and sexual development (Tocharat, 2007). In addition, thalassemic

adolescents also suffer pain and discomfort from treatments they receive continually, whether in the form of taking blood samples for examinations and treatments, blood transfusions, sub-dermal iron chelator drugs or splenectomy (Aydinok et al., 2004), all of which were situations experienced by the sample group. Moreover, problems were found to be caused by impacts from the illness and treatments e.g. educational problems, time spent studying and capacity for playing sports, differences between peers and siblings, being at the brunt of criticism and teasing and difficulty with social interactions. These situations caused the mental stress faced by patients and were factors associated with the occurrence of mental and emotional problems in adolescents with thalassaemia (Gharaibeh, Amarneh, & Zamzam, 2009).

According to the research findings, the sample group perceived that situations with stressors occurred and the sample group assessed those situations as stressors in the greatest proportion. Situations with stressors consisted of intrapersonal physiological stressors such as inability to see at night following iron chelation, paleness, weakness and becoming more easily tired than others with inconveniences in having to remain attached to iron chelation equipment; intrapersonal psychological stressors e.g. frequent fevers and illnesses, necessity to receive care from parents or guardians when weak or ill, and jaundiced skin color unlike other peers of the same age; intrapersonal sociocultural stressors e.g. the fact that parents or guardians did not permit the patients to play with other children, being forbidden from eating pork liver, chicken liver, pork blood, chicken blood or animal organs and the fact that parents or guardians did not permit the sample group members to be in large or crowded places, such as markets or theaters; interpersonal stressors such as being teased by peers due to appearance, the fact that parents, siblings, or other family members avoided talking about the illness and the fact that sample group members had few close friends; and extrapersonal stressors such as absence from school when very pale, weak, hospitalized or when the sample group members had to receive examinations by appointment, inability to keep up with peers in studies, and unsatisfactory school records. Thus it was indicated that the sample group was faced with situations that were stressors from their conditions, the presenting symptoms of the disease, treatments, complications and situations where the sample group was faced with living with others in society.

When a person is faced with stressors, the service recipient system's line of defense to maintain balance will be present. Flexible lines of defense will prevent the invasion of stressors through the normal lines of defense into the systems of the service recipients. When the flexible lines of defense are unable to resist stressors and the stressors enter the service recipient's system, there may be reactions to stressors in the system triggered by stressors that have invasively crossed the normal lines of defense. If the lines of defense are capable of effectively fighting with stressors, the person will be able to adjust reactions to stressors, so the system will be able to adapt to a balanced condition (Neuman, 1995, 2002).

However, reactions to stressors may reduce the capacity of the system to resist the effects of stressors and when lines of defense of the sample group for this study were inadequate to combat stressors coupled with their illness, the adolescents with thalassemia in the sample group of this study had basic structures that were energy centers and sources consisting of genetic structures and various basic characteristics e.g. intelligence, temperature control mechanisms, strengths and weaknesses of organs, personality structure/ego and overall characteristics of individuals. This basic structure was surrounded by defense mechanisms to combat stressors if these basic structures were weak e.g. strength and weaknesses of organs, etc. The sample group for this study comprised adolescents with thalassemia. According to their perceived situations with intrapersonal physiological stressors confronting the sample group, a number of situations e.g. paleness, weakness, being more easily tired than others, being smaller in size than others, being smaller than siblings, inability to play sports or exercise like other peers of the same age, inability to see at night after following iron chelation and altered personality structures/egos, affected the samples. According to the samples' perceived situations with intrapersonal psychological stressors occurring with the sample group, a number of situations, e.g. frequent illness with fevers, the sample group's necessity for parental or guardian care when the sample group was weak or sick, and the jaundiced complexions of the sample group which was unlike peers of the same age, etc. also affected the samples. The aforementioned situations clearly indicated that the sample group had fragile personality structures and weakness of organs caused by their illness with thalassemia.

As they entered adolescence, the samples experienced intellectual development and had reached the stage of an abstract form of logical thinking with ability to understand rational relationships in order of occurrence. They were also capable of imagination and in-depth understanding of concepts, retrospective and prospective thinking (Piaget, 1973), so the adolescents with thalassemia were able to perceive and understand occurrence to themselves, such as thalassemia-related illnesses, presenting symptoms, examinations and treatments, various impacts caused by the disease, treatments and the side-effects of treatments. Nevertheless, adolescents place importance on physical changes such as clinical symptoms, pain and changes in external appearances, because adolescents are at the developmental stage where they seek individuality (Boonsitti, 2008). When adolescents are ill and confronted with various physical or life-threatening situations, they will evaluate and perceive the situations as stressors. In addition, when repetitively confronted with these stressors over a long period of time, the experience stress (Goldbeck et al., 2000), which causes their defense mechanisms for combating stressor to become inefficient and incapable of adjusting to stressors for maintaining a balanced condition. The sample group will perceive and interpret stressors as causing feelings of pressure, distress and discomfort while they perceive stressors as causing stress and negative impacts. Thus, they are unable to properly confront or cope with the effects of those stressors and eventually lose balance in their reactions to these stressors (Kantawang, 2008; Neuman, 1995, 2002). Patients may have distorted interpretations of their illness according to their feelings, thus triggering negative images of self, environment and the future with feelings of diminished self-worth which causes patients to respond to these stressors in the form of discouragement, hopelessness and depression in the end (Fung, Low, Ha & Lee, 2008).

Implications

In nursing practice, nurses and healthcare teams should evaluate perceived stressors in each patient in order to acquire significant information for the benefit of designing nursing practice guidelines to control, reduce or eliminate problematic stressors by providing support in order to solve problems correctly, in direct line with the problems and as suitable for each patient.

According to the findings of this study, a significant and interesting issue was found in the prevention of infections in adolescent patients with thalassemia. If patients are promoted by knowledge and understanding of self-care to prevent infections until patients are capable of self-care, problems and complications from infections can be minimized, so patients will not have symptoms of paleness, fever or fatigue; nor will patients be required to miss school so they can receive frequent treatments and examinations or blood transfusions, which reduces the burdens of parents or guardians in providing care, all of which are intrapersonal, interpersonal, and extrapersonal stressors. Furthermore, when patients and caregivers understand how to care for themselves in preventing infections, stress or dissatisfaction will be reduced when the patients are limited in terms of playing or entering crowded areas where patients can become easily infected. It is evident, therefore, that prevention of infections helps reduce or prevent many stressful situations for patients e.g. fevers; frequent illnesses; necessity for care and assistance from parents or guardians when weak or sick; times when parents or guardians do not permit patients to play with other children; times when guardians do not permit patients to be in community areas with many people or crowded areas such as markets or theatres; absence from school when suffering symptoms of paleness, fatigue; hospitalizations or examinations according to appointments; inability to keep up with classmates in their studies and unsatisfactory grades.

Furthermore, nurses and healthcare teams should screen for depressive symptoms in order to refer patients to for correct and proper care in cases where patients are found to have depressive symptoms. Moreover, nursing care should be arranged to reduce or relax stress e.g. by arranging entertaining activities for patients during iron chelation e.g. playing games, listening to music, or watching television, etc.; organizing self-help groups of thalassemic adolescents so patients can exchange and learn about problems with one another to help patients accept impacts caused by illness with thalassemia, especially changes in image; organizing peer group support in thalassemic adolescents and normal adolescents as a source of support and assistance for patients with educational problems, organizing activities to help support adolescents with thalassemia in reducing stress, being able to combat stressors, managing the effects of stressors and properly adjusting to stress; supporting

adolescents with thalassemia to perceive self-worth; promoting positive thinking or self-image; and organizing projects or activities for the care and prevention of depressive symptoms.

In terms of nursing research, studies should be conducted on the factors related to perceived stressors and depressive symptoms in adolescents with thalassemia, studies to compare perceived stressors and depressive symptoms between adolescents with thalassemia and parents or caregivers with further studies on stress and the stress management behaviors of adolescents with thalassemia. Moreover, the findings of this research should be developed as an intervention to promote self-care, prevent infections in thalassemic adolescents and conduct experimental research, e.g. studies on the aforementioned interventions in reducing stress and depressive symptoms in adolescents with thalassemia.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู*. กรุงเทพฯ: ยูเร็นสอิมเมจกรุ๊ป.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *ระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น ปี 2548*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง.
- กันทิมา เอกโพธิ์. (2534). *อึดทน โทษณ์ และความสามารถในการดูแลตนเองในเด็กธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติ ต่อจรัส. (2550). Thalassemia syndromes. ใน วิชัย ประยูรวิวัฒน์, แสงสุรีย์ จูฑา และ ถนอมศรี ศรีชัยกุล (บรรณาธิการ), *ตำราโลหิตวิทยา-การวินิจฉัยและการรักษาโรคเลือดที่พบบ่อยในประเทศไทย* (หน้า 255-270). กรุงเทพฯ: นานาอักษรการพิมพ์.
- กนิงนิตย์ พงษ์สิทธิถาวร และ พิสมัย อุบลศรี. (2549). *หลักการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว*. ใน พรทิพย์ สิริบุรณัฒพัฒนา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (หน้า 117-161). นนทบุรี: ยุทธินทร์ การพิมพ์.
- จิตติมา ศิริจิระชัย. (2550). การดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย. *วารสารอายุรศาสตร์อีสาน*, 6(3), 152-155.
- จินตนา ศิรินาวัน และ วรวรรณ ดันไพจิตร. (2544). บทนำ. ใน จินตนา ศิรินาวัน, วันชัย วนะชีวานา-วิน, วรวรรณ ดันไพจิตร และ ชนินทร์ ลีมวงส์ (บรรณาธิการ), *ธาลัสซีเมียสำหรับเวชปฏิบัติ* (หน้า 3-9). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- จุลจราพร ศรีเพชร. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ. (2544). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณรงค์ สุภัทรพันธุ์. (2548). *โรคอารมณ์ซึมเศร้า คำถามที่คุณมีคำตอบที่คุณต้องการ*. กรุงเทพฯ: หน้าต่างสู่โลกกว้าง.

- นิชาภัทร รุจิดาพร และ อุมพร ตรังคสมบัติ. (2552). ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(4), 337-336.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2544). *โรคซึมเศร้ารักษาให้หายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2543). *พรมแดนความรู้ด้านการวิจัยและสถิติ*. ชลบุรี: เอ็มเอ็นคอมพิวออฟเซท.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไออินเตอร์มีเดีย.
- ประกริต รัชวัตร. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบเลือด. ใน พรทิพย์ สิริบุรณ์พิพัฒนา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็กเล่ม 2* (หน้า 213-270). กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- ประดินันท์ อุปรมย์. (2543). ครอบครัวกับนักเรียนวัยรุ่น. ใน ปรีชา คัมภีรปกรณ์ (บรรณาธิการ), *พฤติกรรมวัยรุ่น หน่วยที่ 9-15 สุขุทัยธรรมราชราชมหาวิทยาลัย* (หน้า 451-489). กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- ประยุक्त เสรีเสถียร, วัชรีย์ อุจะรัตน์, และจริยา สอนภักดี. (2551). ภาวะสุขภาพจิตและระดับสติปัญญาของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17(7), 1983-1991.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2540). โรคซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 42(1), 35-46.
- ปิยานุช สว่างแจ้ง. (2545). *การปรับตัวทางจิตสังคมของเด็กวัยรุ่นที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิชิตา ตัญญบุตร. (2544). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนต้นในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิริยะลักษณ์ ธรรมศิลา. (2541). *พฤติกรรมและการดูแลบุตรของมารดาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของบุตรวัยรุ่นที่เป็นธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไพโรจน์ ทองอุไร. (2549). *การพยาบาลจิตสังคมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. สงขลา: แม็กมีเดียวาย 2 เค เพรส.
- พรทิพย์ สิริวรรณบุญย์. (2547). *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มณีรัตน์ สมปอง. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มันทนา นทีธาร. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ระวีวรรณ คำเงิน. (2545). *ภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร. (2545). *การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2545). พัฒนาศักยภาพของเด็กและวัยรุ่น. ใน *วินัดดา ปิยะศิลป์ และ พนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (หน้า 1-31)*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วันเพ็ญ บุญประกอบ. (2547). Critical issues in adolescent development. ใน *พัฒน์ มหาโชติเลศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิจักษณ์ บุญสิทธิ, และ วิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ), กลยุทธ์การดูแลและการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น (หน้า 25-31)*. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- วาริรัตน์ หอมโกศล. (2536). *ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจักษณ์ บุญสิทธิ. (2551). การช่วยเหลือด้านจิตใจในผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง. ใน *จารุพิมพ์ สูงสว่าง, กวีวรรณ ลิ้มประยูร, โสภภาพรณ เงินน้ำ, กลีบสไบ สรรพกิจ, และธราธิป โคละทัด (บรรณาธิการ), กุมารเวชศาสตร์ทันยุค (New frontier in pediatrics) (หน้า 267-273)*. กรุงเทพฯ: เฮาแคนดู.
- วิจักษณ์ บุญสิทธิ. (2547). Coping with chronic illness in adolescents. ใน *พัฒน์ มหาโชติเลศวัฒนา, สุวรรณ เรืองกาญจนเศรษฐ์, วิจักษณ์ บุญสิทธิ, และ วิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ), กลยุทธ์การดูแลสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น (หน้า 209-213)*. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- วิโรจน์ อารีย์กุล. (2551). วัยรุ่นยากที่จะเข้าใจจริงหรือ? ใน *ดุสิต สดาวร, ชัยณุ พันธุ์เจริญ, และอุษาทิสยากร (บรรณาธิการ), New trend in pediatric practice 2008 (หน้า 210-220)*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- ศรีพรรณ กันธวัง. (2551). *ทฤษฎีระบบของนิวแมน: การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล*. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัยเล่ม 2*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์ข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2552). *รายงานสถิติประจำปี*. เชียงราย: หน่วยเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.
- สมชาย แสงกิจพร และ สิริภากร แสงกิจพร. (บรรณาธิการ). (2552). *ชาลส์ซีเมีย โรคเลือดจางทางพันธุกรรมที่ป้องกันได้*. กรุงเทพฯ: หั้มดเค็ด.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2543). *โรคทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาธิต วรรณแสง. (2544). *ภาวะแทรกซ้อนทางต่อมไร้ท่อ*. ในจินตนา ศิรินาวัน, วันชัย วนะชีวันวัน, วรวรรณ ตันไพจิตร, และ ชรินทร์ ลิมวรงค์ (บรรณาธิการ), *ชาลส์ซีเมียสำหรับเวชปฏิบัติ* (หน้า 238-250). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุชา จันทรเฒ. (2543). *จิตวิทยาเด็ก*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุธิศา อารยพิทยา. (2533). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกร จันทรจำรูญ. (2545). *ปัญหาทางอายุรกรรมในผู้ป่วย Thalassemia*. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์*, 19(2), 6-19.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2551). *สถิติจำนวนผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุป่วย รายจังหวัดเขต 10 พ.ศ. 2551*. Retrieved February 28, 2010, from <http://203.157.19.191/Pla3-3.html>
- อรพรรณ ทองแดง และ พนม เกตุมาน. (2544). *มุมมองด้านจิตใจและสังคม*. ใน จินตนา ศิรินาวัน, วรวรรณ ตันไพจิตร, วรวรรณ ตันไพจิตร, และ ชรินทร์ ลิมวรงค์ (บรรณาธิการ), *ชาลส์ซีเมียสำหรับเวชปฏิบัติ* (หน้า 270-278). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- อรรวรรณ หนูแก้ว. (2536). *ความชุกของภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ด้านปัจจัยจิตสังคม การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเด็กวัดสระแก้วกับเด็กในครอบครัวปกติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อดิสรุสดา เฟื่องฟู และ รัตโนทัย พลับรูการ. (2551). *การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาล (Adaptation of illness and hospitalization)*. ใน นิชา เรืองคารกานนท์, ชคริยา ชีเรนตร, รวีวรรณ รังไพโรวัลย์, ทิพวรรณ หารษาคุณาชัย, และนิตยา กษภักดี

- (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก* (หน้า 44-56). กรุงเทพฯ: โอเอสดีคพับลิชชิง.
- อลิสรา วัชรสินธุ. (2546). *จิตเวชเด็ก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิงอร แก้วแหวน. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัมพล สุอำพัน. (2548). Adolescent: A difficult to understand generation. ใน สุชาดา ศรีทิพวรรณ, ชัยณัฐ พันธุ์เจริญ, และ อุษา ทิสยากร (บรรณาธิการ), *Pediatric: Healthy children healthy world* (หน้า 54-57). กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- อำพร กอริ. (2544). *สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นชาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(3), 162-173.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2535). การวินิจฉัยอาการซึมเศร้าในเด็กอายุ 10-15 ปี ด้วย Children's Depression Inventory (CDI). ใน รายงานการวิจัยเสนอในการประชุมประจำปีของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 222-233.
- Adewuya, A. O., & Ologun, Y. A. (2006). Factor association with depressive symptoms in Nigerian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39, 105-110.
- Al-Rimawi, H. S., Jallad, M. F., Amarin, Z. O., & Obeidat, B. R. (2005). Hypothalamic-pituitary-gonadal function in adolescent females with beta-thalassemia major. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 90 44-47.
- Al-Rimawi, H. S., Jallad, M. F., Amarin, Z. O., & Sakaan, R. A. (2006). Pubertal evaluation of adolescent boy with B-thalassemia major and delayed puberty. *Fertility and Sterility*, 86(4), 886-890.
- Aydinok, Y., Erermis, S., Bukusoglu, N., Yilmaz, D., & Solak, U. (2004). Psychosocial implications of thalassemia major. *Pediatrics International*, 47, 84-89.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Brage, D. G. (1995). Adolescent depression: A preview of literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(1), 45-53.
- Cakaloz, B., Polat, A., Cakaloz, I., Inan, M., & Oguzhanoglu, N. K. (2009). Psychopathology in thalassemia major. *Pediatrics International*, 51, 825-828.
- Caro, J. J., Ward, A., Green, T. C., Huybrechts, K., Arana, A., Wait, S., et al. (2002). Impact of thalassemia major on patients and their families. *Acta Haematol*, 107, 150-157.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity youth crisis*. New York: W. W. Norton.
- Fung, A. S. M., Low, L. C. K., Ha, S. Y., & Lee, P. W. H. (2008). Psychological vulnerability and resilience in children and adolescents with thalassemia major. *Hong Kong Journal of Pediatrics*, 13, 239-252.
- Gaber, J. (2000). Development and depression. In A. J. Sammeroff, M. Lewis & S. M. Meiller (Eds.), *Handbook of development psychology* (2nd ed., pp. 467-490). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Ghanizadeh, A., Khajavian, S., & Ashkani, H. (2006). Prevalence of psychiatric disorder, depression, and suicidal behavior in child and adolescent with thalassemia major. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 28(12), 787-784.
- Gharaibeh, H., Amarneh, B. H., & Zamzam, S. (2009). The psychological burden of patients with beta thalassemia major in Syria. *Pediatrics International*, 51, 630-636.
- Goldbeck, L., Baving, A., & Kohne, E. (2000). Psychosocial aspects of beta-thalassemia: distress, coping and adherence. *Klin Padiatr*, 212, 254-259.
- Hymovich, D. P., & Hagopian, G. A. (1992). *Chronic illness in children and adult: A psychosocial approach*. New York: W. B. Saunders.
- Jonhson, R. M., Gorman, L. M., & Bush, N. J. (1998). *Psychosocial nursing care along the cancer continuum*. New York: Oncology Nursing Peers.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concept, and process*. New York: Awiley Medication.

- Kovacs, M. (1985). The children's depression inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(995-998).
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Kozier, B., Erb, G., Blasi, K., & Wilkinson, J. M. (Eds.). (1995). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (5th ed.). California: Addison-Wesley Nursing.
- Landrum, P. A., Rawlins, R. P., Beck, C. K., & Williams, S. R. (1988). The person as a client. In C. K. Beck, R. P. Rawlins & S. R. Williams (Eds.), *Mental health psychiatric nursing* (pp. 168-184). New York: Mosby.
- Mikelli, A., & Tsiantis, J. (2004). Brief report: Depressive symptoms and quality of life in adolescents with b-thalassaemia. *Journal of Adolescence*, 27, 213-216.
- Musallam, K., Cappellini, M. D., & Taher, A. (2008). Challenges associated with prolonged survival of patients with thalassemia: Transitioning from childhood to adulthood. *Pediatrics*, 121(5), 1426-1429.
- Neuman, B. (1995). *Neuman system model*. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Pamela, K., Schraedlet, M. A., Gotlib, I. H., & Hayward, C. (1999). Gender difference in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25, 98-108.
- Piaget, J. (1973). Piaget's theory. In *Handbook of child psychology* (4th ed.). New York: Wiley.
- Roy, T., & Chatterjee, S. C. (2007). The experiences of adolescents with thalassemia in West Bengal, India. *Qualitative Health Research*, 17(1), 85-93.
- Saravi, V. G., Zarghami, M., Tirgari, A., & Ebrahimi, E. (2007). Relationship between thalassemia and depression. *Research Journal of Biological Sciences*, 2(3), 280-284.
- Selye, H. (1978). *The stress of life* (Revised ed.). New York: McGraw Hill Book.
- Shaligram, D., Girimaji, S. C., & Chaturvedi, S. K. (2007). Psychological problems and Quality of life in children with thalassemia. *Indian Journal of Pediatrics*, 74, 727-730.
- Soliman, A. T., Elzalabany, M., Amer, M., & Anasari, B. M. (1999). Growth and pubertal development in transfusion-dependent children and adolescents with thalassemia major and sickle cell disease: A comparative study [Electronic Version]. *Journal of Tropical Pediatrics*, 45, 23-30,

- Sriphet, C. (2001). *Factor influencing adolescent depression*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Takakura, M., & Sakihara, S. (2001). Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescent Health*, 28, 82-89.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2001). *The art and science of nursing care* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Tsiantis, J., Drogonas, T., Richardson, C., Anastasopoulos, D., Masera, D., & Spinetta, J. (1996). Psychosocial problems and adjustment of children with beta-thalassemia and their families. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5(4), 193-203.
- Waaktaar, T., Borge, A. I. H., Fundingsrud, H. P., Christie, H. J., & Torgersen, S. (2004). The role of stressful life events in the development of depressive symptoms in adolescence-a longitudinal community study. *Journal of Adolescence*, 27, 153-163.
- Waar, C., & Kerig, P. (2000). *Developmental psychopathology from infancy through adolescence* (4th ed.). New York: McGraw Hill.
- Wade, T. J., Cairney, J., & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender difference in depression during adolescence: National panel from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 190-197.
- Yalcin, S. S., Sendogdu, M. D., Gumruk, F., Unal, S., Kargi, E., & Tugrul, B. (2007). Evaluation of the children with beta-thalassemia in terms of their self-concept, behavior, and parental attitudes. *Journal of Pediatric Hematology Oncology*, 29(8), 523-528.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ถึงก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

วันที่.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย)

1 เพศ ☐ (1) ชาย ☐ (2) หญิง

2 อายุ ปี.....เดือน

3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

4. ระดับการศึกษา

☐ (1) ชั้นประถมศึกษาปีที่.....

☐ (2) ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นปีที่.....

☐ (3) ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่.....

☐ (4) อื่นๆ (ระบุ).....

5. ผลการเรียนในเทอมที่ผ่านมา

☐ (1) เกรดเฉลี่ย 4.00

☐ (2) เกรดเฉลี่ย 3.00 - 3.99

☐ (3) เกรดเฉลี่ย 2.00 - 2.99

☐ (4) เกรดเฉลี่ย 1.00 - 1.99

☐ (5) เกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 1.00

6. ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่.....ในจำนวนพี่น้อง.....คน (รวมผู้ป่วยด้วย)

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง)**1. ลักษณะครอบครัว**

- ☐ (1) ครอบครัวเดี่ยว (บิดา มารดา และบุตร)
- ☐ (2) ครอบครัวขยาย (บิดา มารดา บุตร และญาติ หรือบุคคลอื่นๆ รวมอยู่ด้วย)
- ☐ (3) อื่นๆ (ระบุ).....

2. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย (ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเป็นประจำ พาผู้ป่วยมาตรวจ ติดตามผลการรักษา ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และดูแลรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย)

- ☐ (1) บิดา ☐ (2) มารดา ☐ (3) อื่นๆ (ระบุความสัมพันธ์กับเด็ก).....

3. อายุ.....ปี**4. สถานภาพสมรส ☐ (1) โสด ☐ (2) คู่ ☐ (3) หย่า / หม้าย / แยก****5. ระดับการศึกษาสูงสุด**

- ☐ (1) ไม่ได้รับการศึกษา ☐ (2) ประถมศึกษา
- ☐ (3) มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ (4) มัธยมศึกษาตอนปลาย
- ☐ (5) อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ☐ (6) ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

6. อาชีพ

- ☐ (1) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ (2) เกษตรกรรม
- ☐ (3) รับจ้าง ☐ (4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
- ☐ (5) พนักงานบริษัท ☐ (6) อื่นๆ (ระบุ).....

7. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน**8. รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือน**

- ☐ (1) เพียงพอ ☐ (2) ไม่เพียงพอ

9. จำนวนบุตรที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียในครอบครัว.....คน

1.3 ข้อมูลด้านการแพทย์และการรักษาของผู้ป่วย (ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย)

1. การวินิจฉัย

- ☐ (1) เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์
- ☐ (2) เบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี
- ☐ (3) ฮีโมโกลบินเอช

2. อายุของผู้ป่วยที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมียครั้งแรก.....ปี

3. ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน (ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา)

- ☐ (1) ไม่เคย ☐ (2) เคย.....ครั้ง

4. ผู้ป่วยต้องมาตรวจรักษาตามนัดแบบผู้ป่วยนอก (ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา)

- ☐ (1) 1-5 ครั้งต่อปี
- ☐ (2) 6-11 ครั้งต่อปี
- ☐ (3) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี

5. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ (1) การให้ Folic acid
- ☐ (2) การให้เลือด
- ☐ (3) การให้ยาขับธาตุเหล็กชนิดฉีด
- ☐ (4) การให้ยาขับธาตุเหล็กชนิดรับประทาน
- ☐ (5) อื่นๆ ระบุ.....

6. สิทธิการรักษา

- ☐ (1) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
- ☐ (2) เบิกจ่ายตรง
- ☐ (3) จ่ายเงินเอง
- ☐ (4) จ่ายเงินบางส่วน
- ☐ (5) อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

คำชี้แจง

1. ผู้สัมภาษณ์อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่า ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับ การรับรู้การมีหรือไม่มีสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือที่ผู้ป่วยได้ประสบ สถานการณ์เหล่านั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วยหรือไม่ และเพราะอะไรสถานการณ์เหล่านั้นจึงเป็นสิ่งก่อความเครียด

2. ผู้สัมภาษณ์อธิบายให้ผู้ป่วยฟังเกี่ยวกับความหมายของการมีหรือไม่มีสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีคำอธิบายดังนี้

มี หมายถึง ผู้ป่วยเคยพบ หรือเคยประสบกับสถานการณ์นั้นๆ

ไม่มี หมายถึง ผู้ป่วยไม่เคยพบ หรือไม่เคยประสบกับสถานการณ์นั้นๆ

3. ผู้สัมภาษณ์อธิบายความหมายของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดหรือไม่สบายใจให้ผู้ป่วยฟังพร้อมทั้งมีรูปภาพใบหน้าประกอบคำอธิบาย โดยมีรายละเอียดของคำอธิบายดังนี้



ไม่เป็น หมายถึง สถานการณ์นั้น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่อึดอัด ไม่หงุดหงิด
ชอบใจ สบายใจ ไม่โกรธ ไม่กลัว สนุก หรือมีความสุข



เป็น หมายถึง สถานการณ์นั้น ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัด หงุดหงิด
ไม่ชอบใจ ไม่สบายใจ โกรธ กลัว ไม่สนุก หรือไม่มีความสุข

ระดับความรุนแรงของความเครียด

มาก หมายถึง สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด
โดยมีระดับความรุนแรงมาก

ปานกลาง หมายถึง สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด
โดยมีระดับความรุนแรงปานกลาง

น้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด
โดยมีระดับความรุนแรงน้อย

4. ผู้สัมภาษณ์อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด แต่ต้องการคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยเท่านั้น

5. ผู้สัมภาษณ์อ่านแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยฟังทีละข้อ เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาว่ามีสถานการณ์เหล่านั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยตอบว่า มีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น ให้ใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง “มี” และถ้าผู้ป่วยตอบว่า ไม่มีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง “ไม่มี”

6. ถ้าผู้ป่วยตอบว่า มีสถานการณ์นั้นเกิดขึ้น ให้ผู้สัมภาษณ์ถามต่อไปว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดหรือไม่สบายใจของผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยตอบว่าไม่เป็น ให้ใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง “ไม่เป็น” แต่ถ้าผู้ป่วยตอบว่าเป็น ให้ใส่เครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง “เป็น” และถามต่อไปว่าทำให้เกิดความเครียดระดับใด พร้อมทั้งถามถึงเหตุผลว่าทำไมสถานการณ์นั้นจึงเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดของผู้ป่วย

สถานการณ์	มี (1)	ไม่มี (0)	สถานการณ์นี้ เป็นสิ่งที่ก่อความเครียดหรือไม่สบาย ใจหรือไม่				เหตุผล
			 เป็น			 ไม่เป็น	
			มาก (3)	ปาน กลาง (2)	น้อย (1)	(0)	
มีสถานการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับ หนูหรือไม่							
1. ลักษณะใบหน้าแตกต่างจาก เพื่อนคนอื่น							
2. รูปร่างเล็กกว่าพี่น้อง							
.....							
.....							
.....							
49. การรอรับการตรวจรักษาใน แต่ละครั้งเป็นเวลานาน							
50. สถานที่ในการรอรับการตรวจ รักษาคับแคบ ไม่สะดวกสบาย							

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก

คำชี้แจง

แบบคัดกรองนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองความรู้สึกภายในที่ซ่อนอยู่ ซึ่งหนูสามารถรับรู้ได้และเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในบุคคลทั่วไป ไม่มีข้อใดผิดหรือข้อใดถูก ขอให้อ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด แล้วเลือกประโยคที่ตรงกับความรู้สึกของหนูมากที่สุดในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โดยทำเครื่องหมายวงกลม ○ ล้อมรอบอักษรหน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดของหนูมากที่สุดเพียงหนึ่งตัวเลือกในแต่ละข้อ

ตัวอย่าง

- ก. ☒ ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
 ข. ☐ ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
 ค. ☐ ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา

หมายถึง ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหนูมีความรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง

ข้อที่	ตัวเลือก
1.	ก. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง ข. ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง ค. ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลา
2.	ก. อะไรๆ ก็มีอุปสรรคไปเสียหมด ข. ฉันไม่แน่ใจว่าสิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดี ค. สิ่งต่างๆ จะเป็นไปด้วยดีสำหรับฉัน
	
	
	
26.	ก. ฉันทำตามคำสั่งที่ได้รับเสมอ ข. ฉันไม่ทำตามคำสั่งบ่อยครั้ง ค. ฉันไม่เคยทำตามคำสั่งเลย
27.	ก. ฉันเข้ากับผู้อื่นได้ดี ข. ฉันทะเลาะกับคนอื่นบ่อยครั้ง ค. ฉันทะเลาะกับคนอื่นตลอดเวลา

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ พรศรี ศรีอัญญาพร
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C
สายพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางพนารักษ์ นาทีเลศ
พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) แผนกกุมารเวชกรรม ดิ็กผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

ภาคผนวก ค
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์
2. เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์



COA.No.MU-IRB/C 2010/ 44.1806

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)

Title of Project: RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED STRESSORS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENTS WITH THALASSEMIA

Project Number: MU-IRB/C 2010/ 63.0505

Principle Investigator: Miss Morakot Sitthikhungaew

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) MU-IRB/C Submission form version received date 14 June 2010
- 2) Participant Information sheet version date 14 June 2010
- 3) Consent form version date 14 June 2010
- 4) Questionnaire version received date 14 June 2010

Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 18 June 2010

Date of Expiration: 18 June 2011

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing

Fongcum Tilokakul

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Institutional Review Board panel C (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

ที่ ขร 0027.102/ 19๖๖



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงราย-
ประชานุเคราะห์ ขอรับรองว่า

โครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย

ผู้วิจัย : นางสาวมรกต สิริขันแก้ว

สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับการพิจารณาแล้ว เห็นว่า ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่
อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ตามขอบข่ายของ
โครงการวิจัย ที่เสนอได้ ระหว่างวันที่ 4 มิถุนายน 2553 ถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2554

ออกให้ ณ วันที่ 29 มิถุนายน 2553

ลงนาม.....

(นายแพทย์วิทยา พงศ์สุรเชษฐ์)

ประธานกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรม
ในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์

ลงนาม.....

(นายแพทย์สุทัศน์ ศรีวิไล)

ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ภาคผนวก ง

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

1. การตรวจสอบการกระจายแบบปกติของการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าด้วยวิธี

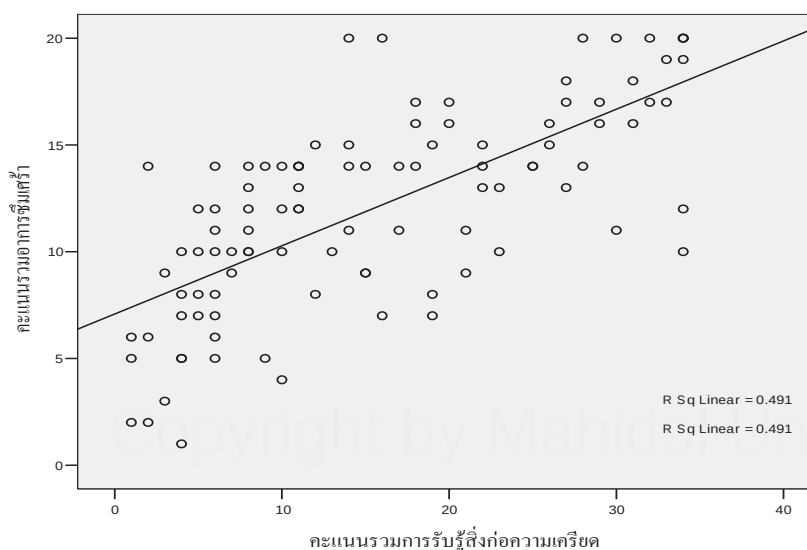
Kolmogorov-Sminov Test

	CDI	stressors
N	100	100
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	12.05
	Std. Deviation	4.650
Most Extreme Differences	Absolute	.103
	Positive	.057
	Negative	-.103
Kolmogorov-Smirnov Z	1.025	1.324
Asymp. Sig. (2-tailed)	.244	.060

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

2. การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้า (linearity) ด้วยวิธี Scatter plot



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางสาวมรกต สิริขันแก้ว

วัน เดือน ปี เกิด

15 กันยายน พ.ศ. 2523

สถานที่เกิด

จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา พ.ศ. 2543-2547

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2548-2550

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2551-2553

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

ทุนวิจัย

วิทยานิพนธ์ ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วนจาก

สมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ปัจจุบัน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงรายของ

354 หมู่ 10 ต. เวียง อ. เชียงของ จ. เชียงราย 57140

โทรศัพท์ 08-9835-4104

E-mail : pinky_nurse1@hotmail.co.th

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ แผนกผู้ป่วยในหญิง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงรายของ

อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

พ.ศ. 2547-ปัจจุบัน โทรศัพท์ 0-5379-1206-7 ต่อ 310