

Relationship between Perceived Stressors and Depressive Symptoms in Adolescents with Thalassemia *

Morakot Sitthikhungaew, MNS¹, Nongluk Chintanadilok, DNS¹,
Parnnarat Sangperm, PhD¹, Atittaya Pornchaikate Au-Yeong, PhD¹

Abstract

Purpose: To examine the relationship between perceived stressors and depressive symptoms in adolescents with thalassemia.

Design: Descriptive correlational study.

Methods: The sample consisted of 100, 10- to 16-year-old adolescents with thalassemia who came to receive treatment at the Hematological Clinic of a hospital in Chiangrai Province. The sample was selected by convenience sampling according to the inclusion and exclusion criteria. Data were collected using demographic data record forms, interviewing questionnaires on perceived stressors of adolescents with thalassemia and the Children's Depression Inventory. Data analysis was carried out with descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients.

Main findings: The research findings revealed that 28% of the sample have depressive symptoms with mean scores of 17.54 (SD = 1.92). The subjects reported that 11 to 47 stressful situations ($\bar{X}$ = 30.39, SD = 7.22) did happen and average severity score of perceived stressors was 15.55 (SD = 10.19), ranging from 1-34. Perceived stressors were found to be positively related to depressive symptoms (r = .70, p < 0.01).

Conclusion and recommendations: Nurses and healthcare teams should screen for depressive symptoms in adolescents with thalassemia. Nursing intervention should be developed to help the adolescents have proper stress coping and adjustment.

Keywords: adolescents, depressive symptoms, perceived stressors, thalassemia

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้า ในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย *

มรกต สิริขันธ์แก้ว, พย.ม.¹ นงลักษณ์ จินตนาดีลก, พย.ด.¹ พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ปส.ด.¹
อภิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอายุ 10-16 ปี จำนวน 100 ราย มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเลือด ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าเท่ากับ 17.54 (SD = 1.92) มีการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น ตั้งแต่ 11 ถึง 47 สถานการณ์ ($\bar{X}$ = 30.39, SD = 7.22) มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ระหว่าง 1 ถึง 34 คะแนน หรือเฉลี่ย 15.55 (SD = 10.19) และการรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า (r = .70, p < 0.01)

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลและทีมสุขภาพควรคัดกรองอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และควรจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียด และการปรับตัวที่เหมาะสม

คำสำคัญ: วัยรุ่น, อาการซึมเศร้า, การรับรู้สิ่งก่อความเครียด, โรคธาลัสซีเมีย

ความสำคัญของปัญหา

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงขณะนี้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมากถึงประมาณ 600,000 คน¹ ปัจจุบันความก้าวหน้าของวิทยาการการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีอายุยืนยาวมากขึ้น² แต่โรคนี้เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทุกช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางอายุระหว่าง 10-16 ปี³ ซึ่งมีพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาไปพร้อมๆ กันอย่างรวดเร็วและซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาการปรับตัวอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น⁴ จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยาและอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการซีดเรื้อรัง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ดับ และม้ามโต เจ็บป่วยบ่อย ติดเชื้อง่าย เนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ มีการเปลี่ยนแปลงโครงกระดูกทำให้มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย กระดูกเปราะบางมีโอกาสหักง่าย การเจริญเติบโตและมีพัฒนาการทางเพศล่าช้า⁵ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านภาพลักษณ์รวมถึงได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา เช่น การเจาะเลือด การให้เลือด การได้รับยาขับธาตุเหล็ก การผ่าตัดม้าม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย⁶ จากความแตกต่างด้านรูปร่างหน้าตา และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ถูกเพื่อนล้อเลียน นอกจากนี้ความเจ็บป่วยและการรักษาที่ต้องได้อย่างต่อเนื่องนั้น ไม่เพียงแต่ส่งผลโดยตรงต่อด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสังคม ดังมีผลการศึกษาในประเทศไทย เกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยในเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียพบว่า ทำให้ผู้ป่วยขาดเรียนเพื่อมารับการรักษาบ่อยครั้ง ขาดโอกาสทางสังคม ขาดการเรียนรู้ ทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน ผู้ป่วยจึงรู้สึกนึกคิดว่าตนเองไม่แข็งแรง อ่อนแอ มีปมด้อย มีความแตกต่างไม่เท่าเทียมกับเพื่อน รู้สึกเป็นภาระของพ่อแม่ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง แยกตัวไม่เข้าสังคม มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในระดับต่ำ⁸ เกิดอัตมโนทัศน์ที่ไม่ดีกับตนเอง⁹ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง¹⁰ และยังมีข้อมูลจากผลการศึกษาในต่างประเทศ สนับสนุนถึงการเผชิญอาการซึมเศร้าใน

ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย¹¹⁻¹⁴ ซึ่งนำไปสู่ความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายได้สูง¹³

อาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง ร่างกายทรุดโทรม อ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคมมากขึ้น และต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่เกิดอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังส่งผลให้บุคคลในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น¹⁵ ซึ่งอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกหรือสภาวะที่เกิดขึ้นภายในและสามารถรับรู้ได้เฉพาะตัวผู้ป่วย ยกแก่การสังเกตของผู้คนรอบข้าง อาการจะปรากฏชัดเจนต่อสายตาของผู้ใกล้ชิดก็ต่อเมื่ออาการนั้นมีความรุนแรง¹⁶ ในวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าคล้ายคลึงกับผู้ใหญ่ บอกได้ถึงความรู้สึกเศร้า เศร้า หรือไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แต่ไม่แสดงอาการซึมเศร้าออกมาโดยตรง จะแสดงออกมาทางพฤติกรรมและอาการทางกาย¹⁷ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มมีอาการซึมเศร้าแสดงออกมาทางร่างกายและพฤติกรรม มากกว่าอาการแสดงทางด้านจิตใจและอารมณ์¹³ อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและปรับตัวกับสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต หรือเกิดจากความเจ็บป่วยทำให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ^{2,14}

ความเครียดเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งก่อความเครียด (stressor) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียด มีทั้งสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล สิ่งก่อความเครียดที่จะทำอันตรายต่อระบบผู้รับบริการในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง และสิ่งก่อความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจมีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้รับบริการต่อสิ่งก่อความเครียดอย่างอื่นๆ ด้วย ขึ้นอยู่กับการรับรู้สิ่งก่อความเครียดของผู้รับบริการ ธรรมชาติในการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด และความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียด¹⁸ สิ่งก่อความเครียดในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอาจเนื่องมาจากอาการและอาการแสดงของโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อน รวมถึงสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยต้อง

เผชิญในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และสังคมร่วมกับผู้อื่น¹⁹ ซึ่งอำพร กอริ⁷ ได้ทำการศึกษาสิ่งก่อความเครียดของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอายุ 10-19 ปีพบว่า มีสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ได้แก่ การมีอาการซีดอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย การที่ไม่สามารถเล่นกีฬาออกกำลังกายได้เหมือนเพื่อน การมีรูปร่างเล็กกว่าเพื่อนและพี่น้อง การไม่มีลักษณะความเป็นหนุ่มสาวเหมือนเพื่อน การมีเลือดกำเดาไหลบ่อยครั้ง การมีท้องโต มีไข้หนาวสั่น มีผื่นคันจากการให้เลือด สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจ ได้แก่ มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย การมีสีผิวเหลืองคล้ำ และการมาพบแพทย์บ่อยครั้ง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าพี่น้อง สถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล คือ การไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อน และสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ได้แก่ การขาดเรียนบ่อยครั้งเพื่อไปรับการรักษาตามแพทย์นัด การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อพามาโรงพยาบาล การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องเสียเงินค่าเดินทางมาโรงพยาบาล บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องเสียเงินค่าที่พัก ค่าอาหารขณะมาโรงพยาบาล และการใช้เวลารอรับการตรวจจากแพทย์รอรับเลือด หรือรอรับยาเป็นเวลานาน หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ ลึนหวั่น แยกตัว และซึมเศร้าตามมา²⁰ ดังผลการศึกษาที่พบว่า เหตุการณ์หรือสถานการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31, p < .01$)²¹ นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อโรคในลักษณะที่แตกต่างกัน บางรายที่ปรับตัวไม่ได้จะมีความรู้สึกสิ้นหวังความสามารถในการควบคุมตนเองต่ำ มีความรู้สึกอยากตายสูง²²

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และแนวโน้มความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย หากทีมสุขภาพไม่ให้ความสนใจในการค้นหาสิ่งก่อความเครียดที่เป็นสาเหตุของปัญหา ทำให้เกิดผลกระทบต่อยุติธรรมและเป็นเวลานาน จนนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าและ

เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น มีโอกาสที่จะเกิดโรคทางจิตเวช ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจรุนแรงจนนำไปสู่การสูญเสียชีวิตจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียด และอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยอาศัยทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman System Model)¹⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านจิตสังคมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้สิ่งก่อความเครียด อาการซึมเศร้า และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิ่งก่อความเครียดและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอายุระหว่าง 10-16 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคเลือด ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (หรือโฮโมซิกัสเบต้าธาลัสซีเมีย) เบต้าธาลัสซีเมีย/ ฮีโมโกลบินอี และฮีโมโกลบินเอช สามารถอ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาทางการพูดและการได้ยิน กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียน และมีผู้ปกครองมาโรงพยาบาลด้วย เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะปัญญาอ่อน โรคทางจิตเวช ความพิการถาวร และประสบเหตุการณ์กระทบกระเทือน จิตใจก่อนทำการศึกษา 2 เดือน เช่น การสูญเสียคนรัก ของรัก หรือ

สัตว์เลี้ยง เนื่องจากอาจเป็นอาการเศร้าเสียใจจากการสูญเสียบุคคลที่รักที่ยังคงมีอยู่ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในภาวะปกติ (normal bereavement reaction)¹⁷ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยยึดหลักอำนาจวิเคราะห์ (power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (moderate effect size, $r = .30$) อำนาจการทดสอบ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สำหรับทดสอบสมมติฐานแบบไม่มีทิศทาง (2-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย²³ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ควรใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 คนเป็นอย่างต่ำ²⁴⁻²⁵ ดังนั้นจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัดแบบผู้ป่วยนอก การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และสิทธิการรักษา

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์สิ่งก่อความเครียดของเด็กวัยรุ่นธาลัสซีเมียของอำพร กอริ⁷ ที่พัฒนาจากการรอบแนวคิดของนิวแมน¹⁸ มีจำนวน 50 ข้อ (50 สถานการณ์) แบ่งสิ่งก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ประกอบด้วย สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคมวัฒนธรรม 2) สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล 3) สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ซึ่งแต่ละข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ถามถึงการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ตอบระบุว่าสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดตามที่กำหนดให้จำนวน 50 ข้อนั้นได้เกิดขึ้นหรือไม่ ลักษณะคำตอบมีให้เลือกตอบ คือ มี หรือ

ไม่มี เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเลือกคำตอบ มี ให้คะแนนเป็น 1 ถ้าเลือกคำตอบ ไม่มี ให้คะแนนเป็น 0 การแปลผลคะแนนมาก หมายความว่า มีจำนวนสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้นมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีจำนวนสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้นน้อย

ตอนที่ 2 ถามถึงการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด ตามที่ระบุไว้ในตอนที่ 1 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0 (ไม่เป็น) ถึง 3 (รุนแรงมาก) พิสัยอยู่ระหว่าง 0-150 คะแนน คะแนนมาก หมายความว่า ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดมีมาก คะแนนน้อย หมายความว่า ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดมีน้อย

ตอนที่ 3 ถามเหตุผลที่ระบุถึงการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียด แบบสัมภาษณ์ได้ รับทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก (Children's Depression Inventory: CDI) ฉบับภาษาไทยของอุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล²⁶ แปลมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซีดีไอ (Children's Depression Inventory: CDI) ของ Kovacs²⁷ แบบประเมินนี้ใช้สำหรับเด็กอายุ 7-17 ปี จากการศึกษาในเด็กไทยพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 และมีความตรงในการจำแนก (discriminant validity) สูง ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมอาการซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 0-54 คะแนน จุดตัดของคะแนน (cutting point) คือ ค่าคะแนนที่ 15 ขึ้นไปแปลว่ามีอาการซึมเศร้า และตั้งแต่ 21 คะแนนแปลว่ามีอาการซึมเศร้ารุนแรง และหาความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุด C สายพยาบาลศาสตร์ (เลขที่ MU-RIB/C 2010/ 44.1806) และ

คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (เลขที่ ชร 0027.102/ 18376)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับขั้นตอนการปฏิบัติที่เหมือนกันคือ ขณะกลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและของผู้ดูแลหลัก จากนั้นบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลเวชระเบียน อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ถึงก่อความเครียดของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียตามลำดับ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงก่อความเครียดและอาการซึมเศร้า ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียจำนวน 100 ราย มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59) เป็นเพศชาย โดยเฉลี่ยมีอายุ 12.79 ปี (SD = 1.76) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติของเด็กไทย (ร้อยละ 41 และร้อยละ 43 ตามลำดับ) เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49) กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40 มีผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47 เป็นบุตรคนที่ 2 และร้อยละ 57 มีจำนวนพี่น้อง 2 คน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) เป็นมารดา โดยมีอายุอยู่ในช่วง 27-76 ปี ($\bar{X}$ = 44.16, SD = 9.51) ร้อยละ 87 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 65 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43 มีอาชีพเกษตรกรกรรม ส่วนรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 2,000-50,000 บาท ($\bar{X}$ = 7,970, SD = 7,393.63) โดยร้อยละ 60 มีความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่ายแต่ละเดือน และร้อยละ 89 มี

จำนวนบุตรป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียในครอบครัวจำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ อายุที่เริ่มได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียครั้งแรกอยู่ในช่วง 1 เดือนถึง 14 ปี ($\bar{X}$ = 2.26, SD = 2.80) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 9 เดือนถึง 15.8 ปี ($\bar{X}$ = 10.73, SD = 3.22) ร้อยละ 37 เคยรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 6-11 ครั้งต่อปี ร้อยละ 38 มารับการรักษาตามแพทย์นัดแบบผู้ป่วยนอกมากกว่าหรือเท่ากับ 12 ครั้งต่อปี การรักษาในปัจจุบันที่ได้รับมากที่สุดคือการให้ Folic acid คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือการให้เลือดคิดเป็นร้อยละ 82 กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกคน (ร้อยละ 96) มีสิทธิการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

2. การรับรู้ถึงก่อความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น 11-47 สถานการณ์ ($\bar{X}$ = 30.39, SD = 7.22) มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ระหว่าง 1 ถึง 34 คะแนน หรือโดยเฉลี่ย 15.55 (SD = 10.19)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างระบุว่า เป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านร่างกาย ในสัดส่วนที่มากที่สุดคือ การมองไม่เห็นตอนกลางคืนหลังได้รับยาขับธาตุเหล็ก จำนวน 4 คนจาก 7 คน (ร้อยละ 57.14) รองลงมาได้แก่ การมีอาการชืด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกว่าคนอื่น จำนวน 48 คนจาก 90 คน (ร้อยละ 53.33) และความไม่สะดวกสบายที่ต้องติดอุปกรณ์ให้ยาขับธาตุเหล็กนานหลายชั่วโมง จำนวน 30 คนจาก 57 คน (ร้อยละ 52.63)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างระบุว่า สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านจิตใจ อารมณ์ในสัดส่วนที่มากที่สุดคือ การมีไข้ไม่สบายบ่อย จำนวน 41 คน จาก 70 คน (ร้อยละ 58.57) รองลงมาได้แก่ การที่ต้องให้พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองดูแลช่วยเหลือเมื่ออ่อนเพลียไม่สบาย จำนวน 51 คนจาก 99 คน (ร้อยละ 51.52) และผิวสีเหลืองคล้ำไม่เหมือนเพื่อนคนอื่นในวัยเดียวกัน จำนวน 34 คนจาก 67 คน (ร้อยละ 50.75)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีสถานการณ์ และระบุว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลด้านสังคมวัฒนธรรมในสัดส่วนที่มากที่สุดคือ การที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้เล่นกับเด็กคนอื่น ๆ จำนวน 15 คนจาก 38 คน (ร้อยละ 39.47) รองลงมาได้แก่ การถูกห้ามไม่ให้กินตับหมู ตับไก่ เลือดหมู

เลือดไก่ เครื่องในสัตว์ จำนวน 24 คนจาก 90 คน (ร้อยละ 26.67) และการที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ไปในที่ชุมชน มีคนมากหรือแออัด เช่น ตลาด โรงภาพยนตร์ จำนวน 5 คนจาก 30 คน (ร้อยละ 16.67)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างระบุว่า สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดระหว่างบุคคลในสัดส่วนที่มากที่สุดคือ การถูกเพื่อนล้อเลียนเรื่องรูปร่างหน้าตา จำนวน 30 คนจาก 44 คน (ร้อยละ 68.18) รองลงมาได้แก่ การที่พ่อแม่ พี่น้อง และคนอื่นในครอบครัว หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 5 คนจาก 12 คน (ร้อยละ 41.67) และการมีเพื่อนสนิทเพียงไม่กี่คน จำนวน 9 คน จาก 39 คน (ร้อยละ 23.08)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วกลุ่มตัวอย่างระบุว่า สถานการณ์นั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดภายนอกบุคคลในสัดส่วนที่มากที่สุดคือ การขาดเรียนเมื่อมีอาการช็อค อ่อนเพลียมาก หรือเมื่อต้องนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อไปรับการตรวจตามนัด จำนวน 61 คนจาก 99 คน (ร้อยละ 61.62) รองลงมาได้แก่ การเรียนหนังสือไม่ทันเพื่อน จำนวน 31 คนจาก 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. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า ($r = .70, p < 0.01$)

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้น 11-47 สถานการณ์ จากสถานการณ์ทั้งหมด 50 สถานการณ์ ($\bar{X} = 30.39, SD = 7.22$) ส่วนการรับรู้สิ่งก่อความเครียดจากการรับรู้ การมีสถานการณ์สิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น และประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของสถานการณ์ตั้งแต่ 1-34 คะแนน จากคะแนนเต็ม 150 คะแนน ($\bar{X} = 15.55, SD = 10.19$) แสดงให้เห็นว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การมีสถานการณ์เกิดขึ้นค่อนข้างมาก แต่ประเมินและรับรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดค่อนข้างน้อย อธิบายได้ว่า

สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง อาจเป็นหรือไม่เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ ก็ได้ ซึ่งการรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แม้ว่าจะเป็น การรับรู้การมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากสิ่งแวดล้อมอย่างเดียวกันก็ตาม อาจได้รับการแปลความหมายว่าทำให้เกิดความเครียดโดยคนหนึ่ง และไม่ใช่อีกคนหนึ่ง ซึ่งสิ่งก่อความเครียดที่จะทำอันตรายต่อระบบบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งอย่าง โดยสิ่งก่อความเครียดอาจเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวตามสถานการณ์ เป็นสิ่งก่อความเครียดที่อาจคุกคาม หรือเป็นสิ่งที่ก่อความเครียดที่บุคคลเผชิญอยู่ ซึ่งสิ่งก่อความเครียดอาจจะมีผลกระทบทางลบหรือทางบวกก็ได้ ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด ชนิด และความรุนแรงของสิ่งก่อความเครียด การรับรู้และธรรมชาติในการเผชิญสิ่งก่อความเครียดของแต่ละบุคคล^{18, 34-35}

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 มีอาการซึมเศร้า โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับ 17.54 ($SD = 1.92$) ผลการศึกษาครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยของ จิตรัตน์ สิริพทุธิวรรณ⁸ ที่ทำการศึกษายาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร อายุ 10-15 ปี จำนวน 370 คนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 35.1 และจากการศึกษาในประเทศของ Ghanizadeh และคณะ¹³ ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 8-18 ปี จำนวน 110 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 49.1 อธิบายได้ว่า โดยปกติเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมักมีอาการผันแปรง่าย ต้องการความเป็นอิสระ และเฝ้าหาความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง²⁸ นอกจากนี้เนื่องจากวัยรุ่นเป็นผู้ที่กำลังเติบโตและมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานมักจะมีผลต่อพัฒนาการในทุกด้านของวัยรุ่น²⁹ เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ความเจ็บปวด รวมถึงมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร ทำให้เกิดความรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน ความรู้สึกไม่เป็นอิสระที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกมีตราบาปว่าทำให้บิดามารดาเดือดร้อน หรือเป็นคนไม่มีความสามารถเท่ากับคนอื่น³⁰ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึก

นึกคิดว่าตนเองไม่แข็งแรง รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย มีความแตกต่างและไม่เท่าเทียมกับเพื่อนๆ⁷ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง แยกตัวไม่เข้าสังคมกับเพื่อนตามที่ควรจะเป็น ทำให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในระดับต่ำ⁸ เกิดอัตมโนทัศน์ที่ไม่ดีกับตนเอง^{9,31} รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าตามมา³² การที่ผู้ป่วยได้รับสิ่งเร้าเดียวกันแต่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าต่างกัันนั้นอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของประสบการณ์ที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ ตลอดจนปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อผลกระทบต่างๆ ที่ได้รับทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล¹⁸

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้สิ่งก่อความเครียดมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ($r = .70$, $p < 0.01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Waaktaar, Borge, Fundingsrud, Christie, และ Torgersen²¹ พบว่า สถานการณ์ความเครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31$, $p < .01$) และจากการศึกษาของ ประยุทธ์ เจริญเกียรติ, วัชรีย์ อุจะรัตน และจริยา สอนภักดี³³ พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้าของสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ($r = .36$, $p < .01$) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการที่บุคคลเป็นองค์รวมขององค์ประกอบห้าด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ และเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยภายในสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เป็นแหล่งเกิดของสิ่งก่อความเครียดซึ่งเป็นสิ่งเร้าทำให้บุคคลเกิดความเครียด^{18, 34} แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นสิ่งก่อความเครียดที่มาจากอาการและอาการแสดงของโรคการรักษา ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงสถานการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญอยู่ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม

เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด จะมีกลไกการป้องกันหรือต่อสู้ของระบบผู้รับบริการให้อยู่ในภาวะสมดุล โดยแนวการป้องกันยืดหยุ่นจะทำหน้าที่ป้องกันการรุกรานของสิ่งก่อความเครียด ผ่านแนวป้องกันปกติเข้าไปข้างในระบบของผู้รับบริการ เมื่อแนวป้องกันยืดหยุ่นไม่สามารถต้านทานสิ่งก่อความเครียดได้ ทำให้สิ่งก่อความเครียดรุกรานผ่านแนวการป้องกันเข้าไปข้างในระบบผู้รับบริการ อาจส่งผล

ให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดขึ้นภายในระบบ หากแนวการต่อต้านสามารถต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะสามารถปรับเปลี่ยนปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดทำให้ระบบปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้^{18,34} แต่อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดที่เกิดขึ้น อาจทำให้ความสามารถของระบบที่จะทนต่อผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดลดลงได้ และเมื่อการทำงานของแนวการต่อต้านไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดได้ ร่วมกับความเจ็บป่วยทำให้วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ มีโครงสร้างพื้นฐาน (basic structure) ซึ่งเป็นศูนย์กลางและเป็นแหล่งพลังงาน โดยโครงสร้างพื้นฐานนี้ถูกล้อมรอบด้วยกลไกการป้องกันหรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียด หากโครงสร้างพื้นฐานเหล่านี้มีความอ่อนแอและเปราะบางเมื่อวัยรุ่นเจ็บป่วยและเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่คุกคามต่อร่างกายหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ก็จะประเมินและรับรู้ว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งก่อความเครียด และเมื่อเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นซ้ำๆ เรื้อรังเป็นระยะเวลานาน จะทำให้นักบุคคลเกิดความตึงเครียดมาก²² ส่งผลทำให้กลไกการป้องกันหรือต่อสู้กับสิ่งก่อความเครียดขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งก่อความเครียดให้อยู่ในภาวะสมดุลได้ กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้และแปลความหมายของสิ่งก่อความเครียดนั้นว่า ทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน อึดอัดใจ ไม่สบายใจ แล้วรับรู้ทำให้ความเครียดและเกิดผลกระทบทางลบ โดยที่ไม่สามารถเผชิญและจัดการกับผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม และสูญเสียภาวะสมดุลของตนเองในที่สุด จึงทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นออกมา^{18,34-35} ผู้ป่วยอาจแปลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบิดเบือนไปตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดเหล่านั้นออกมาในลักษณะของความท้อแท้ ลี้หนี และซึมเศร้าได้ในที่สุด¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการคัดกรองอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ในกรณีพบผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า จะได้ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นกิจกรรมการพยาบาล (nursing intervention) ที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และเพื่อการปรับตัวต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Saengkijporm S, Saengkijporm S. Thalassaemia: A preventable genetically inherited anemia. Bangkok: Madded; 2009. (in Thai).
2. Musallam K, Cappellini MD, Taher A. Challenges associated with prolonged survival of patients with thalassemia: Transitioning from childhood to adulthood. *Pediatrics*. 2008;121(5):1426-9.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. High school students' mental health promotion manual for teachers. Bangkok: Urenus Image Group; 2011. (in Thai).
4. Boonprakop W. Critical issues in adolescent development. In: Mahachotlertwattana P, Ruangkanjanaset S, Boonsitthi W, Areekul W, Editors. Strategies for caring and promoting adolescent health. Bangkok: Chaicharoen; p.25-31. (in Thai).
5. Tawjarat K. Thalassaemia syndromes. In: Prayoonwiwat W, Jutha S, Seechaikul T, Editors. Haematology text book-diagnosis and treatment of frequently encountered haemopathy in Thailand. Bangkok: Numaksorn Publishing; 2007. (in Thai).
6. Tsiantis J, Drogonas T, Richardson C, Anastasopoulos D, Masera D, Spinetta J. Psychosocial problems and adjustment of children with beta-thalassemia and their families. *Eur Child Adoles Psy*. 1996;5(4):193-203.
7. Kawree A. Stressors of adolescents with thalassemia [master's thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2001. 93 p. (in Thai).
8. Siriputhaiwan T. Depression in thalassemic child out-patients of hospitals in Bangkok [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001. 138 p. (in Thai).
9. Ekpoe K. Self concepts and self-care ability of thalassemic child patients [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1991. 77 p. (in Thai).
10. Sompong M. Factors influencing the self-esteem of school-age child with thalassemia [master's thesis]. Songkhla: Songkhla Nakarin University; 2005. 85 p. (in Thai).
11. Fung ASM, Low LCK, Ha SY, Lee PWH. Psychological vulnerability and resilience in children and adolescents with thalassemia major. *HK J Paediatr*. 2008;13:239-52.
12. Saravi VG, Zarghami M, Tirgari A, Ebrahimi E. Relationship between thalassemia and depression. *Res J Biol Sci*. 2007;2(3):280-4.
13. Ghanizadeh A, Khajavian S, Ashkani H. Prevalence of psychiatric disorder, depression, and suicidal behavior in child and adolescent with thalassemia major. *J Pediatr Hemat Oncol*. 2006;28(12):787-4.
14. Shaligram D, Girimaji SC, Chaturvedi SK. Psychological problems and Quality of life in children with thalassemia. *Indian J Pediatr*. 2007;74:727-30.
15. Aydinok Y, Erermis S, Bukusoglu N, Yilmaz D, Solak U. Psychosocial implications of thalassemia major. *Pediatr Int*. 2004;47:84-9.

16. Trungksombut U, Likapichitkul D.
Depressive symptoms in children: study using Children's Depression Inventory. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2006;41(4): 222-33. (in Thai).
17. Watcharasinth A. Child psychology. Bangkok: Chulalongkorn University Publishing; 2003. (in Thai).
18. Neuman B. Neuman system model. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995.
19. Roy T, Chatterjee SC. The experiences of adolescents with thalassemia in West Bengal, India. *Qual Health Res*. 2007;17(1):85-93.
20. Thongurai P. Psychosocial nursing in patients with chronic diseases. Songkhla: Magmedia Y2K Press Limited; 2006. (in Thai).
21. Waaktaar T, Borge AIH, Fundingsrud HP, Christie HJ, Torgersen S. The role of stressful life events in the development of depressive symptoms in adolescence-a longitudinal community study. *J Adolescence*. 2004;27:153-63.
22. Goldbeck L, Baving A, Kohne E. Psychosocial aspects of beta-thalassemia: distress, coping and adherence. *Klin Padiatr*. 2000;212:254-9.
23. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
24. Lindeman RH, Merenda, P. F., & Gold, R. Z. Introduction to bivariate and multivariate analyses. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company; 1980.
25. Wirutchai N. Frontier on research and statistical knowledge. Chonburi: MN Computer; 2000. (in Thai).
26. Trungkasombut U, Likapichitkul D. Diagnosis of depressive symptoms in children aged 10-15 years old using the Children's Depression Inventory (CDI). Research report presented in the annual conference of the Psychiatric Association of Thailand. Bangkok: Psychiatric Association of Thailand; 1992. (in Thai).
27. Kovacs M. The children's depression inventory. *Psychopharmacol Bull*. 1985;21(4):995-8.
28. Su-ampan A. Adolescent: A difficult to understand generation. In: Sithipwan S, Phancharoen C, Tissayakon U, editors. *Pediatric: Healthy children, healthy world*. Bangkok: Thana Press; 2005. p. 54-7. (in Thai).
29. Bunsithi W. Psychological assistance in child patients with chronic diseases. In: Soonsawang C, Limprayoon K, Nengchum S, Sappakit K, Klotut T, editors. *New frontier in pediatrics*. Bangkok: Howcandoo; 2008. p. 267-73. (in Thai).
30. Fuangfoo A, Plubrukarn R. Adaptation of illness and hospitalization. In: Ruangdarakanon N, Theeranet C, Roongpraiwan R, Hansakunachai T, Kachapukdee N, editors. *Child development and behavior* text book. Bangkok: Olistic Publishing; 2008. p. 44-56. (in Thai).
31. Arayapitaya S. The study of relationships between self concept, selected factors and self-care in Thalassemic children [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1990. 98 p. (in Thai).
32. Mikelli A, Tsiantis J. Brief report: Depressive symptoms and quality of life in adolescents with b-thalassaemia. *J Adolescence*. 2004;27:213-6.

33. Serisatian P, Ujarut W, Sonphakdee J. Mental health conditions and intellectual level of monk novices in Prapriyatham School, Singh Buri. *Journal of Health Science (Thailand)*. 2008;17(7):1983-91. (in Thai).
34. Neuman B. The Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J, editors. *The Neuman systems model*. 4th ed. Prentice Hall, NJ: Pearson Education; 2002. p. 3-33.
35. Kanthawang S. Newman's theory: implementation of nursing practice. Chiangmai: Nopburee; 2008. (in Thai).