



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาวะจิตสังคมนัยเด็กป่วยเรื้อรัง ซึ่งงานการศึกษาวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้คือ

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความต้องการของมนุษย์

ภาวะเจ็บป่วยและผลกระทบต่อความต้องการของมนุษย์

ความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลกระทบด้านจิตสังคม

โรคธาลัสซีเมีย

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

โรคใช้รู่มาติค

สภาวะจิตสังคมนัยเด็กป่วยเรื้อรัง

ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในเด็กป่วยเรื้อรัง

ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและ เศรษฐกิจของครอบครัวเด็กป่วยเรื้อรัง

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อชุมชน

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

National Commission ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีความบกพร่องหรือมีความผิดปกติไป ซึ่งจะต้องมีข้อบ่งชี้ข้อใดหนึ่งต่อไปนี้ (Broadribb, 1983)

1. มีความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจอย่างถาวร
2. มีความบกพร่องของร่างกายที่เกิดจากโรคหลงเหลืออยู่
3. มีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถจะกลับเป็นปกติได้ตั้งเดิม

4. ต้องการการดูแลและฟื้นฟูสภาพ
5. ต้องการการดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน

ได้มีผู้ให้ความหมายโรคเรื้อรังในลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น โทมัส (Thomas) ให้ความหมายว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นแล้วร่างกายมีรูปร่างหรือการทำงานที่ของอวัยวะเสียหาย ทำให้ขัดขวางต่อการมีชีวิตในสังคม สิ่งแวดล้อม และการเจ็บป่วยนั้นจะต้องมีอาการของโรคอยู่ ซึ่งต้องการการดูแลรักษาระยะเวลายาวนาน การพยากรณ์โรคจะแตกต่างกันไปตั้งแต่สามารถมีชีวิตอยู่เหมือนคนปกติ หรืออาจจะเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว และการเจ็บป่วยนั้นยากที่จะรักษาให้หายได้ ตัวผู้ป่วยเองและญาติจะต้องดูแลเป็นอย่างดี (Horner, 1988)

ริชชี แคท และเอลเลตัน (Richie, Caty & Ellerton, 1984) ให้ความหมายว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี หรือเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการยืดเยื้อสามารถจะมีอาการรุนแรงขึ้นได้จนเสียชีวิตในที่สุด อัมพล สู้อาพัน และวาสนา ศรีมณี (2528) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังหมายถึง การเจ็บป่วยที่มีระยะการดำเนินของโรคนาน อาจมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ และตายในที่สุดหรือสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน โรคเรื้อรังบางชนิดอาจมีระยะที่มีการกำเริบเป็นพัก ๆ

สรุปว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังหมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษานานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งลักษณะของโรคอาจมีอาการดีขึ้น เบาลง หรือตายในที่สุด

เป็นที่ยอมรับว่าความเจริญก้าวหน้าของโลกปัจจุบันเป็นผลมาจากการพัฒนาด้านวิชาการและเทคโนโลยีในสาขาวิชาต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์และการพยาบาลนั้นพบว่าภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง วิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพยาบาลได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมาก ซึ่งส่งผลให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยโรครุนแรงเจ็บป่วยหนักหรือรอดตายได้ และยังช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วย ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ปัญหาโรคเรื้อรังได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ (Tilden & Weinert, 1987) สำหรับประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ย่อมที่จะได้รับอิทธิพลความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยี

ทางการแพทย์ และการพยาบาลในการช่วยเหลือมนุษย์เช่นกัน จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นด้วย เช่น โรคไข้หัดมาติคมีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้อันสูง จากการสำรวจในประเทศไทยพบโรคนี้อันเด็กวัยเรียนประมาณ 1-2 ต่อ 1,000 คน (Vichitbandha, et al., 1981) สำหรับโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้อันสูงมากจากการประเมินสถานการณ์โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย พบว่า มีอัตราการเกิดโรคธาลัสซีเมียถึงประมาณปีละ 12,125 คน ต่อเด็กที่เกิดใหม่ 1 ล้านคน (สุดสาคร ตูจินดา และคณะ, 2532) และจากรายงานโรงพยาบาลรามธิบดีพบว่าร้อยละ 43 ของโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกในเด็กพบในอายุน้อยกว่า 6 ปี และร้อยละ 26 ของโรคนี้อันพบในช่วงอายุ 10-15 ปี โรงพยาบาลศรีนครินทร์พบร้อยละ 19 ของโรคนี้อันเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และในช่วงอายุ 10-15 ปี ร้อยละ 50 (Kirdpon, Kovitankoon, Vuttivirojan., 1985) จากตัวเลขเหล่านี้พอจะชี้ให้เห็นได้ว่า จำนวนเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเด็ก ซึ่งป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย โรคไข้หรือหัดมาติค และโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกุมารเวชศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สาเหตุและองค์ประกอบที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง

แนวความคิดเรื่องสาเหตุโรคเรื้อรังนี้ John M.Coe กล่าวว่า การจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง จำต้องพิจารณาข้อมูลที่เรียกว่า Elements หรือองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ (John M.Coe, 1970)

ก. Disease Agent หรือพาหะ เชื้อโรคอันได้แก่

1. Biologic agent เช่น ตัวแมลง เชื้อโรคหรือไวรัส
2. Nutrient agent หรือ อาหาร เช่น ไขมันและคาร์โบไฮเดรต
3. Chemical agent หรือ สารเคมี เช่น แก๊ส ฝุ่นละอองในอากาศ
4. Physical agent หรือ พาหะทางกายภาพ เช่น ความชื้น อุณหภูมิ

ข. Environment หรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่

1. สภาวะแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ดิน ฟ้า อากาศ ภูมิประเทศ ฯลฯ
2. Biological environment เกี่ยวกับพาหะของเชื้อโรค (disease agent) มีหรือไม่มีในสถานที่หรือสภาวะการณั้ นั้น ๆ

3. ภาวะแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น บ้านที่อยู่ อาชีพ ฯลฯ

ค. Human Host หรือตัวผู้ป่วยนั่นเอง เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ รวมทั้งความแข็งแรงและสภาพร่างกาย นิสัยและความเคยชิน และลักษณะการดำรงชีวิต

องค์ประกอบทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้นนี้ ถือได้ว่ารวมกันเป็นสาเหตุกว้าง ๆ ที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังและผู้ป่วยเรื้อรังได้ อย่างไรก็ตามสาเหตุหรือมูลเหตุของโรคเรื้อรังบางชนิดก็เป็นที่ยอมรับกันอยู่บ้าง เช่น โรคซิฟิลิส หรือวัณโรค แต่โรคเรื้อรังอีกหลายชนิดทางการแพทย์ยังคงค้นคว้าเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงไม่ได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไต โรคเหล่านี้ แม้จะพอทราบสาเหตุบ้างก็ยังสามารถหาได้สมบูรณ์และแน่ชัดไม่และยังคงเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ๆ

อุปสรรคที่ทำให้ทางการแพทย์ยังไม่สามารถค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้ มีที่สำคัญอยู่ 2 ประการ

ประการแรก ความรู้และความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่มีอยู่ขณะนี้ ยังไม่พอเพียงที่จะป้องกันหรือรักษาโรคเรื้อรังได้อย่างเต็มที่ทั้ง ๆ ที่ได้พยายามค้นหาเพียงใดก็ตาม ที่เป็นเช่นนี้ปัจจุบันเชื่อว่า โรคเรื้อรังทั้งหลายชนิดเกิดขึ้นมาจากสาเหตุต่าง ๆ หลายสาเหตุร่วมกันหาได้เกิดจากสาเหตุประการเดียวไม่

ประการที่สอง วิธีการป้องกันการติดต่อของโรคติดต่อ ไม่อาจนำมาใช้กับโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้เพราะเหตุว่าโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มิใช่โรคติดต่อ ดังนั้นการทาลายหรือการแพร่หลายเชื้อโรคจึงไม่ใช่เรื่องสำคัญ

องค์ประกอบอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง (John M. Coe, 1970)

นอกเหนือไปจากสาเหตุสำคัญดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ คือ อารมณ์และจิตใจ กรรมพันธุ์ อาหาร วิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ

1. อารมณ์และจิตใจ

อารมณ์เป็นความรู้สึกสนุกสนานหรือโศกเศร้า ซึ่งเกิดจากสภาพภายในของจิตใจ อาจจะรวมไปถึงความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ สิ่งเหล่านี้เป็นความสำคัญในการกำหนดบุคลิกภาพ พฤติกรรมบางชนิดอาจเป็นทางที่ทำให้เกิดโรค ไม่เพียงแต่โรคทางจิตประสาทเท่านั้น อาจก่อให้เกิดโรคทางร่างกายได้ เช่น อุบัติเหตุ ในขณะที่เดียวกันเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็มักจะมีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ทั้งนี้เพราะร่างกายและจิตใจนั้นเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ออก

2. กรรมพันธุ์

กรรมพันธุ์เป็นองค์ประกอบภายในที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง แม้ว่าไม่มีสัณฐานยีนแน่นอน แต่ก็พบว่าโรคเรื้อรังหลายโรคมักเกิดกับบุคคลในครอบครัวเดียวกัน เช่น ธาลัสซีเมีย โรคเบาหวาน โรคหอบหืด

3. ภาวะโภชนาการ ปริมาณและคุณภาพของอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน จะมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเป็นอย่างมาก ความอ้วน มักจะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้มาก เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ส่วนในกรณีที่ขาดสารอาหารหรือบริโภคไม่พอเพียงกับความต้องการของร่างกายจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันโรคลดต่ำ อาจทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายเช่นกัน

4. อัตราส่วนระหว่างการออกกำลังกายกับการพักผ่อน มนุษย์เราจะต้องมีทั้งการออกกำลังกาย และการพักผ่อนในอัตราส่วนที่เหมาะสม ถ้าร่างกายอ่อนเพลียมากเกินไป จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรังได้ง่าย

5. การใช้ยาและสิ่งเสพติดต่าง ๆ การใช้ยาหรือสารบางอย่างเป็นจำนวนมาก และเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการเสียดัด และอาจนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังได้

6. ผู้สูงอายุ แม้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังจะเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย แต่ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ จะเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการเสื่อม หรือ หย่อมสมรรถภาพ

7. อุบัติเหตุ ผู้ที่รอดตายจากอุบัติเหตุอาจเกิดความพิการหรืออวัยวะบางส่วนหย่อมสมรรถภาพได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง บางครั้งมิได้เกิดโดยตรงจากภาวะของโรค แต่อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน เช่น การถูกจำกัดให้นอนพักบนเตียงเป็นเวลานาน หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เหล่านี้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Frank W. Reynold and Pual C. Barsum, 1967)

ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีลักษณะที่แตกต่างจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute illness) ซึ่งมีเวลาของการเสริมสร้างความเจ็บป่วยหรือมีอาการดีขึ้น เกิดในช่วงเวลาจำกัด อาจจะสิ้นสุดด้วยการตายในเวลาอันรวดเร็วหรือไม่ก็หายสนิท แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการ

เปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเจ็บป่วยต้องนานติดต่อกันกว่า 3 เดือนหรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) หรืออาการหายไประุนแรงขึ้นมาเป็นช่วงๆ (Exacerbation) เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน (Acute phase) เป็น ๆ หาย ๆ การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด ปัจจุบันทำได้เพียงทุเลาความรุนแรงของโรคหรืออาการเท่านั้น พยาธิสภาพนั้นไม่อาจพยากรณ์ได้แน่ชัด ร่างกายของผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัวในการรักษาสมคูลย์ของการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกายและจิตใจ จึงต้องการแนะนำความช่วยเหลือและการฝึกฝนพิเศษเป็นระยะยาวอาจถึงตลอดชีวิต

จะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลหนึ่งบุคคลใด ไม่ว่าจะ เป็น เด็กหรือผู้ใหญ่ ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายต่อชีวิตของบุคคลนั้น ๆ และครอบครัวด้วย สตีราส์ และ เกลเซอร์ (Anderson & Bauwens, 1981) ได้ให้มโนทัศน์กว้าง ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังไว้ 2 ลักษณะคือ

1. ความรู้ทางการแพทย์ในการรักษา นั้น จะต้องไม่หยุดอยู่แค่การรักษาโรคทางกายเท่านั้น แพทย์และพยาบาลจะต้องมีทักษะในการแก้ปัญหาด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรังนั้น เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ไม่เพียงแต่เข้าใจถึงการวินิจฉัยและการรักษาเท่านั้น แต่จะต้องเข้าใจถึงโรคและการรักษาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ผู้ป่วยเรื้อรังจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ความจำกัดในการเคลื่อนไหว การถูกแยกทางสังคม ถูกตราหน้าจากสังคม และความแตกแยกในครอบครัว ปัญหาเหล่านี้จะอยู่ในระดับที่แตกต่างกันตามชนิดของโรคเรื้อรัง ซึ่งแพทย์และพยาบาลจะต้องเข้าใจถึงความคล้ายคลึงและความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย

มโนทัศน์ดังกล่าวข้างต้นก็คือการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีองค์ประกอบรวม ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ โดยคำนึงถึงร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ฉะนั้นในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น จะต้องคำนึงถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยและครอบครัวด้วย เพราะครอบครัวเป็นสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นระบบที่สามารถรับข่าวสารและให้ข่าวสารแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การประเมินปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังจึงจำเป็นต้องประเมินถึงความแข็งแกร่ง และความจำกัดของครอบครัวในการเผชิญปัญหาของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความต้องการของมนุษย์

มาสโลว์ (Maslow) นักจิตวิทยาผู้มีชื่อเสียง เป็นผู้ตั้งทฤษฎีความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับและรู้จักกันแพร่หลายและถือเป็นแม่บทของความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ มาสโลว์แบ่งความต้องการออกเป็น 5 ชั้นตามลำดับ (Shortridge and Lee, 1980) คือ

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย
3. ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ
4. ความต้องการยอมรับนับถือ
5. ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จ สมหวังในชีวิต

มนุษย์จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นแรกมาก่อนอย่างน้อยก็ทำให้ได้รับความพึงพอใจในระดับหนึ่ง จึงจะมีพฤติกรรมเพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการชั้นถัดไปตามลำดับ

ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs or Biological needs) ได้แก่ ความต้องการ ออกซิเจน อาหาร น้ำ การเคลื่อนไหว การพักผ่อน การขับถ่ายและความพึงพอใจทางเพศ ความต้องการด้านร่างกายนี้เป็นความต้องการขั้นแรกที่สำคัญและเกิดก่อนความต้องการชั้นอื่น ๆ (Blattner, 1981) เป็นความต้องการเพื่อการอยู่รอดของชีวิต

ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Security and safety needs) ความมั่นคง ใจ ความเท่าเทียมกัน ความเป็นระเบียบ ความสม่ำเสมอความไว้วางใจ และความเชื่อถือได้ (O'Brien, 1978) ความต้องการเป็นอิสระจากความกลัวต่าง ๆ ตลอดจนต้องการความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย (Shortridge and Lee, 1980)

ความต้องการการยอมรับนับถือ (Self-esteem needs) ได้แก่ ความต้องการตระหนักในคุณค่าและความสามารถของตน ต้องการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ต้องการมีชื่อเสียงเกียรติยศในสังคม ต้องการได้รับการทักทาย และต้องการคำชมเชยจากผู้อื่น ตลอดจนต้องการความเป็นอิสระ

ความต้องการที่จะบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต (self-actualization needs) ได้แก่ความต้องการที่จะมีลักษณะเฉพาะของตนเอง มีแนวทางของตนเอง รู้จักตนเอง และบรรลุความต้องการของตนเอง รับรู้สภาพต่าง ๆ ตรงตามความเป็นจริง มีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้ง และมีความปรารถนาดีต่อผู้อื่น ผู้ที่บรรลุความต้องการขั้นสูงสุดขั้นนี้จะสามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ มีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์จะมีความสุขสงบและเพียงพอ (Shortridge and Lee, 1980)

ทฤษฎีของมาสโลว์ ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า "ความต้องการทั้งหลายทั้งหมด จะเป็นต้นตอที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์" (Shortridge and Lee, 1980) มนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอและไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่ความต้องการใดได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการอื่นจะเข้ามาแทนที่ กระบวนการนี้จะไม่มีวันสิ้นสุดและจะเริ่มตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย (สมพงษ์ เกษมสิน, 2521) ความต้องการใดเกิดขึ้นแล้วไม่ได้รับการตอบสนองที่เพียงพอตั้งแต่ต้น ความต้องการนั้นคงจะมีอิทธิพลครอบคลุมบุคคลอยู่เสมอไป คือจะเป็นตัวกระตุ้นที่มีพลังผลักดันให้บุคคลอยู่เสมอไป คือจะเป็นตัวกระตุ้นที่มีพลังผลักดันให้บุคคลประพฤติไม่เอียงไปในทางที่จะบ้นัด ความต้องการนั้นอยู่เสมอ (ลออ หุตางกูร, 2508)

ไรน์และมอนแทก (Rines and Montag, 1976) ได้จำแนกความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิตประจำวัน ออกเป็น 2 หมวดใหญ่ ๆ คือ ความต้องการทางด้านร่างกายและความต้องการด้านจิตใจโดยทั้ง 2 หมวดสามารถจำแนกรายละเอียดได้ดังนี้คือ

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร ความต้องการน้ำดื่ม ความต้องการอากาศหายใจ ความต้องการขับถ่าย ความต้องการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกาย ความต้องการความสบายเกี่ยวกับเครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย ความต้องการความสะอาดของร่างกายโดยทั่วไป รวมทั้งความสะอาดของสภาพแวดล้อม และความต้องการทางเพศ

2. ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการความรักความต้องการยอมรับ และการเป็นเจ้าของ ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการการเป็นอิสระ และการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จ การยอมรับนับถือ และความต้องการที่จะรู้คุณค่าของตัวเอง

ศรีเจล และคณะ ได้แบ่งความต้องการเป็น 3 ระดับใหญ่ ๆ (พาริคา อิบราฮิม, 2525) คือ

1. ความต้องการด้านร่างกาย
2. ความต้องการด้านจิตสังคม
3. ความต้องการด้านสภาพแวดล้อม

ความต้องการด้านร่างกาย ประกอบด้วยความต้องการอากาศหายใจ การพักผ่อน นอนหลับ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การมีอุณหภูมิที่พอเหมาะ การมีสภาพผิวหนังแข็งแรงเพียงพอที่จะคุ้มครองให้ได้รับความปลอดภัยและมีสุขอนามัยที่ดี การได้อยู่ในสถานที่เงียบสงบ สามารถเคลื่อนไหวได้ตามความต้องการ อีสรระจากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายและการได้รับการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึก

ความต้องการด้านจิตสังคม คือมีเอกลักษณ์ในการเลือกหรือควบคุมตนเอง มีความสำเร็จ มองเห็นความท้าทายของชีวิตมีความมั่นใจ มีความกระจำงในความรู้ตามที่ต้องการ การมีโอกาสสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลรอบข้าง ความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ ได้รับการยอมรับเคารพนับถือ และความเห็นชอบทั้งในด้านสถานภาพ ความสำเร็จ ความนับถือตนเอง ได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นด้วยดี

ความต้องการด้านสภาพแวดล้อม คือความต้องการเชื่อมั่น ความเรียบง่าย ความยืดหยุ่น ความมีค่าทั้งในด้านการเงินและด้านสังคม รวมทั้งความปลอดภัยจากบุคคลอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

วิทยา เทพยา กล่าวว่า "มนุษย์มีความต้องการอยู่ 2 ประการ (วิทยา เทพยา, 2524) คือ

1. ความต้องการทางกาย ได้แก่ อาหาร การพักผ่อน และความต้องการเพศ
2. ความต้องการทางใจ คือ ความต้องการทางสังคมนั่นเอง

วิทยา เทพยา กล่าวว่า มนุษย์มีความต้องการด้านสังคม อยู่ 4 ประการคือ

1. การยอมรับในสังคมคือ การให้สังคมยอมรับตนเข้าเป็นสมาชิกด้วย ต้องการความเห็นใจ ความเข้าใจ ต้องการการเข้ากับบุคคลอื่นในลักษณะที่เป็นหมู่คณะหรือเป็นกลุ่ม เพื่อจะได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมและในการแสดงข้อคิดเห็นต่างๆ การได้รับการยอมรับให้เข้าร่วมหมู่คณะ จะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรับผิดชอบต่อส่วนได้ส่วนเสียของหมู่คณะอย่างเต็มที่

2. การได้รับการยกย่องนับถือ คือต้องการที่จะเป็นคนสำคัญคนหนึ่ง ต้องการการกระทำที่แสดงความยกย่องจากบุคคลอื่น เช่น ได้รับการทักทาย การคารวะและการให้เกียรติอย่างอื่นแก่กัน

3. ต้องการโอกาสที่ก้าวหน้าคือ มีความต้องการที่จะเจริญก้าวหน้าในกิจการด้านต่าง ๆ เช่น ทางการที่ต้องการรายได้เพิ่มขึ้น ต้องการได้รับการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น

4. ต้องการความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยและอบอุ่น มนุษย์ทุกคนต้องการความมั่นคง ปลอดภัย และอบอุ่นทั้งกายและใจ เหมือนทารกที่ต้องการไออุ่นจากมารดา

จะเห็นได้ว่า ความต้องการของมนุษย์ตามความคิดเห็นของท่านผู้รู้ทั้งหลายนั้น ส่วนใหญ่เป็นไปบนแนวทางเดียวกัน จะแตกต่างกันบ้างในรายละเอียดหรือในการแบ่งระดับของความ ต้องการเท่านั้น พอจะสรุปรวมกันได้ว่าความต้องการของมนุษย์มี 2 ด้านใหญ่ๆ คือ ความต้องการด้านร่างกายเพื่อความอยู่รอดของชีวิต และความต้องการด้านจิตใจในการเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นหรือเรียกว่าเป็นความต้องการด้านจิตสังคม เพราะว่ามันมนุษย์ไม่เพียงแต่ต้องการมีชีวิตอยู่รอดเท่านั้น หากยังต้องการมีชีวิตที่ดีในสังคมด้วย เนื่องจากมนุษย์ยึดถือตนเองเป็น "ตัวตน" ที่จะต้องธำรงไว้และพยายามหาทางปรับปรุงให้ดีขึ้นอยู่เสมอ (ลออ หุตางกูร, 2508)

ภาวะ เจ็บป่วยและผลกระทบต่อความต้องการของมนุษย์

มนุษย์ต้องพยายามรักษาคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมของตนไว้เสมอ เพื่อให้ได้รับการตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งจะเป็นไปตามลำดับขั้น โดยขั้นแรกสุดหรือความต้องการเพื่อการอยู่รอดของชีวิตจะต้องได้รับการตอบสนองก่อน จึงจะมีพฤติกรรมเพื่อให้ได้รับการตอบสนอง ความต้องการขั้นสูงกว่าต่อไป (Barber, Stokes and Billings, 1977) ภาวะเจ็บป่วยเป็น ภาวะที่คุกคามความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเจ็บป่วยโดยโรคเรื้อรัง หรือโรคเฉียบพลันก็ตามในระยะแรกจะต้องการความช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการขั้นแรกสุดก่อน แต่เนื่องจากความต้องการของมนุษย์มีเป็นลำดับขั้น และสัมพันธ์กันในแต่ละขั้น การพร่องในขั้นหนึ่งจะมีผลต่อขั้นอื่น ๆ ด้วย การถูกบังคับให้ต้องลงมาสู่ความต้องการขั้นแรกสุดย่อมมีผลกระทบต่อกระเทือนต่อความต้องการขั้นที่สูงกว่า หรือความต้องการด้านจิตสังคมอย่างใหญ่หลวง เพราะมีผลกระทบต่อความปลอดภัย ความรัก ความเป็นเจ้าของตัวตน ความยอมรับนับถือตนเอง และอื่น ๆ (Blatner, 1981)

ความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลกระทบต่อด้านจิตสังคม

ผลกระทบต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลต่อบุคคลและครอบครัวนั้นมีมากมาย ความเจ็บป่วยทำให้บุคคลช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ไปไหนมาไหนได้ไม่สะดวก สมรรถภาพทางการงานลดลง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันตามบทบาทและหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้หมดโอกาสก้าวหน้า รายได้ของครอบครัวอาจลดลง และต้องใช้จ่ายมากขึ้นสำหรับเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ไปรับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเตรียมอาหารเฉพาะโรค ค่าปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เหล่านี้ทำให้ฐานะทางการเงินของครอบครัวตกต่ำลงได้มาก โดยเฉพาะในรายที่ต้องเวียนเข้าเวียนออกโรงพยาบาลอยู่เสมอ ครอบครัวของผู้ป่วยอาจจะต้องลดระดับชีวิตความเป็นอยู่ลง เนื่องจากภาวะค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น (Phipps, Long and Wood, 1979) นอกจากนี้บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ต้องจำกัดกิจกรรมไม่สามารถทำอะไรๆ ได้เหมือนคนปกติ ต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความท้อแท้ ซึมเศร้า หวาดกลัว วิตกกังวลและทำให้บุคคลเชื่อว่าตนได้สูญเสียความสามารถในการควบคุมบงการชีวิตของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าที่ต้องคอยพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (Johnston and Hood, 1976)

จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหาต่าง ๆ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัวของผู้ป่วย เพราะการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยระยะยาวนานนั้นก่อให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งคุกคามต่อบุคคลและครอบครัว จำเป็นต้องปรับตัวกันทั้งครอบครัว (Johnston and Hood, 1976) ถ้าครอบครัวใดไม่สามารถช่วยเหลือประคับประคองกันเองได้ จะทำให้มีการคุกคามความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้ป่วย และนำไปสู่สถานการณ์ที่สมาชิกไม่อาจทนได้ หรืออาจทำให้สัมพันธ์ภายในของครอบครัวเลวลงจนถึงขั้นแตกหักได้ในที่สุด (Phipp, Long and woods, 1979)

โรคธาลัสซีเมีย

ธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานในปี พ.ศ.2526 ว่ามีประชากรเป็นผู้นำโรคของธาลัสซีเมีย และภาวะฮีโมโกลบิน ผิดปกติสูงถึง 240 ล้านคน มีทารกแรกเกิดที่เป็นโรคปีละ 200,000 คน (ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา และอาไพพรรณ จวนสัมฤทธิ์ 2530) ประเทศไทยก็มีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้สูงมาก จากการประเมินสถานการณ์โรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในประเทศไทย ของศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุคนธ์ สัจจานุรักษ์ และคณะ (2532) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกที่เกิดใหม่ในแต่ละปี และจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ที่มีอาการทางคลินิกที่เกิดใหม่ในแต่ละปี และจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ (คำนวณจากเด็กเกิดใหม่ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี ตามอุบัติการณ์เฉลี่ยของยีนผิดปกติแต่ละชนิด)

โรค	คู่สมรสที่มีอัตราเสี่ยง (ต่อปี)	อัตราเกิดโรค (ต่อปี)	จำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิต
ไฮโมซัยกัส			
เบต้าธาลัสซีเมีย	2,500	625	6,250
เบต้าธาลัสซีเมีย			
ฮีโมโกลบินอี	13,000	3,250	97,500
ไฮโมซัยกัส			
แอลฟาธาลัสซีเมีย	5,000	1,250	0
ฮีโมโกลบิน เอช	28,000	7,000	420,000
รวมทั้งหมด	48,500	12,125	523,750

(สุคนธ์ สัจจานุรักษ์ และคณะ, 2532)

จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคธาลัสซีเมียมีถึงประมาณปีละ 12,125 คนต่อเด็กที่เกิดใหม่ 1 ล้านคน ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี เหตุที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ก็เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้เท่านั้น และยังเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ทั้งจากบิดามารดาที่เป็นโรคนี้ เกิดจากความผิดปกติของกลูบอินเบต้า และ/หรือแอลฟาโกลบินของโครโมโซมคู่ที่ 11 และ 16 ตามลำดับ ทำให้ฮีโมโกลบินที่เป็นส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดงมีความผิดปกติ

โรคธาลัสซีเมียที่พบบ่อยในประเทศไทย แบ่งตามอาการทางคลินิกได้ดังนี้ (สุตสาคร ตูจันดาอ้างถึงใน จิตนา ตีรินาวิน และชนิกา ตูจันดา บรรณาธิการ, 2524; ประเวศ วัชสี อ้างถึงใน สุภา ฌ นคร บรรณาธิการ 2513)

1. เบต้าธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติตามจำนวนยีนที่ขาดหายดังนี้

1.1 โฮโมซัยกัส เบต้าธาลัสซีเมีย เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิด เบต้า 2 ยีน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพของโรคอย่างชัดเจนเริ่มมีอาการ ซีด ตัวเหลือง ตับ ม้าม โต ตั้งแต่เด็ก ร่างกายเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ

1.2 เบต้าธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบิน อี เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดเบต้าร่วมกับฮีโมโกลบินผิดปกติชนิดอี อาการแสดงทางคลินิก เช่นเดียวกับผู้ป่วยโฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย

1.3 กลุ่มที่เป็นพาหะของเบต้าธาลัสซีเมีย เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดเบต้า 1 ยีน กลุ่มนี้จะไม่มีอาการแสดงของโรค อาจมีเม็ดเลือดแดงผิดปกติเล็กน้อย

2. แอลฟาธาลัสซีเมีย ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติตามจำนวนยีนที่ขาดหายดังนี้

2.1 โฮโมซัยกัสแอลฟาธาลัสซีเมีย เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิด แอลฟา 4 ยีน ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรง มักจะเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือตายภายหลังคลอดไม่กี่นาที ทารกจะมีอาการ ซีด บวมหน้า ตับม้ามโตมาก (Hb Bart's hydrops fetalis)

2.2 ฮีโมโกลบิน เอช เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีนที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดแอลฟา 3 ยีน ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตและรูปร่างหน้าตาปกติ แต่เมื่อมีอาการติดเชื้อจะมีอาการซีดอย่างเฉียบพลัน

2.3 กลุ่มที่เป็นพาหะของแอลฟาธาลัสซีเมีย เป็นภาวะที่มีการขาดหายของยีน ที่ควบคุมการสร้างสายโกลบินชนิดแอลฟา 1 หรือ 2 ยีน กลุ่มนี้จะไม่มีการแสดงของโรคอาจ มีเม็ดเลือดแดงผิดปกติเพียง เล็กน้อย

พยาธิกำเนิดของโรค

พยาธิกำเนิดของโรคธาลัสซีเมีย เกิดจากความผิดปกติของการสังเคราะห์โกลบินโดย ไม่มีสายโกลบิน ชนิดใดชนิดหนึ่งน้อยลงหรือไม่มีเลย ฮีโมโกลบินที่ผิดปกตินี้ จะมีการเปลี่ยนแปลง การเผาผลาญของผนังเม็ดเลือดแดงคือ มีการซึมผ่านของประจุบวก (Cation Permeability) ทำให้ความหยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงเสียไป รวมทั้งเม็ดเลือดแดงจะมีลักษณะรูปร่าง และ ขนาดต่าง ๆ กัน (Anisopoikilocytosis) เช่น รูปร่างบิดเบี้ยว เว้าแหว่ง ขนาดต่างกัน เมื่อเลือดไหลผ่านเส้นเลือดฝอยที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กมาก โดยเฉพาะที่ม้ามจึงถูกกรอง และทำลายได้ง่าย ดังนั้นเม็ดเลือดแดงจึงมีอายุสั้นกว่าคนปกติ เนื่องจากฮีโมโกลบินเป็นตัวนำ ออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ เมื่อร่างกายมีภาวะฮีโมโกลบินต่ำจึงทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน ไม่เพียงพอ ภาวะนี้จะเป็นอย่างเรื้อรัง ทำให้การเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ และร่างกายก็ พยายามปรับโดยมีการขยายตัวของโพรงกระดูก และกระดูกแบนจึงทำหน้าที่ผลิตเม็ดเลือดแดง ด้วย นอกจากนี้จะมีการสร้างเม็ดเลือดแดงนอกไขกระดูกทำให้ตับ ม้ามโต อาจจะมีการสะสม ของเหล็กในร่างกายมากขึ้น เนื่องจากมีการดูดซึมเหล็กกลับเข้าสู่ทางเดินอาหารมากขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการสร้างเม็ดเลือดแดงมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันจะได้รับเหล็กจากการให้เลือดทดแทนมากขึ้น เหล็กที่สะสมในร่างกายนี้จะไปเกาะตามอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ เช่น ตับ ตับอ่อน หัวใจ ม้าม ต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิดพยาธิสภาพขึ้น จากพยาธิกำเนิดของโรคดังกล่าว ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงทางคลินิกดังนี้ (ภัทรพร อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2522)

1. โลหิตจางเรื้อรัง มีอาการซีด เหลือง เหนื่อยง่าย ตับและม้ามโต
2. ลักษณะหน้าตาแบบธาลัสซีเมียคือ สันจมูกแบน โหนกแก้ม คาง และขากรรไกร กว้างใหญ่ ฟันยื่นเขยิบ และเรียงตัวไม่เรียบ กระดูก กะโหลกศีรษะยื่นเป็นตอนๆ มักพบที่กระดูกพรอนต์ล และออซิพิทัล ซึ่งเป็นผลมาจากการขยายของโพรงกระดูกชนิดแบน ลักษณะหน้าตาที่ผิดปกตินี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะถาวรตลอดไป

3. การเจริญเติบโตช้า ตัวเตี้ยเล็ก และน้ำหนักรน้อย

4. มีการคั่งของธาตุเหล็กในร่างกาย ซึ่ง เหล็กจะไปจับตามผิวหนังและอวัยวะภายในร่างกาย ทำให้เกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ เช่น หัวใจโต หัวใจวาย คับแข็ง เบาหวาน ผิวหนังมีสีเทาอมเขียวและมีสีคล้ำง่าย เมื่อถูกแดดเพราะมีเมลานินเพิ่ม
5. มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก ส่วนเนื้อคอร์เทกซ์ของกระดูกจะบาง ทำให้กระดูกหักได้ง่าย
6. มีการเปลี่ยนแปลงของปอด ผู้ป่วยมักจะมีการทำงานของปอดผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย
7. ภาวะวิกฤติจากการทำลายของเม็ดเลือดแดง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีดอย่างรวดเร็วและรุนแรง ซึ่งมักเกิดภายหลังการติดเชื้อชนิดใดชนิดหนึ่ง
8. ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น เกิดโรคติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากความต้านทานโรคต่ำ มีน้ำดีซึ่งเกิดจากการทำลายเม็ดเลือดแดงมาก หรือก้อนเนื้องอกจากโพรงไขกระดูกที่ทำงานมากและโตขึ้นไปกดเบียดอวัยวะใกล้เคียง

การรักษา

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการศึกษาวิจัยเพื่อวิธีการรักษาโรคให้หายขาด เช่น การปลูกถ่ายไขกระดูก การเปลี่ยนสาร ดี เอ็น เอ (D.N.A) ในยีนเพื่อสร้างสายโกลบินที่ขาดหายไป แต่วิทยาการก้าวหน้าเหล่านั้นยังอยู่ในขั้นศึกษาและจำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง รวมทั้งค่าใช้จ่ายยังสูงมาก การรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาแบบประคับประคองได้แก่ (ภัทรพร อิศรากร ณ อยุธยา และอาไพพรรณ จวนสัมฤทธิ์, 2530)

1. การให้เลือด ถ้าผู้ป่วย มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7-8 กรัมต่อ 100 มล. ควรจะให้เลือดโดยเฉพาะเด็ก เพื่อให้เด็กมีส่วนสูงและน้ำหนักใกล้เคียงเด็กปกติ มีหน้าตาแบบธาลัสซีเมียน้อยลง โดยให้น้ำรูปของเม็ดเลือดแดงเข้มข้น ความถี่ของการให้เลือดจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค
2. ดูแลให้อาหารที่มีโปรตีน วิตามิน และโพแทสเซียม เพราะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยสร้างเม็ดเลือดแดงขึ้นมาทดแทน
3. หลีกเลี่ยงและระมัดระวังการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสจะรับโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย และ เมื่อเกิดการติดเชื้อผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการรุนแรงกว่าคนปกติ

4. การตัดม้ามจะทำในรายที่จำเป็นเท่านั้นคือ ในรายที่มีม้ามมีขนาดโตจนเกิดอาการ กดเบียดอวัยวะในช่องท้อง ทำให้แน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก หัวใจเต้นผิดปกติ หรือในรายที่ม้ามมีการทำลายเม็ดเลือดต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะเกร็ดเลือดทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ดังกล่าว ไม่ควรตัดม้ามเพราะทำให้เกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย

5. ให้ยาขับเหล็กออกจากร่างกาย ยาที่ใช้ได้คือ (desferoxamine) ซึ่งความถี่ของการใช้ยาขับเหล็กขึ้นกับจำนวนเหล็กที่ค้างอยู่ในกระแสเลือด

6. รักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น น้ำในถุงน้ำดี ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่

1. ภาวะที่มีเหล็กสะสมมากเกินไปในเนื้อเยื่อของร่างกาย สาเหตุเกิดจาก

1.1 มีการดูดซึมเหล็กทางลำไส้เพิ่มขึ้น เนื่องจากกระบวนการสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูกผิดปกติ และเม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติ ทำให้มีการเร่งสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น

1.2 การได้รับเลือดบ่อย ทำให้ได้รับเหล็กเพิ่มขึ้นจากเลือดที่ได้รับ เนื่องจากเลือดแต่ละยูนิต (ประมาณ 500 ซีซี) จะมีเหล็กประมาณ 200-250 มิลลิกรัม ในขณะที่ความต้องการเหล็กของเด็กประมาณวันละ 10 มิลลิกรัม (จันทรนิวัทธ์ เกษมสันต์ และบุษชอป พงษ์พาณิชย์, 2522) และปริมาณเหล็กที่มากเกินไป ร่างกายไม่มีกลไกในการขับออกเหมือนกับธาตุอื่น เช่น โซเดียม โพแทสเซียม แคลเซียม นอกจากนี้ร่างกายสามารถขับเหล็กออกได้เพียงวันละ 0.5-1.0 มิลลิกรัม ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับเลือดบ่อยครั้ง จึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะเหล็กเกิน และเกิดพยาธิสภาพแก่อวัยวะต่าง ๆ ที่เหล็กไปจับ เช่น ตับแข็ง เบาหวาน โรคหัวใจ หรือการทำงานของต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ผิดปกติ

2. มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าปกติ เนื่องจาก

2.1 ผู้ป่วยธาลัสซีเมีย จะมีภาวะเหล็กเกินในกระแสเลือด (hyperferremia) ซึ่งเหล็กที่อยู่ในพลาสมานั้นจะมีทรานสเฟอร์ริน ซึ่งเป็นโปรตีนจำเพาะสำหรับเหล็ก พาเหล็กจากตำแหน่งที่มีการดูดซึม หรือจากที่ที่เก็บสะสมไว้ไปสู่ตำแหน่งที่ต้องการใช้ เมื่อปริมาณเหล็กในพลาสมามากเกินไปจะทำให้ทรานสเฟอร์รินในเลือดต่ำลง (hypotransferrinemia) ทรานสเฟอร์รินจะเป็นตัวขัดขวางไม่ให้เชื้อโรคนำเหล็กไปใช้ในการเจริญเติบโต เมื่อเหล็กมี

ปริมาณมากเกินไป และทรานสเฟอร์รินต่ำในเลือด จึงเป็นการส่งเสริมการเจริญเติบโตของแบคทีเรียและเชื้อรา

2.2 ม้ามมีภาวะทำลายเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น และช่วยสร้างเม็ดเลือดขาว ทำให้ม้ามโตกว่าปกติ เนื่องจากม้ามเป็นอวัยวะที่สร้างไทฟซิน (tyftsин) ซึ่งเป็นเตตราเปปไทด์ (tetrapeptide) มีทำหน้าที่เป็นออปโซนิน (Opsonin) ในการกระตุ้นเม็ดเลือดขาวให้มีปฏิกิริยาเก็บกินเชื้อโรค และม้ามยังเป็นอวัยวะที่สร้างอิมมูโนโกลบูลินชนิด เอ็น เมื่อม้ามมีความผิดปกติ อาจจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติและผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้มากขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดม้าม ซึ่งปัญหาการติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญที่สุด ที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

3. โรคแทรกซ้อนของหัวใจ เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หัวใจวาย อาจเนื่องจากมีเหล็กไปสะสมที่หัวใจมากเกินไป จนเกิดเป็นพังผืด ทำให้ระบบการนำไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ

4. การขาดสารอาหาร เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยอย่างเรื้อรัง และมีเหล็กไปจับที่ต่อมไร้ท่อต่างๆ ทำให้ทำงานน้อยกว่าปกติ ได้แก่ ต่อมไทมัส ต่อมธัยรอยด์ ต่อมหมวกไต และต่อมเพศ ผู้ป่วยจึงมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ

จากการศึกษาของซนิกา ตูจินดา และคณะ (2526) ศึกษาในผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี อายุตั้งแต่ 5-13 ปี และผู้ป่วยโซโมซัยกัส เบต้าธาลัสซีเมียอายุ 11-15 ปี พบว่า ผู้ป่วยทุกคน มีการเจริญเติบโตล่าช้ามีส่วนสูง น้ำหนักและการเจริญเติบโตของกระดูกน้อยกว่าอายุจริงเช่นเดียวกับการศึกษาของมาเรียม และคณะ (2531) ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจำนวน 360 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมีน้ำหนักและส่วนสูงตามอายุต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย 50th percentile ร้อยละ 82.55 และร้อยละ 85.55 ตามลำดับ และผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์จะเจริญเติบโตช้ามากกว่าผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบิน อี และฮีโมโกลบิน เอช ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ อีก เช่น น้ำน้ำตาล การอักเสบของถุงน้ำดี แผลเรื้อรังที่ขา กระดูกหักหรือปวดกระดูก จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเด็กเกิดโรคธาลัสซีเมียมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ และอาจจะถึงแก่กรรมด้วยปัญหาหรือภาวะ

แทรกซ้อนดังกล่าวนั้น แต่ถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของ โรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่
เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น

ผลกระทบต่อเด็กที่ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย

แมสซาเกลีย และคาร์พินาโม (Massaglia and Carpinano quoted in
Sirchia and Zanella, 1987) ศึกษาสภาพจิตใจของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่าจาก
การที่เด็กป่วยมีอาการ ซีด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไม่สามารถมีกิจกรรมเช่นเดียวกับเด็กในวัย
เดียวกัน ทำให้เด็กป่วยรู้สึกว่าคุณป่วยมาก และกำลังจะตาย ความเจ็บป่วยที่ได้รับจากการ
รักษาที่ติดต่อกันเป็นระยะ เวลายาวนาน เป็นเสมือนเครื่องเตือนใจเด็กว่าคุณป่วยและไม่สม
ประกอบ นอกจากนี้การที่เด็กมีรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนไปเป็นลักษณะของโรคทำให้เด็กป่วย รู้สึก
อับอายหน้าตา และสีผิวของตนเองนี้จะมีมากขึ้นในเด็กป่วยวัยเรียนและวัยรุ่น นอกจากนี้การที่
เด็กป่วยมารับการรักษาเสมอๆ ทำให้ไม่อาจมีกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อนและแยกตัวจากกลุ่มเพื่อน
ในที่สุดจากการศึกษาของ พยอม อังคตานุวัฒน์ และศุภาลินี กังวานเนาวรัตน์ (2522) พบว่า
เด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย มีอารมณ์หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย เอาแต่ใจตัวเอง เลี้ยงยาก บางคน
โมโหร้ายทำร้ายตนเอง และบางคนรังแกผู้อื่น และยังมีอาการถึงการศึกษาของลอกการ์ทีซิส
(Logatheses) ซึ่งศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยธาลัสซีเมีย พบ
ว่ามีลักษณะอิมพัลซีฟ (Impulsive) คือมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปได้ง่าย และรวดเร็ว ควบคุม
อารมณ์โกรธไม่ได้ บางคนคอยหนีแยกตัวและช่วยตัวเองไม่ได้ กลุ่มที่ศึกษาว่าครั้งมีอารมณ์
ซึมเศร้า และวิตกกังวลอย่างเห็นได้ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาคร พุทธปาน และ
คณะ ที่ว่าเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย มักจะโมโหร้าย ดิตบิดาหรือมารดา หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย
คือ เอาแต่ใจตนเอง

โรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

โรคไต เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดโรคหนึ่งทางด้านอายุรศาสตร์นอกจากจะเกิด
เป็นโรคขึ้นจากพยาธิสภาพของไตตัวเองแล้ว ยังพบว่าเป็นอาการแทรกซ้อนของการดูแลของตน
เองที่ไม่ถูกต้องของโรคเรื้อรังอื่น ๆ อีกโรคไตชนิดที่มีความสำคัญมากคือ โรคไตกลุ่มอาการ
เนฟโรติก ซึ่งเป็นความผิดปกติดังกล่าว เกิดจากภาวะของโรคต่าง ๆ ได้หลายชนิด เกิดจาก

สารหรือยาที่เป็นพิษต่อไต ตลอดจนการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ โรคไตชนิดนี้เป็นโรคที่พบได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ เช่น ในเด็กวันรุ่น วัยผู้ใหญ่ พบแม้ในสตรีมีครรภ์ ฯลฯ โดยไม่จำกัดเชื้อชาติและภูมิประเทศ นอกจากนี้ยังอาจเกิดร่วมกับโรคไตเรื้อรังอื่น ๆ ด้วย ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงของกลุ่มอาการเนฟโรติกนี้ยังไม่ทราบแน่นอน

ความหมายของกลุ่มอาการเนฟโรติก

เกี่ยวกับความหมายของกลุ่มอาการเนฟโรติกมีผู้ให้ความหมายต่าง ๆ กันคือ

สง่า นิลารางกูร หมายถึง "กลุ่มอาการของโรคไตหลาย ๆ ชนิดที่มีการเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะ เป็นต้นเหตุของระดับโปรตีนในเลือดต่ำระดับไขมันเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเลือดสูง และมีอาการบวม" (สง่า นิลารางกูร, 2519)

ลัคแมนและโซเรสเซน (Luckman and Sorensen, 1980) หมายถึง เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากโรคไตต่างๆ ได้หลายชนิด พบมากที่สุดคือ การอักเสบของตังโกลเมอรูลัส (Glomerulonephritis) หรือความผิดปกติของโรคที่เกิดแก่ร่างกายทุกระบบ เช่นเบาหวาน เอส แอล อี (S.L.E.) อาการคือ จะมีการเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะจำนวนมากเป็นผลให้โปรตีนในเลือดต่ำลงและทำให้เกิดอาการบวม นอกจากนี้อาจพบว่ามีระดับไขมันในเลือดสูงและการพยากรณ์โรคขึ้นกับสาเหตุที่แท้จริง

เบรนเนอร์ (Brenner, 1976) อ้างถึง สไคลเนอร์ (Schreiner) ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ เป็นพยาธิสภาพแบบหนึ่งที่มีสาเหตุได้หลายประการมีลักษณะเฉพาะคือ มีการเพิ่มของอาการซึมผ่านของโปรตีนและไขมัน โดยผ่านส่วนกรองของไตและมีแนวโน้มว่าจะมีอาการบวม มีโปรตีนในเลือดต่ำและไขมันในเลือดสูง โปรตีนที่ซึมผ่านออกมาทางโกลเมอรูลัสของไตที่มีพยาธิสภาพจะอยู่ระหว่าง 3.5 กรัมต่อวัน คอปริเวทพื้นผิว 1.73 ตารางเมตร

ดังนั้นอาจสรุปความหมายของกลุ่มอาการเนฟโรติกได้ว่าหมายถึง กลุ่มอาการที่มีพยาธิสภาพของโกลเมอรูลัสของไต ซึ่งเกิดจากโรคได้หลาย ๆ ชนิด มีอาการสำคัญ คือ มีโปรตีนออกมากับปัสสาวะมากกว่า 3.5 กรัมต่อวัน คอปริเวทพื้นผิว 1.73 ตารางเมตร เป็นผลให้ระดับโปรตีนในเลือดต่ำทำให้เกิดอาการบวมและยังเป็นผลให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น

สาเหตุของกลุ่มอาการเนฟโรติก

สาเหตุของกลุ่มอาการเนฟโรติกที่แท้จริงไม่ทราบแน่นอน แต่สามารถแบ่งเป็นสาเหตุใหญ่ ๆ ได้ 2 ประการคือ (สุชาติ เกิดผล, 2531)

1. กลุ่มอาการเนฟโรติกปฐมภูมิ (primary nephrotic syndrome) กลุ่มนี้มีสาเหตุมาจากที่ใดเองพบว่ามีร้อยละ 90 ของกลุ่มอาการเนฟโรติกในเด็กเป็นชนิดนี้ ส่วนอีกร้อยละ 10 ที่เหลือเป็นผลมาจากซิสเต็มมิกดีซีส์ (systemic disease) อื่นๆ หรือกลุ่มอาการเนฟโรติกทุติยภูมิ (secondary nephrotic syndrome) กลุ่มอาการเนฟโรติกปฐมภูมิอาศัยลักษณะทางคลินิกร่วมกับการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตอรอยด์ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มย่อยดังนี้

1.1 กลุ่มที่เป็นมาแต่กำเนิด

1.2 กลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตอรอยด์ กลุ่มนี้ประกอบด้วยส่วนใหญ่ของ มิมีลล์ เซนย์ เนฟโรติก ซินโดรม ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ไตน้อย (Minimal change nephrotic syndrome หรือเรียกย่อว่า M C N S)

1.3 กลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตอรอยด์ กลุ่มนี้ประกอบด้วย กลุ่มที่มีพยาธิสภาพที่ไตเป็นแบบอื่น เช่น โฟคัล โกลเมอรูโลสโคลอโรซิส (focal glomerulosclerosis) มีแซงเกียล โปรลิเฟอเรทีฟ โกลเมอรูโลเนฟริติส (mesangial proliferative glomerulonephritis เรียกย่อว่า Mes, PGN) เมมบราโนโปรลิเฟอเรทีฟ โกลเมอรูโลเนฟริติส (Membranoproliferative glomerulonephrities เรียกย่อว่า M P G N) และกลูเมอรูโลเนฟริติสแบบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis (C Q N)

2. กลุ่มอาการเนฟโรติกทุติยภูมิ (secondary nephrotic syndrome) กลุ่มนี้พบได้ร้อยละ 10 ของกลุ่มอาการเนฟโรติกในเด็ก โรคที่พบร่วมกับบ่อยได้แก่ ซิสเต็มมิก ลูปัส อิริธิม่าโตซิส (systemic Lupus erythematosus) เรียกย่อว่า เอส แอล อี (S.L.E) และอานาฟายแลคทอย โทพูลา (anaphylactoid purpura) นอกจากนี้ยังพบร่วมกับโรคหรือสภาวะต่าง ๆ ได้อีก

รูปแบบอย่างของกลุ่มอาการเนฟโรติกทุติยภูมิ (secondary nephrotic syndrome)

คือ

การคิดเชื้อ

ซิฟิลิส ทั้งชนิดเป็นแต่กำเนิด หรือเป็นภายหลังสามารถจะทำให้เกิดกลุ่มอาการเนฟโรติกได้ จากรายงานพบว่าทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไตเป็นแบบ M G N พร้อมกับมี อิมมูเนเดโพสิทส์ (immune deposits) โรคนี้ในระยะแรกอาจไม่มีอาการแสดงใด ๆ ให้เห็น การที่ยารักษาซิฟิลิสโรคจะหายขาดได้

มาเลเรียทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไตอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า ทอบิคอล เนฟโรแพที (tropical nephropathy) เชื่อว่ามีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการเนฟโรติกได้ การเปลี่ยนแปลงที่ไตพบได้ 2 แบบคือ แบบที่ 1 อาการแสดงแบบเฉียบพลัน แบบที่ 2 แบบเรื้อรังซึ่งมักพบในเด็กในแอฟริกาตะวันตก อาการแสดงของแบบเฉียบพลันมักจะไม่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการถ่ายปัสสาวะปนเลือด มีโปรตีนในปัสสาวะและบางครั้งมีอาการของกลุ่มอาการเนฟโรติก เมื่อให้ยารักษาโรคมาเลเรียอาการจะหายไป ยกเว้นอาการของกลุ่มอาการเนฟโรติก จะยังคงอยู่ อาการแสดงของแบบเรื้อรังมักจะเริ่มด้วยอาการของกลุ่มอาการเนฟโรติก เมื่ออาการบวมยุบลง มักจะตามมาด้วยความดันโลหิตสูงและไตวาย กลุ่มอาการเนฟโรติก ที่เกิดจากแบบหลังนี้ ไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคมาเลเรีย คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) หรือยาอิมมูโนซัพเพรสซีฟ (immunosuppressive drugs)

โรคคิดเชื้อพลาสมาโปรตีน มักพบว่าทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไตในผู้ใหญ่ อาการแสดงอาจเป็นกลุ่มอาการเนฟโรติก หรือมีโปรตีนในปัสสาวะแต่เพียงอย่างเดียวบางรายอาจจะมีอาการถ่ายปัสสาวะปนเลือดและความดันโลหิตสูงรวมด้วย กับซีรัม globulin เพิ่มขึ้น อาการแสดงดังกล่าวแล้วจะค่อยเป็นค่อยไป และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตอรอยด์ หรือยาอิมมูโนซัพเพรสซีฟ (immunosuppressive drugs)

การมีไส้เดือนกลมในลำไส้ ปกติพยาธิในลำไส้จะไม่ทำให้เกิดโรคไตแต่ในผู้ป่วยอ่อนแอที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจเกิดโรคนี้ได้ ในผู้ป่วยที่มีไส้เดือนตัวกลมและมีผลต่อไต พบว่าจะทำให้เกิดกลุ่มอาการเนฟโรติก และมีการเปลี่ยนแปลงที่ไต

ไวรัส มีเชื้อไวรัสหลายชนิดที่ทำให้เกิดความผิดปกติที่ไตเช่น คอคแซคคี, เอคโค, คางท่อม, อีสุกอีใส, และเฮพพาไทติส บี เป็นต้น เชื้ออีสุกอีใสทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไตร่วมกับอาการของกลุ่มอาการเนฟโรติก และความผิดปกติที่ไตจะหายไปเมื่อการเป็นอีสุกอีใสสิ้นสุด เฮพพาไทติส บี พบร่วมกับกลุ่มอาการเนฟโรติกได้บ่อย โดยการเปลี่ยนแปลงที่ไตการดำเนินโรคค่อนข้างรุนแรงและทำให้เกิดไตวายเรื้อรังได้

สารพิษและยา เหล็กไนของผึ้งและยางจากต้นโอ๊ค เชื่อว่าทำให้เกิดกลุ่มอาการ เนฟโรติก กลุ่มอาการเนฟโรติกจากเหล็กไนของผึ้ง จะกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ โดยไม่ค่อยเกิด เป็นไตวายเรื้อรัง แต่กลุ่มอาการเนฟโรติกจากยางต้นโอ๊ค จะกลับเป็นซ้ำบ่อยและเกิดไตวาย เรื้อรังได้

เพนนิซิลามีน และความผิดปกติทางจิตอย่างมาก ได้แก่ ความผิดปกติที่เกิดจากการ ได้รับสารปรอทและทองคำทำให้เกิดอาการเนฟโรติกได้ การใช้เปอร์คลอเรท (perchlorate) ในการรักษาต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ และไตรเมธาไดโอน (Trimethadione) หรือพาราเมธา- ไดโอน (paramethadione) ในการรักษา โรคลมบ้าหมู อาจเกิดอาการแทรกซ้อนของยาทำให้เกิดกลุ่มอาการเนฟโรติกได้

โรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติกจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น ซิสเต็มมิก ลูปัส อิริธีมาโตซัส (Systemic lupus erythematosus) อีโนซ เซอนไลน์ เพอร์เพอรา (Henoch-Schonlein purpura), พอลลิอาร์เทอร์ไอติส โนโดซา (polyarteritis nodosa) และอื่น ๆ

อุบัติการณ์

อัตราการเกิดกลุ่มอาการเนฟโรติก ในประเทศไทยยังไม่ทราบแน่นอน จากรายงาน สหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 16 และ 18 ปี เป็น 2 และ 2.7 ต่อแสนคนต่อปี ตามลำดับและมีความชุกของโรคแบบสะสม (cumulative prevalence) 16 คนต่อประชากร หนึ่งแสนคน โอกาสจะเป็นกลุ่มอาการเนฟโรติกในครอบครัวเดียวกันพบได้ร้อยละ 2-8 โดย เป็นในที่น้องเดียวกัน และจะมีพยาธิสภาพของ โกลเมอรูโล คล้ายกัน หากคนใดคนหนึ่งเป็นที่ น้องคนอื่น ๆ ในครอบครัวมีโอกาสเป็นโรคนี้อีก 1,000 เท่า ของประชากรทั่วไป (Mc Enery and Strife, 1982)

อายุ พบในเด็กทุกอายุ แต่พบมากที่สุดของเด็กก่อนวัยเรียน คือ ระหว่าง 2-3 ปี ถ้า เกิดในเด็กอายุน้อยแต่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี ส่วนมากเป็นมิมิมัล เซนย์ เนฟโรติก เด็กที่เริ่มเป็นก่อน อายุ 5 ปี จะเป็นมิมิมัล เช่น เนฟโรติกถึงร้อยละ 90 แต่ถ้าเป็นหลังอายุ 10 ปี มีโอกาส เป็นมิมิมัล เซนย์ เนฟโรติก 90 แต่ถ้าเริ่มเป็นหลังอายุ 10 ปี มีโอกาสเป็นมิมิมัล เซนย์ เนฟโรติกร้อยละ 50 แต่เป็นเมมบรานโนโปร ลิเฟอเรทีฟ โกลเมอรูโลเนฟโรติส ได้ร้อยละ 30 เปอร์เซ็นต์ มิมิมัล เซนย์ เนฟโรติกเกิดในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 2:1 แต่ใน มิมิมัล เซนย์ เนฟโรติก เกิดในเด็กหญิงถึงร้อยละ 65

การเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะ

การเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะ เนื่องจากความผิดปกติของโกลเมอรูล่าเบสเม้นต์ เมมเบรน (Glomerular basement membrane) ที่ยอมให้โปรตีนในเลือดผ่านออกไปจึงพบว่า มีโปรตีนในปัสสาวะ โดยมากจะพบว่า มีโปรตีนในปัสสาวะประมาณ 10-25 กรัมต่อวัน และอาจสูงถึง 40-50 กรัมได้ เมื่อร่างกายเสียโปรตีนไปทางปัสสาวะมากทำให้ระดับโปรตีนในเลือดต่ำหรือเรียกว่า ซีรัมโปรตีน (serum protein) ต่ำ ซึ่งมีผลมากในเด็ก เพราะในเด็ก การทำลายโปรตีนมีมากกว่าปกติแต่การสังเคราะห์โปรตีนอยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นเหตุส่งเสริมให้ซีรัมโปรตีนต่ำลง คอลลอยดอล ออสมิติก เฟลซเซอร์ ของพลาสมาจะต่ำกว่าในช่องว่างระหว่างเซลล์ ทำให้หน้าเกลือซึมออกมาจากหลอดเลือดเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ จนปรากฏเป็นอาการบวมขึ้นแก่สายตาและอาการบวมนี้จะสัมพันธ์กับระดับของซีรัมโปรตีน (สง่า นิลรางกูร, 2519) เช่น ถ้าระดับซีรัมโปรตีนต่ำกว่า 1.6 กรัมเปอร์เซ็นต์จะพบว่าผู้ป่วยบวมทั้งตัวได้ ถ้าซีรัมโปรตีนต่ำประมาณ 1.8 กรัมเปอร์เซ็นต์จะมีอาการบวมเฉพาะหน้าแข็งและเท้า แต่ถ้ามีระดับโปรตีนในเลือดประมาณ 3.0 กรัมเปอร์เซ็นต์ จะไม่พบอาการบวมเลย

การที่ซีรัมโปรตีนต่ำลงมาส่งผล 2 ประการคือ

1. กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนแอลโดสเทอโรนมากขึ้น ทำให้ไตสงวนเก็บโซเดียมไว้มากขึ้น ผู้ป่วยจะบวมมากขึ้นและร่างกายจะปล่อยโปตัสเซียมทางปัสสาวะมากขึ้น

2. ลดปริมาณของเลือดคู่ไต ทำให้การกรองโซเดียมลดลงจึงเกิดการคั่งของโซเดียมในร่างกายได้ง่ายขึ้น ของเสียต่าง ๆ ก็จะถูกคั่งค้างในร่างกาย

ดังนั้น จึงพบว่าผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติก ที่มีอาการบวมมาก ๆ จะไม่ทนต่อการขาดโซเดียม เช่น ถ้าท้องเสียอย่างรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วย ซ็อค ได้ง่ายและถึงแก่กรรมได้จากการมีภาวะแทรกซ้อนคือ แอคคิว ทิวบูล่า เนโครซิส (acute tubular necrosis)

ระดับโซลีสเตอรอลในเลือดสูง

ในผู้ป่วยที่กลุ่มอาการเนฟโรติก จะพบระดับโซลีสเตอรอลในเลือดสูงได้เล็กน้อย แตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่พบว่าระดับโซลีสเตอรอลจะสัมพันธ์กับระดับของซีรัมโปรตีน กล่าวคือ ถ้าพบว่าระดับซีรัมโปรตีนสูงขึ้นด้วยเหตุใดก็ตามระดับโซลีสเตอรอลก็จะลดลงได้ แต่ถ้าระดับซีรัมโปรตีนต่ำลงระดับโซลีสเตอรอลจะสูงขึ้น การที่ระดับโซลีสเตอรอลสูงขึ้นนี้ไม่มีใครทราบเหตุผลแน่นอน ดังที่ สง่า นิลรางกูร (2519) กล่าวว่า "กลไกการเพิ่มขึ้นของโซลีสเตอรอล"

เคอร์อลยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด อาจเป็นเพราะตับสร้างสารเหล่านี้ขึ้นมาเพื่อเพิ่มออสโมลาลิตี้ของเลือดก็อาจก็เป็นได้"

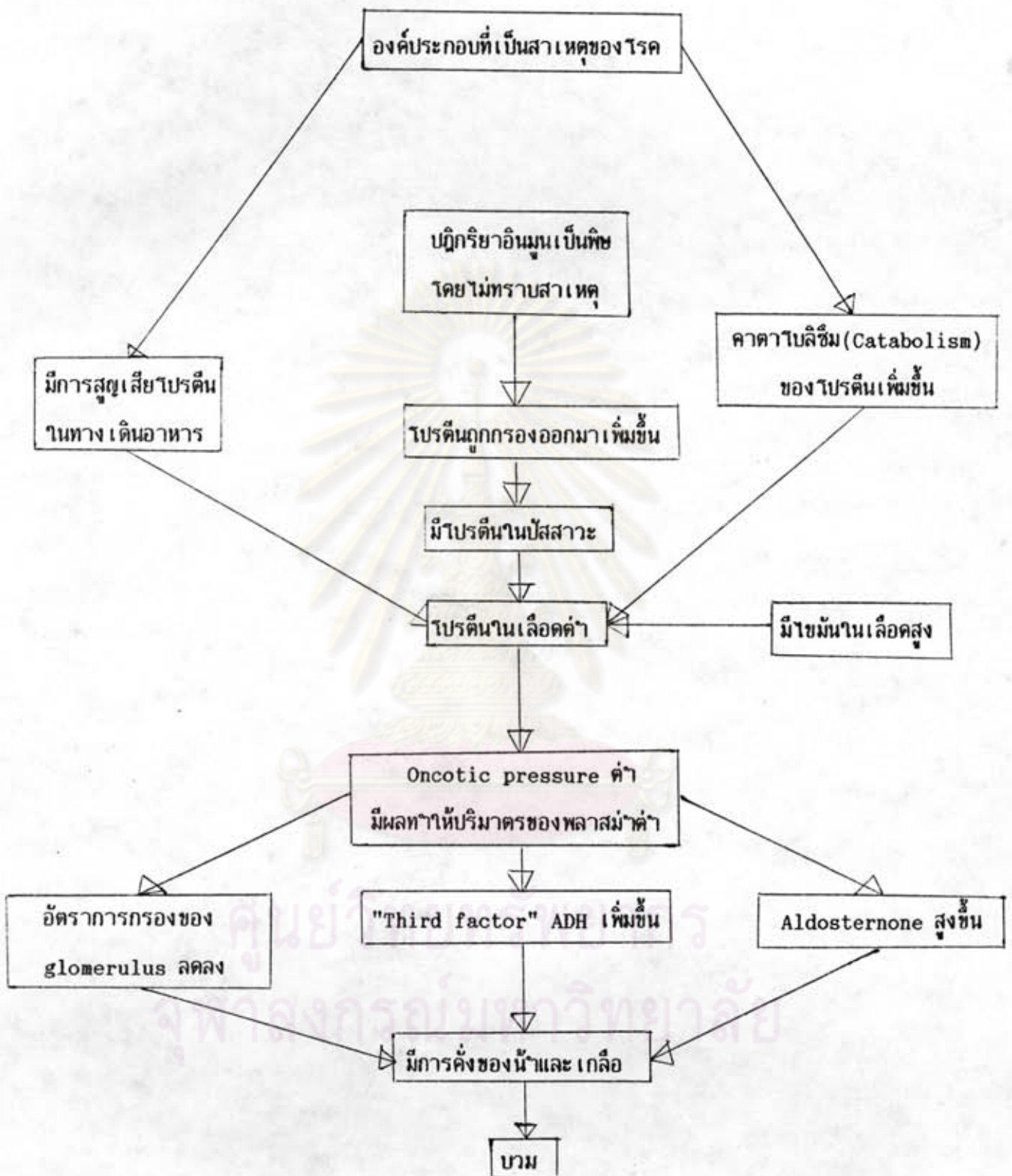
อาการบวมดังกล่าวอาจนานเป็นเดือนหรือปี บางครั้งอาการบวมหายไปได้นานเป็นเดือน ๆ ซึ่งในระยะที่ไม่บวมนี้จะไม่พบโปรตีนในปัสสาวะเลย บางครั้งอาจมีสาเหตุชักนำทำให้เกิดอาการบวม เช่น การเป็นไข้หวัด เจ็บคอ หรืออาจไม่มีสาเหตุชักนำก็ได้ การยุบบวมบางครั้งก็จะยุบไปได้เองหรือบางครั้งก็ต้องได้รับประทานยาจึงจะยุบบวม ซึ่งไม่สามารถบอกได้แน่นอน

ในรายที่เป็นกลุ่มอาการเนฟโรติกและมีโรคอื่น ๆ ชัดเจนจะอ่อนเพลียมาก เหนื่อยง่าย และมีภาวะซีดได้มากกว่าชนิดแรก มีความดันโลหิตสูงชัดเจนร่วมด้วยพร้อมกับภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะหัวใจวายได้ในระยะหลัง ๆ และเข้าสู่ภาวะไตวายได้เร็วกว่าด้วย ปกติมักใช้เวลาประมาณ 6 เดือน ถึง 2 ปี

โรคแทรกซ้อนของกลุ่มอาการเนฟโรติก

โรคแทรกซ้อนของกลุ่มอาการเนฟโรติกมีหลายประการได้แก่ อาการบวม ภาวะน้ำคั่งในปอด ภาวะร่างกายขาดโปรตีน การที่ภาวะไขมันในเลือดสูงและทำให้เกิดโรคของระบบหลอดเลือดและหัวใจเด่นเร็วขึ้น ภาวะไวต่อการติดเชื้อพวกแบคทีเรีย ตลอดจนมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะเส้นเลือดอุดตัน แต่ภาวะโรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ๆ (สง่า นิลรางกุล 2519) คือ

1. ภาวะการติดเชื้อ เช่น เป็นหวัดหรือเจ็บคอบ่อย ๆ อาจมีปอดอักเสบ ผิวหนังอักเสบเป็นแผลลุกลามเรื้อรังได้ง่าย
2. ความดันโลหิตต่ำจากภาวะช็อค เพราะการเสียน้ำและอิเล็กโทรลัย จากอาการท้องเสีย หรือเกิดจากรับประทานยาขับปัสสาวะมากเกินไป อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้
3. ความดันโลหิตสูง เกิดจากการมีน้ำคั่งค้างในร่างกายมากพบบ่อยในระยะสุดท้ายของโรค คือ ไตเริ่มเสียน้ำที่ในการกรองปัสสาวะมาก มีความดันโลหิตสูงมาก และมีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย



แผนภาพที่ 1 แสดงพยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการเนฟโรติก

(Brenner and Rector, 1976)

การดำเนินโรค

การดำเนินโรคขึ้นอยู่กับสาเหตุของกลุ่มอาการเนฟโรติก ถ้าสาเหตุเกิดจากความผิดปกติของไตโดยไม่ทราบสาเหตุ (Primary Nephrotic Syndrome) แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ (สง่า นิลารางกูร, 2519)

1. ลักษณะที่มีอาการบวมเป็นเวลานานเป็นสัปดาห์หรือเดือน โดยไม่มีความดันโลหิตสูงหรือปัสสาวะมีเลือดปน ต่อมาอาการกลับหายไปและกลับบวมได้อีก ถ้ามีการติดเชื้อเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยประเภทนี้บางรายอาจมีอาการไตวายได้
2. ลักษณะที่มีอาการบวมมากบ้าง น้อยบ้าง และมีความดันสูงขึ้นเป็นเวลานาน 1-5 ปี แล้วผู้ป่วยจะไม่มีอาการบวมอีก แต่จะมีอาการอ่อนเพลียแทน มีอาการไตวายเรื้อรังเข้ามาแทนที่คือ ปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นในระยะแรกๆ ชีต ความดันโลหิตสูงขึ้นเรื่อยๆ หอบเหนื่อยจากภาวะหัวใจวาย
3. ลักษณะที่มีอาการบวม ๆ ยุบ ๆ นานเป็นปี ๆ ความดันโลหิตอาจปกติหรือสูงชั่วคราวแล้วกลับเป็นปกตินาน 10-20 ปี ระยะหลังอาจพบโปรตีนในปัสสาวะเล็กน้อยแต่ไม่มีอาการบวม ไตจะค่อย ๆ เสื่อมเกิดภาวะไตวายอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป

การรักษา

การรักษาต้นเหตุของโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติกนั้นทำได้ยาก ส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาประคับประคองตามอาการ ในรายที่มีพยาธิสภาพของโกลเมอรูลัสของไตเพียงเล็กน้อย (ephritis) สามารถรักษาให้หายขาดได้ ยาที่นิยมใช้ในการรักษาคือ ยาจากพวกสเตอรอยด์ ซึ่งออกฤทธิ์ช่วยให้ไตดูดซึมโปรตีนได้มากขึ้นทำให้ผู้ป่วยยุบบวมได้ แต่บางรายก็อาจไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตอรอยด์ นอกจากนี้ในรายที่มีความดันโลหิตสูงอย่างมาก โดยที่แพทย์จะพิจารณาให้ยาขับปัสสาวะและยาลดความดันโลหิตสูงเป็นราย ๆ ไป ตามความเหมาะสม ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลว่า ผู้ป่วยควรต้องมาติดตามการรักษาที่แพทย์อย่างสม่ำเสมอ

การรักษาอย่างอื่น ๆ ได้แก่ การชดเชยการขาดโปรตีนโดยให้รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น อย่างน้อยวันละ 80 กรัม เช่น อาหารประเภทไข่ให้โปรตีน 10-15 กรัม ต่อ 1 ฟอง แต่มีข้อจำกัดว่าในรายที่มีของเสียนเลือดเพิ่มมากขึ้นก็จำเป็นต้องลดอาหารโปรตีนลง

การจำกัดเกลือในอาหาร ควรจำกัดเกลือในอาหารให้น้อยกว่า 30 เอ็มอีคิว ต่อวัน (mEq per day) มักพบเสมอว่าผู้ป่วยที่มีอาการบวมบ่อย ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากการรับประทาน อาหารรสเค็มจัด นอกจากนี้ในรายที่บวมและแพทย์ได้สั่งให้ยาขับปัสสาวะไปรับประทาน ควร สังเกตตนเองเกี่ยวกับอาการขาดโซเดียมคือ อ่อนเพลียความดันโลหิตจะต่ำลง เวียนศีรษะหน้ามืดได้

การควบคุมอาหาร

เนื่องจากโรคนี้มีผลความผิดปกติเกี่ยวกับไตไม่สามารถเก็บโปรตีนไว้ได้จึงปล่อยออกมา กับปัสสาวะจะเป็นเหตุให้ร่างกายมีโปรตีนในเลือดต่ำลงและทำให้เกิดอาการบวมได้จึงจะต้องมีการเสริมอาหารโปรตีนจำนวนเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติในอาหารแต่ละมื้อ ทั้งนี้ ดวงมณี วิเศษกุล (2523) ได้ให้หลักในการให้อาหารแก่ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติกไว้ ดังนี้

1. น้ำ ควรจำกัดน้ำถ้ามีอาการบวมโดยให้วันละ 500 ลบ.ซม. ในรายไม่บวมให้ ตามปกติคือ วันละ 1000-1500 ลบ.ซม
2. พลังงาน ได้แก่ อาหารพวกแป้งและน้ำตาล ข้าว ควรให้เพียงพอ ยกเว้นใน รายที่เป็นเบาหวาน
3. โปรตีน ให้สูงมากวันละ 100-300 กรัมต่อวัน ควรให้โปรตีนที่มีคุณค่าสูง หมายถึงโปรตีนที่ได้จากเนื้อสัตว์ ไข่และน้ำนม
4. โซเดียม ต้องจำกัดมาก โดยต้องกำหนดอาหารที่จำกัดเกลืออย่างมาก ให้ โซเดียมในระดับ 0.25-0.5 กรัมต่อวัน แต่การให้อาหารที่มีโปรตีนสูงแต่จำกัดเกลือด้วย ทำ ได้ยากมาก เพราะในอาหารโปรตีนมักจะมีเกลือปะปนด้วยนั่นเอง

การออกกำลังกายและการพักผ่อน

ผู้ป่วยโรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติก จำเป็นต้องพักผ่อนหย่อนใจให้เพียงพอ เพื่อจะ ไม่เพิ่มภาระการทำงานให้แก่ไต ผู้ป่วยควรได้นอนพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และไม่ ควรใช้กำลังมาก ๆ ดังนั้นกีฬาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยคือ กีฬาในร่มที่ไม่ใช้แรงมาก

การรักษาด้วยยาสเตอรอยด์

สเตอรอยด์ที่ใช้รักษาโรคในกลุ่มอาการเนฟโรติกคือ กลูโคคอร์ติคอยด์นั่นเอง เป็นฮอร์โมนที่สร้างโดยเปลือกของต่อมหมวกไต ภายใต้การควบคุมของ เอชทีเอช (ACTH) จากต่อมพิทูอิตารี ซึ่งเป็นการควบคุมแบบป้อนกลับ (ชนิกา ตูจินดา, กิตติ อังศ์สิงห์ และ เหลือพร บุณยานันต์, 2523) กลูโคคอร์ติคอยด์ ได้แก่ ฮัยโครคอร์ติโซน (คอร์ติซอล) คอร์ติโซน เพรดนิโซโลน เดกซาเมธาโซน มีฤทธิ์เกี่ยวกับการสร้างน้ำตาลในร่างกายนาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ชนิกา ตูจินดา และคณะกล่าวว่า คาร์ติซอล และคอร์ติโซนเป็นกลูโคคอร์ติคอยด์ที่มีความสำคัญมาก มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เพราะมีผลโดยตรงต่อการสร้างกลูโคสของตับ กระตุ้นการสร้างโปรตีนในตับ แต่ยับยั้งการสร้างของเนื้อเยื่อที่อยู่ในบริเวณอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีผลด้านอินซูลินจึงยังทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และอาจเกิดเป็นเบาหวานจากสเตอรอยด์ได้ เรียกว่า สเตอรอยด์ไดอะบีทีส (steroid diabetes) (ชนิกา ตูจินดา, กิตติ อังศ์สิงห์ และ เหลือพร บุณยานันต์, 2523)

คอร์ติโคสเตอรอยด์ ชนิดรับประทานที่นิยมกันมากคือ สมาคมโรโคโด แห่งประเทศไทย, 2524) เพรดนิโซโลน ขนาดที่ยอมรับทั่ว ๆ ไป ได้แก่ ขนาด 60 มิลลิกรัมต่อวันในผู้ใหญ่ วิธีการให้ก็แตกต่างกันออกไป เช่น 1) ทั่ววัน วันเว้นวัน 1) 4 วันหยุด 3 วันให้ 3 วันหยุด 4 วัน ภายหลังการให้ยาสเตอรอยด์ ถ้าผู้ป่วยสามารถมีปัสสาวะออกได้ตามปกติหลังจากที่บวมขึ้นนี้ถือเป็นเกณฑ์ ที่สำคัญของการตอบสนองต่อการรักษาด้วยสเตอรอยด์ ฉะนั้นแพทย์มักจะให้ยาสเตอรอยด์ พร้อมๆ กับงดยาปัสสาวะได้เป็นผลจากการตอบสนองต่อยาสเตอรอยด์หรือไม่ เมื่อผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตอรอยด์แล้ว แพทย์จะพยายามลดขนาดของยาลงเรื่อย ๆ เพื่อป้องกันภาวะต่อมหมวกไตถูกกด

ปัญหาที่อาจพบได้ในการให้การรักษาด้วยสเตอรอยด์เป็นเวลานานๆ (ชนิกา ตูจินดา และคณะ, 2523) คือ

1. โรคติดเชื้อแบคทีเรีย เป็นภาวะที่แทรกซ้อนที่รุนแรง ทั้งนี้เนื่องจากสเตอรอยด์ที่ฤทธิ์ด้านภูมิคุ้มกัน และกดการสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานโรค กลลิมโฟซัยต์ ฉะนั้นจึงควรตรวจดูว่าจะมีโรคติดเชื้อหรือไม่ ผู้ป่วยต้องรักษาด้วยยาที่ตรงกับเชื้อโดยทันที แพทย์จะลดขนาดของสเตอรอยด์ลงหรือหยุดยาให้ยาถ้าเป็นไปได้

2. ร่างกายเจริญเติบโตช้า โดยเฉพาะ เกิดในเด็กที่ได้สเตอรอยด์เป็นเวลานานๆ ได้ ทั้งนี้เนื่องจากคอร์ติซอลไม่เพียงแต่จะส่งเสริมการทำลายของโปรตีนเท่านั้นยังยับยั้งกระบวนการสร้างหรือกระบวนการสังเคราะห์ เมื่อให้ฮอร์โมนขนาดสูง ๆ ในเด็ก จึงพบว่า เด็กจะเจริญเติบโตช้าและการหายของแผลช้าด้วย (Goth, 1972)

3. ภาวะต่อมหมวกไตเหี่ยวหรือฝ่อ โดยเฉพาะในกรณีที่ได้รับสเตอรอยด์รักษาในขนาดสูง ๆ อยู่เป็นเวลานาน ๆ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญมากเพราะ เมื่อหยุดยาสเตอรอยด์ผู้ป่วยไม่สามารถจะปรับตนเองให้เข้ากับภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ เช่น การบาดเจ็บต่างๆ โรคติดเชื้อ การผ่าตัด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น ผู้ป่วยอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้

4. โรคเบาหวาน ในคนที่ไม่เคยเป็นเบาหวานมาก่อนเมื่อได้รับสเตอรอยด์จะตอบสนองต่อการให้สเตอรอยด์เป็น 4 แบบคือ

ก. ไม่มีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีการหลั่งอินซูลินพอเพียงกับภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เกิดจากสเตอรอยด์

ข. มีน้ำตาลออกมากับปัสสาวะ โดยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากผลโดยตรงต่อการทำงานของไต ของน้ำตาลกลูโคส

ค. เป็นเบาหวานจากสเตอรอยด์มีน้ำตาลในเลือดสูงมีน้ำตาลในปัสสาวะได้ แต่จะหายไปภายใน 2 สัปดาห์หลังจากหยุดยาสเตอรอยด์

ง. การใช้สเตอรอยด์นาน ๆ ในผู้ป่วยบางราย อาจทำให้เกิดเป็นเบาหวานชนิดถาวรได้

5. แผลเป็พืดและภาวะตกเลือดในทางเดินอาหาร เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยข้างบ่อยในผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยสเตอรอยด์ โอกาสที่จะเป็นแผลเป็พืดนั้นมีถึง 100-130 เท่า โดยเฉพาะในรายที่ได้รับสเตอรอยด์ขนาดสูงถึง 20 มิลลิกรัมต่อวัน นานกว่า 3 เดือน โอกาสเป็นแผลมีมากขึ้น

6. สเตอรอยด์กับภาวะหัวใจ ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจวาย ข้อควรระวังคือภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งเกิดจากยาสเตอรอยด์เองและยาขับปัสสาวะที่ได้รับ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดเป็นพิษจากยาดีจิตาลิสได้

7. ภาวะแรงดันเลือดสูง ผู้ป่วยที่เกิดแรงดันเลือดสูงระหว่างการให้สเตอรอยด์ ควรเลือกยาลดความดันที่มีผลทำให้เกิดเลือดคั่งน้อย ควรให้อาหารที่มีเกลือเล็กน้อย ในรายที่ให้สเตอรอยด์รักษาอยู่นาน ๆ ควรเพิ่มโปตัสเซียมให้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ได้รับยาขับปัสสาวะต้องระวัง

ภาวะ โปดัสเซียมันเลือดดำ เพราะสเตอรอยด์จะส่งเสริมให้มีอาการมากขึ้น

8. ภาวะแทรกซ้อนทางตา ทำให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มขึ้นทำให้มีเลือดออกที่เรติน่า และได้เยื่อตาได้

9. อาการทางจิต อารมณ์แปรปรวน เช่น ซึมเศร้าหรือรู้สึกตื่นเต้นปกติ ในตอนกลางวัน ถือว่าเป็นอาการทางจิตควรได้รับยากล่อมประสาท อาจเกิดโรคจิต (psychosis) ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของผู้ป่วยก่อนการรักษามากกว่าขนาดของสเตอรอยด์

10. น้ำในไต ซึ่งเกิดจากการขับถ่ายแคลเซียม และกรดยูริกทางปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ฉะนั้นการให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ จึงมีความสำคัญในการรักษาด้วยสเตอรอยด์เป็นเวลานาน ๆ

11. หลอดเลือดอักเสบและอุดตันและเกิดเอ็มโบลิสซึม ถ้าเกิดหลอดเลือดอักเสบร่วมกับการให้ยาสเตอรอยด์จะมีโอกาสเกิดเอ็มโบลิสซึมได้ง่าย เนื่องจากมีการลดการอักเสบรอบ ๆ ก้อนเลือดทำให้เอ็มโบลหลุดเข้าสู่กระแสเลือดเกิดเอ็มโบลิสซึมที่ปอดได้

12. ทำให้กระดูกพรุนมากในคนสูงอายุ โดยเฉพาะสตรีภายหลังประจำเดือน ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่จำเป็นต้องได้สเตอรอยด์ควรปฏิบัติดังนี้ คือรับประทานอาหารโปรตีนเพิ่มเพื่อสร้างกระดูกรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ผักสีเขียว กระดูกอ่อนของสัตว์ เป็นต้น และควรออกกำลังกายบ้าง

13. จำเลือด เกิดจากการสูญเสียเนื้อเยื่อไตผิวหนัง และหลอดเลือดเป็นผลจากการทำลายโปรตีน พบในหญิงอายุมากที่รับการรักษาด้วยสเตอรอยด์นาน ๆ

14. การคิดยาสเตอรอยด์เมื่อแพทย์ลดขนาดยาลงผู้ป่วยจะมีอาการรู้สึกไม่สบายทั้ง ๆ ที่การตรวจร่างกายและผลจากห้องปฏิบัติการไม่พบว่าผิดปกติแต่อย่างใด

15. ความผิดปกติของกระดูก พบบ่อยในรายที่เป็นกลุ่มอาการคุชชิ่ง

16. เกิดกลุ่มอาการคล้ายกลุ่มอาการคุชชิ่ง พบในเด็กที่ได้สเตอรอยด์อยู่นาน ๆ เรียกว่า คุชชิ่งออยด์ (cushingoid) มีอาการเหมือนกลุ่มอาการคุชชิ่ง คือ มีลักษณะเฉพาะของการกระจายไขมันคือ หน้ากลมเหมือนพระจันทร์ มีหลังเป็นโทมิก ผิวหนังเหี่ยว มีลิ่ว มีขนดก มีแรงดันโลหิตสูงและ โปดัสเซียมันเลือดดำ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนเพลียงได้

17. ดับอ่อนอักเสบชนิดเฉียบพลัน ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดท้องโดยเฉพาะในเด็ก ควรตรวจหาปริมาณของอิมูโนโกลบูลิน และในปัสสาวะและควรตรวจเพาะอาหารด้วยรังสีวินิจฉัย เพื่อการวิเคราะห์โรคได้ถูกต้องต่อไป

โรคไข้วรุมาคิด

โรคไข้วรุมาคิดเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการอักเสบของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ หัวใจ, ข้อ, สมอง เนื้อเยื่อไตผิวหนังและผิวหนัง ที่เกิดตามหลังการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งมีชื่อว่า เบต้า ฮีโมไลติก สเตรปโตคอคคัสกลุ่ม เอ (Haverkon, 1974) ที่สำคัญคือ โรคนี้ทำให้เกิดอาการทางหัวใจซึ่งมีอัตราตายสูง ซึ่งบางรายเป็นโรคหัวใจเรื้อรังและ เกิดภาวะหัวใจวาย แต่อาการที่เกิดในอวัยวะอื่นสามารถหายได้เองถึงแม้จะไม่ได้รับการรักษา (Taranta and Markowitz, 1981) ลักษณะพิเศษของโรคนี้คือ เมื่อเคยเป็นโรคนี้แล้วมักจะ เป็นซ้ำอีก

อุบัติการณ์

โรคไข้วรุมาคิดมักจะเกิดในเด็กอายุ 5-15 ปี (Taranta and Markowitz, 1981) ในประเทศที่เจริญแล้ว เช่น ยุโรป หรืออเมริกา จะมีอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรคน้อย แต่ประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างประเทศไทยก็ยังมีอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงอยู่ โรคนี้เป็นโรคที่เกิดในกลุ่มชนที่ยากจนมีความเป็นอยู่แออัดและภาวะโภชนาการไม่ดี จากการสำรวจในประเทศไทยพบโรคนี้ในเด็กวัยเรียนประมาณ 1-2 ต่อ 1,000 คน (Vichitbandha, Podhipleux, Prachuabmoh, et al., 1981; Panamonta, Chaikitpinyo, Klungboonkrong et al., 1986) อุบัติการณ์ของโรคหัวใจรูมาติกในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศไทยในระยะ 50 ปี (พ.ศ. 2476-2525) มีอัตราสูงเป็นอันดับหนึ่งเมื่อเทียบกับโรคหัวใจชนิดอื่น ๆ การศึกษาระยะต่างๆ กันพบสถิติใกล้เคียงกันมากคือ ระหว่างร้อยละ 32-38 (Phra Abbantrabadh Bisal, 1938; Sindavananda, Jumbala, Siriwan, et al., 1986; นวลปรางค์ ณ สงขลา, คานาณ เทียบลิริ, ลดาวัลย์ เจริญรมย์ และคณะ, 2531; อุไรวรรณ คชาชีวะ, 2526) อุไรวรรณ คชาชีวะ (2526) พบว่าอัตราตายในโรงพยาบาลจากโรคนี้ยังสูงอยู่ คือ ประมาณร้อยละ 15

สาเหตุและกลไกการเกิดโรค

สาเหตุของโรคยังไม่เป็นที่ทราบกันแน่นอน (Feinstein, 1986) ในอดีตเรามักพบโรคนี้เกิดตามหลัง ไข้อีแดง และระยะหลังที่เพาะเชื้อได้จึงทราบว่าโรคนี้มักเกิดตามหลังการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสในลำคอผู้ป่วยก่อนหน้าที่จะ เป็นโรคนี้เป็นระยะเวลา ประมาณ 7-35

วัน (เฉลี่ย 18 วัน) (Rammelkamp, Stolzer, 1962) และร่างกายมีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ (Immunopathology) ต่อเชื้อแบคทีเรียตัวนี้ จึงทำให้มีปฏิกิริยาการอักเสบเกิดขึ้นกับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ โดยทั่วไปโรคไขข้อรูมาติกจะเกิดตามหลังภาวะการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสในลำคอ ซึ่งไม่ได้รับการรักษาประมาณร้อยละ 0.3 แต่ในกรณีที่มีการระบาดของเชื้อสเตรปโตคอคคัสในลำคอจะเกิดโรคไขข้อรูมาติกประมาณร้อยละ 3 (Rammelkamp, Denny, Wannamaker, 1952)

อาการแสดงของโรค

เนื่องจากโรคนี้เป็นกลุ่มอาการที่เกิดในอวัยวะหลายแห่ง อาการแสดงขึ้นอยู่กับว่าโรคนี้ทำให้เกิดการอักเสบที่อวัยวะใด ลักษณะที่สำคัญของโรคมีดังต่อไปนี้ (Taranta, Markowitz, 1981)

1. อาการทางข้อ เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในโรคไขข้อรูมาติกระยะเฉียบพลัน อาการอักเสบของข้อหลาย ๆ ข้อ การอักเสบของข้อในโรคไขข้อรูมาติกมักจะเป็นมากกว่า 1 ข้อ โดยทั่วไปมักจะเป็นที่ข้อใหญ่ ๆ เช่น ข้อเข่า, ข้อเท้า และข้อมือ อาจจะเป็นพร้อมกันหรือไม่พร้อมกันเปลี่ยนข้อไปเรื่อย ๆ ก็ได้ มักจะมีลักษณะของการอักเสบที่ตรวจพบได้เสมอ คือ ปวด บวม แดง ร้อน และเจ็บปวดเมื่อเคลื่อนไหว อาการทางข้อมักจะเป็นอยู่ไม่นาน ส่วนมากไม่เกิน 3-4 สัปดาห์ และสามารถหายได้เอง โดยไม่มีการเสียหายถาวรที่ข้อ

อาการปวดข้อ ปวดข้อใหญ่ ๆ อย่างเดียวโดยไม่มีอาการบวม แดง ร้อน และกดเจ็บร่วมด้วย เป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคไขข้อรูมาติก

2. การอักเสบของหัวใจ เป็นการอักเสบที่มีความสำคัญมากในโรคไขข้อรูมาติก ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 40-50 ของการเกิดโรคครั้งแรก อาจมีการอักเสบได้ทุกชั้น ตั้งแต่ชั้นในสุด ชั้นกล้ามเนื้อหัวใจและเยื่อหุ้มหัวใจ ลักษณะที่สำคัญของการอักเสบของหัวใจ 4 ประการคือ

2.1 เสียง เมอร์เมอร์ ของหัวใจ หัวใจอักเสบจากไขข้อรูมาติก มักจะพบมีเสียง เมอร์เมอร์ เสมอ ฉะนั้นถ้าเกิดมีเสียง เมอร์เมอร์ ขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีมาก่อนจะสนับสนุนการวินิจฉัยโรคไขข้อรูมาติก เสียง เมอร์เมอร์ ที่พบบ่อยที่สุดคือที่ลิ้น ไม้ตรัลและพบบ่อยรองลงมาคือที่ลิ้น เอออร์ติค

2.2 หัวใจโต หัวใจโตอาจทราบได้จากการตรวจร่างกายหรือภาพรังสีวินิจฉัย

2.3 ภาวะหัวใจวาย อาการไอ, เจ็บหน้าอก, หอบเหนื่อย, คับโต, หลอดเลือดคอที่คอโป่ง, บวม และบัสสาวะน้อยลง ซึ่งเป็นอาการของภาวะหัวใจวายอาจมีสาเหตุจากการอักเสบของหัวใจเฉียบพลัน แต่ในรายที่เป็นโรคหัวใจรูห์มาติคเรื้อรังชนิดรุนแรงก็อาจทำให้เกิดหัวใจวายได้

2.4 เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ เป็นอาการแสดงของหัวใจอักเสบที่พบน้อยที่สุด แต่มีความสำคัญมากที่สุดในการวินิจฉัยภาวะหัวใจอักเสบเฉียบพลันและโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคไข้รูห์มาติคซ้ำ ผู้ป่วยหัวใจอักเสบที่มีเชื้อหุ้มหัวใจอักเสบร่วมด้วย มักจะมีอาการเจ็บหน้าอกและฟังได้เสียงเสียดสีของเชื้อหุ้มหัวใจ

3. การเคลื่อนไหวผิดปกติ พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 เกิดตามหลังการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส อาจนานถึง 2-6 เดือน เป็นอาการทางสมองที่มักพบในเด็กอายุ 5-15 ปี มีการเคลื่อนไหวแบบไม่มีจุดมุ่งหมาย, รวดเร็ว, ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้, ส่วนมากมักพบร่วมกับอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และความผิดปกติของอารมณ์ การเคลื่อนไหวผิดปกตินี้มักจะเกิดในระยะหลังของไข้รูห์มาติค ดังนั้นอาจไม่พบอาการแสดงของไข้รูห์มาติคอื่น ๆ ร่วมด้วยก็ได้ อาการเริ่มแรกอาจทำด้วยขามแตก หรือเขียนหนังสือไม่เป็นตัว พบในผู้หญิงบ่อยกว่าผู้ชาย ภาวะนี้หายได้เองประมาณ 3 เดือนโดยเฉลี่ย บางราย 2-3 สัปดาห์ก็หาย แต่บางรายอาจจะมีอาการนานถึง 1 ปี

4. คุ่มแข็งใต้ผิวหนัง พบประมาณร้อยละ 5-10 เป็นคุ่มแข็ง ๆ คล้ายยางลอบอยู่ใต้ผิวหนัง ไม่รู้สึกเจ็บ แต่ถ้ากดจะเจ็บเล็กน้อยโดยมากมักจะพบที่บริเวณหลังข้อศอก, หน้าข้อเข่า, หลังมือ, หลังเท้า, บริเวณท้ายทอย และกระดูกสันหลัง มักพบร่วมกับภาวะหัวใจอักเสบชนิดรุนแรง

5. ผื่นแดงที่ผิวหนัง พบน้อยกว่าร้อยละ 5 เป็นผื่นแดงแต่ไม่มัน ตรงกลางไม่แดง ลักษณะเป็นรูปร่างต่าง ๆ กัน เห็นขอบชัดเจนเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1-3 ซม. ขอบหยัก, ไม่คัน อาจเกิดขึ้นชั่วคราวคล้ายลมพิษในระยะที่กำลั้งจางลง จึงต้องแยกจากลมพิษ ขอบปรากฏที่หน้าท้อง, ออก, หลังและขา มักไม่พบที่บริเวณใบหน้า เกิดอยู่ไม่กี่วันก็หายไป

อาการและลักษณะทางคลินิกอื่น ๆ ที่อาจพบได้ในโรคไข้รูห์มาติค ได้แก่ ไข้, เลือดกำเดาออก, ปวดท้อง, ปอดอักเสบ, เชื้อหุ้มปอดอักเสบ และมีน้ำในช่องเชื้อหุ้มปอด

การตรวจพบทางห้องปฏิบัติการ ที่พบได้เสมอ คือ

1. การตรวจพบที่แสดงถึงการอักเสบ ได้แก่ การมีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูง, การตกของเม็ดเลือดแดงสูง หรือโปรตีน ซี-รีแอคทีฟ ในเลือดให้ผลบวก
2. หลักฐานแสดงถึงการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส ได้แก่ การเพาะเชื้อที่คอชั้น เป็นเบต้า ฮีโมไลติก สเตรปโตคอคคัส หรือมีระดับของแอนติบอดีต่อสเตรปโตคอคคัส และผลิตภัณฑ์ ขึ้นสูงกว่าปกติ เช่น แอนทิสเตรปโตโลซิน โอ, แอนติ-ดี เนส บี, แอนติ-ดี พี เนส เป็นต้น
3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจพบ พี-อาร์ อินเทอเวอรัล ยากกว่าปกติ ในบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงของที เวท ด้วย
4. ภาพรังสีวินิจฉัยของหัวใจ จะพบว่าหัวใจโตขึ้น ในกรณีที่มีหัวใจอักเสบรุนแรง อาการและสิ่งตรวจพบทางคลินิก ในผู้ป่วยโรคไขรูห์มาติกที่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มักจะมีอาการรุนแรงและมีร้อยละของผู้ป่วยที่มีหัวใจอักเสบในอัตราที่สูง (Sueblinovong, 1986)

การวินิจฉัยโรค

เนื่องจากโรคไขรูห์มาติกเป็นกลุ่มอาการที่มีอาการแสดงของหลายระบบอวัยวะ ซึ่งเป็นการยากในการวินิจฉัยโรคนี้ ดังนั้นสมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกาได้ตั้งกฎเกณฑ์ในการวินิจฉัยโดยตัดแปลงจากการวินิจฉัยของ Jones แบ่งอาการและการตรวจพบออกเป็น เมเจอร์ โครที่เรีย ไมเนอร์ โครที่เรีย ดังต่อไปนี้ (American Heart Association, 1984)

เมเจอร์ โครที่เรีย ได้แก่

1. หัวใจอักเสบ
2. การอักเสบของข้อหลาย ๆ ข้อ
3. การเคลื่อนไหวผิดปกติ
4. คุ่มแข็งใต้ผิวหนัง
5. ผื่นแดงที่ผิวหนัง

ไมเนอร์ ไครทีเรีย

1. ไข้มักจะไม่สูงเกิน 39 องศาเซลเซียส
2. อาการปวดข้อ
3. เคยเป็นโรคใช้รู่ห์มาติค หรือโรคหัวใจรูห์ติคมาก่อน
4. การตรวจพบที่แสดงถึงการอักเสบ ได้แก่ การตกของเม็ดเลือดสูงและโปรตีน

ซี-รีแอคทีฟ (C R P) 1 1 1 ผลบวก

5. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่ามีระยะ พี-อาร์ อินเทอเวอล์ ยาว

ถ้าพบมี 2 เมเจอร์ ไครทีเรีย หรือ 1 เมเจอร์ ไครทีเรีย ร่วมกับ 2 ไมเนอร์ ไครทีเรีย และมีหลักฐานว่าผู้ป่วยติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส แสดงว่าผู้ป่วยนั้นน่าจะเป็นโรคใช้รู่ห์มาติค

การดำเนินโรค

โดยทั่วไปแล้วระยะการอักเสบของโรค (ถ้าไม่ได้รับการรักษา) ประมาณ 2-4 เดือน นอกจากรายที่มีหัวใจอักเสบรุนแรงอาจนานกว่า ซึ่งอาจจะนานถึง 6 เดือน ผู้ป่วยโรคใช้รู่ห์มาติคที่ยังอยู่ในระยะอักเสบ มักจะมีอาการและสิ่งตรวจพบดังต่อไปนี้ (Taranta and Markowitz, 1981)

1. ยังมีอาการเจ็บข้ออยู่
2. หัวใจโตขึ้น
3. ยังมีอาการของภาวะหัวใจวายโดยที่ไม่มีโรคคลื่นหัวใจมาก่อน
4. มีเสียง เมอร์เมอร์ เกิดขึ้นใหม่ หรือมีเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ
5. ซีฟจรเต้นเร็ว และยังมีไข้สูง
6. การตกของเม็ดเลือดแดงเร็วขึ้น และโปรตีน ซี-รีแอคทีฟยัง 1 1 1 ผลบวก

การรักษา (Taranata and Markowitz, 1981)

1. กากจัดเชื้อ เบต้า ฮีโมไลติค สเตรปโตคอคคัส โดยให้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ เพนิซิลิน วี ในขนาด 2 แสนยูนิต กินวันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 10 วัน หรือ เบนซาติน เพนิซิลิน 6 แสน - 1.2 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง หรือให้ร่วมกันทั้งกินและฉีด เช่น โปรเคน เพนิซิลิน 6 แสนยูนิต วันละครั้ง เป็นเวลา 2-3 วัน แล้วต่อด้วย เพนิซิลิน กินจน

ครบ 10 วัน ถ้าแพ้ยาเพนนิซิลินก็ให้ยาอื่น เช่น อิริทโทรมัยซิน หรือลินโคมัยซิน เป็นเวลา 10 วัน

2. ให้ยาระงับการอักเสบ คือ

2.1 ซาลิไซเลท ใช้ในกรณีที่มีข้ออักเสบ หรือหัวใจอักเสบ โดยไม่มีหัวใจโต ร่วมด้วย โดยให้ในขนาด 100 มก./กก./วัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และให้ต่อในขนาด 75 มก./กก./วัน เป็นเวลาอีก 4-6 สัปดาห์

2.2 เพรดนิโซโลน ใช้ในกรณีที่มีหัวใจอักเสบร่วมกับหัวใจวาย หรือเยื่อหุ้ม หัวใจอักเสบ โดยให้ในขนาด 2 มก./กก./วัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และซาลิไซเลท ขนาด 75 มก./กก./วัน ให้เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พร้อมกับลดพรีดนิโซโลน ลงเรื่อย ๆ จนหมด สำหรับการเลือกยาระงับการอักเสบ อาจมีการให้แตกต่างกันบ้าง

3. รักษาตามอาการ เช่น ยาระงับประสาท ให้ในรายที่มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ และถ้าหัวใจวายก็รักษาอาการภาวะหัวใจวาย

4. ป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส เพราะผู้ป่วยที่เป็นไขรูมาติกแล้ว ถ้าเกิดการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสอีก โอกาสที่จะเป็นไขรูมาติกซ้ำสูงมาก

การรักษาตามอาการ (โซคิมา บัทมานันท์, 2530)

1. ในผู้ป่วยที่มีหัวใจอักเสบ หัวใจโตมาก และมีหัวใจวายร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ให้กินพรีดนิโซโลน 1-2 มก./กก./วัน นาน 2-3 สัปดาห์ จนผู้ป่วยอาการดีขึ้น คือ หัวใจมี ขนาดเล็กลง (โดยการถ่ายภาพรังสี) และอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที ขณะหลับสนิทจึงค่อย ๆ ลดยาลง 5 มก. ทุก 2-3 วัน จนหยุดยา ระหว่างลดพรีดนิโซโลน อาจให้ซาลิไซเลท (แอสไพริน) 100-120 มก./กก./วัน ไปอีก 3-4 สัปดาห์ ระยะเวลาทั้งหมดที่ให้ยาประมาณ 4-8 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายนั้นให้ คาร์ดิแอก โกลโคไซด์ ร่วมด้วย คือ ดิจอกซิน (ในขนาดน้อย) เพราะผู้ป่วยจะไวต่อยาขณะมีหัวใจอักเสบ ยาขับปัสสาวะและยาขยายหลอดเลือดเป็นสิ่งจำเป็น ขณะเกิดอาการรุนแรง

2. ในผู้ป่วยที่มีหัวใจอักเสบโดยที่หัวใจไม่โต ให้ซาลิไซเลทในขนาด 100-120 มก./กก./วัน แบ่งให้กิน 4-6 ครั้ง โดยรักษาระดับยาในเลือดให้คงอยู่ระหว่าง 20-25 มก./ดล. ควรให้ยาพร้อมอาหารหรือหลังอาหารเพื่อป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร ระยะเวลาที่ให้ยา 4-6 สัปดาห์ จนอาการผู้ป่วยดีขึ้น

3. ในผู้ป่วยช็อกเสบอย่าง เดียว ให้ซาลิไซเลทตามวิธีดังกล่าวข้างต้นนาน 3-4 สัปดาห์

4. ให้นอนพัก ระยะเวลาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอักเสบ ถ้าหัวใจอักเสบอย่างรุนแรงและมีหัวใจวายให้พักจนกว่าหัวใจวายและอาการอักเสบดีขึ้น ซึ่งกินเวลาประมาณ 2-3 เดือน หรือนานกว่านั้น ถ้ามีอาการหัวใจอักเสบอย่าง เดียวให้พักนานประมาณ 1-1 1/2 เดือน ระวังต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยทางด้านจิตใจและการเรียนด้วยเป็นอย่างมาก ถ้าเป็นไปได้ควรจัดกิจกรรมและนันทนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยหายเหงาและหายหงุดหงิด เมื่ออาการทุเลาลงแล้ว ห้ามออกกำลังกายที่หักโหมมากเกินไป

5. การรักษาโคเรียเป็นการรักษาประคับประคองตามอาการจนทุเลา ซึ่งกินเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ลดสิ่งเร้าด้วยเสียงหรือแสงจ้า ให้มีผู้พยาบาลที่เข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยมาก ๆ คอยดูแล ป้องกันมิให้ผู้ป่วยกัดลิ้นตนเอง บาดเจ็บจากแรงกระแทกที่ก้นเตียงและบังคับตนเองไม่ได้ โดยการบุนวมก้นด้านในของที่ก้นเตียง

ยาที่ใช้คือ คลอโรปรมาซีน กิน 2-3 มก./กก./วัน แบ่งให้ 3-4 ครั้ง หรือ กิน ไดอาร์ซีแพม 3-6 มก./กก./วัน แบ่งให้ 3 ครั้ง

การป้องกัน (โชติมา ปัทมานันท์, 2530) แยกได้ดังนี้

1. การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึงการรักษาโรคค่อมทอมซิลอักเสบจากเชื้อสเตรปโตคอคคัสอย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มตั้งแต่ให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง และให้ยานานพอที่จะกำจัดเชื้อให้หมดไป

สิ่งจำเป็นที่สุดคือการแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ถ้าเลือกการรักษาโรคด้วยวิธีกินยาจะต้องทำติดต่อกันนาน 10 วัน จึงจะป้องกันโรคได้ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการทุเลาลงเมื่อกินยาได้เพียง 2-3 วัน ทำให้เข้าใจผิดว่าเมื่ออาการดีขึ้นแล้วไม่จำเป็นที่จะต้องกินยาต่อ

2. การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือการป้องกันระยะยาว มิให้อาการของ ไข้รูห์มาติกหรือหัวใจอักเสบกำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคไข้รูห์มาติกมาก่อน เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้เมื่อได้รับเชื้อสเตรปโตคอคคัสเข้าสู่ร่างกายแล้วมีแนวโน้มที่อาการจะกำเริบ และแต่ละครั้งอาการจะรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ ยิ่งถ้ามีหัวใจอักเสบอยู่ด้วยแล้วจะเสี่ยงต่อการเกิดอาการถึงร้อยละ 50

ยาที่ให้คือ เบนซาติน เพนนิซิลิน จี 1.2 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อละครั้ง ในกรณีที่ม้อตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงและอยู่ในพื้นที่ เอนเดอมิค การฉีดยาทุก 3 สัปดาห์ จะป้องกันการกำเริบของโรคได้ดีกว่า

เพนนิซิลิน วี 200,000 ยูนิต กินวันละ 2 ครั้ง

ในกรณีที่แพ้เพนนิซิลิน ให้กิน ซัลฟาไดอาซีน 500 มก. วันละ 2 ครั้ง

ถ้าแพ้ทั้ง เพนนิซิลิน และซัลฟาไดอาซีน ให้กินอีริทโรทรายซิน 250 มก. วันละ 2 ครั้ง

การป้องกันชนิดทุติยภูมิควรให้ตลอดไปในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจรูมาติก ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางหัวใจ เช่น มีเพียงข้ออักเสบ หรือโคเลเชีย อาจพิจารณาให้นานประมาณ 5-10 ปี หลังจากอาการกำเริบครั้งสุดท้าย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป

นอกจากนี้ยังต้องแก้ไขปัจจัยอื่นที่ส่งเสริมการเกิดโรค เช่น ความเป็นอยู่ที่แออัด เศรษฐฐานะยากจน ภาวะทุพโภชนาการ และความต้านทานของร่างกายต่ำ โดยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ให้ตระหนักถึงปัญหาและให้การศึกษากฎต้องต่อประชาชนทั่วไป

ในด้าน การป้องกัน ผู้ป่วยมักไม่มารับการฉีดยาสม่ำเสมอ ทำให้มีการกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้บ่อย ๆ และลูกหลานเป็นโรคหัวใจรูมาติกเรื้อรัง มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องการการผ่าตัดลิ้นหัวใจซึ่งค่าใช้จ่ายสูงมาก นับว่าโรคนี้ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก (ปรีชา วิจิตพันธ์, 2530)

การที่จะรอให้โรคนั้นลดลงเองตามสภาวะ เศรษฐกิจและสังคมเช่นเดียวกับประเทศในยุโรปและอเมริกานั้น คงต้องใช้เวลานาน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาช่วยแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน เรามีวิธีการป้องกันโรคนี้นี้ทั้งการป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) และการป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) แต่ยังไม่สามารถควบคุมโรคนี้อย่างจริงจัง เนื่องจากสาเหตุใหญ่ ๆ 2 ประการคือ ขาดการค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนและไม่สามารถให้การป้องกันทุติยภูมิได้อย่างสม่ำเสมอ (ปรีชา วิจิตพันธ์, 2530)

สภาวะจิตสังคมในเด็กป่วยเรื้อรัง

โรคเรื้อรังทุกชนิดนำมาซึ่งปัญหาด้านจิตสังคมที่มีต่อบุคคลและครอบครัวมากมาย เนื่องจากความเจ็บป่วยมีลักษณะที่แตกต่างจากความเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute illness) ซึ่งมีเวลาของการเสีจสิ้นความเจ็บป่วยหรือมีอาการดีขึ้น เกิดในช่วงเวลาจำกัด อาจจะสิ้นสุดด้วยการตายในเวลารวดเร็วหรือไม่ก็หายสนิท แต่ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเวลาเจ็บป่วยต้องนานติดต่อกันเกินกว่า 3 เดือน หรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพถาวรหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) หรืออาการหายไปแล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วงๆ (exacerbation) เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน (acute phase) เป็น ๆ หาย ๆ การรักษาด้วยยาหรือวิธีอื่น ๆ ในปัจจุบันทำได้เพียงทุเลาความรุนแรงของโรคหรืออาการเท่านั้นพยาธิสภาพนั้นไม่อาจพยากรณ์ได้แน่ชัด ร่างกายของผู้ป่วยจะสูญเสียการปรับตัวในการรักษาสมดุลของการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกายและจิตใจ

การเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นมีผลกระทบต่อเด็กหลายประการได้แก่

1. ด้านร่างกาย ในด้านการเจริญเติบโตของร่างกายนั้นพบว่าโรคเรื้อรังแทบทุกชนิดทำให้เกิดการเจริญเติบโตช้า เพราะมีสาเหตุหลายประการร่วมกัน ทั้งการขาดอาหาร การเผชิญต่อการคิดเข็ญน้อยๆ จากยาที่ใช้รักษาโรค ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ การเจริญเติบโตที่บกพร่องนั้น ยังมีผลทำให้เด็กมีภาพลักษณ์ต่อร่างกายของตนไม่ดี (Kappy, 1987)

2. ด้านการพัฒนาศติปัญญา เด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องขาดเรียนบ่อย ๆ จากการที่ต้องมาพบแพทย์ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้เด็กขาดความพร้อมในการเรียนและขาดโอกาสในการพัฒนาศติปัญญา สังคม และอื่น ๆ

3. ด้านจิตสังคมของเด็ก เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษานานประกอบกับเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตพัฒนาการ การเจ็บป่วยจึงมีผลกระทบต่อเด็กมีลักษณะไม่เป็นตัวของตัวเอง วิตกกังวล แยกตัว พงอหงเหว ต้องการความสนใจจากผู้ใกล้ชิด เด็กบางคนอาจมีลักษณะก้าวร้าวไม่ยอมรับว่าตนเองกำลังป่วย แสดงอาการชั้ขึ้นปฏิเสธการรักษา การศึกษาของแคดแมนและคณะ (Cadmán, et al., 1987) ศึกษาเด็กในออนตาริโอ จำนวน 3,291 คน อายุ 4-16 ปี พบว่า ทั้งเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างเดียว และป่วย

ด้วยโรคเรื้อรังร่วมกับมีความพิการอย่างอื่นจะมีการปรับตัวด้านสังคมยากกว่าเด็กปกติด้วยเดียวกัน เด็กบางคนมีความรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองน้อยกว่าผู้อื่น แปรจากผู้อื่นจะเห็นได้ชัดเจนในเด็กที่เป็นโรคที่จะต้องปฏิบัติตัวผิดไปจากเพื่อน ๆ หรือป่วยเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะไปจากเดิม (อาพล สุวาทัน และวาสนา ศรีมณี, 2528) การศึกษาของแมค แอนเนย์และคณะ (Mc Anarney, et al) พบว่าเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมองตนเองแตกต่างจากเพื่อนคิดว่าตนด้อยค่า (Issacs & Mc. Elroy, 1980) ความเจ็บป่วยจะส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าความเป็นอิสระและความเป็นตัวของตัวเอง ผู้เชี่ยวชาญอีกหลายท่านได้ให้ความเห็นว่า เด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาวะเสี่ยงต่อความผิดปกติทางจิตใจมากกว่าเด็กที่มีสุขภาพสมบูรณ์ (Ritchie, Caty & Elerton, 1984)

4. ด้านครอบครัว เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะส่งผลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ผลกระทบจะรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของโรค ตัวบุคคลที่ถูกกระทบและสภาพแวดล้อมขณะนั้น ถ้าการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ไม่เข้าชนิดที่เป็นแต่กำเนิด บทบาทของเด็กและความสัมพันธ์ในครอบครัวจะเปลี่ยนไป สมาชิกในครอบครัวและตัวเด็กจะต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลา บางครั้งพี่น้องอาจมีทัศนคติไม่ดีต่อเด็กป่วย บิดามารดาบางคนคิดว่าบุตรเป็นโรคที่รักษาไม่หาย กลัวบุตรจะตาย กลัวบุตรจะได้รับความเจ็บปวด กลัววิธีการรักษา ความคาดหวังล้มเหลว ซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา (Mark & Milland, 1970)

ความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าในเด็กป่วยเรื้อรัง

1. ความกลัว

ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ทางอารมณ์ที่มีต่ออันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคาม เมื่อบุคคลประสบและรับรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ๆ (Sherman, 1979) ความกลัวของคนส่วนใหญ่มักเริ่มต้นตั้งแต่วัยเด็ก โดยรากฐานของความกลัวยังฝังลึกอยู่ในจิตไร้สำนึกของแต่ละคนนับเป็นเวลาแรมปี และเมื่อมีสิ่งกระตุ้นภายหลัง ความกลัวจะเกิดขึ้นในจิตใจอีก (สุชา จันทน์เอม และสุรางค์ จันทน์เอม, 2520) จึงนับว่าความกลัวมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาการและการปรับตัวของเด็กมาก และได้มีนักวิชาการให้ความหมายของความกลัวไว้หลายอย่างดังนี้

แกร์แฮม และคอนเลย์ (Graham and Conley, 1971) กล่าวว่าความกลัวคืออารมณ์ที่ตอบสนองต่อความนึกคิด และสิ่งที่คุกคามจากอันตรายภายนอกซึ่งสามารถขจัดได้

โคลบ์ (Kolb, 1973) กล่าวว่า ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ทางอารมณ์ต่ออันตรายภายนอกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งแก้ไขได้โดยการขจัดสถานการณ์หรืออันตรายที่คุกคามนั้น ด้วยวิธีการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง

บีฮาร์ และสตีวาร์ท (Behar & Stewart, 1981) กล่าวว่า ความกลัวเป็นอารมณ์ที่แสดงออกถึงพฤติกรรมที่จำเป็นหลายอย่าง เพื่อความอยู่รอดของมนุษย์

พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2525) ให้ความหมายว่า ความกลัวเป็นอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับมีการเปลี่ยนแปลงในจิตสรีรวิทยาของร่างกาย ในขณะที่สนองตอบต่ออันตรายหรือภัยที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายว่า ความกลัวหมายถึง ความรู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว หรือความรู้สึกหวาด เพราะคาดว่าจะประสบภัย

ปัญจางค์ สุขเจริญ (2527) กล่าวว่า ความกลัวคือ สภาวะที่อินทรีย์ถูกรบกวน ให้แสดงปฏิกิริยาตอบสนองออกมา หรือเป็นสภาพทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความตึงเครียดของจิตใจ ที่รู้ว่าจะตนเองอยู่ในฐานะที่ไม่ปลอดภัย ทำให้การแสดงออกทางพฤติกรรมไม่เป็นไปตามปกติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตรายจากภายนอกซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตสรีรวิทยาของร่างกาย เพื่อปกป้องตนเองให้พ้นจากอันตราย ความกลัวจะลดลงหรือหมดไปเมื่อสิ่งที่คุกคามนั้นหมดไป (Kaplan and Sadock, 1985)

ความกลัวของมนุษย์พัฒนาตามธรรมชาติ วุฒิภาวะและการเรียนรู้ (Marks, 1969) ซึ่งความกลัวจะขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะและการเรียนรู้ควบคู่กันไป อิทธิพลของวุฒิภาวะที่มีต่อความกลัวนั้นในวัยทารก เด็กยังมีความกลัวไม่มากนัก แต่เมื่อโตขึ้นเด็กได้เรียนรู้ความกลัวในสิ่งที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนเลย จึงทำให้ความกลัวนั้นเพิ่มจำนวนมากขึ้น ดังนั้นความกลัวส่วนใหญ่จึงมักเกิดจากการเรียนรู้ และการเรียนรู้ขึ้นกับวุฒิภาวะด้วย (สุชา จันท์เอน และสุรางค์ จันท์เอน, 2519)

กลไกการเกิดความกลัว

ความกลัวเป็นอารมณ์อย่างหนึ่ง การที่จะเกิดอารมณ์ต่าง ๆ ได้นั้นจะต้องมีการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องคือ สมองส่วนบน (high brain function) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมองส่วนฮัยโปทาลามัส และระบบลิมบิก (hypothalamus & limbic system)

(Laandau, 1980) เมื่อร่างกายได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าซึ่งเป็นความเครียด เช่น ความกลัว สมองส่วนซีรีบรัม (cerebrum) จะรับรู้เหตุการณ์หรือความกลัวนั้น ๆ แล้วส่งกระแสประสาทไปยังสมองส่วนฮัยโปทาลามัส ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความกลัวที่อยู่ใกล้บริเวณเพอร์ฟอรินคอลล (perifornical) ของฮัยโปทาลามัสส่วนหน้า (ชุกคักดี เวชแพทย์, 2520) จากนั้นฮัยโปทาลามัสจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ที่ไปเลี้ยงต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal medulla) ทำให้หลั่งฮอร์โมนแคทาคอลามีน (catecholamine) ซึ่งประกอบด้วยอิปิเนพรีน (epinephrine) 80% และนอร์อิปิเนพรีน (nor-epinephrine) 20% (ประวิทย์ สุนทรสึมะ 2526) ฮอร์โมนเหล่านี้ถูกหลั่งเข้ากระแสเลือดแล้วกระจายไปตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกาย อิปิเนพรีนมีผลโดยตรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจทำให้ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาที (cardiac output) เพิ่มขึ้น 10-30% ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยานี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายคือ หน้าซีด เหงื่อออก ขนลุก ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น อยากร่ายไต่สวาทและอุจจาระ (Marks, 1969)

ผลของการเกิดความกลัว

มีส์กรอม และคณะ (Milgrom, et al, 1985) กล่าวว่าความกลัวเป็นอารมณ์ตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อการได้รับสิ่งคุกคามหรืออันตราย การตอบสนองนี้จะประกอบด้วยสิ่งที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ คือ

1. การรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงพอใจ เช่น รู้สึกว่ามีสิ่งน่ากลัวบางอย่างกำลังจะเกิดขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งปฏิกิริยาความกลัวที่รุนแรงจะแสดงออก คือ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง เหงื่อออก กล้ามเนื้อเกร็ง

3. การเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวบ่อย ๆ เช่น ไม่อยู่นิ่ง ตัวสั่นพยายามที่จะหนีสิ่งที่คุกคาม

กลุ่มอาการตอบสนองต่อความกลัวนี้ เรียกว่าเป็นการต่อสู้หรือการหลีกเลี่ยง (fight or flight)

ความกลัวในเด็กป่วยเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยและวิธีการตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาดังกล่าว ก่อให้เกิดความกลัว และปฏิกิริยาโต้ตอบจากเด็กได้ (Lewis, 1982) ความกลัวต่อการปฏิบัติรักษา เป็นพฤติกรรมที่ปกติของเด็กทุกคน จัดเป็นภาวะวิกฤติทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากจิตใจความกลัว ดังกล่าวอาจเกิดจากบุคคล สถานที่ หรือกิจกรรมก็ได้ (ศิริพร จิรวัดมกุล, 2526) เนื่องจากเด็กมีความเข้าใจเหตุผลและมีประสบการณ์น้อย ทั้งยังมีจินตนาการของตัวเอง จึงทำให้เกิดความกลัวมากยิ่งขึ้น และปัญหาหนึ่งที่เด็กไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ปัญหาความเจ็บปวด เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดทางสติปัญญาและความสื่อสาร เด็กไม่สามารถเข้าใจเหตุผลขาดความอดทน อดกลั้นต่อความเจ็บปวด (pain threshold) ไม่สามารถบอกความต้องการ ความรู้สึกของคนที่กำลังเกิดขึ้น (คาร์ล จอห์นสัน, 2529) ในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลก็เช่นกัน ถ้าเด็กไม่ทราบถึงเหตุผลของการปฏิบัติการรักษาพยาบาล จะทำให้เด็กเกิดความกลัว ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ หรือการกระทบกระเทือนทางอารมณ์ซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติการรักษาพยาบาลและเป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการของเด็ก การกระทบกระเทือนทางอารมณ์ดังกล่าวได้แก่ ความวิตกกังวล (Anxiety) ความสงสัย (suspiciousness) ความขุ่นเคือง (resentment) ความไม่เป็นมิตร (hostility) ความไม่รู้จักพอ (inadequacy) ความไม่มั่นคง (insecurity) และความปรารถนาที่จะแก้แค้น (a desire to retaliate) (Jack et al., 1952)

เด็กมีปฏิกิริยาต่อความเจ็บปวดต่อแพทย์ พยาบาล และการตรวจรักษาด้วยพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ วัย ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และท่าทีของบิดามารดาหรือญาติแต่ท่าทีของแพทย์ พยาบาล และบรรยากาศในโรงพยาบาลก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มปฏิกิริยาต่อต้านหรือช่วยให้เด็กให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น (จันทร์นันทิ เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2522) เพราะระยะเวลาแต่ละวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษา เป็นระยะเวลาที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด ดังที่บีแลนด์ (Beland, 1975) กล่าวว่า ความวิตกกังวลและความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดมักเกิดจากความไม่รู้ จึงทำให้ผู้ป่วยคาดคิด ทานายสิ่งที่จะเกิดขึ้นไปต่าง ๆ นานา ๆ รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดความรำหึ่มผิดๆ หรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงพฤติกรรมที่เด็กแสดงให้เห็นในขณะที่ทำการตรวจรักษา มักจะมีกิริยาขี้ขิ้น ร้องไห้เสียงดัง น้ำตาไหลพราก

กรณีร้องคร่ำครวญ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมดังกล่าวคือ ความกลัว และความเจ็บปวด (จันทร์นันทน์ เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2522)

เนื่องจากการตรวจวินิจฉัยโรคเป็นประสบการณ์ที่เด็กไม่เคยได้รับมาก่อน และยังทำให้เกิดความเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบาย จึงนำไปสู่ความกลัวเพราะความวิตกกังวล ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางจิตของคน เพื่อใช้ในการปรับตัวต่อภาวะเครียดหรือเป็นความรู้สึกตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เพื่อป้องกันตนเองจากอันตรายหรือสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ความกลัวนับว่าเป็นอารมณ์ที่มีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการ และการปรับตัวเองของเด็กเป็นอย่างมาก เด็กที่มีความกลัวในสิ่งต่าง ๆ มากมายย่อมมีประสบการณ์อยู่ในวงแคบไม่กล้าที่จะเผชิญหรือกระทำสิ่งใดที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง อันเป็นผลร้ายต่อพัฒนาการในด้านต่าง ๆ อย่างเห็นได้ชัด โดยทั่ว ๆ ไปแล้วเด็กที่กลัวมาก ๆ มักเป็นเด็กที่เจียบเหงา ไม่มีเพื่อนฝูง เด็กเหล่านี้มักจะ ไม่กล้าทำอะไร แม้จะเป็นสิ่งที่คนอยาก رؤ้อยากเห็นก็ตามพฤติกรรมดังกล่าวนี้เป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการทางด้านสังคมและสติปัญญา (Timmerman, 1983) เป็นอย่างยิ่ง ยิ่งกว่านั้นความกลัวที่รุนแรงและฝังแน่นอยู่ในจิตใจของเด็กอยู่ตลอดเวลา ย่อมจะบั่นทอนสุขภาพจิตของเด็กเป็นอย่างมาก ซึ่งจะมีผลสืบต่อมาถึงสุขภาพกายของเด็กอีกด้วย (สถาบันระหว่างชาติสำหรับการค้นคว้าเรื่องเด็ก, 2509)

ความกลัวมีพัฒนาการตามระดับวุฒิภาวะ (Whaley & Wong, 1983) เช่นเดียวกับสติปัญญาของแต่ละวัย (Miller, 1979) นั้นได้มีผู้สนับสนุนคือ เบอร์ (Bauer, 1976) ได้สำรวจเด็กอายุ 4-12 ปี จำนวน 54 คน พบว่าความกลัวเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการคือ กลุ่มเด็กอายุ 10-12 ปี กลัวร่างกายได้รับบาดเจ็บมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มเด็กอายุ 6-8 ปี ส่วนเด็กอายุ 4-6 ปี กลัวผีหรือแม่มดมากที่สุด เจอร์ซิลด์ มาร์คีย์ และ เจอซิลด์ (Jersild, Markey and Jersild, 1933) ได้ศึกษาความความกลัวของเด็กอายุ 5-12 ปี จำนวน 398 ราย พบว่าความกลัวของเด็กแตกต่างกันไปตามระดับพัฒนาการคือ เมื่ออายุมากขึ้น ความกลัวอันเกิดจากสิ่งเร้าภายนอก ความมืด และผีจะลดน้อยลง แต่จะกลัวการที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บ (Body injury) สิ่งไม่มีตัวตน หรือความคิดจินตนาการต่าง ๆ มากขึ้นและพบว่าความกลัวของเด็กอายุ 5-6 ปี กับเด็กอายุ 7-8 ปี มีความแตกต่างกันน้อยมาก และความกลัวของเด็กอายุ 9-10 ปี กับ 11-12 ปี มีความแตกต่างกันน้อยมาก ความกลัวที่พัฒนาตามธรรมชาติและวุฒิภาวะนี้ถือว่าเป็นความกลัวปกติของเด็ก

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่มีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าใจเหตุผล ยังไม่เข้าใจว่าวิธีการรักษาจะทำให้ร่างกายเจ็บปวดบ้าง แต่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง แต่เด็กจะรู้สึกว่าการเจ็บปวดเป็นเสมือนการถูกลงโทษ โดยไม่ทราบสาเหตุแห่งความผิดของตนเอง เด็กวัยนี้เมื่อได้รับบาดเจ็บปวดจากการรักษาเด็กมักจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมเพื่อระบายความเจ็บปวดของตนเอง เช่น อาจจะร้องไห้เสียงดัง ตะโกนร้อง เด็กบางคนอาจจะต่อรองหรือขอเลื่อนกิจกรรมที่ทำให้เจ็บปวดออกไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้เด็กจะรับรู้กับเหตุการณ์ได้ แต่เด็กยังเข้าใจไม่ลึกซึ้ง เมื่อเกิดความตึงเครียด เด็กไม่สามารถเก็บความรู้สึกหรือบรรยายหรือปรับความเข้าใจได้ จึงแสดงออกโดยตรงทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่ตึงเครียด (สัทธนา เดชาดิวงศ์, 2520) ซึ่งถ้าพยาบาลเข้าใจและตอบสนองได้อย่างถูกต้องโดยการทำให้เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น ๆ จะช่วยลดความรู้สึกกลัวและเจ็บปวดจากวิธีการรักษาและทำให้เด็กร่วมมือในการรักษามากยิ่งขึ้น ทั้งยังเป็นทางเลือกเลี่ยงผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจอันเกิดจากวิธีการรักษา (จันทร์นิวัฒน์ เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2522)

เด็กวัยเรียนพอรู้จักเหตุผลข้อเท็จจริงมากขึ้น มักมีความกลัวชนิดใหม่คือจินตนาการไปแล้วเกิดความกลัว (imaginery fear) คือความกลัวที่เด็กนึกสิ่งต่าง ๆ มาเชื่อมโยงกับความนึกคิดและจินตนาการของตน ความกลัวอย่างหนึ่งของเด็กวัยเรียนคือ ความเจ็บป่วย กลัวร่างกายบาดเจ็บ เด็กต้องเผชิญกับการปฏิบัติการรักษาพยาบาลบางอย่างที่น่ากลัวซึ่งอาจทำให้เกิดความเจ็บปวด (Whaley & Wong, 1979) และสิ่งใหม่เหล่านี้ไม่ได้แนะนำให้เด็กทราบถึงเหตุผลที่ต้องปฏิบัติ (Lambert, 1984) ทำให้เด็กเกิดความกลัวและความวิตกกังวล เป็นการกระทบกระเทือนอารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติการรักษาพยาบาลและเป็นอุปสรรคขัดขวางพัฒนาการของเด็ก (Droske, 1981) ความกลัวอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ว่าง ทำให้การรับรู้ผิดหรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2521)

ความกลัวอาจเกิดจากประสบการณ์ที่ทำให้เด็กได้รับบาดเจ็บ หรือทำอันตรายแก่เด็ก จากการศึกษาของเชอเรอและนาคามูระ (Scherer and Nakamura, 1968) ในเด็กอายุ 9-12 ปี จำนวน 99 ราย พบว่า ความกลัวทางด้านการแพทย์ เด็กกลัวการไปโรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือ กลัวการถูกฉีดยา วัตถุแหลมคม และการพบทันตแพทย์ โลกทางสังคมของเด็กวัยเรียนกว้างขวางมากขึ้น เด็กต้องเรียนรู้ในการปรับตัว เพื่อให้เข้ากับสังคม

ของเพื่อนมากขึ้น ดังนั้นเด็กจึงรู้จักที่ควบคุมอารมณ์ตนเองได้มากพอที่จะ ไม่แสดงออกให้คนรอบข้างรู้ว่าตนเองยังมีความกลัว (Whaley & Wong, 1979)

วิธีลดความกลัว

ความกลัวตามขั้นพัฒนาการถือว่าเป็นความกลัวปกติ จึงไม่ต้องการรักษาจำเพาะใด ๆ แต่บุคคลอาจแก้ไขหรือลดความกลัวที่เกิดขึ้นกับตัวเองด้วยวิธีต่างๆ กัน เช่น แต่ละบุคคลอาจแก้ไขหรือลดความกลัวที่เกิดขึ้นกับตัวเองด้วยวิธีต่างๆ กัน เช่น การใช้กระบวนการในการปรับสมดุลภายในร่างกาย การใช้กลไกการป้องกันตัวเอง ถ้าใช้วิธีหลักนี้ กลไกการป้องกันตัวเองที่ใช้บ่อยคือ การเก็บกด (repression) การถดถอย (regression) การแยกตัว (withdrawal) การเปลี่ยนสถานการณ์ (displacement) การปฏิเสธ (denial) และการเพ้อฝัน (fantasy) (ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา และคณะ, 2525) พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2521) กล่าวว่า ความกลัวที่เกิดขึ้นระหว่างพัฒนาการจะค่อย ๆ ลดน้อยลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น โดยอาศัยการเลี้ยงดูอบรม จากบิดามารดา และบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กควรหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดอารมณ์ หรือความรู้สึกกลัวมากเกินไป ควรช่วยห้เด็กได้เผชิญกับความกลัวดังนี้ (Jersild, Telford and Sawey, 1975)

1. อธิบายสถานการณ์โดยพยายามให้เด็กทราบว่าไม่มีสิ่งที่จะต้องกลัวและอธิบายเรื่องที่เด็กกลัวอย่างมีเหตุผล
2. ยกตัวอย่างการไม่กลัว ตัวอย่างจะเป็นสิ่งที่รับรองว่าผู้อื่นจะปกป้องเด็ก และช่วยห้เด็กทราบความจริงว่าความกลัวนั้นไม่มีเหตุผล
3. พยายามกำหนดเงื่อนไขในทางบวก โดยแสดงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความกลัววิธีนี้เป็นวิธีดีถ้าเหตุการณ์ความกลัวเกิดความร่วมมือกับสิ่งดึงดูดที่เร้าใจ
4. เด็กมีความมั่นใจในความสามารถของเด็กเอง ที่จะเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวโดยให้โอกาสแก่เด็กค่อย ๆ เรียนรู้สิ่งที่กลัวทีละน้อย

วิธีดังกล่าวนี้นับว่าเป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่งในการป้องกันไม่ให้เกิดความกลัวมากเกินไป แต่ถ้าเด็กไม่ได้รับการป้องกัน หรือเด็กเกิดความกลัวมากเกินไป หรือกลัวไม่มีเหตุผลแล้ว จะต้องหาวิธีช่วยเหลือหรือจัดความกลัวของเด็กลงให้ได้ นักพฤติกรรมบำบัดมีความเชื่อว่า การที่คนเราจะหายจากความกลัวที่ไม่มีเหตุผลได้นั้น จะต้องให้ผู้นั้นเผชิญกับสิ่งที่น่ากลัวหรือ

สถานการณ์นั้นๆ การใช้วิธีการหลบหนี หรือหลีกเลี่ยงมีแต่จะทำให้ความกลัวเพิ่มมากขึ้น และยิ่งเรื้อรังติดตัวตลอด ดังนั้นจึงควรเปลี่ยนวิธีการมาเป็นการเผชิญกับสิ่งที่น่ากลัว หรือสถานการณ์นั้นๆ แทนการหนี (วัลลภ บียะมโนธรรม, 2531) โปสเตอร์ (Poster, 1983) ได้ใช้เทคนิคการให้ภูมิคุ้มกัน (stress immunization) ดังนี้คือ

1. การผ่อนคลาย (relaxation) ใช้บ่อยเพื่อลดความวิตกกังวลซึ่งใช้ได้กับเด็กทุกกลุ่มอายุ เริ่มตั้งแต่เด็กวัยก่อนเรียน โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่อยู่ภายใต้อำนาจจิตใจ และการหายใจเข้าออกลึกๆ ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่น่ากลัว หรือจะเปิดดนตรีเบาๆ คลอไปด้วยก็ได้
2. การทำให้เด็กเผชิญกับภาวะเครียดที่ละน้อย และค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนกระทั่งถึงระดับที่มีความรุนแรงมาก (desensitization) โดยการแนะนำให้เด็กรู้จักอุปกรณ์เครื่องใช้และให้ข้อมูลแก่เด็กจากสิ่งที่น่ากลัวน้อยที่สุดไปยังสิ่งที่น่ากลัวมากที่สุด ไปจนถึงสิ่งที่ซับซ้อนจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมเห็นได้ชัดเจนไปจนถึงสิ่งที่เห็นเป็นนามธรรม วิธีการนี้จึงอาจใช้ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ได้เช่น การเล่นหุ่นมือ หลักการของ desensitization อาจใช้วิธีการนำหนังสือมาใช้ และการพาเด็กเที่ยวดูอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้โรงพยาบาล ในระหว่างที่เตรียมเด็ก
3. การเลียนแบบ (modeling) เด็กเรียนรู้โดยการสังเกตและทำตามบุคคลที่เด็กเห็น เช่น พยาบาล ครู บิดา มารดา การเลียนแบบนี้พฤติกรรมมีส่วนร่วมและความรู้สึกที่ได้รับจะมีอิทธิพลมาก การที่เด็กจะเลียนแบบสิ่งใดนั้น เด็กมักจะเลียนแบบบุคคลที่เด็กรู้จักและให้ความจริงใจแก่เด็ก ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีสัมพันธภาพที่ดี และมีความจริงใจต่อเด็ก
4. การฝึกซ้อมบทบาท (cognitive rehearsal) เป็นการทำให้เด็กได้เรียนรู้ และเข้าใจบทบาทของบุคคลในสถานการณ์ใดและเด็กมีโอกาสสัมผัสหรือฝึกซ้อมบทบาทนั้น โดยเด็กจะสวมบทบาทของผู้ป่วย เช่นเดียวกับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขุภาพอื่นๆ และแกล้งทำเป็นผู้ป่วยที่คาดหวังเกี่ยวกับข้อมูลของประสบการณ์ที่น่ากลัวการฝึกซ้อมบทบาทล่วงหน้าบ่อยๆ จะเป็นการควบคุมความรู้สึก ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลในระหว่างที่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด และเป็นการส่งเสริมการเผชิญภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. การเล่น (play) การเล่นเป็นมนต์ที่กว้าง และยังรวมถึงการใช้หุ่นมือ การวาดภาพและเกมส์ต่างๆ การเล่นเป็นสื่อกลางธรรมชาติที่เด็กได้เรียนรู้ และมีประสบการณ์ในโลกของเด็กเป็นกิจกรรมที่เด็กสามารถควบคุม มีอำนาจ และทำสำเร็จได้ด้วยตัวเองการใช้การเล่นเพื่อให้เด็กได้คุ้นเคยกับอุปกรณ์เครื่องใช้ และประสบการณ์ภาวะเครียดในโรงพยาบาล

เริ่มด้วยการประเมินความพร้อม และความสุขสบายของเด็ก พยาบาลเป็นผู้ดำเนินเกี่ยวกับอุปกรณ์ต่าง ๆ ระหว่างการเล่น และสามารถเข้าร่วมในการเล่นโดยการถามคำถามและแก้ไขความเข้าใจผิดของเด็กให้กระจ่างชัดเจน ในขณะที่เด็กกำลังเล่น

2. ความวิตกกังวล

การเจ็บป่วย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจที่แตกต่างกัน แม้จะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็ตาม เช่น มีความหวาดกลัว โกรธ วิตกกังวล ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกคนคือ ความวิตกกังวล (อุทัย สุดสุข, 2528) ซึ่งเปรียบเสมือนสัญญาณเตือนว่ามีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจและอารมณ์ บุคคลจำเป็นต้องหาทางปรับให้เกิดสมดุลขึ้นด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งเสมอ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) สิ่งซึ่งมากกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่คุกคามต่อค่านิยมหรือคุณค่าที่บุคคลนั้นประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองนั้นมากน้อยเพียงใด โดยที่อันตรายดังกล่าวจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นจริงก็ตาม การประเมินสถานการณ์จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้และกระบวนการคิดของบุคคลนั้น (อุบล นวัตกรรม, 2528) ซึ่งความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นทันทีที่บุคคลประเมินได้ว่ามีสิ่งคุกคาม (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2528) กล่าวโดยสรุป ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะของร่างกายและอารมณ์ที่แสดงออกเมื่อมีสิ่งคุกคามซึ่งสิ่งคุกคามนั้น อาจเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเนเท่านั้นก็ได้

เอตัน, เพทเทอสัน และ เดวิส (Eaton, Peterson and Davis, 1981) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เป็นไม่พอใจคล้ายกับความกลัวและเป็นภาวะที่ร่างกายถูกรบกวน

ความกลัวมีสิ่งเร้าจากภายนอก และได้สัดส่วนกันระหว่างอารมณ์และความเป็นจริงของสิ่งเร้าภายนอก หรือสมควรที่จะก่อให้เกิดอันตรายสำหรับชีวิตหรือสุขภาพ แต่ความวิตกกังวลไม่มีสิ่งเร้าจากภายนอกที่มาคุกคาม หรือไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งเร้าที่คุกคาม

ความกลัวเป็นสัญญาณเตือนว่ามีอันตรายจากภายนอกเกิดขึ้น ส่วนความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกต่ออันตรายที่เกิดจากรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลนั้น และความวิตกกังวลมีขอบเขตตั้งแต่เป็นสัญญาณเตือนจนถึงเป็นความรู้สึกไม่สบาย และความวิตกกังวลก็ยังมีประโยชน์ โดยจะเป็นสัญญาณเตือนว่าจะเกิดอันตรายขึ้น จากแรงผลักดันของความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจและเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ ความรู้สึกนี้จะอยู่ใกล้ระดับจิตสำนึก

ความวิตกกังวลในระดับต่ำสุดจะเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ มีอาการไม่ชัดเจน ส่วนความวิตกกังวลในระดับรุนแรงจะเกิดความรู้สึกที่เรียกว่า แพนิค (panic)

ความวิตกกังวลเหมือนกับความกลัว ในเรื่องของอาการที่ร่างกายถูกรบกวนเหมือนกันคือ

1. กล้ามเนื้อเกร็ง
2. กระสับกระส่าย
3. มีอาการสั่น
4. เหงื่อออกมาก
5. ชีพจรเต้นเร็ว

และอาจมีอาการที่เพิ่มขึ้นจากที่กล่าวมาดังนี้

1. ความเหนื่อยล้า (ความเมื่อยล้านี้ บางครั้งเกิดจากใช้พลังงานในการเก็บกอดความรู้สึก ซึ่งเห็นเป็นผลของการต้านทานความเครียด และอาการกระสับกระส่าย)
2. นอนไม่หลับ
3. โกรธง่าย
4. ตั้งสมาธิได้ยาก (เช่น มีความลำบากในการตั้งใจเมื่ออ่านหนังสือหรือฟังบรรยาย)

5. มีความบกพร่องในหน้าที่ของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงความต้องการอาหารและความต้องการทางเพศ

กล่าวโดยสรุป ความวิตกกังวลเป็นความกลัวที่ผิดปกติ ซึ่งไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งคุกคาม เป็นภาวะร่างกายและอารมณ์ที่แสดงออกเมื่อมีสิ่งคุกคาม ซึ่งสิ่งคุกคามนั้นอาจเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเนเท่านั้นก็ได้ (Scully et al., 1989)

ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 4 พวก (Kaplan and Sadock, 1985)

1. Superego anxiety เป็นความรู้สึกผิดและความวิตกกังวลที่บุคคลนั้นได้กระทำผิด ซึ่งความผิดนั้นได้ถูกค้นพบ ความวิตกกังวลเช่นนี้ไม่เพียงแต่เป็นความวิตกกังวลทั่วไป แต่จะเป็นสิ่งที่ผิดปกติ เมื่อบุคคลนั้นตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ถูกตำหนิจากจรรยาบรรณหรือมาตรฐานของศีลธรรมที่กำหนดขึ้นโดยจารีตประเพณี ความวิตกกังวลชนิดนี้เกิดขึ้นตามความ

รุนแรงหรือทำให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงว่าไม่ปกติอย่างแน่นอน เป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อการกระทำผิดของคน บางครั้งสังเกตได้อย่างชัดเจนว่ามีความวิตกกังวลที่ทำให้เกิดความซึมเศร้ามากจนถึงขั้นโรคจิต (psychotic depressions) เป็นความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนบาปอย่างมาก และมีความรู้สึกอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการโรคประสาท (neurotic disorders) ด้วย

2. Castration anxiety เป็นความวิตกกังวล โดยกลัวว่าร่างกายจะถูกทำร้าย หรือเป็นการลดความสามารถบางอย่างของบุคคลนั้นลง ความวิตกกังวลชนิดนี้มีลักษณะเฉพาะในเรื่องการถูกตัด (castration) เพราะว่าความวิตกกังวลชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับการนำไปสู่ความคิดฝันในเรื่องการถูกตัดอวัยวะเพศ และมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสับสนในเรื่องบทบาททางเพศเสมอ ๆ

3. Separation anxiety เป็นความรู้สึกกลัวว่าจะสูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลที่สำคัญ

4. Id or impulse anxiety เป็นการสูญเสียการควบคุมตัวเองจากแรงผลักดันภายในจิตใจ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล และเป็นลักษณะบ้างคลั่ง เกิดความกลัวว่าอันตรายกำลังจะมาถึงคน ทำให้ขาดการควบคุมตัวเอง

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นผลจากกระบวนการทางความคิด เมื่อมีสิ่งกระตุ้นซึ่งอาจเป็นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน การประเมินสภาพการณ์นั้น ๆ ว่าทำให้เกิดอันตรายมากน้อยเพียงใด ดังนั้นจึงแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรู้ และกระบวนการทางความคิดของแต่ละบุคคล (Spielberger, 1972)

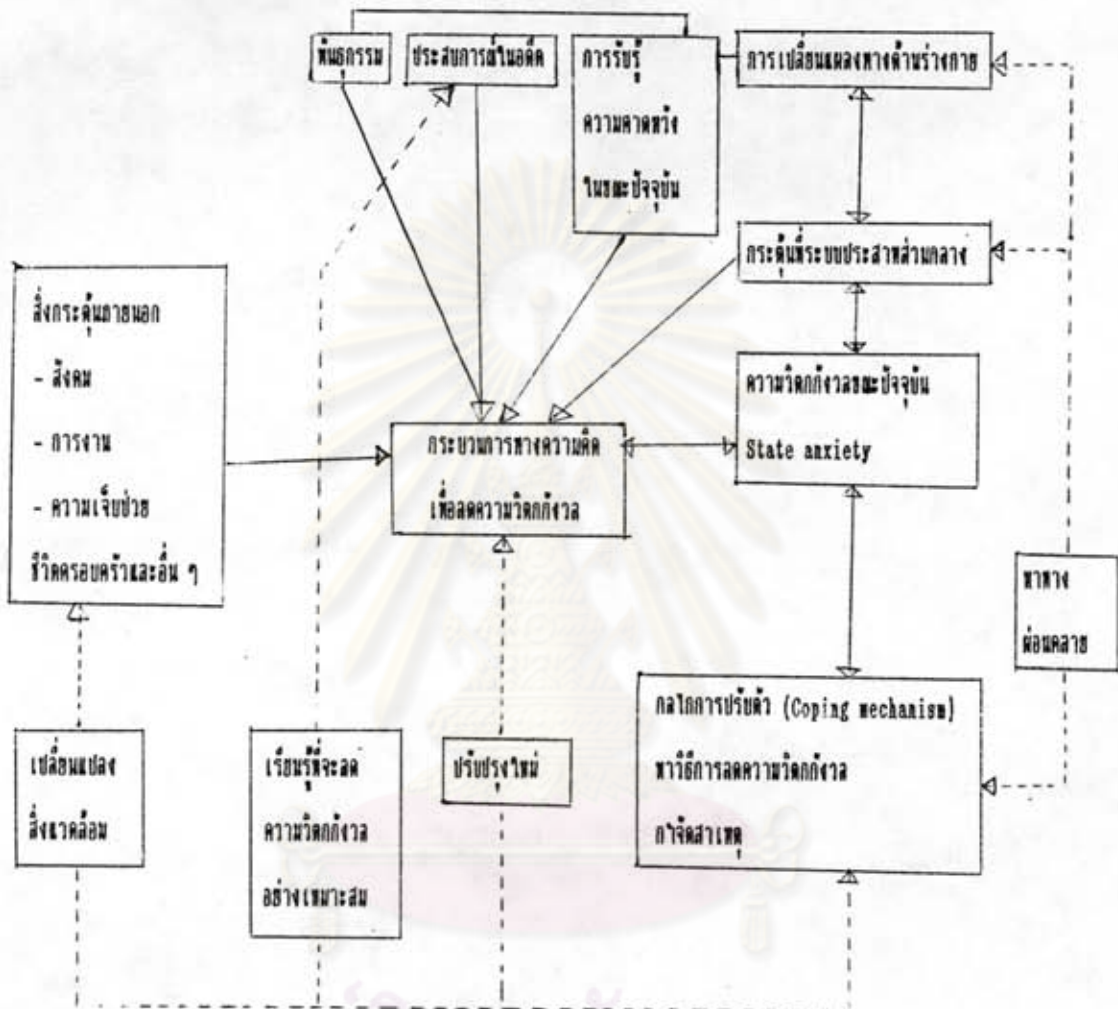
ความวิตกกังวลที่แสดงออก นั้นประกอบไปด้วยความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล (trait anxiety) และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (state anxiety) รูปแบบความวิตกกังวลในภาวะปกติได้อธิบายถึงสาเหตุและองค์ประกอบของความวิตกกังวล ทั้งสองชนิดดังนี้ ความวิตกกังวลแฝง เกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต และสภาวะด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน องค์ประกอบเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction) กลายเป็นส่วนหนึ่งของความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว

บุคคล เมื่อมีสิ่งเร้าภายนอกมาเสริม เช่น การเปลี่ยนงานใหม่ การแต่งงาน การเจ็บป่วย สิ่งเร้าภายนอกเหล่านี้ จะเข้าสู่การรับรู้ของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดการประเมินว่าสิ่งเร้าที่มากหรือนั้นทำให้เกิดความวิตกกังวลในขณะปัจจุบันมากน้อยเพียงใด ซึ่งสามารถแสดงออกได้ 3 ด้าน และการแสดงออกนี้ บางครั้งจะเป็นปฏิกิริยาสัมพันธ์ ซึ่งกันและกันการแสดงออกดังกล่าวได้แก่

1. เกิดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลที่แสดงออกให้เห็นชัดเจนในขณะปัจจุบัน (state anxiety) โดยผ่านทางศูนย์ควบคุมอารมณ์ (Limbic system)
2. เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางผ่านทางเรติคิวลาร์ฟอรัมเมชัน (Reticular formation) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก
3. มีการใช้กลไกการปรับตัว (coping mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวลและกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

การแสดงออกทั้ง 3 ด้านนี้ จะมีปฏิกิริยาสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจเกิดอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วโยงไปสู่อีกการแสดงหนึ่งได้ เมื่อมีความวิตกกังวลบุคคลจะพยายามหาทางลดความวิตกกังวล เพื่อปรับสู่ภาวะสมดุลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ให้กลไกการปรับตัว เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งถ้าสามารถทำได้ดีก็จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ และประสบการณ์นี้จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปใช้ลดความวิตกกังวลคราวต่อไป แต่ถ้าไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ก็จะมีการคิดปรับปรุงหาวิธีแก้ไขใหม่ ถ้าวิธีใหม่ไม่ประสบผลสำเร็จก็อาจไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Lader & Marks, 1971; Spielberger, 1972) ดังแผนภาพที่ 2

ความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะตัวบุคคล (Trait anxiety).



คุณยวทยาทรพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แผนภาพที่ 2 แสดงถึงกลไกการเกิดความวิตกกังวล (Lader & Marks, 1971)

ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Spielberger, 1972)

1. ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในปัจจุบัน (state anxiety, situational anxiety, acute anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดกับบุคคลแต่ละคนในบางสถานการณ์เท่านั้น ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแปรไปตามความรุนแรงของสิ่งเร้า ถ้าสิ่งเร้ามากความวิตกกังวลก็จะมากขึ้นตามไปด้วย

2. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล (trait anxiety chronic anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่แฝงอยู่จนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น ซึ่งจะแตกต่างกันไป บุคคลจะมีความวิตกกังวลเช่นนั้นในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปทุกสถานการณ์และความวิตกกังวลนี้จะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในปัจจุบัน

ความวิตกกังวลในเด็กป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะวิกฤติสำหรับเด็กทำให้เด็กที่ป่วยมีความกลัว วิตกกังวล และความซึมเศร้าต่อสภาวะที่คุกคามการสูญเสียการควบคุมร่างกายที่บาดเจ็บ ความกลัว ความตาย ขาดความมั่นคงทางจิตใจมีความเครียดจากการถูกจำกัดกิจกรรมบางอย่าง การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันและสิ่งแวดล้อม (Petrillo and Sanger, 1972)

เมื่อเกิดโรคเรื้อรังขึ้นแล้ว ไม่เพียงแต่จะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายเท่านั้น แต่จะมีผลกระทบกระเทือนต่อทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยด้วย ปัญหาทางอารมณ์จิตใจของผู้ป่วย อาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้ (Michael, 1959)

ความกลัวตาย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงและกลัวตายจากภาวะของโรค ความกลัวตายนี้จะมีผลกระทบกระเทือนไปถึงบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย

ความกลัวความพิการไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังมักจะกลัวว่าจะกลายเป็นคนพิการ ไร้สมรรถภาพ

ความกลัวความเจ็บปวด ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน ความเจ็บปวดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย

ความกลัวการแพร่เชื้อโรค ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะเป็นผู้แพร่เชื้อโรคให้กับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว

ความกลัวความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะมีอาการเลวลง

ภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรัง

บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น นอกจากจะมีผลกระทบกระเทือนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว จะมีผลกระทบกระเทือนต่อภาวะทางด้านจิตใจในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ภาพพจน์ (Body image) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ที่ได้รับอิทธิพลมาจากความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่นด้วย บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นมักจะมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองได้รับการดูถูกเหยียดหยาม นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวและอิทธิพลของสังคมก็จะมีผลต่อ อัตมโนภาพของผู้ป่วยเช่นกัน (Beverly, 1972)

ความละอาย (shame) เป็นความรู้สึกทางด้านลบที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย หรือต่อการที่ต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต สาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความรู้สึกละอาย อาจเกิดจากสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ในขณะที่แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วย หรือพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย ไม่ปกปิดร่างกายของผู้ป่วยให้มิดชิด หรือเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยมากเกินไป เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกละอาย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยหรือด้อยกว่าผู้อื่น และผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสงสารตนเอง (Carolyn and Betty, 1978)

ความกลัวจากความเจ็บป่วยและวิธีการตรวจวินิจฉัย และให้การรักษาต่าง ๆ ความกลัวเหล่านี้ อาจเกิดจากบุคคล สถานที่ หรือกิจกรรมก็ได้ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2526)

เมื่อเด็กเกิดความกลัวตามที่กล่าวมาแล้วและความกลัวยังหลงเหลืออยู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลในเรื่องนั้นต่อเนื่องกัน ถ้าเด็กไม่ได้รับการช่วยเหลือแล้ว เด็กจะพยายามช่วยตัวเองโดยใช้กลไกการปรับตัว เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (นฤมล อีระรังสิกุล, 2532)

ผลของความวิตกกังวลในด้านจิตใจ

เมื่อมีเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น บุคคลแต่ละคนจะเกิดความวิตกกังวลได้แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นกับการรับรู้และการแปลความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นซึ่งระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน มีผลในด้านจิตใจทำให้เกิดพฤติกรรมแตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับดังนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527)

ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (mild) ทำให้บุคคลมีความตื่นตัวมากกว่าปกติในการเผชิญอันตราย บุคคลจะดูกระฉับกระเฉงว่องไว สามารถสังเกตและรับรู้สิ่งต่าง ๆ ตลอดจนพฤติกรรมของตนได้อย่างละเอียดละออ มีการแก้ปัญหาได้ดี อาจรู้สึกหงุดหงิดง่าย ช่างซัก-

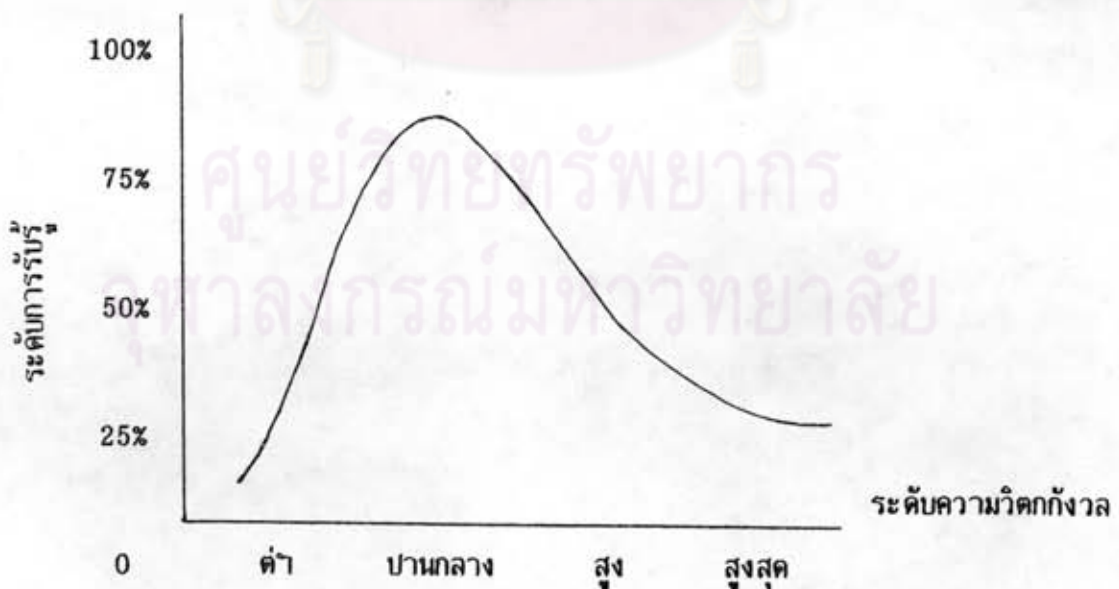
ถาม เนื่องจากมีความอยากรู้และอยากได้รับความสนใจจากผู้อื่น

ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (moderate) ทำให้สภาวะการรับรู้ของคุณลดลง จดจ่ออยู่เฉพาะสิ่งที่สนใจ ไม่สามารถรับรู้สิ่งที่อยู่นอกจุดสนใจได้ การตื่นตัวมีมากขึ้น กระฉับกระเฉงมากขึ้นจนดูเหมือนลุกลี้ลุกกลน ด้านความรู้สึกจะอดทนน้อยลง โกรธง่าย ร้องไห้ง่าย

ความวิตกกังวลในระดับสูง (severe) บุคคลในภาวะนี้การรับรู้แคบมาก จุดสำคัญจะถูกมองข้ามไปแล้วไปรับรู้ในส่วนปลีกย่อย ไม่สามารถเชื่อมโยงการรับรู้เรื่องราวต่างๆ ได้ จิตใจหมกมุ่นอยู่เฉพาะความรู้สึกเป็นทุกข์ของตน ลุกลี้ลุกกลนหรือกระสับกระส่ายมากขึ้น อาจพูดมากและพูดเร็วขึ้นหรือในทางตรงกันข้ามอาจไม่พูดเลย

ความวิตกกังวลในระดับสูงสุด (panic) การรับรู้แคบมากและบิดเบือนจากความจริง บุคคลจะรู้สึกสับสนมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาใด ๆ ได้ อาจมีอาการประสาทหลอน และหลงผิดได้ในช่วงสั้น ๆ ด้านพฤติกรรมจะออกมาในรูปแบบที่กลัวสุดขีดจนควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจทำให้สิ่งที่ภาวะปกติจะไม่ทำ เช่น ก้าวร้าวรุนแรงหรือในทางตรงข้าม คือออกมาในรูปซึมเศร้าไม่รับรู้ใดๆ

จะเห็นว่าความวิตกกังวลในระดับต่ำ ให้ประโยชน์ต่อการรับรู้และปรับตัวได้ดี แต่เมื่อความวิตกกังวลสูงขึ้น การรับรู้จะลดลงเรื่อย ๆ ดังแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลกับระดับการรับรู้
(สุรนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว 2527)

ผลของความวิตกกังวลในด้านร่างกาย

ความวิตกกังวลนอกจากมีผลต่อจิตใจ จนทำให้เกิดพฤติกรรมและการรับรู้ที่แตกต่างกันแล้ว ยังมีผลโดยตรงต่อการทำงานของร่างกายด้วย โดยความวิตกกังวลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีและสรีระวิทยาเป็น ผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอปิเนฟริน (epinephrine) นอร์เอปิเนฟริน (norepinephrine) และอะดีโนคอร์ติคอยด์ (adrenocortical) มากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้มีผลต่อการควบคุมสมดุลของเกลือแร่ สารน้ำ และการเผาผลาญ สารอาหารในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ภายในร่างกาย ทำให้ระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานเพิ่มขึ้น ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล โดยทั่วไปความวิตกกังวลในระดับต่ำถึงปานกลางจะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย แต่ถ้าความวิตกกังวลในระดับสูงและสูงสุด จะทำให้บางระบบของร่างกายหยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วและถี่ขึ้น การหายใจลึกและเร็วขึ้น ม่านตาขยายมีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกาย ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง น้ำตาลถูกขับจากตับมากขึ้น ทำให้มีพลังงานส่วนเกิน กล้ามเนื้อเกร็ง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่คอ เหงื่อออก ตัวเย็นผิวหนังซีด สำหรับผู้ที่มีการประจำเดือนจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือขาดหายไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการทบทวนหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ของร่างกายเหล่านี้ ทำให้มีผลกระทบต่อความสุขสบายของบุคคลและมีผลต่อการเกิดโรคได้ (สุวิทนา อารีพรศ, 2524) เช่น โรคความดันโลหิตสูง นอยส์ (Noyse) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมักมีความวิตกกังวลต่อกันเป็นเวลานาน และจากการศึกษาของ บรอด (Brod) พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงนี้มักอยู่ภายใต้ความวิตกกังวลที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (อ้างถึงโดย Temoshok et al., 1983) สำหรับในคนที่กำลังเจ็บป่วย จะยังมีความวิตกกังวลมากขึ้น และความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นนี้จะมีผลกระทบต่อความเจ็บป่วย เช่น ทำให้ความอยากอาหารลดลง เป็นผลให้ขาดสารอาหารและรู้สึกอ่อนเพลียได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความวิตกกังวลมีผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายและการหายของโรค สิ่งที่สำคัญประการหนึ่ง คือ เมื่อเกิดความวิตกกังวลจะทำให้มีการรับรู้ เรียนรู้ได้ไม่ดี

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวลจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัย 2 ประการคือ (กรรณิการ์ สุวรรณโณ, 2528)

1. ธรรมชาติของสิ่งมากระตุ้น ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญ ความรุนแรง ชนิดของสิ่งกระตุ้น ระยะเวลาที่มากระทบ การรู้ล่วงหน้า สิ่งที่เคยประสบมาก่อน ความเป็นจริง หรือเป็นเพียงการคาดคะเน
2. ธรรมชาติของบุคคล ได้แก่ พัฒนาการของบุคคล วุฒิภาวะแบบแผนการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต ตลอดจนการแสดงออกทางความรู้สึกต่อสิ่งกระตุ้นนั้น

วิธีลดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่สามารถจะลดระดับลงได้ก็คือ ความวิตกกังวล ซึ่งเกิดขึ้นในปัจจุบันได้มีผู้นำแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลไว้หลายประการดังนี้

อูล นิวิตซีย์ (2528) ได้เสนอแนวทางที่สำคัญไว้ 4 ข้อดังนี้

1. ช่วยเหลือแก้ไขปัญหานั้นก่อน เป็นการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าหรือปัญหาที่รีบด่วนในขณะนั้น ซึ่งอาจกระทำได้หลายวิธี เช่น 1) ให้การยอมรับต่อการแสดงออกของผู้ป่วย ยอมรับฟังข้อเรียกร้อง 1) ให้ความเห็นอกเห็นใจและพยายามเข้าใจถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย ตลอดจนสืบหาสาเหตุและช่วยหาแนวทางแก้ไขต่อไป
2. ลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวล โดยวิธีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
 - 2.1 เปิดโอกาสให้บุคคลนั้นได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจต่างๆ
 - 2.2 แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวลโดยวิธีอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ และยังเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และช่วยให้ผ่อนคลายได้ง่ายอีกด้วย (Sutterley, 1979)
 - 2.3 ใช้วิธีการทำสมาธิ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้บุคคลมีความสงบสุขและลดความวิตกกังวลได้ (Daley, 1973) และยังช่วยให้ร่างกายมีการทำงานดีขึ้น ดังการศึกษาของนที เกื้อกุลกิจการ (2530) ได้ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกาย พบว่า 16 สัปดาห์ ภายหลังการฝึกอานาปานสติสมาธิผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิดังกล่าวมีสมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกสมาธิ
 - 2.4 การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความวิตกกังวลจากการศึกษาของจาacobสัน พบว่า กล้ามเนื้อและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ความวิตกกังวลจะไม่มีและไม่สามารถคงอยู่ได้ ถ้ากล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายอย่างแท้จริง (Sutterley, 1979) ดังการศึกษาของกัลยาณี มงคลสาร (2529) พบว่า ผู้ที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีการลดลงของอาการ

ปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกและจากการศึกษาของ วรณามลิวรรณ (2524) ซึ่งนำหลักของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปเป็นส่วนหนึ่งของ โปรแกรมที่ช่วยลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 ได้

2.5 การสัมผัส (therapeutic touch) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ดังที่ ศิริพันธ์ สุคนธ์รัตน์ (2527) ซึ่งศึกษาถึงผลของการสัมผัสต่อระดับความวิตกกังวล ในผู้ป่วยอายุครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เพราะการสัมผัสเป็นการแสดงถึงการอนุญาตและการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้ระบายความรู้สึกอัดอั้น เพื่อช่วยให้รู้สึกบรรเทาและเข้าใจปัญหานั้น ๆ (Mason and Pratt, 1980)

3. การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเป็นการชี้แนะและประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเป็นการติดต่อสื่อสารให้ผู้ป่วยได้ทราบเข้าใจประเมินสถานการณ์ถูกต้อง ทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้จึงสามารถลดความวิตกกังวลได้ (Skipper, 1975) ดังการศึกษาของฉวี เบาทรวง (2528) พบว่า การให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่เหมาะสมช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดในระยะคลอดได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ โพธิ์เจริญ (2519) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล ทั้งนี้เพราะความวิตกกังวลและความกลัวที่ยิ่งใหญ่เกิดจากความไม่รู้ และการรับข้อมูลไม่สมบูรณ์นั่นเอง

4. การให้คำปรึกษาในเชิงจิตวิทยาเพื่อให้บุคคลเข้าใจอารมณ์ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมของตนจะ ได้สามารถควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยานี้เน้นให้ผู้มีความวิตกกังวลได้เข้าใจอารมณ์ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมของตนจะ ได้สามารถควบคุมหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ หลักสำคัญของวิธีนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจและ เกิดการยอมรับผู้ให้คำปรึกษา (สันต์ หัตถิรัตน์, 2531) เป็นผลให้กล้าพูดระบายความวิตกกังวลมากขึ้น

3. ความซึมเศร้า

ความซึมเศร้าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ที่เกิดจากความผิดหวัง ล้มเหลว หรือการสูญเสีย ซึ่งการสูญเสียนั้นอาจจะเป็นจริงหรือเป็นเพียงการสูญเสียใน

มานภาพก็ได้ อาจเป็นอารมณ์เศร้าธรรมดา (sadness) ที่ทุกคนประสบเป็นครั้งคราว หรือ อารมณ์เศร้าหมองแท้ ๆ ("blue" mood) ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในความผิดปกติอื่น ๆ ทั้งทาง ร่างกายและจิตใจ (Ardis, 1982) อาการของอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ได้รวบรวมเอา ความคิด ความรู้สึกการตอบสนองทางร่างกาย และการแสดงออกที่จำเพาะ ซึ่งเป็นแกนกลาง ของลักษณะกลุ่มอาการเศร้าที่เกิดจากความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (self esteem) รู้สึก เศร้าโศก เสียใจ เป็นทุกข์ หมดหวัง ไร้คุณค่า การทำงานของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และ หน้าทีทางสังคมที่ลดน้อยลง (Sylvia and Louis, 1979)

พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2525) ได้ให้คำจำกัดความของความซึมเศร้าว่าเป็น ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอาการซึมเศร้า หมดหวัง โดยเดียว พร้อม ๆ กับรู้สึกว่าตัวเอง มีค่าน้อยลง

จำลอง ศิษยะวานิช (2522) ได้ให้ความหมายของความซึมเศร้าว่า เป็นอารมณ์ เสียใจ เศร้าโศก หมดหวัง ทอดอาลัยในชีวิต (normal grief and mourning) จะผิดปกติ ก็ต่อเมื่ออารมณ์เช่นนี้เกิดขึ้นเป็นระยะเวลาานและไม่มีส่วนกับการสูญเสียที่ผู้ป่วยประสบ

สรุปว่า ผู้ที่มีอารมณ์เศร้า มักจะคิดว่าตนเองไม่มีค่า มองทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต เป็นความล้มเหลว และชีวิตในอนาคตเต็มไปด้วยความยุ่งยาก บุคคลเหล่านี้มักจะเกิดความรู้สึก ว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครชอบ ไม่มีใครยกย่อง ผลของการที่ไม่มีคุณค่าในตนเองนี้ ทำให้บุคคลแสดงความเป็นมิตรต่อตนเอง ก้าวร้าวต่อตนเองและถ้ามีอาการซึมเศร้ามาก ๆ มัก จะทำร้ายและทำลายตนเอง

การที่จะวินิจฉัยว่า บุคคลนั้นมีอารมณ์ซึมเศร้า ได้จากอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นใน ระยะเวลาอย่างน้อยที่สุด 2 อาทิตย์ขึ้นไป ซึ่งมีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Frances and Hales, 1988)

1. เบื่ออาหาร/น้ำหนักเปลี่ยนแปลง
2. นอนไม่หลับหรือนอนมากผิดปกติ
3. กระสับกระส่ายหรือเคลื่อนไหวเชื่องช้า
4. หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำ
5. ไม่มีเรี่ยวแรง
6. มีความรู้สึกไร้ค่าและมีความรู้สึกผิด

- ความสามารถในการคิดและสมาธิลดลง
- มีความคิดเกี่ยวกับการตายหรือฆ่าตัวตาย

การแสดงออกของอารมณ์เศร้าจะต้องมีลักษณะอย่างน้อยมากกว่าครึ่งหนึ่งของอาการดังต่อไปนี้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2523 อ้างจาก เลนซ์)

1. มีอารมณ์เศร้า เสียใจ หงอยเหงา ท้อแท้ เบื่อหน่ายหมดหวัง
2. มีท่าทางเหนื่อยหน่าย ไม่มีแรง เมื่อยล้า มีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า
3. ขาดความสนใจและความพึงพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถจะหาความสุขในชีวิตประจำวันได้
4. รู้สึกว่าตนเองท้อแท้ ท้อแท้ หรือทำในสิ่งที่ไม่ถูกไม่ควร มีความคิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายสำหรับผู้อื่น
5. มีนิสัยในการนอนเปลี่ยนแปลง เช่น นอนไม่หลับ นอนมากผิดปกติ
6. เบื่ออาหารและหมอมลงมาก
7. เสียสมาธิ ขาดพลังใจ แก้ปัญหาไม่ตก
8. รู้สึกว่าขนาดคลื่นหัวใจ
9. รุน่าย ดิ่ง เกรียด หงุดหงิด หรือร้องไห้
10. มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง หรือพยายามทำลายตนเอง

วิจารณ์ วิชัยยะ ได้สรุปลักษณะสำคัญของอารมณ์ซึมเศร้าว่ามี 4 ประการคือ (1) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง (2) ขาดความสนใจทั้งร่างกายและสิ่งแวดล้อม แม้แต่งานอดิเรกก็ไม่สนใจ (3) ความต้องการทางเพศลดลง และ (4) เบื่ออาหาร (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2523) อาการซึมเศร้านี้จะมีมากหรือน้อย แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับบุคคลิก ประสบการณ์ในวัยเด็ก ความอดทนต่อความยากลำบากในการดำเนินชีวิตและสภาพจิตใจขณะนั้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2524)

บุคคลที่มีพฤติกรรมซึมเศร้า ระดับที่ไม่สูงนัก (Mild depression) จะแสดงออกด้วยการมีอารมณ์อ่อนไหว ร้องไห้ง่าย แม้มีเรื่องกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย มองสิ่งรอบข้างในแง่ร้าย ถ้าซึมเศร้ามากขึ้น (Moderate depression) อาจจะแสดงออกในรูปแบบของการหมดหวังหมดอาลัยในชีวิต แยกตัวในบางคนอาจจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้ง

ที่บ้านและที่ทำงานได้ กระสับกระส่ายอยู่ไม่คิดที่ มีการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ ผู้ที่มีพฤติกรรมซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) มักจะนอนไม่หลับ ไม่มีความอยากรับประทานอาหารหมดความรู้สึกทางเพศ ท้องอืด บางคนรู้สึกว่าการตนเองมีความผิด ต้องได้รับการลงโทษ ซึ่งอาจเป็นที่มาของความคิดว่าตัวตายได้ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2526)

สาเหตุของความซึมเศร้า

เชื่อกันว่าการสูญเสีย (Loss) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งการสูญเสียนี้อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือเป็นเพียงการสูญเสียในจินตภาพ (real or fantasy) ก็ได้ มักจะเป็นการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก และที่สิ่ง สูญเสียความมั่นคงปลอดภัย หรือความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) เช่น สูญเสียอวัยวะสำคัญของร่างกายที่มีส่วนทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (self image) เสียไป นอกจากนี้อารมณ์ซึมเศร้ายังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น เกิดความล้มเหลวในหน้าที่การทำงานอย่างทันที การขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อครอบครัวและสังคม การย้ายที่อยู่ใหม่หรือการเปลี่ยนวัยเข้าสู่วัยชราภาพ เป็นต้น (สุวเนย์ คณิตพัฒนานันท์, 2522)

บางครั้ง ความซึมเศร้าที่เกิดขึ้น อาจไม่มีเหตุการณ์ใด ๆ ที่เป็นสาเหตุ ซึ่งอธิบายได้ว่า อาจมีการสูญเสียหรือขาดความไม่ไว้วางใจในตนเองและผู้อื่น ตั้งแต่วัยเด็กหรือในอดีตที่ผ่านมา และบุคคลผู้นั้นมีการแสดงออก หรือระบายภาวะความรู้สึกดังกล่าวออกมาไม่สมบูรณ์ เก็บความรู้สึกไม่พึงพอใจตนเองไว้ และปรากฏอาการของความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายสำหรับผู้อื่นได้ เห็นในภายหลังได้ และเมื่อมีการขัดแย้งกันของสัญชาตญาณความต้องการ (instinctual wishes) และแรงผลักดัน (drives) จะทำให้เกิดความรู้สึกลังเลไม่แน่ใจ (ambivalence) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความรัก และความเกลียด ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น เมื่อไม่สามารถแสดงความรู้สึกเช่นนี้ต่อผู้อื่นได้ จะหันความรู้สึกไม่เป็นมิตรหรือความก้าวร้าวนั้นกลับเข้าสู่ภายในตนเอง (aggression turned inward) มองดูโลกรอบตัวในด้านลบไปหมด รู้สึกว่าทุกอย่างไม่สดใส ไม่รื่นรมย์ ผลที่ติดตามมา คือ เกิดภาวะซึมเศร้า (สุวเนย์ คณิตพัฒนานันท์, 2522)

ผลของความซึมเศร้า

ความซึมเศร้า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ดังต่อไปนี้ (Sylvia and Louis, 1979)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญคือ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก และความรู้สึกทางเพศลดลง
2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่สำคัญได้แก่ ความคิดเชิงซ้ำ สมาธิเสีย ความคิดอยากตาย และอาการหลงผิด ประสาทหลอน
3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ที่สำคัญได้แก่ อารมณ์เศร้า ร้องไห้ รู้สึกว่าไม่มีค่า รู้สึกมีความผิด อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย และพบว่ามีความกลัว ความวิตกกังวลร่วมด้วย ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า คือ จะกลัวและวิตกกังวลไปต่าง ๆ เช่น กลัวว่าทำไมเป็นเช่นนี้ กลัวจะไม่หาย ฯลฯ ความกลัวและความวิตกกังวลเหล่านี้จะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่อาจทำใจให้สงบได้

โรคซึมเศร้าในเด็ก พบได้น้อย อาการและอาการแสดงต่างจากที่พบในผู้ใหญ่ โดยเด็กจะ ไม่มีอารมณ์เศร้าชัดเจน ความรู้สึกไร้ค่าและค่านิ่งโทษตัวเองจะ ไม่มี หรือพบได้น้อยมาก ทำให้การวินิจฉัยโรคทำได้ยากและผิดพลาดง่าย (สุวรรณภักดิ์ สุภรัตน์ภิญโญ, 2531)

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าในเด็ก มีดังนี้

1. มีความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกไม่อบอุ่น ขาดความเชื่อมั่นตนเอง ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นได้ เป็นปัญหากับเพื่อนฝูงและญาติพี่น้อง
2. นอนไม่หลับ
3. คิดซ้ำ, พูดน้อยลง, เชื่องซึม ในรายเป็นหนัก ๆ อาจไม่พูดเลย
4. อ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย
5. ไม่สบายทางกายต่าง ๆ เช่น ใจสั่น, แน่นหน้าอก, วิงเวียน, ปวดหัว, ปวดศรีษะ เป็นต้น
6. เบื่ออาหาร, น้ำหนักลด
7. อาจมีพฤติกรรมแบบเด็กเถร รังแกเพื่อนหรือพี่น้อง
8. ก้าวร้าวต่อตนเองและผู้อื่น มีพฤติกรรมรุนแรงและทำลายคนอื่นหรือสิ่งของ คิดอยากตายและฆ่าตัวตาย

ความซึมเศร้าในเด็กป่วยเรื้อรัง

แบทเทล (Battle, 1975) กล่าวว่าเด็กที่ป่วยเรื้อรังจะมีสภาพเสื่อมลงตามเวลาที่ผ่านมา ความซึมเศร้าก็จะเกิดขึ้น และเป็นอาการที่เด็กป่วยเรื้อรังจะปรับตัวตามชั้นความเจริญของพัฒนาการซึ่งยากอยู่แล้วในเด็กปกติ นอกจากนั้นแล้ว การเจ็บป่วยเรื้อรังยังเป็นอุปสรรคในการสร้างภาพพจน์แห่งตน (self-image) และความภาคภูมิใจในตัวเอง (self-esteem)

บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น นอกจากจะมีผลกระทบกระเทือนต่อระบบต่างๆ ของร่างกายแล้ว จะมีผลกระทบกระเทือนต่อภาวะด้านจิตใจในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ภาพพจน์ (Body image) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองที่ได้รับอิทธิพลมาจากความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่นด้วย บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นมักจะมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น นอกจากนั้น ปฏิกริยาของสมาชิกในครอบครัวและอิทธิพลของสังคมก็จะมีผลต่อทัศนภาพของผู้ป่วยเช่นกัน (Beverly, 1972)

ความละอาย (shame) เป็นความรู้สึกทางด้านลบที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย หรือต่อการที่ต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกละอาย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยหรือด้อยกว่าผู้อื่น และผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสงสารตนเอง (Carolyn and Betty, 1978)

ความรู้สึกสูญเสีย (loss) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อต้องสูญเสียหรือต้องจากกับบุคคลที่ตนรักหรือต้องสูญเสียทรัพย์สิน หน้าที่การทำงาน หรืออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยปกติแล้ว บุคคลจะสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การเดิน การนั่ง การพูดคุย การอาบน้ำ แต่งตัว หรือการรับประทานอาหาร แต่ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้นผู้ป่วยก็จะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น สูญเสียการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือดำเนินตามบทบาทต่าง ๆ ของตนเองได้ (Beverly, 1972)

ความเศร้าโศกเสียใจ (grief) มิใช่จะเกิดขึ้นเฉพาะในกรณีที่บุคคลซึ่งเป็นที่รักต้องเสียชีวิตจากไปเท่านั้น แต่อาจเกิดขึ้นเมื่อต้องสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อชีวิต

เช่น สูญเสียอวัยวะ สูญเสียทรัพย์สิน หรือต้องเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกต่าง ๆ เป็นระยะ เช่น ในระยะแรกอาจตกใจมากจนถึงขั้นช็อค (shock) เมื่อได้รับทราบข่าวร้ายนั้น ๆ ต่อมาผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธ ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกต่อรอง ไม่เชื่อว่าจะเป็นอย่างนั้นจริง ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะซึมเศร้าเสียใจ และยอมรับในที่สุด (Beverly, 1972)

เมื่อผู้ป่วยเกิดโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยแต่ละคน จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปโดยทั่วไป ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่า ความเจ็บป่วยนั้นคุกคามต่อบุรณภาพ หรือความสุขสมบูรณ์แห่งชีวิต การที่ผู้ป่วยจะยอมรับต่อสภาวะของโรค หรือความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียของตนเองได้ ผู้ป่วยจะใช้กลไกทางจิตบางอย่างมาชดเชยความรู้สึกของตนดังนี้ (Abram, 1972)

การถดถอย (regression) ผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยมีพฤติกรรมกลับไปเป็นเด็กอีกครั้งหนึ่ง การแสดงพฤติกรรมเช่นนี้ แสดงความไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความต้องการต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และหลบเลี่ยงจากภาระความรับผิดชอบต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเช่นนี้ พยาบาลหรือสมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ และพยายามแก้ไขพฤติกรรมนี้ทันที

การปฏิเสธ (denial) ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับภาวะความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลอยู่บ้างแต่ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงโดยการไม่สนใจต่อความรู้สึกนั้น การปฏิเสธนี้อาจก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสีย ผลดีคือ การปฏิเสธ จะทำให้ผู้ป่วยไม่รับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วยและไม่ยอมให้ความเจ็บป่วยนั้นมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย ผู้ป่วยจะไม่ยอมไปพบแพทย์ หรือไปรับการรักษา ซึ่งจะเกิดผลเสียและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

การใช้สติปัญญา (intellectualization) ผู้ป่วยจะพยายามใช้สติปัญญาความสามารถต่าง ๆ เพื่อที่จะเอาชนะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะพยายามศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอยู่อย่างละเอียด เพื่อลบล้างความรู้สึกขัดแย้งหรือความวิตกกังวลของตนเอง วิธีนี้อาจก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการที่ผู้ป่วยนำมาใช้

นอกจากนี้ผู้ป่วยเรื้อรัง อาจใช้กลไกทางจิตอื่น ๆ เช่น การป้ายความผิดให้บุคคลอื่น (projection) โดยผู้ป่วยจะกล่าวโทษบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เขาเจ็บป่วยในครั้งนั้น หรือผู้ป่วยอาจใช้กลไก displacement โดยแสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่า หรือน้อยกว่าอาการที่เป็นจริง หรืออาจใช้วิธีสิงโทษตนเอง (introjection) โดยผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นความผิดของผู้ป่วยเองทั้งสิ้น เป็นต้น ผู้ป่วยเรื้อรังนอกจากจะใช้กลไกทางจิตต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้ว เพื่อลบล้างความรู้สึกของตนเองแล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในทางบวก เช่น มีความรู้สึกไว้วางใจ มีความหวังในชีวิต มีความมั่นคงทางจิตใจ สามารถยอมรับและเข้าใจความรู้สึกของตนเองได้ดี แต่บางรายอาจมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในทางลบ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับภูมิหลังของผู้ป่วย การศึกษา เพศ พัฒนาการของร่างกายและจิตใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ในทางลบผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกต่าง ๆ ดังนี้

ความเคียดแค้นชิงชัง (hostility) เป็นความรู้สึกที่ต้องการทำลาย ทำร้ายหรือทำอันตรายต่อบุคคลหรือสิ่งของให้ได้รับความเจ็บปวดหรือเสียหาย ลักษณะของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก อาจเป็นรูปของพฤติกรรมที่ไม่เปิดเผย (covert expression) เช่น ผู้ป่วยจะชอบอยู่คนเดียวเงียบๆ ไม่พูดกับบุคคลอื่น แต่ภายในจิตใจผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเคียดแค้น บางครั้งอาจจะซึมเศร้า ส่วนพฤติกรรมที่แสดงออกโดยเปิดเผย (overt expression) ผู้ป่วยจะชอบทะเลาะโต้แย้ง เรียกร้องความต้องการหรือความสนใจต่าง ๆ มากขึ้น ชอบพูดให้ผู้อื่นเสียใจ พูดเยาะเย้ย ประชดต่าง ๆ และชอบค้นหาข้อบกพร่อง วิจาร์ณ ความผิดพลาดของผู้อื่น

ความกระวนกระวาย (restlessness) เป็นความรู้สึกในทางลบอันหนึ่งซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องอยู่ในสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติ หรือสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด ตกใจ ก่อให้เกิดความหวาดกลัว พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เมื่อเกิดความรู้สึกกระวนกระวาย เช่น กุมือไปมา กัดเล็บ เขย่าเตียง พุดร้าวเร็ว นอนไม่หลับ หรือรู้สึกว่าวันเวลาผ่านไปช้ามาก หรือเกิดความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ไม่เป็นสุข

ความเบื่อหน่าย (boredom) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่รื่นเริง หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ซ้ำซาก จ้าเจ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ๆ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เช่น ง่วงเหงา หาวนอน ไม่สนใจตนเองหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว กระสับกระส่าย สีหน้าเฉย เย็นชา เป็นต้น

ความรู้สึกไร้ค่า (alienation) เป็นความรู้สึกในทางลบอย่างหนึ่ง ซึ่งมีความหมายครอบคลุมไปถึง ความไร้อำนาจ (powerlessness) ความรู้สึกว่าตนเองไร้ความหมาย (meaninglessness) มีความล้มเหลว (normlessness) การแยกตนเองจากสังคม (isolation) และเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ ไม่สามารถประกอบกิจการต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จได้หรือเกิดความรู้สึกล้มเหลว หมดความหมาย ไร้คุณค่าโดยสิ้นเชิง (self-entrancement)

เมื่อเด็กป่วย เด็กจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจเกิดขึ้นอย่างแน่นอน แต่ไม่เท่ากัน บางคนมีมากบางคนมีน้อย ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายประการคือ (สุวรรณา ศุภารัตน์นิญโต, 2531)

1. ระดับอายุและพัฒนาการทางด้านความรู้สึกนึกคิดของเด็ก ตามทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาของเพียร์เจ้ (Piget) กล่าวว่า เด็กวัยก่อนเรียน (3-6 ปี) มักมีแนวความคิดถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยว่ามีสาเหตุเนื่องมาจากตนเองแทบทั้งสิ้น เช่น เป็นเพราะคือมาก ชนมากไม่เชื่อฟัง รับประทานมากเกินไป เป็นต้น นอกจากนี้เด็กจะคิดเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยที่ตนเอง เคยมีประสบการณ์มาในอดีตทำให้เกิดความกลัว ต่อต้าน หรือไม่ร่วมมือต่อการรักษา ส่วนเด็กวัยเรียน (7-11 ปี) เริ่มมีความเข้าใจและมีความคิดด้านเหตุผลมากขึ้น เด็กมักจะบอกสาเหตุได้ถูกต้อง แต่ก็มักจะเชื่อมโยงและคิดถึงสาเหตุง่าย ๆ เท่านั้น ยังไม่เข้าใจเหตุผลหรือคำอธิบายที่ยุ่งยากซับซ้อน ส่วนใหญ่มองเห็นว่า การรักษาจะช่วยให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วย ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาจึงมีมากกว่าในวัยก่อนเรียน

2. อิทธิพลของความเชื่อต่าง ๆ ต่อการเจ็บป่วย จากการบอกกล่าวของพ่อแม่ วัฒนธรรมและประเพณี สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความรู้สึกนึกคิดต่อการเจ็บป่วยมาก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียนระยะต้น เพราะยังไม่เข้าใจเหตุผลดีนัก ความเชื่อทำให้เด็กขาดเหตุผลที่ถูกต้อง เช่น เชื่อทางไสยศาสตร์ เรื่องของแสง การสร้างเรื่องเพื่อขู่ให้เด็กกลัวสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ อาจทำให้เด็กกลัวการเจ็บป่วย กลัวการรักษา และอาจเป็นเหตุให้เด็กมีพฤติกรรมผิดไปจากเดิมได้

3. ลักษณะเฉพาะของเด็กแต่ละคน ได้แก่

3.1 ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กแต่ละคนต่างกัน ซึ่งถูกกำหนดโดยพันธุกรรมร่วมกับภาวะแวดล้อมรอบตัวเด็ก

3.2 สติปัญญาและความสามารถ ถ้าเด็กสติปัญญาดำเด็กจะขาดความเข้าใจถึงเหตุผลต่าง ๆ ของการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งผิดกับเด็กที่มีสติปัญญาดีย่อมมีความเข้าใจถึงเหตุผลได้ดีกว่า

3.3 ความสมบูรณ์ของร่างกาย เด็กที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์ป่วยบ่อย ๆ ทำให้รบกวนต่อพัฒนาการด้านต่าง ๆ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย อาจรู้สึกตัวต้อย เมื่อเจ็บป่วยอาจมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจมากกว่าเด็กธรรมดา

3.4 ระดับพัฒนาการของเด็กป่วย ระดับต่างกันย่อมมีการโต้ตอบทางอารมณ์ การแสดงออกของพฤติกรรม ความอดทน ความเข้าใจ การยอมรับเหตุผลและมีแนวความคิดต่างกันออกไป

4. ลักษณะการเลี้ยงดูเด็กก่อนการเจ็บป่วย ทศนคติและการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่เด็กได้รับมาแต่เดิมหรือที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย ย่อมมีอิทธิพลต่อการปรับตัวขณะเจ็บป่วยทั้งนั้น ท่าทีและลักษณะการเลี้ยงดูที่ก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวคือท่าทีที่รักและความใจมากเกินไป ปกป้องและทะนุถนอมเกินไป วิตกกังวลเกินเหตุ และการแสดงความไม่ต้องการเด็ก

5. ประสบการณ์ของเด็กต่อการเจ็บป่วยในอดีต ซึ่งเรียนรู้มาต่าง ๆ กัน ในวัยเด็ก จะทำให้เด็กมีแนวความคิดและการแสดงออกต่อการเจ็บป่วยต่างกัน เช่น บรรยากาศของความเจ็บป่วยในครอบครัว การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว การตีค่าและความหมายของการเจ็บป่วยของพ่อแม่ นอกจากนี้ประสบการณ์ต่อการเจ็บป่วยของเด็กเองในครั้งก่อน ๆ จะมีผลกระทบต่อการแสดงของเด็กต่อการเจ็บป่วยในครั้งต่อ ๆ ไปด้วย

6. ลักษณะของการเลี้ยงดูเด็กหลังการเจ็บป่วยที่มีลักษณะผิดไปจากเดิมพ่อแม่ที่มีความกังวลต่อการเจ็บป่วยของลูกมาก ย่อมทำให้ทศนคติและท่าทีในการเลี้ยงดูลูกเปลี่ยนไปจากเดิม ส่วนใหญ่พ่อแม่มักจะวิตกกังวลมากเกินไป ลูกก็พลอยวิตกกังวลไปด้วย ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการปรับตัวของลูกเลย

7. ปัญหาภายในครอบครัว ครอบครัวที่พ่อแม่รักใคร่กันดีมีความสุขลูกก็เป็นสุขและมีสุขภาพจิตดีด้วย สามารถปรับตัวต่อความเครียดหรือการเจ็บป่วยได้ดี เพราะลูกต้องพึ่งพ่อแม่ ถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่ลูกดีลูกก็มีความสุข มีความมั่นคงทางใจ เจ็บป่วยอย่างไรก็ยังมียี่เพื่อบอกอุ่นใจ มั่นใจว่าพ่อแม่ต้องช่วยแน่ จึงไม่สะทกสะท้าน มีอาการสงบอดทนและร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

8. ชนิด ความรุนแรง ระยะเวลาและวิธีการรักษาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยสำคัญมาก เพราะ เด็กที่เจ็บป่วยเล็กน้อยระยะสั้นๆ มักจะมีปฏิกริยาน้อยกว่าเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการทางกาย หรือต้องเข้าโรงพยาบาลหรือต้องผ่าตัดหรือมีการเจ็บป่วยรุนแรงมากอยู่ในระยะใกล้ตายหรือวิธีการที่ยุ่งยาก เจ็บปวดต้องใช้เครื่องมือในการตรวจพิเศษหลายอย่างย่อมทำให้เด็กกลัวและกังวลใจได้มาก

ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีเด็กป่วยเรื้อรัง

ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดและสำคัญที่สุดของสังคม เพราะ เป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญในระบบสังคม วัฒนธรรม สังคมจะดีและมีระเบียบวินัยหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับสมาชิกที่มาจากรอบคร้วนั้นเอง ครอบครัวเป็นระบบซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่ต้องพึ่งพาอาศัยต่อกัน สมาชิกแต่ละคนมีบทบาทของตนเองที่ได้รับมอบหมาย เช่น มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว เป็นบิดา เป็นบุตร เป็นต้น แต่ละครอบครัวจะมีวิธีการดำรงชีวิตและค่านิยมที่แตกต่างกัน และต่างก็มีลักษณะที่สำคัญของครอบครัวคือ อารมณ์ของสมาชิก แต่ละคนในครอบครัวจะขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น ๆ ด้วย ในระบบครอบครัวนี้บุคคลจะได้เรียนรู้ความรักที่มีต่อตนเองและต่อผู้อื่น รู้คุณค่าของตนเอง ตลอดจนรู้จักเคารพสิทธิของผู้อื่น แต่เนื่องจากแต่ละบุคคลในครอบครัวมีบทบาทแตกต่างกันดังกล่าวแล้ว ดังนั้นเมื่อบทบาทของสมาชิกคนใดคนหนึ่งแปรเปลี่ยนไปจะมีผลกระทบต่อบทบาทของสมาชิกคนอื่นด้วย

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากระบบครอบครัวเป็นระบบที่สมาชิกทุกคนต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน สมาชิกแต่ละคนมีบทบาทของตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา เมื่อความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวโดยเฉพาะเมื่อความเจ็บป่วยนั้นเรื้อรัง ปัญหาที่เกิดขึ้นจึงไม่เพียงแต่เฉพาะปัญหาด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีปัญหาด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจด้วย แบทเทิล (Battle, 1975) กล่าวว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับเด็กจะทำให้เด็กป่วย และสมาชิกในครอบครัวเครียดและท้อแท้อย่างไม่รู้จักจบสิ้น และความอดทนที่มีอยู่ก็จะค่อย ๆ ลินสุกลง เมื่อพบว่าอาการของโรคนั้นดีขึ้นพร้อม ๆ กับเด็กป่วยมีสภาพเสื่อมลงตามเวลาที่ผ่านไป ทำให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ในอารมณ์เศร้าและเกิดความเครียด เนื่องจากอาการของโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (Massaglia and Coarpignano, quoted in Sirchia and Zanella, 1987)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้เพราะสาเหตุของการเกิดโรคมักจะไม่ค่อยทราบแน่ชัด ระยะเวลาในการดำเนินโรคนาน จึงมักจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วย (Commission on Chronic Illness, 1975) การเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ จะรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของโรค ตัวบุคคลที่ถูกกระทบ และสภาวะแวดล้อมขณะนั้น บทบาทของเด็กและความสัมพันธ์ในครอบครัวจะเปลี่ยนไป สมาชิกในครอบครัวและตัวเด็กจะต้องปรับบทบาทอยู่ตลอดเวลา ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ประการ (ณัฐไชย ตันติสุข, 2528)

1. ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา อาหารพิเศษ เครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น ต้องแยกห้องเพื่อป้องกันโรค หรือเพื่อสิ่งแวดล้อมเฉพาะโรค เป็นต้น ผู้ป่วยอาจถูกมองว่าเป็นภาระนำความยุ่งยากมาสู่ครอบครัว

2. มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งนี้ เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ต้องแยกห้องหรือเครื่องใช้บางอย่าง เป็นต้น

3. มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ บทบาท และหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป เด็กที่ป่วยจะได้รับความเอาใจใส่เป็นพิเศษอันเป็นผลให้เด็กคนอื่นภายในบ้านถูกละเลยไป

4. เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้น ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยที่เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้น แต่สมาชิกในครอบครัวก็อาจมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดบ่อย ทำอะไรไม่ถูกต้อง ไม่ถูกใจ มีความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกกระทบ

ถ้าการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นไม่ชัดเจนที่เป็นแต่กำเนิด บทบาทของเด็กและความสัมพันธ์ในครอบครัวจะเปลี่ยนไป สมาชิกในครอบครัวและตัวเด็ก จะต้องปรับบทบาท อยู่ตลอดเวลา บางครั้งพี่น้องอาจมีทัศนคติไม่ดีต่อเด็กป่วย บิดามารดาบางคนคิดว่าบุตรเป็นโรคที่รักษาไม่หาย กลัวบุตรจะตายกลัวบุตรจะได้รับความเจ็บปวด กลัววิธีการรักษา ความคาดหวังล้มเหลว ซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา (Mark and Milland, 1979)

โรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดปัญหาकुสมรส การศึกษาของ ฟาร์เบอร์ และคณะ (Farber, et al.) พบว่า ครอบครัวที่มีเด็กอายุมากกว่า 9 ปี ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวจะมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างकुสมรส และพบมากในกลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำ การศึกษาของซูลท์ส (Sultz) พบว่ามารดาร้อยละ 9 รู้สึกว่าการมีบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการทำงาน และร้อยละ 26 คิดว่าเป็นองค์ประกอบที่มีผลกระทบรุนแรง ปัญหาที่พบบ่อย คือ การพยายามหลีกเลี่ยงเพศสัมพันธ์ เพราะกลัวว่าจะมีบุตรที่เป็นโรคอีก และวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าครองชีพ อัตราการฆ่าตัวตาย และการหย่าร้างสูงกว่าครอบครัวปกติ (Mark and Milland, 1979; Sabbeth and Leventhal, 1984)

โรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมทั้งต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนด้านเศรษฐกิจของครอบครัวอีกด้วย บิดา มารดา ของผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นความผิดของตนเองที่ทำให้บุตรเป็นโรค (Massaglia and Carpinano, quoted in Sirchia and Zanella, 1987) และ แมทสัน (Mattsson, 1972) ได้กล่าวว่า พ่อแม่บางคนจะโกรธที่ลูกป่วยเรื้อรังไม่มีทางหายเพราะเป็นถาวร บางคนก็มีความรู้สึกผิดที่ตนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของลูกถ้าโรคนั้นเป็นโรคทางพันธุกรรม บางครั้งความรู้สึกโกรธและความรู้สึกผิดนั้นจะเกิดขึ้นสลับกันไปมา เมื่อโกรธก็จะพูดว่าลูกอย่างรุนแรง ทำให้เด็กทำหยาบไม่ร่วมมือในการรักษาและมีอารมณ์รุนแรงเช่นกัน เมื่อพ่อแม่รู้สึกผิดก็จะปกป้องลูกเกินสมควร ทำให้เด็กช่วยตัวเองไม่ได้เลย แล้วทั้งพ่อแม่ก็ตกอยู่ในสภาวะท้อแท้หมดหวัง นอกจากนี้จากอาการของโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับยังส่งผลให้บิดามารดาเกิดความเครียดมากขึ้น ดังเช่น สาคร พุทธพาน และคณะ (2528) ได้ศึกษาพบว่าญาติของ เด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา รู้สึกเครียดมาก จากความกลัวว่าเด็กจะเสียชีวิต เด็กจะไม่หายขาดจากโรค และรู้สึกสงสารว่าเด็กมีรูปร่างหน้าตาผิดปกติ นอกจากนี้พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กป่วยซึ่งแตกต่างไปจากเด็กปกติ เช่น เอาแต่ใจ หงุดหงิดง่าย ก็ทำให้บิดามารดา รู้สึกเครียดยิ่งขึ้น สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การเลี้ยงดูไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นไปได้ทั้งแบบปกป้องมากเกินไป เพราะเห็นว่าเด็กสุขภาพไม่สมบูรณ์ หรือพยายามให้เด็กมีกิจกรรมเหมือนเด็กปกติ เพื่อแสดงว่าเด็กไม่มีความเจ็บป่วยอะไร (Massaglia and Carpignano quoted in Sirchia and zanella, 1987)

นอกจากบิดามารดาจะรู้สึกผิดและเกิดความเครียดแล้ว บิดามารดาอาจเกิดความรู้สึกอับอายว่าบุตรตนเองมีรูปร่างหน้าตาไม่น่าดูในสายตาคนอื่น รวมทั้งลักษณะด้านอารมณ์ของ

เด็กป่วยที่เรียกร็องสูง เอาแต่ใจ ทำให้บิดามารดากลุ่มนี้แยกตนเองจากสังคม พยายามไม่ให้บุตรของตนเข้าสู่สังคมภายนอก และกักเอาไว้ในบ้าน บิดามารดาบางคนจะรู้สึกคับข้องใจ เพราะไม่สามารถอธิบายให้บุตรเข้าใจได้ว่าเหตุใดเขาจึงเจ็บป่วย และมีสภาพเช่นที่เป็นอยู่ (Massaglia and Carpignano, in Sirchia and Zanella, 1987)

จากสภาวะทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บิดามารดาแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อบุตร บิดามารดามักจะมีเจตคติต่อบุตรไม่สม่ำเสมอ (inconsistent parental attitudes) อันเนื่องมาจากความเครียดและความวิตกกังวล บิดามารดาที่รู้สึกว่าเป็นความผิดของตนเองที่ทำให้บุตรป่วยจะปกป้องดูแลบุตรมากเกินไป และตามใจจนเกินขอบเขตเนื่องจากความสงสาร เพราะ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวเอาแต่ใจตนเอง (พยอม อิงคตานุวัฒน์ และศุภาสินี กังวาลเนาวรัตน์, 2522)

เมื่อบิดามารดาทราบควาวินิจฉัย ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อการสูญเสีย ในขณะเดียวกันเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นระยะของการปรับตัวด้านจิตสังคมต่อโรค พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่พบในบิดามารดาที่บุตรเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามต่อชีวิต ได้แก่ การปฏิเสธ การปลีกตัวเองออกจากสิ่งที่กระทบกระเทือนจิตใจ เช่น ไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ เมื่อได้รับทราบควาวินิจฉัย อาจแสดงท่าทีต้องการจะไปทำงานไม่สนใจที่จะอยู่พูดคุยกับแพทย์หรืออาจครุ่นคิดชกถามและให้ความร่วมมือกับบุคลากรทีมสุขภาพ เชื่อมมั่นในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรืออาจแยกตัวออกจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว และพฤติกรรมถดถอย เป็นต้น (Gyulay and Miles, quoted in Hymovich and Barnard, 1973)

แมกสันด์ (Mattsson, 1972) กล่าวว่า เมื่อลูกป่วยเรื้อรังและรุนแรง ปฏิกริยาแรกที่พ่อแม่แสดงคือความกลัวและวิตกกังวลอย่างเฉียบพลันถึงความตายที่จะมาถึงลูก แล้วตามมาด้วยความรู้สึกไม่เชื่อในควาวินิจฉัยของแพทย์ พร้อม ๆ กับพ่อแม่ก็จะกล่าวหาว่าแพทย์ไม่บอกอะไรเลย แล้วพ่อแม่จะพยายามพาลูกไปหาแพทย์อีกหลายคนด้วยความหวังว่าจะได้รับควาวินิจฉัยแตกต่างไปจากแพทย์คนแรก

เมื่อเด็กเจ็บป่วย เป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษาเป็นเดือน ๆ จนถึงเป็นปีเด็กจะได้รับความเจ็บปวดจากการรักษา หรือจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งต้องทำสม่ำเสมอตลอดเวลาป่วย จะมีผลทำให้เด็กส่วนใหญ่มิปฏิบัติทางจิตเกิดขึ้น หลายแบบ ดังนี้ (พยอม อิงคตานุวัฒน์, 2524)

ปฏิกิริยาทั้ง 4 นี้ จะมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเจตคติของพ่อแม่ที่มีต่อลูก ถ้าพ่อแม่กลัวลูกจะตายก็แสดงความวิตกกังวล ซึมเศร้า หงอยเหงา เป็นผลกระทบกระเทือนจิตใจกันไปทั้งครอบครัว ทุกคนในครอบครัวสุขภาพจิตเสียหาย เศรษฐกิจของครอบครัวจะเลวลง เพราะขาดความกระตือรือร้นที่จะประกอบอาชีพ เนื่องจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของลูก โดยเฉพาะในเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคที่ไม่มีทางรักษาตัวเด็กเองโดยมากมักจะรู้สึกจากเจตคติของพ่อแม่ เพราะพ่อแม่จะมีสีหน้าหดหู่ เศร้าหมอง ลูกบางคนเคยถามพ่อแม่ว่าร้องไห้ทำไม ซึ่งเป็นผลย้อนกลับมาทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมต่อผู้ป่วยอีก

การเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้คนไข้ได้รับการตามใจ และเอาใจจากพ่อแม่พี่น้องมากตลอดจนได้รับการผ่อนปรนในเรื่องระเบียบกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในครอบครัว ทำให้พัฒนาไปเป็นเด็กเอาแต่ใจตัว ลงมือลงเท้าเมื่อไม่ได้ดังใจ ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวในเรื่องความขัดแย้งของความคิดเห็นในการดูแลบุตรอีกด้วย (Battle, 1975; Mattsson, 1972)

ปัญหาการเข้าถึงสังคมของสมาชิกในครอบครัวพบว่า จะถูกจำกัดลงเพราะกลัวว่าถ้าตนเองออกไปทำงานสังคมจะไม่มีคนดูแลบุตร และยังพบอีกว่าบิดามารดาจะพยายามแยกตัวออกจากสังคม หยุตกิจกรรมนอกบ้านที่เคยกระทำ (Mark and Milland, 1979; Sabbeth and Leventhal, 1984)

ความเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความสิ้นเปลืองแก่ครอบครัว เป็นการอยู่อย่างหนักแม้ว่าจะไม่ต้องเสียค่าบริการในการรักษาพยาบาลก็ตาม แต่ก็ยังมีผลกระทบกระเทือนถึงรายจ่ายของครอบครัว เช่น ค่าอาหาร เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย การศึกษาผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการสิ่งที่แตกต่างกันที่เป็นอยู่ประจำในครอบครัว เป็นผลให้รายจ่ายของครอบครัวเพิ่มขึ้น และเนื่องจากโรคเรื้อรังซึ่งรักษายากและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะรู้ตัวว่าเป็นโรคนี้นี้ โรคก็มักดำเนินมาถึงระยะที่ค่อนข้างร้ายแรงแล้ว ยังมีผลทำให้การรักษาต้องใช้เวลามากขึ้นไปอีก การรักษาก็ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษา สถานที่ให้การบำบัด และรักษาติดต่อกันหลายครั้ง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ผู้ปกครองของเด็กป่วยต้องทำงานหนักหรืออาจถึงกับกู้ยืมเงินมารักษาเด็ก ความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจนี้เองจะเป็นต้นเหตุที่ทำให้เด็กขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง

ฉะนั้น เมื่อความเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อครอบครัว และมีผลต่อจิตใจของผู้ปกครองอันมีผลทำให้ผู้ปกครองวิตกกังวล หดหู่ ท้อแท้ เศร้าหมอง อาจจนถึง เสียงานการไป ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาจิตใจ ปัญหาสังคมตามมาได้

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อชุมชน

เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน จะมีผลกระทบต่อชุมชนดังนี้คือ

1. ต้องมีงบประมาณค่าใช้จ่ายทาง เศรษฐกิจ โดยรัฐจัดบริการแพทย์และสาธารณสุข ประชาชนอาจต้อง เสียภาษีเพิ่มขึ้น เพื่อจัดสร้างบริการตามความเหมาะสม

2. ความเจ็บป่วยหรือพิการทำให้บุคคลไม่อาจทำหน้าที่ทางสังคมตามปกติได้ เป็นการสูญเสียทาง เศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรักษา โรคและความพิการ

3. ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากเดือดร้อนแก่ครอบครัว ครอบครัวไม่มีความสุขตามปกติ ทำให้ชุมชนไม่มีความสุขและความมั่นคงไปด้วยความสุขและความมั่นคงของ ครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั่นเอง ชุมชนหรือสังคมจึงต้อง หาทางให้ความเจ็บป่วยหมดสิ้นไปหรือน้อยลงโดยเร็ว

ดังนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงแต่เป็นปัญหาทางการแพทย์ และปัญหาสาธารณสุข เท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาครอบครัว ปัญหาทางสังคม และ เศรษฐกิจของชาติ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย