

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด ซึ่งในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้คือ

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

โรคหืด

ผลกระทบของโรคหืดต่อผู้ป่วย

โรคหืดในเด็กด้านจิตเวช

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในเด็ก

ภาวะซึมเศร้าในเด็กป่วยเรื้อรัง

ภาวะซึมเศร้ากับโรคหืด

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยทางร่างกายโดยเฉพาะความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นความเครียดที่คุกคามคนทุกคน เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จะมากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น พร้อมกันนั้นผลที่เกิดตามมาคือ ความเสื่อมทางสุขภาพทางกาย-ใจ มีความรู้สึกว่าร่างกายที่เคยเป็นเพื่อน กลับกลายเป็นศัตรูที่คอยทำร้ายอยู่ตลอดเวลา, ทำให้เกิดความกลัว ความไม่แน่ใจว่าตนเองจะเป็นอย่างไรต่อไป, สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง, กังวลที่ต้องพึ่งพา และเป็นภาระต่อผู้อื่น ทำให้ครอบครัวทรุดตัวลงทั้งด้านจิตใจและการเงิน, ทำให้มีปมด้อย, ความภูมิใจและความมั่นใจในตนเองน้อยลง, มีความทุกข์ทางใจที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่รู้ว่าอนาคตจะเป็นอย่างไร ความเจ็บป่วยจะลงเอยในรูปแบบใด, พักพิการหรือไม่, หรือจะมีความทุกข์ทรมานมากน้อยแค่ไหน จน

กว่าจะตาย เป็นต้น (อรรถพรพรณ ทองแดง, 2531)

The National commission on Chronic illness ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) ไว้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่ร่างกายมีความบกพร่องหรือมีความผิดปกติไป ซึ่งจะมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ (Broadribb, 1983)

1. มีความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจอย่างถาวร
2. มีความบกพร่องของร่างกายที่เหลือจากโรคหลงเหลืออยู่
3. มีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถจะกลับเป็นปกติได้ดังเดิม
4. ต้องการการดูแล และฟื้นฟูสภาพ
5. ต้องการการดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน

นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้ความหมายของโรคเรื้อรังในลักษณะต่าง ๆ กัน เช่น โทมัส (Thomas) ให้ความหมายว่า คือ โรคที่เกิดขึ้นแล้วร่างกายมีรูปร่างหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะเสียหาย ทำให้ขัดขวางต่อการมีชีวิตในสังคม สิ่งแวดล้อม และการเจ็บป่วยนั้นจะต้องมีอาการของโรคอยู่ ซึ่งต้องการการดูแลรักษาในระยะเวลายาวนาน การพยากรณ์โรคจะแตกต่างกันไปตั้งแต่สามารถมีชีวิตอยู่เหมือนคนปกติหรืออาจจะเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว และการเจ็บป่วยนั้นยากที่จะรักษาให้หายได้ด้วยผู้ป่วยเองและญาติจะต้องดูแลเป็นอย่างดี (Horner, 1988)

ริชชี แกทท์ และ เอลเลอตัน (Richie, Caty & Ellerton, 1984) ให้ความหมายว่า โรคเรื้อรังเป็นภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป หรือเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการยืดเยื้อ สามารถจะมีอาการรุนแรงขึ้นได้จนเสียชีวิตในที่สุด

อำพล สุอำพัน และ วาสนา ศรีมณี (2528) กล่าวว่า การเจ็บป่วย

เรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีระยะการดำเนินของโรคนาน อาจมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ และตายในที่สุด หรือสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน โรคเรื้อรังบางชนิดอาจมีระยะที่มีการกำเริบเป็นพัก ๆ สรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ระยะเจ็บป่วยนานติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือก่อให้เกิดพยาธิสภาพหรือหลงเหลือความพิการ ซึ่งอาการของโรคมักเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ (Remission) หรืออาการหายไปแล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ (Exacerbation) เป็นช่วงเวลาเฉียบพลัน (Acute phase) เป็น ๆ หาย ๆ ซึ่งลักษณะของโรคอาจมีอาการดีขึ้น เลวลง หรือตายในที่สุด

เป็นที่ยอมรับว่า ความเจริญก้าวหน้าของโลกปัจจุบันเป็นผลมาจากการพัฒนาด้านวิทยาการและเทคโนโลยีในสาขาวิชาต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์และการพยาบาลนั้น พบว่าภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง วิทยาการและเทคโนโลยีทางด้านการแพทย์และการพยาบาลได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมาก ซึ่งส่งผลให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยโรครุนแรงเฉียบพลันให้รอดตายได้ และยังช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วย ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตัวอย่าง เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ปัญหาโรคเรื้อรัง ได้กลายเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ (Tilden & Weinert, 1987) สำหรับประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ย่อมที่จะได้รับอิทธิพลความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการพยาบาลในการช่วยเหลือมนุษย์เช่นกัน จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นด้วย

#### สาเหตุและองค์ประกอบที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง

แนวความคิดเรื่องสาเหตุโรคเรื้อรังนี้ John M. Coe กล่าวว่า การกระทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง จำต้องพิจารณาข้อมูลที่เรียกว่า

Elements หรือ องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ (John M. Coe, 1970 อ้างถึงใน นงคราญ จิณศิริ, 2534)

ก. Disease Agent หรือพาหะเชื้อโรค อันได้แก่

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 พาหนะทางกายภาพ เช่น ความชื้น อุณหภูมิ

ข. Environment หรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่

1. สภาวะแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ดิน ฟ้า อากาศ ภูมิประเทศ ฯลฯ
2. Biological environment เกี่ยวกับพาหนะของเชื้อโรค (disease agent) มีหรือไม่มีในสถานที่หรือสภาวะการณ่นั้น ๆ
3. สภาวะแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น บ้านที่อยู่อาศัย ฯลฯ

ค. Human Host หรือตัวผู้ป่วยนั่นเอง เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ รวมทั้งความแข็งแรง และสภาพร่างกาย นิสัยและความเคยชิน และลักษณะการดำรงชีวิต

องค์ประกอบทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้นนี้ ถือได้ว่ารวมกันเป็นสาเหตุกว้าง ๆ ที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังและผู้ป่วยเรื้อรังได้ อย่างไรก็ตามสาเหตุหรือมูลเหตุของโรคเรื้อรังบางชนิดก็เป็นที่ยากจะหาสาเหตุที่แท้จริงไม่ได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคไต โรคเหล่านี้แม้จะพอทราบสาเหตุบ้างก็ยังหาได้สมบูรณ์และแน่ชัดไม่ และยังคงเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ๆ

อุปสรรคที่ทำให้วงการแพทย์ ยังไม่สามารถค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้ มีที่สำคัญอยู่ 2 ประการ

ประการแรก ความรู้และความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่มีอยู่ขณะนี้ ยังไม่พอเพียงที่จะป้องกันหรือรักษาโรคเรื้อรังได้อย่างเต็มที่ ทั้ง ๆ ที่ได้พยายามค้นคว้าเพียงใดก็ตาม ที่เป็นเช่นนี้ปัจจุบันเชื่อว่า โรคเรื้อรังทั้งหลายชนิดเกิดขึ้นมาจากสาเหตุต่าง ๆ หลายสาเหตุร่วมกันหาได้เกิดจากสาเหตุบางประการเดียวไม่

ประการที่สอง วิธีป้องกันการติดต่อของโรคติดต่อ ไม่อาจนำมาใช้กับโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้เพราะเหตุว่าโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มิใช่โรคติดต่อ ดังนั้นการทำลายหรือการแพร่หลายเชื้อโรคจึงไม่ใช่เรื่องสำคัญ

องค์ประกอบอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง

นอกเหนือไปจากสาเหตุสำคัญดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ คือ อารมณ์และจิตใจ กรรมพันธุ์ อาหาร ไวตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ

### 1. อารมณ์และจิตใจ

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

### 2. กรรมพันธุ์

กรรมพันธุ์ เป็นองค์ประกอบภายในที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง แม้ว่าจะไม่มีสถิติยืนยันแน่นอน แต่ก็พบว่าโรคเรื้อรังหลายโรคมักเกิดกับบุคคลในครอบครัวเดียวกัน เช่น ธาลัสซีเมีย โรคเบาหวาน โรคหืด

3. ภาวะโภชนาการ ปริมาณและคุณภาพของอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน จะมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเป็นอย่างมาก ความอ้วน มักจะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้มาก เช่นโรคหัวใจโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ส่วนในกรณีที่ขาดสารอาหาร หรือบริโภคไม่พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย จะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ภูมิต้านทานโรคต่ำ อาจทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเช่นกัน

4. อัตราส่วนระหว่างการออกกำลังกายกับการพักผ่อน มนุษย์เราจะต้องมีทั้งการออกกำลังกาย และการพักผ่อนในอัตราส่วนที่เหมาะสม ถ้าร่างกายอ่อนเพลียมากเกินไป จะก่อให้เกิดโรคเรื้อรังได้ง่าย

5. การใช้ยาและสิ่งเสพติดต่าง ๆ การใช้ยาหรือสารบางอย่างเป็นจำนวนมาก และเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการเสพติด และอาจนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังได้

6. ผู้สูงอายุ แม้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังจะเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย แต่ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ จะเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการเสื่อม หรือหย่อนสมรรถภาพ

7. อุบัติเหตุ ผู้ที่รอดตายจากอุบัติเหตุอาจเกิดความพิการหรืออวัยวะบางส่วนหย่อนสมรรถภาพได้

### การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ได้มีผู้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรม ต่อความเจ็บป่วยทางกายไว้หลายท่าน (อ้างอิงใน อรรถพรพรณ ทองแดง, 2531) เช่น

E. Kubler-Ross ได้ศึกษาถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แบ่งการเปลี่ยนแปลงที่ถือว่า เป็นปฏิกิริยาการปรับตัวทางอารมณ์ตามปกติไว้ 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะตกใจ และปฏิเสธ (shock & denial) ปฏิเสธไม่ยอมรับหรือไม่เห็นด้วยกับการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา ระยะนี้อาจคงอยู่เพียงชั่วคราวหรือคงอยู่ตลอดการดำเนินโรค หรือตลอดชีวิตผู้ป่วยก็ได้ ที่พบเป็นลักษณะ

เป็น ๆ หาย ๆ ตลอดระยะการดำเนินโรค

ระยะที่ 2 โกรธ (anger) จะแสดงออกโดยตรงต่อบุคคลรอบตัว และต่อทีมผู้รักษาพยาบาล ต่อต้านวิธีการรักษา, โกรธทุกคน, โกรธครอบครัว, โกรธโชคชะตา เป็นต้น มักจะทบทวนชีวิตที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งส่วนมากมักจะไม่นับความผิดของตนเองเกี่ยวกับการละเลยสุขภาพ หรือการทำผิดศีลธรรมหรือทำบาป ทำให้เกิดความรู้สึกขมขื่น, น้อยใจ, เสียใจ, เกิดความรู้สึก ตนเองไม่ได้รับความยุติธรรมในชีวิต

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (bargaining) ยอมรับความเจ็บป่วยแต่ต่อรองการรักษาต่อรองขอข้อยกเว้น, หวังให้มีชีวิตอยู่จนได้สิ่งที่ตนเองเคยหวังไว้

ระยะที่ 4 ระยะเศร้า (depression) ยอมรับเผชิญกับความจริงด้วยความโศกเศร้าเสียใจ ท้อแท้ หดหวัง อาจแสดงออกมาในลักษณะพฤติกรรมแยกตนเอง ไม่สนใจกับใครระยะนี้อาจคิดทำร้ายตนเองได้

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (acceptance) เป็นระยะสุดท้ายของการยอมรับความจริงด้วยอารมณ์สงบ ไม่ทรมานทรมาย

ระยะทั้ง 5 ระยะนี้อาจเกิดขึ้น หายไปแล้วเกิดขึ้นใหม่อีกได้ หรืออาจคงอยู่ในระยะใดระยะหนึ่งนาน ๆ ก็ได้ เวลาที่ใช้ในแต่ละระยะไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน

Z.J. Lipowski กล่าวถึงการพยายามปรับตัวของผู้ป่วยโรคทางกาย ซึ่งจะพยายามใช้จิตกลไกและความสามารถของสมอง เพื่อปรับให้กายและใจทำงานผสมผสานกันให้ดีที่สุดและปรับตัวเผชิญต่อความเจ็บป่วยได้ การปรับตัวดังกล่าวนี้จะแสดงออกมาในพฤติกรรมที่แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การปะทะ (tackling) การพยายามต่อสู้ทุกวิถีทางเพื่อเอาชนะ และทำท่ายุทธภัยใช้เจ็ทที่เป็นอยู่ มีพฤติกรรมแบ่งออกเป็นหลายระดับ

ระดับน้อยและปานกลาง แสดงออกมาในลักษณะร่วมมือในการรักษาอย่างดีมีเหตุมีผล, กระตือรือร้นทำตามแพทย์แนะนำ, หรือต้องการให้ตนเองหายจากโรคเร็วที่สุด

ระดับรุนแรง จะแสดงออกมาในลักษณะพยายามเอาชนะความเจ็บ

ป่วยด้วยการทำตัวไม่เป็นคนป่วย, ทำตนเองเหมือนเป็นคนแข็งแรงมีสุขภาพดี ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น เป็นโรคที่ควรต้องนอนพัก, ห้ามออกแรง ผู้ป่วยกลับไม่ยอมให้ใครช่วย กลับทำอะไรด้วยตนเองทุกอย่าง เป็นต้น

2. การยอมแพ้ (capitulation) ยอมแพ้ ไม่สนใจไปรับการรักษา หรืออาจออกมาในรูปมาหาแพทย์ช้าหรือสายไป ทั้ง ๆ ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ถ้าเป็นมากจะแสดงออกมาในลักษณะหมดหวัง, ไม่ยอมต่อสู้ และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตไปทั้ง ๆ ที่โรคที่เป็นอาจรักษาให้ทุเลาได้

3. การหลีกเลี่ยง (avoiding) พยายามหนีหลีกเลี่ยงจากการถูกคุกคามหรือเผชิญกับความเจ็บป่วย ถ้าเป็นมากจะแสดงออกมาในรูปทำร้ายตนเอง,ฆ่าตัวตาย การหลีกเลี่ยงนี้เป็นผลมาจาก

ก. มีความหวาดวิตกกังวลอย่างท่วมท้น พยายามหลีกเลี่ยงหรือมาปรึกษาแพทย์ให้ช้าที่สุด เพราะกลัวได้รับการวินิจฉัยโรคร้ายจากแพทย์

ข. มีความสงบเฉยเมยมากเกินไป ซึ่งเป็นผลมาจากใช้กลไกการประเมินความรุนแรงของโรคให้ต่ำไว้มาก ๆ (masked minimization)

A.D. Weisman ได้กล่าวถึงสภาวะความทุกข์ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญมี 3 อย่าง ได้แก่

1. ภาวะที่ป่วยจากโรคกำเริบ (disease) ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาความทุกข์จากร่างกาย ปัญหาทางจิตใจที่จะพบได้ในระยะนี้ได้แก่ ความวิตกกังวล (anxiety), เศร้า (depression), ปัญหาการนอนไม่หลับ (insomnia), ภาวะสับสนเนื่องจากการทำงานของสมองแปรปรวนไป โดยมีสาเหตุจากโรคทางกาย (organic mental disorder), ภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) เป็นต้น

2. ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง (sickness) ผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic sick role) ทำให้เกิดสภาวะความเครียดทางอารมณ์ออกมาในปัญหาการปรับตัว (adjustment disorder), รู้สึกตนเองเป็นภาระของผู้อื่น, ทำให้ครอบครัวลำบาก, การมองตนเองมีปมด้อย, มีคุณค่าน้อย, ขาดความภูมิใจและมั่นใจในตนเอง, ไม่แน่ใจในโรคที่เป็นว่าจะอันตรายถึงชีวิตหรือไม่



ในระยะนี้อาจพบภาวะเศร้า (depression) และรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ หรืออาจพบปัญหาการใช้ยาผิด (drugs abuse), การเสพติดยาหรือเสพติดสารบางอย่าง เช่น เหล้า เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายที่เดิมมีปัญหาทางบุคลิกภาพ เช่น ต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง (dependent personality) จะพอใจกับสภาพความเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวนี้จากบุคคลรอบข้าง ทำให้การดำเนินโรคหายช้ากว่าที่ควรจะเป็นจะเห็นได้ว่าภาวะ chronic sick role นี้ ปัญหาที่พบจะมีความสัมพันธ์กับ survival, support และ self-esteem ของผู้ป่วยนั่นเอง

3. ภาวะความรู้สึกเป็นทุกข์และยอมแพ้ (vulnerability) ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงออกมาให้เห็นในรูปของการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว, ต่อต้านไม่ร่วมมือในการรักษา, เศร้า, กังวลหวาดหวั่นมาก, อาละวาดเหมือนเด็ก, แสดงท่าทีหมดหวัง, ท้อแท้ เป็นต้น ในบางครั้งจะแสดงออกมาในทางตรงกันข้าม เช่น สุขภาพมากกว่าปกติ, ยอมรับ และทำตามทุกอย่างโดยไม่ถามหรือแสดงความคิดเห็น เป็นต้น การแสดงออกดังกล่าวนี้อาจทำให้แพทย์ผู้รักษาเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจที่ร้ายแรง หรือมีปัญหาความผิดปกติของบุคลิกภาพได้ ซึ่งที่จริงแล้วเป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดจากมีปัญหาการปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรังเท่านั้น

การวิเคราะห์ว่าโรคทางกายเรื้อรัง จะก่อให้เกิดความเครียดหรือปัญหาทางใจมากน้อยแค่ไหน ขึ้นกับปัจจัยที่เข้ามาสัมพันธ์ 3 ด้าน คือ

#### 1. ด้านร่างกาย (biological factor) มีความสัมพันธ์กับ

ก. อายุและเพศของผู้ป่วย แต่ละวัยจะมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน เช่น วัยหนุ่มสาวจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุ เพศชายจะปรับตัวต่อโรคบางโรคทางร่างกาย ได้ดีกว่าเพศหญิง เช่น ผู้ป่วยชายเป็นมะเร็งที่เต้านมจะมีปัญหาทางใจน้อยกว่าเพศหญิงที่เป็นโรคเดียวกัน เป็นต้น

ข. เกี่ยวกับโรคที่เป็น สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับร่างกายส่วนใด หรืออวัยวะใด ซึ่งมีความสำคัญมากน้อยแค่ไหนต่อชีวิต เช่น เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ย่อมก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์มากกว่าเป็นเบาหวาน

พยาธิสภาพและอาการของโรครุนแรงมากน้อยแค่ไหน ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากเท่าใด

ความเจ็บป่วยเรื้อรังกินระยะเวลายาวนานแค่ไหน ทำให้เกิดความพิการทางร่างกายอย่างใดหรือไม่

2. ด้านจิตใจ (psychological factor) มีความสัมพันธ์กับ

ก. บุคลิกภาพ ปกติ หรือ ผิดปกติ

ข. ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีบาดแผลทางใจมากน้อยแค่ไหนต่อความเจ็บป่วยในอดีต

ค. ข้อคับข้องใจในจิตใจสำนึก และกลไกทางจิตที่ใช้ปรับตัว

ง. สภาพอารมณ์เป็นอย่างไร เศร้า, เสียใจ, กังวล, สงบ เป็นต้น

จ. ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยมองความเจ็บป่วยอย่างไร (personal meanings of illness) ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 แบบ คือ  
 คุกคาม (threat) ทำให้กลัว, หวาดหวั่น, กังวล  
 สูญเสีย (loss) สูญเสียร่างกาย, สังคม, ครอบครัว ฯลฯ

เป็นต้น

ผ่อนคลายหรือได้รับความพอใจ (gain หรือ relief) ซึ่งเป็นจากการมีข้อคับข้องใจในจิตใจสำนึก (unconscious conflicts) เป็นแบบต้องการทำร้ายตนเอง ฉะนั้นความเจ็บป่วยทางร่างกายที่เรื้อรังจึงเป็นการตอบสนองความต้องการดังกล่าวนี้

ท้าทาย (challenge) ทำให้อยากเอาชนะต่อสู้โรค

ไม่เห็นความสำคัญ (insignificance) เพิกเฉยไม่สนใจความเจ็บป่วยทำให้เกิดโรคแทรก หรือรักษาช้ากว่าที่ควรเป็น

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factor) มีความสัมพันธ์กับ

ก. ระดับความสนใจ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง

ข. ความสามารถ และความพร้อมของทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา



- ค. การตอบสนองของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง
- ง. ค่านิยมขนบธรรมเนียมประเพณี ศาสนาและความเชื่อเกี่ยวกับ

### โรคที่เป็น

- จ. สภาพอาชีพ และเศรษฐกิจของครอบครัว
- ฉ. การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของแพทย์ และผู้ป่วยเกิดได้มากน้อย

### แต่ไหน

ช. สภาวะความเปลี่ยนแปลงบางอย่าง ที่เป็นตัวแปรขณะป่วยเป็นโรคทางกายเรื้อรัง เช่น มีโรคแทรกเกิดขึ้นเฉียบพลัน ควบคุมโรคได้มากน้อยแค่ไหน, คาดคะเนการดำเนินโรคและการรักษาได้หรือไม่ ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนและระยะเวลาเป็นยาวนานเท่าใด เป็นต้น

### โรคหืด

โรคหืด หรือ Asthma มาจากภาษากรีก แปลว่า หายใจลำบาก (breath hard) (Kuaem ko, 1978) ได้มีผู้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับโรคหืดไว้หลายท่าน

จากคำจำกัดความของ American Thoracic Society ได้กล่าวว่าโรคหืดเป็นโรคทางคลินิก ซึ่งมีคุณสมบัติคือ การที่ทางเดินลมหายใจมีการตอบสนองที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้น ซึ่งจะมีอาการที่สำคัญปรากฏคือหอบ (Dyspnea) เป็นพัก ๆ หายใจเสียงดังหวีด (wheezing) และไอ (cough) ซึ่งจะมีอาการแตกต่างกันไปตั้งแต่มีอาการเพียงเล็กน้อยหรือเกือบจะไม่มีอาการ ไปจนถึงอาการรุนแรง (status asthmaticus) ซึ่งจากการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนี้ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินลมหายใจซึ่งไม่คงที่ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เองหรือจากการรักษา (American thoracic society, 1986)

ประพาศิ ยงใจยุทธ ได้กล่าวว่า โรคหืดเป็นโรคที่เยื่อบุหลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อตัวกระตุ้น (stimuli) ต่าง ๆ มากกว่าปกติ ปฏิกิริยา

ตอบสนองต่อตัวกระตุ้นทำให้มีการหดเกร็งของหลอดลม และมีเสมหะเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอ แน่นหน้าอก และหอบ (Dyspnea) เป็นพัก ๆ และหายใจมีเสียง (wheezing) อาการเหล่านี้อาจหายได้เอง หรือเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม ภาวะการอุดกั้นทางเดินลมหายใจที่เปลี่ยนกลับสู่ปกติได้นี้ถือเป็นลักษณะของโรคซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นหลักในการวินิจฉัยแยกโรคอื่น ๆ ที่มีการอุดกั้นทางเดินลมหายใจ เช่น Emphysema ของปอด หรือ หลอดลมอักเสบเรื้อรังได้ (ประพาณี ยงใจยุทธ, 2529)

อุบัติการณ์การเกิดโรคพบในเด็กชายร้อยละ 5 และในเด็กหญิงร้อยละ 3 ต่ำกว่า 15 ปี และร้อยละ 26-63 ของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้จะมีโรคหืดก่อนเข้าสู่วัยรุ่น เป็นเด็กชายเป็นมากกว่าเด็กหญิงเมื่ออายุน้อย (เสาวณีย์ จำเดิมแผด็จศึก, 2528)

### ทฤษฎีที่เชื่อว่าอาจทำให้เกิดโรค

1. allergic theory มีรากฐานจากการที่พบว่า เด็กพวกนี้มักมีพันธุกรรมที่ทำให้เชื่อมกับ antigen ไม่ได้ หรือมี lymphoid cells ที่ผิดปกติ ทำให้สร้าง IgE ผิดปกติขึ้นเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน และเมื่อมี antigen เข้าไปอีกจะทำให้ปฏิกิริยากับ mast cell และหลั่งสารเคมีซึ่งทำให้เกิดอาการหอบหืด (hypersensitive reaction ชนิดที่ 1) ทฤษฎีนี้เป็นที่ยอมรับแพร่หลาย และมีผลอย่างมากต่อการรักษาเด็กเป็นโรคหืด แต่ต่อมาพบว่าทฤษฎีนี้ไม่สามารถอธิบายการเกิดอาการได้ทุกกรณี โดยเฉพาะนักสรีรวิทยาทางปอดได้ตั้งข้อสงสัยว่า อาการนั้นมีทั้งการหดตัวของทางเดินลมขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ละอองเกสรใหญ่หรือรังแคสัตว์ขนาดใหญ่จะเข้าไปสู่ทางเดินลมขนาดเล็กได้อย่างไร นอกจากนี้ เชื้อบุยังยึดติดกันแน่น antigen ไม่นำผ่านเข้าถึงชั้น submucosa และเข้าไปสัมผัส mast cell ได้ นอกจากนั้นการรักษาโรคหืดโดยกุมารแพทย์ด้วยวิธี immunologic approach ก็ยังไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจนัก

2.  $\beta$ -adrenergic theory ใน cellular receptor จะมี receptor สำหรับ  $\beta$ -adrenergic  $\alpha$ -adrenergic และ Cholinergic ทั้ง 3 receptors ต้องอยู่ในภาวะสมดุลกัน ในเด็กโรคหืดเข้าใจว่ามีความผิดปกติที่  $\beta$ -adrenergic receptor มี hyperresponsiveness (ปกติถึงกระตุ้น  $\beta$ -adrenergic receptor จะทำให้หลอดลมคลายตัว)

Cellular response ต่อสิ่งกระตุ้นนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลง adenosine triphosphate (ATP) เป็น cyclic adenosine monophosphate (cAMP) ซึ่งจะถูกต่อต้านได้โดยยาพวก Theophylline (ถ้า cAMP มากหลอดลมจะขยายตัว)

นอกจากนี้ยังมี Cyclic guanosine monophosphate (cGMP) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดลมหดตัว การทำงานของเซลล์จึงขึ้นกับความสมดุลระหว่างสารเคมี cAMP และ cGMP

ด้วยทฤษฎีดังกล่าวจึงอธิบายกลไกฤทธิ์ยาต่าง ๆ ที่ใช้รักษาและทำให้เกิดอาการหอบหืดได้เป็นทฤษฎีที่น่าสนใจ

3. Prostaglandins และโรคหอบหืด Prostaglandin  $F_2$  มีฤทธิ์ทำให้หลอดลมหดตัวมากกว่า histamine และ prostaglandin E เป็น potent bronchodilator

ในผู้ป่วยที่แพ้ Aspirin และเกิดหืด เข้าใจว่ายานี้ออกฤทธิ์ผ่าน prostaglandin เพราะฤทธิ์ต่อต้านการอักเสบของ Aspirin นั้นเกิดจากการกีดการสร้าง prostaglandin ในปัจจุบันเรายังไม่สามารถแสดงให้เห็นได้ว่ามีความผิดปกติของ prostaglandin (เสาวณีย์ จำเดิมแผ่ดัจศึก, 2528)

#### เหตุชักนำที่ทำให้เกิดโรค

1. สารภูมิแพ้ ได้แก่ สารภูมิแพ้ประเภทสูงสุดมซึ่งที่พบเป็นต้นเหตุบ่อย ๆ ได้แก่ ฝุ่นบ้าน, เกสรดอกไม้, ไรฝุ่น (House dust mite), แมลงสาบ, เชื้อรา, ขนสัตว์และขนนก ผู้ป่วยวัยเด็กอาจพบแพ้อาหารได้มาก อาหารที่พบแพ้บ่อย ได้แก่ ไข่ นม อาหารทะเล กุ้ง นอกจากนี้ยังมีเชื้อและสารเคมีบางชนิด เช่น Isocyanate, ยาฆ่าแมลง, ผงซักฟอก ก็อาจเป็นเหตุของการหืดได้

2. การอักเสบติดเชื้อ การอักเสบติดเชื้อ นอกจากจะทำให้เกิดการอุดตันในหลอดลมแล้ว ยังมีผู้กล่าวว่าในบริเวณที่มีอาการอักเสบมีการสร้างแอนติบอดี ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดลมได้ และการติดเชื้อไวรัสยังอาจทำให้ขัดขวางการทำงานของ adrenergic receptor นอกจากนี้ Bacterial antigen ก็อาจเป็นต้นเหตุของโรคได้

3. สภาพจิต (Psychological) มีผู้พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดมักมีอุปนิสัยของสภาพจิตแปรปรวนของอารมณ์ เป็นเหตุสำคัญในการทำให้เกิดอาการหอบหืด

4. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างหนักอาจทำให้เกิดอาการหืดขึ้นได้โดยเฉพาะวัยเด็ก นอกจากนี้ พบว่าการใช้ยาขยายหลอดลมก่อนการออกกำลังกายสามารถป้องกันอาการหอบหืดหลังออกกำลังกายได้ แสดงว่าน่าจะมีปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ร่วมกันในการเกิดอาการหอบหืดจากการออกกำลังกาย

5. อากาศเป็นพิษ สารพิษในอากาศ เช่น ออกไซด์ของไนโตรเจน และซัลเฟอร์ สารไฮโดรคาร์บอน และโอโซน ที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม, รถยนต์ ฯลฯ สารเหล่านี้มีฤทธิ์ระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมโดยตรง ควันบุหรี ก็อาจทำให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ในผู้ป่วยหอบหืดบางราย (ประพาฬ ยงใจยุทธ, 2529)

### การจำแนกโรคหืด

1. โรคหืดที่มีเหตุจากภายนอก (Extrinsic หรือ Atopic หรือ Allergie bronchial Asthma) พบบ่อยในผู้ป่วยอายุระหว่าง 3 - 45 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ประวัติของการแพ้ (Allergy) ต่อสารรอบตัว เช่น ฝุ่นบ้าน เกสรดอกไม้ ไรฝุ่น ฯลฯ ผู้ป่วยอาจแพ้สารเหล่านี้เพียงอย่างเดียวหรือหลายอย่าง

ปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหืดนั้น ประกอบด้วย Immune Response Type I หรือ Anaphylactic reaction และ type

III หรือ Toxic immune Complex reaction แต่ส่วนใหญ่มักจะเป็นปฏิกิริยาแบบ Type I

ใน Type I (Immediate หรือ Anaphylactic reaction) จะพบว่าปฏิกิริยาตอบสนองของเยื่อหลอดเลือดต่อสารต่าง ๆ ในผู้ป่วยโรคหืดนั้น แตกต่างไปจากคนปกติ โดยสารหรือแอนติเจนเหล่านี้ จะทำให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีจำเพาะขึ้นในเยื่อหลอดเลือด แอนติบอดีจำเพาะนี้ คือ Reagin หรือ Immunoglobulin ชนิด IgE ซึ่งจะเคลือบอยู่บนผิวของ Mast Cell ทำให้มีการหลั่งของ Chemical mediators ต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย

- ก. histamine
- ข. SRS-A (Slow Reacting Substance of Anaphylaxis)
- ค. Serotonin
- ง. Bradykinin
- จ. ECF (Eosinophil chemotactic factor of anaphylaxis)
- ฉ. NCF (Neutrophil chemotactic factor)

Chemical mediators เหล่านี้จะจับกับ Receptor จำเพาะบนผนังของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้มีการหดเกร็งของหลอดเลือด เนื่องจากระดับของ Cyclic AMP ในเซลล์ลดลง และมีการเพิ่มขึ้นของ permeability ของหลอดเลือดฝอย ทำให้เยื่อหลอดเลือดบวมและมีเสมหะเพิ่มขึ้น

Type III หรือ Toxic immune complex reaction จะพบว่าแอนติเจนที่ผ่านเข้ามาในร่างกายทำให้มีการสร้าง precipitin antibody หรือ Immunoglobulin G (IgG) ไหลเวียนในกระแสโลหิตเมื่อมีแอนติเจนชนิดเดิมเข้าไปอีกจะมีปฏิกิริยาของ antigen, antibody และ complement มีผลทำให้เม็ดเลือดขาวแทรกตัวเข้าไปอยู่ในผนังหลอดเลือด และถูกทำลายทำให้มีการหลั่งของ lysosome ผู้ป่วยมักมีอาการหอบหืดอย่างรุนแรงและติดต่อกันเป็นเวลานาน เกิดขึ้นในระยะ 4-5 ชั่วโมงหลังได้รับสารภูมิแพ้

ผู้ป่วย Extrinsic asthma จะมี IgE ในเลือดสูงกว่าปกติ พบอยู่ระหว่าง 1,000 - 10,000 International Unit ต่อลูกบาศก์-เซนติเมตร การทดสอบผิวหนังด้วยแอนติเจนต่าง ๆ มักให้ผลบวก และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับประวัติของการแพ้

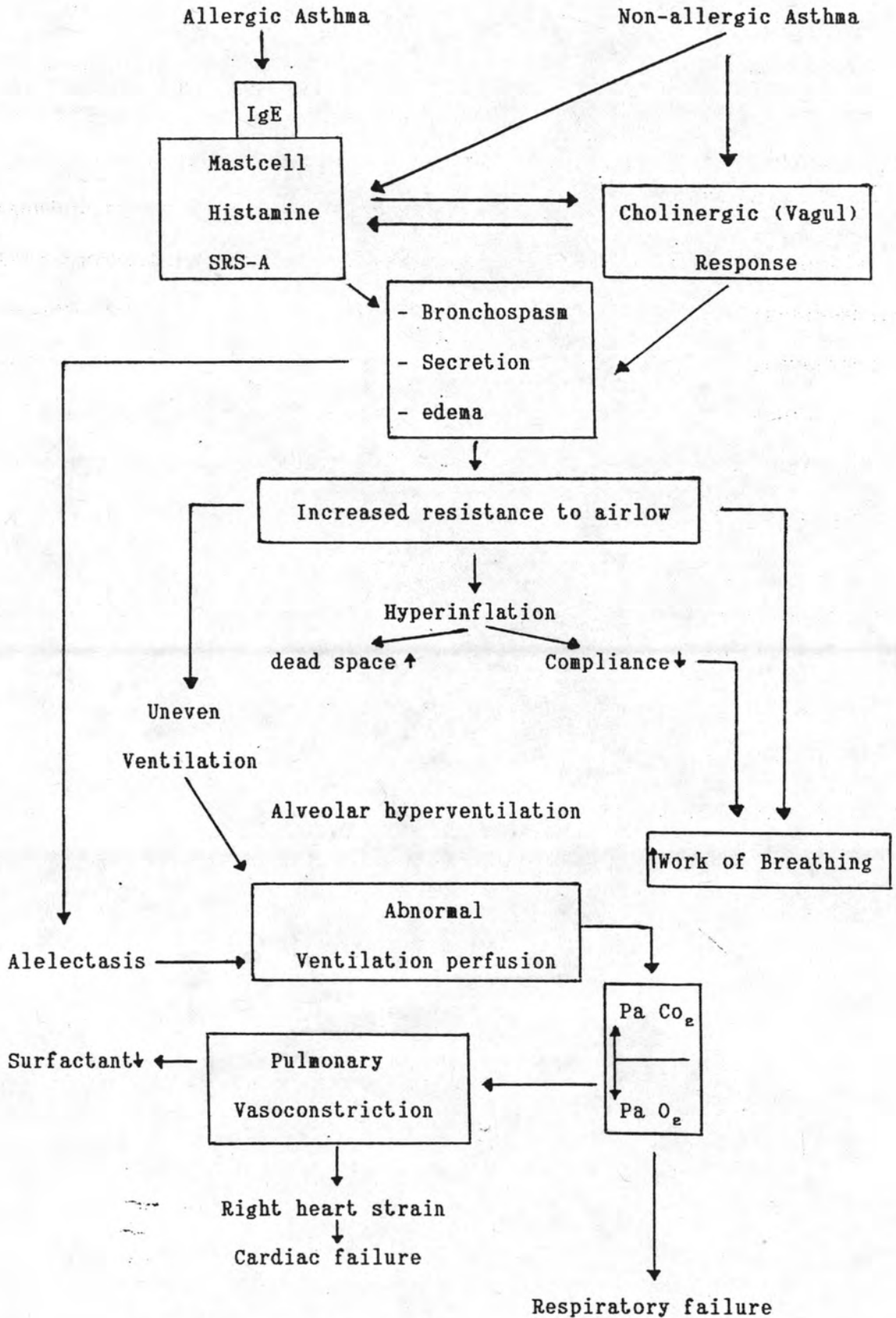
2. โรคหืดที่มีสาเหตุจากภายใน (Intrinsic หรือ Non-Allergic Bronchial Asthma) พบในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 5 ปี หรืออายุสูงกว่า 35 ปี การทดสอบผิวหนังต่อแอนติเจนในอาหารและสิ่งสุดคมมักให้ผลลบ หรือไม่มีความสัมพันธ์กับประวัติแต่อย่างใด ผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่มีประวัติโรคภูมิแพ้ทั้งในส่วนตัวและครอบครัว IgE ในเลือดมักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมักมีอาการหอบหืดสัมพันธ์กับการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ และมักมีอาการหอบหืดเรื้อรังและรุนแรงมากกว่าในพวกแรก (ประพาฬ ยงใจยุทธ, 2529)

#### พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคหืด

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา ของการอุดกั้นทางเดินหายใจในโรคหืด พบว่า ในขณะที่มีอาการหอบหืด หลอดลมของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่ การที่ทางเดินหายใจมีขนาดเล็กลง เนื่องจากกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมหดเกร็งตัว (Bronchial smooth muscle contraction) ผนังหลอดลมบวมมีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดมีน้ำคั่งระหว่างเซลล์ (Edema, hyperaemia and cellular infiltration) และมีการขั้มกที่เหนียวติดแน่นกับผนังหลอดลม (Bronchial plugging) ซึ่งการตีบแคบของหลอดลมนี้ทำให้แรงต้านของทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น (Pauwels & Snashall, 1986) นอกจากนั้นจะพบว่า เกิดลักษณะไม่สม่ำเสมอของทางเดินหายใจ อันเนื่องมาจากการบวมของผนังหลอดลม และเสมหะในหลอดลมเป็นเหตุให้อากาศที่ผ่านไประบริเวณนั้นเปลี่ยนจากไหลตรง ๆ มาเป็นไหลวน ทำให้แรงต้านของทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นไปอีก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจออกได้อย่างปกติ ทำให้ระดับ FRC (Functional Residual Capacity) หรือลมที่อยู่ในปอดหลังจากหายใจออกเต็มที่ที่มีค่าเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากทางเดินหายใจบางส่วนจะ



ปีก่อนที่ลมจะออกหมด เป็นเหตุให้มีอากาศเหลือค้างในถุงลม และค่า FVC (Forced Vital Capacity) หรือปริมาตรของลมที่เป่าออกอย่างรวดเร็วแรงจนหมดหลังจากหายใจเข้าเต็มที่ลดลงภาวะดังกล่าวทำให้เกิด hyperinflation ของทรวงอก และถ้าอยู่ในภาวะนี้นาน ๆ และรุนแรงอาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของทรวงอกถาวรได้เกิดลักษณะที่เรียกว่าอกถัง (barrel chest) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กที่โครงกระดูกซี่โครง (rib cage) ยังไม่ค้ำยันแข็งแรงและเจริญเต็มที่ (Kending & Chernick, 1983 ; มนตรี ตูจันดา, 2526) ในขณะที่มีอาการหอบหืด พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการระบายอากาศและการกำซาบของอากาศมีความไม่สม่ำเสมออย่างมาก ทำให้เกิดภาวะเลือดพร่องออกซิเจน (hypoxemia) ซึ่งพบในระยะแรก ๆ จากภาวะดังกล่าว จะกระตุ้นให้ร่างกายหายใจเร็วขึ้น และขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมาก เกิดภาวะพร่องคาร์บอนไดออกไซด์ (hypocapnia) เป็นผลทำให้เกิดภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) และถ้าอาการหอบรุนแรงมากขึ้น หลอดลมตีบแคบมากขึ้น ภาวะการระบายอากาศลดลงร่วมกับภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง เกิดภาวะกรดจากการหายใจ (respiratory acidosis) เลือดจะเข้าสู่เนื้อเยื่อน้อยลง ก่อให้เกิดภาวะแลคติก แอซิโดซิส (Lactic acidosis) ซึ่งเกิดขึ้นได้จากภาวะพร่องออกซิเจนอยู่แล้ว อันเป็นสาเหตุให้ติดต่อขยายขยายหลอดลม และหัวใจหยุดเต้นจนถึงแก่ชีวิตได้ (มนตรี ตูจันดา, 2526) จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของโรคหืดดังกล่าว อาจสรุปได้ดังต่อไปนี้ (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิ. แสดงการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของโรคหืด  
 (ที่มา : ไพบูลย์ พานิชชการ, 2528 ; Satter, 1985)

## อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคหืดจะแสดงอาการให้เห็นทางคลินิกที่สำคัญ คือ ไอ หายใจลำบาก และหายใจมีเสียงดังหวีด ซึ่งอาการอาจจะเกิดขึ้นที่ละน้อย และเป็นมากขึ้นตามลำดับ หรือบางคนอาจเกิดอาการทันทีโดยไม่มีอาการเตือนใด ๆ มาก่อนก็ได้ โดยผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจไม่ออก ต้องออกแรงในการหายใจมากโดยเฉพาะในช่วงหายใจออกทำให้เหนื่อย อ่อนเพลีย เหงื่อออก ภาวะวณกระวาย กระสับกระส่าย รู้สึกทรมานมากเมื่อหายใจไม่พอ หรือ มีความรู้สึกว้าขาดอากาศหายใจทำให้เกิดความรู้สึกกลัวตาย นอกจากนั้นยังมีอาการไอ โดยระยะแรก ๆ จะไอแห้ง ๆ ต่อไปจะไอมากขึ้น และมีเสมหะเหนียวออกมาก ขณะหายใจออกจะได้ยินเสียงหวีด ซึ่งบางครั้งได้ยินโดยไม่ต้องใช้เครื่องฟังปอด หรือได้ยินไปไกลแม้จะอยู่กับคนละห้องก็ตาม ผู้ป่วยจะต้องลุกนั่งและเอนกายไปข้างหน้า เพื่อสูดหายใจ ทั้งนี้เพราะ ปริมาตรของอากาศในปอดจะลดลงเมื่อผู้ป่วยนอนลง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดรุนแรงจะชอบนั่งมากกว่านอน (Pauwels & Snashall, 1986) ฉะนั้นพยายามอย่ากระตุ้นให้ผู้ป่วยนอนในขณะที่มีอาการ ในรายที่มีอาการมาก ๆ และเป็นนาน ๆ จะหายใจเข้า-ออกสั้นลง เสียงหายใจเบาไม่ค่อยได้ยิน ดังนั้น ความดังของเสียงหายใจ ไม่ใช่ตัวบอกความรุนแรงของอาการหอบหืด (Waechter et. al., 1984) จนระยะสุดท้ายจะเกิดภาวะหายใจวายทำให้เสียชีวิตได้ เนื่องจากมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งมาก และออกซิเจนในเลือดต่ำมาก แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังจากเกิดอาการหอบหืด ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บหน้าอก และเหนื่อยมากได้

## การวินิจฉัยโรคหืด

การวินิจฉัยต้องอาศัยข้อมูลหลายอย่างประกอบกัน คือ

1. ประวัติ มักมีประวัติการหอบเป็น ๆ หาย ๆ เรื้อรัง เวลาหอบมีเสียง wheezing ร่วมด้วยและพวกที่มีประวัติโรคภูมิแพ้ในญาติจะช่วยสนับสนุนว่ามีความโน้มเอียงต่อการเป็นมากขึ้น

2. การตรวจร่างกาย ในขณะหอบการเคาะอาจได้เสียงป่อง เสียง หายใจออกยาวกว่าปกติและมีเสียง wheezing หรือมีเสียงหายใจเข้าเบาลง มาก เมื่อได้ขยายหลอดลมแล้วจะมีอาการเป็นปกติในเวลาอันรวดเร็ว

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่สำคัญคือ

3.1 ภาพรังสีทรวงอก ในขณะหอบจะพบมีอากาศค้างในปอด

3.2 การตรวจนับเม็ดเลือด ดูจำนวน Eosinophil (Blood leukocytes) ซึ่งมักจะสูงกว่าปกติในบางราย

3.3 การตรวจเสมหะและน้ำมูก (Sputum) ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ ของระบบทางเดินหายใจ มักพบ Eosinophil สูงในน้ำมูกและเสมหะ อาจพบ Creola bodies หรือ พบ Curschman's spiral ฯลฯ

3.4 การตรวจสอบหน้าที่ของปอด (Pulmonary Function test) ด้วยมาตรการหายใจ (spirometer) ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยได้เพราะ นอกจากจะช่วยในการวินิจฉัยโรคแล้ว ยังช่วยในการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วย ค่าที่นำมาใช้ในการดูการอุดกั้นทางเดินหายใจในผู้ป่วยโรคหืดที่สำคัญคือค่า FVC (Forced Vital Capacity)  $FEV_1$  (Forced Expiratory Volume in 1 sec) และ  $FEV_1/FVC$  (Kanner & Watanabe, 1986) การเปลี่ยนแปลง ค่าสมรรถภาพปอดเล็กน้อย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการหอบหืด ค่า FVC นี้ โดยปกติจะมีค่าใกล้เคียงกับค่า VC (Vital Capacity) (พูนเกษม เจริญพันธ์, 2526) สำหรับค่า PEER (Peak Expiratory Flow rate) เป็นที่นิยมใช้วัด มากที่สุดค่าหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหืด เพราะวิธีการวัดง่าย สะดวกและอุปกรณ์ที่ใช้ ไม่แพงจนเกินไป ผู้ป่วยสามารถทำเองที่บ้านก็ได้ ใช้วัดเพื่อดูอัตราการไหลของ อากาศ หรือลมหายใจขณะเริ่มหายใจออกโดยใช้เครื่อง Peak Flow Meter ค่าที่วัดได้เป็นค่าคร่าว ๆ ซึ่งการให้ข้อมูลจากค่านี้ จะสู้ค่า  $FEV_1$  ไม่ได้ เพราะ เป็นการวัดการไหลของอากาศช่วงสูงสุด (maximal airflow) ขณะหายใจ ออกเท่านั้น (บัญญัติ ปริษยานนท์, 2522) การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอดใน โรคหืดในขณะเกิดอาการหอบหืด สรุปได้ดังนี้

ตารางแสดงปริมาณอากาศที่ถ่ายเท (Ventilatory Capacity)  
ในโรคหืด

รายการ	แนวโน้มอาการ
1. อัตราการไหลออกของอากาศสูงสุด (PEFR)	↓
2. ปริมาตรอากาศหายใจออกเต็มที่ใน 1 วินาที ( $FEV_1$ )	↓
3. อัตราการไหลสูงสุดกลางการหายใจออก (MMEF)	↓
4. ปริมาตรอากาศหายใจออกสูงสุดหลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (Vital Capacity, VC)	↓
5. ปริมาตรอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากหายใจออกธรรมดา (FRC)	↑
6. ปริมาตรอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (TLC)	↑
7. ปริมาตรในปอดหลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (TLC)	↑
8. ไดนามิค คีอัมพลไอน์ซ์ (Dynamic Compliance)	↓
9. แรงต้านของทางเดินหายใจ (airway resistance, Raw)	↑

↑ = เพิ่มขึ้น      ↓ = ลดลง  
(ที่มา : ไพบูลย์ พานิชัยการ, 2526)

แต่ถ้าไม่มีอาการหอบหืด การตรวจสอบสมรรถภาพปอด อาจจะไม่พบความผิดปกติซึ่งการวินิจฉัยโรคอาจจะต้องใช้การทดสอบการออกกำลังกายหรือใช้ Therapeutic trial with bronchodilators ช่วยยืนยัน (Konig, 1981)

3.5 การเปลี่ยนแปลงของแก๊สในเลือดแดง (Arterial blood gas) ส่วนใหญ่มีภาวะ  $O_2$  ในเลือดแดงต่ำในขณะหอบ ในระยะแรกผู้ป่วย Status Asthmaticus จะมีภาวะ  $O_2$  ในเลือดแดงต่ำในขนาดปานกลางหรือ

มาก และมีระดับ  $CO_2$  ต่ำกว่าปกติในระยะต่อมา ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการหอบเหนื่อย อยู่จะพบว่าระดับ  $CO_2$  ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จนกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติในระยะท้าย หรือขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจล้มเหลว จะพบว่าระดับ  $CO_2$  สูงขึ้นกว่าปกติ และ pH ของเลือดเป็นกรด เนื่องจากมีการระบายอากาศที่ถูกลดลงอย่าง รุนแรง

3.6 การตรวจหาระดับ IgE ผู้ป่วยที่เป็นโรคหืดโดยเฉพาะอย่างยิ่งพวก Extrinsic asthma มักมีระดับ IgE ใน Serum สูงกว่าปกติ

3.7 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า มี Axis เบี่ยงไปทางขวา มี Hypertrophy ของหัวใจห้องล่างขวา, มี P. pulmonale และมีการเปลี่ยนแปลงของส่วน ST และคลื่น T (ไซบูลย์ พานิชัยการ, 2526 ; เสาวณีย์ จำเต็มเพด็จศึก, 2528 ; American Thoracic Society, 1986)

#### การแบ่งความรุนแรงของโรคหืด

ได้มีการแบ่งความรุนแรงของโรคหืด ออกเป็น 3 ประเภท คือ ความรุนแรงน้อย (Mild) ความรุนแรงปานกลาง (Moderate) และความรุนแรงมาก (Severe) ซึ่งได้มีการแบ่งคือแสดงในตารางข้างล่างนี้ (Albert. LS, 1991)

คุณลักษณะ	ความรุนแรงน้อย	ความรุนแรงปานกลาง	ความรุนแรงมาก
1. <u>ก่อนการ</u> <u>รักษา</u>			
ก. ความถี่ ของการเกิด อาการเมื่อ อาการหายไ	มีอาการไอและ หายใจเสียงหวีด ไม่มากไปกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	มีอาการไอและหายใจ เสียงดังหวีดมากกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ มี ประวัติว่าเมื่อรับสิ่ง กระตุ้นจะมีอาการ	มีอาการหายใจ เสียงดังตลอด ทั้งวัน เกิดอาการ เมื่อมีสิ่งมากระตุ้น บ่อยครั้ง และมัก

คุณลักษณะ	ความรุนแรงน้อย	ความรุนแรงปานกลาง	ความรุนแรงมาก
แล้วรุนแรงขึ้นมาเป็นช่วง ๆ		รุนแรง และได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล น้อยกว่า 3 ครั้งต่อปี	จะมีอาการรุนแรง ได้รับการรักษาเร่งด่วนในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้งต่อปี รับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งต่อปี บางครั้งจะพบภาวะการหายใจล้มเหลวมีประวัติของการใส่ท่อช่วยหายใจ บางครั้งอาจจะมีอาการไอเป็นจังหวะ หรือเกิดการพ่นออกซิเจน
ข. ความถี่ของอาการ	มีอาการหรืออาการแสดงทางคลินิกเพียงเล็กน้อยขณะที่เกิดการระคายเคืองจากสิ่งกระตุ้น	มีอาการไอ มีลักษณะการหายใจเสียงดังหวีดเป็นบางขณะ ระหว่างเกิดการระคายเคืองจากสิ่งกระตุ้นอย่างทันทีทันใด	มีอาการไอและหายใจเสียงดังหวีดอย่างต่อเนื่องเกือบตลอดเวลา

คุณลักษณะ	ความรุนแรงน้อย	ความรุนแรงปานกลาง	ความรุนแรงมาก
ค. สมรรถภาพในการออกกำลังกาย	สามารถออกกำลังกายได้ดี ยกเว้นการออกกำลังกายที่ใช้เวลานาน เช่น การวิ่งระยะไกล	สมรรถภาพในการออกกำลังกายลดน้อยลง	สมรรถภาพในการออกกำลังกายแย่มาก ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ
ง. ความถี่ของการเกิดอาการของโรคหืดในตอนกลางคืน	แสดงอาการของโรคหืดในเวลากลางคืนไม่มากกว่า 1-2 ครั้งต่อเดือน	แสดงอาการของโรคหืดในเวลากลางคืน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	แสดงอาการค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเวลาอนจะแสดงอาการเกือบทั้งคืน เมื่อตื่นเช้าขึ้นมาจะมีอาการแน่นหน้าอก
จ. ภาวะทางการเรียนและการทำงาน	การเรียนและการทำงานดี	โรคหืดมีผลกระทบต่อ การเรียนและการทำงาน	การเรียนและการทำงานแย่งเนื่องจากสภาวะของโรค
ฉ. สมรรถภาพการทำงานของปอด			
- อัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (PEEP)	PEEP > 80% ความแตกต่างของการวัดในแต่ละครั้ง < 20% ไม่มีภาวะของการอุดกั้นของ	PEEP 60-80% ความแตกต่างของการวัดในแต่ละครั้ง 20-30% มีอาการแสดงของภาวะการอุดกั้นของ	PEEP < 60% ความแตกต่างของการวัดในแต่ละครั้ง > 30% มีภาวะการอุดกั้น



คุณลักษณะ	ความรุนแรงน้อย	ความรุนแรงปานกลาง	ความรุนแรงมาก
2. <u>ภายหลัง</u> <u>การรักษา</u>	ระบบทางเดินหายใจ	ระบบทางเดินหายใจ	ของระบบทางเดินหายใจจากการวัดด้วยมาตรวัดการหายใจอย่างแน่นอน
การตอบสนองและระยะเวลาของการรักษา	มีการตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมโดยปราศจากการใช้ยาจำพวกสเตอรอยด์ ทางระบบการไหลเวียนใน 12-24 ชั่วโมง การรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอไม่เป็นที่ต้องการบางขณะ ยกเว้นในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ	มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาขยายหลอดลมขณะมีอาการในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หรือมากกว่า รวมทั้งยาสเตอรอยด์ ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการใช้ยาลดการบวมก็เป็นที่ต้องการในการรักษาเป็นระยะเวลานานเช่นกัน	ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องและต้องใช้ในการรักษาหลาย ๆ อย่างร่วมกัน ทั้งการพ่นยาฝอยละออง ยาจำพวกสเตอรอยด์ ยาปรับประทาน และการให้ยาทางระบบไหลเวียน โดยใช้ปริมาณที่สูง

## การรักษา

หลักการทั่ว ๆ ไป ของการรักษาผู้ป่วยโรคหืด คือ (Albert et. al., 1991)

1. เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถเกิดอาการขึ้นได้เมื่อมีสิ่งมากระตุ้นในการรักษาควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการ, ป้องกันสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการ และลดการอักเสบเรื้อรังของทางเดินลมหายใจ

2. การป้องกันสิ่งชักนำที่จะทำให้เกิดอาการนั้นเป็นหลักสำคัญของการรักษา รวมทั้งการหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหืดจากสารที่ทำให้เกิดการแพ้ ซึ่งรวมไปถึงการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องอีกด้วย ซึ่งการรักษาในแต่ละอย่างก็จะเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละประเภท เช่นผู้ป่วยมีความรุนแรงแบบปานกลาง จะมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ง่าย ผู้ป่วยจำพวกนี้มักจะต้องรับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ มีการรักษาด้วยยาต้านโรคหืดอย่างรุนแรง รวมทั้งยาลดการบวมอีกด้วย ส่วนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อย ก็จะได้รับ การรักษาเป็นครั้งคราวเพื่อไม่ให้เกิดอาการ

3. ในการรักษาโรคหืดนั้น ควรอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจในเรื่องกลไกการเกิดพยาธิสภาพของโรค และการประเมินสภาวะความรุนแรงของโรค เพราะสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นสิ่งสำคัญในการให้ยาในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาลดการบวมของทางเดินหายใจซึ่งจะเป็นการป้องกันในเรื่องของทางเดินหายใจตีบแคบ เป็นการช่วยลดการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของทางเดินหายใจ และป้องกันการเกิดภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจอีกด้วย

4. การให้การรักษาอย่างรวดเร็ว จะเป็นการลดสิ่งกระตุ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดภาวะทางเดินหายใจตีบแคบอย่างรุนแรงเกิดขึ้น

5. ในการรักษาโรคหืดนั้น ควรมีการรักษาควบคู่กันไปหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ การให้สุขศึกษาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหืด, การควบคุมสภาวะแวดล้อม การได้รับยา และการวัดความรุนแรงของโรค

การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดต้องคำนึงถึง ธรรมชาติของโรค และการรักษาที่สำคัญนั้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการไร้ความสามารถในการทำงาน (disability) และป้องกันความพิการ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดรวมทั้งการที่เด็กสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัว โรงเรียน และชุมชนได้โดยมีส่วนร่วมตามปกติในกิจกรรมต่าง ๆ (Kendig & Chernick, 1983) การรักษาระยะยาวนับว่าสำคัญ ซึ่งการรักษานั้น ได้แก่ การรักษาทางยา การหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ การจัดภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมปราศจากสิ่งระคายเคือง หลอดลมและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคหืด (ไพบูลย์ พานิชัยการ, 2526)

การรักษาแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ (Albert et. al., 1991)

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacologic therapy) ได้แก่

1.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 การหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการ

1.3 Immunotherapy ซึ่งเป็นการ desensitization โดยฉีด antigen ที่ละน้อย ความเจือจางครั้งแรกอาจเป็น 1 : 10,000 (ปริมาตร : ปริมาตร) หรือเจือจางกว่านั้นถ้าผู้ป่วยแพ้รุนแรง การฉีด antigen จะทำให้ร่างกายสร้าง IgG ที่เรียกว่า blocking antibody เพราะไปแย่งจับ antigen ที่ผู้ป่วยได้รับตามธรรมชาติก่อนที่จะไปทำปฏิกิริยากับ IgE บน mast cell จึงไม่มีการหลั่งสารเคมีซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการ นอกจากนี้ยังพบว่า การฉีดยาทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งเร้าลดลง เซลล์ mononuclear หลั่ง histamine น้อยลง เมื่อสัมผัส antigen และภายหลังการฉีดระยะหนึ่ง IgE ในซีรัมจะลดลง

2. การรักษาด้วยยา (Pharmacologic therapy) การใช้การรักษา ใช้ในการรักษาภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจ และการตอบสนองอย่างมากของทางเดินหายใจ ยาที่ใช้ในการรักษา คือ ยาขยายหลอดลม (bronchodilator) และยาลดอาการบวม (anti-inflammatory agents)

2.1 ยาลดบวม ที่ใช้ได้แก่

2.1.1 Corticosteroids

2.2.2 Cromolyn sodium

2.1.3 ยา anti-inflammatory ตัวอื่น ๆ

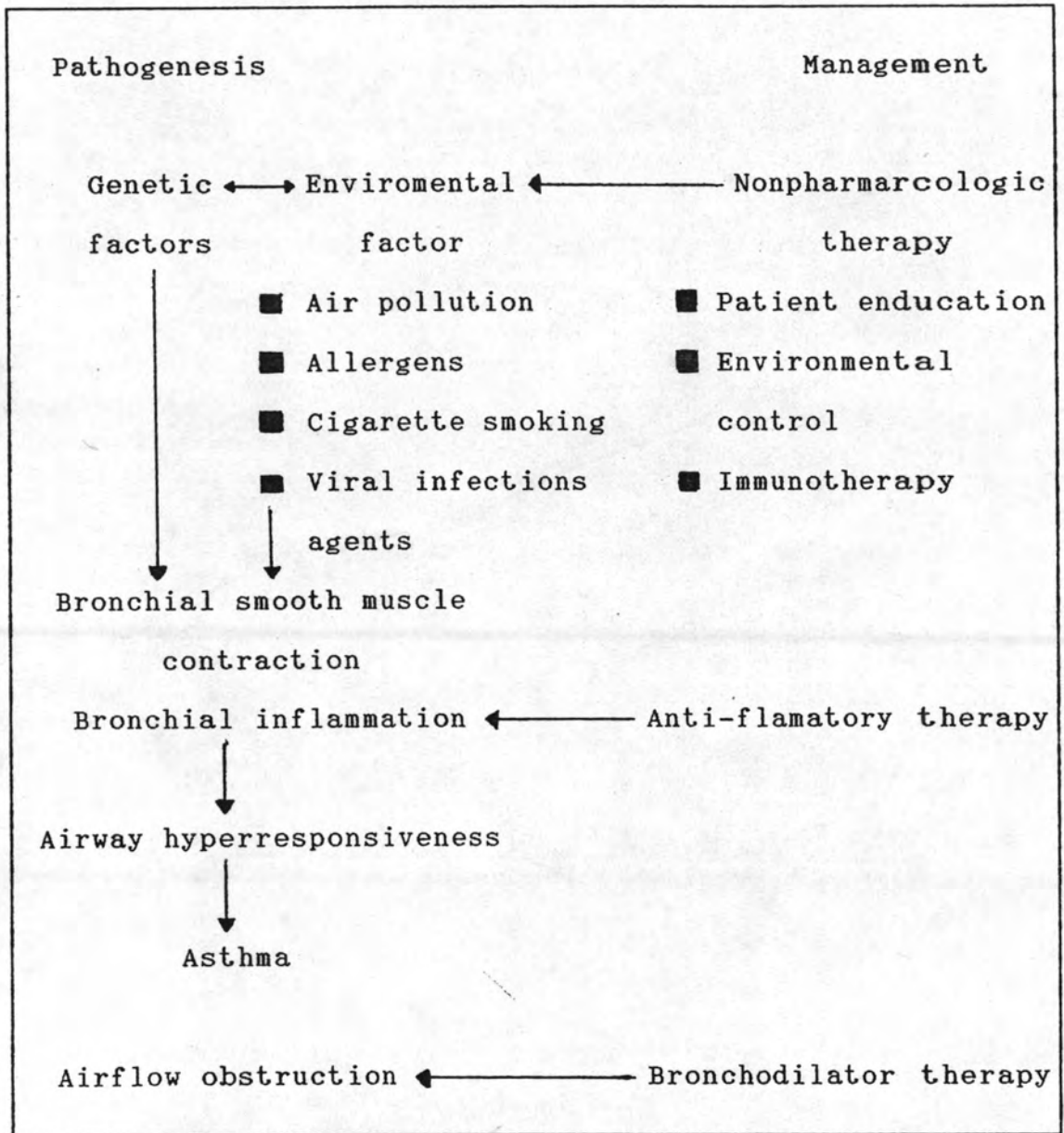
2.2 ยาขยายหลอดลม ที่ใช้ได้แก่

2.2.1  $\beta$ -adrenergic agonists

2.2.2 Methylxunthines

2.2.3 Anticholinergics

การรักษาผู้ป่วยโรคหืด อาจสรุปเป็นแผนภาพดังนี้



ภาวะแทรกซ้อน (เสาวณีย์ จำเดิมเพด็จศึก, 2528)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ถุงลมโป่งพอง ปอดแฟบจากเสมหะอุด ถุงลมแตกทำให้ลมรั่วไปอยู่ใน mediastinum การติดเชื้อ เมื่อจับหืดรุนแรงจะทำให้มีภาวะสำคัญต่าง ๆ เช่น สมองขาดออกซิเจน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับรับความรู้สึกหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเต้นช้าลง และหยุดเต้นในที่สุด ภาวะ

แทรกซ้อนที่พบบ่อยเสมอคือ พิษยากลุ่ม Xanthine ส่วนยาพ่น Isoproterenol เข้าใจว่ามีส่วนทำให้อัตราตายในโรคหืดสูงขึ้นในประเทศยุโรป ปัจจุบันการใช้ยาที่ออกฤทธิ์จำเพาะต่อกล้ามเนื้อของหลอดลม มีผลแทรกซ้อนน้อย นอกจากใช้เกินขนาดหรือในคนที่ทนยาไม่ได้ดี

### ผลกระทบของโรคหืดต่อผู้ป่วย

1. ด้านร่างกาย ในรายที่เป็นมานานจะพบว่าหลอดลมจะหนาตัวขึ้น หรือถ้าเป็นรุนแรงและนาน ลมคั่งในปอดมากจะดันอกให้ขยายใหญ่ขึ้นเป็นอกถัง (barrel chest) ถ้าผู้ป่วยมีอาการจับหืดอย่างรุนแรง หรือ หอบติดต่อกันเป็นเวลานานมากกว่า 24 ชั่วโมง ทั้ง ๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมเต็มที่แล้วจะเกิดเป็น Status asthmaticus ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากภาวะการหายใจล้มเหลว หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด มีลมในช่องเมดิเอสติเนียม (pneumomediastinum) นอกจากนี้กล้ามเนื้อที่ใช้หายใจจะอ่อนล้าอันเนื่องมาจากการหอบมาก ๆ พบว่าผู้ป่วยโรคนี้มักจะผอมแห้ง เนื่องจากความอยากอาหารลดลงซึ่งโรเชสเตอร์และ เอเซา (Rochester & Esau, 1984) ได้ศึกษาพบว่า ภาวะขาดอาหารในผู้ป่วย มีผลต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อกะบังลมจะอ่อนแรงลงด้วย ในผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรงปานกลางและมาก จะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ เมื่อเปรียบเทียบความสูงกับเด็กอื่น จะเตี้ยกว่าและมีอาการเข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าปกติ ทั้งในเด็กผู้หญิงและผู้ชาย (Kuzemko, 1978) นอกจากนี้จะพบว่าร่างกายอ่อนเพลีย อ่อนแรง อันเนื่องจากแนวโน้มการระบายอากาศ (ventilatory function) จะลดลงในตอนเย็นกลางคืนและช่วงเช้า

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยจะมีทั้งความกลัวตาย และวิตกกังวลโดยเฉพาะเมื่อเกิดการหอบหืด เพราะผู้ป่วยจะหายใจลำบาก ซึ่งผู้ป่วยเชื่อว่าการหายใจจะบ่งบอกถึงการมีชีวิต ยังมีอาการบ่งชี้ยังแสดงความทุกข์ใจให้เห็นเด็กมักจะแสดงอารมณ์โกรธ ซึมเศร้า ก้าวร้าว ถดถอย เป็นต้น โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนจะมีผลกระทบต่อจิตใจเด็กมาก เพราะเด็กวัยนี้มักจะมีความกลัวว่า



ร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปทำให้เขาแตกต่างจากเพื่อน ๆ และเพื่อนจะไม่ยอมรับเขา ซึ่งวันเพ็ญ บุญประกอบ (2517) ได้ศึกษาเด็กป่วยโรคหืด 70 ราย อายุต่ำกว่า 2 ปี 23 ราย อายุระหว่าง 6 - 12 ปี 47 ราย ได้ประวัติจากผู้ปกครอง พบว่าเด็กจะเป็นคนเจ้าอารมณ์ โมโหเก่ง ฉุนเฉียวง่าย ใครหยอไม่ได้ ข้างปากข้าวของ นอกจากนั้น ยังได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า เด็กจะรู้สึกโกรธตัวเองเมื่อหอบทุกครั้ง มีความรู้สึกตัวเองไม่ดี โมโหเมื่อเพื่อนล้อ ซึ่งสรุปได้ว่า อารมณ์ของเด็กอาจจะเป็นจากพื้นเพดั้งเดิมของเขาเอง ที่เป็นเช่นนั้นและอีกส่วนหนึ่งนั้นอาจเป็นผลมาจากโรคหืด ซึ่งทำให้เด็กเป็นคนมีความอดทนน้อย ไวต่อการกระตุ้นภายนอก และมักจะพบว่าผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ตนเองมีปมด้วยความมีคุณค่าในตนเองลดลง

3. ด้านสังคม การเข้ากลุ่มเพื่อนโดยเฉพาะเด็กวัยเรียนจะชอบที่จะทำอะไรเป็นกลุ่ม และถูกยอมรับจากกลุ่ม ซึ่งเด็กโรคหืดมักจะถูกจำกัดกิจกรรมเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยของเขา เด็กมักแยกตัวเองไม่ค่อยเข้าสังคมกับเพื่อน รวมทั้งมักจะถูกผู้ปกครอง ครูห้าม หรือไม่ค่อยอนุญาตให้เล่นกับเด็กอื่นหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ มาก เพราะกลัวจะเหนื่อยมากไปทำให้จับหืดได้ สำหรับการเรียนพบว่า เด็กโรคหืดจะขาดโรงเรียนมากกว่าเด็กปกติหรือเด็กป่วยโรคเรื้อรังอื่น (เสาวณีย์ จำเดิมเพ็ญจติก, 2528 Schneider, et al, 1980) ซึ่งเคนดิก และ เชอร์นิก (Dendig & Chernick, 1983) ได้ศึกษาพบว่า เด็กหรือผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคหืดจะใช้เวลานอนป่วยประมาณ 6 วันต่อปี ขาดโรงเรียนหรืองาน จำกัดกิจกรรมประมาณ 15 วันต่อปี โดยเฉพาะเด็กที่เป็นโรคหืดรุนแรงปานกลางจนถึงมาก จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน ไม่ค่อยดี ขาดโรงเรียนบ่อยทำให้ผลการเรียนตกต่ำ และยังขาดสมาธิในการเรียนเนื่องจากอ่อนเพลียจากอาการหอบและอดนอน ซึ่งการขาดเรียนจะมีผลต่อเด็กในวัยศึกษาเพราะการไปโรงเรียนจะช่วยให้การเข้าสังคมของเด็กดีขึ้น เด็กจะรู้สึกต่อตนเองดี มีความหวังในชีวิตมีโอกาสปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ทำให้ไม่หมกมุ่นกับตัวเองมากเกินไป ซึ่งเด็กโรคหืดจะมีโอกาสน้อยกว่าเด็กทั่วไป

### ผลกระทบต่อครอบครัว

โรคหืด จัดเป็นโรคอยู่ในกลุ่มเรื้อรัง อันเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่ง แม้ว่าโรคนี้ จะไม่สามารถพรากชีวิตผู้ป่วยได้ในเวลาอันรวดเร็วหรือง่ายนักก็ตาม แต่ก็สามารถคุกคามการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และความเป็นอยู่ของครอบครัวเป็นอันมาก พบว่าบิดามารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะมีความวิตกกังวล ซึ่งพบได้ในระดับต่าง ๆ กัน ความรู้สึกหรือปฏิกิริยาต่อเด็กก็ เปลี่ยนไปจากแนวปกติ ซึ่งมักจะออกมาในรูปการปกป้องมากเกินไป หรือปฏิเสธ หรือหลายแบบผสมกัน ในเด็กที่มารดามีพฤติกรรมปกป้องมากเกินไปจะทำให้เด็กไม่ยอมโต ไม่ค่อยกล้าทำอะไรมีความอดทนน้อย ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมลำบาก เพราะเด็กขาดประสบการณ์ ขาดความมั่นใจ ทั้งนี้เพราะมารดาเป็นผู้ที่ใกล้ชิดลูกมากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว การรับรู้และความเชื่อของมารดาจึงมีอิทธิพลต่อลูกไปด้วย ส่วนในรายปฏิเสธก็มักจะพุดให้กระทบกระเทือนจิตใจเด็ก นอกจากนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นอย่างมาก เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าครอบครัวนั้นมีรายได้น้อยสำหรับพี่น้องคนอื่น ๆ บางครั้งอาจถูกละเลย เพราะบิดามารดา มักสนใจต่อเด็กป่วยมากกว่า ทำให้พี่น้องเกิดความรู้สึกอิจฉาได้

### โรคหืดในเด็กทางด้านจิตเวช

ในการศึกษาวิจัยมากมาย เกี่ยวกับโรคหืดที่สัมพันธ์กับภาวะของจิตใจ ซึ่งสิ่งที่แสดงให้เห็นคือ ปัญหาทางอารมณ์ และเป็นจุดสำคัญในการที่ใช้ศึกษาผู้ป่วย (Mrazek A.D, 1988) ในการศึกษาในระยะแรก ๆ พบว่า อาการทางจิตใจที่สังเกตพบขณะที่ป่วยอยู่คือ ความวิตกกังวล ซึ่งพบได้ถึง 75% ของขนาดตัวอย่างที่นำมาศึกษา (Rogerson C.H et. al., 1943) ในการศึกษาต่อมาได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางอารมณ์กับโรคหืด ซึ่งพบว่า ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคหืด จะแสดงอาการทางด้านจิตเวช หรือความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช ในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี นอกจากนี้ ยังมี



รายงานว่า การเกิดปัญหาในเด็กพบมากกว่า 50 ปีมาแล้ว (Creak M, and Stephen J.M, 1985, Mrazek D, et. al., 1983) ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณา

ปัญหาทางอารมณ์ ได้มีการค้นพบว่า mild asthma เป็นผลที่เสี่ยงต่อการที่จะพัฒนาไปเป็น ปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชเด็ก พบว่าส่วนใหญ่เคยเป็นโรคหืดมาก่อน (Mrazek D, et. al., 1983) นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ก็มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของปัญหาทางอารมณ์ในเด็กอีกด้วย (Mrarek D. A, 1985)

ในการศึกษา เพื่อที่จะหาสิ่งที่จะมาป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ทางด้านอารมณ์พบว่า ประสิทธิภาพของพ่อแม่สามารถที่จะปกป้องปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจได้ (Steinhausen. H, et al, 1983) จึงได้มีการศึกษาในด้านบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยกันอย่างกว้างขวางในระยะแรก ๆ ปี 1948 Miller และ Baruch (miller and Baruch, 1948) ได้ทำการศึกษามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่า 98% ของผู้ป่วยเด็กโรคหืดถูกมารดาทอดทิ้ง (ปฏิเสธ) ทั้งทางตรงและทางอ้อม และมารดาจะมีลักษณะทางด้านลบและวิตกกังวลสูง (Mitchill et. al., 1958) ต่อมาในการศึกษาในระยะหลังพบว่ามารดาของเด็กโรคหืด มีการซึมเศร้ามากกว่า มารดาของเด็กปกติทั่วไป ซึ่งพบได้ถึง 45% (Davis J, 1977) และมารดาเหล่านี้เชื่อว่าลูกของเขาต้องการความช่วยเหลือมากกว่าเด็กอื่น ๆ (Meijer A, 1981)

ต่อมาได้มีการศึกษาถึง บทบาทของอารมณ์ในการกระตุ้นให้เกิดและป้องกันการเกิดการ Attack ได้มีผู้ศึกษาและรายงานว่า ความตื่นเต้น ความวิตกกังวลนำไปสู่การเกิดการหอบ แต่ก็ได้มีการศึกษาพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของการหอบเริ่มมาจากความรู้สึกเศร้า (Knapp P.H et. al., 1960) และภาวะซึมเศร้าในระดับสูงนำไปสู่การเกิดโรค (Lyketsos G.C et. al., 1984) ซึ่งเป็นผลของพาราซิมพาเตติก ซึ่งจะนำไปสู่การตายในที่สุด ซึ่งจากการศึกษา

ของ Strunk และคณะพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการตายในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Strunk R et al, 1985)

จะเห็นได้ว่า โรคหัวใจ และปัญหาทางจิตใจ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นควบคู่กันไป ซึ่งในการรักษานั้นถ้ามีการรักษาควบคู่กันไปด้วยแล้ว จะยิ่งเป็นการลดทั้งโรคของผู้ป่วยเอง ไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปด้วย

### ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นคำที่มาจากภาษาลาติน มาจากคำว่า Depressive มีความหมายว่ากุดต่ำลง หรือจมลงโดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (สมควร เชื้อศิริฤ, 2526) มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้หลาย ๆ รูปแบบ

Gittleman-Klein (1977) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นต่อความไม่เป็นสุขหรือความระทมทุกข์

จากคำกล่าวข้างต้น Angold (1988) ได้นำมาวิเคราะห์ว่าสามารถที่จะพิจารณาภาวะซึมเศร้าได้เป็น 2 ประการ คือ ประการแรก หมายถึง ระดับ ชนิด หรือ อาการที่ปรากฏออกมาในความรุนแรงที่แตกต่างกัน เช่น เป็นภาวะแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือทางจิตใจ อีกประการหนึ่ง หมายถึง พยาธิสภาพที่แสดงการลดลงของระดับความพึงพอใจ (hedonic level) ขาดความสนใจ ความสามารถลดลง ซึ่งทั้งหมดนี้อยู่ในสภาวะของความไม่สบายใจ และความเจ็บปวดทางใจ ซึ่งในประการนี้อาการต่าง ๆ นั้นจะแตกต่างกันไปซึ่งขึ้นอยู่กับผู้วินิจฉัย

ภาวะซึมเศร้า (Depression) นั้น เป็นคำที่มีความหมาย 3 ความหมาย คือ

1. ภาวะซึมเศร้า เป็นผลกระทบที่เป็นปกติ หรือผลกระทบทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุข เมื่อมีบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ถูกใจเกิดขึ้น
2. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการ
  - เป็นสภาวะของ ความรู้สึกเศร้า หรือ ไม่มีความสุขที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง และยาวนานกว่ากรณีดังกล่าวข้างต้น ระยะเวลาอาจยาวนานเป็นสัปดาห์ หรือเดือน
  - จะเกิดตามหลังการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงในชีวิต หรือ เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายหลังการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต
3. ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะของโรค
  - เป็นภาวะที่อาการของ ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นเป็นเวลาต่อเนื่อง และยาวนาน (ระยะเวลาเป็นเดือนขึ้นไป) และอาการของภาวะซึมเศร้าจะรุนแรงกว่าในกรณีที่สอง
  - ถือว่าเป็นอาการป่วยทางจิตเวช นอกจากจะมีอารมณ์เศร้าแล้วยังมีความรู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เป็นทุกข์
  - การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่พร้อมกัน คือ การเปลี่ยนแปลงในการทำงานของร่างกาย งานและสังคม (Lazure A, 1989)

Carlson และ Cantwell (1980) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้า โดยได้แยกความแตกต่าง ระหว่าง

1. อาการของภาวะซึมเศร้าซึ่งสัมพันธ์กับส่วนประกอบเพียงส่วนเดียวของ dysphoric mood
2. กลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มของอาการและอาการแสดงซึ่งมักจะเกิดร่วมกัน
3. ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยของครอบครัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตอบสนองต่อการศึกษา

นอกจากนี้ Angold (1988) ได้แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไว้ว่า

1. ภาวะซึมเศร้า เป็นการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระดับต่ำสุด ซึ่งเป็นไปตามปกติ ซึ่งหมายความว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความทุกข์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน

2. ภาวะซึมเศร้า เป็นรายละเอียดของความไม่มีความสุข ความเศร้า หรือ ความเจ็บปวดทางจิตใจ ซึ่งตอบสนองต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น การตาย ความล้มเหลวในการกระทำสิ่งที่สำคัญ

3. ภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะของสภาวะ anhedonic ต่อเนื่องตลอดในแต่ละบุคคลซึ่งลักษณะนี้เป็นความคิดรวบยอดของ "บุคลิกภาพแปรปรวนแบบซึมเศร้า" (Depressive personality disorder)

4. ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการแสดงออกของแต่ละบุคคลซึ่งควรเรียกว่า อารมณ์เศร้า (dypressed mood)

ปริมาณที่เบี่ยงเบนออกไปมี 2 ชนิด คือ

1. การเบี่ยงเบนของความรุนแรง ซึ่งในที่นี้ อารมณ์เศร้าจะหมายถึง ลักษณะของอารมณ์ที่ต่ำเกินปกติ แต่มีความรุนแรงมากกว่าที่คิดไว้

2. การเบี่ยงเบนในปริมาณในระยะเวลาของสภาวะอารมณ์ต่ำซึ่งเกิดจากสิ่งเร้าบางอย่าง ที่คาดว่าจะทำให้เกิดความไม่สบายใจในระยะเวลาที่จำกัด

ซึ่งปริมาณที่เบี่ยงเบนนี้ นำมาใช้ประเมินความรุนแรงของอารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลได้

5. ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติ หรือเป็นความเจ็บป่วยซึ่งความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (depressive disorder) นี้ เป็นการเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของปกติ พบได้ในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพทางจิตอื่น ๆ หรือพบสภาวะของความผิดปกตินี้โดยเฉพาะการเกิดความผิดปกติ ของภาวะซึมเศร้าจะมาน้อยเพียงใดนั้น เป็นการยากที่จะทราบได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดร่วมกับพยาธิสภาพทางจิตอื่น ๆ

6. ภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะของกลุ่มอาการซึ่งเรียกว่า กลุ่มอาการของภาวะซึมเศร้าซึ่งไม่จำเป็นต้องเกิดพยาธิสภาพทางจิต (psychopathology) ร่วมด้วย

7. ภาวะซึมเศร้า เป็นโรคซึ่งพบในบางรายของความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า (dypresive disorder) จะพบพยาธิสภาพทางจิตร่วมด้วย

พยอม อิงคตานุวัฒน์ (2525) ได้ให้คำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์โดยมีอาการซึมเศร้า หดหวัง โดดเดี่ยวพร้อม ๆ กับรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีค่าน้อยลง

จำลอง ศิษยะวานิช (2522) ได้ให้ความหมายของการซึมเศร้าว่าเป็นอารมณ์เสียใจ เศร้าโศก ผิดหวัง ทอดอาลัยในชีวิต (normal grief and mourning) ที่ผิดปกติก็ต่อเมื่อ อารมณ์เช่นนั้นเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาอันยาวนานและไม่สมส่วนกับการสูญเสียที่ผู้ป่วยประสบภาวะซึมเศร้านั้น เป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ ที่เกิดจากความผิดหวังล้มเหลวหรือการสูญเสีย ซึ่งการสูญเสียนั้นอาจจะเกิดในชีวิตจริง หรือเป็นเพียงการสูญเสียในมโนภาพก็ได้ อาจเป็นอารมณ์เศร้าธรรมดา (sadness) ที่ทุกคนประสบเป็นครั้งคราว หรืออารมณ์เศร้าหมองแท้ ๆ (blue mood) ที่เป็นภาวะแทรกซ้อนในความผิดปกติอื่น ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Ardis, 1982) ซึ่งอาการของอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ ได้รวบรวมเอาความคิด ความรู้สึกการตอบสนองทางร่างกาย และการแสดงออกที่จำเพาะซึ่งเป็นแกนกลางของลักษณะกลุ่มอาการเศร้า ที่เกิดจากความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (Self-esteem) รู้สึกเศร้าโศก เสียใจเป็นทุกข์ หดหวังไร้คุณค่า การทำงานของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปและหน้าที่ทางสังคมที่ลดน้อยลง (Sylvia and Louis, 1979)

#### อุบัติการณ์และความชุกของภาวะซึมเศร้า

Kashani และ Simons ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะ

ซึมเศร้าในเด็กทั่วไปอายุ 7 - 14 ปี พบว่า มีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 17.4%

ในการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นไว้หลายท่าน แต่ผลที่ได้ออกมาแตกต่างกันมากตั้งแต่ 2% (Rutter, 1979, Koplan, Hong, Weinhold, 1984) จนกระทั่งมากกว่า 50% (Kashani, Corlson, Beck et al, 1987) ความแตกต่างนี้ขึ้นอยู่กับการใช้หลักเกณฑ์ที่วินิจฉัยที่แตกต่างกัน หรือ แตกต่างกันในคำจำกัดความของภาวะซึมเศร้า (Kutcher and Marton, 1989)

Albert และ Beck (1975) ทำการศึกษาในวัยรุ่น 11-15 ปี โดยใช้แบบสอบถาม BDI (Beck Deprenion Inventory) พบค่าเฉลี่ยที่ได้ในกลุ่มสูงกว่าค่าปกติที่พบในผู้ใหญ่เล็กน้อย 1 ใน 3 ของวัยรุ่นที่ศึกษา พบว่ามีภาวะซึมเศร้ารุนแรงปานกลาง จนกระทั่งรุนแรงมาก เด็กที่โตกว่าจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า และผู้หญิงจะมีคะแนนสูงกว่าเด็กผู้ชายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นที่อายุมากขึ้น

ส่วนการศึกษาทางด้านคลินิกพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติที่พบได้เสมอในระหว่างวัยรุ่น โดยจะพบได้ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Angold, 1988) การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนอก โดยใช้วิธีสัมภาษณ์โดยตรงในเด็กและวัยรุ่น พบความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าประมาณ 30% (Strober, Green, and Carlson, 1981) สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยวัยรุ่นมาเข้ารับการรักษาดัวด้วย ความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าประมาณ 40% ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการซึมเศร้าทั้งหมด (Hudgen, 1974)

สำหรับอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยเด็กโรคหัดด้วยเรียนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 25% (Klimert M. et al, 1985)

สำหรับในประเทศไทย วาสนา ศรีมณี และ พิศมัย คู่พิทักษ์ (2513) ได้ศึกษาอุบัติการ ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเวชเด็ก ในโรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ผลที่ได้แปรตามกลุ่มอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 67.84 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ

นางพวง ลี้มสุวรรณ และ โกวิท นพพร (2527) ได้ทำการศึกษาอุบัติการของโรคอารมณ์เศร้าในเด็ก พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มารักษาที่หน่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี อยู่ในช่วงอายุ 4 - 14 ปี อาการเศร้า (Depressive Symptom) 27%

### สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

การเกิดภาวะซึมเศร้าในคนเรา พอจะแบ่งได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 3 ประการ คือ

1. สาเหตุพื้นฐาน ที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า คือ การเสียความภาคภูมิใจในตนเองซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่

1.1 ภาพลักษณ์แห่งตน (Self-image) ผู้ที่เจริญเติบโตจากครอบครัวที่แตกแยก มักจะมองภาพพจน์ของตนเองไม่ดี ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ขาดความภาคภูมิใจในตนเองทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

1.2 ซุปเปอร์อีโก (Superego) ได้มาจากการอบรมสั่งสอนของพ่อแม่ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ ตลอดจนศาสนา และวัฒนธรรม เพื่อให้บุคคลประพฤติตนเป็นคนดี รู้จักแยกสิ่งที่ดีและสิ่งที่ชั่วออกจากกัน ประพฤติแต่สิ่งที่ดี ละเว้นในสิ่งที่ชั่ว ดังนั้น ซุปเปอร์อีโก เป็นส่วนเหนือวังงของจิตใจให้ประพฤติแต่สิ่งที่ชอบธรรม ผู้ที่มีซุปเปอร์อีโกสูงจะรู้สึกว้า ว่า ตนเองผิดอยู่เสมอ เพราะมีส่วนเหนือวังงสูง ขาดความยืดหยุ่น ปรับตัวยาก เพราะผู้ประพฤติตามอุดมการณ์นั้นจะทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องเลย เช่น ถ้าเป็นชาวพุทธ จะต้องเป็นอริยบุคคลที่มีชื่อบุชชจากการที่รู้สึกว่าตนเองผิดหวัง บาป จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย

1.3 Ego-ideal เป็นพวกที่ตั้งเป้าหมายในชีวิตสูงเกินไป ขัดต่อข้อเท็จจริงที่ดี จะต้องดีร้อยเปอร์เซ็นต์ บุคคลเหล่านี้จึงขาดความสุขทางใจ

เพราะรู้สึกว่าคุณเองไม่ดีเท่าที่ควร มักชอบตั้งกฎเกณฑ์ให้กับตนเองอยู่เสมอ เมื่อบุคคลเหล่านี้ ทำให้ตนดีตามข้อกำหนดที่ตนเองตั้งไว้ไม่ได้ ก็เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ รู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ ขาด self-esteem เกิดภาวะซึมเศร้า

1.4 Ego-function ความสามารถและทักษะของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไป การประสบความสำเร็จในชีวิตของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกัน เป้าหมายชีวิตแต่ละบุคคลก็ต่างกัน ถ้าไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ความภูมิใจในตนเองก็ลดลง เกิดความเปล่าเปลี่ยว รู้สึกว่าคุณเองไร้คุณค่า

2. สาเหตุที่เอื้ออำนวยให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Predisposing factors) ซึ่งมีปัจจัย ดังนี้

2.1 กรรมพันธุ์ (Heredity)

2.2 บุคลิกภาพ (Personality)

2.3 เพศ (Sex) ภาวะซึมเศร้าพบในหญิงมากกว่าชาย ประมาณ

3 ต่อ 1

2.4 อายุ (Age) ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุ

2.5 วิธีการอบรมและให้การศึกษาในวัยเด็ก มีความสำคัญมาก

เพราะวัยเด็กเป็นวัยที่มีการพัฒนาของอีโก (Ego) และซูเปอร์อีโก (Superego) การให้การศึกษาและฝึกอบรมในเรื่องศาสนา ศีลธรรม และวัฒนธรรม จึงมีส่วนเสริมสร้างซูเปอร์อีโก จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าเปรียบเทียบกับคนปกติพบว่า ผู้ป่วยอารมณ์เศร้าสูญเสียบิดาหรือมารดา ก่อนอายุ 16 ปี มากกว่าคนปกติ (Mussro, 1966) จากการศึกษาสุขภาพจิต จิตใจเด็กที่ขาดพ่อแม่พบว่าเด็กมีได้ต้องการแต่อาหาร ความสุขสบาย และการเล่น แต่เขาต้องการความรัก (Grygier และพวก, 1969) ในระยะ 5 ขวบปีแรก มีความสำคัญมาก ถ้าขาดบิดาหรือมารดา จะทำให้เด็กมีปัญหาทางสุขภาพจิต มารดาเป็นผู้วางรากฐานทางจิตใจของเด็ก รวมทั้งพฤติกรรมและพัฒนาการทางอารมณ์

2.6 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Life event) เหตุการณ์สะเทือนใจต่าง ๆ ได้แก่ การสูญเสียชนิดต่าง ๆ การพลัดพรากจากกัน ความล้มเหลวในชีวิต ความไม่สมหวัง การเสียชีวิตของผู้ใกล้ชิด และที่น่าประหลาดใจก็คือ ผู้ประสบความสำเร็จในชีวิตแล้วเกิดภาวะซึมเศร้า





Paykel (1969) รายงานว่า ผู้ที่มีเรื่องสะเทือนใจหลาย ๆ เรื่องในระยะ 6 เดือน ก่อนเกิดอาการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3 เท่า

2.7 สังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic status) เรื่องเศรษฐกิจมีความสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ยากจน เศรษฐกิจที่บีบรัดตัวทำให้เกิดความเครียด ความทุกข์ ขาดความผ่อนคลายและขาดความสะดวกสบายต่าง ๆ ซึ่งมักจะหนีไม่พ้นหนี้สินเป็นเครื่องบีบกันทั้งยังเรื่องที่อยู่อาศัย อยู่อย่างเร่ร่อนล้าวนเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งสิ้น

3. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Precipitating factors) ได้แก่

### 3.1 ความเครียดทางด้านจิตใจ

- การสูญเสียของรัก มีความหมายกว้างขวางตั้งแต่คนใกล้ชิด ข้าวของเงินทอง สัตว์เลี้ยง ฯลฯ การสูญเสียทุกชนิดถือว่า ทำให้เกิดปฏิกิริยาของการสูญเสีย (Grief reaction) ได้ และถ้าเกิดอารมณ์โศกเศร้านานกว่า 6 เดือน ถือว่าเป็นความผิดปกติ

- การมีความคับข้องใจเป็นเวลานาน ๆ (Chronic frustion) ผู้ที่อยู่ในภาวะผิดหวัง คับข้องใจมาเป็นเวลานาน ๆ โดยหาทางออกไม่ได้ย่อมเกิดภาวะซึมเศร้าได้

- การสูญเสีย Self-esteem อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เพราะคนเรามีความต้องการทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองเป็นความต้องการทางด้านจิตใจอย่างหนึ่งหากเกิดการสูญเสียเกียรติยศ ชื่อเสียง การสูญเสียความรัก ย่อมทำให้เสียความภาคภูมิใจได้ และเป็นเหตุนำไปสู่การซึมเศร้า

### 3.2 ความเครียดทางด้านร่างกาย

- การเกิดภาวะซึมเศร้า อาจเกิดภายหลังความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น ไข้หวัดใหญ่ การติดเชื้อที่ตับ การติดเชื้อแบคทีเรีย

- ปัจจัยทางด้านฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ในระยะก่อนมีประจำเดือน หญิงบางรายจะมีอารมณ์ตึงเครียด เศร้า และบวมเล็กน้อย 10 วัน

### 3.2 ความเครียดทางด้านร่างกาย

- การเกิดภาวะซึมเศร้า อาจเกิดภายหลังความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย เช่น ไข้หวัดใหญ่ การติดเชื้อที่ตับ การติดเชื้อแบคทีเรีย
- ปัจจัยทางด้านฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ ในระยะก่อนมีประจำเดือน หญิงบางรายจะมีอารมณ์ตึงเครียด เศร้า และบวมเล็กน้อย 10 วันก่อนมีประจำเดือน เชื่อว่าเพราะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย
- ผู้ที่มีน้ำหนักร่างกายลดลงอย่างรวดเร็ว โดยมีใช้ที่จะมีเจตนาลดความอ้วนมักจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
- การสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น ในรายที่ตัดแขนตัดขา

### ทฤษฎีการเกิดภาวะซึมเศร้า (Theories of Etiology)

นักทฤษฎีหลายท่านได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีวเคมี เชื่อกันว่าเกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติ (neurotransmitters) มีสมมติฐานว่า neurotransmitters เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในคนตามธรรมชาติ ความคิดที่ว่ามีความเกี่ยวข้องกันระหว่างพฤติกรรม และสารเคมีในสมอง เรียกว่าเป็น Pharmacological bridge ทฤษฎีส่วนมากมีความเกี่ยวข้องกับ neurotransmitters 2 กลุ่ม ที่สำคัญคือ The catecholamines (Dopamine และ norepinephrine) และ indoleamines (serotonin) ซึ่งลักษณะทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าจะมีอยู่สองแบบ คือ ภาวะซึมเศร้าแบบ norepinephrine และ serotonin ต่ำ และอีกแบบก็คือการลดลงของ catecholamines อย่างไรก็ตามทฤษฎีนี้ยังไม่เพียงพอที่จะทำที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ น่าจะคำนึงถึงทางด้านอื่นประกอบด้วย เช่น พันธุกรรม ภูมิหลัง การเรียนรู้และสติปัญญา ความสามารถของมนุษย์ในการจะต่อสู้กับสิ่งที่มากระทบ

2. ทฤษฎีพันธุกรรม เชื่อกันว่า ยีนส์ มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีนักทฤษฎีหลายท่านมีความเห็นพ้องกันว่า ทั้งพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม

มีบทบาทต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาหลายครั้งแสดงให้เห็นว่าความซึมเศร้า จะเกิดกับบุคคลที่มีประวัติความซึมเศร้า ในครอบครัวอยู่แล้ว และจากผลวิจัยเมื่อไม่นานมานี้ ชี้ให้เห็นว่ามียีนส์อย่างน้อย 1 ตัว บนโครโมโซมคู่ที่ 6 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยีนส์เหล่านี้ตั้งอยู่ใกล้ ๆ กลุ่มของยีนส์ ที่ทำหน้าที่ควบคุมระบบภูมิคุ้มกันบางส่วนภายในร่างกาย และจะสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Beck and others, 1984)

3. Cognitive theory รูปแบบของเบรค (Beck' model) ในเรื่องของภาวะซึมเศร้า ได้ใช้ในรูปแบบของความซับซ้อนของสภาวะทางจิตใจ ส่วนของ ego ซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดในแง่ลบ และความคิดในอนาคตที่เป็นส่วนหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในอดีตของบุคคลนั้น ได้เป็น 3 ประเด็นคือ

- ความคิดทางลบต่อตัวเอง
- การตีความทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา
- การมองทางลบต่ออนาคต

คนที่ซึมเศร้าจะรู้สึก ว่า โลกเป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถจะผ่านไปถึงจุดหมายได้ มองตนเองไว้ที่ฝั่งที่จะผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ และสิ้นความหวังที่จะทำการควบคุมอนาคตให้เป็นไปตามจุดหมายของตนเอง

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ภาวะของพฤติกรรมที่มีลักษณะที่ไม่มีการแสดงออกของพฤติกรรมการปรับตัว การหลุดพ้นจากเหตุการณ์ที่ตนไม่ชอบ ความคาดหวังว่า ความพยายามของตนโดยทั่วไปเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเป็นจริงได้ มีผู้เสนอว่าคนที่มีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้า มักจะมีลักษณะมีความล้มเหลวในการควบคุมแรงเสริมในสิ่งแวดล้อม และเกิดขึ้นเมื่อคนรู้สึกว่าคุณเองได้สูญเสียการควบคุมทุกอย่างต่อแรงเสริม และทำให้อ่อนเปลี้ยด้วยความไร้ที่พึ่ง ความไม่ต่อสู้ และไม่สามารถจะปกป้องตัวเองได้ การขาดความก้าวร้าวนี้พบได้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก

5. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) Sigmund Freud มองว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการหันกลับเข้าไปในของสัญชาตญาณแห่งความก้าวร้าว ซึ่งเกิดในช่วงการมีรูปแบบของอิด (Id) ซึ่งเชื่อว่าในความผูกพันของเด็กในระยะแรก จะมีทั้งความรู้สึกรักและเกลียดเมื่อสูญเสียหรือเกิดความคับข้อง

ใจในการต้องการพึ่งพา เด็กจะไม่ยอมรับความรู้สึกโกรธ ดังนั้นจึงหม่นเข้าหาตนเอง กลายเป็นความไม่เป็นมิตร เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ Freud ยังได้กล่าวว่า สาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้าอันดับแรก คือความต้องการพึ่งพาไม่สามารถจะพัฒนาไปได้เต็มที่ เกิดการสูญเสีย ดังนั้นจึงยึดติดไว้ในเวลาต่อมาเมื่อเกิดการสูญเสียขึ้นจะมีผลให้เกิดความซึมเศร้า

E. Biring ได้ให้ความสนใจและการศึกษา ภาวะซึมเศร้าในเรื่องของการแก้ไขภาวะอโงก เขามองภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะของอโงก เป็นผลกระทบที่เป็นอิสระจากการเปลี่ยนแปลงของแรงขับทางด้านความก้าวร้าว ความไร้ที่พึ่งเป็นจุดสำคัญในรูปแบบของ Biring ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้น เมื่ออโงกรับรู้ถึงจุดหมายและขณะเดียวกันก็รับรู้ถึงความไร้ที่พึ่งที่จะได้มาอโงกจะเกิดการไร้สมรรถภาพและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) ก็จะเสียไป นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า จะเกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถไปถึงอโงกของตนได้

ลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้า (Depressive symptoms) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2533)

1. อารมณ์เศร้า เป็นความรู้สึกที่แสดงอาการหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบานหรือใจคอเศร้าหมองลักษณะอารมณ์เศร้านั้นบางเวลาเศร้าน้อยบางเวลาเศร้ามาก หรืออาจจะมีอยู่เกือบตลอดเวลา
2. อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งไม่ดีไปแล้ว
3. ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจไม่อยากทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบ ความรู้สึกทางเพศลดลง
4. อาการเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่ของที่ตนเคยชอบ
5. อาการนอนไม่หลับ อาจจะนอนหลับยาก หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อย
6. อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลียไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบ

ตลอดเวลาอาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น แขน ขา

7. ความคิดเชิงซ้ำ ความคิดการเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดจา  
เชิงซ้ำ ความสนใจต่าง ๆ ลดลง เจ็บและซีดลงไม่รู้ว่าเรื่องแจ่มใสไม่  
กระตือรือร้นในชีวิต การกระทำต่าง ๆ เป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว  
หรือการอ่านหนังสือ

8. สมาธิเสีย ความจำไม่ดี ลืมง่าย อ่านหนังสือแล้วไม่จำ

9. ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่น ความ  
สามารถสติปัญญา รู้สึกตนเองไม่มีค่า หดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น

10. ความรู้สึกมีความผิด หากความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากยิ่งรุนแรง คิด  
ว่าเป็นคนไม่ดีมีบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้อยากตายและคิด  
ฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นอันตรายที่สำคัญที่สุด

11. ความคิดอยากตาย ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกทรมานมีมาก ความคิด  
อยากตายจะรุนแรงขึ้น

12. ความกลัว ความกลัวจะวนเวียนในความคิด เช่น กลัวอยู่คนเดียว

13. อาการทางกาย มักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้  
ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน  
ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก และปวดเมื่อยตามตัว

### ภาวะซึมเศร้าในเด็ก

การเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยเด็กนั้น มักจะถูกละเลย หรือ คาดหวังกัน  
ว่าไม่น่าจะเกิดขึ้น เนื่องจาก ภาวะซึมเศร้าในเด็กมักจะมีลักษณะอาการแตกต่าง  
ไปจากผู้ใหญ่ และแสดงอาการอื่น ๆ ออกมาแทนอาการซึมเศร้า ดังนั้น สังคม  
รวมทั้งจิตแพทย์จึงไม่เชื่อว่า เด็กจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้แต่จากการศึกษาในช่วง  
10 ปีที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในเด็ก (Black, 1987)

แนวความคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของเด็ก แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม  
คือ (นางพงา ลิ้มสุวรรณ และ โกวิท นพพร, 2527)

1. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย อาศัยหลักว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ต้องมีซูเปอร์อีโก้ (superego) เสียก่อน แต่เด็กนั้นยังไม่มีการพัฒนาซูเปอร์อีโก้ ดังนั้นเด็กจึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้า
2. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าได้ แต่จะมีลักษณะพิเศษเฉพาะตัว ซึ่งผู้ศึกษาแต่ละคนจะพบลักษณะพิเศษที่แตกต่างกัน
3. กลุ่มที่เชื่อว่าเด็กมีภาวะซึมเศร้าแฝง (masked depression) หมายความว่า เด็กมีภาวะซึมเศร้าได้ แต่การแสดงออกของอาการนั้นไม่ได้เป็นรูปแบบของอารมณ์ แต่จะเป็นอาการอะไรก็ได้ เช่น ปวดศีรษะ ความผิดปกติด้านพฤติกรรม เป็นต้น
4. กลุ่มที่คิดว่าเด็กมีอาการเศร้าได้แบบผู้ใหญ่ทุกอย่าง โดยการแสดงออกไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ แต่จะมีข้อบ่งชี้ชัดเจนในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีเท่านั้น

ภาวะซึมเศร้าในเด็กพบว่าเด็กจะมีลักษณะอาการเศร้า (Depressive symptoms) ซึ่งอาการและอาการแสดงนั้น แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (นางพวง ลัมสุวรรณ และ โกวิท นพพร, 2527)

1. อาการทางกาย (Somatic Sytoms) ที่พบมากที่สุด คือ ปวดศีรษะ อาการนอนไม่หลับ รู้สึกเบื่ออาหาร (Vegetative sign) อาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาการหน้ามืด ใจสั่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อาการของระบบกล้ามเนื้อและระบบทางเดินหายใจ
2. อาการทางจิตใจ (Psychological Sytoms) ลักษณะของอารมณ์เศร้า ความรู้สึกที่ไม่เป็นที่รัก หงุดหงิด กังวล กลุ้มใจ น้อยใจ ไม่พอใจ คิดอยากตาย หวังร้าย หวาดกลัว รู้สึกผิด ฟุ้งซ่าน
3. อาการทางพฤติกรรม (Behavioral Sytoms) พบได้ในหลาย ๆ รูปแบบต่างกัน เช่น ร้องไห้บ่อย ซึ้ออน เจษ ซึมลง ไม่ค่อยพูด ความสนใจต่อสิ่งรอบตัวลดน้อยลง เบื่อง่ายมีพฤติกรรมต่อต้าน คือ เอาแต่ใจ ทำทาง หงอยเหงา งุ่นง่าน หงุดหงิด การเรียนเลวลง ชอบเหม่อลอย ก้าวร้าว อยากทำร้ายคนอื่น ทำลายของ ชอบแยกตัว ท้อแท้คิดอยากทำร้ายตัวเอง ทำร้าย

ตนเอง กัดเล็บ ดึงผม หนีโรงเรียน ชอบกวนใจ ไม่อยากโต ซโมซอง และมี  
ประวัติกินยาเกิดขนาด

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในเด็กนั้น จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละวัย  
ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 2 ระยะคือ ช่วงวัยทารก (อายุต่ำกว่า 2 ปี) และช่วง  
วัยเด็ก (อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป) (Shaw Lucas, 1970)

ภาวะซึมเศร้าในวัยทารก จะเกี่ยวข้องกับขาดแม่ (maternal  
deprivation) ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยเด็กที่มีอายุต่างกันในสถานรับเลี้ยงเด็ก  
(nurseries) ครอบครัวอุปการะ (foster homes) โรงพยาบาลและสถาน  
สงเคราะห์ ซึ่งพบว่าเด็กเหล่านี้ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนอื่นได้  
(Malmquist, 1972) นอกจากนี้ยังขาดการตอบสนองทางอารมณ์ และมีอาการ  
หิวความรัก (Lovy, 1937) นอกจากนี้จะเกี่ยวข้องกับการแยกจากแม่แล้วการ  
แยกจากบุคคลที่เป็นตัวแทนของแม่ สามารถก่อให้เกิดปฏิกิริยาความโศกเศร้าได้  
เช่นกัน เด็กจะร้องไห้เก่ง เชื่องซึมไม่มีการเคลื่อนไหวของใบหน้าและศีรษะ  
ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้ามาก การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างช้า ๆ ผลที่  
ตามมาก็คือ เด็กจะมีพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจที่ล่าช้า และบางรายจะ  
พบว่าเป็นโรคติดเชื้ช้าแล้วช้าอีก ซึ่งอาจรุนแรงถึงแก่ความตายได้ (Spitz,  
1946)

ภาวะซึมเศร้าในเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป สามารถแบ่งออกได้  
เป็น 2 ช่วง คือ วัยเด็กตอนปลาย (อายุประมาณ 6-11 ปี) และวัยรุ่น (อายุ  
12 ปีขึ้นไป)

ในช่วงวัยเด็กตอนปลาย เด็กที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีแนวโน้มของ  
การมองตัวเองที่แย่ลง มีความรู้สึกผิด (guilt) มีความรู้สึกละอาย (shame)  
เด็กอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายอาจจะร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุได้บ่อยครั้ง นอกจากนี้  
นี่ยังพบว่าเด็กจะมีปัญหาการนอน อาจจะนอนหลับยาก ฝันร้าย ทางด้านการเรียน

พบว่าเด็กจะขาดความสนใจด้านการเรียน ผลการเรียนต่ำลงถ้ามีความวิตกกังวล เด็กก็มักจะมีอาการหงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเด็กอาจหนีออกจากบ้าน ทำอะไรอย่างไร้จุดหมาย ไม่มีสมาธิ (Bhojrab & Morton, 1983) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น หากพ่อแม่ไม่ค่อยให้ความสนใจ หรือสิ่งกระตุ้นแล้ว ภาวะซึมเศร้าของเด็กจะเห็นเป็นเพียงแต่ว่า เขาเป็นคนเงี้ยวขริม แต่เมื่อไรก็ตามที่เด็กได้รับความกดดันทางอารมณ์อย่างเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้าของเด็กก็จะแย่งลงกลายเป็น "ภาวะซึมเศร้าแฝง" ซึ่งอาจเกิดในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ หรือหลายเดือน ซึ่งอาการที่แสดงออกจะเป็นลักษณะการปรับตัว ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนจะแย่งลง เขาอาจจะแอบร้องไห้ในห้องโดยไม่สามารถบอกถึงสาเหตุได้ มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร การนอน คือจะนอนหลับยาก และตื่นเช้ากว่าปกติหลายชั่วโมง โดยไม่สามารถกลับไปนอนได้ รู้สึกว่าเหว่ไม่มีเพื่อน (Chapman, 1974)

สำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะแยกตัวจากกิจกรรมหรือกลุ่มเพื่อน คิดว่าตนเองบกพร่องล้มเหลว รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า รู้สึกผิด ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ หมดหวังปฏิเสธความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ทำให้คนอื่นที่อยู่รอบข้างรังเกียจ หรือปฏิบัติต่อเขาด้วยความสงสาร นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกว่าไม่สามารถเข้ากับคนอื่นได้ วัยรุ่นชายที่มีภาวะซึมเศร้าอาจจะรู้สึกว่าไม่มีเด็กหญิงคนใดจะมาชอบหรือรักเขา เพราะเขามีปมด้อย วัยรุ่นหญิงจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีโอกาสที่จะมีชีวิตสมรสที่เป็นสุข ความรู้สึกว่าตนไร้ค่า นั้นอาจทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ส่วนอาการที่แสดงออกนั้น ก็คือการเคลื่อนไหวจะช้า รู้สึกเมื่อยเหนื่อยล้า นอนหลับยาก และดูเศร้าอย่างชัดเจนซึ่งสามารถเห็นได้ ชอบแยกตัว ร้องไห้บ่อยครั้ง อาจจะโกรธหรือไม่พอใจต่อภาวะซึมเศร้าของตน หงุดหงิดอยากจะระเบิดออกมา และเมื่อความโกรธลดลง ก็เกิดความรู้สึกผิดตามมา (Chapman, 1974) ในวัยรุ่นบางรายอาจพบความซึมเศร้าแฝง โดยแสดงออกมาในลักษณะต่อต้าน เช่น เกเร ขัดคำสั่ง ใช้ยาเสพติด หนีโรงเรียน เพื่อบังคับให้ผู้ใหญ่สนใจ อาจเกิดความเบี่ยงเบนทางเพศได้เป็นครั้งคราว บางรายอาจบ่นถึงสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกาย เพื่อหวังว่าจะได้เข้ามาอยู่ใน



โรงพยาบาล ซึ่งเป็นทางหลักหนึ่งจากความขัดแย้งที่เข้าเผชิญอยู่ (Kaplan & Sadock, 1985)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็ก ที่สำคัญมีดังนี้

1. อายุ ภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยรุ่นนั้นพบได้มากกว่าวัยเด็ก (Bhojrab & Morton, 1983) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ศรีมณี และ พิสมัย คู่พิทักษ์ (2515) ซึ่งทำการศึกษาลักษณะความเศร้าในเด็กไทย ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่ซึมเศร้าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.86) อยู่ในช่วงวัยแรกจนถึงวัยรุ่น (อายุ 12 ปีขึ้นไป) ส่วนในทารกและเด็กเล็กไม่พบลักษณะของภาวะซึมเศร้าเลย เช่นเดียวกับการวิจัยเรื่องอุบัติการณ์ของโรคอารมณ์เศร้าในเด็กของนางพงา ลัมสุวรรณ และโกวิท นพพร (2527) ในผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 100 คน พบว่า อายุของเด็กที่มีอารมณ์เศร้าอยู่ในช่วง 4-14 ปี และร้อยละ 74 ของผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้ามีอายุเกิน 12 ปี

2. เพศ ในช่วงวัยก่อนเข้าวัยรุ่น อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง : เพศ ชาย จะเท่ากับ 1 : 1 (Rutter et al, 1970 Kashani et al, 1983) และจากรายงานระบาดวิทยาของภาวะซึมเศร้าในแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ พบว่าอัตราส่วนของภาวะซึมเศร้าในแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ พบว่า อัตราส่วนของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศหญิงกับเพศชายมีประมาณ 2 : 1 (Lehmann, 1971) ซึ่งในความเป็นจริงยังไม่สามารถอธิบายได้ อย่างไรก็ตาม ได้มีข้อเสนอแนะว่า ความแตกต่างในอัตราส่วนของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย เป็นผลมาจากกระบวนการทางสังคมด้านบทบาททางเพศ และลักษณะที่เหมือนกันของแต่ละเพศ ซึ่งความแตกต่างทางเพศในเรื่องภาวะซึมเศร้า น่าจะแตกต่างในด้านประสบการณ์ระหว่างเพศ โดยเพศหญิงจะแสดงออกในเรื่องการแสวงหาความช่วยเหลือ การแสดงอารมณ์ก็ชัดเจน แต่ผู้ชายอาจมีภาวะซึมเศร้าพอ ๆ กัน แต่ไม่ค่อยแสดงอาการ (Weissman & Klerman, 1977)

3. เศรษฐฐานะ Kaplan และคณะ (1984) พบว่า เด็กที่มาจาก

ครอบครัวที่มีเศรษฐานะต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเมื่อศึกษาโดยปรับเพศและอายุแล้ว Schoenbach และคณะ (1982) ทำการศึกษาในเด็กอายุ 12-15 ปี ที่มีฐานะยากจน จะมีอาการของภาวะซึมเศร้าสูง แต่ Kandel และ Davies (1982) พบว่า รายได้ของครอบครัวหรือระดับการศึกษาของบิดาไม่มีผลต่อระดับของภาวะซึมเศร้าในเด็กโรงเรียนมัธยม 8,000 คน

4. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว (family psychirtric history and family functioning) มีหลายการศึกษาที่พบว่า เด็กที่มาจากครอบครัวที่บิดามารดามีความผิดปกติทางด้านจิตเวช จะมีโอกาสในการเกิดความผิดปกติทางด้านจิตเวชมากกว่าในเด็กที่มีบิดามารดาปกติ Weissman และคณะ (1984) พบว่า จะมีการเพิ่มของอัตราเสี่ยงของความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าในเด็ก ที่มีบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ ในครอบครัวที่มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ (functioning) จะเป็นสาเหตุของปัญหาทางจิตเวชเด็ก (Rutter, 1983) โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น การศึกษาของ Elrdewegh และคณะ (1982) พบว่าความเศร้า (sadness) การร้องไห้ การหงุดหงิด จะพบได้ 70% ของเด็กที่บิดามารดาตายจาก (ในเด็กอายุ 2-17 ปี อายุเฉลี่ย 11 ปี) ใน 1 เดือน และลดลงเหลือ 43% เมื่อ 13 เดือนผ่านไป ซึ่งไม่แตกต่างกันจากกลุ่มที่บิดามารดาไม่ได้ตายจาก แต่จะพบการนอนลำบาก พฤติกรรมแยกตัว ความโกรธ ความอยากอาหารน้อยลงได้บ่อยในเด็กที่บิดามารดาตายจาก Block และคณะ (1986) พบว่าเด็กที่มาจากผู้ปกครองหย่าร้าง จะมีรูปแบบของพฤติกรรมเบี่ยงเบนตั้งแต่มีก่อนที่บิดามารดาจะหย่าร้างกัน

5. ชนิดของบุคลิกภาพต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความผิดปกติของบุคลิกภาพ ได้รับความสนใจเป็นอันมาก Friedman และคณะ (1983) รายงานจากการศึกษาประวัติผู้ป่วยย้อนหลังพบว่า มีอัตราส่วนของวัยรุ่นที่มีความผิดปกติของภาวะซึมเศร้าจะมี borderline personality disorder ด้วย การเกิดร่วมกันของ borderline personality disorder กับความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า จะเป็นสิ่งที่อันตรายมาก เช่น



ผู้ป่วยจะมักมีการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง แต่ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง borderline personality disorder กับความผิดปกติของภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Robbin และคณะ (1983) พบว่ามีบุคลิกภาพแปรปรวนหลายชนิดที่พบได้ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า โดยได้ศึกษาในวัยรุ่นกลุ่มเล็กที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการ endogenous major depression

### ภาวะซึมเศร้าในเด็กป่วยเรื้อรัง

เด็กที่ป่วยเรื้อรังจะมีสภาพเสื่อมลงตามเวลาที่ผ่านมา ภาวะซึมเศร้าก็จะเกิดขึ้น และเป็นการยากที่เด็กป่วยเรื้อรังจะปรับตัวตามขึ้นความเจริญของพัฒนาการ ซึ่งยากอยู่แล้วในเด็กปกติ นอกจากนั้นแล้ว การเจ็บป่วยเรื้อรังยังเป็นอุปสรรคในการสร้างภาพพจน์แห่งตน (Self-image) และความภาคภูมิใจในตัวเอง (Self-esteem) (Battle, 1975)

เมื่อเด็กมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น นอกจากจะมีผลกระทบกระเทือนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว จะมีผลกระทบกระเทือนต่อสภาวะทางด้านจิตใจ ดังที่กล่าวมาแล้วในเรื่องของโรคหืด แต่ปฏิกิริยาทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นนั้นจะมาน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการคือ (สุวรรณ สุภารัตน์ภิญโญ, 2533)

1. ระดับอายุและพัฒนาการทางด้านความรู้สึกนึกคิดของเด็ก ตามทฤษฎีพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาของเพียร์เจย์ (Piaget) กล่าวว่า เด็กก่อนวัยเรียน (3-6 ปี) มักมีแนวความคิดถึงสาเหตุการเจ็บป่วยว่ามีสาเหตุเนื่องมาจากตนเองแทบทั้งสิ้น นอกจากนี้เด็กจะคิดเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยที่ตนเองแทบทั้งสิ้น นอกจากนี้ เด็กจะคิดเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยที่ตนเองเคยมีประสบการณ์มาในอดีต ทำให้เกิดความกลัว ต่อต้านไม่ร่วมมือในการรักษา ส่วนเด็กวัยเรียน เริ่มมีความเข้าใจและมีความคิดด้านเหตุผลมากขึ้น ส่วนใหญ่เข้าใจว่าการรักษาจะช่วยให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วย การร่วมมือในการรักษาจะมากกว่าในวัยก่อนเรียน

2. อิทธิพลของความเชื่อต่าง ๆ ต่อการเจ็บป่วย

### 3. ลักษณะเฉพาะของเด็กแต่ละคน ได้แก่

- 3.1 ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็กแต่ละคนแตกต่างกัน
- 3.2 สถิติปัญญาและความสามารถ
- 3.3 ความสมบูรณ์ของร่างกาย
- 3.4 ระดับพัฒนาการของเด็กป่วย

4. ลักษณะการเลี้ยงดูเด็กก่อนการเจ็บป่วย เจตนาดีและการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่เด็กได้รับมาแต่เดิมหรือเกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย ย่อมมีอิทธิพลต่อการปรับตัวขณะเจ็บป่วยทั้งนั้น ท่าทีและลักษณะการเลี้ยงดูที่ก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวคือท่าทีที่รักและตามใจมากเกินไป ปกป้องและทะนุถนอมเกินไป วิตกกังวลเกินไป เหตุ และแสดงความไม่ต้องการเด็ก

5. ประสบการณ์ของเด็กต่อการเจ็บป่วยในอดีต เช่น บรรยากาศของความเจ็บป่วยในครอบครัว การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว ประสบการณ์ต่อการเจ็บป่วยของเด็กเองในครั้งก่อน ๆ

6. ลักษณะของการเลี้ยงดูเด็กหลังจากการเจ็บป่วย ที่มีลักษณะผิดไปจากเดิม พ่อแม่ที่มีความกังวลต่อความเจ็บป่วยของลูกมาก ย่อมทำให้ทัศนคติและท่าทีในการเลี้ยงดูเปลี่ยนไปจากเดิม

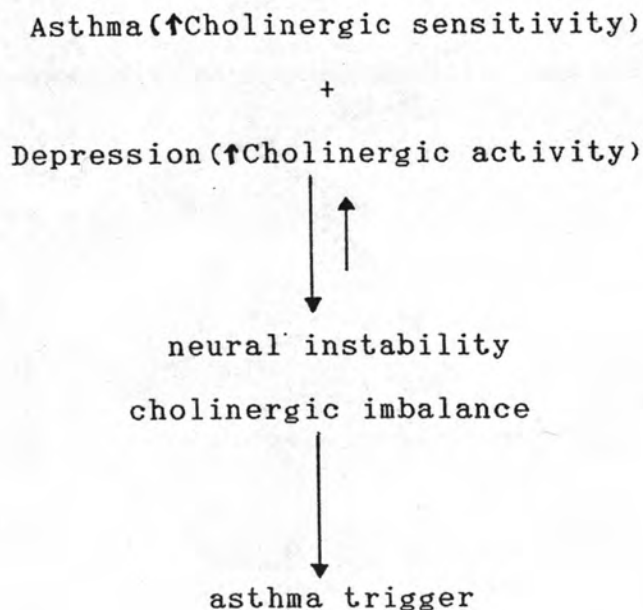
7. ปัญหาภายในครอบครัว ครอบครัวที่พ่อแม่รักใคร่กันดีมีความสุขลูกก็เป็นสุขและมีสุขภาพจิตดีด้วย สามารถปรับตัวต่อความเครียดหรือความเจ็บป่วยได้ดี เพราะลูกต้องพึ่งพ่อแม่ถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่ลูกดี ลูกก็มีความสุข มีความมั่นคงทางใจ เจ็บป่วยอย่างไรก็ยังมีที่พึ่งอบอุ่นใจ มั่นใจว่าพ่อแม่ต้องช่วยแน่ จึงไม่สะทกสะท้าน มีอาการสงบอดทนและร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

8. ชนิด ความรุนแรง ระยะเวลาและวิธีการรักษาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยสำคัญมาก เพราะเด็กที่เจ็บป่วยเล็กน้อยระยะสั้น ๆ มักจะมีปฏิกิริยาน้อยกว่าเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทางกาย หรือต้องเข้าโรงพยาบาล หรือต้องผ่าตัด หรือมีความเจ็บป่วยอย่างรุนแรงมากอยู่ในระยะใกล้ตาย หรือวิธีการยุ่งยาก เจ็บปวด ต้องใช้เครื่องมือในการตรวจพิเศษหลายอย่าง ย่อมทำให้เด็กกลัวและกังวลใจได้มาก

### ภาวะซึมเศร้ากับโรคหืด (Depression and Asthma)

เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่า โรคหืด เป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติของ Cholinergic จะทำให้เกิดผลต่อระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการของโรคหืดขึ้น (ทฤษฎีการเกิดโรคหืดที่ 2) เพราะฉะนั้นในการศึกษาโรคหืด จึงใช้ยาเพื่อที่จะไปเพิ่มการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เมื่อเกิดความสมดุลของ Chlorinergic และ Adrenergic ก็จะทำให้ลดอาการของโรคหืดลง

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของ Cholinergic ดังนั้น ผู้ป่วยโรคหืดที่มีอารมณ์เศร้าย่อมทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุลของสาร Cholinergic ทำให้เกิดอาการของโรคหืด ต่อไปเรื่อยๆ ดังรูป



(Bruce D. Miller : 1987)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยใดก็ตามที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นั้น ยิ่งมากเท่าใด ทำให้เกิดอาการหอบหืดมากขึ้นเท่านั้น และความรุนแรงของโรคมักเท่าใด ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของ นีมส์ (Nelms, 1989) ได้ทำการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมทางอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคหืด และผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวาน เปรียบเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมทางอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งมีระดับสูงกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาของ วินนี่ (Viney LL, 1985) ได้ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบของปฏิกริยาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่า การแสดงออกของผู้ป่วยเด็กโรคหืด คือ การแสดงออกของอารมณ์โกรธและหมดอาลัยในชีวิต ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศ แต่มีความแตกต่างในเรื่องของอายุ พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคหืด มีอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน และลักษณะที่แสดงออกมาในรูปของอารมณ์โกรธ (ทางอ้อม)

จากการศึกษาของไซเจลและคณะ (Seigel W.M. et. al., 1990) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยรุ่น ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหืด โรคเบาหวาน โรคผื่นภูมิแพ้ โดยเปรียบเทียบกับวัยรุ่นปกติในวัยเดียวกัน พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยรุ่น มีคะแนนของ Depression สูงมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการดำเนินชีวิต

จากการศึกษาของ เบล (Bell, 1991) ได้ทำการศึกษาภาวะ

ซิมเศร่าในโรคภูมิแพ้ โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์ของโรคภูมิแพ้แต่ละชนิดกับภาวะซิมเศร่า ซึ่งทำการศึกษาในเด็กนักเรียน จำนวน 379 คน พบว่า ร้อยละ 71 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซิมเศร่า เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคภูมิแพ้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหืด มีความชุกของการเกิดภาวะซิมเศร่าสูงกว่าโรคภูมิแพ้อื่น ๆ ลักษณะเฉพาะตัวนำไปสู่ภาวะซิมเศร่า พบในคนที่เป็นโรคภูมิแพ้มากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคภูมิแพ้ และผู้ป่วยโรคภูมิแพ้จะมีอารมณ์แย่งลงหลังจากเจ็บป่วยมากกว่าคนปกติ

จากการศึกษาของ นงพงา ลิมสุวรรณ และโกวิท นพพร : 1984 ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคอารมณ์เศร่าในเด็ก โดยทำการศึกษาคนไข้เด็กที่มารับการตรวจรักษาที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 100 ราย พบว่ามี 27 ราย มีอารมณ์เศร่าแต่ไม่ถึงขั้นเป็นโรคอารมณ์เศร่า ซึ่งพบว่า อยู่ในช่วงอายุ 4-14 ปี คิดเป็น 74% ของคนไข้ (20 คน) มีสาเหตุที่ทำให้เกิดจากการมีประวัติถูกละทิ้ง การจากคิดเป็น 22% ของคนไข้ (6 คน) ได้รับความสนใจลดลง คิดเป็น 18% ของคนไข้ (5 คน) และจากการเข้าโรงพยาบาล 11% ของคนไข้ (3 คน)

จากการศึกษาของ วันเพ็ญ บุญประกอบ และ ศศิธร ไพทีกุล : 1974 ได้ทำการศึกษาสภาพจิตใจ เจตคติของบิดามารดาในผู้ป่วยเด็กโรคหืด 70 ราย พบ ผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีปัญหาทางอารมณ์ขึ้นอยู่กับโครงสร้างบุคลิก ซึ่งพบว่าเด็กในกลุ่มนี้เป็นคนเจ้าอารมณ์ โมหะเก่ง ฉุนเฉียวง่าย เด็กที่มีอาการหอบมากก็จะแสดงความทุกข์ในใจให้เห็น เช่น ความโกรธ ความเศร่า ความกังวล ก้าวร้าว ซึ่งสามารถทำให้หอบได้ เจตคติของบิดามารดา พบว่า เจตคติของบิดามารดาต่อเด็กที่ผิดไปจากแนวปกติจะทำให้กระทบกระเทือนต่อการสร้างบุคลิกของเด็ก ในเรื่องของอาการเศร่าพบว่า ในเด็กที่บิดามารดาไม่ต้องการโดยแสดงเปิดเผยว่าไม่ชอบเด็ก และตั้งข้อหาว่าเด็กเป็นคนทำให้ครอบครัวลำบาก หรือการแสดงปฏิเสธแบบไม่เปิดเผยก็ตาม ซึ่งพบได้ถึง 7% ในการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาของนงคราญ จินศิริ ซึ่งทำการศึกษาสภาวะทางจิตสังคม  
ในเด็กป่วยเรื้อรัง โดยทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคทาลัสซีเมีย โรคกลุ่มอาการ  
เนฟโรติก โรคไขรูมาติก ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกกุมารเวชศาสตร์  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ในเด็กป่วยช่วงอายุ 3-6 ปี พบอารมณ์เศร้า  
ร้อยละ 52.77 และในช่วงอายุ 7-10 ปี พบอารมณ์เศร้าร้อยละ 74.04 ซึ่งใน  
การศึกษาดังนี้ ใช้แบบวัดการแสดงออกของพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น  
เอง นำไปสอบถามบิดามารดา หรือผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง