# บทที่ 2

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลกระทบทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรัง นอกจากนี้ยังศึกษาถึงความแตกต่างในด้านผลกระทบทางจิตใจและสังคม ตามตัวแปรต่าง ๆ คือ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับการมองเห็น ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดและกำหนดหัวข้อที่ศึกษาตามลำดับ คือ โรคต้อหินชนิดเรื้อรัง โรคต้อหินกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม โรคต้อหินกับความพิการทางสายตา ผลกระทบทางจิตใจและสังคม

### โรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

ต้อหิน คือ กลุ่มของโรคตาที่มีความผิดปกติในแง่ความดันภายในลูกตาสูงกว่าขั้วประสาทตาและจอประสาทตา (Optic Nerve Head and Retina) จนทำให้เลือดไม่สามารถไปหล่อเลี้ยงตามปกติได้ ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อจอประสาทตาเป็นผลให้เกิดความสูญเสียประสิทธิภาพของลานสายตา (Visual field) และสมรรถภาพการมองเห็นในที่สุด (อัทยา อยู่สวัสดิ์, 2530) ซึ่งความดันลูกตาเกิดจากการไหลเวียนของน้ำเลี้ยงตา (Aqueous humor) ซึ่งถูกสร้างออกจาก Ciliary epithelium เข้ามาในช่องหลังลูกตา (Posterior chamber) ไหลผ่านรูม่านตา เข้าสู่ช่องหน้าลูกตา (Anterior chamber) และไหลออกจากลูกตาโดยผ่าน Trabecular mesh work และ Schlemm's canal เข้าสู่ระบบเลือดดำ

ในตาคนปกติความดันลูกตาจะมีค่าประมาณ 12 ถึง 20 มิลลิเมตรปรอท ถ้าสูงเกินกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าผิดปกติ (ยศอนันต์ ยศไพบูลย์, 2529) ในคนที่เป็นต้อหินนั้นความดันลูกตาจะสูงกว่าปกติ ซึ่งส่วนใหญ่จะสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท มีมุมของหน้าลูกตาปกติ (Normal Open Anterior Chamber Angle) หรืออาจจะปิดเพียงบางส่วน และไม่มีความผิดปกติของสายตาหรือส่วนอื่นในร่างกายที่เป็นต้นเหตุของการเพิ่มความดันลูกตา ประการสุดท้ายที่สำคัญคือ จะต้องพบความผิดปกติของลานสายตา ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของต้อหินชนิดนี้ (Typical Glaucomatous Visual Field Defect) เช่น ลานสายตาผิดปกติ เป็นรูปโค้งครึ่งวงกลม (Arc - like) เรียกว่า Arcuate defects (สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต,

2530)

ต้อหินมีหลายชนิด หลายรูปแบบ ถ้าแบ่งตามระยะเวลาของการดำเนินโรคจะแบ่งได้ 2 ชนิด คือ ต้อหินเฉียบพลัน (Acute Glaucoma) และต้อหินชนิดเรื้อรัง (Chronic glaucoma) ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะต้อหินชนิดเรื้อรังเท่านั้น

ต้อหินชนิดเรื้อรังตรงกับศัพท์ทางแพทย์ว่า Primary Open Angle Glaucoma ต้อหินชนิดนี้ส่วนใหญ่เกิดกับคนอายุกลางคนไปแล้ว โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ บุคคลที่อายุเลยสี่สิบขึ้นไปมีโอกาสจะเป็นต้อหินแบบนี้ง่ายกว่าอายุน้อยลงมา จากการศึกษาของ สุนีย์ ธีรการุณวงศ์ ซึ่งได้รวบรวมรายงานจากโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค 35 แห่งในระหว่างเดือนเมษายน 2524 ถึงเดือนมิถุนายน2525 พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดโรคต้อหิน 801 ราย มีอายุเกิน 40 ปีขึ้นไป (สุนีย์ ธีรการุณวงศ์, 2529)ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น ในปี 1980 Armaly และคณะ (Armaly et al, 1980) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะมีอุบัติการณ์ของการเป็นโรคต้อหินสูงกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีถึง 7 เท่า ต่อมา Seddon และคณะ (Seddon et al, 1983) ได้ศึกษา Retrospective Case - control study ของผู้ป่วยที่มีความดันลูกตาสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท ที่ศูนย์การแพทย์ นิวอิงแลนด์ เมือง บอสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ที่ศึกษา มีอายุมากกว่า 49 ปีขึ้นไป กรรมพันธุ์ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคนี้ พวกที่มีประวัติทางครอบครัวเช่น บิดา มารดา เป็น จะมีโอกาสที่จะเป็นต้อหินแบบนี้ตามมากขึ้นกว่าธรรมดา และพบว่า การมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นต้อหินจะมีโอกาสเสี่ยงเป็น 5 ถึง 9 เท่าของคนปกติ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Rosenthal และ Perkins (Rosenthal & Perkins, 1985) ที่รายงานว่า ผู้ที่มีประวัติการเป็นต้อหินในครอบครัวจะมีอัตราการเสี่ยงต่อการเป็นโรคต้อหินและเสี่ยงต่อการมีความดันลูกตา สูงผิดปกติด้วย อัตราการเสี่ยงต่อการมีความดันลูกตาสูงของบุคคลที่มีประวัติในครอบครัวเป็นต้อหินจะสูงเป็น 4 เท่าของประชากรทั่วไป จากการศึกษาระยะยาว พบว่าการมีบุคคลในครอบครัวเป็นต้อหิน จะทำให้ผู้ป่วยเป็นต้อหิน ได้ถึงร้อยละ 9 ซึ่งมากกว่าเป็น 10 เท่าของอัตราความชุกของโรคปกติ หรือเป็น 3 เท่าของอุบัติการณ์ของโรคที่ Perkins เคยค้นพบ ซึ่งเขาได้ทำการศึกษาต่อเนื่องกันนานถึง 7 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee และคณะ (Lee et al, 1985) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคต้อหิน 2 ตระกูล พบว่ามีการถ่ายทอดโรคต้อหินทางกรรมพันธุ์ โดยตระกูลแรก มีผู้สืบทอดตระกูลต่อมาถึง 7 รุ่น ที่เริ่มเป็นต้อหินตั้งแต่อายุยังน้อย ส่วนอีกวงศ์ตระกูลหนึ่งพบว่า มีบุคคลในครอบครัวเป็นต้อหินชนิดต่าง ๆ กันถึง 3

ชนิด นอกจากนี้ต้อหินชนิดนี้เป็นได้ในหญิงพอ ๆ กับชาย ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Leske และ Rosenthal (Leske & Posenthal, 1979) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเป็นต้อหิน

ต้อหินชนิดเรื้อรังในระยะแรกจะไม่มีอาการอะไรเลย ผู้ป่วยมักจะไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคนี้ บางคนอาจรู้สึกมึนศีรษะได้เล็ก ๆ น้อย ๆ อาจรู้สึกอ่านหนังสือเพลียและตาพร่าเร็วกว่าธรรมดา น้อยรายที่จะมาด้วยอาการปวดตา ส่วนใหญ่จะมีอาการแสดงของโรคก็ต่อเมื่อการดำเนินของโรคเป็นไปมากแล้ว จะสูญเสียลานสายตาโดยรอบก่อน และพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นทั้งสองตา (สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต, 2532) ส่วนใหญ่ที่แพทย์ตรวจพบต้อหินแบบนี้ เป็นการพบโดยบังเอิญ เมื่อคนไข้มาพบแพทย์ด้วยอาการอื่นเป็นต้นว่าระคายเคืองตา เป็นตาแดง ซึ่งไม่เกี่ยวกับโรคนี้เนื่องจากโรคนี้ไม่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว ส่วนน้อยพบเมื่อมีการตรวจตาประจำปี เพราะคนไทยไม่ใคร่นิยมการตรวจร่างกายประจำปี การที่ไม่มีอาการเจ็บปวด ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางสายตา แต่มีการเปลี่ยนแปลงทางลานสายตา คนช่างสังเกตจริง ๆ เท่านั้นจึงจะนึกสงสัยว่าตนเองมีอะไรผิดปกติ ธรรมดาเมื่อคนเรามองตรงไปข้างหน้าโดยลืมตาทั้งสองข้าง นอกจากจะเห็นวัตถุสิ่งของที่อยู่ตรงหน้าเราแล้ว ในขณะเดียวกันเราจะเห็นส่วนข้าง ๆ พอประมาณ ทั้งหมดนี้ประกอบกันเรียกว่า ลานสายตา คนที่เป็นต้อหินแบบนี้ลานสายตาจะค่อย ๆ แคบทีละน้อย ๆ แต่มักจะไม่รู้สึกตัว แม้เมื่อแคบมากขนาดเดินชนโน่นชนนี่แล้วบางคนยังไม่รู้สึกตัว ไปรู้ตัวเอาเมื่อมองตรงไปข้างหน้าเกือบไม่เห็น จะเห็นได้ว่าต้อหินแบบนี้ ไม่ทำให้เกิดอาการที่สังเกตเห็นได้จนกว่าระยะสุดท้ายที่ตามัว และอาจมีอาการปวด ซึ่งเมื่อถึงตอนนั้นประสาทตาก็เสียจนเกินแก้แล้ว

ในด้านการรักษาจุดประสงค์ของการรักษาก็เพื่อจะป้องกันมิให้ประสาทตาเสียต่อไปโดยการลดความดันลงมา ประสาทสายตาส่วนที่เสียไปแล้วไม่มีทางจะให้กลับคืนได้ ดังนั้นถ้าคนไข้มาหาแพทย์แต่เริ่มแรก เมื่อมีลานสายตายังปกติอยู่ ก็จะสามารถรักษาให้ลานสายตาอยู่คงเดิมได้ ถ้ามาเมื่อลานสายตาเสียไปแล้วครึ่งหนึ่ง แม้รักษาแล้วก็จะยังมีลานสายตาแคบครึ่งหนึ่งอยู่นั่นเอง ถ้ามาเมื่อลานสายตาแคบมากขนาดมองเห็นเฉพาะตรงหน้า เหมือนคนที่อยู่ในอุโมงค์แล้วมองผ่านปากอุโมงค์แคบ ๆ ออกมา ก็เห็นภายนอกเฉพาะเท่ากับปากอุโมงค์ ถ้าแบบนี้แม้จะรักษาลานสายตาก็จะแคบเท่านี้ ไม่มีทางจะทำให้กลับเห็นได้อีก ถ้าหากมาพบแพทย์เมื่อลานสายตาเสียหมดแล้ว คือแม้เมื่อมองตรงไปข้างหน้าก็ไม่เห็นแล้ว แพทย์ก็ไม่สามารถช่วยอะไรได้เลย

019667

โรคต้อหินกับกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

คำกล่าวที่ว่า "ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ" นั้น ได้รับการยอมรับว่าเป็นคำกล่าวที่เป็นความจริง และเป็นที่ปรารถนาของทุกคน เนื่องจากบุคคลที่เกิดมามักจะหนีไม่พ้นความเจ็บป่วยจะแตกต่างกันไปก็คือเป็นมากหรือน้อย และเมื่อเกิดกับบุคคลใดแล้วก็จะส่งผลกระทบกระเทือนต่อบุคคลนั้นไม่มากก็น้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจและสังคมของผู้ป่วย ในด้านผลต่อสังคมได้แก่การสูญเสียเวลาและทรัพย์สินในการที่ต้องเป็นภาระดูแลช่วยเหลือและสงเคราะห์ ในด้านผลกระทบต่อผู้ป่วยก็เช่นเดียวกัน คือนอกจากจะสูญเสียทรัพย์สินและเวลาในการรักษาตัวแล้ว ผู้ป่วยยังประสบกับปัญหาจากโรคเรื้อรังที่เป็น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความทรมานจากอาการของโรค เป็นเวลานาน ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม ขาดกำลัง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง จนถึงทำงานไม่ได้ ทำให้มีผลกระทบถึงภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวด้วย นอกจากผู้ป่วย จะทรมานทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัว ยังอาจได้รับความเดือดร้อน จากปัญหาทางด้านจิตใจ ดังนั้นการเพ่งเล็งความสำคัญของปัญหาโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง จึงต้องพิจารณาทั้งด้านความเรื้อรัง และความพิการที่จะมีผลกระทบถึงปัญหาทางจิตใจและสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวด้วย โรคต้อหินจัดเป็นโรคเรื้อรังประเภทหนึ่ง ที่มีพยาธิสภาพที่ไม่อาจกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ ความสามารถในการมองเห็นลดลง และการรักษาเป็นเวลานานก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งเพ็ญศรี สำราญเวทย์ (2533) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคต้อหิน โดยศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง กับกลุ่มโรคตาชนิดอื่น ๆ กลุ่มละ 100 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจตา คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล ส่วนหนึ่งเป็นการศึกษาในเรื่องความเครียด ซึ่งพบว่ากลุ่มที่เป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดสูงกว่าโรคตาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$)

จะเห็นได้ว่าความเจ็บป่วยทางร่างกายโดยเฉพาะความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเครียดที่คุกคามคนทุกคน เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้มีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น พร้อมกันนั้นผลที่เกิดตามมาคือความเสื่อมของสุขภาพทางกาย ใจ มีความรู้สึกว่าร่างกายที่เคยเป็นเพื่อนกลับกลายคล้ายเป็นศัตรูที่คอยทำร้ายอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความกลัว ความไม่แน่ใจว่าตนเองจะเป็นอย่างไรต่อไป สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง กังวลที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระต่อผู้อื่น ทำให้ครอบครัวทรุดต่ำลงทั้งด้านจิตใจและการเงิน ทำให้มีปมด้อย ความภูมิใจ และความมั่นใจ

ในตนเองน้อยลง มีความทุกข์ทางใจที่ต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่รู้ว่าอนาคตจะเป็นอย่างไร โรคต้อหินชนิดเรื้อรังจัดว่าเป็นความเจ็บป่วยทางร่างกายที่ทำให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วยได้มาก เพราะในโรคต้อหินชนิดเรื้อรังนั้นมีการทำลายเนื้อเยื่อ จอประสาทตา เป็นผลให้เกิดความสูญเสียประสิทธิภาพของลานสายตาและสมรรถภาพการมองเห็นในที่สุด (อัทยา อยู่สวัสดิ์, 2530) โรคต้อหินจึงนับได้ว่าเป็นโรคกายประเภทเรื้อรังที่มีผลกระทบทางด้านจิตใจไม่น้อยเลย

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อผู้ป่วย

สเตราส์ (Strauss, 1975) ได้กล่าวถึงปัญหาที่พบเสมอในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่

1. การป้องกันและการเผชิญกับภาวะวิกฤติของโรค
2. การควบคุมอาหาร
3. การปฏิบัติตามแผนการรักษา
4. การพยายามป้องกันการแยกตัวจากสังคม หรือเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับการแยกตัวจากสังคม ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง
5. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในระยะต่าง ๆ ของโรค ทั้งในระยะสงบและกำเริบ
6. การพยายามที่จะมีชีวิตอย่างปกติ ทั้งในวิถีการดำเนินชีวิตและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
7. การต้องเตรียมงบประมาณ หาเงินให้เพียงพอกับค่ารักษาหรือเพื่อความอยู่รอดในขณะที่ไม่มีงานทำ หรือทำงานได้เพียงครึ่งเวลาเท่านั้น

ในผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังนั้นต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติของโรคนับตั้งแต่รู้ว่าป่วยเป็นโรคต้อหิน ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความพิการทางสายตา ผู้ป่วยต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพของโรคที่เป็นอยู่ ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเตรียมค่าใช้จ่ายที่จะต้องเพิ่มขึ้นจากการรักษา ในผู้ป่วยบางรายที่เริ่มมีความพิการทางสายตาอาจประสบปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคมจะเห็นได้ว่า ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของผู้ป่วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อชีวิตผู้ป่วยนี้จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทุก ๆ ด้านทั้งร่างกายจิตใจ และสังคม ดังนี้คือ

1. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จนถึงการเสียอวัยวะนั้น ๆ ไปเลย ทำให้เสียภาพลักษณ์ เสียบุคลิกภาพที่ดี และอาจต้องทนทุกข์กับความเจ็บป่วยและอาการของโรค จากการศึกษาผลของความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยชายและหญิงไม่สามารถกระทำกิจกรรมที่ดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่น นั่นคือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจัดเป็นกิจกรรมที่ดูแลตนเองได้นั่นเอง (Hanson, 1982) เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถหายใจได้อย่างเต็มที่ มีความอ่อนเพลียของร่างกาย จึงไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโอกาสเกิดความพิการของอวัยวะภายนอก เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคเบาหวานที่ต้องถูกตัดแขน หรือขา เป็นต้น นอกจากนี้โรคไตวายเรื้อรังที่มีอาการบวม และซีด รูปร่างทรวงอกที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก็ทำให้ผู้ป่วยเสียภาพลักษณ์และบุคลิกภาพที่ดีในผู้ป่วยด้อหินชนิดเรื้อรังนั้น จะเริ่มจากการมีความพิการทางสายตาที่ละน้อย จนถึงตาบอดในที่สุด ทำให้เสียภาพลักษณ์ และบุคลิกที่ดี บางครั้งมีความทุกข์ทรมานจากการปวดตาอีกด้วย

2. ด้านจิตใจ จากการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย พยายามแยกตัว ขาดความมั่นใจตนเอง สูญเสียเสถียรภาพทางจิต คุณค่าในตนเองลดลง เสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง เพราะต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการตีจากของบุคคลรอบข้างหรือคนที่เป็นที่รัก หรือสูญเสียสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย กลัวเสียความรักจากคนรอบตัว และหมดหวังในที่สุด อารมณ์และความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะแสดงออกมาก็คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เสียใจ เคียดแค้น และความรู้สึกสูญเสีย

3. ด้านอาชีพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ต้องการการพักฟื้นหรือฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน ย่อมส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานที่ผู้ป่วยกระทำอยู่ ผู้ป่วยบางคนต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนงานอาชีพให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย จากการศึกษาผลกระทบของโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ในผู้ป่วย 245 คน พบว่า ร้อยละ 59 ไม่สามารถทำงานได้ เมื่อโรคเป็นมากขึ้น และร้อยละ 14 ทำงานได้น้อยลงคือ น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Meenan et al, 1981) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมักเกิดในช่วงอายุ 40 ถึง 50 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ยังมีบุตรอยู่ในวัยการศึกษา ทำให้ครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินมาก ถ้าผู้ป่วยต้องขาดงานบ่อย ๆ หรือเกษียณก่อนเวลา ก็จะส่งผลต่อรายได้ของครอบครัวอย่างมาก และโรคทั้ง 2 นี้พบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง

อย่างมาก จากศึกษาการกลับเข้าทำงานในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 65 คน พบว่า 57 คน สามารถกลับเข้าทำงานได้ในเวลาที่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 58 กลับเข้าทำงานภายใน 13 สัปดาห์ ร้อยละ 83 กลับเข้าทำงานภายใน 27 สัปดาห์ และร้อยละ 88 กลับเข้าทำงานภายใน 1 ปี และใน 57 คนนี้ ร้อยละ 68 สามารถกลับเข้าทำงานเดิมที่เคยทำอยู่ก่อน ส่วนที่เหลือต้องเปลี่ยนลักษณะของงาน (Wincott, 1996) ในผู้ป่วยต้อหินนั้นผู้ป่วยที่เริ่มมีความพิการทางสายตาอาจประสบปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ อาจต้องเปลี่ยนงานให้เหมาะสมกับสายตาหรืออาจต้องออกจากงาน ซึ่งจะส่งผลต่อรายได้ของครอบครัวอย่างมาก และจะมีผลต่อการติดตามการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องขาดการรักษา ทำให้ตาบอดในที่สุด

4. <u>ด้านสังคม</u> ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียภาพลักษณ์และฐานะการเงินลดลง จะลดบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยอาจไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตำแหน่งในครอบครัวในฐานะสามีหรือภรรยา พ่อหรือแม่ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ เนื่องจากอัตมโนทัศน์ถูกรบกวน มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป สังคมจะไม่ยอมรับ และเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น จากการศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับไตเทียม 102 คน พบว่าผู้ป่วยมีความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจและกิจกรรมในครอบครัวและสังคมลดลงอย่างมาก และผู้ป่วยต้องทนทุกข์กับการสูญเสียนี้ทำให้เกิดความคับข้องใจ (De-nour, 1982) ในผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรัง จากการสูญเสียภาพลักษณ์และข้อจำกัดในการสูญเสียสมรรถภาพในการมองเห็น อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้ และแยกตัวจากสังคมมากขึ้น

<u>ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีต่อครอบครัวและสังคม</u>

เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมากมายเช่นนี้ย่อมจะต้องส่งผลกระทบถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นในทางสังคมสามารถแบ่งเป็น 2 ประการ คือ (ณัฐไชย ตันติสุข, 2528)

1. <u>ผลกระทบที่มีต่อครอบครัว</u> เมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1.1 ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา อาหารพิเศษ เครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น ต้องแยกห้องเพื่อป้องกันโรค หรือเพิ่มสิ่งแวดล้อมเฉพาะโรค เป็นต้น หากผู้ป่วยเป็นผู้เลี้ยงครอบครัว ต้องหยุดพักรักษาตัว จะทำให้ขาดรายได้ และผู้ป่วยจะถูกมองว่าเป็นภาระ นำความยุ่งยากมาสู่ครอบครัว

1.2 มีการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น ต้องแยกห้อง หรือเครื่องใช้บางอย่าง เป็นต้น

1.3 มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ บทบาท และหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวดำเนินต่อไป เช่น ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยลง ต้องหยุดพักรักษาตัว ทำให้ครอบครัวมีปัญหา แม่บ้านอาจจำเป็นต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนสภาพและบทบาทในครอบครัว

1.4 เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้นได้ ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยที่เกิดปัญหาด้านอารมณ์ขึ้น แต่สมาชิกในครอบครัวก็อาจมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดบ่อย ทำอะไรไม่ถูกต้องไม่ถูกใจ มีความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวถูกกระทบ ฉะนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงสวัสดิการในครอบครัวเพื่อผ่อนคลายให้สมาชิกในครอบครัวถูกกระทบกระเทือนน้อยที่สุด

2. ผลกระทบที่มีต่อชุมชนและสังคม

2.1 ต้องมีงบประมาณค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ โดยรัฐจัดบริการแพทย์และสาธารณสุข ประชาชนอาจต้องเสียภาษีเพิ่มขึ้น เพื่อจัดสร้างสถานบริการตามความเหมาะสม

2.2 ความเจ็บป่วยหรือพิการทำให้บุคคลไม่อาจทำหน้าที่ทางสังคมตามปกติได้ เป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้จึงต้องมีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรักษาโรคและความพิการ

2.3 ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากเดือดร้อนแก่ครอบครัว ครอบครัวไม่มีความสุข ตามปกติ ทำให้ชุมชนไม่มีความสุขและขาดความมั่นคงไปด้วย ความสุขและความมั่นคงของครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั่นเอง ชุมชนหรือสังคมจึงต้องหาทางให้ความเจ็บป่วยหมดสิ้นไปหรือลดน้อยลงโดยเร็ว

ผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิตใจ

เมื่อเกิดโรคเรื้อรังขึ้นแล้ว ไม่เพียงแต่จะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายเท่านั้น แต่จะมีผลกระทบกระเทือนต่อทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยด้วย ปัญหาทางด้านอารมณ์จิตใจของผู้ป่วย อาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้ (Michalel G. Wohl, 1959)

ความกลัวตาย ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลสูงและกลัวตายจากภาวะของโรค ความกลัวตายนี้จะมีผลกระทบกระเทือนไปถึงบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วย รวมทั้งการทำงานด้วย ผู้ป่วยจึงควรจะได้รับคำอธิบายให้ทราบว่าโรคเรื้อรังส่วนมากมิได้มีอันตรายร้ายแรงจนถึงแก่ชีวิตในระยะเวลาอันสั้น หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขพอสมควร

ความกลัวความพิการไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังมักจะกลัวว่าจะกลายเป็นคนพิการไร้สมรรถภาพ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดีที่สุด จะช่วยให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

ความกลัวความเจ็บปวด ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดแตกต่างกัน ความเจ็บปวดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ในโรคบางโรคที่ทราบถึงระยะการดำเนินของโรคอย่างแน่ชัด แพทย์ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะเวลาที่อาจเกิดความเจ็บปวดและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยในการที่จะให้ความช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยทันทีที่มีอาการเจ็บปวด

ความกลัวการแพร่เชื้อโรค ผู้ป่วยอาจกลัวว่า จะเป็นผู้แพร่เชื้อโรคให้กับเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว แพทย์หรือพยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนว่า โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้น สามารถติดต่อได้ทางใดบ้าง สามารถจะถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่ ควรมีบุตรหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

ความกลัวความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะมีอาการเลวลง แพทย์ผู้ให้การรักษาควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในขณะนั้น อยู่ในระยะใดของการดำเนินของโรค หรือมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง และควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับอาการของโรค

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยอาจกลัวว่าจะต้องออกจากงานหรือไม่สามารถทำงานได้เท่าเดิม หรืออาจมีหนี้สินจากภาวะความเจ็บป่วย

ภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยและไร้สมรรถภาพ

บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น นอกจากจะมีผลกระทบกระเทือนต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว จะมีผลกระทบกระเทือนต่อภาวะทางด้านจิตใจ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

อัตมโนภาพ (Body image) เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ที่ได้รับอิทธิพลมาจากความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่นด้วย บุคคลเมื่อมีความเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดขึ้นมักจะมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น ความรู้สึก เช่นนี้บางส่วน อาจเป็นผลจากอิทธิพลของการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ พบว่าพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลจะแสดงความรังเกียจและไม่พอใจที่จะต้องทำความสะอาดให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการดูถูกเหยียดหยาม นอกจากนี้ปฏิกริยาของสมาชิกในครอบครัวและอิทธิพลของสังคมก็จะมีผลต่ออัตมโนภาพของผู้ป่วยเช่นกัน (Beverly J. Leonard, 1972)

ความละอาย (Shame) เป็นความรู้สึกทางด้านลบที่เกิดขึ้นขณะเจ็บป่วย หรือต่อการที่ต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต สาเหตุที่อาจก่อให้เกิดความรู้สึกละอาย อาจเกิดจากสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ในขณะที่แพทย์ตรวจร่างกายผู้ป่วย หรือ พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วย ไม่ปกปิดร่างกายของผู้ป่วยให้มิดชิด หรือเปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยมากเกินไป หรือ ในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะได้ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้สึกละอาย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยหรือด้อยกว่าผู้อื่น และผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสงสารตนเอง (Carolyn E.Carlson and Betty Blackwell, 1978)

ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อต้องสูญเสียหรือต้องจากกับบุคคลที่ตนรัก หรือต้องสูญเสียทรัพย์สิน หน้าที่การทำงาน หรืออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยปกติ บุคคลจะสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การเดิน การนั่ง การพูดคุย การอาบน้ำ แต่งตัว หรือ การรับประทานอาหาร แต่ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย หรือมีความพิการเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น สูญเสียการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือ ดำเนินตามบทบาทต่าง ๆ ของตนเองได้ เช่น การเป็น พ่อ แม่ และ การปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ เป็นต้น

ความเศร้าโศกเสียใจ (Grief) มิใช่จะเกิดขึ้นเฉพาะในกรณีที่บุคคลซึ่งเป็นที่รักต้องเสียชีวิตจากไปเท่านั้น แต่อาจเกิดขึ้นเมื่อต้องสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อชีวิต เช่น สูญเสียอวัยวะ เช่น ตา แขน ขา สูญเสียทรัพย์สิน หรือต้องเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกต่าง ๆ เป็นระยะ เช่น ในระยะแรกอาจตกใจมากจนถึงขั้นช็อค (shock) เมื่อได้รับทราบข่าวร้ายนั้น ๆ ต่อมาผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธ ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกต่อรอง ไม่เชื่อว่าจะเป็นเช่นนั้นจริง ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะซึมเศร้าเสียใจ และยอมรับในที่สุด

เมื่อผู้ป่วยเกิดโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยแต่ละคน จะมีปฏิกริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกันไป โดยทั่วไป ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่า ความเจ็บป่วยนั้นคุกคามบูรณภาพ หรือความสุขสมบูรณ์แห่งชีวิต การที่ผู้ป่วยจะยอมรับต่อสภาวะของโรค หรือ ความรู้สึกสูญเสีย ที่เกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียของตนเองได้ ผู้ป่วยจะใช้กลไกทางจิตบางอย่างมาชดเชยความรู้สึกของตนดังนี้ (Henry S. Abram, 1972)

การถดถอย (Regression) ผู้ป่วยจะมีปฏิกริยาตอบสนองโดยมีพฤติกรรมกลับเป็นเด็กอีกครั้งหนึ่ง การแสดงพฤติกรรมเช่นนี้ แสดงความไม่สามารถปรับตัวได้ ผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความต้องการต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยต้องการความรัก ความเอาใจใส่ และหลบเลี่ยงจากภาระความรับผิดชอบต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเช่นนี้ สมาชิกในครอบครัวควรเอาใจใส่ และพยายามแก้ไขพฤติกรรมนี้ทันที

การปฏิเสธ (Denial) ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับภาวะอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แม้ว่าผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลอยู่บ้าง แต่ผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงโดยการไม่สนใจต่อความรู้สึกนั้น การปฏิเสธนี้อาจก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสีย ผลดี คือ การปฏิเสธ จะทำให้ผู้ป่วยไม่รับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วย และไม่ยอมให้ความเจ็บป่วยนั้นมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง ปฏิเสธไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะไม่ยอมไปพบแพทย์ หรือไปรับการรักษา ซึ่งจะเกิดผลเสียและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

การใช้สติปัญญา (Intellectualization) ผู้ป่วยจะพยายามใช้สติปัญญาความสามารถต่าง ๆ เพื่อที่จะเอาชนะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะพยายามศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เขาเป็นอย่างละเอียด เพื่อลบล้างความรู้สึกขัดแย้งหรือความวิตกกังวลของตนเอง

วิธีนี้อาจก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการที่ผู้ป่วยนำมาใช้

นอกจากนี้ผู้ป่วยเรื้อรัง อาจใช้กลไกทางจิตอื่น ๆ เช่น การป้ายความผิดให้บุคคลอื่น (Projection) โดยผู้ป่วยจะกล่าวโทษบุคคล หรือ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เขาเจ็บป่วยในครั้งนี้ หรือ ผู้ป่วยอาจใช้กลไก displacement โดยแสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่า หรือน้อยกว่าอาการที่เป็นจริง หรือ อาจใช้วิธีลงโทษตนเอง (introjection) โดยผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นเป็นความผิดของผู้ป่วยเองทั้งสิ้น เป็นต้น ผู้ป่วยเรื้อรังนอกจากจะใช้กลไกทางจิตต่าง ๆ ดังกล่าวเพื่อลบล้างความรู้สึกของตนเองแล้ว ผู้ป่วยบางราย อาจมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในทางบวก เช่น มีความรู้สึกไว้วางใจ มีความหวังในชีวิต มีความมั่นคงทางจิตใจ สามารถยอมรับและเข้าใจความรู้สึกของตนเองได้ดี แต่บางรายอาจมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในทางลบ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับ การศึกษา เพศ พัฒนาการของร่างกายและจิตใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในทางลบ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกต่าง ๆ ดังนี้

<u>ความเคียดแค้นชิงชัง (Hostility)</u> เป็นความรู้สึกที่ต้องการทำลาย ทำร้าย หรือทำอันตรายต่อบุคคลหรือสิ่งของให้ได้รับความเจ็บปวดหรือเสียหาย ลักษณะของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก อาจเป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่ไม่เปิดเผย (covert expression) เช่น ผู้ป่วยจะชอบอยู่คนเดียวเงียบ ๆ ไม่พูดกับบุคคลอื่น แต่ภายในจิตใจผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกเคียดแค้น บางครั้งอาจจะซึมเศร้า ส่วนพฤติกรรมที่แสดงออกโดยเปิดเผย (overt expression) ผู้ป่วยจะชอบทะเลาะโต้แย้ง เรียกร้องความต้องการหรือความสนใจต่าง ๆ มากขึ้น ชอบพูดให้ผู้อื่นเสียใจ พูดเยาะเย้ย ประชดต่าง ๆ และชอบค้นหาข้อบกพร่องวิจารณ์ความผิดพลาดของผู้อื่น

<u>ความกระวนกระวาย ( Restlessness)</u> เป็นความรู้สึกในทางลบอันหนึ่ง ซึ่งเกิดขึ้น เมื่อบุคคลต้องอยู่ในสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติ หรือสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเต้น ตกใจ ก่อให้เกิดความหวาดกลัว พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกจะมีลักษณะมีความรู้สึกกระวนกระวาย เช่น ถูมือไปมา กัดเล็บ เขย่าเตียง พูดรัวเร็ว นอนไม่หลับ หรือ รู้สึกว่าวันเวลาผ่านไปช้ามาก หรือเกิดความรู้สึกกระสับกระส่ายอยู่ไม่เป็นสุข

<u>ความเบื่อหน่าย (Boredom)</u> เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ตื่นเต้น หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ซ้ำซาก จำเจ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาล

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เป็นเวลานาน ๆ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเมื่อเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เช่น ไม่สนใจตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว กระสับกระส่าย สีหน้าเฉย เย็นชา เป็นต้น

ความรู้สึกไร้ค่า (Alienation) เป็นความรู้สึกในทางลบอย่างหนึ่ง ซึ่งมีความหมายครอบคลุมไปถึง ความไร้อำนาจ (Powerlessness) ความรู้สึกว่าตนเองไร้ความหมาย (Meaninglessness) มีความสับสน (Normlessness) การแยกตนเองจากสังคม (Isolation) และเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ ไม่สามารถประกอบกิจการต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ หรือเกิดความรู้สึกสับสน หมดความหมาย ไร้คุณค่าโดยสิ้นเชิง (Self entrangement)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ได้มีผู้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและพฤติกรรมต่อความเจ็บป่วยทางกายประเภทเรื้อรังไว้หลายท่าน เช่น (อ้างใน อรพรรณ ทองแดง, 2531)

E. Kubler - Ross ได้ศึกษาถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในผู้ป่วยประเภทนี้และได้แบ่งการเปลี่ยนแปลงที่ถือว่าเป็นปฏิกิริยาการปรับตัวทางอารมณ์ตามปกติไว้เป็นเป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะตกใจและปฏิเสธ (shock & denial) ปฏิเสธไม่ยอมรับหรือไม่เห็นด้วยกับการวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา ระยะนี้อาจคงอยู่เพียงชั่วคราว หรือคงอยู่ตลอดการดำเนินโรค หรือตลอดชีวิตของผู้ป่วยก็ได้ ที่พบบ่อยเป็นลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ ตลอดระยะการดำเนินโรค

ระยะที่ 2 โกรธ (anger) จะแสดงออกโดยตรงต่อบุคคลรอบตัวและต่อผู้ที่อยู่รักษาพยาบาล เช่น ต่อต้านวิธีการรักษา โกรธทุกคน โกรธครอบครัว โกรธโชคชะตา โกรธพระเจ้า เป็นต้น มักจะทบทวนชีวิตที่ผ่านไปในอดีต ซึ่งส่วนมากมักจะพบความผิดของตนเองเกี่ยวกับการละเลยสุขภาพหรือการทำผิดศีลธรรมหรือทำบาป ทำให้เกิดความรู้สึกขมขื่น น้อยใจ เสียใจ เกิดความรู้สึกตนเองไม่ได้รับความยุติธรรมในชีวิต

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง (bargaining) ยอมรับความเจ็บป่วยแต่ต่อรองการรักษาต่อรองขอข้อยกเว้น หวังให้มีชีวิตอยู่จนได้สิ่งที่ตนเองเคยหวังไว้

ระยะที่ 4 ระยะเศร้า (depression) ยอมรับ เผชิญกับความจริงด้วยความโศกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ หมดหวัง อาจแสดงออกมาในลักษณะพฤติกรรมแยกตนเอง ไม่

สนใจใคร ระยะนี้อาจทำร้ายตนเองได้

ระยะที่ 5 ระยะยอมรับ (acceptance) เป็นระยะสุดท้ายของการยอมรับความจริงด้วยอารมณ์สงบ ไม่ทุรนทุราย

ทั้ง 5 ระยะนี้ อาจเกิดขึ้น หายไป แล้วเกิดขึ้นใหม่ได้อีก หรืออาจคงอยู่ ในระยะใดระยะหนึ่งนาน ๆ ก็ได้ เวลาที่ใช้ในแต่ละระยะไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน

ในผู้ป่วยโรคต้อชนิดเรื้อรังผู้ป่วยทราบดีว่า นอกจากจะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง ตนเองยังจะต้องพิการทางสายตา ซึ่งความพิการนี้เป็นเรื่องที่น่ากลัว และสร้างความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะถ้าชีวิตต้องลงเอยว่าตาบอดแล้ว ก็หมายถึงโอกาสที่จะแก้ไขให้กลับเป็นอย่างปกตินั้นทำไม่ได้ ความกลัวและความวิตกกังวลจึงเกิดขึ้นในจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานใจอย่างมาก A.D Weis man (อ้างใน อรพรรณ ทองแดง, 2531) ได้กล่าวถึงสภาวะความทุกข์ที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญมี 3 อย่างได้แก่

1. ภาวะที่ป่วยจากโรคกำเริบ (disease) ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาความทุกข์จากร่างกาย ปัญหาทางจิตใจที่จะพบได้ในระยะนี้ได้แก่ ความวิตกกังวล (anxiety) เศร้า (depression) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Katon W. (1990) ที่พบว่า ความซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีปัญหาการนอนไม่หลับ (insommia) ภาวะสับสน เนื่องจากการทำงานของสมองแปรปรวนไป โดยมีสาเหตุจากโรคทางกาย (orgarnic mental disorder) ภาวะเพ้อคลั่ง (delirium) เป็นต้น

2. ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic sickness) ผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic sick role) ทำให้เกิดสภาวะความเครียดทางอารมณ์ ออกมาในปัญหาการปรับตัว (adjustment disorder) รู้สึกตนเองเป็นภาระของผู้อื่น ทำให้ครอบครัวลำบาก การมองตนเองมีปมด้อย มีคุณค่าน้อย ขาดความภูมิใจและมั่นใจในตนเอง ไม่แน่ใจในโรคที่เป็นว่าจะอันตรายถึงชีวิตหรือไม่ ในระยะนี้อาจพบภาวะเศร้า (depression) และรุนแรงถึงทำร้ายตนเองได้ หรืออาจพบปัญหาการใช้ยาผิด (drug abuse) การเสพติดยาหรือติดสารเสพติดบางอย่าง ได้แก่เหล้า เป็นต้น จากการศึกษาของ Magen J (1990) ในเรื่องปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยเรื้อรังวัยรุ่นพบว่าภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมผิดปกติซึ่งจะมีอัตราที่สูงกว่าวัยรุ่นปกติประมาณ ร้อยละ 10 ถึง 20 โดยจะปรากฏอาการทางด้านความไม่ร่วมมือในการรักษา อารมณ์เศร้าและการแยกตัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nickel JT (1963) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ จำนวน 399 คน ที่ยัง

มีชีวิตอยู่จากผู้ป่วยโรคหัวใจ 1,102 คน เป็นการศึกษาไปข้างหน้า 8 ถึง 9 ปี หลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาบุคลิกภาพอยู่เดิมได้แก่บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น (dependent personality) ก็จะพอใจกับสภาพความเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวนี้จากบุคคลรอบข้าง ทำให้การดำเนินโรคเป็นนานกว่าที่ควรจะเป็น จะเห็นได้ว่า ภาวะ chronic sick role นี้ ปัญหาที่พบจะมีความสัมพันธ์กับ survival, support และ self - esteem ของผู้ป่วยนั่นเอง

3. ภาวะความรู้สึกเป็นทุกข์และอ่อนแอ (vulnerability) ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงออกมาให้เห็นทั้งในรูปของการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมได้แก่ความก้าวร้าว ต่อต้าน ไม่ร่วมมือในการรักษา เศร้า กังวล หวาดหวั่นมาก อาละวาดเหมือนเด็ก แสดงทีท่าหมดหวังท้อแท้ เป็นต้น ในบางครั้งจะแสดงออกมาในทางตรงกันข้าม เช่น สุภาพมากกว่าปกติ ยอมรับและทำตามทุกอย่างโดยไม่ถามหรือแสดงความคิดเห็น เป็นต้น การแสดงออกดังกล่าวนี้อาจทำให้แพทย์ผู้รักษาเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตใจที่ร้ายแรงหรือมีปัญหาความผิดปกติของบุคลิกภาพได้ ซึ่งที่จริงแล้วเป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดจากปัญหาการปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรังเท่านั้น

## การปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเป็นภาวะเครียดของบุคคลอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง Z.J. Lipowski (อ้างใน อรพรรณ ทองแดง, 2531 ) ได้กล่าวถึงการพยายามปรับตัวของผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ซึ่งพยายามใช้กลไกทางจิตและความสามารถของสมอง เพื่อปรับให้กายและใจ ทำงานผสมผสานกันให้ดีที่สุดและปรับตัวเผชิญต่อความเจ็บป่วยได้ การปรับตัวดังกล่าวนี้จะแสดงออกมาในพฤติกรรมที่แบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1. การปะทะ (tacking) การพยายามต่อสู้ทุกวิถีทางเพื่อเอาชนะและท้าทายโรคภัยไข้เจ็บที่เป็นอยู่มีพฤติกรรมแบ่งออกเป็นหลายระดับ

ระดับน้อยและปานกลาง แสดงออกมาในลักษณะร่วมมือในการรักษาอย่างมีเหตุมีผล กระตือรือร้นทำตามที่แพทย์แนะนำ หรือต้องการให้ตนเองหายจากโรคเร็วที่สุด

ระดับรุนแรง จะแสดงออกมาในลักษณะพยายามเอาชนะความเจ็บป่วยด้วยการทำตัวไม่เป็นคนป่วย ทำตนเองเหมือนเป็นคนแข็งแรงมีสุขภาพดี ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น เป็นโรคที่ควรต้องนอนพัก ห้ามออกแรง ผู้ป่วยกลับไม่ยอมรับให้ใครช่วย กลับทำอะไร

ด้วยตนเองทุกอย่าง เป็นต้น

2. การยอมแพ้ (capitulation) ยอมจำนน ไม่สนใจไปรับการรักษา หรืออาจออกมาในรูปมาหาแพทย์ช้าหรือสายไป ทั้ง ๆ ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ถ้าเป็นมากจะแสดงออกมาในลักษณะหมดหวัง ไม่ยอมต่อสู้และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตไปทั้ง ๆ ที่โรคที่เป็นอาจรักษาให้หายได้

3. การหลีกเลี่ยง (avoiding) พยายามหนี หลีกเลี่ยงจากการถูกคุกคามหรือเผชิญกับความเจ็บป่วย ถ้าเป็นมากจะแสดงออกมาในรูปทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย การหลีกเลี่ยงนี้เป็นผลมาจาก

3.1 มีความหวาดวิตกกังวลอย่างท่วมท้น พยายามหลีกเลี่ยงหรือมาปรึกษาแพทย์ให้ช้าที่สุด เพราะกลัวได้รับการวินิจฉัยโรคร้ายจากแพทย์

3.2 มีความสงบเฉยเมยมากเกินไป ซึ่งเป็นผลมาจากกลไกการประเมินความรุนแรงของโรคให้ต่ำไว้มาก ๆ (masked minimization)

โรคต้อหินกับความพิการทางสายตา

ตามปกติแล้วเมื่อมีการเจ็บป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีความพิการดังมิใช่จะพิจารณาเฉพาะแต่เรื่องที่ว่า มีสาเหตุจากอะไร พยาธิสภาพเป็นอย่างไร หรือมีอาการแสดงเป็นอย่างไร แต่การเจ็บป่วยยังมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อหน้าที่การงาน กิจวัตรประจำวัน พันธะหนี้สิน รวมทั้งบทบาททางสังคมที่ต้องลดหรือขาดหายไป ซึ่งอาจเขียนลำดับขั้นตอนของผลกระทบจากการเจ็บป่วย คือ

Disease —> Impairment —> Disability —> Handicap

Disease หมายถึง โรคหรือความผิดปกติของร่างกายที่บ่งชี้ถึงความเป็นโรค

Impairment หมายถึง การที่มีความผิดปกติหรือมีการสูญเสียเกี่ยวกับหน้าที่หรือโครงสร้างของมนุษย์ในด้านร่างกาย สรีรวิทยา หรือจิตใจ

Disability หมายถึง การขาดความสามารถ หรือถูกจำกัดความสามารถ ซึ่งเป็นผลจาก impairment จึงทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างที่คนปกติจะทำได้

Handicap หมายถึง ผลเสียหรือข้อเสียเปรียบที่เกิดเนื่องจาก impairment หรือ disability จึงทำให้ถูกจำกัดบทบาทหรือหน้าที่ที่เขาควรจะทำได้ (อำพล สูอำพัน, 2530)

ผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ต้องประสบกับความพิการทางสายตาซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัว รวมทั้งผลกระทบทางด้านสังคม ผลของความเจ็บป่วยอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การหย่าร้าง ปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ

ผลกระทบจากความพิการทางสายตา

โรคต้อหินชนิดเรื้อรังเป็นผลทำให้ผู้ป่วยตาบอดในที่สุด ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงแม้ว่าในบางรายอาจจะมีสายตาที่พอมองเห็นแต่ถ้าผู้ป่วยขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ก็อาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งเป็นความพิการที่ทุกข์ทรมานเป็นอย่างยิ่ง ความบกพร่องทางกายที่อาจเป็นมาแต่กำเนิด หรือเกิดขึ้นภายหลัง เช่น ร่างกายพิกลพิการ ลิ้นไก่สั้น ปากแหว่ง เพดานโหว่ ตาบอด หูหนวก ความบกพร่องต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนผลักดัน ให้บุคคลผู้นั้นตกอยู่ในสภาพบีบคั้นทางใจได้ทั้งนั้น จึงนับได้ว่า ความบกพร่องทางกายมีส่วนสัมพันธ์ กับปัญหาสุขภาพจิตเป็นอันมาก
(วนิดา ไชยธวัช, 2521)

ความสูญเสียอันเกิดจากการตาบอด

1. สูญเสียความมั่นคงทางจิตใจเนื่องจาก
   1.1 สูญเสียความครบถ้วนของอวัยวะในร่างกาย
   1.2 สูญเสียความมั่นใจในประสาทสัมผัสที่เหลืออยู่
   1.3 สูญเสียความสามารถที่จะสัมผัสความจริงแท้จากสิ่งแวดล้อม
   1.4 สูญเสียพื้นหลังแห่งประสาทการรับภาพ
   1.5 สูญเสียความมั่นคงที่ได้จากความสว่าง
2. ทักษะพื้นฐาน
   2.1 สูญเสียการเคลื่อนไหวโดยเสรี
   2.2 สูญเสียความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน
3. การสื่อสาร
   3.1 สูญเสียความสามารถในการสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษร

3.2 สูญเสียความราบรื่นของการสื่อสารด้วยภาษาพูด

3.3 สูญเสียโอกาสที่จะรับข่าวสารใหม่อย่างรวดเร็ว

4. ความมั่นคงในการประกอบอาชีพ

4.1 สูญเสียความริ่นเริงในการทำงาน

4.2 สูญเสียโอกาสในการเลือกอาชีพ

4.3 สูญเสียความมั่นคงทางการเงิน

5. บุคลิกภาพ

5.1 สูญเสียความเป็นอิสระ (ที่ไม่ต้องพึ่งใคร)

5.2 สูญเสียโอกาสในการเข้าสังคมที่กว้างขวาง

5.3 สูญเสียโอกาสที่จะเลือกทำตัวเงียบ ๆ ไม่สะดุดตาผู้คนทั้งหลาย

5.4 สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง

5.5 สูญเสียระบบบุคลิกภาพโดยส่วนรวม

การมีสายตาพิการไปจนถึงตาบอดนั้นจะก่อให้เกิดความสูญเสียความเจริญรุ่งเรืองก้าวหน้า และความมั่นคงของประเทศชาติด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ 2 ประการ คือ

1. คุณภาพสายตาของประชากร ความเจริญรุ่งเรืองก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบันต้องการประชากรที่มีคุณภาพ สายตาที่ดีสำหรับระบบการศึกษา และการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ

2. ภาระของสังคม สาเหตุของตาบอดหรือพิการ อาจเกิดแก่บุคคลแตกต่างกันไปในช่วงอายุใดก็ได้ แต่มีผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อส่วนรวมได้แก่

2.1 ค่าใช้จ่ายโดยตรงต่ออุปกรณ์ช่วยเหลือ คนตาบอด

2.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาและฟื้นฟูสภาพของตา

2.3 การสูญเสีย ผลผลิตต่าง ๆ จากบุคคลเหล่านั้น นอกเหนือไปจากความรู้สึกทรมานของการสูญเสียในตัวบุคคลนั้นเอง

นอกจากนี้ได้มีผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก ได้ร่วมกันลงความเห็นถึงเรื่องที่การตาบอดอาจมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้นั้น ทำให้คนผู้นั้นมีทัศนคติต่อตนเองในแนวทางดังต่อไปนี้คือ (Wright A. Beatrice, 1960)

1. รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยและพยายามจะทำสิ่งทดแทนอยู่เสมอเพื่อลบปมด้อย

2. มักจะหลงรักตนเอง

3. มีความรู้สึกวิตกกังวลมากมาย แม้จะไม่เกี่ยวกับการตาบอดก็ตาม

4. เพียรพยายามที่จะให้สังคมยอมรับตนมากขึ้น

5. มักตั้งเป้าหมายชีวิตเสียสูงสุดเอื้อม

6. มักมีพฤติกรรมแบบแก้แค้น ความไม่ยุติธรรมของธรรมชาติ

7. หมกมุ่นอยู่กับตนเองมากเกินไป

8. กลัวว่าจะไม่มีใครยอมแต่งงานด้วย

J.Z. Lipowski (อ้างใน อรพรรณ ทองแดง, 2531) ได้กล่าวไว้ว่า ปัญหาทางจิตใจและสังคมในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะรุนแรงมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เข้ามาสัมพันธ์ 3 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (biological factor) มีความสัมพันธ์กับ

1.1 อายุและเพศของผู้ป่วย แต่ละวัยจะมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน เช่น วัยหนุ่มสาวจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุ เพศชายจะปรับตัวต่อโรคบางโรคทางร่างกายได้ดีกว่าเพศหญิง เช่น ผู้ป่วยชายเป็นมะเร็งที่เต้านมจะมีปัญหาทางใจน้อยกว่าเพศหญิงที่เป็นโรคเดียวกัน เป็นต้น

1.2 เกี่ยวกับโรคที่เป็น

สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับร่างกายส่วนใด หรืออวัยวะใด ซึ่งมีความสำคัญมากน้อยแค่ไหนต่อชีวิต เช่น เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ย่อมก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์มากกว่าเป็น เบาหวาน

พยาธิสภาพและอาการของโรครุนแรงมากน้อยแค่ไหนทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากเท่าใด

ความเจ็บป่วยเรื้อรังกินระยะเวลายาวนานแค่ไหน ทำให้เกิดความพิการทางร่างกายอย่างใดหรือไม่

2. ด้านจิตใจ (psychological factor) มีความสัมพันธ์กับ

2.1 บุคลิกภาพ ปกติ หรือ ผิดปกติ

2.2 ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีบาดแผลทางใจมากน้อยแค่ไหนต่อความ เจ็บป่วยในอดีต

2.3 ข้อคับข้องในในจิตไร้สำนึก และกลไกทางจิตที่ใช้ปรับตัว

2.4 สภาพอารมณ์เป็นอย่างไร เศร้า เสียใจ กังวล สงบ เป็นต้น

2.5 ทัศนคติต่อความเจ็บป่วย (Personal meaning of illness) ผู้ป่วยแต่ละคนรับรู้และแปลผลความเจ็บป่วยต่าง ๆ กันและมุมมองต่อความเจ็บป่วยมีหลายแบบต่างกัน ได้แก่

2.5.1 คุกคาม (threat) ทำให้กลัว หวาดหวั่น กังวล

2.5.2 สูญเสีย (loss) สูญเสียร่างกาย สังคม ครอบครัว ฯลฯ เป็นต้น

2.5.3 ได้รับความพอใจหรือผ่อนคลาย (gain หรือ relief) ซึ่งเป็นผลจากการมีข้อคับข้องใจในจิตใต้สำนึก (unconscious conflicts) เป็นแบบต้องการการทำร้ายตนเอง ฉะนั้นความเจ็บป่วยทางร่างกายที่เรื้อรังจึงเป็นการตอบสนองความต้องการดังกล่าวนี้

2.5.4 ท้าทาย (challenge) ทำให้อยากเอาชนะ ต่อสู้โรค

2.5.5 ไม่เห็นความสำคัญ (insignificance) เพิกเฉย ไม่สนใจความเจ็บป่วย ทำให้เกิดโรคแทรก หรือรักษาช้ากว่าที่ควรเป็น

3. <u>ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factor) มีความสัมพันธ์กับ</u>

3.1 ระดับความสนใจ การให้กำลังใจ การให้ความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง

3.2 ความสามารถ และความพร้อมของทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา

3.3 การตอบสนองของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง

3.4 ค่านิยมขนบธรรมเนียมประเพณี ศาสนา และความเชื่อเกี่ยวกับโรคที่เป็น

3.5 สภาพอาชีพ และเศรษฐกิจของครอบครัว

3.6 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของแพทย์และผู้ป่วยเกิดได้มากน้อยแค่ไหน

3.7 สภาวะความเปลี่ยนแปลงบางอย่างที่เป็นตัวแปรขณะป่วยเป็นโรคทางกายเรื้อรัง เช่น โรคแทรกที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ควบคุมโรคได้มากน้อยแค่ไหน คาดคะเนการดำเนินโรคและการรักษาได้หรือไม่ ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนและระยะเวลาเป็นยาวนานเท่าใด เป็นต้น

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ผู้วิจัยมีแนวความคิดว่า ในผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังนั้น เพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย น่าจะเป็นปัจจัยที่ทำให้

ปัญหาทางจิตใจและสังคมมากหรือน้อยแตกต่างกัน

โรคเรื้อรังหรือโรคที่ทำให้เกิดความพิการแก่อวัยวะต่าง ๆ จัดเป็นโรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เป็นปัญหาได้ เนื่องจากทางเรื่องทางกายและใจเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันอย่างใกล้ชิด เมื่อป่วยกายจิตใจก็จะอ่อนเปลี้ย หดหู่ เศร้าหมอง เบื่อหน่ายตามมาได้ โดยทั่วไปเมื่อเราพบว่าตนเองป่วยก็มักจะวิตกกังวลเป็นธรรมดา และยิ่งเป็นโรคที่หนักหรือร้ายแรงหรือป่วยเป็นเวลานานก็อาจจะเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น อย่างเช่นผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาตลอดชีวิต นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการที่เกิดจากการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดความเครียดกับทั้งผู้ป่วยและครอบครัว อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว หรือในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ด้วย

ผลกระทบทางจิตใจในผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังนี้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นปฏิกิริยาที่ผู้ป่วยปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งในที่นี้ก็คือภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และความวิตกกังวลต่อความพิการทางสายตาที่อาจเกิดขึ้นหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังก็คือภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่เบี่ยงเบนไปนั่นเอง ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้หลายท่าน เช่น

ฝน แสงสิงแก้ว (2522) ให้ความหมายของคำ "สุขภาพจิต" ว่า เป็นภาวะของชีวิตที่มีสุขภาพ และผู้มีสุขภาพจิตที่ดี คือผู้สามารถปรับตัวเองอยู่ให้ได้ด้วยความสุขในโลกซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้ นอกจากนี้ สุขภาพจิตอาจจะหมายถึง สภาพจิตใจที่มีความเข้มแข็งสามารถแก้ปัญหาและปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสถานะที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต หรืออีกนัยหนึ่งคือคุณสมบัติของจิตใจในการทำงาน ผสมผสานบุคคลกับสภาพแวดล้อม คือทำให้คนรู้สึกรับรู้อารมณ์ ความนึกคิด การตัดสินใจ และการแสดงออกโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อมได้

สุภา มาลากุล ณ อยุธยา ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพจิตคือ คุณสมบัติของจิตใจในการทำงานประสมประสานบุคคลกับสภาพแวดล้อม ทำให้คนรู้สึก รับรู้ในอารมณ์ เกิดความนึกคิดตัดสินใจและแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะมีความคิดเพื่อตัดสินใจได้ดีหรือเลวเพียงใดขึ้นอยู่กับสมรรถภาพความคิดของบุคคลนั้น (กองสุขภาพจิต, 2530)

Kirkpatrick and Micheal (1962) ให้นิยามคำว่า "สุขภาพจิต" ว่าเป็นการอิสระจากอาการทางจิตและการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดีที่สุดของบุคคลในสังคมของตน

Maslow (1954) ได้กล่าวว่า "สุขภาพจิต" หมายถึง การเป็นอิสระจากอาการที่แสดงถึงการไร้ความสามารถและเป็นทุกข์ซึ่งจะกีดกั้นประสิทธิภาพของสมอง ความมั่นคงทางอารมณ์หรือความสงบของจิตใจ (อ้างถึงใน ฝน แสงสิงแก้ว, 2510)

Freud มีความเห็นว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีก็คือ ผู้ที่สามารถที่จะรักและทำงาน (มรรยาท เจริญสุขโสภณ, 2532)

กล่าวโดยสรุป ความหมายของสุขภาพจิต นั้นอาจกล่าวโดยสั้น ๆ ว่า เป็นสภาวะดุลยภาพหรือความสมดุลย์ ของความรู้สึกนึกคิด อารมณ์และพฤติกรรม ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โรคจิต โรคประสาท สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้อย่างเหมาะสม และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นหรือสังคมได้อย่างมีความสุข โดยทั่วไปการประเมินสุขภาพจิต เป็นเรื่องที่ทำได้ลำบากเพราะไม่สามารถประเมินสุขภาพจิตได้โดยตรง และไม่มีเครื่องมือที่จะใช้ตรวจสอบสภาพจิต เหมือนการประเมินสุขภาพทางร่างกาย แต่เราสามารถประเมินสภาพจิตโดยอาศัยการแปลพฤติกรรม การแสดงออกของบุคคลแล้วนำมาหาข้อสรุปว่าบุคคลนั้น ๆ อยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดีอย่างไร ในการพิจารณาตัดสินว่าพฤติกรรมของบุคคลใดบุคคลหนึ่งผิดปกติ โดยใช้เกณฑ์เพียงหนึ่งหรือสองอย่าง เท่านั้นยังไม่เพียงพอ หลักเกณฑ์ในการตัดสินพฤติกรรมนั้นมีหลายอย่าง ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มคือ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527)

1. การกำหนดมาตรฐานเป็นเกณฑ์

2. การใช้ทฤษฎีเพื่ออธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งมีหลายทฤษฎี ในที่นี้จะขอกล่าวถึงทฤษฎีว่าด้วยแรงกดดัน (The Stress Mode) ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมผิดปกติหรือบุคลิกภาพแปรปรวนนั้น เป็นเพราะเขาสนองตอบต่อความเครียดหรือความกดดันของชีวิต ซึ่งความเครียด หรือความกดดันนี้ บุคคลไม่สามารถขจัดออกไปจากชีวิตของตนได้เป็นที่พอใจ ความเครียดนี้มีหลายอย่าง เช่น ความเครียดทางสรีรภาพ (Physical stress) อย่างเช่นความร้อน แสง เสียง ที่ก่อให้เกิดภาวะไม่สบายทางร่างกาย และส่งผลรบกวนความสงบสุขทางจิตใจ ภาวะกดดันหรือความเครียดทางจิตใจ (Psychological stress) และภาวะกดดันหรือความเครียดทางสังคม (Social stress) ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลรบกวนทางจิตใจ ทำให้เสียสมดุลย์ทางอารมณ์และจิตใจ ทฤษฎีนี้อธิบายว่าการแสดงออกของบุคคลที่ผู้อื่นดูผิดปกติแปรปรวนไปนั้น เป็นเพราะการที่บุคคลมีความพยายามที่จะรักษาอารมณ์ให้สมดุลย์ ในขณะที่เขาเผชิญกับความเครียดทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นความเครียดด้านสรีรภาพ จิตใจ และสังคม ความ

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครียดนี้มีความหมายทางจิตวิทยาอยู่ 2 ความหมาย ดังนี้

ความเครียด คือ ภาวะอารมณ์ปั่นป่วนหรืออารมณ์ไม่สมดุลที่บุคคลประสบ

ความเครียด คือ สิ่งเร้าที่คุกคามต่อสวัสดิภาพทางกายและทางใจของบุคคลก่อให้เกิดความไม่สบายใจ และเป็นเหตุให้มีพฤติกรรมแปรปรวนในที่สุด

จากความหมายของความเครียดดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นสิ่งเร้าที่คุกคามบุคคลทั้งร่างกายและจิตใจให้เสียสมดุลย์ และเป็นเหตุให้พฤติกรรมแปรปรวน ผิดปกติในผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรัง การเจ็บป่วยที่เรื้อรังและต้องรับการรักษาตลอดชีวิต อีกทั้งพยาธิสภาพที่อาจเกิดขึ้น เช่น สายตาพิการถือว่าเป็นสิ่งเร้าที่คุกคามต่อสวัสดิภาพทางกายและทางใจของผู้ป่วย ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ อีกหลายอย่าง เช่น เพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด การจะตัดสินพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลว่าปกติหรือผิดปกติเป็นเรื่องสำคัญ จึงควรอย่างยิ่งที่จะต้องมีหลักเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือไว้เป็นเครื่องช่วยวัด ความเครียดจึงเป็นตรรชนีชี้บ่งถึงสภาวะสุขภาพจิตของบุคคลได้อย่างหนึ่งว่าเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยหรืออยู่ในภาวะสมดุลสุขภาพดี การศึกษาในเรื่องของการประเมินผลสภาวะสุขภาพจิตนั้น มีวิธีการศึกษาอยู่หลายวิธี ได้แก่ (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2530)

1. การประเมินสภาวะสุขภาพจิตโดยตรง ซึ่งทำโดยการใช้เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพหรือศึกษาถึงสภาวะสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งอย่างไรก็ตามการศึกษาคนที่มีภาวะสุขภาพสมบูรณ์นั้นยากกว่าการศึกษาภาวะความเจ็บป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่เห็นได้ชัดเจน เมื่อขาดความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับลักษณะที่มีภาวะสุขภาพจิตสมบูรณ์ทำให้ขาดหลักการในการประเมินผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนั้นเครื่องมือวัดคนภาวะสุขภาพจิตดีจึงมีน้อย เช่น Index of Psychological Well Being

2. การประเมินสภาวะสุขภาพจิตโดยการศึกษาการปรับตัวด้านสังคมของบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประเภทนี้ ได้แก่ เครื่องมือวัดการประพฤติปฏิบัติตนในสังคมที่แปรปรวน (Indicators related to social disorganization) ในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การปรับตัวในสังคมด้านครอบครัว ตลอดจนสังคมภายในที่ทำงาน การศึกษาสุขภาพจิต โดยเครื่องมือประเภทนี้สืบเนื่องมาจากแนวความคิดที่ว่า สุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวได้และมีความสุข ซึ่งเครื่องมือประเภทนี้ พบว่ามีไม่มากนัก เช่น The Structured and Scaled Interview to assess Maladjustment

i17162245

3. การประเมินสภาวะสุขภาพจิต โดยการศึกษาอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งถ้ามีปรากฏในบุคคลใดมาก ก็แสดงว่าบุคคลนั้นมีสภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี เครื่องมือประเภทนี้พบมากที่สุด เช่น เครื่องมือวัดอาการวิตกกังวล วัดภาวะความซึมเศร้า วัดความเครียด วัดภาวะความย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังที่ต้องการวัด คือ ความรู้สึกซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นอาการที่แสดงถึงภาวะสุขภาพจิตหรือปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ดังเช่น เพค (Peck, 1972) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 90 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีลักษณะทางอารมณ์ แสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวลและความรู้สึกซึมเศร้าเป็นส่วนมาก และนิภา ชุติฉัตรชัย (2522) ได้ศึกษาถึงปัญหาจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลและมีอาการซึมเศร้า กลัวต่อความเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของตนเอง อยู่ในเกณฑ์สูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยเห็นว่าเครื่องมือที่เหมาะสำหรับวัดผลกระทบทางจิตใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือแบบทดสอบสุขภาพจิต Symptom Distress Check list (SCL-90) ของเลียวนารด์ อาร์ เดอโรกาลิโอ และรีนัลด์ เอส ลิพแมน ลิโนโคโว ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบของเครื่องมือ โดยละเอียด ชูประยูรและคณะโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา โดยทำการทดสอบในกลุ่มประชากรปกติ จำนวน 529 คน และผู้ป่วยโรคประสาท จำนวน 66 คน ในการหาเกณฑ์มาตรฐานของแบบทดสอบพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้สึกซึมเศร้าของคนปกติอยู่ระหว่าง .42 ถึง 1.43 และค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านความวิตกกังวลในคนปกติอยู่ระหว่าง .14 ถึง 1.91

นอกจากนี้ยังพบว่าเครื่องมือนี้ มีผู้นำมาวัดสุขภาพจิตทั้งในกลุ่มคนปกติและผู้ป่วยกันอย่างกว้างขวางดังนี้

จำลอง ดิษยวณิช และคณะ (2522) ได้เลือกเอาบางส่วนของแบบทดสอบมาใช้ในการสำรวจความแปรปรวนทางจิตใจในกลุ่มนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า นักศึกษามีความแปรปรวนทางด้านจิตใจ และความวิตกกังวลสูง ยุพา วิสุทธิโกศล (2524) ได้เลือกเอาข้อคำถามบางส่วนของSCL-90 ร่วมกับแบบสอบถามที่เขาสร้างขึ้น ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในโรงเรียน ได้ข้อสรุปว่า สุขภาพจิตของครู มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของนักเรียน และในปี 2526 เปรมสุรีย์ เชื่อมทอง ได้นำแบบทดสอบนี้ ไปใช้ในการศึกษาเปรียบเทียบ ปัญหา

สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ กับเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน พบว่า สุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในโรงเรียนดีกว่าสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นในสถานสงเคราะห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน

จากตัวอย่างที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดย่อมแสดงให้เห็นว่า แบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 นี้ได้รับความนิยมแพร่หลายในหมู่นักวิจัย นักวิชาการทางด้านสุขภาพจิตมากพอสมควร และได้รับการยอมรับว่าสามารถใช้วัดและประเมินสภาวะสุขภาพจิตของบุคคลได้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกเฉพาะด้านที่ต้องการศึกษาเพียง 2 ด้านคือ ความรู้สึกซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งในเครื่องมือ SCL-90 มีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกซึมเศร้า จำนวน 13 ข้อ ความวิตกกังวล 10 ข้อ และข้อคำถามที่ไม่จัดว่าอยู่ในด้านใด จำนวน 7 ข้อ เพื่อความเป็นธรรมชาติของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามเหล่านี้มารวมกันโดยกระจายข้อคำถามแต่ละด้านตามโครงสร้างของแบบสอบถามต้นฉบับ ได้ข้อคำถามรวมทั้งหมด 30 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาทุกประการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคต้อหินชนิดเรื้อรัง จัดเป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการทางสายตาจนถึงตาบอดในที่สุด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในการศึกษาถึงเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดศึกษาถึงปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยบางส่วนที่ศึกษาในกลุ่มของผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการในแนวทางต่าง ๆ พอสรุปได้ดังนี้ คือ

อมรา ปานทับทิม (2519) ได้ศึกษาถึง ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ปัญหาที่พบมากได้แก่ ปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ อาการที่พบมากที่สุดคือ ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ต้องการเพื่อนปรับทุกข์ เพื่อขจัดความคับข้องใจต่าง ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยเรื้อรังยังประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย

กานดา กิติการุณจิต (2521) ได้ทำการศึกษาเรื่องการบริการงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลฝ่ายกายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัญหาการเจ็บป่วยนอกจากจะกระทบกระเทือนไปถึงตัวผู้ป่วยเองแล้วยังมีผลกระทบกระเทือนถึงครอบครัว ชุมชนและ

สังคมไปด้วย ภาวะเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความกดดันทางด้านอารมณ์และจิตใจ

กัญญา สุวรรณกิจบริหาร (2522) ศึกษาถึงปัญหาทางครอบครัวของผู้ป่วยเรื้อรัง โดยศึกษาจากการสัมภาษณ์คู่สมรสของผู้ป่วยจำนวน 150 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬา แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคทางสมอง และไขสันหลัง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคหืด พบว่า ปัญหาที่หนักที่สุดของครอบครัวระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่

- ปัญหาเศรษฐกิจ คือ ค่าใช้จ่ายสูงกว่ารายได้ปัจจุบัน และรายจ่ายที่มากที่สุดได้แก่ ค่าอาหาร และ ยาตามลำดับ

- ในด้านความหวังและกำลังใจ ปรากฏว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่มองเห็นว่าผู้ป่วยมีความหวังว่าจะหายและ มีกำลังใจดี นอกจากนั้นยังพบว่าความแตกต่าง ในเรื่องเพศ การศึกษาของผู้ตอบไม่ทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการมองเห็น ความหวังและกำลังใจของผู้ป่วยแต่อย่างใด แต่กลับพบว่า คนอายุมากมองเห็นไปในทางที่ดีกว่าคนอายุน้อย

- เกี่ยวกับการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว พบว่า สมาชิกของครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ถึง ร้อยละ 76 ส่วนที่มีผู้รายงานว่ามีปัญหานั้น ได้แก่ ความไม่เป็นระเบียบเรียบร้อยภายในบ้าน และปัญหาจากบุตรที่ยังไม่เข้าใจในสภาพและสถานการณ์ของผู้ป่วย

- ในด้านการต้องการความช่วยเหลือ พบว่าส่วนใหญ่ต้องการให้ช่วยในด้านการรักษา รองลงมา ได้แก่ ปัญหาการเงิน ปัญหาที่ให้ช่วยอันดับ 3 คือ ปัญหาการเงินและการรักษา อันดับ 4 ได้แก่ปัญหาทางครอบครัว ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากบุตรหลานเป็นอันดับแรก รองลงไปได้แก่แพทย์และพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ตามลำดับ มีผู้ตอบว่ายังไม่ต้องการความช่วยเหลืออยู่ร้อยละ 26 ซึ่งคาดว่าจะสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ และยังไม่ต้องการการรบกวนเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีงานประจำมากอยู่แล้ว

นิภา ชุติฉัตรชัย (2522) ศึกษาปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ที่อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ 3 แห่ง จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา 100 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ และเป็นคนเชื้อชาติไทย สมรสแล้วร้อยละ 99 ยังอยู่กับสามีร้อยละ 71 สำหรับความคิดเห็นต่อการเกิดโรคนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 22 คิดว่าเป็นโรคนี้เกิดจากเคราะห์กรรม รองลงมาร้อยละ 16 คิดว่าเกิดจากสามีนำมาให้ และมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 79 ที่ยอมรับว่าการเป็นโรคนี้มีผลกระทบกระเทือนต่อภาวะทางสังคมและครอบครัวของตนอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลและเศร้าเสียใจต่อการเป็นโรคนี้ และต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของตนเองอยู่ในเกณฑ์มาก

นิรัมราณี สัจเดาว์ (2523) ได้ศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยประสบปัญหาทางด้านสังคม คือความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ความเป็นอิสระน้อยลง ความรู้สึกทางเพศลดลง ภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น สำหรับปัญหาด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัว เช่น กลัวอัมพาต กลัวความพิการ โรคแทรกซ้อน อารมณ์เสีย หงุดหงิด โมโหง่าย วิตกกังวลเกี่ยวกับ เรื่องต่าง ๆ เช่น การดำเนินชีวิตในครอบครัว รายได้ ระดับน้ำตาลในเลือด และปัสสาวะ ความรู้สึกเสียใจ หมดกำลังใจในการรักษา

วนิดา ตันติสุนทร (2523) ศึกษาเฉพาะกรณี เกี่ยวกับปัญหาอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 51 ราย จากการศึกษาพบว่า

- ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ที่ ทูเมอร์คลีนิค มีปัญหาทางอารมณ์และสังคม เพราะมีความเข้าใจผิด เกี่ยวกับวิธีรักษาและมีความกังวลว่า บุคคลใกล้ชิดจะไม่เห็นด้วยกับการรักษา ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วย ไม่มารับการรักษาตามที่แพทย์ได้วิเคราะห์รักษาไว้

- ผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการตัดเต้านม ประสบปัญหา อารมณ์และสังคม คือ กลัวการผ่าตัด รู้สึกเป็นการสูญเสียสัญญลักษณ์ความเป็นผู้หญิง มีอารมณ์เศร้า วิตกกังวลในการใส่เสื้อยกทรง และความวิตกกังวลนี้ทำให้ผู้ป่วยบางรายหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

- ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยการฉายแสง ประสบปัญหาอารมณ์และสังคม มีความกลัววิตกกังวลว่าแพ้แสง ช่วยตัวเองไม่ได้ และวิตกกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลระดับปานกลาง

- ผู้ป่วยร้อยละ 96 ประสบปัญหาอารมณ์และสังคมจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัญหาภายในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ มีความรู้สึกว่าตนเป็นภาระให้แก่ผู้อื่น กังวลเรื่องที่พักขณะรับการรักษาตัว

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2524) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคไต โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จำนวน 200 ราย จากการศึกษาพบว่า

- ผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีความวิตกกังวล และความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

- ผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ว่าจะมีอายุ เพศ สถานะการสมรส การศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ จะมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าไม่ต่างกัน

- ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 49 ปีลงมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยอายุ 40 ถึง 49 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นหญิงมีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความแตกต่างกันของสถานะการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษา มีความวิตกกังวล และความซึมเศร้าคล้ายกัน

บุศรา กาญจนบัตร (2525) ศึกษาปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านจิตใจกับอายุ และระยะเวลาที่เป็นโรคของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพฯ จำนวน 160 คน โดยให้เพศชายและหญิงจำนวนเท่า ๆ กัน พบว่า

- อายุผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 ถึง 44 ปี รองลงมาคือ 60 ปีขึ้นไป 45 ถึง 59 ปีและ 15 ถึง 29 ปีตามลำดับ สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่ สมรสแล้วมากกว่าโสด

- สิ่งที่เป็นปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด คือ ความรู้สึกคับข้องใจต่อการตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้านและความรู้สึกหมดหวังที่จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเรียนหรือการทำงานเหมือนคนปกติ

- ความรู้สึกที่แสดงถึงปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือความรู้สึกวิตกกังวล กลัว และคับข้องใจที่มีต่อข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัญหาทางด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง

- ผู้ป่วยเพศหญิงมีปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

- อายุไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยเบาหวาน

นภาดล จันทราช (2526) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในที่ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งท่อน ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารักษา จำนวน 30 คน ชาย 20 คนหญิง 10 คน พบว่า

- ผู้ป่วยต้องการการให้กำลังใจร้อยละ 86 จากจำนวนนี้มีปัญหาทางจิตใจและร้อยละ 60 พบว่า มีความวิตกกังวล

- ปัญหาและความวิตกกังวลผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 66 กังวลเรื่องเศรษฐกิจ รองลงมาเรื่องคิดถึงและเป็นห่วงบุตร ร้อยละ 60 เรื่องไม่มีคนมาเยี่ยมร้อยละ 33.3 และสามีหรือภรรยาต้องมีภาระมาก ร้อยละ 30

- ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยร้อยละ 73 คิดว่าแพทย์รักษาให้หายได้ ร้อยละ 33 ขึ้นกับโชคชะตา ร้อยละ 16 ท้อแท้และหมดหวังและร้อยละ 10 ไม่แน่ใจว่าจะหายหรือไม่

- ผลกระทบที่ได้รับจากการเจ็บป่วย พบว่าร้อยละ 66.6 เป็นภาระกับผู้อื่น ร้อยละ 43.3 สิ้นเปลืองเศรษฐกิจ ร้อยละ 26 กระทบเรื่องอาชีพและการปฏิบัติงานร้อยละ 16.6 กระทบต่อการศึกษาต่อ

- หน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า สนใจและเอาใจใส่ดีร้อยละ 70 ไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรเนื่องจากเจ็บป่วยนานร้อยละ 26.6 ทอดทิ้งไม่มาดูแลร้อยละ 6.6 และร้อยละ 3.3 สนใจเป็นครั้งคราว

- ผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าญาติและคนอื่น ๆ ร้อยละ 33.3 สามีหรือภรรยาร้อยละ 26.6 บิดามารดาร้อยละ 23.3 บุตรร้อยละ 13.3 และคนอื่น ๆ เช่น เจ้าหน้าที่ พยาบาลร้อยละ 3.3

- ความต้องการทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย จำนวนร้อยเปอร์เซนต์ ต้องการความสนใจจากแพทย์ และต้องการคำปรึกษาเมื่อมีความกังวลใจ ร้อยละ 90 ต้องการคำแนะนำซักถามเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล ร้อยละ 86 ต้องการกำลังใจ ร้อยละ 73 ต้องการความปลอดภัยและมั่นใจ และ ร้อยละ 60 ต้องการที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง

วันเพ็ญ ประศาสน์เศรษฐ (2526) ได้ศึกษาวิจัยถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยต้อกระจก ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 89 ราย พบว่า

- ปัญหาทางด้านสังคม ผู้ป่วยต้อกระจกร้อยละ 92.13 รู้สึกว่าเมื่อเป็นต้อกระจกแล้วทำงานยากลำบากขึ้น ซึ่งเป็นกลุ่มปัญหาที่ใหญ่ที่สุด รองลงมาร้อยละ 85.39 ต้องเสียเวลาในการเดินทางเพื่อการตรวจรักษา และร้อยละ 83.15 รู้สึกว่าตนเป็นภาระให้แก่ผู้อื่น

- ปัญหาทางเศรษฐกิจ เมื่อเป็นต้อกระจกแล้วส่วนใหญ่ผู้ป่วยถูกกระทบกระเทือนในด้านรายได้ - รายจ่าย โดยที่ร้อยละ 19.78 มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น และร้อยละ 65.17 มีรายได้ลดลง อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยมีหนี้สินเพียงร้อยละ 38.33

- ปัญหาด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้อกระจกมีความรู้สึกกลัวว่าโรคนี้จะทำให้ตาบอด มีจำนวนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 87.4 รองลงมา คือความรู้สึกเสมือนตนเป็นคนพิการ และอารมณ์เสียบ่อยครั้ง เมื่อไม่สามารถมองเห็นวัตถุให้ชัดเจนได้ มีความรู้สึกซึมเศร้า โดยการแสดงออกซึ่งความทุกข์ คิดเป็นร้อยละ 75.28 รองลงมาเป็นความรู้สึกเสียใจที่เป็นต้อกระจกร้อยละ 69.66 ผู้ป่วยต้อกระจก มีความรู้สึกสูญเสียมากกว่า 3 ใน 4 ในด้านการปรับตัวเมื่อมีปัญหาต่าง ๆ เกิดขึ้นผู้ป่วยต้อกระจก มีการปรับตัว โดยการออกนอกบ้านน้อยลง คิดเป็นร้อยละ 75.28 รองลงมาคือ ไม่อยากเข้าสังคม คิดเป็นร้อยละ 70.79

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยบางส่วนที่ศึกษาถึงผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ที่มีความพิการทางสายตา คือ

สว่าง โรจน์รัตนเกียรติ (2524) ได้ทำการศึกษาถึงสุขภาพจิตของนักเรียนตาบอดในประเทศไทยที่มีอายุระหว่าง 8 ถึง 20 ปี จำนวน 269 คน พบว่า นักเรียนตาบอดจำนวนไม่น้อยมีแนวโน้มของ การเสื่อมเสียสุขภาพจิต กล่าวคือ นักเรียนถึงร้อยละ 54.19 รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 33.54 รู้สึกวิตกกังวลต่ออนาคตเป็นอันมาก ร้อยละ 25.81 เป็นคนเจ้าอารมณ์ชนิดรุนแรงมาก ร้อยละ 41.29 รู้สึกอายที่ตาบอด ร้อยละ 70.99 ต้องการอย่างมากที่จะแสดงให้คนอื่นเห็นว่า ตนมีความสามารถเท่าคนปกติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากปมด้อยนั่นเอง

บาร์แกนและวิลเลนสกี (Barkan and Wilensky, 1981) ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวาน และประชากรปกติ โดยใช้ The Hamilton Rating Scale, Zung Self-Rating Scale และ Snaith Anxiely Scale เป็นเครื่องมือในการวิจัยโดยใช้ผู้ป่วยต้อหินเรื้อรังจำนวน 15 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 9 ราย ผู้ป่วยหญิง 6 ราย อายุระหว่าง 45 ถึง 65 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน 1 ถึง 5 ปีเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเหมือนกับผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังและเปรียบเทียบกับประชากรปกติ จำนวน 15 ราย จากผลการศึกษาใน The Hamilton Rating Scale , Zung Self-Rating Scale และ Depression Scale พบปัญหาด้านความซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานและคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์

ระหว่าง อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กับปัญหาด้านความซึมเศร้า และความวิตกกังวล ส่วนใน Snaith Anxiety Scale ไม่พบความแตกต่างในด้านความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ระหว่างผู้ป่วยต้อหินชนิดเรื้อรังกับผู้ป่วยเบาหวาน และ ประชากรปกติ

คริสแนน เค อาร์ และคณะ (Krishnan KR et al , 1985) ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความวิตกกังวล อารมณ์ตึงเครียด ความรู้สึกซึมเศร้า โดยจะพบความวิตกกังวลมากกว่าความซึมเศร้า และอาจพบอาการทางกาย ที่เกิดความวิตกกังวลได้ด้วย

คั้ดเนอร์ เอ็นจี และคณะ (Kuter NG et al, 1985) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 128 ราย โดยใช้ Zung Self-Rating, Depression Scale, Self-Rating Anxiety Scale ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมักจะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเจ็บป่วย

Light RW et al (1985) ได้ทำการศึกษาความชุกของความซึมเศร้า และความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง โดยใช้เครื่องมือ วัดความวิตกกังวลของ Beck พบว่าร้อยละ 42 ของผู้ป่วยมีความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ร้อยละ 2 ของผู้ป่วย มีความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค

Duckro PN et al (1985) ได้ประเมินปัญหาทางจิตใจในผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง ก่อนทำการรักษาโดยใช้ SCL - 90 เป็นเครื่องมือในการประเมิน พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับเกณฑ์ปกติ