

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ มีขอบเขตครอบคลุมเนื้อหาต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้

1. โรคเรื้อน
2. ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย
3. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อน
4. ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน

โรคเรื้อน

ความหมายของความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ เชื้อมัยโครแบคทีเรียม เลปเร (Mycobacterium Leprae) มีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของร่างกาย และจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่ผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย ซึ่งเกิดอาการได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความบกพร่องของภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองต่อเชื้อ โรคเรื้อนต่างกัน

การติดต่อ

โรคเรื้อนเกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ มัยโครแบคทีเรียม เลปเร (Mycobacterium Leprae) จัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง มีชีวิตอยู่ได้ 1-6 เดือน ในตัวผู้ป่วยระยะติดต่อที่แรกได้รับการรักษา โดยผู้ป่วยจะมีเชื้ออยู่ราว 7 พันล้านตัวต่อผิวหนัง 1 กรัม และพบเชื้อในจมูกระยะก่อนรักษาประมาณวันละ 20 ล้านตัว จะถูกขับออกจากร่างกายผู้ป่วยได้ตามผลของผิวหนังที่นูนแดง หนา แผลแตกจากจมูกแห้ง และน้ำนมแม่ของผู้ป่วยระยะติดต่อ เชื้อที่ออกมาจากร่างกายจะมีชีวิต 1-7 วัน แม้อัตราแพร่ติดต่อของเชื้อโรคเรื้อนจะสูงแต่ผู้รับเชื้อจะเกิดอาการหรือไม่ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของร่างกายว่ามีมากหรือน้อย ส่วนมากจะติดเชื้อและอยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการถ้าภูมิคุ้มกันปกติ แม้จะปรากฏอาการแล้วในเด็กมีโอกาหายเองได้ร้อยละ 77 และในผู้ใหญ่ที่มีอาการไม่มากก็หายได้เองร้อยละ

วิธีการแพร่ติดต่อโรคเรื้อน

1. การสัมผัสคลุกคลีทางผิวหนัง ถ้าผิวหนังมีรอยถลอก บาดแผล เชื้อจะเข้าไปได้
2. ทางแมลงดูดกินเลือด ได้แก่ พวกอาโทรปอด (Arthropods) ยุง ตัวเลือด เหา และตัวหมัด จากการศึกษพบว่าในยุงและตัวเลือดที่กินเลือดผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดรุนแรงแล้ว เหาเลือดในกระเพาะยุงและตัวเลือดไปเพาะในอุ้งเท้าหนู พบว่าเชื้อโรคเรื้อนยังมีชีวิตอยู่ 24 ชั่วโมง หลังกัดผู้ป่วยแต่จำนวนเชื้อพบน้อย
3. ทางน้ำนม เชื้อโรคเรื้อนในน้ำนมมารดาที่เป็นโรคเรื้อนระยะรุนแรง จะมีเชื้อโรคเรื้อน 118 ตัวต่อน้ำนมมารดา 1 หยด
4. ทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ทางเยื่อจมูก ช่องปาก คอ กลัองเสียงผู้ป่วยระยะติดต่อ ก่อนรักษามักพบเชื้อมีชีวิตในจมูก โดยเชื้อโรคเรื้อนจะออกจากจมูกของผู้ป่วยได้ราววันละ 10 ล้านตัว และจากการหายใจ ไอ จาม เชื้อจะแพร่กระจายออกไปได้ไกล 30-50 ซม. และมีชีวิตอยู่ได้ 1-7 วัน

การจำแนกผู้ป่วยโรคเรื้อนตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2548, หน้า 54)

จำแนกผู้ป่วยตามแผนการรักษาพยาบาลและการควบคุมโรค

1. โรคเรื้อนประเภทเชือน้อย (Paucibacillary Leprosy: PB) หมายถึง โรคเรื้อนชนิด อินดีเทอร์มินเท (Indeterminate: I) ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Tuberculoid; TT) และ บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Borderline Tuberculoid: BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อจากการทำ Skin Smears และมี รอยโรคจำนวน 1-5 แห่ง
2. โรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy: MB) หมายถึง โรคเรื้อนชนิด บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Borderline Tuberculoid: BT) ที่ตรวจพบเชื้อ และ บอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Borderline Tuberculoid: BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ แต่มีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่ง และกระจายอยู่สองข้างร่างกาย มายบอร์เดอร์ไลน์ (Mild-borderline) บอร์เดอร์ไลน์ เลโปรมาตัส (Borderline Lepromatous: BL) และเลโปรมาตัส (Lepromatous: LL)

ในกรณีที่ เป็น BT ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่ง แต่กระจายอยู่ข้างเดียวของร่างกาย ให้จำแนกเป็นโรคเรื้อนประเภทเชือน้อย (PB)

ระยะฟักตัวของโรคเรื้อน

โดยทั่วไปเชื้อโรคเรื้อนจะมีระยะฟักตัวราว 3-5 ปี แต่ชนิดเลโปรมาตัส อาจนานถึง 9 ปี หรือมากกว่านั้น

ลักษณะอาการ

ลักษณะอาการต่างๆ ไปของโรคเรื้อน แบ่งเป็น 3 กลุ่มอาการ คือ

1. อาการแสดงทางผิวหนัง

1.1 การเปลี่ยนสีผิวของผิวหนังเป็นวงด่างสีขาว หรือวงด่างสีแดง

1.2 ผิวหนังนูนแดงหนา เป็นตุ่มเล็ก ตุ่มใหญ่ แผ่นนูนหนา และผื่นนูนหนาทั่วไป

2. อาการทางเส้นประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nerve) เกิดอาการอักเสบและทำลายเนื้อเยื่อในเส้นประสาท ดังต่อไปนี้

2.1 เส้นประสาทรับความรู้สึกถูกทำลาย (Sensory Nerve Involvement) มีอาการเสียวความรู้สึกหรือชา ไม่รู้สึกในสัมผัส ไม่รู้สึกร้อนเย็น และไม่รู้สึกหนักเบา ระยะแรกมีอาการปวดแสบปวดร้อนและชามากขึ้น มักชาตามมือและเท้า

2.2 เส้นประสาทเลี้ยงกล้ามเนื้อถูกทำลาย (Motor Nerve Involvement) ทำให้กล้ามเนื้อมีกำลังน้อย (Muscle Weakness) กล้ามเนื้อลีบ (Muscular Atrophy) กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต (Muscular Paralysis) เช่น นิ้วงอ หยิบ จับ กำไม่ได้ ข้อมือตก (Wrist Drop) เดินเท้าตก (Foot Drop)

2.3 เส้นประสาทอัตโนมัติ หรือเส้นประสาทซิมพาเทติกถูกทำลาย มีอาการเหงื่อไม่ออก ผิวหนังแห้งและขนร่วง เส้นเลือดดำตีบ มีอาการมือเท้าบวมและเป็นแผล เส้นเลือดแดงตีบ มีอาการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผิวหนังตามปลายมือปลายเท้าแห้งด้านแข็งและเป็นแผลเนื้อตาย

2.4 เส้นประสาทโตคลื่นได้ เมื่อเส้นประสาทถูกทำลายจะมีเยื่อพังผืดมาแทนที่ ทำให้เส้นประสาทขยายใหญ่สุดคลื่นได้ง่าย บริเวณเส้นประสาทข้างข้อศอก (Ulnar Nerve) เส้นประสาทใต้ตาตุ่มด้านใน (Tibial Nerve) เส้นประสาทขาพับด้านนอก (Peroneal Nerve) และเส้นประสาทข้างคอ (Great Auricular Nerve)

3. อาการต่อทางเดินหายใจส่วนบน เยื่อจมูกจะเริ่มบวม อักเสบทำให้คัดจมูกต่อมาจะเริ่มมีแผลในจมูก ทำให้มีเลือดกำเดาปนน้ำหนองออกมา ทำให้ดั้งจมูกยุบได้ (Collapsed Nose) ถ้าไม่รักษาอาจลุกลามไปถึงกล่องเสียงบวมอักเสบ หายใจลำบากและเสียงแหบได้

การวินิจฉัยโรคเรื้อน

หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเรื้อน

1. ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น วงด่าง ผื่น ตุ่ม นูนแดง
2. ตรวจพบอาการชาที่ผิวหนังบริเวณที่เปลี่ยนแปลงหรือที่มือ เท้า
3. คลำเส้นประสาทใต้ผิวหนังได้โตกว่าปกติ
4. ตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากผิวหนังหรือเยื่อจมูก

5. ตรวจพบพยาธิสภาพของโรคเรื้อนจากการตัดชิ้นเนื้อ

หากตรวจพบอย่างน้อย 2 ข้อใน 3 ข้อแรก หรือข้อ 4 หรือข้อ 5 กรณีใดกรณีหนึ่งให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

การรักษาโรคเรื้อน

การรักษาโรคเรื้อนปัจจุบันนิยมรักษาระยะสั้นโดยการให้ยาผสม การรักษาโรคเรื้อนระยะสั้นโดยใช้ยาผสม (Multidrug Therapy: MDT) หมายถึง วิธีการรักษาโรคซึ่งกองโรคเรื้อนได้เปลี่ยนแปลงจากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (TRSWHO 675, 1982) โดยแบ่งโรคเรื้อนชนิดต่าง ๆ เป็น 2 ประเภท เพื่อให้การรักษาระยะสั้นโดยใช้ยา 2-3 อย่าง ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาล โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. โรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก ให้การรักษาด้วย ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัม เดือนละครั้งร่วมกับแคปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัม ทุกวันเป็นเวลา 6 เดือน
2. โรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก ให้การรักษาด้วย ไรแฟมพิซิน (Rifampicin) 600 มิลลิกรัม และแลมปริน (Lamprene) 100 มิลลิกรัม 3 เม็ด เดือนละครั้งร่วมกับ แลมปริน (Lamprene) 100 มิลลิกรัม วันเว้นวันและแคปโซน (Dapsone) 100 มิลลิกรัม ทุกวันติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี หากตรวจอาการของโรคยังกำเริบ (Active) หรือตรวจพบเชื้อ ต้องให้การรักษาต่อไปจนโรคไม่กำเริบ และตรวจไม่พบเชื้อ

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ภาวะโรคแพ้ในผู้ป่วยโรคเรื้อน

ภาวะโรคแพ้ (Reaction)ธรรมชาติของโรคเรื้อนอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและนำไปสู่ความพิการคือ ภาวะโรคแพ้ ซึ่งก็คือการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันทันใดในผู้ป่วยโรคเรื้อนการอักเสบนี้เกิดขึ้นชั่วคราวและไม่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินโรค กล่าวคือ การเกิดภาวะแพ้ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยรายนั้นกำลังแย่ลง และไม่ได้หมายความว่าเชื้อโรคเรื้อนมีการแบ่งตัวและการกระจายมากขึ้นในการอักเสบของอวัยวะนั้น ๆ จะมีอาการแสดงคือ ปวด บวม แดง ร้อน และ การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้น ๆ การอักเสบในผู้ป่วยบางรายอาจตรวจพบการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทอย่างเฉียบพลัน

ถ้าเป็นการอักเสบของผิวหนัง อาการแสดงที่พบชัดเจนคือ บวม แดง ร้อน แต่ถ้าเป็นการอักเสบของเส้นประสาท จะพบการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเป็นอาการสำคัญ และอาจมีอาการอักเสบร่วมด้วย ส่วนอาการปวด บวม แดง ร้อน ของเนื้อเยื่อรอบ ๆ เส้นประสาทจะตรวจพบเฉพาะกรณีที่เส้นประสาทอักเสบอย่างรุนแรง ดังนั้นการวินิจฉัยโรคจึงจำเป็นต้องตรวจอาการและอาการแสดงจากผิวหนังและเส้นประสาทไม่ควรวินิจฉัยจากอาการแสดงของผิวหนังเพียงอย่างเดียว

เพราะจะทำให้พลาดในการที่จะค้นหาอาการของเส้นประสาทอักเสบในระยะเริ่มแรกซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพิการได้

โรคเหื่อในผู้ป่วยโรคเรื้อน แบ่งได้เป็น 2 ชนิด

1. โรคเหื่อชนิดที่ 1 หรือ รีเวอร์ซอล รีแอคชั่น (Reversal Reaction) พบบ่อยในผู้ป่วยชนิดโรคเรื้อนชนิดบอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Borderline Tuberculoid: BT) ที่ตรวจพบเชื้อ และบอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ (Borderline Tuberculoid: BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ แต่มีรอยโรคจำนวนมากว่า 5 แห่ง และกระจายอยู่สองข้างร่างกาย มายบอร์เดอร์ไลน์ (Mild-Borderline) บอร์เดอร์ไลน์ เลโปรมาตัส (Borderline Lepromatous: BL) และเลโปรมาตัส (Lepromatous: LL) อาจเกิดก่อนที่จะรักษาหรือในระหว่างการรักษาโรคเรื้อน และที่สำคัญแม้ว่าหลังจากการรักษาครบหลักเกณฑ์แล้วยังเกิดโรคเหื่อชนิดที่ 1 ได้ ซึ่งต้องวินิจฉัยแยกจากการกลับเป็นโรคใหม่ (Relapse) ด้วย

1.1 อาการแสดงทางผิวหนัง คือ อาการบวมแดงของผื่นโรคเรื้อนเดิม ขอบเขตของผื่นจะนูนแยกจากผิวหนังปกติที่อยู่รอบ ๆ ได้ชัดเจน อาการแสดงของผิวหนังจะเพิ่มขึ้นซึ่งอาจต้องอาศัยประวัติจากผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบ บางครั้งผื่นที่มีอยู่แต่ไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถตรวจพบตั้งแต่ครั้งแรก อาจเกิดอาการบวมแดงชัดเจนขึ้นเสมือนกับเกิดผื่นใหม่ได้

1.2 อาการทางเส้นประสาท มีอาการปวดหรือกดเจ็บที่เส้นประสาท ถ้าเป็นมากจะพบเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ เส้นประสาทบวม บางรายไม่พบอาการปวดหรือกดเจ็บเส้นประสาท แต่จะมีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทเพิ่มมากขึ้น เช่น ผิวหนังบริเวณที่มีอาการชาขยายพื้นที่กว้างกว่าเดิมหรือกล้ามเนื้อที่เคยปกติกลับกลายเป็นอ่อนแรง

1.3 อาจพบอาการบวมที่มือ เท้า และหน้า หากตรวจพบอาการเหล่านี้แสดงว่าเป็นโรคเหื่อชนิดที่ 1 รุนแรง

2. ภาวะโรคเหื่อชนิดที่ 2 หรือ อีริเทอไรมา นูดอซัม เลบโปรซัม (Erythema Nodosum Leprosum) ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยชนิด เลโปรมาตัส (Lepromatous: LL) และอาจพบผู้ป่วยชนิดบอร์เดอร์ไลน์ เลโปรมาตัส (Borderline Lepromatous: BL) บางราย

2.1 อาการแสดงทางผิวหนังคือ ตรวจพบตุ่มแดงใต้ผิวหนัง กดเจ็บ ตุ่มนี้มักขึ้นเป็นชุด (Crops) บางครั้งพบว่าเมื่อตุ่มชุดเก่ายุบจะมีตุ่มชุดใหม่แทรกขึ้นมา

2.2 อาการทางเส้นประสาท พบอาการอักเสบของเส้นประสาทเช่นเดียวกับที่พบในโรคเหื่อชนิดที่ 1 แต่การทำลายเส้นประสาทมักไม่รุนแรง

2.3 การอักเสบของตา มักเกิดการอักเสบของม่านตา (Acute Irido-cyclitis) ตรวจพบตาแดงและมีอาการปวดตามาก หากรักษาไม่ทันอาจทำให้ตาบอดได้

2.4 อาการอื่นๆ เช่น อัณฑะอักเสบ (Orchitis) ปวดข้อ มีไข้ อ่อนเพลีย

การรักษาโรคเท้า

ยี่ดหลักสำคัญของการรักษาคือ ต้องหยุดกระบวนการอักเสบที่เส้นประสาทให้ได้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการ ซึ่งประกอบด้วย

1. การรักษาด้วยยา (Medical Treatment)

1.1 เพรดนิโซโลน (Prednisolone) เป็นยาที่สำคัญที่สุดในการรักษาภาวะเท้า โดยเฉพาะกรณีที่มีเส้นประสาทอักเสบร่วมด้วย เพรดนิโซโลน (Prednisolone) เป็นยาที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ และฤทธิ์กดภูมิคุ้มกัน เพรดนิโซโลน (Prednisolone) เป็นยาอันตราย เจ้าหน้าที่ควรทราบข้อบ่งชี้ในการใช้และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

1.2 โคลฟาซิมิน (Clofazimine) เป็นยาด้านเชื้อโรคเรื้อนที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบด้วย ขนาดที่ใช้ 200-300 มก./ วัน จะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 4- 6 สัปดาห์

1.3 การรักษาตามอาการ ให้ยาแก้ปวดทั่วไป เช่น พาราเซตามอล (Paracetamol) แอสไพริน (Aspirin) บางครั้งอาจต้องใช้ยากดภูมิคุ้มกันร่วมด้วย

2. การรักษาทางสรีระบำบัด (Physiotherapy)

การดูแลเส้นประสาทขณะที่มีการอักเสบควรให้เส้นประสาทได้พักเพื่อให้ร่างกายได้ปรับแก้ไขปัญหาเองได้

2.1 วิธีผูกยึด (Sling) แขนเพื่อถนอมเส้นประสาทอัลนา (Ulnar) ที่ข้อศอก ให้ขยับเขยื้อนน้อยที่สุด

2.2 วิธีตุ้มเท้าตก (Foot Drop) หรือที่กำดั่งจะตก และสามารถแนะนำให้ผู้ป่วยไปปฏิบัติเองที่บ้านได้ เพื่อที่จะให้เส้นประสาทได้พัก อีกนัยหนึ่งคือ ให้เส้นประสาทเคลื่อนไหวเสียคติน้อยที่สุด

3. การรักษาทางศัลยกรรม (Surgical Treatment) โดยการผ่าตัดบริเวณที่เส้นประสาทโดนรัดจนเส้นประสาทมีอาการบวม ผู้ป่วยโรคเรื้อนจะเกิดอาการปวดมาก การผ่าตัดเพื่อแยกพังผืดที่รัดเส้นประสาทบริเวณที่ปวดออก กรณีนี้อาจทำผ่าตัดขยายการบีบรัดเส้นประสาท (Nerve Release) ได้ในกรณีที่การรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาทางสรีระบำบัดแล้วไม่ได้ผล เช่น เส้นประสาทบวมมาก และไม่ดีขึ้นหลังจากการให้ยาเพรดนิโซโลน (Prednisolone) และ พัก (Rest) เส้นประสาทแล้ว

ปัญหาที่พบในการรักษาโรคเท้า

ปัญหาที่สำคัญในการรักษาโรคเท้าชนิดที่ 2 (Type 2 Reaction) ก็คือ มักตรวจพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีอาการเห่อ (Erythema Nodosum Leprosium) เกิดต่อเนื่องกัน โดยไม่มีช่วงปลอด

เลยที่เรียกว่า “Chronic Continuous Erythema Nodosum Leprosium” ในบางครั้งอาการเห่อ (Erythema Nodosum Leprosium) เกิดขึ้นติดต่อกันอยู่เป็นปี หรือมีช่วงปลอดอาการเห่อ (Erythema Nodosum Leprosium) อยู่ระยะสั้น ๆ ไม่ถึง 1 เดือน ในกรณีที่ให้เพรดนิโซโลน (Prednisolone) จะเกิดปัญหา Steroid Dependent คือหยุดเพรดนิโซโลน Prednisolone ไม่ได้แม้จะให้ควบคุมกับ โคลฟาซิมิน (Clofazimine) แล้วก็ตามจะพบว่าเมื่อลดเพรดนิโซโลน Prednisolone ต่ำกว่า 10 มก./ วัน และให้โคลฟาซิมิน (Clofazimine) 100 มก./ วัน อยู่แล้วอาการเห่อ อีริเทอมา นูดอซุม เลปโรซุม (Erythema Nodosum Leprosium) ก็ยังเกิดสวนทาง (Break Through) ขึ้นมาอีก ซึ่งสร้างความทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ในผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องพิจารณาเพิ่มขนาด เพรดนิโซโลน (Prednisolone) และ โคลฟาซิมิน (Clofazimine) ให้สูงขึ้นอีกครั้ง ยาอีกตัวที่ยังมีประโยชน์ในกรณีเช่นนี้ คือ ทาลิดโไมด์ (Thalidomide) แต่ปัจจุบันยานี้ไม่มีใช้ในประเทศไทย

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การลดความเจ็บปวด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหาเรื่องความอ่อนเพลียจากการกินอาหารไม่ได้ ติดตามด้วยการเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เป็นส่วนที่ควรคำนึงทุกครั้งในการรักษาโรคเห่อชนิดที่ 2 (Type 2 Reaction) การให้แอสไพริน (Aspirin) ยานอนหลับ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (I.V. Fluid) เพื่อแก้ไขการเสียสมดุลของเกลือแร่ จะทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น และสามารถควบคุมโรคเห่อชนิดที่ 2 (Type 2 Reaction) ได้สำเร็จ

ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อน

เนื่องจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายจนสูญเสียหน้าที่ อวัยวะที่อาจเกิดความพิการ คือ ใบหน้า ตา มือ และเท้า ปัจจุบันพบว่าประมาณร้อยละ 38 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความพิการ (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2550, หน้า 61) ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ความพิการเหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้หากผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลอย่างถูกต้อง งานป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน จึงเป็นกิจกรรมสำคัญของการควบคุมโรคเรื้อน และเป็นนโยบายระดับกระทรวง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 เป็นต้นไป



ภาพที่ 2 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอาการตาหลับไม่สนิท (Lagophthalmos)
ที่มา: เอกสารการสอน นายแพทย์รัชต์ วงศ์ตรึงคพันธ์ (2548)



ภาพที่ 3 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอาการนิ้วหัวแม่มือมืองอ
ที่มา: เอกสารการสอน นายแพทย์รัชต์ วงศ์ตรึงคพันธ์ (2548)

HAND DEFORMITIES IN LEPROSY

- PRIMARY
- SECONDARY



ภาพที่ 4 แสดงผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอาการกระดูกนิ้วมือหดสั้นมีแผล
ที่มา: เอกสารการสอน นายแพทย์รัชต์ วงศ์ตรึงคพันธ์ (2548)

TRIPLE NERVE PARALYSIS

- In most cases, the median nerve is involved first, followed by the ulnar and radial nerves.



ภาพที่ 5 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอาการข้อมือตก

ที่มา: เอกสารการสอน นายแพทย์รัชต์ วงศ์ตรึงคพันธ์ (2548)



ภาพที่ 6 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอาการข้อเท้าตก

ที่มา: เอกสารการสอน นายแพทย์รัชต์ วงศ์ตังคพันธ์ (2548)



ภาพที่ 7 ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีอาการเท้าตก

ที่มา: เอกสารการสอน นายแพทย์รัชต์ วงศ์ตังคพันธ์ (2548)

ตารางที่ 1 เส้นประสาทที่มักถูกทำลายในผู้ป่วยโรคเรื้อนและความพิการที่เกิดขึ้น (สถาบัน
ราชประชาสมาสัย, 2548, หน้า 64)

อวัยวะ	เส้นประสาท	ความผิดปกติที่ตรวจพบ	
		ความพิการ	การสูญเสียความรู้สึก
ตา	Trigeminal Nerve	ตาหลับไม่สนิท	กระจกตา
	Facial Nerve	(Lagophthalmos)	
	Ulnar Nerve	นิ้วนางและนิ้วก้อย	ชาบริเวณนิ้วก้อย และครึ่งนิ้ว ของนิ้วนาง
มือ	Median Nerve	นิ้วหัวแม่มือ	ฝ่ามือชาบริเวณนิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลางและครึ่งหนึ่งของ นิ้วนางและปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่งของนิ้วนาง ด้านหลังมือ
	Radial Nerve	ข้อมือตก	ชาบริเวณโคนนิ้วหัวแม่มือด้าน ฝ่ามือ และนิ้วหัวแม่มือ ส่วนต้น ของนิ้วชี้ นิ้วกลาง และครึ่งหนึ่ง ของนิ้วนางด้านหลังมือ
เท้า	Common Peroneal Nerve	ข้อเท้าตก	ชาบริเวณหลังเท้าและขาด้าน นอก
	Posterior Tibial Nerve		ชาบริเวณฝ่าเท้า

การแบ่งระดับความพิการ

องค์การอนามัยโลกแบ่งระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 0
ระดับ 1 และระดับ 2 กรณีที่มีความพิการที่มองเห็นได้ กำหนดให้เป็นระดับ 2 การพิจารณาให้แยก
ความพิการของแต่ละอวัยวะ คือ ตา มือ และเท้า และให้ถือว่าความพิการสูงสุดที่ตรวจพบเป็นระดับ
ความพิการของผู้ป่วยรายนั้น

286084

2
616.044
01489

ตารางที่ 2 การแบ่งระดับความพิการ (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2548, หน้า 68)

ระดับความพิการ	ตา	มือ	เท้า
ระดับ 0	หนังตา/ ตาปกติ สายตาสายตามัว	รูปร่างปกติ และฝ่ามือไม่ชา	รูปร่างปกติ และฝ่าเท้าไม่ชา
ระดับ 1	กระจกตาขุ่น สายตาสายตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรได้) ถูกต้องวัดสายตาได้ 6/60 หรือดีกว่า	รูปร่างปกติ และฝ่ามือไม่ชา	รูปร่างปกติ และฝ่าเท้าไม่ชา
ระดับ 2	ตาหลับไม่สนิท ม่านตาอักเสบ กระจกตาเป็นฝ้าขุ่น สายตาสายตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรไม่ได้) วัดสายตาได้น้อยกว่า 6/60)	รูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหลุดสัน มีแผล ข้อมือตกรุนแรง	รูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหลุดสัน มีแผล เดินเท้าตก

ตารางที่ 3 ระยะเวลาการติดตามตรวจความพิการ แบ่งตามกลุ่มผู้ป่วย ระดับความพิการ
การมีโรคห่อและเส้นประสาทอักเสบ (สถาบันราชประชาสมาสัย, 2548, หน้า 72)

กลุ่มผู้ป่วย	ไม่มีความพิการ (ระดับ 0)	มีความพิการ (ระดับ 1 ขึ้นไป)	มีโรคห่อ/ เส้นประสาท อักเสบ/ มีแผล/ กำลังได้รับ เพรดนิโซโลน Prednisolone
กำลังรักษา	อย่างน้อยทุก 3 เดือน	อย่างน้อยทุก 3 เดือน	ทุก 1 เดือน
ระยะเฝ้าระวัง (หลังหยุดยา)	อย่างน้อยทุก 6 เดือน	อย่างน้อยทุก 6 เดือน	ทุก 1 เดือน
ครบระยะเฝ้า ระวังแล้ว	จำหน่ายจากทะเบียนได้ เลยไม่ต้องติดตามนัดตรวจ อีก	อย่างน้อยทุก 1 ปี	ทุก 1 เดือน (กรณีมีแผล หรือยังไม่สามารถ ปฏิบัติกิจกรรมในการ ดูแลได้ถูกต้อง)

การเกิดความพิการขั้นตาร (พิการระดับ 2)

การเกิดความพิการถาวรเนื่องจากเส้นประสาทอักเสบมาก่อน และเส้นประสาทถูกทำลาย
จึงทำให้เกิดปัญหาต่อเนื่องกับผู้ป่วย คือ

1. เกิดแผลเรื้อรัง ที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า เป็นปัญหาแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อน
2. การยึดติดของผิวหนัง เอ็น และข้อต่อต่าง ๆ
3. กระดูกหักสั้น กระดูกเปลี่ยนแปลงผิรูป กระดูกหักสั้น หรือนิ้วมือ นิ้วเท้าถูกควั่น
เกิดจากสาเหตุดังต่อไปนี้

1. เนื่องจากมีแผลเรื้อรัง และบ่อยครั้งที่ลึกถึงกระดูก กระดูกเน่าตายจากการติดเชื้อ
2. เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนกำลัง ทำให้ไม่เกิดความสมดุลของแรงที่มีต่อโครงสร้างของ
นิ้ว คือ ข้อต่อ และปลายกระดูก กระดูกเปลี่ยนแปลงผิรูป
3. ผู้ป่วยไม่มีความรู้ลักษณะใช้งานอวัยวะนั้น ๆ
4. กล้ามเนื้ออ่อนกำลังเกิดข้อยึดติด

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรม โรคเรื้อนทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการระดับ 2
ได้แก่ ความพิการที่มองเห็นได้ชัดเจน เป็นที่น่ารังเกียจกับผู้ที่พบเห็น แม้เชื้อโรคเรื้อนจะหาย

แล้วก็ตาม สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบกับผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ จึงเลือกศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการระดับ 2 เพราะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหามากที่สุด

ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัย

ชุมชนสถาบันราชประชาสมาสัยแห่งนี้ จัดเป็นชุมชนที่มีลักษณะพิเศษ ไม่เหมือนชุมชนที่อื่น ๆ เพราะสมาชิกทั้งหมดในชุมชนคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อนและครอบครัวเท่านั้น ชุมชนแห่งนี้เป็นที่ให้การดูแลหลัก แก่ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อน ลักษณะที่พักอาศัย ตั้งอยู่ด้านหลังของอาคารตรวจรักษาผู้ป่วย ลักษณะตัวอาคารเป็นบ้านพักอาศัย และเรือนแถว รวมทั้งมีการสร้างอาคารคอนกรีต 3 ชั้น เป็นที่พักอาศัยที่เพิ่มขึ้นมาอีก 4 อาคาร โดยทั้งหมดจัดแบ่งเป็นโซนทั้งหมด 5 โซน โดยจัดให้คนงานซึ่งเป็นผู้ป่วยประจำอาคารให้การดูแลในด้านสวัสดิการต่างๆ รวมทั้งทำหน้าที่ค้นหาทะเบียนประวัติผู้ป่วย และพาผู้ป่วยไปพบพยาบาลและแพทย์เมื่อเกิดความเจ็บป่วย (สุวรรณ ฤทธิเรือง และคณะ, 2540, หน้า 3) ผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่มีความพิการระดับ 2 คือ มีความพิการทางกายภาพที่สามารถมองเห็นได้ ครอบครัวทอดทิ้ง โดยได้รับการสงเคราะห์ในด้านต่าง ๆ ทั้งการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ จากสถาบันราชประชาสมาสัย จำนวน 627 คน (รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพของชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย, 2550)

ผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้มีประวัติยาวนานมากกว่า 50 ปี โดยมีผู้ดูแลผู้ป่วยเรียกว่าพ่อบ้าน เป็นข้าราชการตำแหน่งเจ้าพนักงานควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา สถาบันราชประชาสมาสัย ได้จัดตั้งศูนย์พัฒนาสุขภาพชุมชนขึ้น โดยมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ทำหน้าที่ ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชน มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมทุกวันพุธสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน และชมรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีกิจกรรมทุกวันศุกร์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (รายงาน การสำรวจภาวะสุขภาพของชุมชน สถาบันราชประชาสมาสัย, 2550)

สวัสดิการที่ผู้ป่วยได้รับ ค่าเบี้ยเลี้ยงในการดำรงชีวิตวันละ 45 บาท ค่าครองชีพเดือนละ 700 บาท รวมเงินสงเคราะห์ในอัตรา 2,050 บาท/ เดือน/ คน และได้รับการบริการรักษาพยาบาลฟรีจากสถาบันราชประชาสมาสัย โดยปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สูงอายุ มีความพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งในการพิจารณาสงเคราะห์ผู้ป่วยในชุมชนใช้หลักเกณฑ์เดียวกันกับการพิจารณาผู้ป่วยโรคเรื้อนไว้ในสถานโรคเรื้อนอื่น ๆ โดยใช้ระเบียบการกรมควบคุมโรค ว่าด้วยการพิจารณาผู้ป่วยโรคเรื้อนเข้ารับการสงเคราะห์ พ.ศ.2549 (ภาคผนวก จ)

โดยกรมควบคุมโรค ได้วางระเบียบในการรับผู้ป่วย โดยมีการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการสงเคราะห์ปีละ 4 ครั้ง ใช้การพิจารณาตัดสินจากคณะกรรมการกลาง ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่บริหารทั่วไป นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ นิติกร พยาบาลวิชาชีพ โดยอธิบดีกรมควบคุมโรคแต่งตั้ง ไม่น้อยกว่า 9 คน ผู้ป่วยที่ได้รับอนุมัติเข้าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสงเคราะห์จะต้องปฏิบัติตามระเบียบของสถานสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและยากที่จะให้ความหมายที่แน่นอนและตรงประเด็นได้ มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามทัศนะของแต่ละบุคคลดังนี้

องค์การอนามัยโลก(WHO) ได้ให้คำจำกัดความ คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อตำแหน่งชีวิตของตนในบริบทของวัฒนธรรมและระบบคุณค่าต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่และในส่วนที่สัมพันธ์กับบรรดาเป้าหมายของชีวิต เป็นแนวคิดกว้างขวางและซับซ้อนด้านสุขภาพกาย ภาวะจิตใจ ระดับของความอิสระ (ความเป็นตัวของตัวเอง) ความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อและความสัมพันธ์ กับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว มีพื้นฐานสำคัญที่การรับรู้ของบุคคล

กระทรวงสาธารณสุข (2529) คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสม ตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งคุณภาพชีวิตของคนจะดี เมื่อครอบครัวหรือชุมชน ได้พัฒนาจนบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ ความจำเป็นพื้นฐานของช่วงเวลานั้น

อุทุมพร จามรมาร (2530) คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะชีวิตของคนที่ได้รับการความพอใจในสภาพที่ตนเป็นอยู่หรือได้รับอยู่

ประเวศ วะสี (2532) คุณภาพชีวิต หมายถึง การเกิดความสุขสบาย (Well-being) ทั้งกาย จิตและสังคม

โอเร็ม (Orem, 1991) คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงความด้วยความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุข หรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ ในการบรรลุอุดมคติของตนเอง และการดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการให้ความหมายของบุคคล คุณภาพชีวิตนั้นเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคล และการมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย

แคนทริล (Cantril, 1965) คุณภาพชีวิต หมายถึง เป็นการตัดสินใจ และประเมินลักษณะของตนเอง เป็นการที่บุคคลรับรู้ โดยใช้กระบวนการทางสติปัญญา ประมวลภาพรวมความเป็นจริง

ในโลกของตนเอง ซึ่งแสดงออกในความหมายของตนเอง โดยปราศจากการยึดถือข้อกำหนดใด ๆ ทั้งสิ้น

องค์การอนามัยโลก (2006) คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของมนุษย์

จากความหมายคุณภาพชีวิตที่ได้ศึกษาอาจสรุปได้ว่า ผู้วิจัยใช้ความหมาย คุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก เพราะเป็นการรับรู้ที่ปรากฏอยู่ของตนเอง ซึ่งแสดงโดยความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุข หรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณที่บุคคลรู้สึกถึงความพึงพอใจ ในการบรรลุอุดมคติของตนเองและดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล คุณภาพชีวิตนั้น เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคล และการมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างเพียงพอ บุคคลจะสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความพิการระดับ 2 ความพิการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุณภาพชีวิตต่ำลง ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพชีวิต ได้จากส่วนประกอบ 4 ส่วนดังนี้

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตใจ
3. ด้านความสำคัญทางสังคม
4. ด้านสิ่งแวดล้อม

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คำว่าคุณภาพชีวิตปรากฏเป็นครั้งแรกในสำนวนที่สละสลวยของรัฐบาลอเมริกาตั้งแต่ปี ค.ศ 1960 เนื่องจากเป็นเรื่องที่สำคัญในการดำรงชีวิตและเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบัน โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีการพัฒนาในด้าน ๆ จะทำได้ และรวดเร็วขึ้น การที่คนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ รู้จักคิดรู้จักทำ รู้จักตัดสินใจ คำว่าคุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้นพร้อมกับคำว่าประชากรศึกษาโดยถูกกำหนดขึ้นจากปัญหาความเป็นอยู่ที่สมดุลของมนุษย์ (Burchhardt, 1982 อ้างถึงใน ประภา รัตนเมธานนท์, 2532, หน้า 11) กำลังได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากทั้งภาครัฐ เอกชน สังคม ตลอดจนถึงการบริการสุขภาพ นักวิชาการและนักการศึกษาในหลาย ๆ ประเทศ ได้พยายามวางแผนแนวคิดและทัศนะต่าง ๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตลอดจนพยายามหาระดับความมีคุณภาพชีวิตของบุคคลว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งพบว่า มีความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพ และพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามจากการศึกษา เป็นที่ประจักษ์ว่า คุณภาพชีวิตไม่ได้มุ่ง หรือให้ความสนใจ เพียงการบรรลุความต้องการในปริมาณหรือความสมบูรณ์ของวัสดุสิ่งของหรือเศรษฐกิจการเงินเท่านั้น แต่เป้าหมายที่เปลี่ยนแปลงไปได้แก่ มุ่งให้ความสนใจ

และยึดถือความต้องการทางด้านจิตสังคมของบุคคลมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่กำลังได้รับความสนใจกันอย่างกว้างขวางเนื่องจากความคิดเห็นที่ตรงกันว่า เงินไม่สามารถจะซื้อความสุขได้ มีการแยกการศึกษาคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 หลักใหญ่ ๆ ดังนี้

1. การวัดในเชิงวัตถุวิสัย (The Objective Approach) แสดงถึงภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินใจโดยบุคคลอื่น หรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ทางด้านร่างกาย

2. การวัดในเชิงจิตวิสัย (The Subjective Approach) เป็นกรอบการอ้างอิงของบุคคลโดยขึ้นอยู่กับความรู้จากประสบการณ์ในอดีตของตนเองสะท้อนถึงภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ ความปรารถนา ความพอใจในชีวิต

ส่วนใหญ่จะเห็นว่าการวัดทางจิตวิสัยของแต่ละบุคคลเป็นสิ่งที่ดีและน่าเชื่อถือที่สุด เพราะเป็นการพิจารณาตัดสินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง

การประเมินคุณภาพชีวิต

ได้มีการแบ่งวิธีประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะโดยเน้นที่การประเมินความสุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective Scales Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น ได้แก่ แพทย์ หรือบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนนในเรื่องภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษา หรืออาชีพ

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective Scales Yielding Quantitative Data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจ และความสุขที่ได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective Scales Yielding Qualitative Data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำถามถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัวยุทธศาสตร์ทางสังคม หรือภาวะเจ็บป่วย ผลที่ออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ปัญหาในการประเมินคุณภาพชีวิต ได้แก่ การเลือกใช้แบบวัดที่เหมาะสม โดยควรประเมินทั้งแบบวัตถุวิสัยและจิตวิสัย หรือควรเลือกประเมินทางด้านจิตวิสัย ซึ่งเป็นการประเมินประสบการณ์ในชีวิต ของผู้ป่วยโดยตรงแต่ในขณะที่การประเมินแบบวัตถุวิสัยเป็นเพียงสิ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเท่านั้น ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงเป็นส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความต้องการของบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจกับสิ่งที่ผ่านไปแล้วไม่เหมือนกัน เป็นแนวคิดที่มีสภาพเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และการให้คุณค่า ฉะนั้นผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือประเมิน

ด้านจิตวิสัย ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตของ ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-Thai)

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-Thai)

ต่อมา ค.ศ.1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO-QOL Group, 1995) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่ และได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.8406 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-Thai) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด ได้แก่ แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subjective) เป็นแบบสอบถามลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง มีส่วนประกอบ 4 ด้าน มีทั้งหมด 24 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ด้านร่างกาย (Physical Domain) ได้แก่ การรับรู้ทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ความสามารถที่จัดการกับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย การรับรู้ถึงผลกระทบในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้การเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนเองไม่ต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น มี 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ได้แก่ การรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกท้อแท้ที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ความคิด ความจำ การตัดสินใจ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล ความเชื่อต่าง ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น มี 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships Domain) ได้แก่ การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ให้บุคคลอื่นในสังคมด้วย ตลอดจนการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ มี 3 ข้อ

ส่วนที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain) ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนเองมีอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาส

ได้รับข่าวสารหรือฝึกทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณเองได้มีกิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมในเวลาว่างมี 8 ข้อ

ส่วนในข้อที่ 1 และข้อที่ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม จะไม่ได้รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านข้างต้น

การใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-Thai) (อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2541, หน้า 13-14) ในการศึกษาพบว่า เมื่อนำแบบวัดมาหาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องชี้วัด WHO-QOL-BREF-Thai มีค่า 0.8406 และแบบวัดนี้ โกเมศ อุรัตน์ ได้นำมาใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8406 และมีความเป็นชุมชนเช่นเดียวกับชุมชนโรคเรื้อนสถาบันราชประชาสมาสัย จังหวัดสมุทรปราการ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน

จากภาวะของโรคเรื้อน จะพบว่า ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับการเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผลเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกคุณค่าของตนเองลดต่ำลง ความสามารถในการดูแลตนเองไม่ดีส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้แก่ เมื่อผู้ป่วยเกิดบาดแผลที่มือและเท้าด้วยพยาธิสภาพของโรคทำให้เส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย เสียการทำงานผู้ป่วยจะรู้สึกชาทำให้เกิดแผลได้ง่ายและบวมกับ ถ้าผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ดีทำให้อาจเสียอวัยวะส่วนนั้น ๆ ไปไม่อาจคืนมาได้ดังเดิม เช่น อาจถูกตัดเกิดความพิการซ้ำซ้อนมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจและสังคมตามมาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนี้ (โกเมศ อุรัตน์, 2543)

1. ผลกระทบของความเจ็บป่วยโรคเรื้อนที่มีต่อตนเองด้านร่างกายจากการสัมผัสพยาธิเชิงลึกของ โกเมศ อุรัตน์ ที่ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ อุดมโนทัศน์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการทางผิวหนัง ได้แก่ วงดำขาว ญาติแนะนำให้ไปตรวจที่ศูนย์โรคเรื้อน ผู้ป่วย 3 ใน 5 ราย เคยมีญาติเป็นโรคเรื้อนมาก่อน จึงได้รับคำแนะนำให้มาตรวจที่ศูนย์โรคเรื้อน และมีบางรายมาด้วยอาการทางผิวหนัง คือมีผื่นขึ้นบริเวณลำตัว ส่วนใหญ่จะหายมารักษาด้วยตนเองก่อน โดยซื้อจากร้านขายยาทั่วไป และไม่คิดว่าตนเองจะเป็นโรคเรื้อน ส่วนสาเหตุของโรคเรื้อนนั้นส่วนใหญ่มองว่าเกิดจากกรรมพันธุ์และเข้าใจว่าสามารถถ่ายทอดกันทางสายเลือด

2. ผลกระทบของความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อนต่อด้านจิตใจ พบว่า ส่วนใหญ่จะตกใจ กลัววิตกกังวล บางรายมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จนเกิดความพิการเป็นที่น่ารังเกียจ อยู่อย่างหลบซ่อนสิ้นหวังในชีวิต

3. ผลกระทบของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อสังคม พบว่าส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะลดการเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างกับชุมชนและสังคม โดยเฉพาะขณะทำการรักษา ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านจะน้อยลงโดยเกรงว่าจะมีคนถามว่าเป็นโรคอะไร สำหรับความสัมพันธ์กับครอบครัวบางรายจะยังปกติ แต่บางรายครอบครัวจะขับไล่ไม่ให้อยู่ ต้องมาอาศัยรวมอยู่ในสถานสงเคราะห์ที่รัฐบาลจัดให้ ถูกตัดขาดจากญาติพี่น้อง

4. ผลกระทบของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ที่ตนเองมีอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสได้รับข่าวสารหรือฝึกทักษะต่าง ๆ การรับรู้ที่ตนเองได้มีกิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมในเวลาว่าง

มีงานวิจัยที่กล่าวถึง “คุณภาพชีวิต” ที่ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ โคมศ อุรัตน์ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์โรคเรื้อรังเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำที่พบมากที่สุด คือคุณภาพชีวิตในด้านสังคม (ร้อยละ 7.4) การสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลใจมากต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เนื่องจากอาการของโรคและผลข้างเคียงของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแยกตัวจากสังคมและมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นน้อย อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .028$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวดี ทองทั้งสาย และคณะ (2546) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ในสถานสงเคราะห์ สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงอายุมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุขึ้นอยู่กับตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และสุริยา สุนทราศี (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเมือง พบว่า ผู้ป่วยมักจะขาดความรู้ที่แท้จริงเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง จึงเป็นสาเหตุให้มารับการตรวจรักษาช้า และจะมารับการรักษาที่ต่อเมื่ออาการของโรครุนแรงมากแล้ว ได้ไปแสวงหาการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ที่คิดว่าดีที่สุดในขณะนั้น บางรายมีความพิการเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยที่มีความพิการจะมีปัญหาในการอยู่ร่วมในสังคมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความพิการซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ จุฑารัตน์ เทพพรบริสุทธ์ (2546) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี พบว่าคุณภาพชีวิตแบบมิติเดียว (วัดการรับรู้และความพึงพอใจด้านสุขภาพโดยรวม) และแบบหลายมิติ (วัดการรับรู้และความพึง

พอใจด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม ชีวิตครอบครัว ชีวิตการทำงาน) อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตแบบมิติเดียวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตแบบหลายมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคุณภาพชีวิต ด้านทางกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม มีส่วนให้ผู้ป่วยมีการดำรงชีวิตได้ในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ยอมรับจากสังคม เกิดความวิตกกังวลในการรับการรักษา มีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง ไปจากเดิมมาก กลัวความพิการ มีบางรายถูกรอรับกลับบ้าน ต้องมาอาศัยในนิคมต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดทราบไปตลอดชีวิต ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาต่อไป

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

มีผู้ให้ความหมายของ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในหลายทัศนะดังนี้

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) ได้ให้ความหมายว่า เป็น ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลถึงคุณค่าของตนเองโดยยึดถือ ครอบคลุมเนื้อหา 4 ด้าน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในเรื่อง ความมีอำนาจ การมีความสำคัญ การมีคุณความดี และการมีความสามารถ

โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในของบุคคล เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตัวเอง เห็นคุณค่าตนเอง และเชื่อมั่นในตนเองเช่นกัน

แบรนเดน (Branden, 1998) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกที่ว่าตนเองมีค่ามีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จดังใจ

ไพรเออร์ (Pryor, 2001) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความเชื่อในตนเอง คิดว่าตนเองมีค่า มีความเคารพนับถือตนเอง มองตนเองในทางบวก และมีความพึงพอใจในตนเอง

อุมพร ตรังคสมบัติ (2543) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความคิดของบุคคลเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นคนที่มีคุณค่า มีความหมายมีประสิทธิเพียงใด

สรุป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลถึงคุณค่าของตนเองโดยยึดถือ ครอบคลุมเนื้อหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในเรื่อง ความมีอำนาจ การมีความสำคัญ การมีคุณความดี และการมีความสามารถของบุคคล ๆ นั้นเพื่อดำรงชีวิตที่ปกติสุขได้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หรือบางครั้งอาจใช้คำ ที่มีความหมายใกล้เคียงกัน เช่น ความรู้สึกถึงค่ามีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) ความรักในตนเอง (Self-love) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confidence) ความพึงพอใจในตนเอง (Self-satisfaction) การปกป้องตนเอง (Self-regard) ประเมินตนเอง (Self-evaluation) การประเมินค่าตนเอง (Self-appraisal)

ความสามารถของตนเอง (Sense of Adequacy of Personal Efficacy) ความรู้สึกถึงความสามารถของตนเอง (Sense of Competence) จุดที่เห็นพร้อมกันของตนเองในอุดมคติ (Self-ideal Congruence) ความเข้มแข็งของตนเอง (Ego Or Ego Strength) ภาพพจน์แห่งตน (Self-image) (Miller, 1992)

คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) มีความเห็นว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นการตัดสินใจพิจารณา ค่าของตนตามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อตนเองซึ่งคล้ายกับสแตนวิช (Stanwyck, 1983 cited in Norris & Kuncs-Connell, 1985, p. 745) ที่กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่ว่า “ฉันรู้สึกอย่างไรเมื่อฉันมองตนเอง”

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) เป็นการตัดสินใจคุณค่าของตน (Self) ในแง่ของปรัชญามีลักษณะเป็นนามธรรม หมายถึงเอกลักษณ์ของบุคคลซึ่งรวมกับลักษณะทางกายภาพความสามารถทางสติปัญญา ในทางจิตวิทยาจะมองในแง่ของการเรียนรู้ เน้นการรับรู้ตนเองในด้านต่าง ๆ จากการมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและเป็นกระบวนการของประสบการณ์ทางสังคมด้วยเหตุนี้ “ตน” ในความหมายทางจิตวิทยาจึงมีความหมายเดียวกับคำว่า อัตมโนทัศน์ (Self-concept) (Mead, 1962 อ้างถึงใน นิภาวรรณ กิริยา, 2543)

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดความรู้สึกในคุณค่าในตนเอง ของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1. การมีอำนาจ (Power) หมายถึง การที่ผู้บ่วยสามารถมีอิทธิพลและควบคุมตนเองได้
2. การมีความสำคัญ (Significance) หมายถึง การที่บุคคลสามารถมีอิทธิพลและควบคุมบุคคลอื่นได้รับการยอมรับ การเอาใจใส่รวมทั้งได้รับความรักใคร่จากบุคคลอื่น
3. การมีคุณความดี (Virtue) หมายถึง การยึดมั่นตามมาตรฐานทางจริยธรรมและศีลธรรมของสังคม
4. การมีความสามารถ (Competence) หมายถึง การประสบความสำเร็จในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

คุณลักษณะทั้ง 4 ข้อนี้นี้ต่างผลักดันให้มนุษย์มีพัฒนาไปตามขั้นตอนของพัฒนาการได้สำเร็จ การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จึงอยู่บนพื้นฐานของคุณลักษณะทั้ง 4 ข้อ ภายใต้สัมพันธ์ภาพที่เกิดจากความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Coopersmith, 1984) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเป็นประสบการณ์ที่ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายในชีวิตและปรารถนาที่จะค้นพบความสุข (Branden, 1992 cited in Huitt, 1998)

บุคคลที่มีความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่าสูง จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันความเจ็บป่วยเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เชื้อมั่นในอำนาจและการกระทำที่จะเกิดผลตามที่ตนเองต้องการใน

การดำรงรักษาสุขภาพของตนเองไว้ มีพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเมื่อเจ็บป่วยสามารถจะฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็ว ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีในการรักษา (Coopersmith, 1984)

ประโยชน์ของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดขึ้นตั้งแต่วัยทารก จะเริ่มรู้จักส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตน อันเป็นจุดเริ่มต้นรู้จักตนเอง นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นขบวนการของการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Crouch & Strub, 1983) และพัฒนาตามลักษณะในแต่ละวัย และวุฒิภาวะหรือพัฒนาการตามขั้นตอน 8 ขั้น ของอีริกสัน (อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2539; Erikson, 1968) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ความไว้วางใจและความไม่ไว้วางใจผู้อื่น (Trust-mistrust) เริ่มตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึง 1 ขวบครึ่ง ถ้าในขั้นตอนนี้ได้รับการตอบสนองที่สมมูลจะทำให้ทารกพัฒนาความรู้สึกมีความหวัง ซึ่งเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมนุษย์เป็นพลังผลักดันให้มนุษย์ต่อสู้อุปสรรคต่าง ๆ ที่มักเกิดขึ้นในชีวิตของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น

ขั้นตอนที่ 2 ความเป็นตัวของตัวเองกับความละอายใจและไม่แน่ใจ (Autonomy-shame and Doubt) เริ่มตั้งแต่หนึ่งขวบครึ่งถึง 3 ขวบ โดยการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง เด็กจะเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่รู้จักควบคุมตนเอง รู้จักตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิด (Initiative-guilt) เริ่มตั้งแต่ 3 ขวบถึง 6 ขวบเป็นระยะที่เด็ก รู้จักใช้ความคิดฝัน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความสมดุลระหว่างความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิด จะทำให้เด็กพัฒนาเป็นคนชอบสร้างสรรค์ รู้จักคิดหาวิธีแก้ไขปรับปรุงกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องกระทำเป็นคนที่มีกล้าเผชิญความเป็นจริงของตนเองและของชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 ระยะฝึกทักษะในสังคมและการเกิดปมด้อย (Industry-infermity) เริ่มตั้งแต่อายุ 6 ปี ถึง 12 ปี เป็นระยะที่เด็กเริ่มออกสู่สังคมนอกบ้าน เริ่มฝึกฝนทักษะและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ร่วมมือหรือแข่งขันกันทำงาน เมื่อเด็กสามารถสร้างความสำเร็จให้กับตนเองได้ เขาจะเรียนรู้ว่าความสำเร็จเป็นสิ่งที่น่าภาคภูมิใจ ซึ่งจะช่วยพัฒนาความรู้สึกในคุณค่าของตนเองให้เพิ่มสูง

ขั้นตอนที่ 5 เป็นระยะการสร้างเอกลักษณ์แห่งตน และความสับสนในเอกลักษณ์แห่งตน (Identity-Confusion) อายุ 12 ถึง 20 ปี เป็นระยะที่แสวงหาเอกลักษณ์ที่เกี่ยวกับตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเองในการตัดสินใจ โดยอาศัยอุดมคติ ความเชื่อ ค่านิยมของตนเอง ผู้ที่มีความสมดุลในขั้นตอนนี้จะทำให้บุคคลรู้จักเคารพในสิทธิและความคิดของผู้อื่น และพฤติกรรมที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 6 ความใกล้ชิดผูกพันและความโดดเดี่ยว (Intimacy-isolation) เริ่มตั้งแต่อายุ 20 ถึง 40 ปี ถ้าขั้นตอนนี้มีความสมดุลจะช่วยให้เป็นคนมีไมตรีจิตมีความรักแบบผู้ใหญ่ที่มีลักษณะเอื้ออาทรต่อกัน

ขั้นตอนที่ 7 การบำรุงส่งเสริมผู้อื่นและการพะวงเฉพาะตน (Generativity-self-absorption) เริ่มตั้งแต่ 40 ปี ถึง 60 ปี เป็นวัยที่มีคุณสมบัติของความเอื้ออาทรที่แท้จริง บุคคลจะแสดงความอาทร โดยการแข่งขัน การเลี้ยงดู การแนะนำ การสร้างสรรค์ทั้งในสิ่งที่เป็ วัตถุ สิ่งของ ความรู้ ความคิด ความชำนาญต่าง ๆ ต่อบุคคลอื่นและต่อสังคมส่วนรวมทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขพึงพอใจในชีวิตตนเอง เห็นตนเองมีค่ามีความสำคัญ ผู้ที่มีความสมดุลในขั้นตอนนี้จะพัฒนาความสำนึกในคุณค่าตนเองเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกที่เป็นมนุษย์ที่มีความหมาย

ขั้นตอนที่ 8 ความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวัง (Integrity-despair) เริ่มตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในขั้นตอนนี้ถ้าบุคคลยอมรับทั้งความสำเร็จ และความล้มเหลวของชีวิต ตนเอง ไม่ยึดติดกับอดีต รู้จักปล่อยวาง ถ้าบุคคลในวัยนี้สามารถทำใจยอมรับชีวิตของตนและผู้อื่นจะทำให้บุคคลในวัยนี้มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง แต่ถ้าบุคคลยังมีความรู้สึก อาลัย อารมณ์ มีความรู้สึกสูญเสียยอมรับอดีตไม่ได้ กลัวความตายที่กำลังจะมา จะทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสีย ความภาคภูมิใจในตนเอง และความสำนึกในคุณค่าตนเองลดต่ำลง

พัฒนาการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาไปตามวัยและเริ่มคงที่ในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากมีวุฒิภาวะและมีแนวโน้มที่จะยอมรับตนเอง ตามปณิธานมากกว่าวัยรุ่น อย่างไรก็ตามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอาจเปลี่ยนแปลงเมื่อบุคคลมีเหตุการณ์รุนแรงภายนอก มากระทบเกิดความเจ็บป่วยและสูญเสียต่าง ๆ ได้แก่ การสูญเสียคู่ครอง ผู้ป่วยที่มีการทำแท้ง ผู้ป่วยเป็นหมัน การเกษียณอายุราชการ สตรีวัยหมดประจำเดือน ความพิการ (Carpenter, 1996; Frank, 1984) และภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพที่เกิดขึ้น เช่น การเป็นโรคเรื้อน

การวัดการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สามารถประเมินการวัดได้ 2 วิธี

1. การซักถามจากผู้ถูกวัดโดยตรง (Interview) ข้อมูลที่ได้เรียกว่า รายงานเกี่ยวกับตนเอง (Self-report)

2. สังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกวัด (Observation) มีการเฝ้าติดตามพฤติกรรมอยู่ห่าง ๆ จะเห็นได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลงหรือรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้แก่ เมื่อผู้ป่วยเกิดบาดแผลที่มือและเท้าด้วยพยาธิสภาพของโรคทำให้เส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย เสียการทำงานผู้ป่วยจะรู้สึกชาทำให้เกิดแผลได้ง่าย และไม่มีกำลังใจเพียงพอที่จะรับการรักษาก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องสูญเสียอวัยวะนั้นไปในที่สุด แบบสอบถามความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สร้างโดยอิงแนวคิดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) มีทั้งหมด 32 ข้อ แต่ละข้อ มีข้อความทางลบ 19 ข้อ

ข้อความทางบวก 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในด้านการมีอำนาจ ด้านการมีความสำคัญ ด้านการมีคุณค่าความดี ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไปใช้โดย คงเนื้อหาตามข้อคำถามเดิมและมีการปรับปรุงการใช้ภาษา งานวิจัยที่กล่าวถึง “ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem)” ที่ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้

สรุปจากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่ผ่านมาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ส่งผลกับคุณภาพชีวิตโดยถ้าสามารถมีอิทธิพลและควบคุมตนเองได้ ทำให้คุณภาพชีวิตในบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าสูง จะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันความเจ็บป่วย เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี เชื่อมั่นในอำนาจและการกระทำที่จะเกิดผลตามที่ตนเองต้องการในการดำรงรักษาสุขภาพของตนเองไว้มีพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเมื่อเจ็บป่วยสามารถจะฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็ว ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีในการรักษาทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

ความสามารถในการดูแลตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1985, p. 105) ได้ให้ความหมาย ความสามารถในการดูแลตนเองว่า เป็นความสามารถซับซ้อนของบุคคล ในการบรรลุความต้องการในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต ดำรงหรือส่งเสริมให้โครงสร้าง หน้าที่และการพัฒนาของมนุษย์ดำเนิน ไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล และส่งเสริมความผาสุกในชีวิต ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของชีวิต จากวัยเด็กถึงวัยชรา การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ อิทธิพลทางการศึกษา ประสบการณ์ในชีวิต อิทธิพลวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ในชีวิตประจำวัน แนวคิดของโอเร็ม คล้ายกับ ฮิลและสมิท ที่ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองต้องเป็นความเต็มใจ และการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มหรือกระทำด้วยตนเองเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (Deliberate Action) มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดแต่ละบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของบุคคลแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มีความสามารถดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากทารกและเด็กพึ่งอยู่ระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ ความต้องการความช่วยเหลือหรือความสามารถในการดูแลตนเอง บางส่วนหรือทั้งหมด ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (Health State) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็น

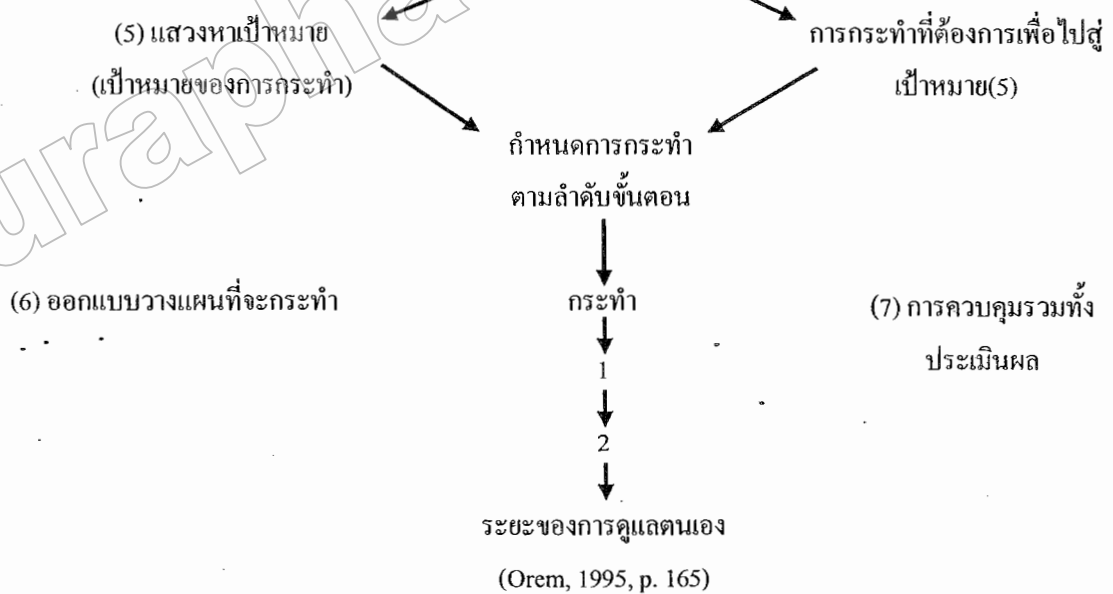
การกระทำที่บุคคลมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้อื่น คือการที่บุคคลมีส่วนในการส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา การปฏิบัติตามความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 2 ระยะ (Orem, 1995)

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ระยะที่ 1: การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนดังนี้



ระยะที่ 2: เป็นการกระทำและผลของการกระทำ



ภาพที่ 8 ระยะที่ 1 การวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ประโยชน์ของความสามารถในการดูแลตนเอง

ในผู้ป่วยประโยชน์ของความสามารถในการดูแลตนเอง มีส่วนอย่างมากในการดำรงชีวิตอย่างปกติทั่วไป แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (สุวิมล พนาวัฒนกุล, 2534).

1. ประโยชน์ต่อร่างกาย หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองจะทำให้สุขภาพดีมีร่างกายที่แข็งแรงเป็นเกราะป้องกันโรคต่าง ๆ ที่จะเกิดอาการแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ให้ลดน้อยลงหรือไม่มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นเห็นประโยชน์จากการดูแลตนเองที่ดี
 2. ประโยชน์ต่อจิตใจ เมื่อความสามารถในการดูแลทางร่างกายดี ก็จะส่งผลดีด้านจิตใจไปด้วย ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและฟื้นฟูตนเองไม่ปล่อยให้ตนเองเจ็บป่วยมากจนเกิดภาวะแทรกซ้อนก็จะไม่รู้สึกลำบากที่จะต้องร่วมกิจกรรมกับสังคม
 3. ประโยชน์ทางด้านสังคม และประเทศชาติ เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดี ก็จะไม่เป็นภาระกับสังคมและประเทศชาติก็ไม่ต้องนำเงินจากงบประมาณแผ่นดินมาใช้จ่ายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากนัก ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวสังคมของตนเองได้ การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (Deliberate Action) มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล ซึ่งผลกระทบของความพิการจากโรคทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามพลังความสามารถ 10 ประการ ดังนี้ (Orem & Taylor, 1986)
1. ขาดความสนใจ และเอาใจใส่ตนเอง และภาวะแวดล้อม
 2. ไม่มีความสามารถที่จะควบคุมพลังทางด้านร่างกาย เพื่อการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
 3. ขาดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
 4. ไม่มีความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผล เพื่อการดูแลตนเอง
 5. ไม่มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง
 6. ขาดทักษะเพียงพอในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 7. ไม่มีความสามารถในการแสวงหา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 8. ไม่มีทักษะเพียงพอในการจัดการ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
 9. ไม่มีความสามารถเพียงพอในการจัดระบบการดูแลตนเอง

10. ไม่มีความสามารถจะปฏิบัติ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

โอเรม (1985) ได้กล่าวว่า ความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่กระทำเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองมี 3 ประเภท ได้แก่ 1) ความต้องการดูแลตนเองทั่วไป (Universal Self-care) เป็นความต้องการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานที่พบได้ทุกคนและทุกวัย ความต้องการปรับเปลี่ยนไปตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลไว้ 1) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Development Self-care) เป็นความต้องการที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตในช่วงต่าง ๆ เช่น ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต หรือเกิดเหตุการณ์ที่มีผลในทางลบต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดามารดา การดูแลตนเองในระยะสุดท้ายของชีวิต 3) ความต้องการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self-care) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติในภาวะต่าง ๆ ความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติในภายหลัง เช่น การเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย การวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งสำคัญและควรจัดให้มีขึ้นเป็นกิจกรรมที่ต้องให้กระทำตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากเชื้อโรคเรื้อรังก่อให้เกิดการทำลายเส้นประสาทรับรู้ความรู้สึก ทำให้เกิดอาการชา ไม่มีความรู้สึก เส้นประสาทไปเลี้ยงกล้ามเนื้อถูกทำลาย สูญเสียการทำหน้าที่ จะทำให้กล้ามเนื้อเป็นอัมพาตและเส้นประสาทซิมพาเทติกสูญเสียการทำงานที่ จะทำให้ไม่มีเหงื่อออก ผิวแห้ง ขนร่วง ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีการประกอบอาชีพและมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ไม่เหมาะสม และมีการดูแลตนเองไม่ดีแล้วย่อมจะก่อให้เกิดความพิการที่รุนแรงตามมาได้ และความพิการที่พบบ่อยจะเกิดที่ ตา มือ และเท้าของผู้ป่วย ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการที่ตา มือ และเท้าจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ (เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และคณะ, 2540, หน้า 11)

1. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการที่ตา เนื่องจากเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณหน้าลูกตาจะทำลายจะทำให้มีการกระพริบตาผิดปกติ กล้ามเนื้อเปลือกตาอ่อนกำลังลง เปลือกตาปิดไม่สนิท เวลาหลับตาหรือกระพริบตาเป็นสาเหตุให้กระจกตาแห้งเป็นแผล และทำให้ม่านตาอักเสบตาบอดได้ ดังนั้นผู้ป่วยควรมีการดูแลตนเองโดย 1) การหลีกเลี่ยงดวงตาแห้งและตาได้รับอันตราย

ด้วยการคิดเสมอว่าต้องกระพริบตาบ่อยๆ แล้วกระพริบตาเพื่อจะไม่ทำให้ตาแห้งและไม่เกิดอันตรายจากฝุ่นละอองเข้าตา 2) ป้องกันดวงตาไม่ให้ตาแห้งหรือผองเข้าตา โดยใช้ผ้าคลุมผมจะช่วยบังแสงแดดไม่ให้ถูกตา และป้องกันลมฝุ่นได้ด้วย การสวมแว่นกันแดดขนาดใหญ่หรือสวมหมวกที่มีปีกปิดฝุ่นผองเข้าตา 3) รักษาดวงตาให้สะอาด ห้ามถูตาด้วยมือ ถ้าระคายเคืองให้หลับตาลงใช้มือช่วยดึงเปลือกตาด้านหางตาออกข้างนอกเป็นการช่วยให้หลับตาได้สนิท 4) ปิดตาเวลานอนกลางคืน โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำพอให้เปียกปิดตาไม่ให้ถูกตาแห้ง และนอนในมุ้งหรือผ้าคลุมเพื่อป้องกันฝุ่นละอองที่ตกลงมาจากหลังคา 5) ตรวจตา 1 หรือ 2 ครั้งต่อวันเพื่อค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและดูแลตนเองตามปัญหาที่พบ

2. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการที่มือ เนื่องจากเชื้อโรคเรื้อนทำลายเส้นประสาทที่แขนและมือทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึก เหงื่อ ไม่ออก มืออ่อนกำลังลง ซึ่งเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยอยู่ตลอด ไปถึงแม้โรคเรื้อนจะหายแล้วก็ตาม ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องดูแลมือของตัวเอง นอกจากไม่ให้เกิดแผลและข้อติดแข็งแล้วผู้ป่วยต้องปฏิบัติให้เป็นนิสัยในการระมัดระวัง โดย 1) สร้างนิสัยในการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดแผลที่มือตลอดเวลา โดยใช้เครื่องมือป้องกันความร้อนจับของที่ร้อน ระมัดระวังใช้มีือนาน ๆ อาจทำให้เกิดพองซ้ำได้ 2) ตรวจมือตนเองและดูแลผิวหนังพร้อมกับนิ้วออกกำลังเป็นกิจวัตรประจำวัน โดยการแช่มือในน้ำเสร็จแล้วทาด้วยน้ำมันและออกกำลังมือ 3) รักษาแผลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

3. การดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการที่เท้า เนื่องจากเชื้อโรคเรื้อนทำลายเส้นประสาทที่ขา ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความรู้สึก กล้ามเนื้ออ่อนแรงก่อให้เกิดแผล หนองแข็งแตกและนิ้วงอข้อติดแข็งได้ง่าย ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องดูแลเท้าตนเองโดยการปฏิบัติดังนี้ 1) หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดแผลตลอดเวลาโดยการใส่รองเท้าป้องกันเท้าเมื่อเดินหรือยืนทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการเดินไกล ๆ ให้หยุดพักเป็นระยะ ๆ หรือให้จูงจักรยานหรือพาหนะอย่างอื่นแทน 2) ตรวจดูฝ่าเท้าทุกวันจนเป็นกิจวัตรประจำวัน 3) รักษาแผลเมื่อเป็นตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหรือการดูแลหนังหนา โดยแช่เท้าในน้ำ ๓-๕ นาที แล้วล้างออก เช็ดเท้าและนิ้วด้วยน้ำมันเพราะน้ำมันจะช่วยให้เท้าติดอยู่กับผิวหนังได้นาน และผิวหนังชุ่มชื้น และนิ้วออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง 3) ดูแลรักษาแผลและแผลแตกตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อไม่ให้เกิดการอักเสบแทรกซ้อนจนต้องสูญเสียอวัยวะของร่างกายต่อไป 4) ใส่รองเท้าสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนเพราะเท้าที่สูญเสียความรู้สึกที่ฝ่าเท้า หรือมีอัมพาตของกล้ามเนื้อเล็ก ๆ ในเท้าจะเกิดแผลที่ฝ่าเท้าได้ง่าย ดังนั้นการสวมรองเท้าที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันเท้าของผู้ป่วยจากการเกิดแผลได้โดยรองเท้าที่ดีสามารถป้องกันการเกิดแผลจะมีลักษณะพื้นรองเท้าด้านในนุ่มด้านนอกแข็งเพื่อไม่ให้ของมีคมที่มแทงทะลุพื้นรองเท้าพร้อมทั้งมีสายรัดเพื่อปรับความส้นยาวได้

ถ้าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตั้งแต่ต้น อาการแทรกซ้อนหรือการสูญเสียอวัยวะของร่างกายจนทำให้เกิดความพิการซ้ำตาม (Secondary Deformities) ก็จะไม่เกิดขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยจากโรคส่งผลต่อพลังความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 10 ประการข้างต้น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นไปด้วยความลำบากส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความสามารถในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวความคิดของโอเร็มมีทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่วัดความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ความสามารถในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ความสามารถในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ งานวิจัยที่กล่าวถึง “ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care Agency) กับคุณภาพชีวิต” ที่ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

ถิตดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีความสามารถในการดูแลตนเองดี จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($p < .01$) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ กนกพร ใจแก้ว (2537) ที่ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยมีอิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างตัวแปรต้นคือความสามารถในการดูแลตนเอง และตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ วารี กังใจ (2540) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแตกต่างกับ นัยนา พิพัฒน์วิมล (2535) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กัน โดยเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง

ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน พบว่า ปัจจุบันผู้ป่วยในนิคมโรคเรื้อนต่าง ๆ ประมาณร้อยละ 80 เป็น ผู้สูงอายุ และสัดส่วนนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับอันเนื่องจากเกณฑ์ในการรับสงเคราะห์ที่เน้น ผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษา: การศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และมีทัศนคติที่ดีต่อ คุณภาพชีวิต โดยบุคคลสามารถเรียนรู้ถึงความรู้สึกพึงพอใจ ความผาสุกในชีวิต (Orem, 1991, pp. 86-175) บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ชักถามปัญหา ตลอดจนการใช้ แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986, p. 336) วารี กังใจ (2540) ศึกษาในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยพื้นฐานทางการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิต นั่นคือ พื้นฐานการศึกษาของบุคคลที่แตกต่างกันมีผลให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ แตกต่างกันไป

สถานภาพสมรส: การศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) โดยศึกษา ปัจจัยเงื่อนไข พื้นฐานที่มีอิทธิพล พบว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการสนับสนุนทางสังคม โดยทั่วไป มักกล่าวว่าบุคคลที่มีชีวิตคู่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เพราะชีวิตคู่จะทำหน้าที่เป็น ผู้ช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีขึ้น นั่นคือ การมีชีวิตคู่จะช่วยลดความเครียดและทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

รายได้: รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการ ขั้นพื้นฐานของบุคคลนอกจากนี้รายได้ที่เพียงพอยังก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตด้วยดังการศึกษา ของวารี กังใจ (2540) นำปัจจัยพื้นฐานเรื่องความเพียงพอของรายได้มาหาความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ทำให้เกิดความพึงพอใจใน ชีวิต คุณภาพชีวิตก็สูงตามไปด้วย

ลักษณะความพิการ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพร่องของอวัยวะต่าง ๆ อันเกิด จากเส้นประสาทถูกทำลายและความพิการที่สามารถมองเห็นได้จากการเป็นโรค ได้แก่ บริเวณตา จะพบ ตาหลับไม่สนิท กระพริบตาช้า บริเวณมือจะพบนิ้วมืองอ ข้อมือตลก ข้อติดแข็ง มือถูก กล้ามเนื้อลีบ กระดกข้อมือไม่ได้ และบริเวณเท้าจะพบ ข้อเท้าตลก นิ้วเท้างอ เท้าถูก

สุธิดา กาญจนรังสี (2538, หน้า 67) ที่ศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูญเสียขา ที่กล่าวว่า เมื่อต้องประสบความพิการทำให้ความคาดหวังต้องหยุดชะงักหรือล่าช้า ออกไป ผู้สูญเสียขาจึงเกิดความวิตกกังวลและขาดความเชื่อมั่นกับชีวิตในอนาคต ทำให้ไม่สามารถ สร้างหลักฐานของชีวิตสำหรับตนเองและครอบครัวได้ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

สรุป จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารที่ผ่านมามีพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดย ต้องอาศัยความสัมพันธ์จากปัจจัยความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด ทั้งด้านการดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และความสามารถในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ เพื่อการคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้จริง ลักษณะความพิการ

นัยนา พัทธวิชกุล (2535) ได้ให้ความหมายว่า เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และระดับการศึกษา

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ได้ให้ความหมาย ปัจจัยด้านสถานภาพส่วนตัว ของลักษณะของประชากรที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย อาชีพ รายได้ของครอบครัว เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

สุวรรณ ฤทธิ์เรือง และคณะ (2540) ได้ให้ความหมายว่า เป็นลักษณะทางชีวสังคมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สรุป ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลหรือบางงานวิจัยเรียกว่า ลักษณะทั่วไปทางชีวสังคม ที่นำมาศึกษานี้ จากการทบทวนงานวิจัยผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรดังต่อไปนี้มาศึกษา อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะความพิการ

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต

โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล หมายถึง ชนิดของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งภาวะปกติและภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ โดยปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนในการศึกษาครั้งนี้

อายุ: เป็นหนึ่งในจำนวนข้อบ่งชี้ที่บ่งถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ การรับรู้ ความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดบุคคล โดยบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา ก็เช่นเดียวกันงานวิจัยของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ในแง่คุณภาพชีวิต พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทางลบ กับการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ โกวิท คัมภีรภาพ และคณะ (2550) ที่ศึกษา คุณภาพชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคมของ

พิทักษ์ ทองสุข (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการไทยที่สูญเสียแขนและ/หรือขา ที่กล่าวว่า ระดับการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกาย มีความสัมพันธ์น้อยมากกับคุณภาพชีวิตอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูทางด้านการแพทย์ ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้รับการทดแทนความผาสุกทางด้านอารมณ์ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

โดยสรุปแล้ว จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และลักษณะความพิการ ปัจจัยเหล่านี้มีทั้งมีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต ต่อไป