

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี

โดย
นางรัตนาวดี จุละยานนท์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-653-698-2

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AT NAKORNCH AISRI
HOSPITAL

By

Rattनावadee Julayanont

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธ์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree

MASTER OF PHARMACY

Program of Consumer Protection in Public Health

Graduate School

SILPAKORN UNIVERSITY

2002

ISBN 974-653-698-2

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี” เสนอโดย นางรัตนาวดี จุละยานนท์ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราวรรณ คงคล้าย)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์

1. อาจารย์ ดร. ผกามาศ ไมตรีมิตร
2. อาจารย์ ดร. อาทร ธีวไพบูลย์

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์
.....ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร. นุรินทร์ ต. ศรีวงษ์)

...../...../.....

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร. ผกามาศ ไมตรีมิตร)

...../...../.....

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร. อาทร ธีวไพบูลย์)

...../...../.....

.....กรรมการ

(นายแพทย์ ดร. ถวัลย์ พบลาภ)

...../...../.....

K 41550051 : สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต / โรคเบาหวาน / โรงพยาบาลนครชัยศรี

รศ.ดร.วิมลรัตน์ จุลละยานนท์ : คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี (QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AT NAKORNCHAI SRI HOSPITAL) อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ : อ.ดร. ผกาภาส ไผ่ตรีมิตร และ อ.ดร. อาทร ธีวไพบูลย์. 114 หน้า. ISBN 974-653-698-2

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL BREF) สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกทุกคนของโรงพยาบาลนครชัยศรีที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี และไม่มีโรคประจำตัวอื่นหรือความพิการที่เกิดก่อนได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และยินดีให้การร่วมมือตอบแบบสอบถามจำนวน 128 คน ตั้งแต่เดือนกันยายน-ธันวาคม 2545 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย T-test และ Anova

ผลการศึกษานี้พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี อยู่ที่ 70.17 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดี และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี คือ ระดับการศึกษา ($p = 0.001$) อาชีพ ($p = 0.004$) รายได้ส่วนตัว ($p = 0.003$) รายได้ของครอบครัว ($p = 0.000$) ความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.000$) สถานภาพในครอบครัว ($p = 0.035$) สิทธิในการรักษาพยาบาล ($p = 0.024$) การเข้านอนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ($p = 0.010$) จำนวนอาการแสดงออกของโรคเบาหวาน ($p=0.000$) ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ($p = 0.028$) จำนวนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ($p = 0.005$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาที่ป่วย การเกิดแผลที่เท้า ระดับน้ำตาลในเลือด วิธีการรักษาโรคเบาหวาน

จากผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีและพัฒนาการบริการด้านหน้าของโรงพยาบาลนครชัยศรีต่อไป

สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ 1.....2.....

K 41550051 : PROGRAM OF CONSUMER PROTECTION IN PUBLIC HEALTH

Keyword : QUALITY OF LIFE / DIABETES MELLITUES / NAKORNCHAI SRI HOSPITAL

RATTANA VADEE JULAYANONT : QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUES AT NAKORNCHAI SRI HOSPITAL. THESIS ADVISORS : PAGAMAS MAITREEMIT, Ph.D., AND ARTHORN RIEWPAIBOON, Ph.D. 114 pp. ISBN 974-653-698-2.

The objectives of this study are, firstly, to examining the quality of life (QOL) of the patients with Diabetes Mellitus at Nakornchaisri Hospital and, secondly, to investigate the affecting factors thereof. As the information collecting tools, a general interview form and the World Health Organization's Quality of Life Basic Reviewing and Examining Form (WHOQOL BREF) were in this study. 128 diabetic patients with a continuous record of at least one year follow-up case and with no record of any other current diseases or disability prior to being diagnosed as a diabetic patient were interviewed between September and December 2002. The statistical analysis tools were percentage (%), means (X), standard deviation (S.D.) and T-test as well as ANOVA for defining the relation between variations.

It was found that means of QOL of the patients with Diabetes Mellitus of Nakornchaisri Hospital was 70.17% provisionally regarded as good. In addition, the factors affecting QOL were education ($p = 0.001$) occupation ($p = 0.004$) personal income ($p = 0.003$) family income ($p = 0.000$) adequate income ($p = 0.000$) status in the family ($p = 0.035$) medical welfare ($p = 0.024$) hospital admittance due to Diabetes Mellitus or its complications ($p = 0.010$) symptoms of Diabetes Mellitus ($p = 0.000$) disability caused by Diabetes Mellitus ($p = 0.028$) number of complications ($p = 0.005$) whereas sexuality, marital status, living environment, age at onset of the disease, duration of the disease, presence of foot sores, blood sugar or the range of treatments used were not.

The outcome of this study can be used as a guideline for establishing a plan for the health care of patients with Diabetes Mellitus as well as improving out patient services at Nakornchaisri Hospital.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยการอนุเคราะห์ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการจัดทำจากอาจารย์ ดร. ผกามาศ ไมตรีมิตร อาจารย์ ดร. อาทร ธีวไพบูลย์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. บุรินทร์ ต.ศรีวงษ์ ประธานกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์ ดร. ถวัลย์ พบลาม กรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งอาจารย์ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้กับผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ นพ. สิทธิพร สรรคบุรานุรักษ์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรี ที่อนุญาติให้ผู้วิจัยได้ศึกษาต่อ ขอขอบคุณนายแพทย์ชาญวิทย์ ศุภประสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครชัยศรีที่กรุณาให้ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยในโรงพยาบาล ขอขอบคุณพี่ๆ ในโรงพยาบาลนครชัยศรีและน้องๆ ในฝ่ายเภสัชกรรมทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลและแบ่งเบาภาระงาน และเภสัชกรปานศักดิ์ ปราโมกข์ชน ที่ช่วยในการสืบค้นข้อมูลระหว่างการศึกษาและวิจัย

ขอขอบพระคุณคุณพ่อสุเทพ ชูติมาเทวินทร์ บิดาผู้ล่วงลับ และคุณแม่สุยฮวง ชูติมาเทวินทร์ มารดาที่เป็นแรงผลักดันและส่งเสริมให้ข้าพเจ้าศึกษาจนจบเภสัชศาสตรบัณฑิตท้ายสุด ขอขอบคุณ คุณณเบศร์ ภรณ์ญู ภรณ์ทิรา ภัสธรณ์ จุละยานนท์ สามิ และบุตรรวมทั้งพี่ชาย และน้องสาวทุกคนที่เป็นกำลังใจ และช่วยเหลือในการศึกษาและจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จได้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	5
ปัญหาการวิจัย.....	5
สมมติฐาน.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	6
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
คุณภาพชีวิต.....	9
ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	9
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	12
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต.....	15
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	17
องค์ประกอบของ WHOQOL-BREF คุณภาพชีวิต.....	22
แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก.....	26
การตรวจสอบคุณภาพของ WHOQOL-BREF.....	27
ขั้นตอนการวัดค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ประเมินจาก WHOQOL-BREF.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
รูปแบบการวิจัย.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	32

	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	32
บทที่		หน้า
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32
	การเตรียมข้อมูล.....	32
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
4	ผลการวิจัย.....	35
	ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร ด้านสังคมเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย.....	
37		
	ข้อมูลด้านประชากร.....	37
	ข้อมูลด้านสังคมเศรษฐกิจ.....	38
	ข้อมูลด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย.....	41
	ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	45
	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน.....	50
	ปัจจัยด้านประชากร.....	51
	ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ.....	54
	ปัจจัยด้านสุขภาพ.....	62
	ปัจจัยอื่นๆ.....	70
5	สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	71
	สรุปผลการวิจัย.....	71
	ข้อจำกัดในการวิจัย.....	89
	ข้อเสนอแนะ.....	90
	บรรณานุกรม.....	91
	ภาคผนวก ก แบบสอบถาม.....	98
	ภาคผนวก ข โรคเบาหวาน.....	106
	ประวัติผู้วิจัย.....	114

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สาเหตุการเสียชีวิตของชาวไทย ปี พ.ศ. 2540.....	2
2	ปริมาณการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลนครชัยศรี ปี 2544 และ 2545.....	
4		
3	Method for converting raw scores to transformed scores	29
4	ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร.....	37
5	ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ	39
6	ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย.....	43
7	ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านร่างกาย, จิตใจ, สังคม, สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม.....	46
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.....	47
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อของผู้ป่วยโรค เบาหวาน.....	49
10	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามเพศ.....	52
11	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามกลุ่มอายุ.....	53
12	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามสถานภาพสมรส.....	54
13	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามระดับการศึกษา.....	55
14	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามอาชีพ.....	56
15	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามรายได้ส่วนตัว.....	57
16	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามรายได้ของครอบครัว.....	58
17	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามความเพียงพอของรายได้.....	59
18	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามสถานภาพในครอบครัว.....	60
19	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว.....	60
20	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามสิทธิในการรักษา.....	61
21	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามอายุที่เริ่มป่วย.....	63
22	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามระยะเวลาที่ป่วย.....	64
23	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามการเข้าอนรับการรักษาโรงพยาบาล.....	65
24	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามจำนวนอาการแสดงออกของโรคเบาหวาน.....	66

25	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามการเกิดแผลที่เท้า.....	67
26	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน.....	67
27	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน.....	68
28	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย.....	69
29	ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามวิธีการรักษาโรคเบาหวาน.....	70

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นกลุ่มของโรคไม่ติดต่อที่สำคัญมาก และเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งด้านสาธารณสุขของหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจ และหลอดเลือด การเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทส่วนปลาย การเสื่อมของจอตา อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดตาบอดได้ การเสื่อมของหน่วยไต เกิดการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย ผู้ป่วยมีโอกาสทุพพลภาพ จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าโรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมของชาติ จากการประชุมโรคเบาหวานสากลครั้งที่ 16 เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 ที่กรุงเฮลซิงกิ นครหลวงของฟินแลนด์ รายงานว่า โรคเบาหวานกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญและได้รับความสนใจอย่างมากในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกระบุว่า มีผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อย 135 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2 เท่าในอีก 10 ปีข้างหน้า (สมถณา เสรีรัตน์ 2540 : 8) เมื่อเปรียบเทียบกับการรายงานของทาฟท์ (Taft 1984 : 30 - 42) ซึ่งได้สำรวจโรคเบาหวานในประเทศต่างๆ ทั่วโลก เมื่อปี ค.ศ. 1984 พบว่ามีประชากรเป็นโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 1 - 5 หรือ 40 ล้านคนของประชากรทั้งหมดจะเห็นว่าโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่า ในช่วงระยะเวลา 15 ปีเท่านั้น ซึ่งเป็นอัตราการเพิ่มที่สูงมาก จากการรายงานการสำรวจของแฮร์ริส (Harris 1998 : 518) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1988 - 1994 มีความชุกร้อยละ 5.1 หรือมีจำนวน 10.2 ล้านคน ส่วนความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยมีร้อยละ 2.7 หรือ 5.4 ล้านคน และความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 40 - 74 ปี เพิ่มจากร้อยละ 8.9 ในปี ค.ศ. 1976 - 1980 เป็นร้อยละ 12.3 ในปี ค.ศ. 1988 - 1994 และความชุกของโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 40 เมื่ออายุเกิน 80 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าวิตก โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงคืออายุ 40 ปีขึ้นไป

สำหรับประเทศไทย มีการสำรวจเพื่อศึกษาอัตราความชุกของโรคเบาหวานทั่วประเทศครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2514 ในกลุ่มประชากรทุกอายุ จำนวน 322,153 คน โดยสมาคมโรคเบาหวาน

แห่งประเทศไทย โดยการตรวจปัสสาวะ หาน้ำตาลเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน พบว่า อัตราความชุก ร้อยละ 20.5 (สาธิต วรรณแสง 2531 : 9 - 15) ต่อมาได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2534 ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 2.4 จากข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ สามารถคาดการณ์ได้ว่า ความชุกของโรคเบาหวานมีประมาณร้อยละ 4 - 7 ในประชากรอายุระหว่าง 30 - 60 ปี และอาจสูงถึงร้อยละ 10 - 15 ในประชากรอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สำหรับประชากรอายุระหว่าง 0 - 15 ปี คาดว่า ความชุกโรคเบาหวานไม่เกินร้อยละ 0.1 และประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จะเห็นชัดเจนในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2536 และจัดลำดับความสำคัญของโรคเบาหวานอยู่ในอันดับ 7 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ในประเทศไทย ซึ่งมีทั้งหมด 21 โรค (กระทรวงสาธารณสุข 2538) และจากการศึกษาของ ภาณุพันธ์ พุฒสุข (2542 : 108) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 250 คน ในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 7 แห่ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2541 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียค่ารักษาโดยเฉลี่ยคนละ 6,017.50 บาทต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่ารักษาของผู้ป่วยทั่วไปถึง 127 เท่า และจากข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทย (ตารางที่ 1) พบว่า โรคในระบบเมตาบอลิซึม (ซึ่งรวมโรคเบาหวาน) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยระดับต้นๆ (ปริชา มรทกานติกุล 2545 : 14 - 24) ตารางที่ 1 สาเหตุการเสียชีวิตของชาวไทย ปี พ.ศ. 2540

สาเหตุ	อัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 1 แสนคน
- โรคระบบไหลเวียนโลหิต	98.6
- สาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย	62.3
- โรคเนื้องอก	43.8
- โรคระบบหายใจ	33.8
- โรคติดเชื้อปรสิตบางชนิด	27.9
- โรคเลือดและอวัยวะที่สร้างเลือด และความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน	14.6
- โรคระบบย่อยอาหาร	14.3
- โรคระบบประสาท	13.9
- โรคของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	8.7
- โรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	8.2

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, ทำเนียบโรงพยาบาล และสถิติสาธารณสุข 2543 - 2544(กรุงเทพมหานคร : อัลฟา รีเสิร์ช, 2543), 28.

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์ และวิวัฒนาการทางการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโรคเบาหวานส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีชีวิตที่ยืนยาว ประกอบกับภาวะที่เรื้อรังของโรคเบาหวานในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต โดยการรับประทานยา ฉีดยา ร่วมกับการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (วิจารณ์ บุญสิทธิ 2533 : 79) แต่ถ้าหากควบคุมไม่ได้จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ไต ตา ระบบเลือด และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล 2539 : 45) อามา ใจงาม (2535 : 127 - 132) ได้กล่าวไว้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังนำมาซึ่งความรู้สึกสูญเสียอำนาจ เมื่อบุคคลเจ็บป่วยทำให้สมรรถภาพทางกาย ทั้งด้านการทำหน้าที่และการรักษาคุณภาพของร่างกาย ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อย ไม่สามารถทำกิจกรรมสำหรับตนเองได้เช่นเคย หหมดอำนาจในการเป็นตัวของตัวเอง และการโต้แย้งกับบุคคลอื่น เกิดความขัดแย้งด้านจิตใจ จากการต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้คิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ที่มีอิสระมาเป็นผู้พึ่งพิง จีรนุช สมโชค (2540 : 65) ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ กิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกาย พบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในขณะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เมื่อเทียบกับเมื่อก่อนเจ็บป่วย ดังนั้น โรคเบาหวาน นอกจากจะบั่นทอนสุขภาพให้เสื่อมโทรม และอายุสั้นแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อผู้ป่วยต้องยอมรับกับสภาวะของตนเองที่ถูกจำกัดลง ขาดความอิสระ รู้สึกไม่มั่นคงและไม่ปลอดภัยในชีวิต ความเป็นอยู่ทางสังคมต้องเปลี่ยนไป เนื่องจากความเจ็บป่วย เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยนอกจากจะมุ่งหวังในการบำบัดรักษาอาการต่างๆ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและนอกจากจะต้องทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวเท่ากับคนทั่วไปแล้ว ยังจำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (อภิชาติ วิษณุภรณ์ 2537 : 38) ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจมากขึ้นเพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยหลังมีชีวิตรอดจากโรคแทรกซ้อนและโรคร้ายที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพที่สุดในสภาพแวดล้อมและสังคมของตนเอง (กิ่งแก้ว ปาจารย์ 2540 : 279 - 281) เพราะชีวิตที่มีความสุขไม่ได้ขึ้นอยู่กับการมีชีวิตที่ยืนยาว แต่อยู่ที่คุณภาพหรือความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (Taylor 1987 : 234 - 240) แต่ถ้าหากมีชีวิตที่มีคุณภาพและมีอายุยืนยาวด้วย นั่นคือสิ่งมีมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่สุด

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเริ่มปรากฏเมื่อปี ค.ศ. 1947 เมื่อองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับภาวะสุขภาพไว้ว่า สุขภาพไม่ได้เพียงแต่หมายถึงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น แต่จะเป็นความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลด้วย (Orley 1994 : 138) ซึ่งแนวคิดสอดคล้องกับประเวศ วะสี (2539 : 9) ที่กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะทั้งทางกาย ทางจิต และสังคม โดยมีระบบสิ่งแวดล้อมช่วยค้ำจุนชีวิตอันเป็นที่ปรารถนาของมนุษย์ และเป็นจุดมุ่งหมายของการพัฒนาสาธารณสุข

และจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี พบว่า ในปี พ.ศ. 2544 มีคนไข้เบาหวาน จำนวน 544 คน ปี 2545 มีจำนวนคนไข้เบาหวาน จำนวน 636 คน จะเห็นว่าจำนวนคนไข้เบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีเพิ่มขึ้น 92 คน (ร้อยละ 16.91) ภายในเวลา 1 ปี ปริมาณการบริโภคยา เฉพาะยาลดน้ำตาลในเลือด ตามบัญชียาของโรงพยาบาลนครชัยศรี ซึ่งได้แก่ Glibenclamide, Metformin, Glipizide และ Insulin โดยยังไม่ได้รวมถึงยาอื่นที่ลดภาวะโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน จะเห็นว่าปริมาณการใช้ของยาดังกล่าวเพิ่มขึ้นทุกรายการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปริมาณการใช้ยาลดน้ำตาลในเลือดของโรงพยาบาลนครชัยศรี ปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545

รายการยา	ปริมาณการบริโภคปี 2544	ปริมาณการบริโภค ปี 2545
Metformin 500 mg	274,500 เม็ด	386,000 เม็ด
Glibenclamide 5 mg	339,000 เม็ด	430,500 เม็ด
Glipizide	12,400 เม็ด	14,100 เม็ด
Insulin ทุกชนิด	564 Vial	565 Vial

นอกจากนี้ภายใต้นโยบายหลักประกันถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพประชาชนคนไทย ตั้งแต่เกิดจนตาย ให้คนไทยมีสุขภาพดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรค

เบาหวาน เป็นโรคที่คุกคามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จากการศึกษาของ วรรณา สามารถ (2542 : 153) คาดประมาณความสูญเสียรายได้ ประชาชาติทั้งหมดจากการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ประเมินจากแบบวัดคุณภาพ

ชีวิตขององค์การอนามัยโลกเท่ากับ 235,519,961,906 บาท ส่วนจากเทคนิคการวัดแบบ Time Trade Off เท่ากับ 2,355,199,619,060 บาท

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าปัจจุบันเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยไม่ได้อยู่ที่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่านั้น แต่จะอยู่ที่การรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งคุณภาพชีวิตจะมีองค์ประกอบ 4 ด้านตามแนวคิดของชาน (Zhan 1992 : 796) คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept) ด้านสุขภาพและความสามารถทางกาย (Health and Functioning) และด้านสังคม เศรษฐกิจ (Socioeconomic factors) และการรักษาโรคของคนไข้โรคเรื้อรังนอกจากจะรักษาโดยทางการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา (Health seeking behavior) ของผู้ป่วยจะเกิดขึ้น เมื่อรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตัวเองและในสังคมมีวิธีการรักษาหลายอย่างที่ผู้ป่วยจะเลือกได้ เช่น หมอพื้นบ้าน หมอสมุนไพร (มัลลิกา ปิติโก 2534 : 63) และจากผลการศึกษาของอาทร ธีวไพบูลย์ ทำการศึกษาในคนไข้เบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรีปี 2533 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีมีประสบการณ์พิจารณาใช้สมุนไพรถึงร้อยละ 84 (อาทร ธีวไพบูลย์ 2533 : 8)

จากแนวคิดและเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับในช่วงที่ผ่านมาไม่เคยมีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี ซึ่งเป็นคนไข้โรคเรื้อรังที่มีปริมาณสูงที่สุดของโรงพยาบาล ผู้ศึกษาจึงต้องการที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ปัญหาการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีที่มารับการรักษาต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตอย่างไร

สมมติฐาน

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4. การรักษาทางเลือกอื่น ได้แก่ การใช้สมุนไพร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานทุกคนของโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่เข้ามารับการรักษาในช่วงเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2545 โดยเฉพาะ

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลนครชัยศรีตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โดยเลือกทุกกลุ่มอายุ และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้ป่วยที่ศึกษาต้องไม่มีโรคประจำตัวอื่น

ยกเว้น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคไขมันผิดปกติ โรคตา ซึ่งเกิดหลังจากการเป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งไม่มีความพิการที่เกิดก่อนโรคเบาหวาน หรือความพิการที่ไม่ได้มาจากโรคเบาหวาน

นิยามศัพท์

1. คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่มีชีวิตที่สุขสบายหรือมีความผาสุก การที่จะมีชีวิตที่สุขสบายหรือมีความผาสุก จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งเชิงวัตถุวิสัย (objective) และเชิงจิตวิสัย (subjective) องค์ประกอบเชิงวัตถุวิสัย ได้แก่ การมีปัจจัยพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม ส่วนองค์ประกอบเชิงจิตวิสัย ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความพึงพอใจในชีวิต

2. โรคเบาหวาน หมายถึง โรคที่เกิดเนื่องจากความผิดปกติ ของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะเบต้าเซลล์ในตับอ่อน ไม่สามารถหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ หรือฮอร์โมนอินซูลินที่มีอยู่ไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ เป็นผลให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม (metabolism) ของกลูโคส ทำให้ระดับกลูโคสในเลือดสูงกว่าปกติเมื่อเทียบกับอายุ เมื่อระดับกลูโคสสูงเกินกว่าความสามารถที่ไตจะสกัดกั้นไว้ได้จะทำให้มีกลูโคสออกมาในปัสสาวะ เกิดอาการปัสสาวะบ่อยมาก ดื่มน้ำมาก กินอาหารมากเพื่อจะให้สมดุลกับสิ่งที่สูญเสียไป เมื่อระดับกลูโคสในเลือดสูงมากเป็นเวลานาน จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของโปรตีนและไขมันตามมาด้วย และยังก่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายโดยเฉพาะระบบหลอดเลือดซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลิน

4. ปัจจัยด้านประชากร หมายถึง คุณลักษณะบางประการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส

เพศ ได้แก่ เพศหญิง เพศชาย

อายุ หมายถึง จำนวนปีเต็มของอายุของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ถ้ามีเศษ 6 เดือน บัดเป็น 1 ปี

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งตามการสมรส ได้แก่ โสด คือ ไม่ได้แต่งงาน สมรส คือ แต่งงานและอยู่ด้วยกัน หม้าย/หย่า/แยก คือ สมรสแล้วแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน

5. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

รายได้ หมายถึง รายได้รวมของครอบครัวโดยประมาณเป็นบาท ที่ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับแต่ละเดือน

ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาที่ผู้ป่วยได้รับที่สูงที่สุด

6. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค วิธีการรักษาและควบคุมโรค

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง เวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จนถึงวันสัมภาษณ์ นับเป็นปีเต็ม

ความรุนแรงของโรค หมายถึง อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ตามัว/บอด อัมพาต การถูกตัดนิ้ว แขน หรือขา เจ็บหน้าอก/เหมือนหอบจากอาการของโรคหัวใจ และอาการบวมจากภาวะไตวาย

การรักษาทางเลือกอื่น ได้แก่ การใช้สมุนไพรควบคู่ไปกับการรักษาของแพทย์ โดยเกิดจากพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คำว่าคุณภาพชีวิตปรากฏขึ้นครั้งแรกในสำนวนที่สละสลวยของรัฐบาลอเมริกา ในปี ค.ศ.1960 (Burckhardt 1982 : 2) เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนปรารถนาอีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากรของประเทศต่างๆ ในปัจจุบัน โดยเชื่อในแนวคิดที่ว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะทำให้ได้ดี และรวดเร็วขึ้น การที่คนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ต้องรู้จักคิด รู้จักทำ รู้จักตัดสินใจ คำว่า คุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้นพร้อมกับคำว่าประชากรศึกษา โดยถูกกำหนดขึ้นจากปัญหาความเป็นอยู่ที่ไม่สมดุลงของมนุษย์ (ศุภชัย ศุภวรรณ 2529 : 85 - 87) ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการ นอกเหนือไปจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและลดอัตราการเจ็บป่วยลง

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความหมายกว้าง (Richard and Britget 1993:460-466) เนื่องจากมีความสลับซับซ้อน และครอบคลุมทุกๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ อันก่อให้เกิดความพึงพอใจ และมีความสุขในชีวิตของบุคคลนั้นๆ จึงทำให้คุณภาพชีวิตมีความหมายที่หลากหลาย ซึ่งมาจากหลายๆ มุมมอง การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับแนวคิด ทศนะ และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละบุคคล ดังนั้นการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ยากและไม่มีความหมายใดที่มีความเห็นเหมือนกันหมด (Farquhar 1995 : 22) และแม้ในปัจจุบันก็ยังไม่มีคำนิยามหรือความหมายที่เป็นมาตรฐาน (McSweeny and Creer 1995 : 6-71)

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถานปี 2525 ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดีประจำตัวบุคคลหรือสิ่งของ และ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล(พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน : 2525) โอเรม (Orem 1985 : 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับ

ความผาสุก ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคล ต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจความรู้สึก เป็นสภาวะในจิตใจ

พาดิลลา และ แกรนท์ (Padilla and Grant 1985 : 45 - 60) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็น การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำ หน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติต่อตนเอง ต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับ การช่วยเหลือจากสังคม

ฮันเตอร์ (Hunter 1992 : 17 - 20) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

แจ๊คเคิล (Jackle 1974 : 362) กล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต คือความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นความยินดีต่อชีวิตของแต่ละคนเป็นความพอใจที่บุคคลได้รับจากการมี กิจกรรมประจำวัน อันเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับชีวิตของตนเองว่ามีความหมาย และสามารถดำรงไว้ซึ่ง พัฒนาการในด้านต่างๆ

ดาลเคย์ และ โรคีย์ (Dalkey and Rourke 1973 : 109 - 112) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงความรู้สึกเป็นปกติสุขของบุคคล ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับชีวิตของตน หรือมี ความสุขและไม่มีความสุข

ดูบอส (Dubos 1976 : 8 - 9) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่พอสรุปได้ว่า คือ ความอึดอ้อมในชีวิต ซึ่งแสดงถึงความสุข สำหรับประเทศไทย ไม่ปรากฏแน่ชัดว่ารับถ้อยคำ “คุณภาพชีวิต” มาใช้ตั้งแต่ เมื่อใด ปัจจุบันได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย (กิ่งแก้ว ปาจารย์ 2540 : 279 - 281) โดย นิพนธ์ คัน ธารสร (อ้างถึงใน วรณมา สามารถ 2542 : 16) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเป็นคุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และศาสนา ซึ่งเป็นคำเปรียบเทียบกับไม่มีกฎเกณฑ์ที่ตายตัวแน่นอน โดยบุคคลหรือประเทศจะกำหนดมาตรฐานในเรื่องดังกล่าวแตกต่างกันตามความต้องการซึ่งอาจ เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา และสภาวะต่างๆ คุณภาพชีวิตเป็นระดับการดำรงชีวิตของมนุษย์ตาม องค์ประกอบของชีวิต ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2528 : 4) ได้ให้คำจำกัด ความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตคือ ชีวิตที่ดีมีคุณภาพสามารถดำรงอยู่ได้ในสังคมอย่างปกติ สุข และชีวิตที่ดีมีคุณภาพนั้นจะรู้ได้โดยการที่คนหรือในชุมชนนั้นได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน หรือ ความต้องการพื้นฐานที่คนหรือชุมชนควรจะมีหรือจะเป็น เพื่อให้ชีวิตอยู่ได้อย่างปกติพอสมควรใน ช่วงเวลาหนึ่ง

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 13) กล่าวสรุปว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกันคือคำว่า “ความพึงพอใจในชีวิต” (Life

satisfaction) และมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า “ความสุข” (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองของความรู้สึกภายในตัวบุคคล

อุทุมพร จามรมาน (2530 : 1) กล่าวถึง การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า บางคนหมายถึงสภาพทางจิตใจที่รู้สึกมีความสุข บางคนมองถึงบริการของรัฐที่ก่อให้เกิดความสะดวกสบาย บางคนมองครอบคลุมถึงสภาพร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมที่กลมกลืน และบางคนมองเฉพาะสังคมที่มีระเบียบและมีความปลอดภัย

บดี ชนะมัน (2530 : 821) กล่าวสรุปถึงคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงสภาพความเป็นอยู่ในทางที่ดีทั้งในแง่ของส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ทัศนีย์ จินางกูร (2530 : 2) กล่าวสรุปว่า แม้จะมีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกัน แต่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ คุณภาพชีวิตบ่งบอกสภาพความเป็นอยู่ที่ดีในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล

สีปพนนท์ เกตุทัต (2523 : 2) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในแนวของการปรับตัวว่า คือชีวิตที่มีความสุข ชีวิตที่สามารถปรับตัวตนเองให้เข้ากับธรรมชาติ ทั้งธรรมชาติทางกายภาพและทางสังคม และสามารถปรับธรรมชาติให้เข้ากับตนเองโดยไม่เบียดเบียนธรรมชาติและสังคม ไม่เบียดเบียนผู้อื่น

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532 : 38) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

เกษม วัฒนชัย (2532 : 65) กล่าวว่าในทางการแพทย์ คุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต

อาภา ใจงาม (2535 : 128) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สามารถทำหน้าที่และดูแลตนเองให้มากที่สุด ตามสภาวะของความแข็งแรงและความจำกัดที่มีอยู่ มีความสุขทางด้านจิตใจ ดำเนินชีวิตตามแบบแผนการดำเนินชีวิตปกติ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและคงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตน

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น จะต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ มากมาย และองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ตามทฤษฎีของแต่ละบุคคลหรือแต่ละสังคมซึ่งกล่าวโดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตที่สุขสบายหรือมีความสุข และการที่ชีวิตจะมีความสุขหรือมีความสุขได้นั้น จะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบทั้งเชิงวัตถุวิสัย (Objective) และจิตวิสัย (Subjective) ซึ่งองค์ประกอบทางวัตถุวิสัย ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อม ส่วนองค์ประกอบทางจิตวิสัย ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความพึงพอใจในชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan 1987 : 138 – 147) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้ คือ

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านอยู่อาศัย มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่นๆ นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม
4. มีพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้ และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. มีสันตนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

ชาร์มา (Sharma 1988 : 147, อ้างถึงใน ยุวดี ลีลัคณาวิระ 2536 : 19) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. องค์ประกอบทางด้านกายภาพ ได้แก่ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ
2. องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษา การมีงานทำ การบริการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข สภาพแวดล้อมในการทำงาน ฯลฯ

บรูคฮาร์ดท์ (Bruckhardt 1982 : 56 - 59) กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรวัดใน 5 ด้านคือ

1. ความรู้สึกสนุกสนานในการดำรงชีวิต (Zest of life) คือ การมีความสุข ความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ ที่เป็นกิจกรรมของชีวิตประจำวัน
2. ความตั้งใจและความอดทนในการดำเนินชีวิต (Resolution and fortitude) คือ การคิดว่าชีวิตมีความหมาย และยอมรับอย่างเด็ดเดี่ยวในสิ่งที่ชีวิตเป็นอยู่
3. ความสมดุลระหว่างความปรารถนา และการได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย (Congruence between desired and archived goals) คือ ความรู้สึกประสบความสำเร็จในเป้าหมายสำคัญที่ตั้งใจว่าจะทำ
4. อัตมโนทัศน์ (Self concept) คือ การยึดถือความนึกคิดทางด้านบวกของตนเอง

5. อารมณ์ที่เป็นสุข (Mood tone) คือ การมีความสุข อารมณ์มีใจเบิกบานหรือมองโลกในแง่ดี

ซาน (Zhan 1992 : 796) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตควรมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับ

2. ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึก เกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตน อัตมโนทัศน์จึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย

สุจิตา กาญจรังษี (2538 : 13 - 19) กล่าวสรุปถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่ามีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน ซึ่งสามารถสะท้อนถึงการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่

1. **ความพึงพอใจในชีวิต** เป็นส่วนประกอบทางอารมณ์ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อชีวิตของตน อาจแสดงถึงผลสะท้อนของความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับอดีต ปัจจุบันและอนาคต โดยจะสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างความหวังแรกเริ่ม เป้าหมายและความสำเร็จของบุคคล นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตจะมีอิทธิพลมาจากภูมิหลังของแต่ละบุคคล ลักษณะเฉพาะสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิต

มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลานั้นๆ ทั้งนี้ถ้าเพราะธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการอย่างหนึ่ง เมื่อได้รับการตอบสนองจนเป็นที่น่าพอใจแล้ว ก็จะมีความต้องการอย่างอื่นเข้ามาแทนที่เป็นเช่นนี้เรื่อยไป และลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ ก็คือการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา หรือสิ่งที่ต้องการ นั่นคือ เมื่อเกิดความปรารถนาขึ้นก็จะมีแรงขับ และการกระทำก็จะถูกปลุกเร้าแล้วจะเกิดความพอใจขึ้นจากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆ ของบุคคลที่จะปรากฏ ขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปดังนี้ คือ

- 1) ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs)
- 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs)
- 3) ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Belonging and love needs)
- 4) ต้องการการยอมรับนับถือ และความมีคุณค่า (Esteem needs)
- 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization needs)

ความต้องการทั้งหลายที่กล่าวมา เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ

2. **อัตมโนทัศน์** เป็นเรื่องของความปกติสุขด้านจิตใจ โดยเป็นความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ รวมทั้งเป็นเป้าหมายและอุดมการณ์ของบุคคลด้วย ในระยะหลังได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านให้แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ว่า นอกจากจะเป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทั้งทางด้านรูปร่าง คุณลักษณะและความสามารถด้านต่างๆ ของตน อันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะประจำตัวของบุคคลแล้ว อัตมโนทัศน์ยังเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม รวมทั้งบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาในชีวิต เช่น บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคลโดยอัตมโนทัศน์แบ่งออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. **อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self)** เป็นการมองตนเอง เกี่ยวกับลักษณะรูปร่างของตน ซึ่งหมายความรวมถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา สมรรถภาพทางเพศ ทั้งในภาวะที่ปกติและเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น

1.1 การรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่

1.2 การรับรู้ถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

2. **อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal Self)** เป็นความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง เจตคติเกี่ยวกับตนเองที่บุคคลยึดถืออยู่ แบ่งได้เป็น

2.1 **อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงแห่งตน (Self consistency)** เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ในลักษณะประจำตัวที่คงที่หรือเป็นการรักษาความมั่นคงของอัตมโนทัศน์ของบุคคล ทั้งนี้บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน หรือความสม่ำเสมอของอัตมโนทัศน์ของตน และพยายามหลีกเลี่ยงภาวะที่ไม่สมดุล

2.2 **อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความหวัง (Self ideal, Self expectancy)** เป็นความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาที่จะเป็น รวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนเองด้วย

2.3 **อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับตนเอง (Self esteem)** เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสมควรได้รับการยกย่องนับถือ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral ethical self concept) คือ การกำหนดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมจรรยา และสิ่งที่เขาคิดว่ามีคุณค่าตามความสำนึกแห่งตน โดยเฉพาะด้าน ศาสนา แล้วนำมาเป็นหลักในการยึดถือปฏิบัติและประเมินตนเอง ในด้านต่างๆ

3. สุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ความปกติสุขด้านร่างกายซึ่งการที่คนเราจะดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้นั้น องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดประการหนึ่ง คือ สุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดี สามารถกระทำการต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถนำไปสู่วิถีทางที่จะนำมาซึ่งความสุข และความสำนึกในชีวิต โดยอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพดี คือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง

4. สังคมและเศรษฐกิจ การที่บุคคลเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองแตกต่างไปจากผู้อื่น ไม่ทราบว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นอย่างไรในสายตาผู้อื่น บทบาทในการเป็นสมาชิกในสังคมและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นภาระของบุคคลอื่น ในครอบครัว โดยสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมว่า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ การประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินการอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมด้วย

บทกวีที่มิมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานไว้ ดังนี้

พบว่าผู้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ

กราสโกว์ และคณะ (Glasgow et al. 1977 : 562 - 7) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 2,056 คน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย อายุมาก เพศหญิง ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพหรือผู้ที่ได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐ ความรุนแรงของโรค และจำนวนของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

จาคอบสัน และคณะ (Jacobson et al. 1994 : 267 - 74) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ชนิดของการรักษา และโรคแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ไคนาเนน และคณะ (Keinanen et al. 1996 : 382 - 8) ศึกษาภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานตอนเหนือของประเทศฟินแลนด์ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ NHP (Nottingham Health Profile) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา

ลดน้ำตาลจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และอายุของผู้ป่วยเป็น ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน วรรณภา สามารถ (2542) ได้ศึกษา คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ สิทธิพิเศษในการเบิกหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ภูมิลำเนา การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการของโรคเบาหวาน และความพิการที่เกิดจาก โรคเบาหวาน

จิรนุช สมโชค (2540) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นั่นคือ ผู้ที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน มีความรุนแรงของโรคมาก มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า สำหรับ อายุและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาแล้ว สรุปว่าปัจจัยที่ควร นำมาศึกษา ได้แก่

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. อาชีพ
6. รายได้ส่วนตัว
7. รายได้ครอบครัว
8. ความเพียงพอของรายได้
9. สิทธิในการรักษาพยาบาล
10. สถานภาพในครอบครัว
11. ลักษณะการอยู่อาศัย
12. อายุที่เริ่มป่วย
13. ระยะเวลาที่ป่วย
14. การเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง พบว่าแม้ในปัจจุบันก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นมาตรฐานสากล อย่างไรก็ตาม องค์การยูเนสโก มีเบอร์ก และชาน (UNESCO 1980 : 312; Meeberg 1993 : 36 – 37; Zhan 1992 : 796) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ 2 ประเภท คือ

1. **ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective Indicators)** เป็นข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ อัตราการเป็นโรค ลักษณะเหตุการณ์เน้นพฤติกรรม หรือลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. **ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิทยา (Subjective Indicators)** เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจ ความผาสุก ภาวะสุขภาพ ความสุข และคุณค่าในตนเองของบุคคล เป็นต้น

— สตรอมเบิร์ก (Stromberg 1984 : 88 - 91) ได้แบ่งวิธีการประเมินคุณภาพชีวิต ออกเป็น 3 วิธี คือ

1. **การประเมินเชิงวัตถุวิสัย** โดยวัดปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยจากผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพ แล้วให้ค่าออกมาเป็นคะแนน

2. **การประเมินเชิงจิตวิทยา** โดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตนเอง ตามความหมายหรือประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิตที่ตนเองได้รับ โดยให้ค่าออกมาเป็นคะแนน

3. **การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย** โดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินลักษณะบรรยายและบอกถึงสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ตามความคิดเห็น หรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล

ชาน (Zhan 1992 : 795 - 800) ได้สรุปแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตว่า ควรประเมินหรือวัดให้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาแล้ว คือ ด้านความพึงพอใจ (Life satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (self concept) ด้านสุขภาพและความสามารถทางร่างกาย (health and functioning) และด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic factors)

ฟลานาแกน (Flanagan 1978 : 138 - 147) ได้ศึกษา เพื่อค้นหาความต้องการหรือตัวบ่งชี้ที่แสดงถึงความต้องการที่แท้จริงของคุณภาพชีวิตของคนอเมริกันโดยทำการสำรวจจากชาวอเมริกันเกือบ 3,000 คน ที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ เชื้อชาติ และภูมิภาค โดยได้สุ่มตัวอย่างจากแหล่งต่างๆ ทั้งประเทศ พบว่า เรื่องต่างๆ ที่ชาวอเมริกันส่วนใหญ่กำหนดว่าเป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตมี 14 เรื่อง เรียกว่า Domain Life Satisfaction ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับ

1. ความปกติสุขของร่างกายและองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตแบ่งเป็น

1.1 องค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ความปลอดภัยในทรัพย์สิน

1.2 สุขภาพ และความปลอดภัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การมีความสุข ความปลอดภัยจากความเจ็บป่วยด้านร่างกาย และจิตใจ

2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น แบ่งเป็น

2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรส หรือคู่รัก

2.2 การเลี้ยงดูบุตรหลาน

2.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อนสนิท

3. กิจกรรมทางสังคม ชุมชนและกิจกรรมของพลเมือง แบ่งเป็น

3.1 กิจกรรมในการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ ในสังคม

3.2 กิจกรรมในท้องถิ่น หรือหน่วยงานของรัฐ

4. การพัฒนาตนเอง และมีความรู้สึกอึดใจ แบ่งเป็น

4.1 การพัฒนาสติปัญญา มีการเรียนรู้ และมีความสามารถในการแก้ปัญหา

4.2 ความเข้าใจส่วนบุคคล และการวางแผนของตนเอง ได้แก่ การมีเป้าหมาย และ

หลักเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต

4.3 การประกอบอาชีพการงาน ได้รับการยอมรับ และประสบความสำเร็จในการงาน

5. สันทนาการ แบ่งเป็น

5.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

5.2 การได้รับสิ่งบันเทิง เช่น ดุริยทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ

5.3 การหาสิ่งพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การออกกำลังกาย เล่นกีฬา และการท่องเที่ยว

ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป จะมุ่งเน้นในด้านความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตว่าได้รับการตอบสนองหรือไม่ แต่ในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ การประเมินคุณภาพชีวิต จะต้องคำนึงถึงผลกระทบจากโรค และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอันสืบเนื่องมาจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ในทางการแพทย์ได้เล็งเห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิตในการนำมาใช้ประเมินผลการดูแลรักษาเป็นเวลานานกว่า 20 ปีแล้ว เนื่องจากมีแนวความคิดการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่เพียงแต่ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการประเมินผลลัพธ์ของการรักษา เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมาเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วย ผลของการรักษา โดยเฉพาะในโรคที่เรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต พอจะสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยพื้นฐานด้านประชากร ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ สามารถประเมินได้ในเชิงจิตวิสัย โดยแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้านคือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต
2. ด้านอัตมโนทัศน์
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ริชาด และ บริทเกต (Richard and Britget 1993 : 460) ได้แบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต เป็น 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป (generic instrument) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับทุกโรค ทุกกลุ่มผู้ป่วย ทุกกลุ่มประชากร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเวลา หรือการรักษาได้ และมีความครอบคลุมทุกๆ ด้านของคุณภาพชีวิต ซึ่งเครื่องมือประเภทนี้อย่างน้อยที่สุดต้องประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม อย่างไรก็ตามจุดอ่อนของเครื่องมือประเภทนี้คือ รายละเอียด เกี่ยวกับอาการและการทำหน้าที่ของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับโรคนั้นๆ ไม่เพียงพอ เครื่องมือประเภทนี้ได้แก่

- 1.1 Profiles(Health Profiles) เป็นเครื่องมือขึ้นเดี่ยว การให้คะแนนของคุณภาพชีวิตแยกเป็นหลายๆ ด้าน หรือคะแนนสามารถรวมกันเป็นดัชนีชี้วัดตัวเดียว เครื่องมือประเภทนี้ เช่น Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, The Quality of Well-being Scale, The Short-Form-36 Survey เป็นต้น

- 1.2 Utility Measure เป็นเครื่องมือที่กำหนดให้คุณภาพชีวิตมีค่าตั้งแต่ 0.0-1.0 โดยที่สุขภาพดี (perfect health) มีค่าเท่ากับ 1.0 และความตาย (death) มีค่าเท่ากับ 0.0 เครื่องมือประเภทนี้ได้แก่ Visual Analog Scale, Time Trade-Off, Standard Gamble เป็นต้น

2. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรค (Specific Instrument) เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นข้อบ่งชี้ในทางการแพทย์โดยเฉพาะ หรือเพื่อประเมินการทำหน้าที่ของร่างกาย เฉพาะด้านหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการศึกษา เครื่องมือประเภทนี้ได้แก่

2.1 Disease specific(disease cluster specific) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะสุขภาพ ผลกระทบ หรือ การรักษาของโรคที่ต้องการศึกษา เครื่องมือประเภทนี้ เช่น Chronic Respiratory Questionnaire, Arthritis Categorical Scale เป็นต้น

2.2 Function Specific เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการแสดงอารมณ์ความเจ็บปวด การออกกำลังในชีวิตประจำวัน (ADL = Activity of Daily Living)

2.3 Ad hoc Measure

2.4 Batteries of Specific Measure

สำหรับองค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาทางเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ด้วยเหตุผลของการพัฒนาเครื่องมือที่พอสรุปได้คือ

1. เครื่องมือที่ใช้วัดสถานะสุขภาพ ส่วนใหญ่เน้นประเด็นการเจ็บป่วย การตาย ผลกระทบจากโรค และพฤติกรรมอนามัย

2. เครื่องมือที่ใช้วัดพัฒนาขึ้นเพื่อใช้พิจารณาในสังคมเดียว และผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่น่าพอใจ

3. ในทางการแพทย์นั้นมุ่งเฉพาะโรค และผลักดันให้มองมนุษย์ในเชิงความต้องการ

ดูแลสุขภาพเท่านั้น ซึ่งการดูแลสุขภาพควรดูความสัมพันธ์ของมนุษย์ และความผาสุกของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายหลักเนื่องจากองค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (กิตติกร มีทรัพย์ 2538 : 83-95)

จากเหตุผลดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงสร้างเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลขึ้น (World Health Organization Quality of Life assessment instrument : WHOQOL) เพื่อใช้สำหรับวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก แม้จะมีเชื้อชาติและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันภายใต้แนวความคิดที่ว่า คุณภาพชีวิตคือ การรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวังมาตรฐาน และสิ่งทีบุคคลเกี่ยวข้องอยู่อันเป็นผลซับซ้อนมาจากสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล (World Health Organization 1993)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) เป็นเครื่องมือที่มีข้อคำถาม 100 ข้อ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ประกอบด้วยกัน 6 ด้าน

โดยในแต่ละด้านอธิบายด้านพฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่ สมรรถภาพหรือศักยภาพ การรับรู้ หรือ ประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลดังนี้ คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้ทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวันได้แก่ ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของบุคคล (Pain and discomfort) พละกำลังและความเมื่อยล้าในการดำเนินชีวิตประจำวัน (energy and fatigue) การหลับนอนและการพักผ่อน (sleep and rest)

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกที่ดีที่มีต่อตนเอง (positive feelings) และความรู้สึกที่ไม่ดีที่มีต่อตนเอง (negative feelings) ความคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ(thinking, learning, memory, and concentration) ความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) รวมทั้งการรับรู้ถึงภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง (bodily image and appearance)

3. ด้านระดับความเป็นอิสระ (level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาศบุคคลอื่น ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (mobility) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living) การพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์ (dependence on medicinal substances and medicals aids) และความสามารถในการทำงาน (working capacity)

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นได้แก่ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (personal relationship) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และกิจกรรมทางเพศ (sexual activity)

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (home environment) แหล่งการเงิน (financial resource) สวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม (health and social care : availability and quality) โอกาสในการได้รับข่าวสารหรือฝึกทักษะ (opportunities for acquiring information and skills) การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ และการใช้เวลาว่าง (participation in and opportunities for recreations and leisure) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) และการคมนาคม (transport)

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spiritual/religion/personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคเป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีคำถามอีก 1 ด้าน ที่ถามถึงการรับรู้ของบุคคล ต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม (overall quality of life and health)

แต่เนื่องจาก เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่มี 100 ข้อ (WHOQOL-100) มีจำนวนข้อมากไปทำให้เสียเวลาในการเก็บข้อมูล และการศึกษาดำเนินการด้วยระดับวิทยาส่วนใหญ่ คุณภาพชีวิตเป็นเพียงตัวแปรตัวแปรเดียวของหลายๆ ตัวแปรที่สนใจทำการศึกษา ถ้ามีการปรับเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตให้กะทัดรัด สะดวกในการใช้และมีความถูกต้อง จึงเป็นการดี ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงพัฒนาเครื่องมือเป็น WHOQOL-BREF ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำไปประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม(overall quality of life and general health) ได้

ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเชิงจิตวิสัยเท่านั้น เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงความรู้สึก และอื่นๆ ที่มีความสำคัญกับตัวของเขาเองได้ดีที่สุด จึงได้เลือกใช้ WHOQOL-BREF ซึ่งสามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ในกลุ่มคนไข้ที่ต่างวัฒนธรรมกันได้ ประกอบด้วยคำถามทั้ง 26 ข้อ แบ่งข้อคำถามรายด้านที่มองคุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติ (4 ด้าน) ในเชิงจิตวิสัยเห็นได้ว่า WHOQOL-BREF มีครอบคลุมทั้งแนวความคิดและแนวทางการประเมินหลายอย่างรวมกัน ซึ่งมีมาตรฐานกว่าเครื่องมืออื่นๆ ที่เป็น

องค์ประกอบของ WHOQOL – BREF (The WHOQOL Group 1995 , 1403-9)

ประกอบด้วย 4 หมวดใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 ด้านร่างกาย (Physical Domain)

คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 7 หมวดย่อย ดังนี้

1. ความเจ็บปวดและไม่สบายของบุคคล (pain and discomfort) ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความสามารถจัดการ ความกลัว ความกังวล และความเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย รวมถึงการใช้ยาเป็นประจำเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด สำหรับการรู้สึกไม่สบายทางด้านร่างกายอาจเกิดจาก อาการข้อติด อาการปวด อาการคัน อาการดังก่อจะทราบจากอาการแสดงหรือคำบอกเล่าของผู้ป่วยถึงแม้ว่าจะไม่มีการบันทึกการใช้ยากก็ตาม

2. กำลังและความเมื่อยล้า (energy and fatigue) ประกอบด้วย กำลังวังชา ความกระตือรือร้น และความอดทนของแต่ละบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการทำงานหรืองานอดิเรกต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีกำลังที่เพียงพอต่อการจัดการกับความ

เหน็ดเหนื่อยที่อาจมีผลมาจากปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ความเจ็บป่วย อาการซึมเศร้า การออกแรงมากเกินไป มีผลทำให้เกิดความเมื่อยล้าและการเพิ่มภาระฟังฟังผู้อื่นเนื่องจากความเมื่อยล้าอย่างรวดเร็ว

3. การนอนหลับและการพักผ่อน (sleep and rest) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและการพักผ่อนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเพียงพอในการนอนหลับและการพักผ่อน ปัญหาในการนอนหลับ เช่น การหลับยาก การตื่นกลางดึก การตื่นนอนเร็ว การตื่นแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก การไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน รวมถึงการใช้ยานอนหลับหรือสารอื่นๆ เพื่อให้หลับ โดยสิ่งที่ยับยั้งการนอนหลับหรือการพักผ่อนอาจเกิดจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม

4. การเคลื่อนไหว (mobility) ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวของบุคคลจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งการพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนไหว ย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ในบางคนความพิการไม่อาจมีผลกระทบต่อการทำงาน เช่น ผู้ที่ใช้รถเข็นบางคนอาจรู้สึกพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวได้ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

5. กิจกรรมประจำวัน (activities of daily living) ประกอบด้วย ความสามารถของบุคคลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองและทรัพย์สิน การทำกิจกรรมที่จำเป็นต่างๆ ในแต่ละวันอย่างเหมาะสม ระดับการพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวันจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต

6. การพึ่งพายาหรือการรักษาทางการแพทย์ (dependence on medication of treatment) ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลว่าต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เช่น การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพร เพื่อให้เกิดความสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในบางคนวิธีการรักษาทางการแพทย์อาจส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตได้ เช่น ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด

ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในขณะที่บางคนอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น การใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงวิธีการรักษาต่างๆ ทางกายภาพที่ไม่ใช่ยาแต่บุคคลยังต้องพึ่งพา เช่น การใช้เครื่องกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ การใช้แขนขาเทียม

7. ความสามารถในการทำงาน (working capacity) ประกอบด้วยความสามารถในการใช้พลังกำลังของบุคคลในการทำงาน ซึ่งงานในที่นี้หมายถึงกิจกรรมหลักของบุคคล โดยอาจจะได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้างก็ได้ เช่น อาสาสมัครในชุมชน การศึกษาเล่าเรียน การทำงานบ้าน โดยเน้นลักษณะของกิจกรรมหลักที่บุคคลนั้นปฏิบัติอยู่เป็นประจำ โดยไม่คำนึงถึงประเภทของงาน และความรู้สึกเกี่ยวกับงานที่ทำหรือคุณภาพของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

หมวดที่ 2 ด้านจิตใจ (psychological Domain)

คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ประกอบด้วยหมวดย่อย 6 หมวด ดังนี้

1. ความรู้สึกทางบวก (positive feeling) เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง เช่น ความพอดี ความสงบ ความสุข ความหวัง และความสนุกสนานในชีวิต ซึ่งเป็นมุมมองและความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต ความรู้สึกทางลบจะไม่รวมในหมวดนี้

2. ความคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ (thinking learning memory and concentration) เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับความคิด ความจำ การตัดสินใจ สมาธิ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเอง รวมไปถึงความเร็วและความชัดเจนของความคิด

3. ความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเอง อาจเป็นความรู้สึกทางบวกหรือทางลบ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การควบคุมตนเอง การประสบความสำเร็จในเรื่องการศึกษา หน้าที่การทำงาน และครอบครัว ความรู้สึกมีเกียรติ การเป็นที่ยอมรับของคนอื่น

4. ภาพลักษณ์และลักษณะทั่วไป (body image and appearance) เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเองที่ปรากฏให้เห็นทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจตามอัตมโนทัศน์ของบุคคล รวมถึงการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองที่เกิดจากการเสริมแต่ง เช่น การเสริมสวย การใช้แว่นตาเทียม

5. ความรู้สึกทางลบ (negative feelings) เป็นความรู้สึกทางลบของบุคคลที่มีต่อตนเอง ได้แก่ หดหวัง เศร้าใจ เสียใจ หมดอาลัย กลัว วิตกังวล และขาดความพึงพอใจในชีวิต

6. จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality / religion / personal beliefs) เป็นความเชื่อด้านต่างๆ ของตนที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ช่วยให้ชีวิตมีความสุข

หมวดที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships Domain)

คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมประกอบด้วย 3 หมวดย่อย ดังนี้

1. สัมพันธภาพส่วนบุคคล (personal relationships) เป็นการแสดงความรู้สึกที่เป็นมิตร ความปรารถนาดี ความรักและความผูกพัน ที่สามารถแสดงออกได้ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ เช่น การกอด การสัมผัสจากคนใกล้ชิด การให้และรับความรัก การร่วมทุกข์ร่วมสุข นอกจากนี้ยังรวมถึงความรักระหว่างเพื่อน รักคู่ครอง รักต่างเพศ และรักร่วมเพศ

2. การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการแสดงความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับ ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ญาติ ในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องส่วนตัว ครอบครัว การทำงาน ตลอดจนความรู้สึกที่ไม่ดีที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อน เช่น การพุดจาไม่ดี การทำร้ายร่างกาย

3. กิจกรรมทางเพศ (sexual activity) เป็นการแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการกระตุ้นและความต้องการทางเพศของบุคคลที่สามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม โดยจะเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับแรงขับทางเพศ การแสดงออกทางเพศ ความสำเร็จทางเพศ ซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างจะยากเพราะในบางสังคมมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย หรือในบุคคลที่อายุหรือเพศต่างกันก็จะให้คำตอบที่แตกต่างกันไป

หมวดที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain)

คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 8 หมวดย่อย

1. ความมั่นคงและปลอดภัยทางกายภาพ (physical safety and security) โดยพิจารณาถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิตจากสิ่งคุกคามทางด้านกายภาพ เช่น การถูกกดขี่จากผู้อื่นหรือจากการเมือง โดยความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตจะมีความหมายในลักษณะของความรู้สึกมีอิสระ ตั้งแต่การดำรงชีวิตอยู่อย่างอิสระจนถึงการถูกกดขี่หรือถูกกักขัง นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงสถานที่พักอาศัยที่จะให้ความมั่นคงและปลอดภัย

2. สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (home environment) พิจารณาถึงสถานที่หลักที่บุคคลอาศัยอยู่เพื่อการหลับนอนหรือเก็บทรัพย์สิน คุณภาพของสถานที่อยู่อาศัยโดยทั่วไปจะประเมินจากความเป็นส่วนตัว มีสิ่งอำนวยความสะดวก และคุณภาพของโครงสร้างตัวอาคาร นอกจากนี้ที่อยู่อาศัยจะรวมถึงสิ่งที่มีความหมายเช่นเดียวกับที่อยู่อาศัยด้วย เช่น สถานอพยพ

3. แหล่งด้านการเงิน (financial resource) พิจารณาจากความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับการเงินและความเพียงพอของรายได้ตนเองที่จะทำให้มีชีวิตและสุขภาพที่ดี โดยไม่คำนึงถึงการเมืองงานทำ

4. การบริการด้านสุขภาพและสังคม (health and social care : availability) โดยพิจารณาจากความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพของบริการด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงบริการที่

ให้โดยอาสาสมัครในชุมชนที่ตนได้รับหรือคาดหวังจะได้รับ ว่าเป็นไปตามความต้องการอย่างสมบูรณ์ และมีคุณภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงความยากง่ายและความเป็นกันเองของการบริการ

5. โอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสาร การเรียนรู้ และการฝึกฝนทักษะใหม่ (opportunities for acquiring information and skills) พิจารณาถึงโอกาสและความต้องการของบุคคลที่จะเรียนรู้ทักษะหรือความรู้ใหม่ๆ หรือสิ่งที่ทันสมัย โดยอาจจะเป็นโครงการการศึกษาในระบบหรือการศึกษานอกระบบ

6. การมีโอกาสหรือมีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่าง และการพักผ่อนหย่อนใจ (participation in and opportunities for recreation and leisure) พิจารณาจากความสามารถ โอกาส และความสมัครใจของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่าง ทำงานอดิเรก และการพักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งสามารถทำกิจกรรมได้ตั้งแต่การพบปะเพื่อนฝูง การเล่นกีฬา การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ใช้เวลาอยู่กับครอบครัว จนถึงการทำกิจกรรมอะไรเลย

7. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) พิจารณาจากความคิดเห็นของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว เช่น เสียง มลภาวะต่างๆ อากาศ และความสวยงามของสิ่งแวดล้อม

8. การคมนาคมขนส่ง (transport) พิจารณาจากความสะดวกในการเดินทางของบุคคล ชนิดของพาหนะที่ใช้ในการเดินทางแต่จะไม่เกี่ยวกับประเภทของการขนส่ง เพื่อให้สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามความต้องการ

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL – BREF)

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งครอบคลุมคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (physical domain) ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 3 4 10 15 16 17 และ 18 รวมทั้งหมด 7 ข้อ

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 5 6 7 11 19 และ 26 รวมทั้งหมด 6 ข้อ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 20 21 และ 22 รวมทั้งหมด 3 ข้อ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 8 9 12 13 14 23 24 และ 25 รวมทั้งหมด 8 ข้อ

สำหรับข้อคำถามที่ 1 เป็นข้อคำถามการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและข้อคำถามที่ 2 เป็นข้อคำถามการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม

ข้อคำถามทั้ง 26 ข้อ มีข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 23 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 4 และ 26 ในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือก 1 2 3 4 หรือ 5 ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือ รู้สึกแย่มาก

หมายเลข 2 หมายถึง ท่านมีความรู้เช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่

พอใจ หรือรู้สึกแย่

หมายเลข 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจ ระดับกลางๆ หรือรู้สึกระดับแย่ระดับกลางๆ

หมายเลข 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกเช่นนั้นมาก รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

หมายเลข 5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด รู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก หรือรู้สึกดีมาก (Harper and Powwer 1997 : 35 – 60)

บทวิทยุศาสตร์สุขภาพจิตสงวนลิขสิทธิ์

การตรวจสอบคุณภาพของ WHOQOL-BREF

วิภาดา มหรัตน์โรจน์ (2542 : 52) ได้นำ WHOQOL-BREF ไปใช้ในการศึกษาในผู้ป่วยโรคไต และคนปกติที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 40 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

วรรณมา สามารถ (2542 : 42) ได้นำ WHOQOL-BREF ไปศึกษาในกลุ่มคนปกติ และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.86 และ 0.87 ตามลำดับ

ขั้นตอนการคิดค่าของคะแนนคุณภาพชีวิตที่ประเมินจาก WHOQOL – BREF

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อคำถามทั้ง 26 ข้อ ที่สัมภาษณ์มา ในแต่ละข้อจะมีคะแนน 1-5 คะแนน

2. ข้อความที่มีความหมายทางบวกจะให้คะแนนตามความหมายเลขที่เลือกตอบ ส่วนข้อความที่มีความหมายทางลบ (3 ข้อ) จะกลับคะแนน ดังนี้

การเลือกหมายเลข คะแนนของข้อความทางบวก คะแนนของข้อความทางลบ

หมายเลข 1	1	5
หมายเลข 2	2	4
หมายเลข 3	3	3
หมายเลข 4	4	2
หมายเลข 5	5	1

3. คำนวณคิดค่าของคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ดังนี้

3.1 ด้านร่างกาย คิดค่าของคะแนนคุณภาพชีวิต จาก

PHYS = ผลรวมคะแนนข้อ 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18

3.2 ด้านจิตใจ คิดค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตจาก

PSYCH = ผลรวมของคะแนนข้อ 5, 6, 7, 11, 19, 26

3.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คิดค่าของคะแนนคุณภาพชีวิตจาก

SOCIAL = ผลรวมของคะแนนข้อ 20, 21, 22

3.4 ด้านสิ่งแวดล้อม คิดค่าของคะแนนคุณภาพชีวิตจาก

ENVIR = ผลรวมของคะแนนข้อ 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

4. เปลี่ยนค่าคะแนนของคุณภาพชีวิตทุกด้านเป็นคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยนำคะแนนที่ได้แต่ละด้านจากข้อ 3 มาเทียบกับตาราง Method for converting law scores to transformed scores เพื่อให้คะแนนเต็ม 100 ในแต่ละด้าน

การแปลงคะแนนในแต่ละหมวดให้เป็นคะแนนที่เปรียบเทียบกันได้

ตารางที่ 3 Method for converting raw scores to transformed scores

Physical domain			Psychological Domain			Social relationships domain			Environment Domain		
Raw Score	Transformed score		Raw Score	Transformed score		Raw Score	Transformed score		Raw Score	Transformed score	
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF) สำหรับภาคสนาม (กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2539),

5. คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม คัดจากคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านที่ถูกแปลงให้เป็นคะแนนเต็ม 100 ทั้ง 4 ด้าน

$$QOL = (PHYS 100 + PSYCH 100 + SOCIAL 100 + ENVIR 100) / 4 \text{ (คะแนนเต็ม 100)}$$

การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 100 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 5 ระดับคือ ต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง ดี และดีมาก โดยมีช่วงคะแนนดังนี้ (Best 1977 : 174)

0-20	คะแนน	แสดงถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำมาก
21-40	คะแนน	แสดงถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ
41-60	คะแนน	แสดงถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง
61-80	คะแนน	แสดงถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี
81-100	คะแนน	แสดงถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยวิธีการสำรวจ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลนครชัยศรีตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อันได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคไขมันผิดปกติ โรคตา ซึ่งเกิดขึ้นก่อนการเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมีประวัติการรักษาต่อเนื่องโดย ไม่ขาดนัดแพทย์ รวมทั้งไม่มีความพิการอื่น ที่ไม่ได้เกิดจากภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวานทุกคนที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครชัยศรีในช่วงกันยายน – ธันวาคม 2545 จำนวนทั้งสิ้น 128 คน

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาในการศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่เข้ามารับการรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนครชัยศรีอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป
2. ไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์
3. ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ยกเว้น โรคหรือความผิดปกติที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์พร้อมกัน หรือหลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
4. ไม่มีมีความพิการใดๆ นอกจากความพิการนั้นเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น นิ้วขาด ขาขาด เป็นต้น
5. ไม่ได้รับอุบัติเหตุ หรือ บาดเจ็บในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด / หรือไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม

6. สามารถสื่อสารโต้ตอบกันได้
7. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิพิเศษในการเบิกหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล สถานภาพในครอบครัว ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ด้านการเจ็บป่วย ได้แก่ วัน เดือน ปี ที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน อายุปีเต็มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาล ชนิดของการรักษาโรคเบาหวาน การใช้สมุนไพร อาการของโรคเบาหวาน การเกิดแผลที่เท้า ความพิการทางกายที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์ (2542 : 52) ได้นำ WHOQOL – BREF ไปใช้ในการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคไตและคนปกติที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 40 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาค แอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF เท่ากับ 0.91

วรรณิสา สามารถ (2542 : 42) ได้นำ WHOQOL BREF ไปศึกษาคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยได้นำ WHOQOL BREF ไปศึกษาในกลุ่มคนปกติ 268 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 และศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 268 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

ซึ่งจากการทดสอบของวิภาดา มหรัตน์วิโรจน์ และวรรณิสา สามารถค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นสูง ถือว่าเครื่องมือหรือแบบสอบถามใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยหารายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากสมุดทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลนครชัยศรี
2. ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อขอสัมภาษณ์ผู้ป่วยขณะรอเจาะเลือด รอพบแพทย์ หรือหลังจากรับการตรวจแล้วรอรับยา โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงให้ทราบว่าผลการสัมภาษณ์ครั้งนี้ไม่มีผลต่อการให้บริการหรือการรักษาของผู้ป่วยทุกครั้ง
4. ระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจตลอดเวลา และถ้าผู้ป่วยต้องการยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและยกเลิกการเก็บข้อมูลรายนั้น
5. นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้งหมดที่ข้อมูลครบถ้วนมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่ กันยายน – ธันวาคม 2545 รวมระยะเวลา 4 เดือน

การเตรียมข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำมาลงรหัสบันทึกลงในแผ่นแม่เหล็กเก็บข้อมูล (Diskette) จากนั้น นำข้อมูลที่ได้อ่านไปวิเคราะห์สถิติด้วยโปรแกรม SPSS VII Serial No 3805379 Licence No. 30011845536348821944906348832

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Description Statistics)

ใช้อธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างศึกษาที่ประกอบด้วยลักษณะด้านประชากร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านการเจ็บป่วย และข้อมูลคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic Statistics)

ใช้ T-test หาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ด้านความเจ็บป่วยที่แบ่งตัวแปรอิสระเป็น 2 กลุ่ม

ใช้ ANOVAหาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้แก่ปัจจัยด้านประชากร สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ด้านความเจ็บป่วยที่แบ่งตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป

กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ($P = 0.05$)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลนครชัยศรีตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และไม่มีโรคประจำตัวอื่นนอกเหนือจากโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือความพิการ ซึ่งเกิดขึ้นก่อนการเป็นโรคเบาหวาน และมีประวัติการรักษาต่อเนื่องโดยไม่ขาดการนัดของแพทย์ จำนวน 128 คน โดยนำเสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร ด้านสังคม และเศรษฐกิจ และด้านการเจ็บป่วย

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ข้อมูลด้านประชากร ได้แก่

1.1.1 เพศ

1.1.2 อายุ

1.1.3 สถานภาพสมรส

1.2 ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.1 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.2 การประกอบอาชีพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.3 รายได้ส่วนตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.4 รายได้รวมของครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.5 ความเพียงพอของรายได้ในการใช้จ่ายของครอบครัวของผู้ป่วยโรค

เบาหวาน

1.2.6 สิทธิในการรักษาโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.7 สถานภาพในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.8 ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.3.1 อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคเบาหวาน

1.3.2 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน

1.3.3 การเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน

1.3.4 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

1.3.5 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน

1.3.6 การเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.3.7 ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ณ วันเก็บข้อมูล

1.3.8 ภาวะโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.4 วิธีการรักษาโรคเบาหวานหรือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สถิติเชิงพรรณนา)

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม
2. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม
3. ค่าเฉลี่ยการรับรู้เรื่อง คุณภาพชีวิตและความพอใจในชีวิตของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการรับรู้ และพอใจในสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อตามแบบวัดคุณภาพชีวิต WHO QOL BREF

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สถิติวิเคราะห์)

1. ปัจจัยด้านประชากร
2. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ
3. ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย
4. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ วิธีการรักษาโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 128 คน เป็นเพศชาย 43 คน เพศหญิง 85 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 และ 66.40 อายุเฉลี่ย 63.34 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.38 อายุสูงสุดของกลุ่มผู้ป่วย 89 ปี ต่ำสุด 24 ปี โดยกลุ่มผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า 50 ปี มีอยู่ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 14.84 อายุ 50-59 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 28.13 อายุ 60-69 ปี จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 42.19 อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 14.84 สถานภาพสมรส มีผู้ป่วยโสดจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.30 สมรสแล้ว อยู่ด้วยกัน จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 65.60 เป็นหม้ายหรือแยกกันอยู่ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 28.10

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

ข้อมูลลักษณะทั่วไป	จำนวน (N)	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	43	33.60
หญิง	85	66.40
รวม (N)	128	100
<u>อายุ</u>		
mean \pm SD	60.34 \pm 10.38	
< 50	19	14.84
50-59	36	28.13
60-69	54	42.19
\geq 70	19	14.84
รวม (N)	128	100
อายุต่ำสุด 24		
อายุสูงสุด 89		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทั่วไป	จำนวน (N)	ร้อยละ
<u>สถานภาพสมรส</u>		
โสด	8	6.30
คู่	84	65.60
หม้าย / หย่า / แยก	36	28.10
รวม (N)	128	100

ข้อมูลทั่วไปด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ระดับการศึกษาของกลุ่มผู้ป่วย พบว่า ไม่ได้เรียนหนังสือเลย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.47 เรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 73.43 เรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 17.19 และเรียนระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.91 ด้านการประกอบอาชีพพบว่าผู้ป่วยจำนวน 79 คน หรือร้อยละ 61.72 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขายจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 16.40 รับจ้างหรือกรรมกรจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 13.28 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.77 และมีอาชีพเกษตรกรรมหรือกิจการรวม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.13

ข้อมูลรายได้ ส่วนตัวของผู้ป่วยพบว่า ค่าเฉลี่ยรายได้ส่วนตัวต่อเดือน 3,492.97 บาท มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7132.01 โดยผู้ป่วย 80 คน หรือร้อยละ 62.50 ไม่มีรายได้ส่วนตัวเลย 21 คน หรือร้อยละ 16.40 มีรายได้ส่วนตัวเดือนละไม่เกิน 5,000 บาท 13 คน หรือร้อยละ 10.16 มีรายได้ส่วนตัวเดือนละ 5,001-10,000 บาท 8 คนหรือร้อยละ 6.25 มีรายได้ส่วนตัวเดือนละ 10,001-15,000 บาท และอีก 6 คน หรือร้อยละ 4.67 มีรายได้ส่วนตัวมากกว่าเดือนละ 15,000 บาท

ข้อมูลด้านรายได้รวมของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเดือนละ 16,636.72 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14,284.54 มีผู้ป่วยจำนวน 21 คน หรือร้อยละ 16.41 มีรายได้รวมของครอบครัวเดือนละไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 35 คน หรือร้อยละ 27.34 มีรายได้รวมของครอบครัวเดือนละ 5,001 - 10,000 บาท จำนวน 20 คน หรือร้อยละ 15.63 มีรายได้รวมของครอบครัวเดือนละ 10,001 - 15,000 บาท จำนวน 19 คน หรือร้อยละ 14.84 มีรายได้รวมของครอบครัวเดือนละ 15,001-20,000 บาท จำนวน 9 คน หรือร้อยละ 7.03 มีรายได้รวมของครอบครัวเดือนละ 20,001-25,000 บาท จำนวน 11 คน หรือร้อยละ 8.59 มีรายได้รวมของครอบครัวเดือนละ 25,001-30,000 บาท และอีก 13 คน หรือร้อยละ 10.16 มีรายได้รวมของครอบครัวเดือนละ มากกว่า 30,000 บาท ซึ่งถ้า

ม อ ง ไ น ตั ้ า น ค ว ำ

เพียงพอของรายได้ในการใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วย พบว่า จำนวน 27 คน หรือร้อยละ 21.10 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายและยังเหลือเก็บสะสม 48 คน หรือร้อยละ 37.50 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บสะสม และอีก 53 คนหรือร้อยละ 41.40 มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว ข้อมูลด้านสถิติในการรักษา พบว่า ผู้ป่วยเพียง 2 คน หรือร้อยละ 1.60 ที่ไม่มีสิทธิพิเศษในการรักษาพยาบาลเลยต้องชำระเงินค่ารักษาเอง และจำนวน 37 คน หรือร้อยละ 28.90 มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทต้องชำระเงินค่าธรรมเนียม 30 บาท 53 คน หรือร้อยละ 41.40 มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทไม่ต้องชำระเงินค่าธรรมเนียม 35 คน หรือร้อยละ 27.30 ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ และอีกเพียง 1 คน หรือร้อยละ 0.8 ใช้สิทธิประกันสังคม ผู้ป่วยมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว 54 คน หรือร้อยละ 42.20 เป็นสมาชิกในครอบครัว 60 คน หรือร้อยละ 46.90 และเป็นผู้อาศัย 14 คน หรือร้อยละ 10.90 ส่วนในด้านลักษณะการอยู่อาศัย พบว่าผู้ป่วย 125 คน หรือร้อยละ 97.70 อาศัยอยู่เป็นครอบครัว มีเพียง 3 คน หรือร้อยละ 2.3 อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว

ตารางที่ 5 ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (N)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	5.47
ประถมศึกษา	94	73.43
มัธยมศึกษา	22	17.19
ปริญญาตรี / เทียบเท่า	5	3.91
รวม (N)	128	100
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	79	61.72
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	7	5.47
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	21	16.40
รับจ้าง / กรรมกร	17	13.28
เกษตรกรรม / กสิกรรม	4	3.13
รวม (N)	128	100

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (N)	ร้อยละ
----------------------------	-----------	--------

<u>รายได้ส่วนตัว (บาท/เดือน)</u>		
mean \pm SD	3,492.97 \pm 7,132.01	
ไม่มีรายได้	80	62.50
\leq 5,000	21	16.40
5,001-10,000	13	10.16
10,001-15,000	8	6.25
> 15,000	6	4.69
รวม (N)	128	100
ต่ำสุด = 0		
สูงสุด = 45,000		
<u>รายได้รวมของครอบครัว (บาท/เดือน)</u>		
mean \pm SD	16,636.72 \pm 14,284.54	
\leq 5,000	21	16.41
5,001-10,000	35	27.34
10,001-15,000	20	15.63
15,001-20,000	19	14.84
20,001-25,000	9	7.03
25,001-30,000	11	8.59
> 30,000	13	10.16
รวม (N)	128	100
ต่ำสุด = 0		
สูงสุด = 90,000		
<u>ความเพียงพอของรายได้</u>		
เพียงพอ มีเก็บสะสม	27	21.10
เพียงพอ ไม่มีเก็บสะสม	48	37.50
ไม่เพียงพอ	53	41.40
รวม (N)	128	100

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจ	จำนวน (N)	ร้อยละ
<u>สิทธิในการรักษา</u>		
ไม่มีสิทธิพิเศษใดๆ (ชำระเงินเอง)	2	1.60
บัตรทองชำระเงิน 30 บาท	37	28.90
บัตรทองไม่ต้องชำระเงิน 30 บาท	53	41.40
เบิกได้ (ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ)	35	27.30
ประกันสังคม	1	0.80
รวม (N)	128	100
<u>สถานภาพในครอบครัว</u>		
หัวหน้าครอบครัว	54	42.20
สมาชิกในครอบครัว	60	46.90
ผู้อาศัย	14	10.90
รวม (N)	128	100
<u>ลักษณะการอยู่อาศัย</u>		
อยู่คนเดียวตามลำพัง	3	2.30
อยู่กับครอบครัว	125	97.70
รวม (N)	128	100

ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

ในกลุ่มผู้ป่วย ทั้งหมด 128 คน พบว่าอายุที่เริ่มป่วยหรือเริ่มรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ย 51.55 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.14 โดยอายุต่ำสุดคือ 22 ปี สูงสุดคือ 82 ปี โดยผู้ป่วยจำนวน 6 คน หรือร้อยละ 4.69 เริ่มป่วยเมื่ออายุน้อยกว่า 30 ปี 14 คน หรือร้อยละ 10.94 เริ่มป่วยเมื่ออายุ 30-39 ปี 27 คน หรือร้อยละ 21.09 เริ่มป่วยเมื่ออายุ 40-49 ปี 47 คน หรือร้อยละ 36.72 เริ่มป่วยเมื่ออายุ 50 - 59 ปี 29 คน หรือร้อยละ 22.66 เริ่มป่วยเมื่ออายุ 60-69 ปี และอีก 5 คน หรือร้อยละ 3.90 เริ่มป่วยเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเจ็บป่วย 8.78 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.64 ปี ระยะเวลาป่วยต่ำสุดคือ 1 ปี สูงสุด 30 ปี โดยผู้ป่วยจำนวน 52 คน หรือร้อยละ 40.62 ป่วยมานานไม่เกิน 5 ปี 33 คนหรือร้อยละ 25.78 ป่วยมานาน 6-7 ปี 23 คนหรือร้อยละ 17.97 ป่วยมานาน 11-15 ปี 14 คนหรือร้อยละ 10.94 ป่วยมานาน 16-20 ปี และอีก 6 คนหรือร้อยละ

ละ 16.40 ที่เคยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีย้อนหลังไป เนื่องจากภาวะโรคเบาหวาน ส่วนอีก 107 คน หรือร้อยละ 83.60 ไม่เคยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเลยในระยะเวลา 1 ปี ย้อนหลังไป อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 11 คน หรือร้อยละ 8.59 ไม่มีอาการแสดงออกของโรคเบาหวาน ส่วนอีก 117 หรือร้อยละ 91.41 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน โดยมีจำนวน 15 คน หรือร้อยละ 11.72 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน 1 อาการ 21 คน หรือร้อยละ 16.41 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน 2 อาการ 26 คน หรือร้อยละ 20.31 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน 3 อาการ 25 คน หรือร้อยละ 19.53 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน 4 อาการ 16 คน หรือร้อยละ 12.50 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน 5 อาการ 11 คน หรือร้อยละ 8.59 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน 6 อาการ และอีก 3 คน หรือร้อยละ 2.34 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน 7 อาการ ในเรื่องของการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า 123 คน หรือร้อยละ 96.10 ไม่มีแผลที่เท้า มีเพียง 5 คน หรือร้อยละ 3.90 มีการเกิดแผลที่เท้า ส่วนในด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ณ วันสัมภาษณ์ คือ 172 มก./ดล. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 61.82 ระดับต่ำสุด 80 มก./ดล. และสูงสุด 455 มก./ดล. โดยผู้ป่วยจำนวน 23 คน หรือร้อยละ 17.97 มีระดับน้ำตาลในเลือด 70-120 มก./ดล. จำนวน 60 คน หรือร้อยละ 46.88 มีระดับน้ำตาลในเลือด 121-180 มก./ดล. และอีก 45 คน หรือร้อยละ 35.15 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 มก./ดล.

ส่วนภาวะโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 47 คน หรือร้อยละ 36.70 และอีก 81 คน หรือร้อยละ 63.30 มีภาวะโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน โดยใน 81 คน มี 55 คน หรือร้อยละ 42.97 พบโรคแทรกซ้อน 1 โรค 16 คน หรือร้อยละ 12.50 พบโรคแทรกซ้อน 2 โรค 9 คน หรือร้อยละ 7.03 พบโรคแทรกซ้อน 3 โรค และอีกเพียง 1 คน หรือร้อยละ 0.80 พบโรคแทรกซ้อน 4 โรค และในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดมีจำนวน 122 คน หรือร้อยละ 95.31 ที่ไม่พบความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน มีเพียง 6 คน หรือร้อยละ 4.69 ที่มีความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ในด้านวิธีการรักษาโรคเบาหวานหรือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด 128 คน รักษาเบาหวานโดยการเข้าแผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียวจำนวน 73 คน หรือร้อยละ 57.03 36 คน หรือร้อยละ 28.13 รักษาเบาหวาน โดยการเข้าแผนปัจจุบัน ร่วมกับการออกกำลังกายและหรือการควบคุมอาหาร และอีก 19 คน หรือร้อยละ 14.84 รักษาเบาหวานโดยการเข้าสมุนไพรร่วมกับการรักษาของยาแผนปัจจุบันและหรือการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร

ตารางที่ 6 ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน (N)	ร้อยละ
<u>อายุปีที่เริ่มป่วย</u>		
Mean \pm SD	51.55 \pm 11.14	

< 30 ปี	6	4.69
30-39 ปี	14	10.94
40-49 ปี	27	21.09
50-59 ปี	47	36.72
60-69 ปี	29	22.66
≥ 70 ปี	5	3.90
รวม (N)	128	100
ต่ำสุด = 22		
สูงสุด = 82		
<u>ระยะเวลาที่ป่วย</u>		
Mean ± SD	8.78 ± 6.64	
≤ 5 ปี	52	40.62
6-10 ปี	33	25.78
11-15 ปี	23	17.97
16-20 ปี	14	10.94
> 20 ปี	6	4.69
รวม (N)	128	100
ต่ำสุด = 1		
สูงสุด = 30		
<u>อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน</u>		
ไม่มีอาการแสดงออกเลย	11	8.59
มีอาการแสดงออก 1 อาการ	15	11.72
มีอาการแสดงออก 2 อาการ	21	16.41

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน (N)	ร้อยละ
มีอาการแสดงออก 3 อาการ	26	20.31
มีอาการแสดงออก 4 อาการ	25	19.53

มีอาการแสดงออก 5 อาการ	16	12.50
มีอาการแสดงออก 6 อาการ	11	8.59
มีอาการแสดงออก 7 อาการ	3	2.34
รวม (N)	128	100
<u>เกิดแผลที่เท้า</u>		
ไม่เกิดแผลที่เท้า	123	96.10
เกิดแผลที่เท้า	5	3.90
รวม (N)	128	100
<u>ระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันสัมภาษณ์</u>		
Mean \pm SD	1.72 \pm 61.82	
70-120 มก. / ดล. (ควบคุมได้ดี)	23	17.97
121-180 มก. / ดล. (ควบคุมได้พอใช้)	60	46.88
>180 มก. / ดล. (ควบคุมไม่ดีต้องแก้ไข)	45	35.15
รวม (N)	128	100
<u>ภาวะโรคแทรกซ้อน</u>		
ไม่พบภาวะโรคแทรกซ้อน	47	36.70
พบภาวะโรคแทรกซ้อน 1 โรค	55	42.97
พบภาวะโรคแทรกซ้อน 2 โรค	16	12.50
พบภาวะโรคแทรกซ้อน 3 โรค	9	7.83
พบภาวะโรคแทรกซ้อน 4 โรค	10	0.80
รวม (N)	128	100

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย	จำนวน (N)	ร้อยละ
<u>ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน</u>		

ไม่มีความพิการ	122	95.31
มีความพิการ	6	4.69
รวม (N)	128	100
<u>วิธีการรักษาโรค</u>		
ใช้การรักษาแผนปัจจุบันอย่างเดียว	73	57.03
ใช้การรักษาแผนปัจจุบัน + การออกกำลังกายและ / หรือ ควบคุมอาหาร	36	28.13
มีการใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษา	19	14.84
รวม	128	100

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ร้อยละ 6.25 มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ต่ำมาก (คะแนน 0 - 20) ร้อยละ 4.69 มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ที่ระดับต่ำ (คะแนน 21 - 40) ร้อยละ 26.56 มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ที่ระดับปานกลาง (คะแนน 41-60) ร้อยละ 36.72 มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับที่ดี (คะแนน 61 - 80) และร้อยละ 25.78 มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมาก (คะแนน 81 - 100)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ร้อยละ 0.80 มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำมาก (คะแนน 0 - 20) ร้อยละ 6.25 มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 21 - 40) ร้อยละ 15.62 มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 41 - 60) ร้อยละ 46.87 มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (คะแนน 61 - 80) และร้อยละ 30.46 มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมาก (คะแนน 81 - 100)

คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ไม่มีกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับที่ต่ำมากเลย (คะแนน 0 - 20) ร้อยละ 0.8 มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 21 - 40) ร้อยละ 20.30 มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 41-60) ร้อยละ 43.75 มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี (คะแนน 61 - 80) และร้อยละ 35.15 มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดีมาก (คะแนน 81 - 100)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ไม่มีกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ต่ำมากเลย (คะแนน 0 - 20) ร้อยละ 0.80 มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 21 - 40) ร้อยละ 13.47 มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 41 - 60) ร้อยละ 42.18 มีคุณภาพชีวิตด้าน

สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ดี (คะแนน 61 - 80) และร้อยละ 43.75 มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ดีมาก (คะแนน 81 - 100)

คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม พบว่า ร้อยละ 60.94 ของคนไข้เบาหวานมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี (คะแนน 61 - 80) ร้อยละ 21.09 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีมาก (คะแนน 81 - 100) ร้อยละ 15.63 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 41 - 60) ร้อยละ 2.34 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน 21 - 40) และไม่พบคนไข้ที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำมากเลย (คะแนน 0 - 20)

ตารางที่ 7 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านร่างกาย,จิตใจ, สังคม, สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม

ระดับ คะแนน คุณภาพ ชีวิต	ด้านร่างกาย		ด้านจิตใจ		ด้านสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม		ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม	
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ
0-20	8	6.25	1	0.8	0	0	0	0	0	0
21-40	6	4.69	8	6.25	1	0.8	1	0.8	3	2.34
41-60	34	26.56	20	15.62	26	20.30	17	13.27	20	15.63
61-80	47	36.72	60	46.87	56	43.75	54	42.18	78	60.94
81-100	33	25.78	39	30.46	45	35.15	56	43.75	27	21.09
รวม	128	100	128	100	128	100	128	100	128	100

ค่าเฉลี่ยการรับรู้เรื่องคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของตนเองของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเอง มีความพอใจในสภาพชีวิตตัวเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยคือ 3.04 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้และพอใจในสุขภาพของตัวเองอยู่ที่คะแนนเฉลี่ย 3.14 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ส่วนคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยอยู่ที่ 63.05 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน แสดงว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ที่ระดับดี (คะแนน 61 - 80) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 68.73 คะแนน คะแนนต่ำสุด 19 คะแนน คะแนนสูงสุดของคะแนน ซึ่งแสดงว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของ

ผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับดี (คะแนน 61 - 80) คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 74.04 คะแนน คะแนนต่ำสุด 31 คะแนน สูงสุด 100 คะแนน แสดงว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ย 74.33 คะแนนต่ำสุด 38 สูงสุด 100 คะแนน แสดงว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยอยู่ที่ระดับดี (คะแนน 61 - 80) และสรุปคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งสี่ด้านของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยที่ 70.17 คะแนน ต่ำสุด 30 คะแนน สูงสุด 97 คะแนน กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี (คะแนน 61 - 80)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวแปร	ค่าคุณภาพชีวิต Mean \pm S.D.	ต่ำสุด	สูงสุด
คุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ค่าเฉลี่ย (เต็ม 5 คะแนน)	3.04 \pm 0.89	1	5
สุขภาพร่างกายโดยทั่วไป ค่าเฉลี่ย (เต็ม 5 คะแนน)	3.14 \pm 1.18	1	5
คุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านร่างกาย คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 100 คะแนน)	63.05 \pm 19.56	0	100
ด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 100 คะแนน)	68.73 \pm 16.00	19	94
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 100 คะแนน)	74.04 \pm 19.53	31	100

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าคุณภาพชีวิต Mean \pm S.D.	ต่ำสุด	สูงสุด
ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 100 คะแนน)	74.33 \pm 13.06	38	100
คุณภาพชีวิตโดยรวม	70.17 \pm 12.51	30	97

คะแนนเฉลี่ย (เต็ม 100 คะแนน)			
------------------------------	--	--	--

ค่าเฉลี่ยของคะแนนตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO QOL – BFRE พบว่า ด้านร่างกาย ได้แก่ ความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย อยู่ที่ระดับคะแนนเฉลี่ย 3.71 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับค่อนข้างดี การพึ่งยาและการรักษาคะแนนเฉลี่ย 2.43 ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง การมีเรี่ยวแรงและกำลังวังชาคะแนนเฉลี่ย 3.39 ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการเคลื่อนไหวคะแนนเฉลี่ย 3.70 ถือว่าอยู่ในระดับค่อนข้างดี การนอนหลับและการพักผ่อนคะแนนเฉลี่ย 3.25 ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันคะแนนเฉลี่ย 4.19 ถือว่าอยู่ในระดับดี ความสามารถในการทำงานคะแนนเฉลี่ย 3.94 ถือว่าอยู่ในระดับดี

ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเองคะแนนเฉลี่ย 3.12 ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกในทางบวกหรือความภูมิใจในตนเอง คะแนนเฉลี่ย 3.51 ถือว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี การมีสมาธิ ความคิดและความสามารถในการเรียนรู้ คะแนนเฉลี่ย 3.66 ถือว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี การยอมรับในภาพลักษณ์รูปร่างหน้าตาของตนเองคะแนนเฉลี่ย 3.96 ถือว่าดี ความรู้สึกภูมิใจในตนเองคะแนนเฉลี่ย 4.09 ถือว่าอยู่ในระดับดี ส่วนความรู้สึกในทางลบที่มีต่อตนเอง ความรู้สึกหงุดหงิด กลุ่มใจคะแนนเฉลี่ย 4.13 แสดงว่าไม่ค่อยรู้สึกในทางลบต่อตนเอง ไม่หงุดหงิดหรือกลุ่มใจบ่อย

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้างคะแนนเฉลี่ย 4.10 แสดงว่าสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในสังคมได้ในระดับที่ดี ความพอใจในกิจกรรมทางเพศหรือการมีสัมพันธ์ทางเพศ คะแนนเฉลี่ย 3.77 แสดงว่าอยู่ในระดับค่อนข้างดี ความรู้สึกพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนจากสังคม คะแนนเฉลี่ย 4.13 แสดงว่าอยู่ในระดับที่ดี

ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินคะแนนเฉลี่ย 4.33 ถือว่าอยู่ในระดับดี ความพึงพอใจในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยคะแนนเฉลี่ย 3.43 ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง ความเพียงพอในด้านการเงินคะแนนเฉลี่ย 3.11 ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้คะแนนเฉลี่ย 3.96 ถือว่าอยู่ในระดับค่อนข้างดี เวลาสำหรับการพักผ่อนหย่อนใจมีเวลาเพียงพอหรือไม่คะแนนเฉลี่ย 4.19 แสดงว่าเวลาในการพักผ่อนค่อนข้างเพียงพอในระดับที่ดี ความพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยของตนเองคะแนนเฉลี่ย 3.98 ถือว่าอยู่ในระดับที่ดี ความพอใจในด้านการรับบริการด้านสุขภาพคะแนนเฉลี่ย 4.21 ถือว่าอยู่ในระดับที่ดี เกือบดีมาก และความสะดวกสบายในการเดินทางคะแนนเฉลี่ย 4.05 ถือว่าอยู่ในระดับที่ดี

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวแปร	Mean \pm S.D.
--------	-----------------

<u>ด้านร่างกาย</u>	
ความสามารถในการทำงาน	3.71 ± 1.42
การพึ่งพาและการรักษา	2.43 ± 1.23
เรี่ยวแรงและกำลังวังชา	3.39 ± 1.29
ความสามารถในการเคลื่อนไหว	3.70 ± 1.18
การนอนหลับและการพักผ่อน	3.25 ± 1.39
ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	4.19 ± 0.89
ความสามารถในการทำงาน	3.94 ± 0.9
<u>ด้านจิตใจ</u>	
ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง	3.12 ± 1.11
ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อตนเอง	3.51 ± 1.21
สมาธิ ความคิด การเรียนรู้	3.66 ± 0.85
การยอมรับภาพลักษณ์ของตนเอง	3.96 ± 0.89
ความภูมิใจในตนเอง	4.09 ± 0.87
ความระลึกในทางลบที่เกิดขึ้นในตนเอง	4.13 ± 1.28
<u>ด้านสังคม</u>	
ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลด้านร่างกายและอารมณ์	4.10 ± 0.69
ความพอใจในกิจกรรมทางเพศ	3.77 ± 0.92
กิจกรรมสนับสนุนจากสังคม	3.99 ± 0.85

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปร	Mean ± S.D.
--------	-------------

ด้านสิ่งแวดล้อม	
ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	4.33 ± 1.2
ความพอใจในสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	3.43 ± 0.94
ความเพียงพอด้านการเงิน	3.11 ± 1.19
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	3.96 ± 1.02
เวลาว่างในการพักผ่อนหย่อนใจ	4.19 ± 0.99
สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย	3.98 ± 0.75
การได้รับบริการด้านสุขภาพ	4.21 ± 0.51
ความสะดวกในการเดินทาง	4.05 ± 0.92

ส่วนที่ 3 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาล โดยแบ่งปัจจัยที่จะศึกษาออกเป็น

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่
 - เพศ
 - อายุ
 - สถานภาพสมรส
2. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่
 - ระดับการศึกษาของผู้ป่วย
 - อาชีพ
 - รายได้ส่วนตัว
 - รายได้ครอบครัว
 - ความเพียงพอของรายได้
 - สิทธิในการรักษาพยาบาล
 - สถานภาพในครอบครัว
 - ลักษณะการอยู่อาศัย
3. ปัจจัยด้านสุขภาพ
 - อายุที่เริ่มป่วย

- ระยะเวลาที่ป่วย
 - การเข้าอนรับการรักษาในโรงพยาบาล
 - อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน
 - การเกิดแผลที่เท้า
 - ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน
 - ระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันสัมภาษณ์
 - ภาวะโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
4. ปัจจัยอื่นๆ
- วิธีการรักษา และควบคุมระดับน้ำตาล

(กำหนด ค่า $P = 0.05$)

ปัจจัยด้านประชากร

เพศ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของเพศชายมีค่า 73.28 เพศหญิงมีค่า 68.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.87 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของเพศชายด้านร่างกายมีค่า 65.61 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.98 เพศหญิงมีค่า 61.98 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.84 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในเพศชายมีค่า 71.88 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.11 ในเพศหญิงมีค่า 67.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.79 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจในเพศชายมีค่า 76.91 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.00 ในเพศหญิงมีค่า 72.59 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.62 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในเพศชาย มีค่า 78.30 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.32 ในเพศหญิงมีค่า 72.32 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.52

จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของเพศชาย และเพศหญิง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทั้งด้านร่างกาย ($P = 0.598$) ด้านจิตใจ ($P = 0.884$) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ($P = 0.101$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($P = 0.894$) และคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 4 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.925$)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามเพศ

เพศ	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิต โดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
เพศ						
ชาย	43	65.16±20.9	71.88±16.1	76.91±17.0	18.30±13.3	73.28±13.2
หญิง	85	8	1	0	2	7
ค่า P	128	61.98±18.8	67.14±15.7	72.59±14.6	72.32±12.5	68.60±11.8
		4	9	2	2	7
		0.598	0.884	0.101	0.894	0.925

อายุ

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันโดยแบ่งกลุ่มอายุผู้ป่วยเป็น 5 กลุ่ม คืออายุต่ำกว่า 50 ปี อายุอยู่ 50 - 59 ปี อายุ 60 - 69 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป 70.74 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม มีค่า 67.26, 65.89, 76.68, 72.84 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยอายุ 50 - 59 ปี จำนวน 36 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 74.36 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 65.22, 71.61, 73.64 และ 74.42 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 54 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 69.76 โดยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 61.43, 68.83, 73.24 และ 74.87 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 19 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 68.53 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 59.32, 65.84, 74.42 และ 74.11 ตามลำดับ

จากผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มอายุต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.500, 0.501, 0.809, 0.952$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมก็มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญเช่นกัน ($P = 0.864$)

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามกลุ่มอายุ

อายุ	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิต โดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
ต่ำกว่า 50 ปี	19	67.26±20.0	65.89±17.1	76.68±15.8	72.84±13.3	70.74±12.3
50 - 59 ปี	36	6	2	4	3	0
60 - 69 ปี	54	65.22±18.6	71.61±13.7	73.64±13.8	74.42±11.6	71.36±10.6
70 ปีขึ้นไป	19	1	4	4	0	8
ค่า P	128	61.43±19.6	68.83±15.9	73.24±16.2	74.87±12.9	69.76±12.8
		8	9	1	0	6
		59.32±20.7	65.84±18.9	74.42±17.1	74.11±16.4	68.53±15.4
		9	3	7	2	0
		0.500	0.501	0.869	0.952	0.864

สถานภาพสมรส

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โสด จำนวน 8 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 70.38 ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 73.50, 68.88, 70.38 และ 68.13 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสอยู่เป็นคู่จำนวน 84 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 71.20 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 61.79, 69.79, 76.63 และ 76.07 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มคนไข้ที่สมรสแล้วแต่เป็นหม้ายหรือหย่าหรือแยกกันอยู่มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 67.72 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจสังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.67, 66.25, 68.81 และ 71.64 ตามลำดับ

ทดสอบหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย 3 กลุ่ม คือ โสด คู่ หม้าย/หย่า/แยก ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.031$) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.265, 0.544, 0.089$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกับสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.380$)

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
โสด	8	73.50	68.88±7.41	70.38±14.8	68.13±11.3	70.38±11.0
คู่	84	±16.96	69.79±16.9	7	9	3
หม้าย / หย่า / แยก	36	61.79±20.7	4	76.63±16.0	76.07±13.9	71.20±13.4
ค่า P	128	8	66.25±15.1	5	6	2
		63.67±16.6	0	68.81±13.1	71.64±10.3	67.72±10.3
		7	0.544	3	4	8
		0.265		0.031	0.089	0.380

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ระดับการศึกษา

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวน 7 คน มีค่า 61.57 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 48.43, 59.29, 68.71 และ 69.71 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่เรียนหนังสือระดับประถมศึกษาจำนวน 94 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 68.90 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 61.38, 67.87, 72.29 และ 73.00 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เรียนหนังสือถึงระดับมัธยมศึกษาจำนวน 22 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 74.41 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 69.45, 72.55, 79.27 และ 75.64 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 5 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 87.40 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 86.60, 81.40, 91.40 และ 88.80 ตามลำดับ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) โดยเมื่อดูความแตกต่างรายด้าน พบว่าด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002, 0.012$) ส่วนด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.067, 0.055$)

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิต โดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	48.43±20.9	59.29±23.2	68.71±21.1	69.71±12.3	61.57±17.9
ประถมศึกษา	94	8	8	4	2	3
มัธยมศึกษา	22	61.83±19.0	67.87±15.0	72.29±13.9	73.60±12.5	68.90±11.2
ปริญญาตรี	5	1	5	2	4	2
ค่า P	128	69.45±17.5	72.55±16.6	79.27±17.8	75.64±13.9	74.41±12.7
		8	0	2	6	2
		86.60±10.2	81.40±12.5	91.40±12.8	88.80±13.3	87.40±8.35
		9	0	8	2	0.001
		0.002	0.067	0.012	0.055	

อาชีพ
ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 79 คน มีค่า 68.23 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 60.15, 66.29, 72.71 และ 73.34 ตามลำดับ กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจจำนวน 7 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพโดยรวม 84.86 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 81.43, 83.14, 84.00 และ 90.29 ตามลำดับ กลุ่มผู้ที่มีอาชีพทำธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขายจำนวน 21 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 74.05 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 66.19, 71.19, 81.24 และ 76.43 ตามลำดับ กลุ่มผู้มีอาชีพรับจ้างหรือกรรมกร จำนวน 17 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 67.59 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 62.29, 69.24, 68.82 และ 69.53 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้มีอาชีพเกษตรกรรมหรือกิจการกรรณจำนวน 4 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 73.50 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 74.75, 76.75, 67.25 และ 75.25 ตามลำดับ

ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.004$) โดยพบว่า คุณภาพชีวิตเฉลี่ยด้านร่างกาย ด้านสังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.039, 0.028, 0.007$) ส่วนด้านจิตใจ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.057$)

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิต โดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	79	60.15±20.7	66.29±16.0	72.71±15.3	73.34±12.4	68.23±12.4
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	7	6	3	0	1	6
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	21	81.43±9.61	83.14±9.44	84.00±13.8	90.29±9.50	84.86±7.01
รับจ้าง / กรรมกร	17	66.19±18.8	71.19±15.2	6	76.43±15.4	74.05±12.5
เกษตรกรรม / กสิกรรม	4	4	9	81.24±12.5	4	8
ค่า P	128	62.29±13.8	69.24±16.6	0	69.53±9.98	67.54±10.6
		6	5	68.82±17.1	75.25±11.3	0
		74.75±12.5	76.75±12.8	4	2	73.50±8.66
		0	2	67.25±16.2	0.007	0.004
		0.039	0.057	6	0.028	

รายได้ส่วนตัว

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ส่วนตัวเลขจำนวน 80 คน มีค่า 68.04 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 59.95, 66.16, 72.35 และ 73.29 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ส่วนตัว ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 21 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 69.24 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 65.24, 69.14, 70.86 และ 71.05 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ส่วนตัวอยู่ตั้งแต่ 5,001-10,000 บาท จำนวน 13 คน ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 71.92 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 69.38, 67.92, 77.46 และ 71.77 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ส่วนตัวตั้งแต่ 10,001-15,000 บาท จำนวน 8 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 82.75 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 71.25, 82.25, 89.88 และ 86.75 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ส่วนตัวมากกว่า 15,000 บาท จำนวน 6 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 81.33 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 72.00, 85.33, 79.17 และ 88.67 ตามลำดับ

พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีรายได้ส่วนตัว แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.003) โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($P = 0.005, 0.020, 0.001$) แต่ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.177$)

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามรายได้ส่วนตัว

รายได้ส่วนตัว (บาท/เดือน)	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิต โดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	
ไม่มีรายได้	80	59.95 \pm 20.7	66.16 \pm 15.9	72.35 \pm 15.5	73.29 \pm 12.3	68.04 \pm 12.4
ต่ำกว่า 5,000	21	0	7	5	4	9
5,001-10,000	13	65.24 \pm 13.0	69.14 \pm 14.1	70.86 \pm 17.4	71.05 \pm 13.0	69.24 \pm 10.3
10,001-15,000	8	1	9	9	1	9
มากกว่า 15,000	6	69.38 \pm 19.4	67.92 \pm 16.8	77.46 \pm 9.67	71.77 \pm 14.6	71.92 \pm 12.9
ค่า P	128	3	1	89.88 \pm 11.1	4	0
		71.25 \pm 16.4	82.25 \pm 12.2	0	86.75 \pm 8.61	82.75 \pm 8.71
		0	3	79.17 \pm 11.5	88.67 \pm 7.42	81.33 \pm 9.09
		72.00 \pm 22.4	85.33 \pm 6.71	3	0.001	0.003
		5	0.005	0.020		
		0.177				

รายได้รวมของครอบครัว

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้รวมของครอบครัวไม่เกินเดือนละ 10,000 บาท จำนวน 56 คน มีค่า 65.47 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.13, 63.39, 68.20 และ 69.61 ตามลำดับ กลุ่มผู้มีรายได้รวมของครอบครัว ตั้งแต่ 10,001 - 20,000 บาท จำนวน 39 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 70.97 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 62.10, 70.59, 76.15 และ 74.67 ตามลำดับ กลุ่มผู้มีรายได้รวมของครอบครัวตั้งแต่ 20,001 - 30,000 บาท จำนวน 20 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 75.00 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.95, 74.45, 79.35 และ 81.40 ตามลำดับ กลุ่มผู้มีรายได้รวมของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาท จำนวน 13 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 80.54 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 77.08, 77.38, 84.96 และ 82.77 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่มีระดับรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.000$) โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.043, 0.004, 0.000, 0.000$)

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	
$\leq 10,000$	56	60.13 \pm 21.4	63.39 \pm 15.8	68.20 \pm 15.3	69.61 \pm 13.2	65.48 \pm 12.3
10,001 – 20,000	39	6	3	9	9	7
20,001 – 30,000	20	62.10 \pm 13.6	70.59 \pm 14.3	76.15 \pm 15.9	74.67 \pm 9.95	70.97 \pm 9.74
> 30,000	13	5	1	4	81.40 \pm 10.5	75.00 \pm 9.74
ค่า P	128	63.95 \pm 20.6	74.45 \pm 14.5	79.35 \pm 10.0	3	80.54 \pm 13.9
		5	9	2	82.77 \pm 15.5	7
		77.08 \pm 20.3	77.38 \pm 17.1	84.96 \pm 12.6	3	0.000
		8	6	4	0.000	
		0.169	0.004	0.000		

ความเพียงพอของรายได้

ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอใช้จ่ายและมีเก็บสะสมจำนวน 27 คน มีค่า 77.33 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 68.44, 76.93, 81.30 และ 82.04 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้รวมของครอบครัวเพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่มีเก็บสะสมจำนวน 48 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 71.56 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.85, 70.81, 75.27 และ 75.65 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ป่วย ที่มีรายได้รวมของครอบครัวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จำนวน 53 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 65.26 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 59.57, 62.68, 69.23 และ 69.25 ตามลำดับ

พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ลักษณะความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.000$) โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้าน

ร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.000, 0.003, 0.000$) ส่วนด้านร่างกายมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.149$)

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของรายได้	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคมเศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	
เพียงพอ มีเก็บสะสม	27	68.44 \pm 18.2	76.93 \pm 10.6	81.03 \pm 12.5	82.04 \pm 9.71	77.33 \pm 8.66
เพียงพอ ไม่มีเก็บสะสม	48	4	8	2	75.05 \pm 11.9	71.56 \pm 12.1
ไม่เพียงพอ	55	63.35 \pm 19.0	70.81 \pm 15.6	75.27 \pm 15.5	2	9
ค่า P	128	7	6	9	69.25 \pm 13.4	65.26 \pm 12.5
		59.57 \pm 20.2	62.68 \pm 16.4	69.23 \pm 15.4	7	4
		8	3	4	0.000	0.000
		0.149	0.000	0.003		

สถานภาพในครอบครัว ส่วนลิขสิทธิ์

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัวจำนวน 54 คน มีค่า 70.87 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 61.76, 69.28, 75.28 และ 76.39 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพเป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 60 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 71.43 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 64.43, 69.77, 76.23 และ 74.88 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพเป็นผู้อาศัยจำนวน 14 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 62.07 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 62.07, 62.21, 59.86 และ 64.00 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีสถานภาพในครอบครัวต่างกัน คือเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นผู้อาศัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ที่มีสถานภาพในครอบครัวแตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.035$) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และจิตใจ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.755, 0.269$) ส่วนด้านสังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001, 0.005$)

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามสถานภาพในครอบครัว

สถานภาพในครอบครัว	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิต โดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
หัวหน้าครอบครัว	54	64.76±20.6	69.28±17.6	75.28±14.4	76.39±12.31	70.87±12.7
สมาชิก	60	7	0	4	74.88±13.0	6
ผู้อาศัย	14	64.43±19.5	69.77±14.6	76.23±15.2	0	71.43±11.9
ค่า P	128	6	4	2	64.00±12.0	6
		62.07±15.5	62.21±14.5	59.86±14.4	9	62.07±11.6
		4	7	9	0.005	6
		0.755	0.269	0.001		0.035

ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังจำนวน 3 คน มีค่า 65.67 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 70.67, 64.67, 62.67 และ 65.00 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัวจำนวน 125คนมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 70.28 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม มีค่า 62.86, 68.83, 74.31 และ 74.55 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีลักษณะการอาศัยอยู่ในครอบครัวแตกต่างกันคือ อยู่คนเดียวตามลำพังหรืออยู่รวมกันเป็นครอบครัว พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.380, 0.334, 0.791, 0.733, 0.338$)

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว

ลักษณะการอยู่อาศัย ในครอบครัว	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิต โดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	

อยู่คนเดียวลำพัง	3	70.67±13.0	64.67±9.61	62.67±10.9	65.00±3.46	65.67±5.69
อยู่กับครอบครัว	125	5	68.83±16.1	7	74.55±13.1	70.28±12.6
ค่า P	128	62.86±19.6	3	74.31±15.5	2	2
		9	0.429	5	0.087	0.272
		0.526		0.608		

สิทธิในการรักษาพยาบาล

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิพิเศษใดๆ ในการรักษาพยาบาลหรือกลุ่มที่ต้องชำระเงินเอง จำนวน 2 คน มีค่า 72.50 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 75.00, 69.00, 84.50 และ 59.50 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองต้องชำระเงิน 30 บาท จำนวน 37 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 68.84 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.68, 66.84, 72.70 และ 71.59 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิบัตรทองแต่ไม่ต้องชำระเงิน 30 บาท จำนวน 53 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 67.47 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 59.98, 66.23, 70.04 และ 73.11 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลคือกลุ่มข้าราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจหรือข้าราชการบำนาญมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 75.51 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 66.89, 74.69, 80.34 และ 79.71 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.024$) โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านจิตใจ มีความแตกต่างกันอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.333, 0.083$) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.013, 0.013$)

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามสิทธิในการรักษา

สิทธิในการรักษา	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคมเศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
ไม่มีสิทธิพิเศษใดๆ	2	75.20±6.87	69.00±0.00	84.50±13.4	59.50±13.4	72.50±13.4
บัตรทองเสีย 30 บาท	37	63.68±19.4	66.84±15.9	4	4	4

บัตรทองไม่เสีย 30 บาท	53	8	6	72.70±15.4	71.59±11.6	68.84±11.1
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	35	59.98±19.1	66.23±15.8	7	9	9
ค่า P	127	8	6	70.04±15.8	73.11±12.0	67.47±12.5
		66.89±19.8	74.69±15.8	4	3	0
		0	2	80.34±13.1	79.71±14.5	75.51±12.8
		0.333	0.083	2	1	3
				0.013	0.013	0.024

ปัจจัยด้านสุขภาพ

อายุที่เริ่มป่วย

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเมื่ออายุต่ำกว่า 30 ปี จำนวน 6 คน มีค่า 72.17 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 68.83, 70.00, 78.17 และ 71.00 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเมื่ออายุ 30-39 ปี จำนวน 14 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 70.71 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม มีค่า 65.64, 70.71, 73.29 และ 72.86 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเมื่ออายุ 40-49 ปี จำนวน 27 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 68.63 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 59.37, 66.07, 75.93 และ 72.22 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเมื่ออายุ 50-59 ปี จำนวน 47 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 68.91 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.30, 66.87, 72.06 และ 73.19 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเมื่ออายุ 60-69 ปี จำนวน 29 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 74.48 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 66.28, 74.93, 75.24 และ 80.69 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มป่วยเมื่ออายุ 70 ปี จำนวน 5 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 61.40 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 47.60, 57.60, 72.60 และ 67.60 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของคนไข้เบาหวานที่เริ่มป่วยเมื่ออายุที่แตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้านคือ ร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.223, 0.346, 0.133, 0.877, 0.076$)

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามอายุที่เริ่มป่วย

อายุที่เริ่มป่วย	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคมเศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	

		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
ต่ำกว่า 30 ปี	6	68.83±23.9	70.00±15.4	78.17±16.7	71.00±12.9	72.17±13.3
30-39 ปี	14	3	7	0	8	2
40-49 ปี	27	65.64±18.8	70.71±8.63	73.29±13.7	72.86±11.16	70.71±7.86
50-59 ปี	47	7	66.07±19.8	2	72.22±14.2	68.63±13.9
60-69 ปี	29	59.37±21.9	7	75.93±16.1	3	0
70 ปีขึ้นไป	5	0	66.87±15.8	2	73.19±12.3	68.91±13.2
ค่า P	128	63.30±20.0	9	72.06±16.8	7	3
		3	74.93±11.4	4	80.69±10.8	74.48±8.7
		66.28±13.3	8	75.24±13.6	9	61.40±21.3
		1	57.60±25.4	8	67.60±21.7	1
		47.60±27.6	9	72.60±17.9	3	0.223
		6	0.133	8	0.076	
		0.346		0.877		

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ป่วยมานาน 1-5 ปี จำนวน 52 คน มีค่า 72.15 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 67.12, 70.33, 74.99 และ 76.06 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน 6-10 ปี จำนวน 33 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 70.82 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 61.82, 69.28, 75.61 และ 75.33 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ป่วยเป็นเบาหวานมานาน 11-15 ปี จำนวน 23 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 68.30 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 60.17, 66.39, 73.87 และ 72.39 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยเป็นเบาหวานมานาน 16-20 ปี จำนวน 14 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 65.29 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 55.29, 65.86, 70.07 และ 68.36 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ป่วยเป็นเบาหวานมานาน 21 ขึ้นไป จำนวน 6 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 68.00 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 61.33, 66.00, 68.83 และ 75.17 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานไม่เท่ากัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.380, 0.334, 0.791, 0.733, 0.338$)

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามระยะเวลาที่ป่วย

ระยะเวลาที่ป่วย	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	
1-5 ปี	52	67.12 \pm 18.3	70.33 \pm 15.3	74.79 \pm 15.5	76.06 \pm 12.5	72.15 \pm 12.3
6-10 ปี	33	3	1	5	1	1
11-15 ปี	23	61.82 \pm 16.4	69.58 \pm 15.5	75.61 \pm 14.1	75.33 \pm 14.0	70.82 \pm 11.1
16-20 ปี	14	3	0	1	4	9
21 ปีขึ้นไป	6	60.17 \pm 22.9	66.39 \pm 18.2	73.87 \pm 18.4	72.39 \pm 12.1	68.30 \pm 14.6
ค่า P	128	6	8	3	5	7
		55.29 \pm 21.6	65.86 \pm 15.4	70.07 \pm 13.1	68.36 \pm 15.0	65.29 \pm 10.7
	5	61.33 \pm 25.9	66.00 \pm 19.7	68.83 \pm 18.5	75.17 \pm 12.3	68.00 \pm 15.8
	0		7	4	0	0
		0.334	0.791	0.733	0.338	0.380

การเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เคยเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 107 คน มีค่า 71.86 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 66.35, 71.28, 74.96 และ 74.36 ตามลำดับ ส่วนใหญ่กลุ่มผู้ป่วยที่เคยเข้านอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 61.57 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม 46.24, 55.76, 69.33, 74.19 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เคยเข้านอนรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และไม่เคยเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.010$) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน พบว่า ด้านร่างกาย จิตใจ มี

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.010, 0.004$) แต่ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.091, 0.415$)

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามการเข้าอนรับการรักษาโรงพยาบาล

การเข้าอนรับการรักษา ในโรงพยาบาล	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิต โดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	
ไม่เคยนอน	107	66.35 \pm 16.9	71.28 \pm 16.9	74.96 \pm 14.8	74.56 \pm 12.8	71.86 \pm 11.0
เคยนอนโรงพยาบาล	21	2	2	0	1	0
ค่า P	128	46.24 \pm 23.6	55.76 \pm 20.0	69.33 \pm 18.4	74.19 \pm 14.5	61.57 \pm 16.1
		0	5	9	7	0
		0.010	0.004	0.091	0.415	0.010

การแสดงออกของอาการของโรคเบาหวาน

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการของโรคเบาหวานเลย จำนวน 11 คน มีค่า 73.00 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 72.77, 75.09, 71.00 และ 73.36 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการแสดงของโรคเบาหวาน 1 อาการ จำนวน 15 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 77.60 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 68.53, 78.00, 85.00 และ 78.47 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคเบาหวานจำนวน 2 อาการ จำนวน 21 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 74.48 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 71.52, 72.95, 74.10 และ 78.67 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคเบาหวานจำนวน 3 อาการ จำนวน 26 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 73.65 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 71.00, 72.92, 73.12 และ 77.04 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคเบาหวานจำนวน 4 อาการ จำนวน 25 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 63.68 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 57.32, 63.20, 69.00 และ 72.36 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคเบาหวานจำนวน 5 อาการขึ้นไป จำนวน 30 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 63.13 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 48.87, 59.80, 74.63 และ 68.87 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีจำนวน อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน ได้แก่ ตื่นน้ำมาก ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด แผลหายช้า ตาพร่ามัว ชาปลายมือปลายเท้า ปวดขา เจ็บ

หน้าออก ความรู้สึกทางเพศลดลงหรือหมดไปพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีการแสดงออกของโรคเบาหวานจำนวนแตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและแต่ละด้านที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.000, 0.000, 0.000, 0.045, 0.028$)

ตารางที่ 24 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามจำนวนอาการแสดงออกของโรคเบาหวาน

การเข้ามารับการรักษา ในโรงพยาบาล	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิต โดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	
ไม่แสดงอาการ	11	72.27 \pm 12.6	75.09 \pm 11.5	71.00 \pm 14.8	73.36 \pm 9.66	73.00 \pm 9.31
มีอาการ 1 อาการ	15	6	0	5	78.47 \pm 12.3	77.60 \pm 10.9
มีอาการ 2 อาการ	21	68.53 \pm 20.5	78.00 \pm 9.93	85.00 \pm 13.4	6	1
มีอาการ 3 อาการ	26	5	72.95 \pm 11.2	1	78.67 \pm 11.8	74.48 \pm 10.5
มีอาการ 4 อาการ	25	71.52 \pm 14.1	0	74.10 \pm 14.9	8	2
มีอาการ 5 อาการขึ้นไป	30	1	72.92 \pm 12.4	2	77.04 \pm 11.0	73.65 \pm 9.24
มีอาการ 6 อาการ	11	71.00 \pm 12.6	6	73.12 \pm 16.2	6	65.68 \pm 11.3
มีอาการ 7 อาการ	3	6	63.20 \pm 15.0	7	72.36 \pm 13.6	6
ค่า P	128	57.32 \pm 18.4	5	69.00 \pm 13.8	4	63.13 \pm 14.7
		8	59.80 \pm 20.5	0	68.87 \pm 14.8	1
		48.87 \pm 21.5	5	74.63 \pm 16.3	4	55.27 \pm 11.7
		8	48.27 \pm 16.4	9	63.82 \pm 14.9	1
		37.55 \pm 21.3	6	71.09 \pm 14.0	7	79.33 \pm 5.51
		2	77.00 \pm 3.46	0	81.33 \pm 6.51	0.000
		69.00 \pm 16.8	0.000	89.67 \pm 7.51	0.028	
		2		0.045		
		0.000				

การเกิดแผลที่เท้า

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีแผลที่เท้าจำนวน 123 คนมีค่า 70.12 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.42, 68.68, 73.79 และ 74.09 ตามลำดับคุณภาพชีวิตโดยรวม 74.40 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 53.80, 70.00, 80.20 และ 80.20 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มที่มีการเกิดแผลที่เท้าและไม่มีการเกิดแผลที่เท้า พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม และแต่ละด้านมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P 0.169, 0.797, 0.466, 0.882, 0.646)

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามการเกิดแผลที่เท้า

การเกิดแผลที่เท้า	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
ไม่มีแผลที่เท้า	123	63.42±19.6	68.68±16.2	73.79±15.6	74.09±13.1	70.12±12.7
มีแผลที่เท้า	5	3	1	2	1	0
ค่า P	128	53.80±16.9	70.00±10.2	80.20±12.8	80.20±11.2	71.40±6.88
		9	0	3	1	0.169
		0.797	0.466	0.882	0.646	

ความพิการที่เกิดจากภาวะโรคเบาหวาน

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีความพิการที่เกิดจากภาวะโรคเบาหวาน 122 คน มีค่า 70.81 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 64.15, 69.70, 74.35 และ 74.49 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความพิการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจำนวน 6 คนมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 57.17 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมมีค่า 40.67, 49.00, 67.67 และ 71.00 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานโรคระหว่างกลุ่มที่มีความพิการและไม่มีความพิการที่เกิดจากภาวะโรคเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P 0.028) แต่ค่าเฉลี่ยแต่ละด้านทั้ง 4 ด้านพบว่ามีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P 0.086, 0.112, 0.265, 0.648)

ตารางที่ 26 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	

ไม่มี	122	64.15±18.5	69.70±15.1	74.35±15.1	74.49±13.1	70.81±11.8
มี	6	9	2	4	4	5
ค่า P	128	40.67±26.9	49.00±21.7	67.67±22.9	71.00±11.7	57.17±19.1
		2	9	6	1	0
		0.086	0.112	0.265	0.648	0.028

ภาวะโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนจำนวน 48 คนมีค่า 73.69 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 70.79, 72.98, 75.29 และ 75.08 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานจำนวน 1 โรค จำนวน 54 คนมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 69.11 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่า 62.28, 67.09, 73.17 และ 73.39 ตามลำดับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อน 2 โรคจำนวน 16 คนมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 70.25 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 54.81, 71.25, 77.69 และ 76.63 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อน 3 โรคจำนวน 10 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 58.90 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 43.20, 53.20, 66.90 และ 72.10 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีจำนวนภาวะโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่แตกต่างกัน พบว่า ค่าคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านพบว่าด้านร่างกาย ด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P 0.000, 0.003) ส่วนด้าน สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P 0.326, 0.751)

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	48	70.79±16.6	72.98±13.5	75.29±16.4	75.08±11.7	73.69±11.0
มีภาวะแทรกซ้อน 1 ภาวะ	54	2	7	1	8	1
มีภาวะแทรกซ้อน 2 ภาวะ	16	62.28±18.5	67.09±16.1	73.17±15.0	73.39±13.8	69.11±12.8
มีภาวะแทรกซ้อน 3 ภาวะ	10	4	6	8	7	0

ค่า P	128	54.81±16.6	71.25±9.53	77.69±9.70	76.63±11.8	70.25±8.22
	8		53.20±23.8	66.90±20.2	9	58.90±16.8
	43.20±24.2	4	0	72.10±16.9	5	
	3	0.003	0.326	9	0.005	
	0.000				0.751	

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ณ วันสัมภาษณ์

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันสัมภาษณ์อยู่ที่ระดับ 70-120 มก. ดล. จำนวน 23 คน มีค่า 65.57 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 52.78, 65.52, 70.39 และ 72.65 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันสัมภาษณ์อยู่ที่ระดับ 121-180 มก ดล. จำนวน 60 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 71.58 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 66.58, 69.45, 73.87 และ 75.93 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันสัมภาษณ์อยู่ที่ระดับมากกว่า 180 มก./ดล. จำนวน 45 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 70.64 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.58, 69.42, 76.13 และ 70.04 ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกัน แบ่งเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (PBS = 70-120) พอใช้ (PBS = 121-180) ไม่ดีต้องดูแล (มากกว่า 180) พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.139) ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน พบว่าในด้านร่างกายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.014) แต่ด้านจิตใจ สังคมเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางเศรษฐกิจ (P = 0.572, 0.354, 0.426)

ตารางที่ 28 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ณ วันสัมภาษณ์	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคมเศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.	
70-120 มก./ดล. (ดี)	23	52.78±22.4	65.52±20.8	70.39±15.1	72.65±14.5	65.57±14.4
121-180 มก./ดล. (พอใช้)	60	1	5	2	9	0
มากกว่า 180 มก./ดล. (ไม่ดี)	45	66.58±18.4	69.45±14.2	73.87±15.6	75.93±12.5	71.58±12.0
ค่า P	128	4	3	9	7	0
		63.58±18.0	69.42±15.5	76.13±15.5	70.04±12.9	70.64±11.8
		3	9	0	2	6
		0.014	0.572	0.354	0.426	0.139

ปัจจัยอื่นๆ

วิธีการรักษาโรคเบาหวาน

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลด้วยการใช้ยาแผนปัจจุบัน จำนวน 73 คน มีค่า 70.23 โดยค่าเฉลี่ยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.90, 69.00, 73.30 และ 74.22 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยยาแผนปัจจุบันร่วมกับการออกกำลังกายและควบคุมอาหารจำนวน 36 คนมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 69.78 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม มีค่า 61.19, 68.11, 75.36 และ 73.75 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับการใช้สมุนไพรลดน้ำตาลและหรือการควบคุมอาหารและหรือการออกกำลังกาย จำนวน 19 คน มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 70.68 โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีค่า 63.26, 68.89, 74.37 และ 75.84 ตามลำดับ จากการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีวิธีการรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และรวมทั้งค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.966, 0.795, 0.963, 0.807, 0.849$)

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกตามวิธีการรักษาโรคเบาหวาน

วิธีการรักษาโรคเบาหวาน	จำนวน (N)	คุณภาพชีวิตรายด้าน				คุณภาพชีวิตโดยรวม
		ร่างกาย	จิตใจ	สังคม / เศรษฐกิจ	สิ่งแวดล้อม	
		Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	Mean \pm S.D.	
ยาแผนปัจจุบัน	73	63.90 \pm 18.9	69.00 \pm 14.8	73.30 \pm 12.94	74.22 \pm 12.3	70.23 \pm 11.4
ยาแผนปัจจุบัน+และควบคุมอาหารและ/หรือออกกำลังกาย	36	61.91 \pm 18.9	68.11 \pm 16.5	75.36 \pm 18.87	73.75 \pm 13.9	69.78 \pm 13.5
ยาแผนปัจจุบัน+สมุนไพรและหรือการออกกำลังกาย	19	63.26 \pm 23.6	68.89 \pm 19.7	74.37 \pm 18.26	75.84 \pm 14.5	70.68 \pm 14.7
ค่า P		0.795	0.963	0.807	0.849	0.966

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยศึกษาปัจจัยต่างๆ ด้านประชากร ด้านสังคม เศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลด้านประชากร

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้เป็นตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มี 128 คน เป็นเพศชาย 43 คน (ร้อยละ 33.60) เพศหญิง 85 คน (ร้อยละ 66.40) ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 60-69 ปี (ร้อยละ 42.19) อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วย 60.34 ปี อายุของผู้ป่วยที่น้อยที่สุดคือ 24 ปี และอายุมากที่สุดคือ 89 ปี ผู้ป่วยมีสถานภาพสมรสและยังอยู่เป็นคู่ 84 คน (ร้อยละ 65.60) เป็นหม้ายหรือหย่าหรือแยกกันอยู่ 36 คน (ร้อยละ 26.10) และโสด 8 คน (ร้อยละ 6.30)

1.2 ข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2.1 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความรู้ระดับประถมศึกษา 94 คน (ร้อยละ 73.43) ระดับมัธยมศึกษา 22 คน (ร้อยละ 17.19) ไม่ได้เรียนหนังสือ 7 คน (ร้อยละ 5.47) และศึกษาระดับปริญญาตรีอีก 5 คน (ร้อยละ 3.91)

1.2.2 อาชีพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 79 คน (ร้อยละ 61.72) ทำธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย 21 คน (ร้อยละ 16.40) รับจ้างหรือกรรมกร 17 คน (ร้อยละ 13.28) รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ 7 คน (ร้อยละ 5.47) ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมหรือกิจการอื่น จำนวน 4 คน (ร้อยละ 3.13)

1.2.3 สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ไม่มีรายได้ ส่วนตัวเลขจำนวน 80 คน (ร้อยละ 62.50) รายได้เฉลี่ยส่วนตัวเดือนละ 3,492.97 บาท รายได้สูงสุดเดือนละ 45,000 บาท

ด้านรายได้รวมของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 27.34) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเดือนละ 16,636.72 บาท บางครอบครัวไม่มีรายได้เลย และรายได้รวมของครอบครัวสูงสุด เดือนละ 90,000 บาท

ด้านความเพียงพอของรายได้ในการใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า มีผู้ป่วย 53 คน (ร้อยละ 41.40) มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว และ 48 คน (ร้อยละ 37.50) มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย แต่ไม่มีเก็บสะสม และอีก 27 คน (ร้อยละ 21.10) มีรายได้เฉลี่ยเพียงพอต่อการใช้จ่ายและยังเหลือเก็บสะสมอีกส่วนหนึ่ง

1.2.4 สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 53 คน (ร้อยละ 41.40) มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองประเภทไม่ต้องชำระค่าธรรมเนียม 30 บาท รองลงมาจำนวน 37 คน (ร้อยละ 28.90) มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองประเภทต้องชำระเงินค่าธรรมเนียม 30 บาท และอีก 35 คน (ร้อยละ 27.30) มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ส่วนที่เหลืออีก 2 คน (ร้อยละ 1.60) ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเองทั้งสิ้น และอีก 1 คน (ร้อยละ 0.80) ใช้สิทธิประกันสังคม

1.2.5 สถานภาพในครอบครัว และลักษณะการอยู่อาศัยของผู้ป่วยโรค

เบาหวาน

พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีสถานะเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 46.90) รองลงมาคือเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 42.20) และมีเพียงส่วนน้อยที่เป็นผู้อาศัยในครอบครัว (ร้อยละ 10.90) ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมด 128 คน มีเพียง 3 คน (ร้อยละ 2.30) เท่านั้นที่อยู่ตามลำพัง ส่วนอีก 125 คน (ร้อยละ 97.70) อยู่กับครอบครัว

1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.3.1 อายุที่ขอเข้ารับการรักษาวินิจฉัยว่าป่วยโรคเบาหวาน

พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคเบาหวาน หรือตรวจพบว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน เมื่ออายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 36.72) โดยอายุเฉลี่ยที่ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวานคือ 51.55 ปี และอายุต่ำสุดของผู้ป่วยที่เริ่มตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวานคือ 22 ปี อายุมากที่สุดคือ 82 ปี

1.3.2 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน 128 คน ส่วนใหญ่ป่วยมาไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 40.62) ระยะเวลาป่วยเฉลี่ยของผู้ป่วย 8.78 ปี ระยะเวลาป่วยน้อยที่สุด 1 ปี และป่วยมานานที่สุด 30 ปี

1.3.3 การเข้านอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 107 คน (ร้อยละ 83.60) ไม่เคยเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคเบาหวาน หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเลย มีเพียง 21 คน (ร้อยละ 16.40) ที่เคยเข้านอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากโรคเบาหวาน หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

1.3.4 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน

จากการสอบถาม อาการแสดงออกของโรคเบาหวานของผู้ป่วย 128 คน ถึงอาการโรคเบาหวาน ซึ่งได้แก่ ต้ม้ำมาก ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด แผลหายช้า ตาพร่ามัว ชาปลายมือปลายเท้า ปวดขา เจ็บหน้าอก ความรู้สึกทางเพศลดลงหรือหมดไป พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 11 คน (ร้อยละ 8.59) ที่เป็นเบาหวานโดยไม่มีอาการแสดงออกของโรคเบาหวานเลย ส่วนที่เหลืออีก 117 คน (ร้อยละ 91.41) มีอาการแสดงออกของโรคเบาหวานเล็กน้อยต่างกันไป ตั้งแต่ 1 อาการ จนถึง 7 อาการ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 20.31) แสดงอาการโรคเบาหวาน 3 อาการ รองลงมาคือ 4 อาการ (ร้อยละ 19.53) รองลงมาคือ 2 อาการ (ร้อยละ 16.41) รองลงมาคือ 5 อาการ (ร้อยละ 12.50) รองลงมาคือ 1 อาการ (ร้อยละ 11.72) รองลงมาคือ 6 อาการ (ร้อยละ 8.59) และมีเพียง 3 ราย (ร้อยละ 2.34) ที่แสดงอาการของโรคเบาหวานถึง 7 อาการ

1.3.5 การเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 128 คน มีเพียง 5 คน (ร้อยละ 3.90) ที่มีแผลที่เท้าซึ่งเป็นอาการของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และส่วนที่เหลือจำนวน 123 คน (ร้อยละ 96.10) ไม่มีการเกิดแผลที่เท้า

1.3.6 ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ณ วันสัมภาษณ์

ในจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 128 คน พบว่า มีผู้ป่วยเพียง 23 คน (ร้อยละ 17.97) เท่านั้น ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือ อยู่ระหว่าง 70-120 ม.ก./ด.ล. มี 60 คน (ร้อยละ 46.88) ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่พบใช้ได้ คือ 121-180 ม.ก./ด.ล. และมีผู้ป่วยถึง 45 คน (ร้อยละ 35.15) ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และต้องรับแก้ไขหรือทำการรักษาอย่างดีคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 ม.ก./ด.ล. โดยค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยของผู้ป่วยคือ 172 ม.ก./ด.ล. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำสุด 80 ม.ก./ด.ล. สูงสุด 455 ม.ก./ด.ล.

1.3.7 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 128 คน พบว่า มีผู้ป่วยถึง 47 คน (ร้อยละ 36.70) ที่ไม่พบภาวะโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเลย และที่เหลืออีก 81 คน (ร้อยละ 63.30) มีการเกิดโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน ซึ่งได้แก่

1. การซีมหรือหมดสติจาก ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
2. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
3. ความพิการของจอรับภาพ
4. ความพิการของไต
5. โรคหลอดเลือดโคโรนารี
6. โรคหลอดเลือดสมอง
7. โรคความดันโลหิตสูง

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 55 คน (ร้อยละ 42.97) มีโรคแทรกซ้อนจำนวน 1 โรค รองลงมาอีก 16 คน (ร้อยละ 12.50) มีโรคแทรกซ้อน 2 โรค และที่เหลืออีก 10 คน (ร้อยละ 7.83) มีโรคแทรกซ้อน 3 โรค โดยในโรคแทรกซ้อนทั้งหมด โรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง พบถึง 61 คน รองลงมาคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำพบ 18 คน ถัดลงมาคือ โรคหลอดเลือดโคโรนารี 14 คน ถัดมาคือ ซีมหรือหมดสติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 12 คน ถัดมาคือ ความพิการของจอรับภาพ 11 คน โดยไม่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อนทางไต และหลอดเลือดสมองเลย

1.3.8 ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในจำนวนผู้ป่วย 128 คน พบผู้ป่วยเพียง 6 คน (ร้อยละ 4.69) ที่เกิดความพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ซึ่งทั้งหมดเกิดความพิการจากการถูกตัดขาหรือนิ้วเท้า และความพิการของจอรับภาพ (มองไม่เห็น) ส่วนที่เหลืออีก 122 คน (ร้อยละ 95.31) ไม่มีความพิการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเลย

1.4 วิธีการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากการสัมภาษณ์ถึงวิธีการรักษาโรคเบาหวาน และวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งได้แก่

- การควบคุมอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด
- การฉีดอินซูลิน
- การใช้สมุนไพร

โดยแบ่งกลุ่มของการรักษาตัว การใช้ยาแผนปัจจุบัน การปฏิบัติตนของผู้ป่วย และ การใช้สมุนไพรเพื่อลดน้ำตาลร่วมด้วย พบว่า มีผู้ป่วย 73 คน (ร้อยละ 57.03) รักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียว อีก 36 คน (ร้อยละ 28.13) ใช้การรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน ร่วมกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีอีก 19 คน (ร้อยละ 14.84) มีการใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาด้วย

2. ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม

2.1 คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 128 คน มีเพียง 8 คน (ร้อยละ 6.25) มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ต่ำมาก และ 6 คน (ร้อยละ 4.69) มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับที่ต่ำ และส่วนใหญ่จำนวน 47 คน (ร้อยละ 36.72) มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับที่ดี และมีผู้ป่วยถึง 33 คน (ร้อยละ 25.78) มีระดับคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับที่ดีมาก โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีจำนวน 80 คน (ร้อยละ 62.50) มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก โดยเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ 63.05 คะแนนต่ำสุด 0 สูงสุด 100 คะแนน ซึ่งกล่าวได้พบว่าโดยเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี (คะแนน 61 - 80 คะแนน)

2.2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน 128 คนมีเพียง 1 คน (ร้อยละ 0.8) ที่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ต่ำมาก และอีกเพียง 8 คน (ร้อยละ 6.25) ที่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ และส่วนใหญ่จำนวน 60 คน (ร้อยละ 46.87) มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดี และมีถึง 39 คน (ร้อยละ 30.46) มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมาก โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลนครชัยศรีจำนวน 99 คน (ร้อยละ 77.33) มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดีถึงดีมาก โดยค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรีคือ 68.73 คะแนนต่ำสุด 19 คะแนน สูงสุด 94 คะแนน ซึ่งกล่าวได้ว่าโดยเฉลี่ย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีอยู่ในระดับที่ดี (61 - 80 คะแนน)

2.3 คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 128 คน ไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับที่ต่ำมาก และมีเพียง 1 คน (ร้อยละ 0.8) ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ต่ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 56 คน (ร้อยละ 43.75) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีมาก โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

โรงพยาบาลนครชัยศรีจำนวน 101 คน (ร้อยละ 78.90) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีถึงดีมาก โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยอยู่ที่ 74.04 คะแนนต่ำสุด 31 สูงสุด 100 กล่าวคือโดยเฉลี่ยแล้วคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรีอยู่ในระดับที่ดี (61-80 คะแนน)

2.4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 128 คน ไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ต่ำมากและมีเพียง 1 คน (ร้อยละ 0.8) ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ต่ำผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 56 คน (ร้อยละ 43.75) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีมาก โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 110 คน (ร้อยละ 89.93) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีถึงดีมาก โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ที่ 74.33 คะแนนต่ำสุด 38 สูงสุด 100 กล่าวคือโดยเฉลี่ยแล้วคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรีอยู่ในระดับที่ดี (คะแนน 60 - 80)

2.5 คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรีพบว่าในผู้ป่วยทั้งหมด 128 คน ไม่มีผู้ป่วยคนใดเลยที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำมาก และมีเพียง 3 คน (ร้อยละ 2.34) ที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ต่ำ ส่วนใหญ่จำนวน 78 คน (ร้อยละ 60.94) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี โดยค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ที่ 70.17 คะแนนต่ำสุด 30 สูงสุด 97 กล่าวคือโดยเฉลี่ยแล้วคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีอยู่ในระดับที่ดี (คะแนน 60 - 80)

3. สรุปความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี

3.1 ปัจจัยด้านประชากร อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส

3.1.1 เพศ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างเพศหญิงและเพศชายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าความแตกต่างในเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี ไม่มีผลทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.598, 0.884, 0.101, 0.894, 0.925$)

3.1.2 อายุ เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มอายุ คือ อายุต่ำกว่า 30 ปี อายุ 30 - 39 ปี อายุ 60-69 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป แล้วทำการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าผู้ป่วยที่อายุต่างกัน ไม่มีผลทำให้เกิดความแตกต่างใน

เรื่องคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.500, 0.501, 0.869, 0.952, 0.864$)

3.1.3 สถานภาพสมรส เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามสถานภาพสมรส คือ โสด ไม่ได้สมรส สมรสแล้วอยู่กันเป็นคู่ และสมรสแล้วแต่หย่า แยกกันอยู่หรือเป็นหม้าย แล้วทำการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า สถานภาพสมรสที่ต่างกันไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.265, 0.544, 0.089$ และ 0.380) แต่พบว่าสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีผลทำให้คุณภาพชีวิต สังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน ($P = 0.031$) โดยผู้ป่วยที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำที่สุด (68.81 คะแนน) สูงขึ้นมาคือ สถานภาพโสด (70.38 คะแนน) และสูงที่สุด คือ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส (76.63 คะแนน)

3.2 ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัว รายได้รวมของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล สถานภาพในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย

3.2.1 ระดับการศึกษาของผู้ป่วย เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามระดับการศึกษาเป็น 4 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือเลย กลุ่มที่เรียนจบระดับประถมศึกษา กลุ่มที่เรียนจบระดับมัธยมศึกษา และกลุ่มที่เรียนจบระดับปริญญาตรี และทำการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อมต่างกัน ($P = 0.067, 0.055$) แต่ทำให้คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน ($P = 0.002, 0.012, 0.001$) โดยพบว่า ยิ่งระดับการศึกษาสูงขึ้น จะทำให้คุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตโดยรวม ดีขึ้น

3.2.2 อาชีพ เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานตามอาชีพ คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย รับจ้างหรือกรรมกร เกษตรกรรมหรือกสิกรรม แล้วทำการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าอาชีพที่แตกต่างกันไม่ทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยต่างกัน ($P = 0.057$) แต่อาชีพที่ต่างกัน มีผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมต่างกันไป ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับราชการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีที่สุด (81.43 คะแนน) รองลงมาคือ เกษตรกรรมหรือกสิกรรม (74.75 คะแนน) ธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย (66.19 คะแนน) รับจ้างหรือกรรมกร (62.29 คะแนน) และไม่ได้ประกอบอาชีพเลย (60.15 คะแนน) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (84.00 คะแนน) รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย (81.24 คะแนน) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (72.71 คะแนน) รับจ้างหรือกรรมกร (68.82 คะแนน) และอาชีพเกษตรกรรมหรือกสิกรรม (67.25 คะแนน) ตามลำดับ

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับราชการ มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (90.29 คะแนน) รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรรมหรือกสิกรรม (75.25 คะแนน) ธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย (76.43 คะแนน) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (73.34 คะแนน) รับจ้างหรือกรรมกร (69.53 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพแตกต่างกัน พบว่า ผู้ที่รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีที่สุด (84.86 คะแนน) รองลงมาคือ ธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย (74.05 คะแนน) เกษตรกรรมหรือกสิกรรม (73.50 คะแนน) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (68.23 คะแนน) และรับจ้างหรือกรรมกร (67.59 คะแนน)

3.2.3 รายได้ส่วนตัว เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับรายได้เป็น 5 กลุ่ม คือ ไม่มีรายได้ รายได้ต่ำกว่าเดือนละ 5,000 บาท รายได้เดือนละ 5,001 - 10,000 บาท เดือนละ 10,001 - 15,000 บาท และรายได้สูงกว่าเดือนละ 15,000 บาท แล้วทดสอบหาค่าความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า รายได้ที่แตกต่างกันไม่มีผลทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($P = 0.177$) แต่ทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.005, 0.020, 0.001, 0.003$) แต่ไม่สามารถกำหนดทิศทางของปัจจัยเรื่องรายได้ส่วนตัวว่ามีผลในทางบวกหรือทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

3.2.4 รายได้รวมของครอบครัว เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามระดับรายได้รวมของครอบครัวเป็น 4 กลุ่ม คือ รายได้ไม่เกินเดือนละ 10,000 บาท รายได้เดือนละ 10,001 - 20,000 บาท เดือนละ 20,001 - 30,000 บาท เดือนละมากกว่า 30,000 บาท แล้วทดสอบหาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า รายได้รวมของครอบครัวที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($P = 0.169$) แต่ทำให้เกิดความแตกต่างของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.004, 0.000, 0.000, 0.000$) โดยถ้ายังมีรายได้รวมของครอบครัวสูง คุณภาพชีวิตยิ่งสูงขึ้นตามไปด้วย

3.2.5 ความเพียงพอของรายได้ เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานตามความเพียงพอต่อการใช้จ่ายและมีเหลือเก็บสะสม (รายได้มากกว่ารายจ่าย) กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย แต่ไม่มีเหลือเก็บสะสม (รายได้เท่ากับรายจ่าย) และกลุ่มผู้มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย

(รายได้น้อยกว่ารายจ่าย) แล้วนำมาทดสอบค่าความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ระดับความเพียงพอของรายได้ที่ต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($P = 0.149$) แต่มีผลทำให้ที่คุณภาพชีวิต ด้านจิตใจ, สังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน ($P = 0.000, 0.003, 0.000, 0.000$) โดยพบว่ากลุ่มที่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย และมีเหลือเก็บสะสมมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมดีที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บสะสม และกลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย

3.2.6 สิทธิในการรักษาพยาบาล เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานตามสิทธิในการรักษาพยาบาล คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิใดๆ ในการรักษาพยาบาลเลย (ชำระเงินเอง) กลุ่มผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทต้องชำระค่าธรรมเนียม 30 บาท (บัตรทองเสีย 30 บาท) กลุ่มผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท (บัตรทองไม่เสีย 30 บาท) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ, ครอบครัวข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ หรือข้าราชการบำนาญ) แล้วมาทดสอบค่าความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า สิทธิในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ($P = 0.333, 0.083$) แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย ($P = 0.013, 0.013, 0.024$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเองมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจดีที่สุด (84.50 คะแนน) รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (80.34 คะแนน) ผู้ป่วยบัตรทองเสีย 30 บาท (72.70 คะแนน) และผู้ป่วยบัตรทองไม่ต้องเสียเงิน 30 บาท (70.04 คะแนน) ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีที่สุดคือ กลุ่มผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (79.71 คะแนน) รองลงมาคือ กลุ่มผู้ป่วยบัตรทองที่ไม่ต้องชำระเงิน 30 บาท (73.11 คะแนน) กลุ่มผู้ป่วยบัตรทองที่ต้องชำระเงิน 30 บาท (71.59 คะแนน) และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง (59.50 คะแนน) ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมนั้น พบว่า กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตดีที่สุดคือ กลุ่มผู้ป่วยเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (75.51 คะแนน) รองลงมาคือ ผู้ป่วยชำระเงินเอง ผู้ป่วยบัตรทองที่ต้องชำระเงิน 30 บาท (68.84 คะแนน) และผู้ป่วยบัตรทองที่ไม่ต้องชำระเงิน 30 บาท (67.47 คะแนน) ตามลำดับ

3.2.7 สถานภาพในครอบครัว เมื่อแบ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานตามสถานภาพในครอบครัวคือ เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัว และเป็นผู้อาศัยในครอบครัว แล้วนำค่าคุณภาพชีวิตมาทดสอบความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าสถานภาพในครอบครัวที่ต่างกันของผู้ป่วยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ($P = 0.755, 0.269$) แต่มีผลต่อ

คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.001, 0.005, 0.035$) กล่าวคือ ผู้ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจดีที่สุด (76.23 คะแนน) รองลงมาคือ เป็นหัวหน้าครอบครัว (75.28 คะแนน) และผู้อาศัย (59.86 คะแนน) ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีที่สุด (76.39 คะแนน) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (74.88 คะแนน) และผู้ป่วยที่เป็นผู้อาศัย (64.00 คะแนน) ตามลำดับ ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมพบว่า ผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีที่สุดคือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (71.48 คะแนน) รองลงมาคือ เป็นหัวหน้าครอบครัว (70.87 คะแนน) และผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (62.07 คะแนน) ตามลำดับ

3.2.8 ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว เมื่อแบ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 128 คน ตามลักษณะการอยู่อาศัยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่คนเดียวตามลำพังและกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่อาศัยกับครอบครัว แล้วนำมาทดสอบค่าความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัวไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.526, 0.429, 0.608, 0.087, 0.272$)

3.3 ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน การเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน การเกิดแผลที่เท้า ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันสัมภาษณ์ ภาวะโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า

3.3.1 อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคเบาหวาน เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มอายุที่เริ่มป่วยเป็น 5 กลุ่ม คือ เริ่มป่วยเมื่ออายุ 30 - 39 ปี 40 - 49 ปี 50 - 59 ปี 60 - 69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป พบว่า อายุที่เริ่มป่วยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.346, 0.133, 0.877, 0.076, 0.223$) กล่าวคืออายุที่เริ่มป่วยแตกต่างกัน คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจะแตกต่างหรือไม่แตกต่างกันก็ได้

3.3.2 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 128 คน ตามระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็น 5 กลุ่ม คือ ป่วยนาน 1 - 5 ปี 6 - 10 ปี 11 - 15 ปี 16 - 20 ปี และ 21 ปีขึ้นไป แล้วนำมาทดสอบค่าความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่าระยะเวลาที่ป่วยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.346, 0.133, 0.877, 0.076, 0.223$) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างหรือไม่แตกต่างกันก็ได้

3.3.3 การเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งเมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน 128 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เคยนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล และไม่เคยเข้านอนรับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน แล้วนำมาทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิต ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า การเคยเข้านอนหรือไม่นอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ($P = 0.091, 0.415$) แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.010, 0.004, 0.010$) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้านอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่า ผู้ป่วยที่เคยเข้านอนรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.3.4 อาการแสดงออกของโรคเบาหวาน พบว่า จำนวนอาการแสดงออกของโรคเบาหวานไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ($P = 0.055, 0.051$) แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.000, 0.000, 0.000$) แต่ไม่สามารถบอกทิศทางได้ว่ามีผลในทางบวกหรือทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3.3.5 การเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เมื่อแบ่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน 128 คน ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่มีการเกิดแผลที่เท้า และกลุ่มที่ไม่มีการเกิดแผลที่เท้า แล้วนำมาทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า การเกิดหรือไม่เกิดแผลที่เท้าไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.797, 0.466, 0.882, 0.646, 0.169$) กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าหรือไม่มีแผลที่เท้า จะมีความรู้ชีวิตที่แตกต่างหรือไม่แตกต่างกันก็ได้

3.3.6 ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน พบว่า เมื่อแบ่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน 128 คน เป็น 2 กลุ่มคือ มีและไม่มี ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน ($P = 0.028$) แต่คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ไม่แตกต่างกัน ($P = 0.086, 0.112, 0.265, 0.648$)

3.3.7 ระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันสัมภาษณ์ เมื่อนำกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 128 คน มาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ที่ 70 - 120 ม.ก./ด.ล. กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พอใช้ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ที่ 121-180 ม.ก./ด.ล. และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 ม.ก./ด.ล. แล้วทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดที่แตกต่างกันมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ป่วย ($P = 0.014$) กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พอใช้จะมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีที่สุด (66.58 คะแนน)

รองลงมาคือ กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (63.58 คะแนน) และกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (52.78 คะแนน) แต่ระดับน้ำตาลในเลือดที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P = 0.572, 0.354, 0.426, 0.139$)

3.3.8 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.4 ปัจจัยอื่นๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คือ วิธีการรักษา และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน 128 คน เป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ใช้การรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน กลุ่มที่ใช้การรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการควบคุมอาหารหรือการออกกำลังกาย และกลุ่มที่ใช้สมุนไพรร่วมในการรักษาด้วยแล้วทำการทดสอบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตที่ระดับความสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า วิธีการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($P 0.795, 0.963, 0.807, 0.849, 0.966$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 128 รายของโรงพยาบาลนครชัยศรี อภิปรายได้ผลดังต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1.9 : 1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดในการเลือก ซึ่งผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และพบว่าโดยทั่วไปเพศหญิงจะใส่ใจสุขภาพมากกว่าจึงทำให้ การติดตามการรักษาและการใส่ใจสุขภาพมากกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตามพบว่า โรคเบาหวานมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับสถิติของต่างประเทศที่พบว่า เพศหญิงเป็นโรคเบาหวานมากกว่าชาย ในอัตราส่วน 3 : 3 (สนอง อนุภากุล 2520 : 89) และสอดคล้องกับผลของวรรณา สามารถที่ศึกษาคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่พบว่าอัตราส่วนผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 2.2 : 1 (วรรณา สามารถ 2542 : 129) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานของประชาชนที่อยู่ในชุมชนแออัด และที่อาศัยอยู่ในแฟลตการเคหะบริเวณท่าเรือคลองเตย ที่พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (จิตร สิทธิอมร, ศรีจิตรา บุนนาค และสุ

นิตย์ จันทรประเสริฐ : 279 - 282) กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี รองลงมาคือ 50 - 59 ปี เนื่องจากโรคเบาหวาน ความชุกจะมากขึ้นตามอายุ เพราะความก้าวหน้าทางการแพทย์ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวมากขึ้น นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้น ตับอ่อนก็จะเสื่อมสมรรถภาพลง จึงทำให้การผลิตฮอร์โมนอินซูลินลดลง แต่เมื่อกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป สัดส่วนของผู้ป่วยลดน้อยลงอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยบางส่วนได้เสียชีวิตลงด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหรือโรคอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นอวัยวะทุกส่วนของร่างกายก็ต้องเสื่อมถอยไปตามกาลเวลา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงมีโอกาสที่จะเสียชีวิตได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า และวัยสูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นสูงในการเข้ามาติดตามการรักษา ถ้าหากเกิดความเกรงใจ หรือไม่มีคนที่รับผิดชอบมาติดตามการรักษา ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยระดับอายุน้อยที่สุด 24 ปี สูงที่สุด 89 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือแยกกันอยู่หรือหย่าหรือเป็นหม้าย และมีเพียง 8 รายเท่านั้นที่เป็นโสด ไม่ได้สมรส มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.43 ซึ่งเนื่องมาจากเป็นการศึกษาภาคบังคับ ถ้าหากอีก 20 ปีข้างหน้า ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อาจจะกลายเป็นระดับมัธยมศึกษา เนื่องจากการศึกษาภาคบังคับเปลี่ยนเป็นมัธยมต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 61.72 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งบทบาทของเพศหญิงจะเป็นแม่บ้าน ทำงานบ้าน และถ้าอายุมากขึ้นก็จะไม่ได้ทำงานเพราะสังคมไทยบุตรหลานจะมีหน้าที่เลี้ยงดูบุพการี ร้อยละ 62.50 ไม่มีรายได้ส่วนตัว และรายได้เฉลี่ยของกลุ่มเดือนละ 3,492.97 เนื่องจากตั้งที่กล่าวมาแล้วว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นหญิง และอายุมากกว่า 50 ปี จึงไม่ได้ประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ของครอบครัว และส่งผลทำให้รายได้เฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยต่ำตามไปด้วย ส่วนรายได้ในครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ระดับ 5,001 - 10,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 27.34) ซึ่งรายได้ในครอบครัวไม่พอใช้จ่ายเสียส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.40) ซึ่งสืบเนื่องมาจากภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ประสบภาวะค่าใช้จ่ายในครอบครัว สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกว่าบัตรทอง โดยรวมบัตรทองทั้ง 2 ประเภทคือ ประเภทต้องชำระ 30 บาท และไม่ต้องชำระ 30 บาท สูงถึงร้อยละ 70.30 และเป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 27.30 ส่วนที่เหลือใช้สิทธิประกันสังคมอีก 1 คน (ร้อยละ 0.08) และมีเพียง 2 คน (ร้อยละ 51.60) เท่านั้นที่ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลเลยต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง ซึ่งตามนโยบายไทยทุกคนจะต้องมีหลักประกันสุขภาพ แต่ 2 คนที่ไม่มีสิทธิอาจเนื่องมาจากไม่ไปใช้สิทธิตามสถานพยาบาลหลักที่ตนเองมีสิทธิ ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากความพอใจในการรักษาพยาบาล หรือไม่ประสงค์จะใช้สิทธิด้วยคิดว่ามาตรฐานการรักษาจะแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสิทธิต่างกัน ส่วนใหญ่สถานะภายในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 46.90) รองลงมา

คือ หัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 42.20) และเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่รวมกันเป็นครอบครัว มีเพียง 3 คน เท่านั้นที่อยู่ตามลำพัง ซึ่งก็คงสืบเนื่องมาจากลักษณะสังคมไทยยังนิยมอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ มีพ่อแม่ พี่น้อง ปู่ย่า ลุงป้า รวมกันอยู่ซึ่งเป็นลักษณะของสังคม และวัฒนธรรมของคนไทย

สำหรับลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน เมื่ออายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 36.72) 60 - 69 ปี (ร้อยละ 22.66) และ 40 - 49 ปี (ร้อยละ 21.09) ตามลำดับ ซึ่งสืบเนื่องมาจากความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานจะมากขึ้นตามอายุโดยมักพบเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป (สัญญา ร้อยสมมุติ 2539 : 35) อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดคือ 22 ปี เนื่องจากโรคเบาหวานก็สามารถพบในเด็กได้ (อภิชาติ วิชญาณรัตน์ 2527 : 89) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากที่สุดอยู่ที่ 1-5 ปี (ร้อยละ 40.62) น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 30 ปี แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานก็ยังสามารถมีอายุยืนยาวได้ถ้าเราสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจึงมีชีวิตที่ยืนยาวได้ทั้งที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยที่ต้องเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะโรคเบาหวานหรือภาวะโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน เพียง 21 คน (ร้อยละ 16.40) และอาการแสดงออกของโรคเบาหวานหลัก 9 อาการ พบว่ามีอาการแสดงออกในผู้ป่วยคนละหลายอาการ แตกต่างกันไป แต่อาการที่แสดงออกมากที่สุดคือ ชาปลายมือปลายเท้า มีสูงถึง 56 คน รองลงมาคือ ตาพร่ามัว 45 คน บัสสาวะบ่อย 44 คน ปวดขาปวดน่อง 38 คน หิวน้ำบ่อย 36 คน ความรู้สึกทางเพศลดลงหรือหมดไป 33 คน เจ็บหน้าอก 18 คน น้ำหนักลด 18 คน มีแผลหายช้า 6 คน และอาการแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น วิงเวียน มึนศีรษะ อีก 14 คน และมีอีก 11 คน ที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนเลย อาการแสดงออกของโรคเบาหวานจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อาการแสดงออกของโรคเบาหวานก็จะน้อยลง มีผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคเบาหวาน 3 อาการมากที่สุด (ร้อยละ 20.31) และจำนวนอาการที่แสดงออกในผู้ป่วย 1 คน มีมากถึง 7 อาการ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.34) แสดงให้เห็นว่าการแสดงออกของอาการเบาหวานในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ดังนั้น การประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยไม่ควรประเมินจากอาการเท่านั้น ในด้านการเกิดแผลที่เท้า พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 5 ราย (ร้อยละ 3.90) เท่านั้นที่เกิดแผลที่เท้า แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ทำการศึกษามีความตระหนักในการดูแลสุขภาพเท้าได้ดี และให้ความสำคัญกับการดูแลเท้า ซึ่งปกติแล้วปัญหาเรื่องการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานเป็นอาการที่แพทย์ต้องเฝ้าระวังตลอดเวลา เนื่องจากถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้าและไม่ทำการรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการตามมาได้ ระดับน้ำตาลในเลือด ณ วันสัมภาษณ์ ของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย 172 ม.ก./ด.ล. ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่พอใช้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.88) ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้พอใช้ มีระดับ

ม.ก./ด.ล. รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 180 ม.ก./ด.ล. และมีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 17.97) ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และเมื่อคุณด้านการรักษาโรคของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.03) รักษาด้วยการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเดียว รองลงมาคือมีการใช้การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารร่วมด้วย (ร้อยละ 14.84) การควบคุมอาหารเป็นหัวใจสำคัญที่สุดของการรักษาโรคเบาหวานรวมทั้งการออกกำลังกายที่เหมาะสม แต่จากการศึกษาพบผู้ป่วยเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ให้ความสำคัญกับการกับการดูแลร่างกายด้วยการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยไม่ดีพอ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อันได้แก่ ความพิการของจอรับภาพ ความพิการของไต โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมองนั้น พบว่า มีผู้ป่วยสูงถึง 47 คน (ร้อยละ 36.70) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเลย และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.97) มีอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เพียง 1 อาการซึ่งส่วนมากที่พบคือโรคความดันโลหิตสูง และที่เหลืออีกส่วนน้อย (ร้อยละ 12.50) มีอาการแทรกซ้อน 2 โรค และ 3 โรค (ร้อยละ 7.3) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนเพียงเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในระดับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการรักษาในระดับ Primary care และ Secondary Care ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลายอาการก็จะไม่มาทำการรักษาในระดับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานไม่มาก

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยการใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF ซึ่งแยกประเมินคุณภาพชีวิตได้รายด้าน คือ

ด้านร่างกาย

จากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความผิดปกติที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากตับอ่อนผลิตอินซูลินลดลงหรือระดับอินซูลินปกติแต่เนื้อเยื่อต่ออินซูลิน จึงทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ให้เป็นพลังงานได้ ร่างกายจึงเกิดการอ่อนเพลีย มีกำลังในการประกอบกิจวัตรประจำวันน้อยลง มีความสามารถในการทำงานน้อยลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดหรือฉีดอินซูลินเป็นประจำ พร้อมทั้งต้องควบคุมอาหาร ดังนั้น จึงพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ซึ่งก็คือความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจวัตรประจำวันการทำงาน ความยุ่งยากในการต้องรับประทานยาหรือเข้ารับการรักษาซึ่งเปลี่ยนไปจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง แต่

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ศึกษาอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาใช้ในการศึกษา เลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มที่ศึกษาอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (คะแนน 60-80)

ด้านจิตใจ

ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ที่แนบแน่นและซับซ้อนไม่สามารถแยกจากกันได้ ดังนั้น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางกาย ย่อมจะส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ เมื่อร่างกายอ่อนเพลีย ความสามารถในการทำงานก็ลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดความภาคภูมิใจในตนเอง มองตนเองไร้ค่า ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ซึ่งเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อตนเอง การให้ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ก็จะลดลงด้วยเมื่อเจ็บป่วย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ดี อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง รับประทานยาตามแพทย์สั่งทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (คะแนน 60 - 80)

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการทำงานและทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยจะเกิดอาการท้อแท้ หดหู่ ต้องการการดูแลเอาใจใส่และพึ่งพาคูคลองรอบข้าง จึงทำให้ความคาดหวังที่จะได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากผู้อื่นสูง เมื่อไม่สมหวังก็จะส่งผลให้มองตนเองไร้ค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นภาระของผู้อื่น ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้สภาวะเรื้อรังของโรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยใกล้เคียงทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งความสามารถในการทำงานของผู้ป่วยเบาหวานลดลงตามสภาพของโรค ทำให้รายได้ลดลง ทั้งนี้แม้ปัจจุบันผู้ป่วยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข จากที่กล่าวมาข้างต้น คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรจะต่ำ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (74.04 คะแนน) อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มาทำการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใส่ใจในสุขภาพของตนเอง

ด้านสิ่งแวดล้อม

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมนั้น เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สภาพที่อยู่อาศัย การเงิน การรับข้อมูลข่าวสาร การคมนาคม ซึ่งพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ดี (74.33 คะแนน) อาจสืบเนื่องมาจากโรงพยาบาลนครชัยศรีตั้งอยู่ในเขตเทศบาล ทำให้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ความปลอดภัยในทรัพย์สิน, สภาพที่อยู่อาศัย การรับข้อมูลข่าวสาร การคมนาคม อยู่ในเกณฑ์ที่ดี เป็นสังคมเมือง ผลของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านสิ่งแวดล้อมจึงอยู่ในเกณฑ์ที่ดีด้วย

คุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย เป็นผลสรุปจากคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (70.17 คะแนน) ซึ่งถึงแม้จะอยู่ในสภาวะโรคเบาหวานแต่คุณภาพชีวิตยังอยู่ในเกณฑ์ที่ดีสืบเนื่องมาจากการเลือกกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้นแสดงถึงความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ และโรงพยาบาลตั้งอยู่ในเขตเทศบาล ซึ่งถ้าให้สภาพแวดล้อมที่ดี การคมนาคมสะดวก ความปลอดภัยในทรัพย์สินสูง การสื่อสารและการรับข้อมูลข่าวสารดี ประกอบกับปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้สร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนคนไทยทุกคน ทำให้ภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยหมดไป โดยเฉพาะโรคเบาหวานซึ่งแต่เดิมผู้ป่วยจะต้องมีภาระในการรักษาพยาบาลสูงมาก จากที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากผลการศึกษาของกลาสโกว์ และคณะ (Glasgow et al. 1977 : 562 – 567) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 2,056 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย อายุมาก เพศหญิง ผู้ที่ไม่มีสิทธิหรือได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐ ความรุนแรงของโรคมาก และจำนวนภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมาก ซึ่งจากผลการศึกษาค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรีที่สอดคล้องกับของกลาสโกว์และคณะ คือ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ความรุนแรงของโรค และจำนวนภาวะโรคแทรกซ้อนของเบาหวาน โดยพบว่า ระดับการศึกษาที่สูงกว่า รายได้ที่สูงกว่า ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิใดๆ ในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากรัฐ แต่ปัจจัยในเรื่องเพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี

จากผลการศึกษาของจาคอบสัน และคณะ (Jacobson et al. 1994 : 267 – 274) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ชนิดของการรักษา และโรคแทรกซ้อน ซึ่งผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรีที่สอดคล้องกับของจาคอบสัน และคณะ คือ ความ

รุนแรงของโรค และภาวะหรือโรคแทรกซ้อน ส่วนที่ขัดแย้งกันคือ ปัจจัยในเรื่อง เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ชนิดของการรักษา

ผลการศึกษาของ ไคนาแนน และคณะ (Keinanen et al. 1996 : 385 – 388) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และอายุของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี พบว่า ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ไคนาแนน และคณะ โดยพบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และอายุของผู้ป่วย ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาของวรรณา สามารถ (2542 : 87 – 98) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ส่วนตัว รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนอาการแสดงออกของโรคเบาหวาน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ อายุ อาชีพ ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ชนิดของการรักษาโรคเบาหวาน (การรักษาทางเลือกอื่น ได้แก่ สมุนไพร) ระดับน้ำตาลในเลือด การเกิดแผลที่เท้า และความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาล

นครชัยศรีที่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณา สามารถ คือ ปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา รายได้ส่วนตัว รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวนอาการแสดงออกของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และปัจจัยด้านอายุ ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย การเกิดแผลที่เท้า ระดับน้ำตาลในเลือด ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี คือ อาชีพ และความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาของ จีรนุช สมโชค (2540 : 78 – 85) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค แต่ปัจจัยด้านอายุ และการปฏิบัติตัวไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีรนุช สมโชค คือ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรค ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ อายุ ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนที่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจีรนุช สมโชค คือ ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ป่วย ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากที่กล่าวเปรียบเทียบผลการศึกษาทั้งหมดในผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี กับผลการศึกษาของผู้วิจัยอื่น มีทั้งส่วนที่ขัดแย้งและสอดคล้องกัน ซึ่งอาจสืบเนื่องมาจาก จำนวนประชากรที่ใช้ศึกษาของโรงพยาบาลนครชัยศรีมีเพียง 128 คน และเลือกศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ทำให้ข้อมูลที่ได้มาอาจมีการกระจายไม่เหมาะสม ประกอบกับลักษณะสังคมของผู้ป่วยโรงพยาบาลนครชัยศรี จะแตกต่างกับลักษณะประชากรที่ผู้วิจัยอื่นศึกษาโดยกล่าวถึงของวรรณกรรม สามารถ ศึกษาในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งทั้งหมดล้วนแต่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลนครชัยศรีแล้วอาจมีปัจจัยด้านสังคมอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อผลการศึกษาอย่างหนึ่งก็คือ ลักษณะสังคมชนบท และเมืองที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ส่วนของจิรนุช สมโชค ก็ศึกษาเฉพาะคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเท่านั้น จะเห็นว่า การศึกษาในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน สภาพสังคมต่างกัน อาจส่งผลให้ผลการศึกษาที่ได้ต่างกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. จำนวนตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีจำนวนน้อย เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งต้องใช้เวลานานประมาณ 20 – 30 นาทีต่อคน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานส่วนมากจะต้องอดอาหารและน้ำมาเพื่อรอรับการตรวจเมื่อตรวจเรียบร้อยแล้วก็เร่งรีบกลับบ้านเนื่องจากหิวข้าว ทำให้ได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์น้อย
2. ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเองทุกราย และผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่กล้าให้คำตอบที่คิดว่าจะทำให้ผู้สัมภาษณ์ไม่พึงพอใจเกรงว่าจะมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วย
3. การทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะมาตามนัด ซึ่งโดยส่วนใหญ่แพทย์จะนัดผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง หรือ 2 เดือน / ครั้ง ทำให้การหากลุ่มผู้ป่วยค่อนข้างลำบาก จึงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างศึกษาน้อย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรรู้ใช้ผู้สัมภาษณ์ที่เป็นบุคคลที่ไม่มีผลต่อการให้บริการกลุ่มผู้ป่วยที่จะศึกษา กล่าวคือ ให้บุคคลที่ไม่ได้เป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมาสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยให้คำตอบที่เป็นจริง และไม่เบี่ยงเบนจากความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยเอง

2. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มา
รับการรักษอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ กับกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขนาดน้ด เพื่อจะได้
นำผลที่ได้มาใช้วางแผนการพัฒนาการรักษาต่อไป

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้และ
ไม่ใช้สมุนไพรเป็นการรักษาทางเลือกร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันของแพทย์ โดยหากกลุ่ม
ตัวอย่างให้มีจำนวนใกล้เคียงกันเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่เป็นตัวแทนอธิบายผลได้

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543 - 2544. กรุงเทพฯ : อัลฟา รีเสิร์ช, 2543.

_____. แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL - BREF) สำหรับภาคสนาม. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2539.

กิ่งแก้ว ปาจริย์. “คุณภาพชีวิต.” สารศิริราช 49 (2540) : 279 - 81.

กิตติกร มีทรัพย์. “การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL).” วารสารกรมสุขภาพจิต (เมษายน 2538) : 83 - 95.

เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : พัฒนาศึกษา, 2532.

คณะกรรมการแห่งชาติเรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน. โรคเบาหวานในประเทศไทย.

จิตร สัทธอมร, ศรีจิตรา บุญนาค และสุนิตย์ จันทระประเสริฐ. “ความชุกของโรคเบาหวาน : ตรวจปัสสาวะดีพอหรือไม่.” จุฬาลงกรณ์วารสาร 33, 4 (2532) : 279 - 82.

จิรนุช สมโชค. “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

ชนิดา สุรสิงห์ชัยเดช. ความรู้เรื่องเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย, 2539.

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. “Diabetic Foot Ulcer.” ใน โรคต่อมไร้ท่อและเม็ดตะบอลิซึม สำหรับ

เวชปฏิบัติทั่วไป 2, 48. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูติลิตี้พับลิเคชั่น, 2537.

ทัศนีย์ จิรากร. “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างท้องแบบถาวร.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. ความรู้เรื่องเบาหวาน. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์, 2539.

บดี ชนะมัน. “บทฟื้นฟูวิชาการ ความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต.” จุฬาลงกรณ์วารสาร 31 (ตุลาคม 2530) : 821 - 828.

ประภา รัตนเมธานนท์. “การศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจวาย.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.

- ประเวศ วะสี. “สุขภาพกับการพัฒนาแบบยั่งยืน.” ใน สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ, 9. ทวีทอง
หงษ์วิวัฒน์ และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข, บรรณาธิการ. นครปฐม : กระทรวง
สาธารณสุข, 2539.
- ปรีชา มณฑกานต์กุล. “แนวคิดการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมกับศูนย์สุขภาพชุมชน.” ใน การให้
บริการทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน, 14 – 24. ปวีณา สนธิสมบัติ, จันทร
รัตน์ สิทธิวรนนท์ และอรุณการ นาคำ, บรรณาธิการ. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัย
นเรศวร, 2545.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์, 2525.
- ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. แนวทางมาตรการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2539.
- ภาณุพันธ์ พุดสุข. “ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- มัลลิกา ปิติโก, บรรณาธิการ. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพรุ่นที่ 1 : แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ
พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2534.
- ยุวดี ลีลัคณาวิระ. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตเด็กก่อนเรียนใน
โรงเรียนย้ายถิ่น เขตอุตสาหกรรมแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. “ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทาง
สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล
ศาสตร
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- วรรณิา สามารถ. “คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคี. “การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน.” ใน การพยาบาลอายุรศาสตร์
เล่ม 4, 241 – 267. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : บริษัทวิเศษ
สินจำกัด, 2536.

- วิจารณ์ บุญสิทธิ. “สภาพจิตใจและสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน.” ใน คู่มือประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวาน, 79. วรณี นิธิยานันท์ และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2533.
- วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์. “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดและวิธีล้างท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่อง.” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- ศุภชัย สุภวรรณ. “มุมมองของสิทธิมนุษยชนกับคุณภาพชีวิต.” วารสารประชากรศึกษา 12 (เมษายน 2539) : 85 – 87.
- สนอง อุณากุล. คู่มือผู้ป่วยโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เลี้ยงเชียว, 2520.
- สมบุญ วงศ์ธีรภัค. ความรู้เรื่องเบาหวาน. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์, 2539.
- สัญญา ร้อยสมมุติ. ตับอ่อนและการควบคุมกลูโคส. ขอนแก่น : ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.
- สาธิต วรรณแสง. “Epiemiology of diabetes mellitus in Thailand.” ใน เบาหวานในเวชปฏิบัติ, 9 – 15. วรณี นิธิยานันท์, อภิชาติ วิชญาณรัตน์ และสาธิต วรรณแสง, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : มหานครออฟเซตเพรส, 2531.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. โครงการปรัณรงศ์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2528.
- ลีปนันท เกตุทัต. “ระบบการศึกษาช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างไร.” ปาฐกถาในการสัมมนาทางวิชาการ โครงการประชากรศึกษาครั้งที่ 3 ณ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 1 มีนาคม 2523. (อัดสำเนา)
- สุธิดา กาญจนรังสี. “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสียขา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- สุนทร ตันชนันท์. “โรคเบาหวานตอนที่ 1.” วารสารคลินิก 4 (2531) : 197 – 201.
- สุมณฑา เสรีรัตน์. “เบาหวานกำลังระบาดทั่วโลก.” มติชนรายสัปดาห์, 17, 877 (กรกฎาคม 2540) : 15.

อภิชาติ กงกะนันท์. “Diabetic and Impotence.” ใน โรคต่อมไร้ท่อและเม็ตะบอลิสมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป 2, 32 – 44. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น, 2537.

อภิชาติ วิชญาณรัตน์. “การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิด NIDDM.” ใน โรคต่อมไร้ท่อและเม็ตะบอลิสมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป 2, 38. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ยูนิตี้ พับลิเคชั่น ; 2537.

อาทร ธีวไพบูลย์ และคณะ. “การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐม.” กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

อากาศ ใจงาม. “การพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.” วารสารพยาบาลศาสตร์ 10 (กรกฎาคม – กันยายน 2535) : 127 – 132.

อุทุมพร จามรมาน. “คุณภาพชีวิตของคนกรุงเทพฯ.” วารสารจิตวิทยาคลินิก 18 (มกราคม – มิถุนายน 2530) : 1 – 23.

อุไรวรรณ ดวงสินธนากุล และมณฑา ทรัพย์พานิชย์. ความรู้เรื่องเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิชาการพิมพ์, 2539.

ภาษาต่างประเทศ

Bruckhardt, C.A.S “Measurement of Quality of life : Current State of the Art.” Arch Phys Med Rehabil 63 (February 1982) : 56 – 59.

Dalkrey, N., and D. Rourke The Delphi Procedure and rating Quality of Life factor : Quality of Life Concept. Washington DC : Environment Protection Agency, 1973.

Dubos, R. “The State of Health and the Quality of Life.” The Western Journal of Medicine 125 (July 1976) : 8 – 9.

Farguhar, M. “Definition of Quality of Life : A Taxonomy.” J Adv Nurs 32, 5 (1995) : 22.

Flanagan, J. “A Research Approach to Improving Our Quality of Life.” American Psychologist 31 (February 1978) : 138 – 147.

- Flanagan, J.C. "Measurement of Quality of Life : Current State of the Art." Arch Phys Med Rehabil XXXXXXIII (February 1982) : 56 - 59.
- Glasgow, R. E., L. Ruggiero and EG Eakin , et al. "Quality of life and associated characteristics in large national sample adults with diabetes." Diabetes Care 20, 4 (1977) : 562 - 567.
- Harper, A. and M. Power (The WHOQOL GROUP) . WHOQOL USER MANUAL . Geneva : 1997.
- Harris, MI, et al. "Prevalence of diatetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U.S. adults." Diabetes Care 21 (1998) : 518.
- Hunter, S. "Adult Day Care : Promoting Quality of Life for the Elderly." Journal of Gerontological Nursing XVIII (February 1992) : 17 - 20.
- Jackle, M.J. "Life Satisfaction and Ridney Dialysis." Nursing Forum XIII (1974) : 360 - 370.
- Jacobson Am, M. de Caroot and JA. Samson "The evaluation of two measure of quality of life in patients with type I and tyep II diabetes." Diabetes Care 17, 4 (1994) : 267 - 274.
- Keinanen K.S., et al. "Health related quality of life in diabetic measursol buy the Nottingham Health Profile." Diabet Med 13, 4 (1996) : 382 - 8.
- Levine, M.E. "Understanding your diabetic patient." Clin Podiatr Med Surg 4, 2 (1987) : 315 - 30.
- Marino LB. , and JA. Kooser. "The Psychosocial Care of Caneer Clients and Their Families : Periods of High Risk." In Cacer Nursing, 55 - 86. Edited by L.B. Marino . St. Louis : The E.V. Mosley Company, 1981.

- McSweeney A.J., and TL. Creer. "Health - Related Quality of Life Assessment in Medical Care." Dis Mon XLI (January 1995) : 6 - 71.
- Meeberg, G.A. "Quality of Life : A Concept Analysis." Journal of Advanced Nursing XVIII (1993) : 32 - 38.
- National Diabetes Data Group. Diabetes 28 (1979) : 1039 - 57.
- Orem, OE. Nursing Concepts of Practise. 3rd ed. New York : Mc Graw Hill Book Company, 1985.
- Orley J. and W. Ruyken Quality of life assessment : international perspectives. Springer - Verlog : Berlin Herdelberg, 1994.
- Padilla , G.V. and M.M. Grant. "Quality of Life as A Cancer Nursing Outcomes Variable." Advances in Nursing Science 8 (October 1985) : 45 - 60.
- Richard M., and B. Britget. "Quality of Life in cardiovascular disease." Br Heart J 69 (1993) : 460 - 6.
- Rosett, J. "Evaluation of protein in dietary management of diabetes mellitus." Diabetes Care 11 (1988) : 143 - 8.
- Stromberg, MF. "Selecting and Instrument to Measure Quality of Life." Oncol Nurs Forum 11 (Sep - Oct 1984) : 88 - 91.
- Taft, Pin C. Diabetes mellitus : A guide to treatment. Sydney : ADIS Health Science Press, 1984.
- Taylor, S.H. "Drug therapy and quality of life in angina pectoris." AmHeart J CXXXXIV (1987) : 234 - 40.
- The WHOQOL group . "The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) : position paper form the World Health Organization." Soc Soi Med 41 (1995) : 1403 - 9.
- Unesco. "Evaluation the Quality of Life in Belgium." Social Indicators Research. VIII (1980) : 312.

- WHO study group. “Diabetes Mellitus Geneva : World Health Organization.” Technical Report Series, 727 (1985) : 409 – 431.
- World Health Organization. WHOQOL Study Protocol. Geneva : n.p., 1993.
- Zhan, L. “Quality of Life : Conceptual and measurement issues.” Journal of Advanced Nursing 17 (1992) : 795 – 800.

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

แบบสัมภาษณ์เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เลขที่แบบสอบถาม

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละข้อให้สมบูรณ์

ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ยกเว้น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคไขมันผิดปกติ โรคตา ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากการเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน)

() 1. ไม่มี (ให้สัมภาษณ์ข้อต่อไป) () 2. มี (ไม่ต้องสัมภาษณ์ต่อไป)

ท่านมีความพิการหรือไม่ (ยกเว้นความพิการนั้นเกิดจากการเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เช่น นิ้วขาด ขาขาด ตาบอด เป็นต้น)

() 1. ไม่มี (ให้สัมภาษณ์ข้อต่อไป) () 2. มี (ไม่ต้องสัมภาษณ์ต่อไป)

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์...../...../2545

ชื่อผู้สัมภาษณ์ นาย/นาง/นางสาว.....

ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์ นาย/นาง/นางสาว.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปีเต็ม

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/

หย่า/แยก

4. ศาสนา

- () 1. พุทธ () 2. อิสลาม () 3. คริสต์ ()
4. อื่น ๆ
5. สำเร็จการศึกษาขั้นสูงสุด.....
6. อาชีพในปัจจุบัน
- () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. รับราชการ/พนักงาน
รัฐวิสาหกิจ
- () 3. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย () 4. รับจ้าง/กรรมกร
- () 5. เกษตรกรรม/กสิกรรม () 6. แม่บ้าน/ทำงานบ้าน
- () 7. อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้ของตนเองต่อเดือน บาท
8. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน บาท
9. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวต่อเดือน
- () 1. เพียงพอ มีเก็บสะสม () 2. เพียงพอ ไม่มีเก็บสะสม () 3. ไม่
เพียงพอ
10. สิทธิพิเศษในการขอเบิกหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล
- () 1. ไม่มีสิทธิพิเศษใด ๆ () 2. บัตรทองจ่ายเงิน 30 บาท
- () 3. บัตรทองไม่ต้องจ่ายเงิน 30 บาท () 4.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- () 5. ประกันสังคม () 6. อื่น ๆ
11. สถานภาพในครอบครัว
- () 1.หัวหน้าครอบครัว () 2. สมาชิกในครอบครัว
- () 3. ผู้อาศัย
12. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร
- () 1. อยู่คนเดียวตามลำพัง
- () 2. อยู่กับครอบครัว (ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ภรรยา/สามี บุตรหลาน พี่น้อง)
จำนวนคนที่อาศัย อยู่ด้วยกันทั้งหมด..... คน (รวมผู้ถูกสัมภาษณ์)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

13. วัน เดือน ปี ที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน / /
- () จำไม่ได้
14. อายุปีเต็มขณะที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน.....ปี

15. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (นับตั้งแต่วัน เดือน ปีที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานถึงวันที่ถูกสัมภาษณ์).....ปี.....เดือน.....วัน
16. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จำนวน.....ครั้ง
17. ชนิดของการรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> การควบคุมอาหาร | <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย |
| <input type="checkbox"/> การรับประทานยาลดน้ำตาล | <input type="checkbox"/> การฉีดยาอินซูลิน |
| <input type="checkbox"/> การใช้สมุนไพร | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... |
18. อาการของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่พบในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. คึ่มน้ำมาก | <input type="checkbox"/> |
|) 2. ปัสสาวะบ่อย | | |
| <input type="checkbox"/> 3. น้ำหนักลด | <input type="checkbox"/> 4. แผลหายช้า | <input type="checkbox"/> 5. ตาพร่ามัว |
| <input type="checkbox"/> 6. ชาตามปลายมือปลายเท้า | <input type="checkbox"/> 7. ปวดขา | <input type="checkbox"/> |
|) 8. เจ็บหน้าอก | | |
| <input type="checkbox"/> 9. ความรู้สึกทางเพศลดลง/หมดไป | <input type="checkbox"/> 10. อื่น ๆ ระบุ..... | |
19. การเกิดแผลที่เท้า (diabetic foot ulcer หรือ gangrene)
- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่มี | <input type="checkbox"/> มี |
|--------------------------------|-----------------------------|
21. ความพิการทางกายที่เกิดจากโรคเบาหวาน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. ตัดนิ้ว จำนวน.....นิ้ว |
| <input type="checkbox"/> 2. ตัดขา จำนวน.....ข้าง | <input type="checkbox"/> 3. ตาบอด จำนวน.....ข้าง |
| <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ..... | |

(ให้สัมภาษณ์ผู้ป่วยต่อในส่วนที่ 3)

ตั้งแต่ข้อ 22 - 25 ให้ผู้สัมภาษณ์เก็บข้อมูลจากบัตรผู้ป่วยนอก (OPD card) ของผู้ถูกสัมภาษณ์มาเติมลงในตารางและช่องว่าง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ

22. ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด (FBS) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

ครั้งที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ว/ด/ป												
FBS (mg/ dl)												

23. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน

1) การซึมและ/หรือหมดสติ เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง การเกิดกรดในกระแสเลือด (DKA) ภาวะ hyperosmolar non-ketonic hyperglycemia coma (HNHC) ภาวะ lactic acidosis(LA) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
 0. ไม่มี 1. มี จำนวน.....ครั้ง

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
 0. ไม่มี 1. มี จำนวน.....ครั้ง

3) ความพิการของจอรับภาพ (diabetic retinopathy)
 0. ไม่มี 1. มี เริ่มเป็นเมื่อ พ.ศ.....

.....
 4) ความพิการของไต (diabetic nephropathy)
 0. ไม่มี 1. มี เริ่มเป็นเมื่อ พ.ศ.....

.....
 5) โรคหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery disease)
 0. ไม่มี 1. มี เริ่มเป็นเมื่อ พ.ศ.....

.....
 6) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebro-vascular disease :CVD, cerebro-vascular accident : CVA, stroke)
 0. ไม่มี 1. มี เริ่มเป็นเมื่อ พ.ศ.....

.....
 7) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension)
 0. ไม่มี 1. มี เริ่มเป็นเมื่อ พ.ศ.....

.....

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ ให้ผู้สัมภาษณ์ถามถึงความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ สุขภาพ และเรื่องต่างๆ ในชีวิตของผู้ถูกสัมภาษณ์ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่าเป็นอย่างไร โดยให้ทำเครื่องหมาย ○ ล้อมรอบตัวเลขในช่องคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ในแต่ละข้อ

ข้อ	คำถาม	แย่มาก	แย่	กลางๆ	ดี	ดีมาก
1	ท่านคิดว่าท่านมีชีวิตความเป็นอยู่ อยู่ในระดับใด	1	2	3	4	5

ข้อ	คำถาม	ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ	กลางๆ	พอใจ	พอใจ มาก
2	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5

ข้อต่อไป นี้ถามถึงประสบการณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ว่า **มากเพียงใด** ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
3	ท่านรู้สึกว่าการป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็นอุปสรรค/ปัญหา ที่ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่อยากทำเพียงใด	5	4	3	2	1
4	ในชีวิตประจำวันท่านมีความจำเป็นต้องพึ่งยาหรือการรักษาทางการแพทย์เพียงใด	5	4	3	2	1
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้มากเพียงใด	1	2	3	4	5
6	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายสักแค่ไหน	1	2	3	4	5
7	ท่านมีสมาธิในการทำสิ่งต่างๆ ดีเพียงใด	1	2	3	4	5
8	ในชีวิตประจำวันท่านรู้สึกปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินเพียงใด	1	2	3	4	5

9	สภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวท่านมีผลดีต่อสุขภาพของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

ข้อต่อไปนีื้ ถามถึงประสบการณ์หรือความสามารถที่กระทำว่า สมบูรณ์เพียงใด ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	สมบูรณ์
10	ท่านมีกำลัง/เรียวแรงเพียงพอที่จะดำเนินชีวิตประจำวันเพียงใด	1	2	3	4	5
11	ท่านยอมรับสภาพรูปร่างหน้าตาของตนเองเพียงใด	1	2	3	4	5
12	ท่านมีเงินเพียงพอใช้จ่ายตามที่ท่านต้องการเพียงใด	1	2	3	4	5

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	สมบูรณ์
13	ท่านได้รับรู้ข่าวสารตามที่ท่านต้องการในแต่ละวันเพียงใด	1	2	3	4	5
14	ท่านมีเวลาที่จะได้พักผ่อนอย่างสบาย ๆ สักแค่ไหน	1	2	3	4	5

ข้อต่อไปนีื้ ถามถึงความรู้สึกว่า ดี หรือ พึงพอใจ ของผู้ถูกสัมภาษณ์เกี่ยวกับชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อ	คำถาม	ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	กลางๆ	พอใจ	พอใจมาก
15	ท่านสามารถจะไปไหนมาไหนได้ดีเพียงใด	1	2	3	4	5
16	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านเพียงใด (หลับดีและเต็มอิ่ม)	1	2	3	4	5
17	ท่านพอใจกับความสามารถทำกิจวัตรประจำวันของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5
18	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5
19	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองเพียงใด	1	2	3	4	5
20	ท่านพอใจในความสามารถในการสร้าง	1	2	3	4	5

	สัมพันธ์ภาพ/ความเป็นเพื่อนกับคนอื่นเพียงใด					
21	ท่านพอใจกับความสุขทางเพศ/ชีวิตคู่ของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5
22	ท่านพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือสักเพียงใด	1	2	3	4	5
23	ท่านพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5
24	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากโรงพยาบาล/สถานีนามัย/สถานบริการสุขภาพเพียงใด	1	2	3	4	5
25	ท่านรู้สึกพอใจในการคมนาคม/เดินทางของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

คำถามต่อไปนี้ ถามว่า บ่อยครั้งเพียงใด ที่ท่านรู้สึกหรือมีประสบการณ์บางอย่างในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ข้อ	คำถาม	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อยๆ	เสมอ
26	ท่านมีความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น รู้สึกหดหู่ ผิดหวัง วิตกกังวล ซึมเศร้า บ่อย แค่ไหน	5	4	3	2	1

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ภาคผนวก ข

โรคเบาหวาน

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่สำคัญมากทางระบาดวิทยา ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกให้ความสนใจ ทั้งนี้พบว่า ประชากรไทยทุกๆ 100 คน จะมีผู้ป่วยเป็นเบาหวานถึง 4 คน (เทพหิมะทองคำ 2539 : 15) ซึ่งเบาหวานเป็นโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติในการสร้างหรือการทำงานของอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนน้ำตาล แป้ง และสารอื่นๆ โดยอินซูลิน ทำหน้าที่เป็นตัวพาน้ำตาลกลูโคสในเลือดเข้าไปในเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ถ้าขาดอินซูลินแล้ว จะทำให้น้ำตาลไม่สามารถเข้าไปในเนื้อเยื่อ และมีน้ำตาลในเลือดค้างอยู่มากกว่าปกติ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากตับอ่อน ไม่สามารถสร้างฮอร์โมนออกมาได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่อินซูลินนั้นออกฤทธิ์ได้ไม่ดี ความผิดปกติเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้ได้ไม่ดี ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดเหลือค้างอยู่มาก และมีระดับสูงกว่าปกติ เมื่อน้ำตาลในเลือดมีระดับน้ำตาลสูงมาก ใดจะกรองออกมากับน้ำปัสสาวะ ทำปัสสาวะมีรสหวานจึงเรียกสภาวะนี้ว่า เบาหวาน

เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานจะใช้ของ WHO criteria คือ จะ

1. Random Plasma Glucose คือ การเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ณ เวลาใดก็ได้ เพียงครั้งเดียว มากกว่า 200 มิลลิกรัม / เดซิลิตร จะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. Fastiny Plasma Glucose คือ การเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากงดอาหาร 8-12 ชั่วโมง มากกว่า 140 มิลลิกรัม / เดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง จะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

สำหรับในคนที่มีค่า Fastiny Plasma Glucose เกิน 115 มิลลิกรัม / เดซิลิตร แต่ไม่เกิน 140 มิลลิกรัม / เดซิลิตร ถือว่าอาจมีความผิดปกติ จำเป็นต้องทดสอบโดยละเอียด

สาเหตุและโอกาสที่ทำให้เป็นเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคที่สืบทอดทางพันธุกรรม แต่ถ้าเป็นปัจจัยหนึ่งเท่านั้น และยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน เช่น

1. ความอ้วน เนื่องจากคนอ้วนเนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง
2. สูงอายุ ตับอ่อนจะสังเคราะห์และฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลง
3. ตับอ่อนได้รับความกระทบกระเทือน เช่นตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากการดื่มสุรามากเกินไป ตับอ่อนบอบช้ำจากการเกิดอุบัติเหตุ
4. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น คางทูม หัดเยอรมัน
5. ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาคุมกำเนิด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้
6. การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีฮอร์โมนหลายชนิดที่รบกวนการทำงานของตับอ่อนซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน (National Diabetes Data Group 1979 : 1039 - 57)

ประเภทของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก (WHO study group 1985 : 409 - 431) ได้แบ่งโรคเบาหวานเป็น 4 ประเภท คือ

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes : IDDM) กลุ่มอายุของคนที่เป็นมักเกิดกับคนอายุน้อย (น้อยกว่า 40 ปี) การทำงานของตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ หรือผลิตได้เพียงเล็กน้อย อาการแรกพบจะเกิดอาการรุนแรง การรักษาต้องใช้อินซูลินฉีด ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีผลให้เกิดการปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก คอแห้ง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เมื่อร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ร่างกายจะสลายไขมันและโปรตีนมาใช้แทน ซึ่งกระบวนการสลายไขมันจะได้สารคีโตนซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรด และเป็นพิษต่อร่างกายออกมากการขาดอินซูลินทำให้เกิดการสลายไขมันในอัตราที่รวดเร็วมาก ทำให้สารคีโตนเกิดขึ้นมาก ทำให้เกิดภาวะกรดคั่งในเลือดจากสารคีโตน (diabetic ketoacidosis, D.K.A.) เมื่อหายใจออกจะมีกลิ่นเหมือนผลไม้ (fruity odor) มีอาการหายใจหอบลึก ซีพอร์เต้นเร็ว ผิวหนังแห้งและอุ่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ระดับความรู้สึกตัวค่อยๆ ลดลง ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะหมดสติ แต่ภาวะนี้สามารถหลีกเลี่ยงได้ คือ ต้องฉีดอินซูลินทุกวันตามคำแนะนำของแพทย์ และต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (ชนิดา สุรสิงห์ชัยเดช 2539 : 30 - 32)

2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (non – insulin dependent diabetes : NIDDM) จะเกิดในกลุ่มคนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป การทำงานของตับอ่อน ยังสามารถผลิตอินซูลินได้บ้างหรือเป็นปกติ แต่ประเภทอินซูลินลดลง อาการแรกพบอาจมีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการเลยก็ได้ การรักษาอาจควบคุมอาหารอย่างเดียวโดยไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลินหรือใช้ยาปรับประทาน หรือบางรายต้องใช้อินซูลินฉีด จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนอ้วนมากเกินไป และยังเกี่ยวข้องกับ

กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะมีญาติสายตรง เป็นโรคเบาหวาน ก็มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานชนิดนี้ ผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หากปล่อยปละละเลย ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง น้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อไม่ได้ และโปรตีนถูกสลายมาสร้างเป็นน้ำตาลมากขึ้นที่ตับ น้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนต้องพยายามขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยเสียน้ำมาก และเกิดภาวะขาดน้ำ ไตทำงานลดลง ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอีก เพราะถูกขับออกจากร่างกายไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตัวลดลงเรื่อยๆ ในที่สุดอาจหมดสติ เรียกภาวะนี้ว่า โคมาจากน้ำตาลในเลือดสูงมาก (hyperosmolar hyperglycemic nonketotic coma) (ชนิดา สุรสิงห์ชัยเดช 2539 : 32 - 33)

3. โรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition Related Diabetes Mellitus : MRDM) เป็นเบาหวานที่พบเฉพาะในเขตรือ่น พบในคนอายุน้อย การควบคุมเบาหวานต้องใช้อินซูลิน (คณะกรรมการแห่งชาติเรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน 2531 : 7-8)

4. โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติอื่น (Other type of diabetes) เช่น จากการติดเชื้อไวรัสบางชนิด ได้แก่ คางทูม , หัดเยอรมัน จากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ , ยาคุมกำเนิด หรือจากการตั้งครรภ์ (คณะกรรมการแห่งชาติเรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน 2531 : 7-8)

โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน

1. โรคแทรกซ้อนทางตา

1.1 เบาหวานขึ้นตา คือ อาการของเส้นเลือดของจอร์ับภาพของตาจะโป่งพองหรือมีเส้นเลือด แต่อาจไม่มีอาการแสดงออก บางครั้งมีการแตกของเส้นเลือดอย่างมาก จนบังจอภาพหมด จะทำให้มองไม่เห็น ทำให้เกิดโรคตาบอดกระทันหัน ตามสถิติพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมา 7 ปี จะมีโอกาสเกิดเบาหวานขึ้นตาได้ 50 คนในร้อยคน หรือ หากเป็นเบาหวานมานาน 20 ปี โอกาสจะเกิดสูงถึง 90 คน ในร้อยคน ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเป็นเบาหวาน และการควบคุมเบาหวานทำให้ดีเพียงใด (สุนทร ตันทนันทน์ 2532 : 197 - 201)

1.2 ต้อกระจก เป็นภาวะที่เลนส์ของลูกตาขุ่นมัว ทำให้การมองเห็นลดลงหรือมองไม่เห็นเลย พบในคนสูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ดี จะทำให้เกิดโรคต้อกระจกได้เร็วขึ้น การรักษาทำโดยการผ่าตัดลอกเอาเลนส์ที่เสื่อมออก และเอาเลนส์เทียมใส่แทน จะช่วยให้การมองเห็นดีขึ้น (สมบุญ วงศ์ธีรภัค 2539 : 38)

2. **โรคแทรกซ้อนทางไต** เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด เบาหวานลงไตไม่ได้เกิดกับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน 100 คน พบได้ประมาณ 30 - 45 คน และน้อยกว่า 20 คน ในผู้ป่วยเบาหวานในประเภทไม่พึ่งอินซูลิน สิ่งที่ยืนยันว่ามีเบาหวานลงไต คือ การตรวจพบโปรตีนอัลบูมิน (albumin) ในปัสสาวะ และหากโปรตีนอัลบูมินรั่วออกจากร่างกายมากๆ จะทำให้โปรตีนอัลบูมินในเลือดต่ำลง เกิดอาการบวมตลอดเวลาและบวมทั่วตัว และมีอาการความดันโลหิตสูงร่วมด้วย สุดท้าย จะเข้าสู่ภาวะไตพิการ หรือไตวายเรื้อรัง มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชีวมลง ไม่รู้ตัว เกิดอาการชัก รวมทั้งเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Rosett 1988 : 143 - 148) ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานนาน 15 ปี พบ 1 ใน 5 รายจะมีปัญหาเรื่องไตวาย

3. โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท

โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท พิจารณาตามอาการได้ 3 กลุ่ม คือ

3.1 อาการที่เกิดจากประสาทส่วนปลายเสื่อม เป็นความผิดปกติที่ผู้ป่วยมักจะสูญเสียประสาทรับความรู้สึกบริเวณเท้า โดยจะเริ่มที่ปลายเท้าและลุกลามขึ้นไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะไม่มีรู้สึกเจ็บ และไม่รับรู้ความร้อนเย็น มักจะเป็นที่เท้าและขาทั้งสองข้าง ในบางรายผู้ป่วยจะมีอาการปวดเส้นประสาท โดยมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรือรู้สึกเหมือนมีไฟช็อต ปัจจุบันไม่มีวิธีการที่จะทำให้เท้าหายขาด การควบคุมน้ำตาลในเลือดจะช่วยลดอาการชาหรือไม่ให้มีอาการมากขึ้น และพบว่าภาวะประสาทเสื่อมร้อยละ 7.5 เมื่อเริ่มวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 เมื่อเป็นโรคเบาหวานเกิน 20 ปี (ชัยชาญ ธีโรจนวงศ์ 2537 : 48)

3.2 ความผิดปกติของเส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง ความผิดปกติของเส้นประสาทเส้นใดเส้นหนึ่ง เช่น ประสาทที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อตาผิดปกติ ทำให้กลอกตาไม่ได้ในบางทิศทาง มองเห็นภาพซ้อน ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดศีรษะมาก ความผิดปกตินี้จะดีและหายเองได้ใน 2 - 12 เดือน (สมบุญ วงศ์ธีรภัค 2539 : 40)

3.3 ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม ยังแยกได้ เป็น 2 ประเภท

1. ประสาทอัตโนมัติ ที่ควบคุมระบบทางเดินอาหารเสื่อม ผลให้กระเพาะอาหารไม่เคลื่อนไหว รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ มีอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน การดูดซึมอาหารมีปัญหา ทำให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเกิดปัญหาได้ง่าย และยังก่อให้เกิดปัญหาท้องเสียเรื้อรังเป็นๆ หายๆ (สมบุญ วงศ์ธีรภัค 2539 : 41)

2. ประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์เสื่อม เกิดอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทำให้ปัสสาวะไหลออกไม่รู้ตัว ภาวะกระเพาะปัสสาวะไม่มีบีบตัว ทำให้ปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะตลอดเวลา เป็นต้นเหตุของการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และ

พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 40 จะสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ โดยเฉพาะผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (อภิชาติ กงกะนันท์ 2537 : 32 - 34)

4. โรคแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดแดง

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี เป็นระยะเวลานานอาจเกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็ง (atherosclerosis) เร็วขึ้น ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะที่เส้นเลือดนั้นไปหล่อเลี้ยง เช่น เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองอุดตัน ทำให้เกิดอัมพาต เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตันทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด หรือหัวใจวาย หากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อขาไม่เพียงพอ ทำให้แขนขาอ่อนแรง และมักมีอาการปวดขาเวลาเดิน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเส้นเลือดตีบ คือภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความดันโลหิตสูง (วัลลา ตันตโยทัย 2536 : 241 - 267) และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มากกว่าคนปกติ 2 - 3 เท่า ร้อยละ 5 - 10 ประสบปัญหาภาวะหัวใจล้มเหลว (Thai Multicenter Research on Diabetes Mellitus 1991) ร้อยละ 45 จะมีภาวะเส้นเลือดตีบตัน เกิดภายใน 20 ปี และเกิดโรคผนังเส้นเลือดแข็ง และตีบตัน (atherosclerosis) เร็วกว่าคนปกติ 1.2 - 6.2 เท่า (Levine 1987 : 315 - 330)

การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในระยะแรกๆ ผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยจึงไม่ยอมมาพบแพทย์ตามนัด ดังนั้น ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน จึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และการรักษาและโรคแทรกซ้อนที่จะตามมาภายหลัง ดังนั้น เพื่อป้องกัน การเกิดปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยเบาหวาน จึงควรปฏิบัติดังนี้

1. พักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 - 8 ชั่วโมง
2. หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ เพราะจะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้
3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ร่างกายสดชื่น และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

โดยเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสม ด้านสภาวะร่างกายของตนเอง ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ด้วย

4. ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน อย่าปล่อยให้อ้วน เพราะจะทำให้การควบคุมเบาหวานยากขึ้น

5. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มเหล้า

6. ควรพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ แม้จะรู้สึกสบายดี เพื่อรับการตรวจสุขภาพ และคำแนะนำที่ถูกต้อง ทั้งนี้ เนื่องจากโรคแทรกซ้อนส่วนใหญ่ เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวหรือมีอาการ (อุไรวรรณ ดวงสินธนากุล และมณฑา ทรัพย์พานิชย์ 2539 : 65)

ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลสุขภาพฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและอักเสบ ผู้ป่วยเบาหวานควรปฏิบัติ ดังนี้

1. หมั่นรักษาความสะอาดของฟัน และช่องปาก แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
2. พบทันตแพทย์ ตรวจสอบสุขภาพของฟันและช่องปาก ทุก 6 เดือน

ผู้ป่วยเบาหวานควรดูแลสุขภาพผิวหนัง ซึ่งผิวหนังจัดเป็น ปะการังชั้นนอกสุด ในการป้องกันเชื้อโรค ดังนี้

1. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะตามซอกอับชื้น เช่น ใต้ราวนม รักแร้ และขาหนีบ หลังอาบน้ำ ต้องเช็ดบริเวณนี้ให้แห้ง มิฉะนั้นจะเกิดเชื้อราได้ง่าย
2. ผิวแห้งมาก ควรทาครีม บำรุงผิวให้ชุ่มชื้นเสมอ
3. ถ้าเหงื่อออกมาก ควรทาแป้งฝุ่นบางๆ เพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น
4. สวมเสื้อผ้าที่สะอาดและสบาย
5. ถ้ามีอาการอักเสบของผิวหนัง ผื่นคัน ฝีพุง ควรปรึกษาแพทย์ทันที
6. สำรองเท้าทุกวันว่ามีบาดแผล ตุ่มพอง รอยแตก เจ็บช้ำ และรอยแตกหรือไม่ ออกกำลังกายบริเวณขาและเท้าอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 15 นาที เพื่อให้เลือดไหลเวียน และการปรึกษาแพทย์ทันที ถ้ามีแผล

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน องค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองที่สำคัญคือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลร่างกาย การจัดการกับความเครียด

การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องการอาหารเช่นเดียวกับที่คนทั่วไป การรับประทานอาหารที่ดีในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ดี

อาหารที่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวานคือ อาหารที่มีไขมัน เกลือแร่ น้ำตาลในระดับสูง แม้ว่าสารอาหารทั้งสามอย่างจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของคนทั่วไปและของผู้ป่วยเบาหวานก็ตาม แต่หากมีสารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไปก็มีผลให้เกิดความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ ความดัน และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะมีผลให้อาการของโรคเบาหวานเลวร้ายลง

อาหารคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอาหารที่มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างช้าๆ เช่น แป้งและอาหารที่มีใยพืช และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลแปร

รูปทางเคมีทั้งหลายเช่น ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอืดลม เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

อาหารที่มีไขมันจากพืช เช่น รำข้าว ข้าวโพด ถั่ว ฯลฯ เป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน โดยควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันจากสัตว์ และผู้ป่วยโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้การควบคุมเบาหวานทำได้ยาก เนื่องจากจะให้พลังงานสูงถึง 7 แคลอรีต่อกรัม

การดูแลร่างกาย การดูแลร่างกายอย่างดีจะมีส่วนช่วยลดความรุนแรงของอาการของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในช่วงบั้นปลายของชีวิต ความบกพร่องในการดูแลโรคเบาหวานมีส่วนให้เกิดโรคแทรกซ้อนอย่างรุนแรง

การดูแลผิวหนังมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวานไม่น้อย เพราะโรคเบาหวานจะมีผลต่อทุกส่วนของร่างกาย และพบว่า ราวหนึ่งในสามของผู้ป่วยเบาหวานจะประสบปัญหาโรคผิวหนัง ซึ่งเกิดได้ง่ายกว่าคนทั่วไป อาการเหล่านั้นประกอบด้วย การติดเชื้อแบคทีเรีย การติดเชื้อรา หรืออาการคัน นอกจากนี้โรคผิวหนังบางอย่างเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะ เช่น **diabetic dermopathy, necrobiosis lipoidica diabetorum, diabetic blisters,** และ **eruptive xanthomatosis**

ผู้ที่มียกระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีแนวโน้มที่จะมีผิวหนังแห้งและมีความสามารถในการป้องกันเชื้อโรคต่ำ ซึ่งมีส่วนเพื่อความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ระวังมิให้ผิวหนังแห้ง เพราะการเกาะผิวที่แห้งหรือคันจะทำให้ผิวหนังเกิดรอยแตกซึ่งจะทำให้ติดเชื้อ ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้นจะช่วยมิให้ผิวแตก ในฤดูหนาว ผู้ป่วยเบาหวานควรจะรักษาผิวหนังในบริเวณผิวสัมผัสกัน เช่น ใต้แขนหรือซอกขาหนีบ ให้สะอาดและแห้งโดยการโรยแป้งฝุ่น หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อน และใช้สบู่ที่มีส่วนผสมที่ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง (moisturizing soaps) หลังจากอาบน้ำควรใช้ครีมทาผิวประเภทน้ำมันในน้ำ (oil-in-water skin cream) แต่ระวังอย่าทาครีมในระหว่างนิ้วเท้า เพราะความชุ่มชื้นเกินควรจะกระตุ้นการเจริญของเชื้อรา รักษาบาดแผลในทันที โดยการล้างแผลด้วยสบู่และน้ำสะอาด หลีกเลี่ยงการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีฤทธิ์กัดอย่างรุนแรง เช่น mercurochrome antiseptic, alcohol หรือ tincture iodine ในการล้างแผล แล้วปิดแผลด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ หากเป็นแผลขนาดใหญ่ให้รีบไปพบแพทย์ ให้รีบไปพบแพทย์ผิวหนังหากคุณไม่สามารถจัดการกับผิวหนังผิดปกติได้เอง

การจัดการความเครียด ความเครียดมีผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ อย่างยากลำบาก ความเครียดเป็นสิ่งที่ทำให้ร่างกายพฤติกรรมราวกับถูกโจมตีหรือทำร้าย สาเหตุของความเครียดอาจมาจากปัญหาทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือมาจากปัญหาทางจิตใจ เช่น การทำงาน การแต่งงาน การเงิน ฯลฯ

เมื่อเกิดความเครียด ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบโต้ในลักษณะเตรียมพร้อมเพื่อจะสู้หรือหนี ในสภาพดังกล่าวระดับของฮอร์โมนหลายชนิดจะพุ่งขึ้นสูง ซึ่งจะมีผลให้พลังงานสำรองของร่างกาย อย่างเช่น ไขมัน หรือ กลูโคส ถูกขับออกสู่กระแสเลือด แต่ผู้ป่วยเบาหวานจะไม่สามารถใช้ประโยชน์จากพลังงานเหล่านี้ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากความบกพร่องของอินซูลิน ดังนั้นจึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และหากเป็นความเครียดเรื้อรัง หรือ ความเครียดระยะยาวจะทำให้ระดับน้ำตาลสูงตลอดเวลา และทำให้อาการของโรคเบาหวานเลวร้ายลง การจัดการกับความเครียดที่ดีจึงช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้เป็นอย่างดี (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล 2539 : 36 – 43)

มหาวิทยาลัยศิลปากร สงวนลิขสิทธิ์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล นางรัตนาวดี จุละยานนท์
 ที่อยู่ 59/29 หมู่ 3 ตำบลบางกระเบา อำเภอนครชัยศรี จังหวัด
 นครปฐม
 ที่ทำงาน โรงพยาบาลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม
 โทรศัพท์ (034) 331156

ประวัติการศึกษา
 พ.ศ. 2528 สำเร็จการศึกษาปริญญาเกศาสตรบัณฑิต
 จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 พ.ศ. 2541 ศึกษาต่อระดับปริญญาโทบัณฑิต
 สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยศิลปากร

ประวัติการทำงาน
 พ.ศ. 2528 - 2531 หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
 โรงพยาบาลเถิน อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง
 พ.ศ. 2531 - ปัจจุบัน เภสัชกร 7 หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน
 โรงพยาบาลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม