

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม



นางสาวจิณณพัต ธีรภักดิ์กุล

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS OF NON-INSULIN DEPENDENT
DIABETES MELLITUS PATIENTS IN SOMDEJPHRAPUTTHALERTLA
HOSPITAL, SAMUTSONGKRAM PROVINCE



Miss Jinnapat Theera-apisakkul

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่
พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัด
สมุทรสงคราม

โดย

นางสาวจินณพัทธ์ ธีรอภิศักดิ์กุล

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิศร ภัทราดุลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรรณกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปริญนันท์ จารุจินดา)

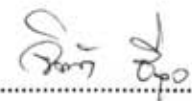
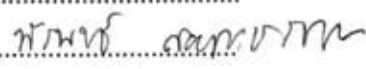
จินณพัต ธีรอภิศักดิ์กุล: คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. (QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS OF NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS PATIENTS IN SOMDEJPHRAPUTTHALERTLA HOSPITAL, SAMUTSONGKRAM PROVINCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.นพ.พีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 110 หน้า.

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและปัจจัยทางจิตสังคม

วัสดุและวิธีการ ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ตั้งแต่เดือนกันยายน - ตุลาคม 2551 จำนวน 395 ราย โดยการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย 3) แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย 4) แบบสอบถามความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว 5) แบบสอบถามการปรับตัวและแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง นำเสนอคุณภาพชีวิตเป็นค่าเฉลี่ยและระดับคุณภาพชีวิตเป็นคำร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้การทดสอบไคสแควร์และวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 84.6 ± 10.0 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.8) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวนและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ($p < 0.05$) ผลการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การไม่มีภาวะวิตกกังวล การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งที่ดี ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ดี การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา และการไม่มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ($p < 0.05$)

สรุป ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 84.6 ± 10.0 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.8) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางจิตสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... 
สาขาวิชา.....สุขภาพจิต..... ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... 
ปีการศึกษา.....2551.....

#5074757030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: QUALITY OF LIFE/ NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS (NIDDM)

JINNAPAT THEERA-APISAKKUL:QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS OF NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS PATIENTS IN SOMDEJPHRAPUTTHALERTLA HOSPITAL, SAMUTSONGKRAM PROVINCE. ADVISOR: ASST.PROF. PEERAPHON LUEBOONTHAVATCHAI, 110 pp.

Objectives: To identify the quality of life and associated factors of non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM) patients. Associated factors included personal, clinical and psychosocial factors.

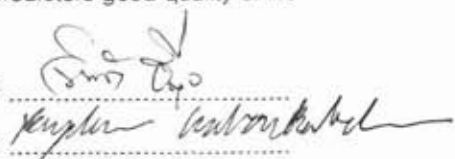
Material and Method: Three hundred ninety-five non-insulin dependent diabetes mellitus patients, age above 18 years old from the Diabetes Mellitus (DM) Clinic of the Outpatient Department, Somdejphraputthalertla Hospital, Samutsongkram Province, were recruited into study from September to October 2008. All samples completed five questionnaires: 1) Demographic and data history form, 2) World Health Organization Quality of Life Brief-Thai Questionnaire (WHOQOL-BREF-THAI), 3) Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS), 4) Family Relationship and Functioning Questionnaire, 5) Problem and Conflict Solving Questionnaire. The quality of life was presented by mean and percentage. The associated between demographic clinical and psychosocial factors and quality of life was analyze by chi-square test. Logistic regression was performed to identify the predictors of patients' quality of life. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean QOL score of NIDDM patients was 84.6 ± 10.0 . Most of them (86.8%) had moderate level of quality of life. Factors associated with their quality of life were anxiety, depression, family relationship and function, problem and conflict solving, sex, age, education, occupation, income, duration of illness, presence of disturbing symptoms and complication ($p < 0.05$). By logistic regression analysis, the significant predictors of good quality of life were absence of anxiety, good family relationship and functioning, good problem and conflict solving, above primary school education and absence of fatigue ($p < 0.05$)

Conclusion: The mean QOL score of NIDDM patients was 84.6 ± 10.0 . Most of them (86.8%) had moderate level of quality of life. The psychosocial factors were strong predictors good quality of life in NIDDM patients.

Department : Psychiatry
Field of Study : Mental Health
Academic Year : 2008

Student's Signature
Advisor's Signature



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ ช่วยเหลือ และให้ความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่านซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพโรจน์ ลือบุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ และตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พวงสร้อย วรกุล และพันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปริญนันท์ จารุจินดา ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ทั้งยังให้ความรู้ คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ เกี่ยวกับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ที่ได้ให้อนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ธนา นิลชัยโกวิท ที่ได้ให้อนุเคราะห์ในการใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลรวมถึงพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล คุณปวีณา ชื่นจิตรที่ช่วยแนะนำการวิเคราะห์ข้อมูล และผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าในช่วงที่เก็บข้อมูลทุกท่าน

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิง กนกวรรณ จันทร์เจริญกิจ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช อาชีวเวชกรรม และเวชกรรมสังคมทุกท่านที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวที่สนับสนุน และเป็นแรงบันดาลใจตลอดมา

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือและให้ความสะดวกตลอดมาที่เข้ามาศึกษา อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้จะไม่ประสบความสำเร็จได้เลย ถ้าปราศจากเพื่อนๆปริญญาโทปี 2 ทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุน กำลังใจ มิตรภาพอันดีงาม ด้วยความรักและเป็นห่วงซึ่งกันและกันตลอดมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรคเบาหวาน.....	8
คุณภาพชีวิต.....	16
คุณภาพชีวิตของผู้โรคป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.....	21
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.....	26
ปัจจัยส่วนบุคคล.....	26
ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย.....	29
ปัจจัยทางจิตสังคม.....	31

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
รูปแบบการวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลทางจิตสังคมในผู้ป่วย เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.....	52
ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.....	62
ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต.....	63
ตอนที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.....	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	71
สรุปผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผล.....	74
ข้อเสนอแนะ.....	80
รายการอ้างอิง.....	82
ภาคผนวก.....	94
ภาคผนวก ก ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์	95
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม.....	98
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	110

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การควบคุมโรคเบาหวานโดยอาศัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....	14
2	ระดับคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบรายด้าน.....	47
3	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
4	แสดงข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
5	แสดงข้อมูลทางจิตสังคมของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
6	แสดงข้อมูลคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	62
7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต.....	63
8	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิต.....	65
9	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับคุณภาพชีวิต.....	69
10	แสดงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง.....	70

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคทางกายเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และถือเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าในปี พ.ศ. 2543 ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกประมาณ 171 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน [1] จากข้อมูลในประเทศไทย พบว่ามีอัตราความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 2.5-7 ส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 15.2 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95-96.5) เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (non-insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) [2] จากข้อมูลสรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปีพ.ศ. 2549 และ 2550 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดสมุทรสงคราม มีจำนวนผู้ป่วย 2,881 และ 5,200 คน ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร เป็น 1,477.22 และ 2,677.49 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น [3][4] และข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ในปีพ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2,369 คน ในปีพ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 2,858 คน และในปีพ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 3,500 คน ซึ่งพบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 290 คน จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีจำนวนมากขึ้นตามลำดับ [5]

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือภาวะเจ็บป่วย [6] คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบริบทของวัฒนธรรมและเป้าหมายชีวิตของแต่ละคน [7] รวมถึงการพัฒนาความเป็นอยู่ของผู้ป่วยหลังเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในสภาพแวดล้อมและสังคมของตนเอง [8] โรคเบาหวานนอกจากจะบั่นทอนสุขภาพให้เสื่อมโทรมและอายุสั้นแล้ว [9] ยังส่งผลกระทบต่ออวัยวะทุกระบบในร่างกายของผู้เจ็บป่วย [10] ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระบบประสาท ตา ไต ระบบเลือดและระบบภูมิคุ้มกัน [11] ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นโรคที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิต โดยการรับประทานยา ออกกำลังกาย การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด การควบคุมอาหารและน้ำตาลในเลือด [11][12] รวมถึงการดูแลด้านจิตใจซึ่ง

เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยต้องยอมรับกับสถานะของตนที่ถูกจำกัด ขาดอิสระ รู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัยในชีวิต โดยรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วย จากที่เคยดูแลใส่ใจสุขภาพตนเองได้ กลับเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวังกับการรักษา ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการได้ง่าย ทำให้เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแล พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว [13] สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวแย่งลง เกิดบรรยากาศตึงเครียดในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพสูงมากถึง 4.5 เท่าของคนปกติ [14] อีกทั้งบทบาททางสังคมถูกจำกัด [15] เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ปรับตัวไม่ได้ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบมากกว่าคนปกติ 2 เท่า และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ ประมาณ 20-30 [16] ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่งลง

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รักษาผู้ป่วยฝ่ายกายเป็นส่วนใหญ่ การดำเนินงานสุขภาพจิตยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยฝ่ายกายทุกแผนก เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานจิตเวชมีจำนวนน้อย การดูแลผู้ป่วยให้ทั่วถึงทุกแผนกนั้น จำเป็นต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งกาย จิตและสังคม เพื่อให้การดำเนินงานสุขภาพจิตเป็นไปตามเป้าหมายดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้นนั้นว่ามีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไรและมีปัญหาทางจิตสังคมอย่างไร การส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบองค์รวมทั้งกาย จิตและสังคม โดยมีทีมสหวิชาชีพทำหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้ความรู้ ดูแล บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงครามต่อไป

คำถามการวิจัย (Research questions)

- 1.คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าเป็นอย่างไร
- 2.ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

สมมติฐานของการวิจัย ไม่มี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาโดยศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษามีทั้งหมด 3 ปัจจัยได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยทางจิตสังคม โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน- ตุลาคม พ.ศ. 2551

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดังกล่าว แต่อาจจะไม่สามารถบอกถึงปัจจัยเสี่ยง (risks) หรือสาเหตุ (causes) เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) บอกได้แต่เพียงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยเกี่ยวข้อง (associated factors) เท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การรับรู้ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในการศึกษานี้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality

of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งพัฒนาเครื่องมือโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ [17]

ภาวะวิตกกังวล (anxiety) หมายถึง ภาวะตึงเครียด ระวังระวังหรือเป็นอาการตื่นตระหนกในสิ่งต่างๆที่ยังไม่ถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นล่วงหน้า โดยพบการเปลี่ยนแปลงตามสรีระวิทยาต่างๆ ได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน จมูกบวมกักจิวตรประจำวันหรือเป้าหมายของงานต่างๆ หรือกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก ในการศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai HADS) พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ [18]

ภาวะซึมเศร้า (depression) หมายถึง รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบซึม เกิดขึ้นเป็นเวลาติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในการศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai HADS) พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ [18]

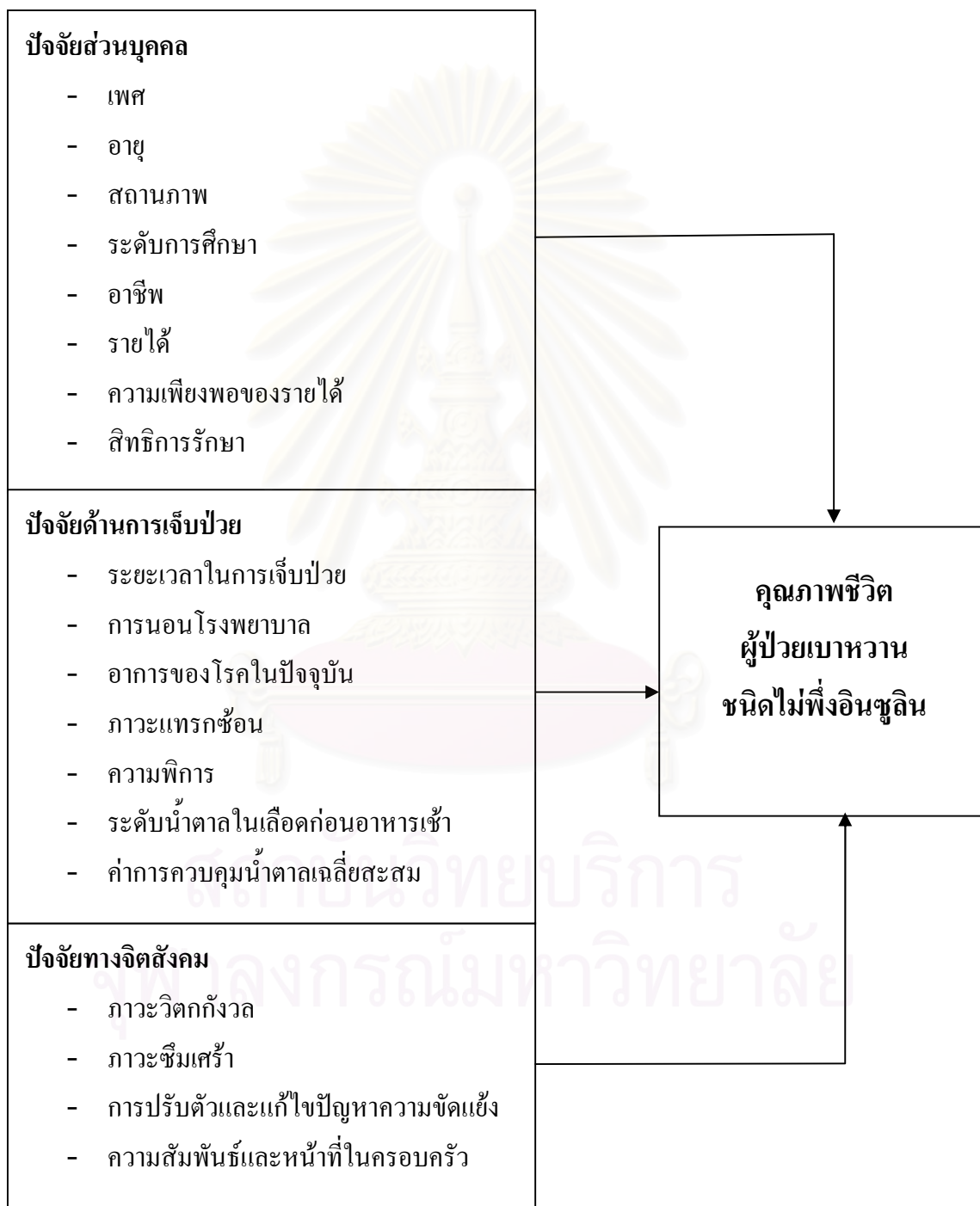
ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมซึ่งสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อบุคคล ซึ่งได้แก่ ความรักความห่วงใย การเคารพซึ่งกันและกัน การเป็นกำลังใจ ปลอดภัยระหว่างกันเมื่อเกิดสถานการณ์ต่างๆ ในการศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire) สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมของพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย [19]

การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลในการตอบสนองกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ในการศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง(Problem and Conflict Solving Questionnaire) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพพื้นฐาน (Interpersonal Baseline Questionnaire) ในส่วนการจัดการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง (interpersonal role disputes) ของ Weissman และ Verdeli [20] โดยพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย [21]

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (independent variables)

ตัวแปรตาม (dependent variable)



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตและวางแผนในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
2. เพื่อให้บุคลากรได้ตระหนักถึงภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโดยทีมบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป
3. เป็นแนวทางในการให้ความรู้ทางวิชาการกิจกรรมต่างๆแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าได้อย่างเหมาะสมต่อไป
4. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาพัฒนาสู่การวิจัยทางการแพทย์พยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบองค์รวม ทั้งกาย จิตและสังคม โดยทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ตามลำดับดังนี้

1. โรคเบาหวาน
2. คุณภาพชีวิต
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

- 4.1.1 เพศ
- 4.1.2 อายุ
- 4.1.3 สถานภาพ
- 4.1.4 ระดับการศึกษา
- 4.1.5 อาชีพ
- 4.1.6 รายได้และความเพียงพอของรายได้
- 4.1.7 สิทธิในการรักษา

4.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ได้แก่

- 4.2.1 ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
- 4.2.2 การเจ็บป่วยถึงขั้นรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 4.2.3 ภาวะแทรกซ้อน
- 4.2.5 ระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสม

4.2.6 ความพิการ

4.3 ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่

- 4.3.1 ภาวะวิตกกังวล
- 4.3.2 ภาวะซึมเศร้า
- 4.3.3 การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง
- 4.3.4 ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว

1. โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) หมายถึง ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมของร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ โดยมีสาเหตุจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรืออินซูลินทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้หมด มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าคนปกติและร่างกายขับน้ำตาลส่วนเกินออกมาทางปัสสาวะ[15][16][22]

ความสำคัญของอินซูลิน

อินซูลินเป็นฮอร์โมนตัวหนึ่งของร่างกาย สร้างและหลั่งจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อน ทำหน้าที่พาน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย เพื่อเผาผลาญเป็นพลังงานในการดำรงชีวิต ถ้าขาดอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ไม่ดีร่างกายจะใช้น้ำตาลไม่ได้ จึงทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญอาหารคาร์โบไฮเดรต การสลายไขมันและโปรตีนร่วมด้วย [23]

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน [22][23]

1. ตับอ่อนซึ่งเป็นแหล่งสร้างและหลั่งอินซูลินเสื่อมสมรรถภาพ เนื่องจากโรคของตับอ่อน
2. สภาวะที่ทำให้ความต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เช่น ความอ้วนหรือร่างกายมีโรคอื่นซึ่งหลังฮอร์โมนต้านอินซูลิน
3. ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลิน เช่น ยาจำพวกสเตียรอยด์ ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ ซึ่งหากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพต่อตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือดแดง
4. กรรมพันธุ์ การมีญาติสายตรง (พ่อแม่พี่น้อง เป็นเบาหวาน) แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นเบาหวานทุกคน
5. ผู้สูงอายุ การสังเคราะห์และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลง
6. การติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น หัด หัดเยอรมัน คางทูม ซึ่งมีผลต่อตับอ่อน
7. การตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างฮอร์โมนจากรกหลายชนิด ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลิน

ประเภทของโรคเบาหวาน สามารถแบ่งได้ดังนี้ [15][16][22][23][24]

1. เบาหวานประเภทที่ 1 (type 1 diabetes) หรือชนิดพึ่งอินซูลิน (insulin dependent diabetes mellitus, IDDM) มักพบในเด็กหรือคนอายุน้อย ซึ่งส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี มัก

ผอม ตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้หรือได้น้อย ทำให้เกิดเป็นกรดคีโตนคั่งในเลือดได้ง่าย ผู้ป่วยจะต้องได้รับอินซูลินฉีดเข้าไปทดแทน [25]

2. เบาหวานประเภทที่ 2 (type 2 diabetes) เป็นชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (non - insulin dependent diabetes mellitus, NIDDM) พบมากที่สุดประมาณร้อยละ 95-97 ของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 40 ปี พบในเพศหญิงบ่อยกว่าเพศชาย ปริมาณอินซูลินในกระแสเลือดของผู้ป่วยอาจปกติและน้อยหรือสูงกว่าปกติก็ได้ และมีน้ำหนักเกิน มีอาการรุนแรงน้อยกว่าชนิดแรก ไม่ค่อยพบภาวะเป็นกรดจากคีโตน ส่วนมากมักมีประวัติคนในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานชนิดนี้

3. เบาหวานชนิดอื่นที่มีสาเหตุเฉพาะ ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมน ได้รับยาบางชนิด เช่น ยากลุ่มสเตียรอยด์ หรือสารเคมีบางชนิด

4. เบาหวานที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ผู้ป่วยต้องไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ตั้งครรภ์ ในช่วงระหว่างตั้งครรภ์จะมีฮอร์โมนจากรก ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลิน เป็นผลให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง ถ้าไม่สามารถเพิ่มการสร้างอินซูลินให้เพียงพอ จะทำให้เกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังคลอดเบาหวานหายไป แต่เมื่อติดตามต่อเนื่องไปพบว่าหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานได้มาก

กลไกการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

จากการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล [26] อธิบายไว้ว่า พบความผิดปกติในตับอ่อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและผู้ที่มีอ้วนมากเกินไป มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้ง่าย มีความผิดปกติเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของอินซูลินในระดับเนื้อเยื่อ โดยพบว่าความไวต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อลดลง เนื่องจากมีจำนวน (insulin receptors) ที่เยื่อหุ้มเซลล์อยู่น้อยกว่าปกติ และบางคนมีการตอบสนองต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อน้อยกว่าปกติด้วย ความผิดปกติทั้ง 2 อย่างนี้ ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) ซึ่งจะตรวจพบว่า มีระดับอินซูลินอยู่ในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ความผิดปกติดังกล่าวเป็นภาวะต่อเนื่องกัน กล่าวคือ ในบุคคลที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินเพียงเล็กน้อยจะมีจำนวน (insulin receptors) น้อยลงเท่านั้น แต่ถ้าภาวะดื้อต่ออินซูลินรุนแรงขึ้น ก็จะทำให้พบว่ามี การตอบสนองต่ออินซูลินของเนื้อเยื่อลดลงร่วมด้วย การที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีอินซูลินอยู่ในกระแสเลือดสูง อาจอธิบายได้จากการที่อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดีทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ตับอ่อนจึงพยายามหลั่งอินซูลินออกมามากขึ้น เพื่อเอาชนะภาวะดื้อต่ออินซูลินนี้

จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของตับอ่อนและความผิดปกติในระดับเนื้อเยื่อที่ตรวจพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้ขาดปริมาณอินซูลินอย่างแท้จริง ตับอ่อนยังสามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ แต่หลังอินซูลินออกมาช้ากว่าปกติและยังมีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้อินซูลินของเนื้อเยื่อด้วย ผู้ป่วยจึงมักไม่เกิดภาวะที่กรดคั่งในกระแสเลือด นอกจากนี้จะเผชิญกับภาวะเครียดที่รุนแรงอย่างมาก สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าคนที่อ้วนมากเกินไปจะเกิดโรคนี้ได้บ่อย และกรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอย่างมาก

อาการของโรคเบาหวาน [23]

1. ปัสสาวะบ่อยและมาก (polyurea) ในผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเกินความสามารถของไตในการกักน้ำให้น้ำตาลออกมาในปัสสาวะ (พลาสติกกลูโคสในเลือดมากกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร)จะมีน้ำตาลออกมากับปัสสาวะ ซึ่งจะดึงน้ำตามมาทำให้สูญเสียน้ำไปด้วย จึงมีปัสสาวะมากกว่าคนปกติ ทำให้ต้องลุกขึ้นปัสสาวะกลางดึกหลายครั้ง
2. ดื่มน้ำมาก (poludipsia) คอแห้ง กระหายน้ำเป็นผลมาจากร่างกายสูญเสียน้ำทางปัสสาวะ
3. รับประทานอาหารบ่อย (polyphagia) หิวบ่อย แต่น้ำหนักลด (loss weight) อ่อนเพลีย เนื่องจากร่างกายเอาน้ำตาลกลูโคสไปใช้พลังงานไม่ได้ เพราะอินซูลินไม่เพียงพอ จึงมีการสลายพลังงานออกมาจากไขมันและกล้ามเนื้อ
4. แผลหายช้า มีการติดเชื้อตามผิวหนัง เกิดฝีบ่อย เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ความสามารถของเม็ดเลือดขาวในการกำจัดเชื้อโรคลดลง
5. มีอาการคันตามผิวหนัง มีการติดเชื้อรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณช่องคลอดของผู้ป่วยหญิง สาเหตุเกิดจากหลายอย่างเช่น ผิวหนังแห้งเกินไป หรือการอักเสบของผิวหนังพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน
6. ตาพร่ามัว ต้องเปลี่ยนแว่นบ่อย เนื่องจากสายตาอาจเปลี่ยน (สายตาสั้น) เมื่อน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลไปคั่งอยู่ในตาหรือตมัว อาจเกิดจากต่อกระจก จอตาผิดปกติจากโรคเบาหวาน
7. ซาปลายมือปลายเท้า หย่อนสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากน้ำตาลที่สูงนานๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อม

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน [22][27][28]

ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานนั้น แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1.ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (emergency complications) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการผิดปกติรุนแรง รวดเร็ว ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายแบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) จากการมีอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการขับน้ำตาลออกมาทางปัสสาวะ และมีการดื่มน้ำออกมามากด้วยทำให้ร่างกายขาดน้ำอย่างรุนแรง การไหลเวียนของโลหิตลดลง

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) หมายถึง ภาวะที่น้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สมองโง่จากการขาดกลูโคส จะมีอาการแสดงทางสมองส่วนกลาง และอาการแสดงของระบบประสาทอัตโนมัติ ตอบสนองต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยมีอาการรู้สึกไม่สบายอย่างเฉียบพลัน หิวมาก มือสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ใจสั่น หัวใจเต้นแรงและเร็ว ปวดศีรษะ มึนงง หน้ามืด ตาลาย ตาพร่ามัว เห็นภาพซ้อน ความรู้สึกนึกคิดผิดปกติ สับสน เลอะเลือน หงุดหงิด ฉุนเฉียวฉับพลัน หน้าซีด อาจมีอาการชักและหมดสติ

1.3 การติดเชื้อ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี คือน้ำตาลในเลือดสูง มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากการทำงานของเม็ดเลือดขาวในการจับเชื้อโรคและการทำลายลดลง ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัสและเชื้อรา ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีโอกาสดูติดเชื้อในหลายอวัยวะ ได้แก่ ช่องปาก เหงือก ปอด ผิวหนัง เท้า อวัยวะสืบพันธุ์ การติดเชื้อบางอย่างจะพบบ่อยในคนเป็นเบาหวานเช่น วัณโรคปอด การติดเชื้อราไมโครโมโคซิสในผู้ป่วยที่เกิดคีโตแอซิโดซิสเป็นต้น

2. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (chronic complications) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติเป็นเวลานานๆ เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกายได้ มีปัจจัยเกี่ยวข้องทางพันธุกรรม ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

2.1 โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงใหญ่ (macrovascular complication) อวัยวะต่างๆ ได้รับอาหาร กลูโคส ออกซิเจนจากเลือดที่ไปเลี้ยงผ่านหลอดเลือดทั่วร่างกาย ดังนั้นการตีบแข็งของหลอดเลือดทำให้เลือดไหลเวียนได้ช้าหรือเกิดการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะนั้น โดยปกติเมื่อสูงอายุขึ้นจะเกิดหลอดเลือดตีบแข็ง แต่ในผู้ป่วยเบาหวานหลอดเลือดจะตีบแข็งได้เร็วกว่าคนปกติ นอกจากระดับไขมันโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ที่พบร่วมด้วยในผู้ป่วยเบาหวานจะไปจับกับผนังหลอดเลือดแล้ว พบว่าระดับน้ำตาลสูงโปรตีนที่เป็นตัวนำไขมันไปยังเซลล์ต่างๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพ ทำให้เหนียว เกาะหลอดเลือดและอุดตันได้ง่าย การทำงานของเกร็ดเลือดเปลี่ยนไปทำให้เกิดการจับกลุ่มอุดตันหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น โดยพบการขาด

หัวใจและหลอดเลือด โดยปกติร่างกายสามารถปรับระดับความดันโลหิตได้ จากการตอบสนองของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงหลอดเลือดทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด เมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางจากนอนเป็นนั่งหรือลุกขึ้นยืนโดยเร็ว เพื่อมิให้ความดันโลหิตลดต่ำ จะมีแรงดันส่งเลือดไปยังที่สูง เช่น จากเท้าไปศีรษะในผู้ป่วยเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานการทำงานของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงหลอดเลือดเสียไป ทำให้เกิดความดันโลหิตลดลงจากเดิมมากกว่า 20-30 มิลลิเมตรปรอท เมื่อมีการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็วเกิดอาการหน้ามืด มึนศีรษะ

การตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน [22][27][28][29] ดังนี้

1. การซักประวัติ ประวัติทางพันธุกรรม ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เกาต์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด อาการและอาการแสดงเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่มีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน อายุที่เริ่มเป็น ประวัติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ประวัติการควบคุมน้ำหนัก ความอ้วน ยาที่ได้รับเช่น ยาปฏิชีวนะ ยาขับปัสสาวะ และการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย อุบัติภัยการกิน อาหาร และเศรษฐกิจ

2. การตรวจร่างกาย เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง body mass index, BMI การวัดความดันเลือด การตรวจชีพจรส่วนปลายและฟังเสียงหลอดเลือดคอโรติด (carotid bruit) การตรวจตาและจอตา การตรวจระบบประสาท(neurological examination) การตรวจฟันและเหงือก

3. การวินิจฉัยโรคเบาหวานพิจารณาจากระดับน้ำตาลในเลือด มีหลัก 3 วิธี

3.1 ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดหลังอดอาหารนาน 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่ามากกว่าเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

3.2 ค่า casual (random) plasma glucose มากกว่าเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

3.3 ระดับ plasma glucose ที่ 2 ชั่วโมง หลังจากทำ (oral glucose tolerance test, OGTT) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งการประเมินน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำนายถึงอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้ เช่น ระดับน้ำตาลฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ที่สูงมากกว่าร้อยละ 6.5 เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ (macrovascular) หรือมากกว่าร้อยละ 7.5 เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดเล็ก (microvascular) ซึ่งการทราบผลระดับน้ำตาลในเลือดสามารถตรวจได้ทางห้องปฏิบัติการ

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะต้องอาศัยเกณฑ์การตรวจตามตาราง

ตารางที่ 1 การควบคุมโรคเบาหวานโดยอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ [30]

รายการ	หน่วย	ดี	ยังต้องปรับปรุง
Fasting plasma glucose	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	80-120	> 140
	Mmol/ลิตร	4.4-6.7	> 7.8
Postprandial glucose	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	80-160	> 180
	Mmol/ลิตร	4.4-8.9	> 10.0
HbA1C	%	< 7	> 8
Total cholesterol	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	< 200	> 250
	Mmol/ลิตร	< 5.2	> 6.5
LDL – cholesterol เมื่อไม่มีโรคหัวใจขาดเลือด	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	< 130	> 160
	Mmol/ลิตร	< 3.4	> 4.1
LDL – cholesterol เมื่อมีโรคหัวใจขาดเลือด	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	< 100	> 130
	Mmol/ลิตร	< 2.6	> 3.4
HDL - cholesterol	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	> 45	< 35
	Mmol/ลิตร	> 1.2	< 0.9
Fasting Triglycerides	มิลลิกรัม/เดซิลิตร	< 150	> 250
	Mmol/ลิตร	< 1.7	> 3.4
Body mass index	กิโลกรัม/ตารางเมตร	(ชาย) 20-23	> 23
		(หญิง) 19-24	> 26
ความดันเลือด	ทอรรี่	< 130/85	> 160/95

การรักษาโรคเบาหวาน [27][31][32]

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลรักษาจึงมุ่งเน้นที่จะป้องกันการเกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ โดยควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะต้องอาศัยหลัก 3 ประการดังนี้

1. การควบคุมอาหาร จะต้องมีการควบคุมทั้งจำนวนแคลอรีของอาหารที่ควรได้รับ ทั้งชนิดและปริมาณชนิดอาหารแต่ละประเภท ในภาวะปกติผู้ป่วยควรได้รับอาหารวันละประมาณ 30 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ถ้าผู้ป่วยที่ใช้แรงงานมากจำนวนแคลอรีก็ควรเพิ่มมากขึ้น

สัดส่วนของอาหารประเภทต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อพิจารณาตามจำนวนแคลอรีที่ควรได้รับคือ คาร์โบไฮเดรต 50-60% โปรตีน 12-20% และไขมัน 30-38%

2. การออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อได้ใช้กลูโคสได้มากขึ้น และทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น อาจทำให้ระดับอินซูลินในเลือดต่ำลง และกระตุ้นให้ตับสร้างกลูโคสมากยิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้

3. การใช้ยารักษาเบาหวาน โดยทั่วไปมี 2 ชนิด ดังนี้

3.1 ยาชนิดรับประทาน ใช้กันโดยทั่วไปมี 2 กลุ่ม

1. ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ออกฤทธิ์กระตุ้นให้มีการหลั่งอินซูลินออกจากตับอ่อนเพิ่มขึ้น และส่งเสริมให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่เซลล์กล้ามเนื้อ ไขมันและตับได้ดีขึ้น

2. ยากลุ่มไบกัวไนด์ การออกฤทธิ์ช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหาร ลดการสร้างน้ำตาลกลูโคสที่ตับ ช่วยให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีโดยไม่มีผลต่อการหลั่งอินซูลิน ทำให้มีการใช้น้ำตาลได้เพิ่มขึ้น โดยไม่ต้องใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญ

3.2 ยาฉีดอินซูลิน การออกฤทธิ์ช่วยให้น้ำตาลเข้าเซลล์และนำไปใช้ได้มากขึ้น ยับยั้งการสร้างน้ำตาลจากกรดอะมิโนและกรดไขมันที่ตับ ยับยั้งการสลายไกลโคเจนเป็นน้ำตาลที่ตับ และกล้ามเนื้อ และยับยั้งการสร้างคีโตนในร่างกาย

2. คุณภาพชีวิต

แนวคิดคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันคำว่า คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่ได้รับความสนใจและถูกกล่าวถึงบ่อยครั้ง แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจึงเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพของประชาชนในประเทศต่างๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ สามารถทำได้รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ประเทศไทยได้นำแนวคิดประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ รวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 – 2549) ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี [33] คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความหมายกว้าง [34] คุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้เปรียบเทียบ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ การรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะมีประสบการณ์ อารมณ์ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน [35] คุณภาพชีวิตมีความซับซ้อนและครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ อันก่อให้เกิดความพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตของบุคคลนั้นๆ [36] คุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาทั้งในยามที่มีภาวะสุขภาพดีและในยามเจ็บป่วย [37] ดังนั้นจึงมีผู้สนใจศึกษาและให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้อย่างมากมายตามทัศนะและมุมมอง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความสอดคล้องและคล้ายกัน

ความหมายของคุณภาพชีวิต

พจนานุกรมบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2525 [38] ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คำว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะดีประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนคำว่า ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

องค์การอนามัยโลก [7][39] ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเอง ภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

Burckhardt [36] ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า การมีความพึงพอใจในชีวิตแต่ละบุคคล มีภาวะสุขภาพกายและด้านวัตถุ (physical and material well-being) ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นและความสามารถที่จะปฏิสัมพันธ์ในสังคม ชุมชน กิจกรรมต่างๆ รวมทั้งแต่ละบุคคลมีการพัฒนาตนเอง การทำให้บรรลุผลและการหาเวลาพักผ่อน

Padilla and Grant [40] ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้กว้าง ๆ ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) และความพึงพอใจ (satisfaction) ในชีวิตตนเอง

Zhan [41] ให้ความหมายว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกผาสุกในชีวิต โดยที่บุคคลสามารถรับรู้และประเมินได้ด้วยตนเองขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

Meeberg [42] ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ เช่น ความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุก

Ferran and Power [43] ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พอใจแต่ละด้านของชีวิต

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การรับรู้ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในการศึกษานี้

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิต โดยมีผู้พยายามคิดค้นและหาวิธีในการประเมินคุณภาพชีวิตขึ้น ซึ่งสร้างเครื่องมือวัดแบบต่างๆ ขึ้นมา โดยมีความแตกต่างกันออกไปตามแนวคิด วัตถุประสงค์และวิธีการ ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้ 2 ด้านดังนี้ [40][41][44]

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้และเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้ทางสังคม ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย อากาศ อาหาร และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคล

2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นตัวบ่งชี้ทางจิตสังคมและการรับรู้ของบุคคล ประเมินโดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อประสบการณ์ชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก ความรู้สึกเป็นสุข ความมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจ การรับรู้ต่อคุณค่าและความหมายในชีวิตของบุคคล

Stromberg [45] ได้แบ่งวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 วิธี คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยจากผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพ แล้วให้ค่าออกมาเป็นคะแนน
2. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดปริมาณ (subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินตนเองตามความหมายหรือประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิตที่ตนได้รับ โดยออกมาเป็นค่าคะแนน
3. การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ (subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินลักษณะบรรยาย และบอกสภาพที่ตนเป็นอยู่ตามความคิดเห็นหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Flanagan [46][47] ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็นพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ เช่น มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีบ้านอยู่อาศัย มีอาหารดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกและมีมั่นคงปลอดภัย
2. มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เช่น มีความสัมพันธ์กับบิดา มารดา คู่สมรส ญาติ เพื่อน และบุคคลอื่น รวมทั้งการมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. มีกิจกรรมและมีส่วนร่วมในชุมชนสังคม ได้มีโอกาสช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่นในสังคม
4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตตามพัฒนาการ เช่น พัฒนาการด้านการเรียนรู้ ความสนใจ พัฒนาการทางด้านสติปัญญา การเข้าใจตนเอง รู้จุดดีจุดบกพร่องของตนเอง ทำงานที่สนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี แสดงออกทางความรู้สึกอย่างสร้างสรรค์
5. มีการสันทนาการ การออกกำลังกาย ดูกีฬา อ่านหนังสือ ฟังเพลงหรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ สังคมกับผู้อื่นและมีส่วนร่วมในสังคม

Zhan [41] ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิต บุคคลจะรับรู้โดยองค์รวมถึงความแตกต่างโดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ตนเป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง ซึ่งกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้

ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย ภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของบุคคล และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (self concept) เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง โดยรวมหรือเฉพาะด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่เปลี่ยนแปลงยาก

3. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning) หมายถึงสุขภาพที่ปราศจากโรคและความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละวัน การเคลื่อนไหวต่างๆ

4. ด้านเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic) สภาพสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่า ความมั่นคงในชีวิต ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถหาได้จากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การศึกษา อาชีพ และรายได้

Ferran and Power [43] ได้พิจารณาองค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจได้ 4 ด้าน

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (health and functioning) ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเอง การพักผ่อน การทำกิจกรรมต่างๆ การเดินทางการมีกิจกรรมในครอบครัว

2. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพ การมีรายได้ การทำงาน ที่อยู่อาศัย การมีเพื่อนร่วมงาน

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological/spiritual) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสงบทางจิตใจ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจเรื่องอื่นๆ ทั่วไป

4. ด้านครอบครัว (family) ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บุคคลในครอบครัว ความสุขในครอบครัว บุตร ภาวะสุขภาพของคนครอบครัว

Ferrell [48] ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being and symptoms) ได้แก่ การรับรู้ความอยากอาหาร การเปลี่ยนแปลงของวงจรประจำเดือน การเป็นหมัน การนอนหลับ ความเจ็บปวด อาการเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว

2. ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความรู้สึกมีประโยชน์ การมีความสุข ความพึงพอใจ การสามารถเผชิญความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้

3. ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของ

ครอบครัวสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4. ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well - being) ได้แก่ การมีความหวัง และมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีกิจกรรมการเปลี่ยนแปลงจากความเชื่อทางจิตวิญญาณ ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI) [17] เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่า คุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็นจิตวิสัย (subjective) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปรวมอีก 2 ข้อคำถาม รวมเป็น 26 ข้อ

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การมีอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน รับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ภาคภูมิใจ เชื้อมั่นในตนเอง มีความคิดเชิงบวก มีความคิดความจำ สมาธิ การตัดสินใจ การเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านศาสนา จิตวิญญาณ ความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม หรือตนเองสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วยรวมทั้งการรับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้ว่าจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคม

สะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ โอกาสในการฝึกฝนทักษะต่างๆ มีกิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ได้กล่าวมาเป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกเป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั้ง 4 ด้าน เนื่องจากสามารถวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่จะศึกษาได้ครอบคลุมและครบถ้วน

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามคุณภาพชีวิตอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนี้

1. ด้านร่างกาย โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ โดยมีสาเหตุจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรืออินซูลินทำงานไม่เต็มที่ การรักษาเป็นเพียงเพื่อทุเลาหรือบรรเทาอาการของโรค ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะโรค ทั้งทางด้าน การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ง่ายและรุนแรง ซึ่งผู้ที่เป็นโรคเบาหวานนอกจากจะต้องมีความทุกข์จากภาวะของโรคเบาหวานแล้ว ยังมักจะมี ความทุกข์ทรมานมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันที่พบบ่อยคือภาวะกรดคีโตในกระแสเลือดสูง (diabetes ketoacidosis) ภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสในเลือดสูงโดยไม่มีกรดคีโตในกระแสเลือด และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งมักเกิดก่อนมื้ออาหาร หรือในช่วงอินซูลินออกฤทธิ์สูงและ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจะสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เป็นโรค โดยมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปและเกิดกับอวัยวะสำคัญทุกส่วนของร่างกายได้แก่ หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ตา ไต [49][50]

2. ด้านจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเสมอ ซึ่งเกิดจากภาวะการเจ็บป่วย ความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ จะมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวลเพิ่มขึ้น มีสภาพปัญหาด้านจิตใจ เช่น กลัวการอยู่โรงพยาบาล กลัวโรคและอาการหนัก กลัวไม่หาย รู้สึกไม่มั่นใจ กลัวความไม่แน่นอนในชีวิต ต้องปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วย การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ [13][15][51][52][53][54] โรคเบาหวานเป็นโรค

ที่ต้องอาศัยการควบคุมดูแลตนเองอย่างถูกต้องและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย เกิดความท้อถอย ซึ่งภาวะความเครียดทางด้านจิตใจจะมีอิทธิพลต่อความคิด ทักษะสติ การรับรู้ สถิติปัญญา แรงดลใจ การตัดสินใจและการตอบสนองด้านพฤติกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน [50] ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักแสดงออกโดยมีอาการนอนไม่หลับ ก้าวร้าว ซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ภาวะดังกล่าวเกิดจากฮอร์โมนของความเครียดที่มีผลต่ออินซูลิน ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี [55] ผลจากการควบคุมน้ำตาลไม่ได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ง่ายและรุนแรง สุขภาพเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ [52] ภาวะเครียดที่ต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ง่าย ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้

3. ด้านครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ บุคคลซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานนาน จะเกิดการเบื่อหน่ายกับการปฏิบัติและดูแลตนเอง เกิดภาวะแทรกซ้อนมากและเกิดความพิการ จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องดูแล พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานจะรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว [13] บทบาททางสังคมถูกจำกัด [15] สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวแยลง เกิดบรรยากาศเครียดในครอบครัว นอกจากนี้มีผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพสูงมากถึง 4.5 เท่าของคนปกติ [14] ดังนั้นโรคเบาหวานจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน

ผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์ และคณะ [56] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานและปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรม ห้องตรวจผู้ป่วยอายุรกรรมและคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสงขลา จำนวน 350 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานและแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r = 0.106, p < 0.05, r = 0.201, p < 0.01, r = 0.109, p < 0.01, r = 0.349, p < 0.01, r = 0.246,$

$p < 0.01$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r = 0.52, p > 0.05$ และ $r = 0.401, p > 0.05$ ตามลำดับ)

จิรนุช สมโชค [57] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 120 คนที่มารับการตรวจรักษา ณ ห้องตรวจทางอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก หรือคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของซาน (diabetes quality of life questionnaire, DQOL) และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านประชากร มีเพียงเพศและสถานภาพสมรสเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.2105$ และ 0.2538 ตามลำดับ) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ($r = 0.3183$ และ 0.1784 ตามลำดับ) ปัจจัยด้านสุขภาพมีเพียงระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ ($r = 0.1718$ และ -0.4289 ตามลำดับ) ความรุนแรงของโรค ระดับการศึกษาและสถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($p < 0.001$) ซึ่งสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 28.89

วรรณภา สามารถ [58] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ กลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาล 6 แห่ง ได้แก่ ร.พ.มหาราชนครเชียงใหม่ ร.พ.นครพิงค์เชียงใหม่ ร.พ.ศ.ขอนแก่น ร.พ.ศ.ชลบุรี ร.พ.ศ.หาดใหญ่ และร.พ.ศิริราช จำนวน 268 คน และกลุ่มคนปกติ 268 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนปกติ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคือ เพศ การศึกษา รายได้ สิทธิพิเศษในการเบิกหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ภูมิลำเนา การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการปัสสาวะบ่อยและความพิการ

บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และคณะ [59] ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานที่มาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรค ผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามารินทร์ จำนวน 497 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

diabetes quality of life questionnaire, DQOL ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.4 เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 17-91 ปี อายุโดยเฉลี่ย 57.43 ± 13.80 ปี ร้อยละ 90.3 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉลี่ยเป็นมานาน 10.20 \pm 7.98 ปี ผู้เป็นเบาหวานร้อยละ 88.3 ระบุว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงและเพียงร้อยละ 11.7 ที่ระบุว่าความพึงพอใจระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือด FPG และ HbA1C สูงกว่าเป้าหมาย คือร้อยละ 55.7 และ 47.2 ค่าระดับน้ำตาลอยู่ในเป้าหมายคือร้อยละ 37 และ ร้อยละ 25 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย กลุ่มที่เสียค่ารักษาเองและเบิกค่ารักษาได้ กลุ่มที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่มีอายุมาก กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลดีตามเป้าหมาย พบว่ามีความพึงพอใจสูง

พันธ์ทิพย์ วัชรสินธ์ และคณะ [60] ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ห่างไกลของไทย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 114 คนโดยใช้แบบสำรวจสุขภาพ SF-36 (The generic Short-Form 36 Health Survey) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมอยู่เกณฑ์ปานกลาง เมื่อพิจารณาเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ ด้านกิจกรรมทางสังคม (SF) > ด้านสุขภาพจิต (MH) > ด้านกิจกรรมทางกาย (PF) > ด้านความกระปรี้กระเปร่า (VT) > ด้านความเจ็บปวดทางกาย (BP) > ด้านการแสดงอารมณ์ (RE) > ด้านสุขภาพทั่วไป (GH) และ > ด้านปัญหาผลกระทบจากทางกาย (RP) และเมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและในรายด้านตามลักษณะส่วนบุคคล พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรค อายุที่แตกต่างกันจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ส่วนระยะเวลาที่เป็นโรคมีผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Glasgow และคณะ [61] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 2,056 คน โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพ SF-20 (The general Short Form 20 Health Survey) ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงต่ำ ปัจจัยที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ได้แก่ ระดับการศึกษาที่ต่ำ รายได้น้อย อายุมาก เพศหญิง ผู้ที่ไม่มีหรือผู้ที่ได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐ ความรุนแรงของโรค และจำนวนของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

Keinanen และคณะ [62] ได้ศึกษาถึงภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานตอนเหนือของประเทศฟินแลนด์ จำนวน 2,519 คน โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ NHP (Nottingham Health Profile) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานต่ำกว่าคนทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน จะมีความพึงพอใจต่ำกว่าประชากรทั่วไป ระยะเวลาการเจ็บป่วยและอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

Jacobson และคณะ [63] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 240 คน โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (diabetes quality of life questionnaire, DQOL) และแบบสำรวจสุขภาพ SF-36 (The generic Short-Form 36 Health Survey) ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ชนิดของการรักษา และโรคแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

4.1.1 เพศ

ธรรมชาติได้สร้างให้มนุษย์มีด้วยกันสองเพศ คือ เพศชายและเพศหญิง โดยมีลักษณะที่แตกต่างกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ [64] ดังนั้นจึงสร้างให้เพศชายมีพลังกำลังเหนือกว่าเพศหญิง จึงทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ในขณะที่เพศหญิงความสามารถทางร่างกายต่ำกว่า มีการปรับตัวยาก ฟังพาสสูงและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย [65] ซึ่งสอดคล้องกับของพวงสร้อย วรรณกุล [66] พบว่า เพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย มักจะเก็บกดอารมณ์เอาไว้เมื่อสภาพอารมณ์ที่กดเอาไว้ย้อนกลับเข้าสู่ตนเอง จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าเพศชายส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่กว่าเพศชาย ซึ่งต่างจากการศึกษาที่พบว่าเพศชายส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลในการดูแลตนเองน้อยกว่าเพศหญิง และมีพฤติกรรมด้านโภชนาการไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมเสี่ยงคือ ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของเพศชายโดยรวมต่ำกว่าเพศหญิง [56]

4.1.2 อายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ส่งผลต่อการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่าบุคคลที่มีอายุต่างกันจะเลือกใช้ชีวิตการที่จะเผชิญปัญหาที่ต่างกัน [41] ผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีอายุมากหรือสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้เป็นโรคเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่า [59] ซึ่งต่างจากการศึกษาที่พบว่าอายุที่มากขึ้นเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น เนื่องจากอวัยวะทุกส่วนเสื่อมถอย เป็นภาวะของบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง [64] เมื่อสูงอายุการกระทำเพื่อดูแลตนเองจะทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ [67] และยังพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการฟังพาสผู้อื่นสูง การฟังพาสผู้อื่นจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคม [68] ย่อมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงได้

4.1.3 สถานภาพสมรส

เป็นเครื่องบ่งชี้สถานะครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์และแรงสนับสนุนที่สำคัญของบุคคล โดยบุคคลที่มีสามีหรือภรรยาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต สามารถระบายความทุกข์แบ่งปันความสุข ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในทุกๆ ด้าน อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีสามี

หรือภรรยา ซึ่งขาดคนคอยดูแลความทุกข์สุข [69] นอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรสหรือบุคคลใกล้ชิด จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลตนเอง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น [56]

4.1.4 ระดับการศึกษา

การศึกษาช่วยส่งเสริมพัฒนาให้คนมีสติปัญญา และหาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยจะแสวงหาความรู้เพื่อค้นหาคำตอบที่จะช่วยป้องกันผลกระทบที่เกิดกับตนเอง จากการศึกษาล้วนใหญ่ที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาที่ดีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต [69][70][71] แต่ยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้เรียนหรือการศึกษาน้อยมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับอื่น ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าอาจเนื่องมาจากผู้เป็นเบาหวานยอมรับสภาพชีวิตของตนที่เป็นอยู่ [59]

4.1.5 อาชีพ

การทำงานเป็นการช่วยให้มนุษย์สามารถสนองความต้องการของบุคคลได้ ถ้าขาดปัจจัยเหล่านี้มนุษย์ย่อมมีชีวิตอยู่ไม่ได้ นอกจากนี้การมีงานทำมีความสัมพันธ์กับการนับถือตนเอง (self-esteem) และพบว่าการนับถือตนเองจะแตกต่างกันไปตามลักษณะอาชีพและลำดับขั้นของตำแหน่งที่บุคคลนั้นครอบครอง ทำให้มองตนเองมีค่า มีความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยลดความวิตกกังวล ไม่ก่อให้เกิดความเบื่อหน่ายเนื่องจากมีเวลาว่างมาก [72] และยังพบว่า บุคคลที่มีการประกอบอาชีพได้ จะมีความสุขใจมากกว่าคนที่ไม่มีการประกอบอาชีพ [73]

4.1.6 รายได้และความเพียงพอของรายได้

รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต เนื่องจากความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ จำเป็นต้องใช้เงินเป็นตัวแลกเปลี่ยนทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นผู้มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากเงินเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต [58] และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากการมีส่วนร่วมในสังคม การมีงานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่าง จำเป็นต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยหนึ่ง [74]

4.1.7 สิทธิพิเศษในการขอเบิกหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล

เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้โดยการบังคับหรือสมัครใจ โดยสิทธินั้นช่วยคุ้มครองและทำให้เข้าถึงบริการทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมั่นใจ ไม่กังวลกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยไม่เป็นภาระของผู้อื่นทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ [75] และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีหรือมีประกันสุขภาพที่ได้รับจาก

รัฐจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้ประกันสุขภาพ จากองค์กรหรือทำประกันสุขภาพจากเอกชน [61] นอกจากนี้กลุ่มที่มีสิทธิในการเบิกหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีสิทธิในการเบิกหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากมีความวิตกกังวลกับค่าใช้จ่าย ทำให้เป็นภาระของบุคคลในครอบครัว [58] และพบว่า กลุ่มที่ต้องจ่ายเงินเองและกลุ่มที่เบิกจากราชการ/วิสาหกิจได้ มีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้เป็นเบาหวานที่จ่ายเงินเองมีความพึงพอใจที่จะจ่ายค่ารักษาเอง โดยอาจเชื่อว่าจะได้รับการดูแลและยาที่มีคุณภาพ ส่วนกลุ่มที่เบิกได้อาจไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายหรือคุณภาพของยาที่ได้รับ [59]



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.2 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

4.2.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

เมื่อระยะเวลาป่วยที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้และยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี [76] ซึ่งต่างจากการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในระยะเวลาที่น้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า [61] ทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานนานกว่า 5 ปี คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ทำให้ชีวิตของตนเกิดอันตราย เป็นภาระของครอบครัวและรู้สึกไม่สบายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษามากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 5 ปีหรือต่ำกว่า [57] และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยเป็นระยะเวลานานจะรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายที่จะต้องเอาใจใส่สุขภาพซึ่งทำให้แนวโน้มในการดูแลสุขภาพไปในทางลบ ดังนั้นระยะเวลาในการเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต [77]

4.2.2 การเจ็บป่วยถึงขั้นรักษาตัวในโรงพยาบาล

กลุ่มผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา [61] ทั้งนี้จำนวนครั้งของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าการเข้าพักรักษาตัว 1 ครั้งและไม่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล [58] และยังพบว่าจำนวนครั้งของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [78]

4.2.3 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (fasting blood sugar, FBS) และค่าการควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (glycylated haemoglobin A1C, HbA1C)

ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับ HbA1C เป็นตัวชี้วัดถึงการควบคุมโรคเบาหวานที่สำคัญ ทั้งที่มีหลักฐานยืนยันว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี สามารถป้องกัน ลด หรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานได้ [79][80][81][82][83] ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด FPG และ HbA1C ต่ำหรืออยู่ในเกณฑ์ตามเป้าหมาย มีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือด FPG และ HbA1C สูง ซึ่งพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำจะทำให้คุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง [84] และผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่สามารถควบคุมได้ [85] เมื่อระดับ HbA1C ลดลง คุณภาพชีวิตในด้านสภาวะจิตใจจะดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นเช่นกัน [86]

4.2.4 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง (acute and chronic complications)

ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวานเป็นปัญหาก่อให้เกิดการเสียชีวิต ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป เนื่องจากหมดสติจากภาวะคีโตนคั่งในเลือดหรือหมดสติเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้มีการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะดังกล่าว ในขณะที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่าจะเสียชีวิตเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น [87] ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังก่อให้เกิดความพิการหรืออาจเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิต อาจเกิดความกังวล เศร้า ซึ่ง Lauer [88] กล่าวว่าโรคประจำตัวนับเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ และจากการศึกษาพบความรุนแรงของการเสียหายที่การทำงานของร่างกาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง [89] ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่แย่ง [57] [63] [90]

4.2.5 ความพิการ (disability)

ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกต่ำต้อยที่รูปร่างอัปลักษณ์ไม่สมประกอบ เกิดความละอายใจ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต ซึ่ง Miller [91] ได้กล่าวว่า การไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง เป็นข้อบ่งชี้ถึงการขาดอำนาจในการควบคุมกิจกรรมของตนเอง ผลที่ตามมาจะก่อให้เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น รู้สึกท้อหย่อน การมองโลกในแง่ร้ายและการแสดงอารมณ์โกรธอย่างไม่เหมาะสม นอกจากนี้ความพิการที่เกิดขึ้นย่อมแสดงให้เห็นถึงภาวะของโรคที่คุกคามมากขึ้นจนก่อให้เกิดความพิการ ผู้ป่วยจึงเกิดความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความพิการที่จะตามมาอีกที่จะทวีความรุนแรงของความพิการมากขึ้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องระมัดระวังเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับความเจ็บป่วยของโรคมมากขึ้น ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย จิตใจหดหู่ที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ทั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีความพิการของร่างกายมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะพิการของร่างกาย เนื่องจากกลุ่มที่มีความพิการของร่างกาย เกิดความรู้สึกต่ำต้อยที่รูปร่างอัปลักษณ์ ไม่สมประกอบ เกิดความละอายใจ รวมทั้งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มองตนเองไร้ค่า ขาดความภาคภูมิใจ เมื่อได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างหรือสังคม ยิ่งก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย ดังนั้นความพิการจึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ [58]

4.3 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

4.3.1 ภาวะวิตกกังวล (anxiety)

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ [92] ได้ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักจะมีอาการตึงเครียด ระแวงระวัง หรือบางครั้งอาจมีการตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นรัว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะมีอยู่เป็นประจำในสถานการณ์ที่ตึงเครียด จะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (disorder) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมาจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของการทำงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

รวีวรรณ นิเวศพันธ์ุ [93] ให้ความหมายไว้ว่า อาการวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการที่รู้สึกว่าคุณไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ และมีอาการไม่สบายต่างๆ เช่น รู้สึกจุกแน่น อึดอัดในอกหรือหัวใจ เหงื่อออกตามแขนขา ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะทันที (ANS disturbance) ลูกลี้ลูกลอน เดินไปมา แขนขาสั่น (psychomotor) นอกจากนี้อาการวิตกกังวลยังเป็นผลต่อการรับรู้ต่างๆ และความคิด (cognition) โดยทำให้สมาธิไม่ดี ความจำไม่ดี และการแปลความหมายสิ่งที่ได้รับมาผิดพลาดได้

Dirckx [94] กล่าวว่า เป็นภาวะหวาดหวั่นที่มีความรู้สึกว่ามีอันตรายและสิ่งคุกคามต่อตนเอง ร่วมกับอาการกระสับกระส่าย ตึงเครียด หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) และหายใจขัด (dyspnea) โดยไม่ได้เกิดจากสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจน

ทิพากร อังคกุล [95] กล่าวว่า เป็นสภาวะอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งจะมากขึ้นเรื่อยๆ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ การคาดการณ์ล่วงหน้า การประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้มีลักษณะของความไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ

ดารุวรรณ ไรจนสุพจน์ [96] เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกคุกคาม ไม่มีความมั่นคง ไม่ปลอดภัย เกิดความกดดัน รู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย ไม่สบายใจ ความสนใจและการรับรู้ข้อมูลใหม่ลดลง ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง ถ่ายปัสสาวะบ่อย หรือประเมินจากการสังเกต การแสดงออกและท่าทาง เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายเสื่อง มือสั่น ไม่ยอมสบตา ถอนหายใจ พุดเร็ว ร้องไห้ พุดถึงความรู้สึกกลัวและความไม่สบายใจ

Kaplan and Sadock [97] ได้อธิบายว่า เป็นกลุ่มอาการที่วิตกกังวลมากเกินไปเกินกว่าเหตุ โดยมีอาการแสดงร่วมกับอาการทางกายต่างๆ แยกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. การทำงานมากเกินไปของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic hyperactivity) เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็มอิ่ม เหงื่อออกมากผิดปกติ รู้สึกปั่นป่วนในท้อง ปวดปัสสาวะทันที
2. การเกิดอาการตึงเครียดของระบบการเคลื่อนไหว (motor tension) เช่น ปวดศีรษะ ปวดตึงกล้ามเนื้อตามตัว กระสับกระส่าย ลุกลุกกลน กลืนลำบาก แขนขาสั่น
3. การรับรู้และความคิดเปลี่ยนไป (cognitive hyper vigilance) เช่น หงุดหงิด ตกใจง่าย สมาธิไม่ดี ความจำไม่ดี

จากการศึกษาี้ ภาวะวิตกกังวล หมายถึง ภาวะตึงเครียด ระวังระวังหรือเป็นอาการตื่นตระหนกในสิ่งต่างๆ ที่ยังไม่ถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นล่วงหน้า โดยพบการเปลี่ยนแปลงตามสรีระวิทยาต่างๆ ได้แก่ เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน จนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของงานต่างๆ หรือกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

สาเหตุของการเกิดภาวะวิตกกังวล เกิดได้ 3 ประการดังนี้ [95]

1. ภาวะวิตกกังวลจากพัฒนาการของชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ หรือจากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลเกิดความคับข้องใจและวิตกกังวล
2. ภาวะวิตกกังวลจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ เช่น การเจ็บป่วยทางกาย หรือการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน
3. ภาวะวิตกกังวลจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บป่วย ความขัดแย้งระหว่างบุคคล

อาการของภาวะวิตกกังวล

เมื่อตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล บุคคลอาจมีอาการดังต่อไปนี้ [98][99][100]

1. ด้านร่างกาย เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติโดยเฉพาะ ประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปและเกิดอาการต่างๆ เช่น หัวใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ซีดจรรยาเพิ่ม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง วิงเวียน เป็นลม มือทำเย็น เหงื่อออก แขนหน้าอก หายใจเป็นจังหวะสั้น ไม่เต็มที อาการอยู่ไม่นิ่ง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร รู้สึกปั่นป่วนในท้อง ท้องเดิน ท้องผูก ปวดแสบปวดร้อนในกระเพาะอาหาร รู้สึกขาบริเวณปลายมือปลายเท้า ประจำเดือนผิดปกติ ไปจนถึงนอนไม่หลับ

2. ด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความตึงเครียด อึดอัด หวาดหวั่น หงุดหงิด กระวนกระวาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ท้อแท้ ลึนหวังรู้สึกไร้คุณค่า ต่ำหนิตนเองและผู้อื่น รู้สึกว่ามีสิ่งเลวร้ายเกิดขึ้น และไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือช่วยเหลือตนเองได้ บางคนอาจมีความคาดหวังที่น่าสะพรึงกลัว คิดกลับไปกลับมา ชอบคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีเคราะห์ร้ายเกิดขึ้นกับตนหรือคนอื่น มักตีตนไปก่อนไข้ กลัวว่ากำลังจะตาย กำลังจะเป็นบ้าหรือเสียสติ

3. ด้านพฤติกรรม มีการแสดงออกของพฤติกรรมทั้งคำพูดและท่าทาง เช่น หน้านิ่ง คุ้มหมวด กระสับกระส่าย กำมือแน่น พูดเร็ว พูดเรื่องซ้ำเดิม ใจลอย เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย แยกตัว พฤติกรรมถดถอย หลีกเลียงจากบุคคลหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

4. ด้านความคิด สติปัญญา และการรับรู้ โดยมีความคิดหมกมุ่น ฟุ้งซ่านไม่มีสมาธิ ความจำลดลง ลืมง่าย สับสน ความสามารถในการตัดสินใจลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง ระดับการรับรู้ลดลง

Beck, Emery and Greenberg [101] ได้แยกอาการวิตกกังวลตามปกติออกจากภาวะปกติโดยอาการวิตกกังวลที่ผิดปกติหรือขั้นเป็นพยาธิสภาพมีข้อพิจารณาดังต่อไปนี้

1. การตอบสนองของร่างกายมีสัดส่วนต่างกันอย่างมากกับภาวะอันตรายหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น

2. การตอบสนองของร่างกายยังคงมีต่อเนื่องหลังจากที่ภาวะอันตรายหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นหมดไปแล้ว

3. มีความบกพร่องของสติปัญญา การทำหน้าที่ทางสังคม หรือการประกอบอาชีพ

4. บุคคลมีความทุกข์ทรมานจากภาวะการตอบสนองของร่างกาย เช่น ถ้าใส่เสื้อหรือฉิวหนังอีกเสบ

ภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน [55][102][103]

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหรือทุพพลภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้สูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะวิตกกังวล จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ความวิตกกังวลจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางประสาท ชีวเคมี และสรีรวิทยา ทำให้การควบคุมสมดุลของเกลือแร่ต่างๆ การเผาผลาญอาหารและระบบกล้ามเนื้อ มีการทำงานที่ผิดปกติไปจากเดิม ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ถ้ามีโรคที่เกิดร่วมกับโรคเบาหวานอยู่เดิมจะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น มีการเปลี่ยนแปลงความดัน

โลหิตและอุณหภูมิในร่างกาย กล้ามเนื้อเกร็ง ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออก เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ม่านตาขยาย มือสั่น เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น กลัวไม่มีเหตุผล กระวนกระวาย ไม่มีสมาธิ ตกใจง่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ มีการคาดการณ์ไปถึงภัยและอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้น รู้สึกกลัวตาย จิตใจฟุ้งซ่าน

3. ด้านพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลจะต้องมีการปรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดหรือขจัดภาวะวิตกกังวลนั้นเสีย พฤติกรรมการแสดงออก ได้แก่ ความหงุดหงิด โมโห โกรธ พุดจาซวน ทะเลาะ ทำทางกระสับกระส่าย ความรู้สึกคุ้นเคือง ไม่เป็นมิตรที่เก็บซ่อนไว้ หรือการเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย เพื่อลดภาวะวิตกกังวล psychosomatic disorder, conversion reaction นอกจากนี้ การชะงักชะงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวล พฤติกรรมการแสดงออก ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (withdrawal) เก็บกดความรู้สึกไว้ภายในและกลายเป็นอาการซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้นๆ (regression) และมีพฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของภาวะวิตกกังวล และทำความเข้าใจในวิธีการที่ตนเองใช้ เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวลหาสาเหตุว่าอะไรทำให้ตนอึดอัด ไม่สบายใจ เรียนรู้จากประสบการณ์นี้ และหาทางป้องกันไม่ให้เกิดภาวะวิตกกังวลเมื่อเกิดเหตุการณ์แบบนั้นอีก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Kovascs, Goldston, Obrosky, and Bonar [104] ได้ศึกษาโรคทางจิตเวชในวัยหนุ่มสาวที่เป็นเบาหวานชนิด IDDM โดยใช้การศึกษาแบบ longitudinal, naturalistic design ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 8-13 ปี ที่เริ่มเป็นเบาหวานจากการวินิจฉัยครั้งแรก มีการประเมินซ้ำ โดยใช้ semistructured interview and diagnosed by operational criteria ผลการศึกษาพบการเป็นเบาหวานในปีที่ 10 และอายุเฉลี่ยที่ 20 ปี พบว่าเกิดอาการทางจิตร้อยละ 47.6 กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตที่พบ generalized anxiety disorder คิดเป็นอัตราสูงกว่าโรคอื่นๆ ร้อยละ 27.5 อัตราการเกิดโรคส่งผลกระทบต่ออุบัติการณ์สูงของโรควิตกกังวลในกลุ่มที่มีอายุมากขึ้น (วัยผู้ใหญ่)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่การศึกษาที่ผ่านมาจะทำในผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือด ดังเช่น

พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย [19] ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความชุกของอาการวิตกกังวลร้อยละ 19 และโรควิตกกังวล ร้อยละ 16

ชุตินา หุ่มเรื่องวงษ์ [105] ได้ศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 24.7

ภักจิรา รัชตะสังข์ [106] ได้ศึกษาภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 27.8

4.3.2 ภาวะซึมเศร้า (depression)

Beck [107] ได้ให้ความหมายว่า ภาวะที่แสดงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติทางด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ทำให้บุคคลแสดงออกโดยการตำหนิและลงโทษตนเอง มองว่าตนเองไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีคุณค่า เกิดความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ขาดแรงจูงใจ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร แยกตัวจากสถานการณ์ต่างๆ ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง

ดวงใจ กสานติกุล [108][109] ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ว่า อารมณ์ทุกข์ (dysphoric mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บซึม และสมรรถภาพในการทำงานลดลงซึ่งอาการต่างๆ เกิดขึ้นเป็นเวลาติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล [110] ให้ความหมายว่า การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ อารมณ์เศร้า (dysphoric mood) และมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สนุกสนาน (loss of interest or pleasure) นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระหรือความรู้สึกนึกคิด เป็นต้น

จิตติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ [111] เป็นภานาชาลาติน มาจากคำว่า depressive มีความหมายว่า กัดต่ำลงหรือจมลง โดยต่ำกว่าตำแหน่งเดิม ภาวะซึมเศร้าเป็นสภาวะที่พบได้ทั่วไปในทางจิตเวช ทำให้ความสามารถทางด้านสังคม และหน้าที่การงานถูกทำลายลงไป บางครั้งมีความรุนแรง และเกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์และชีวิตความเป็นอยู่ต่างๆ ได้

อลิสสา วัชรสินธุ [112] กล่าวว่า อาการซึมเศร้า (depressive symptom) เป็นผลรวมของความ รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา

มานิช หล่อตระกูล [113] อารมณ์เศร้าจัดได้ว่าเป็นภาวะปกติของคนเรา เป็นปฏิกริยาของจิตใจ ต่อการสูญเสีย ความกดดัน หรือความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

จากการศึกษานี้ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง กลายเป็นคนแยกตัว เจ็บซึม เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้ามีอยู่หลายประการขึ้นอยู่กับแนวคิดทางทฤษฎีที่นำมาใช้ในการพิจารณาถึงสาเหตุภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งแบ่งได้ 4 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. สาเหตุทางชีวภาพที่มีอิทธิพลจากพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง อธิบายได้โดยใช้ทฤษฎีชีวภาพ (biochemical theory of depression) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า [79] ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ได้แก่

1.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) เช่น สารเอมีน (biogenic amine) หรือจุดรับประสาท (receptor) ที่เชื่อมต่อปลายประสาท (synapses) และตัวส่งข่าวที่สอง (second messengers) ของเซลล์สมองบริเวณลิมบิก limbic เชื่อว่าความเครียดความคับแค้นใจ stress จากสาเหตุต่างๆ เช่น การสูญเสียหรือจากพราก ชักนำไปสู่ความแปรปรวนของสมอง แสดงอาการของความวิตกกังวล (anxiety) หรือ (panic) ซึ่งนำไปสู่อาการทางกาย (neurovegetative) ของภาวะซึมเศร้า นั่นคือภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีทิศทางเดียวกัน

1.2 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine) โดยเห็นจากผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษ จะมีความผิดปกติของอารมณ์ได้บ่อย

1.3 ความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาท (neurophysiology) โดยเกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมอง หรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารซีเตียมและโพแทสเซียมทั้งในและนอกประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณสูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic) อาจเกี่ยวข้องกับโรคอารมณ์ผิดปกติโดยเฉพาะ bipolar

2. สาเหตุจากปัญหาทางจิตใจ (intrapsychic model) อธิบายโดยใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory of depression) นักจิตวิเคราะห์อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายอย่าง ตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐาน (primitive) ที่สุด ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม superego ก่อร่างขึ้นแล้ว หรืออาจกล่าวได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจระยะปาก oral stage อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตนเอง (narcissistic personality) [79] เมื่อบุคคลผิดหวัง

บุคคลเหล่านั้นจะแสดงอารมณ์กำลังระหว่างความโศกเศร้าเสียใจกับความโกรธ และเชื่อว่าอาการเศร้าเสียใจและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง [114] เมื่อเกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกัน จึงเกิดความลังเลใจ รู้สึกสำนึกผิดในใจตนเองว่าเป็นความรู้สึกไม่ดี โดยมุ่งเข้าหาตนเอง ทำให้กลายเป็นความโกรธและเกลียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้บุคคลเศร้ามาก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีจุดหมายใดๆ ไม่มี ความหวัง และเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี [115]

3. สาเหตุจากการมีความคิดแง่ลบ (negative cognition) อธิบายโดยทฤษฎีการเรียนรู้ ปัญญานิยม (cognitive learning theory)

Beck [107] กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุผล มีความนึกคิดในเชิงลบ มองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมด ทำให้สภาพจิตใจท้อแท้หมดหวัง โดยมีหลักว่าบุคคลคิดอย่างไรก็รู้สึกอย่างนั้น คือมองตนเองในแง่ลบ ได้แก่ มองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ขาดความภูมิใจ มองสังคมในแง่ลบ ได้แก่ การมองโลกในแง่ร้าย เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคม สิ่งแวดล้อม รู้สึกกดดันบีบบังคับ และถูกคาดหวังจากสังคมมากจนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ และอนาคตในแง่ลบ ได้แก่ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว หมดทางแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมานทั้งหมดนี้เรียกว่า (cognitive triad) [116]

4. สาเหตุทางพฤติกรรม (behavior models) มีแนวคิด 2 แบบ ดังนี้

ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ หมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า

ภาวะหมดกำลังใจ (non-positive reinforcement) เนื่องจากไม่เคยได้รับคำชม รางวัลหรือการสนับสนุน หรือการประสบความสำเร็จใดๆ เลย จึงขาดแรงจูงใจและขาดความมั่นใจ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายและไร้ความสุข

อาการของภาวะซึมเศร้า [55] [117]

1. อารมณ์เศร้าหมองไม่มีความสุข ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา เป็นอาการหลักของภาวะซึมเศร้ารุนแรง อาการดังกล่าวอาจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย และมีอาการเกือบตลอดวันหรือเกือบทุกวัน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2. อาการรู้สึกเบื่อ หมดความสนใจ หรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) พบได้เสมอในภาวะซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ บางคนมีอาการเฉื่อยชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สิ้นน้ำจืดดูเคร่งเครียดยิ้มไม่ออกและไม่สนใจ

ทำกิจกรรมที่เคยชอบ บางคนอาจจะไม่บ่นระบายความรู้สึกดังกล่าว เพียงแต่แยกตัวเฉื่อยชา ทำตัวห่างเหินจนเป็นที่น่าสังเกตเห็นได้ต่อครอบครัวและเพื่อนฝูง

3. อารมณ์หงุดหงิดง่ายโดยไม่รู้สาเหตุและมักจะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หลายๆ คนจะรู้สึกเสียใจเมื่อแสดงอาการหงุดหงิด หรือทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว

4. รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ไม่รู้สึกอยากอาหารแม้แต่ของที่ตนเคยชอบ ทำให้น้ำหนักลดลง ผอม ผู้ป่วยอาการไม่เป็นไปตามรูปแบบอาจมีการเจริญอาหาร รับประทานมาก น้ำหนักเพิ่มขึ้น อ้วนตามมา

5. อาการนอนไม่หลับ มีได้ตั้งแต่หลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น initial insomnia ใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ หลับไม่สนิท ฝันร้ายหรือตื่นบ่อยหรือหลับง่าย แต่มักรู้สึกตัวกลางดึก หรือตื่นเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) แล้วหลับต่อไม่ได้

6. อาการอ่อนเพลีย รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรงแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา การนอนหลับหรือพักผ่อนไม่ช่วยทำให้ดีขึ้น

7. อาการไม่มีสมาธิ คิดช้า ความคิดไม่แล่น พุดจาเชิงซ้ำ ซ้ำลิ้ม พุดอะไรออกไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้วจำไม่ได้ อาการคล้ายกับมีความจำเสื่อม แต่เมื่อทดสอบทางจิตวิทยาแล้วจะตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความทรงจำ

8. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การกระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) อยู่ไม่เป็นสุข ผุดลุกผุดนั่ง เดินไปมา บ่นพึมพำกับตนเอง อยู่นิ่งๆ ขยับมือหรือตบตนเอง เป็นพฤติกรรมซ้ำๆ โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย บางคนมักมีอาการเชิงซ้ำ (retardation) ผู้ที่มีอาการรุนแรงมาก อาจมีอาการ catatonia คือ นอนหรือนิ่งนิ่งทำไต่ทำหนึ่งนานๆ และขัดขึ้นต่อต้านเมื่อถูกจับให้เปลี่ยนท่าหรืออาจนอนนิ่งเฉยไม่พูดไม่จา ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ เหมือนไม่รู้สึกรู้ตัว

9. ความรู้สึกผิดโทษตนเอง คิดสมเพชดูถูกตนเองอย่างมาก แม้เมื่อความผิดพลาดล้มเหลวเพียงเล็กน้อย ต่ำหนิตนเองทั้งที่ไม่มีผิดอะไร คิดว่าตนเองบาป สมควรถูกลงโทษ ไม่ควรมีชีวิตอยู่

10. ความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ครุ่นคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดความสำคัญ เป็นภาระของครอบครัว และนำความยุ่งยากมาให้ ซึ่งความคิดเหล่านี้นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

11. อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย ความคิดอยากตาย พบได้ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งร้อยละ 15 พยายามฆ่าตัวตาย อาการจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดอยาก

ตายพบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน ผู้ป่วยคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดีที่สุดสำหรับตนและบุคคลที่ผู้ป่วยรักห่วงใย

12. อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60-70 หรือเกือบทุกคน แต่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลไม่ทุกคนที่มีอารมณ์เศร้า อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนรนวาบตามตัว มีอาการชาตามมือตามเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆ นานา กลัวไปหมด (fearful) เชื่อว่าอาการคิดมากและวิตกกังวลอาจเป็นอาการเริ่มแรกของภาวะซึมเศร้าได้

13. อาการหมดอารมณ์ทางเพศหรืออารมณ์ทางเพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลงพบบ่อยโดยเฉพาะผู้ชาย

14. อาการวิตกกังวลหมุ่นว่าป่วยโรคทางกาย (hypochondriasis) พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยซึมเศร้า คือเกิดอาการทางกายร่วมด้วยและเกิดได้ทุกระบบ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยมักจะไม่ยอมรับหรือไม่ทราบว่าคุณเองมีความเครียดหรืออารมณ์เศร้า และยืนยันว่าคุณเองเจ็บป่วยทางกาย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า จะเบื่ออาหารหรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร ซึ่งจะทำให้ขาดสารอาหารอย่างรุนแรง [118] เกิดความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ อีกทั้งมีความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายมากยิ่งขึ้น สุดท้ายทำให้มีชีวิตสั้นลง เนื่องจากมีอาการตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจสิ่งรอบข้างหรือสนใจน้อยลง เช่น ไม่สนใจในการที่จะดูแลตนเอง การออกกำลังกาย ปฏิเสธการรักษา [119] มีลักษณะของการแยกตัว สนใจบุคคลอื่นน้อยลง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ มีพฤติกรรมต่อต้าน ปฏิเสธไม่ยอมรับความช่วยเหลือและการแก้ปัญหาจากผู้อื่น เกิดสภาวะตั้งเครียดทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากสารเคมีและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไป ในช่วงที่เกิดภาวะซึมเศร้า จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย [120] สภาพร่างกายทรุดโทรม มีความยากลำบากในการนอนหลับ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรงและเหนื่อยง่าย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง การทำงานแย่งลง ขาดความคิด ความมั่นใจ ขาดสมาธิและมีปัญหาในการพูด เนื่องจากจะคิดซ้ำ พูดซ้ำ [121] สมาธิไม่ดี ไม่สามารถสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นานๆ จะถูกรบกวนด้วยความคิดแปลกๆ ได้ง่าย ความสามารถในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้พฤติกรรมในการแก้ปัญหาออกมาในลักษณะที่ไม่

เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา มีเรื่องทะเลาะกับผู้อื่น ฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ทำนายการฆ่าตัวตายได้ [122] จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย จะเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยเสมอ [123]

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

พวงสร้อย วรกุล [66] ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบ ความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 14

พรทิพย์ ชุ่นอื้อ [124] ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มา รับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลตรัง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย

นพดล เตมียะประดิษฐ์ และคณะ[84] ได้ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลา พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30

สุภาวิณี ประมวลวงศ์ [125] ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 12.3

Peyrot and Robin [126] ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 245 คน โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (The Center for Epidemiology studies-depression scale, CES-D) พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36 และร้อยละ 13 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรังมีโอกาสจะกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

Xu และคณะ [127] ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศจีน พบว่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 23

Gray และคณะ [128] ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย African-American ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 183 คน โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ของ CES-D พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30

4.3.3 ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมอันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ที่แตกต่างกัน มีความเกี่ยวข้องกัน ร่วมมือประสานกัน เพราะครอบครัวนอกจากมีหน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ หน้าที่ในการจัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจแล้วยังมีหน้าที่เลี้ยงดู ปกป้องคุ้มครอง ดูแลความปลอดภัย ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่

สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะสัมพันธภาพในครอบครัวที่บุคคลได้รับจากสมาชิกทุกๆ คนในครอบครัว จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างลักษณะนิสัย บุคลิกภาพ และความสามารถในการปรับตัวของบุคคล [129]

สัมพันธภาพ หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง [38]

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมกันโดยการสมรส โดยทางสายเลือด หรือการรับเลี้ยงดู มีการก่อตั้งขึ้นเป็นครอบครัว มีปฏิริยาโต้ตอบซึ่งกันและกันในฐานะเป็นสามีภรรยา เป็นพ่อแม่ลูก เป็นพี่น้องกัน โดยการรักษาวินัยธรรมเดิม และอาจมีการสร้างสรรค์วัฒนธรรมใหม่เพิ่มเติมก็ได้ [130]

ดังนั้น ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมซึ่งสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อบุคคล ซึ่งได้แก่ ความรักความห่วงใย การเคารพซึ่งกันและกัน การเป็นกำลังใจ ปลอดภัยระหว่างกันเมื่อเกิดสถานการณ์ต่างๆ

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ผู้ป่วยเบาหวานต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยและสภาวะที่ถูกจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดปฏิริยาทางจิตใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัยในชีวิต ควบคุมการดำเนินชีวิตตามปกติ ท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการรักษา เครียด วิตกกังวล ก่อให้เกิดซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยละเลยการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการได้ ส่งผลต่อการเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานจะรู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว [13] อีกทั้งครอบครัวขาดการสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วย จะก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดเป็นความขัดแย้งระหว่างกัน ส่งผลให้เกิดความเครียดในครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากสัมพันธภาพไม่ราบรื่นภายในครอบครัวถึงร้อยละ 42.86 ทำให้คุณภาพชีวิตแย่งลง [124] ในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยที่ครอบครัวแสดงความรักความเอาใจใส่ ห่วงหาอาทรต่อกัน สนับสนุน ให้กำลังใจ และปลอดภัยในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจและมั่นใจในการดูแลตนเองได้ดี [61] [64]

4.3.4 การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

การปรับตัวเกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล หรือการเปลี่ยนแปลงที่อยู่รอบตัว ซึ่งจะควบคุมความสมดุลภาวะของบุคคลและเป็นเหตุให้เกิดความกังวล ความคับข้องใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยธรรมชาติของมนุษย์แล้ว ก็จะพยายามรักษาร่างกาย จิตใจและอารมณ์ให้สมดุลเพื่อคง

ความสุขสบาย และความมั่นคงของชีวิตไว้มากที่สุด [131] โดยบุคคลจะพยายามค้นหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลที่ผ่านมาหรือได้รับ

ลอบ หุตางกูร [132] กล่าวว่า การปรับตัวของมนุษย์ แบ่งออกเป็นปรับตัวทางสรีระ โดยการเปลี่ยนแปลงในการทำงาน ส่วนประกอบ และโครงสร้าง เพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต ส่วนการปรับตัวทางจิต เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งเร้า โดยมีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม บุคลิกภาพ ความเชื่อและความคิด เพื่อขจัดความตึงเครียดต่างๆ

สมจิตต์ สินธุชัย [133] การปรับตัว หมายถึง กระบวนการที่บุคคลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก จนกระทั่งบรรลุความต้องการของตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

Monsen, Floyd, and Brookman [134] กล่าวว่า การปรับตัว เป็นผลมาจากการที่บุคคลได้ใช้ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและกระบวนการทางจิตใจเพื่อที่จะคลี่คลายสถานการณ์ที่ก่อ ให้เกิดความเครียดและสร้างความมั่นคงสมบูรณ์ของบุคคลขึ้นมาใหม่

จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช [135] การแก้ปัญหาความขัดแย้ง หมายถึง การจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อลดความเครียด วิตกกังวล และความคับข้องใจ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะสมดุล ซึ่งต้องพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาและพยายามหาทางแก้ไขปัญหานั้น

จากการศึกษานี้ การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลในการตอบสนองกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ปฏิกิริยาต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง [136] เป็นการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ ระยะแรก ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมรับในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (denial) ระยะที่ 2 จะรู้สึกโกรธ (anger) หรือ พยายามโต้ตอบ อาจเป็นเพราะต้องการยอมรับว่าตนเองป่วยจริง ระยะที่ 3 ความรู้สึกเศร้า หดหวัง ท้อแท้ (depression) ผู้ป่วยพยายามทำทุกอย่างแล้วแต่หลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยไม่ได้ ระยะที่ 4 ความรู้สึกที่ต้องการต่อรอง (bargaining) เพื่อว่าจะช่วยให้สถานการณ์ต่างๆ ดีขึ้น และระยะที่ 5 เป็นระยะของการยอมรับ (acceptance) ต่อการเจ็บป่วยนั้น โดยมีระยะการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาจใช้เวลา 6-12 สัปดาห์ นอกจากนี้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล (interpersonal interaction) หรือสภาพสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคทางจิตต่างๆ [137]

การปรับตัว เป็นความคิด ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้ได้มาซึ่งความเชื่อมั่นของชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม [129] จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานต้องเผชิญกับการปรับเปลี่ยนในด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับโรคที่เป็น ดังนั้นจึงทำให้เกิดความทุกข์ วิตกกังวล พยายามปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา [138] และการปรับตัวดีหรือไม่ดี ปัจจัยสำคัญคือคนที่อยู่ในครอบครัว เพราะการที่บุคคลเกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือมีความทุกข์ ครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลอบใจ ทำให้สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ [139]



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Sample population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
4. สามารถอ่านออก เขียนได้หรือพูดติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการรุนแรงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น หมดสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือ สูงเกินไป ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เกิดความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น มีอาการปวดหรือใช้สูงและต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร โดยใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane [140]

โดยใช้สูตร	n	=	$\frac{N}{1+Ne^2}$
	n	=	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	N	=	จำนวนประชากรทั้งหมด(จากสถิติข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานปีพ.ศ.2550 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าเท่ากับ 3,500 คน) [5]
	e	=	ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากประชากรเท่าที่จะยอมรับได้ = 0.05
	e^2	=	$(0.05)^2$
แทนค่า	n	=	$\frac{3,500}{1 + [3,500(0.05)^2]}$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 358.97 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่าง = 359 คน
เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดขึ้นอีก 10% เท่ากับ 395 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ทุกวันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 08.00 – 12.00 นาฬิกา ในช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ.2551 สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคุณสมบัติ purposive random sampling [140] ตามคุณสมบัติของเกณฑ์คัดเข้า โดยนำรายชื่อของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการตรวจนัดหมายตามวันเวลาในช่วงที่กำหนด ซึ่งคลินิกเบาหวานได้นัดไว้และดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันเวลาและช่วยระยะเวลาดังกล่าวจนครบ 395 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ที่อยู่ ลักษณะการอาศัยในครอบครัว สิทธิในการรักษา และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรค การ

เจ็บป่วยถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการทางกายของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความพิการ ค่าน้ำตาลในเลือดและการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดยสุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ[17] ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้

1. ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
2. ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25
4. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นบ้างครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่นิด

ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแยระดับปานกลาง

มาก หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นเสมอรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์รู้สึกพอใจมาก
รู้สึกดีมาก

การให้คะแนนและการแปลผล

คำตอบ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	
มากที่สุด					
คะแนนความหมายทางบวก	1	2	3	4	5
คะแนนความหมายทางลบ	5	4	3	2	1

1. คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26-130คะแนนโดยแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้
2. คุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพชีวิตแยกตามองค์ประกอบรายด้าน

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1.ด้านสุขภาพร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2.ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
5.โดยรวม	26-60	61-95	96-130

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรง (validity) ที่ดี โดยมีค่า content validity = 0.65 และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 จากการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วพบว่าค่าความเชื่อมั่นที่ดีซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai HADS) ใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ [18] HADS เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการวัดซึมเศร้าอีก 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้ามีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงของคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

0 - 7 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

8 - 10 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (doubtful cases)

11-21 คะแนน ถือว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases)

การให้คะแนนและการแปลผล ในการศึกษาครั้งนี้จะถือคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ว่ามีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ [18] ได้ทำการศึกษาเครื่องมือในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 60 รายโดยทดสอบความเที่ยงตรง (validity) ของเครื่องมือโดยเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่า สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ดี มีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 86 สำหรับอาการวิตกกังวล และมีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 85.71 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 91.3 สำหรับอาการซึมเศร้า สำหรับค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ พบว่า ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.83 สำหรับ depression sub-scale จากการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วพบว่าค่าความเชื่อมั่นที่ดีโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.79 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.68 สำหรับ depression sub-scale

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว (Family Relationship and Functioning Questionnaire) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย [19] ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 1 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 2-7 แต่ละข้อเป็นมาตรฐานประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้ น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด โดยให้คะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 5 **การให้คะแนนและการแปลผล** คะแนนรวมจะอยู่ตั้งแต่ 7 - 35 คะแนน การแปลผลจะพิจารณาตามลักษณะการกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยถ้าการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ (normal distribution) จะอาศัยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, S.D.)

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และ ความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93 จากการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วพบว่าค่าความเชื่อมั่นที่ดีซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง (Problem and Conflict Solving Questionnaire) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพพื้นฐาน

Interpersonal Baseline Questionnaire ในส่วนการจัดการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง (interpersonal role disputes) ของ Weissman และ Verdeli [20] โดย พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย [21] ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้คือ ไม่เลย บางครั้ง บ่อยหรือตลอดเวลาโดยให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3

การให้คะแนนและการแปลผล คะแนนรวมจะอยู่ตั้งแต่ 0 - 15 คะแนน โดยแปลผลดังนี้

0 - 5 คะแนน หมายถึง มีการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ดี

6 - 10 คะแนน หมายถึง มีปัญหาในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

11 - 15 คะแนน หมายถึง มีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

ความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (validity) และ ความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ที่ดี ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96 จากการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วพบว่าค่าความเชื่อมั่นที่ดีซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.57

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอการรับพิจารณาทางจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนออนุมัติในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยนำหนังสือเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
4. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากคลินิกเบาหวาน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกวัน
 - 4.1 เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ดูแลคลินิกเบาหวาน เพื่อขออนุญาต ขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 4.2 รวบรวมรายชื่อของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้โดยดูจากแฟ้มประวัติ และแบบบันทึกสถิติของงานคลินิกเบาหวาน และบันทึกรหัสของผู้ป่วย เพื่อที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลของแต่ละคน

4.3 ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยความสมัครใจ และให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วม พร้อมทั้งปิดข้อมูลเป็นความลับจะไม่นำข้อมูลที่ได้ไปทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามใดๆทั้งสิ้น โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบเอง ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นคนกรอกข้อมูลตามที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาให้คำตอบ หรือมีข้อสงสัยใดๆ สามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

4.4 เมื่อได้แบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หากข้อมูลของตัวอย่างบางตัวไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะทำการสอบถามเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

4.5 นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistic Package for the Social Science (SPSS) for Windows version 13

1. นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านปัจจัยต่างๆ และคุณภาพชีวิตเป็น ความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ตามลักษณะของข้อมูล

2. ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตโดยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

3. นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ขั้นต้น และจากความเกี่ยวข้องเชิงทฤษฎี (theoretical basis) เข้าสู่สมการเพื่อหาปัจจัยทำนาย (predictors) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยการวิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก (logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยทางจิตสังคม คุณภาพชีวิต ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามทั้ง 5 ฉบับ ที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จำนวน 395 ราย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และในรายที่ไม่สามารถตอบด้วยตนเองได้ เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง

ผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งได้เป็น 4 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและข้อมูลทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
- ตอนที่ 2** คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
- ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและปัจจัยทางจิตสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
- ตอนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

สถาบันวิจัยประชากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและข้อมูลทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	291	73.7
ชาย	104	26.3
อายุ		
≤ 40 ปี	30	7.6
41 – 50 ปี	60	15.2
51 – 60 ปี	142	35.9
61- 70 ปี	108	27.3
≥ 71 ปีขึ้นไป	55	14.0
Mean ± SD = 57.2 ± 11.2, Min = 24, Max = 85		
สถานภาพ		
โสด	38	9.6
คู่	269	68.1
หม้าย	67	17.0
หย่า/แยก	21	5.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	23	5.8
ประถมศึกษา	301	76.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	6.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	17	4.3
อนุปริญญา/ปวส.	5	1.3
ปริญญาตรี	20	5.1
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.0

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	18.0
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	31	7.8
รัฐวิสาหกิจ	1	0.3
ธุรกิจส่วนตัว	100	25.3
ลูกจ้าง/พนักงาน	13	3.3
รับจ้าง/แรงงาน	96	24.3
อื่นๆ ระบุ แม่บ้าน/พ่อบ้าน	83	21.0
รายได้		
มี	333	84.3
ไม่มี	62	15.7
จำนวนรายได้ (n = 333)		
≤ 5,000 บาท	189	56.7
5,001 – 10,000 บาท	103	31.0
≥ 10,001 บาทขึ้นไป	41	12.3
Mean ± SD = 7,057.24 ± 7.07, Min = 200, Max = 40,000		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ มีเงินเหลือเก็บ	99	25.1
เพียงพอ ไม่มีเงินเหลือเก็บ	113	28.5
ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้	84	21.3
ไม่เพียงพอ และมีหนี้	99	25.1
ที่อยู่		
อำเภอเมือง	290	73.4
อำเภออัมพวา	69	17.5
อำเภอบางคนที	24	6.1
นอกเขตสมุทรสงคราม	12	3.0

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่พักอยู่อาศัยด้วย		
อยู่กับสามี ภรรยา บุตร	322	81.5
อยู่กับญาติ	50	12.7
อยู่คนเดียวตามลำพัง	18	4.5
อยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ	5	1.3
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
≤ 5 คน	297	75.2
≥ 6 คนขึ้นไป	98	24.8
Mean ± SD = 4.2 ± 2.1, Min = 1, Max = 13		
บทบาทในครอบครัว		
สมาชิกในครอบครัว	190	48.1
หัวหน้าครอบครัว	169	42.8
ผู้อาศัย	36	9.1
ผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด		
บุตร	171	43.3
สามี ภรรยา	152	38.5
ญาติพี่น้อง	34	8.6
ไม่มี	16	4.1
ผู้อื่น	14	3.5
บิดา มารดา	8	2.0
สิทธิการรักษาพยาบาล		
จ่ายเงินเอง	2	0.5
เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ	77	19.5
ประกันสังคม	31	7.8
โครงการ 30 บาท/บัตรสูงอายุ/พระภิกษุ	285	72.2

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	306	77.5
ดื่ม	89	22.5
ระยะเวลาในดื่มสุรา (ปี) (n = 89)		
≤ 10 ปี	22	24.7
11 -20 ปี	18	20.2
≥ 21 ปีขึ้นไป	49	55.1
Mean ± SD = 22.9 ± 13.4, Min = 1, Max = 50		
การดื่มสุราในปัจจุบัน (n = 89)		
ไม่ดื่ม	55	61.8
ดื่ม	34	38.2
ระยะเวลาในการเลิกดื่มสุรา (n = 55)		
≤ 10 ปี	25	45.5
11 -20 ปี	17	30.9
≥ 21 ปีขึ้นไป	13	23.6
Mean ± SD = 15.5 ± 12.4, Min = 1, Max = 50		
ปริมาณในการดื่มสุรา (n = 34)		
≤ 3 วัน/สัปดาห์	21	61.8
≥ 4 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป	13	38.2
Mean ± SD = 3.3 ± 1.9, Min = 1, Max = 7		
การเสพสารเสพติดอื่นๆ		
บุหรี่	80	100
สารเสพติดอื่น	0	0

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการใช้บุหรี่ (n = 80)		
≤ 10 ปี	11	13.8
11 -20 ปี	11	13.8
≥ 21 ปีขึ้นไป	58	72.4
Mean ± SD = 29.3 ± 13.9, Min = 1, Max = 56		
การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (n = 80)		
สูบ	32	40.0
ไม่สูบ	48	60.0
ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่ (n = 48)		
≤ 10 ปี	22	45.8
11 -20 ปี	14	29.2
≥ 21ปี ขึ้นไป	12	25.0
Mean ± SD = 14.8 ± 12.3, Min = 1, Max = 50		
ปริมาณในการสูบบุหรี่ต่อวัน (n = 32)		
≤ 10 มวน	20	62.5
11 – 20 มวน	10	31.2
≥ 21 มวนขึ้นไป	2	6.2
Mean ± SD = 11.3 ± 9.3, Min = 1, Max = 40		

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 395 ราย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.7) เป็นเพศหญิง (ตารางที่ 3) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.9 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.1 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.2) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 25.3 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.3) มีรายได้ จำนวนรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.7 โดยมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 28.5 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.4) อาศัยอยู่ในเขตเมืองสมุทรสงคราม โดยอาศัยอยู่กับสามีภรรยาและบุตร คิดเป็นร้อยละ 81.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าเท่ากับ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 75.2 เป็นสมาชิกในครอบครัว คิด

เป็นร้อยละ 48.1 โดยมีบุตรเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 43.3 ใช้สิทธิโครงการ 30 บาท/บัตรผู้สูงอายุ/พระภิกษุ คิดเป็นร้อยละ 72.2 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราจะดื่มมานานมากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.1 ปัจจุบันผู้ที่สามารถเลิกดื่มสุราได้คิดเป็นร้อยละ 61.8 โดยสามารถเลิกได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.5 ผู้ที่ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้จะดื่มสุราน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 61.8 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.7) ไม่ใช้สารเสพติดอื่น นอกจากบุหรี่ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20.3 ผู้ที่สูบบุหรี่จะสูบนานมากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.4 ปัจจุบันผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 60 โดยสามารถเลิกสูบได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.8 ผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จะสูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 62.5



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
< 1 ปี	44	11.1
1 – 5 ปี	158	40.0
6 – 10 ปี	105	26.6
≥ 11 ปี ขึ้นไป	88	22.3
Mean ± SD = 7.28 ± 6.11, Min = 1 เดือน, Max = 39 ปี		
การรักษาตัวในโรงพยาบาล		
เคย	62	15.6
ไม่เคย	333	84.4
จำนวนครั้งในการรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี (n=62)		
จำนวน 1 ครั้ง	33	8.3
≥ 2 ครั้งขึ้นไป	29	7.3
Mean ± SD = 1.73 ± 0.99, Min = 1, Max = 5		
อาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวนใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
มีอาการ	378	95.7
ไม่มีอาการ	17	4.3
ลักษณะอาการทางกายที่พบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 378)		
ความรู้สึกลมทางเพศลดลง/หมดไป	273	72.2
ชาปลายมือปลายเท้า	246	65.1
ตาพร่ามัว	238	62.9
อ่อนเพลียไม่มีแรง	231	61.1
บัสสาวะบ่อย	189	50.0
เจ็บหน้าอก	123	32.5
ดื่มน้ำมาก	111	29.4
น้ำหนักลด	52	13.7
แผลหายช้า	47	12.4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน		
มีภาวะแทรกซ้อน	372	94.2
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	23	5.8
ลักษณะภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n = 372)		
ความดันโลหิตสูง	282	75.8
ท้องผูก ท้องเดิน	211	56.7
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	168	45.2
โรคหัวใจ	103	27.7
การมองเห็นภาพลดลง/ต้อหิน/ต้อกระจก	86	23.1
กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ ไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ	81	21.7
บวมตามตัว ไตวาย	68	18.3
โรคติดเชื้อเช่น วัณโรค	49	13.1
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หมดสติ	39	10.5
อัมพฤกษ์ อัมพาต	24	6.4
แผลเรื้อรัง ฟุพอง	8	2.1
ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน		
พิการ	4	1.0
ไม่มีความพิการ	391	99.0
ลักษณะความพิการที่เกิดขึ้น (n=4)		
ถูกตัดนิ้ว	3	0.7
ตาบอด	1	0.3
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		
≤ 18.5 kg/m ² (ต่ำกว่าปกติ)	13	3.3
18.6 – 24.99 kg/m ² (ปกติ)	177	44.8
≥ 25 kg/m ² (สูงกว่าปกติ)	205	51.9
Mean ± SD = 25.59 ± 4.76, Min = 14.70, Max = 45.78		

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS)		
≤ 90 mg/dl	24	6.1
91 – 130 mg/dl (ควบคุมได้)	139	35.2
≥ 131 mg/dl ขึ้นไป (สูงกว่าเป้าหมาย)	232	58.7
Mean ± SD = 151.4 ± 53.7, Min = 33, Max = 459		
ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)		
≤ 6.00 %	51	12.9
6.01 – 8.00 % (ควบคุมได้)	161	40.8
≥ 8.01 % ขึ้นไป (สูงกว่าเป้าหมาย)	183	46.3
Mean ± SD = 8.04 ± 1.87, Min = 4.53, Max = 13.76		

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) ป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลา 1 – 5 ปี (ตารางที่ 4) ไม่เคยรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 84.4 เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.3 ส่วนใหญ่มีอาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวนและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 95.7 และ 94.2 ตามลำดับ โดยอาการทางกายที่พบมาก ได้แก่ ความรู้สึกทางเพศลดลงหรือหมดไป ชาปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว อ่อนเพลียไม่มีแรงและปัสสาวะบ่อย ส่วนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบมาก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ท้องผูกหรือท้องเดิน และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99) ไม่มีความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวานพบว่า การถูกตัดนิ้วและตาบอด คิดเป็นร้อยละ 0.7 และ 0.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.9) มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ ค่าน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่สูงกว่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 58.7 และ 46.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ข้อมูลทางจิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะวิตกกังวล		
มีภาวะวิตกกังวลที่ถือว่าผิดปกติ	49	12.4
มีภาวะวิตกกังวลแต่ถือว่าไม่ชัดเจน	64	16.2
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	282	71.4
ภาวะซึมเศร้า		
มีภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าผิดปกติ	32	8.1
มีภาวะซึมเศร้าแต่ถือว่าไม่ชัดเจน	67	17.0
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	296	74.9
การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง		
มีการปรับตัวและแก้ไขความขัดแย้งดี	52	13.2
มีปัญหาในการปรับตัวและแก้ไขความขัดแย้ง	258	65.3
มีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขความขัดแย้ง	85	21.5
ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว		
ไม่ดี	97	24.6
ปานกลาง	201	50.8
ดี	97	24.6
Mean \pm SD = 30.6 \pm 3.3, Min = 15, Max = 35		

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลที่ถือว่าผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 12.4 ภาวะวิตกกังวลแต่ถือว่าไม่ชัดเจนคิดเป็นร้อยละ 16.2 มีภาวะซึมเศร้าที่ถือว่าผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 8.1 ภาวะซึมเศร้าแต่ถือว่าไม่ชัดเจนคิดเป็นร้อยละ 17 มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 65.3 มีปัญหาการปรับตัวและแก้ไขความขัดแย้ง มีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขความขัดแย้ง คิดเป็นร้อยละ 21.5 ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.8 มีความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5)

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนเฉลี่ยจำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ระดับคุณภาพชีวิต	Mean±SD	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	23.4 ± 2.9	9	2.3	330	83.5	56	14.2
ด้านจิตใจ	19.9 ± 3.4	16	4.1	288	72.9	91	23.0
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.5 ± 1.9	110	27.8	263	66.6	22	5.6
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.9 ± 3.5	6	1.5	331	83.8	58	14.7
โดยรวม	84.6 ± 10.0	3	0.8	343	86.8	49	12.4

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.8) อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 6) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 84.6 คะแนน แบ่งตามองค์ประกอบรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.4 คะแนน ด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.9 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.5 คะแนน และด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.9 คะแนน ซึ่งองค์ประกอบรายด้านส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยทางจิตสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม โดยใช้สถิติไคสแควร์

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	p - value
	ไม่ดีถึงปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	263	76.0	28	57.1	7.87	0.005**
ชาย	83	24.0	21	42.9		
อายุ						
≤ 60 ปี	192	55.5	40	81.6	12.10	0.001**
> 61 ปีขึ้นไป	154	44.5	9	18.4		
สถานภาพ						
คู่	230	66.5	39	79.6	3.40	0.065
อื่นๆ	116	33.5	10	20.4		
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา	296	85.5	28	57.1	23.49	< 0.001**
สูงกว่าประถมศึกษาขึ้นไป	50	14.5	21	42.9		
อาชีพ						
ประกอบอาชีพ	203	58.7	38	77.6	6.43	0.011*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	143	41.3	11	22.4		
รายได้						
มีรายได้	289	83.5	44	89.8	1.27	0.259
ไม่มีรายได้	57	16.5	5	10.2		

* p < 0.05, ** p < 0.01

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	p - value
	ไม่ดีถึงปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนรายได้						
≤ 5,000 บาท	175	60.6	14	31.8	12.84	< 0.001**
> 5,001 บาท ขึ้นไป	114	39.4	30	68.2		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	176	50.9	36	73.5	8.81	0.003**
ไม่เพียงพอ	170	49.1	13	26.5		
สิทธิในการรักษา						
มีสิทธิ	344	99.4	49	100	0.28	0.594
ไม่มีสิทธิ	2	0.6	0	0		

* p < 0.05, ** p < 0.01

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (ตารางที่ 7) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ จำนวนรายได้และความเพียงพอของรายได้ (p < 0.05)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	p - value
	ไม่ดีถึงปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวาน						
≤ 5 ปี	170	49.1	32	65.3	4.49	0.034*
≥ 6 ปีขึ้นไป	176	50.9	17	34.7		
การรักษาตัวในโรงพยาบาล						
เคย	56	16.2	6	12.2	0.50	0.478
ไม่เคย	290	83.8	43	87.8		
จำนวนครั้งในการรักษาตัวในโรงพยาบาล						
จำนวน 1 ครั้ง	29	51.8	4	66.7	0.48	0.488
≥ 2 ครั้งขึ้นไป	27	48.2	2	33.3		
อาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวนใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา						
มีอาการ	335	96.8	43	87.8	8.56	0.003**
ไม่มีอาการ	11	3.2	6	12.2		
อาการทางกายของโรคเบาหวานที่พบ						
ตึมน้ำมาก						
มี	106	30.6	5	10.2	8.87	0.003**
ไม่มี	240	69.4	44	89.8		
ปัสสาวะบ่อย						
มี	171	49.4	18	36.7	2.77	0.096
ไม่มี	175	50.6	31	63.3		
น้ำหนักลด						
มี	47	13.6	5	10.2	0.42	0.513
ไม่มี	299	86.4	44	89.8		

* p < 0.05, ** p < 0.01

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	p - value
	ไม่ดีถึงปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
แผลหายช้า						
มี	42	12.1	5	10.2	0.15	0.695
ไม่มี	304	87.9	44	89.8		
ตาพร่ามัว						
มี	221	63.9	17	34.7	15.26	< 0.001**
ไม่มี	125	36.1	32	65.3		
ชาปลายมือปลายเท้า						
มี	223	64.5	23	46.9	5.60	0.018*
ไม่มี	123	35.5	26	53.1		
อ่อนเพลียไม่มีแรง						
มี	217	62.7	14	28.6	20.61	< 0.001**
ไม่มี	129	37.3	35	71.4		
เจ็บหน้าอก						
มี	115	33.2	8	16.3	5.72	0.017*
ไม่มี	231	66.8	41	83.7		
ความรู้สึกทางเพศลดลง/หมดไป						
มี	248	71.7	25	51.0	8.58	0.003**
ไม่มี	98	28.3	24	49.0		
การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน						
มีภาวะแทรกซ้อน	331	95.7	41	83.7	11.26	0.001**
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	15	4.3	8	16.3		

* p < 0.05, ** p < 0.01

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	p - value
	ไม่ถึงปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบ						
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หมดสติ						
มี	37	10.7	2	4.1	2.11	0.146
ไม่มี	309	89.3	47	95.9		
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ						
มี	148	42.8	20	40.8	0.06	0.795
ไม่มี	198	57.2	29	59.2		
ความดันโลหิต						
มี	254	73.4	28	57.1	5.56	0.018*
ไม่มี	92	26.6	21	42.9		
บวมตามตัว ไตวาย						
มี	62	17.9	6	12.2	0.97	0.325
ไม่มี	284	82.1	43	87.8		
การมองเห็นภาพลดลง ต้อหิน ต้อกระจก						
มี	82	23.7	4	8.2	6.08	0.014*
ไม่มี	264	76.3	45	91.8		
โรคหัวใจ						
มี	97	28.0	6	12.2	5.55	0.018*
ไม่มี	249	72.0	43	87.8		
อัมพฤกษ์ อัมพาต						
มี	21	6.1	3	6.1	0.00	0.988
ไม่มี	325	93.9	46	93.9		

* p < 0.05, ** p < 0.01

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า (ต่อ)

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	p - value
	ไม่ดีถึงปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ ไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ						
มี	76	22.0	5	10.2	3.64	0.056
ไม่มี	270	78.0	44	89.8		
ท้องผูก ท้องเดิน						
มี	187	54.0	24	49.0	0.44	0.506
ไม่มี	159	46.0	25	51.0		
แผลเรื้อรัง แผลพุพอง						
มี	7	2.0	1	2.0	0.00	0.993
ไม่มี	339	98.0	48	98.0		
โรคติดเชื้อ เช่น วัณโรคปอด						
มี	43	12.4	6	12.2	0.001	0.971
ไม่มี	303	87.6	43	87.8		
ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน						
มี	4	1.2	0	0	0.57	0.449
ไม่มี	342	98.8	49	100		
ดัชนีมวลกาย (BMI)						
$\leq 25 \text{ kg/m}^2$	171	49.4	24	49.0	0.003	0.954
$\geq 26 \text{ kg/m}^2$	175	50.6	25	51.0		
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS)						
$\leq 130 \text{ mg/dl}$	141	40.8	22	44.9	0.30	0.581
$\geq 131 \text{ mg/dl}$ ขึ้นไป	205	59.2	27	55.1		
การควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C)						
$\leq 8.00 \%$	189	54.6	24	49.0	0.55	0.458
$\geq 8.01 \%$ ขึ้นไป	157	45.4	25	51.0		

* p < 0.05, ** p < 0.01

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (ตารางที่ 8) ได้แก่ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน อาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวนและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อาการทางกายที่รบกวน ได้แก่ อาการดื่มน้ำมาก อาการตาพร่ามัว อาการชาปลายมือปลายเท้า อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง อาการเจ็บหน้าอกและความรู้สึกทางเพศลดลง/หมดไป ส่วนภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การมองเห็นภาพลดลง/ต้อหิน/ต้อกระจกและโรคหัวใจ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ปัจจัยทางจิตสังคม	ระดับคุณภาพชีวิต				χ^2	p - value
	ไม่ดีถึงปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ภาวะวิตกกังวล						
มีภาวะวิตกกังวล	112	32.4	1	2.0	19.33	< 0.001**
ไม่มีภาวะวิตกกังวล	234	67.6	48	98.0		
ภาวะซึมเศร้า						
มีภาวะซึมเศร้า	97	28.0	2	4.1	13.11	< 0.001**
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	249	72.0	47	95.9		
การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง						
ดี	36	10.4	16	32.7	18.58	< 0.001**
มีปัญหา	310	89.6	33	67.3		
ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว						
ปานกลางถึงดี	251	72.5	47	95.9	12.66	< 0.001**
ไม่ดี	95	27.5	2	4.1		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (ตารางที่ 9) ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งและความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว ($p < 0.01$)

**ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยใช้สถิติความถดถอยลอจิสติก**

ตารางที่ 10 แสดงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาล
สมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI of OR		p-value
		Lower	Upper	
ปัจจัยส่วนบุคคล				
การเป็นเพศชาย	1.82	0.83	4.00	0.137
อายุที่น้อยกว่า 60 ปี	2.44	0.95	6.28	0.064
การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา	2.65	1.15	6.10	0.022*
การประกอบอาชีพ	1.06	0.37	3.07	0.912
จำนวนรายได้มากกว่า 5,000 บาท	1.57	0.69	3.57	0.276
ปัจจัยการเจ็บป่วย				
ระยะเวลาป่วยด้วยเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี	1.75	0.78	3.90	0.175
การไม่มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง	2.56	1.18	5.57	0.018*
การไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง	1.32	0.60	2.88	0.493
ปัจจัยทางจิตสังคม				
การไม่มีภาวะวิตกกังวล	10.57	1.23	91.03	0.032*
การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ดี	2.56	1.03	6.37	0.043*
ความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัวที่ดี	7.90	1.59	39.08	0.011*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้วิจัยได้
เลือกการไม่มีภาวะวิตกกังวลเข้าทำนายคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากการไม่มีภาวะวิตกกังวลและ
การไม่มีภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันมาก แต่การไม่มีภาวะวิตกกังวลมี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าการไม่มีภาวะซึมเศร้า (การไม่มีภาวะ
วิตกกังวล OR=22.97, การไม่มีภาวะซึมเศร้า OR=9.15) พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของ
ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ การไม่มีภาวะวิตกกังวล การปรับตัวและแก้ไขปัญหา
ความขัดแย้งที่ดี ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวที่ดี การไม่มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง และ
การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ($p < 0.05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาคูณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) ช่วงเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2551 โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคุณสมบัติ (purposive random sampling) ผู้ป่วยเป็นผู้ที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ทั้งหมดจำนวน 395 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วนได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย 2) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย 3) แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย 4) แบบสอบถามความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว 5) แบบสอบถามการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ผลการศึกษารายงานดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบถูกต้องอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม Statistic Package for the Social Science (SPSS) for Windows version 13

1. นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ข้อมูลทางจิตสังคม และคุณภาพชีวิตเป็น ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)
3. วิเคราะห์ความถดถอยลอจิสติก (logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การเจ็บป่วย จิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 395 ราย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.7) เพศหญิง ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ ช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.9 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.1 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.2) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 25.3 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.3) มีรายได้ จำนวนรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.7 โดยมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 28.5 มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 73.4) ในอยู่ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม พักอาศัยอยู่กับสามีภรรยาและบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า 5 คน คิดเป็นร้อยละ 75.2 เป็นสมาชิกในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 48.1 มีบุตรเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีสิทธิการรักษาพยาบาลจากโครงการ 30 บาท/บัตรสูงอายุ/พระภิกษุ คิดเป็นร้อยละ 72.2 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราจะดื่มมานานมากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.1 ปัจจุบันผู้ที่สามารถเลิกดื่มสุราได้คิดเป็นร้อยละ 61.8 โดยสามารถเลิกได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.5 ผู้ที่ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้จะดื่มสุราน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 61.8 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.7) ไม่ใช้สารเสพติดอื่น นอกจากบุหรี่ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20.3 ผู้ที่สูบบุหรี่จะสูบนานมากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.4 ปัจจุบันผู้ที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้คิดเป็นร้อยละ 60 โดยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.8 ผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้จะสูบบุหรี่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 62.5

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 40 ป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลา 1 – 5 ปี ไม่เคยรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 84.4 เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.3 ส่วนใหญ่มีอาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวนและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 95.7 และ 94.2 ตามลำดับ โดยอาการทางกายที่พบมาก ได้แก่ ความรู้สึกทางเพศลดลงหรือหมดไป ชาปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว อ่อนเพลียไม่มีแรงและปัสสาวะบ่อย ส่วนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบมาก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ท้องผูกหรือท้องเดิน และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 99) ไม่มีความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวานพบว่า การถูกตัดนิ้วและตาบอด คิดเป็นร้อยละ 0.7 และ 0.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.9) มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ ค่าน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่สูงกว่าเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 58.7 และ 46.3 ตามลำดับ

ข้อมูลทางจิตสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลถือว่าผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 12.4 มีภาวะวิตกกังวลแต่ไม่ถือว่าชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 16.2 มีภาวะซึมเศร้าถือว่าผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 8.1 มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ถือว่าชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 17 มีปัญหาการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง คิดเป็นร้อยละ 65.3 มีปัญหามากในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง คิดเป็นร้อยละ 21.5 และความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.9

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 84.6 ± 10.0 คะแนน คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งมี ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว อาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวน และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อาการทางกายที่รบกวน ได้แก่ อาการดื่มน้ำมาก อาการตาพร่ามัว อาการชาปลายมือปลายเท้า อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง อาการเจ็บหน้าอก และความรู้สึกทางเพศลดลง/หมดไป ส่วนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การมองเห็นภาพลดลง/ต้อหิน/ต้อกระจกและโรคหัวใจ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนรายได้ และความเพียงพอของรายได้ ($p < 0.05$)

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ การไม่มีภาวะวิตกกังวล การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ดี ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวดี การไม่มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง และการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 395 ราย พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.8 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พันธุ์ทิพย์ วัชรสินธ์ [61] และผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์ [57] พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ Glasgow และคณะ [62] ได้ทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพ SF-20 (The general Short Form 20 Health Survey) พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงต่ำ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์และคณะ [60] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 88.3 ระบุว่ามีความรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง และเพียงร้อยละ 11.7 ที่ระบุว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะแบบวัดคุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต (Diabetes Quality of Life, DQOL) จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบรายด้านทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ในชีวิตพอสมควร สร้างฐานะทางการงานอาชีพ และครอบครัวที่มั่นคง โรคเบาหวานที่เป็นอยู่อาจก่อให้เกิดสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมลง [9] มีอาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวนและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น [11] ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันและความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง

2. ด้านจิตใจ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีปัญหาในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง อาจส่งผลให้ปรับตัวยอมรับกับสถานการณ์บางอย่างได้ยาก เช่น การที่ผู้ป่วยต้องดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิด ฉุนเฉียว [56] แต่การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุน มีการให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยดี จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว มีการ

ช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจและดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดจะทำให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานอื่นและเจ้าหน้าที่พยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและความพึงพอใจในชีวิต จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง

4. ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่เขตเมืองสมุทรสงคราม ซึ่งเป็นแหล่งเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวของจังหวัด เศรษฐฐานะค่อนข้างต่ำ โดยมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บสะสม ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องประกอบอาชีพเพื่อให้ได้มาซึ่งความจำเป็นต่างๆ ในชีวิต จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่จัดอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การประกอบอาชีพ จำนวนรายได้ ($p < 0.05$) กล่าวคือ เพศหญิง อายุที่มากกว่า 60 ปี การศึกษาและเศรษฐกิจฐานะที่ต่ำ การเจ็บป่วยที่นานเกิน 5 ปี อาการทางกายต่างๆของโรคเบาหวานที่รบกวน และภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดร่วมกับโรคเบาหวาน จะส่งผลให้เกิดคุณภาพที่แย่ง สามารถอธิบายได้ดังนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงเป็นเพศที่ปรับตัวยากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความต้องการพึ่งพิงสูง อีกทั้งมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย [107] และอารมณ์อ่อนไหวมากกว่าเพศชาย มักจะแก้ปัญหาด้วยการเก็บกดปัญหานั้นไว้ บางครั้งโทษหรือตำหนิตนเอง [98] นอกจากนี้เพศหญิงมักดูแลใส่ใจกับสุขภาพร่างกายของตนเองหรือหมกมุ่นกับการเจ็บป่วยมากเกินไป ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ง่าย คิดว่าความเจ็บป่วยทำให้ตนเองทุกข์ทรมาน ไม่มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าเพศชาย [58] อายุก็มีส่วนสำคัญเพราะอายุที่มากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายมากขึ้น เนื่องจากอวัยวะทุกส่วนเสื่อมถอย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง [107] การกระทำเพื่อดูแลตนเองจะทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร [129] ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นหลายรายจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง จึงมีความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลให้การรับรู้ความผาสุกของตนเองต่ำลง [133] การศึกษาก็มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการปรับตัว ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักจะมีความสามารถในการปรับตัวที่ไม่ดี เนื่องจากขาดทักษะและประสบการณ์ความรู้ที่จะนำมาป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเอง [98] เพราะผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะทำให้ไม่สามารถพัฒนาสติปัญญา ความรู้ ความคิดในการแก้ไขปัญหาการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งระดับการศึกษาที่สูงเป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เช่น การมีอาชีพการงานที่ดีซึ่งจะก่อให้เกิดจำนวนรายได้ที่มากส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดี [57] นอกจากนั้นแล้วผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน

ของตนเองได้ กระทบต่อความรู้สึกเชื่อมั่น การนับถือตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รวมถึงความไม่พึงพอใจในตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ [134] นอกจากนี้ ผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพ จะมีความขัดแย้งในครอบครัว เนื่องจากต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว บุคคลในครอบครัวจะมองตนเองไร้ค่าและไร้ความสามารถ เกิดปัญหาสัมพันธภาพขึ้นในครอบครัว ส่วนรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ [59] หลายคนพยายามแสวงหาให้จำนวนรายได้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีเหลือเก็บไว้ใช้จ่ายเป็น ทั้งนี้เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ถึงแม้ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาร้อยละส่วนใหญ่จะมีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาก็ตาม แต่ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหารและค่าเสียโอกาสในการทำงาน ซึ่งหากรายได้ไม่เพียงพอกับความ ต้องการ ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว [57] ดังนั้นการมีจำนวนรายได้สูงเพื่อให้เพียงพอกับความจำเป็นในการใช้จ่ายต่างๆ ของผู้ป่วยจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ และไม่เพียงพอ

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน อาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวน ได้แก่ อาการดื่มน้ำมาก อาการตาพร่ามัว ชาปลายมือปลายเท้า อ่อนเพลียไม่มีแรง เจ็บหน้าอก ความรู้สึกทางเพศลดลง/หมดไป ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การมองเห็นภาพลดลง/ต้อหิน/ต้อกระจก และโรคหัวใจ ($p < 0.05$) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวานนานกว่า 5 ปี จะเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายกับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ดูแลตนเองไม่ดีหรือมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพตนเองในทางลบ [118] และยังพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานนานกว่า 5 ปี คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ทำให้ชีวิตของตนเกิดอันตราย เป็นภาระของครอบครัวและรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น [58] ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยน้อยกว่า 5 ปี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากมีความหวังว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ดูแลตนเองได้และพยายามปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยด้วยการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง อาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวน ได้แก่ อาการดื่มน้ำมากเกิดจากการสูญเสียน้ำออกมามากทางปัสสาวะส่งผลให้เกิดคอแห้งและกระหายน้ำ ส่วนอาการตาพร่ามัวเกิดจากน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลไปคั่งอยู่ที่ตา จึงทำให้เกิดตาพร่ามัว ส่วนอาการอ่อนเพลียไม่มีแรงเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้จึงมีการสลายพลังงานออกมาจากไขมันและกล้ามเนื้อ และอาการเจ็บหน้าอก อาการชาปลายมือปลายเท้าและความรู้สึกทางเพศลดลง/หมดไปเกิดจากการมีน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานๆ ทำให้เส้นประสาทเสื่อม

[23] ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการทางกายของโรคเบาหวานรบกวน จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ เพราะอาการที่เกิดขึ้นอาจทำให้ต้องหยุดงาน สูญเสียรายได้ ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างของโรคเบาหวานได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากโรคเบาหวานจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดหัวใจตีบ ก่อให้เกิดโรคหัวใจ ส่วนการมองเห็นภาพลดลง/ต้อหิน/ต้อกระจกเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานรบกวนการทำหน้าที่ของหลอดเลือดฝอย ผู้ป่วยต้องรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่อยู่ตลอด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ [22][27][28] ถ้าไม่สามารถรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในภาวะปกติได้จะก่อให้เกิดความพิการทางร่างกายที่เกิดจากโรคเบาหวาน จะทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง เนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์เดิมของตน เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า เกิดภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า อาจส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายตามมา [114]

ปัจจัยทางจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคความขัดแย้ง และความสัมพันธ์และหน้าที่ครอบครัว ($p < 0.01$) กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า มีปัญหาในการปรับตัวและแก้ไขความขัดแย้ง และมีปัญหาคความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวจะทำให้คุณภาพชีวิตแยลง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่เรื้อรังซึ่งก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หลายระบบทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการมองเห็น ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างเคร่งครัด [9][11] ผู้ป่วยหลายรายมีอาการเปลี่ยนแปลง หงุดหงิด ฉุนเฉียว เบื่อหน่าย ท้อแท้ เครียด วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย โดยพบว่ากลุ่มที่มีอายุเพิ่มขึ้นและผู้ที่เป็โรคเรื้อรังจะมีโรควิตกกังวลสูง [19][77] [78][79] ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก จะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น กลัวไม่มีเหตุผล ภาวะกรวย ตกใจง่าย คาดการณ์ไปถึงภัยอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้น จิตใจฟุ้งซ่าน ทำให้เกิดการถอยหนีจากเหตุการณ์ต่างๆ และเก็บความรู้สึกไว้ภายในจนกลายเป็นอาการซึมเศร้า [56][75][76] โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง โดยมีลักษณะการแยกตัว สนใจบุคคลอื่นน้อยลง มองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ ขาดสมาธิ คิดซ้ำ พุดซ้ำ ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาคต่างๆ ไม่ดี ปฏิเสธการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดจากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ราบรื่น ร้อยละ 42.86 [99] และพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยเสมอ [97]

ปฏิกิริยาทางอารมณ์ของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงมากขึ้น ภาวะดังกล่าวเกิดจากฮอร์โมนของความเครียดที่มีผลต่ออินซูลิน ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี [56] ผลจากการควบคุมน้ำตาลไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลให้เกิดความพิการ[49] และสูญเสียภาพลักษณ์ ขาดความอิสระภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม [15] เนื่องจากสภาวะที่จำกัดทางร่างกาย ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกว่าการเป็นภาระของครอบครัว [13] ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องปรับตัวต่อการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ที่สามารถปรับตัวและยอมรับกับภาวะการเจ็บป่วยได้ มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจจากครอบครัว สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตแม้ยามเจ็บป่วย การปรับตัวดีหรือไม่ดีปัจจัยสำคัญคือคนที่อยู่ในครอบครัว เพราะบุคคลในครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลอบใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟันฝ่าอุปสรรคและสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ [116] แต่ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวยอมรับกับการเจ็บป่วยได้นั้น จะทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี และการแก้ไขปัญหาคือความขัดแย้งหรือการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นไม่ดี จะก่อให้เกิดความคับข้องใจ เครียด วิตกกังวล ร่างกายและจิตใจไม่สมดุลย์ [111] ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้หรือโรคทางจิตเวชต่างๆ [114] ส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การไม่มีภาวะวิตกกังวล การปรับตัวและแก้ไขปัญหาคือความขัดแย้งที่ดี ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ดี การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาและการไม่มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ($p < 0.05$) กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถทางด้านสติปัญญาดี หากทางแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะพยายามแสวงหาความรู้เพื่อค้นหาคำตอบและนำมาป้องกันอาการทางกายต่างๆของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ โดยเฉพาะอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรงรบกวน ส่วนผู้ที่ตกอยู่ในภาวะวิตกกังวลร่างกายจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก แขนงหน้าอก หายใจไม่เต็มที กล้ามเนื้อตึงปวดเมื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียนและเบื่ออาหาร [71][72][73] ซึ่งอาการทางกายที่รบกวนจากโรคเบาหวานและภาวะวิตกกังวลจะมีอาการคล้ายกัน ดังนั้นการเกิดอาการดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ รบกวนการทำงานและสูญเสียรายได้ เมื่อมีการศึกษาสูงจะเกิดความคิดที่มีเหตุผล มีความสามารถในการเผชิญกับการปรับเปลี่ยนในด้านต่างๆ ทั้งทาง

ร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับโรคที่เป็นและมีความสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม [105] หากผู้ป่วยที่ครอบครัวแสดงความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงหาอาทรต่อกัน สนับสนุน ให้กำลังใจ สามารถสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยระบายความทุกข์ใจ ปลอดภัย ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง สามารถลดภาวะวิตกกังวล ส่งผลสะท้อนต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีต่อไป [62][107]

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงควรมุ่งเน้นในการสร้างความเข้มแข็งทางด้านหน้าที่ทางจิตสังคม โดยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นและภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยมีวิธีแก้ไขปัญหาและการจัดการความขัดแย้งที่ดี มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และคอยสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย รวมถึงการมุ่งลดอาการทางกายที่รบกวน โดยเฉพาะอาการอ่อนเพลียไม่มีแรงและโรคทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 84.6 ± 10.0 คะแนน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.8) อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทางจิตสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ การไม่มีภาวะวิตกกังวล การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่ดี ความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัวที่ดี การศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา รวมถึงการไม่มีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ลักษณะทางสังคมประชากรของผู้เข้าร่วมการศึกษาอาจจะส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ได้จากการศึกษา ดังนั้นการนำไปใช้ควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวด้วย นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยเสี่ยง (risks) หรือสาเหตุ (causes) เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) บอกได้แต่เพียงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยเกี่ยวข้อง (associated factors) เท่านั้น

การนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

2. ผลที่ได้จะนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยมุ่งเน้นการรักษาแบบองค์รวมทั้งกาย จิตและสังคม
3. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
4. ควรให้ความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยเนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาไม่ได้มุ่งเน้นเพียงให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณาว่าชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม
5. บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตสามารถส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม และควรมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งกาย จิตสังคมและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกลุ่มช่วยเหลือ สนับสนุนด้านกำลังใจ (self help groups) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน เพื่อเป็นแหล่งระบายความทุกข์ใจ เพื่อลดภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชอื่นๆ
7. เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งร่วมกัน รวมถึงการสังเกตปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อไป ซึ่งสามารถลดความตึงเครียด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้ โดยมุ่งเน้นปัจจัยทางจิตสังคมเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลตนเอง เพื่อค้นหาสาเหตุว่าเพราะเหตุใดคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจึงจัดอยู่ในระดับปานกลาง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-dept interview) หรือ การทำสนทนากลุ่ม (focus group)

3. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เพื่อที่จะสามารถหาปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง และความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในผู้ป่วยเบาหวาน และเพื่อเป็นแนวทางในการช่วย เหลืออย่างเหมาะสมต่อไป

4. การศึกษาเชิงทดลอง (experimental study) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ฝึกทักษะในการแก้ปัญหา สร้างสัมพันธภาพและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ทำการศึกษาเชิงทดลองโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- [1] Wild, S.; Roglic, G.; Gren, A.; Sicree, R. and King, H. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projection for 2030. *Diabetes Care* 27 (2004): 47-53.
- [2] ธิติ สันับบุญ. ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน. ใน *วิทยา ศรีตามา (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน*, หน้า 15-20. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้, 2543.
- [3] สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักกระบาดวิทยา. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2549*. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2550.
- [4] สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักกระบาดวิทยา. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2550*. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2551.
- [5] จิตภา ทรัพย์ไพบูลย์กิจ. พยาบาลวิชาชีพ 7. *สัมภาษณ์*, 11 เมษายน 2551.
- [6] สุชาติพิทย์ อุปลาบัตติ. *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- [7] Orley, J. and Saxena, S. What quality of life?. The WHOQOL Group. *World Health Forum* 17 (1996): 54-56.
- [8] กิ่งแก้ว ปาจารย์. คุณภาพชีวิต. *สารศิริราช* 49 (2540): 79-81.
- [9] วิสุธาธร บุญสิทธิ. สภาพจิตใจและสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: *วรรณีย์ นิธิยานันทน์ คัทรี ชัยชาญวัฒนากุล, สุภาวดี ลิขิตมาศกุล, ชนิกา ตู๋จินดา (บรรณาธิการ), คู่มือประกอบการให้ ความรู้โรคเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว, 2533.
- [10] วัลลา ตันตโยทัย, อติสัย สงดี. *โรคเบาหวานและการรักษา*. กรุงเทพมหานคร: พิทักษ์, 2539.
- [11] ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. *แนวทางมาตรการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2539.
- [12] อภิชาติ วชิฎาณรัตน์. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิด NIDDM. ใน: *โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป 2*. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้, 2537.
- [13] Griffiths, K. Achieving better psychosocial outcomes in diabetes responsibility of patient & team [online]. 2002. Available from :

- <http://www.ezeediabetes.co.zo/diapsychohealth.asp> [2008, April 11].
- [14] Egede, L.E.; Zheng, D. and Simson, K. **Comorbid depression is associated with Increased health care use and expenditures in individual with diabetes.** 2002. Available from : <http://www.Diabetes%20Care%20Comorbid%20Depressive&20is%20Associated> [2008, April 11].
- [15] อัมพรพรรณ ธีรานุกร, เพลินตา ศิริปการ และอำพน นวลโคกสูง. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน.** กรุงเทพมหานคร: คลังน่านาวิทยา, 2544.
- [16] Josling, L. **Diabetes: a major new health problem.** [online]. 2001. Available from : <http://www.wsws.org/article/2001/aug2001/diab-a21.shtml> [2008, April 05].
- [17] สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด.** เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง, 2540.
- [18] ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. **การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41 (2540): 18-30.**
- [19] Lueboonthavatchai, P. **Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. J Med Assoc Thai 90 (2007): 64-74.**
- [20] Weissman, M.M.; Markowitz, J.C. and Klerman, G.L. **Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy.** New York: Basic Books, 2000.
- [21] Lueboonthavatchai, P.; Thavichachart, N. and Lertmaharit, S. **Relationship between interpersonal problem areas and depressive disorder in Thai depressed patients: a matched case-control study. J Psychiatr Assoc Thailand 53 (2008): 69-80.**
- [22] สาธารณสุข, กระทรวง. **กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการจัดบริการโปรแกรมสุขภาพแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการสุขภาพ.** กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2549.

- [23] สุนิตย์ จันทระประเสริฐ และคณะ. **ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคเบาหวาน**. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒน์, 2542.
- [24] คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 2**. กรุงเทพมหานคร: ประชุม, 2541.
- [25] วัลลา ตันตโยทัย. **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด ฟังอินซูลิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- [26] สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4**. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรีนติ้ง, 2543.
- [27] สาลิกา เมธาวิณ และ สุภาวดี ด่านธำรงกุล. **การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต**. กรุงเทพมหานคร: ลดาวัลย์, 2538.
- [28] สุนิตย์ จันทระประเสริฐ และคณะ. **โรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน**. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒน์, 2542.
- [29] สุทิน ศรีอัมภาพร และ วรณี นิธิยานันท์. **โรคเบาหวาน**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว, 2548.
- [30] สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยและสำนักโรคไม่ติดต่อ. **แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน**. กรุงเทพมหานคร: สมาคม, 2543.
- [31] สุนิตย์ จันทระประเสริฐ และคณะ. **ยารักษาโรคเบาหวานชนิดรับประทาน**. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒน์, 2542.
- [32] ชมรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. **อินซูลิน**. กรุงเทพมหานคร: วิวัฒน์, 2542.
- [33] คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9**. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545.
- [34] Richard, M. and Britdget, B. Quality of life in cardiovascular disease. *Br Heart J* 69 (1993): 60-66.
- [35] จริยาวัตร คมพยัคฆ์. **พยาบาลกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีไทย. วารสารการพยาบาล 7 (2535): 32-37.**
- [36] Burckhardt, C.S. The Impact of Arthritis on Quality of Life. *Nurs Res* 34(January-February 1985): 11-16.
- [37] สมพันธ์ หิรัญชีรนนท์. **ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. Thai Journal**

- of Nursing 47(1998): 69–72.
- [38] ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525.**
กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์, 2538
- [39] World Health Organization: WHO. **The development to of The World Health Organization Quality of life assessment: international prospective**, pp. 41-57. Berlin: Springer-verlay, 1993.
- [40] Padilla, G.V. and Grant, M.M. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. **ANS** 8(1985): 45-60.
- [41] Zhan, L. Quality of life: Concept and measurement issue. **J Adv Nurs** 17(1992): 795-880.
- [42] Meeberg, G.A. Quality of life: a concept analysis. **J Adv Nurs** 18(1993): 32– 8.
- [43] Ferran, C.E. and Power, M.J. Psychometric assessment of the Quality of life index. **Res Nurs health** 15(1985): 29-38.
- [44] Bellen, H. and Herbruggen, C.V. Evaluation the Quality of Life in Belgium. **Social Indicators Research** 8(1980): 312.
- [45] Stromberg, M.F. Selecting and Instrument to Measure Quality of Life. **Oncol Nurs Forum** 11(1984): 88-91.
- [46] Flanagan, J.C. Measurement of Quality of Life: Current State of the Art. **Arch Phys Med Rehabil.**63(1982): 56-59.
- [47] Flanagan, J.C. A research Approach to Improving our Quality of life. **American Psychologist** 31(1987): 138-147.
- [48] Ferrell, B.R. Quality of life in breast cancer survivors: Implication for developing support services. **Oncol Nurs Forum** 25(1989): 887–95.
- [49] พงศ์อมร บุนนาค. **เทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน: การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค.**
กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2542.
- [50] วรณา ศรีธัญรัตน์. การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม. ใน **เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการ.** 16-18 มีนาคม 2542 ณ โรงแรมแก่นอินน์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.

- [51] Sridhar, G. R. and Madhu, K. Psychosocial and cultural issues in diabetes Mellitus. *Current Science* 83(2002): 1556-64.
- [52] Trigwell, P. **Depression and diabetes** [online]. 2001. Available from : <http://www.diabetes.org.uk/update/winter01/fact%20with%20refs.htm> [2008, April05].
- [53] อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุธา, 2545.
- [54] สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก: สุวรรณ, 2545.
- [55] สมภาพ เรื่องตระกูล. **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว, 2542.
- [56] ผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์, สุรัตน์ มณีแสง, จิระพันธ์ เอกอุรุ, จารุณี วารหัส, และสุภรณ์ บุษลิน. **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลสงขลา** [online]. (n.d.). Available from : <http://www.sk-hospital.com/skmessage/download.php?id=38746sid=7ce77cbbc2f> [2008, April 11].
- [57] จีรนุช สมโชค. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- [58] วรรณสา สามารถ. **คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- [59] บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, พงศ์อมร บุญนาค, และนพวรรณ พุกพบสุข. **คุณภาพชีวิตและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามธิบดี**. **รามธิบดีเวชสาร** 28(2548): 27-35.
- [60] พันธุ์ทิพย์ วัชรสินธุ, ผกาทิพย์ เสวกจันทร์, เรือนขวัญ พิริยสถิต และ ชูลีวรรณ ไชยเพชร. **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ห่างไกลของไทย**. **วารสารวิชาการแพทย์เขต15-17(2551)**: 56-67.
- [61] Glasgow, R.E; Ruggiero, L.; Eakin, E.G et al. Quality of life and associated characteristics in large national sample adults with diabetes. *Diabetes*

Care 20(1997): 62-67.

- [62] Keinanen, K.S.; Ohinmaa, A.; Pajumpaa, H. and Koivakangas, P. Health related quality of life in diabetic patients measured by the Nottingham Health Profile. *Diabet Med* 13(1996):2-8.
- [63] Jacobson, A.M.; Groot, M. and Samson, J.A. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care* 17(1994): 67-74.
- [64] ประภาพร จินันท์ยุยา. **คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- [65] Hanlon, J.J. and Pickett, G.E. *Public Health: Administration and Practice*. 8 th ed. Saint Louis: Times Mirror Mosby College, 1984.
- [66] พวงสร้อย วรกุล. ความสุขของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 35(2547): 53-77.
- [67] Whetstone, W.R.; Hansson, Olow and Marie, Anne. Perceptions of Self-Care in Sureden: A Cross – Culture Replication. *J Adv Nurs* 14 (1989): 62-69.
- [68] Tran, T.V.; Chatter, L. and Wright, R. Health , Stress, Psychological Resources, and Subjective Well-Being Among Older Blacks. *Psychology and Aging* 6(1991): 100-108.
- [69] นภาพร คีกลี. **การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจังหวัดสุราษฎร์ธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2548.
- [70] สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และ นิภา มนูญปัจจุ. คุณภาพชีวิต. ใน **ประชากรกับคุณภาพชีวิต**, หน้า 110. กรุงเทพมหานคร: ศรีอนันต์, 2525.
- [71] ชัตติยา ชั้นประดับ, พวงเพ็ญ ชุมหปาน และ ฉันทนา หวันแก้ว. รายงานการวิจัยเชิงคุณภาพชีวิตของผู้รับเปลี่ยนหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. **วารสารการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก** 10 (2540): 19-27.
- [72] ไพศาล ไกรสิทธิ์. **วัฒนธรรมการทำงานของคนไทย.** กรุงเทพมหานคร: เทคนิค, 2535.
- [73] Crew, N.M. Quality of Life the Ultimate Goal in Rehabilitation. *Minn Med* 63

(1980):586-589.

- [74] เขมิกา ยะมะรัตน์. **ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
- [75] ทศนีย์ จินางกูร. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่มารักษาด้วยการล้างท้องแบบถาวร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- [76] Kotket, F.J. Philosophic Consideration of Quality of Life for Disable. *Arch Phys Med Rehabil* 63(1982): 2.
- [77] บุญทิพย์ สิริรังศรี. **ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- [78] สายฝน จับใจ. **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตีบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- [79] ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน เกษม ตันติผลาชีวะ (บรรณาธิการ), **ตำราจิตเวชศาสตร์**. หน้า 348-351. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536.
- [80] Brinchman, Hansel; Jorgensen, K.; Sandvik, L. and Hanssen, K.F. Blood Glucose concentrations and progression of diabetic retinopathy: the seven year results of the Osle study. *BMJ* 304(1992): 19-22.
- [81] The Diabetes Control and Complications Trail Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications of insulin dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 329(1993): 77-86.
- [82] America Diabetes Association. Standards of Medical Care for patients with Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 20(1997): 6.
- [83] บุญทิพย์ สิริรังศรี. **ผู้ป่วยเบาหวาน: การดูแลแบบองค์รวม**. นครปฐม: ศูนย์

อาเซี่ยน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

- [84] นพดล เตมียะประดิษฐ์ และคณะ. ภาวะซีมีเศร่าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาล สงขลา. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 11(2536): 69-75.
- [85] Rubin, R.R. and Peyrot, M. Quality of life and diabetes. **Diabetes Metab Res Rev** 15(1999): 15-18.
- [86] Lau, C.; Qureshi, A.K. and Scott, S.G. Association between glyceimic control and quality of life in diabetes mellitus. **J Postgrad Med** 50(2004): 89-94.
- [87] Corroll, P. and Matz, R. Uncontrolled diabetes mellitus in adults: experience in treatment of diabetic ketoacidosis and hyperosmolar nonketotic coma with low-dose insulin and uniform treatment regimen. **Diabetes Care** 6(1983): 79-85.
- [88] Lauer, R.H. **Social problems and the quality of life**. 2nd ed. Iowa: Wm. C. Brown, 1982.
- [89] ประภา รัตนเมฆานนท์. **การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- [90] Lolyd, C.E.; Matthews, K.A.; Wing, R.R. and Orchard, T.J. Psychosocial factors and complications of IDDM. **Diabetes Care** 15(1992): 66-72.
- [91] Miller, J.M. **Coping with chronic illness overcoming powerlessness**. Philadelphia: F.A. Davis, 1983.
- [92] มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. **จิตเวชศาสตร์รามาทิปดี**. กรุงเทพมหานคร: ศรีชาภูมิ, 2539.
- [93] รวิวรรณ นิเวตพันธุ์. Anxiety disorder. ใน: บุรณี กาญจนถวัลย์, พีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย, บรรณาธิการ. **พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต**. หน้า 24-36. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [94] Dirckx, J.H, editor. **Steadman's Concise Medical & Allied Health Dictionary**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.
- [95] ทิภาพร อังคกุล. **การเปรียบเทียบระหว่างวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐานในผู้ป่วย**

- โรควิตกกังวล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
- [96] ดารุวรรณ โรจนสุพจน์. **ผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวล-ซึมเศร้าของนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตอุเทนถวาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- [97] Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. and Grebb, J.A. **Synopsis of psychiatry.** 8th ed. Baltimore: Williams & Wikins, 1994.
- [98] Stuart, G.W. and Sundeen, S.J. **Principle and Practice of Psychiatric Nursing.** 3rd ed. St.Louis: Mosby, 1987.
- [99] Bellack, A.S. and Hersen, M. **Behavioral assessment: a practical handbook.** 4th ed. Boston: Allyn and Bacon, 1998.
- [100] Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. and Grebb, J.A. **Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry.** 7th ed. Baltimore: Williams & Wikins, 1994.
- [101] Beck, A.T. and Emery, G. **Anxiety disorders and phobias.** New York: Basic book, 1985.
- [102] ฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์. **ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- [103] ณัฐนาฏ สระอุบล. **ผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ต้องขังทหารเกณฑ์ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในเรือนจำมณฑลทหารบกที่ 11.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- [104] Kovacs, M.; Goldston, D.; Obrosky, D.S. and Bonar, L.K. **Psychiatric disorders in Youth with IDDM: rate and risk factors.** *Diabetes Care* 20(1997): 36-44.
- [105] ชุติมา ห่อมเรืองวงษ์. **ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- [106] ภัคจิรา รัชตะสังข์. **ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองซึ่งได้รับยาเคมีบำบัด ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [107] Beck, A.T. *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspect.* New York: Happer Row, 1967.
- [108] ดวงใจ กษานติกุล. **ตำราจิตเวชศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
- [109] ดวงใจ กษานติกุล. Mood disorder. ใน บุรณี กาญจนถวัลย์ และ พีรพนธ์ ลือบุญวัชรชัย (บรรณาธิการ), **พฤติกรรมมนุษย์และความผิดปกติทางจิต,** หน้า 149-150. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- [110] อูมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. การหย่าร้างของบิดามารดาและภาวะซึมเศร้าในเด็ก. **วารสารกุมารเวชศาสตร์** 31(2535): 12-21.
- [111] ลีติรัตน์ สิริพุทไธสวรรรณ. **ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- [112] อลิสา วัชรสินธุ. ภาวะซึมเศร้า. ใน วันเพ็ญ บุญประกอบ, อัมพล สุอำพัน และ นงพงา ลิ้มสุวรรณ (บรรณาธิการ), **จิตเวชเด็กสำหรับกุมารแพทย์,** หน้า 225-232. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์, 2538.
- [113] มาโนช หล่อตระกูล. **การสัมภาษณ์และการตรวจทางจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร: ไฮลิสติค, 2538.
- [114] Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. *Comprehensive text book of psychiatry.* 5th ed. Baltimore: William & Wilkin, 1989.
- [115] Collin, M. *Communication in health care: The human communication in the life cycle.* 2ed. Saint Louis: Mosby, 1983.
- [116] Matthey, S.; Barnett, B.; Ungerer, J. and Waters, B. Peternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* 60(2000): 75-85.

- [117] ดวงใจ กษานติกุล. **โรคซึมเศร้ารักษาหายได้**. กรุงเทพมหานคร: น้าอักษร, 2542.
- [118] Neese, J.B. Depression in the general hospital. **Nurs clin of North Am** 26(1991): 13-22.
- [119] Conwell, Y.; Caine, E.D. and Olsen, K. Suicide and cancer in late life. **Hosp community Psychiatry** 41(1990): 34-38.
- [120] Irwin, M.; Daniels, M.; Bloon, E.T; Smith, T.L. and Weiner, H. Life event, depressive symptoms and immune function. **Am J Psychiatry** 114(1987): 37-41.
- [121] Parik, R.M.; Lipsey, J.R.; Robison, R.G. and Price, T.R. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily over a 2-year follow-up. **Arch Neurol** 47(1990): 85-89.
- [122] Katz, I.R. On the inseparability of mental health in age person lessons from depression of medication comorbidity. **Am J Geriatr Psychiatry** 4(1996): 1-6.
- [123] Dougall, G.J.; Blixen, C.E. and Suen, L. The process and outcome of life review psychotherapy with depressed homebound older adult. **Nurs Res** 46(1997): 77-83.
- [124] พรทิพย์ ชูน้อย. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: กรณีศึกษาผู้มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตรัง. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 26(2549): 75-90.
- [125] สุภาวณี ประมวลวงษ์. **ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.
- [126] Peyrot, M. and Rubin, R.R. Persistence of Depressive Symptoms in diabetic Adults. **Diabetes Care** 22(1999): 48-52.
- [127] Xu, L.; Ren, J.; Cheng, M. et al. Depressive symptoms and risk factor in Chinese persons with type 2 diabetes. **Arch Med Res** 35(2004): 1-7.
- [128] Gray, T.L.; Ford, D.; Crum, R.M.; Patrick, L.C. and Brancati, F. Depressive symptoms and metabolic control in African- Americans with type 2 diabetes. **Diabetes Care** 23(2003): 3-9.

- [129] นัยนา อินธิโชติ. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวของเยาวชน ผู้เสพยาบ้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.**
- [130] สุพัตรา สุภาพ. **สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2534.**
- [131] พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์. **กลไกทางจิต. วารสารพยาบาล 33(2527): 4-8.**
- [132] ลออ หุตางกูร. **ธรรมชาติของมนุษย์: หลักรวมในแนวใหม่สำหรับพยาบาล ตอนที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.**
- [133] สมจิตต์ สิ้นธุ์ชัย. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.**
- [134] Monsen, R.B.; Floyd, R.L. and Brookman, J.C. **Stress-Coping-Adaptation : Concepts for nursing. Nurs Forum 27(1995): 27-32.**
- [135] จำลอง ดิษยวณิช, พร็ิมเพรา ดิษยวณิช. **ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ. เชียงใหม่: แสงศิลป์, 2545.**
- [136] อารยา ทองผิว. **สภาพสังคมและจิตวิทยาในผู้เป็นเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: คัลเลอร์ฮาร์โมนี, 2548.**
- [137] ศรีเรือน แก้วกวางล. **ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ผู้สูงอายุไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก 21(2533): 2-13.**
- [138] Wikblad, K.F.; Wibell, L.B. and Montin, K.R. **The patient's experience of diabetes and its treatment: Construct of an attitude scale by semantic differential technique. J Adv Nurs 15(1990): 83-91.**
- [139] อัญชลี ลีตะบุระ. **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.**
- [140] พิษิต ฤทธิจัญญ. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เข้าส์ ออฟ เคอร์รี่ส์, 2547.**



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินใน
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม (Quality of Life and
Associated Factors of Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus Patients in
Somdejphraputthalertla Hospital, Samutsongkram Province)

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านคำ
ชี้แจงและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยอย่างละเอียดดีแล้ว

การศึกษานี้ จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอาศัยการตอบแบบสอบถาม ซึ่ง
ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์และแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น โดยมีได้มีการระบุถึงตัวบุคคล
ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เพื่อ
ประโยชน์ทางวิชาการต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามการวิจัยต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วและเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามไว้ในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

()

ลงนาม.....พยาน

()

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวจิณณพัท ธีรอภิศักดิ์กุล)

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง **คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม**

เรียน **ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน**

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัย

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต รวมถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งผลการศึกษามีประโยชน์ในการนำไปจัดการดูแลคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อนำไปสู่การจัดการการพัฒนาการดูแลป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านทำ ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบและประเมินด้วยตนเองทั้งหมดโดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| <u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านการเจ็บป่วย | จำนวน 11 ข้อ |
| <u>ส่วนที่ 2</u> แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย | จำนวน 26 ข้อ |
| <u>ส่วนที่ 3</u> แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย | จำนวน 14 ข้อ |
| <u>ส่วนที่ 4</u> แบบสอบถามความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว | จำนวน 5 ข้อ |
| <u>ส่วนที่ 5</u> แบบสอบถามการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง | จำนวน 5 ข้อ |

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือการเข้าร่วมในการศึกษานี้ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่ได้รับการยินยอมจากท่านเท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยและมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดๆที่ท่านไม่อยากจะตอบโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใดกรุณาติดต่อ นางสาวจินณพัต ธีรภักดิ์กุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกธนาคารกรุงเทพ โทร. 081-7334421 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

หากท่านมีข้อร้องเรียนปัญหาจริยธรรมการวิจัยขอให้ติดต่อสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โทร. 02-2564455 ต่อ 14,15

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวจินณพัต ธีรภักดิ์กุล



ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

NO.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ตอบแบบสอบถาม)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย (1)

หญิง (2)

2. อายุ

.....ปี

3. สถานภาพ

โสด (1)

คู่ (2)

หม้าย (3)

หย่า/แยก (4)

4. ระดับการศึกษา(สูงสุด)

ไม่ได้เรียนหนังสือ (1)

ประถมศึกษา (2)

มัธยมศึกษาตอนต้น (3)

มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (4)

อนุปริญญาหรือ ปวส. (5)

ปริญญาตรี (6)

สูงกว่าปริญญาตรี (7)

5. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ (1)

รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ (2)

รัฐวิสาหกิจ (3)

ธุรกิจส่วนตัว (4)

ลูกจ้าง พนักงาน (5)

รับจ้าง แรงงาน (6)

อื่นๆ โปรดระบุ..... (7)

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)

ไม่มีรายได้ (1)

มีรายได้ โปรดระบุ.....บาท/เดือน (2)

7. ความเพียงพอของรายได้

เพียงพอ มีเงินเหลือเก็บ (1)

เพียงพอ ไม่มีเหลือเงินเก็บ (2)

ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้ (3)

ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน (4)

8. สิทธิคำรักษาพยาบาล

จ่ายเงินเอง (1)

เบิกราชการ/วิสาหกิจ (2)

ประกันสังคม (3)

โครงการ 30 บาท/บัตรสูงอายุ/พระภิกษุ (4)

9. ที่อยู่

อำเภอเมืองสมุทรสงคราม (1)

อำเภออัมพวา (2)

อำเภอบางคนที (3)

นอกเขตจังหวัดสมุทรสงคราม (4)

10. การดื่มสุรา

10.1 ท่านเคยดื่มสุราหรือไม่ ไม่เคย (1)

เคย (2)

(หากเคยกรุณาตอบข้อ 10.2-10.4 ด้วย)

10.2 ระยะเวลาที่ท่านดื่มสุราปี

10.3 ปัจจุบันท่านยังดื่มสุราอยู่หรือไม่ ไม่ดื่ม (1)

(ท่านเลิกมาได้นาน.....ปี)

ดื่ม (2)

10.4 ในแต่ละวันท่านดื่มสุราประมาณกี่วัน/สัปดาห์.....วัน/สัปดาห์

11. การใช้สารเสพติดอื่นๆ (นอกจากสุรา)

11.1 ท่านเคยใช้สารเสพติดหรือไม่ (1) ไม่เคยเคย โปรดระบุ..... (2)

(หากเคยกรุณาตอบข้อ 11.2-11.4 ด้วย)

11.2 ระยะเวลาที่ท่านใช้สารเสพติดนั้นปี

11.3 ปัจจุบันท่านยังเสพยาเสพติดอยู่หรือไม่ (1) ไม่เสพ

(ท่านเลิกมาได้นาน.....ปี

เสพ (2)

11.4 การใช้สารเสพติดนั้นท่านใช้กี่ครั้งต่อสัปดาห์.....ต่อสัปดาห์

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย

12. ระยะเวลาการเจ็บป่วยปี.....เดือน

13. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เคยต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ (1) ไม่เคยเคย (2)

เคยนอนโรงพยาบาล.....ครั้ง

14. อาการของโรคเบาหวานที่รบกวนท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1

ข้อ) (1) ไม่มี (2) ดื่มน้ำมาก (3) ปัสสาวะบ่อย (4) น้ำหนักลด (5) แผลหายช้า (6) ตาพร่ามัว (7) ชาปลายมือปลายเท้า (8) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (9) เจ็บหน้าอก (10) ความรู้สึกทางเพศลดลง/หมดไป (11) อื่นๆระบุ.....

15. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มี (1)
- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึม หมดสติ (2)
- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (3)
- ความดันโลหิตสูง (4)
- บวมตามตัว ซีด ไตวาย (5)
- การมองเห็นภาพลดลง ต้อกระจก ต้อหิน (6)
- โรคหัวใจ (7)
- อัมพฤกษ์ อัมพาต (8)
- กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ ไม่มีแรงเบ่งปัสสาวะ (9)
- ท้องผูก ท้องเดิน (10)
- มีแผลเรื้อรัง แผลพุพอง (11)
- โรคติดเชื้อได้แก่วัณโรคปอด ภาวะแพ้ปัสสาวะอักเสบ หูชั้นนอกอักเสบ ช่องคลอดอักเสบ (12)
- อื่นๆโปรดระบุ..... (13)

16. ความพิการทางกายที่เกิดจากโรคเบาหวาน

- ไม่มี (1)
- ตัดนิ้วจำนวน.....นิ้ว (2)
- ตัดเท้าหรือเข้าหรือขา จำนวน.....ข้าง (3)
- ตาบอด จำนวน.....ข้าง (4)
- อื่นๆ (โปรดระบุ)..... (5)

ข้อ 17-20 (ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย)

17. น้ำหนัก กิโลกรัม
18. ค่าดัชนีมวลกาย body mass index, BMI..... กิโลกรัม/ตารางเมตร
19. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า fasting blood sugar (FBS) (วันที่เก็บข้อมูล)
ระดับน้ำตาลในเลือด FBS.....mg/dl
20. การควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสม glycosylated haemoglobin A1C (HbA1C) (ครั้งสุดท้าย
ไม่เกิน 6 เดือน)%

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✕ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก
 เล็กน้อย หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นบ้างครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่มาก
 ปานกลาง หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลางๆหรือรู้สึกแยระดับปานกลาง
 มาก หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
 มากที่สุด หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมากที่สุด

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่าน ในตอนนี้อย่างใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่ สามารถทำในสิ่งที่ต้องการทำมาก น้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันบ้างไหม (ทั้งเรื่องงานหรือ การดำเนินชีวิต)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน เพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต(เช่นมี ความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆดี เพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อย เพียงใด					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม					
9.	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมามากแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยแค่ไหน					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในแต่ละวันมากนักน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากนักน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากนักน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าคุณีชีวิตท่านมีความหมายมากนักน้อยเพียงใด					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่านเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในขณะที่เจ็บป่วยได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลือกที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และกรุณาตอบทุกข้อ

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

เป็นส่วนใหญ่	(3)
บ่อยครั้ง	(2)
เป็นบางครั้ง	(1)
ไม่เป็นเลย	(0)

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆที่ฉันเคยชอบได้

เหมือนเดิม	(0)
ไม่มากนัก	(1)
มีน้อย	(2)
ไม่มีเลย	(3)

3. ฉันมีความรู้สึกกลัวคล้ายกับว่ากำลังมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

มีและค่อนข้างรุนแรงด้วย	(3)
มี แต่ไม่มากนัก	(2)
มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ	(1)
ไม่มีเลย	(0)

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้

เหมือนเดิม	(0)
ไม่มากนัก	(1)
มีน้อย	(2)
ไม่มีเลย	(3)

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

เป็นส่วนใหญ่	(3)
บ่อยครั้ง	(2)
เป็นบางครั้ง	(1)
ไม่เป็นเลย	(0)

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

ไม่มีเลย	(3)
ไม่บ่อยนัก	(2)
เป็นบางครั้ง	(1)
เป็นส่วนใหญ่	(0)

7. ฉันสามารถทำตัวตามสบายและรู้สึกผ่อนคลาย

ได้ดีมาก	(0)
ได้โดยทั่วไป	(1)
ไม่บ่อยนัก	(2)
ไม่ได้เลย	(3)

8. ฉันรู้สึกว่าตนเองคิดอะไรทำอะไรซึ่งช้าลงกว่าเดิม

เกือบตลอดเวลา	(3)
บ่อยมาก	(2)
เป็นบางครั้ง	(1)
ไม่เป็นเลย	(0)

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจจนทำให้ตนเอง
ปั่นป่วนในท้อง
- | | |
|--------------|-----|
| ไม่เป็นเลย | (0) |
| เป็นบางครั้ง | (1) |
| ค่อนข้างบ่อย | (2) |
| บ่อยมาก | (3) |
10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง
- | | |
|------------------------|-----|
| ใช่ | (3) |
| ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร | (2) |
| ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน | (1) |
| ใส่ใจตนเองเหมือนเดิม | (0) |
11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่ายเหมือนกับ
จะอยู่นิ่งๆไม่ได้
- | | |
|---------------|-----|
| เป็นมากที่สุด | (3) |
| ค่อนข้างมาก | (2) |
| ไม่มากนัก | (1) |
| ไม่เป็นเลย | (0) |
12. ฉันมองสิ่งต่าง ๆ ในอนาคตด้วย ความ
เบิกบานใจ
- | | |
|----------------------------|-----|
| มากเท่าที่เคยเป็น | (0) |
| ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น | (1) |
| น้อยกว่าที่เคยเป็น | (2) |
| เกือบจะไม่มีเลย | (3) |
13. ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่าง
กะทันหัน
- | | |
|--------------|-----|
| บ่อยมาก | (3) |
| ค่อนข้างบ่อย | (2) |
| ไม่บ่อยนัก | (1) |
| ไม่มีเลย | (0) |
14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่าน
หนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์
หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคย
เพลิดเพลินได้
- | | |
|--------------|-----|
| เป็นส่วนใหญ่ | (0) |
| เป็นบางครั้ง | (1) |
| ไม่บ่อยนัก | (2) |
| น้อยมาก | (3) |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร
- อยู่คนเดียวตามลำพัง (1)
- อยู่กับสามี ภรรยา บุตร (2)
- อยู่กับญาติ (3)
- อยู่กับผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติ (4)
2. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมท่านด้วย).....คน
3. สถานภาพในครอบครัว
- หัวหน้าครอบครัว (1)
- สมาชิกในครอบครัว (2)
- ผู้อาศัย (3)
4. ผู้ที่ดูแลใกล้ชิดที่ท่านมากที่สุด
- ไม่มี (1)
- สามี ภรรยา (2)
- บุตร (3)
- บิดา มารดา (4)
- ญาติพี่น้อง (5)
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... (6)

5. กรุณาทำเครื่องหมาย ✕ ในช่องคำตอบที่ตรงกับสภาพในครอบครัวของท่านมากที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.1 สมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้แก่กัน					
5.2 ครอบครัวมีปัญหาการเงิน					
5.3 ครอบครัวมีปัญหาที่หาข้อยุติไม่ได้					
5.4 ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง					
5.5 ครอบครัวมีปัญหาพูดจาสื่อสารไม่เข้าใจ					
5.6ทัศนคติในครอบครัวไม่ตรงกัน					
5.7 ครอบครัวมีปัญหาขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง

คำชี้แจง ท่านกรุณาทำเครื่องหมาย ✕ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อย	ตลอดเวลา
1. ท่านได้พยายามบอกบุคคลอื่นให้เข้าใจว่าท่านรู้สึกอย่างไร				
2. ท่านได้พยายามบอกให้บุคคลอื่นเข้าใจความคิดเห็นของท่าน				
3. ท่านสามารถแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับท่านได้				
4. ท่านสามารถปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของท่านได้				
5. ท่านสามารถพอใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชีวิตของท่าน				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิณณพัต ธีรอภิศักดิ์กุล เกิดวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดพะเยา สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิกและชุมชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อปี พ.ศ. 2542 เข้ารับราชการในตำแหน่งนักจิตวิทยาระดับ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2550



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย