

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอ กุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 โรคเบาหวาน
  - 2.1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน
  - 2.1.2 อาการของโรคเบาหวาน
  - 2.1.3 สาเหตุของโรคเบาหวาน
  - 2.1.4 ชนิดของโรคเบาหวาน
  - 2.1.5 การป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน
  - 2.1.6 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
  - 2.1.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
- 2.2 คุณภาพชีวิต
  - 2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - 2.2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 2.2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
  - 2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 2.1 โรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยทั่วไปชีวิตของผู้ป่วยจะถูกรบกวนจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือด ขึ้นๆลงๆ อยู่เสมอ ทำให้เกิดความไม่สบายทั้งร่างกายและจิตใจจนเวียนตลอดเวลาจนยากที่จะแยก เหตุและผล ซึ่งผลจะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า และคับข้องใจ และนำไปสู่การขาดความใส่ใจในการ ดูแลตนเอง รวมไปถึงความไม่สรีรศาสตร์ต่อกระบวนการการรักษาด้วย ดังนั้นอารมณ์หรือความเครียด จึงเสมือนเป็นต้นเหตุของวงจรรนี้ (พูนศรี รังสีขจี, 2542)

### 2.1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

ความหมายของโรคเบาหวานได้มีนักวิชาการ และแพทย์ผู้เกี่ยวข้องได้ให้ความหมายของโรคเบาหวาน ดังนี้

บุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2539) กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนหรืออินซูลินที่หลั่งออกมาไม่สามารถออกฤทธิ์ได้ หรือเนื่องจากสาเหตุร่วมกันทั้งสองอย่าง

อภิชาติ วิษณุรัตน์ (2541) กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นกลุ่มอาการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการขาดอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน ทำหน้าที่นำน้ำตาลและกลูโคสจากกระแสเลือดเข้าสู่ร่างกาย นำไปใช้เป็นพลังงานหรือเก็บสะสม ผู้ที่ขาดอินซูลินไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง

วรภณ วงศ์ถาวรวัฒน์ และวิทยา ศรีดามา (2545) กล่าวถึงโรคเบาหวานว่าเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อันเป็นผลมาจากความบกพร่องของอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง

องค์การอนามัยโลก [WHO] (2002) กล่าวว่า เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง โดยมีสาเหตุมาจากพันธุกรรมหรือความบกพร่องในการผลิตอินซูลินของตับอ่อน หรืออินซูลินขาดประสิทธิภาพส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ชัยชาญ ติโรจนวงศ์ และกอบชัย พัววิไล (2546) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ทำให้การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ หากเกิดเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ทำให้มีการเสื่อมสภาพและการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ตา ไต เส้นประสาท หัวใจ และหลอดเลือดแดงทั้งขนาดเล็ก (Microvascular) และขนาดใหญ่ (Macrovascular)

สุมณฑา เสรีรัตน์ (2539) กล่าวว่าโรคเบาหวานเป็นชื่อของกลุ่มอาการของโรค ซึ่งร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ เนื่องจากขาดอินซูลินหรืออินซูลินไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อความต้องการความปกติของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเกินขีดจำกัดที่ไตจะสามารถกักเก็บไว้ได้จึงถูกขับออกมาทางปัสสาวะ เมื่อร่างกายขาดพลังงานจากน้ำตาลจึงเปลี่ยนมาใช้โปรตีนและไขมันตามมาด้วยเป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ

พยาธิสภาพของโรคเบาหวานเกิดขึ้นจากการที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในการเผาผลาญสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน เนื่องจากความไม่สมดุลของการสร้างอินซูลินในร่างกายอินซูลินจะมีหน้าที่ควบคุมการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีน การ

บกพร่องของอินซูลินพบสาเหตุใหญ่ๆ อย่างน้อย 4 ประการ คือ กรรมพันธุ์ ภาวะการเผาผลาญ ภาวะติดเชื้อ และปัจจัยทางภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานเป็นผลให้ไอสเลทเบต้าเซลล์ถูกทำลายหรือสร้างอินซูลินไม่เพียงพอหรือขาดหรือทำหน้าที่ไม่ได้เต็มที่ที่จะทำให้กลูโคสในกระแสเลือดผ่านเข้าสู่เซลล์ได้ช้า ในขณะที่เดียวกันจะมีการสร้างกลูโคสจากไกลโคเจนที่ตับและมีการดูดซึมเพิ่มจากอาหารที่รับประทานเข้าไปจึงเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ระดับกลูโคสที่สูงขึ้นนี้ถ้าเกินความสามารถของไตจะคูดกลับ (Renal the shold) ก็จะถูกขับออกมาพร้อมกับปัสสาวะจึงตรวจพบน้ำตาลในปัสสาวะ (Glucosuria) น้ำตาลที่เข้มข้นสูงจะพาเอาน้ำออกมาเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยๆ (Polyuria) พร้อมกับสูญเสียน้ำและเกลือแร่บางชนิด โดยเฉพาะโซเดียม ร่างกายจึงขาดทั้งอาหาร น้ำ และเกลือแร่ จึงมีอาการหิวบ่อย กินจุ กระหายน้ำ ดื่มน้ำบ่อยและน้ำหนักลด ผอมลง บางรายอ่อนเพลีย อาการมากน้อยแล้วแต่การสูญเสียน้ำตาล น้ำและเกลือแร่ไป เป็นแบบเรื้อรัง นั่นคือ ลักษณะอาการของโรคเบาหวาน

### 2.1.2 อาการของโรคเบาหวาน

สุนทร ตันตนาพันธ์ และ วลัย อินทัมพรชัย (2532) ผู้เป็นโรคเบาหวานจะมีอาการปัสสาวะบ่อยและมีปริมาณปัสสาวะมาก คอแห้ง กระหายน้ำ ดื่มน้ำมาก น้ำหนักลด รับประทานเก่ง ผอมลง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ

วิทยา ศรีดามา (2542) อาการเกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถใช้อาหารให้เกิดเป็นพลังงานได้ เพราะอินซูลินไม่เพียงพอหรือไม่สามารถออกฤทธิ์ได้เพียงพอ เมื่อร่างกายต้องการใช้พลังงาน แต่ร่างกายใช้อาหารที่รับประทานเข้าไปให้เกิดพลังงานไม่ได้ จึงรู้สึกหิวระดับประทานอาหารได้มาก ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เมื่อเลือดไหลผ่านไตโดยไม่สามารถเก็บกักน้ำตาลได้ ถูกขับออกทางปัสสาวะทำให้เกิดอาการปัสสาวะมากและบ่อยครั้ง ทำให้เกิดอาการกระหายน้ำ

เทพพล เกษมรัตน์ (2535) การที่มีน้ำตาลในเลือดสูงและรั่วออกทางปัสสาวะ จะทำให้เกิดอาการต่างๆ ดังนี้

1. ถ่ายปัสสาวะจำนวนมากและบ่อย (Polyuria) เนื่องจากน้ำตาลที่ไตไม่สามารถดูดซึมกลับได้หมดและล้นผ่านไตออกมานั้นมีความเข้มข้นสูง จึงดึงเอาน้ำที่เป็นตัวทำละลายน้ำตาลออกมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะครั้งละมากๆ
2. ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีการเสียน้ำปัสสาวะมากจึงเกิดภาวะขาดน้ำ เป็นผลให้รู้สึกกระหายน้ำและดื่มน้ำมากขึ้นเพื่อชดเชยน้ำที่สูญเสียไป
3. รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) เนื่องจากการที่ร่างกายขาดอินซูลิน (Insulin) และกลูโคสเป็นพลังงานไม่ได้ จึงทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย หิวบ่อยและรับประทานอาหารจุกมากขึ้น

4. น้ำหนักตัวลด (Weight loss) เนื่องจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้พลังงานได้ จึงมีการสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้พลังงานทดแทน ทำให้กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และร่างกายซูบผอมลงอย่างรวดเร็ว

5. เป็นผลและฝึ่ง่ายแต่หายยาก เนื่องจากการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง ผู้ป่วยมักมีอาการคัน และเมื่อเกาก็จะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่แผลและลุกลามได้ เพราะความต้านทานต่ำและเชื้อโรคเจริญเติบโตได้ดีจากการที่มีน้ำตาลในเลือดสูง

6. ชาตามปลายมือ ปลายเท้าและปวดกล้ามเนื้อ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จึงมีการอักเสบของปลายประสาทไขสันหลังซึ่งมีหน้าที่ควบคุมกล้ามเนื้อของแขนขา รวมทั้งความรู้สึกไปสู่สมอง ดังนั้นเมื่อเกิดอาการอักเสบ จึงทำให้การส่งและรับความรู้สึกเสียไป

7. ความรู้สึกทางเพศลดลง เนื่องจากการปลายประสาทอักเสบและการไหลของโลหิตไม่ดี จึงทำให้มีผลต่อการแข็งตัวขององคชาติ

8. บางรายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ตามัว กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น

ภาวนา กิริติยत्वศ์ (2544) นอกจากอาการแสดงที่สำคัญ ผู้ที่เป็นเบาหวานอาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการและอาการแสดงอื่นๆ ดังต่อไปนี้

1. สังเกตว่าปัสสาวะมีมากขึ้น
2. มีผื่นคันหรือเชื้อราขึ้นตามผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ ใต้ราวนม ขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์
3. เป็นแผลเรื้อรังตามแขนขา หรือเป็นฝีบ่อยๆ ผู้ที่เป็นเบาหวานมักเป็นแผลง่ายแต่หายยาก

4. สายตามัวลงเรื่อยๆ ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อยๆ

5. มีอาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง โดยมากมักเป็นที่เท้าก่อน บางรายอาจมีอาการหมดความรู้สึกทางเพศ หรือบางรายอาจมีหนังตาตก หรือมีอาการอัมพาตของใบหน้าซีกใดซีกหนึ่ง

6. มีอาการแสดงของหลอดเลือดตีบอวัยวะส่วนต่างๆ เช่น ที่เท้า ทำให้มีแผลเนื้อตาย เน่าดำที่หัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดอาการเจ็บหน้าอก หรือที่สมองทำให้มีอาการอัมพาตได้

### 2.1.3 สาเหตุของโรคเบาหวาน

บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี (2539) โรคเบาหวานเกิดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ หรือสร้างไม่ได้ หรือสร้างได้แต่ออกฤทธิ์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร โดยมีสาเหตุจากพันธุกรรมและไม่ใช่พันธุกรรม ดังนี้

1. สาเหตุจากพันธุกรรม พบว่า ในแฝดไข่ใบเดียวมีโอกาสเป็นเบาหวานถึงร้อยละ 70 - 80 แฝดไข่คนละใบ มีโอกาสเป็นเบาหวานเพียงร้อยละ 10 - 30 (ธิดิ สนั่นบุญ, 2543) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานทั้งชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin dependent diabetes mellitus: IDDM) และชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin dependent diabetes mellitus: NIDDM) ซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังนี้

1.1 พันธุกรรมในโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมีความสัมพันธ์กับระบบแอนติเจนของเม็ดโลหิตขาว (Human leukocyte antigen: HLA) เอช แอล เอ ที่พบมากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เอช แอล เอ-ดี, แอล เอ-ดีอาร์ ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกถึงความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม โดยเฉพาะการเกิดโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ผู้ที่มี เอช แอล เอ ดังกล่าว มีแนวโน้มเกิดอาการอักเสบเรื้อรังที่ตับอ่อน ภายหลังการติดเชื้อไวรัสบางตัวทำให้เบต้าเซลล์ถูกทำลายและเสื่อมสมรรถภาพลงจนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้

1.2 พันธุกรรม ในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์กับเอช แอล ดี แต่มีความสัมพันธ์กับความอ้วนของบุคคล และอายุที่เพิ่มขึ้น

2. สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่พันธุกรรม ได้แก่

2.1 โรคอ้วน มีรายงานเกี่ยวกับความอ้วน และโรคเบาหวาน ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมาก ทั้งการศึกษาแบบติดตามผลระยะยาว และการศึกษาแบบเชิงลึก นอกจากนี้ยัง พบว่า ในคนอ้วนมักมีระดับอินซูลินในเลือดสูง แต่จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ (Insulin receptor) ในเซลล์ไขมันและเซลล์กล้ามเนื้อลดลง หรือเป็นความผิดปกติต่อโพสรีเซปเตอร์ (Post receptor) เป็นผลให้อินซูลินที่หลั่งออกฤทธิ์ได้ดีและเป็นปกติ

2.2 ความเครียดทำให้ฮอร์โมนแคทีโคลามีน (Catecholamin) ถูกหลั่งมากระดับสูงโคสในกระแสเลือดจึงสูงขึ้น นอกจากนี้ความเครียดยังเป็นสาเหตุให้หลังแอดรีนาลีน (Adrenaline) สูง เป็นสาเหตุให้มีการเผาผลาญน้ำตาลมากขึ้น จำนวนการใช้อินซูลินย่อมต้องการใช้มากขึ้นทำให้ไม่เพียงพอ จึงมีการคั่งของน้ำตาลในเลือดมากขึ้น

2.3 เชื้อไวรัส เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคคางทูม ได้แก่ เชื้อรูเบลลา ที่ทำให้เกิดโรคหัดเยอรมันและเชื้อไวรัสคอกซากี บี เชื้อดังกล่าวอาจทำให้ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง และทำลายเบต้าเซลล์จนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้



2.4 ความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน เช่น โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ให้มีการสลายไกลโคเจน (Glycogen) เป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น คอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) สูง ทำให้เร่งปฏิกิริยาการสร้างกลูโคสจากสารโปรตีน แคลทีโคลามีนสูง ทำให้มีการสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสเพิ่มขึ้น

2.5 การขาดเบต้าเซลล์หรือจำนวนเบต้าเซลล์น้อยลงโดยมีสาเหตุหลายอย่าง เช่น การตัดตับอ่อนออก การดื่มสุรา การขาดสารอาหาร โปรตีนและแคลอรีอย่างรุนแรง ทำให้ตับอ่อนอักเสบเป็นผลให้เบต้าเซลล์ถูกทำลาย

2.6 โรคตับทำให้ตับไม่สามารถเก็บกลูโคสไว้ในรูปของไกลโคเจนได้ระดับกลูโคสในเลือดจึงสูงขึ้น

2.7 ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ เพรดนิโซโลน โดยยาเหล่านี้จะไปต่อต้าน การออกฤทธิ์ของอินซูลิน เมื่อกินยาดังกล่าวอินซูลินก็จะออกฤทธิ์ได้ดั่งเดิม

2.8 การขาดการออกกำลังกายทำให้จำนวนอินซูลินรีเซปเตอร์ลดน้อยลง

#### 2.1.4 ชนิดของโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งประเภทของโรคเบาหวานตามสาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาในการเกิดโรคออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes) เกิดจากไอส์เล็ทเบต้าเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลาย มีผลทำให้การสร้างและการหลั่งอินซูลินลดลง หรือสร้างอินซูลินไม่ได้ ผู้ป่วยจะมีภาวะขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง ส่วนใหญ่เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์โดยระบบภูมิคุ้มกัน ส่วนน้อยไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าไปในเนื้อเยื่อเพื่อเผาผลาญให้เกิดพลังงานได้ จึงทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูง โรคเบาหวานชนิดนี้พบประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด พบในคนผิวขาวมากกว่าคนผิวดำหรือคนเอเชีย มักพบในเด็กหรืออายุน้อยกว่า 30 ปี ผู้ป่วยมักผอม ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ถ้าขาดอินซูลินจะเกิดภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงและกรดคีโตนคั่งในเลือดได้ ประเทศไทยพบผู้ที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 3.4 (สุนิตย์ จันทระเสริฐ และคณะ, 2547)

2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) เป็นโรคเบาหวานที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มักพบในผู้ที่อ้วนหรือถ้าไม่อ้วน ก็มักมีไขมันสะสมที่หน้าท้อง เนื่องจากปริมาณของไขมันจะมีผลต่อการเกิดภาวะคืออินซูลิน การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมีความผิดปกติที่เบต้าเซลล์ของตับอ่อน ทำให้มีการสร้างและหลั่งอินซูลินได้น้อยลง หรือเซลล์ต่างๆ นอกจากเซลล์ไขมันแล้วยังมีเซลล์อื่นๆ ได้แก่ กล้ามเนื้อ ตับ ที่มีภาวะคือต่ออินซูลิน ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่ มีผลให้เซลล์ดังกล่าวไม่สามารถนำ



น้ำตาลกลูโคสไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และนอกจากนี้ ผลจากการหลังอินซูลินที่ลดลงหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้กล้ามเนื้อและไขมันสลายได้กรดอะมิโนและกรดไขมันให้ตับเป็นแหล่งใน การสร้างน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่กระแสเลือด จึงส่งเสริมให้ระดับน้ำตาลในเลือดยิ่งสูงขึ้นกว่าระดับปกติ (สุนิตย์ จันทระประเสริฐ และคณะ, 2547)

3. โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ (Other specific type of diabetes) เกิดจากการมีความผิดปกติทางพันธุกรรมของเบต้าเซลล์ของตับอ่อน หรือมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางพันธุกรรมในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน โรคตับอ่อน ยา หรือสารเคมี เช่น ยากลุ่มต้านไวรัสเอชไอวี หรือการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกและการติดเชื้อ (ADA, 2007)

4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestation diabetes mellitus) เป็นเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากในภาวะตั้งครรภ์จะสร้างฮอร์โมนที่มีผลต้านฤทธิ์การทำงานของอินซูลินทำให้เนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายดื้อต่ออินซูลิน ตับอ่อนของหญิงตั้งครรภ์จึงต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างฮอร์โมนอินซูลินให้มีเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ในผู้ที่ตับอ่อนไม่สามารถทำงานชดเชยได้เพียงพอร่างกายจะไม่สามารถนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปใช้ได้ตามปกติ น้ำตาลในเลือดจึงสูงและเกิดเป็นเบาหวานขึ้น ซึ่งภาวะดื้อต่ออินซูลินมักพบมากขึ้นในไตรมาสที่สองและสาม โดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 1-14 ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกได้ (ชัยชาญ ติโรจนวงศ์, 2548)

### 2.1.5 การป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

โสภา เพ็ญยอด (2550) แนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ควรพิจารณาถึงบุคคลที่มีโอกาสเกิดโรคสูงหรือบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูง ลักษณะของบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน คือ มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีร่างกายอ้วน เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะไขมันในเลือดสูง มีวิถีการดำเนินชีวิตแบบชาวตะวันตก บริโภคอาหารที่มีไขมันและอาหารที่ให้พลังงานสูง การป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในบุคคลที่มีภาวะสูงรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงมากขึ้น ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต้องติดตามเฝ้าระวังการเกิดโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการทดสอบความทนทานต่อกลูโคสอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปี

### 2.1.6 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เพ็ญศรี อินทราชาติ (2549) ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องพิจารณาชนิดของเบาหวาน ความรุนแรงของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ก่อนที่จะเริ่มให้การรักษา ดังนี้

1. ถ้าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่เป็นในคนอายุน้อยหรือในระยะรุนแรงของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจำเป็นต้องเริ่มรับการรักษาด้วยอินซูลินร่วมกับการรักษาอื่นๆ ที่จำเป็น เพื่อช่วยควบคุมการเผาผลาญอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตและป้องกันภาวะมีกรดสูงในร่างกาย

2. ถ้าผู้ป่วยพอมหรือน้ำหนักน้อยกว่าที่ควร ควรเริ่มรักษาด้วยอินซูลินก่อน และผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากพอสมควรแล้ว จึงรักษาด้วยการให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (Oral antidiabetic drug) ได้แก่ ซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas) และซัลฟาไพริมิดีน (Sulfonylureas) ไบควัวไนด์ (Biguanides) และควบคุมด้วยอาหารต่อไป

3. ถ้าผู้ป่วยอ้วนหรือรูปร่างปกติ ควรให้ควบคุมอาหารก่อน โดยควบคุมอาหารพวกคาร์โบไฮเดรตและจำกัดจำนวนจะช่วยให้น้ำหนักลดลง น้ำตาลในเลือดและในปัสสาวะจะลดลงไปด้วย เมื่อไม่ได้ผลจึงลองรักษาด้วยการรับประทานยาควบคุมเบาหวาน ถ้าไม่ได้ผลก็ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

4. ถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะไม่แสดงอาการ แต่ตรวจน้ำตาลในเลือดขณะปัสสาวะสูง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาตัวเอง โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร ระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการติดเชื้อ แนะนำให้มาติดต่อแพทย์เป็นระยะๆ เพื่อตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด และตรวจโพสแพนเดียล ซูกา (Postprandial sugar)

5. ถ้าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่มีสภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery) หรือหลอดเลือดเลี้ยงสมอง (Cerebral artery) การรักษาด้วยการรับประทานยาควบคุมเบาหวานหรือการฉีดก็ตาม ต้องระวังอย่าให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไฮโปไกลซีเมีย (Hypoglycemia) ขึ้นได้ มิฉะนั้นอาจเกิดอันตรายร้ายแรงแก่หัวใจและสมอง เนื่องจากขาดอาหารไปเลี้ยง

### 2.1.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ (2539) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ ภาวะเหล่านี้อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

1. ภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด เป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างเฉียบพลันที่พบได้มากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ภาวะดังกล่าว คือ ภาวะที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ภาวะกรดคีโตนคั่งในเลือด หมายถึง ภาวะที่มีการสร้างสารคีโตนในร่างกายมากขึ้น เนื่องจากมีการสลายสารไขมัน ทำให้เกิดภาวะกรดจากการเผาผลาญ เนื่องจากขาดสารอินซูลินหรือมีอินซูลินไม่เพียงพอ ในปัจจุบันเชื่อว่าเกิดเนื่องจากองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ การขาดอินซูลิน



ร่วมกับมีฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อภาวะความเครียด (Counter regulatory hormone) มากขึ้น ได้แก่ กลูคาγον (Glucagon) อีพิเนฟริน (Epinephrine) คอร์ติซอล (Cortisol) และ โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์น้อยลง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมที่สำคัญ คือ การหยุดฉีดอินซูลินหรือฉีดน้อยลงในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฟุ้งและภาวะที่ร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้น เนื่องจากความเครียดทางร่างกายและจิตใจ เช่น การติดเชื้อ การได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด ความเครียด อาการที่พบ คือ มีปัสสาวะมาก กระหายน้ำดื่มมาก ในระยะแรกๆ เชื้อบูในปากแห้ง ริมฝีปากแห้ง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ภาวะขาดสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ถ้ามีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง ความดันโลหิตต่ำ ซ็อก หมดสติ และเสียชีวิต ลมหายใจมีกลิ่นอะซิโตน การรักษาคือการให้อินซูลินและเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นวิกฤตควรได้รับการสอนในเรื่องของการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

2. ภาวะที่หมดสติจากระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบได้มากในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน พบว่า ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อ้วนมีอินซูลินในเลือดสูง แต่มีการต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลินที่เนื้อเยื่อเป้าหมายคือ ที่กล้ามเนื้อตับ เนื้อเยื่อไขมัน การที่มีการต่อต้านฤทธิ์ของอินซูลินนี้เกิดจากมีอินซูลินรีเซพเตอร์ลดลง ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินยังคงมีอินซูลินในร่างกายเพียงพอ ที่จะเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงมาก เกิดภาวะที่หมดสติจากระดับกลูโคสในกระแสเลือดสูงนี้ เป็นกลุ่มอาการที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะการขาดน้ำอย่างมาก ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากทำให้เกิดการขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะและมีการดึงน้ำออกมามากด้วย (Hyperglycemia diuresis) จนผู้ป่วยไม่สามารถจะดื่มน้ำได้ทันกับจำนวนน้ำที่เสียไปทางปัสสาวะ เกิดการขาดน้ำอย่างมาก ทำให้มีอาการของระบบประสาทผิดปกติ การขาดน้ำจำทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น เชื้อบูผิวหนังแห้ง ตาลึก มีไข้ งุนงง และหมดสติได้

3. ระบบประสาท โรคเบาหวานทำให้เกิดความผิดปกติในการทำงานของระบบประสาทได้หลายลักษณะที่พบบ่อย คือ การเสื่อมหน้าที่ของระบบประสาทส่วนปลาย ซึ่งมีลักษณะเป็นการเสื่อมของระบบประสาทมากกว่าหนึ่งแห่งการตรวจจะพบว่า อัตราในการนำสัญญาณของเส้นประสาทช้ากว่าปกติ การเกิดพยาธิสภาพของเส้นประสาทเกี่ยวกับปัจจัยหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในเส้นประสาท ความผิดปกติของชวอนเซลล์ (myelin sheath) ทำให้สื่อนำความเร็วประสาทลดลง การรับรู้สึกลึ้งเสียไป ถ้าเป็นนานทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความผิดปกติในการทำงานของเส้นประสาทมีความสัมพันธ์กับภาวะการควบคุมโรคเบาหวานอย่างใกล้ชิด Porte et al. (1970 อ้างถึงใน จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์, 2541) ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดและปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะอยู่สูง อัตราเร็วในการนำสัญญาณของเส้นประสาทก็จะยิ่งช้าลง ผู้ป่วยที่มีปัญหานี้จะมีอาการชาตามอวัยวะส่วนปลาย

โดยเริ่มจากปลายเท้าขึ้นมา และเป็นกับขาทั้ง 2 ข้างเท่าๆกัน ในคนที่มีอาการอักเสบของเส้นประสาทร่วมด้วยก็จะมีอาการปวดแสบปวดร้อน หรืออาการคล้ายเข็มแทงหรือมีอาการเป็นตะคริว ซึ่งมักจะเป็นมากในเวลากลางคืน ไม่มีความรู้สึกต่ออุณหภูมิร้อนเย็นที่มาสัมผัส (กิตติ อังสุสิงห์, 2534)

4. พยาธิสภาพที่ตา การเสื่อมของจอตาจากโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุทำให้เกิดตาบอด ในปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวาน มีโอกาสตาบอดสูงเป็น 2 เท่า ของคนปกติ (สุวิษ รัตนศิรินทรวิฑูร, 2545) สาเหตุของความผิดปกติเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็กที่จอตา เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ตามปกติ การเกิดจอตาเสื่อมจากโรคเบาหวานจะเป็น 2 ข้างเท่าๆกัน นอกจากการเสื่อมของจอตาแล้ว ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มักจะมีการเปลี่ยนแปลงของสายตาดำเกิดขึ้น คือ มองไกลๆจะเห็นไม่ชัด ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นเนื่องจากความเข้มข้นของกลูโคสภายในเลนส์ตาสูงขึ้น กลูโคสนี้จะถูกเปลี่ยนไปเป็นซอร์บิทอล ซึ่งจะสะสมอยู่ในเลนส์ตาและเกิดออสโมลาร์ กราเดียน (Osmolar gradient) เลนส์จะดูดน้ำไว้จึงบวมและเกิดความผิดปกติแบบคนสายตาสั้น ภาวะจะดีขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (วัธลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงคี, 2538) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอัตราการเกิดตาบอดมากกว่าคนที่ไม่เป็น โรคเบาหวานถึง 25 เท่า (Duisburg et al, 1987) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ศึกษาในผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 15 ปี พบว่า ตาบอดร้อยละ 2 และร้อยละ 10 ไม่สามารถมองเห็นต้องใช้แว่นตาช่วย

5. ไต และระบบทางเดินปัสสาวะ การเสื่อมของหมวกไต จากโรคเบาหวานทำให้เกิดปัญหา ที่เรียกว่า ไตอักเสบ การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนของหลอดเลือดขนาดเล็กเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพของกรวยไต การเปลี่ยนแปลงนี้จะก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ถ้าควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีและเมื่อเป็น โรคอยู่นานพยาธิสภาพก็ยิ่งมีมากขึ้น สำหรับการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไตนั้น พบว่าระยะแรกอัตราการกรองของกรวยไตจะสูงกว่าปกติถึงร้อยละ 20 - 40 ยิ่งการควบคุมไม่ดี อัตราการกรองของกรวยไตก็จะยิ่งสูงและในช่วงนี้จะมีการรั่วของโปรตีนออกมาในปัสสาวะเป็นครั้งคราว ในระยะแรก การรั่วของโปรตีนมักจะน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน ต่อมาจะค่อยๆเพิ่มมากขึ้น และเมื่อมากกว่าวันละ 10 กรัม ผู้ป่วยจะมีลักษณะของกลุ่มอาการโรคไต มีโปรตีนในเลือดต่ำและมีอาการบวมทั้งตัว หลังจากมีการรั่วของโปรตีนออกมาในปัสสาวะ อัตราการกรองของกรวยไตจะเริ่มลดลงในอัตราประมาณ 1 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อเดือน ระดับครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น ในที่สุดก็เกิดไตวาย เมื่อเกิดไตวายในระยะสุดท้ายจะมีของเสียคั่งมากทำให้หมดสติ โดยมากพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่เป็นโรคนานกว่า 10 ปี (สุนทร ตัณฑานันท์ และวลัย อินทร์มพรรย์, 2532) นอกจากการเสื่อมของหน่วยไตแล้ว ผู้ป่วย

โรคเบาหวานยังเกิดการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะได้ง่าย ทั้งนี้เพราะปัสสาวะของผู้ป่วยเบาหวานมีน้ำตาล ทำให้ติดเชื้อโรคเจริญเติบโตได้ดี เมื่อเข้าไปกระเพาะปัสสาวะจะทำให้เกิดกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาไม่เพียงพอเชื้อจะลุกลามไปตามท่อไตเข้าไปถึงเนื้อไต ทำให้เกิดการอักเสบของไตและกรวยไตได้ (สุมณฑา เสรีรัตน์, 2539)

6. ระบบเลือด ในภาวะที่การควบคุมโรคเบาหวานไม่ดี มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีการสะสมของสารคิโตนินในเลือดจะมีความผิดปกติของระบบเลือดได้หลายอย่าง พบว่าเม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นลง เกล็ดเลือดจะยึดเกาะและรวมตัวกันได้ง่าย ความผิดปกติของเกล็ดเลือดนี้อาจมีบทบาททำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดที่มีอยู่แล้วรุนแรงมากขึ้น การทำหน้าที่ในการจับกินและฆ่าเชื้อแบคทีเรียก็เสื่อมลงด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนปกติ เกิดการติดเชื้อต่างๆได้ง่าย โดยเฉพาะการอักเสบบริเวณช่องคลอดอันเนื่องจากการติดเชื้อ รักษากลับพบในผู้ป่วยสตรีที่เป็นเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุม โรคคิโตนินการอักเสบบริเวณผิวหนังเกิดเป็นแผลลุกลามรวดเร็วจนเป็นเนื้อตาย พบบ่อยที่สุดคือ บริเวณเท้า (สุมณฑา เสรีรัตน์, 2539) และเป็นสาเหตุของการตัดนิ้วเท้าหรือเท้า ถ้าหากไม่ได้รับการดูแลที่ดี (WHO, 2002)

7. โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นภาวะแทรกซ้อน อีกโรคหนึ่งของโรคเบาหวาน ซึ่ง (ศักดิ์ชัย จันทอมรกุล, 2545) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดแดงไว้ดังนี้ โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชายที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าชายที่ไม่ป่วยถึง 2 เท่า และในที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าหญิงที่ไม่ป่วยถึง 3 เท่า นอกจากนี้ยังมีโอกาสในการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นไปเป็น 3 เท่า ในชายที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่าชายที่ไม่ป่วย แม้แต่ในกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีความดันโลหิตสูง และไม่มีความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีอัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าคนปกติ ผู้ป่วยเมื่อเกิดโรคเส้นเลือดตีบตัน มักจะมีความผิดปกติของเส้นเลือดในหัวใจตีบตัน มักจะมีความผิดปกติของเส้นเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ เช่น มีการตีบตันของเส้นเลือดหัวใจพร้อมกัน 2 ถึง 3 เส้น เป็นต้น ซึ่งกลไกการเกิดโรคหัวใจจากโรคเบาหวานอาจเกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมีการเกิดพังผืด การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดฝอย รวมทั้งมีการโป่งพองของหลอดเลือดเล็กๆ ในกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ก่อให้เกิดความผิดปกติในการบีบตัวและการคลายตัวของหัวใจ ความผิดปกติเหล่านี้เองที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยเบาหวาน



จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงควรได้รับการรักษาและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้โรคมีความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ตามมามากขึ้น

## 2.2 คุณภาพชีวิต

ในปี ค.ศ. 1960 เริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Burckhardt, 1985) เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา มีนักวิชาการหลายสาขาได้พยายามให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งมีการเน้นเกี่ยวกับคุณภาพที่แตกต่างกันกล่าวคือ นักวิชาการทางด้านสิ่งแวดล้อมเน้นสิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกายและชีววิทยา นักเศรษฐศาสตร์เน้นผลิตภัณฑ์ประชาชาติ (Gross national product) นักจิตวิทยาเน้นความต้องการของมนุษย์ และการได้รับการตอบสนองจากความต้องการเหล่านั้น นักสังคมศาสตร์เน้นเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ขวัญ ความสุข หรือความสามารถในการปรับตัว (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2533)

อย่างไรก็ตามเนื่องจากสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไป แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตก็เปลี่ยนแปลงไป นักวิชาการในหลายๆประเทศได้พยายามวางแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและหาระดับความมีคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ พื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และมีได้มุ่งให้ความสนใจเพียงการบรรลุความต้องการด้านจิตสังคมของบุคคลมากขึ้น (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากร โดยมีความเชื่อว่า คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่างๆก็จะทำได้ดีและรวดเร็ว ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมาย ในการให้บริการรักษาพยาบาลเนื่องจากแนวโน้มการเจ็บป่วยของบุคคลในปัจจุบัน มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น การรักษาพยาบาลจึงไม่มุ่งเฉพาะให้หายจากโรคเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (สุรชาติพิ์ อุปลาบดี, 2536)

### 2.2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเริ่มมีขึ้นตั้งแต่สมัยอริสโตเติล (Aristotle) ซึ่งเป็นนักปรัชญา กล่าวไว้ว่าคุณภาพชีวิตคือ ความสุข ดังตัวอย่าง “เช่นการที่ประชาชนปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่เป็นความดี แล้วก่อให้เกิดความสุขและมีความเชื่อว่าความสุขนั้นเป็นสิ่งที่พระเจ้าให้มาโดยสอนมนุษย์ให้กระทำแต่ความดีเพื่อให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ดี” (Zhan, 1992) ในประเทศจีนปลูกฝังความเชื่อคุณภาพชีวิตว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับศิลปะและเป็นปรัชญาทางการแพทย์ บุคคลใดมีคุณภาพชีวิตที่ดีบุคคลนั้นจะมีความร่ำรวย มีสุขภาพดี ส่วนประเทศทางซีกโลกตะวันตก กล่าวถึงคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นสิ่งที่ดีในชีวิต ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละคนทั้งด้านความต้องการความจำ เป็นขั้นพื้นฐาน และ

จิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความหมายกว้างและมีความซับซ้อนหลายมิติ (Meeberg, 1993) มีนักวิชาการหลายท่านได้พยายามพัฒนาแนวคิดและเสนอทฤษฎีต่างๆเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตให้เห็นชัดเจน ตลอดจนการประเมินระดับคุณภาพชีวิต และหลายประเทศได้นำ แนวคิดคุณภาพชีวิตมาตั้งเป็นเป้าหมายของรัฐบาลในการบริหารประเทศเพื่อพัฒนาประชากรให้มีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสภาพการณ์นั้นๆ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิตและเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการเพราะส่งผลไปสู่ครอบครัว ชุมชน สังคมรวมทั้งประเทศ (จุฑามาศ สรวิสูตร และหิรัญ ลิ้มสุวรรณ, 2528) นอกจากนี้ได้มีการพิจารณาและกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ทำให้บทบาทการดูแลผู้ป่วยขยายกว้างออกไปอีก คือการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมหลายการศึกษาได้มีความพยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางประเมินคุณภาพชีวิต โดยได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงกันไว้ดังนี้

Campbell (1976) ได้กล่าวถึงแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า มีหลายมิติ (Multidimension) โดยเน้นที่ความสุขและความพึงพอใจ ในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือคาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจ ความสุข หรือความไม่สุข เป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล แต่ได้เสนอแนะเกี่ยวกับความสุข และความพึงพอใจว่ามีความหมายที่แตกต่างกัน คือ ความสุขเป็นประสบการณ์ทางด้านความรู้สึก (Feeling) หรือเป็นอารมณ์ (Affect) ส่วนความพึงพอใจเป็นการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ด้านความคิด

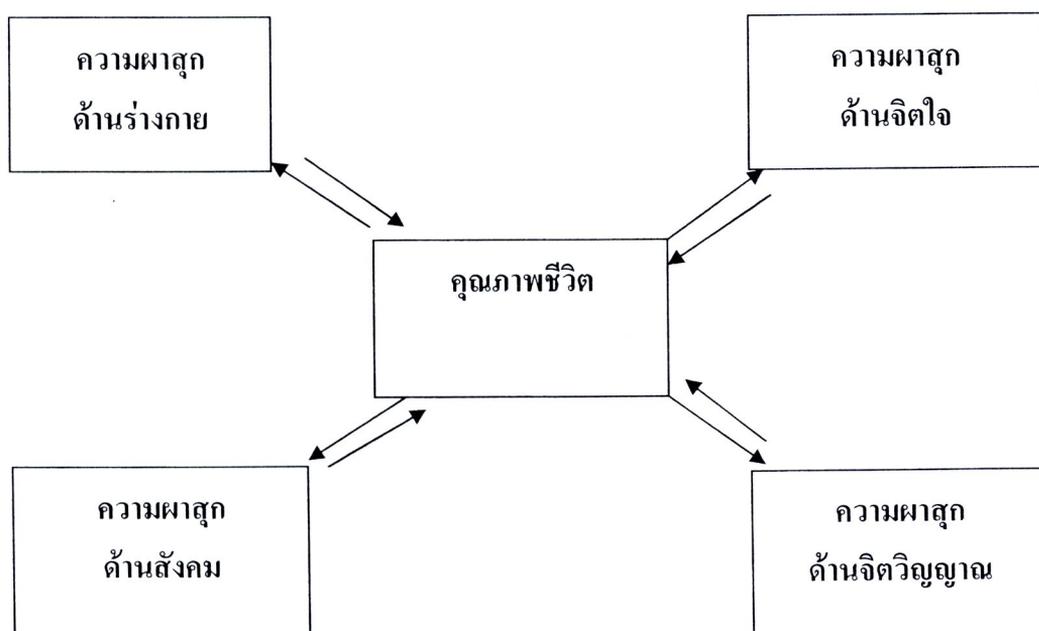
Orem (1991) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่ามีความหมายเช่นเดียวกับ ความผาสุก (Wellbeing) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของตนเอง แสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดีและการมีความสุข หรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ ในการบรรลุอุดมคติของตนเองและ ดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล

Bowing (1992) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึงแนวคิดที่แสดงถึงความสัมพันธ์กันอย่างแน่นหนาระหว่างคุณลักษณะทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำบทบาทของแต่ละบุคคลและความพึงพอใจจากการกระทำบทบาทนั้น

Padilla & Grant (1985) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก (Well-being) ความสุข (Happiness) และความพึงพอใจ (Life satisfaction) ในชีวิตของตนเอง

Cantril (1963 อ้างถึงใน เตือนใจ เหงาจีน, 2542) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสุข รู้สึกสบาย ความพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลองค์การอนามัยโลก (WHO, 1993 อ้างถึงใน วัลลภา ครุฑแก้ว, 2540) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

Ferrell et al. (1995) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ภาวะความสุขสบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย (Physical well-being and symptoms) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) ความผาสุกทางสังคม (Social well-being) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง อยู่บนพื้นฐานคุณภาพชีวิตดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต (Ferrell, Dow, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1995)

Dean (1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) สุขภาพที่ดี (Health) ความสุข (Happiness) การปรับตัว (Adjustment) ชีวิตที่มีคุณค่า (Value of life) ชีวิตที่มีความหมาย (Meaning of life) และความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status)



Young and Longman (1983 cited by Padilla and Grant, 1985) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในปัจจุบัน ซึ่งเกิดจากการรับรู้ของบุคคลนั้น

Holmes and Dickerson (1987 cited by Sutcliffe and Holmes, 1991) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตแสดงถึงการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างปกติ

Zhan (1992) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตคือระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคน

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถานปี 2525 ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะความดีประจำตัวบุคคลหรือสิ่งของ และ “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2528) ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตคือ ชีวิตที่ดีมีคุณภาพสามารถดำรงอยู่ได้ในสังคมอย่างปกติสุข และชีวิตที่ดีมีคุณภาพนั้นจะรู้ได้โดยการที่คนหรือในชุมชนนั้นได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน หรือความต้องการพื้นฐานที่คนหรือชุมชนควรมีหรือจะเป็น เพื่อให้ชีวิตอยู่ได้อย่างปกติพอสมควรในช่วงเวลาหนึ่ง

สิปปนนท์ เกตุทัต (2523) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในแนวของการปรับตัวว่า คือชีวิตที่มีความสุข ชีวิตที่สามารถปรับตนเองให้เข้ากับธรรมชาติ ทั้งธรรมชาติทางกายภาพและทางสังคมและสามารถปรับธรรมชาติให้เข้ากับตนเองโดยไม่เบียดเบียนธรรมชาติและสังคม ไม่เบียดเบียนผู้อื่น

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

เกษม วัฒนชัย (2532) กล่าวว่าในทางการแพทย์ คุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต

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

จากข้อมูลสำคัญจะเห็นว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวความคิดที่กว้างขวางยังไม่มีผู้ใดที่จะจำกัดความได้แน่นอน ความหมายของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวความคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาของแต่ละบุคคล

### 2.2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่างๆในการดำรงชีวิตของบุคคล บุคคลแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้

มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิตมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันแล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา นักวิชาการหลายๆท่านได้สรุปและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านต่างๆดังนี้

Ferrans and Powers (1985) ได้พิจารณาว่าองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพและหน้าที่ (Health & Functioning) เศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic) จิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and Spiritual) และครอบครัว

Padilla and Grant (1985) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าควรประกอบด้วยความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว ส่วน Zhan (1992) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วยความพึงพอใจในเรื่องต่างๆไป ความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรืออัตมโนทัศน์ ภาวะสุขภาพและการทำ หน้าที่ของร่างกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษาและรายได้ หรือเศรษฐกิจ-สังคม ความต้องการในด้านต่างๆของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองในทางที่ดีก็จะทำให้บุคคลมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Ferrel et al. (1995) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ คือ

- 1) ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย (Physical well-being and symptom) ได้แก่ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกาย เช่น ความเหนื่อยล้า การพักผ่อนนอนหลับ การเจริญพันธ์ อาการ เจ็บหรือปวด ความอยากรับประทานอาหาร และสุขภาพของร่างกายโดยทั่วไป
- 2) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นความสามารถในการควบคุมความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความกลัว

เช่น กลัวผู้ป่วยจะกลับ เป็นซ้ำ กลัวการลุกลามของโรค และความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาตลอดจนความรู้สึกเป็นสุข และการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวม

3) ความผาสุกด้านสังคม (Social well-being) เป็นความสามารถในการควบคุมความรู้สึกทุกข์ ทรมานใจที่มีผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว ความสามารถในการดำรงอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ไม่มีพฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการกระทำ บทบาทหน้าที่ของตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคมที่เป็นไปตามปกติ การได้รับการยอมรับจากสังคม และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการเงินของครอบครัว

4) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นความรู้สึกถึงการมีความหวัง เช่น การมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต การมีความรู้สึกและความเชื่อในทางที่ดี รวมทั้งการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การทำ สมาธิ เป็นต้น

Furberg และคณะ (1984) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่จะต้องประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ การทำบทบาทหน้าที่ (Functionnal status) และการประเมินโดยบุคคลนั้น (Subjective assessment) (1984 Quoted in Stevens and Kohlenberg, 1993)

1) การทำบทบาทหน้าที่ จะประกอบด้วย 6 ส่วนย่อย ได้แก่

1.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเอง (Self Care)

1.2 การกระทำหน้าที่ทางสังคม (Social function)

1.3 การทำหน้าที่ด้วยความรู้ (Intellectual function)

1.4 การกระทำทางอารมณ์ (Emotional function)

1.5 ความสามารถในการดำรงสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจ หรือมีความพึงพอใจในชีวิต (Ability to maintain status or satisfactory standard of living)

2) การประเมินโดยบุคคล ได้จากการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง จากประสบการณ์การเจ็บป่วย เช่น การเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและระดับของอาการเลวลง

Flanagan (197) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคนอเมริกัน กล่าวว่า มิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตก็คือ ความพึงพอใจในเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นความต้องการของบุคคล (Domain life satisfaction) ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของมนุษย์ของ Maslow (1970) เครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของ Flanagan (1978) ประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความปกติสุขด้านร่างกายและองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต

1.1 องค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การมีอาหารที่ดี มีที่อยู่อาศัย มีความสะดวกสบาย มีการคาดหวังสิ่งเหล่านี้ในอนาคต มีทรัพย์สินเงินทอง และการประกันความปลอดภัยซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

1.2 สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การมีความสุขความปลอดภัยจากการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลีกเลี่ยงจากการประสบอุบัติเหตุ รวมทั้งอันตรายอื่นๆ หลีกเลี่ยงจากปัญหาเกี่ยวกับการติดสุรา ยาเสพติด หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความตายและผู้สูงอายุ การรักษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

## 2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก ได้แก่ การแต่งงานหรือการมีคู่ สัมพันธภาพนี้รวมถึงการมีความรัก มีมิตรภาพและความเป็นเพื่อนให้แก่กันและกัน มีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ มีการติดต่อสื่อสารที่ดี รู้คุณค่าของฝ่ายตรงข้าม ยอมสละหรืออุทิศเพื่อคนที่ตนรัก

2.2 การมีและได้เลี้ยงดูบุตรหลาน ได้แก่ การที่คนได้กลายเป็นบิดา มารดา มีบุตรหลาน ความสัมพันธ์รวมไปถึงการได้เฝ้าดูการเจริญเติบโตของลูกหลาน การใช้เวลาในการอยู่และมีความสุขกับบุตรหลาน และการเป็นแบบอย่าง การแนะนำช่วยเหลือและการเรียนรู้จากบุตรหลานไปพร้อมๆกันด้วย

2.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การมีบิดามารดา รวมทั้งเป็นสมาชิกอื่นๆในครอบครัวมีการติดต่อสื่อสารการได้ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน มีการเยี่ยมเยียน มีการสนุกสนานร่วมกัน มีความเข้าใจและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อน ได้แก่ การมีเพื่อสนิท มีการกระทำกิจกรรมร่วมกัน สนใจในสิ่งเดียวกัน ให้การยอมรับไว้ใจ สนับสนุน แนะนำ มีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตลอดจนมีการเยี่ยมเยียนซึ่งกันและกัน

## 3. กิจกรรมทางสังคม

3.1 กิจกรรมในการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นๆในสังคมทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในรูปที่กระทำการส่วนตัวหรือเป็นสมาชิกขององค์กร กลุ่มอาสาสมัคร และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3.2 กิจกรรมในท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง การมีอิสระในทางการเมือง สังคม และการนับถือศาสนา

#### 4. การพัฒนาตนเองและมีความสมหวังในการทำงาน

4.1 การพัฒนาด้านสติปัญญา ได้แก่ การเรียนรู้ การเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษา การได้รับความรู้มีความสามารถทางสมอง สามารถแก้ไขปัญหาและมีความเข้าใจในด้านต่างๆของชีวิตมากขึ้น

4.2 ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตนเอง ได้แก่การพัฒนาและสร้างหลักการเบื้องต้นของชีวิต รวมถึงการมีวุฒิภาวะสูงขึ้น การยอมรับในทรัพย์สินและข้อจำกัดของตน การเจริญเติบโตและการพัฒนาของตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจและวางแผนในกิจกรรมของชีวิต และบทบาทของตนเอง

4.3 การประกอบอาชีพการทำงาน ได้แก่ มีความสนใจ ทำทหาย และรู้สึกมีคุณค่าในการทำงาน มีความพึงพอใจในการทำงานได้ดี สามารถใช้ความสามารถที่มีอยู่เรียนรู้ จดจำ และปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้

4.4 การแสดงความคิดสร้างสรรค์ ได้แก่ การกล้าแสดงออก มีความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการ มีพรสวรรค์ในเรื่องดนตรี ศิลปะ การเขียน งานฝีมือ การละคร การถ่ายภาพ การเป็นนักปฏิบัติการณ์หรือนักวิทยาศาสตร์ หรือการทำกิจกรรมประจำวัน

#### 5. การมีนันทนาการ

5.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ได้แก่ การมีความสุขสนุกสนานทั้งที่บ้านและที่อื่น ๆ ก็ตาม ได้ร่วมงานปาร์ตี้ หรืองานสังคมนั้นๆ ได้พบปะกับบุคคลใหม่ๆ ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมในองค์กรของสังคม

5.2 การได้รับสิ่งบันเทิง ได้แก่ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์ หรือดูกีฬา

5.3 การหาสิ่งพักผ่อนหย่อนใจโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเล่นเกม การล่าสัตว์ การตกปลา การเล่นเรือ การเล่นเกม การเดินป่า และการท่องเที่ยวต่าง ๆ เป็นต้น

Sharma (1988 อ้างถึงใน ยุวดี ลีลัคณาวิระ 2536: 19) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ประเภท คือ

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

Bruckhardt (1982) กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรวัดใน 5 ด้านคือ

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

สุธิดา กาญจันยี (2538) กล่าวสรุปถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่ามีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน ซึ่งสามารถสะท้อนถึงการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่

1. ความพึงพอใจในชีวิต เป็นส่วนประกอบทางอารมณ์ ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อชีวิตของตน อาจแสดงถึงผลสะท้อนของความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับอดีต ปัจจุบันและอนาคต โดยจะสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างความหวังแรกเริ่ม เป้าหมายและความสำเร็จของบุคคล นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตจะมีอิทธิพลมาจากภูมิหลังของแต่ละบุคคล ลักษณะเฉพาะสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลานั้นๆ ทั้งนี้ถ้าเพราะธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการอย่างหนึ่ง เมื่อได้รับการตอบสนองจนเป็นที่น่าพอใจแล้ว ก็จะมีความต้องการอย่างอื่นเข้ามาแทนที่เป็นเช่นนี้เรื่อยไปและลักษณะ เฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา หรือสิ่งที่ต้องการ นั่นคือ เมื่อเกิดความปรารถนาขึ้นก็จะมีแรงขับ และการกระทำก็จะถูกปลุกเร้าแล้วจะเกิดความพอใจขึ้นจากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใดๆ ของบุคคลที่จะปรากฏขึ้นอยู่กับการต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปดังนี้ คือ

- 1) ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs)
- 2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs)
- 3) ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Belonging and love needs)

- 4) ต้องการการยอมรับนับถือ และความมีคุณค่า (Esteem needs)
- 5) ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization needs)

ความต้องการทั้งหลายที่กล่าวมา เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ

2. อัตมโนทัศน์ เป็นเรื่องของความปกติสุขด้านจิตใจ โดยเป็นความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ รวมทั้งเป็นเป้าหมายและอุดมการณ์ของบุคคลด้วย ในระยะหลังได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านให้แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ว่านอกจากจะเป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเองทั้งทางด้านรูปร่าง คุณลักษณะและความสามารถด้านต่างๆของตน อันเป็นเอกลักษณ์เฉพาะประจำตัวของบุคคลแล้ว อัตมโนทัศน์ยังเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม รวมทั้งบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขาในชีวิต เช่น บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคลโดยอัตมโนทัศน์แบ่งออกเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ คือ

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

- 1.1 การรับรู้ถึงความสามารถ ในการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่
- 1.2 การรับรู้ถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

2. อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal Self) เป็นความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวังเจตคติเกี่ยวกับตนเองที่บุคคลยึดถืออยู่ แบ่งได้เป็น

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงแห่งตน (Self consistency) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ในลักษณะประจำตัวที่คงที่หรือเป็น การรักษาความมั่นคงของอัตมโนทัศน์ของบุคคลทั้งนี้บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน หรือความสม่ำเสมอของอัตมโนทัศน์ของตนและพยายามหลีกเลี่ยงภาวะที่ไม่สมดุล

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความหวัง (Self ideal, Self expectancy) เป็นความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาที่จะเป็นรวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนเองด้วย

2.3 อึดมโนทัศน์ด้านการยอมรับตนเอง (Self esteem) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสมควรได้รับการยกย่องนับถือ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.4 อึดมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral ethical self concept) คือ การกำหนดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมจรรยา และสิ่งที่เขาคิดว่ามีคุณค่าตามความสำนึกแห่งตน โดยเฉพาะด้าน ศาสนาแล้วนำมาเป็นหลักในการยึดถือปฏิบัติและประเมินตนเอง ในด้านต่างๆ

3. สุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ความปกติสุขด้านร่างกายซึ่งการที่คนเราจะดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้นั้น องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ สุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดี สามารถกระทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถนำไปสู่วิถีทางที่จะนำมาซึ่งความสุข และความสำเร็จในชีวิต โดยอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพดี คือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง

4. สังคมและเศรษฐกิจ การที่บุคคลเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองแตกต่างไปจากผู้อื่น ไม่ทราบว่าเป็นอย่างไรในสายตาผู้อื่น บทบาทในการเป็นสมาชิกในสังคมและครอบครัวเปลี่ยนไป กลายเป็นภาระของบุคคลอื่น ในครอบครัว โดยสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมว่า ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ การประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยนอกจากจะประเมินการอาการทางคลินิกแล้ว ยังประเมินในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมด้วย

Zhan (1992) กล่าวว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิต ควรที่จะมีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต โดย Zhan (1992) มีแนวคิดว่า ความพึงพอใจเป็นสิ่งที่สำคัญของคุณภาพชีวิตเพราะความพึงพอใจในชีวิตจะสะท้อนถึงความผาสุกทั่วไปของบุคคล เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับ Ferrans และ Power (1985) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่า หมายถึง ความสมปรารถนาในสิ่งที่ต้องการ หรือคาดหวัง ดังนั้น ความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภายนอก ซึ่งจะได้รับอิทธิพลจาก ประสบการณ์ชีวิต ภูมิหลังของแต่ละบุคคล ลักษณะของบุคคล สิ่งแวดล้อม และการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความพึงพอใจในชีวิตนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา Zhan (1992)

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึก เกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตน อัตมโนทัศน์จึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย Zhan (1992) ได้กล่าวไว้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่า ภาวะสุขภาพนั้น มี 2 แนวคิด คือ

3.1 สุขภาพเป็นผลที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคล โดยบุคคลมีบทบาทในการดำรงรักษาและส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

3.2 สุขภาพเป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ของคนและสังคม ซึ่งสุขภาพในแนวคิดนี้จะรวมถึงการดูแลสุขภาพด้วย สุขภาพในแนวคิดนี้ จะชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ชุมชน และการเมือง เป็นต้น โดยการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพในแนวคิดนี้ มุ่งที่ความหมายของสุขภาพที่มีต่อบุคคล

การประเมินภาวะสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (1987) เสนอว่า การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายที่ดีควรพิจารณาในสภาวะหรือคุณภาพชีวิตของร่างกาย นั่นคือการประเมินภาวะสุขภาพควรมุ่งประเมินที่ความสามารถในการทำหน้าที่ และความสำเร็จที่เกิดขึ้น ไม่ควรมุ่งเฉพาะอาการของภาวะเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ความหมายของสุขภาพต่อบุคคล และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม Zhan (1992)

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic) ตามแนวคิดของ Zhan (1992) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อาชีพ การศึกษา รายได้ โดยมุ่งประเมินที่จำนวนของรายได้ อาชีพ ชนิดของทรัพย์สินสมบัติ การได้มาซึ่งความรู้และแหล่งของรายได้ (Pattern of income sources) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ เป็นการประเมินเบื้องต้นของสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ การประเมินทางสังคมและเศรษฐกิจนั้น ควรมีการประเมินทั้งทางวัตถุวิสัย (Objective measurement) และจิตวิสัย (Subjective measurement)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวคิดของ Zhan (1992) ที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเรื้อรัง

### 2.2.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากยังไม่มีข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดของคุณภาพชีวิต จึงมีผลทำให้ไม่มีเครื่องมือวัดหรือประเมินคุณภาพชีวิตที่จัดว่ามีความเที่ยงตรงและเชื่อมั่นที่ดีที่สุดตามไปด้วย ดังนั้น การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของผู้วิจัย หรือผู้นำ ไปใช้ ซึ่งสามารถประเมินได้หลายแนวทาง ดังนี้

Stromberg (1984 อ้างถึงใน ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2532) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิต กระทำได้ 3 วิธี คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคคลอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษา หรืออาชีพ ประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. ประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ และความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. ประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำถามถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัว กิจกรรมในสังคม หรือภาวะการเจ็บป่วย ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

Unesco (1980), Meeberg (1993), Zhan (1992) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ 2 ประเภท ดังนี้

1. ตัววัดเชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิทยา (Subjective indicators) เป็นข้อมูลด้านจิตวิทยาที่บ่งบอกถึงอารมณ์ ความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตในปัจจุบันมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่งซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต Padilla & Grant (1985), Ferrans & Powers (1992) เช่นเดียว Zhan (1992) ที่ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยว่าควรประเมินทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยครอบคลุมต่อองค์ประกอบ 4 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

Meeberg (1993) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สามารถสังเกตและวัดได้ เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา การทำ หน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น



2. ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลทางด้านจิตวิทยา เกี่ยวกับการรับรู้ หรือความรู้สึกทางอารมณ์และจิตใจของบุคคล เช่น ความพึงพอใจ ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

การประเมินด้วยวิธีนี้อาจอาศัยตัวบ่งชี้เพียงด้านเดียวหรือสองด้านก็ได้

การประเมินคุณภาพชีวิต อาจกระทำ ได้ 3 ลักษณะ ได้แก่ (Frank-Stromborg, 1988)

1. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ จากการใช้มาตรวัดแบบวัตถุวิสัย (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น และให้ค่าออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงปริมาณ จากการใช้มาตรวัดแบบจิตวิสัย (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตนเองตามความหมาย หรือประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน เช่น ความพึงพอใจ ความสุขในชีวิต โดยการประเมินเป็นค่าคะแนนตามความคิดเห็นของแต่ละคน

3. การประเมินคุณภาพชีวิตแบบข้อมูลเชิงคุณภาพทางจิตวิสัย (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตนเองในลักษณะการบรรยาย และบอกเล่าถึงสภาพที่เป็นอยู่ หรือความคิดเห็นและการรับรู้ของแต่ละบุคคล

นักวิจัยบางคนได้กล่าวว่าในการประเมินคุณภาพชีวิต ควรพิจารณาทั้งเชิงวัตถุวิสัยและเชิงจิตวิสัย โดยเชิงวัตถุวิสัยเป็นการประเมินหน้าที่ของบุคคล (Person's function) และเชิงจิตวิสัยเป็นการวิเคราะห์ถึงสภาวะจิตสังคมของบุคคลนั้น Homes (1989), Meeberg (1993) แต่บางการศึกษา มีการประเมินเชิงวัตถุวิสัยหรือเชิงจิตวิสัยแต่เพียงอย่างเดียวก็ได้ ขึ้นอยู่กับแนวการศึกษานอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิต อาจพิจารณาจากโครงสร้างหรือองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ได้แก่

1. การประเมิน โดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว (Unidimension) ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำ ถามเดียวสรุปคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมดซึ่ง Cantril (1963 อ้างถึงใน เตือนใจ เหงาจิ้น, 2542) ได้กล่าวว่า นักวิจัยทั้งหลายจะไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตจากความเป็นจริงของบุคคลได้ ถ้าบุคคลถูกบังคับให้เลือกระหว่างหัวข้อ ปัญหาสัญลักษณ์ และสถานการณ์ต่างๆให้เป็นของตนเอง เนื่องจากชีวิตของบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมิน โดยแยกขอบเขตหรือหัวข้อที่ตั้งขึ้นได้ การรับรู้ชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงของตน รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตเช่น เครื่องมือของ Cantril (1965) เป็นการประเมินเชิงจิตวิสัย ที่เป็นโครงสร้างมิติเดียว และมีผลการประเมินเป็นเชิงปริมาณ



การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ (Multidimension) คุณภาพชีวิตจะขึ้นอยู่กับหลายสิ่ง Padilla & Grant (1985) ให้ความเห็นว่า การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติอาจเหมาะสมกว่าการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เพราะช่วยให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้สามารถแสดงให้เห็นว่า ทำไมคนเราจึงพอใจและไม่พึงพอใจกับบางสิ่งบางอย่าง เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีผลจากองค์ประกอบต่างๆมากมาย เช่น สถานภาพส่วนบุคคล แบบแผนการรักษา ภาวะเศรษฐกิจ สังคมและการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ส่วนการที่ผู้วิจัยเลือกใช้โครงสร้างใดมาเป็นองค์ประกอบ ขึ้นอยู่กับทฤษฎีและวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพราะธรรมชาติของความเจ็บป่วยและการรักษาย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในแต่ละด้านต่างไปจากคนปกติ และคุณภาพชีวิตสามารถพิจารณาได้จากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับเรื่องต่างๆของชีวิต เช่น เครื่องมือ Adapted Padilla Quality Of Life Index ของ Padilla (1983) ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 3 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย (Physical well-being) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) และควบคุมอาการได้ และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของ Ferrell et al. (1995) ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น

สำหรับองค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาทางเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ด้วยเหตุผลของการพัฒนาเครื่องมือที่พอสรุปได้คือ

1. เครื่องมือที่ใช้วัดสถานะสุขภาพ ส่วนใหญ่เน้นประเด็นการเจ็บป่วย การตาย ผลกระทบจากโรค และพฤติกรรมอนามัย
2. เครื่องมือที่ใช้วัดพัฒนาขึ้นเพื่อใช้พิจารณาในสังคมเดียว และผลลัพธ์ที่ได้ยังไม่น่าพอใจ
3. ในทางการแพทย์นั้นมุ่งเฉพาะโรค และผลักดันให้มองมนุษย์ในเชิงความต้องการดูแลสุขภาพเท่านั้น ซึ่งการดูแลสุขภาพควรดูความสัมพันธ์ของมนุษย์ และความผาสุกของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายหลักเนื่องจากองค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (กิตติกร มีทรัพย์, 2538: 83-95)

จากเหตุผลดังกล่าว องค์การอนามัยโลกจึงสร้างเครื่องมือสำหรับวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลขึ้น (World Health Organization Quality of Life assessment instrument : WHOQOL) เพื่อใช้สำหรับวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก แม้จะมีเชื้อชาติและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันภายใต้แนวความคิดที่ว่า คุณภาพชีวิตคือ การรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และ

เป้าหมายในชีวิต ความคาดหวังมาตรฐาน และสิ่งที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ อันเป็นผลซับซ้อนมาจาก สุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล (World Health Organization, 1993)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก (1993) (WHOQOL-100) เป็นเครื่องมือที่มีข้อคำถาม 100 ข้อ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ประกอบด้วยกัน 6 ด้าน โดยในแต่ละด้านอธิบายด้านพฤติกรรม สภาพความเป็นอยู่ สมรรถภาพหรือศักยภาพ การรับรู้ หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคลดังนี้ คือ

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือการรับรู้ทางด้านร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายของบุคคล (Pain and discomfort) พลังกำลังและความเมื่อยล้าในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Energy and fatigue) การหลับนอนและการพักผ่อน (Sleep and Rest)

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกที่ดีที่มีต่อตนเอง (Positive feelings) และความรู้สึกที่ไม่ดีที่มีต่อตนเอง (Negative feelings) ความคิด การเรียนรู้ ความจำและสมาธิ (Thinking, Learning, Memory, and Concentration) ความภาคภูมิใจในตนเอง (Self esteem) รวมทั้งการรับรู้ถึงภาพลักษณ์และรูปร่างของตนเอง (Bodily image and appearance)

3. ด้านระดับความเป็นอิสระ (Level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Mobility) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living) การพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์ (Dependence on medicinal substances and medical aids) และความสามารถในการทำงาน (Working capacity)

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Personal relationship) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และกิจกรรมทางเพศ (Sexual activity)

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (Home environment) แหล่งการเงิน (Financial resource) สวัสดิการด้านสุขภาพและสังคม (Health and Social care : Availability and Quality) โอกาสในการได้รับข่าวสารหรือฝึกทักษะ (Opportunities for acquiring information and skills) การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ และการใช้เวลาว่าง (Participation in and opportunities for recreations and leisure) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) และการคมนาคม (Transport)

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spiritual/Religion/Personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของคนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อทางจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

แต่เนื่องจาก เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่มี 100 ข้อ (WHOQOL-100) มีจำนวนข้อมากไปทำให้เสียเวลาในการเก็บข้อมูล และการศึกษาด้วยระบาดวิทยาส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตเป็นเพียงตัวแปรตัวแปรเดียวของหลายๆ ตัวแปรที่สนใจทำการศึกษา ถ้ามีการปรับเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตให้กะทัดรัด สะดวกในการใช้และมีความถูกต้อง จึงเป็นการดี ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงพัฒนาเครื่องมือเป็น WHOQOL-BREF ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำไปประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม(Overall quality of life and general healths) ได้

**องค์ประกอบของ WHOQOL – BREF** (The WHOQOL Group, 1995) ประกอบด้วย 4 หมวดใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

#### **หมวดที่ 1 ด้านร่างกาย (Physical Domain)**

คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 7 หมวดย่อย ดังนี้

1. ความเจ็บปวดและไม่สบายของบุคคล (Pain and Discomfort) ประกอบด้วย การรับรู้ถึงความสามารถจัดการ ความกลัว ความกังวล และความเครียดที่เกิดจากความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย รวมถึงการใช้ยาเป็นประจำเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด สำหรับการรู้สึกไม่สบายทางด้านร่างกายอาจเกิดจาก อาการข้อติด อาการปวด อาการคัน อาการดังก่อว่าจะทราบจากอาการแสดงหรือคำบอกเล่าของผู้ป่วยถึงแม้ว่าจะไม่มีการบันทึกการใช้ยาก็ตาม

2. กำลังและความเมื่อยล้า (Energy and fatigue) ประกอบด้วย กำลังวังชา ความกระตือรือร้น และความอดทนของแต่ละบุคคล ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการทำงานหรืองานอดิเรกต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกกระปรี้กระเปร่า มีกำลังที่เพียงพอต่อการจัดการกับความเหน็ดเหนื่อยที่อาจมีผลมาจากปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ความเจ็บป่วย อาการซึมเศร้า การออกกำลังกายมากเกินไป มีผลทำให้เกิดความเมื่อยล้าและการเพิ่มภาระฟุ้งฟิงผู้อื่นเนื่องจากความเมื่อยล้าอย่างเรื้อรัง

3. การนอนหลับและการพักผ่อน (Sleep and rest) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการนอนหลับและการพักผ่อนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเพียงพอในการนอนหลับและการพักผ่อน ปัญหาในการนอนหลับ เช่น การหลับยาก การตื่นกลางดึก การตื่นนอนเร็ว การตื่นแล้วไม่

สามารถหลับต่อได้อีก การไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน รวมถึงการใช้ยานอนหลับหรือสารอื่นๆ เพื่อให้หลับ โดยสิ่งทีรบกวนการนอนหลับหรือการพักผ่อนอาจเกิดจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม

4. การเคลื่อนไหว (Mobility) ประกอบด้วย ความสามารถในการเคลื่อนไหวของบุคคล จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งการพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนไหวย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ในบางคนความพิการไม่อาจมีผลกระทบต่อการเล่นไหว เช่น ผู้ที่ใช้รถเข็น บางคนอาจรู้สึกพึงพอใจกับการเคลื่อนไหวได้ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

5. กิจกรรมประจำวัน (Activities of daily living) ประกอบด้วย ความสามารถของบุคคล ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองและทรัพย์สิน การทำกิจกรรมที่จำเป็นต่างๆ ในแต่ละวันอย่างเหมาะสม ระดับการพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวันจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต

6. การพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์ (Dependence on medication of treatment) ประกอบด้วย การรับรู้ของบุคคลว่าต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ เช่น การฝังเข็ม การใช้ยาสมุนไพร เพื่อให้เกิดความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในบางคนวิธีการรักษาทางการแพทย์อาจส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตได้ เช่น ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในขณะที่บางคนอาจส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น การใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมถึงวิธีการรักษาต่างๆ ทางการแพทย์ที่ไม่ใช่ยาแต่บุคคลยังต้องพึ่งพา เช่น การใช้เครื่องกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ การใช้แขนขาเทียม

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

**หมวดที่ 2 ด้านจิตใจ (Psychological Domain)** คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ประกอบด้วยหมวดย่อย 6 หมวด ดังนี้

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

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

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

4. ภาพลักษณ์และลักษณะทั่วไป (Body image and appearance) เป็นมุมมองของบุคคล เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเองที่ปรากฏให้เห็นทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ตามอัตมโนทัศน์ของบุคคล รวมถึงการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองที่เกิดจากการเสริมแต่ง เช่น การเสริมสวย การใช้แขนขาเทียม

5. ความรู้สึกทางลบ (Negative feelings) เป็นความรู้สึกทางลบของบุคคลที่มีต่อตนเอง ได้แก่ หมดหวัง เศร้าใจ เสียใจ หมดอาลัย กลัว วิตกกังวล และขาดความพึงพอใจในชีวิต 6. จิตวิญญาณ ศาสนา ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality / Religion / Personal beliefs) เป็นความเชื่อด้านต่างๆ ของตนที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ช่วยให้ชีวิตมีความสุข

**หมวดที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships Domain)** คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมประกอบด้วย 3 หมวดย่อย ดังนี้

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

2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นการแสดงความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ญาติ ในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องส่วนตัวครอบครัว การทำงาน ตลอดจนความรู้สึกที่ไม่ดีที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อน เช่น การพุดจาไม่ดี การทำร้ายร่างกาย

3. กิจกรรมทางเพศ (Sexual activity) เป็นการแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับการกระตุ้นและความต้องการทางเพศของบุคคลที่สามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม โดยจะเป็นเรื่องราวเกี่ยวกับแรงขับทางเพศ การแสดงออกทางเพศ ความสำเร็จทางเพศ ซึ่งเป็นเรื่องที่ค่อนข้างจะยากเพราะใน

บางสังคมมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย หรือในบุคคลที่อายุหรือเพศต่างกันก็จะให้คำตอบที่แตกต่างกันไป

**หมวดที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain)** คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 8 หมวดย่อย

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

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

3. แหล่งด้านการเงิน (Financial resource) พิจารณาจากความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับการเงินและความเพียงพอของรายได้ตนเองที่จะทำให้ชีวิตและสุขภาพที่ดี โดยไม่คำนึงถึงการมีงานทำ

4. การบริการด้านสุขภาพและสังคม (Health and social care : availability) โดยพิจารณาจากความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณภาพของบริการด้านสุขภาพและสังคม รวมถึงบริการที่ให้โดยอาสาสมัครในชุมชนที่ตนได้รับหรือคาดหวังจะได้รับ ว่าเป็นไปตามความต้องการอย่างสมบูรณ์และมีคุณภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังรวมถึงความยากง่ายและความเป็นกันเองของการบริการ

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

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

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

8. การคมนาคมขนส่ง (Transport) พิจารณาจากความสะดวกในการเดินทางของบุคคลชนิดของพาหนะที่ใช้ในการเดินทางแต่จะไม่เกี่ยวกับประเภทของการขนส่ง เพื่อให้สามารถประกอบกิจกรรมได้ตามความต้องการ

ดังนั้นในการเลือกเครื่องมือเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิต จะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมว่าจุดประสงค์ของการวิจัยคืออะไร ต้องการให้ผู้อื่นเป็นผู้ประเมิน เช่นเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข หรือต้องการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่ารู้สึกถึงคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นอย่างไร ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเชิงจิตวิสัยเท่านั้น เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงความรู้สึก และอื่นๆ ที่มีความสำคัญกับตัวของเขาเองได้ดีที่สุด จึงได้เลือกใช้ (WHOQOL-BREF, 1993 อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) ซึ่งสามารถวัดคุณภาพชีวิตได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต่างวัฒนธรรมกันได้ ประกอบด้วยคำถามทั้ง 26 ข้อ แบ่งข้อคำถามรายด้านที่มองคุณภาพชีวิตประกอบด้วยหลายมิติ (4 ด้าน) ในเชิงจิตวิสัยเห็นได้ว่า WHOQOL-BREF มีครอบคลุมทั้งแนวความคิดและแนวทางการประเมินหลายอย่างรวมกัน ซึ่งมีมาตรฐานกว่าเครื่องมืออื่นๆ

#### 2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานไว้ ดังนี้

Herrman, Schofield, Murphy, & Singh (1994) เป็นนักวิจัยอีกกลุ่มหนึ่งที่เห็นความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลขั้นต้นของผู้ป่วยเรื้อรังที่ป่วยด้วยโรคทางกายโรคจิต และคนพิการ ในประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้น Herrman et al. (1994) ได้ให้ทรรศนะว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้นมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ดูแล (Caregiver characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษารายได้ และลักษณะพื้นเพของชนชาติ
2. ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการการดูแล (Care recipient characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและสภาพของการเจ็บป่วย



3. สถานการณ์การดูแล (Caregiver situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ ระยะเวลาของการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

4. การรับรู้ที่มีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Cognitive/affective response to caregiver role) ได้แก่ทัศนคติ หรือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ของผู้ป่วยหรือรังลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้ดูแล และประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล

5. สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแล (Mental and physical health) ได้แก่ สภาวะที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนสุขภาพกายและจิตใจ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิต

6. ตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง (Possible mediating variables) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ แหล่งประโยชน์และกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังมีความหวัง พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย เบาหวานที่จะกล่าวถึงดังนี้

7. ความหวัง เป็นพลังภายในที่สำคัญของบุคคลในการที่จะตอบสนองหรือปรับสภาพต่างๆของร่างกายและจิตใจ เพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขในการดำเนินชีวิต บุคคลที่มีความหวังจะเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Nowotny, 1989; Rustoen, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษดา ตงศิริ (2531) พบว่า ความหวังสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตดังนั้น ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีความหวัง จึงน่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกัน

8. พฤติกรรมการเผชิญความเครียด เนื่องจากพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาหรือลดความเครียดลงได้ ก่อให้เกิดขวัญกำลังใจในการที่จะต่อสู้เพื่อดำเนินชีวิตต่อไป แสดงออกถึงความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เช่นการศึกษาของ Rose, Clark-Alexander (1996) พบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านร่างกาย พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกโดยรวมและความผาสุกด้านร่างกาย และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกโดยรวมด้านร่างกาย และความผาสุกด้านจิตใจ และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านสังคม

Glasgow et al. (1977) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 2,056 คน พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย อายุมาก เพศหญิง ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพหรือผู้ที่ได้รับการประกันสุขภาพจากรัฐ ความรุนแรงของโรค และจำนวนของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

Jacobson et al. (1994) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ชนิดของการรักษา และโรคแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Keinanen et al. (1996) ศึกษาภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคเบาหวานตอนเหนือของประเทศฟินแลนด์ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ NHP (Nottingham Health Profile) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดน้ำตาลจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไป ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และอายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

รัตนาวดี จุละยานนท์ (2542) ทำการศึกษา ในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรีปี 2542 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัว รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพในครอบครัว สิทธิในการรักษาพยาบาล การเข้านอนเข้ารับการรักษาตัวเนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จำนวนอาการแสดงออกของโรคเบาหวาน ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน จำนวนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

วรรณิสา สามารถ (2542) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ สิทธิพิเศษในการเบิกหรือลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ภูมิลำเนา การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการของโรคเบาหวาน และความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน

จิรนุช สมโชค (2540) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นั่นคือ ผู้ที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยนาน มีความรุนแรงของโรคมก มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า สำหรับอายุและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานนั้น พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2.2.5 ความเครียด

### 2.2.5.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

ชีวิตของมนุษย์ทุกวันนี้จะต้องเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายในร่างกายตลอดเวลา เช่น การเปลี่ยนแปลงของฐานะทางเศรษฐกิจ การเมือง ภัยจากสิ่งแวดล้อม และการเจ็บป่วย ความเครียดที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อสุขภาพของมนุษย์ บุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้ จะมีสุขภาพที่ดี บุคคลที่ล้มเหลวในการปรับตัวจะทำให้เกิดความเจ็บป่วย และสูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2536) และเนื่องจากความเครียดเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้เคียงคู่มนุษย์ตลอดเวลา มีนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกันไปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความเครียดพอที่จะประมวลสรุปให้เป็น 3 กลุ่ม แนวความคิดใหญ่ๆ กล่าวคือ

1) ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง (Stress as a response) Selye (1976) เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคต่อมไร้ท่อได้ให้ความหมายของความเครียดว่า ความเครียดเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายของบุคคล (Response) ต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้น (Stressor) อันเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาเคมีภายในร่างกาย ซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Nonspecific) ที่เรียกว่า กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome หรือ GAS) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเตือน (Alarm reaction) ระยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้นตั้งแต่เพียงไม่กี่นาที ถึง 48 ชั่วโมง อาการที่พบจะเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกและต่อมพิทูอิทารี แบ่งย่อยออกเป็น 2 ระยะคือ

1.1 ระยะช็อก (Shock phase) เป็นระยะที่บุคคลถูกรบกวนเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ทำให้มีการผลิตฮอร์โมนต่างๆออกมา ซึ่งมีผลต่อร่างกาย เช่น ฮอร์โมน คอร์ติคอยด์ คอร์ติโคโทรนิก เป็นต้น

1.2 ระยะต้านช็อก (Countershock phase) เป็นระยะที่ร่างกายมีการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล ระบบต่างๆของร่างกายเริ่มประสานงานกันอย่างมีระเบียบ

2. ระยะต่อต้าน (Stage of resistance) เป็นระยะที่มีการปรับตัวเต็มที่ ทำให้มีอาการดีขึ้น แต่ ถ้าระยะนี้ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดอยู่ อาจจะทำให้มีการสูญเสียการปรับตัวและเข้าสู่ระยะที่ 3

3. หมดพลัง (The stage of exhaustion) เป็นระยะที่บุคคลไม่สามารถจัดการความเครียด
4. ออกไปได้ทำให้เกิดอาการหมดพลัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือกลไกการปรับตัวจะล้มเหลว
5. เกิดโรคหรือเสียชีวิตในที่สุด

นอกจากนั้น Cofer & Appley (1964 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) อธิบายว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของจิตใจต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด และ Guzzetta (1979 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) กล่าวว่าความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ

2) ความเครียดเป็นสิ่งกระตุ้น (Stress as a stimulus) นักทฤษฎีความเครียดอีกกลุ่มหนึ่งได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นสิ่งกระตุ้น เหตุการณ์ต่างๆ และก่อให้เกิดการตอบสนองในตัวบุคคลความเครียดในความหมายนี้จะอธิบายคุณลักษณะต่างๆของสิ่งกระตุ้น หรือเหตุการณ์ต่างๆที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะของการกระตุ้นมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ความไม่ชัดเจนของเหตุการณ์ ความขัดแย้ง (Cofer & Appley, 1964 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

3) ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Stress as a transaction) เป็นทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลค่อนข้างสูงในแนวคิดนี้โดยได้ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันบุคคลจะประเมินสิ่งต่างๆในสิ่งแวดล้อมว่ามีอันตรายต่อตนเอง หรือมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตน และตนเองต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเต็มกำลัง ซึ่งการตัดสินใจว่าความเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกรู้สึกนึกคิดจากแนวคิดความเครียดดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ ความเครียดเป็นการตอบสนองของร่างกาย ความเครียดเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ และความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในการที่จะอธิบายถึงความเครียดของผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต ดังมีรายละเอียดของแนวคิดดังนี้ กระบวนการความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือการประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) เป็นกระบวนการใช้สติปัญญาและความรู้ในการประเมินผลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ และความสำคัญของเหตุการณ์ต่อบุคคลกระบวนการดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการรับรู้ และการแปลความถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ต่างๆ สะสมมากขึ้น

### 2.2.5.2 สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressor)

Collins et al. (1996) ให้ความหมายว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดคือสิ่งที่คุกคามชีวิตหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลหนึ่งคนหรือหลายคน

Lazarus (1999) ให้ความหมายว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดคือสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจของบุคคล

ชอลดา พันธุเสนา (2536) ได้จำแนกสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในแง่ของสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่

1) สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ และเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินชีวิต

2) สาเหตุจากภายในตัวบุคคล ได้แก่ โครงสร้างของร่างกาย สรีรวิทยา ระดับพัฒนาการแต่ละวัยโดยเป็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามความต้องการของจิตใจ เช่น ความต้องการความรัก ความต้องการความมีชื่อเสียง การได้รับการยกย่องนับถือ ความต้องการเพื่อน ซึ่งความต้องการดังกล่าวถ้าไม่เป็นไปตามความคาดหมายก็จะเกิดความเครียดขึ้น

นงคราญ ผาสุก (2528) ให้ความหมายว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดคือเป็นสิ่งที่อาจจะเกิดทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคลแล้วมีผลทำให้เกิดความเครียดขึ้นซึ่งได้สรุปสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 อย่างคือ

1) ความเครียดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย (Developmental stress) เมื่อมีพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่งไปสู่อีกอีกวัยหนึ่งย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเครียดได้เช่น เด็กเข้าสู่วัยรุ่น การมีประจำเดือน เป็นต้น

2) ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ (Biological stress) เช่น มีการเปลี่ยนแปลงจากความสวยงามเป็นความเหี่ยวชราภาพ การเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง น้ำเสียง สีผม ทำให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ ได้แก่ กายภาพทางร่างกาย สรีระของร่างกาย และองค์ประกอบตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ต่อมไร้ท่อ เชื้อโรค สารพิษ เป็นต้น

3) ความเครียดที่เกิดจากสภาพแวดล้อม (Environmental stress) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเครียด เช่น อิทธิพลของระเบียบประเพณี และวัฒนธรรม อิทธิพลของลักษณะครอบครัว สภาพของโรงเรียน ภาวะทางเศรษฐกิจ ความไม่สมหวังในอาชีพ สภาวะสมครวม



ปาทัน บัญ-หลง (2527) และสุวนีย์ เกี้ยวแก๊ง (2527) ได้จำแนกสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 2 กลุ่มใหญ่ๆ ซึ่งคล้ายกับนงคราญ ผาสุก (2528) คือ

1. สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดภายในบุคคล คือแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคลเองโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาตามขบวนการทางชีวภาพ โครงสร้างทางร่างกาย ลักษณะทางกรรมพันธุ์ และความเครียดตามพัฒนาการของบุคคลในช่วงวัยต่างๆ

2. ความเครียดภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

Luckmann และ Sorensen (1987) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 10 ประการ ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ เป็นผลจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาและการเจริญเติบโตของบุคคล

2. ปัจจัยทางด้านกายภาพและสารเคมี ได้แก่ สภาพแวดล้อมรอบตัวตามธรรมชาติ เช่น ความร้อน ความเย็น แสง เสียง รังสี ความดันของบรรยากาศ รวมทั้งสารเคมีภายในร่างกาย ระดับฮอร์โมนในร่างกายที่ไม่ปกติ

3. จุลชีพ และปรสิต ซึ่งก่อให้เกิดโรคต่างๆในร่างกาย

4. ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความต้องการของบุคคลในแต่ละช่วงอายุ เพศ การได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ และการได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

5. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ประเพณี ความขัดแย้งในค่านิยม ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

6. การอพยพที่อยู่หรือสถานที่ทำงาน บุคคลจะต้องปรับตัวใหม่กับสังคมใหม่

7. ปัจจัยทางนิเวศวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพสิ่งแวดล้อมเนื่องจากภาวะสงคราม ทำให้บุคคลไม่อาจดำรงชีวิตได้ตามปกติ

8. ปัจจัยทางด้านงานอาชีพ อาชีพที่ต้องรับผิดชอบสูง จำเจ น่าเบื่อ ย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย โดยลักษณะงานหรือข้อกำหนดของงาน ปัญหาในการทำงานและแรงกดดันต่างๆ ในการทำงานจะมีความสัมพันธ์กับระดับของความเครียด ความเครียดจากงานอาชีพนั้่นอาจนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายในวิชาชีพได้

9. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนที่อยู่ในสังคมนั้นต้องประสบกับภาวะมลพิษ อันตรายจากเครื่องจักรกลและพิษจากสารเคมี รวมทั้งวงการแพทย์ เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางชนิดอาจเป็นเหตุให้เกิดโรคต่างๆ เป็นต้น

10. การเปลี่ยนแปลงไปสู่อนาคตที่รวดเร็ว ส่งผลให้บุคคลเตรียมตัวหรือปรับตัวไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การได้รับข้อมูลที่มากเกินไปหรือการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ ซึ่งมีอยู่หลายแนวทาง

ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ไม่ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ชัดเจนนัก แต่จะเน้นถึงความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่ผ่านกระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ในการประเมิน (Cognitive appraisal) แล้วตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือไม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situation Factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินด้วยสติปัญญา โดยขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้

- 1) ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ (Novelty)
- 2) ความสามารถในการทำนายสถานการณ์ (Predictability)
- 3) สถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นมีความไม่แน่นอน (Event uncertainty)
- 4) ปัจจัยทางด้านความคิด (Temporal factors) ซึ่งขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่า

สถานการณ์นั้นใกล้จะมากกระทบตัวตน (Imminence) สถานการณ์นั้นมีความรุนแรง ความถี่ของการเกิดสถานการณ์ หรือระยะเวลาของการเกิดสถานการณ์ (Duration) เป็นอย่างไร และสุดท้ายคือ ความคิด ความรู้สึกที่ว่าสถานการณ์นั้นไม่แน่นอน (uncertainty)

2. ปัจจัยทางด้านบุคคล (Personal factors) เป็นความแตกต่างภายในบุคคลเองในด้านต่างๆ ได้แก่

- 1) พันธะสัญญาของแต่ละบุคคล (Commitments) ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง
- 2) ความเชื่อ (Beliefs)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเครียด โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์นั้น คือปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคล หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเครียดเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

### 2.2.5.3 ระดับของความเครียด

ความเครียดของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ความเครียดอย่างเดียวกันอาจจะมีผลกระทบมากมายต่อบุคคลหนึ่งและอาจไม่มีผลกระทบต่ออีกบุคคลหนึ่ง เนื่องจากการรับรู้หรือการประเมินความรุนแรงของความเครียดของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) และมีผู้ที่แบ่งระดับความเครียดไว้ดังนี้คือ

Janis (1952 อ้างถึงใน พรรณงาม พรรณเชษฐ์, 2525) ได้แบ่งระดับของความเครียดออกตามความรุนแรงและระยะเวลาที่คงอยู่ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นและหมดไปภายในระยะเวลาสั้นๆอาจเป็นเพียงวินาทีหรือชั่วโมง และมาจากสาเหตุหรือเหตุการณ์เพียงเล็กน้อยในชีวิตประจำวันเช่น การมาไม่ทันตามนัด การพลาดการเดินทาง

2. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) ความเครียดในระดับนี้รุนแรงกว่าระดับแรก อาจใช้เวลานานกว่าชนิดแรก อาจอยู่นานหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน เช่น การเจ็บป่วยไม่รุนแรง การขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน ความเครียดเกิดจากการทำงานมากเกินไป

3. ความเครียดระดับสูง (Severe stress) ความเครียดระดับนี้รุนแรงมาก มีอาการอยู่นานเป็นสัปดาห์ หรืออาจเป็นเดือนเป็นปี เกิดจากสาเหตุรุนแรงหรือหลายสาเหตุ เช่น การตายจาก การเจ็บป่วยรุนแรง การสูญเสียอวัยวะของร่างกายที่มีความสำคัญต่อวิถีการดำรงชีวิต

Frain & Valiga (1982 อ้างถึงใน ปราชญาวดี ยมานันตกุล, 2539) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเครียดที่พบในชีวิตประจำวัน (Day to Day Stress) หมายถึงความเครียดที่ไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลเผชิญอยู่ทุกวันและสามารถปรับตัวได้ด้วยความเคยชิน

2. ความเครียดระดับต่ำ (Mild Stress) หมายถึงความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่พบไม่บ่อยซึ่งช่วยบุคคลตื่นตัวและมีปฏิริยาต่อต้านแต่เป็นช่วงเวลาไม่นาน

3. ความเครียดในระดับปานกลาง (Moderate Stress) หมายถึง ความเครียดที่บุคคลได้รับเวลานาทีหรือคงที่ซึ่งไม่อาจแก้ไขได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป็นผลให้บุคคลมีการแสดงออกของความเครียดทั้งกิริยาและคำพูดเนื่องจากไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆและความยุ่งเหยิงในชีวิต

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (Severe Stress) หมายถึงความเครียดที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่องและไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญเหตุการณ์นั้นซึ่งทำให้บุคคลเข้าสู่ระยะหมดกำลังหรือความเหนื่อยหน่ายในที่สุด

Armstrong (1978 อ้างถึงใน อรุษา ปัดจันทร, 2537) ได้แบ่งความเครียด ออกเป็น 5 ระดับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเครียดระดับน้อยที่สุด หมายถึง สถานการณ์ที่ไม่ทำให้บุคคลรู้สึกกับข้องใจ หนักใจ ทุกข์ใจ ไม่สบายใจ หรือถ้ามีก็น้อย

2. ความเครียดระดับน้อย หมายถึง สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกกับข้องใจ หนักใจ ไม่สบายใจ เพียงเล็กน้อย

3. ความเครียดระดับปานกลาง หมายถึง สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจ หนักใจ ไม่สบายใจ ปานกลาง

4. ความเครียดระดับมาก หมายถึง สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจ หนักใจ ไม่สบายใจมาก

5. ความเครียดระดับมากที่สุด หมายถึง สถานการณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจ หนักใจ ไม่สบายใจมากที่สุด

Sutterley (1981 อ้างถึงใน วรรณนา สุภัสสัณนธ์, 2539) แบ่งระดับความเครียดไว้ 6 ระดับ

1) ภาวะที่ไม่มีมีความเครียด เป็นภาวะที่จิตสงบ เช่น ภาวะที่บุคคลได้รับยานอนหลับ ภาวะการณ์อยู่สมาธิลึก

2) ภาวะความเครียดน้อยที่สุด เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกสบาย ผ่อนคลาย เช่น ภาวะฝัน กลางวัน การเพ่งความสนใจไปที่สิ่งใดสิ่งหนึ่ง การอยู่สมาธิระดับตื้น

3) ภาวะเครียดเล็กน้อย เป็นภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันสามารถคาดการณ์ได้ ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำรงชีวิตแต่เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวองไว ทำกิจกรรม และเรียนรู้ได้ดี มีความพร้อมในการปรับตัว

4) ภาวะเครียดปานกลาง เป็นความเครียดที่อยู่ในระดับกลาง ภาวะเช่นนี้ทำให้เกิดการ รับรู้แคบ ความสนใจน้อยลง ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการควบคุมตนเอง พฤติกรรมและ อารมณ์เปลี่ยนแปลง อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น

5) ความเครียดรุนแรง เป็นความเครียดที่เกิดจากบุคคลที่มีความล้มเหลวในการปรับตัว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เสาร์ซึม สับสน วิตกกังวล อารมณ์หวนไหว่ง่าย

6) ความเครียดสูงสุด เป็นภาวะที่ร่างกาย จิตใจและอารมณ์เสียระบบโดยสิ้นเชิง บุคคล รับรู้เหตุการณ์ในลักษณะอันตรายที่หมดทางสู้ทำให้เกิดภาวะหมดแรง และเกิดอาการต่างๆ ของโรค

กรมสุขภาพจิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2543) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ที่เหมาะสมในการนำไปใช้กับประชากรไทย คือ

1. ระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมากความเครียดในระดับนี้ถือว่ามิใช่ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่นำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

2. ระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ซึ่งถือว่าเป็น ความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวันอาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมบ้างเล็กน้อย แต่ไม่ชัดเจนและยังพอทนได้อาจต้องใช้เวลาในการปรับตัว แต่ในที่สุด ก็สามารถจัดการกับความเครียดได้และความเครียดระดับนี้ไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต

3. ระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติปานกลาง ขณะนี้เริ่มมีความตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเคียดร้อนเป็นอย่างมากจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากปัญหาความขัดแย้ง และวิกฤตการณ์ในชีวิตเป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่ากำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตและความขัดแย้ง ซึ่งจัดการแก้ไขด้วยความกล้าบากลักษณะดังกล่าวจะเพิ่มความรู้แรงซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานจำเป็นต้องหาวิธีแก้ไขข้อขัดแย้งต่างๆ ให้ลดน้อยลงหรือหมดไปด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งสิ่งแรกที่ต้องรับจัดการคือต้องมีวิธีคลายเครียดที่ดีและสม่ำเสมอทุกวัน

4. ระดับความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก กำลังตกอยู่ในภาวะตึงเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง เช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรง เรือร้ง ความพิการ การสูญเสีย ปัญหาความรู้แรงในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่างชัดเจน ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข ความคิด ฟุ้งซ่าน ตัดสินใจผิดพลาด ขาดความยับยั้งชั่งใจ อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายบางครั้งอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เช่น เอะอะโวยวาย ขว้างปาข้าวของ ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรงมาก หากปล่อยไว้โดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสม และถูกวิธี อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิดต่อไปได้

กล่าวโดยสรุป ระดับความเครียดต่างๆ มีได้ตั้งแต่ระดับความเครียดในระดับที่ต่ำหรือปริมาณน้อย ความเครียดระดับนี้ เป็นภาวะที่บุคคลสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่กดดันจนเกิดความเคียด ไม่มีแรงกดดันในชีวิต ฟุ้งพ้อใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และมีแรงจูงใจดำเนินการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ในระดับความเครียดที่เป็นปกติ เป็นภาวะสมดุลที่บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดีและมีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ปกติอย่างอัตโนมัติ หากระดับความเครียดมีมากขึ้นเล็กน้อย เป็นความเครียดระดับปานกลาง ก็จะช่วยให้บุคคลนั้นๆ มีความกระตือรือร้น มีความตื่นตัวสูง สำหรับความเครียดระดับนี้ เป็นความเครียดที่เริ่มมีความรุนแรงในระดับแรก และต้องให้ความสนใจอย่างมาก เนื่องจากบุคคลยังไม่สามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาอันสั้น ความเครียดระดับสูงมาก จะมีปฏิกิริยาที่แสดงออกจะเป็นลักษณะการปฏิเสธ ก้าวร้าว พุดน้อย กดดัน ชีวิตไม่มีความสุข เป็นความเครียดที่เริ่มมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อตัวบุคคลและผู้อื่น ระดับความเครียดสูงมาก

ที่สุด จะทำให้บุคคลหมดกำลังใจ ท้อแท้ และเบื่อหน่ายในชีวิต ไม่สามารถจัดการหรือปรับตัวได้ อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงส่งผลในระดับองค์กรและประเทศอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ระดับความเครียดมีหลายระดับขึ้นอยู่กับ การประเมินของแต่ละบุคคลซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการประเมิน และในการศึกษารั้งนี้ผู้ป่วยเบาหวานก็ใช้เวลาการประเมินพอสมควรทั้งความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรครวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดจากโรคเบาหวาน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการประเมินความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ซึ่งได้อ้างอิงเกณฑ์ในการแบ่งระดับของความเครียดตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543)

## 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

เนื่องจากผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงทบทวนงานวิจัยในกลุ่มประชากรที่คล้ายกับการวิจัยในครั้งนี้ร่วมด้วย ดังนี้

คุชฎี พงศ์อุดม (2549) ได้ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 260 คน โดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ที่อิงแนวคิดของ Orem แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต ผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ( $x=2.60$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคม ( $x=2.97$ ) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนคะแนนความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 64.62) และจากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และระดับคะแนนความเครียดกับระดับความดันโลหิตสูงซิสโตลิก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ในขณะที่เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านคะแนนความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ กับ แรงสนับสนุนทางสังคม

กองสิน คติการ (2534) ได้ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 154 คน แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยปรับปรุงจากของ นิตยา สุทธยากร (2531) โดยถูกปรับปรุงจากแนวคิดของ Jalowice และคณะ (1984) พบว่า

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ใช้เป็นตามลำดับ คือ กังวลใจ ความพยายามที่จะควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดที่จะทำให้ความพยายามที่จะใช้ประสบการณ์เดิมมาแก้ไข ปัญหา เปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ทีก่อให้เกิดความเครียดนั้น การได้รับคำปลอบใจ หรือช่วยเหลือจากญาติสนิทในครอบครัวหรือเพื่อน หลังการกำหนดเป้าหมายเฉพาะจะช่วยแก้ไขปัญหาดตามลำดับ ส่วนความเครียดพบว่าค่าเฉลี่ยความรุนแรงของความเครียดด้านสรีระสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของความเครียดด้านจิตวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < 0.01$

บุศรา กาญจนบัตร (2552) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับอายุ และระยะเวลาที่เป็นโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา หรือฉีดอินซูลินอย่างใดอย่างหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัญหาทางด้านจิตใจในระดับปานกลาง อายุและระยะเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยให้เหตุผลว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ มีอายุมาก มักจะหันมาพึ่งคำสอนทางพระพุทธศาสนาและมีโอกาสได้มาพบปะพูดคุยกัน ขณะที่มาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล ทำให้ได้รับความรู้สึกต่าง ๆ ต่อกัน สิ่งที่เป็นปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดคือ ความรู้สึกคับข้องใจต่อการตรวจของน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้านและความรู้สึกหมกหมุ้งที่จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเรียนหรือการทำงานเหมือนคนปกติ ความรู้สึกที่แสดงถึงปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด คือ ความรู้สึกวิตกกังวลกลัวและคับข้องใจที่มีต่อข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน

Crosby (1988) ได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทีก่อให้เกิดความเครียด ความเครียดทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยรูมาตอยด์ ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นโรครูมาตอยด์จำนวน 101 คน เครื่องมือที่ใช้วัดประกอบด้วย แบบประเมินทีก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน ระดับความเครียดทางอารมณ์และกิจกรรมทีเกี่ยวกับโรครูมาตอยด์ และปัจจัยทีก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทีระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมทีเกี่ยวกับโรครูมาตอยด์มากขึ้น หรือความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดทางด้านอารมณ์เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

Gurklis and Menke (1988) ได้ทำการศึกษาสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดและการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด ความเครียดทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดทีมุ่งปรับสภาวะอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทีระดับ 0.05 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดชนิดทีมุ่งแก้ไขปัญหา ส่วนความเครียดทางด้านจิตสังคม

มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Murphy และ Sutton (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและรูปแบบของการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ ปัจจัยทางการเงิน กลัวการปฏิเสธของไต กลัวน้ำหนักจะเพิ่มขึ้น รู้สึกไม่แน่นอนในอนาคต และข้อจำกัดของการมีกิจกรรมทางด้านร่างกาย สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ แต่คะแนนของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวม การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากได้แก่ การสวดมนต์ น้อมรำลึกถึงพระพุทธคุณ ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบทุกครั้งตามสภาพที่เป็นจริง โดยปราศจากอคติ พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อให้ควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น และพยายามนำประสบการณ์เดิมในอดีตมาใช้ในการแก้ไขปัญหา และนอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์

Friedman (1993) ได้ทำการศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และความเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจของผู้หญิงวัยชรา จำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความเครียดต่ำ มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตระดับปานกลางถึงสูงมาก ความเครียดที่เกี่ยวกับโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

Jalowice และ Powers (1981) ได้ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินอาการท้องเฉียบพลันแต่ไม่รุนแรง จำนวนกลุ่มละ 25 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินมีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินเกิดจากปัญหาด้านบุคคลและสังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ ในขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองสำหรับวิธีการเผชิญความเครียด พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใช้การเผชิญความเครียดที่ใช้ถือศาสนาและกิจกรรมการออกกำลังกาย ส่วนผู้ป่วยห้องฉุกเฉินจะใช้การฝึกกลางวัน ใช้ประสบการณ์ในอดีตผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์

Barbara (1989) ได้ทำการศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรค Osteoarthritis ในผู้หญิงวัยกลางคน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่ม

ผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาและชนิดระดับประคองมีความพึงพอใจในชีวิตสูง กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้นแล้วมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเครียดหรือลดความเครียดลง วิธีการเผชิญความเครียดที่เลือกใช้แตกต่างกัน ผู้ป่วยบางกลุ่มเมื่อกลุ่มมีความเครียดเกิดขึ้นจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์มากกว่าชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามาบางกลุ่มใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย และในการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับประสบการณ์และแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละคน ทำนองเดียวกันในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมีความเครียดในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิต ต้องมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อคงความสมดุลของร่างกายจิตใจไว้เช่นกัน

### 2.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

การศึกษาการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ดังนี้

เอกพล วรรณ (2549) ได้ทำการศึกษาปัญหาการใช้ยา ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 82 คน โดยใช้เครื่องมือ คือ แบบบันทึกแก้ปัญหามาของผู้ป่วยและการแก้ไข แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF36) ผลการศึกษาพบว่า แบ่งตาม Hassan และ Gan (1993) จำนวนปัญหาที่พบจากการใช้ยามีสั่ง 51 ปัญหา ปัญหาที่พบบ่อยอันดับแรกคือการไม่ได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง 27 ปัญหา (ร้อยละ 53.0) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัว และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานมีทั้งหมด 19 ปัจจัยคือ ปัญหาการใช้ยา ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาที่เป็น ดัชนีมวลกาย (BMI) คะแนนความรู้ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ บุหรี่ แอลกอฮอล์ รายได้ส่วนตัว ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าอนรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเนื่องจากโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนอาการแสดงจากภาวะโรคเบาหวาน การมีโรคอื่น ๆ ที่ร่วมด้วย ระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย รูปแบบการรักษาด้วยยา สิทธิการรักษา

รัตนาวดี จุละยานนท์ (2542) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรีและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ

โรงพยาบาลนครชัยศรี จำนวน 128 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL BREF) ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี อยู่ที่ 70.17 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับดี และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี คือ ระดับการศึกษา ( $p = 0.001$ ) อาชีพ ( $p = 0.004$ ) รายได้ส่วนตัว ( $p = 0.003$ ) รายได้ของครอบครัว ( $p = 0.000$ ) ความเพียงพอของรายได้ ( $p = 0.000$ ) สถานภาพในครอบครัว ( $p = 0.035$ ) สิทธิในการรักษาพยาบาล ( $p = 0.024$ ) การเข้านอนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ( $p = 0.010$ ) จำนวนอาการแสดงออกของโรคเบาหวาน ( $p = 0.000$ ) ความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน ( $p = 0.028$ ) จำนวนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ( $p = 0.005$ ) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลนครชัยศรี ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว อายุที่เริ่มป่วย ระยะเวลาที่ป่วย การเกิดแผลที่เท้า ระดับน้ำตาลในเลือด วิธีการรักษาโรคเบาหวาน

อรอุษา ปัดจันทรื (2537) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับวิธีการเผชิญความเครียดและความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้กรอบทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินที่รักษาด้วยการรับประทานยา จำนวน 123 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินความเครียด ตามแนวคิดของ Armstrong (1987) แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowice และคณะ (1984) ซึ่งดัดแปลงโดยนิตยา สุทธยากร (2531) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (QOLS) ของ Fanagan (1987) และ Burchardt และคณะ (1989) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยเฉลี่ยเล็กน้อย ( $x = 1.45$ ) ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบนาน ๆ ครั้ง ( $x = 2.358$ ) มีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับพึงพอใจเป็นส่วนใหญ่ ( $x = 5.674$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียดโดยรวม ความเครียดด้านจิตสังคม ความเครียดด้านการจัดการเกี่ยวกับโรคด้วยตนเอง และความเครียดด้านความรู้หรือทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.625, 0.477, 0.625, 0.390$ ;  $P < 0.001$  ตามลำดับ) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดโดยรวม วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์และวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหานั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ( $r = -0.019, -0.103, 0.076$ ;  $P > 0.05$  ตามลำดับ)

สนธยา พิชัยกุล (2533) ได้ทำการศึกษา เรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้การผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อ

ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ ทั้งหมด 74 คน ผลพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุก ทั้งในปัจจุบันและอนาคตและสัมพันธ์กับสภาพอาการ คือผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการ

ชรส์ตินิกูล ยิมบุรณะ (2533) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยใช้เครื่องมือวัดความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Flanagan (1978) ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนของกลุ่มสมรมมีผลทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้วิจัยให้ความเห็นว่าประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 54.8) และอายุระหว่าง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 34.5) ผู้ป่วยที่มีอายุมากทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนระดับการศึกษาพบว่าประชากรที่ใช้ไม่มีการกระจายด้านการศึกษาและระยะเวลาในการเป็นโรค ผู้วิจัยใช้ผู้ป่วยนอก ดังนั้นอาการ อาการแสดงของโรคจึงไม่รุนแรงถึงแม้ระยะเวลาของการเป็นโรคจะแตกต่างกัน จึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ลัดดาวัลย์ สิงค์คำฟู (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $r = 0.56$ )

ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, จิตินันท์ ศศิฉาย และประทุม สร้อยวงศ์ (2536) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังพบอีกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

จิณณพัท ธีรอกัสกัตกุล (2551) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และปัจจัยทางจิตสังคม ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ตั้งแต่เดือนกันยายน - ตุลาคม 2551 จำนวน 395 ราย โดยการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามส่วน

บุคคลและการเจ็บป่วย 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย 3) แบบสอบถามอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย 4) แบบสอบถามความสัมพันธ์และหน้าที่ในครอบครัว 5) แบบสอบถามการปรับตัวและแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย  $84.6 + 10.0$  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 ( $p < 0.05$ )

Nieves และคณะ (1991) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดกับการเรียนรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน 20 คน และอัมพาตทั้งตัว (Quadriplegia) 20 คน ผลของการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม และทำนองเดียวกัน ประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับจำนวนปีหลังการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็จะดีตามไปด้วย และผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บมาเป็นเวลาหลายปีจะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Arklie (1989) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมิน การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยกลางคนที่ เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นโรคเบาหวาน และโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทั้งหมด 96 คน ผลพบว่าระดับของความพึงการสูงการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตจะลดลง การรับรู้ต่อการมองเห็นมีความสัมพันธ์ลบกับการรับรู้คุณภาพชีวิต (Perceived QOL.) ที่ระดับ  $P < 0.01$  และยังพบว่าการใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีปรับสภาพอารมณ์จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อการมองเห็น

Burckhardt และคณะ (1989) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ โดยมีจุดประสงค์เพื่อหาความตรงความเที่ยงของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมี 4 เครื่องมือ ที่นำมาใช้ได้แก่ QOLS, Duke - UNC Health Profile (DUHP), Life satisfaction Index (LSI - Z) และ Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง 4 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน มะเร็งลำไส้ใหญ่ กระดูกอักเสบและรูมาตอยด์ โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และ

การส่งไปรษณีย์ จำนวน 227 คน เป็นการสัมภาษณ์ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคืออะไร สิ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตคืออะไร และในปีที่ผ่านมาคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงอย่างไร ผลการศึกษาพบว่าความหมายของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่มครอบคลุมทั้ง 15 ข้อย่อยของเครื่องมือ QOLS และมีเพิ่มอีก 1 ข้อที่ผู้ป่วยทุกกลุ่มต้องการและเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิตคือ ความมีอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง สิ่งสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกันเช่น สิ่งสำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อรูมาตอยด์คือการไม่ปวด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานคือการที่สามารถควบคุมโรคได้ ในผู้ป่วยโรคไตใส่อักเสบคือ การที่สามารถดูแลตนเองและรู้สึกลดภัยเป็นต้น

Jeffrey (1989) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าผู้ที่ผู้ป่วยที่มีการรับรู้คุณภาพชีวิตจะสามารถควบคุมการอักเสบของข้อได้มาก คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะมีวิธีในการจัดการกับโรคของตนดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงและยังพบว่าผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับโรคและใช้วิธีการแก้ปัญหา จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สูง

จิรนุช สมโชค (2540) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 120 ราย ที่มารับการรักษาที่ ห้องตรวจอายุกรรม แผนกผู้ป่วยนอก หรือคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชาน (Zhan) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค

ศลาชนันท์ หงส์สวัสดิ์ (2551) ได้ทำการศึกษาประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี จำนวน 280 คน โดยเลือกสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วย แบบวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อขององค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มียุคมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะแทรกซ้อนและความพิการจากโรคเบาหวาน จำนวนครั้งของการนอนรักษาในโรงพยาบาล การมารับบริการตามนัด ความต้องการได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัว และการร่วมกิจกรรมของคลินิกเบาหวาน

ปราณี กาญจนวรวงศ์ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิดของ Zhan พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรรณิา สามารถ (2542) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 268 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ สิทธิพิเศษในการเบิกหรือค่าลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ภูมิลาเนา การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการปัสสาวะบ่อย และความพิการ

Zhu Mingxia (1997) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในผู้ป่วย จำนวน 120 คน โดยใช้กรอบแนวคิดของ Zhan พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตรานอัทศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี ส่วนปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย

อุมาพร ห่านรุ่งชโรทร (2544) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 140 ราย โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน (DQOL) พัฒนาโดย The Diabetes Control and Complication Trial Research Group (the DCCT Research Group) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ รายได้ จำนวนความเจ็บป่วยเรื้อรัง การมีอาการเบาหวานเกิดขึ้นและการมีความยึดหยุ่นสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน

จันทร์ศิริ ดาวเรือง (2539) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Zhan กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 157 คน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดี ด้านอัตรานอัทศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานที่ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้

หฤทัย คุโณทัย และคณะ (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ที่ผ่านการให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรครั้งสุดท้ายภายในระยะเวลา 1 ปี และมารับการรักษา ณ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนครนายก ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2548 โดยมี

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 147 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และประเมินผลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม SF-12 ฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพกายของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ได้แก่ความสามารถในการอ่านเขียนของผู้ป่วย การออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความถี่ของอาการตามัว ความเครียด และปัจจัยที่สัมพันธ์ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้แก่ ความถี่ของการเกิดอาการ อารมณ์/ปวดปลายมือ ปลายเท้า

มนสิน แยมสกุล (2542) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ จำนวน 250 คน และกลุ่มอ้างอิง 250 คน พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านร่างกาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตได้แก่ อายุ รายได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความรุนแรงของโรค อาชีพ และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิธีการรักษา บทบาทในครอบครัว สภาพครอบครัว และรายได้

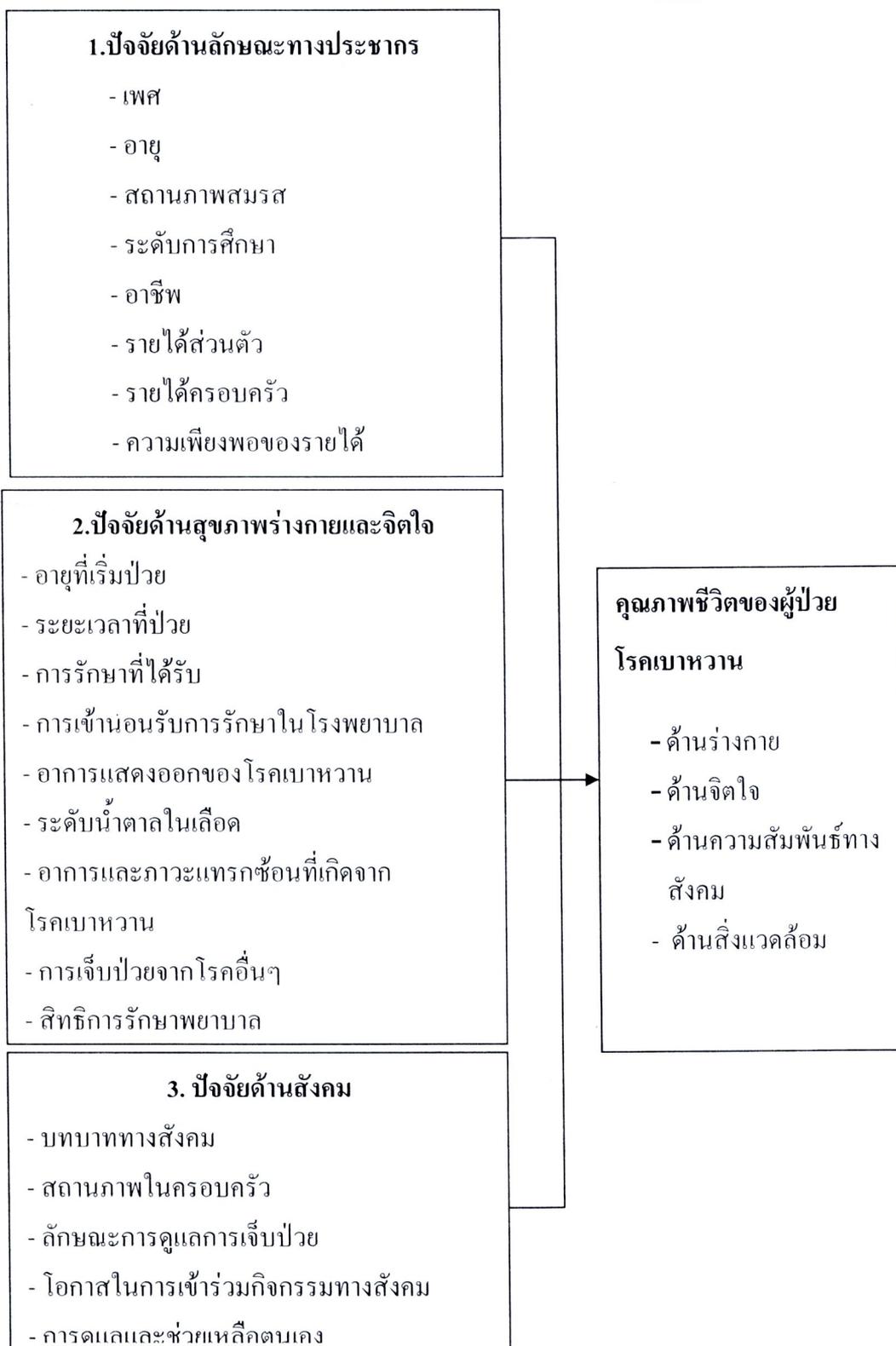
จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาแล้ว สรุปว่าปัจจัยที่ควรนำมาศึกษา ได้แก่

- |                                              |                              |
|----------------------------------------------|------------------------------|
| 1. เพศ                                       | 13. การรักษาที่ได้รับ        |
| 2. อายุ                                      | 14. บทบาททางสังคม            |
| 3. สถานภาพสมรส                               | 15. ลักษณะการดูแลการเจ็บป่วย |
| 4. ระดับการศึกษา                             | 16. โอกาสในการเข้าสังคม      |
| 5. อาชีพ                                     | 17. ความเครียด               |
| 6. รายได้ส่วนตัว                             | 18. อายุที่เริ่มป่วย         |
| 7. รายได้ครอบครัว                            | 19. ระยะเวลาที่ป่วย          |
| 8. ความเพียงพอของรายได้                      | 20. การดูแลและช่วยเหลือตนเอง |
| 9. สิทธิในการรักษาพยาบาล                     | 21. การเจ็บป่วยจากโรคอื่นๆ   |
| 10. สถานภาพในครอบครัว                        | 22. ระดับน้ำตาลในเลือด       |
| 11. การเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล          |                              |
| 12. อาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน |                              |

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน พอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำไปประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม(Overall quality of life and general healths) ได้ โดยประเมินจากการรับรู้ผลกระทบของโรคและองค์ประกอบของบุคคลตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านของคุณภาพชีวิต ด้วยเหตุผลที่ว่าแนวคิดและองค์ประกอบดังกล่าวมีความครอบคลุมที่จะใช้วัดผลกระทบจากโรคเบาหวาน ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวานทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย สังคมเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่สามารถรับรู้ได้ ซึ่ง Zhan (1992) กล่าวว่า การประเมินความผาสุก ทางด้านวัตถุ จะประเมินเหมือนกับการประเมินภาวะสุขภาพ นั่นคือ ควรมีการประเมินด้วยตนเองในด้านการรับรู้ถึงความเพียงพอของรายได้ร่วมด้วย



## 2.4 กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย