

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ไม่มีบุคคลใดต้องการที่จะให้เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ต้องมีข้อจำกัดในกิจวัตรประจำวันที่เคยทำ มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง โรคหนึ่งที่ต้องเผชิญกับโรคตลอดเวลาและมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะสุขภาพเลวลงทุกวัน (Armstrong, 1987) เป็นโรคที่ต้องดูแลรักษาตลอดชีวิต โดยไม่มีวันหยุด และเป็นโรคที่ไม่หายขาดต้องปฏิบัติตัวเคร่งครัดตามแนวการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่ติดเชื้อ สามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ที่พบได้แพร่หลายทั่วโลก ปัจจุบันมีความก้าวหน้าด้านวิชาการโรคเบาหวานอย่างมาก แต่อุบัติการณ์และความชุกของโรคกลับเพิ่มขึ้น (คณะทำงานแห่งชาติ, 2531) องค์การอนามัยโลก (WHO, 1985) ประเมินการไว้ว่ามีประชากรโลกไม่น้อยกว่า 130 ล้านคนป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในประเทศไทยจากการสำรวจประชากรทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2530 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 1 ล้าน 7 แสนคน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 2.8 (สนอง อุณากร, 2528) สุนทร ดันหันท์ (2533) กล่าวว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยจะสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากขึ้น ในประชากรอายุระหว่าง 30-60 ปี พบประมาณร้อยละ 4-7 ในประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปอาจพบสูงถึงร้อยละ 10-15 จากการรายงานของกองสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2532 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นผู้ป่วยใน ยกเว้นเขตกรุงเทพมหานคร ในอัตราร้อยละ 49.0 ต่อประชากร 100,000 คน และปี พ.ศ. 2535 มีอัตราร้อยละเพิ่มขึ้นเป็น 79.1

ส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบมากเป็นอันดับสอง รองจากภาคกลาง โดยในปี พ.ศ. 2532 พบในอัตราร้อยละ 35.9 ต่อประชากร 1,000 คน และปี พ.ศ. 2535 พบว่ามีอัตราร้อยละเพิ่มขึ้นเป็น 54.8 สำหรับที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปี พ.ศ. 2535 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 1,485 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-70 ปี ถึง 1,187 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.47

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานนอกจากจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นโรคทางกรรมพันธุ์แล้ว ยังเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์

ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น นอกจากนั้นจากอัตราการขยายตัวของเศรษฐกิจของประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี (คณะทำงานแห่งชาติ, 2531) ซึ่งมีผลกระทบทำให้วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนไป ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่ไม่ติดเชื่อเพิ่มขึ้น อันจะนำไปสู่ปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนโฉมไปจากปัญหาหลัก คือ จากโรคติดเชื่อไปเป็นโรคไม่ติดเชื่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีผลกระทบต่อการทำงานทุกระบบของร่างกาย ถ้าไม่ควบคุมรักษาให้ดีจะเกิดปัญหาแทรกซ้อนได้มากมายทั้งปัญหาแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง (กิตติ อังศุสิงห์, 2533) ปัญหาแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน คือ ชิม ไม่รู้สึกตัว ความดันเลือดต่ำมาก กรดคั่งในกระแสเลือด โดยมีสาเหตุมาจากการขาดยา หรือมีการติดเชื่อในร่างกาย สำหรับปัญหาแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง มักเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และมีโอกาสเกิดได้มากขึ้นตามระยะเวลาของการเป็นโรค ปัญหาแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังนี้เกิดขึ้นกับทุกอวัยวะของร่างกาย เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือดที่ตา ทำให้สายตามัวและตาบอดได้ ความผิดปกติที่ไต ทำให้ไตเสื่อมไปเรื่อย ๆ จนทำให้เกิดไตวายในที่สุด ความผิดปกติที่ระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ความผิดปกติที่ระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ถ่ายปัสสาวะไม่ออก ความผิดปกติที่หัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นหย่อม ๆ และเกิดหัวใจวายได้ ความผิดปกติที่เท้า ทำให้เกิดแผลแห้งตาย ซึ่งอาจลุกลามจนอาจทำให้ต้องตัดขาได้ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่ออัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันสูงกว่าคนปกติ 2 เท่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดตาบอดสูงกว่าคนปกติ 25 เท่า มีโอกาสเสี่ยงต่อไตเสื่อมสมรรถภาพสูงกว่าคนปกติ 17 เท่า และเสี่ยงต่อการเป็นแกรงกรีนที่มีกระดูกหัก 5 เท่า จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานจะบั่นทอนสุขภาพของผู้ป่วยทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่มีอันตรายร้ายแรงได้มากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทรมานในบั้นปลายของชีวิต เกิดความพิการหรือแม้กระทั่งเสียชีวิตเร็วขึ้น (สนอง อนุากุล, 2528)

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอในการควบคุมโรคตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล คือ รับประทานยา ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาจะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องร่วมกับการควบคุมอาหารโดยมีการจำกัดจำนวนอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะอาหารที่มีรสหวานจัด ผลไม้กระป๋อง หรือเครื่องดื่มจำพวกแอลกอฮอล์ หรืออาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม กาแฟ โอวัลติน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนไปจากเดิม ต้องเฝ้าใจตนเองในการจำกัดจำนวนหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่เคยชอบรับประทานเป็นประจำ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ไม่ทราบว่าโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อใดต้องมีการตัดสินใจ

กับปัญหาทุกวันในการดำรงชีวิต ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ต้องควบคุมน้ำหนักของตนเอง และยังมีผลกระทบต่อครอบครัวในด้านเศรษฐกิจที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาผู้ป่วย มีผลกระทบต่อสังคม ไม่สามารถร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ กับเพื่อนได้ดังเดิม ตลอดจนไม่มีอิสระในการร่วมกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ (Armstrong, 1987)

จากการศึกษาของ Lundman, Asplund และ Norberg (1990) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความวิตกกังวล ซากดิสระ ไม่ปลอดภัยในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในการที่จะต้องเผชิญกับสิ่งที่ตนเองหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นการคุกคามต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่ว่า เมื่อเกิดสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปกติสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น จะมีความเครียดเกิดขึ้นและมีการเลือกใช้วิธีในการเผชิญความเครียดเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาคือเพื่อลดความเครียดลง โดยมีความเครียดมากใช้วิธีการเผชิญความเครียดมาก (Gurklis and Menke, 1988) นอกจากนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นและวิธีการเผชิญความเครียดที่เลือกใช้ยังส่งผลต่อความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตหรือคุณภาพชีวิตด้วย (Lazarus and Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Arklie (1989) พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคเบาหวานที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตจะลดลง และจากการศึกษาของกฤษดา ดงศิริ (2531) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดคุณภาพชีวิตสูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ เนื่องจากการรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองเลวลงหรือมีความพิการจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด มีความวิตกกังวล หวาดกลัว มีความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดซึ่งส่งผลให้พลังในการที่จะปรับตัวล้มเหลว ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตลดลง ในทำนองเดียวกันถ้าหากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ระดับของความพึงพอใจในชีวิตลดลงไปด้วย

Ferrans และ Powers (1985) กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการแสดงถึงคุณภาพชีวิตซึ่งเปรียบเสมือนบาร์มิเตอร์สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงไปมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Zhan (1992) ที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ และยังกล่าวอีกว่าความพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกของบุคคลขณะที่เผชิญต่อสถานการณ์นั้น นอกจากนี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต มีทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวบุคคลและจากสิ่งแวดล้อมที่มากกระทบต่อบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่จำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ สิ่งแวดล้อมทาง

สังคม ลักษณะของบุคคลตลอดจนความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล (Lazarus and Cohen, 1976 quoted in Burckhardt, 1985)

นอกจากนี้การศึกษาของ Arklie (1989) ซึ่งได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมิน การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังวัยกลางคน ยังพบอีกว่าผู้ป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดหลายวิธี กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหานั้นส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ของ Jeffrey (1989) ที่พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ต่อคุณภาพชีวิตลดลง จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ คือใช้วิธีการหลีกเลี่ยง ไม่ยอมจัดการเกี่ยวกับโรคด้วยตนเอง

จากการศึกษาของ Barbara (1989) ได้ทำการศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรค Osteoarthritis ในผู้หญิงวัยกลางคน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหานั้น มีความพึงพอใจในชีวิตสูง กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้นไม่ว่าจะมีความรุนแรงระดับใด มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่เลือกใช้จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย บุคคลที่สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้เหมาะสมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่เมื่อใดที่ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (Nieves, Charter and Aspinall, 1991) ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินว่าอยู่ในระดับใด มีวิธีการเผชิญความเครียด และมีคุณภาพชีวิตอย่างไร ความเครียดมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยอย่างไร และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ประกอบในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเครียดกับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง วิธีการเผชิญความเครียดกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.3 กรอบทฤษฎีที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาของ Lazarus และ Folkman (1984) เป็นแนวทางในการศึกษา โดยทฤษฎีนี้กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปึกคึกสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประ โยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประ โยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น ส่วนการเผชิญความเครียดเป็นการใช้ความพยายามทางด้านสติปัญญา และพฤติกรรมที่จะจัดการกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจง ทั้งภายนอกและหรือภายในที่ถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประ โยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประ โยชน์ที่มีอยู่

Lazarus มองความเครียดและการเผชิญความเครียดว่าเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาประกอบด้วย 2 กระบวนการคือ กระบวนการใช้สติปัญญา ความรู้ในการประเมิน(Cognitive appraisal process) และกระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process) ในกระบวนการใช้สติปัญญา ความรู้ในการประเมินแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อตนเองมากน้อยเพียงใด เช่น ประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่ก่อให้เกิดผลได้ผลเสีย(Irrelevant) สถานการณ์นั้นมีผลในทางที่ดี(Benign-positive) หรือสถานการณ์นั้นเป็นความเครียด (Stressful) ซึ่งแยกย่อยออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) เป็นอันตรายหรือเกิดการสูญเสีย (Harm or Loss) 2) เป็นการคุกคาม (Threat) และ 3) เป็นการท้าทาย (Challenge) ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอันตรายหรือเกิดการสูญเสียแสดงว่าบุคคลนั้นได้รับอันตรายจากสถานการณ์นั้นแล้ว หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นการคุกคามแสดงว่าบุคคลนั้นคาดการณ์ว่าจะเกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสียขึ้น หรือประเมินว่าเป็นการท้าทายแสดงว่าบุคคลจะพยายามต่อสู้และเอาชนะต่อสถานการณ์ ผลกระทบจากการประเมินในขั้นปฐมภูมินี้จะทำให้บุคคลมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์

2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นขั้นที่บุคคลเลือกวิธีการเผชิญความเครียด (Coping options) และดึงแหล่งประ โยชน์มาใช้ เกิดขึ้นควบคู่กันกับการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Interdependent with primary appraisal) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดก็จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อที่จะพยายามจัดการกับความเครียดนั้น ซึ่งมี 2 ชนิดคือ วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ (Emotional-focused coping)

และวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญห (Problem-focused coping) ซึ่งพบว่า ร้อยละ 98 ของคนทั่วไปจะใช้ทั้ง 2 ชนิดในการเผชิญความเครียด (Lazarus and Folkman, 1984)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินประกอบด้วยปัจจัยทางด้านบุคคล (Personal factors) และปัจจัยทางสถานการณ์ (Situational factors) เมื่อบุคคลเลือกและใช้วิธีการเผชิญความเครียดแล้วผลลัพธ์ที่ได้คือการปรับตัว โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การปรับตัวทางด้านการทำหน้าที่ในสังคม (Social functioning) เป็นการปฏิบัติตามบทบาทของตนเองแต่ละคน และความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพในสังคมหรือหมายถึงทักษะในการคงไว้ซึ่งบทบาท และสัมพันธภาพในสังคม

2) การปรับตัวทางด้านขวัญหรือความผาสุก (Morale or Well-being) เป็นผลทางอารมณ์ซึ่งแตกต่างกันไปตามสิ่งกระตุ้น และเป็นผลจากการประเมินว่าจะประสบผลสำเร็จเพียงใด บุคคลพอใจกับผลของการเผชิญความเครียดนั้นหรือไม่ เป็นความพึงพอใจในการกระทำของตนเองที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3) การปรับตัวทางด้านภาวะสุขภาพ (Somatic health) เมื่อมีการปรับตัวที่ดีสุขภาพของร่างกายก็จะดี

โดยทั่วไปบุคคลอาจจะมีการปรับตัวได้ทั้ง 3 ด้าน หรือปรับตัวได้เพียงด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่บุคคลประเมิน และเลือกวิธีการเผชิญความเครียด

3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอีกครั้ง หลังจากพบว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เลือกแล้ว ความเครียดยังไม่ลดลง

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่ทำให้เกิดสถานการณ์ของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับโรคตลอดเวลาตั้งแต่เริ่มมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ทั้งหมด หรืออาจมีน้อยกว่าที่ต้องการในการเผชิญกับสถานการณ์เหล่านี้ Armstrong (1987) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารต่าง ๆ ถึงแหล่งของความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) โดยเรียกสถานการณ์ที่เป็นแหล่งของความเครียดว่าเป็นความต้องการ (Demands) แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ

1) ความต้องการด้านจิตสังคม (Psychosocial demands) เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตสังคมเมื่อผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตส่งผลกระทบต่อครอบครัว เพื่อน การงานและนันทนาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย

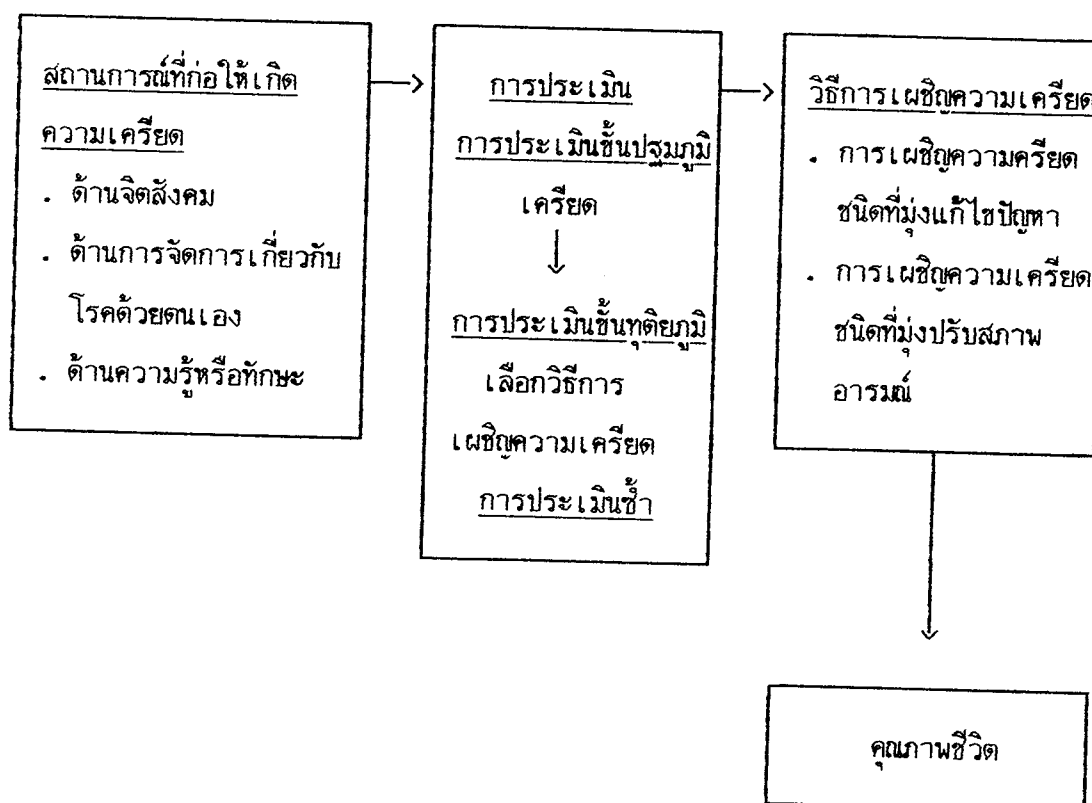
2) ความต้องการด้านการจัดการเกี่ยวกับโรคด้วยตนเอง (Self-management demands) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การ

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง เป็นการจัดการทางด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย

3) ความต้องการด้านความรู้หรือทักษะ (Knowledge/skill demands) เป็นความต้องการความรู้หรือทักษะที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยในการที่จะต้องแก้ปัญหาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อการควบคุมโรค

ความต้องการในด้านต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความเครียด และมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อที่จะลดความเครียดนั้น ผลของการเผชิญความเครียดก็คือการปรับตัว ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน อาจจะมีการปรับตัวได้ทั้ง 3 ด้าน หรือปรับตัวได้เพียงด้านใดด้านหนึ่งก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิต สอดคล้องกับ Bowling (1991) ที่กล่าวถึงการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องมาจากการเจ็บป่วยว่ามีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในด้านต่าง ๆ ของชีวิตหรือมีผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องกันและมีความสัมพันธ์กัน

ในการวัดคุณภาพชีวิตนั้น Labord และ Powers (1980) กล่าวว่าตัวชี้วัดที่สำคัญคือความพึงพอใจในชีวิต ซึ่ง Flanagan (1978) ได้ทำการศึกษาและรวบรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตได้ 15 ข้อ โดยวัดผ่านความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ต่อมา Burckhardt และคณะ (1989) ได้พัฒนาเครื่องมือนี้เพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเพิ่มอีก 1 ข้อรวมเป็น 16 ข้อ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่พี่น้องและญาติมิตร การมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูลูกหลาน ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับคู่สมรสหรือบุคคลที่เป็นที่รัก การมีเพื่อนสนิท การได้ช่วยเหลือและส่งเสริมผู้อื่น การได้มีส่วนร่วมในองค์กร หรือในหน่วยงานที่เป็นสาธารณประโยชน์ ความรู้และการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ความเข้าใจตนเอง การประสบผลสำเร็จในหน้าที่การงาน ความคิดสร้างสรรค์ การพบปะพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง และดูสิ่งบันเทิงต่าง ๆ การกระทำสิ่งบันเทิงต่าง ๆ ด้วยตนเอง และความอิสระในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ซึ่งในรายละเอียดขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้งหมดนี้จะครอบคลุมผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้านของการปรับตัวตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984)



ภาพที่ 1 : กรอบทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยพัฒนาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดทางจิตใจ (The Process Theory of Psychological Stress and Coping) ของ Lazarus และ Folkman (1984)

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 1.1 ความเครียดด้านจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 1.2 ความเครียดด้านการจัดการเกี่ยวกับโรคด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 1.3 ความเครียดด้านความรู้หรือทักษะมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. วิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 2.1 วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2.2 วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ที่รับการรักษาโดยการรับประทานยาและเป็นผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่ห้องตรวจโรคทางอายุรศาสตร์ แผนกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์

1.6 ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยถือว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ตอบแบบประเมินด้วยความจริงใจ

1.7 คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1) ความเครียด

คำจำกัดความทางทฤษฎี

ความเครียด หมายถึง สถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปกติสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น (Lazarus and Folkman, 1984)

คำจำกัดความทางปฏิบัติ

ความเครียด หมายถึง ความต้องการที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปกติสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยวัดได้จากแบบประเมินความเครียด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Armstrong (1987) ได้รวบรวมไว้ ประกอบด้วย ความต้องการด้านจิตสังคม ความต้องการด้านการจัดการเกี่ยวกับโรคด้วยตนเอง และความต้องการด้านความรู้หรือทักษะ

2) วิธีการเผชิญความเครียด

คำจำกัดความทางทฤษฎี

วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีที่บุคคลใช้ความพยายามทางด้านสติปัญญา และพฤติกรรม ที่จะจัดการกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงทั้งภายนอกและหรือภายในที่ถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มี 2 ชนิดคือการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ (Emotional-focused coping) เพื่อตอบสนองต่อความเครียด และการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) โดยการจัดการโดยตรงหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด (Lazarus and Folkman, 1984)

คำจำกัดความทางปฏิบัติ

วิธีการเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานใช้ความพยายามทางด้านสติปัญญาและพฤติกรรม ที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดจากความต้องการด้านจิตสังคม ด้านการจัดการเกี่ยวกับโรคด้วยตนเอง และด้านความรู้หรือทักษะ ซึ่งผู้ป่วยประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ โดยวัดได้จากแบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowice, Murphy และ Powers (1984) ที่ได้รับการปรับปรุงจาก นิตยา สุทธยากร (2531) และได้มีการตรวจสอบความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ 25 วิธี และวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา 15 วิธี

3) คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความทางทฤษฎี

คุณภาพชีวิต หมายถึง แนวคิดที่แสดงถึงการตอบสนองของปัจเจกบุคคลต่อผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเนื่องจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิต การตอบสนองนี้มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในสภาพการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็วจนในด้านต่าง ๆ ของชีวิต (Bowling, 1991)

คำจำกัดความทางปฏิบัติ

คุณภาพชีวิต หมายถึง การตอบสนองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิต การตอบสนองนี้มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็วจนในด้านต่าง ๆ ของชีวิต วัดจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต (QOLS) ของ Flanagan

(1978) และ Burckhardt และคณะ (1989) ที่วัดคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในชีวิต ในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้งหมด 6 ด้าน รวม 16 ข้อ ได้แก่

1. ด้านความปกติสุขทางด้านร่างกาย (Physical and material well-being)
2. ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relations with other people)
3. ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน (Social, community and civic activities)
4. ด้านการพัฒนาตนเอง (Personal development and fulfillment)
5. ด้านนันทนาการ (Recreation)
6. ด้านความมีอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง (Being able to do thing for yourself or independence)

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการนิเทศบุคลากรทางการพยาบาล ให้ตระหนักถึงความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อนำมาเป็นส่วนร่วมในการวางแผน และให้การพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการศึกษา สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยสอดแทรกและเน้นให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป