

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิต
- งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิต

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิต

2.1.1 ความหมายและแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด

ชีวิตของมนุษย์ทุกวันนี้จะต้องเผชิญกับความเครียดจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายในร่างกายตลอดเวลา เช่น การเปลี่ยนแปลงของฐานะทางเศรษฐกิจ การเมือง ภัยจากสิ่งแวดล้อมและการเจ็บป่วย ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นมีผลต่อสุขภาพของมนุษย์ บุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดได้จะมีสุขภาพที่ดี บุคคลที่ล้มเหลวในการปรับตัวจะทำให้เกิดความเจ็บป่วย และสูญเสียศักยภาพในการทำหน้าที่ของตนเอง (สมจิต พนเจริญกุล, 2536) และเนื่องจากความเครียดเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้เคียงคู่มนุษย์ตลอดเวลา มีนักทฤษฎีได้ให้ความหมายของความเครียดแตกต่างกันไป กล่าวคือ

Selye (1976) เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคต่อมไร้ท่อได้กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นปฏิกิริยาการตอบสนอง (Response) ของร่างกายต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งคุกคามต่าง ๆ ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้นนี้จะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Nonspecific) เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome หรือ GAS) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะได้แก่

1. ระยะเตือน (Alarm reaction) ระยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ตั้งแต่เพียงไม่กี่นาทีถึง 48 ชั่วโมง อาการที่พบจะเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกและต่อมพิทูอิทารี แบ่งย่อยออกเป็น 2 ระยะคือ

1.1 ระยะช็อก (Shock phase) เป็นระยะที่บุคคลถูกรบกวน เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ทำให้มีการผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ออกมา ซึ่งมีผลต่อร่างกาย เช่น ฮอร์โมน คอร์ติโคสเตียรอยด์ คอร์ติโคโทรฟิน เป็นต้น

1.2 ระยะต้านช็อก (Countershock phase) เป็นระยะที่ร่างกายมีการปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มประสานงานกันอย่างมีระเบียบ

2. ระยะต่อต้าน (Stage of resistance) เป็นระยะที่มีการปรับตัวเต็มที่ ทำให้อาการดีขึ้น แต่ถ้ายระยะนี้ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดอยู่ อาจจะ ทำให้มีการสูญเสียการปรับตัวอีกและเข้าสู่ระยะที่ 3

3. ระยะหมดกำลัง (The stage of exhaustion) เป็นระยะที่บุคคลไม่สามารถจัดการความเครียดออกไปได้ ทำให้เกิดอาการหมดกำลัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ กลไกการปรับตัวจะล้มเหลวเกิดโรคหรือเสียชีวิตในที่สุด

Lazarus และ Folkman (1984) เป็นนักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นประเมินว่ามีผลกระทบต่อความปกติสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโชยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโชยชน์ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้น

ในแนวคิดของ Lazarus และ Folkman ไม่ได้มองความเครียดว่าขึ้นอยู่กับบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมเท่านั้น แต่กล่าวว่า คนกับสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะ เครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโชยชน์ที่มีอยู่ (Resource) ของบุคคลนั้น

จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดของนักทฤษฎีทั้ง 2 ท่าน มองความเครียดแตกต่างกัน กล่าวคือ Selye (1976) มองความเครียดว่าเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเคมีในร่างกาย แต่ไม่ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ส่วน Lazarus และ Folkman (1984) มองความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลต้องใช้กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ในการประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด ซึ่งมีผลต่อจิตใจของบุคคล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) เพื่ออธิบายถึงความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยตลอดเวลาว่าเมื่อเกิดสถานการณ์มากกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว มีการประเมินว่ามีผลต่อความปกติสุขของตนเอง และต้องใช้แหล่งประโชยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโชยชน์ที่มีอยู่อย่างไร โดยเรียกสถานการณ์เหล่านั้นว่า สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressor)

2.1.2 สิ่งที่เกิดความเครียด (Stressor)

สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดมีมากมายในการดำเนินชีวิตของบุคคล นงคราญ ผาสุข (2528) กล่าวว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด อาจเกิดทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล แล้วมีผลทำให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งได้สรุปสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 อย่าง คือ

1) ความเครียดจากพัฒนาการทางด้านร่างกาย (Developmental stress) เมื่อมีพัฒนาการของร่างกายจากวัยหนึ่งไปสู่อีกวัยหนึ่ง ย่อมจะมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเครียดได้ เช่น เด็กเข้าสู่วัยรุ่น การมีประจำเดือน เป็นต้น

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

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

ปาหนัน บุญ-หลง (2527) และสุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527) ได้จำแนกสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ซึ่งคล้ายกับนงคราญ ผาสุข (2528) คือ

1) สิ่งที่เกิดความเครียดภายในบุคคล คือแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคลเอง โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาตามขั้นตอนการทางชีวภาพ โครงสร้างทางร่างกาย ลักษณะทางกรรมพันธุ์ และความเครียดตามพัฒนาการของบุคคลในช่วงวัยต่าง ๆ

2) ความเครียดภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ

Luckmann และ Sorensen (1987) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 10 ประการดังนี้

1) ปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ เป็นผลจากการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาและการเจริญเติบโตของบุคคล

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

- 3) จุลชีพ และปรสิต ซึ่งก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ในร่างกาย
- 4) ปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความต้องการของบุคคลในแต่ละช่วงอายุ เพศ การได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ และการได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น
- 5) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ประเพณี ความขัดแย้งในค่านิยม ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
- 6) การอพยพเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือสถานที่ทำงาน บุคคลจะต้องปรับตัวใหม่กับสังคมใหม่
- 7) ปัจจัยทางนิเวศวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมเนื่องจากภาวะสงคราม ทำให้บุคคลไม่อาจดำรงชีวิตได้ตามปกติ
- 8) ปัจจัยทางด้านงานอาชีพ อาชีพที่ต้องรับผิดชอบสูง จำเจ น่าเบื่อ ย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย โดยลักษณะงานหรือข้อกำหนดของงาน ปัญหาในการทำงานและแรงกดดันต่าง ๆ ในการทำงานจะมีความสัมพันธ์กับระดับของความเครียด ความเครียดจากงานอาชีพนี้อาจนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายในวิชาชีพได้
- 9) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนที่อยู่ในสังคมนั้นต้องประสบกับภาวะมลพิษ อันตรายจากเครื่องจักรกลและพิษจากสารเคมี รวมทั้งในวงการแพทย์ เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางชนิดอาจเป็นเหตุให้เกิดโรคต่าง ๆ เป็นต้น
- 10) การเปลี่ยนแปลงไปสู่อนาคตที่รวดเร็ว ส่งผลให้บุคคลเตรียมตัวหรือปรับตัวไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การได้รับข้อมูลมากเกินไปหรือการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ ซึ่งมีอยู่หลายแนวทาง

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

1. ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situation factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินด้วยสติปัญญา โดยขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้

- 1) ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ (Novelty)
- 2) ความสามารถในการทำนายสถานการณ์ (Predictability)
- 3) สถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นมีความไม่แน่นอน (Event uncertainty)

- 4) ปัจจัยทางด้านความคิด (Temporal factors) ซึ่งขึ้นอยู่กับความคิดที่ว่าสถานการณ์นั้นใกล้จะมากกระทบกับตน (Imminence) สถานการณ์นั้นมีความรุนแรง ความถี่ของการเกิดสถานการณ์ หรือระยะเวลาของการเกิดสถานการณ์ (Duration) เป็นอย่างไร และสุดท้ายคือ ความคิด ความรู้สึกที่ว่าสถานการณ์นั้นไม่แน่นอน (Uncertainty)

2. ปัจจัยทางด้านบุคคล (Personal factors) เป็นความแตกต่างภายในบุคคลเองในด้านต่าง ๆ ได้แก่

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

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเครียด โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์นั้น คือปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคล หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเครียดเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

2.1.3 การเผชิญความเครียด (Coping)

เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกใช้วิธีในการเผชิญความเครียด ผลลัพธ์ที่ตามมาอาจเหมือนกันหรือแตกต่างกันก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ หากบุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม หรือมีการปรับตัวได้ก็จะดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ย่อมก่อให้เกิดความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตามมาได้

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของบุคคลว่าเป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาประกอบด้วย 2 กระบวนการที่คาบเกี่ยวกัน คือ กระบวนการใช้สติปัญญา ความรู้ในการประเมิน (Cognitive appraisal process) กับกระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process) ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

2.1.3.1 กระบวนการใช้สติปัญญา ความรู้ในการประเมิน (Cognitive appraisal) เป็นกระบวนการทางปัญญาที่เกิดขึ้น เมื่อสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นแล้วบุคคลมีการคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล สามารถแยกแยะได้ว่าสถานการณ์นั้น มีผลต่อตน

อย่างไร ซึ่งบุคคลสามารถประเมินเหตุการณ์นั้นโดยโครงสร้างการทำงานของสมองส่วนที่มีหน้าที่ในการเรียนรู้และความจำ มีการประเมิน 3 ขั้นตอน คือ

ก. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal)

เมื่อมีสถานการณ์มากระทบต่อบุคคล บุคคลนั้นจะมีการประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลต่อตนเองอย่างไร ซึ่งผลลัพธ์ของการประเมินอาจเป็นด้านใดด้านหนึ่งใน 3 ด้านต่อไปนี้คือ

1. ไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือประเมินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่มีผลกระทบใดที่เกี่ยวข้องกับตนเอง
2. เกิดผลในทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ (Benign-positive) คือประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีต่อตนเอง เช่น ทำให้ตนเองมีความรู้สึกสนุกสนาน ร่าเริง มีความสุข
3. เกิดความเครียด (Stress) คือประเมินว่าสถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อตนเองในด้านลบ คือ

1) การเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm or Loss) โดยผลกระทบของสถานการณ์นั้นทำให้เกิดการเจ็บป่วย สูญเสียอวัยวะหรือบุคคลที่เรารัก สูญเสียสถานภาพทางสังคม สูญเสียคุณค่าของความเป็นบุคคล เป็นต้น

2) การคุกคาม (Threat) ซึ่งเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสีย หรือเมื่อเกิดอันตรายและสูญเสียขึ้นแล้ว บุคคลนั้นได้คิดต่อเนื่องไปถึงความยุ่งยากที่จะเกิดตามมา การแสดงออกจะเป็นลักษณะความกลัว ความวิตกกังวลหรือกลัวความลำบาก เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ขณะที่รับการรักษาก็มีความคิดถึง ความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ความสามารถในการปฏิบัติงานหรือการประกอบอาชีพ เป็นสถานการณ์ที่คุกคามความรู้สึก

3) การท้าทาย (Challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถแก้ไขสถานการณ์ การแสดงออกจะเป็นลักษณะความกระตือรือร้น ความตื่นตัวหรือความร่าเริง อาจเกิดภาวะคุกคามหรือท้าทายพร้อม ๆ กันเพราะการที่ถูกคุกคามนั้นอาจจะมีความรู้สึกท้าทายร่วมอยู่ด้วย ทำให้บุคคลมีความมุ่งหวังที่จะเอาชนะสถานการณ์ที่จะเกิดตามมาได้

เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าสถานการณ์ที่มากระทบนั้น ก่อให้เกิดอันตราย คุกคาม ท้าทายต่อชีวิตหรือสุขภาพ บุคคลจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดนั้น 3 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological change)

จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ มีความวิตกกังวล คับข้องใจ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมทางสังคม (Social behavioral change) จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในสังคมความเป็นอยู่ หรือความสามารถในการปฏิบัติงานต่าง ๆ

3. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Physiological change) ซึ่งทางด้านร่างกายจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติและระบบภูมิคุ้มกัน เป็นปฏิกิริยาที่พบได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น หัวใจเต้นเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับประทานอาหารหรือแบบแผนการนอนหลับ เป็นต้น

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียด บุคคลจะพยายามใช้กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ในการประเมิน ประเมินสถานการณ์นั้นต่อไปเพื่อที่จะลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้สภาพทางร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุล คือการประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

ข. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

เป็นกระบวนการทางปัญญาที่เกิดขึ้นต่อการประเมินครั้งแรก เมื่อพบว่าร่างกายได้รับอันตราย ถูกคุกคามหรือทำทลายจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการประเมินขั้นทุติยภูมินี้จะแตกต่างจากการประเมินครั้งแรก ตรงที่บุคคลรู้จักจัดการกับความเครียด โดยใช้วิธีการลดความเครียด อาจเป็นวิธีเดียวหรือหลายวิธีก็ได้ ขณะที่บุคคลใช้ความพยายามในการคิดวิเคราะห์เพื่อที่จะลดความเครียดนั้น บุคคลจะดึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (Coping resource) มาใช้ในการเผชิญความเครียด ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) ได้กล่าวถึงแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดดังนี้

1. สุขภาพและพลังงาน (Health and Energy) บุคคลที่มีสุขภาพเสื่อมโทรม จะมีพลังน้อยในการเผชิญปัญหา ซึ่งต่างจากบุคคลที่มีสุขภาพดี จะมีความอดทนต่อภาวะเครียดและปัญหารวมทั้งมีพลังในการแก้ปัญหาได้ดีกว่า

2. ความเชื่อในทางบวก (Positive belief) เป็นแหล่งประโยชน์ทางจิตใจที่ทำให้บุคคลมีความหวังและสามารถเผชิญกับความเครียดได้ เช่นการเชื่อในการรักษาแผนปัจจุบันเป็นผลทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะรับการรักษา และให้ความร่วมมือดี

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะหาข้อมูล วิเคราะห์ และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดี ซึ่งการมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหา จะทำให้บุคคลสะสมความรู้และสามารถเป็นแหล่งประโยชน์ที่อาจนำ

ไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

4. ทักษะในการติดต่อกับบุคคล (Social skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลและเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการเผชิญปัญหา การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยที่รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาล จะได้รับการตอบสนองความต้องการของตนดีกว่าผู้ป่วยที่ขาดทักษะในด้านนี้

5. การสนับสนุนจากสังคม (Social support) เป็นการได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ นาครินทร์ (2533) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดดี เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลมีความสามารถ และมีความพยายามในการแก้ปัญหาหรือเผชิญกับปัญหาได้มากขึ้น

6. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (Material resources) ได้แก่ เงินหรือสิ่งของหรือบริการที่ต้องใช้เงิน เป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญความเครียด ช่วยให้ผู้บุคคลมีทางเลือกวิธีการเผชิญได้มากขึ้น

ค. การประเมินซ้ำ (Reappraisal)

เป็นกระบวนการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ของบุคคลยังไม่ลดลง โดยประเมินจากข้อมูลใหม่ที่ได้เพิ่มเติมจากบุคคลหรือจากการประเมินผลวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้วนำมาประกอบการตัดสินใจในการที่จะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดเพื่อลดหรือแก้ไขภาวะเครียดต่อไป

2.1.3.2 กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping process)

การเผชิญความเครียดคือ ความพยายามทางด้านสติปัญญา และพฤติกรรมที่จะจัดการกับความต้องการที่เหมาะสมเจาะจงทั้งภายนอกและหรือภายในที่ถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ในกระบวนการเผชิญความเครียดมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ในการสังเกตและการประเมินจะให้ความสำคัญกับสิ่งที่บุคคลนั้นคิดหรือกระทำอย่างแท้จริง

2. สิ่งที่คุณคนนั้นคิดหรือกระทำอย่างแท้จริงนั้นตรวจสอบได้จากสถานการณ์ หรือบริบทที่เฉพาะเจาะจง (Specific context) เท่านั้น เนื่องจากพฤติกรรมหรือวิธีการเผชิญความเครียดจะเกิดขึ้นในเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจงเท่านั้น การตรวจสอบที่ง่ายที่สุดคือ การโยงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมหรือวิธีการเผชิญความเครียดนั้น ๆ กับความต้องการที่เกิดขึ้นในบริบทนั้น

3. การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่หมายถึงการเปลี่ยนแปลงในความคิดและการกระทำในแง่ของการเผชิญหน้า (Encounter) อย่างเปิดเผย ในครั้งหนึ่งบุคคลอาจจะเชื่อถือหรือใช้วิธีการเผชิญความเครียดอย่างหนึ่ง เช่น การปฏิเสธ แต่ในอีกครั้งหนึ่งจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดวิธีอื่น เช่น วิธีการแก้ไขปัญหานั้น เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าธรรมชาติของการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาอยู่ตลอดเวลา

ในกระบวนการเผชิญความเครียดนั้นจะเกิดคาบเกี่ยวกับกระบวนการใช้สติปัญญาความรู้ในการประเมิน โดยหลังจากที่บุคคลได้ตรองและตั้งแหล่งประโยชน์มาใช้เพื่อที่จะตัดสินใจในการเผชิญความเครียดแล้วก็จะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด (Coping strategies) ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) ได้แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหานั้น (Problem-focused coping) และวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ (Emotional-focused coping)

1) การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหานั้น (Problem-focused coping) เป็นวิธีการแก้ไขปัญหานั้นโดยตรง วิธีนี้จะใช้สติปัญญาในการศึกษาหาข้อมูลหาสาเหตุของปัญหาและเลือกวิธีการแก้ไข ซึ่งอาจจะได้จากประสบการณ์หรือการเรียนรู้ เพื่อที่จะจัดการกับปัญหา ทั้งปัญหาที่เกิดจากตัวบุคคลและจากสิ่งแวดล้อม บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดนี้เมื่อประเมินสถานการณ์นั้นว่าสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ (Lazarus and Folkman, 1984)

2) การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นวิธีการที่พยายามปรับอารมณ์เครียด ซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยการไม่ยอมรับสถานการณ์ เช่น อาจจะลดภาวะเครียดโดยการดื่มสุราเมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง การเผชิญความเครียดด้วยวิธีนี้จะไม่พยายามลดหรือแก้ไขสาเหตุของปัญหา บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดนี้เมื่อประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงได้ (Lazarus and Folkman, 1984)

2.1.3.4 ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptational outcome)

เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการใช้สติปัญญา ความรู้ในการประเมินและกระบวนการเผชิญความเครียด ผลที่ได้รับคือทำให้บุคคลมีการปรับตัวซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ (Lazarus and Folkman, 1984)

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social functioning) เป็นวิถีทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพในสังคม หรือหมายถึงทักษะในการคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม การที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติจะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวัน หากบุคคลเกิดความล้มเหลวหรือไม่พอใจ หรืออ่อนแอจะไม่ประสบผลสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม

2. ขวัญ (Morale) เป็นผลลัพธ์ทางอารมณ์ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสิ่งกระตุ้นและเป็นผลจากการประเมินว่าจะประสบผลสำเร็จเพียงใด บุคคลพอใจกับการเผชิญความเครียดนั้นหรือไม่ สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ เป็นความพึงพอใจในการทำของตนเองที่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3. สุขภาพร่างกาย (Somatic health) เมื่อมีการปรับตัวที่ดี สุขภาพของร่างกายก็จะดี

การปรับตัวที่เป็นผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียดที่กล่าวมาข้างต้นนั้นอาจเกิดขึ้นเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ไม่ครบทั้งหมด ทั้งนี้ขึ้นกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลเผชิญ กระบวนการทางสติปัญญา ความรู้ที่ใช้ในการประเมินและกระบวนการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น มักจะมีการปรับตัวทั้ง 3 ด้าน

2.1.3.5 ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

(Stress and coping with diabetes mellitus patient)

ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นสถานการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตที่ผู้ป่วยอาจประเมินได้ว่าเป็นความเครียด เนื่องจากรบกวนความปกติสุขของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรค การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต เช่น การควบคุมอาหาร และกิจกรรมบางอย่างเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตการเจ็บป่วย Burckhardt (1987) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต (Permanent changes in lifestyle) ซึ่งคุกคามต่อศักดิ์ศรี ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ทำลายวิถีชีวิตตามปกติ และแหล่งประโยชน์ลดลง ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะต้อง

คำนึงถึงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติหรือปกติตลอดเวลา ซึ่งการควบคุมนี้มีผลให้เกิดความเครียดทางด้านร่างกายและความเครียดด้านจิตใจ Armstrong (1987) ได้รวบรวมปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการตอบสนองต่อความเครียด คือ

1. ความไม่แน่นอน (Uncertainty) แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1) เหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน (Event uncertainty)

ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเมื่อเป็นโรคเบาหวานแล้วจะเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้นกับตนบ้าง เช่น การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังซึ่งไม่ทราบว่า จะเกิดขึ้นกับตนหรือไม่ เป็นต้น

2) ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอน (Temporal

uncertainty) ผู้ป่วยไม่สามารถรู้ได้ว่าเหตุการณ์หลาย ๆ อย่างจากการเป็นโรคเบาหวานจะเกิดขึ้นเมื่อใด ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง เช่น ผู้ป่วยอาจจะกังวลว่าโรคเบาหวานจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อใด หรือตนเองจะสูญเสียการมองเห็นเมื่อใด เป็นต้น สอดคล้องกับ Hilton (1992) ที่กล่าวว่าความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของความเครียดทั้งในผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงญาติของผู้ป่วยด้วย และจากการศึกษาของ Christman (1990) พบว่าความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนทำให้ผู้ป่วยมีแรงระหว่างได้รับรังสีรักษาที่มีความทุกข์ทรมานอย่างมาก ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตน ซึ่งเป็นความเครียดที่มีผลต่อจิตใจเป็นอย่างมาก และอาจแสดงพฤติกรรมการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบได้ เช่น ซึมเศร้าหรือการมั่งร้าย (Friedman, 1993)

2. ระยะเวลา (Duration) ระยะเวลาในการเป็น

โรคเบาหวานจะมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วย เนื่องจากโรคจะรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาของการเป็นโรค ทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองความเครียดของบุคคลแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วย

3. ความสงสัยไม่แน่ใจ (Ambiguity) จากการได้รับข้อมูล

ข่าวสาร หรือการอธิบายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งไม่ชัดเจน ผู้ป่วยอาจจะควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ความไม่แน่นอน ความคลุมเครือและระยะเวลาของการเจ็บป่วยหรือระยะเวลาของการเกิดสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นนั้นเป็นปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situation factors) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการประเมินของบุคคลเกี่ยวกับความเครียด (Lazarus and Folkman, 1984)

ในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะทำให้เกิดสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีความต้องการในการใช้ทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ ซึ่ง Armstrong (1987) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ของความต้อการเหล่านี้ว่าเป็นแหล่งของความเครียดและจำแนกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. ความต้องการด้านจิตสังคม (Psychosocial demands)

เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานและรับรู้ว่าการนี้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมทางสุขภาพ มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหลายอย่าง สิ่งเหล่านี้จะทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยในการที่จะอยู่กับโรค กระทั่งต่อสังคม เพื่อน ครอบครัว การงานและนันทนาการต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนในการที่จะอยู่กับโรค พฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่ดี ท้ายที่สุดก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จากการศึกษาของ บุศรา กาญจนบัตร (2525) พบว่า สิ่งที่เป็นปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดคือ ความรู้สึกคับข้องใจต่อการตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้าน และความรู้สึกทรมานที่จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเรียนหรือการทำงานเหมือนคนปกติ กลัวและวิตกกังวลว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

2. ความต้องการในการจัดการเกี่ยวกับโรคด้วยตนเอง (Self-management demands)

เช่น พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจะต้องกระทำเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และการควบคุมให้ร่างกายคงสภาพสมดุล การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการศึกษาของ Lundman และคณะ (1990) และบุศรา กาญจนบัตร (2525) พบว่าปัญหาที่ใหญ่ที่สุดของผู้ป่วยโรคเบาหวานก็คือ การจัดการเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การควบคุมอาหาร รู้สึกคับข้องใจว่าอาหารที่เป็นรสหวานเป็นของต้องห้ามและรู้สึกทรมานใจที่ต้องใช้ความพยายามที่จะไม่รับประทานอาหารรสหวานที่เคยชอบ

3. ความต้องการด้านความรู้และทักษะ (Knowledge or Skill demands)

การจะเกิดพฤติกรรมในการควบคุมตนเองให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานนั้น จะต้องอาศัยทักษะ ความรู้ ความสามารถเป็นสำคัญ เพื่อที่จะสามารถแก้ไขปัญหา ตัดสินใจหรือกระทำการต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีทักษะในการที่จะเผชิญกับความเครียดได้ ในผู้ป่วยที่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีการรักษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะเป็นสาเหตุของความเครียด เกิดความวิตกกังวลตามมาได้ (Wilson and Enoch, 1980 อ้างถึงใน เพลินตา ศิริปการ, 2533)

จะเห็นได้ว่าการเผชิญความเครียดของบุคคลมีลักษณะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การมีเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ มากระทบบุคคล และบุคคล

ใช้การประเมินด้วยสติปัญญาอย่างเป็นขั้นตอนในการพิจารณาว่า สถานการณ์เหล่านั้นเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนหรือไม่ ในลักษณะใดมีระดับความรุนแรงเพียงใด สมควรที่บุคคลจะมีการตอบสนองในรูปแบบใด และเลือกวิธีการเผชิญความเครียดอย่างไร จึงจะเป็นการลดความรุนแรงของสิ่งแวดล้อมที่มาคุกคาม ปรับความสมดุลของร่างกายและจิตใจหรืออารมณ์ นอกจากนี้ การประเมินยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านสถานการณ์ และปัจจัยทางด้านบุคคลในการที่จะควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้น ผลลัพธ์การเลือกวิธีการเผชิญความเครียดคือการปรับตัว ซึ่งในบุคคลที่มีการปรับตัวได้ดี จะต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญความเครียด ทั้งชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา และชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตได้

2.1.3.6 การประเมินวิธีการเผชิญความเครียด (Assessment of coping)

วิธีการเผชิญความเครียดซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหาและชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ ตามแนวคิดของ Lazarus นั้นไม่ได้สร้างเครื่องมือประเมินว่าบุคคลมีพฤติกรรมใดบ้างที่แสดงถึงการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละชนิดดังกล่าว ต่อมาในปี ค.ศ. 1979 Jalowice ได้สร้างเครื่องมือวัดวิธีการเผชิญความเครียดเรียกว่า Jalowice Coping Scale (JCS) ขึ้นตามแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย ชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหา 15 วิธีและชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ 25 วิธีรวมเป็น 40 วิธี หลังจากนั้นก็ได้มีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้กันอย่างแพร่หลาย (Jalowice, 1988)

ในประเทศไทยมีการใช้เครื่องมือนี้ในงานวิจัยของนิตยา สุทธยากร (2531) ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมทางภาษาจากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาอังกฤษ 2 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันจำนวน 30 คน ทหาความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.88 สุรางค์ เปื้องเดช (2533) ได้นำเครื่องมือที่ได้รับการแปลและตรวจสอบความถูกต้องจาก นิตยา สุทธยากร (2531) แล้วไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 20 คน และ 60 คน ทหาความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.77 และ 0.84 ตามลำดับ

ห้ามยืมออก

2.1.4 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ในปี ค.ศ. 1960 เริ่มมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Burckhardt, 1985) เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา มีนักวิชาการหลายสาขาได้พยายามให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งมีการเน้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันกล่าวคือ นักวิชาการทางด้านสิ่งแวดล้อมเน้นสภาพการณ์สิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกายและด้านชีววิทยา นักเศรษฐศาสตร์เน้นผลผลิตประชาชาติ (Gross national product) นักจิตวิทยาเน้นความต้องการของมนุษย์และการได้รับการตอบสนองจากความต้องการเหล่านั้น นักสังคมศาสตร์เน้นเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต สุข ความสำเร็จ หรือความสามารถในการปรับตัว (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2533)

อย่างไรก็ตามเนื่องจากสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไป แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตก็เปลี่ยนแปลงไป นักวิชาการในหลายๆ ประเทศได้พยายามวางแนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และหาระดับความมีคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ พื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และมีได้มุ่งให้ความสนใจเพียงการบรรลุความต้องการในปริมาณหรือความสมบูรณ์ของวัตถุสิ่งของหรือเศรษฐกิจการเงินเท่านั้น แต่มุ่งให้ความสนใจถึงความต้องการด้านจิตสังคมของบุคคลมากขึ้น (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533)

2.1.4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่ใช้เปรียบเทียบ จะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ การรับรู้แต่ละบุคคล ประสบการณ์ อาชีพ การศึกษา จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่าคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นนามธรรมได้อย่างชัดเจน Dean (1985) กล่าวว่า คำที่มีความหมายเหมือนกับคุณภาพชีวิตคือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) สุขภาพ (Health) ความสุข (Happiness) การปรับตัว (Adjustment) ชีวิตที่มีคุณค่า (Value of life) ชีวิตที่มีความหมาย (Meaning of life) และสถานะหน้าที่ของบุคคล (Functional status) แต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้พยายามที่จะอธิบายความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างกันตามทรรศนะของแต่ละบุคคลดังนี้

Campbell (1976) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่ามีหลายมิติ (Multidimension) โดยเน้นที่ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือคาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจ ความสุข หรือไม่มีความสุข เป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล และได้เสนอแนะเกี่ยวกับความสุข และความพึงพอใจว่ามีความหมายที่ต่างกันคือ สุขเป็นประสบการณ์

ทางด้านความรู้สึก (Feeling) หรือเป็นอารมณ์ (Affect) ส่วนความพึงพอใจเป็นการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ด้านความนึกคิด

Orem (1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ประสบการณ์ทางจิตวิทยาที่บุคคลรู้สึกถึงความพึงพอใจ ความยินดีและความสุขในสถานการณ์ที่เป็นอยู่

Bowling (1991) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง แนวคิดที่แสดงการตอบสนองของปัจเจกบุคคลต่อผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิต การตอบสนองนี้มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็วจนในด้านต่าง ๆ ของชีวิต

Padilla (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง แนวคิดที่แสดงถึงความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นระหว่างคุณลักษณะทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำบทบาทของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจจากการกระทำบทบาทนั้น

Ferrans and Powers (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุกของแต่ละบุคคล ซึ่งความผาสุกนั้นมาจากรากศัพท์ของความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจกับสิ่งสำคัญของชีวิต

จากข้อมูลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่กว้างยังไม่มีความจำกััดความได้แน่นอน ความหมายของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาของแต่ละบุคคล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Bowling (1991) โดยดัดแปลงการประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Flanagan (1978) และ Burckhardt และคณะ (1989) ประเมินคุณภาพชีวิตในมิติของความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจาก Flanagan และ Burckhardt และคณะ ไม่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตแต่กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้อย่างละเอียดสามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ Bowling นอกจากนี้รายละเอียดของการประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Flanagan และ Burckhardt และคณะ ยังครอบคลุมผลลัพธ์ของการปรับตัวทั้ง 3 ด้านของ Lazarus and Folkman อีกด้วย

2.1.4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Furberg และคณะ (1984) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่จะต้องประกอบด้วย 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ การทำบทบาทหน้าที่ (Functional status) และการ

ประเมินโดยบุคคลนั้น (Subjective assessment) (1984 quoted in Stevens and Kohlenberg, 1993)

- 1) การทำบทบาทหน้าที่ จะประกอบด้วย 6 ส่วนย่อย ได้แก่
 - 1.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการดูแลตนเอง (Self Care)
 - 1.2 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function)
 - 1.3 การทำหน้าที่ด้วยความรู้ (Intellectual function)
 - 1.4 การกระทำทางอารมณ์ (Emotional function)
 - 1.5 ความสามารถในการดำรงสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจ หรือมีความพึงพอใจในชีวิต (Ability to maintain economic status or satisfactory standard of living)

2) การประเมินโดยบุคคลนั้น ได้จากการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเองจากประสบการณ์การเจ็บป่วย เช่น การเจ็บปวด ความวิตกกังวล ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงโดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและระดับของอาการเลวลง

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

1. ความปกติสุขด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต
 - 1.1 องค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การมีอาหารที่ดี มีที่อยู่อาศัย มีความสะดวกสบาย มีการคาดหวังสิ่งเหล่านี้ในอนาคต มีทรัพย์สินเงินทอง และการประกันความปลอดภัยซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ
 - 1.2 สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การมีความสุข ความปลอดภัยจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลีกเลี่ยงจากการประสบอุบัติเหตุ รวมทั้งอันตรายอื่น ๆ หลีกเลี่ยงจากปัญหาเกี่ยวกับการติดสุรา ยาเสพติด หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความตายและผู้ป่วยสูงอายุ การรักษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ

2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

- 2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก ได้แก่ การแต่งงานหรือการมีคู่รัก

สัมพันธ์ภาพนี้รวมถึงการมีความรัก มีมิตรภาพและความเป็นเพื่อนให้แก่กันและกัน มีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการติดต่อสื่อสารที่รู้คุณค่าของฝ่ายตรงข้าม ยอมสละหรืออุทิศเพื่อคนที่ตนรัก

2.2 การมีและได้เลี้ยงดูบุตรหลาน ได้แก่ การที่ตนได้กลายเป็นบิดามารดา มีบุตรหลาน ความสัมพันธ์นี้รวมถึงการได้เฝ้าดูการเจริญเติบโตของลูกหลาน การใช้เวลาในการอยู่และมีความสุขกับบุตรหลาน และการเป็นแบบอย่าง การแนะนำช่วยเหลือและเรียนรู้จากบุตรหลานไปพร้อม ๆ กันด้วย

2.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การมีบิดามารดา รวมทั้งเป็นสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว มีการติดต่อสื่อสาร การได้ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน มีการเยี่ยมเยือน มีการสนุกสนานร่วมกัน มีความเข้าใจและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อน ได้แก่ การมีเพื่อนสนิท มีการทำกิจกรรมร่วมกัน สนใจในสิ่งเดียวกัน ให้การยอมรับ ไว้วางใจ สนับสนุน แนะนำ มีการให้และรับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตลอดจนมีการเยี่ยมเยือนซึ่งกันและกัน

3. กิจกรรมทางสังคม

3.1 กิจกรรมในการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในรูปที่กระทำการเป็นส่วนตัวหรือเป็นสมาชิกขององค์กร กลุ่มอาสาสมัคร และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3.2 กิจกรรมในท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง การมีอิสระในทางการเมือง สังคม และการนับถือศาสนา

4. การพัฒนาตนเองและมีความสมหวังในการทำงาน

4.1 การพัฒนาด้านสติปัญญา ได้แก่ การเรียนรู้ การเข้าศึกษาในสถานศึกษา การได้รับความรู้มีความสามารถทางสมอง สามารถแก้ไขปัญหาและมีความเข้าใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตมากขึ้น

4.2 ความเข้าใจส่วนบุคคล และการวางแผนของตนเอง ได้แก่ การพัฒนาและการสร้างหลักการเบื้องต้นของชีวิต รวมถึงการมีวุฒิภาวะสูงขึ้น การยอมรับในทรัพย์สินและข้อจำกัดของตน การเจริญเติบโตและการพัฒนาตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจและวางแผนกิจกรรมในชีวิต และบทบาทของตนเอง

4.3 การประกอบอาชีพการทำงาน ได้แก่ มีความสนใจ ทำทนาย และรู้สึกมีคุณค่าในการทำงาน มีความพึงพอใจในการทำงานได้ดี สามารถใช้ความสามารถที่มีอยู่เรียนรู้ จดจำ และปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้

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

5. การมีนันทนาการ

5.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ได้แก่ การมีความสุขสนุกสนานทั้งที่บ้าน หรือที่อื่น ๆ ก็ตาม ได้ร่วมงานปาร์ตี้ หรืองานสังสรรค์อื่น ๆ ได้พบปะกับบุคคลใหม่ ๆ ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมในองค์การของสังคม

5.2 การได้รับสิ่งบันเทิง ได้แก่ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์ หรือดูกีฬา

5.3 การหาสิ่งพักผ่อนหย่อนใจโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเล่นกีฬา การล่าสัตว์ การตกปลา การเล่นเรือ การเล่นแคมป์ การเดินป่า และการท่องเที่ยวต่าง ๆ เป็นต้น

2.1.4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ในการประเมินคุณภาพชีวิตอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งโดยทั่วไปสามารถประเมินได้เป็น 2 ลักษณะคือ (Campbell, 1976)

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ซึ่งเป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์โดยตรงของบุคคลนั้นด้วย
2. ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการบอกถึงความพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตของตน เช่น มีความพึงพอใจในครอบครัว หรือ การแต่งงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีการประเมินคุณภาพชีวิตตามทฤษฎีของ Frank-Stromberg (1984) แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคคลในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน
3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมิน

ของผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำถามถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นแบบบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

โดยให้ข้อคิดเห็นในการพิจารณาเลือกวิธีการประเมินคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้วัดนั้นสามารถวัดโดยใช้แนวคิดเพียงอันเดียว หรือต้องใช้หลาย ๆ แนวคิดในการวัด (Multiple versus single instruments)
 2. เครื่องมือที่ใช้วัดให้ผลออกมาเป็นการบรรยายคุณลักษณะ (Qualitative) หรือบอกเป็นปริมาณ (Quantitative) เครื่องมือที่บรรยายคุณลักษณะจะอธิบายเฉพาะเกี่ยวกับผลของโรค และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต ส่วนเครื่องมือที่ให้ผลหรือบอกเป็นปริมาณจะประเมินออกมาเป็นคะแนน
 3. เครื่องมือนั้นเป็นการประเมินโดยบุคคลอื่นหรือประเมินโดยตนเอง (Objective versus subjective instrument)
 4. การมองมิติของคุณภาพชีวิตนั้น มองในมิติเชิงวัตถุวิสัย (Objective dimension) หรือมองในมิติเชิงจิตวิสัย (Subjective dimension) ฉะนั้นในการเลือกเครื่องมือเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิต จะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมว่าจุดประสงค์ของการวิจัยคืออะไร ต้องการให้ผู้อื่นเป็นผู้ประเมิน เช่น เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ หรือต้องการให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่ารู้สึกถึงคุณภาพชีวิตตนเองเป็นอย่างไร นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องการประเมินเชิงวัตถุวิสัย หรือจิตวิสัย เป็นต้น
- ความพึงพอใจในชีวิต เป็นการวัดเชิงจิตวิสัย นับได้ว่าเป็นมิติที่สำคัญที่สุดของคุณภาพชีวิต หรือเป็นบารอมิเตอร์ของคุณภาพชีวิต (Laborde and Powers, 1980 ; Ferrans and Powers, 1985) ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ที่ตนเผชิญอยู่ขณะนั้น

Flanagan (1978) ได้พยายามที่จะประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวอเมริกัน โดยได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนชาวอเมริกัน 3,000 คน ที่ต่างอายุ เชื้อชาติ และภูมิหลัง เพื่อที่จะหาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ข้อคำถามที่ใช้ถาม จะถามถึงความคิดเห็นว่าที่ผ่านมามีความรู้สึกพึงพอใจกับสิ่งใด และคิดว่าสิ่งใดมีความสำคัญและจำเป็นกับชีวิตมากที่สุด ซึ่งจากผลการสำรวจรวบรวมได้ทั้งหมด 6,500 เหตุการณ์ เหตุการณ์บางเหตุการณ์มีความใกล้เคียงกันจึงจัดเป็นหมวดหมู่ได้ทั้งหมด 5 ด้าน และ 15 ข้อย่อย

ต่อมา Burckhardt และคณะ (1989) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังโดยนำแนวคิดในการวัดคุณภาพชีวิตของ Flanagan (1978) มาใช้พบว่าผู้ป่วยได้

ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตของตนทั้ง 15 ข้อย่อย ตามแนวคิดของ Flanagan และผู้ป่วยจะให้ความหมายเพิ่มอีก 1 ข้อ คือ การมีอิสระในตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมเป็น 6 ด้าน 16 ข้อย่อย จากการศึกษาของ Burckhardt และคณะ (1989) ครั้งนี้พิสูจน์ให้เห็นว่า เครื่องมือ QOLS ของ Flanagan มีความตรงตามเนื้อหา และมีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์สูง คืออยู่ระหว่าง 0.76-0.84 ใช้กับกลุ่มอายุที่กว้าง คือ 35-75 ปี

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Flanagan (1978) และ Burckhardt และคณะ (1989) จะประเมินในมิติของความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 6 ด้าน 16 ข้อย่อยนั้นเป็นความจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิต เมื่อบุคคลประเมินว่ามีความพึงพอใจในชีวิตทั้ง 6 ด้าน 16 ข้อย่อย แสดงว่าบุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตดี มีความพึงพอใจในสุขภาพของตน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ มีการพัฒนาตนเองและมีความสมหวังในการทำงาน ได้รับสิ่งบันเทิง ทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการพักผ่อนหย่อนใจแก่ตนได้ และมีอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า บุคคลสามารถมีความพึงพอใจเหล่านี้ได้จะต้องสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในชีวิตประจำวันได้ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวว่าบุคคลที่ปรับตัวได้ดีจะสามารถทำหน้าที่ในสังคม มีขวัญในการที่จะเผชิญต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ประสบผลสำเร็จในสิ่งที่คาดหวัง และมีสุขภาพร่างกายดี แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่ปรับตัวได้ดีทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Flanagan (1978) และ Burckhardt และคณะ (1989) จะครอบคลุมการปรับตัวทั้ง 3 ด้านของ Lazarus และ Folkman (1984) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดของ Flanagan (1978) และ Burckhardt และคณะ (1989) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินในครั้งนี้ นอกจากนั้นแบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Flanagan ใช้กับกลุ่มประชากรที่กว้าง มีอายุระหว่าง 35-75 ปี สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลินที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และที่สำคัญ จากการศึกษาของ Burckhardt และคณะ (1989) ยังพบว่าเครื่องมือนี้มีความตรงตามเนื้อหา และมีความเที่ยงในเกณฑ์สูง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่าการนำแนวคิดของ Flanagan (1978) และ Burckhardt และคณะ (1989) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เหมาะสม

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด

เนื่องจากผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยในกลุ่มประชากรที่คล้ายกับการวิจัยในครั้งนี้อย่างทั่วถึง ดังนี้

สุรางค์ เปื้องเดช (2533) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การเผชิญความเครียดกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 60 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่ามุ่งปรับสภาพอารมณ์เพื่อลดอารมณ์ตึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

กองสิน คติการ (2534) ได้ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้กรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 154 คน แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยปรับปรุงจากของ นิตยา สุทธยากร (2531) โดยถูกปรับปรุงและแปลจากแนวคิดของ Jalowice และคณะ (1984) พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ใช้เป็นตามลำดับ คือ กังวลใจ ความพยายามที่จะควบคุมเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเท่าที่จะทำได้ ความพยายามที่จะใช้ประสบการณ์เดิมมาแก้ไขปัญหามากกว่าแก้ไขปัญหามากกว่าแก้ไขปัญหานั้น การได้รับคำปลอบใจ หรือช่วยเหลือจากญาติสนิทในครอบครัวหรือเพื่อน หลังการกำหนดเป้าหมายเฉพาะจะช่วยแก้ปัญหาด้านลำดับ ส่วนความเครียดพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของความเครียดด้านสรีระสูงกว่าค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของความเครียดด้านจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$

บุศรา กาญจนบัตร (2525) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับอายุ และระยะเวลาที่เป็นโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา หรือฉีดอินซูลินอย่างใดอย่างหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัญหาทางด้านจิตใจในระดับปานกลาง อายุและระยะเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับ ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยให้เหตุผลว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ มีอายุมาก มักจะหันมาพึ่งคำสอนทางพุทธศาสนาและมีโอกาสได้มาพบปะพูดคุยกัน ขณะที่มาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกต่าง ๆ ต่อกัน สิ่งที่เป็นปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดคือ ความรู้สึกคับข้องใจต่อการตรวจของน้ำตาลในปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้าน และความรู้สึกหมดหวังที่จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเรียนหรือการทำงาน

เหมือนคนปกติ ความรู้สึกที่แสดงถึงปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากคือ ความรู้สึกวิตกกังวล กลัวและ
 คับข้องใจที่มีต่อข้อจำกัดในการปฏิบัติตัวเพื่อการควบคุมโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการ
 ปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวัน

วรารณ์ นาครัตน์ (2533) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน
 ทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรค
 หัวใจ จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ
 แบรนต์และไวเนอร์ท และแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดย
 ดัดแปลงจาก แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุ ซึ่งสร้างโดย จงรักษ์
 ศุภกิจเจริญ รวมทั้งศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร และงานวิจัยโดยยึดตามแนวความคิดของ
 Lazarus โดยแบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 วิธี ผลการวิจัยพบว่าการ
 สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการเผชิญ
 ความเครียดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับ
 การศึกษา รายได้ครอบครัว และระยะเวลาในการเป็นโรคต่างกัน มีพฤติกรรมการเผชิญ
 ความเครียดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

Crosby (1988) ได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิด
 ความเครียด ความเครียดทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยรูมาตอยด์ ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นโรครูมาตอยด์
 จำนวน 101 คน เครื่องมือที่ใช้วัดประกอบด้วย แบบประเมินปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดใน
 ชีวิตประจำวัน ระดับของความเครียดทางด้านอารมณ์และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรครูมาตอยด์ พบว่า
 ระดับของความเครียดทางด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรครูมาตอยด์
 และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดทางด้านอารมณ์
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรครูมาตอยด์
 มากขึ้น หรือความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดทางด้านอารมณ์เพิ่มขึ้นตาม
 ไปด้วย

Gurklis and Menke (1988) ได้ทำการศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด
 และการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษพบว่า ความเครียดของ
 ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด ความเครียดทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับ
 การใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญห ส่วนความเครียดทางด้าน
 จิตสังคมมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.001 และมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Pallock (1989) ได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการตอบสนองของ
การปรับตัวทางด้านร่างกาย รูปแบบการเผชิญ ความแข็งแรงทางด้านร่างกาย และตัวแปรทาง
ด้านเศรษฐกิจ ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่พึ่งอินซูลินวัยผู้ใหญ่ จำนวน 30 คน
อายุระหว่าง 21 ถึง 55 ปี ผลการศึกษพบว่า การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นสิ่งคุกคามและทำลายอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.001 การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางลบ
กับความแข็งแรงทางด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการเผชิญความเครียด
ชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงทางด้านร่างกาย การประเมินว่าสถานการณ์
นั้นเป็นอันตราย หรือเป็นประโยชน์ผู้ป่วยจะใช้การเผชิญทั้ง 2 ชนิดร่วมกัน และผู้ป่วยที่มีลักษณะ
แข็งแรง มีการปรับตัวทางด้านร่างกายได้ดี

Murphy และ Sutton (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ก่อให้เกิด
ความเครียดและรูปแบบของการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต จำนวน 40 คน
ผลการศึกษาพบว่าสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ ปัจจัยทางการเงิน กลัว
การปฏิเสธของไต กลัวน้ำหนักจะเพิ่มขึ้น รู้สึกไม่แน่นอนในอนาคตและข้อจำกัดของการมีกิจกรรม
ทางด้านร่างกาย สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการเผชิญ
ความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ แต่คะแนนของสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยรวม ไม่มี
ความสัมพันธ์กับคะแนนการเผชิญความเครียดโดยรวม และการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไข
ปัญหา วิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้มากได้แก่ การสวดมนต์ น้อมรำลึกถึงพระพุทธรูปคุณยัตติศาสนา
เป็นที่พึ่งทางใจ พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบทุกครั้งตามสภาพที่เป็นจริง โดยปราศจากอคติ
พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ พยายามหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อให้
ควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น และพยายามนำประสบการณ์เดิมในอดีตมาใช้ในการแก้ไขปัญห และ
นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าชนิดที่มุ่งปรับ
สภาพอารมณ์

Friedman (1993) ได้ทำการศึกษาสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด และ
ความเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจของผู้หญิงวัยชรา จำนวน 80 ราย ผลการศึกษพบว่า ผู้ป่วยที่มี
ความเครียดต่ำ มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตระดับปานกลางถึงสูงมาก ความเครียดที่
เกี่ยวกับโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.001

Jalowice และ Powers (1981) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มาปรึกษาที่ห้องฉุกเฉินอาการเฉียบพลันแต่ไม่รุนแรง จำนวนกลุ่มละ 25 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินมีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินเกิดจากปัญหาด้านบุคคลและสังคม ครอบครัวและเศรษฐกิจ ในขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง สำหรับวิธีการเผชิญความเครียด พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใช้การเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งการแก้ไขปัญหามากกว่าผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน และวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้คือใช้ศาสนาและกิจกรรมการออกกำลังกาย ส่วนผู้ป่วยห้องฉุกเฉินจะใช้การพักผ่อนกลางวัน ใช้ประสบการณ์อดีตผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์

Barbara (1989) ได้ทำการศึกษาลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรค Osteoarthritis ในผู้ป่วยวัยกลางคน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาและชนิดระดับประคองมีความพึงพอใจในชีวิตสูง กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้นแล้วมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อเปลี่ยนแปลงความเครียดหรือลดความเครียดลง วิธีการเผชิญความเครียดที่เลือกใช้แตกต่างกัน ผู้ป่วยบางกลุ่มเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์มากกว่าชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามา บางกลุ่มใช้วิธีการเผชิญความเครียดชนิดที่มุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าชนิดที่มุ่งปรับสภาพอารมณ์ ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วย และในการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับประสบการณ์และแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละคน ทำนองเดียวกันในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งมีความเครียดในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต ต้องมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อคงความสมดุลของร่างกายจิตใจไว้เช่นกัน

2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดของ Flanagan ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้บททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอื่น ๆ ดังนี้

สนธยา พิชัยกุล (2533) ได้ทำการศึกษา เรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ ทั้งหมด 74 ราย ผลพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุก ทั้งในปัจจุบันและอนาคต และสัมพันธ์กับสภาพอาการคือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการ

ชรัสนิกุล ยัมบุรณะ (2533) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยใช้เครื่องมือวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Flanagan (1978) ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนของคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยผู้วิจัยให้ความเห็นว่า ประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 54.8) และอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 34.5) ผู้ป่วยมีอายุมาก ทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนระดับของการศึกษา พบว่าประชากรที่ใช้ไม่มีการกระจายในด้านการศึกษาและระยะเวลาของการเป็นโรค ผู้วิจัยใช้ผู้ป่วยนอก ดังนั้นอาการและอาการแสดงของโรคไม่ค่อยรุนแรง ถึงแม้ระยะเวลาของการเป็นโรคจะแตกต่างกัน จึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = .56$)

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, จิตติภวัฏ ศศิฉาย และประทุม สร้อยวงศ์ (2536) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบอีกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

Nieves และคณะ (1991) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียดกับการรับรู้ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง

ในกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อน 20 คน และอัมพาตทั้งตัว (Quadriplegia) 20 คน ผลของการศึกษาพบว่าประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม และทำนองเดียวกัน ประสิทธิภาพของการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์กับจำนวนปีหลังการได้รับบาดเจ็บด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็จะดีขึ้นไปด้วยและผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บมาเป็นเวลาหลายปีจะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Arklie (1989) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมิน การเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยกลางคนที่ เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นโรคเบาหวาน และโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ทั้งหมด 96 คน ผลพบว่าระดับของการรับรู้การรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตจะลดลง การรับรู้ต่อการมองเห็นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้คุณภาพชีวิต (Percived QOL.) ที่ระดับ P. 01 และยังพบว่า การใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยมุ่งปรับสภาพอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อการมองเห็น

Burckhardt และคณะ (1989) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ โดยมีจุดประสงค์เพื่อหาความตรงความเที่ยงของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมี 4 เครื่องมือที่นำมาใช้ ได้แก่ QOLS, Duke-UNC Health Profile (DUHP), Life satisfaction Index (LSI-Z) และ Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS) ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง 4 กลุ่มคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน มะเร็งในลำไส้ใหญ่ กระดูกอักเสบ และรูมาตอยด์ โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และส่งแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ จำนวน 227 คน เป็นการสัมภาษณ์ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยคืออะไร สิ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตคืออะไร และในปีที่ผ่านมาคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงอย่างไร ผลการศึกษพบว่าความหมายของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่ม ที่กล่าวถึงครอบคลุมทั้ง 15 ข้อย่อยของเครื่องมือ QOLS และมีเพิ่มอีก 1 ข้อที่ผู้ป่วยทุกกลุ่มต้องการและเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิตคือ ความมีอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง สิ่งสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกัน เช่น สิ่งสำคัญของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคข้อรูมาตอยด์คือการไม่ปวด ในผู้ป่วยโรคเบาหวานคือการที่สามารถควบคุมโรคได้ ในผู้ป่วยโรคลำไส้อักเสบคือการที่สามารถดูแลตนเองและรู้สึกปลอดภัย เป็นต้น

Jeffrey (1989) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตจะสามารถควบคุมการอักเสบของข้อได้มาก คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะมีวิถีในการจัดการกับโรคของตนดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงและยังพบว่าผู้ป่วยที่ใช้วิธีการเผชิญหน้ากับโรค และใช้การแก้ไขปัญหาก็จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่สูง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด พอสรุปได้ว่า มนุษย์ที่เกิดมาต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และเนื่องจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ในบางสถานการณ์บุคคลอาจจะประเมิณสิ่งๆทำให้เกิดความสับสนนั้นว่าเป็นสิ่งๆที่ก่อให้เกิดความเครียด เมื่อบุคคลมีความเครียด จะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเมื่อเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด เพื่อปรับความสมดุลของร่างกายและจิตใจแล้ว ความเครียดลดลงหรือหายไป แสดงว่าบุคคลนั้นปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดความผาสุกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถ ดำรงบทบาทของตนและรักษาสมพันธภาพที่ดีในสังคมไว้ได้ มีความพึงพอใจในชีวิต หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง