

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเป้าหมายในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของทุกประเทศทั่วโลก การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น เชื่อว่ามีหลายด้าน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ในด้านสุขภาพนั้น องค์การอนามัยโลก ได้พยายามชี้ให้เห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ให้คำนิยามของคำว่า "สุขภาพ" ว่าไม่ใช่ภาวะที่ปราศจากความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เป็นภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม การพยาบาลเกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาวะสุขภาพของประชาชน ทุกเพศ ทุกวัย คุณภาพชีวิตจึงเป็นเป้าหมายหลักของการพยาบาล (พยอม อยู่สวัสดิ์, 2537)

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่มีความซับซ้อนหลายมิติ การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันไป ตามสังคม วัฒนธรรม ตามการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ในแต่ละสถานที่และเวลา อาจใช้ความหมายเดียวกันกับความผาสุก (Well being) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความรู้สึกเป็นสุข (Sense of well being) ความสุข (Happiness) (Ferrans, 1990 cited by Ferrans and Powers, 1992 ; Dean, 1985; Campbell, et al. cited by Meeberg, 1993) เป็นต้น ในทัศนะของบุคลากรทางการแพทย์ คุณภาพชีวิตเป็นผลกระทบจากภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความรู้สึกผาสุกของผู้ป่วย (Rangsdale, Kotaba and Morrow, 1992) อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีผู้ให้ความหมายแตกต่างกัน แต่ลักษณะที่ตรงกันอย่างน้อยหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบว่า มีอัตราการเกิดเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO, 1985) ประมาณไว้ว่าประชากรโลกไม่น้อยกว่า 130 ล้านคน บำบัดด้วยโรคเบาหวาน สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจประชากรในปี พ.ศ. 2530 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานประมาณ 1 ล้าน 7 แสนคน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 2.8 (สนอง อุณากร, 2528) และจากการศึกษาของ สุนทร ดันทนันท์ และ วลัย อินทร์มรรย (2532) พบว่า อัตรา

ความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทย จะสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากขึ้น โดยพบว่า ประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี พบว่ามีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 4-7 ในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราความชุกสูงถึง 10-15 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Funnell and Merritt (1993) ที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราความชุกจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ โดยในกลุ่มผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จะป่วยด้วยโรคเบาหวาน มากกว่าประชากร ในกลุ่มอายุ 20-44 ปี ประมาณ 10 เท่า

ในปัจจุบัน กลุ่มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2523 พบว่ามีประชากรผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 2.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 4.8 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 6.5 ล้านคน (สมหมาย ยาสุมุท และคณะ, 2532) จากการมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แนวโน้มของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย ตามอัตราการเกิดโรคที่พบว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานจะสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลต่าง ๆ มากเป็นอันดับสองรองจากภาคกลาง โดยในปี พ.ศ. 2535 พบในอัตรา 54.8 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 62.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2536 (สถิติสาธารณสุข, 2537) สำหรับสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2536 มีอัตราเฉลี่ยเดือนละ 540 คน และในปี พ.ศ. 2537 มีอัตราเฉลี่ยเดือนละ 643 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เฉลี่ยเดือนละ 180 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 28.40 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2537)

จากสถิติที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีจำนวนเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลประชากรกลุ่มนี้บุคคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น เพราะผู้สูงอายุโดยทั่วไป จะมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เมื่อร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน จะทำให้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เป็นไปในทางเสื่อมถอยมากยิ่งขึ้น กล่าวคือการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จากกระบวนการสูงอายุ ได้แก่ ผิวหนังเหี่ยวย่น พันโยก เล็บเปราะ หูตึง ตามัว ความจำเสื่อม หัวใจและหลอดเลือดมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง เป็นต้น เมื่อร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานทุกระบบของร่างกาย ถ้า

ไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากมาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือ ช็อค ไม่รู้สึกตัว จากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป สำหรับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง มักเกิดขึ้นค่อยเป็นค่อยไป และมีโอกาสเกิดได้มากขึ้นตามระยะเวลาของการเกิดโรค ปัญหาแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังที่เกิดกับทุกอวัยวะของร่างกาย เช่น ความผิดปกติของหลอดเลือดที่ตา ทำให้สายตามัวและบอดได้ ความผิดปกติที่ไต ทำให้ไตเสื่อมหน้าที่ และเกิดไตวายในที่สุด ความผิดปกติที่ระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ความผิดปกติที่ระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนท้องอืด อาหารไม่ย่อย ถ่ายอุจจาระไม่ออก ความผิดปกติที่หัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นหย่อม ๆ และเกิดหัวใจวายได้ ความผิดปกติที่เท้า ทำให้เกิดแผลแห้งตาย ซึ่งอาจลุกลามทำให้ต้องตัดขาได้ (สนอง อุณาภูล, 2528)จะเห็นว่าภาวะสูงอายุร่วมกับโรคเบาหวาน ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากยิ่งขึ้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นผลจากความเสื่อม สมรรถภาพทางกาย ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รู้สึกไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่นประกอบกับการพลัดพรากจากคนใกล้ชิด เช่นการตายของคู่สมรสหรือเพื่อน การแยกครอบครัวของบุตรหลาน การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียชื่อเสียง และรายได้ที่ลดลง จากการเกษียณอายุราชการ หรือความเสื่อมของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้อาศัยในครอบครัว จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่หมดหวังและท้อแท้

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2531) กล่าวว่า การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม อีกทั้งความเสื่อมความสามารถทางกายหรือความบกพร่องหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้คุณค่าตนเองต่ำ ซึ่งการรับรู้นี้จะสะท้อนถึงอัตมโนทัศน์ของบุคคล ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีการเสื่อมความสามารถทางกายหรือความบกพร่องหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ จากภาวะสูงอายุและความเจ็บป่วยมีการเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม ย่อมก่อให้เกิดการรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำลงได้

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จะต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากเกษียณอายุราชการ หรือความเสื่อมของสมรรถภาพทางกาย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อนำมาซึ่งรายได้ ได้ ประกอบกับโรคเบาหวานต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทาง เพื่อไปตรวจตามนัด ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องพึ่งพารายได้จากบุคคลในครอบครัว

จากข้อมูลที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ภาวะสูงอายุและการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานล้วนส่งผลต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย อัตมโนทัศน์ สังคม และเศรษฐกิจ และผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะทำให้มีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงควรครอบคลุมทั้งด้านความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) ซึ่งได้เสนอไว้ว่าการประเมินคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

Zhan (1992) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล สภาวะทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งความหมายนี้ได้มาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมาศึกษาเพราะจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานครั้งนี้ เป็นการศึกษาในเชิงจิตวิสัย ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) ในการประเมินคุณภาพชีวิต เพราะการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งได้รับผลกระทบจากความเสื่อมของร่างกาย ตามวัย และโรค และจากการรักษา ทำให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตนอกจากประเมินในด้านความต้องการพื้นฐานทั่วไปแล้ว จะต้องประเมินในส่วนที่เป็นผลกระทบจากโรค และการรักษาโดยตรงด้วย เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวล และค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น การประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรประเมินในหลายมิติ เพราะจะทำให้มีความถูกต้องเหมาะสมมากกว่าการประเมินเพียงมิติเดียว (Padilla and Grant, 1985; Ferrans and Powers, 1985) เนื่องจากคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ ไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่งหลายอย่างรวมกัน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Zhan ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ ทำให้การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่ง Zhan ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วย 4 ด้านคือ

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นสิ่งชีวิตที่สำคัญของคุณภาพชีวิต เพราะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความผาสุกทั่วไปของบุคคล (General well-being) โดย Zhan กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิตว่า เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภายนอก ซึ่งจะได้รับอิทธิพลจาก ประสบการณ์ชีวิต ภูมิหลังของแต่ละบุคคล ลักษณะของบุคคล สิ่งแวดล้อม และการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความพึงพอใจจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

2. อัตมโนทัศน์ (Self-concept) เป็นสิ่งชีวิตถึงความผาสุกทางด้านจิตใจของบุคคล อัตมโนทัศน์เป็นผลรวมของความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ณ เวลาหนึ่ง ซึ่งความเชื่อ และการรับรู้เกิดจากการรับรู้ การมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Driver 1976 cited by Zhan, 1992) คุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลจะขึ้นกับอัตมโนทัศน์ด้านบวก การวัดอัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้นอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการพิจารณา และประเมินตนเอง (Self-examination and evaluation)

3. สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and functioning) เป็นข้อบ่งชี้ถึงความผาสุกทางด้านร่างกายของบุคคล ตามแนวคิดของ Zhan สุขภาพเป็นการศึกษาถึง ความหมายและคุณค่าของสุขภาพต่อบุคคล ซึ่งเป็นการชี้บอกคุณภาพชีวิตต่อตัวของเขาเอง สุขภาพเป็นประสบการณ์ชีวิต (Life experience) ที่รวมเข้าไว้ทั้งหมดของบุคคล และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม การวัดสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ตามกรอบแนวคิดของ Zhan เป็นการวัดการรับรู้สุขภาพด้วยตนเอง และการให้ค่าของสุขภาพของบุคคลนั้น

4. ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic factor) เป็นข้อบ่งชี้ถึงความผาสุกทางด้านวัตถุ (Material well-being) และสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตใจ

เพราะก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และความภาคภูมิใจ ซึ่ง Ferrans และ Powers (1992) กล่าวว่า สถานทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic status) จะก่อให้เกิดคุณภาพชีวิต โดยก่อให้เกิดคุณค่าทางสังคม (Socially valued resources), โอกาส (Opportunities) ตำแหน่งทางสังคม (Social position), อำนาจ (Power), เพื่อน (Friends) และศักดิ์ศรี (Prestige), ตามแนวคิดของ Zhan บัณฑิตด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นการประเมิน โดยตัวบุคคล ตามการรับรู้ เกี่ยวกับความเพียงพอของรายได้ และความพึงพอใจในแหล่งรายได้

นอกจากนี้ Zhan ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับ ประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล โดยปัจจัยพื้นฐานของบุคคล สภาวะทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ ปัจจัยด้าน สุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่ บ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ และความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล จากการศึกษางานวิจัย พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย (ทัศนีย์ จินางกูร, 2530 ; สนธยา พิริยกุล, 2535) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาทิพย์ อุบลาบดี (2534) และนิรมัย ใจเทียมวงศ์ (2535) ที่พบว่า เพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังมี ผลการวิจัยที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต (กฤษฎา ดงศิริ, 2531 ; Burchardt, 1985 ; วรณี สัตยวิวัฒน์, มยุรี แก้วจันทร์ และรุติมา มุลิกะสังข์, 2538)

สถานภาพสมรส จากผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (บุษบา ดันตศักดิ์, 2535; มาลี เลิศมาลีวงศ์, อรสา พันธภักดี และสุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2535) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) วรณี สัตยวิวัฒน์, มยุรี แก้วจันทร์ และรุติมา มุลิกะสังข์ (2538) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ระดับการศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต และมีความเกี่ยวข้องกับอาชีพ ระดับ รายได้ ค่านิยม อัตมโนทัศน์ รวมทั้งการปรับตัวของบุคคล จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การ ศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ประภาพร จินนุทยา, 2536 ; ประภา รัตนเมธานนท์ แต่ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษฎา ดงศิริ (2531) ทัศนีย์ จินางกูร (2530) และมาลี วรลัคนากุล (2535) ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล และเป็นสิ่งกำหนดให้ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลแตกต่างกันไป จากผลการวิจัยพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (มาลี เลิศมาวิวงศ์, อรสา พันธักดี และสุวิมล พนาวัฒนกุล, 2535 ; ประภา รัตนเมธานนท์, 2532; เขมิกา ยามะรัต (2527) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาทิพย์ อุบลาบัตติ (2536) และประภาพร จินนุทยา (2536) ที่พบว่ารายได้ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะบุคคลต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัว (Marino and Kosler, 1981 อ้างถึงใน สุธาทิพย์ อุบลาบัตติ, 2536) แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุธาทิพย์ อุบลาบัตติ (2536) และเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534) ที่พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จะแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Diskson, 1989) แต่จากการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) และสุธาทิพย์ อุบลาบัตติ (2536) พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้และระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลกับคุณภาพชีวิต โดยใช้กรอบแนวคิดของ Zhan ในการประเมินคุณภาพชีวิต

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยรวม รายด้าน ดังนี้
 - 1.1 ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)
 - 1.2 อัตมโนทัศน์ (Self-concept)
 - 1.3 สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and functioning)
 - 1.4 สังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic factors)
 และรายชื่อ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและ เศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ และสถานภาพการสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2. ปัจจัยด้านสังคมและ เศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการศึกษา สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยให้นักศึกษาเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

3. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

4. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ต่อไป

1.7 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. คุณภาพชีวิต

คำจำกัดความในเชิงทฤษฎี หมายถึง การตอบสนองของปัจเจกบุคคลต่อผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิต โดยการตอบสนองนี้มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในสภาพการณ์ที่เกี่ยวข้อง กับความสำเร็จด้านต่างๆ ของชีวิต (Bowling, 1991 อ้างถึงใน อรุณา ปัดจิงหรีด, 2537)

คำจำกัดความในเชิงปฏิบัติ หมายถึง ความรู้สึกเป็นปกติสุขที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรับรู้และประเมินด้วยตนเอง โดยสามารถประเมินได้ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดของ Zhan (1992) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1.1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่แสดงออกตามการรับรู้เป้าหมาย และการให้คุณค่าของผู้ป่วยเอง ตามแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของ Cantril

1.2 ด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่ ผู้ป่วยมีต่อตนเอง ซึ่งประกอบด้วยลักษณะรูปร่าง หน้าตา บุคลิกภาพ การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับ และรับรู้ถึงคุณค่าในตัวเองตามกรอบแนวคิดของ Roy

1.3 ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพ และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

1.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง ความรู้สึก หรือความคิดเห็นต่อรายได้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และแหล่งของรายได้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

2. ผู้สูงอายุ

คำจำกัดความในเชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ประสพ รัตนกร, 2525)

คำจำกัดความในเชิงปฏิบัติ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่สัมภาษณ์ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และเข้ารับการรักษาศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม

3. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาที่นับจำนวนเต็มเป็นปี ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จนถึงวันที่ทำการศึกษา

4. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้ป่วย

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยปัญหาแทรกซ้อนของ โรคเบาหวานตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จนถึงวันที่ทำการศึกษา

5. รายได้ของผู้สูงอายุ หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่นับจำนวนเต็มเป็นบาท

6. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษาหรือสูงกว่า

7. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ สถานภาพสมรสคู่ สถานภาพสมรสโสด และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่