

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 167 คน โดยผลการวิจัยนำเสนอด้วยตาราง ประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.2 ค่าความถี่ของแต่ละช่วงคะแนน T ของคุณภาพชีวิตโดยรวม

4.1.3 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต รายด้าน และรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านประชากร จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.00 และมีอายุตั้งแต่ 60-83 ปี อายุเฉลี่ย 66.3 ปี มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/หรือแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 91

ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=167)	ร้อยละ
เพศ ชาย	30	18.00
หญิง	137	82.00
อายุ 60-69	124	74.30
70-79	39	23.30
80 ปีขึ้นไป	4	2.40
สถานภาพสมรส		
คู่	68	40.70
โสด	8	4.80
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	91	54.50

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสังคมและ เศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 94.00 รายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือนอยู่ในช่วง 100-30,000 บาท รายได้ของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อ เดือน 1,854 บาท และส่วนใหญ่มียารายได้ต่ำกว่า 500 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 44.90

ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาและรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=167)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0
ประถมศึกษา	157	94.00
มัธยมศึกษา	7	4.20
มากกว่ามัธยมศึกษา	3	1.80
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 500	75	44.90
501 - 1,500	50	29.95
1,501-2,500	20	11.98
2,501-3,500	4	2.39
3,500 ขึ้นไป	18	10.78

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1-25 ปี ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 5.8 ปี ส่วนมากมี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.92 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล มีตั้งแต่ 0-12 ครั้ง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนมากไม่เคยเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 75.40

ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=167)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย (ปี)		
1-3	70	41.92
4-6	43	25.75
7-9	23	13.77
10-12	15	8.98
มากกว่า 13	16	9.58
จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล		
ไม่เคยเข้ารับการรักษาน	126	75.40
1	20	12.00
2	9	5.40
3	6	3.60
มากกว่า 4	6	3.60

4.1.2 ค่าความถี่ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงคะแนน T ของคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน T สูงสุด 70 คะแนน และต่ำสุด 31 คะแนน โดยส่วนมากมีค่าคะแนน T ระหว่าง 47-54 คิดเป็นร้อยละ 40.7 ร้อยละ 29.9 มีค่าคะแนน T ระหว่าง 39-46 ร้อยละ 19.8 มีคะแนน T ระหว่าง 55-62 ร้อยละ 6 มีค่าคะแนน T ระหว่าง 31-38 และร้อยละ 3.6 มีค่าคะแนน T ระหว่าง 63-70 (ดังตารางที่ 9 ในภาคผนวก)

4.1.3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดี โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.67 จากระดับคะแนนเต็ม 10 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.20

4.1.3.1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านอัตมโนทัศน์มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.09 (จากระดับคะแนนเต็ม 5) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.24 ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.02 (จากระดับคะแนนเต็ม 5) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.04 และด้านสังคมและเศรษฐกิจมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.89 (จากระดับคะแนนเต็ม 5) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.44

ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต รายด้าน

แบบวัดคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับของคุณภาพ ชีวิต
- ด้านอัตมโนทัศน์	3.09	12.24	ปานกลาง
- ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ของร่างกาย	3.02	10.04	ปานกลาง
- ด้านสังคมและ เศรษฐกิจ	2.89	5.44	ปานกลาง

4.1.3.2 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ

1. ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านอัตมโนทัศน์

จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อตนเองในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับ ความสามารถในการจัดการเรื่องอาหาร การพบแพทย์ และคุณค่าในการมีชีวิตอยู่มีคะแนนอยู่ในระดับดี และความรู้สึกต่อตนเองเกี่ยวกับความเสื่อมของร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนของ เบาหวานมีค่าคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ จำแนกตามรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย			
1. ท่านรู้สึกว่าร่ากายอ่อนแอไร้เรี่ยวแรง	2.53	1.02	ปานกลาง
2. ท่านรู้สึกพอใจในรูปร่างลักษณะที่เป็นอยู่ในขณะนี้	3.05	.89	ปานกลาง
3. ท่านสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม	2.89	1.07	ปานกลาง
4. ท่านรู้สึกว่าร่ากายเสื่อมลง	2.35	1.00	ค่อนข้างต่ำ*
5. ท่านสามารถจัดการเรื่องอาหารและการพบแพทย์ได้	3.53	.83	ดี
6. ท่านรู้สึกว่าร่ากายแข็งแรงสามารถทำงานได้ตามปกติ	2.84	.98	ปานกลาง
7. ท่านรู้สึกอายุในรูปร่างและลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง	3.53	1.20	ดี
รวม	2.96	.6089	ปานกลาง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านความมั่นคงในตัวเอง			
8. ท่านรู้สึกมั่นใจที่ต้องควบคุมอาหาร	3.11	1.06	ดี
9. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน	2.31	1.11	ค่อนข้างต่ำ*
10. ท่านสามารถทำจิตใจให้สงบและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้	3.40	.74	ปานกลาง
11. ท่านรู้สึกว่าหุงหาอาหารง่าย	2.73	1.19	ปานกลาง
รวม	2.89	.77	ปานกลาง
ด้านศีลธรรม-จรรยา			
12. ท่านรู้สึกว่าท่านมีเคราะหกรรม	3.20	1.31	ปานกลาง
13. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนใจร้าย	3.13	1.31	ปานกลาง
14. ท่านรู้สึกว่าท่านโชคดีที่ท่านมาตรวจรักษาได้ทันเวลา	3.49	1.09	ปานกลาง
15. ท่านรู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำหน้าที่ที่เคยทำได้เช่นเดิม	3.05	1.01	ปานกลาง
รวม	3.21	.77	ปานกลาง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านปัญหามโนทัศน์และความคาดหวัง			
16. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถกระทำในสิ่งที่ท่านต้องการได้	2.99	1.00	ปานกลาง
17. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการรักษา	3.13	1.17	ปานกลาง
18. ท่านรู้สึกท้อแท้ที่จะต่อสู้กับสิ่งต่างๆ	3.20	1.15	ปานกลาง
19. ท่านรู้สึกว่าสามารถควบคุมโรคได้	2.85	1.30	ปานกลาง
รวม	3.04	.77	ปานกลาง
ด้านความภูมิใจในตนเอง			
20. ท่านรู้สึกไร้ค่าที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	3.25	1.06	ปานกลาง
21. ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม	3.36	.38	ปานกลาง
22. ท่านไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร	3.95	1.12	ดี
23. ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นภาระในครอบครัว	3.39	1.21	ปานกลาง
รวม	3.49	.80	ปานกลาง

2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตราย ข้อด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย

จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพและ
การทำหน้าที่ของร่างกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยเรื่องความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ อยู่ใน
ระดับดี และเรื่องการออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และ
ความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการทำ
หน้าที่ของร่างกาย จำแนกตามรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ท่านทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ ไปห้อง- น้ำได้ด้วยตนเอง	3.86	1.05	ดี
2. ท่านทำงานบ้านต่าง ๆ ได้ตามปกติ เช่น ซักผ้า รีดผ้า ทำครัว กวาดบ้าน เช็ดรถ รดน้ำต้นไม้	3.28	1.15	ปานกลาง
3. ท่านประกอบอาชีพหรือทำงานได้ตาม ปกติ	2.91	1.07	ปานกลาง
4. ท่านออกกำลังกายเบา ๆ เช่น วิ่ง เหยาะ ๆ หรือเดินเร็ว ๆ	2.44	1.20	ค่อนข้างต่ำ*
5. ท่านเดินขึ้นบันไดบ้าน 2 ชั้น ได้โดย ไม่ต้องหยุดพัก	3.04	1.13	ปานกลาง
6. ท่านรู้สึกว่ามีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ	1.74	.89	ค่อนข้างต่ำ*
7. ท่านไปทำธุระนอกบ้านได้ตามลำพัง	3.10	1.14	ปานกลาง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการทำ
หน้าที่ของร่างกาย จำแนกตามรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
8. ท่านได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง	3.16	1.15	ปานกลาง
9. ท่านขับรถยนต์หรือขึ้นรถประจำทาง ได้ ตามปกติเหมือนก่อนเจ็บป่วย	2.94	1.10	ปานกลาง
10. ท่านพอใจในสมรรถภาพของท่านใน ขณะนี้	2.86	.86	ปานกลาง
11. ท่านนอนหลับสนิทในตอนกลางคืน	3.56	.94	ดี
12. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ของท่าน	2.44	1.18	ค่อนข้างต่ำ*
13. ท่านรู้สึกกลัว เมื่อนึกถึงภาวะแทรก ซ้อนของโรค	2.22	1.15	ค่อนข้างต่ำ*
14. ท่านปฏิบัติตามแผนการรักษา	4.22	.75	ดี
15. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านดีขึ้นหลัง จากได้รับการรักษาแพทย์	3.56	.80	ดี

3. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตราย
ข้อด้านสังคมและ เศรษฐกิจ

จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างด้านสังคมและ
เศรษฐกิจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยเรื่องเกี่ยวกับหนี้สินอยู่ในระดับดีและ เรื่องเงินออม
อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมเศรษฐกิจ
จำแนกตามรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ท่านคิดว่าครอบครัวมีรายได้เพียงพอกับการใช้จ่าย	2.89	.65	ปานกลาง
2. ครอบครัวของท่านมีหนี้สิน	3.69	1.07	ดี
3. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา	3.02	1.17	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่าการทำงานทำให้ท่านรู้สึกว่ามีคุณค่าถึงจะเจ็บป่วย	3.17	.94	ปานกลาง
5. ท่านวิตกกังวลว่าท่านจะทำงานที่เคยทำเป็นประจำไม่ได้	3.03	1.01	ปานกลาง
6. ท่านสามารถลาป่วยหรือหยุดทำงานโดยรายได้ยังได้รับตามปกติ	2.66	1.26	ปานกลาง
7. ท่านคิดว่าอาชีพหรืองานที่ท่านทำอยู่ปัจจุบันเหมาะกับท่าน	2.72	1.15	ปานกลาง
8. ท่านรู้สึกพอใจกับรายได้ของท่านที่ได้รับในปัจจุบัน	2.70	.93	ปานกลาง
9. ท่านมีรายได้บางส่วนที่เหลือเป็นเงินเก็บออมหรือฝากธนาคาร	2.17	.88	ค่อนข้างต่ำ*
10. ท่านมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น การทำบุญ การพักผ่อน	2.90	.88	ปานกลาง

4.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิต

จากการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ และการศึกษา ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($\chi^2 = 4.92$, $df = 1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$
 2. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($\chi^2 = 4.30$, $df = 1$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$
 3. ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($\chi^2 = 0.01$, $df = 1$)
 4. รายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($\chi^2 = 11.98$, $df = 2$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีระดับ $\alpha = .01$
 5. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($\chi^2 = 0.83$, $df = 2$)
 6. จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($\chi^2 = .005$, $df = 1$)
- ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ

ระดับคุณภาพชีวิต		ต่ำกว่าระดับ	สูงกว่าระดับ	รวม	χ^2
ปัจจัยด้านต่างๆ		ปานกลาง	ปานกลาง		
เพศ	ชาย	12 (17.43)	18 (12.57)	30	4.92*
	หญิง	85 (79.57)	52 (57.43)	137	
	รวม	97	70	167	
สถานภาพ	คู่	33 (39.50)	35 (28.50)	68	4.30*
	โสด/หม้าย/หย่า	64 (57.50)	35 (41.50)	99	
	รวม	97	70	167	
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	91 (91.19)	66 (65.81)	157	.0139
	มัธยมศึกษา/สูงกว่า	6 (5.81)	4 (4.19)	10	
	รวม	97	70	167	

** < .05

ตารางที่ 8 การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้าน
ประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ (ต่อ)

ระดับคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านต่างๆ	ต่ำกว่าระดับ ปานกลาง	สูงกว่าระดับ ปานกลาง	รวม	χ^2
รายได้ ของผู้-				
< 500	51 (43.56)	24 (31.44)	75	
สูงอายุ				
500 - 1,500	31 (29.04)	19 (20.96)	50	11.98**
1,500 ขึ้นไป	15 (24.40)	27 (17.60)	42	
รวม	97	70	167	
ระยะ เวลา				
1-3	41 (40.66)	29 (29.34)	70	
ในการ เจ็บ				
4-6	27 (24.98)	16 (13.02)	43	0.83
ป่วย (ปี)				
7 ปีขึ้นไป	29 (31.37)	25 (22.63)	54	
รวม	97	70	167	

** < .05

ตารางที่ 8 การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์ (χ^2) ระหว่างคุณภาพชีวิตกับปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ (ต่อ)

ระดับคุณภาพชีวิต		ต่ำกว่าระดับ	สูงกว่าระดับ	รวม	χ^2
ปัจจัยด้านต่างๆ		ปานกลาง	ปานกลาง		
จำนวน ครั้งใน	ไม่เคยนอน-	73	53	126	
	โรงพยาบาล	(73.19)	(52.81)		
การเข้า	1 ครั้งขึ้นไป	24	17	41	0.83
รับการ		(23.81)	(17.18)		
รักษาใน					
โรงพยาบาล	รวม	97	70	167	

* $P < .05$, ** $P < .01$

4.2 การอภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และเข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 167 คน ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$ ($\chi^2 = 5.92$, $df = 1$) และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\alpha = .05$ ($\chi^2 = 4.3$, $df = 1$)

1. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กล่าวได้ว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มารศรี นุชแสงพลี (2532) เขมิกา ยามะรัตน์ (2527) จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535) ซึ่งได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ และพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาของบุษบา ตันตศักดิ์ (2535) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี

(SLE) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยทั่วไปตามทฤษฎีกล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มักได้รับความรัก ความเอาใจใส่ สนใจเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส อันจะนำไปสู่การประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่โสด หม้าย หรือหย่า

2. เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต กล่าวได้ว่า ผู้ที่มีเพศแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล (Orem, 1985) มีผลการวิจัยหลายงานที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่น ทศนีย์ จินางกูร (2530) สนธยา พิชัยกุล (2533) ที่พบว่า เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย แต่จากการศึกษาของ สุรชาติย์ อุบลาคดี (2536) นีรามัย ใจเทียมวงศ์ (2535) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง

สมมุติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และรายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $\alpha = .01$ ($X^2 = 11.97$ $df = 2$)

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ จินางกูร (2530) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรและการศึกษาของ กฤษฎา ตงศิริ (2531) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง บริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับการรังสีรักษา ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิต ทางด้านจิตวิสัย ซึ่งประเมินจากความรู้สึกเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ อันได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต อึดทนในทศน์ สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และสังคมเศรษฐกิจ โดยความรู้สึกเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นสภาวะทางด้านอารมณ์ของแต่ละบุคคล (Stromberg, 1984) ส่วนระดับการศึกษา จะช่วยให้เข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ถูกต้องมากขึ้น เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำ และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับสภาวะอารมณ์และความรู้สึกของบุคคล นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน มีโอกาสได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเองและบุคลากรทางสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เหล่านี้ได้ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และสามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 94 ซึ่งค่อนข้าง เป็นเอกพันธ์ จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

3. รายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่าผู้ที่มียาได้แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ซึ่ง Palmore และ Luikart (1979 อ้างใน กฤษฎา ตงศิริ, 2531) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลนั้นเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการสนับสนุนด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย และความสามารถในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ซึ่งทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา โดย เขมิกา ยามะรัตน์ (2527) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการมีส่วนร่วมในทางสังคม การมีงานอดิเรก หรือการใช้เวลาว่างของคนชรา บางครั้งต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้คนชราได้มีโอกาสทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้รายไดียังช่วยให้คนชราได้มีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วย เพราะช่วยให้ได้รับประทานอาหารที่ดี มีคุณค่า การอยู่อาศัยที่ถูกต้องเหมาะสม การดูแลสุขภาพอนามัย และมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สามารถรับการรักษอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง มากกว่าผู้ที่มียาได้น้อย ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และได้รับการรักษานาน เพราะนอกจากค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ต้องสูญเสียเพื่อการยังชีพแล้ว ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่ง ไปในเรื่องการติดตามการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้การศึกษาของ จัตุรลัย ใจอารีย์ (2533) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจะ เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน นานเท่าใดก็ตาม คุณภาพชีวิตอาจดีหรือไม่ดีก็ได้ ทั้งนี้ เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ในผู้ป่วยบางรายถึงจะเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน แต่สามารถควบคุมโรคได้ดี ไม่มีปัญหาแทรกซ้อนจากโรค และระยะเวลาที่เจ็บป่วย จะทำให้ผู้ป่วย

ปรับตัวได้ดี ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงข้าม ถ้าผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนานและได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของโรคจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงได้ ส่วนในผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยที่ไม่นาน ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจ มีความวิตกกังวล อาจมีความกลัว โกรธ ซึมเศร้า ไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยแต่เมื่อระยะเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะยอมรับการเจ็บป่วย และพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ นอกจากนี้เมื่อรักษาไปได้ระยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณภาพของตนดีขึ้น หลังจากได้รับการรักษาจากแพทย์ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และเกิดความหวัง เชื่อมมั่นในการรักษาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยปรับตัว และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุขบา ดันดิศักดิ์ (2535) ในผู้ป่วย SLE เนตรนภา คู่พันธ์ (2534) ในผู้ป่วยโรคเรื้อน ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุธาทิพย์ อุบลาคติ (2536) ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องมาตรวจและรับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานเป็นประจำ มีความคุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากรทางด้านสุขภาพ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่า จะปลอดภัยมากกว่าอยู่ที่บ้าน และหลังจากออกจากโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลย คิดเป็นร้อยละ 75.4 ซึ่งค่อนข้างเป็นเอกพันธ์ จึงอาจเป็นสาเหตุทำให้จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ประกอบกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสภาพร่างกายทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี ดังนั้น ผู้ป่วยอาจประเมินความรู้สึกเป็นปกติสุขในปัจจุบัน