

# คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

## QUALITY OF LIFE OF NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES PATIENTS AT SARAPEE HOSPITAL, CHIANG MAI PROVINCE

จตุรงค์ ประกายสกุล<sup>1</sup>, วราภรณ์ ศิริสว่าง<sup>2</sup> และ วันทนีย์ ชวพงษ์<sup>3</sup>

Jaturong Prakaisakun<sup>1</sup>, Waraporn Sirisawang<sup>2</sup> and Wantanee Chawapong<sup>3</sup>

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ 202 ถ.ช้างเผือก ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300<sup>1,2,3</sup>

Chiang Mai Rajabhat University, 202 Chang Puak Road, Chang Puak Sub-district, Mueang District,

Chiang Mai Province 50300<sup>1,2,3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะแทรกซ้อน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพศชายและหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนและรักษาตัวที่โรงพยาบาลสารภี ในระหว่างวันที่ 16 มีนาคม 2559 ถึง 21 เมษายน 2559 จำนวน 105 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $84.36 \pm 1.40$  มิตินี้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ มิติด้านสังคม ( $93.45 \pm 9.82$ ) รองลงมาคือมิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ ( $92.38 \pm 2.28$ ) มิติด้านสุขภาพจิต ( $87.47 \pm 1.15$ ) มิติด้านข้อจำกัดทางร่างกาย ( $87.14 \pm 2.75$ ) มิตินี้มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือมิติด้านสุขภาพโดยรวม ( $64.52 \pm 2.17$ ) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ การปฏิบัติตน ( $p$ -value = 0.002) ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอวและดัชนีมวลกาย และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

<sup>3</sup> อาจารย์ ดร. ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

## ABSTRACT

The research was a cross-sectional descriptive aimed to study the quality of life of non-insulin dependent diabetes patients at Sarapee Hospital, Chiang Mai Province. The samples consisted of 105 diabetes patients. The sampling method used was accidental sampling. The data was collected by using the questionnaire. The results demonstrated that overall quality of life of non-insulin dependent diabetes patients was good with an average score of  $84.36 \pm 1.40$ . The highest score was the practice with an average score of  $93.45 \pm 9.82$ , followed by role limitation due to emotion problems, mental health and role limitation due to physical problems, respectively. The lowest score was general health with an average score of  $64.52 \pm 2.17$ . Factors associated with quality of life of non-insulin dependent diabetes patients was practice ( $p$ -value = 0.002). However, age, family's income per month, age of onset with diabetes, duration of diabetes, fasting blood sugar, waistline, body mass index, and knowledge about diabetes are not significant predictors of overall quality of life.

**KEYWORDS:** Quality of Life, Non-Insulin Dependent Diabetes Patients

### บทนำ

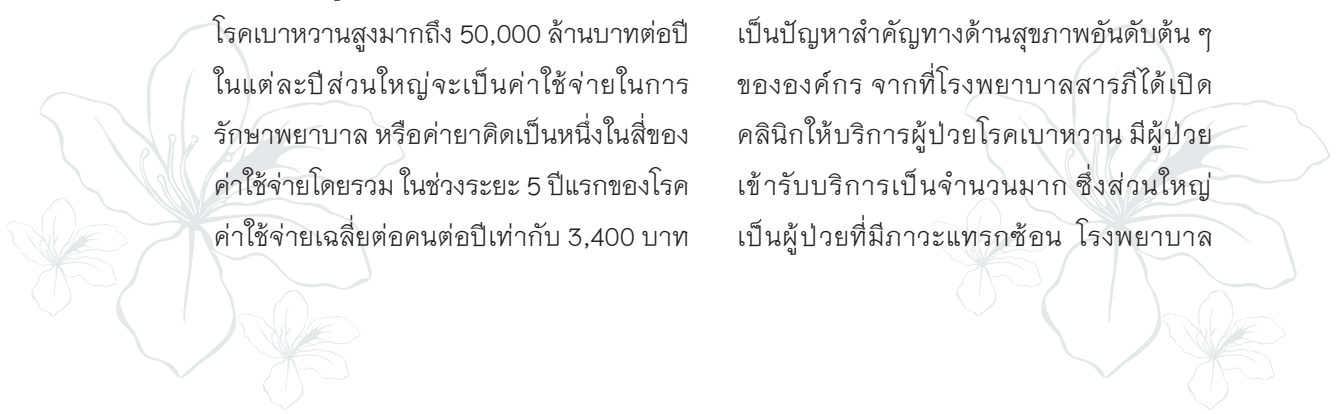
โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถติดต่อกันได้ แต่มีลักษณะการกระจายตัวของโรคในรูปแบบของการระบาด ประเภทของโรคเบาหวานที่พบบ่อยที่สุดคือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 85 (WHO, 2007) โดยข้อมูลสถิติของผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2556 จากสมพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 382 ล้านคน และจำนวนนี้ 210 ล้านคน เป็นผู้ป่วยเบาหวานในทวีปเอเชีย นอกจากนี้ยังมีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานจำนวน 5,096,955 คน และยังได้มีการประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 592 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2578 หรือในจำนวนคน

10 คน จะพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 คน (International Diabetes Federation, 2013) สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 607,828 คน พ.ศ. 2554 จำนวน 621,411 คน พ.ศ. 2555 จำนวน 674,826 คน มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 6,855 ราย พ.ศ. 2554 จำนวน 7,625 ราย พ.ศ. 2555 จำนวน 7,749 ราย และล่าสุดในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 698,720 คน คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,081.25 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด 10 อันดับแรกคือ ขอนแก่น นครราชสีมา อุบลราชธานี อุดรธานี บุรีรัมย์ ร้อยเอ็ด เชียงใหม่ กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ และสกลนคร และมีผู้เสียชีวิต

จากโรคเบาหวานทั้งหมดจำนวน 9,647 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 27 ราย คิดเป็นอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน 14.93 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นอีก 1.1 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า ในปี พ.ศ. 2578 ประชากรไทยในวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 12 รายจะเป็นโรคเบาหวาน ความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (ชัชสิทธิ์ รัตติสาร, 2556) มักพบโรคแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานหลายปี เช่น ปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจ สายตา ไตวาย อัมพาต ขาชา แผลติดเชื้อโดยเฉพาะบริเวณเท้า ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นอยู่กับระยะเวลาการดำเนินของโรคและระดับน้ำตาลในเลือด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551) จากสถิติที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากในแต่ละปี ทำให้งบประมาณรายจ่ายของประเทศที่ต้องใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง หากเป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศที่สูงสูญเสียไปกับการบริหารจัดการโรคเบาหวานสูงมากถึง 50,000 ล้านบาทต่อปี ในแต่ละปีส่วนใหญ่จะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือค่ายาคิดเป็นหนึ่งในสี่ของค่าใช้จ่ายโดยรวม ในช่วงระยะ 5 ปีแรกของโรค ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนต่อปีเท่ากับ 3,400 บาท

ตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นมากกว่า 6 เท่าหากผู้ป่วยมีระยะเวลาการเป็นโรครมากกว่า 20 ปี (ชัชสิทธิ์ รัตติสาร, 2556) นอกจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานที่มีราคาแพง ยังมีปัญหาอื่น ๆ เกิดขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นย่อมทำให้เพิ่มภาระให้กับสมาชิกที่เหลืออยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้เจ็บป่วยเป็นหัวหน้าหรือเป็นเสาหลักของครอบครัว ส่วนผลกระทบด้านชุมชนและสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ต่อชุมชนและสังคม (สุภาภรณ์ ตันตินันท์ตระกูล, 2555)

โรงพยาบาลสารภีมีปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่โดยอันดับแรก คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากสถิติการรับบริการของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานนั้น ในปี พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 970 คน พ.ศ. 2554 จำนวน 1,060 คน พ.ศ. 2555 จำนวน 1,214 คน และในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 1,231 คน และมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตสะสมจากโรคเบาหวานจำนวน 435 ราย จะเห็นได้ว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาโรคเบาหวานจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี มีการจ่ายยาเพื่อรักษาโรคเบาหวานโดยเฉลี่ยถึงปีละ 1,352,226 บาท โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพอันดับต้น ๆ ขององค์กร จากที่โรงพยาบาลสารภีได้เปิดคลินิกให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาล



มีการพัฒนาระบบบริการให้เอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด แต่ยังคงขาดข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน เพื่อนำผลการวิจัยในครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล รวมถึงทักษะบุคลากรด้านสาธารณสุข ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตน กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research)

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั้งเพศชายและหญิงที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,049 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 105 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับวิธีการดำเนินการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงลักษณะของข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการสร้างแบบสอบถามจากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยอื่น ๆ ที่มีลักษณะของเนื้อเรื่องเนื้อหาที่คล้ายคลึงกัน และได้ดัดแปลงแบบสอบถามของภัทรพงษ์ ศรีศิริราษฎร์, รวีวรรณ สุวรรณ ปักฉิณ และรุ่งลาวัลย์ แสงรัตน์ (2552) นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับการวิจัย โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ภาวะหนี้สิน สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว ดัชนีมวลกาย กรรรมพันธุ์ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวาน การเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และการเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกเบาหวาน เป็นแบบสอบถามชนิดเติมคำ และเลือกคำตอบ จำนวน 19 ข้อ
2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ การรับประทานยา

การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การรักษาโรคเบาหวาน การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกคำตอบ จำนวน 14 ข้อ

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตน เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารและการควบคุมอาหาร สิ่งเสพติด การออกกำลังกายและการรับประทานยา เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกคำตอบ จำนวน 22 ข้อ

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต The Medical Outcome Study Short Form Health Survey (MOS SF-36) หรือ SF-36 ฉบับภาษาไทย โดยกิตติ จิระรัตน์โพธิ์ชัย และคณะ (2548) เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกคำตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 8 มิติ จำนวน 35 ข้อ และข้อคำถามเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต จำนวน 1 ข้อ รวมทั้งหมด 36 ข้อ มิติด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ (Physical Functioning) จำนวน 10 ข้อ มิติด้านข้อจำกัดทางร่างกาย เนื่องจากปัญหาสุขภาพ (Role Limitation Due to Physical Problems) จำนวน 4 ข้อ มิติด้านการเจ็บปวดทางร่างกาย (Body Pain) จำนวน 2 ข้อ มิติด้านสุขภาพโดยรวม (General Health) จำนวน 5 ข้อ มิติด้านสังคม (Social Functioning) จำนวน 2 ข้อ มิติด้านความมีชีวิตชีวา (Vitality) จำนวน 4 ข้อ มิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ (Role Limitation due to Emotion Problems) จำนวน 3 ข้อ และมิติด้านสุขภาพจิต (Mental Health) จำนวน 5 ข้อ

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91 จึงสามารถนำแบบสอบถามไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง ในวันพุธและวันพฤหัสบดี ตั้งแต่เวลา 08.00 – 15.00 น. ระหว่างวันที่ 16 มีนาคม ถึง 21 เมษายน 2559 นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องทุกฉบับ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยสถิติเชิงพรรณนา ค่าแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนแรงค์ นำเสนอข้อมูลโดยการบรรยาย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยในคนได้ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ EC-CMPHO 03/2559

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 50.48 เพศชายร้อยละ 49.52 อายุเฉลี่ย  $56.51 \pm 7.53$  ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 55 – 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.43 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 74.29 การศึกษาเรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.86 มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 38.10 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 9,843.81 บาทต่อเดือน โดยรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,501 – 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.76 ซึ่งรายได้ของครอบครัวยังคงไม่เพียงพอถึงร้อยละ 61.90 และครอบครัวมีภาวะหนี้สินร้อยละ 49.52 ส่วนสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ร้อยละ 69.53 เริ่มเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานเมื่ออายุเฉลี่ย  $48.58 \pm 7.19$  ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย  $8.06 \pm 6.66$  ปี มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย  $157.85 \pm 54.41$  มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รอบเอวเฉลี่ยของผู้ชาย  $88.63 \pm 11.11$  เซนติเมตร และผู้หญิง  $78.51 \pm 14.58$  เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $25.11 \pm 4.75$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 63.81 มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 60.00 รองลงมาภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 30.47 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 19.05 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 6.67 ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 4.76 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.91 วิธีการรักษาโรคเบาหวานด้วยการกินยา

ร้อยละ 97.14 ไม่ได้เข้ารับการรักษาดัวยแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลร้อยละ 98.09 และเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกเบาหวานสม่ำเสมอ ร้อยละ 83.81

2. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย การรักษาโรคเบาหวาน การป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 99.05 ตอบได้ถูกต้องในเรื่องการดูแลเท้าที่ดีคือการป้องกันไม่ให้เท้าเป็นแผล หมั่นทำความสะอาด ใส่รองเท้าทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน และการวางแผนการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมสามารถทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รองลงมาตอบถูกร้อยละ 92.38 เท่า ๆ กัน ได้แก่ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ช่วยลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และการป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนคือการสังเกตุสิ่งผิดปกติด้วยตนเอง โรคเบาหวานสามารถทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงแทรกซ้อนได้ กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวานสามารถตรวจพบด้วยตนเองได้ ตอบผิดร้อยละ 57.14 รองลงมาได้แก่ การรักษาโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับแพทย์เท่านั้น ตอบผิดร้อยละ 42.86 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 14 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $11.42 \pm 1.76$  คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับสูง

3. พฤติกรรมการปฏิบัติตน เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารและการควบคุมอาหาร สิ่งเสพติด การออกกำลังกาย และการรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนสูงสุดในเรื่องเคยลดยา และเพิ่มด้วยตัวเอง และปรับยาเมื่อสงสัยว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ไม่เคยปฏิบัติมากที่ สุดคิดเป็นร้อยละ 98.09 เท่า ๆ กัน รองลงมา มีการพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัดทุกครั้ง มีการปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุดร้อยละ 97.14 รับประทานยาได้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง มีการปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด และสูบบุหรี่หรือยาเส้น ไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 94.29 เท่า ๆ กัน และมีการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดตามแผนการรักษาของแพทย์ปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุดร้อยละ 92.38 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $3.25 \pm 0.29$  คะแนน มีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง

4. คุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย  $84.36 \pm 1.40$  คะแนน คุณภาพชีวิตแต่ละมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ มิติด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ย  $93.45 \pm 9.82$  คะแนน รองลงมาคือมิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ย  $92.38 \pm 2.28$  คะแนน มิติด้านสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ย  $87.47 \pm 1.15$  คะแนน มิติด้านข้อจำกัดทางร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ย  $87.14 \pm 2.75$  คะแนน มิติด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ย  $85.95 \pm 1.73$  คะแนน มิติด้านการเจ็บปวดทางร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ย  $83.05 \pm 1.72$  คะแนน มิติด้านความมีชีวิตชีวา มีคะแนนเฉลี่ย  $80.95 \pm 1.64$  คะแนน และมิติด้านสุขภาพโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย  $64.52 \pm 2.17$  คะแนน

**ตารางที่ 1** ระดับคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต
มิติด้านร่างกาย	85.95	1.73	คุณภาพชีวิตระดับดีมาก
มิติด้านข้อจำกัดทางร่างกาย	87.14	2.75	คุณภาพชีวิตระดับดีมาก
มิติด้านการเจ็บปวดทางร่างกาย	83.05	1.72	คุณภาพชีวิตระดับดีมาก
มิติด้านสุขภาพโดยรวม	64.52	2.17	คุณภาพชีวิตระดับดี
มิติด้านสังคม	93.45	9.82	คุณภาพชีวิตระดับดีมาก
มิติด้านความมีชีวิตชีวา	80.95	1.64	คุณภาพชีวิตระดับดี
มิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ	92.38	2.28	คุณภาพชีวิตระดับดีมาก
มิติด้านสุขภาพจิต	87.47	1.15	คุณภาพชีวิตระดับดีมาก
คุณภาพชีวิตโดยรวม	84.36	1.40	คุณภาพชีวิตระดับดีมาก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตน กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล อันได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อายุที่เริ่มป่วย

เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอว และดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

#### ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	r	p-value
อายุ	-0.14	0.169
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	0.11	0.244
อายุที่เริ่มป่วยเป็นเบาหวาน	-0.06	0.565
ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน	-0.07	0.450
ระดับน้ำตาลในเลือด	0.03	0.740
รอบเอว	-0.14	0.164
ดัชนีมวลกาย	-0.05	0.635

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมิติด้านความมีชีวิตชีวา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.038) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมิติด้านร่างกาย มิติด้าน

ข้อจำกัดทางร่างกาย มิติด้านการเจ็บปวดทางร่างกาย มิติด้านสุขภาพโดยรวม มิติด้านสังคม มิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ และมิติด้านสุขภาพจิต และไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

#### ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานกับระดับคุณภาพชีวิต

คะแนนความรู้กับระดับคุณภาพชีวิต	r	p-value
มิติด้านร่างกาย	0.04	0.670
มิติด้านข้อจำกัดทางร่างกาย	0.17	0.089
มิติด้านการเจ็บปวดทางร่างกาย	0.11	0.250
มิติด้านสุขภาพโดยรวม	0.08	0.426
มิติด้านสังคม	0.15	0.136
มิติด้านความมีชีวิตชีวา	0.20	0.038*
มิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ	0.07	0.462
มิติด้านสุขภาพจิต	0.15	0.122
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.15	0.118

\* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05



การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมิติด้านร่างกาย มิติด้านการเจ็บปวดทางร่างกาย และมิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.039, 0.048 และ 0.011 ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

มิติด้านสุขภาพโดยรวม มิติด้านควมมีชีวิตชีวา และมิติด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 (p-value = 0.002, 0.001, < 0.001 และ < 0.001 ตามลำดับ) แต่การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต มิติด้านข้อจำกัดทางร่างกาย และมิติด้านสังคม

**ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนกับระดับคุณภาพชีวิต**

คะแนนการปฏิบัติตนกับระดับคุณภาพชีวิต	r	p-value
มิติด้านร่างกาย	0.20	0.039*
มิติด้านข้อจำกัดทางร่างกาย	0.05	0.621
มิติด้านการเจ็บปวดทางร่างกาย	0.19	0.048*
มิติด้านสุขภาพโดยรวม	0.33	0.001**
มิติด้านสังคม	0.18	0.066
มิติด้านควมมีชีวิตชีวา	0.36	0.000**
มิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ	0.25	0.011*
มิติด้านสุขภาพจิต	0.44	0.000**
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.30	0.002**

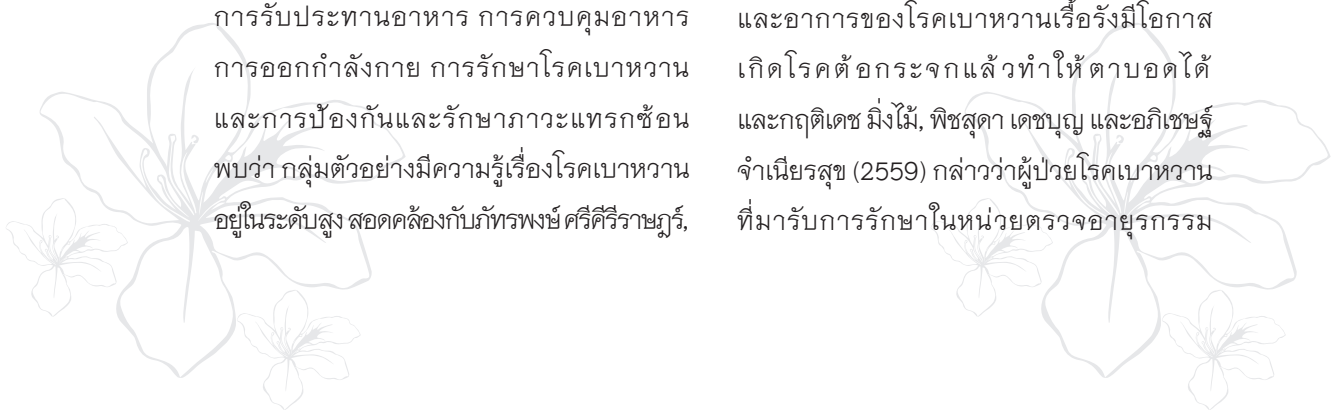
\* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 \*\* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01

**สรุปและอภิปรายผลการวิจัย**

จากผลการวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลสารภี

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาโรคเบาหวาน และการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับภัทรพงษ์ ศรีศิริราษฎร์,

รวีวรรณ สุวรรณปักษิณ และรุ่งลาวัลย์ แสงรัตน์ (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในเขตเทศบาลตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีระดับความรู้มากที่สุด เรื่องการป้องกันไม่ให้เป็นแผล การวางแผนควบคุมอาหารอย่างเหมาะสม และอาการของโรคเบาหวานเรื้อรังมีโอกาสเกิดโรคต่ออวัยวะแล้วทำให้ตาบอดได้ และกฤติเดช มิ่งไม้, พิษสุดา เดชบุญ และอภิเชษฐ์ จำเริญรสขุ (2559) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในหน่วยตรวจอายุรกรรม



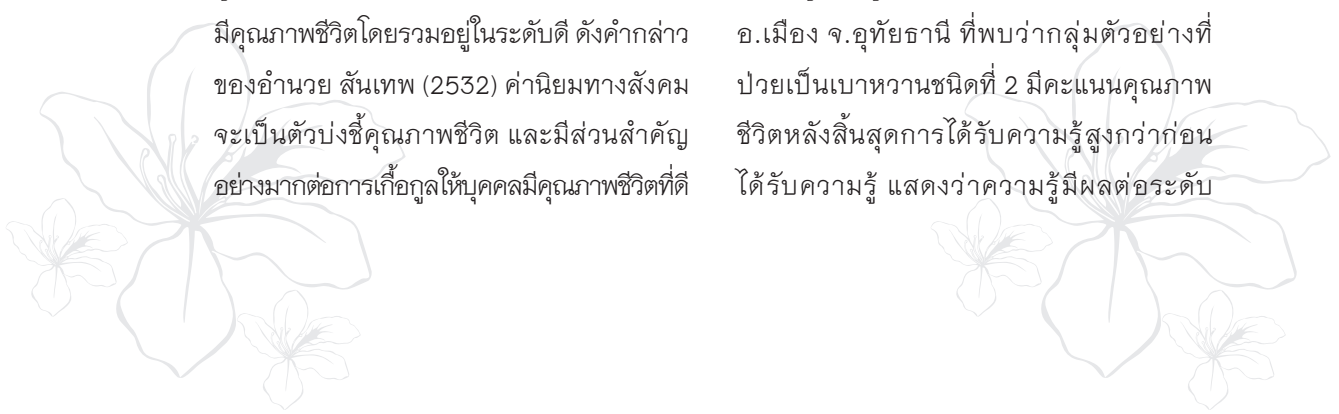
ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดปทุมธานี มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง โดยสามอันดับแรกได้แก่ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย รวมถึง วรรณกรรม ชีววัฒนา และนิชานาฏ สอนภักดี (2557) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภาพรวมอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน จากการที่โรงพยาบาล สาราภิรมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น ทุกปี และถือเป็น 1 ใน 10 สถานะสุขภาพ ของผู้ป่วยในอำเภอสารภี (โรงพยาบาลสารภี, 2557) จึงเป็นประเด็นที่ทำให้โรงพยาบาล เห็นความสำคัญและเปิดคลินิกเฉพาะทาง โรคเบาหวานขึ้นในปี 2548 เพื่อให้เกิดความ สะดวกในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการแนะนำให้ ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ โรคเบาหวานทุกครั้งโดยพยาบาลเฉพาะทาง ในช่วงระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจจากแพทย์ ประกอบกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้ ต่าง ๆ ในยุคปัจจุบันเป็นไปได้ง่าย มีหลายช่องทาง เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ น่าจะเป็นตัวแปร ที่ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในเรื่องการรับประทาน และควบคุมอาหาร สิ่งเสพติด การออกกำลังกาย และการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง สอดคล้อง กับภัทรพงษ์ ศรีศิริราชภูร์ และคณะ (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเรื่องการ รับประทานยา สิ่งเสพติด การออกกำลังกาย

และการรับประทานยา มีการปฏิบัติทุกครั้ง อยู่ในระดับมาก และกฤติเดช มิ่งไม้ และคณะ (2559) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.20 มีพฤติกรรมในระดับดี พฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน ได้แก่ รับประทานอาหารตรงต่อเวลา หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด รับประทานยา ตามคำแนะนำของแพทย์ และไม่ใช้ยาสมุนไพร ในเบาหวาน เช่นเดียวกับวรรณกรรม ชีววัฒนา และคณะ (2557) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภาพรวม อยู่ในระดับสูง โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการ ควบคุม อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาหรือฉีดยา และพฤติกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน อยู่ในระดับสูง จากการวิเคราะห์ในโรงพยาบาล สารภีหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่จำเป็น เกี่ยวกับโรคเบาหวานแล้ว ทำให้เกิดความ ตระหนักถึงผลกระทบอันร้ายแรงที่จะเกิดขึ้น ถ้าหากยังมีพฤติกรรมการปล่อยปะละเลย ไม่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ จึงเกิดการนำความรู้ ที่ได้รับมาไปปฏิบัติให้เกิดเป็นนิสัยและความ เคยชิน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อันเนื่องมาจากโรคเบาหวาน และเพื่อให้ มีชีวิตที่ยืนยาว โดยกระบวนการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ เป็นประโยชน์ในการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติ ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถนำความรู้ นั้นไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับผลการวิจัย ดังข้างต้นที่ว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอยู่ใน ระดับสูง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยรวมอยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตในแต่ละมิติอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกัน มิติที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ มิติด้านสังคม รองลงมาคือมิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ มิติด้านสุขภาพจิต และมิติด้านข้อจำกัดทางร่างกาย ส่วนมิติที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดได้แก่ มิติด้านสุขภาพโดยรวม สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงเดือน จันทสุริยวิช (2552) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านที่มีคุณภาพชีวิตสูงที่สุดคือมิติด้านสังคม รองลงมาคือมิติด้านร่างกาย มิติด้านข้อจำกัดทางร่างกาย มิติด้านข้อจำกัดทางจิตใจ ด้านที่น้อยที่สุดคือมิติด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม และศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ (2554) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี เมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี แสดงให้เห็นว่าสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต การได้อยู่ในสังคมที่ดี ได้ไปเยี่ยมครอบครัวญาติ เพื่อน ได้พบปะสังสรรค์ ทำให้เกิดสุขภาพทางจิตที่ดี ไม่มีปัญหาทางอารมณ์หรือจิตใจ ทำให้มองว่าปัญหาสุขภาพร่างกายไม่ได้ส่งผลต่อการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสารภี มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ดังคำกล่าวของอำนาจ สันทเพ (2532) ค่านิยมทางสังคมจะเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต และมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการเกื้อกูลให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อายุที่เริ่มป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอวและดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน สอดคล้องกับจิณณพัทธ์ อธิโรภักดิ์กุล และพิรพนธ์ สือบุญชูวัชชัย (2552) กล่าวว่า อายุและรายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต และศลาชนันท์ หงส์สวัสดิ์ (2551) อายุที่เริ่มเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงโสภิต อุบล (2557) ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด รอบเอวและดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม แต่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตมิติด้านความมีชีวิตชีวา โดยมีความรู้สึกว่าตนเองกระปรี้กระเปร่า มีพลังกำลัง มีเรี่ยวแรง ไม่อ่อนเพลีย ไม่เหนื่อยล้าหรือเบื่อหน่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑามาศ เกษศิลป์, พาณี วิรัชชกุล และอรุณี หล่อนิล (2556) ศึกษาความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอ.เมือง จ.อุทัยธานี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนคุณภาพชีวิตหลังสิ้นสุดการได้รับความรู้สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ แสดงว่าความรู้มีผลต่อระดับ



คุณภาพชีวิต และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2557) ยิ่งกล่าวอีกว่าการให้ความรู้โรคเบาหวาน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเบาหวาน ผลลัพธ์ของการให้ความรู้โรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง และเพิ่มคุณภาพชีวิต รวมถึงถาวร ศรีไชย (2557) ที่ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าการให้ความรู้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิเคราะห์พบว่ามิติด้านความมีชีวิตชีวา เป็นมิติคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพของตนเองดีหรือไม่ดี การที่ผู้ป่วยจะรับรู้ในสถานะสุขภาพของตนเองได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้หลาย ๆ อย่างมาใช้ในการคิดวิเคราะห์ และประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากก็จะสามารถรับรู้และประเมินสถานะสุขภาพของตนเองได้ดี ความรู้เป็นตัวแปรที่บ่งบอกระดับคุณภาพชีวิตในมิติด้านความมีชีวิตชีวาได้

การปฏิบัติตน ได้แก่ การรับประทาน และการควบคุมอาหาร สิ่งเสพติด การออกกำลังกาย และการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต การปฏิบัติตนที่ดีจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของเสกสรร หีบแก้ว (2554)

ที่พบว่า การดูแลและช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูหินร่อง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลต่อคุณภาพชีวิต และสง่า สงครามภักดี (2555) กล่าวว่าพฤติกรรมสร้างสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคผักและผลไม้ การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลตนเองดี ก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย รวมถึงอนัญญา บำรุงพันธ์ุ, วันดี บุญเกิด และพัชรี ประภาสิต (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น โรงพยาบาลปกเกล้าพบว่า หลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการตนเองมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าก่อนใช้ แสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต และประภา พิทักษา และปิ่นสุข สาลิตุล (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทยชุดหลักธรรมานามัย พบว่า ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนทดลอง ดังคำกล่าวของกฤติเดช มิ่งไม้ และคณะ (2559) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ และยังส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการให้บริการ วางแผนพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน วางแผนรณรงค์ส่งเสริมการปฏิบัติตน เพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. ผลการวิจัยความสัมพันธ์ของความรู้และการปฏิบัติตนต่อคุณภาพชีวิต สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล

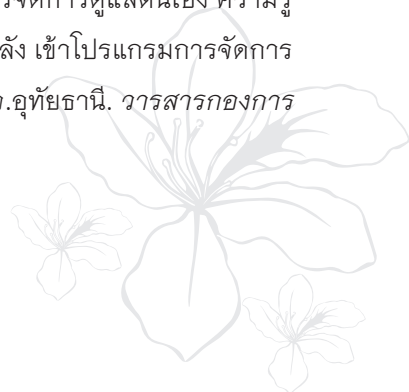
### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการปรับปรุงแบบสอบถามคุณภาพชีวิตให้มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคเบาหวานยิ่งขึ้น เพื่อให้เป็นแบบสอบถามที่สามารถวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะต่อไป

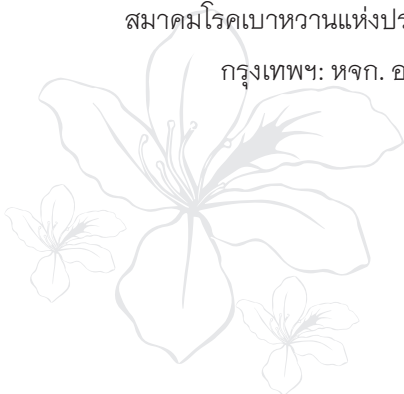
2. การวิจัยครั้งนี้ มุ่งเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสารภีเท่านั้น หากต้องการข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับอำเภอ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสารภี เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในอำเภอสารภีให้ดีขึ้นได้

### เอกสารอ้างอิง

- กิตติ จิระรัตน์โพธิ์ชัย และคณะ. (2548). ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามเอสเอฟ-36 รุ่นที่ 2 ฉบับภาษาไทยในการประเมินอาการผู้ป่วยปวดหลัง. *วารสารจดหมายเหตุทางแพทยศาสตร์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 88(10), 1355 – 1361.
- กฤติเดช มิ่งไม้, พิชสุดา เดชบุญ และอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในหน่วยตรวจอายุรกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏเพชรบุรีวิจัยเพื่อแผ่นดินไทยที่ยั่งยืน ครั้งที่ 6*. 9 กรกฎาคม 2559 (น. 1 – 7). เพชรบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- จิณณพัต ธีรศักดิ์กัตกุล และพีรพันธ์ ลีอนุญชวัชชัย. (2552). คุณภาพชีวิตและปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(2), 185 – 196.
- จุฑามาศ เกษศิลาปี, พาณี วิรัชชกุล และอรุณี หล่อนิล. (2556). การจัดการดูแลตนเอง ความรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ก่อน-หลัง เข้าโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขต อ.เมือง จ.อุทัยธานี. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 84 – 103.



- ชัชสิทธิ์ รัตตสาร. (2556). การระบาดของโรคเบาหวาน และผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลรามารามาธิปดี.
- ดวงเดือน จันทสุริยวิช. (2552). ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. (วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี).
- ถาวร ศรไชย. (2557). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน ขึ้นจอประสาทตา. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยคริสเตียน).
- ประภา พิทักษา และปิ่นสุข สาลิตุล. (2555). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทยชุดหลักกรรมานามัย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 10(1), 43 – 51.
- ภัทรพงษ์ ศรีศิริราษฎร์, รวีวรรณ สุวรรณปักฉิม และรุ่งลาวัลย์ แสงรัตน์. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นโรคเป็นโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษาในเขตเทศบาลตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร).
- โรงพยาบาลสารภี. (2557). ข้อมูลพื้นฐานขององค์กร. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสารภี.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา และณิชาภา สอนภักดี. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(3), 163 – 170.
- ศลาชนันท์ หงษ์สวัสดิ์. (2551). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล).
- ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ. (2554). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี เมืองยาง อำเภอมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 17(1), 31 – 43.
- สง่า สงครามภักดี. (2555). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 9(1), 38 – 46.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: หจก. อรุณการพิมพ์.



สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2556). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน (E10 – E14) ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ. 2550 – 2556 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสาธารณสุขและภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร)*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *เอกสารการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุภาภรณ์ ตันดินันท์ตระกูล. (2555). *เบาหวาน ถ้ารู้ทัน ก็ไร้เสียง*. *วารสารวิชาการสถานบันการพลศึกษา*, 4(2), 125 – 135.

เสกสรร หีบแก้ว. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์*. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

โสภิต อุบล. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลถ้ำพระภรรยา*. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้*, 28(2), 18 – 24.

อนัญญา บำรุงพันธ์ุ, วันดี บุญเกิด และพัชรี ประภาสิต. (2554). *ผลการใช้รูปแบบการจัดการตนเองต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นโรงพยาบาลพระปกเกล้า*. *วารสารกองพยาบาล*, 38(1), 42 – 51.

อำนวยการ สันเทพ. (2532). *การศึกษาความต้องการคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในสาธารณสุขเขต 5*. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล).

International Diabetes Federation. (2013). *IDF Diabetes Atlas*. (Sixth Edition). Brussels: De Visu Digital Document Design.

WHO. (2007). *Diabetes Prevention and Control: A Strategy for the WHO African Region*. Report of the Regional Director at the 15th Regional Committee for Africa, Brazzaville, Republic of Congo.

