

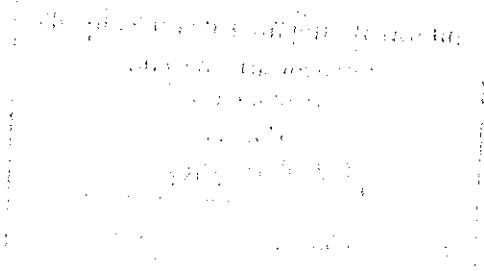


ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

The Relationship between Social Support and Quality of Life
in Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus Patients

รุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์

Rujira Pulpermsub



วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2537

๑

เลขหมู่	RA 615.25 ๖๙ ๒๕๓๗ ๑.๒
Bib Key	๕๙๙๖๐

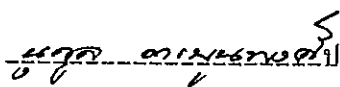
(1)

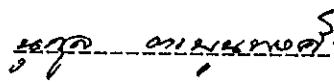
ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน
ที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

ผู้เขียน นางสาวรุจิรา นวลเพิ่มทรัพย์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

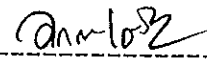
คณะกรรมการที่ปรึกษา

คณะกรรมการสอบ

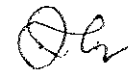

ประธานที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นกุล ตะบูนพงศ์)


ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นกุล ตะบูนพงศ์)

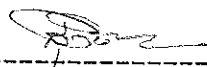

กรรมการ


กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อามรณ์ เชื้อประไพศิลป์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อามรณ์ เชื้อประไพศิลป์)

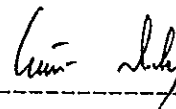

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์อรัญญา เช่าวลิต)


กรรมการ

(แพทย์หญิงสุวิภา รัตนชัยวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็น ส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


กรรมการ

(ดร. ไพรรัตน์ สงวนไทร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่
ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน
ผู้เขียน นางสาวรุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2537

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้อง
พึ่งอินซูลิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลหาดใหญ่
จำนวน 100 คน ผลการวิจัย พบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=.46$,
 $p<.01$) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($r=.30$, $p<.01$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($r=.33$,
 $p<.01$) และคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ($r=.41$, $p<.01$)

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิต ได้
อย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ได้แก่

2.1 การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถอธิบายความแปร
ปรวนของคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทาง
สังคม ได้ร้อยละ 23, 13, และ 22 ตามลำดับ

2.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าสามารถอธิบายความ
แปรปรวนของคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์
ทางสังคม ได้ร้อยละ 8, 4, และ 7 ตามลำดับ

2.3 การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพ
ชีวิตด้านจิตใจ ได้ร้อยละ 11

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ จะเห็นว่าการสนับสนุนด้านการเงินเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน โดยที่สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นการพยาบาลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน จึงควรเห็นและสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และควรสนับสนุนให้ผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายของสังคมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

Thesis Title The Relationship between Social Support and Quality
 of Life in Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus
 Patients

Author Miss Rujira Pulpermsub

Major Program Adult Nursing

Academic Year 1994

Abstract

The purposes of study was to explore the relationship between social support and quality of life in Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) patients. The subjects included 100 NIDDM patients attending DM clinic at out patient department at two hospitals in Changwat Songkla.

The result of the study are as follows :

1. A global social support was positively correlated with a global quality of life ($r=.46$, $p<.01$), physical well being ($r=.30$, $p<.01$), psychological well being ($r=.33$, $p<.01$), social interaction well being ($r=.41$, $p<.01$)

2. The components of social support which could explain the variance of a global quality of life were :

2.1 Network support explained 23, 13 and 22 percents of the variance of global quality of life, physical well being and social well being respectively.

2.2 Esteem support explained 8, 4 and 7 percents of the variance of global quality of life, physical well being and social well being respectively.

2.3 Social support explained 11 percents of the variance of global psychological well being.

The results suggest that NIDDM patients should maintain their social contact with friends and their networks. Nurses should promote as well as encourage clients' family to provide social support to clients.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก
ผศ.ดร.นุกูล ตะนูนวงศ์ และผศ.ดร.อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
ผศ.ดร.ศิริพร ชัยภักขิต และรศ.อัญญา เชาวลิต ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และ
ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ ผู้วิจัยรู้สึกทราบดีซึ่งในความกรุณาของท่านอาจารย์ทุกท่าน จึง
ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และอาจารย์ทัศนีย์ นะแสง ที่
ช่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ในการตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตาม
เนื้อหาของเครื่องมือ

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่คลินิกอายุรกรรม โรง-
พยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวก ในการนำเครื่องมือ
ไปทดลองใช้ พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่าน
ประจำคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ได้อนุเคราะห์และ
อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างดี และที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ
กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ได้รับทุนจากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ท่มพล) จุฑาธุช
กุญชรนิธิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ของบัณฑิตวิทยาลัย จึง
ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ พ่อและแม่ ที่คอยห่วงใยและให้กำลังใจตลอดเวลา
และขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ทุกคนที่ช่วยเหลือ

รุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญ	(8)
รายการตาราง	(10)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิด	4
สมมติฐาน	7
นิยามศัพท์	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
โรคเบาหวาน	9
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	15
โรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิต	24
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	25
การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต	33
3 วิธีการวิจัย	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือในการวิจัย	36
	(8)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	43
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	43
การอภิปรายผล	55
5 สรุปและข้อเสนอแนะ	59
สรุปการวิจัย	59
ข้อเสนอแนะ	60
บรรณานุกรม	62
ภาคผนวก	77
ภาคผนวก ก.	78
ภาคผนวก ข.	79
ภาคผนวก ค.	82
ภาคผนวก ง.	87
ภาคผนวก จ.	94
ประวัติผู้เขียน	95

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ภาวะแทรกซ้อน	44
2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วย โรคเบาหวาน และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา	45
3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามคะแนน การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านและโดยรวม	46
4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านและการสนับสนุน ทางสังคมโดยรวม	48
5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามคะแนน ดัชนีคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและโดยรวม	49
6 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและคุณภาพชีวิต โดยรวม	50
7 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมกับคุณภาพชีวิตใน แต่ละด้านและคุณภาพชีวิต โดยรวม	51
8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตและการสนับสนุน ทางสังคม	52
9 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ ได้รับเลือกเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิต	53

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันโรคเบาหวานนับเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก อันเนื่องมาจากการเกิดทวีจำนวนมากขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในสังคมที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และจำนวนของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีประมาณมากกว่า 50 ล้านคน (Hoet, 1991) สำหรับประเทศไทยจากผลการสำรวจประชากรหลายครั้ง โดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 3 และในประชากรอายุเกิน 60 ปี พบโรคนี้ได้สูงถึงร้อยละ 13 (คณะกรรมการแห่งชาติเรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน, 2531) โรคเบาหวานมี 2 ชนิด คือโรคเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน และโรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน สำหรับโรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินมีสูงถึงร้อยละ 85-90 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ที่เหลือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องพึ่งอินซูลิน (DeGroot et al., 1988) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 ชนิด มีโอกาสที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดตีบได้มากกว่าผู้ป่วยธรรมดาถึง 12 เท่า และจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทั้งหลอดเลือดใหญ่และหลอดเลือดเล็กนี้เอง ยังผลให้อวัยวะระบบต่าง ๆ ทั่วร่างกายทำงานผิดปกติ บังเกิดผลเสียด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจต่อตัวผู้ป่วยเองต่อครอบครัว และต่อเนื่องไปถึงสังคมส่วนรวมและประเทศชาติ (Robertson, 1989; อูระดีและคณะ, 2536)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดต้องการการดูแลรักษาตลอดชีวิต ยิ่งระยะเวลาเจ็บป่วยนาน ก็ยิ่งมีผลต่อการช่วยเหลือตนเอง ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง และรายได้ของครอบครัวก็ลดลงจากการที่ต้องใช้จ่ายเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางไปรับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเตรียมอาหารเฉพาะโรค (Wilma et al., 1979) จากการสำรวจพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถหรือถูกจำกัดในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน (Tilden & Weinert, 1987) นอกจากนี้บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องจำกัดกิจกรรม ไม่สามารถทำอะไร ๆ ได้เหมือนคนทั่วไป มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ เปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความท้อแท้ ซึมเศร้า หวาดกลัว วิตกกังวล และทำให้บุคคลเชื่อว่าตนได้สูญเสียความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าที่ต้องคอยพึ่งพาอาศัยผู้อื่น (Dorothy & Hood, 1976) สภาพการดำเนินชีวิตในสังคมและความพึงพอใจในชีวิตจะเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Burckhardt, 1985) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานก็เช่นเดียวกัน กล่าวคือผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง ต้องมีความเข้าใจในลักษณะของโรค และต้องเรียนรู้ว่าจะปฏิบัติตนอย่างไร จึงจะสามารถควบคุมโรคได้ ต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม บีเบ (Beebe, 1981) กล่าวว่าไม่มีโรคเรื้อรังใดที่ต้องดูแลทุกวันอย่างโรคเบาหวาน โรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมาก เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจพอ ๆ กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Younger & Moir, 1987) ปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกหมดหวังที่จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำงานเหมือนคนปกติ รู้สึกวิตกกังวล กลัว และคับข้องใจต่อข้อจำกัดในการปฏิบัติตน (บุศรา, 2524) บางคนแยกตัวจากผู้อื่นและรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว (Nilsen, 1980) บางคนต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องการพาไปตรวจตามที่แพทย์นัด และจากการที่ต้องปรับตัวที่ลำบาก ทำให้มีผลต่ออารมณ์ (Younger & Moir, 1987) จะเห็นได้ว่าสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน คือทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องดำรงชีวิตได้อย่างไม่ปกติสุข หรือไม่สามารรดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนี้เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แม้แต่ผู้ป่วยเบาหวานก็ต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกันนอกจากนั้นแล้วเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย ก็คือการดูแลคนทั้งคนเป็นการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม นั่นก็คือการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในในการควบคุมสุขภาพทัศนคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Burckhardt, 1985) การดูแลตนเอง (Hanucharurnkul, 1988; นิธยา 2534; วรวรรณ, 2534) การมีขวัญและกำลังใจ (Graham & Longman, 1987) การรับรู้สุขภาพ (Hicks et al., 1992) นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค

ทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลโดยการทำให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี ช่วยลดภาวะวิกฤติของชีวิตโดยเป็นตัวช่วยลดความเครียด (Cohen & Will, 1985) ส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด (Wortman, 1984) ช่วยทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤติในลักษณะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดการปรับตัวและการตอบสนองต่อภาวะเครียด ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ (Crawford, 1987) และการสนับสนุนที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารประสบการณ์และความคิด ทำให้บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาคำแนะนำในการแก้ปัญหา และข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติและปฏิบัติของบุคคล ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น (Hanucharunkul, 1988) สิ่งเหล่านี้จึงอาจมีผลทำให้บุคคลรู้สึกเป็นปกติสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต มีผู้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบ (Burckhardt, 1982) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Hanucharunkul, 1988; แสงอรุณ, 2534) กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (ลัดดาวัลย์, 2532) และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เนตรนภา, 2534) ผลพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต แต่จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า ไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานถึงแม้จะจัดเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่มีความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ คือ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่ว ๆ ไป ถ้าเขาสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้แล้วจากการศึกษาค้นคว้ายังพบอีกว่า ไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตต่างก็มีองค์ประกอบหลายด้าน ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การศึกษาถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถตอบคำถามได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตหรือไม่ และการสนับสนุนด้านใดที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินมากที่สุด ผลของการวิจัยจะช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลได้ใช้ปัจจัยนี้ในการประเมินผู้รับบริการที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน เพื่อวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินให้สามารถดำรงชีวิต ได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพอันเป็นเป้าหมายใหม่ของพยาบาลยุคปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

คำถามการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินมีความสัมพันธ์กันหรือไม่?
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านใดที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตแต่ละด้านของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ?

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1990) ในการศึกษาคุณภาพชีวิต และแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1979) เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการแม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน เนื่องจากเป็นโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาและปฏิบัติตัวให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และต้องปรับแผนการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความเป็นปกติสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

พาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1990) จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น

1. การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ความผาสุกเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายโดยทั่วไป การวินิจฉัยรักษาและอาการเฉพาะโรค
2. การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ เป็นการรับรู้ความผาสุกเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา การได้รับผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์
3. การรับรู้ความผาสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการรับรู้ความผาสุกเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น การพึ่งพาทางสังคม ทำให้ตนรู้สึกไม่อ้างว้าง โดดเดี่ยว มีส่วนร่วมกับสังคม

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากสังคมหรือบุคคลในสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1979) เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีความรู้สึกผูกพัน เชื่อมั่นและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งการสนับสนุนในด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกเดียวดาย
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า ได้แก่ การที่บุคคลอื่นเห็นคุณค่ายอมรับในความสำเร็จ หรือความสามารถของบุคคลนั้น ซึ่งการสนับสนุนจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม เช่น บทบาทในอาชีพ หรือความสามารถในการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ในครอบครัว บทบาทเหล่านี้จะได้รับการยอมรับ เชื่อถือจากสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลนอกครอบครัวก็ได้
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคมที่มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็น การสนับสนุนที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด
4. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

5. การสนับสนุนด้านร่างกาย เงิน และสิ่งของ ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือด้าน เงินสิ่งของ แรงงาน และบริการ จากสมาชิกในครอบครัว หรือนอกครอบครัวก็ได้

หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทั้ง 5 ประเภท จะทำให้บุคคลนั้นได้รับการตอบสนอง ความต้องการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเป็นความจำเป็นพื้นฐานต่อการดำเนินชีวิต ซึ่ง ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองมาก บุคคลนั้นย่อมมีความรู้สึกเป็นปกติสุขมาก หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย โดย ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และ ระบบภูมิคุ้มกัน โรคทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลโดยการทำให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี (Cohen & Wills, 1985) นอกจากนี้แล้วคนก็แยกตัวออกจากสังคม จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม น้อย และมีโอกาสเกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (Berkman & Syme, 1979)

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ โดยการ สนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤติของชีวิต โดยเป็นตัวช่วยลดความเครียด (Cohen & Wills, 1985) ส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด (Wortman, 1984) นอกจากนี้ แล้วการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถเผชิญกับ ภาวะวิกฤติในลักษณะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดการปรับตัวและการตอบสนองต่อภาวะเครียด ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ (Crawford, 1987)

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม คอบบ์ (Cobb, 1979) กล่าวว่า การสนับสนุนที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดทำให้ บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหา และข้อมูลย้อนกลับ เกี่ยวกับความประพฤติและปฏิบัติของบุคคล ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความรู้สึกที่สามารถจะ พึงพาและไว้วางใจผู้อื่น (Hanucharurnkul, 1988) จึงก่อให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทาง สังคม

นอกจากการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแล้ว ยังมีปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าว เช่น เนศ

(Burckhardt, 1985; ทัดนีย์, 2530; ประภา, 2532; นัยนา, 2535) อายุ (Padilla & Grant, 1985; ทัดนีย์, 2530) สถานภาพสมรส (Habbaed et al., 1984) ระดับการศึกษา (Hanucharurnkul, 1988; ประภา, 2532; จิตรวลีย์, 2533) รายได้ของครอบครัว (Cameran et al., 1974 cited in Burckhardt, 1982; ประภา, 2532; จิตรวลีย์, 2533) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Scmidt et al., 1988) อ้างตามเนตรนา, 2534)

สัมติฐาน

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินสุลิน

นิยามศัพท์

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและในสังคม ซึ่งวัดโดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ เนตรนา คู่นั้นธวี (2534) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของคอบบี้ (Cobb, 1979) เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981)

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของบุคคลต่อความเป็นปกติสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งวัดโดยตรรกษณ์คุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1990)

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินสุลิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินสุลิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน
2. ทำให้ทราบผลกระทบถึงความสำคัญของการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและสามารถส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมได้ถูกด้านในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน
3. ใช้การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน การศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคเบาหวาน
2. แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
3. โรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิต
4. แนวความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
5. การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

โรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างการสร้างและการใช้หรือความต้องการฮอว์โมนอินซูลิน เช่น ผลิตน้อยกว่าปกติ ผลิตปกติแต่ต้องการมาก หรือมีแต่ใช้ไม่ได้ ทำให้เกิดความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ยังผลให้เซลล์ไม่สามารถใช้น้ำตาลให้เป็นพลังงาน รวมทั้งไม่สามารถเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นกลัยโคเจนหรือไขมัน ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงและถูกขับออกมากทางไต (Beebe, 1981; วัลลาและอดิสัย, 2534)

1. ชนิดของโรคเบาหวาน

ปัจจุบันได้มีการแบ่งโรคเบาหวานออกเป็น 2 ชนิดคือ

1.1 โรคเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินซูลิน (Insulin-Dependent Diabetes Mellitus) มักเกิดกับเด็กและวัยรุ่น เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อยกว่า 20 ปี เกิดเนื่องจากเบต้าเซลล์ (Beta cells) ผลิตอินซูลินได้น้อยหรือไม่ได้เลย สาเหตุมีหลายอย่าง เช่น การ

ติดเชื้อไวรัส ปฏิกริยาอัตโนมัติภูมิ หรือได้รับสารเคมีที่มีพิษ อาการของโรคจะเกิดขึ้นกระทันหัน และรุนแรงจะเกิดภาวะที่มีกรดคั่งในกระแสเลือดได้ง่าย (Beebe, 1981) เบาหวานชนิดนี้พบได้ร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (DeGroot et al., 1988) และต้องใช้อินซูลินในการรักษาและควบคุมโรค (วัลลาและอดิษฐ์, 2534)

1.2 โรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus) มักเกิดกับผู้ที่อายุเกิน 40 ปี แต่อาจพบในผู้ที่มีอายุน้อยกว่านี้ได้ปริมาณอินซูลินในกระแสเลือดอาจปกติ น้อยหรือมากกว่าปกติก็ได้ อาการของโรคไม่รุนแรงค่อยเป็นค่อยไป เบาหวานชนิดนี้พบได้ร้อยละ 85-90 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด (DeGroot et al., 1988) ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดโรคได้แก่ กรรมพันธุ์ คนที่อ้วนมากเกินไปและออกกำลังกายน้อย ผู้สูงอายุ การรักษาโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย กินยาลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่ถ้าการรักษาดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผล จึงรักษาโดยใช้อินซูลิน ปกติผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่เกิดภาวะที่มีกรดคั่งในกระแสเลือดแต่มีภาวะไฮเพออสโมลาริตี (Hyperosmolarity) (วัลลาและอดิษฐ์, 2534)

2. อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ผลของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดอาการสำคัญ 4 ประการ (วัลลาและอดิษฐ์, 2534) คือ

2.1 ถ่ายปัสสาวะจำนวนมาก (Polyuria) เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไต (ปกติปริมาณ 180 มก.เปอร์เซ็นต์) ร่างกายจะขับน้ำตาลออกจากปัสสาวะทำให้แรงดันออสโมติก (Osmotic) ของปัสสาวะสูงขึ้น renal tubule จึงไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับเข้าสู่ร่างกายได้ ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะออกมาจำนวนมากและบ่อยครั้ง

2.2 ดื่มน้ำมาก (Polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะจำนวนมาก จึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีอาการกระหายน้ำมาก ดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก

2.3 น้ำหนักลด (Weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่างกายก็จะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานแทน จึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อ ร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว

2.4 รับประทานอาหารจุ (Polyphagia) จากการที่ร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสในเลือดมาใช้ได้เพื่อเป็นการชดเชยภาวะนี้ผู้ป่วยจึงหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ

3. ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

3.1 ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ซึ่งมีทั้งที่เกิดจากน้ำตาลในเลือดต่ำและเกิดจากน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวานที่น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เกิดจากการได้รับอินซูลินมากเกินไป รับประทานอาหารน้อยลง ออกกำลังกายมากผิวหนังมักซีด เย็น เหงื่อออกมาก อุณหภูมิร่างกายต่ำลง (Hypothermia) และหมดสติ (Hypoglycemic coma) (อรสา, 2534) ส่วนผู้ป่วยที่น้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เกิดจากการมีอินซูลินไม่เพียงพอที่จะเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ทำให้เกิดการขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะ จึงมีการดื่มน้ำตามออกมามาก ผู้ป่วยจึงถ่ายปัสสาวะมากกระหายน้ำมากกว่าปกติ และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจะดื่มน้ำได้ทันกับจำนวนน้ำที่เสียไปทางปัสสาวะ ก็จะเกิดอาการขาดน้ำ และอาจหมดสติได้ (Christman & Bennett, 1987)

3.2 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังผู้ป่วยเมื่อเป็นเบาหวานแล้วไม่ได้รับการควบคุมดูแลที่ดีเพียง 5 ปี ก็จะเริ่มเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง (สรวง, 2528) ได้แก่ การเสื่อมของระบบประสาท (Diabetic neuropathy) ทำให้เกิดอาการชาที่ปลายมือเท้า การเสื่อมแข็งและตีบของหลอดเลือดทั่วร่างกาย (Angiopathy) ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดในสมอง ภาวะไตเสื่อม (Nephropathy) ทำให้เกิดไตวายจอตาลเสื่อม (Retinopathy) ทำให้ตามัวหรือตาบอด และอาจเกิดต้อกระจก (Beebe, 1981; Robertson, 1989)

4. การควบคุมรักษาอาการ

เป้าหมายของการควบคุมรักษาอาการ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีหลักในการควบคุมรักษาอาการดังนี้

4.1 การควบคุมอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 40 ยังบกพร่องในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Robertson, 1987) จากการศึกษาของรัชตะและคณะ (2530) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน จำนวน 140 คน พบว่าร้อยละ 55 มีปัญหาในการควบคุมอาหาร

ปัจจุบันการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน ได้เน้นถึงการควบคุมแคลอรีรวมของอาหารที่ได้รับ ควรได้รับวันละประมาณ 30 แคลอรี ต่อน้ำหนักตัวมาตรฐานที่ควรเป็น 1 กิโลกรัม (วิลลาและอดิสัย, 2534) โดยไม่จำเป็นต้องจำกัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (Marian & Mary, 1983) แต่ควรเลือกรับประทานคาร์โบไฮเดรตพวกที่ไม่ใช่น้ำตาล (Polysaccharides) และอาหารที่มีกาก ได้แก่ แป้ง ถั่ว หรือผลไม้ และควรหลีกเลี่ยงพวกน้ำตาลชั้นเดียว (Monosaccharides) หรือน้ำตาลสองชั้น (Disaccharides) (Heins, 1983) ผลงานที่ควรได้รับ คือ ผลงานจากคาร์โบไฮเดรต 60% ผลงานจากไขมัน 20% และผลงานจากโปรตีน 20% (Christman & Bennett, 1987)

ซิมสันและคณะ (Simson et al., 1981) ได้ทำการศึกษาเรื่องของการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน 9 ราย และไม่พึ่งอินซูลิน 18 ราย โดยให้รับประทานอาหารที่เป็นสารเชิงซ้อนคาร์โบไฮเดรต (Complex Carbohydrate) เช่น ข้าวซ้อมมือ แป้ง มัน ประมาณร้อยละ 60 ของแคลอรีทั้งหมดที่ได้รับ ไขมันอิ่มตัวร้อยละ 18 ของแคลอรีทั้งหมด และโปรตีนจากถั่วต่าง ๆ ซึ่งเป็นอาหารที่มีกากและเส้นใยจากพืชสูง ให้รับประทานอาหารประเภทไขมัน 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนอาหารและหลังอาหาร 2 ชั่วโมงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่ม

4.2 การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นอีกประการหนึ่งสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพราะการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง โดยเมื่อเริ่มออกกำลังกายกล้ามเนื้อจะใช้ไกลโคเจนที่เก็บสะสมไว้ก่อน เมื่อการออกกำลังกายดำเนินต่อไปจะมีการใช้กลูโคสและกรดไขมันในกระแสเลือดแทน ท้ายที่สุดกรดไขมันจะเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญ (Vranic & Berger, 1979 อ้างตามวิลลาและอดิสัย, 2534) ระดับไขมันในเลือดจึงลดลงเช่นกันทำให้ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน (ฮรพรรณ, 2528) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ก็อาจเกิดอันตรายจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปหรือมีกรดคีโตนเพิ่มขึ้นในเลือดได้ (Heins, 1983) การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานทำได้หลายวิธี โรเบิร์ตสัน (Robertson, 1984) ได้แนะนำผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น การวิ่ง การขี่จักรยาน ว่ายน้ำ โดยให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน

4.3 การใช้ยา ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน มียาที่ต้องใช้ คือ

4.3.1 ยารับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด อาจแบ่งเป็น 2 ชนิด ตามกลไกการออกฤทธิ์ คือ ซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea compound) ออกฤทธิ์ลดน้ำตาลโดยไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น (วัลลาและอดิสี, 2534) ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และควบคุมอาหารอย่างเดียวไม่ได้ผล พบว่าใช้ได้ผลดีเท่ากับผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมากกว่า 40 ปี (สนอง, 2528) ส่วนไบกัวไนด์ (Biguanide) ออกฤทธิ์โดยเพิ่มการใช้กลูโคสโดยยับยั้งการดูดซึมกลูโคส กระตุ้นให้มีการสลายตัวของกลูโคสแบบอะนาโรบิก (Anaerobic glycolysis) และลดการสร้างกลูโคสโดยตับ (วัลลาและอดิสี, 2534) ใช้ได้ดีกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่รักษาด้วยซัลโฟนิลยูเรียอย่างเดียวไม่ได้ผล (Beebe, 1981)

4.3.2 อินซูลิน ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินจะได้รับอินซูลิน ต่อเมื่อไม่สามารถควบคุมด้วยยา หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ (วัลลาและอดิสี, 2534) จึงจำเป็นต้องใช้อินซูลิน อินซูลินออกฤทธิ์โดยพ่นน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ ให้ได้โดยการฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเส้นเลือดดำ ตามชนิดของอินซูลิน ซึ่งมี 3 ชนิด คือ ชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว

4.4 การรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าปกติ จากการที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์โฟนิวเคลียส (Polymorphonuclear) ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี การทำหน้าที่ฟาโกไซโตซิส (Phagocytosis) และฆ่าแบคทีเรียเสื่อมลง (วัลลาและอดิสี, 2534) ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น เชื้อราตามซอกอับต่าง ๆ การติดเชื้อ Staphylococcus ตามผิวหนัง แผลและการอักเสบของเท้า เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยจะต้องดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึง เวลาอาบน้ำควรทำความสะอาดบริเวณบริเวณซอกอับ เช่น รักแร้ใต้ราวนมขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์ เป็นพิเศษ และรักษาบริเวณเหล่านี้ให้แห้งอยู่เสมอ (วัลลาและอดิสี, 2534)

เท้าเป็นอวัยวะที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษอีกส่วนหนึ่ง เพราะเป็นส่วนที่เกิดแผลได้ง่ายจากการมีเลือดมาเลี้ยงขาและเท้าน้อยลงจากการตีบแข็งของหลอดเลือด การเสื่อมของระบบประสาท ทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดลดลงหรือชา การขาดความระมัดระวังและการดูแล

รักษาเท้าไม่ดีพอ จึงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (วัลลาและอดิษฐ์, 2534) ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนไม่น้อยต้องถูกตัดขาไปเนื่องจากปัญหานี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 50-70 ของผู้ป่วยที่ถูกตัดขา (ไม่รวมอุบัติเหตุ) เป็นผู้ป่วยเบาหวาน (โกฤกษ์, 2533) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานจึงควรดูแลรักษาเท้าเป็นพิเศษ

4.5 การสังเกตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

โรเบิร์ตสัน (Robertson, 1989) ได้รายงานว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนาน 10-15 ปี จะมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอย่างน้อย 1 อย่าง ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลเป็น 2 เท่าของคนที่ไม่เป็นเบาหวาน และอวัยวะที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน คือ ตา ไต ระบบประสาท และหลอดเลือด ผู้ป่วยต้องสังเกตและประเมินอวัยวะเหล่านี้ 70% ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ซึ่งจะทำให้เกิดการเดิน หัวใจเร็วผิดปกติ ความดันโลหิตสูงระบบทางเดินปัสสาวะทำงานผิดปกติและระบบสืบพันธุ์จะเกิดภาวะกามตายด้าน ดังนั้นการสังเกตดูแลอวัยวะเหล่านี้ จะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ โดยต้องรู้จักรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกายดังกล่าวข้างต้นร่วมด้วย

สรุป การรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมในด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น การควบคุมอาหารให้ได้พลังงานพอเหมาะแก่ความต้องการของร่างกาย โดยไม่จำเป็นต้องจำกัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต แต่ควรหลีกเลี่ยงพวกน้ำตาลชั้นเดียวและน้ำตาลสองชั้น ควรรับประทานอาหารที่มีกากทุกวัน การออกกำลังกายทุกวันโดยสม่ำเสมอ การให้ยาต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพราะการขาดยาหรือรับประทานยาเกินกว่าที่แพทย์สั่งจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำได้ การรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกายโดยเฉพาะเท้าควรดูแลเป็นพิเศษ การสังเกตอาการเท้ามีดเป็นลม กระหายน้ำผิดปกติ ถ้ามีอาการเหล่านี้ต้องรีบแก้ไขและปรึกษาแพทย์ นอกจากนี้แล้วควรตรวจเช็คร่างกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะแรก

จะเห็นว่าผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ อันส่งผลต่อความรู้สึกเป็นปกติทางร่างกาย จิตใจ ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และสามารถปฏิบัติงานในความรับผิดชอบได้ อย่างไรก็ตามการดำเนินชีวิตที่ต้องอยู่ในแบบแผนที่กำหนดไว้เป็นเรื่องที่ยาก อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ กังวล ต้องระวังตนในการเข้าสังคม ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจมากขึ้น เมื่อองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า ภาวะสุขภาพโดยไม่เพียงแต่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความพึงพอใจทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Kleinpell, 1991) ปัจจุบันคำว่า "คุณภาพชีวิต" ได้รับความสนใจจากหลายสาขาอาชีพ และมีการใช้คำนี้อย่างกว้างขวางโดยที่แนวคิดความหมาย และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้ของแต่ละกลุ่ม

1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายแนวทาง ขึ้นอยู่กับความเชื่อและการรับรู้ของแต่ละบุคคลหรือกลุ่ม ดังเช่น

ดัลคีส์และรัวเค (Dalky & Rourke, 1976 cited in Ferran & Power, 1985) ได้รายงานคำจำกัดความของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ต่อความพึงพอใจ ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุขด้วยตนเอง ซึ่งมีหลายท่านที่ให้ความหมายคล้ายคลึงกับของดัลคีส์และรัวเค เช่น แคมป์เบล (Campell, 1976 cited in Graham & Longman, 1987) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือที่คาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล บุรคฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1985) ให้ความหมายว่า หมายถึงความคิดเห็นของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความพอใจในชีวิต และได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับความสุขว่ามีความเป็นอยู่สุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ และได้เพิ่มการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม ชุมชน และมีการพัฒนาตน มีความยินดี และสังเกตการณ์ แกรแฮมและลองแมน (Graham & Longman, 1987) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต หมายถึงระดับความพึงพอใจกับชีวิตปัจจุบันโดยความคิดเห็นของบุคคลนั้น สำหรับพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นสภาวะที่ผสมผสานระหว่างร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความพึงพอใจด้านจิตใจ (Psychological well-being) การรับรู้ความพึงพอใจด้านร่างกาย (physical well-being) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอากาศที่เป็น

อาการข้างเคียงทางร่างกายที่เกิดจากการรักษาทางเคมีบำบัดและรังสีรักษา (Symptom control) อันเป็นการให้ความหมายที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา ต่อมาในปี ค.ศ. 1990 พาติลลาและคณะ (Padilla et. al., 1990) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการควบคุมอาการมีผลต่อการรับรู้ความพึงพอใจด้านร่างกาย และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงสรุปคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจด้านร่างกาย การรับรู้ความพึงพอใจด้านจิตใจและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะเห็นได้ว่าครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

จากความหมายดังกล่าว อาจสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความเป็นปกติสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้ศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในวัยผู้ใหญ่ 3 กลุ่ม คือ อายุ 30 ปี 50 ปี และ 70 ปี ซึ่งเป็นการวัดในคนปกติที่ไม่มีความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. ความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ เช่น การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ การมีบ้านที่อบอุ่น มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งการมีโอกาสมีบุตร และการที่ได้แสดงบทบาทบิดามารดาในการเลี้ยงดูบุตร
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน เช่น การได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น
4. การมีพัฒนาการทางบุคคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ การเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องตนเอง การแสดงความคิดเห็นในทางสร้างสรรค์
5. การมีสัมพันธภาพ เช่น การสังคมกับผู้อื่น การอ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสัมพันธภาพนั้น ๆ

พาติลลาและคณะ (Padilla et. al., 1983) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทัศนคติส่วนบุคคลหรือสภาวะอารมณ์ ความพึงพอใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากแนวคิดนี้พวกเขาได้นำไปสร้างเป็นแบบ

วัดคุณภาพชีวิต เพื่อให้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาและเคมีบำบัด และได้วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านร่างกาย และการควบคุมอาการ ต่อมาพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) มาปรับปรุง โดยเพิ่มข้อคำถามจากเดิม 14 ข้อ เป็น 23 ข้อ นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ทำโคลอสโตมีย์ (Colostomy) และได้วิเคราะห์องค์ประกอบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านร่างกาย ภาพลักษณ์ การวินิจฉัยโรค และการรักษาทางศัลยกรรม การวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะเห็นว่าองค์ประกอบเพิ่มขึ้นจากเดิมทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาได้รับการรักษาแตกต่างกัน ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกัน ทำให้องค์ประกอบในการประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไปด้วย อย่างไรก็ตามเมื่อทศวรรษ (Hanucharurnkul, 1988) ได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) มาปรับปรุงใช้และวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาในประเทศไทย พบว่าองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าวไม่สามารถแยกจากกันได้อย่างอิสระ เช่น ความผาสุกด้านร่างกายและความผาสุกด้านจิตใจ จึงสรุปองค์ประกอบเป็น 3 ด้าน คือ ความผาสุก การควบคุมอาการ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเปรียบเทียบกับองค์ประกอบที่พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้วิเคราะห์ไว้จะเห็นได้ว่ามีองค์ประกอบที่เพิ่มขึ้นจากเดิมอีกด้านหนึ่ง คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ต่อมาพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1990) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดเรื้อรัง ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้คำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตจากการศึกษาที่ผ่านมามีความซ้ำซ้อน ซึ่งสามารถสรุปรวมอยู่ในด้านเดียวกันได้ เช่น ด้านการวินิจฉัยและการรักษาทางศัลยกรรม การวินิจฉัยและการรักษาด้านโภชนาการ รวมอยู่ในความผาสุกด้านร่างกาย และด้านภาพลักษณ์รวมอยู่ในความผาสุกด้านจิตใจ เป็นต้น จึงได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความผาสุกด้านร่างกาย ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของร่างกายโดยทั่วไป โรคและการรักษาเฉพาะ 2) ความผาสุกด้านจิตใจ ประกอบด้วย ความรู้สึก และการรับรู้ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความหมายของการเจ็บปวด

และมะเร็ง และการประสบความสำเร็จ 3) ความตาสึกด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม บทบาทหน้าที่ทางสังคม

เฟอร์แรนส์ (Ferrans, 1990) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเองได้ดี มีกิจกรรมยามว่าง มีความสนใจ มีการทำงานที่เกี่ยวข้อง มีชีวิตที่ยาวนาน
2. ด้านเศรษฐกิจสังคม ประกอบด้วย การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง มีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอ มีการศึกษาที่ดี
3. ด้านจิตใจ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข มีจิตใจที่สงบ
4. ด้านครอบครัว ประกอบด้วย ความสุขของครอบครัว บุตร คู่สมรส และสุขภาพของครอบครัว

ซิมมอนส์และแอบเบรส (Simmons & Abress, 1990) ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความตาสึกด้านร่างกาย ประกอบด้วย การรับรู้ตนเองว่าสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การประเมินตนเอง เกี่ยวกับความลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจในสุขภาพและระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล
2. ความตาสึกด้านอารมณ์ ประกอบด้วย ความภาคภูมิใจในตนเอง ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต
3. ความตาสึกด้านสังคม ประกอบด้วย ความสามารถในการกลับมาทำงานเช่นเดิม การปรับตัวในเรื่องเพศ การปรับตัวในชีวิตสมรสและครอบครัว

โดยสรุปจะเห็นว่า การกำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับลักษณะประชากรที่ศึกษา ถึงอย่างไรก็ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่จะครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1990) ได้ปรับปรุงเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต โดยใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็งซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และพัฒนาเครื่องมือตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983, 1985 และปี ค.ศ. 1990 ในปี ค.ศ. 1990 ได้ตัดความซ้ำซ้อนขององค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเหลือ 3 ด้าน และในลักษณะนี้ทำให้สามารถประยุกต์

ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานได้ครอบคลุม กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการนำมาใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังเหมือนกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1990) ประกอบด้วย

1. การรับรู้ความพึงสุกด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ความพึงสุกเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายโดยทั่วไป การวินิจฉัยรักษาและอาการเฉพาะโรค เช่น การรู้สึกว่าคุณเองแข็งแรงดี ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รับประทานอาหารและพักผ่อนได้ตามความต้องการ มีความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2. การรับรู้ความพึงสุกด้านจิตใจ เป็นการรับรู้ความพึงสุกด้านความพึงพอใจในชีวิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา การได้รับผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

3. การรับรู้ความพึงสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการรับรู้ความพึงสุกจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น การพึ่งพาทางสังคม ทำให้ตนรู้สึกไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว มีส่วนร่วมกับสังคม

3. การประเมินคุณภาพชีวิต

สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984) ได้กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตกระทำได้ 3 วิธี คือ

3.1 ประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ โดยประเมินภาวะสุขภาพ รายได้ การศึกษา อาชีพ และ ประเมินออกมาเป็นคะแนน

3.2 ประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ชีวิตของตนเอง เช่น ความรู้สึกพึงพอใจ และความรู้สึกที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3.3 ประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยตอบคำถามความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำรงชีวิต และภาวะสุขภาพ เช่น ครอบครัวยุค กิจกรรมในสังคม หรือภาวะเจ็บป่วย ผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

จะเห็นได้ว่าการประเมินคุณภาพชีวิตมีหลายวิธี ดั้งเดิมปัญหาในการประเมินคุณภาพชีวิต คือ การเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสม จอร์จและเบียร์อน (George & Bearon, 1980 อ้างตามลัดดาวัลย์, 2532) ได้เสนอแนะว่าการประเมินคุณภาพชีวิต ควรประเมินทั้งแบบวัตถุวิสัยและจิตวิสัย ซึ่งตรงข้ามกับแคมป์เบล (Campbell, 1981 cited in Ferran & Power, 1985) ที่กล่าวว่าการประเมินทางด้านจิตวิสัยเป็นการประเมินประสบการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ในขณะที่การประเมินแบบวัตถุวิสัยเป็นเพียงการประเมินสิ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเท่านั้น รายงานที่สนับสนุนความคิดนี้ คือ ในช่วงปี ค.ศ. 1957-1972 ที่ใช้การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยถือเอาคุณภาพชีวิตที่ดีคือการมีภาวะเศรษฐกิจดี แต่พบว่าประชาชนมีความสุขลดลง

เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต ที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง ได้แก่ แคนทริล (Cantril, 1965) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ซึ่งวัดโดยการประเมินตนเอง เป็นมาตรวัดคล้ายขั้นบันได 10 ขั้น ขั้นบนสุดมีคะแนน 10 หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตมากหรือชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ถูกวัด ได้ขั้นสุดท้ายมีคะแนน 0 หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตน้อยหรือมีชีวิตที่ไม่ดีที่สุด คะแนนมากหมายถึงระดับความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าคะแนนน้อย คำถามมีเพียงข้อเดียว ไม่มีองค์ประกอบใดๆ

สปิตเซอร์ (Spitzer, 1981) ได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (The Quality of Life Index = QLI) ใช้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งประกอบด้วยทางด้านกายภาพ สังคมและอารมณ์ ทัศนคติ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความรุนแรงของโรค เป็นการวัดไม่เพียงแต่สุขภาพเท่านั้น แต่ยังวัดการสนับสนุนจากครอบครัว กิจกรรมกิจวัตรประจำวัน แต่เนื่องจากองค์ประกอบหนึ่งใช้คำถามเพียงข้อเดียว ดังนั้นคำถามจึงมีทั้งหมด 5 ข้อ แต่ละข้อให้คะแนนเป็น +2 ถึง 0 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีของครอนบาชแอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของบรุคฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1982) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ มีค่าความเที่ยงโดยวิธีของฮอยท์ (Hoyt) เท่ากับ .78 2) แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 3)

แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม แบบวัดนี้บรรจุคำถามที่ใช้เพียงคำถามเดียว โดยผู้ตอบสรุปถึงคุณภาพชีวิตทั้งหมดของตนเอง

พาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1983) ได้สร้างเครื่องมือวัดบรรพชนีคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนเชิงเส้นตรงมีคะแนน 0-100 คะแนน หาค่าความเที่ยงแอลฟาเท่ากับ .88 ต่อมาพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้เพิ่มคำถามอีก 9 ข้อ รวมเป็น 23 ข้อ เพื่อวัดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการทำโคลอสโตมีย์ หาค่าความเที่ยงภายในแต่ละด้าน ได้ดังนี้ 1) ด้านจิตใจเท่ากับ .84 2) ด้านร่างกายเท่ากับ .87 3) ด้านภาพลักษณ์เท่ากับ .80 4) ด้านการวินิจฉัยและการรักษาทางศัลยกรรมเท่ากับ .71 5) ด้านการวินิจฉัยและการรักษาด้วยอาหารเท่ากับ .71 6) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเท่ากับ .90 นีเวสและคณะ (Nieves et al., 1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญหน้ากับการรับรู้คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรสส์หลังที่ได้รับการบำบัดเจ็บ โดยดัดแปลงเครื่องมือวัดบรรพชนีคุณภาพชีวิตของพาดิลลาและแกรนท์ ปี ค.ศ.1985 ในการวัดคุณภาพชีวิต คำถามมี 23 ข้อ ตัดคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งออก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 วัดองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ความพอใจด้านจิตใจ ความพอใจด้านร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ การวินิจฉัยและการรักษา และด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หาค่าความเที่ยงภายในของเครื่องมือมีค่าเท่ากับ .80

โฮลเนสและดิกเคอร์สัน (Holnes & Dickerson, 1987) ได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยสุขภาพโดยทั่วไป ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสุขสบายโดยทั่วไป สภาวะทางอารมณ์ และสภาวะทางเศรษฐกิจ แบบวัดคุณภาพชีวิตมี 2 ส่วน ข้อคำถามมีทั้งหมด 26 ข้อ คือส่วนที่ 1 ข้อ 1-11 ถามเกี่ยวกับอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ส่วนที่ 2 ข้อ 12-26 ถามเกี่ยวกับผลกระทบจากอาการที่มีต่อกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งปัญหาด้านจิตสังคม ได้แก่การแยกจากสังคม ความสามารถในการติดต่อกับครอบครัว เพื่อน และทีมสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง ค่าคะแนน 0-100 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งหมด โดยวิธีครอนบาชแอลฟาเท่ากับ .80 ค่าความเที่ยงของส่วนที่ 1 เท่ากับ .90 และค่าความเที่ยงของส่วนที่ 2 เท่ากับ .70

สำหรับประเทศไทย ได้มีการดัดแปลงเครื่องมือจากต่างประเทศมาใช้ในการศึกษา เช่น

ทญุเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ได้ดัดแปลงเครื่องมือของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยปรับคำถามเหลือเพียง 19 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนเชิงเส้นตรง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-100 ค่าความเที่ยงโดยวิธีครอนมาซแอลฟาเท่ากับ .88 นอกจากนี้แล้วยังมีแสลงอรุณ (2533) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา นิตยา (2534) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอหอยที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา ได้ดัดแปลงเครื่องมือของทญุเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ในการศึกษาคุณภาพชีวิต

เนตรนา (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12 แบบวัดคุณภาพชีวิตดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของบรุคฮาร์ท (Burckhardt, 1982) ประกอบด้วยแบบวัด 4 ส่วน คือ แบบวัดความพึงพอใจในวงกว้างของชีวิต แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะเรื่อง แบบวัดคุณภาพชีวิตโดยรวม และแบบวัดการให้ความสำคัญกับเรื่องต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ค่าความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยวิธีครอนมาซแอลฟาเท่ากับ .78 นอกจากนี้แล้วยังมีผู้ดัดแปลงเครื่องมือของบรุคฮาร์ท (Burckhardt, 1982) อีก เช่น จัตราวลัย (2533) ประภา (2533)

ลัดดาวัลย์ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยแบบวัดคุณภาพชีวิต ดัดแปลงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของแคนทริล (Cantril, 1965) ประกอบด้วยการวัดความพึงพอใจในชีวิต และการวัดความสุข ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนแบบขั้นบันได 10 ขั้น ค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .82

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน โดยสร้างตามแนวคิดของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1990)

4. ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ พบว่ามีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่น

เพศ : จากการศึกษพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่น การศึกษาของ นัยนา (2535) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยมีการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิต และเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศชาย แต่มีการศึกษาของทัศนีย์ (2530) ศึกษาในผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร ประภา (2532) ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และบรุคฮาร์ต (Burckhardt, 1985) ศึกษาในผู้ป่วยโรคไขข้ออักเสบ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

อายุ : การศึกษาของพาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ทำการโคลอสโตมีย์ (Colostomy) การศึกษาของทัศนีย์ (2530) พบว่าผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร ในกลุ่มที่มีอายุมากมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย แต่การศึกษาของประภา (2532) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2532) ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

สถานภาพสมรส : ฮับบาร์ดและคณะ (Hubbaed et al., 1984) ได้รายงานว่า กลุ่มคนที่มีคู่สมรสจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (ประภา, 2532; ลัดดาวัลย์, 2532)

ระดับการศึกษา : หनुเจริญกุล (Hanucharunkul, 1988) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่ได้รับรังสีรักษา ประภา (2532) ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรวัลย์ (2533) พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต แต่การศึกษาของทัศนีย์ (2530) พบว่าผู้ป่วยโรคไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

รายได้ของครอบครัว : คาเมอแรนและคณะ (Cameran et al., 1974 cited in Burckhardt, 1982) ได้ประเมินการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมดของคนพิการและ

รายงานว่าการวิจัยได้เป็นผลที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดให้ความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของประภา (2532) และจัตรวลัย (2533) ซึ่งพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย : ชมิดท์และคณะ (Schmidt et al., 1988 อ้างตามเนตรนา, 2534) ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าระยะเวลาที่ยาวนานหลังเกิดอาการอัมพาตครึ่งซีกมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดี และยอมรับความพิการ แต่จากการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2532) พบว่าไม่ว่าระยะเวลาที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกจะสั้นหรือนานเท่าใด การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็ไม่แตกต่างกัน

โรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิต

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน อันทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมาก ต้องปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ เช่น แบบแผนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การรักษาสุขภาพอนามัยของร่างกาย การสังเกตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจพอ ๆ กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Younger & Moir, 1987) จากการศึกษาของบุศรา (2524) พบผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาด้านจิตใจ คือ รู้สึกหมดหวังที่จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำงานเหมือนคนปกติ รู้สึกวิตกกังวล กลัว และคับข้องใจต่อข้อจำกัดในการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยเบาหวานบางคนมีความรู้สึกกลัวต่อการไม่ยอมรับของผู้อื่นในเรื่องการเจ็บป่วยของตน จึงทำให้มีชีวิตรอยู่ด้วยความวิตกกังวล บางคนแยกตัวจากผู้อื่น และรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว (Nilsen, 1980) นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยเบาหวานยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องการพาไปตรวจตามที่แพทย์นัด (Younger & Moir, 1987) จากข้อความดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะส่งผลต่อความรู้สึกเป็นปกติสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม นั่นคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจจากทางการแพทย์มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เนื่องจากข้อมูลสนับสนุนที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อสุขภาพและความพาสัก (Cohen & Syme, 1985) โดยมีบทบาทต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งในแง่ทางสุขภาพกายและจิต การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข (บุญเยี่ยม, 2528) ดังนั้นจึง ได้มีผู้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมหลายท่าน ทำให้การสนับสนุนทางสังคมมีความคล้ายคลึงและแตกต่างกัน เครื่องมือในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจึงมีหลายชนิด

1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976 cited in Frey, 1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การยกย่องนับถือมีคุณค่า เป็นที่รู้จัก และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

แคปแลนและคณะ (Kaplan et al., 1977) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม คือ การได้รับการยกย่องนับถือการยอมรับ ได้รับความเห็นใจและความช่วยเหลือสิ่งเหล่านี้เกิดจากการติดต่อกับบุคคลในสังคม หรือหมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไปจากแหล่งซึ่งให้การสนับสนุน คือ จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น

ลินและคณะ (Lin et al., 1981 cited in Thoits, 1982) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า คือ การสนับสนุนที่แต่ละคนหาได้จากการติดต่อกับคนในสังคมไม่ว่าจะเป็นรายบุคคล กลุ่ม หรือชุมชนขนาดใหญ่ และในปี ค.ศ. 1986 ลิน (Lin) ยังให้ความหมายอีกว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง แรงหรือปัจจัยทางสังคมที่ช่วยให้มนุษย์มีอายุยืนหรือมีชีวิตรอดต่อไป (Lin, 1986)

เฮิร์ช (Hirsch, 1980 cited in Wineman, 1990) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง ระดับความต้องการทางสังคมของบุคคล ในด้านการช่วยเหลือทางสิ่งของ การชี้แนะความรู้ แรงเสริมทางสังคม และการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยผ่านการ

ปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ซึ่งไวน์แมน (Wineman, 1990) ได้เสริมว่าเครือข่ายทางสังคมนี้ประกอบด้วยบุคคลที่ซึ่งบุคคลนั้นให้ความสำคัญ

ทอยส์ (Thoits, 1982; Thoits, 1986) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการทำบุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะที่รวดเร็วขึ้น

ฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard et al., 1984) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารที่ดี ความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

บุญเยี่ยม (2528) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ทำให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ/หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ แก่ผู้รับการสนับสนุนและมีผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ

จากการที่นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้น จึงอาจสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากบุคคลในสังคม

2. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

มีนักวิชาการหลายท่านที่ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังต่อไปนี้

ไวน์ (Weiss, 1974 cited in Diamond & Jone, 1983) ได้กล่าวถึงประเภทของการสนับสนุนทางสังคม และผลของการขาดการสนับสนุนทางสังคมตามประเภทต่าง ๆ ทั้ง 6 ประเภท ดังนี้

1. ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) เป็นความรู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย มีคนรักใคร่เอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากคู่สมรส และเพื่อนสนิท ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมประเภทนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว

2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) ทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน ถ้าขาดการสนับสนุนนี้ทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิต

3. โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคุณเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ทำให้รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย

4. ส่งเสริมให้มั่นใจในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่องและชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม อันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและผู้ร่วมงาน ถ้าได้รับการส่งเสริมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

5. ความเชื่อมั่นในความเป็มิตรที่ดี (A sense of reliable alliance) ความรู้สึกเช่นนี้ได้มาจากครอบครัว หรือเครือญาติ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความรู้สึกเช่นนี้ทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining of guidance) เป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง

คอบบ์ (Cobb, 1979) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าตนได้รับการดูแลและความรัก

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับนับถือ (Esteem support) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าตนมีค่าและได้รับความนิยมนับถือ

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่น ความรู้สึกเชื่อมั่น และไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติ และปฏิบัติของบุคคล (Information support)

2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของ หรือการให้บริการ

จากแนวคิดการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว แม้จะมีการแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน และมีบางส่วนที่เหมือนกัน แต่จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นควรครอบคลุมถึงการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ผู้ศึกษามีความเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมของคobb (Cobb, 1979) และเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ครอบคลุมการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทั้งหมด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ มีความรู้สึกผูกพัน เชื่อมแน่นและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งการสนับสนุนในด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกเดียวดาย

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า ได้แก่ การที่บุคคลอื่นเห็นคุณค่ายอมรับในความสำเร็จ หรือความสามารถของบุคคลนั้น ซึ่งการสนับสนุนจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมี พฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม เช่น บทบาทในอาชีพ หรือความสามารถในการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ในครอบครัว บทบาทเหล่านี้จะได้รับการยอมรับ เชื้อถือ จากสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลนอกครอบครัวก็ได้

3. การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนของสังคม ได้แก่ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการสนับสนุนที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสารประสบการณ์และความคิด

4. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลนั้นซึ่ง เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

5. การสนับสนุนด้านร่างกาย เงิน และสิ่งของ ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือด้านบริการ แรงงาน เงิน และสิ่งของ จากสมาชิกในครอบครัวหรือนอกครอบครัวก็ได้

3. การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นเมโนทัศน์หลายมิติ คือ ทั้งในด้านเครือข่ายทางสังคม และในด้านของประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมจึงมีหลากหลาย สจีวิต (Stewart, 1989) รายงานว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างโดยนักวิจัยที่เป็นพยาบาล มีด้วยกันทั้งหมด 21 เครื่องมือ แต่มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มีการหาค่าความเที่ยงและความตรง และได้แบ่งลักษณะการประเมิน/วัดการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. การวัดโครงสร้างทางเครือข่าย (Network structure)
2. การวัดประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (Support function)
3. การวัดลักษณะสัมพันธ์สภาพ (Nature of relationship)

ลินด์เซ (Lindsey, 1988) ได้รวบรวมเครื่องมือในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1. Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างโดยแบรนด์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) โดยยึดมโนทัศน์เรื่องการสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) เครื่องมือนี้จะแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 จะถามถึงแหล่งบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ความพอใจ ความมั่นคง หรือความไว้วางใจต่อความสัมพันธ์จากแหล่งเหล่านี้ โดยจะสร้างสถานการณ์ชีวิตได้ 8 สถานการณ์ ซึ่งในแต่ละสถานการณ์นั้นจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

ส่วนที่ 2 มี 5 ข้อใหญ่ ซึ่งเป็นชนิดของการสนับสนุนทางสังคมตามมโนทัศน์ของไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) โดยแบ่งเป็นหัวข้อละ 5 ข้อย่อย ให้เลือกตอบแบบประเมินค่า (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในส่วนที่ 2 นี้ หาค่าความเที่ยงโดยวิธีครอนมาชแอลฟาเท่ากับ 0.89 (Brandt & Weinert, 1981)

Personal Resource Questionnaire เป็นเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด มีการศึกษาถึงโครงสร้างโดยทั่วไป โดยเน้นที่กลุ่มคนที่เป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ส่วนโครงสร้างอย่างอื่นไม่ได้กล่าวถึงสำหรับชนิดของการสนับสนุนทางสังคมนั้นวัดออกมาในรูปของปริมาณ เครื่องมือนี้ชี้ผู้นำไปใช้ในการศึกษาวิจัย ดังเช่น ฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard et al., 1984) ศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ ไวน์แมน (Wineman, 1990) ศึกษาในผู้ป่วย Multiple sclerosis ลัดดาวัลย์ (2532) ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น

2. Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) สร้างโดยนอร์เบคและคณะ (Norbeck et al., 1981) เพื่อวัดลักษณะหลายมิติของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคาร์ทน์ (Kahn, 1979 cited in Norbeck et al., 1989) ในเรื่องชนิดของการสนับสนุนทางสังคม และยึดมโนทัศน์ของคาร์ทน์และแอนโตนิucci (Kahn & Antonucci, 1981 cited in Norbeck et al., 1981) ในเรื่องของโครงสร้างของกลุ่มสังคม ลักษณะของเครื่องมือนี้มี 3 ส่วน คือ ส่วนแรกจะถามถึงคนที่มีความสัมพันธ์และมีความสำคัญกับผู้ตอบ ส่วนที่ 2 จะมีคำถามให้ผู้ตอบตอบถึงประเภทและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ตอบได้รับจากแต่ละคนในกลุ่มสังคม คำถามจะเกี่ยวกับความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด การยื่นยืรับรองและเห็นเมื่องต่อพฤติกรรมของกันและกัน และการให้ความช่วยเหลือ ให้เลือกตอบแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 เท่ากับไม่มี 2 เท่ากับเล็กน้อย จนถึง 5 เท่ากับมากที่สุด ส่วนที่ 3 จะถามถึงลักษณะทางโครงสร้างทางสังคม เช่นจำนวน สมาชิกในแต่ละกลุ่ม ระยะเวลาของความสัมพันธ์และความถี่ห่างในการติดต่อสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มสังคม เครื่องมือนี้ได้มีการทดสอบค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ พบว่ามีค่า 0.85-0.92 เครื่องมือ NSSQ วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่ได้วัดความพึงพอใจของบุคคลต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นจึงควรใช้ร่วมกับเครื่องมืออื่น เช่น ใช้ร่วมกับ PRQ (Lindsey, 1988) นักวิจัยที่นำ

เครื่องมือนี้ไปใช้ ได้แก่ ไวส์ (Weiss, 1991) ศึกษาในผู้ปกครองของเด็กที่มีพัฒนาการผิดปกติ

3. Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) สร้างโดย บรารีร์ราและคณะ (Barrera et al., 1981 cited in Lindsey, 1988) ใช้วัดความถี่และลักษณะของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีทั้งหมด 40 ข้อ มีค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำเท่ากับ 0.88 และค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.93-0.94 ใช้วัดทั้งการสนับสนุนด้านรูปธรรมและนามธรรมในระยะหนึ่ง แต่ละข้อให้การประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่เคย 2 เท่ากับได้รับหนึ่งหรือสองครั้ง จนถึง 5 เท่ากับได้รับทุกวัน นักวิจัยหลายท่านมีความเห็นว่า ISSB มีความเหมาะสมในการใช้วัดชนิดของการสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่สามารถวัดโครงสร้างทางสังคมได้ดี (Lindsey, 1988)

4. Social Support Questionnaire สร้างโดยเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981 cited in Linsey, 1988) แบบสอบถามมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 วัดการสนับสนุนด้านรูปธรรม (Tangible support) โดยมี 9 สถานการณ์ ส่วนที่ 2 ให้ระบุบุคคลในเครือข่ายที่มีความสำคัญ เช่น คู่สมรส เพื่อน ผู้ร่วมงาน คำถามมีทั้งหมด 5 หัวข้อ ถามเกี่ยวกับ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 1 หัวข้อ อีก 4 หัวข้อถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยให้ระดับคะแนนคำตอบ 5 ระดับ คือ 1 ไม่ได้รับเลย 2 เล็กน้อย ถึง 5 มากที่สุด มีการทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ ด้านรูปธรรมเท่ากับ 0.56 และการสนับสนุนด้านอารมณ์ 0.68 ค่าความตรงในเนื้อหาด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและอารมณ์เท่ากับ 0.81 และการสนับสนุนด้านรูปธรรมเท่ากับ 0.31 ในการศึกษาส่วนใหญ่ักใช้เครื่องมือนี้ร่วมกับ PRQ และ NSSQ (Lindsey, 1988) นักวิจัยที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ เช่น นอร์ทเฮาส์ (Northouse, 1988) ศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมและคู่สมรส

5. Perceived Social Support from Friends (PSS-Fr) and from Family (PSS-Fa) สร้างโดยโปรซิดาโนและเฮลเลอร์ (Procidano & Heller, 1983 cited in Linsey, 1988) วัดการรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อน (PSS-Fr) และจากครอบครัว (PSS-Fa) คำถามแบ่งเป็น 2 ส่วนตามโครงสร้างของเครือข่าย แต่ละส่วนมี 20 ข้อ โดยตอบคำถามในลักษณะใช่ ไม่ใช่ หรือ ไม่ทราบ ค่าความเที่ยงของ PSS-Fr โดยวิธีครอนบาชแอลฟาเท่ากับ 0.88 และ PSS-Fa เท่ากับ 0.90 (Lindsey, 1988)

เนื่องจากเครื่องมือวัดเฉพาะการรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว ดังให้นักวิจัยมักใช้เครื่องมือร่วมกับเครื่องมืออื่น

6. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1979) เครื่องมือนี้ แคปแลน (Kaplan cited in Turner, 1981) สร้างขึ้นโดยยึดแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ ลักษณะเครื่องมือจะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ และนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวม ซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ ไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด เครื่องมือของแคปแลนวัดเฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมไม่ได้วัดโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย โครงสร้างหลายมิติและมีแนวคิดหลายแนวคิด ดังนั้นนักวิจัยจึงสร้างเครื่องมือให้เหมาะสมกับแนวคิดที่ตนเองนำมาใช้ในการวิจัย เครื่องมือในการวัดการสนับสนุนทางสังคมจึงมีหลากหลาย แต่อย่างไรก็ตามการวัดการสนับสนุนทางสังคมควรวัดทั้งชนิดและปริมาณ โดยแยกชนิดและใช้คำถามเป็นมาตราส่วนให้ค่าเพื่อวัดปริมาณได้ สำหรับเครื่องมือที่นำมาใช้ในประเทศไทย ได้แก่ PRQ ส่วนที่ 2 ของแบรนด์และไวเนอร์ท์ (Brandt & Weinert, 1981) โดยลัดดาวัลย์ (2533) ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก คำถามมีทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และเครื่องมือของคอบบ์ (Cobb, 1979) เซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) โดยสมจิตต์ (2532) ศึกษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คำถามมีทั้งหมด 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 เนตรนา (2534) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คำถามทั้งหมดมี 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือการวัดการสนับสนุนทางสังคมของเนตรนา (2534) ซึ่งได้สร้างตามกรอบแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1979) และเซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ตรงกับกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษา นอกจากนี้แล้วเนตรนา (2534) ยังได้วัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

ควาลฟอร์ด (Crawford, 1987) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตจะประกอบด้วย 2 แนวคิด ได้แก่

1. การเป็นตัวที่ภาวะเครียด ประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การเผชิญภาวะวิกฤต โดยจะช่วยทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตในลักษณะการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดการปรับตัว และการตอบสนองภาวะเครียด ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ และแก้ปัญหาได้ตรงจุด

2. ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ ได้กล่าวเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพอย่างเป็นอิสระ หรือมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เบอร์ กานแมนและไซม์ (Berkman & Syme, 1979) ได้ทำการศึกษาลงถึงอัตราการตายของประชาชนในเมืองอะลาเมตา พบว่ากลุ่มที่ขาดการติดต่อกับสังคม จะมีอัตราตายสูงกว่ากลุ่มที่ติดต่อกับสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า การติดต่อกับสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในทางที่ดี เช่นเดียวกับฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard et al., 1984) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองในด้านสุขภาพ พบว่า บุคคลที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองย่อมมีผลต่อคุณภาพชีวิต

มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตหลายท่าน ได้แก่

แมกิลี (Magily, 1984) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหญิงชราที่ทุพพิกิริย จำนวน 66 ราย โดยใช้เครื่องมือของนอร์เบค (Norbeck, 1981) ในการวัดการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 สำหรับคุณภาพชีวิตใช้เครื่องมือวัดความพึงพอใจของฟลานาแกน (Flanagan, 1978) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต บรุคฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1985) ศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไขข้ออักเสบที่เป็นผู้ใหญ่ จำนวน 84 ราย โดยได้สร้างเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า อายุ และความพอเพียงด้านการเงิน

สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ดังนี้

ลัดดาวัลย์ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 100 ราย ใช้เครื่องมือ PRQ-Part 2 ของแบรนต์และไวเนอร์ (Brant & Weinert, 1985) ในการวัดการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยงโดยวิธีครอนบาชแอลฟา เท่ากับ .85 คุณภาพชีวิตวัดโดยเครื่องมือของแคนทริล (Cantril, 1965) มีค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-Retest) เท่ากับ .82 ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.56$)

ฉัตรวัลย์ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง จำนวน 100 ราย ใช้เครื่องมือ PRQ-Part 2 ของแบรนต์และไวเนอร์ (Brant & Weinert, 1985) ในการวัดการสนับสนุนทางสังคม และใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของบรุคฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1982) ในการวัดคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.65$)

เนตรนภา (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12 จำนวน 160 ราย โดยดัดแปลงแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของคอบบี้ (Cobb, 1979) เซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 ในการวัดการสนับสนุนทางสังคม และดัดแปลงแบบวัดคุณภาพชีวิตของบรุคฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1982) ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 ในการวัดคุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=0.58$)

ผลการวิจัยข้างต้นสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลดังได้กล่าวไว้ในหัวข้อการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบวิเคราะห์เชิงตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ซึ่งมารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลาจำนวน 100 ราย จากจำนวนของผู้มารับบริการของทั้งสองโรงพยาบาลรวมกัน เฉลี่ย 356 รายต่อเดือน ซึ่งเป็นผู้ที่มารับบริการในทุก ๆ เดือน คิดเป็นร้อยละ 28

การเลือกตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ไม่เป็นโรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น เช่น โรคตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับอ่อนอักเสบ โรคตับแข็งบางราย
2. ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยอินซูลิน
3. มีการรับรู้ปกติและสติสัมปชัญญะดี
4. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ให้ผู้ป่วยอ่านแล้วตอบเอง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านคำถามแล้วให้ผู้ป่วยตอบ

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าขณะที่มาตรวจ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ อาการทางตา อาการทางไต อาการทางหัวใจ ความดันโลหิตสูง อาการชาที่ปลายมือเท้า มีแผลเรื้อรังถูกตัดนิ้วมือเท้าหรือขา เป็นต้น จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดของเนตรนาค คูภัทรวิ (2534) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1979) เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) วัดการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ข้อมูลข่าวสาร และด้านร่างกาย เงิน และสิ่งของ โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับคือ

จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
จริงมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมาก
จริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง
จริงน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านน้อย
ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องเลือกตอบคำตอบแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น โดยการใส่เครื่องหมาย / ให้ตรงกับช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความจริงที่เกิดขึ้น เช่น ข้อคำถามว่า: ท่านมีคนที่ช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปในสถานการณ์ของผู้ป่วยเป็นจริงมากน้อยเพียงใด

คำตอบที่ได้จะให้ค่าคะแนนดังนี้

จริงมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
จริงมาก	ให้	4	คะแนน
จริงปานกลาง	ให้	3	คะแนน
จริงน้อย	ให้	2	คะแนน
ไม่จริงเลย	ให้	1	คะแนน

คะแนนรวมการสัมภาษณ์ทางสังคม จะมีค่าอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน

3. ดรรชนีคุณภาพชีวิต เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดของพาดิลลาและคณะ (Padilla et al., 1990) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยการวัดการรับรู้ความพึงพอใจด้านร่างกายจำนวน 7 ข้อ การวัดการรับรู้ความพึงพอใจด้านจิตใจจำนวน 7 ข้อ และการวัดการรับรู้ความพึงพอใจด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบต่อข้อคำถามแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนแบบขั้นบันได 10 ขั้น แบ่งเป็น 11 ช่อง โดยขั้นบันไดที่ 0 หมายถึง ท่านมีอาการหรือความรู้สึกต่อตัวท่านในเรื่องนี้มากที่สุดหรือเต็มที่ ส่วนขั้นบันไดที่ 10 หมายถึง ท่านไม่มีอาการหรือความรู้สึกต่อตัวท่านในเรื่องนี้เลย ผู้ป่วยจะเป็นผู้ประมาณค่าขั้นบันไดด้วยตนเองว่า ความรู้สึกของตนเองต่อสถานการณ์ที่ระบุในคำถามมีค่าเท่าใด พร้อมใส่เครื่องหมายกากบาท (x) ลงบนขั้นบันไดในแต่ละข้อคำถาม ตัวอย่างเช่น

ข้อความ : ทำหนังสือในบริการของโรงพยาบาลนี้เพียงใด

10	พึงพอใจมาก
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	ไม่พึงพอใจเลย

หากทำหนังสือสูงมากท่านก็จะใส่ X ตรงขั้นบันไดสูง ซึ่งอาจเป็น 9 หรือ 10

หากทำหนังสือปานกลางท่านก็จะใส่ X ตรงขั้นบันไดกลาง ซึ่งอาจเป็น 5 หรือ 6

หากทำหนังสือน้อยท่านก็จะใส่ X ตรงขั้นบันไดต่ำ ซึ่งอาจเป็น 1 หรือ 0

ข้อความในตารางนี้คุณภาพชีวิตประกอบด้วย ข้อความที่มีลักษณะในด้านบวก จำนวน 15 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20 ข้อความที่มีลักษณะในด้านลบ จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 5, 7, 9, 10, 17 สำหรับการให้คะแนนในข้อความที่มีลักษณะในด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-200 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าคุณภาพชีวิตสูง

การประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ใช้เกณฑ์ของ Theoretical range score (พรศรีและยุวดี, 2529) โดยการใช้คะแนนสูงสุดของแบบวัดลบคะแนนต่ำสุดของแบบวัดหารด้วยจำนวนระดับที่ผู้วิจัยต้องการประเมิน ในที่นี้ผู้วิจัยแบ่งจำนวนระดับออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ชนิด	คะแนนเต็ม	ระดับ		
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง
การสันทัดทางสังคม	20-100	20.00-46.67	46.68- 73.35	73.36-100
การสันทัดทางสังคม- แต่ละด้าน	4-20	4.00- 9.33	9.33- 14.66	14.67-20
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-200	0.00-66.67	66.68-133.35	133.36-200
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	0-70	0.00-23.33	23.34- 46.66	46.67-70
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	0-70	0.00-23.33	23.34- 46.66	46.67-70
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	0-60	0.00-20.00	20.01- 40.00	40.01-60

การหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

แบบวัดการสันทัดทางสังคม

1. การหาความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบวัดที่ดัดแปลงเรียบร้อยแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลจิตเวช อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลกุมารเวช และหัวหน้าพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อให้ข้อแก้ไขและข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
2. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบวัดซึ่งผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbach alpha-coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้

แบบวัดการสันทัดทางสังคม โดยรวมเท่ากับ .94 สำหรับในแต่ละองค์ประกอบได้ค่าความเที่ยงดังนี้

การสันทัดด้านอารมณ์	เท่ากับ .81
การสันทัดด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า	เท่ากับ .76
การสันทัดด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	เท่ากับ .80

การสืบเสาะด้านข้อมูล ข่าวสาร	เท่ากับ	.74
การสืบเสาะด้านร่างกาย สิ่งของ และเงิน	เท่ากับ	.73

ดรรรชนีคุณภาพชีวิต

1. การหาความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบวัดที่ดัดแปลงเรียบร้อยแล้ว นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ อาจารย์ประจำภาควิชาพยาบาลจิตเวช และหัวหน้าพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความถูกต้องของการวัด ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อให้ข้อแก้ไขและข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
2. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบวัดซึ่งผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 20 ราย และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach alpha-coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้

ดรรรชนีคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ .83 สำหรับในแต่ละองค์ประกอบได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย	เท่ากับ	.76
การรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ	เท่ากับ	.78
การรับรู้ความผาสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	เท่ากับ	.83

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยขอหนังสือ แนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาดังนี้

โรงพยาบาลหาดใหญ่	ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 8.00-12.00 น.
โรงพยาบาลสงขลา	ทุกวันศุกร์ เวลา 13.00-16.00 น.

ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลสงขลา เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ตรวจสอบรายชื่อ และการวินิจฉัยของผู้ป่วย จากพยาบาลประจำคลินิกในวันนั้น แล้วจึงคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้
2. แนะนำตนเอง เพื่อขอความร่วมมือ และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยที่คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และดรกรรที่มีคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยอ่านและตอบเอง สำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยแทน
4. การเก็บข้อมูล ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรอตรวจ โดยให้เวลาผู้ป่วยตอบ 30 นาที ขณะที่ผู้ป่วยตอบ ผู้วิจัยจะนั่งอยู่ด้วยเพื่อช่วยชี้แจงข้อสงสัยที่ผู้ป่วยซักถาม
5. หลังจากที่ผู้ป่วยตอบข้อคำถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบแบบบันทึกข้อมูล เพื่อดูความครบถ้วนของคำตอบในทุกข้อคำถาม ถ้าพบคำตอบข้อใดข้อหนึ่งขาดหายไปก็จะทำการซักถามผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตอบให้ครบทุกข้อ
6. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิ้นนาน 12 สัปดาห์ ในระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม 2535
7. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดของผู้ป่วยแต่ละรายมาคิดเป็นคะแนน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) แยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลบางอย่าง เช่น เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ภาวะแทรกซ้อน

2. หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้าน และคุณภาพชีวิตทั้ง โดยรวมและคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน
3. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนมาก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหลายคู่
 - 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้าน และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม
 - 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม
 - 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม
 - 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม
4. ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยกำหนดให้ตัวแปรอิสระที่อยู่ในสมการ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องฯ การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านร่างกายเงินและสิ่งของ และการสนับสนุนทางสังคม โดยรวม ซึ่งมีคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นตัวแปรตามกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อดูว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านใดที่เป็นด้านที่ได้รับและเลือกให้เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิต โดยรวม และคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การรายงานผลการวิจัยจากการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยอ่านและตอบเอง จำนวน 72 ราย และจากการสัมภาษณ์จำนวน 28 ราย ครอบคลุมลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมกับ คุณภาพชีวิตแต่ละด้านและโดยรวม ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดัง รายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน วิเคราะห์จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ โดยให้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีรายละเอียดดังแสดงในตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง สภาพสมรสคู่ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพไม่รับราชการ รายได้ ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระดับต่ำ คือร้อยละ 53 มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท ร้อยละ 75 มีภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด อากาศทางตา ระดับน้ำตาลใน เลือดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 164.18 mg% อายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 57.47 ปี ระยะเวลาของการ เจ็บป่วยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 6.12 ปี ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ภาวะแทรกซ้อน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ (N=100)
เพศ : ชาย	20
หญิง	80
สถานภาพสมรส :	
โสด	7
คู่	73
หม้าย/หย่า	19
แยกกันอยู่	1
ระดับการศึกษา :	
ไม่เคยเรียน	23
ประถมศึกษา	69
ประถมศึกษาขึ้นไป	8
อาชีพ :	
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6
ไม่รับราชการ	94
รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน :	
ต่ำกว่า 2,000 บาท	23
2,001-4,000 บาท	30
4,001-6,000 บาท	17
6,001-8,000 บาท	7
8,001-10,000 บาท	4
10,000 บาทขึ้นไป	19

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อเดือน ภาวะแทรกซ้อน (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ (N=100)

ภาวะแทรกซ้อน :

ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	25
มีอาการทางตา	33
มีอาการทางไต	29
มีอาการทางหัวใจ	8
มีอาการชาปลายมือปลายเท้า	4
มีแผลเรื้อรัง	-
ถูกตัดนิ้วมือ, เท้า หรือขา	1

ตาราง 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย (x)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
อายุ (ปี)	36-79	57.47	9.00
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)	74-218	164.18	14.27
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)	0.5-21	6.12	5.16
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา	0-2	0.08	0.31

2. การสับสุมทางสังคม

2.1 การกระจายของคะแนนการสับสุมทางสังคม

การสับสุมทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามการสับสุมทางสังคม ใช้สถิติหาค่าเฉลี่ยพบว่า คะแนนการสับสุมทางสังคมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 71.67 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.43 คะแนนการสับสุมทางสังคมแต่ละด้านพบว่า มีค่าใกล้เคียงกัน ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 13.77-15.39 การกระจายน้อย ค่า Kurtosis อยู่ระหว่าง .21-.96 แต่คะแนนการสับสุมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการกระจายมากที่สุด ค่า Kurtosis เท่ากับ -.57 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความโด่ง จำแนกตาม
คะแนนการสับสุมทางสังคมแต่ละด้านและโดยรวม

แบบวัดการสับสุมทางสังคม	ช่วงคะแนน		X	SD	Kurtosis
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
การสับสุมทางสังคมด้าน					
อารมณ์	4-20	6-20	14.62	2.69	.21
การยอมรับ	4-20	8-18	14.05	2.19	.28
การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4-20	9-17	13.84	2.03	-.57
ข้อมูลข่าวสาร	4-20	5-19	13.77	2.63	.77
ร่างกาย เงินและสิ่งของ	4-20	7-20	15.39	2.52	.96
การสับสุมทางสังคมโดยรวม	20-100	46-88	71.67	8.43	.87

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม

จากการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 ผลการวิเคราะห์พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์กัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .26-.50 คะแนนการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์กับคะแนนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .50 ยกเว้นการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนด้านร่างกาย คะแนนการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .66-.75 โดยคะแนนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมากที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .75 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านและการสนับสนุนทางสังคม
โดยรวม

การสนับสนุน ทางสังคมด้าน:	อารมณ์	การยอมรับ รับ	การเป็น ส่วนหนึ่ง ของสังคม	ข้อมูล ข่าวสาร	ร่างกาย	การสนับสนุน ทางสังคม โดยรวม
การสนับสนุน ทางสังคมด้าน :						
อารมณ์	1.00	.37*	.26*	.32*	.40*	.70*
การยอมรับรับ		1.00	.49*	.32*	.21	.66*
การเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม			1.00	.50*	.28*	.69*
ข้อมูลข่าวสาร				1.00	.44*	.75*
ร่างกาย และสิ่งของ					1.00	.69*

* = $P < .01$

3. คุณภาพชีวิต

3.1 การกระจายของคะแนนคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ โดยใช้ตรรกะที่
คุณภาพชีวิต ใช้สถิติหาค่าเฉลี่ยพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 154.71
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.08 และคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านมีค่าใกล้เคียงกัน
ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 49.20-53.59 การกระจายค่อนข้างมาก ค่า Kurtosis อยู่ระหว่าง
.20-.34 แสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความโด่ง จำแนกตามคะแนน
 ธรรมชาติคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและโดยรวม

ธรรมชาติคุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนน		X	SD	ค่าKurtosis
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
คุณภาพชีวิตด้าน					
การรับรู้ความเหมาะสมด้านร่างกาย	0-70	28-69	51.92	8.58	.34
การรับรู้ความเหมาะสมด้านจิตใจ	0-70	28-70	53.59	8.50	.25
การรับรู้ความเหมาะสมด้านการมี ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	0-60	20-60	49.20	7.25	.20
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-200	101-195	154.71	18.08	.30

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม

จากการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .24-.40 คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .40 และคะแนนคุณภาพชีวิตทุกด้านมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .73-.76 โดยคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมากที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .76 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ความผาสุกด้าน : คุณภาพชีวิต โดยรวม				
	ร่างกาย	จิตใจ	สังคม	
คุณภาพชีวิตด้าน				
การรับรู้ความ				
ผาสุกด้าน:				
ร่างกาย	1.00	.24*	.40*	.75*
จิตใจ		1.00	.36*	.73*
สังคม			1.00	.76*

* = $P < .01$

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมกับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม วิเคราะห์โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 ผลการวิเคราะห์พบว่า การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทุกด้านและคุณภาพชีวิต โดยรวม โดยการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยรวมมากที่สุด รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .46 และ .41 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมกับคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวม

	คุณภาพชีวิตด้านการรับรู้ความปวดด้าน:			คุณภาพชีวิต
	ร่างกาย	จิตใจ	ทางสังคม	โดยรวม
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.30*	.33*	.41*	.46*

* = $P < .01$

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนของสังคม จากการใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยกำหนดค่าไยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทดสอบปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีปัจจัยด้านการเจ็บป่วยประเภทใดที่สัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงใน ตาราง 8

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม	ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย			
	ระยะเวลา ของการ เจ็บป่วย	ระดับน้ำตาล ในเลือด	จำนวนภาวะ แทรกซ้อน	จำนวนครั้งของ ของการเข้า รับการรักษา
คุณภาพชีวิต โดยรวม	-.04	-.03	-.07	-.25
คุณภาพชีวิตด้าน:				
ร่างกาย	-.06	-.14	-.19	-.17
จิตใจ	.16	.18	.02	-.19
สังคม	-.02	.02	.03	-.19
การสนับสนุนทางสังคม				
โดยรวม	.12	.14	.25	-.11
การสนับสนุนทางสังคม				
ด้าน:				
อารมณ์	-.02	.13	.20	-.10
การยอมรับ	.03	.03	.15	-.16
การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.15	.11	.07	-.01
ข้อมูลข่าวสาร	.20	.15	.17	.03
ร่างกาย	.05	.05	.26	-.09

6. การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ ได้รับเลือกเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยให้ตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษาทุกตัว เข้าอยู่ในสมการในการวิเคราะห์ทั้งหมด (Stepwise multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตแต่ละด้านเป็นตัวแปรตาม และกำหนดให้เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โดยเฉลี่ยต่อเดือน และการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านและโดยรวม เป็นตัวแปรอิสระจากผลการวิเคราะห์ปรากฏว่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องฯ สามารถทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยที่การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ ได้รับเลือกเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิต

ตัวแปรตาม	ตัวแปรต้น	Beta	P.Value	R ²	R ² change
คุณภาพชีวิต โดยรวม	1. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.48	.00	.23	.23
	2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องฯ	.31	.00	.31	.08

ตาราง 9 การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ได้รับเลือกเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ตัวแปรตาม	ตัวแปรต้น	Beta	P.Value	R ²	R ² change
คุณภาพชีวิตด้าน ร่างกาย	1. การสนับสนุน ด้านการเป็น ส่วนหนึ่ง ของสังคม	.36	.02	.13	.13
	2. การสนับสนุน ด้านการยอมรับ ยกย่องฯ	.23	.03	.17	.04
คุณภาพชีวิตด้าน จิตใจ	1. การสนับสนุน ทางสังคม โดยรวม	.33	.00	.11	.11
คุณภาพชีวิตด้าน สังคม	1. การสนับสนุน ด้านการเป็น ส่วนหนึ่ง ของสังคม	.47	.00	.22	.22
	2. การสนับสนุน ด้านการยอมรับ ยกย่องฯ	.31	.00	.29	.07

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น การอภิปรายผลจะกล่าวถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นไปตามทฤษฎี และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา (2535) กล่าวคือส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ย 57.5 ปี ซึ่งโรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบในคนที่อายุมากกว่า 40 ปี (Fain, 1993) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่อายุมากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามธรรมชาติ เช่น ผนังหลอดเลือดที่แข็งและหนาขึ้น ทำให้ความต้านทานของเยื่อหุ้มเซลล์สูง อินซูลินซึมผ่านได้น้อยหรือไม่สามารถซึมผ่านได้ และภาวะที่มีหลอดเลือดแข็งโดยทั่วไปมีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงตับอ่อนลดลง ผลที่ตามมาคือ สมรรถภาพในการทำงานของตับอ่อนลดลง ดังนั้นน้ำตาลในเลือดจึงสูง (จรัสวรรณและพัชรี, 2536) นอกจากนี้แล้วกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังมีความคล้ายคลึงกันในด้านฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน คือส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาทต่อเดือน ระดับการศึกษาน้อย และทุกรายมีที่อยู่อาศัยในจังหวัดสงขลา

2. การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเฉลี่ย 71.67 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.43 แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 13-15 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งผู้หญิงมีเครือข่ายทางสังคมมากกว่าชายมีการพบปะกับบุคคลอื่นได้มากกว่า ซึ่งการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอจะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี (McElveen, 1980) และการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมจะทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Cronenwett, 1984) นอกจากนี้แล้วกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ถึงร้อยละ 73 ซึ่งการมีสถานภาพสมรสคู่ จะมีการช่วยเหลือค้ำจุนซึ่งกันและกัน (Rankin, 1992) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัว เช่น บุตร หลาน คู่สมรส และบุคคลนอกครอบครัว

ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยด้วยกันเอง จากลักษณะความคล้ายคลึงกันทั้งในเรื่องการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และสังคม จึงทำให้คะแนนของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายน้อย แต่คะแนนการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีการกระจายมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม บุคคลนั้นจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคม ซึ่งจะขึ้นกับบุคลิกภาพของบุคคลว่าชอบเข้าสังคมหรือเก็บตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กัน ตั้งแต่ระดับต่ำถึงปานกลาง แสดงว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมด้านใดด้านหนึ่งดีก็มักจะมีการสนับสนุนทางสังคมด้านอื่น ๆ ดีด้วย ยกเว้นการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนด้านร่างกาย การสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .50 ทั้งนี้เนื่องจากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมในสังคม จึงได้รับการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ได้แสดงความคิดเห็นกัน จึงทำให้บุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารตามไปด้วย สำหรับการสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีความสัมพันธ์รองลงมา คือ การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องฯ กับการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .49 แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้ลงไปมีส่วนร่วมในสังคม จะได้รับการยอมรับยกย่องฯ

3. คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 154.71 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.07 แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง และคะแนนคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงด้วยเช่นกัน นอกจากนี้แล้วคุณภาพชีวิตแต่ละด้านยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับค่อนข้างสูง แสดงว่าคุณภาพชีวิตด้านใดด้านหนึ่งดี มักจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีด้วย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r=.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย นอกจากนี้แล้วการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านด้วย

อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะวิกฤติได้ โดยเป็นความช่วยเหลือลดความเครียด (Cohen & Wills, 1985) ส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียด (Wortman, 1984) เกิดการปรับตัว และการตอบสนองต่อภาวะเครียด ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด (Crawford, 1987) ผู้ป่วยที่ไม่เครียดสามารถรับฟังข้อมูลข่าวสารจากแพทย์และพยาบาลได้มากกว่าผู้ป่วยที่เครียด (Suls, 1982) การที่บุคคลไม่เครียด มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานดีขึ้น (Pilisuk & Minkler, 1985) และบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนมีผลทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน (Obserg et al., 1988) ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด ทำให้บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำในการแก้ปัญหา และข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติกและปฏิบัติของบุคคล (Cobb, 1979 ; Hanucharurnkul, 1988) อันส่งผลต่อความรู้สึกเป็นปกติสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้อยู่สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ (2532) ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ลัดรวัลย์ (2533) ในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ทนุเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันในด้านปัจจัยการเจ็บป่วยที่เด่นชัด เช่นระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่างมีค่าอยู่ระหว่าง 74-218 mg% ค่าเฉลี่ย 164.18 mg% ซึ่งเป็นค่าที่ไม่สูงมาก ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.27 ดังนั้นอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับโรคเบาหวานจึงไม่รุนแรงจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 รายงานว่ามีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ไม่ได้ตรวจสอบกับแพทย์ จะเห็นข้อมูลบางส่วนอาจไม่เป็นจริง แต่เป็นความรู้สึกของผู้ป่วย จากค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่กระจาย พอจะบอกได้ว่าลักษณะภาวะแทรกซ้อนตามที่ผู้ป่วยรายงาน ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกัน ค่าเฉลี่ยไม่ถึง 1 ครั้ง จึงอาจไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

6. การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ ได้รับเลือกเป็นตัวทำนายนุภาพชีวิต

จากการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้รับเลือกให้เป็นตัวทำนายนุภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคมด้านที่ ได้รับเลือกให้เป็นตัวทำนาย คือ การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องฯ เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยที่การสนับสนุนทางสังคมด้านอื่นๆ ไม่ได้รับเลือก ที่เป็นเช่นนี้อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านร่างกาย เงินและสิ่งของ มีการกระจายน้อย แต่การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องฯ มีการกระจายมาก และลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 2 ด้าน มีความสัมพันธ์กันสูง ดังนั้นจึงถูกเลือกในการอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่มีความผาสุกด้านจิตใจ ต้องการสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ไม่เฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง

สรุปผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับสมมติฐาน และการสนับสนุนทางสังคมด้านที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลินด้วยกัน 2 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า แต่ผลการวิจัยในครั้งนี้ ไม่สามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชากรเบาหวานที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่ศึกษาได้ เนื่องจากลักษณะของกลุ่มประชากรที่ศึกษามีความคล้ายคลึงกันมีฐานะ เศรษฐกิจค่อนข้างยากจน ระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งโรคเบาหวานสามารถที่จะเกิดได้กับบุคคลทุกชนชั้น บุคคลที่มีฐานะดีส่วนใหญ่จะไปรับบริการการรักษาที่คลินิก ทำให้การเก็บข้อมูลไม่ครอบคลุม กลุ่มประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน โดยมีสมมติฐานคือการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ที่มารับการรักษาที่ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหาดใหญ่ และ โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 100 ราย โดยกลุ่ม ตัวอย่างจะต้องไม่เป็นโรคเบาหวานที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่น ไม่อยู่ระหว่างการ รักษาด้วยอินซูลิน มีการรับรู้ปกติและสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และตารางคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในการทดสอบสมมติฐาน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการหาการสนับสนุนทาง สังคมด้านที่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิต โดยรวมและคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน

ผลการวิจัยพบว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยรวม ($r=.46, p<.01$) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ($r=.30, p<.01$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($r=.33, p<.01$) และ คุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ($r=.41, p<.01$)

2. การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิต ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ได้แก่

2.1 การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้ร้อยละ 23, 13, และ 22 ตามลำดับ

2.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้ร้อยละ 8, 4, และ 7 ตามลำดับ

2.3 การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 11

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการ

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ทั้งโดยรวมและคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและการสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต โดยรวม คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ ดังนี้

1.1 พยาบาลควรเห็นและสนับสนุนในการจัดให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีโอกาสพบปะกันหรือทำกลุ่มร่วมกัน เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ในการปฏิบัติตน และมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

1.2 แนะนำบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยว่าญาติมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ โดยสามารถให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ กล่าวคือ ให้ยอมรับยกย่องผู้ป่วยเช่นคนปกติทั่วไป และพยายามให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมในสังคม นอกจากนั้นบุคคลในครอบครัวยังควรให้การช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ด้วย

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

2.3 ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมที่หลากหลายและให้แนวแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมให้ชัดเจน และสอดคล้องกับสังคมมากขึ้น

2.4 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในคนปกติกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

บรรณานุกรม

โกฤทธิ สุมาลย์เนง. (กรกฎาคม 2533). การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสาร
กรมการแพทย์, 15 (7), 467-473.

คณะกรรมการแห่งชาติเรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน. (2531). โรคเบาหวานใน
ประเทศไทย. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ.
กรุงเทพ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (เมษายน-มิถุนายน 2531). แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์
และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6 (2), 96-109.

ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดตั่ง. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพ.

ทัศนีย์ จินางกูร. (2530). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้าง
ช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพ.

นัยนา นิลดงวิไลชา. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการ
การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการ

ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย
มะเร็งบริเวณศีรษะและคอหอยที่ได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา.
วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.

เนตรนภา คู่พันธ์วี. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะ
สุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรัง
เขต 12. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุด
วิชาสังคมวิทยาการแพทย์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
สวนสมรม.

บุศรา กาญจนันต์. (2524). ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรค
เบาหวานกับอายุและระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ประคอง กรรณสูตร. (2528). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.

ประภา รัตน์เมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขา
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

ยุวดี ฤาษ่า และคณะ. (2532). คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร :
 วิกิตอร์เฝ้าเวอร์พอยท์.

รัชตะ รัชตะนาวิน และคณะ. (ตุลาคม-ธันวาคม 2530). ผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ไผ่กิ่งอินสุลิน
 ในโรงพยาบาลรามารัตินดี : ข้อมูลทางคลินิกและผลการรักษาเปรียบเทียบระหว่าง
 คลินิกอายุรศาสตร์และคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน. วารสารรามารัตินดี, 10 (4),
 183-188.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การ
 สัมผัสทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยวารสารศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

วัลลา ตันตโยทัย และอดิษฐ์ สงดี. (2534). การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน. ในสมจิตต์
 หนูเจริญกุล (บ.ก.). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4 (หน้า 241-268).
 กรุงเทพมหานคร : สัมผัสวิถีการพิมพ์.

สนอง อุนากุล. (2528). คู่มือผู้ป่วยเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 5; กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
 เลียงเชียง.

สมจิตต์ หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.
 มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิตต์ ลิณฐชัย. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสัมผัสทางสังคม กับการ
 ปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
 (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- แสงอรุณ สุขเกษม. (2533). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ มาตังคสมบัติ. (2528). ยาลดน้ำตาลในเลือด. กรุงเทพมหานคร : เทวารัตน์การพิมพ์.
- อรวรรณ เรืองสมบูรณ์. (2530). ระบบต่อมไร้ท่อ. ภาควิชาสรีรวิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล : กรุงเทพ.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2534). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของโรคเบาหวาน. ใน สมจิตต์ พงษ์เจริญกุล (บ.ก.). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4 (หน้า 241-268). กรุงเทพมหานคร : สนิประสิทธิ์การพิมพ์.
- อุระณี รัตนนิทักษณ์ และคณะ. (กรกฎาคม-กันยายน 2536). การศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคต่อค่าระดับน้ำตาลในเม็ดโลหิตแดงของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11 (3), 175-185.
- Armstrong, N. (September 1987). Coping with diabetes mellitus : A fulltime job. Nursing Clinics of North America, 22 (3), 559-568.
- Beebe, M.K. (1981). Diabetes mellitus, In S.V. Anderson, & E.E. Bauwens (Eds.). Chronic health problems concepts and application. (pp. 201-218) London : The C.V. Mosby Company.

- Berman, L.F. & Syme, S.L. (February 1979). Social networks, host resistance and mortality : A nine-year follow-up study of alameda county residents. American Journal of Epidemiology, 109 (2), 186-204.
- Bradt, P.A. & Weinert, C. (September/October 1981). The PRQ-A Social Support Measure. Nursing Research, 30 (5), 277-280.
- Burckhardt, C.S. (1982). The Impact of Arthritis on Quality of Life
Doctoral Dissertation University of Colorado.
- Burckhardt, C.S. (February 1985). The Impact of Arthritis on Quality of Life. Nursing Research, 13, 11-16.
- Brown, J.B.; Rawlinson, M.E. & Hilles, N.C. (November 1981). Life satisfaction and chronic disease : exploration of a theoretical model. Medical Case, 19 : 1136-1146.
- Burckhardt, C.S. (September 1987). Coping Strategies of the Chronically Ill. Nursing Clinics of North America, 22 (3), 543-533.
- Cantril, H. (1965). Patterns of human concerns. New Jersey : Rutgers University Press.
- Christman, C. & Bennett, J. (January 1987). Diabetes New Names, New test New diet. Nursing, 17 (1), 34-41.

- Cobb, S. (1979). Social support and Health through the life course. In M.W. Riley (Ed). Aging from Birth to Death. (pp. 189-199). New York : Westview Press.
- Cohen, S. & Syme, S.L. (1985). Social Support and Health. London : Academic Press, Inc.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (September 1985). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin, 98, 310-357.
- Crawford, G. (August 1987). Support Networks and Health Related Change in the Elderly : Theory-based nursing strategies. Family & Community Health, 10 (2), 39-48.
- Cronenwett, L.R.H. (1984). Relationship among Social Network Structure, Percived Social Support, and Psychological Outcome of Pregnancy. Doctoral Dissertation the University of Michigan.
- Dean, H. (September/October 1985). Choosing Multiple Instruments to Measure the Quality of Life. Oncology Nursing Forum, 12, 98-100.
- DeGroot, L.J. et al. (1988). Endocrinology. Philadelphia : W.B. Saunders company.

- Diamond, M. & Jone, S.L. (1983). Chronic illness across the life span. Norwalk : Appleton-century-crofts.
- Dorothy, J. & Hood, G.H. (1976). Total patients care : Foundations and Practice. Saint Louis : The C.V. Mosby Company.
- Fain, J.A. (March 1993). National trends in diabetes an epidemiologic perspective. Nursing clinics of North America, 28 (1), 1-7.
- Ferrans, C.E. (1990). Development of a Quality of Life Index for Patients with Cancer. Oncology Nursing Forum, Supplement, 17 (3), 15-24.
- Ferrans, C.E. & Powers, M.J. (October 1985). Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties. Advance in Nursing Science, 8.
- Fery, M.A. (1989). Social support and health : A theoretical formulation derived from King's conceptual framework. Nursing Science Quarterly, 138-148.
- Flanagan, J.C. (1978). A Research Approach to Improving Our Quality of Life. American Psychologist, 33 (2), 138-147.

- Frank-Stromborg, M. (1988). Single Instrument for Measuring Quality of Life. In Frank-Stromborg, M. (Eds). Instruments for Clinical Nursing Research. Norwalk : Appleton & Lange.
- Frey, M.A. (October 1985). Social Support and Health : A Theoretical Formulation Derived from King's Conceptual Framework. Nursing Science Quarterly, 25, 138-148.
- Graham, K.Y. & Longman, A.J. (July 1987). Quality of Life and Person with Melanoma. Cancer Nursing, 10, 338-346.
- Hanucharunkul, S. (1988). Social Support, Self care and Quality of Life in Cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. A dissertation of the requirements for the degree of doctor of philosophy (nursing) in the Graduate School of Wayne State university.
- Heins, J.M. (1983). Dietary management in diabetes mellitus. The Nursing Clinics of North America, 18, 631-643.
- Helz, J.W. & Templeton, B. (October 1990). Evidence of the role of psychosocial factors in diabetes mellitus : A review. American Journal Psychiatry, 147 (10), 1275-1282.
- Hicks, F.D., Larson, J.L. & Ferren, C.E. (1992). Quality of life after liver transplant. Research in Nursing & Health, 15 (2), 111-119.

Hoet, J.J. (May-June 1991). A hope for people with diabetes. World Heath, 4-5.

Holmes, S. & Dickerson, J. (1987). The quality of life : desing and evaluation of a self-assessment instrument for use with cancer patients. International Journal of Nursing Studies, 24 (1), 15-24.

Hubbard, P.; Muhlenkamp, A.F. & Brown, N. (September/October 1984). The relationship between social support and self-care practices. Nursing Research, 33, 266-270.

Kaplan, B. H.; Casseal, J.C. & Core, S. (May 1977). Social Support and Health. Madical Care, 15 (5), 47-57.

Kleinpell, R.M. (1991). Concept Analysis of Quality of Life. Dimensions of Critical Care Nursing, 10 (4), 223-229.

Langie, J.K. (September 1977). Social network, health beliefs and preventive health behavior. Journal Health and Social Behavior, 18, 244-260.

Lin, N. (1986). Conceptualizing Social Support. In N. Lin, A. Dean & W.M. Ensel (Eds). Social support, life events and depression. (pp.17-30). Orlando : Academic press, Inc.

Lin, N. et al. (June 1979). Social support, stressful life events and illness : A model and an empirical test. Journal of Health and Social Behavior, 20, 108-119.

Lindsey, A.M. (1988). Social support : Conceptualizations and measurement instruments. In M. Frank-Stronborg (Ed). Instruments for clinical nursing research. (pp. 107-119). Norwalk : Appleton & Lange.

Lindsey, B.M. et al. (October 1981). Social support and health outcomes in postmastectomy women : a review. Cancer, 377-384.

Luckmann, Joan, and Sorensen, Kasren Creason. (1987). Medical Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. 2nd ed., Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Magily, J.K. (May/June 1984). Quality of Life of Hearing Impaired Older Women. Nursing Research, 34, 140-143.

Marian, M.R. & Mary, M.B. (December 1983). The Disease Process of Diabetes Mellitus. The Nursing Clinics of North American, 18, (4), 618-635.

McCaffrey, D.N. (1985). Cancer, anxiety and Quality of life. Cancer Nursing, 8 (3), 151-158.

- McElveen, P.M. (1986). Social networks In D.C. Longo, & R.A. Williams, (Eds.). Clinical practice in psychosocial nursing : Assessment and intervention. Norwalk : Appleton century crofts.
- Mcnett, S.C. (March/April 1987). Social support, threat and coping responses and effectiveness in the functionally disabled. Nursing Research, 36 (2), 98-103.
- Nieves, C.C.; Charter, R.A. & Aspinall, M.J. (May-June 1991). Relationship Between Effective Coping and Perceived Quality of Life in Spinal Cord Injured Patients. Rehabilitation Nursing, 16 (3), 129-132.
- Norbeck, J.S. (December 1982). The Use of Social Support in Clinical Practice. JPNMHS, 20 (12), 22-28.
- Norbeck, J.S.; Lindsey, A.M. & Carrieri, V.L. (September/October 1981). The development of an instrument to measure social supprt. Nursing Research, 30 (5), 264-269.
- Northouse, L.L. (March/April 1988). Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. Nursing Research, 37 (2), 91-95.

- Osberg, J.S. et al. (June 1988). Predicting Long-term Outcome among Post-Rehabilitation Stroke Patients. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 67, 94-103.
- Padilla, G.V. & Grant, M.M. (October 1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advances in Nursing Science, 8, 45-60.
- Padilla, G.V. et al. (1983). Quality of Life Index for Patients with cancer. Research in Nursing & Health, 16 (3), 117-126.
- Padilla, G.V. et al. (1990). Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. Cancer Nursing, 13 (2), 108-115.
- Pilisuk, M. & Minkler, M. (Spring 1985). Supportive Ties : A Political Economy Perspective. Health Education Quarterly, 12, 93-106.
- Popkess-Vawter, Sue. (December 1983). The Adult Living with Diabetes Mellitus. The Nursing Clinics of North America, 18, 777-788.
- Preston, D. (1987). A study of differences in social support. Journal of Gerontological Nursing, 13 (2), 36-40.

- Rankin, H.H. (March 1992). Psychosocial Adjustments of Coronary Artery Disease Patients and Their spouse : Nursing implication. The Nursing Clinics of North America, 27, 271-282.
- Robertson, Carolyn. (October 1984). Clear the Exercise Hurdles for Your Diabetic Patient. Nursing, 84, 58-63.
- Robertson, C. (July 1987). When the patient is also a diabetic. RN, 33-35.
- Robertson, Carolyn. (September 1989). Coping with chronic complication. RN, 34-43.
- Schaefer, C.; Cuyne, J.C. & Lazarus, R.S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. Journal of Behavioral Medicine, 4 (4), 381-404.
- Simmons, R.G. & Abress, L. (1990). Quality of Life Issues for End-Stage Renal Disease Patients. American Journal of Kidney Disease, 15 (3), 201-208.
- Simson, H.C.R., Lousley, S. & Geekie, M. (1981). A high carbohydrate leguminous fibre diet improves all aspect of diabetic control. The Lancet, 1, 1-5.

- Spitzer, W.; Dobson, A. & Hall, J. (June 1981). Measuring the Quality of Life of cancer patients. A concise QL-Index for Use by Physicians. Journal of chronic Disease, 34, 585-597.
- Stewart, M.J. (September/October 1989). Social support instruments created by nurse investigators. Nursing Research, 38 (5), 268-275.
- Stromberg, M.F. (September/October 1984). Selecting and Instrument to Measure Quality of Life. Oncology Nursing Forum, 11, 88-91.
- Suls, J. (1982). Social Psychology Health and Illness. Philadelphia : Lawrence Association.
- Tilden, V.P. & Weinert, C. (1987). Social Support and the chronically Ill Individual. The Nursing Clinics of North America, 22 (3), 613-615.
- Thoits, P.A. (June 1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior, 23, 145-159.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54 (4), 416-423.

- Turner, R.J. (December 1981). Social support as a contingency in psychological well-being. Journal of Health and Social Behavior, 22, 337-367.
- Weiss, S.J. (February 1991). Personality adjustment and social support of parents who care for children with pervasive developmental disorders. Archives of Psychiatric Nursing, 5 (1), 25-30.
- Wineman, N.M. (September/October 1990). Adaptation to multiple sclerosis : The role of social support, functional disability and perceived uncertainty. Nursing Research, 39 (5), 294-299.
- Woods, N.F. & Earp, J.A. (September-October 1978). Women with cured breast cancer. Nursing Research, 27, 279-285.
- Wortman, C.B. (May 1984). Social support and the cancer patient conceptual and methodologic issue. Cancer, 53 (10), 2339-2360.
- Wilma, J.P.; Barbara, C.L. & Nancy, P.W. (1979). Medieal Surgical Nursing Concepts and Clinical Practice. Saint Lovis : The C.V. Mosby Company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตามเนื้อหาของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

1. อาจารย์เสาวลักษณ์ วงศ์นาค ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. อาจารย์นิตยา ตากวิริยะนันท์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางสาววรรรณ เหนือคลอง หัวหน้าพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตามเนื้อหาของดรรชนีวัดคุณภาพชีวิต

1. อาจารย์แสงอรุณ สุขเกษม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. อาจารย์นิตยา ตากวิริยะนันท์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางสาววรรรณ เหนือคลอง หัวหน้าพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านได้ช่วยตอบแบบสอบถามนี้ และขอได้โปรดตอบทุกข้อตามความเป็นจริง ผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบทั้งหมดจะถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะรวม ๆ เท่านั้น

แบบสอบถามฉบับนี้มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 ดรรชนีคุณภาพชีวิต

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวรุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์

นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

เลขที่

โปรดเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ให้ข้อความที่เป็นจริง
เกี่ยวกับตัวท่าน

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. สถานภาพสมรส
1. โสด
2. คู่
3. หม้าย/หย่า
4. แยกกันอยู่
5. อื่น ๆ ระบุ _____
4. ระดับการศึกษา
1. ไม่เคยเรียน
2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษา
4. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
5. ปริญญาตรี/สูงกว่า
6. อื่น ๆ ระบุ _____
5. อาชีพ
1. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
2. ค้าขาย
3. รับจ้าง
4. ทำนา ทำสวน ทำไร่

สำหรับผู้วิจัย

5. ประมง
6. ทำงานบ้าน
7. อยู่บ้านเฉย ๆ ระบุสาเหตุ
8. อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน.....ปี
8. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะที่มาตรวจ..... มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
9. ภาวะแทรกซ้อนหมายถึงโรคหรืออาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเป็นโรคเบาหวาน
- (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

0. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
1. มีอาการทางตา เช่น ตามัวมองไม่ชัด ตาบอด ต้อกระจก
2. มีอาการทางไต เช่น บวมตามตัว
3. มีอาการทางหัวใจ เช่น เจ็บหน้าอก
4. มีความดันโลหิตสูง
5. มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า
6. มีแผลเรื้อรัง
7. ถูกตัดนิ้วมือ เท้า หรือขา
8. อื่นๆระบุ.....
10. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานภายใน
- 6 เดือนที่ผ่านมา.....ครั้ง (ไม่รวมการมาตรวจตามแพทย์นัด)

ภาคผนวก ค

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

แบบวัดชุดนี้ใช้วัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่า ตั้งแต่ท่านเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ และระดับประคองจากบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง แพทย์/พยาบาล มากน้อยเพียงใด

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านในแต่ละข้อคำถาม ให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (โปรดตอบทุกข้อ) การเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

จริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด
(5)		
จริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
(4)		
จริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านปานกลาง
(3)		
จริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย
(2)		
ไม่จริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือไม่เคยเกิดขึ้น
(1)		

ตัวอย่าง

ข้อความ	จริง				ไม่จริงเลย (1)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	
1. ฉันมีคนที่ช่วยให้ฉันมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป		/			

อธิบาย : หมายความว่าท่านได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคลในครอบครัว

เครือข่ายติ เพื่อนฝูง หรือแพทย์/พยาบาล ให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตเป็นส่วนใหญ่

ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือและระดับประคองตามข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	จริง				ไม่จริงเลย
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	
<u>การสนับสนุนด้านอารมณ์</u>					
1. ฉันมีคนที่ฉันวางใจและสามารถพูดคุยปรึกษาได้					
2. ฉันมีคนที่ทำให้ฉันรู้สึกมีกำลังใจ					
3. ฉันมีคนที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่น					
4. ฉันมีคนที่ช่วยแก้ปัญหาต่างๆให้ฉันเสมอ					
<u>การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า</u>					
5. ฉันมีคนที่แสดงความเคารพนับถือและไม่ดูถูกฉัน					
6. ฉันมีคนที่มาขอคำปรึกษา คำแนะนำหรือขอความช่วยเหลือจากฉัน					
7. ฉันมีคนที่เห็นว่าฉันเป็นคนที่มีประโยชน์หรือเป็นที่ต้องการของเขา					
8. ฉันได้รับความไว้วางใจให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ					
<u>การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</u>					
9. ฉันมีคนที่ไปมาหาสู่กับฉันเสมอแม้ยามเจ็บป่วย					
10. ฉันได้แสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจร่วมกับผู้อื่น					

ข้อความ	จริง				ไม่จริงเลย (1)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	
11. ฉันได้รับการชักชวนในการทำกิจกรรม ต่างๆ เช่น งานบุญ งานสังสรรค์ เป็นต้น					
12. ฉันรู้เรื่องราวความเป็นไปของคนใกล้ ชิดของฉันเสมอ					
<u>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</u>					
13. ฉันมีคนที่ให้ความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การให้ยา และการ ดูแลรักษาสุขภาพ					
14. ฉันมีคนที่คอยบอกกล่าวหรือเตือนให้ฉัน ปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามคำแนะนำของ แพทย์/พยาบาล					
15. ฉันมีคนที่สามารถช่วยแก้ปัญหาหรือข้อ สงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของฉัน					
16. ฉันมีคนที่ให้คำแนะนำหรือเสนอแนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนิน ชีวิตของฉัน					
<u>การสนับสนุนด้านร่างกายสิ่งของและเงิน</u>					
17. ฉันมีคนที่คอยช่วยเหลือฉัน เมื่อฉันมีปัญหา ด้านการเงิน ของใช้ เสื้อผ้า หรือ อาหาร					

ข้อความ	จริง				ไม่จริงเลย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
18. ฉันมีคนคอยช่วยเหลือดูแล เมื่อฉันมีอาการไม่สบาย หรืออาการของโรคกำเริบ					
19. ฉันมีคนช่วยแบ่งเบาภาระ เมื่อฉันไม่สามารถทำงานที่ฉันรับผิดชอบได้					
20. ฉันได้รับการช่วยเหลือต่างๆ เมื่อเข้ารับบริการตรวจรักษาโรค					

จากข้อ 1-20 ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และระดับประคองจากใครบ้าง (โปรดระบุ)

ภาคผนวก ง
 ๑
 ๒
 ๓
 ๔
 ๕
 ๖
 ๗
 ๘
 ๙
 ๑๐
 ๑๑
 ๑๒
 ๑๓
 ๑๔
 ๑๕
 ๑๖
 ๑๗
 ๑๘
 ๑๙
 ๒๐
 ๒๑
 ๒๒
 ๒๓
 ๒๔
 ๒๕
 ๒๖
 ๒๗
 ๒๘
 ๒๙
 ๓๐
 ๓๑
 ๓๒
 ๓๓
 ๓๔
 ๓๕
 ๓๖
 ๓๗
 ๓๘
 ๓๙
 ๔๐
 ๔๑
 ๔๒
 ๔๓
 ๔๔
 ๔๕
 ๔๖
 ๔๗
 ๔๘
 ๔๙
 ๕๐
 ๕๑
 ๕๒
 ๕๓
 ๕๔
 ๕๕
 ๕๖
 ๕๗
 ๕๘
 ๕๙
 ๖๐
 ๖๑
 ๖๒
 ๖๓
 ๖๔
 ๖๕
 ๖๖
 ๖๗
 ๖๘
 ๖๙
 ๗๐
 ๗๑
 ๗๒
 ๗๓
 ๗๔
 ๗๕
 ๗๖
 ๗๗
 ๗๘
 ๗๙
 ๘๐
 ๘๑
 ๘๒
 ๘๓
 ๘๔
 ๘๕
 ๘๖
 ๘๗
 ๘๘
 ๘๙
 ๙๐
 ๙๑
 ๙๒
 ๙๓
 ๙๔
 ๙๕
 ๙๖
 ๙๗
 ๙๘
 ๙๙
 ๑๐๐

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความเกี่ยวกับตัวท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านอ่านหรือรับฟังข้อความในแต่ละข้อแล้ว ให้พิจารณาตัดสินว่าท่านจะกากบาท (X) ลงในช่องใด (ซึ่งมีทั้งหมด 11 ช่อง) สำหรับข้อความนั้นเท่าไร โดยให้ใกล้เคียงกับอาการหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยใส่เครื่องหมายกากบาท (X) ตรงช่องที่ท่านเลือก

ตัวอย่าง

ข้อความ : ท่านพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลนี้เพียงใด

10	พึงพอใจเต็มที่
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	ไม่พึงพอใจเลย
0	

- หากท่านพึงพอใจสูงมากท่านก็จะใส่ X ตรงช่องคะแนนสูง ซึ่งอาจเป็น 9 หรือ 10
- หากท่านพึงพอใจปานกลางท่านก็จะใส่ X ตรงช่องคะแนนปานกลาง ซึ่งอาจเป็น 5 หรือ 6
- หากท่านพึงพอใจน้อยท่านก็จะใส่ X ตรงช่องคะแนนต่ำ ซึ่งอาจเป็น 1 หรือ 0

เช่น : ท่านพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลนี้เพียงใด

10	พึงพอใจเต็มที่
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	ไม่พึงพอใจเลย
0	

อธิบาย : เครื่องหมาย X ที่จุดนี้ แสดงว่าผู้ตอบมีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลนี้
ค่อนข้างสูง

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหรือความรู้สึกต่อตัวท่านในเรื่อง
ต่อไปนี้อย่างไร

1. ท่านมีร่างกายแข็งแรงมากน้อย
เพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

แข็งแรงมากที่สุด

ไม่แข็งแรงเลย

3. ท่านสามารถออกกำลังกายได้มาก
น้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

ได้เต็มที่

ไม่ได้เลย

2. ท่านนอนหลับได้เพียงพอมากน้อย
เพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

มากที่สุด

ไม่มีเลย

4. การควบคุมอาหารทำให้ท่านกินอาหารได้
ได้มากน้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

ทุกวัน

ไม่มีเลย

5. ทำเนื่ออาการหน้ามืด เวียนศีรษะ บ่อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

ทุกวัน

ไม่มีเลย

6. ท่านสามารถทำงานบ้าน หรืองานที่
ทำประจำ ได้มากน้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

ทำได้ตามปกติ

ทำไม่ได้เลย

7. ทำเนื่ออาการของโรคเบาหวาน (เช่น
ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย หิวบ่อย)
มากน้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

มีมากที่สุด

ไม่มีเลย

8. ทำเนื่ออาการแสบแเจ่มใส่ เบิกบานมากน้อย
เพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

ปกติ

ไม่มีเลย

9. ท่านรู้สึกคับข้องใจต่อการปฏิบัติตัวที่มี 11. ท่านพึงพอใจชีวิตในปัจจุบันของท่าน
 ข้อจำกัดมากน้อยเพียงใด มากน้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

รู้สึกคับข้องใจมากที่สุด

ไม่รู้สึกคับข้องใจเลย

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

พึงพอใจมากที่สุด

ไม่พึงพอใจเลย

10. ท่านกังวลกับความเจ็บป่วยด้วยโรค
 เบาหวานมากน้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

กังวลมากที่สุด

ไม่กังวลเลย

12. ท่านประสบผลสำเร็จในชีวิตมากน้อย
 เพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

ประสบผลสำเร็จเต็มที่

ไม่ประสบผลสำเร็จเลย

13. ท่านได้พักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

เต็มที่

ไม่มีเลย

14. ท่านรู้สึกว่าคุณมีค่ามากน้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

มีมากที่สุด

ไม่มีเลย

15. การควบคุมน้ำตาลในเลือดทำให้ท่านพบปะ
สังสรรค์กับเพื่อนฝูงได้มากน้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

ได้เต็มที่

ไม่ได้เลย

16. การควบคุมน้ำตาลในเลือดทำให้ท่านพบปะ
สังสรรค์กับคนในครอบครัวได้มากน้อยเพียงใด

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

ได้เต็มที่

ไม่ได้เลย

17. ท่านรู้สึกว่าคุณทอดทิ้งหรืออยู่อย่างโดดเดี่ยวมากน้อยเพียงใด

10	ถูกทอดทิ้งมากที่สุด
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	ไม่ถูกทอดทิ้งเลย

18. ท่านให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด

10	มากที่สุด
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	ไม่มีเลย

19. ท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด

10	ได้รับมากที่สุด
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	ไม่ได้รับเลย

20. ท่านมีกิจกรรมในสังคมร่วมกับบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใด

10	มีมากที่สุด
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	
0	ไม่มีเลย

ภาคผนวก จ
 ใบนยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)ยินยอมเข้าร่วม
 ในการทำวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 เบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน" ซึ่งมีนางสาวรุจิรา นุสเพิ่มทรัพย์ เป็นหัวหน้าโครงการ

ในการเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าทราบดีว่าจะต้องปฏิบัติตามนี้คือ ตอบแบบ-
 สอบถาม 1 ครั้ง ในเรื่องข้อมูลส่วนตัว การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต เป็นเวลา
 ประมาณ 20 นาที

ข้าพเจ้าเข้าใจอย่างแท้จริงว่า

- 1) ข้าพเจ้าอาจจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
- 2) ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการร่วมโครงการได้และถอนตัวนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากโรงพยาบาล
- 3) ข้อมูลต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าได้ให้ในการทำวิจัยเรื่องนี้จะถูกนำเสนอในทางวิชาการได้ โดยปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด
- 4) การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีอันตรายใด ๆ เกิดขึ้นกับข้าพเจ้า แต่
 ถ้าข้าพเจ้าสามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่าได้รับอันตรายโดยตรงจากการเข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้า
 จะสามารถเรียกร้องสิทธิในการรักษาพยาบาลได้

ผู้ยินยอมลงนามวันที่.....

นักวิจัยลงนามวันที่.....

พยานลงนามวันที่.....

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวรุจิรา พูลเพิ่มทรัพย์

วัน เดือน ปีเกิด 17 เมษายน 2506

วุฒิการศึกษา

วุฒิ

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลสงขลา

พ.ศ. 2529

และสฤตงครรภักษ์สูง

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

วิทยาจารย์ ระดับ 4 วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส